

昭和 50 年代以降の医療政策における行政の管理手法

藤 田 由紀子

昭和 50 年代以降、日本の医療政策は一つの転換期を迎えたといわれている。本稿は、その政策変容の様相を捉えることを目的とするものである。

近年、様々な学問的アプローチによる政策研究が盛んであり、政策学、あるいは政策科学と呼ばれる学問領域が確立されつつある。政策研究の対象として、医療政策は非常に興味深い領域であるといえるが、日本の医療政策に関する先行研究のうち、広義の政治学からのアプローチによるものは、多元主義的観点から、老人保健法や健康保険法等の制定・改正に関する政策過程のメカニズムの解明を目的とするものが中心であった¹⁾。しかしながら、医療政策は、医療保険政策と医療供給政策とを二本の支柱としており、その変容の様相を捉えようとする場合、医療保険制度改革の政策過程分析だけでは十分とはいえない。そこで、本稿は、行政学の視角を基本とし、行政の管理手法という観点から、この対象への接近を試みたいと思う²⁾。

I 費用管理

1. 概 説

経済の高度成長の終焉に伴う財政危機や、第二臨調に象徴される政治の基調の変化を背景に、昭和 50 年代の医療政策は、人口の高齢化や昭和 48 年以降の老人医療費無料化の実施などを原因とする医療費の増大への対応が求められていた。「今後の医療問題は、優れて医療費に関する財政問題だと確信している」[吉村 1978.9, p.21] という、昭和 50 年代の一連の医療保険制度改革をリード

した厚生官僚の吉村仁の主張³⁾に見られるように、昭和 50 年代の医療政策は、医療費政策、すなわち、費用管理の問題として出発したといえる。医療費抑制の究極の目的を政府の安定に求める吉村は、国民所得に対する租税、社会保障負担率の限界を 42～43%と捉え、当時の 35%との差である 8%程度は、年金および赤字国債償還の負担によって簡単に上昇してしまうため、もはや医療費の負担率は上げられないこと、したがって、医療費負担の伸びは経済成長の伸びの範囲内にとどめるべきであり、医療費が従来のようなスピードで増えると、日本経済の活力は失われ、先進国病に陥り、国が亡ぶということを主張したのである⁴⁾。感染症から慢性病への疾病構造の変化等に対するサービス供給面での対応の必要性も認識されていたものの、それは、医療費問題の解決に貢献するものとしての副次的な関心にすぎなかったのである。

費用管理のための最も直接的で有効な手段は医療保険制度改革であり、これは、昭和 57 年の老人保健法の成立と昭和 59 年の健康保険法等の改正によって一応の達成をみた。既に述べたように、これらの政策過程を対象とした先行研究は多数あり、制度的考察を行うことも、本稿の意図から逸れるので、ここでは行わない。本稿では、行政の費用管理の手法として、診療報酬制度の運用による対応を中心に論じていきたい。ただし、医療費問題に対する厚生省の取り組みの姿勢を省外にアピールし、省内にアナウンスするために、この時期にとられた措置として、昭和 56 年度予算概算要求における「医療費支出適正化対策」⁵⁾と、昭和 57 年の「国民医療費適正化総合対策推進本部」の

設置⁶⁾とを指摘しておきたい。

2. 診療報酬制度の運用による費用管理

さて、以下において、この時期の診療報酬制度の運用による費用管理の手法について論じていきたいが、まずはじめに、診療報酬制度の概要に関して若干の説明を加えておく⁷⁾。

保険給付の対象となる医療サービスの種類とその価格は「社会保険診療報酬点数表」によって表されている。この「点数表」の機能としては、第一に、保険適用となる技術や行為の規定が挙げられる。「点数表」に記載されている技術や行為のみが保険の適用となり、保健医療機関がそれを行った場合にその費用が保険から償還されるのである。第二は技術や行為の経済的評価である。これは、まず点数という形で相対的評価が行われ、1点につき10円という形で金額として評価される。そして、日本の医療機関のほとんどが診療報酬をその主要な原資としているため、これにより医療機関の経営原資の補填が行われていることになる。しかしながら、診療報酬は市場原理で決まる価格でもなく、他方、原価を的確に反映しているわけでもない。昭和33年に新医療費体系（甲表の設定）が確立された当初は、診療に対する報酬を技術料、人件費、所要経費の三つに区分し、当時の実態調査に基づいて、それぞれの原価を計算し合算するという意図があった。しかしその後の改定においては、各項目の点数は既存点数を基礎として相対的、あるいは政治的に決められており、厳密な意味での原価計算に基づいた改定は行われていない。いわば、インクリメンタルな改定が重ねられているのである。

点数の決定の際に考慮される事項として第一に挙げられるのは、医療機関間、診療科間、あるいは各診療行為間における公平な資源の配分である。第二には、政策的な経済誘導である。つまり、ある医療行為を促進あるいは抑制させるために、または更に大きな政策目標の達成に資するために傾斜的に点数が設定される場合がある。こうした政策的な経済誘導を行い得る前提として、診療報酬制度が出来高払い制に基づいているという点も指

摘しておかなければならない。しかし、出来高払い制は、昭和40年代後半に大きな社会問題になった「薬漬け・検査漬け」医療の横行の原因でもあった。

ところで、診療報酬の改定作業は、大きく二つの過程に分けられる。第一は診療報酬全体の引き上げ率の決定過程であり、第二は全体の引き上げ率の枠内で「点数表」の個々の点数を改定していく作業の過程である。診療報酬の決定の際には中央社会保険医療協議会（中医協）に諮問することになっている。中医協は、支払い側（1号側）委員8人、診療担当者側（2号側）委員8人、公益委員4人で構成されており、その機能は、利害調整およびその結果としての決定の正当性の付与にあるといえるが、中医協での調整は第一の過程である全体の引き上げ率の決定に関してが中心であり、その枠内で行われる第二の過程に関しては、厚生省保険局医療課と日本医師会等との非公式な交渉の場面において実質的に決定される。かつての日本医師会の「医療費値上げ」を要求する派手なパフォーマンスは、主に第一の過程におけるもので、診療報酬の引き上げ率は、日本医師会が自民党に圧力をかけ、日本医師会会長の武見太郎と自民党の大物政治家との間で決められることが多かった。武見は、日本医師会の強大な集票力を利用して自民党に貢献し、自民党の政治家の力を使って、厚生省、大蔵省を動かすという手法をとった。しかし、一般に、圧力団体は政治的に目立つ問題では官庁機構に関与せず、直接与党内有力者を動かすように努めるが、「立法技術的に——政治的な問題にならないように巧みな方法で——ごまかせる範囲内では、関係官庁に対して強く圧力をかけ、あるいは、種々の手段で強く依頼する」〔石田1961, p.101〕という指摘に見られるように、「点数表」の改定の第二の過程では、日本医師会と医療課の官僚との交渉は不可避であり、そこでは様々なバーゲニングが行われるのである。

以上が診療報酬制度の概要である。そこで、次に昭和50年代後半以降の診療報酬制度の運用による費用管理の手法について述べていきたいと思う。

まず第一に指摘できることは、診療報酬の引き上げ率を決定する際のルールが変更されたことである⁸⁾。昭和49年の改定から昭和53年の改定までは「物価・賃金スライド方式」がとられていた。これは、前回改定以降の医療機関のコスト増をすべて診療報酬改定によって補填するという考え方に立った上で、医療機関のコスト増を、①医師給与、②医師以外の医療従事者給与、③物件費、④薬剤費の4項目に分け、その各々をそれぞれ、①1人当たりのGNP、②1人当たりの雇用者所得、③消費者物価指数、④医薬品実勢価格に連動させた上で、診療報酬をスライド的に引き上げていくという方式である。ところが、この方式が改められて、昭和56年の改定以降は、診療報酬引き上げ率決定の際に自然増が考慮されるようになった。自然増とはこの場合、医療費の増加要因のうち、人為的な要因である診療報酬改定以外の要因による医療費の増加を意味する。具体的には、医療の高度化による診療の内容・診療パターンの変化や

過剰診療等が考えられるが、特定はできず、しかも他の要因等とは独立に着実に増加しているものである。そして、医療機関の収入は、診療報酬改定のみならず自然増によっても増加し得るものであり、診療報酬改定は、医療機関のコスト増から医療費の自然増を差し引いた部分のみを補填すれば足りると考えられるようになった。

第二の点は、第一の点の帰結として、昭和56年の改定以降の引き上げ率はそれ以前と比べて非常に低く抑えられるようになったということである。昭和56年の改定の場合、保険点数は平均8.1%引き上げられたものの、同時に薬価基準が平均18.6%（医療費ベースで6.1%）引き下げられたため、実質引き上げ率は2.0%となった。56年以降の改定でも、実質引き上げ率の非常に低い改定が続いている（表1）。

この変容に関しては、昭和50年代の政府の財政管理手法、特にシーリングの設定が深く関連する⁹⁾。シーリングの設定によって、社会保障関係費

表1 診療報酬と薬価基準改定の推移

診 療 報 酬		薬 価 基 準		
改定年月	引き上げ率 (%)	改定年月	引き下げ率 (%)	
			薬価ベース	医療費ベース
昭和40.1	総医療費で9.5	昭和40.11	11.0	4.5
40.11	総医療費で3	42.10	10.2	4.1
42.12	医科7.68, 歯科12.65	44.1	5.6	2.4
45.2	医科8.77, 歯科9.73	45.8	3.0	1.3
	45年7月1日から医科をさらに0.97%引き上げ			
47.2	医科13.70, 歯科13.70, 薬局6.54	47.2	3.9	1.7
49.2	医科19.0, 歯科19.9, 薬局8.5	49.2	3.4	1.5
49.10	医科16.0, 歯科16.2, 薬局6.6	50.1	1.55	0.4
51.4	医科9.0, 薬局4.9			
51.8	歯科9.6			
53.2	医科11.5, 歯科12.7, 薬局5.6, 平均11.6	53.2	5.8	2.0
56.6	医科8.4, 歯科5.9, 薬局3.8, 平均8.1	56.6	18.6	6.1
58.2	老人点数表を設定, 医科0.3	58.1	4.9	1.5
59.3	医科3.0, 歯科1.1, 調剤1.0, 平均2.8	59.3	16.6	5.1
60.3	医科3.5, 歯科2.5, 調剤0.2, 平均3.3	60.3	6.0	1.9
61.4	医科2.5, 歯科1.5, 平均2.3	61.4	5.1	1.5
63.4	医科3.8, 調剤1.7, 平均3.4	63.4	10.2	2.9
63.6	歯科1.0			
平成元.4	平均0.11 (1ヵ月程度の在庫を勘案して調整後)	平成元.4	2.4%引き上げ	0.65%引き上げ
2.4	医科4.0, 歯科1.4, 調剤1.9, 平均3.7	2.4	9.2	2.7
4.4	医科5.4, 歯科2.7, 調剤1.9, 平均5.0	4.4	8.1	2.4

資料：厚生省大臣官房統計情報部編「国民医療費」。

の伸びも抑制されるために、財源的に、診療報酬の値上げは困難になった。また、一般に、財政のカットバック・マネジメントは、査定側の要求側に対する地位を強化させるが、診療報酬改定に関する厚生省および支払い側と診療側との交渉においては、予算編成におけるシーリングの設定が、診療側の要求を抑えるための正当化材料として使われることになった。従来の診療報酬の引き上げ率の決定は、武見太郎を中核とした政治的決定に委ねられていたことは既に述べたが、武見が得意とした厚生省に対する派手なパフォーマンスは、「大幅な増額が行われたのは過去のことであり、今は、削減が正統かつ不可欠な行為であるという役割期待」[田辺 1993, p.39]の成立によって、昭和50年代には許されなくなっていたのである。日本医師会の政治力がこの時期急激に低下したとして、その原因を、武見の引退や組織率の低下等で説明することが多いが¹⁰⁾、政府の財政統制の手法との関連も見逃すことはできない。シーリングの設定によって、日本医師会の従来の行動パターンの継続は不可能になったのである。

さて、既に述べた第一、第二の点が、診療報酬の全体の引き上げ率に関するものであるのに対し、次に述べる第三、第四の点は、「点数表」の運用に関わるものである。

第三の点は、点数の包括化（いわゆる「まるめ」）つまり、一部の定額制が導入されたことである。これは、まず昭和56年改定において、検査点数の包括化として現れた。この包括化の導入の背景として、検査漬け医療の是正の要請のほかに、当時既に老人保健法の法案作成作業が進められていたという事情も指摘できる。つまり、老人保健法の焦点の一つは出来高払い制の見直しであり、56年の改定において従来の出来高払い制に部分的に包括払いを導入することでその先導役を果たし、老人保健法制定を準備しようとしたと考えられる。なお、包括化（定額制）の傾向は、老人保健法に伴い設定された「老人保健点数表」で更に強められた。定額制の採用は、出来高払い制の場合に容易だった診療内容の把握を困難にさせるが、医療費に関する予測性を高め、医療費のコントロ

ールを容易にするという利点がある。

第四の点は、全体の引き上げ率が抑えられているために、「点数表」の改定は、資源配分の効率化、合理化という側面が強まったということである。昭和56年改定以前の改定では、既にある項目の点数が引き下げられることはほとんどなかったが、この改定で、腎臓透析に使うダイアライザーの点数が大幅に引き下げられたのをはじめ、これ以降の改定では、いずれかの点数を引き上げるためには、いずれかの点数を引き下げるというように、パイ全体の大きさを変えるのではなく、限られた大きさのパイの分け方を変える方法に移行したのである。

そして、第五の点として、薬価基準の適正化を目的として、薬価算定方式が修正され、診療報酬の改定のたびごとに大幅な薬価の引き下げが行われるようになった。これによる効果は、国民医療費中に占める、投薬・注射に用いられる薬剤費の比率の低下（例えば、昭和55年度は38.2%であったが、61年度には28.5%になった）によっても示されている。

以上が、診療報酬制度の運用による費用管理の概要である。

このように昭和50年代の医療政策は、費用管理を主眼とした医療保険政策として展開された。医療保険制度の改革および診療報酬の改定における運用方法の変容、そして「医療費支出適正化対策」に掲げられる個々の施策の成果は、国民医療費の増加率の低下によって表されたといえる。また、国民医療費の財源別構成割合を見ると、医療保険制度の改革の結果、保険料や患者負担が昭和58年度前後を境にその後は増加の傾向を示しているのに対し、公費は昭和58年度をピークに、それ以降は減少している。しかも、公費の内訳では、地方負担は増加しており、国庫負担の減少が著しい。昭和50年代の医療政策における費用管理は、厚生省の立場から見れば、国民医療費の増加率の低下という点と、国庫負担の減少という点で成功したといえる（表2）。

表2 国民医療費（総額および対前年度増加率）とその財源別構成割合の年次推移

	国民医療費		財源別構成割合（数字は総額を100とした場合の百分率）					
			公 費			保険料	その他	
	総額 （億円）	対前年度 増加率（％）	総数	国庫	地方		総数	患者 負担
昭和50年度（'75）	64,779	20.4	33.5	28.9	4.6	53.5	13.0	12.9
51	76,684	18.4	33.8	29.3	4.4	53.6	12.7	12.5
52	85,686	11.7	34.8	29.6	5.2	53.3	11.9	11.7
53	100,042	16.8	35.1	30.0	5.1	52.9	11.9	11.7
54	109,510	9.5	35.3	30.1	5.1	53.0	11.7	11.4
55（'80）	119,805	9.4	35.5	30.4	5.1	53.2	11.3	11.0
56	128,709	7.4	35.4	30.3	5.1	53.5	11.1	10.8
57	138,659	7.7	35.6	30.4	5.2	53.6	10.8	10.5
58	145,438	4.9	36.4	30.6	5.7	52.5	11.1	10.8
59	150,932	3.8	34.5	28.6	5.9	53.7	11.9	11.6
60（'85）	160,159	6.1	33.4	26.6	6.8	54.3	12.3	12.0
61	170,690	6.6	33.1	26.1	6.9	54.6	12.3	12.1
62	180,759	5.9	31.6	24.9	6.7	55.6	12.7	12.5
63	187,554	3.8	31.5	24.5	6.9	55.9	12.6	12.4
平成元年度	197,290	5.2	31.4	24.7	6.7	56.1	12.5	12.3
2（'90）	206,074	4.5	31.4	24.6	6.8	56.3	12.3	12.1

資料：厚生省大臣官房統計情報部編『国民医療費』より作成。

II 供給管理

1. 概 説

医療行政において、医療保険政策と並ぶもう一つの柱である医療供給政策は、医療サービスの質の管理および医療サービスの市場における供給量の調節を主な目的とする。医療サービスの質の管理は、国家試験の実施、健康保険法に基づく指導・監査、あるいは医療法における医療施設の設備構造の基準や従業員数の規定、医療監視等により行われている。一方、医療サービスの供給量の調節は、大学医学部定員の増減や医療機関の開設許可等により行われる¹¹⁾。特に昭和30年代以降高度成長期にかけては、国民皆保険の円滑な実施のための医療サービスの供給増大の必要性から、民間資本による医療機関の整備拡充が図られ、金融面での助成（医療金融公庫による長期低利の融資等）、税制面での優遇（社会保険診療報酬課税の特例制度等）、医療法による公的病院の病床規制等が

講じられてきた。

医療機関の整備拡充は、医療へのアクセスの平等に寄与する。医療に関する需要が供給によっても喚起されることは、古くから、医療経済学等の研究によって指摘されていることであるが、「需要、供給両面にわたって少し過剰」¹²⁾であると認識された昭和50年代の医療においては、それらの制御が政策課題として認識されたのである。すなわち、昭和50年代半ばより登場する一連の施策は、「医療に関する需要の制御」という需要管理の観点から整理することができる。需要と供給は表裏一体のもので区別が困難であるが、供給管理に関しては、需要管理と狭義の供給管理とに分けて論ずることとしたい。需要管理のための施策は、個々の施策に見られる需要の制御という機能に着目して取り上げている。需要管理は、医療費政策の一環であり、費用管理を補完するものとして位置づけられる。一方、後者の、狭義の供給管理とは、文字通り、供給体制そのものに関わるものであり、これに関する施策が登場するのは昭和60年代に

入ってからである。

2. 需要管理

(1) 医療に関する需要およびその発生過程について

ここでは、はじめに、医療に関する需要とその発生過程¹³⁾を示すことにしたい。

まず、ある健康な人に医学的に認められる何らかの病気や怪我が発生した場合、医療サービスに対する医学的な「ニーズ」が発生したということになる。この「ニーズ」を「医療ニーズ」と呼ぶこととする。

次に、「医療ニーズ」の発生後、苦痛や病気の兆候などから「医療ニーズ」が自覚され、更にその人が、病気の治療に対する医療サービスの利用価値について積極的に評価している場合、医療サービスを消費したいという「欲求」が心理的に形成される。逆にいえば、医学的見地から「ニーズ」が発生していたとしても、患者がそれを自覚しなかったり、自覚していても、医療に対する信頼がなかったりするために「欲求」が形成されないこともある。あるいは、医学的には「ニーズ」が発生していなくても、「欲求」が生じる場合もある¹⁴⁾。このように、必ずしも「医療ニーズ」の発生と「欲求」の発生とは一致しない¹⁵⁾。

さて、患者の「欲求」が心理的に形成されると、患者はその「欲求」を満たそうとして「受療」¹⁶⁾という行動をとる。すなわち「受療」は、患者のマーケットビヘービアによって決まる。患者の受療行動を規定する要因は主に二つあり¹⁷⁾、一つは医療サービスの「供給体制」である。これは医療機関の有無や自宅からの距離等、アクセスに関するコストのことである。二つ目は、患者の所得水準、医療サービスの価格などの「経済的要因」である。「医療ニーズ」および「欲求」は経済的考慮、すなわち医療サービスの価格や保険を含む財政的資源などから独立しているが、「受療」は一般にサービスの価格が低くなるにつれて増加し、また財政上の負担能力の向上によっても増加する。したがって、「供給体制」と「経済的要因」の二つの要件をクリアした場合に初めて「受療」は発生する。

そして「受療」の発生の後には、通院、入院、在宅療養といった診療形態を選択する段階があり、更にその後には、機能訓練が位置づけられることになる(図1)。

なお、これらの各段階での医療に関する需要は、大抵の場合、直接的には行政需要とは認められない。これらの需要の充足は、まず第一に、医療サービスの供給者たる医師あるいは医療機関に求められるからである。しかしながら、既述の通り、行政は、サービスの質の管理および需給調整、あるいは、保険制度をも含めた医療システムの維持という目的から医療への介入を行っている。そのため、個々人の医療に関する需要も、間接的には行政需要になり得るものである。したがって、ここでは、各段階での医療に関する需要も、行政需要に準ずるものとして扱っていくことにしたい。

(2) 需要の制御のための諸施策

昭和57年に制定された老人保健法は、老人医療費の負担の公平化を狙いとした老人保健制度の創設、あるいは老人医療一部自己負担の導入などの

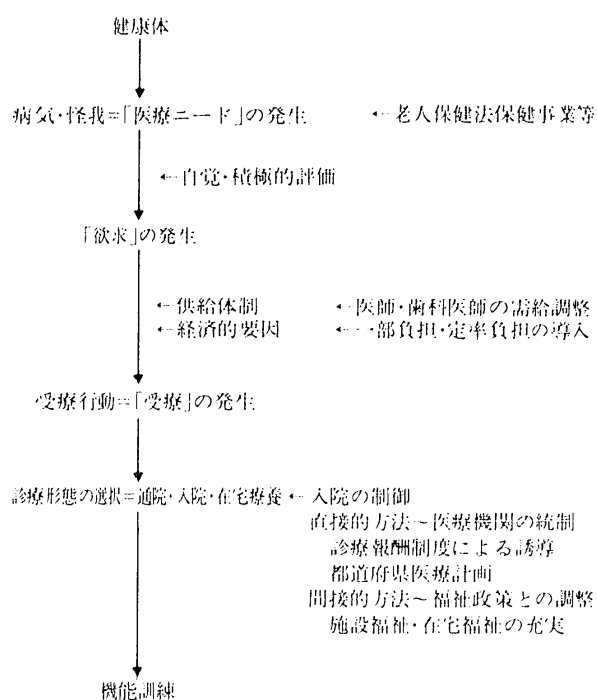


図1 医療に関する需要の発生過程と需要の制御に関する施策

面が強調されがちであるが、初めて法律上において医療を「包括医療」として位置づけたことの意義も重要である。

「包括医療」とは、医療を、人間の全生活を包括するもの、すなわち、臨床医学だけではなく、予防、健康増進、リハビリテーション、社会復帰までを含めたものとする考え方である。この「包括医療」論は、既に昭和39年に日本医師会の指導理論として正式に打ち出されていたが、当時、この理論は、コミュニティ理論、管理医学等、一連の日本医師会の指導理論の一つとして、医師の指導性の強化、医療費（医師の収入）増大のための戦略として提示されたと考えられる¹⁸⁾。しかしながら、老人保健法では、「包括医療」は、医療費抑制のための戦略として提示されたといえる。そして、従来の医療政策では、医療保険制度および医療供給体制の拡充という形で、医療に関する需要の発生過程における「欲求」から「受療」への移行の過程に行政の主なアクセスポイントがあり、また、「受療」への移行を促すことが意図されていたが、昭和50年代半ば以降の一連の施策は、発生過程における行政のアクセスポイントを増加させ、そして、各ポイントでの需要を制御するという方法で、需要管理が行われているのである。

そこで、次に、需要管理のための施策を、医療に関する需要の発生過程の各段階ごとに整理していきたい。

① 「医療ニード」の発生の制御

ここでは、老人保健法において保健事業として規定されている健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査等が挙げられる。

② 「受療」の発生の制御

「受療」への移行のための「経済的要因」と「供給体制」という二つの条件のうち、「経済的要因」の操作を目的とするのが老人医療の一部自己負担の導入、および健康保険法等の改正による被保険者本人の定率負担の導入である。また、「供給体制」という条件を操作する政策としては、医師および歯科医師の需給調整が挙げられる¹⁹⁾。

③ 診療形態の選択——入院の制御

昭和50年代後半以降の医療供給に関する諸策

は、医療費増加の寄与要因として入院の割合が増加したと連動して、入院の需要の制御という方向に収斂されるといえる。入院を制御するためには、医療機関に直接働きかけて、患者の入院を抑える方法と、間接的に、診療形態として入院以外の選択がしやすくなるように、環境整備を行う方法とが挙げられる。前者の場合は、医療機関に対する統制が重要になり、後者の場合は、福祉政策との調整が必要になる。

(i) 直接的な方法

直接的な方法の第一は、診療報酬制度における入院時医学管理料の逡減制である。すなわち、入院期間が長引けば長引くほど、医療機関の収入は減少するような仕組みである。

第二は、昭和60年医療法改正による都道府県医療計画²⁰⁾の導入である。医療計画では、必要的記載事項として医療圏を設定し、医療圏ごとの必要病床数を定めることとされており、病院の開設、病床数の増加、病床の種別の変更の許可については、必要病床数に基づいて決定されることになった。この改正によって、医療機関の増設を量的に規制する都道府県知事の権限が強化されたといえる。

(ii) 間接的な方法

一方、間接的な方法とは、福祉施設サービスや在宅福祉サービスを充実させることになる。日本で老人の「社会的入院」が多いのは、「福祉等の整備が不十分であったこと、老人保健施設など長期療養のための施設がなかったこと、在宅サービスが立ち遅れていたこと等、総合的な老人のケアシステムが確立されていなかったことによる」²¹⁾と考えられている。そのため、まず、昭和61年12月の老人保健法改正において、病院と老人ホームの中間、すなわち医療と福祉の接点に位置するような施設として老人保健施設の創設が定められた。また、特に在宅福祉の充実を推進させるため、平成元年12月には、厚生・自治・大蔵三大臣合意による「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）が策定され、更に平成2年6月には、その達成に資するための福祉制度の確立を目指して、いわゆる福祉関係8法の改正が行われた。

(3) 需要の制御方法の類型化による整理

需要管理に関する考察のまとめとして、最後に、これらの施策を需要の制御方法の類型²²⁾から整理してみたい。

まず、「医療ニード」の発生を制御することを意図した老人保健法の保健事業は、健康に関する自己管理の意識を高め、「需要の発生そのものを抑制する方法」である。

また、「受療」を制御するための、老人保健法による老人医療の一部自己負担の導入、および健康保険法等の改正による被保険者本人の定率負担の導入は、患者のコスト意識を喚起させ、直接には医療機関へのアクセスを制御することによって「行政需要の圧力強度を抑制する方法」として位置づけられる。一方、医師・歯科医師の需給調整は、「需要を充足させ得る供給体制を制限することで需要を潜在化させる方法」、つまり総量抑制の方法であるといえる。

入院の需要を制御するための施策は、総じて「需要が行政需要として顕現する程度を抑制する方法」といえる。更にそのなかでも、医療計画上の病床数の制限は、医師・歯科医師の需給調整と同様の総量抑制の方法であり、一方、老人福祉政策としての福祉施設、在宅福祉サービスの拡充は、「ある政策領域の需要が顕現する程度を抑制するために、他の政策領域における施策によって、需要の充足を補完させる方法」と捉えることができる。

以上で示してきたように、医療政策の需要管理においては、極めて多様な方法によって需要の制御が図られるようになってきていることがわかる。

しかしながら、需要管理がどの程度医療費増加の抑制に効果があるかを判断するのは困難である。例えば、「医療ニード」の発生を制御するための予防活動の有効性自体の検証は未だに不十分であり、また、保健事業の不徹底な実施が患者の顕在化のみに貢献した過去の事例もあった²³⁾。したがって、需要管理はあくまでも補完的なものであり、主要な戦略にはなり得ない。そこで、医療供給体制そのものの改革、すなわち、狭義の供給管理が必要とされるのである。

3. 狭義の供給管理

(1) 供給管理への重点の移行の背景

昭和60年代に入ると、医療政策の重点は、医療費増加の抑制を目的とする費用管理・需要管理から、狭義の供給管理へと移行してきたといえる。このような移行を促した背景として、次のような要因が考えられる。

第一に、既述の通り、医療保険制度改革等の結果、国民医療費の伸びの減少が見られ、費用管理の一定の成果が認められたことが挙げられる。しかしながら、その反面、費用管理、あるいは需要管理の面からの医療費増加に対するコントロールの限界もまた認識されたところだった。

第二に、事務次官の交代が挙げられる。昭和61年6月に、吉村仁の後の事務次官に幸田正孝が就任した。「医療問題は財政問題」であると明言し、保険制度改革に力を入れた吉村に比べて、幸田は医療に関しては、「中身に手をつける」という意識が強かったといえる。また、省内全体としても、それまでの「保険帝国主義」ともいわれていた保険局優勢の空気に対する批判が強まっていたといえる²⁴⁾。

そして第三に、これも既に述べたが、シーリングの下における診療報酬制度の運用の変更によって、日本医師会の行動パターンも変容を強いられたということである。これまで日本医師会の医療行政へのコミットの中心的な経路は診療報酬制度であったが、この制度を通じた主張が非常に困難になってきたために、日本医師会は、自己主張し得る新たな局面を求めていくことになった。それが、医療供給体制に関する主張となっていたのである。そして、こうした診療側の事情と、供給体制の改革の必要性を強く認識した厚生省の目標とが結びついて、医療供給体制の改革へとつながっていったと考えられる。

(2) 新しい傾向——「良質」と「効率」

このような背景の下で、昭和60年代の医療政策には、従来とは異なる新しい傾向が見受けられた。それを象徴するのが、昭和62年1月の「国民医療総合対策本部」の設置である。これは、昭和57年の国民医療費適正化総合対策推進本部を発展的に

解消したものとされており、組織の構成も類似しているが、検討の課題が医療費の適正化から医療システムの合理化・効率化に移行した点に相違が見られる。そして、62年6月に発表された中間報告において、今後の医療政策のヴィジョンが明らかにされた。中間報告は、老人医療費の増加と、国民生活水準の向上・意識の変化とにどう対応していくか、という観点から出発しており、日本の医療政策が、「従来の量的拡大から質的拡充の時代を迎えた」ことを確認し、「医療サービスの量から質への転換」を今後の方向の基本に据えている。そして、「これからの医療改革の基本」は、『『質の良い』医療サービスを『効率的に』供給していくためのシステムづくり』であると捉えている。つまり、今後の供給管理においては、「良質」と「効率」という課題が掲げられたのである。

ところで、この「良質」とは、所期の目標水準の達成度から評価する有効性 effectiveness によって測られるものとして、また、「効率」は、投入・産出比率から評価する能率性 efficiency を意味するものとして考えられる²⁵⁾。従来の医療政策では、サービスの質に関する有効性の基準はほとんど顧みられず、投入（国民医療費）の削減に力点が置かれていた。かつて吉村仁は「量から良質医療へ」と「良質」という言葉を使ったが、そこでの「良質」は能率性の追求を意味していた。それに対して、中間報告における「良質」は、初めて、有効性の意味合いで語られ始めたのである。

このように、中間報告からは、医療政策に新たな基準が据えられたように見受けられた。そして、中間報告以降、有効性の追求、すなわち、医療サービスの質の向上を謳う施策も目立つようになった。以下においては、それらの施策を検討することによって、医療政策における能率性と有効性の関係や有効性の内容について明らかにしていきたい。

（3）「効率」に関する施策

中間報告でいう「効率」に関する最重要施策は、医療機関の機能別再編成である。つまり、既存の医療機関を、高度専門病院、慢性疾患の治療を中心とする病院、急性疾患の治療を中心とする病院

等に区分していこうとするものである。

平成4年の医療法改正では、新しく構築しようとしている医療機関の機能体系の両端にあたる高度医療と慢性医療を提供する施設が、それぞれ特定機能病院、療養型病床群として位置づけられた。なお、医療機関の機能別再編成は現在も進行中であるが、これに関しては、保健・福祉政策との連関の中で考察していくことも重要である。

（4）「良質」に関する諸施策

中間報告でいう「良質」に関しては、次のような施策が講じられている。

まず第一に、診療報酬制度上における特定療養費制度の運用の拡大である。これは、患者のニーズの多様性や高度化、患者の選択権を認めることを前提としている。特定療養費制度とは、例えば、患者が自らの希望により、個室を選択した場合には、通常の入院費用は保険により賄われるが、それを超える個室という特別のサービス部分に関しては、医療機関が患者に負担を求めることを認めるものである。昭和59年の制度発足当初は、差額ベッドと歯科選択材料のみ認められていたが、昭和63年の改定では、紹介外来型病院の初診、特別注文食品を含む給食、平成4年の改定では、特別材料給食、予約診察、時間外診察等が認められた。

第二には、マンパワーの充実である。そのために、まず診療報酬点数上、マンパワーの評価が強化された。平成4年の改定では、マンパワーの人数による介護力、看護力の評価が重視される一方、医療法標準人員以下の医療機関に対するペナルティを強化し、医師数、看護婦数がともに医療法標準人員数の80%（従来は70%）以下である場合には入院医療管理料と看護料を90%でしか請求できないこととされた。財政的な制約の下で、診療報酬制度は「制裁」としての機能が強まっているといえる。そして、著しく職員が欠如している病院は、重点指導対象病院として位置づけられることになった。

このような流れの当然の帰結として、行政は、従来の、「普遍平等の医療体制」の建前、すなわち、医療の質は全国的に均一なレベルが確保されており、国民は健康保険証を提示すれば、全国どの医

療機関においても同じレベルの医療を受けられるはずであるという建前を否定し、医療機関によって提供されるサービスに格差があることを認めざるを得なくなった。そして、「良質」に関する施策の第三として、患者に対する情報の提供という点から、平成4年の医療法改正により、広告規制が緩和されることになった。この改正では予約制、紹介、休日診療、駐車設備、往診、訪問看護、総合健診等が、広告できる事項として追加された。また、従来法律で定められていた診療科名については政令で定めることができるようになるなど、厚生省は、広告規制を緩和するための広い裁量権を得たことになる。

(5) 「効率」と「良質」との関係

しかしながら、更に考察を進めると、「質の良い」サービスを提供するための施策は、能率性、更には、費用管理、すなわち医療費増加の抑制に対しても、十分寄与するものであることがわかる。

第一の特定療養費制度については、既述した目的のほかに、医療保険の給付範囲の変更が、従来よりも容易にできるようになったことの意義が大きい。これによって、従来、保険給付されていたサービスを特定療養費として組み立て直すことなどができるようになった。したがって、法改正によって、医療保険の負担率、給付率を変更しなくとも、給付範囲の変更による費用操作が容易にできるようになったのである。これは、費用管理的側面をもつ。

また、この制度の拡大も、第二のマンパワー評価の強化も、病院の機能水準の差異を明確にするものである。それに広告規制の緩和が加わることにより、患者の医療機関の選択に一定の市場原理が導入され、医療機関間の競争が促されると考えられる。医療法標準人員以下の医療機関に対する診療報酬上のペナルティも、この競争に拍車をかけることになる。ここで、これらの施策と、需要管理のところでも述べた福祉政策の充実や医療機関の機能別再編成とのつながりが確認できないだろうか。つまり、一定の市場原理が導入されれば、競争によって、経営が成り立たなくなる医療機関も出てくることが予想される。一方、老人病院お

よび老人保健施設の開設者として最も期待されているのが民間の医療法人である。そこで、競争によって、経営難に陥った医療機関は、治療や看護ではなく、介護を中心とする老人病院や老人保健施設への転換が期待されるのである。

このように考察してみると、医療サービスの質的向上を目指した施策であっても、費用管理的な側面や効率性に対する寄与も大きいことがわかる。しかも、現在のところは医療サービスの有効性の評価基準さえも確立されてはいない。「効率」と「良質」との関係は、やはり、前者が重視されているといえ、サービスの質の向上を目指す施策は、能率性追求のための手段としての位置に甘んじているともいえる。すなわち、昭和50年代の費用管理中心の医療費政策が、昭和60年代以降においても様相を変えて継続されているのである。

III 政策資源の構成という観点からの整理

前節までは、医療政策に見られる行政の管理手法の重点の推移を、費用管理、需要管理、(狭義の)供給管理という観点から説明してきた。最後に、これまで見てきた諸施策や制度の運用方法に関して、考察の視角を変えて、行政の「対象」(ここでは医療システム)に対するコントロールの手段における政策資源の構成という観点からの整理を行ってみたい。

Hoodの分類によれば、政策目的を達成するための手段を構成する資源として、①情報 nodality (情報や社会的ネットワークの中心にること)、②資金 treasure (金銭や、その他自由に金銭に交換できる財)、③権威 authority (法的あるいは公的な権限一法制度、計画等)、④組織 organization (何らかの形で編成された人、建物、装備等)の四つが考えられる²⁶⁾。この類型を基準にして、考察を進めていきたい。

従来の医療政策、特に医療機関の統制に関する政策資源としては、「資金」の比重が高かったといえる。高度成長期の医療サービスの供給量の拡大と診療機能の向上とを目的とした民間の医療機関に対する金融面での助成や税制面での優遇措置は

その典型的な例であるし、政策誘導の最も有効な手段である診療報酬制度も、点数を引き上げる方法で医療機関を誘導するという意味で、やはり「資金」に依存するものであった。

しかしながら、昭和50年代以降、医療システムのコントロール手段は多様化し、そこに使われる政策資源もまた従来とは異なる様相を示している。

まず、診療報酬制度は、厳しいシーリングの設定という財政状況の下で、点数の引き上げよりも、点数をいかに配分するかが重要になった。また、医療法違反に対する制裁的な機能も強められている。これらの運用の変更は、診療報酬制度の政策資源の構成という観点からいえば「資金」の比重が下がり、「権威」の比重が高まったことを意味している。更に、近年では、診療報酬の改定と医療法の改正や健康保険法等の改正とがリンクすることにより、「権威」に基づく政策手段として、更にその効果を高めている。

このほか、計画の導入という形で「権威」を利用したものが、都道府県医療計画による病床数のコントロールである。一般に、計画は裁量の余地の大きいものとして認識されているが、都道府県医療計画の場合、必要的記載事項については、必要病床数の算定方式等が詳細にわたって医療法施行規則や通知等で規定されているため、新たなルールを導入としての意味合いが強いといえる。

「情報」という資源の利用は、医療サービスの供給者を対象にする場合と、広く一般の市民や患者を対象とする場合とに区分される。前者に関しては、既に「資金」と「権威」とから説明した診療報酬制度を、ここでまた取り上げることになる。すなわち、この制度は、行政が志向する医療政策の方向性を、情報として医療機関に伝達する機能も果たしているのである。しかし、昭和50年代以降の特徴はむしろ、後者の場合、すなわち広範な集団を対象とする点にあるであろう。老人保健法が規定する保健事業の実施は、一般市民を対象に、「健康」に関する共通の認識前提を提示する効果も果たしている。また、広告規制の緩和により、各医療機関が提供するサービスの種類・範囲・程度が従来よりも明確に患者に示されるようになった。

このような「情報」という資源の利用によって、患者の「受療行動」を操作し、一定の市場原理の導入を実現させようとしているのである。

最後に「組織」に関しては、近年の他の多くの政策領域にも共通することであるが、官一民という軸における「民」の重視、中央一地方という軸における「地方」の重視という方向性が見られる。前者の「民」の重視については、そもそも昭和30年代以来、医療サービスの提供は主に民間の医療機関に委ねられてきているのであるが、将来の医療システムの再編成、更には保健・医療・福祉の連携を視野に入れたシステムの構築においても、民間資本の利用、つまり、既存の医療機関の利用が期待されているといえる。そして、そのために、医療サービスの市場においても競争原理の導入などが図られている。また、後者の「地方」の重視に関しては、都道府県医療計画の導入や老人保健法保健事業の実施主体が市町村であることなどによって裏付けられる。政策の実施機能における市町村の、また、調整機能における都道府県の役割が高まっているといえる。

IV 結 語

昭和50年代以降の医療政策は、費用管理から、需要管理、狭義の供給管理へと重点を移行させてきたといえる。それは医療費政策から医療供給政策への移行である。しかしながら、医療供給制度の改革に着手し、「質の良い」医療を謳う昭和60年代以降の医療政策においても、未だに、医療費政策としての側面が強いことが考察された。一方、医療政策の各施策に見られる政策資源の構成という観点から見ると、経済の低成長という背景の下で、政策資源も、従来の「資金」への偏重から「権威」「情報」の活用へと多様化してきている。また、「組織」という資源に関しては、「民間」および「地方」の重視という方向性が示されているといえよう。

ところで日本の医療政策において、医療保険政策と医療供給政策とをつなぐ要として、あるいは、医療システムの管理を行う行政とサービスの供給

主体とをつなぐ要として、医療政策の最も有効な政策手段であり、一貫して重要な機能を果たし続けているのが、診療報酬制度である。制度の運用方法の変更によって環境変動に対応し、その制度がもつ政策資源を多元化させ続けているといえる。

医療システムの改革は、現在もまだ途上にあるため、確定的な評価を行うことはできない。しかし、今後の医療政策の一つの鍵は、有効性という観点からの医療サービスの質の向上にあると思われる。まずは、その評価方法、評価基準の開発が必要である。そしてそれは、今後の政策研究の課題でもあるのである。

注

- 1) 例えば、早川他 (1986)、高橋 (1988, 1989)、印南 (1990)、加藤 (1991)、J. C. Campbell (1992) 等がある。
- 2) 本稿は、1993 年 12 月に東京大学大学院法学政治学研究科に提出した修士論文「昭和 50 年代以降の医療政策の変容」の一部を要約したものである。詳細については、藤田 (近刊) を参照されたい。
- 3) 例えば、吉村 (1978.8~10, 1983)。また、講演内容を記述したものとして、『週刊社会保障』No.1221 (58.4.4.), pp. 42~45, No.1266 (59.2.20), pp. 14~16, 32~34, 『社会保険旬報』No.1435 (58.7.1), pp. 14~17 等がある。インタビューに答えたものとしては、『社会保険旬報』No.1408 (57.10.1), pp. 8~13, No.1439 (58.8.11), pp. 15~21 等がある。
- 4) その主張の背景には、厚生省が管轄する他の社会保障政策、特に年金政策への配慮があった。ゼロ・シーリングやマイナス・シーリングの下、年金費用は今後不可避免的に増加するため、医療費の伸びが、他の社会保障関係予算全般の伸びに多大の影響を及ぼし、他の福祉政策の費用の制約につながる。厚生省は年金等の他の福祉政策における自律性を保持するためにも医療費問題に対処していかなければならなかったのである。早川他 (1986), p. 225 参照。
- 5) これは、指導監査の強化、レセプト審査の充実・改善、薬価基準の適正化等を内容としている。これらの項目は、目新しいものではなかったが、新たに「対策」として打ち出すことの効果を狙ったものと考えられる。なお、この「対策」は、昭和 56 年度以降の厚生省の予算要求において継続されている。
- 6) これは、第二臨調の基本答申、政府の行革大綱を受けて発足されたものである。この「推進本部」は、当時の山下事務次官を本部長とし、官房長をはじめ関係局長など 6 人を副本部長に、また、大臣官房審議官をはじめ、関係部課長 8 人を本部長として構成された。この本部の下に、基本問題を検討する三部会と、専門問題を検討する四つのプロジェクト・チームが置かれた。具体的措置の検討に当たりプロジェクト方式をとることで、局際的な問題の調整促進を図ったといえる。また、検討に関しては時期的な目安が付けられたが、これは、時間的制約を課すことで、施策の実現性を高めようとしたと考えられる。しかし、「推進本部」発足の一番の効果は、やはり医療費問題への取り組みのアピールであったといえよう。
- 7) 診療報酬制度に関する文献としては、松浦 (1990)、「データで読む医療政策 診療報酬体系論といくつかの格差 (その一)・(その二)」『ばんぼう』1993 年 7 月号, pp. 135~138, 8 月号, pp. 132~135, 田中 (1993), キャンベル・増山 (1994) 等がある。
- 8) 広井 (1992), pp. 6~11 参照。
- 9) 昭和 50 年代の政府の財政管理手法については、田辺 (1993 a) を参照のこと。
- 10) 例えば、高橋 (1986), pp. 256~258。
- 11) なお、免許制度による医師の需給調整については大杉 (1993) が詳しい。
- 12) 吉村仁の講演での発言。『週刊社会保障』No.1221 (58.4.4.), p. 43。
- 13) 都村 (1970~1971, 1973) を参考にした。
- 14) 健康への関心が高まり、客観的に健康状況が向上するにつれて、受療率が向上するという現象は、このようなケースによって説明され得る。
- 15) なお、一般には、「医療ニーズ」と「欲求」とをまとめて、ニーズと呼ぶ場合が多い。田中 (1993), p. 171, 174 参照。
- 16) これを医療需要と呼ぶ場合が多い。田中 (1993), p. 171, 174 参照。
- 17) このほかに、医療機関の機能水準も関係するが、これはむしろ、医療機関の選択に関する要因であるので、ここでは割愛する。なお、機能水準に関しては、田中 (1993), p. 109 参照。
- 18) 野村 (1972), pp. 43~61, 同 (1976), pp. 91~105 参照。
- 19) 厚生省は昭和 59 年 5 月から、「将来の医師需給に関する検討委員会」および「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」を開催したが、同年 12 月にまとめられた「中間意見」および昭和 61 年の「最終意見」において、医師数については昭和 70 年 (平成 7 年) を目途に新規参入を最小限 10% 程度削減すべきこと、また、歯科医師数については 20% 程度削減すべきことが指摘された。
- 20) 医療計画については、郡司 (1991)、大杉 (1993) を参照されたい。
- 21) 昭和 62 年 6 月厚生省国民医療総合対策本部中間報告。
- 22) 西尾勝による三類型 (①需要の発生そのものを抑制する方法、②需要が行政需要として顕現する

- 程度を抑制する方法, ③行政需要の圧力強度を抑制する方法)を基本とした。西尾 (1990), pp. 134~135, 同 (1993), pp. 249~251 参照。
- 23) 武智 (1988~1989) 参照。
- 24) 雑誌の特集で組まれた, 30 歳代~40 歳代前半の厚生官僚 5 人による覆面座談会において, 「今までの医療保険の政策は, 吉村仁さんの理論に集約されると思いますが, それは“保険財政中心の医療”ということなんですね, 「医療保険というのは医療費負担のシステムだ」というのは, 医療保険の財源論として吉村さんがずいぶん言っていたことなんですよ, 「保険局の発想というのは, 今の診療行為が続くであろうという前提でしかモノを考えていないので, 新しいことがなかなかできない, 「いま求められている議論は, 医療サービスの質の問題ではないか。質の悪いサービスはできるだけ削り, 質の良いサービスは伸ばしていこうということであって, そのためにはやっぱり医療の中身に踏み込まざるを得ないわけですよ。だから, 保険帝国主義とか言いますが, 確かに今までの保険局の政策論では太刀打ちできない, 「保険局の枠を超えた政策をつくっていかないとダメなんじゃないか」等の意見が見られる。『ばんぼう』1988 年 10 月号, pp. 30~44。
- 25) 有効性と能率性の定義に関しては, 西尾 (1993), pp. 308~309 参照。
- 26) Hood (1983), pp. 2~7 参照。また, 田辺 (1993b) も参考にした。
- 参考文献**
- Campbell, J. C. (1992) *How Policies Change*, Princeton University Press.
- キャンベル, ジョン・C・増山幹高 (1994) 「日本における診療報酬政策の展開」『季刊・社会保障研究』Vol. 29, No. 4
- 藤田由紀子 (近刊) 『昭和 50 年代以降の医療政策の変容』東京大学都市行政研究会研究叢書
- 郡司篤晃 (1991) 「地域福祉と医療計画——医療計画の基本的諸問題」『季刊・社会保障研究』Vol. 26, No. 4
- 早川純貴・山口祐司・田付晃司 (1986) 「21 世紀の医療保険は展望できたか——健康保険法改正をめぐる政治過程」『阪大法学』第 140 号
- 広井良典 (1992) 「医療費の中長期的分析と展望 (上)」『社会保険旬報』No. 1772
- Hood, Christopher C. (1983) *The Tools of Government*, Macmillan.
- 印南一路 (1990) 「医療政策の形成に関する研究——ネットワーク間闘争による政策形成」日本製薬工業協会委託研究
- 石田 雄 (1961) 『現代組織論』岩波書店
- 加藤淳子 (1991) 「政策決定過程研究の理論と実証」『レヴァイアサン』8 号
- 松浦十四郎 (1990) 「診療報酬はどう変わってきたか」『病院』Vol. 49, No. 6
- 西尾 勝 (1990) 『行政学の基礎概念』東京大学出版会
- (1993) 『行政学』有斐閣
- 野村 拓 (1972) 『講座現代の医療政策』医療図書出版社
- (1976) 『日本医師会』勁草書房
- 大杉 覚 (1993) 「医療行政の再編と健康政策局の組織対応」総務庁長官官房企画課編『社会環境と行政 (III)』行政管理研究センター
- 高橋秀行 (1986) 「日本医師会の政治行動と意志決定」中野実編著『日本型政策決定の変容』東洋経済新報社
- (1988) 「医療政策の形成をめぐる政治家・官僚・圧力団体——1986 年老人保健法改正を事例として」明治大学大学院紀要第 25 集 (3)
- (1989) 「医療保険——政策変容と政治過程」行政管理研究センター調査研究部編『日本の公共政策』
- 武智秀之 (1988~1989) 「生活保護行政と『適正化』政策 (1) (2)」『季刊・社会保障研究』Vol. 24, No. 3, No. 4
- 田辺國昭 (1993a) 「行政理念の変化と財政手法——カットバック・マネジメントを中心に」総務庁長官官房企画課編『社会環境と行政 (II)』行政管理研究センター
- (1993b) 「行政の変化を捉えるには」『季刊・行政管理研究』No. 63
- 田中 滋 (1993) 『医療政策とヘルスエコノミクス』日本評論社
- 都村敦子 (1970~1971) 「やさしい医療の経済学, その 1~その 16」『健康保険』昭和 45 年 7 月号~46 年 12 月号
- (1973) 「医療サービスに対するニーズと需要」『季刊・社会保障研究』Vol. 9, No. 3
- 吉村 仁 (1978) 「医療保険改革の憂鬱な選択——保険官僚の憂鬱」『健康保険』1978 年 8 月号~10 月号
- (1983) 「医療費適正化の方向と対応策」『週刊社会保障』No. 1227 (58.5.16)
- (ふじた・ゆきこ 東京大学大学院法学政治学研究科博士課程)