

した制度が設立された。

そうした中、国民健康保険の再建、健康保険の適用拡大等が行われるようになり、保険診療の受診率も高まり、保険診療が全医療の約 8 割にまで拡大した。保険診療の比重が高まってくるということは、開業医の収入における比重も大きくなるということであり、保険者と医師会の診療報酬をめぐる対立はこれまで以上に激しくなった。一方で、医療技術の進歩、インフレ等による医療費の高騰、保険料滞納等が原因で、健康保険の財政が悪化した。これに対応して、保険事業の適正化が図られたが、特に中小企業を中心とした政府管掌健康保険の赤字が深刻だったため、政府管掌健康保険に国庫負担を導入すべきか否かを検討すべく、学識者等による「七人委員会」が閣議決定により設置された。

1955 年に出された『七人委員会の報告』の中では、いずれの医療保険にも適用されない国民が多い中で、一部のみに適用される保険に対する国庫負担は認めがたいとして、無保険者の問題が取り上げられるとともに、5 人未満の被用者に特別健康保険を適用し、被用者以外の全国民に国民健康保険を適用するという「皆保険体制の構築」が提案された (p.225)。厚生省では、国民皆保険の基本的なあり方を検討すべく、医療保障委員 (委員数が五人であったことから、五人委員会と言われることも) を設置した。こうして、「健兵健民」や社会防衛といった戦前のものとは異なる視点から、国民皆保険が重要であるという認識が生まれた²⁶。

1956 年 (昭和 31 年) には、社会保障制度審議会が「医療保障制度に関する勧告」をまとめ、その中で、戦前からの健康保険と国民保険の二本立ての制度枠組みを維持したままで、「国民皆保険を実現せざるをえない」と明記している。これにより、制度の分立を前提とした上での皆保険のあり方が検討されることになった。また、勧告では、「本来、社会保障制度は、保険主義をとる場合といえども、その責任は国家にあるものである」と明言した上で、特に、事業主負担のない国保において国庫負担率を引き上げる必要性があることが示された。これにより、戦後の日本の国民皆保険の基本的な枠組み体系が概ね決まったといえる。島崎 (2010) は、戦前からの枠組みである二本立ての体系が成功した理由として、被用者保険は、「カイシャ」、地域保険は、「ムラ」という強固な共同体の存在に照応していたことをあげている (p.5)。なお、二本立てといっても、健康保険、国民健康保険それぞれの同一制度内でも給付、負担においてかなりのばらつきがあり、大別すると二本立てであるが、それぞれの細分化された保険者の相違に注目するならば、分立型といったほうがより適切かもしれない。

1959 年 (昭和 34 年) には、国民皆保険の達成に向けて、国民健康保険法は、1938 年 (昭和 13 年) 制定以来の全面的な大改正が行われた。この大改正により、国民健康保険は、任意の組合立ではなく、市町村の公営、強制加入が前提となる。約 4 年の設立準備期間を経て、1961 年 (昭和 36 年)、国民皆保険が達成される。これにより、健康保険等の適用を受けられなかった全国の農村

²⁶ 多田 (2009) は、1950 年代半ば当時の日本は、「二重構造問題」といわれる問題 (都市住民と農村住民の所得格差、大企業従事者と中小企業従事者との所得格差) があり、これを放置すると、社会的緊張が高まると認識されていたことから、国民皆保険・皆年金は、二重構造の対策とらえることができると指摘する (133-171P)。1961 年の皆保険・皆年金の達成により、公的扶助、医療、年金、労災、失業といった社会保険とが有機的な関連性をもつことになり、国民全てを対象とする体系的な制度となり、これにより、体制の安定装置としての役割を担うという一般的な意味での特質を備えた社会保障制度となったという (p.156)。

民、自営業者などが国民保険に適用されることになった。同時に、給付率の向上が図られた。国民健康保険の世帯主の全疾病について給付率が5割(つまり、自己負担率5割)から7割に引き上げられた。一方、健康保険の被保険者本人は給付率10割で自己負担はなく²⁷、被扶養者は入院か外来かで給付率が異なっていた。さらに、1963年(昭和38年)には、国民健康保険、健康保険ともに療養給付期間の期限が撤廃されるなど、保険給付の充実も図られた。

だが、保険証があっても医療機関がなければ、「保険あってサービス(供給)なし」となってしまう²⁸。医療提供体制も保険制度の拡充とともに整備されなければならない。

一圓(2011)によると、国民皆保険の達成という、「医療の需要側の全面社会化」の時期は、「医療の供給側の社会化」の好機でもあった(p.56)。たとえば、1959年(昭和34年)の医療保障委員会の答申では、公費を投入して医療機関の整備と配置の適正化を図ること、家庭医を育て専門医制度を確立すること、病院と診療所を分化することとともに、保険に公費を注ぐだけでなく、公費の使い方としては公的医療機関の整備に用いること、家庭医の報酬は一括払いが望ましいことなどが検討されていたという。この他にも、1960年(昭和35年)に厚生省医務局は試案として病院整備計画、診療所整備計画、財政的措置の3点で構成される「医療機関整備計画案」²⁹を公表した。この計画案では、①都道府県そのほか地方公共団体が設置する公的医療機関を中心に体系的に病院を整備³⁰すること(1965年(昭和40年)度の目標病床数を約88万床(人口1万対91.3床))、診療所の整備(一般診療所の1965年までの整備目標数は2000人当たり1か所、歯科診療所は人口3000当たり1か所)、②診療所は私立医療機関を中核としてはかると明記されている³¹。ただし、へき地等に対しては公的医療機関の出張診療所を設置するなどの措置を講ずるものとしている。また、整備のための財政的措置としては、公的医療機関に対しては、国庫補助や地方債の枠を拡大するなど強力な財政措置を講ずるものとし、私的医療機関に対しては、医療金融公庫を通じて積極的に資金の融通を図るものとしている。

これらの構想は、供給面における「医療の社会化」への動きと見ることもできるが、実際に、具現化したことはない。供給面に対する行政の介入に対して、医師会が大きく反発するという構図があった。財政面についての介入には、なぜ反発しないのか。それは、医師にとっても少なからず利益

²⁷ 被用者が加入する健康保険組合の健康保険は、実質的に企業福利としての役割も担っていたことから、保険料の事業主負担割合や付加給付は保険者によって少なからず異なった。

²⁸ 川上編(2002)によると、国民皆保険の達成により医療機関を受診しようとする病人が増加し、医師、医療機関も不足していたことから、「保険あって医療なし」という言葉が囁かれ、人口が急増した都市部、現象した農村部とくに山間・僻地の両方で供給不足があらわれたという(p.92)。

²⁹ 1961年版(昭和36年度)厚生白書によると、戦後直後に示された「医療機関整備計画」や「基幹病院整備計画要綱」の延長線上に位置づけられ、この「二計画と根本的に性格の相違するようなものではない」という。これらの計画の前提である疾病構造や病床整備状況等の諸条件変化への対応として目標を改定する必要があり試案として作成したとする。

³⁰ 一般病院の配置は、都道府県の区域を病院体系整備の単位とし、都道府県中央病院、地方病院(3から4の保健所の所轄区域ごとに)、地区病院(各保健所の所轄区域ごとに)の三段階からなる基幹病院網を整備するものとしている。さらに、診療機能を強化するため、基幹病院について小児、循環器などの検査施設を整備するとともに、特にがんについては全国の主要都市に専門の病院を設置するものとしている。また、これらの検査施設などを附近の開業医の利用にも供することにより、病院と診療所との提携や医療水準の向上に役立たせるものとしている。

³¹ この整備計画案に対し、川上(1961)は、医療機関の配列を大、中、小と配列しても、医療技術の差が規模別にあるわけではないことから、厚生省の案は卓上のものであると批判している(p.321-322)。

があるからと考えられる。一方、政府からみても、国民皆保険が機能するためには、医師会の協力が必要であり、政治的な利害調整の観点からは、民間医療提供体制を中心に医療機関整備を促進するというのが、現実的に取りうる手段であったと考えられる。

実際、1960年代は、景気の好転と皆保険による需要増の影響を受け、民間資本により医療機関数が大幅に増えた。皆保険導入前の1955年(昭和30年)に5,119(一般病院80%、精神病院5%、結核病院13%、その他病院1.6%)であった病院数は、1961年(昭和36年)には、6,229(一般病院81.2%、精神病院8.7%、結核病院8.9%、その他病院1%)と大幅に増加した。新病院の開設とともに病床数も増え、1955年(昭和30年)に、51万2688床(一般病床38%、精神病床8.6%、結核病床46%、伝染病床3.7%、らい病床2.7%)であったのが、1961年(昭和36年)には、約71万6372床(一般病床44.0%、精神病床13.8%、結核病床36.7%、伝染病床3.3%、らい病床2.1%)となった。政府は、さらに、他の先進諸国並みの病床数を整備すべく、病床数を102万床(うち一般病床59万)にするという目標を設定した。

ところで、1963年(昭和38年)度版厚生白書によると、医師数は皆保険達成時にすでに10万人を超えており、医師一人当たり人口で見ると先進国並みの充足状態であったことが指摘されている。この背景には、戦時中に行われた医師の大量養成(臨時医専の増設)が関係する³²。ただし、当時は、医師の増員抑制という姿勢は打ち出されておらず、医学の進歩や専門分化の傾向、疾病構造の変化、国民皆保険による需要増加を考慮して増員する必要があるという認識が示されている。

国民皆保険を契機に全国的に医療供給体制の量的整備が進む一方で、地域偏在は依然として解消されないままであった。自由開業医制により、医療機関の開設は病院開設者の自由意思に委ねられたことから、経済力の高い地域に偏在する傾向があった。地域の病院偏在は当時の厚生白書でも問題視されていたが、民間病院の配置に規制をかけることはなかった。代わりに、公的病院については、地域差を是正すべく、1963年(昭和38年)5月に医療法の一部が改正され、配置の規制の強化が図られた(医療法30条7)。これにより、いわゆる病床過剰地域については、公的な性格を有する病院の開設、増床を都道府県知事は許可しないことができることになった。

また、この時期は「大企業の国際競争力の強化が目標となり、医療機関の整備に対する財政支出はできるだけ少なくするという政策が実施され、私的医療機関が増加していった」(河野、2006、p.67)。結果として、開設規制の少ない民間病院を中心に病院数はさらに伸びた。特に、個人、医療法人立の精神病院(および精神病床)の増加が著しかった。一方、公的病院は、病床過剰地域のみならず、無医村、無医地区など民間資本による病院開設を期待できない地域においても増えなかったため、地域偏在は改善されないままであった。さらに、都市化とともに進んだ過疎化により、偏在は著しいものとなった。

なお、民間資本を中心に医療機関が急速に整備されることになる背景要因の一つとしては、医師会会長に就任(1957-82年)した武見太郎会長の政治的影響力があると思われる。医療制度調査会の「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」でも、「医師会や歯科医師会の

³² 戦前、医科大学17、医専9であったものが、戦時中に46に医専が増加した。1956年白書では、このため医学教育の水準は相当の低下を来し、戦後1948年に教育制度の大改革が行われ、いわゆる6,3,3,4の新学制が樹立された。

主体的役割が期待される」と強調されている。つまり、「医療の社会化」の動きは、保険財政に関しては国民皆保険という形で制度化されたが、供給体制に関しては、ほとんど実質的な影響力を持たなかったものと思われる。

このように地域偏在は残るものの、戦前に比べると、アクセスは向上し、多くの国民は費用負担をそれほど気にせずに保険証があれば全国どこでもいつでも必要に応じて医療サービスを受けられるようになり、医療に対する需要は大幅に増加した³³。1968年(昭和43年)度版厚生白書によると、1961年(昭和36年)から1966年(昭和41年)までの5か年間で、患者数は33.3%増加したと報告される。当然の結果として、医療費は急増することになる。皆保険導入5年前の1956年(昭和31年)に2583億円だった国民医療費(一人当たり2.9千円)は、皆保険導入年の1961年(昭和36年)に5130億円(一人当たり5.4千円)と大幅に上昇した。導入5年後の1966年(昭和41年)には、1兆3002億円(一人当たり13.1千円)に達した。

一方、こうした急激な支出増に対して保険料収入が追いついていなかったことから、保険財政は最初から芳しくなかった³⁴。国民健康保険の財政状況をみると、1962年度(昭和37年度)赤字決算の保険者が194事業所であったのが、1963年度(昭和38年度)には425事業所、1964年度(昭和39年度)には1361事業所と増大した。財政悪化対策として、国庫負担率の引き上げが相次いで実施された(皆保険達成当時は、定率分の20%、財政調整交付金が5%であったが、1962年には定率分が25%、1963年には財政調整交付金が10%と国庫負担率が年々引き上げられた)。

だが、保険者の財政悪化は、国民健康保険だけの問題ではなかった。中小企業の職員・家族を主たる対象とする政府管掌健康保険(協会けんぽの前身)では、1962年度(昭和37年度)の赤字16億円が、1963年度(昭和38年度)には131億円、1964年度(昭和39年度)には363億円であった。国民健康保険と異なり、定率国庫補助のない政府管掌健康保険の財政はより深刻化した。

2) 高度経済成長と給付の拡充

1960年代半ば以降、日本は本格的な高度経済成長期を迎え、1968年(昭和43年)には、日本はGNPが世界第三位の経済大国となった。「いざなぎ景気」(1965年10月～1970年7月)と呼ばれる好景気が継続する中、高度経済成長に支えられ、1968年(昭和43年)国民健康保険の家族世帯の保険給付が5割から7割に引き上げられるなど、一層の保険給付の拡充が図られた。

同時に医療機関の新設も急ピッチに進んだが、特に個人および医療法人開設の病院、診療所が飛躍的に増加した。病床数も1956年から1966年の10年の間に37万床増加した。そうした中、1966～1970年(昭和41-45年)の国民医療費は年平均17.2%と高い水準で増加した。

だが、一方で、戦後新たに規定された医師の養成機関数に限りがあることから、病院数、病床数の伸びに対し医師数は大きく伸びず、1970年で約12万人(人口10万人あたり127人)と、諸外国に比べて低い水準であった。そのため、1985年までに、人口10万対医師150人を確保すると

³³ 都市化の進展や交通事情の改善もアクセスを容易にした需要を増やした要因であると考えられる。

³⁴ 社会保険制度の特徴として、民間保険のような収支相当の原則、給付対反対給付均等の原則が満たされない。

いう目標が設定され、一県一医大の設置や医学部定員増加が進められた(1983年には目標を達成した)。

高度経済成長期の産業構造に目を転じると、第二次・第三次産業へのシフトが進み、第一次産業従事者割合は、大幅に減少した。それに伴い、農業従事者、自営業者のための保険という色彩が強かった国民健康保険の加入者にも構造的な変化が起こりはじめ、高齢者の構成比が増えはじめた。この結果、医療費が顕著な伸びを示す一方で、収入の少ない人々で構成される国民健康保険の保険料収入は伸びず、国民健康保険財政が構造的に悪化する状態に陥った。そのため、1966年度(昭和41年度)改正で、国庫補助の増額を中心とする財政赤字対策がとられた(財政調整交付金分が5%に引き下げられたが、定率分が40%と大幅引き上げられた)。

一方、高度経済成長期は、医療技術の進歩・普及が大きく加速した時期でもある。CTスキャン、内視鏡など高度検査機械が医療現場に導入されるようになった。出来高払いの診療報酬は、一般開業医が高度な医療機器の導入を備えることを促進するものになった。結果として、日本は諸外国と比較しても一人当たり医療機器が非常に多くなった。なお、戦後の死因上位であった結核は、衛生状態や栄養の改善、抗結核剤、ワクチン、抗生物質等の普及により大幅に減少し、疾病構造の中心は、急性・慢性伝染病から、生活習慣病に大きく変化した(当時の死因第一位は脳血管疾患)。また、乳幼児死亡率も低下し、日本の平均寿命は大きく伸張した。その結果、1970年には高齢化社会(65歳以上人口7%以上)を迎えることとなった。そうした中、認知症や寝たきり高齢者の増加など高齢者の医療や介護、リハビリテーションという、これまでにない新たな社会問題が生まれた。他方、工業化の進展の中、サリドマイドによる奇形児やキノホルムによるスモンなど薬害問題や公害病などこれまでにない新しい病も生まれた。

3) 老人医療費の無料化と増大

1970年代に二度にわたって起きたオイルショックにより高度経済成長は終焉を向かえ、経済基調が低成長経済に移行した。西欧先進諸国では、経済危機が深刻化する中で、経済成長よりも大きなスピードで増える社会保障給付費に対する懸念から、社会保障の見直し機運が高まっていた。だが、日本では、第一次オイルショックが起きた1973年(昭和48年)は、田中角栄内閣の政策目標としてあげられた社会保障制度の拡充が図られた。

最大の制度的拡充の例としては、老人福祉法等改正による「老人医療費の無料化」があげられる。老人医療費の無料化は、高度経済成長による産業構造の変化および生活様式の変化(核家族化や過疎化)を背景に、増加する高齢者の福祉の向上³⁵という視点から東京都や京都府など一部革新自治体において先行的に実施されたものを国が後追いする形で実現した。1972年(昭和47年)の老人福祉法の一部改正により、「老人医療費支給制度」が実施されることで、全国的に実施されることになった。これにより、1973年(昭和48年)1月以降、70歳以上の高齢者の医療費の自己負担分が現物給付化(公費負担化)し、実質無料となった(保険の自己負担分が公費負担)。

³⁵ 年金制度も成熟しておらず、仕事で収入を得ることが難しかった高齢者の生活は、高度経済成長期の物価高を背景に必ずしも豊かなものではなかった。

導入当初は所得制限があったが、1973年(昭和48年)7月から所得制限が250万円から600万円に緩和され、対象が拡大した(1981年(昭和56年)7月以降には876万円)。この結果、70歳以上高齢者の受診料、1件当たり費用は大幅に増加し、国民医療費は対前年度比23%、翌年の1974年(昭和49年)は36.2%と非常に高い伸び率を示した³⁶。これを契機に高齢者による「待合室のサロン化」が社会問題としてクローズアップされるようになった。

このほかの保険給付の拡充の例として、1973年(昭和48年)の国保の家族給付率の引き上げや高額療養費制度³⁷の創設があげられる。だが、この給付の拡充は、それまでの改正と異なり、純粋に給付改善のみを目指して導入されたわけではない。1971年(昭和46年)の政府管掌健康保険の財政悪化を背景に、抜本的な法改正の必要性が唱えられていたが、政治的な利害調整が難航し、財政対策中心の改革構想は頓挫した³⁸。そのため、家族給付率の引き上げ、高額療養費制度の導入など給付改善とセットにすることで改革を実現させ、政府管掌健康保険の赤字の棚上げ(累積損失を国庫負担で補填)、政府管掌健康保険への定率国庫補助の創設、保険料の標準報酬の引き上げ、保険料の引き上げといった財政改善を図ったのである。つまり、政府管掌健康保険の財政援助を行うために必要な政治的な抱き合わせとして給付拡充が導入されたといえる。

一方、1970年代半ばには、日本の病院数は8,000を超える水準まで増加し、病床数も110万床を越え、国際比較をしても劣らぬ水準にキャッチアップした。たとえば、高知県では、1963年から1973年の10年の間に民間病院の病床数が急増し、全国でも有数の病数数の都道府県になった(現在でも高知県の人口対病床数は多い。ただし、同じ県内でも高知市とその周辺部への一極集中しており、過疎村も多く、地域偏在はある)。

4) 高度経済成長の終焉

1970年代半ば以降になると、国民医療費伸び率の勢いは緩和傾向を示すようになり、1976～80年(昭和51～55年)の伸び率は5カ年平均10.1%まで落ち込む。国民医療費の伸びそのものは大幅に緩和されたが、高度経済成長から低成長への経済基調の変化に伴い、保険料、税金の収入が大幅に減少したことで、保険財政は急速に悪化した。財政安定化のため、1977年(昭和52年)には被用者保険におけるボーナスを対象とした特別保険料の創設、標準報酬の等級表と一部負担金額の改正、当面の臨時的な措置として賞与からの特別保険料の徴収を定めた健康保険法関連法改正を行った。1980年(昭和55年)には本人の患者一部負担金および保険料率上限の引き上げ、累積赤字の償還、健康保険組合の財政調整など財政赤字解消に向けた法改正が施行された。

当時の厚生白書では、過去10年の医療費伸びが「ロケット」上昇であるという指摘や、他の国よ

³⁶ 1971年～75年(昭和46～50年)の5カ年平均19.4%台となる。

³⁷ 高額療養費制度とは、自己負担が過大とならないよう、自己負担が一定額以上に達した場合に、その一定額以上の部分を後から償還給付する仕組みである。1973年(昭和48年)に初めて導入され、導入時は自己負担限度額3万円/月であった。

³⁸ 診療報酬の適正化などが記載されていたという中医協の審議メモに反発した医師会が、1971年7月の保険医総辞退が生じるなど、政治的に医師会、厚生省の対立が激化した時代であった。

りも平均在院日数の増加(WHO 報告による比較で日本は平均在院日数 42.9 日が問題としてあげられるようになった。一方で、1970 年代の中ごろから救急患者受入れ病院が不足し、いわゆる救急患者の「たらい回し」が大きな社会問題となってきた³⁹。当時の中小病院の多くは、夜間休日はアルバイト当直医しかおらず、十分な救命救急医療の訓練を受けていない研修医が担当することも珍しくなかった。1977 年(昭和 52 年)度にそれまでの救急医療対策を抜本的に改め、患者の重症度や緊急性により、初期救急医療体制、第 2 次救急医療体制、第 3 次救急医療体制という 3 段階のシステムを整備するとともに、医療機関と搬送機関を広域的に結びつける救急医療情報システムを整備することの 4 段階からなる新しい救急医療体制の整備構想が打ち出された。だが、その後も、救急患者の「たらい回し」事件はたびたび報道されている。

以上、戦後から高度経済成長期までの医療政策を振り返ってみると、戦後復興・経済成長⇒社会保障制度の創設(国民皆保険の達成)⇒高度経済成長⇒制度拡充(財政対策としての国庫負担増加)の流れで説明ができる。医療保障という面では、医療提供体制よりも医療費保障が先行して整備された。医療機関の整備についても量的拡大が図られたが、公費投入ではなく、民間資本による医療機関整備を推進した。

3. 1980 年代の医療政策の変遷

1) 第二次臨時行政調査会による「増税なき財政再建」

オイルショック以降、西欧先進諸国では、政府は市場に比べ非効率であり、政府はなるべく小さいほうがよいとする新自由主義論者や、市場の失敗よりも政府の失敗のほうが深刻であるという公共選択学派の立場から、「福祉国家」への批判がされるようになっていた。こうした考え方を背景に、1980 年代イギリスではサッチャー首相が、米国ではレーガン大統領が、公的組織の民営化や規制緩和を中心とする行財政改革を断行した。赤字国債の増加を背景に、日本でも 1981 年(昭和 56 年)に第二次臨時行政調査会が発足するなど、行財政改革が求められるようになった。

そもそも戦後の日本政府は、均衡財政主義を順守し、1965 年(昭和 40 年)度までは国債を発行しなかった。だが、オイルショック以降に、赤字国債が発行されるようになり、国民皆保険達成時の 1961 年にはほとんどなかった国債が、1979 年(昭和 54 年)度予算では、国債依存度は約 40%にまで達した。そうした中、財政再建が国政の重要目標となったのである。

第二次臨時行政調査会による行政改革路線の中で「増税なき財政再建」という観点から、医療費への公費負担の見直しも強く求められることになった。臨調答申では、国民経済の動向とは無関係に、医療費をはじめとする社会保障給付費が増大し続けることは問題であるという認識が示された。さらに、答申では、歳出削減で 1982 年(昭和 57 年)からゼロ・シーリング⁴⁰、1983 年(昭和 58

³⁹ 川上編(2002)に詳しい(p.108-115)。

⁴⁰ 予算編成において歳出全体の規模を抑制するために、概算要求枠の伸び率がゼロで前年度と同額であること

年)からマイナス・シーリングが掲げられ、厚生省の予算案も厳しい制約をかけられた。たとえば、第一次答申では、「自由で活力のある福祉社会」をめざし、「真に救済を必要とする者への福祉の水準は堅持しつつも、国民の自立・自助の活動、自己責任の気風を最大に尊重し、関係行政の縮減・効率化を図る」という視点から、「医療費の適正化」⁴¹が必要であると明記されている。

当然のことであるが、医療費が国民所得以上の伸びを示すならば、それに合わせて保険料引き上げや国庫負担増加で対応しなければ、財政悪化は深刻化する。経済成長が著しい時には、国庫負担増加で対応が可能であったが、経済規模が縮小すると、従来のように国庫負担の増加で対応することは難しくなる。医療費のために国庫負担を増やすことは、限られた国家予算のパイの中で、他の支出項目と競合することになり、国民負担との関係でどこまでの医療費水準を許容するかという国政問題となる。実際、第二次臨調では、「高齢化の進展等により租税負担と社会保障負担を合わせた国民負担率(対国民所得比)は現状より上昇せざるを得ないが、徹底的な制度改革の推進によりヨーロッパ諸国の水準よりはかなり低位にとどめることが必要である」等の指摘をしている。そうした中、「医療費の適正化」が重要であるという認識が生まれた。

2) 「医療費適正化」という政策課題

1980年代に「医療費の適正化」が政策課題となったことは、厚生白書からも明らかである。1981年(昭和56年)以降1990年(平成2)年までほぼ毎年のように、「医療費適正化」は白書において頻繁に使用されている。この時代を後述する医療費適正化と区分するために、第一次医療費適正化と呼ぶことにする。では、ここでの、医療費の適正化とは何を意味するのであろうか。たとえば、1982(昭和57)年白書では、下記のように述べられている。

「国民経済の動向とは無関係に、医療費のみが増大し続けることについては最近各方面から厳しい批判の眼が向けられている。(中略)このように、経済、財政、社会保障負担の現状などを考えると、現在伸び続けている医療費の効率的かつ有効な活用を図ることが急務である。ただし、医療費の問題を考える際には、医療の持つ本質的な役割を忘れてはならない。医療に投入された費用は、サービスに対する単なる消費と見なすべきではない。生命や健康の価値を金銭に換算することは困難であるが、医療に投入されたコストはそのかなりの部分が健康の回復を通じて生産力の向上に寄与している。また、医療が個人、家庭及び社会の物心両面の幸福を支えている役割の大きさには測り知れないものがある。後述するとおり、今後は医療費の適正化に最大限努力していくが、上のような理由から、医療費全体にかかる無差別な抑制を図ることは望ましい姿ではない。重要なことは、制度に随伴する不正や不当な行為、非効率に基づく無駄を厳しく排除し、それと同時に必要な医療には十分な費用を投下していくことである」。

以上を要約すると、医療費の適正化とは、不正や不当、あるいは無駄を厳しく排除すると同時に、

をゼロ・シーリング、マイナスになる場合は、マイナス・シーリングという。

⁴¹ 第二次臨時行政調査会の報告書では、「医療の適正化」という用語が使用され、厚生白書では「医療費の適正化」という用語が使用されている。「医療の適正化」という用語の方が使用頻度は少ない。ここでは、同義として扱っている。なお、適正化という用語そのものは、戦前より、保険給付が増大するたびに、使用されていた。

「必要な医療に十分な費用を投下していく」ということが重視されている。また、医療に投入された費用は、消費ではなく、生産力向上等に寄与する投資的な側面があることが強調されている。

つまり、ここであげられている内容を見る限り、医療費の適正化とは、抑制ありきではないことになる。実際、1982年(昭和57)年10月1日に国民医療費適正化総合対策推進本部で検討された内容をも、抑制が主ではない。推進本部では、①当面強力に推進する対策、②検討を急ぎ速やかに実施に移す対策に区分し、プロジェクトチーム方式で具体的な検討が進められた。まず、①の当面強力に推進する対策として、健康づくりなど国民運動の展開(疾病予防対策の推進、ホームドクターをもつ慣行助長、コスト意識、公金意識の徹底)、診療の適正化対策(医師会等による自主規制、レセプト審査・指導審査の充実、薬価基準の適正化、高額機器共同利用の促進、検査の適正化)、不正請求の徹底的排除、老人等に対する医療及び福祉に関する施策の合理化・体系化(老人関係施設の合理化・体系化、長期入院患者の社会復帰の促進、訪問指導の推進等)、領収書の発行の励行及び医療費の明細書の発行促進(診療報酬の請求事務のコンピューター化と並行)があげられた。

②の検討を急ぎ速やかに実施に移す対策として、医療機関経営の合理化(医療法人制度の整備、医療従事者配置基準等の見直し)、医師など医療従事者養成の見直し及び医学教育・卒後教育の改善、地域における医療機能ネットワーク、診療報酬体系を含む診療報酬の見直し、保険外負担を含む患者負担の見直しがあげられた。

だが、1984年(昭和59)年に厚生省が提出した「医療保険制度の改革に向かって一昭和59年度概算要求の考え方」では、「医療費適正化対策の充実強化によって、徹底的に医療費の伸びを圧縮する」ことが強調されており、重点投資に関する記述は見当たらない。厚生省概算要求の中にあげられた医療費適正化対策では、レセプト審査強化や医療Gメンによる保険医療機関の不正、不当を排除すること、保険医の登録・指定見直し、診療報酬の合理化(薬価基準の改正)があげられているにすぎない。また、「医療費負担に関する選択に当たっては、その前提とし医療費の適正化、医療の効率化」が求められると記載されており、負担増を伴う制度改正に対する国民の納得性を高めるために必要な前提としてとらえられていることがわかる。

こうした不正摘発や診療報酬合理化に焦点が当てられた背景には、1980年代にマスコミに摘発された医療機関の不祥事による国民の医療不信があると思われる。経営面を優先させた「乱診乱療」や不正請求、架空請求などの不当事項を全ての医療機関が行っていたわけではないが、原則出来高払いの診療報酬体系に内在するインセンティブの歪みが問題となった。

こうした中、診療報酬の合理化という大義名分のもと、1981年(昭和56)年6月に物価・賃金スライドに応じて上げる方式から「自然増」を控除した方式に改められた。新方式は、人口増加や高齢化や医療技術の高度化など、何をしなくても医療費は自然に増えるということに着目し、自然増部分を差し引いて引き上げ幅が決定されるというものである。また、薬・検査漬けなど過剰医療を減らすために、薬価基準は、1983年(昭和58)年1月に4.9%、1984年(昭和59)年3月に16.6%、1985年(昭和60)年3月に6.0%と相次いで引き下げられた。ただし、こうして薬価は下げられるが、銘柄別収載方式とバルクライン方式により、差益薬価や新薬開発保護はなされていた。

さらに、1984年(昭和59年)の健康保険法等改正では、給付の見直しという視点から、被用者保険本人分に対する定率負担(概算要求では2割負担、導入直後は暫定的に1割負担)が導入されるなど患者負担が増加した。ただし、急激な負担増にならないよう、特定療養費制度(差額徴収の公認)も導入されている。さらに、負担の公平化という点で、退職者医療制度が新たに導入された。この改正は、1)国民医療費を中長期的に国民所得の伸び程度にとどめる、2)医療保険の負担と給付の格差の是正という視点から実施されており、従来の社会保険制度の枠組みでの財政赤字対策を主に行われてきた改正とは大きく一線を画すものであった。

こうしたさまざまな施策の結果として、1981年～1985年(昭和56年～60年)の5ヵ年の平均伸び率は5.8%とこれまでよりも低い水準となった。続く1986年～1990年(昭和61年～平成2年)も、平均5.1%とさらに低い水準の伸びを示した。

3) 老人保健制度の創設

老人医療費の無料化や高齢化の進展により、急増する老人医療費への対策として、1982年(昭和57年)には老人保健法が施行された。老人保健法は、「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るために、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の推進を図ること」を目的としており、第二条では自助と連帯を定め、第三条、第四条で国及び地方公共団体の責務を定めている。市町村は、当該市町村に住む40歳以上の者に対し医療等以外の保健事業を行うことが定められており、重点投資分野として慢性疾患の疾病予防に目が向けられた施策といえる。また、老人保健計画の策定を都道府県、市町村に義務付けるなど、医療と保健、福祉の連携を念頭においたものであった。

しかし、この法律は同時に、老人医療(創設当初は70歳以上、改正で75歳以上)に一部定額払い(創設当初は外来400円/月、入院300円/日、以降改正により負担増)を導入するものであり、老人医療費の無料化(老人福祉法による自己負担分の公費支出)を実質的に廃止するものであった。また、老人医療についての費用負担において、一部負担金等の総額を控除した額の50%については公費(国2/3、都道府県、市区町村がそれぞれ1/6)、残りの50%は各医療保険法の保険者から徴収される拠出金でなる交付金があてられることになった。これは、異なる保険者全体で老人医療費を公平に負担することで、構造的に高齢者が多い国民健康保険の財政負担を軽くする仕組みでもあった。

さらに、特徴的なことは、老人診療報酬点数表(甲)、(乙)の新設を行ったことである。老人特定診療料とその他の診療料に区別した上で、老人特定診療料には、生活指導管理料、退院時指導料、退院患者継続看護・指導料、老人デイ・ケア等の新設及び老人病院における特定処置、検査を包括化する等がなされた。これにより出来高払いを原則とした診療報酬に、一部、定額払いが導入されることになった。

4) 医師養成数の抑制

1974 年に閣議決定された「経済社会基本計画」に無医大県の解消が盛り込まれ、全都道府県に医学部が設置されるようになった(一県一医大構想)。医学部定員増など医師養成の強化により、1983 年(昭和 58 年)には人口 10 万人当たり 150 人以上を達成した。

しかし、1982 年には、将来の医師数が過剰になるという見通しのもと、医師養成数を抑制する方針が閣議決定された。その結果、1984 年には医学部の定員が過去最高の 8,280 人に達し、その後医師過剰時代が到来するとの指摘により、「将来の医師需給に関する検討委員会」が 1984 年 5 月に設置された。委員会では、2025 年には医師の一割程度が過剰であり、1995 年をめぐりとして医師の新規参入を最小限 10%程度削減する必要があるという趣旨の中間意見が公表された。これを受け、複数の国立大学医学部の入学定員が削減された。

さらに、検討委員会は、地域医療のあり方と医師数、諸外国の状況もふまえ、1986 年 6 月に最終意見を公表した。地域医療については、へき地医療や救急医療のような特別な対策を必要とする分野では医師不足があるものの、一般医療では医師過剰が予測されるとした。また、医師養成数が急増した 1980 年代には、イタリア、オランダ、西ドイツ等では医師過剰が深刻化しており、若手医師の失業や開業医の経済的不安定などが問題視されている状況を概観している。また、国民医療費の対国民総生産比、医師数および医師所得の相互関係をふまえ、「医師数の増加は医療供給の増大を招き、その結果、国民医療費の対 GNP 比を少しでも増加させる」、「国民医療費の対 GNP 比をこれ以上増加させることが出来ないとした場合に、医師数の増加は、医師所得を低下させる」という 2 点から議論がされている。病院勤務医 1 人あたり 8000 万円、開業医 1 人あたり 6000 万円増加させるという試算されていた。なお、医師所得の適正水準については、「一般勤労者より高めであっても不合理ではない」と明記されている。

中間意見公表後に出された最終的な結論は、中間意見と変わらず、1995 年をめぐりに医師の新規参入を最小限 10%削減するというものであった。ただし、最後に、「技術革新による影響等多くの不確定要因もあるので、社会情勢の変動も考慮しつつ、近い将来、柔軟な見直しが必要である」ことも明記されている。

それ以降も、「医師需給の見直し等に関する検討会」、「医師の需給に関する検討会」において、医師需給の将来見直しは検討されてきたが、一貫して医師養成の抑制策が採用されてきた(国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内とするとの基本方針を堅持し、今後、医療提供体制及び医療保険制度の両面にわたる抜本的構造改革を総合的かつ段階的に実施するという方針のもと、1997 年 6 月でも医学部定員削減が閣議決定されている)。なお、後述するが、2004 年度よりスタートした新臨床研修医制度導入を契機として「医師不足」問題が社会問題としてマスコミ等により報道されるようになると、緊急医師確保対策により、微増であるが医学部定員増に方向転換が図られている(2009 年度定員は過去最高の 8,486 人)。

5) 第一次医療法改正と医療計画

一方、1980年代は、医療法改正により医療提供体制に関する大改革も行われた。これまで医療提供体制の計画的な整備が必要であるという認識は示されてきたものの、民間病院も含めた総合的かつ体系的な整備は図られてこなかった。疾病構造が変化する中、新しい医療需要に応えるべく総合的な医療供給体制の確立が必要であるという認識から、1970年代に医療基本法の制定が検討されたこともあったが、医療基本法案は第68回国会に提案されたものの医師会、厚生省、野党の描く基本法の構想に違いがあったことから、廃案になった⁴²。

医療基本法の構想は頓挫したものの、そこで提唱されていた医療計画は、1985年(昭和60年)の医療法改正(第一次改正)によって部分的に導入された。ただ、その内容は病床規制が都道府県に義務付けられるという消極的な内容であった。これは、従来の公的病院の病床規制に加え、民間病院についても、二次医療圏単位で必要病床数を設定し、それを上回る病床過剰地域において、病院の開設、増床等に関して勧告を行うというものであり、病床数増大の抑制を狙ったものであった⁴³。つまり、この医療法改正は、医療基本法構想のように、地域医療や包括医療など新しい医療のあり方まで言及する広範囲のものではなく、あくまで「第一次医療費適正化」以降の流れで生まれた供給抑制という色彩が強いものであった。

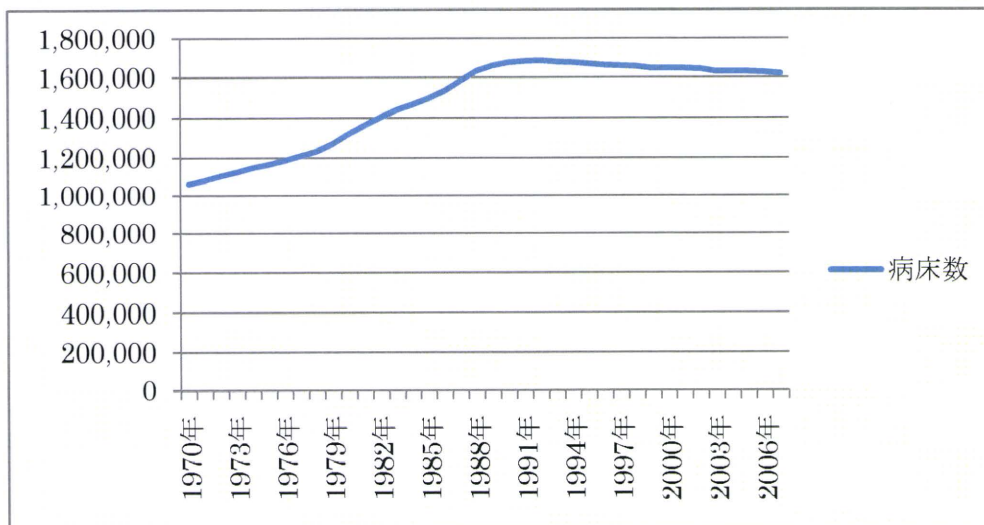
だが、皮肉にも、制度施行前に病床数を増床するという、「かけこみ増床」(1985年から1990年の間に20万床)という副作用をもたらした。バブル経済の影響もあり、病床数は一時的に急増し、1992年にピークを迎える。高齢者入所施設の不足という社会情勢の中での、病床数の増大は、治療目的というよりケアを受けることを目的とした高齢者の不適切な長期入院、いわゆる「社会的入院」⁴⁴の温床となったと考えられる。これは、川上編(1998)のように、医療機関が福祉施設の実質的な代替機能を果たすという「福祉の医療化」の副作用と見ることもできる。「社会的入院」の問題は、医療資源の有効活用および患者のQOLという視点から問題視され、介護保険や医療保険改革が必要とされる背景要因の一つとなった。

⁴² 厚生省は、1972年に医療基本法案要綱(第一次試案～第三次試案)を提示した。医療憲章的な前文と医療計画、医師養成を含む、医療政策のあり方を規定するものであった。政府・与党案とは別に野党である日本社会党も別の法案を提示した。

⁴³ 病床数は、国民皆保険導入後の10年で約50万床増え、さらに高度経済成長期には約30万床増加し、昭和50年には、先進諸国並みの水準になった。だが、他の先進諸国がオイルショック以降、病床の機能分化を進め、病床数を急速かつ大幅削減したのに対し、日本は病床数を削減しなかったこともあり、昭和50年代後半には、国際水準を大きく超えることになった。昭和50年代後半になると、国内で病床数が多いところの老人医療費が高く、平均在院日数が長いという地域差の傾向が見られ、問題視されるようになっていた。

⁴⁴ 社会的入院とは、印南(2009)で定義されるように、不適切な入院を総称する用語であるが、ここでは家族事情や社会事情により治療の必要性以上の日数入院することを意味する。

図 1 1970 年代以降の病床数推移



出所:厚生労働省『医療施設調査』各年度

4. 1990 年代以降の医療政策の変遷

1) 国民医療費と国民所得の乖離拡大

実は、国民医療費の伸び率が国民所得の伸び率を上回って推移すること自体は必ずしも新しい現象ではない。1980 年代に医療費の適正化が求められるようになる前から、国民医療費の伸び率が国民所得の伸び率よりも大きいことはあった。皆保険達成以降、5 カ年の平均増減率(相乗平均)⁴⁵でみたとき、国民医療費の伸び率が国民所得の伸び率を下回ったのは、皆保険導入直後の 1956-60 年、高度経済成長期の 1966-70 年、第一医療費適正化期(後半)であり、かつバブル経済で景気が好調であった 1986 年-1990 年の 3 期のみである。また、これまでに述べてきたように、保険財政の悪化は皆保険達成以降、常に政府の悩みの種であった。

過去との大きな相違は、経済成長の水準にある。1970 年代までは、医療費の伸び率も高かったが、経済成長率も二桁を示しており、相対的に高い水準であった。しかし、1980 年代以降は、経済成長は一桁以下になっている。1980 年代の第一次医療費適正化の時代を経て、医療費の伸び率は、1991 年～1995 年(平成 3 年～7 年)では、平均 5.4%、1996 年～2000 年(平成 8 年～12 年)では、平均 3.0%と従来よりも低い伸び率で安定的に推移した。そして、1980 年代後半のバブル経済による保険料収入増加もあり、一時的に保険財政は好転した。1991 年度(平成 3 年度)には、国家財政も赤字国債への依存から脱却し、国債依存度も 9.5%にまで低下した。

しかし、バブル経済の崩壊により、保険財政は再び悪化する。その後の経済低迷の長期化により 1990 年代の国民所得は、0～2%と極めて低い水準を示した。国民医療費の伸び率そのものは

⁴⁵国民所得の推移により診療報酬点数が上下するなど国民医療費は国民所得の遅滞変数として少なからず影響を与えていると思われることから、ここでは、単年度ではなく 5 年平均で見た。

過去に比べて低水準を維持しているものの、経済そのものが弱いことから、毎年のように、国民医療費の対国民所得比が過去最高値を更新するという状態が続くことになった。そうした中、1994年（平成6年）より赤字国債が発行されはじめ、国家財政における国債依存度は急速に拡大した。

1980年代以降の医療費適正化策の中で行ってきたように、自己負担増加を伴う制度改正や診療報酬のマイナス改定を行っても、大幅に伸びない経済成長以下に医療費の伸びを抑えるには限度がある。図で明らかなように、従来は、国民所得の影響は、数年後に遅れて医療費の伸びに影響を与える傾向が見られたが、1990年代は医療費の伸びと経済成長との関連性が少なくなってきた。

2) 高齢化の進展と老人保健拠出金

一般によく知られるように、日本は非常に早いスピードで高齢化社会から超高齢社会に移行している。国連では、総人口に占める65歳以上人口の割合が7%以上で高齢化社会、14%以上で高齢社会、21%で超高齢社会と定義するが、この定義によると、日本は、すでに1970年には高齢化社会を迎え、1994年には高齢社会に、そして2007年には超高齢社会を迎えたことになる。

高齢化の進展には、人口構造の高齢化（高齢化率の上昇）と平均寿命の伸長、つまり、長寿化による高齢者の絶対人口の増加という二つの側面がある。特に、人口構成の高齢化は、国民医療費に占める老人医療費が増加すること⁴⁶と同時に、保険料を支払う労働者人口の占める割合が低下することを意味するため、財政悪化の構造要因となる。近年の合計特殊出生率の低下はその傾向をさらに強くしているといえる。

この高齢化の進展により露呈した構造問題の典型として、老人医療費の増大とそれに伴う老人保健拠出金の負担問題があげられる。老人保健拠出金とは、保険者の責任に帰しがい老人加入率の違いによる老人医療費の負担の不均衡を是正するために、国、都道府県、市町村、医療保険各保険者が共同で老人医療費を公平に負担するためにできた老人保健制度の仕組みである。より具体的には、全保険者の平均老人加入率を当該保険者の老人加入率で除した当該保険者の加入者調整率を当該保険者の老人医療費に乗じて拠出金の支払いが求められる仕組みである。老人保健制度の創設当初は、高齢者を構造的に抱える国民健康保険を救済する色彩があったが、景気低迷により国民健康保険を支える健康保険の保険財政が悪化することで社会問題としてとらえられるようになった。

老人保健拠出金の規模は、制度創設翌年の1983年度（昭和58年度）に2.3兆円だったものが、1999年度（平成11年度）では老人医療費の伸びと同様に増大し10兆円規模に達しており、拠出側にまわる健保組合など多くの保険者の安定運営を脅かすものとなったことから、見直しが強く求められるようになった。また、給付責任と財政責任が市町村と保険者に分離しているため、制度全

⁴⁶ 厳密には、高齢化率の上昇によって国民医療費に占める老人医療費の割合が増加すること、国民医療費全体が増加することは分けて考えるべきである。たとえば、高齢化率が一定であっても、各年齢階層の医療費が同率で成長すると、国民一人当たり医療費が増加して、全体の国民医療費は増加する。逆にいえば、仮に、国民医療費に占める老人医療費の割合が減少しても、それが国民医療費全体の減少に直結するとは限らない。堀（2005）参照。

体の責任が不明瞭であり、拠出者である保険者のコントロールが全く効かないという問題も指摘され、見直しが求められた。この問題が、2002(平成14)年度改革以降、現在の後期高齢者医療制度まで続く制度改正の背景となる。

3) 介護保険の導入と社会保障制度改革

1990年代後半になると、老人医療費の問題とともに、高齢者介護の問題が注目されるようになる。高齢者にとって医療と介護は密接であり、「社会的入院」の問題は、介護問題をあわせて考える必要があるからである。

従来、高齢者に対する公的な介護サービスは、租税を主たる原資とし、かつ、行政の裁量に基づく「措置」を通じて提供されてきた。措置制度では、行政(市区町村)がサービスの利用対象者からサービスの内容(種類、提供機関)までを一方向的に決定しており、利用者の選択をほとんど認めていなかった。また、予算総額によりサービス量が規定されるので、利用者の選定基準の多くは、所得や扶養関係によって決定され、事実上、中・高所得者層はサービスの対象外にあった。そのため、一般サラリーマンの家庭など中所得者層の多くは、過酷な家族介護や老人病院のたらい回しという状況に直面することになり、これが高齢者のいわゆる「社会的入院」を生む温床ともなっていた。

「社会的入院」を解消するためには、受け皿となる介護サービスの基盤整備が重要不可欠となる。1989年の「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略(以下、ゴールドプラン)」策定、翌1990年の福祉関係八法の改正などを契機に、市区町村が中心となって高齢者保健福祉施策を展開していく体制が整えられ、サービスの基盤整備が促進された。しかし、ゴールドプランの目標では不足することから、計画は全面的に見直され、1994年に「新・高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略(以下、新ゴールドプラン)」が策定された。一層の整備を進めるためにも介護保険の導入が検討され、2000年4月より導入された。

介護保険法の導入により、従来の措置制度は改められ、利用者と事業者が個別に「契約」を結ぶ制度になり、利用者の選択が重視されるようになった。サービスの対象範囲は、従来の低所得者層中心の枠組みから被保険者である要介護高齢者全て(一部65歳未満含)にまで拡大し、所得に関わらず要介護度に応じて一定のサービスが受けられる仕組みになった。さらに、サービスの利用料負担は、これまでの応能負担から定率負担(ただし、要介護度に応じた上限額あり)に変更された。同時に規制緩和が進められ、これまでサービスを直接提供してきた市区町村、その委託を受けた社会福祉協議会や社会福祉法人などに加えて、医療法人や民間企業、NPOなど特に在宅分野において多様な事業者の参入と競争が促されることとなった。多様な経営主体の参入を認めることで、公を中心としてサービス整備をする体制から民が中心となってサービス整備が進められることになった。

4) 2002 (平成 14) 年度医療制度改革

介護保険の導入は、社会保障制度全体の改革の第一歩と考えられている。医療も例外ではなく、疾病構造の変化、急速な少子高齢化、経済基調の変化、国民の意識やライフスタイルの変化など、社会保障制度を取り巻く環境変化を理由として、2002(平成 14)年度医療制度改革は行われた。特に高齢化を背景とした保険者間の財政調整の仕組みである老人保健拠出金の負担増は、社会問題と認識された。

2002(平成 14)年度改革では、「将来にわたり、医療制度を持続可能な制度へと再構築していくために、医療制度を構成する保健医療システム、診療報酬体系、医療保険制度の全てについて、総合的な構造改革を進めていく」ことが明示された。改革の方向性としては 1) 将来へ向けた改革であるということと、2) 総合的な構造改革であることがあげられる。

だが、主な改正は、①患者自己負担増(制度を問わず 3 割負担に統一)、②診療報酬引き下げ、③保険料の引き上げ(被用者保険における総報酬制度導入)であり、必ずしも総合的な抜本改革と呼べるものではなかった。この改革により、被用者保険の加入者は、患者自己負担だけでなく保険料も引き上げられたことから、二重の負担増となった。とくに、診療報酬改定は、全体でマイナス 2.7%(本体-1.3、薬価-1.4)と、医療機関経営者にとっても極めて厳しい内容であった。

このほか、2002(平成 14)年度改革の目玉は、老人保健制度の廃止決定と高齢者医療制度のあり方を提示することであったが、政治的な思惑から利害調整が難航し、老人保健制度の廃止は決まったものの、代替案を決定することは先延ばしにされ、継続審議になった。当面は、老人保健の適用対象者の年齢を 75 歳まで段階的に引き上げること、公費負担を 5 割まで拡大すること、現役並みの所得がある高齢者の自己負担を増加させること(1 割から 2 割)、「老人医療費の伸びを適正化するための指針」(2003 年(平成 15 年)9 月 11 日公表)を策定することだけが決まった。一方で、3 歳未満の乳幼児の一部負担を 2 割に軽減するなどの少子化対策を行った。

2002 年度改革そのものは従来路線の延長線上にあるものであったが、この改革で示された将来の方向性はその後の制度改革を決定づけたという意味では重大な改革である。2002 年度の中で、総合的な抜本改革が必要とされたことから、質の確保や医療機能の分化など医療提供体制の見直しも進められた。そのため、前年度に行われた第 4 次医療法改正では、臨床研修の必修化⁴⁷(2004 年 4 月より新臨床研修医制度の導入)や広告規制緩和⁴⁸の拡大、療養病床、一般病床の病床区分の届出義務(2003 年 8 月まで)が規定された。

さらに、2003(平成 15)年度の閣議決定『医療制度改革の基本方針』は 2002(平成 14)年度改革を受けて決定されたものであり、この基本方針では、診療報酬体系については、2 年毎の改定の都

⁴⁷ すでに述べたように、従来の慣行では、国家資格免許を取得後、研修医は、大学病院の医局に残り、大学病院での診療や研究業務を支えてきたが、必ずしも研修体制が充実したのではなく、臨床能力の向上が図れる状態とはなっていなかった。医療の質の確保という視点から、臨床研修が必修化され、初期研修中は医局に所属せず、アルバイトも禁止されることになった。これとともに、研修先を自由に選択することができるようになった。だが、一方で、その副作用として、大学病院の医局は手薄になり、関連病院への医師派遣を継続できず、医師を大学病院に引き揚げさせたことから、医師不足と過重労働問題が表面化した。

⁴⁸ 医療広告の緩和規制は、1995 年(平成 7 年)の第三次医療法改正以降の流れである。

度、見直しを図ることとされた。

5) 2006 (平成 18) 年度医療制度改革と医療費適正化計画

2005 年(平成 17 年)6 月の閣議決定「骨太の方針 2005」、同年 10 月厚生労働省「医療制度改革試案」の公表、同年 12 月の政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」というプロセスを経て、2006(平成 18)年度医療制度改革が実行に移された。

2006 年度医療制度改革のポイントは、国民健康・健康保険法関連では、1)懸案であった新しい高齢者医療制度のあり方を提示したこと(「老人保健法」を「高齢者の医療の確保に関する法律」に全面改正したこと⁴⁹⁾、2)都道府県による「医療費適正化計画」を義務付けたこと(図 2)、3)都道府県単位の保険者を再編したこと(財政強化)、4)特定健診・特定保健指導等の予防を充実したことがあげられる。とりわけ、医療費適正化計画の義務付けにより、都道府県は、1)メタボリックシンドローム患者及び予備軍の減少、2)平均在院日数の短縮、介護療養病床の廃止を柱とする医療費適正化政策を推進することが求められることになった。

同時に議論が進められた医療法関連(第五次医療法改正)では、1)患者等への医療に関する情報提供の推進(後述)、2)都道府県の医療計画の見直し等による医療機能の分化・連携の推進、3)社会医療法人の設置等、医療法人制度改革が行われた。

さらに、前年度に実施された介護保険法改正⁵⁰⁾において、介護療養病床の廃止、費用負担見直し(食費・居住費等いわゆるホテルコスト徴収)が図られたが、2006 年度医療制度改革でも、療養病床のホテルコストの徴収および医療療養病床の大幅削減方針が打ち出された(コラム参照)⁵¹⁾。療養病床の再編の主な狙いは、1)「社会的入院」といわれる高齢者の医療ニーズでない長期入院の問題の是正、2)医療機能の分化・推進を一層進めること、3)高齢者にとってふさわしいケアを受けられるような体制を構築すること(現在の療養病床が高齢者の ADL⁵²⁾、QOL 改善にふさわしいとは必ずしもいえない)にある。都道府県は、「医療費適正化計画」の策定だけでなく、「地域ケア整備構想」において、病床再編に向けて地域としてどのように連携を進めるのか、「地域医療計画」において、急性期から回復期までのシームレス(継続的な)治療を地域単位で実現できる体制づくりをどのように進めるのかを示すことが求められることになった。

なお、2006 年度改革以降、この病床再編を進めるために、施設転換のための補助金設置や医療区分によって獲得可能な診療報酬を変更するなど診療報酬改定を行った。具体的には、1)全体でマイナス 3.16%改定(本体-1.36、薬価-1.80)、2)7:1 など新看護基準を導入(コラム参照)、2)

⁴⁹⁾ この法律は、2006(平成 18)年 5 月に、自民党・公明党の与党側の強行採決により国会で可決された。

⁵⁰⁾ このほか、2005(平成 17)年度介護保険法の改正では、要介護認定の見直しにより要支援が 2 区分化、要支援など要介護度の低い人向けのサービスとして新たに予防給付が新設された。また、地域包括ケアセンターなど地域における予防マネジメントが重視されることになった。

⁵¹⁾ 厚生労働省の療養病床に関する資料では、当初の目標値の 15 万床は、削除されている。

⁵²⁾ Activities of Daily Living の略であり、日常生活動作能力または、日常生活活動における自立性を評価するときに用いられる用語である。

急性期の支払方式として DPC⁵³の適用対象病院を拡大、3)療養病床の診療報酬の見直し⁵⁴など医療機能に応じた診療報酬の支払いを導入した(表 2)。

だが、診療側の反発も大きく、必ずしも病床再編は順調に進まなかったことから、医療療養病床の当初の目標を厚生労働省は事実上撤廃した。また、法律で廃止が決まった介護療養病床については、2009(平成 21)年秋の政権交代により与党になった民主党の方針で凍結されている。

これまでに行われた二度の大改革の共通事項として、1980年代に使われた医療費適正化という用語が、再び政策目標として公式に使われるようになったことをあげられる。2002年度改革では、高齢者医療費の適正化に焦点が当てられているが、2006年度改革では、医療費の適正化が改革全体を通じて重要なキーワードとなっている。本書では、便宜上、後述する2006年度改革とあわせて、2002年から2007年までを「第二次医療費適正化期」とし、1980年代の医療費適正化と区別する。

6) 後期高齢者医療制度の導入をめぐる混乱

2006年度改革に伴い制定された「高齢者の医療の確保に関する法律」(旧老人保健法を改正)により、前期・後期高齢者医療制度が、2008年4月に導入された。この法律は条文の中に、「医療費の適正化」を入れたことが特徴的である。旧老人保健法と同じく、第二条で自助と連帯を、第三条、四条で、国、地方公共団体の責務が規定されている。

この制度導入は、旧老人保健制度の下で不明瞭であった財政運営の責任主体を明確化するとともに、高齢者の保険料と支え手である現役世代の負担の明確化、公平化を図ることを意図していたが、新制度の周知不足や保険料徴収ミス等のトラブルなどから、制度開始早々より大きな混乱が生じた。「医療崩壊」をセンセーショナルに報道したマスコミは、後期高齢者医療制度の準備不足や年齢で区分することによる差別や高齢者の負担増等についても大きく報道した⁵⁵。

こうした中、野党 4 党は 5 月に新制度の廃止法案を提出し、野党多数の参議院において可決し

⁵³ 2003年から大学病院など国 82 の特定機能病院等に導入されているが、2006年より対象病院が拡大した。DPCとは Diagnosis Procedure Combination の略で、診断群分類包括評価を意味する。米国で開発された DRG (Diagnosis Related Group) の影響を少なからず受けている。メディケアで採用される DRG/PPS (DRG を用いた事後包括払い) という支払方式では、エピソードベース(治療に要した期間)で償還されるのに対し、診断群ごとに必要とされる治療行為の価格をもとに一日単位で定額化された額(傷病名や年齢、意識障害レベル(JCS)、手術、処置の有無などで調整)が支払われるという違いがある。出来高払い制度が治療にどれだけの費用が掛かったかで支払い額が決まったのに対し、DPCでは、過剰な診療行為等を排除すると同時に、平均在院日数の短縮、医療サービスの標準化、経営・医療情報の可視化につながるものと期待されている。

⁵⁴ ADL区分、医療区分でそれぞれ 3 区分があり、それぞれに応じて診療報酬の一日の入院基本料が決定される仕組みがとられた。2006(平成 18)年の診療改定ではさらに点数をマイナス化しており、療養病床削減を誘導する診療報酬になっている。なお、介護療養病床では医療区分はないが、要介護認定によって介護報酬が異なる。

⁵⁵ 後期高齢者医療制度の導入で、後期高齢者とそのほかで受けられる医療サービスに違いが生じるという報道が一部でされたが、それは誤解である。後期高齢者の心身の症状に応じたサービスの提供を推進するという観点から、後期高齢者にのみ適用可能な診療報酬が設定されたというのが正しい。主なものとして、①高齢者担当医(後期高齢者診療料 600 点/月。高齢者の心身全体を一人の担当医が総合的(外来から入院先の紹介、在宅医療まで継続関与)に関わる仕組)があげられる。また、②在宅医療の推進(医師の訪問診療や訪問看護)という意味で、退院加算 100 点/1 回、在宅患者連携指導料 900 点/月などが設けられた。しかし、①については導入が見送られ、実質的には導入されていない。

た。与党多数の衆議院で可決されなかったものの、国民の反発を恐れた政府・与党は、保険料負担の減額や前期高齢者の窓口負担引き上げの凍結を相次いで行った。2009(平成 21)年の総選挙で自民から民主党へ政権が交代したことにより、後期高齢者医療制度の廃止、新制度のあり方が改めて検討されている。

そもそも後期高齢者医療制度は、2002(平成 14)年度改革で提案された複数案(一元化以外の案)の折衷案ともいうべきものであった。たとえば、公費投入を多くし 75 歳以上の独立保険制度を創設するという案が、後期高齢者医療制度に採用されている。この案は、医師会や経団連等が主張していたが、彼らの主張と最も大きく異なる点は、公費負担の割合が 50%と老人保健拠出金と同等と少なくなっていることである。また、前期高齢者については、健保連や連合などが主張していた被用者、突き抜け方式、リスク構造方式(国民健康保険という枠組みを残したまま制度間の不均衡を調整する仕組み)が採用されている。ただし、健保連や連合は、前期、後期という年齢区分を設けず、生涯にわたって同じグループに所属するという案を提案していたため、根本的には同じものではない。むしろ、拠出金によって財政調整するという意味では、老人保健制度の発想に近い。

なお、現在、民主党政権において、後期高齢者医療制度の廃止を前提として進められる見直し案は、2002(平成 14)年度改革で議論されたものに近く、目新しいものではない。改革案では、年齢による区分を設けないことになっているが、現役で働き続ける高齢者もしくは被用者に扶養される高齢者以外は、国民健康保険に移ることになる。そのため、被用者保険(健康保険)と地域保険(国民健康保険)に区分される現行制度枠組みを維持する限り、年齢による区分は実質的には生じることになる。高齢者と現役で保険料負担のあり方に差を設ける限り、同じ制度であっても、保険料率の設定方法は異なるし、経理も異なる。単純に、年齢区分が保険証のように目に見えるか、見えないかにすぎない。

また、後期高齢者医療制度の導入によって、介護保険と同様に医療についても保険料負担を個人化することになっているが、後期高齢者医療制度の廃止によって世帯単位の被用者保険の形式に一部逆戻りすることで、医療保険と介護保険の制度間の矛盾が維持されることになる。被用者保険に加入する高齢者の被扶養者の保険料は、被用者全体で負担することになるが(老人保健制度でも生じていた)、これでは同じ年齢で同じ所得であっても、加入する制度によって、負担のあり方に大きな差が出ることになる。公平な負担のあり方を議論せずに、制度間矛盾を残したまま対症療法を行ったという意味では、従来と変わりはない。後期高齢者医療制度の廃止は、新制度創設にかけた関係者のエネルギーを無為にし、政争の具として利用しただけではないのかという疑問が残る。

5. 日本の医療提供体制の課題

以上、日本の医療政策の大まかな歴史と現状を述べた。以下、日本の医療提供体制課題につ

いて改めて検討する。

1) 計画性に欠ける医療提供体制（病床過剰と偏在問題）

戦後、日本経済は目覚ましい発展を遂げ、1961年(昭和36年)には国民皆保険が実現され、病院、病床数ともに大幅に増え、医療供給体制の量的な整備が進んだ。量的整備が進むにつれ、物理的アクセスも改善し、保険証一枚あれば全国どこでも医療機関で受診できるという「フリーアクセス」が実現した。国民皆保険とフリーアクセスは、世界一の平均余命と合わせて、日本の医療政策関係者が誇りにしていることである。しかし、よくみれば日本の医療保障制度は相当な問題を抱えている。その第一が、計画性に欠けた医療提供体制である。計画性の欠如は、異常に多い病床数と過少なマンパワー、その結果としての低密度医療と長い在院日数、医療機関と医師等の地域偏在、診療科偏在等にまとめることができる。

(1) マンパワーよりも病床

まず、量的な確保という視点から医療提供体制の整備が進んだとはいえ、それはマンパワーではなく、病床中心だったということである。日本の病床数は、OECD(2009)によると、人口千人当たり13.9(急性期8.2)とOECD平均3.8(急性期)と比較して群を抜いて多いものの、それに見合った医師数は養成されず、人口千人当たり医師数(2.1)はOECD平均3.1よりも低い水準にある。当然のことながら、病床百当たり医師数は、他諸外国に比べ著しく小さくなっている。民主党の指摘のように、これは医師数の養成が政府によってコントロールされたことも一因ではあるが、より大きな要因は、分子の医師数よりも、分母の病床数が異常に多いことにある。

この背景には、①公的資本不足により供給体制の整備を民間資本に依存してきたこと(民間資本に依存すること自体が悪いのではなく、計画性の欠如が問題である)、②診療報酬体系が、診療の質ではなく、もっぱら診療行為の量によって支払い額が決まる、原則出来高払い制を取っているため、過剰診療のインセンティブ構造を維持したこと、③さらに、このようなインセンティブに対し、民間主体の医療機関は、短期的には医業収入の確保の観点から、過剰な検査・処方薬剤、空床回避・在院日数の延長等を行い、中期的には増床を通じて対応してきたことがあげられる。病床数だけでなく対人口医療機器数が多いのは、フリーアクセスの下での患者を集めるためであり、また高めに設定されていた外来の診療報酬に対する経営的対応である。

1985年の医療法第一次改正により、医療圏の設定や地域医療計画の策定がなされたものの、それらは総合的な医療供給体制の整備計画というよりは、病床規制を主とする新規参入規制というべきものであった。この地域医療計画の策定は、1978年から1983年にかけて20万床以上も病床が増加したことに対する対症療法的な政策である。皮肉なことに、この病床規制の導入は、バブル経済を背景に規制前の駆け込み増床(1983年から89年まで、さらに20万床以上)をもたらし、病床数はピークを迎えることになる。

1990年代以降、病床数は緩やかな減少傾向にあるが、大幅に減少することのないままに新規参入が困難になったことから、病床数の地域差は維持され、かつそのまま医療費の地域差となって