

「医療崩壊」の本質と医療行政の見直し

笠 原 英 彦

はじめに

- 一 診療報酬体系の抜本的見直し
- 二 実を結ばない医療改革と問われる厚労省の姿勢
- 三 「医療崩壊」と医療行政の失敗
むすびにかえて

はじめに

確かに、一九七〇年に総人口に占める六五歳以上の高齢者は七パーセントに達しており、国連の基準ではもはや日本は高齢化社会の仲間入りしていたことになる。そして四半世紀の間にその比率は倍に膨れ上がり、九〇年代には高齢社会となった。これ以降、少子高齢化の進行にいかに対応するかが大きな政治課題となった。

一般会計をみても公共事業費は減少し、社会保障費が四割に達した。年金、医療、介護といった問題がクローズアップされ、年金不祥事をはじめ厚生労働省の行政責任が強く問われるようになった。二〇〇四年の新臨床研

修制度により、医師不足が表面化した。臨床研修が義務化され、当直のバイトは禁止され研修医一人につき三〇万円の補助が支給されたが、その分勤務医の当直が増えた。

近時マスコミがこぞって話題にする「医療崩壊」の背景には深刻な医師不足があり、医療費を抑制しすぎた厚労省の重い行政責任が問われている。医療機関や医師に支払われる診療報酬はこの四半世紀、マイナス改定を繰り返してきた。現行の診療報酬改定、出来高払いでは、急性から慢性への疾病構造の変化にうまく対応できなくなっている。新たな評価体系の構築を考慮せねばならない。財政当局の圧力に屈し「医療費適正化」と称して医療費抑制を継続すべきではない。本稿では、世界に冠たる国民皆保険制度の方途を多角的に探る。

一 診療報酬体系の抜本的見直し

今日の診療報酬体系は、一九五八年に導入された「新医療費体系」に適宜改定を加えたものである。これにより新技術の導入が追加的に反映されるようになったのである。検査の包括的評価、老人医療にも診療報酬の導入、そして近年では看護体系の設定など段階を踏んで体系化が推進された⁽¹⁾。

九七年にまとめられた、いわゆる「与党協案」を事実上のたたき台として、診療報酬体系の具体的な問題点を洗い出し、医療保険福祉審議会制度企画部に答申し部会の審議を活発にしようとするねらいがあった。作業委員会で集約できなかった課題についても、無理な整理は避け、ありのまま報告された⁽²⁾。

与党協は開かれた医療提供の実現をめざし、医療資源の効率的活用を進めることで安定した医療制度の構築を志向した。診療報酬体系を検討するにあたり、改めて医療提供体制の質が問われたのである。一言でいえば、患者本位の医療の充実にほかならない⁽³⁾。

近年医療現場に浸透してきたインフォームド・コンセントなど患者の意思確認を前提に診療がすすめられることは歓迎されるべき傾向である。治療が満足のゆく効果をあげるためには、医師、患者間の緊密な連携により信頼関係が構築されることが望ましい⁽⁴⁾。

与党協案をみるかぎり、医療提供体制と診療報酬体系の連携が模索されている。相互補完関係に配慮するのは適切であるが、前者を重視する余り医療の本質からそれた方向にシフトしないよう注意が求められよう。そのためにも、現行診療報酬体系の構造的問題を十分に検討する必要がある⁽⁵⁾。

たとえば、病院と診療所の機能分担を進める上で診療報酬体系の改革が求められる。病診連携の促進を診療報酬体系が妨げてきたとの指摘もある。厚労省の同問題に対する作業委員会では、診療報酬体系が医療機関の分担、連携を阻害してきたとの認識が示された。

現在の診療報酬体系が個々の医療行為ごとの出来高払いとなっているのは、いわばこの価格表が感染症などの急性疾患の治療が中心の時代に形成されたという時代的背景が指摘されよう。しかし四半世紀以前より、日本は急速な少子高齢化の道を辿ってきた。これに伴い疾病構造も大きく変貌し、慢性疾患の患者が増加傾向を示している⁽⁶⁾。

こうした変化を踏まえ、上述の作業委員会では病態に対応した評価体系の構築が検討されている。もちろん急性期の場合も含め、看護スタッフの拡充や無理のない入院期間の短縮も考慮されねばならない。先進国の中でも、日本の医療スタッフの配置は見劣りし、平均在院日数の長さも際立っている⁽⁷⁾。

そして最大の難問は医療行為の対価ということになる。薬剤などと異なり、医師の提供する技術はモノではないため、マーケットによる評価は難しい。しかし医師により提供されるサービスとみなせば、一種の財であるといわねばならない。そうした医療財源を適切かつ有効に各医療機関に分配するのが診療報酬体系に期待される

機能であることはいうまでもない。⁽⁸⁾

診療報酬体系にいま求められているのは、成長の鈍化した日本経済の現状を十二分に踏まえた上で、自己負担、税、保険料の組み合わせに配慮することである。今世紀に入り医療経営の活性化を図るため、新自由主義的改革をも視野に入れる柔軟性が求められた。⁽⁹⁾

日本の診療所は概して中小病院並みの医療設備を備えている場合が少なくない。これは日本の自由開業医制の伝統下に長く出来高払い制が存続してきたためである。たしかに急性期医療が主体であった時代には、その効率性の高さが評価されていた。しかししだいに疾病構造の変化に伴い、システムの刷新が求められている。⁽¹⁰⁾

政府は良質な医療を国民に効率的に提供するよう医療機関を指導し、診療報酬改定により相応の政策誘導を繰り返してきた。周知のように、出来高払いの問題点を克服するためにも定額払い制が導入された。一九八〇年代以降厚生省が医療費政策の主導権を握り、徹底した医療費抑制政策を断行してきた。⁽¹¹⁾

日本の医療水準は極めて高いが、それを賄う医療費は先進国中最低である。九〇年代には厚生省内でも医療費不足に陥る危険性が叫ばれたが、財政当局の圧力もあって医療費抑制政策はなお継続されてきた。

診療報酬のマイナス改定が続き、経営悪化する医療機関が増している。日本がもはや高齢社会であり安定成長すら覚束なくなっている現状を直視するべきである。格差社会に象徴される構造改革の弊害にも目を向け、確かなデータに裏打ちされた中長期ビジョンを提示する必要がある。⁽¹²⁾

とりわけ一般会計予算の四割を占める社会保障関係費の財源をいかに捻出するかは、最大の政治課題である。各政党は明確なマニフェストを示し、国民は主権者の責任において政権を選択せねばならない。これに先立ち自公連立与党については、前回のマニフェストの実効性や到達度を多角的に検証し、評価を加える必要もあろう。

前出の作業委員会の報告書では、診療報酬体系の見直しについて、患者に対する十分な医療情報の提供、医療

提供に対応する財源（自己負担、保険料、税）のミックスへの配慮が求められている。

作業委員会においては、こうした方針を確認すると、診療報酬体系見直しの視点をまとめている。「患者主体」が連続して登場するが、やや具体性に乏しい。ただ、注目されるのは、現行の診療報酬体系が複雑で、合理性やバランスに欠けることを認め、国民の理解を得やすい仕組みに直してゆこうとしている姿勢である⁽¹³⁾。

このことは、近時の「中医協には透明性が欠けている」との舛添厚労大臣の発言に対して、中医協の遠藤会長（学習院大学教授、医療経済学）が強く反発したことで注目を集めた。元厚生省保険局長へのインタビューでは、「診療行為、薬剤などを一つひとつ保険局で点数を決めている」との回答を得た。

中医協の開催時間も少なく、保険局原案の追認との感触を得ているが、いずれにせよ、中医協をガラス張りにする必要がある⁽¹⁴⁾。

体系のまさに体系性を追求する工夫が求められているのである。医療技術に対する的確な評価は確かに難しいが、関係学界をも動員して誰もが納得する体系の構築が大いに期待される。医療機関は診療報酬改定により、経営的観点から医療サービスの変容に走る傾向があり、患者にそのしわ寄せが及ばないよう慎重な判断力が要求される⁽¹⁵⁾。

また、その前提条件としてEBM（根拠に基づく医療）を徹底して進め、診療ガイドラインを構築するために、国は財政的支援を躊躇している場合ではない。EBMの本格的導入により、厚労省のめざす医療費の増大に歯止めをかけることができる。

EBMの普及はめざましく、厚生省健康政策局に設けられた医療技術評価推進検討会でもEBM実践の兆候が確認されている。EBMの導入により、経験豊富な医師がさらに体系的疫学研究成果を統合するようになれば、より妥当な臨床上の判断を踏まえ医療の質を高めることができるであろう。

すでに述べたように、日本の診療所の中には中堅病院以上の高度な医療機器を備える機関も多く、高い機能を売り物にしている。医療機関の機能分担が依然として不十分ということである。具体的な体系の再構築にはこうした現状を前提とした上で、むしろ現状に沿った形のシステムを追求する必要がある。

難しい医療技術の評価についても、診療科の特性を考慮しつつその難易度の評価が検討されている。近年、定着してきた「チーム医療」についても適正な評価が求められる。これまでの個々の医療行為の出来高評価ではなく、医療サービスを包括的に評価する方向が志向されている。これにより、医療サービスの質的向上や効率化の進展といった医療提供面の効果も期待できる。

二 実を結ばない医療改革と問われる厚労省の姿勢

本章では、国民皆保険制度維持の観点からかつて論及したが、抜本改革をはじめ一連の医療改革が歴史的にみていかなる意味をもつかを問い直すため、あえて再論したい。

医療関係者の注目を集めた二〇〇三年の閣議決定に向けた根回しは、その前年、二〇〇二年末に政府、与党により鋭意進められていた。厚生族の総本山ともいえる自民党医療基本問題調査会は、医療制度改革に関する私案を取りまとめた。そこには、都道府県を単位とする保険者の再編や統合、(七五歳以上の)後期高齢者を対象とする新たな高齢者医療保険制度の創設等が盛られた。¹⁶⁾

これに対して、厚生労働省はこの年末、医療保険制度の改革と診療報酬体系の検討をめぐり試案を示した。同省は、高齢者の医療制度に関し、「年齢構成や所得に着目した保険制度」と、「後期高齢者に着目した保険制度」の二つの案を提案している。かつて拙稿でも指摘した、いわゆる「年齢・所得調整方式」と「独立保険方式」が

それである。⁽¹⁷⁾

厚労省が打ち出した試案では、前者の方式を採用すると、政管健保の負担減、健保組合と共済組合の負担増、国庫負担の負担微増になるのに対し、後者の方式では政管健保、健保組合、共済組合はいずれも多少負担減となり、高齢者や市町村の負担が増し国庫は負担減となるとの見通しが示された。かつて具体的に論及したので、ここでは詳細は省くことにしたい。

厚労省案は、一九九七年以来の医療保険制度の「抜本改革」を基点としている。これ以降議論を呼んだ四方式、「独立保険方式」、「突き抜け方式」、「年齢リスク構造調整方式」、「一本化方式」の延長線上にあることも医療関係者の間では、周知の事実である。

厚労省は試案をまとめるため、診療側（日医）や支払い側（健保連、経団連、全国町村会）双方に呼びかけ、意見交換の場を設けて鋭意調整に動いた。

健保連や経団連は「年齢・所得調整方式」について、医療保険制度の理念に違背し到底容認できないと反対の意向を鮮明にした。また、国保三団体は同方式に一定の理解を示していた。いずれにせよ、関係者間の意見調整は難航したといわねばならない。

「独立保険方式」について、国保三団体は終始反対の姿勢を崩さなかったが、健保連や経団連は一定の評価を下した。同方式を採用すれば、国保の財政負担が増大する懸念があり、現行の拠出金制度とたいした違いがなく、それでは老人保健制度の改革につながらないとの批判がでたのも当然である。重要な論点であるが、紙幅の関係上ここでは省略する。

一方、日医は「独立保険方式」に前向きで、九割を税負担とし保険料や自己負担を一割に設定する案を示した。日医の提案では、保険の加入者として七五歳以上のいわゆる後期高齢者が想定されている。また、経団連は国庫

の基準を採用して六五歳以上の高齢者を対象とする制度設計を進め、高齢者の自己負担と消費税に財源を求めた。このように、医療保険制度に関する政策決定プロセスには多様なアクターが登場する。そして利害が錯綜するため、アクター間の調整はなかなか容易ではない。日医にはかつての武見会長時代の独裁的イメージがあるが、八〇年代以降は一転して厚生省（現厚労省）が制度改革、政策決定の主導権を掌握するようになった。

吉村仁（厚生省保険局長）に代表されるように、厚生官僚が力をつけ、厚生省案が決定に持ち込まれることが着実に増加した。もちろんこれに自民党厚生族の動向も作用していたにちがいない。

しかしながら、厚生省主導の医療政策は九〇年代後半、あえなく潰えることになる。後にHIV訴訟に発展する薬害エイズ事件は、厚生省の閉鎖的な体質を白日の下にさらした。血液内科医や薬務局の技官らのあまりに杜撰な対応が槍玉にあげられた。加えて、事務方の頂点に立つ事務次官の福祉行政をめぐる汚職による逮捕が追い討ちをかけることになり、厚生省への風あたりは増すばかりであった。不祥事の連続に伴い、厚生省の政策形成に係わるイニシアチブは急速に低下していったのである。¹⁸⁾

未だ厚生省が医療政策の主導権を掌握していた九〇年代前半、省内に医療費政策の転換を求める声が聞かれた。それはいうまでもなく、極端な医療費抑制政策に対する批判にほかならない。

全体として八〇年代をみれば、消費者物価や人件費の上昇率が三割近い実勢にありながら、診療報酬は三パーセント程度しか引き上げられていない。その舞台裏では、あいもかわらず大蔵省が財政再建路線を突き進んでいた。厚生省の背後に医療費抑制を求める大蔵省の圧力があつたことはまちがいない。大蔵省の圧力に屈する同省幹部の不甲斐なさに、省内若手は強く反発した。

日本の国民医療費を対GDP比で見ると、明らかに国際的には低水準を維持している。OECD加盟国三〇国中二七位で、アメリカの二分の一である。WHOにおいては日本の医療水準は世界一と賞賛されている。

予算編成においても総枠規制をかけ、後は国家統制の効く診療報酬改定により政策誘導が行われている。一般には中立性を確保するため中医協（中央社会保険医療協議会）に決定権が委ねられているが、実際には厚生省保険局で価格表が作成され、これが中医協により追認される仕組みになっている。⁽¹⁹⁾

かかる枠組みを前提として、八〇年代には、検査料や薬価を引き下げ、その代わりに技術料の引き上げが実施された。かつて指摘されたように、九二年の診療報酬改定では、病院の外来診療料を引き下げ、その分を診療所の外来診療料の引き上げに回していた。これはもはやコストの移行とみなすことはできない。厚生省のみならず日本医師会の責任が厳しく問われねばならない。⁽²⁰⁾

同省は日医の意向を迎え、本来公正な立場から進めるべき政策決定に予断を加えたと非難されてもやむをえないであろう。自らルールを安易に無視したことは、医療行政への不審を買いかねない。よくいわれるとおり、それを抑止するには、中医協が主体性をもって実効性のあるルールを確立する必要性がある。そのためには、中医協の独立性を高めるためメンバーの選考にあたっては、厚生省の影響を排除する工夫が求められよう。⁽²¹⁾

なお、九二年の診療報酬改定で注目されたのは、差額ベッドの規制を緩和し保険外負担の拡大を認めたことである。その結果、医療が社会保障としての性格を弱め、患者の差別化といった方向性が強まった。これまで厚生省が行政指導という形で調整していた老人保健施設の料金の弾力化など、患者の保険外負担の自由化を安易に認める傾向が見受けられる。

厚生省は介護や看護についてもサービスの自己負担を認める方針で、ここでも医師会の意向を受け入れる姿勢をみてとることができる。二木立氏も指摘しているように、被保険者のニーズが多様化してくると、もはや医療保険は財政的に対応不能といってもよい段階を迎えることになる。しかし、いわゆる富裕層のニーズに厚生省が向き合おうとしているとはみられず、室料加算などについても大幅な改定は不可能ではないか。

厚生省はそれでも近い将来における医療費高騰に警戒感を抱いていた。そのため、医療費抑制策をなお継続する姿勢を崩さなかったのである。八〇年代以降、老人医療への定額払い制の導入、第一次医療法改正に伴う病床数の確保、健康保険の改革に伴う高度先進医療の保険導入の抑制など、九〇年代に国民医療費が高騰する要因は見当たらなかった。厚生省は、検査、入院（主として老人を対象）、外来と医療費抑制の標的をつぎつぎとひろげている。

厚生省ではこうした徹底的な医療費抑制策を通知や大臣告示といった行政的手法でさらに確実なものとした。診療報酬改定では引き上げとなった分野に対しても、後に厚生省は通知により規制を加えるといった手の込んだ方法を用いた。医療機関に対する厚生省の統制が強化されたのは、医療機関の医療機能に関する情報が同省に集中しやすいように、点数算定基準の細分化が進められたからである。

こうした手法を駆使して、同省は医療機関の再編、すなわち「療養型病床群」の形成、診療所、病院間の外来・入院の機能分化の推進を企図していたのである。八〇年代後半まで、厚生省は病院の機能分化をめざしたものの、病院・診療所間の機能分化にはなら対応してこなかった。この点については第二次医療法改正案にも盛られていない。改正案の主眼が特定機能病院と療養型病床群の制度化に置かれていたのは周知の事実である。²²⁾

多くの専門家が指摘するように、日進月歩の医療技術を導入した病院の専門外来の拡充などの現実を踏まえれば、「外来は診療所、入院は病院」といった機能分担にはかなり無理がある。したがって、九二年の診療報酬改定により病院の外来診療料の急激な引き下げはいささかの外れな政策判断といわねばならない。確かに、医療費抑制効果はあっても、医療サービスの充実には寄与しないからである。

日本は人口当たりの病床数は充実しているが、病床あたりのスタッフ数は極めて不足している。こうした現実を放置して療養型病床群を確立し、人員配置をさらに抑制するという医療法の改正には批判的な見解が提起され

た。

同年の診療報酬改定によって、厚生省が思い描く病院と診療所の機能分化が進展する可能性は低いとみられた。患者の嗜好を観察すると、厚生省の思惑とは反対に、外来患者の間では診療所離れ、大病院志向が進んでいることがわかる。

病院サイドに立てば、地域医療計画により入院部門での収益が抑制されていることを踏まえれば、外来診療料の大幅引き下げに対して外来患者数の増加による苦しい収益の確保が頼みの綱となる。実際のところ外来診療料の引き下げは外来患者の病院への流れを生み出すことになるが、果して医療の質が低下しないか懸念されるところである。

しかし外来患者数が増加するのは大病院であり、中小病院での増加を見込むことはできない。こうした実情については、厚生省の「病院報告」や「医療施設調査」などから容易に読み取ることができる。

中医協は厚生省による政策誘導の隠れ蓑に利用されている。審議が非公開であり、公正さを著しく欠いていた。診療報酬改定も二日間で結論を得ており、著しく透明性が欠如しているとの批判を招いていた。中医協の問題点はこれだけにとどまらない。当時⁽²³⁾にあつては、病院団体の代表は日医の委員が代表することになっており、病院に不利な決定が公然と行われていた。

診療報酬改定をめぐる問題点を検討するべく、一九九一年に診療報酬基本問題小委員会が設置されていた。ここでは、診療報酬体系の意義と評価が検討された⁽²⁴⁾。診療報酬とはそもそも、健康保険法に基づき医療保険制度により提供されるサービスであり、具体的には厚生大臣告示や通知により体系化されている。改定時には、サービスの内容や範囲が検討され、価格表が新たに提示されることになる。

診療報酬の改定による政策誘導には大きな効果が認められる。病院、診療所を問わず、医療機関の収益の九割

以上が診療報酬である。そのため、こうした政策誘導が医療機関の経営に多大な影響を与えることは必至であり、政府や医療界が診療報酬改定に注目するのは当然である。医療サービスの評価として点数引き上げが行われ、医療提供を推進することになる。

明らかに、一九九四年の改定では、在宅医療の拡充という政策判断が加えられ、在宅患者の末期医療などが評価された。もちろん人口の変動や高齢化の進展によっても医療費は増大するが、九〇年代には診療報酬改定による政策的増加が大きな意味をもつようになった。九四年度の改定の場合をみると、診療報酬を一パーセント引き上げるにより、六〇〇億円近い一般会計予算増となった。そのため、大蔵省主計局は厚生省に大蔵原案明示前の改定を求めている。診療報酬の引き上げは当然、保険料の増加を引き起こす。同年の改定では、一点の引き上げは保険料の何と一四〇〇億円増に帰結した。

診療報酬体系は健康保険法第四三条、同四四条に規定され、主として厚生大臣の権限により二年に一度告示や省令により提示される。元厚生省保険局長によると、薬価基準を含め原案は保険局が国際的基準に照らして決定しているといわれる。

九〇年代には診療報酬基本問題小委員会の設置により、その報告が改定に反映された。九四年には健康保険法も改正され、新たな看護体系の導入、入院時の給食基準の変更に伴い診療報酬が改定された。したがって、この年は四月、一〇月の二度にわたる改定が行われたことになる。

すでに八〇年代後半から、医療費抑制政策は徹底し、国民医療費の伸び率は国民所得のそれを下回った。こうした政策の推進を可能にしたのは、日本の医療制度が意外に弾力的だからである。患者にも医療機関にかなり選択の幅が存在しているということである。患者は保険証さえあれば、原則医療機関にフリーアクセスできる。サービスの不足する医療機関は淘汰されることになる。適性な競争原理が作用する仕組みになっているのである。

診療報酬体系は一見したところ統制的であるが、一部の定額制を除けば、基本的には出来高払い制であることから医療者側からの不満の声はそれほど聞こえてこない。民間の医療機関では医師への謝礼を行政サイドも黙認⁽²⁵⁾している。

池上直己氏らが指摘するように、そうした慣行は高齢者ケアの財源不足を補っていたともいえるであろう。

三 「医療崩壊」と医療行政の失敗

昨今、「医療崩壊」に関する議論が喧しい。⁽²⁶⁾これまで日本の医療は国際的にも高い評価を受けてきた。先進国のなかでも、これだけ低医療費で高い水準の医療が提供されている国はない。医療費はついにイギリスより低い水準となっている。それでいて、世界でもトップレベルの長寿、そして最低の新生児死亡率を記録している。WHOのみならず、OECDでも健康達成度で第一位にランクされている。⁽²⁷⁾

しかし近年、世界に冠たる国民皆保険制度を中軸とする日本の医療体制に対する不信感が急激に高まってきた。医療訴訟の増大、医師不足の深刻化などその背景には様々な原因が考えられる。慢性的な医師不足により、とりわけ産科、小児科の閉鎖が相次いでいる。過疎地域はもちろんであるが、横浜市のような都市部でも分娩のできない区が二つもある。当然、こうした傾向は少子化対策上も大きな懸念材料である。⁽²⁸⁾

かかる憂慮すべき事態が発生した最大の原因は厚労省の医療費抑制政策にある。国は、かねて医師不足が指摘されながら、それを医師の偏在と説明してきた。日医が医師不足を認めたのは一昨年、二〇〇七年のことである。全国の医師数は約二七万人であるが、厚労省の推定では毎年医師免許を取得するのは八〇〇〇人弱で、医学部の定員増も考慮しつつそれでも必要数を充足するのに一〇年はかかるとされる。⁽²⁹⁾

政府は二〇〇六年、医療制度改革の一環として療養病床の六割削減の方針を示した。もちろんその背景には医療費抑制政策があることはまちがいない。しかしこれには各方面から反発の声があがり、まもなく厚労省は削減計画を撤回した。⁽³⁰⁾

入院医療のあり方、とりわけ現場の実情をよく調査の上、実効性ある施策の実施が進められるべきであろう。厚労省保険局の医療課長も二年程度で異動となる。先輩課長が堅持してきた政策の方向を維持することに彼らは汲々としている。これこそ霞ヶ関の行政文化なのである。

いみじくも元財務官僚の村上正泰氏が述べるように、療養病床の議論には財政論だけでなく、「人間の生と死」の問題が深くかわかることを絶えず踏まえるべきであろう。法改正を政令や省令で補完するという厚労省の説明に納得した人は少ないであろう。社会的入院の解消のため診療報酬改定による政策誘導は必要であるが、それには当然エビデンスが求められる。⁽³¹⁾

かかる問題に関する法案に付帯決議が付されたことは有名だが、そこにもられた「医療区分の見直し」や医療経営を十分考慮した診療報酬改定は喫緊の課題であるといわねばならないであろう。

医療行政において二〇〇八年の最大の問題となったのは、いうまでもなく同年四月に導入された後期高齢者医療制度である。この制度を規定する法律には「高齢者医療の確保」と冠されているが、条文を読み進めると医療費の適正化が掲げられている。一見すると、厚生労働省の医療費抑制政策の延長線上にあるかにみえる。

この制度が高齢者の反発を招いたのは、七五歳以上の高齢者を「後期高齢者」と別立てにして切り離し、しかも安倍内閣以来官界不祥事象徴となった年金から保険料を天引きしたことにある。マスコミによる過剰な反応が追い討ちをかけたことは確かだが、新制度導入の政策的意図が十分に理解されていない。⁽³²⁾

後期高齢者医療制度の発端は、そもそも高齢者の医療費を誰がどう負担するかをめぐる議論であった。これま

での老人保健制度において、高齢者は国民健康保険か被用者保険に加入していた。高齢者はいずれの場合も保険料を納入し、市町村から医療給付を受けていたのである。財源としては、各保険からの拠出金と税により賄われていた。

この仕組みは市町村国保に高齢者が集中している実態を踏まえた制度である。医療給付と財政とで主体が異なることは、負担のあり方をめぐる議論を複雑にした。健保組合のように、膨張する負担にひたすら困惑する団体も出てきた。厚労省の医療費抑制よりも老人保健制度の改善に後期高齢者医療制度の出発点があったことを確認しておきたい。⁽³³⁾

新制度の導入にあたって、厚労省が最も配慮したのは財政負担のあり方であった。後期高齢者は独立方式とし前期高齢者を国保と被用者に分ければ、健保の負担増にはなるが市町村国保の負担は軽減する。政府の思惑もかかる帰結にあったのではないか。当然のことながら保険者をどうするかであるが、広域連合の設立でようやくまとまった。

同制度は当然、社会保障制度と税制の両面から検討を加える必要がある。いうまでもなく、前者の所管は厚生労働省であり、後者の側面は財務省や総務省が管轄している。よく指摘されるように、縦割り行政の弊害として全体的な負担のあり方が必ずしも所管官庁間で調整されているわけではない。

たとえ高齢者であっても現役並みの所得があれば、自己負担は三割となる。その所得水準が税制改正に伴い随分と低下してきた。構造改革の一環として推進された三位一体の改革により、住民税は自治体の財政を潤した。住民税の増大に伴い国保の保険料も自動的に引き上げとなった。

後期高齢者医療制度の場合は保険料を個人単位で負担する原則なので、これまでのように世帯ごとに保険料を払い控除されることはなく、所得税が増加する可能性が出てきた。厚労省は試案の段階では「独立方式」と称し

ていたが、高齢者には「独立」ではなく「孤立」と受け止められたのである。

九〇年代はバブル崩壊後の「失われた一〇年」と捉えられ、構造改革に国民はデフレ脱却を託したのである。小泉内閣が誕生すると、金融機関の抱える不良債権処理が進められ、公的資金が注入された。「なぜ銀行だけ救うのか」と不満の声もあがったが、金融は公共財だからである。医療や年金等の社会保障も公共財と考えるべきとの指摘をよく耳にする。

二〇〇八年九月に内閣府が発表した世論調査によると、政府への要望で第一位を占めたのは、「医療・年金等の社会保障」の七二・八パーセントであった。具体的には、医療の場合、医師不足、救急医療体制の不備（たらい回し）、介護難民、医療ミス、医療費の不足などが指摘されている。

医師不足が表面化したのは、二〇〇四年の臨床研修義務化以降のことである。研修が義務化した際、研修病院選定の自由が認められた。研修中の当直（バイト）の禁止が打ち出された。研修医の八割以上が研究より臨床を希望したこともあり、研修メニューの充実した都市の大病院に人が集まった。それまでは、卒業した大学の付属病院に七割が入局していたが、現在は半分を下回ることすらあたりまえになっている。

医療費をはじめ社会保障関係費を引き上げるべきである。近時「医療崩壊」と呼ばれている現象の根底には医療費不足がある。財務省は財源がないと反論するであろうが、政府や与党が医療費政策を転換しなければ根本的な解決はない。³⁴⁾

これには小泉元首相のような国民的人気が必要である。国会で元首相は国民皆保険の堅持を掲げ、医療制度改革に取り組む意向を示した。しかしその結果、構造改革は同分野において「三方一両損」に持ち込まれ、十分成果をあげるにはいたらなかった。国民は人生設計にかかわる年金、医療、介護など超高齢社会に対応する社会保障の充実を期待していたのであり、郵政民営化を求めていたわけではない。

医療費の安定財源として、消費税がある。もちろん目的税化すべきは当然である。そしてその前に徹底した歳出の削減が求められよう。いずれにせよ、まず厚労省が三〇年近くにわたる医療費政策の失敗を認め、政策の大転換を断行すべきである。

これはかなり大掛かりな政策変更であり、「医療臨調」を設置し、医療関係者のほか医療経済学だけでなく、公共政策学や経営学、そして法律学など広範なメンバーの参加を考慮すべきである。³⁵

むすびにかえて

近時、騒がれている「医療崩壊」の原因は医師と医療費の不足にある。一般会計で四割に達した社会保障関係費は、急速な高齢化の進展に伴いこれからも増大化することが懸念される。しかし医療費を抑制しすぎたために、勤務医は過酷な労働を強いられている。

不足の著しい産科、小児科は閉鎖となったところも多く、都内の総合周産期センターも基準となるスタッフを配置できているところは少ない。過剰労働に疲れた勤務医が開業するケースも多いが、年間開業件数五〇〇〇件で閉鎖する診療所もほぼ同数に達している。

医師が多いはずの東京でも妊婦のたらい回し事件が大きく報道され、救急医療体制への不信任が高まっている。医師不足が勤務医の疲弊を招き、医療ミスの温床となっている。医師の増員には時間がかかるため、開業医に協力を求め、地域の病院の救急医療体制強化を当面模索すべきである。かかる開業医の協力には手厚い診療報酬の設定が必要である。

日本は急速な少子高齢化の道を辿らざるをえない。これに伴い疾病構造も大きく変貌を遂げた。こうした変化

を踏まえつつ、病態に対応した評価体系の構築をめざすべきである。診療報酬体系に期待されている機能は、医療財源をいかに適切かつ有効に医療機関に分配するかである。低成長時代の日本経済の現状を十分見据え、窓口負担、税、保険料のバランスを考慮することが重要である。

一九九〇年代以降、厚生省は哲学なき診療報酬改定に終始したため、医療行政に対する不信感が高まった。升添厚労大臣が指摘したように、中医協の透明性を高めてその主体性や独立性を示すことは重要である。同省はこれまで同様通知や大臣告示など行政的手法により医療費抑制をなおも継続するつもりなのであるのか。

「医療崩壊」を防ぎ、国民皆保険制度を維持するためには、医療費政策を大胆に転換して医療の「安心、安全」を回復することがぜひとも必要である。

(1) こうした体系ができると、診療報酬点数は医療行為の価格として厚生大臣（現厚生労働大臣）の諮問に対して中央社会保険医療協議会（中医協）が答申することが、健康保険法や社会保険医療協議会法により規定されている。この厚生省の審議会は戦前から存在し、中医協の名称確定は一九五〇年のことである。診療報酬体系とその運用、政治的意味については、結城康博『医療の値段』（岩波新書、二〇〇六年）一八頁以下参照。因みに、厚生省は陸軍の要請を受け、内務省衛生局が分離、発展し、軍勢力強化のために国民体位の向上を推進した（拙著『日本の医療行政』、慶應義塾大学出版会、一九九九年）。

(2) 作業委員会の動向については、厚生省『診療報酬体系見直し作業委員会報告書』を全面的に参酌している。この委員会は五島雄一郎東海大学名誉教授を長とし、病院長が多く、遠藤久夫学習院大学教授、川渕孝一日本福祉大学教授（現東京医科歯科大学大学院教授）ら医療経済学者が参加している。与党協案を踏まえて議論の活性化に資する材料を提供することがめざされた。問題の性格上、専門的で一般国民にはわかりにくい議論であることはやむをえない面がある。

(3) 医療提供体制の質が問われただけでなく、国民にその仕組みを十分理解してもらうよう配慮を加えた。もちろん

この報告書で取り上げられた論点だけでは不十分とする見解もあろう。定額払い方式の導入に対する慎重論や、診療報酬体系は財源を十分に視野に入れるべきとする意見が聞かれた。終末期の診療もこれに含め考慮すべきであろう。

(4) 説明と同意はいまや大半の医療機関で遵守されている。かつて多かったパターナリズムは姿を消し、患者の満足度が高まる傾向にある。診療情報提供書を求め、セカンド・オピニオンを紹介してもらうのもあたりまえになってきた。すでに検査済みの画像などを借りることも、患者の負担を軽減するだけでなく、合理的な医療費抑制につながっている。

(5) 医療機関と保険者間の調整にはレセプトの審査がある。医療機関は毎月、この請求書を支払い基金や国保連合会に提出する。明細書は医師が審査するとはいえ、病名と提供された医療行為という限られた情報から適正か否かを迅速に判断するのはさわめて難しい。医療サービスに対する審査基準はない。審査件数が多いため、高額なレセプトのみが対象とされ、地域での評判などが考慮されているとしたら到底適正な仕組みとはいえないであろう。もちろん保険者も審査する機会が認められているが、レセプトの情報が限定されているため、異なる判断の余地は限られている。

(6) 疾病構造の変化だけでなく、医療の高度化や国際化に対応しうる保険診療のあり方を視野に入れる必要がある。外国製新薬、高度医療機器、新技術の導入は急速に進展しており、これに迅速かつ適正に対処できる仕組みが求められている(厚生労働省、「制度企画部会意見書」)。当面、少子高齢化の進行に対応するべく、給付と負担の世代間不均衡などを是正することが急務であろう。六五歳以上の高齢者一人あたりの医療費は、若年者の五倍ちかといわれている。患者にコスト意識をもってもらうことは当然必要であるが、あまりこの点にとらわれると、早期の受診抑制が起き、結果として治療が難しくなり、医療費も増大する。

(7) 入院医療の充実をめざした取り組みも進み、医療従事者がチーム医療を展開している。しかし、こうした医療の質を高める試みは適正に評価されていない。中医協が検討の対象としている診療、薬価等は六〇〇〇件以上にのぼり、限界とする見解も聞こえる。患者のニーズも多様化しており、医療保険ですべてカバーするのはそろそろ限界である(「作業委員会報告書」)。

(8) すでに述べたように、医療技術の評価はきわめて難しい。各学会が診療ガイドラインを作成し、標準化を進める必要がある。EBMの重要性和標準化については、拙稿「医療提供体制の改革とEBMの導入」『法学研究』七六巻

二号、参照。

(9) 発足早々の小泉内閣は、二〇〇一年六月の「骨太の方針」に医療分野への市場原理主義の導入を企図し、営利企業による医療機関経営を認める方針を打ち出した。アメリカを雛形とした新自由主義の採用である。医療関係者は一様にショックを隠せなかったが、小泉政権の高支持率を背景とした勢いに当面静観する姿勢を示した。関係者の間では、抜本改革など無理との観測が大勢を占めた。厚生労働省の意向を踏まえ、医療費抑制は継続された。そして自己負担の引き上げを実施した。診療報酬本体のマイナス改定ははじめての出来事である。この診療報酬改定について、二本氏は概ね次のように解説を加えている。「今回の診療報酬引き下げは、診療報酬本体でマイナス一・三%、薬価引き下げ等を含め医療費全体ではマイナス二・七%とされている。しかし、実際の引き下げ幅がこれをはるかに上回るとし、医療収益の四・四パーセント減とはじきだした。多くの病院が赤字に転落すると見込んだのである」(『医療改革と病院』勁草書房、二〇〇四年)。

(10) 周知のとおり、アメリカでは医療費が高く、公的医療保険が十分発達していない。低所得者を中心に無保険者が実に多い。クリントン政権時代に大統領夫人のヒラリーが旗振り役となつて、日本のような国民皆保険制度の構築をめざした。しかしこの政策は結局のところ実を結ばなかった。アメリカの医療は医療機関相互の機能分担は効率的に進んでいる(前掲拙著等参照)。

(11) 八〇年代以降、日本の医療費政策は厚生省(現厚生労働省)の主導下に置かれ、一貫して抑制されてきた。こうした傾向は今世紀に入っても続いている。そして二〇〇二年の改定では、はじめて診療報酬本体の引き下げが断行された(二木前掲書)。年間三三兆円規模の国民医療費がかかり、少子高齢化が進むことを考慮すれば、厚生省(現厚生労働省)や背後で後押しする大蔵省(現財務省)の主張はもつとも聞こえる。しかし対GDP比で国際比較してみると、日本の医療費はOECD加盟国三〇カ国中二十七位である。フリーアクセスで最高の医療水準にある日本はWHOでも第一位の座を占めている。

(12) 九〇年代後半になると、官から民への志向が強まった。この傾向はよく新自由主義と呼ばれるが、要するに医療分野にも市場原理の導入を認める考え方である。主張しているのは、主に財界や一部の医療経済学者である。医師会や厚生労働省は概ね反対である。一九六一年に構築された世界に冠たる国民皆保険制度の崩壊を懸念しての対応である

(厚労省HPの各種審議会での議論を参照)。

(13) 医療関係者は厚労省の力量を高く評価する傾向があるが、診療報酬体系による政策誘導では先端医療の育成に対する効果は期待できない(『月刊民病研』一九九二年)。

(14) 中医協が審査の対象にしている医師の技術料や薬価は六〇〇〇件を超えており、所要時間からみても、元保険局長の発言が実態にちかいののではないか。舛添厚労大臣の「不透明発言」も見逃せない。これに対して、中医協の遠藤久夫会長(学習院大学経済学部教授)は「不透明と言われるゆえんはない」と反発したが、具体的に「透明性の確保」について説明責任が求められる。

(15) 一般に病院でもメジャー医局と大病院などといわれる外科、内科、産婦人科はよいが、マイナー医局は収益が上がらず不採算部門として廃止する傾向にある。民間病院の経営については、遠藤久夫「営利法人の病院経営のパフォーマンスに関する一考察」『医療経済研究』三、一九九六年)。

(16) 拙稿「迷走する日本の医療行政と医療費政策の大転換」(『慶應義塾一五〇周年記念論文集』参照。昨今、不評で見直しが検討されている「後期高齢者医療制度」の導入が企図されていた。この制度は、後期高齢者(七五歳以上)が医療機関の窓口で一割自己負担すればよく、現役世代が四割を拠出し、残りの五割が税により賄われている。確かに記録の喪失、改ざんなど不祥事に発展し不信感をもたれている年金からの天引きとは、随分配慮を欠いた措置であった。厚労省にあつてはいったん取り下げ、名称から仕組みまで全体像を丁寧に見直し、国民に分かりやすく説明する責任がある。

(17) 健康保険の保険料の引き上げは、主として老人保健制度により高齢者の医療費を賄う上で必要な拠出金が増加していることに起因する。そのため、現役世代の負担を軽減するため、高齢者にも負担を求めることになった(池上直紀他『日本の医療』中公新書、一一四頁)。

(18) 九〇年代後半の厚生省の不祥事がその力量の低下につながったことは、当時小泉厚生大臣時代に保険局長を務めた厚生省OBへのインタビューからある程度明らかとなった。

(19) 同じインタビューによって、薬価等も含む診療報酬体系が厚生省保険局で価格の国際比較等を通じ事実上決定される実態が明らかにされた。

(20) 九二年の診療報酬改定で、病院の外來診療料の引き下げ、そこに生じる原資による診療所の引き上げはルールを無視した恣意的操作と批判されても仕方ないであろう。日医の責任を問われて当然である(二木立『九〇年代の医療と診療報酬』勁草書房、一九九二年)。

(21) すでに述べたように、現在の中医協の透明性は不十分である。舛添厚労大臣が指摘したように、中医協の透明性を確保するべく見直しが求められる(『読売新聞』)。大臣の疑義に対して中医協は反発したが、改善の努力をする旨を表明した。

(22) 二木立『複眼でみる九〇年代の医療』(勁草書房、一九九一年)。

(23) 病院と診療所の外來診療料の操作に日医の圧力がかかわるのは不合理である。

(24) 小委員会では、その後特定機能病院等の包括評価が急務とされ、議論の対象項目としては急性期医療、慢性期医療、回復期リハビリテーション、外來、医療技術、特定療養費、薬価などが検討される方向が求められている(中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会議事概要)。

(25) 医師の謝礼については正確なデータがあるわけではないが、差額ベッドの患者から相当な額手渡されている実態がある(池上前掲書等参照)。

(26) 医療法にいう一九床以下の診療所などは、近年五〇〇〇件ほどが開業し、ほぼ同じ件数が廃院となっている。医師の不足は深刻で、産科や小児科の閉鎖が相次いでいる。こうした状態は二〇〇四年より実施された新臨床研修制度以降、表面化した。大都市の有力病院が充実した研修メニューを用意しているとされ、大学病院の医局に入局すると雑用を引き受けることになるといわれていた(『読売新聞』)。大学病院の外科などのメジャー医局でも研修医の流出に歯止めがかからず、診療に支障をきたした。そこで、多くの大学が付属病院に系列病院から医師を引き上げた。大学の医局は医師の派遣を中止した。そのため、多くの医療機関が医師不足から診療科を閉鎖した。

(27) 日本はまた、高額療養費制度が整っている。しかし診療所と中核病院、さらに高度医療機関の連携はあまりよいとはいえない。医療機関が力量に見合った医療機器を導入しないからであり、結果として医療費が高騰することになる(前掲拙著参照)。こうした高額な医療機器を導入していることを看板に、患者をあつめようとする。収益の増加をめざすことは仕方がないが、必要性の低い患者に検査等をすすめるのは、医師としての良識に欠けた行為といわねば

ならない。

(28) お産と脳出血が合併した難しいケースであるが、搬送先の都立墨東病院は東京都から「母子周産期センター」に認定されていた。他の七病院にも二人の産科医師の常駐することが定められていた。本来、墨東病院には九人の産科医師がいなければならないが、このときは続けざまに四名がやめ、常勤医五名で対応していた。墨東病院の都への報告、派遣の要請とともに、都の担当者の対応がどのようなようになっていたかを明らかにし、嚴重な処分が求められる。緊急時にセンターとして十分機能したか、地域の厚生局や都道府県が査察に入るべきであろう。

(29) 二〇〇四年に開始された臨床研修はうまく機能しているであろうか。研修医療機関を自由にえらべるため、臨床施設の整った都市部の病院に研修医が集中し、地方の病院は慢性的な医師不足に歯止めがかからない（鈴木厚『崩壊する日本』、秀和システム、二〇〇六年）。

(30) 厚労省の局間対立が方針の転換の背景にあったとされる（二本立『医療改革』勁草書房、二〇〇七年）。

(31) 村上正泰「医療費削減の戦犯はだれだ」（『文藝春秋』二〇〇八年九月号）。

(32) 相変わらず、厚労省は関係するアクター間での調整に追われ、国民への説明は後回しになった。医療はすでに述べたように、公共財なのである。事前の広報にもっと配慮すべきである。与党の部会や常任委員会の理事の了解を得るため、医療課長が議員会館を説明のため巡回するというだけでは不十分である。

(33) 厚生労働省HP、関係審議会議事録参照。厚生省保険局長経験者を中心に医療改革をめぐる研究会を組織。診療報酬、薬価等の決定の実態について聴取した。

(34) 前掲『崩壊する日本の医療』等参照。

(35) 川渕孝一『日本の医療があぶない』（ちくま新書、筑摩書房、二〇〇五年）、同『医療再生は可能か』（ちくま新書、筑摩書房、二〇〇八年）や二〇〇八年一〇月に読売新聞が提案した医療改革案は注目に値する。