

2015年度

学士論文

# 医療政策決定過程における二極化構造の影響

—日本医師会と厚生省の分析を通じて—

一橋大学社会学部

4112186k

深江 亮

田中拓道ゼミナール

序章	問題意識と本稿の構成	4
1.	問題意識	4
	(1) 日本の現状と医療費	4
	(2) 政策課題	6
	(3) 診療報酬制度	6
2.	まとめと本稿の構成	7
	(1) まとめと本稿の目的	7
	(2)本稿の構成	8
第一章	先行研究のまとめとリサーチクエスチョンの提示	9
1.	先行研究のまとめ	9
	(1) 診療報酬決定アクター	9
	(2)診療報酬改定の場合	12
	(3)中医協の問題点	13
2.	リサーチクエスチョンと仮説の提示	14
	(1)リサーチクエスチョン	14
	(2)仮説	15
	(3)分析枠組み	15
	(4)まとめ	16
第二章	日本医師会の影響力（1980年代以前）	18
1.	日医の政治力	18
	(1)武見太郎の思想と政治力	18
	(2)ワンマン体制の確立	19
2.	日医の影響力行使	20
	(1)政治手法	20
3.	二極化構造の形成過程	22
	(1)新医療費体系をめぐる争い	22
	(2)新医療費体系における日医と日本病院協会の対立	23
	(3)日医の勝利に終わった対立	25
4.	まとめ	26
第三章	1980年代以降の厚生省の政策と二極化構造	27
1.	1980年代の社会情勢	27
	(1)高度経済成長の終わり	28

(2)高齢化への認識 .....	28
(3)第二次臨時行政調査会（第二次臨調） .....	28
(4)福祉見直し路線 .....	29
<b>2. 厚生省の政策.....</b>	<b>30</b>
(1)吉村仁による厚生省の主導體制 .....	30
(2)老人保健法の成立過程 .....	31
(3)健保法改正 .....	33
<b>3. 医療費抑制はなぜ成功したのか.....</b>	<b>35</b>
(1) 医療費抑制の効果 .....	35
(2)まとめと二極化構造の影響 .....	35
<b>第四章 2004年以降の中医協改革 .....</b>	<b>38</b>
<b>1. 中医協改革の概要.....</b>	<b>38</b>
(1)中医協を巡る贈収賄事件の概要とその影響.....	38
(2)中医協改革のプロセス .....	39
(3)中医協改革の評価.....	42
<b>終章 結論と今後の展望 .....</b>	<b>43</b>
<b>1. 結論.....</b>	<b>43</b>
<b>2. 課題と今後の展望.....</b>	<b>44</b>
<b>参考文献・論文 .....</b>	<b>45</b>

## 序章 問題意識と本稿の構成

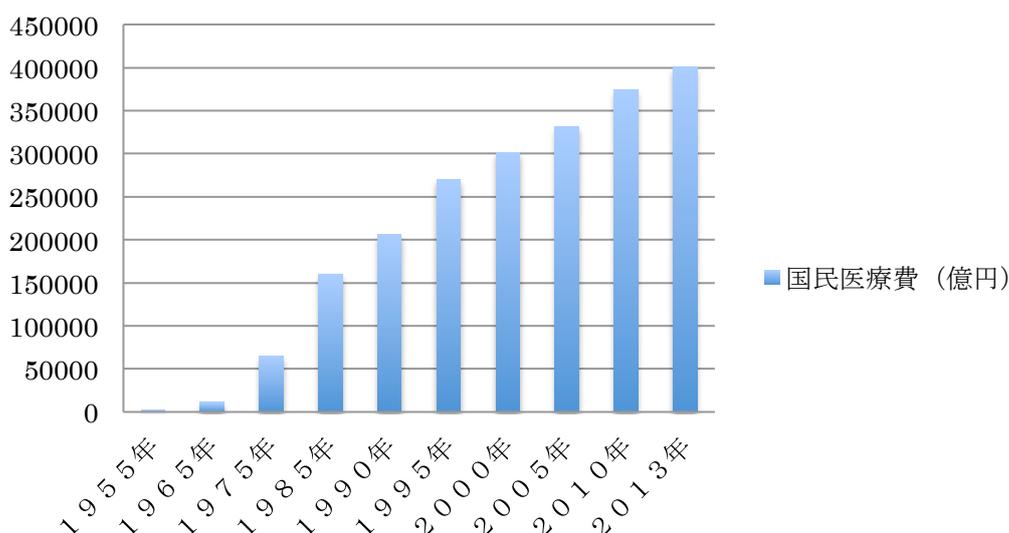
本章では本稿全体の問題意識と本稿の意義を述べる。第1節では現在の日本の医療における問題を整理し、そこから診療報酬に注目することの意義を導くことを目的とする。第2節では本稿の構成を述べる。

### 1. 問題意識

#### (1) 日本の現状と医療費

日本は現在高齢化が進んでいる社会である。内閣府の調べによると、我が国の65歳以上の高齢者人口は平成26年時点で25.1%となっている。生産年齢人口の減少とそれに伴う相対的な高齢者割合の増加傾向は今後も続くと思われる。高齢化は先進国全体に見られる特徴であるが、日本においてその進行が特に早い。このことは日本の医療問題が喫緊の課題であることの一要因として挙げられるだろう。団塊の世代(1947~49)が全員75歳以上の後期高齢者となる2025年まであと10年しか残されていない。後期高齢者の年間医療費は国民平均の約3倍かかると言われており、高齢者の人口増加は医療費の増大につながることは間違いない。厚生労働省の推計では、医療給付費(国民医療費から自己負担額を除いたもの)は2012年の35.1兆円から2025年には54.0兆円に増加する。その結果、国民皆保険制度をはじめとして多くの医療制度の維持が困難になる可能性がある。

図 0-1 国民医療費の推移

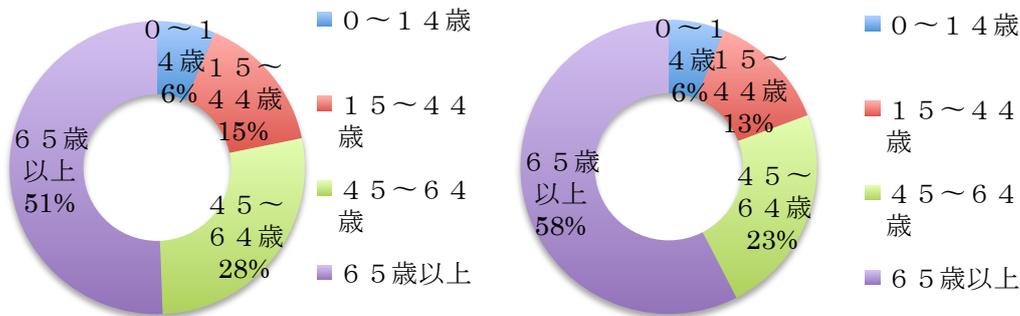


出典：厚生労働省（2013）「国民医療費 平成25年度 結果の概要 p3」より筆者作成

図 0-2 年齢階級別国民医療費

2003年度

2013年度



出典：厚生労働省（2013）「国民医療費 平成25年度 結果の概要 p4」より筆者作成

図 0-1 から国民医療費が年々増加し続ける傾向にあることが見て取れ、さらに図 0-2 から国民医療費に占める高齢者の割合が増えていることがわかる。このことから高齢化が医療費に大きな影響を及ぼしていることは指摘できるが、それだけが原因とは考えにくい。この点、真野（2012: 5-6）は、一般に医療費の高騰要因としては以下の6つの要因が挙げられるとしている。①人口の高齢化、②医療技術の進歩、③医療保険制度の普及、④国民所得の上昇、⑤医師供給数の増加、⑥医療分野と他の産業分野の生産性上昇格差。以下簡単に高齢化以外の②から⑥について述べる。まず、②の医療技術の進歩についてであるが、医療分野の場合、他分野の技術進歩と異なりコストの削減につながるとは限らない。なぜなら患者の治療のために新技術が開発されるからである。そのため医療の質が向上してもコストは削減できないことが多い。③については、医療保険が普及すれば、その分だけ高度な治療を受けられる患者が増えるという関係による。④については、社会が豊かになるほど、人々の欲しいものはなくなってゆくのにに対して、健康はそのような関係が当てはまらないからである。つまり健康は社会が豊かになっても求め続けられる対象となるのである。この点は所得が高い人ほど医療支出が高い、先進国ほど医療支出が高いという実証と一致する。⑤には医師が患者の意思に関係なく医療を提供していることに関係している。⑥に関しては、一般的に産業分野は一人当たりの生産性向上がコスト削減に結びつくが、医療のようなサービス分野は上昇率が低いということが挙げられる。経済学者の理論によると、「ある産業の生産性向上が経済全体に比べて遅れると、その産業の財・サービス物価は上昇する」とある。

## (2) 政策課題

以上、日本で高齢化が進んでいる現状と医療費が高騰する要因を述べてきた。ここでは現状をふまえて、今後考えていかなければならない政策課題は何かを探っていくこととする。

第一に考えなければならないのは今後増大する医療費の財源をどのように確保するかという問題である。もちろん根本的に問題を解決していくためには高齢化や経済低成長そのものへの対策は欠かすことはできないが、現時点で対策をしたとしても効果が現れるのはかなり先になる。そうした問題への対策の効果が出るまでに国民皆保険制度が破綻してしまつては意味がない。その意味では医療費の財源確保は緊急を要する課題である。

財源確保ために必要な政策として考えられるのは2つある。第一に現在の低成長の経済に対しての政策である。つまり経済へのでこ入れによって、パイそのものの拡大を目指す政策である。第二に考えられるのは限られた財源の中で無駄な支出を減らす政策である。どちらの政策も必要なことは間違いないが、前者は政策に対しての効果がすぐに現れない特徴がある。長期的な視点での経済政策になるため、これだけでは医療制度の維持が困難になる可能性が高い。団塊の世代が後期高齢者となる2025年に医療制度の危機が来ると考えるならば、短期的に効果が期待できる後者の政策を実行する必要があるだろう。医療において無駄な支出を最小限にし、必要な部分に重点的に振り分けることが求められているのである。

では医療における支出のうち、無駄な部分と必要な部分を正しく認識していくためにはどうすれば良いのか。ここで注目されるのが診療報酬制度である。診療報酬制度は医療の値段を決定する際に大きな影響を及ぼすものであり、日本ではこの制度の中で厚生省と日本医師会の対立が繰り返されてきた。次項では診療報酬制度が医療費を左右するほどに重要な制度であることを述べる。

## (3) 診療報酬制度

診療報酬とは各医療行為に対して支払われる報酬のことである。医療行為には点数が定められており、1点を10円として計算することで値段が決定されている。このことは医療全体の価格に大きく関わってくる。なぜなら、医療行為の点数配分を操作することで医療費を増加させることも抑制することも可能になるからである。診療報酬制度が医療費を左右する理由はここにある。そのため、診療報酬を正しく決定することが医療における無駄を削減することに結びつくことになる。したがって診療報酬制度がどの

ように決定されているのかを見ていく必要があるのである。以下では診療報酬制度の特徴を見ていくことにする。

#### ① 公定価格

第一の特徴として診療報酬は公定価格であるということが挙げられる。前に述べたとおり、1点単価10円として計算される。そのため、患者と医者との交渉によって価格を決定することはできない。このように国が医療の価格を決定できる構図は多くの先進国で見取れる。理由として真野（2012: 15-18）は大きく2つ挙げている。1つ目は、通常の財とは異なり、政策的には国が財源を確保するので国が関与する必要が出てくるためであるとする理由である。2つ目は、経済学の視点から消費者と提供者との「情報の非対称性」が医療においては大きい理由である。「情報の非対称性」とは簡単に言えば、手にしている情報の量と質がサービスの提供者と消費者の間で異なることである。交渉の場において情報の質と量が優れているプレイヤーが有利に立つことは明白である。そして医療の分野においてとりわけ情報の非対称性が大きい。医師と患者の間には知識の面でどうしても差が生じてしまう。そのため、交渉による価格決定では医師に有利な価格で医療行為が提供されてしまう可能性が存在している。こうした弊害を防ぐために国が価格を統制しているのである。

#### ② 政策誘導機能

第二の特徴は診療報酬制度が政策誘導の手段として機能することである。結城は2002年の診療報酬改定を例として挙げ、診療報酬の点数を変えることで、医療政策を一定の方向へ導くことができるとしている。この時の診療報酬改定では入院に関する医療の価格を変更し、長期入院者には一部自己負担を増やすようにしたところ、病院の長期入院者が減少し、入院期間が短縮されるという結果になった。このことから診療報酬体系が医療機関の経営とインセンティブに大きく関わっていることがわかる。

以上をまとめると、診療報酬体系は公的な価格体系であり、その操作によって医療機関の経営、医療費の配分、そして医療提供体系に影響を及ぼすことが可能であるといえる。

## 2. まとめと本稿の構成

### (1) まとめと本稿の目的

本章では日本における医療費問題を取り上げ、高齢化が進む中で国民皆保険制度をはじめとする医療制度を維持していくために、医療費の財源確保が喫緊の課題であることを示した。そして、限られた財源の中で医療費を正しく配分する政策を実行する必要性を述べた。以上の状況を踏まえて、医療費の配分や医療機関の経営に大きく関係のあ

る診療報酬に注目していくことを示した。診療報酬制度の決定プロセスを適切なものとしていくことは、最終的に医療費の適切な配分につながるものである。戦後から現在に至るまで、日本医師会と厚生省の対立と妥協によって構築されてきた過程を分析し、望ましい決定構造を考察することで医療費問題の解決法を模索することが本稿の目的である。

## (2)本稿の構成

本稿の構成は以下のようなになる。まず序章で医療分野の問題点を示し、それを解決するためには医療費の財源確保が早急に必要であることを明らかにした。その上で、医療費を大きく左右する診療報酬が重要であることを確認した。

これを踏まえて、第一章では診療報酬に関する先行研究をまとめる。特に診療報酬決定過程に関わる多様なアクターが2つの異なる立場に分かれている構造と、そうしたアクターが議論する場として中央社会保険医療協議会に焦点を当てていくことを述べる。中央社会保険医療協議会での2つの立場の中で影響力を持ったアクターとして日本医師会と厚生省を第二章以降で個別に取り上げていくこととする。そして、中央社会保険医療協議会では長く診療側と支払側の二極に分かれて審議がなされてきた構造を取り上げ、そこから本稿のリサーチクエスチョンを導く。

第二章では日本医師会の歴史をたどることで医療政策の各場面においてなぜ大きな影響力を及ぼせるようになったのかを考察する。その際、特に影響力を持っていたとされる1960年代から1970年代にかけての日本医師会に着目する。その上で、日本医師会によって中央社会保険医療協議会の中で「診療側（日本医師会）VS 支払側・厚生省」という二極化構造が形成されたことを確認する。

第三章では日本医師会とは対立する立場の代表である厚生省について見ていく。日本医師会の力が低下した1980年代以降を厚生省中心に分析することとする。

第四章では近年になって、日本医師会と厚生省によって築かれてきた二極化構造の改革が始まってきていることに注目していく。2004年の診療報酬をめぐる汚職事件をきっかけに進んだ中医協改革について詳しく見ていくことを通じて、戦後長らく続いできた少数アクターによる医療政策の決定過程に変化が起きていることを明らかにする。さらに、このタイミングで中医協改革が行われた要因を考えることで、長期にわたって改革を妨げていた要因が二極化構造であったという筆者の主張を補強する。

## 第一章 先行研究のまとめとリサーチクエスチョンの提示

本章では診療報酬体系に関する先行研究をまとめ、そこから導きだされるリサーチクエスチョンを提示する。先行研究のまとめでは診療報酬を決定するアクターの代表として日本医師会と厚生省に焦点をあてていくことを示し、その決定の場として中央社会保険医療協議会（以下では中医協とする）が重要であることを示す。そして戦後からの診療報酬をめぐる日本医師会と厚生省の対立を概観することで、本稿のリサーチクエスチョンを導くことを目的とする。

### 1. 先行研究のまとめ

#### (1) 診療報酬決定アクター

序章で診療報酬制度の持つ特徴を見てきたように、診療報酬は医療費の配分や医療機関経営のインセンティブを左右する重要なものであるため、そこには関係団体が可能な限り自らにとって有利な制度にしようとする動きが存在する。彼らの複雑な駆け引きの結果が今日の医療制度を形作っている。したがって関係団体の動きを見ていくことになるが、それにあたって関係団体の整理をしていく必要がある。以下では、結城(2004: 37-41)や池上・キャンベル(1996: 4-20)の研究をもとにして診療報酬に決定を及ぼすアクターをそれぞれ見ていくことにする。

##### ① 日本医師会（以下では日医とする）

日医は医療政策形成において、戦後から現在に至るまで常に重要なアクターとして存在し続けているが、その誕生は戦前まで遡る。明治から大正にかけて日本薬剤師会が医薬分業<sup>1</sup>に向けて積極的に活動していた。医薬分業によって調剤による利益が失われることになる医師、とりわけ開業医が結成したのが現在の日医の前身となる大日本医師会である。そうした経緯もあって日医は構成員に占める開業医の割合が高くなっている。そのため、日医は開業医の利益向上を目的として厚生省や与党と政治的駆け引きを行う。歴史的に多くの政治活動を行ってきたことから、日医は日本を代表する圧力団体と言われる。日医の影響力については第二章で詳しく見ていくことにするためここでは省略する。

##### ② 厚生省

---

<sup>1</sup> 医薬分業とは簡単に言うと、薬の処方と調剤を分離し、前者を医師が担い、後者を薬剤師が担うというものである。現在行われているような患者が病院で診察を受け、処方箋をもとに近くの薬局で薬を受け取るという仕組みは医薬分業が浸透した結果である。

日医と並んで医療政策決定過程において重要な役割を果たしているのが厚生省である。厚生省の政策立案には事務官と技官が関係している。事務官は法律や経済を学んできたいわゆる文系の国家公務員であり、全体的な視点から一般的な政策を作るのに対して、技官はさまざまな専門分野に別れて具体的な事業計画の立案などを行う。医療分野において大まかに区分すると、事務官が年金などの保険制度の根幹に関係する部分を担当し、技官が医療提供体制や薬剤認可などに関係する部分を担当している。医療政策の立案過程には専門知識が特に重要になってくるため、技官が重要になっている。もちろん他省庁との関連も注意する必要がある。医療が発達してくるにつれて技術の要素が大きく関係してくるため、文部科学省との関係が重要になり、政策立案過程において予算編成を無視することはできないので、そこには財務省も関与している。以上を踏まえながらも、本稿では簡略化のため直接的に大きな影響を持つ厚生省に焦点を当てて分析していくことにする。

厚生省は基本的には医療費を抑制する立場をとっており、多くの場面で日医とは対立関係に立つことが多かった。しかし、厚生省が政策決定の主導権を握ることができたのは1980年代以降のことである。それ以前は日医の絶大な影響力の前に厚生省は劣勢に立たされることが多かった。

### ③健康保険連合組合（健保連）

健保連は保険者の立場から医療費抑制を求めていくアクターである。そのため、厚生省との結びつきが強く、日医とは対立するというのが基本的な構図である。

### ④政権与党

本来、政策決定において最も重要なアクターとなるのは政権与党である。ここでの政権与党とは基本的に自民党的ことをさす。1955年から1993年まで自民党は政権与党として多くの政策に影響力を発揮していた。しかしながら、他の分野と比べると医療政策においてその力を十分に行使したとは言えない。池上・キャンベルの研究によるとその要因として2点挙げることができる。第一に、むしろ日本の保守派は医療に対しては、福祉に見せたような警戒感がなかったことが関係していた（福祉の充実に対しては、「英国病」の到来や日本の伝統的な家族の崩壊を危惧していた）。第二に、医療政策は自民党が得意とする各種利益団体の支援というパターンにそのまま当てはまっている（池上・キャンベル 1996: 13）。医療提供側で圧倒的な力を持った日医の集票力と資金力は自民党の大きな後ろ盾となった。その見返りとして自民党は医師会の意向に沿う行動をする。この基本的な自民党と日医の関係も医療政策において自民党がそれほど

大きな影響力を持たなかった要因と言える。

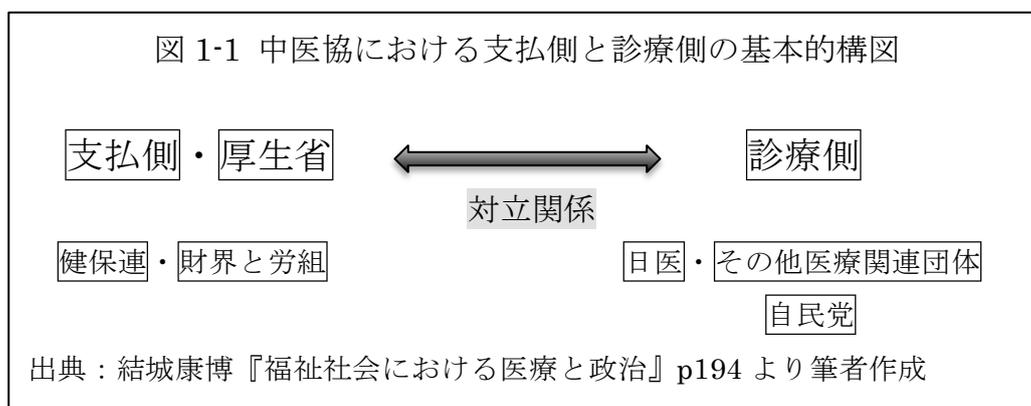
#### ⑤日医以外の医療関連団体

日医以外の医療関連団体は政策過程において現在までそれほど大きな力を発揮できていない。過去には日医と日本病院協会が対立するなど、医療提供者側の立場でも意見が一つにまとまるとは限らなかった。そして日医と比べ、組織力が強固ではないため、日医が常に医療関連団体の頂点に君臨することになっている。本稿では日医と日本病院協会との見ていき、医療提供者の中で代表的な地位を築いていった過程を示す。そのことによって、現在まで日医以外の団体の意見が排除されている構造があることを述べる。

#### ⑥財界と労組

財界は野党を支援する労組と異なり、与党自民党を支援する立場にあり、政策決定に対して一定の影響を持つ。支援する対象は異なるものの、医療政策における関係は保険料の引き上げ阻止で一致している。そのため、医療政策においては財界と労組は協力関係にある。

以上、①から⑥まで診療報酬改定に影響を与えるアクターを見てきた。各アクターの基本的な立場をまとめると以下のような図になる。



この基本的な構図は1960年代から1970年代にかけて日医の影響力が絶大だった頃に顕著であった。特に日本医師会のワンマンと言われる武見太郎が会長であった頃には診療側の結束は固かった。日医がその他の医療関連団体を率いる形で診療側を代表し、支払側の代表は主に厚生省が担った。そのため、戦後一貫して診療報酬改定の審議は実質的に厚生省と日本医師会の間で行われていると言ってもおかしくない状況であった。以上を踏まえ、本稿では各アクターのうち、日本医師会と厚生省の分析に対象

を絞ることとする。

## (2)診療報酬改定の場合

診療報酬改定を行う場として重要な役割を果たしているのが中央社会保険医療協議会（中医協）である。中医協は厚生大臣の諮問機関である。日本の審議会は議題に対して承認を与えるものや、勧告をするだけのものが多く、その影響力はそれほど大きいとは言えない。それに対して、中医協は対立する両派が合意に達することで決定をする必要がある。つまり、中医協での主導権を握ることで診療報酬改定を自らに有利なものとするのであり、それが可能なのである。そのため、2年に1度改定される診療報酬が議論される際には診療側と支払側の間で様々な駆け引きが行われる。医療関係者でもない限り詳しく知ることのない中医協という場はそれほどまでに重要なのである。診療報酬が医療費を大きく左右する以上、それを決定する審議会である中医協は詳しく見る必要があるだろう。以下では中医協の構造について整理していくこととする。

### ①中医協の構成

中医協は現在、診療側委員7人、支払側委員7人、公益委員6人の20人で構成されている。診療側委員は主に医師や歯科医師、薬剤師の代表が勤め、支払側委員は保険者、被保険者、事業主の代表者が務める。中立的な立場であると同時に医療に関する知識も必要とされる公益委員は学識経験者やジャーナリストがなる。診療側と支払側の委員は各団体が推薦することによって任命されることになっている。近年になって三者同数に向けて公益委員の数が増やされるなど、中医協における改革が行われている。それまでは同じ20人構成でも、診療側8人、支払側8人、公益委員4人であった。後で詳しく示すが、こうした中医協の改革は2004年に起きた診療報酬をめぐる汚職事件をきっかけとする動きである。それまでは公益委員の数は診療側や支払側に比べて少なく、公平性や透明性も現在より不十分なものであった。

### ②中医協の審議とその他の政策決定の場合

中医協の場では歴史的に診療側と支払側の激しい対立が存在し、時代によって主導権が診療側と支払側の間を揺れ動くことになった。中医協での審議は労使交渉に例えられることが多い。労使交渉においては賃金の引き上げを求める労働者と、できるだけその上昇を低く抑えたい使用者の間には基本的なスタンスとして対立構造が存在している。時には自らの意見を通すためお互いがストライキなどの強硬な手段に出ることもあるだろう。診療報酬をめぐる争いの中でもそのような強硬な手段が使われることがあ

る。特に1960年代から70年代にかけての日医は中医協の委員を引き上げたりすることで審議そのものを行われなくするなど、多様な政治手法を用いて中医協での主導権を握ってきた。

中医協以外の医療政策決定過程の場としては自民党の専門部会などを挙げる事ができる。厚生部会は自民党内で医療政策の方向性を議論していく場である。自民党の各部会では族議員が大きな力を持ち、政策形成に向けて圧力を駆使していくのが一般的であるが、医療政策の場合は少し形態が異なる。なぜなら、自民党を支持している日医が厚生省の官僚と対立関係にあるからである。したがって、年金や福祉のような厚生省とそれほど対立せず協調できる分野は厚生部会が通常の部会と同様に議論の場となるが、医療のように日医と厚生省の対立が存在する場合においては他に医療基本問題調査会などの特別な審議会を設けている。

### (3)中医協の問題点

近年の改革が進むまで長く問題となっていたこととして挙げられるのは、中医協が三者構成という場でありながら、実際には診療側と支払側の限られたアクターによる決定が行われてきたということである。つまり中医協内での公益委員の影響力の低さが問題として挙げられる。三者が公平な立場から議論するのであれば、少なくとも公益委員の数は診療側委員と支払側委員と同数でなくてはならないだろう。中医協における公益委員の力の弱さについては多くの研究で指摘がなされている。厚労省の政令（社会保険医療協議会令）によると、中医協の議事は出席委員の過半数で決め、可否同数の場合は会長の判断で決着する（公益裁定）。診療側7人と支払側7人はたいてい対立するので、公益委員6人の判断ですべてが決まる。つまり、公益委員の役割は非常に重い。しかし、その存在感は極めて低い（新井 2010: 31）。

こうした問題が存在していたにもかかわらず、近年になるまで改革がなされなかった。ここには診療側と支払側による決定権の独占のインセンティブが働いている。特に、戦後その組織力によって診療側を一手に引き受けた日医と政策を立案する官僚を中心とした厚生省はお互いが対立するアクターでありながら、均衡点を探るためには無くてはならないアクターでもあった。自分たちが求める主張を通すという観点から言えば、少数のアクター間で議論する方がはるかに実現しやすい。この点、結城も以下のように中医協におけるアクターを分析している。特に、既存のアクター達は、新たなアクターの参入を好まない。なぜならば、既存のアクター達は、限られた枠の中でアリーナの権限を占有しコントロールする傾向になるからである。（結城 2004: 42）つまり、日医と厚生省、その他の関係団体は診療側と支払側に分かれ、限られた団体による議論を通じ

て自らに有利な政策を実行させてきたということである。そのため、病院団体や患者団体などの組織基盤が強固でない団体は中医協に参加できず、その意見は反映されてこなかった。

中医協での議論ではその時代によってアクター間の力関係が異なっており、それによって政策の方向性も決められてきた。大まかに戦後のアクターの影響力を言えば、1960年代から1970年代にかけて日医が大きな影響力を駆使した。1980年代以降はその影響力に陰りが見え始め、これまで劣勢だった厚生省が医療政策を主導することになった。日医の政治力が絶頂期であった頃には、様々な政治手法を用いて中医協での審議を停止させることすら可能であり、結果的に厚生省が日医の主張を受け入れざるを得ない状況が存在していた。しかし、1980年代以降はその影響力に陰りが見え始め、これまで劣勢だった厚生省が医療政策を主導することになった。このように中医協でのパワーは診療側と支払側の間で動いていたのである。

## 2. リサーチクエスションと仮説の提示

### (1)リサーチクエスション

中医協の審議会としての機能がたびたび停止してきた実情を踏まえれば、厚生省が主導権を握った際に、中医協改革を進めることが理にかなっているはずである。単独のアクターでも審議会を機能停止にできてしまうような中医協の構造は明らかに問題であり、それを厚生省も認識していたはずである。しかし、前にも述べたように中医協改革が実際に始まったのは2004年以降のことである。しかも2004年の汚職事件によって改革の動きが強まったことを考えると、この事件が起きていなかったら改革は未だになされなかったであろう。

以上を踏まえて本稿のリサーチクエスションを「厚生省主導となった1980年代以降においても中医協改革が進んでこなかったのはなぜか」とする。1960年代と1970年代に日医が機能麻痺に陥らせることで、医療政策の舵取りをしていた状況を考慮して、根本の問題である中医協の体制を改革していくことはこの時期の厚生省には可能であったはずである。そうした改革を妨げる構造を明らかにすることで、1980年代以降は影響力が低下しているとされる日医が、実はそれ以降も歴史的に作り上げてきた構造を通じて大きな影響を及ぼし続けていたという事実を示す。そのことは現在取り組まれている改革による中医協の透明性確保がいかに重要であるかを再認識することに資するはずである。

## (2)仮説

本稿のリサーチクエスチョンに対して設定する仮説を「1970年代までに日医主導で構築された二極化構造が厚生省の政策目標を達成することに有利に働いたため」とする。1980年代以降の厚生省の政策目標は医療費の抑制であった。この時期医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に抑えられたことを考慮すると、医療費抑制は成功したといえることができるだろう。組織として最優先する目的が達成できるのであれば基本的な構造を崩すインセンティブは働きづらい。むしろ対立する相手が日医に一本化されている構造の方が厚生省側としても都合が良かったと考えられる。

ここで本稿の仮説に用いた言葉の定義づけを行う。まず、「二極化構造」については「中医協において、各アクターが日医の代表する診療側と厚生省の代表する支払側という二極に分かれている構造」と定義する。本来ならば、病院団体や患者団体の意見なども十分に考慮される構造が望ましい。そうでなくても公益委員を含めた三極になっているべきであるが、戦後から改革が行われるまで、二極に組織力の高い団体が分かれて政策決定がなされる構造が続いてきた事実がある。本稿ではそうした二極化構造こそが長くにわたって改革を困難にしてきた要因であるとする。

次に厚生省の「政策目標」であるが、これは「医療費適正化対策の推進により医療費の伸びを抑えること」とする。

## (3)分析枠組み

本稿の目的は日医と厚生省によって築かれてきた二極化構造が近年になるまで改革を妨げている構造を明らかにすることである。ここでは分析に必要である分析枠組みの設定を行う。

過去のある時点で行われた偶発的な政策決定や選択によって形成された制度は、政策環境などの初期条件が変化した場合でも、慣性の性質が働くことで変化しにくくなるという理論がある。つまり過去の選択によって現在の政策や決定が制約を受けるということである。これを経路依存性と呼ぶが、もともと経済学や経営学で用いられてきた理論である。これを政治学に応用した人物としてジェイコブ・ハッカーを挙げることができる。ハッカーはアメリカの医療政策において公的医療保険が長年にわたって導入できなかったことを経路依存性を用いて分析している。ハッカーの分析は政治学において経路依存性の議論が有用であることを示したものであると言える。

制度が変化を拒む考え方としては、歴史的制度論でも経路依存性が用いられている。ここでは制度が強固であるほど、外部の予想外の事態に柔軟な対応が困難であることを説明する際に利用されている。何らかの理由で  $t=0$  時点において生まれた政策は、そ

の後の  $t-1$  時点において継承される傾向がある。このような政策安定が、どのようにして生じるのかといえば、政策はそれ自体を支持する勢力を創り出すため現状を変えることが困難になる（新川 2004: 18）。

筆者は経路依存性の定義を「過去に構築された体制を可能な限り維持し、既存の構造の変化を拒む性質」とし、二極化構造を分析する。日医と厚生省の対立の中で作られた二極化構造は関係団体の中で利益を分配する体制を強固にした。そうした体制は経路依存性によって耐性を帯び、大きく改革されることを拒んできたと考えられる。

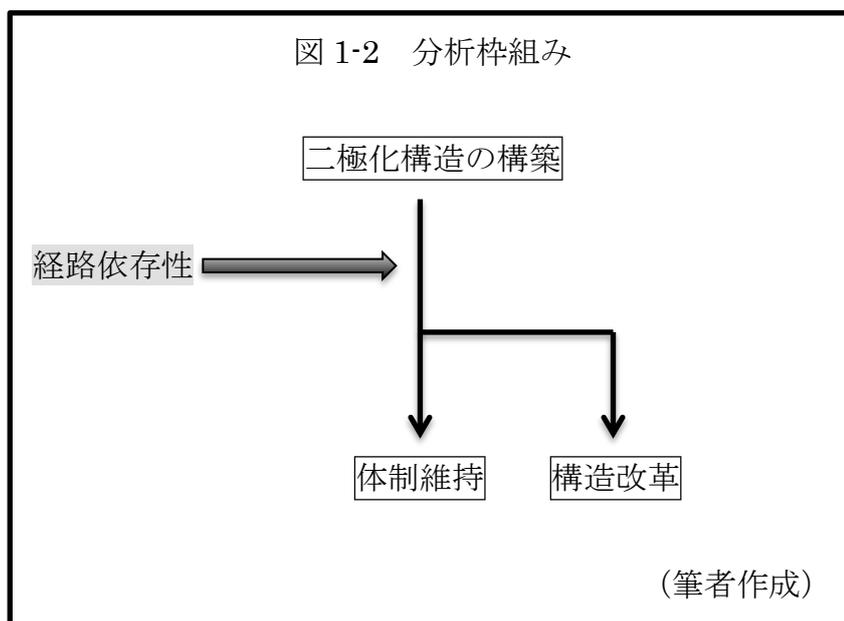


図 1-2 は二極化構造が形成されてからは経路依存性が働くことで、体制維持の可能性が高まることを表している。構造改革の道をたどるためには、経路依存性によって帯びる耐性を打ち破ることが必要である。本稿でいう「体制維持」とは、「厚生省と日医主導による決定構造の維持」を示す。すなわち、二極化構造による決定が改革されず、公益委員が力を持たない状況を指す。「構造改革」とは、「中医協における二極化構造の解消」を表す。本稿では 2004 年以降の改革で形式的にはあるが、二極化構造は解消されたという立場をとる。

#### (4)まとめ

第一章では先行研究をまとめることで本稿のリサーチクエスションと仮説を示した。第一節では診療報酬決定過程に関係するアクターを整理し、アクターが審議する場とし

て最も重要であるのが中医協であることを示した。その上で中医協の問題点として、限られた団体しか中医協での議論に参加することができてないまま診療報酬の改定が行われてきたことを述べた。特に、中医協では診療側の日医と支払側の厚生省がそれぞれ大きな決定力を持っており、戦後から長期にわたって二極化の構造が存在していることは重要である。

第二章では第一章でのまとめを踏まえた上で本稿のリサーチクエスションと仮説、リサーチクエスションを分析するための分析枠組みの提示を行った。二極化構造の改革が近年になるまで進まなかった背景には1980年以降主導権を握った厚生省の政策目標が二極化のまま達成可能であったということがある。最優先目標の達成が可能となったことで中医協改革のインセンティブを持たなかったというのが筆者の仮説である。これを検証するため、次章以降で日医と厚生省のそれぞれのアクターについて詳しく見ていくことにする。

## 第二章 日本医師会の影響力（1980年代以前）

第二章では戦後の日医の影響力について見ていく。第一節では日医の全盛期を築いた武見太郎会長に注目し、日医が他の利益団体と異なる特徴を有するに至った背景を示す。第二節では、日医が具体的にどのような手法で診療報酬過程に影響を与えていたかを示す。これによって、武見率いる日医が1960年代から1970年代における診療報酬決定過程に絶大な力を持っていたことを明らかにする。第三節では第二節までの議論を踏まえて、先ほど触れた二極化構造が形成されていったプロセスを見ていく。特に日医が診療側を代表するに至った過程に焦点を当てることで、二極化構造を作り上げていったことを示す。

### 1. 日医の政治力

戦後の日医の政治力は会長である武見太郎の力によるところが非常に大きい。川上は武見の医政治家としての能力を高く評価し以下のように分析している。もともと日医会長にこのような権力があつたわけではなく、武見会長の政治力をもって初めて可能になったことであり、ポスト武見の日医会長が同じ政治的機能を維持できるとは思えない（川上 1984: 113）。そのため、日医の政治力を考える際に武見太郎について見ておくことは重要である。

#### (1)武見太郎の思想と政治力

敗戦後、GHQの指導の下で医療制度が整備されようとしていた。アメリカが主導していたため、当時の日医には政治力はほぼ無かったといつてよい。1952年に日本が主権を回復したことで、ようやくGHQから解放された日医は次第に政治力を増していくことになる。

1957年、日医の会長に武見太郎が就任した。武見はプロフェッショナルフリーダムという言葉を提唱したように、医療の自由を目指していた。水野(2003: 56-57)によると、武見は「学問は官僚に統制されてはいけない。自由社会に生きる医師の集団である医師会は責任を持つべきだ」と考えていた。つまり、医師が制約を受けることがないような医療を理想としていたのである。そのため、様々な保険制度や法律によって医療が制限されることを嫌い、厚生官僚と衝突することになっていった。武見の医療の自由に対する姿勢が見て取れるのが二重指定医制度に関する日医の運動である。二重指定医制度とはこれまで行われていた個人で保険医として登録する他に、病院や診療所も保険医療を担う医療機関として厚生大臣から登録を受けるものである。これによって医療費の請求などの事務は医療機関が担当し、不正請求を防止することを目的としていた。医

師の自由をめざす武見からすれば、これは厚生省の指定した医療機関と医師でなければ保険診療ができないという制度に他ならず、真っ向から反対した。二重指定医制度が浸透していけば、最終的にはイギリスのような医療の国営化を理想とする厚生技官による支配されてしまうと武見は考えていた。

彼は吉田茂元首相の義理の甥であり、政界とのつながりが強い人物であった。それも自民党幹部とのつきあいが深く、総理大臣になった佐藤栄作や田中角栄、三木武夫といった政治家とも直接話せる間柄であった(結城 2006: 71)。政界とのパイプを活かして、日医は直接自民党に働きかけるようになっていく。この点は族議員を仲介者として介入させていたその他の利益団体とは大きく異なる点である。従来、与党の医系議員が日医と与党とのパイプ役を務めていた。しかし、武見はそれを医師会推薦議員に担わせる方針を採ることで、官僚と対立しても直接与党に働きかけ、自らの主張を押し通せる体制を築いていったのである。

以上から、武見は開業医の自由な診療を理想としており、その理想実現の壁となる厚生官僚とは一貫して対立した。武見自身には政治的なつながりが強く、族議員に依存しない体制を築いていくことを可能にしたということが言える。

## (2)ワンマン体制の確立

こうした武見率いる日医の強さを社会に知らしめたのが、1958年の衆議院総選挙である。この選挙では、武見が医師会推薦議員を当選させるための選挙活動を積極的に行い、これまでの与党の医系議員に依存しない体制構築を目指した。結果としては日医の推薦議員は多くが当選する結果となった(表 1-3 参照)。この結果は日医の集票能力と資金力の高さという利益団体としての強さとともに、武見会長自身の強さを内外にアピールすることができたものとして重要であったといえる。

こうした働きかけにより影響力を増していった武見は2年ごとに行われる日医の会長選挙でもほぼ全てで大差をつけて圧勝した。医療政策において長年日医が大きな影響力を保ってきたのも、この時期の武見会長による日医の基礎固めがあったためであろう。

表 1-3 1958年衆議院総選挙における日医推薦候補者の当選状況

	立候補者 (人)	当選者 (人)	当選率 (%)
自民党	270	214	79.2
社会党	82	70	85.4
無所属	12	3	40

計	364	287	78.8
---	-----	-----	------

出典：結城康博『福祉社会における医療と政治』p130より筆者作成

## 2. 日医の影響力行使

武見会長の下で日医の政治力は全盛期を迎えたが、具体的にはどのように政治力を行使していたのであろうか。以下ではその政治手法をまとめた後に、実際に成功した事例を見ていくことにする。

### (1)政治手法

基本的な武見の戦術は、彼の政界とのつながりを駆使したものであった。診療報酬改定のプロセスにおいては中医協での審議が重要であることは先に示した。武見はこの中医協において審議ができないようにすることで、その問題解決に与党を介入させざるを得ない状況を生み出してきた。与党には武見が築き上げた医師会推薦議員が数多く存在しているため、自らの主張を押し通すことは中医協で議論するよりはるかに容易であった。そうした手法も含め、以下では具体的な日医の政治手法として3点を挙げることにする。

#### ①選挙活動

選挙活動それ自体は多くの利益団体が行っているものであり、日医を特徴づけるものではない。武見の率いる日医が他とは異なるのは、先述したが医師会推薦議員を多く当選させていたことである。族議員を通じて間接的に影響力を与えるよりも直接的に議員をコントロールできるため、選挙活動が政策決定に与える影響も大きかったと言えるだろう。

#### ②中医協委員の引き上げ

日医の全盛期に最も効力を持った政治手法と言えるのが、中医協委員の引き上げであろう。これは中医協の審議を完全に停止させてしまうものであるが、中医協の診療側の人事権などを一身に引き受けていた武見日医だからこそなせた手法であった。与党自民党に働きかけることで、政治問題として解決させるようにしてしまう。医師会推薦議員による調整が日医の主張を受け入れるものになることはこのようなプロセスを考えれば明らかである。中医協戦術の武見日医の特徴を結城は以下のように分析している。「ここで重要な点は、日医が審議会をボイコットしても、現在でいう族議員に相当する

医系議員に頼らないことである。武見自身が厚生大臣や与党首脳（大野副総裁・池田・佐藤・三木・田中首相）に直接掛け合い、日医主導で与党間の調整を可能にしてしまう。現在では、族議員が仲介となり与党と日医の利害調整に乗り出しているが、武見は医系議員を従えているため、完全な日医オリジナルの調整が可能であった。」（結城 2004: 190）中医協委員の引き上げ戦術は後述する日医と日本病院協会との対立の際に実施されることになるので、具体的なプロセスはここでは省略する。

### ③保険医総辞退

保険医総辞退は日医の最終手段とも言うべき政治手法である。保険医総辞退が実際に実施されたのは1971年の1度だけであるが、日医はそれ以前にもこの手段をちらつかせることで自らの主張を押し通してきた。保険医総辞退戦術が日医に有利に働いた例としては1961年の保険医総辞退が挙げられる。以下でそのプロセスを確認していくことにする。

1960年に日医は制限診療を廃止するため、診療報酬の30%引き上げとともに4項目の要求を中山厚相に行った。4項目の要求とは以下のことを指す。（日本医師会 1997: 70）

- ①制限診療の撤廃
- ②1点単価の引き上げ
- ③事務の煩雑化是正
- ④甲乙2表の一本化と地域差の撤廃

各項目の内容について詳しく見ることはしないが、4項目要求は特に保険診療における諸制限を撤廃することを目的としていた。この時期は国民皆保険体制がスタートする直前であったため、日医の臨時代議員会では国民皆保険への協力を盾に取る形の決議をした。4項目要望書の前置きには「現状のまま国民皆保険に突入することは、生命と学術の尊重を捨て、国民の福祉を犠牲に供して、徒らに保険官僚の独善的全体主義統制を強化するものである」（日本医師会 1997: 69）とあるように、国民皆保険の実現のためというスタンスをとっていた。しかし、新年度の予算編成での診療報酬の引き上げは10%にとどまり、4項目要求のうち「制限診療の撤廃」や「1点単価の引き上げ」は実現されなかった。こうした政府・自民党の態度に対して、日医は全国一斉休診を実施し、その後に保険医総辞退を行うと通告した。日医の通告に対して自民党は本格的な対応に乗り出し、自民党三役と日医の調整が重ねられることになった。その結果、いままで考慮されてこなかった上記の2点についても「制限緩和」や「1点単価の引き上げ」で合意することとなった。こうして保険医総辞退の実施は回避されたが、その後古井厚相は、

自民党と日医の合意を無視して1点単価を10円のまま引き上げないこととした。そのため、日医は再び保険医総辞退を通告して調整をはかることにした。度重なる調整の結果、4項目要求は全面的に受け入れられることになった。

ここでは、武見が自民党に対しても強硬な姿勢をとっていたことも表れている。厚生省だけでなく、時には自民党とも対立する中で日医の主張を認めさせる。4項目要求をめぐる争いは医療政策における武見日医の影響力の大きさをよく表すものであったと評価できるだろう。4項目要求が出された当初は厚生省や自民党に考慮されることがなかった面を多く含んでいたが、一斉休診とそれに続く保険医総辞退を通じて政府に日医の影響力を再認識させ、無視できないものにしていった。実際に行われなくとも、保険医総辞退をちらつかせることで、日医の主張を認めさせることに成功したのである。

### 3. 二極化構造の形成過程

これまで述べてきたように、日医は開業医の利益向上を目的として政治的な圧力を行使してきた。武見太郎が日医会長になってからは中医協のボイコットや保険医総辞退などの政治手法を用いることによって、医療政策を政治問題化させることでその主張を押し通してきた。日医が影響力を増すにつれて、次第に中医協の構造は「日医の診療側と厚生省の支払側」という性質を帯びるようになっていく。以下では日医が診療側を代表する存在となっていったプロセスを見ていくことにする。まず医療政策の転換点とも言える新医療費体系について見ていく。ここでは厚生省の提案する新医療費体系に反対した日医によって、当初の改革案からはほど遠いものとなった過程を分析することで、日医の医療政策における存在感の大きさを確認し、新医療費体系問題から生じた日医と日本病院協会の対立へとつなげる。そして、日本病院協会との抗争に勝利することによって日医は診療側を完全に支配するようになったことを示す。

#### (1)新医療費体系をめぐる争い

新医療費体系確立の問題は1950年代半ばから大きな問題となっていた。これまでは「薬治料」と称して薬代、診察料、処方料を含んだ診療報酬体系となっていたため、薬代とそれ以外の代金の明確な区別がなされていなかった。したがって医薬分業に向けて新しい診療報酬体系を構築していくことが当時の医療政策における課題であったといえる。厚生省は第一次新医療費体系案を1954年に国会へ提出した。医療経済調査などを行い、技術料を正確に点数化しようとする試みであったと評価できる。1956年には新たな調査を考慮した第二次新医療費体系案が出され、厚生省による調剤代と薬

代を明確に分離していこうとする動きが加速していた。「物」と「技術」を分離していくことは、無駄な調剤を減らしていく効果がある。従来の診療報酬体系は、調剤料と薬代が明確に分離されていないため、医師は薬を数多く処方すればするほど収入が高くなるというシステムであった(結城 2004: 127)。それはすなわち「薬治料」として薬価差益による利益を得ていた開業医の収入が減ることに直結することを意味していた。当然のことながら、日医は開業医の利益を低下させる厚生省の新医療費体系案に反対した。両案とも日医の反対によって廃案に追い込まれることとなり、新医療費体系問題は振り出しに戻る事となった。

第一次・第二次新医療費体系案が廃案になった後も厚生省は医薬分業に伴う正確な薬価と技術料の評価を目標とする姿勢は変えなかった。しかし、過去の日医の反対を受けて、次の新医療費体系案では日医に対して大幅に妥協した内容とせざるを得なかった。日医への妥協が表れているのが点数表の分離である。これは診療報酬の点数表を全面的に改定した甲表と従来のままの乙表に分け、医療機関が自由に選択できるというものであった。甲表には厚生省が提案していた「物」と「技術料」の明確な分離が活かされていたが、従来のままの乙表を併存させてしまったために、新医療費体系は普及しなかった。<sup>2</sup>

この新医療費体系における日医の影響力は今後の診療報酬体系の方向性を決定づけるものとなった。結城は以下のように新医療費体系をめぐる対立プロセスを評価している。「もっとも、純粋に厚生省が「物」と「技術」を分離した甲表を普及させるのであれば、診療側に妥協した乙表を並存させるべきではなかったであろう。むしろ筆者はたとえ財政的に難しくとも 8.5%以上の単価引き上げを実施して、甲表一本化で新医療費体系を構築していたならば、現在の診療報酬問題の方向性も異なっていたと考える。」(結城 2004:131)つまり、開業医の利益を優先する日医の影響によって厚生省の目指した新医療費体系の試みは挫折することになった。

## (2)新医療費体系における日医と日本病院協会の対立

先述したように、厚生省による新医療費体系のための提案は日医の影響力によって本来の目的を実現するための体系とは到底言えないものとなってしまった。この事実は当然重要なことだが、新医療費体系をめぐる攻防では、その後の医療政策の方向を大きく左右するもう一つ重要なことが起きていた。それが日医と日病院協会（以後日病とす

---

<sup>2</sup> 新点数表施行後の甲表と乙表の採用割合は、甲表が 9.3%、乙表が 90.7% (結城 2004:131 より) となっており、厚生省の医療の原価を正確に捉える狙いが成功したとは言えない。

る)の対立である。日病は病院団体であり、基本的には診療側として行動している。しかし、1950年代半ばころからの新医療体系を模索する流れの中で方針の差が表れ始めた。日病は1957年10月5日に厚生省の診療報酬改定案を支持する決議をし、日医とは対立する立場となった。

なぜ日病は厚生省案を支持することになったのか。この点について、当時日病副会長であり中医協メンバーであった神崎三益は以下のように述べている。

第1 種々なる困難はこれを忍んで我国医療を正しい姿におかんとする精神に外ならない。

第2 厚生当局は誠意を以って枠<sup>3</sup>の拡大に努力し、試案中の不合理的は我々と協力してこれを修正すると確約した。(後略)

第3 改正が行われれば、いかような体系が立てられても専門科を異にするに従い増収の程度に差のある事はやむを得ない。総合病院ではかれこれ詰め合せがつくから一科の場合程影響は深刻でない。これが病院協会をして踏切り易くさせた又一の原因でもある。

第4 厚生省が甲、乙二案制をとった事は賢明であったと思う。即ち甲案によって影響が大きい場合には現行に近い乙案によって救われる。乙案の存在が各種の病院を包含する病院協会の踏切りを容易ならしめた事は否めない。甲、乙地の地域差がせばめられた事も我々の支持を得た所以である。

(日本病院協会 『総合病院通信』 昭和32年(1957年)10月号/36号)

日病は総医療費が拡大しない中で、薬価が高く評価され、技術料がその分低く評価される状況を改善すべきであると主張していた。1957年の厚生省案では8.5%の医療費の増額が示されていたため、医療費総枠の拡大は一応成される予定になっていた。これは厚生省が日病と協力する姿勢を見せたとも言える。不十分ではあったものの日病の主張が取り込まれた改革となっていたことが日病を厚生省案支持に動かさせた要因であっ

---

<sup>3</sup> ここで言う枠とは総医療費の枠のことである。日病は総医療費を拡大して、拡大した範囲内の体系の改革を主張していた。

た。

神崎は日医の推薦で中医協に出席していたので、彼の厚生省支持は診療側に対する背信行為に等しかった。日医は厚生省を支持した神崎を中医協代表から外し、新たな代表を推薦しようとした。神崎は中医協委員を辞表する意向を厚生省に伝えたが、厚生省はこれを認めず、辞表を撤回させた。こうして日医と日病の対立構図は決定的なものとなった。診療側の対立とそれに伴う混乱は中医協での審議を機能しないものとしてしまった。

### (3)日医の勝利に終わった対立

神崎代表の進退をめぐる問題から発生した中医協の混乱は長く続き、保険適用などが進まずに多くの弊害を出すことになった。この問題の解決がなされない状態のまま、1959年6月に中医協の構成メンバーのうち半数の改選<sup>4</sup>の時期が迫ってきた。厚生省は武見に対して中医協メンバーを任命するように通告したが、武見はこれに従わなかったため、中医協委員に日医の推薦した委員が存在しないという事態になった。日医のメンバーが中医協からいなくなって、ついに審議さえも開くことができなくなった。

1960年3月に日医は医療制度調査会で日病の推薦枠を認めない旨を記した「武見メモ」を厚生省に提出した。内容は以下の通りである。

- ①3ヶ月以内に甲乙点数表の一本化を実現する。
- ②中医協における診療側代表の推薦権を日医に一本化する。
- ③今後、中医協における病院協会の推薦枠は認めない。
- ④医療金融公庫の融資は医師会と相談して決める。

(結城 2004: 135)

中医協の混乱と日医の中医協メンバー改組への要望は厚生省を動かすことになった。1961年3月の答申で厚生省の古井大臣は中医協を三者構成に改める必要性を述べ<sup>5</sup>、その後を引き継いだ瀬尾大臣の下で中医協改組法案が成立した。これによって従来は保険者側、支払側、診療側、公益委員の4者構成だった中医協が、支払側、診療側、公益委員の3者構成に改められることになった<sup>6</sup>(表 2-1 参照)。この時期、本章第2節で述べたように、4項目要求をめぐって武見は保険医総辞退を実行することを厚生省に勧

---

<sup>4</sup> 中医協メンバーは1年おきに半数が改選されることになっている。

<sup>5</sup> 当初は三者構成を8人ずつにするという厚生省案があった。しかし、武見は「ジャッジ(審判)ってのは1人でいいはずだ。8人もいるなんておかしい」と主張した(武見・有岡 1983: 130)。

<sup>6</sup> 1963年6月に中医協改組が行われてから初の審議が行われた。

告しており、それを武器に開業医の有利となるような改正を次々に勝ち取っていた。それと並行しての中医協メンバーの変更であったため、日医の力の大きさを厚生省も無視することができなくなっていたと考えられる。結果的には、三者構成に改められた中医協における診療側の推薦権を日医に一本化することを当時厚生大臣の西村が認めることを余儀なくさせられた形となった。こうして日医が復帰することで、一応中医協での混乱はおさまることになった。

日医と日病の対立は日医の完全勝利で幕を閉じることとなった。厚生省が日病の推薦枠を消滅させたことから、日医の主張が全面的に受け入れられていることがわかる。そして、このことは筆者のいう二極化構造が構築されたことを示している。中医協改組によって三者構成に改められたことで以前より二極になり易くなったうえに、診療側は日医の下でまとまることになる。これをもって、日医の代表する診療側と厚生省の代表する支払側という二極化構造が完成したと評価できる。

表 2-1 中医協構成メンバーの変化

	保険者側（厚生省・健保連・国保中央会）	支払側（総評・日経連）	診療側（日医・日歯・日薬）	公益委員
中医協改組前	6人	6人	6人（日医推薦枠は4人）	6人
中医協改組後	支払側	診療側	公益委員	
	8人	8人	4人	

出典：結城康博『福祉社会における医療と政治』p132より筆者作成

#### 4. まとめ

本章では日医の医療政策決定過程における台頭と、二極化構造の形成について見てきた。日医は武見太郎が会長になってから政治的影響力を伸ばし、時には審議会のボイコットや保険医総辞退という強引な手法を用いながら自らの主張を政策に反映させてきた。1950年代半ばからの新医療費体系をめぐる日医と厚生省の争いから、日病と日医の対立が発生すると、上記の手法を用いて中医協での審議を麻痺させることで政治的決着に持ち込んだ。日病との争いに勝利した日医は中医協の推薦枠を独占し、診療側の窓口を一本化することに成功した。日医と厚生省の間で抗争と妥協を繰り返し、二極化構造は形成されてきたのである。

### 第三章 1980年代以降の厚生省の政策と二極化構造

1980年代は医療政策の決定過程に大きな変化が起きた時期である。まず、武見太郎の政治的影響力が低下し、日医会長を退任したことが挙げられる。このことは医療政策決定アクターとしての日医の存在感を確実に低下させるものとなった。武見の晩年以降の日医は中医協において守勢に回ることとなり、これまで日医に決定権を握られていた厚生省が中心となって医療政策を動かしていくことになる。第1節で詳述するが、この時期は医療費抑制の流れが社会で高まっており、その潮流を受けて厚生省が本格的に医療費抑制に動き出していく。第三章では厚生省主導の医療費抑制が成功した過程を分析していく。特に中医協での決定プロセスを変更することなしに医療費抑制が実現できた点は重要である。すなわち、中医協における日医と厚生省による決定構造を崩さないことがむしろ厚生省に有利に働いたと考えられるのである。厚生省が社会情勢を受けて実行した医療費抑制が成功した背景には、1980年代までに形成されてきた二極化構造の存在があったと示すことが第三章の目的である。厚生省が医療政策の主導権を握った1980年代以降について見ていくことになるが、その際に必要となる社会情勢について第一節でまとめる。その上で、第二節で厚生省が掲げた政策目標として医療費抑制の考えが主流になっていくことを示す。そして医療費抑制の目標が達成されていく経緯について分析していくことで、厚生省にとって診療側の窓口が日医一本にまとめられているという事実が有利に働いたことを明らかにする。つまり中医協における二極化構造を維持していく方が厚生省にとって政策を実現しやすくなっていたのである。

#### 1. 1980年代の社会情勢

1970年前半までの医療政策では、日医が医療費の引き上げという目標の多くを達成させてきた。大まかにはなるが、これまでの医療政策は診療側、特に日医の勝利であったと評価できるだろう。日医が医療費の引き上げ要求を押し通すことが可能であった要因については、前章で武見を中心とした日医独自の政治手法を挙げた。しかし、忘れてはならないのが当時の社会の状況である。武見が会長に就任してから退任するまでの期間について考えてみると、この時期は高度経済成長期にあたる。経済自体が拡大を続けることで日医の主張に対する世論の批判がそれほど大きくなかったことは日医にとって追い風になった。財政の問題はどの政策を実行するにしても避けては通れない課題であり、その時の経済に大きく左右されることは言うまでもない。つまり、政策の実現を分析する際には当時の社会情勢を認識する必要があるのである。

### (1)高度経済成長の終わり

経済情勢は医療政策のアクター間の関係性に大きく影響してくる要因である。1950年に起こった朝鮮戦争に端を発した特需景気を起爆剤として日本経済は急速に発展していくことになる。内閣府の統計によると、1956年から1973年にかけて日本の実質経済成長率は年率10%前後であった。武見が会長に就任している期間は大抵がこの高度経済成長期にあたっており、医療費の増額を主張しても社会の反発をそれほど買うことがなかった。しかし、1973年の第一次オイルショックをきっかけとして日本の高度経済成長は突如として終わりを告げた。日本は低成長の時代へと突入していくこととなり、医療費の増額要求に対して批判が出やすくなったのである。

### (2)高齢化への認識

1970年、日本は人口に占める高齢者の割合が7%を超えて高齢化社会と呼ばれる段階に突入した。日本では1970年代以降、徐々に高齢化に対する意識の高まりが見えるようになってくる。その一例として田中角栄首相のもとで進められた老人医療無料化が挙げられる。1973年を「福祉元年」として社会保障の拡充を目指した田中首相が高齢者に向けて行った改革は高度経済成長に後押しされたものであったため、直後に起きた高度経済成長の終焉は老人医療無料化の維持を困難にした。それでもこの時期、高齢者医療の意識が高まっていたことは確かであると言えよう。

1980年代も老人医療とその財源についての意識は高まりを見せた。第二次臨時行政調査会の答申にも「来るべき高齢化社会、成熟社会は一面で停滞をもたらしやすいが、その中で活力ある福祉社会を実現するためには」とあるように、高齢化に対する社会の問題意識が高まってきていることがわかる<sup>7</sup>。第二次臨調の答申を受けて高齢者への医療費を抑えるための政策として打ち出されたのが老人保健法である。同法は1983年に施行されたもので、老人医療費の高まりが問題視されたことから制定された法律である。第二節で老人保健法の成立過程を取り上げるので詳しくは省略するが、社会全体で高齢者対策が本格化してきていることを表していると言えるだろう。

### (3)第二次臨時行政調査会（第二次臨調）

第二次臨調は1981年3月に発足し、鈴木善幸首相が掲げていた「増税なき財政再建」を達成すべく設立された。1970年代に入ってからの変化などを受けて、財政再建への新たな中長期的な構想を示すことが第二次臨調の使命とされた。第二次臨

---

<sup>7</sup> この答申では医療費抑制の観点から老人無料化路線からの変更を求めている。

調の答申を受けて1981年7月には一次答申が発表され、改革の方針が示された。ここでは改革の観点として、「変化への対応」、「簡素化、効率化」、「信頼性の確保」の3つが挙げられている。そのために行政の無駄をなくし、支出を削減していくことが必要であると示されている。この方針は毎年増額していた医療の分野<sup>8</sup>にも当然及ぶこととなった。第一次答申をもって医療費抑制は国家的路線になったと位置づけることができる。

#### (4)福祉見直し路線

第一次オイルショックなどの要因で財政再建が急務となっていた日本では、1982年11月に中曽根内閣が成立すると、公的な福祉部門の経済比重を減らす福祉見直し路線が提唱された。中曽根内閣による日本型福祉国家をめざす方針は、国家として医療費の削減を進めていくという宣言にも等しいものであった。

これまでの記述をまとめると、1980年代の医療に関連する社会情勢は以下の点が重要である。

- ①高度経済成長が終焉したことに伴う財政的危機
- ②高齢化社会に入ったことによるこれまで以上の老人医療への意識の高まり
- ③国家的路線として福祉見直しの気運の高まり

こうした路線にそって、第二節で述べるように厚生省が医療費抑制政策を実行していくことになった。こうして社会の環境変化が厚生省のとり政策に理論的根拠を与えることになり、厚生省が医療政策決定過程において優位に立つ一因となった。このことは当時の研究でも指摘されている。川上は以下のように当時の状況を分析している。

「医療制度面ではほんらい公共投資すべき保健医療についても、開業医（私的資本）に依存し、そこから発生してくる矛盾（具体的には医療費が増えるのに、医療サービスは低下する）を患者・市民に転嫁する政策を明治いらい一貫してとってきたために、日本型資本主義的医療形態（開業医制）には手をつけようとしなかった。これは武見会長と厚生省との関係の上に典型的にあらわれているように思う。だが、国民医療費の増大の重圧、医師層の階層分化の進行は、ながいこと“聖域”とされてきたことにも、手を入れざるをえない状況においこまれているように思う。」（川上 1981: 46）

---

<sup>8</sup> 第一次答申では医療の分野の項目が「医療費の適正化」、「医療保険」、「老人医療保険」に分けられ、それぞれの対策が言及されている。

つまり、これまで武見日医が守り抜いてきた開業医の利益についても手を加える必要があるということである。このことから社会環境の変化に日医が対抗できなくなってきたいることもうかがえる。

以上、社会情勢が医療政策転換に与えた影響について見てきた。次節では社会情勢を踏まえて、実際に厚生省が1980年代にとった医療費抑制のためにとった政策を見ていくことにする。

## 2. 厚生省の政策

ここでは1970年代後半から影響力の低下していた日医に対して、厚生省が優位に政策を実現していくことが可能であった過程を中心にみる。日医の影響力は低下しても、二極化構造は維持されていたため、日医に対して優位に立つことは診療側全体に対して勝利することに等しかった。

### (1)吉村仁による厚生省の主導体制

第1節で示した社会情勢を踏まえて厚生省は医療費抑制へと舵を切っていくことになる。厚生省全体を医療費抑制へと向かわせるのに大きな役割を果たした人物が吉村仁である。吉村は1982年に保険局長に就任すると、拡大し続けている医療費の現状を問題視し、すぐに改革を進める必要があると主張した。そうした彼の主張が表れている論文が「医療費亡国論」<sup>9</sup>である。この論文は増え続ける医療費がいつか国を滅ぼすだろうという考えを元にして書かれており、いわば聖域となっていた医療費にメスを入れる方針を固めたものであった。水野(2005: 112)によると、吉村は「組合健保と政管健保<sup>10</sup>の自己負担は二割にすべきだと思う」と述べており、ある程度の自己負担を必要であったと考えていた。さらに「不正請求には、医師会の事前相談、打ち合わせなしに保険当局だけで医療監査ができる体制をつくりたい」、「今後しばらくは、薬価基準引き下げの診療報酬への振り替えや改定はないと医師会に説明していい。医療保険制度をいま改革しなくては、必ず崩壊する」<sup>11</sup>（日本医師会 1997: 172）と発言していることから厚生省が日医に対して強気の姿勢を示し始めていることがうかがえる。厚生省と日医の二極

---

<sup>9</sup> 吉村が1983年に『社会保険旬報』に寄稿した「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」というレポートの中に示された論。

<sup>10</sup> 政府管掌健康保険（現在は協会けんぽ）は健康保険組合を作る余力の無い企業で働くサラリーマン向けのものであり、全国健康保険協会（以前は社会保険庁が運営）が運営している。

<sup>11</sup> 1月31日に開いた全国保険・年金課長会議においてなされた発言。

化構造の中でパワーバランスの変化が起きていることを表している一例とも言えるだろう。武見太郎という強いリーダーシップを持った会長を失った日医に対して、厚生省は吉村の下で医療費抑制の目標に向けて足並みを揃えていったのである。

## (2)老人保健法の成立過程

福祉直し路線に入るまでの日本は高福祉社会を目指して、老人医療費無料化<sup>12</sup>が実施されてきた。この制度が実施された間、高齢者の受診率は急激な伸びを見せた<sup>13</sup>。高齢者の医療費の総額は1973年には4289億円であったが、1981年には5.7倍の2兆4281億円に増額した。高齢者医療費の国庫負担は1973年には2183億円程度であったが、1981年には1兆4380億円にもなった(都村 1984: 207-208)。こうしたデータからも高齢者の受診率の急激な拡大は財政圧迫に直結することになったことがわかる。

こうした状況に対して厚生省が制定を試みたのが老人保健法である。厚生省は1980年9月に『老人保険制度第一次試案』を取りまとめることで、まず老人医療費無料化を廃止する方針を打ち出した。1981年の臨時国会からは同法案について本格的な議論が展開されるようになった。基本的にはこの第一次試案に沿った形で老人保健法は成立することになる。具体的な内容は以下の通りである。

- ①医療は70歳以上、医療以外の保健事業は40歳以上を対象とする
- ②医療に患者一部負担を導入する(外来:1カ月400円、入院:2カ月を限度として1日300円)
- ③患者負担を除く医療費のうち、30%を公費負担(内訳は国が20%、都道府県と市町村がそれぞれ5%ずつ負担)、70%を保険者負担とする
- ④保険者負担分については、その半分を医療費按分、残り半分を加入者按分として、保険者間の財政調整を行う
- ⑤老人病院について包括的な支払方式による新たな診療報酬(老人特掲診療料)を導入する
- ⑥保健事業として、健康診査をはじめ、疾病予防からリハビリテーションにいたる総合的な保健医療サービスの提供を行う
- ⑦老人保健制度の運営に関する審議会として老人保健審議会を設置する

---

<sup>12</sup> 1973年1月から1983年2月の老人保健法施行までの10年間実施。

<sup>13</sup> 特に伸びが顕著であった入院受診率は1973年には38%だったが、1981年には67%に増えている。(都村 1984: 202)

ここで注目すべきは②、③、⑤である。②と③については先ほどから述べているように患者の自己負担を導入することで、高齢者の医療無料化からの転換方針をとったことが明らかになっている。

⑤では老人保健法の制定に伴って新たな診療報酬を策定することが必要になったことがわかる。当初は老人診療報酬の審議は老人保健審議会で行われることになっていたが、国会審議の過程で修正され、中医協で行われることとなった。このことは老人保健法の制定にあたって二極化構造における対立が関係してくる一因になった。つまり、様々な反対意見は日医の反対に集約され、厚生省としては日医を抑え込むことが法案成立への条件となったのである。

日医は医療の抑制につながるとして基本姿勢通り老人保健法に反対した。4月28日の常任理事会で「法案は医学の理解を欠いている。幾多の矛盾を侵して、最終目的は医療費の削減にある以外に考えられない。医療の退歩を図るような審議会は存続の必要がない。廃止をすみやかに要求する」との決議をまとめ、鈴木首相と園田厚相に申し入れた（日本医師会 1997: 166）。しかし、日医の反対も廃案に追い込むことはできず、国会で継続審議されることになった。これまで日医は厚生省が作り上げよう試みてきた多くの法案を廃案にしてきた。武見の築き上げてきた日医の影響力は明らかに低下していた。こうして何度かの修正を施して、上記のような内容の老人保健法案が国会に提出され、その後はこの内容に沿って審議が進められることとなった。

重要なことは老人保健法の成立過程で新たな診療報酬制度が必要となったことである。老人診療報酬についての審議が老人保健審議会から中医協へと変わったことは1970年代までの審議方法で決定していくことにつながった。このことについては様々な団体から反対意見が噴出した。健保連は11月12日に健保組合全国大会を開いて、「支払い方式改善の道を閉ざす老人保健法案には絶対反対する」と決議した。さらに経済団体、労働団体、各企業に働きかけて反対運動を繰り広げ、巻き返しに出た（日本医師会:1997: 167）。つまり、健保連は支払い方式の改善を訴えており、それが中医協では実現不可能として反対したのである。また、他の意見では、診療報酬の審議権を、老人保健審議会ではなく中央社会保険医療協議会に付与したいわば裏返しの効果として、後者の委員構成につき、従来、公益側四名、支払側・診療側各八名であったのを、公益側を増員せよ、あるいは支払側を保険者・被保険者に分け四者構成にせよ、といった要求も出された（渡邊 1992: 224）。ここでは中医協の構造を見直すことも求められており、

小規模ではあるが二極化構造を打破しようとした動きであったと評価できる。しかし、こうした反対や意見も大きく反映されることはなく<sup>14</sup>、厚生省と日医のパワーバランスによって政策が決定される二極化構造が利用された形となった。

### (3)健保法改正

1984年、厚生省による医療保険制度改革が大きく進展することになる。1月に政府と与党の間で首脳会談が開かれ、改革の大枠を決定した。こうした改革の柱となるのが健保法改正であった。

- ①被保険者本人の給付率は、8割とするのは昭和61年（1986年）からとして、それまでの間は9割とする。
- ②給食材料費の給付除外は見送る。
- ③一部薬剤の給付除外は、薬剤使用の適正化を前提として、見送る。
- ④高所得者の適用除外は見送る。ただし、標準報酬の上限の引き上げなどにより、保険料負担の適正化を図る。
- ⑤退職者医療制度の創設、これに伴う国保国庫補助の引き下げ、日雇健保への統合は原案どおりとする。

（日本医師会 1997: 177）

①にたいする批判が診療側から出されることとなった。日医と日本歯科医師会の発表した声明には、「健保法が創設されて以来60年におよんで守られてきた勤労者の軽負担受診制度が、単なる医療費削減案のために突如として打ち切られることは重大だ（日本医師会 1997: 177）」とある。さらに国民医療破壊阻止全国三師会大会<sup>15</sup>を都内で開いて、「国民と医療団体を無視し、勤労者と低所得者の負担増と受診の抑制、健康阻害をもたらす制度の改悪に反対する」との決議を採択した（有岡 1997: 390）。

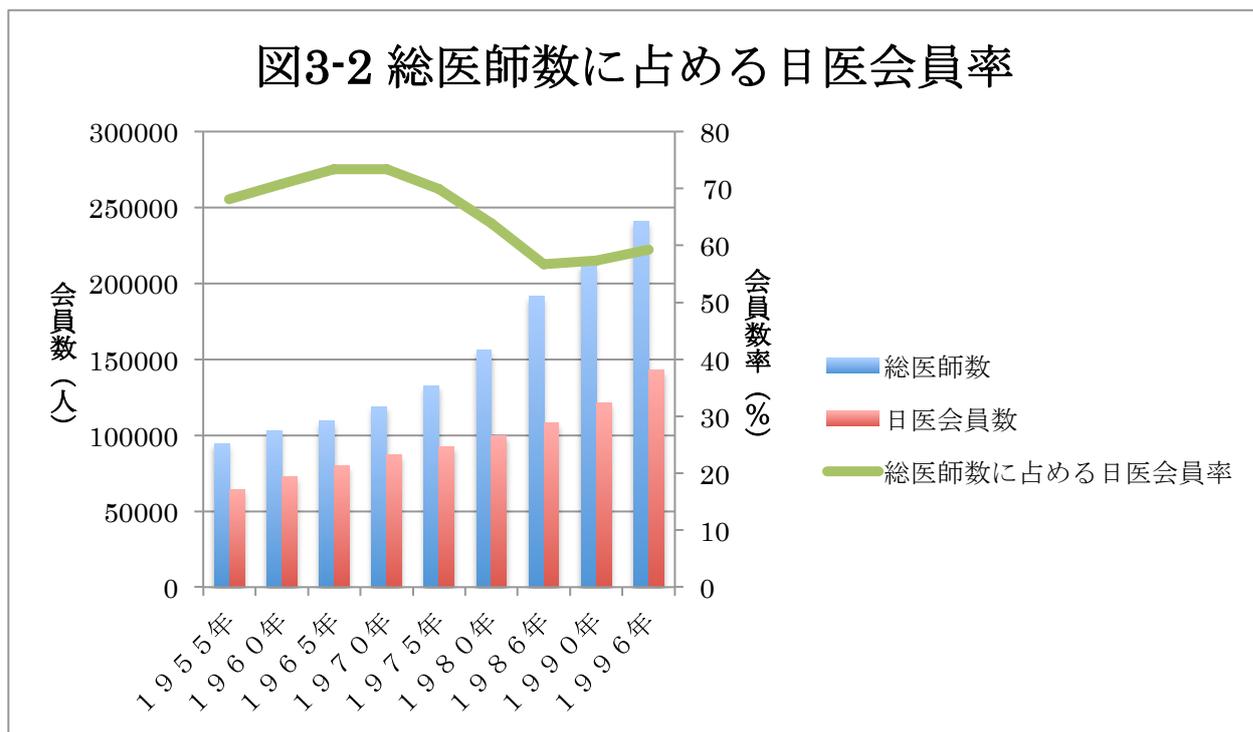
しかし、医療政策における日医の存在感は確実に低下していた。日医の権力資源として武見の政治力が大きかったことは確かであるが、その他にも日医の会員数を挙げることができる。日医は医師の多くを会員に抱えており、それが自民党への強固な支持を可能とする集票力を生み出していた。つまり医師全体に占める日医会員数が高いほど、医療政策に大きな存在感を示すことにつながるのである。武見会長が政治力を保持して

---

<sup>14</sup> 中医協の公益委員を増やすべきとの意見に対しては、専門委員を二名発令するという事になった。

<sup>15</sup> ここでいう三師会とは日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会をさす。

いた時期には総医師数に占める日医の会員率は上昇傾向にあり、全盛期には医師の73.4%が日医の会員であった(図3-2)。しかし、1970年代後半以降、この割合は減少していき、花岡や羽田が会長を務めた時期には60%を下回っていた。日医会員率の低下は日医のパワー低下を示す一例として挙げられるだろう。



出典：日本医師会『日本医師会創立記念誌』、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より筆者作成

武見に変わって日医会長となった花岡、そして花岡の後を継いだ羽田は厚生省に対して武見時代ほどの存在感を日医にもたらしことはできなかった。そのため、上記の反対運動も厚生省の医療保険制度改革を覆すほどのパワーをもたなかった。結局、健保法はほぼ原案通りで審議入りすることになった。それ以降も、日医は羽田会長を中心として「三師会健保法改正反対対策本部」を設置するなど積極的に反対活動を展開していったが、その影響力は与党案に一部修正を加えさせる程度のものであった。こうして1984年8月7日の衆院本会議で可決されて成立した。

有岡は健保法改正を以下のように評価している。「健保の大きな改正法が、政府案の骨格を変えないで、たった一つの国会で成立したことは異例のことだった。保険局長の吉村は省内の会合で、「天の時、地の利、人の和に恵まれた成果だ」と謙虚な挨拶をし

た。だが、「増税なき財政再建」を掲げた臨調答申の追い風を受けて、この機会に医療保険改革をぜひとも達成しようという政府・与党の強い意思が野党側や医師会の抵抗を押し切ったということだろう」（有岡 1997: 397）。ここでも社会情勢を背景として、日医を抑え込むことに成功した厚生省が医療費抑制のための健保法改正を有利に進めていったことがわかるだろう。

### 3. 医療費抑制はなぜ成功したのか

#### (1) 医療費抑制の効果

これまで1980年代に行われた医療費抑制政策について見てきた。こうした改革によって、これまで伸び続けていた国民医療費の増加スピードが一気に低下することになった。表3-1によると昭和45年（1970年）から昭和55年（1980年）にかけて、国民医療費は国民所得の伸びに対して大きく上回っている。しかし、昭和55年から昭和60年（1985年）にかけて両者の伸び率の差は小さくなり、昭和60年から平成2年（1990年）には医療費の伸び率を国民所得の伸び率が上回っていきることがわかる。つまり医療費抑制の是非はともかく、この時期の「医療費の伸びを経済成長の範囲内にとどめる」という観点から見れば、厚生省の政策は成功したといえることができる。

表 3-1 国民医療費と国民所得の年平均伸び率

	国民医療費の年平均伸び率 (%)	国民所得の年平均伸び率 (%)
昭和35～40	22.4	14.8
40～45	17.3	17.9
45～50	21.3	15.4
50～55	13.2	10.0
55～60	6.0	5.4
60～平成2	5.2	5.8

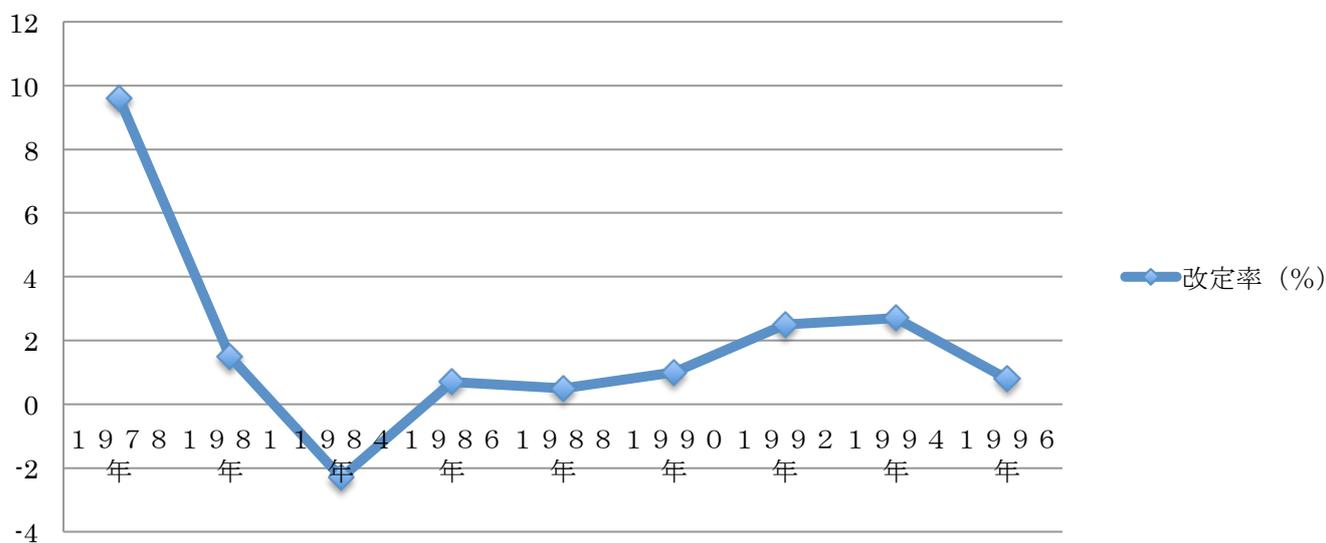
出典：広井良典『医療費増加と経済』より筆者作成

#### (2)まとめと二極化構造の影響

上で述べたような医療費抑制はどのように可能であったのだろうか。それを確認するため、以下では第三章で述べてきたことをまとめる。1980年以前、厚生省は医療費が急激に伸びていたにも関わらず、武見率いる日医の政治力の前に屈し、手を付けることができていなかった。しかし、1980年代に入り、高度経済成長の終焉、高齢化対

策の本格化、第二次臨調の答申、中曽根政権の福祉見直し路線など、日本の社会情勢に変化が起きると、医療費抑制が求められるようになった。厚生省は吉村仁厚生事務次官が主導することで医療費抑制という目標を明確にした。こうして足並みを揃えていった厚生省に対して、日医は1982年4月に武見太郎が日医会長を引退するなど<sup>16</sup>、これまで保持してきた政治力が発揮できなくなっていた。この時期の中医協における厚生省の優位を端的に表しているのが、1984年の診療報酬改定である。これまでの診療報酬では程度の差こそあれ、プラス改定されてきたが、1984年の改定では初のマイナス改定となった<sup>17</sup>（図 3-3 参照）。診療側の影響力低下、社会情勢の変化を機に厚生省は老人保健法の制定や健保法の改正を成し遂げたのである。

図3-3 診療報酬改定率の推移



出典：医薬情報研究所「診療報酬・薬価改定経緯一覧」より筆者作成

こうした改革が成功していったのは、中医協を中心とした医療政策の決定構造が大きく関係している。第二章で示したように、1970年代までに診療側の推薦権が日医に一本化されたことで、診療側の窓口が実質的に日医のみとなった。このことで中医協における議論は日医と厚生省の二極で行われることが決定的となった。日医以外にも診療側から意見が出されていたが、全体として大きく取り上げられたと評価することは

<sup>16</sup> 武見は1983年12月20日に死去している。このことは医師会の影響力にも影響を与えた

<sup>17</sup> 診療報酬は2.8%引き上げられたが、薬価基準が5.1%引き下げられたことで、実質的には2.3%のマイナス改定となっていた

きない。その例が、中医協の委員推薦枠を失った日病である。中医協の場から締め出されてしまった日病は1964年に全国公私病院連盟<sup>18</sup>を設立し、中医協に病院代表を参加させることを求め続けてきた。上で取り上げた健保法改正に際しても、反対を表明している。しかし、中医協の審議に参加できない日病の意見は外部からの意見にとどまってしまう大きな成果をあげなかった。日医以外の診療側アクターが医療政策に影響力を及ぼすのは難しい点は二極化構造の大きな特徴である。

老人保健法の成立過程では高齢者の診療報酬算定に際して新たな基準が中医協で議論されるようになると、中医協での二極化構造での対立がより明確に政策決定に関わってくるようになった。二極化構造の中では、厚生省にとって診療側の代表である日医のみを抑え込めばよいというインセンティブが働くことになる。中医協を改革して公正なものを目指す程、多様な意見を取り入れなければならない。それは交渉の窓口が一本化されている状況よりもはるかに政策の実現を困難にする。日医に対して相対的に優位に立っていた厚生省は医療費抑制という政策を実行しやすい二極化構造を維持する方向を選んだのである。

歴史的に構築されてきた制度には経路依存性が働く。二極化構造を改革するにはそこにある経路依存性を壊す大きな力が必要となる。改革の力を持っており、本来ならば改革を推進するはずの厚生省がインセンティブを失ってしまったために、中医協の改革は進まなかったのである。

---

<sup>18</sup> 3月16日の全国公私立病院大会で以下の宣言を行っている。

1. 病院医療の重要性を認めて、その危機を救済する措置をとること
2. 医療費30%の引き上げ改定を行うこと
3. 医療費の緊急是正は4月1日から実施すること
4. 中央社会保険医療協議会は即時公聴会を開き、全国公私立病院団体の意見を聞く措置をとること
5. 中央社会保険医療協議会は全国病院団体代表者を委員に加えること
6. 全国公私立病院団体は大同団結し、全国公私立病院連盟の組織化を進めること
7. 病院と診療所の協力態勢を高めるよう措置すること

(日本病院協会 2001: 40)

## 第四章 2004年以降の中医協改革

1963年に三者構成の中医協で出発して以降、大きな構造改革が行われることはなかった。こうした改革の裏には、二極化構造での決定を自身に有利と考えた厚生省が積極的に改革に取り組もうとしなかったという背景があった。しかしながら、2004年に起きた診療報酬をめぐる汚職事件がこの状況に変化をもたらした。これまで二極化構造が維持されてきた中医協に大きな改革がもたらされたのである。そこで本章では中医協改革がどのように起きていったのかを見ていくことにする。特に改革が起きた背景を分析することで、一連の改革の背景がこれまで二極化構造に働いていた経路依存性を打破していったことを示す。

### 1. 中医協改革の概要

#### (1)中医協を巡る贈収賄事件の概要とその影響

2004年に世間を騒がせる汚職事件が起きた。これは日本歯科医師連盟が関与していたことから日歯連事件と呼ばれている。日歯連事件の概要は以下の通りである。<sup>19</sup> 2002年の診療報酬改定において、臼田貞男（日歯前会長）をはじめとする贈賄側<sup>20</sup>は支払側の中医協委員である下村健（健保連代表）、加藤勝敏（連合代表）の2名に対して、「かかりつけ歯科医初診料」の算定要件の緩和と「かかりつけ歯科医再診料」の単価引き上げに賛成させるため贈賄を行った。下村と加藤<sup>21</sup>はその目的を知らずながら金銭を受領し、代わりに中医協でこれらの要望に対して容認したため、2002年の診療報酬改定で上記の改定がなされた。以上のような流れを受けて2004年に関係者7人が起訴されることとなった。厚労省は上記改定について『中央社会保険医療協議会を巡る贈収賄事件に係る中間報告』を発表した。これによると厚生省は、中医協における審議は、贈収賄によって受けた影響は存在するが、①支払側委員が積極的に審議をリードしようとするものではなかったこと②事務局の行動も中医協の審議の流れに沿うものであったこと③内容も診療側と支払側双方の意見を反映したものとなっていることなどから、中医協における政策決定は妥当であると判断した。そのため「かかりつけ歯科医初診料」の値段はそのまま使用されることとなった。

---

<sup>19</sup> 日歯とは日本歯科医師会の略称である。日歯の理念を実現するために政治活動を行う団体が日本歯科医師連盟（日歯連）である。このように団体が区別されているのは、日歯が公益団体で政治活動が認められていないためである。

<sup>20</sup> 臼田の他には内田裕丈（日歯前常務理事）、梅田昭夫（日歯元専務理事）、平井泰行（中医協診療側委員、日歯代表）、菅田雄一郎（中医協診療側委員、日歯代表）がいた。

<sup>21</sup> 下村と加藤は合計で330万円相当の賄賂を受け取っており、これらは日歯連の会計から計上されていた（「日本経済新聞」「朝日新聞」2004年4月15日付夕刊）。

以上が事件の概要であるが、この事件が大きく取り上げられるに至った背景には、日本歯科医師会の臼田会長による政治家への不正献金<sup>22</sup>も同時に明らかになったということも関係している。大物政治家への不正献金は日歯連を否応無く世間の注目の的とすることとなった。政治家への闇献金と中医協委員による汚職事件という立て続けに起きた不祥事はマスコミを通じて瞬く間に広まり、中医協による審議過程が注目されるようになった。「医療の値段」を決める過程で、立場を異にする支払側委員と診療側委員が、裏でつながっていたことが明らかとなった（結城 2006: 123）。これまで長くにわたって支払側と診療側は対立していると見られていたので、この事実は衝撃的であっただろう。これは中医協の二極化構造が外部から見えにくい構造であったことが大きい。そのため、中医協が世間の注目を浴びてこなかった。かつて武見太郎会長が日医を率いていた時代には、度々、中医協の話題がマスコミを賑わしていた。日医が審議会をボイコットし政治問題へと発展することで、診療報酬改定の審議が影響され、中医協の存在自体は世間でも知られていた。しかし、1980年代以降、診療報酬の論点は医療費高騰の絡みで取り上げられることはあっても、中医協の存在や仕組みなどは、ほとんど注目されることはなかった（結城 2006: 147-148）。日歯連事件をきっかけにして医療費がどのように決められているのかに再び注目が集まったことは、その後の医療に非常に大きな意味を持ったと言える。そこで、次項では注目が集まった中医協決定プロセスに具体的にどのような改革が行われたのかを見ていくことにする。

## (2)中医協改革のプロセス

一連の日歯連事件を受けて世論が喚起されたことを確認した。報道や国会審議で多く取り上げられ、中医協改革について論点が挙げられた。

これまでの国会審議、報道等における中医協の在り方等に係る主な私的等

[審議方法等について]

○公開が前提の協議会にもかかわらず、実態は密室での取引が横行していたのではないか。審議の透明性が確保されていないのではないか。

○医療技術の評価を行う専門的な組織を設けるとともに、客観的なデータを収集するべき

---

<sup>22</sup> 臼田会長は橋本龍太郎元総理ら自民党有力者に1億円の小切手を渡しており、それが収支報告書に記載されていなかった。

○診療報酬改定の結果について検証すべき。また、改定する理由を科学的に説明できるようにすべき。

[委員のあり方について]

○委員に患者や看護師の代表、病院経営の代表を迎えるなどして、幅広い視点で論議できるようにすべき

○利害が対立する双方の委員と中立委員の三者で構成される審議会の在り方を含め、決定方式の見直しを行うべき。

○安易に官僚 OB に頼らず、診療報酬を支払う側が自前で医療保険の専門家を育てていくべき

○委員の在任期間に上限を設けるべき

○委員に対して公務員であるという自覚を強力に促すような対策をとるべき。

[その他]

○中医協の論議は公開の場で行われるが、論議の内容が極めて専門的あり、理解するのが容易ではない。わかりやすく国民に説明すべき

(『週刊国保実務 第2412号』p33より)

上記論点をまとめると、中医協の場を公平かつ国民に理解しやすいものにしていく必要があるということになるだろう。その上で長く維持されてきた中医協の二極化構造に改革の手を入れるべきであると述べられている点は注目に値する。さらに中医協のあり方について第三者による検討会が行われることになった。この検討会は「中医協の在り方に関する有識者会議」とされ、2005年2月に発足した。検討会で審議を重ねた結果、同年7月に『中央社会保険医療協議会の新たな出発のために』として以下の6点について取りまとめた。

①診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方

②公益機能の強化

③病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方

④委員の任期の在り方

⑤診療報酬の決定手続の透明化及び事後評価の在り方

⑥その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組み等の在り方等

（『中央社会保険医療協議会の新たな出発のために』より）

以上の方針に基づいていくつかの改革が実行されることとなった。まず、①については診療報酬の改定率は内閣が決定すること、医療政策の基本方針は社会保険審議会の医療保険部会と医療部会が担当し、その方針にしたがって具体的な診療報酬点数の設定を行うのが中医協の役割とされた。これまで中医協で医療政策の基本方針なども議論されていたことを考慮すると、中医協の権限が縮小されたことになる。これは過去に二極化構造の中医協で医療政策が決定されてしまったことへの反省に基づいている。中医協の権限が大きければ、それだけ限られた関係団体に医療政策が左右されてしまうということだろう。②では、かねてより公益委員の数について議論があったが、今回の議論を受けて中医協委員の構成割合が診療側7人、支払側7人、公益委員6人となった。1963年に中医協の改組が行われて以来、診療側8人、支払側8人、公益委員4人であった構造からは公益委員の割合が大幅に増やされたと評価できる。そして③については「医師を代表する5名の委員のうち2名を病院の意見を反映できる医師とする」とされたことで、日医からの推薦枠が減らされた<sup>23</sup>。1968年に中医協の診療側委員推薦枠が日医に一本化されて以来、40年近くにわたって日医に独占される形であった診療側について改革がなされた。そして国民に開かれた中医協を目指す動きとして、2006年1月27日、中医協史上、初の地方公聴会が横浜市で行われた<sup>24</sup>。公聴会の開催は閉鎖された空間で決定されていた中医協に透明性を持たせることと、国民に医療政策決定過程への関心を持たせる両方の意味合いがあると思われる。

中医協改革を通じて、歴史的に日医が診療報酬改定に大きな影響力を示した過程についても注目が集まるようになった。2005年に日医の中医協委員推薦枠が3人へと減らされてからも開業医の診療側での優位が変わっていないことへの批判が出された。そうした状況を受けて舂添要一厚相が2008年5月に「中医協の診療報酬配分の決定には透明性がない」と発言し、再び診療報酬決定過程に注目が集まった。2009年、民主党が政権与党の座を掴むと、自民党時代の方針からの転換を掲げた。具体的には自民党の支持母体であった日医の中医協委員推薦枠のさらなる削減に踏み切るというものであった。2009年10月26日に長妻昭厚生労働大臣は日医の推薦枠をゼロにすると正式に発表した（表4-1）。日医の推薦枠がなくなったことは診療側にとって歴史的な大転換とも言える出来事であった。これによって開業医の力が強い診療側という状

<sup>23</sup> 日医推薦枠が5名から3名となった。

<sup>24</sup> 公聴会には中医協委員が参加し、それぞれの立場から意見を述べるとともに、公募によって選定された意見発表者による意見発表が行われた。

況は解消されることとなった。このことは10月28日に全国紙朝刊が一斉に社説を掲載するなど、大きな注目を集めることとなった。

表 4-1 日本医師会の中医協委員数と診療側委員数の推移

年度	日本医師会の中医協委員数	診療側委員数
2004年	5名	8人
2005年	3名	8人
2006年	3名	8人
2007年	3名	7人
2008年	3名	7人
2009年	0名	7人
2010年	1名	7人
2011年	1名	7人

出典：厚生労働省『中央社会保険医療協議会委員名簿』より筆者作成

### (3)中医協改革の評価

これまで述べてきた中医協改革は全体的に見れば、二極化構造を打破するものであったと評価できる。

第一に、公益委員が増やされたことと、病院団体の推薦枠が認められたことはより多くの意見を反映することにつながる。中立的視点と病院経営などの観点を取り入れた診療報酬の改定が行われていくことが期待できる改革である。

第二に、地方公聴会の開催など、国民への理解を促すことで中医協の閉鎖性を改善する動きが出始めていることである。中医協は戦後多くの医療政策を実現するための議論が行われてきたが、実際に外部からの批判にさらされることはほとんどなかったといっている。そうした閉鎖性が二極化構造の持つ特徴でもあり、経路依存性を強めることにもつながっていた。公聴会等の第三者からの意見聴取の場は、中医協の監視機能を担うことも期待でき、中医協に一定程度の透明性を確保することが可能であると考えられる。

## 終章 結論と今後の展望

### 1. 結論

本稿ではこれまで、限られた財源の中で日本の医療制度を維持していくために、無駄な医療資源の配分をなくしていく必要があるという問題意識を前提に、医療費の配分を決定する審議会として中医協に注目してきた。

第一章では、日医の力の前に中医協がたびたび審議会機能の停止を余儀なくされたことを問題として挙げ、「厚生省主導となった1980年代以降においても中医協改革が進んでこなかったのはなぜか」というリサーチクエスチョンを導いた。

次に第二章を通じて、武見会長に率いられた日医はその影響力を駆使して開業医に有利な政策を実行させた過程を見てきた。1960年代から1970年代にかけて、高度経済成長に支えられた武見日医はときに中医協委員の引き上げや保険医総辞退といった強引な政治手法を用いて医療政策決定の局面で優位に立ち続けた。そうした中で、日病との対立に完全勝利した日医は中医協の診療側委員推薦枠を全て握り、名実ともに診療側を代表する存在となった。

第三章では、1980年代以降に中医協でのパワーが厚生省に移っていった過程を分析し、二極化構造が厚生省にとって有利に働くようになったことを示した。二極化構造のもとでは、日医が病院団体などの意見を吸収しているため、厚生省が抑え込む対象は日医のみでよい。そのため、この時期に省をあげて掲げられた医療費抑制という政策目標を達成することが可能であったと考えられる。優先する政策目標を実行するために有利に働く構造であったため、機能麻痺を起こしてきた過去の中医協を改善していこうとするインセンティブが厚生省内でそれほど高まらなかった。以上が、中医協改革が長くにわたって行われなかった要因であるとするのが本稿の結論である。

二極化構造のように少数による決定構造は経路依存性による変化への耐性が非常に強くなると思われる。こうした構造に改革をしていくためには大きなインパクトを持って世論を巻き込んでいく必要がある。第四章では、日歯連事件が改革の機会を与えるものとして位置づけて中医協改革の分析を行った。この事件を受けて、報道や国会など多くの場で中医協が注目されるようになり世論が喚起された。この点は、医療費抑制という観点に注目が集まりがちで、その決定過程にまで注目が集まらなかった1980年代とは大きく異なる点であろう。報道や世論といった外部からの批判を浴びた厚生省は中医協の二極化構造を改革せざるを得なかった。以上を踏まえて筆者は「二極化構造という非常に閉ざされた空間での決定を外部からの大きな圧力が変えていった」というのが2004年の日歯連事件に端を発した中医協改革であったと評価する。つまり2004年を契機に、二極化構造の経路依存性が打破され、改革への方向へと変わっていった。

## 2. 課題と今後の展望

本稿では、医療費決定過程において日医と厚生省という代表プレーヤーによって形成された二極化構造が持つ影響力の重要性を示してきたが、本稿での分析に未だ不完全な点が多いことは否定できない。

第一に、中医協で形成された二極化構造が持つ影響力の大きさについて数値に基づくデータを示せていないことである。本稿では、診療側と支払側を代表するプレーヤーそれぞれの極に分かれていたことと、それをもとにして戦後の医療政策が決定されていたことを事例で分析するにとどまっている。構造自体の大きさを表すデータは非常に示すのが困難であり、その点では本稿の分析は不十分であると言わざるを得ない。

第二に、筆者は中医協改革により二極化構造を打破したと評価しているが、実際には中医協における三者構成が変わっているわけではない。中医協の診療側委員推薦枠の変更や公益委員の増員などで、より多様な意見が反映されるようになったことをもって二極化構造が崩壊したと判断するには客観性に乏しいものとなっている。

序章でも述べたように、医療政策に必要な財源をどのように確保していくかという問題は、現実的に大きな経済成長が望めない今の日本につきつけられた難問である。早急な医療費問題解決を実現するための基盤を作るのが中医協を中心とした審議会である。医療分野は非常に専門知識を要するものであるため、どうしても限られた者しか審議会に参加できない面がある。そこに国民の参加をどのように取り入れていくかは難しいが、非常に重要である。この点を踏まえると、中医協が本当に三者構成であるべきなのか、その他の構成が良いのか、もう一度考え直すことにつながる。医療政策を決定する審議会の専門性を維持しながらも、国民を含めた多様な意見を反映できるバランスを持った構造が理想的であるだろう。本稿の考察が中医協やその他の審議会の問題解決の一助となることを願う。

## 参考文献・論文

- 斉藤淳 (2010) 『自民党長期政権の政治経済学—利益誘導政治の自己矛盾』 勁草書房
- 結城康博 (2004) 『福祉社会における医療と政治—診療報酬をめぐる関係団体の動き』 本の泉社
- 辻中豊 (1988) 『利益集団』 東京大学出版会
- 的場敏博 (1998) 『政治機構論講義』 有斐閣
- 岩崎正洋 (2011) 「政治における不祥事と利益誘導政治」『政経研究』48巻1号, 27-46 頁
- 五十嵐仁 (1999) 『現代政治』 法律文化社
- 辻中豊 (2010) 『現代社会集団の政治機能—利益集団と市民社会』 木鐸社
- 大谷博愛 (1982) 「政策過程と圧力団体」村川一郎・福岡正行『現代の政治過程』学陽書房
- 池上直己・J.C キャンベル (1996) 『日本の医療』 中央公論新社
- 村松岐夫・伊藤利光・辻中豊 (1996) 『日本の政治』 有斐閣・東京大学出版会
- 西村真理子 (1996) 「診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察」社会保険研究所編『医療保障と医療費』東京大学出版会
- 有岡二郎 (1997) 『戦後医療の五十年』 日本医事新報社
- 武見太郎・有岡二郎 (1983) 『実録日本医師会』 朝日出版
- 結城康博 (2006) 『医療の値段—診療報酬と政治』 岩波新書
- 山岡清二 (1987) 『「日本型政治」の本質—自民党支配の民主主義』 TBS ブリタニカ
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療 制度と政策』 東京大学出版会
- 三浦文夫・坂田周一監訳 (1995) 『日本政府と高齢化社会』 中央法規出版社
- 新井裕充 (2010) 『行列のできる審議会—中医協の真実』 ロハスメディア
- 川上武 (1984) 『岐路に立つ医療問題』 勁草書房
- 川上武 (1981) 『‘80年代の医療問題』 勁草書房
- 川上武 (1972) 『現代の医療問題』 東京大学出版会
- 新川敏光 (2004) 『比較政治経済学』 有斐閣アルマ
- 矢野聡 (2009) 『保健医療福祉政策の変容—官僚と新政策集団をめぐる攻防』 ミネルヴァ書房
- 二木立 (1992) 『90年代の医療と診療報酬』 勁草書房
- 水野肇 (2003) 『誰も書かなかった日本医師会』 草思社
- 水野肇 (2005) 『誰も書かなかった厚生省』 草思社
- 都村敦子 (1984) 「老人保健法と医療費」江見康一編『医療と経済 明日の医療④』 中

中央法規出版株式会社

渡邊芳樹（1992）「老人保健法制定の立法過程」『北大法学論集』 42 巻 4 号, 203-267 頁

広井良典（1994）「医療費増加と経済成長」医療経済研究機構 『医療経済研究 1994』 Vol.1

日本医師会（1997）『日本医師会創立記念誌』 日本医事新報社

日本病院協会（1957）『総合病院通信』

日本病院協会（2001）『日本病院協会』

国立社会保障・人口問題研究所（2005）『日本社会保障資料IV（1980-2000）』

国立社会保障・人口問題研究所（1981）「行政改革に関する一次答申」

社会保険実務研究所（2004）『週刊国保実務 第2412号』

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/souron/1.pdf>

厚生労働省（2004）「中央社会保険医療協議会を巡る贈収賄事件に係る中間報告」

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/09/dl/h0928-3b.pdf>

中医協の在り方に関する有識者会議（2005）「中央社会保険協議会の新たな出発のために」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/dl/s0803-4s01.pdf>

医薬情報研究所（2012）「診療報酬・薬価改定経緯一覧」

<http://www.diyaku.jp/wp-content/uploads/2012/12/1000005.pdf>

内閣府（2012）「長期経済統計 国民経済計算」

[http://www5.cao.go.jp/j-j/wp/wp-je12/h10\\_data01.html](http://www5.cao.go.jp/j-j/wp/wp-je12/h10_data01.html)