

# 第6章

## 日本の診療報酬の政治経済学

ジョン・C・キャンベル、高木安雄

2年ごとに行われる日本の診療報酬改定は、医療政策全般、特に医療費を抑制する上で重要なツールである。改定はマクロとミクロの2段階のアプローチで行われ、経済性に基づくものというよりも、相反する利害を調整する政治的交渉である。その中心にあるのが、医療費を抑えようとする財務省と厚生労働省（厚労省）対、日本医師会に代表される、政府与党の後ろ盾を得て医療費引き上げを図る医療提供者の闘いである。その交渉の大半は想定した手順で進められるが、政治的リーダーシップが直接関わる場合には、劇的な結果となる。

### 日本の特徴

本書第5章の「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」は、診療報酬改定の技術的プロセスとその影響について論じている。本章では、政治的プロセス、つまり費用抑制のための日本独特のアプローチがどのように機能しているかについて論じる<sup>1</sup>。

このアプローチの起源は、少なくとも国民皆保険が達成されて間もない頃（1960年代初め）までさかのぼる。その手法は、医療費の急増を受け、1980年代初めに修正・改善された。同アプローチは3つの目標を掲げている。医療費の抑制、医療サービス提供体制の実行可能性と質の確保、そして政治的合意の取り付け（改定プロセスに関わるさまざまな関係者の不満を抑える）の3つである。

---

1 本章は、以前のリサーチ（池上・キャンベル 1996で発表）、新聞記事（主に朝日新聞）、厚労省・財務省、自由民主党、民主党の公開文書と未発表文書に基づいている。インタビューは、現職及び過去の政府高官をはじめとする医療政策で重要な役割を果たした人物に行った（本章最後部のインタビューリスト参照）。

多くの国が医療の価格と請求要件を設定しているが、日本の制度には際立った3つの特徴がある。第1に診療報酬<sup>2</sup>が日本全国全ての医療提供者に適用されること。第2に、制度は複雑なプロセスにより2年に1度改定されること。第3に、医療サービスと医薬品はひとつひとつ個別に評価され、特定の要因を踏まえて、価格の上げ下げ、据え置きが行われることである。

3つの要因がこうした価格改定に影響を与える。ひとつ目は**経済的要因**と言える。価格は、費用の増減によって変動する。例えば、医療サービスを提供する際の費用は、技術的変化や医薬品の価格によって変わるかもしれない。判断するひとつの指標として請求回数の変化がある。過去2年間に請求回数が急増した項目は医療提供者の利益が拡大した可能性があり、価格の引き下げを検討しうる。請求回数が落ち込んだ場合は、価格の引き上げを示唆している可能性がある。また、例えば急性期入院部門が赤字、または多額の黒字を計上し始めた場合にも価格の改定を検討しうる。基本原則は、適切な診療を最小限の費用で提供することである。

もうひとつは**政策的要因**で、ある診療行為を奨励あるいは控えさせるために資源の配分を変えることである。在宅医療を奨励し高額な技術の使用を控えることが望ましいとすれば、価格や請求要件を操作することで実現できる。さらに上のレベルでは、入院治療と外来治療、外科と内科または小児科という診療科の間で、また医療サービスと医薬品の間で、資源配分を変えることができる。この場合、政府は制度を単に適切に運用しているだけでなく、望ましい方向へと政策的に誘導しようとしている。

3つ目は**政治的要因**と言える。医療制度の内側（医師、医療機関、製薬会社、保険会社）や外側（政党、強力な利益団体、有権者）で合意を取り付け、大きな力を持つ関係者からの抵抗を最小限に抑えることである。利害関係者間の力のバランスが変わると、やはり価格の変更を通じて資源配分に変化が生じることになる。

これら3つの要因が、マクロとミクロの2つのレベルで影響を与えていると考えるとわかりやすい。マクロとは医療分野全体、ミクロとは1項目ずつ、または似た項目の複数群（入院医療など広い群）に関わるプロセスを指す。

---

2 詳細は本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」で論じている。

診療報酬改定率の計算に当たり、政府は主に医療提供者（医師、医療機関、製薬会社など）の総所得に着目する。これらの所得はほぼ全てが医療保険からの支払いによるものである。医療提供者の収入の変化には2つのタイプがある。ひとつ目は、提供した治療回量と薬品量の変化によるもので、高齢化（医療の必要性が高まる）と技術の進歩（新たに導入されるものを含め、より高価なサービスや薬剤へのシフトにつながる）に伴い上昇が見込まれる。これは「自然増」と呼ばれる。もうひとつは、診療報酬改定によるもので、これが本章のテーマである。原則として、こうした2つのタイプの組み合わせにより総医療費の変化が生じる。

## マクロ・プロセス

診療報酬改定において、最も大々的に報道され、少なくとも表面的に議論されるのは、全体改定率の引き上げ決定である。これにより、新しい診療報酬の下で、同一の医療サービスと医薬品を全く同一量、2年間にわたり提供した場合に医療費がいくら増減するかがわかる。つまり、これは次の2年間も同じ内容で医療が提供されると仮定した数値であり、現実を示すものではない。実際には、提供される医療サービスや医薬品は2年間で幾分変化する上、その量も大きく変わるだろう。したがって、算定された数値は実際のところ、医療にかかる公共支出総額の伸びの測定値ではなく、ましてやその最大値を示すものでもない<sup>3</sup>。この全体改定率は、2つの要素で決まるとみることができる。医薬品と医療サービスの両方に対して支払われた加重平均価格の上昇と下落の2つである<sup>4</sup>。

## 通常のプロセス

以下は、1980年代半ば以降（1998年、2002年、2010年は含まれない。これらは「例外的プロセス」の項で論じる）のマクロ・プロセスの簡単な説

3 これに代わるのは、国、地方自治体、医療制度、または医療施設ごとに医療の総支出の上限または目標を示す「全国一律」の予算だろう。

4 歯科医療と投薬の費用の変化も算定され報告される（医療機器は医薬品に含まれる）が、これらは全体的な価格の上下にあまり影響せず、マクロのレベルでの議論を呼ばない。

明である。主な交渉参加者は、大蔵省（2001年より財務省）主計局、厚生省（2001年より厚労省）保険局、与党自由民主党（自民党）、それに日本医師会である。このほかに、病院団体、看護協会や歯科医師会、大企業の健保組合、市町村（国民健康保険）、製薬会社も活動し、影響力を持つかもしれないが、少なくともマクロ・プロセスにおいては直接的な関わりはない。

主要な関係者はどのように関わり合っているのだろうか。2年ごとの話し合いの場で医療費抑制の側に立つのは財務省主計局と厚労省保険局であり、この両者が診療報酬改定のプロセスで大きく異なる立場をとることはまれである<sup>5</sup>。保険局にとって最も差し迫った関心は、中小企業の被保険者を対象とする最大規模の全国健康保険協会（協会けんぽ）の財務管理責任である。保険料収入は限られているため、支出を低く抑える必要がある<sup>6</sup>。主計局の一番の関心は、総医療費のうち一定の割合を占める、一般会計予算（つまり、税収と政府借入金）からの補助金である。両者どちらにとっても、医療支出を最小限に抑えることが問題解決の鍵となり、この点で両者は結束し、日本医師会と自民党に対決する。

医療提供者の側、つまり医師、医療機関、歯科医、製薬会社などは当然のことながら、自らの所得拡大につながる価格引き上げを望んでいる。特に日本医師会は、伝説の武見太郎会長（1904-1983年）時代から日本で最も強力な圧力団体とみなされてきた。大きな力を持つようになった背景には、地方と国の両方のレベルにおいて、寄付金と票で自民党を支援してきたこともある。自民党政務調査会（政調会）の部会、また選挙区にある日本医師会の支部とつながりを持つ数多くの自民党一般党員が日本医師会の強力な利益代表となっている。

主計局－保険局の連携と自民党－日本医師会の連携の間には複数の仲介者が存在する。これらの仲介者はどちらか一方寄りの場合もあるが、予定通りに、かつあまり混乱なく話し合いがまとまることが一番の関心事である。興味深いことに、通常の診療報酬改定プロセスには、この役割を演じると期待

5 これは、主計局とほかの省庁が真っ向から対立する予算プロセスとは大きく異なる（Campbell 1977）。

6 そのため、大企業の被雇用者を対象とする組合健保と比べ、財務状況のさじ加減が常に難しい。同制度は協会けんぽとも呼ばれ2008年に国から協会に移管され、特殊法人化されるまで「政府管掌健康保険（政管）」と呼ばれた。

される関係者、つまり閣僚、首相、官邸がほとんど顔を見せない。最も重要なのは、自民党政調会長と、厚労省と財務省のそれぞれと古くからのつながりを持ち影響力のある自民党議員で作る族議員と呼ばれる非公式な団体である。長年にわたり、厚労族は極めて影響力の大きな政治家、橋本龍太郎(1937-2006年)が率いた<sup>7</sup>。

改定のプロセスは奇数年の春に、厚労省保険局長と、財務省主計局の厚労省担当主計官の話し合いから始まる。話し合いの主眼は、問題全般を俯瞰し考え得る結末を把握することで、両者の話し合いは1年を通じて行われる。日本医師会も、自民党の支援の下、改定プロセスの初期から加わり、医療提供者がなぜより多くの予算を必要とするか、その財務状況について主張する。

厚労省は、日本医師会の主張に反論するための複数の客観的データを持っている。コスト面では、厚労省が奇数年の6月に数多くの医師と医療機関を対象に医療経済実態調査を実施して、人件費と医薬品費・医療材料費等について調査する。こうして得られたその年の費用のデータに加え、マクロ経済の動向が今後2年間に医療提供者の費用にいかに関与するかについても推測が行われる。医療機関の収入面では、厚労省が、(価格は変わらないとの前提で)診療回数と技術面の変化によって生じる、前述の「自然増」を見積もる。この推定値は、医療保険から医療提供者に過去3年間に支払われた額を年ごとにまとめた国民医療費のデータから算出される。

原則的には、自然増の推定値を費用増の推定値から差し引くと、診療報酬の価格引き上げによって埋め合わせるべき数値が得られる。実際には、このプロセスはそれほど単純なものではない。推定値は概算であり、議論の余地が大きく、日本医師会と自民党は医療費増を強く求めることができる。以下、実際のプロセスがどのように行われているか述べる前に、医薬品に関わる改定がどのように行われるかについて取り上げる。

厚労省は奇数年の2月に、診療報酬改定をにらんで経済状況の暫定的な予測を行う。製薬会社など、他の参加者と非公開の交渉が行われ、政治的な感觸をつかむ。そして9月に厚労省は、卸売業者の帳簿に記載された販売記録

7 1990年代に2年半、首相を務めた。日本歯科医師会からの1億円の政治献金が発覚し2004年に政界を引退し、ある意味で医療政策に関わる政治が彼のキャリアを終わらせたと言える。

を基に薬価調査を実施し、全ての医薬品について市場価格を算出する<sup>8</sup>。こうしたデータは主に、診療報酬改定のミクロの部分で使われるが、現在の診療報酬価格と市場価格の開きを大まかに推定するために使うこともできる。つまり、11月初めには厚労省の保険局担当官は、財務省の主計局担当官と共に、薬価基準引き下げ幅を推定することができ、これにより診療報酬の引き上げ分に充てることのできる金額を推定できる。

計算上、薬価引き下げにより生じた削減額を医療費引き上げに必要な額から差し引けば、全体的な診療報酬引き上げ（または、引き下げ）額が得られる。ただし、医療機関等にとっては、全体的な引き上げ、もしくは引き下げ額を決めた上で行われる、薬価や診療報酬の改定の方がより重要となる。薬価と診療報酬は、全体改定率が望ましい値となるように上方、または下方修正されているかもしれない。なぜなら、全体改定率こそ、政府がいかに医療支出に対して厳しいか、または寛容かを示す指標として、国民や医療界に受け止められるため、政治的に最も重要になるからである。

あまり気づかれていないが、重要な点は、実際にはこうしたメッセージを送ることこそがこの3つのマクロの数値を導き出す一番の目的だということである。なぜなら、診療報酬改定自体は、実際の主要な支出（例えば、総医療費、国庫補助金または医療保険の保険料収入、または医師、医療機関、製薬会社の収入）とは直接、かつ差し迫った関係がないからである。事実、診療報酬改定率は、かなり不確かな仮定や推計に基づいて決定される。

ほとんどの場合、診療報酬の点数は（たとえ小幅にでも）改定されるため、改定率が決定される終盤まで活発な議論が繰り広げられる。毎回、政府予算決定に必要な国庫負担額の決定にしろうじて間に合うように12月中旬から下旬に交渉を終える。交渉の最終決定には、財務省主計局長と厚労省保険局長が立ち会う。その段取りは、何か月も話し合い、数週間にわたって活発な最終的な折衝を重ねてきた主計官と保険局の担当官が主に担当する。この後、正式プロセスの最後の段階として、自民党政調会長も同席して、財務大臣と厚労大臣による儀礼的な会議が行われ、改定内容・幅が記載された文書に署名する<sup>9</sup>。

8 詳細は本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」を参照。

9 中川氏との第2回インタビュー。

以上は正式な折衝についてであり、前述のとおり、2つの省が大きく異なる立場をとることはめったにないため、両者のやり取りでは通常あまり議論が分かれることはない。ただし、実際に対立する以下のような関係者による非公式の折衝では、別の展開になる。

日本医師会	自民党部会	自民党幹部	厚労省	財務省
-------	-------	-------	-----	-----

日本医師会は自民党内の支持議員にもっと強硬に主張するよう強く求め、財務省は厚労省にもっと強硬に主張するよう強く求める。その中間にいるのが2人の自民党幹部であり、彼らの関心は結果よりも妥結できるかにある。1人は政調会長で、ほぼ全ての政策課題について話し合いを妥結に導く責任を負っている。もう1人は、厚労族を率いる議員であり、橋本龍太郎が初期にそうであったように、大きな影響力を持っている議員であれば、優位に立つことができる（この場合は、リーダーというよりは「ドン」と呼ぶ方がふさわしいかもしれない）。後の丹羽雄哉議員のように突出した影響力を持っていなければ、実際に話し合いに参加して、取りまとめの労を取らなければならない。

1996年の改定大詰めの状況について、折衝に参加した1人の人物から詳しく聞いた。1995年12月、大蔵省主計局次長と厚生省保険局長の間で合意に達した後、両者が一緒に橋本議員の事務所を訪れた。自民党総裁に選ばれたばかりの橋本は当時、通産大臣を務めており、首相就任を1カ月後に控えていた<sup>10</sup>。このように大きな責任を担っていた橋本だが、厚労族のリーダーとしての役割から外れたわけではなかった。橋本は、交渉の結果を了承し、医師会、歯科医師会、製薬会社業界団体のトップそれぞれに電話をかけた。「こうした電話がなければ、交渉をまとめることは不可能だっただろう」と振り返っていた。

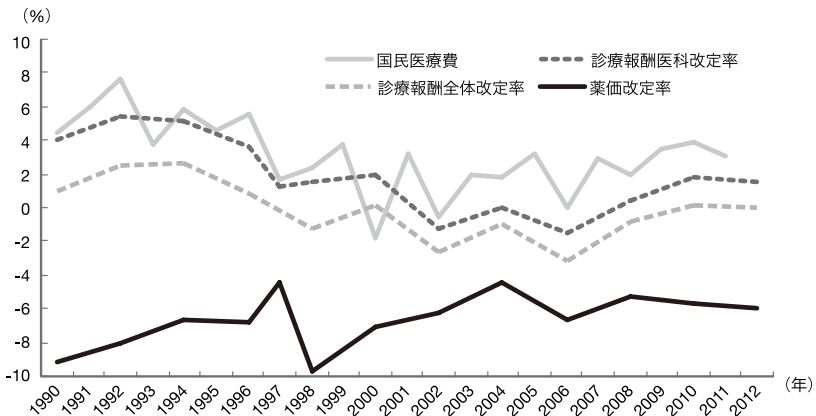
非公式プロセスは、強硬な立場をとる相対立する関係者が、交渉を通じて徐々に歩み寄るという意味では折衝と言えるが、会議室でテーブルを挟んで向かい合う（正式の折衝の方はこの形をとる）わけではない。その代わりに、

10 当時は、日本社会党の村山富市が率いる連立内閣だった。村山は1996年1月に辞任し、橋本が首相になった。

さまざまな参加者が食事をしながら、静かな話し合いをもち、何度か記者に声明を出すという形で進められる。例えば、主計官が担当の保険局課長や自民党厚労部会の部長と会食するといった具合である。日本医師会幹部との会合も行われる。「根回し」という言葉は、関係者の間で何度も非公式な話し合いの末に合意に至るという意味で使われる。もちろん、関係者の隔たりが小さく、結末がすでに見通せる場合、話し合いの回数は少なく済み、より容易であるとは言え、非公式プロセスは常にこのように運ぶ。

マクロ・プロセスの「通常の」状況に関する本節の最後に、診療報酬改定率と総医療費の変化の関係を検証する（図 6.1）。

図6.1 国民医療費、診療報酬全体改定率、診療報酬医科改定率、薬価改定率の年間増加率



出典：厚労省 2012；2013

国民医療費の増加率は、研究対象期間の初期は大きかった。これは、診療報酬全体改定率の増加率に比例している。国民医療費は、1996年以降、増加率が小さくなっている。全体改定率がこの間、平均してマイナスであったこともその理由のひとつと言える。

全体改定率は、必ずしも常に国民医療費に直接反映されるわけではないが、診療報酬引き締めは長期的に総医療費を抑制してきた。また前述のとおり、全体改定率によって政府の方針についてメッセージを送ること自体がか



なり重要である。特に、大幅な改定が行われて、実際的な問題が論点となる「例外的な」年にはこの傾向が強い。

### 例外的プロセス

通常のマクロ・プロセスは、確かに新聞で主要な参加者のコメントが引用されるなど、手間のかかるプロセスのように見えるが、実際にはかなり決まった展開であり、予測さえ可能である。全ての関係機関が早い段階でどのような結末になるか正確に予想しており、事実上2年前と同じ台本通りに進む。

それでも例外はある。図6.1に示す通り、前回と大きく異なった改定もある。1998年、全体改定率が初めてマイナスとなり、薬価は大幅に引き下げられた。2002年には、医療サービス価格の診療報酬さえ引き下げとなった（2004-2006年も興味深い）。2010年は、全体改定率が再びプラスとなり、10年ぶりにネットでプラスの改定となった<sup>11</sup>。なぜこうした年はほかと異なったのであろう。その理由は、政府の政策が大きく変わったために幾分異なるプロセスを招いたことにある。

### 最初の例外的ケース：1998年

1998年の改定前に、景気が大きく後退し、その結果、金融危機の状態が発生し、思い切った金融引き締め政策がとられた。橋本政権は1997年11月に財政構造改革を提唱し、全ての省庁に概算要求の削減を求めた。厚生省は予定をはるかに下回る、現状のわずか3000億円増しか要求することができず、いかにして約1カ月で調整するかを決めなければならなかった。厚生省予算の大半（例えば年金、生活保護）は、少なくとも短期的には削減できなかったため、縮小のほとんどは診療報酬改定で実現しなければならなかった。そこで厚生省は、平均薬価を10%引き下げることとし、そのために計算方式を変更した<sup>12</sup>。

1998年の改定プロセスが特に際立っていたわけではない。いつもと同じ

11 1997年の薬価の異常な値上がりは、消費税引き上げに対応するための措置だったことに留意。消費税の3%から5%への引き上げが医薬品価格に直接影響を及ぼし、その対応のために、さらなる見直しが求められた。

12 本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」と中川氏との2回目のインタビューを参照。

参加者が、いつもの手順で同じ議論を進めた。だが、政府全体に支出削減が課されたという外的衝撃によって、全体改定率をマイナスとせざるを得なかった。主計局と保険局は、日本医師会の力に対峙するのではなく（ちなみに、診療報酬医科改定率はプラスであり、実際、以前の改定よりもわずかながら大きかった）、過去に例のない薬価基準の引き下げという、より手っ取り早い道を選んだ。

## 2 番目の例外的ケース：2002 年

2001 年 4 月、小泉純一郎が首相になり、高速度道路建設の公共事業と郵政事業と並んで、医療制度を、「小泉構造改革」の対象のひとつに選んだ。小泉首相にとって、これは強力な利益団体や彼らとつながる自民党内の抵抗勢力、特に族議員との対決を意味した。医療費増加を GDP の伸びと連動させるなど、医療の「抜本改革」のための数多くのアイデアが提案された。最終的にそうした大胆な提案は日の目を見なかったが、診療報酬改定はこれまでにない思い切ったものとなり、そこに至るプロセスは近年で最も議論を呼んだ。

小泉首相と財務省は、一方で深刻な経済状況を抱えていた。日本の財政は 2000 年代初めの世界的な景気後退の中、極めて逼迫しており、日本経済のデフレは 4 年目に入っていた。2001 年 9 月まで、日本医師会は、医療費引き上げの可能性は低く、よくて「現状維持」<sup>13</sup> だと進んで報道機関に表明していた。

首相は、3 者が痛みを分かち合う、日本の古い小啻である「三方一両損」をスローガンに、野心的な戦略を選んだ。患者にとっては、自己負担が 20% から 30% に引き上げられるという痛み（さらに、高所得の高齢者を対象とする引き上げ）があり、医師と医療機関にとっては、史上初の医療費引き下げという痛み、事業主と被保険者にとっては保険料引き上げ（政府が保険料を設定する唯一の公的保険である政府管掌健康保険が対象）という痛みを、それぞれ引き受けるというものである。もちろん製薬会社にとっても痛みはあり、それは薬価基準の大幅な価格引き下げだったが、彼らは引き下げには慣れていた<sup>14</sup>。

13 朝日新聞 2001 年 9 月 22 日。

14 製薬会社は現在もっと弱い立場にあるが、それは政府が処方と調剤を分ける医薬分業に

日本医師会はこれに対して、これでは医療機関や診療所はやっていけないとして、医療費引き下げに集中的に反対したが、この主張はいつもほど有効ではなかった。ひとつには、12月に医療経済調査の結果として、開業医が全国的な景気後退の中でも十分に利益を上げていることが明らかになったこともある<sup>15</sup>。また、小泉政権の「3者で痛みを分け合う」という戦略が自民党を分断したこともある。部会をはじめとする強力な支持者は日本医師会への忠誠を貫いたが、党執行部や多くの自民党員にとっては、有権者に直接影響を与える自己負担や保険料引き上げへの懸念の方が大きかった。

政治プロセスにおける最大の違いは、首相自身が、数多くインパクトの強い公式声明を出すなど、極めて積極的な役割を演じたことである。官邸も、竹島一彦内閣官房副長官補の下、いつになく積極的だった。当時の主計官のひとりによると、竹島は首相のブレーンとして実に見事に役目を果たし、通常なら厚労省保険局と財務省主計局対日本医師会と自民党という対立になるところが、代わりに、官邸対日本医師会と当時の自民党という対立となり、事実上、主計局と保険局の通常の折衝は中断された<sup>16</sup>。秋頃には、国民全体が医療費の引き下げは達成不可能だろうと感じていたが、首相と官邸の粘りが功を奏し、医療費は史上初めて引き下げられた。この時の全体改定率は、やはり過去最低のマイナス2%以下であった(図6.1参照)。

この改定により新しいパターンが確立されたのだろうか。実はそうではなかったが、その後2回の改定もやはり政策ウォッチャーには興味深いものとなった(コラム6.1参照)。

2002年、2004年、2006年の3回の改定は、それまで診療報酬改定にあまり関わっていなかった強力な関係者が政治プロセスに入ってくることによって、大きな影響が生じている。2002年と2006年、首相自身とその補佐官が過去最大幅の引き下げを実現した。2004年には、自民党執行部トップは橋渡し以上の役割を演じ、日本医師会からの脅威に対応し、直後に控えた選挙で自民党を守るために、2002年と似たような結末になるのを避けた

---

おおむね成功したからである。もはや大半の医師と病院は医薬品を売ることで得られる利益である薬価差に依存していないため、製薬会社と共に薬価引き下げに反対する理由がなくなった。

15 朝日新聞2001年12月6日。

16 新川氏とのインタビュー。

### コラム 6.1 2004 年と 2006 年の上昇と下落

次の 2004 年の改定プロセスは、小泉首相が前回に引き続き断固として診療報酬引き下げを図ろうとする中、2002 年のプロセスと似た形で始まった。ただし、日本医師会の面目をつぶされた 2 年前の轍は踏むまいとする決意も、同様に強かった。

日本医師会幹部は内部反対勢力からの圧力を受けており、新しい医師会長を選ぶ選挙を控えていた。また 2004 年 7 月には参議院選挙も予定されており、日本医師会が支援を見送る恐れは自民党執行部にとって、かなり現実味があったようである。幹事長、政調会長、参議院議員会長の 3 役が 12 月に小泉首相と会談し、譲歩するよう説得した。その結果、医療費はごくわずかに引き上げられた。

2 年後の 2006 年の改定では、2002 年の改定パターンに戻り、小泉と主計局－保険局の動きが再び他を圧倒した。医療費は大きく引き下げられ、全体改定率はマイナス 3% を大きく下回り、またしても史上最大の幅となった。

め介入した。

### 3 番目の例外ケース：2010 年<sup>17</sup>

2009 年 8 月の総選挙で民主党が圧倒的勝利を取めた。長く政権の座にあった自民党は、多くの理由から国民の支持が低下していた。そのひとつに、2007 年以降、マスメディアが大きく取り上げていた「医療崩壊」があり、民主党はこれに大きく着目した。医療崩壊とは、医療業界をめぐるさまざまな不備の総称である。民主党は選挙マニフェストにおいて医療機関を支援し、全般的に、自民党による医療引き締め政策を終わらせ、医療制度立て直しに新たに 9000 億円を投入すると公約した<sup>18</sup>。

診療報酬改定プロセスが進められる中、国会が開会され、鳩山由紀夫内閣総理大臣が以下のような所信表明演説を行った<sup>19</sup>。

財政的視点のみから医療費や介護費用をひたすら抑制してきたこれまでの方針を転換し、質の高い医療・介護サービスを効率的かつ安定的に供給できる

17 この箇所は主に朝日新聞の記事による。

18 マニフェストは、<http://www.dpj.or.jp/download/325.pdf> を参照。

19 <http://www.kantei.go.jp/jp/hatoyama/statement/200910/26syosin.html> を参照。

体制づくりに着手します。優れた人材を確保するとともに、地域医療や、救急、産科、小児科などの医療提供体制を再建していかなければなりません。

政治決定プロセスは、これまで中心となってきた3つの機関の役割が大きく低下したという意味で新しいものであった。折衝の大半を動かしてきた厚労省保険局と財務省主計局の2つの政府機関は今や、それぞれの省の政治的リーダーシップの下に統制された<sup>20</sup>。これは、民主党政権全体のルールだったが、官僚と新任の長妻昭厚労大臣が互いに敵対関係に陥った厚労省では、特にその傾向が強かった<sup>21</sup>。役割が小さくなった3つ目は日本医師会あり、選挙で大敗した自民党と長く親密な関係を保ってきたために、政権交代により当然その影響を被った。厚労省の重要な審議会でのポジションが減り、自民党から民主党へと支持を変更するかどうかの戦略をめぐり内部で分裂が起こった。

全体改定率をめぐる主な議論が、2度の記者会見で明確になった。11月19日に野田佳彦財務副大臣が、財源を抑制して、医療提供者のコスト問題を緩和させてきた景気後退やデフレを理由に、マイナス改定を示唆した。これに対し、長妻大臣が翌日、入院医療を改善するための財源が必要であり、民主党はマニフェストでプラス改定を公約したと反論した。12月10日、足立信也政務官（2004年の参院選で当選する前は外科医であった）と厚労省の政治的リーダーの同僚2人が野田財務副大臣を訪ねて交渉を始め、日本は総医療費を対GDP比8.1%から経済協力開発機構（OECD）加盟国の平均である8.9%まで引き上げる必要があると主張した。足立は、12月15日の記者会見で医療費の1.73%引き上げの根拠となる具体的な数字を示した。

平野博文内閣官房長官が翌週に仲介役として登場し、12月23日、予算案が決定される直前に長妻大臣と藤井裕久財務大臣が最終的な話し合いのため官邸に呼ばれた。長妻は全体改定率0.36%を求め、藤井はマイナス改定を要求した。平野が0.19%を提案すると、藤井は当初は拒否したが、平野の説得により話し合いはまとまった<sup>22</sup>。

20 入院医療の重視、改善の問題は後段で取り上げる。

21 宙に浮いた年金記録の問題を国会で率先して取り上げたことにもよる。

22 朝日新聞2010年12月24日第4面。

全体改定率がプラスになったのは2000年以來のことで、実際に医療費は1998年以來初めて2%近く上がり、これは民主党にとって大きな成果となった。しかし、この価格上昇も、民主党が公約したような医療制度の再建には十分ではなかった。

### 劇場のような定型プロセス

これまでを要約すると、診療報酬改定のマクロ・プロセスを大きく変えるのは、誰が積極的な参加者であるかである。通常のプロセスでは、財務省主計局と厚生省保険局による詳細な議論が行われ、具体的な改定値についての政府見解が固まる（通常はデフレや賃金水準を反映して引き下げ）。日本医師会と自民党内の同調者は、引き上げるべきだと主張する。最終段階では、一般会計から医療制度への繰入金の最終額が予算編成プロセスにおいて求められ、自民党執行部、特に族議員のドンの調停によって妥協に至る。表面的には激しい議論の応酬のように見えるが、通常の年のプロセスは、どの参加者も早い時点で正確に結末を予想することができ、前回の改定とあまり大きく変わらない結末に至るという意味において、極めて定型化している。

例外的な年には、この結託したグループに外からの介入が入り、もっと大きな変化が起こされる。1998年に、厚生省幹部が一般会計からの繰入削減、結果的には全体の医療費の引き下げを要求するに至ったのは、実際の交渉参加者に強制されたのではなく、政府として概算要求に厳格な上限が設けられたからであり、交渉プロセス自体が変えられたわけではなかった。2002年は小泉首相が大幅な引き下げを要求して、自ら介入し、また官邸も介入させて要求を実現した。2010年は、新たに政権の座に就いた民主党が政治的リーダーシップを前面に押し出し、一時的にだが日本医師会を排除して、8年にわたった緊縮パターンを断ち切った。

プロセスにおけるこうした変化は、価格に、またそれほどではないにせよ国民医療費の毎年の伸びにも、確かに重要な影響を及ぼした。急速な高齢化にもかかわらず、医療費の伸びを適度にとどめてきたのは、この2年に1度の改定、つまり強力な参加者の間での政治的交渉プロセスの明白な結果である。

## ミクロ・プロセス<sup>23</sup>

全体改定率と診療報酬と薬価の上昇の平均値が12月に決定されると、引き上げ額を数千に上る個別項目に配分するプロセスが始まる<sup>24</sup>。

### タバコの煙が立ち込める部屋

こうした決定を下す主な舞台は、厚労省の公式諮問機関で、保険局が事務局を務める中央社会保険医療協議会（略称は中医協）である。中医協は3者で構成される審議会であり、7名の支払い側委員は全ての公的医療保険の保険者（自治体の長を含む）に加え、民間企業と労働組合の代表者で構成される。医療提供者を代表する7名の委員は、医師（3名）、病院団体（2名）、歯科医師会（1名）、薬剤師会（1名）で構成される。公益を代表する6名の委員は、法律、経済、公共政策の大学教授と、国立がん研究センターの理事（2013年現在）で構成される。日本医師会がかつて中医協を支配しており、日本医師会が診療側委員8名（当時）のうち5名を推薦していた。その政治力は2004年の汚職事件以降に弱まり、2009年に民主党が政権に就くと、長妻厚労大臣が日本医師会推薦の委員と交代させるために、医師会の方針に反して民主党支持を表明した3名の医師を選んだ<sup>25</sup>。

中医協は、医療保険と、より広くは保険診療について審議する役割を担っているが、診療報酬改定がその中心的機能である。審議は年間を通して行われ、秋頃には診療報酬改定の前に、支払い側委員と診療側委員の間の討論という形でマクロな問題を話し合うが、通常、あまり影響のない抽象的で曖昧な答申しが行わない（ただし、2009年には議論が紛糾し、何ら合意に至ることができなかった）。実際のプロセスは、年末に全体改定率が決定された後、実質的には正月休み明けから始まり、新しい診療報酬改定案が、4月1日の

23 ミクロ・プロセスの詳細は、池上・キャンベル 1996 を参照。

24 製薬会社にとってどう作用するかは本書第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」で論じられている。本章では、医療サービスでの配分に焦点を当てる。この箇所は、鈴木康裕氏、鈴木邦彦氏、猪口雄二氏へのインタビューに基づいている。

25 近年、厚労省に設置されている社会保障審議会は複数の機能を備えて、その中で医療部会と医療保険部会が、診療報酬改定の全体枠組みで重要な役割を果たすようになっていと言われているが、まだ中医協における診療報酬プロセスと密接な結びつきは備えていない。

実施に間に合うように3月上旬に決定・発表され、終了する。

診療報酬は3000以上の項目があり、医師または医療機関（または歯科医や薬剤師）の診療行為の全てを網羅し、詳細な請求要件が定められている。中医協の事務局である保険局医療課が最初の提案を行う。古い項目の改定については、その大半がごくわずかであり、前回の見直し以降の経済・技術面の変化に対応するのが目的である。社会医療診療行為別調査に基づいた診療回数の変化に着目し、急な回数の増加について、その治療方法がより利益をもたらした可能性を意味していれば点数を下げる場合がある。個々の点数に治療回数をかけると、その項目の医療支出が算出され、価格改定をすればどのように総医療費に反映されるかが分かる。こうした決定は正式には中医協が行うが、詳細は極めて複雑であるため、交渉の大半は診療側の各団体と厚労省の事務局との間で行われる。

新しい項目や価格の大幅引き上げの場合はもっと複雑である。ひとつは「技術系」と呼ばれ、専門医の学会などが裏付けを添えて、多くの要求を行う。これらは中医協の医療技術評価分科会が検証した後、中医協委員と事務局によって話し合われる。新しい項目として約300項目が、保険導入または価格引き上げの対象として承認される。もうひとつは、「制度系」と呼ばれ、在宅医療や終末期医療を拡大するためのインセンティブの診療報酬などである。これらは、診療側委員の要求というよりも厚労省による政策の変更であり、中医協もこれらについて話し合う。点数改正の3つ目は、前回の改定での決定が実施面で問題を生じた場合に行われ、その項目はコストとして中立な形で修正される。

診療報酬全体の引き上げ額はすでに決まっているので、新しい項目に支出すれば、既存の項目の支出を減らさねばならず、抵抗も生じる。コストと有効性についての証拠は不確実な面もあるので、点数は日本での類似の項目や海外での実勢価格を基に決めなければならない。保険局の戦略はいつも、より多くの証拠を積みまで、点数を極力抑えるというものである。

### みごとな「バランス」

中医協の審議で論争になるのは、個々の項目についてではなく、ある項目群の点数改正が、誰に影響を与えるかによって、特定の医療サービス提供者



に有利、または不利に働く場合である。その主なものとしては、入院医療と外来医療、急性期医療と慢性期医療、長期介護、病院と診療所（つまり個人開業医）、大規模な都市病院と小規模な地域病院、そしてさまざまな臨床専門分野がある。中医協での審議では、バランスを保つこと、または不公平な「でこぼこ」を解消することが大前提となる。古い例では、出生率の低下により幼児の数が減ったとき、他の診療科の医師と同等の所得を維持できるよう、主に小児科医が行っていたさまざまな診療行為の価格を引き上げたことである。守るべき大原則は、どれかひとつのグループが冷遇されていると感じないようにすることであり、これが診療報酬制度の政治的合意をとりつける方法である。だが、そのプロセスが自動的に進むわけではない。

こうしたバランスの取れた診療報酬による効果のひとつは、医療機関の収支パターン、ひいては相対的な所得が長期にわたって安定する傾向があることである。最大の例は、診療所の医師が日本の医療サービス提供の中心的役割を担っていた今日ほど複雑ではない時代には、診療所の医師は優位な立場にあったことである。その優位性が維持できたのはひとつには、このバランスが規範となっていたことに加えて、個人開業医を多く抱えた日本医師会の強い力による。前述のとおり、日本医師会はマクロ・レベルの診療報酬改定プロセスにおいて影響力があったが、中でも一番影響力を持ったのは各診療科のバランスなど各点数項目群への配分を決定する時であり、そのためには日本医師会が中医協の中で支配的役割を持っていたことが鍵となった。日本医師会と保険局、つまり中医協の事務局は常に対立していた。すなわち、保険局は医療機関に対する資源を増やすことを含めて、より広い視野を持つよう主張した。中医協内での日本医師会の影響力は与党との緊密なつながりに支えられていたので、日本医師会の意見がほとんどの場合は通った。

最近、こうした配分の決定において財務省主計局が果たす役割が大きくなってきている<sup>26</sup>。主計局は以前、長期入院の問題について政府が対応を図る際に日本医師会と話し合うなど、コスト削減に向けた特定の改革に関与するだけだった。しかし、小泉政権の時代にこの役割は大きくなり、「マイナス改定」では、主計局はマクロの問題を話すだけでは満足できず、資源が抑制さ

26 新川氏へのインタビュー、中川氏への第2回インタビュー。

れても、どうすれば質を維持できるか、あるいは、新しい政策選択がどの程度の支持を得られるかなどに関与せざるを得なかった。主計局と保険局はおおむね意見が合致したが、主計局は部外者であったために、日本医師会や彼らとつながる政治家との議論において、より攻撃的になることができた。これは、2007年以降に緊縮財政に反対して、医療崩壊の問題を大きく取り上げる組織的な動きが大きくなったときに、重要性を増した。主計官はそうした批判を無視しているように見えては困ると考えて、地方での小児科医や産科医の不足の問題は、医療費削減の問題ではなく、配分の問題であり、その解決策は資源を診療所から急性期病院に移すことだと主張した。

### 急性期病院へのシフト

こうした資源配分のシフトは2010年の改定で本格的となり、1980年代初頭以降で配分のパターンが最も大きく変更された。2008-09年に最高潮に達した「医療の危機」の記事<sup>27</sup>は、ひとつには小泉政権の全体的な医療費引き締め政策に反発したものだだったが、主に病院医療の不足に焦点を当てていた。多くの病院が赤字を出しており、地方を中心に、特定の部門や病院全体が閉鎖に追い込まれていた。これと対照的に、診療所の医師は経済が冷え込む中でも、それなりの利益を出していた。2008年の自民政権下での診療報酬改定では、このアンバランスを正す小さな前進があった。病院の外来患者の再診料が30円引き上げられた（ただし、そのレベルは依然として診療所よりはるかに低く、粘り強い日本医師会の反対によってそれ以上、下がることはなかった）。これによる病院部門の増収は約1500億円であった<sup>28</sup>。

2009年の民主党政権誕生は、病院医療へのはるかに大きなシフトにつながり、急性期入院医療の改善だけで約4000億円増額されたとみられる<sup>29</sup>。厚労省の政治的リーダーシップが、民主党の選挙マニフェストの公約を後押しした。民主党政権は、2009年6月の医療経済調査の結果を基に、平均的な病院は約2億円の赤字を出しており、1996年以降外科医の数は8%（産科医は

27 2005年から2012年の各年に朝日新聞が「医療崩壊」に言及した記事の数は順に、2本、7本、35本、121本、112本、82本、24本、19本であった。

28 朝日新聞2009年10月31日第3面。

29 朝日新聞2009年12月26日第6面。

11%) 減少したことを強調した。長妻厚労大臣は12月初旬に東京女子医科大学を視察し、新生児専門の医師の不足を重視し、「失われるべきでない生命が失われている。診療報酬は適切に調整しなければならない」と明言した<sup>30</sup>。自民党が選挙に敗れ、中医協における診療側の影響力も病院関係者にシフトしていたため、日本医師会はあまり強く反対する立場になかった。

2012年の診療報酬改定でもそれほど極端ではないが、2010年とほぼ同じ民主党の優先課題が踏襲されて、小児科と産科を中心とする地方での支援、急性期医療のための病院、病院勤務医の労働環境の改善、慢性疾患を抱えた高齢者の在宅介護、がんなどの先進医療などが重視され、病院への資源シフトが引き続き行われた。

### かすかな希望

こうしたマイクロ・レベルの診療報酬改定プロセスは、かつて少人数で非公式に行われていたが、2000年になって公開されるようになった。ひとつには、財務省主計局が引き締め政策を主張するために、より頻繁に介入するようになったためでもあり、他の分野で節約することができるのであれば、優先分野の増額を認めることさえあった。「他の分野」での節約とは、必然的に個人開業医の高所得を支えている点数項目の引き下げを意味したが、日本医師会はこの個人開業医を熱心に守ってきた。2009年に自民党が下野し、日本医師会の影響力が突然に低下したことに加えて、政権の座に就いた民主党が入院医療の改善の選挙公約を断固として実行に移そうとしたため、マイクロ・レベルの配分パターンが大きく変化するに至った。

### 考察

診療報酬改定が隔年で実施される細かい仕組みは「日本独自」のものだが、根底にある考え方は日本以外の国にも示唆を与えてくれる。どの国においても医療費の問題になると、支払い側と診療側の間にある基本的な争いが出て来る。政治家は幹部であろうと一般の議員であろうと、その問題に巻

30 朝日新聞2009年12月11日第3面。

き込まれていく。折衝がどこで、どのような頻度で、どんな形で行われるかはさまざまだが、その折衝プロセスはマクロとミクロのどちらのレベルの医療費問題なのかによって、かなり違ってくる。最終的な結果は、次の3つの要因次第となることが多い。①経済的变化、②政策の変化、③政治的变化（参加者のパワー・バランスの変化）の3つである。

日本において、これら3つの要因が結果にどう影響したかを検証することは有益である。まず、経済的变化では、経済全般と財政状況の変化ならびに需要・供給と各種の項目のコストの変化が価格決定に直接的にかなり影響した。図6.1は、1990年以降、研究対象期間の後半の方が価格の上昇が緩やかであることを示していた。この傾向は、景気悪化と厳しい財政政策のため支出全般により厳しい制限があったためである。

2つ目の要因は政策の変化だが、「通常」のプロセスにおいては主要関係者が何を優先するかは決まっているので、支出パターン変化の説明にはならない。しかし、小泉首相が歳出削減を、また民主党政権が支出拡大（特に病院に対し）を推進したように、政治主導で変化を求め、推進しようとする場合、マクロ・レベルでは大きな影響を及ぼす可能性がある。ミクロ・レベルでは、政策をめぐる常に駆け引きが繰り返され、政府が在宅医療の拡大や、急性期入院医療の改善、向上を決めた場合などである。

3つ目の要因は政治的变化だが、診療報酬改定は、力関係によって対立が生じる交渉プロセスである。力関係の変化は価格決定に変化をもたらす可能性があり、2010年に日本医師会が影響力を失ったときや、政府が方針を変更する場合がこれに当たる（自民党が政権に復帰した結果、診療報酬制度において、日本医師会は再び影響力を取り戻した）。

しかし、日本の場合、政治による最大の影響は変化を起こすことではなく、変化を避けることにあった。さまざまな医療サービス提供者の所得が、「バランス」の取れたものになるよう慎重に調整することによって、他よりも冷遇されたと対立が生まれる可能性を防ぐ意味がある。このように現状を維持することが基本となり、均衡を破ることはとてつもない努力を要するが、1998年、2002年、2010年のように、そうなることもあり得る。

基本的な鍵となるのは、決まったパターンが毎回繰り返されることである。2年に1度、医療の財源を預かる者と診療提供者の主な参加者がきわめて構

造化された診療報酬改定プロセスに巻き込まれ、そのときどきの問題が、正式な調査と非公式なアセスメントによって明らかにされる。そして、長期間にわたる交渉をふまえて優先すべき課題が浮かび上がり、政府予算の決定という動かせない期日があるため、合意が成立する。毎回、最後には、医療全体に関わる長年の多くの対立について、バランスの取れた新しい診療報酬が決定される。変化はあまり大きくなく、そのためにこの制度も比較的安定して、運用できる。しかし、全体的に時間と共に、新たな問題にも対応し、政策的な優先課題も解決されてきた。その結果をみると、最善から程遠いことは間違いないが、2年経てば次のプロセスが始まり、再び課題に対処する機会が訪れる。

他の国にとっての教訓はあるのだろうか。日本のこうした制度全体を移植することができないことは明らかである。医療サービスはそれぞれの社会や過去の経験にあまりにも深く根ざしているからである。だが、日本の取り組みの中で次の3つの側面は注目に値する。第1は、価格のコントロールは医療制度全体の機能をコントロールするための重要な鍵となり得ること。第2は、定期的な改定のサイクルは制度を根底から覆すことなく、変化している状況に合わせて徐々に再編成するものであり、有用であること。第3は、主要な関係者の中で体系的かつ双方向の交渉プロセスを設けること、もしくは、そうしたプロセスが生まれる雰囲気を作ることである。

## 【インタビュー】

- 猪口雄二 全日本病院協会 副会長、元中医協調査専門組織委員（2013年1月11日：高木）
- 今野 治 財務省主計局厚生労働係第3係主査（2013年2月6日：キャンベル）
- 遠藤久夫 学習院大学大学院経営学研究科教授、中医協前会長（2013年1月8日：高木）
- 新川浩嗣 財務省主計局主計官（2013年2月5日：キャンベル）
- 鈴木邦彦 日本医師会常任理事（2013年2月1日：高木）
- 鈴木康裕 防衛省衛生監、元厚労省保険局医療課長（2012年12月18日：高木）
- 田中 滋 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授、全国健康保険協会（協会けんぽ）運営委員長、（2012年8月21日：キャンベル）

- 中川 真 世界銀行副総裁アドバイザー（譲許的融資とグローバル・パートナーシップ担当）、元財務省主計局主計官（第1回2012年8月15日、第2回2013年3月5日：キャンベル）
- 中村秀一 内閣官房社会保障改革担当室長、元厚労省保険局企画課長（2012年8月24日：高木）
- 山田隆司 台東病院院長、地域医療振興協会地域医療研究所所長（2012年9月4日：高木）

（五十音順、肩書きはインタビュー時のもの）

## 【参考文献】

朝日新聞デジタル聞蔵II ビジュアル

池上直己、J.C. キャンベル（1996）『日本の医療—統制とバランス感覚』（中公新書、中央公論社）

厚生労働省（2012）「診療報酬改定について」<[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/hoken/iryuu/hoken15/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/iryuu/hoken15/index.html)>（2013年10月アクセス）

厚生労働省（2013）「国民医療費」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>>（2013年12月アクセス）

Campbell, J. C. 1977. *Contemporary Japanese Budget Politics*. Berkeley: University of California Press.