

Kanazawa University,
Faculty of Economics and Management

Discussion Paper Series

No. 049

診療報酬制度における
原価計算の位置付け

日本における公定価格算定プロセスに
対する認識の変遷と今日的課題

阪口博政 荒井耕

sakaguchi@staff.kanazawa-u.ac.jp

29th October 2019



金沢大学経済学経営学系
〒920-1192 金沢市角間町

Faculty of Economics and Management,
Kanazawa University

Kakumamachi, Kanazawa-shi, Ishikawa, 920-1192, Japan

<http://econ.w3.kanazawa-u.ac.jp/DP/>

診療報酬制度における原価計算の位置付け

－日本における公定価格算定プロセスに対する認識の変遷と今日的課題－

阪口博政（金沢大学人間社会研究域経済学経営学系）

荒井 耕（一橋大学大学院経営管理研究科）

要旨

診療報酬とは、国が定めた医療サービスと材料の公定料金表と請求条件であり、医療サービスの質・量、医療機関経営、医療費の配分を通じた医療提供体制の構築、国民医療費を決定するゆえ国家予算に影響を与える重要課題として認識されている。その点数設定については、価格メカニズムの補完や政策誘導機能として評価される一方で、その誘因方針や医療費枠内での交渉による配分として不透明・不合理性についてしばしば指摘されてきた。

本論文の目的は、診療報酬制度における原価計算の位置付けを歴史的に明らかにすること、つまり医療制度のもとで診療報酬の意味合い、公定価格の算定プロセスにおいて原価計算の認識について、歴史的変遷から今日的課題を文献研究を通じて示すことである。

結論として、診療報酬については、日本医師会・厚生省を中心とするアクターと、中医協を中心とするフィールドにおいて、原価計算はその時々々の政策課題の駆け引きとする材料として、そして価格決定のエビデンスとするために機能してきた。

そのなかで原価計算は、医師個人ではない「医家」の生計維持との認識から始まったゆえの医師の適正賃金水準や減価償却費による医療の拡大再生産に関する認識が繰り返し議論され、のちに改定ルールが精緻化されるにつれてエビデンスとして期待されるよう変遷していった。

今後の課題として、アクターの観点からは、ステークホルダーつまり最終的には国民が判断するという合意は得られるものの、それをどのように示すのかを議論する必要があるといえる。また議論のフィールドの観点からは、より広範なエビデンスに基づくルール化が期待されるといえる。そして原価計算の観点からは、サービス別の原価計算が今後期待されているゆえ、海外で行われている制度研究の進展や ICT の急速な普及のもとで実践的なノウハウの蓄積や段階的な運用を施す必要があるといえる。

キーワード

診療報酬, 原価計算, 保険医療制度, 公定価格, 中医協

1 背景

(1) 診療報酬制度の現状

医療制度は、医療サービスのデリバリーを担う医療供給制度と費用のファイナンスを担う医療保険制度に区分される(島崎 2011)。日本においては、医療制度は国家が運営する社会インフラとして認識され、供給制度としての登録された保険施設・保険医と国民皆保険制度で構成されている。このうちファイナンスの仕組みの一部が診療報酬制度と呼ばれるものであり、国家が定めた医療技術を国家の定める金額で提供する仕組みとなっている。

そもそも診療報酬とは、国が定めた医療サービスと材料の公定料金表と請求条件(質・量)ということができる(池上 2016 ; 2017 第 3 章)。具体的には、医師の技術料、病院の管理料(看護料・撮影料・リハビリテーション料など)、薬剤・材料価格で構成され、その請求できる施設・職員配置基準も定められているものである。医療サービス(図表 1)は約 5000 項目、物品の約 17,000 項目と細かく定められており、各医療行為を 1 点 10 円とする全国统一価格は、どの医療機関・どの医師に対してもほとんど同じように適用されるものである(迫井 2016 ; 城 2018)。

この診療報酬はほぼ 2 年に 1 回改定され、医療サービスの質・量、医療機関経営、医療費の配分を通じた医療提供体制の構築、国民医療費を決定するゆえ国家予算に影響を与える重要課題として認識されている(迫井 2016)。改定に当たっては、まず改定率が改定年前年 12 月中旬頃までに首相の全体方針と表明され内閣で決定される。というのも、医療費の 1/4 は国の一般財源より手当てされるためであり、財務省が予算原案をまとめる前に政治経済状況を踏まえて定められるためである(池上 2014 ; 2016 ; 城 2018)。次いで、全体枠の個々の医療行為・薬価への振り分けという作業が行われる。この改定は個々の医療行為ごとに決定され、支払側 7 人・診療側 7 人・公益代表 6 人で構成される中央社会保険医療協議会(中医協)のもとで、厚生労働省・関係医療団体の請求要件の一文一句に至るまでの駆け引き・交渉で決まることとなる(池上 2016 ; 森田 2016)。そしてこの時に、医療行為の頻度に関する「社会医療行為別調査」と医療機関の経営状況に関する「医療経済実態調査」が参照され、社会保障審議会医療保険部会・医療部会の基本方針に基づいて決定されている。

図表 1 診療報酬区分

基本診療料

- 第 1 部 初・再診料
初診料、再診料
- 第 2 部 入院料等
入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料、短期滞在手術等基本料

特掲診療料

- 第 1 部 医学管理
- 第 2 部 在宅医療
- 第 3 部 検査
- 第 4 部 画像診断
- 第 5 部 投薬
- 第 6 部 注射
- 第 7 部 リハビリテーション
- 第 8 部 精神科専門療法
- 第 9 部 処置
- 第 10 部 手術
- 第 11 部 麻酔
- 第 12 部 放射線治療
- 第 13 部 病理診断

(2) 現行制度の評価

① 政策意図との関係

公定価格の設定に関しては、様々な評価がなされている。ポジティブなものとしては、価格メカニズムの補完や政策誘導として意義といった機能として評価されている(遠藤 2005)。例えば、新技術を保険でカバーすることでの患者の負担軽減や既存医療行為の公定価格の漸減による医療費増加を抑えた普及(岡本 1991 第 1 章; 川上 1986 第 4 章; 池上 2014)、さらには医療機関間のバランスを取った調整が行われている(池上 2016; キャンベル・高木 2014)。また公定価格の改定は、①定期的に行われること、②国会審議を必要とする法改正が不要であること、③改定率は内閣が決定することゆえに、医療費そのものの柔軟な調整が可能となっている(鎌谷 2011)。

その一方でネガティブな評価も行われている。しばしば唱えられてきたのが、政策誘導や交渉での結果ゆえの全体枠内での配分における不透性・不合理性についてである。この点については、病院・診療所間、急性期・慢性期といった医療機能間、新旧の技術間、診療科間、公私間、病床の規模間、地域間でのバランスが取れていないといった評価がされている(川淵 1996)。特に、病院と診療所間と、内科・外科系間では報酬の評価が対立しており(高木

1996)、開業医の医療費を保証・増加する側面があったこと(菅谷 1981 第 12 章;高木 2005)、相対的に採算の悪い診療科が提供・関係する手術・処置・検査・画像診断に手厚い設定をするということが考えられたことが指摘されている(荒井 2011a)。

② 原価計算との関係

公定価格の第三者からの妥当性の評価は、原価計算により担保されるかもしれない。この点に関係する新規技術の採用のプロセスと従来技術の価格変更のプロセスについて確認しておきたい。

まず新規技術に関しては、サービス技術採用については中医協の下部に位置する診療報酬専門組織医療技術分科会で検証されている(キャンベル・高木 2014; 迫井 2016)。そのステップとしては、内科系学会社会保険連合・外科系学会社会保険委員連合(外保連)に属する学会などから技術評価提案書が出され、有効性・効率性(根拠となる研究結果)や普及性や技術の成熟度や安全が議論されることとなっている。この時に合わせて希望する診療報酬上の取扱いが提出されており、原価計算が行われた結果であれば尊重される可能性があるものの、概ね既存の提供プロセスに類似した診療報酬点数が参照されている。新規薬品・材料¹については、同じく中医協の下部に位置する薬価算定組織や保険医療材料専門組織で議論されている。類似品のあるものは、その価格を参照しながら画期性や有用性の加算などが評価され、さらに諸外国の公定価格を参照しながら新規の価格が決定される。そして類似品のないものは、原価計算方式として製造(輸入)価格・販管費・一般管理費・営業利益・流通経費・消費税等²が積み重ねられ、諸外国の公定価格を参照した新規の価格決定が行われている。

また既存技術に関しては、サービス技術については採択されている公定価格をベースに中医協にて増減の判断が下されている。これは、各種政策判断のもとで先述の「社会医療行為別調査」「医療経済実態調査」により影響度合いが計られ、各項目の増減が医療費並びに医療機関に与える影響などが考慮されている(池上 2014 第 3 章; キャンベル・高木 2014)。近年の動向としてエビデンスに基づいた判断ということがあり、外保連は継続的に手術に関する報酬試案を作成しており(岡本 1991 第 6 章)、2010 年以降の診療報酬改定において

¹ 医薬品を中心にいくつかの紹介文献があり、例えば池上 2017 第 5 章や長坂 2010 や城 2018 などが参照できる。また医療機器・材料・体外診断用医薬品については佐藤 2019 に紹介されている。

² この時に、労務費については「毎月勤労統計調査」「就労条件総合調査」(厚生労働省統計情報部)、製造経費率・販売費・一般管理費・営業利益率については「産業別財務データハンドブック」(日本政策投資銀行)、流通経費率については「医薬品産業実態調査報告」(厚生労働省医政局)といった公的資料も参照されながら算定根拠として計算されている(市川 2014; 岡村 2018)。

公定価格が変更された実績がある(外科系学会社会保険委員会連合 2017 序文)。これは、外保連が各手術に対して使用する医療材料・縫合糸・医薬品並びに人件費について複数の病院で特殊原価調査を行い、期待償還原価計算つまり学会として適正と考える公定価格を公表したものである(荒井 2011c)。ただし人件費については、各手術に対応した有りうるべき人員数・経験年数といった想定であり、かつ給与については標準化の観点から国家公務員医療職俸給表に基に外保連として修正作成した俸給表を用いている。そのため各手術間の難易度・価格差のみが改定に当たって参照され、公定価格における各手術間の相対的な差異として用いられている。既存薬品・材料については、厚生労働省による実勢価格調査をもとに引き下げが行われている(例えば池上 2017 第 5 章; 中村 2018 など)。公定価格は医療機関が患者・保険者に対して請求できる償還価格であるため、医療機関そのものはそれより安価に仕入れることで利益(薬価差益)を産むものとなっている。そのため、実際の流通価格の加重平均値に(在庫管理などの)調整幅として 2%を加えたものを新薬価とするルール³となっている(長坂 2010)。

(3) 現在の課題と本研究の目的

このように、診療報酬制度は国家(医療費)にとっても医療機関にとっても極めて重要な制度あり、それゆえ様々なステークホルダーや影響動向を勘案しながら取りまとめるというプロセスとなっている。新規の技術採用プロセスも必ずしも厳密なコスト計算に基づくとはいえず、ひとたび採用されたならばその時点並びにそれ以降の動向に合わせて改定される状況となっている。そのため、設定された金額の妥当性については、しばしば議論にさらされてきた。

診療報酬(改定)のプロセスについてはいくつもの研究が重ねられている。例えば、池上・キャンベル(1996)は日本の医療制度に関する評価の高い紹介書であるが、中医協を中心とする政策決定のプロセスから始めている。また、結城(2004)は診療報酬をめぐる関係団体の動きについて、戦後から 1990 年代半ばまでを政治学の視点で整理している。さらに鎌谷(2011)は診療報酬制度が「歴史的堆積物」との認識のもとで、近年の動向を紹介している。さらには、社会保険制度の草創期の文献研究により明らかにした北原(1999)や日本医師会の長期にわたる実力者であった武見(1983)による口述記録、新聞記者による医療制度に関する記録(有岡 1997a; 1997b)や長きに渡り厚生省(厚生労働省)で医療制度の実務を担当した吉原・和田(2008)による制度史も政治力学やパワーバランスに基づいた改定経緯を説明している。

そして、診療報酬と原価計算については時代区分に焦点を絞った研究が行われている。青柳(1996)はとくに中世から昭和初期に至る医師への報酬に関する膨大な記録の整理を行っ

³ 厳密には、市場が拡大した場合の量産効果や開発費の単位当たりの減少などもありうるため、ルール自体の改定が行われつつある(後述)。

ている。この点で、西村(1996)は診療報酬制度のなかで検討されてきた原価計算方式について昭和から1990年代初頭まで明らかにしている。そして、荒井(2009)は医療機関で行われてきた原価計算を中心に戦後から2000年代半ばまでの史的展開を論じ、さらに荒井(2011a; 2011b; 2011c)は1990年代後半から取り組まれた公的な原価計算の取組みについて紹介している。

しかしながら、医療制度の一部として診療報酬があるゆえに、供給制度に関する検討プロセスからの影響や既存の医療制度の見直しによって、多くの変遷が重ねられてきている。そのため、医療制度の交渉・政治力学のもとで診療報酬がどのように扱われてきたかを捕捉すること、そして原点となる価格表の成立過程から一貫して経過を辿ることは、今後の動向を探る上で欠かせない視点となると考えられる。

本論文の目的は、診療報酬制度における原価計算の位置付けを歴史的に明らかにすることである。この位置付けについて、医療制度のもとで診療報酬がそもそもどのような意味合いを持ってきたのか、そして公定価格の算定プロセスにおいて原価計算がどのように認識されてきたのかについて、歴史的変遷から今日的課題を示すことである。

2 本研究の目的・方法

医療供給制度と診療報酬制度からなる医療制度の変遷を辿りながら、診療報酬と原価計算の関係について文献研究として実施する。

この点について、交渉・政治力学の分析観点から池上・キャンベル(1996)や結城(2004)やキャンベル・高木(2014)や佐藤(2019)といった多くの先行研究に則って、医療制度のステークホルダーである医師(日本医師会)、厚生省(厚生労働省)並びに関係団体といった当事者(アクター)、政策・価格決定のフィールド、検討されてきた政策課題とくに結城(2006第3章)での整理を踏まえた医療供給制度の整備と診療保険制度(診療報酬制度)における価格設定のエビデンスとしての原価計算の取扱いについて確認する。というのも、その時々アクター間の潜在的な要求内容が、関係するアクターを規定し、中医協や中医協以外の場面といったフィールドで決着が図られ、具体的な医療供給を中心とする医療制度の議事として顕在化し、その一端で原価計算・原価計算プロセスに関する認識としても表面化するからである。こうした分析は、政策が形作られる決定プロセスを検証するアプローチとしてしばしば行われており、アクターを中心とした権力過程や政策過程の検証として知られている(結城2004)。

また、取りまとめの時代区分については、本稿の主要な論点である診療報酬における原価計算への取り組み状況について論じた西村(1999)を参照し、西村(1999)の研究以前の(1)診療報酬成立までの取組み、そして対象とした(2)健康保険法成立以降・(3)医薬分業問題の本格化時代・(4)高度成長期における医療提供の拡大と再生産の時代・(5)医療費抑制政策と適切な医療費水準の模索の時代とし、とくに(5)については西村(1999)の研究

以降について小区分として展開する。

そして重要な認識の相違点となる技術評価について、いちど整理しておきたい。一般的に医療技術の定義・範囲は、OTA（アメリカ議会技術評価庁）の分類⁴が用いられているが、日本の場合は評価が困難であることを理由として十分な議論がされてこなかった（五島 1966；中鉢他 1966；結城 2004）。この点について、例えば技術適用によって患者の病状がどれだけ改善したかがもっとも合理的であるが、①外部からの評価が困難、②技術の巧拙と改善度合いが対応しないためといった問題があり、次善策として労働投入量による評価があるものの付加密度と所要時間を切り離すのが難しいといったことが言われている（遠藤 2005）。そのため、単純な「有形の技術」「無形の技術」といった分類に留まらざるを得ず、具体的には医薬品・医療材料と、医師の診断・治療技術（設備・機器を含む）⁵といったものに分けることができる（川上 1986；結城 2004 第 1 章）。この技術をどのように認識するの点という点、原価計算にどのように反映させるかという点で、アクター間の認識の違いが現れるものともなっている。

3 歴史的変遷

(1) 概要

診療報酬制度における原価計算の位置付けについて、長期間を対象とすることから、先取りとなるものの概要について纏めておきたい。結論からいうと、極めて政治的な力学のもとで取り扱われてきたこと、そして時代を経過することでアクター・フィールドが変容すると同時に原価計算という手法論に対する取扱い方が変転していることも確認できる。すなわち、当初は供給体制の拡大と診療報酬点数の取扱いの議論が並行して行われていたものの供給体制が整うに連れて後者の議論に焦点が当てられるようになった経緯であり、中医協の外部（定められているはずのフィールドの外部）での決着から、ルールが定まるに連れて中医協外部での枠組みを参照した中医協内部での各論検討といった経緯である（図表 2）。

⁴ ①医薬品、②医療用具、③内科的・外科的手技、④医療供給の組織的・支持的システムであり、結城(2004)によると日本に適用する場合には⑤医師の診察、⑥リハビリテーションも規定できるとしている。

⁵ 例えばこの点は各種の加算制度についても見ることができる（高木 2005）、武見太郎が再診料や医学管理料といった「無形の技術」の評価を明確にしていたことも指摘されている（川上 1998、63）。

図表2 診療報酬制度・原価計算の取扱いの変容

区分	アクター	フィールド	医療供給	政策課題	原価計算との関連
診療報酬前史	医師による薬品提供を主体とする医療提供が始まり、一部の医師が国家の庇護のもとで生活を保障され、一部の医師が患者からの私的な謝礼をもとに生計を成り立たせていた。				
健康保険法の創設	・医師団体 ・政府（内務省）	・医師会総会（全国／地方）	・団体自由選択主義 ・療養の給付	・人頭請負方式による変動単価	
戦時体制での制度変容	・官制日本医師会 ・厚生省	（国家統制）	・国民健康保険法	・公定単価採用 ・スライド制採用（原則的）	・実質的な拡大再生産への配慮
原価計算方式に関する議論	・武見太郎（日本医師会） ・厚生省 ・首相／厚生大臣	・中協 ・臨時医薬制度調査会 ・医療原価計算方式打合会 ・直接交渉	・医師の権限・裁量 ・医薬分業 ・医師優遇税制	・1点単価引き上げ ・医薬品潜在技術料の分離	・医師の技術評価に関する問題 ・適正資金に関する問題 ・医薬経営精密調査
新医療費体系の確立	・武見太郎（日本医師会） ・厚生省 ・首相／厚生大臣	・中協 ・臨時医療保険審議会 ・直接交渉	・二重指定制 ・制限診療	・新医療費体系 ・単価1点10円固定	・原価計算的なもの ・ものと技術の分離
高度成長期における医療提供の拡大と再生産の時代の移行	・武見太郎（日本医師会） ・厚生省 ・首相／厚生大臣	・中協（下位部会） ・直接交渉	・建議方式 ・薬価差益解消	・医療費総枠 ・スライド制単純化要望	・医療経営実態調査 ・（各団体）部門別原価計算調査
診療報酬ルールへの再変更とスライド制	・武見太郎（日本医師会） ・厚生省 ・首相／厚生大臣	・中協 ・直接交渉（公開）	・審議メモ ・諮問方式	・スライド制単純化合意	・医師所得の国民所得への連動 ・基準額・再生産を議論せず
医療費適正化に向けた取組み	・日本医師会 ・厚生省 ・政府	・予算折衝 ・関係団体の意見表明 ・社会保険審議会 ・社会保障制度審議会	・医療費適正化	・物価・資金スライド制廃止 ・自然増への配慮	・GNPへの連動
医療費適正化政策と適切な医療費水準の構築時代の移行	・日本医師会（日医総研） ・大蔵省 ・厚生省	・中協（基本問題小委員会） ・国会	・医療計画	・基本問題小委員会での議論	・原価計算への期待 ・医療経済研究機構での研究 ・資本ストックに関する再認識
エビデンスに基づいた診療報酬の検討	・首相諮問機関 ・厚生労働大臣 ・公益委員	・首相諮問機関 ・中協（関連委員会） ・汚職事件検証部会	・市場原理・市場メカニズム導入 ・医療費総額伸び率規制	・DPC/PDPS導入	・共通原価計算への取組み

（出典：筆者作成）

健康保険制度の創設期には、医師会と厚生省が、医師会への理解を求める大会において、団体自由選択主義を中心に療養の給付の範囲を確認することが主たる目的となっており、点数そのものは従来の医師の年間収入が保たれるかという目算のもとで設定されているに過ぎないということである。この傾向は、戦時下の国家統制色が強くなったもとで医師会の力が削がれたときも同様の認識を示すものとなり、対象者の拡大が重要な議論として行われつつ、単価公定化以降のスライド化の議論においても費用構成の内訳の定義が曖昧なままで拡大再生産が前提となった計算であったことが分かる。

次いで医薬分業の問題が本格化する時代である。日本医師会というアクターが厚生省と対峙するだけでなく政府首脳と直接会談するという状況、すなわち中医協という定められたフィールドを越えて議論する時代である。ここでは、そもそもの1点単価の引き上げの議論が主たる関心であり、その付随として原価計算方式の確立が求められたものの、最後まで医師の適正な賃金について合意を得ることができなかった。この結果、供給制度としての医師の裁量に関する二重指定制と制限診療の撤廃が主たる議論となり、保険制度としては医師の生活保障と医療再生産性を考慮した甲乙の新医療費体系が成立することとなる。

高度成長期になると、アクターに変更はないもののフィールドとして中医協内のルール化への努力が払われていくこととなる。日本医師会が厚生大臣を交えて政治決着することには変わらないものの、エビデンスに基づいた紛争予防が志向され、単純化されたスライド制のもとで医療の拡大再生産の項目は取扱われないものの官僚支配を打破した総枠の確保が担保されるという状況となる。そして保険医総辞退という政治パフォーマンス、並びにテレビの前で国民に訴えかけるというフィールドが現前する。ここでは総枠の改定率を中医協から外すとともに、医業費用の構成比率のみを使用して医師所得（技術料）を独立させて国民所得にスライドさせるということで、単価に関しては従前の水準を担保して量的拡大により医療の再生産を確保するという転換となった。

とはいえ、医療費抑制政策の時代となり、アクターとしては厚生省以外の大蔵省を始めとする政府並びに利害関係者としての各種団体が、フィールドとして各種審議会やマスコミを通じた関与の仕方を示すこととなる。医療費適正化の方策のもとでGNPに連動した医療費の水準が提起され、さらには診療報酬基本問題小委員会での根本的な診療報酬のあり方に関する議論が喚起されることとなる。このとき、再び原価計算についての期待が高まり、医療経済研究機構などの協力を踏まえながらDPC/PDPSの導入や共通原価計算に関する議論が交わされることとなるというものである。

（2）診療報酬前史

そもそも診療報酬つまり医療保険制度が整う前から、疾患・疾病は発生しており、不完全ながらも医療サービス供給が行われてきた背景がある。そこでは、国家あるいは公的な枠組みのもとで医師が患者に対して薬の提供といった形で医療サービスを提供しており、国家

等からの医師への生活保障あるいはそれを鑑みた患者からの私的な謝礼として給付がなされてきた。

医療供給に関しては、大陸からの医療の各種文明の導入を機会に技術伝承がなされた後に、本格的には594年に聖徳太子が建立した四天王寺の「療病院」「施薬院」をもって最初の公的救済施設と見ることができる(福永2014第1章)。律令時代には、宮内省に典薬寮(くすりのつかさ)が並びに中務省に内薬司(うちのくすりのつかさ)と薬司(くすりのつかさ)が整えられ、一定の教育を受けて考試に合格したものが規定の官位と録を与えられた(青柳1996第2章;酒井1982I-4・6章;新村2006a;布施1979第1章)。その後の武士の時代になると、武士の台頭とともに国家制度の荒廃もあり、寺院での慈悲施設での僧侶あるいは開業医師や大名の招聘医による医療提供が中心となっていった(青柳1996第3章;酒井1982II-1章;新村2006b;福永2014第1・2章)。この時の医師の技術提供は診察と薬の処方による治療が主となっており、患者の医師への支払いは薬礼(やくれい)または薬代(くすりだい)と呼ばれていた。この支払について、室町時代から安土桃山時代にかけて若干ではあるが医師への謝礼に関する記録が残されている(青柳1996第3章)。また、十全に発達を遂げた江戸時代の開業医制度の下でも患者側からの謝意の表れとして公定された価格はなかったものの(布施1979第2章)、医師の診療内容の低下を招かない目的もあり幕府所属の医師への支払いや薬価の統制や一部の藩での公定価格が定められ(青柳1996第5章;酒井1982III-1章;宮本2006)、将軍家の侍医団には定められた職位と扶持・役料が設けられていた(酒井1982III-1章;布施1979第2章;宮本2006)。この時代の一般的な農民については医療を受けられるような経済状況ではなかったものの、往診可能な家については病家の身分に応じた異なる支度料として賄われ、医師の収入についてはある程度保証されていたようである(青柳1996第5章;布施1979第2章)。具体的には、盆暮れの2回払いが普通でその家の経済状況に応じて(受診の有無に関わらず)かかりつけ医に金品を届けるというもので(川上1965前編1章)、「薬一日分米一升」という薬剤1日分を米1升と等価とみなすのが大体の基準であった(川上1986第7章)。

明治時代になると、1874年に規定された医制により医療供給が西洋医学にシフトした点が大きな影響を与えることとなる⁶。漢方に対する蘭方として、西洋医学は室町時代より伝来していたものの、長らく長崎を中心とする地域的な限定や学問としての色彩が強くなっていた(青木2006;酒井1982III-3章;福永2014第2・3章)。しかし、西洋医学にシフトし

⁶ 西洋医学からのシフトについては、漢方医からの医師開業試験への漢方の科目設置の働きかけなどの反発もあったが、最終的に漢方開業医の子弟にして1882年6月現在で満25歳以上である場合に届出による開業免許を与えることを1882年3月に布達しソフトランディングした(厚生省医務局1955記述編第1章;厚生省医務局1976第2章;厚生省五十年史編集委員会1983記述編第1編第1章;川上1965後編2-I章;酒井1982IV-1章;菅谷1976I-3章;杉山2006a;布施1979第3章)。

たということは、薬以外の医療技術、つまり（時には入院するなどの設備を用いた）医師の診療・治療技術が経済行為としても供給されるということである（布施 1979 第 3 章）。1869 年に大病院（後の東京大学医学部）において最初の入院料が規定され「薬炭油代其外諸道具拝借料」といった文言が確認でき（青柳 1996 第 9 章）、開業医が中心の地域医師団体でも科学的な規定として入院料・診察料・薬価などの公示が行われた（青柳 1996 第 9 章；布施 1979 第 3 章）。ただし、こうした価格の基準は地域事情・民度を勘案した不透明なもので、（諸外国の医薬分業に比して）日本では医師が薬師を兼ねているゆえの「有形技術」と「無形技術」の不十分な分離のもとで便宜的に設定され（青柳 1996 第 10 章）、米価との関連が指摘されるそれまでの慣習を踏襲したものといえる（川上 1965 前編 2 章；川上 1986 第 7 章；田倉 2011）。それゆえ、地域医師団体が定めた医料規約が高額だったこともあり、1/4～1/3 程度という低廉な医療提供を担う実費をモットーとする実費診療所と呼ばれる施設が開設されて規約の拘束力について争われ（青柳 1996 第 12・16・17 章；伊関 2014 第 2 章；川上 1965 前編 2 章・後編 4-III 章；厚生省医務局 1955 記述編第 3 章；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 1 編第 3 章；酒井 1982IV-2 章；菅谷 1976 II-7 章；菅谷 1981 第 6 章；杉山 2006b；布施 1979 第 4 章）、同時に医薬分業を巡って日本薬剤師会とも抗争を続けていた（青柳 1996 第 19 章；川上 1965 後編 2-VII 章）。この 2 点すなわちデリバリーとしての医師会（料金規約の拘束）とファイナンスとしての適切な料金水準のあり方について、当時の弁護士・法制学者である山崎佐は、医師と患者関係での診療契約のうえで、医師（家族）の生活・医院の経営・治療材料・設備に対する経費・使用人に対する報酬等が不透明なことに問題があるとし「医事経済学」の考究を提言していることは注目に値する（青柳 1996 第 20 章）。

（3）健康保険法の成立

診療報酬は、健康保険制度のもとの償還価格として機能するものである。保険成立期では、医師団体と政府というアクターが、主として制度成立に向けた医師団体での受け入れ議論というフィールドにおいて、供給体制としての契約形態・契約範囲や保険制度としての契約金額の議論が進められてきた。後にこの動向は、戦時体制のもとで医師団体も 1942 年に国民医療法のもとで官制団体化されてアクター・フィールドとしての政府の統制が強まり、陸軍による兵士補充のための健康増進の観点から、保険拡大といった政策議論として検討されるものとなってくる。そしてこの時代区分においては、診療報酬の単価が変動していたことは注目に値する。

① 健康保険制度の創設

健康保険制度は 1922 年に創設されるものの、制度の詳細に関する議論に長時間を要して 1926 年に施行され、1927 年に給付が開始されている。

まずアクターであるが、医師団体と政府が当事者となっている。1906 年の医師法交付に基づいて各地域で任意の医師団体が設立されたが、1919 年の医師法の第三次改正と医師会

令の交付によって地区医師会の強制成立と法定化が実現し、1923年の医師法第四次改正により全国レベルの医師会が法制化され日本医師会が発足した(有岡 1997b；厚生省医務局 1976 第2・3章；川上 1965 後編3-I章；北原 1999 第3章；酒井 1982IV-1章；菅谷 1976 III-1章)⁷。政府側は、当初は農商務省工務局⁸が、次いで1922年11月に社会保険に関して新設された内務省社会局が所管となって、担当部局が業務に携わっている(厚生省医務局 1955 記述編第2章；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第1編第2・6章；北原 1999 第I章；菅谷 1977 I-3章)。

フィールドについては、全国レベルの医師会並びに地域医師団体が制度の受け入れ議論として、全国レベルと各地域レベルでの総会で議論を重ねていくというプロセスを取っている(北原 1999 第4章)。具体的には1919年に設けられた大日本医師会・医政調査会にて内務省課長⁹が1920年に講演し、1920年に行われた大日本医師会第5次総会にて公式な農商務省への建議がされた後に、各ブロックや道府県レベル・郡市区町村レベルでの論議が重ねられた。そして日本医師会第1次総会(1923年)・第2次総会(1924年)・第3次総会(1925年)を重ねるごとに日本医師会としての方針を固め、1926年10月に評議員会¹⁰にて政府案を確認して第4次総会を経て、最終的に11月に政府と診療契約を締結するに至った。

政策課題として、最初の段階で議論されたものが医療供給に関する契約形態としての団体自由選択主義についてである。これは、保険者が個別に医師を指定するのではなく、日本医師会の会員である医師で希望する者は保険医になることができ、被保険者は自由に保険医を選択し診療を受けることができるということである。この議論は政府とは医師会が契約するというで明らかなように、団体としての存在を示すことができるため医師会の強い要望であり(北原 1999 第5章；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第1編第6章；島崎 2011 第I章)、またデリバリーに関する議論として「フリーアクセスの基礎が健保法

⁷ なお、団体成立までには医師内部での学歴など(学士)による抗争があった(猪飼 2010 第2章)。全国レベルでの設立に向けては、任意団体として1914年に日本聯(れん)合医師会、1916年に全国医師会長会議、1916年に大日本医師会が設立されており、同団体が解散したうえでの後継団体として発足している(有岡 1997b；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第1編第3章；北原 1999 第3章)。

⁸ 健康保険は、当初は工場労働者が対象であり、「労働者疾病保険」などの仮称で考えられていた案件であった(北原 1999 第1章)。

⁹ 担当した野田忠弘は衛生課長の医師である。当時は管轄が農商務省であるため法令に直接関わる立場ではなかったが、業務移管の準備を進めていたと考えられる(北原 1999、66)。

¹⁰ 1925年の総会にて幹部一任を取り付けており、1道府県1名の評議員から構成される60名あまりと社会局から4名が参加して行われた。

施行当初から築かれていた」(島崎 2011、46) と評価することもできるものである。

またそれに対して、契約範囲としての療養の給付については、十分な議論が行われなかった。当時の医療の理解である「診察」「薬剤・治療材料」「処置、手術その他の治療」「看護」「移送」(健康保険法施行令) が 1926 年に定められたものの、具体的な議論は後述の点数表の議論とともに先送りにされた(青柳 1996 第 22 章)。そのため施行後も問合せが続くような状況となっており、もともとの労働行政的疾患観をもとにした労働能力の回復ないし向上に資することができるかが対象となっていた(北原 1999 第 1 章)。

そして、契約金額であり診療報酬についてである。総額は政府と日本医師会との団体契約による人頭請負方式となるもので、①道府県医師会に対して被保険者数に応じて総診療報酬が配分され、②地区内の総点数で除して各地区単価が決定され¹¹、③各保険医に対して各自の診療点数量に応じて配分されるというものであった(田倉 2011；西村 1996)。具体的には全体を 17 に大分類し、そのなかで 291 項目の小分類として日本医師会健康保険診療点数計算規程¹²として定められたものとなる(図表 3)。この点数表については、各科専門医から構成される委員会で内服薬 1 日分を 1 点とし、それを基準に技術の比重関係を考慮して設定したと言いつたされている(川上 1986、361)

¹¹ つまり、単価は各道府県で異なるものとなっている。

¹² 詳細については、青柳(1999)545-552 頁を参照のこと。また本制定以降の医療費改定の経過については、1965 年までの概要は近藤(1966b)、1967 年までの項目は小山 1967 資料に纏められている。

図表3 「点数規程」案別表の要約

大分類	小分類・その他	項目数	点数
1 初 診 料		1	3
2 往 診 料	半里以内3点、半里ヲ超ユル場合ハ半里又ハ其ノ端数ヲ増ス毎ニ2点ヲ加フ（以下略）	1	3
3 内 服 薬	1剤1日分	1	1
4 頓 服 薬	1回分	1	0.5
5 外 用 薬	含嗽薬～点耳薬（薬品容器代ヲ含ム）	10	1
6 診 断 書 料	疾病診断書、死亡診断書	2	2
7 処 方 箋		1	2
8 死 体 検 案 料	検案場所ノ里程ニ応シ往診料ノ例ニ依テ点数ヲ加算ス	1	10
9 検 査 料	尿科学的検査（定性）～レントゲン検査（撮影四ッ切）	1	1～30
10 注 射 料 （薬液ノ値ヲ含ム）	皮下注射～狂犬病予防注射（18回）	11	2～75
11 処 置 料	外科繃帯交換料（乙）～輸血法	25	1～100
12 切 開	小切開～大切開（全身麻酔又ハ腰椎麻酔ニテ行ヒ深部ニ達スルモノ）	4	5～40
13 異 物 摘 出	表在シ局所麻酔ニテ行ヒ得ルモノ～全身麻酔ニテ行フモノ	3	5～50
14 外 傷 治 療	小外傷～大外傷（甲・乙）	4	3～40
15 物 理 的 療 法	電気療法～レントゲン治療	5	1～10
16 手 術 料	痔核注射～乳腺腫摘出術（転移ナキモノ）	120	3～100
17 100点ヲ超ユル手術	喉頭内手術～胃切除術	79	120～400
18 入 院 料	1日分（食費其他ヲ含ム）（1日2円50銭ニ満たナイトキハ1日2円50銭迄支払フモノトス）	1	13

出典：北原(1999)134頁

この際の政府予算である総診療報酬額については、第4次総会の際に社会局より被保険者1人の年間医療費7円42銭6厘7毛（およそ7.5円）と説明されている。これは、農商務省から内務省に移った計算技師長瀬恒蔵が計算したもので、文献・既存資料から総被保険者数2,169,317人で平均療養日数17.3日と試算し、外来及び入院患者の治療実費は1日50銭と推計したものがもととなっている（北原1999第12章；厚生省五十年史編集委員会1983記述編第1編第6章）。その総額（1人あたり8円65銭）から所定の経費とされた数少ない官立病院への支払いを控除し、残額（1人あたりおよそ7.5円）となるというものでイギリス・ドイツと同水準であるとされた（北原1999第4章）。また、推測される単価は1点20

銭¹³となって、医師1人あたり259円の収入と見込まれ、理事長である北島柴三郎の説明では将来的に全国民が被保険者となると医師1人あたり1万190円の年収¹⁴となる説明されたことが記録に残されている(青柳1996第22章)。

つまり、この金額設定については医師も従来の公示価格をもとにした項目間の相対値としてしか確認できず、始まってみなければ分からないという状況であった。そのため、第4次総会では点数獲得算定指南のような質疑や北里による年間収入見込のような形でしか受け止め切れていない(青柳1996第22章；北原1999第4章)。

② 戦時体制での制度変容

戦時体制のもとで、医療についても統制が強まって医師団体・病院組織とも国家のもとで統合され、国民の国家活動だけでなく徴兵検査における結核患者や体力低下を憂慮して保健体制が再考される時代となっている。

アクター・フィールドについては、極めて国家統制色が強くなっている。医師団体は1942年に国民医療法のもとで官制として再発足した日本医師会となり、地方長官により保険医強制指定制度が登用され保険医の指定の権限が奪われている。また支払方式も変更されて厚生大臣指定の点数表となり(後述)、診療報酬などでの主導権や支払事務をも国に奪われることとなった(有岡1997b；川上1965後編5-IV章；厚生省医務局1955記述編第3章；島崎2011、48-50；菅谷1976Ⅲ-7章；杉山2006c；福永2014第9章)。病院組織としては、1943年に日本医療団が発足する。「国民の体力の向上に関する国策に則し、医療の普及を図る」(国民医療法第29条)ことを目的とした政府出資の法人として、すべての医療機関を統合することが目され¹⁵、自由開業に関する矜持もまた奪われることとなった(川上1965後編5-IV章；厚生省医務局1955記述編第3・4章；厚生省五十年史編集委員会1983記述編第2編第3章；菅谷1976Ⅲ-7章；菅谷1981第7章；杉山2006c；福永2014第9章)。加えてアクターとして、厚生省が新設され業務移管されている。陸軍の衛生省の設置構想に端を発し¹⁶、最終的に1938年に5局1部からなる厚生省と外局として3局からなる保険院

¹³ ただし、実際には潜在化していた要診療の非保険者が殺到して導入数ヶ月で1点8.94銭まで下がり、かつ道府県ごとに受診率が大きく異なったことから医師の不満が出ることとなった(青柳1999、523-524)。

¹⁴ この数値は多くの仮定を含んだ将来予想に過ぎない。とはいえ、インフレにより一概に所得水準を明示できないものの、医師所得は一般的に高水準であり、さらに病院開業・ロケーション・学歴により差があったと推測されている(猪飼2010第5章)。

¹⁵ 多くの反対のなか勅命により公布されたが、最終的に結核予防を担う新設機関を主とした構想となった。

¹⁶ 1936年6月19日定例閣議での寺内寿一陸軍大臣による国民の体力・体質に関する危惧からの衛生行政所管の新省設置の意見開陳に端を発し、小泉親彦陸軍医務局長が「衛生省

が発足することとなり、これ以降の保健医療行政を担うこととなった(厚生省医務局 1955 記述編第 2 章; 厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 2 編第 1・2・6 章; 厚生省医務局 1976 第 3・4 章; 水巻 1993 第 1 章; 吉原・和田 2008 第 7 章)。なお、注目に値すべきこととして、1944 年 6 月に「社会保険診療報酬算定協議会」が設置されている(厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 2 編第 6 章; 吉原・和田 2008 第 8 章)。診療報酬については、公定制となったものの日本医師会長の意見を聴くこととなっていたが、緊迫した戦局やインフレに伴って、医師会・公立病院・健康保険組合・官庁委員・学識経験者からなる適正な診療報酬を審議する機関として発足し、現在の中医協の前身となっている。

政策課題については、医療供給に関する保険者・被保険者の拡大が主たる課題となっていた(伊関 2014 第 2 章; 川上 1965 後編 5-III 章; 厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 2 編第 1 章; 酒井 1982IV-2 章; 菅谷 1977 I-4 章; 吉原・和田 2008 第 6・7 章)。1922 年に創設された工場法または鉱業法が適用された労働者を対象とした健康保険法は、1935 年にそれ以外のブルーカラー労働者にも拡大し、さらに 1939 年に任意ではあるが家族給付が導入されている。また 1938 年には国民健康保険法が制定され、任意加入ではあるものの都市部の自営業者も対象とし、とくに農民の救済を目的としていた¹⁷。さらに、1939 年には船員を対象とした船員保険法と販売・金融等に従事するホワイトカラーを対象とした職員健康保険法が制定されている。そして、1942 年になると国民健康保険法が改正され、「健兵健民対策」と相俟って全国的な普及総動員体制がとられた。これは、地方長官が必要と認めた場合は組合を強制設立させ、有資格者はすべて組合員にならざるを得ないものであった¹⁸。

契約形態・契約金額については 3 段階の変遷を経ていく(西村 1996)。1942 年の国民健康保険法改正に伴い、従来の医師会との契約による人頭請負方式が廃止され、単価が全国的に公定化されるようになった¹⁹。これにより、従来の単価で考慮されていた業態別・地方別疾病率の地域差や、点数の幅として考慮されていた医師間技術差が廃止され同一点数となっ

案要綱」を作成したことが契機となって、衛生省・社会保健省・社会省・済生省・保健社会省などと名称案が転々とするものの最終的に南弘枢密院顧問官により中国古典『正徳利用厚生』(書経)からの採択が決定された(伊関 2014 第 2 章; 川上 1965 後編 5-II 章; 厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 2 編第 2 章; 菅谷 1976III-7 章; 菅谷 1981 第 7 章; 杉山 2006c; 布施 1979 第 4 章; 水巻 1993 第 1 章)。

¹⁷ この当時、医療施設の偏在もあって農民の健康・衛生状態が劣悪を極めていた。農業恐慌に加えて東北地方等の大凶作もあり、農村の窮乏が深刻化し、治療費を支払えないための子女の身売りなどが生じていた。

¹⁸ 1942・43 年頃には、町村部では約 98%、全体で見ても約 95%の市町村に普通国保組合が設立された(島崎 2005)。

¹⁹ 1943 年の告示では、1 点単価は医科では 20 銭、歯科では 10 銭とされている(菅谷 1976、356; 吉原・和田 2008、104)。

ている。しかし 1944 年 5 月には、第 2 次世界大戦の深刻化による大都市の物資欠乏による物価上昇が考慮され、地域的な考慮として単価に地域差を設定し、人的な考慮として診察料・入院料・手術料に差額徴収的な「特別割増」が復活している。その上で、1948 年 8 月には診療報酬単価の全国統一化が再び実施され、地域差・人的考慮の廃止が目指され、地域的な考慮については弾力的な運用から 3 段階の大まかな地域別単価²⁰とし、人的考慮については廃止されることとなった。

単価公定以降の診療報酬改定率の算出は、医業費用の各構成要素を各上昇率で補正するスライド制が用いられている(西村 1996)。すなわち、世帯支出 (= 医師生計費)、人件費、薬品衛生材料費、物件費、経費といった医業費用の各構成要素をそれぞれの上昇率で補正するというものである。ただし、この方式は医業構成費用の変数の選択・使用方法に依存するため、厚生省・診療側・支払側が同じ方式に基づいて計算しても異なった単価となるゆえに、最終的には政治的に単価が決定される形となっていた²¹。とはいえ、減価償却費・不動産賃貸料・器具購入費・研究費・事務費・保険料等も含まれる拡大再生産の配慮がされていたと評価できるものである²²。

(4) 医薬分業問題の本格化

1950 年代から 60 年代にかけては、現在まで続く議論の枠組みが整備された時代といえる。つまり、アクターとしての医師団体と対峙する厚生省、そして時にその仲裁に入る厚生大臣といった政治家という役回りである。そして、診療報酬に関するフィールドが、中医協という場、また中医協以外の公式・非公式の場で行われている。さらに議題として、インフレに伴う医師の収入への関心の高まりがあり、この点でとくに 1950 年代前半は原価計算に関する議論が盛んに行われていた時代でもあった。この時代は、医薬分業に伴う原価計算のあり方の検討並びに不成立と新医療費体系に向けた確立期と理解できる。

① 原価計算方式に関する議論の高まり

1950 年代から 50 年代中盤にかけての主たるアクターに関して、日本医師会²³を率いる

²⁰ なお、地域的な考慮については、1951 年以降は 2 段階となり、1963 年には廃止された。地域差については有岡 1997a 第 1 章や小山 1969 第 5 章や菅谷 1976III-8 章で詳説されている。

²¹ 同方式については原則的に 1980 年代にスライド制が廃止されるまで続いていた。

²² この点について、医学の進歩に伴う医療技術の革新によって投下される資本が大規模になってきたものの、開業医という個人に対して施設・設備に関する負担や判断が依存していることは備忘に値する(川上 1965、508)。

²³ 戦時中の国家体制を変革するために、1945 年に医師会令が改められ 1945-46 年にかけて都道府県医師会・日本医師会の役員が選りなおされ、さらに 1947 年には解散させられ

ことになる武見太郎は 1950 年には副会長へ、1957 年には会長へ就任している。戦後首相を務めた吉田茂の閥閥に連なることから政治への関与を強め、厚生省だけでなく首相や厚生大臣といった関係者とも直接交渉していく²⁴。

フィールドについては、1948 年に先述の政令で設置されていた社会保険診療報酬算定協議会が法律で規定され、次いで 1950 年 4 月に保険医を監督する社会保険診療協議会と統合されて中医協として発足した(厚生省医務局 1955 記述編第 2 章；厚生省医務局 1976 第 5 章；吉原・和田 2008 第 10・19 章)。その傍ら、GHQ からの強い指示のもとで 1955 年 1 月から医薬分業が実施されることが決まっており(有岡 1997b；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 3 編第 3 章；サムス 2007 第 8 章)²⁵、1950 年 8 月に医療における原価計算を検討する「臨時診療報酬調査会」と医薬分業の枠組み作りを検討する「臨時医薬制度調査会」(第 1 回は合同開催)が公衆衛生福祉局長であったクロフォード・エフ・サムス准将の出席のもとで開かれている(有岡 1997b；結城 2004 第 4 章)。また両会議での原価計算の必要性について答申が得られたことから 1951 年に「医療原価計算方式打合会」が発足するものの中止に追い込まれ、診療報酬に関する広範な議論を行う必要性から 1952 年 6 月に「臨時医療保険審議会」が設置されることとなった(有岡 1997b；西村 1996；吉原・和田 2008 第 19 章)。

ここでの政策議論は、制度の確立期であることから多岐に渡っている。戦後の人件費上昇や朝鮮動乱勃発以降の物価上昇から 1 点単価の引き上げに関する議論があり、さらには(後述となる)保険医制度の明確化といった保険診療の増加に伴う医師の権限の拡大と裁量に関する議論とも重なっている(和田・吉原 2008 第 19 章)。これに、医薬分業に伴う薬治料として統合されていた技術料等の分離の問題が複雑に絡みながら議論されていくこととなる(結城 2008 第 4 章)。

まず 1 点単価については、1950 年に統合された中医協で医師会が大幅な引き上げを要求

旧体制に関与していない新日本医師会が発足することとなった(有岡 1997b；厚生省医務局 1955 記述編第 3 章；厚生省医務局 1976 第 5 章；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 3 編第 3 章)。このため、日本医師会が行っていた健康保険の支払事務作業を委嘱する必要が生じ、社会保健診療報酬支払基金・国民健康保険診療報酬審査委員会が発足することとなった(厚生省医務局 1955 記述編第 3 章；厚生省医務局 1976 第 5 章；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 3 編第 5 章；社会保健診療報酬支払基金 2018 第 2・5 章)。

²⁴ この点については、直接の回顧録である武見(1983)や結城(2006 第 3 章)に詳しく記されている。

²⁵ 実際には、1954 年第 20 回臨時国会で医薬分業法延期法案が可決されて 1956 年 4 月 1 日が実施日となり、翌年国会では例外として省令で決めた枠内で医師の処方箋公布の義務が外され骨抜きとなった(水野 2008 第 1 章、結城 2004、119)。

し²⁶、認められない場合は1952年から保険医総辞退することを決議していた。これに対して保険者側が1円程度の引き上げはやむを得ないと譲歩したものの、保険者の負担増となる部分は国庫負担とすべきと主張し、最終的に中医協の中立委員は1円50銭程度の案を提示するとともに意見併記を行い厚生大臣に答申している(有岡1997a第1章;有岡1997b;厚生省五十年史編集委員会1983記述編第3編第5章;菅谷1977II-2章;前田2016第31章;結城2004、120;吉原・和田1996第19章)。この結果を受けて厚生省は、単価については中立委員の案を採用するものの、診療に対する課税軽減や診療報酬に関する新しい審議会を設けることで交渉し、臨時医療保険審議会の議論に繋がることとなる。このうち医師優遇税制については、1951年に神奈川県大磯町・吉田茂邸での武見太郎と池田勇人大蔵大臣の直接交渉²⁷により課税所得標準率30%として、後の1954年からは28%として認められることとなった(有岡1997a第1章;有岡1997b;水野2008第1章;結城2004、121;吉原・和田2008、239)。

原価計算については、当初の日本医師会と厚生省との必要性の一端の合意から、日本医師会によって頓挫することとなるが、結局のところ医師の適正賃金に関する合意が得られなかったことが原因である(島崎2011、371)。GHQの医薬分業の要請を受けて、従来の薬治料に含まれている薬価・薬価差益・(医師の)潜在技術料を分離する必要が生じていた²⁸。

²⁶ 保険支出費換算で450億円となり、保険料率換算で3%となるものであった(吉原・和田2008、238)。有岡(1997a第1章)は、この背景として3点あげている。まず、1949-1950年頃から保険診療が国民の間に広まることで診療収入に占める保険診療の比重が高まっているものの、東京の消費者物価指数が1948年を100とすると1951年には135.6と上昇しているにも関わらず、診療報酬単価が2年以上据え置かれていたことがある。また、支払基金による審査が、診療報酬明細書(レセプト)提出の翌月に振り込まれるはずであったものの、基金の準備不足(不慣れな事務処理)に加えて取り扱い件数の急増から、実際には2か月遅れとなっていたことがある。そして、保険診療収入の増加は自費診療の減少ともいえ、捕捉される課税対象となる所得の増加への不満(必要経費率が少ない課税所得率への不満)があり、保険診療に対する開業医の不満が高まっていたことがあるとしている。同時期の医療施設の経済状況に関しては、医療統計調査委員会の調査のひとつとして医業経済調査が1947年11月から1956年3月まで7回行われている(厚生省医務局1976第5章)。また、支払基金の審査の遅れについて、支払基金への請求締切期日や延滞利子徴収さらに委託費に関してたびたび契約改定する状況となっていた(社会保健診療報酬支払基金2018第3章)。

²⁷ 武見1998、第2章参照。

²⁸ また、同時期に健康保険とくに政府管掌健康保険(土田2019)の赤字対策・財政対策を審議するために1955年「七人委員会」と呼ばれる機関が設置されて実務スタッフにデータを聞く形で検討を進め(有岡1997a第2章)、その報告提案には「診療報酬支払方式におい

そのため、1950年からの「臨時診療報酬調査会」にて、日本医師会の提案で『科学技術に基づく新点数表』として「技術料+（医師賃金×所要時間+他人件費+所要材料費+減価償却費）」のもとで技術料は医療行為の相対難易度を最高100とする指数方式で各学会が決定した後に1点10円とし、厚生省は1949年3月から1950年3月にかけて実施した標準的と考えられる7病院の医療行為別の原価計算結果をもとに、技術難易度を賃金・時間から算出することを提起した(西村1996；結城2004、115)。とはいえ、日本医師会による医師賃金実態と離れた約1.5倍水準との仮定や厚生省による所要時間の調査平均値のばらつきといった医師賃金に関する適正水準評価の問題があり(西村1996)、13回の会合を重ねて日本医師会側がしぶしぶといった形で合意となっていた(結城2004、116)。具体的には1951年1月の『臨時診療報酬調査会の答申』では、診療報酬は技術料+人件費+所要経費から成立すること、技術料は物と技術の分離方程式(技術料=技術指数×時間×単位時間賃金)に従って専門技術者としての生活を考慮して総報酬の国民所得の向上に比例すべきとの視点も含むこと、医師間の技術差は別に考慮すること、所要経費には修繕費・減価償却費・研究費・税金等を含むことなどが合意されている(厚生省医務局1976第5章；西村1996)。そして同時期の1951年2月の『臨時医薬制度調査会答申』では、対象や実施時期について併記であるものの(結城2004、116)、医薬分業実施は国民医療費の変動にかかわり、薬治料(新点数表)のあり方に依存するため、原価計算方式が必要であることが記されている(西村1996)。

1951年には2つの調査会の方針を受けて、7月から「医療原価計算方式打合会」が開かれている。初会合の場に「病院・診療所原価計算要綱試案」(後述)が厚生省から配られるといった、医療機関の医療行為を個々に原価計算するための要綱作りが目的とされ(有岡1997a第2章；有岡1997b；近藤1966b；結城2004、117)、医療審議会委員・社会保険医療協議会委員・日本医師会代表・日本歯科医師会代表・日本薬剤師会代表・厚生省医務局長・薬務局長・保険局長で構成され、医療審議会委員のひとりとして会計学者である太田哲三も加わっている(染谷1997第4章)。ここでは、労務費の調査方式に触れるがただちに今後のあるべき技術料に当たるものではなく別途調査会において審議されたものとするとの申し合わせのうえで(有岡1997a第2章；近藤1966b；染谷1997第4章)、個々の手術の実際原価などを時間によって難易度をつける方式で診療行為の評価を試みていた(結城2004、117)。しかし、1952年3月に試験調査を行って10月に本格調査をしようとしたものの(近藤1966b；武見1998第2章)、単価問題による保険医総辞退の問題があったことから本格調査の前に会の存続そのものが中止となっている(結城2004、117)。この背景には、知識(技術)そのものをどのように評価するのかという問題が伏流している(有岡1997b)。すなわち、武見(1971；1983第2章)をもとにすると、賃金ベースで考えるならば同じ手技・時間であ

て、物と技術料をできるだけ区分し、後者を尊重する体系を設けること」が明記されている(有岡1997b；菅谷1977II-2章；吉原・和田2008第13章)。

っても医師の役職によって原価が異なり、能力の優れた医師が短時間で診療を行うと原価が安くなるといった問題が残るということである。この点は、技術の本質規定として「労働手段の体系」として計算するのか、「生産的実践」として評価するのかといった技術観に起因する問題ともいえる(川上 1986 第 7 章)。そのため、武見が橋本龍伍厚生大臣に直接働きかけ、日本医師会の代表である川島震一に打合会委員を辞任させるなど圧力をかけ、橋本厚生大臣が会議を止めざるを得ないと状況とさせ中止に追い込んでいる(有岡 1997a 第 2 章；武見 1983 第 2 章)

しかしながら、本質としては医師の適正賃金に関して合意が取れなかったことにある。医師会は、1951 年 2 月に『日本医師会の主張』にて診療報酬を医師会慣行料金水準(1.5 倍)に引き上げることを要求してこの場合は医療費が 28%上昇することを指摘し、5 月には『強制医薬分業すれば国民医療費は高くなるか安くなるか』にて分業による医療費の上昇を前面に出したものの実質的には従来医師に支払われていた収入が減少すること問題と指摘している(西村 1996)。そして、1952 年 7 月の『医療社会保険の 3 原則』や 1953 年 3 月の『社会保険資料報酬決定の原則』にて「長期的に見た医療の生産性」(有岡 1997b)として診療報酬に利潤と資本ストックや家族労働評価を含むべきとし、1954 年 9 月の『技術料の社会評価方式』にて医師所得＝医師の技術・経験年数等に対する社会評価係数×労働者平均賃金であり、医師技術の社会評価係数を約 4 倍と算出している(西村 1996)。これに対し、1953 年 12 月に並行して議論されていた臨時医療保険審議会で、公益側は『診療報酬に関する問題点メモ』にて適正な診療報酬とは経費に利潤を加えたものであること、算定方式はいまの時点で他の方式に移すことは困難であること、医師の技術差は差額徴収として考慮すること、経費には減価償却費・危険負担・研究費・利子・家族労働も考慮することとし、委員である今井一男²⁹⁾の試案にて医師所得を労働者生計費の 20%増しとすることを提案している(西村 1996；結城 2004、118)。

この過程で、厚生省は病院・診療所の調査の基準となるよう、1951 年に「病院・診療所原価計算要綱試案」を作成している(染谷 1997 第 4 章)。ここでは、適正医療報酬の決定と経営能率の増進を目的に、要素別・部門別原価計算に加えて診療行為別計算が必要であるものの、病院の事務実情を考えるならば総合原価計算として、部門設定や減価償却方法や部門間接費の配賦方法や管理費の配賦方法について提示している(荒井 2009 第 1 章)。また、この試案では固定資産の減価償却費や借入金に対する支払利息、自己資本の利子をどのように原価に織り込むかが問題だったと回顧されている(染谷 1997 第 4 章)。そして、1952 年 10 月に公立病院を中心に「医業経営精密調査」を実施³⁰⁾(島崎 2011、71)、初診料・再診

²⁹⁾ 1951 年まで大蔵省給与局長をつとめ、退官後は共済組合連理事長として勸告文の執筆や調整能力が高く評価されていた(前田 2016 第 16 章)。

³⁰⁾ この調査は日本医師会は非協力であったが、54 病院・60 一般診療所・21 歯科診療所について、部門別費消額・診療行為頻度・固定資産・診療行為原価計算などが調査された(近

料と薬治料と注射料について、総原価を技術料・人件費・薬品費・材料費・減価償却費の合計として算出している(西村 1996)。

いずれにしても、最終的に医療の再生産を考慮する点では議論は一致している³¹ものの、医師の所得評価の点で異なっているといえる。医師所得を、①労働者生計の 20%増しとする、②社会評価係数として労働者賃金の 4 倍とする、③医師平均賃金とする(医業経営精密調査³²)とした提案のうち、どの水準を採択するかの合意が得られなかったということである(池上 2017 第 3 章；西村 1996)。

② 新医療費体系の確立

1950 年代後半において大きなアクター・フィールドの変更はないもの、政治闘争の激しさが増すこととなった。そのうえで、医薬分業体制に向けた新医療費体系の確立に向けた政治課題として 3 点を確認したい。

まず、アクターとしての日本医師会の存在である。日本医師会は、1958 年に政治団体としての医師連盟³³を組織し、医師会推薦議員を決定して選挙活動を行うようになった(有岡 1997a 第 3 章；結城 2004、129)。これは、医師出身の議員の影響力を削ぐためであり、また与野党を問わないとすることで与党自民党に圧力をかけるためのものでもあった(有岡 1997a 第 3 章；結城 2004、129-130；武見 1983 第 3 章)。また、医師団体内での闘争についてである。日本の医療提供が家業から発展してきたこともあり、日本医師会は開業医の利益を中心に担ってきたと考えられていた。それに対し、1951 年に日本病院協会³⁴が発足し、病院としての意見集約機関としての立場を新たにしていく。この点で、新医療費体系が議論された際に日本病院会代表の神崎三益・中医協委員は厚生省案に賛成するなど日本医師会と異なった立場を取っていく(有岡 1997a 第 3 章；武見 1983 第 3 章；結城 2004、129)。

そしてこれらの点に関係した、フィールドとしての中医協についてである。政治力を高める日本医師会は医師会推薦により委嘱された神崎に辞任を求め、当初は神崎も同意するも

藤 1966b)。なおこれ以前に、1951 年から厚生省はすでに数回の無作為抽出した開業医・病院に対する 1 か月の収支の調査を行っており、例えば 1952 年 3 月調査では 155 病院・217 一般診療所・104 歯科診療所について(近藤 1966b；田倉 2011)、家計簿のようなものを渡して書き込んでもらうといったことを行っていた(有岡 1997a 第 2 章)。

³¹ なお染谷(1996)は、病院を建設し診療報酬によって借入金を返済することは利用する患者だけが負担していることとなるが、病院を利用するかもしれない人々すべてで負担されるべきとの議論が、公的病院の建設に関してあったことについて触れている。

³² 島崎(2011、70)は、医師賃金の妥当性の評価について合意が得られなかったという点を踏襲しつつ、医業精密調査の精度の低さについても指摘している。

³³ その後、1962 年に医師政治連盟に改組している(結城 2004、129)。

³⁴ 現在の一般社団法人日本病院会となる。

の後に大臣に慰留されて翻し、医師会が他の推薦議員を引き上げたことから中医協は機能不全となった(武見 1983 第 3 章; 結城 2004、131; 吉原・和田 2008 第 19 章)。そのため、諮問・答申が必要な結核新薬カナマイシンの保険採用ができないという事態などが引き起こされ、より政治的な解決が模索されるようになっていった(厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 4 編第 5 章; 結城 2004、131; 吉原・和田 2008 第 19 章)。

ここでの政治課題のひとつは、医療供給における医師の裁量についてである。臨時医療保険審議会では、保険医制度の改革の議論が行われており、1957 年の健康保険法改正と 1958 年の旧国民健康保険法改正により、不正請求の防止のため二重指定制と呼ばれる保険医と保険医療機関の双方が指定されなければならない状況であった(有岡 1997b; 小山 1969 第 3 章; 島崎 2011、69; 結城 2004、125-126)。医師会は、厚生省の一部で医療の国営化を目指すもの考え方があるゆえの官僚統制の強化であり自由開業医制の否定であると強く反発したものの、最終的には神田博厚生大臣との直接対話などを経て受け入れ現在に至っている(武見 1983 第 3 章; 水野 2008 第 2 章; 吉原・和田 2008 第 19 章)。また、医師の治療についての制限診療と呼ばれるものである。この時代は「第 1 次医療技術革新期」とも呼ばれるように、抗生剤・抗結核剤・ステロイドや外科手術での輸血・全身麻酔の技術が普及した時代であった(川上・小坂 1992 第 I 章)。ただし技術の使用に関しては、1943 年の国家統制的な保険医制度の導入による療養担当規則の制定から、療養の給付に必要な事項の命令が下されていた(有岡 1997a 第 1 章)。例えば 1957 年の「保険医療機関及び保険医療養担当規則」によって、結核治療に対して個別の治療指針・使用基準が定められたことなどで自由な利用が制限されており、医師会は医師の主体性と専門職の自由を侵害すると日曜日の一斉休診を含めて激しく反発している(有岡 1997a 第 4 章; 有岡 1997b; 厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 4 編第 5 章; 小山 1969 第 3・4 章; 島崎 2011、69; 土田 2019; 水野 2008 第 2 章)。その結果、1961 年に大幅に緩和されて薬価基準に収載されれば自動的に使用できかつ使用順序に関する規制も撤廃されるなどし、1963 年には厚生省・小山進次郎保険局長の提起で治療指針も全面改正され適用拡大して、期間延長や薬剤変更の制限が緩和されている(有岡 1997a 第 4 章; 島崎 2011、69; 吉原・和田 2008 第 19 章)。

もうひとつの政治課題は、医師の収入に繋がる新医療費体系の作成経緯である。厚生省は、1952 年実施の医業経営精密調査³⁵をもとに、1954 年から 1958 年にかけて、4 回の点数案作成している(西村 1996)。1956 年 4 月の医薬分業実施に向けて、厚生省は暫定点数表を作成して処方箋料・薬剤師調剤料のみ改定するとして実施に対応したが、これは処方薬剤料を

³⁵ 詳細については有岡(1997a 第 2 章)に記されている。同年 3 月の医業経済調査をもとにした精密調査で、絶対額でなく割合を使うといった形で、1 か月あたりの部門ごとの経済価値の消費を調べようとしたものである。比較的管理体制のいい病院や協力的な開業医を選んで実施され、国立東京第一病院ではストップウォッチで医師の診療行為の所要時間などが計測された。

新設して処方料を使用する薬価によって変動させることで潜在技術料を医師に残したものであった。膠着した臨時医療保険審議会での議論を進めるために設けられた小委員会(通称マル単³⁶⁾)であったが、1957年7月の第三次今井メモでは、“適正診療報酬”という考え方のもとで「適正な利潤は、個人医の場合には医師の広義の生活費と同じことになり、法人の場合には投下資本に対する一定の利回りを意味する」とされていたものであった(有岡1997a第3章)。この結果、医師の所得を一般労働者生計費の3割程度高い水準として合意される見通しであったが、1957年8月の日本医師会の審議会脱退により事実上崩壊し、改定案は諮問されないままとなった(有岡1997a第3章; 結城2004、119)。このような状況のなかで、1956年に厚生省は専門委員会4部会を設置して改正を進め、医師会案を参考に部分的な技術の難易度評価を試みて、手術料=技術料(=技術係数×単価)+そのほかの経費(医師以外の人件費・経費・材料費・管理費)とし、技術係数は手術難易度×手術時間とし、手術難易度は当該手術を行う必要最低限の修得年数によって5段階として、単価は標準的な手術が同一料金となるよう各科別に作成して各科間を調整するとした(濃沼1994; 松浦1990; 西村1996)。具体的には、虫垂炎手術(外科)と四肢切断術(整形外科)とアレキサンダー手術(産婦人科)を、上顎洞・篩骨洞・蝶形洞根本手術(耳鼻科)・白内障全剝出術を同一点数として調整し、様々な手術をランク付けして診療科間で相対評価した(川上1986、365; 松浦1990)、等級別原価計算を用いた投下係数の策定ということが出来る(一条1966)。しかしながら、医師会は単価の引き上げの問題に主眼を移しており、合意を得ることができないままであった³⁷。

そして、実施についても確認しておきたい。1957年9月に堀木謙三厚生大臣が厚生省小山進次郎局長の発案で、医療費の8.5%引き上げ、単価を1点10円に固定した診療報酬を甲乙2表とし医療機関が自由に選択できるとする妥協案を提示した(結城2004、128)。これは、物と技術を分離した厳密な原価計算に基づくのではなく原価計算的なもの³⁸をより所とした新点数表を目指したものである(西村1996)。島崎(2011、70)の整理に基づく、甲表は医師の技術を重視する観点から手術料を高くする一方で、投薬等の点数を低くするとともに初診や入院の際の投薬料や検査等は初診料や入院基本料に含めるものであり、国公立病院・公的医療機関で採用されることとなった。また乙表は、投薬料・注射料については

³⁶ 診療報酬単価問題を審議する審議会という意味で、「マル」は書類で単という字を○で囲むことからきている(有岡1997a第2章)。

³⁷ 付言するならば、医師会は技術係数の調整が困難で将来課題とならざるを得ないとも認識していた(川上1986、364)。

³⁸ 水野(2005、97-98)によると、当時の医療課長をしていた館林宣夫がまとめたものであり、上司であった三木行治の記憶では時間によって値段を決めることとなり、虫垂炎の手術を計って平均して標準とし、さらにその標準値を基準に他の手術料を決めたと紹介している。

使用薬剤の価格にかかわらず技術料は定額としており、「物と技術」を分離したほかは基本的に従来の点数表どおりで開業医・中小病院で採用されることとなった³⁹。この帰結は、財源措置の関係から1958年10月施行となったもの(結城2004、129)、医師の生活保障と医療再生産性を考慮して、8.5%の改定率上昇とする診療報酬の量的な保証を行うことで成立したと解釈できる(西村1996)。様々な側面で評価ができるが、池上・キャンベル(1996)の言葉で言えば、お金の面では日本医師会に有利に、制度面では厚生省に優位な体制である。物と技術が分離され医師が薬価などを媒介に報酬を得るシステムが見直されており(結城2004、127)、診療報酬の歴史のうえで画期的なことであったともいえる(吉原・和田2008、243-244)。とはいえ、総医療費の枠に捉われすぎており(島崎2011、70；武見1971)、1点10円の固定が原価や技術難易度や物価指数などの評価をすべて点数単価に含めてしまったことから実質的に技術評価の概念はなくなってしまい(中鉢他1966)、技術料の明確化をいっそう困難⁴⁰にしてしまった(武見1971；水野2005第6章；結城2004第2章)とも、厚生省が医療費をコントロールしやすくなるともいえる(水野2008第2章)。

(5) 高度成長期における医療提供の拡大と再生産

1960年代半ばから1970年代にかけては、政治力学が混迷化すると同時に私たちの医師会像が鮮明になる時期でもある。アクターとしては、日本医師会と厚生省、それに事態を收拾する厚生大臣と首相が中心となる。フィールドとしては、紛争のなかで中医協の役回りも変化する時代でもある。議題については、引き続き医師の収入を確保するための議論が中心となり、それに伴いエビデンスとしての医療費の内訳についての議論は縮小していく様子が窺われる。この時代では、医師の所得としての絶対額の獲得とインフレに伴う減価償却の取扱いつまりスライド制に関する議論を注視することができる。

① 診療報酬を巡る紛争に対する政治的な解決

中医協を巡る紛争つまり診療報酬を巡る紛争はたびたび繰り返され、その動きはしばしば日本医師連盟を通じた選挙における推薦と日本医師会による中医協での審議ボイコットとして現れてくる。

そうした事態の打開として、外部から新たに中医協のアクターを招く動きが生じてくる。1965年6月に佐藤栄作改造内閣のもとで就任した鈴木善幸厚生大臣は、社会保障制度審議

³⁹ 総医療機関数では甲表9.3%/乙表90.7%の採用であり、うち甲表採用の病院は全病院の35.2%で、乙表採用の診療所は全診療所の93.4%となっていた(厚生省五十年史編集委員会1983記述編第4編第5章)。

⁴⁰ <単価×点数>をそれぞれ定める方式が続いていれば、物価変動は単価改定で、技術進歩は点数表改定で行えるという暗黙の原則が成立していたことになるが(川上1986、362)、一体化したことにより医療技術を含めて医師以外の第三者に評価されるという仕組みともなってしまった(小山1969第3章)。

会大内兵衛会長による中医協の開催並びに場合による改組や医業経営実態調査の実施といった申し入れを受け、武見と親交のある東畑精一東大名誉教授を中医協会長に招き仕切り直しに動くこととなる(有岡 1997a 第 5 章；結城 2004、144)。

フィールドとしての中医協では紛争予防のためのルール化を目指し、①診療報酬の決定プロセスを変更して中医協を諮問方式から建議方式に変更すること⁴¹、②客観的基礎データとして医業経営実態調査を実施すること、③スライド制を単純化することが目指された(西村 1996)。とくに②に関しては、1966 年に診療報酬体系・医療費値上げを議論する診療報酬部会と、医療経済実態調査・薬価調査を審議する調査部会が、中医協に設けられることとなった(有岡 1997a 第 5 章；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 4 編第 5 章；結城 2004、147)。

政策課題としては、まずそもそもの診療報酬(医療費)の総枠の問題である(結城 2004、149)。診療報酬部会で、診療側が 13.5%の引き上げを望んだものの公益側は支払側が同意する 7.22%という案を示して膠着していたが、1967 年 11 月の告示で最終的に初診料を 4 点あげて全体として 7.68%の引き上げという決着となった。これは、改定率そのものが中医協で議論されるということであり、官僚支配の抑制を診療報酬改定プロセスで実現できたということを示している。

次いで、紛争の原因のひとつとなっていた薬価差益問題の解消があった。薬価基準を全面改定して総医療費の 4.5%を引き下げ、そのうち 3%を入院における乳幼児加算の新設などに振り替え、さらに 956 品目の薬が新たに登載されることとなった(吉原・和田 2008 第 19 章)。この振り替えそのものは医師の所得にあまり影響ないものであったが、長年続く薬における潜在技術料の解消の方向性として示されたものと理解⁴²できる(結城 2004、145)。

また、医業経営実態調査についてである。診療報酬改定の前提として 1967 年 11 月から 3 年に 1 度の医療経済実態調査と毎年の薬価調査を実施するという合意(吉原・和田 2008 第 19 章)、この審議の過程で日本医師会内部に調査のあり方を巡って内紛があったものの 1952 年から診療側の反対で中止していた実態調査の再開⁴³により適正な診療報酬体

⁴¹ 中医協が改定率を決定・建議してから形式的な諮問・答申により告示するということがあり、改定率決定の場を中医協とすることとなる(西村 1996)。

⁴² その一方で、診療報酬を多くしたいとする医師へ、薬価基準より低い薬剤、つまり薬価差益の大きい薬剤の投与へ誘引している仕組みとなっていることはたびたび指摘されていた(近藤 1966a)。

⁴³ 有岡(1997b)によると、同年 11 月に全病院の 1/5 にあたる 1200 病院、全診療所の 1/30 にあたる 2300 診療所を対象として行われた。結果については、1970 年に公表されたが、一般病院・結核病院が赤字で精神病院が黒字となり、無床診療所・有床診療所・歯科診療所は黒字であったが、日本医師会は中医協で約された議論がないままの公表に抗議している。

系への方向性が示されたということである(有岡 1997b)。

そして、スライド制についてである(西村 1996)。従来はしばしば算定の変数や上昇率の選択により結果が左右されたことで紛糾を招いたことから、診療側が素朴な形での改定率(試算)を要望するようになったということである。具体的には、1968年9月・12月に、診療側は中医協に「諸物価・人件費等の上昇にともなう医療費引上げ要求について」を提出しているが、ここでは医業費用を人件費・物価・材料費等とする区分のみで、その区分に応じた上昇率を提起するのみとなっていた。従来の議論では、人員や資材の増加、さらには減価償却費などの区分も含まれていたため、単純化した議論にシフトしていったことが窺われる。

これらの背後に原価計算がなかったわけではない。1954年に日本病院会が「病院原価計算要綱」を公表しており、この要綱に基づいていくつかの病院が特殊原価調査として対象分野を限定した給付別計算を実施している(荒井 2009 第 I 章)。これらは病院経営の合理化と経営能率の増進といった目的が主として副次的に診療報酬決定資料として期待されていたものの(染谷 1997 第 4 章)、診療報酬改定の気運が過ぎると関心が低下されたものでもあった(荒井 2009 第 I 章)。それでも、1966年6月に全国公私病院連盟が病院経営実態調査の一環として部門別原価計算調査を、1973年6月に日本病院協会と全国自治体病院協議会が部門別原価計算調査を、1975年10月には全国公私病院連盟が全国自治体病院協議会と日本病院会の協力のもとに部門別原価計算を実施し、その後3年毎に近年まで継続していた(荒井 2009 第 I 章)。一方の厚生省でも、1960年に病院経営実態調査のなかで協力病院を対象に部門別原価計算を行い、1967年に中医協が部門別原価計算調査を実施しているものの、部門別原価計算であったことから本来目指すべきものとされた診療行為別原価計算が忘れ去られるものとなった(荒井 2009 第 I 章)。

② 諮問方式への再変更とスライド制の議論

診療報酬の議論のなかで日本医師会の力が顕示されてきたが、その力学の極点が保険医総辞退の問題である。中医協にて厚生省が審議のたたき台として提出した「審議メモ」をきっかけに、1971年に日本医師会が医師技術の適正な評価や支払いのルールを巡る問題である。日本医師会は常任理事会にて審議メモの撤回がない場合は厚生行政に協力できないことを決定し、最終的に7月1日から1ヶ月に渡って66,000人の医師が総辞退⁴⁴に突入して

⁴⁴ 水野(2008 第 2 章)や吉原・和田(2008 第 19 章)はこの総辞退については一斉辞退に繋がるような明確な争点がないと指摘している。厚生省の意図がないことを示すために「価値判断をつけずに全部並べて書く」ようにし、「あえて「案」ではなく「メモ」とした」と思い起こされている(菅沼・森田・深田 2019, 148)。そのため、スト実施による組織強化(水野 2008 第 2 章)や、償還制模索のための社会実験(川上 1998 I -1 章; 川上・小坂 1992 第 1 章)といった推察が行われている。なお、結果として受診抑制による財務的な影響につ

いる(有岡 1997a 第 5 章；厚生省医務局 1976 第 6 章；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 4 編第 5 章；水野 2008 第 2 章；水巻 1993 第 2 章；結城 2004、150-151)。そしてこの事態の收拾から、スライド制の合意と中医協の諮問方式への再変更が行われていく。

この事態でのアクターとして、武見太郎は佐藤栄作総理大臣にも直接予告し、保利茂官房長官が武見に厚生大臣の人選を持ちかけるなどし、最終的には 7 月 5 日に就任した斎藤昇厚生大臣と打開に動いていくこととなる(有岡 1997a 第 5 章；武見 1983 第 5 章；結城 2004、151)。なお、この際には日本医師会内部でも疑義は生じており、全国公私病院連盟や日本病院会、全国自治体病院会は反対して、従来どおりの保険診療を実施していた(結城 2004、151)。

フィールドとしては、斎藤昇厚生大臣と武見太郎日本医師会長の大臣室での直接会談は注視できる。報道関係者に公開された形でNHK ラジオで7月13日以降3回に渡って行われ、討論の取舍選択を避けるため武見太郎の提案で7月23日にはフジテレビでの公開番組⁴⁵としても放送されている(有岡 1997a 第 5 章；厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 4 編第 5 章；水巻 1993 第 2 章；結城 2004、151)。さらに 7 月 28 日に武見太郎は佐藤栄作首相とも直接会談し、12 項目の合意を取り決めることで收拾されることとなった(厚生省五十年史編集委員会 1983 記述編第 4 編第 5 章；吉原・和田 2008 第 19 章)。

政策課題としては、診療報酬における 1974 年の諮問方式への再転換である(有岡 1997a 第 6 章；西村 1996)。建議方式により時間を要したこと、つまり総枠の改定率は中医協の外で医療の外の政府予算(国民の負担・財源)と調整するといった政治的に決定するウェイトが増加したということがある。そのため、総枠の改定率を中医協の審議から外して政治決定するということで、オイルショック以降の歳入の自然増の減少分を管理していくことが必要となったためである。この改定自身は診療側の反対はとくになく行われた。というのも、1974 年から 78 年の 4 回の改定で、初診料や再診料が 2 倍になるなど、総枠においては戦後異例の大幅な引き上げとなっていたことが背景にある(有岡 1997a 第 6 章；得津 1982；結城 2004、158；吉原・和田 2008 第 26 章)。加えて、受療率の自然増だけでも実質的な量的保障がなされたことも背景にあるといえる(島崎 2011、73)。なお、この議論の過程において、薬価基準の引き下げによる余裕を技術料を中心に上積みすることの建議、つまり薬価の引き下げが診療報酬への振り替えとなることが提起され⁴⁶、これ以降たびたび確認されていることは今に続く議論の原点といえる(二木 2014 第 1 章)。

いては 240 億円あったといわれている(前田 2016 第 31 章)。

⁴⁵ しかし実際には、公開会談前の 7 月 11 日には厚生省・戸田保険局長をまじえて、斎藤厚生大臣と武見太郎が話し合われていたと紹介されている(川上 1972 II-2 章)。それゆえ、あえて公開の場で行うことにも意義を見出していたと解釈できる。

⁴⁶ ただし厳密には、既存薬から新薬への新陳代謝が起きていることは留意する必要がある(中村 2018)。

そして、スライド制である(有岡 1997a 第 6 章; 西村 1996; 結城 2004、154-158)。1972 年 11 月から中医協で議論されはじめ、日本医師会は 1973 年 1 月には「診療報酬のスライド制について」として、4 月には「診療報酬のスライド制について再論」としてまとめている。すなわち、①医師技術料、②パラメディカル職種・事務職員等の職員給与、③薬品費、④医薬品を除く物件費、⑤経費・減価償却費の 5 項目に分類し、①は国民所得の対前年度増加率 5 ヶ年移動平均に、②は人事院給与指数に、③は消費者物価指数に、④は薬価基準引き下げに、⑤は①②③における一定項目の比率にスライドさせることを提起している。この時代は急激なインフレの進行⁴⁷や、第二次医療技術革新期と呼ばれる血液自動分析装置や CT の普及といった診断技術の高度化が見られた時代である(川上 1986 第 4 章; 川上・小坂 1992 第 I 章)。そのため、この時点ではそもそもの財源の確保が担保されないということもあり、公益・支払側や厚生省はルール化は困難との認識ですぐに実現されることはなかった。しかし、スライド制に依拠することへの一定の合意を得たこと、また 1974 年の診療報酬の改定分を予算化する必要性からでてきたことで、1974 年 2 月にスライド制が実質的に導入されて医業費用の構成比率のみを使用し、医師所得(技術料)を独立させて国民所得にスライドするとした方式が 1981 年まで続くこととなる。これらの議論からの示唆として、日本医師会は診療報酬の国際比較を公表し、無形の技術料たる再診料や手術料が相対的に低いことを指摘している(結城 2004、157)。また何より、このスライド制での提案は医師所得と国民所得を連動させるということで、かつて問題となっていた基準額そのものの妥当性や減価償却などの医療の再生産も議論しないという方向転換でもあったことは記憶に値する(西村 1996)。

(6) 医療費抑制政策と適切な医療費水準への模索

1980 年代以降は、政治決定においても徐々にエビデンスが要求されるようになってくる時代である。アクターとしては、厚生省だけでなく政府としての意思決定が求められるようになると同時に、フィールドとしても政府の会議やマスコミでの論調が支配的になっていく一方で、中医協のなかでも小委員会により専門的な議論が要請されるようになる。議題については、そもそもの医療費の適正な水準や中医協のあり方について、そしてエビデンスとしての原価計算への再注目があげられる。この時代はスライド制が廃止されるとともに医療費抑制政策の開始期となっていった。

① 医療費適正化に向けた取組み

1970 年代後半より医療費の財源問題が生じ始めているが、この問題は厚生省だけでなく政府としての問題として大きくなっていく。その過程で、日本医師会の政治力の低下もあり、

⁴⁷ この時代の医療費値上げ要求では「一つ一つの保険点数の低いことを他の物価と比較してアピールするのが、ながい習わしであった」と紹介されている(川上 1972、34)。

徐々に政府主導の医療費抑制政策が進捗することとなる。

この時のアクターとして注目すべきは、各種会議体をもとにした政府の方針の表明である。具体的には、1975 年中期社会保障長期懇談会「今後の社会保障のあり方」や社会保障制度審議会「今後の高齢化社会に対応すべき社会保障のあり方について」、そして 1981 年臨時行政調査会第 1 次答申「増税なき財政再建」などにより、社会保障政策の転換が迫られていく(有岡 1997a 第 7 章；西村 1996；三谷・印南 2016)。これと機をあわせ、厚生省⁴⁸からも 1981 年度の予算請求に合わせて「医療費適正化対策」として制度改革案が提示され、各方面での議論がありながら修正され推進されていくこととなる(有岡 1997a 第 7 章；吉原・和田 2008 第 23 章)。対して日本医師会は、武見太郎の高齢と多選により影響力が低下する⁴⁹につれて政治力が弱まり、1974 年の医師優遇税制の廃止などの要求を受け入れざるを得なくなっていた(有岡 1997a 第 6・7 章；武見 1983 第 6 章；水野 2008 第 3 章；結城 2004、160-161)。

ここでのフィールドは、厚生省や直接の利害関係者による交渉ではなく、予算の概算要求による折衝やマスコミでの各種関係団体(三師会・健保連・日経連など)の意見表明、自民党四役(二階堂進副総裁・田中六助幹事長・金丸信総務会長・藤尾正行政調会長)の裁定、さらには社会保険審議会及び社会保障制度審議会での諮問に移行している(吉原・和田 2008 第 23 章)。1981 年第二次臨時行政調査会第 1 次答申並びに 1982 年 9 月に閣議決定された「今後における行政改革の具体的方策について(行革大綱)」により医療費適正化対策は実施されるが、厚生省は「国民医療費総合対策設置本部」を設け、3 部会(診療報酬部会・医療制度部会・国民運動部会)4 プロジェクトチーム(老人施策等に関するチーム・コンピューターに関するチーム・監査指導に関するチーム・総合対策推進に関するチーム)とする関係部局が一体となった体制で、臨調を利用した形で制度改革に取り組むこととなった(有岡 1997a 第 7 章；結城 2004、171-172)。

ここで議論された政策課題としては、まさに医療費適正化の方策についてである。具体的には、指導監査の強化やレセプト審査の充実・改善や薬価基準の適正化、さらに給付割合の見直しや特定療養費支給制度の創設、そして退職者医療制度の創設などであり、いくつもの修正案の後に実施されることとなる(水野 2008 第 5 章；吉原・和田 2008 第 23 章)。

また、1981 年 6 月の診療報酬改定により、物価・賃金スライド制の廃止と診療報酬改定時の自然増部分の考慮が見られることは転機となっている。これは 1977 年 8 月の 中医協

⁴⁸ この点に合わせて、1983 年に吉村仁医療局長によって提起された「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」は、医療費亡国論として知られる高齢化に合わせた保険制度の見直しについて問うたものである(有岡 1997a 第 7 章；結城 2004、172-173；吉原・和田 2008 参考資料 IV-2)。

⁴⁹ 1980 年の医師会長選挙では再選を果たすものの批判票がかつてなく生じることとなり、1981 年に引退を表明することとなる(結城 2004、162-163)。

による『減速経済と医療費財源について』でコスト要因ではなく GNP に連動した改定率を決定する方向が提示されたことや、1981 年 2 月の『診療報酬に関する日医の基本的考え方』での財政事情を考慮して「物価・人件費の変動に見合う引き上げは考えず」に「技術料の学問的評価を求める」考えへの転換などに沿うもので、財政制約の点から医療費に対する国庫負担金⁵⁰を増額させない基準による改定率ということができる(西村 1996)。なお、改定率について特記すると、薬価基準引き下げ分を差し引いて平均 2%の引き上げ幅であり、①薬づけ・検査づけの医療を是正する、②手術料・技術料の適正評価をする、③人工透析の引き下げなどを大きな柱とするものであったが、この際に検査項点数の点数包括化⁵¹と理学療法の質の担保の改正となった(高木 2016; 土田 2005; 結城 2004, 169)。改定について、鎌谷(2011)は財政支出増大の一般的な認知や日本医師会の勢力が弱まったことから、診療側よりも医療に費用を出す財政当局の力が大きくなり、大蔵省が医療費抑制策を強く主張して厚生省に圧力をかける形で中医協に間接的に介入したと評して財政面での力学転換があったとしている。また、コスト要因ではなく財源・負担の範囲に合わせて改定率が決定されることは、政府・支払側による質保証への注目として量から質への転換があったということもできる(高木 2005)。

② 診療報酬ルールの再検討

1980 年代後半になると、財政的な制約は共通の認識となり、厚生省を中心にその枠内での様々な改善の取り組みがみられるようになる。この背景には、医療機関の経営の悪化も見られ始めたことにあり、中医協でのルールの再検討がなされることとなる。

アクターとしては、ひとつは厚生省であり、そして診療側・支払側の委員が診療報酬に関して議論を重ねていくこととなる。また 1997 年 4 月には日本医師会はシンクタンクとしての日本医師会総合政策研究機構を設立しエビデンスに基づいた政策提言を行うようになった

⁵⁰ 鎌谷(2011)は、厚生官僚は中小企業労働者によって構成される政管健保を赤字にしないことを目安としていたようだとしており、政管健保の赤字対策がしばしば政策へ影響していることは確認できる(有岡 1997a; 小山 1969 第 4 章)。保険財政のなかでもとくに政管健保で悪化が顕在化して 1949 年に保険料率や計算の基礎となる標準報酬の引き上げが行われて(菅谷 1977 II-1 章)、そして 1963 年頃からの悪化によって政管健保の赤字克服に向けて 1965 年に総報酬制の実施と薬剤費半額負担の改正案や 1967 年に初診料・入院料の引き上げや外来薬剤費の一部負担の改正案が取りまとめられている(菅谷 1977 II-3 章)。

⁵¹ これは、自動装置化された検査(複数の検査で一検体を用いて同時に検査するもの)や試験紙法による尿検査の普及に伴い項目数による逡減制・包括制を導入したものであるが、1990 年の末期がん患者(緩和ケア)に関わる 1 日定額制(入院医療管理料)や DPC/PDPS 並びに慢性期医療における 9 段階の包括点数制といった包括制度の流れの先駆けとなっている(高木 2016; 土田 2005)。

ていく(日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会 1997；水野 2008 第 8 章；水巻 2003 第 1 章)。

フィールドとしては、ひとつは国会であり、1985 年に医療法改正に伴う地域別病床数を決定する医療計画策定を決定するが、診療報酬点数操作だけの医療政策の限界を受けた厚生省による医療費抑制のための入院医療費高騰を是正する意図であった(結城 2004、176-177)。またもうひとつは中医協であるが、1991 年に中医協の下部に診療報酬基本問題小委員会が出来ることとなる。1981 年の議論による薬価算定方式の検討⁵²や 1980 年代後半の医療機関の経営悪化を受けて 1986 年に診療側から改定ルールの見直しの要望が出始め、1989 年 8 月にもスライド方式の再導入とともに診療報酬の基本的体系の見直し・ルール化の主張があり、支払側の同意をもとに 1989 年 11 月に「診療報酬合理化に関する検討項目(メモ)」と 1990 年 2 月に「社会保障診療報酬検討項目メモ」がまとめられることとなる(西村 1996)。これをもとに、1990 年 8 月に厚生省保険局長が「国民負担の限界を超えないシステム作り」「点数表を新しい理念に沿って体系的に検討する時期」と表明し(西村 1996)、21 世紀においても通用する診療報酬体系の構築を目指して多岐にわたった問題点について中長期的な観点から論点整理を行うこととして 1991 年 7 月に診療報酬基本問題小委員会が設置されることとなる(吉原・和田 2008 第 32 章)。

この政策課題である小委員会での議論は 6 項目に分かれ(吉原・和田 2008 第 32 章)、①診療報酬体系及び改正ルールのあり方、②技術料評価のあり方、③医療機関の機能・特質に応じた診療報酬のあり方、④診療報酬の適正化、⑤患者ニーズの高度化・多様化への対応、⑥その他となっていた。1993 年 9 月には 17 回の審議を経て報告がまとめられ 1994 年の診療報酬改定で実施されることとなるが、①甲・乙点数表の一本化、②医療保険制度改革との一体検討による在宅医療や医療機能間の紹介制度の充実、③民間の医療機関の経営動向を意識した実質 2.7%の改定率、④規制緩和による都道府県知事の承認による点数加算、⑤患者の同意による特定療養費制度の積極的活用への合意などとして反映されることとなった(吉原・和田 2008 第 32 章)。

⁵² 吉原・和田(2008 第 26 章)に詳しく紹介されている。1978 年に薬価基準への収載が統一限定方式(主成分の一般名称で薬価を定める方式)から銘柄別収載方式に改められて薬価基準と市場価格の平木を縮小する方式が採用されていたが、バルクライン方式という算定方式にも問題が生じていた。すなわち、90%バルクラインという個別銘柄ごとに安価なものから順番にならべて販売量が 90%に達したときの販売価格を薬価基準として改定していたが、一定の割合を高い価格に維持すれば実勢価格のばらつきを助長するようになっていた。そのため、1981 年の中医協の答申をもとに高値 10%をカットした 90%バルクライン方式を適用してさらに部分改正を重ねていたが、1991 年 5 月に加重平均値一定価格幅方式として、銘柄別に計算した医薬品総販売額全額を総販売量で序した加重平均値に一定の価格幅を加算して新薬価とする方式へ改正されることとなった。

とくに注視できるもののひとつとして、原価計算への期待がある。1992年4月にアメリカにて原価計算方式が導入されたこともあり、小委員会の「診療報酬体系及び改定ルールについて」とする報告書では、改定ではバランスを考慮しただけで原価計算は行われておらず医療サービスの原価に対応した体系の構築が必要であることなどが指摘されることとなった(西村 1996)。これを受けて厚生省の外郭団体として発足した医療経済研究機構にて、共通原価計算に関する研究が進められることとなる(荒井 2011a)。またこれは、1999年の医療保健福祉審議会制度企画部会での「診療報酬体系見直し作業委員会報告書」でも指摘されている報酬算定ルール基準の未確立、すなわち①医療機関に応じた評価、②患者の病態に応じた評価、③診療特性・技術難易度に応じた評価、④医師の技術・経験年数の評価、⑤投資的経費・医事管理費の評価に関する問題点の指摘とも重なるといえる(土田 2005; 結城 2004 第2章)。

もうひとつの点は、資本ストックに関する再認識である。1990年の改定率算定において、従来の単純スライド方式に類似した側面(①公務員給与、②労働時間短縮、③消費者物価・賃金の上昇、④自然増控除に対応した算出)が見られたものの、スライド制の単純化に伴った減価償却費への考慮されなくなった問題である(西村 1996)。なおこの点については、1992年の補正予算で資本ストックに補助が開始されて別財源での補填が行われ、さらに甲・乙点数表が一本化された1994年の改定では地域差や資本ストックやアメニティといった特定機能病院を含む高度先進医療において医療機関の提供機能を考慮した項目が導入されるなどしている(西村 1996、結城 2004、183-184)。

③ エビデンスに基づいた診療報酬検討の現状

2000年代になると、政府レベルでの医療費総枠に関する設定と改定ルールの再確立に向けた動きがでるようになる。中医協は汚職事件をもとに役割が再確認され、制度としてのDPC/PDPSが導入されるものの、共通原価計算に関する取組みは棚上げされた状況となる。

アクター・フィールド⁵³としては、まず1999年2月の小淵恵三総理大臣直属の諮問機関である経済戦略会議の最終答申、引き続いて2001年以降の小泉純一郎総理大臣による経済財政諮問会議・総合規制改革会議などでの一連の議論による新自由主義的医療改革が主張されことがある。次いで汚職事件に関連して贈賄で逮捕された日本歯科医師会幹部と中医協の診療側委員・支払側委員、そして仕組みを改正することとなる厚生労働大臣⁵⁴並びに関連者と中立性を期待されることとなった公益委員である。そして、議論が進むこととなる中医協並びに関連委員会の存在がある。

一連の議論では、医療費並びに医療制度に関して、株式会社による医療機関経営や保険者

⁵³ とくに各種会議体については、三谷・印南(2016)にて整理されている。

⁵⁴ 2001年1月6日に施行された中央省庁の再編成に伴い、厚生省は労働省と再編され厚生労働省となっている。

と医療機関との直接契約やいわゆる混合診療の解禁といった国民皆保険解体や医療制度への市場原理・市場メカニズムの導入を推進が求められ(伊関 2014 第 6 章；土田 2018；二木 2001 第 1 章；二木 2004 第 1 章；水巻 2003 第 4 章)、これと同時に医療費総額の伸びの抑制⁵⁵が追い求められていくこととなる(伊関 2014 第 6 章；土田 2018；二木 2007 第 2 章；二木 2009 第 3 章；三谷・印南 2016)。

こうした状況において、2002 年の診療報酬改定の際に、日本歯科医師会幹部が中医協委員に対して贈収賄を行ったとされる事件で、中医協診療側委員 2 名・支払側委員 2 名を含む 7 人の逮捕者が出ている(鎌谷 2011；結城 2006 第 5 章)。このため、中医協の構成や審議・決定のあり方の見直し問題に波及して 2004 年 10 月に検証のための部会が設置され、厚生労働大臣と規制改革・行政改革担当大臣の合意で「中医協の在り方に関する有識者会議」が設置し 2005 年 7 月の「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」とする報告書に沿って組織及び運営の見直しが行われることとなった(土田 2018；結城 2006 第 1 章；吉原・和田 2008 第 32 章)。この結果として、中医協は現行の医療費内の配分を議論し決めるという機能となり、公益機能(公益委員)が強化⁵⁶されて、従来から政治的な影響力が強かった改定率を内閣が決めるということによって明確化した(石井 2006；鎌谷 2011；土田 2008)。また DPC/PDPS に関しては、1990 年代後半から医療経済研究機構・健康保険組合連合会・日本医師会・厚生労働省などによって研究が進められ、1997 年 7 月の厚生省・試行調査検討委員会での報告を踏まえて 2001 年から支払いを伴わない形で 66 病院を、そして 2002 年度から機能病院 82 施設が対象施設に加えられた(松田 2003)。この間の議論としては、2001 年 11 月に中医協での包括評価の議論が始まっており、2002 年 2 月に諮問・答申されて導入が告示され、全国説明会・ブロック別説明会が繰り返され、最終的に点数表が 2003 年 2 月 26 日に諮問・答申、3 月 10 日官報告示され、4 月 1 日から実施されることとなった(矢島 2003)。そして、共通原価計算に関しては、医療経済研究機構の 1990 年代初頭の私的研究から 2001 年の調査研究委員会の立ち上げと繋がって、2003 年には厚生労働省保健局医療課による委託事業としての部門別原価計算の基礎研究となり、中医協内の診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会として研究プロジェクトが進むこととなる(荒井 2011a；2011b)。

⁵⁵ 2006 年に閣議決定された「骨太の方針 2006」(経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2006)にて、社会保障費の自然増について今後 5 年間で 1 兆 1000 億円(年換算 2200 億円)の削減が盛り込まれていたが、医師崩壊による医師供給の見直しなどとともに 2008 年度補正予算から事実上方針が見直されることとなった(二木 2009 第 3 章)。

⁵⁶ それまでの診療側委員 8 名・支払側委員 8 名・公益委員 4 名が、診療側委員 7 名・支払側委員 7 名・公益委員 6 名へと変更となった。各委員の背景・推薦の仕方などは、結城(2006 第 1 章・終章)を参照のこと。

政策課題としては、まず DPC/PDPS の導入がある⁵⁷。2001 年 4 月からの「急性期試行診断群分類を活用した調査研究」の目的としては、①今後の医療体制および医療保険制度改革の基礎資料の収集、②診断群分類を活用した分析方法の開発と検証、③診療内容などに関する研究・医療経済学的研究のための基盤整備、④日本独自の診断群分類の開発が目指されており(松田 2003)、この過程において政策の上で医療に必要な財源の確保や診療報酬制度設計に必要な原価資料の提供をも目的に構想され、医師に関わるドクター・フィーと病院に関わるホスピタル・フィーの分離をも意図されたものである(今中 2003b 方法論)。この DPC/PDPS の導入により、疾病並びに医療資源の投入量を軸とした診断群分類が単位化されたことで、各医療機関レベルでの部門別・DPC 別・各種サービス別原価計算は進展したといえる(荒井 2009 第 6 章)。とはいえ、診療報酬決定への示唆としては、①タイムスタディの行い方、②研修医や無給医の給与の反映、③退職給付会計の取扱い、④(とくに国立大学の)設備関係費の認識、⑤(地域別)物価の調整方法、⑥委託の際による影響の調整、⑦患者への配賦における重みづけの方法、⑧原価計算精度レベルの評価方法などの課題があり、実現までには至っていない状況が残されている(今中 2003a)。

そして共通原価計算に関する取組み・課題である。2001 年当初は聖路加国際病院の状況をもとに原価の把握を進め⁵⁸、2002 年に医療経済研究機構の会員病院を対象としたアンケート調査と 3 病院の協力のもとで計算を実施し、部門設定・データ入力・共通費の配賦とい

⁵⁷ これに加えて、2006 年に導入された慢性期医療入院における患者分類による包括点数導入に関する検証も付記に値する(土田 2018)。慢性期入院患者については、前述のとおり 1990 年の「入院医療管理料」にて包括化されていたが、患者特性に基づいた包括評価に基づいて支払いが目指されることとなった(池上 2017 第 4 章)。ここでは、患者(医療・ADL)区分の妥当性だけでなく、病床機能の転換や医療の質の評価に加えて職員配置やコストの変動が検証されている。2007 年の報告では、1 施設当たりの損益計算書形式の収支報告と、1 施設あたり最大 3 病棟の調査日の「患者に使用した薬剤・衛生材料・特定保険医療材料の使用」や「医療従事者別の患者への直接・間接サービス提供のタイムスタディ」が実施されている(中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 慢性期入院医療の包括評価調査分科会 2007)。ただし 2009 年報告では「患者に使用した薬剤・衛生材料・特定保険医療材料の使用」や「医療従事者別の患者への直接・間接サービス提供のタイムスタディ」は 2007 年報告のデータを外装した参考値に留まり(中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 慢性期入院医療の包括評価調査分科会 2009)、2011 年報告では両データを使用しない 1 か月あたりの施設別の収支状況の確認に留まっている(中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 慢性期入院医療の包括評価調査分科会 2011)。

⁵⁸ 荒井(2011a)によれば、医業費用を対象として、大部門を固定し各病院が小部門を自由に設定して部門個別費は直課し、単一配賦基準を用いて直接配賦法で段階的に配賦していく。その際に中央診療部門内の手術・検査・画像診断では各種サービス単位ごとに等価係数を設定して実施件数に乗じてウェイトづけされた上で配賦される形で進められた。

ったルールが必要であることや手術サービスでも資源消費を異にする多様なものが含まれていることを確認している(荒井 2011a)。2004 年には 10 病院の参加で診療報酬点数上の区分単位を利用するとともに補助管理部門の配賦は患者数比で問題ないことを確認し、2005 年には部門設定基準を明示して医師勤務調査は DPC コスト研究班の方法を用いることとなり、2006 年・2007 年と経ることで調査票の工夫や病院側での作業の習熟の必要性を指摘することとなる(荒井 2011b)。2008 年からは「医療経済実態調査」の補完調査へと制度化され、同調査と同様の診療科群とし、調査結果についても病院数 10 以上のものとするなど実態を反映するようにしたもの、調査負担⁵⁹の関係から多くの病院が既存データを活用できない状況が続いていることも明らかになった(荒井 2011c)。最終的な状況として、この調査結果については利用されないものとなっている。というのも、原価主義への要望はあるものの、診療側は積み上げで基本診療料を計算したい一方で、支払側・事務局は基本は各患者への診療行為であり、広く取ることができる基本診療料を高いレベルに設定するのは不合理に医療費を拡大するという警戒があるためである(森田 2016)。そのため、代表性が乏しく解釈を話し合ってもらふ必要のあるデータであり、儲かっている診療科の報酬を下げるためのエビデンスとしてしか成り立っていないと評されている(新井 2010)。

4 今日の課題

(1) 診療報酬制度における原価計算の取扱いの変容

原価計算に関する認識を整理するならば、当初診療報酬が設定された時点では、医療を施す単位が医師個人ではなく医家と認識されており、書生・調剤生・薬局生・代診などの奉公人・見習い看護婦や技術を継承する子息を含む家族で構成された教育・訓練・生活保障が一体となった医療提供単位、つまり医療を担う家としての生計維持という認識しか存在してなかった(北原 1999、116-118)。そこでは、「診療報酬」と呼ばれるように開業医に対する報酬として誕生したためコストではなく所得という意識(池上 2016)がみられる。

ただし、そこには医師が自分でした医療による所得の中から医業の経営を維持・改善しなければならないという責任があるものの、医師と病院経営者という異なる責任であることは明確には認識されていない(中鉢他 1966)。その状態で、武見太郎が医師の十分な収入確保のうえで、医療政策における日本医師会の主導性の発揮、医師の自由裁量のもとでの医療提供を目指し(鎌谷 2011)、二重指定制度や制限診療に関して重ねて対応していった。とは

⁵⁹ レセプト調査・部門設定調査・収支状況調査(病棟・診療科別患者数及び1カ月分損益計算書)は9割以上の病院が既存データの活用で済ませられるが、収支状況調査(職種別人員数・勤務時間・給与や部門別保険外収益・職員数・延べ面積)は3~4割、実施場所調査は3割、医師勤務調査(各医師の月給及び勤務時間)は3~5割の病院が既存データを活用できない状況となっている。

いえ、「武見は本来、学者肌で金銭的なことにかかわることを潔しとしなかった」(水野 2008、154)ゆえに理念的で、一定の収入の担保があるのならば原価計算といった精緻な取組みは必要としなかったということである。医療の「有形」「無形」の技術には何が含まれ何が含まれないか、つまり医師の適正賃金や減価償却費といった医療の拡大再生産に関する認識が変転するのは方法論には拘泥されないゆえであった。

言い換えるならば、橋本(1966)の整理に従うと、「もの」は本来ならば患者への直接提供される物品(医薬品・医療材料)と間接的に提供される物品(建物・設備)を含んでおり、「技術」も多様なサービス提供だけでなく自己統制的な進歩・向上や患者との信頼関係の構築といった側面があるはずである。しかしながら、「もの」「技術」以上の分類が目されなかったために、原価計算の方法論においてとくに拡大再生産に関する間接的に提供された物品(減価償却費など)や医療技術の進歩向上(教育費・研究費)の位置づけが不十分になっていったといえる(濃沼 1994)。

この点で、武見太郎によるそもそもの医療とは何か、医師の独立性は何かといった議論が重なり合い、さらに開業医が病院に発展する形があったゆえの個人(医師)と組織(診療所・病院)の責任の曖昧さ、つまり医療提供におけるドクターとしての役割とホスピタルとしての役割の未分化が絡んでいったともいえる。医療の提供に関して、開業医の場合は医師個人(ドクター)をベースにした医学的な医療提供の見方と組織(診療所)をベースにした経済学的な見方に一致するものの、病院(ホスピタル)の場合には一致しなくなり、原価計算に関する建築費用・設備費用・教育費などのあり方で問題が生じていったと考えられる(中鉢他 1966)。

変容の結論を見るならば、日本医師会は「厚生省に反対して、厚生省を牽制し、最後は自民党が調整する形で、国会で可決されていった」(水野 2008、22)と言われるように、医療供給制度の整備や診療保険制度(診療報酬制度)における価格設定に関して、裁量・介入の余地があるのならばアクター・フィールドは問わず厚生大臣や首相と直接交渉していくというものであった。そこでは、原価計算は交渉材料における一要素でしかなく、精緻な計算や妥当性のある計算が志向されたわけではなく、いつしか議論の俎上に上らなくなった。しかしながら、デリバリーの仕組みが整った後は、ファイナンスの仕組みの観点から政府・国家による医療費に関する枠組みが加わるようになり、ルール自体も制度化されることで議論の範囲の幅は狭くなり、結果としてエビデンスとして原価計算が再度求められるようになっていったともいえる。

(2) 診療報酬制度に対する原価計算への今後の期待

現行の診療報酬点数表は、厳密な原価計算に基づき設定されているわけではない。この点について、個々の点数と当該診療行為は1対1の対応関係にあるわけではなく、たとえば、診療行為に直接関係しない費用(事務職員の人件費、建物の費用)は各点数に薄く広く含まれているといえる(島崎 2011、363)。そして、医療機関の機能分化といったデリバリーに関

する問題だけでなく、診療報酬が行う費用補償・補填の範囲といった混合診療や外来定額負担の検討といったファイナンスに関する問題や、診療報酬と医療の質の接合といった複合的な問題が生じている(高木 2005)。医療の質との接合について補記するならば、医療の質は Donabedian(1966)によって構造(ストラクチャー)・過程(プロセス)・結果(アウトカム)と評価できると定義されており、診療報酬では従来は医療提供体制や設備の利用といった構造(ストラクチャー)と結びついて支払いが行われていた。しかし、近年は DPC/PDPS をはじめとする提供プロセス全体に対する評価としての支払いや、リハビリの結果や薬効⁶⁰による評価といった観点を包含した支払いといった制度の設計思想が拡大しつつある。こうした今後の展望について、政治力学の3つの観点から再考することができる。

まず、アクターの観点である。ステークホルダーという言葉を用いるならば、診療報酬制度の議論の歴史はそのまま関係者が広がる歴史であったともいえる。そのため、社会的に見て適正な医療費水準とは何か、医師の生計を成り立たせる水準から、複合化した病院を中心とする医療機関経営の問題となり、政府支出や GNP などと連動する増減率の問題として捉えられている。この点については、政策医療を始めとする公費投入の問題とも関係しており、適切な医療供給とは何か、適切な財政状況とは何かという問題に敷衍する(あずさ監査法人・KPMG ヘルスケアジャパン 2011 第6章)。最終的には国民が判断するという合意は得られるものの、それをどのように示すのか、どのように取るのかを議論する必要があるといえる(権丈 2007 増補版への序文・はじめに)。

また、フィールドの観点がある。中医協を中心とする舞台は、政治の力学が反映されるとともに力学を均衡に導くためのルール化の歴史でもある。現状では、総枠に関しては首相の方針のもとで、基本方針は社会保障審議会医療保険部会・医療部会となっているものの、医師会長選挙(中村 2017、183、333)や医科・歯科間の配分に政権との距離が指摘されるなど(二木 2011 第1章)、必ずしもエビデンスに基づかない部分が生じている。この点について、そもそもの医療費総額の将来推計として 2008 年 10 月に社会保障国民会議による医療・介護費用のシミュレーションが提示され、過去の経済成長の伸び率ではなく需給や選択と集中による重点化・合理化に基づいた試算に転換していくこととなる(権丈 2015 第2部)。また、診療報酬改定の影響動向として行われている「医療経済実態調査」が客観的な医療組織の経営状況を示すものとなりうるが、質問票調査であるゆえの回収率の低さや代表性並びに回答バイアスなども指摘されている(荒井 2017; 2018; 2019)。そのため既存の提出データである医療法人が各都道府県・政令市及び地方厚生局に每期提出している財務諸表を含む事業報告書を活用するなどの、より広範なエビデンスに基づくルール化が期待されると

⁶⁰ 例えば、従来の類似品との対比や原価計算方式による薬価の産出だけでなく、QALY (Quality-adjusted life years: 質調整生存年) と呼ばれる健康状態を加味した生存年数の価値向上を加味した費用対効果評価が、2012 年から本格検討され 2019 年から一部の医薬品に導入されている(池田 2014; 後藤 2018; 福田 2014)。

いえる(荒井 2017 ; 2018 ; 2019)。

そして、何よりもこのルールを支える原価計算そのものの問題を取り上げることができ。従来の量的な拡大が難しくなりかつ診療報酬点数が各種サービスの積み重ねからも成立している以上、サービス別の原価計算が今後期待されるといえる。この点については、原価のみに基づかない支払制度が拡張しつつあるといっても、原価情報が不要ということの意味するのではなく、より詳細な原価情報をもエビデンスとしながら制度設計する必要があるということといえる。そうした状況において、満たされていない原価情報が残されているが(荒井 2011c)、近年の実践が頓挫している状況がある(新井 2011、森田 2016 第 3 章)。具体的には、新たな原価計算制度を導入する場合の、導入時のコスト・請求コスト・審査コスト・質の評価コスト・原価把握コストといった制度導入・運用のコストが問題になるといえる(遠藤 2005)。しかしながら、海外で行われている制度研究の進展(荒井 2007)や ICT の急速な普及(荒井 2009 第 6 章)を見る限り、実践的なノウハウの蓄積や段階的な運用を施すことで実現化への道筋が見えると考えられる(荒井 2011a ; 2011b ; 2011c)。

5 結語

診療報酬については、日本医師会・厚生省を中心とするアクターと、中医協を中心とするフィールドにおいて、医療を巡る政治力学のなかで議論されてきた。とくに原価計算はその時々の政策課題の駆け引きとする材料として、そして価格決定のエビデンスとするために機能してきたといえる。近年はそもそもの財政的な制約やルール化の観点から、ステークホルダーが拡大し、より中立的なルール化の下で、根拠となるべき数字としての期待がもたれていると考えられる。

本研究の限界として、長期間を対象とした研究ゆえに原価計算に直結した課題に焦点を絞ったために関連する議論を捨象した経緯がある。例えば、保険診療制度に関してはかつて行われた医療費無料化であった老人保健医療の医療費(医療需要・医療費の拡大)や、民間医療機関へのストックの低廉なサポートを担っている医療金融公庫(現・医療福祉機構)などの役割について議論していない。また、現時点でも医療改革は進行しており、医療計画や医療法改正の観点からも高額設備のあり方について間接的に議論できる余地が残されている。これらについては今後の課題といえる。

参考文献：

- ・青木歳幸(2006)「近世の西洋医学と医療」『日本医療史』新村拓編(吉川弘文館)
- ・青柳精一(1996)『診療報酬の歴史』(思文閣出版)
- ・あずさ監査法人・KPMG ヘルスケアジャパン編(2011)『病院コストマネジメントー診療

- 科別・疾患別原価計算の実務』（中央経済社）
- ・ 荒井耕(2007)『医療原価計算－先駆的な英米医療界からの示唆』（中央経済社）
 - ・ 荒井耕(2009)『病院原価計算－医療制度適応への経営改革』（中央経済社）
 - ・ 荒井耕(2011a)「医療提供システム経営のための原価計算制度構築研究 1：私的研究としての第一歩－財務的根拠に基づく診療報酬体系の実現へ向けた 10 年間の試み－」『会計』180(4), pp.80-92.
 - ・ 荒井耕(2011b)「医療提供システム経営のための原価計算制度構築研究 2：中医協での公的研究へ－財務的根拠に基づく診療報酬体系の実現へ向けた 10 年間の試み－」『会計』180(5), pp.116-130.
 - ・ 荒井耕(2011c)「医療提供システム経営のための原価計算制度構築研究 3：研究から試行的な調査へ－財務的根拠に基づく診療報酬体系の実現へ向けた 10 年間の試み－」『会計』180(6), pp.111-124.
 - ・ 荒井耕(2017)「医療法人の事業報告書等を活用した「医療経済実態」把握の有用性－既存の公的類似調査の適切な補完」一橋大学大学院商学研究科ワーキングペーパーNo.146
 - ・ 荒井耕(2018)「病院経営医療法人の財務的な健全性に関する実態分析－多角経営類型に着目して」一橋大学大学院経営管理研究科ワーキングペーパーNo.147
 - ・ 荒井耕(2019)病院経営医療法人における資産の有効活用度の実態－多角経営類型別の資産利用の効率性分析－」一橋大学大学院経営管理研究科ワーキングペーパーNo.149
 - ・ 新井裕充(2010)『行列のできる審議会－中医協の真実』（ロハスメディカル）
 - ・ 有岡二郎(1997a)『戦後医療の五十年－医療保険制度の舞台裏』（日本医事新報社）
 - ・ 有岡二郎(1997b)「日本医師会通史」『日本医師会創立記念誌－戦後五十年のあゆみ』日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会（日本医師会）
 - ・ 猪飼周平(2010)『病院の世紀の理論』（有斐閣）
 - ・ 池上直己(2014)「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ』池上直己編著（日本国際交流センター）
 - ・ 池上直己(2016)「診療報酬の構造と統制の仕組み」『病院』75(12), pp.932-936.
 - ・ 池上直己(2017)『日本の医療と介護－歴史と構造、そして改革の方向性』（日本経済新聞出版）
 - ・ 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）
 - ・ 池田俊也(2014)「医療政策への応用における課題」『基礎から学ぶ医療経済評価』医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団編（じほう）
 - ・ 石井暎禧(2006)「診療報酬体系改革と中医協」『病院』65(12), pp.962-964.
 - ・ 伊関友伸(2014)『自治体病院の歴史－住民医療の歩みとこれから』（三輪書店）
 - ・ 市川知幸(2014)『明解わかる薬価基準』（医薬経済社）
 - ・ 一条勝夫(1966)「病院経営と医療費」『医療費問題』近藤文二編（厚生出版社）
 - ・ 今中雄一(2003a)「患者別・診断群部類別原価計算の標準的な方法論の開発」『21 世紀の

- 医療と診断群分類－DPCの実践とその可能性』松田晋哉編著（じほう）
- ・今中雄一編著(2003b)『医療の原価計算－患者別・診断群別コストイング・マニュアルと理論・実例』（社会保険研究所）
 - ・遠藤久夫(2005)「診療報酬制度の理論と実際」『医療保険・診療報酬制度（講座：医療経済・政策学②）』遠藤久夫・池上直己編著（勁草書房）
 - ・岡村俊明(2018)「医療系ベンチャーと薬価制度」『薬価の経済学』小黒一正・菅原琢磨編（日本経済新聞出版社）
 - ・岡本悦司(1991)『医療費の秘密－患者のための本』（三一書房）
 - ・鎌谷勇宏(2011)「診療報酬の政治力学」『医療の政治力学』野村拓編（桐書房）
 - ・川上武(1965)『現代日本医療史』（勁草書房）
 - ・川上武(1972)『現代の医療問題』（東京大学出版会）
 - ・川上武編(1998)『戦後日本医療史の証言－研究者の歩み』（勁草書房）
 - ・川上武・小坂富美子(1992)『戦後医療史序説－都市計画とメディコ・ポリス構想』（勁草書房）
 - ・川淵孝一(1996)「原価主義に基づく診療報酬の一考察」『医療保障と医療費』社会保障研究所編（東京大学出版会）
 - ・北原龍二(1999)『健康保険と医師会－社会保険創始期における医師と医療』（東信堂）
 - ・J.C.キャンベル・高木安雄(2014)「日本の診療報酬の政治経済学」『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ』池上直己編著（日本国際交流センター）
 - ・外科系学会社会保険委員会連合編(2017)『外保連試案 2018』（医学通信社）
 - ・権丈善一(2007)『医療政策は選挙で変える(増補版)－再分配政策の政治経済学IV』（慶應義塾大学出版会）
 - ・権丈善一(2015)『医療介護のいったい改革と財政－再分配政策の政治経済学VI』（慶應義塾大学出版会）
 - ・濃沼信夫(1994)「資本コストをめぐる診療報酬体系（特集キャピタル・コストの確保をめぐって）」『病院』53(5), pp.428-432.
 - ・厚生省医務局(1955)『医制八十年史』（印刷局朝陽会）
 - ・厚生省医務局(1976)『医制百年史』（ぎょうせい）
 - ・厚生省五十年史編集委員会(1983)『厚生省五十年史』（厚生問題研究会）
 - ・五島貞次(1966)「医療費問題の根底にあるもの」『医療費問題』近藤文二編（厚生出版社）
 - ・後藤励(2018)「医薬品の経済評価」『薬価の経済学』小黒一正・菅原琢磨編（日本経済新聞出版社）
 - ・小山路男(1969)『現代医療保障論』（社会保険新報社）
 - ・近藤文二(1966a)「医療費問題の現状と展望」『医療費問題』近藤文二編（厚生出版社）
 - ・近藤文二(1966b)「保険診療報酬改訂の経過概要」『医療費問題』近藤文二編（厚生出版社）
 - ・酒井シヅ(1982)『日本の医療史』（東京書籍）

- ・ 迫井正深(2016)「診療報酬の仕組みと改定」『日本内科学会雑誌』105(12), pp.2320-2329.
- ・ 佐藤敏信(2019)『THE 中医協ーその変遷を踏まえ健康保険制度の「今」を探る』(薬事日報社)
- ・ C.F.サムス(2007)『GFQ サムス准将の改革ー戦後日本の医療福祉政策の原点』竹前栄治訳(桐書房)
- ・ 社会保健診療報酬支払基金(2018)『七十年史』(社会保健診療報酬支払基金)
- ・ 島崎謙治(2005)「わが国の医療保険制度の歴史と展開」『医療保険・診療報酬制度(講座:医療経済・政策学②)』遠藤久夫・池上直己編著(勁草書房)
- ・ 島崎謙治(2011)『日本の医療ー制度と政策』(東京大学出版会)
- ・ 城克文(2018)「医療保険における薬価制度」『薬価の経済学』小黒一正・菅原琢磨編(日本経済新聞出版社)
- ・ 新村拓(2006a)「古代の医療」『日本医療史』新村拓編(吉川弘文館)
- ・ 新村拓(2006b)「中世の医療」『日本医療史』新村拓編(吉川弘文館)
- ・ 菅沼隆・森田慎二郎・深田耕一郎(2019)「「福祉元年」前後ー1973 年年金改正、健康保険改正、老人医療費「無料化」」『戦後社会保障の証言ー厚生官僚 120 時間オーラルヒストリー』菅沼隆・土田武史・岩永理恵・田中聡一郎編(有斐閣)
- ・ 菅谷章(1977)『日本医療政策史』(日本評論社)
- ・ 菅谷章(1981)「日本の病院ーその歩みと問題点」(中公新書)
- ・ 杉山章子(2006a)「西洋医学体制の確立」『日本医療史』新村拓編(吉川弘文館)
- ・ 杉山章子(2006b)「産業社会と医療」『日本医療史』新村拓編(吉川弘文館)
- ・ 杉山章子(2006c)「戦時体制下の医療」『日本医療史』新村拓編(吉川弘文館)
- ・ 染谷恭次郎(1997)『ある会計学者の軌跡』(税務経理協会)
- ・ 高木安雄(1996)「診療報酬の変遷とその経済効果」『医療保障と医療費』社会保障研究所編(東京大学出版会)
- ・ 高木安雄(2005)「わが国の診療報酬政策の展開と今日的課題ー技術評価と医消費配分のジレンマ」『医療保険・診療報酬制度(講座:医療経済・政策学②)』遠藤久夫・池上直己編著(勁草書房)
- ・ 高木安雄(2016)「医療経済学の「夜明け前」ー診療報酬改定の歴史的変節点を考える」『医療経済学会 10 周年記念誌ー医療経済研究のこれまでとこれから』(医療経済学会)
- ・ 田倉智之(2011)「内科系診療所医師の技術評価についてー診療報酬体系の歴史的考察」『日本臨床内科医会会誌』25(5), pp.622-626.
- ・ 武見太郎(1971)「診療報酬体系適正化の基礎構想」『日本医師会雑誌』65, pp.1447-1451.
- ・ 武見太郎(1983)『実録日本医師会』(朝日出版社)
- ・ 中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 慢性期入院医療の包括評価調査分科会(2007)「平成 18 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査・報告書」
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/dl/s0527-7a.pdf> (2019 年 7 月 14 日アクセス)

- ・中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 慢性期入院医療の包括評価調査分科会 (2009)「平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査・報告書」
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0918-6a_0001.pdf (2019 年 7 月 14 日アクセス)
- ・中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 慢性期入院医療の包括評価調査分科会 (2011)「平成 23 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査・報告書」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001mxqf-att/2r9852000001mxwi.pdf>
(2019 年 7 月 14 日アクセス)
- ・中鉢正美・守屋博・橋本寿三男・近藤文二(1966)「医業と医療報酬」『医療費問題』近藤文二編 (厚生出版社)
- ・土田武史(2005)「薬価・診療報酬」『日本社会資料IV(1980-2000)』(国立社会保障・人口問題研究所研究報告)
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/kaidai/04.html> (2019 年 7 月 14 日アクセス)
- ・土田武史(2008)「診療報酬改定の変化と中医協の役割」『病院』67(12), pp.1046-1048.
- ・土田武史(2018)「診療報酬・薬価」『日本社会資料V(2001-2016)』(国立社会保障・人口問題研究所研究報告)
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.79/data/kaidai/4.Medical%20Fee%20and%20Drug%20Price.pdf> (2019 年 7 月 14 日アクセス)
- ・土田武史(2019)「国民皆保険体制の成立」『戦後社会保障の証言－厚生官僚 120 時間オーラルヒストリー』菅沼隆・土田武史・岩永理恵・田中聡一郎編 (有斐閣)
- ・得津雄司(1982)「診療報酬体系(乙表)における無形技術料の変遷」『群馬医学』36, pp.90-92.
- ・長坂健二郎(2010)『日本の医療制度－その病理と処方箋』(東洋経済新報社)
- ・中村秀一(2017)『2001－2017 年ドキュメント社会保障改革』(年友企画)
- ・中村洋(2018)「薬価制度の考え方・特徴と薬価を取り巻く課題」『薬価の経済学』小黒一正・菅原琢磨編 (日本経済新聞出版社)
- ・二木立(2001)『21 世紀初頭の医療と介護－幻想の「抜本改革」を超えて』(勁草書房)
- ・二木立(2004)『医療改革と病院－幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』(勁草書房)
- ・二木立(2007)『医療改革と病院－危機から希望へ』(勁草書房)
- ・二木立(2009)『医療改革と財源選択』(勁草書房)
- ・二木立(2011)『民主党政権の医療政策』(勁草書房)
- ・二木立(2014)「財政審「建議」の診療報酬引き下げ論の検証」『安倍政権の医療・社会保障改革』(勁草書房)
- ・西村万里子(1996)「診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察」『医療保障と医療費』社会保障研究所編 (東京大学出版会)

- ・日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会(1997)「医療政策の構築のために」『日本医師会創立記念誌－戦後五十年のあゆみ』日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会（日本医師会）
- ・橋本寿三男(1966)「医療報酬の構造」『医療費問題』近藤文二編（厚生出版社）
- ・福田敬(2014)「わが国における医療経済評価研究用ガイドラインの概要」『基礎から学ぶ医療経済評価』医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団編（じほう）
- ・布施昌一(1979)『医師の歴史－その日本の特長』（中公新書）
- ・前田信雄(2016)『国民皆保険への途－先人の偉業百年』（勁草書房）
- ・松浦十四郎(1990)「診療報酬体系はどう変わってきたか」『病院』49(6), pp.468-472.
- ・松田晋哉(2003)「診断群分類とは何か」『21 世紀の医療と診断群分類－DPC の実践とその可能性』松田晋哉編著（じほう）
- ・水野肇(2005)『誰も書かなかった厚生省』（草思社）
- ・水野肇(2008)『誰も書かなかった日本医師会』（ちくま文庫）
- ・水巻中正(1993)『厚生省研究』（行研）
- ・水巻中正(2003)『ドキュメント日本医師会－崩落する聖域』（中央公論新社）
- ・三谷宗一郎・印南一路(2016)「医療費問題と医療費適正化政策の展開」『再考・医療費適正化』印南一路編（有斐閣）
- ・宮本義巳(2006)「近世の医療」『日本医療史』新村拓編（吉川弘文館）
- ・森田朗(2016)『会議の政治学Ⅲ－中医協の実像』（慈学選書）
- ・矢島鉄也(2003)「特定機能病院における診断群分類別包括評価制度の導入」『21 世紀の医療と診断群分類－DPC の実践とその可能性』松田晋哉編著（じほう）
- ・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）
- ・結城康博(2006)『医療の値段－診療報酬と政治』（岩波新書）
- ・吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(増補改訂版)』（東洋経済新報社）
- ・Donabedian, A., 1966, "Evaluating the Quality of Medical Care." *Milbank Quarterly* 44: 166-203. Reprinted in 2005; 83(4): 691-729.