

社会保険診療報酬論(上)

YOSHIDA, Hideo / ヨシダ, ヒデオ / 吉田, 秀夫

(出版者 / Publisher)

法政大学社会学部学会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

社会労働研究 / Society and Labour

(巻 / Volume)

21

(号 / Number)

1-2

(開始ページ / Start Page)

1

(終了ページ / End Page)

28

(発行年 / Year)

1975-01-10

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00018008>

社会保険診療報酬論(上)

吉田秀夫

目次(上)

- 一、国民医療と医療費
- 二、診療報酬問題の歴史的考察
―健保創設から終戦直後まで―
- 三、支払基金発足と出来高払い

はじめに

昭和四九年一〇月から健康保険の医療費が、平均して一六%引上げ実施された。四九年二月に平均一七・五%引上げられているので、年度途中で二回も医療費が引上げられるということは、終戦直後の混乱期をのぞいては異例のことといわなければならない。消費者米価、国鉄運賃、健康保険医療費といわゆる三K問題がいっせいに大幅な引上げをみることになり、このことが国民生活やすべての医療保険財政にあたえる影響は重大である。

いうまでもなく、わが国の医療保障の歩みのなかで医療費問題は、戦後一貫して保険者、支払い団体と、医師、歯

料医師の療養担当者団体との宿命的な対立抗争の焦点となつてくりかえされてきた。医療保険、医療制度とくに診療報酬問題は、利害得失がからみあい、不合理、矛盾をいっぱいかかえているので、なかなか、一般国民に理解されるということは難かしい。これまで、医師・医療機関側からは、健康保険の診療報酬が低くすぎるから、たえず引上げが要求され、たしかに徐々それが実施されてきた。ところが、国民からい wish むると、診療報酬が低いといわれても、国民総医療費が年ごとに増大し、これを全国の公私医療機関がうけとりながら、医療機関の経営が危機にあるということはどういうわけであろうかという疑問がでてくる。医療費の増大は、すべての医療保険の財政を圧迫し、現実に保険料、一部負担などの労働者、一般国民、患者の負担増になってはね返ってきている。医師・医療機関側は低いといっているが、患者、国民側は医療費は高いといった見方が強いことは否定しえない。

本小論は、あえて社会保険診療報酬論としたのは、このへんのところを解明しようというのである。とくに、単価点数、現物給付、出来高払い方式といわれる現行健康保険制度の診療報酬問題を歴史的に解明し、とくに戦後の推移と現代的問題点を究明し、あわして改革のための問題提起を試みようとするものである。

一、国民医療と医療費

国民の生活にとって、その家族の経済的担い手である働き手が病気でおれたり、または家族のだれかが病気になるということは、その病気の重い軽いの差はあっても生活上の脅威である。そしてしばしば貧困と結びつく。昔から疾病と貧困、貧困と疾病の悪循環は指摘されてきた。

病気になったばあい、医師にかかり、近代的な医療をうけるということは、それぞれの国の社会的文化的発展の度

合い、とくに医療制度と医療保障制度の発展の度合いによって大きく規制されることはいうまでもない。筆者は四八年一〇月、長野県南佐久郡臼田町にある佐久総合病院を会場とする第一回アジア農村医学会議に出席した折、正面上にならぶアジア各国代表に「疾病保険制度の有無について」質問したが、インドの一部を除いては皆無ということであった。その理由は、医療機関がほんのごく一部に偏在し、医師も看護婦も圧倒的に少ないためである。それよりもいまもっと重要なことは、開発途上国のおびただしい人民大衆の貧困をどうしたら失くすることができるかということであり、各種伝染病、風土病の脅威をいかに軽減するかにあるといったことがアジア各国の重要な課題であるということを感じた。

いま、わが国は、国際的にも異例ともいふべき皆保険の国である。生活保護をうける世帯員を除いては、赤ん坊から老人にいたるまで、労働者、農民、自営業者もふくめて何らかの医療保険制度に加入し、病気になれば、その保険証を利用して医師、医療機関にかかることができる。この医療保険制度こそ、国民が病気になって、医療機関を利用したときの医療費負担を軽減する社会的制度である。皆保険政策は、高度経済成長政策の過程で新安保条約体制下に、国民年金とともに打ちだされた政府の二大社会保障政策の一つであった。昭和三四年国民健康保険法の実施により三六年四月まですべての市町村は強制的に国民健康保険をつくることになり、無医村三つを除いてこれが達成された。それ以後、国民医療は、形式的には国民諸階層の直接負担する医療費を軽減するかの方向をとりながら、矛盾、不合理的をつみかさねながら、今日指摘されるようなおどろくべき医療サービスの低下、医療の荒廃をもたらしてきた。

国民の直接負担する医療費の軽減施策の動向としては、つぎのようなものがあつた。

① 新国民健康保険法は、三四年一月から療養給付率の世帯主、家族とも原則として五割給付率としいろいろな制

限給付ではじめたが、世帯主の結核、精神病については七割給付、四〇年以降世帯主、世帯員ともオール七割給付に改善し、制限給付をやめて被用者保険と同じくし、療養給付にたいする国庫負担補助をそれまでの二割五分から四割五分に引上げた。(注、制限給付とは、往診料、入院食料、義歯代などを給付外にすることであり、国庫補助には五分の平衡交付金分をふくむものである)。

② 七〇歳以上の老人の医療費(ただし医療保険の一部負担分)公費制度を四八年一月より実施した。この改善施策を直接うけるのは政府管掌健康保険(以下政管健保という)と市町村国保であり、健保組合、公務員の共済組合などは、それぞれの保険財政の枠のなかの附加給付でこれをカバーしている。

③ 四八年一〇月より政管健保をはじめ、すべての被用者の医療保険が法改正で法定家族の療養給付率が五割から七割給付率に改善された。そして被用者の家族が一カ月の療養費の一部負担金が三万円以上越える分については保険給付にするという家族の高額療養費の新設がはじめられ、五〇年秋までに市町村国保もこれに見習うという方向をとり、東京都はじめ一部自治体では四九年度にこれを採用している。この家族高額療養費の新設も、健保組合や共済組合は、自前でまかなうことになる。

④ そのほか、公費医療制度が七〇年代に入って徐々にひろがりをはじめてきていることである。これは各種難病といわれる疾病から老人医療の年齢を引下げ七〇歳を六八歳ないし六五歳に引下げるとか、乳児医療公費制度などもふくめて、拡大しつつあるということである。

このような一連の改善措置は、住民運動や労働運動のとりくみや運動により、政府がしぶしぶ譲歩し改善したもので、とくに市町村国保のそれは、あきらかに政治的配慮による施策とみるべきであろう。療養給付率やその給付内容

の改善は当然、受診率の向上をもふくめて医療保険の医療費を増大せしむる。これが六九年以降、はげしい医療保険の赤字対策の国会内外の激突の背景になったものである。しかし、上記、①、②、③、④の改善措置は、たしかに労働者と家族、一般国民にたいして医療保険による直接の医療費負担の軽減につながったことはいうまでもない。老人医療公費制度、七割給付率、高額療養費の新設など、これである。この分野における直接医療費の軽減がなされたとしても、現実はこの動向に対応して進行したのは、高福祉、高負担を原則とする保険料（率）保険税の引上げであり、健康保険でいえば、四二年一〇月実施の薬品の一部負担金強化であり、四七年政府案のように労働者のボーナスをも保険料徴収の対象にするという、収入増加の施策案もあった。この赤字対策法案は国会で流産した。

こうした推移のなかで、国民医療は確保でき、さらに充実の道を歩むようになったかといえそうではない。逆に医療や看護サービスの低下、国民医療の危機は、六〇年代、七〇年代といっそう深刻の方向をたどってきているというのである。国民医療にかかわる言葉のなかに、「いつでも、どこでも、だれでも良い医療を」という要求を表わす言葉があり、これが国民のあいだに定着化しつつあるが、この言葉と全く逆な不合理、矛盾が、わが国の医療制度、医療保険制度のなかに拡大してきたということである。そしてもっとも皮肉な言葉として「保険あって医療なし」といわれるような事態が随所にみられることである。ここではそれらをくわしく例証することを省略し、主な特徴点、現状のみ列挙しよう。

国民医療の危機の種々相

① 皆保険下にありながら、無医地域が全国で二四七三カ所―四六年一月（四八年厚生白書より）―もあり、国保の保険料（税）を徴収されても医療に全く恵まれない地域が増加していること

② 医療機関があつても、日曜祭日、夜間診療を拒否したり、公然と休診しているところがあり、さらに歯科医を中心にかなりきびしい予約制がしかれ、いつでも、どこでもというわけにいかないこと

③ とくに救急医療、リハビリテーション施設が著しく立ち遅れ、そのために手遅れの事例があとをたたないこと
 ④ 入院部屋代に公然たる差額ベッド料の徴収、基準看護病院でありながら外部から有料附添婦をつけるなど、保険利用といいながら患者負担が過重で安心しては入院加療ができないこと。保険外として歯科の義歯が高いこと

⑤ 皆保険下、医療と看護サービスの内容が著しく低下していること、*「持ち時間三時間、診療たった三分」*の言葉どおり、医師ないし看護婦と患者の人間関係が断絶し、「医原病」なる新しい言葉が示すように、投薬その他の医師の治療により、生命や健康を損傷されるという事例が多くなってきたこと

⑦ 国民総医療費、医療保険医療費のなかに占める薬剤費の比重が、国際的に異例ともいうべき四割台を示すといわれるほど国民への治療にあたり、くすりの多用が目立ち、これが独占的製薬メーカーの高利潤の蓄積、流通機構の支配につながっていること

⑧ 高度経済成長政策強行の過程で、減少の一途をたどってきたのは、公立公的医療機関であり、増加してきたのは個人病院と開業医のみであった。これは本来医療は公共性をもち、国と地方自治体の責任によって医療の非営利性が堅持され、拡大されなければならないのに、これを無視し、自由開業医制にゆだねてきたこと

⑨ こうした国民医療の危機にたいして、政府は医療保険の抜本改革を中心に、医療制度の改革にも、六九年以来とりくんできた。自民党案、厚生省案、そして最終的には四七年春、二つの法案を国会に提出したがともに流産、廃案をみたこと。それは医療制度の改革をめざすものではなく、医療保険の赤字対策に終始している内容が国会内外の

はげしい批判を浴びたからに他ならない。つまりいまだに医療保険、医療制度の根本的な改革は棚上げになっていることである。

以上は、現在の国民医療の危機の種々相である。これを国民大衆と医療費負担の面からみると、それぞれの医療保険に強制加入させられながら、被用者のばあいは、労使あわして賃金の六%台から一割近い保険料を払い、農民、自営業者のばあいは、年平均した被保険者、一人あたり六九二一円、一世帯あたり二万二二三九円（四七年度）の保険料（税）を払いながら、前述の医療供給の不備と給付外の医療費負担のもとで、いつでもどこでもだれでも良い医療をというにはほど遠い現状にある。

ただ、国民のばあい皆保険下で医療費が高いという自覚を具体的にもつことがあれば、それは被用者本人も家族も入院加療のときであり、外来のばあいは、家族の三割自己負担分を医療機関の窓口で支払うときであろう。農民や自営業者のばあいは、外来、入院とも、三割自己負担は楽ではないし、まして部屋代、附添婦などの自己負担は、労働者も農民も同様である。このほかに、近年増大してきた腰痛症、頸腕症候群、ムチウチ症などの病気にたいするあんなま、はり、灸、マッサージなどの治療は原則的に健康保険の適用除外となり、特異な疾病にたいする差額徴収など自己負担の医療費などが生活の脅威となる。かつて朝日新聞は、四六年に医療実態の全国調査を一般人を対象に行なったが、このときの答えのなかで「医療費は相当の負担である」と答えた人が三六%に達していると。これはおそらく前述の一部負担と保険外医療の重さにたいしてではないだろうか。

二、診療報酬問題の歴史的考察

—健康保険創設より終戦直後まで—

医療保険の特異性

社会保障制度の中心的な制度は、社会保険制度である。社会保険制度は、社会保険の対象となるさまざまな事故にたいして、一定の資格要件を具備することによって、すなわち社会保険仕組みをもって諸給付をおこない、これに関する諸事業を行なうものである。社会保険、社会保障制度のうち、所得保障が最大の比重をもつといわれ、学者によっては社会保障即所得保障であるときえいわれる。たしかに、各種年金制度、失業保険金、家族（児童）手当金をはじめ、労災保険、医療保険にも現金手当が数多く存在する。労災保険の休業補償給付、年金、一時金、遺族補償給付（年金、一時金）、医療保険にも、傷病手当金、出産手当金、分べん費、埋葬費、哺育手当金などがある。

ところが、わが国の社会保障制度は、周知のようにこれら社会保険の他に、生活保護、社会福祉、公衆衛生と医療制度をふくむとされ、生活保護のうち医療扶助以外は、生活、教育、住宅、出産、生業、葬祭の六つの扶助はすべて現金扶助である。社会福祉分野でも保育所とその措置費、母子福祉貸付金、各種老人ホームの費用（徴収基準）児童扶養手当など現金によるサービス、基準などがかなりある。公衆衛生は原則として保健所を行政単位とする公衆衛生サービスを主体とする。こうした実体が社会保障は所得保障が中心であるといわれる所以である。

ところが医療保険制度の中心的な事業は、現金手当支給ではない、医療というサービスの提供にある。この医療というサービスの提供には、多くの国が採用しているように医療という現物を保険制度自体が提供し、それに要した費

用を、保険者から、医師、医療機関にその実績によって支払うといわゆる現物給付払いと、もう一つは、患者が、労働者であれ、家族であれ、まず医師、医療機関を利用し診療を終えたら、その費用の全額を支払い、その領収証により、保険者ないし医療保険関係の金庫より、後払いしてもらういわゆる医療費償還方式がある。この現物給付払いも償還方式払いも、国により一部負担をとめない、その分だけ、患者負担となる。とくに償還方式のばあいは、フランスでみられるように、まず患者が全額現金で支払い、あとから金庫により償還される割合は、平均して八割というやり方である。ただしこれは外来である。この他にイギリスのように国民保健サービス法によって、処方せん、眼鏡、義歯などにたいする一部負担以外は、窓口払いは無料、病院の大半は国営、したがって入院医療は原則として無料という国があり、社会主義諸国のばあいは、医療国営で原則として無料であり、労働者の保険料負担はないなど、いろいろの方法制度が行なわれている。

医療保険制度が他の社会保険と異なるところは、現物給付であれ、現金払い償還方式であれ、医師その他の医療従事者とその人たちの働らいている医療機関が介在するという点である。したがって一定の資格要件と財源方式で行なわれる現金手当オンリーの社会保険とは大きく異なる。さらに社会保険や、労災保険は、労働災害上の病気やけがを取扱う仕組みから同じように医師と医療機関が介在し、生活保護の医療扶助、社会福祉関係の医療サービスも同様である。したがって、いずれの国でも新しく社会政策の一環として医療保険制度を採用、実施するばあいに、その国の医師、歯科医師の団体や医療機関団体と、政府や保険者団体、支払い団体となるべき関係諸団体とのあいだで、給付の対象となる医療内容、その医療費のきめ方と支払方法で、はげしく渡り合いながら、実施されてきた。このばあい、もつとも発言力の強いのは、医師団体であり、ついで資本家団体、労働団体などである。つまり保険医療内容や医療費と

支払方法には、当然その国の医師団体の力の強弱が作用した。ここではふれることを省略するが、フランスが依然として外来部門で現金払いの償還方式を堅持しているのは、フランス医師の倫理規程―医療内容を公開しない、プライバシーの保持とともにそのことを強く要求してきたフランス医師団体の力の強大を意味し、戦前ある時期にイギリスの医療保険の運営に伝統的な共済組合、ひいては労働組合が医師との契約医療を行なうとき労働組合が大きな力をもっていたことなどによっても立証される。(注、江間時彦著―医師の報酬―主要十二カ国の国際比較―四〇年版(医歯科薬出版発行)や小川喜一著、イギリス社会政策史論―三六年版有斐閣発行などによる)

わが国の健康保険は、周知のように大正十一年(一九二二年)制定され、翌年の関東大震災によって延期になり、昭和二年(一九二七年)実施されたものである。一年の制定時には、健康保険法の大綱のみで、肝心の医療費とその支払方式というもっとも重要な事項の細目は、実施直前の大正一五年秋にようやく政府と日本医師会や日本歯科医師会との話し合いが妥結し決定するという状態であった。自由開業医制をもって発足した明治以降のわが国の医療制度の発展に医師団体とくに日本医師会が強大な発言力をもっていたことはいうまでもない。

健康保険創設と診療報酬

わが国の健康保険制度は、社会保険創始国ドイツのそれをまねてつくられたことは知られている通りである。ドイツのそれは劃一的な公定料金の採用と現物給付方式であり、なによりも医師と古くからあった疾病金庫との保険診療契約といふことが、原則的にわが国にもあてはめられたとみる。ドイツの疾病金庫が個別の医師から集団的な保険医協会との契約に移行したのは一九三〇年代であった。なお、ドイツは疾病保険については地方分権であり、わが国のような全国一本の政府管掌健康保険という制度はない。また、わが国の健康保険制度の不合理な点は私傷病と公傷病

を一緒にして健康保険の給付対象にし、公傷病にたいする給付の費用にたいしてすでに大正五年（一九一六年）実施の劣悪な工場法によってさえ公傷病のばあいは全額雇主負担であるはずのものを、労働者にもその費用を切半負担で強制するという内容で発足したことである。だから、当時徹底的な弾圧下にあった労働組合は、この不合理で劣悪な健康保険にストライキをもって抵抗したのである。

なお、本文では医療費ないし診療報酬と用語を使いわけしているが、厳密にいうならば医療とは、患者にたいする広い意味の医学的な処置にたいして医師その他の医療従事者が、患者または患者に代って支払い機関が徴収し支払いをする料金をいう。このばあいには保険医療費も自由診療費も、公費医療費も広くふくむものである。診療報酬といえは社会保険診療報酬といわれるようにすべての医療保険制度に共通の公定料金で表わされる医療費と解すべきである。したがって個々の社会保険の診療行為にたいする評価としては、健康保険創設いらい何点何十点として表示されるその大なり小なりの合計が医療費とも診療費ともいわれてきた。国民総医療費なる統計はこの広い意味の医療費の合計を意味する。しかし、現実にはこうした一応の区別をしないで医療費という言葉が使用されていると云ってよい。ここでは健康保険法の用語である社会保険診療報酬という言葉で、その歴史的な考察にふれることにする。

(1) 単価、点数、団体請負方式

わが国の健康保険の診療報酬は、昭和二年の創設当時から現在まで約半世紀近い年月のあいだ一貫して単価点数で表わされてきた。何千種類にのぼる医師の診療行為にたいしてその対価としてすべて何点何十点、何百点という点数でなされ、これは全国どこでも一律であり、政府の指示する公定料金である。単価は、経済的価格の単位であるから戦前は、後述のように何銭何厘何毛で定められ、それをもとにして点数表がつくられた。（現在はすべて一点単価一

〇円ときめられている。この一点単価一〇円は、昭和三三年一〇月、一般医科で診療報酬点数表が甲表と乙表の二本建てになったときくらい一律に一〇円となって現在にいたっている。

単価、点数は当初どうしてきめられたか。

大正の末期まで国民の医療費、病院や診療所で医療をうけたときの医療費は、いわゆる慣行料金というものであった。そのころ、疾病統計や医療費などの統計がきわめて不十分な時代で、政府（内務省）は、若干の大都市の部分的実態調査をもとにして、労働者―被保険者一人、一日の医療費を五〇銭とし―これは米一升分に相当するとされていた―これに年間医師にかかる診療日数を約一七・三日として、年間一人あたりの医療費は八円六五銭と見積もり、そのうちから歯科診療費、看護費、移送費、療養費の合計一人あたり一円二二銭三厘三毛を差引き、七円四二銭六厘七毛にしたといわれる。また一説によると「医は仁術」だから、貧困者から医者代はとれない、それはサービスとして当然割引いてよいとされたために七円なにしたといわれている。これが診療報酬の標準単価である。

ところが、点数の方は、医療行為ごとにその技術の難易差をあらわすものとして、その当時の内務省の少数の官僚（そのなかには医師である技官もいた）の手により、あらゆる診療行為ごとに、すべて何点何十点というランクを各科別にきめたのである。当時その天下りの点数表にたいしてほとんど抵抗はなかったらしい。いまなら、少くとも健康保険の診療科目が約一四科目、内科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科、外科その他に分かれ、それとの関連する関係学会が四〇数種にもほるといっているのであるから、点数再検討ということになると收拾のつかない紛争事になることは明らかである。単価にしても点数表にしても、すんなりときまって発足したのは、健康保険の発足にあたり、健康保険患者は全国の開業医にとっては、取扱う患者のほんの一部分であり、そのうえ実費診療、軽費診療だから健康保険患

者はあまり問題にしないという風潮があったからだといわれる。この健康保険患者にたいする軽視、差別扱いは、労働者の密集している工場地帯をのぞいては、終戦までつづいた一般的傾向であった。

人頭割請負方式の採用

わが国の健康保険でその診療報酬の支払い方法については、医師会は二つの要求を政府につよく要求した。すなわち日本医師会は、健康保険の創設にあたり、被保険者の医師選択の自由と、医療給付と医療費については政府と医師会の団体請負方式によるものとするの二点であった。この二点は、政管健保についてであり、二つとも政府はみとめたが、当初は明示せず、前述のとおり実施の前年の秋から暮れにようやく妥結したものである。また健康保険の診療は、現物給付でいくことにし、これはそのまま現在まで引きつがれている。

団体負請方式とはなにか。前述の政管健保の被保険者一人あたりの年間医療費を被保険者数（人頭割）に乗じた額をその年の政府と日本医師会とのあいだで請負契約したのである。すなわち政管健保の被保険者約一四万人（昭二）に年間医療費七円四二銭六厘七毛を乗じた額、約八四六万円強が創設当時の請負年間医療費総額である。

この年間医療費をどのようにして配分したかということである。これを一二カ月で割れば、一カ月の全国の医療費となる。これをその年の年間を通して動かない金額としてあとは道府県医師会をとおし、その管内の保険医、保険医療機関がその一カ月のあいだに取り扱った政管健康保険の患者の実績におうじて配分した。ただし官公立病院や薬剤師に支払う分を控除した分が医療費ということになる。末端の保険医、保険医療機関は、毎月月末に締切り、その月取扱った患者の稼動点数をカルテから請求明細書にかけて道府県医師会に請求する。医師会は、管内保険医、保険医療機関の請求点数を合計する。その合計点数でその月の配分された医療費を割る。とすると一点平均がいくらという

第2表 各年度別診療報酬一点単価の推移

年 度	1 点単価
	銭
昭和2	12.342
3	14.038
4	15.119
5	13.814
6	14.345
7	13.952
8	13.771
9	14.162
10	14.671
11	13.946
12	13.471
13	13.471
14	15.088
15	16.646
16	19.058

(注) 1. これは全国平均の1点単価で、道府県医師会から保険医あてに配分されるばあいは、その道府県での単価となる。
2. 資料 第1表と同じ

第1表 健康保険の人頭割による被保険者一人あたりの診療報酬の推移

年 度	人頭割一人当り年間診療報酬
	円
昭 2	7.4267
3	6.9120
4	7.7548
5	7.7548
6	7.4446
7	7.4446
8	7.4446
9	7.4446
10	7.4446(0.1000)
11	7.4446(0.1000)
12	7.5971(0.1000)
13	7.5971(0.1000)
14	7.8428(0.1000)
15	6.5652(0.1000)
16	8.1630
17	8.1630

(注) 1. 昭10より昭15の間、診療内容向上のため被保険者一人あたり10銭を加算した
2. 資料は日医の国民医療年鑑（昭41年版による）

金額がでる。この一点単価を、個々の保険医、保険医療機関の請求点数に乗じて支払うという仕組みである。

つぎの第1表と第2表をみられたい。第1表は健康保険で昭和二年いらい一七年までの政府と医師のあいだで契約した人頭割方式を基盤にした、年間診療報酬の推移である。

昭和二年より一〇年までは、日医の指示により、道府県医師会は被保険者数においての月の医療費をこの表の金額でだし、一一年以降は、被保険者数と傷病率を基準として配分額をきめたとされている。いづれにしても尙足いらい一五年間、この被保険者一人あたり年間医療費は、大きく引上げられることはなく七円台で終始していたのである。だからこそ、戦前、健康保険の

財政収支は公傷病分をいれた制度にもかかわらず赤字に見舞われることがなかった。つまり保険料（千分の三〇から四〇）の範囲でまかなわれ、逆に毎年黒字を生んできた。戦後の推移からみると雲泥の差である。だからこそ、戦後、医療費紛争激化の傾向のなかで著名な学者から、支払い方法を戦前の人頭割団体請負方式に戻すべきだといった意見がだされ、保険者団体もこれに同調するという一コマもあった。

さて、第2表は、健康保険の診療報酬の一点単価の発足らしいの推移である。

この医療保険の診療報酬とその支払方法の不合理な問題点はつぎの点にあった。

① 被保険者、労働者の傷病率や傷病量を過去の実績によって一応測定したとしてもそれは科学的に誤りなく推測できるものでないことにもかかわらず、前述のように一定の医療費に長期にわたって釘づけし規制したこと。

② また、年間を通して毎月傷病量が一定だという保障はなく、外来のばあいは春から夏にかけて上昇し、健康の秋で下降し、また暮れから上昇傾向をたどる。したがって病気、病人が多い月は当然単価は低くなること。

③ そのうえ、医療機関の有無や密集状況、病気の地域差などにより、道府県ごとに保険利用に差がでてくること、このことが、実施後、一点単価に大きな地域格を生じた。すなわち、昭和一四年では宮崎県の単価は二〇銭八厘六毛だったのにたいして大阪府では一一銭八厘六毛にすぎなかったこと。これは大都市の点数であらわされる診療報酬が、同じ病気でも地方の方が二倍も高いということになる。

④ そのため日医と地方医師会のあいだにこの不合理にたいして紛争がたえずあった。

⑤ とくに診療報酬の審査と支払いが道府県医師会に一任されていたために、支払いについてのサジ加減、不公平が各地で行なわれたことなどである。

⑥ 診療報酬の名の示すとおり、医師の行なう診療行為にたいする単価、点数の表示である。つまり、零細な開業医にたいする点数表であった。戦前、この診療報酬の支払方法から官公立病院は除外されていたことをみても分るように、病院経営にたいする所要経費の点数化ではなかった、軍医療機関や大学病院は契約外にあったし、公立、公的病院も、入院外来ともこの患者の一部に政管健保の被保険者がいてもこれはたいした比重を示していなかった。

⑦ 政管健保以外の健保組合や共済組合の診療報酬と支払方法は、上述の方法に準拠したとしても、各種の方法でなされた。各組合は、日医または道府県医師会とのあいだでおおむね、つぎの三通りでなされた。

一は、政管健保と同じく人头割診療報酬方式 二は、点数単価方式で、単価を協議して定める定額方式 三は、各道府県で政管健保よりも単価を若干引き上げ（大体六%増）で割増時価方式で行なった。実際にはこの三がもっとも多かった。歯科診療についても同じである。また、昭和一三年実施の国民健康保険については、国保（組合）と療養担当者（実際は郡市医師会）とで政管健保に準じて時価方式による契約で行なわれた。農業者や農村地帯では、医療社会化の動きを背景にして割引契約がなされた例が少なくない。

なお、歯科診療の診療報酬については歯科医師会との契約により、昭和二年より一七年まで被保険者一人あたり六八銭余から九九銭という範囲で契約され行なわれた。

この時期の健康保険の財政状態は、今日みられるような財政危機は一度もみられなかった。日進月歩といわゆる医学、薬学、医術などの向上、物価や人件費などが上昇したにもかかわらず長期にわたり労働者一人あたりの年間医療費が実質的にほとんど上昇しなかった事実をみても、文字通り低医療費政策によって保険経済は安泰だったということである。また、保険医、医師会も大して健保収入をあてにせず、軽視していたから、患者は差別扱いをうけていたことになる。

戦時中、終戦直後の診療報酬の推移

健康保険改正により、それまで被保険者本人のみを対象にしてきたのを、家族にまで拡大したのが、昭和一七年である。すなわち被扶養者の療養給付率を五割とした。太平洋戦争の拡大は多量の医師、看護婦を軍に動員し、軍需工場に徴用した。それは日本本土に昭和一五年六万七六一二人いた医師が昭和一八年には一万二八〇二人に激減したと、看護婦は同年で一五万〇四二六人から三万〇六七六人に減少したことも分る（医制八十年史より）

そのころ軍部の要請で健民健民運動が展開され、昭和一七年より皆保険が強制され、終戦時の二〇年には、六大都市をのぞいた一万四七四市町村に国保が半強制的に設立され、その被保険者数は四一六万一三〇一人に達していた。そのころ医師は戦争によって大量動員され、現実には国民の大部分は、医師不在のもとにまともな医療をうけることができず、戦争による窮乏のなかで、生きることには精一杯であったことはいままでもない。敗戦の混乱と荒廃は、これに拍車をかけ、健康保険どころではなかった。だから、敗戦直後一、二年ある大きな府の保険課長は、保険料徴収をびしびしとつても、被保険者、家族の健保利用が少なく、このために保険医によびかけ、進駐軍放出の医薬品をプレミアヤつきにして配給し健保患者を積極的にみてほしいという要請をだすという一コマさえあった。

この戦時中、終戦直後の異常な時期の健康保険の診療報酬は、これまでの団体請負方式は一応保ちながら、昭和八年から一点単価を定額とし、日医と日歯の定めている健康保険診療報酬計算規程による点数表を用いることにして、その点数、単価は厚生大臣が告示するというにした。このころの保険医の請求明細書は、紙不足もあって、一枚の用紙に何人かの患者の名を書き、横書きにして何点という簡単なものになっていた。

昭和一八年四月一日より、単価を全国一律に二〇銭とし、一九年五月一日より甲地二六銭、乙地が二三銭、丙地が

二〇銭と地域差を三通りにし、終戦の二〇年には、甲乙丙各地の単価をそれぞれ二六銭、二四銭、二二銭にして終戦を迎えた。その年の一〇月に標準単価を三五銭とした。戦後のインフレ、物価高騰のなかでこの単価は大きく上昇していく。昭和二一年四月大都市一元五〇銭、その他の都市一元三〇銭、町村一元、二二年の一月、四月、九月に三回改訂して標準単価四円にし、さらに二三年三月これを六円にした。

これでも、全国の保険医は、健康保険とその患者をあまりあてにできなかった。復員医師、外地から引揚医師、疎開先から大中市の焼あとにもどり医療施設をつくり、自由診療で医業を再建しつつあった。これは健康保険制度の存立に影響しかねまじき状態であった。事実、敗戦により軍需工場は解体され、企業の解体倒産が相つぎ、おびただしい失業者群をかかえていた。昭和二九年に政管健保の被保険者約四六五万人が終戦時に半減し、健保組合は一九年四八二万人が、二二年には一七八万人に激減したことはこのことを立証する。そして市町村国保は、敗戦と同時に休止解散するところが続出した。

こうした状態の健康保険にたいし起死回生の再建方策がとられた。これは社会保険診療報酬支払基金の昭和二三年九月からの創設とその発足である。

三、社会保険診療報酬支払基金発足と出来高払い

支払基金発足と出来高払いへの移行

社会保険診療報酬支払基金は、公法人であり、国民健康保険の診療報酬分をのぞいたすべての医療保険制度の診療報酬を支払基金で公平に審査し、迅速に保険医、保険医療機関に支払いをするということを目的につくられた。中央

に本部があり、四六都道府県（沖縄をいれて現在は四七）に支払基金事務所がある。毎月上は大学病院、国立病院よ下は診療所—一般開業医、歯科医師のそれもふくめて月末に外来、入院患者を締め切り、月はじめから、七、八日までに前月取扱った患者をカルテから一枚一枚請求明細書に記入してまとめて、都道府県の支払基金事務所に提出する。月なかば約一週間、審査委員会（学識、療養担当者、保険者代表の三者構成ですべて医師）でこれを審査し、それを医療保険の保険者ごとに請求する。政管健保、船員保険、日雇健保と生活保護分は厚生省に、また各健保組合、各共済組合に提出する。保険者はそれをうけて翌月末までに当該月分の診療費（本人および家族分）を支払基金に支払う。それをうけて翌々月、月末までに支払基金は、契約銀行を通して各保険医、保険医療機関に支払いをするというのである。筆者は、この支払基金の設立委員と発足いらい四年間本部の理事をした。理事会は、学識経験者、保険者、被保険者、日医、日歯などの療養担当者代表で構成されている。この支払基金法の立案者は、当時の保険課長、のちに千葉県知事友納武人氏であった。なお、国民健康保険については、都道府県国民健康保険連合会が、国保診療分については独自に審査をし支払いをすることになっている。

この支払基金の発足は、その後の医療保険の動向に決定的な影響を与えることになる。それは、昭和二年以来堅持してきた単価、点数、現物給付という立てまえをそのままにして、その支払方法を大きく変えたところにある。労働者一人あたりの年間医療費を被保険者数にかけて出された年間医療費を、政管健保について政府と日医（日歯）間で団体請負契約にしたというそのやり方を破棄して、出来高払い方式に移行したからである。出来高払い方式は、外来にしても入院にしても、一カ月取扱った患者数、その一人の患者の診療に対応した点数の合計、それを前述のようなやり方で月末に締切り、月初めに支払基金にまとめて請求するというやり方である。これはたしかに重大な変革であ

った。

新しい制度も、医師や保険者の協力がなければ成立しないし発展もしない。保険者諸団体には一カ月の診療費分を前納することにし、医師には、社会保険の診療報酬の単価を大きく引上げ、審査にも支払いにも責任をもつと宣伝した。昭和二三年九月に、アメリカ連合軍の要請で保険医の登録は、これまでのように強制ではなく自由登録にせよというその切り替え時期にあり、圧倒的な多数の医師は、保険医の再登録をし健保患者歓迎をうち出した。労働者大衆の方も、インフレ、デフレの脅威による生活苦のために病気のばあい健康保険を利用せざるを得なかった。こうして支払基金がすべり出したのである。

一点単価算定と病院医療費

前述のように、政府は、保険医への支払基金協力を前提にして、診療報酬のうち単価を引き上げた。二三年九月甲地一〇円、乙地九円、ついで物価高騰を理由にして一〇月甲地一一円、乙地一〇円にした。(注甲地は人口一〇〇万以上の大都市とその周辺の地域、乙地はその以外の市町村の地域をいう)この一〇月の単価算出にはつぎのようなことを基準にした。

$$\text{一点単価} = \frac{\text{医療総支出} = 49.473\text{円}}{\text{稼動点数} = 5.514\text{点}} = 8\text{円}90\text{銭}$$

これは私立診療所の一カ月の収入支出を推計したもので、当時所長である医師の一カ月の生計費を一万二七〇〇円とし、これが上記方式の医療総支出のなかに含まれるものである。もちろん診療所といっても各科別に取扱う患者もその比重も異なる、患者の多い眼科、耳鼻咽喉科と比較的少ない外科、産婦人科などがあるので、診療所数で、もっ

とも数の多い内科診療所の対象にし、これを標準にしたものである。

このばあいでも政府は零細な開業医師の診療行為にたいして単価を割り出し、診療報酬点数表をあてはめたのである。戦前と大きく異なる点は、すべての医療機関が保険患者歓迎を打ち出し、その医療機関のなかに、陸海軍病院約一七二カ所が、二〇年一月連合軍の指令で解体、厚生省に返還を命ぜられ、大部分は国立病院となり、また戦時中につくられた日本医療団のもつ六八八カ所の施設のうち結核施設が国立療養所（若干は県立）になった。その国立施設も、大学病院も公立病院も、公的病院も被用者の健康保険の本人や家族、生活保護患者を取り扱えば、その診療報酬はこの支払基金で審査され、支払いをうけることになった。とすれば、私立診療所を単位にして算出された一点単価が、そのまま大規模の病院経営に対応するはずはないということである。もしもこの私立診療所の総支出を稼動点数で割るといふ一点単価方式をそのまま病院にあてはめれば、病院の一点単価は、基準となる病院の一カ月の平均的医療の総支出を、その月の外来、入院の患者から得た稼動総点数で割り、そこから病院向きの単価が算出されるのである。この病院の総支出のなかには、医師、医療従事者（看護婦からすべての医療従事者）の人件費や医薬品支出、医療機械の原価償却分、光熱費、水道料、設備費、土地建物などの償却分が合計されるはずのものである。それは当然、診療所基準の単価よりも高くなる。こうしたことは、当時の診療報酬算定に全く考慮されてなかった。

すなわち支払基金の発足による新しい診療報酬の支払い方法である出来高払い方法は、単価、点数のなかの経済的要件である単価算定にあたり零細な診療所を基準にしてつくられ病院経営を無視したことで戦後の再出発がなされ、現在のような皆保険下においても、原則的にこのやり方が踏襲されているというところに問題があるのである。もちろん点数表には入院料という項目はあった。そして健康保険の規程により、完全看護、現在は基準看護という規程で、

独自の複雑な看護料金をきめてはいるが、これも病床勤務の看護婦の労働にたいする点数表示であった。この病床勤務の看護婦の看護料金が、現行の診療報酬点数表甲表乙表とも、入院料のなかに正式に看護料として明記されたのは、昭和四七年二月の新点数によってである。それまでは、入院料のなかに基準給食、基準看護、基準寝具設備という風にきめられており、その基準看護がさらに細かく点数化されていたのであった。

医薬制度の全面的な改正

なお、昭和二三年に医師法、歯科医師法、薬事法、医療法、保健婦・助産婦・看護婦法などの一連の医療関係の法律が、連合軍の強い指示によって全面的な改正をした。この改正法案作成のため二二年春、医薬制度調査会が発足し、約八十人の委員のなかに筆者も参加した。そのとき、敗戦国になるということは制度全般の切いかえにあたり、いかにわが国の実情とかけはなれた法律でも、まかりとおるものであるかを痛感させられた。その一つは、新法により看護婦を甲種と乙種の二通りにし、甲種は高校卒三年の修業過程をへて国家試験をとったものをいい、乙種の看護婦はそれ以外の看護婦をいい、この乙種看護婦は第六条によって重症患者とお産をしたあとのじょく婦の看護はしてはならないという法律、その二は医療法第一三条により、診療所は患者を四八時間以上収容してはならないという法律であった。この新法により一九床から〇床までを診療所といい、二〇床以上を病院とし、一〇〇床以上を総合病院ということにした。当時乙種看護婦は、看護婦の九九%以上であり病院を近くにもたない診療所のみという地域が圧倒的に多かった。その三は、医療法第十九条の施行規則によって看護婦の定数は入院患者四人について一人、外来患者三人に一人と定められた。入院患者四人に一人ということにした根拠は、当時焼け残ったベット総数を生き残った看護婦などの推計で割って見たら四対一になったということ、さらにこの看護婦は三六五日一日も休むことなしに働ら

くということ为前提にしたといわれる。ところがそれ以後現在まで、入院患者四人に一人の看護婦さえも確保できない病院が一貫して六割から七割に及ぶといわれている。

この二三年の大改正は、アメリカ連合軍の直接支配下よりサンフランシスコ講和条約後の二六年に一部改正された。すなわち、看護婦については甲種乙種をやめて看護婦（高卒）と準看護婦（中卒）に改め、医療法第一三条は、例外規程を数多くもうけて骨抜きにし、医療法第一九条の施行規則のみはいまも改訂されないままであるということである。

こうした一連の医療関係法の改革とその後の推移は、診療報酬問題と無関係ではないということである。とくに看護婦に関する法規程は、他のいろいろな職種の医療従事者とともに、その医療サービス労働にたいしてほとんど評価され、点数化されないままに今日に至っているからである。公私病院の危機は率直にいうとこの二三年の支払基金の発足、そのときの一点単価の算出基準とそれを原則的に堅持してきたことに胚胎するものである。

だからこそ、それはいち早く国立病院にあらわれた。二四年、二五年ごろより国立病院の統合廃止、そしていわゆる医療合理化政策、独立採算制の強化となって表われているからである。これは政府自ら決めている公定料金である診療報酬では病院運営はできないという矛盾の表われでもあった。

この二三年九月発足した社会保険診療報酬支払基金は、単価点数現物給付をもとに文字どおり出来高払い制度ということでスタートを切ったが、これは数カ月をへないうちに、みるみるうちに医療費の増加をもたらした。保険医、保険医療機関も、健保患者を歓迎、労働者家族も、病気にかかれば、健康保険にたよらざるを得なかったからである。この両方からの健保利用によって、厚生省の推計をはるかにこえる医療費急増となり、この年の一二月には、支払基

金より支払い資金が涸渇し、全国の医療機関は年をこせるかどうか分らないという事態になった。そのため、二四年から二五年にかけて戦後第一次の健康保険の財政破綻を背景にして強引な赤字対策が強行された。すなわち、収入をふやすために政管健保の保険料率を千分の四〇から一年あまりのあいだに四回も引き上げ、千分の六〇までにしたと、もう一つは、保険医、医療機関よりの医療費請求にたいして徹底した審査による削減と保険医の呼びだし、監査の強化をした行政処分をおこなったのである。そのうえ、健康保険の利用をおさえるために、労働者の初診料の一部負担を新設し、それまで被保険者証は本人と家族に二通配布していたものを、本人家族とも一通の被保険者証にするというきめの細かい規制を二四年五月から実施したのである。

第一次保険医総辞退と医療費引上げ

この二四年から二五年にかけての健康保険の診療報酬にたいする審審の強化は、外来部門に向けられ、開業医の外來一カ月一件あたりの診療点数平均が、全国平均よりも高ければ濃厚診療であるとして削減し、行政処分まで行なうという監査旋風を全国的にまきおこし、かなりの保険医が指定取消しの処分をうけた。そのうえ、税金が重くのしかかっていた。東京・京都・大阪・愛知その他の地方に医師会とは別に保険医協会がつくられ活動をはじめたのは、このきびしい監査と税金の攻勢にたいする抵抗がきっかけで、二五年以降である。

さきの二三年一〇月の診療報酬改訂のときに重大な物価変動の状況のときには、直ちに単価の変更を行なうという但し書があった。物価も漸増しとくに労働者の賃金ベースが上昇しつつあり、医療機関の経営が苦しくなっていた。

第一次の保険医総辞退の経緯を要約するとつぎのとおりである。二六年三月、全国の保険医大会、ついで日医による五月の全国医師大会の開催、単価引上げを国民運動にすることが提案され、六月、日医、日歯、公的医療関係団体

労働組合、農民組合による本格的なとりくみがはじまり、目標は国民大会をもつことにし、六、七、八、九月と四ヵ月かかって二六年一〇月二九日神田教育会館で「社会保険医療強化国民大会」が全国からの参加者千名余でひらかれた。日医、日歯の会長、総評副議長、同盟議長、日農事務局長を議長団にして「社会保険の制限診療反対、保険医への課税の減税、結核医療費の全額国庫負担、国庫負担による単価の引上げ」の四項目を労組一名、日医、日歯それぞれ一名の代表で提案説明をした。いわゆる史上初の労医提携による国民運動で大会は異常な空気につつまれた。参加一八団体による社会保険医療強化期成同盟が発足し、ポスター、新聞の発行などをおこない、全国各地に火の手があがった。これに刺激されて山梨と千葉の医師会が、保険医総辞退を知事に提出し、一二月一五日から突入することになり、これに刺激されてあつというまに全国の都道府県医師会に拡大した。この総辞退には総評、産別会議その他の主要労組もこれを支持するという声明をだした。政府はこの対策になやみ、数次の臨時閣議をひらき、一二月八日、単価を一円五〇銭引上げることにした。

この一円五〇銭引上げの表向きの審議は中医協で行なった。二六年九月より一十一月末にかけてである。甲地一二円五〇銭、乙地一一円五〇銭として一二月一日告示、一日から遡及適用をすることになった。このとき単価の告示とともに、閣議の諒解事項として、医師の社会保険診療報酬収入にたいする課税については所得率を三〇%ていどに軽減する（当時所得率は五五%であった）ということであった。二六年分より国税庁長官より三〇%ていどにするよう通達がなされ、二九年分より法律で将来適正な診療報酬が確立するまで二八%にするとして約二〇年このことが堅持され、世論の批判を浴び、四九年秋の税制調査会で実情に対応してこの率を引上げる方向がだされたのである。なおこの二六年くれの中医協で単価と点数の検討を行なうための臨時医療保険審議会をもうけることになった。

なお、保険医総辞退という初の異常に高揚した医師の抵抗と要求によってかちとられた単価で一円五〇銭の引上げには、その後二つの経緯と問題があった。一つは、政府（厚相）と日医首脳部の一方的な裏取引によってこのことがなされたために、期成同盟に結集した団体と全国の保険医、医師会に衝撃をあたえ、日医内部からの批判がつよまり、翌二七年一月、日医首脳部は総退陣に追いこまれたことであり、労働組合と医師会のあいだに大きな溝と、しこりを生じたということである。もう一つは、単価一円五〇銭の引上げによっても、全国の病院、診療所の経営はいささかも良好になったという保障はなく、逆に本論の下のはじめにのべるところの新医療費体系の作成の過程で行なわれた二七年三月の厚生省による抽出実態調査によっても、病院、一般診療所、歯科診療所のすべてが、その月の収支がすべて赤字だったということである。一円五〇銭引上げ実施後わずか四カ月の実績でこれであった。ただし、このことが公表されたのは、ずっとおくられて昭和三〇年一〇月だった。

さて、臨時医療保険審議会（通称これはマルタン審議会といわれた）は、二七年六月に発足し医療担当者（日医、日歯）側と被保険者（労働組合）側からそれぞれ医療保険の原則の提案があり、九月に厚生省より、「医療保険の制度の大綱、運営の基本的方策ならびに制度立案に必要な資料の整備、収集大成に関し、とくに重要かつ具体的な改善事項について意見を問う」という諮問があった。このうち財政問題については二七年一二月答申をし、ついで医療費問題をとりあげることにし、日医より「社会保険診療報酬決定の原則」なるものが提出された。この原則の要旨はつぎのとおりであった。

- (イ) 医療保険の診療報酬には、長期的にみた医療の生産に及ぼす寄与が考慮されなければならない。
- (ロ) 医師の技術、経験、年数などに対する社会的評価が考慮されなければならない。

(ハ) 医療は増加する傾向にあるから、累進課税、企業負担により国庫負担増と相まって大衆負担にならないようにすべきである。

二八年八月より二九年三月まで小委員会は七回会合をもったが、進展せず、一応整理した第一次今井メモが作られたが、その間二九年の五月の政府による点数引下げ（実質的医療費引下げ）が医療担当者退場のもとで強行告示されて中断、二九年九月小委員会再開、十一月まで五回、四カ月中断、三〇年三月から六月まで七回、また五カ月中断、十一月より一二月再開して三回、この内第三次今井メモ（診療報酬に関する問題点）が作成された。このメモは診療報酬に関し、医業の拡大再生産は認めないという点などが、日医、日歯を刺激し、三二年八月、日医、日歯代表は辞表を提出し、八月一五日第二〇回総会をもって事実上このマルタン審議会は終止符をうったのである。

この臨時医療保険審議会の発足から終止までの六年間の推移はまことに異常である。再開、空白、休業のくり返し、結局はなんら結実しないままにピリオドをうってしまった。それほど、医療保険のあり方、とくに医療費問題の検討と共通の改善の方向を見出すということは至難であるということを証明している。医療費を支払う側である保険者団体と、医療を担当し、その医療費をうける医療担当者側では、水と油のような相いいれない対立意見が存在し、その改善の方向でも利害得失が錯綜しているからである。

また、特別な臨時の審議会をつくったとしても、法的には診療報酬をきめる機関としては社会保険中央医療協議会があり、医療保障ふくめた社会保障全般の問題では、内閣の社会保障制度審議会が存在しているのである。さらに昭和二六年から三二年という年は、医療保障分野でいろいろな出来事がつぎつぎに発生し、医師団体や関係団体はこの方に忙殺されていた。医薬分業、新医療費体系の作成、その公表（昭和三〇年一〇月）そして二九年の初頭の社会保

障国家予算案の全面的な削減案とこれにたいする抵抗し、点数の一方的引下げに抵抗する保険医の坐りこみ（二九年六月）さらに、この年からはじまる健康保険の赤字対策の紛糾、三〇年の七人委員会の報告書、三一年、三二年の国会内外の激突などがあつた。こうして臨時医療保険審議会が、低迷、難航するあいだ結局は、新しい診療報酬体系である甲表乙表の二本建ての点数表が実施になる三三年一〇月まで単価引上げも医療費の引上げもなかつた。つまり昭和二六年一二月より七年間なかつたということである。

参 考 文 献

- 一、各年度別、健保連編「社会保障年鑑」
- 一、日本医師会編「国民医療年鑑」各年度版
- 一、拙著「医療保障入門」医学書院
- 一、各年次別「週刊社会保障」社会保障法規研究会
- 一、健康保険二十五年史「厚生省保険局編纂」
- 一、近藤文二編「医療費問題」昭四一年一月発行、厚生出版社