



S = (1 + α) g t + N + M ?

豊平区支部 松本修二

今年度の厚生労働白書第一部は「国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀」と云うサブタイトルの通り、戦後の社会保険制度の変遷を総括するものである。残念ながら戦前から続く厚生省（あえて労働省を除く）と医師会との激しい戦いの記載がほとんどない。そこで大正10年から昭和36年の「皆保険」成立までの過程を「札幌市医師会創基100年記念誌」等を基に考えてみた。

《健康保険制度の創造期》

健康保険法は大正10年11月に政府原案が出来上がり翌年3月には現在の政府管掌保険と健保組合の原型となる健康保険法が成立している。当初保険制度は農商務省が所管であったが、内務省社会局に移管している。関東大震災の影響で施行は5年後の昭和2年1月となった。法律の背景は結核の増加やILOの勧告、激化する労働運動の鎮静化が目的の一つとして考えられている。その根拠は大正12年「過激社会運動取締法」、同14年に「治安維持法」が成立した。

それまで主に自由診療で行っていた医療は一部の患者とはいえ単価点数方式で現物給付という新たな制度になり今でも現物給付である。

（ポイント）当時は政府と医師会との間で団体請負人頭割契約であり、政府は総医療費をコントロールすることが容易であり、現在の介護報酬、DPC、療養型病床などにみられる包括点数の拡大は医療費のコントロールをし易い制度である。一方、自由診療で費用を自ら決めていた医師は保険診療の患者を「経費実費診療」と呼び差別医療があったと批判され、混合診療や医療ツーリズムの反対理由の一つとなっている。

《国民健康保険と厚生省の発足》

健康保険法は鉱工業の労働者を被保険者としたが、農業従事者に対する保険制度は昭和9年ごろから構想が芽生えていた。昭和初期には疲弊した農村・農民が多数存在し、医者に診てもらうのは死亡診断書を書く時だけと云う事も珍しくなかった。昭和11年の徴兵検査で農村の男子の体力低下を危惧した軍部の「健兵政策」の後押しもあり昭和13年に厚生省（内務省の社会局・衛生局の移管であり内務省の影響が残っており、昭和17年まで地方衛生業務は警察部で行っていた）の発足と農村漁村の地域保険としての「国民健康保険法」が制定した。しかし、その内容は医師不足や医薬品の統制などもあり医療は有名無実の地域も多く公衆衛生的な要素が多かったと思われる。

医師会は「健康保険」と同様に政府と団体契約を希望したが、すでに存在する農業団体や市町村の組合からの反発もあり任意加入、任意契約の形がとられ往診の保険外給付など内容は各組合で異なり地域格差が存在した。

（ポイント）現在でも地方での医師不足、医療過疎が問題となっており、特に臨床研修医制度が地方の医師を減少させ、医療の地域間格差をますます悪化させた。

《終戦から皆保険制度成立まで》

終戦後3年以内に労働組合法、生活保護法、医療法、医師法、保助看法、栄養士法、予防接種法、性病予防法、地域保健法、優生保護法など改正がなされた。特に医療制度関連法に関してGHQの色合いが濃く、たとえば診療所の入院時間の制限、乙種、甲種看護婦（現在の正、准看護師）の定義など当時の実状に合わないものも多く例外規定を設ける事でなんとか法律は施行された。

復員者、失業者、生活困難者が多数を占める時代に開業医が自由診療で医業を続ける事は困難であり、昭和23年の「社会保険診療報酬支払基金法」の成立により多くの医者が保険医となった。他方、国の財政は大幅な赤字となり、保険料率の引き上げと保険医に対する審査、指導、監査を強化し、外来の平均点数を超えると呼び出しを受けるという厳しいものであった。

(ポイント) 当時は往診なども多く、医療費の約2割がビタミン注射であり療養担当規則に往診や注射に対する制限が加えられた理由と思われる。また現在では入院医療費が増加し国は在宅医療を推進しており、将来在宅医療費が増加すると審査、指導が強化される事は容易に想像できる。

《制限診療の撤廃》

「制限診療」という馴染みのない言葉であるが、昭和37年まで抗生物質、抗ガン剤、副腎皮質ホルモン剤などの使用が制限されていた。国民健康保険では療養の給付も3年間という制度があった。医師会では昭和35年からこれらの撤回を要求していたが、完全撤廃されたのは「皆保険制度」の施行後の昭和38年である。

(ポイント) リハビリテーションや入院期間の遞減制などその理念は引き継がれており、選定療養、特定療養費制度などは制限診療の延長線上にあると思われる。

《社会保障制度審議会》

昭和24年にワンデル報告書を基に社会保障制度審議会が当初40人で発足したが意見がまとまらず7人の幹事委員によって新医療体系の試案

が作られた。厚生省は政管健保の地方移管に反対し、医師会は医薬分業に抵抗していた。

その中で医師の技術料を決める方程式が作られた。本稿のタイトルの $S = (1 + \alpha)gt + N + M$ である。Sは診療報酬、 α は技術の難易度、gは医者 の時間給、tは所要時間、Nは看護婦など人件費、Mは物品費である。珈琲一杯30円の時代に医者 の時給は約260円であった。診療報酬点数の甲表はこれを基に決められたと言われている。朝鮮戦争、日米安保闘争など社会が変動する中、昭和36年「皆保険」が成立した。1点に対する値段は都市部と地方で異なり、点数表も甲、乙表の2種類あり一物四価であった。

(ポイント) 将来、厚生省は都道府県単位での点数換算を異にする事も考えており、また施設基準により加算点数も異なる複雑なものになっている。現在の診療報酬点数を考えると、 $SY = (1 + \alpha)gt + N + M + (TK)$ となる。SYは政策誘導点数、Tは届け出医療、Kは加算点数である。すなわち政府はいつでも診療報酬を増減可能な係数を握っていると言える。

《まとめ》

昭和40年台の高度成長時代に入り医師会と政府との間で報酬点数や医療保険制度・老人保健制度の在り方で激しい攻防を続けていたが、バブル崩壊後の経済の低迷期に入り医療は財源を中心に論じられている。膨大な資料を基に研究している官僚に対峙するために、我々も目先の制度のみならず未来につながる政策を提言する必要があると考える。

(松本内科クリニック)