

1960 年代の医療問題

小 山 路 男

I は じ め に

私に課せられた問題は、1960 年代の医療問題の回顧と展望である。あるいは、本誌の前号予告では、年金制度とならんで、簡単に医療制度となっている。だが医療制度という言葉は病院や診療所等の医療機関、あるいはまた医師や歯科医師、薬剤師から看護婦その他のパラメディカルをも含めた医療従事者の問題である。あるいは、医療問題を医療保障全体の問題として論じようとするれば、公衆衛生や医療扶助、さらには社会福祉にまで広げた範囲で考えなければならない。しかも、これらのそれぞれについては別に論文が用意されているので、以下では主として医療保険を中心に論じることとする。ただ、医療保険の問題は必然的にこれに関連する諸分野にまたがるので、ある程度の重複はさげがたい。

従来から、医療保険の問題は、ことの善悪を別として、保険制度そのもののあり方論と医療費問題の両者を基軸として論議されてきた。前者は適用範囲、給付水準、費用負担など、いわば制度の仕組に関する問題であるが、60 年代の特色は問題が個々の制度についてではなく、医療保険諸制度全体のあり方にまで拡大して議論されてきたことである。それは政府の管掌する健保、船員、日雇労働者の 3 保険および国民健康保険の財政危機を契機として、各種医療保険制度における拠出と給付の不均衡の是正にまで発展した。そうしてこれが、抜本改正問題として 70 年代に引きつがれているのは周知の事実である。

他方、医療費についても問題は診療報酬の金額や支払方式にとどまらず、次第に日本の医療全体のあり方についてまで拡大してきている。それは国民所得の 4.6% というほぼ国際水準なみの国民

総医療費を負担しながら、しかもなお現実に行われている医療が、国民のニーズに十分に対応していないという事実をその根底にもっている。しかもまた、日本の医師たち自身も、現状に対して少なからぬ不満をもっている。そうして、このような矛盾が強く意識されるにともなって、医療機関の機能分化や適正配置、医療従事者の要員確保とその処遇、その他医療に関する諸問題がやかましく議論されるようになったのである。

このように、当初は健康保険の赤字対策、あるいは財政対策の問題であったものが、その論議の過程で、不可避的に医療問題全体に拡大されてきたのが 60 年代の特色であろう。それは恐らくはこの方面の関係者や研究者たちが、当初は予想もしていなかったほどの事態の進展であったに相違ない。私自身がこの方面の研究に興味と関心を持ち始めたのは 50 年代末期からであるが、あの当時では問題がこれほど深刻化すると同時に拡大されるとは考えてもいなかったのである。

ところが、利害関係の当事者たちにとっては、現状の正確な認識は現在なお不十分であると思われる。集团的利害を一方的に主張する反面で、あれやこれやの問題を思いつくままに食いついて、しかもその収拾に苦しんでいるのが現状であるといったら酷であるかも知れない。しかし、60 年代における問題点を整理し、そこから 70 年代の課題を見出す努力を重ねないかぎり、事態の改善も発展もありえないことを知らなければならない。

この意味で、以下では 60 年代の問題点を私なりに整理してみたい。事実の具体的記述やこれらめぐる問題の推移については、すでに拙著『現代医療保障論』において不十分ながら論じておいたので、以下ではより自由な方法で過去 10 年間に

何が起り、論じられてきたかをふり返ってみることにしたい。

II 皆保険の実現

1961年度から全面実施となった国民皆保険は、わが国の医療保険にとって画期的事件であった。すべての国民に何らかの医療保険への加入を強制し、保険の網をむらなくかけることによって、疾病による貧困化の防止はもとより健康と福祉の増進に役立てようという発想は戦争直後からわが国社会保障の理論的指導者たちによって絶えず提唱されていた。

たとえば1946年の社会保険制度調査会の報告「現行社会保険制度の改善方針」から始まって、1950年10月の社会保障制度審議会の有名な「社会保障制度に関する勧告」にいたる一連の動きがそうである。さらにまた、皆保険実現のための方法論は、1955年「7人委員会の報告」における特別健保制度創設の提案や56年の社会保障制度審議会「医療保障制度に関する勧告」における第2種健保制度の構想として不十分ながら論じられてもいたのである。

制度面についていえば、1951年から53年にかけて、現在の医療保険制度全体の仕組はほぼ完成に近づきつつあった。51年の国民健康保険法改正は国保連合会による審査支払いと国保税の賦課方式を決定して、今日のこの制度の枠組を決定したものであった。また53年の健保法改正は適用事業所の範囲を拡大して、5人未満事業所の従事者の適用問題を除けば、適用範囲の問題は一応この改正で解決されていた。さらにまた、同年の日雇労働者健康保険法の制定実施は、その後の制度運営に多大の困難を生じたものの、適用範囲の拡大という点では評価されてしかるべきである。そうして最終的には、1958年の新国民健康保険法は、制度の実施を全国市町村に強制することとした。かくして、その全面実施が61年の皆保険の実施ということになるのである。

こうしてみると、皆保険の実現は50年代に決定されていた既定路線の上をただ走った結果にすぎないといえるであろう。私は皆保険の実現を、

同時に実施された皆年金とともに、わが国社会保障の転換期として評価するのであるが、この私見に対しては「厚生省側からみた感じでは、転換はすでに占領終末頃から始まっていた」という小山進次郎氏の批評(本誌前号118ページ)は正当であると思う。

それにもかかわらず、61年の皆保険実現はわが国社会保障の重要な転換期であったという考え方を、私は捨て去ることができない。私のいう転換期論が理論的にも未整理であり、実証的にも詰めるべき余地が大きく残されていることは事実である。けれども、こと医療問題についていえば、皆保険の実現はまさに転換の画期であったと考えるからである。

それというのも、皆保険の制度的枠組がすでに占領末期ごろの50年前後に形成されたことは事実であるとしても、皆保険実現以後の事態の推移は当時の政策立案者たちの予想もしなかった方向に走り始め、それ以後67年の健保特例法にいたるまで何らの有効な対策も講じられなかったからである。制度的枠組の完成を転換期とよぶのか、その現実的矛盾の爆発を転換期とよぶべきかは転換期の概念規定の仕方にかかわるのではないのであろうか。この点については皆年金の実現と関連して、なおよく考えてみたいと思う。ただ、現実の行政当局の動きについて、少しみておくのも無意味ではないので、以下ではこの点についてのべてみる。

行政当局内部で皆保険政策の本格的取組が確立したのは、57年の新国保法の準備段階であった。そうしてまた、皆保険以後に発生すると予想される問題点については、61年3月に古井厚相の命により山本正淑審議官を室長とする「医療保障総合審議室」が設けられ、同年11月には部内資料として中間報告がまとめられたと聞いている。もっとも、その具体的提案はこの年の6月に「現行医療保障制度の問題点と改善の方向」としてまとめたともいう(『医療保険制度抜本改正の解説と資料』、社会保険法規研究会、1970年1月、21ページ以下)。

いずれにせよ、いわゆる山本審議室案はついに公開されることなくして終わったものの、診療の自

由、給付の公平、負担の公平、医師収入の確保の4本の柱をたて、その中の各項目に含まれる制限診療、国保の給付改善、差額徴収、療養費払い、療養担当規則、医療機関の配置、オープン・システムなど約20項目について論議したらしい。そうしてその結果として、改善方策試案がA、B二案作られ、A案はある種の総合調整論、B案はいわゆる統合論を基礎としていたといわれる。だが全体としては、医療保険における負担と給付の均衡は論じられたものの、むしろその重点は医療担当者の診療の自主性の確保およびその処遇問題にあったという印象をうける（『問題点と改善の方向』については、『社会保険旬報』944号、昭和44年9月11日号に紹介がある。A案とB案の内容は未公開のため、よくわからない）。

山本審議室の作業は、問題を医療保険のサイドからのみではなく、医療保障として総合的に見直すべきであるという意識を行政当局が持ち始めたことを物語るものであった。けれども、その作業は具体的施策とは結びつきえなかった。それは恐らくは作業自体が中間報告の段階で中止されたために、具体化への方法論が詰められなかったことにもよるのであろう。さらにそれが中止されたのは、現実問題としては、皆保険を目前にして医師たちの攻勢が激化し、医療紛争の激化のなかで、関係者が振り回されてしまったからである。

いまここで当時の医療紛争の経緯をのべるのは省略したいが、診療側はすでに58年6月以来、中医協から委員を引き上げていた。それは57年4月の「保険医療機関及び保険医療養担当規則」や58年10月の医療費8.5%引き上げと同時に採用された医療費点数表（1点単価を10円とし、甲乙二表をつくった）に対して、強く反発していたからである。療養担当規則にせよ新点数表にしても、その目ざすところは病院を中心とする組織的医療の実態に即応する改善であったが、それは当然個人開業医を主体とする医師たちの憤激を買ってしまった。皆保険を目前にして、医療の全面的国家統制を恐れるのは、ある意味では当然であった。国家と医師の関係は陰悪化の一途をたどり、しかも医師の要求を無視しては皆保険の実現は不

可能なことも理の当然であった。山本審議室の問題の中心が、皆保険以後の医師の処遇に重点がおかれていたことは、このような事態の推移からみて、容易に理解されるのである。

したがって、皆保険の実現は国民医療の前進にとっては輝かしい出発であるはずであったが、それは激しい嵐の海への船出を現実には意味していた。61年から65年にいたる医師たちの激しい攻勢は、皆保険のための高価な代償であったと思われる。しかも、行政当局も支払側の関係者も事態の深刻さに対する正確な認識を欠き、かつて私の使った言葉をくりかえせば、問題をもっぱら政治のタームで論議し妥協するという不幸な慣習に終始してしまった。中医協を中心とする第三者からみればまったく不可解な医療紛争のくりかえしか、61年紛争の時のような医師たちと政府与党の直接交渉による事態の收拾は、その何よりもの適例である。問われなければならなかったのは、皆保険体制下における医療のあり方であり、その場合の医師の処遇の問題でなければならなかったはずである。だが、これに対する関係者の対応は、医師の横暴という政治的非難とか、制限診療か規格診療かといったあまり意味のない議論の段階で足踏みしていたのである。

60年代の特色は、皆保険の意味したこのような基本的矛盾が一挙に爆発したことであろう。高度成長の持続は池田内閣のかの「歪みの是正」論を生み出すほどの、大きな社会変動をまき起しつつあった。物価、人件費の上昇が医業経営を圧迫した上に、医療においても技術革新が進んでいった。あるいはまた、新医薬品の開発が行われ、薬剤の大量投与が医師の利潤源となる事態が一般化する。このような状況の下で、医療のビヘービアが利潤率の最大な方向に傾斜するのは当然であった。さらにまた、皆保険にともなって医療需要もまた飛躍的に増大したが、これに対する医療の供給不足という事実が加わる。経済学的意味では医療の寡占状態に対して、需要が一方向的に増大したのであるから、その価格は必然的に上昇せざるをえない。それは論理的にも当然の結果であったが、人々は医療保険の財政悪化という事態を予測

もしていなかったし、それが現実となってみると「国民皆保険以後の赤字が従来の赤字と異なり、医療保険の基調に変化が生じたための構造的なものではないか」と改めて驚いたのである。

かくして、皆保険の実現は医療紛争の激化と医療費の爆発的増大、その当然の結果としての保険財政の悪化をもたらした。そうしてこれを契機として、医療問題は大きな国民的関心事となったのである。

III 医療保障の本質論

皆保険の実現は従来の職域や地域ごとの医療保険の問題から、国民全体を対象とする医療保障への視点の飛躍を意味していた。したがって、60年前後から医療保障の本質に関する論争が展開されたのは当然であった。

すでに 1956 年 7 月には厚生省は医療保障委員を任命し、「疾病保険の適正拡充、へき地医療対策の推進、結核対策の強化、医療機関の整備、医療保障と公衆衛生施策及び公的扶助制度の調整等国民に対する医療保障を達成するため」の企画立案を求めていた。医療保障委員は長沼弘毅氏ら 5 名からなり、同年 8 月に第 1 次、57 年 1 月に第 2 次の中間報告を行っていた。その最終答申が発表されたのは 59 年 3 月である。いわゆる 5 人委員会報告は当時としては水準の高いものであり、今日読み直してみても価値のあるものである。報告は「医療の社会化」を必然の趨勢としてとらえ、医療の本質がこれによって破壊されないように十分に尊重すべきであるとした。医療保障とは予防と治療が真に一体となって国民の健康の維持向上をはかるべきものであるから、医療保険の普及促進とともに医療制度および公衆衛生の整備改善を行うべきである。報告はこの観点から、医療制度の機能分化、公衆衛生活動の改革強化を主張したのであった。

しかしながら、この報告における医療の社会化の提唱は、そのきわめて控え目な表現にもかかわらず、医師たちの強い反発を買った。医師の大多数を占める開業医たちは、皆保険の実現によって一般医ないしは家庭医に位置付けられ、自由開業

医制度の根本が否定されることを恐れたのである。

すでにのべたように、当時は診療側が中医協をボイコットし、きわめて険悪な状況にあった。5 人委員会の報告が徒に非難攻撃の対象とされて十分に評価されなかったのは、そのような事情による。また、5 名の委員の中に開業医ないしはその感覚を理解できる人物が含まれていなかったことも、報告が全体として開業医に冷淡であるとの印象を与えたのであろう。いずれにしても、この報告は真剣に検討されることもなく終わったのである。

1960 年は 4 月に日医ら診療側の参加する医療制度調査会が発足し、医師会との緊張関係は一時的には緩和したもの、8 月以後ふたたび事態は悪化した。すなわち、60 年 8 月、日医は厚生大臣に次の趣旨の要望書を提出した。それは、(1)制限診療の撤廃、(2)医療費 1 点単価 3 円の引き上げ、(3)事務繁雑化の是正、(4)甲乙二表の一本化と地域差の撤廃からなるものであった。日歯もまた単価引き上げと歯科医療の改善を要望して、政府の回答を要求したのである。

診療側が中医協を無視して直接にこのような強硬要求を行ったのは、明らかに異例の行動であった。国民皆保政策の実施に、医者たちが大きな不安をもち、中医協に対する徹底的な不信感をもっていたことが、このような行動の背後にはあった。そしてこの強い要求を実現すべく、医師たちはあらゆる政治的圧力をかけたのである。

当時の事情の細かい経緯については別にのべておいた（拙著『現代医療保障論』151ページ以下）ので、いまは省略する。問題は政府、自民党、日医、日歯の四者間の政治折衝に委ねられ、61 年 7 月 31 日の合意書に達するまで激しく争われたのである。このときの合意書は、(1)医療保険の抜本的改正、(2)医学研究と教育の向上と国民福祉の結合、(3)医師と患者の人間関係にもとづく自由の確保、(4)自由経済社会における診療報酬制度の確立の 4 項目からなり、この四原則のもとに支払側も含めた医療懇談会（灘尾委員会）が開かれ、9 月 5 日に了解事項に達したのである。

61年医療紛争は診療側の大きな勝利であった。それは医療費が7月に12.5%、10月に約2.3%引き上げられただけの事実をさしているのではない。およそこの年を起点として、65年11月にいたるまで、診療側の要求は着々と実現して行ったのである。

まず、61年3月社会保障制度審議会の答申は診療報酬決定の方策として、医療報酬調査委員会の設置と中医協の改組を主張していた。前者は医療経営の実態調査という支払側のかねての要望にこえて、少数の学識経験者による中立的委員会をさしあたりは臨時的機関として設置すること、後者は保険者、被保険者および事業主、診療担当者、公益の四者構成を支払側、診療側、公益の二者構成に改めることとしていた。ところが61年11月の法律改正に当って、委員は各側8名とするが公益のみは4名とし、しかもその任命は国会承認をすることを必要とするとした。これは中医協改組に当って、公益の比重を軽くしてその動きをチェックしようと、診療側が国会に働きかけた結果である。他方、臨時医療報酬調査委員会法は、診療側の強い抵抗にあって、ついに成立しなかった。かくして、審議機関の改組問題は、まったく診療側の主張通りになった。62年2月、第40国会で調査委員会法が不成立に終ると、支払側は中医協から委員を引き上げて審議拒否の作戦をとったが、時すでにおそかったといえよう。

つぎに、制限診療の撤廃については62年9月の告示によって抗生物質および副腎皮質ホルモンの使用がみとめられ、これ以後制限診療は事実上撤廃されたとみてよい。さらに、63年9月には、診療側の要求していた地域差撤廃が行われ、総医療費は3.7%程度引き上げられる結果となった。診療報酬は65年1月に中医協の空中分解といわれるすさまじい紛糾のなかで9.5%引き上げられ、同年11月に薬価基準4.5%の引き下げはあったものの、うち3%は医師の技術料に振りかえたので実質的不利益とはならなかった。

このような診療側の強い攻勢の理論的根拠の少くともひとつは、皆保険の実現にもかかわらず医療保険諸制度が乱立している現状への強い批判で

ある。61年のいわゆる四原則において、医療保険制度の抜本改正がその第1にあげられていることに注目を要する。診療側、それもとくに日医の一貫した主張は、皆保険ならば現在乱立している諸制度を国民保険に統合すべきであるとする点にある。この理論は制度の建て前論からすれば、きわめて当然の主張として受けとられた。だが統合論が成立するためには、その前提となるべき基礎条件についての理論的実証の確立が必要である。日医の場合、その基本的考え方は63年3月の医療制度調査会の答申にみられる。だがその前に、62年8月社会保障制度審議会の行った「総合調整に関する勧告」について簡単にふれておく。

有名なこの勧告については、私もしばしば論及してきたので、ここでは従来の見解をくり返すことはやめておきたい。制度審議会のこの勧告は給付と保険料の不均衡是正のためには「現在分立している各種の制度を統合し全国民を一つの制度に加入させることが理想である」と簡単に統合論の論理的正当性を承認し、ただ現実論としてはこれは不可能であるとの理由でプール制論に移行してしまった。つまり、そこで主張されたのは、統合論の論理的詰めとかその医療制度との関係ではなく、問題をもっぱら医療保険の側面からながめ、国庫負担の限界を強調しつつ、医療保険の財政プール論を展開することにあつた。しかもそのプール論は、その前段においては将来の統合のための一段階としながら、後段になるにともなう、組合方式ないしは小集団方式論の色彩が濃くなっている。

たとえば組合方式の廃止は「必ずしも適当ではない」理由として、健康管理面の長所や民主的運営をあげているのがその例である。さらにまた、財政プールの対象となるのは「被保険者の所得が高いことによる財政的な余裕であり、その保険者の健康管理がゆき届いているために、罹病率が低いこと等による財政的な余裕は調整の対象とすべきでない」という主張は、それはそれなりにわかるとしても、このような単純なシェーマで財政調整論が基礎付けられるのかは、私には疑問である。また、プール制の方法としては、給付額の10

%相当額を資金として保有する方法もあるといっている程度にすぎない。

統合論をとるにせよ調整論を主張するにせよ、問題はより厳格にその具体的根拠を単純な論理としてではなく、基本的な政策論として追求されるべきであった。たとえば負担と給付の公平という言葉は理念論としてはともかくとして、現実の租税負担のアンバランス、医療機関の配置状況、医療費の大きな地域差を前提とした場合、統合論として成立しうるのである。逆に組合方式を前提とした場合、いわゆる小集団方式のメリットは認められるとしても、利害関係者の集団エゴイズムがこれに絡まるため、財政調整方式の導入は事実上きわめて困難とならざるをえない。いわんやその調整方法がある種の達観論にすぎず、論理的詰めを欠いている場合に、それがどれだけの説得力を持ちうるのかは疑問とせざるをえない。かくして統合論も調整論も、それぞれの利害対立という政治問題として処理されるようになるのである。しかも、この問題に手を着けることがどれほど大きな政治的混乱を生み出すかの認識を、政府はもとより与野党の政治家たちさえ特例法の段階までもつにはいたらなかったのが実態であろう。つまりところは、行政当局も関係者たちも、あるいは政治家たちも、問題の重要性を認識しないまま、上すべりの議論を重ねてきている、という印象を持たざるをえないのである。

制度審議会の勧告に対しては、日医がいち早く『国民健康読本』(62年9月)において反論した。日医は統合論の立場から被用者保険の家族を国保に加入させ、地域医療の確立をはかるとともに、それによって国保の財政基盤の強化をはかるべきであるとした。また健保連は組合主義の経営的利点を強調して、プール制の提案にも反対であった。

1963年3月医療制度調査会は「医療制度全般についての改善の基本方針に関する答申」を行った。この会は川西実三氏を長とする18名の委員から構成されたが、このうち8名は医療担当者の代表であり、他の委員も医師会の反対しない人々から選任されていたので、その結論は、当初から日

医の見解を強く反映すると予想されていたのである。けれども、ここで展開された医療制度ないしは医療保障論は、現在においてもなお決定的な影響力をもっていることに注意を要する。その審議項目は、(1)医療の本質および主体性、(2)医療関係者、(3)医療施設およびその組織、(4)医療制度と社会保障の4項目であったが、答申では最後の(4)の部分については独立の項目もたてられていない。

答申はまず、最近の医療概念が拡大し、健康増進から更生医療を中心としたリハビリテーションにいたる包括医療として展開されていることを指摘し、しかも人口の老齢化、経済成長にともなう社会の変化によって国民の医療需要の量および質の変化が生じていることを指摘する。また、医療は医師と患者の人間関係を前提とした主体性を確保すべきであるが、この場合には医倫理の高揚が重要であると強調している。ただし、医倫理の問題は冒頭に出てくるだけで、そのための具体的制度の提唱はなされていない。

この答申でとくに注目されることは、医療施設の配置と適正化は地域社会の実態分析の積み重ねによってなさるべきであり、この場合には地域保健調査会の設置が望ましいとしている点である。包括医療の実践の場は地域であり、保健調査会によって、地域医師会と住民の有機的結合をはかり、病院では、オープン・システムの採用が望ましいというのである。この考え方はその後の日医の主張において繰り返され、医療の包括性、地域性、管理性の三位一体論が展開されている。

この場合、医療の中心となるものは地域の開業医である。病院の重要性は強調されているが、それは開放型とすることにより、個人開業医との連けいの強化の方向において位置付けられている。これと同時に、グループ・プラクティスとか臨床検査センターなどの開業医の共同施設の強化が強調され、たえず問題にされている医薬分業については薬剤師の資質向上、薬局側の体制整備が前提となることを指摘している。医療施設の経営主体としては、現行の公的医療機関制度のあり方は基本的に再検討さるべきであるとし、採算のとり難い高度の設備とか、長期療養や特殊疾病、さ

らには貧困者のために必要な施設とすべきであり、しかも開放型を原則とすると主張している。中心となるべきものは私的医療機関であり、公的医療機関はその補足としてこのような限られた範囲の性格をもつ。また、へき地等の無医地区の問題は、国および地方公共団体の責任において解決されるべきものであるとも主張している。

したがって、医療制度調査会の答申によれば、医療需要の皆保険によるほぼ完全な社会化は、医療供給体制の社会化とは絶対に結び付かない。皆保険に対応すべきものは、包括的な地域医療であり、その場合の主体はあくまで個人開業医ないしは私的医療機関である。そうして、地域医療の実施に当っては地域保健調査会制度を構想し、保健所はこれと有機的連けいを保ちながら公衆衛生活動に従事すべきものとされたのである。皆保険体制と私的医療機関の営利性の矛盾はものの見事に整序され、医師および医療従事者の養成確保のための社会的経済的地位の安定と向上の要求にすり替っている。それゆえに、皆保険体制下における医療保険の統合論は、開業医の利害と何ら矛盾することなく主張され、それは組合方式中心主義を攻撃する有効な武器たりえたのである。

もし組合主義やこれを前提とする財政調整論がこの主張に対抗するとしたのならば、たんなる経営論的有利性とか健康管理上の優位性の主張ではなく、より強い理論武装を必要としたはずである。けれども、制度審議会の総合調整論も、支払側の組合方式論も、この点についてはまったく不勉強であった。あるいは、論理的に太刀打ちできないといってもよい。既成事実としての組合の存在を認めるという現実主義は、論理的にもまた将来の展望としても根拠が薄弱だからである。

とくに、日医が主張した老齢・離職者医療の現行保険制度における不備は、重要な問題点の指摘であった。62年8月の総合調整勧告を受け、さらに日医の指摘にこたえるためにも、厚生省側は具体案の作成に乗り出さざるをえなかった。64年5月末の「医療保険の総合調整策」がこれである。それは被用者保険と地域保険の二本建として、離職者と老齢退職者および家族給付率の7割

引き上げを目的とするプール制実施のためのプランであった。だが、この提案には健保連を中心とする保険者の激しい反対があり、結局実現されたのは国保のオール7割給付のみであった。だがこの頃になると、政管健保の財政難がだれの眼にも明らかとなり、医療保障の本質論は医療保険の財政対策論に転化することにならざるをえなかったのである。

IV 医療保険の財政対策

医療保険の財政問題については、この分野に関する研究が従来比較的に未開発であったためもあるが、私がこれまでとくに重点をおいて研究を行ってきたところである。この点についてのくわしい分析は、前掲の拙著第5章にゆずり、以下では事態の推移をごく簡単にフォローするにとどめておきたい。ただ、医療保障の本質論が原理原則論的な段階で議論されていたかぎりでは、問題は結局立場の相異とか利害対立に解消され、政治的力関係のバランスによって決定されざるをえなかったであろう。政管健保を中心とする財政難が、医療保険全体の問題にまで拡大して行ったからこそ、始めてその抜本的改正が具体的政策として登場せざるをえなくなったのである。そのことはまた、いわゆる抜本改正論が保険と医療の双方について文字通り根本に遡った改善ではなく、財政対策として矮小化されて議論されざるをえない宿命を、その当初からもっていたことをも意味している。67年11月の厚生省事務当局試案がたんなる財政対策にすぎないと批判されたことは記憶に新しいが、それならばあれを批判した関係者や政党などの提案がどれだけ事実の検証と現実的な具体策としての有効性を示しえたかといえ、残念ながらまことに大まかな議論に止まってしまっているのである。抜本改正論が財政対策論として登場せざるをえなかった事実を、われわれは直視する必要があるというのが、私のこれまでの立場である。

さて、政管健保の財政悪化傾向は萌芽的にはすでに1960年度決算にみられていた。これが現実の赤字となって発生するのは、62年度決算にお

いて16億円の赤字を生じ、63年度も131億円の赤字を計上してからである。ついで64年度では赤字はさらに363億円と雪だるまのように増大し、65年度赤字見込額は約659億円といわれるに至った。事態のこのような急速な悪化は、当時としては予想もされていなかった。政管健保の財政難はかつて54年度および55年度にも発生した問題ではあるが、当時の赤字額はそれぞれ40億円、70億円であり、しかもそれは政管健保に限定された問題であった。ところが、62年度以降の赤字問題の深刻さは、それが政管健保にとどまらず、医療保険制度全体に波及したことにあつた。組合健保の場合では、66年の健保法改正までは、料率の毎年ごとの引き上げで辛うじて収支を相等させるか、あるいは積立金の取り崩しや資産の売却によらざるをえなかったのである。

ところが厚生省事務当局が事態の深刻さに気付いたのは64年秋頃であり、65年度の予算編成に当たってはドラスチックな財政対策を講じざるをえなくなっていた。しかも各般の事情から、65年1月からは9.5%の医療費引き上げの実施を予定せざるをえなかった。しかも保険財政の危機と医療費引き上げの必然性という矛盾に直面したにもかかわらず、政府はわずか30億円の国庫補助を行うにとどめて、他は保険財政の合理化によるべしとした。厚生省はこの矛盾の解決策として総報酬制の採用と月1,000円を限度とする本人薬剤費負担を提案し、関係審議会に諮問を行った。だが、65年1月の中医協の医療紛糾はついに支払側委員の総辞退となって中医協は空中分解し、その反感の強い審議会がこのような提案をまともに審議しようとしなかったのは当然であったといえよう。

いま、当時の息苦しいまでに緊張した情勢を、ここで繰り返す必要もないであろう。事態は65年6月、内閣改造にともなう厚生大臣の交替とその直前の厚生省事務当局幹部の辞任までは、まったく硬直状態となった。このような情勢のなかで、大蔵省主計局が自民党政調会に設けられていた医療基本問題調査会（灘尾調査会）において発表した意見（5月26日、8月11日の2回）は、当時の大

蔵当局の考え方のみならず、その後の財政対策論に大きな影響を与えたと思われる（前掲『抜本改正の解説と資料』、239ページ以下）。

財政当局の主張したことは、まずわが国の医療保障が医療保険制度を中心として運営され、その給付水準は国際比較からみて世界的レベルに達していること、しかも医療保険の財源における国庫負担は西ドイツ、フランスの2.5%程度に比較してわが国では65年度で17.8%に達する見込であるとして、国庫負担の限界を明らかにすることにあつた。61年度以降の国民総医療費の伸びは年率20%程度と所得の増加率を上回っている。その結果65年度予算においては「一般会計規模の伸び率12.4%に対し、社会保障関係費の伸び率は19.9%であったにもかかわらず、医療費が35.4%も伸びたため、医療費以外の社会保障関係費の伸び率は一般会計全体の伸び率にも及ばない9.7%にとどまらざるを得ないという歪みをうけることになった」として、社会保障関係予算の面から医療偏重に強く反対したのである。

医療費増高の原因は1日当り単価の上昇であり、その理由は診療報酬の改訂では説明し切れない。その主たる原因は薬剤費の激増にあるが、この場合の問題は保健剤などが保険給付として行われて薬剤の乱用があり、しかも保険薬価基準と医療機関の平均購入価格との差は病院で80.9%、診療所85.5%もあるため、薬剤の多量投与が医療機関にとって有利となり、さらにこれにともなう調剤料や注射料等収入も増加する仕組みになっているところに問題がある、と指摘している。

灘尾調査会における財政当局の現状分析は、いま読み直してみても、事態の核心をつくものであつた。とくに乙表外来においては「調剤料、注射料等を加えた投薬および注射部門の全体としての単価に占める割合は72.6%に達している。これを裏がえせば、診療、処置、検査等医療本来の部門のウェイトは27.4%にすぎないことになる。他方、乙表に比較して技術料中心に構成されている甲表外来において、薬剤の占める割合は、47.0%とかえって乙表より高い」という指摘は、まことに興味深い点であつた。あの時点での大蔵省主

計局の見解が世論に強く訴えていたならば、財政対策の進行は多少異った推移をたどったかも知れないとさえ思われるのである。

以上のような実態認識の上に立って、財政当局は、保険料収入増加のための総報酬制の採用、薬剤費一部自己負担の導入を主張した。国庫負担の増大に反対し、医療保険における収支相等を強調することが、その基本的態度であった。しかもさらに、抜本対策として、診療報酬体系の再検討、薬価基準の改定、また保険財政の恒久的対策としての保険の統合を主張した点が、注目を要する。

もっとも、保険制度の統合論は、その後の灘尾調査会における岩尾主計局長口述メモ（66年11月4日）、大蔵省が財政制度審議会で述べた意見（67年10月19日）では、負担の均衡を図るという方向で「医療保険の統合あるいは財源プールの問題を検討する必要がある」という表現となっている。制度論についての財政当局の考え方は、62年8月制度審議会の総合調整論の段階に止まっていたようである。むしろ、岩尾メモで注目されたのは大衆薬のビタミンB₁誘導体、肝臓薬等を給付対象から除くという、いわゆるオランダ方式の提案であった。全体として強く印象付けられるのは、診療報酬体系の合理化、薬価基準の引き下げ、保険財政の安定の主張である。とくに国保については「補助金の配分に当って都道府県を単位として調整を行なうことも検討する必要がある」としている点（前掲書、261ページ）が注目される。

しかし、65年当時では、保険三法改正についての厚生省原案は激しい反対のため、実現不可能となった。同年7月6日鈴木厚相は社会保険審議会に出席したが、その席上、保険三法の改正には諮問案にこだわらないと言明せざるをえなかったのである。これに対する制度審議会の答申（同年9月15日）、保険審議会の答申（同年10月20日）はともに政府の政治的責任を強く追及し、国庫負担の増額を強調した。政府は改正法案を提出したものの、これが成立したのは66年4月であり、その内容は標準報酬の上限を104,000円とし、料率は1,000分の63から65にするにとどまった。この程度の修正では、財政対策としてはほとんど役

立たなかったのは当然である。ふたたび激しい論争と政争の結果、健保特例法が67年7月に成立したが、その最大の問題が1日1剤15円以上の薬剤には15円の薬剤費一部負担にあったことは周知の通りである。料率は1,000分の70、初診料200円、入院料1日60円となったが、低所得者のための薬剤費負担の免除が行われた。とくに重要なのは、特例法が2年間の時限立法とされたことで、このため政府は69年8月には抜本改正の実施を公約せざるをえなかったのである。

医療保険の財政対策は、かくして次第に大きな政治問題となった。この間、65年10月の東畑意見書にもとづいて中医協は審議を行って来たが、67年9月の7.68%引き上げとともに診療報酬体系の適正化が試みられた。さらに翌10月には10.2%の薬価基準引き下げも行われたのである。懸案の医業経営実態調査も同年11月には実施され、69年1月には薬価基準がさらに5.6%引き下げられて、問題は次第に煮詰められてきている。

皮肉なことではあるが、財政状態が最悪となった65年度から、財政収支の基調は次第に好転し始めていた。それはこの時点から医療費の増大傾向がやや鈍化し始めたこと、66年と67年の法改正と賃金水準の上昇により保険料収入が増加したことに原因がある。とくに特例法実施後の単年度赤字は320億円とされていたのが、決算結果では58億円にとどまるにいたって、この傾向はもはや明白となった。問題は今後、いつまでこの傾向が続くかにあろう。

V 課題としての抜本改正

財政問題が深刻化した65年11月、厚生省は事務次官を長とする「医療保険基本問題対策委員会」（牛丸委員会）を設置して、抜本対策の具体的検討にはいった。以後、66年9月末頃まで、委員会はおおよそ考えられるすべての問題点について徹底的に議論を行い、要綱試案につき一応の結論をえたといわれる。いわゆる牛丸案は統合論の立場であったというが、その内容はついに発表されなかった。一部専門誌に掲載されたもの（前掲『社

会保険旬報』944号)で判断するかぎりでは、どうもそのようであるが、全面的にこれを信頼してよいかどうかは疑わしい。はっきりした事実としては、66年10月5日鈴木厚相が金沢市で「医療保険制度の改正は10月に厚生省原案を作成、11月に社会保障制度審議会に諮問する」と言明したことである。だが66年夏の政界の「黒い霧」事件、12月の内閣改造、国会解散という政治情勢の変化のため、抜本改正の67年度実施はおくれざるをえなくなったのである。

したがって、健保特例法は抜本改正の代替物であり、抜本改正のための中間対策であった。そうして67年11月17日、厚生省事務局が医療保険制度改革試案を事務局試案として発表したときには、統合論ではなく財政調整論が強調されたのである。牛丸案と事務局試案の中間に特例法をめぐる激しい抗争があったことを考えると、事務局としては制度の根本にかかわる統合論は政治的に不可能と判断したのかも知れない。いずれにせよ、財政対策から発足した抜本改正は、まさにそのようなものとして、さきにのべたように、矮小化して登場したのである。

ところが、これをうけた自民党の「国民医療対策大綱」(69年6月4日)は、(1)被用者保険の被扶養者に対する医療給付を国民保険で行う、(2)現行の被用者保険の被保険者は勤労者保険の対象として業務上外を問わず必要な給付を行う、(3)退職者医療の確保、(4)老齢保険制度の創設を主張した。また現行の健保組合は勤労者保険の代行組織とされていた。いま、そのくわしい内容を紹介し批判する必要もないと思うが、これらの提案に対しては5項目からなる反対意見が付記されていたため、まさに「右向け左」の提案とされたのである。

ただし、自民党の大綱の特色は、事務局案に比較して著しくその守備範囲を拡大させたことである。(1)健康管理体制の確立、(2)医学・薬学の研究、教育体制の確立、(3)医療制度の整備近代化、(4)医療保険制度の改革、(5)公費負担医療の充実、(6)医療と福祉の総合的推進、(7)医療行政体制の刷新、とたとえ作文程度のものであるにしても、保険と医療の両面にわたる幅広い見解が展開され

たのであった。

抜本改正が財政対策論として論じられているうちに、議論の範囲は次第に拡大し、焦点がボケてきたというのが私の感想である。支払側は医療費増嵩の歯止め対策が事務局案に欠如していると攻撃し、支払方式や医療制度の改革を要求している。他方、診療側、とくに日医の意見(68年10月)は、大綱における国民保険、勤労者保険、老齢保険の三本建案に大きく影響した。好むと否にかかわらず、戦線がこのように拡大してきては、財政対策の確立すら不可能となる。事務局は恐らくはこのように判断したのであろう。

その何よりの例が、69年8月で期限切れとなる特例法を処理したときの態度である。日医も被保険者側も、薬剤費一部負担には激しく反対していた。特例法延長に関する保険審議会の最大の論争点はここにあり、審議は難航した。舞台が国会に移行しても、事態の收拾は容易ではなかった。自民党が大綱を発表せざるをえなかったのも、国会審議の推進のためであった。そうしてその結論は、第61国会において薬剤費負担を廃止し、分給給付を改善するのと引きかえに、特例法を廃止して本法改正を行い、料率1,000分の70を固定することになったのである。この問題をめぐる国会審議のやり方や、強行採決による一方的な改正が世論の強い反対を受けたのは当然である。

しかもこの間、斎藤厚相は会期中に必ず抜本改正策を発表諮問すると公約していたため、国会最終日の8月5日、5項目からなる抽象的な原則論について諮問を関係審議会に行った。それは、(1)国民の健康管理体制に密着した医療保険制度の確立、(2)社会保険方式の堅持、(3)保険料負担の均衡、(4)給付の改善と格差是正、(5)財政の長期的安定と医療給付の適正化である。しかもこの抽象的な諮問書に、事務局の改革要綱試案が、将来の基本構想とさしあたり実施すべき事項の2部に分けられて提出されている。その内容はかつての事務局試案と自民党の大綱との混合物であり、とくに第2部のさしあたり実施すべき事項は、老齢保険制度という重要な点を除けば、かつての事務局試案と大差はない。しかも厚生大臣説明によ

れば、よりよい具体案があれば提案して欲しいという一見弾力的な、反面では居直った感じが読み取れるのである。

70年代の幕明けは、かくして抜本改正の本格化となった。審議会の答申は70年8月を目途にすることになっているが、事態の推移は予断を許さない。しかも、薬剤費一部負担の廃止、70年2月からの診療報酬の引き上げによって、保険財政がふたたび悪化する恐れが濃厚になってきている。もし事態がそのように動き出すとすれば、問題はまたもとに返って財政対策が急がれざるをえなくなるであろう。

しかしまた、財政対策としての抜本改正が言葉

の真の意味での抜本改正ではないことも事実である。医療保険をめぐる関係諸団体の利害対立がいかに深刻であろうとも、従来のような安易な態度は許されなくなっている。ことは保険財政の危機につきののではない。皆保険以後の医療需要の盲目的激増は、医師を疲労させ、医療のビヘービアーの偏向を生み出している。危機にあるのは保険のみではなく、国民医療の荒廃という事実を直視すべきである。したがって、いうところの抜本改正は、恐らくは長期間にわたる試行錯誤の結果として成立するかも知れない。そのためにも、関係者の不信を除き、協力を求める体制の確立こそが、何よりも必要なのである。