

## ❖ 地域の医療介護入門シリーズ

## 地域の医療と介護を知るために－わかりやすい医療と介護の制度・政策－

## 第14回 高度経済成長期における医療保険制度をめぐる動き

## －国民皆保険から福祉元年の給付改善まで－

連載の第9回と第10回で、国民皆保険成立期までの医療保険をめぐる動きについて整理したところですが、今回は、それ以降、昭和48年の「福祉元年」までの医療保険制度をめぐる動きについて説明します。

第9回と第10回では、国民皆保険という、日本の社会保障における金字塔が成立した経緯と併せて、その時期に診療報酬という医療機関・医師の収入を巡る激しい政治的な動きがあったということを浮き彫りにするために、制度面（第9回）と診療報酬面（第10回）にわけて動きを整理しました。

今回説明する、国民皆保険成立後から福祉元年までの時期も、健康保険（民間サラリーマン）の家族への給付や国民健康保険の給付が8割と大きく改善したり、老人医療費無料化が実現する一方で、財政対策のための国民の負担強化を内容とする健康保険法改正が国会で与野党対立の最大の課題になり、また、医師会による保険医総辞退が、政治的な駆け引きの手段に留まらずとうとう実施されるという、様々な動きがあり、しかも、それらが、独立した動きでなく、むしろ相互に絡んで起きています。

以下では、わかりやすくするために、財政対策および抜本対策（制度改正）の動きと、診療報酬改定を巡る動きを別々に整理していますが、この両者が絡んで起きているということを念頭において、お読みいただければと思います。

## 1 国民皆保険の成立と制度間格差

国民皆保険の成立により、わが国の医療保険は新しい段階に達することができましたが、そうした段階に達したからこそ出てくる問題に直面していました。

まず切羽詰まった問題は、財政問題です。第10回で触れたように、国民皆保険が実現した昭

和36年は、2度にわたる改定により、診療報酬が15%も引き上げられた年でした。また、制限診療の撤廃も行われ、昭和38年には地域差の解消や診療報酬の引き上げが行われました。こうした対応は、医療保険からの医療給付支出を大幅に増加させ、その財政を悪化させることになりました。

当時、財政赤字が問題となったのは、中小企業のサラリーマンを対象とした政府管掌健康保険でした。政府管掌健康保険は昭和37年から毎年度赤字が累積していきました。その中でも特に薬剤費の伸びが大きかったのです<sup>注1)</sup>。

もう一つは、制度間格差の問題です。わが国の医療保険は、組合健康保険、政府管掌健康保険、共済組合、国民健康保険と多くの制度が林立し、その間には様々な格差があったにもかかわらず、とにかく国民皆保険の実現をとという方針で、そうした格差はそのままにして、被用者保険加入者以外の者はすべて国民健康保険に加入するという制度としたため、いざ国民皆保険が実現すると、制度間格差が大きな問題としてクローズアップされるようになりました。

例えば、昭和38年当時の各制度の給付内容を見ると、以下のとおり、制度や立場によって給付の水準はかなり差がありました<sup>注2)</sup>。

- 健康保険の－初診時100円、入院時は初め被保険者の1月間だけ1日10円を負本人負担
- 健康保険の家族－診療費の5割を負担
- 国民健康保険－診療費の5割を負担（10月から、世帯主は3割負担、世帯員は5割負担）

また、収入が高く、病気になることが少ない現役時代のサラリーマンが加入する健康保険は、多額の保険料を得ながら支払う医療費が少ないので財政状況が良いのですが、そのサラリーマ

ンも、退職後は、収入は年金中心で低くなる一方、高齢のため病気になることが多くなります。こうした退職者は国民健康保険に加入するため、ただでさえ事業主負担がないため財政基盤の弱い国民健康保険の財政をさらに悪化させる要因となります。こうした問題も指摘されるようになりました。

こうした問題は、個々の制度の問題ではなく、医療保険制度全体のあり方にかかわる問題であるため、当時、制度の「抜本改正」問題とされました。

この抜本改正問題は、昭和37年に、社会保障審議会が、社会保障制度に関して、①被用者保険の家族と国民健康保険の世帯員の給付率の7割への引き上げ、②制度間の給付と負担の不均衡を是正するために、制度間の財源のプール制を導入して財政調整を行う、の2点を中心とした勧告を行ったことを契機に、大きな問題となりました<sup>注3)</sup>。

## 2 財政対策と抜本改正を巡る経緯

### (1) 財政対策と抜本改正

政府は、まず政管健保の財政危機に対応するために、昭和41年に、標準報酬の上限引き上げ、保険料率の引き上げ、単年度限りの大幅な国庫負担導入等を内容とする健康保険法改正法案を国会提出しましたが、野党の抵抗にあい、修正・成立した法案では保険料率の引き上げ幅が縮減されたため、財政改善効果は小さくなりました。

この間、厚生省も抜本改正の検討を行ったのですが、当時の政権が「黒い霧」と呼ばれた政界スキャンダルに見舞われたため、内閣改造もあり、改正案を打ち出せないまま昭和41年度末になり、政管健保の赤字はさらに増加しました。このため、政府は、昭和42年に、保険料率引き上げ、初診時および入院時患者負担の引き上げ、薬剤費一部負担の導入等を内容とする法律案を通常国会に提出しましたが、野党の強い反対にあい、審議未了、廃案となってしまいました。そこで、政府は、健康保険法を審議するだけの臨時国会（健保国会）を召集し、財政対策法案を2年間の時限立法（特例法）とすることでやっと成立しました<sup>注4)</sup>。

昭和41年11月に厚生省が公表した改革試案も、関係団体から強い批判を受け、昭和42年に、抜

本改革をめぐる議論の場は、自民党医療基本問題調査会に移りました。

この自民党の調査会に関係団体が提出した意見を見ると、医療保険制度に関する論点と、その団体の立場がよくわかります。

健康保険組合連合会（健保連）は、①制度の体系は、職域保険と地域保険の二本立て、②職域保険はすべて小集団の組合方式として、能率的な運営のできない政管健保は廃止、③組合の経営努力を阻害する財政調整には反対、④給付率は、本人・家族とも9割給付を目標、という考え方でした。

医療保険では、確かに、健康診断・保健指導という保険者努力を徹底することにより病気の予防や悪化防止が推進され、医療費が削減ないしは増加が抑制される効果があります。そして、こうした保健活動は小集団の方が進めやすいことも事実です。しかし、前述しましたように、制度間格差は、保険者努力の違いが主な要因というよりは、各制度の加入者（収入の水準や平均年齢等）の違いによる部分も大きいと思われます。その意味で、組合方式の徹底と財政調整の否定という主張には、所得の高く若い加入者だけの保険集団のエゴとの批判もあります。

これに対し、日本医師会の意見は、①制度体系は、地域保険、老齢保険（65歳以上の者が加入）、産業保険（労災）、②64歳の者はすべて地域保険に加入し、保険者は都道府県。保険料は所得割プラス均等割とし、全国一律。事業主負担は廃止、③地域保険の給付率は本人10割・家族7割、患者負担は廃止、④老齢保険の保険料は、20～64歳の国民が均一に負担、という考え方でした<sup>注5)</sup>。

保険には「大数の法則」があり、加入者が多いほど、時々の個別の事情が打ち消され、保険財政は安定します。また、全国一律の給付および保険料とすることで制度間格差もなくなります。その意味では、この提案は合理的な提案といえます。もっとも、日本医師会がこうした構想を打ち出した背景として、診療報酬引き上げの阻害要因の除去という点があることも否定できません。医師会の診療報酬の引き上げ要求に対して、当時は、中小企業従業員の加入する政管健保の財政の厳しさ等を理由に、政府は容易にこれを認めませんでした。この医師会案では、現行の被用者保険は、政管健保も

健保組合も含めすべて廃止され、地域保険に再編成されるのです。

この日本医師会案は、医療保険の体系論としてそれなりに筋の通った案ではありますが、地域保険については、被用者保険の廃止が必要という点で、わが国の医療保険制度の改正案としては大きな障壁があるため、現在、実現しているのは、従来から労災があった産業保険はともかく、後期高齢者医療制度という形で実現した老齢保険の方です。

この他にも、総評、日経連等の団体から意見を聴いた自民党医療基本問題調査会は、昭和44年に、国民保険（被用者以外の者と被用者家族を対象。市町村が保険者）、勤労者保険（被用者本人を対象として労災疾病も併せ給付。保険者は公社と組合。財政調整あり）、老齢保険（70歳以上の者）の三本立てとする「国民医療対策大綱」を公表しましたが、自民党内部でも強い異論があり、また、関係団体からも批判されました<sup>注6)</sup>。

昭和44年には、2年経過による特例法の失効に伴い、政府は、その一部を健康保険法に取り入れる改正法（薬剤費患者負担は廃止）を、国会で野党の反対を押し切って成立させた後、社会保障審議会および社会保険審議会に、医療保険制度の抜本改正について諮問しました。そして、両審議会に対し、自民党医療基本問題調査会の大綱を基にした厚生省の要綱試案（被用者本人は勤労者保険に加入するが、家族は地域単位の国民保険に加入、70歳以上の高齢者は老齢保険に加入。業務上疾病は除外）を両審議会に示しました。

この案に対して、両審議会は、いずれも、被用者保険と国民健康保険の二本立ての制度が望ましく、また、被用者の家族を国保加入とすることには反対との答申を出しました<sup>注7)</sup>。

## (2) 抜本改正法案の国会提出と廃案

昭和46年の診療報酬引き上げにより、政管健保の財政赤字が深刻化してきたことを踏まえ、審議会答申を経ず法案提出する方策（審議会における労働側委員による審議引き延ばし戦術に対抗した方策とされています）として、自民党は議員立法による財政対策法案を国会提出しましたが、野党や世論は強く反発しました。

厚生省は、こうした状況の下、自民党の議員

提案と同様の財政対策法案を国会に提出するとともに、抜本改正法案として、①健康保険家族の給付率を5割から7割に引き上げ、②健康保険の患者負担の引き上げおよび外来薬剤費患者負担の新設、③被用者保険の間で、給付費の2分の1を財政調整、④高額療養費制度の新設等を内容とする法案を、両審議会に諮問しました。

しかし、両審議会からは「抜本改正の名に値しない」と批判され、厚生省は、2分の1財政調整を引込め、代わりに60歳以上の高齢被保険者の医療給付費を健康保険の保険者間で共同負担する案を盛り込んだ法案を、財政対策法案とともに昭和47年の国会に提出しましたが、野党の反対にあい、廃案になりました<sup>注8)</sup>。

## (3) 財政対策・給付改善改正法案の成立

厚生省は、昭和48年に、廃案になった2つの法案を踏まえ、財政対策と給付改善の両方の内容を持つ法案を国会に提出しました。内容としては、①健康保険の家族の給付率を6割に引き上げる、②保険料率を0.7%から0.73%に引き上げるとともに、審議会の意見を聴いて0.8%まで引き上げられることとする、③政管健保の医療給付費の10%を国庫補助するとともに、保険料率を0.1%引き上げることと国庫負担を0.4%追加する、④ボーナスの1%を特別保険料として徴収する、等でした。国会では、家族給付率を7割に引き上げること、保険料引き上げに対応した国庫負担率引き上げを、保険料率0.1%に対して0.8%追加とすること等の修正がされ、成立しました<sup>注9)</sup>。

## 3 診療報酬を巡る争い

### (1) 保険医総辞退

昭和40年に就任した鈴木厚生大臣は、柔軟な姿勢を示して、連載の第10回で説明した職権告示により崩れていた厚生省と診療側・支払側との信頼関係を回復し、中医協は再開しました<sup>注10)</sup>。

昭和42年に診療報酬の7.68%引き上げが行われた後、診療側は、昭和43年に早くも引き上げを求め、支払側の強い反対にあうと、44年には、年末年始時期の一斉休診戦術を展開し、45年には9.74%の引き上げが行われました<sup>注11)</sup>。

しかし、当時の高い賃金上昇、物価上昇の動きを受けて、医療機関の経営が圧迫されている

として、昭和45年には、診療側は、診療報酬を毎年の物価上昇に合わせて引き上げるよう、物価スライド制を求めました。

昭和46年には、中医協に事務局が出した審議用メモに反発した日本医師会は、厚生省の関係審議会から全委員を引き上げました。そして、7月には、山口、愛知、岡山、鳥根の4県を除く42都道府県（沖縄は復帰前）が保険医総辞退に突入しました。武見会長は斉藤厚相との間で、3回にわたり公開討論（3回目はテレビ放映）を行った後、7月28日に、佐藤首相・斉藤厚相との間で、医療保険の抜本改正法案の国会提出、医療基本法の制定等の12項目合意を交わし、保険医総辞退は7月いっぱい打ち切られました<sup>注12)</sup>。

## （2） 狂乱物価と2度にわたる診療報酬引き上げ

昭和48年秋頃からは、石油ショックにより物価が急激に上昇し、いわゆる「狂乱物価」がありました。昭和48年10～12月の卸売物価は24.0%、消費者物価は16.5%上昇し、49年1～3月は、卸売物価が35.4%、消費者物価も24.3%上昇と、現在では考えられないような急激な物価上昇でした。こうした急激な物価上昇は医療機関を直撃し、そのため、昭和49年1月の19%引き上げと、10月の16%引き上げの2回にわたり実施されました<sup>注13)</sup>。

## 4 老人医療無料化の実施

連載の第12回で触れた沢内村の老人医療費無料化の取り組みは、岩手県等の東北地方の市町村に広まっていきました。また、沢内村の取り組み等を踏まえて昭和38年に制定された老人福祉法では、年1回の老人への健康診断実施を市町村に義務づけていましたが、「病気が見つかって医者にかかる金がない」との理由で健診を受けない者が多く、受診率が上がらなかったことから、各地の市町村に老人医療費の無料化や軽減の動きが出てきました。そして、都道府県レベルでも、昭和44年に秋田県と東京都が導入し、これを契機として、老人医療費無料化は全国の地方自治体に広まっていきました。

こうした状況の下で、「国は老人医療費を無料化する」との世論が高まり、抵抗していた厚生省や大蔵省も世論に押し切られる形で了解し、昭和47年には、国会に提出された老人福祉法改

正法案が、全会一致で可決され、48年1月から、国の制度として老人医療費無料化が実施されました<sup>注14)</sup>。

## 5 考察

ここまでの経緯を見ていくと、医療保険制度の基本的な制度体系についての議論はずいぶん行われましたが、関係者の意見の隔たりが大きく、結局実施されたのは、財政対策と、給付改善、そして診療報酬引き上げということになっています。

その背景としては、やはり経済成長が続いていたということが大きいと思われます。昭和31年から47年までの経済成長率（実質GNPの伸び率）は、最大が昭和43年の12.4%、最小が昭和46年の5.0%、この間の平均は年9.1%にも達していました。こうした経済成長は、国の税収や社会保険料収入の継続的増加をもたらし、一時的に政管健保の財政急迫があっても、保険料率引き上げや国庫負担の増加により対応することができ、それだけでなく、給付改善にも対応できました。

もう一つ、政治的要因もありました。昭和42年に美濃部都知事が誕生した統一地方選挙を契機に、昭和40年代は、全国で革新自治体（社会党や共産党等の支援を受けた首長を持つ地方自治体）が増加していました。この革新自治体が増加したのが福祉施策や公害防止対策であり、特に老人医療費無料化は、その象徴ともいえるべき施策でした。そうした中で登場した田中内閣は、日本列島改造論により国土の均等ある発展を図るとともに、「活力ある福祉社会の実現」を打ち出して、昭和48年度予算では、上記で述べた医療保険分野だけでなく、年金等各種の社会保障分野において大幅な給付の改善・充実を行ったことから、昭和48年は「福祉元年」といわれました。

注1) 吉原健二・和田勝（2008）：175-176.

注2) 厚生統計協会「保険と年金の動向 昭和38年」（1963）：56-59, 82-87.

注3) 吉原健二・和田勝（2008）：189-190.

注4) 同上：175-181.

注5) 同上：194-196.

注6) 同上197-199.

注7) 同上199-205.

- 注8) 有岡二郎：299-305.  
 注9) 吉原健二・和田勝（2008）：210-214.  
 注10) 有岡二郎：246-248.  
 注11) 同上：275-278.  
 注12) 同上：282-296.  
 注13) 同上：323-327.  
 注14) 吉原健二・和田勝（2008）：231-235.

参考文献

- 吉原健二・和田勝「日本医療保険制度史 増補改訂版」  
 2008：東洋経済新報社。  
 有岡二郎「戦後医療の五十年 医療保険制度の舞台裏」  
 1997：日本医事新報社。  
 厚生省「厚生省五十年史」1988：中央法規。

## 投稿論文への論文投稿申請書の添付について

厚生労働統計協会

当協会においては、9月から、投稿者の個人情報保護を徹底する観点から、従来、論文表紙に記入していただいていた、連絡担当者の氏名、所属、連絡先（住所、電話番号）、FAX番号、メールアドレスにつきまして、「論文投稿申請書」に記入して、論文に添付して提出いただき、これを厳格に管理することといたします。

論文投稿申請書につきましては、その様式を当協会ホームページ (<http://www.hws-kyokai.or.jp>) に掲載しておりますので、ご利用ください。

これに伴い、投稿規定も、関係箇所を以下のように改正いたします。

改正前	改正後
2 論文には、表紙として、表題、執筆者名、所属、原稿枚数、図表枚数、連絡先、住所、氏名、電話番号を記述する。また、論文には、抄録（和文1,000字以内）を添付する。抄録は構造化抄録（Structured Abstract）の形式を取り、目的、方法、結果（成績）、結論の順に見出しを付して記述し、末尾にキーワード（6個以内）を示す。	2(1)論文には、表紙に、表題、執筆者名（共著者を含む）、所属、原稿枚数および図表枚数を記述するとともに、 <u>論文投稿申請書を添付する。</u> 論文投稿申請書には、 <u>表題、連絡担当者の氏名、所属、連絡先（住所、電話番号）、FAX番号、メールアドレスを記述する。</u> (2)また、論文には、抄録（和文1,000字以内）を添付する。抄録は構造化抄録（Structured Abstract）の形式を取り、目的、方法、結果（成績）、結論の順に見出しを付して記述し、末尾にキーワード（6個以内）を示す。