

❖ 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19回 低成長期における医療・介護を巡る動き（5）

－石油ショックから昭和55年までの医療保険制度を巡る動き－

今回は、昭和48年の石油ショック後、昭和55年までの時期における医療保険制度を巡る動きについて説明します。

1 政管健保の財政危機と財政対策法案

政府管掌健康保険は、昭和48年に、法改正による定率国庫補助の導入および累積赤字約3000億円の棚上げ、そして保険料率の引き上げが実施されたにもかかわらず、昭和48年改正における家族給付率引き上げや昭和49年の2度にわたる診療報酬引き上げ等（本連載の第14回で説明しました）により、昭和49年度以降赤字が続きました。

このため、厚生省は昭和49年および51年に保険料率を引き上げるとともに、51年には高額療養費の自己負担限度額の引き上げも行いました。さらに、51年には、標準報酬の上限及び下限の引き上げ、初診時（200円→600円）及び入院時の一部負担の引き上げ（1日60円→200円）などを内容とする健康保険法改正法案も国会に提出しましたが、法案は、一部負担の改正部分の規定が削除されて成立した（つまり、一部負担額は従来通り）ため、大きな財政効果はありませんでした^{注1)注2)}。

このような財政対策にもかかわらず、昭和51年4月および52年2月に診療報酬改定が行われ、また、石油ショック後の不況で保険料収入が伸びなかったことから、政管健保財政は悪化し、昭和51年度末には約200億円の累積赤字を計上することが見込まれるようになりました。ここで大きな問題が出てきました。

昭和48年の健康保険法等の改正で累積赤字約3000億円を棚上げした際、今後、政管健保で保険料引き上げにもかかわらず赤字が見込まれる際には、1年以内に保険料で償還できることが明らかでないと、国庫から借入金をするのができない、ということが法律で定められました。

政管健保の財政が破綻しては困るので、赤字棚上げをしたのですが、こうしたことが繰り返されないよう、今後は、政管健保が国庫から借り入れができるのは、一時的な資金繰りであって返済の目途がある場合に限定するということが法律で決められたのです。厚生省としても、昭和48年当時は二度とこうしたことにはならないだろうと考えたのですが、その後の石油ショックにより、その前提が大きく狂ってしまいました。そのため、このままでは、昭和52年度末までに財政状況を好転させ、51年度末までの累積赤字を解消して財政均衡を実現する、という目途が立たなくなってしまいました。そうになると、国庫からの借り入れができず、医療機関からの診療報酬請求に対して支払いができなくなるという大変な事態になってしまいます。

このため、厚生省は、昭和52年2月に、標準報酬の上限引き上げ、賞与に対する当分の間の2%の特別保険料徴収（当時は、保険料は、毎月の給与についてだけ徴収されており、賞与は対象外でした）、初診時（200円→700円）及び入院時一部負担（1日60円→200円）の引き上げ等を内容とする健康保険法改正案を社会保険審議会（支払側、診療側、公益の三者構成）及び社会保障審議会（有識者委員のみ）に諮問しました。

両審議会とも、諮問案が、医療提供体制も含めた制度の基本的な見直しがなく財政対策が主な内容であることを批判し、特に特別保険料については強く反発したことから、政府は、特別保険料について「抜本改正実施までの間の措置」と修正して、同月に健康保険法改正法案を国会に提出しました。

この法案の審議は難航し、法案が提出された通常国会ではなかなか本論に入れず継続審議となり、9月からの臨時国会では、当時野党側が成立を目指した議員提案の特定業種離職者対策

措置法案とセットの取り扱いとして修正作業が進みましたが、折り合いがつかずに廃案になり、12月開会の臨時国会で、ようやく、修正されて成立しました。その主な内容は、①標準報酬の上限引き上げ、②賞与については1%の特別保険料を徴収し、被保険者負担分については、5分の2を国庫が補助する、③初診時（200円→600円）及び入院一部負担（1日60円→200円）の引き上げ等でした^{注3)注4)}。

2 昭和53年における健康保険法改正法案の提出

医療保険制度全般にわたる基本的見直しについて検討してきた社会保険審議会の健保問題等懇談会は、昭和52年11月に「医療保険制度の改善方策について」を公表しました。そのポイントは以下の点でした。

- ・現段階では被用者保険と地域保険の二本建てを前提とし、さしあたり被用者保険各制度間での給付及び負担の漸進的合理的改善を図る事
- ・家族給付率10割を目標として、保険財政の見通しに配慮しながら改善を図る事。それに伴い本人の一部負担を適正な額に引き上げ、この場合、外来投薬時の一部負担も検討する事
- ・当面健康保険組合間の財政調整を行う事

また、厚生省自身も、昭和52年に成立した健康保険法改正法案の審議において、14項目にわたる、今後の医療保険制度改革の方向を示した「医療保険制度改革の基本的考え方について」を公表しました。この14項目は、以下のとおりです^{注5)}。

- ①制度間格差の是正、当面健保組合間の財政調整の実施
- ②本人家族の給付水準の格差是正
- ③一部負担の適正化、合理化
- ④退職者継続給付の検討
- ⑤付添看護、差額ベッド、歯科差額の保険外負担の改善
- ⑥物と技術の分離、技術料重点の診療報酬の改善
- ⑦実勢価格に見合った薬価基準の適正化
- ⑧適正な医療費支出対策の推進
- ⑨給付に見合った保険料及び財政基盤に応じた国庫補助による保険財政の安定
- ⑩保険料負担の基礎となる報酬の合理的見直し

- ⑪老人保健医療制度の整備
- ⑫医療供給体制の整備と医療関係者の養成確保
- ⑬医薬品の有効性及び安全性の確保、医薬分業の推進及び薬害救済制度の確立
- ⑭健康づくり施策の推進

さらに、大蔵省の財政制度審議会も、昭和52年12月に公表した報告書で、医療保険制度について、医療費への国庫負担は社会保障関係費の約5割を占め、もはや限界であるとして、単年度収支均衡という基本原則にのっとり、保険料負担の適正化、合理的な受益者負担の導入を求めました^{注6)}。

こうした提言や意見を踏まえて、厚生省は、昭和53年4月に、社会保険審議会及び社会保障制度審議会に、健康保険法等の改正案を諮問しました。その主な内容は、次の6点でした^{注7)注8)}。

- ①医療給付は、本人、家族とも10割給付とする
- ②薬剤と歯科材料は現物給付から除外し、保険者が一定の基準を超えた額を償還する（いわゆる「薬剤費の足切り償還制」）
- ③賞与等に対する特別保険料を廃止し、賞与等を受けた月は、標準報酬額の2倍を限度に賞与等を保険料算定の基礎に含める
- ④保険料率の上限を1000分の80とし、政管健保の保険料率は、厚生大臣が社会保険審議会の議を経て定める
- ⑤全被用者保険制度の財政調整が行われるまでの間、健康保険組合相互間の財政調整を行う
- ⑥健康保険組合は、厚生大臣の承認を受けなければ付加給付を行うことはできない

この「薬剤費の足切り償還制」は、これまでにない発想の提案でした。わが国の医療保険制度は、基本的に、必要な医療についてはすべて医療保険から給付し、その上で患者が一部負担を窓口で負担する、という考え方ですが、この案は、薬剤と歯科材料は現物の医療給付から除外し、その負担が一定額以上になったら、その超えた額の分について患者に対して現金で給付する、というものでした。いわゆる償還制であるので、患者はいったん薬剤費を全額負担しなければなりません。そのため、当然、反発も予想されました。どうしてこのような案が出てきたのでしょうか。

当時の小沢辰男厚生大臣は、前任者の渡辺美

智雄大臣が武見日本医師会会長と激しく対立した後を受けて、武見会長との関係を修復し、昭和53年1月には、2年ぶりに診療報酬改定（9.6%引き上げ）を行いました。そして、上記のように、医療保険制度の改革案の提出を迫られている中で、日本医師会の了解を得るために、武見会長との調整を重ね、①給付の平準化を図る②負担の公平化を図る③物と技術の分離を図る④家計の高額負担を解消する⑤レセプト審査機構の改善を早急に検討する、の5原則を抜本改革案に持ち込む、という合意をしました。そして、この合意の際には、健康保険法改正についても、本人・家族とも10割給付にして、代わりに薬剤費の一部負担を導入することで合意した、としている文献もあります^{注9)}。しかし、この合意を踏まえて厚生省が諮問した健康保険法改正案においては、薬剤費の償還制が採用されました。どうして厚生省が薬剤費について足切り償還制を採用したのかについては、推測に過ぎませんが、本人・家族10割給付を採用しながら医療費の増加を抑え、また医療費のかんりの部分を薬剤費が占めている等の薬の問題に対応するためには、薬剤費の一部負担の導入より、償還制を採用する事が適切との判断があったのではないかと思います^{注10)}。

しかし、この諮問案に対して、武見会長は、薬剤費の償還については聞いてない、抜本改正になってないとして批判し、「償還制を採用して薬剤費一部負担を廃止したところに、国民の福祉を無視する根本思想が表明されている。血も涙もない。現金のない者は死んでいけである」という談話を発表しました。また、1週間、院外処方せん発行運動を展開することを理事会で決定しました。医師は薬で儲けていないということを示すとともに、薬代を払う場所が薬局に変わることによって患者が不利になり、償還制の問題点を浮き彫りにする狙いがあったとされています。

また、この薬剤費償還制については、社会保障審議会、社会保障制度審議会とも強く反対しました。社会保障制度審議会の答申では「薬剤費の償還制は現実的とは考えにくい」として「10割給付にこだわらず、薬剤費に一部負担を採用の方が現実的」とされました。また、社会保険審議会の答申には、公益委員と事業主側委員の案として、負担限度額を設けて一部負担を

導入すべきとの意見が付け加えられました^{注11)}。

このような関係面からの強い反対を受けて、厚生省は、薬剤費償還制に代わって、薬剤費の一部負担を導入することとし、昭和53年5月に健康保険法改正法案を国会に提出しました。このため、法案においては、一部負担金については、被保険者本人・家族とも、初診時1,000円、薬剤費・歯科材料費の1/2、入院時は1日につき給食費相当額とされました。また、一部負担の額が著しく高額になった場合（額は政令で規定）は高額療養費を支給することとされました^{注12)}。

日本医師会は、この改正法案にも反対し、厚生省への非協力等を決めるとともに、7月3日から8日まで院外処方せん発行運動を実施しました^{注13)}。

3 医師優遇税制の廃止と財政調整法案

この時期の医療保険制度改正を巡る動きを理解するためには、一見すると直接関係ないように見える税制の動きにも触れる必要があります。

昭和50年代前半、政府は、石油ショック後の厳しい財政状況を改善するために、一般消費税の導入を模索していました。そのためには、当時不公平税制の代表とされていた医師優遇税制を見直すことが必要でした。

そこで、昭和53年12月に、自民党税制調査会は、山中貞則顧問が武見会長と折衝しました。武見会長は、地方の人口の少ないへき地の医師については患者も少ないからとして従来の優遇措置を残すことを求めました。そこで、医師への所得税制については、昭和54年度から、診療報酬収入が2500万円以下の医師については控除率72%を残し、それ以上の収入の医師については、診療報酬2500万円超～3000万円は控除率70%、3000万円超～4000万円超は62%、4000万円超～5000万円は57%、5000万円超は52%と、5段階の制度とする見直しが行われました。

この折衝において、武見会長は救急医療体制の整備と、組合健保と政管健保の財政調整を強く求め、それを受け、斎藤邦吉幹事長と武見会長との間で、医療機器の買い入れに特別償却制度を設けることと、救急病院や救急診療所の医療機器の固定資産税を軽減すること、そして、政管健保と組合健保との給付と負担の不公平是正を行うことが合意されました。

そして自民党は、昭和54年税制改正において合意した税制改正を実現するとともに、5月には、すべての被用者保険制度（組合健保、政管健保、各種共済組合、日雇健保、船員保険）について、保険料収入を社会保険庁で一括管理し、医療費のうちの保険負担分を各保険者に支給するという、財政調整法案を国会に提出しました^{注14)}。

4 健康保険法改正法案の審議と修正・成立

健康保険法改正法案については、医療団体、労働団体等多くの関係者から批判を受けていましたが、それに加えて、自民党から財政調整法案が出されたことに、健保連や経団連、野党が強く反発しました。また、この時期は、政治的に大きな問題が起き、それに振り回されることにもなりました。昭和54年には、ダグラス・グラマン両社のわが国への航空機売り込みを巡る疑惑事件で国会が空転し、また、昭和55年には、大平内閣の下で自民党の主流派と反主流派が対立した「四十日抗争」により、野党提出の内閣不信任案が自民党反主流派の本会議欠席により成立し、大平総理が衆議院を解散するといったことも起きました。

そのため、健康保険法改正法案は3度にわたり廃案になりました。特に、3度目の国会提出の際には、昭和55年3月下旬ごろから与野党とも調整の動きが出てきて、4月末には、四党の間で、入院は本人10割・家族9割、外来は本人9割・家族8割とする事等を内容とする合意が成立しました。しかし、日本医師会や大蔵省は反対し、保険料率アップと連動する国庫補助率の廃止問題などで与野党間の意見調整が難航している間に、大平内閣不信任案が成立して、衆議院が解散されてしまいました。

そして、同年10月開会の臨時国会で、健康保険法改正案は、修正の上、成立しました。そのポイントは以下のとおりです^{注15)}。

- ・被保険者本人の一部負担の引き上げ（外来：初診時600円→800円，入院：1日当たり200円→500円）
- ・家族の給付率は、入院時のみ8割に引き上げ、外来は従来通り7割
- ・保険料率の上限を、政管健保では80/1000→91/1000に、組合健保では90/1000→95/1000に引き上げ。政管健保の保険料率の引き上げは、給付の改善及び診療報酬改定時の場

合のほか、昭和49年から54年までの累積赤字の償還の場合にも行えることとする

- ・政管健保の個々補助率は、16.4～20%の間で政令で定めるが、当分の間16.4%とし、給付内容の変更、国の財政状況の変動などの場合に検討する
- ・健保組合間の財政調整規定から、将来全被用者保険制度間で財政調整を行う事を前提とする旨の規定を削除

注1) 厚生省 (1988) : 1794-1796.

注2) 吉原健二・和田勝 (2008) : 278-279.

注3) 厚生省 (1988) : 1796-1801.

注4) 吉原健二・和田勝 (2008) : 279-282.

注5) 同上 : 1800.

注6) 同上 : 1803-1804.

注7) 同上 : 1804.

注8) 吉原健二・和田勝 (2008) : 282-283.

注9) 有岡二郎 (1987) : 347.

注10) 当時保険局審議官であった吉村仁氏の論文（「医療保険改革の憂鬱な選択（中）」健康保険1978年9月号、健康保険組合連合会）では、厚生省が審議会に諮問した「薬剤給付外、高額薬剤費償還」の案は、給付は総体として8割、患者負担は総体2割とする案であった、とするとともに、薬剤費の問題の難しさに触れ、審議会諮問案において、薬剤費償還制を採用した考え方について、次のように書かれています。

「私たちは、諮問案において「薬の現物給付外」案を提案したが、この案だと薬価は販売業者・患者の間で自由に形成されることになる。患者保護の見地から、医療機関と患者の間の請求支払価格を薬価基準で公定するかどうかはむずかしい問題を含むが、どちらでも可能である。むしろ、一度、薬価基準を廃して、自由な価格形成と自由な請求・支払に委ねてみるのも、薬価の統制に伴う種々のむずかしい問題を当事者間で解決する一方法ではないか、こういう考え方もあったことをとくに付記しておこう」

注11) 有岡二郎 (1987) : 348.

注12) 厚生省 (1988) : 1805-1806.

注13) 日本医師会 (1987) : 153.

注14) 有岡二郎 (1987) : 349-353.

注15) 厚生省 (1988) : 1806-1809.

参考文献

- 厚生省「厚生省五十年史」1988：中央法規。
 有岡二郎「戦後医療の五十年 医療保険制度の舞台裏」1987：日本医事新報社。
 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。
 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌演習部会編集「日本医師会創立記念誌－戦後五十年のあゆみ」1997：日本医師会。