

❖ 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10回 第二次世界大戦後の医療保険制度を巡る動き（その3）

－国民皆保険成立期のもう一つの側面－

3 国民皆保険成立時期における日本医師会と厚生省の対立

(1) 二重指定問題と診療報酬引き上げ

前回は、国民皆保険の実現に向けた取り組みが進められた経緯とその意義について説明したところですが、この皆保険への取り組みが進んだ昭和30年代には、それと並行して、厚生省と日本医師会との激しい対立がありました。

この対立は、後から触れますように、まさに国民皆保険への取り組みが進んだ状況であるからこそ生じた対立でした。そして、その対立の主人公ともいべき人物が、武見太郎日本医師会会長でした。

武見氏が日本医師会会長に就任したのは昭和32年でした。当時、政府は、政府管掌健康保険（政管健保）が昭和31年度に巨額の赤字を計上することが見込まれたことから、患者負担の増額や標準報酬の上限・下限の引き上げ等を内容とする健康保険法改正法案を国会に提出し、成立させました。この改正法案の中に、保険医と保険医療機関の二重指定という項目がありました。

医療機関が保険診療をする場合には、従来から保険医の指定を受けることが必要とされ、不正な診療をする保険医について、行政は保険医の指定を取り消すことができました。ところが、当時、濃厚診療や水増し診療をする医療機関が、行政が保険医の指定を取り消すと、別の保険医を連れてきてまた同じような診療をさせるということがありました。そこで、厚生省は、保険診療には、保険医療機関と保険医の両方の指定が必要であるという制度改正を行うことにより、濃厚診療や水増し診療をする医療機関については、保険医の指定だけでなく、保険医療機関の取り消しを行うことにより、対応しようとした。

日本医師会は、この改正と、もう一つ、保険医療機関・保険医は行政の指導・監査を受けなければならない、監査を拒否したり不正請求をしたときは、保険医療機関や保険医の指定を取り消すことができる旨の改正、この2つを中心に、健康保険法改正法案に強く反対しました。健康保険法改正法案は、当時の自社対立という政治情勢により廃案になったり、継続審議になったりしましたが、昭和32年3月、大きな修正なく成立し、上記の2事項についての医師会の反対は反映されませんでした^{注1)}。

日本医師会執行部は代議員会でその責任を追究されて不信任され、武見会長が選出されました。武見会長は、それまで恒例であった、新任執行部の厚生省へのあいさつを止めさせ、また、二重指定を実施するための政省令について、医師会と事前調整をすることを求めました。厚生省もこれに応じ、担当の保険局幹部が医師会に出かけ、医師会の顧問であった法律学の大学教授の立ち合いのもと、一晩かけて、厚生省の政省令案が議論され、修正されました^{注2)}。

さらに、医師会は診療報酬の引き上げを求めるとともに、診療報酬のあり方について審議していた臨時医療保険審議会について、厚生省主導の進め方になっていると反発して、医師会委員を引き上げました。医師会に近い国会議員が仲裁しようとしたのですが、武見会長は一切応じませんでした^{注3)}。

(2) 2種類の診療報酬点数表

診療報酬の議論は、中央社会保険医療協議会（中医協）に移り、医師会は、診療報酬単価を大幅に引き上げる要求を出しました。わが国の医療保険における診療報酬は、各診療行為ごとに点数を定め（点数表）、その点数に単価を掛けることにより、診療報酬額を定める方式（出

来高払い方式)を採用しています。厚生省は、この診療報酬単価は引き上げませんでした。そして、従来の、個々の診療行為ごとに細かく点数を決める診療報酬点数表(乙表)とは別に、基本診療料の中に簡単な検査や投薬、注射等の料金を含める考え方の、もう1つの点数表(甲表)をつくり、医療機関はどちらでも選択できる、診療報酬は全体で8.5%の引き上げとする、という案を提示しました^{注4)}。

この案に対し、武見会長は、この甲表では血圧測定をしなくても診察料をどんどん請求する医師が得をする、医学の論理はない、として反対しました。医師会がこの甲表に反対した背景には、甲表は、物と技術の分離として、薬価の中に含まれていた技術料分を削除し、その分は別に評価しようとしたため、投薬の多い医師の収入が下がるということもあったようです^{注5)}。

さらに、日本病院協会が、自らが主張していた技術重視の主張を取り入れたものとして甲表を評価し、厚生省案を認めたことから、診療側でも意見が分かれました^{注4)}。

中医協は、昭和32年12月に答申を出しましたが、その内容は、厚生省案、医師会案、歯科医師会案の3つについてどのような意見があったかを述べただけのものでした^{注6)}。

堀木厚生大臣は、武見会長と激しく対立し、厚生省案で新点数表を告示しようとしたのですが、武見会長は自民党幹部に働きかけ、堀木厚相は、自民党六役会議で、関係団体とさらに話し合うようにとされました^{注7)}。

その後、に就任した橋本厚生大臣(橋本龍太郎氏の父の龍伍氏)は、医師会等関係団体等との調整に乗りだし、点数単価の10円は変えないが、乙表については医師会の主張を取り入れて診療報酬を引き上げる内容で、昭和33年10月に新点数表を告示しました^{注8)}。

(3) 診療報酬引き上げと制限診療の撤廃

昭和34~35年、わが国は年率10%を越える経済成長を続け、「岩戸景気」といわれる好況でした^{注9)}。

そうした中で、医師会員たちには、診療報酬が2年も据え置かれていることへの不満がたまっていました。また、国民皆保険が実現すると、自分たちがさらに制約されてしまうのではないかと不安もありました。そこで、日本医

師会は、単価の引き上げによる診療報酬の30%引き上げと制限診療の撤廃を厚生省に要求しました。

さらに、看護婦等の病院職員も、賃金引き上げと労働条件改善だけでなく、その背景にある診療報酬の引き上げを要求するようになりました。

政府は、昭和36年1月、昭和36年度予算案において、単価は据え置きで10%引き上げとする事を決めました。この予算案に反対する医師会は、2月に、①1日間(日曜日)の全国一斉休診、②定期健診や予防注射等への非協力、③保険医総退届けを各都道府県でとりまとめ、との方針を決めました。こうした動きに自民党があっせんし、日曜日の一斉休診は実施されましたが、自民党三役と日本医師会との会談により、制限診療緩和の方向で努力すること、診療報酬単価について1円を相当上回る額に引き上げること等が合意され、保険医総辞退は回避されました^{注10)}。

ここで制限診療について、少し説明します。この当時、保険診療においては、一定の薬の使い方について国が使用できる病気の種類や使用順序を定めるということがありました。これは、昭和20年代においては、ペニシリンやストレプトマイシン等の発見によって化学療法が飛躍的に改善されたのですが、その適正な使用方法が知られていなかったり、当時は非常に高価であったことなどから決められた^{注11)}ことのように、それが昭和30年代になっても続いていたことから、医師の間では保険診療への制約になっているとして問題視されていたものです。

古井厚生大臣は、これを受け、政府部内調整を行った上、単価引き上げ等を内容とする診療報酬改定を中医協に諮問しました。当時の中医協は、病院協会代表を診療側委員の1人とするに反発した医師会がボイコットを続け、歯科医師会や薬剤師会も共同歩調をとり委員を出席させませんでした。病院協会代表委員1人が診療担当者側委員として参加していたので、厚生省は中医協は成立しているという立場でした。この中医協が、単価は据え置き、診療点数の整理で引き上げを行う旨を答申し、厚生省もこれに基づき、7月に告示を行いました。

この告示に対して、日本医師会は、取り消しを求め、内閣改造後に、8月1日から保険医総

辞退を行う旨を発表しました。今度は田中角栄政調会長が調整に乗りだし、診療側、支払側の代表及び厚生省の参加による医療懇談会が開催されました。この医療懇談会では、制限診療の緩和、医療保険の制度間不均衡の是正に取り組むこと、診療報酬の適正化等を内容とした了解事項をまとめました^{注12)}。

この懇談会の了解を受けて、昭和36年に高血圧治療指針や精神科の治療指針が改正されて、制限診療の緩和が進み、翌37年には、抗生物質の使用基準の改正により、薬価基準に記載されていれば、使用できる抗生物質の種類や使用順序の制約がなくなりました^{注13)}。

厚生省は、昭和36年には、10月と12月の2回にわたり診療報酬改定を行い、2回合わせて約15%の引き上げになりました^{注14)}。

昭和38年には、診療報酬の地域差も撤廃されました。従来は、大都市地域の方がそれ以外の地域より、点数単価が高く設定されていたのですが、それが撤廃されました^{注15)}。

(4) 診療報酬引き上げと職権告示

昭和38年には、医師会は、再診料の新設を要求しました。それまで初診料はあったのですが、再診料はありませんでした。これに支払側は反対しました。翌39年になっても、中医協における診療側と支払側の対立は続き、4月には、中医協から8%引き上げを示唆した答申が出されましたが、医師会はこれに反対し、再診料の創設かそれに相当する20%程度の引き上げを要求しました。

その後、池田首相が病気を理由に退陣し、新たに発足した佐藤内閣において、神田厚生大臣は、12月に9.5%の引き上げを中医協に諮問しました。支払い側は反発し、中医協をボイコットしましたが、神田厚相は、中医協の答申を受けることなく、大臣の職権で診療報酬引き上げを告示しました（職権告示）。支払側は、中医協委員の辞表を出すとともに、職権告示の取り消しを求めて、行政訴訟を提起しました。ここで辞表を出した支払側の7団体とは、健保連、労働組合（総評、同盟、海員組合）、経済界（日経連、船主協会）及び国保中央会です。

政府・自民党は、支払側7団体との調整に入り、薬価基準の引き上げや医療保険制度への国庫負担の増額等の支払側の要求に応じて、合意

しましたが、今度は、薬価基準の引き下げに医師会が反発して、中医協は審議できない状態が続きました。

そうした中で、4健保組合が職権告示無効の訴えを東京地方裁判所に対して行いました。これは、中医協の答申なしに行った診療報酬改定の告示は、必要な手続きを経ていないので無効だという訴えであったのですが、その際に、裁判所の判決が出るまでの間、その告示の効力を停止させるべきとの訴えも一緒に行われていました。東京地裁は、これを受けて、職権告示された診療報酬改定の効力を本訴確定まで（判決が出て確定するまで）停止するとの決定を行いました。このため、4組合の被保険者及び家族だけは職権告示前の診療報酬で医療を受け、それ以外の者は職権告示された診療報酬で医療を受けるといふ、二本立ての診療報酬になってしまいました。

こうした事態の中で、支払側は全国民が引き上げ前の旧診療報酬で受診できるはずと主張し、一方、医師会はすべて改定後の新診療報酬で診療するとの方針を打ち出したので、4健保組合の加入者が受診した医療機関の窓口でトラブルが生じるようになりました。このため、政府が解決に乗り出したところ、地裁決定に対して厚生大臣が起こした即時抗告（上記の告示の効力停止決定への不服申し立て）を受けた東京高等裁判所が、東京地裁の決定を取り消す決定を行い、二本立ての診療報酬は解消されました^{注16)}。

(5) 対立の背景

ここまで、国民皆保険への取り組みが進んだ昭和30年代における日本医師会と厚生省との対立について、二重指定、診療報酬の体系（点数表）、診療報酬引き上げ、制限診療の撤廃といった大きな事項に絞って、その動向を整理し、記述してきたところです。

これを見ると、日本医師会が大きな政治力を発揮して、時には厚生省を飛び越して、政府・自民党首脳と折衝して、自らの要望を実現させていたことがわかります。

どうして、いわば1団体に過ぎない日本医師会がこうした大きな政治的活動をすることができたのでしょうか。

1つは、武見会長が持っていた大きな政治力です。武見医師は、慶應義塾大学医学部卒業後、

昭和5年に内科教室に入局しました^{注17)}。日本の大学医学部が持っていた「医局」という仕組みについては、別のところで詳しく触れますが、当時は、各講座ごとに、教授、助教授、講師、医局員という厳しい序列がありました。こうした序列や縦割り分担になじめなかった武見医師は、昭和12年に慶応病院を辞めて、当時知り合った、理化学研究所の仁科芳雄主任研究員の誘いを受けて、理化学研究所の無給研究者兼付属診療所長になりました^{注18)}。その後、銀座で診療所を開設し、様々な政府高官や政治家を患者として持つようになりました^{注19)}。その1人が、大久保利通の次男であり、当時政界に大きな力を持っていた牧野伸顕伯爵でした。牧野邸で武見が会った様々な人物の1人が吉田茂でした。第二次世界大戦後、吉田と武見の交流は深まり、武見は吉田の主治医になるとともに、吉田のために働いたようです^{注20)}。

こうした吉田茂との交流等から、武見会長は、様々な政治家とのつきあひがあり、それを背景に、しばしば、厚生省の役人や厚生大臣を飛び越して、池田勇人、川島正次郎、田中角栄といった自民党の有力政治家と直接政治的折衝をすることができたのです。

2つ目は、国民皆保険について、医師会員たちが持っていた不安です^{注21)}。第二次世界大戦後、医療保険が普及していき、医師会会員の中心である診療所医師たちも、もはや、そうした世の中の流れには逆らうことができないことについては自覚していました。しかし、医師たちにとって、保険診療には、様々な制約がありました。前述したような、診療内容への制限もありましたし、行政による監督監査もありました。そして、何よりも、保険診療では、診療報酬は国が決めていましたので、医師の収入は、国の診療報酬改定に依存します。

少し前までの時代は、自由診療中心で、診療報酬は医師自らが決めていました。そうした時代を知っている診療所医師たちにとって、国民皆保険は、制約される保険診療に依存しなければならぬという不安がありました。自らが診療所所長であり医師でもある診療所医師たちからは、保険医療機関と保険医の二重指定などは、実態を無視した、国による規制強化としか映らなかったのかもしれませんが。

まさにそのような時期に、若く（就任時、53

歳でした）、厚生省を恐れない、高度の政治力を持つ武見会長が、医師会員の強い支持を得た、ということがあると考えられます。

なお、武見の診療所では、診療を行い処方せんを書きますが、患者には診療費は一切請求せず、患者はお礼として、なにがしかの金額を置いていったとのことです^{注22)}。そうした診療を行ってきた武見にとって、保険医療機関と保険医の二重指定は、医師と患者の人間関係を否定するものと映ったようです。

武見太郎「医心伝真」には、以下のような記述があります^{注23)}。

「健康保険制度下における医師と患者との関係を考えてみよう。あなたが患者として医師の門を叩くとき、医者は自分を診察するのは当然であると思っているが、法律上は、実は保険医療機関という機関から、「療養の給付」を受けるわけである。

療養の給付なるものには、診療、投薬、処置、手術などの全てが含まれる。

あなたは保険医療機関から療養の給付をもらい、医師も看護婦も薬剤師も、保険機関にみずからの技術を提供しているにすぎない。医師と患者の人間関係は、健保制度の中では、完全に否定されている。この法律が昭和32年に成立してから、医師と患者の人間関係は、冷却の状態を加速し、医事紛争や、保険医療機関のトラブルは続発した」

3つめとして、これは背景ですが、これまで触れてきましたように、わが国の医療提供体制が民間医療機関に大きく依存している中で、国民皆保険の実を上げる（全国どこでも保険診療を受けることができるようにする）には、民間医療機関を支援育成していくことが国としても必要である、ということがありました。

この医療提供体制の問題については、次回で触れることといたします。

注1) 有岡二郎 (1997) : 120-122.

注2) 有岡二郎 (1997) : 123-131.

注3) 有岡二郎 (1997) : 137-138.

注4) 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部会 (1997) : 58.

注5) 有岡二郎 (1997) : 140.

注6) 有岡二郎 (1997) : 145.

注7) 有岡二郎 (1997) : 151-153.

- 注8) 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部会(1997): 61-62.
- 注9) 昭和30~32年の好況は、「神武景気」(つまり神武天皇以来の空前の好景気)と言われていましたが、昭和34~35年は、それを上回る好況だったので、「岩戸景気」と言われました。
- 注10) 有岡二郎(1997): 183-196.
- 注11) 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部会(1997): 38.
- 注12) 有岡二郎(1997): 199-213.
- 注13) 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部会(1997): 78-83.
- 注14) 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部会(1997): 78.
- 注15) 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部会(1997): 83.
- 注16) 有岡二郎(1997): 230-243.
- 注17) 三輪和雄(1990): 63.

- 注18) 三輪和雄(1990): 91-95.
- 注19) 三輪和雄(1990): 97-105.
- 注20) 三輪和雄(1990): 117-126.
- 注21) 有岡二郎(1997): 124.
- 注22) 三輪和雄(1990): 101-103.
- 注23) 武見太郎(1976): 131-132.

参考文献

- 武見太郎「医心伝真」1976: 実業之日本社.
- 三輪和雄「猛医の時代 武見太郎の生涯」1990: 文藝春秋.
- 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編集部会編集「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.
- 有岡二郎「戦後医療の五十年 医療保健制度の舞台裏」1997: 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.