

❖ 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20回 低成長期における医療・介護を巡る動き（6）

－昭和50年代後半における医療保険制度改革の動き（吉村保険局長と医療保険改革）－

今回は、昭和50年代後半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。

この連載で、特定の個人を前面に出して書くのは、武見太郎日本医師会会長以来のことですが、それほど、この時期における医療保険改革（昭和59年の健康保険法等の改正）については、当時の厚生省における吉村仁保険局長の存在とリーダーシップは大きなものでした。

1 臨時行政調査会（第二臨調）

一般消費税の導入を掲げた大平政権が昭和54年の衆議院選挙で敗北したことを踏まえ、昭和55年に就任した鈴木総理は、「増税なき財政再建」を掲げ、行政改革を推進するため、土光敏夫氏を会長とする「臨時行政調査会（第二臨調）」を発足させました。

第二臨調は、国鉄等の三公社の民営化等様々な行政改革を推進しましたが、今回とりあげる医療保険制度改革との関連では、次の3つの答申が注目されます。

まず、昭和56年の「行政改革に関する第一次答申」では、医療費適正化を極力推進すること、国民健康保険の給付費の一部を都道府県が負担することを年末までに検討し、結論を得ること等が、提言されました。

次に、昭和57年の「行政改革に関する第三次答申（基本答申）」では、「租税負担と社会保障負担とを合わせた全体としての国民の負担率（対国民所得比）は、現状（35%程度）より上昇することとならざるを得ないが、徹底的な制度改革の推進により現在のヨーロッパ諸国の水準（50%前後）よりはかなり低位にとどめることが必要である」との方向の下、医療保険制度については、①高額な医療は適切に保障する一方、軽費な医療は受益者負担を求める方向で制度改革を図り、本人・家族間の格差の問題を含め給付率の見直しを行う、②国民健康保険につ

いては、地域保険としての性格を踏まえ、広域化等保障制度として安定化を図る方向で改革を行い、国庫補助制度の改善合理化等を検討する、等を提言しています。

また、昭和58年に公表された第五次答申（最終答申）では、医療保険制度に関しては、①被用者保険の高齢の加入者が退職した場合、国民健康保険に移行することが多いことにかんがみ、医療保険制度相互の給付と負担の均衡に配慮し、退職者医療制度の創設を図る、②国民健康保険については、保険者による高額医療費の再保険等の共同負担事業を実施する、財政調整交付金の国庫補助に占める割合の引き上げ等により保険者間の財政調整機能を強化する、等を提言しています。

第二臨調の社会保障制度改革に関する提言は、医療保険だけでなく、同時に出された年金や老人保健関係の提言も含め、多くがその後政府により実施されています。その意味で、当時「厚生省は臨調の優等生」と言われていましたが、それは、当時の厚生省の吉村官房長が、元事務次官の梅村純正氏を臨調の専門委員に担ぎ出し、二人で協議して、役所が実行できる可能性があるぎりぎりの線を見極めて、第二臨調の答申に盛り込んだから、との評価があります^{註1)}。

2 国民健康保険と退職者医療制度

(1) 国民健康保険制度改革

第二臨調の答申を受け、まず厚生省が動いたのが、国民健康保険改革でした。

当時、昭和51年および52年の健康保険法改正や、昭和50年代前半に日本経済が不況から脱していたことから、政府管掌健康保険財政は、昭和53年度、54年度と黒字が続き、政府は、昭和56年には診療報酬改定を行いました。

これに対して、国民健康保険財政は大幅に悪化し、そのことが老人保健法制定につながった

ことについては、連載の第18回で触れたとおりです。

昭和40年代から50年代初めには、政府の財政を圧迫している3つの赤字として、国鉄、米（食糧管理特別会計）、健康保険（政府管掌健康保険）が挙げられ、頭文字をとって「3K赤字」と言われたのですが、この頃は、政府管掌健康保険に代わって、国民健康保険が「3K赤字」の1つとなりました。

厚生省は、第一次答申を受け、昭和57年度予算の概算要求で、国民健康保険への定率国庫補助（40%）のうち5%を都道府県負担に移す案を出しました。

国の予算は、毎年8月末に、各省庁が、次年度予算についての要求（概算要求）を財務省（当時は大蔵省）に提出し、年末前まで要求省庁と財務省（大蔵省）との間で協議した上で、年末に予算の政府原案をまとめます。この政府原案が、年が開けてから国会に提出され、国会では、衆議院・参議院の予算委員会がこれを審議し、必要な場合には修正した上で、本会議で議決し、次年度予算が成立します。

当時、国民健康保険への国庫補助については、医療費に対する40%の定率負担と、財政状況がより厳しい市町村に傾斜的に交付する財政調整交付金5%分が主なものでした。厚生省は、昭和56年8月に財務省に提出した57年度予算の概算要求において、この40%の定率負担について、そのうち5%を都道府県の負担とする内容で要求したのです。

これは現行制度を変更する内容でしたので、地方財政を所管していた自治省は強く反対し、昭和56年末の大蔵・厚生・自治3大臣会談によって、57年度には都道府県負担は導入せず、国と地方の役割分担を含めて、医療保険制度体系の中で国民健康保険制度のあり方について検討することとされました。

この合意に基づいて、昭和57年1月に「国保問題懇談会」が設置されました。この懇談会は、同年12月に最終報告を出し、退職者医療制度の創設、保険料と国庫補助のあり方の検討、そして高額医療費についての共同事業の実施を提言しました。市町村の中には、村民が数百人しかないような小規模の団体もあります。そうした小規模市町村にとって、がんの末期医療や人工透析により医療費が高額になる患者が出てく

ると、財政的には非常に厳しくなります。そこで、都道府県単位で、各市町村が拠出して、著しく高額な医療費の発生した市町村に交付金を出す仕組みによる高額療養費共同事業が昭和59年度から開始されました^{注1)注2)}。

（2）退職者医療制度

民間サラリーマンや公務員は、サラリーマンの期間は被用者保険（健康保険組合、政府管掌健康保険、共済組合）に加入していますが、退職して、仕事を辞め、年金受給者になると、国民健康保険に加入することになります。サラリーマンの間は、収入はそれなりにあり、また、若く、病気になることもあまりありませんが、退職して仕事を辞めると、収入は年金収入ぐらいになって低下し、また、高齢になるので病気がちになることも少なくありません。国民健康保険の側からは、こうした退職したサラリーマンの加入が、国保の財政悪化の要因の1つになっているとの指摘がありました。そのため、退職後のサラリーマンの医療費について、老人保健制度の対象になる70歳の前までの期間について、被用者保険の側が負担する仕組みができないか、これが、退職者医療制度の構想でした。

この構想に対して、厚生省は、事務処理面から難色を示していました。退職者医療制度を創設しようとする場合、まず、一定期間以上サラリーマンとして勤務し、健康保険に加入していた者が定年等により退職し、サラリーマン生活を辞めて年金等で生活するようになった場合に、それまで加入していた健康保険組合や政管健保に引き続き加入し、保険料を支払うとともに給付を受けるといった仕組みが考えられます。しかし、健康保険は毎年加入記録を更新する仕組みとなっているため、健康保険組合の数が千数百もある中では、転職をした人がどれくらいの期間健康保険に加入していたか、あるいは、企業を退職後、他の企業に転職したのか、自営業あるいは年金生活に移行したのか、ということを確認することができません。また、国民健康保険の側でも、加入の届け出をしてきた者が、それ以前に、被用者保険にどれくらいの期間加入していたか把握する事ができません。こうした事から事務的に困難であるとされていたのです。

ところが、この問題に対して、サラリーマン

は就職する際に健康保険と厚生年金の両方に加え、退職時は両方から脱退するので、年金受給資格（年金加入期間）確認のために長期間保管されている厚生年金の加入記録を活用すれば、その者が何年間被用者保険に加入しているかは把握できるのではないかと、というアイデアが出てきました^{注3)}。

そこで、退職者医療制度についての検討が進み、厚生省は、昭和57年10月に、社会保険審議会に、退職者医療制度の創設について諮問しました。

3 吉村論文と「医療保険政策の構想」

(1) 吉村論文

既に、保険局審議官時代の昭和53年に「医療保険改革の憂鬱な選択－保険官僚の憂鬱」^{注4)}を発表し、医療保険制度の方向について問題提起をしていた吉村氏は、昭和57年に保険局長に就任すると、58年3月に「医療費を巡る情勢と対応に関する私の考え方」^{注5)}を発表しました。この論文で、吉村局長は、現下の医療費問題の出発点として「国民の健康の維持向上を目標としながら、医療費を国民全部の共有財産として大事にしよう」として設定し、3つの視点を掲げ、問題と今後の対応の方向を述べました。①医療費亡国論、②医療費効率逓減論、そして③医療費需給過剰論です。この3つの視点における問題と対応について、少し詳しく触れます。

① 医療費亡国論

医療費の伸びが経済成長率を大きく上回っている状況が続けば、先進国病で苦勞している欧州諸国と同様、社会の活力を失っていくのではないかと、このまま医療費が増え続ければ国家がつぶれてしまうのではないかとという危惧さえある。

この問題には、医療費の伸びを国民所得の伸び率に抑え、負担額は増えても負担率は増えないようにするために、医療費総枠を抑制する対応が必要。

② 医療費効率逓減論

医療費のすべてが国民の健康の維持増進向上に役立っており、今後とも医療費が増えれば国民の健康の増進や向上に直接つながると言えるのか、投入される医療費の効率や効用は逓減するのではないかとという疑問。

この問題への対応としては、特に成人病やいわゆる心身症などの心因性の病気に重点を絞って、予防、健康管理、生活指導、健康づくりなど、従来の医療費＝治療費の枠に入らない医療を推進することが必要。

③ 医療費需給過剰論

現在の医療費の増大は、医療の供給と需要の間にプライスマカニズムが働かないためか、需給ともに過剰気味なために生じているのではないかとという疑問。

この問題への対応としては、供給面については、医療法の見直しにより、地域における病院・診療所のネットワークの形成を進めていく事であり、需要面については、患者教育、健康教育を通じて、かかりつけの医師を持つ事、健康づくり運動などで自らの健康は自らが守る習慣を育てることが必要。

(2) 医療保険政策の構想

厚生省は、さらに、同年に、保険局の勉強会をベースとして課長補佐が執筆したとされる、医療保障政策研究会による論文「医療保険政策の構想－低成長下における医療保障のあり方」^{注6)}を発表しました。

上記の吉村論文は、社会の関心を引きつけるために、あえて「医療費亡国論」等という刺激的な名称を前面に出したのですが、この論文では、「医療費の伸びを国民所得の伸び率に抑え、負担額は増えても負担率は増えないようにする」との主張について、刺激的表現を使わず、その根拠をていねいに説明しています。その要旨は以下のとおりです。

今後の医療費の伸びと経済成長率との関係については、既に、昭和57年7月に、厚生大臣の私的諮問機関である社会保障長期展望懇談会が「社会保障の将来展望について」と題する提言において、「将来における国民医療費の規模については、国民所得の伸びに人口の高齢化を加味した伸び率の範囲にとどめることを目標にしていくべきであろう」としていました。

これに対し、「医療保険政策の構想」においては、国民所得に対する全体としての国民の租税および社会保険料の負担の割合は、当時は西欧諸国（昭和54年時点で、西ドイツ51%、フランス56%、イギリス48%、スウェーデン64%）

よりかなり低い水準にある（昭和57年で35%）が、社会の活力の維持という観点からは、第二臨調答申にあるように、「現在のヨーロッパ諸国の水準よりもかなり低い低位（答申では明らかではないが、43～45%程度か、）にとどめることが望ましいと考える」としています。そして、その場合、前記の長期懇推計では、年金給付費の対国民所得比は、昭和55年度の5.3%から85年度には16.9%と11%以上上昇し、それに加えて医療費の対国民所得比が増加すれば45%の水準を超える恐れが強いことから、医療費の伸びは、中長期的には国民所得率の伸び率程度にとどめ、国民の負担率を現状よりも高めない事を目標とした政策運営をすることが適当である、としています。

その上で、この論文は、医療保険制度の統合一元化は、給付と負担の格差の縮小という観点からは有効だが、運営責任の意識が希薄になり易く、地域や職域の特性を活かした健康管理等のきめ細かい運営ができないため適当ではない、とした上で、退職者医療制度、入院時の審査承認制度、ビタミン剤や総合感冒薬の保険対象外化、医師の治療行為について学術専門団体による標準的ガイドラインの作成、ホームドクター制、高額・高度医療機器の設置規制等の導入を提言しました。

4 健康保険法改正法案の提出・審議・成立

(1) 昭和59年度概算要求

政府においては、厳しい財政状況を受けて、昭和57年度概算要求において、各省庁に対して「ゼロ・シーリング」が設定されました。これは、概算要求において、各省庁が大蔵省に提出する要求額の総額を前年度と同額以下にするという枠を設定したものです。そして、昭和58年度概算要求においては、これをさらに進め、「マイナス・シーリング」が設定されるようになりました。

こうした状況の下では、人口高齢化等に伴い経費の増加が避けられない部分（いわゆる「当然増」）のある年金や医療保険等の制度を抱える厚生省は、非常に厳しい立場に立たされました。それでも昭和58年度までは様々な措置を講じることで何とか対応してきたのですが、昭和59年度予算においては、当然増が約9000億円と見込まれるにもかかわらず、シーリング外とさ

れたのは年金についての約2100億円部分だけであり、約6900億円の予算の削減を医療費の削減で対応せざるを得ない状況でした^{注7)}。

そこで、厚生省は、今後、中・長期的に必要なと考えられる医療保険制度の改正を行い、併せて当面の国庫負担の縮減という要請にも応えることが将来に向かっての積極的な選択であるとの考え方の下で、昭和59年度概算要求を作成しました。先に触れた58年3月の「医療費を巡る情勢と対応に関する私の考え方」および4・5月の「医療保険政策の構想－低成長下における医療保障のあり方－」は、こうした取り組みに向けての改革方針表明と世論喚起の意味合いがありました。

まず、概算要求提出に先だって、林厚生大臣の私案として「今後の医療政策－視点と方向」が公表されました^{注8)}。これは、現代の医療を取り巻く4つの潮流と5つの改革の方針を示したものでした。

【4つの潮流】

- ・疾病構造の変化と人口の高齢化
- ・国民の健康に関する意識の高まり
- ・国民所得の伸びを上回る医療コストの増大
- ・経済の低成長化と医療費負担能力の低下

【5つの改革の方針】

- ・健康保持、疾病予防の自己責任の明確化
- ・医療標準の概念の導入
- ・包括的、有機的医療供給体制の整備
- ・適切かつ効率的な医療体制の整備
- ・社会的公平に立脚する医療保険制度の実現

この方針に基づいて、厚生省が昭和59年度概算要求に盛り込んだ医療保険制度改革の概要は以下のとおりです^{注9)注10)}。

- 被用者保険の被保険者本人の一部負担を、従来の定額制から2割という定率負担に改める。
- 入院時の給食材料費、一定のビタミン剤や総合感冒薬等を医療保険の対象とする。
- 高額所得者については、保険適用から除外するか、医療費について国庫負担しない。
- 被用者年金の老齢年金受給権者等である高齢退職者及びその家族に被用者保険並みの医療給付を行う、退職者医療制度を創設する。
- 退職者医療制度の創設に伴い負担が軽減される国民健康保険への国庫補助率を、従来

の医療費の45%から保険給付費の50%（医療費の38～39%程度）に引き下げる。

- 日雇健康保険を廃止して、政管健保に組み込む

(2) 健康保険法等改正法案の提出

この概算要求に対しては、多くの関係団体が反対しました。日本医師会は、被保険者本人の2割負担や医療標準の導入等に強く反対し、労働団体も健保連も、2割負担に反対しました。健保連は退職者医療制度にも、安易な財政調整であるとして反対しました。国保側は、退職者医療制度の導入は評価しましたが、国庫補助率引き下げには慎重な配慮を求めました。これに対して、日経連は、第二臨調の答申に沿ったものとして評価しました。

こうした動きを受けて、自民党内でも協議が重ねられました。そして、昭和59年度予算編成において、自民党四役（副総裁、幹事長、総務会長、政調会長）により、以下のような裁定が下され、60年度予算に盛り込まれました。

- 被保険者本人の給付率は、昭和59年度から8割、それまでの間は9割とする。
- 給食材料費及び一部薬剤の給付除外は見送る。
- 高額所得者の適用除外は見送る。ただし、標準報酬上限を引き上げる。
- 退職者医療制度の創設、国保国庫補助の引き下げ、日雇健保の健康保険への統合については、原案どおり

厚生省はこの内容を盛り込んだ健康保険法等の改正法案を、昭和59年2月に国会に提出しました^{注11)注12)}。

(3) 健康保険法等改正法案の成立

1) 衆議院

衆議院では、野党の強い反対によりなかなか審議は進みませんでした。政府が、この法案について、中・長期的な医療政策遂行に当たっての第一歩と位置づけていたことから、野党側からは中・長期のビジョンを示せとの要求がありました。

そこで、厚生省は「今後の医療政策の基本的方向-21世紀を目指して」を発表しました。この中で、「全制度を通じる給付と負担の公平化措置（一元化）（昭和60年代後半）（給付の8割

程度への統一及び財源の調整などによる負担の公平化）」とある箇所が目玉されました。厚生省は、保険料負担の水準を上げないで給付率を統一するとすれば8割程度であり、今回の9割給付はその第1段階であるとししました。

法案の審議は、自民党が、77日間という大幅な国会会期の延長を行った後、本格化しました。自民党は、野党に対して第一次と第二次の修正案を提示した。その概要は、以下のとおりです。

- ア 被保険者本人の2割負担の実施時期を、国会の議決承認を受ける日までとし、それまでは、昭和61年度以降も引き続き9割給付とする。
- イ 都道府県に届け出た医療機関については、患者の医療費が少額の時は、患者負担は定額とすることとし、次の3段階とする。

医療費1,500円以下	患者負担100円
2,500円以下	200円
3,500円以下	300円

- ウ 政府は改正法施行後、医療費の動向、国民負担の推移、財政事情等各般の事情を勘案し、健康保険制度全般に関する検討を行い、その結果に基づいて、被用者保険の被扶養者及び国保の被保険者等の給付割合を8割とするよう必要な措置を講ずる。

- エ 健康保険組合は、その組合の退職者について自ら退職者医療を実施できることとする。

また、関係団体との間では、健保連は、上記エが実現できることで、改正法案に賛成しました。医師会は、上記イの実現に加え、医療保険制度の統合一本化の実現を強く求めました。自民党は、法案成立後、当4役の名で、3師会との間で、医療保険制度の統合一本化を5年後に行うこと等の覚書を結びました^{注13)注15)}。

こうした修正案の提示を受け、7月、健康保険法等改正法案は、修正可決されました。野党各党は反対しました。

2) 参議院

参議院では、野党からの修正要求を受け、高額療養費に支給要件等を従来の政令から法律で定めること、高額療養費が支給されるまでの間（当時、高額療養費は償還払いでした）の当座の支払に充てるための融資制度を実施すること、の2点の修正が行われ、健康保険法等改正法案は、8月に可決成立しました^{注16)}。

5 昭和59年の健康保険法改正の意義と問題

(1) 意義

昭和59年健康保険法改正の意義は、経済が低成長に転換した中で、医療費の伸びが経済成長率を大幅に上回って増加するという事態に直面したわが国が、医療保険制度を守り、存続させることを意図して行われた改正である、ということだと思います。

そして、その後のわが国における国民医療費の伸び率を見ると、バブル崩壊により国民所得の伸びがマイナスに転じる平成4年度より以前の時期については、基本的に国民所得の伸びを下回る伸び率に抑えられており（平成3年度の国民医療費と国民所得について、昭和59年度からの伸び率を見ると、国民所得の51.8%の伸びであるのに対し、国民医療費の伸びは44.6%に留まっています）。その意味で、この改正はその意図どおりの効果を発揮したといえます（表参照）。

連載の前回で記述したように、昭和50年代前半における医療保険制度の改正は、財政の悪化した政府管掌健康保険の財政対策中心の改正でした。

これに対し、昭和50年代後半においては、高齢化の進展や医療技術の進展等により、医療費の伸びが低下した経済成長率を大幅に上回って増加していくようになってきたため、高齢者の比率が高い国民健康保険を中心に、医療保険制度全体がこのままでは財政的に存続できないおそれが出てきました。

そこで講じられた対策が、①被用者保険本人負担の定率化と、被用者保険家族・国民健康保険の給付率引上げによる、給付率8割統一化（従来はすべての加入者への10割給付が目標とされてきました）、②国保の財政悪化要因の1つである、サラリーマン退職者の加入への対策としての退職者医療制度の導入、③医療費適正化対策の推進、の3つでした。厚生省は、この対策を、同時期に進められた老人保健法の制定と、医療法改正による医療計画制度の導入と併せて、進めていったのです。

折しも、第二臨調による「増税なき財政再建」が政府の目標となっていたことから、厚生省は、こうした流れに乗り、マイナスシリングの下、昭和59年度予算において約6900億円もの多額の予算の削減を医療費の削減で対応する

表 国民医療費と国民所得の伸び率の比較

	国民医療費		国民所得	
	(億円)	対前年度増減率(%)	(億円)	対前年度増減率(%)
昭和54 (1979) 年度	109 510	9.5	1 822 066	6.1
55 ('80)	119 805	9.4	2 038 787	11.9
56 ('81)	128 709	7.4	2 116 151	3.8
57 ('82)	138 659	7.7	2 201 314	4.0
58 ('83)	145 438	4.9	2 312 900	5.1
59 ('84)	150 932	3.8	2 431 172	5.1
60 ('85)	160 159	6.1	2 605 599	7.2
61 ('86)	170 690	6.6	2 679 415	2.8
62 ('87)	180 759	5.9	2 810 998	4.9
63 ('88)	187 554	3.8	3 027 101	7.7
平成元 ('89)	197 290	5.2	3 208 020	6.0
2 ('90)	206 074	4.5	3 468 929	8.1
3 ('91)	218 260	5.9	3 689 316	6.4
4 ('92)	234 784	7.6	3 660 072	△0.8

出典 厚生労働省「国民医療費」

との政府の方針を背負って健康保険法改正法案を提出しました。このため、この法案は、当時の世論の支持を受けた面があり、また、政府与党としても、この法案の成立は、昭和59年度予算そのものに不可欠な存在になりました。国会での修正や会期延長はあったものの、健康保険法改正法案が1つの国会会期で成立したという、これまでになかった画期的な業績は、まさに、この法案が内閣の存続そのものにかかわる法案として位置づけられたことが大きいと思われる。そうした医療保険制度改正の流れを導き出し、実現したという実績は、吉村保険局長の卓越したリーダーシップなしではありえなかったものと、高く評価されます。

(2) 問題

このように、近來にない業績を上げた昭和59年健康保険法改正ですが、批判もあります。

3の(2)で述べたところですが、社会保障長期展望懇談会の提言では、将来における国民医療費の規模について、国民所得の伸びに人口の高齢化を加味した伸び率の範囲内にとどめることを目標にしていくべきとされたのに対し、当時の保険局メンバーによる「医療保険政策の構想」は、この目標を引き下げ、医療費の伸びは、中長期的には国民所得率の伸び率程度にとどめ、国民の負担率を現状よりも高めない事を目標とした政策運営をすることが適当である、とより厳しい目標を設定し、昭和59年改正は、この構想の下に行われました。

そして、この目標の下で1980年代にも取り組

みが進められていったことにより、1980年代に人口高齢化がさらに急速に進行したにもかかわらず、国民医療費の対GDP比は、1980年度の4.9%から1990年度の4.7%に低下したとされています。OECDの当時の加盟24カ国中、1980年代に医療費水準が低下した国は、日本以外に2カ国（ルクセンブルグとスウェーデン）しかなく、しかも、1980年代における両国の医療費水準は日本よりずっと高い状況だった（ルクセンブルグ6.8%、スウェーデン9.2%）、とされています^{注17)}。

このことについて、「厚生省は、1980年代前半から、「国民医療費の伸びは国民所得の伸びの範囲内に抑えていく」事を政策目標にして、厳しい医療費抑制政策を実施してきた。この政策は、1980年代後半に、日本経済が、戦後二番目に長い好景気（「バブル景気」「平成好景気」）を享受しているときにも、緩められるどころか、さらに強化された。その結果、国民医療費の伸び率は、1988年度以来、3年連続して、国民所得の伸び率を大幅に下回るといって、異常な事態が発生した」とし、「財政余力が生じたこの好景気時に、それまでの厳しい医療費抑制政策を緩和して、国民医療費を相当規模増加させれば、わが国の医療の質は、アメニティ部分を含めて、相当程度向上しえたと考えている。この意味で、この時期にも、大蔵省の医療費・社会保障費抑制方針に追従した厚生省は、重大な判断ミスを犯したといえる」という指摘がされています^{注18)}。

この指摘は、昭和59年健康保険法改正そのものを批判しているというよりは、その後の景気が回復した状況においても、政府が厳しい医療費抑制政策を続けていたことへの批判と思われる。

- 注1) 有岡二郎 (1987) : 380-382.
- 注2) 厚生省 (1988) : 1813-1814.
- 注3) 有岡二郎 (1987) : 382-383.
- 注4) 吉村仁「医療保険改革の憂鬱な選択－保険官僚の憂鬱」(上)～(下),「健康保険」1978年8月号20-26, 9月号20-28, 10月号22-34, 健康保険組合連合会.
- 注5) 吉村仁「医療費を巡る情勢と対応に関する私の考え方」,「健康保険」1983年3月号, 28-32.
- 注6) 医療保障政策研究会「医療保険政策の構想－低成長下における医療保障のあり方－」(上)・(下),「健康保険」1983年4月号18-36, 5月号30-45, 健康保険組合連合会.
- 注7) 有岡二郎 (1987) : 386-387.
- 注8) 厚生省 (1988) : 1815.
- 注9) 厚生省 (1988) : 1816.
- 注10) 吉原健二・和田勝 (2008) : 321-324.
- 注11) 厚生省 (1988) : 1816-1819.
- 注12) 吉原健二・和田勝 (2008) : 324-326.
- 注13) 厚生省 (1988) : 1819-1822.
- 注14) 有岡二郎 (1987) : 394-397.
- 注15) 吉原健二・和田勝 (2008) : 327-334.
- 注16) 厚生省 (1988) : 1822-1825.
- 注17) 二木立 (1994) : 2-3.
- 注18) 二木立 : 43-44.

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「日本医療保健制度史 増補改訂版」2008：東洋経済新報社.
- 印南一路編著「再考・医療費適正化」2016：有斐閣.
- 二木立「「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期」1994：勁草書房.