

博士論文 2019 年度（令和元年度）

# 医療政策の形成・非形成に関する研究

—組織学習概念に基づく分析枠組の提示—

慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科

三谷 宗一郎

報告番号	甲 第 号	氏 名	三谷 宗一郎
医療政策の形成・非形成に関する研究 —組織学習概念に基づく分析枠組の提示—			
<p>本研究は、1980年代以降の一連の医療保険制度改革において、(1)なぜ当時の政策担当者は多数の改革案を短期間で準備できたのか、(2)なぜ特定の改革案は政策として結実しなかったのか、という二つの問いを設定する。政策学習論（政治学）と組織学習論（組織論）で提起されている各概念を援用・統合した分析枠組を構築すると同時に、非公表の内部文書を含む史料調査とオーラル・ヒストリーで得られた新史料に依拠した過程追跡を実施することで、上記二つの問いに対して説明を提示し、今後の政策形成の向上に示唆を得ることを目的とする。</p> <p>研究の結果、(1) 1980年代以降に実現する改革案のほとんどは、古くは1950年代から検討が開始されていたこと、(2) 過去に検討された改革案は、構想に携わった政策担当者個人、内部文書、公表文書、言説、外部業界団体というリポジトリ（アイデアが保有される場所を示す概念）に保有されてきたこと、(3) 歴代の政策担当者がそれらの各リポジトリに必要に応じてアクセスしながら、保有された改革案を繰り返し検討し、実現可能性を高めていたことが明らかになった。厚生省内にはこのような中長期的な政策形成メカニズムが存在していたため、1980年代前半の制度改革を牽引した政策担当者は、過去の検討蓄積を利用できる状態だったため、全くのゼロベースから改革案を構想する必要はなかった。そのため短期間で改革案を準備し、政治的な合意形成と法案化にリソースを投入できたと考えられる。</p> <p>一方で、(4) 検討過程において実現可能性が低いと判断された改革案については、その結論も継承され、以後の政策担当者は検討対象から除外し続け、実現に向けて注力していなかったこと、(5) 1980年代後半以後の政策担当者は、リポジトリにアクセスして改革案を探索する必要性に迫られなかったため、彼らには特定の改革案に関する過去の検討蓄積は継承されず、当該改革案は以後、検討されることなく忘却されたことがわかった。その結果、特定の改革案については政策として結実することはなかったと考えられる。</p> <p>いつ改革の機運が高まるか予測することは不可能であり、政策担当者が事前に多数の代替的選択肢を保持しておくことは極めて重要である。本研究の結果、1980年代の厚生省内において、非公表の内部文書が特に有益なリポジトリとして機能していたことがわかった一方で、過去の検討蓄積という組織の貴重なリソースの一部が消失していたことも明らかになった。情報公開法や公文書管理法の制定以後、多くの行政機関において、文書作成の忌避や積極的廃棄の傾向が看取される。行政機関の政策形成能力を向上させるという観点から、組織学習やナレッジ・マネジメントを念頭に置いた公文書管理制度の見直しが必要ではないかと考えられる。</p> <p style="text-align: center;">キーワード：医療保険制度、政策学習、組織学習、組織忘却、公文書管理</p>			

# Thesis Abstract

No.

Registration Number	<input type="checkbox"/> “KOU” No. <span style="float: right; font-size: small;">*Office use only</span>	Name	Soichiro Mitani
<p><b>Policy Making and Non-Making Process in Japan's Health Insurance Reform.</b>  <b>-An Explanation based on the Organizational Learning Theory-</b></p>			
<p>In the 1980s and later, a series of drastic Health Insurance Reforms were implemented, which were led by the Policy-Makers in the Ministry of Health &amp; Welfare (PM-MHW) who did not have so much experience in health insurance policy as other policy areas. Why could they successfully make preparations for the landmark, viable and many alternatives in a short period of time without much knowledge on health insurance policy? On the other hand, why couldn't they formulate policies based on any policy ideas? The purpose of this thesis is to explain these questions based on the framework which is integrated and formulated by the concepts of the Policy Learning and Organizational Learning: social learning, organizational repositories, knowledge reuse, knowledge management and organizational forgetting.</p> <p>The main findings are the followings: (1) the origin of the alternatives for Health Insurance Reform which was formulated by PM-MHWs in the 1980s can be traced back to the debate about reforming in 1950s, (2) 5 organizational repositories – individuals involved in the debate about reforming in the MHW, undisclosed documents created by PM-MHWs, official documents of the MHW, discourse about a particular alternative shared in the political community and external interest groups – retain the alternatives which were invented in the past, (3) Successive PM-MHWs access repositories as necessary to review and improve alternatives by repetition. Thus the PM-MHWs in 1980s could reuse knowledge about reforming and make preparations for the alternatives in a short period of time: they need not to invent the alternatives from scratch.</p> <p>However, (4) Particular alternatives were removed from the examination targets and consequently were never focused on committing to. And (5) PM-MHWs in the late 1980s couldn't success the knowledge about reforming because they need not to access repositories and search alternatives. As a result, some alternatives were forgot by PM-MHWs.</p> <p>As when the Policy-Windows open is unpredictable, it is important for policy-makers to retain many alternatives in advance. While undisclosed documents were used as one of the useful repository In MHW, the valuable information storage formulated for a long period of time were disappeared unfortunately. Recently many policy makers in government tend not only not to make documents, but rather to discard. To improve the capabilities on policy-making in government, it should be needed to reexamine official document management system.</p>			
<p>Keywords: Health Insurance Reform / Policy Learning / Organizational Learning  Organizational Forgetting / Official Document Management</p>			

## 目次

序章.....	1
第1節 問題の所在.....	1
1.1. どのように改革案を準備しているのか.....	1
1.2. なぜ特定の改革案は実現しなかったのか.....	6
1.3. 本研究の目的.....	8
第2節 研究手法.....	9
第3節 本研究の構成.....	13
第1章 分析枠組.....	15
第1節 先行研究の検討.....	15
1.1. 政策学習論の検討.....	15
1.2. 言説的制度論の検討.....	17
1.3. 官僚組織研究および政策過程論の検討.....	18
1.4. 既存理論の有用性と限界.....	21
第2節 組織学習論の援用.....	24
2.1. 組織学習論の概観.....	24
2.2. リポジトリに保有される組織知.....	26
2.3. 組織知の再利用.....	27
2.4. 組織知の消失.....	29
第3節 組織学習型政策形成・非形成モデルの構築.....	32
3.1. 分析枠組.....	32
3.2. 仮説.....	41
第2章 過程追跡Ⅰ——改革案の構想と継承.....	43
第1節 形成と定着.....	45
1.1. 制度の創設と発展.....	45
1.2. 終戦直後における新たな社会保障制度の構想.....	48
1.3. 制度の再建.....	58
1.4. 外国政府の動向調査.....	60
第2節 財政赤字対策.....	62
2.1. 保険財政赤字問題の深刻化.....	62
2.2. 診療報酬支払方式に関する複数の改革案.....	63
2.3. 七人委員会における改革案の構想.....	67
2.4. 1957年の健康保険法改正.....	80

2.5.	新医療費体系の制定	82
第3節	国民皆保険時代を見据えた改革案の検討	87
3.1.	国民皆保険の達成	87
3.2.	保険局内に設置された社会保険研究会における検討	91
3.3.	医療保障総合審議室における改革案の構想	106
3.4.	改革案の部分的な公表	123
第4節	改革メニューの編綴	125
4.1.	医療費基本問題研究会の設置と挫折	125
4.2.	牛丸委員会における改革案の更新	130
4.3.	改革案の公表と部分的な実現	159
第3章	過程追跡Ⅱ——改革案の取捨選択と具現化	168
第1節	改革案の取捨選択	169
1.1.	継続的な検討	169
1.2.	標準保険料構想のお蔵入り	173
1.3.	改革案の公表と保険医総辞退の勃発	179
1.4.	審議会による統合・一本案の否定	182
第2節	改革機運の高まり	183
2.1.	老人医療費の無料化	183
2.2.	高額療養費支給制度の導入	188
2.3.	改革案の一部実現	191
第3節	1982年の老人保健法制定	201
3.1.	老人医療費無料化の見直し	201
3.2.	改革案の選定と実装	214
3.3.	老人保健法の成立	224
第4節	1984年の健康保険法大改正	230
4.1.	第二臨調の設置と改革機運の高まり	230
4.2.	改革案の選出と実装	232
4.3.	健康保険法改正案の成立	240
第5節	1988年の国民健康保険法改正	246
5.1.	国保改革の機運の高まり	246
5.2.	改革案の具体化	247
5.3.	国会審議	249
第6節	1994年の健康保険法改正	250
6.1.	医療保険審議会の設置	250
6.2.	改革案の選定	250

6.3. 入院承認制度に関する規定の削除 .....	253
第4章 分析.....	255
第1節 どのように改革案を準備したのか .....	255
1.1. 1980年代以前からの改革案の準備.....	255
1.2. 改革案の保有と再利用.....	257
1.3. 1980年代以降のリポジトリの利用.....	262
第2節 なぜ特定の改革案は実現しなかったのか.....	263
2.1. 統合・一本化案.....	263
2.2. 入院事前審査.....	264
終章.....	265
第1節 結論.....	265
第2節 本研究の意義.....	266
2.1. 学術的意義.....	266
2.2. 政策的意義.....	269
第3節 今後の研究課題.....	270
参考文献.....	272

図1 戦後医療保険制度改革の展開 .....	2
図2 既存理論に依拠した政策形成過程.....	23
図3 知識の再利用過程モデル.....	29
図4 組織知の保有・再利用・消失.....	31
図5 組織学習型政策形成・非形成モデル.....	33
図6 医療保障総合審議室の組織体制.....	109
図7 牛丸委員会で構想された医療保険の守備範囲.....	140

表1 厚生省の非公表内部文書一覧.....	11
表2 オーラル・ヒストリー・インタビュー対象者.....	12
表3 座談会インタビューの対象者.....	13
表4 政策対応のレベル.....	19
表5 リポジトリの特徴.....	35
表6 戦前までの医療保険制度の発展過程.....	48
表7 社会保障制度審議会メンバー.....	52
表8 終戦直後から1950年までの社会保障制度に関する検討過程.....	53
表9 「社会保障制度に関する勧告」における医療保険制度の改革案.....	54

表 10	外国政府の医療制度を研究した保険局調査資料.....	61
表 11	第三次今井メモの概要.....	64
表 12	第三次今井メモで示された診療報酬支払方式 (1/2) .....	65
表 13	第三次今井メモで示された診療報酬支払方式 (2/2) .....	66
表 14	「七人委員会の報告」目次.....	70
表 15	「七人委員会の報告」で提起された改革案 (1/2) .....	71
表 16	「七人委員会の報告」で提起された改革案 (2/2) .....	72
表 17	社会保険研究会メンバー.....	92
表 18	各課が社会保険研究会に提示した論点 (1/2) .....	93
表 19	各課が社会保険研究会に提示した論点 (2/2) .....	94
表 20	社会保険研究会における検討項目 (1/2) .....	95
表 21	社会保険研究会における検討項目 (2/2) .....	96
表 22	医療関係者に関する検討内容 (社会保険研究会議事録) .....	97
表 23	医療提供体制に関する検討内容 (社会保険研究会議事録) (1/2) .....	98
表 24	医療提供体制に関する検討内容 (社会保険研究会議事録) (2/2) .....	99
表 25	診療報酬支払方式に関する検討内容 (社会保険研究会議事録) .....	100
表 26	国民皆保険の達成に関する事項.....	106
表 27	「医療保障総合審議室中間報告」の検討項目 .....	110
表 28	「医療保障に関する諸問題の検討 (研究資料)」の概要.....	111
表 29	「医療保障制度改善方策試案 (A)」の概要 (1/2) .....	113
表 30	「医療保障制度改善方策試案 (A)」の概要 (2/2) .....	114
表 31	「医療保障制度改善方策試案 (B)」の概要 (1/2) .....	115
表 32	「医療保障制度改善方策試案 (B)」の概要 (2/2) .....	116
表 33	医療保障総合審議室における支払方式に関する検討内容.....	122
表 34	「総合調整試案要綱」の概要.....	124
表 35	医療費基本問題研究会の資料目録 (1/2) .....	127
表 36	医療費基本問題研究会の資料目録 (2/2) .....	128
表 37	「医療費基本問題研究員研究報告書」の目次.....	129
表 38	牛丸委員会報告書の概要 (1/4) .....	134
表 39	牛丸委員会報告書の概要 (2/4) .....	135
表 40	牛丸委員会報告書の概要 (3/4) .....	136
表 41	牛丸委員会報告書の概要 (4/4) .....	137
表 42	「医療保険制度改革要綱試案」の概要 (1/2) .....	139
表 43	「医療保険制度改革要綱試案」の概要 (2/2) .....	140
表 44	「医療保険制度改革要綱試案 (第 1 案)」の概要.....	143

表 45	「医療保険制度改革要綱試案（第2案）」の概要	144
表 46	職域保険統合実施計画の概要	145
表 47	牛丸委員会における入院事前審査に関する検討内容（1/2）	147
表 48	牛丸委員会における入院事前審査に関する検討内容（2/2）	148
表 49	牛丸委員会で検討された医療費適正化策	150
表 50	牛丸委員会で検討された差額徴収問題の内容（1/2）	152
表 51	牛丸委員会で検討された差額徴収問題の内容（2/2）	153
表 52	差額徴収拡大に関する内閣法制局の意見	153
表 53	牛丸委員会における療養担当規則に関する検討	154
表 54	医療費問題に対する岩尾一大蔵省主計局次長の口述メモ概要	158
表 55	「医療保険制度の問題点とその改革の基本的方向について」の概要	161
表 56	「医療保険制度改革試案」の概要（1/2）	162
表 57	「医療保険制度改革試案」の概要（2/2）	163
表 58	「国民医療対策大綱」の概要	165
表 59	高齢保険制度要綱試案	166
表 60	「医療保険制度検討素材」の論点と改革案一覧（1/3）	170
表 61	「医療保険制度検討素材」の論点と改革案一覧（2/3）	171
表 62	「医療保険制度検討素材」の論点と改革案一覧（3/3）	172
表 63	『医療保険制度 抜本改正の解説と資料』の目次	175
表 64	国保問題懇談会報告書の公表時に付された「あとがき」	178
表 65	中医協に提出された審議用メモ	181
表 66	豊かな老後のための国民会議メンバー	185
表 67	高齢者対策プロジェクトチームメンバー	187
表 68	『医療保険半世紀の記録』概要（1/2）	192
表 69	『医療保険半世紀の記録』概要（2/2）	193
表 70	医療保険制度改革の基本的考え方について	197
表 71	老人保健医療問題懇談会メンバー	204
表 72	老人保健医療対策室幹事会	204
表 73	老人保健医療問題懇談会の意見書概要（1/2）	206
表 74	老人保健医療問題懇談会の意見書概要（2/2）	207
表 75	老人保健医療制度準備室メンバー	208
表 76	小沢構想の概要	209
表 77	橋本私案の概要	210
表 78	老人保健制度の第一次試案概要	218
表 79	老人保健医療対策本部（機構拡大後）	222



表 80	老人保健法案要綱の概要.....	226
表 81	第二臨調第一次答申で提起された医療費適正化対策の概要 .....	231
表 82	国民医療費適正化総合対策推進本部メンバー .....	232
表 83	国民医療費適正化総合対策推進本部メンバー (1/2) .....	233
表 84	国民医療費適正化総合対策推進本部メンバー (2/2) .....	234
表 85	局内勉強会で提起された改革案の概要 (1/2) .....	238
表 86	局内勉強会で提起された改革案の概要 (2/2) .....	239
表 87	1984 年度概算要求で提起された改革案の概要.....	243
表 88	第二次国保問題懇談会メンバー .....	248
表 89	1994 年健康保険法改正案要綱の概要 .....	253

# 序章

## 第1節 問題の所在

### 1.1. どのように改革案を準備しているのか

#### (1) 官僚主導で実現した医療保険制度改革

官僚組織において政策担当者はどのように改革案を準備しているのだろうか。これが本研究を貫く第一の問いである。

言うまでもなく政策形成は容易いことではない。現在どのような問題が起こっているのか。その本質的な原因は何か。政策として対応しなければならない理由は何か。どのような改革案が存在し得るのか。想定される改革案の中で最も有効性が高いのはどれか。どのように制度設計すれば実現できるか。これらの問いに対し、直ちに明確な解を提示することは極めて難しい。

さらに政府提出法案の場合には、具体的な改革案が定まったとしても、審議会への諮問、省議、内閣法制局審査、与党審査、閣議、国会審議が待ち受けている。各関門で利害関係者との交渉と説得は避けられない。場合によっては法案の修正や骨抜きも余儀なくされる。時に「障害物競走」と揶揄されるほど、政策形成・決定過程には多大な時間と労力が求められるのである。

そのような政策過程に対する過酷なイメージを念頭に置いたとき、1980年代以降の医療保険制度改革の歴史はやや特異に映る。関係団体の利害が先鋭的に対立する内容であるにもかかわらず、多数の医療費適正化政策が次々と登場し、実現していったからである。

図1に戦後の医療保険制度改革の変遷をプロットした。終戦から1970年代前半までは、国民皆保険の達成、給付水準の改善、そして老人医療費の無料化に象徴される通り、医療政策を含む、福祉の拡充が強力に推進された時代だった。何度か医療保険財政は深刻な赤字に陥ったが、高度経済成長期における国民所得の増大を背景として、国民所得に占める医療費の割合（以下、医療費比率）は4%程度で推移していった。

ところがオイルショックを機に経済が安定成長期に突入すると、医療費は国民所得の増加を上回るスピードで膨れ上がり、財政基盤が脆弱な政府管掌健康保険（以下、政管健保）や国民健康保険は深刻な財政赤字を抱えることになった。医療保険制度の持続可能性が危ぶまれる事態へと発展していったのである。

こうした状況下において、1980年代初頭における行財政改革の機運の高まりに乗じて、医療保険制度の抜本的な改革に乗り出したのが厚生官僚である。

1982年に老人保健法を制定し、老人医療費無料化政策に終止符を打つと、2年後の1984

年には健康保険法改正によって定率一部負担の導入、退職者医療制度の創設、定率国庫負担の大幅な引き下げを実現させた。さらに 1988 年には都道府県に対し、国民健康保険への財政負担を義務付け、1994 年には給付範囲の見直しによって入院時給食費を患者の自己負担化する法改正を行なった。

従来、厚生官僚は、保険財政赤字に直面すると保険料率の引き上げなど対症療法によって一時的にしのいできたが、1980 年代以降、制度の根幹を変革する改革案を矢継ぎ早に実現させていったのである。

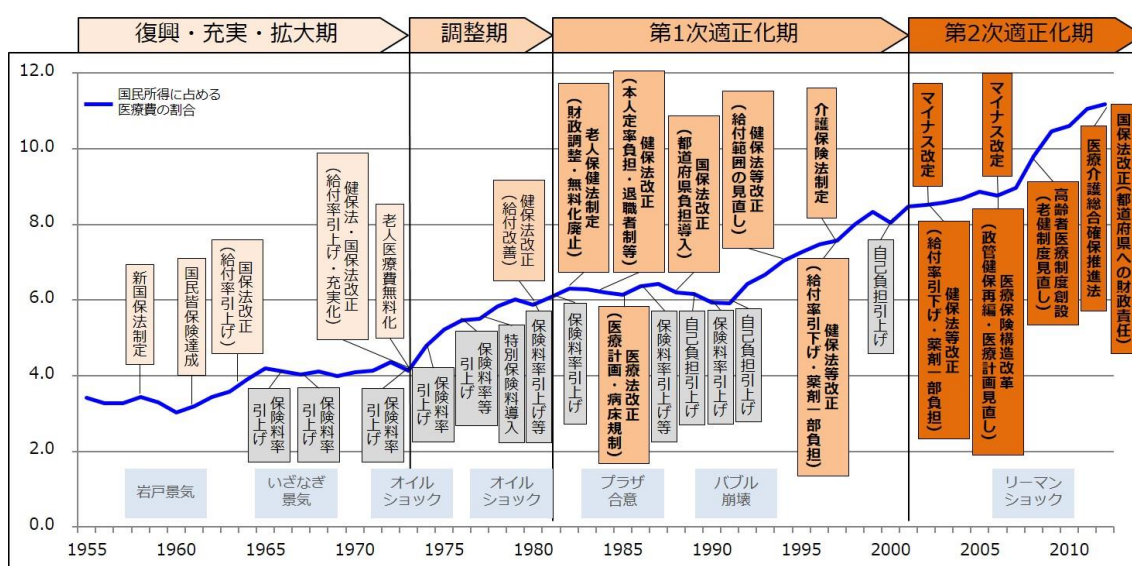


図 1 戦後医療保険制度改革の展開

## (2) なぜ短時間で改革案を準備できたのか

上述した政策過程に対する過酷なイメージを念頭に置いて、1980 年代以降の医療保険制度改革を俯瞰してみると一つの素朴な疑問を抱く。なぜこれほど短時間のうちに多数の改革案を構想し、そして実現できたのか、という疑問である。もちろん 1980 年代以降の行財政改革の機運が高まったことが先鋭的に対立する利害関係者の合意形成を促した影響は否めない。しかし改革の機運が高まったところで、肝心の法案の内容が定まっていなければ改革は実現し得ない。

長年、医療保険政策に携わってきた厚生官僚が改革案を構想したのだろうか。そこで実質的に改革案を構想した厚生官僚の経歴を確認してみると、医療保険政策に携わった経験が一度もなかったことに気付かされる。

例えば、1980年から1982年にかけて老人保健法制定を牽引した審議官（老人保健医療担当）の吉原健二は、1955年に入省して以来、年金局や社会局において辣腕を振るってきたが、医療保険政策を担当した経験はなかった。そのため1980年6月に同法制定を担当する審議官の辞令を受けた際には、「全く自信がない」と官房長に直訴したほどだった（吉村仁さん追悼集刊行会編1988）。しかし官房長の吉村仁に説得され、着任した吉原は、未経験の分野であったにも拘らず、わずか3か月後には後の老人保健制度の原型にほぼ近い第一次試案を発表することになる。

同様に、1982年から1984年にかけて健康保険法改正を担当した保険局企画課長補佐の和田勝も1969年に入省して以来、主として公害政策や医薬品・薬価政策を担当してきたが、医療保険政策の経験をほとんど有していなかった。しかし1982年9月に着任すると、ただちに多数の改革案をリストアップし、論文にまとめて業界誌に発表している。

このように当時、吉原や和田らを中心として制度改革を牽引した政策担当者たちは、医療保険政策分野における十分な経験があったわけではないが、極めて短期間のうちに多数の改革案を準備し、そして1年以内にほぼ当初の原案通りに成立させているのである。

周知の通り、省庁官僚制において実質的な政策形成を担う人材は少ない。国家公務員試験を合格し採用されたいわゆるキャリア官僚の人数は、一般の公務員のわずか2.3%に過ぎず（早川ほか2004：131）、世界的にみても少ないことが特徴的である（前田2014）。

同時に彼らは数年で様々なポストを経験し<sup>1</sup>、幅広い政策分野に対応することが期待されるジェネラリストでもある（曾我2016：215-216）。その短い在任中に、先鋭的に対立する利害関係者の合意も取り付けなければならない彼らが、当該政策分野について必ずしも十分な経験を有していない中で、着任早々、ゼロベースから実現可能性の担保された改革案を構想していた、とは考えにくい。一体どのように改革案を準備したのだろうか。

### (3) 改革は1980年代以前から始まっていたとする見方

こうした素朴な疑問を出発点として先行研究を検討してみれば、そもそも改革は1980年代以前から始まっていた、という見方にたどり着く。

例えば島崎（2011：79）は、第1次オイルショックを機に経済環境が大きく変わり、医療制度の見直しの動きが始まったとし、一連の改革の始期は1973年頃であり、「助走期を経て1980年代の改革に結びついた」と主張している<sup>2</sup>。さらに早川（1991a、1991b）は、

---

<sup>1</sup> ただし曾我（2019：61）は「霞が関の省庁は政策領域を限定しており、ジェネラリストといってもその範囲内でのジェネラリストである」と指摘する通り、ここではあくまで所管領域におけるジェネラリストであることを意味する。

<sup>2</sup> 横山・田多（1991：272）は「1970年代いっぱい高度経済成長型ともいべき社会保障政策の拡充傾向がつけられた」として一連の医療保険制度改革は1980年代から始まったと主張するが、島崎は

1980年代以降に実現する財政調整案は、実は1961年の国民皆保険達成直後に既に厚生省によって検討されており、その後、何度となく省内で議論されたことに触れ、1980年および1984年の健康保険法改正は、財政調整の導入をめぐる過去の試みの集大成だったと指摘している。つまり1980年代以前から一連の改革に向けた動きは始まっていた、という見方が提起されているのである。

もっとも先行研究では、具体的にどのような準備がなされていたのか、という点については判然としない。早川は、政策の窓モデルに依拠しながら、表立って議論されてきた財政調整案をめぐる改革論議を過程追跡しているが、他の改革案については検討していない。

1984年の健康保険法改正を分析した加藤（1991：180）は、ジャーナリストの田原総一郎の取材に依拠しながら1980年に官房長、1982年に保険局長、1984年に事務次官を歴任した吉村仁が果たした役割の大きさに注目する。そして吉村が1965年の保険局企画課長補佐時代から、「日本医師会が固守する医療制度を変革するための理論武装、そして具体的な手口の研究をして」いたこと、1977年、78年の医療保険担当審議官時に日本医師会長の武見太郎と対立を経験していたことから、吉村が長い時間をかけて与党政治家を説得するための準備を重ねてきたと主張している（田原1988：296）。

加藤は、税制改革を事例とする別の研究の中で、官僚が政党政治家および利益集団や有権者等の無知を利用して政策への影響力を行使する、といういわゆる官僚支配論を否定する立場をとる。その上で、むしろ官僚が、政党政治家、特に政権党のメンバーと政策知識と情報を共有しつつ、組織全体で効率的に与党政治家と協力関係を進めることによって影響力を行使している、という分析枠組を提起している（加藤1997：55）。つまり加藤（1991）の関心は、官僚がどのように与党政治家を説得するのか、という点にあるため、健康保険法改正の研究においても、吉村による与党政治家の説得の重要性を強調していると考えられる。

#### （4）改革案の検討は1950年代から始まっていた

加藤は、与党政治家を説得するための準備に着目しているが、「1980年代以降、なぜ短期間で改革案を準備できたのか」という問題意識を出発点とする本研究では、吉村が1965年頃から医療制度を変革するための具体的な手口を研究していた、という指摘に特に注目したい。

ここで言及されている「手口」とは、医療保険制度に関する具体的な改革案を意味すると考えられる。この指摘を敷衍すれば、上記の問いに対し、吉村を中心として1965年頃から改革案の構想を開始していたからこそ、1980年代以降、短期間で改革案を実現できた、

---

これを退けている。

という説明を提示できることになる。

もっとも吉村らが具体的にどのような改革案を構想していたのかを明らかにする先行研究は管見の限り見当たらず判然としていない。

そこで調査を進めた結果、後述する通り、戦後の厚生省保険局が作成した非公表のものも含む複数の内部文書を入手した。それらの内部文書と公表文書を経時的に精査しれみれば、1950年代から改革案の調査研究が始まっており、特に1961年から1966年にかけて吉村のほか、保険局や医務局、公衆衛生局などの局長、審議官、課長、課長補佐、係長、事務官らが、広範な政策課題に対して、多岐の改革案をリストアップしていたことが明らかになった。

#### (5) 中長期的な政策形成メカニズムが存在する可能性

1980年代以降の医療保険制度改革で実現した改革の内容と突き合わせてみれば、1950年代から60年代にかけて構想された改革案にその淵源を求めることができる。そして同時に1950年代から70年代まで歴代の政策担当者たちは、過去に構想された改革案を繰り返し検討し、アップデートしていたことになる。

つまり先行研究で指摘されてきた改革案の検討開始時期よりも、さらに時間を遡り、1980年代を起点としてみれば20年以上前から改革案の構想は始まっていた、と捉えられることになる。そして1980年代以降の医療保険制度改革に携わる政策担当者は、全くのゼロベースから改革案を構想していたわけではなく、歴代の政策担当者による検討蓄積にアクセスし、複数ある改革案の中から有効性と実現可能性を具えたものを選出していたと言える。ゼロベースから改革案を構想する必要がない分、具体的な制度設計や関係者間の利害調整に多くの時間と労力を投入できる。だからこそ短期間のうちに改革を実現できたのではないかと考えられるのである。

以上を敷衍すれば、厚生省内部には、歴代の政策担当者が少しずつ改革案を構想、検討、蓄積し、改革の機運が高まったタイミングで有効性と実現可能性が担保された改革案を選出して実現に至らしめる、という中長期的な政策形成メカニズムが存在していると仮定できる。

## 1.2. なぜ特定の改革案は実現しなかったのか

### (1) 統合・一本化案

厚生省内部には中長期的な政策形成メカニズムが存在すると仮定し、再び改革案を経時的に辿ると、省内部で構想された改革案がある時期を境に突然、検討されなくなるという事例がいくつか見つかった。なぜ特定の改革案は実現に至らなかったのか。これが本研究を貫く第二の疑問である。

永松（2004：295）は、解決すべき政策課題が公的に認識されているにもかかわらず、解決のための政策が長期にわたって立案・決定されない状況を「非形成」と定義している。政策の非形成事例として、本研究では次の二つを取り上げる<sup>3</sup>。

第一の非形成事例は、統合・一本化案である。日本の公的医療保険制度の特徴の一つは、職業や地域によって加入する医療保険が異なるという点にある。国民皆保険が達成された1961年当時の医療保険は、大企業のサラリーマンとその家族が加入する健康保険組合、中小企業のサラリーマンとその家族が加入する政府管掌健康保険（現・協会けんぽ、以下、政管健保）、船員とその家族が加入する船員保険（現・協会けんぽ）、自営業者やその他の国民が加入する国民健康保険、公務員や私立学校の教職員が加入する共済組合に分かれていた。そして加入する医療保険によって、給付や負担の面で差があり、「制度間格差」などと呼ばれ、主要な政策課題の一つとして見なされてきた。

国民皆保険達成から半世紀を過ぎた現在までに、給付率は統一され、負担面での公平性もある程度、確保されつつある。もちろん健康保険組合における附加給付制度を含めれば、給付内容は必ずしも平等ではないが、長い時間をかけて、制度間格差は縮小されてきたと言える。

この間、急進的かつドラスティックな解決策の一つとして、自民党を含む与野党や関係団体が主張してきたのが全ての医療保険制度を統合・一本化するという改革案だった。制度間格差が存在する最大の原因は、そもそも医療保険制度が分立しているからであるとし、単一の保険者が運営する体制に移行すべきである、というのがこの改革案の主旨である。

与野党、関係団体が統合・一本化を主張し始める一方で、1961年から1997年までの約40年間、厚生省が統合・一本化案に関する検討結果を公式に発表した記録はない。しかし後述する通り、じつは1961年から省内部において統合・一本化案の検討が進められていたことはあまり知られていない。与野党や一部の関係団体から繰り返し強い要請があり、

---

<sup>3</sup> 本研究では、政策が形成されなかった事例として、保険者入院事前審査制度と統合・一本化案の二つを取り上げるが、当該改革案に関する規範的な議論を行うものではない。あくまで厚生省内で検討された改革案の一つが採用に至らなかった理由を明らかにすることを目的とする。

そして省内では具体的な改革案が準備されていたにも拘らず、なぜ厚生官僚は実現に向けて注力しなかったのだろうか。

## (2) 入院事前審査

第二の事例は、入院事前審査である。これは入院診療が必要であると医師が判断しても、保険者がその必要性や適切性を審査し、不適切と判断すると保険給付がなされない、という仕組みである。保険者に不適切な診療を抑制させることが期待でき、社会的入院を是正するという観点から、日本にも同様の仕組みを求める議論もあった(山崎 2003、印南 2009)。

じつは戦前の公的医療保険には「入院承認制度」と呼ばれる入院事前審査制度が存在していたが、太平洋戦争中に行政事務簡素化の一環で廃止され、健康保険法に同制度を実施するための規定だけが残った。戦後の厚生省内の議論を辿ると、この規定を活用して不適切な入院診療を是正しようと繰り返し検討されていたことが判明した。

ところが 1994 年の健康保険法改正で、保険局保険課長の渡邊芳樹が「将来に目のある制度ではない」と判断し、規定が削除されたことによって(島崎 2011:47、厚生省保険局企画課 1995:285)、検討されなくなった。入院事前審査の導入は相当の困難を伴うものであることは明らかだが、選択肢の一つとして認識されており、健康保険法に残されていた規定は死文化していたわけではなく、意図的に残されていたものと解釈できる。

先述の通り、厚生省内に中長期的な政策形成メカニズムが存在することを仮定する場合、入院事前審査は、過去に検討されてきた改革案の一つとして見なされ、規定を残し続けるという選択が繰り返されることが予想される。当時、利害関係者から規定を削除するよう圧力があつたわけでもない。なぜわざわざ規定を削除したのだろうか。

## (3) 政策の非形成メカニズムが内在化されている可能性

西尾(2001:265)は、多くの改革案は、素案の段階で、政策立案・転換にかかるコストや現実性の観点から放棄され、成案にいたる以前に「お蔵入りになる」と指摘している。第一の事例である統合・一本化案は、ある時期に「実現は不可能である」とみなす結論が出され、お蔵入りになったと考えられるが、厚生省内部に中長期的な政策形成メカニズムが存在することを想定するならば、一度、検討対象から除外されると、除外された事実が後任の政策担当者によって学習され、以後、政策担当者は他の改革案の実現に注力するようになるのではないだろうか。

一方、第二の事例である入院事前審査の規定が削除された要因には、後任の政策担当者に過去の検討蓄積が継承されなかったことにあるのではないかと考えられる。そもそも眼前の政策形成の忙殺される政策担当者が、過去に省内でなされた膨大な議論の全容を網



羅的に把握していると想定すること自体、現実的ではない。むしろ組織メンバーの異動や退職、時々業務上の必要性の有無によって、特定の政策担当者には過去の検討蓄積が継承されないと想定の方が妥当ではないだろうか。

このように厚生省内部に中長期的な政策形成メカニズムの存在を仮定した時、(1) 特定の改革案について、検討対象から除外されたという結論も継承される可能性と、(2) 検討蓄積が消失あるいは継承されない可能性があるかと想定できる。

### 1.3. 本研究の目的

以上述べた通り、戦後の医療保険制度改革を観察すると、厚生省内部には、歴代の政策担当者が少しずつ改革案を構想、検討、蓄積しており、改革の機運が高まったタイミングで有効性と実現可能性が担保された改革案を選出し、実現に至らしめる、という中長期的な政策形成メカニズムの存在を仮定できる。そしてその一方で、検討対象からの除外や継承不全によって特定の政策の非形成をもたらすというメカニズムも内在化されていると考えられる。

本研究は、このような組織内部における改革案の構想、検討、蓄積、継承、除外、断絶の過程に着目する。政治学で提起された政策学習論と経営学で提起された組織学習論の知見を援用・統合した分析枠組を構築し、どのように政策は形成されるのか、なぜ特定の政策は形成されないのか、という二つの問いを同時に追究する。

そして、過去に構想された改革案という組織の貴重なリソースが厚生省内部において適切に管理・共有されていたか否かが政策形成の成否に影響する可能性を示す。厚生省内における医療保険制度改革に関する知の蓄積、利用、消失が生じるメカニズムを明らかにすることが本研究の目的である。

## 第2節 研究手法

本研究は、組織内部における中長期的な政策形成メカニズムの存在を想定する分析枠組を構築し、同時に戦前から1990年代前半までの医療保険制度の歴史を過程追跡する。そして1982年の老人保健法制定、1984年の健康保険法等改正、1988年の国民健康保険法等改正、1994年の健康保険法等改正において、どのように改革案が準備されたのか、その間、特定の改革案が実現に至らなかったのはなぜかを明らかにしていく。

本研究は、厚生省内部の政策過程に焦点を当てるため、公表資料だけでなく、省内部の検討過程で作成された非公表のものを含む内部文書についても積極的に収集した。また時々の政策担当者の認識構造を明らかにするため、オーラル・ヒストリーを実施した。

非公表のものを含む内部文書については、次の二つの方法で収集を試みた。第一は、厚生省保険局に在籍した経験のある政策担当者に連絡をとる方法である。自宅などで保管している文書の提供を依頼した。第二は、各種資料室を訪問する方法である。国会図書館などの公共図書館に加えて、退官した厚生官僚が再就職した組織の資料室を訪ね、所蔵されている資料について確認した。退官した厚生官僚には、再就職先の資料室に現役時代に作成した文書資料を寄贈する者が多く、主として後者の方法で多数の非公表内部文書を入手することができた。

表1に入手した内部文書のうち、本研究に関連するもののタイトルをまとめた。例えば1956年の「保険医総辞退関係資料（昭和31年）」や1961年の「三役一会長メモ（Ⅱ）」など厚生省、自民党、日本医師会の三者の政治的な交渉過程や交わされた覚書がまとめられた内部文書など、1950年代から60年代の政治過程を窺い知る貴重な史資料も含まれている。

このうち医療政策史研究上、特に重要な発見は1960年の「医療保険制度問題点」、1961年の「医療保障総合審議室資料」、「医療費保障に関する諸問題の検討」、「医療保障総合審議室中間報告」、1966年の「医療保険抜本対策検討資料」、そして1970年の「医療保険制度検討素材」である。

1960年の「医療保険制度問題点」は、1959年から60年にかけて保険局に設置された社会保険研究会が作成した議事録である。同研究会が存在していたこと自体、数件の業界誌記事に設置された事実が記されているのみで、『厚生省五十年史』や『日本医療保険制度史』をはじめとする通史文献からは捨象されてきた。議事録には、同研究会の参加メンバーや保険局の各課がリストアップした政策課題、そして個別の論点に関する論考が収録されている。国民皆保険達成を目前の控えたこの時期、局内で何が問題として認識されていたのかを把握できる史資料である。

1961年の「医療保障総合審議室資料」、「医療費保障に関する諸問題の検討」、「医療保障総合審議室中間報告」は、同年3月に設置された医療保障総合審議室が作成した議事録で

ある。同審議室が設置された事実や「中間報告」の存在については、通史文献や厚生官僚の回顧録などでたびたび指摘されていたが、作成と同時に非公表とされたため、具体的な検討内容は明らかにされてこなかった。

同様に 1965 年から 66 年にかけて医療保険基本問題対策委員会（通称、牛丸委員会）が作成した「医療保険抜本対策検討資料」も非公表とされた内部文書である。社会保険研究会が政策課題や改革の方向性を整理していたのに対し、医療保障総合審議室と牛丸委員会は、多岐にわたる論点に対して、複数の具体的な改革案を列挙し、それぞれについて多角的に検討している点が特徴的である。いずれも未発表ではあるが、公表用の改革試案も作成されていた。

そして 1970 年に作成された「医療保険制度検討素材」は、牛丸委員会で検討されてきた論点と改革案を個条書きでリストアップしたものである。医療保障総合審議室や牛丸委員会が議事録とデータを収録した大部の報告書であるのに対し、「検討素材」は大幅にダウンサイズし、想定される改革案を一覧化した点が特徴的である。

以上、新たに入手した複数の史資料を精査することによって、各時期にどのような改革案が検討されていたのか、各改革案の内容は時間の経過とともにどのように変化したのか、従来、判然としてこなかった 1950 年代から 70 年代にかけての省内部における改革論議を詳らかにできるのである。

表 1 厚生省の非公表内部文書一覧

---

1956年：保険医総辞退関係資料（昭和31年）
1960年：医療保険制度問題点（社会保険研究会議事録）
1960年：日医関係（昭和35年）
1961年：三役－会長メモ（Ⅱ）
1961年：保険局財政対策（昭和36年11月）
1961年：医療保障総合審議室（1961）「医療保障総合審議室資料」
1961年：医療保障総合審議室「医療費保障に関する諸問題の検討」（昭和36年）
1961年：医療保障総合審議室中間報告（昭和36年11月）
1961年：昭和36年社会保険診療報酬問題をなかばにして_高田浩運
1962年：総合調整答申（昭和37年）
1963年：健保改正案関係資料（昭和37年～38年）
1963年：日雇改正関係資料（昭和38年）1-3
1963年：日雇改正関係資料（昭和38年）2-3
1963年：日雇改正関係資料（昭和38年）3-3
1965年：健保財政対策案（昭和40年）
1965年：医療費基本問題研究に対する事務局の考え方
1965年：医療費基本問題研究会資料（第17回箱根議事録）
1965年：医療費基本問題研究会資料（第9回～第16回）
1965年：医療費基本問題研究員全体会議事要旨（自昭和38年8月至昭和40年3月）
1965年：医療費基本問題研究員研究報告書（昭和40年3月）
1966年：医療保険抜本対策検討資料（牛丸委員会）
1970年：医療保険制度検討素材
1971年：五人未満適用問題検討事項（昭和46年度）
1978年：医療保険制度の改革に関する資料_厚生省
1983年：医療保険改革案（昭和58年）

以上の史資料調査と並行し、元厚生省保険局の政策担当者への聞き取り調査を行った。調査の方式は次の二つに大別される。

第一は、医療経済研究機構の医療政策オーラル・ヒストリー・プロジェクトで、印南一路氏が立ち上げ、現在までに表 2 に示した元厚生官僚に対してインタビューを実施した。筆者は 2009 年から同プロジェクトに事務局およびインタビュアーとして参画し、関係資料の収集、論点整理、質問項目の作成などを担当した。

表 2 オーラル・ヒストリー・インタビュー対象者

氏名	入省年	肩書	実施回数	合計時間
幸田正孝氏	1954年	元厚生省事務次官	計7回	14時間
吉原健二氏	1955年	元厚生省事務次官	計1回	2時間
仲村英一氏	1956年	元厚生省健康政策局長	計7回	14時間
三井速雄氏	1957年	元社会保険大学校長	計1回	3時間
古川貞二郎氏	1960年	元厚生省事務次官	計6回	13時間
奥村明雄氏	1965年	元環境庁自然保護局長	計1回	2時間
和田勝氏	1969年	元厚生省大臣官房審議官	計4回	8時間
江利川毅氏	1970年	元厚生省事務次官	計2回	5時間
渡邊芳樹氏	1975年	元社会保険庁長官	計1回	2時間

なお堤修三氏（1971年入省、元社会保険庁長官）からは電子メールを通じて、筆者の質問事項に対し、回答を頂いた。

第二は、医療科学研究所の医療政策ヒストリー座談会プロジェクトである。これは同研究所理事長の江利川毅氏が立ち上げたプロジェクトで、1980年代以降の主要な医療制度改革を取り上げ、実際に法案を作成し、利害関係者との調整を担当した実務レベルの政策担当者、複数名を招き、座談会形式でインタビューを実施するものである。メインインタビュアーは元厚生官僚の新田秀樹氏と島崎謙治氏が務め、筆者は、リサーチアシスタントとして関係資料の収集、論点整理、質問項目の作成、インタビューを担当した。

同プロジェクトでは、1984年健康保険法等改正について、和田勝氏（当時、厚生省保険局企画課長補佐）、野々下勝行氏（当時、厚生省保険局調査課長補佐）、田中耕太郎氏（当時、厚生省保険局医療課長補佐）、浜田淳氏（当時、厚生省保険局保険課企画法令係長）を招き、計1回、3時間の座談会インタビューを実施した。また座談会とは別に同テーマで、阿部正俊氏（当時、厚生省大臣官房審議官）に計1回、2時間のインタビューを実施した。

また1985年医療法改正について、古川貞二郎氏（当時、厚生省医務局総務課長）、尾崎新平氏（当時、厚生省医務局総務課長補佐）、井口直樹氏（当時、厚生省医務局総務課企画法令係長）、薄井康紀氏（当時、厚生省医務局総務課企画法令係長）を招き、計1回、3時間のインタビューを実施した。

同様に、1988年国民健康保険法改正について、尾形裕也氏（当時、厚生省保険局国民健康保険課長補佐）、柴田雅人氏（当時、厚生省保険局企画課長補佐）、中田正氏（当時、厚生省保険局調査課長補佐）を招き、計1回、3時間のインタビューを実施した。また座談会とは別に同テーマで、羽毛田信吾氏（当時、厚生省保険局企画課長）に計1回、2時間のインタビューを実施した。

そして、1994年健康保険法改正について、江利川毅氏（当時、厚生省保険局企画課長）、島崎謙治氏（当時、厚生省保険局企画課長補佐）、原勝則氏（当時、厚生省保険局企画課長

補佐)、北川博一氏(当時、厚生省保険局保険課長補佐)、皆川尚史氏(当時、厚生省保険局医療課保険医療企画調査室長)、中島正治氏(当時、厚生省保険局医療課企画官)を招き、計1回、3時間の座談会インタビューを実施した。また座談会とは別に同テーマで、野村陽子氏(当時、厚生省保険局医療課長補佐)に計1回、2時間のインタビューを実施した。

以上のオーラル・ヒストリー・インタビューで得られた証言の一部は、医療経済研究機構の調査研究報告書および医療科学研究所の機関誌『医療と社会』に収録され、刊行されている。本研究では、刊行・未刊行のものも含めて、得られた証言を適宜、過程追跡の中で引用する。

表3 座談会インタビューの対象者

テーマ	入省年	改正当時	形式	合計時間		
1984年健康保険法改正	和田勝氏	厚生省保険局企画課長補佐	座談会	3時間		
	野々下勝行氏	厚生省保険局調査課長補佐				
	田中耕太郎氏	厚生省保険局医療課長補佐				
	浜田淳氏	厚生省保険局保険課企画法令係長				
	阿部正俊氏	厚生省大臣官房審議官	インタビュー		2時間	
1985年医療法改正	古川貞二郎氏	厚生省医務局総務課長	座談会	3時間		
	尾崎新平氏	厚生省医務局総務課長補佐				
	井口直樹氏	厚生省医務局総務課企画法令係長				
	薄井康紀氏	厚生省医務局総務課企画法令係長				
1988年国民健康保険法改正	尾形裕也氏	厚生省保険局国民健康保険課長補佐	座談会	3時間		
	柴田雅人氏	厚生省保険局企画課長補佐				
	中田正氏	厚生省保険局調査課長補佐				
	羽毛田信吾氏	厚生省保険局企画課長	インタビュー		2時間	
1994年健康保険法改正	江利川毅氏	厚生省保険局企画課長	座談会	3時間		
	島崎謙治氏	厚生省保険局企画課長補佐				
	原勝則氏	厚生省保険局企画課長補佐				
	北川博一氏	厚生省保険局保険課長補佐				
	皆川尚史氏	厚生省保険局医療課保険医療企画調査室長				
	中島正治氏	厚生省保険局医療課企画官				
	野村陽子氏	厚生省保険局医療課長補佐			インタビュー	2時間

### 第3節 本研究の構成

本研究の構成は、次の通りである。

第1章では、公共政策学に関する既存の諸理論を検討し、政策学習論が有用な分析枠組を提供する一方で、①組織内で生成・共有される知識(以下、組織知)がどこに蓄積されるのか、②蓄積された組織知はどのように利用されるのか、③蓄積された組織知は消失しないのか、という点については改善の余地があることを指摘する。その上で、組織学習論研究で提起されてきたリポジトリ(organizational repositories)、知識の再利用(knowledge reuse)、組織忘却(organizational forgetting)の各概念を援用・統合した新たな分析枠組を

構築する。

第2章では、1980年代以前から改革案の構想が始まっていたのか否かを検証するため、公的医療保険制度が創設された1922年まで遡り、1960年代後半までの省内部の改革論議を過程追跡する。研究の結果、(1) 学識経験者で構成される七人委員会（1955年設置）が1950年代までに政策コミュニティで提起されていた多数の改革案を収集・整理し、報告書に取りまとめて発表したこと、(2) 省内部に設置された社会保険研究会（1959年設置）、医療保障総合審議室（1961年設置）、牛丸委員会（1965年設置）において、医療保険制度に関する多岐にわたる改革案が非公式に検討され、それぞれ内部文書として取りまとめられていたこと、(3) こうした各検討会が作成した報告書や内部文書は、後任の政策担当者に読み継がれ、改革メニューの継続的な検討を可能にしていたことを指摘する。

第3章では、過去に構想された改革案が1980年代以降に利用されたか否かを検証する。研究の結果、(1) 過去の検討蓄積は1970年代以降も継承されていたこと、(2) 継続的な検討過程で、いくつかの改革案は実現可能性がないと見なされ、以後、検討対象から除外され続けたこと、(3) 1982年の老人保健法の制定過程、1984年の健康保険法の改正過程において、政策担当者は1960年代に作成された内部文書をはじめ、過去の検討蓄積を参照しながら改革案をリストアップしていたこと、(4) 1988年の国民健康保険法改正と1994年の健康保険法改正では、1984年改正で実現しなかった改革案の実現が目指されたため、両改正過程では過去の検討蓄積は参照されなかったこと、(5) 特定の改革案に関する検討蓄積が継承されず、当該改革案に関連する法規定が1994年の改正で削除されたことを指摘する。

第4章では、第2、3章で明らかになった政策の形成・非形成過程に対して、第1章で構築した分析枠組に依拠して分析する。分析の結果、(1) 1950年代から60年代までに省内部で行われた検討会に参加した政策担当者個人、それら検討会が作成した内部文書、厚生省が改革案として公式に発表した公表文書、特定の改革案を推進するために政策担当者が提起した言説、それらを受容した外的アクターが、改革案を保有するリポジトリとして機能していたこと、(2) 政策担当者は、必要に応じてリポジトリにアクセスし、改革案を検討・更新していたこと、(3) 改革の機運が高まると、リポジトリに保有された改革案の中から、最も合目的的なものを選出し、実現させたこと、(4) 特定の改革案を検討対象から除外した事実もリポジトリに保有されていたこと、(5) 全ての政策担当者が必ずしもリポジトリにアクセスするわけではなく、その必要性に迫られなかった政策担当者には過去の検討蓄積は継承されなかったことを指摘する。

終章では、各章の研究結果をまとめた上で、本研究で得られた結果から今後の政策形成の向上に対して、どのような示唆が得られるか述べる。また本研究の学術的な位置づけと意義を明確化し、最後に、今後の研究課題を整理する。

# 第 1 章 分析枠組

## 第 1 節 先行研究の検討

### 1.1. 政策学習論の検討

政策過程を説明する際、先行研究では利益 (Interests)、制度 (Institutions)、そしてアイデア (Ideas) に着目する 3 つの I フレームワーク (3-I framework) に依拠することが定石として理解されてきた (Campbell1998、Hay2004、Poteete2003、Schmidt2001、Scott2008、Kern2011、秋吉・伊藤・北山 2015)。

利益とは、特定のアクターがある政策から受ける恩恵や損害に着目し、全ての利害関係者の利益とアジェンダを指す。制度とは、新たな政策に影響を与える既存の制度を指し、政策過程に影響を与える統治構造や政策ネットワークも含まれる。そしてアイデアは、政策課題を取り巻く全ての関係者の知識や価値観であると定義される (Hecló1994、Bashir & Ungar2015 : 5)。

本研究の目的は、厚生省内部の中長期的な政策形成・非形成メカニズムの存在を仮定しながら、なぜ厚生官僚は短期間で多数の改革案を準備できたのか、そしてその一方で、なぜ特定の改革案は実現しなかったのか、という問いに対して説明を提示することにある。この目的に照らし合わせれば、改革案の準備の過程を説明する上で、アイデアに着目するアプローチが有用と考えられる。政策過程における知識の重要性が強調されており、特定の知識がどのように政策に影響を及ぼすのかを説明する概念や分析枠組が政策学習論として発展しつつあるからである。

これまでどのような概念や分析枠組が提起されてきたか確認していこう。Hecló (1974) は、政策過程におけるアイデアの役割やアクターによる知識獲得・利用の重要性に着目し、政治的学習概念 (political learning) を提起した。Hecló は、学習を「何らかの社会的または環境的な刺激に対する政府の無意識的な反応」と定義し (Hecló1974 : 306)、政策変更をもたらす国家の学習に焦点を当てた分析枠組を構築し、利益対立に基づく既存理論に比べてより適切な説明が可能になることを示している (Bennett & Howlett1992 : 276)。

これに対し、Hall は、学習を「政府のより良い目標達成を念頭に置いて、過去の政策の帰結や新しい情報に照らし合わせ、政策の目標や手段を調整する意図的な試み」と Hecló とは異なる定義を提示し、社会的学習概念 (social learning) を構築している (Hall1988 : 6)。Hecló の政治的学習概念は、外部環境の変化に対する政策担当者の「適応」を説明している。その点、Hall の社会的学習は、学習の成否が政策の実現あるいは非実現を左右する要因として捉える点が特徴的である (Bennett & Howlett1992 : 276-277)。

また Etheredge (1981) は、政府が自らの知性と洗練度を高め、行動の有効性を高める



過程を説明するため、Lindblom & Cohen (1979) ら組織学習に関する研究を援用し、政府学習概念 (government learning) を構築した。Etheredge は、民間組織で観察される学習概念が行政組織においても適用できることを示したのである (Bennett & Howlett1992 : 277)。

さらに Sabatier (1987、1988) は、政策ネットワーク論や政策コミュニティ論に関する研究を通じ、政策革新や政策転換をもたらす主要な決定要因として政策志向学習概念 (policy-oriented learning) を提起した。同概念は、アクターの思考や行動の永続的な変化が過去の経験に起因する現象やアクターの信念システムの達成や修正に関係することを説明する分析枠組である。

そして Rose (1988、1991) は、教訓導出 (lesson-drawing) という別の概念で、ある国で開発された政策が他の国へと波及する過程を説明する分析枠組を提起した。この概念を用いることで、ある政策課題に直面した政策担当者は、他の地方政府や国において同様の政策課題にどのように対応したのかを学習する、という現象を説明できる。

以上述べた通り、政策学習論に関する先行研究では、これまでに政治的学習、社会的学習、政府学習、政策志向学習、そして教訓導出などの概念や分析枠組が提起されてきた。近年、乱立した概念の明確化を試みる動きも見受けられるが (Freeman2006、Grin & Loeber2007、Dunlop2017、Dunlop& Radaelli2017)、十分に整理されてきたとは言い難い。これらの概念は、異なる起源を持ち、学習過程の異なる側面を描き出すものであるため、援用するには注意が必要になることは政策学習研究がしばしば指摘している (Bennett & Howlett1992 : 278、Dunlop & Radaelli2013 : 599、Stark2019 : 400)。

続いて政策学習メカニズムにおいて、学習の対象となる知識 (knowledge) に関する先行研究を検討する。秋吉 (2008) は、ドラスティックな政策転換の過程における知識の重要性を論じており、認識コミュニティのメンバーが政策決定に影響力のある政治的ポジションに就任することによって、特定の政策知識が政策に反映されるとし、知識の重要性を強調した“知識の政治学”を提唱している (木寺 2012 : 43)。また佐々田 (2011 : 29) は、政策決定者のアイデアは、時を経て経験と知識が蓄積されていくことで発展・進化していったと指摘している。

同様に、木寺 (2012) は、1990 年代以降の日本における地方制度改革を分析し、認知的次元と規範的次元からなるアイデアだけでは不十分であり、アイデアを政策に反映させるための官僚が有する「専門的執務知識」が揃わないと抜本的な改革に至らないことを明らかにしている (柳 2018 : 54)。さらに柳 (2018) は、地方自治体における政策廃止の事例研究において、廃止に抵抗するアクターを説得するための政策知識が、審議会などの行政府外のアクターから提供されていることを突き止めている。このように政策学習を通じて知識が政策形成に影響することは、多くの先行研究で指摘されてきた。

しかし、本研究において政策学習論の援用を試みると、次の四つの問題が浮かび上がる。

第一は、知識はどこに保有されているのか、という点について説明できないことである。政策学習論や知識中心アプローチの多くは、ある時期に政策担当部局が獲得した経験や知識が後の政策形成に影響を及ぼす現象に着目している。しかし獲得した経験や知識が保有される場所は定かではない。中長期的な政策形成・非形成メカニズムを説明する上で、歴代の政策担当者が経験や知識を継承する何らかの方法を明らかにする必要があるが、そうした分析枠組は政策学習論では見当たらない。

第二は、政策担当者は獲得した経験や知識をどのように利用しているのか、という点について疑問が残ることである。無数の経験や知識の中から、何らかの基準に照らし合わせて利用していると考えられるが、どのような過程を経て選出されるのか定かではない。また保有している知識をそのまま利用する可能性もあれば、何らかの修正を施してから用いている可能性もあるだろう。

第三は、知識は消失しないのか、という点に疑問が残ることである。政策学習論や知識中心アプローチは、アイデアや知識が政策に影響を及ぼした過程について事例研究が蓄積されてきたが、知識そのものが政策過程において消失する可能性は念頭に置いていない。

第四は、政策の非形成メカニズムが想定されていない点である。序章で述べた通り、厚生省内部の政策過程を辿れば、構想された改革案が政策として結実しなかった現象が確認されている。政策学習論では、学習が生じた結果として政策が形成されることを想定している。しかし本研究は、学習が生じているにも拘らず、政策が形成されないという事例を説明するものである。

以上、政策学習論を検討した結果、中長期的な政策形成については一定の説明は提示できるものの、非形成については十分に説明がつかないことや、いくつかの疑問が残ることが明らかになった。

## 1.2. 言説的制度論の検討

政策学習論では、知識が保有される場所は判然としないが、言説的制度論（discursive institutionalism）における言説（discourse）は、アイデアが埋め込まれ、アクター間に伝播する上で重要な役割を果たすことが指摘されてきた。Schmidt（2008、2011）は、政策過程におけるアイデアや言説の役割に注目し、制度的文脈下での、政治的行動に関するアイデアの生成・熟考・正当化の過程において、「コミュニケーションの論理」にしたがってアクターが操る言説に焦点をあてる分析枠組として言説的制度論を提起した（西岡 2012：133-134）。

言説的制度論において、言説が意味するところは広い。西岡（2012：136）は、「辞書的にいえば、『何らかの形で受け手に影響力を与える意図を持ったあらゆる言語表現』であり、会話、演説、答弁、会見のように人々が述べたことや、著作物、政府白書、論文、記事、

日記など文章として書かれたもの、つまり言葉によるあらゆる表現が含まれる」と指摘する。また「そうした表面上で容易に観察しうる言語表現に限らず、言われてきたことや書かれてきたことの集積や歴史的堆積のなかから一定のパターンや構造を抽出して、その全体的編成を言説として捉える場合もある」と指摘する。

Schmidt (2002: 210) は、「ある政策プログラムを生み出し、正統化するための取り組みにおいて、政策アクターがアクター同士で話し合う、あるいは国民に向けて話すことすべて」から構成されており、「言説には一組の政策のアイデアおよび価値観、それに、政策の構築およびコミュニケーションの相互作用過程、その両方が含まれる」と指摘する(西岡 2012: 137)。

つまり言説は、ある政策の方向性を示すと同時に、より具体的な改革案の実行が念頭に置かれており、特定のアクターによって、同じ言説が繰り返し用いられ、後任の政策担当者にも継承されている場合、その言説に埋め込まれた改革案も同時に継承されることになる。つまり言説は、知識が保有される場所として想定できるのである。

### 1.3. 官僚組織研究および政策過程論の検討

政策学習論に関する理論上の限界を乗り越えるため、日本の行政組織に関する研究を検討してみよう。日本の官僚組織研究において、政府提出法案は次のような手続きによって形成されると整理されてきた(田丸 2000: 12-56、大森 2006: 139-159)。

はじめに調査・研究である。そもそも行政活動(政策の企画・立案と実施)は、課(室)を中心単位として遂行され、政府提出法案の作成も所管課が担当する。政策担当者は、はじめに事業者・自治体などからの現状報告や調査データを受け取り、研究者らの著作物や国内外の資料を分析する。こうして政策課題や改革の方向性が整理される。続いて、研究者との勉強会を開催するなどして知的源泉を確保し、政策や制度の構想を練る。そして大方の結論や着地点が見えると審議会などに諮問し、オーソライズさせていく。

こうした過程を経て、キャリア官僚を室長とするプロジェクトチームが法案を作成するようになる。「タコ部屋」と呼ばれる作業部屋にメンバーや関連する資料が集められ、①概要説明資料(ポンチ絵)の作成、②立法実例の検索、③案文、④官房・法制局用資料の作成、⑤審査立ち合い、といった立法作業が進められることになるのである。

法案の素案が出来上がると、大臣官房文書課など法令審査課法令審査官の審査を受け、次に内閣として最終的な法律判断を下す内閣法制局の審査を受ける。この内閣法制局審査と並行して、局長や審議官などの幹部が利害関係者への根回しを進めていく。また内閣法制局審査についてある程度見通しがつくと、各府省庁に法律案を送付し、必要に応じて覚書を交わす。こうして成案が完成すると国会に提出される。そして無事に国会審議を通過すれば、法律として制定されるのである。

もっとも Merton (1961) が提唱した「官僚制の逆機能論」を持ち出すまでもなく、官僚組織はしばしば硬直的であると批判される。規則に基づく官僚の行動は、規則の本来の目標から離れて、規則に従うこと自体が目的となってしまう危険性がある。規則に従って職務を遂行する訓練を受けた官僚は、柔軟な対応が求められる状況においても、あくまで規則の遵守にこだわり、結果として無作為・無能力を露呈させてしまう。官僚組織が期待された機能を発揮せず、むしろ国民に対する杓子定規な対応や抑圧的な態度をとるといった問題が生じ得るといった批判である。同様に、官僚組織が当初の目的とは異なる事業を遂行する現象や (Selznick1949)、官僚組織における階統制構造がもたらす逆機能の存在を指摘する研究が示す通り (Gouldner1963)、近代官僚制は必ずしも合理的ではない、という見方が一般に広く受け入れられていると言える (真淵 2010 : 46、伊東・出雲・手塚 2017 : 31-32)。

こうした官僚制の逆機能論は、政策形成の局面においても観察できる。西尾 (2001) は、官僚組織による政策対応は、政策立案と政策転換にかかるコストの大小の軸で、次の 4 つの整理できると指摘する (表 4)。

表 4 政策対応のレベル

		政策転換のコスト	
		小さい	大きい
政策立案のコスト	小さい	微修正	模倣
	大きい	転用	研究開発

出典：西尾勝 (2001) 『行政学 (新版)』有斐閣、263 頁

第一の微修正とは、原稿業務の実施方法を見直し、そのごく一部を手直しすることで課題環境条件の変動に対応しようとするものである。具体的には、通達等の行政規則レベルの改正、定員の増減、予算措置の増減だけで対応される政策変更を指す。この場合、政策立案・転換にかかるコストは最も小さく済む。第二の転用は、原稿業務の実施方法を構成している一つ一つの要素に少しずつ所要の修正を加え、従来とは異なる目的対象向けの業務に転用しようとするものである。具体的には、需要の減退した養護老人ホームを特別養護老人ホームに転換すること、学校教育施設を生涯学習施設に転換することなどを指す。現場の職員は業務の実施方法に習熟し、その実効性については予測も立てやすいため、政策転換のコストは小さいが、構成要素のすべてに漏れなく所要の修正を施す必要があるため、政策立案のコストは大きい。第三の模倣は、他の国または自治体によってすでに実施され、それなりの成果を実証している政策を模倣し、導入するという方法である。当該政府にとっては新規政策の採択であるため、政策転換に伴う種々のコストは避けがたいが、

政策立案のコストは小さい。そして第四の研究開発は、政策立案コストと政策転換コストの双方が大きいため、政策立案者にとって最後の選択肢になるのが通例であると理解されている（西尾 2001：263-264）。

このように官僚制の逆機能論に着目すれば、省庁官僚制の政策担当者が政策立案・転換コストの高い新たな改革案の研究開発に積極的ではないという前提を置くことができ、それゆえに政策の非形成という現象が生じると説明できるのである。

しかし1980年代以降の医療保険制度改革に着目すれば、ドラスティックな改革案が次々と実現していることはすでに述べた通りである。そうした事例に照らし合わせれば、厚生省が新たな改革案の研究開発に消極的だった、という説明には疑問が残る。真に消極的であれば、新たな改革案を構想すらしないはずだからである。従って、官僚制という組織の特徴によって特定の政策が形成されなかった理由を説明することにはやはり限界があると言える。

また本研究の問題意識に鑑みれば、上述の省庁官僚制における政策過程は、次の二つに大別できる。すなわち、改革案を準備する局面と、改革案を実現させる局面である。ここでは調査・研究や知的源泉の確保までが改革案を準備する局面で、それ以降が実現させる局面であると区分できる。

重要なことは、調査・研究や知的源泉の確保を通じて獲得した改革案は、その後、どのように組織に保有されているか、という点である。上記の整理では、構想された改革案が実現へと至ると説明されるが、現実には、必ずしも直ちに実現するとは限らない。長期にわたって塩漬けになることも多い。その場合、改革案はどこに保有されることになるのだろうか。

ここで省庁官僚制における政策過程において、政策形成を促す要因に関する田丸（2000）の指摘が見逃せない。政策形成に必要な予算、人員、時間などのリソースには限界がある。とりわけ喫緊の課題に直面している場合、迅速かつ円滑な政策形成が求められることになる。そうした状況下において政策形成を促進させる要因として、田丸は次の二つをあげている。

第一は、法制度体系に関する専門的執務知識を有する人材である。以前にその法律の所管課に在籍し、従前の改正を経験した人材が投入されれば、当該法制度の根幹的な仕組みや考え方、条文の組み立て方、従前の改正の経緯や他省庁との交渉過程、政党やその所属の国会議員の対応等の記憶が法案準備室に共有の知識となり、タマ出しや原案作成を迅速に行うに際して大きな財産となる（田丸 2000：86）。

第二の要因は、人工的な公式の記憶装置の構築である。専門的執務知識が個々人の記憶にとどめられているだけでは、必ずしも組織の他のメンバーがそれを利用できるとは限らない。個々人が組織を去れば、組織は記憶の当該部分を失ってしまう。田丸はサイモン（1957：165-167）を引用しながら、過去の改正時の法制局審査の資料や各省協議の経緯

をファイリングし、覚書集を作成する等の手段をとることで専門的執務知識の共有を可能にすると指摘する（田丸 2000：86）。このように各省庁の所管課が法案作成の中心的役割を果たしており、その際に、所管課に専門的執務知識が集約されているほど、迅速な法案作成が可能になると主張しているのである。

この田丸の指摘は、組織内部の知識が、政策担当者と文書に保有されていると解釈できる。従来の政策学習論では、知識が保有される場所が明確ではなかったが、この田丸の指摘を援用することで保有場所について説明を提示できる可能性がある。

もっとも田丸は、上記の保有場所に蓄積された知識がどのように政策形成へと結びつくのかという点や、保有された知識がその後、半永久的に残り続けるのか、それとも時間の経過とともに消失する可能性があるのか、という点までは論じていない。政策学習論が抱える理論上の課題を解決するためには、田丸の議論を手掛かりに精緻化する余地がある。

そもそも田丸は Simon (1957) の組織行動論に依拠して議論を展開している。Simon が提示した組織知の保有場所に関する議論は、その後、組織学習論に関する研究の中で、リポジトリ概念 (repositories) として発展してきた。それらの研究では、何がリポジトリとして機能するのか、個人が保有する知識はどのようにリポジトリに蓄積されるのか、リポジトリに保有された知識はどのように再び利用されるのか、そしてリポジトリの保有された知識はどのように消失するのか、という論点についても説明力の高い分析枠組を提起されている。このように政策学習論の理論上の課題を解決する上で、組織学習論の援用が有用であると考えられるのである。

#### 1.4. 既存理論の有用性と限界

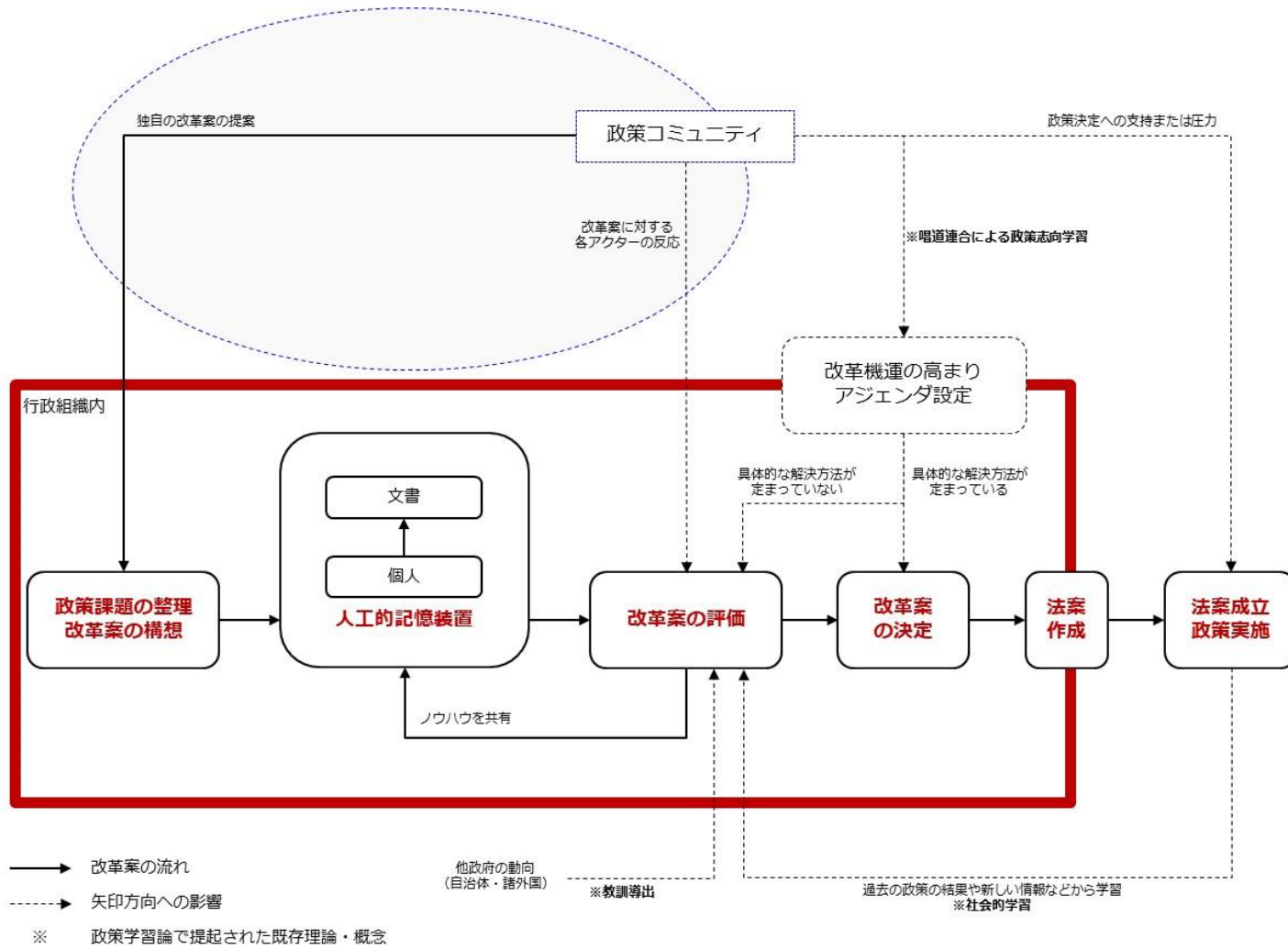
ここまで検討してきた既存理論を整理すると図 2 の通りとなる。赤い枠線の内側が行政組織内部の政策過程を示している。政策課題が整理され、改革案が構想されると、人工的記憶装置たる個人と文書に保有されることになる。改革の機運が高まり、アジェンダが設定されると改革案の探索が始まる。具体的な改革案が決まっていれば、当該改革案の法案作成が始まり、そうでない場合には、想定される改革案の評価がなされる。この間、外国政府や地方政府において実施されている政策から得られた教訓や、過去に実施した政策の帰結が学習され、次期改革において参照されることになる。

こうした政策過程に対して、政策コミュニティは独自の改革案の提案や、行政組織が検討している改革案への賛同や反発、アジェンダ設定の要求や法案の成立過程への政治的影響力の行使など、各局面において様々な方法で影響力を行使してくることになる。

上述の通り、政策学習論が抱える、(1) 知識はどこに保有されるのか、(2) 知識がどのように利用されるのか、(3) 知識は消失しないのか、という三つの疑問点のうち、田丸(2000)の議論を援用すれば、個人と文書という知識の保有場所が想定されることがわかった。し

かし、知識が保有される場所は、個人と文書だけなのだろうか。また一口に文書と言っても、内部文書と公表文書が存在するはずである。知識が保有される場所としては、より詳細に検討する必要があると思われる。また(2)のうち、人工的記憶装置を利用して新しい改革案を構想することも想定できるが、図示するとそうした流れの存在は曖昧である。そして(3)の知識の消失については、そもそも想定されていないと整理できる。

図 2 既存理論に依拠した政策形成過程





## 第2節 組織学習論の援用

### 2.1. 組織学習論の概観

本来、政治学や行政学と組織論は親和性が高い学問だった。アメリカ行政学は、政治学を源流とする行政理論の系譜と、科学的管理法を水源とする組織理論の系譜があり、一時期、行政学と組織論を含む経営学は紙一重の時期もあったほどである（西尾 2001：27）。

しかし 1940 年以降、組織管理論の考え方を一新した現代組織論が台頭し、第二次世界大戦後には政治行政融合論が主流となり、旧来の正統派行政学は正統性を失っていった。そして政治行政融合論の普及は、政治行政関係や政策過程の実態分析の重要性を促すことによって、組織管理論として経営学への接近を強めていた行政学をもう一度政治学に近づけた。こうして組織管理論はむしろ経営学の分野で独自の発展を遂げ、その成果を行政管理論として行政学の研究に活かす機会は相対的に失われていったのである（伊藤・出雲・手塚 2017：53-54）。

実際、政治学研究において引用される組織論研究は、1950 年代から 1990 年代までの先行研究が多い。また政策学習論を提起している Hall（1993：276）は、組織学習論は、手続きやプロセスを重視しており、アイディアの役割を強調する政策学習論とは異なる、と主張しているほどである。

しかし近年、政治・政策研究において、精緻化が進む組織論研究の知見を援用する動きも広がりつつある。例えば、Siciliano（2015、2017）は、公立学校の教員による組織学習について検討しているほか、Richards & Duxbury（2014）は…という研究をしている。また Stark（2019）は、政府組織の「記憶喪失」という現象に着目し、組織の忘却に関する組織論研究を引用している。

組織知の形成、保有、継承、変容、断絶を説明するという問題意識に鑑みれば、組織論研究を引用することで、有用な分析枠組を構築することが可能になると考えられる。また両者の理論を発展させるという点でも組織論研究を踏まえた分析枠組を構築することで、理論上の発展が見込めるものと考えられる。

前節で検討した通り、中長期的な政策形成・非形成過程を説明する上で政策学習論が有益な視座を提供する一方、非形成については十分な説明ができないこと、組織内の知識が保有される場所や再び利用される過程、知識の消失の可能性については疑問が残ることが、そして同時に、これらの点について田丸（2000）の指摘が重要な示唆を与えることもわかった。

しかし田丸は、組織のメンバーや文書の他に保有される場所はないのか、保有された知識はどのように利用されるのか、保有された知識は時間の経過とともに消失しないのか、という点までは議論していない。

その理由の一つは、田丸が Simon (1957) および March & Simon (1958) に依拠している点にあると考えられる。

これらの研究は、組織が学習するという現象に着目する研究で、1960年代に入ってから Cyert & March (1963) や Cangelosi & Dill (1965) らによって組織学習概念 (organizational learning) として発展していくことになる。Argyris (1976) や Argyris & Schön (1978) らがシングル・ループ学習概念 (single-loop learning) およびダブル・ループ学習概念 (double-loop learning) を提起し、1991年に Organization Science 誌の特別号において特集が組まれたことで、組織学習論は広く知られるようになった。そして同概念を中心として、学習する組織 (learning organization) や組織知 (organizational knowledge)、組織知の管理・活用に関するナレッジ・マネジメント (knowledge management) などの各概念が提起され、現在も研究は進展しつつある (Easterby-Smith & Lyles 2011:11-12)。

このうち、組織知やナレッジ・マネジメントに関する研究では、組織知が保有される場所や保有された組織知の再利用の過程、そして組織知が消失するメカニズムについても、種々の概念や分析枠組が提起されている。例えば、田丸が「人工的記憶装置」と指摘した概念は、組織記憶 (organizational memory) やリポジトリ (organizational repositories) として発展してきた。つまり最新の組織学習論を援用することによって、田丸の議論を精緻化し、中長期的な政策形成・非形成メカニズムを説明する分析枠組を構築できる可能性があると考えられる。

組織学習論にはいくつかの系譜が存在しているが、改革案の構想、継承、実現、消失という現象に対して説明を提示する、という本研究の問題意識に鑑みれば、ナレッジ・ベースの組織学習論 (knowledge-based view) が最も親和性が高い。ナレッジ・ベース・アプローチでは、組織は、製品やサービスの開発と提供に必要な知識を創造 (creation)、蓄積 (storage)、検索 (retrieval)、移転 (transfer)、共有 (share)、応用 (application) するために構築された「システム」であると見なされ、そのような知識の運用こそが中心的かつ根源的な組織能力 (core and fundamental organizational capabilities) であると考えられている (Alavi & Denford 2011: 106)。

具体的には、知識創造 (knowledge creation)、知識保有・検索 (knowledge storage and retrieval)、知識移転・共有 (knowledge-transfer and sharing)、知識の応用・再利用 (knowledge application / reuse)、そして知識の消失 (knowledge loss) の各局面についての研究が展開されている。

このうち知識創造とは、組織が新たな実践的知識 (know-how) や能力を開発することを指し、知識保有・検索とは、組織知を保有する場所とそこに保有された組織知にアクセスするための手段を開発することを指す。また知識移転・共有とは、特定の知識が波及する過程を指し、知識の応用・再利用とは、意思決定や問題解決などの局面において組織内の

個人やグループが知識を利用する過程を指す (Alavi & Denford2011 : 107)。そして知識の消失とは、組織が保有していた知識を意図的に、あるいは無意識的に消失する現象を指す (Easterby-Smith & Lyles2011 : 311)

すでに述べた通り、行政組織内部において新たな改革案が構想される過程や実現に至るまでの過程については、先行研究において説明が提起されてきた。従って、本研究では、政治学や行政学における先行研究では十分な説明を提示できない知識保有・検索、知識の再利用、そして知識の消失に関する研究を援用する。

## 2.2. リポジトリに保有される組織知

組織知はどこに保有されているのか。Stein (1995 : 22) は、過去の知識を現在の活動にもたらす手段を組織記憶 (organizational memory) とみなし、組織記憶は、送り手と受け手との密接な関係に依存しない永続的な記録であると定義している。また Walsh & Ungson (1991) は組織記憶とは共有された過去の解釈であると指摘している。

こうした組織が共有している知識 (以下、組織知) は、どこに組み込まれているのだろうか。主要な先行研究を確認すると、各研究の関心に即して様々なリポジトリが取り上げられてきたことがわかる。

例えば、Levitt & March (1988) は、組織知は組織のルーティン、標準的作業手続き (SOPs)、組織のルール、組織の製品や製造工程、技術や機器、組織のレイアウトや構造、組織文化や物事が一般的に行われる方法に関する規範に組み込まれていると指摘した。また Walsh & Ungson (1991) は、組織に属する個人、組織文化、標準的作業手続き (SOPs) とそれに基づく慣行、役割と組織構造、そして物理的な職場の構造の 5 つが、組織の記憶が保有される場所として機能するビン (5 retention bins) であると指摘している。

同様に、Starbuck (1992) は、知識集約型企業では、組織知は、個人、ハードウェアやソフトウェアを含む物的資本、ルーティン、組織文化に埋め込まれていると指摘する。このように組織知が保有されるリポジトリの正確な数については種々の議論はあるものの、一般的には組織に属する個人、組織の技術、組織構造、ルーティン、調整方法、組織文化などに整理できると言える (Argote2013 : 91)。

もっとも先行研究では、組織知を暗黙知 (tacit knowledge) と形式知 (explicit knowledge) に分け、前者の説明も念頭に置くため、リポジトリとして想定する範囲は必然的に広がっている。どのように改革案を準備したのかという本研究の問題意識に照らし合わせれば、暗黙知ではなく、形式知の継承や再利用を説明する分析枠組を構築すればよい。

このような問題意識に親和性が高く、観察可能な組織知の保有に着目し、リポジトリをより限定的に捉える議論を提示しているのが Markus (2001) である。Markus は、文書化に焦点を当て、その重要性を論じると同時に、再利用の過程における目的に応じて、文

書化の方法は、次の三つに分けて変化すべきだと指摘している。すなわち、(1) 文書化を担当した人間自身が後々参照するために使用する場合、(2) 文書化を担当した人間と同様の人間が後々参照するために使用する場合、そして (3) 文書化を担当した人間とは全く異なる人間が使用する場合である。

そして組織知の再利用を念頭に置いた文書化を進める上で、組織には、組織知を構築するナレッジ・プロデューサー、当該組織知を仲介させるナレッジ仲介者、組織知を複製して利用するナレッジ・コンシューマー、未経験者で組織知の獲得を求めている未経験者である。Markus は、組織にはこれらの役割をもったアクターがおり、組織知の文書化を推進するというフレームワークを提示している。その上で、新しく知識を開発する者には、その知識を再利用できるように適切で十分なりポジトリを開発することが期待されるが、しばしば、そうしたリポジトリの開発について、知識を開発するものに十分な動機がない状態になる。したがって、ナレッジ・マネジメントの再利用を成功させるには、ナレッジ・プロデューサーに適切なインセンティブを提供し、パッケージ化とナレッジの普及の負担の一部を仲介者に移すことが必要であると指摘している (Markus2001 : 72)。

このように Markus の議論に従えば、明示的な組織知が保有されるリポジトリは、個人および文書であると指摘できる。それでは他にリポジトリとして機能し得るものはないだろうか。行政組織の場合、文書は公表文書と非公開文書の二つに分けられる。前者は、組織内部の検討の末に、公式に世に発表するもので、たとえば改革の政府試案や報告書があげられる。またそうした文書の他に、公式に発表されるものとして、国会の法案制定時に付される付帯決議もこれに含まれるだろう。こうした公式に発表されている文書はリポジトリとして機能していると考えられる。

一方、非公開文書とは、組織内部における検討の結果についてまとめた文書である。公式に発表される文書がタテマエであるとするれば、内部文書に記されるのは組織のホンネである。内部文書に記された改革案のうち、世に問えば、検討してただけで世間からの批判を受けかねないものも存在する。そうすれば不要な議論を巻き起こし、有効性の高い改革案の実現に向けて注力できなくなる。そのため内部文書は、あくまで様々な検討の過程を記録し、組織内部で共有するためのものとして作成され、公表文書は、そのうち世に問うに値する改革案が記載されていると整理することができる。

### 2.3. 組織知の再利用

リポジトリに保有された知識はどのように利用されるのか。この問いに対して分析枠組を提示しているのが知識の再利用概念 (knowledge reuse) である。もっともこの概念は、しばしば知識移転 (knowledge transfer) と知識共有 (knowledge sharing) と混同されるため、それぞれが異なることを整理しておく必要がある。知識移転は、組織において知識

が移転される過程を説明する概念であり (Argote & Ingram2000)、知識共有は、ある知識を必要としている文脈に対して知識を移動する過程を説明する概念である (Majchrzak et.al.2004、Alavi & Leidner1999)。これに対し、知識の再利用概念は、ある存在が特定の知識を配置・使用できる過程を説明するものである。知識移転や知識共有概念が知識の移動を強調するのに対し、知識の再利用概念は、知識がどのように応用されるのかという点に焦点を当てる点で異なる (Chhim, Somers & Chinnam2017)。

知識が再利用される過程は、知識獲得 (knowledge acquisition or replication) と知識統合 (knowledge integration) に分けて議論される (Grant1996)。知識獲得は、知識の受け手の組織がどのように知識を獲得し、利用したのかに焦点を当てる議論で、あくまで知識の複製 (replication) の過程を説明するものである。そのため革新的なイノベーションの過程を説明する上では、知識統合に着目する必要があると指摘されてきた (Brown & Duguid1991、Nonaka1994 など)。

このような知識統合の過程について包括的な分析枠組を提示しているのが Majchrzak, Cooper & Neece (2004) である。この研究では、6つのイノベーション事例を検討し、知識の再利用過程に関する分析枠組を構築している。図 3 に示した通り、再利用過程を六段階に整理している。第一段階は、イノベーションを目的とした問題の再定義 (reconceptualize problem for innovation) である。問題やアプローチ方法について従来の考え方に囚われることなく再考することを意味する。続く第二段階は、探索開始の決定 (decide to search) である。

容易には乗り越えることが困難な問題に直面すると、再利用可能な知識の探索が開始されるのである。探索開始が決定されると、第三段階の探索と評価 (search and evaluate) 局面に入る。この局面は、通覧 (scan)、簡易評価 (brief evaluate)、徹底的分析 (analyze in depth) に分けられる。問題解決に有用な知識について広範な分野について通覧し、選択された各知識に対して信頼性 (credibility)、関連性 (relevance)、適用可能性 (adaptability) の観点から素早く判断が下される。そして最終的に選出された知識について、問題を解決し得るかどうか深い分析がなされる。こうした探索と評価の局面を経て、最終的に特定の知識が実装 (fully develop) 局面において具現化される。

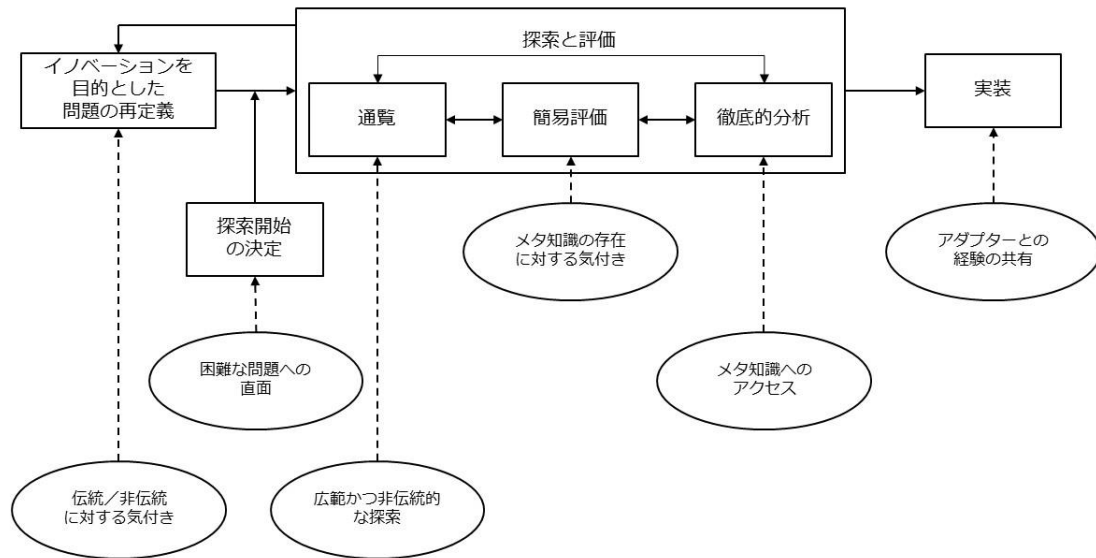


図 3 知識の再利用過程モデル

出典：Majchrzak, Cooper & Neece (2004 : 184) Figure2 をもとに筆者作成

## 2.4. 組織知の消失

ここまで組織知が保有される場所としてのリポジトリとリポジトリへのアクセスを通じた組織知の再利用の過程に関する先行研究を整理してきた。田丸 (2001 : 86) は、個人に保有された改革案や検討過程に関する知識は、人事異動によって消失してしまうため、人工的な記憶装置を開発することがあると指摘している。

それではリポジトリを開発する組織では、組織知は必ず保有されるのだろうか。リポジトリに保有された組織知は半永久的に残り、組織構成員の間に受け継がれ続けるのだろうか。近年、組織論や行政学研究において、組織知は時間の経過とともに低減し、様々な要因によって消失する可能性があることが指摘されている。組織知は、組織の競争優位性を維持・向上させる貴重なリソースであるにも拘らず、組織知の消失や忘却に関する研究は、あまり蓄積されてこなかった。

Argote (2006 : 83) は、人事異動が組織のパフォーマンスを低下させている可能性がある」と指摘している。高い生産性を持った人間の転出は、組織にとって大きな痛手となる (Argote2013 : 80-81)。

行政学研究者の Pollitt (2000 : 5) は、多くの文献は組織学習について記述しているが、組織の忘却については、ほとんど書かれていないと指摘するように、組織忘却に関する研究は少ない (Stark2019 : 144)。また政府組織の忘却について、その原因や影響について

はほとんど解明されていない (Stark2019 : 144)。古典的な組織学習論において、組織知は累積的に蓄積されていくという学習曲線を想定しているが、それはあまりにも誇張しすぎているきらいもある (Argote2013 : 80)。

de Holan & Phillips (2004 : 1603) は、Organizational Forgetting には、3つの文脈があると指摘している。第一は、文書化されずに長期記憶がなされない、というものである。第二は、文書化されたが、メンテナンス欠如で組織知が消失する、というもの。そして第三は、アンラーニングである。このうち第三のアンラーニングは、新しい改革案を構想するために意図的かつ戦略的に過去の知識を刷新することを意味している。一方、第一と第二については、意図せざる組織知の消失であると言える。

こうした経営学における議論を援用し、行政学において組織忘却について議論しているのが Pollitt (2009) である。Pollitt は、なぜ政府内の記録は有効に活用されないのか、という問いに対して、以下の3つの要因があると指摘している。

第一は、政策担当者や彼らのアドバイザーが、既存の資料が保存されていたとしても、その資料があることについて無自覚であることである。例えば厚生労働省の地下三階には膨大な資料が眠っているが、その全貌を把握している者はほぼいないのではないだろうか。第二は、仮に気付いたとしても、その価値を低く見積もってしまうことである。古い文書であるほど、注意して利用しない可能性が高い。第三は、様々な方法で誤って解釈されてしまうことである。こうした要因によって、行政組織内において組織知が有効に活用されず、消失してしまうと指摘しているのである (Pollitt2009 : 203)。これらは政策担当者が、公文書が無邪気に廃棄してしまうことに関係する指摘だと思われる。

また Fernandez & Sune (2009 : 631) は、リポジトリの消失やナレッジの使用頻度の低さが意図せざる組織知の消失の原因になっていると指摘している。つまり組織知は、適切に管理・活用されなければ、消失するというリスクを抱えていると言えるのである。

以上の組織知の消失に関する先行研究を踏まえて、図 4 に示した通り、Levallet & Chan (2019) は、組織内部における知識の獲得、蓄積、探索、消失が生じるメカニズムを包括的に捉える分析枠組を提示している。組織には、知識を移転するメカニズムとインセンティブが必要であるとした上で、個人が保有している知識を形式知に変換できると知識の再利用が増加し (P1a)、適切に変換できない場合には知識は消失すると指摘する (P1b)。

この時、高度な専門性を有する組織の構成員が容易に形式知を蓄積しやすい体制をとっているほど、知識の再利用は増加する (P2a)。逆に、高度な専門性を有する構成員が、異動や退職するまでに残された時間がわずかで、形式知を蓄積する明確なガイドラインが示されていない場合には、知識が消失するリスクは高まる (P2b)。また仮に適切に蓄積されたとしても、知識の検索や再利用を容易に許可しない場合にも、知識が消失するリスクは増加する (P2c)。

また既に多くの先行研究が指摘する通り、暗黙知は共有が一層難しい。組織が暗黙知を

蓄積する何らかの方法を提供しない場合には、知識の消失は起こりやすくなる (P3a)。したがって暗黙知を形式知に転換できれば、知識の再利用は増加するが (P3b)、暗黙知が形式知に変換されなければ、知識消失のリスクは増加する (P3c)。

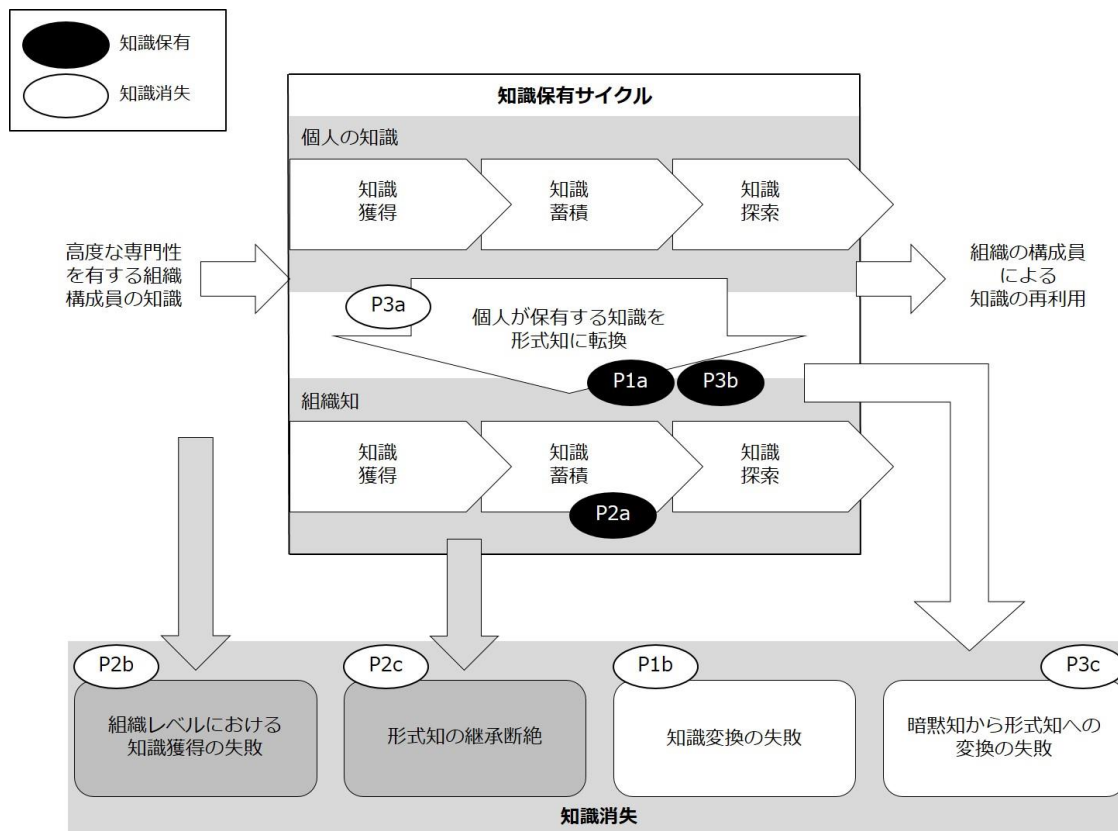


図 4 組織知の保有・再利用・消失

出典：Levallet & Chan (2019 : 192) Figure2 をもとに筆者作成



## 第3節 組織学習型政策形成・非形成モデルの構築

### 3.1. 分析枠組

#### (1) 全体像

前節まで検討してきた既存理論を援用し、中長期的な政策形成および非形成メカニズムを説明する分析枠組を構築していく。

図5に分析枠組の全体像を示した。実線の矢印は改革案の流れ、点線の矢印は矢印方向への影響を示す。赤線の枠内が行政組織内部を意味し、改革案が構想、保有、対外発信、評価・分析、選択され、政策として結実するまでの過程を表している。そして青字で記した箇所は、政策の非形成をもたらす因子を意味している。また※印を付した箇所は、先行研究の政策学習論によって提起された分析枠組および概念を示している。

はじめに分析枠組の全体像を概説すれば、次の通りとなる。はじめに政府組織内部で政策課題の整理が行われ、政策担当者が構想した改革案、政策コミュニティで他のアクターが構想した改革案の収集が行われる。構想された改革案は、リポジトリに保有され歴代の政策担当者によって断続的に更新され続ける。

改革の機運が高まり、アジェンダが設定されると、その時点で具体的な改革案に関するコンセンサスが形成されている場合には、法案の作成が開始される。一方、具体的な改革案が定まっていない場合には、政策担当者はリポジトリにアクセスする。改革案を探索し、評価・分析を行い、その時点で最も合理的な選択肢を選出する。そして法案作成の局面へと移行し、必要に応じて予算措置がとられる。そして無事に国会審議を終えて成立すると政策として実施される。このように改革案が構想され、そして実現に至るまでの間、歴代の政策担当者が入れ替わりながら、この分析枠組のいずれかの局面に携わっている。以下で各局面について、詳しく説明していく。

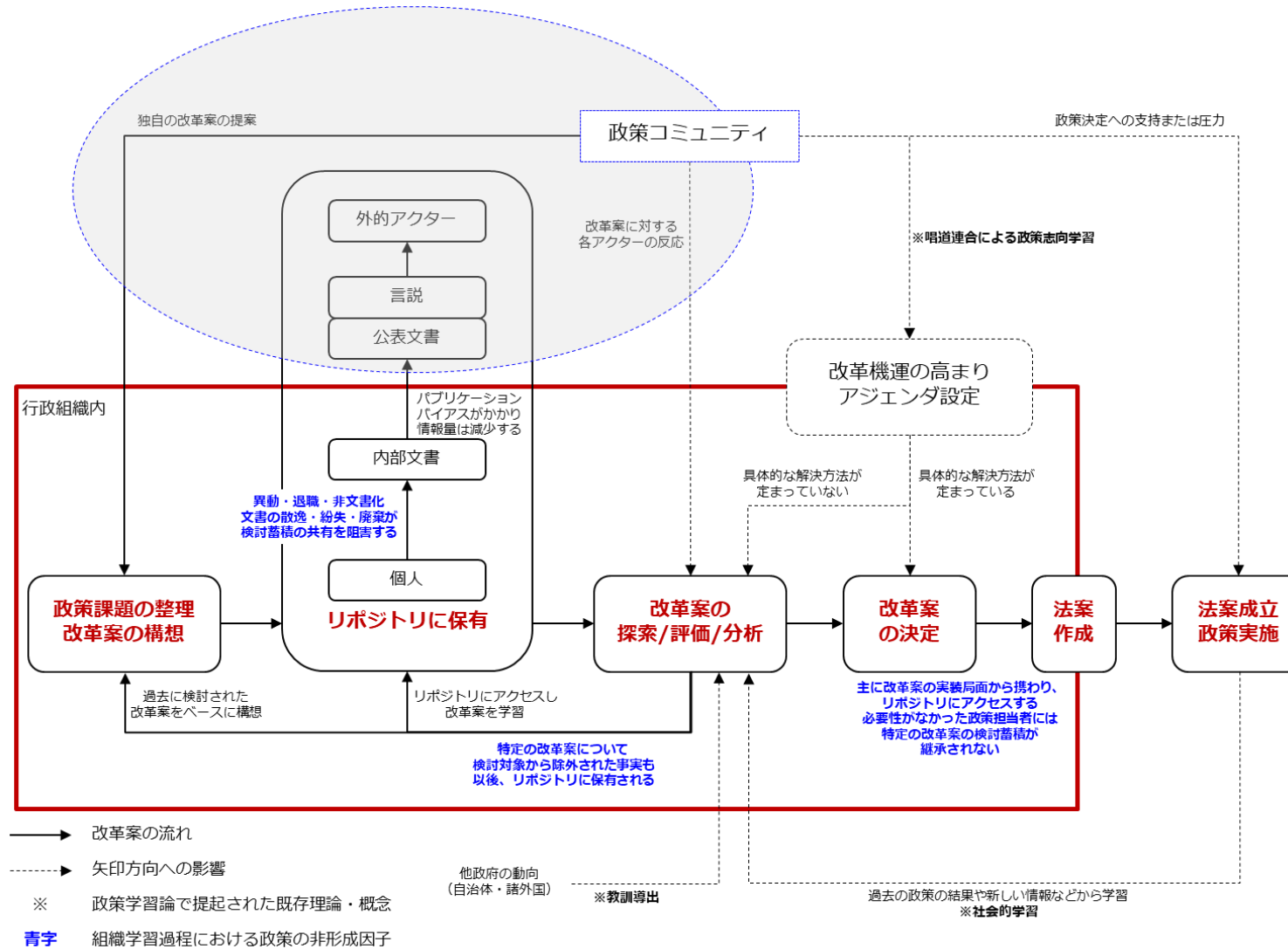


図 5 組織学習型政策形成・非形成モデル

## (2) 新たな改革案の構想とリポジトリへの保有

はじめに省庁内部において、改革案の構想が開始される。政策課題が定義され、一つの政策課題に対して、考え得る選択肢が複数、提起される。そして各改革案について、メリットやデメリット、過去になされた議論や利害関係者からの反応、採用する場合の具体的な実現方法などが検討されていく。

こうして構想された具体的な改革案を含む検討の経過は、リポジトリに保有される。最も基本的かつ原初的なリポジトリは、改革案の構想に携わった政策担当者たる個人である。彼らが具体的な改革案や検討の経過を内部文書に取りまとめると、作成された内部文書は、その後、組織内部の勉強会などでテキストとして用いられ参照される。その結果、実質的に構想に関わっていない者や、後任の政策担当者にも改革案を含む過去の検討の経過が共有されることになる。

構想された改革案のうち、個人や内部文書に保有された案の一部は対外的に公表される。実現に向け、政策コミュニティにおいて改革案を共有し、当該改革案に関する利害関係者間の合意を形成しなければならないからである。公表のルートは、①法案、②政府による公式の改革試案、③所管課の政策担当者による匿名でのメディアへの寄稿、④国会答弁、⑤メディアによるインタビュー取材などがある。こうして対外的に発表されれば、公式の記録として残り、後日、組織内の政策担当者が参照可能なリポジトリとして機能することになる。

同様に、言説がリポジトリの役割を果たす場合がある。言説とは、特定の改革案の実現に向けて組織が発信するスローガンである。表面上は改革の方向性を示す言葉にすぎないが、実際には、具体的な改革案が埋め込まれている。

この言説に対する理解の程度は、アクターによって異なる。例えば、政府が「格差の是正」というスローガンを掲げると、あるアクターは、「差は解消され、平等が達成される」と受け止め、スローガンに賛同するかもしれない。しかしスローガンを打ち出した政策担当者は、「差の解消は困難であり、許容可能な範囲まで差を縮小すること」を想定している可能性がある。そうした理解の程度が異なった状態のまま、政策コミュニティにおいて、このスローガンが受け入れられ正統性を獲得すれば、スローガンは具体的な改革案が埋め込まれた言説というリポジトリとして機能し始める。そしてこれ以後の政策担当者は、着任後、この言説を検討し、差の解消ではなく、縮小を目指す改革案が埋め込まれていると学習する。たとえ政策コミュニティ内部に、差の解消を目指した政策が推進されていると誤解するアクターがいても、あくまで政策担当者は、差の縮小を目指して改革を推進していくことになる。

公表文書や言説を通じて対外的に発信された改革案が外的アクターに認知されることによって、彼らもまたリポジトリとして機能することになる。外的アクターは、政府が発

表した改革案を保有し、自身の利益に照らし合わせて、その実現の促進あるいは妨害行動をとる。

また外的アクターは、リポジトリとして単に政府の改革案を保有し続けるだけでなく、自ら新しい改革案を構想・保有し、政策コミュニティに向けて発表する。議員や利益団体が改革案を構想し、発表することもあれば、政策担当者が審議会や検討会を設置し、外的アクターたる学識経験者が保有している改革案を引き出すこともある。外的アクターは、自らの利益の維持・拡大が期待できる改革案を発見すると、長期にわたって当該改革案を保有し続け、実現に向けて政府に働きかけるようになる。政策担当者が初めて改革案を構想する際に重視されるのは、外的アクターが保有する現場の情報と具体的な改革案である。

### (3) 各リポジトリの特徴—情報量・アクセシビリティ・保存性

このように改革案は、個人、内部文書、公表文書、言説、そして外的アクターという 5 つのリポジトリに保有される。ただし、これらのリポジトリは、①情報量、②アクセシビリティ、そして③保存性という 3 つ点で異なった特徴を持ち、その特徴が政策形成・非形成に影響を及ぼすため留意が必要である。

表 5 リポジトリの特徴

	情報量	アクセシビリティ	保存性
個人	◎	△	×
内部文書	○	○	△
公表文書	△	◎	◎
言説	×	◎	◎
外的アクター	△	◎	◎

各リポジトリの特徴を表 5 に示した。まず保有する情報量の多寡という点では、自ら改革案を構想した政策担当者たる個人が最も多くの情報を保有している。彼らが保有しているのは、構想された改革案や検討過程に関する知識だけではなく、検討過程における会議の様式や、文書化することが憚られる事実などに関する、いわゆる暗黙知も含まれているからである。従って、構想された複数の改革案のうち、どの改革案が最も有望であるのか、彼らはその都度、内部文書に記載されているメリットやデメリットを読み返すことなく、構想当時の議論の様式に関する記憶を辿ることで、速やかに判断を下すことができるのである。

ただし、個人というリポジトリは、アクセシビリティという点で内部文書には劣る。個

人は、常に人事異動や退職で組織から離脱する可能性があるからである。なかんずく省庁官僚制では、キャリア官僚はジェネラリストであることが期待され、2～3年で異動する（曾我 2016；215-216）。もちろん後任の政策担当者が、他部署に異動した前任に連絡をとり、ある程度の情報を共有することは可能であろう。しかし前任の政策担当者には次に処理しなければならない業務が列をなして待っており、いつまでも後任に引き継ぎをしていくわけにはいかない。

さらに保存性という観点からも内部文書に劣ることは言うまでもない。理論上は、政策担当者たる個人がリポジトリとして機能している、という説明を提示することは可能であるが、あくまで人間の記憶にすぎない。時間の経過とともに、忘却や誤解が生じるため、改革案を構想した当時の情報が正確に保存され続けている保証はない。

こうしたリポジトリとしての個人の限界を乗り越えられるのが内部文書である。すでに述べた通り、保有する情報量の多寡という点で、個人に比べて暗黙知が含まれない分、限界も抱えている。しかし改革案の検討過程について、内部文書として編綴され、当該文書が歴代の政策担当者が使用するデスクやキャビネットに置かれ続けていれば、彼らは常に過去の検討過程を参照できる。つまり情報量とアクセシビリティという二点に着目すれば、内部文書はリポジトリの中でも最も優れていると言えるのである。

ただし保存性という点では内部文書にも限界がある。もちろん成文化されているという点で、個人に比べて、ある程度、保存性が担保されていることは否めない。しかし Pollitt が指摘する通り、内部文書は時間の経過とともにその価値が低く見積もられる傾向がある。シミや汚れが目立ち、経年劣化したガリ版印刷の内部文書は、いつしか見向きもされなくなり、その存在自体すら忘れられてしまう可能性がある。そして部署の片づけや引っ越しの際に、無用の長物と見なされ廃棄されることは珍しくない。また政治・行政のスキャンダルが発生し、政府にとって都合の悪い文書や記述が残っている場合には、情報公開法の対象となり、公表され、鋭く糾弾される可能性がある。組織の評判に関わる重大なリスクを抱えている場合、組織の構成員が文書を積極的に廃棄することも考えられる。つまり内部文書は保存性に優れていないどころか、むしろ常に散逸や紛失、廃棄されるリスクと隣り合わせにある。

その点、公表文書や言説、そして外的アクターに保有された情報は、簡単に消失しないという意味で、個人や内部文書に比べて保存性に優れている。政府の公式な改革試案として発表されれば、関係者の間で試案の複写物が出回り、多数の業界誌が紙幅を割いてその全貌を詳細に報道する。国会での答弁は国会会議録に記録され、図書として刊行されれば国会図書館をはじめとする各地の図書館や図書室に所蔵される。外的アクターは自身の利害に深く関係するため、政府がどのような改革案を構想しているのかアンテナを張り、過去の改革案を保有し続けている。仮に、リポジトリとしての個人や内部文書が残っていなかったとしても、公表文書や言説、外的アクターなどから情報を収集することは可能であ

る。したがってアクセシビリティにも優れていると評価できる。

ただし公表文書や言説、外的アクターに保有されている情報は、パブリケーション・バイアスがかかっていることに留意が必要である。組織内部で多数の改革案が検討されたとしても、公表される改革案はごく一部にすぎない。公表された改革案に関するデメリットが積極的に開示されることはなく、また公表されなかった改革案と比較して、どのように優れている改革案であるのかが説明されることもない。言説に至っては、あくまで政策の方向性を示すスローガンに過ぎず、むしろ具体的な改革案が判然としないことが多い。公表文書や言説は、保存性という点で個人や内部文書に比べてリポジトリとして優れているものの、含まれている情報量は極めて少なく、しかも限定的である。

このように情報量、アクセシビリティ、そして保存性という観点からリポジトリの特徴を整理すると、個人と内部文書には極めて多くの情報が保有されることになるが、アクセシビリティと保存性という点では限界がある。一方、公表文書、言説、外的アクターはアクセシビリティや保存性は比較的優れているが、個人や内部文書に保有された情報に対して、パブリケーション・バイアスがかかっているという点で、保有される情報量は少ないと言える。

#### (4) 内部文書の類型

リポジトリのうち内部文書については、その作成過程に照らし合わせれば、手稿型、資料・データ集型、個別法案試案型、改革メニュー型の四つに類型化できる。

手稿型は、政策担当者がノートや日記、原稿用紙などに手書きで記した内部文書である。ワードプロセッサなどを用いて清書しておらず、判読できない箇所も多い。一方で、一切の編集が加えられていない分、政策担当者の率直な意見が記されていることもある。

資料・データ集型は、特定の論点に関する事実が集約された内部文書である。議事録や過去の経緯に関する文書、利益団体からの要望書や声明、関連する新聞・雑誌記事、収集したデータなどが含まれる。文書は、手書きで記されたものもあれば、ワードプロセッサなどを用いて清書されたものもあり、データは表やグラフで可視化されている。

個別法案試案型は、個別の法改正に際して作成された資料が集約された内部文書である。この文書には法改正に至るまでの過去の経緯、当該改正において採りうる複数の改革案、各改革案の施行時期別政策効果の試算、審議会や国会での想定質問、当該改革案に関してその時点で政策担当者が把握している問題点などが収録されている。

そして改革メニュー型は、その時点で直面している政策課題、あるいは今後発生すると想定される政策課題に対して、複数の改革案が列挙された内部文書である。各改革案には過去の議論の経緯、メリットやデメリット、導入した場合の政策効果の試算、関係団体の意見の要旨などが集約されている。

このような内部文書の四類型に照らし合わせれば、後任の政策担当者が改革案を探索、評価、分析する際には改革メニュー型の内部文書が最も利便性が高いことは言うまでもない。

内部文書の使用目的は、次の二つに大別できる。第一は、過去の経緯の確認である。行政組織においては、前例との一貫性が重視されるため、過去にどのような決定がなされて現在に至っているかを把握することは極めて重要である。第二は、改革案の探索である。次項で述べる通り、過去に構想された改革案の中から有効性の高いものを探し出す上で、内部文書は参考になる。政策はどのように形成されるのか、という本研究の問題意識に照らし合わせれば、改革案を探索する目的で内部文書を使用することが重要であると気が付く。

#### (5) 改革案の探索、評価、分析

改革の機運が高まり、アジェンダが設定されると、問題解決に向けた改革案の準備が始まる。アジェンダが設定されると同時に、どの改革案を実現させるか決定している場合もあるだろう。その場合には、当該改革案を実現させるための法案作成が開始されるが、次の二つの場合には、改革案の探索、評価、分析が始まる。

第一は、政策課題が認識され、解決に向けて動きだすことが決まった段階で、具体的な解決方法が定まっていない場合である。この場合には、具体的な法案作成を念頭に置いた探索、評価、分析が実施される。

第二は、学習を主たる目的とする場合である。すでに指摘した通り、1980年代以降の一連の改革を牽引した政策担当者も当初は医療保険政策を経験したことがなかった。キャリア官僚は2～3年で異動を繰り返すジェネラリストである。そのため差し迫った改革の要請がない場合、着任と同時に個人や内部文書などのリポジトリに保有された改革案を含む過去の検討の過程を参照しながら学習する。

それではどのように改革、評価、分析を進めていくのか。はじめに政策担当者は、その時点で参照可能なリポジトリに保有された情報を収集し、これまでの議論や構想された改革案を精査していく。その際、政策担当者たちは、どの改革案が有望か、どの改革案は検討に値しないかを素早く峻別する。そしてある程度、改革案の候補が出揃うと、実現が可能かどうか、実現する場合にはどのような方法をとるべきか、詳細な分析を加えていく。

なお、西尾（2001：264-265）は、この時、政策担当者が、政治上の実現可能性、行政資源の調達可能性、業務上の執行可能性という三つの観点から評価と分析を加えていくと指摘している。第一の政治上の実現可能性とは、政策原案を立案した後に、各省間折衝を切り抜け、与党の了承を得て、さらに国会審議を通過する見込みが立つか否かである。第二の行政資源の調達可能性とは、政策の実効性を担保する上に不可欠なだけの権限、組織、

定員、財源を調達する見込みが立つか否かである。具体的には内閣法制局による法令審査、総務省行政管理局などによる機構・定員審査、財務省主計局による予算査定などが関門として存在する。そして第三の業務上の執行可能性とは、行政機関と対象集団の相互作用の局面での問題である。例えば、規制行政において対象集団の違反行動を有効に取り締まれるかどうかなど実際に運用できるか否かの観点を意味する。

このようにリポジトリへのアクセスを通じて、改革案を探索、評価、分析する過程を通じて、政策担当者は過去になされた検討過程を学習していく。同時に、過去に検討された改革案をベースとして新たな改革案を構想していく。こうしてリポジトリを利用して学習し、改革案を構想した政策担当者は、改革案を含む検討過程に関する知識を保有した新たなリポジトリ（個人）として機能することになる。

## (6) 政策学習メカニズムの影響

政策担当者の学習が政策形成に及ぼす影響を説明する分析枠組が政策学習論である。本研究における分析枠組は、政策学習論による説明と相互排他的ではなく、むしろ補完し合う関係性にある。

社会的学習は、実施された政策の帰結や新たな情報などから政策担当者が学習するメカニズムであるため、法案成立および政策実施の局面から改革案の探索、評価、分析の局面に向かって影響を及ぼす。また同様に、地方自治体や諸外国の政府が実施した政策がどのような帰結をもたらしたのか、教訓導出によって得られた知見も改革案の探索、評価、分析の局面に対して影響を及ぼす。そして次期改革の機運が高まり、改革案の探索が始まると、過去の経験や新しい情報、そして教訓導出によって得られた知見を参照しながら、リポジトリに保有されている改革案を評価、分析することになる。

組織内で構想された改革案が、対外的に発表され、政策コミュニティ内で共有されると政策志向学習が始まる。唱道連合（advocacy coalition）が形成され、改革の機運が高まり、アジェンダが設定される。唱道連合が具体的な改革案をもとに形成される場合もあれば、改革の方向性や論点に関する抽象的なアイデアをもとに形成される場合もある。前者の場合には、政策担当者は当該改革案をもとに法案作成に着手し、後者の場合には、リポジトリを参照しながら改革案の探索、評価、分析に着手することになる。

## (7) 組織学習過程における政策の非形成因子

リポジトリを参照しながら改革案の探索、評価、分析が行われ、場合によっては新たな改革案が構想される。そして改革案が選出されると法案作成が始まり、無事に各種の審議を通過すれば法案は成立となり政策が実施される。歴代の政策担当者による検討が繰り返



されることで、リポジトリには改革案が蓄積していく。こうした組織学習を通じた中長期的な政策形成メカニズムには、政策の非形成をもたらす四つの因子も内在化されていることに留意が必要である。

第一は、不十分な共有である。改革案が構想されると、検討過程を含む改革案に関する情報が個人に保有されるが、すでに指摘した通り、個人は人事異動や退職によって職場から離脱する可能性がある。個人が内部文書を作成しなければ、構想に関与していない組織メンバーや後任の政策担当者に情報は共有されない。どれほど画期的な改革案が構想されたとしても、構想した個人が組織から転出し、他の構成員に共有されなければ、当該改革案が政策として結実することはない。情報公開法や公文書管理法が制定されて以後、文書は、「作らず、残さず、手渡さず」という対応がなされるようになってきている。そうした慣行が広がれば、組織内部で構想されてきた改革案は消失する可能性がある。

第二は、探索と評価の局面において生じるものである。複数の改革案が構想される中で、特定の改革案については、実現可能性が低いとみなされるものも当然存在する。その場合、当該改革案については、実現は不可能であるという結論が下されると、当該改革案はすでに実現可能性が低いとみなされた、という結論がリポジトリに保有される。その結果、次に改革案の探索と評価が始まると、政策担当者たちにとって、すでに検討対象から除外されている改革案について、改めて再検討する合理的な理由はない。ただでさえ新たな改革案の準備に忙殺されている場合、すでに先任の政策担当者による判断を覆す必要はないからである。こうした非決定という結論がリポジトリに保有されれば、当該改革案は検討対象から除外された改革案として学習され続けるため、政策として結実することはなくなるのである。

第三は、リポジトリへのアクセス機会喪失による学習の断絶である。行政組織に勤務する政策担当者は、全員が同じように改革案を構想するとは限らない。政策担当者によっては、改革案を構想することを得意とする者もいれば、関係者間の利害調整の局面で活躍する者もいる。特定の改革の実現が要請されている局面において、その時点で何を得意とする人材が改革チームに必要とされているのか、に照らし合わせて組織内の人事が動くこともある。時期によって、新たな改革案の構想が要請される政策担当者もいれば、そうではなくて、すでに方向性が固まっている改革案を法案化させることを要請される政策担当者もいる。政策形成過程において、改革案を構想し、審議会に改革案を諮問した段階で異動となり、後任の政策担当者がこれを引き継ぎ、実際に法案を作成し、政策として実装することは珍しいことではないのである。

この時、前任者は、リポジトリにアクセスし、次期改革の改革案を選定する作業に従事しているため、どのような改革案があり得るのかを把握することができる。しかし後任の政策担当者は、そもそもなぜその改革案を選定されたのか、他にどのような選択肢が存在したのかということ把握していない。その結果、リポジトリにアクセスしている政策担

当者の間では、将来的に実現可能性があると目されている改革案も、リポジトリにアクセスしていない者には全く荒唐無稽な改革案に見えることさえある。その結果、そのような改革案は実現させない、という方向性で、後任の政策担当者が行動することで、政策の非形成が生じるのである。

### 3.2. 仮説

次章から戦後の医療保険制度改革の歴史を過程追跡するが、その際、次に示す仮説が成立するか否かが組織学習型政策形成・非形成モデルの妥当性を判断する基準となる。

仮説 1 1980 年代以降の医療保険制度改革が始まる以前から、厚生省内部では具体的な改革案の構想が始まっていた

医療保険制度の創設から 1970 年代までの改革論議を辿り、すでに改革案の構想が始まっていたことを示す事実があるか否かを調査し、検証する。

仮説 2 構想された改革案は厚生省内の個人と内部文書に保有され、対外的に発表された改革案は公表文書、言説、外的アクターに保有された

改革案が構想された後、5 つのリポジトリに保有されていたことを示す事実があるか否かを調査し、検証する。

仮説 3 政策担当者は、リポジトリに保有された改革案を再利用した

リポジトリに改革案が保有されて以後、後任の政策担当者が過去の検討蓄積を利用していたことを示す事実があるか否かを調査し、検証する。

仮説 4 1980 年代以降の政策担当者は、リポジトリに保有された改革案を利用して法案を作成した

1982 年の老人保健法制定、1984 年の健康保険法改正、1988 年の国民健康保険法改正、1994 年の健康保険法改正の過程において、それぞれの政策担当者がゼロベースから新規改革案を構想したのではなく、リポジトリに保有された改革案を参照していたことを示す事実があるか否かを調査し、検証する。

仮説 5 政策担当者は、ある時期に統合・一本化案について実現不可能と結論付け、検討対象から除外した

統合・一本化案に関する検討過程を辿り、実現不可能と結論付けられ、リポジトリに保有されたか否かを調査し、検証する。

仮説 6 1994 年の健康保険法改正の政策担当者は、リポジトリにアクセスする必要がなかったため、入院事前審査に関する検討蓄積は継承されなかった

リポジトリに改革案が保有されていても、全ての政策担当者がアクセスするとは限らない。改革案を探索、評価、分析する時期でなければ、リポジトリにアクセスする必然性がないからである。1994 年の健康保険法改正の過程を辿り、リポジトリにアクセスする必要がなかったことを示す事実があるか否かを調査し、検証する。

## 第2章 過程追跡 I ——改革案の構想と継承

第1章で構築した分析枠組に従えば、1980年代以降の一連の医療保険制度改革で実現する改革案は、80年代以前から構想されていたと想定できる。それではいつから、どのような改革案が構想されていたのだろうか。構想された改革案は後任の政策担当者に継承されたのだろうか。継承された場合、どのような方法が用いられたのだろうか。これらの問いを明らかにするため、本章では、日本で初めて公的医療保険制度が創設された1922年まで遡り、終戦から1960年代終わりまでになされた改革論議を過程追跡する。

第1節は、1922年から1953年までを射程とする。大正から昭和初期にかけて整備された健康保険法や国民健康保険は1942年までに国民の約9割を包含するまで発展したものの、戦争により機能停止に陥った。終戦後、GHQの指導の下で新設された審議会において、学識経験者が新たな社会保障制度を構想するものの厚生官僚は「実現可能性がない」と見向きもせず、あくまで既存の公的医療保険制度の再建に注力していった。この間、厚生省内において、1980年代以降の改革に結実する案が構想された形跡は見当たらなかったことを指摘する。

第2節は、1954年から1958年までを射程とし、この間に原初的な改革メニューが作成されたことを明らかにする。戦後の制度再建によって、受診率が増大し、公的医療保険制度は深刻な財政赤字に直面することになった。赤字対策の樹立を目的として厚生省が設置した学識経験者7名から構成される七人委員会は、政策コミュニティ内で提起されてきた論点や改革案を整理し、制度の根本的な見直しを含む提言をまとめた報告書を作成した。同報告書は、直後の健康保険法改正において活用されただけでなく、その後の改革論議でも繰り返し参照されることになった。後任の政策担当者が過去に検討された論点や改革の方向性を学習する資料として重宝されることになり、後の改革論議に繋がる原初的な改革メニューだったと位置づけられる。

第3節は、1959年から1964年までを射程とし、厚生官僚自らが、七人委員会の報告書などを参照しながら、独自の改革案を構想し、非公表の改革メニューを作成し始めていたことを明らかにする。国民皆保険の達成を目前に控えた1959年から1960年にかけて保険局に設置された社会保険研究会は、七人委員会の報告書を参照しながら論点を整理した。そして1961年に官房企画室に設置された医療保障総合審議室は、七人委員会と社会保険研究会の議論をふまえ、政策課題と複数の改革案を整理した中間報告書を作成した。同中間報告書は、政治情勢に鑑みて非公表とされたが、後任の政策担当者に読み継がれ、1980年代初頭まで重宝された。これが戦後の厚生官僚が初めて独自に作成した医療保険制度に関する改革メニューであり、後任に改革案を継承する上でも重要な役割を担ったことを指摘する。

第4節は、1965年から1969年までを射程とし、改革案の具体化が進展したことを明ら

かにする。医療保険制度の抜本的な改革を求める機運が高まる中で、1965年に設置された牛丸委員会は、医療保障総合審議室中間報告を参照しながら、更なる改革案の具体化に着手し、多岐にわたる政策課題に関する改革メニューとして牛丸委員会報告書を作成した。同報告書も非公表とされたが、ここで構想された改革案は、1960年代後半から70年代にかけて後任の政策担当者によって部分的に公表され、徐々に実現することとなる。

## 第1節 形成と定着

### 1.1. 制度の創設と発展

#### (1) 健康保険法の制定と拡大

1980年代以降の医療保険制度改革に結実する改革案は、いつから構想され始めたのか。本節では、公的医療保険制度が創設された1922年の健康保険法制定まで遡り、制度の形成と定着の過程を辿りながら、改革案が構想された記録の有無を確認する<sup>4</sup>。

1918年に終結をみた第一次世界大戦後、不況が深刻化し、労働運動の機運が高まると、野党憲政会が疾病保険法案を議会に提出したことで、政府に労働者対策の樹立が求められるようになった。それまで各種の労働問題について逡信省、農商務省、内務省などが所管していたが、1920年に農商務省工務局に労働課が新設された。以降、同課は、統一的に調査研究を担い、法案を成立させた（厚生省五十年史編集委員会編1988a：317）。

このように主として労働問題に端を発して制定されたため、当初の健康保険法の適用対象者は、工場法または鉱業法の適用事業所に使用される者のうち、年俸が1200円以下の者のみに限定されていた。もちろん工場法や鉱業法の適用対象外となる鉱業、製造業、電気事業、建設業、運輸業など一定の事業に使用されている者についても加入が認められたが<sup>5</sup>、政府の事業に使用されている者、すなわち官業共済組合の加入者は適用対象から除外されていた。

また、保険給付については業務上および業務外の疾病、負傷、死亡、分娩に対して行うこととされたが、業務上の傷病についての療養の給付や傷病手当金の支給日数は、同一疾病につき180日を限度とし、業務外では個々の傷病を合算して年に180日を越えてはならないことなどが規定されていた。もちろん政府も被保険者の範囲について問題意識を持っていたが、当時は工場や鉱山以外の労働者の実態を把握できていなかったため、このように限定された内容となったのである（厚生省五十年史編集委員会編1988a：319）。

同法が公布されると同年11月に「社会局官制」が定められ、健康保険法は農商務省から内務省に新設された社会局第二部保険課に移管された。さらに翌1924年6月に社会局に健康保険部が新設され、同法の施行に向けた準備が着々と進められていった。同年9月の

---

<sup>4</sup> 先に結論を述べれば、戦前において1980年代以降の医療保険制度改革に結実する改革案が構想された記録は見当たらなかったため、戦前の制度をめぐる歴史に関する記述は、必要最小限にとどめる。公的医療保険制度の創設については明治期に後藤新平らが法案を起草しており、検討過程を含めればその歴史はさらに古い。この時期の詳細な政治・政策過程については厚生省五十年史編集委員会編（1988a）、中静（1998）、吉原・和田（2008）、島崎（2011）などが詳しい。

<sup>5</sup> ただし、事業主が被保険者となるべき者の二分の一以上の同意を得ることが条件とされた。

関東大震災で施行準備は一時的に中断するものの、復興が進む中で、施行を求める各界からの声を受けて、1927年までに全面的に施行されることになった（厚生省五十年史編集委員会編 1988a：322）。

これ以後、適用範囲の拡大が健康保険法の主たる政策課題となる。1929年の昭和恐慌を機に健康保険財政は赤字に陥り、失業者の増大によって被保険者数は減少したが、1931年9月の満州事変を機に、軍需品生産が増大し、軽工業から重工業への転換が進展すると、経済は回復の兆しを見せ、健康保険事業も安定するようになった。こうした背景から、政府は、制定以来の懸案だった適用範囲の拡大について検討を開始し、1934年の健康保険法改正によって、常時5人以上の従業員を使用する製造業、鉱業、電力電気業、陸上旅客運送業が適用対象に加えられることになった（吉原・和田 2008：61-62）。

また都市部における会社・商店などの都市給料生活者のための健康保険も創設されることになった。1939年に制定された職員健康保険法は、都市部において常時10人以上を使用する販売、金融、保険、保管、賃貸、広告などの事業に使用される者に強制加入させることを規定した。さらに船員保険法が制定され、船員法で定められる船員を強制加入させる制度が創設された。こうして被用者を対象とする公的医療保険制度は拡大していった。

制度が拡充されると制度間の公平性を確保すべきとの声が高まっていった。とくに健康保険と職員健康保険は、給付内容や支払い方式が異なり、事務手続きの煩雑さも指摘されていたため改革が求められたため、1942年に健康保険法が改正された。職員健康保険法は健康保険法に吸収・統合され、適用事業所も5人以上として適用範囲が拡大し、制度の充実化が図られたのである。

## (2) 国民健康保険法の制定と拡大

続いて目を向けられたのが、被用者以外の国民である。昭和恐慌によって農村は極めて疲弊していたため、内務省社会局は1933年から農民の医療費負担の軽減を目的として、農山漁民ひいては被用者以外の一般国民を対象とする保険制度について研究を開始し、1937年に国民健康保険法案を上程した。議会の解散で成立には至らなかったが、同法案は、翌1938年1月に創設された厚生省の第一号法案として再び提出され、同年3月に成立し、7月から施行された。

同法の保険者は、普通国民健康保険組合（普通組合）と特別国民健康保険組合（特別組合）の二種類で、普通組合は市町村を単位として、その区域内に居住する世帯主を任意加入の組合員として設立し、特別組合は同一の事業または同種の業務に従事する者を任意加入の組合員として設立することと定められた。こうして被用者以外の国民も加入できる公的医療保険制度が整備されることになったのである。

任意加入方式をとっていたため、国民健康保険の普及は難航することが予想されたが、

当初の計画をはるかに上回るスピードで普及が進み、創設からわずか 3 年後の 1941 年には組合数は 2013、被保険者数は 672 万人まで増加した。

### (3) 戦時下の第一次国民皆保険達成と機能停止

1938 年に日中戦争、翌 1939 年に第二次世界大戦が勃発すると、戦時体制の強化とその根幹をなす「健兵健民」の重要性が増し、国民健康保険の拡大が企図された。1941 年 10 月に厚生大臣に就任した小泉親彦は、1942 年から全国市町村に国民健康保険組合を設立する「国民皆保険政策」を打ち出した。同年、国民健康保険法改正によって、地方長官の命令によって国民健康保険組合を強制設立・強制加入させる規定などが設けられ、大普及計画が推進されたことで、全国の市町村の 95% に国民健康保険組合が創設され、いわゆる第一次国民皆保険が達成されることになった(厚生省五十年史編集委員会編 1988a:547)。労働問題を契機として創設された公的医療保険制度は、その後、戦時体制の影響を受けながら発展し、浸透していったのである。

しかし戦争が激化し、工場などの焼失・破壊、軍需生産の停止によって、大勢の失業者が出たため健康保険の被保険者数は半減した。国民健康保険も戦争による人手不足と混乱によって保険料徴収が困難となり、過半数の組合が事業の不振または休止に追い込まれた。医療機関の被害も甚大で、戦災による焼失、開業医の召集、地方への疎開で多くの診療所が閉鎖され、医薬品や衛生材料も不足することになった(吉原・和田 2008:122-123)。

このように戦争によって機能停止状態に追い込まれたものの、戦前までに公的医療保険制度はある程度、普及し、1943 年には国民の約 9 割が何らかの公的医療保険に加入する状態となった。もっとも加入する医療保険によって、給付内容には差があったこと、医療機関が十分に整備されていなかったことなどが戦後の医療保険制度を取り巻く主要な政策課題になっていく。



表 6 戦前までの医療保険制度の発展過程

	健康保険法	職員健康保険法	国民健康保険法	船員保険法
1922年	制定			
1926年	改正			
1927年	施行			
1929年	改正			
1934年	改正（適用範囲拡大）			
1938年			制定・施行	
1939年	改正（給付改善）	制定・施行		制定・施行
1941年	改正（適用範囲拡大）			
1942年	健康保険法へ吸収・統合		改正（強制設立命令権）	
1943年	いわゆる第一次国民皆保険達成			
1944年	改正（給付改善）			

## 1.2. 終戦直後における新たな社会保障制度の構想

### (1) 学識経験者による検討

終戦を迎えた 1945 年、医療保険制度の再建を前に、これから社会保障制度全般をどのような姿にしていくのか、その構想を担うことになったのは経済学や社会政策を専門とする研究者だった。

改革論議の端緒となったのは、軍人恩給の停止に伴う審議会の設置である。1945 年 11 月 24 日、連合軍最高司令官総司令部（以下、GHQ）の発令によって軍人恩給が停止されたため、その善後措置を検討する目的で社会保険制度審議会が設置された。同審議会には、末高信（早稲田大学教授）、近藤文二（京都大学・関西大学講師）、森荘三郎（東京大学教授）、園乾治（慶應義塾大学教授）らが委員となり、同年 12 月 28 日に「俸給生活者厚生年金制度要綱」を発表した。しかし、その内容は応急的善後措置としては不十分で、提起された改革案は実現しなかった（社会保障研究所編 1975：157）。

その後、同審議会は、なんらの活動もなく終了したが、委員を務めた末高、園、近藤、平田富太郎（早稲田大学政治経済学部教授）、大河内一男（専修大学経済学部教授）は、全国民を対象とする社会保障制度の必要性を痛感していた。そこで彼らは、1946 年 2 月 15 日に社会保障研究会を結成し、同年 7 月 31 日に社会保障に関する総合的プランとして「社会保障案」を発表した（社会保障研究所編 1975：158）。

さらに社会保険制度審議会の活動は、政府の社会保障制度に対する関心も高めていた。同年 4 月 1 日、厚生省は社会保障制度を本格的に考究する目的をもった社会保障制度調査会を設置した（厚生省五十年史編集委員会編 1988a：810-811）。同調査会に設置された第一小委員会では、国民年金制度と家族手当保険制度の創設、社会保険制度の統合および社

会保障制度の創設について、第二小委員会では、社会保険医療制度および各種社会保険制度の改善について、第三小委員会では、失業保険制度の創設について検討が進められた。

第一小委員会には、大河内、末高、近藤、園がメンバーに加わっており、社会保険研究会が提起していた「社会保障案」は事務局案として参照された（社会保障研究所編 1975：158）。社会保険制度調査会での検討は急速に進められ、第二、第三小委員会は同年 12 月 13 日にそれぞれ「現行保険制度の改善方策」と「失業保険制度要綱」を答申した。

このうち「現行保険制度の改善方策」において、同審議会は「現行の社会保険制度は、その運営の実情に徴するに種種の改善整備を加えなければならぬ」とした上で、「制度の本旨を徹底させる」目的で、政府管掌健康保険（以下、政管健保）と国民健康保険を統合し、市町村単位で強制設立した地域組合単位で運営すること、健康保険組合は存続させながら家族給付を廃止し、地域組合を通じて行うこと、官業共済組合、政府職員共済組合及び特別国民健康保険組合を新制度に吸収し、健康保険組合と同様に扱うことなどを提起した<sup>6</sup>。

さらに第一小委員会は、1947 年 10 月 8 日に「社会保障制度要綱」を発表し、「憲法第 25 条の趣旨に鑑み、健康にして文化的な国民の最低生活を保障する広汎な社会保障制度の確立が絶対に必要」と主張した。そして、「現在の各種の社会保険を単につぎはぎして統一する」のではなく、傷病、廃疾、死亡、出産、育児、老齢、失業を保障対象とする「全国民のための革新的な総合的社会保障制度」の創設を提言した<sup>7</sup>。

もっとも、この報告書はイギリスのベバリッジ報告に酷似しており、従来の日本の歴史をふまえたものとは言えず（社会保障研究所編 1975：168）、また当時の財政状況からみても実現性に乏しかった。

1947 年 2 月まで保険局長だった上山顕は、「とにかく将来の社会保障制度の体系といたしますか設計だから、じっくり時間をかけて議論をつくり、理想的な案を構想してもらいたい、そんなふうに単純に考えて」おり、また「委員の先生方は非常な理想案を描いて」いたが、「事務的にそんなことは無理でしょうなどといえるような状況でもなかった」と述べる。むしろ「なまじっか実現の可能性があるような案だと」、GHQ が実現させるよう厚生省に要請する可能性もあり、その方が「かえって大変」になると考えていた。

上山のもとで庶務課長を務めていた高田浩運も「金のかかる理想案なら、軽々しく手をつけることもあるまい、こういう案もかえってけっこうじゃないか」と同審議会の構想を軽視する立場だった（小山 1985：51）。結局、公表された同審議会の提案は「夢物語」との評価を受け、実現に向けて本格的に検討されることはなかった（厚生省五十年史編集委員会編 1988a：811）。

---

<sup>6</sup> 社会保険制度調査会（1946）「現行保険制度の改善方策」

<sup>7</sup> 社会保険制度調査会（1947）「社会保障制度要綱」

このように終戦直後から始まった学識経験者による新たな社会保障制度の構想は、実現可能性が担保されたものでもなく、また厚生官僚からもほとんど期待もされていなかったのである。

## (2) 社会保障制度審議会による勧告

日本政府が設置した審議会では学識経験者が検討を続けている間、GHQ が招聘したウィリアム・H・ワンデルを団長とするアメリカ社会保障制度調査団は、1947年8月から日本の社会保障制度全般に関する調査研究を行い、翌年7月13日にいわゆるワンデル勧告と呼ばれる報告書を取りまとめた（社会保障研究所編 1975：24）。

この勧告のうち、直ちに実現したのが社会保障制度審議会の設置で、国会と責任ある政府機関とに対して、社会保障に関する企画、政策、立法につき勧告を行うために、内閣のレベルに代表的審議委員会を設置することが要請された。こうして国会議員、省庁、学識経験者、関係団体の四者構成で（表7）、1949年5月19日から社会保障制度審議会が実質的な活動を開始することになった（社会保障研究所編 1975：168）<sup>8</sup>。

言うまでもなく戦前の社会保険制度は、新憲法の社会保障の理念から発足したものではないため、「各制度間には全く統一した理念が存在」せず、「社会保障の観念が明確でなかった」。そこで同審議会は、各分科会に分かれ、社会保障制度の基本原則の作成に取り掛かり<sup>9</sup>、「極めて活発」な議論が繰り広げられた後、同年11月14日に「社会保障制度確立のための覚え書」として以下の9つの基本原則が提起された。

- ① 社会保障制度は、国民全部を対象とする
- ② 保障の範囲は、できる限り広汎とし、その給付の内容は、最低限度の生活を保障するに足るものとすると共に、国民に、ひとしく、あらゆる医療及び保健の機会を与えるものとする
- ③ この制度の費用は、公費の外に、国民がその一部分を公平に負担する必要がある
- ④ この制度の事務を簡素にし、その能率を前進せしめるためには行政機構の一元的改善と経営の民主化を計るべきである
- ⑤ 現行の社会保険制度は、その運営を最も簡明にして、能率的、経済的のものとするために、国家公務員共済組合及び恩給制度をも含めて総合調整すると共に、これを拡充する必要がある
- ⑥ 医療組織については、総合的企画の下に公的医療施設の整備拡充を計ると共に、開業医の協力し得る体制を整えまた公衆衛生活動の強化拡充を計る必要がある

<sup>8</sup> 同審議会を設置するための社会保障制度審議会設置法は1948年12月23日に公布された。

<sup>9</sup> なお社会保障制度審議会はこの間、1949年9月13日に「生活保護制度の改善強化に関する件」を勧告している。

- ⑦失業保険について、失業対策との関連を勘案し、その内容をこの際特に整備拡充する必要がある
- ⑧老人、寡婦、孤児、身体障害者その他の生活困窮者に対する公的扶助の制度は、社会連帯の観念により一層拡充強化する必要がある
- ⑨家族の不要及び教育の責任並びに最低賃金制との関連を勘案し、家族手当をこの制度に包括すべきである<sup>10</sup>

さらに具体的な改革案を検討するため、翌 1950 年 1 月から 6 月までの半年間、労働団体、経営者団体、医療団体、社会保険団体などの関係者や専門化にヒアリングし、6 月 13 日に「社会保障制度研究試案要綱」を取りまとめた（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：262-263）。6 つの都市でこの要綱に対する公聴会を開催し、GHQ からの意見表明を勘案して、最終的に 10 月 16 日、「社会保障制度に関する勧告」を取りまとめた（社会保障研究所編 1975：168）。

---

<sup>10</sup> 社会保障制度審議会（1948）「社会保障制度確立のための覚え書」

表 7 社会保障制度審議会メンバー

	氏名	職務	任期
国会 議員	水谷昇	民自党（衆議院議員）	2年
	大石武一	民自党（衆議院議員）	2年
	青柳一郎	民自党（衆議院議員）	1年
	福田昌子	社会党（衆議院議員）	1年
	川崎秀二	民主党（衆議院議員）	2年
	姫井伊介	緑風会（参議院議員）	2年
	山下義信	社会党（参議院議員）	2年
	穂積眞六郎	緑風会（参議院議員）	1年
	中山壽彦	民自党（参議院議員）	1年
	谷口彌三郎	民主党（参議院議員）	1年
省庁	葛西嘉資	厚生次官	1年
	江口美登留	労働次官	2年
	下山定則	運輸次官	2年
	鈴木恭一	逓信次官	1年
	長沼弘毅	大蔵次官	2年
	片柳信吉	農林次官	2年
	松田太郎	商工次官	1年
	野田信夫	経済安定本部副長官	1年
	郡裕一	内閣官房次長	2年
	荻田保	地方財政委員会事務局長	1年
学識経験者	大内兵衛	東京大学講師	2年
	末高信	早稲田大学教授	1年
	近藤文二	京都大学・関大講師	2年
	園乾治	慶應義塾大学教授	1年
	清水玄	元社会保険局長	2年
	勝俣稔	元衛生局長	1年
関係団体	原泰一	民生委員聯盟会長	1年
	川北禎一	日銀副総裁	2年
	桂泉	中労委中立委員	1年
	長尾春雄	労働者災害補償保険委員会委員	2年
	吉田秀夫	全日本産業別労働組合保健部長	2年
	上條愛一	日本労働組合総同盟全国繊維労働組合総主事	1年
	湯浅佑一	日本経営者団体連合会湯浅蓄電池株式会社社長	2年
	斎藤斎	第一生命保険相互株式会社取締役	1年
	宮尾武男	健康保険組合連合会副会長	2年
	長谷川正孝	国民健康保険団体中央会会長	1年
	高橋明	日本医師会会長	1年
	佐藤運雄	日本歯科医師会会長	2年
	高野一夫	日本薬剤師協会専務理事	2年
	西巻敏雄	全日本海員組合出版情報部長	1年

表 8 終戦直後から 1950 年までの社会保障制度に関する検討過程

		GHQ	社会保険制度審議会	社会保障研究会	社会保障制度調査会	社会保障制度審議会
1945	11/24	GHQ、軍人恩給停止を指示する				
	12/10		発足			
	12/28		「俸給生活者厚生年金制度要綱」を答申する			
1946	02/15			結成		
	04/01				発足	
	07/31			「社会保障案」を発表する		
	12/31				第二、第三小委員会が「現行保険制度の改善方策」および「失業保険制度要綱」を答申する	
1947	08/07	米国社会保障制度調査団が来日する				
	10/08				第一小委員会が「社会保障制度要綱」を答申する	
1948	07/13	米国社会保障制度調査団が報告書を公表する (ワンドル勧告)				
1949	05/19					発足
	11/14					「社会保障制度確立のための覚え書」を答申する
1950	06/13					「社会保障制度研究試案要綱」を答申する
	10/16					「社会保障制度に関する勧告」を答申する

表 9 「社会保障制度に関する勧告」における医療保険制度改革案

第1章	医療、出産及び葬祭に関する保険
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行の社会保険制度を統合し、給付の拡充と負担の公平を図る</li> <li>・ 健康保険法、国民健康保険法、国家公務員公債組合法、船員保険法、厚生年金保険法、失業保険法及び労働社災害補償保険法による各制度は、すべて本案による社会保険のそれぞれの部門に吸収する</li> </ul>
-----	
	I. 被用者の保険
第一	被保険者：5人未満事業所従業員への適用拡大、公務員への適用
第二	保険事故：被保険者と家族の疾病（予防含む）、負傷、分娩、死亡を保険事故とする
第三	経営主体：経営主体は都道府県とする。平衡勘定を設ける
第四	給付
	1. 被保険者に対する給付
	予防給付、療養給付、傷病手当金、分娩費、出産手当金、哺育手当金、葬祭料
	2. 家族給付
	被保険者に対する諸給付の10分の7を支給する
第五	費用の負担
	1. 運営に必要な事務費を全額国庫負担とする
	2. 国の負担を除いた給付に必要な費用については被用者と使用者が折半負担する
第六	船員：政府を経営主体とする
	II. 一般国民の保険
第一	被保険者：被用者保険の被保険者以外の国民を被保険者とする
第二	保険事故：（被用者保険と同じ）
第三	経営主体：市町村及びその連合体で経営する
第四	給付
	予防給付、療養給付、傷病手当金、分娩費、出産手当金、哺育手当金、葬祭料
第五	費用の負担
	1. 運営に必要な事務費の全額を国庫負担とする
	2. 市町村及び都道府県は予防・療養給付に必要な費用の10分の1を負担する
-----	
	III. 医療の範囲、医療機関及び医療報酬
第一	医療の範囲
	1. 予防給付の範囲：極めて限られた範囲とする
	2. 療養給付の範囲
	診療、薬剤・治療材料の支給、処置・手術その他の治療、入院、看護、移送
	必要にして十分なものでなければならない
第二	医療機関：公的医療機関と本制度に参加する私的医療機関
第三	医療報酬
	1. 主務大臣が定める。各科別
	2. 支払方式
	① 現行点数単価方式の欠陥を是正し、全国的画一的方式の強行をさける
	② 医療機関1件当たり平均請求点数を設定し、超過する場合に厳密な審査を行う
	③ 制限点数を設定し、1件当たり平均請求点数が超過する場合、支払わない
	④ 医師の技術差を認める措置を考慮することが望ましい

勧告では、社会保険、国家扶助、公衆衛生及び医療、社会福祉、運営機構及び財政の 5 つの論点に対する改革案が構想された。このうち社会保険については、「わが国現在の各種の社会保険制度を統合してそれぞれの原因に対して給付の拡充と負担の公平をはかる」とし、現行の健康保険法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法、船員保険法、厚生年金保険法、失業保険法、労働者災害補償保険法をすべて本案による社会保険の各部門に吸収する、という改革案を提起した。

具体的には、「被用者に対する保険と一般国民に対する保険とに区別して取扱うことは止むを得ない」ため、職域保険と地域保険を統合するのではなく、「被用者とその他の国民につき保険経営を分ち、被用者の家族は被用者保険において取扱う」という二本立ての制度体系を構想した。また被用者保険については「経営の民主化をはかるため経営主体は都道府県とする」としたほか、予防給付の創設も提言している通り、ドラスティックな改革案が構想された<sup>11</sup>。

### (3) 新たな診療報酬支払方式の実証実験

社会保障制度審議会はさらに診療報酬について、現行の出来高払い方式について「欠陥を是正し、かつ、全国的画一的方式の強行をさけるとともに地方の実情に応じた各種の方法を採用すべき」とし、「現行点数単価方式による経験を活用し標準点数を各科別に制定し、医療機関の 1 件当たり平均請求点数がこれを超過するときは厳重な審査を行い、さらに、制限点数を制定し、1 件当たり平均請求点数がこれ以上に及ぶときは超過部分はこれを支払わない方法」、すなわち件数定額払い方式の導入を提案した。

科別件数定額払方式とは、「疾病の属する科別によって、それぞれの固定点数を定め、各科の取扱件数に科別固定点数を乗じて得たものを診療報酬支払点数とする方式」である。従来の出来高払い方式の問題点を解決し、①医療に対する技術料を尊重することで、②無駄な治療を排除すると同時に、能率的な治療を施し、診療内容の向上を図ること、③事務の簡素化を図ることを目的とするものだった。

この方式の政策効果を検証するため、与野党一致で約 3000 万円の大型予算が生まれ、

---

<sup>11</sup> 社会保障制度審議会の事務局長を務めた小島徳雄は、「この勧告案は社会保障に関する行政の一元化を図るため社会保障省の設立を提案したが、当時諸制度が思想的にも制度的にも統一関連性が乏しく国民的公平を欠如しているため、これらの既存制度を社会保障の理念の下に統一的運営を図るには、これが最も適切と考慮されたためである。併しこのことが行政官庁セクショナリズムの妨害に禍される事態（マ）を発生せしめる結果を招いた。又政府管掌健康保険の経営主体を政府から都道府県と提案したことが、社会保障の推進役たる厚生省において勧告案の推進に多少ブレーキをかける事態ともなった」と述懐している通り、厚生省が同審議会の勧告を本格的に検討することはなかったと考えられる（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：262-263）。



1951年12月から1952年6月までの半年間かけて岡山県で実証実験が開始された。実験後、受診率や診療実績、1件当たり平均日数について、科別件数定額払方式導入前の1951年10月分と、導入後5か月の1952年4月分のデータを比較しながら導入の効果について検証がなされ、岡山県社会保険診療報酬支払基金によって「科別件数定額拂方式について」と題する報告書にまとめられた。同報告書には導入効果について次の通り記載されている。

診療実績点数が新方式実施の4月に於て、実施前の10月より減少したことは、一応粗療になった為ではないかと考えられるが、このことについては既に患者調査によって述べた通り、殊更の作爲は認められないから、先ず無駄な治療が省かれたことによるものであると云って差支えないであらう。

即ち新方式によって濃厚診療の傾向が排除されたと見られるようである。

このことは1件当に平均診療日数が約1日現象（平均診療日数は約10日であるから10%の減少率である）した点からみて、10%の現象が診療日数と診療実績の相互関係による診療能率の向上を図り得たものと考えられ、従来点数単価方式のもとで適正にすることが困難であった無駄と無理を、支払方式の改正によって効果を得たということが出来、科別件数定額払方式の特色を發揮したと考えられる。

また他面無駄以上に治療を制約した結果とも考えられないこともないが、患者調査による「治療の内容が悪くなった」というものは571名中僅か12名である点からみて矢張りこの制度の長所が發揮されたとみるべきであろう<sup>12</sup>

あくまで記述統計の考察ではあるものの、従来の出来高払い制度の弊害だった濃厚診療が排除された傾向が確認され、懸念されていたサービス低下の可能性についても患者へのアンケート調査によって棄却できるとして、科別件数定額払方式の有効性の高さを指摘した。同報告書の序文で、保険局医療課長の五十嵐義明が「現行方式には四分の一世紀に余る歴史があり、今直ちに白紙に地図を画くような方策はとり得べくもない」し、科別件数定額払方式を「是なりとして、そのまま現行方式におき代えることが妥当であると決定されるに至ったとしても」、「さらに多くの検討と準備」が必要としながら、岡山での実証実験は「実行の上でかかる支払方式も可能であることを物語り、またいくつかの点でそれが秀れたものであることを如実に示して」いると新たな支払方式を歓迎する意向を明らかにした。

そして後述する通り、包括払方式は、出来高払方式の抱える欠陥を是正し得る有効な改革案として、以後、保険局において熱心に研究が重ねられた。岡山の実証実験の結果は、

---

<sup>12</sup> 山川恒三郎（1953）「科別件数定額拂方式について」岡山県社会保険診療報酬支払基金、50頁

1961年の医療保障総合審議室においても参照されることになる。

#### (4) 並行して構想された厚生省案

もっとも、同勧告の最終的な取りまとめを討議する総理官邸大ホールでの席上、委員の一人である厚生省事務次官の葛西嘉資は勧告内容に異を唱え、修正動議を提出した。開会直前、保険局庶務課長の堀岡吉次が葛西のもとに「反対してもらわねば困る」と現れたからだった。

葛西は、いまさら反対するのは無理だと断ったが、堀岡は「ちゃんとここに書いてありますから」と保険局が作成した修正案を渡し、「これを読み上げて下さい。私は後ろにいますから絶対反対をブツて下さい」と迫った。堀岡に気圧され、葛西は修正動議を提出した（小山 1985:63-64）。じつは厚生省でも大臣官房において、保険局の仲田良夫らが参加し、社会保障制度について検討を進め、最終的に築誠を中心に厚生省案を取りまとめていたのである<sup>13</sup>。

保険局が反対していたのは、勧告案に示された政管健保の経営主体の見直しについてだった。勧告案には、政管健保の経営と監督を分離させ、民主化を図るという観点から、経営主体を国から都道府県に移管することが盛り込まれた。葛西は、堀岡に手渡された資料を読みながら、都道府県ごとに運営に差が生じることが予想されるため、経営主体は政府のままとし、保険行政の運営の民主化及び監督と経営の分離については別の方法で考慮すべきであると主張した。

この修正動議に対し、近藤がその内容について質問を投げかけると、葛西に代わって保険局長の安田巖が答弁に立った。安田は、厚生省内で経営と監督の分離について種々の検討を重ねてきたが、「いろいろ困難な点がありまして、今の日本の状態からはむずかしい」という結論に至ったとし、実現可能性の低さを強調した。

これに対し、近藤は「現実には中々むずかしいという結論に達せられたということではありますが、当然であります」とし、「保険行政の運営の民主化を図らんがために、都道府県を経営主体にするということが狙いなのであります。……これを解決する唯一の道は、都道府県に経営を移管する以外に私はないと思います。従って原案に賛成する次第であります

---

<sup>13</sup> 1950年頃に厚生省大臣官房で社会保障制度に関する厚生省案の作成に携わった仲田良夫は、「厚生省の内部でも、社会保障制度については、厚生省案を研究しておりましたよ。ちゃんと文章があった。行方不明になっておりますけれども、案があったわけです。その案の作成にぼくは関与しています。厚生省にも籍がありましたから。厚生省のあれは官房に窓口を置きまして、関係があるので、ぼくは保険局からの代表で出ておりました。厚生省案は築誠さんが最終的にまとめたと思いますね。……（社会保障制度審議会の）25年勧告の付属資料のなかに関係団体の意見は全部出ていますけれども、厚生省の案だけ載っていないです」と証言している（小山 1985:64）。

す」と譲らなかった。そしてこの修正動議に対して投票が行われ、賛成 10 票、反対 17 票、無効 1 票という結果をもって厚生省の修正案は否決された<sup>14</sup>。

このように社会保障制度審議会の勧告の取りまとめが進められている間、実は厚生省は独自案を構想し、さらに最終的な勧告案に対して修正動議を提出していた。また当時、保険局国民健康保険課長だった山本正淑は、新たな社会保障制度に関する構想に対して、「すでに日本には健康保険もあるし国民健康保険もある。形式的には一応、医療保険については皆保険体制ができています。年金制度も昭和 17 年にできた。船員保険もある。それを再興するのが私たちの仕事であって、何も新しく社会保障制度をつくるわけではない」とすら認識していた<sup>15</sup>。最終的には否決されるに至ったものの、厚生省には同審議会の勧告をそのまま受け入れ実現させるつもりはなかったのである。

### 1.3. 制度の再建

社会保険制度審議会や社会保障制度審議会の勧告に対して、ほとんど期待をしていなかった厚生官僚の姿勢が象徴する通り、実質的な制度の再建は、学識経験者が提起した壮大なビジョンに基づいて進められたわけではなかった。

終戦直後、厚生省は失業者や戦災者、引揚者などの生活困窮者に対する援護対策に迫られていた。1945 年に生活困窮者緊急生活援護要綱を策定し、生活困窮者に宿泊、給食、救療、衣料、寝具などの生活必需品と食料品の支給を通じて生活援護を行なった。またコレラ、発疹チフス、痘そうなどの伝染病が大流行したため、予防接種や DDT の散布を行なった（吉原・和田 2008：115-117）。

こうした対策に次いで、医療提供体制や医療保険制度の再建が進められた。新憲法の理念に基づき、労働基準法および労働者災害補償保険法が制定された。健康保険法において補償対象とされてきた「業務上の疾病」は、1947 年制定の労働者災害補償保険法に移管され、年取制限や一部負担金制も実質的に撤廃された。また 1948 年には従来勅令で定められていた被保険者の資格や適用事業所の範囲、給付内容や支給条件、保険料率が法定化され、保険医は強制指定制から任意指定制に改められた（吉原・和田 2008：123-124）。

国民健康保険も種々の課題を抱えていた。被保険者数は 4 千数百万人と公式発表されていたが、実質的な被保険者数は 1800 万人から 2000 万人程度にすぎなかった。給付を行っていない国民健康保険組合もあれば、「一部負担 10 割で行っている」と実質的な医療費保

---

<sup>14</sup> 保険局庶務課（1950）「社会保障制度審議会（第 18 回）総会開催状況」『社会保険時報』24 巻 10 号 28-32 頁

<sup>15</sup> 「特別インタビュー・総論 社会保険中心の厚生行政 山本正淑氏（当時、厚生省保険局国民健康保険課長）に聞く「社会保険の再建、皆保険等」戦後社会保険の発展史」『週刊社会保険』1998 年 52 巻 2000 号 19-20 頁

障ができていないことを公言する組合も存在していた。ほかにも保健婦による保健活動が唯一の国保事業であると説明する保険者、医療給付のうち外来診療に限り給付する保険者、国保直診を利用する場合のみ保険給付を行う保険者など、状況は様々だった。

そのため 1949 年 7 月 26 日付けで保険局国民健康保険課長に就任した山本は「内容的には余りにも問題が多すぎる」と嘆き、「こういった国保の寒々とした実態の原因は主として国保財政の困難に求められた」と述懐している（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：269）。

1953 年には、健康保険の適用範囲が拡大し、土木建築、教育研究、医療福祉、通信事業の事業所が対象となった。また給付期間は 2 年から 3 年へと延長された。国民健康保険については、給付費に対する 2 割国庫負担の導入が決定された。そして同年には日雇労働者健康保険法が制定された。

社会保険事業運営の民主化と迅速化を図るための組織と機構の整備も進められた。1947 年に健康保険委員会（翌年、健康保険審議会に改称）、地方に保険審査官と中央に保険審査会（後に統合され社会保険審査官及び社会保険審査会）が設置された。1948 年に社会保険診療報酬支払基金法が制定され、遅延が目立っていた診療報酬の支払いが迅速化した。1950 年に行政機構の簡素化や諮問機関の統合を目的として、社会保険審議会及び社会保険医療協議会法が制定され<sup>16</sup>、厚生年金審議会と船員保険審議会との統合で社会保険審議会が設置された。また同年に、社会保険診療報酬算定協議会が改組され、社会保険医療協議会（現・中央社会保険医療協議会）が設置された。

このように戦前に創設された公的医療保険制度は、その後対象範囲を拡大しながら発展し、戦時下には国民の約 9 割が何らかの公的医療保険に加入するという体制が構築された。戦後、機能不全に陥った医療保険制度の再建が進められながら、学識経験者らを中心として新たな社会保障制度のビジョンが検討され、医療保険制度の抜本的な見直しも議論された。

しかし、いずれも厚生官僚からは実現可能性の点で評価されておらず、実際に実現にも至らなかった。その間、当面の緊急対策として種々の対応が終われる中で、戦前の制度を温存しながら漸進的な改善が進められることになった。つまり当時はまだ 1980 年代以降の医療保険制度改革に結実する改革案の構想は始まっていなかったのである。

---

<sup>16</sup> 社会保険審議会、社会保険医療協議会、社会保険審査官及び社会保険審査会の設置に関する法律（法律第 47 号昭和 25 年 3 月 31 日）

#### 1.4. 外国政府の動向調査

新たな社会保障制度の構想や制度の再建が進められる中、厚生省保険局では、外国政府の医療制度について熱心に研究が重ねられていた。

そうした外国政府の調査において重要な役割を果たしていたのが内野仙一郎（保険局企画課国際社会保障専門官）である<sup>17</sup>。内野は厚生省内においてアメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、デンマークなど海外諸国の社会保障制度について広く研究しており、1960年代までの外国政府の動向調査を担う中心的な人物だった（武田 1998：16-17）。

たとえば 1964 年に作成された「主要国の医療費の実績―「現物及び現金による疾病給付の量と費用」は、1961 年 9 月にイスタンブールで開催された国際社会保障協会 (ISSA) の第 14 回総会で、出席メンバーに配布された資料「現物及び現金による疾病給付の量と費用」の各国よりの関係する報告のうち、主要 8 か国のものを選んで全訳したものである。翌 1965 年には『海外の医療保障と医療費』と題して書籍として発表されている。

七人委員会や医療保障総合審議室、牛丸委員会の各報告書では、内野による海外調査の成果が引用され、比較検討するための素材として活用されている。つまり厚生省は、直面している政策課題に関する分析だけでなく、外国政府において実施されている政策についても目を光らせ、改革案を模索していたと考えられる。

---

<sup>17</sup> 三井はドイツ語が堪能だった綱島衛も海外調査の報告書を作成することに貢献していたと証言している（三井速雄氏インタビュー 2019 年 12 月 3 日筆者実施）。

表 10 外国政府の医療制度を研究した保険局調査資料

刊行年	資料
1947	厚生省保険局調査資料 イギリスにおける「家族手当法(条文)」：一九四五年
1947	厚生省保険局調査資料 第3號 社會保險及類縁サービス：ウキリアム・ビヴァリッチ卿報告
1947	厚生省保険局調査資料 第6號 米國及英國の社會保障
1947	厚生省保険局調査資料 第7號 米國社會保障の趣旨普及パンフレット
1947	厚生省保険局調査資料 第10號 イギリスにおける「國民保險(産業災害)法(条文)」：一九四六年
1947	厚生省保険局調査資料 第11号 英国国民保險法案政府アクチュアリー報告
1947	厚生省保険局調査資料 第12号 英国の社會保障
1947	厚生省保険局調査資料 第13号 英国国民保健事業法
1947	厚生省保険局調査資料 第14号 改正米国社會保障法
1947	厚生省保険局調査資料 第15号 英国国民保健事業
1949	厚生省保険局調査資料 第16号 イギリス・国民保健サービス
1947	厚生省保険局調査資料 第17号 英国国民扶助法
1947	厚生省保険局調査資料 第18号 英国児童法
1947	厚生省保険局調査資料 第19号 フランス社會保障の一般制度
1950	厚生省保険局調査資料 第20号 アメリカ及びイギリスに於ける審査請求制度
1950	厚生省保険局調査資料 第21号 ソ連邦國家社會保險の手引 1949年版
1950	厚生省保険局調査資料 第22号 (1935年社會保障法と經濟保障委員會の事業)
1950	厚生省保険局調査資料 第22号 一九三五年社會保障法と經濟保障委員會の事業
1950	厚生省保険局調査資料 第23号 (社會保障法中の老令保險制度に対する所要額の推計)
1950	厚生省保険局調査資料 第24号 [アメリカ]社會保障法改正案
1950	厚生省保険局調査資料 第25号 (英・國民保險及び産業災害(保險料徴収)規則-1948年)
1950	厚生省保険局調査資料 第26号 (米連邦老令遺族保險信託基金-管理委員會第8回年次報告)
1950	厚生省保険局調査資料 第27号 (社會問題研究の欧州会談)
1950	厚生省保険局調査資料 第27号 社會問題研究の歐洲会談
1950	厚生省保険局調査資料 第28号 一九四六年の老齡並びに遺族保險についての長期所要額推計
1950	厚生省保険局調査資料 第29号 英国の社會事業 G.D.H.Cole著
1950	厚生省保険局調査資料 第30号 病院並びに保健センターの國民需要
1950	厚生省保険局調査資料 第31号 (船員の社會保障)
1950	厚生省保険局調査資料 第32号 (米国における社會保障の諸問題：連邦保障機関年報の一齣)
1950	厚生省保険局調査資料 第34号 米国社會保障の動向：機構と統計
1950	厚生省保険局調査資料 第35号 [英国]國民保險省報告書
1950	厚生省保険局調査資料 第37号 英国社會保障制度 國民保險基金 國民保險(準備)基金 産業傷害基金 國民保險(既存年金受取人)基金 會計計算書
1950	厚生省保険局 『米大陸に於ける社會保險統計業務に關する共通作業計画の準備的研究』
1960	厚生省保険局 『主要国の医療保障』(厚生省保険局調査資料, V.C.第11号)
1964	厚生省保険局 『主要国の医療費の実績：現物及び現金による疾病給付の量と費用』
1964	厚生省保険局 『一般開業医への報酬支払い方法：ドイツ・出来高払い制度』

## 第 2 節 財政赤字対策

### 2.1. 保険財政赤字問題の深刻化

医療制度および医療保険制度の再建が進み、自費診療に代わって社会保険診療への移行が進展していった。これに伴い、受診率が上昇し、抗生物質などの新薬や新技術が医療保険制度に導入され、医療給付費は急増していった。その結果、政管健保の財政は急激に悪化し始め、昭和 28 年度には 2 億円の赤字を計上し、10 億円の積立金を取り崩すことになった。

さらに昭和 29 年度には、財政状況はより深刻さを増し、前年度までの積立金 18 億円を取り崩し、それでもなお 39 億円もの大幅な赤字を計上（実質赤字 57 億円）することになり、診療報酬の支払いが遅延するという事態にも直面することになった。政管健保では、昭和 24 年度以降、一人当たり医療給付費が驚異的な伸びを示し、昭和 29 年度のそれは昭和 24 年度の 2.51 倍に達し、収入の伸びを大幅に上回った。これは保険財政余力を勘案せず、国民世論の強い要請によって、抗生物質を中心とする新薬や新医療技術を保険制度に導入するなど、給付改善を一挙に推し進めた結果だった。

一方で、政管健保の受診率は極めて急激な伸びを示し、その伸び率は昭和 25 年度から昭和 29 年度の 5 年間に約 70%の増加を示した。この受診率の増加分は、明らかにその年度の病床増加率を上回っており、入院患者の急増分の病床は、既存の他の病床が振替使用されたことになり、結局、それは自費入院患者の保険患者への移行減少だったと言える。このように国民医療が急激な速さで医療保険に移行したことが、受診率の上昇を招き、保険給付費の急増を生んだ原因だったのである。

さらに、この時期の物価上昇も著しく、また昭和 27 年 4 月の「独立」回復後の産業の復興過程で、輸入が増大したことによって国際収支が赤字になった。政府は物価抑制、国際収支改善のため昭和 29 年度の予算編成で、前年度予算額を下回る健全財政政策をとり、協力を財政引締め策を実行することを決めた。そのため社会保障関係予算も極力圧縮することが求められ、昭和 29 年 1 月 4 日の政府予算の内示では、生活保護費や児童福祉予算の国庫補助率を 8 割から 5 割に削減する案が示された（厚生省五十年史編集委員会編 1988a : 1279-1281）。

## 2.2. 診療報酬支払方式に関する複数の改革案

1946年に国民健康保険の保険者の財政力の差を考慮して地域別単価が設定されたが、1948年には全国統一単価に戻り、社会保険診療報酬支払基金が創設された。医療保険財政が厳しく、制度崩壊の危機にあった1950年には、臨時診療報酬調査会が設置され、診療報酬体系の見直しが始められた。また社会保障制度審議会は、「社会保障制度に関する勧告」において、「現行点数単価方式の欠陥を是正し、全国画一的方法の実施を避け、地方の実情に応じた各種の方法を採用すべきこと」を指摘していた。ここでは各科別標準点数、制限点数を設定し、標準点数を越えれば厳密な審査を行い、性原典を越えた額は支払わないというものや、限られた範囲で技術差を認めるといった内容だった(吉原・和田 2008:509)。

一方、かねてより医薬分業問題に関心を持っていたGHQは、1949年に分業推進を厚生省に要請した。1950年7月18日に厚生省に設置された臨時診療報酬調査会は、1951年1月に「物と技術とが不可分の形をとっている診療報酬を物と技術の報酬に区分して考えるべきである」と答申し、医療費体系の改善を提起した。

さらに1952年には、臨時医療保険審議会、通称マルタンが設置され、翌年8月には診療報酬問題をさらに究明する目的で、新たに小委員会が設置された。小委員会のはのべ7回の会合をもったが、意見の一致には至らなかったものの、1953年12月に公益委員の今井一男は「診療報酬に関する問題点メモ」としてまとめて提出した。これは「第一次今井メモ」と呼ばれ、後に第二次、第三次と整理されて議論が深められていった<sup>18</sup>。

今井メモでは、大きく7つの項目が取り上げられている。すなわち適正診療報酬の観念、診療報酬算定方式、現行方式の問題点、診療報酬の構成要素、診療報酬の算定に当たっての問題点、診療報酬の実額決定方法の問題点、その他の問題点である(表11)。

---

<sup>18</sup> 助川仁(1974)「連載 診療報酬の歴史(13)」『週刊社会保障』28巻779号16頁



表 11 第三次今井メモの概要

---

第一	適正診療報酬の観念
	I : 保険医療に対しては適正な診療報酬が支払われるべきである
	II : 適正な診療報酬は、医療機関がその医業を維持運営するに必要な経費と、これに社会通念上妥当と認められる利潤を加えたものが基準となる
	III : 社会保障の特質から、診療報酬の決定方法には若干の制約が設けられる
第二	診療報酬算定方式
	I : 人頭均一式
	II : 個別支払式（療養費払式）
	III : 件数均一払方式
	IV : 請負方式（人頭均一払式と異なり個別支払方式を中心とする団体請負方式）
	V : 折衷方式（個別支払方式に人頭割を加味して固定給と出来高払制を組み合わせる）
第三	現行方式の問題点
	I : 現行方式の特色
	II : 単価点数方式の是非
	III : 方式そのものに対する批判
	IV : 現行制度に対するその他の批判と問題点
	V : 点数単価組立の法則
第四	診療報酬の構成要素
	I : 医療に直接必要な人件費及び物件費
	II : 医療に直接必要ではないが、医療経済に不可欠な諸費用
	III : 一定の利潤
第五	算定に当たっての問題点
	I : 単価算定前に決定さるべき問題
	II : 斟酌されるべき要素
第六	実額決定方法の問題点
	I : 理論的な数字の組合せを中心とすべしとする主張
	II : 実態調査の数字を基礎とすべしとする主張
第七	その他の問題点
	I : 地域差をどうするか
	II : 支払基金制度関係
	III : 保険医制度関係
	IV : 税と金融など
	V : 薬局に対する診療報酬

---

表 12 第三次今井メモで示された診療報酬支払方式 (1/2)

I：人頭均一式

長所

- a：医師は病人を少なくするほど利益になるという医療の理想に合致する
- b：複雑な点数表による診療報酬請求手続を省略でき、医師が医療に専念できる
- c：保険医の定員制を取り得る
- d：保険給付総額の予定が甚だ簡単になる

短所

- a：医師の分布状況が現状では登録制に適していない
- b：一般医と専門医の区分がないため登録に相当面倒な手続きを要する
- c：粗診、粗療になるおそれが多分にある
- d：登録制は日本で戦前戦後を通じて成功した例がない

II：個別支払方式

長所

- a：診療も報酬も一般診療の例に準ずるため医療として理論的である
- b：医師が制限のない診療を行いやすい
- c：医師の技術差を簡単に織りこむことができる
- d：被保険者の乱受診はなくなる

短所

- a：濃厚診療となるおそれがあり、診療報酬がかさむ
- b：貧しい被保険者のアクセスが阻害される。医師が患者の貧富で扱いを変えるおそれがある
- c：医療の大部分が公的機関で行われるという前提が日本にはない
- d：もし一定率を保険給付の対象外にすれば健康保険の目的に沿う程度が落ちる
- e：全面的な差額徴収になるおそれ、医師と被保険者が共謀して架空請求するおそれがある
- f：診療報酬手続きは複雑になり、審査にも手数を要する

III：件数均一方式

長所

- a：診療報酬請求手続きが簡単になる
- b：技術の劣る医師が診療を長引かすことがなくなる
- c：無益な薬剤注射が減る

短所

- a：粗診粗療の傾向をもたらす
- b：医師の作為による件数増加のおそれがある
- c：医師が重傷を敬遠し、軽傷を大切にすることおそれがある
- d：被扶養者に半額を負担させるのに困難を感じる

表 13 第三次今井メモで示された診療報酬支払方式 (2/2)

IV：請負方式

長所

- a：診療報酬総額が予定しやすい
- b：医師同士が監督し合うため分配が実情に適する
- c：保険者側の事務的な負担が軽減される
- d：基本契約が人頭割で成立すれば不正不当な診療が保険経済に影響を及ぼさない

短所

- a：現在の医師会を根本的に改組する必要がある
- b：医師会との団体契約の交渉が困難で政治的解決になるおそれがある
- c：医師会における分配事務は極めて複雑なものになる

V：折衷方式

長所

- a：固定給の部分について国庫負担が実現しやすい
- b：退職金、恩給などの身分保証が実現しやすい
- c：出来高払で材料費は実費代を割る決め方ができるため無益な薬剤注射の節約をもたらす

短所

- a：保険医定員化の考慮を要し、現在の保険医の分布状況からみて実施がかなり困難
- b：固定給の決定が極めてむずかしい
- c：準公務員化にともなう若干の難点がある
- d：固定給の比率が大きくなるとベースアップ、年末手当要求などの政治問題が生じるおそれ

注目すべきは、診療報酬の算定方式については、表 12 および表 13 に示した通り、人頭均一式、個別支払方式、件数均一方式、請負方式、そして折衷方式の 5 つの方向性が示され、各方式の長所と短所が具体的に指摘されている点である。ここで示されている改革案のうち、件数均一方式は、2003 年に診断群別定額報酬支払 (DPC) として実現することになるが、すでに半世紀前から改革メニューとして取りまとめられていたのである。

そして後述する通り、この第三次今井メモは、1955 年に設置される七人委員会や、1961 年に大臣官房に設置される医療保障総合審議室、1963 年に保険局に設置された医療費基本問題研究会などにおいて、継続的に参照されることになる。診療報酬支払方式に関する大まかな改革メニューは、1950 年代後半にはすでに作成されていたのである。

## 2.3. 七人委員会における改革案の構想

### (1) 七人委員会の設置

1954年に政管健保の財政が悪化したことを受けて、厚生省は広く学識経験者の意見を聞き、対策を樹立するため、翌年5月に厚生大臣のブレーンとして、いわゆる七人委員会を設置した。牛丸義留保険局庶務課長が委員を選び（小山1985：153）、今井一男（非現業共済組合連合会理事長、元大蔵官僚）、稲葉秀三（国民経済研究協会理事長、元企画院官僚）、近藤文二（大阪市立大学教授、経済学者）、清水玄（船員保険会会長、元内務官僚）、高橋長太郎（一橋大学教授、経済学者）、中村建城（日本開発銀行理事、元大蔵官僚）、平田富太郎（早稲田大学教授、経済学者）の7人が選出された。彼らは、戦後直後から社会保険制度審議会、社会保障研究会、社会保障制度調査会、そして社会保障制度審議会において社会保障制度のあり方を検討してきたメンバーだった。

もっともこうした会議体を設置したことに対し、社会保険審議会や社会保障制度審議会の一部の委員は「公式の審議会を無視して何だ」と嫌悪感を示した。そうした反発がありながらも尚、保険局がこうした会議体の設置を望んだ理由の一つは、既存の審議会は「三者構成で結果的にはちっとも議論がにつまらない」からだった。牛丸は、「われわれは本当のことを知りたい」と感じており、「英国のロイヤル・コミッティ」のように「利害や立場を離れて真剣になって、現状を分析して将来の展望をしてくれるような」議論を求めている（小山1985：154）。

1955年5月10日に厚生省大臣室で大臣と保険局長から正式に委嘱を受けると、代表を今井とすること、委員会の名称を七人委員会とすることが決まった。7月上旬まで保険局や社会保険診療報酬支払基金から説明を受ける間、利害関係団体に対して、意見書の提出を依頼し、同月14日に開催した「関係団体等の意見を聞く会」で、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師協会、健康保険組合連合会、そして日本船主協会の代表者と意見交換を行った。また保険局だけでなく、医務局、公衆衛生局、社会局、大蔵省主計局、水産庁の政策担当者、民主党、自由党、社会党の議員、日本経営者団体連盟社会保障委員会、そして研究者に意見聴取を行っていった（七人委員会1955：379-382）<sup>19</sup>。

並行して資料やデータの収集と分析が進められた。すでに同年4月、厚生省が保険経済

---

<sup>19</sup> なお、七人委員会がまとめた報告書には、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師協会、健康保険組合連合会、日本経営者団体連盟社会保障委員会、日本船主団体連盟、日本船主協会が同委員会に対して提出した意見書が附録として掲載されているが、その他、政策担当者、議員、業界団体、研究者の意見は「集約を期すことが極めて困難」で、「誤り伝えることを恐れ」という理由で掲載されていない。本研究では、関係団体がどのような意見を提出したのか、報告書に記載された資料のみを用いて辿ることとする。

の赤字に関する分析をまとめた小冊子を発表していたが、七人委員会は「これに満足でき」ず、「独自の立場から、過去にさかのぼり、広範囲にわたって、諸般の資料を集め、これを分析検討して、赤字の原因を解明するとともに、現行制度の欠陥をつき、更に今後の動向を予測」することに努めた。

ただし、「時間の制約もあり、本委員会独自の必要に応じて改めて、調査統計を行うことは、事実上不可能」で、「すでに蒐集されていた調査統計の類に局限」され、「事実の把握には完全であっても、問題点を動的に観察するには不十分」と述べる通り、分析に必要なデータの制約にも直面した。

しかし「従来単に集計されたままとなっていたものであって、これを掘り下げ、分析して行けば、相当問題の解決に資し得ると認められる幾つかの資料も発見」し、「これらの資料を極力活用」することで、「以て問題点を数字的に裏づけ」ていった（七人委員会 1955：3-4）<sup>20</sup>。このように七人委員会は、政府、与野党、業界団体、研究者ら多数の関係者にヒアリングを実施し、彼らが認識している問題点や、保有している改革案を参照しながら検討を重ねた。さらに厚生省保険局が保有していながら十分に活用できていなかった貴重なデータも発掘し、分析を深めていったのである。

この間、約 1 週間の合宿を二度実施し、集中的かつ精力的な検討を重ね、8 月末から 9 月にかけて現状分析と政策提言を取りまとめた。当初、七人委員会には健康保険と船員保険の財政対策を樹立することが委嘱されていたが、同委員会は「問題が深刻であるだけに、単なる赤字対策ということ以上に掘り下げざるを得」ず、また「広く関係者の意見を聴取すればするほど」、「広い角度から問題を取上げざるを得ない立場に迫られた」。そして最終的に、「これまでに各方面で行われたあらゆる検討よりは、更に一段と深く掘り下げた」と「自信を以て断言し得られ」る約 680 頁にわたる大部の報告書を取りまとめた<sup>21</sup>。

報告書は三部から構成されている（表 15）。第一部は、1949 年から 1954 年までの政管健保および船員保険の財政赤字の現状分析で、受診率や疾病構造、診療報酬点数の推移を記述統計で確認しながら、財政赤字の原因を追究している<sup>22</sup>。第二部は、政策提言で、収入

---

<sup>20</sup> 委員の平田は「厚生省からは当時の官房企画室長の牛丸義留氏、山本正淑健康保険課長、館林宜夫医療課長、鈴木正雄数理課長その他事務関係者数名なども参加してくれた。とくに当時の鈴木数理課長には箱根合宿に引き続いていろいろな資料作成の注文が出されて気の毒なくらいであったが、よく協力してくれて委員をよろこばせた」と述懐しており、技官の数理課長がデータ提供に尽力していた（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：282）。この時、七人委員会が薬務局から薬価調査の原票を提出させた際に、館林が「はじめて見た」と発言し、どのような薬価管理を行っているのかと委員から追及された（館林宜夫先生追悼録刊行会 1979：199）。

<sup>21</sup> なお、報告書のうち現状分析と政策提言の主要部分は約 260 頁で、附録として各委員が執筆した関連する論文、関係団体から提出された意見書、各種統計データが収録されている。

<sup>22</sup> 1949 年以降を対象とした理由は、①インフレ時代を過ぎて安定時代に入ったこと、②戦時中に大幅に減少した政府管掌健康保険の被保険者数が回復したこと、③1948 年の診療報酬単価の改定を機に保険

面と支出面の対策に加え、公的医療保険制度の運営体制や医療機関に対する指導監査の強化などドラスティックな改革案にも言及している。そして第三部には各委員が執筆した関連する論文が収録されている。

第一部の現状分析の結果、「最大の原因は、受診率の向上」であり、「社会保険の目的からいえば歓迎すべきである」が、府県別受診率を確認すると「その原因に不明な部分がある」とした。その上で、「結核患者の増大が、保険経済に至大な影響を及ぼして」おり、「薬治料と注射料とが全医療費の半ば近くを占めている」と指摘し、「現在のままでは、今後赤字は累積すべく、これが減少の兆候は、未だ殆んどかがわれない」と、結核患者の増大によって保険財政が悪化する傾向にあることに対し危機感を示した（七人委員会 1955：104-105）。

第二部で示された政策提言は多岐にわたる。収入面における対策として、標準報酬の捕捉、保険料の引上げや収納率向上、家族保険料の創設、被保険者の適用範囲や国庫負担の見直し、結核にかかる医療費財源の確保が提起された。一方、支出面における対策として、廉価での医薬品および医療機器の提供、医療機関の負担軽減、保険医制度や診療報酬支払方式の見直し、差額徴収の拡大、一部負担の導入、給付内容の制限が提起された。さらに公的医療保険制度全体の運営機構を見直すという観点から、政管健保の府県移管や職域保険の統合、診療報酬支払基金制度の再検討が提起された。

このうち 1980 年代以降の医療保険制度改革に関連するものとして、一部負担、入院時の食費の自己負担化、結核対策、入院事前審査制度、規格診療論、運営機構の見直しについて具体的に確認していこう。

---

医療の地位が定まったこと、④社会保険に関する諸統計が「支払時主義」から「決定時主義」に切り換えられた最初の年であること、⑤1948 年 8 月に社会保険診療報酬支払基金が創設され、今回の検討に必要なデータが同年以降から得られることがあげられた（七人委員会 1955：5）。

表 14 「七人委員会の報告」目次

第一部 現状分析	
第1章	主として昭和24年度以降を検討の対象とした理由
第2章	保険者別の収支の推移
第3章	概観
第4章	受診率推移の分析
第5章	点数の分析
第6章	医療給付の総合的観察
第7章	傷病手当金その他
第8章	収入面の問題
第9章	結言
第10章	船員保険の現状分析
第二部 第一編 収入面における対策	
第1章	標準報酬
第2章	保険料
第3章	適用範囲
第4章	国庫負担
第5章	結核対策との関連
第二編 支出面における対策	
第1章	薬品、衛生材料、医療器具器械を廉価に提供する方策
第2章	医療機関の負担軽減方策
第3章	保険医制度の再検討
第4章	診療報酬支払方式と新医療費体系
第5章	差額徴収
第6章	一部負担
第7章	給付の適正化
第三編 運営機構と指導監査の強化	
第1章	運営機構の諸問題
第2章	指導監査の強化
第四編 船員保険における対策	
第1章	船員保険給付と船員法による災害補償との調整
第2章	季節的労働者の取扱について
第3章	漁船に関する問題の考案
第4章	傷病手当金についての検討
第5章	保険料率の引上げ
第三部 参考論文	
	附録
	七人委員会の審議経過
	関係諸団体等の意見
	参考書資料
	諸図表索引

表 15 「七人委員会の報告」で提起された改革案 (1/2)

I. 収入面における対策

標準報酬

標準報酬の完全捕捉、標準報酬等級の区分方法

保険料

保険料率引上げ、保険料収納率の向上、家族保険料設定

適用範囲

逆選択の防止、適用範囲の拡張

結核対策との関連

公費負担制度の欠陥、結核保険制度、結核予防法の強化

II. 支出面における対策

薬品、衛生材料、医療器具器械を廉価に提供する方策

助成（各種輸出奨励方策、特許権の政府輸入、製造免許制）

取締り・監督（規格及び品種、宣伝方法、販売方法）

薬価基準の再検討、公定価格の設定と専売制度の実施、公的買入措置

医療機関の負担軽減方策

税制上の措置、事務の簡素化、医療法の緩和、医療従事員の資格・養成

保険医制度の再検討

国庫による給与・恩給制、資格制限、個人指定・機関指定制

診療報酬支払方式と新医療費体系

点数単価制、人頭割請負制、件数請負制、新医療費体系（物と技術の分離、診療券料構想）

差額徴収

規格診療、差額徴収の拡大（技術差、指定外薬剤・治療法、完全給食・完全看護・完全寝具）

一部負担

定率一部負担、定額足切一部負担、初診料一部負担

再診料一部負担、家族療養費一部負担、入院料・食費本人負担

給付の適正化

家族給付の範囲如何、資格期間・待機如何、継続給付如何、給付期間如何、入院事前審査

傷病手当金の額の妥当性、各種治療指針の設定促進、

医療扶助の給付内容の制限、診療報酬請求明細書用紙の統一



表 16 「七人委員会の報告」で提起された改革案 (2/2)

III. 運営機構と指導監査の強化

運営機構の諸問題

- 政管健保の公社移管、政管健保の府県移管、政管健保と健保組合の統合、統合・一本化
- 特別健康保険の創設（5人未満・日雇対象）、日雇健保の見直し
- 失業者の健保、国保の強制設立
- 健保家族の国保加入禁止、学生健保、厚生年金保険による長期療養者への給付

指導監査の強化

- 支払基金制度の見直し、保険医の監督機能強化
- 中医協・社会保険審議会のメンバー構成見直し

IV. 船員保険における対策

船員保険給付と船員法による災害補償との調整

- 船員法の災害補償との調整

季節的労働者の取扱について

- 季節的労働者への船員保険適用の是非

漁船に関する問題の考案

- 漁船乗組員の報酬把握、漁船乗組員の船員保険からの分離、メリット制の採用

傷病手当金についての検討

- 傷病手当金の抑制

保険料率の引上げ

- 収支に見合った保険料率の引上げ

(2) 構想された主要な改革案

医療保険制度の統合・一本化に関する検討

七人委員会は、「医療保障の問題を社会保障制度の確立という立場からみれば、各種医療保険の統合はわれわれの最も望むところ」であるとし、統合によって事務コストの簡素化や軽減も「われわれの望んでやまないところである」と指摘する。しかし、現段階では「これを実現することはまず不可能に近い」とし、次のような次善策を提起している。

すなわち、政管健保と健康保険組合は存置し、私学教職員共済組合、市町村職員共済組合、国家公務員共済組合における短期給付部分についても健康保険組合に改変する。また新たに小規模の企業に従事する被用者を対象とする特別健康保険制度を創設し、日雇労働者健康保険もここに統合する。そして被用者以外の一般国民については、市町村に強制成立する国民健康保険制度に加入させる、というものである。そして将来的には、被用者が加入する政管健保、健康保険組合、特別健康保険制度を統合し、国民健康保険との二つの大体系に医療保険制度を整理するという構想を提起した（七人委員会 1955：234）。

また政管健保については、その運営主体の見直しの必要性を指摘した。具体的には、政管健保の公社移管論と府県移管論の二つの改革案が提起された。公社移管論とは、厚生省が政管健保を運営するのではなく、新たに創設する公社が運営するというものである。「現

行政府管掌健康保険の運営が中央集権的であり、且つ民主的でない」こと、「監督行政と運営とが同じ厚生省の手によって行われているのは好ましくない」ことから公社移管論が検討された。

そして「保険運営の責任の一部を地方に移すという考え方」を突き詰め、第二の案として府県移管論にたどり着くと指摘した。そもそも 1950 年に「社会保障制度審議会は『社会保障制度に関する勧告』をなすに当り」、「被用者に対する健康保険の経営主体は組合の場合を除き、これを都道府県に移し、運営の民主化および監督行政と運営の分離をはかるべきだ」という見解を採用したとこれまでの経緯を振り返る。そして「われわれとしては基本的にはこの考え方に賛意を表する」とし、「中央集権主義は将来これを打破する必要がある」と指摘した。ただし、「現実の問題としては、いま直ちに政府管掌保険を府県に移すというがごときことは、地方財政の実情からいっても、さらには地方行政の建前からいっても困難」とし、「差し当っての措置としては、この際、政府管掌の形態は残すが、地方ごとに保険経済の独立性を確立せしめるといったなんらかの方法を採ることが望ましい」という結論に至った。なお、現状分析の結果は、政管健保は「地方によってその運営が必ずしも（マ）適正でないことを明らかに物語っている」ため、「今後の問題として地方から保険料収入の一定割合を中央に集め、中央基金を形成するとともに、これを平衡交付金交付方式によってさらに地方に還元すること、地方ごとに保険料に多少のメリットを認めることなどによって地方における保険事務にいま一層の責任をもたす方法」を提案した（七人委員会 1955：225-226）。

#### 財政調整に関する検討

七人委員会が関係団体にヒアリングし、多くの関係者が提起した論点が結核をめぐる問題である。日本医師会は、「政府管掌健康保険の結核医療費負担は約四割に達し」、「緊急問題として健康保険等から長期疾病（特に結核）を分離する必要がある」とし、「国民的伝染病である結核に対して、これが予防及び治療の総合一元化を図るため社会保険財源の一部繰入と国費により国の責任において万全の措置を講ずべき」と主張した。また日本歯科医師会は「現時の健康保険はさながら結核保険と言っても過言ではない」とし、「長期疾病は健康保険にて賄うべきものでなく、健康保険より分離して結核保険を創設する」などの対策を実施すべきと提案した。また日本薬剤師会も結核保険の創設を提案し<sup>23</sup>、「健保経済とは別の方途を講ずべき」と指摘した（七人委員会 1955：384-396）。

関係団体から結核が保険財政に与える影響について指摘がある中、七人委員会も政管健

---

<sup>23</sup> なお結核保険制度は、戦前からしばしば利害関係者から提案されており、政策コミュニティ内で共有されていた改革案だった（「芬蘭に於ける結核保険」『保険銀行時報』1912年499巻67号5頁、「結核保険組合」『日本医師協会雑誌』1935年12巻7号209-210頁など）。

保の療養の給付を精査し、「結核の療養に関する給付がその三分の一を占めて」おり、「保険財政に対する重圧の主たる原因は、結核に対する給付にある」と指摘し、「結核は、わが国においては、いわゆる国民病といわれるものであり、患者の数も多く、又この病気の特長としてその治療に多額の費用を要する」ため、「社会保障制度として何等かの措置が必要であることは疑いない」と主張した。

実際、当時の結核予防法はいくつかの問題を抱えていた。当時、「一部国庫負担による予防措置に重点」が置かれ、「化学療法及び手術に要する費用について国庫負担」が認められていた。また「国が自から結核療養所を設置運営し、または地方公共団体や非営利法人の設置する結核療養所の設置、拡張及び運営費について補助」などが行なわれていた。しかし、「結核予防法による国庫負担は、その対象とする療養が一部の治療に限られ、入院などはその対象外」だった。国庫負担の対象になるものについても、「本人が半額を負担し、地方団体が残り半額をまず負担して、国はこれに対しこの半額即ち四分の一を負担」することになっていたが、「地方団体の負担が義務制となっていない為不徹底極まる結果を生じている」と指摘した。実際、都道府県別データで確認すると、「公費負担が有名無実になっていることを示して余すところがない」ことも判明した（七人委員会 1955：182-183）。

そこで七人委員会は次の二つの改革案を検討している。第一は、結核保険制度の創設である。結核公費負担制度には種々の欠陥があり、「健康保険制度にとって殆んどプラスになっていない」ため、「公費負担制度を一步進め、療養給付の内容を拡める（マ）と共に本人の負担を軽減することを目途として、国民全部を被保険者とする結核保険制度」を創設するというものである。「国が保険者となることも一案であるが、むしろ都道府県を保険者とし、国がその再保険を行う」とし、「この制度ができれば健康保険のうち結核給付は外されることになるので、健康保険の財政は大いにゆとりを生じ、赤字問題は当然解消するであろう」と指摘した。

しかし「結核の療養に要する経費を保険料（もし均一にすれば大多数の者の負担力を超えるであろうから、結局所得に応じて保険料をとることになり、一種の目的税になるものと思う）で賄えるだけのものを徴収することはむつかしく、さりとてその相当部分を国庫負担に求めるとすれば、結局国民負担の問題と置き換えるに過ぎない」とし、さらに「最近発表された厚生省の実態調査にかかる要入院者 137 万人、これに対する結核病床現在数が 22 万程度」である現状に照らし合わせれば、結核保険制度は「容易には実現の見込のない問題であることは明らか」とし、関係団体が提案した結核保険制度の創設を退けた。

検討した第二の改革案は、結核予防法の強化である。結核保険制度の創設が困難であることを考えれば、「結局実際な案としては、結核予防法による公費負担の対象を拡大し、国庫負担率を増し、更に都道府県負担率を軽減すると共に義務制とする」という改革案を提案した。より具体的には、「特殊治療法に対する国庫負担率を 5 割程度に引き上げ、地方負担を 2 割程度にとどめ、これを義務制」とし、「直接に政府管掌健康保険に受入れるような

制度の確立」が望ましいとした。同時に、「結核予防対策として、公費を支出する以上は、患者に対するある程度の管理の行われることはむしろ当然」とし、「一面長期間通院中のものを積極的に精査し、必要に応じて入院させ、以て保険経済の膨張を事前に防止する」と結核患者に対する入院事前審査の実施も併せて提案した。

### 定率一部負担に関する検討

七人委員会が「最も関心をもって検討した」のは一部負担の可否だった。一部負担とは、医療費のうち医療機関の窓口で患者が負担する部分を指す。日本経営者団体連盟社会保障委員会は、「受益の均衡と健保の濫用防止の立場から一部負担制をとること」を提起する。具体的には、「国民所得の増加との均衡により総医療費の増嵩を抑制する建前に立って保険経済の収支均衡が図られ、かつ一部負担制設置の目的が達成せられるための必要最小限度の負担」を導入すべきと主張した。また健康保険組合連合会も、診療報酬支払方式の改革と関連させて、一部負担金制度の導入を主張している。こうした主張を踏まえ、七人委員会では、「単に医療費の2割とか3割とかの定率の一部負担を行う制度」だけではなく、「定額足切一部負担制、初診料一部負担制、再診料一部負担制、家族療養費一部負担制、入院料、食費本人負担制など各種」の改革案が検討された。

もっとも七人委員会は、一部負担の政策効果に懐疑的だった。「一般に信ぜられるところによれば、一部負担制は濫診、濫療をふせぐ結果受診率は抑制され一件当たり点数は引き下げられるという」が、「われわれの検討したところ」、「かかる考え方は必ずしも当を得ない場合」があり、また実行可能性も担保できないと指摘した。また「一部負担が例えば、2割とか3割の定率で行われるとすれば、極めてそれが少額のものとなったり、また逆に入院料や大手術料の場合のごとく、とうてい本人が負担にたえられないようなものになる」といった問題が発生すると指摘した。

次に定額足切一部負担制については、「その一定額をいかにしてきめるのかについての理論的根拠がなく、その上技術的にもいろいろ困難があるので好ましくない」と結論づけた。また初診料一部負担制については、初診料を一部負担させる程度では「濫診の防止にはほとんど役に立たない」とし、「採用するとすればむしろ一種の手数料としてとり入れるべき」としてきした。同様に、家族療養費の半額本人負担制については、「家族にも療養費の一部を保険で負担するならば大いに家計を助けるであろうという見地から始められたものであって、本来の一部負担制とは、その出発点を異にしている」と指摘した。

以上の検討を踏まえて、七人委員会は次の一部負担制の導入を提案した。すなわち「いわば手数的な意味のもの」で、「前述の診察券料のうち、100円程度のものを、本人の負担」とするものである。家族の場合も同様で、「もし、家族に5割1分負担制をとるとすれば、400円の診察券については家族から250円を徴収し、もし後に述べるごとく家族給付を6割すなわち、4割の一部負担制にするならば、220円を徴収する」とした。こうした

一部負担制を導入すれば、被保険者は現味の 2 倍程度の診療手数料を支払うことになる。

#### 入院時給食費の自己負担化に関する検討

一部負担に関連して、七院委員会が提案したのが入院時の食費の自己負担化である。入院料は「医療費のほかに室代および食費をふくむものとして計算されるのが一般の慣習」だが、「食費は、自宅患者についても同様に必要」であり、「本来の医療費とか室代とかとはその本質を異にし、同時に「食費はいかなる意味においても純然たる医療費とは考えられない」と指摘した。つまり入院時の食費について保険給付するのは不適切という考えがまとめられたのである。同報告では、食事療法は例外として認めるとしても、「入院については少く（マ）とも食費のうち主食代程度を目安」とし、「毎日 30 円程度はこれを本人負担とすべき」と一部負担の導入を提案した。

#### 入院事前審査制度の導入に関する検討

入院事前審査とは保険者が患者の入院の要否を判断する仕組みである。七人委員会は、そもそも「健康保険施行後数年間は、入院は緊急の場合を除き（此の場合は追認）その要否、入院期間を予め保険者において承認を与える制度となっていた」と指摘する。そして患者を入院させるかどうかは主治医が決定するが、「収容施設も区々」であるため、「入院の要不要を事前に一定機関で審査することは、入院の公平を期し、冗費を節し、且つ保険医の治療基準の調整にも役立つ」と提起したのである。また「事務的に多少の手續を要すること、入院までに一定時日を要する等」の課題も指摘されたが、後者については「緊急の場合の除外例」を設定すれば解決するとも指摘している。

もっとも入院事前審査が実施されていない「現在の方法は、自由で迅速であるという利点は疑ない（マ）」とし、「実際には種々の観点からみて、結核性疾患に限ってこれを実施することを提唱したい」と記されている通り、対象疾患を限定した実施が望ましいという結論が示された。

#### 混合診療の一部解禁に関する検討

七人委員会が取り上げた論点の一つが差額徴収に関する問題である。日本の公的医療保険制度では、保険給付の対象と認められている診療と対象外の診療を併用することは、混合診療と呼ばれ原則として禁止されている。混合診療が行なわれた場合には、一連の医療行為のすべてが自由診療、すなわち全額自己負担として取り扱われることになる。医療制度に対する正確な理解を欠いた一部の規制改革論者などが、混合診療を解禁すべきだと主張することがあるが、じつは 1984 年の健康保険法改正で特定療養費制度（現・保険外併用療養費制度）が導入され、一定のものは解禁され、現在までに拡大してきた（島崎 2011：238）。この特定療養費制度のルーツは、差額徴収に関する議論にある。

当時、①入院する際、患者が当該医療機関の普通病床ではなく、より上級の病室に入ること希望した場合（ただし療養上の必要性から上級の病室に入った場合は除く）と、②歯科診療において患者が金合金を使用する補綴（冠及び鉤）を希望した場合（ただし療養上、金合金を特に必要とする症例を除く）には、差額徴収が認められ、他の場合には全面的に禁止されていた。

なぜ全面的に禁止されてきたのか。そもそも公的医療保険における保険診療は、現物給付主義を建前としており、被保険者に対して保険者は「必要にして十分な医療」を現物で給付するという理念のもとで運用されてきた。この理念に照らし合わせれば、被保険者は、法律によって義務とされている一部負担金のみを負担すれば、必要にして十分な医療を保険者から与えられ、他に何も負担する必要はないはずである、という考え方が導出され、それゆえに禁止されてきたのである。

七人委員会の意見聴取過程において、差額徴収を認め、さらに拡大すべきと提言しているのが日本歯科医師会である。彼らは、厚生省が政管健保の財政赤字対策の一つとして、歯科診療の一部制限（金の使用禁止）を決定したことは、「被保険者と歯科医師に大きく実質的負担をかけ」るもので「重大なる決意を以って断固反対」と主張する。その上で、「金というものを貴金属的な考え方を以って相当保険財政に重要な地位を占める」という厚生省の認識は誤っており、金は「歯科補綴学上必要不可欠のものとされていることは議論の余地がない学会の定説」で、なおかつ金の「費用というものは計算されて」いるため「絶対に赤字の原因ではない」と指摘した。そして差額徴収を認めることで、「患者は希望すれば高度の診療を受けられるし、診療について選択性を持てるし、現在の大学教育と保険歯科診療のムジュンも解決出来る」とそのメリットを強調し、差額徴収を認めるよう提言した。

もっとも同様に意見聴取を受けた日本経営者団体連盟社会保障委員会は、過剰給付は見直すべきであるという観点から、「歯科の金の使用については医学上必要限度に止めること」という意見を提起していたが、七人委員会は差額徴収の拡大については積極的な姿勢をみせた。すなわち同委員会は、「(厚生省が)『必要にして十分な医療』といったところで」、「医師や患者の欲するままに医療がうけられるという意味のものではない」とし、「いわば一つの規格らしきものがそこにあるのは当然である」と指摘する。そして「厚生省当局はかつて保険診療の普及宣伝に熱中するあまり、それ（保険診療）が制限診療と呼ばれることを極度におそれ、(中略)無制限診療であるかの誤解を広く世に与えた罪は大きい」が、「率直に言って、保険診療は一種の制限診療である」と言明した。そして、公的医療保険が給付の対象とする「診療についての枠はきめるが、それに附随して行った医療もこれを禁止」せず、「その部分については保険から費用を払わない」という規格診療という考え方を打ち出した。「現在の保険診療は一種の制限診療」だが、「これを規格診療に前進せしめよう」と提起した。これはいわゆる混合診療の一部解禁を意味しており、後に導入される

特定療養費制度と同様の考え方がすでに形成されていたのである（七人委員会 1955：208）。

具体的に二つの方向性が提起された。第一の方向性は、「規格診療そのものについてはこれを保険給付といるが、それ以外の部分については本人負担とさせるやり方」で、当時から一般的に差額徴収と呼ばれていた方法である。例えば、歯科診療において「金の使用が必ずしも絶対的に必要でない」場合に、「適正と認められる治療方法に対して適正なる費用を払い、もし、金の使用を望むものがあれば、金を使用した場合の差額だけを本人から徴収する」というものである。第二の方向性は、一部負担による差額徴収制である。「規格診療以外の部分をも保険給付とみるとか、規格以外の部分に要した費用は本人負担とする」という方法である。

第一については、診療の自由が確保される一方で、医師による濃厚診療が行なわれ、本人の負担が増大することが懸念され、「無制限にかかる差額徴収制を認めるのは確かに問題」で、「本人の負担に帰する部分だからといってなんの制約も加えないのは社会医療としてとるべき途ではない」とし、「なんらかの制約をなす必要がある」と指摘された。

一方、第二については、「差額徴収部分も保険給付の一部として審査することができ、ただその部分だけを本人が負担するのであるから、その限において濃厚診療に陥る危険性は少ない」と評価された。ただし、「これは本質的には療養費払ということになって、診療の自由は依然として制限されることになる」という問題点も指摘された。

どちらの方向性をとるべきか「直ちに決定することは困難」としながら、七人委員会はさらに三つの具体的な改革案を提起している。第一案は、医師の技術差の差額徴収である。医師の技術料の点数を A、B、C の三段階に分け、C 級の技術料は全額保険から給付し、B 級、A 級については「それぞれ差額をあるいは本人の負担とするとか、あるいは差額徴収によって負担せしめる」というものである。三段階に区分する基準には、「例えば経験年数などにより、医師会の強力の下にこれを定めるなどの方法が適当」という考え方がまとめられた（七人委員会 1955：209）。

第二案は、指定外薬剤や特定の治療方法の差額徴収である。はじめに薬価基準の三分類のうち、一類については無条件に保険給付として認め、二類、三類は原則として認めず、例外的に一定の審査を受けた場合に限り認めることとする。その上で、保険給付として認められない場合であっても、薬品代を本人が負担するのであれば認める、というものである。同様に、「例えば、短時間の手術における循環閉鎖式麻酔のごとく本人負担として差額だけを徴収する方法」も妥当と指摘された。

第三案は、完全給食、完全看護、完全寝具の差額徴収である。そもそも完全給食、完全看護、完全寝具は、「整備の良好な病院を優遇するためにいわば病院の格差といった意味で設けられた」が、七人委員会は「保険医療だけの立場でこういう格差を設けることは、二重の問題を含んでいる」と指摘した。一つは、「同一の事故に対して明らかに内容に等差のある給付を行うことは保険本来の建前からまた規格診療の見地からも甚だ当を得ないこ

と」であり、もう一つは、「かかる格差を保険医療だけの立場において設けたこと」で、これらの問題は、「一定の目標を欠いた場当りの」な政策が原因であると批判した。その上で、給食の規格を明確化させ、療養に必要な食事が普通給食で十分ならば、「完全給食の加算分は給付の枠内からはずして差額徴収とすべき」であること、完全寝具は「その性質や普及度からみて、本人負担とするのに最も適当」であることが提起された。

### (3) 関係団体の反応

七人委員会は多岐にわたる論点や改革案について検討してきたが、選択すべき改革案については言明を避けている。同委員会は、報告書で提起した改革案は、次の4つの大別できると指摘する。すなわち、①国庫の負担または助成に属するもの、②保険料の引上げその他関係者の負担増加の系統に属するもの、③給付内容の切下げ関係のもの、④その他に属するものである。そして「ここ数年先までを見とおして対策を考えるとすれば、どうしてもこの四者のコンビネーションによらねばならない」とする(七人委員会 1955:254)。

そして「そのコンビネーションの方法、換言すればそれぞれの比重の置き方」が問題であり、「医療保険を今後どう展開して行くか、全国民に対する医療保障とどうかみ合わせるようにするか、更に社会保障制度全体の中に占める医療の地位は、他の部面との権衡からみて、どの程度にあるべきかの決定によって」、どのように改革案を組み合わせるべきかが「決まる」はずで、「医療保険の方向づけの基本線なり年次計画なりがまず先行するのが順序」であるが、「まだそういった最終決定を下すまでに機は熟していない」とする。

このように各種の論点に対して、想定される複数の改革案を整理し、吟味してきたものの、最終的にはどのような医療保険制度としていくのかという理念に照らし合わせなければ選択できないと指摘した。つまり七人委員会は、彼ら自身が認めている通り、想定できる改革案を政策コミュニティから収集、整理、評価し、改革メニューを作成するにとどめたのである。

この七人委員会の報告は関係団体に大きなインパクトをもたらし、様々な反応が噴出した。このうち日本医師会は、入院事前審査に関する項目について、「入院事前審査は、入院を必要とする患者をできるだけ入院させないようにする制度である」と抗議している<sup>24</sup>。

---

<sup>24</sup> 「当面する健康保険の中心問題とその対策について」『日本医事新報』1956年1654号 pp.107-108



## 2.4. 1957 年の健康保険法改正

### (1) 七人委員会報告を参照した改正案の検討

七人委員会による精力的な検討が進められている間、保険局では並行して、日雇労働者健康保険の給付改善や、政管健保の当面の財政赤字対策が進められていた。日雇労働者健康保険は、政管健保とは対照的に黒字財政が続いており、1954 年 4 月から給付期間は 3 か月から 6 か月に延長された<sup>25</sup>。翌年 8 月からは 1 年間に延長されたほか、埋葬料、分娩費、家族療養費、家族埋葬料、配偶者分娩費が創設された。また歯科診療における補綴も給付対象に盛り込まれ<sup>26</sup>、さらに 1958 年 10 月には傷病手当金が導入された。このように日雇労働者健康保険法の黒字財政を背景として（小山 1985：100）、給付水準を健康保険法に近似させる改革が進められたのである。

一方、政管健保の財政赤字対策を目的とした健康保険法の改正は難航していた。1955 年 5 月に国会に提出された健康保険法改正案は、時間切れで審議未了となった。同年 8 月、保険局長に就任した高田正巳にとって、当面の問題は健康保険法改正案をまとめて次の通常国会に提案することだったため、着任早々、「健保制度というものを否応なしに勉強させられ」、「局内でも皆が知恵を絞ってまったく白紙の状態から連日の様に議論」が重ねられた（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：285）。

高田は、8 月 23 日に保険局健康保険課長に就任したばかりの小沢辰男とともに、10 月に発表された「七人委員会の答申を勉強」し、「連日徹夜に近い勤務」の末に、修正した改正案を取りまとめ、翌 1956 年 2 月に再び上程した（厚生省五十年史編集委員会編 1988a：29-30）。前年に上程した改正案が当面の財政対策だけだったのに対し、二度目の改正案は、高田が「相当味のあるものだった」と述懐する通り（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：285）、一部負担金の増額、標準報酬投球の改定等のほか、保険医の機関指定が盛り込まれたことが特徴的である。

また、七人委員会が提起したいわゆる規格診療の具体案の策定は困難としながらも、小沢は、同委員会の報告書で提起された入院承認制度の再導入を視野に入れていた<sup>27</sup>。小沢は、全国保険課所長会議や業界誌を通じて再導入に向けて積極的な姿勢を打ち出していった<sup>28</sup>。このように当初は、白紙状態から議論が進められていたが、1955 年 10 月以降は、

---

<sup>25</sup> 日雇労働者健康保険法の一部を改正する法律（昭和 29 年 3 月 31 日法律第 30 号）

<sup>26</sup> 日雇労働者健康保険法の一部を改正する法律（昭和 30 年 8 月 1 日法律第 116 号）

<sup>27</sup> 当時小沢は「七人委員会の報告」を参照していたと述懐しており、入院承認制度の再導入というアイディアは同報告書から獲得したと考えられる（新潟日報事業社編 2001：61）。

<sup>28</sup> 「参院選に社会保障関係者進出」『社会保険週報』1956 年 23 号 p.1、「全国保険課所長会議開く」『社会保険旬報』1956 年 469 号 p.21、「健保法流産を中心に」『健康保険』1956 年 10 巻 7 号 pp.40-42、

七人委員会の報告が改正案を構想する際の改革メニューとして早速、参照されたのである（厚生省医務局編 1976a：642-643）。

この改正案に対する利害関係者の反発は大きかった。医師側と労働者側はいわゆる労医連携を形成し、一部負担の拡大に反対し、医師会は、保険医療組織の改正や監査権限の明確化に対して反発をみせた。国会審議は難航し、野党だけでなく与党のいわゆる医系議員も反対にまわった。

さらに日本医師会は、1956年2月20日に第23回臨時代議員会において保険医総辞退を決議し<sup>29</sup>、翌月12日に日本医師会全国代議員会で保険医総辞退の実施を再確認した。これを受けて厚生省は、3月23日に都道府県知事あてに次官通達を発出し、保険医から辞退届が提出された場合には正式に受理するよう指示すると、翌日には東京都の6700名、大阪府の3300名から、26日には兵庫県の2400名から辞退届が提出された。東京都が保険医に再考を促し、170名が撤回したものの30日には医師会は、全保険医の25%にあたる17800名が辞退届を提出したと発表した。

しかし結局、医師会は「腰くだけ」になり（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：285）、同日には福岡県知事が保険医2000名の辞退届を一括返却し、4月27日には全府県医師会は一応、辞退届をすべて取り下げること事態は収束した<sup>30</sup>。国会における法案審議は難航を続け、同法案は審議未了のまま廃案となった。

## （2）暁の団交と入院事前審査の規定削除

三度目の上程となった1956年12月の臨時国会で、継続審議と修正を経て、翌1957年3月に健康保険法改正案はようやく成立した<sup>31</sup>。

この改正で注目を集めたのは、強力な監査強化策だった<sup>32</sup>。例えば保険診療に従事する医師は、従来の保険医登録に加えて、保険医療機関の指定も受けなければならないという「二重指定制度」や、保険医に対する厚生大臣や知事の検査権を明確に規定し、不正請求した医師の保険医指定を取り消せるという改革案が盛り込まれた（有岡 1997：89、厚生省保険局健康保険課編 1958：573）。

翌年4月、日本医師会において法案成立を止められなかった小畑惟清ら執行部が不信任となり、のちに四半世紀にわたり医療政策に多大な影響を与えることになる武見太郎が会

---

「健保改正案流産の後始末と今後の問題」『共済時報』1956年4巻8号 pp.10-12 など。

<sup>29</sup> 「健保改悪を強行せば総辞退の決行を決議」『日本医事新報』1956年1661号 p.57

<sup>30</sup> 厚生省（1956）「保険医総辞退関係」（非公表）

<sup>31</sup> 昭和32年3月31日号外法律第42号。「健康保険法の一部改正について」『社会保険時報』1957年31巻4/5/6号 pp.1-8

<sup>32</sup> 「健康保険財政対策要綱案について」『社会保険』1956年7巻2号 pp.8-9

長に選出された<sup>33</sup>。

武見は、すでに国会で成立していた健康保険法は修正できないため、政省令の修正を通じて、二重指定制度の「骨抜き」を企図し、旧知の間柄だった神田博厚生大臣を通じて政省令の原案を入手することに成功した。同月、保険局次長の小山進次郎や健康保険課長の小沢、同課事務官の幸田正孝らを日本医師会館に呼び、医師の裁量を制限する規定を日本医師会の要求通りに修正、削除させた（有岡 1997：127-132、幸田ほか 2011：22）。

この時、削除された規定の一つが、保険医療機関及び保険医療養担当規則（旧療養担当規程。以下、「療養担当規則」）の原案に記されていた入退院届制度である<sup>34</sup>。入院承認制度の再導入が挫折しただけでなく、事後的に保険者が承認を与える入退院届制度の規定すらも削除されたのである。新しい療養担当規則は 1957 年 4 月に公布された<sup>35</sup>。この規定の削除に対し、健康保険組合連合会（以下、「健保連」）の湯川憲三委員は中央社会保険医療協議会の場で反対したが、聞き入れられなかった<sup>36</sup>。こうして日本医師会の抵抗により、入院承認制度の再導入は挫折したのである<sup>37</sup>。

ここまでに入院承認制度に関する法令上の規定のうち、施行規則第 56 条の 2 は戦時下の 1944 年に、療養担当規則第 20 条の入退院届制度の規定は 1957 年にそれぞれ削除され、政省令の規定を失った健康保険法第 43 条第 2 項が残されることとなった。

## 2.5. 新医療費体系の制定

### (1) 甲乙二表の誕生

1951 年 6 月 20 日にいわゆる医薬分業法が公布され<sup>38</sup>、1955 年 1 月 1 日から施行されることになり、厚生省は臨時診療報酬調査会の答申に基づいて種々の調査を実施した。1954 年に新医療費体系に基づく点数表を作成し、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）に諮問した。この新医療費体系は、医薬分業の実施と関連して物と技術とを分離し、特に診察料を中心とする技術料について診療報酬上で適正な評価を行うことを企図していた（厚生省五十年史編集委員会編 1988a：1296）。

---

<sup>33</sup> 「医師会長 25 年 武見太郎の回想⑦」『朝日新聞』1982 年 4 月 6 日

<sup>34</sup> 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」『社会保険旬報』1957 年 500 号 p.24、「健保関係法令の折衝経過報告」『日本医事新報』1957 年 1727 号 p.71

<sup>35</sup> 厚生省令第 15 号 1957 年 4 月 30 日

<sup>36</sup> 「保険医療機関及び保険医療養担当規則など決定」『日本医事新報』1957 年 1724 号 p.67

<sup>37</sup> 1958 年に国民健康保険法第 36 条第 2 項にも入院承認制度が規定されたが（昭和 33 年 12 月 27 日法律第 192 号）、健康保険法と同様、運用されることはなかった。

<sup>38</sup> 医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律（昭和 26 年 6 月 20 日法律第 244 号）

しかし医薬分業の実施に対して、医療担当者側の反対が強く、医薬分業法は施行期日が3年延期され、また新医療費体系案も撤回を余儀なくされ、1955年に再度作成された点数表も、1956年4月に薬治療調剤料と処方料を分離する暫定案が実施されるにとどまった。

一方、社会保険の診療報酬単価は、1951年に改定されて以来、据え置かれていたが、健康保険財政の好転を機に1957年に入ると医師会は健康保険法の改正反対とあわせて、この単価の即時引き上げを強く要求するようになった。

こうした状況下で、1957年3月に健康保険法改正案が、国会審議でも診療報酬引き上げを主とする医師の待遇改善が問題となり、改正法案成立の際の付帯決議の一つとして取り上げられることになった。

そこで1952年6月から設置されていた臨時医療保険審議会で、この問題が議論されることになり、医療費の根本問題について検討されることになった。1957年5月、臨時医療保険審議会は、医療技術を分離して点数化する方式を支持することを決定した。これに対し、日本医師会は診療報酬の単価問題についての審議運営を不満として、同年8月に臨時医療保険審議会の小委員会から委員を引き揚げ、脱退した。こうして同審議会は事実上、機能停止に陥ったが、審議過程で診療報酬算定方式を網羅した議論は、前述の通り、第三次今井メモとして取りまとめられることになった（厚生省五十年史編集委員会編1988a：1297）。

臨時医療保険審議会から日本医師会が脱退したものの、診療報酬を決定するの必要に迫られていた厚生省は、新点数表の原案作成作業を進め、1957年9月に中医協に諮問した。中医協の審議は、健保連、日本医師会、日本病院協会の対立が先鋭化し、最終的に12月12日に答申が行われた。点数表の合理化については、多くの委員が賛成していたが、各論では合意は形成できなかった。この時、医療課長だった館林宜夫は次のように述懐している。

この改訂は点数単価支払いの制度はじまって以来ともいべき大改訂で、医務局にあった診療報酬の審議会が、あるべき医療費の組立て方として、「新医療費体系」を策定した。それを保険に適用する改訂です。ちょうどよい機会ですから明かに（マ）しておきたいと思うが、保険はこの体系を押しつけられて、やむをえず大改訂をさせられたのです。

やっとの思いで新点数表を作って医療団体と交渉したが、どうしてもしてくれない。……歯科医師会は了承してくれたが、医師会はなんとしても駄目でした。この時、小山さんは医師会、歯科医師会の説得に大活躍された（小山進次郎氏追悼録刊行会編1973：92）。

保険局次長の小山進次郎の働きによって、日本歯科医師会の同意を取り付けることはできた。しかし日本医師会は頑なだった。新医療費体系では、物に関係する技術料をはがし、技術料を診察料として認めていた。それまで注射や投薬を多用していた医師は大幅に収入

が減少する。そのため強硬に反発したのである<sup>39</sup>。

万策つきた時、「甲乙二表で行こうか」と言い出されたのは小山さんでした。一物二価ということは、当時としてはたいへんなことで、私も考えの中になかったわけではないが、ことの重大性を考えて、決して口外せず自分だけで検討していたのですが、そこを小山さんにズバっといわれてその決断の明快なのに驚いたものでした（小山進次郎氏追悼録刊行会編 1973：92）

日本医師会の頑なな反発を受けて、小山は新旧、二つの診療報酬体系を残し、医療担当者に選択させることを決断した。当時、保険局医療課長補佐だった大村潤四郎は、「点数表が二通りあるなんていうのは考えてもみられないこと」で、「もちろん医師会のほうだって全然考えていなかった」アイデアだったと述懐する。そして、従来の点数表を残すという発想は、「一日で生まれた」、「完全に小山さんの独創」で、このアイデアがなければ甲表も実現しなかった「大変な卓見」だったと評する<sup>40</sup>。こうして甲乙二表から構成される新医療費体系が成立することになった。

もっとも甲乙二表の体制となったことが以後の医療費膨張に繋がっていったことも事実だった。大村と後に保険局医療課長を務める医系技官の松浦十四郎は次のように指摘している。

松浦：乙表が残ってしまった結果……甲表の価値というのが半減してしまったわけですね。だからその意味では、相当医師会側からやっつけられてしまったなあと、そう後世の歴史家は見るのじゃないでしょうか。

大村：そうですね。ただ、あれを二つに分けなければどういうことになったか。それは力で押さえることが可能であれば、甲表だけでいくというのも、一つの方法だったでしょうが、それによって一方でものすごい減収になる医療機関もでてくるわけですから。たしかにそのときに全部甲表にしておけば医療費の膨張はなかったでしょうね。

松浦：甲表は医療費が膨張しないように考えられていて、その一方で、ゴム風船のようにいくらでもふくらむ乙表を残していたんだから、もうけたい人はみんな乙表のほうへ行っちゃったであろうと。ということになると甲表をせっかく作ったのに、という気はしますね。まあ、そこらへんは力関係でいたし方なかったというところでしょうか<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> 「リレー対談 第四回 診療報酬体系の過去・現在・未来 松浦十四郎氏・大村潤四郎氏」『現代社会保険』1983年73号9頁

<sup>40</sup> 「リレー対談 第五回 診療報酬体系の過去・現在・未来 松浦十四郎氏・大村潤四郎氏」『現代社会保険』1983年74号10頁

<sup>41</sup> 「リレー対談 第五回 診療報酬体系の過去・現在・未来 松浦十四郎氏・大村潤四郎氏」『現代社会保険』1983年74号10頁

新医療費体系が導入され、甲乙二表での運用がスタートすると、医療費が膨れ上がらないよう歯止めがかかっていた甲表を使用する医師は少なく、多くが乙表を使用するようになった。各種医療保険の整備・拡充の進展と相まって、医療費の膨張が進展していったのである。

## (2) 件数払い方式を念頭に置いた診療報酬改定

この新医療費体系の制定を実質的に牽引した保険局医療課長の館林宜夫は（館林宜夫先生追悼刊行会編 1979：228）、改定作業の中で、館林は診療報酬において件数払い方式の部分的な導入を主張した。

大村：それから診療報酬の包括性というのをちょっと高度にすすめて、技術料の一部先払思想を加味した。これは館林さんが一番いいというようなことをいい出したんじゃないかな。これはたとえば注射の技術料というのは初診料に入れちゃおうということですね。初診のときに注射料を払うのはおかしいじゃないかということで、先払いということを経林さんがいい出したんですね。件数払いの思想を加味したということもあります<sup>42</sup>

すでに社会保障制度審議会が発表した 1950 年の勧告や第三次今井メモでも示されている通り、これまで診療報酬算定方式の一つとして件数払い方式が検討されていた。新医療費体系の作成作業の中で、特定の技術料を初診料の中に包括化し、部分的な件数払い方式とするという発想がとり入れられていたのである。

こうした大改定の中で、保険局医療課の事務官として点数表の計算や用語の修正、区分の整理を担ったのが入省 5 年目の吉村仁である。館林は、母校旧制広島高校の後輩にあたる吉村に、診療報酬の計算をするよう指示した。吉村が手動式の「計算機が扱えません」と言うと、館林は「じゃア、電気計算機を借りてやろう。これなら馬鹿でも操作できるからナ」とモノロー電動計算機を渡した。そして「出来高払の下では、医者も神様や聖人君子じゃないからナ」と出来高払い制の問題を吉村に教え込んでいった。

吉村が一年余り、何千もの計算作業をこなしたころ、館林は「吉村君、東大出の君につまらん計算をさせてと思ったろう。僕は堀木大臣の話聞いて感じたんだ。鉄道屋の堀木大臣が意外に医療費の勘どころがわかる。不思議に思って大臣に聞いてみると、大臣は運輸省の若い事務官の時に、鉄道運賃を自らはじいた経験があり、料金である以上、鉄道運

---

<sup>42</sup> 「リレー対談 第三回 診療報酬体系の過去・現在・未来 松浦十四郎氏・大村潤四郎氏」『現代社会保険』1983年72号8頁

賃も医療費も似たようなものだな、と洩らしていたよ。おそらく、この計算の経験が君の血肉になり、将来必ず役に立つと思って」と伝えた。入省後、初めて保険局に勤務することになった吉村は、実際に診療報酬を計算する業務に携わる中で、医療費問題について見識を深めていったのである（舘林宜夫先生追悼録刊行会 1979：109-110）。

後述する通り、吉村は 1961 年に設置された医療保障総合審議室、1965 年から 1966 年にかけて設置された牛丸委員会において、医療保険制度の多岐にわたる改革案を構想することになるが、その下地は医療課時代に培われたと考えられる。

## 第3節 国民皆保険時代を見据えた改革案の検討

### 3.1. 国民皆保険の達成

#### (1) 大臣官房企画室の設置

1955年5月に保険局に設置された七人委員会が政管健保の財政赤字対策を含む医療保険制度の改革案を構想していた頃、大臣官房に企画室が創設されていた。じつは同年3月に社会保障制度審議会は「社会保障制度の企画運営方法の改善に関する勧告」を政府に提出し、社会保障の総合企画機関設置を強力に申し入れていたのである。社会保障制度審議会のメンバーは、同審議会の元有力委員だった川崎秀二に対してこれを要望することにした（小山1985：153）。

これを受けて川崎厚相は、同年4月1日の閣議において社会保障企画庁の構想を発表し、了承を得た（厚生省五十年史編集委員会編1988a：996）。もちろん社会保障企画庁の設立は困難なことから、7月1日、厚生省組織令の一部が改正され、企画室が設置されたのである<sup>43</sup>。

企画室の主たる所掌事務は、①厚生省の所管行政に関する企画立案一般に関すること、②厚生省の所管行政に関する調査の総合調整を行うこと、③社会保障制度に関する総合的調査、研究及び企画を行うこと、④人口政策に関する企画及び調整を行うこと、⑤厚生省の所管行政に関する年次報告書の作成に関すること、⑥厚生科学研究補助金に関すること、⑦人口問題研究所に関すること、⑧人口問題審議会に関すること、⑨社会保障制度審議会との連絡を行うこと、とされた<sup>44</sup>。従来、大臣官房総務課が担ってきたこれらの所掌事務は企画室が担うことになり、弘報連絡課は廃止され、その所掌事務は総務課に移管された。

もっとも初代企画室長に就任した牛丸は、「一体何をやればいいのかということ、ズバリと明確にはされていない」ため、「ケースバイケースによって、漸次判例的に明確化して

---

<sup>43</sup> 厚生省組織令の一部を改正する政令（昭和30年6月30日政令第93号）。なお、1982年4月6日には、厚生行政を強力に推進し、政策の企画立案及び総合調整機能の拡充を目的として、大臣官房に政策課及び政策課調査室が新設され、従来の企画室は廃止された（厚生省組織令の一部を改正する政令（昭和57年4月6日政令第91号））。

<sup>44</sup> なお、同時期に企画室が取りまとめた調査研究報告書として次の二つがある。第一は「世界各国の社会保障制度」である。これは1952年から53年の2カ年にわたって行われた末高信を主任研究者とする厚生科学研究で、イギリス、西ドイツ、アメリカ合衆国、ソビエト連邦、スウェーデン、デンマーク、フランスの社会保障制度について研究がまとめられた。第二は、「社会保障の経済理論」である。これは山中篤太郎を主任研究者とし、1952年度以降に研究された社会保障の経済理論を紹介するものである。このように企画室には、すでに諸外国の社会保障制度に関する調査資料や経済理論に関する研究成果が保有されていた。



ゆくべき」としながら、「社会保障制度の全般からみて、我国将来の社会保障制度につながる性質のもの——例えば医療制度の問題、社会保険制度の問題等は、事の性質上当然企画室が第一次にタッチすべき事柄であることは明らかであろう」と指摘した。こうして大臣官房企画室は、数ある厚生行政の中から、医療制度や社会保険制度の改革に重点的に取り組んでいくようになった<sup>45</sup>。

## (2) 国民皆保険計画の策定と推進

企画室が設置された頃、1960年を目途とした自立経済5カ年計画で、GNP8兆880億円を目標とした経済計画が発表されると、企画室に予算獲得の指示が降りた。牛丸と伊部は交渉に向かったものの、「向こうも何のことだかよくわからないわけですね。こっちはもとよりもっとわからない」と当初は暗中模索の状態だった。やがて「5か年の予算を組む」ということになる。「それがどういう意味を持つかわからない」、「わからないけれども、やはりここで」予算を「かせいでおかない損をするかもしれない」と考えた企画室は、予算要求を試みることにした。

しかし経済企画庁は「厚生省に、あるいは社会保障に計画があるのですか」と反論し、「計画があれば考慮しますけれども、計画がないのに伸ばしようがないじゃないか。したがって5か年間は厚生省予算と社会保障予算は横ばいという裁定です」と突き返した。

これに対し「計画を出せというのなら一晩でつくってやる」と憤然と言いつつ放った伊部の頭には、伊部と同期入省で保険局国民健康保険課に在籍していた松浦万年が、かつて「国民皆保険を実現させたいので検討してほしい」と伊部のもとに相談に来た記憶が残っていた（国民健康保険中央会編1998：26）。翌日、伊部は国民皆保険・皆年金計画をつくり上げ経済企画庁に提出した（小山1985：275-276）。

牛丸が川崎厚相に国民皆保険計画を持ち込むと、川崎は「これだ、これだ」といたく喜び、1956年10月12日の朝日新聞朝刊一面には「通常国会に促進法案「国民皆保険」目指す」と題した記事が掲載された<sup>46</sup>。

翌月、川崎厚相が社会保障5カ年計画を発表すると、保守合同によって誕生した自民党の鳩山一郎首相は、施政方針演説の中で、「社会保障の中心課題とも申すべきものは、疾病に対する医療保障の確立にあると思われますので、将来、全国民を包含する総合的な医療保障を達成することを目標として、計画を進めていく」と打ち出し、これ以降、国民皆保険達成に向けた動きが活発化することになった。

<sup>45</sup> 牛丸義留（1955）「企画室の新設に当って一タッチすべき諸問題は山積一」『週刊社会保障』9巻10号28頁

<sup>46</sup> 「通常国会に促進法案「国民皆保険」目指す 社会保険法」『朝日新聞』1956年10月12日朝刊1頁

こうした国民皆保険計画が打ち出されている間、暁の国交を経て、実質的に骨抜きとされた 1957 年の健康保険法改正の過程において、保険局長の高田は 30 億円の国庫負担を要求していた。当時の 30 億円といえば「とんでもない大金」だったため（小山 1985：274）、そもそも公的医療保険に加入していない国民がいるにもかかわらず、健康保険に 30 億円をつぎ込むのはおかしいのではないか、という議論が自民党や学識経験者を中心に巻き起こった。つまり大臣官房企画室から皆保険計画が打ち出されたのと同時期に、健康保険の財政赤字問題を契機として、公的医療保険の未適用者をめぐる問題意識が高まっていったのである。

もっとも大臣官房企画室で国民皆保険計画を起草し、1956 年 7 月に保険局国民健康保険課長に着任した伊部から見て、国民皆保険の推進について「省内はオール消極論」で「積極論は国保課だけ」だった。そこで伊部は、国保中央会、市長会、町村会が国民健康保険課とタイアップすることとした。省外のアクターと連携することで、皆保険の実現を推進していったのである（小山 1985：277）。

厚生省は、同年 7 月 9 日に「医療保障委員の設置に関する省令」を公布し、長沢弘毅（国際ラジオセンター社長、元大蔵次官）、橋本寛敬（聖路加国際病院長、日本病院協会会長）、葛西嘉資（日本赤十字社副社長、元厚生次官）、川上和吉（社会保険診療報酬支払基金理事長）、中鉢正美（慶應義塾大学助教授）の 5 氏を医療保障委員に委嘱し<sup>47</sup>、当面の医療保障制度の問題を解決するため、制度の根源にさかのぼり、総合的基本的対策を樹立することを依頼した（厚生省五十年史編集委員会編 1988a：1287）。同委員は、1956 年 3 月現在で医療保険の未適用者は 3000 万人に達するものと推計されており、同年 8 月 24 日に国民皆保険の実現を図るべきだとする中間報告を公表した<sup>48</sup>。

また前年 3 月に社会保障制度審議会に設置されていた「医療保障特別委員会」も 1956 年 11 月 8 日に国民皆保険の確立が必要であり、年次計画に基づいた強制的国民健康保険制度の実施が必要であるとする「医療保障制度に関する勧告」を行った。次いで 1957 年 1 月 7 日に、厚生省の医療保障委員は第 2 次報告を行った。

この報告に対しては、日本医師会が反対の態度を表明し、そこに示されている「社会保険の行政面における指導理念は、自由主義国家群の基本的態度を否認するような思想の変更を思わしめるものがある」ときめつけた（近藤 1966：293）。

もっとも伊部は、社会保障制度審議会の提案は「実現性という面では厚生省はあんまり

---

<sup>47</sup> 厚生大臣官房企画室（1956）「医療保障委員発足の経緯」『社会保険時報』30 巻 6/7 号 11-12 頁

<sup>48</sup> なお、この委員会の設置がきまったとき、既に昭和 30 年 7 月より社会保障制度審議会には医療保障制度に関する諸問題を総合的に検討するための特別委員会が設置されており、厚生省に同様の委員会を設けることに反対する意見がみられた。そこで、当時の牛丸企画室長から、医療保障委員は社会保障制度審議会の勧告が出れば、その方針に従うとの意向が示され、承認されたいわくつきの委員会であった。

関心を持っていなかった」とし、「医療保障委員の方は、大体厚生省の線に近いのだと思いますね」と述懐している（小山 1985：275）。

厚生省は、医療保障委員の報告を引き続き審議する機関として、昭和 34 年度予算で医療制度調査会の費用を計上した。そしてその設置法は 3 年間の時限立法として同年に成立したが、日本医師会の反対のため、34 年度内にはその実現をみなかった。医師会との話し合いが付き第 1 回総会が開かれたのは昭和 35 年 4 月のことである。委員 18 名はすべて学識経験者として参加する形式をとり、委員の過半数は日本医師会の要請をいれ診療担当者側から選出された。委員の最終答申は、「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」と題して、昭和 38 年 3 月 23 日に行われたが、日本医師会を中心とする開業医側の見解が広くとりいれられることになった（近藤 1966：293）。

こうした国民皆保険に向けた機運が高まる中で、1957 年度中には皆保険を実現させるための法改正を実施しないことが決定されると、そのことが新聞で大きく報じられた。伊部は「皆保険に非常に何か水を差したような印象になりますので、これはまずい」と考え、省内に 1957 年度を初年度とする国民皆保険 4 か年計画を策定した（小山 1985：277）。

そして、この計画の目標を明らかにし、国民健康保険制度の充実を期するため、昭和 33 年に国民健康保険法の全面改正が行われた。新・国民健康保険法の要点は、①昭和 35 年度中に全市町村が国民健康保険を実施するものとしたこと、②国民健康保険制度の確立のため、国の責任を明確にし、旧・国民健康保険法の療養の給付費の 10 分の 2 以内の補助を 10 分の 2 の国庫負担の制度に改め、これとは別に調整交付金制度を創設して療養費の 5 分に相当する額を負担することとし、また、事務費についても旧・国民健康保険法の補助制度と負担金制度に改めたこと、③給付内容の充実強化を図り療養の給付の割合を 5 割と法定したこと、④療養担当者については、旧・国民健康保険法の自由契約制から、いわゆる二重指定制に改めるとともに、診療報酬についても健康保険と同一とすること等であった

計画は順調に進んだ。全国の市町村に国民健康保険が普及し、1961 年 4 月 1 日には所期の目的を達成することができた。これによりそれまで被用者保険の適用を受けられなかった農民、漁民、自営業者などの一般国民も全て医療保険適用を受けることとなった（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：49）。こうして国民皆保険が達成することになった。

## 3.2. 保険局内に設置された社会保険研究会における検討

### (1) 社会保険研究会の設置

新国民健康保険法が1959年1月1日から施行され、1960年度末までに国民皆保険達成の見通しがついたこの時期、各種の医療保険制度をさらに改善するための改革案の検討が開始された。前年12月に保険局長に就任した太宰博邦は、国会休会中の5月から6月にかけて、局長、次長、各課長のほか、課長補佐、係長、事務官ら総勢40名を集めた勉強会「社会保険研究会」を保険局に設置することとした<sup>49</sup>。

同年4月から翌1959年7月まで保険局年金保険課長を務めていた尾崎重毅は、太宰「の発案で、局内に医療保険問題を根本的に検討しようという小委員会が設けられ」、当時、入省5年目の「吉村仁氏も保険局（医療課）事務官として、この委員会に参加していた」とし、「数回に亘る熱心な討論が行われた」と述懐している<sup>50</sup>。あくまで保険局の勉強会であり、設置令も定められていないため、『厚生省五十年史』をはじめとする公式の通史文献には記録は残されていない。

同研究会は、第一分科会で行政機構と事務の合理化、第二分科会で疾病保険のあり方、第三分科会で医療内容、療養担当者制度、医療費診療報酬のあり方を主たるテーマに定め、活発な議論が行われた。そして6月27日には第一、第二分科会が、29日には第三分科会がそれぞれ中間報告を行なった<sup>51</sup>。

その後、1960年度予算に盛り込むべく検討が進められ、一部については予算に反映された。しかし予算折衝や保険四法案の改正に追われ、研究会は一時中断することになったが、翌年4月、再び研究会が開催されることになった<sup>52</sup>。同研究会は、1960年4月時点からの議事録や検討成果を「医療保険制度問題点」と題した資料集に編綴して解散した。表17に検討メンバーを示した通り、後に医療保障総合審議室のメンバーとなる北村和男や医療費基本問題研究会の事務局を務める医系技官の松浦十四郎も参画していたことがわかる。

---

<sup>49</sup> 「保険局で局内研究会—根本問題を検討」『社会保険週報』1959年4月29日1頁、「保険局の社会保険研究会—三つの分科会で明年度予算を目標に」『社会保険週報』1959年5月13日2頁

<sup>50</sup> 尾崎重毅（1979）「医療保険改革問題に思う—吉村仁論文に対する所感—」『健康保険』33巻3号12-17頁。

<sup>51</sup> 「保険局の研究会が中間報告—機構改革など問題出る」『社会保険週報』1959年7月8日1頁

<sup>52</sup> 「行政機構など五点を—保険局の社会保険研究会の課題」『社会保険週報』1960年4月20日1頁



表 18 各課が社会保険研究会に提示した論点 (1/2)

庶務課

一、全国保険課（部）長事務打合せ（第53回）の開催について

議題 昭和35年予算案

参考 過去の開催状況

二、社会保険審議会の開催について

議題

1. 船員保険法等の一部を改正する法律案の取扱
2. 政府管掌健康保険保険料率の引き下げ
3. 社会保険審査官及び社会保険審査会法の一部改正
4. 昭和35年度予算案

参考 予算案についての取扱

四、社会保険出張所の設置について

五、社会保険出張所職員の人事事務について

健康保険課

一、医療保険制度の総合的な調整について

二、社会保険診療報酬支払基金制度の検討について

三、社会保険診療報酬支払基金の支払銀行の選定について

四、厚生保険特会法第18条の7の改正について

五、五人未満事業所等非適用事業所の適用について（任包基準）

六、社会保険病院を公的医療機関とする取扱について

七、日雇健保の基本的検討について（借入金返済との関連において）

八、日雇健保の給付内容の改善と保険料の改訂について

九、日雇健保の受給資格を満たさない被保険者の取扱について

十、（判読不可能）

十一、健保保険料率の引き下げ（二月から）

十二、都市健保と私学健保の取扱について

十三、（判読不可能）

国民健康保険課

一、昭和三十五年度予算について（事務費、連合会補助金）

二、昭和三十五年度指導方針について（二月上旬に都道府県に通知）

三、国保の国庫負担金等の算定に関する政令について

（附則における「事務費の基準単価」を改正。二月中に改正公布）

四、昭和三十四年度の国保の事務費負担金等の交付額の算定に関する省令について

（二月中に制定、公布）

五、国保の調整交付金の交付額の算定に関する省令について

（従来は単年度省令であったが、昭和三十四年度から恒久省令として二月中に制定、公布）

六、国保組合に対する頭打ち補助について（組合に対する療養給付費負担金については、

負担金等の政令で、厚生省令で定める額をこえない額で補助されることになっており、

省令で定める額は2963円とされているが、この検討は二月上旬中）

七、国保団体連合会補助金について（交付方法の検討）

表 19 各課が社会保険研究会に提示した論点 (2/2)

---

厚生年金保険課

- 一、昭和三十五年度還元融資決定額115億円中10億が  
医療金融公庫に対する貸出にあてられることについて
- 二、還元融資対象の範囲の拡大について
- 三、福祉施設として新たに認められた老人ホームの構想及び将来の整備計画について
- 四、厚生年金会館の構想及び運営について
- 五、積立金の自主運用について
- 六、厚生年金保険と民間退職金制度との調整について
- 七、労災補償保険法の一部改正案と厚生年金保険法との関連について

---

船員保険課

- 一、船員保険法の改正について
- 二、船保法施行二十周年記念行事の実施について

---

医療課

- 一、差額徴収について
- 二、監査問題について
- 三、基準看護について
- 四、はり、きゅうの取扱について
- 五、点数表の一本化について
- 六、治療指針について
- 七、中央社会保険医療協議会について

---

社会保険監察管理官室

- 一、昭和三十五年度業務監察方針について
- 二、社会保険業務の改善合理化方策の実施について
- 三、昭和三十三年決算検査報告に対する答弁について

表 20 社会保険研究会における検討項目 (1/2)

第一部会

社会保険行政機構の検討

第二部会

第一分科会

各種医療保険間の適用の調整

- (一) 健保と国保の適用範囲の調整
  - (1) 五人未満事業所、非強制適用業種に対して健保と国保どちらで対応するか
  - (2) 土建国保の新規加入の取扱
  - (3) その他
- (二) 日雇健保と国保その他との調整
  - (1) 国保その他の医療保険より日雇健保へ移行した被保険者の  
移行後二ヵ月間の保険給付の取扱等
  - (2) その他
- (三) 遡及適用の問題の検討
  - (1) 国保の被保険者とされる者に対する健保又は日雇健保の適用を遡及することの可否
  - (2) 資格得喪の時期
- (四) 医療保険と関連制度の調整
  - (1) 医療保険、医療扶助並びに結核、精神病の公費負担制度の総合的な検討
- (五) 健保、船保と共済組合の適用範囲の調整
  - (1) 公務員中臨時職員等の低給与者及び非常勤職員である者を  
共済組合に加入させることの可否
  - (2) 健保の被保険者が共済組合の組合員となった場合の給付の調整
  - (3) その他
- (六) 日雇健保の適用範囲及び適用除外
  - (1) 被保険者とする者の業態をたとえば失対事業就労者に限定すること等の可否
  - (2) 被保険者を居住地域（たとえば都市）によって限定することの可否
  - (3) 労働保険組合、擬制組合の取扱についての検討
  - (4) 適用除外を当然除外の者と任意除外の者とに分けることの可否
  - (5) その他
- (七) 日雇健保から健保への被保険者の移行
  - (1) 日々雇用の者につき同一事業所に一定日数以上使用される者を  
健保の被保険者とすることの可否
  - (2) 現行法の解釈により日雇健保の被保険者を健保に移行させる考え方
  - (3) 日雇失業保険と日雇健保との一元化
  - (4) その他
- (八) その他

第二分科会

- (一) 給付率の検討
  - (1) 健保等被用者保険の家族療養費の給付率の引上
  - (2) 国保の給付率の引上
  - (3) その他



表 21 社会保険研究会における検討項目 (2/2)

- (二) 給付及び保険事故の範囲
  - (1) 分べん給付の現物化
  - (2) 給付期間の制限の廃止
  - (3) 予防給付
  - (4) 国保における傷病手当金制度
  - (5) その他
- (三) その他

---

第三分科会

- (一) 総則的事項
  - (1) 保険者につき組合方式を採用することの可否
  - (2) 日雇労働者の範囲と健保における被保険者としていない者の範囲との調整
  - (3) 被扶養者の範囲を健保にあわせること可否
  - (4) その他
- (二) 被保険者
  - (1) 被保険者とする者の業態をたとえば失対事業就労者に限定すること等の可否
  - (2) 被保険者を居住地域（たとえば都市）によって限定することの可否
  - (3) 労働保険組合、擬制組合の取扱についての検討
  - (4) 適用除外を当然除外の者と任意除外の者とに分けること可否
  - (5) 被保険者手帳の有効期間、返納の取扱
  - (6) その他
- (三) 保険給付
  - (1) 療養の給付期間を健保なみに延長することの可否
  - (2) 新規に被保険者となった者の受給要件をみたすまでの間の療養の給付の取扱
  - (3) 受給資格者未確認の場合の療養費払と療養の給付との調整
  - (4) 傷病手当金及び出産手当金の支給日数の限度の延長及び  
保険料との関連におけるこれらの手当金の額の検討
  - (5) 傷病手当金と療養の給付の結び付の検討及び不就労の確認の方法
  - (6) 埋葬料及び分べん費の額の引上げと哺育手当金の新設
  - (7) その他
- (四) 費用の負担
  - (1) 日雇健保財政の根本的な立てなおしの検討
  - (2) 国庫負担の引上げと国庫負担の対象を全給付に拡大すること
  - (3) 保険料を日額制とするか月額制とするかの可否
  - (4) 保険料の納付方法の再検討
  - (5) 保険料の等級区分と各等級毎の保険料額
  - (6) 保険料の徴収を事業主と被保険者に分けて行なうこと可否
  - (7) その他
- (五) その他

---

第三部会

医療機関の整備問題、医療関係者に関する問題、診療報酬支払方式の検討

表 22 医療関係者に関する検討内容（社会保険研究会議事録）

---

一、医療関係者の種類及びその業務の内容
1、公的医療関係者 国立病院、同療養所、大学附属病院、社会保険病院、その他地方公共団体の開設する医療機関等に勤務する医療関係者でその属する組織において専門的な研修を行ったものを トップマネージャーとする。
2、その他の医療関係者 1 以外の医療関係者で地区組織上の分化においては、専門的な研修を行った者も必要である。

---

二、医療関係者の受給の適正化
1、医療機関の適正な配置と共に検討されるべきもので、医療関係者の養成を計画的に実施する必要がある。保険医の登録の制限。
2、医師の養成は、文部省の責任で行なわれているが、厚生省は、医療保障制度担当の責任から、積極的に養成の計画にそって関与する必要がある。
3、現行のインターン制度については、その内容を充分検討し、医療保障制度の組織に入れる必要があるが、医療法、医師法、歯科医師法より身分について疑義がある。
4、専門医制度の実施の促進 専門医制度は、臨床医学の進歩を促し、医師の技術が正しく評価される方向で検討されるべきものである。したがって、専門医研修は、国立病院、社会保険病院に於て実施し、その検定は国が公平に行う。

---

三、医療関係者の再教育
医療関係者の医学医術の研修を目的として一定期間、国が再教育を行う。

---

四、医療関係者の身分保証
国民皆保険制度が全面的に実施されると、医療も社会医療となり、一つの公的サービスの性格をおびてくるから、医療関係者も公務員的性格をおびてくるものと考えられる。 このような状態になった場合には、何等かの保障が考慮されねばならぬ。この意味から、医師の退職年金制度が考慮される。また、医療機関の適正配置より検討すれば、社会保障制度による医療関係者は、医師免許取得後の経年、専門教育の有無等により身分の保証を行なう。また、公的医療機関に勤務する医療関係者は、医師免許取得後直ちに保険医となり、一定期間地区病院に勤務する。私的医療機関については、濫立を防止し、適正な医療機関の配置を考慮して、現行の保険医の登録制度について検討する。 すなわち、医師免許取得後一定年限を経過した後、保険医の登録を許可する。

---

五、現行の登録方式の検討
六、保険医療機関の指導監督

---

表 23 医療提供体制に関する検討内容（社会保険研究会議事録）（1/2）

一、医療機関の機能の分化による整備

わが国の医療機関の分布は従来より組織的な医療制度とは殆んど無関係に進展し、特に診療所の開設に当っては、私的機関独自の意志によって進行してきたため、これらの分布状況は国民皆保険制度の趣旨からは著しく逸脱している。一方、近年における医学の著しい進歩と医療保障制度の展開は、医療機関の整備問題について新段階に達したものと思われるが、この際医療機関の機能の分化による整備こそ極めて緊急を要する面の一つと考えられる。

1、医療の種別による区分

イ、治療機関（病院、診療所の項参照）

ロ、予防機関

公衆衛生（行政）体系と医療機関の緊密な連けいを図るため、今後公的医療機関新設については、保健所地区を単位として推進すること。更に保健所の検査室の能力拡充を図り、私的医療機関の検査業務に協力すること。なお、保健施設と保健所との活動領域については、前者は主として疾病予防に重点をおき、後者は環境の全般的向上を主軸とする健康増進及び地域への保健サービスを主目標とする。（リクリエーション）

ハ、アフターケア施設

現在多種多様にわたる施設を質的、量的に強化し、機構の強化については、昭和25年の審議会答申の線に沿う。なお、国民年金よりの投資を円滑にさせる。（金融）

2、病院、診療所の分化及び整備

イ、公的病院の整備を地理的配置、規模、設備、機能等について規制し、更にその性格を明らかにする。（別図）

ロ、公的病院については、医師の再教育施設を考慮する。

（特に中央、地区病院に必置）…運営委員会の設置

ハ、特殊病院、特に精神病院の増設については、既存の施設を考慮しつつ公的機関によって捕捉する。

ニ、公的病院整備計画については、医務局総務課案を押し。

ホ、オープン・システムについては時期尚早であるが、社会保険病院で実験的に行うことも考えられる。

但し、これを利用する医師に対してある程度の規制を考える。

ヘ、既存国立病院のうち、地理的配置上不便なものは、特殊病院とし、研究施設、医療関係者訓練施設等を強化する。

ト、私的医療機関に対しては規制しないが、新增設等については、地区委員会の運営に協力せしめる。

チ、診療所の規程（医療法）

病床利用の規程（24時間のみ保険診察とする点）

表 24 医療提供体制に関する検討内容（社会保険研究会議事録）（2/2）

---

3、教育、研修用病院
イ、大学病院…学生の教育を主眼とし、研究は基礎医学に重点をおく。 インターン病院としては不適當と思われる。
ロ、研修用病院…インターン生に対して、中央並びに地区病院を充てる。 なお、医師の再教育としても十分の施設を考慮する。（公立を主体とする。）

---

4、専門化による区分
専門医と一般医との関連（医師会としての自主性を尊ぶ。）

---

5、地区組織上の分化
中央、地区、地方病院の新設に際しては、地区組織としての認識及び協力を 得て行うよう計画し、特に医師の再教育については、地区委員会による運営が望ましい。

---

6、経営を主体とする区分
イ、公立病院の地区医師会に対するサービス強化 高度精密機械の開放と有機的運営 再教育の場を提供
ロ、私的診療所の予防部門への協力態勢を強化（主として発病防止に限定する。）
ハ、直営病院（国鉄、公社保険者等）の一般開放

---

二、医療機関の適正配置及び体系化
社会保障制度の推進のためには、医療機関のネットの整備をはかる必要があり、 このためにも、都市、農村及びへき地等の地理的条件を検討し、 病院、病床及び診療所の併合整理の強化及び組織化を行う。

---

三、無医地区の解消策
無医地区は、現在なお多数存在し（無医地区総数1184、無歯科医地区総数2424、 昭和33年8月調）、国民皆保険の達成に重大な支障があるので、 これを早急に解消するため、へき地診療対策と呼応し、 無医地区となっている原因を究明する必要がある。 現在考えられる解消策としては、国保の直営診療施設の設置の促進、 隣接地区医療機関の利用奨励、又は巡回診療、有期間出張診療、 医療担当者の補充の強化等が考えられる。

---

四、医療金融
--------

表 25 診療報酬支払方式に関する検討内容（社会保険研究会議事録）

- 
- 一、総医療費の額について
    - 1、国民総所得の中に占める総医療費の割合
      - (イ) 我国の現況
      - (ロ) 諸外国の現況
    - 2、我国の総医療費の適正規模又は限界
  - 二、国民の医療費負担の限界について
    - 1、国民所得の中に占める医療費と保険税との割合
    - 2、高額所得者の医療費のうち保険診療による医療費の割合
  - 三、医師の所得について
    - 1、国民一人当たり所得と医師一人当たり平均所得
      - (イ) 我国と諸外国の状況
      - (ロ) 開業医、勤務医
    - 2、医師一人当たり人口の推移
      - (イ) 我国と諸外国の状況
      - (ロ) 都市の規模との関連
    - 3、医療費の中技術料と医療材料との関連
    - 4、我国、諸外国の医師数の適正規模及びその確保手段
    - 5、医師の所得格差の問題
      - (1) (イ) 開業医、(ロ) 勤務医—一般医、専門医
      - (2) 諸外国の方法
  - 四、支払方法
    - 1、現在の制度の問題点
    - 2、諸外国の制度
    - 3、診療報酬支払制度の
    - 4、各方式において診療報酬に格差を設けるためには如何なる方法があるか
    - 5、我国が取るべき支払制度は
    - 6、現行制度を基としてそれを改良した支払制度
  - 五、差額徴収
  - 六、医薬品
  - 七、保険の医学に及ぼす遠響（ママ）
  - 八、その他

もっとも社会保険研究会では具体的な改革案が構想された形跡は見当たらなかった。作成された議事録を表 18 から表 25 に一覧化した通り、国民皆保険の達成を控え、今後どのような政策課題が生じ得るのか整理していたものと考えられる。また後述する通り、1961 年に医療保障総合審議室が設置されるが、同審議室の報告書に収録されている論点ペーパーと同一のものが、社会保険研究会が取りまとめた「医療保険制度問題点」にも収録されていた。医療保障総合審議室では、具体的な改革案が構想されることになるが、社会保険研究会はその前段階となる論点整理の役割を担ったと評価できよう。

## (2) 論点の整理と改革案の構想

### 医療保険制度の統合・一本化に関する検討

社会保険研究会では、医療保険制度の統合・一本化については明示的に検討されていないが、私立学校教職員共済組合法に基づく私学共済制度について根本的な見直しが必要であることが指摘されている<sup>53</sup>。

保険局は、そもそも私立学校教職員共済組合法は、「厚生省、社会保障制度審議会その他から強い反対意見があ」ったが、「結局、議員立法をもって制定が強行された」と制度の創設自体に否定的な認識を持っていた。なかんずく問題視していたのは、同制度の短期給付である。保険局は、私立学校共済組合はあくまで民間事業であり、本来であれば健康保険法の対象とすべきであると考えており、「教育事業がもつ公益性に着目するとすれば、例えば社会福祉事業、医療事業等についても別の制度を考えざるを得ないこととなるのであって、この事業だけについて別の制度を考える根拠は見出しえない」からである。

その一方で、この時期、私立学校共済組合は、財政状態の良好な私学健康保険組合を吸収しようと企図し、各方面に働きかけており、「最近、私学共済側は、この改正をふたたび議員立法により行うべく、具体的準備にとりかかっている」と警戒する。そこで「私学共済の短期給付については、むしろこれを廃して、健康保険制度の統合し、本来のあるべき姿に戻すべきである」という議論がなされたのである。

### 混合診療の一部解禁に関する検討

社会保険研究会の枠組みの中で、保険局医療課では、混合診療を部分的に解禁するかどうかが精力的に検討が重ねられていた。同研究会では、1950 年に作成された「七人委員会の報告」、1956 年 11 月 8 日に発表された「社会保障制度審議会の意見」、社会保障制度審議会に設置された医療保障特別委員会の審議要旨、そして 1959 年 3 月 27 日の医療保障委員

---

<sup>53</sup> 厚生省（1960）「私学共済制度の問題点について」（厚生省（1960）「医療保険制度問題点」収録、非公表）

の「最終答申」における差額徴収に関する各審議会の意見の抜粋が参考資料として用いられた。また検討にあたり、看護協会、日医、全社協、日経連、総評などの関係団体の差額徴収に対する意見が列挙された資料も作成された。このように過去の報告書や関係団体の意見が参照されながら、検討が進められた<sup>54</sup>。

同研究会は、「医療というものは実に巾の広いもので、未だ研究途上のものもあるし、他の医師が殆んどやっていないというような独特の医療もある。非常に効果が上って費用も安くてすむような効率の高い医療もあれば費用ばかりがかかって余り効果の上らない医療もある。たとえば以前は結核にカルシウムとかザムソプロカノンなどの駐車が行われていたが、殆んど効果がなく、今日では観る人もない」と、一口に医療といっても、有効性や一般性という点で多用であると指摘する。そして、「このような巾広い医療がどんな風に行われても、それに対して出来高払いで診療報酬が支払われていたのでは保険経済はなりたない」ため、「一定限度の範囲を保険給付の対象とするようにせざるを得ない」と保険財政上、ある程度の制限が必要であると主張する。しかし、「その『限度』を可成りゆとりのあるように線を引けば医療費がかさむし、きびしい線を引けば医療として不十分」で「保険では治らない」という認識が広まり、「保険でかかる人はなくなって」、「医療保険の意味をなさないようになってしまう」と、給付範囲の設定の難しさを指摘する。

その上で、「現在保険医療で採用されている『限度』は、『必要にして且つ充分』という考え方」であり、「大まかに表現すれば、十人の医師が判断した場合に七人位の医師が必要だという意見をもつような医療常識的に必要だとされる医療を保険では採用するというように考えられている」とし、「医学会が、この程度までは必要な医療であると判断したようなものはすべてとり入れる方針をとっている」と、従来の保険給付の対象の基準を整理する。

ただこのように保険医療の給付範囲を定めていても、「『がん』でいよいよ助からない、というようなときに、最近某大学で研究している新しい薬がある。あれをやってみたくか、銀歯で充分であるが、金歯の方が細工が精密にいくし、見かけ上もいいから金歯にしたい、というように『必要限度』というのではないが、その方がベターであるというような医療をどうするか」という問題が起こると指摘する。そして、「それを保険でみないのは已むを得ないが患者の希望であれば、その保険をはみ出した部分だけ患者にもたせたらどうか、という考え方が出てくるのは当然である」とし、混合診療を一部解禁することについて一定の根拠があると指摘する。

ただ、「若し差額徴収を無制限に許したとなると次のような現象が起こることを防ぐことができない」として、①患者にその必要性を判断できない費用が不当に徴収される可能

---

<sup>54</sup> 厚生省保険局医療課（1960）「規格診療と差額徴収」（厚生省保険局（1960）「医療保険制度問題点」収録、非公表）

性、②医療上必ずしも必要でない医療を推奨して患者が無駄な医療費を支払わざるを得なくなる可能性がある」と指摘する。そして「右のような心配から、今迄は素人の患者でもその必要性が或程度判断できるような医療の部分だけに限って差額徴収を許していた」とし、入院料や歯科補綴の金については差額徴収を認めてきた。

しかし関係団体から「最も強く要望されている差額徴収は、薬品に対して」であり、「若し薬品に差額徴収を許すとなれば、入院の際の部屋の区別とか、入れ歯の金と銀の別の様に明確には患者には判らないので、患者医師の云うなりになってしまう(マ)」と危惧する。一方で、差額徴収を認めなければ、「患者が、保険で採用してない薬を使って貰いたいと考えた時は」、「入院料から何から何まで、全部患者持ちというわけになる」とし、「善意の世界を土台にして考えれば不便な話である」と指摘する。

そして、「今一つ見逃すことのできない差額徴収の影響」は、「保険診療が差額徴収を許さないという制度を堅持すればするだけ、『必要な医療は必ず保険にとり入れなければならない』ということが強く要請されることとなる。即ち差額徴収の禁止が保険診療の限界線の支えとなっている」とする。そして、「差額徴収を大中に認めるようにしたら」、「若し何か新しい薬が発明されて、がんに非常に有効である、とした場合、これを保険にとり入れるとすれば何億か何十億かの国費を必要とするというようになった時、財政当局は『当分差額徴収でやったらいではないか』ということで、できるだけ保険にとり入れる時期をおくらせようとする」と指摘する。そして「このような傾向は薬の場合だけではなく、全分野に及ぶので、『必要限度』の線は財政的圧迫によって段々後退することとなり、益々医療保障の目的に反するような結果になる」と危惧する。

そして、「以上のような考察から云い得ることは、差額徴収はこれを次のような限度に留めるのであれば大した問題はない」とし、①医療上大して重要な部分でないこと、②医学の知識がない者にもその必要性の判断ができるようなものをあげる。そして、これらの「範囲外にまで及ぼそうとするならば、可成り保険医療上危険を伴う政策であるので、充分慎重に検討しないと百年の悔を残すこととなる」と締めくくっている。

こうした検討とあわせて、1960年1月に保険局医療課が作成した「差額徴収の方法」には、差額徴収を認めるとした場合、具体的にどのように実施するのかアイデアがまとめられている。

差額徴収を実施する条件として、①医療機関によって、差額徴収を許可するかどうかを判断するものがあげられている。具体的には、大学病院、個人立、医療法人等の病院診療所があげられており、「今井方式」と呼称された。また②保険診療外を希望する場合には療養費払いの扱いとする、そして③特定の医療の外に対し差額徴収を認めるというものがあげられた。③については、具体的には、新薬、麻酔、食事、看護、歯科があげられている。ただし、例えば抗生物質の選択順序や検査の回数など、患者の希望診療に対して、差額を認めるかどうか論点になると指摘された。



そして④差額徴収を行った際は、患者の承諾書を提出させ、差額徴収の意味を理解し、承認した旨の証書をとる必要があるという意見もでた。

また⑤「差額徴収の部分のうち、保険の範囲内であるものに対し、療養費払いとする」という案も提起された。これは、「差額徴収を行った部分については医師は患者にその部分の内容証明書を与えることとし、患者はこれを保険課に提出する。提出されたものと基金に提出された請求明細書と合わせて審査し、差額徴収されたもののうち保険の範囲内と思われるものに対しては、療養費払いを行う」という案である。

さらに⑥「差額徴収をゆするとしてその差額を保険者が徴収する」という「大橋論方式」も提起された。「医師と患者との関係は現行通り」とし、「基金で保険外とされた部分は、保険者が患者から徴収する」という改革案である。

### 国民皆保険の達成に関する事項

社会保険研究会に関する資料は極めて少なく、①財政調整、②定率一部負担、③入院時給食費の自己負担化、④入院事前審査制度の導入、⑤医療費適正化について議論がなされたのか否かは判然としない。

むしろ 1959 年から 60 年にかけてのこの時期の主要な論点としてあげられたのは国民皆保険の達成に関する事項だった。保険局国民健康保険課は、1960 年 1 月 18 日に「国民皆保険の達成に関する事項」として、①国民健康保険の実施の促進、②無医村、無医地区の解消、③国民健康保険団体連合会の審査支払事務の整備、④赤字保険者の早期解消、⑤保健施設の強化、⑥五人未満事業所等に対する医療保険の適用、⑦給付範囲の拡大と給付率の引き上げを取り上げた<sup>55</sup>。

国民健康保険の実施の促進については、「昭和 34 年 10 月末の実施率は 88.2 パーセント」で、「約 400 市町村の昭和 35 年度における実施が必要」とし、「なかんずく五大市をはじめとする都市、さらに実施率の低い都道府県において」国民健康保険事業の実施を促すことが必要であると指摘している。

無医村、無医地区の解消については、「国民皆保険の重要な基礎条件」で「無医村、無医地区の解消が緊急を要する」と指摘している。この問題に対して、「国民健康保険の甲・乙・丙の直診の設置」と「隣接地区の医療機関の利用巡回診療」、「直診医師の連絡協議会」の普及と、同連合会に「常設機関を設けて無医地区のあっせん」を行うという方針が示された。

国民健康保険団体連合会の審査支払事務の整備については、「国民健康保険の診療報酬に関する保険者の審査支払事務については、その連合会への委託を徹底するとともに、す

---

<sup>55</sup> 厚生省保険局国民健康保険課（1960）「国民皆保険の達成に関する事項」（厚生省保険局（1960）「医療保険制度問題点」収録、非公表）

みやかに、これに関する連合会の事務組織の強化確立を図り、かつ、事務運営の整備（全国統一）を行うものとする」と指摘する。また、「民生部長、課長の役員ははずすべき」であること、「支払基金から職員を持って行く」こと、「先ず人を得る」ことも資料に併記された。

赤字保険者の早期解消については、「赤字保険者 341 のうち、赤字割合 1 割以上のもの 216、赤字総額約 10 億円について、保険者に財政再建計画の実施その他により早期解消を図るものとする」という方針が示された。また「調整交付金で三年又は四年で解消したい（赤字の五割）」とも付記されている。

保健施設の強化については、「国民健康保険の保健施設は、地域公衆衛生の向上を図ると同時にその予防給付的機能からしても国民健康保険事業の運営の合理化に資することにかんがみ、国民健康保険の普及に伴いその強化拡充を図り、さらに保健婦等の保健活動の運営に当っては、保健所との連繫を一層緊密にし、その協力援助を得て適正に行う」という方針が示された。

五人未満事業所等に対する医療保険の適用については、「五人未満の従業員を使用する事業所及び適用業種以外の事業所の従業員に対する医療保険の適用については、これらの事業所の企業的基盤、従業員の移動率、雇用形態等の点で、国民健康保険を適用する方が実態に即するものもあり、これらの点において健康保険の適用による方が適当であると認められるものについては、現行の任意包括制度による適用を考えるものとする」という方針が示された。

そして給付範囲の拡大と給付率の引き上げについては、「当分の間保険者において制限することを認められている療養給付範囲（往診、補綴、入院の場合の給食及び寝具設備）については、35 年度内にその制限を撤廃する必要があるので、各保険者の財政計画を遺憾なく講ぜさせるものとする」という方針が示された。また「給付率についても」「財政状況をみて」「その適正な引き上げを図るものとする」と指摘された。

表 26 国民皆保険の達成に関する事項

- 
- 一、国民健康保険の実施の促進
    - ・昭和35年度における約400市町村の実施
    - ・五大市をはじめとする都市
    - ・実施率の低い都道府県における強力な国保事業の実施促進
  - 二、無医村、無医地区の解消
    - ・国民健康保険の甲・乙・丙の直診の設置、隣接地区の医療機関の利用巡回診療
    - ・直診医師の連絡協議会の普及
    - ・連合会中に常設機関を設置し、無医地区医師を斡旋する
  - 三、国民健康保険団体連合会の審査支払事務の整備
    - ・国保連への委託、事務組織の強化・連携、事務運営の整備
  - 四、赤字保険者の早期解消
    - ・赤字保険者341のうち赤字割合1割以上の216、赤字総額約10億円について  
保険者に財政再建計画の実施その他により早期解消を図るものとする
  - 五、保健施設の強化
    - ・保健施設の地域公衆衛生の向上、保健婦等の保健活動と保健所の緊密な連携
  - 六、五人未満事業所等に対する医療保険の適用
    - ・事業所の企業的基盤、従業員の移動率、雇用形態等の点で国保適用が実態に即している
    - ・健康保険適用が適当な場合には現行の任意包括制度による適用を検討する
  - 七、給付範囲の拡大と給付率の引き上げ
    - ・三十五年度内に往診、補綴、入院時給食、寝具に給付制限を  
撤廃するため、各保険者で財政計画を講ずる
    - ・財政状況をみて給付率の適正な引き上げを図る

### 3.3. 医療保障総合審議室における改革案の構想

#### (1) 医療保障総合審議室の設置

国民皆保険の達成が近づく中、各種に分立している医療保険制度間の格差をどのように調整すべきかが新たな問題として認識されるようになり、改革の機運が高まっていった(厚生省五十年史編集委員会編 1988a:965)。そこで皆保険達成を目前に控えた1961年3月、厚生省は「国民皆保険体制と関連して医療と保険との相互関係に関する諸問題、医療保障の諸制度の現実的な将来の方向づけ(マ)に関する諸問題その他当面する医療保障の諸問題につき、それらの問題点の本質と実態を把握」しながら「具体的な実現の方向と方途を検討」し、「医療保障制度改善に関する総合的な調査及び企画を行う」ことを目的として、大臣官房に医療保障総合審議室を設置した。

室長に着任した山本正淑(大臣官房審議官)は、「国家百年の大計を樹てる意気込みで、省内の医療保険のわかる俊秀」として(吉村仁さん追悼集刊行会編 1988:97-98)、伊部英男(大臣官房参事官)、木暮保成(社会局庶務課長補佐)、医系技官の浦田純一(医務局総務課長補佐)、北村和男(保険局船員保険課法規係長)、吉村仁(大臣官房企画室企画第二

係長)、幸田正孝(大臣官房総務課主査)ら、後に幹部として医療保険政策を牽引することになる若手官僚を招集した<sup>56</sup>。

同審議室は、「国民皆保険下、医療保障の諸問題の解決に一步前進する方策を講ずるに際しては、それぞれの関係者の立場からの要望は何かを想定して、その公約数を発見することが一つの手掛かりである」とし<sup>57</sup>、「国民の側、医療担当者の側に立ち、さらに国家的立場を加えて、要請事項と思われる主なものを列挙」していった。幸田が「とにかくいろいろな引出しをあけてみた」と述懐する通り<sup>58</sup>、想定される改革案をリストアップしていったのである。

はじめに「国民の立場」からは、医師や歯科医師の選択の自由、充実した給付サービス、窓口での自己負担や保険料負担が可能な限り少ないこと、医療保険制度間の公平性が担保されていることが要請されていると指摘した。次に「医療担当者の立場」からは、医師の診療における自由の確保、医療担当者の生活水準の保障、診療報酬制度の適正化が要請されていると指摘した。そして「国家的立場」からは、予防、治療、リハビリテーションを通じた総合的な医療制度の構築、医学の進歩の尊重と促進、医療保障制度の能率的運用などが要請されていると指摘した。

これら想定される要請を考慮しながら、「国民皆保険の達成という現実から生じて来る諸問題についての緊急度を勘案」し、「今後医療保障制度の改善を行なう場合の目標」として、次の四つを設定した。すなわち、①医療担当者の診療の自由の確保、②医療担当者の待遇の改善、③給付の公平の確保、④能力に応じた保険料の設定である。そしてこれらの目標を通底する理念として、「予防、治療、及びリハビリテーションを一貫した総合的な見地からその対策が考えられなければならない」としながら、この四つの目標に対して想定される複数の改革案を構想し、検討を重ねた。

そして、「現行の制度について極めて大巾な制度的変革を行なうことを内容としたA案」、「現行の制度について将来かなりの変革を行なうことを念頭におきながら、それに接近する第一段階として現行制度に制度的変革を行なうB案」、「現行の制度の建て方は変革しないで当面の諸目標を部分的に実現することを内容とするC案」の三つを「今後の医療保障制度の基本的方向についての試案」としてまとめた。同年4月28日に試案を含む検討過程をまとめ、研究資料と題して手書きの報告書を作成し、さらに議論を重ねて5月16日に再び研究資料と題した報告書を作成した<sup>59</sup>。

---

<sup>56</sup> 医療保障総合審議室(1961)「医療保障審議室中間報告」(非公表)附4頁

<sup>57</sup> 医療保障総合審議室(1961)「医療保障に関する諸問題の検討(研究資料)(昭和36年4月28日)」附(非公表)4頁

<sup>58</sup> 幸田正孝氏インタビュー(2018年5月23日、筆者実施)

<sup>59</sup> 医療保障総合審議室(1961)「医療保障に関する諸問題の検討(研究資料)(昭和36年4月28日)」(非公表)および「医療保障に関する諸問題の検討(研究資料)(昭和36年5月16日)」(非公表)

もっとも同審議室は、ゼロベースから改革案を構想したわけではない。例えば定率一部負担の導入に関する論点について検討段階で作成された「医療保障に関する諸問題の検討」には、次の通り記述されている。

一部負担の問題に関しては、1952年に採択されたILOの「社会保障の最低基準に関する条約」は、「受給者が病的状態について受ける医療の費用は、受給者又はその扶養者に分担させることができる。この費用の分担に関する規則は、過重負担を避けるように考慮しなければならない。」と規定し、また前述の社会保障制度審議会の「医療保障制度に関する勧告」では、「医療保障の建前からすれば、本人負担という制度は望ましくない。しかし、額が軽少であり、納得のゆく形のものであるならば、その実施もやむを得ないと考える。」という結論を下した。1955年の七人報告書では、「一部負担が、例えば、2割とか3割の定率で行われるとすれば、極めてそれが少額のものとなったり、また逆に入院料や大手術の場合のごとく、とうてい本人が負担にたえられないようなものになるとかいった不都合がことになる」が「イギリスのごとく徹底した社会保障制度を行なう国においてすら処方箋代とか歯科については本人負担を認めているのであるから、初診料のように手数的なもの及び入院料中の食費の一部を自己負担させることが現状からみても適当であるとし、将来は定額の一部負担は、もしそれが必要であるとしても、これを引き下げるべきである」と主張している。以上を要するに、一部負担は、均衡論その他の理由から若干は認めてもよいが、その負担が著しく（マ）過重なものとならないよう十分に配慮する必要があるといえよう<sup>60</sup>

このように医療保障総合審議室では、ゼロベースから医療保険制度の改革案を構想していたのではなく、過去に提起された文献を必要に応じて利用していたのである。さらに6月から7月にかけて、伊部がヨーロッパに派遣され、医療保障制度を調査している通り、海外の事例についても改革論議の中にとり入れられていった。

約半年間にわたる検討を経て、同審議室は「医療保障総合審議室中間報告」と題した大部の報告書を取りまとめた。同報告書は、上述の四つの論点に対する約190頁にわたる改革案と、伊部の海外調査の報告書から構成される（表27）。以下で構想された主要な改革案について確認していこう。

---

<sup>60</sup> 医療保障総合審議室（1961）「医療保障に関する諸問題の検討」（非公表）33-34頁

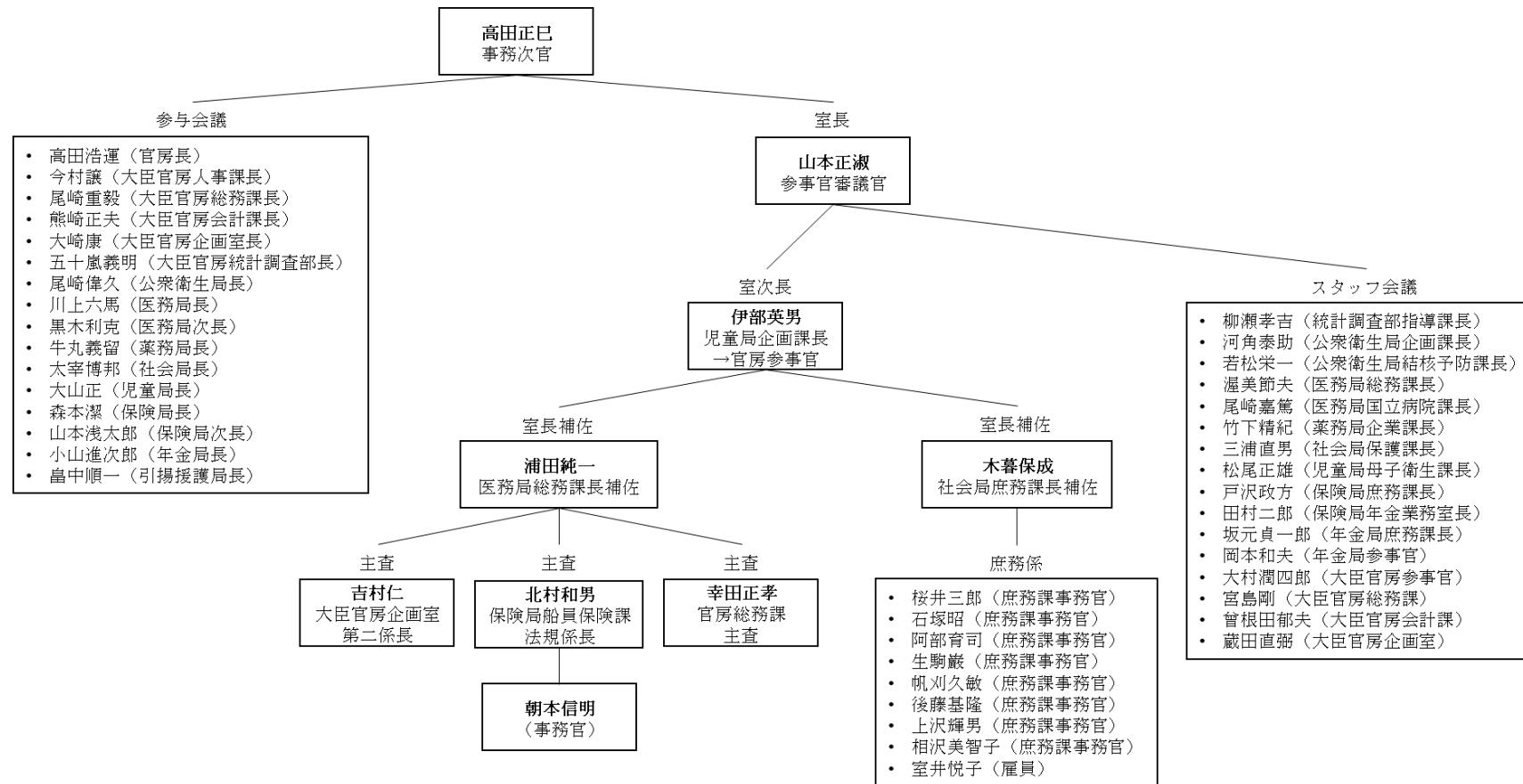


図 6 医療保障総合審議室の組織体制

表 27 「医療保障総合審議室中間報告」の検討項目

---

はしがき

1. 現行医療保障制度の問題点と改善の方向について
2. 医療保障制度改善方策試案（A）及び（B）

参考資料

1. 医療保障に関する諸問題の検討（研究資料）
2. 保険給付及び保険料負担等に関する資料
  - （1）医療保障における疾病予防（予防給付）のあり方について
  - （2）国民健康保険に関する二、三の問題について
  - （3）五人未満事業所等について
  - （4）日雇労働者健康保険について
  - （5）保険料・一部負担の減免について
  - （6）母性保護について
  - （7）公費負担医療制度について
3. 医療担当者の診療における自主性に関する資料
  - （1）「制限診療」問題の現状と対策について
  - （2）現物給付方式について
  - （3）療養費払方式について
  - （4）診療報酬支払方式について
  - （5）差額徴収について
  - （6）医師の技術差について
  - （7）医学の進歩と医療保険について
  - （8）国民皆保険下における医療保険の運営に関する二、三の問題について
4. 医療担当者の処遇に関する資料
  - （1）医師の生活水準と医療報酬について
  - （2）公共料金の決定方式について
5. その他
  - （1）オープン・システムと診療契約について
  - （2）医薬品に関する問題について（その一）
  - （3）医薬品に関する問題について（その二）
6. 調査報告

表 28 「医療保障に関する諸問題の検討（研究資料）」の概要

第一章 医療保障制度の改善に当って当面考えるべき目標と問題の所在

第一節 当面の目標の設定

第二節 問題の所在

- 第1 診療の自主性に関する問題
- 第2 医療担当者の処遇に関する問題
- 第3 給付の充実と均衡に関する問題
- 第4 保険料負担の公平に関する問題

第二章 医療保障の改善に関する問題点の検討

第一節 診療の自主性の確保に関する具体的方策

- 第1 療養費払方式の併用
- 第2 差額徴収制
- 第3 個人の技術差を認める方策
- 第4 一部負担制等の改訂
- 第5 大学病院における研究的医療等の取扱
- 第6 件数払方式の一部導入

第二節 医療担当者の処遇に関する問題点の検討

- 第1 診療報酬等
- 第2 医療担当者の共済制度等
- 第3 休養及び研究時間の確保

第三節 給付の充実と均衡に関する問題の検討

- 第1 各制度間の給付の不均衡
- 第2 本人と家族の間の給付の不均衡
- 第3 低額所得者の一部負担の軽減
- 第4 自営業者に対する休業給付

第四節 負担の公平に関する問題の検討

- 第1 被保険者の保険料負担
- 第2 事業主の保険料負担
- 第3 国庫負担



## (2) 構想された主要な改革案

### 取りまとめられた A 案と B 案

医療保障総合審議室は、表 27 および表 28 に示した通り、医療保険制度に関する多岐にわたる論点を取り上げ、現行制度の不備や想定される複数の改善策を検討し、リストアップしていった。そうした過程を経て、今後の解決に向けた全体像を示す目的で作成されたのが「医療保障制度改善方策試案」(以下、方策試案)で<sup>61</sup>、方向性が異なる A 案と B 案の二つが作成された(表 29～表 32)。

A 案と B 案が決定的に異なるのは、分立する医療保険制度の体系を変更するか否か、という点である。A 案では、分立した制度体系を維持したまま、制度間で異なる給付率を 8 割に統一し、各保険の事務費を全額国庫負担で賄うことが示されている。つまり制度の現状を維持しながら調整を図っていくという考え方である。

一方、B 案では、分立した各種制度を統合・一本化する、というドラスティブな改革案が示された。具体的には、政府機関として医療保険事業体という公法人を設立し、現行の不合理的を一挙に改善するというものだった。

---

<sup>61</sup> 医療保障総合審議室(1961)「医療保障総合審議室中間報告」(非公表) 25 頁

表 29 「医療保障制度改善方策試案 (A)」の概要 (1/2)

- 
- 第1 目的
- ・現行の制度体系を維持したまま各種保険の給付改善を図る
- 第2 保険給付に関する事項
1. 医療給付の範囲及び期間
    - (1) 医療給付の範囲は、現行と同一とする
    - (2) 給付期間は治癒までとする。長期傷病は2か月経過及び2か月経過後6か月経過ごとに診療継続の要否を診査する
  2. 一部負担
    - (1) 低所得者、乳幼児、妊産婦等は10割給付とする（若干の一部負担あり）
    - (2) その他はすべての保険を通じて本人・家族を問わず8割給付、2割の定率一部負担とする  
ただし一部負担について1か月当たり最高限度額を設ける  
なお、一部負担金の徴収については、国民健康保険法第42条の例による
    - (3) 各保険者は財政余力に応じて一部負担金を償還できる
  3. 休業給付
    - ・傷病手当金の支給期間はすべての傷病について3年に延長する
- 第3 医療内容等に関する事項
1. 医療担当者の自主的責任体制
    - ・都道府県の医師・歯科医師・薬剤師が保険医療を自主的に規制する委員会を設立する
  2. 給付準則等
    - ・治療指針、薬価基準等はずとめて医学技術の進歩をとりいれる。  
研究段階にある医療等は保険診療の外で行うことができることとし、  
費用は患者負担とする（低所得者には償還）。
    - ・差額ベッド、歯科補綴の金合金は保険診療の外とし、  
その費用は患者の負担とする（低所得者には償還）
  3. 審査制度の廃止
    - ・診療報酬支払の請求明細書による診療内容の個別審査制度を廃止する。
    - ・支払、請求窓口は支払基金及び国保連合会に統一する
  4. 診療報酬
    - ・現行診療報酬について事務の簡素化を目的として大項目にまとめる
- 第4 費用負担に関する項目
1. 保険料
    - (1) 被用者保険はおおむね現行通りの算定方法をとる
    - (2) 国民健康保険は、定額及び所得に対する定率の保険料として数段階のものを設定する。  
各段階について標準額及び標準料率を定め、それを基準として各保険者が定める

表 30 「医療保障制度改善方策試案 (A)」の概要 (2/2)

2. 国庫負担

- (1) 各保険の事務費は全額国庫負担とする
- (2) 国保の法定保険給付費に係る保険者負担分が  
各保険者標準保険料率等によって徴収すべき保険料総額の  
80%相当額を超える場合には、その超える額を国庫が負担する
- (3) 日雇労働者健康保険を政管健保に吸収させ、  
5人未満事業所の取扱いに関連して相当の国庫負担を行う

第5 その他

1. 医学技術等振興基金

- (1) 平均標準報酬が政管健保の平均標準報酬を上回る保険者は、  
保険者負担分の診療報酬に一定率を乗じて得た額を拠出する。  
その拠出金で、医学技術等振興基金及び国民保健基金を設ける
- (2) 両基金は、医学技術の進歩その他医療担当者及び被保険者の福祉の向上にあてる

2. 生活保護との関係

- ・生活保護受給者には国民健康保険を適用し、保険料は減免措置を講じる

3. 日雇労働者健康保険の廃止

- (1) 日雇労働者健康保険制度は廃止し、健康保険制度を適用する
- (2) 5人未満事業所の従業員及び事業主は政管健保に加入させる。厚生年金保険も同様の取扱いとする
- (3) 失業保険受給者に対して失業直前に加入していた被用者保険を適用する

4. 療養費払

- ・低所得者が、医学上の必要があり保険者の事前承認を受けて非保険医の診療を受けたとき、  
当該医師の請求した額を基礎として償還する

5. 入院手当金の創設

- ・国民健康保険について世帯主に対する入院手当金制度を創設する

6. 助産給付の改善

- ・国民健康保険について助産給付を法定給付とし、  
大幅な内容改善を図る。健康保険等においても給付改善を図る

7. 国民健康保険の事務の軽減

- ・世帯員の一部が国民健康保険に加入している国保一部世帯の解消方策、  
国民健康保険の被保険者について毎年一定期日よりその属する保険者を定める方法を考究し、  
保険料賦課方式の合理化とあわせて国民健康保険における事務の軽減を図る

表 31 「医療保障制度改善方策試案（B）」の概要（1/2）

第1	目的	・新たに医療給付を一元的に行なう保険を創設する
第2	保険者及び被保険者に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新たに創設される統合医療保険の運営機関として「医療保険事業体」（公法人）を設立する</li> <li>・既存の社会保険の各保険者は、医療給付以外の保険給付・保健施設を行う</li> <li>・被保険者は、医療保険事業体から医療給付を、既存保険者からその他の保険給付をうける</li> </ul>
第3	新たに創設する統合医療保険に関する事項	
	1. 医療給付	
	(1) 医療給付の範囲及び給付期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療給付の範囲は、現行健康保険の医療給付の範囲と同一とする</li> <li>・給付期間は治癒までとする</li> <li>・入院患者に対し6か月ごとに入院継続の要否について保健医療指導委員が診査する</li> </ul>
	(2) 一部負担金	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者、世帯主、家族の別なく、定額（外来1日50円、入院1日100円）</li> <li>・低所得者に対して別に減免措置を講ずる</li> <li>・健保組合・共済組合は一部負担金の償還を行うことができる</li> </ul>
	2. 医療内容	
	(1) つとめて医学技術の進歩をとり入れる	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究段階の医療は保険診療の外で行う（低所得者には医療保険事業体から償還）</li> <li>差額ベッド、歯科補綴の金合金は保険診療の外とし、その費用は患者の負担とする（低所得者には償還）</li> </ul>
	(2) 支払基金の審査委員会による審査制度は廃止し、医療担当者の自律に委ねる	<ul style="list-style-type: none"> <li>支払・請求窓口は医療保険事業体に統一する</li> </ul>
	3. 保健医療指導委員及び医療委員会等	
	(1) 各都道府県に保険医療指導委員（医療担当者）を設置する	
	(2) 各都道府県に医療委員会、歯科医療委員会、調剤委員会を設置し、診療報酬の配分を行わせる	
	(3) 保険医療指導委員は、常時、保険診療に関する指導・監査を行う	
	(4) 医療委員会等は、診療報酬支払方法の決定などの事務、医療担当者の指定取り消しなどを行う	
	4. 診療報酬	
	(1) 診療報酬決定の手順	<ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生大臣が関係団体等の意見を聞いて診療報酬総額を医療保険事業体の予算案として決定する</li> <li>・前項の診療報酬総額等の予算案は国会の議決を経るなど政府機関の予算の例による</li> <li>・診療報酬総額は、医療費勘定、歯科医療費勘定等数勘定に分けて都道府県ごとに配賦する</li> </ul>
	(2) 診療報酬総額算定の原則	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療担当者に支払う診療報酬総額は、物価その他の経済事情を勘案し、医療担当者の所得を妥当な水準に維持し、医療経営の効率的運営を確保することを旨として、国民所得の一定率を基準とする</li> </ul>

表 32 「医療保障制度改善方策試案（B）」の概要（2/2）

- (3) 診療報酬支払方法の決定
  - ・各医療担当者に対する支払額を算定する支払方法は、各都道府県の医療委員会等で決定する
  - ・支払方法は、当該都道府県の診療報酬配賦額の範囲内で賄いような支払方法にする
- 第4 既存の社会保険に関する事項
  - 1. 既存の社会保険の事業
    - ・既存の保険者は休業・出産・葬祭・附加給付、一部負担金の償還、保健施設等を行う
  - 2. 休業給付
    - (1) 健康保険の傷病手当金等の支給期間は、すべての傷病について3年に延長する
    - (2) 国民健康保険において世帯主に対する入院手当金制度を創設する
  - 3. 助産給付
    - ・国民健康保険において助産給付を法定給付とし大幅に内容改善する
    - ・健康保険等における助産給付についても改善する
  - 4. その他
    - ・既存の社会保険の保険者は、財政余力に応じて附加給付、一部負担金償還等を行う
- 第5 費用に関する事項
  - 1. 保険料額
    - ・被用者保険はおおむね現行通りの算定方法をとる
    - ・国民健康保険は、定額及び所得に対する定率の保険料として数段階のものを設定する。  
各段階について標準額及び標準料率を定め、それを基準として各保険者が定める
  - 2. 保険料の徴収
    - ・既存の保険者が被保険者から徴収する
    - ・各既存保険者は、徴収する保険料額のうち一定割合を医療保険事業体に納付する
  - 3. 国庫負担
    - (1) 国庫は医療保険事業体に対し、次のものを負担する
      - ・事務費全額、当該年度で医療保険事業体に納付された保険料の二分の一相当額
    - (2) 国庫は既存の保険者に現行通り負担・補助を行う（医療給付費を除く）
- 第6 その他
  - 1. 公費負担医療及び生活保護の医療扶助は原則として医療保険事業体による医療給付に吸収する
  - 2. 日雇労働者健康保険制度は廃止し、日雇労働者に対して健康保険制度を適用する
  - 3. 5人未満事業所の従業員及び事業主は、政管健保に加入させる
  - 4. 失業保険受給者に対して失業直前に加入していた被用者保険を適用する

参考

- この案を実施する前段階として入院保険制度を創設する
  - (1) 既存の各保険者の拠出及び相当額の国庫負担により新たに入院保険制度を創設し、高額の費用を要する入院医療に関する給付を行う
  - (2) 既存の公費負担医療を総合し、新たに入院医療に関する総合的な公費負担制度を創設する

### 定率一部負担に関する検討

方策試案 A 案と B 案のいずれにおいても提案されているのが定率一部負担の導入である。当時、被用者保険では、定額の一部負担は存在していたものの、給付率は 10 割だった。制度間および本人と家族の間での給付率には格差が存在していたため、医療保障総合審議室では、全制度を通じて給付率を 8 割に統一する案が提起された。

同審議室では、「各医療保険制度間の給付の不均衡を是正するためには、制度の統一も一つの有効な手段であるが、諸般の情勢からみて即時全面的に諸制度を統一することが困難であるとするれば、その不均衡を是正する方策をとり、できるかぎり給付の改善と均衡を期すべきであろう」と指摘されている。制度体系が分立していることによって、制度間の不均衡が生じているが、統合・一本化は現実的ではない。そこで現行の制度を維持したまま、給付率の改善を企図するという考え方が示されたのである。

そして「現行制度においては、被用者保険の家族及び国民健康保険においては 5 割給付が保障されているにすぎないから、これを大巾に引き上げ、少なくとも 7 割ないし 8 割程度の給付水準を確保することが必要である」と 7 割あるいは 8 割での給付率の統一という考え方がまとめられることになったのである。日本では 2002 年の健康保険法改正によって全制度を通じて給付率の統一が図られることになるが、すでに 1961 年の時点で、給付率を統一化する考え方も提起されていたのである。

もっとも「定率主義をとると、長期又は重度の傷病で医療費が嵩む場合は、比例的には一部負担も多くなり、しばしば過重な負担とならざるを得ない」ため、「定額一部負担制度に切り換えるか、定率主義をとったとしても負担限度額を設けるとか長期疾病については特別の配慮を行なうとかの措置を講ずべき」と指摘した。つまり定率一部負担と現在の高額療養費支給制度の創設によって、長期や重度の傷病によって医療費が高額になる場合の対応の必要性が示された。

### 入院事前審査制度の導入に関する検討

方策試案では、入院継続の要否について 6 か月ごとに診査するという考え方も示された。医療保障総合審議室が作成した内部文書は、1961 年 3 月から 4 月上旬にかけて作成された「医療保障総合審議室資料」、同年 4 月から 5 月にかけて作成された「医療保障に関する諸問題の検討」、そして 11 月に作成された「中間報告」の三点ある。いずれの資料にも入院事前審査について検討したという明示的な記述は見当たらないが、七人委員会でも提起されていた入院事前審査を念頭に置いて、長期入院による不適切な医療費支出を抑制することが企図されていたと考えられる。

## 差額徴収の拡大に関する検討

同審議室の報告書では、差額徴収についても検討がなされた。当時、①入院する際、患者が当該医療機関の普通病床ではなく、より上級の病室に入ることが希望した場合（療養上の必要性から上級の病室に入った場合は除く）と、②歯科診療において患者が金合金を使用する補綴（冠及び鉤）を希望した場合（ただし療養上、金合金を特に必要とする症例を除く）には、差額徴収が認められ、他の場合には全面的に禁止されていた<sup>62</sup>。

なぜ全面的に禁止されてきたのか。そもそも公的医療保険における保険診療は、現物給付主義を建前としており、被保険者に対して保険者は「必要にして十分な医療」を現物で給付するという理念のもとで運用されてきた。この理念に照らし合わせれば、被保険者は、法律によって義務とされている一部負担金のみを負担すれば、必要にして十分な医療を保険者から与えられ、他に何も負担する必要がなくなることになる。だからこそ差額徴収は禁止されてきたのだが、同審議室では適用対象を拡大するという改革案が検討されたのである。

差額徴収の拡大には次の長所があると指摘されている。すなわち、(1) 医師の診療の自由についての心理的圧迫感が解消されること、(2) 医師の収入が増加すること、(3) 所得額の高い階層にとっては、自己の満足する医療が受けられること、(4) 医療サービスについての自由競争により、医療サービスの向上が期せられること、(5) 患者の医師選択の自由をより認めることになること、(6) 技術差について差額徴収を認めるとすれば、診療報酬支払制度上の一つの難点が解消できることである。

一方、短所として次のことが指摘された。すなわち、(1) 給付内の診療と差額徴収の対象となる給付外の診療との限界が必ずしも患者にとって明確でないこと、(2) 被保険者の負担が増加するおそれがあること、(3) 給付内である保険医療の内容が、財政力に左右されるおそれがあること、(4) サービスの自由競争によって、全国的なサービスの格差が大きくなること、(5) 保険医療の利用価値が低下すること、(6) 負担能力の少ない者は、医師の自由選択の範囲がせまくなること、(7) 低所得者層の被保険者にとっては、保険診療に対する不信感を助長するおそれがあることである。

こうした差額徴収の拡大に関する一般的な長所と短所が検討された上で、拡大するための具体的な方法として六つの改革案が提起された。第一案は、治療材料が高価なため安い材料を使用させているものや、患者の生活環境に順応するため、患者の希望する特別治療について差額徴収を認めるというものである。具体的には、高価な治療材料として歯科補

---

<sup>62</sup> なぜ差額徴収は全面的に禁止されてきたのか。そもそも公的医療保険における保険診療は、現物給付主義を建前としており、被保険者に対して保険者は「必要にして十分な医療」を現物で給付するという理念のもとで運用されてきた。この理念に照らし合わせれば、被保険者は、法律によって義務とされている一部負担金のみを負担すれば、必要にして十分な医療を保険者から与えられ、他に何も負担する必要がなくなることになる。だからこそ差額徴収は禁止されてきたのである。

綴における貴金属や、患者の希望する特別治療として入院の個室希望、手術の際の特別の麻酔希望、遠距離の特定医の往診希望があげられた。当時、黙認されていた差額徴収を正式に認めることを想定した改革案であると言える。

この第一案については、次の問題点が指摘された。第一は、麻酔について認める場合である。患者にとって手術の痛みの程度は知りようがない。そのため医師から必要以上に高価な麻酔を勧められる可能性がある。第二は、往診の距離の限度を明確化する必要性である。自宅付近に医師がいるにも拘らず、患者が遠距離にいる特定の医師に往診を依頼する可能性がある。したがって保険診療としてどこまで給付するのかを明確化する必要があるという指摘である。

第二案は、新薬、新療法で治療指針、薬価基準に未だ採用にならないものについて認めるというものである。長所として、(1) 現在の診療内容に対する規制が薬剤に集中しているため、この案は、医師の診療の自由についての心理的圧迫感を緩和する度合いが高いこと、(2) 研究医療が阻害されないこと、(3) 患者に満足感を与える度合いが強いこと、(4) 経済的効率性が少ないことを理由として、保険診療に採用されていない場合についても特に問題が起きないこと、(5) 学会が承認してから保険診療に採用するまでの手続上の遅れの機関についての問題が解消することが指摘された。

一方で、問題点として(1) 新薬かどうか、新療法かどうかは患者にはわからないこと、(2) 副作用等の研究が積まれないうちに利用され、余計な病気をおこすおそれがあること、(3) 新薬、新療法の範囲を限定しないで認めた場合には混乱をきたすこと、そのため医学会において、一定のものを承認する方法も考えられることが指摘された。

第三案は、研究的治療及び健康診断的検査について認めるというものである。長所として、(1) 大学病院等についての特殊性が認められること、(2) 検査に無駄が生じる場合もあるが、検査結果に基づく効果的な治療が行なわれることが指摘された。一方で、問題点として(1) 研究的範囲を明確にすることが困難であること、(2) 研究にことよせて特殊治療が濫用されるおそれがあること、(3) 不必要な検査が行なわれやすいことが指摘された。

第四案は、急性で、かつ重症になりやすい疾病に対する抗生物質の予防的治療について認めるというものである。具体的には、乳幼児の疫癘や感冒からの肺炎などがあげられている。長所として、(1) 治療の手遅れが防止され、保険診療の全体としての無駄がはぶかれる可能性があること、(2) 審査に対する不満が特に減少することがあげられた。一方で、問題点として(1) 実質上、抗生物質の使用基準が崩れること、(2) 抗生物質の耐性が増加するおそれがあること、(3) 特に保険診療に対する不信感がおきることが指摘された。

第五案は、初診料、手術料の技術差について認めるというものである。長所として、(1) 技術差を評価することによって、診療報酬の画一性が打破されること、(2) 医師の技術の向上が期待されることが指摘された。一方で、問題として(1) 技術差の認定が困難であること、(2) 医療機関が少ない地域では問題があること、(3) 手術料については病院の設備



によっても異なってくるので、實際上、設備差が技術差に転化されることが指摘された<sup>63</sup>。

第六案は、医療機関の施設差について認めるというものである。具体的には、基準看護、基準寝具、冷暖房、洗濯設備などがあげられた。長所として(1) 受益者に対して、給付の公平が期待できること、(2) 医療施設が充実することが指摘された。一方で、問題点として施設差の認定が困難であることが指摘された。

こうした六つの改革案が検討された上で、公表目的で作成された医療保障制度改善方策試案(A) および(B)には次の通り、記載された<sup>64</sup>。

治療指針、薬価基準等はつとめて医学技術の進歩をとり入れるものとするが、研究的段階にある医療等は、保険診療の外で行なうことができることとし、その費用は患者の負担とする。この場合、低額所得者は保険者の承認をうけて償還をうけることができる方法を考究する。(注) 医療担当者の自主的責任体制の確立に伴い、療養担当規則、治療指針、薬価基準等は、いはば(マ) 給付準則の役割をもつこととなる。

なお、特別室への入院及び歯科補てつにおける金合金については、保険診療の外とし、その費用は患者の負担とする。ただし、療養上必要な場合は保険者の承認をうけ、低額所得者に対し償還を行なうものとする。

このように差額徴収を拡大する方向性について六つの改革案が構想され、その長所と短所が検討された。最終的な医療保障制度改善方策試案には、複数の改革案を折衷した改革案が明記された。もっとも各案で提起された問題点をどのように克服するつもりだったのか、低所得者に対する償還払い制度の導入をどのように実現させるのかについては今後の課題とされた。

### 診療報酬の支払い方式に関する検討

1961年4月10日に顧問室において実施された第5回スタッフ会議では、診療報酬支払方式についても検討された。山本、伊部のほか、柳瀬、河角、若松、渥美、竹下、三浦、松尾、田村二郎、岡本、大村など事務官と医系技官も加わった。同日の議論では、件数払い方式の妥当性について議論がなされている。

#### 件数概算払

- ・ 件数概算払には事務の簡素化になる、注射投薬が減る、医療を長引かすことがなくなる等の長

<sup>63</sup> なお、第五案に関連して、医師の技術差をどう評価するかという問題について、次の●個の改革案が検討された。

<sup>64</sup> なお医療保障制度改善方策試案(B)には(A)に記載された注は明記されていない。

所とともに粗診粗療、作為による件数増、軽症優遇、被扶養者の一部負担徴収難等の短所がある

- ・ 岡山の実験では薬剤等が減るとともに、医者は新設に看てくれるとの患者の意見があった
- ・ 件数を増やす必要から親切になる、また長引くのを恐れてよく指導するようになる
- ・ 件数のとり方が一番問題だ
- ・ 長引くとすぐ入院に廻す恐れがある
- ・ 被扶養者の問題が解決されるなら充分検討の余地がある<sup>65</sup>

じつは田村は、1951年に保険局医療課の事務官として岡山県における実証実験を実施したメンバーの一人だった<sup>66</sup>。スタッフ会議においても1951年から1952年にかけて岡山県で実施された包括払制度の実験結果を踏まえながら、件数払い方式の導入について積極的な検討がなされた。

さらに支払い方式の見直しに関する論点を検討する上で参照されたのが、1955年に中医協に提出された第三次今井メモである。すでに述べた通り、第三次今井メモには、診療報酬支払方式について複数の改革案と各案の長所・短所がリストアップされていた（表12および表13）。医療保障総合審議室では、同メモに示された4つの支払い方式の導入が検討され、11月の中間報告では、次のように指摘された。

現行の診療報酬支払方式については、さきにのべた診療の自主性との関連からだけでなく、請求事務の簡素化等の観点からも、修正を加える余地があろう。例えば件数払方式を一部導入することによって現在の事務量は相当大巾に減少するであろう<sup>67</sup>

このように診療報酬支払方式については、第三次今井メモが参照され、実施していた岡山県での実証実験の結果などを踏まえて改革案が構想されていたのである。

---

<sup>65</sup> 医療保障総合審議室（1961）「医療保障総合審議室資料」（非公表）A-12

<sup>66</sup> 山川恒三郎（1953）「科別件数拂方式について」岡山県社会保険診療報酬支払基金

<sup>67</sup> 医療保障総合審議室（1961）「医療保障総合審議室中間報告」18頁（非公表）

表 33 医療保障総合審議室における支払方式に関する検討内容

第6 件数払方式の一部導入

I 各種支払方式の利害得失

1 点数単価方式

(1) 長所

医療行為に要した費用が個別的にみてもらえる  
(医師が患者の症状に応じた治療をやりやすい)

(2) 短所

- イ) 計算や請求方法が複雑となる
- ロ) 乱療の傾向を助長しやすい
- ハ) 審査に手数を要する

2 件数払方式

(1) 長所

- イ) 診療報酬請求手続が簡単となる
- ロ) 技術の劣る医師が診療を長引かすことがなくなる(収入は減らない)
- ハ) 無益な投薬注射が減る
- ニ) 自己の専門外の患者が診断の困難な患者については適当な医者に転医させる傾向を助長する  
(専門医制度への接近、病院と診療所の機能分化への接近の効果がある)

(2) 短所

- イ) 粗療の傾向をもたらす
- ロ) 医師の作為による件数増加のおそれがある
- ハ) 医師が重症を敬遠し、軽症を大切にすることおそれがある
- ニ) 現在の給付率を前提とすれば、家族や国保の場合の半額自己負担の運用が困難である

3 請負方式

(1) 長所

- イ) 診療報酬総額があらかじめ予定しやすい
- ロ) 医師の自主的規制により、合理的な配分ができる
- ハ) 保険者側の事務的な負担が軽減される

(2) 短所

- イ) 医師会との団体契約の交渉が極めて困難であり、結局政治的解決となるおそれがある  
(従来の実績が基礎となるであろうから受診率の上昇、軽症患者の増加などを  
どれほど予想して織りこむかについて、紛争がおこるであろう)
- ロ) 医師会における分配事務は極めて複雑なものとなる

4 人頭払方式

(1) 長所

- イ) 医師は病気を少なくするほど利益になるという医療の理想に合致する
- ロ) 複雑な点数表による診療報酬請求手続が省略できる
- ハ) 保険給付総額の予定が簡単となる

(2) 短所

- イ) 医師の分布状況が現在では登録制に適していない
- ロ) 一般医と専門医の区分がないため、登録にも相当面倒な手続を要する
- ハ) 粗診、粗療に陥るおそれが多分にある

### 3.4. 改革案の部分的な公表

医療保障総合審議室は、1961年11月に中間報告書を取りまとめた。しかし室長の山本が「チーム全員が勉強し、苦勞して作成したその報告書は、改革内容が余りにも過激すぎるということで時期尚早と退けられ、公表も漏洩もまかりならぬとして遂に陽の目を見ることなく、おくらになってしまった」と述懐する通り、公表されることはなかった（吉村仁さん追悼集刊行会編 1988：98）。

この間、1959年9月に諮問を受けて以来、審議を続けてきた社会保障制度審議会は、1962年8月22日に「社会保障制度の総合調整に関する答申及び社会保障の推進に関する勧告」を答申した。1950年の社会保障制度に関する勧告に続く第二次勧告に位置づけられ、社会保険についてプール制、すなわち財政調整を実施するよう提言した（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：53）。

これを受けて医療保険の総合調整に強い関心が集まるようになった。厚生省保険局は、1963年10月10日に小林武治厚生大臣から医療保険の総合調整について、①家族給付率の引き上げ、②失業者及び退職高齢者に対する医療給付の整備、③零細事業所への適用、④受診の機会の確保、⑤プール制、⑥保険医療機関、指定医療機関、療養取扱機関等の諸制度についての再検討、⑦医療保険に関する審議会のあり方の7項目について、具体策を検討するように指示した（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：53）。

この指示に応答する形で、1964年5月に保険局は厚生大臣に対し、「医療保険における総合調整実施の可能性を検討するための試案要綱」（以下、総合調整試案要綱）を提出・公表した（表 34）。同要綱では、①制度分立の間隙をなくするため、離職者医療を行うこと、②被用者保険と地域保険間の分担区分を明確にするように適用対象を再調整するため、高齢退職者医療を行うとともに、五人未満事業所に対する被用者保険の適用を促進すること、③医療保険制度間の給付格差を是正するため、国民健康保険の世帯主以外の被保険者及び被用者保険の家族に対する給付率を七割に引き上げること、④同一制度内における保険者間の共同事業を促進することとし、このうち、離職者医療、高齢退職者医療及び家族給付率等の被用者保険制度が全体として負担すべき費用の全部または一部を賄うために医療保険調整基金を新たに設置すること、という内容だった（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：54）。

表 34 「総合調整試案要綱」の概要

- 
- 一 総合調整実施の基本的考え方
    - ・被用者保険と地域保険の二本建てを維持し、制度間の給付格差を是正する
  - 二 実施の機構—医療保険調整基金制度（仮称）の創設—
    - ・特殊法人として医療保険調整基金を創設する
    - ・同基金で、離職者、老齢退職者医療に要する費用、家族給付費の引上げに要する費用を賄う
    - ・各保険者から一定基準に基づいて拠出金を納付させる
    - ・各保険者から受けた資金を被保険者数、被扶養者数などの支出要員と財政余裕度を基準に各保険者に配分する
  - 三 総合調整の実施事項
    - 1) 離職者医療
      - (1) 適用対象
      - (2) 保険給付
      - (3) 費用の負担
      - (4) 保険者
      - (5) 基礎係数
    - 2) 老齢退職者医療
      - (1) 適用対象
      - (2) 保険給付
      - (3) 費用の負担
      - (4) 保険者
      - (5) 基礎係数
    - 3) 家族給付の引上げ
    - 4) 5人未満事業所に対する被用者保険の適用
    - 5) 同一制度内における保険者間の共同事業の促進
    - 6) 各制度間に生ずる適用問題等に関する摩擦・問題点を円滑に調整する仕組みを考慮する

## 第4節 改革メニューの編綴

### 4.1. 医療費基本問題研究会の設置と挫折

#### (1) 医療保障総合審議室中間報告を用いた勉強会

公式の発表では、医療保障総合審議室の報告書は「お蔵入り」になったと記録されている。しかし当時の回顧録を辿れば、後任の政策担当者に読み継がれていたことが窺える。

報告書が発表された翌1962年7月、保険局長に就任し、紛糾を続ける医療費問題の解決という課題に直面した小山進次郎は、保険局企画課長に着任した廣瀬治郎とともに「医療保障総合審議室の『中間報告』をテキストとして、主だった保険局員の間で、医療保険の総合的施策について勉強会」を開始した<sup>68</sup>。

小山は、「これは局員に共通の問題意識を持たせるためにたいへん有効」と述べ、実際、廣瀬も「医療保険について大きな関心と興味を持つようになった」と述懐している（小山進次郎氏追悼録刊行会編1973：256-257）。医療保障総合審議室の報告書は、実際に構想に参与していない政策担当者にも影響を与えていたのである。

小山と廣瀬は、当時の医療費問題をめぐり、根本的なルールを決める必要があると考えた。そこで臨時医療報酬調査会法案の作成に動き出したが挫折した。そこで調査会に代わる組織として、厚生大臣の顧問格として医療費基本問題研究員を設置することとし、1963年5月1日に医療費基本問題研究員の設置に関する省令が制定された。小山らは「これを利用して政治的な立場を有利にしようと図る外部の各団体の勢力から攪乱されるおそれもあったが、われわれとしては、このような制度を利用して日頃から冠挙げていたこの医療費問題を徹底的に研究してみようという心構えで」向かう覚悟を決めていた<sup>69</sup>。

中心的な役割を果たしたのが比較的、経済学に明るい目された保険局の若手だった。医系技官で医療課長補佐の松浦十四郎は、当時では珍しく海外の医療経済学の文献を読み漁っていた。松浦が事務局のキャップを務め、京都大学経済学部出身の三井速雄、日本社会事業大学出身の小林迪夫、東北大学経済学部出身の菊地隆俊が支える体制となった<sup>70</sup>。

---

<sup>68</sup> 廣瀬治郎：石川県出身。1954年東京大学法学部卒。大東亜省、外務省を経て1950年に厚生省保険局国民健康保険課長補佐。内閣参事官、薬務局薬事課長、大臣官房総務課長、審議官（医療保険担当）、大臣官房国立公園部長を歴任し、1969年8月に年金局長。1971年1月に退官し、健康保険組合連合会常務理事に就任。

<sup>69</sup> 厚生省保険局（1965）「医療費基本問題研究に対する事務局の考え方」1頁（非公表）

<sup>70</sup> 三井速雄：山口県出身。1957年京都大学経済学部卒業後、厚生省入省。保険局企画課、国民健康保険課、年金局年金課を経て、1973年から薬務局監視課長、公衆衛生局企画課長、社会保険大学校長などを歴任し、1983年に退官。心身障害者福祉協会理事をつとめ、1985年8月から日本児童手当協会専務理事。1986年6月19日付けで健康保険組合連合会専務理事に就任（「この人 企業の動向も見きわめて

事務局の布陣にも「経済学を以てすれば適正医療をはじき出せるはずだ」という小山の思惑があった<sup>71</sup>。

政治情勢と問題の難しさから、「研究員の人選は難航し、選定も研究開始の時期も全く不明」だったため、その間、松浦や三井らどのような研究テーマを設定するか検討を進めた。そこで(1)医療担当者の適正稼働と適正所得、(2)医学医術の進展に即応した医業経営のあり方、(3)診療報酬の改訂(マ)の方法、(4)国民所得と国民医療費の関係を研究員に研究を依頼するテーマとして設定した<sup>72</sup>。

同研究会では、省内外の様々な資料が参照された。表 35 および表 36 に検討過程で参照された資料目録の一覧を示した通り、関連する各種統計データに加えて、医療保障総合審議室でも参照された第三次今井メモや Markley Robert が 1959 年に執筆した論文「Trends in the Supply and Demand of Medical Care」の邦訳も検討材料として共有された。また当時、三井が執筆したメモによれば、「現行診療報酬の決定改訂の方式(社会保険診療報酬改訂に関する資料、昭和 36 年 3 月厚生省保険局)、医師会案(医業の構造的特殊と適正単価、昭和 32 年 8 月日本医師会)なども参照され、「結局は、このような考え方の折衷ないし部分的な改善が現実的な方法である」と過去に検討された改革案の有用性の高さを指摘している<sup>73</sup>。

1963 年 7 月に嘉治元郎、外山敏夫、伊藤長正、高宮晋、大熊一郎、高橋長太郎の 6 名が研究員に就任すると、8 月から本格的な検討がスタートした(小山進次郎氏追悼録刊行会編 1973:257-258)。8 月から 11 月までは厚生省の担当官から点数単価制度、医療制度、公的病院の経営実態、医療受給の趨勢などについて、天野道之(慶應義塾大学教授)や榎田良精(東京大学助教授)から医療技術について説明を受けた。12 月から翌年 2 月まで問題の定義やアプローチ方法について検討が進められ、各研究員の分担が決定された。1964 年 3 月から 8 月までの間、合宿なども行いながら討論が重ねられ、1965 年 3 月までに研究員が論文にまとめて報告書が完成した<sup>74</sup>。

---

いく 健保連 常務理事 三井速雄氏『社会保険旬報』1986 年 1553 号 11 頁)。

<sup>71</sup> 三井速雄氏インタビュー(2019 年 12 月 3 日筆者実施)

<sup>72</sup> 厚生省保険局(1965)「医療費基本問題研究に対する事務局の考え方」(非公表) 9-10 頁

<sup>73</sup> 同上、30-31 頁

<sup>74</sup> 厚生省保険局(1965)「医療費基本問題研究員研究報告書」163 頁

表 35 医療費基本問題研究会の資料目録 (1/2)

第1回 (昭和38年8月10日)

1. 医療費基本問題研究員の設置に関する省令
2. 医療費基本問題研究員名簿
3. 現行診療報酬支払制度の概要
4. 診療報酬点数表
5. 社会保険診療報酬改訂に関する資料
6. 国民総医療費の推移
7. 第3次今井メモ
8. 医業の構造的特性と適正単価
9. 医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申

第2回 (昭和38年9月7日)

1. 第1回医療費基本問題研究会議事要旨
2. 医療費基本問題研究会ヒアリング集
3. 社会保険診療報酬の単価および点数改訂の経過の概要
4. 昭和27年「医業経営実態調査をもとにしてスライド計算を行なった場合の問題点
5. 問題点
6. 参考文献
7. 厚生大臣挨拶 (第1回会合)

第3回 (昭和38年9月21日)

1. 第2回医療費基本問題研究会議事要旨
2. 医療制度の現状と問題点
3. 医療制度に関する資料
4. 病院経営管理改善懇談会懇談要旨

第4回 (昭和38年10月5日)

1. 第3回医療費基本問題研究会議事要旨
2. 昭和35年度における公的病院の経営実態
3. 主要公的医療機関の概況
4. 昭和35年度医業経営実態調査必携

第5回 (昭和38年10月19日)

1. 第4回医療費基本問題研究会議事要旨
2. 国民の傷病と治療の概要
3. 医療需要調査の概要
4. 医療保険に関する基礎資料
5. 昭和38年度～昭和45年度の国民総医療費の推計
6. 厚生省の指標「国民衛生の動向」
7. 昭和36年「患者調査」
8. 昭和36年10月「国民健康調査」

第6回 (昭和38年11月16日)

1. 第5回医療費基本問題研究会議事要旨
2. 診療報酬点数改訂の経過説明資料
3. 厚生省点数改訂の経過
4. 日医点数規程決定、改訂の経過
5. 薬価基準について
6. 昭和36年度国民健康保険事業状況
7. Trends in the Supply and Demand of Medical Care (邦訳要旨)



表 36 医療費基本問題研究会の資料目録 (2/2)

第7回 (昭和38年11月30日)

1. 第6回医療費基本問題研究会議事要旨
2. 病院勘定科目
3. 「医師及び歯科医師の報酬に関する英国王立委員会報告 (1957-1960)」の概要
4. 医師所得統計資料 (イギリス)

第8回 (昭和38年12月7日)

1. 第7回医療費基本問題研究会議事要旨
2. 医療技術の進歩について (要旨)
3. 問題点

## (2) 研究会の挫折

もっとも三井が約1年にわたる検討過程を振り返って作成した「医療費基本問題研究に対する事務局の考え方」と題する218頁にわたる手書きの論考では、「研究員はわれわれが疑問としたことに答えようとはしなかった」と記述されている。

三井は、研究員が「解決可能なことと、不可能なことの区分を明らかにすることをことさら避け、ただ表現をあいまいにすることによって、解決できないことがらの存在を回避しようとした」と認識していた。また報告書についても当初は刊行する予定ではなかったが、「急に全体としてのまとめを作ることとなった」ため、「このまとめが一体何を目的としたものなのか不明なのであり、内容的にはまとまりがなく、ことさらに研究員相互の不一致、不統一を明らかにし、さらに検討の不足をさらけ出す結果となった」との見解を持っていた<sup>75</sup>。実際、後の医療政策関係者も、医療費基本問題研究員による研究活動を通じて政策形成に資する知見は得られなかったと認識していた (小山 1985:260)。こうして学術的なアプローチによって改革案を構想する同研究会は失敗に終わった。

---

<sup>75</sup> 厚生省保険局 (1965) 「医療費基本問題研究に対する事務局の考え方」 (非公表) 216-217 頁

表 37 「医療費基本問題研究員研究報告書」の目次

---

第1編 研究報告書

I 研究概要

    研究方針および研究経過

    研究の要旨

        第1章 医療の需要と供給の傾向

        第2章 医療の社会性・公共性およびプロフェッショナル・コード

        第3章 医業経営の標準

        第4章 診療報酬の支払方法

        第5章 医療保険制度について

II 医療の需給と医療費

    第1章 はしがき

    第2章 医療サービスの価格

    第3章 二重価格制のメカニズム

    第4章 医療サービスの供給

    第5章 医療サービスの需要

    第6章 現状の改善について

III 医療技術と医療費—健康科学の立場からみた医療費

    第1章 まえがき

    第2章 医療経済（保健産業）に影響を及ぼす生態学的な諸要因

    第3章 医療保険制度と医療費

    第4章 医療技術の評価と医療の質

    第5章 あとがき

IV 医療サービス産業の経営

    第1章 医療サービス産業とは何か

    第2章 医療サービスの質と価格と原価

    第3章 医業経営の実態

    第4章 医療サービス産業と一般産業とのちがひ

    第5章 医療サービスに対する統制

V 医療費算定の基礎

    第1章 問題の所在

    第2章 医業経営の特質

    第3章 経済事業としての医業経営の確立

    第4章 適正診療報酬における「適正」

    第5章 診療報酬の決定方法

VI 医療費の経済的分析

    第1章 医療サービスの動向と問題点

    第2章 医療の公共性

    第3章 医療の社会性

    第4章 医療保険の意義と限界

    第5章 保険医療費

VII 医療費分析の方法

    第1章 社会保障と社会開発

    第2章 超過需要と価格政策

    第3章 医業経営の収支構造

第2編 資料（略）

付録（略）

## 4.2. 牛丸委員会における改革案の更新

### (1) 牛丸委員会の設置

医療費基本問題研究会が開催されている間も、厚生省保険局は政管健保の財政赤字問題と給付負担格差問題の改善に迫られていた。とくに 1964 年から政管健保の財政赤字は深刻化し、厚生省は財政対策として 1965 年 1 月に健康保険法、日雇労働者健康保険法および船員保険法を改正する、いわゆる「保険三法改正案」を発表した。保険三法改正案は社会保険審議会および社会保障制度審議会の諮問・答申を経て、同年 11 月に国会に提出され翌年 1966（昭和 41）年 4 月に成立した（吉原・和田 2008：188）。

1965 年 1 月に神田博厚生大臣による職権告示問題によって、大山正事務次官と小山保険局長が更迭されることになった。この激動期に、小山の後任として保険局長に就任した熊崎正夫は、まさか「お鉢が廻って来るとは夢にも考えて」おらず、「混乱を收拾する自信は全くなかった」ため、「とっさの判断から、当時環境衛生担当官房審議官の広瀬治郎君を保険担当に変えて欲しいとの注文」を次官に申し入れた（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：312）<sup>76</sup>。

さらに社会保険庁長官だった山本正淑が、熊崎に対し、医療保険制度全般についての吉村仁のメモを見せると、熊崎は、「一読して、卓抜な意見に感銘」を受け、また「苦難の途をいとわぬその覇気に強く心を打たれ」、吉村を保険局企画課長補佐に異動させるよう発令を依頼した（吉村仁さん追悼集刊行会編 1988：141-142）。

前節で述べた通り、吉村は 1959 年に設置された社会保険研究会や 1961 年に設置された医療保障総合審議室での議論を通じて、医療保険制度の改革メニューを取りまとめていた。また廣瀬は、小山とともに医療保障総合審議室の報告書をテキストとして勉強会を開き、1964 年の総合調整試案の策定を手掛けていた<sup>77</sup>。つまり改革メニューを作成していた政策担当者、当該改革メニューを熟読して検討蓄積を共有していた政策担当者が結果的に集結することになったのである。

着任した廣瀬は、「現在の保険財政の赤字はひとつの現象にすぎない。当面の問題だけに終始せず、根本問題を検討することが必要だ。たとえば医療費基本問題研究員の研究報告をどう生かしていくか、総合調整をどうするかなどといった点」について掘り下げたいと

---

<sup>76</sup> 1965 年 6 月 8 日に廣瀬に発令された辞令により、対外的には環境衛生担当の審議官だが、実質的には保険局の審議官となった。人事記録では廣瀬が環境衛生担当審議官から医療保険担当審議官へ移動するのは 1966 年 6 月 1 日だが、「厚生大臣の指定する事務に参画する」という訓令に基づき、主として保険局を担当することになり、保険局長室の隣に廣瀬の部屋が作られた（「この人 広瀬治郎」『社会保険旬報』1965 年 25 巻 796 号 12 頁、および舘林宜夫先生追悼録刊行会編（1979：273-274））。

<sup>77</sup> 「この人 広瀬治郎」『社会保険旬報』1965 年 25 巻 796 号 12 頁

意気込んだ。そして「燃えている火が消えたからといって、それで問題が解決したわけじゃないんですね。誰かがそういう根本問題を細々ながらでも研究していく必要があるんじゃないですかね。若い連中をブレーンにして研究してみたい」と、医療保険制度の問題解決に向けて継続的に検討していく必要性を唱えた<sup>78</sup>。

1965年8月に保険局内に抜本対策を検討するための委員会（以下、局内委員会）が設置された。同年11月に、更に深く医療保険の問題を掘り下げ、厚生省として抜本対策に対する態度を明らかにする必要から、事務次官の牛丸義留を委員長とし、省内の関係局長・次長などを委員とする医療保険基本問題対策委員会（以下、牛丸委員会）が設置されたのである。

牛丸委員会は、委員長を牛丸義留（事務次官）が務め、山本正淑（社会保険庁長官）、熊崎正夫（保険局長）、梅本純正（大臣官房長）、城戸謙次（大臣官房総務課長）、戸沢政方（会計課長）、加藤信太郎（大臣官房企画室長）、松尾正雄（統計調査部長）、若松栄一（医務局長）、渥美節夫（医務局次長）、中原龍之介（公衆衛生局長）、今村譲（社会局長）、坂元貞一郎（薬務局長）、廣瀬治郎（大臣官房審議官）、加藤威二（社会保険庁医療保険部長）がメンバーに加わった（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：316）。このように牛丸委員会には医療保険行政の首脳陣に加えて、厚生省各局長・次長が集められ、省をあげて抜本対策案が検討された。

一方、局内委員会は牛丸委員会の下部組織として検討を続けた。廣瀬治郎（大臣官房審議官）、信澤清（保険局企画課長）、吉村仁（保険局企画課長補佐）、木暮保成（社会保険庁健康保険課長）らに加えて加藤威二（社会保険庁医療保険部長）らが、牛丸委員会で議論を進める上での試案を作成していた（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 1974：316）。

牛丸委員会では、次のように検討が進められた。まず局内委員会が事前に検討を行い、改革論議の論点を絞り込む。つづいて牛丸委員会において報告され、関係各局との調整を図りながら検討を行う。そして牛丸委員会で得られた結論が再び局内委員会に戻され、具体的な政策案に落とし込まれていく。このような形で検討は進められていった<sup>79</sup>。

牛丸委員会が描いた抜本対策法案の成立までの構想は次の通りであった。まず「臨時医療保険審議会」という新しい審議会を設置し、そこへ牛丸委員会が取りまとめた改革案を諮問する。すみやかに答申を得たのち国会に提出し、法案を可決させるという構想である。この構想には、厚生省の意図が反映しやすい審議会を設置し、円滑に諮問と答申を済ませることで、迅速に国会へ提出しようという狙いがあった<sup>80</sup>。臨時医療保険審議会の設置法

---

<sup>78</sup> 「この人 広瀬治郎」『社会保険旬報』1965年25巻796号12頁

<sup>79</sup> 医療保険基本問題対策委員会（1966）「医療保険抜本対策検討資料」（非公表）

<sup>80</sup> 社会保険研究所『社会保険旬報』830号、1966年7月11日、14-15p

案は、1965年11月27日に開かれた第2回牛丸委員会で検討が行なわれ、翌1966年4月28日に国会に提出された。

牛丸委員会が設置される前月の1965年10月から、局内委員会は「医療保険の基本問題に関する処理方針」および「医療保険の基本問題に関する検討項目及び分担」について検討を行い、「医療保険の基本問題に関する検討資料」を作成した。これが同年11月12日に開かれた牛丸委員会設置に関する打合せで提出された。同年11月20日、正式に発足した牛丸委員会では、局内委員会から提出された資料を用いながら、議論すべき項目と検討の進め方が話し合われた。

局内委員会は、1965年11月から1966年1月までに「健保組合」、「医療保険制度改正の方向について」、「診療報酬の問題点」について検討を行い、1966年2月に「制度改革要綱・保険局試案」を取りまとめた。局内委員会の取りまとめた検討文書は、定期的に牛丸委員会で発表された。

牛丸委員会は1965年11月には、局内委員会からあげられた検討文書をもとに、「臨時医療保険審議会を設置」、「抜本対策の考え方」、「医療保険の基本問題」について検討を行った。そして1966年2月に、局内委員会から提出された「制度改革要綱・保険局試案」が牛丸委員会で検討された末、概ね了承という結論が出された。

その後、局内委員会は「医療保険とその周辺分野」、「医療保険制度改革に関する考え方について」、「医療の自由と保険経済について」などに関して検討を重ね、3月23日に「牛丸委員会中間報告案」を取りまとめた。

牛丸委員会は、1966年3月から4月にかけて「中間報告案」を検討するとともに、「医療保険制度の現状と将来について」、「医療保険と公費負担医療との関係」について検討を行った。そして同年6月に中間報告案の検討が終わり、牛丸委員会は局内委員会の中間報告案をほぼ了承することとなった<sup>81</sup>。

9月1日からは「抜本対策に関する幹部会」（以下、幹部会）が開かれ、局内委員会を取りまとめた「医療保険制度改革要綱試案」が発表された。会合は山本正淑（社会保険庁長官）の自宅で行なわれた（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修1974：316）。幹部会は、何度かに分けて「改革要綱案について」、「給付率問題」、「薬剤対策」について検討が加えられ、9月21日、22日、24日の3日間で統合・一本化案が検討された。

そして9月27日、28日、29日に牛丸委員会・幹部会の合同会議が開かれた。この合同会議は福田赳夫大蔵大臣の自宅で行われ、谷村裕（大蔵省主計局長）、中尾博之（理財局長）も出席し<sup>82</sup>、要綱試案の骨子が検討された。

<sup>81</sup> 前掲、医療保険基本問題対策委員会（1966）「医療保険抜本対策検討資料」（非公表）

<sup>82</sup> 熊崎が「原案を作成した私達は、大蔵大臣公邸で、福田大蔵大臣、主計局長、理財局長出席の下で、厚生大臣、事務次官、社会保険庁長官ともども、詳しく説明を行った」と回想していることから、「主要関係日誌」の日程とアジェンダを照合して9月27日、28日、29日に大蔵省のメンバーに対して説明が

こうして9月29日に「医療保険抜本対策検討資料」および「医療保険制度改革要綱試案」が完成したのである。同日、牛丸委員会は解散した。このように牛丸委員会では、毎週1、2回程度のペースで、医療保険をめぐる政策課題について詳細かつ網羅的に検討が行われた。そして取りまとめの際には、牛丸委員会のメンバーに加えて、鈴木厚生大臣、福田赳夫蔵相、大蔵省主計局長、理財局長も会議に参画し、「医療保険制度改革要綱試案」の最終決定に関わっていたことから、牛丸報告書の内容は厚生省のみならず大蔵省関係者を含めた最終的な合意であったと考えられる。

このような過程をたどって牛丸委員会は中間報告案を取りまとめた。中間報告案取りまとめ後、局内委員会は再び検討を始め、6月中に「医療保険の統合試案」、「新経済計画における医療費に関する考え方」、「一部負担と給付率」について検討を行った。8月1日の内閣改造で鈴木厚生の厚生大臣留任が決まると、8月2日から再び局内委員会の検討が開始された。8月中には「制度の体系」、「抜本対策各案による財政収支見込み試算」について検討が行なわれ、局内委員会は8月30日に抜本対策案を取りまとめた。

9月1日からは「抜本対策に関する幹部会」（以下、幹部会）が開かれ、局内委員会が取りまとめた「医療保険制度改革要綱試案」が発表された。会合は山本正淑（社会保険庁長官）の自宅で行なわれた。幹部会は、何度かに分けて「改革要綱案について」、「給付率問題」、「薬剤対策」について検討が加えられ、9月21日、22日、24日の3日間で統合・一本化案が検討された。

そして9月27日、28日、29日に牛丸委員会・幹部会の合同会議が開かれた。この合同会議は福田赳夫大蔵大臣の自宅で行われ、谷村裕（大蔵省主計局長）、中尾博之（理財局長）も出席し、要綱試案の骨子が検討された（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修1974：316）。

こうして9月29日に「医療保険抜本対策検討資料」および「医療保険制度改革要綱試案」が完成した。同日、牛丸委員会は解散した。このように牛丸委員会では、毎週1、2回程度のペースで、医療保険をめぐる政策課題について詳細かつ網羅的に検討が行われた。そして取りまとめの際には、牛丸委員会のメンバーに加えて、鈴木厚生大臣、福田赳夫蔵相、大蔵省主計局長、理財局長も会議に参画し、「医療保険制度改革要綱試案」の最終決定に関わっていたことから、牛丸報告書の内容は厚生省のみならず大蔵省関係者を含めた最終的な合意であったと考えられる。

---

行なわれたと考えられる（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修1974：316）

表 38 牛丸委員会報告書の概要 (1/4)

序にかえて

最近の医療保険抜本改正への動き

医療保険抜本対策関係主要日誌

第一 国民皆保険下における国民医療の現状分析

一 国民医療の現状と将来

<国民皆保険下における国民医療の現状と問題>

二 現状分析

1. 適用人口

2. 医療需要

3. 医療供給

4. 国民医療費

(1) 医療費の動向

(2) 医療保険各制度の財政

5. 医療費についての保険料負担

6. 医療費に対する国庫負担

三 医療費増高原因

(別紙1) 医療費増加の要因

(別紙2) 医学の進歩による医療内容の充実等

(別紙3) 保険医療費変動に関する資料

四 医療費及び費用負担に関する将来推計

第二 医療保険制度改革の原則及び基本問題

一 医療保険改革の原則

1. 「国民医療の将来に関する考え方」(第1次案)

2. 第1次案に対する意見及び「医療保険制度改善の目標」(第2次案)

二 医療保険の基本問題及びその検討資料(保険局案)

1. 医療保険の基本問題

2. 医療保険の基本問題に関する検討資料

(医療保険基本問題対策委員会に提出したもの)

第三 医療保障の体系と医療保険の地位

一 医療保障及び医療保険

1. 医療保障

2. 今後の医療保障の体系を検討するに当たって考慮すべき事項

3. 医療保障の体系と医療保険の地位

4. 各種の考え方の問題点

二 医療保険と公費負担医療制度との関係

1. 診療領域の考え方

2. 医療保険と公費負担医療制度との関係

3. 医療保険の性格

4. 医療保険と公費負担医療制度との調整に関する保険局の考え方

5. 公費負担医療と医療保険について(公衆衛生局提出資料)

6. 公費負担医療と医療保険との関係についての考え方

(別紙) 医療保障と医療保険との関係に関する理論的接近(試論)

(別紙) 社会保険における保険原理と保険技術

表 39 牛丸委員会報告書の概要 (2/4)

第四 医療給付水準

- 一 医療給付水準の意味
- 二 医療と保険経済との調整弁
- 三 現行の出来高払方式を前提とした場合における保険経済長期安定の方途
- 四 給付方式

◎診療の自由（診療料金の自由）と保険経済の長期安定との調整方策

1. 療養費払の枠の拡大

（別紙）医療費のうち物の対価に係る部分を療養費払とする案

<参考> 大学病院における保険診療について

2. 差額徴収について

（別紙1・2）差額徴収の法律上の問題

（別紙3）大衆保健薬を保険給付外とする場合の法制上の問題

（別紙4）差額徴収の範囲の拡大について

<参考> 入院料差額徴収の状況

3. 給付準則

4. 現物給付、療養費払（償還制）、差額徴収（給付準則）の比較

5. 保険医療費の適正化に関する対策（項目）

（別紙1）受診券制度

（別紙2）請求明細書の日計システム

五 給付率

六 一部負担

1. 一部負担についての考え方

2. 一部負担の取扱い

3. 一部負担の各方式の利害得失

4. 諸外国における一部負担制

5. 一部負担に関する諸案

6. 最終検討案

7. 費用試算のための一応の結論

8. 一部負担のかけ方による財政影響及び制度別の財政収支見込試算

七 薬剤に関する対策

1. 医療保険制度に関する対策

2. 診療報酬に関する対策

3. 薬剤に関する諸対策の検討経過（総括）

（別紙1）大衆保健薬を保険給付外とする案について

（別紙1-1）大衆保健薬を保険給付外とする案に関しての技術的問題点

（別紙2）療養担当規則（投薬部分）の改正について

（別紙3-1）薬剤関係資料（1）

（別紙3-2）薬剤関係資料（2）（解説）



表 40 牛丸委員会報告書の概要 (3/4)

第五 費用負担

一 国庫負担

1. 現状
2. 従来为国庫負担に関する論議
3. 国庫負担の理論的検討
4. 国庫負担に対する現実的な態度
5. 政管健保に対する国庫負担について
6. 諸外国における国庫負担の状況  
(別紙) 国庫負担に関する検討事項

二 保険料

1. 保険料負担の公平について
2. 保険料賦課標準
3. 標準保険料
4. 被用者保険における被保険者と事業主の保険料の負担割合
5. 家族保険料

第六 診療報酬

診療報酬適正化と抜本対策

◎現行点数及び改正試算比較一覧表

第七 制度の体系

一 統合

1. 統合の方式
2. 職域保険統合実施計画
3. 統合した場合の経営主体  
＜参考＞国保の経営主体に関する関係団体の意見
4. 医療保険の都道府県営

二 財政調整

1. 調整の構想  
(別紙1) 年度別適用計画及び財政調整の積算
2. 財政調整の方法
3. 調整実施機関
4. 財政調整の範囲
5. 共同事業
6. 国庫負担  
＜参考＞組合方式の利点(1)、(2)、(3)、(4)

三 関連事項

1. 老令退職者に対する医療保険
2. 失業者に対する医療保険
3. 5人未満事業所の強制適用及び適用業種の拡大  
＜参考＞5人未満事業所に対する健康保険の適用に関する従来からの経緯
4. 日雇健保の改革  
＜参考＞日雇労働者健康保険制度の現状

表 41 牛丸委員会報告書の概要 (4/4)

- 四 日医の地域保険統合案について  
＜「被用者保険家族を国保に吸収すれば大きな黒字を生む」(日医試算第1)について＞  
＜各種医療保険を国保を中心に健保なみの高水準で統合した場合における  
財政収支の推計(日医試算第2)について＞
- 第八 医療保険制度改革要綱試案  
(別紙1) 医療保険制度改革の方策に関する考え方(総論)  
(別紙2) 医療保険制度改革要綱試案(第1案=統合案)  
(別紙3) 医療保険制度改革要綱試案(第2案=財政調整案)  
(別紙4) 職域保険統合実施計画案  
(別紙5) 職域保険財政収支試算  
(別紙6) 地域保険財政収支試算
- 第九 医療保険制度の抜本的改善に関する関係各団体の意見  
1. 制度の体系に関する事項  
2. 医療給付水準に関する事項  
3. 費用負担に関する事項  
4. 診療報酬に関する事項  
5. 医療体制の整備等  
6. 審議会の組織等について  
7. その他
- 別冊 医療保険抜本対策検討資料(計数篇)  
〔財政計算及び統計基礎資料〕

## (2) 構想された主要な改革案

### 「医療保険制度改革要綱試案」の概要

第1次案に対しては、「医療の自由の確保」の項については、(1)現在の出来高払方式及び現物給付主義を相当程度に変更することを前提としなければ、完全な意味での実現はできないものであるから実現性にとぼしい。(2)医療の質の向上のために医療の自由は必要であるかも知れないが、現段階で医療の自由を認めるだけでは医療の質の向上についての絶対的担保とはならない。(3)現在の出来高払方式や現物給付主義の変更なしに、医療の自由を認めることとなると(そうなる公算も大きい)いわゆる無制限診療となり、現在の医療費増高に拍車をかけることになる、などの意見があった。

また現状分析のところで保険財政の分析をしながら、国民医療の経済的基盤である保険財政について触れないのは不合理であるとの意見があり、「保険財政の長期的な安定」を一つの目標として加えるべしとの意見があった。

その結果、次の「医療保険制度改革の目標」(第2次案)がまとめられ、さらに最終に抜本対策のスローガンとしては、(1)給付の均衡、(2)負担の公平、(3)保険財政の長期的安定、(4)診療報酬体系の適正化を医療保険の抜本対策の四原則として、国会、社会保険審議会等で表明するという方針が固められた。

牛丸委員会の最終的な検討の成果は、「医療保険制度改革要綱試案」（以下、要綱試案）、「同要綱試案（第1案）」（以下、第1案）、「同要綱試案（第2案）」（以下、第2案）、そして「職域保険統合実施計画」として取りまとめられた。

表 42 「医療保険制度改革要綱試案」の概要 (1/2)

第1 国民皆保険下における国民医療の現状と問題点

- ア) 給付の不均衡
- イ) 保険料負担の不均衡
- ウ) 保険財政の悪化
- エ) 医療の供給面における問題

第2 医療保険制度改善の目標

1. 医療保障の体系の整備
2. 給付の均衡と費用負担の公平
3. 医療水準の向上と医療費の適正化
4. 保険財政の健全な運営
5. 医療制度の近代化等

第3 医療保険制度改善の方策に関する考え方

1. 給付水準

(1) 給付の範囲の限定

- <A案> 保険給付の対象範囲の限定 (入院中の食事、大衆保健薬、往診を対象外とし、料金は自由とする)
- <B案> 付加自由診療 (差額徴収の容認)  
(入院料、往診料、初診料、歯科補綴料の差額徴収を認める)
- <C案> 療養費払の制限の緩和 (医療機関の希望により療養費払を選択可能とする)

(2) 給付率

- <A案> 将来目標を全体として9割程度とする
- <B案> 給付率を財政との見合いで毎年度定める

(3) 一部負担の方法

- <A案> 定率一部負担 (現行国保方式)
- <B案> 特定の診療行為に対する一部負担 (薬剤、歯科補綴、初診、往診、入院中の食事)
- <C案> 定額一部負担 (初診時200円、外来再診時100円、入院1日当たり150円など)
- <D案> 医療費の実額で給付率を変える (1000円以下5割給付、1000円以上9割給付など)
- <E案> 足切り一部負担 (1000円以下の医療費は自己負担)

2. 費用負担

(1) 国庫負担

- <A案> 医療給付費に対する定率国庫負担
- <B案> 特定費目に対する国庫負担  
(国保の事業主負担相当分、保険料及び一部負担減免相当分など)
- <C案> 国庫負担を避ける  
(主として公的医療機関の設備費、看護婦養成費、へき地診療所等に用いる)

(2) 保険料

- <A案> 現状維持 (被用者とそれ以外との均衡は十分にとれない)
- <B案> 被用者で総報酬制を採用し、被用者及びその家族以外は総所得制とする
- <C案> 全国民について応益割として世帯人員又は世帯ごとに均等割額を、応能制として所得割額を賦課する

(3) 事業主負担

- <A案> 被用者については事業主負担の保険料を徴収し、  
その他は事業主相当分を国庫負担とする
- <B案> 事業主の保険料は支払賃金総額の一定率とする
- <C案> 事業主負担分は法人税又は事業税などの附加税 (目的税) とする

表 43 「医療保険制度改革要綱試案」の概要 (2/2)

3. 医療保険制度の体系

(1) 統合主義

< A案 > 医療保険を一本に統合する

< B案 > 職域保険と地域保険との二本建統合方式

(2) 組合主義

< A案 > 全国民を職域・地域を通じて設置する組合に加入させる

< B案 > 国保は現行通りとし、被用者保険について組合主義を推進する

< C案 > 組合主義を徹底あせ、企業単位の組合を作れない被保険者は地域保険に包括加入させる

(3) 地域主義

< A案 > 被用者保険を解消し、すべて国民健康保険に統合する

(4) 財源の財政調整

< A案 > 医療保険の給付財源の全額について財政調整する

< B案 > 高齢者、失業者、入院診療などのような特定の給付財源の一部について調整する

4. 関連分野における施策

(1) 疾病予防活動の充実

(2) 結核、精神病棟に対する公費負担医療の拡充強化

(3) リハビリテーションに関する施設の整備

(4) 医療従事者の養成確保

(5) 病院と診療所の機能のあり方の検討

(6) 公的医療機関の役割の明確化及びその財源的裏付け

(7) 医療機関の設備資金等の公的援助

(8) へき地における医療の供給体制の強化

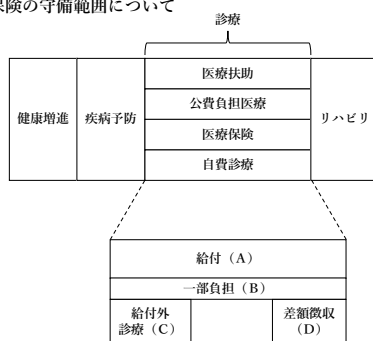
(9) 救急医療対策の充実

(10) 医薬品の大量広告のあり方、その他薬品の販売方法についての検討

(11) 医薬品の承認、製薬許可のあり方についての検討

図 7 牛丸委員会で構想された医療保険の守備範囲

1. 包括的医療と医療保険の守備範囲について



2. 医療保険の給付率について

- 給付 (A) + 一部負担 (B) = 適正診療の枠内診療
- 給付外診療 (C) = 薬価基準外薬剤、特殊療法など (現行では極めて小範囲)。改正案では大量保健薬、往診、入院中の食事などが含まれる。
- 差額徴収 (D) = 現行では特別室への入院、歯科の金合金がこの範囲に入っているが、改正案では初診料、往診料などの差額料金分がこの範囲に入ることになる。
- 給付率について厚生省は従来 (イ) の考え方である。  
 イ:  $(A) / (A) + (B)$   
 ロ:  $(A) / (A) + (B) + (C) + (D)$

表 42および表 43に要綱試案の概要を示した。はじめに医療保険制度の問題点として、制度間の給付率と保険料負担の不均衡、保険財政の悪化、そして供給面における種々の問題があることが指摘されている。そして、それらを改善する目標として、医療保障の体系の整備、給付の均衡と費用負担の公平化、医療水準の向上と医療費の適正化、保険財政運営の健全化、そして医療制度の近代化などが掲げられた。

そして給付水準、費用負担、医療保険制度の体系、関連分野の施策について具体的な改革案が複数、提起された。給付水準については、給付範囲を見直し、入院中の食事や、大衆保健薬、往診などを給付範囲から除外するという改革案が提起されている。そして同時に差額徴収の拡大を認めることによって、給付範囲から除外した項目を患者の自己負担とするという改革案が取りまとめられた。後の特定療養費制度に繋がる考え方である。

また給付率については、全制度を通じて給付率を9割程度で統一するという考え方が示されたほか、財政状況を勘案しながら毎年、給付率を変更するという改革案を示されている。そして一部負担については、当時の国民健康保険で実施されていた定率一部負担を健康保険法にも導入するというA案のほかに、特定の診療行為（薬剤、歯科補綴、初診、往診、入院中の食事）について一部負担を課す方式、定額の一部負担を課す方式、医療費の実額に応じて給付率を変更する方式、そして一定金額以下の場合に一部負担を課す方式などが考案された。

費用負担は、国庫負担、保険料、そして事業主負担に関する改革案が示されている。国庫負担では、定率国庫負担、特定の費目に対する国庫負担のほか、医療保険に対する国庫負担をできるだけ避け、関連する項目への支出に限定するという改革案が示された。

保険料については、現状維持のほか、総報酬制や総所得制の導入などが検討されたが、自営業者の所得把握が困難であることから、どのような方法をとるとしても制度間の保険料率の格差を解消することは困難であることが指摘されている。

そして事業主負担については、現行の体制をとるA案のほか、事業主の保険料は支払賃金総額の一定率とする案や目的税とする案が検討された。

医療保険制度の体系に関しては、統合主義、組合主義、地域主義、財政調整の四つが検討された。統合主義では、全ての医療保険制度を一つに統合する案と、職域保険と地域保険の二つに再編する案が示された。

組合主義では地域保険を含めて組合主義で運営する案、地域主義では被用者保険を解体してすべての国民を国民健康保険に統合する案などが検討された。

そして財政調整方式は、すべての給付財源の全額について財政調整するという改革案のほか、高齢者、失業者、入院診療など特定の給付財源の一部について財政調整を実施するという改革案が提起された。高齢者の給付費を財政調整によって賄うという改革案が提示されている通り、ここでも1980年代以降に結実するアイデアが取りまとめられていたことがわかる。

そして関連する分野における施策として 11 項目が提示された。具体的には、①疾病予防活動の充実、②結核、精神病棟に対する公費負担医療の拡充・強化、③リハビリテーションに関する施設の設備、④医療従事者の養成確保、⑤病院と診療所の機能のあり方の検討、⑥公的医療機関の役割の明確化、財源的裏付け、⑦医療機関の設備資金などの公的援助、⑧へき地における医療供給体制の強化、⑨救急医療対策の充実化、⑩医薬品の大衆広告のあり方や薬品の販売方法に関する検討、⑪医薬品の承認、製薬許可のあり方についての検討である。

このように多岐にわたる論点と複数の改革案の検討を経て、要綱試案では、主要論点に対し、相反する改革案を提示し、様々な可能性を示している。そしてこの要綱試案を踏まえ、牛丸委員会が最も合目的だと判断した改革案を選出して作成したのが第 1 案と第 2 案である。

表 44 「医療保険制度改革要綱試案（第1案）」の概要

- 
- 第1 改革の目的
- ・国民医療の水準の向上と、医療費に関する国民の負担合理化を図る
- 第2 改革の基本原則
1. 医療保険における医療給付水準の格差を是正する
  2. 全国民を通じて、できるだけ、保険料などの費用負担の均衡を図る
  3. 医療保険財政の長期的な安定を図る
- 以上の原則を実現するため各種医療保険制度の統合を行う
- 第3 構想
1. 制度の体系
    - (1) 医療保険の守備範囲を明確化し、公費負担医療を拡充する
    - (2) 職域保険と地域保険の二本建てとする
      - ・政管健保、日雇健保、船員保険、健保組合、共済組合を解消して統合し、日本医療保険公社が運営する
      - ・地域保険の経営単位を広域化し、都道府県が運営する
  2. 医療給付水準
    - (1) 給付率
      - ・本人・世帯主は入院10割、外来7割5分、それ以外は入院・外来ともに7割5分
      - ・入院時給食費は給付範囲から除外し、1日150円の定額一部負担を課す
      - ・入院継続の要否に関する審査制の実施措置を講ずる
    - (2) 薬に対する対策
      - ・保健薬は療養費払いとする
      - ・保健薬は給付範囲から除外する
      - ・投薬の規定を明確化する
    - (3) 療養費払い及び差額徴収の拡大
      - ・大学附属病院及び希望する医療機関において療養費払いを選択可能とする
      - ・差額徴収（付加自由料金）の範囲を吐く大師、初診料等についても差額徴収を認める
  3. 費用負担
    - (1) 保険料は全国民を通じ、できるだけ公平な負担になるよう賦課する
    - (2) 国庫負担は、職域保険では被保険者の保険料負担額との均衡を考慮して相当額を負担し、地域保険では医療費総額を基礎として一定率を負担する
  4. 診療報酬
    - (1) 医療技術を尊重する見地から技術の適正な評価を行う
    - (2) 物と対価と技術の評価を分離する
    - (3) 現行の診療報酬点数のアンバランスを是正する
    - (4) 薬価基準における薬価は実勢価格に応じて改定する
  5. その他
    - (1) 医療従事者の養成、へき地医療対策の推進、病院の機能分化など医療の供給体制を整備する
    - (2) 医薬分業を積極的に推進する
    - (3) 医薬品の広告、販売等に関する規制を強化し、医薬品の生産・販売に関する秩序を確立する



表 45 「医療保険制度改革要綱試案（第2案）」の概要

- 
- 第1 改革の目的  
（第1案）に同じ
- 第2 改革の基本原則  
（第1案）に同じ  
以上の原則を実現するため財政調整を行う
- 第3 構想
1. 制度の体系
    - (1)（第1案）に同じ
    - (2) 職域保険と地域保険の二本建てとする
      - ・職域保険：組合方式で運営し、組合相互間で財政調整を行う
      - ・地域保険の経営主体は市町村とする
  2. 医療給付水準  
（第1案）に同じ
  3. 費用負担
    - (1)（第1案）に同じ
    - (2) 職域保険の財政調整に必要な費用の二分の一相当額を  
国庫負担とする。地域保険は（第1案）に同じ
  4. 診療報酬  
（第1案）に同じ
  5. その他  
（第1案）に同じ

表 46 職域保険統合実施計画の概要

1. 基本的構想

- (1) 政管健保、日雇健保、船員保険、健保組合、共済組合を解消し、  
職域保険を一本の制度に統合する
- (2) 統合職域保険の経営主体として日本医療保険公社（仮称）を新設する
- (3) 公社の経営する統合職域保険における給付水準と保険料率は、  
全被保険者を通じて一定とする
- (4) 統合の実施時期は、1968年4月1日とし、  
1967年度は既存各制度の整理、公社の設立準備等にあてる

2. 統合の実施計画

- (1) 政管健保  
1968年4月1日をもって全面的に公社に移行  
社保庁の医療保険部門などは公社に移管し、当該職員の身分は公社に引継ぐ  
政管健保の資産、借入金以外の負債は公社が承継する
- (2) 日雇健保  
1968年度に次のように実施する
  - ①就労事務所が一定の者には、統合職域保険の一般制度を適用する
  - ②擬制組合を解消する
  - ③現行日雇健保を解消し、一般日雇労働者は統合職域保険に加入させる
- (3) 船員保険  
疾病部門について1968年4月1日から統合職域保険に統合する  
給付及び保険料についていくつかの特例を設ける
- (4) 健保組合及び共済組合  
いずれも1968年4月1日に公社に移管する  
統合により保険料率が急激に増加するため1968年から1970年度まで経過料率を  
設けて段階的に引き上げる  
自衛官の保険料は減率を考慮する
- (5) 5人未満事業所等の強制適用  
1968年4月1日をもって5人未満事業所従業員等について統合職域保険を適用する

第1案、第2案では、いずれも①医療保険における医療給付水準の格差を是正する、②全国民を通じて、できるだけ保険料などの費用負担の均衡を図る、③医療保険財政の長期的な安定を図るという改革の原則を掲げている。

また医療給付水準は、本人および世帯主は入院10割、外来7割5分を給付率とし、それ以外の者は入院・外来ともに7割5分とすることが示されたほか、入院時の給食費を給付範囲から除外して一部負担とする案、入院の継続の要否を診査する案が盛り込まれた。費用負担や診療報酬などについても、両案ともに同一の改善策が打ち出されている。決定的に異なるのが、制度の体系である。ともに職域保険と地域保険の二本建とすることが明記されているが、第1案では、医療保険制度を職域保険と地域保険の二つに再編し、職域保険を新設する日本医療保険公社が、地域保険を都道府県が運営する、というドラスティックな改革案を打ち出している。一方、第2案では、職域保険において組合方式による経営を存続させ、各組合相互間において財政調整を実施することが示されている。つま

り第1案は既存の職域保険の保険者をすべて統合するのに対し、第2案は既存の保険者を残すという改革案が取りまとめられたのである。

#### 入院事前審査制度の導入に関する検討

要綱試案では、1961年の医療保障総合審議室でも提起された「入院継続の可否を診査する」という改革案の導入が提起されているが、牛丸委員会報告書では、入院事前審査制度に関する詳細な検討がなされたことが明記されている（表47）。

当時、直近の制度改正で入院給付率の引上げが実現したことから、今後、入院に関する不適切な給付が増大することが見込まれることになった。そこで健康保険法第43条に規定されていた保険者入院承認制度の規定を活用し、入院給付について事前審査する制度の導入が検討されたのである。

具体案として、結核、精神病、高血圧、循環器疾患、悪性新生物、中枢神経系疾患、ロイマチスなどの特定の慢性疾患で入院している患者を対象として、入院後3か月ごとに保険者に承認申請書を提出させ、社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険連合会において可否を決定する、という仕組みが構想された。つまり厳密には入院前の審査ではなく、長期入院の妥当性を一定期間経過後に審査する、という改革だった。

もっとも「入院すべきか否かの個別的判断は、書面により行なうことは容易でない」ことや「事務的に手数がかかる」など制度設計の困難性が指摘されたほか、「医師の診療の自由を侵すものとして医師会の反対が予想される」という政治的な合意形成の困難性も認識されていた。この点については、「はじめ、日医会長は入院の中に不適正なものがあることを指摘していたが、最近では明らかに入院審査反対の意見を述べている」と日本医師会の理解が得られない可能性があり、実現は容易ではないことが指摘されている。

表 47 牛丸委員会における入院事前審査に関する検討内容 (1/2)

- 
3. 入院給付の承認制及び審査制について
- (1) 入院給付について審査制を必要とする背景
- (ア) 今回の制度改正案においては、被用者本人を除いてはいずれも入院給付率の引上げが図られており、このため保険給付の実際の運営において不適正なものが増加するおそれがある。
- (イ) 現在、健康保険法上は、入院は保険者が必要があると認めた場合に限りなされるものとされているが、この事務手続を規定する健康保険医療費担当規程が廃止され、新たな担当規則制度に伴ない削除されたままとされている。  
(この経過については、別添資料参照)
- (ウ) 従って、現在実質的には事後的に診療報酬請求明細書の書面審査による規制しか残っていないが、これによって不適正な入院を規制することはきわめて困難である。
- (2) 入院給付の不適正を規制する具体案
- (ア) 特定の慢性疾患（結核、精神病、高血圧、循環器疾患、悪性新生物、中枢神経系疾患、ロイマチス等）により入院している者につき、入院後3か月ごとに保険者に承認申請書を提出する。
- (イ) 保険者は支払基金審査委員会又は国保連の審査委員会の意見をきいて承認の可否を決定する。（結核については、保健所におかれている結核診査協議会の委員と兼務とすることも考えられる）
- (ウ) 承認されなかったものがなお入院している場合は、入院料については給付しない。
- (3) 問題点
- (ア) 入院すべきか否かの個別的判断は、書面により行なうことは容易でない。実効については心理的効果は若干あるとしても、どの程度期待できるか。  
(医師会の強い抵抗が予想される。)
- (イ) 事務的に手数がかかる。（医療機関に新たな事務を付加することとなる。）
- (ウ) 審査のための準則を定めることは技術的にきわめて困難が多いと考えられる。  
(特に精神病の場合は困難が多いと考えられる。)
- (エ) 医師の診療の自由を侵すものとして医師会の反対が予想される。  
(はじめ、日医会長は入院の中に不適正なものがあることを指摘していたが、最近では明らかに入院審査反対の意見を述べている)
- (オ) 療養担当規則を改正する必要がある。

表 48 牛丸委員会における入院事前審査に関する検討内容 (2/2)

<参考>生活保護法における入院審査制について

- ・生活保護法における医療扶助については、生活保護制度そのものが国民の最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、かつ、これをこえないものでなければならないという原則において、社会保険における場合と基本的な差異があることに留意する必要がある。
  - ・医療扶助の運用において、不適正な給付の防止に効果を挙げているのは次のようなものがある。
    1. 医療券の発行が月単位であることにより、引続き翌月にわたって医療を必要とするときは、その都度当該月の末日までに入院要否意見書を提出させて、その必要の有無を検討していること。医療扶助を受けている者からの意見書の提出がない場合は、福祉事務所長から医療機関に対し当該被保護者にかかる医療の要否について照会し、継続して治療を要しないことを確認したときは、扶助の廃止等の手続をとる。この場合、必要に応じ当該被保護者について訪問調査を行わせる等の方法により事実を確認することとしている。
    2. 医療扶助の決定にあたっては、次のような「一般入院要否判定基準」が運営要領で決められている。
 

「入院医療は居宅では真に医療の目的を達し難いと認められた場合に限り認められること。入院を認めて差しつかえない場合を例示すれば次のとおりであること。

従って、たとえば通院が不便だとか、居宅療養も不可能ではないが、入院の方がより一層よいとか、あるいは重症であっても往診による居宅医療では治療の目的を達しうる場合等においては当然居宅医療によるべきこと。

ア) ある種の手術後、身体の動揺を避けなければならない必要がある場合  
 イ) 朝夕数回にわたる専門技術的処置または手術を必要とする場合  
 ウ) 相当の難症であって、しばしば病状を診察して経過を観察する必要がある場合  
 エ) 特に厳密な食餌療養その他病院固定の設備をしばしば利用する特殊な療法を施す場合  
 オ) 病状により特に居宅療法ではその効果をもたらすことが困難な場合
    3. 入院要否の判定にあたって、社会福祉事務所、都道府県段階で決しかねる事例の場合については、都道府県知事の附属機関として設置されている医療扶助審議会の審議によることとしている。委員はおおむね10名程度で、国立病院、国立療養所及び民間指定医療機関の医師、保健所長、県の技術吏員等のうちから選任されている。
- (實際上、この審議会で給付しないこととするケースはきわめて少ない。)

<参考>入院審査制の変遷について (略)

<参考>入院患者の日常生活能力調査の結果について (略)

## 医療費適正化に関する検討

医療費適正化に関する項目として、①不正請求に関する対策、②濃厚診療に関する対策、③被保険者の受診に関する対策などが検討された。

不正請求に対しては、レセプト点検の強化や実態調査の実施、領収書の発行などのほか、各請求防止を目的とした受診券制度、請求明細書の日計システムの採用など、従来にはなかった新しい改革案が提起された。また「保険者から被保険者に対する支払金額の通知」という改革案が提起されている点も興味深い。牛丸委員会の検討メンバーの一人である廣瀬は、退官後に健保連の常任理事に再就職し、1978年頃から医療費通知を展開していくことになる。その際、廣瀬は「かねてより医療費通知を実施すべきと考えていた」と述懐しているが、じつはその改革案は、すでに1966年の牛丸委員会において検討されたものだったのである。

濃厚診療に関する対策として、薬価の引き下げ、薬価基準の収載基準の改正による大衆保健薬の給付範囲からの除外、件数払い方式の導入などが提起された。

注目されるのは、「保険医療指導監査委員（学界の大物）の設置による指導監査の実施」という改革案があがっている点である。不正請求や乱診乱療を取り締まる上で、医系技官や若手や中堅の医師では、当該診療が不正か否かという医学論争に負ける可能性がある。そこで1984年から高度な医学論争に耐えられるよう顧問医師団が創設されることになるが、「学会の大物」を据えて、指導監査の強化を企図する改革案がすでに牛丸委員会で検討されていたのである。

被保険者の受診に関する対策としては、被保険者に対して不正診療に対する賠償を励行するほか、医療機関内に掲示するポスターなどが示された。

表 49 牛丸委員会で検討された医療費適正化策

5. 保険医療費の適正化に関する対策（項目）

1. 不正な請求に関する対策

- (1) レセプト点検の強化
- (2) 患者の実態調査委の実施
  - ア：実態調査、指導、監査を行なう基準（事例）の指示（但し、日医との合意書との関係あり）
  - イ：保険者による患者調査の実施
  - ウ：保険者から被保険者に対する支払金額の通知

注) イ及びウについては、特定の医療担当者のみに関するものをセレクトに行なう方法を考究する必要がある。

- (3) 医療機関による領収書発行（付加給付の給付方法の改善、申請主義の励行）
- (4) 受診券システムの採用（別紙1参照）
- (5) 請求明細書の日計システムの採用（別紙2参照）
- (6) 被保険者証を、各人別にし、写真貼付
- (7) 被保険者証の療養給付記録欄の記載の励行

2. いわゆる濃厚診療に関する対策

- (1) 薬価の引下げ（バルクラインの引下げ又は原価による請求）
- (2) 薬価基準の取載基準の改正（例えば大衆保健剤の除外）
- (3) 保険医療指導監査委員（学界の大物）の設置による指導監査の実施（とくに兼病、検査、薬剤使用等につき）
- (4) 一部負担金の完全徴収の励行
- (5) 一病一件による請求方法の採用  
（医療機関に対する概算払、支払基金の事務費に関する手当必要）
- (6) 再指定の拒否（例えば、1件あたり診療費の高い医療機関）
- (7) 根本的には、一部負担金の改善又は療養費払方式の導入

3. 被保険者の受診に関する対策

- (5) 不正診療等に関する賠償の励行
- (5) ポスター（医療機関に掲示）

（注）千葉県における「受診心得」のポスターには

- ①「診療を受けるときは、必ず被保険者証を提出しましょう」
- ②「同じ病気やけがでみだりに点々と医師をかえることはやめましょう」
- ③「治療は医師にまかせ、あれこれと注文することはやめましょう」
- ④「診療をろくに受けなくて、薬だけもらおうとすることはやめましょう」
- ⑤「通院ができる程度の病気で、往診を求めることはやめましょう」
- ⑥「急病以外は医師が定めている時間内に受診しましょう」

4. その他

- (1) 疾病予防、公費負担医療等に関する他法との関係の調整  
（例えば、老人福祉法による精密検査などの影響）
- (2) 分娩の取扱（人工妊娠中絶、正常分娩と異常分娩などの取扱）
- (3) ニキビ、ソバカス等の取扱

## 差額徴収の拡大に関する検討

牛丸委員会では、差額徴収の拡大についても熱心に検討が重ねられた。この問題について議論された背景には、「限りある医療保険の財源のもとで、医学医術の進歩、その多様性の増大に伴う医療の拡大に追随して行けるかどうかという疑問」があり、「患者側のよりよ医療を求める希望、医療担当者側のより自由な医療を求める意思をできるだけ村長することが望ましいという判断」が省内で共有され始めていたからだった。一方で、差額徴収を認めれば、「患者が無用の負担を強いられるおそれ」もあり、牛丸委員会では慎重に検討が重ねられた。

差額徴収拡大の対象として取り上げられた初診料・再診料、薬価基準未収載医薬品、新しい検査や療法、往診などは、1961年の医療保障総合審議室でも検討されてきたものである（表 50 および表 51）。しかし牛丸委員会では、内閣法制局にも検討を依頼し、現行の法制度上、差額徴収を拡大することが可能かどうか、さらに議論を深めている点が特徴的である。

表 52 に示した通り、内閣法制局第二部長の真田秀夫は差額徴収について、「これまで堅持されてきた保険医療一体の原則の特例と考えるほかない」とし、従来、入院料や歯科補綴において差額徴収が認められてきた事実を鑑みれば、「それ以外について認められないとはいえない」と指摘する。しかし、これまで医療保険制度において、保険医療は「必要にして効率的な医療」と定義されている以上、その範囲を超える差額徴収の対象については「いわば必ずしも必要でないものに属する」と整理する。そして法律論として「その枠内において実態として適当か否か」という観点に鑑みれば、「現段階では、差額徴収を拡大することは一般的には弊害が大きいように思う」という意見をまとめた。つまり差額徴収の拡大について、法制上の観点から反対したのである。

そこで牛丸委員会は療養担当規則の解釈を検討した（表 53）。「現行療養担当規則の 19 条 1 項の解釈を変えることはかなり重要な変更である」とし、「大衆保健薬に関する費用徴収を単なる解釈で認めるか、法律を改正し、療養の給付から大衆保健薬に係る投薬を除外するか、又は薬剤の支給は厚生大臣の定める医薬品に限る旨を規定するほかない」が、大衆保健薬の費用徴収を解釈で認めた場合、差額ベッドと歯科補綴を差額徴収で認めることとの齟齬が生じることになる。

そのため牛丸委員会では、法改正によって差額徴収を認める方向性で議論を深めていった。法改正に向けて A 案と B 案を構想し、「法改正による差額徴収であれば、法制局も強い難色を示さないとと思われる」と制度設計の実現可能性を高めていったのである。



表 50 牛丸委員会で検討された差額徴収問題の内容 (1/2)

(別紙 4) 差額徴収の範囲の拡大について

第 1 趣旨

現行の保険診療においてはきわめて厳格な現物給付主義の建前をとっており、入院の際の特別室代、歯科補綴における金合金の使用について特例的に認めているのみで、他は全面的に禁止されている。従って、患者が希望に応じた診療を自己の負担において受け得る道を開き、医療担当者の診療の自由を保障するため「希望診療」あるいは「付加自由料金」としての差額徴収の範囲を拡大し、初診料等についても差額徴収ができるようにする。

第 2 差額徴収を認める事項

差額徴収を認める事項としては、一連の医療サービスの各項目について考えることが可能であるが、その項目が相当範囲にわたることは、保険医療のあり方そのものを大きく改めることとなり望ましくない。従って、患者の自由な医師の尊重という趣旨が損なわれず、高額の料金の支払いを医療担当者から事実上強制されることのないよう配慮する。

1. 初診料

- (1) 初診は、医療担当者の診療技術が端的に表される行為であるので、差額徴収の趣旨によくかなうと考えられる。
- (2) 初診料の一定額は、医療保険において給付する。
- (3) 公的医療機関については認めないこととし、負担能力の少ない者の受診を抑制しないよう配慮する。(公的医療機関の範囲については医務局の告示に基づき考慮することとする。)
- (4) 自由初診料金は表示させることとする。

(問題点)

- (1) 医療機関の少ない地域においては、患者の側の自主選択の可能性が少ないため、技術差を認めるという妙味がないうえ、実質的に受診を抑制することになるおそれがある。
- (2) 公的医療機関について認めないこととすれば、比較的高い技術を有する医師が多いという点から批判のどのおそれがある。(公的医療機関に従事する医師の報酬は給与制であるから、給与体系のなかで考慮すべきであろう。)
- (3) 現在、実態として行なわれている「謝礼」と別個に上積みされるおそれがないか。(医師側は、謝礼自体は個人の収入であり、病院の収入となる差額徴収制と無関係だと考える可能性がある。)
- (4) 大学病院において療養費払いとする案と矛盾するとの批判に対しては、教育・研究機関としての特殊性をさらに強調することとするが、大学病院が保険診療において占める比重から反論しきれぬかどうか。(なお、差額徴収と相似する効果をもつ案としては、初診料を 2～3 段階に区分し、そのランクの選択は医療機関の意思に任せ、最低クラスの初診料を超える部分は本人負担とすることが考えられる。)

表 51 牛丸委員会で検討された差額徴収問題の内容 (2/2)

2. 初診料以外の医療行為について

初診以外の診療行為について、それぞれ差額徴収を認める場合の問題点をみると次のとおりである。

(1) 薬価基準未収載医薬品

①必要な給付は薬価基準収載医薬品をもって足りるとし、全額自己負担とするか。もし全額自己負担としないで、差額徴収とした場合には、基本額（保険負担額）相当分は、保険給付内としておかないと説明に窮する。

②医薬品名の教示義務を保険医に課する必要はないか。

(2) 新しい検査、新しい療法（例：人工腎臓等技術、神経痛に対するイオン導入療法等）

①患者側に、給付外のものゝ給付内のものゝの判別、事後確認を期待することが難しい。（差額徴収の根本理念、ある患者の自由意思による選択との関係）

②検査については、基本額を定めるとすれば、物と技術とを分離することが前提となると考えられる。

(3) 往診

往診における質の差を何に求めるか。（遠距離の場合をすべて差額徴収とすることには問題があり、付近に医師がいるにもかかわらず、特別の事由なく遠距離の特定医の往診を依頼する患者を対象とすべきである。この場合、「付近に医師がいる」という範囲を定めなければならない。

(4) その他

①再診料については、医師等の技術が表されるという意味では適当であるが、初診と併行して実施することには問題がある。

②看護サービスについては、保険給付の水準を現在の一般看護におくことには問題がある。また付添看護の費用を保険給付の対象とすることと矛盾しないか。

表 52 差額徴収拡大に関する内閣法制局の意見

別紙2 差額徴収に関する法律上の問題

真田法制局第二部長の意見

1. 差額徴収というのは、これまで堅持されてきた保険医療一体の原則の特例と考えるほかない。従前、認められた入院料、歯科の合金の差額徴収の正当性をしばらく措くとすれば、それ以外のものについて認められないとはいえない。しかし、現在の医療保険法制上、保険医療とは、必要にして効率的な医療と考えられているわけだから、その範囲を超えるもの、いわば必ずしも必要でないものに属するという条件が前提となる。  
(法律上の解釈としては、必要にして効率的な医療の範囲は定まっているはずであるので、その範囲を狭めることにより除外されるものを差額徴収の対象とすることはできない。)
2. 法律論としては、1のようなことであって、その枠内においては実態として適当か否かということになるが、現段階では、差額徴収を拡大することは一般的には弊害が大ききように思う。
3. 療養担当規則との関係において、薬価基準外の医薬品の使用禁止については、次のように考えられる。保険医療一体の原則を前提とするならば、療養担当規則第19条第1項により禁止される医薬品は、保険医療外という考えの下に、付加使用されても、当該医薬品以外の全診療と併せて否定される。従って、新薬等であって薬価基準に登録されていない医薬品の使用を認めるには療養担当規則第19条第1項に所要の改正を加える必要がある。
4. 差額徴収の認められる部分について、療養担当規則が無意味になることは、避けられない。

表 53 牛丸委員会における療養担当規則に関する検討

4. 療養担当規則の解釈

さて、現行療養担当規則の第19条第1項には「保険医は、厚生大臣の定める医薬品以外の医薬品を患者に使用し、又は処方してはならない。」と定められている。この規定は、「療養の給付の対象として」と解釈すれば、薬価基準外の医薬品を療養の給付外として使用することは、19条第1項違反にならないが、それには次の問題がある。

もしそのように解釈すれば、19条1項は、給付範囲としての指定医薬品を定めたにすぎないこととなり、19条1項違反は請求し得ないものを請求したことを意味するに止まり、従前の解釈を変更することとなる。またその場合には、薬価基準に記載されている医薬品はほとんど使用せず、薬価基準外医薬品を専ら使用しても後者の費用を保険者に請求さえしなければ療養担当規則違反を問われないという結果をもたらす。

なお、療養担当規則違反がすべて制裁規定に結びつかなければならないとはいえない。(例、健康診断・歯列矯正)が、この例の場合には、いずれも「療養の給付の対象として」という限定が明示されている。以上のようなことを考慮すれば、現行療養担当規則の19条1項の解釈を変えることはかなり重要な変更であるというべきであろう。そして、新解釈を樹立するためには、先に説明した療養の給付に関する新たな解釈を前提とすることが必要である。

5. 大衆保健薬を保険給付の対象外とするのに、健康保険法を改正することなく、薬価基準に記載しないという方法による場合には、上記伝統的解釈の重要な変更を前提とせざるを得ない。

もし、その変更を行なわないとすれば、大衆保健薬に関する費用徴収を単なる解釈で認めるか、法律を改正し、療養の給付から大衆保健薬に係る投薬を除外するか、又は薬剤の支給は厚生大臣の定める医薬品に限る旨を規定するほかない。この場合、解釈で認めるとした場合、大衆保健薬は医療の本質とは別のものという説明をしなければいけないが、これは現行で認めている入院室代及び歯科補てつ材料の場合と異なり苦しい説明であろう。

6. 法改正による給付対象外の具体案について

1) 健康保険法第43条第1項第2号を次のように改める。

薬剤（厚生大臣ノ定メルモノニ限ル）又ハ治療材料ノ支給

（コノ「定メルモノ」とは現行薬価基準から大衆保健薬を除くものとなる。）

2) 担当規則第19条第1項は、

（A案）削除する。（又は、「療養の給付の対象として」の文言を挿入する。）

（薬価基準未記載医薬品は、大衆保健薬を含めすべて費用徴収し得ることとなる。

なお、やむを得ない場合は、法律改正により19条第1項の解釈を変更すべき事由が生じたとして、解釈として給付外費用徴収を認める。）

（B案）「保険医は、厚生大臣の定める医薬品以外の

医薬品（健康保険法第43条第1項第2号かっこがきに基づき

別に厚生大臣の定めるものを除く）を患者に施用し、

又は処方してはならない。」と改める。

3) 薬価基準については、現行の取載基準に従って処理することが可能である（運用を厳しくする）から、中医協の議は要しない。

4) 保険医及び保健薬剤師の使用医薬品（告示）は廃止され、別に健康保険法第43条第1項第2号の規定に基づき厚生大臣の定める医薬品の件（告示）を必要とする（A案の場合）。

なお、法改正には除外するものを厚生大臣が定めるという形式があるが、

法律上の除外を大衆保健薬に限る場合は、大衆保健薬以外の医薬品中新薬等の使用を認めないこととなり、先の（B案）と同様に医薬品に3種の段階をつけることになる。

また、除外するものを大衆保健薬以外の新薬にも及ぼすとすれば、技術的に困難である。

7. 法改正による差額徴収であれば、法制局も強い難色を示さないとと思われる。

また、担当規則の改正にあたって中医協の議を経ることが要求されるが、事情によっては、法改正に伴う処理として中医協の議を要しないと解釈しうる余地がある。

（すくなくとも、事後における報告ということは必要であろう。）

### (3) 内部文書に記された本音と建前

牛丸委員会報告書は内部文書であるため、公式には発表されない事柄についても言及されている点特徴的である。例えば、医療費の増加要因に関する分析では、次のような記述がみられる。

医療費増嵩の要因としては、以上のようなオーソドックスな要因分析の外に、とくに現在の診療報酬体系が出来高払方式（診療行為の数量を増せば増すほど医師の収入が増えるという方式）であることと、現在の保険給付の方式が現物給付方式であり、患者は少額の一部負担金で（とくに本人の場合）容易に受療できることが相俟って、医療費を増加させるといういわば表向きには公然と発表できない側面があることを看過してはなるまいとの意見があった<sup>83</sup>

このように診療報酬支払方式において、現行の出来高払方式を採用している以上、医師は診療行為を増やせば増やすほど収入が増加する。このことが医療費を増加させる要因の一つになっているという指摘である。2019年現在では、そうした出来高払い制度の欠点は、国民に広く知られているところではあるが、当時はそうした欠陥は「表向きには公然と発表できない」と認識されていたことが報告書から看取される。

また論争の焦点となってきた統合・一本化案については、次のような指摘が記されている。

政管健保の統合は、被用者保険制度に対する政府の責任を一層重大なものとし、政府は医療担当者側からの医療費値上げ攻勢を一手に受けると同時に、被保険者側からの保険料率引上げに対する抵抗、国庫負担増額のような急騰は一段と熾烈となることが予想される。

健保組合、共済組合の保険者の立場からの率直な主張は、これまで医療費問題についての医療担当者側の過大な要求に対し抑制的な働きをしてきた事実があるが、統合によりこのような影響力が減殺される<sup>84</sup>

つまり、これまで健康保険組合や共済組合が日本医師会をはじめとする医療担当者からの診療報酬の引き上げを牽制する役割を担っていたと指摘した上で、統合・一本化が実現し、被用者保険の保険者が不在となれば、医療担当者からの攻勢を牽制できなくなることを危惧していたのである。厚生官僚が統合・一本化案をめぐってこうした認識を公式に発表した記録は見当たらない。

<sup>83</sup> 医療保険基本問題対策委員会（1967）「医療保険抜本対策検討資料」1-105頁

<sup>84</sup> 厚生省（1966）「医療保険抜本対策検討資料」（非公表）

これらの記述は、内部文書には、公表文書に記載されない情報が具体的に明記されていることを示しており、厚生官僚は、考えや改革案を公表する際、ある程度のパブリケーション・バイアスをかけて発表していることを端的に示すものである。したがって内部文書と公表文書には、情報量に大きな差が生じることになる。このことは内部文書を参照することは、公表文書を参照する場合と比べて、相対的により詳細な情報にアクセスできることを意味している。

#### (4) 報告書のお蔵入り

鈴木厚相は、9月9日の衆議院社会労働委員会で医療保険制度の抜本対策の基本構想として、①各医療保険給付の不均衡是正、②各医療保険の保険料負担の公平化、③診療報酬体系の適正化、④医療保険財政の安定を目標とする旨を発言し、さらにその日程について、10月5日、医療保険制度の抜本対策に関する厚生省原案は10月中に作成し、11月には社会保険審議会に諮問したい旨の言明を行い、自民党の医療基本問題調査会も引き続き、関係各団体からの意見聴取を行ったが、その後、いわゆる「黒い霧事件」などによって、政局が激しく揺れ動き、同年12月には内閣改造、その後の国会解散、総選挙が必至とされるという政治情勢下で、医療保険の抜本対策の実施は一時棚上げになった。このような政治情勢の変化もあり、牛丸委員会がまとめた結論は公表されないままに終わった（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修1974：61）。

なお厚生省はこの間、抜本対策を審議する場についても検討し、1966年4月28日、医療保険制度全般の改善を図るため、その基本的事項につき、調査審議する機関として、「臨時医療保険審議会」を置くこととする法案を国会に提出した。

この構想は、医療保険の抜本対策の審議は、医療担当者側も参加する場で行われるべきである、という意見にも配慮を加えつつ、抜本対策を広く国民的な立場から、総合的かつ専門的に審議しようとするものであり、学識経験者のみの12人以内の委員で構成され、1967年3月31日まで時限的に設けることになっていた。

この法案は、結局国会の閉会に伴い廃案となったが、その後においても、四者構成審議会、英国の王立委員会に類似した審議会などの構想が公式、非公式に検討されたが、いずれも実現しないままとなった（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修1974：61）。

## (5) 大蔵省主計局との改革案の共有

1965年5月26日および8月11日に大蔵省主計局は「医療費問題について」と題した論考を自民党医療基本問題調査会に提出した。そこでは国庫負担の削減や一部負担の導入に加えて、診療報酬の見直し、薬価基準の改定、そして医療保険制度の統合・一本化の必要性が提起されているが<sup>85</sup>、厚生省が検討してきた改革案に比べて具体性に乏しいことが窺える。

ところが翌年11月4日、大蔵省主計局次長の岩尾一は、自民党医療基本問題調査会長の灘尾弘吉の要請により、同会で意見を求められると「灘尾さんが、私個人の意見でもいいというので、これまで考えられていたものをまとめてしゃべったのですが、まあ、大蔵省の意見として受けとられてもけっこうです」としつつ、「省議を開いたものでも、省全体の正式なものでもないのですが」と前置きしながら、「当面の問題としては赤字の解消ですが、そのために赤字要因であるビタミン剤など保健薬の保険から適用除外、過剰投薬を防ぐために法律どおり二、三日分しか薬をやってはならない、それから医者に売る薬の代金は、薬屋に対し保険者が直接払うことにする等薬に対する対策が第一」と主張した。

さらに、「一部負担の増額、また外国のように療養費払いにしてその80%程度を払戻す方法もある」とし、「いずれにしても保険の目的というのは医療を保障するのではなく、患者の経済的な負担を軽くすることだ」と指摘する。さらに「長期対策としては現行診療報酬体系の合理化」も必要であると主張した<sup>86</sup>。

前年までの雑駁な改革案とは異なり、薬剤に関する給付範囲の見直しや一部負担に関する具体的な議論が展開されていることが見て取れる。このことは1966年9月に牛丸委員会の最終報告に立ち会った岩尾ら、大蔵省主計局や理財局の幹部に厚生省の改革案が共有されたことを示唆していると言える。このように牛丸委員会で取りまとめられた改革案は、大蔵省主計局と共有され、彼らを通じて公表されることになったのである。

---

<sup>85</sup> 大蔵省主計局（1965）「医療費問題に対する大蔵省の考え方—資料 自民党医療基本問題調査会提出資料（要旨）から」『社会保険旬報』25巻800号16-19頁

<sup>86</sup> 「今週の横顔 抜本改正で大蔵構想を語る主計局次長の岩尾一氏」『週刊社会保障』20巻385号22頁

表 54 医療費問題に対する岩尾一大蔵省主計局次長の口述メモ概要

1966年11月4日

一、医療費の激増

- (1) 国民所得に占める国民総医療費の割合は増高傾向にある
- (2) 主たる原因は薬剤費の急増にある（投薬日数の増加、ビタミン剤・抗生物質の使用増加）
- (3) その結果、政管健保は膨大な財政赤字を抱えている

二、医療保険に関する当面の対策

- (1) 当面の緊急対策：薬剤費の増加抑制
  - イ) 大衆薬・保健薬（ビタミンB1誘導体、肝臓薬など）を給付範囲から除外する
  - ロ) 薬価調査を行い、薬価基準を実勢価格に合わせる
  - ハ) 療養担当規則に趣旨に従って投薬日数は必要と認められる最少限度とする
- ニ) 使用量の多い薬剤について保険者が直接医療機関に現物給付する
- (2) 保険料率の引上げ
- (3) 定率一部負担を導入する（入院と外来で給付率に差を設ける）
- (4) 差額徴収を大幅に拡大する（初診料・再診料等について自由料金を認める）

三、医療保険に関する長期的対策

- (1) 診療報酬体系を合理化する（差額徴収拡大と併せて療養費払方式を導入する）
- (2) 各種医療保険を統合する（被用者保険を統合する。国保組合を市町村国保に吸収する）
- (3) 国民健康保険を都道府県単位で財政調整する

四、医療保険に対する国庫負担

- (1) 社会保険に対する国庫負担は特殊な場合に限定する

### 4.3. 改革案の公表と部分的な実現

#### (1) 1967年の健康保険法等臨時特例法制定

牛丸委員会での改革案の検討が進む中で、政管健保の財政は悪化を続けていた。厚生省は収支均衡を企図し、1967年度に225億円という大幅な国庫補助を世さんに計上し、当面の緊急措置として、保険料率の引上げ、一部負担制の改定を内容とする健康保険法等改正案を策定した。

社会保障制度審議会および社会保険審議会は、諮問に対し、医療保険制度の抜本対策のすみやかな実施について強く要請すると同時に、改正案についてやむを得ないと答申した。これを受けて厚生省は、①健康保険の一部負担金について、初診時一部負担金100円を200円に、入院時一部負担金30円を60円にそれぞれ引き上げる、②新たに薬剤支給の際、一剤一日分の薬剤費が15円を超えるときは、一剤一日分ごとに15円の外来投薬時一部負担を設けること、③保険料率を引上げる、という内容で1967年4月26日に第55回特別国会に提出した。

同法案に対し、社会党など野党各党、日本医師会や総評などの関係団体は猛反発し、国会審議は難航を重ねた。自民党は、原案の大幅修正を用意したが、社会党をはじめとする野党各党は、廃案に持ち込もうと働きかけた。特別国会の会期最終日の7月21日、自民、社会両党の幹事長書記長会談で、7月27日に臨時国会を召集し、会期を2週間程度としていわゆる「健保国会」を開催することになった。

野党は再び廃案に持ち込む構えを見せたが、8月1日に福田赳夫自民党幹事長と坊秀男厚相の話し合いで、保険料率の引上げ幅の修正と薬剤一部負担に関する低所得者免除の規定を設ける修正を加えることで合意した。同日の衆議院社会労働委員会で提案理由説明が行われ、翌日、自民党の修正案が提出され、強行採決によって可決された。3日に議長職権で本会議が開会されたが、野党側は坊厚相らの閣僚不信任決議案の動議提出と採決にあたっての牛歩戦術を展開し、徹夜国会となった。

国会審議は紛糾を続けたが、8月7日に社会党は牛歩戦術をやめ、2年間の時限立法とする民社党修正を入れることで合意し、特別法案は衆議院を通過して参議院へ送付された。参議院の審議時間確保ため、会期が延長され、同月18日に衆議院の修正通り可決し、1969年8月末までの健康保険法特例法案として成立した。そして厚生省は、同法の機嫌が切れるまでに医療保険制度の抜本改正の実現を迫られることになった（厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修1974：62-63）。



## (2) 医療保険制度改革試案の公表

健保特例法が成立した翌月、1967年9月19日に保険局長に就任したのが梅本純正である。梅本は、「3年半も官房長をやっていたので、大すじはつかんでいるがはじめて保険行政にタッチするので従来のいきさつ、基礎的なことを勉強していきたい」として、次のように抱負を語った。

抜本対策案については鈴木前厚相時代に設置した牛丸委員会ですでに検討し終わっている。しかし、健保特例法の国会審議などで棚上げになったままなので復習の意味でもう一度検討し、自民党の灘尾調査会と調整した上で、世に出したい。案としては統合案、総合調整案などいくつかの案が考えられるが、すでに牛丸委員会で検討済みであるので、今後は選択の段階に入る。ある程度の方針はすでに固まっているが、そのさい方向的なものを灘尾調査会で決め、具体的な細かい点については厚生省が決めるとか、また省からいくつかの案を党にもっていき検討してもらおう。あるいは先きに審議会に諮り党は後まわしにするとかが考えられる。いずれにせよ、党と相当相談せねばならず、党と政府の一体化がまず必要であり、党の基本的な考え方が前提となる<sup>87</sup>

健保特例法制定後、保険局長の梅本には医療保険制度の抜本改正を実現させることが要請されていた。これまで保険局で係長も課長も経験していなかった梅本は、牛丸委員会報告書を参照し、すでに改革案は検討されつくしており、今後は選択の段階として、改革案の選定に取り掛かっていった<sup>88</sup>。

自民党医療基本問題調査会も動き出し、検討のための材料を提示するよう厚生省に求めた。そこで保険局は、1967年11月17日、「医療保険制度改革試案」を同調査会に提出した(表55～表57)。試案は、現行制度が抱える5つの問題点をあげ、これに対応する形で、①給付率の格差是正、②保険料負担の均衡、③診療報酬体系の適正化、④保険財政の長期安定化の4つの方針を示した。牛丸委員会での検討内容がそのまま発表されたのである。

---

<sup>87</sup> 梅本純正：1923年大阪府出身。1942年東京大学法学部卒業後、1942年9月に高試行政合格。1947年福井県経済部農政課長をへて1950年厚生省社会局に入る。1951年厚生大臣秘書官、1952年大臣官房統計調査部指導課長、1953年医務局整備課長、1957年児童家庭局企画課長、1959年内閣総理大臣官房総務課長、1963年厚生省援護局長、1964年1月大臣官房長を経て、1967年9月19日に保険局長。(「今週の横顔 実行可能な抜本案を 厚生省保険局長に就任した梅本純正氏」『週刊社会保障』1967年21巻431号22頁)

<sup>88</sup> 「特別対談 問題含みの改革試案—今年の医療保険を展望する—」『週刊社会保障』1968年22巻445/446号36-37頁

表 55 「医療保険制度の問題点とその改革の基本的方向について」の概要

1967年11月17日

---

一	医療保険制度の問題点
一	制度ごとに医療給付の割合に差がある
二	保険料負担が各制度間、保険者間において不均衡である
三	保険財政は逐年悪化し、このまま放置すれば医療保険制度が崩壊するおそれがある
四	現行の診療報酬支払方式にも問題がある
五	医療制度等医療保険に関連のある諸制度には多くの問題がある
二	抜本対策の基本的方針
一	保険財政の長期的安定を図る
二	医療給付の割合の格差を是正する
三	保険料負担の均衡を図る
四	診療報酬体系の適正化を図る
三	改革の考え方
一	制度の体系
(一)	被用者保険
	現行制度を基礎として組合方式の長所を生かしていく
(二)	地域保険
	現在どおり市町村及び国民健康保険組合を保険者とする
二	財政調整
(一)	被用者保険の医療費の二分の一について財政調整を行う
(二)	医療費段階別の標準保険料制度を創設して財政調整を行う
三	給付の範囲及び医療給付の割合
(一)	疾病の診療を対象とする（予防、リハビリ、健康増進は公衆衛生、社会福祉の対象とする）
(二)	給付率は7割とし、被用者保険本人・地域保険世帯主の入院は10割給付とする
四	償還制の制限の緩和
	一定の条件下で現行の償還制の制限を緩和する
五	保険財政の長期的安定
一	政管健保や地域保険の累積赤字はおおむね10年間で解消する
二	保険者間の財政力格差について財政調整と国庫負担で是正する
三	診療報酬の適正化、給付率の合理化、公費負担制度の充実化、 政管健保の運営管理体制の強化を図る
四	政管健保の保険料率はできるだけ動かさない
六	医療制度等医療保険に関連する諸制度の整備近代化
	単に医療保険制度だけでなく、医療、薬事、公衆衛生の諸問題を連関して同時に解決していく

表 56 「医療保険制度改革試案」の概要 (1/2)

1967年11月17日

- 
- 一 制度の体系
    - 一 被用者保険
      - (一) 統合・一本化ではなく現行制度を基調として改革を行う
      - (二) 各制度間の給付率や保険料率に相当の格差があるため財政調整を行う
      - (三) 5人未満事業所従業員に対して被用者保険を適用する
    - 二 地域保険
      - (一) 保険者は現行通り、市町村・国保組合とする
      - (二) 標準保険料を設定し、財政調整を行う
  - 二 財政調整
    - 一 被用者保険
      - (一) 全被用者保険の医療給付費の二分の一相当について財政調整を行う
      - (二) 各保険者は毎月、拠出金を支払基金に納付する
      - (三) 支払基金は、この納付金は財政調整資金としてプールする
    - 二 地域保険
      - (一) 各保険者は標準保険料に従って保険料総額を定め、不足分は全額国庫負担とする
  - 三 給付の範囲及び医療給付の割合
    - 一 給付の範囲
      - (一) 医療保険の対象とする医療は診療の領域に限る（予防、リハビリ、健康増進は対象外）
      - (二) 公共的社会的処理が適当な医療は原則、公費負担とする
        - 戦傷病医療、法定伝染病、原爆医療、ハンセン氏病、精神病、結核、重症心身障害者施設等
      - (三) 育成医療（児童福祉法）、養育医療（母子保健法）などは優先的に医療保険を適用する
    - 二 医療給付の割合
      - (一) 被用者保険・地域保険の給付率は7割で同一とする
      - (二) 長期療養者、低所得者に対する軽減措置をとる
      - (三) 保険者は附加給付を行うことができる
  - 四 費用負担
    - 一 保険料
      - (一) 被用者保険：標準報酬に所要の料率を乗じた額とする
      - (二) 地域保険：標準保険料率に従って定める
    - 二 国庫負担
      - (一) 被用者保険：一定の条件下で国庫負担を行う
      - (二) 地域保険：法定医療給付費の二分の一相当額を国庫負担とする
  - 五 診療報酬体系の適正化
    - 一 医師、歯科医師等の技術料を正當に評価する
    - 二 物と技術を分離し、物の対価は経済変動に即して改定する
    - 三 甲表及び乙表は一本化する
    - 四 毎年1回薬価調査を実施し、薬価基準価格を実勢価格に合わせる
  - 六 支払方式
    - 一 歯科補綴などについて差額徴収を認める
    - 二 一定の条件下で償還制を導入する
    - 三 へき地や特定の医療機関について請負方式・件数払方式など別建の診療報酬支払方式の選択を考慮する

表 57 「医療保険制度改革試案」の概要 (2/2)

七 その他

- 一 保険料徴収、診療報酬請求・審査について事務の簡素化を図る

八 累積赤字の解消

- 一 政管健保、日雇労働者健保、船員保険の累積赤字は国庫負担でおおむね10年で解消する
- 二 国民健康保険の累積赤字は市町村の起債でおおむね10年で解消する

九 医療制度等医療保険に関連のある諸制度の整備、近代化

- 一 医療提供体制の整備（病床数増加、施設の近代化、医師・看護婦等の養成、医療機関の機能分化）
- 二 救急医療、がん、循環器疾患対策を重点的に進め、これらの疾病に対する専門病院を計画的に整備する
- 三 医療の地域格差の是正（無医地区の解消）
- 四 国公立病院の果たすべき役割の明確化と公費投入による重点的な強化を図る
- 五 医薬分業を推進する
- 六 医療用医薬品とその他の医薬品の区分を明確化する
- 七 医薬品企業の体質改善、研究開発体制の強化を推進する
- 八 予防、リハビリ、健康増進について公費負担による充実化を図る

十 実施計画

- ・1968年度：薬価基準の適正化、償還制の拡充、請負方式等の採用、その他制度改革の諸準備
- ・1969年度：給付率の改正、財政調整の調整料率の告示、標準保険料制度の設定、財政調整
- ・1968年度～1972年度：診療報酬体系の適正化、5人未満事業所等従業員への被用者保険の適用  
事務簡素化、医療制度等、医療保険制度に関連する制度の諸整備

本試案の性格

- 一 これは現段階の事務当局試案であり、自民党医療基本問題調査会に提出するものである
- 二 関係者との意見調整は行っていない

<参考>

- 一 医療保険制度の統合・一本化は適当ではない
- 二 医療保険制度を都道府県単位に統合することは適当ではない

牛丸委員会は、制度体系を統合・一本化するか、それとも分立を維持するかという二つの改革案を構想していたが、医療保険制度改革試案では、統合・一本化や医療保険制度を都道府県単位に統合することについては「適当ではない」と結論付けられ、分立を維持したまま抜本的な改革を推進していく方針が示された。以後、厚生省は統合・一本化については常に現実的ではないという見解を示し、分立の維持を前提とした改革を主張するようになる。つまり統合・一本化案は、1967年の医療保険制度改革試案の発表と同時に、省内において検討対象から除外されたのである。

### (3) 自民党の国民医療対策大綱の発表

厚生省が1967年11月17日に発表した「医療保険制度改革試案」に対しては、「抜本対策の名に値しない」、「赤字対策にすぎない」などの批判が殺到していた。そこで自民党医療基本問題調査会長の鈴木善幸は、調査会としての考えを発表することとし、調査会の事務総長的立場だった齋藤邦吉が案を作成することになった。

しかし調査会は自民党の機関であり手足となる事務職員がいなかったため、資料の整理、文章の作成等の事務を保険局長の梅本純正や同企画課長の宮島剛らが担当することになった。齋藤から「官僚の文章でない下書きを書いてみろ」と要請された企画課事務官たちは困惑した。そこで内閣首席参事官時代に「総理演説を起草していたころ以来ペンを持ったことのなかった」梅本が「一气呵成に書き下ろし」、齋藤と推敲を重ねた（厚生省五十年史編集委員会編1988a:1331-1332）。こうして完成したのが「国民医療対策大綱」である（表58）。

国民医療対策大綱では、医療保険制度の体系について、地域医療を主とする国民保険制度、職域医療を主とする勤労者保険制度、そして70歳以上を対象とする老齢保険制度の三つに再編するという改革案が明記された。1967年に厚生省保険局が医療保険制度改革試案の中で否定した保険者の統合・再編案を主軸とする改革案が提起されたのである。梅本は統合・一本化の実現可能性に懐疑的だったため、齋藤厚相の意向が反映されたものと考えられる。

もっとも国民医療対策大綱には、入院時の給食を自己負担化する改革案が盛り込まれている通り、牛丸委員会までに省内で検討されてきた改革案が自民党とも共有された。これまで厚生省保険局が対外的に発表を控えてきた改革案が、自民党の試案を通じて表出したのである。

表 58 「国民医療対策大綱」の概要

1969年4月10日

- 
- 第一 制度の体系
- 一 現在8つに分立している医療保険制度を3つに再編する
    - 地域医療を主とする国民保険制度
    - 職域医療を主とする勤労者保険制度
    - 老齢保険制度
- 第二 国民保険制度
- 一 現行の国民健康保険の被保険者で70歳未満の者を対象とする
  - 二 保険者は市町村とするが、都道府県単位の特殊法人（都道府県国民保険公社）が当該区域の事務を統一的に行い、かつ、保険者間の財政調整を行う
  - 三 給付率は7割とする
  - 四 財源は保険料、国庫負担金、勤労者保険制度からの受入金、財政調整交付金とする
  - 五 保険者及び都道府県国民保険公社は健康診断、指導、管理等を行うことができる
- 第三 勤労者保険制度
- 一 現行の健康保険の被保険者などを対象とする。退職者医療確保を目的とし、一定の条件を満たす者に70歳まで保険給付を行う
  - 二 勤労者保険制度の保険者は全国的規模の特殊法人（勤労者保険公社）とする
  - 三 給付率は10割とする。患者は外来定額一部負担、入院時の給食費相当分を負担する
  - 四 財源は被保険者・事業主折半の保険料、財政調整のための国庫負担など
  - 五 業務外の傷病に要する経費は財政調整と国庫負担で賄う
  - 六 必要な保健活動（健康診断、指導、管理等）を行うことができる
- 第四 老齢保険制度
- 一 70歳以上の国民を対象とする。勤労者保険制度に加入する被保険者は除く
  - 二 老齢保険制度は、勤労者保険公社が運営する
  - 三 給付率は外来10割、入院7割とする（長期療養者の軽減措置を設ける）
  - 四 財源は、国民健康保険制度及び勤労者保険制度からの拠出金と国庫負担とする
- 第五 保険医療
- 一 保険診療は上記公社と契約した医療機関が取り扱う（二重指定制廃止）
  - 二 一定の条件下で償還制を導入する
  - 三 診療報酬は出来高払方式とし、公社が一元的に取り扱う
  - 四 中央地方に行政委員会を設置し、保険医療の公正を期す
  - 五 診療報酬請求事務について電子計算機を導入して大幅な簡素化を図る
- 第六 累積赤字の解消
- 一 政管健保、日雇労働者健保、船員保険の累積赤字は国庫負担でおおむね10年で解消する
  - 二 国保の累積赤字を解消するため市町村の起債を認める

#### (4) 厚生省の老齢保険制度要綱試案の発表

厚生省は昭和 1969 年度予算の概算要求に際して、老人医療費負担軽減対策を盛り込んだ予算要求を行った。これは 70 歳以上の者を対象とし、一定の所得制限のもとに、医療保険の自己負担分が、①外来の場合一件（一ヵ月）当たり 1000 円を超える場合その超える分について、②入院の場合 2000 円を超える部分について、国 8 割、地方公共団体 2 割の公費で負担するというものだった。これは時の厚相の名を冠して園田構想と呼ばれたが、医療保険の抜本改正と密接な関連を持つ改革案であり、その一環として検討すべきであるとの考え方が根強かったため、同構想は実現するには至らなかった。

そこで厚生省は 1969 年 8 月、医療保険の抜本的改正について社会保障制度審議会及び社会保険審議会に諮問する際、厚生省試案（さしあたり実施すべき事項）として次のような「老齢保険制度」構想を発表した（吉原 1983：100）。

表 59 老齢保険制度要綱試案

---

老齢者の医療を確保するための具体的な方法としては、諸種の方式が考えられるが、社会保険の方式による場合には、次のような老齢保険制度を創設することが考えられる	
一 適用対象者	老齢保険の適用対象者は、70歳以上の国民とする。ただし、被用者保険の被保険者を除く
二 経営主体	老齢保険事業は、市町村の協力を得て社会保険庁が行う
三 保険給付	(1) 医療給付の割合は在宅診療について10割とし、被用者保険に通じて一部負担を設ける。 入院診療について7割とする
	(2) 葬祭料の額は一万円とし、被用者保険における葬祭料に準じて改定する
四 費用負担	(1) 国は老齢保険の保険給付に要する費用の四分の一を負担する
	(2) 国民健康保険及び被用者保険の経営主体は、老齢保険の保険給付に要する費用の四分の三に相当する額をそれぞれの被保険者に係る市町村民税所得割の課税標準額に応じて負担する
	(3) 国民健康保険においては（2）の負担金の二分の一を国が負担する

この構想では 70 歳以上の国民を対象とし、国（社会保険庁）が、被用者保険の給付率に準じて、従来以上の保険給付（在宅診療につき 10 割、ただし自己負担あり）を行うという改革案が示された。費用負担は、国民健康保険及び被用者保険の経営主体が、四分の三を一定の方法で負担し、残りの四分の一を国が負担するものだった。後に老人保健法制定に携わる渡邊芳樹は、「振り返ってみた場合、この昭和 44 年構想が、老人保健制度における医療部分の骨格にやや近いところを有しており、実際、法案を策定する過程においても、

ある程度意識されていた面がある」と述懐している<sup>89</sup>。

---

<sup>89</sup> 渡邊芳樹「老人保健法制定の立法過程」『北大法学論叢』42巻4号1164-1165頁



### 第3章 過程追跡Ⅱ——改革案の取舍選択と具現化

前章での過程追跡の結果、1950年代までに政策コミュニティ内で提起されていた改革案は、1955年に作成された「七人委員会の報告」や「第三次今井メモ」などによって集約化された。厚生官僚は、提起された改革案のいくつかを実現させる一方で、1960年代以降、他の改革案について省内部で本格的な研究を開始した。研究成果は、1961年の「医療保障総合審議室中間報告」や「牛丸委員会報告書」などに取りまとめられていった。

それでは、こうして1960年代までに構想された改革案は、1970年代以降も継続的に検討されていたのだろうか。

本章第1節では、第1節は1970年代初頭を射程とする。厚生省保険局では、牛丸委員会報告書をベースとした簡易版の改革メニューが作成され、過去の改革案が継続的に検討されていたことを示す。もっとも簡易版の改革メニューには全制度の統合・一本化案は含まれておらず、1971年には社会保険審議会や社会保障制度審議会からも実現を目指すべきではないとの結論が下された。

また国民健康保険の標準保険料構想については、実現は困難とみなされ1972年にお蔵入りになった。継続的な検討が重ねられる中で、特定の改革案は検討対象から除外されたのである。

第2節では、1970年代半ばまでを射程とする。70歳以上の高齢者の医療費自己負担が無料化されたほか、健康保険法改正によって高額療養費支給制度が導入されたこと、そしてオイルショックに伴う経済の安定成長期への移行によって、国民所得に占める医療費の割合が拡大したことを示す。

第3節では、そうした医療費比率の拡大を背景として、1970年代後半に医療保険制度改革の機運が高まっていく過程を辿る。特別保険料や健康保険組合間での財政調整、保険者による医療費通知などこれまで温められてきた改革案が少しずつ実現していくことを示す。

## 第1節 改革案の取捨選択

### 1.1. 継続的な検討

1966年に牛丸委員会報告書に取りまとめられた多岐にわたる改革案は、1970年代以降も継承されていたのだろうか。後任の政策担当者が、同報告書を参照しながら継続的な検討が続けられていたことを端的に示している資料が「医療保険制度検討素材」（以下、「検討素材」）である<sup>90</sup>。

この資料は、1970年2月5日作成の「検討項目」、9月9日作成の「検討素材その1」、10月7日作成の「検討素材その2」、16日作成の「検討素材その3」、28日作成の「検討素材その4」、そして翌月27日作成の「検討素材その5」という6つの文書から構成されている。それぞれ5～7頁程度で、論点や改革案が個条書きで簡潔にリストアップされており、七人委員会や医療保障総合審議室、牛丸委員会の大部の報告書に比べると大幅にダウンサイズしている。

表60に同検討過程におけるテーマ、論点、具体的な改革案を一覧化した。検討内容から保険局の政策担当者が作成したものであることは明らかだが、具体的に誰が何を目的として作成したものであるのかは定かではない。しかし「検討素材」で取り上げられている論点や改革案は、牛丸委員会報告書のものとはほぼ一致しており、新たに追加された項目は見当たらない。つまり「検討素材」は、牛丸委員会報告書などを参照しながら、各改革案の実現可能性を議論する目的で作成された資料ではないかと考えられる<sup>91</sup>。

---

<sup>90</sup> 厚生省（1970）「医療保険制度検討素材」（非公表）

<sup>91</sup> 当時、保険局国民健康保険課長補佐だった三井速雄に「検討素材」の確認を依頼したところ、1970年2月の「検討項目」に示されている「ストック形成」という表現について、「当時、この表現を使っていたのは私くらいだったので、『検討項目』の作成に関わった可能性がある。しかし『検討項目その1』から『その6』については思い出せない」と証言している（三井速雄氏インタビュー2019年12月3日筆者実施）。また同課法規係長だった奥村明雄にも「検討素材」の確認を依頼したが、「記憶にない。当時、国保課は標準保険料構想、擬制適用廃止に伴う国保組合の設立、東京都の老人医療費無料化への対応に追われていた。『検討項目』の内容から保険局企画課の課長補佐レベルが作成したものではないか」との回答が得られた（奥村明雄氏インタビュー2019年12月18日筆者実施）。

表 60 「医療保険制度検討素材」の論点と改革案一覧 (1/3)

- 
- 1) 国民健康保険
    - 国民健康保険の経営主体
      - 市町村営、都道府県営、国営、公社制、組合制
    - 国民健康保険組合の役割
      - 国保組合・療養取扱機関
  - 2) 保険給付
    - 給付率
      - 10割給付の是非、給付率の差のつけ方
    - 一部負担
      - 定率、特定の診療行為、定額、逆進率、少額自己負担、減免
  - 3) 給付範囲
    - 給付水準
      - 「必要」「効率」の基準、「診療の自由」と保険経済の調整
    - 医療の質
      - 技術差、設備差、基準看護・給食・寝具等
    - 今後給付範囲に入れるべきもの
      - リハビリ・予防給付
    - 差額徴収
      - 技術差（初診料等）、指定外薬剤、新療法、往診、給食費、給付準則制度
  - 4) 支払い制度
    - 償還方式
      - 特定医療機関限定方式、医療機関選択方式、診療行為別償還方式
      - 補綴・往診・入院料・給食等
  - 5) 予防と保険
    - 予防・健康管理
      - 公衆衛生・労務管理・保険ごとの予防の差異
  - 6) 出産給付
    - 現物給付化
      - 供給体制（助産婦・入院設備）、点数設定、財政への影響、一部負担
  - 7) 附加給付
    - 附加給付の役割
      - 法定外給付との差異、附加給付と医療給付の範囲
  - 8) 診療報酬
    - 出来高払いの改善
      - 新医療費体系、薬価差益分離、技術差評価、算定単位の集約化、1疾病1請求
    - 出来高払い以外の方式
      - 償還式、人頭請負式、件数払式、人頭登録式、俸給式
    - 支払方式の改善
      - 療養費払制・差額徴収制・件数払制・給与支給制の併用
      - 病院・診療所の支払方式分離、医療費総枠決定方式
    - 薬価基準
      - パルクライン、薬価調査、添付・試供品、基準搭載範囲

表 61 「医療保険制度検討素材」の論点と改革案一覧 (2/3)

- 支払基金
  - 支払機関・審査機関としての問題、事務費の問題
- 不正防止
  - 患者調査、支払金額通知（保険者→被保険者）、領収書発行義務制
  - 受診券交付制、明細書日計制、保険証・給付記録記入励行、保険証の改善
- 9) 保険財政
  - 保険と国庫負担の関係
    - 国庫負担積極論・消極論の是非
  - 国、都道府県、市町村、世帯主の負担
    - 国庫負担（理由、4割5分負担、定率部分・調整部分の比率）
    - 都道府県負担（理由・方法）、市町村負担（管理者責任）
    - 世帯主負担（被用者負担均衡、保険者間均衡、最高限度額など）
  - 国保における財政調整
    - 国庫負担の配分と調整交付金、標準料率
  - 保険料の負担区分
    - 折半負担の原則、組合の特例
  - 経済成長に対応する保険料負担
    - 賦課徴収方式、標準報酬制、定時決定制、事業主納付制、被用者事業主分担
    - 事業所給与標準、「きまって支給する給与」標準、定率負担、標準報酬法定制
- 10) 被用者保険離脱者対策
  - 高齢者対策
    - 高齢者の医療保障の方向（高齢者のみの保険制度、公費医療、現行保険制度内）
    - 費用の負担（各保険制度負担、年金制度負担、公費負担）
    - 高齢者の範囲、高齢者の給付率
  - 離職者対策
    - 離職者の医療保障の方向（従前の保険者での任意継続、政府管掌による任意継続、国保加入）
    - 資格期間、年齢、継続期間、費用負担（従前の保険者負担、失業保険、国庫負担）
    - 被用者保険から国保へ移った場合の救済措置（前年度所得が保険料負担の基準となる問題）
- 11) 被用者の家族の国保移管
  - 地域住民としての健康管理、事業主負担の根拠、家族保険料、保険者責任の所在

表 62 「医療保険制度検討素材」の論点と改革案一覧 (3/3)

1 2) プール制

財政調整の対象

保険者の経営努力 (適用・報酬把握・徴収、診査事務、健康・予防活動、被保険者教育など)  
 企業自体の労務管理上の条件の差 (性・年齢・家族構成、労働条件・職場環境)  
 企業の経済的格差 (賃金水準、保険料負担力)

財政調整の反対意見

保険者の経営努力阻害、国庫負担による調整、医療費対策の優先  
 政管の運営改善が先決、既得権

財政調整の範囲・方法

健保組合相互間、共済組合相互間、政管と健保組合、被用者保険内、被用者保険と国保  
 プール方法 (資金量、抛対象、率)、配分の方法 (基準、率)

財政調整以外の資金利用

退職者・高齢者の医療給付財源、医療費減少対策、共同事業

1 3) 医療保険と行政

諮問機関の構成と任務

制度に関する機構、運営に関する機構、医療費に関する機構

医療保険と行政監督

制度監理、行政監督 (保険者、医療機関)、保険者機構

保険医療と監査

保険医療の組織 (医療機関、契約による委任)

業務上医療・災害医療との調整

給付責任者の決定までの措置、決定権者と救済措置、決定による費用の求償

「検討素材」を概観すると、後に実現する改革案が取り上げられていることに気が付く。後述する通り、(8) の不正防止に関する論点で取り上げられた「保険者による被保険者に対する支払金額通知」や (12) のプール制で提起された「健保組合相互間の財政調整」は 1970 年代後半に実現することになる。また (10) および (12) では高齢者を対象とした医療費保障の方式が検討され、財政調整についても対象、範囲、方法のほか、反対意見についても議論されているが、これらは 1982 年の老人保健法創設の過程で実現するアイデアである。

同様に、(2) の定率一部負担や (10) の離職者を対象とした医療費保障制度、(3) の差額徴収の拡大については、1984 年の健康保険法改正において、(9) で示された都道府県負担は 1988 年の国民健康保険改正において、それぞれ実現する。(3) の差額徴収の拡大の中で提起された給食費の自己負担化については、1984 年の健康保険法改正の過程で政治的な合意が得られず断念したものの、1994 年の健康保険法改正で実現することになる。

このように 1966 年の牛丸委員会において、多岐にわたる検討がなされた後、1970 年の時点で、目ぼしい改革案の選出がすでに始まっていたのである。

その一方で、統合・一本化案に関する記述は見当たらないことも注目に値する。たしかに制度の根幹に関わる改革案として、国民健康保険の経営主体に関して、現行の市町村営

のほかに、都道府県営や国営だけでなく公社制や組合制などが示されているほか、被用者保険離脱者対策や制度間の財政調整など、全制度を通じた抜本的な改革案が検討されているが、統合・一本化については言及されていないのである。

前章で述べた通り、1966年に牛丸委員会が作成した「医療保険制度改革要綱試案」の時点で、統合・一本化案は検討対象から除外されていたが、その結論は1970年時点にも引き継がれていた。省内では統合・一本化の存在は、認識はされているものの、検討に値しないと見なされていたと考えられる。

つまり1966年までに検討された改革案は、1970年の保険局内の議論の中で整理され、実現に向けて注力するものの選出が始まっていたのである。

## 1.2. 標準保険料構想のお蔵入り

「検討素材」の(9)において、国民健康保険の財政調整に関する論点で取り上げられた標準保険料構想は、1960年代後半から1970年代初頭にかけて、実現に向けて本格的に検討されることになった。

1968年6月15日の人事異動で松田正は、前任の出原孝夫を引き継いで<sup>92</sup>、保険局国民健康保険課長に着任した<sup>93</sup>。松田は保険局での勤務経験がなかったため、早速勉強を開始し、国民健康保険をめぐる主たる政策課題は、①次年度予算、②国保プロパーの問題、そして標準保険料構想の三つであると整理した<sup>94</sup>。

標準保険料構想は、国民健康保険の市町村ごとの保険料率の差の公平性を確保することを意図した改革案で、国民皆保険達成後、全国の市町村は、次の三つの理由から同構想の実現を強く熱望していた<sup>95</sup>。

第一は、市町村ごとで保険料に差が生じるからである。各地域の種々の要因によって、同地域の医療費は決定されるため、保険料に差が生じ、結果として「隣の村とこちらの町とで保険料が異なる」という事態が発生する。最終的に国が責任を持つ公的医療保険制度である以上、少なくとも同一医療費、同一所得の場合は同じ保険料にすべきではないか、

---

<sup>92</sup> 出原孝夫：大正12年東京都出身。1949年東京大学経済学部卒業後、厚生省入省。社会局、児童局、医務局、静岡県などの後、1962年7月から内閣参事官、1964年10月から年金局資金課長をへて1966年6月1日から保険局国民健康保険課長に就任（「厚生省国保課長に出原孝夫氏」『国民健康保険』1966年17巻7号18頁、「出原さん 惜しまれつつ栄転」『国民健康保険』1968年19巻8号8頁）

<sup>93</sup> 松田正：1926年兵庫県神戸市出身。1952年東京大学法学部政治学科卒業後、厚生省入省。公衆衛生局、社会局、兵庫県国民健康保険課長、社会保険庁健康保険課、大臣官房総務課長補佐、社会局更生課長などを経て1968年6月15日に保険局国民健康保険課長に就任。

<sup>94</sup> 「この人 厚生省保険局の国民健康保険課長 松田正氏」『社会保険旬報』1968年28巻903号18頁

<sup>95</sup> 松田正（1970）「国保に関する諸問題について～国庫負担と標準保険料に関する問題その他～」『国民健康保険』21巻9号3-4頁

また、同一の医療費であっても、所得に差があるのであれば、その所得の差に応じて保険料を負担すべきではないか、という点が問題視されていた。

第二は、市町村長や地方議会議員が保険料の引き上げを忌避するからである。医療費や被保険者の所得が増加すれば、市町村は見合った保険料に引き上げる必要があるが、再選可能性を重視する地方議員は、これに強く反発するか小幅な引き上げしか認めようとしなない。そのため市町村は、国が標準保険料を定めれば、地方政治に左右されることなく、標準保険料に即した保険料の引き上げが可能になる、と期待していたのである。

そして第三は、国庫負担の増額を求めているからである。国が示した標準保険料に従って市町村が保険料を設定すれば、赤字になったとしても、市町村はその責任を国に転嫁できる。

以上の理由から市町村は保険財政の増額も念頭に標準保険料構想の実現が求められており、医療費の増嵩に対処して保険料を年々引上げていかなければならない市町村にとって、「救世主のように受け取られていた」改革案だった。

1969年8月5日、厚生省は「医療保険制度改革要綱試案」（以下、要綱試案）を作成し、社会保障制度審議会と社会保険審議会に諮問した。諮問にあたって、斎藤昇厚生大臣は「保険料負担の均衡と給付の改善については全制度の統合によって解決するのが理想」だが、「既存各制度の歴史と沿革を尊重し、当面国民保険につきましては標準保険料制度を設け、勤労者保険につきましては財政調整方式を活用することにより保険料負担の均衡を図るのが適当である」と標準保険料構想の実現を目指す意向を明らかにした<sup>96</sup>。

松田もこの「試案の一つの重要な課題は、保険料負担の均衡を如何にして図るかということであり、「国民健康保険において、これに答えるものが標準保険料制度の創設であることは言を俟たない」と積極的な姿勢をみせた<sup>97</sup>。1966年の牛丸委員会では「所得割一本方式」が打ち出されていたが、梅本ら厚生官僚が1969年4月までに下書きし、自民党の国民医療対策大綱の中で発表した改革案が「医療給付費の二分の一原則、所得割・均等割等方式」で、「要綱試案」もほぼ同様の考え方が示された<sup>98</sup>。つまり1966年から1969年までに標準保険料構想は繰り返し検討され、具体化が図られてきたのである。

翌1970年6月18日、厚生大臣の私的諮問機関として国民健康保険の諸問題（標準保険料・国庫負担等を中心とする）に関し意見を聞く会（以下、国保問題懇談会）が設置された。委員は小山路男（横浜市立大学教授）、柴田護（元自治事務次官）、鈴木武雄（武蔵大学教授）、中村正文（神戸商大教授）、山本正淑（元厚生事務次官、医療金融公庫総裁）の

---

<sup>96</sup> 「医療保険制度改革の厚生省試案全文」『国民健康保険』1969年20巻10号3頁

<sup>97</sup> 松田正（1969）「国民健康保険制度改革要綱試案の概要」『国民健康保険』20巻10号9頁

<sup>98</sup> 「国保の標準保険料に関する学識者懇談会発足…11月頃結論・47年4月実施メドに具体的な検討に着手…」『週刊国保実務』647号834頁

5名が選ばれ、同月26日の第一回会合から検討を開始した<sup>99</sup>。

この国保問題懇談会の事務局を務めていたのが同年に保険局国民健康保険課法規係長に着任した奥村明雄である。1965年入省以来、初めて保険局に配属されたが、重宝したのが当時、刊行されたばかりの『医療保険制度 抜本改正の解説と資料』（1970年、社会保険法規研究会、以下、『抜本改正の解説と資料』）だった。

表63に示した通り、同資料には、第一部において制度創設から1960年代後半までの歴史的な経緯が記述され、さらに第二部および第三部において、政府、与野党、関係団体が過去に発表した改革案が編綴されていたからである。懇談会の事務局だけでなく、日雇労働者健康保険の擬制適用廃止に伴う国民健康保険組合の設立、東京都の老人医療無料化への対応に忙殺されていた奥村には、医療保障総合審議室や牛丸委員会の報告書を読み返す時間はなかったが、『抜本改正の解説と資料』を通じて、医療保険政策に関する知識を獲得していったのである。

表 63 『医療保険制度 抜本改正の解説と資料』の目次

---

第一部	医療保険制度改正への歴史
第二部	医療保険制度改正に関する関係方面の意見要旨
第一	総括
第二	制度の体系
第三	財政調整
第四	公費負担による医療
第五	保険給付
第六	給付・支払方式
第七	診療報酬体系
第八	保険料
第九	国庫負担
第十	関連制度
第十一	その他
第三部	医療保険制度改正に関する関係方面の意見
一、	七人委員会報告から厚生省事務局試案まで
二、	厚生省事務局試案から自民党国民医療対策大綱まで
三、	自民党国民医療対策大綱から厚生省諮問まで
四、	厚生省諮問以後

国保問題懇談会における議論を通じて、標準保険料構想の実現が本格化していった一方、じつは同案をめぐって省内では推進派と反対派で意見が分かれていた。1971年1月8日

---

<sup>99</sup> 「国保の標準保険料に関する学識者懇談会発足…11月頃結論・47年4月実施メドに具体的な検討に着手…」『週刊国保実務』647号834頁



の人事異動で、首尾木一に代わって審議官（医療保険担当）に江間時彦が、松田に代わって国民健康保険課長に吉村仁が就任した。首尾木や松田が標準保険料構想の推進論者だったのに対し、反対派の急先鋒が吉村だった<sup>100</sup>。

吉村は、就任するとただちに国保問題懇談会の標準保険料構想について「この考え方はおかしい」と指摘し、同懇談会が取りまとめた報告書の骨抜きを企図した。吉村には、同懇談会が「標準医療費」を設定することが困難なため、「実際医療費」を基準として標準保険料を設定するという考え方をまとめていた点がどうしても腑に落ちなかった。標準医療費を設定できなければ、標準保険料という考え方自体が成立し得ない。また保険料負担を公平化するためには、所得を基準とするだけではなく、同時に医療費も基準にする必要がある。そしてなにより医療費を節減する努力をした市町村ほど国庫の交付金が少なくなるという問題が生じる<sup>101</sup>。国民健康保険の運営責任は市町村にあるはずにもかかわらず、その財政責任を国が負うことになれば、標準保険料を引き上げられない場合、そのツケはすべて国庫が負担することになる。これらの懸念がぬぐい切れない構想を吉村はどうしても受け入れることができなかったのである<sup>102</sup>。

また政治的な合意形成も障害になった。東京都をはじめとする大都市は、財源に余裕があるため、一般会計からの繰り入れで国民健康保険の保険料を低く抑えることができる。懇談会委員として構想の検討にあたった小山は、特別区の職員からの猛反発も実現を阻んだとし、「結局、文書が残っただけの作業」と化したと述懐している（小山 1985: 333-334）。

こうして同年 9 月 23 日に提出された同懇談会の報告書に対し、吉村は「あとがき」を付し、「この報告にもられた標準保険料制度の構想については、現行制度にとられることなく、主として理論的な検討を進めてきたので、現行制度を大きく改変する構想となったことは否めない。したがって、制度の改変にあたっては、次のような諸問題について十分留意し、さらに具体的な検討を加えるとともに、関係各方面と十分に意見を交換し、その理解と納得に基いて無理なく実施できるような具体案を検討する必要があると考える」として、3つの問題点を指摘した（表 64）。

第一は、国庫負担の方式が現行制度と大きく変わることになるため、市町村に対する影響を緩和するために前進的に改正を行うなどの配慮が必要であること、第二は、「この構想では、標準保険料は、実績としての療養給付費を基礎として算定されることとなっている

---

<sup>100</sup> 「特別対談 保険主義の王道～山本正淑さんと語る戦後社会保険史～最終回」『健康保険』2002年 56巻 7号 65頁

<sup>101</sup> 吉村仁（1978）「二つの思い出」『国民健康保険』29巻 12号 14頁

<sup>102</sup> 当時、保険局調査課数理専門官だった鎌形健三は、「えらい先生や大先輩が集って鳴物入で始めた懇談会の結論を反対し、一人ずつぶってしまった吉村さんはえらい人だなあと感心すると共に、制度を所管する課長として、将来に亘る制度への責任感を強く感じた」と述懐している（吉村仁さん追悼集刊行会編 1988: 174）。

ので、標準保険料制度は、実際問題としては、かなり不安定なものとならざるを得ない。これを解決するためには、標準的療養給付費のごときものを設定することが必要となるが、当面これを算定することは困難であるので、標準保険料制度の妥当性を失わず保険財政の安定を確保する方策を工夫すべきであること」。そして第三は、「この構想の実施に伴なって生ずる被保険者の保険料負担の大きな変動に対しては、十分な経過措置を講ずる必要があること」、以上の三点である<sup>103</sup>。このように「あとがき」が付されたことで、報告書での構想は多数の問題があり、ただちに実現できるものではない、という厚生省の意思が表明されたのである。

こうして標準保険料構想はお蔵入りになった。その後、1990年代前半まで省内で標準保険料構想が本格的に検討された形跡は見当たらない。お蔵入りする方針を決定づけた吉村自身、「医療保険における負担の公平が俎上にのぼる度に、あの標準保険料のことを思い出すが、当時、諦めないで標準医療費の設定に大胆に挑戦してみればよかったのかも知れない」と述懐する。このような認識は、標準保険料という改革案について認識はしているが、実現に向けて注力しないという結論を吉村が保有し続けていたことを示している<sup>104</sup>。

---

<sup>103</sup> 「資料 国民健康保険の基本問題に関する懇談会報告 標準保険料制度と国庫負担について」『週刊国保実務』1971年712号1356頁

<sup>104</sup> 吉村仁（1978）「二つの思い出」『国民健康保険』29巻12号14頁。もっとも1986年12月に大蔵大臣、厚生大臣、自治体大臣の合意に基づいて設定された国保問題懇談会は、翌年12月19日に報告書を提出し、「保険料の保険者間格差については、医療費の地域差その他諸々の要因を反映しているものでもあるが、今後とも、標準保険料という考え方も含め幅広く制度的な検討が行われるべきものと考え」と標準保険料について極めて前向きな意見を示した（国民健康保険中央会編1989：107-112）。

表 64 国保問題懇談会報告書の公表時に付された「あとがき」

---

まえがき

第一 総説

- 一、標準保険料制度の必要性
- 二、標準保険料構想の経緯
- 三、標準保険料制度の基本理念

第二 標準保険料制度の概要

- 一、制度のたて方
  - 二、標準保険料のきめ方
  - 三、国庫負担
  - 四、特例措置
  - 五、標準保険料の調整
- 

あとがき

この報告にもられた標準保険料制度の構想については、現行制度にとられることなく、主として理論的な角度から検討を進めてきたので、現行制度を大きく改変する構想となったことは否めない。したがって、制度の改変にあたっては、次のような諸問題について十分留意し、さらに具体的な検討を加えるとともに、関係各方面と十分に意見を交換し、その理解と納得に基づいて無理なく実施できるような具体案を検討する必要があると考える。

- 1、この構想では、国庫負担の方式が現行制度と大きく変わることとなるので、市町村に対する影響を緩和するため、漸進的に改正を行なう等の配慮が必要であること。
- 2、この構想では、標準保険料は実績としての療養給付費を基礎として算定されることとなっているので、標準保険料制度は、実際問題としては、かなり不安定なものとならざるを得ない。これを解決するためには、標準的療養給付費のごときものを設定することが必要となるが、当面これを算定することは困難であるので、標準保険料制度の妥当性を失わず保険財政の安定を確保する方策を工夫すべきであること。
- 3、この構想の実施に伴って生ずる被保険者の保険料負担の大きな変動に対しては、十分な経過措置を講ずる必要があること。

### 1.3. 改革案の公表と保険医総辞退の勃発

標準保険料構想の検討が進められている間、1971年2月18日に厚生省は中央社会保険医療協議会において、「審議用メモ」を提示した。表65に示した通り、審議用メモには、次の項目が明記されていた。

すなわち、①医師の潜在技術料とされていた薬の多用を再検討する、②技術のウェートの高い診療行為を重点的に再評価する、③検査や薬の投与ごとに点数を計算せず、病気一件の医療費としてまとめて計算する、④外来患者の多少に応じて診察料に格差をつけ、患者が多いところは点数を下げ、少ないところは上げる、などである（武見1983：184）。

これらは、保険局医療課長の松浦十四郎や審議官（医療保険担当）の江間時彦が、「世の中でいわれている項目をみんな並べてみよう」と考え、「医師への診療報酬の支払い方法にどんなものがあるか」を列挙したものだ（武見1983：186）。列挙された改革案は、前節で述べた「医療保険制度検討素材」にリストアップされた改革案である。つまり牛丸委員会報告書をベースに厚生官僚が検討していた改革案のうち、診療報酬の支払い方式に関するものが部分的に公表されたのである。

この審議用メモに猛反発したのが日本医師会の武見太郎である。武見は、2月20日付けで全国医師会長宛てに審議用メモを添付した反論文書を送付し、審議用メモは「医師の専門技術を冒瀆し、日雇い人足扱いにしたものであり、審議に値しないものである。このような暴案を官僚に作文させて、今後の審議の資料として配布したことは、公益委員の重大な責任問題である」と激しく批判した<sup>105</sup>。そして、これは「医療国営路線の入り口」として、「保険医総辞退をもって反対するに値する」と2月末に中医協の医師会推薦委員全員の辞表を厚生省に提出した。そして同年3月2日の医師会全理事会で、総辞退を決議した（武見1983：183-184）。

武見は、1971年3月4日に都道府県医師会長あてに「厚生行政に対する包括的抵抗体制の確立について」と題し、保険医総辞退に向けた体制整備を呼びかけた<sup>106</sup>。同月16日には、総辞退を実施する理由として、①健康保険制度の抜本改正が著しく遅れていること、②診療報酬が経済的に劣悪な条件にある政府管掌健康保険（以下、政管健保）の基準に決められている不合理、③経済成長による物価、人件費の上昇を無視して医療機関に損害を与えている、④診療報酬は医療の特性に対応し体系化されるものであるが「審議用メモ」は全く医療の本質を無視している、⑤今回の健保法改正案は反社会保障的であり福祉国家を志向する政府施策として了解できない、という5つを指摘した。武見は、1961年の保険

<sup>105</sup> 「中医協診療報酬体系適正化審議用メモと武見日医会長の反論」『社会保険旬報』1971年31巻997号11-15頁

<sup>106</sup> 「保険医総辞退をめぐる経過と日誌1 審議用メモから辞退届の提出まで」『健康保険』1971年25巻7号129頁

医総辞退において、自民党と厚生省と4項目の合意を交わしていた。しかし以来、その4項目の達成に向けて十分な動きが見られないと抗議していた。そして審議用メモは、「4項目を実施したくない厚生官僚が逆に抵抗のために出してきた」ものであると反発した、と主張している（武見1983：185-186）。

この間、健保法の一部改正案は、2月17日、国会に提出されて以来約1か月ぶりに衆議院本会議で厚生大臣から趣旨説明が行われた。政府、厚生省、自民党は、改正の成立について積極的にPRし、佐藤首相も成立を指示した。また自民党も全国の地方議会議員に働きかけなどを行なった。

しかし労働組合や医療担当者、各野党はそれぞれの立場から改正案に強く反対し、生命の発表や集会などを展開した。3月12日に予定された中医協が診療側の欠席で流会となると、支払い側は円城寺会長に①中医協のこの事態は診療側が招いたもので当分事態を静観すべきこと、②事態收拾にあたってはスジをとおして解決ほしいと要望し、「審議をボイコットした日医などの態度は納得できない。診療側はすみやかに中医協に復帰して診療報酬体系の適正化の審議に参加すべきだ」との統一見解を発表した。

また全国公私病院連盟は、3月13日に診療側の中医協委員からの引き揚げ問題について、緊急な医療費引き上げの実施のためにも、中医協への早期復帰と審議促進、病院関係者を審議会に参加させるなどの声明を発表した<sup>107</sup>。そして4月1日に日医は代議員会を開き、「審議用メモ」と健保法の一部改正について協議が行われ、一斉休診、保険医総辞退などの戦術を含めた徹底抗戦態勢でのぞむことを確認した<sup>108</sup>。

4月27日には、「過去における保険医総辞退と異なった全く新しい方式」として、「今回の保険医辞退の特色について」と題する文書が日医会長から都道府県医師会長あてに送付された<sup>109</sup>。日歯も日医とほぼ同様の行動をとるとし、4月30日に都道府県歯科医師会に日医と同文の指令を送付した。

こうした一連の動きのなかで、健保法の一部改正案について、厚生省、政府、自民党は本法案の成立を企図して努力したものの、社会、民社、公明、共産の各野党の強い反対と院外の反対活動が活発になったこと、さらには参院選挙を控えて選挙日程に制約があり、また強行することも得策ではないことなどの理由から結局は廃案にすることとなった。

日医の反対運動の目標の一つである健保法改正案は廃案になったが、日医はその強引な態度を変えようとしなかった。

---

<sup>107</sup> 同上、131頁（以下、最後に削除「保険医総辞退をめぐる経過と日誌1 審議用メモから辞退届の提出まで」『健康保険』1971年25巻7号131頁）

<sup>108</sup> 「保険医総辞退をめぐる経過と日誌1 審議用メモから辞退届の提出まで」『健康保険』1971年25巻7号132頁

<sup>109</sup> 「保険医総辞退をめぐる経過と日誌1 審議用メモから辞退届の提出まで」『健康保険』1971年25巻7号132頁

こうして1971年7月28日、佐藤、竹下、斎藤、武見の四者会談で保険医総辞退問題は解決し、四原則、八項目からなる合意が成立した。もっとも、なぜ武見が保険医総辞退の実施に踏み切ったのか、説明がつかないという指摘も多い。松浦や江間、健保連などは、武見は保険医総辞退を実施しなければ、日本医師会内を抑えつけられない、という事情があり、審議用メモを利用して保険医総辞退を打ち出した、と指摘している。つまり部分的に公表された改革案が政治利用されたのである。

表 65 中医協に提出された審議用メモ

診療報酬体系の適正化の問題については、その内容が複雑多岐にわたり、また、国民の医療に直接関連する問題でもあるので、これに関する各界の意見、要望も多数に及んでいる。公益委員としては、本問題審議のための前提として、現在各方面から指摘されている主な意見について、次のとおりまとめて提出することとした。これらの意見の中には相互に相反すると思われるものもあるが、その選択については、公益委員としての判断を特に加えずに示すこととしたものである。

一 技術の適正評価

1. 意思の技術を正当に評価するため、薬剤の多用等による潜在的な技術料といわれる部分の整理を行なうとともに、医師の技術による部分のウェイトの高い診療行為を重点的に再評価する。
2. 容易に行なうことができる診療行為は、個別的に点数を設定しないで、診療料に包括する。
3. 同一目的のために行なう同一系統の多種目の診療行為については、これを包括して評価し、又は逡減方式を導入する。
4. 個別評価をすべき診療行為を行なわない場合の診察料には、加算制を導入する。
5. 外来患者数の多少に応じて診察料に格差を設ける。
6. 医師間の技術料を評価する方法として、診察料について全額患者負担又は差額徴収制を導入する。
7. 診療行為の難易度の変化に対応した評価を行なうため、技術の進歩に応じて、常時再評価する。

二 薬剤等の適正使用

1. 薬価基準を実勢価格に応じて常時改定する。
2. 投薬における調剤料の日数剤数比例制を廃止する。
3. 投薬における処方料、調剤料及び注射における手技料は診察料に包括する。

三. 一物二価の是正（甲、乙表の不合理是正）

1. 甲表の特掲診察料部分を甲、乙一本化し、その他は二本建てとする。
2. 両表の長所を取り入れて一本化する。

四. 医療機関の機能、施設設備等に対応した診療報酬体系の創設

1. 病院、診療所別に点数表を設定する。
2. 入院診療を重点としたものと、外来診療を重点としたものとの二本建点数表を設定する。
3. 特に入院部門における施設（人員、設備等）の基準を設定し、入院時医学管理料等に格差を設けるか又は、施設加算制を導入する。

#### 1.4. 審議会による統合・一本案の否定

医師会との合意が成立した翌日の1971年4月29日、斎藤厚生大臣は社会保険審議会、社会保障制度審議会に出席し、委員らが合意の内容について厚相に真意をただした。その席で、斎藤厚相は、医師会との合意事項は抜本改正の方向を決めたものではなく、それぞれの審議会がこれまで通り積極的に審議をすすめてほしい、ということで、要するに抜本改正の方向はこれから決まる、と説明した<sup>110</sup>。

そして制度体系については、すでに厚生省の要綱試案で、国民保険制度、勤労者保険制度、高齢者保険制度の三本立てをあげているが、斎藤・武見会談で問題になった“国民皆保険における制度論議から、新たな課題として「制度の一本化」が浮かび上がってきた。斎藤厚相は、国民皆保険であるからには制度を一本化してもよいのではないかという考え方から問題点の整理などを事務当局に命じている。この考え方は、必ずしも一本化しなければならないということではなく、不可能なら不可能なりに問題をはっきりさせよう、ということになる、と斎藤厚相は主張した。

厚生省が1971年8月に社会保険審議会と社会保障制度審議会に諮問すると、同年9月13日に答申し、厚相の統合・一本化案を否定した。

「昨今、一部から医療保険の体系は、地域の医療保険一本にすることが理想であって、今すぐそれを実現することが望めないとしても、それを基本とし、それへの移行の過程として現実論をすべきであるという議論が得に強く主張されている」が、この統合・一本化については、「これまで被用者保険に投入されていた事業主負担という財源を今迄のような仕組みで当該保険に保険料として納められることが期待できなくなることはもちろん、特別の目的税として国が徴取することも理論的にきわめてむずかしい。そうなれば被用者保険の被保険者の負担がふえることも考えられる。第二に、保険料の徴収率は、現在の国民健康保険程度に低下し、支出面も国民健康保険の現状からみて今より少なくなる可能性はなく、総じて保険経済上の不経済が増大することは明らかである。かくて第三に、以上の条件とこの保険が今迄と比べ、はるかに多額の国庫負担を予定せざるを得ない条件におかれることが結合して、この保険体系は、体質上低い水準での公平化の実現となる必然性を含んでいる。これでは被用者にとってはいわれの無いレベル・ダウンが行なわれることとなるので、付加給付が広まり、この面での不公平が強くなる公算が強い」などの問題点を抱えていると指摘した。

---

<sup>110</sup> 「厚相が制度一本化の検討を要請—関係審議会は9月答申を目標に審議—」『週刊社会保障』1971年25巻630号30頁

## 第2節 改革機運の高まり

### 2.1. 老人医療費の無料化

1966年に取りまとめられた牛丸委員会報告書では、給付率をどの程度に設定するかという議論のなかで、医療費の無料化についても検討された。報告書には次のように記述されている。

10割給付（無料の医療）が理想であるという論があるが、現在のような出来高払方式で、しかも無制限診療に近い状態で10割給付を実施すれば、財政的に医療保険の維持運営は不可能である。団体請負、人頭登録制、医療国営等により、医療費の総枠を確定しうる方式を採用すれば、10割給付は可能であるが、まず実現は難しい（ママ）。

しかし、現実論として不可能であるといっても、理論の問題として10割給付はよくないという理由を検討しておく必要がある。その場合、結局は、医療費についての国民の負担能力、10割給付を行なうこととそれに見合う財源を拠出することを選択するかどうかの意志、いわゆる受益者負担と称せられる給付を受ける者と給付を受けない者との均衡論などが問題となる。

社会保障制度審議会は、将来目標を9割程度としているが、何故に9割程度としたかは明確でない。また、国保が昭和42年一杯で7割給付率を達成するという現実がある。従って、目標設定としては、7割を下廻ることはできないし、9割を上廻る必要もないということで7～9割をメドとして財政計算を行ない、適当な線を見出すのが実際的であろう<sup>111</sup>

このように医療費の無料化を実施すれば、保険財政の維持運営が不可能になるという認識が示されている。仮に無料化を実施する場合、医療保険制度の運営方式を根本的に変更する必要があるが、それらは現実的ではない。そこで給付率を7割から9割程度を目安として設定していくという考え方が示されている。つまり厚生省は医療費の無料化については否定的な考えを有していたのである。

一方で、高齢者の医療費負担の軽減については世論の関心は高かった。国レベルでは、1963年に老人福祉法が制定され、65歳以上の高齢者に対して、毎年健康診査を実施することなどが市町村長に義務付けられていた<sup>112</sup>。もっとも老人福祉法は、高齢者の疾病の早期発見や治療に資することを目的としており、その後の治療にかかる費用は医療保険制度で保障するという制度だった<sup>113</sup>。岩手県沢内村が1960年12月に全国に先駆けて実施し

<sup>111</sup> 医療保険抜本対策検討委員会（1966）「医療保険抜本対策検討資料」（非公表）第4章38頁

<sup>112</sup> 老人福祉法（昭和38年7月11日法律第133号）

<sup>113</sup> 吉原健二（1980）「新しい老人保健医療対策」『都道府県展望』12巻267号13頁



た老人医療費無料化政策は、その後、他の自治体にも波及していった。

こうした老人医療費無料化は、社会党の躍進とも結びついた。社会党代議士から横浜市長に選出された飛鳥田一雄は、1968年1月から80歳以上の国民健康保険加入者の給付率を9割に引き上げた（有岡1997：312）。

こうした中、1968年12月の新年度予算案編成で、園田厚相は、一定の所得制限のもとに、70歳以上の医療費は入院月2000円、通院月1000円を超える分は、公費（国8割、地方2割の負担）でみる、という構想を発表して予算要求した。しかし大蔵省の反対で実現しなかった。

園田構想の挫折後、秋田県は、1969年4月から老人医療費無料化に踏み切った。都道府県レベルでは初めてだった。東京都知事的美濃部亮吉は、国がやらないのならば、東京都が単独でやる、と1969年1月老人医療費無料化計画を発表した。提案は、3月の都議会において超党派で可決された。とは、70歳以上の老齢福祉年金受給者を対象に資格証明書を発行し、窓口で証明書を出せば、患者負担分を無料にするというものだった。

東京都の老人医療費無料化に対し、保険局国民健康保険課長の松田と医師会は強く反発した。松田は、国民健康保険法第42条をタテとし、「同法は乱診、乱給の防止を目的として、患者は受診の際に医療費の一部を払わなければならないと規定しており、窓口で全然払わないというのは明らかに法律違反だ」と主張した。

これに対し、美濃部亮吉都知事は、「あとから返ってくるといっても、立て替え金にも困る老人が多いのが現状だから、その人たちは永久に医療の機会を失ってしまう。厚生省が最期まで首をタテにふらないならば、世論を背景に都の考え方を押し通してみせる」と一歩も譲らぬ構えを示した<sup>114</sup>。

ところが敬老の日を控えた9月9日、都内の足立老人ホームを視察した斎藤厚相は、関係者との座談会の席上、「厚生省は、東京都が老人の医療費自己負担分の肩代わりを、完全に公費で負担するなら異論はない」と述べ、さらに「老人の医療費を全額保険で面倒みようという制度は、厚生省としても現在、関係の審議会に諮問しており、それまでのつなぎとして、地方公共団体が前向きな形で穴埋めをはかることには反対しない」と語ったことで、急展解決への道を歩むことになり、また厚生省と都の対立を理由に消極的な姿勢をみせていた東京都医師会との話し合いも明るい見通しになった<sup>115</sup>。

結局、斎藤厚相が譲歩し、「保険の制度に乗せないで公費負担の仕掛けを考える」ことで落ち着いた<sup>116</sup>。

東京都医師会は反対していたが、1969年10月3日に「医療機関側は複写式のレセプト

---

<sup>114</sup> 「東京都で初めて本格的な制度 児童手当と老人医療費公費負担」『地方行政』1969年6006号9頁

<sup>115</sup> 「東京都で初めて本格的な制度 児童手当と老人医療費公費負担」『地方行政』1969年6006号9頁

<sup>116</sup> 「潮流 三転した東京都の老人医療対策」『社会保険旬報』1969年29巻947号16頁

を使わずに、一部負担の金額を都に請求する」という医師会側の要求をのんでまとめ、同制度の条例案も同月7日に都議会の厚生文教委員会を通過した<sup>117</sup>。

こうして1969年12月から東京都の老人医療費無料化が実現した。何らかの対策を講ずべきとの声が高まっていた。内田厚相の発案で、国民各階層が参加する「豊かな老後のための国民会議」を設置することになり、1970年4月21日に佐藤首相の了承を得て、16名のメンバーが選ばれた。

1970年9月、内田常雄厚生大臣発案の「豊かな老後のための国民会議」が開催され、老人医療費無料化が提言された。同年11月には中央社会福祉審議会も「老人医療費の軽減は緊急な問題」という答申を内田厚相に提出した（有岡1997：314）。

表 66 豊かな老後のための国民会議メンバー

石川栄一	全国老人クラブ連合会副会長
今道潤三	日本民放連会長
数納清	生命保険協会展長
金刺不二太郎	全国市長会長
河津寅雄	全国町村会長
桑原幹根	全国知事会長
武見太郎	日本医師会長
館稔	人口問題研究所長
中川善之助	中央社会福祉審議会展長
永野重雄	日本商工会議所会頭
灘尾弘吉	全国社会福祉協議会展長
橋本裕子	中央青少年団体連絡協会展長
前田義徳	NHK会長
宮脇朝男	全国農協中央会長
山田雄三	社会保障研究所長
萬直次	日本新聞協会展長

厚生省は、1972年度予算編成において「高齢者対策は厚生省の才重点施策の一つとして考えるべき問題である」とし、1971年3月6日に社会局長の加藤威二を主査とする高齢者対策プロジェクトチームを設置した。検討内容は、①生活環境に関する問題（住宅、各種老人ホーム、ホームヘルパー、各種サービス等）、②健康と医療に関する問題（健康管理、老人医療、リハビリ施設、医療給付体系と費用負担等）、③所得保障に関する問題（定年制、年金、生活保護、税制等）、④生きがいに関する問題（就労、老人クラブ、レクリエーション、休養施設、マスメディア等）とされ、メンバーは表67の通りだった（寺脇2016：497-

<sup>117</sup> 「潮流 三転した東京都の老人医療対策」『社会保険旬報』1969年29巻947号16頁

509) <sup>118</sup>。

1971年4月に社会局老人福祉課長に就任した山口新一郎は、同課の森幹郎や板山賢治らとともに「一か月半めまぐるしい思いをし」、「馬車馬のように」、連日検討作業にあたった。山口は、無料化について積極的に賛同していなかったが、「地方自治体先行型のバラ撒き福祉の政治情勢には抗し切れ」ず、同年5月14日の中間報告において、各医療保険の自己負担相当額を公費で負担する、という老人医療費無料化の方向性を打ち出した<sup>119</sup>。

これを受けて、自民党社会部会の老人対策小委員会（田中正巳小委員長）は、1972年度はとくに老人医療費の完全無料化と老齢福祉年金の大幅引き上げを最重点に取り上げることとし、厚生省にこの線に沿って具体案をまとめて1972年度予算に要求するように申し入れた<sup>120</sup>。厚生省は昭和47年度概算要求にあたり、70歳以上の者の自己負担分を公費で負担する案を盛り込んで大蔵省に要求を行なった<sup>121</sup>。

同年9月14日には、老人対策小委員会（園田直委員長）は、①老後の所得保障の確立、②老後の健康管理と老人医療費対策の強化、③老後生活の充実、④老人福祉施設の整備、⑤ねたきり老人対策の強化、⑥老人がすみよい社会環境の確立を柱とする「老人対策要綱」をまとめて発表し、無料化の機運が高まっていった<sup>122</sup>。

翌1972年2月、厚生省は老人福祉法の一部改正案を社会保障制度審議会に諮問し、了承を得るとただちに国会に提出した。法案は時宜を得たものとして与野党全会一致で可決され6月に成立した。こうして老人医療費が無料化されることになった（吉原・和田 2008：234）。

当時は、被用者保険の家族給付率は5割で、また高額療養費支給制度もまだ実施されていなかったため、老人医療費の無料化によって高齢者の受診率は爆発的に増加し、この後、保険財政に深刻な影響を及ぼすことになる<sup>123</sup>。

---

<sup>118</sup> 寺脇隆夫（2016）『母子・児童・老人福祉基本資料 第8巻』柏書房、497-509頁

<sup>119</sup> 山口新一郎（1983）「特集 老人福祉法制定20周年 その回顧と展望 思い出 歴代老人福祉課長は語る 老人福祉課への未練」『月刊福祉』9号32頁

<sup>120</sup> 「来年度から医療費を無料化 自民党・厚生省の老人対策」『地方行政』1971年6248号8頁

<sup>121</sup> 渡邊芳樹（1992）「老人保健法制定の立法過程」『北大法学論叢』42巻4号1165-1166頁

<sup>122</sup> 「自民党政調のうごき 老人対策要綱まとめる」『地方行政』1971年6300号8頁

<sup>123</sup> 吉原健二（1980）「新しい老人保健医療対策」『都道府県展望』12巻267号13頁

表 67 高齢者対策プロジェクトチームメンバー

総括班	第2部会 医療給付体系及び費用に関する部会	第4部会 居宅サービス・福祉施設に関する部会
主査 加藤威二 (社会局長)	主任者 中野徹雄 (保険局企画課長)	主任者 新津博典 (社会局施設課長)
副主査 八木哲夫 (社保庁年金保険部長)	副主任者 永原勘榮 (社会局老人福祉課長)	副主任者 永原勘榮 (社会局老人福祉課長)
構成員 上村一 (官房会計課長)	副主任者 吉村仁 (保険局国民健康保険課長)	研究員 斉藤正明 (官房企画室)
構成員 柳瀬孝吉 (官房企画室長)	副主任者 大和田潔 (社保庁医療保険部健康保険課長)	研究員 崎川サン (公衆衛生局保健所課)
構成員 荻島武夫 (官房科学技術参事官)	研究員 熊代昭彦 (官房企画室)	研究員 酒井義昭 (公衆衛生局保健所課)
構成員 山口新一郎 (官房広報参事官)	研究員 小林昭二 (官房統計調査部管理課)	研究員 大森文太郎 (医務局指導課)
構成員 前田正久 (官房統計調査部統計調査官)	研究員 沢井章 (官房統計調査部管理課)	研究員 森幹郎 (社会局老人福祉課)
構成員 岸野駿太 (社会局庶務課長)	研究員 秦健 (官房統計調査部社会統計課)	研究員 佐々木武昭 (社会局生活保護監査参事官室)
構成員 永原勘榮 (社会局老人福祉課長)	研究員 羽毛田信吾 (医務局総務課)	研究員 杉本敏雄 (児童家庭局障害福祉課)
第1部会 健康管理・医療施設に関する部会	研究員 小林勉夫 (社会局庶務課)	研究員 萩原昇 (保険局企画課)
主任者 今野恒雄 (公衆衛生局企画課長)	研究員 越谷秋治 (社会局生活保護監査参事官室)	研究員 眉山一三 (社保庁年金保険部厚生年金保険課)
副主任者 宗像文彦 (公衆衛生局保健所課長)	研究員 藤田恒雄 (保険局企画課)	第5部会 生きがいに関する部会
副主任者 木暮保成 (医務局総務課長)	研究員 加藤四郎 (保険局調査課)	主任者 永原勘榮 (社会局老人福祉課長)
研究員 北川定謙 (官房企画課)	研究員 奥村明雄 (保険局国民健康保険課)	副主任者 岸野駿太 (社会局庶務課長)
研究員 小畑美知夫 (官房統計調査部)	研究員 高峯一世 (社保庁医療保険部健康保険課)	研究員 井手精一郎 (官房総務課広報室)
研究員 辻林嘉平 (公衆衛生局企画課)	第3部会 所得保障に関する部会	研究員 三井速雄 (官房国立公園部管理課)
研究員 石原公道 (公衆衛生局企画課)	主任者 山下真臣 (年金局企画課長)	研究員 田中健次 (社会局庶務課)
研究員 河内荘治 (公衆衛生局企画課)	副主任者 藤森昭一 (社会局保護課長)	研究員 木村孜 (社会局生活課)
研究員 佐藤亘 (公衆衛生局栄養課)	副主任者 三上唯夫 (社保庁年金保険部福祉年金課長)	研究員 板山賢治 (社会局老人福祉課)
研究員 酒井義昭 (公衆衛生局保健所課)	研究員 館山不二夫 (官房総務課)	研究員 高城義太郎 (児童家庭局育成課)
研究員 竹村宏行 (公衆衛生局結核予防課)	研究員 横尾和子 (官房企画室)	研究員 大坂多恵子 (保険局医療課)
研究員 目黒克己 (公衆衛生局精神衛生課)	研究員 田中宏 (社会局庶務課)	研究員 中島弘邦 (年金局資金課)
研究員 仲村英一 (医務局総務課)	研究員 田中明 (社会局保護課)	研究員 石倉寛治 (社保庁医療保険部船員保険課)
研究員 木戸脩 (医務局総務課)	研究員 藤井康 (社会局保護課)	
研究員 佐々木輝幸 (医務局国立療養課)	研究員 森幸男 (年金局企画課)	
研究員 佐々木裕雄 (社会局老人福祉課)	研究員 大西孝夫 (年金局企画課)	
研究員 中平一郎 (社会局更生課)	研究員 長尾立子 (年金局年金課)	
研究員 山内坦 (保険局医療課)	研究員 佐々木善之 (年金局年金課)	
	研究員 竹内邦夫 (年金局数理課)	
	研究員 坂本龍彦 (社保庁年金保険部厚生年金保険課)	

## 2.2. 高額療養費支給制度の導入

1967年に制定された健康保険法臨時特例法は、政管健保の財政赤字対策を目的としていたが、1967年度58億円、1968年度24億円、1969年度56億円と赤字は解消されないものの、小さな規模で推移した。しかし1970年2月に8.77%の診療報酬の引き上げが行われたため、1970年度には約500億円の単年度赤字が発生することが見込まれ、1971年度には単年度で約670億円、累積で2450億円の赤字が予想されることになった（吉原・和田2008：210）。

厚生省は、社会保険審議会と社会保障制度審議会から「抜本改正の結論を得るまで、政管健保の赤字は当面政府で措置するよう」申し入れを受け、1971年2月、次の健康保険法改正案を国会に提出した。すなわち、①55歳以上の退職者を対象に5年間の継続医療給付制度を創設する、②70歳以上の家族の給付割合を5割から7割に引き上げる、③初診の日から六か月間、1回100円の再診時一部負担を新設する、④入院時一部負担を1日60円から150円に引き上げる、⑤標準報酬の上限を10万4千円から20万円に引き上げ、賞与の総額の12分の1を報酬月額に加えて標準報酬を決める、⑥社会保険庁長官は1000分の80を限度として保険料率を変更することができる、⑦国は保険給付費の5%を補助する、⑧累積赤字は昭和46年度限りで棚上げし、一般会計からの繰り入れによって補填する、というものだった。この法案は、野党の強硬な反対によって1971年5月に審議未了、廃案になった。

1971年6月に中医協の審議メモをめぐって保険医総辞退が起こり、再開された中医協で、13.7%の診療報酬の引き上げが決定され、1971年度の政管健保の単年度赤字は1300億円、累積赤字3000数億円に達するという予想になった。1971年12月末に、政管健保の財政に危機感をもった自民党から、さきの政府案のうち、三以下の純粋に財政対策のみを内容とする法案が国会に提出された。

厚生省は、1972年度予算編成で議員提案に沿った予算を政府予算として組み、議員提案と同じ内容の法案を政府法案として国会に提出した。法案に対し、社保審、制度審はいずれも強い不満をもった。政府提案によって議員提出法案は廃案となり、政府提出法案は修正されたが、1972年6月に廃案となった。1972年に財政対策法案のあとを追って、家族の給付率7割引き上げ、高額療養費支給制度創設などを内容とする医療保険の抜本改正案が国会に提出された。しかしこれも審議が全く行われないうちに廃案となった。

健康保険法改正は暗礁に乗り上げたこの時期、同年6月27日に保険局保険課長に着任したのが山口新一郎である<sup>124</sup>。山口は、着任早々、保険局企画課企画調査係長の阿部正俊

<sup>124</sup> 山口新一郎：1927年東京都出身。1953年東京大学法学部卒業後、厚生省入省。同期入省に吉村仁。社会局保護課、引揚援護局庶務課、医務局総務課、官房総務課、山形県民生部社会課長、年金局年金課

らに「君達自身この法案はいいものと思っているか」と尋ねた<sup>125</sup>。阿部が、「いいものではないが止むを得ない」と「無責任かつ評論家風に」答えると、山口は「何を考えているのか。いいものでない限り提案すべきでないはずだ。当の提案者が正しいと信じ切れないで何で部外者を説得できるのか。エサを与えるのが良くて、負担を求めるのが悪なら、何で保険制度が成り立つのか。法案の良し悪しを全体的な視点から評価し直せ」と一喝した（山口新一郎追悼集刊行会編 1986：172）。

阿部らは、直ちに法案の性格を検討し直した。社会保険審議会に設置された懇談会の意見書に従い、これまでのように医療保険の諸問題を一挙に解決するのではなく、できるものから段階的に問題の解決を図っていく方針に転換することに決定した。そして昭和 48 年度予算案に所要の予算を計上するとともに、1973 年 1 月、①家族給付率を 5 割から 6 割に引き上げる、②家族の療養費が著しく高額だった場合、高額療養費を支給する、③特別保険料を徴収する、④国民健康保険でも家族高額療養費支給制度を創設する、などを内容とする健康保険法改正案を社会保険審議会及び社会保障制度審議会に諮問した。

改正案は、これまで別々に提案してきた政管健保の財政対策法案と、抜本改正法案の給付改善部分を一本化し、給付改善部分を前面に強く押し出した内容になった。両審議会は、家族給付率について 6 割ではなく、7 割にするように指摘したが、高額療養費支給制度や定率国庫負担の導入などは評価した。しかし賞与からの特別保険料の徴収には反対した。厚生大臣の権限による保険料率の改定については意見が分かれ、発動条件の明確化を求めた。

答申を受けると同年 2 月に健保法案を国会に提出した。阿部らは、医療保険制度の改善法案として位置づける論文や PR 文書を作成し、利害関係者の説得に動き回ることになった（山口新一郎追悼集刊行会編 1986：172）。法案提出後、国会議員、都道府県の関係機関向けにパンフレット「健康保険法の改正（厚生省保険局）」を作成し、配布した。地方調でも被保険者向けのパンフレットを作成し、配布するなど、中央・地方庁が一体となって PR に力を注いだ。給付改善を前面に押し出し、財政再建の面ではそれほど大きな負担増にはならないことを強調した<sup>126</sup>。

1973 年の国会では、防衛二法案や筑波大学法案、国鉄法案などが与野党対決法案となり、これらの法案は強行採決された。健保法案についても野党は当初、成立阻止の構えだったが、健保連などの法案成立運動などもあって、次第に成立を望む世論が高まり、修正のうえ、6 月に衆議院を通過した。

---

長補佐、官房会計課長補佐、大臣秘書官、年金局資金課長、年金局年金課長、官房参事官、社会局老人福祉課長を経て 1972 年 6 月 27 日保険局保険課長。

<sup>125</sup> 阿部正俊：経歴

<sup>126</sup> 「厚生省が健保改正を PR—給付改善と財政の健全化を強調—」『週刊社会保障』1972 年 27 巻 711 号 4 頁

田中首相は、通年国会論者で、この年の国会は 65 日間、2 度にわたって延長され、会期は 9 月 27 日までとなった。再延長国会に持ち越された健保法改正案は 9 月参議院で修正が行われ、法案提出後、7 か月ぶりに成立した。

こうして政管健保の財政対策と医療保険の抜本改正は同時決着の形で一応解決をみた。一年遅れで日雇労働者健康保険法についても健康保険法に合わせた改正が行われた。制度の再編や財政調整はできなかったが、30 年ぶりに家族の給付率が 7 割に引き上げられ、政管健保に 20 年前から要望されていた定率国庫補助が導入されることになった。

もっとも特別保険料については法案修正の過程で実現に至らなかったため、省内で継続的に検討されることになった。

## 2.3. 改革案の一部実現

### (1) 通史文献の刊行

1922年に健康保険法が制定されてから50年が経過した1972年、保険局長の戸沢政方は、記念事業の一つとして半世紀にわたる医療保険制度の歴史を回顧する資料の制作を開始することを決定し、北川力夫を委員長とする編集委員会が組織された。戸沢は、「単なる五十年史とせず、健康保険制度を身を挺して企画立案し、あるいは、保険行政の責任者として自らその事業運営にあたられた方々の苦しみと喜びの五十年間の回顧とその貴重な体験からにじみ出すこの制度の明日への展望を中心」にまとめる方針を立てた。

この方針のもとで制作されたのが『医療保険半世紀の記録』（社会保険法規研究会、1974年、以下、『半世紀の記録』）である。表68および表69に同書の内容を示した。同資料は、戦前の健康保険法制定から1970年代前半までの制度の変遷について叙述され、同時に、各時期に公表された改革試案も網羅的に掲載された。さらに第二編では、法制定・改正に携わった厚生官僚が回顧録を執筆している。

『半世紀の記録』には、1961年の医療保障総合審議室や1966年の牛丸委員会において改革案が検討され、お蔵入りになった過程は記述されているが、具体的な検討内容については言及されていない。しかしすでに述べてきた通り、省内で検討された改革案は、部分的に試案として公表されているため、『半世紀の記録』を通読することによって、厚生省がこれまでどのような改革案を積極的に検討してきたのかを把握できる。

1970年に保険局国民健康保険課に着任した奥村が同年に刊行された『抜本改正の解説と資料』を参照しながら医療保険政策の知識を獲得していたが、後に老人保健法制定に携わった堤修三が1980年頃、同法の立案初期段階において『半世紀の記録』を参照していたと証言している通り、後任の政策担当者に有益な資料として利用されるようになった。



表 68 『医療保険半世紀の記録』概要 (1/2)

第一編 医療保険の半世紀

第一章 創設

第二章 健康保険

- 第一節 健康保険以前
- 第二節 健康保険制度の創設
- 第三節 健康保険制度の揺籃期
- 第四節 戦時体制下の健康保険
- 第五節 戦後の再建期
- 第六節 保険診療をめぐる動き
- 第七節 小康状態の健康保険
- 第八節 財政悪化と抜本対策の模索
- 第九節 事務当局試案と国民医療対策大綱
- 第一〇節 抜本改正をめぐる動き
- 第一一節 実現した健保改正

第三章 国民健康保険

- 第一節 国民健康保険制度の創設とその背景
- 第二節 戦時下における普及状況と制度の推移
- 第三節 終戦直後の状況
- 第四節 再建活動とそれに伴う制度の充実
- 第五節 国民皆保険への動き
- 第六節 新国民健康保険法の制定
- 第七節 国民皆保険の実現
- 第八節 国民皆保険後の制度の改善
- 第九節 擬制適用の廃止と新設国民健康保険組合
- 第一〇節 老人医療費支給制度と国民健康保険事業
- 第一一節 国民健康保険制度の改革の動き

第四章 社会保険医療

- 第一節 診療報酬
- 第二節 薬価基準等
- 第三節 社会保険における診療及び指導監督
- 第四節 社会保険における医療組織

## 表 69 『医療保険半世紀の記録』概要 (2/2)

### 第二編 あの頃のこと一回顧録

健康保険発足のころ (清水玄)  
国保法制定の思い出 (川村秀文)  
職員健康保険と船員保険 (築誠)  
点数単価方式の採用 (磯部巖)  
社会保障制度に関する勧告のころ (近藤文二)  
社会保障制度審議会の草創期 (小島徳雄)  
最初の保険医総辞退問題 (五十嵐義明)  
国保財政再建時代の回顧 (山本正淑)  
医療費審議二十余年 (今井一男)  
七人委員会の思い出 (平田富太郎)  
赤字対策と医療費問題の渦中で (高田正巳)  
総合調整答申をめぐって (上村一)  
社会保険庁の発足 (高田港運)  
赤字対策との二度のつき合い (加藤威二)  
医療費職権告示問題 (松尾正雄)  
職権告示の後始末 (大山正)  
中医協の再発足と健保特例法の成立 (熊崎正夫)  
国民医療対策大綱のこと (梅本純正)  
日雇健保擬制適用廃止の波紋 (穴山徳夫)  
半世紀の回顧 (神崎三益)  
あとがきにかえて—これからの医療保険の道 (北川力夫)

### 付表

医療保険適用人口  
国民総医療費の推移—推計額、構成割合  
政府管掌健康保険年度別財政状況の推移  
政府管掌健康保険医療給付費・保険料の総額とその対前年度比の推移

## (2) 特別保険料の実現

1973年の家族給付率の引き上げによる保険給付費の急激な増加、石油危機による狂乱物価などに対応して、1974年から1978年にかけて3回にわたって診療報酬が大幅に引き上げられたことで、政管健保は深刻な財政赤字を抱えるようになった。

1974年11月、厚生省は当面の赤字対策として保険料率を1000分の72から76に引き上げた。そして1976年には標準報酬について、石油危機後の賃金等の上昇に対応した最小限のスライド措置等を講ずるため、①標準報酬の上限を20万円から32万円に、下限を2万から3万円に引き上げる、②分娩費を6万円から10万円に、埋葬料を3万円から5万円に引き上げる、③初診時一部負担を200円から600円に、入院時一部負担金を1日60円から200円に引き上げ、入院時一部負担金の支払い期間を一ヵ月から六か月に延長する、という内容の健康保険法改正案を2月に上程した。

国会はロッキード問題で停滞し、80日間の空白を続けたが、法案は、一部負担の改定に関する規定が全面的に削除された5月に成立し、7月から施行された。また8月から高額療養費の自己負担限度額が3万円から3万9千円に引き上げられた。さらに10月から政管健保の保険料率が1000分の76から78に引き上げられ、それに連動して政管健保の国庫補助率も14.8%になった。しかし一部負担の引き上げが見送られる一方、この程度の改正ではそれほど大きな財政効果はなかった（吉原・和田2008：278）。

政管健保の1976年度の累積赤字は約1200億円に達し、1977年度も単年度で大幅な赤字が予想された。1973年の改正でこれまでの累積赤字が棚上げされてから、一年内で収支の均衡が図られないと国庫からの借入れも認められないことになっており、政管健保の医療費について支払遅延という事態が生ずる恐れが出てきた。

保険財政が急激に悪化し始めたのは健保組合も同じだった。保険料率が法律で認められた上限の1000分の90の組合が90を超え、それでも収支を賄えない組合も出てきた。健保財政は政管健保、組合を通じて、容易ならぬ時代に入りつつあった。

そこで厚生省保険局が導入を企図したのが、1973年に断念した特別保険料の徴収だった。1977年1月、厚生省は賞与からの特別保険料の徴収と、一部負担金の改定を柱とする次の健康保険法改正案を審議会に諮問した。

- ①標準報酬の上限を32万円から38万円の引き上げる
- ②賞与について当分の間、2%の特別保険料を徴収する。
- ③初診時一部負担を200円から700円に、入院時一部負担を1日60円から200円に引き上げる
- ④傷病手当金の支給期間を六か月から一年六か月の延長する
- ⑤高額療養費の自己負担限度額を39000円から51000円に引き上げる（政令改正）
- ⑥定率国庫補助のほか特別国庫補助として120億円補助する（予算措置）

両審議会で、賞与からの保険料徴収について強い反対が出たため、厚生省は「抜本改正実施までの間の暫定措置」に修正して2月に法案を国会に鄭州した。しかし審議は難航し、六月に継続審議となり、次の参議院選挙後の臨時国会でも継続審議となった。

9月に開催された臨時国会では、特別保険料の料率を1.5%に引下げ、政管健保の被保険者の特別保険料の5分の2を免除し、その分を国庫が補助することについて与野党が合意し、衆議院を通過したが、参議院で時間切れとなり、廃案となった。

9月に廃案になった重要法案を通すため、1977年12月に再び短期の臨時国会が開かれ、健保法改正案は、①賞与の特別保険料率を1%とする、②初診時一部負担の引き上げを600円にとどめる、③国民健康保険組合の療養給付費に対する国庫補助率を100分の25から組合の財政力に応じて100分の40に引き上げる、という内容に修正し、成立した(吉原・和田2008:278-281)。

改正法は1978年1月から施行されたため、財政効果は減殺されたが、1955年の七人委員会で提起され、1973年の健康保険法で政治的な反発を理由に却下された特別保険料は、1977年の健康保険法改正でついに実現をみることになったのである。

### (3) 今後の改革に向けた14項目

1977年8月23日に大臣官房審議官(医療保険担当)に着任した吉村仁は、国会に上程していた健康保険法改正案の成立を推進する傍ら、省内の若手事務官を集め、連日連夜徹底的な勉強会を開き、以後の医療保険制度改革の方針を固めていった(吉村仁さん追悼集刊行会編1988:253-254)。当時、議論された内容は、翌年に吉村が健保連の機関誌『健康保険』に寄稿した記事で一部紹介されている。

勉強会では、国会の論議や新聞論調、投書欄などで取り上げられた問題が列挙された資料が配布され、①休日夜間診療、②救急医療、③へき地医療、④差額ベッドや付添看護などの保険外負担、⑤難病対策、⑥リハビリテーション、⑦看護婦不足、⑧老人医療の無料化の是非、⑨医師優遇税制、⑩薬づけ医療、⑪薬価マージン、⑫薬の添付や値引きなどの販売方法、⑬政管健保の赤字問題、⑭医師と患者の人間関係、⑮患者の受診態度に関する教育、⑯健康教育などがリストアップされた<sup>127</sup>。医療保険だけでなく、医療提供体制や予防・健康に関するテーマも検討されたのである。

また次節で述べる通り、当時社会局で検討作業が進められていた老人保健制度についても、次のような議論がなされた。

---

<sup>127</sup> 吉村仁(1978)「医療保険改革の憂鬱な選択(上)―保険官僚の憂愁―」『健康保険』32巻8号21頁

A：老人医療の問題は、将来の日本の医療にとって途轍もない大きな問題だが、老人保健医療問題懇談会の答申は何時ごろ、どんな内容で出るのか。

L：ほぼ十月末頃には出る。その内容はほぼこうなる模様。—（説明省略）—

A：老人保健医療制度を別建の体系として構成することは定まったのか。

L：漠然とそういう方向を指向しているが、未だ結論がでていない。

A：保険局としては、別建の方向を希望しよう。そうすれば、きわめて常識的な線かもしれないが、被用者保険制度、地域保険制度、老人保健医療制度という三本建の制度の体系が浮び上がってくる。

B：日医も三本建構想だが、内容は違う。しかし日医をのぞけば、ほぼ納得が得られる常識的な結論であろう。問題は、被用者保険の内部について、統合論で行くか、組合を前提とした財政調整論で行くか、であろうが、その議論は後日に廻そう。今日のところは、保険局の態度として、老人保健医療制度を別建にするという路線を確認するに止めておこう<sup>128</sup>。

社会局が所管する老人保健医療問題懇談会でなされていた議論が共有され、老人保健医療制度に関する問題について、保険局として別建てを主張することが結論付けられた。また制度の体系についても、被用者保険制度、地域保険制度、老人保健医療制度の三本建てが「日医をのぞけば、ほぼ納得が得られる常識的な結論」と認識されている通り、全制度の医療保険制度の統合・一本化案は、検討対象から除外されていたことも窺える。

当時、保険局企画課長補佐だった阿部正俊は、「着任早々から医療保険の本質に迫る諸改革を目指し、私共部下を指導しつつ、連日の様に勉強会を主催し、従来、とかく建前論に終始し、結果的に後追いの赤字処理に陥り勝ちな医療保険の制度改革を、根本にまで踏み込んだ改革に転換し、そのための理論武装を一つ一つ固めていった」と述懐する通り、吉村を中心とする勉強会で、改革の方針が固められていったのである（吉村仁さん追悼集刊行会編 1988：354）。

---

<sup>128</sup> 吉村仁（1978）「医療保険改革の憂鬱な選択（上）—保険官僚の憂愁—」『健康保険』32巻8号21頁。吉村が執筆した記事では、発言者の氏名はアルファベットで伏されていた。

表 70 医療保険制度改革の基本的考え方について

医療保険制度が国民生活及び国民医療の確保に果たしている役割にかんがみ、その安定と充実を図るため、制度の抜本的改善を行うこととし、次の事項につき速やかに検討を加え、早急にその実現に着手するものとする。		
事項	立法時期	実施時期
1. 制度間格差の是正、当面、健康保険組合間財政調整の実施	1978年度	1978年度
2. 本人家族の給付水準の格差是正等を中心とする給付改善	1978年度	1979年度
3. 一部負担の適正化、合理化	1978年度	1979年度
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問題の改善	—	次期診療報酬の改定から逐次実施
6. 物と技術の分離、技術料重点の診療報酬の改善	—	次期診療報酬の改定から逐次実施
7. 実勢価格に見合った薬価基準の適正化	—	次期診療報酬の改定から逐次実施
8. 適正な医療費支出対策の推進	—	1978年度から
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	1978年度	給付内容の改善時期に同じ (1979年度)
10. 保険料負担の基礎となる報酬の合理的見直し	1978年度	給付内容の改善時期に同じ (1979年度)
11. 老人保健医療制度の整備	1979年度	1979年度以降
12. 医療供給体制の整備と医療関係者の養成確保	—	1978年度から逐次実施
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	—	1978年度から逐次実施
14. 健康づくり施策の推進	—	1978年度から逐次実施

#### (4) 医療費通知の実現

牛丸委員会が検討を続けている時期に保険局企画課長だった廣瀬治郎は、審議官（医療保険担当）、官房国立公園部長、そして年金局長を経て、1971年1月8日に退官し、健康保険組合連合会の常務理事に就任していた。

廣瀬は、「かねがね保険者は被保険者に当人が使った医療費を通知すべきであると考えており」、1978年11月10日の健保連理事会で「医療費の総点検（被保険者への通知）および不正請求の告発運動」の実施を決め、同月21日の全国組合大会で正式に決議した（吉村仁さん追悼集刊行会編：284）。

同運動の狙いは、「被保険者や家族に、自己の受診した医療費の額を知ってもらい、これを通じて健保制度に対する認識を深めさせるとともに、健保組合への参加意識を高める」こと、「職場における適切な健康管理を実施してもらうための資料として」役立てること、そして「医療費の不正請求を撲滅し、医の倫理を高めるとともに、良心的医師と提携して、健保制度の円滑な運営をはかる」ことが掲げる一方、留意事項として「財政対策のための受診抑制と誤解されること」がないように配慮することも強調した<sup>129</sup>。

<sup>129</sup> 「健保連が医療費通知・不正請求告発運動展開…レセ点検・被保険者へのお知らせ運動でムダを排

これに猛反発したのが日本医師会である。日医は、「この運動のネライは、直接的には近年の医療費の増嵩傾向に対する抑制にあるが、真のネライは医療費支払方式の改悪と健保組合の堅持、発展にあることはいうまでもない」とし、「このような、目的のためには手段を選ばぬやり方は、医師と患者との人間関係を阻害すると共に、患者の秘密漏洩など人権をも侵害するそれがあり、今後、充分、監視する必要がある」と指摘した<sup>130</sup>。

そして1979年1月19日には、「健保連対策の全国的推進についての日医指令」と題する通知を発し、「健保連は現在、告発はしていないが、その前段の不法行為を行っている。たとえば、会社を通じ文書を渡したり、病名を知らせているところがあり、患者と医師から苦情が出ている。また、診療内容から受診のし方、薬の飲み方、専門病院へのすすめを行なっている。このような運動に日医は嚴重な監視とけじめをつけた健保連への対決を指示」したのである<sup>131</sup>。

厚生省は、1979年1月25日、「保険診療適正化のための指導、監査の推進について」と題する通知を都道府県知事に発出した<sup>132</sup>。この通知は、橋本龍太郎厚生大臣と武見日医会長による数次にわたる会談を通じて合意に達して発出されたもので、厚生省が、保険医療機関の不正・不当請求、乱診乱療に対する指導・監査の強化方針を決めたものである。

しかしこの通知を発出した翌日、厚生省は、健保連の動きに対し、厚生省保険局は「健康保険組合の『医療費通知及び不正請求告発運動』について」と題する局長通知を健保連会長あてに発出し、「医師と患者の信頼関係の保持は、国民医療を確保する上で不可欠の問題であり、確実な裏付けもなくみだりに告発を行うことは、長年培われてきた医師と患者の信頼関係を不当にゆがめ、また医師の個人の名誉・信用を傷つけることにもなるので、慎重に行動することが必要である。医療費抑制を目的として告発を行ってはならないことはもちろんである」と医療費通知や不正請求の告発については慎重に行動するように注意喚起した<sup>133</sup>。小池常任理事は、「本会がかねて（健保連の運動をゆるしているのは）厚相の怠慢と批判していた」が、「この点について見解の出たことは評価する」と自粛指示の通知について歓迎する意向を発表した<sup>134</sup>。

しかし健保連は、むしろ運動を本格化させ、1979年6月16日には、「医療費の不正請求が発見された場合の告訴ならびに告発についての事務処理通知（手びき）」を作成し、健

---

除…』『週刊国保実務』1978年1085号1537-1538頁

<sup>130</sup> 「お茶の水だより 健保連の医療費通知運動」『日本医事新報』1978年2850号119頁

<sup>131</sup> 「日医は自粛指示歓迎、健保連との対決を指令」『週刊国保実務』1979年1096号189頁

<sup>132</sup> 厚生省保険局長通知「保険診療適正化のための指導、監査の推進について」（昭和54年1月25日・保発第4号）

<sup>133</sup> 厚生省保険局長通知「健康保険組合の『医療費通知及び不正請求告発運動』について」（昭和54年1月26日・保文発第29号）

<sup>134</sup> 「日医は自粛指示歓迎、健保連との対決を指令」『週刊国保実務』1979年1096号189頁

康保険組合理事長・支部長あてに送付した。日本医師会は、この文書は、「保険局長通知に違背し、国民医療を検察ファッショ的な密告制度によって抑圧しようとするものだ」として、保険局長に対して武見会長名で申し入れを行った。保険局長の石野清治は、7月23日に健保連常任理事の廣瀬を招き、事情を聴取した。廣瀬は、「慎重は期すが、悪質なケースについて告訴・告発する方針に変わりはない」と、自肅再指導には応じない姿勢を明らかにした。

この健保連の強硬な姿勢に対して、8月2日に保険局長は健保連会長あてに6月16日の「本職通知の趣旨を十分体したものと認め難い」として、自肅を要請する再通知を发出した<sup>135</sup>。これに対して健保連は、さらに反発を強め、2日の再通知に回答する形で、8月30日に、橋本厚相に対し、医療費通知・不正請求告発運動を推進する方針に変わりはないこと、②医療機関の厳正監査、不正請求の当局告発、被保険者証の医療費金額記載の励行など四項目を申し入れた<sup>136</sup>。

日本医師会は、8月29日に記者会見を開き、8月24日付で発表された健保組合決算見込みについて「公表された数字にはまやかしがあり、実態を正確に反映していない。組合財政があたかも悪化していると強調しようとしたものだ」と批判し、日医としては「早急に被保険者向けのポスターをつくり、全会員に配布してこうした健保連のやり方に対抗する」と強調した。また小池常任理事は、「最近、健保連は気狂いじみた医師攻撃をしているが、私どもとしては振りかかった火の粉は払うつもりだ」と対決姿勢を強調した<sup>137</sup>。

このように医療費通知をめぐる、表向きは健保連、日本医師会、厚生省保険局の関係性が緊迫していたが、じつは政管健保の医療費通知については、数年前から予算編成の際に検討課題としてあがっており、1979年度予算について「お知らせ」として初めて2億8900万円が計上されていた。しかしこの予算は、診療側を刺激したくないという政治的な配慮によって、他の項目の中に組み込まれ、公表されていなかった<sup>138</sup>。

また1979年7月6日に大臣官房審議官から社会保険庁長官官房参事官に異動した吉村は、廣瀬と個人的に連絡をとり、「大臣や厚生省が何か言っているようだが、あれは医師会に気を使っているだけ」とし、無視して医療費通知をやり遂げるようにと念を押しした。そして「健保組合が実施すれば」、社会保険庁が運営責任をもつ「政管健保も必ず実施する」と約束した。

---

<sup>135</sup> 健康保険組合連合会会長あて厚生省保険局長通知「健康保険組合の「医療費通知及び不正請求告発運動」について」（昭和54年8月2日・保文発第276号）

<sup>136</sup> 「健保連、医療費通知・不正告発で厚相に申し入れ…自肅局長通達に反論、行政庁の当然措置四項目を明示…」『週刊国保実務』1979年1127号1206頁

<sup>137</sup> 「日医が健保連批判を増幅、ポスター戦術決定」『週刊国保実務』1979年1127号1207-1208頁

<sup>138</sup> 「政管は三月に医療費通知—54年度は平均額、55年度は個人別—」『週刊社会保障』1980年34巻1062号6頁



廣瀬自身、「医師が、不正、不当な請求をしているならいざ知らず、正しい診療をし、正しい請求をしている限り、医療費通知は医師と患者との信頼関係を何ら阻害するものではないと確信」しており、「いかなる抵抗にあらうとこの運動を進める決意」だったが、吉村からの連絡は「私を更に勇気づけてくれた」と述懐する（吉村仁さん追悼集刊行会編：284）。

こうして1980年3月10日、社会保険庁は昭和54年度予算に計上されている政官被保険者向けの医療費PR（政管健保の被保険者に対する医療費に関する資料の送付）計画を発表した。また同月31日付の保険局長通知で昭和55年度の国保の保険者および国保連合会の指導監査方針について各都道府県知事に指示し、広報活動として、国保における医療費通知の実施も盛り込まれ、1980年度から少なくとも年1回以上は実施することが指示されることになった<sup>139</sup>。

こうした医療費通知について、健保連は「医療機関の架空・水増し請求のチェックという意味からは、すぐに確実な成果を期待するのはむずかしい面がある。保険者が医療費通知を受けとるのが、早くても診療の時期から三か月は遅れること、いろいろな関係で診療の詳細な内訳まで通知するのが困難なこと等の事情があるからである」と指摘する。しかし「それでも、医療費通知運動により、架空・水増し請求が明らかになったとして報告されている事例はきわめて多い」と指摘する。また、明らかに意図的で悪質なものと新たな不正請求のパターンを発見するという成果も得られた<sup>140</sup>。

このように牛丸委員会が設置されていた期間に保険局企画課長を務めていた廣瀬は、退官後、健保連の常任理事に就任し、外的アクターとして政策コミュニティに関わり続けた。廣瀬は、保険局が保険者機能強化の一環として構想していた改革案を保有しており、健保連常任理事の立場を活かし、その実現を働きかけたのである。現在では保険者の当然の役割として理解されている被保険者への情報提供も、1960年代までに構想された改革案を保有していた外的アクターの動きによって実現に至ったのである。

---

<sup>139</sup> 「昭和55年度国保保険者の指導監査方針を通知…保健施設事業の充実、レセ点検強化、医療費通知を実施…」『週刊国保実務』1980年1160号564頁。および厚生省保険局国民健康保険指導管理官通知「国民健康保険における医療費の通知について」（昭和55年7月4日・保険発第51号）

<sup>140</sup> 「健保連のPR資料 盛りあがる医療費通知運動—国民には医療費を知る権利がある（下）」『週刊国保実務』1980年1164号714頁

## 第3節 1982年の老人保健法制定

### 3.1. 老人医療費無料化の見直し

#### (1) 大蔵省からの無料化廃止の要請

1972年の老人福祉法改正により、翌年から70歳以上の高齢者の医療費が実質的に無料化され、老人医療費が爆発的に増加することになった。政治的に押し切られて導入に至ったとはいえ、社会局老人保健課長として同法改正を担当した山口新一郎は、増高の一途をたどる老人医療費に危機感を募らせていた。また老人医療費だけでなく、年金制度の将来にも問題意識を持っていた山口は、1974年11月15日付けで大臣官房企画室長に就任すると、「ここ（企画室）にいる間に何らかの手を打っておきたい」と準備を開始した。

山口は、後に1985年の国民年金法改正の「お手本」として参照されることになる年金改革のレポートを取りまとめたほか（山口新一郎追悼集刊行会1986：93）、前年5月に設置されていた厚生大臣の私的諮問機関である社会保障長期計画懇談会の事務局として、老人医療費無料化の見直しに向けたアジェンダ設定を企図した。翌1975年8月12日に発表された同懇談会の意見書「今後の社会保障のあり方について」において、総合的な老人保健制度を創設することの重要性とともに、無料化を廃止し、一部負担を導入すべきと示唆されている通り、山口の思想が反映されることになった（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編1991：63-64）。

また大蔵省も1975年末から次年度予算編成過程において、高齢者への一部負担の導入を要求するようになった。財政制度審議会が12月23日に「サラリーマンが退職後も一定期間は被用者保険から給付を受ける退職者医療制度を創設し、老人医療には自己負担を導入すべき」との建議を大平正芳大蔵大臣に提出すると、大蔵省は翌日、1976年予算の大蔵省原案に「老人医療でも政管健保並みに初診料200円、入院1日60円を徴収する」という案を盛り込んで内示した（有岡1997：364-365）。

こうした大蔵省の動きに対し、老人クラブを加盟団体に抱える全国社会福祉協議会は、26日に元厚生省事務次官の太宰博邦を本部長とする「老人医療緊急対策本部」を設置し、反対運動を展開した。老人クラブの代表者が大蔵省や厚生省の玄関に座り込むようになった（有岡1997：365）。

厚生省も1970年代後半から部分的に医療費適正化を目的とした対策を打ち出しており、省内で徐々に医療費の無駄の排除と医療資源の効率的な利用に向けた機運が高まっていたことは確かだった。しかし大蔵省からの老人医療費無料化廃止の要求については「無料化で高齢者の受診が増えているのは、それだけいままですべて調が悪くても医者にかかるうとしなかった高齢者が多かったからである。老人医療制度全体の見直しなしに、患者負担だけ

を導入するのは、問題の解決にならない」と反発した。

予算編成の大詰めを迎えた 31 日、三木武夫首相の裁断で老人医療費無料化の廃止は見送られたが（有岡 1997：365）、これ以後、大蔵省は毎年、無料化の廃止を執拗に迫るようになっていった。

## (2) 老人保健医療問題懇談会の設置

大蔵省の動きを受けて、厚生省は 1976 年 2 月 21 日に本格的な高齢化社会の到来を控え、制度ごとに実施されている各種の施策を全体的に見直し、予防から医療、リハビリテーションまでの一貫した総合的保健医療対策を推進する目的で、老人医療問題懇談会を設置した（表 71）<sup>141</sup>。同時に、事務局として老人保健医療対策室も設置され（

表 72）、大臣官房審議官（企画担当）の松田正や大臣官房企画室長の山口など（山口新一郎追悼集刊行会編 1986：366）、これまで国民健康保険や老人医療費問題に携わってきたメンバーが中心的な役割を果たすことになったのである（山口新一郎追悼集刊行会編 1986：357）。

もっともこの時点で、老人福祉法を所管している社会局は、老人医療費無料化を廃止し、一部負担を導入することについて揺れ動いていた。

竹中：昭和 52 年度予算に調査費がつきまして、大蔵省側は一部負担を取るための調査をしろという話で、私どもは「そんなことはできるものか」と。「もしそんなことをやって、一部負担はだめだというのがはっきり出てしまったら、それも困るでしょう」とか言って、結局、それを全然別の調査にしてしまったことがあるんです。その前の老人保健医療問題懇談会が検討している過程では、正直言って、社会局は一部負担問題については腹が座っていなかった。

だから、あまり老人クラブや太宰さんやらに「有料化反対！」と旗を掲げられるのは困るという意識があると同時に、逆に無料化を続けてもそんなにめちゃくちゃにはならないと。例えば受診率の上昇率が最近は少し鈍ってきたとか、無理にそういう統計を引っ張ってきて無料化を継続する方向に行ってみたり、うまく理由をつけて有料化にもっていくための理屈になるような数字を探してみたり、その腹ははっきりしていなかった。懇談会の報告書にどう書いてあったんですか。最後までずっと揺らいでいたような気がするんですけどね（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：65）。

大蔵省から「一部負担を取るための調査をしろ」と要請された際には、別の調査にすり替えることでなんとか煙に巻いた。全国社会福祉協議会長の灘尾弘吉や全国老人クラブ連

---

<sup>141</sup> 「老人保健医療問題懇談会」『厚生』1976 年 31 巻 10 号 20-22 頁

合会の太宰など、厚生省 OB が「有料化反対」を掲げていたことにも閉口していた。懇談会が検討している間、社会局老人保健課長の竹中浩治は、ある時は無料化継続を支持するデータを強引に引っ張り、またある時は、一部負担導入の論拠となるデータを探すなど、報告書がまとまる最後まで、社会局は無料化を廃止すべきか否か、迷い、揺らいでいたのである。

表 71 老人保健医療問題懇談会メンバー

伊部英男	厚生年金基金連合会理事長
江見康一	一橋大学経済研究所教授
小山路男	横浜市立大学経済学部教授
重田精一	日本医師会常任理事
柴田護	本州四国連絡連絡橋公団副総裁
高本文雄	前大蔵事務次官
縫田曄子	前東京都民生局長
橋本司郎	朝日新聞編集委員
水野肇	医事評論家
山田雄三	一橋大学名誉教授
横山和夫	横須賀市長
吉川政己	東京大学医学部教授
若松栄一	医療金融公庫理事

表 72 老人保健医療対策室幹事会

	1976/02/21	1976/06/01	1976/07/01	1976/10/15	1976/12/27	1977/06/01	1977/07/05	1977/08/23
官房審議官（企画担当）	大森薫	松田正	→	正田泰央	松田正	→	→	→
大臣官房企画室長	山口新一郎	→	→	→	→	→	→	→
公衆衛生局地域保健課長	大谷藤郎	→	→	→	→	辻林嘉平	→	→
医務局総務課長	幸田正孝	→	此村友一	→	→	→	→	→
社会局老人福祉課長	石原公道	→	坂本信三	→	→	末次彬	→	→
社会局老人保健課長	竹中浩治	→	→	→	→	→	→	→
保険局保険課長	下村健	→	小島弘伸	→	→	→	→	→
保険局国民健康保険課長	館山不二夫	→	→	→	→	→	黒木武弘	→

そのため同懇談会が1977年10月26日に取りまとめた「今後の老人保健医療対策のあり方について」と題する意見書でも、一部負担の導入については慎重な書きぶりとなった。同懇談会は、今後、65歳以上の高齢者の医療費は増加を続けることが見込まれるため、「この負担を社会保険料又は公費で賄うこととするならば、我が国の今後の租税及び社会保険料負担の増加の大きな要因になる」と指摘した。そして老人医療費支給制度については、「老人の受療を促進し、老人の健康の保持、福祉の向上を図る上で大きな役割を果たしている」とした上で、①健康維持・増進よりも疾病にかかってからの医療費保障に重点が置かれていること、②高齢者に対する一貫した保健サービスが提供できていないこと、③公的医療保険の各制度における老人医療費負担に不均衡があることが問題であると指摘した<sup>142</sup>。

このように老人保健医療問題懇談会は、老人医療費無料化の意義を一定程度、評価しながらも、財政への負担に対して懸念を表明し、そして同時に、高齢者の健康増進に向けて一貫した保健サービスを提供することの重要性を訴えたのである。

---

<sup>142</sup> 老人保健医療問題懇談会（1977）「意見書 今後の老人保健医療対策のあり方について」

表 73 老人保健医療問題懇談会の意見書概要 (1/2)

第一 老人保健医療問題の背景と基盤

一、社会経済の変化

- (1) 本格的な高齢化社会の到来
- (2) 経済成長の変化
- (3) 核家族化の進行
- (4) 科学技術の進歩
- (5) 国民医療費と老人医療

高齢化の進行に伴い、65歳以上の老人の医療費のウェイトは大幅に高まり、昭和50年度の国民医療費の四分の一程度から、昭和75年度には4割程度に達すると予想される。この負担を社会保険料又は公費で賄うこととするならば、我が国の今後の租税及び社会保険料負担の増加の大きな要因になるものと考えられる。

二、老人の特性

- (1) 心身上の特性
- (2) 所得の低下
- (3) 生活時間の変化

第二 老人保健医療対策の現状と問題点

一、現状

老人医療費支給制度は、老人が医療保険で受給した場合に自己負担しなければならない医療費を公費で肩代わりするもので、老人の受療を促進し、老人の健康の保持、福祉の向上を図る上で大きな役割を果たしている。

二、問題点

(1) 医療費保障への偏重

現在の制度では老人の健康維持・増進よりも疾病にかかってからの対策に重点がおかれている。

(2) 保健サービスの一貫性の欠如

これらの保健サービスは地域において保健及び医療の関係機関が相互に密接な連携の下に行い、かつ壮年期から一貫して行われる場合に最も効果を発揮すると考えられる。

(3) 老人医療費負担の不均衡

高齢者は国保に加入するため、保険財政に対する影響が他の医療保険に比べ最も顕著である。負担の地域間格差も生じている。

第三 老人保健医療対策の基本的な考え方

一、国・地方公共団体及び国民の役割と責務

- (1) 国及び地方公共団体の役割と責務
- (2) 国民の役割と責務

二、老人保健医療対策の基本的方向

- (1) 総合的的老人保健医療対策の樹立
- (2) 地域保健対策の推進
- (3) 老人保健医療対策と老人福祉対策の有機的連携
- (4) 老人医療費負担の不均衡の是正
- (5) 医療資源の効率的合理的配分と利用

表 74 老人保健医療問題懇談会の意見書概要 (2/2)

第四 総合的老人保健医療対策の確立

一、老人保健医療対策

(1) 老人保健サービス

(2) 老人医療費の保障

イ) 現行の制度については、自分の健康は自分で守るという姿勢を弱めているとか、医療資源の効率的利用という点から問題があるとの批判があるが、現行制度に何らの改善を加えずに一部の費用を負担させることとするのは現実的ではない。しかしながら、今後、制度的には無料とはいうものの実質的な患者負担となっている付添看護の問題の改善や退院した者に対する家庭看護指導など在宅サービスの充実等の諸条件の整備を図らなければならないが、その場合には負担の公平と老人の適正な医療需要の確保という観点から、適正な費用負担が当然考えられるべきである。

(3) 老人保健医療対策の財源

- ・現行制度のまま医療保険の財政調整で対処する方式（合意形成困難）
- ・老人を対象とする新しい制度を創設し、費用を公費で全額賄う方式（財政的に不可能）
- ・一部を公費で負担し、残りを年金給付費、医療保険各制度からの拠出で賄う方式（合意形成困難）
- ・住民や事業主の拠出で賄う方式（具体的検討に値する）

(4) 老人保健医療対策の実施主体

二、老人保健医療施設

三、老人精神障害対策

第五 老人保健医療資源の確保

第六 老人保健医療及びその関連領域の研究開発

第七 関連施設の充実強化

(3) 老人保健医療制度準備室への発展的改組

老人保健医療問題懇談会の意見書がまとまった翌 1978 年 1 月 10 日、厚生省は本館五階の第一会議室を改造し、老人保健医療制度準備室を設置した。準備室長として松田が、次長として竹中がそれぞれ続投することになったほか、保険局国民健康保険課長ら 8 名の幹事が準備室を運営することとされ、さらに庶務、法令、業務、保健部門を担当する課長補佐以下、10 名のスタッフが割り当てられた（表 75）。組織の充実化が図られたのである<sup>143</sup>。

準備室の設置は、対策室の設置とは意味合いも大きく異なる。竹中が準備室を設置するための決裁文書を大臣官房総務課長の幸田正孝に持って行くと、幸田は「君、本気でやるのかね。準備室を発足させたら後戻りはできないよ。ちゃんとやる自信はあるのかね」と念押しされた。返答に弱ったものの「やるんです」と粘り、判を受けた。対策室は単なる懇談会の事務局にすぎなかったが、準備室は本格的な制度設計に乗り出すことを意味していたのである。

さっそく松田は、「基本的には、老人懇の意見書に盛られている項目を整理すればはつき

<sup>143</sup> 「老人保健医療制度準備室が一月十日正式発足」『週刊国保実務』1978 年 1042 号 110 頁



りした検討項目になる」として<sup>144</sup>、老人の疾病予防から疾病のリハビリテーションに至るまでの包括的な老人保健医療制度の創設を目的とした具体的な検討を開始した<sup>145</sup>。28日に開かれた幹事会で、制度創設に向けた基本的な検討事項として、①制度の目的、②実施主体、③対象者、④事業内容、⑤財源などが決定され、1979年度秋に実現させるという目標を掲げ、制度創設の基礎固めが進められることになった<sup>146</sup>。

表 75 老人保健医療制度準備室メンバー

室長	官房審議官（企画担当）	松田正
幹事	公衆衛生局地域保健課長	辻林嘉平
幹事	医務局総務課長	森幸男
幹事	医務局国立療養所課長	北川定謙
幹事	社会局庶務課長	柴義康
幹事	保険局企画課長	小林功典
幹事	保険局保険課長	小島弘仲
幹事	保険局国民健康保険課長	黒木武弘
幹事	社会保険庁健康保険課長	坂本龍彦
次長	社会局老人福祉課長	末次彬
次長	社会局老人保健課長	竹中浩治
補佐（庶務）	社会局老人保健課長補佐	青木行雄
庶務係長	社会局老人保健課総務係長	村尾俊明
補佐（法令）	社会局老人保健課長補佐	堀勝洋
企画調査係長	保険局国民健康保険課企画法令係長	富岡悟
企画調査係員		長井宏
補佐（業務）	保険局国民健康保険課国民健康保険指導官	飯岡繁二
業務係長	年金局資金課資金第一係長	百軒孝俊
業務係員		石黒秀喜
補佐（保健）	社会局老人保健課長補佐	河路明夫
保健係長	社会局老人保健課主査	上田一将

準備室において、新たな老人保健医療制度の創設をめぐる議論は、二つの考え方へと収斂していった。別建方式をとるか、財政調整方式をとるか、という議論である。別建方式とは、従来の医療保険制度とは別に、老人を切り離した新しい制度を創設する、という考え方であり、財政調整方式は、従来の医療保険制度の大きな枠組みは変えずに主として財政調整によって問題の解決を図る、という考え方だった。

<sup>144</sup> 「焦点インタビュー 老人保健医療制度の構築準備をめぐる一老人保健医療制度準備室 松田正室長にきく（上）」『週刊国保実務』1978年1049号386頁

<sup>145</sup> 「老人保健医療制度準備室が一月十日正式発足」『週刊国保実務』1978年1042号110頁

<sup>146</sup> 「老人保健医療制度準備室、基本的検討項目を決定」『週刊国保実務』1978年1046号261頁

別建方式をとる場合、保健事業を含めた総合的制度にするか否か、どのように財源を調達するかで制度の性格や仕組みは大きく異なる。財政調整方式をとる場合にも、従来の制度を残す考え方もあれば、医療保険に一本化して各制度の中で老人に対する給付率を高めるという考え方もある（吉原 1983：21）。

準備室では、老人保健医療問題懇談会の報告書に即して、別建方式による制度化の検討作業が進められていたが、1978年7月10日に読売新聞で厚生省案として発表された老人保健制度構想は、日本医師会をはじめとする診療団体から強い反発を受けることになった。

こうした政治情勢から準備室における検討は一時的に頓挫したが、小沢辰男厚生大臣は、同年12月、どうしても別建方式案を世に出したいとの考えから、準備室が示した別建方式を基本として、国、都道府県、市町村、事業主及び住民の負担割合を修正した小沢構想を発表した（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：29）。

表 76 小沢構想の概要

- 
- 一 市町村を実施主体とし、65歳以上の老人で健康手帳の交付を受けた者に対し、各種の老人保健事業を総合的に実施する
  - 二 70歳以上の老人及び65歳以上70歳未満の寝たきり老人に対し、療養の給付を行う
  - 三 療養の給付について、入院は一日当たり定額、入院外は投薬一回当たり定額の一部負担を徴収する
  - 四 療養の給付は、老人保健医療機関（別段の申し出があにかぎり保険医療機関とする）が取扱い、診療報酬は厚生大臣が定める
  - 五 費用は、国、都道府県、市町村と事業主及び住民の拠出金で賄い、その負担割合はおおむね次のとおりとする
    - 国45%
    - 地方公共団体10%
    - 事業主拠出金15%
    - 住民拠出金30%
  - 六 住民の拠出金は、市町村が市町村民税の賦課標準により一律に課する
  - 七 事業主拠出金は、厚生年金保険の事業主から児童手当の拠出金と同様の方法で徴収する

この小沢構想に対して、市町村や国保中央会は評価し、健保連も特に反対はしなかったが、日本医師会は老人の切り捨てであり、老人の低医療費政策につながるとして強く反対した（吉原・和田 2008：295）。また大蔵省は、現行の出来高払いの支払い方式のままで制度を別建てにすると、赤字要因を内包した制度になると強く反対した。そのため小沢私案はそれ以上、進展をみなかった。

最終的に小沢構想という形で世の中に出たこの時期、厚生省において検討されていた案の特色は、住民及び事業主から直接拠出金という形で老人保健医療に要する費用を徴収する点にあったと言える。この方式自体は、老人保健医療問題懇談会の意見書において打ち出されたものだったが、ここではそれが更に具体化され、実施主体たる市町村は市町村民

税の課税標準を賦課標準として厚生大臣が総費用の 30%を賄うことができるよう定める一律の拠出金によって住民拠出金を徴収することとされた一方、その徴収額に地方公共団体負担分（総費用の 10%額）を加えた額が総費用額に満たない場合には、国がその額を一般会計負担額（45%）及び厚生年金の事業主から児童手当の拠出金と同様の方法で徴収した事業主拠出金を財源として補填することとされたのである（吉原 1983：129）。

翌 1979 年 10 月、小沢を引き継いで厚生大臣に就任した橋本龍太郎は、現行の老人医療費支給制度と医療保険制度を前提に、医療保険制度間で老人医療費について財政調整を行い、あわせて中高年者を対象に総合的な保健事業を行うという次のような橋本私案を発表した。

### 表 77 橋本私案の概要

- 
- 一 国は国保を含めた全医療保険制度間で老人医療について財政調整を行う。
  - 二 70歳以上の老人医療費の一部（3割程度）を各保険者の加入者数で按分する。  
あわせて被用者保険制度間で老人医療費の5割程度について  
財政力に応じた財政調整を行う考え方もある。
  - 三 財政調整の結果、各制度が負担する老人医療費に対して各制度の現行の負担率で国庫負担を行う。
  - 四 市町村は40歳以上の中高年の住民を対象に公費で各種保健事業を行う。

橋本構想は診療側に配慮した内容になっており、健保連が強く反対したが、日本医師会が賛成し、さらに大蔵省が飛びついた。同省は、財政窮迫化から支出抑制のため、社会保障関係費に大ナタを振るう方針をとり、同年 11 月 12 日の財政制度審議会（会長＝桜田武）の第二特別部会で、①老人医療費の無料化制度を見直して受益者にも負担させ、また医療保険制度間で老人医療費の財政調整を行う、②児童手当制度を廃止する、③結核の公費負担医療を保険優先に切り換える、などの考え方を示した<sup>147</sup>。

そして同月 30 日には、1980 年度予算編成にあたっての社会保障関係費に関する節減合理化等の事項を厚生省に提示した。内容は 14 項目からなり、保険局関係では、国保の臨時財政調整交付金および医師国保組合等の療養給付費補助金の廃止、さらに健保組合の臨時給付費補助金の廃止などをあげており、老人保健医療制度については 70%の財政調整を行う大蔵省案を示した<sup>148</sup>。橋本私案に一部負担の導入を織り込んだ予算案を内示したのである。

---

<sup>147</sup> 「大蔵省が老人医療費で財調案—財政審に児童手当、公費医療の廃止も諮問—」『週刊社会保障』1979 年 33 巻 1050 号 22 頁

<sup>148</sup> 「大蔵省が節減事項を厚生省へ提示—老人医療は有料化で 70%の財調案—」『週刊社会保障』33 巻 1053 号 36 頁

大蔵省の準備は周到だった。同年末までには自民党政務調査会の社会労働部会の主要な議員にすでに根回しを終え、「厚生省は諦めて無料化を廃止しろ」と迫ってきた。老人福祉法を所管していた社会局長の山下眞臣は、大蔵省の執拗な攻勢に閉口したが、一方で、大蔵省が、地元に戻っていた参議院の医系議員である丸茂重貞からは未だ了解を得られていない、という情報を掴むことができた。

そこで山下は早速、同局老人保健課長の古市圭治を呼び、丸茂を説得するよう指示した。古市は、同局庶務課長の朝本信明とともに、上野駅で待ち伏せし、改札を出てきた丸茂を捕まえ、反対するように説得した。丸茂が他の社労議員を怒鳴りつけたことで、議員からの圧力は、一旦、収まることになった（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：8-9）。

しかし大蔵省は諦めなかった。自民党三役立ち合いのもと、野呂恭一厚生大臣、竹下登大蔵大臣、官房長官の六者間で、「老人保健医療制度については、財政調整、受益者負担の導入、保健事業の拡充等を含め、その基本的見直しを進め、昭和 56 年度に所要の制度改正の実施を図る。このためできるだけ早い機会に関係審議会に諮問するものとする」との合意が成立させ、覚書を交わさせたのである（吉原 1983：130-133）。

すでに 1977 年 11 月 22 日の健康保険法改正の国会審議において、保険局が示した「医療保険制度改革の基本的考え方について」と題する 14 項目の中で、老人保健医療制度を創設することが明記されており、社会局も準備室を設置して検討を進めていた。一方、しびれをきらした大蔵省は 1975 年から執拗に無料化廃止を再三にわたって要求し、社会局はなんとかしのいできたものの、政治レベルで新たな制度の創設を確約する覚書が交わされた。こうして厚生省は、早急に対策を樹立しなければならない状況に追い込まれていったのである。

#### (4) 対策本部設置による全省をあげた検討の開始

党三役、厚相、蔵相、官房長官の覚書における、早急に関係審議会に諮問するとの合意を受けて、厚生省は 1980 年 3 月、社会保障制度審議会に対し、「老人保健医療対策の基本方策について」と題する異例の白紙諮問を行った。同審議会は、白紙諮問に難色を示し、厚生省に対して「検討はするが早急に改革案を出すように」と要請した。

こうした状況下で社会局長の山下は、このまま社会局で老人保健医療制度を抱え込むことに反対するようになった。省内からも「老人医療の無料化は社会局が所管していたが、問題の発端は国保の財政問題であるため、保険局の問題ではないか」という意見もあがるようになった。

これに猛反発したのが保険局長の大和田潔である。「難航する健康保険法改正を抱えていた保険局は、すでに過重な負担が強いられており、この上、さらに老人医療を担当する

というのは負担のバランスからいっておかしい」と主張した。また日本医師会にも「社会局が所管することになれば、福祉医療を掲げて安価な医療を狙うのではないか」という抵抗感もあった（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：19-20）。

そこで事務次官の八木哲夫と官房長の吉村仁は、1980年6月17日に事務次官を本部長とする老人保健医療対策本部を大臣官房に設置することに決定した（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：210）。全省を挙げて、新しい高齢者医療制度を創設する体制が整えられたのである<sup>149</sup>。

これまで対策室幹事、準備室次長、そして1980年1月からは準備室長としてこの問題を担当してきた医系技官の竹中は、引き続き、老人保健医療制度の創設に携わり続けたいと考えていたものの、「この辺りで法律系の事務官とバトンタッチしたほうがよい」と認識しており（吉村仁さん追悼集刊行会編 1986：312）、これを吉村に提案した。その結果、対策本部を実質的に率いる大臣官房審議官として白羽の矢が立ったのが吉原健二だった。じつは竹中から専任の事務官として適任者は誰かと相談を受けた保険局国民健康保険課長の古川貞二郎が、竹中や吉村に対し、吉原が適任だと進言していたからだった（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：6-7）。

一方、同年5月27日付けで大臣官房審議官（年金担当）を発令され、年金政策の勉強を始めていた吉原は、吉村から老人保健医療制度の担当と聞かされ「びっくり仰天」した（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：17）。吉原は1955年に入省して以来、主として年金政策や公害政策に携わってきたため、医療保険政策を経験したことがなかったからである（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：20）。吉原は、これほど大きな問題を自分が成し遂げられるか不安を感じ、自信が持てなかったため、その旨を吉村に伝えたところ、「君しかいないんだ」と説得された（吉村仁さん追悼集刊行会編 1986：438）。

内示を受けるにあたって吉原は一つの条件を提示した。竹中や保険局企画課長補佐の佐々木典夫らが名を連ねていた対策本部に、さらに古川を事務局長に迎えることを要請したのである。吉原はかつて年金政策をともに担当した古川に絶大な信頼を置いていた。吉村はこれを承諾した。吉原も古川も専任の事務局長になることを望んでいたが、保険局長の大和田は「古川君を持っていかれるのは困る」と反対したため、最終的に古川は国保課長と事務局長を兼任することになった（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：20）。こうして対策本部は発足した。

対策本部が発足すると、事務次官を交えた幹部会は「とにかく案を出せ」と指示を出し

---

<sup>149</sup> 5日後の6月22日に第12回参議院議員選挙が迫っていたこの時期、参議院議員の植木光教などが「吉村に無料化を廃止するつもりか」と吉村にクレームを入れるなど、反発の動きもあった（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：22）。

た。竹中が急ごしらえで小沢私案と橋本構想を微修正し、併記したものを提出すると、これを見た吉村は、「おまえら、そんな知恵がないのか、もっと知恵を絞れ」と激怒した。着任したばかりの吉原は、吉村や竹中らが一体何を議論しているのか理解できなかったが、これらの改革案では実現は難しいことを悟った（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：11-12）。

## 3.2. 改革案の選定と実装

### (1) 共同提出方式の選出

白紙諮問した社会保障制度審議会から早急に厚生省としての改革案を提示するよう要請されていた対策本部だったが、議論は別建方式か財政調整方式の二つから進展をみずにいた。対策本部専任の審議官に着任した吉原は、過去の経緯から勉強を始めた。

吉原：私はそれまではほとんどこの問題にタッチしたことがなくて、審議官になって必至になって過去の経緯なりいきさつを勉強したのです。古くは、山本正淑さんが医療審議室長時代に作った医療保険についての勉強会がありまして、昭和三十年代に山本さんが審議室長で、伊部さん、浦田さん、木暮さん、吉村さん、幸田さん、北村さん、朝本さんといった、そうそうたるメンバーが入っていたのです。その人たちがまとめた医療保険の現在並びに将来についての問題点なり考え方についての報告書があって、そういったものから全部勉強し、小沢構想と橋本構想の内容と、それに対する世の中の反応なども勉強した（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：30-31）

ここで吉原が言及している「山本正淑さんが医療審議室長時代につくった医療保険についての勉強会」とは、1961年3月に発足し、同年11月に中間報告書を取りまとめた医療保障総合審議室を指す<sup>150</sup>。入省以来、初めて医療保険政策を担当することになった吉原は、約20年前に作成された報告書を読み直し、過去の医療保険制度をめぐる改革論議に関する知識を獲得していったのである。

また対策本部メンバーだった堤修三は、厚生省保険局などが1974年に監修した『半世紀の記録』（社会保険法規研究会）を参照していた。同文献には、制度創設から1970年頃までの医療保険制度の歴史的経緯に関する記述、元政策担当者の証言、そして過去に提案された各関係団体の改革案や意見書がまとめられていた。堤は、医療保障総合審議室などの原典にあたるのではなく、こうした公刊文献を参照しながら過去の経緯を学習していたのである<sup>151</sup>。

もっとも過去の経緯に関する資料を丁寧に精読している余裕などなかった<sup>152</sup>。改革案の早期樹立に向けて、利用可能な情報を迅速に収集し、過去に検討された改革案を棚卸ししいったのである。そして世論や関係団体の反応を考慮しながら吉原らが注目したのは、別

---

<sup>150</sup> 吉原健二氏インタビュー（2019年12月23日筆者実施）

<sup>151</sup> 筆者の問い合わせに対する堤修三氏からのメール（2019年12月14日受信）

<sup>152</sup> 後に渡邊芳樹が、1969年に発表された国民医療対策大綱が法案を策定する過程で、ある程度意識されていた、と指摘している通り、過去の検討蓄積が活用されていた（渡邊芳樹「老人保健法制定の立法過程」『北大法学論叢』42巻4号1164-1165頁）。

建方式でも財政調整方式でもない共同拠出方式だった。共同拠出方式とは、現行の制度を維持したまま、各保険者が老人医療費などを賄うために費用を拠出するものである。

官房長の吉村は、「案はいろいろあるのだから、どれがいいかよく考えて割り切らなければいけない」、「君たちが持ってきたメリット・デメリット表を見れば、どの案にも長所・短所があり、すんなりいかないのがわかるだろう。通そうと思うから、君たちは頭が固くなってしまふ。割り切って一番よいと思う案をつくれ」と論じた。対策本部の面々は、審議官室で議論し、隣接した事務局の部屋で材料を整理しながら制度設計を詰めていった（佐々木 2013：46）。

7月中旬から8月には、事務次官室で幹部会議が繰り返し開かれた<sup>153</sup>。「別建てで新財源の方がいいのではないか」、「事務的な難しさはあっても理想的なものをつくったほうがいいのではないか」、「財調アレルギーはものすごく強いから別建てのほうがいい」といった議論がなされ、次第に「新財源で市町村主体というのは、事業主や市町村に新たに拠出を求めるのが難しいのではないか」、「自民党の主張から見ても、財調のニュアンスがある程度入っているほうが良い」、「保険者拠出で、別建てでいく方がやはりいい。その際、ヘルス事業も組み合わせていく必要がある」という考え方に収斂していった（佐々木 2013：46）。

こうした検討過程を経て、次第に吉原は、別建方式も財政調整方式も種々の限界を抱えている以上、「残っている案は、共同拠出方式しかない」と考えるようになっていった。

吉原：当時、この問題に一番長くタッチしてきたのは官房長だった吉村さん、それから老人医療を作ったときの老人福祉課長が山口新一郎さん、それから松田さん。私はその三人に、どういふ案が一番いいのだろうかということそれぞれ聞いたこともあるんです。私自身もある程度勉強し、「もう共同拠出という方式しかないと思うけれども、どうか」と聞いたら、「そうかもしれない」というような返事だったんです。多少ニュアンスは違いますけれども、三人ともそういうことで考えていんじゃないかという感じだったんです（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：31）

吉原は、老人医療をめぐる政策について豊富な経験を有する吉村や山口、松田にも共同拠出方式の妥当性について相談し、確信を深めていった。

もっとも堤が、「(過去に検討された)案はまともな官僚が考えたとは思えないほど、保険制度としての体系性・理論的整合性に欠けたものであり、老人保健制度の立案には何の

---

<sup>153</sup> 幹部会には、八木事務次官、山下社会局長、大和田保険局長、大谷藤郎公衆衛生局長、吉村官房長、山口大臣官房審議官（年金担当）、吉原、竹中、幸田官房審議官（医療保険担当）、下村健大臣官房総務課長、古川、古市啓二、成島、佐々木、高木、堤修三が出席していた（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：248）。



役にも立たなかった」と述べる通り<sup>154</sup>、過去に省内で検討された共同拠出方式をそのまま受容したわけではなかった。実際、吉原は次の通り述懐している。

吉原：共同拠出というのは、昭和四十年の初めごろに保険局がいろいろ出した案の中にあることはあるのですが、それはあくまでも老人保険制度としての共同拠出だったわけで、私は、老人保健といっても、老人保健にインシュアランスではなしにヘルスという言葉を使ったのも、単なる財政上の制度としての新しい制度ではなしに、老後の健康を第一次的な目的にし、同時に老人の医療費をみんなで支え合うような仕組みにしようという考えで、だんだん共同拠出案というものを作り上げていったわけです（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：30-31）

1965年から1966年にかけて牛丸委員会で検討されていた改革案や、その後、公式に発表された改革案の多くは、吉原らが検討した共同拠出方式と同じ発想ではあるものの、あくまで医療保険制度の財政赤字対策を目的とした財政調整の色彩が強いものだった。これに対し吉原は、新たな老人保健医療制度は、財政赤字対策を目的としたものではない、という意味で、「保険」ではなく「保健」という表現を意識的に用いることにしたのである。

吉原：……共同拠出しかないなど。ただ、単に金をみんなが出し合うということだけではなしに、一つの新しい、ちゃんとした哲学なり思想に基づいた、しかも、実務的にも現実性のあるものにならなければいけない。

同時に、ヘルスと一体的なものにして、単に財政問題の解決だけではなしに、新しい制度としての魅力を持たせることが必要ではないか、とだんだん思うようになってきたわけです。

……だれでも最初に思いつくのは別建案です。……（しかし）別建にすると、財源も別に新しい保険料か税金かですとということですから……新たに事業主拠出を求めるというのは大変なことなんです。別な制度を作って別な財源をとるというのを口で言うのは簡単ですが、大変なんです。……それは（自身が長年、携わってきた）国民年金の経験からいっても……別建案は、私は初めから個人的にも、それまでの経緯を知らなくても、これは難しいかなという感じを持っていました。

それで、別建案と財調案を比べた場合には、財調案のほうがやりやすいかもしれないなと思っていたのですが、財調案をストレートに出せるような状況でもなかった。それに、財調自体にもあまり魅力がないことは確かです。国保が苦しいから、健保から金を回して財政的に調整するというのは、苦しいところは楽になりますが、持ち出しさせるところに金を出させるには、それなりのよほどの理由がないと、国保が苦しいから調整しようというだけでは、金は出さないとすね。

しかもそれだけでは、新制度としての魅力がないことも確かだから、財調案をストレートに出すわけにはいかない、そこで、何とか第三の案を、新鮮味のある、魅力のあるものにするために、非常

---

<sup>154</sup> 筆者の問い合わせに対する堤修三氏からのメール（2019年12月14日受信）。括弧内筆者注。

に腐心したわけです（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：32-33）

保険者に財源を抛出させると言っても、牛丸委員会報告書や「検討素材」でも取り上げられてきた通り、財政的に豊かな保険者から容易く合意を調達できるわけではない。そこで対策本部は、高齢者のヘルス事業と一体化させることによって、新制度を新鮮味と魅力のあるものにするように注力していったのである。

もっとも当時、政策としてヘルス事業を実施することは本当に可能なのかという点についても対策本部ではやや懐疑的だった。そこで新制度の構想が練られていた8月、山下社会局長は吉原に「夏休みでも利用して、一度、先進的な取り組みをしている自治体を視察に行ってみようか」と提案した（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：21-22）。山下、吉原、竹中、古市は、人口1万4千人のうち約2千人が65歳以上の高齢化が進展している新潟県大和町を訪れた。同町では、医療機関と農村健診センターが連携し、若い医師が中心となって治療と予防を一体的に提供していた<sup>155</sup>。

また静岡県田方郡函南町の伊豆逋信病院リハビリテーション科部長の大田仁史や、全国に先駆けて訪問看護事業を実施して発展させた東京都東村山市の東京白十字病院の島田妙子のもとで足を運び<sup>156</sup>、話を聞くことでヘルス事業の実現に向けて自信を深めていった（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：48）。

このように老人保健法の中心的なアイデアとなる共同抛出方式は、1960年代後半から1970年代にかけて歴代の政策担当者が議論してきたものが利用されていた。しかし単なる財政対策を目的にすれば、合意を調達することは難しい。対策本部のメンバーは、先進的な取り組みを展開する地方政府の事例も参照しながら、高齢者の予防や健康増進を包含した改革案を練り上げていったのである。

---

<sup>155</sup> 「この人 老人保健医療対策に取り組む 厚生省審議官 吉原健二」『社会保険旬報』1980年1330号11頁

<sup>156</sup> 「東京白十字病院で訪問看護事業の発展に尽力された島田妙子さん」『訪問看護と介護』2006年11巻5号506頁

## (2) 第一次試案の発表

共同拋出方式をベースとして改革案の実装を開始した対策本部は、発足から3か月後の1980年9月に第一次試案を発表した(表78)。

表78 老人保健制度の第一次試案概要

---

第一 総則	<ul style="list-style-type: none"><li>・国民の自助と連帯の精神に基づき、各種の保健給付を行い、費用負担の公平を図る</li><li>・保健給付の対象は、疾病、予防、治療、リハビリ、保健指導として一体的に行う</li><li>・国、地方公共団体、医療保険各制度の保険者が共同で財源を拠出して市町村が実施する</li></ul>
第二 保健給付	
一 保健給付の種類	<ul style="list-style-type: none"><li>①健康手帳、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤療養、⑥機能訓練、⑦訪問指導、⑧その他</li></ul>
二 保健給付の実施	
第三 費用	
一 費用負担割合	<ul style="list-style-type: none"><li>・保健給付に要する費用は、国・都道府県・市町村の負担金及び保険者からの拠出金をもって充てる</li><li>・その割合はさらに検討する</li></ul>
二 保険者拠出金	<ul style="list-style-type: none"><li>・拠出金の額は、拠出金総額を加入者の数によって被用者保険及び国保に按分し、さらに加入者の所得によって各保険者に按分した額とする</li></ul>
三 一部負担	<ul style="list-style-type: none"><li>・療養の給付について本人・扶養義務者に一定水準以上の所得がある場合、一部負担金を支払う</li></ul>
第四 関連施策の推進	<ul style="list-style-type: none"><li>・診療報酬体系の合理化、医療費支出の適正化、保険外負担の解消など医療保険制度の改善</li><li>・保健婦など保健医療従事者の養成研修及び医療資源の効率的な活用</li><li>・老人性痴呆その他老人精神障害対策</li><li>・成人病対策その他公衆衛生対策</li><li>・特別養護老人ホームの整備など</li><li>・老人保健(精神医学を含む)に関する調査研究及び技術の開発</li></ul>

第一次試案の発表にあたり、吉原はどうすれば世論に受け入れられるか苦心していた吉原は、老人保健制度は、老人医療費の財政調整を目的とした改革ではなく、高齢者の予防や健康管理の充実化を前面に押し出し、少しでも財政調整に対する抵抗感を緩和しようと企図した。

吉原：新しい制度ということで役所が考えているのは、一部負担を入れることであり、国保を救うことである、それがねらいに違いない。それなら、マスコミも世論も賛成しがたい、そういう雰囲気は非常にあったんですね。ですから、それは別建にしても、財政調整にしても、財政問題の解決にはなりませんけれど、制度として新しい制度をつくるには、私はヘルスと結びつけないとできな

いと思いました。ヘルスと結びつけて初めて、「この制度はいい制度だな」と、国保にも一般の人にもそういう感じを与えるのではないかということで、こちらもあえて、「それがこの制度の目玉なんですよ」と言った。一部負担を入れるとか金を出し合うというのは、実質はかなり大きな意味を持つのですが、少しウェイトを下げて、40歳から健診とか予防とか健康管理だとか、それをうんと表へ出そうとしたわけです。そうしたら、それが新聞に「この新しい制度の魅力、これはいいな」という感じを与えたんじゃないかと思うんです。

……金の出し方というのは、出すほう、損をするほうが必ず反対しますからね。しかし、健康管理だとか、「健診を40歳からやりますよ、みんなが年をとっても丈夫で過ごせるようにするんですよ」ということには、だれも反対できないはずですよ。

だれも反対できないものを大きな一つの柱に打ち出して、そうはいってもどうしても病気にはなるわけですから、その費用をみんなが持つんですよという、今までのような財政調整とか一部負担という次元の低い金の話ではなしに、だれでもが「よし、わかった」と言えるようなものしようということで、その二点を強く出そうとしたわけです（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：37-38）

老人医療費無料化を廃止し、一部負担を導入すれば、国民健康保険の財政赤字を改善することができる。しかし第一次試案において一部負担の導入について控え目に発表し、誰もが反対しにくい高齢者へのヘルスの充実化を強く打ち出したことによって、世論からの好意的な評価を得ることに成功した。

吉原：みんなで金を出すとんでも、一体どういう基準で金を出すんだということにもなりますからね。それこそ口で言うのは易しいけれど、一体どういう基準で割り当て金を出させるかということまでまだ詰まっていない。

我々自身も、最初の一次案を出したときは詰めていない段階で、A方式とかB方式とか、A案とかB案とか出しましたけれどね。

竹中：それはあとなんですね。

吉原：それはあとなんですよ。とにかくみんなが出し合うんだということについてまず合意を得よう、という尺度でどういうふうに出し合うんだというのは、もうちょっと先の議論にしよう、あえてその議論を先延ばしにしたんです。

それでまた、「共同提出というのは何が何だかわけがわからないじゃないか」と大分攻められたのですが、みんなが出し合う方式については何となく反対がないなというのを見た上で、じゃあ、出し方の案を決めようというふうに持っていったんです。それまでは「みんなが金を出し合うなんて、できるはずじゃないか」と思う人が、専門家の中にも割合多かったことは事実です。

つまり対策本部には、詳細な制度設計案の提示を先延ばしし、共同提出方式について合

意を形成することを優先するという狙いがあったのである。この時、共同拋出方式という表現の曖昧さも結果的に功を奏した。

古川：「社会連帯」と言いながら、……もっとむき出して言うと、共同拋出方式というのは、関係者はよくわからなかったんじゃないかと思うんですよ。わからないままでかなり行ってしまったんじゃないかという気がするんですが。

吉原：関係者もわからないし、私たちも言ってはみたものの、どういう物差しで出させていいのか、最初は、はっきり説明ができなかった。

古川：だから、却ってうまくいったところがあるんじゃないかということなんですけれどね（笑）。

吉原：だから、あえて初めから詰めた議論ではなしに、みんなで出し合おうじゃないか、それに反対ですか。別建も困る。財調も困るというのであれば、みんなで出し合う以外にないんじゃないですか。出し方はこれからいろいろな案を考えてみます。共同連帯の考え方に立って、老人にも一部出してもらいます。そういうことでだんだん土俵の幅を、初めは広い土俵の上に乗っていたのを、狭くしていったわけです。

堤：今考えると、確かに巧妙だったと思います、費用負担の中身の具体案というのは先送りにして……。ですから、一番初めに出したときは、それほど強い反発というのは保険者からも特になかった。おそらく保険者サイドは、「具体案がいずれ出る」と書いてあるので、それを見てからということだったと思います。

古川：わからないままに行ったところはあるですよ（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：38-40）。

このように改革案を打ち出した当初は対策本部のメンバーですら、当初は説明に窮することもあったほどだったが、表現の曖昧性が、合意形成に向けた第一歩として、利害関係者を政策交渉のテーブルにつかせたのである<sup>157</sup>。

---

<sup>157</sup> この時期、「老人保健制度は財政調整ではないか」という関係者からの意見に対して、吉原は、「財政調整とは、財政のいいところが財政のきつところを直接援助し調整することだと思うのですが、この制度はそういうことを考えているのではなく、あくまでも各制度間の費用負担の公平ということを考えているのです。その結果、いま非常に費用の負担が片よっている制度の負担が軽くなって、相対的に今まで軽かった制度の負担が重くなるということはあると思いますが、それは財政調整ではなしに、あくまでも費用負担の公平ということによる結果です」と説明している（「移動マイク 老人保健制度（第一次試案）の考え方 厚生省の老人保健医療対策担当審議官 吉原健二氏にきく」『社会保険旬報』1980年1336号5頁）。

### (3) 改革案の具体化

次いで、同年 11 月、第一次試案で明確でなかった国、地方公共団体及び医療保険制度の費用負担方法について、費用の二分の一を公費で賄い、残りの二分の一を医療保険制度の各保険者からの拠出金で賄う A 案と、費用の全部を各保険者からの拠出金で賄い、国及び地方公共団体は、拠出金の一部を補助するという B 案の二つの考え方を示した。

対策本部の第一次試案は、現行制度とは別個に新たな制度をつくろうというものであったが、小沢私案のように老人を現行の制度から切り離し、老人医療費の財源も別にするのではなく、老人を現行制度においたまま、各制度からの拠出金によって老人医療費を負担する仕組みをつくろうというものだった。その場合、各保険者からの拠出金は、各保険者の加入者数に応じて按分することとしたため、これまでより国保の負担が減少し、被用者保険の負担が増加して、橋本私案による財政調整と同様の効果をもつものだった。その意味で第一次試案は形式的には小沢私案、実質的には橋本私案という性格をもつ案だった。

第一次試案は、健康な老人づくりと、老人医療費の公平な負担を制度の基本的理念、目的として強調し、制度の内容は、保健事業の総合的实施と医療保険制度各保険者からの拠出金方式による老人医療費の共同負担という大きな枠組みを示しただけだったが、世論は予想以上に私案の考え方を新鮮かつ好意的に受け止め、健保連や日本医師会からもすぐには強い反対はでなかった。社会保障制度審議会も医療以外の保健事業の費用は、原則として公費で負担すべきとしながらも 1980 年 12 月に大筋で第一次試案を評価する中間意見を提出した。

大蔵省も基本的に私案の考え方を支持した。そして 1981 年度予算編成で、新制度の実施に先立ち、新制度における診療報酬のあり方について検討し、国、地方公共団体及び各保険者の共同責任において毎年度収支均衡が図られ、赤字がでない方策を講ずることを条件に、試案をもとにさらに内容を詰め、1981 年度中に法律を制定し、1982 年から実施することで、渡邊美智雄大蔵大臣と園田厚相が合意した。

改革案が固まると対策本部は機構を拡大し、法案の実現に向けて動き出した。国会対策を念頭に置いて、副本部長を 4 名から 12 名に、本部員を 12 名から 22 名に増員し、組織の強化を図った。国会対策を吉村官房長、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会対応を田中明夫医務局長、事業主、労働団体を大和田保険局長、地方団体を大谷藤郎公衆衛生局長、老人団体を金田社会局長、審議会関係を吉原大臣官房審議官、そして診療報酬支払関係を竹中審議官が担うこととし、縦割り行政、セクト主義を排した上で、全省をあげての臨戦態勢を強調した<sup>158</sup>。

---

<sup>158</sup> 「厚生省、老人保健医療対策本部の機構を拡大…臨時国会での法案成立を期し、全省あげての体制確立…」『週刊国保実務』1981 年 1233 号 1322-1323 頁

表 79 老人保健医療対策本部（機構拡大後）

本部長	石野清治	事務次官	事務局長	古川貞二郎
副本部長	吉村仁	官房長	事務局次長	佐々木典夫
副本部長	正木馨	総務審議官	次長補佐	先崎 暁
副本部長（専任）	吉原健二	官房審議官（年金担当）	次長補佐	市村孫助
副本部長	竹中浩治	官房審議官	次長補佐	八谷 淳
副本部長	大谷藤郎	公衆衛生局長	次長補佐（専任）	佐野豊雄
副本部長	館山不二夫	官房審議官	次長補佐（専任）	堤修三
副本部長	田中明夫	医務局長	次長補佐（専任）	渡辺芳樹
副本部長	山本純男	医務局次長	次長補佐	佐藤正紀
副本部長	金田一郎	社会局長	次長補佐	羽入直方
副本部長	大和田潔	保険局長	次長補佐	高山康信
副本部長	下村健	官房審議官	次長補佐（技）	南沢孝夫
副本部長	入江慧	社会保険庁医療保険部長	次長補佐（技）	高井輝夫
本部員（幹事）	古賀章介	官房総務課長	庶務係長	磯波修
本部員	朝本信明	官房企画室長	業務係長（専任）	福田実
本部員（代表幹事）	木戸脩	公衆衛生局企画課長	企画調査係長（専任）	北川力
本部員	大沢進	公衆衛生局栄養課長	保健係長	森重賢治
本部員	北川定謙	公衆衛生局地域保健課長	主査	石原公一郎
本部員（幹事）	古川武温	公衆衛生局結核成人課長	主査	山崎裕人
本部員	野崎貞彦	公衆衛生局精神衛生課長	主査	中村吉夫
本部員（幹事）	山内豊徳	医務局総務課長	係員（専任）	飯塚敏幸
本部員	三井男也	医務局歯科衛生課長	係員（専任）	岩野正史
本部員	清水嘉與子	医務局看護課長	係員（専任）	中江章治
本部員	佐々木輝幸	医務局国立療養所課長		
本部員（幹事）	長尾立子	社会局庶務課長		
本部員	成嶋健次	社会局老人福祉課長		
本部員（幹事）	古市圭治	社会局老人保健課長		
本部員（幹事）	古川貞二郎	保険局企画課長		
本部員	佐々木喜之	保険局保険課長		
本部員（幹事）	萩原昇	保険局国民健康保険課長		
本部員	仲村英一	保険局医療課長		
本部員	川上友康	保険局調査課長		
本部員	多田宏	社会保険庁健康保険課長		
本部員	佐藤隆三	社会保険庁船員保険課長		
本部員（幹事）	佐々木典夫	大臣官房付・事務局次長		

#### (4) ヘルス事業の医療費適正化効果

こうして老人保健法では、無料化の廃止とあわせて、老人ヘルス事業の充実化が盛り込まれることになった。対策本部は、老人ヘルス事業を実施すれば、医療費の適正化にも資することを訴求しながら大蔵省などの合意を取り付けていった。

しかし実は、対策本部のメンバーも老人ヘルス事業が医療費適正化効果をもたらすかどうかという点については懐疑的だった。当時、老人ヘルス事業が持つ適正化効果のエビデンスの確認を担当していた竹中や佐々木、百軒孝俊は次のように述懐している。

佐々木：……ヘルスの医療効果というのは、現実には大事だと。大蔵省もそうだし、いろいろなところで使っておりました。保健文化賞を受けた13ぐらいだったかの市町村を持ってきて、百軒さんあたりに、5年間の老人一人当たり医療費がどう推移しているかなんていうのを出示してもらって、数字の上でもこんなにご利益があるということも…。

百軒：でも、あれはいいところだけを出したんです（笑）。

佐々木：でも、総じて見ればいいと（笑）。

百軒：しかし、実際は、高知の野市町か何かは非常によくやっているけれど医療費が高いとか、そういうところはみんなはずしてやったような記憶がありますが。

佐々木：でも、総じて見れば（笑）…。なかなか苦心の策だったんですよね（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：57-58頁）

佐々木や百軒が老人ヘルス事業を実施していた先進自治体の医療費を分析した結果、必ずしも医療費が減少しているわけではなかった。そこで増加している地域を分析対象から外し、減少傾向にある地域を取り上げた結果を、老人ヘルス事業を推進するエビデンスとしてまとめたのである。竹中はこの結果を次のように解釈している。

竹中：国民健康調査などでは、国民の健康状態がよくなればよくなるほど、医者にかかる率は多くなるんです。病人が増えるんですね。どんなときに医者にかかるか、どんなときに医者に金を払うかというのが、一定の基準で昔から同じであればそれでいいのだけれども、健康状態がよくなるにつれて軽くてもかかるのが増えていくわけですから、ヘルスサービスをやったからといって、必ずしも医療費が減るわけではない。

佐々木：……過去のデータで都合のいいところだけをとったというのは確かにあるのかもしれませんが。しかし、説得のためにどうしても必要だったわけですね（老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 1991：57-58頁）

老人医療費無料化を廃止して一部負担を導入し、保険者に共同拠出させる上で、老人へ



ルス事業の実施が大義名分としてどうしても必要であり、老人ヘルス事業が健康増進と医療費適正化効果を持つことを関係者に示し、合意してもらう必要があった。そのため対策本部では、老人ヘルス事業を実施している地域で、医療費が抑制されているデータを切り出すことによって、同事業を実現させるエビデンスを揃えていったのである。

### 3.3. 老人保健法の成立

#### (1) 法案要綱の策定

1981年、厚生省は第一次試案について、国保中央会、知事会、視聴かい、町村長会、健連、日経連、総評、同盟、全国社会福祉協議会、全国老人クラブ連合会、医師会、歯科医師会、薬剤師会などの関係団体の意見をきき、自民党の了承を得て、三月に老人保険法案大綱を社会保険審議会及び制度審に諮問した。

社保審は、老人保険審議会の組織及び権限、保健事業の実施方法、診療報酬支払方式、保険者拠出金の算定方法、一部負担金の金額等制度の重要事項の具体的内容がすべて審議会や政令に委ねられていることに強く反発した。とくに一部負担金については、金額等を法律に明記することを強く求めた。また地方公共団体が行っている老人医療の単独医療については干渉しないことを求めた。

これに対し、厚生省は一部負担については、外来は初診300円、最新はそのつど100円、入院は1日につき300円とするという考え方を示し、これを法律に明記することを約束した。地方の単独事業については、この法律の趣旨を尊重してほしいが、禁止はしない考え方を明らかにした（吉原・和田2008：301）。

保険者拠出金については、加入者按分率は二分の一以上とする考え方を示し、その場合に、現行制度と比較して各制度の保険料負担がどのようになるのかについて試算を示した。それによれば、1981年度は国保の負担は万年度で1050億円減少し、被用者保険の負担は770億円（うち健保組合が630億円）増加し、1982年度は、国保は1570億円減少し、被用者保険は1110億円（うち健保組合が780億円）増加すると推計された。国庫負担は、1981年度870億円、1982年度790億円減少すると推計された。

保健事業については、1982年から1986年までの5か年計画を策定し、保健婦等要員の確保や、施設整備を図りつつ、市町村の実情に応じ、段階的に実施する考え方を明らかにした。

1981年4月、社会保険審議会は、「医療の対象年齢は当面70歳以上とすることはやむをえないが、65歳以上とすべし」と被保険者側の委員の意見と、「支払方式について現行の出来高払いを見直すべき」という注文をつけ、「全体として了承する」旨の答申を行った。制度審も、答申で、当該内容を評価する答申を行った。

健保連は、支払方式など制度の具体的内容が明らかではない、という点を不満としながら、法案の国会提出は止むを得ないとして、国会審議に委ねるという態度をとった。

しかし日本医師会や歯科医師会は、老人について現在の出来高払いが見直され、別個の支払い方式とされかねない懸念から法案の国会提出に反対し、老人保険審議会の新設や老人保健機関制度も必要ないと主張した。

表 80 老人保健法案要綱の概要

---

第一章 総則

  第一 目的  
     国民の自助と連帯の精神に基づき、老後の健康保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、リハビリ等の各種保健事業を総合的に実施し、費用負担の公平を図る

  第二 基本理念  
     国民は自ら健康保持増進に努めるとともに、職域又は地域で適切な保健サービスを受ける機会を与えられる

  第三 国及び地方公共団体の責務、第四 保険者の責務、第五 用語の定義（以上、略）

第二章 老人保健審議会（略）

第三章 保健事業

  第一節 保健事業の種類

    第一 保健事業の種類  
       (一) 健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤医療、⑥機能訓練、⑦訪問指導、⑧その他  
       (二) 保健事業のうち医療については70歳以上を対象とする。医療以外は40歳以上を対象とする

    第二 健康手帳の交付、第三 健康教育、第四 健康相談、第五 健康診査（以上、略）

    第六 医療  
       (一) 医療は、疾病、負傷等に関して診療、治療、看護その他について行う  
       (二) 医療を受ける際は老人保健機関に健康手帳を提示する

    第七 機能訓練、第八 訪問指導（以上、略）

  第二節 保健事業の実施

    第一款 市町村  
       第一 実施主体等：市町村が行う  
       第二 老人保健推進協議会、第三 保健事業の実施の基準、

    第二款 老人保健機関（略）

第四章 費用

  第一節 保健事業に要する費用  
     (一) 保健事業に要する費用は市町村が支弁し、国、地方公共団体、医療保険各法の保険者が負担する  
     (二) 保険者は（一）の負担に充てるため、毎年度拠出金を納付する  
     (三) 拠出金は加入者数、70歳以上加入者の医療費等を基準として保険者ごとに算定する

  第二節 一部負担等  
     医療を受ける者は一定の一部負担金を老人保健機関に支払う（低所得者対策あり）

第五章 拠出金の徴収等  
     保険者から拠出金を徴収し、市町村に対して納付する事務を行う基金を設ける

第六章 その他（略）

附則

  第一 施行期日（略）

  第二 関係各法の改正  
     (一) 医療保険各法：70歳以上の加入者に対して療養の給付を行わない等の改正を行う  
     (二) 老人福祉法の改正：老人医療費の支給に関する規定の削除等の改正を行う  
     (三) 厚生省設置法その他関係法律の改正を行う

## (2) 国会審議

厚生省は、自治省はじめ関係省庁、自民党と最終的な意見調整を行い、原案を修正して、1981年5月に老人保険法案を国会に提出した。老人保険法案は、会期末に提出されたため、その国会では委員会付託もされないまま継続審議となり、同年9月の行革関連法案審議を目的とした臨時国会で審議が開始された。

社会党、公明党、民社党などの野党が一致して最も強く主張したのが支払方式の見直しと一部負担の軽減だった。これに対し、自民党は、老人保険審議会で支払方式が見直されることを警戒して、審議会の設置そのものに反対する医師会の主張に配慮する一方、一部負担については野党の要求をいれて軽減を図ることにした。

法案は11月に衆議院で修正され、自民、公明、民社も賛成して可決された。

しかし参議院では、継続審議となった。

1982年4月、通常国会の参議院ではじまった法案審議で、健保連が、保険者拠出金をめぐって賛成できないし、廃案もやむを得ないと主張しはじめた。経団連、日経連、経済同友会、日本商工会議所などの経済四団体にも同調を呼びかけ、経済界が一致して法案の修正を自民党幹部に働きかけた（政調会長：田中六助）。背景には衆議院で診療報酬は中医協で審議することとするなど、日本医師会の要求をいれた法案修正が行われたため、支払方式の見直しの可能性がなくなり、医療費増加に歯止めがかからなくなる、という不満があった。

しかし医療費の増加とともに保険者拠出金が増加するのは当然で、健保組合の拠出金のみを初年度の額で固定せよ、というのは無理な要求だった。

しかし厚生省と自民党は、法案の成立を図るため、妥協は止むを得ないとし、民社党の意向をくんで、法案について修正を行った。

最終的には、1982年度内の実施を主張する自民党と、1983年度実施を主張する野党間で意見が対立したが、最終的に1983年2月実施に決まり、法案は1982年8月10日に成立した。

## (3) 入院事前審査の規定

法案成立の目処がついた1982年5月8日、日本医師会は、森下元晴厚生大臣、衆・参両院社会労働委員、衆参両院医系議員、自民党政務調査会社会部会委員に対し、意見書「老人保険法案に対する日本医師会の見解」を送付した。意見書では、「本法の成立が避けられないとするならば、つぎの諸点につき修正又は了解が行われなければならない」として、7項目に関する修正要求が提示された。

1. 診療方針及び診療報酬は、健康保険の例によるものとする
2. 拠出金の保険者負担額に制限を設けることは、容認できないものである
3. 老人保健審議会の所掌を、保険者拠出金等に関する事項に限ること
4. 医療における一部負担金の徴収を、最小限にすること
5. 入院の許可制は廃止すべきこと
6. 保健事業については、地域医師会との協議なしに計画、実施すべからざること
7. 保健事業における受診者負担料金を、平等にすること<sup>159</sup>

この7項目のうち、5番目に提示されたのが入院の許可制に関するものだった。日本医師会は、「健康保険法には、入院にあたって、保険者の許可を要する規定があるが、現実には対応して主治医の判断に委ねられている。共済組合法の制定にあたってはこの規定を削除してあるので、本法でもこの条文は廃止すべきである」と主張したのである。

老人保健法を制定する際に、健康保険法や国民健康保険法の規定が参照されたが、健康保険法に規定されていた入院承認制度の規定が老人保健法にも盛り込まれていた。現実には入退院の要否は医師の判断に委ねられている。なぜこのような規定が同法に盛り込まれたのか。

吉原：医師会の立場でかなり細かいところまで医師会として問題にしていたんですね。例えば、老人保健法案で医療は医師ではなく市町村長が行うことになっているのはどういうことかとか、入退院について市町村長の許可が要するのはどういうことかとか。健保や国保、共済にも不揃いけどそういう規定があったのです。

佐々木：整理しましょうかとお相談したら、それは残しておけということで、そうしたらやっぱりみつかったって。

吉原：老人保健法で初めて入れたわけじゃないし、実際は動いていないんだけど、将来動かす可能性が出てくるかもしれないということで。当時の石野次官にも呼ばれて、なぜあんな規定をおいておくんだと言われたのですが、現行の制度の中にもあるんですと言ったんです。医師会は、医者だけの判断じゃなしに、市町村長が入院の要否を決めるのはけしからんというわけです老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編（1991：152）

吉原：何か明確な意図があっただけではないんです。他の法律にこの規定があって、老人保健法もそれに倣えばいいじゃないか、というくらいのことなんです。健康保険法や国民健康保険法と同じ規定をあえて老人保健法で落とす理由もない。堤くんあたりが他の法律の条文を見ながら原

---

<sup>159</sup> 「老人保健法案に対する日本医師会の見解について」（日医発第66号、昭和57年5月8日）

案を作ったわけですが、「なんでこんな規定をいれたんだ」と言われ、既存の法律の規定に倣ったんだと説明しました。

三谷：牛丸委員会の報告書では、入院事前審査の規定を利用して、不適切な入院給付を是正する、という改革案が検討されていましたが、事前審査の実施を念頭に置いていた、というわけではない、ということですね。

吉原：まあできないわけではないですからね。しかし老人保健制度で入院事前審査を実施する、という議論はなかったです。他の法律の条文にあるから、倣っただけなんです<sup>160</sup>

このように吉原は、入院事前審査の規定については、あくまで他の法律に倣ったもので、老人保健法においてあえて削る理由がなかったため、規定を残したと述懐している。1961年の医療保障総合審議室や1966年の牛丸委員会では、入院事前審査の規定を利用した入院給付の合理化が検討されていたが、老人保健医療対策本部ではそうした議論はなされたわけではなかった。

同時に注目すべきは、石野事務次官や佐々木は削除を提案している点である。石野に至っては、「なぜこのような規定を残すのか」と問いただしている。このことは入院承認制度が厚生官僚の中でも広く知られた改革案ではなく、限られたメンバーにのみ共有されていた改革案だったことを示唆している。

---

<sup>160</sup> 吉原健二氏インタビュー（2019年12月23日筆者実施）

## 第4節 1984年の健康保険法大改正

### 4.1. 第二臨調の設置と改革機運の高まり

オイルショックを機に経済は安定成長期に突入し、歴代内閣は行政改革に取り組むようになった。1975年12月には特殊法人の整理合理化が、1977年12月には中央省庁の課、地方支分部局、特殊法人等の整理を行なうことが閣議決定された。更に1979年にも会計検査院から一部省庁での国費の無駄遣いが指摘されるなどの状況となり、特殊法人の統廃合、地方支分部局補助金、公社等の整理・合理化が閣議決定された。しかしその成果は必ずしも大きくなかった（厚生省五十年史編集委員会編1988a：1506）。

そこで1980年9月8日、行政管理委員会は「行政改革の推進に関する新しい措置について」という委員意見で、「1980年代以降を展望した行政改革の中長期的構想樹立の緊急性と、そのための臨時的な検討立案機構の設置の必要性」を指摘した。これを受けて、政府は、臨時行政調査会の設置方針を決定し、臨時行政調査会設置法に基づいて、1981年3月16日から2年間、第二次臨時行政調査会（以下、第二臨調）が設置されることになった（厚生省五十年史編集委員会編1988a：1506）。これ以後、鈴木、中曽根、竹下の三内閣を通じて、増税なき財政再建が内政における最大の課題と目されるようになった（吉原・和田2008：268）。

この第二臨調の専門委員に就任したのが保険局長時代に自民党の「国民医療対策大綱」を起草した梅本純正である。梅本は、厚生省事務次官、環境庁事務次官、内閣官房副長官を経て、武田薬品工業株式会社社長に再就職していた。退官後、内閣、厚生省、環境庁などから審議会や調査会の委員依頼の要請があったが、すべて断ってきた。梅本を専門委員として第二臨調に送り込もうと考えた吉村は、会長の小西新兵衛に「二つの次官をやり内閣の首席参事官、内閣官房副長官も務めた人は、臨調にどうしても必要である。ぜひ引受けて貰いたい。また、それが内閣の最高のところからの指令でもある。国家のため少々社業を犠牲にしても出してもらわねば困る」と説得した。小西の指示で梅本は専門委員を引き受けることになった（吉村仁さん追悼集刊行会編1988：122）。

4月30日から第二臨調の検討がスタートすると、会議の冒頭で鈴木善幸総理大臣が、「歳出の削減、政府機構の簡素化、そして行政の減量かに重点を置いた改革を早急に進めるため、昭和57年度予算の編成に向けて、当面の要請にこたえる具体的改革案を夏までに提出願いたい」と委員に要請した。専門委員は、独自の判断と意見で行動することが求められるが、梅本は「実施官庁が法律改正までして実行する可能性があるかどうかぎりぎりの線を見極め、その上で改革案を提言する方が妥当」と考え、吉村官房長に意見を打診することとした。当時の様子を次のように述懐している。

私は第一特別部会に所属していたが、予想通り医療費・医療保険問題は最大の問題となった。……私は吉村君が改革医研に非常に前向きであることを痛感した。むしろ本人は臨調の場を活用して抜本的改革を推進しようという意図があったのではないかと推察された。特に国保課長の経験者として国保費用の都道府県負担論については非常に熱心であった。私も国保の改革なくして医療保険の安定はないかねがね思っていたから、……合意し、特別部会では徹底的に頑張った（吉村仁さん追悼集刊行会編 1988：123）

このように吉村は、第二臨調の設置を医療保険制度改革に向けた好機と捉え、梅本とも連携しながら積極的なアジェンダ・セッティングを企図していった。そして実は、後に 1988 年に実現する国民健康保険への都道府県負担についても、この時からすでに議論が始められていたのである。

ただちに検討を開始した第二臨調は、1981 年 7 月 10 日、首相に第一次答申を行った。第一次答申では、検討作業が進められていた老人保健法の早期成立が要請されたほか、医療費適正化対策を強力に推進し、国民健康保険の給付費の一部を都道府県が負担するという考え方が提言された。政府をあげて医療費適正化対策を推進する機運が高まっていった。

表 81 第二臨調第一次答申で提起された医療費適正化対策の概要

1981 年 7 月 10 日

---

支出に関する個別の方策

(1) 国民生活と行政

ア) 医療

(ア) 医療費の適正化

急増する医療費の総額を抑制し、医療資源の効率的利用を図るため、以下の措置をとる

- ①国保の運営に都道府県が責任を負うこととする
- ②毎年薬価調査を実施し、薬価基準を見直す
- ③医療機関に対する指導監査の強化を図る
- ④高額医療機器の共同利用の促進を推進する
- ⑤現行医療費支払方式の問題点を踏まえ、有効な改革案を検討する

(イ) 医療保険

- ①医療保険の国庫負担を削減する。高額療養費の自己負担限度額の引上げを行う
- ②事務費国庫負担の保険料財源への切り換えを図る

(ウ) 老人保健医療

- ①老人保健法案の早期成立を図る。患者一部負担の導入等を内容とする老人保健制度を早急に実施する
- ②合理的な支払方式を確立する

第一次答申では、1988 年に実現することになる国民健康保険に対する都道府県負担が明記されたほか、医療機関に対する指導監査の強化や診療報酬支払方式の見直しなど、こ



れまで長年にわたって厚生省が検討してきた改革案に関連する論点が提起された。さらに当時、国会審議の最中にあった老人保健法の早期成立についても言及している。梅本と吉村の連携により、第二臨調を通じて改革の機運は一層高まっていった。

## 4.2. 改革案の選出と実装

### (1) 国民医療費適正化総合対策推進本部の設置

1982年8月に老人保健法が成立すると厚生省保険局の発案で、同年10月1日に国民医療費適正化総合対策推進本部が設置された。同本部は、事務次官の山下を本部長とし、官房長はじめ関係局長など6人が副本部長を務め、大臣官房審議官をはじめ、関係部課長8人を本部員として構成される

さらにこの本部のもとに、関係局部課長をメンバーとする3部会4プロジェクトチームが設置された。部会は、診療報酬部会、医療制度部会、国民運動部会の三部会で基本問題を検討し、プロジェクトチームは、①老人施策等、②コンピュータ、③監査指導、④総合対策推進の4チームで、それぞれの専門問題を検討することになった(表83)。全省をあげて医療費適正化に乗り出したのである。

表 82 国民医療費適正化総合対策推進本部メンバー

本部長	山下真臣	事務次官
副本部長	幸田正孝	官房長
副本部長	小林功典	官房総務審議官
副本部長	三浦大助	公衆衛生局長
副本部長	大谷藤郎	医務局長
副本部長	持永和見	薬務局長
副本部長	吉村仁	保険局長
本部員	古賀章介	官房審議官(企画担当)
本部員	北川定謙	官房審議官(科学技術担当)
本部員	藤田恒雄	官房審議官(医務担当)
本部員	下村健	官房審議官(医療保険担当)
本部員	仲村英一	官房統計情報部長
本部員	吉原健二	公衆衛生局老人保健部長
本部員	小島弘仲	社会保険庁医療保険部長
本部員	長尾立子	大臣官房政策課長

表 83 国民医療費適正化総合対策推進本部メンバー (1/2)

診療報酬部会	主査	吉村仁	保険局長
	副査	吉原健二	老人保健部長
	副査	北川定謙	審議官(科学技術担当)
	幹事	森仁美	老人保健部計画課長
	幹事	谷修一	老人保健部老人保健課長
	幹事	古川貞二郎	医務局総務課長
	幹事	柳沢健一郎	医務局指導助成課長
	幹事	古川武温	医務局国立病院課長
	幹事	大西孝夫	薬務局経済課長
	幹事	多田宏	保険局企画課長
	幹事	伊藤卓雄	保険局保険課長
	幹事	阿部正俊	保険局国民健康保険課長
	幹事	寺松尚	保険局医療課長
	幹事	山本治	保険局歯科医療管理官
医療制度部会	主査	吉崎正義	医務局長
	副査	北郷勲夫	審議官(医務担当)
	副査	下村健	審議官(医療保険担当)
	幹事	佐藤良正	公衆衛生局企画課長
	幹事	古市圭治	公衆衛生局地域保健課長
	幹事	野崎貞彦	公衆衛生局精神衛生課長
	幹事	古川貞二郎	医務局総務課長
	幹事	横尾和子	医務局医事課長
	幹事	柳沢健一郎	医務局指導助成課長
	幹事	羽毛田信吾	医務局管理課長
	幹事	古川武温	医務局国立病院課長
	幹事	岸本正裕	薬務局企画課長
	幹事	代田久米雄	薬務局審査課長
	幹事	多田宏	保険局企画課長
国民運動部会	主査	三浦大助	公衆衛生局長
	副査	小島弘伸	社会保険庁医療保険部長
	副査	佐藤良正	公衆衛生局企画課長
	幹事	古市圭治	公衆衛生局地域保健課長
	幹事	大澤進	公衆衛生局栄養課長
	幹事	谷修一	老人保健部老人保健課長
	幹事	伊藤卓雄	保険局保険課長
	幹事	阿部正俊	保険局国民健康保険課長
	幹事	寺松尚	保険局医療課長
	幹事	奥村明雄	社会保険庁健康保険課長

表 84 国民医療費適正化総合対策推進本部メンバー (2/2)

老人施策等に関するPT	主査	北川定謙	審議官 (科学技術担当)
	副査	吉原健二	老人保健部長
	副査	北郷勲夫	審議官 (医務担当)
	幹事	佐藤良正	公衆衛生局企画課長
	幹事	古市圭治	公衆衛生局地域保健課長
	幹事	野崎貞彦	公衆衛生局精神衛生課長
	幹事	森仁美	老人保健部計画課長
	幹事	谷修一	老人保健部老人保健課長
	幹事	古川貞二郎	医務局総務課長
	幹事	清水嘉與子	医務局看護課長
	幹事	古川武温	医務局国立病院課長
	幹事	佐々木輝幸	医務局国立療養所課長
	幹事	佐々木典夫	社会局老人福祉課長
	幹事	多田宏	保険局企画課長
幹事	寺松尚	保険局医療課長	
コンピュータに関するPT	主査	下村健	審議官 (医療保険担当)
	副査	北川定謙	審議官 (科学技術担当)
	副査	野村瞭	医務局医療システム開発調査室長
	幹事	柳沢健一郎	医務局指導助成課長
	幹事	羽毛田信吾	医務局管理課長
	幹事	古川武温	医務局国立病院課長
	幹事	佐々木輝幸	医務局国立療養所課長
	幹事	伊藤卓雄	保険局保険課長
	幹事	阿部正俊	保険局国民健康保険課長
	幹事	寺松尚	保険局医療課長
	幹事	奥村明雄	社会保険庁健康保険課長
	幹事	菊池貞夫	社会保険庁計画課長
	監査指導に関するPT	主査	仲村英一
副査		下村健	審議官 (医療保険担当)
副査		野崎貞彦	公衆衛生局精神衛生課長
幹事		横尾和子	医務局医事課長
幹事		柳沢健一郎	医務局指導助成課長
幹事		西澤秀雄	社会局監査指導課長
幹事		伊藤卓雄	保険局保険課長
幹事		寺松尚	保険局医療課長
幹事		山本治	保険局歯科医療管理官
幹事		大野晃	保険局国民健康保険指導管理官
幹事		堀越一彦	保険局医療指導監査管理官
幹事		助川仁	社会保険庁地方課長
幹事		奥村明雄	社会保険庁健康保険課長
総合対策推進に関するPT	主査	幸田正孝	官房長
	副査	小林功典	総務審議官
	副査	長尾立子	官房政策課長
	幹事	佐藤良正	公衆衛生局企画課長
	幹事	末次彬	社会局庶務課長
	幹事	森仁美	老人保健部計画課長
	幹事	多田宏	保険局企画課長
	幹事	古川貞二郎	医務局総務課長
	幹事	奥村明雄	社会保険庁健康保険課長
	幹事	岸本正裕	薬務局企画課長

## (2) 局内での勉強会

1982年8月27日付けで官房長から保険局長に就任した吉村は、医療費適正化に向けて同局の課長補佐、若手の事務官、技官らを局長室に集め、適正化の推進に皆が一丸となって立ち向かう必要性を説き、「私に従ってきたくない者は申し出よ。いまずぐ他局へ配置換えを考える」と述べた。申し出る者は無く、皆が吉村の並々ならぬ決意を感じ取った。

対策本部が設置されると、連日のように保険局長室で何が問題か、どのような改革案があり得るのか議論が繰り返されるようになった。保険局企画課長補佐だった和田は、次のように述懐している。

和田：医療費の予算をどう切っていくのが大変大きな争点になるということで、吉村さんが勉強会をやろうと言って、毎週1回か2回、吉村さんと下村さん、それから企画課長が多田宏さんね。それと僕と。あと各課の課長とかなんかを呼ぶのだけれども、各課はしり込みして。へっぴり腰だった人もいるし、逃げ腰なのもいた。「これ以上切り詰めるのは問題がある」と言ってサボタージュする人もいる。そんな状況でした<sup>161</sup>

議論が始まった当初は、局内にも、なぜそれほど激しい改革を急いで実施しなければならないのかと反論する者もいたが、ばらつきのあった問題意識が議論を重ねる中で次第に共有されるようになっていった<sup>162</sup>。

こうした勉強会で、再び参照されたのが過去の作成された内部文書である。当時、官房長だった幸田と、富士銀行から厚生省保険局企画課に出向していた印南一路は次のように述懐している。

印南：このころ、内部にいたときに、七人委員会とかの資料があって、そこにいろいろ政策メニューが書いてあったような気がするんですが。

幸田：それは七人委員会の報告と医療保障総合審議室の報告ですね。

印南：それを見ていたんですかね。資料があって、昔からやりたかったことがズラッと書いてあったんですね（笑い）。

幸田：……和田勝君は、「医療保障審議室の報告をそのとき初めて見た」と言っていましたね。……和田勝君から、「いや、ずいぶん昔から同じことを議論していたんですね。私は初めて見ました」と言われた記憶がありますからね（幸田ほか 2011：96）

<sup>161</sup> 和田勝氏インタビュー（2016年2月4日筆者実施）

<sup>162</sup> 下村健『吉村仁さん』p.296-297、多田宏『吉村仁さん』p.365-366

このように和田は1955年に作成された「七人委員会の報告」や1961年に作成された医療保障総合審議室中間報告を参照しており、法改正直後に出向していた印南もそれらの資料を目にしていた。また下村も山下正淑との対談の中で、次のように述懐している。

山本：あの（医療保障総合審議室の）レポート、知らないだよ、どんな形で使われたか。

下村：あれは昭和59年の改正をやるときとか。

山本：そうか。そういうときに見たのかね。

下村：そうすると、吉村さんは自分で書いたものだから、よく覚えていたんですね。当然、メンバーであったからよく知っておられるとは思ったんですけど。

山本：彼がほとんど書いたもの。

下村：あれは、折に触れて生かされていました。公表はされなかったけれど、ある意味ではいろいろな議論の集大成みたいなのところがありましたよね<sup>163</sup>。

和田だけでなく、大臣官房審議官（医療保険担当）の下村健も医療保障総合審議室の中間報告が検討過程で参照されていたと述懐している。また吉村がその内容をよく把握していたと言及している通り、こうした過去に検討された改革案が集積した内部文書が、改革案の検討過程で参照されていたのである。

また1983年2月に吉村局長の私見として公表された「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」は、社会経済の動向のなかで国民負担との関係、医療費のコストとパフォーマンス、医療サービスをめぐる需給構造のゆがみの三点に重点を置いて問題を指摘し、対応方策を打ち出した。国民医療費の伸びについては、社会保障長期展望懇談会の提言（1982年7月）において、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にとどめることを目標にすべきとされたが、厚生省では第二臨調の考え方を踏まえて、国民所得の伸び率程度にとどめるという新たな方針を立てることにした。これは同水準に医事することをねらいとするもので、その後の医療保険政策や厚生省予算案の作成にあたって拠り所とされる考え方になった。

さらに吉村は、1982年4月1日に日本医師会長に就任した花岡堅而に対し、検討中の改革案を提示し、その反応を窺っていった。花岡は、その様子を次のように述懐している。

吉村さんと私の出会いは私が昭和57年4月1日に日医会長に選出されてからである。……漢方薬の大部分とビタミン剤を薬価基準から外し、入院患者は食事の材料費は自己負担すべきだと主張してきたが、私が日中友好協会の役員をしていたので、これを前面に押し出して、漢方薬を外すこと

---

<sup>163</sup> 「特別対談 保険主義の王道～山本正淑さんと語る戦後社会保険史～第2回医療費問題の出現」『健康保険』2002年巻号60頁

は日中友好に障害をきたすと私としてもやや苦しい主張であったが、吉村さんは苦笑しながら取消しに同意してくれ、又田舎の処方の大部分を占めるのはビタミン剤であるからこれを外されると田舎の医者は困ってしまうと頑張り通したら、吉村さんの方で折れてくれた。食事の材料費の問題については吉村さんもなかなか譲らなかった。

それは日本以外の先進国では凡て自己負担であったから。これも小池副会長の非常な努力により先送りとなった。しかし、吉村さんは次から次へと難題を出してきた。今度は風ひきと腹こわしは保険から外したいと言ってきた。その理由は日本人は今や金持だから風ひきや腹こわしなどはポケットマネーで処理できるというのである。

これに対し私は、田舎の医者は日常診療している患者の大部分は風ひきや腹こわしで、ちょっと重症の患者は道路事情のよくなった今は皆都市の病院へ行くから、風ひきと腹こわしを保険から外すと田舎の医者は保険医でなくなってしまうと頑張っこれ引き下げて貰った。……私の在任中は出来高払い制の見直しを持ち出さないで欲しいと申し入れたのに対しちゃんと約束を守ってくれた（吉村仁さん追悼集刊行会編 1988：315-316）。

このように吉村は、漢方薬、ビタミン剤、大衆保健薬に加えて、入院時給食費の材料費を保険適用から除外する改革案のほか、出来高払い制の見直しなど、牛丸委員会までにリストアップされてきた改革案を花岡に打診し、その感触を探っていたのである。

内外で情報収集が進められ、勉強会での議論がある程度、形になった 1983 年 4 月、和田は健保連の機関誌である『健康保険』に「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」と題する論文を発表した。こうして厚生省は、経済成長と医療費、国家財政と医療保険制度の関係について、一時しのぎの措置によって国庫負担を削減するのではなく、あらゆる面から徹底的に医療費の伸びを圧縮するとともに、給付と負担の公平化・合理化を軸とする医療保険制度の改革を行ない、制度をこれまでのように国庫負担に大きく依存しない枠組みで、1984 年予算概算要求をすることを決断した（吉原・和田 2008）。

表 85 局内勉強会で提起された改革案の概要 (1/2)

- 
- 一 国民医療の動向とその問題点
    - 1. 国民医療費の動向 (略)
    - 2. 今後の医療費の動向 (略)
  - 二 医療保険政策の基本的なあり方
    - 1. 医療費の目標水準
    - 2. 国民による選択—費用負担の観点—
  - 三 医療保険制度の改革試案
    - 1. 基本的考え方
      - ・ 中長期的な医療保険制度の合理化を推進する
      - ・ 薬剤等を多用する医療から、人間的医療・健康管理・疾病予防を促進する方向に転換を図る
      - ・ 制度の運営コストを下げるため、コンピューターを活用した事務の合理化を進める
      - ・ 給付と負担の公平化を図る
    - 2. 医療保険制度体系の改革
      - (1) 保健福祉施策との有機的連携の確立を目指した改革—長期的なビジョン
      - (2) 当面する医療保険制度の合理化の課題
        - ア) 各制度間の調整措置
          - ・ 国保の高額療養費に関する市町村の共同事業を推進する
        - イ) 退職者医療
          - ・ 退職者医療制度を創設する
        - ウ) 日雇労働者健康保険
          - ・ 現行制度を維持する案 (保険料の大幅引上げ、給付内容の大幅な切り下げ)
          - ・ 廃止する案 (日雇労働者を被用者保険または国民健康保険に加入させる)
    - 3. 医療保険制度運営の改革
      - (1) 保険給付の見直し
        - ①入院の効率化：入院事前審査、入退院判断基準の設定
        - ②入院時食費：食費の給付範囲からの除外
        - ③薬剤費：薬価基準取載方式の見直し、大衆保健薬 (ビタミン剤) や総合感冒薬の給付範囲からの除外、一部負担
    - 4. 医療の質の向上と効率化
      - (1) 標準的な医療ガイドラインの作成
      - (2) 新医療技術の開発導入の体制
        - ア) 開発導入評価委員会の設置
        - イ) 高額・高度医療機器の設置規制
      - (3) 検査データの相互作用
    - 5. 健康管理、疾病予防の重視

表 86 局内勉強会で提起された改革案の概要 (2/2)

6. 診療報酬体系の合理化
    - (1) 医療機関の種類・種別に対応した診療報酬
      - ア) 無床診療所
        - ・ 出来高払制による支払とする（日常的な医療サービス提供）
      - イ) 有床診療所及び一般病院
        - ・ 基本は出来高払制とし、入院料は包括化を進める
        - ・ 大規模病院は別に分類する
      - ウ) 高次機能病院
        - ・ 入院を主体とする。光学機器等が配置され固定経費がかさむため定額報酬制を導入する
      - エ) 療養看護機関
        - ・ 長期・慢性疾患等の患者のための療養・看護を主体とする施設とする（入院型／外来型に分ける）
        - ・ 定額報酬と件数払制を組み合わせる
      - オ) ホームドクター（コンサルタント・ドクター）制
        - ・ ホームドクター（家庭医）を普及させる
        - ・ 受け持ち（登録）患者についての定額払い方式を導入する
        - ・ 健康指導や一時的な検査を主業務とする。具体的治療は高次医療機関に行なわせる
    - (2) 診療報酬点数表の合理化
      - ア) 老人病院等の入院医療費の合理化を進める
      - イ) 病院の外来医療費の適正化を進める（軽症患者の高次医療機関へのアクセスを制限する）
      - ウ) 大学附属病院等における研究上・教育上必要な医療の医療費（医療保険による負担は不合理）
  7. 指導監査体制の強化
    - ・ 国・地方の指導監査担当職員（医師・歯科医師資格を持つ技官）の増員を進める
    - ・ 不正請求のうち悪質なケースについて保険医療機関の指定取消や司法の手に委ねることを検討する
    - ・ 現行では、監査時に医師会の立ち合いを必要とするが、これを廃止する
    - ・ 専門医の知識と経験を活用し、医療専門家等による顧問委員会を設置し、指導監査に加える
  8. 請求審査体制の強化
    - ・ コンピューターの導入・活用による効率的な審査を進める
    - ・ 著しく高額な請求について出来高払方式を無条件に適用せず、重点的審査と協議によって支払額を決定する
- 四 関連行政との有機的連携
1. 医療機能のネットワーク化
    - ・ 医療保険再度だけでなく、医療供給体制の整備についても合理化を進める
  2. 医療機能の適正供給量の維持
    - ・ 医師、歯科医師の養成計画について早急に見直す
    - ・ 医療法改正で策定予定の地域医療計画において、病床数に規制を設ける
  3. 保健医療情報サービス体制の整備
    - ・ 電話相談窓口の常設、医療機関の広告制限の見直し
  4. 医療機関経営の合理化
    - (1) 事務処理の合理化
    - (2) 医療施設経営相談指導事業の実施
    - (3) 医療施設の職員配置基準の見直し



### 4.3. 健康保険法改正案の成立

#### (1) 法案要綱の策定と国会審議

林義郎厚生大臣は、1983年8月25日の概算要求の公表に先立ち、同月19日に林厚相の私案として、今後の医療政策が進むべき道筋を示す「今後の医療政策——視点と方向」を発表した。

そして「医療保険制度改革に向かって——昭和59年の概算要求の考え方」が取りまとめられた。その後、1984年4月に厚生省は「今後の医療政策の長期的方向（厚生省試案）」を取りまとめた。

改正案の実施は1984年7月1日を予定し、改正案の財政効果は法改正分、約4200億円に、薬価基準の引き下げによる医療費適正化分2000億円をあわせ、国庫負担の約6200億円、保険料の負担減約800億円、患者負担増約900億円と推計された。

改正案に対し、各方面から賛否が噴出した。日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会は、本人の二割負担や一部薬剤の給付除外は国民の受診を抑制し、健康水準を低下させ、医療費削減のための暴挙だと反発した。総評や同盟などの労働団体は、国の負担を労働者に転嫁する本末転倒の政策だと反対した。

健保連も、本人の給付率を一挙に8割にするのは問題で、引下げるにしても段階的に行なうべきで、退職者医療は、被用者保険と国保の安易な財政調整であると反対した。国保中央会は、退職者医療制度の創設には賛成したが、国庫補助率の引き下げには慎重な配慮を求めた。

日経連などの事業主団体や財界は、第二臨調の答申に沿うものだとして評価した新聞論調などのマスコミも、最初は反対のニュアンスが強かったが、次第に肯定的な評価に代わっていった。

自民党のなかには、慎重論や反対論が多く、暮れに総選挙を控えていたこともあり、当としては厚生省案にこだわらず、各方面の意見をききながら、慎重に対処するという方針をとった。社会党など野党は、医療問題を単なる財政問題として扱い、国民の健康をどうするかという視点がまったく欠けていると改正案を強く攻撃した。自民党は12月の総選挙で大敗した。総選挙後の内閣改造で林厚相から渡部恒三が厚生大臣に就任した。

医療保険制度の改正は、越年編成となった1984年度予算編成の最大の焦点になった。総選挙で大敗したため、自民党内の慎重論は強くなり、本人の8割給付について定額一部負担の引き上げで対処すべきという意見が強くなるようになった。最終的には自民党4役（副総裁・二階堂進、幹事長・田中六助、総務会長・金丸信、政調会長・藤尾正行）の裁定に委ねられ、厚生省案が大幅に修正されて、1984年1月19日に次の通り、昭和59年度政府予算案に盛り込まれることになった（吉原・和田325-326）。

- 一、本人給付率は昭和 61 年度から 8 割、それまでの間、9 割とする
- 二、給食材料費の給付除外については見送る
- 三、一部薬剤の給付除外については、薬剤使用の適正化を前提として見送る
- 四、高額所得者の適用除外については見送る。ただし標準報酬の引き上げ等により、保険料負担の適正化を図る
- 五、退職者医療制度の創設、これに伴う国保補助率の引き下げ、日雇健保の健保への統合については原案通りとする

厚生省は、この裁定に従って改正案を修正し、社会保険審議会および社会保障制度審議会に諮問した。両審議会ともに慎重な意見が付されたが、いずれも改革案を否定するものではなかった。厚生省は、審議会の答申に従って改正案を修正し、同年 2 月に国会に提出した。

国会審議では、健康保険本人の一割負担の導入が最大の争点となった。野党は、受診抑制につながり、健康水準の低下を招くとして強く反発した。

また野党は、医療保険の将来構想を示すよう要請したため、厚生省は、医療政策の中期ビジョンとして、「今後の医療栄作の方向——21 世紀をめざして」を発表した。この中で、厚生省は、昭和 60 年代後半に給付率を 8 割程度に統一すること、財政調整による負担の公平を図る考えを明らかにした。

退職者医療制度の創設についても反対論が噴出した。退職者医療は、被用者保険の体系の中で実施すべきであり、国庫負担を導入すべきではないといった反対論が出た。

さらに特定療養費制度の創設については、こうした制度の創設によって高度先進医療がいつまでも自由診療に据え置かれ、保険診療の後退をもたらすのではないか、という懸念が表明された。

野党は、あくまで成立阻止を企図し、法案の撤回と再検討を求めた。自民党内にも日本医師会などの働きかけを受けて、医系議員を中心に慎重論が出はじめていた。

これに対して厚生省は、21 世紀に向けて医療保険制度を揺るぎないものとするためには、どうしても必要な改正であり、実施が遅れば、巨額の予算の補正要因となり、国民医療にも重大な支障が出かねないため、早期成立を呼びかけていった。

改正案の審議が軌道になり、成立に向けて動き始めたのは、8 月 8 日まで 77 日間の大幅な会期延長が行われてからだった。

最終的に健保連は同法案に賛成し、退職者医療制度については、被用者保険の領域で制度の実施運営ができる途を開くことを要望した。この要望は、特定健保組合制度として具体化をみた。

医師会など三師会は、自民党に対して医療機関の窓口事務軽減のため、医療費が定額な場合の本人一割負担の定額化と医療保険制度の統合・一本化の時期の明示を要求した。

そして与野党間で、いくつかの修正がなされ、改正案は自民党の賛成多数で衆議院で可

決された。

参議院では、高額療養費制度の改善が争点となり、高額療養費制度は、個人単位、歴月単位であるレセプトに依拠した手作業の事務処理という制約の下で、最大限の改善を図ることが求められた。同一世帯に高額医療を受けた者が二人以上いる場合には、自己負担限度額を世帯単位で考えること、高額多数該当世帯の負担限度額引下げによる年間負担額に歯止めをかけること、血友病など長期にわたって高額な医療費がかかる疾病については自己負担額を軽減することなどが求められた。

こうして法案についていくつかの修正がなされ、参議院で可決された。

改正案は、8月7日に衆議院に回付され、可決成立した。実施は、改正法の成立が遅れたため、10月1日からとなった。

表 87 1984 年度概算要求で提起された改革案の概要

1983 年 11 月 14 日

- 
- I. 医療費及び医療保険制度に関する中長期の展望と対応の方向
1. 経済成長の鈍化とこれを上回る医療費増嵩
  2. 医療費の適正化
    - ①指導監査の強化、レセプト審査の充実、診療報酬の合理化、薬価基準の適正化を進める
    - ②医師団体等による自浄活動を期する
    - ③医療、保健、リハビリから福祉に至るサービスの包括化
  3. 医療保険制度における社会的公平
    - (1) 「人生80年型社会」に即した社会的公平を確保することが困難になっている
    - (2) 国庫負担による現行制度の維持が困難である
    - (3) 制度の統合も考えられるが、過去の歴史と実情も無視できない
    - (4) 保険給付は全国民を通じて平等とする
  4. 国民の健康意識の高まり及び医療ニーズの拡大・多様化
- II. 59年度概算要求における選択
1. 選択に当たっての考え方
    - (1) 徹底的に医療費の伸びを圧縮する
    - (2) 医療保険の果たすべき機能と役割を厳しく見直す
    - (3) 国庫負担のあり方も含めて制度を見直す
  2. 医療費適正化の強力な推進
    - (1) 診療報酬の合理化、薬価基準の適正化を図る
    - (2) プロフェッショナル・スタンダードの作成等、医師会等による積極的な自浄活動を期す
    - (3) 指導監査職員の増員、顧問医師団の設置で指導監査の充実強化を図る
    - (4) 保健医療機関の指定・再指定についてあり方を見直す
    - (5) 大学病院等の保険医療上の取り扱いを見直す
  3. 医療保険における給付の見直し
    - (1) 被用者保険本人の給付割合の改定（高額療養費支給制度を併用した8割給付）
    - (2) 入院時給食材料の給付除外
      - ・給食材料費を給付から除外する
    - (3) 一部薬剤の給付除外
      - ・食事や家庭向けの保健薬等によって代替可能なビタミン剤等は給付範囲から除外する
    - (4) 高額療養費支給制度の改定
      - ・自己負担限度額の引上げ
    - (5) 高額所得者に対する保険適用の見直し
      - ・高額所得者に対する保険適用を見直し、その医療費について国庫負担を行わない
  4. 医療保険制度における負担の公平化等
    - (1) 退職者医療制度の創設
    - (2) 国保に対する国庫負担の合理化
      - ・国庫補助率を引き下げる（45%プラス臨時財政調整交付金→38.5%）
    - (3) 日雇労働者健康保険制度の廃止
  5. その他
    - (1) 健康づくり運動、医療費節約運動等の推進
    - (2) 健康保険組合、国民健康保険組合の新設・適用拡大の積極的な推進

## (2) 統合・一本化案をめぐる攻防

健康保険法改正案が成立する直前の1984年8月3日、自民党は田中六助幹事長を中心とする党5役会議で、医師会と約束した「医療保険の統合・一本化」について覚書を取り合やすことを決めた。

8月10日、自民党の金丸信総務会長は、東京・永田町の金丸事務所に羽田医師会長と山崎歯科医師会長、高木薬剤師会長を招き、覚書に正式に調印して金丸から羽田に手渡した。

覚書には、「現在急務となっている医療保険制度等の改革の基本問題について、次の7項目の早期実現が重要であることを了解し、早急に解決を図るように努力する」と記され、①医療保険制度の統合・一本化を5年後に行なう。とくに負担の公平と給付の平等を図る、②医学の進歩・医療の向上と医療保険制度の整合を図る、③プロフェッショナルフリーダムの尊重と医療の公共性を確認する、④医療保険における技術料と適正な評価を行う、⑤労務管理と社会保障の分離を図る、⑥民間医療機関の経営の安定を図る、⑦大学における医学研究には十分な公的補助を行う、という7項目が提示された。覚書には、三師会会長のほか、自民党側は二階堂進副総裁、田中幹事長、金丸総務会長、藤尾正行政調会長の四名が署名した(有岡1997:398)。

和田は、橋本龍太郎から統合・一本化を実現するように指示されたが、和田は統合・一本化は実現可能性が低いと判断し、一本化ではなく、一元化と記した。すると橋本は、すかさず一本化にするように修正を要求した。このことは厚生官僚が一本化と一元化を書き分けており、酷似する表現をたくみに使い分けることで、頑なに統合・一本化の実現を要求するアクターに対抗しようとしていたことを示唆している。

これ以後、厚生省は「医療保険一元化」をスローガンとして掲げるようになる。意味するところは、分立を維持したまま給付率を統一し、保険料負担の均衡を図ることだが、医療保険一元化を推進することが目標として設定されたのである。

## (3) 顧問医師団の創設

1966年の牛丸委員会において、医療費適正化に関する対策の一つとして構想され、1984年に実現するのが顧問医師団である。牛丸委員会では、「保険医療指導監査委員(学界の大物)の設置による指導監査の実施(とくに兼病、検査、薬剤使用等につき)」というアイデアが提起されていた。

保険診療については、患者の個別症状や医学医療の専門的判断や治療技術がかかわるだけに、当不当の判断の難しい場合や、医師会の円満な理解納得を得ることが困難なことも

多く、保健行政上の重要な課題だった<sup>164</sup>。監査は保険医療機関等の私的取り消しの前段階に行なわれるものだけに、地元医師会による立会が多年にわたって行われている実態があり、また 1983 年には医科大学付属病院の超高額請求が問題視された。

和田（顧問医師団は）医療 G メンよりも上です。医療 G メンは二つあって、常勤の厚生省の医師あるいは歯科医師がやっているのもある。基本はそうなんです。今度は審査委員会に、元国立病院とか医学部の何とかの、とかを入れて審査に当たってもらっている。G メンというと、ガバメントの G だから政府の職員。[しかし]それでは論争に負けてしまうんです。一度も臨床の現場に行ったことのない厚生省の技官なんていうと、昔は県の医師会の重鎮だとか大病院の何とかから来たのだから、経験のない人にとっては「フン」とやられるので、医学論争になっても勝てるような厚みを持って、学会の大ボスを出す。それで行くと、ある医療機関も 5,200 万円 [の過剰請求の指摘に]、「ははーっ」と言って、自主的に 1,300 万円を返してきたかな<sup>165</sup>。

和田が述懐する通り、医師免許を有する政府職員が監査しても、臨床経験の多寡に差があり、高度な医学論争に太刀打ちできないという実態があった。そこで 1984 年 11 月、厚生省保険局に診療各科の権威による顧問医師団が設置され、診療内容をめぐる高度の医学論争に耐えられる体制が整備されたのである<sup>166</sup>。こうして 1960 年代から検討されてきた医療費適正化策の一つが実現した。

---

<sup>164</sup> 「これからの指導監査と顧問医師団の設置 厚生省保険局・医療指導監査管理官 熊谷富士雄氏にきく」『社会保険旬報』1985 年 2 月 1 日 1493 号

<sup>165</sup> 和田勝氏インタビュー（2016 年 2 月 4 日筆者実施）

<sup>166</sup> 「顧問医師団の設置について」（保険発第 95 号昭和 59 年 11 月 1 日）

## 第5節 1988年の国民健康保険法改正

### 5.1. 国保改革の機運の高まり

すでに述べた通り、1981年に発表された第二臨調の第一次答申では、国民健康保険に対する都道府県負担の導入が提言されていた。梅本と吉村の連携によって提言されたものだったが、この答申を受ける形で、厚生省は、1982年度予算の概算要求で、国保の療養給付費に対する国庫補助40%のうち5%分について都道府県の肩代わりを求めた。

自治省及び都道府県はこれに強く反発し、1982年度における都道府県負担の導入は見送られたが、1982年1月厚生省に地方団体代表を含む学識経験者からなる「国保問題懇談会」が設置され、都道府県負担の導入を含む国保制度のあり方が検討されることになった。しかし都道府県負担の導入について懇談会の委員の意見が一致せず、1982年12月、医療費適正化対策の推進、退職者医療制度の検討、高額医療費に対する共同事業の実施などを提言して、懇談会は解散した。

1983年の老人保健制度、1984年に退職者医療制度が創設され、老人や被用者の退職者が多いことからくる国保財政負担は大幅に軽減された。また1982年から小規模保険者に高額医療費が発生した場合の保険事業として、高額医療費共同事業が行われることになり、高額医療費の発生が小規模保険者の保険財政に及ぼす影響は緩和されることになった。

さらに1986年の老人保健法改正で、1990年から保険者拠出金の加入者按分率が100%に引き上げられ、国保の負担はさらに大幅に軽減された。

しかし改正案の国会審議の過程で、国保制度自体の財政基盤が脆弱で、保険料の収納率向上、医療費適正化のための保険者の経営努力が不十分であることが問題となり、改正案採択の際に、次の課題として国民健康保険の抜本改正に取り組むことが付帯決議された。

こうした状況下で、1986年6月13日付けで官房長から保険局長に就任したのが下村である<sup>167</sup>。

三谷：(1988年の国民健康保険法改正に向けた保険局内の勉強会の)メンバーは、下村さんと岡光(序治、企画課長)さんですか。

尾形：そうですね。それから国保課。

新田：局内の勉強会から始めたわけですね。

---

<sup>167</sup> 下村健：広島県出身。1956年東京大学文学部卒業後、厚生省入省。1972年社会保険庁船員保険課長、1973年保険局国民健康保険課長、1975年保険局保険課長、1976年児童家庭局企画課長、薬務局企画課長、大臣官房総務課長を歴任し、1981年8月から医療保険担当審議官、1984年8月に官房長。  
(「この人 策を弄さず正道を押し進める 厚生省保険局長 下村健氏」『社会保険旬報』1986年1548号19頁)。

尾形：まずは、何が問題なのか。もちろん、調査課にも入っていただいて、データを出していただいて。国保懇をやるにしても、そういう基本的なデータを押さえておかないと運営できないですから。

江利川：その勉強会の場をリードしたのはどなたですか。

尾形：下村局長ですね。ただ、事前には、柴田さんのところ（企画課）で結構揉んでいました。

新田：それはそうですね。局の筆頭補佐のところ揉了んで、局長室に持ち込む、というのは通常のパターンですよ。

柴田：あんまり覚えていないのです（笑）<sup>168</sup>。

保険局国民健康保険課長補佐の尾形裕也が述懐する通り、保険局長の下村が主導して改革案の検討が進められた。下村は、1981年8月に大臣官房審議官（医療保険担当）に就任して以来、官房長を経て、保険局長に就任している通り、1980年代以降の医療保険制度改革を実質的に牽引してきた一人である。1981年7月に第二臨調の第一次答申で示された国民健康保険に対する都道府県負担というアイディアは、審議官時代から保有していたものと考えられる。国民健康保険の改革機運が高まる中で、従来から検討されてきた都道府県負担が中心的な改革案として選出されたのである。

このことは1988年の国民健康保険法改正において、考えられる改革案を複数リストアップする必要はなかったことを意味する。当初から改革の方向性が固まっていた点は、過去の改革案も含めて整理し、検討していた1982年の老人保健法制定や1984年の健康保険法改正の時とは大きく異なる。

## 5.2. 改革案の具体化

1986年12月、1988年度予算編成にあたって、斎藤厚相、宮沢蔵相、葉梨自治相の間で国保制度のあり方について、国と地方の役割分担を含め、速やかに幅広く検討を行うことが合意され、1988年5月、宮崎勇を座長とする第二次国保問題懇談会が設置された（表88）。1987年10月、厚生省は、国保制度の改革の方向について、厚生省試案を国保問題懇談会に提出した。試案では、国保制度について早急に取り組むべき基本的課題として、低所得者問題と医療費地域差問題の二点をあげ、低所得者問題については福祉医療制度の創設により、医療費の地域差問題については地域差調整システムの導入により、国保の社会保険制度としての運営基盤の強化と保険者間の負担の公平化を図ろうとするものだった（吉原・和田2008：359）。

---

<sup>168</sup> 「医療政策ヒストリー座談会録 第3回1988（昭和63）年国民健康保険法改正」『医療と社会』2018年28巻2号168頁



表 88 第二次国保問題懇談会メンバー

宮崎勇	大和証券経済研究所理事長、元経済企画庁事務次官
宮澤健一	一橋大学教授（経済学）
石弘光	一橋大学教授（財政学）
石原信雄	地方自治情報センター理事長、内閣官房副長官、元自治事務次官
加地夏雄	国民健康保険中央会理事長
坂本常蔵	茨城県玉造町長
佐々木喜久治	秋田県知事、旧内務省入省、元消防庁長官
菅原雅	宮城県気仙沼市長
高橋誠	法政大学教授（財政学）
中瀬郁雄	日本医師会副会長
水野肇	医事評論家
山口光秀	海外経済協力基金総裁、元大蔵事務次官
山下真臣	環境衛生金融公庫理事長、元厚生省事務次官

福祉医療制度は、国保被験者のうち低所得者の医療給付費について、低所得者の支払う保険料のほかは、すべて、国、都道府県および市町村が公費で負担する、というもので、都道府県及び市町村の負担は、1987年度予算ベースで、それぞれ750億円から950億円と試算された（吉原・和田 2008：360）。厚生省試案には、このほか、高額医療費共同事業の制度化、給付割合の8割程度への改善、老人保健拠出金に対する国庫負担の見直しなども盛り込まれた。

自治省、地方団体は、厚生省試案は、国の地方への負担転嫁であるとして、厚生省が退職者医療制度創設に伴う国保財政の負担額、約1000億円を放置したまま、都道府県および市町村にさらに大きな負担を求めたことに対して強く反対した。しかし懇談会は、国保制度を安定的に維持するため、関係者が適切な役割を果たすことが重要であると指摘し、具体的な方策をまとめた報告書を作成して厚相に提出した（吉原・和田 2008：360）。

1988年度予算編成で、国保問題が大きな政治問題の一つとなり、1987年12月、藤本厚相、宮沢蔵相、梶山自治相の三大臣間で合意が成立し、1988年度予算に所要の経費が計上されることになった。

三大臣合意は、退職者医療の未補填分を全額ただちに補填することを前提とし、低所得者問題については、福祉医療制度は採用せず、保険料軽減分に着目して、新たに補助制度を創設する、というものだった。医療費の地域差問題については、厚生省試案の大枠によるとするが、都道府県および市町村の負担額を大巾に減少させ、医療費水準の是正計画に力点を置いた。

### 5.3. 国会審議

1988年1月、厚生省が三大臣合意に基づき、国保法改正案を制度審に諮問すると、おおむね妥当との答申をえて、2月に国会に提出した。地方団体は、全国知事会を含め、この法案に賛成し、全国市長会、町村会、国保中央会は一致して法案の早期成立を要望した。法案審議は順調に進み、自民、民社の賛成で、4月に衆議院を通過し、5月に原案通り参議院で可決され、成立した。

採決にあたって、衆参両院で、国保の長期的安定を図るための必要な措置について、引き続き、幅広く検討を行い、1990年度から抜本改革を行なうことが付帯決議された。

今回の改正で、従来、国の交付金で8割しか補填されなかった低所得者の保険料軽減分が10割補填されることになり、一般被保険者の保険料負担も軽減された。またその分、国の交付金による財政調整機能が拡大されて、財政力の弱い市町村に手厚く分配されることになった。医療費の地域差問題については、高医療費市町村として北海道86、大阪17をはじめ、全国で146市町村が指定され、国都道府県の指導と支援の下で医療費適正化対策が推進されることになった。

## 第6節 1994年の健康保険法改正

### 6.1. 医療保険審議会の設置

1984年の健保法改正で、自民党の二階堂副総裁と党三役、三師会会長との間で覚書5項目がかわされ、「医療保険制度の統合・一本化を5年後に行なう、特に負担の公平と給付の平等を図る」という約束がかわされていた。

その後、厚生省は1986年に高齢者対策企画推進本部の報告を発表し、1988年4月から、社会保険審議会基本問題等小委員会において、医療保険制度の一元化を念頭におきつつ、制度をめぐる基本問題について審議が開始され、1988年1月には、「これまでの審議内容の整理メモ」が公表された。

1989年6月には自民党医療基本問題調査会が、「医療保険制度改革の基本的方向について」をまとめた。そのなかで、「統合・一本化は、到達目標として一つの理想像だが、当面は二本立てとする」とされた。

1990年の国保法改正、1991年の老人保険法改正を通じ、一元化問題に取り組もうという機運が高まる中で、国保制度を直接所掌する審議会がなかったため、医療保険制度全般の横断的な議論ができる審議会の設置が求められるようになった。

こうして政管健保と船員保険など、被用者保険の事業運営に関する審議を行う社会保険審議会を改組し、被用者保険だけでなく国保の重要事項も審議する場として、医療保険審議会が設置されることになった。関係規定は1992年2月に提案された健保法改正法案に盛り込まれて、同年6月30日に施行された。

### 6.2. 改革案の選定

同法改正において具体的な改革案を選出したのは、1992年6月に保険局企画課長に就任した和田である<sup>169</sup>。

和田：……保険局企画課長に就任した際、医療保険制度そのものの本来的役割から給付内容の洗い直しが必要になっていると考えた。全体を効率化することによって最も必要なところに財源を集中していくべきだとの意識である。給食費の問題も59年改正での提案の際には提案したが、国民的理解を得にくく、早い段階で撤回した経緯があった。その後の状況はかなり変わってきているという

---

<sup>169</sup> 和田勝：1969年東京大学法学部卒業後、厚生省入省。大臣官房総務課長補佐、保険局企画課長補佐、大臣官房政策課企画官、1985年年金局企画課年金基金指導室長、1986年年金局企業年金課長、1987年社会局絵師勝課長、1989年薬務局経済課長、1991年、児童家庭局企画課長など経て、1992年6月保険局企画課長に着任。

認識が背景にあったし、福祉ビジョンなど社会保障制度全体の再編成をめぐる論議の中で受け止めていく課題というようにも意識していた（厚生省保険局企画課編 1995：291-292）

1984年改正において、保険局長の吉村のもとで改革案をリストアップし、具体化した和田は、医療保険の給付範囲を見直す必要があると考え、1984年当時、合意形成が困難という理由から検討対象から除外された入院時給食費の自己負担化を次期改正の主軸に据えたのである（表 85 および表 86 参照）。1988年の国民健康保険法の改正と同様、1994年の改革案も1984年の健康保険法で実現に至らなかった改革案が再利用されたのである。

医療保険審議会は、直ちに当面の検討事項として、「公的医療保険の役割」および「保険・給付の範囲、内容」を中心に審議を進め、1993年6月にはそれまでの検討内容についての「中間まとめ」を取りまとめた。このなかで、給食、薬剤、室料などの給付のあり方や特定療養費制度の活用、付添看護・介護問題の見直しなどについて掘り下げた議論を行うべきとの方向を示したが、これによって医療保険制度の本質に沿った改革の大きな方向性、基本的な合意ができた。1993年8月に翌年度予算の概算要求が起こり割れ、この考え方にそって審議会でさらに検討が続けられ、12月8日に厚生大臣に建議書が提出された。

この建議書では、「疾病リスクに対する経済的な不安の解消と、サービスの質の向上という保険給付の二つの基本的な課題にこたえていく」ため、「保険給付の範囲・内容を見直す」という基本的考え方にたって、従来、画一的で定型的なものとして設計されてきた保険給付を国民の多用なニーズに応じながら、良質かつ適切な医療を確保するために、サービスの利用者として患者の選択の幅を拡大し、サービスの質の向上を図っていくようにすること、という点を強調した。そしてこの考え方のもとで、付添看護・介護や在宅医療、あるいは入院時の食事や病室当について、これらを一体のものとして保険給付のあり方を見直していくことが適当であると指摘された。

また付添婦等による付添を必要としない看護・介護体制を確立すること、従来の療養費払いによる給付は廃止すること、お世話料等の不適切な保険外負担も解消することが適当とされた。

さらに社会保障制度全般にわたる課題として、介護サービス体系の確立について早急に検討が進められる必要がある、という指摘は、その後の介護保険制度論議の地ならしをする役割も果たした。

この建議書をうけて、厚生省は、健保法の改正案要綱をとりまとめ、1994年2月16日に医療保険審議会に諮問し、同月18日に答申が行われ、国民の多用なニーズに応じながら、良質かつ適切な医療を効率的かつ安定的に提供するという観点から、保険給付の範囲・内容を見直し、今日重要な課題となっている付添看護・介護の是正や、在宅医療の推進、あるいは入院時給食にかかる給付の見直し等を一体的に実施するもので、建議書の内容に沿っていると審議会は了承し、さらに2月21日には制度審に諮問され、3月3日答申が

あり、了承された。

同審議会の間中まとめの策定まで議論を牽引してきた保険局企画課長の和田を引き継いだのが江利川毅である<sup>170</sup>。江利川には入院時食事療養費の導入が期待されていたが、与野党および関係団体は患者負担が増加するこの改革案に反対しており、合意形成は難航が予想された<sup>171</sup>。

医療費適正化を主眼に据えた入院時食事療養費の導入は困難と判断した江利川は、1993年11月に次の制度改革を「経済的リスクへの対応という基本的役割を維持しつつ、質の改善という新しい需要に対応させるもの」と位置付ける方針を構築した（厚生省保険局企画課編 1995:256）。反対する関係者に対して「次期改正は患者負担の増加ではなく、質の改善である」と訴求し、合意を取り付けていった<sup>172</sup>。改正案は翌1994年6月に成立した<sup>173</sup>。

---

<sup>170</sup> 江利川毅：1970年東京大学法学部卒業後、厚生省入省。大臣官房国際課長補佐、香川県企画部企画調整課長、厚生省大臣官房総務課長補佐、内閣参事官、厚生省年金局資金運用課長、同年金課長、薬務局経済課長などを経て1993年6月に保険局企画課長に就任（「人ひとり人 厚生省保険局企画課長 江利川毅氏」『週刊社会保障』1993年47巻1759号10頁）

<sup>171</sup> 江利川毅氏（元人事院総裁、当時厚生省保険局企画課長）インタビュー、2016年3月2日筆者実施

<sup>172</sup> 「患者ニーズの多様化、サービスの向上に医療保険が対応」『総合社会保障』1994年32巻4号 p.11

<sup>173</sup> 平成6年6月29日号外法律第56号

表 89 1994 年健康保険法改正案要綱の概要

第1 改正の趣旨

- ・多様なニーズに応じ、良質かつ適切な医療を効率的かつ安定提供に提供するため、保険給付の範囲・内容等を見直す
- ・療養の給付に係る規定の整備、訪問看護療養費及び入院時食事療養費の創設、出産育児一時金の創設などを行う

第2 健康保険制度の改正

1. 「療養の給付」に関する事項
  - (1) 看護・介護に係る給付の見直し
  - (2) 在宅医療の推進
  - (3) 入院時の食事に係る給付の見直し
    - 入院時の食事サービスの質の向上及び入院と在宅との負担の公平を図るため、入院時の食事に係る給付の方式を改め、新たに入院時食事療養費の支給制度を設けること。
  - (4) 移送の現金給付化
2. 付添看護・介護に係る療養費に関する事項
3. 訪問看護制度に関する事項
4. 入院時食事療養費に関する事項
5. 現金給付に関する事項
6. 保険者の保健福祉事業に関する事項
7. 標準報酬に関する事項
8. 保険者に関する事項
9. 国の負担に関する事項
10. 健康保険法第69条の7の規定による被保険者に関する事項
11. その他の事項

### 6.3. 入院承認制度に関する規定の削除

この改正の過程で、そもそも保険給付とは何か、個々の給付内容はどのような位置づけとすべきかという議論を詰め、健康保険法第43条「療養の給付」条項を全面的に組み替えたのが保険局保険課長の渡邊芳樹である。渡邊は、1980年代後半頃より、厚生省から日本貿易振興協会ニューヨークセンターに派遣されていた山崎史郎（元内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局地方創生総括官）が日本に定期的に報告する米国医療の情報に触れる中で、米国のマネジドケア、なかんずく財政的見地から保険管理者が入院の適否を判断する制度は日本に導入すべきではない、という認識を抱くようになっていた。また当時、介護保険創設に向けた議論が厚生省内でも始まっており、介護保険で医療費をコントロールするという新しい選択肢を発達させようとしていた時期でもあった<sup>174</sup>。

<sup>174</sup> 渡邊芳樹氏（元社会保険庁長官、当時厚生省保険局保険課長）インタビュー、2016年2月10日筆者実施。渡邊も1994年7月から高齢者介護対策本部事務局次長に就任し、介護保険創設の中心的役割を果たすことになる。

このように渡邊は、不適切な入院診療を是正するために、医療保険の保険者の対外的機能を強化すべきではなく、むしろ構想中だった介護保険という新しい選択肢で対応すべきだという認識を有していた。こうして健康保険法第 43 条を全面的に組み替える際に、入院承認制度の規定を削除するという決定を下したのである<sup>175</sup>。

渡邊は規定の削除にあたり、審議会委員や医療関係者、保険者団体に確認をとったが反対する者は一切いなかった。しかし改正後、規定が削除されたことを知り、担当した渡邊に異論を呈したのは、和田（改正時、保険局企画課長から官房審議官へ異動）や元保険課長の堤修三（元社会保険庁長官、改正時、薬務局企画課長）らだった。和田や堤らは入院承認制度の規定は残しておくべきだと考えており、「政治案件になったわけでもないのに削除すべきではなかった」と指摘した<sup>176</sup>。

このことは当時、保険者の対外的機能をめぐって厚生省内部で二つのアイデアが混在していたことを示唆している。両者は、種々の制約条件から入院承認制度の再導入は困難であると考えていた点では共通しているが、和田や堤らが「保険者は対外的機能を発揮すべきだ」と認識していたのに対し、渡邊らは、海外の実情を参照しながら「そのような対外的機能は日本の医療制度には馴染まない」と認識していたのである。

健康保険法第 43 条が全面的に見直され、規定が削除されたことで、以後医療保険政策の文脈で入院承認制度の再導入は検討されなくなった。もっとも保険者の対外的機能を重視する和田は、1994 年に高齢者介護対策本部事務局長に就任すると、入院承認制度を介護保険に応用できないか模索していた<sup>177</sup>。そして病院設置者の恣意的な判断を制約し、第三者組織を関与させる目的で導入されたのが、要介護認定制度とケアマネジメントだった(和田 2007:133)。繰り返し検討されながら、ついに実現をみなかった入院承認制度は、介護保険に組み込まれたのである。

---

<sup>175</sup> 国民健康保険法第 36 条第 2 項もこの時削除された（平成 6 年 6 月 29 日号外法律第 56 号）。なお 1979 年に国民健康保険課長だった古川貞二郎は国保課で入院承認制度の再導入を検討したことはなかったと証言している（古川貞二郎氏インタビュー、2016 年 2 月 17 日筆者実施）。

<sup>176</sup> 前掲、渡邊氏インタビュー

<sup>177</sup> 前掲、和田氏インタビュー

## 第4章 分析

### 第1節 どのように改革案を準備したのか

#### 1.1. 1980年代以前からの改革案の準備

本章では、第1章で構築した分析枠組が成立するか否かを検証するため、六つの仮説を設定した。すなわち、(1) 1980年代以降の医療保険制度改革が始まる以前から、厚生省内部では具体的な改革案が始まっていた、(2) 構想された改革案は厚生省内の個人と内部文書に保有され、対外的に発表された改革案は、公表文書、言説、外的アクターに保有された、(3) 歴代の政策担当者は、リポジトリに保有された改革案を再利用した、(4) 1980年代以降の政策担当者は、リポジトリに保有された改革案を利用して法案を作成した、(5) 特定の改革案は、ある時期に検討対象から除外されると、以後、実現に向けて注力されず、結果として実現に至らない、(6) リポジトリにアクセスする必要性に迫られなかった政策担当者には、過去の検討蓄積は継承されない、という仮説である。

仮説1から検討していこう。1922年の健康保険法制定から終戦を迎える1945年までの期間については、過程追跡の結果、厚生省内部で1980年代以降の一連の医療保険制度改革へと結びつく改革案が構想された記録は見当たらなかった。このことを端的に示しているのが、1955年に七人委員会を設置した牛丸義留と山本正淑の次の証言である。

牛丸：あのとき保険局にもそういった審議会（七人委員会）を持ちたいと思った理由のなかには、一つは制度審というのは、三者構成で結果的にちっとも議論がにつまらないわけです。われわれはもっと本当のことを知りたい。それで、本当の勉強をしてもらおうじゃないかという意図があったのではないですか。

山本：それはあったですよ。公益委員というか、学識経験者だけでやろうと。

牛丸：われわれの気持ちは、やっぱり何か英国のロイヤル・コミッティみたいな、本当に利害や立場を離れて真剣になって、現状を分析して将来の展望をしてくれるような作業をしてもらおうという意図ですね（小山1985：154）。

終戦直後から1950年頃まで表8に示した通り、公式の検討会の場が複数設けられ、社会保障の長期ビジョンと医療保険制度のあり方が盛んに議論された。1949年以降は、社会保障制度審議会がその中心的役割を果たすことになるが、同審議会は、国会議員、各省の事務次官、学識経験者、そして関係団体の代表者から構成されるため（表7）、牛丸が「ちっとも議論がにつまらない」と嘆いたように、各関係者の利害が先鋭的に対立し、有効性と実現可能性を具えた改革案はいつまでも提起されなかった。一方で、再建が進む医療保



険制度のうち、政管健保が深刻な財政赤字を抱える事態に直面したため、厚生省は七人委員会に具体的な改革案の樹立を期待したのである。

七人委員会は、1955年10月に多岐にわたる改革案をまとめた報告書を発表する。保険局長の高田正巳らは、それまで「まったく白紙の状態から連日の様に議論」していたが、報告書が発表されると早速、同報告書に示された改革案を利用し、法案を取りまとめ、1957年の健康保険法改正を成立させた。つまり七人委員会の報告は、厚生官僚にとっての初のリポジトリとして発表直後から早速、活用されたのである。

後述する通り、「七人委員会の報告」は、その後、1959年から60年にかけて保険局で開催された社会保険研究会、1961年に大臣官房に設置された医療保障総合審議室、そして1965年から66年にかけて全省をあげた検討会議として設置された牛丸委員会においても参照されることになる。そうした継続的な検討の成果が1970年代以降の一連の医療保険制度改革のなかで繰り返し利用され、1980年代以降の実現することになる。このような検討蓄積の連続性に鑑みれば、1980年代以降に実現する改革案の多くは、1950年代から検討が始まっていた、と説明できることから、仮説1が成立すると言える。

ただし、七人委員会の検討過程を辿れば明らかな通り、彼らもまたゼロベースから改革案を構想したわけではないことには留意が必要である。例えば、同委員会で示された診療報酬支払方式の複数の改革案は、1953年に同委員会委員の一人である今井一男が中医協に提出した「第三次今井メモ」に示されたものである。また政策コミュニティに属する関係団体に何度かヒアリング調査を実施することで、現行制度が抱える問題点や改善に向けたアイデアを収集し、多角的な検討を加え、短期的な赤字対策だけでなく、中長期的に医療保険制度を運営するための改革案を整理していった。

つまり1955年までに政策コミュニティ内で提起されてきた改革案を七人委員会が収集し、今後の制度改革に有益と考えられる改革案を複数、取り上げて、報告書に取りまとめたものが「七人委員会の報告」だったのである。したがって七人委員会が提起した各改革案の淵源はさらに遡ることもできる、ということになる。

この点についてキングダン（2017：103）は、特定の事例でアイデアや提案の源を突き止めようとすると無限後退に巻き込まれる。ある提案や関心事の歴史を、時間をさかのぼってたどり始めても、そのプロセスを止めるべき論理的な位置は存在しない、と指摘しており、本研究では、リポジトリの形成に至った1955年までで改革案の遡及を止めることとする<sup>178</sup>。

---

<sup>178</sup> 同時にキングダンは、「無限後退というやっかいな問題があるため、アイデア、関心事、提案の究極の源を特定することはできない。たとえもしそれが可能だったとしても、早い時点での出来事のほうが、後の時点での出来事よりも重要であるかどうかを決めるのは難しい。実際、「重要性」の定義には慎重を要することが明らかになった。このように源をたどるのは無駄であることがわかる」と指摘しているが、本研究では組織学習メカニズムおよびリポジトリの形成過程を解明する上で、改革案の淵源を辿

## 1.2. 改革案の保有と再利用

### (1) 政策形成に携わった個人

続いて、構想された改革案は厚生省内の個人と内部文書に保有され、対外的に発表された改革案は、公表文書、言説、外的アクターに保有された、とする仮説2を検討していく。

田丸(2000:86)が指摘してきた通り、改革案を迅速に準備する上で、法制度体系に関する専門的執務知識を有する人材は大きな財産になる。本研究では、そうした人材をリポジトリの一つと見なす分析枠組を構築している。過程追跡の結果から、1950年代から70年代にかけて改革案の構想に携わってきた政策担当者たる個人が、1980年代以降に改革案を迅速に準備する上で、重要な役割を果たしていたことがわかった。ここでは吉村仁、幸田正孝、山口新一郎、松田正、廣瀬治郎、下村健、和田勝に注目して検討する。

吉村は、1953年に入省し、1956年に保険局医療課で診療報酬改定に携わり、1959年には社会保険研究会で、1961年には医療保障総合審議室で医療保険制度の改革案の構想に携わってきた。そうして獲得した知見は、省内でも高く評価され、1965年には社会保険庁長官の山本正淑が熊崎正夫保険局長に対して、吉村を保険局企画課長補佐に就任させるよう推薦したほどである。そして同年から翌1966年まで牛丸委員会において中心的役割を果たし、医療保険制度に関する論点と改革案を網羅した大部の報告書を取りまとめた。その後、吉村は医療保険政策の重要ポストを歴任し、1980年に官房長、1982年に保険局長、そして1984年に事務次官に就任する。

1982年の老人保健法制定に向けて、どのような方式で財源を確保するかという論点に対し、同法制定を牽引する吉原健二が相談した一人が吉村だった。また1984年の健康保険法改正に向けて、「医療保障総合審議室中間報告」を参照していた下村健は、同報告書について「吉村さんは自分で書いたものだから、よく覚えていたんですね」と述懐している。これらは、吉村が若手の事務官時代から改革案の構想に携わり、それらを長期にわたって保有し続けていたことを端的に示していると言えよう。

吉村と同様、1961年の医療保障総合審議室のメンバーとして改革案の構想を担い、その後、1982年に官房長、1984年に保険局長、1986年に事務次官を歴任するのが幸田正孝である。幸田に実施したオーラル・ヒストリーの中で、幸田が同審議室において検討された改革案の内容を把握していたことが示す通り、幸田は退官後も1960年代に検討した改革案を保有し続けていたのである。

1965年から66年にかけて保険局企画課長として牛丸委員会を中心に改革案を構想し、その際に提起された保険者による医療費通知という改革案を保有し続けていたのが廣瀬で

---

ることは重要であると認識している。

ある。廣瀬は 1971 年に退官すると、健保連の常任理事に就任し、日本医師会と激しく対立しながら医療費通知の実現を強力に推進していった。廣瀬自身、「かねがね保険者は被保険者に当人が使った医療費を通知すべきであると考えており」、1978 年 11 月 10 日の健保連理事会で「医療費の総点検（被保険者への通知）および不正請求の告発運動」の実施を決め、同月 21 日の全国組合大会で正式に決議したと述懐する（吉村仁さん追悼集刊行会編：284）。廣瀬は長年にわたって保有していた改革案を自ら実現させたのである。

吉村や幸田が医療保険制度全般に関する改革案を保有していたのに対し、山口や松田は特に老人保健制度に関する検討蓄積を保有していたのが特徴的である。老人保健法制定に際して、吉原が相談したのは吉村に加えて、山口と松田である。二人はいずれも 1976 年から長年にわたり老人保健医療対策室で、後の老人保健制度の創設に向けた議論に携わってきた。彼らが保有する検討蓄積が吉原をはじめ、1980 年に発足した老人保健医療対策本部においても重宝されたのである。

1984 年の健康保険法改正に携わる中で、医療保障総合審議室中間報告など 1960 年代に作成された内部文書を参照しながら、過去に検討された改革案を学習し、個人として保有するようになったのが下村や和田である。下村は、保険局長在任中の 1988 年に国民健康保険法の改正を主導し、その際、1984 年までに学習していた都道府県負担の導入という方向性を示した。同様に、和田は保険局企画課長在任中の 1993 年までに 1984 年の健康保険法改正で断念した入院時給食費の自己負担化を導入する改革案を取りまとめた経緯を次のように述懐している。

和田：……保険局企画課長に就任した際、医療保険制度そのものの本来的役割から給付内容の洗い直しが必要になっていると考えた。全体を効率化することによって最も必要なところに財源を集中していくべきだとの意識である。給食費の問題も 59 年改正での提案の際には提案したが、国民的的理解を得にくく、早い段階で撤回した経緯があった。その後の状況はかなり変わってきているという認識が背景にあったし、福祉ビジョンなど社会保障制度全体の再編成をめぐる論議の中で受け止めていく課題というようにも意識していた（厚生省保険局企画課編 1995：291-292）

和田は、1984 年の健康保険法改正に向けて具体的な改革案をリストアップし、「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」と題する論文に取りまとめ、その際にすでに入院時給食費のうち、材料費を自己負担化する改革案を準備していた。その後の交渉過程で当該改革案は撤回することになったが、和田はその後も当該改革案を保有し続けており、そうした過去の経緯を念頭に置きながら改革案を具体化させていたのである。

以上は、1980 年代以降の一連の医療保険制度改革において、改革案の選定過程で重要な役割を果たした政策担当者の一部であるが、少なくとも彼らは、1950 年代から 70 年代までの改革案とその検討蓄積を個人として保有しており、理論的には、改革案の選定過程に

においてリポジトリとして機能していたと位置づけることができる。

## (2) 内部文書

改革案は構想や検討に携わった個人に保有され続けていたが、同時に、彼らが作成した内部文書にも保有されていた。リポジトリとして特に重要な役割を果たしたと考えられる内部文書は、1961年の「医療保障総合審議室中間報告」と1966年の「医療保険抜本対策検討資料（牛丸委員会報告書）」である。

この二つの資料に医療保険制度改革に関する多岐にわたる論点と複数の改革案がリストアップされたことで、以後の政策担当者は、「すでに改革案は検討しつくされている」と認識し、これらの内部文書からその時々において合目的な改革案を選出し、ある程度、具体化した上で発表していったのである。

眼前の政策形成に忙殺される政策担当者が、具体的にどのような文書資料を参照していたかということまで記憶していることは珍しいが、回顧録においてたびたび登場することからも「医療保障総合審議室中間報告」は重宝されたものと推察される。このように改革案が編綴された内部文書がリポジトリとして機能していたと言える。

こうして構築された内部文書は、その後も再利用された。改革案の検討過程を経時的に辿ってみれば、1955年に七人委員会が作成した報告書は、1960年の社会保険研究会が作成した「医療保険制度問題点」で引用されていた。そして「医療保険制度問題点」に収録されているものと同じの文書が、翌1961年に設置された医療保障総合審議室の検討資料の中から見つかった。

医療保障総合審議室が作成した内部文書からは、「七人委員会の報告」のほか、1950年の「社会保障制度審議会の勧告」や1953年に作成された「第三次今井メモ」なども参照されていた記録が見ついている。そして同審議室の中間報告を踏まえて、さらに広範な課題について検討しているのが1965年から66年にかけての牛丸委員会である。

牛丸委員会では、例えば医療保障総合審議室で提案された「入院保険制度」が検討された。また診療報酬支払方式については、「第三次今井メモ」、「医療保障総合審議室中間報告」に示された改革案と文言の表現がほぼ同一の記述が見つかった。これらは医療保障総合審議室の議論が牛丸委員会でも参照されていたこと示すものと言えよう。

このように1950年代から60年代かけて改革案が構想される過程に着目すると、主要な改革メニューを参照しながら改革案が検討され、少しずつ有効性や実現可能性が高められていたのである。こうして1966年に牛丸委員会報告書が作成されると、以後の政策担当者は「すでに改革案は検討しつくされている」として、どの改革案を実現させるのか検討を開始するようになった。そうした検討過程を端的に表しているのが1970年に作成された「医療保険制度検討素材」である。これは牛丸委員会までに列挙された改革案を個条書

きで抜き出したもので、保険局内で改革案が共有されていたのである。以上述べた通り、リポジトリに保有された改革案が後任の政策担当者に利用されていたと言える。

なお、本論でも指摘してきた通り、これらの内部文書には公式には発表されない情報が含まれている点が特徴的である。牛丸委員会報告書の場合、例えば、次のような記述が見つかった。

医療費増嵩の要因としては、以上のようなオーソドックスな要因分析の外に、とくに現在の診療報酬体系が出来高払方式（診療行為の数量を増せば増すほど医師の収入が増えるという方式）であることと、現在の保険給付の方式が現物給付方式であり、患者は少額の一部負担金で（とくに本人の場合）容易に受療できることが相俟って、医療費を増加させるといういわば表向きには公然と発表できない側面があることを看過してはなるまいとの意見があった<sup>179</sup>

政管健保の統合は、被用者保険制度に対する政府の責任を一層重大なものとし、政府は医療担当者側からの医療費値上げ攻勢を一手に受けると同時に、被保険者側からの保険料率引上げに対する抵抗、国庫負担増額のような急騰は一段と熾烈となることが予想される。

健保組合、共済組合の保険者の立場からの率直な主張は、これまで医療費問題についての医療担当者側の過大な要求に対し抑制的な働きをしてきた事実があるが、統合によりこのような影響力が減殺される<sup>180</sup>

出来高払方式が医療費を増加させる要因であること、健保組合や共済組合の存在が日本医師会からの診療報酬引き上げの攻勢を牽制する役割を担ってきたことは、現在から見れば当然のことと認識されているが、当時は、これらは表立って発表することができない情報であり、省内の政策担当者と内部文書でのみ共有されていた情報だったのである。そしてこのことは、内部文書には、公表文書に記載されない情報が具体的に明記されていることを示しており、厚生官僚は、考えや改革案を公表する際、ある程度のパブリケーション・バイアスをかけて発表していることを端的に示すものであると言えよう。

### (3) 公表文書

厚生官僚は構想した改革案の中から実現に向けて注力するものを選出し、さまざまな形で公表してきた。公表文書は、内部文書以外のもので、厚生官僚が組織外部に向けて発表した文書と定義される。具体的にリポジトリとして機能する公表文書と認められたのは、

---

<sup>179</sup> 医療保険基本問題対策委員会（1967）「医療保険抜本対策検討資料」1-105 頁

<sup>180</sup> 医療保険基本問題対策委員会（1967）「医療保険抜本対策検討資料」

次の四つである。

第一は、厚生省が発表した改革試案である。例えば1964年の「総合調整試案」や1967年の「医療保険制度改革要綱試案」などがこれに該当する。保険者間の財政調整案など後に実現する原初的な改革案がこれらの文書に示された。

第二は、厚生官僚が業界誌に寄稿した論文である。例えば1983年に和田が執筆した「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」が代表的である。

第三は、公刊された通史文献である。具体的には、『医療保険制度 抜本改正の解説と資料』（1970年、社会保険法規研究会）と『医療保険半世紀の記録』（社会保険法規研究会、1974年）である。これらの通史文献には、1922年の健康保険法制定から1970年代までの医療保険制度に関する歴史が整理され、過去に発表された改革試案や利害関係者の主張、マスコミ報道の内容が資料として収録されていた。奥村明雄と堤修三は、これらの文献を用いて過去の経緯やそれまでに検討された改革案を学習していたと証言しており、リポトリの一つとして機能していたと指摘できよう。

#### (4) 言説

医療保険制度の改革論議のなかで厚生官僚が構築した言説にも改革案が保有されていたと言える。具体的には「医療保険一元化論」である。国民皆保険達成当時、加入する医療保険によって給付水準や負担内容の面で差が存在しており、改善策の一つとして繰り返し検討されたのが統合・一本化案だった。しかし1965年から1966年にかけて牛丸委員会において統合・一本化案は現実的ではないと結論付けられると、厚生省は被用者保険と地域保険の二本立てを前提として、制度間の格差是正を推進する方針を示していった。

しかし自民党や日本医師会は、何度も統合・一本化案の積極的な検討を厚生省に要請し、1984年の健康保険法改正の最終局面では、自民党と日本医師会の間で、5年後に統合・一本化を実現させるとする覚書が締結されたほどだった。そうした外的アクターからの統合・一本化の圧力に対抗するスローガンとして、厚生省が打ち出したのが医療保険一元化論である。制度体系の分立を維持したまま、給付率の統一と保険料率格差の縮小を企図する、という意味である。

1984年以降、医療保険一元化を推進することが目標となった結果、統合・一本化案は「選択肢としては想定できるが、現実的ではない」とみなされ、検討対象から除外され続けることになった。つまり医療保険一元化という言説を継承することは、すなわち、制度体系を分立させたまま格差是正を図るという改革案を受け入れることを意味していたのである。

## (5) 外的アクター

最後に、政策コミュニティに属する厚生省にとっての外的アクターにも改革案が保有されていたと言える。このことを端的に示しているのが「七人委員会の報告」である。先に述べた通り、七人委員会は政策コミュニティに属する関係団体にヒアリングを実施し、彼らが保有している改革案を収集していった。つまり外的アクターというリポジトリにアクセスすることによって、改革案を学習していったのである。

外的アクターは独自に改革案を構想するだけでなく、厚生省が発表した改革案を受容し、それを保有し続ける側面も併せ持っている。

さらに第1章の分析枠組では想定していなかったが、厚生省を退官した廣瀬が、組織内で獲得した改革案を保有した状態で、健保連の常任理事という外的アクターとなった。このことはリポジトリとして機能する個人の移動も改革案の外部化をもたらす要因の一つとして機能することを示めしていると言える。

以上述べた通り、医療保険制度をめぐる改革案は、政策担当者たる個人、内部文書、公表文書、言説、そして外的アクターに保有されていた。そしてそこに保有された改革案は、後任の政策担当者によって再利用されていた。以上の結果から仮説2および仮説3を支持する結果が得られたと言える。

### 1.3. 1980年代以降のリポジトリの利用

1980年代以降の政策担当者は、リポジトリに保有された改革案を利用して法案を作成した、とする仮説4について検討していこう。

構想された改革案の中で、比較的早くに検討が進展したのが老人保健制度に関する議論である。1978年に老人保健医療問題懇談会が設置され、1980年には老人保健医療対策本部が設置された。副本部長に任命された吉原健二には、医療保険政策に携わった経験はなかったが、「医療保障総合審議室中間報告」など過去に作成された内部文書や、老人保健医療問題懇談会が取りまとめた報告書を参照しながら、制度設計の中心的なアイデアとなる共同拋出方式を選出していった。

共同拋出方式を選択するにあたって、吉原は長年この問題に携わってきた吉村、山口新一郎、松田正らにも意見を聞いた。つまりリポジトリとしての個人にアクセスすることで、選出する改革案の妥当性を確認していったのである。このように老人保健法の制定過程において、共同拋出方式を選出するまでの過程において、リポジトリに保有された改革案が利用されたと言える。

1984年の健康保険法改正の際には、保険局長の吉村、審議官の下村健、保険局企画課長の多田宏、企画課長補佐の和田勝らが次期改革に向けた改革案の構想を進めた。その際、

「医療保障総合審議室中間報告」が参照されたことが、下村や和田、当時官房長の幸田らの証言によって判明した。定率一部負担の導入、国庫負担の引き下げ、退職者医療制度の創設などが実現したほか、牛丸委員会報告書に記された「学会の大物による医療機関への指導・監査」というアイディアは顧問医師団の創設という形で結実した。

このように1982年の老人保健法制定および1984年の健康保険法改正の過程で、当時の政策担当者がリポジトリにアクセスし、保有されていた改革案を参照していたのに対し、1988年の国民健康保険法改正と1994年の健康保険法改正はやや様相が異なっていた。1988年において中心的な改革案だった国民健康保険に対する都道府県負担の導入は、主として下村が保有していたものだった。また1994年に実現する入院時食事療養費は、1993年まで保険局企画課長だった和田が保有していたものだった。そのため1988年および1994年の改正過程では、当時の政策担当者は過去の文書などのリポジトリにアクセスし、改革案を棚卸しする必要がなかったのである。

以上述べた通り、4つの事例においてリポジトリに保有された改革案を参照しながら中心的な改革案が選出されていたことから、仮説4を支持する結果が得られたと言える。

## 第2節 なぜ特定の改革案は実現しなかったのか

### 2.1. 統合・一本化案

続いて、特定の改革案は、ある時期に検討対象から除外されると、以後、実現に向けて注力されず、結果として実現に至らない、とする仮説5について検討する。

戦後、社会保障制度審議会や七人委員会において、統合・一本化案が検討され、日本医師会も健保連の廃止を企図して同案を積極的に提案するようになっていた。当時、厚生省が公式に統合・一本化案を発表したことはなかったが、1961年の医療保障総合審議室や1965年から66年にかけての牛丸委員会において、議論が重ねられていたことが明らかになった。

しかし1966年に作成された牛丸委員会報告書では、統合・一本化は現実的ではないとして、最終的な改革試案にすら取り上げられなかった。つまり省内では、1966年の時点で統合・一本化案は検討対象から除外されたと考えられる。実際、1970年の「医療保険制度検討素材」においても、統合・一本化案はリストアップすらされていない。こうして省内では、職域保険と地域保険の大きく二つに分立した制度を維持する方針が固められたのである。

その後、自民党や日本医師会は折に触れて統合・一本化案を要請していたが、特にその圧力が強くなったのが1984年の健康保険法改正時である。自民党と日本医師会は覚書を締結し、厚生省の5年後の実現を迫ったのである。厚生省は、覚書を締結したものの、こ



れ以後、医療保険一元化論というスローガンを提唱する。上述の通り、これが言説というリポジトリの一つとして機能していくことになる。

これは制度体系の分立を維持したまま、給付と負担の公平を企図することを意味している。以後の政策担当者はこの言説を継承し、その実現に向けて注力していったため、統合・一本化案が本格的に検討されることはなくなったのである。

このように特定の改革案を推進する言説がリポジトリとして機能した結果、対立する改革案は政策として結実しなかった。そのため統合・一本化案は実現しなかったのである。以上の通り、1966年に統合・一本化案について実現不可能と結論付けられ、検討対象から除外されており、仮説5を支持する結果が得られたと言える。

## 2.2. 入院事前審査

最後に、リポジトリにアクセスする必要性に迫られなかった政策担当者には、過去の検討蓄積は継承されない、とする仮説6について検討する。

すでに述べた通り、1988年の国民健康保険法改正と1994年の健康保険法改正では、理論上、下村と和田がそれぞれリポジトリとして機能しており、各改正で実現する改革案を保有していた。その結果、各改正の政策担当者に期待されたのは、リポジトリにアクセスして想定される改革案を選出することではなく、国民健康保険に対する都道府県負担の導入と入院時食事療養費の導入を実現させることとなった。つまり、両改正の担当者は、リポジトリにアクセスする必然性に迫られなかったのである。

これまで見てきた通り、政策担当者によって着任するのが、改革案を構想する時期なのか、すでに検討された改革案の中から目ぼしいものを選び出す時期なのか、すでに選出された改革案を法案化する時期なのかによって、リポジトリへのアクセスの必要性は異なる。すでに1993年までに改革の具体的な方向性が定まっていたため、1994年の健康保険法改正の担当者は法案化に注力することが求められていたのである。

こうして彼らに入院事前審査に関する過去の検討蓄積は継承されなかった結果、同改正において入院事前審査に関する規定が削除された。規定がなくなったことで、以後の改革論議においても取り上げられることはなくなった。このようにリポジトリにアクセスする必要がなく、検討蓄積が継承されなかった結果、入院事前審査に関する規定が削除されたことから、仮説6を支持する結果が得られたと言える。

# 終章

## 第1節 結論

本研究は、戦後の医療保険制度改革を観察した上で、厚生省内部には、歴代の政策担当者が少しずつ改革案を構想、検討、蓄積しており、改革の機運が高まったタイミングで有効性と実現可能性が担保された改革案を選出し、実現に至らしめる、という中長期的な政策形成メカニズムの存在を仮定した。そしてその一方で、検討対象からの除外や継承不全によって特定の政策の非形成をもたらすというメカニズムも内在化されていることを予想した。

以上の問題意識から、本研究は、①厚生官僚はなぜ多数の改革案を短期間で準備できたのか、②なぜ特定の改革案は政策として結実しなかったのか、という二つの問いを設定した。その上で、(1) 政治学と組織学習論の概念を援用・統合した新しい分析枠組を構築すると同時に、(2) 非公表の内部文書を含む史資料調査と 29 名の元厚生官僚に対するオーラル・ヒストリー・インタビューで得られた新史料に依拠した過程追跡を実施することで、先の2つの問いに対して説明を提示し、今後の政策形成の向上に示唆を得ることを目的とした。

研究の結果、(1) 1980 年代以降に実現する改革案のほとんどは、古くは 1950 年代から検討が開始されていたこと、(2) 過去に検討された改革案は、構想に携わった政策担当者個人、内部文書、公表文書、言説、外部業界団体というリポジトリ (organizational repositories、改革案の選択肢が埋め込まれる場所を示す概念) に保有されてきたこと、(3) 歴代の政策担当者がそれらの各リポジトリに必要なに応じてアクセスしながら、保有された改革案を繰り返し検討し、実現可能性を高め、後任の担当者に継承していたことが明らかになった。

以上から、1980 年代前半の制度改革を牽引した政策担当者は、全くのゼロベースから改革案を構想する必要はなく、過去の検討蓄積を参照・利用できる状態だったため、迅速に改革案を準備することができたと考えられる。

その一方で、(4) 特定の改革案について、ある時期に (政治的な合意形成や制度設計の困難性等の理由で) 検討対象からいったん除外されると、除外された事実も学習の対象となり、以後、当該改革案は実現に向けて注力されなくなったこと、(5) 1980 年代後半以後の政策担当者は、リポジトリにアクセスして改革案を探索する必要性に迫られなかったため、特定の改革案に関する過去の検討蓄積は継承されず、当該改革案は忘却され、結果として、こうしたメカニズムが生じた改革案については、実現に至らなかったことが明らかになった。

## 第2節 本研究の意義

### 2.1. 学術的意義

#### (1) 医療政策史研究上の意義

本研究は、既存の通史文献や医療政策史研究において見逃されてきた厚生省内部の政策形成・非形成過程を明らかにしてきた。特に重要な成果は次の三つに整理される。第一は新史料の入手である。入手した史資料のうち本研究の問いに対して説明を提示する上で、特に重要なものが1959年から1960年にかけて社会保険研究会が作成した「医療保険制度問題点」、1961年に医療保障総合審議室が作成した「医療保障総合審議室中間報告」とその研究資料、1965年から1966年にかけて牛丸委員会が作成した「医療保険抜本対策検討資料」、そして1970年に作成された「医療保険制度検討素材」である。また29名の元厚生官僚に対してオーラル・ヒストリー・インタビューを実施し、文書資料だけでは判然としない事実関係や、改革を牽引した政策担当者としての認識構造を明らかにした。

第二は、複数の新史料に依拠することで、既存の通史文献や医療政策史研究において見逃されてきた史実を明らかにしたことである。社会保険研究会は通史文献に設置された事実も記述されておらず、また記述が残されていても、医療保障総合審議室や牛丸委員会は、報告書が非公表とされたため、検討にあたったメンバーや具体的な検討内容は判然としてこなかった。本研究では、これらの研究会において多岐にわたる論点を取り上げられ、各政策課題に対して複数の改革案がリストアップされ、その長短が検討されていたことを明らかにしてきた。

第三は、1980年代以降に実現する改革案の多くが約30年前から検討されていたことを明らかにしたことである。政策コミュニティに属する関係団体が個々に主張していた改革案を1955年に設置された七人委員会が整理し、1959年の社会保険研究会、1961年の医療保障総合審議室、1965年の牛丸委員会などにおいて繰り返し検討され、報告書にまとめられた。得られた史資料を経時的に観察することによって、改革案が少しずつブラッシュアップされ、後任の政策担当者へと受け継がれていたことも明らかになった。

以上の歴史研究によって得られた成果には、次の二つの学術的意義がある。第一は、これまで判然としてこなかった史実について、新史料に依拠しながら一定程度、明らかにしたことによって、1950年代から70年代の医療政策史に対する評価について、再考の余地があることを示した点である。

従来、1980年代以後の大胆な制度改革と対比させて、1970年代以前までは「国民皆保険の達成、給付水準の改善、老人医療費無料化などを実施した福祉拡充の時代」や「医療費問題については対症療法的な対策しか実施してこなかった時代」と評価する向きが一般

的だったと思われる。もちろん「70年代初頭が医療制度改革の始期」と捉える研究もあるが、それ以前の時代の議論は、過少に評価されてきたと言える。

1950年代から70年代にかけて少しずつ改革案が蓄積されたことが、1980年代以降において迅速に改革案を準備できた要因だった、という本研究の分析結果に鑑みれば、1970年代以前は、福祉拡充や対症療法的な財政赤字対策を実施する一方で、省内部では非公式に中長期的な視点をもって、医療保険制度を改善する具体策を準備していた時代だった、という評価を提示し得ると言える。

第二は、政策過程を明らかにする上で、内部文書やオーラル・ヒストリーに基づく証言に依拠することの重要性を示している点にある。これまで1970年代以前までの医療政策史に対し、上述の評価が下されてきた背景には、主として公表文書に依拠した政策過程分析がなされてきたからであると考えられる。

本研究において、組織内部の過程を一定程度、把握する新史料を入手・精査したことによって、公表資料のみに依拠した歴史認識を再考の余地が示された。資料的制約という困難性がありながら、あえて新史料を収集することは、政策過程の実態をより精緻に把握する上で重要であることを示唆していると言える。

## (2) 公共政策理論研究上の意義

本研究における公共政策理論研究上の成果は、既存の政策過程論や政策学習論の有用性と限界を示し、組織学習概念を援用することで、中長期的な政策形成・非形成過程を説明する新たな分析枠組を構築したことにある。

これまで行政における蓄積の重要性は、先行研究において様々な形で指摘されてきた。しかし具体的にどこに何が蓄積されているのか、蓄積された知識はどのように利用されるのか、なぜどのように消失するのか、という素朴な疑問に対しては、ほとんど関心は払われず、説明は提示されてこなかった。

本研究では、公共政策研究分野だけでなく、隣接する組織学習論に関する先行研究を検討し、リポジトリ (organizational repositories)、知識の再利用 (knowledge reuse)、組織の忘却 (organizational forgetting) という三つの概念を援用し、既存理論の問題点を解決する分析枠組を構築した。この分析枠組を構築したことで、上記の疑問点に対して、一定の説明を提示することができるようになった。

こうした成果の学術的意義は、新しい分析枠組を構築したことによって、行政組織内部における過去の検討蓄積と消失の危険性を強調できる点である。

眼前の政策形成に忙殺される政策担当者の中には、「いつ構想されたアイデアか、ということとは些末なことであり、どうすれば次期改革において特定のアイデアを実現できるか、ということこそが重要である」と認識する者もいる。彼らは自身が全くのゼロベース

から改革案を構想しているわけではないことに無自覚で、過去の検討蓄積を軽視する傾向があると解釈することも可能である。

しかし本研究の分析枠組に依拠すれば、改革メニューを蓄積したリポジトリが迅速な政策形成をもたらす得ること、過去の検討蓄積は常に消失リスクと隣り合わせであることに意識を向けることが可能になる。新たな概念を援用・統合したことによって分析枠組の節儉性は相対的に損なわれるが、過去の検討蓄積を適切に評価する視座を提供できる、という利点を有している。

また、このような組織学習概念を援用した分析枠組の修正と再構築は、近接領域における対話の重要性を示唆している点が第二の意義である。西尾（2001）が指摘する通り、本来、行政学と組織論は水源を同じくする学問分野であったが、ある時期を境に分岐していった。その結果、同様の現象を説明する上で有用な概念が別々の表現で理論化されたり、あるいは、一方で発見された概念が、もう一方では見過ごされたりすることもしばしば生じているのではないだろうか。行政組織分野において組織知の消失に関する先行研究が数えるほどしかないのは、近接領域の分断がもたらした弊害を象徴していると言える。

本研究の分析枠組は、隣接する異なる学問領域における知見が対話可能であり、そしてその対話を持つことによって、これまで見逃され、過少に評価されてきた現象を説明することが可能になることを示唆している。

### (3) 組織学習研究上の意義

政策学習論に組織学習論で提起された各概念を援用・統合したことによる組織学習研究における学術的意義は、次の二つに整理される。

第一は、日本の行政組織への適用可能性を示した点である。公共政策研究では、中長期的な政策過程を説明する際、近年発達した政策学習論に依拠することが多い。もちろん組織学習論が参照されることもあるが、そうした研究の多くは 2000 年代以前のいわば古典的組織学習論に依拠する傾向が見られる。2000 年代以前の組織学習論を援用する公共政策研究は Siciliano（2015、2017）や Stark（2019）などわずかである。本研究は、政策学習論に援用・統合した分析枠組を構築したが、組織学習論が日本の行政組織を分析する上で有益な視座を提供し得ることを示したことが本研究の意義の一つと言える。

第二は、既存の組織学習論で見逃されてきたメカニズムの一端の重要性を示した点である。具体的には、リポジトリとしての機能を果たす言説の重要性である。言説は公共政策学における分析枠組だが、組織学習論では組織が掲げる言説が組織行動やその帰結に対してもたらす影響は見逃されてきた。本研究において言説が果たす機能が示されたことで、民間組織における言説に着目する視座を提供したことは意義があると言える。

同様に、特定の改革案について、ひとたび検討対象から除外されると、除外された事実

も学習の対象となることも本研究において示された重要な指摘である。従来の組織学習論では、検討対象から除外された事実が学習され続けることは想定されていない。こうした検討除外の学習は、改革案を探索する際の通覧、簡易評価、徹底的検討の局面において、はじめからリストアップする必要のない改革案を明確化できるため、認知的な節約を可能にする点で合理的な行動と言える。しかし過去の検討除外が合理的とは限らない為、本来は検討に値する改革案が何らかの理由で不当に過少に評価されていないか否か、意識的な棚卸しが必要であると考えられる。

## 2.2. 政策的意義

本研究の政策的意義は、組織知の適切な管理・活用を念頭に置いた公文書管理の必要性を強調している点にある。

本研究において厚生省内部の中長期的な政策形成と非形成の過程を明らかにした結果、組織学習に基づく過去の検討蓄積が1980年代以降の医療保険制度改革における迅速な改革案の選出を可能にしていたことが明らかになった。その際、特に重要な役割を果たしたのが内部文書である。

いつ改革の機運が高まるか予測することは不可能であり、政策担当者が事前に多数の代替的選択肢を保持しておくことは極めて重要である。しかし一方で、厚生省内部では、過去の検討蓄積という組織の貴重なリソースが消失していたことが明らかになった。従来、非公表の内部文書は、多数の改革案がまとめられた特に有益なリポジトリとして機能していたことが指摘されているが、情報公開法や公文書管理法の制定以後、多くの行政機関では「文書は作らず、残さず、手渡さず」が暗黙の了解として共有され、政治的リスクを恐れて文書を積極的に廃棄する傾向すら見受けられる。現行の公文書管理制度は、文書保存・公開の歴史的意義や民主主義の検証可能性を前面に掲げているが、行政組織内部のリソースを管理・活用するという観点での充実化を議論する必要があると言える。

なお、そもそも組織の構成員には、組織知を文書化するインセンティブが存在しないと理解されてきた(Markus2000)。また文書は、散逸する可能性もある。実際、保険局医療課から持ちだしを禁じる意味で「医療課外持出厳禁」と明記された内部文書が、厚生労働省の外部の資料室で見つかることさえあった。

それではなぜ厚生省では、1980年代まで資料を記録しておくことができたのだろうか。実は吉村仁自身が、政策過程の記録を残す重要性を強く認識していたのである。

### —記録を残すこと—

問題の解決や処理をした場合には必ず記録を残しておく必要がある。組織のリーダーにはある種の歴史感覚というものがなければならない。日本人は歴史感覚—とくに数量についての記録感覚が稀

薄だといわれているが、組織というものは継続するのが原則であるから、問題処理の過程の記録は極めて重要である。問題処理にピリオッドがうたれた場合、その過程に使われた資料、参加した人、使われた費用、経過した日数、過程のなかででてきた試案、私案、粗案など思考過程が追認できる文書やメモなどは当然記録として集め、編綴しておく必要がある。とくに痛感されるものに、重要な段階におけるリーダーの考え方や判断を表すようなメモ書き、相手方とのやりとりのためのメモなどは極めて貴重な資料である。大抵その段階が過ぎると破り捨てられることが多いが、実はそういうものに歴史の真実がある場合が多い。こうした記録が蓄積されてはじめて、組織のリーダーは歴史という舞台に立って自らの役割を演ずるという意識や感覚をもつよすがになるろうし、また後輩に対する教訓を残すことになる。問題の処理が終わったら、一人の人間に命じて記録の集拾と編綴をさせることの必要性和重要性を銘記すべきである。或いはその記録が将来にわたってそのリーダーの汚名を残すことになっても、歴史は歴史であり、また例えば情勢判断の誤りや的確さを欠いたことにより、問題の解決がうまくゆかなかったとしても、それはそれとして、記録をひもとく者に多くの教訓を与えることになるに違いない（吉村仁さん追悼集刊行会編 1988：531）。

このように吉村は、1981年の官房長の時点で、検討過程の記録を重視する内容のエッセイを書き残していることから、吉村個人としては組織学習に自覚的だったと考えられる。

このように組織学習が迅速な政策形成を促す側面があることから、組織内部で改革案を新たに構想した場合、公表用とは別に、記録用に、各改革案について、具体的にどんな意見がでたのかを文書にまとめておくなど、いかに過去の検討蓄積という組織知を管理・活用していくかが重要になると言える。

### 第3節 今後の研究課題

今後の研究会第は次の三つに整理される。第一は、リポジトリの存在が迅速な政策形成にもたらす影響である。本研究は、事例過程追跡によって分析枠組が成立するか否かを確認してきた。したがって、過去の検討蓄積の重要性を過剰に強調している可能性も否定できない。例えば、リポジトリの有無と政策アウトプットの関連を事例比較分析や多変量解析などによって検証することが求められる。

第二は、分析枠組が非包括的である点である。本研究の分析枠組は、医療政策全体の政策過程を説明するものではなく、厚生省内部の学習過程を説明するものである。したがってその分析結果は、政策過程全体を説明するものではない。

第三は、1990年代後半以降については説明していない点である。1990年代後半には厚生省のスクandalが発生し、情報公開法も制定された。2000年以降、中央省庁再編によって人員は削減され、官邸機能が強化された。経済財政諮問会議や規制改革推進会議など医療政策に影響を持つ多数のアクターが登場するようになった。1990年代前半頃までの

厚生省、自民党、日本医師会の三すくみ構造とは全く異なる政治構造が出現しているのである。

そうした中で、果たして本研究の分析枠組がどの程度、妥当な説明を提示できるのかは疑問が残る。政策過程において相対的にリポジトリの重要性が低下している可能性も考えられる。これらの課題については、稿を改めて論じることとしたい。



## 参考文献

- Argote, Linda & Greve, Henrich R., 2007, "A Behavioral Theory of the Firm - 40 years and counting: Introduction and impact", *ORGANIZATION SCIENCE*, 18(3) pp.337-349.
- Argote, Linda & Miron-Spektor, Ella, 2011, "Organizational Learning: From Experience to Knowledge", *ORGANIZATION SCIENCE*, 22(5) pp.1123-1137
- Argote, Linda, McEvily, Bill & Reagans, Ray, 2003, "Managing knowledge in organizations: An integrative framework and review of emerging themes", *MANAGEMENT SCIENCE*, 49(4) pp.571-582
- Baldersheim, Harald & Stava, Per, 1993, "REFORMING LOCAL-GOVERNMENT POLICY-MAKING AND MANAGEMENT THROUGH ORGANIZATIONAL LEARNING AND EXPERIMENTATION - THE CASE OF NORWAY", *POLICY STUDIES JOURNAL*, 21(1) pp.104-114
- Barney, Jay, 1991, "FIRM RESOURCES AND SUSTAINED COMPETITIVE ADVANTAGE", *JOURNAL OF MANAGEMENT*, 17(1) pp.99-120
- Bennett, Colin J. & Howlett, Michael, 1992, "THE LESSONS OF LEARNING - RECONCILING THEORIES OF POLICY LEARNING AND POLICY CHANGE", *POLICY SCIENCES*, 25(3) pp.275-294
- Bock, Gee-Woo, Zmud, Robert W., Kim, Young-Gui & Lee, Jae-Nam, 2005, "Behavioral intention formation in knowledge sharing: Examining the roles of extrinsic motivators, social-psychological forces, and organizational climate", *MIS QUARTERLY*, 29(1) pp.87-111
- Brown, Mary Maureen & Brudney, Jeffery L., 2003, "Learning organizations in the public sector? A study of police agencies employing information and technology to advance knowledge", *PUBLIC ADMINISTRATION REVIEW*, 63(1) pp.30-43
- Chhim, Peter P., Somers, Toni M., Chinnam, Ratna Babu, 2017, "Knowledge reuse through electronic knowledge repositories: a multi theoretical study", *JOURNAL OF KNOWLEDGE MANAGEMENT*, 21(4) pp.741-764
- Corbett, Jack, Grube, Dennis C., Lovell, Heather and Scott, Rodney, 2018, "Singular memory or institutional memories? Toward a dynamic approach", *GOVERNANCE-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF POLICY ADMINISTRATION AND INSTITUTIONS*, 31(3) pp.555-573
- de Holan, Pablo Martin & Phillips, Nelson, 2004, "Remembrance of things past? The dynamics of organizational forgetting", *MANAGEMENT SCIENCE*, 50(11)

pp.1603-1613

- Dekker, Sander & Hansen, Dan, 2004, "Learning under pressure: The effects of politicization on organizational learning in public bureaucracies", *JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION RESEARCH AND THEORY*, 14(2) pp.211-230
- Dery, David, 1998, "'Papereality" and learning in bureaucratic organizations", *ADMINISTRATION & SOCIETY*, 29(6) pp.677-689
- Dunlop, Claire A. & Radaelli, Claudio M., 2017, "Learning in the bath-tub: the micro and macro dimensions of the causal relationship between learning and policy change", *POLICY AND SOCIETY*, 36(2) pp.304-319
- Easterby-Smith, Mark & Lyles, Marjorie A., 2011, "In Praise of Organizational Forgetting", *JOURNAL OF MANAGEMENT INQUIRY*, 20(3) pp.311-316
- Easterby-Smith, Mark, Crossan, Mary & Nicolini, Davide, 2000, "Organizational learning: Debates past, present and future", *JOURNAL OF MANAGEMENT STUDIES*, 37(6) pp.783-796
- Fernandez, Vicenc & Sune, Albert, 2009, "Organizational forgetting and its causes: an empirical research", *JOURNAL OF ORGANIZATIONAL CHANGE MANAGEMENT*, 22(6) pp.620-634
- Foldy, Erica Gabrielle & Buckley, Tamara R., 2010, "Re-Creating Street-Level Practice: The Role of Routines, Work Groups, and Team Learning", *JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION RESEARCH AND THEORY*, 20(1) pp.23-52
- Gerlak, Andrea K. & Heikkilay, Tanya, 2011, "Building a Theory of Learning in Collaboratives: Evidence from the Everglades Restoration Program", *JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION RESEARCH AND THEORY*, 21(4) pp.619-644
- Grant, Robert M., 1996, "Toward a knowledge-based theory of the firm", *STRATEGIC MANAGEMENT JOURNAL*, 17(SI) pp.109-122
- Hall, Peter A., 1993, "POLICY PARADIGMS, SOCIAL-LEARNING, AND THE STATE - THE CASE OF ECONOMIC POLICY-MAKING IN BRITAIN", *COMPARATIVE POLITICS*, 25(3) pp.275-296
- Harvey, Gill, Skelcher, Chris, Spencer, Eileen, Jas, Pauline & Walshe, Kieran, 2010, "Absorptive Capacity in a Non-Market Environment", *PUBLIC MANAGEMENT REVIEW*, 12(1) pp.77-97
- HENRY, Nicholas L., 1974, "KNOWLEDGE MANAGEMENT - NEW CONCERN FOR PUBLIC ADMINISTRATION", *PUBLIC ADMINISTRATION REVIEW*, 34(3) pp.189-196
- James P. Walsh & Gerardo Rivera Ungson, 1991, "ORGANIZATIONAL MEMORY",

*ACADEMY OF MANAGEMENT REVIEW*, 16(1) pp.57-91

- Kankanhalli, Atreyi, Tan, Bernard C. Y. & Wei, Kwok-Kee, 2005, "Contributing knowledge to electronic knowledge repositories: An empirical investigation", *MIS QUARTERLY*, 29(1) pp.113-143
- Khedhaouria, Anis & Jamal, Arshad, 2015, "Sourcing knowledge for innovation: knowledge reuse and creation in project teams", *JOURNAL OF KNOWLEDGE MANAGEMENT*, 19(5) pp.932-948
- Kim, Soonhee & Lee, Hyangsoo, 2006, "The impact of organizational context and information technology on employee knowledge-sharing capabilities", *PUBLIC ADMINISTRATION REVIEW*, 66(3) pp.370-385
- Klammer, Adrian & Gueldenberg, Stefan, 2019, "Unlearning and forgetting in organizations: a systematic review of literature", *JOURNAL OF KNOWLEDGE MANAGEMENT*, 23(5) pp.860-888
- Koch, Martin & Lindenthal, Alexandra, 2011, "Learning within the European Commission: the case of environmental integration", *JOURNAL OF EUROPEAN PUBLIC POLICY*, 18(7) pp.980-998
- Kulkarni, Uday R., Ravindran, Sury & Freeze, Ronald, 2006, "A knowledge management success model: Theoretical development and empirical validation", *JOURNAL OF MANAGEMENT INFORMATION SYSTEMS*, 23(3) pp.309-347
- Lee, Heeseok & Choi, Byounggu, 2003, "Knowledge management enablers, processes, and organizational performance: An integrative view and empirical examination", *JOURNAL OF MANAGEMENT INFORMATION SYSTEMS*, 20(1) pp.179-228
- Majchrzak, Ann, Cooper, Lynne P. & Neece, Olivia E., 2004, "Knowledge reuse for innovation", *MANAGEMENT SCIENCE*, 50(2) pp.174-188
- Majchrzak, Ann, Wagner, Christian & Yates, Dave, 2013, "THE IMPACT OF SHAPING ON KNOWLEDGE REUSE FOR ORGANIZATIONAL IMPROVEMENT WITH WIKIS", *MIS QUARTERLY*, 37(2) pp.455-469
- Markus, M. Lynne, 2001, "Toward a theory of knowledge reuse: Types of knowledge reuse situations and factors in reuse success", *JOURNAL OF MANAGEMENT INFORMATION SYSTEMS*, 18(1) pp.57-93
- Moynihan, Donald P. & Landuyt, Noel, 2009, "How Do Public Organizations Learn? Bridging Cultural and Structural Perspectives", *PUBLIC ADMINISTRATION REVIEW*, 69(6) pp.1097-1105
- Pollitt, Christopher, 2000, "Institutional Amnesia: A Paradox of the 'Information

Age'", *Prometheus*, 18(1) pp.5-16

- Pollitt, Christopher, 2009, "BUREAUCRACIES REMEMBER, POST-BUREAUCRATIC ORGANIZATIONS FORGET?", *PUBLIC ADMINISTRATION*, 87(2) pp.198-218
- Rao, Rukmini Devadas & Argote, Linda, 2006, "Organizational learning and forgetting: The effects of turnover and structure", *EUROPEAN MANAGEMENT REVIEW*, 3(2) pp.77-85
- Richards, Gregory S. & Duxbury, Linda, 2015, "Work-Group Knowledge Acquisition in Knowledge Intensive Public-Sector Organizations: An Exploratory Study", *JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION RESEARCH AND THEORY*, 25(4) pp.1247-1277
- Sabatier, Paul A., 1998, "The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe", *JOURNAL OF EUROPEAN PUBLIC POLICY*, 5(1) pp.98-130
- Siciliano, Michael D., 2015, "Advice Networks in Public Organizations: The Role of Structure, Internal Competition, and Individual Attributes", *PUBLIC ADMINISTRATION REVIEW*, 75(4) pp.548-559
- Siciliano, Michael D., 2017, "Ignoring the Experts: Networks and Organizational Learning in the Public Sector", *JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION RESEARCH AND THEORY*, 27(1) pp.104-119
- Stark, Alastair, 2019, "Explaining institutional amnesia in government", *GOVERNANCE-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF POLICY ADMINISTRATION AND INSTITUTIONS*, 32(1) pp.143-158
- Thompson, Peter, 2007, "How much did the liberty shipbuilders forget?", *MANAGEMENT SCIENCE*, 53(6) pp.908-918
- Van Buuren, Arwin, 2009, "Knowledge for Governance, Governance of Knowledge: Inclusive Knowledge Management in Collaborative Governance Processes", *INTERNATIONAL PUBLIC MANAGEMENT JOURNAL*, 12(2) pp.208-235
- Watson, Sharon & Hewett, Kelly, 2006, "A multi-theoretical model of knowledge transfer in organizations: Determinants of knowledge contribution and knowledge reuse", *JOURNAL OF MANAGEMENT STUDIES*, 43(2) pp.141-173
- Wettenhall, Roger, 2011, "Organisational amnesia: a serious public sector reform issue", *International Journal of Public Sector Management*, 24(1) pp.80-96
- Zito, Anthony R. & Schout, Adriaan, 2009, "Learning theory reconsidered: EU integration theories and learning", *JOURNAL OF EUROPEAN PUBLIC POLICY*,

- ・ 青木栄一 (2013) 『地方分権と教育行政：少人数学級編成の政策過程』
- ・ 青柳精一 (1996) 『診療報酬の歴史』 思文閣出版
- ・ 秋吉貴雄、伊藤修一郎、北山俊哉 (2010) 『公共政策学の基礎』 有斐閣
- ・ 秋吉貴雄、伊藤修一郎、北山俊哉 (2015) 『公共政策学の基礎〔新版〕』 有斐閣
- ・ 秋吉貴雄 (2006) 「政策変容とアイディアの因果関係に関する研究」 熊本大学社会文化研究
- ・ 秋吉貴雄 (2007) 『公共政策の変容と政策科学：日米航空輸送産業における 2 つの規制改革』 有斐閣
- ・ 朝倉幸治編 (1957) 『日本医療保障発達史年表』 総合健康保険組合連絡協議会
- ・ 有岡二郎 (1997) 『戦後医療の五十年 医療保険制度の舞台裏』 日本醫事新報社
- ・ 猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』 有斐閣
- ・ 伊関友伸 (2014) 『自治体病院の歴史—住民医療の歩みとこれから』 三輪書店
- ・ 磯崎育男 (1997) 『政策過程の理論と実際』 芦書房
- ・ 伊藤正次、出雲明子、手塚洋輔 (2017) 『はじめての行政学』 有斐閣
- ・ 稲継裕昭 (1996) 『日本の官僚人事システム』 東洋経済新報社
- ・ 「医療費配分仕切る点数表の番人 医療課長経験者 6 氏に聞く」 『MEDIFAX WEB』
- ・ 岩崎正洋 (2012) 『政策過程の理論分析』 三和書籍
- ・ 岩渕豊 (2015) 『日本の医療—その仕組みと新たな展開』 中央法規出版
- ・ 印南一路 (1990) 『医療政策の形成に関する研究：ネットワーク間闘争による政策形成』 日本製薬工業協会委託研究
- ・ 内山融、伊藤武、岡山裕 (2012) 『専門性の政治学』 ミネルヴァ書房
- ・ 驛賢太郎 (2013) 「大蔵省銀行局の人事、専門性、政策：自由化志向の機関哲学の形成と継承」 『神戸法学雑誌』 63 (3) pp.27-80
- ・ 衛藤幹子 (1995) 「八〇年代以降の保健医療政策の変化をめぐる考察」 『年報行政研究』 1995 (30) pp.84-106
- ・ 衛藤幹子 (1997) 「政策の連続と変容：日本医療制度の構造」 『年報政治学』
- ・ 遠田雄志、鎌田伸一、秋山信雄訳 (1989) 『「あいまい性」と作戦指揮』 東洋経済新報社
- ・ 大嶽秀夫 (1994) 『自由主義的改革の時代：1980 年代前期の日本政治』 中央公論社
- ・ 大嶽秀夫 (1996) 『現代日本の政治権力経済権力』 三一書房
- ・ 大森彌 (2006) 『官のシステム 行政学叢書 4』 東京大学出版会
- ・ 大森政輔、鎌田薫 (2011) 『立法学講義：補遺』 商事法務
- ・ 大山耕輔、笠原英彦、桑原英明編 (2013) 『公共政策の歴史と理論』 ミネルヴァ書房

- ・ 岡本哲和 (1996) 「書評 政策の「転換」あるいは「終結」」『レヴァイアサン』臨時増刊号、pp.171-179
- ・ 小川景子 「産婆規則公布以降の産婆の管理：神奈川県を事例として」
- ・ 荻島國男 (1993) 『病中閑話：荻島國男遺稿集』荻島國男遺稿集刊行会
- ・ 長田達治 『細川政権 263 日』
- ・ 笠原英彦、小島和貴 (2011) 『明治期医療・衛生行政の研究 長与専齋から後藤新平へ』ミネルヴァ書房
- ・ 加藤淳子 (1991) 政策決定過程研究の理論と実証：公的年金制度改革と医療保険制度改革のケースをめぐって
- ・ 加藤淳子 (1991) 「政策決定過程研究の理論と実証—公的年金制度改革と医療保険制度改革のケースをめぐって—」『レヴァイアサン』8号 pp.165-184
- ・ 加藤淳子 (1997) 『税制改革と官僚制』東京大学出版会
- ・ 加藤淳子 (1995) 「政策知識と政官関係—1980年代の公的年金制度改革、医療保険制度改革、税制改革をめぐって—」『年報政治学』
- ・ 上川龍之進 (2005) 『経済政策の政治学—90年代経済危機をもたらした「制度配置」の解明』東洋経済新報社
- ・ 上川龍之進 (2010) 『小泉改革の政治学—小泉純一郎は本当に「強い首相」だったのか』東洋経済新報社
- ・ 茅野千江子 (2018) 『議員立法の実際—議員立法はどのように行われてきたか—』第一法規
- ・ 北村亘、青木栄一、平野淳一 (2017) 『地方自治論—2つの自律性のはざままで』有斐閣
- ・ 北山俊哉 (2011) 『福祉国家の制度発展と地方政府—国民健康保険の政治学』有斐閣
- ・ 木寺元 (2008) 「地方制度改革と官僚制：外部専門家のアイディアと行政官の専門性の視座から」『年報政治学』2008-II
- ・ 木寺元 (2012) 『地方分権改革の政治学：制度・アイディア・官僚制』有斐閣
- ・ 草野厚 (1997) 『政策過程分析入門』東京大学出版会
- ・ 草野厚 (1999) 『連立政権—日本の政治 1993〜』文藝春秋
- ・ 草野厚 (2005) 『歴代首相の経済政策 全データ』角川書店
- ・ 熊谷富士雄 (1985) 「これからの指導監査と顧問医師団の設置」『社会保険旬報』
- ・ 熊谷憲一 (1927) 『健康保険法詳解』巖松堂書店
- ・ 久米郁男、川出良枝、古城佳子、田中愛治、真淵勝 (2011) 『政治学〔補訂版〕』有斐閣
- ・ 久米郁男 (2005) 『労働政治』中央公論新社
- ・ 厚生省 50 年史 (記述編)
- ・ 厚生省 50 年史 (資料編)

- ・ 厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修（1974）『医療保険半世紀の記録』社会保険法規研究会
- ・ 厚生省保険局企画課監修（1985）『医療保険制度 59 年大改正の軌跡と展望』年金研究所
- ・ 厚生省保険局企画課（1995）『平成 6 年医療保険・老人福祉制度の改正—良質な医療の提供をめざして—』法研
- ・ 厚生省保険局健康保険課編（1958）『健康保険法の解釈と運用』社会保険法規研究会
- ・ 厚生省保険局国民健康保険課編（1985）『退職者医療制度の解説』ぎょうせい
- ・ 厚生省医務局編（1976）『医制百年史（記述編）』ぎょうせい
- ・ 厚生省医務局編（1976）『医制百年史（資料編）』ぎょうせい
- ・ 国民健康保険 50 年史
- ・ 厚生省保険局医療課（1995）『欧米諸国における薬剤と医療保険制度改革』薬業時報社
- ・ 幸田正孝（述）、印南一路、中静未知、清水唯一朗（2011）「国民皆保険オーラル・ヒストリー I 幸田正孝〔元厚生省事務次官〕」医療経済研究機構
- ・ 河野一之（2011）『新版予算制度第 2 版』学陽書房
- ・ 国立公衆衛生院（1964）『公衆衛生の進歩と展望』第一出版
- ・ 小島卓弥（2015）「地方公共団体におけるノウハウの蓄積・継承強化の必要性：行政版ナレッジマネジメントの可能性」季刊行政管理研究 149 号 36-49 頁
- ・ 小山路男（1985）『戦後医療保障の証言』総合労働研究所
- ・ 小山進次郎氏追悼録刊行会編（1973）『小山進次郎さん』小山進次郎氏追悼録刊行会
- ・ 近藤文二編（1966）『医療費問題』厚生出版社
- ・ 齊藤淳（2010）『自民党長期政権の政治経済学—利益誘導政治の自己矛盾』勁草書房
- ・ 建林正彦著『議員行動の政治経済学』有斐閣『レヴァイアサン』
- ・ 酒井シズ（1982）『日本の医療史』東京書籍
- ・ 佐口卓（1995）『国民健康保険：形成と展開』光生館
- ・ 佐々木典夫（2013）『私の厚生行政—霞が関での 36 年のあゆみ』中央法規出版
- ・ 佐々田博教（2011）『制度発展と政策アイデア：満州国・戦時期日本・戦後日本にみる開発型国家システムの展開』木鐸社
- ・ 佐藤満（2014）『厚生労働省の政策過程分析』慈学社
- ・ 佐脇紀代志（2007）『政策の長期継続に関する要因分析—日本の石炭鉱業を巡る政策過程を素材に—』東京大学先端科学技術研究センター
- ・ 七人委員会（1955）「七人委員会の報告」
- ・ 島崎謙治（2011）『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会
- ・ 島崎謙治『日本の医療』
- ・ 清水真人（2015）『財務省と政治』中央公論新社

- ・ 社会保障制度審議会（1950）「社会保障制度に関する勧告」
- ・ 週刊社会保障編集部編（1970）『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
- ・ ジョン・C・キャンベル（1995）『日本政府と高齢化社会：政策転換の理論と検証』中央法規出版
- ・ ジョン・キングダム（2017）『アジェンダ・選択肢・公共政策』勁草書房
- ・ 城山英明、細野助博編（2002）『続・中央省庁の政策形成過程—その持続と変容—』中央大学出版部
- ・ 城山英明、鈴木寛、細野助博編（1999）『中央省庁の政策形成過程—日本官僚制の解剖—』中央大学出版部
- ・ 助川仁（1974-1975）「連載 診療報酬の歴史 1-34」『週刊社会保障』
- ・ 鈴木仁一監訳（1987）『アメリカにおける入退院基準』社会保険研究所
- ・ 鈴木仁一監訳（1987）『アメリカにおける入退院基準』社会保険研究所
- ・ 砂原庸介（2011）「自己強化する制度と政策知識：医療保険制度改革の分析から」『大阪市立大学法學雑誌』57 卷 3 号 pp.287-323
- ・ 砂原庸介（2011）『地方政府の民主主義—財政資源の制約と地方政府の政策選択』有斐閣
- ・ 砂原庸介（2017）『分裂と統合の日本政治—統治機構改革と政党システムの変容』千倉書房
- ・ 宗前清貞（2005）「公立病院再編とアイディアの政治」『都市問題研究』57（8）
- ・ 宗前清貞（2005）「政策過程における専門情報の強度：公立病院改革を題材に」『政策科学・国際関係論集』7号
- ・ 宗前清貞（2008）「医療供給をめぐるガバナンスの政策過程」『年報政治学』2008-II
- ・ 宗前清貞（2012）「自民党政権下における医療政策：保守政党の社会政策と利益団体」『年報政治学』2012-I
- ・ 曾我謙悟（2013）『行政学』有斐閣
- ・ 曾我謙悟（2016）『現代日本の官僚制』東京大学出版会
- ・ 曾根泰教、岩井奉信（？）「政策過程における議会の役割」『年報政治学』
- ・ 高橋洋（2009）『イノベーションと政治学—情報通信革命＜日本の遅れ＞の政治過程』勁草書房
- ・ 武見太郎（1978）『武見太郎回想録』日本経済新聞社
- ・ 武見太郎（1983）『実録日本医師会』朝日出版社
- ・ 田多英範編（2014）『世界はなぜ社会保障制度を創ったのか—主要 9 か国の比較研究』ミネルヴァ書房
- ・ 館林宜夫先生追悼録刊行会（1979）『館林宜夫さん』全国社会保険協会連合会



- ・ 建林正彦（2004）『議員行動の政治経済学—自民党支配の制度分析』有斐閣
- ・ 田原総一郎（1988）『新・日本の官僚』文藝春秋（厚生省 pp.294-317）
- ・ 田原総一郎（1988）『新・日本の官僚』文藝春秋（大蔵省 pp.218-240）
- ・ 田原総一郎（1990）『平成・日本の官僚』文藝春秋（厚生省 pp.138-159）
- ・ 田原総一郎（1990）『平成・日本の官僚』文藝春秋（大蔵省 pp.16-40）
- ・ 田原総一郎（1990）『平成・日本の官僚』文藝春秋（議運・国対 pp.210-230）
- ・ 田丸大（2000）『法案作成と省庁官僚制』信山社
- ・ 田丸大（2005）「省庁における法案の作成過程とその変容」『年報行政研究』2005（40）pp.68-86
- ・ 土田武史（1997）『ドイツ医療保険制度の成立』勁草書房
- ・ 堤修三（2004）『社会保障の構造転換：国家社会保障から自律社会保障へ』社会保険研究所
- ・ 内務省衛生局（1939）『医制五拾年史』
- ・ 永石尚也（2015）「医事法学と医療倫理の距離と連携」『一橋研究』40(3)(183)pp.19-34
- ・ 永石尚也（2015）「医療保険に対する法的統制の可能性」『一橋研究』40(2)(182)pp.21-30
- ・ 永石尚也（2015）「地域医療に対する法的統制の可能性」『一橋研究』40(1)(181)pp.33-49
- ・ 中静未知（1998）『医療保険の行政と政治 1895-1954』吉川弘文館
- ・ 中島明彦（2001）「医療供給政策における政策過程の変容：厚生技官の台頭と政策コミュニティの形成」『医療経済研究』9pp.23-29
- ・ 中島誠（2014）『立法学—序論・立法過程論（第3版）』法律文化社
- ・ 永松俊雄（2007）『チッソ支援の政策学—政府金融支援措置の軌跡』成文堂
- ・ 中村洋（2018）「平成30年度薬価制度改革の意義と残された課題／今後の論点」『社会保険旬報』2717号 16-22頁
- ・ 中村昭雄（2010）『新版 日本政治の政策過程』芦書房
- ・ 中村睦男・前田英昭（1997）『立法過程の研究—立法における政府の役割』信山社
- ・ 西尾勝（2001）『行政学（新版）』有斐閣
- ・ 新田秀樹（2009）『国民健康保険の保険者』信山社
- ・ 新田秀樹（2012）「低所得者のための医療保障の方向性—福祉医療制度構想の顛末に学ぶ—」『法学新報』119巻5・6号 733-753頁
- ・ 日本医師会・日本医師連盟（1957）「社会保険医療の実態（白書）と医師の訴え」
- ・ 橋本鉦市（2008）『専門職養成の政策過程：戦後日本の医師数をめぐって』学術出版会
- ・ 濱本真輔（2007）「選挙制度改革と自民党議員の政策選好—政策決定過程変容の背景—」『レヴァイアサン』41号 pp.74-96

- ・ 早川純貴（1991）「福祉国家をめぐる政治過程（1）—84年健康保険法改正過程の事例研究—」『法学論集』43号 111-159頁
- ・ 早川純貴（1991）「福祉国家をめぐる政治過程（2）—84年健康保険法改正過程の事例研究—」『政治学論集』33号 33-93頁
- ・ 早川純貴（2004）『政策過程論—「政策科学」への招待』学陽書房
- ・ 林義郎（1984）『厚生行政と私』現代経済研究会
- ・ 福永肇（2014）『日本病院史』PILAE PRESS
- ・ 藤田由紀子（2008）『公務員制度と専門性：技術系行政官の日英比較』専修大学出版局
- ・ 藤野豊（2008）『厚生省の誕生 医療はファシズムをいかに推進したか』かもがわ出版
- ・ 船橋光俊（2011）『ドイツ医療保険の改革—その論理と保険者機能』時潮社
- ・ 法制執務研究会編（2018）『新訂ワークブック法制執務 第2版』ぎょうせい
- ・ マイケル・リップスキー（1986）『行政サービスのディレンマ：ストリート・レベルの官僚制』木鐸社
- ・ 待鳥聡史（2015）『代議制民主主義』中央公論社
- ・ 松谷有希雄（2015）『松籟』社会保険研究所
- ・ 松並潤（2005）「地方公社の統廃合と知事の交代」『レヴァイアサン』37号 pp.185-195
- ・ 真淵勝（1997）『大蔵省はなぜ追いつめられたのか』中央公論社
- ・ 真淵勝（2010）『官僚 社会科学の理論とモデル 8』東京大学出版会
- ・ 宮岡慧（2006）「厚生労働省の指導・監査に協力する顧問医師団」『Phase3』
- ・ 宮川公男（2002）『政策科学入門（第2版）』東洋経済新報社
- ・ 「宮崎さんの思い出」刊行会編（1956）『宮崎さんの思い出』『宮崎さんの思い出』刊行会
- ・ 宮脇淳（2011）『政策を創る！考える力を身につける！「政策思考力」基礎講座』ぎょうせい
- ・ 三輪和雄（1990）『猛医の時代 武見太郎の生涯』文芸春秋
- ・ 村松岐夫（1994）『日本の行政』中央公論新社
- ・ 村松岐夫（2001）『行政学教科書（第2版）』有斐閣
- ・ 村松岐夫（2010）『政官スクラム型リーダーシップの崩壊』東洋経済新報社
- ・ 森本潔氏追悼録刊行事業会編（1967）『森本潔さん』森本潔氏追悼録刊行事業会
- ・ 安田彦四郎氏追悼録刊行会編（1977）『回想 安田彦四郎』安田彦四郎氏追悼録刊行会
- ・ 日本製薬団体連合会保険薬価研究会編（1967）『薬価基準総覧』日本製薬団体連合会保険薬価研究会
- ・ 柳至（2014）「政策の存在理由が地方政治家の行動に与える影響—地方自治体における政策・組織廃止を事例にして—」『年報行政研究』49号 pp.160-181
- ・ 柳至（2018）『不利益分配の政治学—地方自治体における政策廃止』有斐閣

- ・ 山川恒三郎 (1953)「科別件数定額拂方式について」岡山県社会保険診療報酬支払基金
- ・ 山口新一郎追悼集刊行会編 (1986)『山口新一郎さん』山口新一郎追悼集刊行会
- ・ 山下博之 (2015)「地方自治体における震災時業務継続計画の波及に関する一考察—なぜ、どのように策定されないのか」『自治体危機管理研究』15号 pp.69-79
- ・ 吉村仁さん追悼集刊行会 (1988)『吉村仁さん』ぎょうせい
- ・ 吉原健二、和田勝 (2008)『日本医療保険制度史 (増補改訂版)』東洋経済新報社
- ・ 吉原健二 (1983)『老人保健法の解説』中央法規出版
- ・ 竜聖人 (2015)「1980年代以降の医療供給制度改革の展開：政策学習論の視座から」『年報政治学』2005-I
- ・ 竜聖人 (2015)「第1次医療法改正の政策過程—政策学習論の視点から」『筑波法政学会』64号 pp.139~162
- ・ 老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編 (1991)「老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会記録」財団法人長寿社会開発センター
- ・ 和田勝 (2007)『介護保険制度の政策課題』東洋経済新報社
- ・ 渡邊芳樹 (1992)「老人保健法制定の立法過程」『北大法学論集』42巻4号 203-267頁