
特集：戦後社会保障改革史—オールラヒストリーと史資料で描くその軌跡—

医療保険制度改革を規定するもの ——1980年代前半の改革を素材として——

新田 秀樹*

抄 録

本稿においては、1980年代前半の医療保険制度改革（1982年の老人保健法の制定と1984年の健康保険法等の改正）を対象として、それらの改革の時期と内容を規定することとなった原因・理由（規定因子）の分析を試みた。

その結果、①医療保険財源の不足という財政的因子が、改革の時期及び内容の大枠を直接的に規定する因子であること、②改革の具体的内容については、改革に関わる各アクターの個別具体的な利害やポリシーといった組織的因子の衝突・調整の結果として形成・決定される部分が多いこと、③剥き出しの利害の衝突を避け、ほかのアクターを説得するためのツールとして、④給付と負担の公平や保健事業の総合的推進といった理念的因子、⑤改革内容の論理的整合性といった理論的・論理的因子、⑥改革後の制度のフィージビリティといった実務的・技術的因子が用いられること、④実際の改革では、①～③のような規定因子が重層的・複合的に作用した結果として、その時期と内容が決定されていくこと、が確認できた。

キーワード：老人保健法，健康保険法，規定因子，吉村仁

社会保障研究 2018, vol.3, no.1, pp.40-54.

I 本稿の目的

日本の医療保険制度は、1961年の国民皆保険の達成を一つの出発点として、その後さまざまな改革を繰り返して現在に至っている。それらの制度改革は、いずれも、それぞれの改革固有の規定因子と各改革に共通する規定因子とを持っていると考えられる。ここでいう「規定因子」とは、当該制度改革がそのようなタイミングでそのような内容となった原因乃至理由という程度の意味であ

る。理論的乃至観念的には、規定因子として例えば、社会的乃至経済的因子（例：人口高齢化への対応、雇用形態や家族形態の変化への対応、低成長経済への適応等）、財政的因子（例：当該制度の財源調達が必要、国の予算シーリングへの対応等）、理念的因子（例：生存権の保障、国民皆保険の堅持、給付と負担の公平、受療機会の均等等）、理論的乃至論理的因子（例：改革内容の論理的整合性等）、実務的乃至技術的因子（例：制度のフィージビリティ、既存制度との整合性乃至連続性等）、組織的因子（例：組織あるいは団体として

* 中央大学法学部 教授

有するポリシーやパワー、利害等)、属人的因子(例:改革に関わる各人の信念、気質、欲求等)といったものが想定できよう¹⁾。

本稿においては、既存文献・資料とオーラルヒストリー報告書の双方を用いて、実際の医療保険制度改革において、どのような規定因子が改革のどのような部分に関しどのように作用してきたかについて、できる限り帰納的かつ具体的に分析することを試みたい。

なお、可能であれば、各制度改革に共通する規定因子を明確化することにも努めたいが、そのためには、皆保険達成以降現在に至るまでの改革を網羅的かつ時系列的に分析する必要がある。しかし、筆者の能力と紙幅の関係から、本稿においては、そうした分析の第一歩として、オーラルヒストリー報告書における言及が比較的豊富になされている1982年の老人保健法(昭和57年法律第80号)の制定と1984年の健康保険(以下「健保」ということがある。)法等の大改正(昭和59年法律第77号)の中の中核的な制定乃至改正事項の幾つか(すべてではない)を取り上げて分析を行うこととしたい。

Ⅱ 分析に当たっての留意事項

規定因子の分析に当たっては、以下のような点に留意したい。

第一に、規定因子のレベルとしてはさまざまなものが考えられ、レベルに応じて規定因子が制度改革に与える影響が異なる(直接的か間接的か、局所的か大局的か、具体的か抽象的か、強いかなど)ということである。例えば、健保法の改正内容が政府管掌健康保険(以下「政管健保」という。)の財政状況に規定され、政管健保の財政状況は国の一般会計の財政状況に規定され、国の一般会計の財政状況は国の経済状況に規定され、国の経済状況は産業構造や生産年齢人口あるいは

労働生産性、さらには世界経済の状況に規定されるといったようなことである。このように、制度改革の規定因子はレベルの異なるものが重層的に存在して、それぞれの影響の及ぼし方はさまざまである上に、規定因子が相互に影響を及ぼし合う場合もあることから、制度改革の規定因子とその作用を網羅的に特定することは不可能に近い。したがって、本稿における作業は、規定因子の中で制度改革に直接的あるいは具体的に強い影響を与えたと思われる因子を、主としてオーラルヒストリー報告書から拾い上げるに止まるものであることを予めお断りしておきたい。

第二に、規定因子とそれを主張乃至体现するアクターが元々持っていたと考えられる固有の因子とは、一応区別して考える必要があるだろうということである。上記の健康保険法改正を例にとれば、その規定因子の一つとして国の一般会計の財政状況(例えば税収不足による政管健保への国庫補助財源の不足など)が挙げられるが、国庫補助財源が不足しているのでそれに対応した制度改正をしてほしい旨を具体的に主張するアクターは、組織乃至機関としては大蔵省(現・財務省)主計局であり、(自然)人としては厚生担当主計官なり担当主査なりということになる。この場合、一般会計の財源不足という財政的因子と大蔵省の組織としてのポリシー・利害・主張(例えば財政規律の堅持等)といった組織的因子と主計官や主査の個人的信条・考え方・気質といった属人的因子を理論的には明確に切り分けることが望まれるが、しかし実際に区分することは難しいということも、本稿における留意事項としておきたい。

第三に、第二とも関連するが、純粋な属人的因子が具体的には何か、すなわち「A氏がいなかったらこの改革はできなかった。」と言われる場合に制度改革に影響を与えた因子であってA氏にはあるがほかの者にはない固有の何かを特定することは、困難なことが多いことに留意する必要がある。

¹⁾ もとより、こうした分類は些か便宜的なものであり、①組織としてのポリシーは組織的因子としても理念的因子としても捉えることができる場合がある、②組織としての利害は組織的因子としても財政的因子としても捉えることができる場合がある、③各人の信念は属人的因子としても理念的因子としても捉えることができる場合がある、など複数の観点から捉えることが可能な因子もあることに注意する必要がある。

るということである。ミクロのレベルで見れば、どのような制度改革も、それにかかわるアクター（人）の一定の考え方・信条に基づいた言動の交錯・調整を通じて形成・実現されていくこととなるが、そうした言動に反映・体现される因子の中から複数のアクターが共有するもの（社会・経済的因子、財政的因子、理念的因子・理論的乃至論理的因子、組織的因子など）を取り除いていった後に残る純粋な属人的因子は、結局のところ当人の固有の信念や気質といった「個性」としか言いようのないものになってしまい、しかもその「個性」が改革に具体的にどのような影響を与えたかを証明することは、A氏を別の人間に差し替えての再現実験ができない以上、なかなか難しい。また、現実には、あるアクターの特定の言動が如何なる規定因子にどの程度影響を受けてなされたものかを実証的に分析すること自体が困難なことも多い。本稿では、属人的因子にはそうした不確定性乃至曖昧さがあることを留保した上で、オーラルヒストリー報告書等の記述を踏まえ「〇〇改革の△△の部分については××氏の関与が大きい。」というような表現をすることがあることをお断りしておく。

第四に、当たり前のことであるが、制度改革の内容等の可変性は、改革を担当する部局（例：厚生省（現・厚生労働省）保険局等）が調整・コントロールできる規定因子の範囲内に、基本的に限定されるということである。逆に言えば、担当部局の所掌外で直接的・効果的なコントロールができない因子（例：国家レベルの社会・経済的因子や、理念的因子としての市場原理優先主義といった大きな思想的潮流など²⁾）については、少なくとも担当部局としては、それらを改革の所与の前提条件³⁾として受け容れざるを得ず、それが制度改革の大枠乃至外延を規定することになる。もっとも、規定因子の多くは完全コントロール可能とコ

ントロール不能の中間に位置しているであろうから、それらの因子を担当部局が実際にどこまでコントロールできたかの分析が、本稿のような研究においては重要となろう。

Ⅲ 老人保健法制定における規定因子

1 老人保健法の制定経緯⁴⁾

老人保健法の制定に至る検討プロセスの直接的な出発点は1973年と考えてよいであろう。高度経済成長に支えられ1973年に福祉元年と謳われた社会保障の拡充は、同年の石油危機の発生により終了し、その後、日本の社会保障制度は、慢性的な低経済成長と公的財政の悪化の中で、人口高齢化への対応に追われることとなる。診療報酬の大幅引上げなどにより医療費が急騰し政管健保の財政が悪化したため、1976年、1977年、1980年と立て続けに健保法が改正され当面の制度の維持が図られたが、経済社会状況の変化に対応した制度構造の改革は殆ど手つかずのままであった。また、相対的に医療費の高い高齢者がほかの医療保険制度に比べ集中していたところに、1973年の老人医療費支給制度の実施（老人医療費の無料化）による受診率の急増が追い討ちをかけた国民健康保険（以下「国保」ということがある。）の財政状況はさらに深刻であった。このため、国保における老人医療費の増加にどう対応すべきかということが、従前の政管健保の財政赤字対策にとって代わるような形で、医療保険政策における重要課題となっていく。

厚生省は、1976年に老人保健医療問題懇談会（厚生大臣の私的諮問機関）を設置し、同懇談会は翌年10月の意見具申の中で、老人保健医療対策は総合的かつ包括的な制度として確立されるべきと述べた上で、複数の財源調達方式とその問題点を提示した。しかし、老人医療費の負担の在り方

²⁾ 1980年代以降の日本の医療制度改革を「市場原理優先主義vs国民皆保険の堅持」という観点から論じたものとして新田（2003）を参照。

³⁾ 通常、「改革の背景」などとして説明される因子である。

⁴⁾ 本節の記述は、基本的に、厚生省五十年史編集委員会編（1988）（以下「厚生省五十年史」という。）pp.1519-1521, pp.1671-1676及びpp.1791-1813、吉原（1983）pp.3-20及びpp.99-226に拠っている。

について関係者の意見がなかなかまとまらないため、1978年12月には、小沢辰男厚相が別建ての老人保健制度（市町村が一元的に医療とヘルス事業を実施、財源は国・地方公共団体・事業主・住民（市町村が徴収する拠出金）で負担）の構想（小沢構想）を、また、1979年10月には、橋本龍太郎厚相が既存の医療保険制度を前提に財政調整を行う老人保健医療制度（市町村が40歳以上の住民に公費でヘルス事業を実施、また、老人医療の財源は基本的に医療保険者間で財政調整し共同で負担（一定の国庫負担も行う））の構想（橋本構想）を、それぞれ厚生大臣私案として発表するといった動きも見られた。そして、同年12月には、自民党三役及び厚生大臣・大蔵大臣・官房長官の6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」旨の覚書が結ばれている。

厚生省は1980年6月に省内に老人保健医療対策本部を設置し、同年9月に、①市町村が保健給付（医療とヘルスサービス）を行う、②費用は公費と医療保険者からの拠出金で賄う、③一定以上の所得があるときは患者一部負担を求める等を内容とする老人保健制度第一次試案を発表した（さらに同年11月に複数の財源案を提示）。厚生省は、その後さらに関係方面等との調整を進めて、同年12月には厚生・大蔵両大臣間の合意をみて、翌1981年3月に老人保健法案要綱を社会保険審議会と社会保障制度審議会に諮問し、同年5月、老人保健法案を第94回国会に提出した。同法案は、第94回国会では継続審議となり、次の第95回国会の衆議院で一部修正された後再度継続審議となったが、第96回国会においてさらに参議院での修正を受けた後、衆議院に回付され1982年8月に可決成立し、公布された（施行は1983年2月）。

2 老人保健法の規定因子として考えられるもの

(1) 制定の時期に係る規定因子

老人保健法案が1981年という時期に国会に提出され1982年という時期に成立したことに關しては、吉原（1983）pp.3-20が、第1に、「天の時」が熟してきたこと、すなわち、①老人医療費無料化制度発足後の予想を超えた老人医療費の著しい伸び、②石油危機を契機とした高度成長から低成長への経済の転換と国の財政悪化、③将来的な人口の高齢化の進行と社会保障費の増加といった老人保健法を生み出す背景事情や、感染症中心から癌・脳血管疾患・心疾患中心への疾病構造の変化に伴う包括保健体制確立への認識の高まりなどの諸情勢が変化してきたことを、第2に、「地の利」ともいうべき外部的好条件（具体的には、「増税なき財政再建」と「活力ある福祉社会の実現」のための行政改革を最大の政治課題とした鈴木内閣の成立（1980年7月）、1981年3月の第二次臨時行政調査会（第二臨調）の発足⁵⁾、1982年度予算へのゼロシーリングの導入といった状況下での、老人保健法の提出・成立に向けての自民党の強い後押し等）と内部的好条件（具体的には、政管健保の財政安定化を図るための健保法改正案の成立（昭和55年法律第108号）により老人保健に取り組む厚生省内の体制が整備できたこと等）に恵まれたことを挙げており、厚生省五十年史p.1519及びpp.1671-1672も、基本的に同様の指摘を行っている。

これらの記述からは、「天の時」として掲げられたようなレベルでの社会的・経済的因子や財政的因子は、将来のいずれかの時点において老人保健医療対策についての抜本的な対応を迫る、その意味で改革を促す基底的な因子と言い得るものの、それだけでは老人保健法の提出や成立の時期を特定させるに至らず⁶⁾、時期の特定は、「地の利」として挙げられたようなより具体的なレベルでの政治的因子⁷⁾・組織的因子・財政的因子などに規定されるところが大きいことが見て取れる。

⁵⁾ 『吉原健二報告書』p.30に「第二臨調は早々と老人保健法の強い後押し役、応援団になってくれた」旨の記述がある。

⁶⁾ 吉原（1983）p.18も「天の時が熟しただけで老人保健法が現実にも生まれたかどうかは分からない。」と述べる。

制定の時期に係る規定因子については、各オールヒストリー報告書において、それほど体系的に記述されているわけではなく、上記因子に付け加えることは少ないが、『佐々木典夫報告書』p.28に「吉村さん⁸⁾は〔中略〕医療保険改革を進めるには、老人保健医療制度も動かさないといけないと、一段と気合が入られた」旨の述懐がある点は、制定時期に係る属人的因子に関わる記述として確認しておきたい。

(2) 老人保健法の基本構造（共同拠出方式の採用）に係る規定因子

老人保健制度の基本的仕組みをどうするかということについては、大別して、①老人を従来の医療保険制度から切り離して老人だけを対象とした新しい制度を別に創設するという考え方（別建方式）と、②従来の医療保険制度の大きな枠組みを変えないで、主として制度間・保険者間の財政調整（財調）により問題の解決を図るという考え方（財調方式）の2つの考え方があったとされる〔吉原（1983）p.20〕。

1977年10月の老人保健医療問題懇談会の意見書（今後の老人保健医療対策のあり方について）では、「現行制度のまま医療保険の財政調整で対処する方式」は「関係者の合意が得にくい」とした上で、別建方式につき、④費用を全額公費で賄う方式、⑤費用の一部を公費で負担し、残りを年金給付費で賄う方式、⑥費用の一部を公費で負担

し、残りを医療保険各制度からの拠出で賄う方式、⑦費用の一部を公費で負担し、残りを住民や事業主の拠出で賄う方式、の4つのヴァリエーションを示し、④については「財政的に不可能」、⑤については「年金制度が未成熟」、⑥については「関係者の合意が得にくい」とそれぞれ難点を挙げた上で、④が「具体的検討に値する」とした〔吉原（1983）pp.120-122〕。この④案が最終的に前述の1978年12月の小沢構想に繋がることになるが、この案の特色は、住民と事業主から直接拠出金という形で費用を徴収する点にあった〔吉原（1983）p.23及びp.126〕。

別建方式と財調方式に対する当時（昭和50年代前半頃）の関係団体の態度は、国保関係者（国保中央会、全国市長会、全国町村会等）は別建ての総合的制度の創設を主張し、また、被用者医療保険サイドである健康保険組合連合会（以下「健保連」という。）等の健保組合関係者や労働団体（総評、同盟等）も別建ての総合的制度の創設を主張した⁹⁾が、診療側を代表する日本医師会（以下「日医」という。）¹⁰⁾はどちらかといえば財調方式を支持し、別建方式については「人間を年齢で区切って老人を別建とする別建案は、単なる財政対策にすぎず、生命の尊厳とジェリアトリックヘルスの基本理念に欠け、老人の人権を無視する姥捨山構想である」と強く非難した¹¹⁾〔吉原（1983）p.22及びp.132〕。また、国の予算を預かる大蔵省は、別建方式に最後まで反対し財調方式を強く主張した

⁷⁾ Vで若干触れるが、純粋な政治的因子として具体的に何を想定し得るかということは、一つの検討課題となり得よう。

⁸⁾ 吉村仁は、1980年5月から1982年8月まで厚生省大臣官房長、同月から1984年8月まで同省保険局長〔吉村仁さん追悼集刊行会編（1988）pp.592-593〕。

⁹⁾ 時期がやや後にずれるが、社会党、公明党、民社党などの各党が1979年から1981年にかけて明らかにした老人医療制度構想も、別建ての総合的制度の創設をめざすものであった〔吉原（1983）p.22及びp.131〕。

¹⁰⁾ 「当時の日本医師会は、大変な政治力をもった武見太郎会長の最後の時代で、なお武見会長の了承なしには物事が進まなかった」〔佐々木（2003）p.60〕とされる。

¹¹⁾ この点に関し、堤（2017）p.41は、④案は「老人だけを対象とする制度の建て方は、昭和43年1月の日医意見に盛り込まれている老齢保険制度構想（その後、昭和44年6月の自民党の国民医療対策大綱や同年8月の厚生省の医療保険制度の改革要綱試案でも追隨）に親和的であるほか、住民・事業主から拠出を求める財源方式は〔中略〕財政調整案にアレルギー状態となっていた健保連等に配慮しているなど、〔中略〕すべての関係者が反対しにくいように考えた（つもり）の内容であった」にも拘らず、「予想に反して日医の虎の尾を踏んでしまった」と述べ、日医が別建方式への反対に回った理由を「後の老人保健法の衆議院修正などから推測すれば、日医は、老人別建ての制度が老人医療費を抑制するため出来高払いの診療報酬支払方式の変更に繋がるおそれを見て取ったのであろう。」と推測している。

が、その理由は、出来高払い方式という診療報酬支払方式を根本的に変えない限り構造的な赤字要因を抱えた制度をまた新たにつくることになりかねないからであったとされる〔吉原（1983）p.23及びp.25〕。

そして、老人保健医療問題懇談会の意見具申以降の経緯を見ると、「主として保険者の意向を念頭に置いた」別建方式の小沢構想が陽の目を見ず、「診療団体の反対を緩和し、財政当局の支持を得ようとする立場に立った」財調方式の橋本構想が仕切り直しの出発点となって、前述の1979年12月の翌年度予算案編成の際の厚生大臣等6者間の覚書が交わされ、翌年以降の老人保健法案の本格的検討に繋がっていく展開となっている〔吉原（1983）pp.130-133〕。このことから、老人保健法の基本構造の規定因子としては、基底的には老人医療の財源をどのように調達するかという財政的因子が存在しているものの、別建方式と財調方式のいずれをベースとするかを決したのは、国保や被用者保険の各保険者、日本医師会、大蔵省といった関係団体・組織の利害や主張、パワーバランスといった組織的因子によるところが大きかったといえるのではないか（結果的に、（同床異夢的なところがあるとはいえ）日医・大蔵省のパワーが、保険者のパワーに勝ったことになる）。

しかし、老人保健法の仕組みは、公式的には財調方式とは説明されていない。1980年6月に厚生省内に設置された老人保健医療対策本部での検討の方向は、小沢構想と橋本構想のいずれでもない、且つ、両方の要素を取り入れた別建て一保険者拠出方式という第三の途を探っていくこととされ〔吉原（1983）p.136〕、吉原（1983）p.24では、これを「共同拠出方式」と呼んで、「財源を各保険制度から共同で拠出しつつ老人医療の新制度を創設する考え方は、系列としては〔中略〕別建の部

類に属する」が、「現行の医療保険制度の仕組みを使って財源調達する点において完全な別建ではな」く、「それなら財政調整かといえは」「財政調整というのは厳密にはあくまで保険者間の財政状態ないしは財政力を基準とした資金の拠出又はやり取りである」ので「そうではな」く、「別建案と財調案の両方の要素をもった中間案、折衷案といえるかもしれない」との説明を加えている¹²⁾。しかし、同時に、「共同拠出方式においても費用の拠出を求める基準に各医療保険制度の保険者ごとの加入者数、正確には老人加入率の差という要素を取り入れることにしたために財政効果の面において財調方式と非常に近いものになった」とも述べている。

確かに、「財政調整」の意味を上記のように厳密に捉えれば、共同拠出方式は、①資金の拠出を求める基準に各保険者の財政力ではなく加入者数を採用していること、②その結果として、相対的に財政力の強い保険者だけでなく、すべての保険者が形式的には資金を拠出していること¹³⁾、から典型的な財調方式ではないといえるかもしれない。しかし、吉原（1983）p.24も認めるとおり、共同拠出方式は「財政効果の面において財調方式と非常に近い」のであり、加入者数という（各加入者の保険料負担能力が等しいとの擬制に立った）費用拠出基準を採用した財調方式（のヴァリエーション）と解することも十分可能であろう。現に、オーラルヒストリー報告書においても、「法律が成立した後では私〔佐々木¹⁴⁾〕も『老人保健法は、保険者間の一種の財政調整を行うという性格を有している。』と解説していました。」〔佐々木典夫報告書〕p.56〕、「当時は、それなりに意味を持ったのですけれども、だんだん化けの皮が剥がれてきて、『財政調整じゃないか』という『財政調整ですよ』という感じですかね。」〔堤修三¹⁵⁾報告

¹²⁾ 『吉原健二報告書』p.12では「各制度の財政力の強弱、有無を基準とした金のやりとりでなく、国保も含め、各制度が一定の基準でみんな金を出しあい、共同で老人医療費を賄う、その基準は各制度の財政力でなく、七十歳以上の老人加入率が多いか少ないかを基準にするということですから、財政調整ではない」と説明している。

¹³⁾ 吉原（1983）pp.43-46も参照。

¹⁴⁾ 佐々木典夫は、1980年6月から1982年8月まで厚生省老人保健医療対策本部事務局次長。

¹⁵⁾ 堤修三は、1979年8月から1980年6月まで厚生省社会局老人保健医療制度準備室室長補佐。同月から1982年9月まで厚生省老人保健医療対策本部事務局次長補佐。

書』p.65)といった発言が散見されるところである。

それにも拘らず、老人保健制度の基本構造は財調方式ではなく共同拠出方式であるとの説明を当時の厚生省の立案担当者が貫いたのは、健保連等の健保組合関係者が健保組合間の財政調整にすら強いアレルギーを持っており、政管健保や国保をも含む全医療保険制度間の財政調整には絶対反対であった〔吉原(1983) p.22〕からにはほかならない¹⁶⁾。日医等の反対で別建方式による制度創設が困難となった〔吉原(1983) p.127〕以上、いわば消去法的に財調方式による制度創設を目指さざるを得ないが、ストレートに財調方式と説明すれば今度は健保連を始めとする被用者保険サイドの反発で制度創設が難しくなることから、健保連等がたとえ渋々でも納得してくれる理屈・説明を提示することが制度の成立のための必須要件になったということであろう。この辺りの機微を『佐々木典夫報告書』p.46及びpp.55-56は「財政調整の匂いはできるだけ消す必要があ」り「保険者拠出金といっても、いろいろなやり方が考えられるので、『とにかく共同拠出だ。それは財政調整ではないんだよ。こっちの懐からこっちに持って来るのではないよ。みんなが出してやるんですよ』という、その頭の切り替えがミソですね。」と、また、『堤修三報告書』p.65は「〔トータルの印象としては財政調整のひとつであるものを〕いかにお化粧するか」と述べている。ここからは、組織的因子を背景としつつも、関係者が納得し得る説明・論理を示せるかどうかという理論的乃至論理的因子も、制度の成立の成否や内容を規定する重要な因子となる場合があることがわかる。

そして、『佐々木典夫報告書』p.46及びpp.54-55が、「吉村さんは〔中略〕『本来は新税・特別拠出金方式が良いが、また、財調は無理だから、共同負担と構成する別建て共同拠出方式が現実的だ。これしかないぞ。割り切ってやれ』ということと言われて」いたが、「長年にわたり何回も医療保険行政に携わられ、医療保険の吉村と言われるくらいに、心血を注いで医療保険改革に取り組まれ、医療保険の複雑さ、合意形成の難しさなりを熟知した吉村さんは経過を踏まえ、あちこち睨んだ時には、老人保健の制度の建て方としては共同拠出方式しかないというお考えになられたのだと思います。」と述懐していることにも、共同拠出方式の採用に影響を及ぼした属人的因子に係る記述として留意しておきたい。

(3)「総合的な保健対策の推進」に係る規定因子
前記の共同拠出方式に関し、後日、吉原健二¹⁷⁾は、当時別建方式と財調方式(あるいはそれ以外の第三の途)のいずれを選択するかについて、「誰でも最初に思いつくのは、別建て案です。〔中略〕別建てにすると、財源も、別に新しい保険料か税金でとるということで、これは、口で言うのは簡単ですが〔中略〕大変なことです。制度としては割合きれいな形であっても、別建て案は初めから難しいかなという感じを持っていた。それで、財調案のほうがやりやすいかもしれないと思っていたのですが、財調案をストレートに出せる状況でもなかった。国保が大変だから健保から金を回して財政的に調整する財調案自体にもあまり魅力がないことは確かです。それで、共同拠出しかないかなと。ただ、単に金を出し合うというだけで

¹⁶⁾ 『堤修三報告書』p.39によれば、保険者間の財政調整に対する健保連の「アレルギーがあったのは健保連と政管健保の間で、〔中略〕それが、政管健保の財政問題というよりも、診療報酬引き上げのための財政調整だったので、反発が強かった」としている。その背景には「かつては政管健保が厳しいということで、組合健保は政管健保を助けてやれ、あるいは、健保連は保養所ばかりつくって怪しからんと日医はずっと主張していました。政管健保が厳しいので診療報酬が上がらない。武見さんは『財政調整しろ』と言う。それに対して、診療報酬を上げるためにということで、健保連にとっては本当にタブーになっていった」〔『堤修三報告書』p.39〕という事情があった。なお、「昭和54年5月には、53年12月の自由民主党幹事長と日本医師会長との合意に基づき、被用者保険制度間において制度の統合を行うに等しい財政調整を行おうとする医療保険財政調整法案が、自由民主党から議員提案で提出され」ている〔佐々木(2003) p.38, 『佐々木典夫報告書』p.24, p.28及びp.46〕が、これは、健保連サイドに対する日医の「当てつけ」とも理解できる。

¹⁷⁾ 吉原健二は、1980年6月から1982年9月まで厚生省老人保健医療対策本部専任副本部長。

はなしに一つのちゃんとした哲学なりに基づいた、しかも実務的に現実性のあるものにしなければいけない。同時に、ヘルスと一体的なものとして、単に財政問題の解決だけでなしに、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」〔佐々木(2003) p.47〕と述べ、佐々木典夫も「制度の組み立て方のポイントは、実務性・現実性であった。白地に自由な絵を描くのと異なり、現に機能している現行の医療保険制度とのつながりをどう整理できるのか。財源は共同拠出方式で、医療保険の本籍は各医療保険に置いた上で、新制度を横断的につくる、というアイデア¹⁸⁾が出たときには〔中略〕暗闇に正に光明を見出した思いだった。〕〔佐々木(2003) p.47〕と述べている。ここからは、老人保健法という制度の内容の規定因子としては、前述の財政的因子や組織的因子あるいは理論的乃至論理的因子に加え、「新しい制度としての魅力を持たせる」「一つのちゃんとした哲学」といった理念的因子や「実務的に現実性のあるもの」とか「実務性・現実性」とかといった実務的乃至技術的因子¹⁹⁾も重要であることが窺えよう。

そして、老人保健法における理念の柱の一つが、予防から治療、リハビリテーションに至る保健(ヘルス)事業の総合的な実施による包括的な保健サービスの提供であった。こうした理念を考案した経緯と理由について、『吉原健二報告書』p.6では、「共同拠出の案をみんなに理解してもらう、反対できないように理解してもらうには、どういう考え方で説明したらいいかということをそれぞれ朝から晩まで考え」て「新しい制度の最大の目的は老後の健康のための若いときから総合的

な保健対策の推進にする、そのうえで病気になったときは適切な医療を行い、医療費は国民全体で公平に負担する制度にしようと思ったんです。いいかえれば新しい制度は財政対策、財政問題解決のための『保険』の制度としてつくるのでなく、国民の老後の健康の保持、増進するための『保健』『ヘルス』対策の推進を第一の目的とする制度にしようと思ったんです。そのうえで国民全部で老人医療費を公平に負担してもら〔中略〕おうと思ったのです。」と述べ、同報告書p.8でも、「新しい制度は国民の健康、ヘルスの増進を目的とする制度であることを強く前面に打ち出したんです。それに誰も反対する理由はないだろうと思いましてね。それが関係者や関係団体、各方面に『厚生省がこれまでいつてきたことと少し違うな』という印象を与えたんでしょね。」との評価を行っている。

ここからは、「総合的な保健対策の推進」という理念が、老人保健法に「新しい制度としての魅力」を持たせ²⁰⁾、共同拠出方式による財源調達という方法を関係者・関係団体等に受け容れてもらう上で一定の役割を果たしたことが窺える。理念的因子が制度改革の成否に一定の影響を及ぼした一例と言えよう。しかし、他方、当該理念が規定されることにより実際に保健事業の充実が図られるかは、事業の具体的な実施規定の規定ぶりや措置された財源の多寡、あるいは実施主体である市町村の能力や熱意²¹⁾に左右されることが大きいことから、理念的因子が制度の内容に及ぼし得る影響には不確定性乃至限界が伴うことにも注意する必要がある。この点につき『堤修三報告書』p.36は、老人保健法で規定した(医療以外の)ヘルス事業

¹⁸⁾ このアイデアは、当時老人保健医療対策本部事務局次長補佐であった堤修三らの発案とされる〔『堤修三報告書』p.31及びp.63〕。

¹⁹⁾ フィージビリティという意味での実務的・技術的因子が制度設計に大きな影響を与えた例として高額療養費制度がある。1973年の健保法等改正(昭和48年法律第89号)により高額療養費制度が創設された際にレセプトの合算処理ができなかったのは、それが「当時の社会保険庁・社会保険事務所の現場では徹底できない状況があった」からであり〔『佐々木典夫報告書』p.11〕、1984年健保法等改正案の参議院修正で高額療養費の改善が行われたときも「実務にのりません。できません。」と言って一番反対したのは社会保険庁であったという〔医療科学研究所(2017) p.339〕。ここからは、実務的・技術的因子としては、最大の保険者であった社会保険庁(政管健保)が事務処理をすることが可能かどうかということが制度設計のポイントの一つであったことが分かる。

²⁰⁾ その限りで、理念規定が「アクセサリ」〔『堤修三報告書』p.36〕的要素も持つことは否定できまい。

が「どこまでできるかというところ、なかなか実効は上げにくいという難しいという問題がありました。」と述べている。

Ⅳ 1984年健保法等改正における規定因子

1 1984年健保法等改正の経緯²¹⁾

前述の老人保健法の成立により国保に対する老人医療費の重圧は緩和されることとなったが、高齢化のさらなる進行や医学医術の進歩等により中長期的に見て医療費の増大はなお避けられず、したがって、医療保険制度の効率的な運営の実現と医療費の適正化を図ること、そしてそのための医療保険制度改革を行うことは引き続き重要な課題であり続けた。同時期に行財政改革を推進するために設置された第二臨調が行った数次にわたる答申もその追い風となった。こうした状況の下、1982年8月には厚生省の国保問題懇談会が退職者医療制度の創設等を求める中間報告を出し、同年10月には、第二臨調の答申を受けて前月に閣議決定された行財政改革大綱を受ける形で厚生省内に国民医療費適正化総合対策推進本部が設置された。並行して法改正を担当する厚生省保険局内部では医療保険政策の在り方についての基本的検討が進められていった²²⁾。

こうした流れと並行して、1983年度予算から導入されたマイナス・シーリングが1984年度予算においても継続されることとなったことも大きな圧力となって、厚生省は、医療保険制度を中長期的に維持するとともに、当面の国庫負担を縮減するための抜本的な制度改革を行わざるを得なくなり、1983年8月の翌年度予算概算要求の中でその具体的改革案を提示した。かなりドラスティック

な内容を含んだ改革案は関係者の間で賛否両論のさまざまな反響を引き起こし改革内容の決定に至るまでの調整は難航したが、最終的に1984年1月の自民党四役裁定によりおおむね決着した。

こうして、厚生省は、①健保をはじめとする被用者保険の被保険者本人の給付率の引下げ（10割を1986年度分から8割（それまでの間は9割に））、②退職者医療制度の創設、③国保への国庫補助の縮減、④特定療養費制度の創設、⑤日雇健保の健康保険への統合などを柱とする健保法や国保法等の大幅改正案（健康保険法等の一部を改正する法律案）を作成し、1984年2月に国会に提出した。同法案は、衆議院で被用者保険本人の給付率を1986年度以降も国会の承認を得て厚生大臣が定める日までの間は9割のままとすること等の修正がなされた後、参議院でも高額療養費の改善についての修正が行われて1984年8月に可決成立し、公布された（施行は同年10月）。

2 1984年健保法等改正の規定因子として考えられるもの

(1) 改正の時期に係る規定因子

1984年健保法等改正の背景は、上記改正経緯でも触れたとおり、大きくは、①高齢化の進行や医学医術の進歩等による中長期的な医療費の増大に対応するための医療保険制度の効率的運営及び医療費適正化の必要と②1984年度予算におけるマイナス・シーリングへの対応の2つと考えられる。厚生省保険局企画課（1986）pp.29-32も、改革の背景となる2つの流れとして、①社会・経済や国民ニーズの変化（具体的には、人口高齢化の進行、低経済成長への移行、国民のライフ・パターンや価値観・意識の多様化に伴うニーズの多様化等）

²¹⁾ 医療以外の保健事業の実施については、地方行財政を所管する自治省（現・総務省）の「市町村に画一的に実施させるのは困難」との主張を受け入れ、実施基準を各市町村の人口規模及び財政事情を考慮して定めることとした（実施事務は団体委任事務として整理）〔吉原（1983）pp.160-162、佐々木（2003）p.63、『堤修三報告書』pp.36-37〕。

²²⁾ 本節の記述は、基本的に、厚生省五十年史pp.1522-1526及びpp.1813-1825、厚生省保険局企画課（1986）pp.20-155に拠っている。

²³⁾ 1983年2月には改革の中心人物である吉村仁保険局長が医療保険制度の課題と改革の方向性を示唆する論文〔吉村（1983）〕を公表している。なお論文公開の日付は1983年3月11日となっているが、ここでは厚生省保険局企画課（1986）p.31の記述に従い同年2月とした。

と②1984年度予算におけるマイナス・シーリング(6,900億円の縮減の必要)を挙げているが、江口(1985) pp.429-431は、改正の背景として、①医療費の増嵩と②国家財政の逼迫に加え、③第二臨調の答申と④制度間の公平化の必要性²⁴⁾を指摘し、医療科学研究所(2017) pp.298-302(発言者:和田勝²⁵⁾)は、⑤あるべき医療保障制度としての「公平」とか給付の改善充実、かくありたいといった、保険局内の多くの者が持っていた「ロマン」(願いの存在²⁶⁾、⑥医療費が増え国庫負担も増大してくる中で財政面から背に腹はかえられないという縛り、⑦医療技術の高度化・高額化、患者の医療ニーズの多様化・高度化といった時代変貌への対応、⑧医師会や自民党などのステークホルダーにおけるリーダーの世代交代²⁷⁾を述べる。

したがって、こうした社会・経済的因子や財政的因子、さらには理念的因子、組織的(乃至属人的)因子などが、老人保健法制定の場合と同様、制度改正の時期や後述する内容を規定したことになるが、その場合、次のような点に留意する必要がある。

第一に、1984年に改正を行わなければならないとの時期を直接的に規定したのは、1984年度予算におけるマイナス・シーリングという財政的因子であり、これが「6,900億円の大部分²⁸⁾を医療費に係る国庫負担の縮減で捻出するような改正」という改正内容の大枠も規定したことを確認しておきたい。そして、この改正を行うことを決断したの

は保険局長の吉村仁であった〔『和田勝報告書』p.115, 医療科学研究所(2017) p.301〕。

第二に、改正を後押しする背景の因子として第二臨調の各答申²⁹⁾が挙げられ、改正は「臨調の論議、答申と軌を一にして進められた」〔『和田勝報告書』p.123〕が、「吉村さんが、とにかく臨調の答申は自分でシナリオを書いたみたいなの」〔『多田宏³⁰⁾報告書』p.50〕であり、第二臨調の第一部長である梅本純正³¹⁾(元厚生事務次官)と吉村とが「審議内容を[中略]相談しながら、大体その方向を決めていった」〔『多田宏報告書』p.49〕ことからすると、臨調答申を受けての健保法等改正には、吉村の自作自演といった要素もあるということである。

第三に、国会に提出した改正法案の成立時期に係る規定因子についての話となるが、厚生省保険局企画課(1986) p.120は、「自民党の二階堂副総裁が、訪米中の1984年5月14日にワシントンで記者団に、健保法改正案の成立は中曽根首相再選の条件であると発言し、改正案は『政局関連法案』として位置づけられ、中曽根首相や自民党四役によって国会で健保法改正案の成立を最優先させることが確認・表明された」旨を述べる。このことは、厚生行政と直接関わらないという意味で純粋な政治的因子が制度改正の時期を規定した事例と言えるが³²⁾、この二階堂発言に吉村が関与していた可能性が高いということである。この点に関し、『和田勝報告書』p.124は「私[和田]の記憶で

²⁴⁾ 江口(1985) p.431は、「そもそも、公平な社会保険制度としての医療保険制度のあり方の議論として、現在のようには制度が分立し、しかも給付と負担の両面において格差があることは制度間の公平という見地からして妥当ではなく、早急に是正されるべきであるという考え方が底流に存在していた。」とする。

²⁵⁾ 和田勝は、1982年9月から1984年3月まで厚生省保険局企画課課長補佐。同年4月から1985年3月まで同省大臣官房政策課企画官(保険局併任)。

²⁶⁾ 前掲注24で述べた「制度間の公平化の必要性」と類似の理念的因子として理解できよう。

²⁷⁾ 当時、自民党の社労族の中心議員(いわゆる大ボス)に橋本龍太郎が加わりつつあり、また、1982年4月に日医の会長が武見太郎から花岡堅面に交代した〔医療科学研究所(2017) p.301, 〔『和田勝報告書』p.113及びp.130〕。

²⁸⁾ 医療科学研究所(2017) p.301では6,200億円とされている。

²⁹⁾ 各答申の医療保険に係るポイントについては厚生省保険局企画課(1986) pp.21-23を参照。

³⁰⁾ 多田宏は、1982年8月から1984年8月まで厚生省保険局企画課長。

³¹⁾ 梅本を第一部長に送り込んだのが吉村であったかどうかについては、やや肯定的な発言もあるが〔『多田宏報告書』p.49〕、定かではない。もちろん吉村が相当程度関与していたことは間違いないが、第一部長になること自体を事実上吉村が決めたことまで言うのは、踏み込みすぎのようにも思われる〔吉村仁さん追悼集刊行会編(1988) pp.121-124(梅本純正稿)、有岡(1997) pp.380-382, 〔『和田勝報告書』p.122, 医療科学研究所(2017) pp.303-304も参照。〕。

は、[二階堂発言の] その少し前だったかな、吉村さんが目白の田中角栄邸を訪問しているんですね。私は、そのときのことが政局関連法案にしたのだと思っていました。」と述べる³²⁾。

以上の第一から第三は、いずれも吉村仁という属人的因子をどのように評価するかに当たり考慮する必要があると思われる。

(2) 退職者医療制度に係る規定因子

1984年健保法等改正は、①被用者保険被保険者本人に定率負担を入れて、患者負担が増える代わりに、健保の保険料が軽くなり、②その健保の浮いた保険料を財源にして、退職者医療制度をつくることで、③結果として、最終的には国保の国庫負担率を引き下げるといいうわば三つ巴構造になっており、退職者医療制度は、保険財政的には患者負担の引上げを国保国庫補助の縮減に結び付ける三つ巴構造の真ん中のリングとして重要な役割を付与されていた。退職者医療制度的な発想自体は、1971年2月に国会に提出された健保法等改正案に退職者継続医療給付制度の創設が盛り込まれる〔厚生省五十年史pp.1336-1337〕など従前から存在したが、1984年健保法等改正においては、マイナス・シーリングをクリアするという財政的因子に強く規定される形で制度改革の内容に取り込まれた点が特徴的と言える³⁴⁾。したがって、和田によれば、「退職者医療制度には国庫負担を入れない仕組みとするというのは、初めから意識して」おり、「『総報酬割』で被用者保険の保険者に拠出金の割り振りをする」とも「早い時期から意識して制度設計が進められてい」たとされる〔『和田勝報告書』p.121〕。

もちろん、単なる国保の財政対策という理由では、療養給付費拠出金を負担することとなる被用者医療保険の保険者の納得を得難いことから、退職者医療制度創設の理由としては、①国保に加入するサラリーマンOBの医療費が国庫負担とほかの国保被保険者の保険料によって負担されるという、被用者保険の国保への依存構造の不合理の是正、②医療の必要性が高まる退職後に、退職前よりも保険給付割合が低下するという不合理の是正、などといった理念的因子あるいは理論的乃至論理的因子に属することも改革内容を規定する理由とされた〔厚生省保険局企画課（1986）pp.52-54〕。

しかしながら、退職者医療制度は、5,000億円を超える国庫負担の縮減額³⁵⁾を捻出するための制度改正内容でなければならないという財政的因子にやはり強く規定された制度であり、そのことがいわゆる「退職者数の見込み違い」の際に財政影響額の訂正や制度内容の見直し等に踏み切れなかった³⁶⁾大きな理由であると考えられる。

(3) 特定療養費制度に係る規定因子

特定療養費制度創設の趣旨は、公式的には、「社会経済の変化に対応して、保険財政の限界・医療の公平性の担保・国民のニーズへの対応・医療の高度化や発展の促進といった（多様な）観点から保険診療と保険外診療とを調整し、保険制度の運営に柔軟性を与えるために導入された」（要旨）と説明されている〔厚生省保険局企画課（1986）pp.56-57及びp.162〕。

本制度は予算と直接関連性がないため1984年度概算要求に盛り込まれなかったとされるが〔厚生

³²⁾ ちなみに、当時保険局企画課長であった多田宏は、健保法等改正法案が一国会で成立した決定的要因として「国会ではやっぱり、橋本〔龍太郎〕さんが非常に力を発揮してくれたんですね。」「〔多田宏報告書〕p.66」と述べている。

³³⁾ 医療科学研究所（2017）pp.341-342も参照。

³⁴⁾ それに加えて、それまで制度設計に当たってのネックとされた「退職者」の具体的把握という実務的乃至技術的因子に属する問題について、多田が「被用者年金は過去のデータを持っているじゃないかということのを思いついて」〔多田宏報告書〕p.50〕設計の目途をつけたことも大きいであろう。

³⁵⁾ 当時厚生省大臣官房総務課課長補佐（国会・政府委員室担当）であった江利川毅は、当時の幸田正孝官房長が「予算の蓋が閉まらない。あと2,000億、保険で背負ってくれませんか」と頼み、吉村保険局長が「官房の要請なら、2,000でも3,000でも積みますよ」と応じたエピソードを紹介している〔医療科学研究所（2017）p.307〕。

省保険局企画課（1986）p.56〕、本制度の検討・具体化自体も財源捻出の中核である前記三つ巴構造の検討・具体化よりはだいぶ遅れて行われたようである³⁷⁾。しかし、財源捻出に関係がなくその内容が財政的因子により規定される部分が少なかつただけに、本制度は、「保険診療と保険外診療とのバランスをどのように取るべきか、さらに言えば、国民皆保険下の公的医療保険給付は何をどこまでカバーすべきか」という理念的因子による内容規定がより強くストレートに表れた制度改革の事例とすることができる。

もっともそれだけに、改革内容にどのような理念を反映させるかは、健保法改正に携わった個々の担当者の信条や考え方（その意味で属人的因子）に強く左右されることとなった³⁸⁾。特定療養費制度導入の趣旨は公式的には上述のとおりであるが、厚生省内の個々の担当者レベルで見ると、「〔吉村保険局長と幸田官房長と寺松尚保険局医療課長の〕3人で話をして特定療養費制度はぜひやりたい。〔中略〕これは将来、小さな芽だけれども大きく育つよということを、3人で話をした」〔幸田正孝³⁹⁾報告書〕p.100〕という積極的な導入派か

ら「局内でも、給付内容の改善充実、変な差額徴収の実態を是正することこそが大事だ」という考え、〔中略〕深めた議論をそんなにしていないのに勝手なことを言うてくれるなというプロセスについての抵抗感も多分にあった」〔『和田勝報告書』p.141〕という慎重派までかなり幅があったようである。しかし、当時の関係者の証言にやや矛盾する部分もあり断定することはできなかった。ただ、各証言を総合的に考えると、当時の厚生省内の大勢は、特定療養費制度は、「〔混合診療に〕箍を嵌めた上で、認めるところは認めるということ」であり〔『多田宏報告書』p.70〕、「基本はできるだけ保険導入を遅らせる方法として着想した面がある」だったが、「しかし、保険導入を遅らせるためにといったら、出来る改正もできないことになりかねない」ので、「メリットを強調した説明ぶりにしました」〔『和田勝報告書』p.143〕ということではなかったのかと思われる⁴⁰⁾。

なお、こうした理念的因子によるものとは別に、特定療養費制度の提案には、料率差額や歯科材料差額をいわば公認することで、病院団体や歯科医師会の健保法改正に対する「絶対反対の声も

³⁶⁾ 『和田勝報告書』p.138によると、退職者数については、保険局調査課の「鎌形健三さんと野々下〔勝行〕さんが大変苦勞されて、散在する既存データを使いながら、407万人と推計し」たのだが、「データ上の限界があり」、予算編成作業の終盤になって対象者数は当初の見込みより少ないことが明らかになってきたが、「その時にはすでに予算案の内容の中に折り込まれていて、大きな枠組みが固まっていたから、対象者数を小さくする、そうすることができる状況、タイミングではな」く、「予算フレームが固まっていたときに医療費国庫負担額に大きな関わりのある退職者数が大きく変動するというのは厚生省もですが、大蔵省だって困」るから、「それで行くしかなかった」とされており、推計ベースとなるデータの制約・限界という実務的乃至技術的因子と予算編成上の必要という財政的因子の両方が制度内容に影響を与えたことが窺える。なお、推計を行った当時の保険局調査課課長補佐の野々下による述懐については、医療科学研究所（2017）pp.307-309を参照。

³⁷⁾ 特定療養費制度についての検討が比較的遅かった証左として、和田は、和田が健保連機関誌の『健康保険』の1983年4月号と5月号に「医療保険（障）政策研究会」のペンネームで執筆した小論文「医療保険政策の構想」中に特定療養費についての記述がないことを挙げている〔『和田勝報告書』pp.126-128、医療科学研究所（2017）p.343〕。

³⁸⁾ 1984年健保法等改正において本文で述べたような属人的因子の作用を強く受けた改正内容（案）としては、健保組合の附加給付の見直し案と特定健保組合の創設も挙げることができよう。前者につき、1984年度予算概算要求において示された「健保組合等が実施していた附加給付は、給付水準の社会的公平の確保という観点から、公的保険制度の枠内では認めないとの方針」が自民党四役裁定を経て法案段階では落とされた〔厚生省保険局企画課（1986）p.49及びp.63〕この背景には、公的医療保険における公平を重視する吉村保険局長と保険者自治を重んじる当時の下村健大臣官房審議官（医療保険担当）との考え方の違いもあったとされる〔江口（1985）p.456、医療科学研究所（2017）pp.327-328〕。また、後者については、特定健保組合制度（特例退職被保険者制度）は、下村が健保組合サイドの要請を受けて制度化した経緯があるという〔医療科学研究所（2017）p.341〕。

³⁹⁾ 幸田正孝は、1982年8月から1984年8月まで厚生省大臣官房長。

⁴⁰⁾ この特定療養費制度を巡る関係者のスタンスについては、各オーラルヒストリー報告書の関連部分の記述のほか、医療科学研究所（2017）pp.321-325も参照されたい。

少し弱まるかなという思惑もありました」とも和田が述べているように『和田勝報告書』p.142], 組織の利害という組織的因子の影響を受けた部分もあったことにも留意する必要がある⁴¹⁾。

V 医療保険制度改革における規定因子とは — 若干の考察 —

前述のⅢ及びⅣの分析を踏まえると、人口高齢化の進行、疾病構造の変化、低経済成長への移行、国民のニーズの多様化などといった通常「改革の背景」と呼ばれるマクロレベル乃至基底レベルの社会的・経済的因子を別とすれば、さまざまな規定因子の中で医療保険制度改革に直接的な影響を及ぼす因子としては、まずは「医療保険財源の不足（あるいは財源調達が必要）」という財政的因子を挙げることができるのではないかと。もっとも、一歩立ち止まって考えてみれば、医療保険制度が医療費（医療サービスを提供する上で必要とされる費用）の財源調達（ファイナンス）を行うための制度である以上、それは当然であるとも言える。すなわち、医療保険制度改革が必要となるのは、一義的には既存制度のままでは医療費の財源調達に支障をきたすようになった場合であり、その場合、内容的には所要の財源調達を可能にするような改革が要請されると考えられる。そして、この医療保険財源の不足は、医療費そのものの増大に起因する不足と医療費のいずれかの財源（公費（租税財源）・保険料・患者負担）が調達できないことによる不足とに一応区分できることからすると、それぞれの因子に対応する改革内容の柱としては、①医療費自体の抑制⁴²⁾、②公費の増額、③保険料の引上げ、④患者負担の引上げ、が考えられることになる。さらに、それぞれの改革内容に、改革担当部局（厚生省）以外で（賛否

いずれにせよ）中心的に関わってくるアクターとしては、①については、医療費を診療報酬という形で収入源とする診療サイドを代表する三師会や病院団体、②については、国の一般会計を所管する大蔵省主計局⁴³⁾、③及び④については、（患者となり得る）被保険者等を加入させて保険料を賦課・徴収する保険者及びその関係団体・組織などが想定されることになる。

今回の分析では、医療保険制度改革は、医療保険財源の不足（それには一般財源（租税財源）の不足も大きく関わっている）という財政的因子を改革の時期及び内容の大枠を直接的に規定する因子としつつ、改革の具体的内容については、改革に関わる各アクター（団体・組織）の個別具体的な利害やポリシーといった組織的因子の衝突・調整の結果として形成・決定される部分が多いことが確認できたように思われる。そして、その場合に、剥き出しの利害の衝突というパワーゲームに陥ることを避け、あるアクターがほかのアクターを説得し自らが意図する改革案を成立させるために用いようとする（あるいは用いざるを得ない）のが、理念的因子や理論的乃至論理的因子、あるいは実務的乃至技術的因子と言えるのではないかと。そして、それらの因子を自らの言動に反映・体現しながら折衝・調整を行ない、一定の改革を実現していこうとするのが、各団体・組織に属する個人という属人的因子ということになろう。各医療保険制度改革は、以上のような規定因子が重層的・複合的に作用した結果として、その時期と内容が決定されていくものと考えられる。

紙幅も尽きたので、今後の検討課題を2つほど述べて、本稿を閉じることとしたい。一つは、本稿の各所で名前を挙げた吉村仁⁴⁴⁾の属人的因子は何であるかということである。吉村は老人保健法制定においても1984年健保法等改正においても極

⁴¹⁾ 公式的説明では「[特定療養費制度の] 構想については、私立医科大学関係者、歯科医療関係者等から強い関心と期待が寄せられた」とされている部分〔厚生省保険局企画課（1986）p.57〕である。なお、この点に関しては、医療科学研究所（2017）pp.325-327も参照されたい。

⁴²⁾ 抑制方策としては、理論的には医療供給体制の見直しも含まれ得る。

⁴³⁾ 理念的には財政規律の維持、直接的には毎年度の一般会計予算の編成上の必要という、厚生省が直接コントロールできない因子によって医療保険制度改革の必要性や内容（財政的枠組み）が規定される部分があるのは、多額の公費補助が投入されている日本の医療保険制度の特徴とも言える。

めて大きな役割を果たしたが、Ⅱで述べたとおり、吉村からほかのアクターと共通するであろう因子（社会・経済的因子、財政的因子、理念的因子・理論的乃至論理的因子、組織的因子など）を取り除いていっても、なお「吉村がいなかったらこの改革はできなかった」と言える要素として何が残るのか。それを明確にすることができれば⁴⁵⁾、独立した規定因子として属人的因子を定立することにも意味が認められると考える。

第二に、同様のことはいわゆる政治的因子についても言えるのではないか。医療保険制度改革において政治家の関与が最も活発な事項の一つが患者負担の導入あるいは見直しであるが⁴⁶⁾、本稿では取り上げなかった。勿論紙幅の関係によるところも大きい、政治家が改革に関わる理由や動機を分析していけば、その殆どは、理念的因子なり組織的因子なり属人的因子なりといった既に挙げた規定因子に分解・還元されてしまい、「政治的因子」として残る独自の要素が残る余地があまりないのではないかと考えたのも理由の一つである。もっとも、本稿のⅣの2の（1）で取り上げた、二階堂発言により1984年健保法等改正案が政局関連法案化したような事例は、純粋な政治的因子が改革に作用した例として捉えられるかもしれない。この点も今後の課題としたい。

謝辞

本研究はJSPS科研費25285169, 16H03718の助成を受けたものです。

参考文献

- 有岡二郎（1997）『戦後医療の五十年—医療保険制度の舞台裏』日本医事新報社。
医療科学研究所（2017）「医療政策ヒストリー座談会録第2回『1984（昭和59）年健康保険法改正』」『医療と社会』27巻3号pp.297-352。

- 江口隆裕（1985）「昭和59年健康保険法等改正の立法過程」『北大法学論集』36巻3号pp.427-529。
厚生省五十年史編集委員会編（1988）『厚生省五十年史（記述篇）』財団法人厚生問題研究会（本稿において『厚生省五十年史』という）。
厚生省保険局企画課監修（1986）『医療保険制度59年大改正の軌跡と展望〔改訂新版〕』年金研究所。
佐々木典夫（2003）『私の厚生行政—霞が関での36年のあゆみ』中央法規出版。
菅沼隆・土田武史・岩永理恵・田中聡一郎編（2018）『戦後社会保障の証言—厚生官僚120時間オーラルヒストリー』有斐閣。
堤修三（2017）「高齢者医療制度の構想史～日医・自民党・厚生省を中心とする4幕劇～」『長崎県立大学論集（経営学部・地域創造学部）』第51巻第1・2号pp.35-57。
新田秀樹（2003）「医療改革の規定要因」三重野卓・近藤克則編『福祉国家の医療改革—政策評価にもとづく選択』東信堂pp.115-127。
吉村仁（1983）「医療費めぐる情勢と対応に関する私の考え方」『社会保険旬報』1424号pp.12-14。
吉村仁さん追悼集刊行会編（1988）『吉村仁さん』吉村仁さん追悼集刊行会。
吉原健二編著（1983）『老人保健法の解説』中央法規出版。
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。

オーラルヒストリー報告書（※本報告書は、基盤研究(B)「国民皆保険・皆年金の「形成・展開・変容」のオーラルヒストリー」及び「厚生行政のオーラルヒストリー」の一環として刊行されている。）
『幸田正孝：元厚生事務次官：報告書』2014年。
『佐々木典夫：元厚生省・社会保険庁長官：報告書〔老人保健法制定過程篇〕』2017年。
『多田宏：元厚生事務次官：報告書』2017年。
『堤修三：元厚生労働省老健局長：報告書』2017年。
『吉原健二：元厚生事務次官：報告書〔老人保健法制定篇〕』2015年。
『和田勝：元厚生省大臣官房審議官・高齢者介護対策本部事務局長：報告書』2018年。

（にった・ひでき）

⁴⁴⁾ 吉村の人となりの簡単な紹介については菅沼ほか（2018）p.229（新田秀樹稿）を、詳細については吉村仁さん追悼集刊行会編（1988）を参照。

⁴⁵⁾ それは、『「医療費適正化のためには、蛇にも鬼にもなる」』（『和田勝報告書』p.131）といった改革への覚悟・執念といったものかもしれない。

⁴⁶⁾ その一端を紹介したものとして菅沼ほか（2018）pp.178-179（新田秀樹稿）を参照。

Factors Governing Medical Insurance System Reforms: Study on Reforms of the First Half of the 1980s

Hideki NITTA*

Abstract

Examining the reforms made to the medical insurance system in the first half of the 1980s (the passage of the Law of Health and Medical Services for the Elderly in 1982 and revision of the Health Insurance Act in 1984), this paper attempts to analyze the causes and reasons (prescriptive factors) governing the timing and content of these reforms.

The findings are that: 1) Fiscal factors such as medical insurance funding shortages directly governing the overall framework of the timing and content of reforms are considered as a factor. 2) Most of the reform content is shaped and determined as an outcome of clashes and compromises between organizational factors, such as the individual specific interests and policies of the various actors concerning the reforms. 3) The following tools are used as a means of avoiding open clashes over interests and of persuading other actors into agreement: (a) conceptual factors (e.g., fair division of burden and payment, comprehensive promotion of health services); (b) theoretical and logical factors (e.g., the logical consistency of systemic reforms); and (c) practical and technical factors (e.g., system feasibility after reforms). 4) The timing and content of actual reforms are determined as an outcome of the interplay of prescriptive factors such as 1) to 3) above functioning in a multilayered and integral manner.

Keywords : Law of Health and Medical Services for the Elderly, the Health Insurance Act, prescriptive factors, Hitoshi YOSHIMURA

* Professor, Faculty of Law, Chuo University