

昭和46年

● 1971 ●

2月の中央社会保険医療協議会(中医協)で公益委員から示された審議用メモをきっかけとして、日本医師会は武見会長のリーダーシップのもとに、7月1日から保険医総辞退に突入した。総辞退は、厚生省の甘い観測を打ち破って43都道府県が一致結束して参加し、1か月間続けられたが、武見会長と佐藤栄作首相、斎藤 昇厚相との会談で12項目が合意され、7月いっぱいをもって収束した。

総辞退収拾のあと8月に再開された中医協で、日本医師会は診療報酬の大幅な引き上げを要求した。中医協では10月末から個別折衝に入り、12月22日深夜に13.7%の引き上げで合意したが、建議案の文章をめぐる話し合いがつかず、決着は年を越した。

医療保険の抜本改正を審議していた社会保障制度審議会(制度審)と社会保険審議会は9月と10月に答申をまとめた。内容はともに、日本医師会の提案している医療保険制度の一本化に反対するものであった。

財政対策のための健保法改正案は2月に国会に提出されたが、5月末の国会閉幕で審議未了廃案となった。自民党は年末の12月30日、財政再建のための健保法改正案を議員提案で国会に提出した。

## ● 健保法改正案

内田常雄厚相は昭和46年度政府予算案決定後の1月4日、社会保障制度審議会と社会保険審議会に、当面の赤字対策のための健保法改正案を諮問した。内容は、

再診時自己負担100円を新設(初診から6か月間)し、入院時一部負担を1日60円から150円に引き上げる。

標準報酬の下限と上限を、従来の「3,000円から10万4,000円までの36等級」から、「1万2,000円から20万円までの39等級」に改める。

新たにボーナスの1/12も、保険料の算

定基準となる標準報酬の範囲に加える。

退職者継続医療給付制度を創設し、健保被保険者は55歳以上で退職の場合、5年間は退職前の健保の被保険者となれることにする。

健康保険で、70歳以上の被扶養者の家族給付率を5割から7割に引き上げる。

というものであった。

日本医師会は1月5日の常任理事会で「今回の健保法改正案は保険財政の赤字対策にすぎない」として反対することを決定し、都道府県医師会に通知した。

社会保険審議会は2月17日、改正法案の内容についての賛成、反対の両論併記の答申を

まとめた。制度審も17日、「赤字対策の域を出たものとは認めがたい」と批判して、政府の再考を求める答申を出した。

しかし政府は17日、持ち回り閣議で原案どおりの改正法案を決定し、国会に提出した。社会党をはじめ野党各党はこぞって、「政府が抜本改革の公約を破った」と非難し、改正案に反対した。総評や同盟も反対した。

## ● 審議用メモの提出

日本医師会は1月8日の中医協全員懇談会において、スライド制の審議促進を要求した。円城寺次郎会長は、公益委員が論点を整理したメモを出し、それをもとに診療報酬の適正化について審議を進めたいと提案して、了承を得た。続く2月18日の中医協全員懇談会で、「診療報酬体系の適正化について」と題する審議用メモが提出された。

審議用メモには、

医師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うとともに、医師の技術による部分のウエイトの高い診療行為を重点的に再評価する。

容易に行うことのできる診療行為は、個別に点数を設定しないで、診察料に包括する。

同一目的のために行う同一系統の多種目の診療行為については、包括して評価し、または逡減方式を導入する。

外来患者の多少に応じて診察料に格差をつける。つまり、患者が多いところは点数を下げ、少ないところは上げる。

疾病別に定額とするとか、月別に定額とするなど件数定額制を導入する。あるいは1診療日当たりの定額とする日数定額

制を導入する。

などかなり大胆に包括制や薬剤費の削減を打ち出している部分があった。

中医協の報告を受けた武見会長は、審議用メモの「反社会保障的性格」(武見会長)を看破し、翌19日、審議用メモの各項目に1つ1つ反論する文書を発表して、内田常雄厚相と自民党の医系議員にも発送した。

## ● 包括的抵抗体制の決定

日本医師会は2月23日の常任理事会で、協議事項を「健保対策」1つに絞って検討した結果、「審議用メモを撤回しなければ厚生行政には協力できない」として、厚生行政全般にわたって包括的抵抗体制をとることを決定した。また、厚生省関係の審議会、協議会の全医師会推薦委員の引き揚げを厚生省に通告した。

さらに3月2日の臨時全理事会で、「徹底的な包括的抵抗体制を確立する」との方針を確認し、保険医総辞退を含む実力行使戦術について武見会長に一任した。また、都道府県医師会長にあてて、「市や郡の規模で抗議集会を開き、場合によっては一斉休診を行うように」と通知した。

## ● 第51回定例代議員会

第51回定例代議員会は4月1日に日本医師会館で開かれた。審議用メモに対して執行部が決定した包括的抵抗体制と、国会に提出された健保法改正案を中心に質疑討論が行われて、下記の決議が採択された。また、予算、決算が、可決あるいは承認された。

### □ 決議

1. 佐藤政府の健保対策は、健康福祉の面

で経済成長の成果を国民に与えるものではない。否むしろ経済成長の被害を零細なる所得層に皺寄せをするものであり、反社会福祉の最たるものである。健保改正案と診療報酬体系適正化メモ即ち「審議用メモ」とは、その総論と各論である。医師会はその使命感に徹して全力をあげてこれを阻止する。

2. 低医療費政策は、独占資本と健保組合に奉仕するものであり、低医療費、低質医療こそ国民にとっては最大の被害である。
3. 健保抜本改正はその近代化の第一歩として政管健保を基準とする低医療費政策を放棄すべきである。

われわれは日医の方針を全面的に支持し、反社会福祉、低医療費政策である健保改正案、診療報酬体系「審議用メモ」を全力をあげて粉碎する。

右決議する。

昭和46年4月1日

第51回日本医師会定例代議員会

## ● 健保法近代化促進全国医師大会

日本医師会は4月14日、東京・神田一ツ橋の共立講堂に全国から2,500人の医師会員の参集を求めて、「健保法近代化促進全国医師大会」を開いた。「経済成長下において、物価の上昇、人件費の増大は医業経営を危殆に瀕しせしめている」との宣言を採択し、健保法改正案と審議用メモに「実力をもって反対し、保険医総辞退体制を確立する」と決議した。

## ● 保険医総辞退への体制整備

武見会長は4月27日付で、「保険医総辞退

は健康保険法関係だけを対象とし、国民健康保険法、結核予防法、生活保護法は対象外とする」、「健保の中でも政管健保は零細所得層が多いので、その権利は守る。具体的には、政管健保の診療料金は総辞退後も現行の診療報酬点数とする」、「組合健保関係は、追って日医が基準を示す適正料金による」との通知を都道府県医師会長あてに流した。

翌28日、武見会長は都道府県医師会長あてに「5月20日までに会員の保険医辞退届をまとめるように」という指令を出した。5月15日の常任理事会は「保険医辞退届を5月31日に提出すること」を決定し、都道府県医師会に電報を打った。辞退届は提出から1か月後に発効するので、7月1日から総辞退に突入することになった。

## ● 健保法改正案の廃案と厚生省の反応

厚生省は5月7日に、「保険医総辞退は国民に大きな迷惑をかける」として、都道府県知事あてに「医師に自粛を呼びかけ、公立病院の医師は辞退届を出さないように働きかけるように」と求める通知を出した。

健保法改正案は3月19日に衆院本会議で趣旨説明が行われて審議入りしたが、5月24日の通常国会閉幕で健保法改正案は審議未了、廃案となった。

同じ日、内田厚相は医師会や個々の医師に向けて、「慎重な行動を期待する」との談話を発表した。また記者会見で、「物価、人件費の上昇があるから、医療料金の緊急是正は当然取り上げるべき課題だ」と述べて、診療報酬の緊急引き上げに応じる用意があることも示唆した。内田厚相は武見会長との会談を申し入れたが、武見会長は拒否した。

日本医師会は5月25日に常任理事会、28

日に全理事会を開いて、保険医総辞退突入方針を確認し、31日に都道府県医師会長が会員の辞退届を一齐に知事に提出することにした。歯科医師会も5月19日に全国大会を開き、医師会に同調して総辞退戦術を採ることを決定した。

## ● 保険医辞退届提出

日本医師会は5月31日、各都道府県ごとに、会員の保険医辞退届を一齐に知事に提出した。山口県を除く45都道府県(沖縄は復帰前)で、7万1,000人が辞退届を出した。提出は、会員の83.9%に達した。山口県は執行部に対する批判があったため、執行部の指令した期日を意識的にはずして6月11日に1,155通の辞退届を出した。



保険医登録抹消請求書(辞退届)の山を東京都副知事に手渡す渡辺真言東京都医師会長。

辞退届は7万2,000人となり、A会員(開業医)のほとんど100%が辞退届を出した。診療に従事している医師は勤務医も含めて11万8,000人であったが、それに対しても61%に達した。

## ● 関係団体の対応

6月18日に、日経連は「政府与党は安易な妥協をすべきではない。領収書をもらえば医療機関の乱診乱療が明らかになる」との見解を公表した。

6月22日には社会保障制度審議会が「総辞退となれば、保険医は税制、金融などでかえって不利になる。政府の医師会説得は、無条件の総辞退撤回と審議会復帰でなければならない」との意見を発表した。

厚生省は6月23日、全国都道府県保険課長会議を招集して、都道府県レベルでの総辞退回避への努力を促し、総辞退突入の場合は患者が医療費全額を一旦医療機関に払う療養費払いになるから医療機関の診療内容がチェックできるとして、世論操作も行った。厚生省はこの段階で、総辞退突入は10都道府県程度とみていて、影響は少ないとの見方を示した。

健保連も6月24日に、「政府・与党は医師会と闇取引するな。総辞退突入となれば受けて立つ」との安田彦四郎会長の談話を発表した。

## ● 保険医総辞退突入

7月1日、ついに総辞退に突入した。厚生省の楽観的な予想に反し、42都道府県で6万6,000人が参加した。しかし山口、愛知、岡山、島根の4県は突入しなかった。このほか京都府と滋賀県で、窓口で患者がいちいち現金を支払わないで済むように医療機関が代わりに保険者に医療費を請求する受領委任方式を採用し、名目的な参加にとどまった。三重県や広島県でも部分的にこの方式を採用した。しかし、大多数の都道府県では完全な形

で突入した。愛知県も16日から参加した。ただ、参加を偽装しながら、一部の勤務医を残して保険診療を続けている病院もあった。

### ● 武見会長と厚相の公開会談

7月5日の佐藤内閣改造で斎藤 昇厚相が就任した。事態収拾のために、武見会長と斎藤厚相の間で公開会談を開くことが合意されて、7月13日に第1回会談が厚生省大臣室で報道関係者に公開して行われた。

でなっている。

厚相との4項目合意は、

厚生省の医療行政に関する姿勢を正す。

医療保険制度の抜本改正案を次期通常国会に提出する。

医療基本法を制定する。

診療報酬において物価、人件費へのスライド制を確立する。

というものである。

首相が加わった8項目合意は、



第2回公開会談(7月20日、日本医師会館)。



佐藤首相も交えて会談する(7月28日、首相官邸)。

第2回は20日に神田駿河台の日本医師会館で公開で行われた。

第3回は23日にフジテレビでビジョン討論会の形をとって行われ、放映された。竹下 登官房長官と中山伊知郎一橋大学名誉教授も同席した。

第4回は27日に厚生省大臣室で開かれた。翌28日午後、首相官邸で佐藤首相もまじえて斎藤厚相と武見会長との会談がもたれて、「医療保険の抜本改正案を次期国会に提出する」など12項目が合意され、武見会長は総辞退を7月いっぱいまで打ち切ることを約束した。12項目は、厚相と武見会長とが合意した4項目と、佐藤首相が加わって合意した8項目と

国民の連帯意識を高揚する。

国民の医療は生存期間を通して一貫して保障する。

労務管理と社会保障を分離する。

各種保険の負担と給付を公平化する。

低所得層の有病率は高所得層の有病率に比べて6対1の比率であることを考慮する。

医療従事者の質的向上を図る。

大学研究費の公費をふやす。

保険請求事務を簡素化する。

というものであった。

## ●第52回臨時代議員会

第52回臨時代議員会は7月31日に日本医師会館で開かれた。武見会長から「全国会員が強い団結を示されたことに心から厚くお礼申し上げる。合意項目は、未来を考え、原則的な合意を得て現状を処理する考え方に立ったものである。総理大臣、厚生大臣の熱意を信頼して妥結の腹を決めた」と報告があり、来賓として出席した齋藤厚相が「将来の国民医療についてまったくの意見の一致を見た」と挨拶した。質疑討論のあと、下記の決議を採択した。

### □決議

今回、佐藤栄作総理大臣、齋藤昇厚生大臣、武見太郎日本医師会会長の間における合意項目は正に新しい世紀に通ずる医療と保険の基本的命題であり、政治の場において、その実現を見る場合は国民の健康福祉の向上に期して待つべきものがある。

総理大臣、厚生大臣の決意を信じて、保険医辞退体制を解除することに決定した。合意項目に基づく各種政策のすみやかな実現を期しつつ新たな決意をもって、国民医療のよりよき前進のため邁進せんことを誓う。

昭和46年7月31日

第52回日本医師会臨時代議員会

## ●中医協再開

保険医総辞退が収拾されたあと8月5日に中医協が半年ぶりに再開された。日本医師会は推薦委員5人を一新して参加した。再開された中医協で、円城寺会長は「審議用メモにこだわらず、改めて診療報酬体系の適正化に

ついて意見を出し合ってほしい」と発言し、審議用メモは棚上げされた。

## ●診療報酬引き上げの審議

日本医師会は8月13日の中医協で、初診料や手術料の2倍引き上げなど、個別の点数について細かく引き上げ幅を示した要求を出した。全体で36%の引き上げ要求であった。日本医師会は要求案を整理して、9月末には引き上げ要求を32.3%とした。

支払い側は10月末、「病院で12%、診療所で8%の平均10%程度の引き上げ」という反対意見を出した。この年の8月15日(日本時間16日)に米国のニクソン大統領が金とドルの交換停止を発表した、いわゆるニクソン・ショックがあり、経済の先行きが不透明になっていたうえに、健保法改正案の廃案で昭和46年度末には大幅な赤字が出そうだという理由であった。

中医協では10月末から、公益委員の要請によって、個別折衝に入った。12月20日から21日未明にかけての折衝で、公益委員が提示した13.7%の引き上げ幅でほぼ合意した。

しかし、建議案には、日本医師会の主張するスライド制に言及していないにもかかわらず、「薬価と実勢価格には格差が大きいので、年1回の調査のほか、随時、実勢価格を把握する」、「厚生省は乱立する製薬産業の体質改善を図る」という文章があった。日本医師会の委員は、今後の診療報酬引き上げが薬価基準引き下げによって生じる財源のみによって行う意図がみられると判断、「建議は診療報酬引き上げに関する事項だけに絞るべきだ」と主張した。話し合いはつかず、ついに21日未明に散会した。診療報酬引き上げは年明けに持ち越された。

## ● 医療保険の抜本改正

斎藤厚相は8月3日に、自民党の医療基本問題調査会(鈴木善幸会長)に出席して、「被用者保険と国民健康保険の2本立ての現行制度でよいかどうか、根本的に検討し直したい」と述べた。さらに6日、社会保障制度審議会で「保険を一本化することは抜本改正の出発点として重要なことであり、その機は熟している」と医療保険制度一本化への意欲をみせた。

抜本改正についての諮問を受けていた社会保障制度審議会は9月13日の総会で、「医療保険の体系は被用者保険と国民健康保険の2本立てが望ましい」と、厚相の一本化構想を否定する答申をまとめた。答申は、

被用者保険は組合健保方式を基本とする。現行の現物給付には利点があり、今後もこの方式をとるが、その弊害除去につとめる。

診療報酬の72%を必要経費として控除する、いわゆる医師優遇税制は速やかに廃止する。

と医師会の主張と対立する意見が随所に書き込まれていた。委員の間には、医師会の保険医総辞退と政府との12項目合意への反発があった。答申をまとめた制度審議会では、医師会出身の丸茂重貞委員(自民党参院議員)は、歯科医師会出身の鹿島俊雄委員(同)とともに、答申案に不満を表明して退場した。

社会保険審議会も10月8日、「一元化は国民生活の実態に合わない。被用者保険と地域保険の2本立て制度を変える理由はない。むしろ組合方式を積極的に活用すべきだ」という答申をまとめた。

斎藤厚相は、答申を受けて、医療保険制度

の抜本改革法案と医療基本法案の準備を事務局に命じた。医療基本法は、保険医総辞退收拾の際の厚相と武見会長との4項目合意での約束であった。

## ● 自民党の健保法改正案

自民党は12月30日、健保財政建て直しのために、抜本改正に先立って財政対策立法を早急に成立させるべきだとして、健保法改正案を議員提案で国会に提出した。

改正案は、

標準報酬の下限と上限を、従来の「3,000円から10万4,000円」から「1万2,000円から20万円」に引き上げる。

保険料率を70/1,000から73/1,000に引き上げる。

保険料率は、社会保険庁長官が社会保険審議会の意見を聞いて80/1,000を限度に変更できるとする弾力条項を書き込む。また弾力条項が発動された場合には、料率1/1,000につき国庫負担割合を4/1,000増加する。

当分の間、ボーナスからも10/1,000の特別保険料を労使折半で徴収する。健保組合も10/1,000の範囲内で特別保険料を徴収できることにする。

医療給付費の5%を定率で国庫補助する。昭和47年度末の政管健保の累積赤字は棚上げする。

という内容であった。