

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～

堤 修 三

はじめに

医療保険制度において高齢者医療はどう在るべきかという問題は20世紀末から21世紀初頭における大問題であったが、長い議論の末、2006年に医療制度改革法が成立し、それに基づく後期高齢者医療制度と前期高齢者医療費の保険者間調整が2008年度からスタートして今日に至っている。現在の制度の抱える制度的問題点については、制度創設当時、何回かにわたって批判してきた¹ので、本稿では繰り返さない。本稿は昭和40年代前半から今日まで行われてきた高齢者医療（当時は老人医療）の在り方に関するさまざまな制度構想を振り返ってみて、それが誰の手によって主導され、誰がどのように受け止めて行ったのかを4幕の芝居仕立てで整理してみようというのである。結論を先に述べれば、多くの場合、日本医師会が独自の構想を提起し、自民党がそれに追随し、厚生省は不承不承付いて行ったというのが、歴史から見えてくるメインストーリーである²。もちろん長い歴史を見ると、それ以外に昭和40年代半ばには老人医療費の無料化で地方自治体も登場したほか、また、健保連・日経連（当時）・労働組合などの支払側は常時舞台に上がり、ときには重要な役割を果たすという展開もあった。しかし、むしろ制度の在り方については、内閣と同列とされた社会保障制度審議会（当時）が政府の構想に対して本質を突いた渋い意見を述べ続けてきたというサイドストーリーの方が重要かもしれない。

日医→自民党→厚生省という流れが基本図式であるとは言っても、実は必ずしも日医が首尾一貫していたわけではない。その辺りの変身ぶりやそれに振り回される

¹ 「迷走する高齢者医療制度—今、その歴史に学ぶとき」（『社会保険旬報』2008/6/11）、「高齢者医療費重荷論を超えて」（『社会保険旬報』2008/10/21）、「後期高齢者医療制度で再生可能か」（『月刊・保険診療』2008/1）、「高齢者医療制度はどこに行くのか～姥捨て山は変わらない!?～」(『月刊・保険診療』2010/12)、「高齢者医療制度改革をもう一度考える」（『文化連情報』2009/6～8）、「高齢者医療制度はどこで間違えたか」（『論座』2008/7）、「後期高齢者医療制度は何故失敗したのか」（『週刊エコノミスト』2008/8/26）ほか多数。

² このストーリー（物語）は、部分的には私自身の経験に基づくが、他は文献資料に拠るものであり、歴史（ヒストリー）の例に漏れず、ひとつの“構成”であり“解釈”であることは言うまでもない。

関係者の反応も興味深いところである。さらに、医療保険制度には高齢者医療以外のさまざまな問題があるし、高齢者医療に限ってもメインストーリーには登場しない関係者も多いことは前述のとおりである³。しかし、それらをすべて視野に入れて論じるのは筆者の能力に余るし、かえって輪郭がぼやけてしまうおそれもある。そこで本稿では、日医→自民党→厚生省というメインストーリーを基本に、この間の諸構想の変遷を辿ることによって、高齢者医療制度の在り方に関する議論の焦点を明確にし、これを読まれた方が、もう一度、それを冷静な目で考え直すきっかけにしていだければと思う。

第1章 医療保険抜本改正論議～一幕目～

日本がようやく戦後混乱期を終わろうとしていた昭和30年という時点において、早くも日本社会の高齢化に警鐘を鳴らした論文が発表された。日医会長だった武見太郎が昭和30年3月号の『中央公論』に書いた「老人の増加にどう対処するか」という論文⁴がそれである。そういう極めて重要な伏線はあるのだが、それが淵源となったかもしれない構想が日医の意見として世に出るのは、昭和43年10月1日の日医「医療保険制度の抜本改正に関する意見」まで待たねばならない。その頃、政管健保の財政は、昭和30年代末から、医療費が制限診療の撤廃（昭和37年）などにより高い伸びを示す一方、経済の二重構造の下で対象事業所に中小企業が多いため保険料収入ではそれをカバーすることができないという極めて深刻な事態が続いていた（いわゆる国鉄・国有林野と並ぶ3K赤字の1つ）。それに対応すべく厚生省はさまざまな財政対策⁵を打ち出したが、国会や社会保障制度審議会（制度審）・社会保険審議会（社保審）などでは次第に医療保険の“抜本改正”が必要であるという意見が強くなってきた。そこでまず出されたのが昭和42年11月17日の厚生省保険局「医療保険制度改革試案」（いわゆる事務当局試案）であるが、これは被用者保険間の1/2財政調整を最大の眼目とするものであり、老人医療について特段の言及をしたものではなかった。

³ 政管健保の運営や国保の財政、診療報酬・薬価基準などの問題について、経済界・労働団体・地方団体、財政当局などの関係者を抜きにして論じることの無謀さは十分認識しているつもりである。

⁴ この論文では、健康保険関係消失後の国保加入による国保被保険者の高齢化、予防的老年医学に立脚する医療社会保険の予防給付の重要性などは論じられているが、老齢保険という構想は語られていない。

⁵ 昭和40年の薬剤一部負担などの健保改正法、昭和42年の保険料率の引上げなどの健保特例法。この健保特例法は昭和44年度8月末までの時限立法であり、政府はその間に抜本改正の実現を迫られることとなった。小手先の財政対策ではなく“抜本改革”をという呪文はいつの世でも人々を“思考停止”にすることが多いものである。

この事務当局試案が自民党に提出された後、昭和43年10月1日、日医は「医療保険制度の抜本改革に関する意見」を公表したが、その内容は医療保険を地域健康保険・老齢保険・産業保険の3本建ての体系に再編成するというものであった。ここにおいて日医の老齢保険⁶という制度構想が初めて登場したのである。この考え方は翌、昭和44年6月4日の自民党「国民医療対策大綱」⁷にも強い影響を与え、同大綱では、日医の3本建て構想を踏まえ、その1つの柱として70歳以上の国民（勤労者保険の本人を除く）を対象とする老齢保険制度が打ち出されている⁸。この制度構想は、高齢者本人から独自に保険料を徴収するのではなく、財源は国民保険・勤労者保険からの総所得に応じた一定率の拠出と国庫負担とされていることから、完全な独立型保険ではなかった。

いずれにせよ、与党が老齢保険という制度構想を打ち出したことは重大である。与党から大綱の送付を受けた厚生省は、ほぼ同じ内容の「改革要綱試案」を昭和44年8月、制度審・社保審に提示することとなる。両審議会からの答申は約2年後の昭和46年9月と10月に出されたが、公費負担による制度を主張した社保審はともかく、制度審が老齢者医療制度について「全額医療保険制度は、いかにも不自然でもって廻った感じが強い。現行の制度内で給付率を高め、その制度に含まれる老人の数に応じて国庫補助する案の推進が最も望ましい」と述べているのは、各保険制度の枠内で財政責任を完結させるべしという制度審の基本姿勢を明確に示すものであった。

この前後、保険医総辞退問題が起り、厚生大臣と日医会長の合意事項に“抜本改正案の次期国会提出”が盛り込まれたこともあって、昭和47年2月5日に厚生省は被用者保険の財政調整を含む医療保険各法の改正案要綱を両審議会に諮問したが、そこには老齢保険制度案は含まれていなかった。厚生省は次の第2章（老人医療費支給制度の創設）で述べるように、老人医療の問題を老人医療費の負担軽減問題と捉え、医療保険制度の外で対応する方針に転換したのである。この医療保険改正案要綱は4月に出された両審議会の答申では“抜本改正の名に値しない。前提条件をそのままにしての財政調整は不合理であり無理である”とされて実現を見ることは

⁶ 当時の日医改革案の詳細は私が参照した文献には記載がなく、65歳以上の高齢者を対象とするというのみで、高齢者から独自に保険料を徴収するか否かは明らかではない。

⁷ ただ、この大綱には健保連等支払い側を中心に反対も強く、政府への送付状には当時、“右向け左”と言われた附帯意見が加えられている。

⁸ この大綱では「老人対策は、今後の行政の一大重点として、有機的に関連を持った総合施策を樹立し、段階的に実施する必要がある。しかしながら、生命と健康に関連する医療問題については、早急にその解決に着手する必要があり、且つ将来のための対応制度を準備しておくべきである。この観点からわれわれは、この際老齢保険制度の創設を決意し、被保険者、国が一体となって相協力して、老人のための、且つ、青壮年の老後のための医療を確保する端緒を開くこととした」と述べられている。

なく、結局、昭和40年代初頭からの抜本改正論議は、昭和48年の健保法改正で家族給付率の7割への引上げ、高額療養費制度の創設、政管健保の国庫補助率10%への引上げ、国庫補助率の保険料率の引き上げとの連動等が実現したことにより終焉を迎えるのである⁹。

第2章 老人医療費支給制度の創設～二幕目～

場面は一転し、ここで地方自治体が舞台に登場する。昭和40年代に入り、老齡化について社会の関心が高まり始め、そのなかでも医療費の自己負担に焦点が当たることとなった。その先鞭をつけたのが横浜市や秋田県¹⁰である。横浜市が昭和43年に打ち出した対応は80歳以上の国保被保険者の給付率を引上げるという国保法の枠内のものであったが、昭和44年の秋田県の措置は80歳以上の者の医療保険の自己負担分のうち、一定額（外来月1,000円、入院月2,000円）を超える部分を公費で償還払するという国保を含む医療保険の枠外での対応であった。これらの動きに対し、昭和43年8月17日厚生省は「老人医療対策」¹¹として高齢者に対する医療費の公費負担制度を提示した。その内容は、70歳以上の健康保険の被扶養者と国保被保険者を対象に自己負担額が、入院時月額2,000円、入院外月額1,000円を超える場合、その超えた部分を市町村が公費で支給（患者は窓口で支払った後、市町村から償還してもらう方式。費用分担は国8割、都道府県・市町村各1割）するというものであった。なお、所得制限があり、老齡福祉年金の受給資格者程度の所得階層が対象に予定されていた。この案に従い、厚生省は昭和44年度の概算要求を行ったが、老人の医療費負担問題は医療保険の抜本改正の一環として検討すべきであるとして認められるところとはならなかった。

こういう経過もあったが、厚生省は前述のとおり、昭和44年8月、抜本改正の流れに沿って老齡保険制度要綱試案を含む医療保険制度改革要綱試案を制度審・社保審に諮問する一方、同年6月、並行して中央社会福祉審議会にも「老人医療対策を含む老人問題に対する総合的諸施策」の諮問も行っている。このようなダブルトラッ

⁹ 高度成長が加速化して国の財政にも余裕ができ、経済の二重構造も解消して政管健保の財政も好転したことがその背景にあった。

¹⁰ 医療費の自己負担と言えば、昭和20年代から無料化していた岩手県の沢内村が有名であったが、これは村営の医療機関でほぼ全ての住民の医療需要をカバーしていた農山村特有の先駆例であり、昭和40年代の老人医療費とは背景が異なる。

¹¹ 昭和43年といえば医療保険の抜本改正問題が登場したばかりであり、厚生省がこの対策にどれだけ本気であったかは不明である。当時の園田直厚相の意向が強く働いたのではないかと推測される。なお、対策の内容は年齢と費用を別にすれば秋田県の措置と酷似している。

クの戦略について当時、厚生省の省内ではどの程度真剣に調整を行ったのだろうか。推測の域を出ないが、おそらく保険局は、抜本改正の流れの中で必ずしも本意ではない日医・自民党のいう老齢保険構想に付き合わざるを得ない状況にあり、むしろ社会局が公費により福祉的対応をすることを是としていたのではないかと思われる。後に、昭和46年12月の老人医療費支給制度の予算化などを担当した社会局の老人福祉課長は、保険局に老人医療費対策を押し付けられた旨の述懐をしていたらしいことからそれが推測される。

こうしたなか、東京都は70歳以上の老人の自己負担分全額を公費負担する無料化制度に踏み切った¹²。しかも、実施方法は償還払ではなく、患者が窓口で支払う必要のない現物給付化だったのである。東京都がこのような措置を講じたインパクトには絶大なものがあり、同様の措置は、昭和46年10月段階で28都府県・5指定都市に拡大、昭和47年段階では45都道府県が実施するまでになっていった。

このような地方自治体の措置が拡大する状況下で、昭和45年11月中央社会福祉審議会は“老人医療費の軽減は喫緊の課題である。”とする答申をしたほか、革新自治体の拡大¹³に危機感を抱いた自民党は昭和46年9月「老人対策要綱」で老人医療特別措置の創設を打ち出した。また厚生省も、抜本改正における「老齢保険制度要綱案」は前述のとおり昭和46年9月及び10月の制度審・社会審で肯定的な評価を得られなかったことから、医療保険外で公費による対応を行うことに方針転換し、昭和47年度予算において老人福祉法を改正して創設する「老人医療費支給制度」の概要を固め、昭和47年1月にそれを制度審に諮問している¹⁴。制度審は、それに対する答申において、一応の前進とは評価しつつ、“これまでの論議や準備に上滑りと検討不足が感じられる。今回の措置は暫定的な方法であり、なるべく速やかに医療保険制度のなかに公費を取り入れながら給付率を高める方法に変えること”などと指摘し、前年9月の抜本改正に関する答申で示した認識を再び確認した。

かくして老人医療費支給制度を創設する老人福祉法改正は昭和47年6月に成立し、昭和48年1月から“老人医療費無料化制度”がスタートした。その後、数10年に及ぶ老人医療費を巡る政策の苦難に満ちた歴史（老人医療費の無料化から現在の制度に至る変遷については、別図1を参照）を振り返るとき、“論議や準備に上滑りと

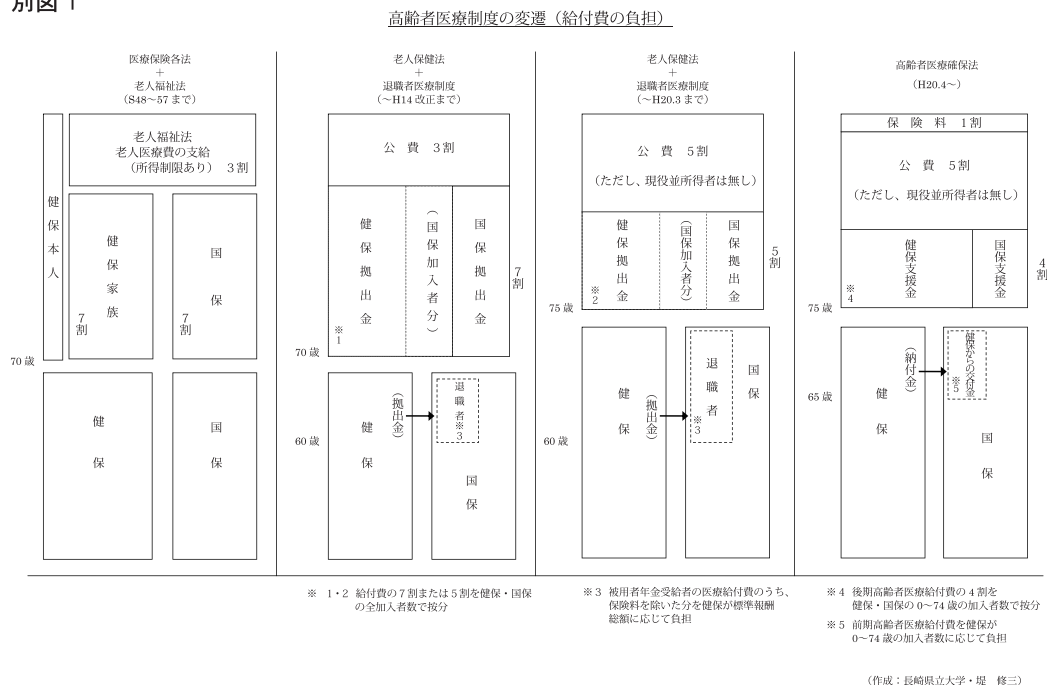
¹² 当時の厚生省（国保課）は完全無料化に反対したが、東京都の受け入れるところとはならなかった。

¹³ 当時は、東京都（美濃部）・大阪府（黒田）・京都府（蜷川）・福岡（奥田）・神奈川（長洲）・横浜（飛鳥田）など、革新自治体が急増した。

¹⁴ これに先立つ昭和46年3月に厚生省内に設置された「高齢者対策プロジェクトチーム」は①医療保険の自己負担分を公費で負担（直接補助または間接補助）、②老人を現行保険から外し、老人のための新たな公費負担制度を創設、③医療保険における老人の給付率を10割に引き上げるという選択肢を示している。②の別建て制度創設案が高齢者の保険料もない純粹の公費のみであるかどうかは明らかでない。

検討不足”のままに制度を作ることが如何に将来に禍根を残すものかと思わずにはいられない。なお、この老人医療費支給制度については、医療保険制度外で公費による対応をするものだったからか、日医は特段の反対意見は出していないようである。無料化により患者が増え、その懐具合を気にせず診療ができることに大きなメリットがあると考えたのだろうか。

別図 1



第3章 老人保健制度の創設～三幕目～

① 梯子を外された厚生省～老人保健医療問題懇談会意見書の場合

昭和48年の老人医療費の無料化により老人の受診率は上昇し、老人医療費も急増したが、同時にそれは特に老人加入割合の高い国保の財政に大きな打撃を与えた。そのため、国保に対して毎年、巨額の臨時補助金が計上され、国の財政上も問題視されることとなる。大蔵省（当時）は昭和51年度予算編成に際して自己負担を求めることを要求するなど、無料化制度の見直しは避けられない政策課題となった。そのため昭和51年2月に厚相の私的諮問機関として設置されたのが「老人保健医療問題懇談会」である。同懇談会は昭和51年10月に意見書を取りまとめているが、その主な内容は市町村を実施主体として予防から治療、リハビリなどに至る総合的制度を創設し、適正な一部負担を求めるとともに老人医療費負担の不均衡を是正すると

いうものであり、財源は公費のほか、住民や事業主の拠出で賄う方式が具体的検討に値するとした。この財源方式が選択された理由として、意見書は、全額公費は財政的に不可能であること、現行制度のままでの財政調整や新制度の財源を保険者から拠出させる方式は関係者の理解が得にくいことを挙げている。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年の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改革要綱試案でも追随）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、この間の抜本改革論議で厚生省が打ち出す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、この構想は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。厚生省では早速、この意見書に沿った制度の具体的検討に入ったが、昭和53年8月、その案が新聞報道されるや、日医は『日医ニュース』で“老人姥捨て山、老人切捨て、健保組合温存”と厳しい批判に出たのである。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。そんな懸念を躲すためか、日医は、昭和53年8月15日、25歳から積立てた費用で35歳ないし40歳から定期健診や健康指導をする予防給付を実施するという対案を発表している¹⁵。とすると、昭和43年に日医が発表した老齢保険とはいったい何だったのだろうか。稼ぎ盛りである40歳からの予防給付に充てる費用を就職したての青年期から積立てるという方式は不自然極まりなく、厚生省の制度案を批判するために急拵えしたのかもしれない。ちなみに日医は、その後、この老齢予防保険構想に触れることはなかった。

予想に反して日医の虎の尾を踏んでしまった以上、昭和53年12月2日に退任間際の小沢辰男厚相が小沢私案として公表はしたものの、この厚生省の案が陽の目を見ることはなかった。ここにおいて老人医療費問題は袋小路に入ってしまったのである。それに一石を投ずべく昭和54年10月19日に発表されたのが、橋本龍太郎厚相による橋本私案であった。この私案は、全保険者間で老人医療費の一部（例えば3割程度）を加入者数に応じて財政調整する（加えて被用者保険では老人医療費の5割程度を財政力に応じて財政調整する案も併記）というものであった。患者負担の有料化は含まれず、予防対策は40歳以上の者を対象に市町村が公費で行うという前提である。大蔵省は早速、昭和55年度の予算編成に際し橋本私案＋患者一部負担の内

¹⁵ 『日本医師会創立記念誌－戦後50年の歩み』による。ただし筆者自身は、予防給付は40歳からであったと記憶する。

示をしてきたが、直ちにそれを制度化できるはずもなく、厚生省は、改めて本腰を入れた検討に着手するべく、制度の在り方について社会保障制度審議会に諮問することとして、急場をしのいだ。これにより、この問題は實際上、再度、医療保険制度という舞台に戻る事となったのである。

② どちらが苦い水を飲むか～老人保健法を巡る駆け引きの場

昭和55年3月、制度審に「老人保健医療対策の基本方策」について“白紙諮問”した厚生省は昭和55年9月に、①市町村が老人医療の給付を行い、公費のほか保険者からの拠出で費用を賄う、②保険者からの拠出はその半分程度を加入者数に応じて行うことにより国保の負担を軽減し、③患者も医療費の一部を負担するという老人保健制度第1次試案を提示した。制度審は、本音では保険者間財政調整が望ましいと考えていたようだが、厚生省の熱意に押されてか、昭和55年12月、第1次試案をおおむね評価するという中間意見を公表した。基本的な方向性についてお墨付きを得た厚生省は昭和56年3月に制度審・社保審に「老人保健法案大綱」を諮問、制度審の答申は“制度の仕組みの上で若干の無理はあるものの、1つの新しい考え方に立つもの”という評価であった。政府部内での調整¹⁶を経て老人保健法案は昭和56年5月に国会に提出され、論議は国会の場に移った。

この老人保健制度案について日医は、昭和53年8月に老人保健医療問題懇談会の意見書に基づく厚生省の制度構想（後に小沢私案として公表）を激しく非難したときのような絶対反対という強い態度は取っていない¹⁷。その理由は、①小沢私案が住民・事業主からの直接拠出方式を採用し、健保組合などの被用者保険には手を付けなかったのに対し、老人保健制度案では健保組合等から直接、相対的に多額の拠出を求める仕組みであったこと、②老人の心身の特性に配慮した診療方針・診療報酬が導入される危険はあったが、それは自民党を通じた国会修正により回避することができるであろうこと、③老人医療費の不均衡問題が深刻さを増しており、それを放置すれば医療費水準の抑制に繋がるおそれがあることなどを考慮したものと推測される。

老人保健法案の国会審議でまず問題となったのは、まさに日医が反対していたい

¹⁶ 大蔵省は老人だけを別建てとする制度は、構造的な赤字要因を内包する制度となりかねず、支払方式の改善を含めた収支均衡を確保するための方策を検討する必要があるという態度であったため、昭和56年度予算編成の際、「新制度の実施に先立ち、新制度の診療報酬のあり方について検討する」旨の厚生・大蔵両大臣が合意している。

¹⁷ 日医は「1つの医療機関が2つの支払方式を強制されることは絶対に受け付けえない」としつつも、昭和56年3月に出した方針は、一部にあった保険医総辞退等ではなく、老人保健法案の成立を前提とした老人保健機関の指定辞退だった。

くつかの事項を取り除くことであった。すなわち政府原案にあった、①医療は保険医療機関がそのまま担当するのではなく、別の手続きで指定される老人保健機関が担当すること、②診療方針・診療報酬は、中医協ではなく、老人の心身の特性等を考慮して、新たに設置される老人保健審議会の意見を聴いて定めることという規定について、医療の担当は従来どおり保険医療機関とし、診療方針・診療報酬の審議も従来どおり中医協で行うという修正¹⁸が自民党主導で実現したのである。また、これに併せて、医療保険者の拠出で賄う医療給付費の70%のうち、各医療保険者に加入する被保険者の実績医療費ではなく各医療保険者の加入者数に応じて拠出する割合（加入者按分率）を50%～100%の範囲で政令で定めるとする条項¹⁹について、加入者按分率は50%で法定するという修正が、自己負担金を減額する修正とともに施され、法案は衆議院を通過した。

この日医の意を受けた衆議院修正は参議院で問題化した。新たな診療方針・診療報酬が定められ、老人医療費の増加に歯止めがかかるという前提で法案を受け止めていた健保連・日経連が、その歯止めがなくなったとして、拠出金による負担増自体に歯止めを設けるよう強く主張してきたからである。結局、拠出金による負担増は老人数の伸びの範囲に収まるよう加入者按分率を50%から逡減させるという“理不尽”な修正が実現し、老人保健法案は昭和57年8月ようやく成立を見たのである。この修正は老人医療費負担の不均衡を是正して医療保険、特に国保財政の健全化を図るという制度目的を否定しかねないものであり、その修正がもたらす矛盾の増大に伴い、最終的に健保連が加入者按分率100%の実現という痛いしっぺ返しを食うことは後述するとおりである。結局、最終的に苦い水、それも飛び切り苦い水を飲んだのは、健保連だったと言えるだろう。

時限爆弾を抱えた形ではあったが永年の懸案であった新しい高齢者保健医療の仕組みである老人保健制度は昭和58年2月から実施に移された。老人医療費支給制度は昭和48年1月のスタートであったから、10年余の命脈を保ったこととなる。

¹⁸ 老人保健法では、70歳以上の被保険者はそのまま従来どおり、被用者保険・国保に加入し続け、保険料もそれら保険者に納める一方、医療に関する給付は保険者の代わりに市町村から受けるという仕組みを採っていたから、これらの衆議院修正の内容は筋が通っていたというべきである。

¹⁹ 制度スタート当初は老人医療費の1/2につき加入者数調整を行うことにより、国保の財政負担は軽減され、全体としての健保・国保の財政は安定するとの想定であった。高齢化の進展により、国保の老人医療費負担が重くなれば、それに従い50%の加入者按分率を引き上げて行き、健保・国保全体の財政バランスを図ろうというのが当初の考え方だったのである。

第4章 老人保健法から高齢者医療確保法への道行き～四幕目～

① 退職者医療制度の導入～見込み違いで次の展開へ…の場

昭和58年2月から実施された老人保健制度により70歳以上の老人医療費の負担の不均衡はかなり是正されたが、国保の立場からから見れば60歳以上で70歳未満の被用者OB（退職者）が健保から国保に流入してくるという問題は未解決であった。そこで次の課題として退職者医療制度の導入が俎上に上がることとなる。その導入を求める国保の要望を踏まえ、昭和59年の健康保険法改正に合わせて国民健康保険のなかに退職者医療制度が創設された。すなわち国保の被保険者となった退職者の医療給付費のうち、退職被保険者の保険料では賄えない分の費用は被用者保険が総報酬に応じて分担するという制度である。この制度は、国保の退職被保険者の保険料は彼らの医療給付費とは無関係に決められる一般の国保被保険者の保険料率を代用するという保険原理にそぐわない仕組み²⁰を内包していたが、それ以外の給付費部分を被用者保険が負担するという仕組み自体は、老人保健制度のように加入者数で按分するという数学的公平性ではなく、被用者OBの費用を現役の被用者が負担するという社会的合理性（納得性）に基づいているという意味で、被用者保険にとっても比較的受け入れやすいものであった²¹。被用者保険側が退職者医療制度を受け入れざるを得なかったのは、被用者本人の1割負担導入により財政的余裕が生じるということもあったが、この負担根拠の社会的合理性によるところも大きかっただろう。この制度では、退職者被保険者については、国保の一般被保険者より高い被用者保険並みの給付率が設定され、多くの一般被保険者が退職被保険者に移行するものと見込まれたが、実際はその見込みどおりには行かなかった。この見込み違いが次の動きに繋がることとなる。

② 加入者按分率100%の実現～変わってしまった老人保健制度の性格の場

昭和59年の健保法改正の際、国保では、退職者医療制度の導入に合わせて、国庫補助率の見直しが行われた。それまでの医療費の45%が療養の給付費の50%に改められたのである。これは実質的な国庫補助率の引下げであり、前述の退職者医療制度の対象者数の見込み違いにより、それをカバーする財政効果が得られなかったこ

²⁰ 仮に退職被保険者の医療給付費の一部をその保険料で賄うとした場合、それをどの程度の割合とするか理論的に決められなかったからであろう。

²¹ この系列に属する高齢者医療の提案としては、平成7年7月4日の制度審勧告に「被用者保険については、退職後の高齢者等を被用者保険の延長に含めることも検討する」というものがある。

とから、結果として国保財政に大きな打撃を与えることとなった。そのため国は、特別の補助金（特別調整交付金）による財政補填を強いられることとなる。しかも、老人保健法の参議院修正による加入者按分率の逡減措置により、国保財政の苦境はその面からも深刻化していった。

このような状況に対応するため、昭和61年2月、厚生省は、健保連等の強い反対を押し切る形で、加入者按分率の100%への引上げを主な内容とする老人保健法改正案を国会に提出した。同法案は、加入者按分率100%への引き上げを昭和65年度から（それまでは段階的に引上げ）とするなどの修正が行われ、昭和61年12月成立した。

この改正は被用者保険の大幅な負担増を招くものであり、以後、高齢者医療問題の論議は、老人保健制度自体の存否が大きな争点となっていくのであるが、ここで強調しておきたいのは、それによる老人保健制度の変質である。保険者間で老人医療費を加入者数に応じて按分するねらいは、前注19のとおり、それにより老人医療費を含む各医療保険財政全体の健全化を図ろうというものであった。老人医療費だけを取り出して、それを各医療保険者が公平に負担するというものではなかったのである。かつての橋本私案による財政調整が“例えば老人医療費の3割程度”とされていたのも同旨であった。もちろん、老人加入率の保険者間格差が拡大し、医療保険全体の健全化を図るため、将来的に加入者按分率が100%になることが予想されていなかったわけではないが、昭和60年代半ばにはそこまでは至らず、せいぜい80%程度と見積もられていたにすぎない。それが一気に100%こそがあるべき数字とされたのは、そこに大きな思想転換がなされたからであった。すなわち、老人医療費だけを取り出し、それを各医療保険者で支えようとするものである以上、その負担は公平でなければならない、健保・国保に共通する負担の指標としては加入者数しかないのであるから、当然、公平な分担は100%加入者数に応じて按分することで実現されるというわけである。

このような思想転換が実現したのは、老人医療費の公平な負担という一見すると万人に分かりやすい説明のほか、その説明を容易にした市町村の老人医療給付費をすべての保険者が拠出するという老人保健制度の仕組み²²、さらには老人保健法の参議院修正がもたらした逆バネ、退職者医療制度対象者の見込み違いなどによるところが大きい。結果としてみれば、これによって高齢者独立保険制度への下地が

²² 保険者間でやり取りする財政調整の下では、不可能ではないが、すぐに出て来る発想ではない。市町村のために全保険者が拠出するという“上納金方式”であったことが大きいだろう。

(知らぬ間に) 整備されたということができるだろう。

③ どこまで続く^{ぬかるみ}泥濘か！～混迷した高齢者医療論議の場（其の1）

老人保健法については平成3年、平成7年、平成9年と、介護部分の公費5割負担や拠出金の算定にかかる老人加入率上限の引上げ、一部負担の見直しなどの改正が行われたほか、平成10年の国保法改正では退職被保険者にかかる老人保健拠出金の被用者保険への負担転嫁と毎年のように関連する制度改正が行われ、被用者保険関係者を中心に老人保健制度の限界が強く意識され始めた。この平成10年の国保法改正の参議院修正により、抜本改正の時期が「平成12年度までのなるべく早い時期」とされたことから、再び老人保健制度を含む医療保険制度の抜本改正が政治の焦点となってきたのである。

この前後の動きをいくつか拾えば、まず、社保審が改組されて設置された医療保険審議会が平成8年11月27日、“老人保健制度に代わる新たな仕組みを創設し、現役世代とのバランスを考慮しつつ、老人医療費の費用負担の仕組みを見直す”との建議をまとめたほか、平成8年12月2日には老人保健福祉審議会が老人医療費の負担に関する4つの選択肢²³を示している。また与党においては、平成9年度の医療保険改正作業と予算編成が難航するなか、医療保険制度改革協議会が平成8年12月19日にまとめた検討事項の1つとして“老人保健制度の在り方を見直す”ことを挙げ、さらに平成9年健保改正法成立の前提条件として提示することが求められていた平成9年4月の「医療保険制度改革の基本方針」において、高齢者医療については「別建ての高齢者医療制度の創設や退職後も継続加入する方法なども視野に入れながら、老人保健制度を根本的に見直す」とされた。以上のように、この段階では老人保健制度の見直しというのが基本線で、新たな独立型の高齢者医療制度という方向は政府や与党のなかの議論でも中心的ではなかったが、ここで、高齢者からも保険料を徴収する新たな高齢者保険制度構想を打ち出してきたのが日本医師会である。

平成9年7月29日、日医が発表した「医療構造改革構想（第2版）」では「老人医療保険制度の創設」が謳われており、その内容は高齢者全員を被保険者とし、独自に保険料を負担するという独立型保険であった。これに加えて、現行の拠出金制度は段階的に廃止し、現役世代からは積立型の保険料を徴収し、基金化する。基金

²³ ①全高齢者対象の独立保険制度、②高齢退職者は被用者保険に継続加入し、高齢者の加入率の差に着目して制度間で財政調整、③医療保険を全国民対象に統合、④老人保健制度の基本的枠組みは維持して必要な見直しの4つである。

化した保険料は、高齢者になったときの医療費に充当するが当面は有利子で国に貸し付け、現在の老人医療費を賄うために利用するというユニークな財源案が示されている。果たして、日医は昭和53年8月に示した予防給付のための積立型保険の新構想から、昭和43年10月の老齢保険制度構想に先祖帰りしたのだろうか。老人医療費に充てるための積立型保険料という部分は昭和53年8月構想の残滓かもしれないが、予防給付に充てるものではない以上、この構想はやはり基本的には昭和43年構想に戻ったと考えるべきだろう。それにしても日医は、積立式保険料で医療費を賄うという仕組みを採用した場合、積立金の範囲でしか医療費が支払われなくなるおそれがあるにもかかわらず、なぜこのような（日医にとって）危険な財源案を提案したのだろうか²⁴。

これを受けた厚生省と与党の反応はなかなか興味深いものであった。平成9年8月7日に厚生省が発表した「21世紀の医療保険制度」における高齢者医療制度部分は、①独立の保険制度又は市町村が実施する各保険者の共同事業、②すべての高齢者について保険料を徴収、全額を高齢者医療費に充当、③若年世代の負担について、稼得階層である20～69歳の加入者数を基礎として各保険者に按分するという、見方によっては独立型新制度の創設とも老人保健制度内での対応とも読めるような内容であったが、平成9年8月29日に与党医療保険制度改革協議会がまとめた「21世紀の国民医療」においては、高齢者を対象とする独立した保険制度を創設するとして、全高齢者からの保険料徴収、定率患者負担、3～4割の公費負担（若年負担の在り方等も踏まえて検討）と、明らかに同年7月の日医構想を意識したものとなっている。

これらの基本方針や構想の発表に併せて高齢者医療制度の在り方を巡っては、平成9年～11年の時期、健保連・日経連・連合・国保中央会なども構想や提言を発表し、議論百出の状態となったため、医療保険審議会と老人保健福祉審議会を統合して設置された医療保険福祉審議会（制度企画部会）はさまざまな形の制度案を比較検討し、議論を重ねることとした。しかし同部会は、最終的に改革案を一本化できず、平成11年8月13日に出された意見書は4案を併記するものであった。念のため、その4案を記せば以下のとおりである。①公費を主要な財源としすべての高齢者を対象とした地域単位の新たな医療保険制度を設ける²⁵、②国保グループとは別に被

²⁴ 年金のように積立時に約束した給付を支払えばいい制度とは異なり、給付水準をコントロールできない医療費について予め予測して保険料を積み立てることは不可能である。保険料の追加拠出を求めれば、それは積立式ではなくなる。

²⁵ 公費を主とするとしつつも、高齢者が一定の保険料を負担する仕組みとするとしている。

用者グループの高齢者を対象とした新たな医療保険制度を設ける、③現行の保険者を前提とし保険者の責によらない事由(特に年齢構成)に基づく各グループ(保険者)間の負担格差についてはいわゆるリスク構造調整を行う、④現行の医療保険制度を一本化して新たな医療保険制度を設ける～という4案である。このように結局、平成12年度を目途とした抜本改正案を得るには至らなかったため、平成12年の老人保健法改正は上限付き定率1割負担を導入するなどの部分改正に終わり、政府は平成14年度の改革を目指すこととなる。そういうなか、平成12年8月に発表されたのが日本医師会の「2015年医療のグランドデザイン」であり、その内容はなかなか画期的なものであった。

④ 何とか^{ぬかるみ}泥濘を抜け出したか?～混迷した高齢者医療論議の場(其の2)

日医「2015年医療のグランドデザイン」は今までの日医の方針を大きく転換する構想である。すなわち、すべての高齢者を対象とする独立保険制度構想であることは平成9年7月の「医療構造改革構想」と同じであるが、対象者を後期高齢者とし、財源は公費90%のほか高齢者保険料5%、患者一部負担5%とするとともに、この制度においては“独自の診療報酬支払方式を設定する”という表現が盛り込まれていたからである²⁶。昭和53年の老人保健医療問題懇談会の意見書に基づく小沢私案を批判し、老人保健法案の衆議院修正で「老人医療は老人保健審議会の意見を聴いて作られる老人の心身の特性等を踏まえた診療報酬により老人保健機関が担当する」²⁷という規定を変えさせたのは、老人医療を突破口に現在の(出来高払い中心の)診療報酬支払方式が変えられるのではないかという強い警戒感だったのであるから、日医自らが後期高齢者の医療には独自の診療報酬支払方式を設定するというのは随分、思い切った転換であったと言ふべきであろう²⁸。筆者は、当時、このグランドデザインの立案者であった日医の副会長に真意を糺したことがあったが、その回答は“2025年の高齢化のピークを乗り切るには後期高齢者の医療費を圧縮しないと一般の医療費も確保できない”という趣旨のものだったと記憶する。思わず筆者が武

²⁶ といっても、急性期医療については出来高払いによる診療報酬支払方式、慢性期は独自の包括支払方式という内容であるが、日医が独自の診療報酬支払方式という表現を使ったことは画期的であった。

²⁷ 健保・国保の被保険者でない後期高齢者の医療を担当する機関には独自の診療報酬支払方式を設定するというのなら、グランドデザインでは触れられていないが、老人保健法政府案のような独自の担当医療機関制を採ることが自然である。その意味では平成20年にスタートした後期高齢者医療制度において独自の担当医療機関制が採用されず、保険医療機関がそのまま後期高齢者の医療を担当することとされたことは不徹底であった。

²⁸ このグランドデザインは平成13年3月の日医「医療構造改革構想」でも踏襲されているが、独自の診療報酬支払方式の設定という見出しは消え、診療報酬については“慢性期は医療度、自立度を加味した合理的な包括払い方式を導入する”とあるのみである。

見会長時代の対応に言及したところ、“武見語録は読まない”との返事であった。この日医の真意がどこまで理解された上でのことか疑問なしとしないが、この後期高齢者の独立保険構想は後に実際の制度選択に大きな影響を及ぼすこととなる。

平成14年度を目指した高齢者医療改革であったが、被用者本人の3割負担問題もあって老人保健制度の存廃にかかわるような制度改正の結論を得るには至らず、平成13年9月25日に厚生労働省がまとめたのは“老人保健制度の対象年齢を75歳に引き上げるとともに公費負担割合も5割とする”（「医療制度改革試案」）というものであった。この方針は与党も受け入れ、平成13年11月29日の政府・与党社会保障改革協議会「医療制度改革大綱」でも明記されたが、同時にそこでは“高齢者医療制度については、新たな制度創設を目指す。この制度では75歳以上の者を対象とし、高齢者自らが負担能力に応じて保険料の負担をすることを基本としつつ、保険制度間の公平な負担が確保されることを目指す”とされ、前記の老人保健法の改正もその間の措置と位置づけられたのである。この「医療制度改革大綱」の文言を読むと、政府も後期高齢者の独立保険制度にコミットしているように見える。おそらく日医の構想に影響を受けた与党に引きずられた表現であろうが、最終的な決着は約1年後の平成14年12月を待たねばならない。実際、平成14年3月に国会に提出された健保法等の改正法案においては「保険者の再編・統合を含む医療保険制度体系の在り方、新しい高齢者医療制度の創設、診療報酬体系の見直しに関する基本方針を平成14年度中に策定する」ことが附則の形で確認されたものの、後期高齢者を対象とした独立保険制度とは決め打ちされていないのである。

平成14年7月の健康保険法等改正案の成立を受けて、早速、平成14年度中の基本方針決定を目指して政府・与党の調整が開始された。まず、平成14年9月25日、厚生労働省の構想が坂口 力厚労相私案として発表されたが、それは「基本方針の策定後、おおむね2年を目途として『新しい高齢者医療制度』を含む制度改革を行い、制度を通じた年齢構成や所得に着目したリスク構造調整方式を導入」というものであった。意味不鮮明な文章であるが、厚労相自身は“保険者の統合・再編により、制度を通じた給付の負担の公平が図られれば（高齢者医療制度は）必ずしも必要ないかもしれない”と発言しており、一般的には全年齢リスク構造調整方式の提案と受け止められたのである。これに対し、与党は医療基本問題調査会の中間報告の形で平成14年11月28日、“高齢者医療制度については、75歳以上を対象とした独立した保険制度とする。社会保険方式を維持し、高齢者にもある程度の保険料負担を求める。”との立場を改めて鮮明にした。その結果、平成14年12月17日に発表された厚生労働省試案では、A案として全年齢構造調整案（＝坂口私案）が掲げ

られたが、B案として後期高齢者の独立型保険制度案も付け加えられたのである。ここにおいて事実上、後期高齢者の独立型保険制度案が基軸となる動きが決定的になったと解され、またも日医→自民党→厚生（労働）省という筆者の描くメインストーリーどおりの展開となったと言えるだろう。この後、政府・与党の調整を経て策定された平成15年の3月28日閣議決定の基本方針では、後期高齢者は独立型保険制度とし、それだけでは前期高齢者医療費負担の不均衡に対応できないことから前期高齢者医療費の年齢構造調整方式を組み合わせるという結論となっていくのである²⁹。

閣議で基本方針が定められた後は、その方向に沿って制度の具体的検討が進められ、平成17年10月19日に厚労省の「医療制度構造改革試案」が、平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会の「医療制度改革大綱」がまとめられ、それに基づく健保法等の改正案が平成18年2月10日に国会に提出されたことは周知のとおりである。老人保健法は平成18年6月14日に成立した同改正法により名称を「高齢者医療の確保に関する法律」と改められ、平成20年4月1日に施行された。結局、老人保健制度は約25年間、保^もったこととなる。

第5章 高齢者医療制度構想史の評価～五幕目～

現行法による後期高齢者医療制度と前期高齢者医療費の保険者間負担調整の具体的内容と制度施行後の混乱・見直し論議について詳述はしない。本稿の目的は現行制度に至る制度構想の歴史について日医・自民党・厚生省の3者を軸に辿ることだからである。それに社会保障改革国民会議（平成25年8月6日報告書）によれば後期高齢者医療制度は“既に定着している”というではないか。本稿が辿ったメインストーリーは日医→自民党→厚生省の流れであったが、仮にこの見方が正鵠を得ているとしたら、この4幕劇はどのように評価すべきだろうか。その際、冒頭にも触れたように2001年の省庁再編で消えた社会保障制度審議会が通奏低音のようにサイドストーリーを奏で続けていた内容を思い起こすことは、この間の議論を冷静に振り返ってみるとき、抛るべき規準になるかもしれない。

まず、医療保険が結局のところファイナンスの仕組みである以上、支出や収入の状況次第では何らかの財政対策が求められることは不可避であり、それを通じて支

²⁹ 後期高齢者についてはB案、前期高齢者についてはA案と年齢別に2つの案を折衷したとも見えるが、このような異質な原理の2つの制度をなぜ木に竹を接ぐように繋げられるのか、従来の議論の経過を知っている者には理解不能であろう。

出適正化や保険料引上げのモメンタムも付くのであるが、マスデモクラシーの世界では常に“負担増の前に抜本的な改革を”ということが言われ、“抜本改革”という不毛な議論に時間とエネルギーを費やすこととなったのが蹉跎の始まりであった。現実的・技術的・実務的・専門的な問題が多いファイナンスの制度（保険料の賦課徴収と保険財政の規律）について、必ずしもそれらについての十分な知見のない者も議論に参加し、足が地に着かないと思われる構想まで百出する事態となったからである。日本医師会もその1人であった³⁰。昭和43年10月の日医意見にある地域健康保険（被用者も含む高齢者以外の全国民を対象とする一般疾病の保険。事業主負担廃止）・高齢健康保険・産業保険（業務上傷病の保険、事業主負担のみ）という3本建て構想から始まり、昭和53年8月の若年期からの予防給付のための積立保険、平成9年の積立方式による老人医療保険、平成12年8月の9割公費の後期高齢者医療保険と、必ずしも首尾一貫しない構想が発表されたが、政権与党であった自民党も、それに若干の修正を加える程度で、日医に追随することが多かったことは見てきたとおりである。

日医の政治力の強さから言えば、与党として無理からぬ反応と言えるかもしれないが、制度運営の責任を担う厚生（労働）省までもが、かなりの程度までそれに引きずられたことは情けないというほかない。議院内閣制の下では自らの意思を貫き通すことは容易でないとは言え、専門家集団には無責任な対応も多かった。昭和40年代を通じた抜本改正論議のなかで出された厚生省の老齢保険制度構想はどこまで真剣に問題を詰めたのか、その本気度が疑われるものであったし、昭和47年には政管健保の財政対策で手一杯の保険局は老人医療費の負担軽減を医療保険制度外の対応に委ねるという選択までしている。もし、制度審が言うように医療保険各制度のなかに公費を入れてでも保険制度内で老人医療費軽減問題に対応することとしていたら、各保険制度の財政規律が働き、自己負担の導入などの対応ももっと速やかにできていたのではないだろうか。

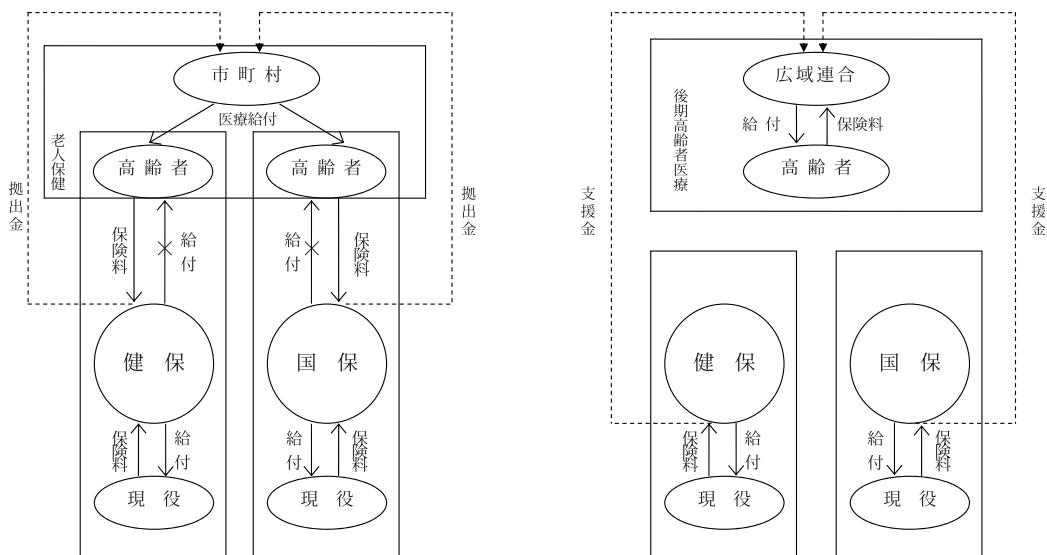
一定年齢で区切って高齢者だけ集めた独立の保険制度を作ることは、そもそもリスク分散の保険原理にも反するし、被用者保険や国保から籍を抜いた後期高齢者の医療給付費の相当部分をそれらの医療保険者に負担（支援金）させる理論的根拠は

³⁰ 給付は別として、保険料の賦課徴収・保険財政の規律といった問題についての日医の構想が十分な現実性を欠いていたことは見てきたとおりである。ただ、武見太郎にはある種の理想主義者の側面もあったと思われる。医師にとって理想の医療の姿は、貧富の差なく人々に医療が提供されるという平等主義的なものであり、それは地域健康保険への一本化構想にも表れているのではないかと思う。ちなみに戦前の内務省衛生局が国保創設に消極的であったのも、“救療”を所掌事務に掲げる衛生局にとって国の責任に裏打ちされた平等な医療が理想だったからではないかというのが筆者の推測である。

薄弱³¹であるほか、世帯単位の被用者保険・国保の上に個人単位の高齢者保険を乗せることには実務的に無理が多いことは明らかであるから、平成9年ころから始まった第2次抜本改革の議論では厚生(労働)省もそれなりの粘り腰を見せた。与党が日医を意識して独立型の高齢者保険制度に固執するのに対し、保険者の共同事業や年齢構造調整を対置し、または併記し続けたのであるが、それも平成14年12月段階で事実上、与党の圧力に屈してしまうこととなった。仮に、制度審が存続していたとしたら、後期高齢者医療制度(とそれとは組み合わせられた前期高齢者医療費の負担調整)について、どのような意見を述べたであろうか。“高齢者にも保険料負担を求めることは評価できるが、後期高齢者だけを集めて独立した保険を作るのはいかにも不自然であるし、前期高齢者の扱いとも整合性を欠く”といったような意見となったのではないかという気がする。

しかし、いろいろと途中経過はあったにしても、結局、厚生労働省が後期高齢者の独立保険制度案で押し切られてしまったのはなぜなのだろうか。政治的な動きは

別図2 老人保健制度 後期高齢者医療制度



(作成：長崎県立大学・堤 修三)

³¹ 老人保健制度では70歳以上の者は被用者保険・国保に籍が残っており、保険料も納めている一方、医療給付は医療保険者に代わって市町村が行うのであるから、一種の受益者負担として医療保険者に負担(抛)させる根拠はあったが、後期高齢者医療制度では籍を抜いた後期高齢者のために医療保険者に医療給付費を負担(支援)させる説得的な根拠はない。前者は、別居してはいるものの離婚してはいる夫婦間に扶養義務があるようなものであるのに対し、後者は、別居し離婚が成立している元夫婦間に扶養義務の履行を求めようとするものである(別図2参照)。

別として、老人保健制度の改良案はもちろん、保険者間財政調整案も政策としては地味で、一般にアピールしにくいし、前述の架空の制度審意見でも書いたとおり、これらの案では高齢者の保険料負担が明確に打ち出されることがないという点に21世紀の超高齢社会の政策として相応しくないという側面があったのではないか、これが筆者の見立てである。高齢者にも保険料負担を求めつつ、世帯単位と個人単位の制度を繋ぐような不整合を生じさせることのない制度設計ができなかった厚生労働省の敗北だったというべきかもしれない。

被保険者自身が保険料水準と医療給付費水準を意識して自律を効かせるという機制がほとんど働かず、したがって常に高齢者保険料の抑制が求められ、さらに公費や現役世代からの支援の増額も難しい後期高齢者医療制度が長期にわたって維持できる可能性は少ない。もし、ある程度までそれができるとしたら、日医の「2015年医療のグランドデザイン」が盛り込んでいた独自の診療報支払方式の設定によって、後期高齢者医療費の抑制に成功した場合であろう。だが、それは同時に後期高齢者への診療の忌避や診療レベルの低下をもたらし、まさに“老人姥捨て山”を現出させるに違いない。それを避けるとしたら、後期高齢者医療に適用される診療報酬支払方式を全年齢層に拡大して適用するほかない。だが、そうなれば後期高齢者を独立保険とする必然性はますます無いこととなろう。厚生労働省は、その段階で、“高齢者にも保険料負担を求めつつ世帯単位と個人単位の制度を繋ぐような不整合を生じさせることのない制度設計”への再挑戦をすることを求められるはずである。

【参考】

高齢者医療制度の諸構想を形ごとに時系列に沿って示したのが別表である。ここでは、高齢者から保険料（他の名称のものも含む）を徴収する形を独立型、高齢者保険料を徴収せず、保険者が拠出する半独立の形を中間型とし、ほかに保険者間財政調整、退職者医療、医療保険給付率引き上げ、医療保険外対応という計6タイプで整理してある。小沢私案には高齢者保険料はないが、拠出金を負担する住民には高齢者も含まれるので、便宜的に独立型とした。いずれにしても小沢私案は奇妙な制度案であった。

【主な参考文献】

武見太郎「老人の増加にどう對處するか—老人學と社會保障—」（中央公論社『中央公論』1955 / 3月号）

厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修『医療保険半世紀の記録』(社会保険法規研究会1974)

有岡二郎「日本医師会通史」(日本医師会『日本医師会創立記念誌－戦後50年のあゆみ－』1997)

吉原健二・和田 勝『日本医療保険制度史』(東洋経済新報社1999)

小沼里子「資料・医療制度改革を巡る論点」(国立国会図書館『調査と情報』2003 No.413)

吉岡成子「後期高齢者医療制度をめぐる経緯と見直しの論点」(参議院調査室『立法と調査』
2009 No.288)

特集「高齢者医療制度」(法研『週刊社会保障No.2500』2008/10/6)

島崎謙治『日本の医療－制度と政策－』(東京大学出版会2011)

【別表】 高齢者医療の形を巡る議論の推移

年代	独立型(高齢者保険料)	半独立型(保険者拠出)	財政調整(加入者数調整)	退職者医療(突き抜け)	医療保険給付率引上げ	医療保険外での対応	関連事項
S 30年							武見論文
S 42							厚生省事務局 試案(対応なし)
S 43	日医・抜本改正意見(?)					厚生省・老人医療対策/ 44年度概算要求(×)	
S 44		自民党・国民医療対策大 綱/厚生省改正要綱試案 諮問(制度審・社保審)				東京都・老人医療費無料 化	老人総合対策諮 問(中社審)
S 45							中社審答申(医 療費軽減は喫緊 の課題)
S 46					制度審答申(国庫補助)	社保審答申(全額公費)	
S 47					制度審答申(なるべく早 く給付率引き上げに切り 替えるべし)	厚生省・老人医療費支給 制度案諮問(制度審)	
S 48						老人医療費支給制度実施 (老人福祉法)	
S 52	老人懇意見書(住民・事 業主拠出)						老人医療費急増 国保財政圧迫
S 53	読売報道の厚生省案(住 民・事業主拠出) 小沢厚相私案(住民・事 業主拠出)						日医・老人予防 保険構想/報道 案を姥捨山と批 判

年代	独立型(高齢者保険料)	半独立型(保険者拠出)	財政調整(加入者数調整)	退職者医療(突き抜け)	医療保険給付率引上げ	医療保険外での対応	関連事項
S54			橋本厚相私案 大蔵原案(=橋本私案)				
S55		厚生省・白紙諮問(制度審) /老人保健法案提示	(制度審の本音)				
S56		厚生省・老人保健法案大綱(諮問)/制度審・了					
S57		老人保健法成立(S58実施)日医・健保連修正					
S59				退職者医療制度成立(60歳~69歳)			健保本人9割・国保補助率引下げ
S61		老人保健法改正(加入者抜分率100%)					退職者見込み違い/国保窮迫
H3・7							老健法改正
H8							医保審(新制度) 老健審(4案提示)
H9	与党医療制度改革協(老健根本見直し/別建の制度・高齢者保険料?) 日医・医療構造改革構想(積立型独立保険) 厚生省・21世紀の医療保険制度(独立した保険制度) 与党協議会・21世紀の国民医療(独立保険)	厚生省・21世紀の医療保険制度(保険者の共同事業)		与党医療制度改革協(老健根本見直し/退職後の継続加入など)			健保本人2割・老健公費介護部分5割引上げ

年代	独立型(高齢者保険料)	半独立型(保険者拠出)	財政調整(加入者数調整)	退職者医療(突き抜け)	医療保険給付率引上げ	医療保険外での対応	関連事項
H10							国保改正(退職者 分拠出金付替え)
H11							医保審部会意見 書(4案併記)
H12	日医・グラントデザイン (後期独立・公費9割・ 独自の診療報酬)						
H13	政府与党協(老健75歳・ 公費5割→後期独立)	厚生省・医療制度改革試 案(老健75歳・公費5割)					
H14		老人保健法改正(75歳 公費5割)					健保本人3割/附 則(新高齢者医療 制度の創設等の基 本方針策定)
H15	基本方針閣議決定(後期 独立)		坂口私案(全年齢調整) 厚労省試案A案(全年齢 調整)				
H17	政府与党改革大綱(後期 独立)		基本方針閣議決定(前期 調整) 政府与党改革大綱(前期 調整)				
H18	高齢者医療確保法成立 (後期独立) H20実施		高齢者医療確保法成立 (前期調整) H20実施				