



Title	昭和59年健康保険法等改正の立法過程
Author(s)	江口, 隆裕; EGUCHI, Takahiro
Citation	北大法学論集, 36(3), 427-529
Issue Date	1985-10-15
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/16501
Type	departmental bulletin paper
File Information	36(3)_p427-529.pdf



〈北大立法過程研究会資料〉

昭和五九年健康保険法等改正の立法過程

江口隆裕

目次

- 一 今回の健保法等改正の背景
 - (一) 医療費の増高
 - (二) 国家財政の逼迫
 - (三) 臨時行政調査会の答申
 - (四) 制度間の公平化の必要性
- 二 厚生省による改革案の骨子
 - (一) 医療保険制度の中長期的展望
 - (二) 昭和五九年度概算要求における選択
 - (三) 退職者医療制度の創設、国保国庫補助の合理化および定率一部負担導入の関係

三 国会への法案提出に至る過程

- (一) 厚生省案に対する関係団体の動向および自民党の対応
 - (二) 自民党四役裁定に至る経緯
 - (三) 社会保険審議会および社会保障制度審議会の答申
 - (四) 退職者医療制度の特色
- 四 国会における成立過程
- (一) 審議の概要——将来ビジョンの呈示
 - (二) 今回の健保法等改正の立法過程の特色
- 五 おわりに

質疑応答

〈資料1〉—〈資料27〉

一 今回の健保法等改正の背景

本日は、昭和五九年八月に成立した健康保険法等の一部を改正する法律につき、その経緯、要点、厚生省内部での議論および外部との交渉過程等を報告するが、その前にまず、改正の背景となつた諸条件について述べる。

(一) 医療費の増高

〈資料2〉の上の表を御覧いただきたい。これは国民医療費の動向を示したものである。昭和三五年度には四、〇九五億円にすぎなかつたものが、昭和五七年度には一三兆八、六五九億円となり、二三年間で約三四倍も増加していることがわかる。また、一人当たりの医療費は、四、四〇〇円（昭和三五年度）が一万六、八〇〇円（昭和五七年度）と約二七倍の増加となつている。他方、医療費に対する国庫負担は、この間に約六六倍もの増加を示している。次に、〈資料2〉の下の表（諸率）で医療費の対前年度比と国民所得の対前年度比を比較すると、昭和三五年度には、高度成長の揺籃期のためか、後者が前者を上回っており、その後昭和四五年度までは医療費の伸びと国民所得の伸びにそれ程大きな乖

離は生じていない。ところが、昭和四八年のオイル・ショックを境にして経済成長が鈍化し、昭和五〇年には国民所得の伸びが九・九パーセントに滞まつたのに対して、昭和四八年一月から実施された、いわゆる老人医療の無料化の影響もあつてか、医療費は二〇・四パーセントも伸びており、以降は医療費が所得を上回つて伸び続けている。これはいかなることを意味するか。医療費の負担方法は、公費・保険料・患者負担の三つしかないわけであるが、いずれの負担方法によるにせよ、結局は総体としての国民の負担となるものであり、従つて国民所得の対前年度比と医療費の対前年度比との前述したような乖離は、医療費に対する国民総体としての負担率の増大を意味しているのである。このことを示しているのが（諸率）の「医療費の対国民所得比」であり、昭和三五年度には三・〇九パーセントであつたのが、昭和五七年度には六・五五パーセントと倍以上になつている。また「国庫負担の医療費中に占める割合」を見ると、昭和三五年度には一五・七パーセントであつたものが、高度成長期において、国庫負担に依存しつつ給付水準を改善する、という政策が採られた結果、昭和五〇年度には三〇パーセント近くに達し、それ以降現在まで国庫負担率のすう勢は変化していない。

次に、「年齢階級別一人当たり一般診療費の推移」〈資料3〉で

料

資

あるが、昭和四五年度には六五歳以上の人の医療費(A)は六五歳未満の人の医療費(B)の二・五倍であったのに対し、昭和五七年には四・八倍の開きが生じている。また、「老人人口割合の推移及び将来予測」(資料4)によれば、昭和三五年には六五歳以上の人口割合は五・七パーセントであったものが、昭和五五年にはすでに九・〇パーセントに達しており、ピークに当たる昭和一二〇年には二二・一パーセントに達する。参考として昭和一〇〇年の老人割合の国際比較をしてみると、我が国はこの部門でも西欧先進国―高齢化社会の先進国でもあるが―を抜き、それ以上の高齢化社会を迎えることがわかる。この事実と前述した老人一人当たりの医療費の高さを考え合わせるならば、今後、医療費の負担が国民所得の相当部分を占めざるを得なくなることは明らかである。この事態にいかに対処すればよいか、ということが今回の改革の第一の動機ないし理由付けであった。

つまり、まず第一に認識しておかなくてはならないことは、稼働能力がなく、しかも医療費のかかる六〇歳以上の人々について年金―これは不可避免的・義務的な経費で今後も大幅に増大するであろう―及び医療の両面で必要な保障を確保しなくてはならないという課題があること、およびこの課題は既に放置できない状況に至っているということ、である。

(二) 国家財政の逼迫

他方、国家の財政状況であるが、昭和五九年度予算(資料11)によれば、歳出約五〇兆円のうち国債費が約一〇兆円にも上っている。これは、一二〇兆円を超える国債発行残高の利払い分であり、国家財政はいわばサラ金経営とでもいうべき厳しい状況に陥っている。このような財政状況にかかわらず、医療費は不可避免的に増大し、その国庫負担依存度は三〇パーセントを越えており、これが国家財政にとつて重荷となつているのである。以上のような国家財政を再建することが中曽根内閣の至上命題となつており、このために昭和五八年七月には「昭和五九年度の概算要求について」という閣議了解がなされた(資料5)。これによれば、まず、一般的を指針として、昭和五九年度予算における歳出の徹底的な見直し、および予算規模を一定枠内におさえること(いわゆるシーリング)が掲げられており、さらに、その具体策として、昭和五九年度概算要求額を、原則として、昭和五八年度の予算額から一〇パーセント削減したもの(投資部門は五パーセントの削減)におさえること(いわゆるマイナス・シーリング)等が定められた。もつとも、人件費に係る義務的経費の増および各種年金の制度の成熟化に伴う増等については適用除外とされている。

ところで、医療費については一人当りの額が増加しており、人口も高齢化し続けている。また、年金も制度の成熟化により給付額が増加している。そのため、昭和五九年度には、前年度に対して、厚生省全体で約九、〇〇〇億円にのぼる増額が必要となった。ところが、前述の閣議了解では、年金の制度の成熟化分はシーリングの適用除外とされたものの、高齢者の増加や医療技術の高度化等にもなる医療費の増加分は適用除外とされておらず、シーリングの枠内で処理しなくてはならないこととされた。その結果、年金の制度の成熟化分等の別枠経費は二、一〇〇億円しか認められず、残りの約七、〇〇〇億円については厚生省がシーリングの枠内に収まるよう知恵を出さなくてはならないこととなった。

(三) 臨時行政調査会の答申

さらに臨時行政調査会（臨調）との関係についてであるが、今回の医療保険制度の改革の基本的な考え方は既に、行政改革に関するいわゆる臨調答申の中に示されていた（資料6）。例えば、行政改革に関する第五次答申（いわゆる最終答申）をみると、国庫負担の項では、給付率の見直し等医療保険制度の合理化を図ること、基準的医療費に基づく定額補助方式の導入、補助率の引下

げ等が答申されており、さらに、「制度の在り方」として、今回の制度改革の柱である退職者医療制度が既に謳われていた。

(四) 制度間の公平化の必要性

また、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。特に、被用者保険の本人のみが十割給付を受けている点については、その最も顕著な事例として、定率負担の導入を図るべきであるとの認識が厚生省内部に由来からあったといえよう。今回の医療保険制度の改革の背景としては大要以上のことが挙げられる。

二 厚生省による改革案の骨子

(一) 医療保険制度の中長期的展望

さて、以上の背景をふまえて厚生省は「医療保険制度の改革に

向つて一五九年度概算要求の考え方」(資料7)を示した。まず、そもそもその問題意識としては、前述したような、経済成長の鈍化とこれを上回る医療費の増高がある。つまり、医療費が人口の高齢化等により長期的傾向としては年々八パーセント程度増加するであろうと予測されるのに対して、国民所得の伸びは年六ないし七パーセント程度にとどまるであろうと予測され、「増税なき財政再建」が続く限り国庫の負担能力は低下する。医療保険制度の長期的安定のためには、このギャップに対応していかなくてはならないわけであるが、その対応の方法としては、①保険料率の引き上げ、②患者負担の増加、③増税による国庫負担能力の増大、④医療費の圧縮、の四つの選択岐から選択せざるを得ないこととなるのである。

以上の問題意識に立つたうえで、具体的な対応策を決定することとなるが、まず大前提として、医療費の適正化を図らなくてはならない。なぜなら、医療費の増高はやむを得ないにしても、その内容が適正であり、かつ医療自体が効率的なものでなければ、どのような改革案であれ国民の納得を得られないからである。その対応の方向としては、(1)医療費適正化のための指導監査の強化、レセプト審査の充実等を図る、(2)診療報酬の合理化、薬価基準の適正化を進める、といったことが示された。

次の対応策としては、医療保険制度における社会的公平が掲げられている。つまり、現在の医療保険制度の構造では、「人生八〇年型社会」において生涯を通じての社会的公平を確保することが困難になってきているのである。そもそも健康保険制度は労働者保護立法の一環として創設されたものであるが、その際、労働力以外に何も持たざる者を保護するため十割給付を行なってきたことには相応の理由があったといえよう。しかし、国民皆保険が十分浸透し、職業のいかんを問わず国民の大多数が中流意識を持つ現在では、なぜサラリーマンの本人のみが十割給付なのか、という疑問に正面から答えることは非常に困難となつてきている。なぜなら、同じ疾病に対するリスクという意味では、健保に加入するサラリーマンと国保に加入する自営業者との間に質的な差異はなくなつてきているからである。

さて、医療保険制度全体を通じての社会的公平の確保のためには、制度間格差の是正が第一に求められる。なぜなら、今後国庫負担能力の低減が続けば、各制度間の給付と負担の不均衡を国庫負担によつて調整・是正している現在の制度体系を維持することは困難となり、健保は若い人が中心であるから保険料を上げずに高率の給付を受け続けるであろうと予測されるのに対し、国保は中高年齢者が多く加入し、高率の国庫負担に依存しているため、

保険料負担は上がるが給付率は下がる、という事態が招来されかねないからである。

この、医療保険制度における社会的公平の実現のための対応の方向については、(1)制度の統合ということについては、各制度の歴史と実績とを無視できないものの、将来においては考慮せざるを得ない時機が到来するかもしれない、(2)実際のな方法としては、国庫負担に依存しないで負担の公平を図る方法をとらざるを得ない—これは「増税なき財政再建」という見地からはやむを得ない、(3)負担の公平の見地から、費用負担について制度間の調整を図る方向をとるとすれば、当然、給付の範囲・内容等についても全保険を通じて公平を確保することが必要となる、また、給付の公平は、全国民の医療保障の確保という見地からも、当然の要請となる、ということが示されている。

さらに、国民の健康意識の高まりおよび医療ニーズの拡大・多様化に対応して、医療のあり方そのものも考え直されなくてはならない。すなわち、従来の疾病は急性疾患が中心であって、これは日常の注意のみでは予防できるものではなかった。しかし、現在では疾病構造が変化してきており、慢性病、成人病が増加している。これら成人病等は日常の健康管理で相当程度予防できるものなのである。つまり、このような疾病は、ある意味ではその人

の日常生活での不注意に起因するものとも考えられる。このような疾病に対して十割給付をすることについては、日常の不摂生による病気を直すための莫大な医療費をなぜ他の人がカバーしなくてはいけないのか、という疑問が出てくるのである。すなわち、これが一部負担導入の議論であり、医療保険においても自己責任を導入すべきではないかということである。また、特殊な医療技術、特別な快適さやサービスなど給付外医療（いわゆる自由診療）に対するニーズも増えるであろう。

以上のような医療ニーズの拡大・多様化に応じた対応の方向としては、(1)保険給付については全国民を通じて平等とし、保険給付を受けるに際しての患者負担の水準及び方法は、必要な受診を妨げず、乱用を招かずの原則によって決めていくこと、(2)新医療技術や特別のサービスに対する保険適用については、一定の社会的評価を加えた上で決定していく、また給付外医療については、自由診療と自由料金の原則に委ねる、といったことなどが示されている。

(□) 昭和五九年度概算要求における選択

以上が医療保険制度に関しての長期的展望に立った上での基本

的な選択であるが、このような基本的な選択に則つたうえで、昭和五九年度概算要求における選択について述べると、まずその選択に当たつての考え方として、(1)医療費適正化対策の充実強化によつて、徹底的に医療費の伸びを圧縮すること、及び(2)医療保険制度の果たすべき機能と役割を厳しく見直し、真に必要とされる給付割合、給付内容のものとするとともに、受診時における適正な患者負担を導入すること―これがいわゆる健保の一割負担であり、与野党の対決法案たる健保法改正の最大の論点であつた―、(3)医療保険を通ずる負担の公平化等の見地から、国庫負担のあり方も含めて見直すこと、が軸とされた。また、なお書として三points述べられているが、これは前述した四つの選択肢への回答であつて、それら四つの選択肢のうち、患者負担の増加（給付率の引上げ）という選択肢をとつたことを明らかにしている。

これらの「選択に当たつての考え方」に基づいた対策として、まず医療費適正化の強力な推進について述べるが、その前提として次のことに留意しておいていただきたい。それは診療報酬および薬価基準という問題は、医療保険制度における所得の再分配という問題であるということである。なぜなら医療費一四兆円―これは究極的には国民が負担しているわけであるが―というパイを、医者や製薬企業、パラメディカル等の関係者にどう配分するか、

ということを決めるものが診療報酬および薬価基準であるからである。診療報酬改定は医者にとつては、いわばベース・アップのようなものである。

以上の点に留意したうえで、医療費適正化の強力な推進について見ると、まず診療報酬（体系を含む）の合理化を進める、とされている。現在、診療報酬で最も問題とされている点は、いわゆる出来高払い制の是非である。これは、要するに医者が行なつた検査、診療、投薬等の診療行為の種類とその量に応じて報酬を支払う仕組みであるが、この仕組みでは、検査、投薬等を行なえば行なう程所得が増える、という弊害が生ずることになる。しかし、我が国が開業の自由、診療の自由といった医療の自由を原則とする限り、これを根本から変革することは困難であらう。ただ、ここでいわれている「合理化」とは、出来高払い制を維持しつつ、それに伴う弊害を極力除去して行こう、ということである。例えば、技術料重視などはその例である。すなわち、いわゆる薬価差益に依存して病院の経営が成り立っている現状を改め、薬価基準を実勢価格に近づけるとともに、医者の技術料を適正に評価し、薬価差益に依存しなくても病院の経営が成り立ち得るようにしよう、ということである。

次に、薬価基準の適正化を図る旨が示されている。薬価基準と

は、いわば薬品の公定買入れ価格のことであるが、これと実勢価格との間にギャップがあるため、このギャップを是正（すなわち、公定買入れ価格を実勢価格に合わせて低くする、ということ）しようということである。

その他、例えば大学病院等については、保険医療上の取扱のあり方を見直すと考えられている。これは、大学病院は教育研究および治療という二つの機能を有しているわけであるが、教育という目的のため通常の病院であれば行わないような、いわば自明の事項についても検査を行う。そのために通常の病院よりも医療費が嵩むことになるのであるが、その保険医療上の取扱を見直そうということである。

「選択に当たつての考え方」に基づいた対策として、次に、医療保険における給付の見直しということが掲げられている。この点について、まず第一は、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八割給付）ということである。これに関しては、各制度を通じた平等な給付という意味では国保も八割給付とすべきなのであるが、当面の厳しい財政状況から現行どおりとされている。また、付加給付については、社会的公平の見地から、医療保険制度としては認めないことが提言されている。大企業の設立している健保組合のように財政的に相当豊かな保険

者においては改正前の場合、原則的には本人十割給付、家族は入院八割・外来七割給付とされているものを、家族について十割給付を行う、といった付加給付が行なわれている。しかし、これによると、中小企業のサラリーマンを対象とする政管健保や国保、更には健保組合の中でも財政力のない保険者は付加給付をしたくてもできないということになり、給付の公平が図れないこととなる。以上のことから、付加給付は医療保険制度としては認めないという方針が打ち出されたわけである。

第二に、入院時の給付材料の給付除外である。これは、現在入院すると食事代も保険で給付されるが、これを止めよう、ということである。なぜなら、患者は健康なときには自分で食事代を負担しているのだし、また、同じ病気に患った在宅患者は食事代を自己負担しているのであって、これらとの均衡がとれないからである。

第三に、一部薬剤の給付除外であるが、これは、薬局で購入して済ますことのできるような薬、例えば風邪薬などは保険で賄う必要はないであろうから自己負担とする、ということである。

第四に、高額療養費支給制度の改定である。今回の改定前においては、国保は五一、〇〇〇円（低所得者三九、〇〇〇円）、健保は本人一五、〇〇〇円、家族が五一、〇〇〇円（低所得者一五、

料(〇〇〇円)を基準として、自己負担額がこれを超えるときに高額療養費が支給されていたのであるが、健保の本人に定率負担が導入されることを契機に、給付の公平の見地から、今回の改正でこれを統一しようとしたわけである。

第五に、高額所得者に対する保険適用の見直しが掲げられている。高額所得者は医療保険でカバーする必要があるのか、というのがこの議論であるが、このような議論はそもそも国民皆保険の理念に反するのではないか、という主張もあった。このため、結果的には、この点に関する具体的な対応策については今後の検討に委ねるとしつつも、保険料負担の面で然るべき応能負担を求めて行くという方針が打ち出された。

(三) 退職者医療制度の創設、国保国庫補助の合理化および定率一部負担導入の関係

「選択に当たっての考え方」に基づく第三の対策は、医療保険制度における負担の公平化に関するものであるが、その検討に入る前に、便宜上、退職者医療制度の創設、国保に対する国庫負担の合理化、および定率負担の導入の関係を説明しておく。まず(資料25)の図「サラリーマンの医療費負担」を参照していただき

い。サラリーマンの現役時代には一部負担は二パーセント程度であり、残りは労使折半の保険料となっている。ところが、退職した後は国保に移ることとなり、改正前の国保制度では、給付率は七割給付に下がり、これに自己負担額が一定額を超える場合に支給される高額療養費が加わるため、患者の最終的な負担割合は、二パーセント程度に増加することとなる。

国保の場合、国庫補助は医療費の四五パーセントを占めており、退職したサラリーマンの医療費のうちその保険料は一五パーセントを占めているにすぎない。かくして一九パーセントが残るわけであるが、これは他の人の保険料、すなわち国保の若い人達の保険料ということになる。つまり、国保の若い人達は、自営業(国保)のOBの人達だけではなく、サラリーマン(健保)のOBの人達の面倒も見ているということになり、後者の負担が国保にシワ寄せされているわけである。この不当な負担を解消するために創設されたのが退職者医療制度である。

この制度の基本的な発想は、国保の若い人達は国保のOBの人達の面倒を、健保の若い人達は健保のOBの人達の面倒を、各々見て行くこうということにある。そのためには、健保の現役の人達がOBの医療費を負担することが必要だが、そうすると健保の若い人達の保険料がアップすることとなる。しかし、保険料のアップ

は前述したように政策的に採り得ないし、また、過去に国会で健保法改正が難渋したのは、保険料が上げられるか否かをめぐってであったことを想起すれば、それが政治的にも困難であることは容易に想像できよう。

以上のように保険料アップが困難であるため、一割負担導入によってその財源を賄う方が選択された。つまり、定率負担の導入により、病気になる人の自己負担部分は増加するのであるが、逆に、健保の被保険者全員の保険料負担はその分だけ減少し、余剰部分が生ずることとなる。この余剰部分を退職者医療制度の財源に回そうというのである。(なお、七〇歳以上の人々の医療費については、老人保健制度により、国保と健保等との間で相当程度負担の公平が図られている。)

次に、退職者医療制度と、国保に対する国庫負担の合理化との関係について述べる。国保の医療費全体のうち、保険者が給付しているのは七七パーセント(国保の場合七割給付であるが、高額療養費制度があるので、実質給付率は七七パーセントになっている)、逆に、一部負担は三三パーセントとなっている。七七パーセントのうち、国庫補助は四五パーセントを占めており、保険料は医療費全体の三三パーセントを占めているにすぎない。ところが、退職者医療制度が導入されると、前述したように、退職者の

医療費に係る不当な負担が解消されることになるから、国保の被保険者の保険料負担は軽くなる。この負担軽減分に医療費適正化等の効果も勘案し、国庫補助を下げることにしたわけであり、それにより、厳しいシーリング下での昭和五九年度予算を組もうとしたのである。その結果、国保の国庫補助は医療費の四〇パーセントから医療給付費の五〇パーセント、すなわち医療費の三八・五パーセントへと引き下げられたのである。以上のように、定率負担の導入、退職者医療制度の創設、および国保に対する国庫負担の合理化の三点が相互に関連し一体化しているところに、今回の医療保険制度改革の特質があるのである。

以上述べた今回の改革の特質に留意したうえで、以下、医療保険制度における負担の公平化等のための具体的施策を検討する。

まず退職者医療制度の創設についてであるが、この制度は、前述したように、退職後のサラリーマンの医療費を国保の若い人達や国庫補助で負担するのは不合理であり、世代間の連帯という観点から、現役のサラリーマンと事業主が負担すべきである、という考え方に基づき創設されたものである。また、同時に改正前の医療保険制度によると、退職前は十割給付であるのに退職後は七割に給付率が下がる、つまり、高齢になって従前よりも医療の必要性が高まる時に給付率がダウンするわけであり、これは不合理で

ある。そこで退職者については八割給付とし、この給付面での不
 合理を解消することも退職者医療制度創設の狙いであった。この
 退職者医療制度においては、一方では国保加入の高齢退職者（被
 用者年金の老齢年金受給権者等）およびその家族について、被用
 者保険並みの医療給付を行うため、本人八割給付、家族について
 は入院八割・外来七割給付という給付率が設定された。また、他
 方、その医療費については、高齢退職者自身の拠出する保険料と
 現役の被用者および事業主の拠出金で負担することとされている。

次に、国保に対する国庫負担の合理化についてであるが、これ
 も前述したように、退職者医療制度の創設に伴って、国保の財政
 負担が軽減されることなどから、国庫補助を従来の医療費ベース
 の四五パーセントプラス臨時財政調整交付金から、医療給付費
 ベースの五〇パーセントへと変更することとされた。

また、日雇労働者健康保険制度は廃止され、健康保険制度に統
 合されることとなった。

以上が、今回打ち出された医療保険制度改革案の概要であるが、
 総括すれば次のようにいえよう。今回の改革案は、厳しい国家財
 政状況下でのマイナス・シーリングという条件のもとで、人口の
 高齢化をふまえて、国庫補助に依存しない、しかも「活力ある社
 会」を維持するための医療保険制度を創設しなければならない、

という中長期的展望に立ったものであった。このため、一方で国
 保の国庫補助を削り、他方で、退職者医療制度を創設して被用者
 保険サイドから拠出金を出してもらおうとした。また、被用者
 保険サイドについては、十割給付を八割給付とすることにより、
 保険料負担が上昇しないようにしたのである。

三 国会への法案提出に至る過程

(一) 厚生省案に対する関係団体の動向および自民党の対応

さて、「医療保険改革の経緯」（資料一）を再び参照していただ
 くと、昭和五八年七月二二日に、昭和五九年度予算概算要求枠
 （シーリング）が閣議決定され、同年八月二五日、昭和五九年度
 厚生省予算概算要求が決定されている。その内容が以上に述べた
 ところである。その後昭和五九年一月一九日に、自民党四役によ
 る裁定（本人負担の二段階実施、一部薬剤・給食材料給付除外見
 送り）が出されるに至るのであるが、この間の経緯を若干説明し
 ておく。

厚生省が今回の医療保険制度改革案を示した時、これに特に強
 く反対したのはその立場が全く異なる二つのグループであった。

ひとつは野党及び労働団体であり、その反対理由は、給付率を十割給付から八割給付に下げるとは、国民の負担を増大させ十分な医療を受け難くするとともに、国の赤字を国民に転嫁するものである、ということであった。私個人の見解としては、目前に迫っている高齢化社会に対処するための独自の理念を打ち出せず、単に定率負担導入は反対であるという主張を展開したに止まったところに一つの限界があつたのではなからうかと考えている。

今回の改革案に反対したもうひとつのグループは日本医師会（日医）であつた。その反対理由は、結局は給付率が十割給付から八割給付へと引き下げられると受診が抑制され、軽微な疾病では医者にかからなくなり患者が減少するであろう、ということにあつた。自民党はこの日医の反対に非常に苦慮したように思われる。なぜなら、日医は自民党の最大の支持基盤のひとつであり、かつ、従来、特にいわゆる武見時代においては強力な政治力を有していたからである。しかし、他方、中曽根政権にとって財政再建は最大の課題であり、そのためには今回の医療保険制度改革を実現しなければならぬというジレンマに陥つたのである。このような状態で昭和五八年秋の総選挙を迎えたのであるが、医療保険制度改革については、日医、野党その他の関係団体ともほぼそろつて反対であつた。そのため、九月には、日医の全国大会で、

自民党政調会長が、今回の改革案はあくまで案にすぎず、いくらでも修正できるものである旨発言しており、また十一月には、党見解として、政調会長が、医療保険制度改革については厚生省原案にこだわらず、党は関係方面の意見を聞きつつ慎重に検討し最善の方途を講ずる旨の見解を示した。さらに十二月には、総理大臣が、本人負担の増加案については幅広い見地から再検討する旨発言した。このように自民党側は、総選挙をひかえて世論や日医に対して相当の配慮をし、今回の医療保険制度改革案はあくまで厚生省案であり、党としてはこれにとらわれるものではない旨まで表明したのである。

他方、これらの流れと若干異なるものとして、大企業のサラリーマンが主に加わっている組合健保も、退職者医療制度の創設によりその負担が増えることとなること等から改革案に反対の意見を表明していた。しかし、十一月の全国大会においては、定率負担の導入には必ずしも反対ではない旨表明するに至つた。

また、退職者医療制度の創設をかねてより要望していた国保サイドは、国保の国庫補助率が引き下げられることに不安を抱きつつも、大筋としては改革案に賛成であつたといえよう。

このような状況の中で選挙を迎えたわけであるが、その結果は自民党の予想以上の敗北となつた。その結果、自民党は国会の委

料 員会の委員長ポストを独占できない状況になり、健保法改正の審議に当る社会労働委員会の委員長ポストも野党に回さなくてはならなくなつたのである。仮にそうであつたとすれば、健保法改正はまず成立しなかつたであらう。ところが、突如新自由クラブとの連立政権の成立をみ、これにより自民党は安定多数を確保し、社会労働委員会の委員長ポストも自民党が占めることとなつた。以上が政治的経緯の主な流れである。

(二) 自民党四役裁定に至る経緯

次に医療保険制度改革をめぐる厚生省の対応について説明する。昭和五八年七月一二日に昭和五九年度予算のシーリングが閣議決定された時点で、保険局内に退職者医療制度等の具体的な細目をつめる作業を行うためのプロジェクト・チームが結成された。他方、八月には当時の林厚生大臣が、私的立場においてと断わりながら、「今後の医療政策―視点と方向」なるものをあらわし、医療保険における受益者負担の見直しや負担の公平、給付の平等といった考え方を表明した。このような中で、厚生省は、自民党の社会部会等とも必要な連絡をとりつつ、概算要求を決定していった。そして、概算要求を出す時点では、既に、歴代厚生大臣、党

社会部会長その他関係団体に対し相応な根回しが行われていたのである。にもかかわらず、前述したように、総選挙に臨む段になつて自民党の態度が変化していった。

なお、その過程において、昭和五八年十二月二九日には行革審意見書(資料8)が出されており、医療保険制度についての厚生省の改革案は臨時行政調査会答申に沿うものであり、その実現を図るべき旨が述べられている。

その後、昭和五九年一月一九日に自民党四役による裁定書(資料9)が出され、ようやく、自民党として昭和五九年度予算に向けての政策の合意ができた。この裁定書の内容は大筋において厚生省案を承認したものとなっている。

既に述べてきたような経緯にもかかわらず自民党がこのような判断を下したのは、以下のような理由によるものと思われる。すなわち、五九年度予算を組むためには医療保険制度の改革を行わなければならないことは自民党も十分承知していたのであり、ただ、関係団体、特に日医との関係等を考慮するとき、具体的な方法論として、定率負担とするのか定額負担とするのか、また、給食材料費やビタミン等の一部薬剤の給付除外を行うかどうかといった問題についての解答を先送りしていたということではなからうか。

この自民党裁定書によると、まず医療費の適正化を講ずることとされている。次に、給付の見直しについては、本人給付率を六一年度まで九割とし、六一年度以降八割とすることにより、厚生省原案の八割給付を先送りした。その他、給食材料費の給付除外、一部薬剤の給付除外、高額所得者の適用除外についてはいずれも見送られた。他方、退職者医療制度の創設、国保国庫補助の引下げ、日雇健保の健保への統合については、厚生省原案どおりとされている。以上の党四役裁定をふまえて、厚生省としては制度の細目を詰める、ということになったのである。

(三) 社会保険審議会および社会保障制度審議会の答申

その後の経緯を具体的に追って行くと、昭和五九年一月二二日に昭和五九年度予算政府原案の閣議決定がなされた。同時に、医療保険制度改正について、社会保険審議会および社会保障制度審議会に諮問がなされ、以降、答申まで、社会保険審議会は四回、社会保障制度審議会は七回、それぞれ審議を行っている。この審議の過程で、今回の医療保険制度改革はあまりにも唐突ではないかとの意見が出されたが、厚生省としては、今回の改革案に盛り込まれている事項は四十年代以降検討され続けてきたものであり、

また、五八年秋には、異例の措置として、社会保険審議会及び社会保障制度審議会において予備的に審議を行ってきたことなどを説明して了承を得た。

なお、予算関連法案については、政府予算案の国会提出後三週間以内に国会に提出されなくてはならないこととされている。したがって、二月八日の政府予算案国会提出閣議から三週間後の二月二十九日までは今回の改正法案を取りまとめ、国会に提出しなければならなかったのである。つまり、それまでに予算関連法案については、法律案をまとめ、審議会で審議し、その答申を受けなくてはならないわけである。

さて、自民党四役の裁定書を踏まえて、厚生省は「医療保険制度改革案の概要」(資料10)を提示した。これはいわば正式の医療保険制度改革案の要綱のようなものである。その内容は前述したところと重複するため、説明を省略するが、ただし、退職者医療制度の創設、国保の国庫補助の変更、定率負担導入という三本の柱は維持されている、ということに注意していただきたい。

以上の経緯を経て昭和五九年度予算が決定され、この予算を踏まえて、「医療保険制度改革等国庫負担影響額」(資料12)がまとめられた。これによると、まず医療費適正化により国庫負担を一、八二四億円削減しようとしている。うち、薬価・診療報酬改定に

つについては、薬価を五・一パーセント引下げ、診療報酬を二・八パーセント引上げ、差し引きで、医療費ベースで二・三パーセントのマイナスを予定している。その他、本人給付率により二九三億円、高額療養費の限度額引上げで三億円、退職者医療制度の創設により二、三三五億円、国庫補助の合理化により一、五四四億円等、合計で六、二七六億円の国庫負担削減を予定している。以上のような方途を講じて、厳しいシーリングの枠の中に納まるようにしつつ、人口の高齢化を踏まえた医療保険制度のための法案を作成した。

昭和五九年二月二日に至り、医療保険制度改革案に対する社会保険審議会の答申（資料13）が出された。この答申は両論併記である。例えば「給付内容の見直しに関する事項」のうち、被保険者本人の給付率の改定については、公益側および事業主側委員（つまり経済界側）は、定率一部負担の導入は、かかった医療費がその場でわかり、国民がコスト意識をもつこととなり医療費の適正化にも資するし、給付の公平化、健康者との均衡、保険料負担とのバランスから考えて適当である、として賛成しているのに対して、被保険者側委員（つまり労働者側）は反対、また医療経験者たる公益代表委員（つまり日本医師会）は、受診抑制につながる等として反対している。

また、「退職者医療制度に関する事項」については、この制度の導入については賛成であったものの、給付率および負担の方法については意見が分かれた。まず被保険者側委員は、本人の給付率を八割とすることにより、それを財源として退職者の拠出金を出させることには反対しつつも、老人保健制度と被用者保険制度との接点、つまり被用者保険制度における負担の不合理性の解消を行おうとすることについては反対してはいない。また事業主も保険料を負担しているため、拠出率が増高すれば事業主負担も増高する、そういった意味で事業主側委員は、退職者医療制度による負担増に歯止めがない、等の不安感を表明している。

その他、医療保険制度における給付の平等と負担の公平については、制度の統合一本化により行うべきであり、制度統合一本化に必要な年次的実施計画を示すべきであるとの意見が、医療経験者たる公益代表委員（つまり日本医師会側）から出されている。

次に、社会保障制度審議会の答申（資料14）について触れる。

ここでは、まず「記」において、「今回の諮問は、内容がかつてないものを含んでいるため、これを短期間に審議し結論を見出すことが著しく困難であったことは否めない。」とのお叱りをいただいている。そして主要な改正項目についての意見であるが、まず、被用者本人に係る一部負担については、一般的には否定するもの

ではない、としつつ、低所得者に対する配慮、従って現行の高額療養費制度を見直すよう求めている。また、退職者医療制度については工夫の跡がみられるとし、ただ拠出者側の意向が反映できないような仕組みにすること、日雇労働者健康保険については十分な財政対策を講ずること、五人未満の事業所等の被用者について健康保険への強制加入を急ぐこと、を求めている。

(四) 退職者医療制度の特色

以上の答申の中で、退職者医療制度について工夫の跡がみられるとは何を意味するか。この点を若干説明する。退職者医療制度創設の必要性はかなり以前から認識されてきた。ただ、その立法化の際の最大のネックは、退職者をいかにして把握するか、にあった。つまり、被保険者が職を転々とし、国保・健保を渡り歩いたり、あるいは企業自体が倒産した場合、当該被保険者が被用者保険のOBか否かをいかにして把握するか、という問題である。

この問題の解決策は、「健康保険制度等の改正案要綱」(資料15)に示されている。この中の「第4 国民健康保険制度の改正 1 退職者医療制度に関する事項」を参照していただきたい。つまり、従来の制度においては、医療は医療、年金は年金と相互にまった

く独立していたのであるが、退職者医療制度はその対象者を被用者年金の受給権者で扱っている。このような把握のし方をするこ
とにより、各制度を渡り歩いても、年金においてはその被用者期間が把握されているわけであるから、いわゆる被用者のOBたる退職者というものを把握することができる、という仕組みになっているのである。

以上の仕組をフロー・チャート(「退職者医療制度の概要」(資料25)中の「退職者医療制度の仕組」参照)を用いて説明する。

国保の実施主体は市町村である。退職者は市町村に届出をし保険料を収め、療養取扱機関にかかった場合には、療養取扱機関からの請求を受けて国保連合会が審査・支払いをし、保険者たる市町村が当該医療費を国保連合会に支払うことになっている。以上が国保の仕組であるが、退職者医療制度との関係では、被用者保険の保険者が社会保険診療報酬支払基金に拠出金を納付し、支払基金が交付金を各市町村へ流す、というプロセスが新たに加わる。こととなる。また、市町村は年金受給権者が誰であるかが把握できないわけであるから、各被用者年金の保険者から年金受給権者一覧表を国保連合会に送付してもらい、連合会がこのリストを市町村に送付し、市町村はこのリストをもとにして退職者医療制度の対象者を掘り起こす方法が採られている。

それでは退職者医療制度の財政試算はどのようになるかであるが、同じ〈資料25〉を参照していただきたい。これによると、退

職者の医療給付費は四、三九六億円であり、そのうち保険料は七八一億円である。残りの三、六一五億円が被用者保険サイドから拠出されることになるわけであるが、その内訳は、政管健保から一、四四八億円、組合健保から一、四六六億円、共済組合から六七四億円等となっている。この将来推計も同じく〈資料25〉に掲げられている（「退職者医療制度の20・30・40年後の推計」）が、その「保険給付費、拠出額及び拠出率」の項目を参照していただきたい。満年度ベース（二ヶ月分という意味である）で、昭和五九年度には被用者保険の拠出額は五、四一七億円と推計されているものが、三〇年後には一兆六一八億円、保険料に対する割合は九・八パーミルにまで増高する。それ故、この制度については、当然のことながら、拠出する側つまり被用者保険サイド（特に健保連）は反対してきたのである。

以上健保法等の一部改正案の閣議決定（昭和五九年二月二四日）までを概観してきたが、ちなみに、今回の健保法等改正は、改正される法律の数が計二六本にも及ぶ大改正であったことを付言しておく。

四 国会における成立過程

(一) 審議の概要―将来ビジョンの呈示

さて、昭和五九年二月二九日に「健康保険法等の一部を改正する法律案」が国会に提出されたが、その後五九年度予算成立をまつて、四月三日に至つてようやく衆議院本会議において改正法案の趣旨説明がなされ、社会労働委員会に付託された。そして、四月五日には衆議院社会労働委員会で改正法案の提案理由説明が行われ、四月二日から改正法案に対する審議が開始された。この審議の過程で、四月二七日には衆議院社会労働委員理事会において、「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案）―二一世紀をめざして―」（資料16）が発表されている。

ここで国会における議論の要点に触れておくと、第一には、定率一部負担導入に対する反対であり―その理由は、被保険者に負担を転化するものであるということ、更に受診抑制につながるということ等であった―、また、退職者医療制度に国庫負担を導入すべきではないかという議論があり、更には、今回の医療保険制度の改革は将来的な医療保険制度のあり方の中でどのような位置を占めるのか不明確であり、この点を明確にせよ、という主張が

あった。この最後の主張を踏まえて示されたのが、前出の「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案）」である。ここではその概略だけを説明するにとどめる。まず第一の基本的方向として国民健康づくり対策の推進ということが掲げられている。これは、病気になるってからの対策よりも、まず、病気になるないための施策を推進する、ということである。

第二に、医療供給体制の整備等ということである。現在の医療供給体制は自由医療体制であり、医者は自由に病院を設立でき、また、患者も自由に医者にかかれることになっているわけであるが、医療の場合には供給が需要を創出するという側面が非常に強い。そのため、医療の供給面をコントロールしなければ医療費は歯止めなく増大する恐れがあり、これを防止し医療の適正化を図るためには、医療供給体制の整備が是非とも必要とされるのである。この点に関する具体的な方針としては、まず地域医療供給体制の整備ということが挙げられている。そのための施策のひとつに地域医療計画の策定ということがあるが、これは、具体的には医療法改正案（前国会に提出され、現在継続審議中である）に盛り込まれている。その他、医療供給体制の整備等の一環として、医師および歯科医師の養成の見直し、医療機関の健全経営の確保などが掲げられている。

医療政策の将来的方向の第三として示されているのは、医療保険制度の改革である。まず、昭和六一年度以降の被用者保険本人の八割給付の実施、さらに昭和六〇年代後半には、全制度を通ずる給付と負担の公平化措置（一元化）すなわち、全制度を通じて八割給付に統一すること、そして負担面では財源の調整等による負担の公平化を図ることが示されている。八割給付への統一および制度の一元化を厚生省が公的に打ち出したのは、これがはじめてである。以上が医療政策の将来的ビジョンの概要である。

再び健保法等改正の立法の経緯に戻ると、昭和五九年五月九日に衆議院社会労働委員会において参考人質疑が行なわれ、五月一日には与野党の審議が一巡し、六月二十八日には自民党が野党に第一次修正案を、七月三日には第二次修正案を提示し、七月四日には公聴会が開催され七月九日には連合審査会（大蔵、地行、運輸）が実施されている。そして七月一二日に衆議院社会労働委員会において改正法案が可決され、さらに参議院に移り、公聴会等が開催され、最終的には八月七日に衆議院本会議において可決・成立した。

(2) 今回の健保法等改正の立法過程の特色

今回の健保法等の改正の立法過程について、その大要をこれまで説明したわけであるが、その中で特記すべき事項について、以下若干述べさせていただく。この健保法等の改正という問題は中曾根内閣の最大の課題のひとつであった。特に、当時の二階堂副総裁が訪米中、健保法等改正法案の成立が中曾根総裁再選の条件である旨発言し、健保法等改正は、より重い意味を持つものとなった。もつとも、自民党は議会において過半数を占めているわけ

であるから、たとえ野党の徹底的な反対にあったとしても、強行採決という手段を採れば、成立は理論上は可能な状況にあった。しかし、強行採決という手段は、自由な討議を尽くすという審議の原則に反するものであることから近年用いられておらず、また、自民党内にも、医系議員を中心とした「二一世紀の医療を考える会」といった反対グループが存在したことから、基本的には話し合いによる調整が進められてきた。

ところが、七月五日の衆議院社会労働委員会の審議の際、自民党議員が質議打切り動機を提出し、これに対抗して野党は議長席に詰め寄り、大混乱となる事態が現出した。自民党は強行採決の姿勢を委員会で示唆したのである。もつとも、今回の健保法等の

審議は、前述したように、健保法に関する質疑としてははじめてともいえるほど十分な手続を尽くしたものであり、それ故、議会の制のルールからすれば、その時点で多数決で採決しても非難を受けるような手続的瑕疵はなかったものと思われる。それはともかくとして、前述したような強行採決の姿勢を示すことにより、自民党はこの法案の成立に対する並々ならぬ決意を明らかにし、他方野党は、審議時間及び手順を全て尽くし、強行採決を止めたことにより野党としてのレーゾン・デートルを示すことができたのである。

また、今回の健保法等改正の立法過程の特色のひとつに、いくつかの重要な点について国会で政府原案が修正されている点がある。これは「国会修正比較対照表」(資料17)に示されているが、重要な点だけを解説しておく。まず被用者保険の給付率の改定であるが、政府原案では、本則八割給付、ただし経過措置として附則で九割給付とされ、昭和六一年四月一日からは自動的に八割給付に移行するものとされていたのが、衆議院修正により、昭和六一年度以降においても国会の承認を受けるまでは九割給付とする、とされた。

次に、定率一部負担の導入に関連し、医療費の額が三千五百円以下の場合には、患者が窓口で払う一部負担金の額を百円単位で

まるめるといふ、いわゆる定額まるめ方式が採用されている。これは定額負担を主張した日医サイドの要望で入ったものであるが、制度施行後実際にこの方式を採用した医療機関は極めて少ないようである。

更に、高額療養費支給制度―これは、患者の一ヶ月の自己負担額が一定額（現行五万円）を超える場合に、その超える額を後から支給する制度である―については、従来は被保険者毎に負担額が計算されていたが、参議院修正でこれを世帯単位で計算するいわゆる世帯合算方式が採用された。

退職者医療制度については、衆議院修正で、健保組合等が自ら、当該組合の被保険者であった退職者について医療の給付を実施できる「特定健保組合」の制度が導入された。これについては、社会保険審議会の答申（資料13）の事業主側意見にこれと同じ意見が付されていたことに注意していただきたい。

その他、五人未満の事業所に関する健保の適用につき、政府原案では、昭和六一年度以降三年間で段階的に健保の適用を拡大する旨を同じ国会に提出されていた「国民年金法等の一部を改正する法律案」の附則で規定していた。これが参議院において修正され、健保法等の改正案の中で規定されることとなった。その趣旨は、医療のことは医療に関する法案に取り込むべきである、とい

うことであった

以上の修正による国庫負担の増高については、「国庫負担影響額」（資料19）を参照していただきたい。これによると、予算の段階では六、三〇〇億円程度国庫負担が削減できるものとなっていたが、施行時期の退れも含めた修正により四、六〇〇億円程度の削減に留まった。その差額たる一、六〇〇億円は、昭和五九年度予算の補正で対処することとなる。

なお、健保法等の改正法案が成立した直後の昭和五九年八月十日に、自民党と日本医師会（日医）との間で覚書（資料24）が交されている。今回の健保法等の改正に対して、日医は、総合一本化については従来から推進論者であったものの、給付率十割確保という見地から強く反対していた。五九年五月四日付けの各紙によれば、日医の政治団体たる日本医師連盟は、昭和五八年には例年になく巨額な政治献金を行っており、特に総選挙直前の自民党による改革案白紙還元声明が出された五八年十一月には政治献金が四、〇〇〇万円近い額に達していたと報じられている。つまり、健保法改正反対のため日医は全力を注いだわけであったが、にもかかわらず改正案は成立し、日医は敗北、日医の花岡体制は崩壊する結果となった。このように健保法等改正をめぐって自民党と日医との関係は悪化したものの、そもそも日医は自民党にと

って有力な支持基盤であり、また、日医にとつても自民党は支持し得る唯一の政党なのである。そこでこのような覚書を交すことにより両者はその関係の修復を図つたものと思料される。この覚書に対してはその後野党により批判が浴びせられている。

五 おわりに

以上で説明を終わらせていただくが、最後に一言だけ確認させていただきたい。今回の健保法等の改正については、新聞では定率一割負担の導入のみに中心に議論されていたが、その本質は、人口の高齢化および医療費の増高という状況を踏まえた長期的見地に立った改正であった、ということである。また、短期的には、シーリングという問題を不可欠の前提としていたが、これもその背景には一二〇兆円にのぼる赤字国債を抱えた国の厳しい財政状況があつたのである。

つまり、以上のような二つの相反する問題を何とか解決し、医療保険制度の安定的な運営を確保するという命題の下に今回の改正はなされたわけであり、従つて、今回の健保法等の改正に盛り込まれた定率一割負担の導入、退職者医療制度の創設、国保の国庫補助削減といった事は相互に密接に関連し、長期的には制

度間の財政調整及び給付の統一という方向に向かつての第一歩となるものである。

質疑応答

Q 被用者保険の給付率改正について、本則では八割給付とされているが、厚生大臣が告示するまでの間は、八割給付への経過措置たる九割給付とすることになっている（改正法附則第四条第一項・新健保法第四三条ノ八第一項及び第四三条ノ一七（中略）に規定する一部負担金の割合は、（中略）昭和六一年四月一日以降の日で厚生大臣の告示する日までの間は一〇〇分の一〇とする）が、他方八割給付への移行につき国会の承認に係らしめている（改正法附則第四条第二項・政府は、前項の厚生大臣の告示する日を定めるに当たつては、あらかじめ、国会の承認を得なければならない）。このような規定を定めた背景にはどのような事情があつたのか。

A 今回の健保法の改正では、一部負担の見直し、退職者医療制度および国保の国庫補助改正はセットになつており、この骨格を崩すと昭和五九年度予算案は成立せず、健保法改正もその意味を失う、ということは自民党も十分承知していた。

つまり、定率であれ、定額であれ、何らかの形で一部負担を強化しなければならない、ということが動かさし得ない一線であるということは、自民党も理解していたのである。そして、党四役裁定により、この問題については定率負担とすることと決着をみた。しかし、政府原案によると、昭和六一年四月一日以降は、国会の関与なしに、自動的に八割給付に移行することに なって おり、このことに自民党の一部及び野党側は難色を示した。このため、自動的に八割給付に移行するのではなく、何らかの形で国会が関与できる方策が検討された。この検討の過程では、将来八割給付に移行することについてはそもそも別個の法改正に委ねるべきであるという考え方も出されたようである。たしかにこの考え方は最もすなおではあるが、しかし、そのような方法をとると、再び今回と同じく、法律改正に必要な審議手続を踏まねばならなくなるのであって、これが相当の負担になることは明らかである。

従ってこの方法は採り得ない、ということになったが、なお自民党側としては、党内の医系グループへの配慮もあって、国会が関与し得る何らかの途を残したい、という意向が非常に強かった。そこで、国会の承認を得て定める、といういわゆる承認案件のような形にしたのであり、このような形にし

ておけば、実質的な議論はなお展開されるであろうが、しかし形式的な手続は、法律の改正に比べて、相当緩やかなもので済ませ得る、というメリットがあるのである。

なお、このような規定の方法については、公労委の仲裁裁定も国会の承認を必要とする一が類似例として考えられていたようであり、自民党の藤尾政調会長が労相経験者であったことと無関係ではないようである。

Q 自民党が難色を示したということであるが、その理由はどこにあったのか。

A 要するに日本医師会との関係を考慮してのことであろうと推測される。

ただ、もうひとつの理由としては、次のようなことも挙げられると思われる。つまり、野党の中にも、実質的には自民党と相当重なり合う考え方もつものもあり、これらの人々は基本的には改正案に反対であるが、手順を尽くせば審議には協力するとの態度をとっていた。その意味で、自民党としては、野党の一部の意見も考慮しなくてはならない、ということもあったのではなからうか。

Q 被用者保険の給付率の改正について、国会の承認を受けるまでは九割給付を継続するという形にすることは、いわば政

令の効力に停止条件をつけたような形にしているわけであるが、この点について理論的な問題をめぐっていかなる議論が展開されたのか。

A この規定は衆議院の修正によるものであり、自民党の指示により法案修正の任にあつた衆議院法制局の審査を経たものであつて、厚生省としては直接は与り知らぬところである。確かに法律でもないのに国会の議決が必要とされ、また、内閣がその権能の下に定める政令にもかかわらず国会の承認を要するというのは三権分立の関係を不明確にするのではない

か、という議論は当初からあつたようである。しかし、このような理論的な議論よりも、むしろ政治的な妥協点をどこで見出すかという判断が優先したのではなからうか。

Q 今回の健保法改正で、九割給付の改正に国会の承認を要件とする、という方法が採用されたことは、本年度（昭和五九年度）の公法学会憲法部会のシンポジウムでも非常に注目された。すなわち、現在、委任立法は非常に広範かつ重要な事項に及んでいるわけであるが、これは問題であつて、イギリスのような例にならつて、国会の民主的コントロールが必要であり、この意味からすると、今回の健保法改正の採用した方法は理論的には望ましい方向を示している、というのであ

る。このような見解に対してはどう考えるか。

A たしかにそのような見方も可能である。ただ、そのような見解を採るためには、ある時点から八割給付にするという事項が、本来法律事項なのか命令事項なのか、という点について議論を尽くす必要がある。つまり、本来命令事項であるものに対して国会の承認を要件としたというのであれば、質問のような見解は成り立つが、逆に、本来法律事項を命令に委ねつつ国会による承認というコントロールを行うにとどめたというのであれば、むしろ立法権の形骸化を意味するからである。ただ、本来いずれの事項に該当するものであるか、ということを決めるのが相当困難であることも確かである。

Q 政令事項、省令事項あるいは通知事項といったものは、その境界線が不明確にならざるを得ないと思うが、ある事項がいずれに該当するかという判断基準は何か。

A それは事の軽重および従来の立法例によるということである。

Q あり得る議論のひとつとして、今回の改正においては、九割給付という点については政治的妥協ができていますが八割給付については妥協ができていないから、この点については再度国会で議論すべきである、という議論もあり得ると思う。

つまり、そのような再度国会で計るべき事項を、国会の承認を条件にしつつ命令で規定するという方法は、ある意味では議会の無責任化を生み出すもので好ましくない、という議論であるが、このような議論についてはどのように考えるか。

A たしかにそのような見解もあり得るであろう。ただ、私の理解によれば、今回の健保法改正においては、法律の本則で八割給付とすることについては合意があり、附則で経過措置として九割給付とされているのをいつの時点で解除するか、を国会の手に委ねたのである。その意味では御質問のような意味で国会が責任放棄をしているという批判は当たらないと思う。

Q 与野党折衝に際しては、厚生省に対していかなる相談を省内のどのクラスの人と行なうのか。また、その際自民党の窓口は政調会の社会部会長なのかあるいはその他例えば国会対策委員会の委員長なのか。

A 与野党折衝の際には、厚生省側の判断権者は第一次的には局長であろうが、事の軽重により大臣にも十分相談したのもある。ただ、常に局長が前面に出るわけではなく、例えば法案の修正についての具体的な接触は課長クラスが行っており、しかも相当程度実質的に修正に参与している。なぜなら、

そこでの修正問題は、実務上の専門技術的な事項とも相当関係してくるのであり、国会では基本的な修正の考え方は決まっても、それ以上実務的なことは手に余るからである。附帯決議に参与するのは課長クラスであり、また修正については基本的には局長の判断による。

他方、自民党の窓口については、手続的には社会部会長であるが、今回は大規模な改正であったため、厚相経験者であり、長く社労委関係の行政に關与してきた主要議員が前面に出ていた。

国会対策委員会は、基本的には審議日程の調整、全体的な政局の運営との調整を行っていた。

Q 今回の健保法改正の立法過程は官僚主導型か政党主導型か。

A 両方の側面を持っている。一方では、今回の健保法改正はその内容が極めて重大であったため、概算要求の時点から厚生省は党例と深く接触していた。この接触の段階で党側が修正案に反対の方針を打ち出していれば厚生省側としては修正案を提出することはできなかつたのであり、その意味では自民党の影響力は相当大きなものであつたといえる。

しかし、そのような影響力は基本的な骨格部分に限られていた。私見によれば、社会保障制度というものは二つの特性

を有している。①制度設計をする際には所与の条件―例えば人口の高齢化、医療費負担の増大、国家財政の逼迫など―として動かし得ないものが前提となる。このいわば前提条件を否定するようなアイデアは、たとえ党側の意向によるものであっても、成り立ち得ない。②また、社会保障制度は相当に専門技術的な側面を有しており、この点については官僚主導型とならざるを得ないであろう。

つまり、大きな潮流―所与の条件ということであるが―に對しては党側としても逆らえないが、そのような潮流の中で基本的選択については党側も相当のイニシアティブを持っている。そして、この基本的選択に沿って政策の具体的内容を策定する段階においては、その専門技術性から官僚主導型にならざるを得ないと思う。

Q 今回の改正案の特色である定率一部負担の導入と退職者医療制度とをセットにする、というアイデアは、どのような段階で案出されたのか。

A このようなアイデアが正式に打ち出されたのは、五八年七月、概算要求の基本方針を取りまとめる段階で局長、官房長、次官、大臣といったクラスでの協議によってである。しかし、それに至るまでの間、事務レベルでは、いかにすれば厚生省

予算をシーリング内に納め、かつ、中長期的な医療保険制度の安定を図り得るかについてかなり早期から検討していた。

Q 国会に法案を提出する前の段階における厚生省と党側との折衝過程で、諸々の政治的判断に基づいて修正を余儀なくされることもあり得ると思うが、その際どのようにして厚生省は代替案を探るのか。

A そもそも厚生省側としても「落とし玉」というものを考えている。例えば、一部薬剤の適用除外あるいは高額所得者の保険適用の見直し、といったことについては、厚生省としては、今回の改正において最終的に承認されるであろうとは必ずしも考えていなかったのではなからうか。

Q 「落とし玉」を決める際には、政治の場で何らかの修正が行なわれなければ、政治家の存在理由が問われることになる、ということも考慮されるのか。

A 今回の健保法等の改正の場合、党四役裁定が出るまでは、厚生省としても厚生省案が政府案として決定されるか否かについて確信が持てなかった、というのが実際であろう。しかし、それ以外に五九年度予算の組みようがなかったことも事実であった。いずれにしても、政治の力には強いものがあつた、といえよう。

Q 自民党四役裁定というのは純粋に党側の発想によるものか。

A 厚生省や大蔵省も行政の立場からかなり根回しを行っていたが、最終的な判断は党主導型であったといえよう。

Q 今回の改正と第二次臨調との関係についてお伺いしたい。
長期的に考えれば医療保険制度改革が財政再建の大きな鍵であることは数年前から認識されていたと思うが、臨調には制度改革の長期的な構想が出されていたのか。

A 臨調が具体的な構想をどの程度考えていたかについては承知していないが、臨調は具体的な改革構想を考える立場になく、また、スタッフの面でもそれは困難であろうと推測される。ただ、次のことだけはいえるであろう。つまり、医療保険制度の選択肢としては、赤字国債を発行し続けて国庫負担に依存する、という選択肢もあり得たのであるが、しかし、この点については臨調の中で「活力ある社会」（逆からいえば「増税なき財政再建」ということであるが）という方向づけは合意ができていたのであり、今回の健保法等の改正がこの方向の延長線上にあることは確かである。

Q 国庫補助の増加により医療保険制度を支えて行くべきか否かについては、厚生省内でも確定した見解はなかったと思うが、にもかかわらず今回の改正において国庫補助への依存の

軽減という選択肢が厚生省により採用されたのはなぜか。

A それは所与の条件による。つまり、現下の国家財政状況では、長期的にみて国庫負担の拡大は期待できず、このまま国庫に依存し続ければ制度の安定性を確保することすら困難になることが予想されたからである。そして、その具体的現れがシーリングであり、直接には厚生省予算をいかにシーリングの枠内に収めるかが問題であった。

Q 社会保険審議会と社会保障制度審議会は、それぞれかなる役割を負っているのか。また、それぞれの審議会が今回の改革において、どの程度影響力を有していたのか。

A 社会保険審議会（社保審）は、本来は政管健保の運営に関する専門審議会である。それに対して社会保障制度審議会（制度審）は、健保、国保を含めた社会保障制度全体の総合的なプランニングを行うための上級の審議会である。ただし、現実には、社保審も健保制度のプランニングのための審議会として機能しており、両審議会の間の絶対的な差異は、社保審では国保についての審議権限がない、という結果になっている。

また、今回の改革において両審議会の果たした役割についていえば、今回の厚生省改正案は従来の両審議会の答申をふ

まえて作成されたものであり、その意味では今回の改正において両審議会が果たした役割には無視し得ないものがある。

また、それぞれの審議会の答申においては各側委員の意見を併記するという形がとられているが、それら各側委員の主張のうちのいくつかは法案の修正等の形で実現されていることから、このことは窺えるのである。

Q 比較的大きな法律改正が行われる場合には、それに伴ってその他関連法規の改正もなされなくてはならないわけであるが、そのような改正の必要な関連法規を検索するためにどのような手段が用いられるのか。

A その点については「法令協議」といわれるシステムが存在する。法律ないし政令の作成には閣議決定が必要であるが、閣議決定に至る前段階として、各省庁に法案を示し、法案の内容を協議し、各省庁が当該法案に対する意見を述べる、というシステムがこれである。つまり、このような手続きを踏むことにより、当該法案に係る法律がチェックされ、また、これに関する政府全体の意見の調整が図られるわけであって、この「法令協議」という手続は内閣一体性の原則に由来するものである、といえよう。ただし、「法令協議」に臨む前になるべく欠落点のないような法案を作成するのが望ま

しいことはもちろんである。

なお、法制面での最終的なチェックは内閣法制局が行うわけであるが、法制面でのチェックという局面で事務次官会議が異議をはさむ例はほとんどない。

Q 今回の健保法改正の場合、内閣法制局によるチェックの過程で実質的な修正はなされたか。

A 細目においては相当修正がなされたが骨格部分について修正された点はない。ただ、健保法等改正法案は予算関連法案であるため、厚生省は、政府予算案が決定される前（つまり年末）に、法案の骨子を内閣法制局と相談している。すなわち、骨格部分については、いわば事前に内閣法制局のチェックを受けていたのである。

Q 今回の健保法等改正にあたって日本医師会が負けた原因は何か。

A かつて多大な政治力を有していた武見会長が去ったことも一因ではあろう。ただ、今回の改正は、所与の条件、つまり財政再建および人口の高齢化という条件に対処するための不可避的な側面を有していたことが大きな原因ではなかったかと思われる。

更に、一割負担を導入するといっても、高額療養費制度の

適用により患者負担は一ヶ月五万一千円に限定されるという制度的裏付けがあり、また、マスコミ、特に新聞の社説等の論調は基本的には改革を支持していたこと、加えて、そもそも医療の現状に対する批判が潜在的に大きな推進力になっていったといえるのではなからうか。

Q 厚生省は一九七二年に長期的ビジョンに基づいた医療基本法案―結局廃案になった―を示したわけであるが、今回の健保法等の改正は、その後の厚生省による長期的ビジョンの探求の成果なのか。あるいは臨調路線やシーリングといった外在的なファクターにより今回の改正は成立したのか。

A 医療保険制度の改革問題は、既に昭和四〇年代から、抜本的対策が必要な問題として、厚生省内で議論がなされてきた。例えば、昭和四〇年には厚生省は改正法案要綱というものを呈示したのであるが、そこにおいて既に薬剤費の一部負担導入といったことが盛り込まれているのである。その後も諸々の関係団体―例えば、健保連、総評、日医、日経連等―により、あるべき医療保険制度像が議論され、昭和四四年には自民党も国民医療対策大綱なるものを発表している。厚生省もその間何度か要綱案を示している。さらに、制度審も昭和四六年九月に「医療保険制度の改革について」という答申を出

している。この答申においては被用者保険の本人・家族間の給付格差の是正といったことも謳われている。これと類似の答申が社保審によっても示されている。また、昭和五二年には厚生省が「医療保険制度改革の基本的考え方について」というものを公表している。そこでは、本人・家族間の給付格差の是正、一部負担導入、制度間格差の是正、退職者継続給付の検討といった内容が示されているのである。

つまり今回の改革案の内容自体については既に多様な蓄積があつたのであつて、そこに所与の条件および臨調答申が原動力として加えられ、最終的には従来の改革案の蓄積のうち必要な部分が集大成されたものが今回の健保法等改正案であつたといえよう。

Q 高額所得者の適用除外は「落とし玉」であつたのか。

A 当初からそのような狙いがあつた訳ではないが、一月の四役裁定に至るまでの間の関係者の反応を踏まえ、かなり早い時期に立法化を断念していたことから、結果的にはそう考えてもよいであろう。また、そもそも医療保険制度というものは持てる者と持たざる者との連帯ということが基本理念であり、その意味では高額所得者を適用除外とすることはこの理念に反すると思われる。更に、我が国では、民間保険が公的

な医療保険制度の代替機能を果たし得る程には成熟していないといった事情も背景にはあった。

なお、この代替措置として、保険料算定の基礎となる標準報酬の上限が大幅に引き上げられた（四七万円↓七一万円）。

Q 組合健保の附加給付の否認も「落とし玉」だったのか。

A その点は相当微妙である。すなわち、附加給付を否認することへの賛成論も相当強かった。給付の公平という見地からは是認されるべきではないというのがその考え方であり、健保組合内部でも財政力の弱い組合は否認を望んでいたようである。

しかし、附加給付は健保組合の存在理由の一つであり、また、これを認めることは実質的に十割給付の途を残すという意味で医師会への配慮につながるなどから、現行のままとされたようである。

Q 附加給付否認論の実質的理由は何か。ひとつのあり得る議論としては、財源の豊かな健保組合が附加給付を行ったとしても、それは各健保組合の独立した運営方法上の判断に関するものであって、国家が政策的に干渉する必要のない事項である、ともいい得ると思うが。

A 医療保険制度が公的制度であり、社会的連帯に基づくもの

である以上、持てる者は独自の方法で保険給付を行えばよい、という考えは、医療保険制度本来の理念に反するものといえる。そのような議論は、極論すれば、そもそも社会保険制度は不要であり、民間の任意保険と生活保護制度のみ存在すれば十分である、という主張に至ってしまう。このような主張が採用し得ないものであることは明白であろう。

付記 本稿は、昭和五九年十一月九日に開催された北大立法過程研究会でなされた報告のテープを起こし、それに加筆し、訂正を加えたものである。なお、録音テープの再生にあたって、北大大学院法学研究院生渡辺賢君の協力をえた。

7.	7.	7.	7.	7.	7.	7.	7.	7.	6.	6.	5.	5.	4.	4.	4.
16	13	12	10	9	6	5	4	3	28	21	10	9	27	19	12

- ・衆議院社会労働委員会において、改正法案に対する審議開始。
- ・衆議院社会労働委員会において、改正法案に対する審議（2回目）
- ・衆議院社会労働委員会理事会において、「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案）―21世紀をめざして―」を發表。
- ・衆議院社会労働委員会において、参考人質疑。
- ・衆議院社会労働委員会において、改正法案に対する審議（3回目）―与野党の審議一巡。
- ・衆議院社会労働委員会において、改正法案に対する審議（4回目）
- ・衆議院社会労働委員会において、改正法案に対する審議（5回目）
- ・自民党、第一次修正案を野党（社会・公明・民社）に提示。
- ・自民党、第二次修正案を野党（社会・公明・民社）に提示。
- ・衆議院社会労働委員会、東京及び大阪において公聴会開催。
- ・自民党、附帯決議事項案を野党（社会・公明・民社）に提示。
- ・衆議院社会労働委員会において、改正法案に対する審議（6回目）
- ・今後の国会運営について与野党幹事長・書記長会談開催。
- ・衆議院社会労働委員会、連合審査会（大蔵、地行、運輸）実施。
- ・自民党、第三次修正案を野党に提示。
- ・衆議院社会労働委員会において、改正法案を一部修正の上採決。
- ・衆議院本会議において、改正法案を修正可決。参議院に送付。
- ・参議院本会議において、改正法案の趣旨説明。社会労働委員会に付託。

8. 7	8. 6	8. 4	8. 3	8. 1	7. 31	7. 30	7. 25	7. 24	7. 17
<ul style="list-style-type: none"> ・参議院社会労働委員会において、改正法案の提案理由説明。 ・参議院社会労働委員会において、改正法案に対する審議（1回目） ・参議院社会労働委員会において、改正法案に対する審議（2回目） ・参議院社会労働委員会において、参考人質疑。 ・参議院社会労働委員会、公聴会開催。 ・参議院社会労働委員会において、改正法案に対する審議（3回目） ・社会、公明、民社三党、改正法案に対する統一見解提示。 ・参議院社会労働委員会、連合審査会（大蔵、地行、運輸）実施。 ・参議院社会労働委員会において、改正法案を一部修正の上採決。 ・参議院本会議において、改正法案を修正可決。衆議院に回付。 ・衆議院本会議において、改正法案の回付案を同意可決。改正法案、成立。 									

(資料2)

国民医療費の動向

(単位：億円)

		昭和35年度	40	45	50	55	56	57	58	59
国民医療費		4,095	11,224	24,962	64,779	119,805	128,709	138,659	145,100	148,800
うち 全額自費診療分		214	189	645	1,726	2,492	2,528	2,678	—	—
内訳	公費(国・地方)	804	2,911	6,901	21,709	42,545	45,540	49,353	—	—
	保険料	2,063	6,001	13,241	34,636	63,722	68,897	74,376	—	—
	患者負担等	1,229	2,312	4,820	8,435	13,538	14,271	14,929	—	—
1人当り医療費(千円)		4.4	11.4	24.1	57.9	102.3	109.2	116.8	121.5	123.7
医療費に対する国庫負担		642	2,478	6,031	18,725	36,464	38,996	42,146	43,100	39,900

(諸 率)

(単位：%)

医療費の対前年度比		13.0	19.5	20.1	20.4	9.4	7.4	7.7	4.6	2.5
国民所得の対前年度比		20.4	13.8	19.7	9.9	8.4	4.4	4.3	5.3	6.4
医療費の対国民所得比		3.09	4.22	4.10	5.26	6.17	6.34	6.55	6.51	6.27
全額自費診療分の 医療費中に占める割合		5.2	1.7	2.6	2.7	2.1	2.0	1.9	—	—
国庫負担の 医療費中に占める割合		15.7	22.1	24.2	28.9	30.4	30.3	30.4	29.7	26.8
医療費 の 構成比	公 費	19.6	25.9	27.7	33.5	35.5	35.4	35.7	—	—
	保 険 料	50.4	53.5	53.0	53.5	53.2	53.5	53.6	—	—
	患者負担等	30.0	20.6	19.3	13.0	11.3	11.1	10.8	—	—

- (注) 1. 「国民医療費」は、35年度から57年度までは厚生省大臣官房統計情報部「国民医療費」、58年度及び59年度は予算に基づいて推計した額である。
 2. 「国民所得」は、57年度までは経済企画庁調べ、58年度及び59年度は「昭和59年度の経済見通しと経済運営の基本的態度」(2月8日閣議決定)による。
 3. 人口は、57年度までは総理府統計局発表による10月1日人口、58年度及び59年度は2.と同じ。

〈資料3〉

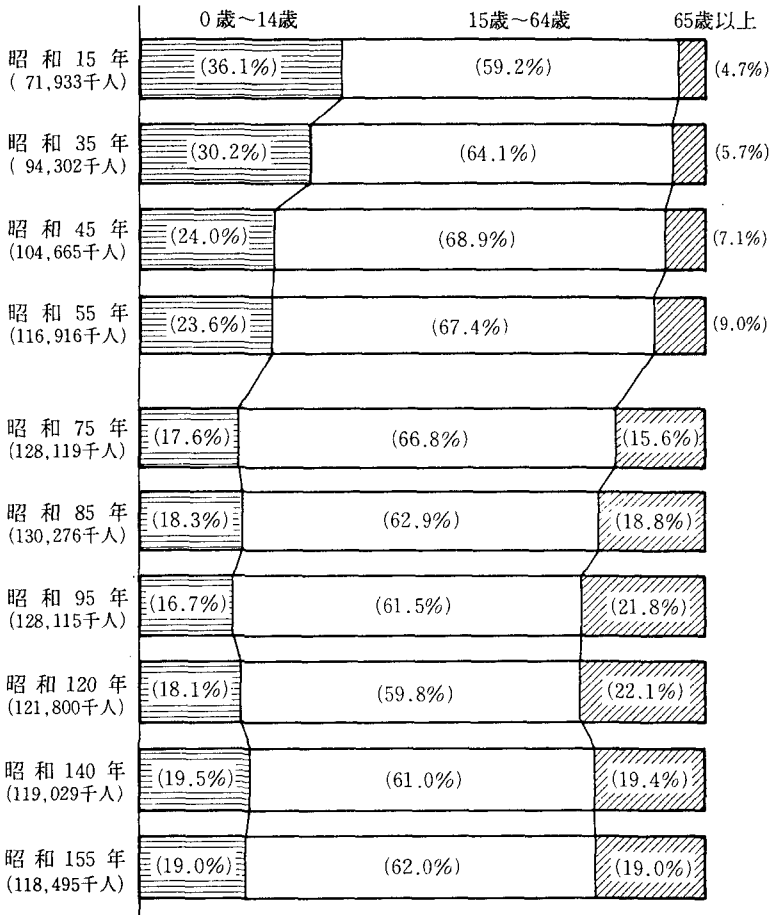
年齢階級別一人当たり一般診療費の推移

	昭和45年度	50	52	53	54	55	56	57
A. 65歳以上	千円 50.7	千円 175.0	千円 219.0	千円 251.7	千円 283.0	千円 309.9	千円 334.9	千円 359.6
(対前年伸び率)				% (14.9)	% (12.4)	% (9.5)	% (8.1)	% (7.3)
B. 65歳未満	千円 19.5	千円 42.3	千円 53.7	千円 60.8	千円 64.1	千円 67.9	千円 70.8	千円 74.8
(対前年伸び率)				% (13.2)	% (5.4)	% (5.9)	% (4.3)	% (5.6)
A/B	2.5	4.1	4.1	4.1	4.4	4.6	4.7	4.8

(注) 「国民医療費」(厚生省大臣官房統計情報部)による

〈資料4〉

老人人口割合の推移及び将来予測



昭和100年(2025年)の老人割合の国際比較(推計)

日 本	アメリカ	イギリス	フランス	西ドイツ	スウェーデン
21.3	15.8	18.6	18.6	20.0	20.9

〔資料5〕

昭和59年度の概算要求について

58.
7.
閣議了解 12

我が国の将来の基盤を確かなものとするため、行財政改革を強力に推進し、速やかに財政の対応力の回復を図ることは、今日、最も緊急かつ重要な政策課題であり、従来より、歳出の節減合理化を中心として、着実な行財政改革の推進に努めてきたところである。

我が国の財政事情には、公債の発行残高が既に100兆円を超えているなど異例に厳しいものがあり、今後とも引き続き行財政改革を進め、もって特例公債依存体質からの脱却と公債依存度の引下げに最大限の努力を重ねていく必要がある。

このため、まず、歳出面において、行財政の守備範囲を見直す見地から既存の制度・施策についても改革を行うなど更に徹底した節減合理化に格段の努力をするとともに、税外収入等歳入面においても見直しを行っていくことが必要と考えられる。

以上の状況を踏まえ、当面、昭和58年度予算の執行に当たり、行政経費等既定経費の一部について、その執行を留保するとともに、昭和59年度の概算要求に当たっては、各省庁は、所管の予算を根底から厳しく洗い直し、歳出内容の合理化、効率を図るものとし、下記により要求を行うものとする。

記

1. (1) 昭和59年度概算要求額については、各所管にき、昭和58年度予算における経常部門経費の予算額から10%を削減した金額と投資部門経費の予算額から5%を削減した金額との合計額の範囲内にとどめるものとする。
- (2) ただし、

- (イ) 人件費に係る義務的経費の増及び各種年金についての制度の成熟化に伴う増については、上記(1)に加算するものとする。
- (ロ) また、政府開発援助に必要な経費、石油税財源の「石炭並びに石油及び石油代替エネルギー対策特別会計」へ繰入れに必要な経費及び国際条約の実施に伴い必要とされる既国庫債務負担行為等の昭和59年度歳出化に係る経費についても、極力上記金額の限度内で要求するように努めるものとするが、これにより難しい部分を生じた場合には、一部限度を超えて要求することもやむを得ないものとする。
- (3) なお、上記(2)の事項の経費、補充費途として指定されている経費等及び予備費の昭和58年度予算額に相当する金額については、上記(1)の計算上、削減対象からは除外するものとする。
- (4) また、上記による金額が昭和58年度予算額を下回る所管にあつては、その下回る金額の2分の1相当額をこれに加算すること
もやむを得ないものとする。
- (注) 国家公務員の定年による退職の制度の実施(昭和60年3月31日施行)に伴う退職手当の増等については、上記による金額に加算できるものとする。

2. 各省庁においては、上記の金額の範囲内で、概算要求の積算を適正に行うとともに、各種施策について臨時行政調査会による改革方策の着実な実施を図るなど、法律改正を要するものを含め制度の徹底的な見直し、優先順位の厳しい選択を行い、経費の節減合理化措置を積極的に織り込むこととし、

- (1) 補助金等については、別紙基準により、徹底的な見直しを行い、その整理合理化を引き続き積極的に推進するものとする。
- (2) また、行政の簡素・効率化を一層推進することとし、引き続き一般行政経費の抑制を徹底するとともに、定員及び機構の要求は厳しく抑制する。なお、地方公共団体の職員数の増加を伴う施策についても、厳にこれを抑制する。
- (3) 公共料金等については、公共企業体等の経営の徹底した合理化を進めつつ、受益者負担の適正化を図り、公正な費用負担の確保に努める。

3. 予算編成作業を円滑に進めるため、概算要求の提出については、8月末日の期限を厳守することとする。

なお、特別の事情により、この期限後に追加要求を提出せざるを得ない場合であっても、既要求額との合計額を上記1の限度額の範囲にとどめるものとする。

(別紙)

補助金等の整理合理化について

補助金等については、各省庁は昭和58年5月24日閣議決定「臨時行政調査会の最終答申後における行政改革の具体化方策について」に従い、その所管補助金等を徹底的に見直し、次の基準により昭和59年度の概算要求に織り込むものとする。

1. 補助金等のうち、臨時行政調査会の改革意見を踏まえ、個別に検討すべきものについては、引き続き整理合理化に努める。

2. その他の補助金等については、昭和56年8月25日閣議決定「行財政改革に関する当面の基本方針」第1・1・(2)・イに準じ、生活保護費等を除き、原則としてその一割を削減することとし、各省庁ごとに総枠を設定する。

各省庁は、新規補助金等を含め、総枠の範囲内で昭和59年度の概算要求を行うこととする。

なお、新規補助金等は原則として認めないこととするが、真にやむを得ず補助金等を新設せざるを得ない場合においては、見合いに既定の補助金等を整理し、スクラップ・アンド・ビルド原則を徹底するものとする。

以上の整理合理化を進めるに当たり、

① 既はその目的を達し、あるいは社会的経済的実情に合わなくなったもの

② 補助効果が乏しいもの

料 ① 受益者負担、融資など他の措置によることが可能なもの

② 既に地方公共団体の事務として同化、定着又は定型化している事務に係るもの

資 ③ 零細補助金

等の整理を進めるとともに、緊要性の乏しいものについての一時停止・補助率の引下げ、統合・メニュー化、終期設定等の合理化を図ることとする。

〈資料6〉

臨調第一次、第三次及び第五次答申（抜粋）

	行政改革に関する 第1次答申 (S56. 7.10)	行政改革に関する 第3次答申 —基本答申— (S57. 7.30)	行政改革に関する 第5次答申 —最終答申— (S58. 3.14)
1. 医療費の適 正化	(ア) 医療費の適正化 年々急増する医 療費については、 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。		<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険を 始め医療保険制度 の運営の安定化を 図るためには、基 本的には、年々増 加する医療費総額 を抑制することが 重要である。この ため、既往答申を 通じ、医療費支払 方式の改革を始め とする医療費適正 化対策の推進を強 調してきたところ である。 以上のような国 民健康保険制度の 経営の安定化措置 及び医療費支払方 式の改革（例えば、 償還方式への移行 の検討等）、軽費な 医療の受益者負担 の強化等の医療費 適正化対策を講ず る。
(1) 薬価	② 毎年、薬価調査 を行い、薬価基準 を見直すとともに、 その算定方式の改 善を図る。	ア. 医療費の適正化 医療費支払方式 の改革、医薬品の 実勢価格の的確な 把握とその薬価基 準への反映等第1 次答申の趣旨に沿 った医療費適正化 対策を一層推進し、	

<p>(2) 診療報酬 支払方式</p> <p>(3) その他の 対策</p>	<p>③ 現行医療費支払 方式の問題点を踏 まえ医療費適正化 のために有効な改 革案を検討し、早 急な実施を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 指導監査の強化 等 <p>③ 医療費の不正 請求及び乱診乱 療を抑制するた め、医療機関に 医療費の金額等 を明らかにした 文書を患者に対 して発行させる。 また、レセプト 審査、医療機関 に対する指導監 査の強化、不正 ・不当請求事案 についての厳正 な処分の実施を 図る。</p> <p>④ 医療費の効率 化に資するため、 高額医療機器の 共同利用の促進 等の施策を積極 的に推進する。</p>	<p>医療費総額を抑制 する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民健康保険に おいても、レセプ ト審査の改善強化、 医療費通知の充実 医療機関に対する 指導監査の強化等 の医療費適正化対 策を徹底する。
<p>2. 医療保険制 度</p> <p>(1) 国庫負担</p>	<p>(イ) 医療保険</p> <p>① 医療保険の国 庫負担について は、定額国庫補 助の廃止等によ りその削減を図 る。また、受益 者負担の原則に</p>	<p>イ. 医療保険制度の 合理化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 給付率の見直し 等医療保険制度の 合理化を図る。 ・ (国民健康保険 について) 中長期 的には、経営単位 の広域化及び保険 者機能の強化と併 せて、基準的医療 費に基づく定額補

<p>(2) 制度の在り方 ① 給付の在り方</p> <p>② 国民健康保険制度</p>	<p>かんがみ、高額医療費自己負担限度の引上げ等を行う。</p> <p>② 医療保険に対する事務費国庫負担の保険料財源への切換えを図る。</p> <p>(注) ① 国民健康保険については、地域医療保険の性格を持ち、かつ法律上都道府県がその健全な運営について指導の責任を負うとともに、医療費の監査権限を有していることに</p>	<p>(ア) 医療保険の在り方として、高額な医療については適切に保護する一方、軽費な医療については受益者負担を求めるという方向で制度的改善を図る。 また、本人、家族間の格差の問題を含め給付率の見直しを行う。</p> <p>(イ) 国民健康保険制度については、地域医療保険としての性格を踏まえ、広域化等保険制度としての安定化を図る方向で改革を行う。 また、国庫補助制度の改善合理化を検討する。</p>	<p>助方式の導入、補助率の引下げ等の改革を図る。</p> <ul style="list-style-type: none"> 他の医療保険についても、医療費適正化対策を推進するとともに、国の補助はあくまで補完的役割にとどまるべきであるという観点から、保険財政を考慮しつつ、補助率の引下げ、定額化等を図る。 (国民健康保険についても) 軽費な医療における受益者負担を強化する。 疾病の予防及び健康の保持・増進のための保健施設活動を一層推進する。 都道府県の主導の下に保険者による高額医療費の再保険等の共同負担事業を実施する。 国庫補助について、保険者の経営努力を促すとともに、医療費総額の抑制、保険料水準の不均衡の是正等
--	--	---	--

<p>③ 日雇労働者健康保険制度</p> <p>④ 退職者医療制度</p>	<p>かながみ医療費の適正化を図る上から、給付費の一部を都道府県が負担することも制度上考えられるが、この問題については、なお財源問題もあるので、この点を含め政府部内において本年末までに検討を加え結論を得る。</p>	<p>(ウ) 被用者保険制度の中には、日雇労働者健康保険制度等対象が限定され、財政的安定が期し難いものがあるが、その制度の在り方を含め早急に検討を加え、合理化を図る。</p>	<p>に資するよう次のような改善を行う。</p> <p>① 財政調整交付金の国庫補助に占める割合の引下げ等により、保険者間の財政調整機能を強化する。</p> <p>② 医療費節減の効果を上げた保険者に対しては保健施設活動への助成を強化する等メリットシステムを導入する。</p> <p>・ 被用者保険の高齢の加入者が退職した場合国民健康保険に移行することが多いことにかながみ、医療保険制度相互の給付と負担の均衡に配慮し、退職者医療制度の創設を図る。</p>
---------------------------------------	---	---	---

〈資料7〉

医療保険制度の改革に向つて

— 59年度概算要求の考え方

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高

(1) 医療費は、疾病構造の変化（慢性病の増加）、人口の高齢化、医学医術の進歩等によつて、長期的傾向としては年々8%程度は増加すると予測される。

(2) 国民所得の伸びは、年6〜7%程度にとどまるものと予測される。

(3) 「増税なき財政再建」が続く限り、国庫の医療費負担能力は低下する。

(4) 医療保険制度の長期的安定のためには、これらのギャップへの対応を進めていく必要がある。

〈対応の方向〉

2. で述べる医療費の適正化を推進することを前提とした上で、①保険料率の引上げか、②患者負担の増加（給付率の引下げなど）か、③増税による国庫負担能力の増大か、④医療の質・量への影響も覚悟したうえで医療費の圧縮か、の四つの選択肢のうちから厳しい選択をしていかざるを得ない。

(注) 従来は高い経済成長に支えられて、保険料及び国庫負担の増加により増高する医療費を賄い、かつ患者負担を減少させてきた。

2. 医療費の適正化

(1) 医療費負担に関する厳しい選択をしていく過程で、医療費の増高に対する国民の関心は高まる。医療費の増高はやむを得ないにしても、その内容が適正であり、また、医療そのものが効率的なものでなければ、国民の納得を得られない。

このため、診療報酬の合理化が求められ、また、医療の不正や医療費の不正請求への批判や非難はますます高まり、医療費の無駄や過剰を排除していく要請はいよいよ強くなる。

(2) 医療の効率化のため、医療供給のシステム化が求められる。特に、慢性病時代に即応したプライマリ・ケアの充実、保健・福祉サービスとの有機的連携と総合化が求められる。

〈対応の方向〉

- (1) 医療費適正化のための指導監査の強化、レセプト審査の充実等を図る。
- (2) 診療報酬の合理化、薬価基準の適正化を進める。
- (3) 医師団体等による自浄活動を期する。
- (4) 医療、保健、リハビリテーションから福祉に至る一貫したサービスの包括化を進める。
- (5) プライマリ・ケアから高度専門医療に至るまでの医療機能の分化とネットワーク化・連携強化を進める。

3. 医療保険制度における社会的公平

(1) 現在の医療保険制度の構造は、「人生50年型社会」においては妥当なものであったが、「人生80年型社会」においては、各制度を通じ、また、生涯を通じた社会的公平を確保することが困難となっていく。

(注) 現在の制度は、8種類の制度に分立しており、ライフ・ステージに応じて制度が異なるという構造になっている。

(2) 今後、国庫による負担能力の低減が続けば、各制度間の給付及び負担の不均衡を国庫負担によって調整・是正している現在の制度体系を維持することが困難となる。特に、高率の国庫負担に依存している国保が大きなしわ寄せを受けることとなる。

〈対応の方向〉

(1) 分立した制度の統合を行うことも考えられるが、各制度の歴史と実績を無視することもできない。しかし、将来においては考慮せざるを得ない時期が到来するかもしれない。

(2) 実際的な方法としては、国庫負担に依存しないで負担の公平を図る方途をとらざるを得ない。

(注) 70歳以上の老人の医療費については、老人保健法によって、全制度が共同で負担する方途を既に構じた。

(3) 負担の公平の見地から、費用負担については、費用負担について制度間の調整を図る方向をとるとすれば、当然、給付の範囲・内容等についても全保険を通じて公平を確保することが必要となる。また、給付の公平は、国民の医療保障の確保という見地からも、当然の要請となる。

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

(1) 健康の自己管理を可能とする諸条件の変化（慢性病の増加、医療の日常生活化、健康・医療に関する価値観の多様化、豊かな個人生活水準など）は、医療のあり方そのものにも影響を与えるばかりでなく、医療保険における給付のあり方、保険料負担と受診時負担との関係に対する考え方を変えていく。

(2) 特殊な医療技術・治療方法、特別の快適さやサービスなど給付外医療（Ⅱ自由診療）に対するニーズも増える。これらの部分

が、長い目で見ると、医療の内容等を豊富にさせ、医学医術の進歩の牽引車ともなる。

（対応の方向）

(1) 保険給付は、その公平の原則から、全国民を通じて平等とし、保険給付を受けるに際しての患者負担の水準及び方法は、必要な受診を妨げず、乱用を招かずの原則によって決めるとともに、特に、入院診療等の高額費用を要する場合には妥当な負担に止めることとする。

(2) 新医療技術や特別のサービスに対する保険適用については、一定の社会的評価を加えた上で決定していく。給付外医療については、自由な診療と自由な料金の原則の下で、医師と患者の相対の關係に委ねる。

(3) 医療費の額とその内容が国民にわかり易くなる方途を構ずる。

II. 59年度概算要求における選択

59年度概算要求においては、厳しいシーリングの設定という制約条件の下で、今後とも医療保険制度の安定的な運営を維持するため、医療費適正化を強力に推進するとともに、I. で述べた中長期の展望と対応の方向に則って、医療保険における給付と負担のあり方を見直すこととした。

1. 選択に当たつての考え方

59年においては、

(1) まず、医療費適正化対策の充実強化によって、徹底的に医療費の伸びを圧縮する。（これによって、国庫負担の増嵩も抑制される。）

(2) 医療保険制度の果たすべき機能と役割を厳しく見直し、真に必要とされる給付割合、給付内容のものとするとともに、受診時における適正な患者負担を導入する。

(3) 医療保険を通ずる負担の公平化等の見地から、国庫負担のあり方も含め、制度を見直す。

ことを軸とした選択を行った。

なお、①国庫負担の増額は、昨今の財政状況等からみて期待できない。②保険料負担の引上げは、租税・社会保障負担率の引上げとなるから、社会的負担の限界という観点からも、また、減税に対する強い国民的要請という観点からも不適当である。③医療の質・量への影響も覚悟したうえで医療費の圧縮は、国民の健康水準の維持という観点からみて不適当である、と考えた。

2. 医療費適正化の強力な推進

- (1) 診療報酬（体系を含む）の合理化をすすめる。
 - (2) 薬価基準の適正化を図る。特に、薬価の銘柄間格差の極端な開きを改善する。
 - (3) 医師会等による積極的な自浄活動を期すとともに、プライマリ・ケアの分野を中心にプロフェッショナル・スタンダードの作成等を促す。
 - (4) 高額レセプト等について、特別審査制を導入する。
 - (5) 指導監査職員の増員、専門医師による顧問団の設置等により、保険医療機関等に対する指導監査の充実強化を図る。特に、架空請求等の不正請求については、徹底的に排除する。また、監査後の行政処分について、衡平を確保するための措置を構ずる。
 - (6) 保険医療機関の著しく過密な地域における保険医療機関の指定及び傾向的に過剰と認められる医療費請求を行う保険医療機関の再指定については、そのあり方を見直す。
 - (7) 大学病院等については、保険医療上の取扱について、そのあり方を見直す。
- ### 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）
 - ・ 各制度を通じた均等な給付を保障することをめざし、必要な医療を受けることを妨げず、また、乱診乱療を招くようなものであつてはならないという趣旨から、被用者保険本人の給付割合を8割とし、重症の場合等には(4)の高額療養費支給制度を適

用することにより、負担の軽減を図ることとした。

(ただし、国保及び被用者保険家族については、当面の厳しい財政状況から現行どおりとした。)

・ 附加給付については、社会的公平の見地から、医療保険制度としては認めないこととした。

(2) 入院時給食材料の給付除外

・ 保険給付としての優先度、在宅患者との均衡等を勘案して、給食材料の実費を給付から除外することとした。

(3) 一部薬剤の給付除外

・ 食事や家庭向けの保健薬等により代替可能なビタミン剤等は、医療上不可欠な場合を除き、保険給付から除外することとした。

(4) 高額療養費支給制度の改定

・ 高額療養費支給の範囲を、現行の1ヵ月51,000円を超える自己負担部分から同54,000円を超える自己負担部分に改めることとした。低所得者については、国保、被用者保険とも、入院の場合30,000円、外来の場合39,000円とすることとした。

(5) 高額所得者に対する保険適用の見直し

・ 高額所得者については、医療保険の適用を除外するかどうか等、具体的な対応案については今後更に検討することとするが、少なくとも高額所得者に係る医療費については、国庫負担を行わないこととした。

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

・ 退職後、国民健康保険に加入することになる年金生活者の医療費の負担について、国庫と他の国民健康保険加入者（自営業者、農業者等）に依存することは不合理であり、特に国民健康保険に対する国庫からの資金投入には限界がみえ、また、退職

年金生活者が増加した今日、この不合理を是正する必要がある。

• また、特に医療の必要性の高まる退職後に、退職前の給付と同様の給付を受けられるようにすることが適当である。

• このため、退職者医療制度を創設することとした。

〈退職者医療制度の概要〉

• 国保加入の高齢退職者（被用者年金の老齢年金受給権者等）及びその家族について、被用者保険並みの医療給付を行うとともに、その医療費については高齢退職者自身の拠出する保険料と現役の被用者及び事業主の拠出金により負担する。

(2) 国保に対する国庫負担の合理化

• 退職者医療制度の創設に伴って、国保の財政が改善されることなどから、国庫補助を従来の医療費ベースの45%プラス臨時財政調整交付金から、医療給付費ベースの50%へと変更することとした。また、補助方法を改め、財政調整機能を強化することとした（50%のうちの10%程度を充てる）。

(3) 日雇労働者健康保険制度の廃止

• 日雇労働者健康保険制度を廃止し、その対象者を健康保険の体系へと取り入れることとした。

5. その他

(1) 健康づくり運動、医療費節約運動等の推進

(2) 健康保険組合及び国民健康保険組合の新設・適用拡大の積極的な推進

行 革 審 意 見 書 (58・12・29)〔抜粋〕

資

(1) 医療保険制度

医療については、医療費適正化対策を強力に進めることにより、医療費総額を抑制する必要がある。また、被用者保険本人に係る給付率の改定等保険給付と負担の見直し、退職者医療制度の創設及びこれに伴う国民健康保険の助成の合理化等を含む厚生省の医療保険制度の改革案は、臨時行政調査会答申の趣旨に沿うものであり、高齢化社会に備え、効率的でかつ良質の医療を供給していくため、その実現を図るべきである。

〈資料9〉

自民党裁定書

医療保険制度の改革について

1. 医療費適正化の措置を構ずる。
2. 給付の見直しについては、次のとおり修正する。
 - (1) 本人給付率は、61年度から8割、それまでの間、9割とする。

(2) 給食材料費の給付除外については見送る。

(3) 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。

(4) 高額所得者の適用除外については見送る。

ただし、標準報酬の上限の引上げ等により、保険料負担の適正化を図る。

3. 退職者医療制度の創設、これに伴う国保国庫補助の引下げ、日雇健保の健保への統合については、原案どおりとする。

昭和59年1月19日

〈資料10〉

医療保険制度改革案の概要

I. 改革案の趣旨

1. 本格的な高齢化社会の時代においても、医療保険制度の安定した運営を維持し、全ての国民が適正な負担で公平に質の高い医療を受けることができるよう、今から医療保険制度の改革を進めていく必要がある。

2. 特に、近年、経済成長を上回る医療費の著しい増加が続き、厳しい財政状況という制約の下で、医療保険制度の改革は重要な課題となっている。

このような状況にかんがみ、59年度において、

料

資

- 医療費適正化対策の推進
 - 医療保険制度による給付の見直し
 - 医療保険制度における負担の公平化
- を三本の柱として、医療保険制度の改革を行うこととした。

II. 医療費適正化対策の推進

1. 薬価基準の合理化

59年3月1日から薬価基準を16・6%（医療費ベース5・1%）引き下げるとともに、
• 銘柄間に極端な格差のある医薬品については是正措置を構ずる。

• 薬価基準の収載、削除基準の明確化を図る。

2. 診療報酬の合理化

プライマリー・ケアの推進、在宅医療の促進と入院期間の適正化、良質な入院医療の安定的供給の確保等の事項に関して、緊急
に診療報酬の合理化をすすめることとし、59年3月1日から診療報酬を2・8%引き上げる。

3. レセプト審査の充実強化

高額レセプト等についての特別審査制の導入等により、審査体制の強化を図る。

4. 指導監査体制の強化

- 専門医師等による顧問団の新設
 - 指導監査担当職員の増員
- 傾向的に過剰と認められる医療費請求を行う保険医療機関について、指定の更新は行わない。

Ⅲ. 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

- (1) 本人の給付率は、昭和61年度から8割、それまでの間9割とする。
- (2) 本人についても、4. の高額療養費支給制度を適用する。
- (3) 現行の初診時一部負担金（800円）及び入院時一部負担金（1日500円、1月限り）は、廃止する。

2. 薬剤使用の適正化

次の措置を推進することにより、一部薬剤の給付除外は見送る。

- (1) 同種同効薬剤の重複投与、作用の緩和な薬剤の大量投与等の安易な使用傾向の是正等について、医師会等による会員指導その他自浄作用を促進する。

- (2) ビタミン剤等について重点的な審査を実施する。

3. 高額療養費支給制度の改定

高額療養費支給の範囲を、現行の1ヵ月51,000円を超える自己負担部分から同54,000円を超える自己負担部分に改める。特に、低所得者については、国保、被用者保険とも、入院の場合30,000円、外来の場合39,000円とする。

4. 高額所得者の保険適用の見直し

標準報酬等級、国民健康保険税(料)限度額の上限を引き上げることにより、保険料負担の適正化を図る。

- 標準報酬等級上限 47万円↓71万円
- 国保税限度額 28万円↓35万円

5. 療養費の支給

- (1) 次の場合に療養費を支給する。

- (イ) 被保険者等が高度の医療を提供すると認められる医療機関等であつてその申請に基づき都道府県知事の承認（地域や医療機関の特性を考慮して行う）を受けた医療機関において療養を受けたとき
 - (ロ) 保険医療機関等において特別のサービス、特別の治療材料等であつて患者の選択によることが適当なものとして厚生大臣が定める療養を受けたとき
 - (ハ) 緊急やむを得ないとき（現行の療養費）
- (1) (イ)の承認の基準及び(ロ)の厚生大臣の定める療養については、中医協の意見をきいて定める。
 - (2) 保険者は、被保険者に対し支払うべき額の限度において、被保険者に代つて当該医療機関等に支払うことができることとする。

IV. 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

- (1) 高齢退職者は、退職後国民健康保険に加入することになるため、医療の必要性の高まるときに給付水準が低下し、また、その医療費の負担は主として国庫と他の国保加入者（自営業、農業者等）に依存することとなる。この不合理を是正するため、退職者医療制度を創設する。
- (2) 対象者
国保加入の退職者（被用者年金の老齢年金受給権者等、約230万人）及びその家族（約170万人）合計約400万人
- (3) 給付は、退職者本人については入院外来とも8割、その家族については入院8割、外来7割とする。（現在は、退退者本人及びその家族の給付率は、入院外来とも7割となっている。）
- (4) その医療費は、退職者及びその家族の国保保険料と現役の被用者及び事業主の拠出金により負担する。

2. 国保に対する国庫負担の合理化

- (1) 退職者医療制度の創設による国保財政への影響等を考慮し、国保に対する国庫補助の仕組みを改める。(医療費の45%プラス臨時財政調整交付金→医療給付費の50%)
 - (2) また、国庫補助による財政調整機能を強化する。
3. 日雇労働者の健康保険の体系への取入れ
- (1) 日雇労働者健康保険制度を廃止し、その対象者を健康保険の体系へ取り入れる。
 - (2) 日雇労働者健康保険事業の累積債務を償還するため一般会計から繰入れを行うことができることとする。

(資料1)

昭和59年度予算

△一般会計▽

50兆6272億円(0.5%増)

〔歳入〕▽税 収 34兆5960億円(7.1%増)

┆増税の規模 9300億円

┆減税の規模 9320億円

▽税外収入 3兆3512億円(29.0%減)

┆減 収 額 1兆3667億円

▽国 債 12兆6800億円(5.0%減)

┆減 額 6650億円(うち赤字国債5250億円)

▽国債依存度 25.0%(58年度当初26.5%)

〔歳出〕▽国 債 費 9兆1551億円(11.7%増)

┆地方交付税 8兆8864億円(21.5%増)

┆交 付 金 8兆8864億円(21.5%増)

▽一般歳出 32兆5857億円(0.1%減)

社会保障費 9兆3210億円(2.0%増)
 公共事業費 6兆5200億円(2.0%減)
 防衛関係費 2兆9346億円(6.55%増)
 対GNP比0.99%(58年度当初0.98%)

△財政投融资▽

21兆1066億円(1.9%増)

(注)カッコ内は58年度当初比

昭和59年健康保険法等改正の立法過程

〈資料12〉

昭和59年度予算 医療保険制度改革等国庫負担影響額調

(単位：億円)

事 項		予 算 案	備 考
医 療 保 険 制 度	医 療 費 適 正 化	△ 1,824	うち薬価・診療報酬改定△766
	本 人 給 付 率	△ 293	(7月実施)
	高 額 療 養 費 (限 度 額 引 上 げ)	△ 3	
	小 計	△ 296	
	退 職 者 医 療 制 度 創 設	△ 2,355	
	国 庫 補 助 の 合 理 化	△ 1,544	
	小 計	△ 3,899	
	[制度改正分] 計	△ 4,195	
合 計	△ 6,019		
公 費 負 担 医 療		△ 257	
合 計		△ 6,276	

料 (資料13)

昭和59年2月22日

資 厚生大臣 渡 辺 恒 三 殿

社会保険審議会

会長 金 澤 良 雄

印

答 申 書

昭和57年10月25日厚生省発保第59号をもって諮問のあった健康保険等被用者保険の被保険者が退職した場合に係る退職者医療制度の創設について、同第60号をもって諮問のあった日雇労働者の健康保険制度の在り方について及び本年1月25日厚生省発保第3号をもって諮問のあった健康保険制度等の改正について並びに同第5号をもって諮問のあった政府管掌健康保険の保険料率の変更については、別紙のとおり答申する。

(別 紙)

1. 当審議会は、昭和57年10月25日に退職者医療制度の創設及び日雇労働者健康保険制度の在り方について諮問を受けて以来、鋭意審議を重ね、また、昭和59年度予算概算要求における厚生省の医療保険制度改革案についても、中広い見地から審議を行ってきた。

更に、本年1月25日、健康保険制度等の改正について諮問を受けたところであるが、今回の改正案は、我が国の医療保険制度の根

幹にかかわるものであり、慎重かつ広汎な検討を行う必要があるにもかかわらず、予算編成後の極めて限られた審議期間で審議し、答申をとりまとめざるを得なかつたことは、遺憾である。

今後このようなことのないよう努められたい。

2. 本格的な高齢化社会に備え、中長期の観点に立って、人口の高齢化、疾病構造の変化、医学医療の進歩等に伴って増加の見込まれる医療費を適正な水準にとどめるとともに、制度間の給付と負担の公平化を図ることによって、将来にわたって医療保険制度の基礎を揺るぎないものとする事は、社会的な要請となっている。

3. 医療保険制度を改革し、医療費問題を解決するためは、健康づくり運動を積極的に推進するとともに、薬価・医療費の適正化、疾病予防・早期診断から、治療、リハビリテーションに至る施策の充実強化、地域医療供給体制の効率적整備、福祉施設や年金・雇用・住宅等の関連諸制度の改善など、総合的な観点から、政府一体となった対策が進められるべきであり、これらの点について、中長期的な展望が示される必要があるにもかかわらず、今回の改正案をみると、なお、その展望は明確にされていない。

4. 今回の諮問案について、限られた審議日程の中で示された諸見解をもとに当審議会の意見をとりまとめられたこととしたが、その改革の具体的内容については賛否の分かれるところが多く、審議会として意見を一本化することができなかつたので、意見の分かれるところはそれぞれの意見を併記することとした。

1. 医療費適正化に関する事項

医療費の適正化対策については、更に一層の充実強化を図られたい。

○ 保険医療機関の指定の見直し、高額レセプトの審査強化等については、基本的には了承する。なお、傾向的な過剰診療の認定基準の設定が困難であり、権力が全面にでてくるおそれがあるという意見（医療経験者たる公益代表委員）、地方医療協議会の権限を拡大すべきであるとの指摘（被保険者側委員）があつた。

2. 給付内容の見直しに関する事項

(1) 被保険者本人の給付率の改定について

本人給付率の引下げについては、次のように意見が分かれた。

○ 定率一部負担の導入は、かかった医療費がその場でわかり、国民がコスト意識をもつこととなって医療費の適正化にも資するし、給付の公平化、健康者との均衡、保険料負担とのバランスから考えて適当である。(公益側及び事業主側委員)

○ 本人給付率の改定は、反対である。(被保険者側委員)

○ 本人給付率の改定は、受診抑制等につながるものであり、また、医療機関の事務量も増大するので反対である。(医療経験者たる公益代表委員)

(2) 高額療養費制度について

高額療養費制度については、そのための政令改正の際に改めて諮問を受けた時点で意見を述べることとするが、次のような意見があった。

○ 高額療養費自己負担限度額については、経済社会情勢の変動に対応し、適時適切に改定が行えるよう、必要なルール化を図るべきである。(公益側及び事業主側委員)

○ 高額療養費自己負担限度額の引上げについては、暦月方式、一人一レセプト方式等、従来指摘してきた点の解決が図られていないし、また、前回の改正以後、日も浅いので適当でない。(被保険者側委員)

(3) 療養費支給制度について

改正案の趣旨は了承するが、室料差額等、差額徴収の範囲や程度が拡大し、保険外負担の増加につながるものないよう適切な規制を強力に行う必要がある。また、特定承認医療機関の承認基準及び特別のサービス等の選定基準を明確にし、細心の配慮をもって運用を行うべきである。

○ 保険医療の中に、患者の貧富の差による利用機会の差別、医療機関の差別を持ち込むことは反対である。(被保険者側委員及び

医療経験者たる公益代表委員)

3. 退職者医療制度に関する事項

退職者医療制度の導入については賛成であるが、給付率及び負担の方法については意見の分かれるところがあった。

○ 一部委員を除く公益側委員は原案に賛成である。

○ 本人の給付率を8割とすることを前提とする場合には、退職者医療制度の創設は認められない。しかし、老人保健制度と被用者保険制度との接点については、従来の経緯もあり、慎重に検討する必要がある。(被保険者側委員)

○ 退職者医療制度に対しては、国庫補助を行うべきである。(被保険者側委員及び医療経験者たる公益代表委員)

○ 本制度については実施時期を延期し、十分検討した上で発足することが望ましい。退職者医療制度の性格や被用者保険側の負担等から考えると、被用者保険サイドで制度発足後の新規退職者から実施することが望ましいが、原案どおり実施する場合には、適切な医療費適正化対策を講ずること、拠出率が増加しないような措置を講ずること、一定期間経過後に制度の見直しを行うこと、退職者医療制度の運営に関し拠出者側の意向が反映できる仕組みを組み込むこと、また、健康保険組合等が退職者に対する医療給付を行うことができる方をひらき、拠出金の調整を行うことができるようにすることが必要である。(事業主側委員及び公益を代表する一委員)

○ なお、医療経験者たる公益代表委員から、拠出金は、被保険者本人が過去に支払った保険料の蓄積で賄うべきであるとの意見があった。

4. 日雇労働者健康保険に関する事項

日雇労働者健康保険を廃止し、健康保険へ吸収することについては、基本的に了承する。

○ 傷病手当金、分娩費等の算定方法については、日雇の特殊性を考慮して従来の水準を下回らないよう配慮するとともに、傷病手当金の給付期間は政管なみとし、療養の給付期間は現行どおりとするほか、日雇労働者の就労状況を勘案し、共済、都市健保など制

料 度にこだわらず地方自治体関係の保険者も拠出すべきである。(被保険者側委員)

○ 保険料等の負担の急激な増加とならないよう経過措置を講ずべきである。(被保険者側委員)

資 ○ 事業主に過度の費用の増高を強いることのないよう配慮すべきである。(事業主側委員)

○ この制度の実施にあたっては、できるだけ医療機関の事務の簡素化を図るべきである。(医療経験者たる公益代表委員)

5. 政府管掌健康保険の保険料率の変更に関する事項

四九年度以降の政管健保の累積赤字解消のために徴収していた一〇〇〇分の一の保険料率は、諮問案どおり、本年三月一日から徴収しないこととすることを了承する。

○ 余剰があれば、保険給付の改善、患者一部負担の軽減に充てるべきであり、保険料率の引下げには反対である。(医療経験者たる公益代表委員)

6. その他

○ 医療保険制度における給付の平等と負担の公平については、制度の統合一本化により行うべきであり、制度統合一本化に必要な年次的実施計画を示すべきであるとの意見があった。(医療経験者たる公益代表委員)

標準報酬等級の上限改定については、そのための政令改正の際に改めて諮問を受けた時点で意見を述べることとする。

なお、5人未満事業所等に対する健康保険の適用については、年金制度における適用との均衡を考慮しつつ、その適用の拡大を図るべきである。

また、健保組合、国保組合の設立を積極的に推進すべきである。

〈資料14〉

総社第40号

昭和59年2月23日

厚生大臣 渡部 恒三 殿

社会保障制度審議会

会長 大河内 一 男

健康保険制度等の改正について（答申）

昭和59年1月25日厚生省発保第4号で諮問のあった標記の件について、本審議会の意見は下記のとおりである。

記

今回の諮問は、内容がかつてないものを含んでいるため、これを短期間に審議し結論を見出すことが著しく困難であったことは否めない。

資料 今回の改正は、近年における著しい医療費の増加傾向と厳しい財政状況を踏まえたものである。しかし、財政対策にとらわれるあまり、保険財政における収支のバランスのみにこだわった感があり、医療保険本来の趣旨に照らした検討が必ずしも十分になされたとは思いられない。

本審議会は、これまで、今日の医療保険制度における問題の根本的原因は、医療に関する諸々の体制の整備、合理化を怠ったことにあることを指摘し、これら基本的諸問題の改革についての方向を示し、いくたびか対策を求めてきたが、政府は総合的展望を樹立しないまま推移し、そして、今回の改正に当たってもその点が明らかにされていない。

また、今回の改正は、給付内容の見直しを始め療養費払いの拡大など国民の生活に大きな影響を及ぼしかねない内容を含むだけに、改革を進めるためには慎重でなければならないし、国民の理解と納得を得ることが肝要である。

以下主要な改正項目に沿って、意見を述べる。

1 被用者本人に係る一部負担については、一般的には否定するものでないことは、既に本審議会においていくたびか述べているところである。しかし、今回の諮問における一部負担については、さらに慎重な取扱いが望まれる。

この場合必要な受診が抑制されることは許されないのであって、このため低所得者に対する各般の対策が並行し行われる必要がある。特に、現行の高額療養費制度については、所得に応じた仕組みを導入するなど今後その抜本的な見直しを図るべきである。

2 退職者医療制度については、これまでの経緯を踏まえ種々の工夫の跡がみられる。しかし、本制度が被用者保険からの拠出金で賄われることにかんがみ、その実施に当たっては拠出者側の意向が反映できるような仕組みが不可欠である。

3 日雇労働者健康保険を廃止し政府管掌健康保険に統合することについては、これまでの累積赤字の取扱いなど政府において十分な財政対策が必要である。

4 なお、5人未満事業所等の被用者については、これまで本審議会において述べてきたとおり、健康保険への強制加入を急ぐべきである。

〈資料15〉

健康保険制度等の改正案要綱

第1 改正の趣旨

医療保険制度の改革を図るため、一部負担金制度及び療養費制度の改正、日雇労働者健康保険制度の対象者の健康保険の体系への取入れ、退職者医療制度の創設、国民健康保険の国庫補助制度の改正その他所要の改正を行うものであること。

第2 健康保険制度の改正

1 医療給付に関する事項

(1) 一部負担金

被保険者本人の給付率は、昭和61年度から8割、それまでの間9割とすること。

(2) 高額療養費

被保険者について被扶養者と同様の高額療養費を設けることとし、被保険者、被扶養者とも自己負担の限度額は、54,000円（低所得者については外来39,000円、入院30,000円）とすること。

(3) 療養費の支給

ア 次に定める療養を受けた場合は、療養費を支給することとすること。

(ア) 高度の医療を提供すると認められる医療機関等であつてその申請に基づき都道府県知事の承認（地域や医療機関の特性を考慮して行う）を受けたもの（以下「特定承認医療機関」という。）において療養を受けたとき

(イ) 保険医療機関等において、特別のサービス、特別の治療材料等であつて患者の選択によるものが適当なものとして厚生大臣が定める療養を受けたとき

(注) (ア)に定める都道府県知事が承認する場合の基準及び(イ)に定める厚生大臣の定める療養については、中央社会保険医療協議会の意見を聞いて定めることとする。

(ウ) 緊急やむを得ず療養を受けたとき（現行の療養費）

イ 保険者は、ア(ア)又は(イ)の場合にあつては、被保険者に対し支給すべき額の限度において、被保険者に代わり、特定承認医療機関又は保険医療機関等に対し支払いを行うことができることとする。

ウ 特定承認医療機関等は、被保険者等から支払を受けた場合には、領収証を交付しなければならないこととする。

エ 特定承認医療機関については、保険医療機関に関する指定・取消等の規定を準用すること。

2 保険医療機関等に関する事項

(1) 傾向的に過剰と認められる医療費請求を行う保険医療機関について、指定の更新を行わないこととする。

(2) 不正請求による処分を作為的に回避する等の保険医療機関、保険医等について、その再指定又は再登録を拒否することができることとする。

3 標準報酬に関する事項

標準報酬月額の上限を710,000円（現行470,000円）とし、下限を68,000円（現行30,000円）とすること。

4 日雇特例被保険者に関する事項

(1) 日雇労働者健康保険法を廃止し、その対象者は、健康保険の日雇特例被保険者とする。

(2) 日雇特例被保険者に係る給付と負担は、その就労の特性を考慮して一般の被保険者と実質的な均衡が図られるようにすること。

（具体的事項は別記のとおり）

第3 船員保険法の改正

一部負担金、療養費、保険医療機関等、標準報酬、退職者給付拠出金等の事項につき、健康保険制度の改正に準じた改正を行うこと。

第4 国民健康保険制度の改正

1 退職者医療制度に関する事項

(1) 退職被保険者及びその被扶養者

ア 退職被保険者は、市町村の国民健康保険の被保険者であつて被用者年金保険各法に基づく老齢年金又は退職年金受給権者及び被用者年金保険加入期間が10年以上の通算老齢（退職）年金受給権者である者等とすること。ただし、老人保健法の適用対象者を除くこと。

イ 退職被保険者の被扶養者は、健康保険の被扶養者に準じた範囲の者とすること。ただし、老人保健法の適用対象者を除くこと。

(2) 退職被保険者等の一部負担金

ア 退職被保険者の給付率は、8割とすること。

イ 退職被保険者の被扶養者の給付率は、外来7割、入院8割とすること。

(3) 療養給付費交付金

ア 社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）は、市町村に対して療養給付費交付金を交付するものとし、その額は、退職被保険者等に係る医療給付に要する費用の額から退職被保険者等に係る国民健康保険料（税）を控除した額とすること。

イ 厚生大臣は、市町村が確保すべき収入を不当に確保しなかった場合等で退職者医療制度の健全な運営が著しく損われると認

(4) 退職者給付拠出金については、基金に対し当該市町村に係る交付金の額を減額するよう命ずることができるとすること。
退職者給付拠出金に関する事項

ア 退職者給付拠出金の徴収及び納付義務

(ア) 基金は、療養給付費交付金の交付に要する費用及び基金の業務に関する事務の処理に要する費用に充てるため、毎年度、被用者保険の保険者等から、退職者給付拠出金（療養給付費拠出金及び事務費拠出金）を徴収すること。

(イ) 被用者保険の保険者等は、退職者給付拠出金を納付する義務を負うこと。

イ 退職者給付拠出金の額

各被用者保険保険者等の退職者給付拠出金の額は、毎年度における療養給付費交付金の交付に要する費用の額及び基金の業務に関する事務の処理に要する費用の額の合算額を被用者保険保険者等ことの標準報酬総額により按分した額とし、概算及び確定により算定するものとする。

(5) 基金の退職者医療関係業務

基金は、被用者保険保険者等からの拠出金の徴収、市町村に対する交付金の交付等の退職者医療関係業務を行うこと。

2 国庫補助に関する事項

(1) 療養給付費等負担金

国は、市町村に対し、次に掲げる額の合算額の100分の40を負担するものとする。

ア 一般被保険者に係る医療給付に要する費用の額（一部負担金の割合を減じている等の市町村にあっては、政令で定めるところにより算定した額とする。）

イ 老人保健医療費拠出金の納付に要する費用の額に7分の10を乗じて得た額に、全ての市町村の一般被保険者に係る平均医療給付率を乗じて得た額

(2) 調整交付金

調整交付金の総額を、(1)ア及びイに掲げる額の合算額の10分の10に相当する額とすること。

(3) 国民健康保険組合に対する補助

ア 国は、国民健康保険組合（以下「組合」という。）に対し、次に掲げる額の合算額の100分の32を補助することができるものとする。

(ア) 被保険者に係る医療給付に要する費用の額（一部負担金の割合を減じている等の組合にあっては、政令で定めるところにより算定した額とする。）

(イ) 老人保健医療費拠出金の納付に要する費用の額に7分の10を乗じて得た額に、全組合の平均医療給付率を乗じて得た額
イ 国は、組合の財政力等を勘案して、全ての組合に係るアの(ア)及び(イ)に掲げる額の合算額の100分の15に相当する額の範囲内で、補助の額を増額することができるものとする。

3 特別審査委員会の設置

厚生大臣の定める診療報酬請求書の審査を行うため、厚生大臣の指定する者に、特別審査委員会を置くこと。

4 その他の事項

療養費の支給、国民健康保険医等について、健康保険制度の改正に準じた改正を行うこと。

第5 社会保険診療報酬支払基金法の改正

社会保険診療報酬支払基金の主たる事務所に、厚生大臣の定める診療報酬請求書について審査を行うための特別審査委員会を設けること。

第6 施行期日等

(1) 制度の改正は、昭和59年7月1日から施行すること。ただし、社会保険診療報酬支払基金の退職者医療関係業務については公

料

布の日から、標準報酬の改定については同年10月1日から施行すること。

資

(2) 国家公務員等共済組合法等各種共済組合法に関し、一部負担金、療養費、退職者給付拠出金等の事項につき、健康保険制度の改正に準じた改正を行うこと。

(3) その他所要の改正を行うこと。

別記

日雇特例被保険者に関する具体的事項

1 総則的事項

- (1) 日雇特例被保険者の範囲は、現行の日雇労働者健康保険法（以下「日雇法」という。）の被保険者の範囲と同様とすること。
- (2) 標準賃金日額の等級は、第1級1、3 3 4円から第11級18、2 5 0円までの11等級とし、その上限は弾力的に改定できるようにすること。

2 保険給付に関する事項

- (1) 支給要件は、日雇法と同様とすること。ただし、埋葬料については、療養の給付終了後3月以内の死亡についても支給することとする。

- (2) 給付の内容

ア 療養の給付

(ア) 給付の期間は、日雇法と同様とすること。ただし、受給資格が1年以上継続しない場合の傷病については、1年とするこ
と。

(イ) 一部負担金は、一般の被保険者と同様とすること。

イ 傷病手当金

(ア) 日額は、次のとおりとすること。

初診月の前2ヵ月間又は6ヵ月間の平均月収 $\times 1/30$ 日 $\times 6$ 割

(イ) 支給期間は、日雇法と同様とすること。

ウ 埋葬料の額は、死亡月の前2ヵ月間又は6ヵ月間の平均月収1ヵ月分とし、最低保障は一般の被保険者と同様とすること。

エ 分べん費の額は、分べん月の前4ヵ月のうち賃金が多かった2ヵ月間の平均月収の2分の1とし、最低保障は一般の被保険者
と同様とすること。

オ 出産手当金

(ア) 日額は、次のとおりとすること。

分べん月の前4ヵ月のうち賃金が多かった2ヵ月間の平均月収 $\times 1/30$ 日 $\times 6$ 割

(イ) 支給期間は、日雇法と同様とすること。

カ 家族療養費の支給期間は、本人に係る療養の給付の支給期間と同様とし、支給率は、一般の被保険者に係る家族療養費の支給
率と同様とすること。

キ 家族埋葬料及び配偶者分べん費の額は、一般の被保険者と同様とすること。

ク 特別療養費の支給額は、日雇法と同様とすること。

ケ 分べん費又は配偶者分べんの支給を受けることができる者に、新たに、育児手当金又は配偶者育児手当金を支給することと

料

し、その額は、一般の被保険者と同様の額とすること。

コ その他、療養費及び高額療養費等は一般の被保険者に準ずること。

資 3 費用の負担に関する事項

(1) 国庫補助

ア 国庫は、政府管掌健康保険の事業所の日雇特例被保険者に係る療養給付費等の費用について、現行と同様の水準の補助を行うこととすること。

イ アの国庫補助は、定率（一般の被保険者と同率）及び定額により行うものとする。

(2) 保険料

ア 通常の保険料は印紙による納付とし、その額は、標準賃金日額の等級に応じ、次の(ア)及び(イ)の合算額を基準として、社会保険審議会の議を経て、厚生大臣が定めること。

(ア) 標準賃金日額に政府管掌健康保険の保険料率を乗じて得た額（労使折半）

(イ) 標準賃金日額に(ア)の保険料率及び100分の31を乗じて得た額（事業主負担）

イ 特別保険料は、ボーナス等につき、現金による納付とし、その料率及び負担区分は一般の被保険者と同様とすること。

(3) 日雇拠出金

ア 徴収及び納付

(ア) 政府は、日雇特例被保険者が使用される事業所に係る健康保険組合等から日雇拠出金を徴収すること。

(イ) (ア)の健康保険組合等は、日雇拠出金を納付する義務を負うこと。

イ 日雇拠出金の額

日雇拠出金の額は、毎年度の日雇関係所要費用より日雇関係保険料等相当額を控除した後、日雇関係保険料の延総納付日数

に占める各健康保険組合等に係る日雇関係保険料の延総納付日数の割合を乗じて得たものとし、概算及び確定により算定するものとする。

4 その他の事項

- (1) 日雇健康勘定は廃止し、健康勘定に引き継がれるものとするが、従前の日雇労働者健康保険事業の累積債務については、引き続き借入れができることとし、これを償還するため一般会計から繰入れができることとする。
- (2) 3(2)ア(i)について昭和60年9月までの間経過措置を講ずること。
- (3) その他、日雇労働者健康保険法の廃止に伴い、所要の経過措置を講ずること。

〔資料16〕

今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案）

人口の高齢化、医学医療の進歩等に伴い国民医療費が増大を続ける中で、人生80年型社会に適応し、21世紀にわたる国民の健康と生命を守る揺るぎない保健医療制度を確立する。

このため、(一)生涯を通ずる健康づくりの推進(二)地域医療を確保するための医療供給体制の整備(三)将来にわたる医療費規模の適正化(四)医療保険の給付と負担の公平化を基本として、以下の事項につき早急に検討を加え、所要の措置を講ずる。

一、国民健康づくり対策の推進

・ライフサイクルに応じた地域・職域を通ずる健康増進、疾病予防等総合的な健康づくり対策の推進

料 ・ 老人保健事業による成人病対策の計画的推進

資 ・ 「対がん10ヵ年総合戦略」に基づくがん対策の推進
・ 精神衛生相談体制、痴呆性老人対策の充実等精神保健対策の推進

二、医療供給体制の整備等

(一)地域医療供給体制の整備

・ 地域医療計画の策定Ⅱ医療機能のネットワーク化（特にプライマリ・ケアを重視）、病床の無秩序な増加の抑制とその適正配置（地域偏差の解消）

・ 病院のオープン化と医療機器の共同利用の促進

・ 医薬分業の基盤づくりの促進

(二)医師及び歯科医師の養成の見直し

・ 将来の医療需要に即応した医師数および歯科医師数の見直し（60年度以降）

・ 医師及び歯科医師の生涯教育の充実

・ その他の医療従事者の養成、資質の向上

(三)医療機関の健全経営の確保

・ 医療の特質に応じた税制、金融措置および医療機関の経営効率化の促進

(四)医薬品産業の健全な育成

・ 医療ニーズに対応した医薬品の生産、供給の確保

・ 新薬研究開発の推進

・ 医薬品の有効性、安全性の確保

(五)医療と福祉の施策体系の見直し

・訪問看護、デイ・ケア等在宅対策の推進

・医療施設と福祉施設の体系(中間施設)の検討

三、医療保険制度の改革

(一)給付と負担の見直し

・被用者保険本人の9割給付(59年度)

・退職者医療制度の創設による退職被保険者およびその家族の入院の8割給付(59年度)

・被用者保険本人の8割給付(61年度)

・高額療養費制度の仕組みの改善(60年度以降)

・全制度を通じる給付と負担の公正化措置(一元化)(60年代後半) Ⅱ給付の8割程度への統一および財源の調整等による負担の公平

化

(二)診療報酬体系の改善

・合理的な診療報酬体系の確立(出来高払方式の維持と欠点の是正) Ⅱ技術料の重視、プライマリ・ケア、在宅医療等の促進、医療機

関の安定した経営基盤の確立、薬価基準等の適正化

(三)指導・監査体制の充実等

・高額医療費等の重点審査の充実、指導監査体制の強化等

四、先端化学技術の研究開発の促進等

・バイオテクノロジー等先端技術の研究開発の促進と保健医療分野への活用

・高度情報処理システムの開発と保健医療分野への積極的導入

料

・ 難治性疾患の診断、治療方法に関する研究の推進

・ 脳死、体外受精等生命と倫理に関する問題についての国民的合意の形成

資

〈資料17〉

国会修正比較対照表

(◎は法律事項、○は政令事項を示す。)

事 項	現 行 (改正前)	政 府 原 案	衆 議 院 修 正 (59.7.13)	参 議 院 修 正 (59.8.6)
給 付 率	◎被用者保険 ・本人 10割給付 (入院・外来) 但し、一部負担金あり ┌ 外来 初診料 800円 └ 入院 1日 (1月限) 500円 ・家族 ┌ 外来 7割給付 └ 入院 8割給付 ◎国民健康保険 7割給付 (入院・外来)	◎被用者保険の給付率改定 ・本 則 8割給付 ・附 則 9割給付 (61.3.31までの間)	◎被用者保険の給付率改定 ・本 則 8割給付 ・附 則 9割給付 (1) 61年度以後においても、国会で承認を受ける日までの間は、引き続き9割給付とする。 (2) 政府は、新健保法施行後医療費の動向、国民負担の推移、財政事情等各般の状況を勘案し、健康保険制度の全般に関する検討を行いその結果に基づいて社会保険被扶養者及び国保被保険者の給付割合を8割とするよう必要な措置を講ずるものとする ◎都道府県知事に届け出た医療機関において、健保本人の一部負担金の額は、医療費に応じて、 1,500円以下 100円 1,501円以上 2,500円以下 200円 2,501円以上 3,500円以下 300円 ◎一部負担金等について10円未満の端数金額がでるときは、その額を四捨五入し10円単位とする。	
附 加 給 付	◎本人一部負担金・家族療養費にかかる附加給付 (健保組合、共済組合、国保組合)		◎政管健保の被保険者と事業主により組織された法人等で社会保険庁長官の承認を受けたものは、被保険者本人の支払った一部負担金につき、附加的な給付を行うことができる。	
高 額 療 養 費 支 給 制 度	○被用者保険 本人 (低所得者) 15,000円 家族 ┌ (低所得者) 51,000円 └ (低所得者) 15,000円 ○国民健康保険 ┌ (低所得者) 51,000円 └ (低所得者) 39,000円	○全制度を通じて 54,000円 低所得者 ┌ 入院 30,000円 └ 外来 39,000円	○全制度を通じて 51,000円 (据置き) 低所得者 ┌ 入院 30,000円 └ 外来 39,000円	◎医療費負担の家計に及ぼす影響を考慮してその支給要件を政令で定めることとすることを法文上明記する。 ○全制度を通じて 51,000円 (据え置き) 低所得者30,000円 (入院・外来) ・一定額以上のレセプトの世帯合算 (自己負担30,000円以上のレセを合算し1月の限度額51,000円を予定) ・高額療養費多数該当世帯の負担軽減 (1年間に4回以上の場合、4回目以降は限度額30,000円を予定) ・長期高額疾病患者の負担軽減 (血友病・人工透析について、1月の限度額10,000円を予定)

事 項	現 行 (改正前)	政 府 原 案	衆 議 院 修 正 (59.7.13)	参 議 院 修 正 (59.8.6)
融 資 制 度	[・社会福祉協議会による世帯更生資金の貸付等]			◎高額療養費が支給されるまでの間の当座の支払いに充てるため、保険者が融資制度を実施することができることとし、根拠規定を設ける。
特 定 療 養 費	◎保険給付外の診療を保険診療と併せて行った場合一原則として全額患者負担 ・室料と歯科材料の差額徴収については通知により指導。	◎都道府県知事の承認を受けた医療機関(特定承認保険医療機関)について、高度先端医療と保険医療の調整を図る ◎保険医療機関等における特別の病室等厚生大臣の定める療養について、差額徴収を法制化する。		
保 険 医 療 機 関 の 再 指 定	◎再指定の拒否事由 ・保険医療機関の指定を取り消されて2年を経過していないとき ・その他保険医療機関として著しく不相当と認められるとき	◎再指定の拒否事由として、診療内容が適切を欠くおそれがあるとして重ねて指導を受けたとき、を加える。		
レセプト審査	◎レセプト審査を行うため、従たる事務所(都道府県)に審査委員会を設置。	◎現行の審査委員会のほか、高額レセプト等の重点審査のため主たる事務所(東京都)に特別審査委員会を設置する		
日 雇 健 保	[日雇労働者健康保険法] ◎療養の給付期間 5年 ◎傷病手当金等の支給額 前2月(6月)間の上位の賃金日額の6割	[日雇労働者の健保体系への取り入れ] ◎療養の給付期間 支給資格を1年以上満たす場合 5年 その他の場合 1年 ◎傷病手当金等の支給額 前2月(6月)間の平均月間賃金総額の30分の1の6割	◎療養の給付期間は、日雇特例被保険者手帳を1年以上所持していれば、5年とする。 ◎傷病手当金等の支給額の算定基礎は、前2月(6月)のうち最も賃金総額の多かった月の賃金総額とする。	
退職者医療制度		◎ [退職者医療制度の創設] ・対象一 国保加入の老齢年金受給権者等 ・給付一 高齢退職者8割(入院・外来) 家族 入院8割・外来7割 ・財源一 高齢退職者等の保険料と被用者保険からの拠出金(国庫負担なし) ・保険者一 市町村国保	◎健保組合等が自ら、当該組合の被保険者であった退職者について医療の給付を実施できることとし、当該組合の拠出すべき療養給付費拠出金について所要の調整を行うものとする。	
任 意 継 続 被 保 険 者	◎被保険者期間 2年 ◎毎月10日の保険料納付義務		◎55歳以上の退職者については特例を設け、60歳に達するまでの間、2年を超える場合にも任意継続被保険者となりうるものとする。	◎被保険者の選択により、任継保険料の前納を認めることとする。

事 項	現 行 (改正前)	政 府 原 案	衆 議 院 修 正 (59.7.13)	参 議 院 修 正 (59.8.6)
標準報酬 上限改定	○標準報酬上限 470,000円 ○標準報酬下限 30,000円	○標準報酬上限 470,000円 ○標準報酬下限 68,000円 (○上限については、10月から更に 710,000円に引き上げる予定) ・国保についても保険料の上限を4月に 280,000円から 350,000円に引上げ済		
傷病手当金	○傷病手当金の受給者が同一の傷病により障害 年金の受給要件に該当することとなった場合 ——傷病手当金の打切り			○傷病手当の受給者が同一の傷病により障害年 金の受給要件に該当することとなった場合 において、傷病手当金の額が障害年金の額を上 回るときは、その差額を傷病手当金として支 給することとする。
分娩費 埋葬料	○分娩費の最低保障額 15万円 ○埋葬料の最低保障額 7万円			○分娩費・埋葬料とも、実勢費用を勘案し、60 年度に最低保障額を引き上げることとする。
5人未満事業所	○健保の強制適用 5人以上の従業員を使用する事業所又は法人 の事務所	[国年法等の一部を改正する法律案] ○5人未満の従業員を使用する法人の事業所等 について、政令で定めるところにより、61年 度以降段階的に健保の適用を拡大する。		[健保法等の一部を改正する法律] ○5人未満の従業員を使用する法人の事業所等 について、政令で定めるところにより、61年 度以降段階的に健保の適用を拡大する。
健康づくり事業				○被保険者等の健康の保持増進を促進するため、 保険者による健康相談、健康診断等の事業に 関する規定を明確化する。
施行期日		59.7.1	公布の日から3月以内の政令で定める日	

昭和59年健康保険法等改正の立法過程

〈資料18〉

修正による影響額（満年度）

（単位：億円）

	衆議院修正		参議院修正	
	給付費	国庫負担	給付費	国庫負担
高額療養費	139	59	462	55
任継被保険者の期間延長	6	△12	—	—
傷病手当金と障害年金の支給調整	—	—	10	1
分娩費	—	—	590	0
埋葬料	—	—	61	0
合計	145	47	1 123	56

〈資料19〉

国庫負担影響額 (予算・修正)

(単位:億円)

		予 算 (7月実施)	修 正 (10月実施)	追加所要額
医 療 保 險 制 度	・医療費適正化	△1,824	△1,824	
	・本人給付率(10割→9割)	△ 293	△ 182	
	・高額療養費自己負担限度額引上げ等	△ 3	92	
	・傷病手当金, 障害年金差額支給	—	1	
	・任意継続被保険者適用拡大	—	△ 2	
	小 計	△ 296	△ 91	
	・退職者医療制度の創設	△2,355	△1,472	
	・国保国庫補助の合理化	△1,544	△ 887	
	小 計	△3,899	△2,359	
	(制度改正分) 計	△4,195	△2,450	
合 計	△6,019	△4,274		
公 費 負 担 医 療	△ 257	△ 360		
合 計	△6,276	△4,634	1,642	

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する修正要旨

(衆議院 昭和五十九年七月十三日)

- 一、 被用者保険本人の一部負担金については、昭和61年4月1日以後においても、国会で承認を受ける日までの間は、なお引き続き一割とすること。この場合、都道府県知事に届け出た保険医療機関等における医療費の額が少額であるときは、その一部負担金の額はそれぞれ次のとおりとする。
 - (一) 医療費 千五百円以下のとき 百円
 - (二) 医療費 千五百円以上二千五百円以下のとき 二百円
 - (三) 医療費 二千五百円以上三千五百円以下のとき 三百円
- 二、 保険医療機関等における一部負担金の支払について十円未満の端数金額が出るときは、その額は四捨五入し、十円単位とするこ
と。
- 三、 任意継続被保険者制度の特例を設け、五十五歳以上で被用者保険の資格を喪失した者については、六十歳に達するまでの間又はそれ以前で国民健康保険の退職被保険者となるまでの間、二年を超える場合でも資格を有することができるものとする。
- 四、 健康保険組合等が自ら、当該組合の被保険者であった退職者について医療の給付を実施できるとし、当該組合の退職者医療制度に対して拠出すべき療養給付費拠出金について所要の調整を行うものとする。
- 五、 政府管掌健康保険等の事業主及びその被保険者により構成する法人等で社会保険庁長官の承認を得たものは、その被保険者本人の一部負担金について附加的な給付を行うことができるものとする。
- 六、 日雇特例被保険者について、次の措置を講ずるものとする。

料

(一) 療養の給付期間は、日雇特例被保険者手帳を一年以上所持していれば、五年とする。

(二) 傷病手当金等の支給日額は、前二ヵ月（又は六ヵ月）のうち最も賃金総額の多かった月の賃金総額を基礎として算出する。

資七、政府は、新健保法の施行後の医療費の動向、国民負担の推移、財政事情等各般の状況を勘案し、健康保険制度の全般に関する検討を行い、その結果に基づいて社会保険各法の被扶養者及び国民健康保険の被保険者の給付割合を八割とするよう必要な措置を講ずるものとする。

八、昭和五十九年七月一日から施行するとされていた部分の施行期日については、公布の日から起算して三月を超えない範囲内において政令で定める日からとすること。

〈資料21〉

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

衆議院社会労働委員会
昭和五十九年七月十二日

政府は、次の事項につき、適切な措置を講ずるよう努力すべきである。

一 高額療養費支給制度については、高額な医療費負担による家計への影響を緩和するため、家計の負担能力に適切に対応した仕組

みとなるよう所要の改善を図るとともに、血友病等長期高額医療費の疾病については、患者負担の軽減等に努めること。また、融資制度の導入・活用等、現行給付方式の改善を図るよう配慮すること。

二 国民健康保険の運営については、退職者医療制度の創設に伴う国庫補助の引下げ及び国庫補助基準の変更により安定的な事業運営が損なわれることのないよう配慮すること。

三 退職者医療制度の運営に当たっては、被用者保険の負担が過重とならないよう適切な配慮を行うとともに、市町村においては国民健康保険事業の運営について一層の経営努力を行うこと。

四 日雇労働者の健康保険については、政府管掌健康保険の健全な運営に支障をきたすことのないよう適切な配慮をするともに、日雇労働者の就労の特性に配慮しつつ、一般の被保険者との均衡に欠けることのないよう留意すること。

五 特定療養費制度の運用に当たっては、自由診療の大幅な拡大や保険診療の後退をもたらすことのないよう細心の配慮をもって運用し、高度医療についても、適正な保険医療の確保を図ること。

また、従来から指摘している差額ベッド等に見られる不当な保険外負担について、一層の適正化を図ること。特に、私立医科大
学における問題の解決を図ること。

六 診療報酬については、技術重視の診療報酬体系を確立し、その合理化を図ること。また、家庭医の特性に応じた診療報酬について検討すること。

七 薬価基準の適正化、医療機関に対する指導監査の徹底、医療費通知の充実等の医療費適正化対策を積極的に推進することにより、不適切な医療を排除し、医療費及び医療内容の適正化を図ること。

八 診療報酬支払基金等におけるレセプト審査のコンピューター化の推進等、支払審査事務全般にわたる合理化を推進すること。

九 医薬分業については、その基盤づくりを努めるとともに、分業実現に向けて、具体的計画の策定に努めること。

十 成人病の予防その他国民のライフサイクルに応じた健康づくり対策の積極的推進を図るため、保健所及び市町村の保健活動の強

料 化に努めること。

資 十一 地域医療の確保のため、へき地等における関係従事者及び関係施設の確保に努めるとともに、家庭医の標ぼうを認める等プライマリ・ケアについてはその制度化を含めた充実を図り、地域の実情に即した医療供給体制の体系的整備を推進すること。

十二 医師、歯科医師、薬剤師及びその他の医療従事者については、今後の医療需要の動向等を踏まえて、養成確保対策を見直すこととし、適正な水準を確保すること。

十三 医療機関における健全かつ安定的な経営の確保のため、経営基盤及びその環境の条件整備に努めるととし、医業経営が業価差益に依存することのないよう関連制度の改善に努めること。

十四 保険財政の状況等を勘案し分娩費等現金給付の改善を図るとともに、傷病手当金と障害年金等との併給調整について検討すること。

十五 退職者の任意継続加入者の保険料納入方法に関し、前納制の導入について検討すること。

〔資料22〕

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する修正要旨

（参議院 昭和五十九年八月六日）

一、高額療養費制度については、医療費負担の家計に及ぼす影響を考慮してその支給要件等を政令で定めることを法文上明記する。

- 二、高額療養費制度により償還されるまでの間の当座の高額の医療費支払に充てるため、保険者が融資制度を実施することができる。こととし、根拠規定をもうける。
- 三、傷病手当金の受給者が同一の傷病により障害年金の受給要件に該当することとなった場合において、傷病手当金の額が障害年金の額を上回るときは、その差額を傷病手当金として支給することとする。
- 四、被保険者の選択により、任継保険料の前納を認めることとする。
- 五、法人の事業所であつて五人未満の従業員を使用するものなどについて、政令で定めるところにより、六一年度以降段階的に健康保険の適用を拡大する。
- 六、被保険者等の健康の保持増進を促進するため、保険者による健康相談、健康診断等の事業に関する規定を明確化する。

〈資料23〉

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

参議院社会労働委員会
昭和五十九年八月四日

政府は、次の事項につき、適切な措置を講ずべきである。

- 一、国民健康保険の運営については、退職者医療制度の創設に伴う国庫補助の引下げ及び国庫補助基準の変更により安定的な事業運営が損なわれることのないよう配慮すること。

料 また、退職者医療制度の運営に当たっては、被用者保険の負担が過重とならないよう適切な配慮を行うとともに、市町村において

は国民健康保険事業の運営について一層の経営努力を行うこと。

資 二、日雇労働者の健康保険については、政府管掌健康保険の健全な運営に支障をきたすことのないよう適切な配慮をするともに、日

雇労働者の就労の特性に配慮しつつ、一般の被保険者との均衡に欠けることのないよう留意すること。

三、特定療養制度の運用に当たっては、自由診療の大幅な拡大や保険診療の後退をもたらすことのないよう細心の配慮をもって運用

し、高度医療についても、適正な保険医療の確保を図るとともに差額ベッド等に見られる不当な保険外負担の解消を図ること。

四、月をまたがる入院に係る高額療養費の支給については、月越合算処理が行われるよう、関係者間の協議を進め、その実施を図るこ

と。

五、分娩費及び埋葬料の最低保障額については、実勢費用を勘案し、早急にその引上げを図ること。

六、診療報酬については、技術重視の診療報酬体系を確立し、その合理化を図ること。また、家庭医の特性に応じた診療報酬について

検討すること。なお、乳幼児の医療について、その特性に応じた配慮を行うこと。

七、薬価基準の適正化、医療機関に対する指導監査の徹底、医療費通知の充実等の医療費適正化対策を積極的に推進することにより、

不適切な医療を排除し、医療費及び医療内容の適正化を図ること。

八、本人定率一部負担の導入に伴う保険請求事務の簡素化等医療機関の事務負担の軽減を図るとともに、窓口における混乱を防止する

よう特段の配慮をすること。

九、診療報酬支払基金等におけるレセプト処理のコンピュータ化の推進等、支払審査事務全般にわたる合理化を推進すること。

十、医薬分業については、その基盤づくりを努め、モデル地区による試行など具体的推進を図ること。

十一、成人病の予防その他国民のライフサイクルに応じた健康づくり対策の積極的推進を図るため、保健所及び市町村の保健活動の強

化に努めること。

十二、へき地等における医療従事者及び医療施設の確保に努めるとともに、家庭医の標ぼうを認める等プライマリ・ケアについてはその制度化を含めた充実を図り、地域の実情に即した医療供給体制の体系的整備を推進すること。

十三、医師、歯科医師、薬剤師及びその他の医療従事者については、今後の医療需要の動向等を踏まえて、養成確保対策を見直すこととし、適正な水準を確保すること。

十四、医療機関における健全かつ安定的な経営の確保のため、経営基盤及びその環境の条件整備に努めることとし、医業経営が業価差益に依存することのないよう関連制度の改善に努めること。

十五、政府管掌健康保険の運営について行政努力に一層配慮するとともに、必要な人員及び予算の確保に努めること。
右決議する。

〔資料24〕

覚 書

自由民主党は、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会との間で協議した結果、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、次の七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努力することを約し、これを確認した。

一、医療保険制度の統合一本化を五年後に行なう。

特に負担の公平と給付の平等をはかる。

二、医学の進歩・医療の向上と医療保険制度の整合をはかる。

料 三、プロフェシヨナルフリーダムの尊重と医療の公共性を確認する。

四、医療保険における技術科の適正な評価を行なう。

資 五、労務管理と社会保障の分離をはかる。

六、民間医療機関の経営の安定をはかる。

七、大学における医学研究には充分な公的補助を行なう。

附記

医学とは歯科医学及び薬学を含む。

昭和五十九年八月十日

〈資料25〉

退職者医療制度の概要

I 趣旨

高齢退職者は、退職後国民健康保険に加入することになるため、医療の必要性の高まるときに給付水準が低下し、また、その医療費の負担は主として国庫と他の国保加入者（自営業者、農業者等）に依存することとなる。この不合理を是正するため、退職者医療制度を創設する。

II 対象者

- 1 国民健康保険の被保険者（老人保健法の適用対象者を除く。）であつて、次の被用者年金各法に基づく年金たる給付の受給権者（通算老齢（退職）年金の受給権者にあつては、加入期間が20年以上又は40歳以降10年以上の者）
 - (1) 厚生年金保険法
 - (2) 船員保険法
 - (3) 恩給法（他の法律において準用する場合を含む。）
 - (4) 国家公務員等共済組合法
 - (5) 国家公務員等共済組合法の長期給付に関する施行法
 - (6) 地方公務員等共済組合法
 - (7) 地方公務員等共済組合法の長期給付に関する施行法
 - (8) 私立学校教職員共済組合法
 - (9) 農林漁業団体職員共済組合法
 - (10) 地方公務員の退職年金に関する条例
 - (11) 旧令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法
- 2 1の被扶養者（老人保健法の適用対象者を除く。）
被扶養者の範囲は健康保険の被扶養者に準じる。

III 給付

1 給付の内容

料 退職被保険者については8割とし、その被扶養者については外来7割、入院8割とするともに、高額療養費支給制度を適用する。

資 2 給付の実施主体

国民健康保険の保険者たる市町村。

IV 適用

- 1 退職被保険者及びその被扶養有（以下「退職被保険者等」という。）となった者は市町村に所要の届出を行う。
- 2 市町村は、退職被保険者等に該当した者に対し退職保険者証を交付する。
- 3 退職被保険者等に係るレセプトは別色のものとする。

V 財源

財源は、退職被保険者等の保険料（税）及び被用者保険保険者等の拠出により賄われる療養給付費交付金（被保険者と事業主の負担）とする。

1 退職被保険者等の保険料（税）率は、一般保険者と同様とする。

2 療養給付費交付金

- (1) 療養給付費交付金の額は、退職被保険者等に係る医療給付に要する費用の額から退職被保険者等に係る国民健康保険料（税）（一定の収納率以下の場合には、基準となる収納率で算出）を控除した額とすること。

- (2) 厚生大臣は、退職者医療制度の運営に関し市町村が確保すべき収入を不当に確保しなかった場合等においては、基金に対し当該市町村に係る交付金の額を減額するよう命ずることができる。

3 療養給付費拠出金

(1) 療養給付費拠出金の徴収及び納付義務

ア 基金は、療養給付費交付金の交付に要する費用及び基金の業務に関する事務の処理に要する費用に充てるため、毎年度、被用者保険の保険者等から、拠出金（療養給付費拠出金及び事務費拠出金）を徴収する。

イ 被用者保険の保険者等は、拠出金を納付する義務を負う。

(2) 療養給付費拠出金の額

各被用者保険保険者等の拠出金の額は、毎年度における療養給付費交付金の交付に要する費用の額及び基金の業務に関する事務の処理に要する費用の額の合算額を被用者保険保険者等ごとの標準報酬総額により接分した額とし、概算及び確定により算定するものとする。

4 基金の退職者医療関係業務

基金は、被用者保険保険者等からの拠出金の徴収、市町村に対する交付金の交付等の退職者医療関係業務を行うこと。

VI その他

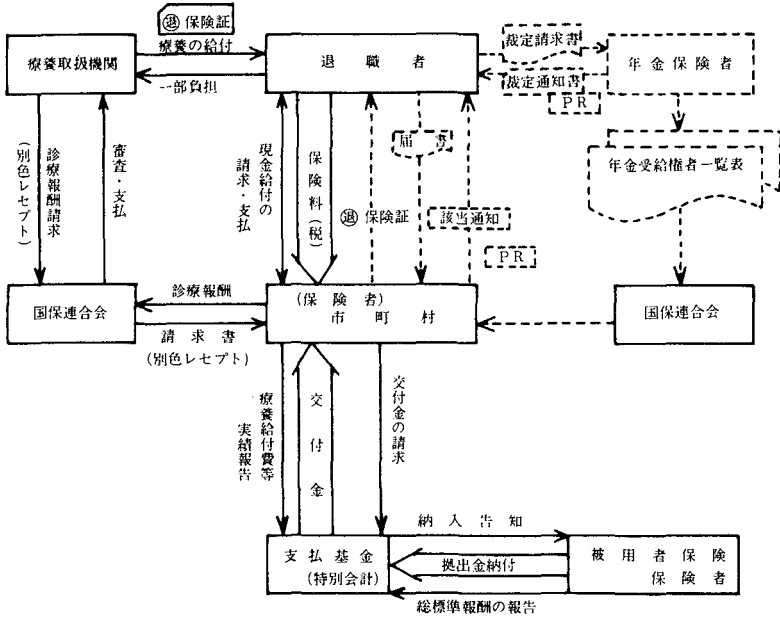
1 健康保険組合等の退職医療給付の実施

健康保険組合等が自ら、当該組合の退職者について医療の給付を実施できることとし、その組合の療養給付費拠出金について所要の調整を行うものとする。

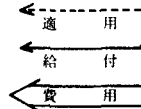
2 任意継続被保険者制度の改善

55歳以上で資格を喪失した者については、2年を超える場合でも60歳に達するまで（その者が退職被保険者となり得るに至ったときは、そのときまで）の間は、資格を有することができることとする。

退職者医療制度の仕組



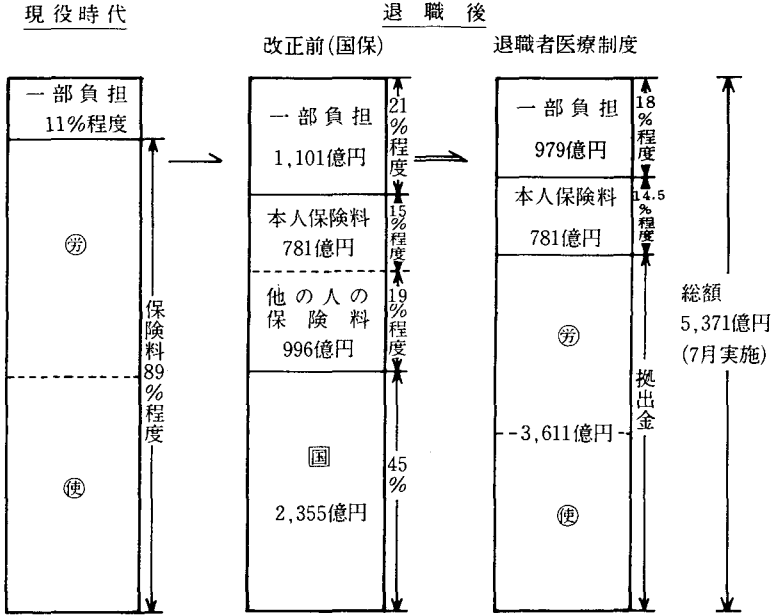
注)



・指導監査については、現行国保機関を活用する。

昭和59年健康保険法等改正の立法過程

サラリーマンの医療費負担



退職者医療制度財政試算（7月実施）

（単位：億円）

医 療 給 付 費	保 險 料	拠 出 金
4,396	781	3,615

内 訳

・ 政 管 健 保		1,448
・ 組 合 健 保		1,466
・ 共 済 組 合		674
・ 船 保		27
・ 対 象 者 (国 保)	781	

- (注) 1. 対象者は、被用者年金の老齢年金受給権者等とする。
 2. 対象者数は、本人2,297千人、家族1,765千人、計4,062千人である。
 3. 拠出金の標準報酬総額に対する割合は、各制度を通じて、5.74%である。

退職者医療制度の20・30・40年後の拠出率の推計

1. 退職者及びその家族

(単位：千人)

区分 \ 年度	59年度	20年後	30年後	40年後
退職者	2,297	3,940	4,310	3,906
家族	1,765	3,062	3,354	3,034
計	4,062	7,002	7,664	6,940

2. 退職者及びその家族の医療費 (59年度ベース)

(単位：億円)

区分 \ 年度	59年度	20年後	30年後	40年後
退職者	4,677	8,380	9,335	8,309
家族	3,379	6,033	6,673	5,977
計	8,056	14,413	16,008	14,286

3. 保険給付費、拠出額及び拠出率

(単位：億円)

区分 \ 年度	59年度	20年後	30年後	40年後
保険給付費				
退職者	3,914	7,014	7,813	6,954
家族	2,675	4,776	5,282	4,731
計	6,589	11,790	13,095	11,685
退職者保険料	1,172	2,265	2,478	2,246
被用者保険拠出額	5,417	9,525	10,618	9,439
標準報酬総額 (59年度ベース)	943,979	1,087,662	1,080,598	1,053,779
拠出率	5.74%	8.8%	9.8%	9.0%

国保国庫補助制度の改正

市町村国保に対する国庫補助については、退職者医療制度の創設等の影響を勘案し、医療費の45%（療養給付費等負担金40%、財政調整交付金5%）から、医療給付費の50%（療養給付費等負担金40%、財政調整交付金10%）へと変更する等の改正を行う。

また、国保組合に対する国庫補助についても、補助基準を医療費ベースから医療給付費ベースへ変更する等の改正を行う。

1 療養給付費等負担金

国は、市町村に対し、次に掲げる額の合算額の100分の40を負担するものとする。

(1) 一般被保険者に係る医療給付に要する費用の額（一部負担金の割合を減じている等の市町村にあっては、政令で定めるところにより算定した額とする。）

(2) 老人保健医療費拠出金の納付に要する費用の額に7分の10を乗じて得た額に、全ての市町村の一般被保険者に係る平均医療給付率を乗じて得た額

2 調整交付金

調整交付金の総額を、1(1)及び(2)に掲げる額の合算額の100分の10に相当する額とすること。

3 国民健康保険組合に対する補助

(1) 国は、国民健康保険組合（以下「組合」という。）に対し、次に掲げる額の合算額の100分の32を補助することができるものとする。

ア 被保険者に係る医療給付に要する費用の額（一部負担金の割合を減じている等の組合にあっては、政令で定めるところにより算定した額とする。）

イ 老人保健医療費拠出金の納付に要する費用の額に7分の10を乗じて得た額に、全組合の平均医療給付率を乗じて得た額

(2) 国は、組合の財政力等を勘案して、全ての組合に係る(1)のイ及びイに掲げる額の合算額の100分の15に相当する額の範囲内で、補助の額を増額することができるものとする。

(資料27) 医療保険制度の現況

制 度 名	保 険 者 (昭59.3末)	加 入 者 数 (昭58.3末) [本 家 族 人] 千人	保 險 給 付			財 源		老人保健医療 対象者の割合 (%) (58.3月末)		
			医 療 給 付			現 金 給 付	保 険 料 率		国 庫 負 担	
			療養の給付	家族療養費	高額療養費					
健 康 保 険	一 般 被 用 者	政 管 国 健康保険組合 1,704	31,494 [14,929 16,565]	9 割 ※ 国会で承認を 受けた日の翌 日から8割 ※ 希望する医療 機関における 医療費3,500 円以下の場合 の一部負担金 は、医療費に 応じて、 100 円 200 円 300 円 となる	•入院 8 割 •外来 7 割	自己負担 5万1千円(低所 得者3万円) 超 過 分	•傷病手当金 •出産手当金 •分べん費等	8.4% 特別保険料 1% (59.3~)	給付費の 16.4%	4.0
	組 合		28,368 [11,942 16,426]		同 上 (附加給付あ り)	※ 世帯合算 (同一月に3万円 (低所得者2万1 千円)以上の負担 が複数の場合はこ れを合算して支給)	同 上 (付加給付あ り)	8.057% (全組合平均) (58.3末現在)	給付費の補助 13億円 (昭和59年度)	2.7
	日 雇 労 働 者	国	442 [262 180]		•入院 8 割 •外来 7 割	同 上	1 級日額 120円 11級 1,670円	定率及び定額によ り給付費の 35%相当	9.0	
船 員 保 険	国	644 [202 442]	同 上	多数回数該当世帯 の負担軽減 (12月間に4回以 上該当の場合は4 回目からの自己負 担は3万円(低所 得者2万1千円))	同 上	8.2% (57.4~)	給付費の補助 27億円 (昭和59年度)	5.0		
各 種 共 済	•国家公務員等	27 共 済 組 合	12,532 [5,286 7,246]	同 上	同 上	6.05~12.86 % (59.4現在)	な し	3.7		
	•地方公務員等	54 共 済 組 合		同 上 (附加給付あ り)	同 上	同 上	同 上			
	•私学教職員等	1 共 済 組 合		同 上	同 上	同 上	同 上			
国 民 健 康 保 険	農業者	市 町 村 3,272	44,616	7 割	本人 8 割 家族 入院8割外来7割	長期高額疾病患者 の負担軽減 (血友病、人工透 析を行う慢性腎不 全の患者の自己負 担額は月1万円)	•助産費 •葬祭費 •育児手当金 等	給付費の 50%	10.7	
	自営業者等	国民健康保険組合 168					市町村 41,307 国保組合 3,309	給付費の 32~52%		
	被用者保険の 退職者	市 町 村								

* 老 人 保 健	[実施主体]	7,346	10割	各医療保険 保 険 者 から 支 給	[費用負担]	[保険局調]
	市 町 村 長	被用者保険 2,558 国民健康保険 4,788	[一部負担 外来の場合月 400円 入院の場合1日 300円 [2ヵ月限]		• 国 2/10 • 地方自治体 0.5/10 • 各医療保険者 7/10	

※ 老人保健制度の対象者は、各医療保険制度加入(国民健康保険法の適用除外たる生活保護世帯に属する者を除く)の70歳以上の者及び65歳以上70歳未満のねたきり等の状態にある者。

Sur la réforme d'assurance maladie de 1984

Takahiro EGUCHI*

Chapitre I. Causes générales de la réforme.

Section 1. La croissance rapide des dépenses de santé.

Section 2. La maîtrise inévitable des dépenses d'État.

Section 3. Le rapport de la commission extraordinaire des affaires administratives.

Section 4. La nécessité fondamentale de l'harmonisation des différentes régimes

Chapitre II. Les grandes lignes de la réforme proposé par le ministère de la santé et de la sécurité sociale

Section 1. Vue à long terme des régimes d'assurance maladie

Section 2. Le choix premier au moment de l'inscription du budget approximatif de 1984.

Section 3. Le rapport entre la création du régime d'assurance maladie des retraités, la changement du base de la subvention d'État et l'introduction de ticket modérateur du taux fixe.

Chapitre III. Le processus jusqu'à la présentation du projet de loi de la réforme à la Diète.

Section 1. Les mouvements politiques des groupes de pression au projet de la réforme.

Section 2. L'historique jusqu'à la décision du parti gouvernemental.

Section 3. Les rapports des commissions intéressées.

Section 4. Les caractères particuliers du régime de l'assurance maladie des retraités.

Chapitre IV. Le processus jusqu'à l'adoption du projet de loi de la réforme.

Section 1. Le sommaire des discussions à la Diète — la présentation du vision de l'avenir

Section 2. Les points particuliers du processus législatif.

Conclusion.

Questions et réponses.

* Sous-chef de la section de l'assurance maladie des non-salariés du ministère de la santé et de la sécurité sociale.