



Title	老人保健法制定の立法過程
Author(s)	渡邊, 芳樹; WATANABE, Yoshiki
Citation	北大法学論集, 42(4), 203-267
Issue Date	1992-03-30
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/16846
Type	departmental bulletin paper
File Information	42(4)_p203-267.pdf



〈北大立法過程研究会資料〉

老人保健法制定の立法過程

渡邊芳樹

目次

- 一、わが国の医療保障の特色
- 二、老人保健制度前史——老人医療費支給制度の発足
- 三、立法過程の一般
- 四、老人医療費支給制度見直しへの動き
- 五、老人保健制度への助走
- 六、老人保健制度・政府案の策定
- 七、老人保健法案の国会審議と成立

質疑応答

〈資料1〉～〈資料27〉

本日は、老人保健法制定時における立法過程につき、お話し上げたい。本来、老人保健制度の扱う分野は、医療、保健サービス（ヘルス）、福祉と多岐にわたっている。これらのうち、今回は、医療保障制度の一環としての老人保健制度という側面に焦点をあてて検討することにした。そこでまず、本論に入る前に、社会保険制度を中心としたわが国の医療保障の仕組みを概観し、その特徴を押さえておきたい。

一 わが国の医療保障の特色

〈資料1〉は、わが国の医療保障の特色と考えられる事項を思いつくままに列挙したものである。

第一に、国民経済の規模に対する公共的なチャンネルを通して支出される医療費のシェアにつき、国民医療費の伸び率を国民所得の伸び率の範囲内に抑えるとの政策的なガイドラインを、政府が設定している。こうしたガイドラインの設定方法は、他の欧米先進諸国でもほとんど見られない。

第二に、国民皆保険が実施されており、しかもそれがかなり良好に機能している。この点は、特に最近、皆保険でないのかかわらず、公的医療費の重い負担が大きな社会問題ともなっているアメリカ合衆国の関係者などから、注目を集めている。

第三に、民間事業者（医療法人及び個人）が、医療サービス供給の主流を成している。

第四に、医薬分業問題は、戦後以来の課題であるが、今日でもなお、調剤薬局ではなく病院や診療所が大部分の医療用医薬品の購入供給主体となっている。

第五に、国民皆保険であることと関連して、国民医療費で見ると医療機関の収入の大部分（九割）は、社会保険からの支払、すなわち社会保険診療報酬に依っている。残る一割の大部分は、一般租税を財源とする公費負担医療によるものである。したがって、保険が医療機関の経営全般に責任を負っているかのような状況下で、政策論が展開されている。

第六に、所得の多寡にかかわらず比較的高度の医療サービスが平等に受けられることも、諸外国との比較において、ある程

度言えると思われる。

第七に、昨今のイギリスNHS改革にも関連する事項であるが、特に西欧諸国を中心として、軽易な処置・手術といった一般的な医療ニーズであってもアクセスしにくい、つまりサービスがなかなか得られないという状況があり、これが年々悪化しているのに対し、わが国では、過剰受診が言われるほど、いかにして適切な受診をお願いするかが課題となってきた。医療サービスへのアクセスの問題は、わが国においては比重が小さいといえよう。

第八に、高度な医療技術や機器、医薬品の導入が、基本的には、医療機関の自由な判断に委ねられている。

第九に、公共的なチャンネルを通じて支出される医療費の支払は、予算超過に対しても一〇〇%償還を保障している。国庫について言えば、補助金ではなく、負担金の対象となっているのである。

第一〇に、いわばマイナス面の特徴として、医療サービスの内容の情報公開、更には第三者評価とか格付けが、十分に機能していない。

最後に、保健福祉政策の効果と医療政策がリンクージュで論じられている。医療へのアクセスの容易さとも関連するのであ

うが、この点も、国際的には比較的珍しい例といえる。その最たるものが、老人保健制度である。

わが国の医療保障については、以上の特色を挙げることができ

る。さて、こうした特色を有するわが国の医療保障の中核を占めるのが、医療保険制度である。《資料2》は、その全体像を概括的に示したものである。健康保険、船員保険、各種共済、国民健康保険といった各制度から成り立っている。老人保健制度は、これらの各制度が財源を共同拠出する形で行う共同事業としての性格をもつ、きわめてユニークな設計の制度となっている。

なお、《資料2》表の右端には、各制度別の老人保健の医療対象者の割合、すなわち加入者に対する七〇歳以上の者の割合を示している。最も低いのは、大企業を中心とした健康保険組合の二・九%、最も高いのは、サラリーマンOBの流入する国民健康保険の一五・九%となっている。老人保健制度立案時（昭和五六年）、前者の割合は今とさして変わらぬ二%台であったが、後者の割合はまだ9%台であった。ここ数年における高齢化の進展がいかに著しいものであったか、老人医療費の新しい負担ルールがどれほど必要とされていたかを、うかがい知ることができると思われる。

二 老人保健制度前史

——老人医療費支給制度の発足

次に、一で述べたことを前提として、老人保健法の立法過程に入るわけであるが、はじめに、老人保健制度創設をめぐるいわば「前史」につき、昭和四三年にまで遡って、ご説明したい。

昭和四〇年代前半といえ、今日とは異なり年金制度の成熟度が未だ極めて低く、大多数の老人が福祉年金を受給していた時代である。こうした状況下にあつて、最大の課題は、いかにして、国民健康保険の下で三割自己負担となる老人の医療費負担を軽減し、受診率を高めるかという点であつた。近時、老人医療費の高騰に如何に対処するかが重要な政策課題となつていくことからすれば、大きな隔たりがあるといえよう。

(一) 園田構想

発端となつたのは、昭和四三年、当時の園田厚生大臣によつて発表された「園田構想」であつた。この構想は、昭和四四年度概算要求の柱として出された老人の医療費負担軽減対策であり、七〇歳以上の者を対象として、所得制限付きではあるが、医療保険の自己負担分が一定額を超過する場合、当該超過分を、

国Ⅱ八割、地方Ⅱ二割という割合で公費負担するというものであつた。これは、とりわけ国家財政との関連においては、重大な内容を含むものであり、直ちに実現に結び付くものではなかつた。ただし、厚生省としては、国民に対して、老人の医療費負担にかかわる何らかの軽減対策の必要性を打ち出したわけである。

(二) 老齢保険制度構想

翌昭和四四年八月、昭和四五年度概算要求にあたり、医療保険の抜本改正を社会保障制度審議会及び社会保険審議会に諮問する際、厚生省が試案として示したのが、〈資料3〉に挙げた「老齢保険制度構想」といわれるものである。この構想は、七〇歳以上の国民を対象として（ただし、被用者保険の被保険者を除く）、国（社会保険庁）が、被用者保険の給付率に準じて、従来以上の保険給付（在宅診療につき一〇割、ただし自己負担あり）を行うというものであつた。費用負担については、国民健康保険及び被用者保険の経営主体が、四分の三を一定の方法で負担し、残りの四分の一を国が負担するものとされた。当時、この構想については、後述するように、余り好意的な反応はなかつた。ただ、振り返つてみた場合、この昭和四四年度構想が、老

人保健制度における医療部分の骨格にやや近いところを有しており、実際、法案を策定する過程においても、ある程度意識されていた面がある。

(三) 中央社会福祉審議会答申

昭和四五年には、中央社会福祉審議会から「老人問題に関する総合的諸施策について」と題する答申が出された。ここでは、医療保険ではなく、いわば社会福祉のサイドから、老人の医療費負担軽減が緊急な課題であることが打ち出されている。

(四) 地方公共団体の動き

さて、こうした厚生省レベルでの動きとは別に、この時期における地方公共団体の動きをみておきたい。

昭和四三年、はじめて横浜市が、国民健康保険の給付率(七割)を、八〇歳以上の者に限って引き上げるといふ単独事業を開始した。それに引き続いて、昭和四四年、秋田県では、同じく八〇歳以上の者の自己負担の一定額以上の部分を、県が後で本人に金銭給付する事業を開始した。先の園田構想と類似した制度といえる。また、同年、美濃部都政の下で、東京都が、七〇歳以上の方を対象にして、一定の所得制限の下、医療保険の

自己負担分を全額公費負担とした。しかも、秋田県の場合とは異なり、都が医療機関に対して支給するため、患者本人は窓口で自己負担分を払う必要がなくなった。これは、医療の「現物給付」化と呼ばれ、後に国の制度となる老人医療費無料化制度を先取りしたものであった。

その後、昭和四七年一月までの間に、地方単独事業として、何らの老人の医療費負担軽減措置をも導入していない県は、わずか二県となった。こうして、地方レベルにおいては、老人の医療費負担の軽減ないし無料化がかなり普及し、さらに国のレベルでも、こうした措置を採るべきだとの要求が高まっていたのである。

(五) 昭和四七年度概算要求

こうした動きの中で、昭和四六年には、厚生省内に設置された高齢者対策プロジェクトチームから報告書が出され、各医療保険の自己負担相当額を公費で負担し、これにより老人の受診を促進するとの当面の医療費対策に関する方向性が打ち出された。また、同年夏、厚生省は、昭和四七年度概算要求にあたり、七〇歳以上の者の自己負担分を公費で負担する案を盛り込んで大蔵省に要求を行った。さらに、与党自民党内においても、

老人対策特別委員会が「老人対策大綱」を打ち出し、老人医療費無料化の動きに弾みをつけている。

また考え方を支持している。

(六) 社会保障制度審議会答申

昭和四十六年九月、先に述べた医療保険の抜本改正についての諮問に基づき、社会保障制度審議会から答申が出された。しかし、この答申では、厚生省サイドと考え方が一致せず、医療保険の自己負担分を公費で賄うとの方式につき、所得により適用除外者が出るという点で問題があるとして、これを斥けている。この他、医療保険から切り離し全額公費で賄う方法、反対に、各医療保険制度からの拠出金をもとに全額医療保険で賄う方法も挙げられたが、結局、答申では、現在の保険制度は活用するものの、各保険制度内の老人数に応じた国庫補助の追加により、老人に対する給付率を高めるとの案を提唱した。

(七) 社会保険審議会答申

他方、昭和四十六年一〇月、厚生省内におかれた社会保険審議会から出された答申では、老人医療については、公費負担により医療の無料化を実施すべきであるとし、基本的には、医療保険の自己負担分を公費負担すべきという先の概算要求に盛り込

(八) 老人福祉法改正案

こうした答申を踏まえて、昭和四十七年度予算編成にあたり、医療保険プラス公費負担方式による老人医療費無料化制度が実施された。方式としては、老人福祉法という福祉立法を一部改正し、公費を医療保険の自己負担分に充てる方法を採用した。昭和四十七年二月、社会保障制度審議会から、諮問された老人福祉法改正案に対する答申が出された。答申では、こうした方法が、暫定的な措置としてやむを得ないものと認めた。以後、法案は、国会提出に向かうことになる。ただし、それに加えて、答申では、なるべく速やかに(六)社会保障制度審議会案の線に沿った方策を採るよう、異例の要望を行っている。

(九) 老人医療費無料化制度

法案の内容が、公費で自己負担を解消するという内容のものであったため、国会審議はスムーズに進んだ。昭和四十七年六月二三日には、同改正法が公布に至った。翌昭和四十八年一月一日から、老人医療費支給(無料化)制度がスタートした。

当時は、いわゆる福祉元年と呼ばれ、石油ショック前の政策

形成であったこともあり、立法過程も、社会保障制度審議会の答申を除き、かなりスムーズに進んだように思われる。

三 立法過程の一般

次に、老人保健制度の立法過程に立ち入る前に、政府サイドから見た立法過程の一般的プロセスにつき、ご説明しておきたい。後述する老人保健法の制定過程は、以下に述べる一般的な立法過程をかなり逸脱した異例の審議過程を経て実現したものである。

ご承知の通り、国会に提出される法律案の大部分は、政府(各省)が閣議決定を経て提出する法律案である。議員立法は、少数にすぎない。そこで、以下、政府提出法案を例にとり、各省庁の内部段階からの手続きにつき、概観しておきたい。

二において、度々概算要求という言葉を用いたが、毎年夏の概算要求時には、翌年度予算の骨格を各省内で固める。そして、この作業と並行して、年末に招集され、実際には一月下旬から実質審議がなされる通常国会に提出する法律案のおよその目処を立てることになる。具体的には、秋口から年末の予算編成作業の中で、採るべき政策を固め、必要な予算措置を概算要求

に盛り込み、予算編成の中で実現を見た上で、政府提出の予算が国会に出される一月下旬に、各省がその通常国会に提出する予定の法律案を件名及び要旨を閣議決定の上、国会に報告する。この報告は、官房長官が出席した議院運営委員会に報告するという形式を採っている。

提出予算法案には、新年度(四月)の予算執行に直接かかわる予算関連法案と、かかわらない予算非関連法案がある。これらのうち、前者は、二月中旬頃が提出期限であり、後者は、厳格とは言えないが、一応三月中旬が期限とされている。

こうした法案の提出を端緒として、各省は、必要な審議会への諮問・答申手続きを踏みながら、内閣法制局の詳細な審査を受け、しかもその間他省庁との協議を延々と続ける中で、法律案の内容上の目処をつけて、閣議決定に至る。ただし、閣議決定の前に、与党(自民党)の審査を受けることになっている。時期的には二月から三月にかけてであるが、厚生省の場合、自民党社会部会が法案の審査権を有している。審議においては、部会員及びそれ以外の者(部会員以外でも出席・発言が許される)との質疑応答が行われ、最終的に、部会長が了承を取り付けるという形をとる。こうした手続きは、軽易な法案の場合は、ごく形式的に行われるのが通例である。それに対し、重要法案

料の場合、一回では了承を取り付けられず、何週間もかかることもある。

資 社会部会をクリアすると、次に、政務調査会審議会（政審）

において、各省提出予定法案につき、各部長から説明を行い、質疑応答の後、了承を与えるという手続きを経ることになる。

この際、省庁側も、担当局長及び官房長クラスが同席して質疑に答えるというが行われる。

この後、さらに与党（自民党）の場合、総務会において、党幹事長・幹事長代理、衆・参両院国対委員長、参議院議長など、党役員も出席の下、ここでも担当部長から説明を行い、質疑応答の後、一件ごとに了承を与えるという手続きが採られる。総務会の場合も政審と同様、厚生省幹部が出席する。

こうした諸々の手続きの後、事務次官会議を経て、法案は、ようやく閣議に諮られることになる。

なお、閣議決定されても、厳密には与党審査と呼べないものの、もう一段階の手續を受けなければならない。すなわち、与党の国会対策委員会が、閣議日の朝に開かれ、その際、各省庁の政務次官が出席して案件の報告を行い、速やかな法案の通過に向けた協力をお願いする。

また、こうした段階に至るまでの間に、与野党の担当常任委

員会の委員長・理事及び国会対策委員会の幹部とも相談し、果たして参議院に提出するのか、あるいは衆議院に提出するのかを決定する。かなり重要な法案の場合や、予算関連法案の場合、衆議院に提出するのが、慣例のごとくなっているが、予算関連法案であっても、参議院に提出されたケースがある。

以上、各省庁の内部作業段階から、国会提出に至るまでのプロセスを辿った。こうした作業の進行を第一線で管理するのが、各省庁の官房長、官房総務課長らである。

国会では、順調に進んだ場合、参議院における予算総括審議が終了するのが、三月下旬である。ここに至り、はじめて各常任委員会において、審議が開始される。その場合にも、まず各大臣の所信表明演説から始まる等の手続きを経るため、実際に法律案の審議に入ることができるのは、一般には、早くても四月上旬になる。そうすると、会期末は五月下旬（注：平成四年から国会改革で会期末は六月下旬となった。）であり、さらにその間にゴールデンウィークが入ることから、実質的に約六週間、何本もの法律案を両院の各常任委員会及び本会議で処理しなければならぬことになる。

今国会から、厚生省関連法案は、厚生委員会で処理されることになった。昭和二〇年代後半以来、厚生労働委員会として合

体されていた二委員会が、再び分離されたものである。これにより、従来週一日と限られていた審議日が増え、審議の促進が図られることが期待される。

次に、野党側の対応について言えば、一般に、一月下旬から二月にかけて、各省提出予定法案の件名表等に基づき、法案に対する態度（重点項目の設定）を決定する。そして、それと相前後して、野党各議員は、政府サイドから法案の説明、意見聴取を始め、法案の処理に関する節目節目で更に詳細に政府の対応を見極めながら最終的態度を固めていくという過程が進行する。また、予算案の審議につき、各野党から闘争方針や政策大綱が出されるが、これらは後に提出する予定の法律案における政策論との関係からも重要であるため、予めそれらの作成段階で各党とよく話し合い、政府の考え方に対する理解を得るよう努力することもある。

国会質疑において、政府提出法案及びその運用に対する影響を確保する手法として、一つには確認質疑がある。これは、議事録上区別はつかないが、重要法案の場合によく用いられる手法であり、委員会採決直前に行われる。野党の主張に対する政府の約束を明確化させるために、答弁内容の一言一句を事前に協議した上で答弁するという手法である。また、付帯決議とい

う手法もある。これは、採決の後、多くの場合与党委員から提出され、それを採決することにより当該委員会の決議とするものである。この付帯決議については、近年、ややマンネリ化・形式化しつつあるのではないかとの評価がある。さらに、最も重要な手法として、法案そのものの修正がある。これからご説明する老人保健法についても、衆議院・参議院で各一度ずつ、誠に異例のことながら、かなり大きな修正が加えられている。

四 老人医療費支給制度見直しへの動き

(一) 老人医療費の急増

老人医療費無料化制度が実施されて以後、老人の受診率は大幅に上昇した。とりわけ、昭和四八年の制度実施以後、昭和五〇年代初頭にかけて、大きな変化が見られた。これにより、制度導入にかかる当初の目的は、一応達成されたと言いうことができる。しかし、その反面、老人医療費の急増が、自営業者及び退職者を主たる加入者とする国民健康保険（国保）財政を直撃するという結果を招くことになった。加入者たる老人数の増加に加え、自己負担分の無料化により受診率が高まったため、医療費支出が急増し、ひいては公費負担の担い手である市町村財

料 政を圧迫するに至つたのである。こうした状況にあつて、国庫

資 としても、各市町村財政の苦境を救うべき立場から、老人医療
対策臨時調整補助金（老人臨調）制度を、昭和四八年にスタ
トさせた。

（注）同時に高額療養費支給制度の発足（昭和四八年）に伴
う対策として療養給付改善特別補助金（当初七億円）もス
タートした。両者は、昭和四九年度以降臨時財政調整交付
金として統合された。

（二） 財政事情の悪化

この補助金制度の下で、国庫から財政的に急迫した市町村国
保に対する支援が進められたわけであるが、その額は、当初は
三四億円であつたものが、老人医療費が更に膨張していく中
あつて、昭和五六年には一、五四五億円（臨時財政調整交付金
としての額）にまで達した。総需要抑制政策、オイルショック
など、国庫の全般的財政事情も厳しい時期を迎えていたことか
ら、こうした補助金の急増は、地方財政のみならず国庫も老人
医療費の財政負担に苦しむ、という状況を現出していつたので
ある。

（二） 社会保障長期計画懇談会意見書

こうした状況の下、厚生省内でも、既に昭和五〇年八月には、
厚生大臣の私的諮問機関として設置された社会保障長期計画懇
談会の意見書「今後の社会保障制度のあり方について」におい
て、「自分の健康に対する責任感を促す見地からある程度の一部
負担を設けることも検討に値する」という見解が出されている。
財政方式については、結論には至らなかったものの、各医療保
険制度から公平な拠出を求め、これに対して国及び地方公共団
体が応分の負担を行うとの方式が、まず最初に挙げられている。
また、他にも、西ドイツのように、年金制度から拠出する方式
も検討対象となりうるのではないか、あるいは児童手当制度と
同様、事業主負担を公費負担に加えて導入する方式もありうる
のではないか、といった幾つかの選択肢が挙げられている。
こうして、厚生省でも、この時期には、軌道修正の方策を模
索しはじめたのである。

（四） 大蔵省による一部負担導入の内示

老人医療費無料化の見直しの機運は、厚生省内部にとどまら
ず、各方面で高まった。例えば、右の意見書提出と相前後して
（昭和五〇年七月）、国民健康保険の各保険者の中央団体である

国民健康保険中央会内部の研究会により、高齢者保険特別制度構想と呼ばれる案が出されている。これは、保健サービスからリハビリに至る包括的サービスの他、老人医療費については医療保険から分離し、全額国及び地方自治体により賄うべきとの案であった。

また、昭和五十一年度予算編成に際して、大蔵省は、老人医療費への一部負担の導入を内示した。そこで、大蔵・厚生両大臣による折衝がなされた。この時は、結局、三木総理大臣の裁断により見送られたが、大蔵省は、以後毎年のように、こうした提案を行うことになる。

なお、昭和五四年、総務庁(当時)により、「老人医療費の急増に関する実情調査」という観点から、行政監察がなされている。それによれば、六九歳から七〇歳に達すると、つまり老人医療費無料化制度が適用されるに至ると、受診日数が六〇％も急増し、医療費に至っては二倍となるといふ実態が明らかにされている。こうした事態は、必ずしも老人医療費無料化のみが原因というわけではなく、診療報酬の仕組その他様々な要因もからんで引き起こされたものである。だが、これらの「病院のサロン化」あるいは「はしご受診」と呼ばれる現象の中にあつて、老人保健医療政策全般の見直しが不可避であるという機運

が、政府全体を通じて高まったことは事実である。

(五) 老人保健医療問題懇談会意見書

ついで、厚生大臣の私的諮問機関として新たに設置された老人保健医療問題懇談会から、昭和五二年一〇月、意見書が出された。それは、従来の議論を踏まえ、ヘルスからリハビリまで総合的包括的制度の確立、現行制度の改善とあわせて適正な費用負担(一部負担)、財政方式として公費プラス住民・事業主による拠出といった骨格から成っている。(三)で述べた意見書と比べた場合、ある程度明確な一定の方向性を打ち出している点が特徴的である。このうち、財政制度については、他にも様々な方式が検討されている。まず、現行制度のまままで保険者間の財政調整(財政的に豊かな保険者からひつ迫した保険者へ)を行う方式については、関係者の合意が得にくいとしている。これに対し、老人を対象とする新しい制度を創設するとした場合、費用を全額公費で賄う方式は、財政的に不可能である、費用の一部を公費負担した上での残余部分を年金給付費で賄う方式は、年金制度がまだ未成熟なため難しい、同じく費用の一部を公費負担した上で残余部分を各医療保険制度からの拠出金で賄う方式(後に、老人保健制度として実現を見た方式)は、関係

料者の合意が得にくいとして、いずれも斥けている。その上で、先に挙げたように、費用の一部を公費負担した上で残余部分を住民・事業主の拠出で賄う方式が、具体的な検討に値するとして、意見書で採用されたのである。

(六) いわゆる一四項目

この意見書を踏まえて、当時、国会に上程されていた健康保険法改正案の審議過程において、昭和五二年一月、厚生省は、「医療保険制度改革の基本的考え方について」と題する一四項目の約束（いわゆる一四項目）を、参議院社会労働委員会において行った。その主な柱として、立法時期・実施時期ともに昭和五四年度以降における老人保健医療制度の整備を挙げている。以上のように、昭和五二年にかけての老人医療費支給制度見直し時期においては、現在の老人保健制度とは異なった構想がなされていたと言えることができる。

五 老人保健制度への助走

(一) 老人保健医療制度準備室の設置

先に述べた新制度の骨格を具体化するために、昭和五二年一

二月、厚生省社会局に老人保健医療制度準備室が設置された。同準備室では、従来とは別建ての制度とし、住民及び事業主が一定の拠出部分を負担する方式の制度化に向けて、作業を開始した。

(二) 小沢構想

ついで、昭和五三年一二月、当時の小沢辰男厚生大臣の下で、いわゆる「小沢構想」と呼ばれる構想が発表された。《資料4》では、その六つの柱となる内容が掲げられている。それによれば、市町村を実施主体として、健康教育から機能回復訓練に至る包括的な医療保健サービスを提供し、その一部門として、療養の給付（医療給付）を位置付けるものとされた。この療養給付については、対象者は七〇歳以上の者及び六五歳以上七〇歳未満の寝たきり老人等、取扱機関は老人保健医療機関という新しい名称の機関、一部負担は入院・入院外ともに定額（ただし、低所得者免除あり）、診療報酬は厚生大臣が定める旨、それぞれ定められた。また、費用負担については、先ず住民の拠出金と地方公共団体の負担金を充てることとし、その割合は、住民は総費用の三割、地方公共団体は同一割に設定された。そして、残余部分を、国の一般会計負担及び事業主の拠出金が、三対一

の割合で補填するものとされた。

小沢構想に対する各界の反応としては、まず日本医師会は、老人医療の診療報酬を別建てとすることに對して、大反対した。また、財政当局及び経済界も、住民と地方公共団体が一部（四割）負担した残りの部分を全て負担しなければならぬことから、大反対した。こうして、小沢構想は、検討の中断を余儀なくされることになった。このことは、先に老人保健医療問題懇談会が検討に値するとして取り上げた財政方式（住民・事業主拋出方式）が、大きな打撃を受けたことを意味する。

(三) サマーレビューでの大蔵省三案

こうした事態の行き詰まりの中で、昭和五四年八月、いわゆるサマーレビューにおいて、大蔵省三案と呼ばれる提案がなされた。サマーレビューとは、現在の概算要求基準設定方式（シーリング予算）が実施される以前にあつて、概算要求に先立ち、大蔵省が、財政上大きな問題となりそうな事項につき、予めその方針を明らかにしておくというものである。この三案のうち、まずA案は、先の住民・事業主拋出方式を基礎として、併せて診療報酬の面で、総額請負制あるいはイギリスのNHSに見られるような登録人頭払い制を導入するというものであつた。つ

いでB案は、医療保険の保険者拋出方式と総額請負制又は登録人頭払い制を導入した診療報酬支払制度をセットにするものであつた。最後にC案では、A・B案と異なり、別建ての制度とはせず、診療報酬も現行通りとし、加入者数に応じた各保険者間の財政調整を行うといういわゆる財政調整方式を提唱した。大蔵省としては、このC案を推すとの立場であつた。

(四) 橋本構想

こうしたプロセスを経て、厚生省内での検討の後、昭和五四年一〇月に新聞発表されたのが、「橋本構想」と呼ばれる老人医療費の財政調整案であつた。《資料5》に見られるように、本構想は、国が行う事業で、国保を含めた医療保険制度の全保険者が対象とされた。調整方法としては、七〇歳以上の老人医療費の一部を各保険者の加入者数で按分するか、もしくは別案として、加入者数での按分と併せて、被用者保険間で財政力に応じた調整を行う。その結果、各保険者が負担することとなる老人医療費に対しては、各制度ごとの従前の負担率で国庫負担を行うものとされた。また、こうした財政調整と併せて、市町村が実施主体となり、四〇歳以上の住民を対象とした中高年者の保健事業を行うとの構想を立てた。

このように、橋本構想は、老人福祉法に基づく老人医療費無料化制度は温存する、すなわち一部負担は導入しないとの基本的考え方に立つものであった。また、既存の診療報酬には手をつけられないこととされた。したがって、一部負担導入による老人受診率の低下を危惧し、不利な診療報酬の設定を恐れていた医師会側は、それほど反対しなかった。

また、財政調整を行うことにより、大企業のサラリーマンとその事業主などが拠出している健康保険組合(国庫負担はなく、定額補助のみ)の財源を、国民健康保険(国庫負担五割)など国庫負担率の高い保険者に割り当てることになり、その分、国庫負担率の高い保険者における財源は多様化する、すなわち実質的に国庫負担が軽くなる。したがって、財政当局も、財政調整に対し積極的な評価を下した。他方、健康保険組合及び企業からは、不評を買うことになった。

(五) 昭和五五年度予算編成と政府・与党覚書

こうして橋本構想は、一部団体の反対を受けた。しかしながら、同構想は、小沢構想ほどラディカルな内容のものでなかったため、議論は年末の昭和五五年度予算編成作業まで持ち込まれた。大蔵省の内示では、橋本構想に老人医療費への本人一部

負担を付加すべきことが要求された。厚生・大蔵両省の間での協議は難航し、結局、与党三役、厚生・大蔵両大臣及び内閣官房長官の六者間で覚書が交わされた。それは、老人保健医療制度については、財政調整、受益者負担の導入、保健事業の拡充等を含め、その基本的見直しを進め、昭和五六年度に所要の制度改正の実施を図る、このためできるだけ早い機会に関係審議会に諮問するとの内容であった。この覚書は、その後の立法作業の大前提となったものである。

(六) 各野党・関係団体の構想

ところで、この時期にかけて、各野党(資料6)及び関係団体(資料7)からも、それぞれ構想が打ち出されている。このうち、特徴的なものを挙げると、まず各野党のうち、社会党は、昭和五五年一〇月、「高齢者保健医療制度」として、別建ての制度を設け、全面的に公費で賄うイギリス流の方式を提案した。公明党は、社会党に先立ち昭和五五年四月、別建てで保険者の共同拠出という形をとる「老人医療保健制度」を打ち出した。民社党も、同様の案を打ち出している。結果的には、公明・民社両党による提案の方に収斂していくことになる。

各関係団体のうち、日本医師会は、「老齢保険制度」を提唱し

た。特徴的なのは、財源につき、二五歳から財源を積み立てるいわゆる積立方式を採用した点である。給付内容は、各種保険を統合して地域保険と産業保険に二分し、地域保険の中で老齢保険制度を設けることとされている。支払方式については、七〇歳になると診療報酬が変わるのはおかしいと強く主張している。

こうして、昭和五六年冬までには、各野党及び関係団体の意見が出揃った。

六 老人保健制度・政府案の策定

(一) 社会保障制度審議会への「白紙諮問」

先ほど述べたいわゆる政府・与党覚書には、できるだけ早い機会に関係審議会に諮問すべきものとされていた。しかしながら、厚生省としては、当時、決定的な成案を有していないというのが実情であった。そこで、厚生省としての具体案の提示は後にするとして、昭和五年三月、社会保障制度審議会に對して、「白紙諮問」という形で、老人保健医療対策の基本方針について諮問を行った《資料8》。

(二) 老人保健医療対策本部の設置

こうした異例の諮問を行う一方で、厚生省としても、小沢構想・橋本構想に限らず、広く具体案を模索しなければならないの観点から、昭和五年六月、従来、社会局に置かれていた老人保健医療制度準備室から、事務次官を長とする老人保健医療対策本部へと発展的解消を図り、社会福祉にとどまらず、医療保険、公衆衛生など省の所轄分野全般にまたがり、案の策定に取り組む体制を整えた。その背後には、小沢・橋本両構想の利害、得失を検討の上、両者の要素を採り入れた別建て・保険者拠出方式による第三の道を探るしかないのではないかとの判断があった。

この対策本部が設置されるまでは、省内でも、政府与党覚書にある老人医療費一部負担導入を含む新案策定に踏み出すべきか否かにつき、かなり議論があったようである。しかし、これが設置されて以後、急速に、厚生省としての新案を策定し、社会保障制度審議会に具体案を示さなければならないとの機運が盛り上がっていった。

(三) 老人保健制度第一次試案

こうした中で、昭和五年九月、厚生省は、老人保健制度第

資料 一次試案を打ち出した。《資料9》がそれである。また同年一

月には、この試案を補足する形で、「老人保健制度における費用負担割合について」と題する文書が出された《資料10》。ここで挙げられている費用負担の考え方は、後の案のベースとなったものとして重要である。とりわけ、B案は、後の加入者按分率へとつながるいわば発想の転換となるものであった。

(四) 社会保障制度審議会中間意見

右の第一次試案を、厚生省は、社会保障制度審議会に提示した。そして、この試案を同審議会において大筋として是認したのが、昭和五五年一二月に出された中間意見「老人保健医療対策について」であった《資料11》。この中で、後の制度策定にあたりその内容として反映されたのは、医療以外の保健事業についての財源は、全面的に公費で賄うべきものであり、医療保険の保険料を充てるべきではないという点である。ただ、基本的には、第一次試案に対する大筋での了承が得られたとの感触であった。また、同試案に対する当時の新聞論調においても、保健サービスと医療の総合化及び費用の公平な負担という基本的な考え方につき、概ね好感をもって迎えられたという認識もあった。そこで、昭和五六年度予算編成に際し、厚生・大蔵両

大臣の間で合意がなされ《資料12》、老人保健医療制度制定に向けての実務作業が開始されたのである。この両大臣の合意につきポイントとなるのは、まず、新制度の実施に先立ち、新制度における診療報酬のあり方について検討するとされた点(第三点)である。先に触れた総額請負あるいは登録人頭払いといったドラスティクな改革も射程に含めての合意であった。また、新制度においては、国、地方公共団体、各保険者の共同の責任において、毎年度収支均衡が図られるような方策を検討するという点(第四点)は、先の小沢構想のような住民と地方公共団体が一定の負担比率で支払った残余部分を国と企業が支払う方式を拒否する意志を示したものである。新制度の実施時期は昭和五七年度とされた(第五点)。

(五) 健保法改正案の成立

この時期には、昭和五三年以来国会に上程されていた健康保険法改正案が、一部修正の上成立した。ただし、原案に含まれていた薬剤費の二分の一自己負担導入、サラリーマンのボーナスへの保険料賦課など、被保険者側からみれば厳しい内容の改正は、自民党の単独修正案により、見送られた。結果的には、本人一部負担のわずかな増額と、家族給付率の入院時七割から

八割への引き上げという改定にとどまった。政府側から見れば、不本意な改正であったといえよう。しかしながら、ともかく健康保険法改正という重要法案が成立したという意味では、省全体として老人保健制度策定に向けての作業を本格化していく態勢が整ったということができる。こうしたことも、(四)で述べた両大臣合意の背景にあったのである。

(六) 法案作成、与党審査の本格化

昭和五六年一月以降、法案作成及び与党審査が本格化した。先の両大臣合意では、昭和五七年度実施（翌々年度実施）とされていたため、予算非関連法案となり、二月中旬という提出期限は付されなかった。とはいえ、作業が難航したため、五月の連休明けに至りようやく提出されるという道程を辿ることになった。

先に一般論として述べたように、与党審査は、閣議決定の直前に行われるのが通例であるが、老人保健制度策定にあたっては、既に昭和五六年二月には、求めに応じて、老人保健法案骨子あるいは老人保健法案要綱試案なるものを提示し、法案の骨格をいわば事前予告した。ただ、この当時、いまだ省内でも、そして大蔵省との間でも、十分に議論を尽くしていない状況に

あったため、これらの試案も、概括的なものにとどまっていた。そうした中で、この時期における制度の特徴としては、保健サーピスからリハビリサーピスまで、全て市町村の団体委任事務としていた点が挙げられる。また、一部負担金についても、所得制限付で一定の額というだけで、それ以上の具体的な案は示されていない。

こうした与党審査及び各省との話し合いの中で論点となった事項を挙げると以下の通りである。

第一に、大蔵省は、医療以外の保健事業に保険料財源を入れたいとの意見を有していた。これに対し、厚生省は、先の社会保障制度審議会中間意見でも述べられている通り、公費負担主義を主張した。

第二に、老人医療費の負担方式につき、先の第一次試案で挙げられたA案は、まず国が四割負担するというものであったが、大蔵省が強い難色を示した。他方、国民健康保険中央会も、保険者拠出金が加入者の所得等に応じた按分負担となるA案の法は、様々な実務上の難点があるとして、賛成の態度を示さなかった。

第三に、一部負担の問題につき、後述する社会保険審議会に対し、具体的な明示をせずに諮問したことから、同審議会にお

料 ける審議は相当難航した。結果的には、与党審査の段階で説明
資 額の一部負担金を付加するという方法に修正された。

第四に、大蔵省・行政管理庁（現在の総務庁）との関係である。各医療保険から集めた拠出金を市町村に分配するために、特別の基金を設置するとの考え方が採られていたのであるが、結果的には、既存の特殊法人（具体的には社会保険診療報酬支払基金）を活用すべきこととなった。

(七) 二審議会への法案要綱諮問

昭和五六年三月一〇日及び一一日、厚生大臣は、社会保険審議会（資料13）及び社会保障制度審議会（資料14）に相次いで法案要綱を諮問した。

このうち、社会保険審議会については、とりわけ一部負担の問題につき難航したということを先に述べたが、諮問案では、一部負担金の額は政令で定めるとされていたことから、労働側委員から、金額を具体化せよ、さらに政令ではなく法律事項にせよとの強い要望が出された。そこで、昭和五六年四月、厚生省は、具体的な金額を明らかにした。初診三〇〇円、再診一〇〇円、入院一日三〇〇円というのがその額であった。

また、同審議会では、各保険者からの拠出金の割り当てにつき、加入者按分率をどこに設定するかが問題となった。（資料14別添）をご参照いただきたい。ここに掲げたのは、同審議会に諮問した法案要綱であるが、第四章第一節第二において、医療に要する費用は、国、地方公共団体及び保険者が負担するものとされている。また、同第二節において、保険者は、医療に要する費用に充てるため、毎年度拠出金を納付しなければならぬ旨、各保険者の拠出金の額は、各年度における医療に要する費用の総額の七割を基礎とし、当該保険者の加入者数、七〇歳以上の加入者に係る医療費の額等を基準として政令の定めるところにより、保険者ごとに按分した額とする旨、それぞれ定められている。このうち、当該保険者でかかった老人医療費による按分（医療費按分）ではなく、当該保険者の老人加入割合等を全国平均並みとみなして計算する負担調整部分を老人医療費のどの程度の割合とするかというその割合が加入者按分率と呼ばれるものである。この法案要綱では、加入者按分率五〇%の場合と一〇〇%の場合の二つの試算を行っているが、同審議会では、前者を支持する意見が大勢を占めた。後に国会に提出した法案では、二分の一を基礎として、二分の一から一の範囲内で政令で定める率を加入者按分率とする旨定められた。

こうして九回に及ぶ審議を経た後、社会保険審議会は、昭和五六年四月二五日、答申を行った《資料15》。

次に、社会保険制度審議会では、社会保険審議会におけるような難航は見られなかった。ただ、自治省の意見が求められるなど、地方自治体サイドからの意見調整がなされた。当時、自治省としては、医療は国が行うべきもので、地方自治体が責任を負うべきではないとの主張を行っていた。そこで、法案要綱における医療・保健ともに市町村の団体委任事務として行うとの考え方を、後に転換し、医療については、機関委任事務方式をとることになった。また、自治体負担は、法案要綱によれば、老人医療費の一〇%（都道府県・市町村各五%）とされていた。しかし、当時の老人医療費支給制度を前提として計算すると、健康保険の側での高額療養費支給制度など給付の充実により、実効負担率は、都道府県・市町村とも老人医療費の各三%程度にとどまっていた。したがって、各五%という負担は、現行よりも重い負担を課することになるとして、自治体サイドは反対した。さらに、医療以外の保健事業につき、法律で全市町村に義務付けるのは、到底実情に合わないとして反対した。

この他、各審議会における審議に並行して行われた各省間の審議のうち、自治省との関係で原案が変更された点を挙げると、

まず、各地方に老人保健協議会を設置し、老人の健康・医療・福祉・在宅療養など全般的な問題を協議することとした点につき、地方自治法上、例を見ない地方行政組織であるということ、要綱から削除することになった。また、保健所の機能が市町村に移行していくとの側面があることから、各都道府県及び保健所設置市における保健所の連絡調整機能が明確化され、さらに、事務を十全に実施できない市町村のために、都道府県自ら、保健事業にかかる事務を代行する制度が導入された。他方、当時実施されていた老人医療費無料化制度に加え、さらに地方単独で行っていた事業を意識して、法案の総則部分において、各地方自治体の責務であるとして、法律の趣旨を尊重すべきである旨が付加された。

こうした審議の後、社会保険制度審議会は、社会保険審議会と同様、四月二五日に答申を行った《資料16》。

(八) 与党社会部会、政審、総務会

右の各答申を受けて、昭和五六年五月一二日、法案は、自民党社会部会、政審及び総務会の了承を受けた。会期末が近づいていたこと及びそれ以前における事前審査が功を奏した結果といえよう。事実、ここに至る以前にあつては、与党内部でも、

一部の議員の間では、法案における診療報酬の扱いにつき、強い不安があった。さらに、加入者按分率についても、当面の運用方針としては二分の一とすべきとの強い要望があった。

因みに、結果的には、別建ての制度とした以上、既存と異なる診療報酬体系が採り入れられることになる。こうした危惧を抱いてのことか、右の社会部会等の了承を受ける当日（五月一二日）の朝、日本医師会が全国紙キャンペーンを行い、出来高払いの否定は老人の人権無視である等の主張を展開している。それでも、無事、了承を得るに至ったことは、先に述べたとおりである。

（九） 閣議決定

こうして、昭和五六年五月一日、老人保健法案について、閣議決定がなされ、会期末ぎりぎり国会に提出された。

七 老人保健法案の国会審議と成立

国会提出の時期が遅かったため、老人保健法案は、委員会に付託されないまま、衆議院本会議における継続審査の決定がなされた段階で終わっている。実は、この当時は、中曽根内閣の

下で、臨時行政調査会第一次答申がまさに出されようとしていた時期であった。七月一〇日に、老人保健法案の早期成立を囁いた臨調第一次答申が出された。八月二五日には、行財政改革に関する基本方針及び行革一括法案についての閣議決定が行われている。そして、九月二四日に開幕した第九五国会（いわゆる行革国会）において、老人保健法案も審議されることになった。同法案は、九月二二日に閣議決定された行革関連特例法には直接関係していないが、臨調答申の中で触れられていることから、行革関連特例法案同様に、今行革国会における成立に全力を期すとの与党の対応が得られた。

この国会においては、一〇月から一月にかけて、四回の審議で、委員会から衆議院本会議までこぎつけることができた。具体的には、先にも述べたように、確認質疑を行い、一部修正の上、委員会で可決し、附帯決議を付して本会議に上程した。

《資料17》は衆議院における趣旨説明、《資料18》は衆議院における修正事項一覧、《資料19》は、衆議院社会労働委員会における附帯決議を挙げたものである。こうした過程で、大きな変更があったのは、老人保健審議会の審議事項を極力制限し、診療報酬の問題は、既存の中央社会保険医療協議会で扱うとされた点である。これは、与党から出された修正事項であり、その際、

支払側である国民健康保険組合連合会は、一月一二日、反対の決議を行っている《資料20》。

法案は、昭和五六年十一月、衆議院社会労働委員会に付託され、同日、参議院本会議で趣旨説明質疑、そして、同月二四日、委員会で提案理由説明まで行われた。しかしながら、結局は、継続審査扱いとされ、この行革国会においては、成立を見ることなく終わった。《資料21》は、参議院本会議における趣旨説明を挙げたものである。翌昭和五七年に入ると、先に挙げた健保連の反対決議の流れが、更に拡大することになった。まず、一月二七日、経済四団体首脳から自民党首脳に対して、医療費の歯止めのないまま、この法案が成立することには反対である旨の口頭申し入れがなされた。さらに、《資料22》に見られるように、三月二五日には、文書で反対申し入れがなされた。また、健保連も、四月二一日、反対決議を行っている《資料23》。労働側からは、同年三月、政策推進労働組会議の名で、経済四団体と同様の立場からこの法案の廃案が申し入れられた。他方、全国町村会からは、早期成立を要望する旨の文書が出されている《資料24》。

こうした状況の中にあつて、同年四月以降における参議院社会労働委員会の審議は、衆議院の場合を上回る、徹底審議とい

う方針が採られ、一〇回もの審議を重ねることになった。前年の行革国会に引き続き、参議院比例代表制の導入など公職選挙法改正にかかわる国会であり、夏まで延長されたことが、参議院における成立に大きく寄与したものである。

結果的に法案は、会期延長後の八月に至り、修正を加えて参議院を通過した。さらに、再度衆議院で審議を行い、八月半ばにようやく法律が成立したのである。《資料25》は、参議院における修正事項一覧、《資料26》は、参議院社会労働委員会における附帯決議、《資料27》は、再度送付された衆議院社会労働委員会における附帯決議を挙げたものである。

最後に、老人保健法案の国会審議における主な論点を振り返ってみた。主な論点とは、ただ一点のみである。すなわち、老人医療費が青天井で伸びていくにつれて、青天井で各保険者が負担しなければならぬ恐れがあり、老人の診療報酬その他を通じてここに一定の歯止めを設けたいということであった。

まず、衆議院段階では、昭和五六年九月、日本医師会理事会において、武見太郎会長が、老人の診療報酬は現行の点数表を用いる、保険医療機関制度とは別建ての老人保健取扱機関制度を辞めさせる、老人保健審議会の創設はこれを行わない、といった合意が、与党幹部との間で成立した旨の発言を行い、物議を

釀した。政府としては全く関知しないとしたが、様々な経緯を最終的には、老人保健審議会における診療報酬審議権の削除と既存審議会への移管、老人保健取扱機関制度の削除などが、与党修正案に導入されたのは事実である。

また、一部負担金は、実際に提出された法案によれば、外来一カ月五〇〇円、入院は、老人の平均入院期間を勘案し、四カ月に限り一日四〇〇円とされていたのが、外来一日四〇〇円、入院二カ月間一日三〇〇円と修正された。

加入者按分率の割合は、国会審議の過程を経て、二分の一以上政令で定める割合ではなく、運用上二分の一にするのでもなく、法律上二分の一に法定されることになった。

医療の実施主体が市町村となったため、医療機関からの診療報酬明細書（いわゆるレセプト）も最終的には市町村に保管され、拠出主体である健保組合などが、チェックをなし得ないものとされた。そこで、既存の被用者保険の保険者等でもレセプトチェックをなし得ないかが争点となった。

次に、参議院段階では、先の経済四団体の動きなどにも見られるように、いかに拠出金の負担に歯止めをかけるかとの観点から、老人保健拠出金は租税法定主義に違反しているのではないかという法律論が巻き起こった。また、拠出金の負担に歯止

めをかけた場合の穴埋めをどこが行うかにつき、社会党を中心とした各野党は、全額国費で賄うべきであるとの議論を行った。

歯止め論の重要な柱となる診療報酬の審議権を、老人保健審議会ではなく中央社会保険医療協議会に付与したいわば裏返し効果として、後者の委員構成につき、従来、公益側四名、支払側・診療側各八名であったのを、公益側を増員せよ、あるいは支払側を保険者・被保険者に分け四者構成にせよ、といった要求も出された。結果的には、専門委員を二名発令することで落着いたが、この問題も、診療報酬や拠出金をめぐり、老人医療費の増加にいかなる歯止めをかけるかとの一貫した問題意識と関連するものであった。

また、《資料25》の修正事項一覧に見られるように、参議院段階の修正として、次年度以降の保険者拠出金の加入者按分率は、老人保健制度の実施に伴う保険者の負担増が著しく大きくなるまいよう、毎年の老人人口の増加率等を勘案して、毎年度、政令で定める率とし、この法律の施行後三年以内を別途として見直すものとされた。これは、保険者の負担増を老人人口の増加率程度に抑えたいとの保険者側の意向が反映されたものといえる。しかし、これを実行するためには、被用者保険等の加入者按分率を年々下げなければならず、それでは以前の制度

に逆戻りすることになってしまふ。そこで、三年後の見直し規定が挿入された。これが、三年後の昭和六一年老人保健法改正へとつながっていくことになる。同改正法では、加入者按分率を、最終的に一〇〇%にまで高める改正がなされた。

最終的に、修正後の法案に対する各党の態度は、自民党・公明党・民社党・新自由クラブ（衆議院）が賛成、社会党・共産党が反対の立場であり、結局、賛成多数で可決成立した。

なお、昭和六一年改正では、老人保健施設という、医療と福祉のいわば中間的な施設体系の設定などの改正がなされた。これも、法制定時以来の老人医療費の適正化への強い要請が形を変えて実現したものといえよう。

以上が、昭和四〇年代から成立に至るまでの老人保健法の立法過程である。

《質疑応答》

Q 健保組合に対し新制度への拠出をどのような理由付けで説得したのか。また、制度間調整の政策形成に当たって、並立

した複数制度の一本化（医療保険の一元化）の議論は絡んでくるか。

A 実際には、法案策定の段階において、様々な方法の可否を検討したにもかかわらず、他にこれ以上の選択肢がなかったということが挙げられる。医療の保障のために設けられた事業主体である以上、共同事業としてこうした事業を行うのも、一つのあり得べき考え方ではないか、しかも金があるからよこせという考えではなく、あくまで老人加入率に基づく方法であるので、財政調整ではないという説明となった。健保側としても、真つ向から反対すれば、後で、金があるところから出させるという財政調整の方策が打ち出されたり、あるいは退職者の面倒を死ぬまで見るべきだという議論が高まるのではないか、との危惧を抱いていたのではないか。

後者の問題については、老人部分につき共同事業として一元化を図るということで、老人加入率が高く財政力の弱い国保の足腰を強める効果があり、一元化論の前提となる環境の整備に向け一石を投じたことは事実である。しかし、これ以後、同様の手法で一元化を進めていくための一段階として位置付けられたわけではない。

Q 今回の立法過程は、どのような類型にあてはるか。立法化

に向けての推進力はどこにあったのか。

A 今回の法律に関しては、提案後、国民各層の意見の表面化による影響を受けて二回の法改正を行ったというのが実感である。また、結果論だが、自公民路線が機能した立法過程ともいえよう。与党審査も、ここ二〜三年の状況とは異なり、まだ、専門分野に強い議員の議論が中心であったと思う。

立法化に向けての推進力は、高齢化社会に耐えうる医療費保障制度の確立を急がなければ大変だという各界各層の気運であろう。

Q 社会保障制度審議会に対して行った白紙諮問は、どのように評価されるか。

A 白紙諮問の例は多くはないと思う。この制度審の際にも、主要有力委員の理解を得てようやく可能となった。なお、老人保健法については、成立から施行まで五カ月しかなかったことから、昭和五十七年九月、中央社会保険医療審議会に対して再び白紙諮問している。

Q この立法の際には、継続審議とされ、たまたま公選法絡みで会期延長されたため、成立にこぎつけたが、こうした経緯は、そもそもわが国における一回審議制の問題点を示しているとはいえないか。

A 実は、継続審査というのは閉会中審査の議決のことであり、閉会中は審査をすればよいのだが、実際には行わないという慣例がある。また、予算委員会が終わるまで、各委員会の審議がなかなかスタートできないということがある。政府サイドとしては、直していただきたい点であるが、ただ、これらは慣例であるので、今後、解決は可能であるし、今般厚生委員会が独立したため、従来よりは審議の密度が濃くなるのではないかと考えられる。

Q 国会審議等にあたり、審議会のもつ意味、影響力はどのようなものか。

A 厚生省関係の審議会の中でも、社会保険審議会は、非常に調整が難しい審議会であるといえる。また、国会議員も混じる社会保障制度審議会も、調整が難しい。これらの難しさは、直接の利害関係者が携わっていることが大きい。しかし、当時は、大河内会長、今井委員というような有力な公益委員の力があつたことが大きかったのではないかと思う。

Q 与党部会に出席するのは、政府側のどのクラスか。野党に対して説明する際はどうか。

A 与党部会の出席は局長クラスであり、課長、課長補佐クラスが同行する。いわゆる根回しには、一般に、与党、野党を

含めて、課長クラス以上が動くことになる。具体的には、ケースバイケースという他ない。また、直接接触して説明を要する議員の数は驚くほどの数に上る。システムとして検討を要するところであろう。なお、キーパーソンに対しては、かなり早い時期から、局長クラスが相談することもある。

Q 附帯決議と確認質疑のもつ重みはどうか。

A 附帯決議は、立法府の行政府に対する注文を委員会の決議としたものであるが、他方、確認質疑は、質疑に立った委員に対する大臣等の答弁の形で行う行政府の態度表明であり、性格が異なる。注文にとどまる附帯決議は、行政府に対する拘束力はないので重みがないという見方もされることがあるが、違う。立法府の決議の重みは無視できない。

Q 両院法制局との折衝経緯を伺いたい。

A 衆議院法制局の方は、短時間のうちに政治ベースの決着を修正法案の形にすることが多く、参議院法制局の方は、一般には参議院での修正が少ないことと、仮に修正に至る場合も衆議院での修正や審議の流れをみる余裕があるため、落ち着いて審査できるという意味合いもある。老人保健法のときも、参議院法制局の方が、個々の条文に至るまで、より厳格な審査がなされたという印象を受ける。

付記 本稿は、一九九一年八月二〇日に開催された北大立法過程研究会でなされた報告および質疑のテープを起し、それに加筆し訂正を加えたものである。なお、本研究会の開催にあたっては、平成三年度文部省科学研究費補助金総合研究(A) (研究課題名「立法過程における行政府の役割」)の交付を受けている。また、録音テープの再生にあたって、北大大学院法学研究科院生(当時) 菊池馨実君の協力を得た。

料
〈資料1〉

わが国の医療保障の特色

資

(一) 国民経済の規模に対する国民医療費のシェアについて後者の伸率が国民所得の伸率の範囲内にとどめられるべきとのガイドライン（政策目標）が設けられていること

(二) 国民皆保険が実施されていること

(三) 民間事業者（医療法人及び個人）が医療サービス供給の主流を形成していること

(四) 医療機関が医薬品の中心的購入販売主体であること

(五) 医療機関の収入の大部分（九割）が社会保険からの支払（社会保険診療報酬）に依っていること

(六) 所得の多寡にかかわらず比較的高度の医療サービスが平等に受けられること

(七) 医療サービスへのアクセスの問題が諸外国に較べるとほぼ解消されていること

(八) 高度な医療技術や機器・医薬品の使用が医療機関の自由な判断に委ねられていること

(九) 医療費の支払が予算超過に対しても一〇〇％償還を保証していること

(一〇) 医療サービスの内容の第三者評価または格付けが機能

していないこと

(一一) その他

保健福祉政策の効果と医療政策がリンケージで論じられていること

〈資料2〉 医療保険制度の概要

(平成3年3月末現在)

制度名	保険者	加入者数 〔本人〕 〔家族〕 千人	保 険 給 付			財 源		老人保健医療 対象者の割合 (%)			
			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 政 管 国	36,666 〔17,983〕 〔18,683〕	9 割 ※ 国会の承認を受けて厚生大臣が告示する日の翌日から8割	・入院8割 ・外来7割	自己負担6万円(低所得者33,600円) 超過分(3.5~)	・傷病手当金 ・出産手当金 ・分べん費等	8.2% (4.4~) 特別保険料 1%	保険給付費の13.0% 老人保健拠出金の16.4%	4.8		
	組 合 健康保険組合	32,010 〔14,668〕 〔17,341〕	同 上 (附加給付あり)	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 (附加給付あり)	8.246% (全組合平均)	給付費の補助(平成4年度)48.5億円	2.9		
	日 雇 特 例 国	155 〔103〕 〔52〕	※ 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	多数回数該当世帯の負担軽減(12月間に3回以上該当の場合は4回目からの自己負担は3万4千800円(低所得者23,400円))	・傷病手当金 ・出産手当金 ・分べん費等	1級日額 130円 11級 1,950円 (4.5~)	保険給付費の13.0% 老人保健拠出金の16.4%	6.0		
	船 員 保 険 国	409 〔137〕 〔272〕	同 上	同 上	同 上	・傷病手当金 ・出産手当金 ・分べん費等	8.8% (3.3~)	給付費の補助(平成4年度)30億円	6.2		
各 種 共 済	・国家公務員等	27 共済組合	11,952 〔5,036〕 〔6,917〕	同 上	同 上 (附加給付あり)	同 上 (附加給付あり)	8.367% (全共済平均)	なし	3.9		
	・地方公務員等	54 共済組合									
	・私学教職員	1 共済組合									
国民健康 保 険	農 業 者 等	市 町 村 3,258	43,069	7 割	長期高額疾病患者の負担軽減(血友病、人工透析を伴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 (但し任意給付)	-	給付費の50% 保険料(税)の軽減分の1/2	15.9		
	自営業者	市 町 村 166						国民健康保険組合		38,882	給付費の32~52%
	被用者保険の退職者	市 町 村 3,258						国民健康保険組合		4,187	本人 8割 家族 入院8割外来7割
*	〔実施主体〕	9,949	3,105 〔6,844〕	一部負担あり(4.1~) ・外来 月800円 ・入院 1日600円 (低所得者1日300円 [2ヵ月限度])	各医療保険 保 険 者 か ら 支 給	〔費用負担〕(4.1~) ・ 国 12/60 ・ 都道府県 3/60 ・ 市 町 村 3/60 ・ 各医療保険被保険者 42/60	但し、老人保20/60 施設療養費については、5/60 それぞれ 30/60	平 均 8.0 〔保険局調〕			
老 人 保 健	市 町 村 長	被用者保険 国民健康保険									

* 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。

料
〈資料3〉

老齡保險制度要綱試案（昭和四四年八月）

資
老齡者の医療を確保するための具体的な方法としては、諸種の方法が考えられるが、社会保険の方法による場合には、次のような老齡保險制度を創設することが考えられる。

1 適用対象者

老齡保險の適用対象者は、七〇歳以上の国民とする。ただし、被用者保險の被保險者を除く。

2 経営主体

老齡保險事業は、市町村の協力を得て社会保険庁が行う。

3 保險給付

(1) 医療給付の割合は在宅診療について一〇割とし、被用者保險に準じて一部負担を設ける。入院診療について七割とする。

(2) 葬祭料の額は、一万円とし、被用者保險における葬祭料に準じて改定する。

4 費用負担

(1) 国は老齡保險の保險給付に要する費用の四分の一を負担する。

(2) 国民健康保險及び被用者保險の経営主体は、老齡保險の

保險給付に要する費用の四分の三に相当する額をそれぞれ
の被保險者に係る市町村民税所得の課税標準額に応じて負
担する。

(3) 国民健康保險においては、(2)の負担金の二分の一を国が
負担する。

〈資料4〉 小沢構想

当時、厚生省で検討されていた内容は、必ずしもまとまった
形では発表されていないが、おおむね次のような内容であった。

一 実施主体 市町村

二 老人健康手帳の交付対象 六五歳以上の者

三 老人保健事業の実施

(一) 対象者 老人健康手帳の交付を受けた者

(二) 種類

ア 健康教育 オ 家庭訪問事業

イ 健康相談 カ 老人保健施設(仮称)への収容

ウ 健康診査 キ 機能回復訓練(仮称)

エ 療養の給付 ク その他厚生大臣が定める事業

四 療養の給付

(一) 対象者 七〇歳以上の者及び六五歳以上七〇歳未満の寝

たきり老人等

(二) 取扱機関 老人保健医療機関(別段の申出のない限り保険医療機関がこれに該当)

(三) 一部負担 入院 一日当たり定額
入院外 投薬等一回当たり定額

(低所得者免除有り)

(四) 診療報酬 厚生大臣が定める

五 費用の負担

国 百分の

都道府県 百分の

市町村 百分の

事業主(事業主拠出金) 百分の

住民(住民拠出金) 百分の

六 その他

〈資料5〉

橋本構想(新聞発表)

〈老人医療費の財政調整(案)〉

1 実施主体

国が老人医療費についての財政調整を行う。

2 対象

国保を含めた医療保険制度の全保険者を対象とする。

3 調整方法

七〇歳以上の老人の医療費の一部(例えば三割程度)を各保

険者の加入者数で按分する。

(別案) 老人医療費の一部(例えば三割程度)を各保険者の

被保険者数(国保は世帯主数)で按分するとともに、あわせて、

被用者保険間で老人医療費の一部(例えば五割程度)につい

て、財政力に応じた調整を行う考え方もある。

4 国庫負担

調整の結果、各保険者が負担することとなる老人医療費に

対して、各制度ごとの負担率で、国庫負担を行う。

〈中高年者の保健事業(案)〉

1 実施主体：市町村

2 対象者：四〇歳以上の住民

3 事業の内容：市町村が地域の特性に応じて定める。

(健康増進、健康教育、健康相談、健康診断、生活指導、機能回復訓練等)

費用負担：公費負担とする。

4 老人医療費についての財政調整の結果、減少する国庫負担

老人医療費についての財政調整の結果、減少する国庫負担

料を充てるほか、受益者負担も考慮する。

資 算 (単位 億円)

区 分	被用者保険	国 保	計
老人保険給付費	七、七〇〇	一一、二九〇	一八、九九〇
調整後の出入り			
保険給付費	一、九三〇	△一、九三〇	〇
保 險 料	一、八〇〇	△ 八七〇	九三〇
国 庫 負 担	一三〇	△一、〇六〇	△ 九三〇
七〇歳以上加入率(%)	三・四	九・二	五・五

(昭和五五年度分)

各党の老人保健医療に関する構想

その他	支払方式	財源		一部負担	実施主体	医療	保健サービス	制度の方	名称	区分
		医療	保健サービス							
・六五歳までは退職者継続医療、保健所の機能強化 ・ナーシングホーム等	登録人頭払く医師の経験年数等を考慮	・地域サービスは一般財源	公費(国三分の二、都道府県六分の一、市町村六分の一) ・国の財源は事業主負担を中心とする目的税(高齢者扶養税)	なし	市町村	六五歳以上ホームドクターシステム(責任担当医制)	三五歳以上の健康管理(健康手帳、健康教育、健康診査)、地域生活サービス訪問システム	別建・公費サービス方式	高齢者保健医療制度	社 会 党 (昭和五五年一〇月)
	外来、入院別に件数払(一日当たり定額)く特定診療は出来高払を加味	交付	公費(市町村) 国庫負担及び保険者拠出金(加入者数に応じて拠出)を財源に、老人保健交付金を加保険料 三割	なし (長期療養者は特別の配慮)	市町村	七〇歳以上	六〇歳以上(健康診断・健康管理等)	別建・共同拠出方式	老人医療保健制度	公 明 党 (昭和五五年四月)
・定年退職者継続医療制度の創設 ・四〇歳から健診等を予防給付化		加保険料 三割	国 六割 都道府県 一割 企業及び所得ある国民の附	なし	市町村	六五歳以上(埋葬料の給付を含む)	六五歳以上(健康教育、健康相談、保健指導、健康診査、巡回診療機能訓練等)	別建・共同拠出方式	老人医療保健制度	民 社 党 (昭和五六年二月)
退職者継続給付)の新設 健康管理給付)			公費(大企業、高額所得者に社会保障特別税を賦課)	なし(高額所得者は例外)	市町村(保健所)		六五歳以上(健康教育、健康相談、予防、リハビリテーション)	別建・公費サービス方式	老人保健医療制度	共 産 党 (昭和五四年三月)
	適正な支払方式の検討が必要	医療保険からの拠出を主とし、一部公費を導入	公費	定額(低所得者は免除)	地方自治体	七〇歳以上	六五歳以上(健康管理、治療、リハビリテーション)に至る一貫した保健サービス)	別建・共同拠出方式	老人医療制度	新自由クラブ (昭和五六年二月)

〈資料 8〉

○社会保障制度審議会への諮問

〔昭和五年三月二日 厚生省社第四二一号〕
〔社会保障制度審議会宛 厚生大臣〕

わが国の老人保健医療対策は、昭和三八年に制度化された老人健康診査及び昭和四七年に創設された老人医療費支給制度を柱として推進されてきている。しかしながら、老人保健医療対策全体について、医療費保障へ偏重し保健サービスの一貫性が欠如している、老人医療費の負担に不均衡がある、医療資源が十分効率的・合理的に配分・利用されていない等の問題が指摘されており、本格的な高齢化社会の到来を目前に控えて、その基本的見直しを図ることが緊要の課題となつてゐる。

現行の老人医療費支給制度については、発足当時、医療保険制度の改革との関連も論議されたものの、ほとんどの都道府県において医療保険の自己負担を公費で肩代わりする制度を既に先行させて実施していたことから当面の施策として実施に踏みきつた経緯もあるので、本制度の検討に当たつては、この点を配慮することも必要であると考えられる。

よつて、今後の高齢化社会に対応する老人保健医療対策に関する基本方策について、貴会の意見を求める。なお、問題の緊

急性にかんがみ、できるだけ速やかに御意見を賜るようお願いする。

〈資料 9〉

老人保健制度（厚生省老人保健医療対策本部）第一次試案

〔昭和五年九月〕

第一 総 則

一 この制度は、国民の自助と連帯の精神に基づき、国民の老後における健康の保持・適正な医療の確保を図るため各種の保健給付を行うとともに、その費用負担の衡平を期することを目的とする。

二 この制度による保健給付は、疾病の予防から治療、リハビリテーション、保健指導等を含むものとし、対象者の年齢、心身の状況等に応じ総合的、かつ、一体的に行うものとする。

三 この制度による保健給付は、国・地方公共団体及び医療保険各制度の保険者が共同で財源を拠出して市町村が実施するものとする。

四 国民は、自ら常に健康の保持及び増進に努めるとともに、この制度の実施に参加し、これを支えるものとする。

料 五 国及び地方公共団体は、この制度の円滑な運営を図るた

め、必要な各般の施策を講ずるものとする。

資 第二 保健給付

一 保健給付の種類

(1) 健康手帳

健康手帳は、四〇歳以上の者であつて健康管理上必要と認められる者に対し交付するものとする。

(2) 健康教育

健康教育は、四〇歳以上の者について健康講座・保健学級等の方法により、老後における心身の健康に関する正しい知識の普及を図るものとする。

(3) 健康相談

健康相談は、四〇歳以上の者について老後における心身の健康に関し相談及び必要な指導・助言を行うものとする。

(4) 健康診査

健康診査は、四〇歳以上の者について老後における心身の健康の保持に資するため、毎年所定の検査及び必要な指導を行うものとする。

(5) 療養

療養は、七〇歳以上の者についてその疾病又は負傷に

関して診察、治療等を行うものとする。

(6) 機能訓練

機能訓練は、四〇歳以上の者であつて疾病等により心身の機能が低下している者に対して日常生活能力の維持向上を図るために必要な訓練を行うものとする。

(7) 訪問指導

訪問指導は、四〇歳以上の者であつて心身の障害のため、ねたきり等の状態にある者又はそのおそれのある者等について保健婦等をその家庭に訪問させて必要な保健指導を行うものとする。

(8) その他老後における健康の保持と適正な医療の確保を図るうえで必要と認められる事業

二 保健給付の実施

(1) 保健給付は、市町村が地域の関係機関等の協力をえて、地域の実情に応じて実施する。

(2) 保健所は、市町村が行う保健給付に関し、指導・助言し及び協力するものとする。

(3) 療養の給付は、保健医療機関等において取扱うものとし、健康診査は市町村の委託により、保健医療機関等に

においても取扱うことができるものとする。
(4) 保健給付の実施及び費用の支払の基準は、厚生大臣が定める。

第三 費用

一 費用負担割合

保健給付に要する費用は、国・都道府県・市町村の負担金及び保険者からの拠出金をもつて充てるものとする。その割合については、さらに検討する。

二 保険者拠出金

(1) 各保険者の拠出金の額は、拠出金総額を加入者の数によつて被用者保険及び国保に按分し、さらに加入者の所得によつて各保険者に按分した額とする。

(2) 各保険者は、拠出金の納付に要する費用に充てるため、特別の保険料を徴収するものとする。

(3) 特別の保険料は、被用者保険においては被保険者及び被保険者を使用する事業主が各々二分の一ずつを負担するものとする。

(4) 特別の保険料の徴収は、健康保険の保険料その他医療保険各制度の徴収の例によるものとする。

三 一部負担

第四

関連施策の推進

(1) 療養の給付については、本人又は扶養義務者に一定水準以上の所得のあるときは一部負担金を支払うものとする。

(2) 療養の給付以外の保健給付の一部については、本人又は扶養義務者からその費用の一部を徴収することができるものとする。

この制度の円滑な実施を図りその目的を達成するため、次のような施策の推進と有機的連携を図るものとする。

(1) 診療報酬体系の合理化、医療費支出の適正化、保険外負担の解消など医療保険制度の改善

(2) 保健婦など保健医療従事者の養成研修及び医療資源の効率的な活用

(3) 老人性痴呆その他老人精神障害対策

(4) 成人病対策その他公衆衛生対策

(5) 特別養護老人ホームの整備、在宅のねたきり老人等に對する援助・福祉サービスの充実及び老人の生きがい対策

(6) 老人保健（精神医学を含む。）に関する調査研究及び技

術の開発

〈資料11〉

○老人保健医療対策について（意見）

〔昭和五五年二月二日 総社第九一號〕
厚生大臣宛 社会保障制度審議会

本審議会は、老人保健医療対策に関する基本方針について本年三月諮問を受けて以来、鋭意審議を重ねているが、この問題は、関連する分野が広く、かつ、複雑な問題を内包しているため、いまだ最終的結論を得るにいたっていない。

しかしながら、貴職からの強い要望もあるので、とりあえず、現段階における意見を取りまとめ、別紙のとおり送付する。

（別紙）

1 老人保健医療対策は、現在、医療費保障にかたより、予防から治療、リハビリテーション、養護に至るまでの一貫したサービスに欠け、かつ、各医療保険制度間に医療費負担の著しい不均衡があるなど、放置できない問題があり、これに対処するための抜本的な対策が必要である。

健康な老人を確保するためには、高齢者本人が自分の健康に関する自覚と責任を持つことが肝要であり、対策の立案に当たっては、これに充分配慮すべきである。

なお、老人保健医療対策は、高齢者に対する年金、福祉、

サービス、就労、住宅等の各分野にわたる対策とのバランスをも考慮しつつ、充実を図らなければならない。

2 健康な老後を確保するための保健対策は、なるべく早い年齢から実施することが望ましく、その保健対策の実施に当たっては、市町村における体制を整備し、保健所の機能を強化するとともに、職域における健康診査等との連携・調整を図る必要がある。

健康診査については、その現状をみると、受診率が極めて低く、また地域間のアンバランスも目立ち、さらにその効果も充分ではないうらみがあるので、受診率の引上げを図るとともに、健康手帳制度の活用等その効果を高めるための諸方策を講じなければならない。

とりわけ在宅の高齢者については、施設入所者との均衡をも考慮した適切な処置を講ずるべきである。このため、在宅の高齢者に対する保健婦等による看護指導、ホームヘルパー活動等を充実し、リハビリテーションを受けられるデイケア施設等について整備する必要がある。また、特別養護老人ホームをさらに拡充・改革するとともに、一定の療養や介護を要する高齢者のための施設（いわゆる中間施設）を早急に設けることを望みたい。

なお、保健婦の養成と活用に一層の力を注ぐとともに、他面、理学療法、作業療法等の開発を促進し、これら専門家の養成に努めることが重要である。

3 老人保健医療対策の費用については、保健対策は原則として公的負担で行うことが適当であるが、医療費については、

国、地方公共団体及び保険者がそれぞれ負担するものとする。

各保険が負担する老人医療費については、各保険者がそれぞれ加入者数等に応じて公平に負担することとし、保険者の努力が反映するよう工夫して配分をする必要がある。これは、必要に応じ段階的に行うことも考えられ、また、そのため保険者が参加する適当な機関を設けることが必要となる。

また、現行の老人医療費支給制度については、基本的に見直すこととし、自助努力の必要性等を配慮するとともに、高齢者に特に必要な付添看護等の保険外負担の軽減を図ることとする。その際、低所得者への配慮を忘れてはならない。

老人医療問題の解決のためには、医療機関の適正配置、医療機器の重複投資の是正等の医療資源の効率的分配・利用、医療の質の向上、診療報酬の適正化等医療費適正化対策が不可欠である。さらに、診療報酬支払方法の基本的見直し等の抜本的対応も重要である。また、関係者が進めつつある、い

わゆる「医療費の無駄排除」の努力は、引き続き推進されなければならない。

〈資料12〉

老人保健医療制度についての厚生・大蔵両大臣の合意

〔昭和五五年二月二日〕

1 高齢化社会の到来に対応し、予防を含む総合的な老人保健対策を推進するための制度を創設する。

2 新制度の内容は、おおむね厚生省老人保健医療対策本部第一次試案を基に詰める。

3 新制度の実施に先立ち、新制度における診療報酬のあり方について検討する。

4 新制度においては、国、地方公共団体、各保険者の共同の責任において、毎年度収支均衡が図られるような方策を検討する。

5 新制度の実施時期は、五七年度とする。

6 前記事項を内容とする新制度を創設するための老人保健法案（仮称）を次の通常国会に予算非関連法案として提出する。

7 現行制度は、五六年度においては現行どおりとする。

〈資料13〉

○ 社会保険審議会への諮問

〔昭和五六年三月一〇日 厚生省発保第二五号〕
〔社会保険審議会宛 厚生大臣〕

別添要綱のとおり、老人保健制度を創設することに関し健康保険、船員保険及び日雇労働者健康保険の各制度を改正することにつき、貴会の意見を求めます。

(注) 別添要綱は資料14別添に同じ

〈資料14〉

○ 社会保障制度審議会への諮問

〔昭和五六年三月一一日 厚生省社第二〇八号〕
〔社会保障制度審議会宛 厚生大臣〕

高齢化社会の到来に対応し、総合的な老人保健対策を推進する必要がある。

よって、別添要綱のとおり、老人保健法(案)を制定することについて、社会保障制度審議会措置法(昭和三三年法律第二六六号)第二条第二項の規定に基づき、貴会の意見を求めます。

(別 添)

老人保健法案要綱

第一章 総 則

第一 目的

この法律は、国民の自助と連帯の精神に基づき、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、リハビリテーション等の各種保健事業を総合的に実施するとともに、その費用負担の公平を期することを目的とする。

第二 基本的理念

国民は、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、年齢、心身の状況等に応じ、職域又は地域において適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする。

第三 国及び地方公共団体の責務

国及び地方公共団体は、この制度の健全かつ円滑な運営を図るため、必要な各般の措置を講ずるとともに、医療、公衆衛生、福祉その他の積極的な推進を図らなければならない。

第四 保険者の責務

医療保険各法の保険者は、加入者の老後の健康を確保するために必要な事業を積極的に推進するとともに、この制度が健全かつ円滑に運営されるよう協力しなければならない。

第五 用語の定義

1 この法律において「医療保険各法」とは、次の各号に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法
- (2) 日雇労働者健康保険法
- (3) 船員保険法
- (4) 国家公務員共済組合法
- (5) 公共企業体職員等共済組合法
- (6) 地方公務員等共済組合法
- (7) 私立学校教職員共済組合法
- (8) 国民健康保険法

2 この法律において「加入者」とは、医療保険各法に規定する被保険者若しくは組合員又はこれらの者の被扶養者をいう。

第二章 老人保健審議会

1 この制度の運営に関する重要事項を調査審議するため厚生省に附属機関として老人保健審議会を置く。

2 老人保健審議会の組織及び運営について必要な事項は政令で定める。

第三章 保健事業

第一節 保健事業の種類等

第一 保健事業の種類

この法律による保健事業の種類は、次のとおりとする。

1 健康手帳の交付

健康診査の記録その他心身の健康を保持するために必要な事項を記載し、自らの健康管理と適切な医療に資するものとする。

2 健康教育

心身の健康に関する正しい知識の普及、啓発を図るとともに、健康についての自覚を高めるものとする。

3 健康相談

心身の健康に関し相談に応じ、必要な指導又は助言を行うものとする。

4 健康診査

心身の健康を保持するために必要な所定の検査及び指導を行うものとする。

5 医療

(1) 疾病又は負傷に関して診察、治療、看護その他厚生大臣が定める事項について行うものとする。

(2) 厚生大臣の定めるところにより、これを受けようとする者が自己の選定する老人保健機関に健康手帳を提示し

て受けるものとする。

6 機能訓練

疾病、負傷等により、心身の機能が低下している者に対してその維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要な訓練を行うものとする。

7 訪問指導

疾病、負傷等により、家庭において寝たきりの状態にある者等について、保健婦その他の者を訪問させて必要な保健指導を行うものとする。

8 その他この法律の目的を達成するため必要と認められる事業

事業

第二 保健事業の対象

保健事業のうち医療は、七〇歳以上の者（医療保険各法の加入者に限る。）を対象として行い、医療以外の保健事業は、四〇歳以上の者（職域等においてこれらの事業に相当する事業の対象となる者を除く。）を対象として行う。

第二節 保健事業の実施

第一款 市町村

第一 実施主体

1 この法律による保健事業は、市町村が行う。

2 市町村は、保健事業の一部について、保健所、老人保健機関その他の者に対し、その実施を委託することができる。

3 都道府県は、保健事業を行う市町村に対し必要な指導、助言を行うとともに、その実施に協力、援助するものとする。

4 保険者は、自ら保健事業に相当する施設又は事業を行うよう努めるとともに、市町村が行う保健事業の実施に協力するものとする。

第二 老人保健推進協議会

市町村は、保健事業の円滑な実施を図るため、条例で地域における公私の関係機関、団体、施設その他の関係者からなる老人保健推進協議会を設けることができる。

第三 実施の基準

保健事業の実施の方法及び費用の算定の基準は、保健事業の種類ごとに地域の事情等を考慮して厚生大臣が定めるものとする。

第二款 老人保健機関等

第一 老人保健機関

次に掲げる者は、老人保健機関とする。

(1) 健康保険法に規定する保険医療機関及び保険薬局

(2) 国民健康保険法に規定する療養取扱機関

第二 老人保健医及び老人保健薬剤師

次に掲げる者は、老人保健医及び老人保健薬剤師とする。

(1) 健康保険法に規定する保険医及び保険薬剤師

(2) 国民健康保険法に規定する国民健康保険医及び国民健

康保険薬剤師

第三 老人保健機関等の義務

1 老人保健機関及び老人保健医等は、厚生大臣が定める医療の実施の方法に関する基準に従い、医療を取り扱い、又は担当しなければならない。

2 老人保健機関及び老人保健医等は、医療に関し、厚生大臣又は都道府県知事の行う指導に従わなければならない。

第四章 費用

第一節 費用の支弁及び負担

第一 費用の支弁

保健事業に要する費用は、市町村が支弁する。

第二 医療に要する費用の負担

1 医療に要する費用は、国、地方公共団体及び保険者が負担する。

2 国は、医療に要する費用の二割を負担するほか、保険者

が納付すべき拠出金の一部について、医療保険各法の定めるところにより負担する。

3 都道府県及び市町村は、医療に要する費用の各々〇・五割を負担する。

第三 医療以外の保健事業に要する費用の負担

医療以外の保健事業に要する費用は、国、都道府県及び市町村が各々三分の一を負担する。

第二節 保険者拠出金

1 保険者は、医療に要する費用に充てるため、毎年度拠出金を納付しなければならない。

2 各保険者の拠出金の額は、各年度における医療に要する費用の総額の七割を基礎とし、当該保険者の加入者数、七〇歳以上の加入者に係る医療費の額等を基準として政令の定めるところにより、保険者ごとに按分した額とする。

3 保険者は、医療保険各法又は地方税法の定めるところにより、保険料その他の徴収金をもって拠出金の納付に要する費用に充てるものとする。

第三節 一部負担等

第一 一部負担

医療を受ける者は、その給付を受ける際、老人の心身の特

性及び負担能力のほか、医療保険各法の一部負担金の額等を勘案して政令の定めるところにより、一部負担金を老人保健機関に支払うものとする。

第二 費用の徴収

市町村は、医療以外の保健事業の一部について、負担能力に応じ、その費用の一部を徴収するものとする。

第五章 拠出金の収納等

1 保険者から拠出金を収納し、市町村に対し納付する事務を行うため、社会保険診療報酬支払基金に老人保健基金を設けるものとする。

2 老人保健基金に関する予算、事業計画等については、厚生大臣が認可するものとする。

第六章 雑則

報告の徴収、時効、不服申立て等に関する所要の規定を置く。

附則

第一 施行期日

この法律は、老人保健審議会に関する部分は公布の日から、その他の規定は昭和五七年度において政令で定める日から施行する。

第二 関係法律の改正

1 医療保険各法の改正

(1) 七〇歳以上の加入者に対して、医療保険各法による療養の給付及び家族療養費の支給を行わないこととする。
(2) 保険者は、老人保健法に基づく拠出金の納付に要する費用に充てるため、保険料その他の徴収金を徴収するものとする。

(3) 国は、老人保健法に基づく拠出金の納付に要する費用に関し、現在国庫補助が行われている保険者に対し、その国庫補助率を基準として政令で定める割合により、負担又は補助するものとする。

2 老人福祉法の改正

老人医療費の支給に関する規定の削除等の改正を行う。

3 厚生省設置法その他関係法律の改正を行う。

〈資料15〉

○社会保険審議会の答申

〔昭和五六年四月二五日
厚生大臣宛 社会保険審議会〕

昭和五六年三月十日厚生省発保第二五号をもって諮問のあつ

料 案件については、別紙のとおり答申する。

政府は、この意見を十分尊重し、法案の作成に当たりたい。

資 (別紙)

1 現行の老人保健医療対策については、しばしば指摘されているとおり制度的に医療費保障への偏重、保健サービスの一貫性の欠如、各医療保険制度における老人医療費の負担の不均衡といった大きな問題を包含している。

現行の老人保健医療対策に内在するこうした問題については、本格的な高齢化社会の到来を控えて、その基本的な見直しを行っていくことが強く要請され、この問題に関する国民の感心は極めて高いものがある。

2 今回の諮問は、老人保健制度を創設し、壮年期からの疾病の予防と健康管理を推進することにより、健康な老人づくりを目指しているもので評価に値する。

3 診療報酬体系の合理化、医療費の無駄の排除、保険外負担の解消など当審議会がかねて指摘してきた現行医療保険制度の問題点については、着実に改善が図られなければならない。同時に、本制度に対する各制度の費用の抛出の公平を期するためには、保険料の負担方法などの面における医療保険制度間のアンバランスの是正も必要である。

4 医療担当者たる公益委員は、七〇歳で生命の尊厳を区別した本制度には反対であるという意見であった。

(諮問項目について)

1 医療の対象者について

対象年齢について七〇歳以上とすることは、現下の厳しい社会経済情勢からみてやむを得ないものと考え。しかし、被保険者を代表する委員は、社会通念からみて六五歳以上とすべきであるという意見であった。

2 医療に要する費用の負担

今回示された国、地方公共団体、保険者が共同して財源を拠出するという費用負担の方法については、現行制度の費用負担の不均衡を是正する有効な方法であることは理解でき

る。その是正に当たっては、各制度における加入者数と老人医療費の実績を踏まえたものとすることが望ましく、具体的な費用の按分方法については、慎重な検討を行うべきである。

この点に関して、事業主を代表する委員から、保険者の拠出金は加入者数ではなく被保険者数で按分すべきであり、国民健康保険の被保険者の所得の把握については、別途検討すべきであるという意見があった。

公費負担についても適正な水準を確保し、特に、国の負担については、少なくとも現行の実質的な水準を維持すべきである。

(その他の事項について)

1 診療報酬支払方法について

老人保健制度における診療報酬支払方法については、医療費の適正化を図り、老人の特性に見合った診療報酬体系とするため、現行の出来高払制度を見直すべきである。

2 患者の一部負担について

患者の一部負担の導入については、現行制度における老人の受療の状況、新制度における費用負担のあり方等からみて、やむを得ないものとする意見の外、導入そのものに反対という意見もあつた。

ただし、導入するとしても初診に限るべきであるという意見もあるので、その方法、金額については、なお検討を要する。

また、法案要綱において患者の一部負担を政令で定めるとしているのは妥当でなく、事柄の重要性からみて法定すべきものである。

3 医療以外の保健事業について

この制度の眼目の一つである予防から治療、リハビリテーションに至るまでの一貫したサービスの提供は、治療偏重の現行制度を改めようとするものであり、そのねらいについては評価できる。

しかしながら、その効果的実施については、政府をはじめ関係者の努力にまつべきところが多い。本制度の目的を達成するためには、老人の健康維持にふさわしい保健事業のシステム化を図る必要があり、市町村において行われる保健事業の充実、円滑な運営のため、国が財政的裏付けに十分意を注ぐべきである。

さらに、保健婦等要員の養成、施設の整備等保健医療体制について一層拡充するとともに、特別養護老人ホーム、在宅ケア等関連福祉サービスとの連携を深めるほか、デイ・ケア・ナーシングホーム等いわゆる中間施設についても計画的に充実すべきである。

また各保険者が行う保健施設活動においても、全体として本制度における保健事業を下回らないレベルで行われる必要があり、国は、そのための行政指導をすべきである。

4 老人保健審議会について

診療報酬のあり方等この制度の運営に関する重要事項を審

料 議する老人保健審議会の任務は、極めて重要である。

資 したがって、費用拠出者である被保険者と事業主、保健事業従事者など関係者の意見を十分反映できる構成とすべきである。これらの点については、法律上明確にすべきである。

5 その他

老人保健推進協議会については、すべての市町村に設置するよう指導すべきである。

また、老人保健審議会の運営に当たっては、当審議会と関係の深い事項について、密接な連携をとった運営がなされるよう配慮されたい。

以上のほか、この制度の名称は、「高齢者保健医療制度」とするのが妥当であるという意見があつた。

最後に、今回の諮問に当たって、本案は全く新しい試みであるという事柄の性格上やむを得ないところがあるにしても、その内容及び審議に際しての当局側の説明には具体性に欠けるところがあり、このため、制度内容の理解は必ずしも容易でなかつたことを指摘するとともに、今後、制度の実施に向けて国民の十分な理解が得られるよう当局側の努力を促したい。

〈資料16〉

○社会保障制度審議会の答申

〔昭和五六年四月二五日 総社第四九号〕
厚生大臣宛社会保障制度審議会

昭和五六年三月一日厚生省社第二〇八号で諮問のあつた標記の件について、本審議会の意見は左記のとおりである。

記

1 高齢化の急速に進行するわが国においては、老人医療に関する制度の改革は緊急の課題とされ、これまでいくつかの案が示されてきている。

この老人保健法案は、従来の老人医療費における医療保険負担分と公費負担分とを制度的に統合し、国、地方公共団体及び被保険者が一定の基準により負担したものを財源として、どの医療保険に属するか、また本人であるか被扶養者であるかを問わず、七〇歳以上の高齢者に対しては同一の医療を給付しようとするものであつて、制度の仕組の面に若干の無理はあるものの、一つの新しい考え方に立とうとしているものといえる。

同時に、医療に傾斜しすぎたこれまでの制度の欠陥を改善し、予防から治療、リハビリテーション等に至るまでの総合

的な保健医療対策を実施しようとするものであり、公費を中心とした予防等の事業を拡大強化しようとしていることは妥当ではあるが、その目的を達成するには、早急にこれらの事業の格段の普及とその質の向上並びに地域間のアンバランスの解消が図られなければならない。

この制度は、単に財政的見地からのみでなく、保健と医療とに一貫性を持たせることによつて、人間をそのライフ・サイクルにおいて把握することが、結果において老人福祉の向上につながるという見地に立つて創設されるべきものであり、所期の目的を達成するためには、対象者本人の自覚と責任が求められることはもちろん、世代間の連帯が不可欠である。

さらに、老人医療費の負担等について改革を行う以上、われわれが本審議会の「中間意見」で強調したとおり、医療資源の効率的配分・利用や医療費の適正化対策とともに、診療報酬のあり方の検討が速やかに行われなければならない、関係者の合意は得られまい。

2 実施主体である市町村は、保健事業の推進に当たつて、マンパワーの確保、保健所の機能の強化、医療機関の協力等の点で、国、都道府県の協力・援助のもとに、その体制を強化

する必要がある。

被用者保険の加入者については、現在の実施状況に配慮を加えながら、職域で保健対策を実施することを中心に考えることが自然であろうが、この場合、職域と地域との連携をどのように図るかについての具体策を樹立することが喫緊のことであり、それによつて、国民が保健サービスを受ける機会が確保されるのでなければならない。

また、保健事業の効果を高めるために、健康手帳制度の活用にも努め、健康管理に資する必要がある。さらに、特別養護老人ホームを拡充することはもちろん、中間施設を設けることが重要であり、いわゆる終末ケア対策に対する配慮の不足にも目を向けるべきである。

3 老人医療に要する費用は、国、地方公共団体及び保険者がそれぞれ一定の基準で負担するという考え方であるが、各保険者ごとの費用負担の案分については、各保険者の老人医療費の実績を反映した方式をとるべきである。

老人保健医療においては、対象者本人の自助努力が必要なことは認められるが、一部負担は高齢者にとつて無理のない範囲で定めるべきである。なお、長期入院者等に対しては特にこの考えに立った配慮が必要であり、また、懸案となつて

いる保険外負担の軽減措置が速やかに講じられなければならない。

4 法案要綱において、多くの重要事項の決定が老人保健審議会の審議にゆだねられていることは、やむを得ないとしても、他制度との均衡において法律事項とすべきものもあろう。また、この審議会は、本制度において重大な役割を担うものであるので、その構成については、関係各方面の意見が十分反映されるように特に配慮することが望まれる。

5 この法案は、新しい制度を創設しようとするものであるところから、その実施に当たっては種々の事務処理上の問題の生ずることが予想されるので、あらかじめこれに対する万全の準備が必要である。また、新制度における保健と医療との間に一貫性を持たせるため、老人保健医療に関する総合的研究を推進し、科学的裏づけを深めることにより、老人保健医療対策の究極の目的が達成されるよう努めるべきことを付記しておく。

〈資料1〉

衆議院本会議における趣旨説明〔昭和五六年一〇月一五日〕

○國務大臣（村山達雄君） 老人保健法案につきまして、その

趣旨を御説明申し上げます。

現在、わが国は、諸外国に例を見ない速さで人口の高齢化が進んでおります。このような本格的な高齢化社会の到来に対応し、人間尊重の精神を堅持し、社会的公正を確保しつつ、効率的に機能し得る社会保障制度の確立と既存制度の見直しが喫緊の課題となっております。

わが国の老人保健医療対策は、昭和四八年以来、医療保険制度及び老人福祉法による老人医療費公費負担制度を柱として推進されてまいりましたが、その後年々、老人医療費は増高を続け、一方、対策が全体として医療費の保障に偏り、予防から機能訓練に至る保健サービスの一貫性に欠けていること。医療保険各制度間、特に被用者保険と国民健康保険の間に、老人の加入率の差により老人医療費の負担に著しい不均衡があるなどの問題が指摘されるに至り、制度の基本的見直しについての要請が高まっております。

政府といたしましては、このような要請にこたえて、長期的な展望に立つて制度の基本的あり方について数年にわたり鋭意検討を続けてまいりましたが、このたび、疾病の予防や健康づくりを含む総合的な老人保健対策を推進するための制度を新たに創設することとし、この法律案をさきの第九四回国会に提出

し、今国会において引き続き御審議を煩わすこととした次第であります。

以下、この法律案の主な内容につきまして御説明申し上げます。

第一は、この法律の目的及び基本的理念であります。

まず、この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、国民保健の向上と老人福祉の増進を図ることを目的とするものであります。

また、国民は、自助と連帯の精神に基づき、みずから健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療費を公平に負担すること、年齢、心身の状況等に応じ、適切な保健サービスを受ける機会を与えられることを基本的理念としております。

第二に、老人保健審議会であります。この審議会は、保健事業の関係者及び老人保健に関する学識経験者二〇名をもって構成し、老人保健に関する重要事項について調査審議していただくこととしております。

第三に、保健事業につきましては、市町村が、健康手帳の交付、健康相談、健康診査、医療、機能訓練、訪問指導等の各種保健事業を総合的に、一体的に行うこととしております。

このうち、医療につきましては七〇歳以上を対象としておりますが、医療以外の保健事業は、壮年期からの健康管理が、老後の健康保持のためにきわめて重要でありますので、四〇歳以上の者を対象として行うこととしております。

医療についての診療方針及び診療報酬は、老人の心身の特性等を考慮して、老人保健審議会の意見を聞いて定めることとしております。

また、老人の方々の健康についての自覚と適切な受診をお願いするため、医療を受ける際、外来の場合一月五百円、入院の場合四ヵ月を限度として一日三百円の一部負担をしていただくこととしております。

第四は、保健事業に要する費用であります。

保健事業のうち医療以外の保健事業については、国、都道府県及び市町村がそれぞれ三分の一ずつを負担することとしております。なお、その対象となった者から費用の一部を徴収することができることとしております。

医療に要する費用につきましては、国が二割、都道府県及び市町村がおのおの五%を負担するほか、医療保険各法の保険者が七割を拠出することとしております。保険者の拠出金の額は、当該保険者の七〇歳以上の加入者に係る医療費の額と当該保険

料 者の加入者の総数を基準として案分し、保険者間の負担の均衡を図ることとしております。

資 なお、現在、医療保険各法により療養の給付費について国庫補助を受けている保険者に対しては、拠出金の一部について、その補助率を基準として国庫補助を行うこととしております。

第五に、保険者から拠出金を徴収し、市町村に対し交付する業務は、社会保険診療報酬支払基金が行います。

第六に、関係法律の改正であります。

この法律の施行に伴い、老人福祉法の一部を改正して、老人医療費の支給に関する規定等を整理するほか、医療保険各法においては、七〇歳以上の加入者について療養の給付等を行わないこととする等の改正を行うこととしております。

最後に、この法律の施行期日であります。老人保健審議会に関する規定は、交付の日から三月を、保健事業の実施等に関する規定は、諸般の準備が必要でありますので、交付の日から一年六月を、それぞれ超えない範囲内で政令で定める日として、できる限り速やかに施行することとしております。

以上がこの法律案の趣旨でございます。

〈資料18〉

修正事項一覧

一 老人保健審議会は、厚生大臣の諮問に応じ、保険者の拠出金等に関する重要事項を調査審議するものとする。

二 医療の取扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準については、厚生大臣が中央社会保険医療協議会の意見を聴いて定めるものとする。

三 医療は、健康保険法及び国民健康保険法による保健医療機関等が取り扱うものとする。

四 医療の対象者に、六五歳以上七〇歳未満の者であつて政令で定める程度の障害の状態にあるものを加えるものとする。

五 一部負担金について、次の修正を行うこと。

(一) 外来時一部負担金の額を五〇〇円から四〇〇円に改める。

(二) 入院時一部負担金を支払わなければならない期間を四月から二カ月に改める。

(三) 市町村長は、厚生省令で定めるところにより、特別の理由により一部負担金を支払うことが困難であると認められる者に対し、一部負担金を減免することができるものとする。

る。

六 老人の医療に要する費用の額と加入者の総数による保険者拠出金の按分率を二分の一と法定すること。

七 保険者拠出金に対する国庫補助率は、健康保険法、国民健康保険法等に基づく療養の給付等に要する費用に対する国庫補助率と同率と法定すること。

八 その他の所要の修正を行うこと。

(一) 健康保険法等の任意継続被保険者の資格喪失事由を緩和する。

(二) 健康保険法及び国民健康保険法による保険医療機関等の取消事由に老人保健法による医療に係る事由を追加する。

(三) 老人保健法による医療につき保険医療機関等が支払を受ける金額を社会保険診療報酬に係る租税特別措置の対象とする。

(四) 保険医療機関等に対する指導監督の実施の事務は保険局の所掌とする。

(五) その他所要の修正を行う。

〈資料19〉

衆議院社会労働委員会における附帯決議

〔昭和五六年一月二日〕

老人保健法案に対する附帯決議

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について、速やかに適切な措置を講ずるよう配慮すべきである。

一 老人医療についての診療方針及び診療報酬は、老人の心身の特性を踏まえて改善を図るものとする。

二 医療を受ける老人の負担を軽減するため、差額ベッド、付添看護等の保険外負担を早急に解消するよう、所要財源の確保と行政指導の一層の徹底を図ること。特に、私立大学附属病院における保険外負担の解消について格段の努力をすること。

三 薬価基準の適正化、医療機関に対する指導、監査の徹底、医療費通知制度の普及、高額医療機器の共同利用等の施策を積極的に推進することにより、医療費の無駄を排除し、その適正化を図ること。

四 レセプト診査の改善充実を図り、特にレセプトが迅速に保険者に送付されるよう努めること。

五 社会保険診療報酬支払基金における老人保健業務の実施に

資料 伴い、要員の確保その他業務体制の充実強化と診査体制の整備を推進すること。

六 医療機関等の適正配置を含め地域医療の推進を図るため、

資 必要な法制の整備に努めること。

七 医療以外の各種の保健事業が効果的に実施されるよう、保健婦その他の医療関係者の質量両面にわたる養成確保及び保健所等必要な施設設備の整備充実に格段の努力を払うとともに、必要な予算措置を講ずるよう努めること。

八 老人保健事業の円滑な実施を図るため、市町村に地域の関係者からなる連絡協議組織を設けるよう指導すること。

九 老人医療におけるはり、きゅう、マッサージの取扱いについては、その需要にこたえられるよう特段の配慮をすること。

一〇 痴呆を主とした老人の精神障害に対応するため、精神病床その他の施設の整備を行うとともに、老人精神障害対策に関する専門的な調査研究を進める等総合的な対策を講ずること。

一一 退職者医療制度についての検討を急ぐこと。

一二 老人の保健医療と綿密な関連を有する年金、福祉サービ

ス、雇用、住宅等に係る老人福祉対策の一層の充実を図ること。

一三 本格的な高齢化社会の到来に対応し、老人問題に関する総合的な研究体制の整備について検討すること。

〈資料20〉

決議

医療費は年々急増を続け、毎年の増加額は一兆円に及んでいく。高齢化社会の進行とともに、国民の負担は一層深刻化していく。

現行の出来高払い方式は、医療の無駄使いを誘発し、営利医療を拡大させ、医療の荒廃をもたらす土壌となっている。従って、国民の医療費負担を適正にするためには、この支払方式を改善し、限られた医療資源を効率的に使用することが基本である。

現在、老人保健法案が衆議院において審議されているが、老人医療の特性に沿った支払方式の改善を図ることが絶対に欠くことのない重要な問題であるにもかかわらず、その改善の道を閉ざすべく同法案を修正しようという動きがみられる。

このように改善の道を閉ざし、現行の支払方式のまま老人保健制度を発足させれば、老人医療費は今後とも急激な増加を続け、国民の負担は堪え難いものとなる。

よって、われわれは、次の事項を決議し、この実現を期することとする。

記

支払方式改善の道を閉ざす老人保健法案には絶対反対する。

昭和五六年十一月二日

健康保険組合全国大会

〈資料21〉

参議院本会議における趣旨説明(昭和五六年十一月二〇日)

○国務大臣(村山達雄君) 老人保健法案につきまして、その趣旨を御説明申し上げます。

現在、わが国は、諸外国に例を見ない速さで人口の高齢化が進んでおります。このような本格的な高齢化社会の到来に対応し、人間尊重の精神を堅持し、社会的公正を確保しつつ、効率的に機能し得る社会保障制度の確立と既存制度の見直しが喫緊の課題となっております。

わが国の老人保健医療対策は、昭和四八年以来、医療保険制度及び老人福祉法による老人医療費公費負担制度を柱として推進されてまいりましたが、その後年々、老人医療費は増高を続け、一方、対策が全体として医療費の保障に偏り、予防から機

能訓練に至る保健サービスの一貫性に欠けていること、医療保険各制度間、特に被用者保険と国民健康保険の間に、老人の加入率の差により老人医療費の負担に著しい不均衡があるなどの問題が指摘されるに至り、制度の基本的見直しについての要請が高まっております。

政府といたしましては、このような要請にこたえて、長期的な展望に立つて制度の基本的あり方について数年にわたり鋭意検討を続けてまいりましたが、このたび、疾病の予防や健康づくりを含む総合的な老人保健対策を推進するための制度を新たに創設することとし、この法律案をさきの第九四回国会に提出し、今国会において引き続き御審議を煩わすこととした次第であります。

以下、この法律案の主な内容につきまして御説明申し上げます。

第一は、この法律の目的及び基本的理念であります。まず、この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、国民保健の向上と老人福祉の増進を図ることを目的とするものであります。また、国民は、自助と連帯の精神に基づき、みずから健康の保持増進に努めるとともに、老人の

資料 医療費を公平に負担すること、年齢、心身の状況等に応じ、適切な保健サービスを受ける機会を与えられることを基本的理念としております。

第二に、老人保健審議会であります。この審議会は、保健事業の関係者及び老人保健に関する学識経験者二〇名をもつて構成し、老人保健に関する重要事項について調査審議していただくこととしております。

これにつきましては、衆議院における修正により、老人保健審議会は保険者の拠出金等に関する事項を調査審議することとされております。

第三に、保健事業につきましては、市町村が、健康手帳の交付、健康相談、健康診査、医療、機能訓練、訪問指導等の各種保健事業を総合的に、一体的に行うこととしております。このうち、医療につきましては七〇歳以上を対象としておりますが、医療以外の保健事業は、壮年期からの健康管理が、今後の健康保持のためにきわめて重要でありますので、四〇歳以上の者を対象として行うこととしております。医療についての診療方針及び診療報酬は、老人の心身の特性等を考慮して、老人保健審議会の意見を聞いて定めることとしております。また、老人の方々の健康についての自覚と適切な受診をお願いするため、医

療を受ける際、外来の場合一月五百円、入院の場合四ヵ月を限度として一日三百円の一部負担をしていただくこととしております。

保健事業につきましては、参議院における修正により、医療の対象者に六五歳以上七〇歳未満の者であつて政令で定める程度の障害の状態にあるものを加えることとされております。また、医療についての診療方針及び診療報酬は、中央社会保険医療協議会に諮つて定めること、老人保健取扱機関の規定を削除し、医療は健康保険法及び国民健康保険法の保険医療機関等が取扱うこととすること、一部負担は外来の場合一日四百円、入院の場合二ヵ月間を限度として三百円とすること等の修正がなされたところであります。

第四は、保健事業に要する費用であります。保健事業のうち医療以外の保健事業については、国、都道府県及び市町村がそれぞれ三分の一ずつを負担することとしております。なお、その対象となつた者から費用の一部を徴収することができることとしております。医療に要する費用につきましては、国が二割、都道府県及び市町村がおのおの五％を負担するほか、医療保険各法の保険者が七割を拠出することとしております。保険者の拠出金の額は、当該保険者の七〇歳以上の加入者に係る医療費

の額と当該保険者の加入者の総数を基準として案分し、保険者間の負担の均衡を図ることとしております。なお、現在、医療保険各法により療養の給付費について国庫補助を受けている保険者に対しては、拠出金の一部について、その補助率を基準として国庫補助を行うこととしております。

なお、衆議院において、保険者の拠出金に係る医療費の額と加入者数による案分率は二分の一と法定する等の修正がなされたところであります。

第五に、保険者から拠出金を徴収し、市町村に対し交付する業務は、社会保険診療報酬支払基金が行います。

第六に、関係法律の改正であります。この法律の施行に伴い、老人福祉法の一部を改正して、老人医療費の支給に関する規定等を整理するほか、医療保険各法においては、七〇歳以上の加入者について療養の給付等を行わないこととする等の改正を行うこととしております。

最後に、この法律の施行期日であります。老人保健審議会に関する規定は、交布の日から三月を、保健事業の実施等に関する規定は、諸般の準備が必要でありますので、交布の日から一年六月を、それぞれ超えない範囲内で政令で定める日とし、できる限り速やかに施行することとしております。

以上がこの法律案の趣旨でございます。

老人保健法案に関する申し入れ（昭和五七年三月二五日）

資 自由民主党

幹 事 長 二階堂 進殿

総 務 会 長 田中 竜夫殿

政務調査会長 田中 六助殿

参議院議員総会長 町村 金五殿

社団法人 経済団体連合会

会 長 稲山 嘉寛

日本商工会議所

会 頭 永野 重雄

社団法人 経済同友会

代表幹事 佐々木 直

日本経営者団体連盟

会 長 大槻 文平

現在国会において審議中の老人保健法案については、本年一月二七日当四団体としては、その成立に反対である旨、貴役に対し口頭申し入れを行ったところでありますが、その見解趣旨は左記の通りでありますので、重ねて申し入れます。

記

1 申し入れの趣旨

本法案は、問題点多く、このままの成立には国民経済的見地から、絶対反対であり、

(1) 我国における、いわゆる先進国病傾向への対策としての、国民自助努力精神の涵養。

(2) 医療費に歯止めのない状態では、既存健康保険制度の財政破綻なしとしない点に対する対処。

(3) 社会保障制度は、一旦施行後の中止、大幅な変更は極めて困難であること。

2 現状認識

(1) 近年国民医療費の増嵩は著しく、昭和四八年度において

三・九兆円であったものが、昭和五七年度には一三・九兆円と推系され、実に三・五倍に達している。この間の物価上昇、医療機器の近代化による診療コスト上昇などの要素

を考慮しても常態を超えており、その抑制、適正化は国家的

重要課題である。

(2) 中でも、老人医療費は国民医療費の伸びをはるかに上回る勢いで急増しつつあるが、特に昭和四八年以降実施された

老人医療の無料化は、自己の日常の努力による健康保持

の重要さを忘れて安易に診療を求める風潮を醸成するとともに、現行診療報酬支払方式の短所と相まって、相乗作用的に費用の増加をもたらしていることが否定できない。

このような老人医療費の七九%（昭和五六年度）は保険者負担であつて、今後とも医療費の増大が抑制されない場合は、各保険制度の財政は一層深刻化し、特に、自らの努力によつて濫療の抑制、医療費の適正化に実効を挙げつつある組合管掌健康保険などは、その効率的運営を阻害され、早晚財政基盤の破綻に追い込まれることとなる。

3 反対理由

しかるに、今般審議中の老人保健法案は、保健事業の充実、一部自己負担の導入等、評価すべき施策もあるものの、医療費抑制の根本策を放置したまま、国民健保への国庫補助を一方的、かつ安易に被用者保険の財政負担へ転嫁しようとするものであり、到底容認できるものではない。

特に次の点は、問題とせざるをえない。

(1) 医療費—支払方式の適正化策の欠如

本来、前記のような我国国民経済における医療費負担の重圧の状況を直視し、その適正化、抑制のために大胆な改革のメスをいれるべきであるにも拘らず、何等具体的対策

を明示していない。

殊に、医療費の抑制に不可欠の要因であり、かつ老人の心身特性に合つたものでなければならぬ支払方式について再検討を全く約束していない。

(2) 費用負担の問題

老人医療費に関する国、保険者、国民一般、患者四者間、及び保険者の中での負担割合の公平性の問題に解決策が明快に示されていない。特に、被用者保険の場合における、個々の保険者の負担限界の配慮、並びに患者自身の健康管理努力を喚起せしめる諸施策が充分でない。

このようなことから、本案においては、納得性の極めて薄いままに、かねて当四団体が反対の意を表明している、いわゆる財政調整と同様の方法により、安易に被用者保険に犠牲を求めるところとなるのである。とりわけ、組合管掌健保においては、将来にわたつて無限の負担を強いられることになるのであつて、当四団体の提唱している中小企業総合組合の育成等、組合方式による健康保険制度の効率化の途を無視することとなるのは勿論、組合方式そのものの崩壊を意図するものとさえ、受けとめざるをえないのである。

(3) 老人保健審議会の問題

老人保健審議会は、今後調整すべき事項の多い本法の運営に関して重要な役割を有しているにも拘らず、その構成、機能が明らかにされていなくとも、修正により、重要な基準に関する審議が中央社会保険医療協議会に移管されたことはその形骸化であるといわざるをえない。

4 再提案に際しての所要条件

再提案に際しては、以上述べた医療の在るべき姿、医療費の妥当性の限界と具体的な抑制策、患者自身の自助努力を含めた真に公正な負担の方法等を明確に示すべきであり、特に、次の諸点は最低必要条件である。

(1) 支払方法の再検討

診療の適正化は、本来診療側自身の自律によって行われるべきであるが、支払方法の改革を欠いては、これを期待できない。

現行の支払方式が医療費増高の大きな要因であると考えられる以上、その改革は断行されなければならない。改革に当たっては老人の心身特性、我国の社会的風土、患者の自己管理意識向上と医療コストへの理解等を総合的に検討し、又、少なくとも法文において改革を約すこと。

(2) 患者の意識と負担

平素の、自己の責任における健康管理意識の喚起を国の施策として行うことが必要であるとともに、費用の一部負担によって、この意識を昂揚することは不可欠である。そのためには、一部負担の方法と水準が適切であるよう、例えばある程度の低率的な負担（七〇歳未満の場合は、国保三割、健保家族入院二割である）も考慮するなどの検討が行われるべきであり、また、常にそれが見直されるべきである。

(3) 保険者の負担

各保険者の負担は、現在既に限界に達しており、赤字となつているものも多い。したがつて、医療費の現状総額が、まず抑制されなければならないことは言を俟たないが、それが奏効した後でも、国民所得の伸び率を限度とする水準に抑制する等は絶対に必要な条件である。

この見地から、例えば被用者保険の場合、法施行初年度における負担額以上の負担を課されることのないような医療費政策が望まれるところであり、もし、それが不可能であるとしても、賃金改定に伴う自然増程度には抑制されるべきである。又、このことは、法に明記されるべきである。

なお、初年度負担額の算出に当たっては、特定の保険制度に負担が集中することのないよう、配慮すること。

又、この負担は労使折半が当然であり、健康保険法と同様、このことを規定すること。

(4) 審議会の在り方

本法運営上の案件審議は、支払方式の検討を含めて老人保健審議会において一元的に行うべきであり、その委員構成を、あらかじめ明示すべきである。

なお、その構成は、費用負担者の意見が充分反映するものであることが必要である。

追而 以上の条件が満たされない場合は、現法案についてはこれを審議未終了、成立を見送った上、改めてこれら条件を入れて再提案すべきであることを繰返し申し入れます。

以上

〈資料23〉

決議

現在参議院において審議されている老人保健法案については、健保連はすでに再三にわたって問題点を指摘してきたところであるが、この法案においては、年々急増する老人医療費の適

正化について有効な対策が講じられておらず、また、保険者の医療費拠出金の負担について何らの歯止めの措置がない。

また、さきの臨時国会における衆議院の修正によつて、老人保健審議会の審議事項が三つに分断され、医療費支払方式に関する審議は中央社会保険医療協議会（中医協）に委ねられることになったが、これでは制度の総合的、一体的な運営を確保することができず、また、中医協については、その構成やこれまでの運営の経緯からみて、医療費の支払方法について適正な審議を期待することができない。

このような法案がそのまま実施されるならば、老人医療費は徒らに膨張の一途をたどり保険制度の財政を破綻に陥れることは明らかであり、われわれは断じてこれを容認することができない。

したがって、われわれは、次の事項について法案の修正を強く要求するものであり、この条件が満たされない限りこの法案の成立に絶対反対する。

このような修正が不可能な場合は、この国会においては審議未了とし、あらためてこれらの条件を容れた法案を再提案すべきである。

記

一 保険者の医療費拠出金について、法施行初年度における負担額以上の負担が課されることのないよう、明確な歯止めの措置を講ずることとし、これを法定せよ

二 老人保健制度の実施に先立ち、医療費支払方式を根本的に見直すこととし、その旨を法文上明確にするとともに、医療費の適正化対策を強化せよ

三 老人保健制度に関するすべての事項は老人保健審議会において一元的に審議できるようにせよ

昭和五七年四月二一日

健康保険組合連合会臨時総会

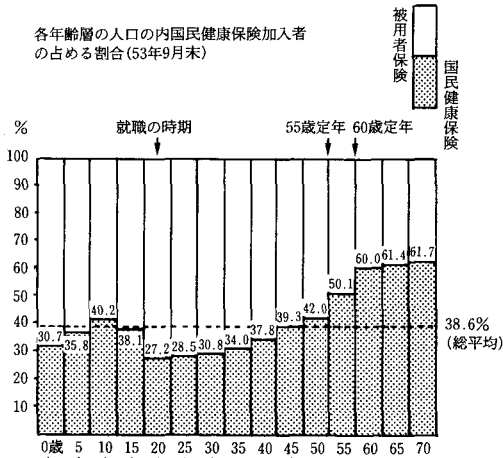
〔資料24〕

老人保健法案に関する要望（全国町村会）（抄）

国民健康保険には、被用者保険から定年退職者等が流入するため、本来、各被用者保険が負担すべき高齢者の医療費の負担が、国民健康保険へ添加され、保険税（料）をとくに重くしております。

これは国民健康保険の加入者に対する負担のしわよせであるのみならず、被用者保険の加入者にとっても退職後の大きな不安となっております。

定年退職後の被用者は国保へ流入しています。



○この表は、国民健康保険の加入者が、就職期の20歳代に急減し、退職期の55歳から急増していることをよく示しています。
 ○老人保健法案では、この図の一番右側(70歳以上の者)の負担を約10%分だけ是正することになります。

現在、国会で審議中の老人保健法案は、このような負担を部分的ながら是正するものであり、また、本年度の国ならびに地方の予算も老人保健法の一〇月実施を前提に編成されており、同法案の成立の遅延は、国民健康保険財政の破綻につながり、国民皆保険体制の基盤を危うくする恐れがあります。

よって、その速やかな成立をはかられるよう強く要望いたします。

修正事項一覽

資 一 次年度以降の保険者拠出金の加入者按分率は、老人保健制

度の実施に伴う保険者の負担増が著しく大きくならないよう、毎年 of 老人人口の増加率等を勘案して、毎年度、政令で定める率とし、この法律の施行後三年以内を目途として見直すものとする。

二 一により加入者按分率を政令で定めるに当たっては、厚生大臣はあらかじめ老人保健審議会の意見を聴くものとする。

三 被用者保険本人の入院時一部負担金は、当分の間、健康保険法による負担額（一万五、〇〇〇円）を限度とすること。

四 その他保険者の拠出金等について所要の修正を行うこと。

(1) 拠出金算定上の老人加入率の範囲を明らかにすること。

(2) 拠出金の納付が困難な保険者に対し、その一部の納付の猶予を認めること。

(3) 事務費拠出金の算定を各保険者の加入者数のほか、審査

支払事務費の額に応じ行うものとする。

(4) 健康保険の老人保険料は従来の保険料と同一の取扱いと

すること。

(5) 健保連が行う共同事業の対象に拠出金を加えること。
その他

① 健康手帳は、四〇歳以上七〇歳未満の健康診査を受け
た者を含め希望者にも交付することができるよう交付対
象を法律上限定しないものとする。

② 医療は七〇歳以上となった日又はねたきり等の認定を
受けた日の属する月の翌月から実施するものとする。

③ 市町村は、各保険者に係る七〇歳以上の加入者等に対
する医療に要する費用の額を基金のほか、保険者にも通
知するものとする。

保険者は、市町村に対し、七〇歳以上の加入者等に対
する医療に要する費用に関する文書の提示を求めること
ができるものとする。

④ その他所要の修正を行う。

ア 概算医療費拠出金に係る規定の整備

イ 資料の提出の請求に係る規定の整備

ウ 国共済法、地共済法及び厚生保険特会法の規定の整

備

〈資料26〉

参議院社会労働委員会における附帯決議

〔昭和五十七年八月三日〕

老人保健法案に対する附帯決議

政府は、次の事項について速やかに適切な措置を構すべきである。

- 一 老人医療についての診療方針及び診療報酬は、老人の心身の特性を踏まえて改善を図るものとする。
- 二 差額ベッド、付添看護等の保険外負担を早急に解消するよう努めること。特に私立大学附属病院における不当な差額ベッドの解消を中心として行政指導の徹底を図ること。
- 三 薬価基準の適正化、医療機関に対する指導、監査の徹底、医療費通知制度の普及、高額医療機器の共同利用等の施策を積極的に推進することにより、医療費の無駄を排除し、その適正化を図ること。
- 四 レセプト審査の改善充実を図るため、社会保険診療報酬支払基金の審査委員、職員の増員を図るとともに、コンピュータを活用した統計的審査方式の積極的導入を図ること。
- 五 老人保健事業の円滑な実施を図るため、市町村に地域の関係者からなる連絡協議組織を設けるよう指導すること。

六 老人保健法に基づく歯科の保健事業の確立、特に歯槽膿漏等に対する歯科健診の導入に努めること。

七 老人医療におけるはり、きゆう、マッサージの取扱いは、その需要にこたえられるよう特段の配慮をすること。

八 痴呆を主とした老人の精神障害に対応するための施設の整備を行うとともに、老人精神障害対策に関する専門的な調査研究を進める等総合的な対策を講ずること。

九 多数の原爆被爆者を抱えているため新たに担当の医療費負担が発生する地方公共団体については、その実情を踏まえ、適切かつ十分な財政措置を講ずること。

一〇 退職者医療については、本格的な制度の実施に向けて、このため本年秋頃を中途に社会保険審議会に諮ること。

一一 老人の保健医療と密接な関連を有する年金、福祉サービス、雇用、住宅等に係る老人福祉対策の一層の充実を図るとともに、老人問題に関する総合的な研究体制の整備について検討すること。

右決議する。

衆議院社会労働委員会における附帯決議

資

〔昭和五七年八月九日〕

老人保健法案に対する附帯決議

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について、速やかに適切な措置を講ずるよう配慮すべきである。

一 老人医療についての診療方針及び診療報酬は、老人の心身の特性を踏まえて改善を図るものとする。

二 医療を受ける老人の負担を軽減するため、差額ベッド、付添看護等の保険外負担を早急に解消するよう、所要財源の確保と行政指導の一層の徹底を図ること。特に、私立大学附属医院における保険外負担の解消について格段の努力をすること。

三 薬価基準の適正化、医療機関に対する指導、監査の徹底、医療費通知制度の普及、高額医療機器の共同利用等の施策を積極的に推進することにより、医療の無駄を排除し、その適正化を図ること。

四 レセプト審査の改善充実を図り、特にレセプトが迅速に保険者に送付されるよう努めること。

五 社会保険診療報酬支払基金における老人保健業務の実施に

伴い、要因の確保その他業務体制の充実強化と審査体制の整備を推進すること。

六 医療機関等の適正配置を含め地域医療の推進を図るため、必要な法制の整備に努めること。

七 医療以外の各種の保健事業が効果的に実施されるよう、保健婦その他の医療関係者の質量両面にわたる養成確保及び保健所等必要な施設設備の整備充実に格段の努力を払うとともに必要な予算措置を講ずるよう努めること。

八 老人保健事業の円滑な実施を図るため、市町村に地域の関係者からなる連絡協議組織を設けるよう指導すること。

九 老人医療のうち、歯科における加齢による咬合障害を伴う欠損補綴の取扱いに対しては、特に改善を図るとともに歯科保健事業の確立と歯周病等に対する歯科健診の導入に努めること。

一〇 老人医療におけるはり、きゅう、マッサージの取扱いについては、その需要にこたえられるよう特段の配慮をすること。

一一 痴呆を主とした老人の精神障害に対応するため、精神病床その他の施設の整備を行うとともに、老人精神障害対策に関する専門的な調査研究を進める等総合的な対策を講ずること。

- と。
- 一二 多数の原爆被爆者を抱えているため新たに担当の医療費負担が発生する地方公共団体については、政府はその負担について従前の実績を踏まえ、適切かつ十分な財政措置を講ずること。
- 一三 退職者医療制度についての検討を急ぐこと。
- 一四 老人の保健医療と密接な関連を有する年金、福祉サービス、雇用、住宅等に係る老人福祉対策の一層の充実を図ること。
- 一五 本格的な高齢化社会の到来に対応し、老人問題に関する総合的な研究体制の整備について検討すること。