

# 1986年と1991年の老人保健法改正過程の比較研究

——高齢者医療の費用負担をめぐる財政問題を中心に——

漆 戸 宏 宣

平成30年11月7日受理

Comparative Study of the Partially Amending Process of the Health and Medical Services Law for the Aged in 1986 and 1991  
—— With a Focus on the Public Financial Problem over the Expense Burden of the Medical Services for the Aged ——

Hironori URUSHIDO

## 目 次

- 1 はじめに
- 2 両改正期における国民医療費と医療保険財政の状況
- 3 1986年老人保健法改正
  - 3.1 1986年老人保健法改正による老人保健制度の改革に関する議論の沿革
  - 3.2 関係アクターの対応
    - 3.2.1 日本医師会（日医）
    - 3.2.2 健康保険組合連合会（健保連）
- 4 1991年老人保健法改正
  - 4.1 1991年老人保健法改正による老人保健制度の改革に関する議論の沿革
  - 4.2 関係アクターの対応
    - 4.2.1 日医
    - 4.2.2 健保連、連合、日経連
- 5 両改正の財政的影響
- 6 今後の議論に与える示唆

## 1 はじめに

本論文は、1986年と1991年の二つの同じ「老人保健法改正」の過程を比較することを主眼とした研究であり、この比較を通じて高齢者医療の費用負担をめぐる財政問題を論ずるものである。医療保険制度改革をめぐる政策形成過程に関する論文を見た場合、例えば加藤のように、医療をはじめとする社会保障政策や社会保障の財政支出をめぐる政策形成過程について論ずるという方向が主であるように思われる（加藤

（1991）、加藤（1995））。加藤論文を含めた先行研究においては、多くが、政治家、日医、健保連、財界などの関連するアクターのうち、単独または複数のアクターについて、政策担当者、関係者、関係団体らの著作、発言、出版物等から、アクターの行動やアクター間の関係などを考察する方向の研究となっている。このうち、本論文で主たる研究対象とする86年と91年の老人保健法改正に関する主な先行研究だけでも、86年の老人保健法改正の過程を関係アクターの対応を含めて論じた高橋（1988）や、91

年の老人保健法改正の過程を政治過程の観点から扱い特に国会における審議過程を詳述した櫻井(2003)、91年改正当時の厚生省老人保健福祉部長で、同じく立法過程の観点から扱った岡光(1992)、91年の改正の結果創設された老人訪問看護制度の創設過程を扱った野村(2015)がある。これらの先行研究の成果は大変興味深いものが多く、いずれの研究においても、医療保険制度改革をめぐる政策形成過程においては、関係する各アクターの利害が複雑に錯綜しているという意味での共通点がある。本論文もこれらの研究の手法を受け継ぎつつも、このような成果が、ある特定の年度における医療保険制度改革のみにアドホックにあてはまるだけなのか、複数の改革の事例について一般的にあてはまるのか、そして、その後や今現在、あるいは将来の医療保険制度改革の論議や、医療費の費用負担をめぐる論議に対して与える示唆はどのようなものであるか、という点については、いまだ十分に解明されているとは言えないのではなからうか。しかも、この点をとりわけ財政という観点から考察した先行研究は皆無であるように思われる。加えて、① 財政難が深刻であった86年の改正と、比較的財政に余裕であった91年の改正には、背景やたどった経過に共通点と相違点があるのではないかと思われ、さらに、② 両者の帰結には、今現在や将来の医療費の費用負担をめぐる医療保険制度改革の論議に対して与える示唆もあるのではないかと思われる。よって、本論文では、これら二つの点を明らかにするべく、高齢者医療の費用負担(具体的には、公費負担、各保険者からの拠出金、高齢者の患者自己負担)をめぐる財政問題を中心に、研究を進めていくこととしたい。

## 2 両改正期における国民医療費と 医療保険財政の状況

両改正期の医療費については、医療費の伸びは国民所得の伸び率程度に止め、国民負担率が上昇しないようにするとの旨の第二次臨時行政

調査会の答申内容(第二次臨時行政調査会(1982))もあり、この観点から見ると重要であると思われる。表1の通り国民医療費の年次推移を見た場合、70年代の石油危機の時期以降、74年度から82年度までの間、80年度を除き、国民医療費の伸び率が国民所得の伸び率を上回っていたが、83年度から85年度までは下回った。これは、83年の老人保健法の制定と84年の健康保険法等の改正の影響が大きいと考えられるが、85年度に入ると一時鈍化した国民医療費の伸び率の幅が再び拡大しはじめ、86年度と87年度は国民医療費の伸び率が国民所得の伸び率を上回った。その後88年度から91年度までは再び下回るようになった。一方、老人医療費の伸び率は、88年度と90年度を除き、この間一貫して国民所得の伸び率を上回っていた。よって、特に86年改正については医療費抑制の観点から対策が求められていたと言えよう。

次に、表2の通り主な医療保険財政の年次推移を見た場合、まず組合管掌健康保険(組合健保)の収支を見ると、79年度以降黒字幅が一貫して増加しており、85年度の4,866億円の黒字をピークに、その後は黒字幅が一時縮小したものの、87年度から91年度にかけて再び増加している。しかしながら、表の数値は繰越金等を含んだ数値であり、経常収支を見た場合、両改正期には、健康保険組合連合会『社会保障年鑑』1988年版～1995年版によると、86年度2,421億円の黒字、87年度2億円の赤字、88年度8億円の赤字、89年度1,075億円の黒字、90年度2,313億円の黒字、91年度3,122億円の黒字、92年度2,134億円の黒字、93年度1,133億円の黒字であった。また、政府管掌健康保険(政管健保)の収支を見ると、80年度に325億円の赤字であったものが、81年度以降は黒字が続き、同じく85年度の3,010億円の黒字をピークに、こちらもその後は黒字幅が一時縮小したものの、87年度から91年度にかけて再び増加している。一方、市町村国民健康保険(国保)の決算収支を見ると、一貫して黒字である。し

表1 国民医療費、老人医療費、国民所得の推移（70年代半ばから90年代前半）

	国民医療費 (億円)	増減率 (%)	老人医療費 (億円)	増減率 (%)	国民所得 (億円)	増減率 (%)
1973	39,496	16.2	4,289	…	958,396	23.0
1974	53,786	36.2	6,652	55.1	1,124,716	17.4
1975	64,779	20.4	8,666	30.3	1,239,907	10.2
1976	76,684	18.4	10,780	24.4	1,403,972	13.2
1977	85,686	11.7	12,872	19.4	1,557,032	10.9
1978	100,042	16.8	15,948	23.9	1,717,785	10.3
1979	109,510	9.5	18,503	16.0	1,822,066	6.1
1980	119,805	9.4	21,269	14.9	2,038,787	11.9
1981	128,709	7.4	24,281	14.2	2,116,151	3.8
1982	138,659	7.7	27,487	*13.2	2,201,314	4.0
1983	145,438	4.9	33,185	*20.7	2,312,900	5.1
1984	150,932	3.8	36,098	8.8	2,431,172	5.1
1985	160,159	6.1	40,673	12.7	2,605,599	7.2
1986	170,690	6.6	44,377	9.1	2,679,415	2.8
1987	180,759	5.9	48,309	8.9	2,810,998	4.9
1988	187,554	3.8	51,593	6.8	3,027,101	7.7
1989	197,290	5.2	55,578	7.7	3,208,020	6.0
1990	206,074	4.5	59,269	6.6	3,468,929	8.1
1991	218,260	5.9	64,095	8.1	3,689,316	6.4
1992	234,784	7.6	69,372	8.2	3,660,072	-0.8
1993	243,631	3.8	74,511	7.4	3,653,760	-0.2

(出所)

厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室「国民医療費」2018年10月31日アクセス、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>厚生労働省保険局調査課「後期高齢者医療事業状況報告」2018年10月31日アクセス、[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryuhoken/database/seido/kouki\\_houkoku.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryuhoken/database/seido/kouki_houkoku.html)

(老人保健制度の創設に伴う対象者の拡大のため、老人医療費については、81年度と82年度、82年度と83年度は単純に比較できない。)

かしながら、表の数値は繰越金等を含んだ数値であり、厚生省が87年9月2日に社会党の国保問題対策特別委員会に示した資料によれば、収入総額から繰越金、基金からの繰入金を除いた市町村国保の単年度経常収支は、84年度には1,064億円の赤字、85年度には1,770億円の赤字であった（『週刊社会保障』1987年9月14

日）という。この方法に従い筆者が試算したところ、両改正期には、86年度1,767億円、87年度144億円、88年度692億円、89年度839億円、90年度390億円、91年度214億円、92年度265億円、93年度703億円のいずれも赤字であった。上記より、80年代半ばから90年代前半の医療保険財政の収支を考察した場合、

表2 組合健保、政管健保、国保の収支（70年代半ばから90年代前半）（単位：億円）

	組合健保			政管健保			国保（市町村）		
	収入	支出	収支	収入	支出	収支	収入	支出	収支
1976	16,245	15,125	1,120	17,354	17,915	-561	20,907	20,330	577
1977	18,448	16,726	1,721	19,944	20,097	-153	24,139	23,157	983
1978	20,563	18,859	1,703	23,348	23,222	126	28,474	27,427	1,047
1979	21,992	20,304	1,688	25,583	25,606	23	31,911	30,804	1,107
1980	23,763	22,008	1,755	27,911	28,236	-325	35,879	34,603	1,276
1981	26,270	23,678	2,592	31,240	30,471	769	39,314	38,208	1,106
1982	28,575	25,605	2,971	33,598	32,987	611	41,600	40,592	1,009
1983	30,696	27,507	3,188	35,212	34,607	605	40,914	38,979	1,935
1984	32,654	29,007	3,647	36,935	34,895	2,040	43,467	41,920	1,547
1985	36,075	31,209	4,866	37,931	34,921	3,010	48,646	47,987	659
1986	37,430	33,648	3,782	38,716	38,136	580	52,459	52,344	115
1987	39,879	37,311	2,568	41,995	41,993	2	54,386	53,126	1,260
1988	42,074	39,475	2,599	43,902	43,415	487	56,502	54,976	1,527
1989	44,617	41,358	3,259	47,824	45,637	2,187	59,451	57,889	1,562
1990	48,740	44,542	4,218	53,369	49,937	3,432	60,765	58,789	1,976
1991	52,297	47,765	4,532	58,006	54,259	3,747	62,631	60,152	2,479
1992	55,165	51,343	3,822	60,093	59,347	746	65,756	62,923	2,834
1993	57,290	53,851	3,439	61,818	62,753	-935	67,973	65,195	2,778

(出所)

健康保険組合連合会『社会保障年鑑』、1978年版～1995年版（組合健保のデータ）

厚生統計協会『保険と年金の動向』、1977年版～1994年版（政管健保のデータ）

厚生省保険局『国民健康保険事業年報』、1976年度版～1993年度版（国保（市町村）のデータ）

後述の加入者按分率の引き上げによるとみられる影響から組合健保と政管健保は80年代後半に落ち込みが見られたこと、国保はこの間一貫して実質的に赤字であったということを念頭に置いておく必要があろう。

### 3 1986年老人保健法改正

#### 3.1 1986年老人保健法改正による老人保健制度の改革に関する議論の沿革

80年代半ば頃の厚生省の予算編成の過程について見た場合、毎年度の予算において、高齢

化の進行に伴う医療費や年金給付の増加といった、いわゆる当然増の増加が予測されていた。しかしながら、この頃の日本の財政状況を見ると、石油危機などを受けた財政難とそれに伴う「増税なき財政再建」が志向されていた時期であった。

84年度の予算編成では、厚生省予算の当然増の額が9,000億円に上るのに対し、概算要求段階で認められた増加枠は2,088億円のみであり、同年度の健保法等改正による医療保険制度の変更等により6,200億円を削減しなければならなかった（財務省財務総合政策研究所財政史

室編(2004), p. 471)。85年度の予算編成においても、当然増の額が6,500億円と見込まれるうち、医療費の適正化で約1,000億円を削減の上、生活保護費や老人福祉施設保護費等の補助率の一割引き下げにより2,100億円を削減することで概算要求を行い、この段階で3,420億円の増額が認められた(財務省財務総合政策研究所財政史室編(2004), pp. 521-522)。86年度の予算編成では、当然増の額が約1兆5,100億円と見込まれるうち、厚生年金の国庫負担減額措置の継続により約4,300億円、本稿の考察対象となる老人保健法の改正による高齢者自己負担の引き上げにより1,900億円、医療費の適正化により約1,300億円削減し、その上生活保護費や老人福祉施設保護費等の補助負担率一割引き下げの継続で3,600億円を削減することにより、概算要求段階で3,928億円の増額が認められた(財務省財務総合政策研究所財政史室編(2004), pp. 569-570)。従って、86年の老人保健法改正は、厚生省の86年度の歳出削減策の一環として行われたと言えよう<sup>1)</sup>。

上記のように、医療費や国家財政を取り巻く状況があった一方、83年2月に発足した老人保健制度においては、高齢者の患者本人の一部自己負担の他、老人医療費の3割を公費負担、7割が各医療保険からの拠出金でまかなわれることとなっていた。この各医療保険間の拠出金の算定方式については、老人保健法で3年以内を目途に見直すこととされていた<sup>2)</sup>こともあり、後の86年の老人保健法改正につながる議論も開始された<sup>3)</sup>。

厚生大臣の諮問機関である老人保健審議会(老健審)では、85年3月18日の審議会で、7月を目途に老人保健制度の改革の方向を示した建議をまとめ、厚生大臣に提出することを目指し、議論が開始された(『朝日新聞』1985年3月19日(朝刊))。老健審の議論における主な論点は、①高齢者医療に対する医療保険間の拠出割合の見直し(具体的には加入者按分率<sup>4)</sup>の引き上げ)、②高齢者の患者の自己負担の増額(従来の定額制の支払い方式を定率制に変更

するというものを含めてのもの)、③老人病院と特養の中間的な施設(いわゆる中間施設、のちの老人保健施設)の創設、であった。このうち、①と②については、関係アクター間の意見が特に対立していた<sup>5)</sup>。このような各アクター間の意見対立の結果、老健審における意見調整は難航したが、7月18日、老健審は「老人保健制度の見直しに関する中間意見」をまとめた。その内容としては、①医療保険間の拠出割合の見直しに関しては、国保の拠出金の負担を減らし、組合健保や政官健保の負担を増やすべく、加入者按分率を100%とすることを目指すことを多数意見として明記し、②患者の一部自己負担については、定額制を維持した上で、「老人にとって無理のない範囲内で」との条件をつけた上で、負担額を増やすことを検討することを求めた<sup>6)</sup>。さらに、③中間施設の問題に積極的に取り組むべきことなどが盛り込まれた。

上記中間意見に基づき、厚生省内において老人保健法の改正案の策定が本格的に進められた。その結果、厚生省は、8月21日には、86年度予算の概算要求を行うにあたり、加入者按分率を86年度は80%、87年度以降は100%とし、患者の自己負担額を外来は従来は月400円を1,000円に、入院については従来の1日につき300円を500円に引き上げ、また入院当初の二か月としていた自己負担の限度を廃止する方針を固めた。厚生省では、この方針を86年度予算案に盛り込んだ上で、次期通常国会には老人保健法の改正案を提出し、86年6月からの実施を目指していた(『朝日新聞』1985年8月22日(朝刊))。加入者按分率の変更に伴い、特に国保の拠出金が減ることによる国庫負担の減少や、患者の自己負担の増額に伴う医療費の抑制により、制度改革をしなかった場合に比べ、86年度の国庫負担が約2,000億円減ることが見込まれた(『日本経済新聞』1985年8月22日(朝刊))。同年末の予算編成においても、上記概算要求に沿った予算内容が認められた一方、法案化作業が進められた。その結果、翌86年1月

20日には老健審に、同27日には社会保障制度審議会(社制審)に「老人保健制度改正案要綱」がそれぞれ諮問されるに至った。これに対し、2月6日に老健審から、同10日には社制審から、それぞれ答申がなされ、おおむね了承された。

老人保健法改正案は、86年2月14日には閣議決定の上第104回通常国会に提出された。だが、予算案や国鉄改革など他の重要法案の審議の関係や、同年夏に予定されていた参議院選挙(この選挙は結果として衆参同日選挙となった)などに対する思惑<sup>7)</sup>から、4月11日に衆議院本会議での趣旨説明と質疑が行なわれて審議入りした後、17日の社会労働委員会での趣旨説明と質疑を皮切りに、およそ週一回のペースで質疑が進められたものの、会期末の5月22日までは、同改正案は議了せず、継続審議となった。さらに、6月2日の第105回臨時国会における衆議院解散に伴い、一旦廃案となった。

その後同改正案は、86年の衆参同日選挙後の9月11日、第107回臨時国会に再提出された。ただし、当時懸案となっていた国鉄民営化法案や減税法案をめぐる与野党の対立との関係から、老人保健法改正案の質疑は、これらの法案の動向に左右されがちであった。老人保健法改正案は、10月17日に衆議院本会議での趣旨説明と質疑が行なわれて審議入りした後、23日の社会労働委員会での提案理由の説明と質疑を皮切りに、およそ週1回のペースで質疑が進められた。質疑の進む過程で、自民党は、11月13日、同委員会理事会に修正案を提示した。修正案の主な内容としては、① 加入者按分率については、86年度は80%、87年度以降は100%だったものを本則100%とした上で、86年度は80%、87年度から89年度までは、90%、90年度以降は100%とする、② 患者の外来自己負担額は、月1,000円だったものを800円とする(入院時の自己負担については、原案通りとする)、③ 老人保健施設に関する規定については原案通りとする、④ 施行日時は12月1日とする、というものであった(『朝日新聞』1986年11月21日(朝刊)a, 同b)。そ

の後11月20日には、同委員会、翌21日には、衆議院本会議において修正案は可決され、参議院に送付された。

参議院では、11月26日に本会議での趣旨説明と質疑が行なわれた後、翌27日の社会労働委員会で趣旨説明が行なわれた。参議院においても、質疑の進む過程で、再修正案が提示された。再修正案の主な内容としては、① 加入者按分率については、90年度までの間に保険者の拠出金の算定方法等に関して検討を行ない、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする<sup>8)</sup>、② 入院時の自己負担額は、原案の1日につき500円を400円に引き下げることにするが、低所得者については、入院当初の二か月を限度とした上で1日につき300円の自己負担という現行制度を維持する、③ 老人保健施設等については、法的位置づけ及びその適正な配置について検討するものとする、④ 施行日時は87年1月1日とする、というものであった。その後12月18日には、同委員会、翌19日には、参議院本会議において再修正案は可決された。再修正案は同日のうちに衆議院に回付された上で、本会議で可決、成立し、同月22日に改正老人保健法は公布された。

### 3.2 関係アクターの対応

#### 3.2.1 日本医師会(日医)

老健審において老人保健制度改革の議論が始まったことを受け、日医は、早くも85年3月22日には、羽田会長が自民党の金丸幹事長を都内の事務所に訪ね、「老人医療の自己負担が強化され受診の抑制につながるような結果をまねかないよう自民党として「慎重な配慮」をするよう要請した」(『日本経済新聞』1985年3月23日(朝刊))。また、日本医師会(1997)によると、患者一部負担については、厚生省がかかった医療費の5%程度の定率負担をする定率制の導入構想を示したのに対し、日医は、患者負担は老人医療費全体の1.6%程度とされていたから5%の定率負担は3倍の負担増となることから強硬に反対し、6月28日には「受診

を抑制する患者の一部負担強化には絶対反対であり、加入者按分率を100%にすることを強く主張する」との声明書を発表した（日本医師会（1997）、p.185）<sup>9)</sup>。また、老健審の上記中間意見を受け、8月末には「患者負担引き上げは老人の生活を無視した暴挙」とする文書を都道府県医師会長に送り、国会議員に対して反対運動を促すよう求めた（日本医師会（1997）、pp.185-186）。その後も86年1月23日に、老人保健法改悪（一部負担増額）反対全国医師大会を開催するなど、一部負担の増額には強く反対した（日本医師会（1997）、p.188）。日医の羽田会長は、加入者按分率について「当然100%にすべきである。この点については65年度を目標であるけれども、こちら側の言い分を通すことができたと考えている」との見方を表明する一方、「一部負担については、据え置きということを私共は主張していた」（『日医ニュース』1986年12月5日）<sup>10)</sup>とした。このように、日医は、患者自己負担の増額に反対、加入者按分率の引き上げについては賛成の立場であった。

### 3.2.2 健康保険組合連合会（健保連）

健保連では、85年6月18日の緊急理事会において、患者負担の増額に関しては、定額負担から定率負担に変更し、医療保険制度ごとの負担割合は現行規定通りとすることなどを求める決議を行った（『日本経済新聞』1985年6月19日（朝刊））。また、85年8月26日の常任理事会では、加入者按分率の変更について、「実質増税となる加入者按分率の拡大に対し断固反対する」との声明を採択し、厚生省に反対を申し入れた（『朝日新聞』1985年8月27日（朝刊））。さらに、10月30日の全国大会でも「実質増税であり断固阻止する」との決議を採択した（『朝日新聞』1985年10月31日（朝刊））。このように、健保連は、患者自己負担の増額には賛成、加入者按分率の引き上げについては反対の立場であった。

## 4 1991年老人保健法改正

### 4.1 1991年老人保健法改正による老人保健制度の改革に関する議論の沿革

先述のように、86年の老人保健法改正では、各保険者の拠出金の算定方法等について90年度までに所要の措置を講ずるものとされており、まずその観点から法改正が求められていたと言えよう。また、91年の法改正において浮上してきた論点としては、「介護」の問題が挙げられよう。89年のゴールドプランの策定、そして、90年の老人福祉法改正に続く、高齢化社会に向けた一連の改革として、介護問題への対応を中心とした老人保健法の改正の必要性が生まれてきたと言うことが出来るであろう。さらに、健保連を中心に、加入者按分率が100%に引き上げられることの見返り的に高齢者医療の公費負担の割合を3割から引き上げることを求めていたが、この点も重要な論点であったと言えよう<sup>11)</sup>。

上記の90年の見直し規定を踏まえ、老健審が見直しのための議論を開始したのは88年10月のことである<sup>12)</sup>。老健審は、現行の老人保健制度の問題点等について議論を進め、翌89年12月18日には、「老人保健制度の見直しに関する中間意見」を厚生大臣に提出した。この中間意見は、介護問題にも力点を置きつつあり、その結果、89年のゴールドプランの策定や90年の老人福祉法改正につながったと言えよう。他方、拠出金、公費負担、患者一部負担などの高齢者医療の費用負担の問題については、「それぞれの課題をめぐり関係者間において意見を異にする部分が多いが、この問題は老人保健制度の根幹に関わるものであるため、本審議会において更に検討を重ねていくこととする」とされ、その結果90年度の老人保健法改正は見送られることになった<sup>13)</sup>。その後も老健審においては、審議会の中に「老人保健制度研究会」を設けて集中的に議論を行なうなど、議論は進んだ。同研究会では、患者一部負担については、定率制、定額制それぞれのメリット、デメリット

トを列記したほか、自動改定措置（後のスライド制につながるもの）についても言及し、公費負担の拡大についても、一律に公費負担割合を引き上げることには慎重な姿勢を示す一方、介護の部分に注目した公費負担の引き上げについて言及するものであった。そして、90年12月21日には、老健審は「老人保健制度の見直しに関する意見」を厚生大臣に提出した。ここでは、患者一部負担について、現行の定額制を維持しつつ見直すことで意見の一致を見た。その結果、同日夜行なわれた91年度予算編成の閣僚折衝において、患者の一部負担額を外来一か月1,000円、入院一日800円にそれぞれ引き上げると共に、介護費用に限り公費負担を5割に引き上げることで一致した。翌91年に入り、前年末の決定を踏まえ、厚生省内では、法律案の策定を進めると同時に、改正内容について老健審及び社制審に対して諮問し、それぞれから、1月29日、2月5日に答申が行なわれ、おおむね了承するという回答が得られた。その結果、老人保健法改正案は、2月12日に閣議決定され、同日第120回通常国会に提出された。

だが、予算案質疑の関係や4月に統一地方選挙を控えていたこともあり、老人保健法改正案は、当初質疑に入ることが出来なかった。同改正案は、4月11日に衆議院本会議での趣旨説明と質疑が行なわれた後、同日社会労働委員会での趣旨説明が行われた。翌12日、同委員会での最初の質疑を皮切りに質疑が進められたが、連休後の5月8日までの会期内には議了せず、継続審議となった。続く第121回臨時国会では、社会労働委員会が分離され、厚生省の関連法案を所管する厚生委員会が新設されたことから、老人保健法改正案の質疑もこちらに移ることとなり、8月30日の質疑を皮切りに、質疑が進められた。同日、社会・公明・民社・進民連・連合参議院の、共産党を除く野党5党派により共同修正の提案がなされた。これに対して、自民党は9月5日に回答を行なったが、その結果、修正案の提出が同意された。修正案の主な内容としては、① 公費負担5割の対象に

老人訪問看護療養費を追加する、② 患者の一部自己負担を平成3・4年度は入院一日600円、外来一か月900円、平成5・6年度は入院一日700円、外来一か月1,000円に圧縮する、③ 平成7年度以降の患者自己負担は老人医療費ではなく消費者物価を指標としてスライド制を実施する、ということが定められた。野党側はスライド制の撤回を求める立場から、この点については不満を残しながらも抵抗はせず、9月10日には、同委員会での修正案の趣旨説明と採決が行なわれ、修正案は可決された。翌11日には、衆議院本会議での委員長報告と討論の後、同修正案は可決され、参議院に送付された。

参議院においても、9月12日の厚生委員会で趣旨説明と質疑が行なわれたことを皮切りに同委員会での質疑は続いた。質疑の進む過程で、共産党を除く与野党間で再修正が同意された。再修正の主な内容としては、① 公費負担割合拡大対策の追加（精神病院の老人性痴呆疾患療養病棟の入院医療費を追加）、② 検討条項の新設（スライド規定及び老人保健制度についての検討）、の二点である。その後9月24日には、同委員会での再修正案の趣旨説明と採決が行なわれ、再修正案は共産党を除く各党各会派の賛成多数により可決された。翌25日には、参議院本会議での委員長報告と討論の後、再修正案は可決された。再修正案は、衆議院に回付され、27日、本会議で可決、成立し、10月4日に改正老人保健法は公布された。この当時、自民党は参議院では過半数割れの状況にあったが、上記のように、政府・自民党は、野党の協力も得て、改正案の成立にこぎつけたということが出来よう。

## 4.2 関係アクターの対応

### 4.2.1 日医

これまでの多くの医療保険制度改革とは異なり、91年改正に対する日医の反対姿勢は皆無であったといえよう。『日医ニュース』によれば、日医はこの改正を「『おおむね妥当』と評価している」（『日医ニュース』1991年10月20日）



とした。日医は、とりわけ、老人訪問看護制度の創設を高く評価した上で、公費負担割合の拡充や高齢者の患者自己負担の増額についても支持しないしは容認する立場をとった<sup>14)</sup>。

#### 4.2.2 健保連、連合、日経連

健保連は、88年2月、老人保健制度については、医療保険を廃止し、間接税中心の制度とすることを求める一方、次善の策として、当面老人医療費に対する公費負担率を5割に拡大することを求める「提言」を発表した。健保連の有吉会長は、89年2月23日の総会において、老人保健制度について当面実現すべき目標を88年2月の「提言」の「老人医療費の全面的公費負担による再編成」の基本方針を段階的に進める第一歩として、「老人医療費の公費負担を、現行の30%から少なくとも50%とする」との改革案を示した（健康保険組合連合会編（1993），p. 462）。この「公費負担5割への拡大案」は、健保連が目標実現のため、財界、労働界への共同要請の働きかけを強めるなかで、統一的な要求として次第に固まっていった」（健康保険組合連合会編（1993），p. 462）という<sup>15)</sup>。89年1月30日ならびに7月3日には、旧連合の堅山会長と日経連の鈴木会長による首脳会談が行なわれ、医療政策に関しては、健保連を含めた三者会談を行うことで合意した（『WEEKLY れんごう』（旧連合発行）第54号，1989年2月3日，同第75号，1989年7月14日）。そして、9月29日には、健保連の八木副会長、旧連合の山田事務局長、日経連の小川専務理事による三者の幹部会談が行なわれたが、ここにおいても、公費負担5割への拡大などの合意がなされ、今後もその実現に向け三者で一致協力していくことが確認された（健康保険組合連合会編（1993），p. 463。『WEEKLY れんごう』（旧連合発行）第84号，1989年10月6日）。

しかしながら、上記の通り、90年度の老人保健法改正は見送られることとなった。その代わり、暫定措置として、老人保健基盤安定化措置と称し、被用者保険の財政支援のため、900億円の国庫補助（特別保健福祉事業750億円、

老人保健健康増進等事業150億円）が支出されることとなった<sup>16)</sup>。一方、先の86年改正により、加入者按分率は90年度には100%になろうとしていたが、このことは、組合健保の財政の悪化につながるものであった。そのため、健保連は再三にわたり、政府・自民党に対して老健拠出金の激増によって財政窮迫に陥っている健保組合に対する国庫補助の拡大強化を求め続けた（健康保険組合連合会編（1993），p. 395）。他方、岡光編（1993）によれば、健保連は「加入者按分率100%以降の負担の増大を実質的に抑制することを要望した」（岡光編（1993），p. 97）という。特別保健福祉事業などの予算措置は、このような健保連の要求を受けてのものとも言えよう。

このように、90年度の法改正は見送られたが、翌91年度の法改正を目指し、健保連、連合、日経連三者の連携のための動きも進んでいった<sup>17)</sup>。その結果三者は12月6日に「老人保健制度改革への共同提言」にまとめ、同提言に基づき、同日、健保連の八木副会長、連合の山田事務局長、日経連の小川専務理事が津島厚相に、また翌7日には、健保連の有吉会長、連合の山岸会長、日経連の鈴木会長が海部首相と橋本蔵相に対し、91年度政府予算案に盛り込むよう申し入れを行なった（健康保険組合連合会編（1993），p. 473。『WEEKLY れんごう』第46号，1990年12月14日）。その内容は、公費負担割合の5割への引き上げ、公費負担割合の引き上げを前提とした患者一部負担の見直し、患者一部負担の定額制の維持を柱とするものであった。健保連、連合、日経連の三者は、公費負担の拡大では合意していたが、患者一部負担については、健保連、日経連が定率制による引き上げを求めていたのに対し、連合は現行定額制を基調に一部負担の引き上げには消極的な立場をとっていた。そのため、三者間で意見調整を続けた結果、「公費負担の拡大を前提に、現行定額制による患者一部負担の見直し」で合意した（健康保険組合連合会編（1993），pp. 472-473）<sup>18)</sup>。

この三者の連携は、91年改正の実現に際し

て、大きな影響力を発揮したと見てよいと思われる<sup>19)</sup>。実際、健保連、使用者団体たる日経連、労働団体たる連合の三者は、「共同提言」を取りまとめて統一行動に成功した。また、このことは、連合が強い影響を持つ野党各党の国会での行動という点においても大きな意味をもったと言え、連合と野党5党派の連携が維持されていた<sup>20)</sup>。これらを受け、改正案が成立した91年9月27日には、健保連の有吉会長が談話を発表し、「本日、成立をみた改正老健法は、われわれ健保組合の本来の要求とは隔たりがあるが、基本的にはわれわれの主張に沿って老健制度の改革を一步前進させるもの」であるとして、「これを評価した」（健康保険組合連合会編（1993）、p. 483）。また、同日、連合の山田事務局長も、「社会・公明・民社・社民連・連合参議院の5党派に、「共同修正要求」のとりまとめと一致した取り組みを要請してきた」とした他、「連合はこれまで、日経連、健保連と老人保健制度の改革をめざし、共同提言の発表、共同した取り組みなどを進めてきた。結果的に一部とは言え公費負担の拡大をはかったことは前進であり、さらに制度の拡充をめざして政府が総合的な施策を実施するよう強く求めていく」（『WEEKLY れんごう』第82号、1991年10月4日）との旨の談話を発表した。

## 5 両改正の財政的影響

86年改正については、『参議院会議録』によると、本法施行に伴い、86年度一般会計予算において約873億円の支出減が見込まれていたが、衆議院修正において約259億円、本院修正において約235億円の支出増が見込まれる（第107回国会『参議院会議録』第13号、1986年12月19日、p. 326）との記述がある。よって、これまでの議論もあわせて、86年改正においては、「高齢者の患者自己負担」の増額、「公費負担」のうち国庫負担の抑制、「各保険者からの拠出金」のうち、組合健保など被用者側の拠出金の増額、国保の拠出金の抑制が志向されて

いた<sup>21)</sup>ということとなろう。

また、91年改正については、『参議院会議録』によると、本法施行に伴い、91年度を平年度とした場合、一般会計予算において約80億円の支出減が見込まれていたが、衆議院修正において約215億円の支出増が見込まれるとする一方、本院修正において精神病院の老人性痴呆疾患療養病棟の病床数が一万床の場合は、平年度において約50億円の支出増が見込まれる（第121回国会『参議院会議録』第7号、1991年9月25日、p. 2）との記述がある。まず、政府原案について、約80億円の支出減が見込まれていたという点については、国会質疑において、厚生省側は以下の通り認めている。すなわち、「公費負担」のうちの国庫負担の部分については、介護に関連する公費負担割合を3割から5割にすることに伴い、「公費負担」全体では750億円増加するが、国庫負担と地方負担の負担割合は2:1であるので、約500億円の国庫負担増となることに加え、高齢者の原爆や結核や精神病に関わる医療費のうち、国の負担が約20億の、合計約520億円の国庫負担増となる。一方、①「高齢者の患者自己負担」の増額の総額について、厚生省は政府原案段階で約1,180億円<sup>22)</sup>とみなしていたため、これに伴う直接の国庫負担減は約240億円<sup>23)</sup>となり、また、②国保の負担減は560億円となるが、当時の国庫補助率は50%なので約280億円、さらに、③政管健保の負担減は490億円となるが、国庫補助率は16.4%なので約80億円、合計600億円国庫負担が減るので、差し引き約80億円の支出減ということになる（第120回国会衆議院『社会労働委員会会議録』第11号、1991年4月18日、pp. 27-28）。すなわち、「公費負担」のうち、介護に関連する公費負担割合を3割から5割にすることに伴い、「公費負担」のうちの国庫負担は、増額される。しかしながら、91年の改正では、「高齢者の患者自己負担」が盛り込まれており、これに見合う国庫負担の減額分がある。また、上記の「公費負担」と「高齢者の患者自己負担」の変動により、「各保険者

からの拠出金」が減額されるが、それに見合う国保ならびに政管健保への国庫補助の減額を考慮することになる。よって、当初の政府原案では、国庫負担の減額を企図していたが、外来ならびに入院の増額幅を国会審議段階での修正により半分に圧縮されるなど、結果として、国庫負担はわずかながら増額（-80億円+215億円+50億円=185億円）された。また、厚生省大臣官房老人保健福祉部企画課監修（1992）によると、「各保険者からの拠出金」については、91年度満年度ベースで、老人保健基盤安定化措置を含めて総額2,200億円、健保組合・共済組合の拠出金は被保険者1人当たり5,900円、国保の拠出金は1世帯当たり2,600円、それぞれ軽減されるに至った（厚生省大臣官房老人保健福祉部企画課監修（1992），p.14）。従って、91年改正においては、結果として、「高齢者の患者自己負担」と、「公費負担」のうちの国庫負担の増額、「各保険者からの拠出金」の減額となった。

このうち、「高齢者の患者自己負担」の増額については、先述の通り支払側の健保連や連合、さらに診療側の日医まで、関係アクターが一致して理解を示す中で行われた。また、「公費負担」についても、岡光（1992）は、「制度改革を実現するためには、利害関係者のそれぞれがいわば「得点」をあげ、自分の背後に控えているグループに説明でき納得が得られる内容であることが必要とされる。したがって、各側の顔を立てる配慮が必要であるとともに、皆を納得させ得るような施策の「命題」ないし「哲学」が不可欠である。今回改正では、「介護」がキーワードであり、さらにゴールドプラン、老人福祉法改正に続く一連の改革としての位置付けとなった」（岡光（1992），p.102）としたのに加え、「大蔵省は医療費に対する国費の増加を絶対に認めないという方針を堅持していた。そこで先にも今回改正のキーワードが「介護」であると述べたように、「老人は身体機能の低下により日常生活の介助を要し、今後、介護体制を強化する必要があるので、国費支出の面でも対応すべき

である。従って、介護的色彩の強い部分の公費負担割合を引き上げることとし、介護は福祉的色彩が強いで福祉予算によく見られる50%の補助率にならうこととすべきである」という論理を用いた」（岡光（1992），p.104）としている。すなわち、「介護」というキーワードを強調することにより、介護に関連する公費負担割合を5割に引き上げられることを大蔵省から認められたということとなる。加えて、上記の通り関係アクターも一致して公費負担の拡大を求めていた。さらに、「各保険者からの拠出金」についても、老人保健基盤安定化措置等により、負担の軽減が図られた。

## 6 今後の議論に与える示唆

86年と91年の老人保健法改正を比較した場合、両者の共通点としては、①関係するアクターの存在と主張内容は両時点においてほぼ同じであり、②「高齢者の患者自己負担」の増額という点も同一であった一方、相違点としては、①86年は厚生省の歳出削減策の一環として国庫負担の削減を志向したのに対し、91年には介護の部分に限って「公費負担」の拡大が実現したこと、②86年改正では、関係アクター間の激しい意見対立があったのに対し、91年改正はおおむね好意的であったことが挙げられよう。このように、共通点と相違点はあるが、86年改正の場合、国庫負担の削減を第一義とし、関係アクターの主張の間隙を縫う方法を使ったのに対して、91年の改正が比較的スムーズに進んだのは、財政状況の好転という背景もあったとは言え、特に介護に関連する「公費負担」割合の引き上げと「各保険者からの拠出金」の減額を全面に押し出し、関係アクターや野党、とりわけ保険者の理解を得ることに成功したことにあると思われる。91年の改正は、関係アクターや野党の理解を得て行われたという意味では、特筆すべき医療保険制度改革の事例であろう。

最後に、これらの帰結が、今後の医療保険制

度改革の議論に対して与えると思われる示唆について、述べることにする。高齢者の患者自己負担の増額は、今回考察の対象とした二回の法改正の双方において行なわれた一方、その後行われた小泉内閣期以降の医療保険制度改革では、いわゆる「三方一両損」が強調された被用者保険本人負担の二割から三割への引き上げや、老人保健制度に代わり後期高齢者医療制度の導入などが行われた。今回考察対象とした、二回の法改正を見た場合、患者自己負担の増額については大きな反対運動にはならなかったが、その後の制度改革では高齢者をはじめとした患者の自己負担の増額が続いていることに加え、消費税率の10%への引き上げが目前に迫る現在の状況においては、患者自己負担の大幅な引き上げは政策としては採りにくいであろう。また、医療保険財政の悪化を勧告すれば、現時点においては関係アクターに更なる大幅な負担を求めることも困難であろう。従って、当面改革を行うとすれば、91年の老人保健法改正においてわずかながら行われたような、公費負担の増額が第一の焦点となろう。このことは、社会保障の充実を主眼とした消費税率の引き上げの趣旨との親和性もあるように思われる。ただし、その際、公費負担の増額と言っても、91年の改正がそうであったように、国庫負担の増額に伴い、国保や協会けんぽへの国庫負担が減額される分を含めた場合、純粋な意味での国庫負担額がわずかながらの増額に止まる、ないしは減額されうるのではないかと言う点については特に注視する必要がある。

### 参考文献

- 新聞・逐次刊行物  
 『朝日新聞』  
 「老人保健制度見直し始まる 7月中旬メドに結論」1985年3月19日（朝刊），p.1  
 「マイナス予算，福祉は別扱いを 自民部会など要求方針」1985年5月29日（朝刊），p.2  
 「老人保健審中間報告の取りまとめ難航か 負担割合で利害が相反」1985年7月7日（朝刊），p.3

- 「老人医療費の自己負担，定額増の検討を 保健審中間報告」1985年7月19日（朝刊），p.1  
 「強まる負担 先行する収支合わせ（点検・マイナス予算：中）」1985年7月24日（朝刊），p.9  
 「老人医療の自己負担，61年6月引き上げ 厚生省が法改正案」1985年8月22日（朝刊），p.1  
 「老人保健で健保連が反対声明」1985年8月27日（朝刊），p.3  
 「老人保健見直しに反対決議」1985年10月31日（朝刊），p.3  
 「小さい制服（'86予算案・国会論議を前に：7）」1986年01月27日（朝刊），p.2  
 「解散風を受けて？ 順調に41法案成立 中曽根内閣最高のペース」1986年4月28日（朝刊），p.2  
 「今井厚相，社会保障費の特別枠を要請」1986年7月16日（朝刊），p.1  
 「『老健法』衆院委で可決 外来自己負担，月800円に修正」1986年11月21日（朝刊）a, p.1  
 「『老健法』可決 修正，自民の思惑通り＜解説＞」1986年11月21日（朝刊）b, p.2  
 『日医ニュース』  
 「老健法の問題点 九医連総会での羽田会長講演要旨」1986年12月5日，p.3  
 「老健法改正案，修正成立 日医の主張を入れ」1987年1月5日，p.1  
 「臨時代議員会における 懇談会の報告要旨」1989年6月20日，p.2  
 「今後の議論は 費用負担の在り方が中心 吉田常任理事，老健審議の見通し語る 国は社会保障的視点の対応求められよう」1990年10月20日，p.1  
 「老人保健法改正 日医“おおむね妥当”と評価 今後は老健審，中医協の動向に注目」1991年10月20日，p.1  
 『日本経済新聞』  
 「マイナス・シーリング，別枠要求相次ぐ——自民，社会保障費も決議」1984年6月5日（夕刊），p.1  
 「日医会長，老人受診抑制に慎重な配慮を——自民幹事長に要請」1985年3月23日（朝刊），p.2  
 「老人医療に定率負担を——健保連が決議」1985年6月19日（朝刊），p.3  
 「社会保障費の当然増，予算で確保を——自民合同会議が決議」1985年7月24日（朝刊），p.2  
 「外来は一ヵ月千円，老人保健制度，厚生省が改革案——入院自己負担は無期限に」1985年8月22日（朝刊），p.1

## 『週刊社会保障』

「制度改正で国保の年齢格差を是正—厚生省が社会  
党国保対策特別委で説明—」1987年9月14  
日, p. 44

## 『WEEKLY れんごう』(旧連合発行)

「連合と健保連が懇談 健康保険, 老人医療費など  
で」第39号, 1988年9月30日

「連合首脳, 竹下首相と会談 「平成元年度予算編  
成」で政策・制度要求を申し入れ」第52号,  
1989年1月20日

「連合と日経連 政策・制度の重点課題で話し合い  
「土地基本法」成立への努力を合意」第54号,  
1989年2月3日

「老人保健制度の改革めざす 連合と健保連の首脳  
会談で合意」第74号, 1989年7月7日

「老人保健問題で熱心に討議 連合, 日経連が第7  
回目の会談 今後も継続した話し合いへ」  
第75号, 1989年7月14日

「老人保健制度の改革で 「医療費の公費負担引き  
上げ, などめざす 連合, 日経連, 健保連  
がトップ懇談会」第84号, 1989年10月6  
日

## 『WEEKLY れんごう』

「老人保健制度の本格改正を 連合・日経連・健保  
連が共同で要請」第32号, 1990年8月31  
日

「合同キャンペーンを計画 連合・日経連・健保連  
が老人保健で」第34号, 1990年9月14日

「老人保健制度の改革で 連合, 日経連, 健保連が  
「共同提言」」第46号, 1990年12月14日

「消費税の是正, 育休法の制定など 政策・制度の  
実現にむけ4野党へ要請」第55号, 1991年  
3月1日

「今国会で重点課題実現を 4野党・連合参議院政  
審会長と協議」第61号, 1991年4月12日

「今国会で 「重点政策, 仕上げよ 大詰め迎え」促進  
緊急集会」を開催「連合国会連絡会 幅  
広い行動で7項目実現へ」第62号, 1991年  
4月19日

「4・24重点政策実現緊急決起集会 めざせ! 実効  
性ある『育児休業法』」第63号, 1991年4  
月26日

「『公費負担の拡大は前進』老人保健法等改正案成  
立で談話」第82号, 1991年10月4日

## 和文著作・論文

第二次臨時行政調査会(1982)「行政改革に関する  
第三次答申(基本答申)」

加藤淳子(1991)「政策決定過程研究の理論と実証  
—公的年金制度改革と医療保険制度改革の  
ケースをめぐって—」『レヴァイアサン』(木  
鐸社)第8号, pp.165-184

加藤淳子(1995)「政策知識と政官関係—1980年代  
の公的年金改革, 医療保険制度改革, 税制  
改革をめぐって—」『日本政治学会年報政治  
学』(岩波書店)第46号, pp.107-134

健康保険組合連合会編(1993)『健保連50年のあ  
ゆみ』健康保険組合連合会

厚生省大臣官房老人保健福祉部企画課監修(1992)  
『新しい老人保健法—平成3年改正の全容—』  
中央法規出版

厚生省老人保健部計画課監修(1987)『改正 老人  
保健法—法令・通知・全資料—』中央法規  
出版

日本医師会(1997)『日本医師会創立記念誌—戦後  
五十年のあゆみ—』日本醫事新報社

日本労働組合総連合会(1991)『れんごう政策資料』  
第30号

野村陽子(2015)『看護制度と政策』法政大学出版局,  
第4章, pp. 209-265

岡光序治(1992)「<北大立法過程研究会資料>  
平成三年老人保健法改正の立法過程」『北大  
法学論集』(北海道大学法学部)第43巻第2  
号, pp. 89-141

岡光序治編(1993)『老人保健制度解説—第一次,  
第二次改正と制度の全容—』ぎょうせい

櫻井真由子(2003)「老人福祉政策転換の政治過程  
—1991年老人保健法改正を事例として—」  
『法学ジャーナル』(明治学院大学大学院法  
学研究科)第18号, pp. 63-122

高橋秀行(1988)「医療政策の形成をめぐる政治家・  
官僚・圧力団体—1986年老人保健法改正を  
事例として—」『明治大学大学院紀要』第25  
集(3)(政治経済学篇), pp. 31-47

財務省財務総合政策研究所財政史室編(2004)『昭  
和財政史—昭和49~63年度 第2巻 予  
算—』東洋経済新報社

## 統計資料

健康保険組合連合会『社会保障年鑑』東洋経済新  
報社, 1978年版~1995年版

厚生省保険局『国民健康保険事業年報』, 1976年度  
版~1993年度版

厚生統計協会『保険と年金の動向』, 1977年版~  
1994年版

## 注

- 1) この頃の厚生省には、「自己負担を引き上げて安易に医者にかかる傾向に歯止めをかけ、急増する老人医療費を抑制する。国保の拠出金を減らし、国保に対する国庫負担を削減する」あるいは、「老人保健制度改正で国庫負担を減らす一方、国民に負担増を求めることで「当然増」の抑制を目指すしかない」（『朝日新聞』1986年1月27日（朝刊））との思惑があったと考えられよう。このような当然増に対する予算の増額が十分に認められず、歳出削減が続けられてきた状況に対し、与党・自民党の社会部会をはじめとする社会保障関連の党内機関においてさえ、予算編成作業が本格的に開始される前の早い段階から、社会保障費にはシーリングを適用せず、別枠や特例扱いとするよう求め続けた（『日本経済新聞』1984年6月5日（夕刊）、同1985年7月24日（朝刊）、『朝日新聞』1985年5月29日（朝刊）、同1985年7月24日（朝刊）、同1986年7月16日（朝刊））が、かかる要求が満足に受け入れられたとは言えない状況であった。
- 2) 老人保健法（昭和57年8月17日法律第80号）の附則第4条には、「第54条から第57条までの規定による保険者の拠出金の算定方法については、この法律の施行の状況及びこの法律施行後の諸事情の変化等を勘案し、更に検討が加えられ、この法律施行後3年以内を目途として所要の措置が講じられるべきものとする」との条文を見ることが出来る。
- 3) 86年の老人保健法改正の経緯の詳細については、以後特に断りのない限り、厚生省老人保健部計画課監修（1987）pp.223-263を参照した。
- 4) 85年の時点においては、高齢者医療のための医療保険間の拠出方法として、加入者按分率（各医療保険の高齢者加入率によって拠出金を負担・調整する方法。85年度においては、全拠出金の44.7%を占める）と、医療費按分率（各医療保険について、かかった医療費に応じて拠出金を負担・調整する方法。同じく55.3%を占める）が併用されていた。加入者按分率を引き上げるということは、高齢者の加入割合の多い国保の負担を減額し、高齢者の加入割合の少ない組合健保や政管健保の負担を増額することを意味することになる。
- 5) ①について、国保側は「国庫負担や事業主負担を除くと、どの医療保険制度でも、拠出金に対する加入者1人当たりの負担が等しくなるように改めるべきだ」と主張したのに対し、組合健保側（健康保険組合連合会（健保連）や事業主）は、「事業主負担分を含めて考えると、現在でも組合健保の方が国保より加入者1人当たりで拠出金を多く負担している」と反論し、②についても、患者自己負担の増額と定率制の導入を志向した健保連や事業主側に対し、日本医師会（日医）や労働側は「自己負担が一段と多くなる定率制導入は、収入の少ない老人の立場を考慮に入れると、とても認められない」（『朝日新聞』1985年7月7日（朝刊））との意向であった。
- 6) なお、定率制の導入については、賛否両論があったことも記されている。これは、『朝日新聞』によれば、「コスト意識を持たせる立場から定率制導入を強く主張した健康保険組合連合会、事業主側の意見と、所得の少ない老人の負担が重くなるとして定率制に反対した日本医師会、労働側の意見が最後まで調整できなかったため」という（『朝日新聞』1985年7月19日（朝刊））。
- 7) これについては、『朝日新聞』によれば、「野党側には、秋の国会が国鉄問題中心になる場合、老人保健法等改正案などをとって置いて駆け引き材料にしたいとの狙いもある」（1986年4月28日（朝刊））という。
- 8) 老人保健法等の一部を改正する法律（昭和61年12月22日法律第106号）の附則第14条には、「政府は、この法律の施行後における老人医療費の動向、健康保険組合の決算の状況等各医療保険の運営の状況、老人保健法による医療費拠出金の額の動向等を勘案し、昭和65年度までの間に保険者の拠出金の算定方法その他この法律による改正に係る事項に関し検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」との条文を見ることが出来る。なお、（昭和）65年度とは、平成2年度、西暦90年度のこととなる。
- 9) この頃の日医は、定率負担では、患者の自己負担がどのくらいになるかの見当がつか

- ないため、定率負担よりも受診を抑制しない程度の定額負担を志向していたと言えるであろう。このことについては、例えば、『日医ニュース』における吉田清彦日医常任理事の発言要旨を参照（『日医ニュース』1990年10月20日）。なお、吉田は86年と91年の法改正の動きが進んだ時期において、老健審の委員も務めていた。
- 10) また、日医は、患者自己負担と加入者按分率の問題以外に、「老健審の所掌事項拡大に伴う審議会の構成の変更、老人保健施設の医療法での位置づけ、施設における医療の定額制の排除、施設療養費の中医協審議、管理者は医師とすること、老人保健施設の収容定数は医療法なみにすること、処分等については地方医療審議会諮問事項とすること」（『日医ニュース』1987年1月5日）を主張していた。
  - 11) 91年の老人保健法改正の内容の詳細については、以後特に断りのない限り、厚生省大臣官房老人保健福祉部企画課監修（1992）pp. 1-18, pp. 447-537を参照した。
  - 12) 岡光（1992）によると、経済4団体や一部の野党が86年改正以降公費負担30%を拡大すべきとの主張を行っていたため、法案の審議に入れば公費負担の引き上げは避けられないという理由から、大蔵省は老健審が審議に入ること自体に反対した（岡光（1992），p. 97）という。
  - 13) 岡光（1992）によると、その理由として、90年2月の衆議院総選挙を控え一部負担の引き上げを伴わざるを得ない法改正には与党自民党内でも反対の意向が強くなったこと、大蔵省は一部負担の引き上げに多くは望めず結局公費負担の増加のみが行われるものと警戒したこと、野党側も選挙の争点になることを避けたいとの意向であったことを挙げている。（岡光（1992），p. 97）
  - 14) 例えば、日医の吉田清彦常任理事は、改正案の成立を受けて行なわれた『日医ニュース』のインタビューにおいて、「今回の老健法の改正のうち、特に注目したいのは、老人訪問看護制度である」（『日医ニュース』1991年10月20日）と述べている。また、吉田は、公費負担の増額について、「国庫負担の増額は、国保財政の危機を救うために当然必要である」（『日医ニュース』1989年6月20日）とした他、89年12月に老健審が「老人保健制度の見直しに関する中間意見」において、「公費負担の拡充を図るべく早急に対処すべきである」としたのに対し、「公費負担について今後は拡充の方向で努力すべきだ、と言っております。なぜそういうか」というと、老人医療費が増えるという問題は、高齢者が増える、という現実が一つの原因としてあり、保険者の努力ではどうにもならない話であります。それと、加入者按分率の変更されたことにより、国の負担率は、率から見ると少なくなりました。これに対し、再度公費負担を拡充すべきだというのが考え方であります」（『日医ニュース』1990年10月20日）との見方を示している。さらに、高齢者の患者自己負担の増額についても、吉田は、「一部負担の問題については、ある程度は、負担増になるのも止むを得ないと考える。現在、個人が保有している資産の比率は、若い人より高齢者の方が高い。ということは、経済的に恵まれている高齢者が多いということでもある。また、老健法の対象者は、年間25万～35万人程度増えており、医療費増の半分以上が老人医療費による増加である。世代間の負担の公平という視点から考えてもある程度は止むを得ない処置であろう」（『日医ニュース』1991年10月20日）と述べている。
  - 15) 例えば、88年9月16日には、健保連と連合の懇談会が開かれ、90年の老人保健制度の見直しに向け、医療制度全般について、今後具体的な協議を推進すると共に、経営団体との連携等について検討を行うことで意見の一致をみた（健康保険組合連合会編（1993），p. 462、『WEEKLY れんごう』（旧連合発行）第39号、1988年9月30日）という。また、89年1月12日には、竹下首相と旧連合の堅山会長の政労トップ会談が行なわれ、この中で労働側は、老人保健制度の公費負担の適正確保や各保険者拠出金の抑制などを含む、89年度予算編成に関する政策・制度改善の重点課題申し入れを行った（『WEEKLY れんごう』（旧連合発行）第52号、1989年1月20日）。同年6月29日には、健保連の有吉会長と旧連合の堅山会長による首脳会談において、老人医療費の公費負担を従来の3割から5割に引き上げ、加入者按分率の100%化の阻止、今後両者協力が

- して制度改善に向けての運動を展開することなどについて合意した（健康保険組合連合会編（1993）, p. 463, 『WEEKLY れんごう』（旧連合発行）第74号, 1989年7月7日）。このように健保連、連合の両者の主張内容には、共通の素地があったと言えよう。
- 16) 老人保健基盤安定化措置の詳細については、厚生省大臣官房老人保健福祉部企画課監修（1992）, p. 15を参照。なお、91年度には、特別保健福祉事業は100億円増額されて850億円となり、老人保健基盤安定化措置の総額は1,000億円となっている。
- 17) 例えば、健保連、連合、日経連の三者は、90年8月には、事務局レベルによる老人保健制度改正対策の共同プロジェクトを発足させ、政策面での具体化の検討や今後の共同行動の展開など、アクションプログラムの策定などを行なうこととした。これを受け三者は、9月7日には、「老人保健制度改正対策共同プロジェクト」の第1回の作業委員会を開き、当面の共同アクションプログラムを確認するとともに、共同提言の取りまとめにむけた政策検討課題、検討日程などについて意見交換を行なうなど共同行動が展開された（『WEEKLY れんごう』第32号, 1990年8月31日, 同第34号, 1990年9月14日, 同第46号, 1990年12月14日）。
- 18) この点について、健保連の八木副会長は、その後の衆議院社会労働委員会での参考人質疑において、「私どもは、率直に申しまして、コスト意識を持っていただくという面から5%程度の定率負担を従来主張しておったところでございますけれども、一部負担のあり方につきまして関係者からいろいろ御議論もあるわけでございますし、定額ということである程度今まで定着している面もございますので、関係者のコンセンサスを形成するということが最も大事でございますので、私どもも定額でやむを得ないというふうに考えておるところでございます。」（第120回国会衆議院『社会労働委員会会議録』第11号, 1991年4月23日, p.3）と述べている。また、連合の五十嵐生活福祉局長は同じ参考人質疑において、「公費負担の拡大を前提にして、私どもとしては、現行一部負担の引き上げというものをまさに清水の舞台から飛びおりる、その決意で取り組んできたわけでありまして」（第120回国会衆議院『社会労働委員会会議録』第11号, 1991年4月23日, p.5）、あるいは、「私どもこれまで一部負担の引き上げ等については、いろいろ問題がございまして、態度としましてはかなり厳しい御意見を持っている人も多かったということでございます。そういう点では、今回の老人保健法改正に当たりましては、私どもは、我々が要求をしております当面5割まで公費負担を拡大してくれるならば、それに応じて我々現役者もそうでありまして、老人の高齢者の皆さん方についての一部負担もそれ相応に負担をしていただく、つまり見直すことが必要ではないかという考えで来たわけでございます。そういう点では、従来古典的な労働運動を継承しておりますところですと、なかなか一部負担の引き上げ賛成とは言いづらかったわけでありまして、私ども連合としましては、それまで決意を込めて今回の老人保健法改正に当たっては取り組んでいこうというあらわれだというふうに御理解をいただきたいと思っております」（第120回国会衆議院『社会労働委員会会議録』第11号, 1991年4月23日, p.12）と述べている。このように、三者連携の立場から上記合意を優先させたとみるべきであろう。
- 19) 例えば、健康保険組合連合会編（1993）によれば、「従来、医療保険制度の改正にあたって患者負担の増加などでは意見を異にすることが多かった日経連及び健保連と労働団体（連合）が、今回の老健制度改革にあたっては、十分に相互の論議をつくり、史上はじめて「共同提言」をまとめあげたことは高く評価され、これはその後の法改正促進の強い起爆剤となったのである」（健康保険組合連合会編（1993）, p. 473）という。また、岡光編（1993）でも「日経連、健保連、連合の三者共同歩調が最後まで維持されたことが大きな推進力になったことを指摘しておくべきであろう」（岡光編（1993）, p. 97）という。
- 20) 例えば、91年2月14日の連合第1回闘争委員会では、「91春季生活闘争の一環としての連合独自の取り組みはもとより、共同提言に沿った3団体の一致した取り組みを進めるとともに、野党4党・連合参議院との連携をはかり、当面する国会での法案審議とその後の関係審議会での政省令審議に対応



していく」(日本労働組合総連合会(1991), p. 2)との老人保健制度改革への取り組みの基本方針を決定した。2月27日には、連合の山岸会長らが、社会党土井委員長、公明党市川書記長、民社党大内委員長らと、翌28日には社民連江田代表らと国会内で個別に会談し、老人保健制度の公費拡大等について共同歩調をとるよう要請したのに対し、各党とも大筋で了承し、「連合の要請をベースに4党政審会長会談で協議する。自民党政調にも呼びかけツメを行い、政府に実現を働きかけたい」との考えを示した(『WEEKLY れんごう』第55号, 1991年3月1日)という。また、4月9日には、連合の山田事務局長らと社会・公明・民社・社民連・連合参議院の野党5党派の政審会長による政策協議が行われ、山田事務局長が老人保健制度の改正等について今国会で成立、修正もしくは何らかの足掛りをはかるよう要請したのに対し、政審会長側から「要請された項目に積極的に取り組んでいく」旨の決意が表明された(『WEEKLY れんごう』第61号, 1991年4月12日)という。さらに連合は、同11日には「連合国会連絡会」、18日には『政策制度促進緊急院内集会』を

それぞれ国会内で開き、野党5党派からの出席者に対し老人保健法の改正等の実現を求めた(『WEEKLY れんごう』第62号, 1991年4月19日)。同じく、24日にも、『重点政策実現決起集会』を開き、野党5党派からの出席者に対し老人保健法の改正等の実現を求めた(『WEEKLY れんごう』第63号, 1991年4月26日)。

- 21) この点の詳細については、例えば、厚生省老人保健部計画課監修(1987), pp. 275-276を参照。
- 22) 老人の外来の総件数は1億3,900万件、外来一部負担の引き上げ幅が200円、総入院日数は2億2,700万日、入院の引き上げ幅が400円であるので、 $1\text{億}3,900\text{万} * 200\text{円} + 2\text{億}2,700\text{万} * 400\text{円} = 280\text{億円} + 900\text{億円} = 1,180\text{億円}$ となる。(第120回国会衆議院『社会労働委員会会議録』第11号, 1991年4月18日, p. 26)
- 23) 「高齢者の患者自己負担」を除く、「公費負担」と「各保険者からの拠出金」の負担割合は3:7、「公費負担」のうち国庫負担と地方負担の負担割合は2:1であるので、 $1,180\text{億円} * 3/10 * 2/3 = 240\text{億円}$ となる。