

1969年の老齢保険制度構想について

佐々木貴雄

東京福祉大学 社会福祉学部 (伊勢崎キャンパス)

〒372-0831 伊勢崎市山王町2020-1

(2020年11月30日受付、2021年2月25日受理)

抄録：日本の医療保険制度は、高齢者を他の年齢層とは別の医療保険制度に加入させる特徴がある。本稿では、1969年に当時の厚生省が提示した老齢保険制度構想がどのような経緯で作られ、当時の議論においてどのように評価されたのかについて、明らかにすることを目的とした。老齢保険制度の特徴の一つである、国民皆保険体制の中で、高齢者を他の年齢層とは別の保険制度に加入させるという考え方は、当時の日本医師会の影響を大きく受けたものであった。一方で、当時の高齢者医療においては、保険給付の割合をどう高めていくかという問題が最も重要であったとともに、医療保険財政においては政府管掌健康保険の問題が大きく、高齢者の医療費の問題はまだ大きな論点でなかったことが確認できた。

(別刷請求先：佐々木貴雄)

キーワード：老齢保険制度、老人医療費支給制度、厚生省、高齢者医療、国民皆保険

緒言

日本の医療保険制度は「国民皆保険」と呼ばれているように、日本に住む者は原則として健康保険、国民健康保険など複数ある医療保険の中から、いずれかに加入することになる。その一つとして、2008年に創設された後期高齢者医療制度があり、主に75歳以上の者が加入している。後期高齢者医療制度が創設されるまでは、1983年から老人保健制度が実施されており、医療を含む保健事業を提供してきた。

世界的に見れば、このように高齢者を他の年齢層と切り離す形で、独立した医療保険制度を創設している国は数少なく、日本と同じ社会保険方式でほぼ全国民に対して医療保障を行っている、フランスやドイツの医療保険制度にも、このような制度加入における年齢区分は存在しない。

本稿は、このような高齢者を対象とした独立型の医療保険制度がなぜ日本で作られるようになったのかを検討するため、その一つの手がかりとして1969年に当時の厚生省から発表された、老齢保険制度の構想に注目し、その背景と意義について明らかにする。なぜならこの老齢保険制度構想も、約40年後に創設される後期高齢者医療制度と同様に、高齢者を対象とした独立型の医療保険の構想の一つであったからである。

先行研究

日本の医療保険制度史のなかで、高齢者医療の問題を取り上げる際には、1973年の老人医療費支給制度(いわゆる老人医療費の無料化)の位置づけは大きい。医療保険における高齢者医療の問題は、ここを起点にして、その後の老人保健制度や後期高齢者医療制度などの議論へと続いていく。この老人医療費支給制度については、多くの論考があり、制度実施の背景として地方自治体での同様の制度の設立や、政治状況をとらえたものや、この制度がその後の医療保険制度に与えた影響について分析するものが多い。例えば、キャンベル(1995)は、老人医療費支給制度実施に至るまでの、厚生省と自由民主党(以下、自民党)を中心とした政策形成プロセスについて、当事者へのインタビュー調査も踏まえて説明している。島崎(2011)は、医療保険の歴史を踏まえた上で、批判的に「老人医療費無料化はわが国の医療保険制度史上最大の失敗であった(p.64)」と述べている。

一方で、老人医療費支給制度に先立って議論された、本稿の主題である老齢保険制度でも、後述するように外来については10割給付(ただし一部負担あり)を掲げていた。当時の国民健康保険被保険者は7割給付、被用者保険被扶養者は5割給付の時代であり、老齢保険の実施による給付率の充実も、高齢者の医療アクセスの向上に寄与したはずである。

しかし、この老齢保険制度の構想については、これまであまり検討されていない。日本の医療保険制度についての通史的な位置づけを持つ吉原・和田(2008)でも、老齢保険制度の内容については紹介されているが、その経緯や背景などへの言及はされていない。しかし、老齢保険制度は、日本独特の高齢者医療制度の歴史を検討する上で、その端緒として欠かせない要素のひとつではないかと考える。

本稿は以上のような問題意識を基に、老齢保険制度が提案された経緯やその後の動向について検討を行い、医療保険制度史における位置づけについて明らかにしたい。

結果

(1) 医療保険抜本改正と日本医師会の提案

1961年に達成された国民皆保険は、「分立型国民皆保険体制」とも呼ばれるように、複数の医療保険制度から成り立つものであった。保険間には、保険料の負担能力や医療費の差などがあり、必然的に保険間の格差を生む仕組みでもあった。国民皆保険の翌年の1962年に社会保障制度審議会は、「社会保障制度の総合調整に関する基本方策及び社会保障制度の推進について」と題する勧告を出し、分立している各制度を統合することが理想ではあるが、当面は制度の分立を前提とし、「プール制」による保険者間の財政調整を行うことを提案していた。

もう一つは、政府管掌健康保険(現:協会けんぽ)の赤字問題が大きく問題となり、国鉄・米と並んで3K赤字と呼ばれた。これへの対応として、1967年に保険料率や一部負担の引き上げ、国庫補助の増額が盛り込まれた健康保険臨時特例法が成立したが、2年間の時限立法であり、その間に抜本改正が求められる状況となっていた。

このような状況の中で、厚生省は自民党医療問題基本調査会の要請に応じる形で、試案として1967年11月に「医療保険制度改革試案」を発表した。この試案では、制度の体系については、被用者保険と地域保険という現在の二本立ての体系を維持し、被用者保険については小集団方式の長所をいかすとした。一方で、保険料負担の公平をはかるため、被用者保険間で法定分の医療給付費の5割について財政調整を行うとし、一定の保険料負担を超える保険者には国庫負担を導入するとした。

このような動きに対し、高齢者を独立させた医療保険の構想を明らかにしたのが日本医師会である。同じく1967年11月の第20回日本医師会設立記念医学大会において、当時の武見太郎会長は、「健康保険の抜本改正」と題する講演を行っている。このなかで、65歳以上を対象とした老齢健康保険制度を創設する提案を行った。これは、30歳から64歳

まで老齢保険料(健康保険料率のおおむね4分の1)を支払った上で、65歳以上は全額給付とし、一部負担を課さないとするものであった。また、他の医療保険も地域保険と産業保険とに統合し、労災保険も産業保険に含めるとした。武見会長はこの講演のなかで、老齢人口の増加について「社会保険制度は老齢の圧力によつて崩壊する(武見(1967) p.1063)」と述べるとともに、「アメリカ等でみましても、ケネディ大統領は老齢保険制度を実施しているわけでありますが、日本でも当然この制度を実施しなければならなくなつてきております(武見(1967) p.1071)」と、1966年から実施されたアメリカのメディケア(高齢者医療保険)を引き合いにして、日本でも高齢者を対象とした医療保険が必要であると主張している。

また、この翌年の9月に日本医師会は「医療保険の抜本改正に関する意見」を発表している。ここでも、制度体系は「健康保険の抜本改正」と同様の地域保険、老齢保険、産業保険の三本立てとしている。老齢保険も同様に65歳以上の者を対象とし、その保険料は65歳以上の者には賦課せず、30歳から64歳までの国民が均一に負担するとした。また、財政方式はいわゆる積立方式を採用するため、制度の発足後、数年間の費用は国庫が負担するとした。保険者は政府とし、地方公共団体に適切な機関を置くことされた。給付率は10割とされた。

このような主張の背景としては、高齢化が社会保障制度にもたらす問題への注目がある。武見は1955年に書かれた論考で既に社会保険における高齢化の問題について取り上げており、「健康保険や国民健康保険被保険者の高齢化の問題を考慮しなければならない段階にある(武見(1955) p.247)」と述べているとともに、1962年に日本医師会が出した「国民健康保険読本」でも、退職後に経済基盤が弱体で給付水準の低い国民健康保険に移らなくてはならない日本の医療保険の構造について、「今日の医療保険の残酷物語である(日本医師会(1962) p.60-61)」と批判し、武見が書いた「序」でも「非現業共済組合や健保組合に若い時に働いて召上げられた金は、当然停年と同時に国保に持参金として持つて行くべきである(日本医師会(1962) p.序4)」と述べている。

加えて、この日本医師会の「抜本改正」提案の実質的なねらいは、健康保険組合の廃止にあったと吉原・和田(2008)は指摘している。先述の「医療保険の抜本改正に関する意見」においても、現行の医療保険制度は崩壊を導くメカニズムを持っているとし、その理由として保険が細分化されていることに加えて、保険間の所得や健康水準の格差があることが挙げられている。また、健康保険組合のような小集団方式は社会的連帯性を失っており、「健康水準の上昇よりは経営効率の増加を指標とする現行の制度は、まさに社会保障の私企

業化といえる」と批判していた。先の1967年の武見による「健康保険の抜本改正」についての講演の中でも、「現在は組合に収奪されつばなしで、老齢保障が確立しておりません(武見(1967) p.1072)」と指摘し、「老齢健康保険制度を推進しようとするればどうしても組合管理の形式は避けねばならなくなつてまいります(武見(1967) p.1071)」と述べている。

(2) 国民医療対策大綱の発表とその背景

抜本改正に向けて、自民党の医療基本問題調査会から、1969年4月に国民医療対策大綱が発表されている。これには、1969年度予算に際して抜本改正提案を行うことが見込めず、先述のように2年間の時限立法となっていた健康保険臨時特例法の延長を図る必要があったという背景があり、幸田(2011)は、「第二次特例をうまく通過するようなお膳立て、陣立てをしたと考えていい(p.46)」と述べている。

この大綱では制度の体系は、国民保険と勤労者保険、老齢保険の三本立てとし、勤労者保険の対象とするのは被用者本人のみとし、被用者の家族は国民保険に加入し、その経費は勤労者保険からの拠出金と国庫負担で賄うとされた。また、勤労者保険は業務上の傷病に対しても給付を行うものとされた。

また老齢保険は、勤労者保険の被保険者を除く70歳以上の者が対象とされた。老齢保険の運営は、勤労者保険の被保険者として設立される全国規模の特殊法人である勤労者保険公社が行い、その費用は国民保険及び勤労者保険からの拠出金を充て、必要に応じて国庫負担を行なうとされた。この拠出金の算定は、両保険の被保険者の総所得に応じて行なうとされた。給付率については、被用者本人は勤労者保険に加入するので入院・外来ともに10割とする一方、老齢保険の加入者については外来10割・入院7割とし、外来については定額の一部負担、入院については普通給食費相当分を負担させるとした。

前文では、このような老齢保険を作る理由について、「将来の人口構造の推移、社会経済体制の変化等からみて、老人対策は、今後の行政の一大重点として、有機的に関連を持った総合施策を樹立し、段階的に実施に移す必要がある(健康保険(1969) p.32)」と述べるとともに、「この際老齢保険制度の創設を決意し、被保険者、国が一体となって相協力して、老人のための、且つ青壮年の老後のための医療を確保する端緒を開くこととした(健康保険(1969) p.32)」としている。

この国民医療対策大綱が発表される前には、医療基本問題調査会による関係団体からの意見聴取とともに、日本医師会との「対話」が1968年7月から7回にわたって行われている。このなかで老齢保険については、1968年9月の

第5回の対話において中心的に取り上げられている。ここで日本医師会の武見会長は、年齢による死亡率の違いや疾病構造の変化の状況を取り上げるとともに、1965年には6.3%であった高齢化率がその50年後には20%にまで上昇するとし、「老令という問題はどうしても今後50年間の日本の政治が負わなければならない重大な事実(日本医師会(1968) p.673)」であると指摘している。

また、アメリカでは既に老人が4割の病床を占めていることにも触れ、老人の健康保障について「どうしてもこれは老人保険制度というものを仕立てなければこの対策はたたない(日本医師会(1968) p.674)」と述べている。また、これを社会福祉医療で行おうとすれば、それは「焼け石に水」であり、老齢人口の増加に対応できないと述べている。これに対し、当時の鈴木善幸調査会長は、日本医師会の提案する老齢保険が積み立て方式で行われるために、財源の蓄積までに相当の国庫負担が必要ではないかと質問している。これに対し、武見日本医師会会長は、その通りであるが、社会保険全体では1,300億円の黒字を出しており、これは「老齢対策に当然使われるべき(日本医師会(1968) p.678)」と回答している。また、「私の老齢対策の基本的問題としてはやはり国の恩恵とか何とかではなく、自立で老齢対策を考えるというのが経済成長下の社会保障としては当然だろうと思います。経済成長のないところでございましたら国費によらなければならなくなりますが、経済成長をうたっている日本では国費に依存する前に自立的な体制を考える必要があると思います(日本医師会(1968) p.678)」と、経済成長という前提のもとではあるが、国庫負担に頼らない制度設計を志向していた点は興味深い。

大綱における三本立ての制度体系は、このような経緯もあり、先の日本医師会の構想に類似したものとなっている。この時期、他の団体からも改革構想は様々提案されていたが、このように、高齢者を独自の医療保険制度の対象とする構想は、他にないものとなっている。ただ、日本医師会の構想と大綱の大きな違いとして、老齢保険の財源調達の方法が挙げられる。いずれも老齢保険の加入者に保険料を課さないという点で共通していたものの、日本医師会案は、30歳から64歳の者が保険料を拠出する「積立方式」であったのに対し、大綱では、国民保険及び勤労者保険からの拠出金に加えて、国庫負担を充てるとした。社会保障制度審議会委員であった小山(1969)もこの老齢保険について「こういう制度は、もはや、普通の意味における保険制度とはいえない(p.18)」と指摘し、「自分たちで金を出して自分たちの医療を受けるものではないこのような制度」では、「いまの医療保険のもっている伸び伸びした味わいはなくなる(p.18)」と批判している。

老齢保険の構想を見ても分かるように、この大綱には日本医師会寄りなどといった多くの批判がなされ、保険者側で老齢保険に賛意を示していたのは、国保中央会のみであった。一方で、被用者保険については労災保険の給付をまとめ、全国規模の勤労者保険公社を保険者としたものの、先の医師会案とは異なり、現行の健康保険組合や共済組合による代行を認める仕組みであったことから、日本医師会からの批判も浴びることとなった。

この国民医療対策大綱は、5月に自民党総務会で了承されるとともに、6月に政府に送付された。この際、総務会では「今回、医療基本問題調査会が了承した国民医療対策大綱については、左記の如き問題点があるので、政府は之等を充分参酌して国民医療対策を立案する様配慮すべきである(週刊社会保障(1969a) p.4)」として、5項目にわたる附帯意見も付記されたが、この内容は大綱とは正反対のものであった。医療保険制度の枠組みに関連するものとしては、大綱にあるような、被用者保険の被扶養者への給付を国民保険で行うことや、勤労者保険に労災保険を取り入れることは適切ではないとし、老齢保険に関連しても、「十割給付

の制度について問題のある際、新たに老齢保険にこの制度を加えることは適当ではない(週刊社会保障(1969a) p.4)」とされた。この附帯意見については、当時の梅本保険局長が「これでは右向け左だ」と感嘆したとされている。

(3) 提示された老齢保険制度構想と審議会の答申

特例法の期限がきた1969年8月に、健康保険法の改正案が成立し、採決にあたって厚生省は、本国会開会中に抜本改正について諮問した上で、2年以内に提案すると約束した。それに沿って、国会会期末直前の8月5日に厚生省は「国民医療対策大綱」の考え方を基本として、当時の社会保障制度審議会と社会保険審議会に対し「医療保険制度の再編成について」と題する諮問を行った。諮問内容は5項目かつ簡素なものであったが、これに加えて、「将来の基本構想」として「医療保険制度改革要綱試案(将来の基本構想)」(表1)を提示するとともに、「さしあたり実施すべき事項」として「国民健康保険制度改革要綱試案」、「被用者保険制度改革要綱試案」に加え「老齢保険制度要綱試案(さしあたり実施すべき事項)」(表2)の3つを提示した。

表1. 医療保険制度改革要綱試案(将来の基本構想)

| |
|---|
| <p>一. 適用対象者は、七十歳以上の国民とする。ただし、被用者保険の被保険者を除く。</p> <p>二. 老齢保険事業は、市町村の協力を得て社会保険庁が行う。</p> <p>三. 医療給付の割合は、在宅診療については十割とし(ただし、勤労者保険に準じた一部負担を設ける。)、入院診療について七割とする。ただし、長期療養者については、一部負担の軽減を考慮する。</p> <p>四. 給付に要する費用は、国民保険及び勤労者保険からの拠出金をもってあて、必要に応じ国庫負担を行なう。</p> |
|---|

出典) 社会保障研究所編(1975)をもとに筆者作成

表2. 老齢保険制度要綱試案(さしあたり実施すべき事項)

| |
|--|
| <p>一. 適用対象者 老齢保険の適用対象者は、七十歳以上の国民とする。ただし、被用者保険の被保険者を除く。</p> <p>二. 経営主体 老齢保険事業は、市町村の協力を得て社会保険庁が行う。</p> <p>三. 保険給付 (1) 医療給付の割合は、在宅診療については十割とし、被用者保険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、被用者保険における葬祭料に準じて改定する。</p> <p>四. 費用負担 (1) 国は老齢保険の保険給付に要する費用の四分の一を負担する。 (2) 国民健康保険及び被用者保険の経営主体は、老齢保険の保険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険者に係る市町村民税所得割の課税標準額に応じて負担する。 (3) 国民健康保険においては、(2)の負担金の二分の一を国が負担する。</p> |
|--|

出典) 社会保障研究所編(1975)をもとに筆者作成

これは医療保険制度を国民保険、勤労者保険、老齢保険の3つに再編成するものであった。このうち老齢保険制度は、勤労者保険の被保険者を除く70歳以上の国民を対象に、外来10割、入院7割の給付を行い、市町村の協力を得て社会保険庁が行うとするものであった。

「医療保険制度改革要綱試案」に書かれた老齢保険と「老齢保険制度要綱試案」に書かれた老齢保険の概要はほぼ同一であったが、費用負担については「医療保険制度改革要綱試案」では「国民保険及び勤労者保険からの拠出金をもって、必要に応じ国庫負担を行う（社会保障研究所編（1975）p.218）」としていたのに対し、「老齢保険制度要綱試案」の方は、国や保険者の負担割合が明示されるなど、より負担の仕組みが明確に示されているものであった。また、勤労者保険については勤労者保険公社の創設ではなく社会保険庁が行うこととされ、業務上の傷病に対する勤労者保険からの給付は盛り込まれなかった。

一方で、老齢保険についての記述が他の二つの保険と異なる点として、「医療保険制度改革要綱試案」では、「次のような老齢保険制度を創設することが考えられる（社会保障研究所編（1975）p.218）」という表現がなされているとともに、「老齢保険制度要綱試案」においても、「高齢者の医療を確保するための具体的な方法としては、諸種の方式が考えられるが、社会保険の方式による場合は、次のような老齢保険制度を創設することが考えられる（社会保障研究所編（1975）p.218）」というように、あくまで選択肢の一つとしての位置づけであることが強調されていた。8月14日の社会保険審議会における齋藤厚生大臣の説明の中でも同様に、「高齢者医療の問題は、今後の重要課題のうちでも最大のものである（週刊社会保障（1969b）p.5）」としつつも、「具体的な方法につきましては、社会保険の方式によるか、公費負担の方式によるか或いは両者を組み合わせて行なうか、いろいろと議論のあるところであろうが、これを保険方式で行なう場合には、勤労者本人を除く七十才以上の国民を対象とし、国民保険及び勤労者保険からの拠出金と一定の国庫負担を財源として、必要な給付を行なうような制度にしてはどうか（週刊社会保障（1969b）p.5）」と述べている。

このような書きぶりに対して、佐口（1969）は、「高齢者医療の必要性を認識していながら、これにどのような制度で対応していくかの明確な肚づもりを当面はもっていないのが当局だといってよいようである（p.44）」と述べている。一方で近藤（1970）は、必ずしも保険方式に拘泥していないが、「社会保険方式がとれたらとりたいという意向があることだけは確か（p.17）」と述べ、むしろ国民保険への被用者家族の移管に比べれば、「老齢保険の方は是非とも実

施したいというのであろう（p.16）」と分析している。ちなみに近藤は本論文において、日本医師会の老齢健康保険構想について「わたくしがかねて提唱してきたアメリカ流の長期保険に似た構想（p.20）」と述べ、賛意を示している。

これに対する両審議会の答申は、2年後の1971年9月に社会保障制度審議会から、10月に社会保険審議会から行われた。この答申までの間には、中医協での「審議用メモ」に端を発する、保険医総辞退があった。

社会保障制度審議会の答申「医療保険制度の改革について」では、制度の体系について、被用者保険と国民健康保険の二本立てが望ましいとし、それぞれの制度ごとに社会連帯の見地から財政調整は当然であるとした。答申の直前には、当時の齋藤厚生大臣から、将来の制度一本化を示唆するような発言もみられたが、これも退けるような形となった。また、被用者保険については、組合方式を基本とすることとし、その理由として健康面に対する配慮が行き届き、組合意識の高揚により健康保持に対する自覚が高められるとともに、保険の管理が効率的に行われることを挙げた。

老人医療については、「医療保険+公費負担」型、「全額公費負担」型、「全額医療保険」型の3案を挙げ、政府諮問に伴う試案（老齢保険）である「全額医療保険」型については、「やや現実性はあるが、いかにも不自然で、もって廻った感じが強い（総理府社会保障制度審議会事務局監修（1980）p.773）」とするとともに、医師会案を意識して「多額の国庫負担を予定し、積立式で実施しようとする案があるが、将来の所要医療費の予測は現在のところ、事実上不可能である（総理府社会保障制度審議会事務局監修（1980）p.773）」と退けた。その上で、一部の国民健康保険で行われている、現在の制度内で老人の給付率を高める方法が、「老人に対する給付内容に他の理由による制約が加えられることもなく、所得による適用除外者も生まれず、将来にわたり安定した制度となり得る（総理府社会保障制度審議会事務局監修（1980）p.773）」として、「最も望ましい（総理府社会保障制度審議会事務局監修（1980）p.773）」とした。

また社会保険審議会の答申「医療保険制度の根本的改正について」も、「被用者保険と地域保険との二本建てという制度の仕組みを現状においては変更すべき理由は見当たらない（健康保険（1971）p.123）」とした。老齢保険に関しては、「高齢者医療制度」の項において、「人口構造の急速な高齢化、社会経済条件の変動のもとで高齢者福祉の充実は緊急な要請とされており、その医療確保についても早急な対策が必要であるので、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（健康保険（1971）p.127）」と述べるにとどまり、老齢保険に関する言及は盛り込まれなかった。

その後、1972年2月に厚生省は懸案の抜本改正についての「医療保険各法の改正案要綱」を諮問したが、制度体系については「各制度を一元的・統一的に調整することが理想であるが、各制度の沿革やそれぞれの保険者の特殊事情に配慮しつつ漸進的改革を進めることが实际的(総理府社会保障制度審議会事務局監修(1980) p.809)」とされ、各医療保険を維持したまま財政調整を行う案が示されたが、高齢保険制度は含まれていなかった。

(4) いわゆる「老人医療費無料化」にむけて

このような「抜本改正」の議論が続けられてきた一方で、新たに老人医療費無料化の議論が同時に進むこととなっていた。国の動きとしては、まず1969年度予算の概算要求における、いわゆる「園田構想」がある。これは、70歳以上の所得制限以下の者について、医療保険の自己負担額を一定額(定額負担)に抑え、残りの分を国と地方公共団体の公費で負担するというものであったが、これは大蔵省(当時)の反対もあり、実現しなかった。

これに対して、国に先んじる形で、自治体による、いわゆる老人医療費無料化施策が進む。都道府県レベルでは秋田県が1969年4月から制度化を行ったが、特に大きな影響を与えたとされるのが東京都であり、所得制限以下の70歳以上の者に対して、自己負担分を公費で負担する制度が1969年12月から実施された。その後も、同様の制度を導入する都道府県が相次いだ。

その後、1971年3月に厚生省は省内で社会局長を主査とする「高齢者対策プロジェクトチーム」を発足させ、同年5月の「高齢者対策検討状況の中間報告」の中で、老人医療費の軽減のための4案を提示した。この4案は、(A)医療保険制度の自己負担額を公費で負担するものであり、現物方式と償還方式の2方式が考えられる、(B)市町村が行う自己負担額を公費で負担する事業で、都道府県が助成しているものについて、都道府県に一部補助を行うもの、(C)老人医

療を医療保険制度から包括的に外し、医療費公費負担制度を創設するものであり、全額公費による方式と一部を保険財政から繰入れる方式、(D)現行の医療保険制度において、給付率を10割に引き上げるものであった。ただし、「老人のみについて特別の制度を設定することについては、理論的にも問題があるほか、政治的にも強い反対が予想される(寺脇隆夫編(2014) p.516)」とし、C案については否定的な考え方が示されている。キャンベル(1995)によれば、このような4案併記は省内の意見が分かれていた結果であり、その後の社会・政治状況を踏まえた自民党の議論の中で、A案が選択されたという。

この「A案」による老人医療費支給制度を内容とする老人福祉法改正案は、社会保障制度審議会に対しては、1972年2月9日に諮問が行われ、その3日後の2月12日に答申(老人福祉法の一部を改正する法律の制定について)が行われている。ここでは、その後の老人医療費支給制度について、「諸般の情勢から、今この措置をとることは暫定的な方法としてやむを得ないとしても、なるべくすみやかに本審議会の提案の線にそつた方策をとられんことを望む(総理府社会保障制度審議会事務局監修(1980) p.799)」として、先の1971年の答申のように、医療保険制度の中に公費を取り入れる形で老人の給付率を高める方法が最も適切だとの考えを改めて示した。

その後1972年6月の老人福祉法改正により、1973年1月から老人医療費支給制度が実施されることとなる。

考察

ここでは、なぜ高齢保険制度が構想されたのか、そしてなぜ高齢保険制度は導入されなかったのかについて、検討してみたい。(表3)

まず、なぜ高齢保険制度が構想されたのかについて検討する。堤(2018)は、昭和40年代前半以降の高齢者医療に関

表3. 高齢保険制度構想に関する経過

| | |
|----------|-------------------------------|
| 1967年11月 | 厚生省「医療保険制度改革試案」 |
| 1967年11月 | 日本医師会「健康保険の抜本改正」 |
| 1968年9月 | 日本医師会「医療保険の抜本改正に関する意見」 |
| 1969年4月 | 自民党医療基本問題調査会「国民医療政策大綱」 |
| 1969年8月 | 厚生省「医療保険制度の再編成について(諮問)」 |
| 1971年9月 | 社会保障制度審議会「医療保険制度の改革について(答申)」 |
| 1971年10月 | 社会保険審議会「医療保険制度の根本的改正について(答申)」 |
| 1972年2月 | 厚生省「医療保険各法の改正案要綱(諮問)」 |

出典) 筆者作成

する制度構想が、「日本医師会が独自の構想を提起し、自民党がそれに追随し、厚生省は不承不承付いて行った (p.118)」というメインストーリーが基本線にあると指摘している。本稿で検討してきた老齢保険制度に関しても、堤(2018)の中で検討されているように、日本医師会の提案から始まる同様の流れがあることが確認できる。この時期の厚生省による医療保険制度改革に関する試案を比較しても、1967年の試案には老齢保険は入っていなかったが、1969年の試案には入っていることが確認できる。やはりこれは、日本医師会や自民党の提案から明らかに影響を受けたものと考えられる。

一方で、その老齢保険の内容については、日本医師会、自民党、厚生省と案を経る中で、変化がみられる。特に財政面については、積立方式を採用していたのは日本医師会案のみで、最終的な厚生省案の老齢保険における、拠出金と公費によって財政を賄う形は、高齢者が保険料賦課の対象にならない点が異なるものの、その後の老人保健制度に近いものであったといえる。

次に、なぜ老齢保険制度が導入されなかったのかについて検討する。吉原・和田(2008)は、「当時の医療保険の抜本改正の議論は、政管健保の財政対策や家族の給付率の7割への引き上げが中心で、老齢保険の創設や老人の給付率を10割にすることなどを本格的に議論できる状況ではなかった (p.234)」とする一方で、与党自民党としても、1971年の参議院選挙で敗れ、「保革伯仲」の状況が近づく中で、「世論を背景に、地方自治体の老人医療の無料化制度が福祉の象徴的制度として燎原の火のごとく全国に広がっていき、国としてもなんらかの対応を決断せざるを得なかった (p.234)」と述べている。

また、堤(2018)は厚生省が抜本改正の流れで社会保障制度審議会と社会保険審議会に諮問を行う一方で、並行して中央社会福祉審議会にも「老人医療対策を含む老人問題に対する総合的諸施策」についての諮問も行うという「ダブルトラックの戦略 (p.122)」を持っていたとし、「保険局は、抜本改正の流れの中で必ずしも本意ではない日医・自民党のいう老齢保険構想に付き合わざるを得ない状況にあり、むしろ社会局が公費により福祉的対応をすることを是としていたのではないか (p.122)」と述べている。

また、この時代はまだ高度経済成長期であり、日本の社会保障制度の創設を検討した田多(2009)が社会保障制度の拡充の時期と位置付けたように、国の財源による制度の充実がまだ可能な時代であった。そのため、各団体による老人医療の充実案もほとんど公費で賄うべきものとされており、高齢者の受診時の負担面だけをみれば、新たに老齢保険制度を創設する必要性は共有されなかった。

結論

老齢保険制度構想は、日本医師会の構想から始まり、高齢者に対する給付の充実とともに、医療費の財源調達を目的としたものであった。高齢者に対する給付の充実については、考察で検討したような、いわゆる老人医療費の無料化に関する政治的な背景もあって重視される一方で、財源調達についてはまだ大きく問題視されておらず、実施には至らなかったといえよう。ただし、この時点では構想にとどまったものの、1973年の老人医療費支給制度の実施後の医療費の急増によって、高齢者の医療費を確保するための新たな制度改革が求められるようになっていくことになる。

今後の課題として、この時期の高齢者を対象とした医療提供体制についての十分な検討ができなかったことが挙げられる。先述の1971年の社会保障制度審議会答申でも、「老人医療費問題の解決は、老人の必要とする総合的サービスの中の一つの面の改善であるに過ぎない(総理府社会保障制度審議会事務局監修(1980) p.774)」と指摘されているし、その後の1983年から実施された老人保健制度が「保健」と名のつく制度であった理由のひとつは、ここにあったと思われる。これについては、別稿での検討課題としたい。

文献

- J.C. キャンベル(著)・三浦文夫・坂田周一(監訳)(1995): 日本政府と高齢化社会 政策転換の理論と検証. 中央法規, 東京.
- 健康保険(1969): 資料 国民医療対策大綱(全文) 44・4. 健康保険 **23(5)**, 20-39.
- 健康保険(1971): 医療保険制度の根本的改正について (答申・昭和46年10月8日). 健康保険 **25(11)**, 118-127.
- 近藤文二(1970): 老齢保険の是非. 健康保険 **24(4)**, 16-21.
- 幸田正孝(述)・印南一路・中静未知・清水唯一朗(2011): 国民皆保険オーラル・ヒストリー I 幸田正孝報告書. 医療経済研究機構, 東京.
- 小山進次郎(1969): 「国民医療対策大綱」批判. 週刊社会保障 **23(513)**, 15-18.
- 日本医師会(1962): 国民健康保険読本 現状と問題点. 日本医師会, 東京.
- 日本医師会(1968): 自民党医療基本問題調査会日本医師会常任理事との第5回対話. 日本医師会雑誌 **60(7)**, 669-682.
- 佐口 卓(1969): 老人の医療保障—わが国の老齢保険制度の構想—. ジュリスト **435**, 44-48.

- 島崎謙治(2011):日本の医療 制度と政策. 東京大学出版会, 東京.
- 総理府社会保障制度審議会事務局(監)(1980):社会保障制度審議会三十年の歩み. 社会保険法規研究会, 東京.
- 社会保障研究所(編)(1975):日本社会保障資料2. 至誠堂, 東京.
- 週刊社会保障(1969a):自民党が対策大綱を了承—政府に反対意見を参酌し立案をと—. 週刊社会保障 **23(516)**, 4.
- 週刊社会保障(1969b):特報 医療保険制度改革の厚生省要綱試案全文. 週刊社会保障 **23(527)**, 4-7.
- 田多英範(2009):日本社会保障制度成立史論. 光生館, 東京.
- 武見太郎(1955):老人の増加にどう対応するか—老人学と社会保障—. 中央公論 **70(3)**, 243-251.
- 武見太郎(1967):健康保険の抜本改正. 日本医師会雑誌 **58(10)**, 1061-1072.
- 寺脇隆夫(編)(2014):資料集 戦後日本の社会福祉制度 第8巻 母子・児童・老人福祉基本資料. 柏書房, 東京.
- 堤 修三(2018):社会保険の政策原理. 国際商業出版, 東京.
- 吉原健二・和田 勝(2008):日本医療保険制度史 増訂改訂版. 東洋経済新報社, 東京.

A Study on the Conception of Old-age Health Insurance in 1969

Takao SASAKI

School of Social Welfare, Tokyo University and Graduate School of Social Welfare (Isesaki Campus)
2020-1 San'o-cho, Isesaki-city, Gunma 372-0831, Japan

Abstract : One feature of Japan's health insurance system is that the elderly are required to enroll in a separate health insurance system from the one that serves other age groups. The purpose of this paper was to shed light on the circumstances behind the conception of the old-age health insurance system in 1969 by the former Ministry of Health and Welfare, and on how the system was evaluated in discussions at that time. The idea of requiring the elderly to enroll in a separate insurance system from other age groups within the universal health insurance coverage system, which was one characteristic of the old-age health insurance system, was greatly influenced by the Japan Medical Association at that time. Our research also confirmed that the biggest issues in medical care for the elderly at that time were how to increase healthcare benefit coverage rates and the financial administration under government-managed health insurance. At that time, the cost of healthcare for the elderly was not a major point of discussion.

(Reprint request should be sent to Takao Sasaki)

Key words : Old-age health insurance system, Medical care expenditure provision system for the elderly,
Ministry of Health and Welfare, Medical care for the elderly, Universal health insurance coverage system

