

老人医療無料化制度の形成と国民医療費

呉 世 榮

〔抄 録〕

本稿では、1973年「福祉元年」体制のもとでの老人医療無料化制度の形成過程と、制度の実施が国民医療費に与えた影響を考察した。その結果、老人医療無料化制度の実施は、経済・社会的要因というよりは政治的要因によって強いられたものであったことが明らかになった。また、老人医療無料化制度は、国民医療費増加の根本的及び構造的な原因を提供し、1980年代入ってから始まった強力な医療費抑制政策の契機となった。

キーワード 福祉元年、老人医療無料化、国民医療費、福祉元年

はじめに

日本では、1980年代に入って、強力な医療費抑制政策がとられるようになったが、その背景には、1973年の老人医療無料化制度の導入による老人医療費の急増という現象があった。すなわち、70歳以上の老人医療費を無料とする画期的な措置が行われて以来、高齢者の受診と医療費は急速に増大し、1970年代における医療費急増の原因となったのである。

では、国民医療費増加の根本的及び構造的な原因を提供した老人医療無料化制度は、どのような理由から、どのようにして生じたのか。本稿は、こうした老人医療無料化制度の形成要因及び過程と、制度の実施が国民医療費に与えた影響を探ることが目的である。

本研究の目的を達成するために、社会経済的要因と政治的要因が媒介される過程を綿密に検討する必要がある。しかしながら、社会経済的要因は社会福祉政策を強いる要因になるものの、それがそのまま直接政策の形成につながるわけではない。国家介入を通じての高齢者医療政策は政治的に決定される。では、なぜ高齢者医療政策は政治的に決定されるのか。そこでよく指摘されるメカニズムとしては、利益団体、官僚集団、専門家集団、国会議員、政党、社会政策の対象集団などの力学関係と、彼らが持っている理念と価値観などがあげられる⁽¹⁾。そして、彼らの活動と関わるエリートのイニシエティブ、政党政治における与党と野党の影響力の程度、社会階層及び階級と関連された多様な集団の集団的行動、政党理念の差、国家の役割と機能、首相を含む高位政策決定者のパーソナリティなどが社会政策の発達と政策算出の決定要因

であるということが指摘されている（中野実、1998：83-86）。ただ、この中で相対的にどの参加者が最も強い影響力を及ぼすのかは、やはり政策形成の構造と行為の影響力の大きさによって左右されるだろう。

I. 戦後日本の社会福祉の発展

現在、日本の社会福祉制度は、主に1946年以降の立法にその根拠を置いている。1945年8月敗北以降、日本は占領体制のもとで戦後改革が行われ、社会福祉制度についても、画期的な発展があった。

まず、25条で生存権を規定した日本国憲法の制定に前後して、労働組合法、労働関係調整法、労働基準法のいわゆる労働3法が公布施行された。これにより労働組合の結成が認められ、労働者の権利保障の仕組みが確立した。また、1947年には、労働者災害補償保険法（労災保険法）が制定され、業務上傷病に関する給付は健康保険から分離され、労災保険の対象となった。同年には失業保険法も制定され（のち1974年に雇用保険法として再編）、労災・失業保険という労働保険の体系が整った。

公的扶助に関しては、1946年に、戦前の救護法を廃止して、新たに生活保護法が制定されるが、同法は保護請求権が否定され、慈善的性格が強いものであったため、憲法制定後の1950年に、保護請求権を認めた現行の生活保護法が制定された。さらに、この時期、社会福祉立法として児童福祉法（1947年）、身体障害者福祉法（1949年）がそれぞれ制定されたが、生活保護法の分岐、特別法としての性格が強く、政策の中心はあくまでも生活保護にあったといえる。

ついで1949年に、GHQ（連合国軍総司令部）は、厚生行政の目標として、厚生行政組織の再編成などの「6項目提案」を提示し、これらの原則に基づいて、1951年に、社会福祉事業法が形成する。これにより社会事業を展開していた民間事業者を社会福祉法人とし、そこへの委託という形で公的制度に組み込む社会福祉法人制度が確立される。政府の側には主として慈善事業から出発した民間事業者を公的に取り組み、公的施設やサービスの不足を補完させようという意図があったことは明らかだが、民間事業者の側も経営の安定を確保することが可能となり、戦後の多くの生活困窮者の救済に寄与することができたことも否定できない（伊藤周平、2002：54-55）。

以上のような戦後の混乱期を経て1960年代に入ると、日本は高度経済成長の時代を向かえ、その過程で失業や貧困問題が次第に克服され、社会福祉の面でも、高齢者福祉の拡充を中心に、従来の生活保護中心の政策からの転換がはかられる。

1960年代から「老人社会保障の貧困」という問題が注目されるようになることもあって⁽²⁾、高齢者福祉の拡充の必要性が認識されるようになり、1963年に老人福祉法が制定され、在宅の寝たきりの高齢者などに介護サービスを提供する老人家庭奉仕員（のちのホームヘルパー）が

制度化された。老人福祉法はそれ以前の恤救規則や救護法、生活保護法が高齢者を救貧の対象と捉えていたことに対し、すべての高齢者を対象とした点で極めて特徴的であった⁽³⁾。戦後まもなくに制定された生活保護法(旧法1946年、新法1950年)、児童福祉法(1947年)、身体障害者福祉法(1949年)に、この時期、知的障害者福祉法(1960年)と老人福祉法、さらに母子福祉法(1964年、のちに母子及び寡婦福祉法)の制定が相次いで加わり、福祉6法体制が整った。

社会保険の分野では、1956年に、社会保障制度審議会が「医療保障制度に関する勧告」を出し、これを受けて翌年、厚生省は国民皆保険全国普及4カ年計画を発表する。1959年には、改正国民健康保険法が成立した。同時に、自営業者を対象とする国民年金法も成立し、両法に基づく諸制度が、1961年4月から全面的に実施され、いわゆる国民皆保険・皆年金体制が実現した。

日本が戦後行ってきた高齢者対策の拡大は、大規模で急速な政策転換の一つであった。社会福祉政策の面で遅れていた日本は、1970年代に公共支出、社会保障関係支出が、大幅に増大した。社会保障支出のGDPに対する比率は、1965年から1973年にかけて0.6%上昇したにすぎないが、1973年から1981年にかけては6%を超えている(藤田晴、1984:28-29)。さらに、国民所得に対する社会保障給付費の比率をみても、1960年には4.9%、1970年には5.8%、1978年には11.9%と、1970年代に急激な伸びを示している(厚生省、1980:64)。経済が成長しつつあるなかで、14年間に8.4%ポイントの対国民所得比が上昇したことは、実質的に相当な増加といえよう⁽⁴⁾。また、当初予算ベースでみた社会保障関係費の一般会計に占める割合は、1960年には11.5%、1970年には14.4%であったのが、1975年には18.5%へと急増し、1980年には19.3%に達している(加藤隆俊編、1988:166)。

<表1>をみれば、とりわけ年金支出の伸びが際立っている。1965年には年金コストは医療コストの5分の1程度にすぎなかったが、1981年には両者の社会保障支出に占める割合はほぼ同じになっている(加藤隆俊編、1988:176)。

医療支出の場合、年金ほど極端ではないが、同様の増加パターンを示している。1965年から1972年までの医療支出の平均増加は17.2%であるが、1973-75年間の伸びは27.3%となっている<表1参照>。こうした増加の一因として、1973年の医療保険の改正が挙げられる。まず被用者医療保険の被扶養者7割給付が実現した(従来は5割)。また高額療養費支給制度が新設され、自己負担額が月3万円を超える場合は、償還払いがなされることになった。その他にも分娩費や埋葬料の改善等がなされたが、より重要と思われるのは、1972年の老人福祉法の改正によって1973年から施行された老人医療の無料化であった。老人福祉法改正による老人医療無料化制度の設立によって、一定所得水準を充たさない70歳以上の老人の医療費の自己負担分を国が肩代わりすることになったのである。所得制限によって排除された者の数は、有資格年齢者層の3.2%にすぎなかったため、この制度は実質的に普遍的なものとして確立されたといえる。同年には、年金についても年金額水準が引き上げられた。厚生年金の場合、加入者の平均標準

＜表1＞ 社会保障支出の動向

項 目	構成比 (%)				年平均増加率 (%)			G N P 弾性値		
	1965 年 度	72	75	81	(I) 66-72	(II) 73-75	(III) 76-81	(I) 66-72	(II) 73-75	(III) 76-81
公 的 扶 助	7.4	6.9	5.2	4	16.1	20.8	11.3	0.99	1.27	1.18
社 会 福 祉	3.5	5.6	8.5	7.2	25.4	52.4	12.3	1.56	3.21	1.37
社 会 保 険	66.4	70.6	72.3	74.3	18.3	33.8	16	1.12	2.07	1.79
医 療	45.7	45.6	40.2	34.4	17.2	27.3	12.6	1.06	1.67	1.4
年 金	9.1	14.5	22.7	32.3	25.3	54	22.5	1.56	3.31	2.51
雇 用 労 災	11.6	10.5	9.4	7.6	15.4	28	11.6	0.95	1.71	1.3
公衆衛生医療	10.5	8.6	7	7.7	14	23.9	17.2	0.86	1.47	1.93
恩 給 等	12.2	8.2	7	6.8	10.9	25.9	15	0.67	1.59	1.68
支出額 (億円)	18,513	56,411	131,975	313,355	17.2	32.8	16.3	1.06	2.01	1.71
G N P	335,502	964,240	1,517,970	2,538,112	16.3	16.3	8.9	—	—	—

出所) 藤田晴 (1984 : 30)。

報酬の60%程度の年金額を標準的な給付水準とするという考え方がとられた。国民年金についても、25年加入の場合、付加年金を含めて夫婦5万円に年金額が引き上げられた。さらに、公的年金制度に物価スライド制が導入された。このように1973年は、社会保障制度が給付の面で充実した年であり、「福祉元年」と呼ばれた年であった⁽⁵⁾。

II. 「福祉元年」体制の形成要因

では、こうした「福祉元年」を可能にした要因は何だったのか。まず、経済的な背景としては当時まで日本が高度経済成長期であったという点があげられる(朴光駿、1992 : 106-107)。1965年10月から1970年7月まで続いた好況の後も、若干後退したとはいえ、1971年8月のニクソン・ショックとそれにつづく12月の円切り上げにもかかわらず、1972年まで5%を超える高い実質GNPの伸び率を記録していた。それにもなって、実質賃金指数も8.1% (71年)、11.0% (72年) という高い上昇率となった。また、このような高度経済成長の結果インフレが進み、消費者物価指数は、5.9% (71年)、5.7% (72年) と依然5%を超える高い上昇率であった。このため、給付水準が引き上げられてきた厚生年金保険と国民年金は、賃金との格差が拡大し、その実質的な価値もつねに低下することとなって、しだいに重要性を増やしてきた年金がもつ高齢者の生活保障という機能をほとんど果すことができなくなった(清水英彦、1991 : 208)。

また、高度経済成長にともなう公害などのひずみが放置できない状態となってきたこと、国際収支の黒字基調に対する内外からの批判に対応するために内需拡大政策が必要とされてい

たことなどから、経済成長一辺倒の政策から国民生活重視、福祉優先の政策へと転換が行われつつあった。このような状況を反映して、1972年の『経済白書』は「新しい福祉社会の建設」を副題に揚げ、また、73年には「活力ある福祉社会の実現」を目的とする「経済社会基本計画」が策定され、福祉の向上を意図した将来の日本の社会保障のあり方が示された(清水英彦、1991:209)。

さらに、高度経済成長は歳入の増加をもたらした。つまり、一般会計歳入における租税及び印紙収入の伸びは、1969年22.1%、1970年20.9%、71年19.6%、72年6.7%、73年25.2%であった(清水英彦、1991:209)。また、日本の公的年金制度が財政方式に事前積立方式をとることににより、受給者が発生するまで増大し続ける積立金は、あたかも強制貯蓄としての役割を果たしてきたが、それが1960年代後半になると、高度経済成長による賃金の上昇にともなって急激に増加する(清水英彦、1991:213-214)。このような財政状況のなかでは、国庫負担の増大を賄うことは十分可能であったのである。

しかし、「福祉元年」の直接的な背景となったのは、政治的要因であった(朴光駿、1992:107-108)。結論から言えば、この時期、住民運動・市民運動の全国的な展開、都市を中心とする革新首長の簇生、国会における与野党伯仲、これらを背景として国政レベルにおける革新連合会政権を目指す動向などが相互に連動して自民党政府に大きなインパクトを与えたのである(後房雄、1992:202)。

革新自治体は、1963年の一斉地方選挙における横浜、東京、大阪、北九州などでの多くの革新市長が誕生した以来、1964年には22市の市長で構成された全国革新市長会が発足される(1966年には81市長となる)。1967年には東京都で、1971年には大阪で革新知事が生まれ、1974年には、革新市長会の会員数が136のピックに達する(後房雄、1992:206-207)。

1960年代半ば以降、こうした革新自治体の急速な急増により、1975年の地方選挙後には人口の40%強を包含するまでの広がりを見せたのであるが、その成果としては、環境保護や福祉・生活行政の展開などの政策的部分とならんで、地方自治と住民参加を前進させたことが言える(後房雄、1992:208-209)。

これらに対応する中央政治の動向をみると、1972年総選挙における自民党の後退(議席率62.3%から57.8%へ)、社会党の回復と共産党の急伸(議席率は合わせて21.4%から32.1%へ)による国会における与野党伯仲が実現されていった。また、1973年前後には、最も反響を呼んだといわれる共産党の「民主連合政府綱領案」をはじめとして、社会党の「国民連合政府綱領案」、公明党の「中道革新連合政権構想」、民社党の「革新連合国民政権構想」などの革新連合政権構想が次つぎ発表され、すべての野党が自らを自民党に対置される「革新」として提示するという現象が見られた(後房雄、1992:209)。

以上の動向の原動力として注目すべきことは、爆発的ともいえる住民運動の展開であった。似田具香門氏が「1972年1月1日から1973年12月31日までに種々の文献に何らかの形で紹介さ

れた住民運動」を整理した結果によると、総数で1566の住民運動があり、その4割強が大都市圏に集中していた。また、直接に開発政策と関連するものが約3分の1、生活環境に関するものが約3分の2であった（後房雄、1992：209から再引用）。

以上、検討してきたように、政府・自民党の「経済から福祉へ」の政策転換は、政治的状況に強いられたものであった。つまり、市民運動、革新知事・市長の台頭を媒介とした保守支配体制の危機の顕在化、それによって自民党政府内での改革が台頭されたのである。それは後述する老人医療無料化制度の成立過程からよく確認される。

Ⅲ. 老人医療無料化制度の成立背景及び過程

70歳以上の老人の医療費を無料化する老人医療無料化制度は、1973年1月から実施されたが、老人医療費の無料化は政府が最初に実施したわけではなかった。1961年の国民皆保険後においては、高齢者を含め、すべての国民が医療保険制度に包含されることになったが、慢性的な病気にかかる割合が高く、早期発見・治療が必要であり、同時に比較的低所得者の多い高齢者にとっては、世帯主7割、家族5割の医療費給付のもとでは、その経済的な負担が少なからず受診の妨げとなっていた⁽⁶⁾（横山和彦、1991：173-174；岡崎昭、1992：134；北場勉、2000：76）。

このような現状のもとで、老人医療の経済的負担を軽減することの必要性に着目し、すでに1960年代には、岩手県沢内村で65歳以上の老人を対象とした外来診療の10割給付が開始されていた。また、全国的にも有病高齢者の顕在化による受診率の上昇、これにともなう個人医療費負担の増大によって、老人医療の無料化を求める声が国民の間に広まった。

その後、1969年には、東京都が国民健康保険、組合管掌健康保険の70歳以上のすべての高齢者に、患者負担分を都が支払う制度を発足させたのをはじめとして、国民健康保険の給付改善が広まった。

1973年1月、このような時代の要請が高まるなかで、政府は老人福祉法の一部を改正し、いくつかの問題点⁽⁷⁾を含みつつも国の制度として70歳以上の老人医療の無料化が実現されるに至った。老人の国民健康保険もしくは健康保険の自己負担分を公費負担し、老人の窓口負担を免除したのである。すなわち、老人の自己負担分を国が3分2、地方自治体が3分の1（都道府県と市町村が6分の1ずつ）負担する制度であった。支給対象者は、70歳以上の者及び65歳以上の「寝たきり老人」であり、一定の所得制限が課せられていた。

では、このような老人医療無料化制度を形成させた要因は何だったのか。老人医療無料化制度ができた決定的な背景には、やはり政治的な要因があった。

当時、全国的な規模で市民運動や住民運動が爆発的に展開されたということは、すでに述べたが、その中で、社会福祉運動の大きな役割を担ったのが、全日本日雇労働者自治労働組合（以下、全日自労）であった。それは労働省が遺憾に思いながらも廃止しなかった占領時代の

「特別失業者対策事業」に基づく日雇い労働者の組合であった。組合員がだんだん年をとってき
ていたので、全日自労は高齢者の福祉にますます関心をもつようになってきた。この日雇い労働
者に、公的・私的福祉機関の労働組合、地方公務員、教師、生活保護の受給者とそれに望み
をかけている人の準組合員、入院患者などの労働者が加わった。これらの集団はすべて急進的
で、総評左翼、共産党、社会党と密接な関係にあった(Campbell, 1995: 171)。

1964年9月に、全日自労主催で行われた第1回全国老人集会において、「全額無料による老
人の健康管理・医療を保障すること」がスローガンとして揚げられたり、1966年には東京都文
京区に「老人健診推進協議会」が発足し、同じく文京区の老人クラブ「延寿会」を中心に「老
人の治療費を無料にする陳情署名」がはじまった(江本淳, 2001: 148-149)。これらの提案は地
方官僚はもとより、都議会の支持を得て推進された。

1960年代後半の社会福祉運動は、同時代に勢力を増大してきた環境問題への「市民運動」に
よって促進された。市民運動はすでに、反公害政策をアジェンダに載せており、1970年の大幅
な国家政策の変革を導くことになった。

これらの運動とともに、最も重要な役割を担ったのが、やはり革新地方自治体であった。す
でに述べたように、いわゆる「革新自治体の時代」(後房雄, 1992: 206-212; 朴光駿, 1992:
107)といわれるほど、革新自治体は急成長していた。

そのうち、革新首長による社会福祉の拡充を代表するのは、美濃部東京都政である。老人医
療無料化は、1960年岩手県沢内村が60歳以上の村民の医療を無料としたのを嚆矢とするが、こ
の制度が全国的関心を集めるようになったのは、1969年美濃部都政が70歳以上の老人医療を無
料化してからであった。美濃部は弱者救済のための政治という視点を前面に押し出し、厚生省
の反対を押し切って制度を導入した(『朝日』1969年8月27日; 新川敏光, 1996: 97から再引用)。
結局、東京都の政策は圧倒的世論の支持のもとに全国に波及し、1971年には28県が先例になら
い、1972年4月までには日本中の47都道府県のうち2県を除くすべてが高齢者の医療費を助成
する何らかの制度を有した(厚生省五十年史編集委員会編, 1988: 1262-1263)。老人医療無料化
は、革新首長が先鞭をつけ、それを契機として保守を含む他の地方政府に広がっていったので
あり、したがって、こうした政策が普及した後において、支出パターンに保守・革新による相
違がみられないのはむしろ当然であった。

地方自治体は、国レベルにおける医療費無料化の主張者のうち、最大の影響力を持つ存在と
なっていた。他にも、労働組合及び関連退職者団体が活発な活動を行った。さらに、非政治的
であった全国老人クラブ連合会までもが、2年以上かけて、トラック一杯の嘆願書を集めたの
である。また、社会党の回復と共産党の急伸による国会における与野党伯仲が実現されていっ
たが、三つの主要野党、社会党、共産党、公明党は、東京都の取り組みに評価を与えるととも
に、国レベルでは自民党の国会における干渉や公式声明における不熱心をしばしば批判した。
こうして確かに政府関係者の誰もが、老人医療費無料化の人气が一般国民の間で強く、また高

まっていることを理解したのである（Campbell、1995：207）。

一般的にいて、日本における政策形成の規範からすると、実際の法律を立案する第1次的な責任を持つのは厚生省であった。しかし、厚生省は、老人医療無料化については費用面から消極的な態度であった。したがって、1968年の段階で、園田直厚生大臣が老人医療無料化に積極的姿勢を示した時は、これを牽制する側に回っている。自民党も、全くこの問題に関心を示さなかったため、結局当時の福田赳夫大蔵大臣が園田を説得し、これを断念させている。また、厚生省は、東京都が老人無料化を実施しようとする、これを「現行の保険制度をはみ出す」という理由で阻止しようとした。しかし、地方レベルでの無料化政策が浸透し、地方政府から中央政府の負担を求める声が強まると、厚生省としても対応策を検討する必要が生まれる。結局厚生省は、1971年3月老人対策企画班を発足させ、中央レベルでの老人医療無料化を検討することになるが、関係各局の思惑の違いから、省としての独自案をまとめることができず、基本的に東京方式を採用するという事になった。これは、1972年度予算要求の都合上、1971年8月までに何らかの方針を打ち出す必要に迫られていたためであった。こうした厚生省としては、内部体制が固まらないまま、1972年10月の全国的老人医療無料化を目標に活動を開始することになった（新川敏光、1996：106）。

老人医療無料化をめぐる官僚政治には、通常とは異なるものがあつた。厚生省が、内部的に合意が形成されないまま具体案作りを急いだのは何故か。厚生省が老人医療の無料化を急いだことについて、新川敏光氏は、そこに自民党政府の強い意向があつたからであるし、自民党政府、とりわけ首相の政治的決断によるところが大きかったと主張している（新川敏光、1996：107-108）。当時、予算決定権を持っていた大蔵省とその諮問機関、財政制度審議会は、社会保障制度拡充への声が国家内において高まるなかでも、社会保障サービスの改善は国民負担の増加によって賄われるべきであると主張し、財政サードから安易な福祉膨張を戒めていた（和田八束、1980：200-201）ということを見ると、厚生省が大蔵省の反対を克服しえたというのは、日常的政策決定パターンから明らかに逸脱することになる。要するに老人医療無料化といった日本の社会保障政策の大きな転換において、厚生省の果たした役割は、政治的リーダーシップに比べれば、むしろ二義的であつたということである（新川敏光、1996：108）。では、なぜ自民党政府は老人医療無料化に対して強い意向を示すようになったのか。次の1972年1月7日報じられた朝日新聞の記事は、当時の状況をよく代弁してくれている。

「お年寄りの病氣治療代をタダにする—これは厚生省の1972年度予算要求の大きな“目玉商品”だつた。というより、昨年（1971年）6月の参院選挙で苦戦を強いられた自民党の起死回生の公約といった方が適切かも知れない。いい意味でも、悪い意味でも、圧力団体の力がいまひとつ弱い厚生省にとって、これは百万の援軍を得たに等しかつた」（朝日新聞、1972年1月7日；横山和彦、1988：34から再引用）。

既述したように、自民党は園田厚相が老人医療無料化の意向を示した際は、ほとんどこれに興味を示さなかった。自民党議員の多数は、老人医療の完全無料化に対して反対だったようであり、事実この構想は政府部内には支持者がまったくなかった。つまり、多数党の誰一人として、またグループあるいは機関のどれひとつとして、老人医療無料化を積極的に推してはいなかったのである(Campbell、1995：216)。しかし、自民党内部でも相次ぐ選挙の敗北要因が社会政策の不備にあるという声が高まっていた。美濃部都政がこの制度を採用したのをきっかけに、ほとんどの地方自治体が同様の制度を採用するに及んで、自民党も老人医療無料化の国民的人気を見逃しできなくなったのである。また、老人医療無料化は地方財政を圧迫していたため、地方の間では国の肩代わりを求める声が高まっていた。こうした背景下に、自民党は1971年5月社会部内に老人対策小委員会を設け、率先して老人医療無料化案をまとめ、これを予算交渉の過程で抵抗する大蔵省に押しつけている。厚生省が内部的合意が形成されないまま、1972年の無料化実施を方針化せざるを得なかったのは、こうした自民党のイニシアティブがあったからである(新川敏光、1996：108)。

一方、キャンベル氏は、自民党が他の選択肢があったのだが、東京都の方式を選んだ理由について、次のように述べている。

「東京都の方式が直接的な魅力をもっており、これと比べるとその他の選択肢は弱かったこと、それだけまた何らかの急速で実質的な政策転換が必要とされていたことにある。自民党の政治家にとって、地方自治体の施策に対する部分的な財政支援のような値引きの施策や、健康保健制度の払い戻し額のわずかな増額では、危険だと思われた。これでは東京都や他の自治体との不愉快な比較を招くだけだったからである。……東京都の医療費無料化制度はいくつかの利点をもっていた。すなわち、この方式は運営可能であることが明らかであり、最もよく知られており、また高い医療費という本来の問題に正面からぶつかっていた。この方式はまた大規模な行政機構の創出や再編成を行わないでも実施可能であった。美濃部の大胆な決断が老人ブームに火をつけたということは、この案が他の案に先行したことを意味していた。本来の推進者やかなり熱心な指示が内部にはなかったにも関わらず、この方式は十分に批判をはねのけ、比較的容易に成立する勢いをもっていた。一般的にみて、だれも魅力的な対案を用意できなかったのである」(Campbell、1995：216-217)。

以上のように、自民党政府の老人医療無料化制度の実施は、自発的というよりは政治的状況に強いられたものであった。つまり、都市部を中心とした無数といわれた住民運動の展開や、各種の革新連合政権構想や国会での与野党伯仲などに象徴される政治的要因による保守支配体制の危機の顕在化、これが自民党政府の選択肢を限定したのである。こうして老人医療無料化制度は1972年6月に国会を簡単に通過し、1973年1月から実施された。

Ⅳ. 国民医療費への影響

このようにして老人医療無料化制度が実施されたことにより、高齢化社会の到来が身近なものとして受け入れられた。また、国と自治体との責任と財政負担において、部分的にせよ医療保障の最終目標が達成されたかに見え、一部には事前の保健活動やリハビリテーションのための人的・物的サービスの充実に対する不満は残ったが、日本医療保障制度上画期的な意義を有するものであった。

ところが、老人医療無料化制度発足後、国民生活水準の上昇や医療技術の進歩・発展、出生率の減少にともなう人口の高齢化が急速に進行した。すなわち、日本の高齢者が総人口に占める割合は、1970年には7.1%であったが、1975年には7.9%、1980年には9.1%、1985年には9.9%となった（岡崎昭、1992：135）。

このような高齢者人口の急増にともない、老人医療無料化制度は国民医療費の増加をもたらした。東京都をはじめ、多くの自治体が国に先駆けて実施していた老人医療無料化政策を、いよいよ国も実施するようになってから、それを契機に老人の受療率は高まるようになり⁽⁸⁾、そのインパクトから国民医療費は急激に膨張するようになったのである。特に、医学的治療の必要がないにもかかわらず、行き場がないため、病院に入院してしまう、いわゆる「社会的入院」現象は、医療費の無駄な支出の大きな原因となっていた。この新制度によって1973年から74年にかけての老人医療費の伸びは55.1%に達し、1974-75年においてもなお30.3%の伸びを示している。ちなみに同時期の国民医療費全体の伸びは、36.2%、20.4%となっている（厚生省、1984：184）。

加えて老人の1人当たり医療費が、平均の3倍以上（1978年度の65歳以上の老人の1人当たり医療は25万円強で、国民1人当たり平均の3.3倍）であったので、老人の受療率が高まっていくことは、いっそう医療費の増加に拍車をかけることになった（表2参照）。その結果老人医療無料化政策以後、老人医療費の伸びは、国民全体のそれを大幅に上回るようになった。たとえば、老人の加入者の多い国民健康保険では、加入者のわずか7.7%を占めるにすぎない老人が、医療費の27%を支出するようになっていた。政府管理健康保険にしても、国民健康保険にしても、給付内容が改善されると受療率はストレートに高まる傾向を示している。

以上のように、「福祉元年」体制のもとでの老人医療無料化制度による老人医療費の急激な増大は、医療保険財政とりわけ国民健康保険財政に大幅な負担増をもたらすことになった。国民健康保険の場合は、被用者が退職すると被用者保険をやめて国民健康保険に加入するという仕組みであるため、自らの老人の加入率が高くなり、老人医療費負担が著しく高まるともに、他の制度との負担の不均衡がさらに拡大したのである。このような老人医療費の増大に対し、当初は国庫負担の増額でもって対応できたのであるが、国家財政が逼迫しその再建が求められると、そうした対応はもはや不可能であった。しかも、1973年秋の石油危機を境に、高度経済成

<表2>1978年度年齢別一般診療費 (単位: 億円、万円)

		総 数	入 院	入院外
総 額	総 数	89,006	40,321	48,685
	0～14歳	8,858	2,462	6,397
	15～44歳	28,060	12,946	15,113
	45～64歳	27,117	12,061	15,056
	65歳以上	24,971	12,852	12,120
1人当たり 医 療 費	総 数	7.7	3.5	4.2
	0～14歳	3.2	0.9	2.3
	15～44歳	5.3	2.4	2.8
	45～64歳	11.2	5	6.2
	65歳以上	25.2	13	12.2

資料) 厚生省統計情報部「昭和53年度国民医療費」。
出所) 菅谷章 (1982: 120)。

長が終わり、低成長の時代に入ると、経済成長とともに増大した福祉政策全体に対する国の財政負担に対する考慮に基づいて、「福祉見直し」が行われるが、その焦点となったのが老人医療無料化制度であった。こうした状況下で、老人医療費の抑制をはかり、国庫負担をとまわず、各保険者間の負担を公平にするような新たな対策が求められたのである。

おわりに

日本の社会福祉制度は、戦後から1970年代初頭まで、持続的で漸進的に拡大されてきたが、経済成長に比べると、それほど満足すべき水準ではなかった。しかし、1973年には「福祉元年」と呼ばれるほど、社会福祉における大幅な拡大が行われた。「福祉元年」体制のもとで行われた社会福祉政策のなかでも、老人医療無料化制度は画期的なものであった。こうした「福祉元年」体制のもとでの、老人医療無料化制度の成立背景には、高度経済成長に伴う国家歳入の増加と社会保険積立金の蓄積があった。しかし、こうした要因は「福祉元年」体制のもとでの老人医療無料化政策の直接的な形成要因とは言えない。そこには、より政治的な背景があったのである。政治的背景とは、1970年代に入ってから、住民運動の全国的な展開、都市を中心とする革新首長の簇生、国会における与野党伯仲、これらを背景として国政レベルにおける革新連合会政権を目指す動向などが相互に連動して自民党政府に大きなインパクトを与えたのである。

一方、自民党内部でも相次ぐ選挙の敗北要因が社会政策の不備にあるという声が高まっていたのである。これに対して、政府・自民党は政策の転換を急がざるを得なかったし、その転換とは、「経済から福祉へ」というものであった。つまり、市民運動、革新知事・市長の台頭を媒介とした保守支配体制の危機の顕在化、それによって自民党政府内での改革が台頭されたので

ある。

ところが、こうした老人医療無料化制度は、高齢者医療費の急増をもたらす結果となった。特に、医学的なケアの不必要な老人が、行き場のないままベッドを占領する「社会的入院」が起こっていたため、さらに国民医療費の増加は加速化されていった。社会的入院は、医療費の無駄な支出の大きな要因になったのである。その結果、老人医療費の無料化の矛盾は、国民健康保険の財政赤字という形で現れた。

このような老人医療無料化制度による国民医療費の増加は、1980年代から始まる医療費抑制政策の契機となったのである。

〔注〕

- (1) Uwe Reinhartは、保険者、負担者、医療提供者、利用者、政治と定義している。そして、そのいずれも医療保険の費用と給付に理解関係をもってあり、したがって、医療政策の決定に役割を果たすという(P.Talcott, 2001: 30から再引用)。Campbell氏と池上直氏は、日本の医療政策を「利益グループ政策」と特徴づけており、日本医師会が医療提供者を代表し、厚生省の健康保険局が政治と保険者を代表しているとする。彼らは、日本の医療費負担の相対的低さ、利益グループの均衡を理解した上で、中央社会保険医療協議会の自由裁量機能が重要な位置を占めると主張する(池上直己・J.C.Campbell, 2002)。利益を基礎とした政治学理論は、医療政策にかかわる理解関係だけでなく、制度の構造的制約を超えた点にも視点を向けてくれる(P.Talcott, 2001: 30)。
- (2) その背景には、産業化の進行とともに伝統的三世帯以上の世帯が減り、核家族化が増えていったことがあった。核家族化が進み、伝統的な家族扶養のあり方が大きく変化し、家族介護はその基盤を失っていったのである。核家族世帯は、1955年には全世帯の62%であったが、1970年には71%に増えている(曾田長宗・三浦文夫編, 1983: 101)。こうしたなかで、高齢者の多くは依然子供と同居しているが、別居するケースも確実に増加している。1960年代には78%の高齢者が子供と同居していたが、1972年には67%に低下している。独立家計を持つ高齢者の増加は、当然まとまった収入を必要とする老人の増加を意味するが、老齢年金の相対的価値は1960年代後半低下していた。1967年から1969年までに、老齢年金の平均賃金に対する比率は16.1%から12.9%まで落ちている(新川敏光, 1996: 94)。特に、寝たきりなどで介護が必要な高齢者の増大は、すでに、1960年代後半ごろから目立ちはじめていた。
- (3) 一方、成立した老人福祉法には以下のような5つの原案が削除されていたため(岡本多喜子, 1993: 148)、老人福祉法は「未熟児で誕生した法律」(岡本多喜子, 1993: 126)とも指摘されている。
 - ① 老人福祉に関する調査審議をするため、厚生省、都道府県、市町村にそれぞれ老人福祉審議会を置くものとする。
 - ② 老人福祉に関する専門職として、都道府県、市町村の福祉事務所に「老人福祉司」を置くものとする。
 - ③ 老人家庭奉仕員の派遣を市町村長が義務的に行うべき事務(機関委任事務)とする。

- ④ 老人保養所（脳卒中の後遺症を有する老人及びリウマチ、神経痛その他の疾患により身体上の障害を有する老人の健康の増進又は機能の回復を促進するための施設）を設け、その利用を福祉の措置の一つとする。
- ⑤ 国は、老人家庭奉仕員の設置に要する費用（2分の1）、経費老人ホームの事務費（10分の8）、老人福祉センターの運営費（2分の1）等についても負担するものとする。
- (4) 1985年の社会保障給付費は36兆円であったが、かりに1969年の対国民所得比がそのまま維持されたとした場合に比べると、21兆円もの増加にあたる(Campbell, 1995: 16)。
- (5) このように、日本の社会福祉の中核的な制度は、この時期に完備されたということがわかる。ところが、日本のこうした制度発達には特異な点があった。その中でまず、あげられるのは、敗戦国としての日本が戦後約7年間GHGの統治下にあった点であり、これは社会福祉分野のみならず、社会の全部門にかけて、封建的な家長制の性格を強く帯びていた日本社会を民主主義的な雰囲気へ導くことに大きな役割を果たしたことから評価されている(朴光駿、1992: 265)。
- (6) 厚生省の患者調査によると、65歳以上では若者の約3倍の率で疾病にかかるが、医療機関を利用するのはそれほど高い割合にはならない。さらに、無料の健康診査を利用しているのは20~30%にすぎない。その理由として、医師が悪いところを見つけても、患者は医療費の30%から50%を負担できないからだと多くの人が答えている(Campbell, 1995: 170から再引用)。
- (7) 健康保険、国民健康保険の被保険者は保険料を払っていることや保険外負担については適用されない等、無料化といっても全くの無料化ではないこと。また、定年年齢と支給年齢のギャップ、所得制限、支給方法等についても問題点が指摘されている(江本淳、2001: 148)。
- (8) 外来について老人受療率は、1970年の8,698人から1975年の15,270人へと5年間にほぼ1.75倍に増加した。この期間の70-74歳の外来受療率の変動をみると、1972年から1973年にかけて受療率は9,579人から13,719人へと増加しており、老人医療費が無料化された1973年に急増したことがわかる。70歳以上の入院受療率は、1970年の2,098人から1975年の3,478人へと増加し、1975年から1980年の間に3,478人から4,965人へと増加した(漆博雄、1997: 139)。

〔参考文献〕

池上直己・J.C.Campbell、(2002)『日本の医療：統制とバランス感覚』中公新書。

伊藤周平 (2002)『構造改革と社会保障—介護保険から医療制度改革へ』萌文社。

後房雄 (1992)『企業国家日本の動揺—再編成の軌跡』田口富久治編『ケインズ主義的福祉国家—先進6カ国の危機と再編』青木書店。

漆博雄 (1997)『老人医療の有料化と公的介護保険』八代尚宏編『高齢化社会の生活保障システム』東京大学出版会。

江本淳 (2001)『高齢者医療構造改革のあるべき姿』芝田英昭 編著『福祉国家崩壊から再生への道』あけび書房。

岡崎昭 (1992)『高齢者医療政策の展開』内海洋一 編著『高齢者社会政策』ミネルヴァ書房。

岡本多喜子 (1993)『老人福祉法の制定』誠信書房。

- 加藤隆俊編（1988）『図説日本の財政』東洋経済新報社。
- 北場勉（2000）『戦後社会保障の形成—社会福祉基礎構造の成立をめぐって』中央法規。
- 厚生省（1980）『厚生白書』昭和55年版。
- 厚生省（1984）『厚生白書』昭和59年版。
- 厚生省五十年史編集委員会編（1988）『厚生省五十年史（記述編）』。
- 清水英彦（1991）「年金保険の拡充・展開」横山和彦・多田英範編『日本社会保障の歴史』学問社。
- 新川敏光（1996）『日本型福祉の政治経済学』三一書房。
- 菅谷章（1982）「医療費問題—国民医療費の動向と分析」菅谷章編『現代の医療問題—国民のための医療とは何か』有斐閣選書。
- 曾田長宗・三浦文夫編（1983）『図説老人白書』碩文社。
- 中野実（1998）『現代日本の政策過程』東京大学出版会。
- 藤田晴（1984）『福祉政策と財政』日本経済新聞社。
- 朴光駿（1992）「日本社会福祉改革論の台頭とその展開—日本型福祉社会論を中心に」慶南大学校日本問題研究所『日本研究』（韓国語）第3号。
- 横山和彦（1988）「福祉元年以後の社会保障」東京大学社会科学研究所編『転換期の福祉国家（下）』東京大学出版会。
- 横山和彦（1991）「医療保険制度の拡充・展開」横山和彦・多田英範編『日本社会保障の歴史』学問社。
- 和田八束（1980）「社会保障財政の思想と構造」『社会保障講座1』総合労働研究所。
- J.C.Campbell著、三浦文夫・坂田周一監訳（1995）『日本政府と高齢化社会—政策転換の理論と実証—』中央法規。
- J.C.Campbell（1999）「介護保険法成立の政策的背景」西三郎編『人間福祉の発展をめざして』勁草書房。
- P.Talcott（2001）「圧力グループと日本の医療政策（1995～2000年）」『季刊社会保障研究』Vol.37、No.1。

（お せよん 社会学研究科社会学・社会福祉学専攻博士後期課程）

（指導：中村 永司 教授）

2004年10月15日受理