

ここに1冊の報告書がある。吉原健二氏による「老人保健法制定」のオーラル・ヒストリーである。老人保健法は、昭和55（1980）年6月老人保健医療担当の厚生大臣官房審議官となった吉原氏の指揮の下で立案作業が進められ、昭和56年5月の法案の国会提出を経て昭和57年8月に成立、昭和58年2月の実施に至ったのだった。私は、同氏の部下として実務に携わったが、改めてこの報告書を読み返して、吉原氏の述懐のほとんどが当時の公式見解の正確な反映であることが分かった。言わば、老人保健法制定の顕教（＝建前、ケンギョウ）である。しかし、世の全てのプロジェクトには顕教の外に密教（＝本音・本質）もある。

そこで本稿では、このオーラル・ヒストリー報告書に沿いながら、老人保健法の顕教と密教の絡まり具合に焦点を当てて考えてみよう。なお、顕教と言ひ密教と言つても、前者が後者の実現に有用な場合もあるし、前者が後者の実現を阻害する場合もあるなど、両者の関係が区々であることは言うまでもない。

## 1 制度の内容と容器

新しい制度という容器に何としても盛り込むべき内容を決める、最も切羽詰まった狙いは何だったか。すなわち老人保健医療対策なるものの密教は何であったのかである。第1は老人医療費急増への歯止め（顕教＝合理的な患者一部負担の導入）、第2は老人医療費の重荷に苦しむ国保の財政支援とその対策として行われていた国庫負担の縮減（顕教＝老人医療費の公平負担の仕組みの導入）、第3は公衆衛生行政の挺入れ（顕教＝結核対策・母子保健対策に代わる成人病対策の確立）である。この3つの内容を大きな1つの容器に盛るか、複数の容器に分けて盛るかが最初の大きな岐路であった。制度的な合理性・整合性のほか、政治的なアピール度も問われる選択だったと言えよう。昭和52年10月の老人保健医療問題懇談会の報告書、昭和53年12月に小沢辰男大臣が発表した構想は前者の途を択び、昭和54年10月に橋本龍太郎大臣が発表した構想は後者であった。そのほか、日医（かつては老人を対象とする老齢保険構想を提唱していた）・健保連・国保中央会（市町村）・大蔵省などのプレイヤーがそれぞれの思惑を持ちつつ厚生省の動きを見守っていた。

老人保健法はこの3つの全てを1つの容器に盛り込むものであったが、これは、それまでの老人医療問題を巡る議論からすれば、ほぼ必然的な選択であった。老人保健医療問題懇談会の報告書は、保健事業と医療を一体的に捉え、その中で3つの内容に答えを与えようというものであったし、いわゆる小沢構想も報告書をほぼそのまま踏襲<sup>1</sup>したものであった。最

---

<sup>1</sup> 財源の1つとされていた住民拠出金と事業主拠出金の割合は20%ずつであったが、現行制度における負担割合を維持するとの考えから、それぞれ30%と15%とされた。この間の経緯については、健保連『健

大の問題である財源については、報告書／小沢構想のいずれも、公費のほか、住民・事業主からの拠出金によるという、目的税でも社会保険料でもない特異な財源構成の案であったが、これは、医療保険からの拠出が健保組合等の反対で賛成が得られないであろうという見通しの下での選択であり、日本医師会も最後まで反対はしないだろうという判断<sup>2</sup>もあったかもしれない。しかし、案に相違して日医は、この構想を“姥捨て山”として反対の意見を表明した。その底には、金のかかる老人を集めて費用の抑制（出来高払いの廃止など）を図るのではないかとの懸念、さらには日医が敵視していた健保組合が費用負担しないことへの不満（組合温存）があったと思われる。

したがって、老人医療費の負担の仕組みは未解決のものとして残った。いわゆる橋本構想が、各医療保険の分立を前提とした財政調整案だったことを考えると、老人医療の給付主体を統一するか、各医療保険からの給付を存続させるかという2つの選択肢が理論上は在り得たのである。実際は、顕教的配慮から、統一的な給付主体を設定する制度創設が第1選択となったが、その場合の財源調達はどうしたらよいか。いわゆる小沢構想の実現性が薄くなった以上、懇談会報告書では関係者の合意が得にくいとされていた保険者拠出方式に再度、スポットライトが当たるのも必然であった。当時の吉村 仁官房長は公明党の大橋敏雄議員にこの方式を囁いていたようであり、省内の議論もおのずとこの方式に収斂していく。従来老人医療費支給制度が各医療保険からの給付を前提としていたのに対し、新しい制度における医療（療養の給付）は各医療保険から切り離された別の主体から統一的に給付されることになった。いわゆる別建て制度である。これは現在の後期高齢者医療制度に繋がるものであり、老人をまとめて別扱いの給付とする発想はここから始まったと言えよう。今から思えば、これはエイジズムの制度であり、疑問を呈する人もいよう。国民全てが等しく保険料を納め、等しく給付を受けるという国民皆保険の精神には必ずしも沿わないと思われる。もっとも、この問題含みの別建て制度を半ば必然とした淵源が、加入している医療保険の種類に関係なく、その自己負担分を対象に老人医療費を支給するという制度（老人福祉法による老人医療費支給制度）の創設という戦後医療保障における最大の失策<sup>3</sup>にあったことは言う

---

康保険』誌（昭和57年1月・2月）の羽柴直人名による「老人保健法案を考える」を参照。

<sup>2</sup> 前述のとおり日医の老齢保険構想は当初、老人を対象とする医療保険であった。厚生省はそういう認識の下に独立制度の構想を出したものと推測される。だが、日医が老齢保険を若い時から健康保持の費用を積立てる保健サービス保険にすり替えてしまったため、厚生省は梯子を外されてしまったのである。もっと言えば、日医は老齢保険を含む医療保険の改革構想を出した後、老齢保険の危険性に気付いたのではないか。まだ稼働能力が十分にある（むしろ、さらに増加する）40歳からの保健サービスに必要な費用を積み立てる制度という頓珍漢な構想への転換は、この過ちに気付いた日医の慌てふためいた“ごまかし”だったと思われる。

<sup>3</sup> 最大の失策という表現には違和感を覚える向きもあるかもしれない。老人医療費の無料化が福祉元年の目玉とされたことから、これを戦後医療保障が達成した金字塔と評価することも可能だからである。私は、老人医療費の無料化は先の大戦の出来事に譬えれば真珠湾攻撃ではないかと思う。NHKスペシャル取材班『日本海軍400時間の証言』新潮社2011によれば、真珠湾攻撃（アメリカは事前に情報を得ていた可能性あり）によりアメリカ人の日本への憎悪感情が高揚し、アメリカにおける日系人の強制収容などに繋がったこと、山本五十六は真珠湾攻撃の成功でその発言権が大きくなり、軍令部の反対を押し切って

までもない。

このように制度の大枠がほぼ固まった段階で、当時、この問題について白紙諮問していた社会保障制度審議会に示すべく制度の大綱案が省内で作成された。老人保健制度第1次試案がそれである。この第1次試案の骨格は吉原審議官自らの手になるものであったが、責任者自ら筆を執るというのは、役所の慣例から見ても異例のことであった。それだけ、吉原氏の思いが込められていたと言えるだろう。

## 2 保健と医療の一体化

吉原氏の執念がもっともよく表れているのは、制度の名称を「老人保健法」としたことであろう。昭和52年の懇談会や昭和55年に設置された対策本部の名称も、老人保健医療問題／老人保健医療対策であったことからすれば「老人保健医療法」が素直だったのかもしれないが、それを敢えて「老人保健法」としたのである。そこには、医療も保健の一環として一体的に捉えるという発想が強く根本にあった。これが老人保健法の第1の顕教である。この考え方は、制度が行う事業について医療を含めて保健事業と総称する構成に明確に表れている。市町村は保健事業を行うとされ、その保健事業には医療も含むものとなっていた<sup>4</sup>。市町村の医療に要する費用がほぼ全額補填される仕組みである以上、その実施主体が市町村長となるのは、事務の性格（機関委任事務＝法定受託事務）に照らせば当然のことであったが、当初の案ではそれを区別することなく、すべての保健事業を市町村が実施するとされたのである。法案作成段階ではさすがに医療と医療以外の保健事業は別扱いとなったが、それでも法律上の順番は医療以外の保健事業が先で、医療はその後になっていた。事業や費用の規模では医療が圧倒的なので、法案の各省折衝で旧・自治省から順番をひっくり返すように言われたが、私は、アクセサリーは前に付けるものだと断ったことがある。そのことは吉原氏にも伝わり、君は保健事業をアクセサリーといったそうだなと叱られたことを思い出す。“老人保健”という顕教へのこだわりの強さを示すものであろう。

保健と医療を一体的に捉える老人保健法という建付けは、吉原氏のこだわった第1の顕教であり、いわば国民に切った大見えであった。この大見えは効果があったようで、この法案のネーミングに大きな異論は出なかった。だが、後述の注9のとおり、後の高齢者医療国保法の制定により、この老人保健の理念もどこかに吹っ飛んでしまったようである。

---

ミッドウェイ海戦に突き進んだことなど、太平洋戦争の全体を見れば、真珠湾攻撃が敗戦の遠因になったと考えられるからである。

<sup>4</sup> 当初は、保健事業の全体について保険者からの財源を投入されることとなっており、社会保障制度審議会でも始めのうちはその是非を問う議論が多かった。多くは、公衆衛生事業は公の責任で行うべきものであるとして保険からの財源投入に否定的であった。私は、個別性の高い健康相談と健康診査について「健康の給付」として保険料財源の対象とする案を作ったことがあるが、公衆衛生局から瞬時に拒否された。制度審では結局、医療以外の保健事業に保険者からの財源を充てることは早々に断念せざるを得なかった。

### 3 従来の医療保険からの脱却

吉原氏は医療保険の経験がない分、発想において大胆なところや医療保険とは異なることをやってみようという意気込みがあった。老人保健法という名称のほか、医療保険では“療養の給付”というところを取って“医療”に置き換えたのもその例である。また、国会修正で変更・削除されてしまったが、老人医療を担うのは保険医療機関ではなく老人保健（取扱）機関とし、その診療報酬は老人の特性を踏まえて新設する老人保健審議会で審議するというのも、吉原氏のこだわりであった。これらは衆議院修正により、保険医療機関・中医協と改められ、診療報酬も「健保の例による。それによりがたいときは別に定める」<sup>5</sup>とされたが、考えてみれば、70歳以上の者もそれぞれの医療保険に引き続き加入し、所定の保険料を支払っている以上、この衆議院修正は筋が通っていたように思われる<sup>6</sup>。また、老人の特性を考慮した診療報酬についても、その後の高齢者医療確保法の診療報酬の推移をみる限り、無理に新制度の診療報酬とする必要はなかったのかもしれない。既存の診療報酬体系の中に、老人用の診療報酬を設ければ足り、制度上財源構成が異なることと特別の診療報酬を無理に結び付けることはない<sup>7</sup>からである。

### 4 老人医療費の公平負担

70歳以上の医療費負担は保険者拠出方式が採用されることになったが、その具体化に当たっても、吉原氏は大胆な案を提示している。昭和55年の秋に出された老人保健制度第2次試案ではA案とB案の2つが示されたが、A案は成案となった公費+保険者拠出（各制度に国庫負担）というものであり関係者の理解の範囲内であったが、B案は国庫負担をすべていったん保険者に交付し、それを含めて保険者が拠出するという内容であった。公費+医療保険という従来の老人医療制度が下敷きである以上、B案は飛躍であって、公費がいったん保険者に交付される根拠は明らかにされなかった。その第2次試案も吉原氏の手になるものであり、その下で作業をした我々もその意味はよく理解できなかった。

保険者拠出の指標を老人加入率にすることは、昭和54年の末に出された橋本龍太郎大臣の構想でも示されたものであるが、そのアイデア自体は事務当局において既に検討されていたメニューのなかにあったらしい。この保険者拠出について厚生省は、市町村という給付主体に対する財源の提供（全保険者から市町村への一方向の縦の流れ）であり、いわゆる保

---

<sup>5</sup> それでも後に作られた老人保健法の診療報酬特例では、老人病院・特例許可外老人病院など注目すべき対応策が採られた。

<sup>6</sup> 国会修正を経た老人保健法案は体系的にかなり筋が通ったものとなった。いわゆる医療保険制度の女人筋の評価は、老人保健法はよく出来ていたというものが多い。少なくとも、後継の高齢者医療確保法と比べるとそれは一目瞭然である。

<sup>7</sup> この失敗は、高齢者医療確保法でも繰り返された。

険者間財政調整（保険者相互の横のやり取り）ではない、換言すれば、基本は、全保険者が本来負っている給付義務を市町村に肩代わりしてもらうことで結果的に受益者となることに着目した一種の受益者負担金である（加入者按分により一定の調整があるとしても）という説明をしたのである。これは、老人医療費の公平な負担という老人保健法の顕教を意識した官僚的かつ技巧的な説明というべきものだった。だが、この工夫も高齢者医療確保法における前期高齢者の費用調整であっさりと破られてしまった（老人加入率の低い保険者から高い保険者への財政移転）。この説明は、保険者拠出という顕教を実現する方策の説明としては脆かったのかもしれない。

## 5 拠出金による負担調整の意味変容

老人加入率による加入者数按分を保険者拠出分のどの範囲で行うか（いわゆる加入者按分率の問題）は重要なテーマであったが、当初の政府案では50%からスタートし、将来は政令<sup>8</sup>で100%まで引き上げることができるとされていた。当時、私は50%でも巨額の財政影響を生じるものであり、それを確保することが第一であると考えていたので、衆議院修正でこれが法律上50%に固定されたことを好機と捉え、この数字をしっかりと固めることが肝要である旨、健保連の『健康保険』誌に寄稿したことがある（前記の注1の『健康保険』誌論文）。しかし、私の目論見は外れ、昭和58年度の費用負担割合の試算において健保組合の負担増が昭和57年度と比べて増加することに驚いた日経連・健保連から、その負担増を老人人口の増加の範囲に留めるようにすべきであるとの強い要望が出されたのであった。それを受け、結局、参議院で、50%の加入者按分率を漸減させるという老人保健法制定の最大の狙いを没却しかねない修正が行われてしまったのである。老人保健法の心臓部に剣が刺さったようだという吉原氏の述懐を思い出す。その結果、国保財政は再び悪化し始めたほか、退職者医療制度の見込み違いもあったので、その後、この加入者按分率は100%に引き上げられるに至った。日経連・健保連にとっては思わぬ誤算になってしまったのは皮肉というほかない。

この加入者按分率100%が老人医療費の財政調整の意味を変えてしまったことに、私はしばらく経ってから気付いた。すなわち、老人保健法による財政調整は、当初は各制度の保険財政に老人医療費の負担が与える影響を緩和することにより、各制度の財政全体の状況がどう変化するかを視野に収めるものだったのである。実際、事務的に試算を繰り返していた段階における私たちの関心は、これにより老人を含む国保の財政全般がどれだけ楽になるかということだった。しかし、加入者按分率100%の思想<sup>9</sup>は、それとは異なり老人の医療

---

<sup>8</sup> 老人保健法案では政令委任事項が多かった。当初は一部負担についても政令事項とされていたのである。この傾向は最近の立法でも続いているようであるが、法治行政原理からすれば問題が多い。

<sup>9</sup> もっとも後述するように、老人保健法第2条の基本的理念において「国民は、…と連帯の精神に基づき、…、老人の医療に要する費用を公平に負担する」とされていることからすれば、加入者按分率

費のみに焦点を当て、それについての保険者間の公平負担しか考えないものになってしまった。本来は、国民皆保険を守るために果たすべき公費負担と保険者間の財政調整の根拠・位置づけを明らかにし、両者の先後関係・役割分担への議論が尽くされるべきであったと思う。老人保健法の保険者拠出についての理論的考究は、やや不足していたと言わなければならない。

## 6 社会保障制度審議会の反応

老人の（医療を含む）保健事業と医療費の保険者間負担調整を柱とする厚生省の案に対し、諮問された社会保障制度審議会はどのように反応したか。実は、社会保障制度審議会は最終答申のまえに中間意見を出している。その中間意見は、当初案（非公表）では保険者間財政調整が望ましいというものであった。保険者が担う財政規律を期待してのことであったと思われる。しかし、厚生省の案が示した制度の方向とは異なることから、吉原氏は制度審の今井一男委員に直接談判して厚生省案も容認できるような修正をしてもらったのである。公表された最終的な中間意見には当初案の財政調整のニュアンスが若干、残ってはいるが、吉原氏の粘り勝ちであった。制度審が結果として簡単に修正に応じたのは、自分たちの原則的な考え方を厚生省に伝えることに主眼が置かれ、その後は、厚生省案の政治的な実現可能性を認めて、その政治的な立場やメンツに配慮してくれたのかもしれない。

## 7 自助と連帯の精神

老人保健法の顕教の部分象徴的に示すのが、同法第2条の基本的理念である。同条はその第1項で「国民は、自助と連帯の精神に基づき、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、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする」と規定する。もちろん、これも吉原氏の筆になる<sup>10</sup>ものであり、当時、事務局で「自助とは何か」とか、「連帯の意味・根拠は何か」という議論をした記憶は全くない。

---

100%が本来の在り方であるという理解も成り立つ。だが、その場合、加入者按分率は100%以外ではありえず、50%で固定した衆議院修正などとは両立しない。老人医療費の公平な負担という考え方も、内容は未成熟だったと言えよう。

<sup>10</sup> 吉原氏は、その後の医療法改正等を見ても、基本的理念規定の重要性に確信を持っているようである。ただ私は正直に言えば、“基本的理念”の規定は好みではない。法律で書いたからといって直ちに実現できるとは言えないにもかかわらず、～近時の医療介護分野の例で言えば「地域包括ケアシステムの構築」・「地域共生社会の実現」など～それをスローガンとして掲げるだけで政策を打った気になり、政策の足が地に付かなくなるおそれがあるからである。かつての「大東亜共栄圏」も同様であり、国民はそれに疑問を呈することはなく、あるいはそれに熱狂してしまって、戦線の拡大を支持したのではないか。

加えて、個々の国民に自ら健康の保持増進に努めるべしと国がご託宣を垂れるのも面妖ではある。健康増進法第2条「国民の責務」規定参照（これには“余計なお世話だ”という批判も強い）。他方、連帯すべしというのはあり得るご託宣だが、前述のとおり、その根拠・範囲等が明確に示されなければならない。

第2条の条文を読む限り、この「自助」とは“自ら健康の保持増進に努める”という意味と解されるが、園田 直大臣が一部負担について“健康への自覚を促す”とか“自制心をもって医療を受けてもらう”という趣旨の答弁をされていたことなどを踏まえると、吉原氏の頭の中では「自助」に一部負担の根拠としてのイメージもあったと思われる<sup>11</sup>。なお、社会保険には、保険料拠出自体が自助であり、それを共同化するものであるとの意味合いがあるが、この基本的理念の「自助」は、それとは無関係である。

「連帯」も、社会保険の世界では広狭両様の意味で使われてきた。制定当初の国民年金法が「国民の共同連帯」を謳ったように、始めは1つの保険集団内部での相互扶助を意味していたが、その後、老人保健法を嚆矢として保険集団を超える費用負担に拡大されてきた。だが、保険集団の範囲を超えた財政負担が何故、正当化されるという問題は必ずしも深く議論されては来なかったように思われる。何故、老人医療費についてのみ公平な負担が求められるのか、それは何のために／どの程度まで求められるのかについて、その根拠・理由が明らかにされなければ負担増となる保険者は容易に納得することはできまい。国民皆保険の思想との関連も不明である。現に前述のとおり、老人医療費の加入者按分の範囲についての議論の変容・混乱は、その根拠・理由が十分に深く議論されてこなかったことを示している。

また、法の基本的理念で「自助と連帯の精神」という場合、「自助」と「連帯」はどのような関係にあり、どう結びつくのかも明らかでない。社会保険における“自助の共同化”のように両者が組み合わされ、掛け合わされる関係ではなさそうで、単なる並列に過ぎないようである。

だが、政策プロジェクトの顕教は、深い意味を問うより、国民の間に漠然たる共感を呼べればそれでいいのかもしれない。吉原氏がオーラル・ヒストリーで語っているとおり、自助と連帯の精神という顕教は立派にその役目を果たしたと言えるだろう。

## 8 一部負担金の導入

昭和48年に老人医療費支給制度（老人福祉法）が実施され、老人医療費が完全無料化<sup>12</sup>された結果、その急増が特に市町村国保財政を直撃したことは、厚生省にとっても最大限対応すべき喫緊の課題となった。そのため、完全無料化を止め、医療費の伸びに歯止めをかけるべく再度、一部負担を導入することは不可避と考えられたのである。これが新しい制度の

<sup>10</sup> なお、吉原氏は、長寿社会開発センター『老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会記録』P68において、もうひとつの顕教である「連帯」に基づく“老人医療費の国民の公平な負担”も一部負担の根拠に挙げている。患者負担の根拠には諸説あり、療養の給付の受給者・非受給者間の公平という議論もあり得るが、ここでの吉原氏の説明は、老人保健法第2条の基本的理念の守備範囲を超えるように思われる。

<sup>12</sup> 老人医療費の無料化は、東京都をはじめとする都道府県の単独事業から始まったが、その単独事業分について保険者からの償還ではなく、窓口負担もゼロという扱いにするには、そのための事務を審査支払機関が引き受ける必要がある。保険局の完全な管理下にある支払基金が地方団体との間でそのための受託契約（これ自体は、支払基金法15条3項で可能）を結んでいたとは考えたくないが、受託契約を拒否すれば被用者分も含めて国保連が委託を受けていた可能性を考慮し、支払基金も受託していたのであろう。

必須アイテムとなったことは当然であろう。それだけ政治的関心の高いテーマであり、外来1月に定額500円といった変則的な形であっても、一部負担導入の意義を没却しない限り、何が何でも無料化維持ではなく、国会等でも一部負担の導入を前提として議論がなされたように思う<sup>13</sup>。

一部負担導入により老人医療費の歯止めをかけることは、前述のとおり新しい制度の密教であったが、それはどのような顕教的な装いの下に行われたか。前述のとおり、基本的理念の「自助」は、国民の老後の健康の保持増進を謳ったものであるが、吉原氏の述懐にもあるとおり、その射程は一部負担の導入にも伸びていた。それよりも、これも吉原氏のオーラル・ヒストリーにあるように、一部負担の導入が、保健と医療を一体的に捉える老人保健法というスキームの一環であったことも影響しているかもしれない。実際、かつての保険者間の財政調整を打ち出した橋本構想においては一部負担の導入は取り上げられていない。一体に、日本人は総合的とか一元的という言葉が好き<sup>14</sup>で、“総合的な対策を一体的に行う”というスローガンはそれをうまく捉えたものであった。逆に言えば、負担増のみの摘み食いはその実現方式自体から問題とされることが多いのである。

前記の注9でも触れたように、吉原氏は基本的理念の「連帯」も一部負担の説明根拠として考えていたようである。国民が老人医療費を公平に負担する（健保組合は公平負担の名の下に本来分より多く負担するが…）以上、老人も自らの医療費の一部を負担すべきだということである。同一の保険者における給付を受ける者と受けない者との間の負担のバランスというのは、前述のとおり、理論的にはあり得る議論であるが、一段上のレベルである保険者間の公平負担と患者一部負担を同列に論ずるのは、やや飛躍した議論であるかもしれない。

いずれにしても、一部負担の導入というセンシティブな問題を一箇の顕教的スローガンで片づけるのは無理があり、また危険でもあったように思う。ああいう側面もある、こういう効果も考えられると、行ったり来たりさまざまな説明ができる方が良いというのは、現実的な判断だったかもしれない。

## 9 公衆衛生行政への挺入れ

公衆衛生行政への挺入れが本当に新制度の密教だったかは議論があろう。むしろ第1（一部負担の導入）・第2（老人医療費の公平負担の仕組み導入）という2つの顕教に焦点が当たり過ぎないようにするための戦術だった面もあるからである。実際、結核対策や母子保健

---

<sup>13</sup> とはいえ、老人医療の一部負担金が1割の定率負担となるまでには、それからお時間を要し、その実現は高齢者医療確保法まで待たねばならなかった。なお、老人医療費の伸びの抑制を保健事業による疾病予防に期待する声もあったが、それを実証するデータに乏しく、期待として表明されるにとどまった。

<sup>14</sup> 清沢 冽は、『暗黒日記』（岩波文庫）の昭和18年10月5日の条に、“今朝の新聞は「防衛行政一元化」、急速要望さる（読売）、「宣伝機関の一元化の必要性」（毎日）」といった具合に一元化を説いている。「一元化、一元化で戦争終わりけり」と書いている



のような社会防衛・国家維持的な保健対策とは異なり、それまで国民が自らの責任で努めるべき健康保持（成人保健）が地方公共団体で実施すべき公衆衛生施策として制度化されることはなかった。したがって多くの保健分野の関係者が、この際、老人保健対策を自分たちの活動領域の拡大の好機と捉えたことは確かであろう。そのため、成立した老人保健法を所管する老人保健部も当時の公衆衛生局に置かれたのであった。だが、政府も、法制定後しばらくは保健事業に力を注いだものの、健診の受診率はなかなか伸びず、計上された予算に多額の不用を立てることが多かった。その後、公衆衛生局老人保健部は老人保健福祉局を経て、医療保障部門は高齢者医療確保法の制定によって保険局の業務とされたが、保健事業の所管部局はどこにもなくなった（老人保健福祉局は老健局となったが、介護保険を実施する部局に変わっている）。すなわち地域保健としての保健事業は、40歳からの健診が高齢者医療確保法により保険者が行うメタボ・糖尿病健診に形を変えたほか、その余も介護予防事業やがん健診事業でカバーされることとなり、独立した政策分野としては雲散霧消してしまったのである。密教としての公衆衛生行政の挺入れは、一瞬の光芒を放ったものの、すぐさま光源を失い、成人病対策の確立という顕教の世界さえ曖昧になってしまった。公衆衛生行政への挺入れの密教度（本気度）はやはり一段低いものだったかもしれない。一部負担の導入という第1の狙いが、医療保険の定石に従い、曲がりなりにも実現する一方、成人病対策の確立を狙った公衆衛生行政への挺入れが失敗に終わった後、残ったのは保険者からの拠出金による老人医療費の負担調整のみであった。ここに老人保健法の最大の眼目が、遂に、その真の姿を現したのである。

## 10 老人加入率の上下限問題

老人保健法案の参議院修正は、議院自らが行うもの以外に、厚生省自らが議院に修正を依頼して実現したという異例のものであった。政府案で十分に詰め切れなかった問題を参議院に持ち込んだのである。そういう修正の一つが、加入者按分に用いる加入者調整率の上下限の設定である。加入者按分により生じる個々の保険者への影響を考慮し、老人加入率の低い保険者（健保組合）の極端な拠出金増を緩和するために老人加入率に下限（1%）を設定するとともに、老人加入率の高い保険者（市町村国保）の極端な拠出金減を抑えるために老人加入率に上限（20%）を設けるというものであった。だが、老人加入率の下限設定には急激な負担増の緩和という合理性が見出されるものの、老人加入率の上限設定は関係市町村国保の負担増を招くものであり、激変緩和という説明では関係者を説得することができない理不尽とも言うべき修正であった。当時、国保課長であった古川貞次郎氏が吉原氏にその削除を求めたが、吉原氏はそれを頑に拒否したことを覚えている。想像していたとおり、制度実施後、市町村国保の老人加入率がさらに上昇し、この上限に引っかかって本来の拠出金減の利益を得られないところが続出した。

私は、平成6（1994）年に、老人保健福祉局の企画課長のときにこの制度の手直しをさせ

られたが、結果として、法の附則にそのための複雑な条文を書くこととなってしまった。四則計算の数式を含む横書きの説明文を、四則計算部分も含めた縦書きの条文にするのは極めて困難であるのみならず、出来上がった条文も普通の人には全く理解できない難解なものとなるのである。当該条文は、高齢者医療確保法の前期高齢者の負担調整の本文に残っているようだが、今読むと自分でも全く理解できない。国民が読んでも分からない難しい条文を書いて平気な態度は、民主主義の精神に反するというべきだろう。

## 11 文章にこだわった吉原氏

吉原氏は、退官後も医療保険や年金制度の歴史本を著すなど、積極的に文章を書く人である。老人保健法が成立し、その施行のための通知を書いたときのことである。通常、新しい制度が創設された時などには、事務次官依命通知（大臣の命により次官が代わって出すもの）・局長通知（老人保健法の場合は老人保健部長通知）・関係課長通知の3段階で通知が出されるが、吉原氏は事務次官依命通知を自ら執筆した（これも異例のことで、通常は部下に命じて書かせる）。立法の趣旨・それに込めた立案者の思いが書き込まれた通知であった。他方、それに全力を集中するためか、老人保健部長通知はごく簡単な内容にとどめ、次官通知に書くべきレベルではないが、重要と思われる内容は全て関係課長通知に降ろしたのである。

吉原氏が書いた次官通知に関して思い出すのは「等」がやたらに多かったことである。役所の文書で「等」が用いられることは多いが、それぞれの「等」は例えば何を意味しているかが予め想定されている。訊かれれば必ず一例でも答えなければならない。ところが、このときの次官通知の吉原氏の文章にはすぐには例を思いつかないような「等」が多かった。その文章を書いた当の本人から、“君たちこの「等」は何だと思うかね”と訊かれ、それは書いたあなたが一番わかっているじゃないかと思ったものである。それはさておき、役所の文書の文章に吉原氏ほど心血を注いだ人は少ないだろう。 【了】