

社保審一医療保険部会	資料2
第6回 (H16.3.22)	

# 高齢者に関する医療保険制度の歴史

# 高齢者に関する医療保険制度の歴史

## ○国民皆保険制度の実現（昭和36年4月）

全ての国民が医療保険制度に加入する制度が発足

昭和40年代に入ると、被用者保険被扶養者や国民健康保険の一部負担に関し、地方自治体において老人の自己負担分の全部又は一部を公費で負担する措置が普及。

※ 被用者保険被扶養者：5割給付 → 昭和48年～ 7割給付

※ 国保：5割給付 → 昭和38年～ 世帯主7割給付 → 昭和42年～ 世帯員7割給付

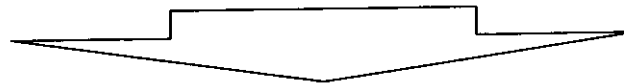


## ○老人医療費支給制度の創設（昭和48年1月）

国として老人福祉法において老人医療費支給制度を創設

- ・ 対象者 70歳以上の国保被保険者と被用者保険被扶養者。ただし、一定の所得制限あり。
- ・ 支給内容 医療保険の自己負担金額（いわゆる無料化）
- ・ 財源 公費（負担割合は国：都道府県：市町村＝4：1：1）
- ・ 実施主体 市町村長

制度創設以降、老人の受診率、1件当たり医療費等の著しい伸びにより、老人医療費は急増。さらに、被用者が退職後に国民健康保険に移行することもあり、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格差によって老人医療費の負担に著しい不均衡。



## ○老人保健制度の創設（昭和58年2月）

- ・ 対象者 70歳以上の者及び65歳以上の寝たきり老人
- ・ 財源・給付 医療保険保険者からの拠出金、公費及び一部自己負担（定額）。（拠出金：公費＝7：3）  
拠出金は、加入者按分と医療費按分(注)が1：1  
公費については、国と地方の公費負担割合は従前と同じ。（国：都道府県：市町村＝4：1：1）
- ・ 実施主体 行政庁としての市町村長

(注)加入者按分：各保険者の老人加入率が全保険者平均であると仮定した場合に負担すべき老人医療費に応じた負担額  
医療費按分：各保険者自身の老人医療費に応じた負担額

老人保健制度の創設によっても、引き続き次の問題点が指摘されており、衆参両院の社会労働委員会における老人保健法案可決の際に附された附帯決議に基づき、退職者医療制度の創設が検討された。

- ・ 被用者保険の高齢退職者は、退職後は国民健康保険に加入し、医療の必要性の高まる時期にかえって給付率が低下
- ・ その医療費は、他の国民健康保険加入者及び国庫が負担

## ○退職者医療制度の創設（昭和59年10月）

- ・ 対象者 国民健康保険の被保険者のうち厚生年金等の被保険者期間が20年以上である者又は40歳以後の厚生年金等の被保険者期間が10年以上である者・これらの者の被扶養者
- ・ 給付 退職被保険者は8割、被扶養者は外来7割・入院8割
- ・ 財源 退職被保険者等の保険料と被用者保険の保険者等が財政力（総報酬）に応じて拠出する拠出金(国庫負担なし)
- ・ 実施主体 国民健康保険の保険者たる市町村

## ○その後の主な制度見直し（拠出金及び公費関係）

### <老人保健制度>

#### ① 昭和62年1月 加入者按分率の引上げ等

- ・ 加入者按分率を段階的に引上げ  
（平成2年に加入者按分率100%）
- ・ 調整対象外医療費制度を導入

#### ② 平成4年1月 介護的部分の公費負担の引上げ

- ・ 介護的部分の公費負担割合を引上げ（3割から5割へ）

#### ③ 平成7年4月 老人加入率の上限及び下限の見直し等

- ・ 老人加入率の上限を段階的に引上げ（平成9年に25%）
- ・ 老人加入率の下限を引下げ（当面1.4%）
- ・ 特別調整制度を導入（現行の負担調整制度）
- ・ 公費割合5割の医療を拡大

#### ④ 平成10年6月 老人加入率の上限の引上げ

- ・ 老人加入率の上限を引上げ（平成10年に30%）

#### [平成12年4月 介護保険制度の導入]

- ・ 公費負担割合の統一（3割）

#### ⑤ 平成14年10月 老人加入率の上限の撤廃等

- ・ 老人加入率の上限を撤廃
- ・ 後期高齢者への施策の重点化の観点から対象年齢と公費割合を段階的に引上げ（平成19年に対象年齢75歳、平成18年に公費5割）

### <退職者医療制度>

#### ○平成10年6月 退職被保険者等の老人医療拠出金負担の見直し

- ・ 退職者分の1/2を退職者制度で負担

#### ○平成14年10月 退職被保険者等の老人医療拠出金負担の見直し

- ・ 退職者分全額を退職者制度で負担

（注）老人保健制度における患者一部負担に関する見直しについては、別紙のとおり。

(別紙)

## 老人医療費一部負担金の推移

### 1. 一部負担金

実施年月	一部負担の内容
昭和48年1月～	老人 医療費無料化
昭和58年2月～	外来 400円/月, 入院 300円/日 (2ヶ月限度)
昭和62年1月～	外来 800円/月, 入院 400円/日 (低所得かつ老福年金受給者の入院 300円/日, 2ヶ月限度)
平成4年1月～	外来 900円/月, 入院 600円/日 (低所得かつ老福年金受給者の入院 300円/日, 2ヶ月限度)
平成5年4月～	外来1000円/月, 入院 700円/日
平成7年4月～	外来1010円/月, 入院 700円/日
平成8年4月～	外来1020円/月, 入院 710円/日
平成9年9月～	外来 500円/日(月4回まで), 入院1000円/日 (低所得かつ老福年金受給者の入院 500円/日) 外来時薬剤一部負担の導入 (~平成12年12月) (低所得かつ老福年金受給者は免除) ※ 平成11年7月から国が代わって支払
平成10年4月～	外来 500円/日, 入院1100円/日
平成11年4月～	外来 530円/日, 入院1200円/日
平成13年1月～	定率1割負担制の導入 (上限/月) ○外来 3,000円 (200床以上の病院 5,000円) ○入院 37,200円 (低所得者 24,600円) (低所得かつ老福年金受給者 15,000円) 診療所は定額制を選択可 (800円/日、月4回まで) 薬剤一部負担の廃止
平成14年4月～	外来3,200円 (200床以上の病院 5,300円) 定額制の診療所 (850円/日、月4回まで)

平成14年10月～	定率1割負担のほか一定以上所得者に2割負担を導入 外来一部負担金に係る月額上限及び診療所に係る定額負担選択制を廃止 (自己負担限度額/月) ○外来(個人毎) ・一定以上所得者 40,200円 ・一般                  12,000円 ・低所得者          8,000円 ○自己負担限度額(入院時及び世帯合算) ・一定以上所得者 72,300円 + (医療費 - 361,500円) × 1% (4月目以降40,200円) ・一般                  40,200円 ・低所得Ⅱ          24,600円 ・低所得Ⅰ          15,000円
-----------	---

※ 「一定以上所得者」とは、現役世代と同程度以上の負担能力のある高齢者。  
 ① 課税所得(各種所得控除後の所得)が基準額124万円以上の老人医療受給対象者  
 ② 課税所得が基準額124万円以上の70歳以上の人または老人医療受給対象者と同一世帯の老人医療受給対象者  
 ただし、上記に該当する場合であっても、高齢者及びその人と同一の世帯に属する高齢者の収入額が637万円  
 (高齢者が世帯に1人の場合は450万円)に満たない旨を「基準収入額適用申請書」により市町村に届出した場合には、1割負担となる。

※ 「低所得Ⅱ」とは、世帯が住民税非課税である場合、「低所得Ⅰ」とは、世帯が住民税非課税であり所得が一定基準以下の老齢福祉年金受給者と同等の所得の世帯に属する者等の場合に該当する。

2. 入院時における食事療養に係る標準負担額

	一 般	低 所 得 者		低所得者世帯に属する 老齢福祉年金受給者
		90日目までの入院	91日目からの入院	
平成6年10月～	600円	450円	300円	200円
平成8年10月～	760円	650円	500円	300円
平成13年1月～	780円	650円	500円	300円
平成14年10月～	一 般	市町村民税非課税等の世帯に属する者		市町村民税非課税等の世帯に属する者のうち、所得が一定基準に満たない者
		90日目までの入院	91日目からの入院	
	780円	650円	500円	300円

※ 「低所得者」とは、主たる生計維持者が市町村民税非課税世帯に属する者、もしくは減額されることにより生活保護法の規定による保護を必要としない状態となる者  
 ※ 平成14年10月から「低所得者」の対象範囲を拡大。