HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	北大立法過程研究会資料　平成三年老人保険法改正の立法過程
Author(s)	岡光, 序治
Citation	北大法学論集, 43(2), 89-141
Issue Date	1992-10-30
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/15477
Type	bulletin (article)
File Information	43(2)_p89-141.pdf

Instructions for use

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

資料

〈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

岡光序治

本日は、平成三年に行われた老人保健法改正の立法過程につきご報告したい。

一　立法過程の概略

本論に入る前に、まず法案が国会で可決・成立に至るまでの一般的な経過につき説明しておきたい。

1．法案の国会提出に至るまで

各省庁がその所管とする事項につき立法化しようとする場合であっても、他省庁の所管と重なることがありうることから、省庁間における事前の意見調整が非常に重要な意味をもっている。こうした調整を経て、具体的な法律案の作成にとりかかるわけであるが、政府提出法案の場合、内閣法制局に担当参事官（本省課長クラス）がおり、この参事官との間で、各政策の具体的意義は何か、その政策を立法化するに際してはどのような法律の文言が適切か、また既存の他制度とどのような関係にあ

るのか、などを念頭に置きながら、最終的な法律案を作成していくことになる。

2．予算関連法案と非関連法案

こうして作成した法律案は、国会に提出され、審議が行われることになる。これらの法律案は、予算関連法案と非関連法案とに分類されている。

予算を執行するためには法律による裏付けを必要とする。このような法案を、予算関連法案という。これらは予算の執行という性質上、早急に国会審議を行うことが要請される。さらに予算関連法案の中でも、例えば税法の改正で新税率を四月一日から適用しようとする場合のように、三月三一日までに国会で成立しないと所期の目的を達し得ないものがある。これを三月三一日で「日が切れ」てしまうという意味で、「日切れ法案」という。

これに対し、予算の執行に関係ない法案を予算非関連法案という。通常、予算関連法案の後に審議されることになる。

3．本会議での趣旨説明と委員会への付託

こうした優先順位の下で、法案の審議が行われるわけであるが、衆議院先議の予算とは異なり、法律案の場合、衆議院先議にするか参議院先議にするかが問題となる。予算関連で重要法案の場合、衆議院先議とするのが通常であるが、法案によっては、衆参両院に対する割り振りを行ってどちらかを決めることになる。

国会に提出された法案については、直ちに関係委員会に付託されるのが通常である。しかしながら、十分時間をかけて慎重に審議を行うべき重要法案については、本会議で担当大臣が趣旨説明を行い、これに対し議員による質問を行うというプロセスを経なければ、各委員会に付託されないものもある。こうした扱いをするかどうかは、与野党の折衝によって定まる。この趣旨説明や質問自体が政府側にとって特別な負担となるわけでなく、通常週二回しか開かれない本会議において、趣旨説明の日程がいつになるかによって全体の日程に影響を与えることがむしろ問題となる。例えば、厚生省関係法案では、医療法の改正法案が衆議院本会議段階で継続審議になっている。同法案は、医療機関の機能別分化などの内容を盛り込んだ重要法案であり、趣旨説明が求められているのであるが、趣旨説明自体がなかなか許されないため、既に二国会にわたり棚ざらしになっているのである。

次に、趣旨説明を経て委員会に付託されたとしても、委員会には他にも多数の法案が付託されているのが通常である。例えば、今通常国会における厚生省関係の予算関連法案としては、健康保健法、廃棄物処理法、戦傷病者戦没者遺族等援護法の各改正法案が付託されているが、このように複数の法案の審議を行われなければならない場合、野党側としては賛成し難い法案の優先順位を後回しにし、審議に入ったとしても引き延ばして成立にまで到らせないという作戦をとることもある。またこれに関連して、審議に入る際には何時間審議を行うかが常に議論になる。法案によっては参考人の意見聴取を行ったり、地方での公聴会が開かれる場合があるが、こうした手続も審議の引き延ばしの手段として用いられる側面がないではない。

4．衆参両院における審議

こうしたプロセスを経て、仮に法案が衆議院を通過した場合、参議院でも同様な審議過程を経るケースがほとんどである。ここで検討すべきは、現実の例をみると、両院における審議内容がほとんど同一であること、さらに先議の議院と同一の審議方法を他の議院も採用することである。こうした国会の現実の動きを見るならば、憲法が期待している二院制の本来的機能が十分に果たされていないのではないかとの率直な印象を受けざるを得ない。

衆議院で法案が修正を受けた場合、参議院では原案と修正案の双方を審議する。そしてさらに参議院でも修正を行った場合、再度衆議院に送付されることになる。ここで、国会の会期との兼ね合いが問題となる。すなわち会期終了間際になって参議院で修正を受けた場合、衆議院に回付しなければならないが、衆議院が本会議を開かない場合、法案は継続審議となってしまうことになる。今日のように、参議院において与野党勢力が逆転しているときには、こうした事態は十分予想される。

二　平成三年老人保健法改正の立法過程

それでは次に、本論である平成三年老人保健法改正の立法過程につき説明したい。まず、老人保健制度とはどのようなものであるか、その概要を説明することから始めたい。

1．現行老人保健制度の概要（改正後）

昭和六三年現在、国民医療費は総額で一八兆七千億円に達している。このうち七〇歳以上の老人にかかっている額は、五兆二千億円となっている。これらの者が全人口に占める割合が七．

四％であるのに対して、医療費に占める割合は二七．五％にも達している。国民所得に占める医療費の割合は六．四％である。いずれにせよ、人口の高齢化に伴い老人数が増加しており、それに伴って国民医療費に占める老人医療費の割合も増加傾向にあるというのが現状である。そしてこの老人医療費をどのようにして賄うかが大きな課題となっている。

〈資料4〉の2（1）をご覧いただきたい。我が国の医療保険制度は、働く形態に応じて、健康保険、国民健康保険、船員保険、各種共済組合に分立しているが、各制度において七〇歳以上の老人保健制度の対象となる者の割合はそれぞれ異なっている。すなわち政管健保（中小企業被用者中心）では一、〇〇〇人当たり老人加入者数は四七人、健保組合（大企業被用者中心）では三〇人、国保（自営業者など中心）では一五三人となっており、全制度平均の七八人と比べてバラツキが見られる。老人保健制度とは、それぞれの制度に実際に加入している老人の割合を問わず、全制度平均の七八人の老人が加入していると仮定して老人医療費を拠出するという仕組みである。例えば、政管健保について言えば、七八人から四七人を差し引いた三一人分がいわば余分に負担すべきことになり、国保について言えば、一五三人から七八人を差し引いた七五人分の負担を免れることになる。この仕組みは、制度間の共同事業と位置付けられる。

〈資料4〉の2（1）にあるように、老人保健制度の対象は、正確には七〇歳以上及び六五歳以上の寝たきり状態にある者である。これらの者が医療サービスを受けた場合、定額の一部負担をしなければならない。そしてこの一部負担金の額を除いた費用のうち原則として三〇％を公費負担として国及び地方公共団体が負担し、残り七〇％を先に述べた算定方法で医療保険の各制度が拠出することになっている。なお今回の改正で公費負担割合の引上げが争点となり、いわゆる介護にかかわる経費については公費負担割合が五〇％に引き上げられた。また一部負担金についても、平成四年度には外来一月九〇〇円、入院一日六〇〇円、平成五年度には同一、〇〇〇円、七〇〇円に引き上げられることになった。

ところで、老人保健制度を除く各制度の実質的な平均一部負担率は一七％程度となっている。そして、例えば、健保、共済組合等の被用者保険における被保険者の本人負担が原則一割、被扶養者の場合通院三割、入院二割となっているなど、定率負担が原則であり、さらに高額療養費制度の下で一月六〇、〇〇〇円という負担額の上限が設けられている。これに対して、改正老人保健制度の下で平成四年度における一部負担金額が老人

医療費全体に占める割合は約四％強となる。この一部負担は定額負担である。ここで問題となるのは、老人医療費が前年比七％もの割合で増加を続ける中にあって、定額負担金が据え置かれた場合、医療費に占める一部負担金の割合が相対的に減少するという点である。一七％対四％強という負担の格差に加えて、定額負担金ということになるとますます負担率が低下することになる。どの程度の一部負担をすれば「負担の公平」が図られるかが問われなければならない。

戦前の我が国において、医療保険制度は一部の国民を対象とする限られたものでしかなかった。しかも「富国強兵」という発想から出た戦時的色彩の濃いものであり、病気と貧困とが切り離せない関係にあった。これに対し戦後になると、国民の人権保障の一環としての社会保障という発想から制度の改革・充実が図られた。そして国民皆保険政策の下、特に昭和三六年以降、国民全体が医療にアクセスしやすい状況が整備されるに至った。しかしこうした中でも、国民がどの程度負担すべきかという議論はまた別にあるはずである。確かに老人医療の沿革を見た場合、かつては老人の一部負担ゼロという時代があり、また老人保健制度創設時には一・五％程度の一部負担割合でしかなかった。しかし現在、どの程度の負担が妥当かは、老人の所得状況や国民の公平感などを勘案して実質的に考えなければならないと思われる。

六五歳以上の者が世帯主である家計の状況と五〇歳代の者が世帯主である家計の状況とを比較した場合、収入から支出を差し引き、さらに借金等を差し引いた純貯蓄額については、六五歳以上の者が世帯主である家計の方が高いという統計数字が出されている。すなわち現在の諸統計を見るかぎり、「老人はお金がない」「老人は負担能力がない」といった論理はもはや単純には通用しないのである。

いずれにせよ、定額負担により実質的負担率が相対的に低下することは問題であるとの認識から、一部負担金額を消費者物価の変動率に応じて改定する自動スライド方式を導入することにしたものである。この方式は基礎年金の額を改定する際に用いている指標であり、老人はこの基礎年金を受給していることから、年金額の上昇にあわせて一部負担金額を改定することに合理性が認められるとの基本的考え方に基づいている。

2．老人保健制度の沿革

以上述べた現行制度の概要を念頭におきながら、次に老人保健制度の沿革をたどることにしたい（〈資料1〉参照）。

（一）老人医療費支給制度（無料化制度）の創設

老人福祉法の改正により、昭和四八年一月から老人医療費が無料化された。その手法は、七〇歳以上の人々の医療保険における一部負担を公費で肩代わりするというものであった。

ところが、こうした制度が実施されて以来、一人当り医療費単価の高い老人の医療費が急増するに至った。しかもこの無料化制度は各医療保険の上乗せ事業であったため、老人を多く抱えている国民健康保険の財政を圧迫した。国保の保険者は市町村であるが、健全な保険財政を維持しようとするならば、保険料率を著しく引き上げなければならなかった。しかしながら、市町村長としては、選挙との兼ね合いもあり、それほど保険料率を引き上げるわけにはいかない。こうして多くの市町村の国保財政が赤字となり、穴埋めのために一般会計（租税収入）からの補塡が行われた。ところで、租税は市町村の住民全体から徴収するのに対し、国保は自営業者等を中心とした制度である。そこで、一般会計からの補塡が行われた場合、健保に加入している住民からも徴収している財源を他の一部の住民に回すことになりおかしいのではないか、との疑問が出された。こうして国民健康保険財政の立て直しが要請されるに至ったのである。

また無料化の弊害として、医療が治療に片寄り、健康づくり等の予防対策が手薄になった。手っ取り早く収入に結び付くことから、薬付け、検査付けといった弊害が生じてきた。

無料化制度に伴って生じてきたこれらの問題点への反省から、老人保健制度が生まれたのである。

（二）老人保健制度の創設

昭和五八年から実施された老人保健制度の狙いの一つは、従来の無料化制度を廃止し、健康に対する自己責任を経費負担の面からも考えていただこうということにあった。

〈資料1〉2（2）のaにあるように、創設当時は、各保険者が拠出する老人医療費（七〇％負担）の五〇％についてのみ、老人加入率に応じた調整（加入者按分）による共同負担を行うことにしていた。残りの五〇％は、各保険者がそれぞれ老人医療にかかった費用に応じて負担（医療費按分）することとされた。

公費負担三〇％という数字は次のような経緯から設定された。すなわち、本来社会保険制度の基本的な発想は、全員が拠出金を出し合って危険負担を分散させるというところにある。そうだとすれば、一般租税から財源を導入しないのが原則であ

るはずである。実際、大企業を対象とする健康保険組合には公費負担がなされていない。ただし中小企業を対象とする政管健保の場合、大企業と同列には論じられないとの観点から、一六・四％の公費負担（国庫補助）がなされている。さらに国保の場合、被用者保険のように事業主負担がなく、全額被保険者に負担させるのは酷であることから、労使折半という被用者保険の原則的考え方を用いて、五〇％公費負担とした。

こうした既存の各医療保険制度に対してなされている公費負担割合を全体平均で見ると、約三〇％であった。そこで、老人保健の場合も同じく三〇％程度でよいのではないかということになったのである。

ここで議論となりうるのは、そもそも社会保険制度の中で保険料負担と公費負担とがどうあるべきかの問題、さらに広く言えば、社会保障制度と一般租税による国庫負担との関わりがどうあるべきかの問題であろうと思われる。しかしながら、ともかくも右に述べたような経緯で公費負担割合が設定された。

老人保健制度創設の際、もう一つ議論となったのが、老人医療の在り方をめぐってである。これは、老人診療報酬の在り方に関わる問題であった。

我が国の医療保険制度における診療報酬の支払にあたっては、一般に医療行為を細分化し経済評価した上で点数化したものを用いている。このことは、ある医療行為をすればそれが経済評価され診療報酬として認められるということを意味するが、逆に医療行為をしなければ経済評価されず診療報酬として認められないということでもある。「黙って座ってピタリと当てても」、黙っていたのでは診療報酬をもらえない。様々な検査、投薬等を行えば行うほど、診療報酬が上がる仕組みになっているのである。いわゆる乱診乱療が社会問題化したのも、診療報酬の仕組みによるところが大きい。そしてこうした問題は、老人医療においても非常に多く見られたのである。

老人の場合一般に病気にかかりやすく持病（しかも複数）をもっている者が多い等の心身の特性を踏まえ、一般の診療報酬の場合とは異なった扱いをするべきではないかという議論が起こり、老人診療報酬という別建ての診療報酬体系を設けることになった。その基本的な考え方は、まずできるだけ入院医療から地域及び家庭における医療（在宅医療）への転換を促進することであった。入院医療中心であった従来とは異なる発想である。また投薬や検査のみに依存するのではなく、日常生活についての指導を重視した医療を確立することでもあった。〈資料1〉2(2)bにあるように、これらを念頭に置いた診療報酬体

系を新たに設けたのである。

また「健やかに老いる」とのキャッチフレーズの下に、新たに保健事業（ヘルス事業）が設けられた（〈資料1〉2(2)c参照）。

以上のような老人保健制度創設の際、一部政党から最も反対されたのが、老人医療費無料化制度を有料化した点であった。こうした批判は現在に至るまで続いているが、厚生省としては、先に述べた経緯からもご理解いただけるように、老人医療費無料化は我が国の医療保険制度の将来にとって好ましくないと考えている。

(三) 老人保健制度の改正

昭和五七年に制定された老人保健制度は、昭和六一年に改正された。そのきっかけとなったのは、老人保健法を施行してから三年後に拠出金の算定方法の見直しを行うと規定されていたからであった。

また、昭和五七年法によれば、保険者負担のうち同じ割合の老人が加入していると仮定して調整した後共同で拠出する部分の割合（加入者按分率）は五〇％とされたが、この部分については老人人口の増加に応じてセットすることとされていた。しかしながら、老人人口の増加率よりも老人医療費の増加率の方がはるかに高い。したがって調整対象となる部分が次第に少なくなり、四四％程度にまで低下した。このことは、赤字で苦しんでいる国保が調整により受け取る部分が減少することを意味する。そこで国保側から何とかしてほしいとの要望が上がった。

さらに昭和五九年健康保険法改正により、被保険者本人に一割の自己負担を導入したほか、退職者医療制度を設け、従来退職すると国民健康保険に加入していたサラリーマンＯＢを健康保険の側で取扱うことにした。これにより国民健康保険の医療対象者が減少し国庫補助も少なくてすむようになると考え、国庫負担のあり方を改めたのであるが、現実には退職者医療制度に加入すると見込んでいた対象者の約半分しか移行せず、「見込み違い」といわれる事態となり、結果的には、国保財政の悪化につながった。

こうして、国民健康保険に対する何らかの対応が必要であるということになり、国保は老人加入率が高いことから、老人保健制度に対する保険者負担の加入者按分率の引上げが着目された。昭和六一年改正では、加入者按分率の見直しが行われ、これを段階的に引上げ、平成二年度には一〇〇％とすることにした。ただし、これに対しては拠出金負担が増大する健保組合側

から大きな反対があった。そこでこうした反対に配慮して、「改正法の施行後における老人医療費の動向、各医療保険の運営状況等を勘案し、平成二年度までの間に検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずる」旨の検討規定が盛り込まれた。今回改正は、この検討規定に基づいて行われたものである（〈資料1〉3(2)d参照）。

また〈資料1〉3(2)aに見られるように、一部負担金額についても、昭和五八年以降老人医療費に占める割合が漸減していたこともあり、昭和六一年改正の際に引き上げることにした。

さらに、この時の改正により、老人保健施設が創設された。

3．平成三年老人保健法改正経過

さて、以上述べてきた改正経緯を踏まえた上で、本日の主題である平成三年老人保健法の改正経過についてご説明したい（〈資料2〉参照）。

(一) 老人保健審議会における審議開始

先に昭和六一年改正で平成二年度までの見直し規定が盛り込まれたと述べたが、私が老人保健福祉部長となった昭和六三年六月当時、老人保健審議会もまだ動いていないという状況であった。まずは、老人保健審議会において現行制度の問題点やそれに対する方策につき議論していただくことが必要ではないかということになり、同年一〇月、同審議会の審議が開始されたのである。このとき大蔵省は、同審議会が審議に入ること自体に反対した。というのも、経済四団体や一部の野党が、昭和六一年改正以降三〇％という公費負担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上げは避けられないとの見通しに立っていたからである。

(二) 審議会の中間意見

こうした大蔵省の反対にもかかわらず、何とか審議会における審議は開始された。ところが審議会では、一年以上の審議を経てもなお意見の一致を見ない状況であった。また平成二年二月の総選挙を控えて、一部負担の引上げを伴わざるを得ない法改正には与党自民党内部でも反対の意向が強くなった。さらに大蔵省は、一部負担の引上げにそう多くは望めず、結局公費負担の増加のみが行われるものと警戒した。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。こうしてそれぞれの利害が一致し、平成二年度に予定されていた法改正は見送られることになった。結局、審議会は、平成元年一二月、並行答

申的な「中間意見」をまとめるにとどまった（〈資料5〉参照）。とはいえ、この中間意見をまとめる際には、実に九八回にも及ぶ案文の手直しが行われたほど、大変苦労したところである。

（三）老人保健基盤安定化措置

ところで、この時期、業界とりわけ経済団体からは、拠出金負担を軽減して欲しいとの要求が強く出されていた。そこで政府としても、これに対応するための措置を採ることにした。すなわち、サラリーマンを対象とする厚生年金保険においては、原則として年金給付費の二〇％（昭和六一年度以降は基礎年金部分の三分の一と経過的部分の一部）を国庫補助することとされていたのであるが、一方で国家財政が厳しい状況にあり、他方年金には積立金があることから、一定期間この国庫補助を減額する（ただし補助が後に繰り延べられるにとどまり免れるわけではない）という立法上の手当がなされていた。平成元年当時、国家財政は良好な状況にあったため、隠れ借金解消の方策が打ち出された。しかし、一兆円もの金額を直ちに交付しても厚生年金の積立金が増え、財政投融資に回されるにすぎない。また被用者サイドにとっては、拠出が年金に充てられるとしても医療に充てられるとしても、国庫から支出されるという意味では同じである。そこで、一応一般会計から厚生保険特別会計に支出するという体裁は採るものの、これを直ちに年金勘定に入れるのではなく、特別の勘定を設けて、その運用果実を被用者保険が老人医療費のために行う拠出に充てたらどうか、そうすればそれだけ被用者保険の医療保険の保険料を引き上げずに済むのではないか、と考えたのである。これを老人保健基盤安定化措置と称している。

なお、平成元年一二月当時、厚生省事務方がひそかに用意していた法案は、老人保健法と以下に述べる老人福祉法の同時一括改正を内容とするものであった。

（四）高齢者保健福祉推進一〇か年戦略（ゴールドプラン）

同じく平成元年一二月には、高齢者保健福祉推進一〇か年戦略（ゴールドプラン）を策定した。当時、消費税の導入に当たり、野党は「消費税を福祉目的税とすべし」と主張した。しかしながら、自民党及び大蔵省は、目的税化に対し抵抗感を持っていた。厚生省としても、消費税だけで省予算が賄えないことに加え、それ以外の財源を獲得しにくくなるのではないかとの危惧を抱いていた。とはいえ、消費税を導入する際には将来の高齢社会に備えるというキャッチフレーズが用いられていたこ

とから、それを政策化するため厚生省としてもゴールドプランを作成し、一〇年間で六兆円余の投資をしようという計画を打ち立てたのである。福祉サイドで事業費を明記しかつ達成すべき数量目標を入れた計画が策定されたのは、初めてのことである。

大蔵省は、(三)で述べた基盤安定化措置とゴールドプラン策定により、老人保健制度の改正は不要であると受け止めていたようである。

(五) 老人福祉法の改正

翌平成二年二月の総選挙を経て、同年三月には、(三)の基盤安定化措置を実施するため厚生保険特別会計法を改正し、平成元年度の補正予算で一兆五千億円の基金を創設し、そこから老人医療費の被用者保険グループの拠出金負担を軽減するための補助を行うことができるようにした。

同年四月には、老人診療報酬の改定が行われた。その際、特に経済団体からなされていた老人医療費をもっと圧縮し効率的に利用して欲しい、より具体的には現行の出来高払いを少しでも包括払いにできないか、との要請に応じて、入院医療費につきかなりの包括化を行った。

また、同年六月には、社会福祉関係八法の改正において、老人福祉法を改正した。(三)でも触れたように、厚生省では当初、老人福祉法と老人保健法を一括して改正したいと考えていたのであるが、老人保健法の医療費負担をめぐる改正が見送りとなったため、老人福祉法だけを切り離して改正した。この改正では、施設対策とともに重要な役割を担うことが期待されながらこれまで法律上明文で制度化されていなかった在宅福祉対策を法律上明確に位置付け、その実施体制を整備した。具体的には、平成五年四月から全国の市町村に老人保健福祉計画の作成義務を負わせるとともに、都道府県の権限を町村に移譲するといった内容を含むものであった。

(六) 老人保健制度研究会の設置

こうして差し当たり必要な法改正を終えたのであるが、中間意見を出すにとどまっていた老人保健審議会をどうすべきかが、次に問題となった。すなわちそれまで審議を行ってきた経緯からすれば、今後とも議論の進展が望めない状況にあったのである。そこで、中立的立場にある学識経験者からなる「老人保健制度研究会」を設け、審議会における審議促進のための意見集約を行っていただくことにした。

同年八月における平成三年度予算概算要求に当たっては、老人保健法改正については白紙要求とした。というのは、先にも述べたように大蔵省は、老人保健法の改正がもはや不要であると考えていたので、この段階での軋轢を避ける必要があったのである。

一一月には、先の老人保健制度研究会から報告書が出された（〈資料6〉参照）。

（七）改正法案の船出

日経連、健保連及び連合の三団体は、制度改正をすべきとの意見でまとまる状況となり、厚生省としても、やはりこの時期を逃すことなく、将来を見据えた改正を行うべきとの決断をし、事務折衝を経て、一二月に予算編成事前厚生・大蔵大臣折衝において改正内容を明らかにした。これに対して大蔵省は、（一）相当の一部負担の引き上げが不可欠である、（二）一部負担額についてはスライド方式を採用すべきである、（三）大蔵省原案以上の国費負担増は認めない、といった条件付きではあったが、当時の橋本大蔵大臣の言葉を借りるならば、まさしく「やってみるか」という反応であった。

こうして翌平成三年二月には、老人保健法改正案が閣議決定され、国会に提出された。ところが同年四月に統一地方選挙があり、選挙の争点にしたくないとの思惑が働いたため、これらの選挙が終わってから審議を開始しようということで与野党の一致を見た。さらに、東京都知事選挙の選挙戦において、磯村候補が老人医療については無料に戻すべきだとの主張を行ったため、いっそう選挙が終わるまでは審議に入れないという状況が生じた。

（八）衆議院における継続審議

ところで国会は、五月半ばが会期末となっていた。しかしながら厚生省サイドでは、会期延長があるだろうと読んでいた。というのは、国会が終わると当時の海部首相はサミットに出席することになっていたのであるが、その際現在でいうＰＫＯのような何か他国にアピールできるものを携えて行くのではないか、そのためには一カ月半ほどの会期延長がありうるのではないかと考えたからである。官邸サイドもそうした意向であったようである。ところが、結果的には会期延長がないことになった。そこで国会での法案の扱いが問題となった。国会は慣例により五月の連休中は全く動かないため審議日数が十分でなかったのである。この当時、育児休業法が参議院先議ではあったが、

衆議院で急遽審議され成立するという事例があった。そこで老人保健法についても衆議院で実質審議を行っている以上、参議院の審議日数を短縮すべきだと主張したのであるが、重要法案についてそうした取扱いは認められないとして、野党に一蹴された。

こうして結局、継続審議扱いとなったのである。衆議院で継続になったのは、参議院が保革逆転状態にあり、衆議院を通過させ、参議院に送付した場合、法案がどうされるかわからないという警戒感が拭い切れず、継続扱いとされるのならば、衆議院で、と考えられたためである。

継続扱いとする際には与野党の打合せがなされたのであるが、ここまで来た以上、次期国会では冒頭処理（直ちに衆議院を通過させ参議院でも優先的に審議する）すべきだとの考え方に、与党自民党及び野党の一部はなっていった。こうした状況の変化は、平成四年の参議院選挙を見越しての動きであった。すなわち、あまり国会審議を長引かせると次の選挙の争点になってしまう可能性があることから、早く処理した方がよいという考えのようであった。

なお、従来厚生省の案件を処理する委員会は社会労働委員会であり、労働省との兼ね合いで週二回の委員会のうち一回しか審議日がもらえないという状況であった。ところが同年八月、与野党の合意により社会労働委員会を改組し、厚生委員会と労働委員会に分離することになった。そもそも社会労働委員会は、社会保障施策が野党の重大関心事の一つであることもあって、従来から運営のむつかしい委員会の一つとして有名であったが、まさに様変わりといえる事態となった。

（九）法案の成立

こうして九月に入り、法案は一部修正の上、共産党を除く各党各会派の全会一致の賛成で成立した。なお、参議院で修正を受けたため、衆議院本会議に回付し同意を得た。

修正については、一部負担については衆議院、公費負担拡大については衆参両院、スライド制の見直し規定は参議院で行うこととされ、いわば両院の間で割りふられた結果となった。

4．立法過程にみられる特徴

最後に、独断をあえて恐れず、本日のテーマに関連して私なりのコメントを行い、報告を締めくくることにしたい。

（一）老人医療費をめぐる特色

（i）老人保健制度は、国民健康保険制度の安定化にもかかわる国民医療費（二〇兆円）の「負担調整のメカニズム」であり、関係者の利害が集約される場である。老人保健審議会でなかなか意見がまとまらないのも、こうした利害対立が背景にある。

特に昭和五八年以降は、医療保険制度を改正するたびに、老人保健制度、老人医療費をどうするかが議論されてきた。それだけに、関係者のそれぞれの主張が増幅されて出てきているという面がある。

また将来においても、老人医療費は医療保険制度の大きな課題であることに変わりない。したがって、関係者が様々な発言をし行動する際にも、それらは「今後」を見据えつつなされるものであることに留意する必要がある。すなわち関係者の発言や行動の真意を正確に把握することが肝要である。

（ii）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。

（二）改正の推進力

（i）今回改正では、事業主側及び被用者側ともに、老人医療費増大に伴う拠出金負担の増加を軽減することを望み、そのためには一部負担を大幅に上げるのではなく公費負担を拡大することにより、加入者按分率一〇〇％を実質的に低下させることを要望した。このように日経連、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。

先に、政府原案を固める際、与党自民党は一部負担の引上げにより国民の反発を受けたくないとの危惧をもち、大蔵省は国費のみをかすめ取られるのではないかとの警戒心をもっていたと述べたが、平成二年一一月終わりから一二月始めにかけ厚生省サイドがこれらを説得し得たのは、労働組合の連合でさえも、一部負担の若干の見直しを公費負担の拡大を条件としつつもやむを得ないとして認めているという点にあった（これら三団体の代表者は、対談形式の意見広告を新聞紙上に掲載し、改正の必要性を広く訴えたりもした）。平成四年に参議院選挙があることも考え併せれば、法改正のチャンスはこの機会しかないの

ではないかともいった。

(ii) ゴールドプランを策定して国民に将来のプログラムを示し、さらに老人福祉法を改正してその法的裏打ちをし、老人保健法改正の環境を整えたことも幸いした。

(三) 選挙との関係

(i) 選挙との関係では、先にも述べたように、国政レベル、地方レベルを問わず、選挙を間近に控えて、国民に負担増を求める法案の国会審議は与野党いずれもが避けて通りたいというのがいわば人情であるということができる。

(ii) また、特に老人保健法に関していえば、昭和五七年の法制定に当たって、自公民路線（社共反対）で成立を図ったという経緯がある。しかしながらその後の選挙のたびに国民いじめと非難されたことから、一部の野党は老人保健法に対するいわば生理的警戒感を抱いてしまった感がある。この後遺症は、今回改正にも大きく影響を及ぼした。

(iii) 現役労働者からは保険料負担を軽減してほしいという切実な声が上がり、また高齢者の中でも負担のアンバランスを是正する必要があるという論議がなされる中にあって、野党も法改正の必要性は感じていた。しかしながら、国民の負担増を求めることによる反発を警戒し、まずは継続審議として夏休みに地元関係者の感触を確かめ、様子を見極めてから、共産党を除く各党各会派の賛成といういわば「みんなで渡れば恐くない」方式を採ったものと思われる。

(iv) さらにこの法改正案を通すタイミングとしては、野党は、参議院選挙の時期から見て平成三年秋しかないと判断していたものと窺える。

(四) 与野党逆転下における法案協議の在り方

(i) 参議院における与野党逆転という状況の下では、国民に負担増を求める法律は必ず修正を受けるものと予想された。ただし、無原則に修正に応じたり、闇取り引きしているとのそしりを避ける必要があったため、今回の改正では新しい方式を採ることにした。

(ii) まず衆参両院で一貫した扱いをすることにし、衆議院の段階からいわば出来上がりの姿を想定して対応するよう、与野党議員の理解を求めた。

(iii) また闇取り引きは好ましくないとの認識から、与野党間における法案協議は委員会の理事会で行うことにした。この取り決めは守られ、野党の意向は理事会で統一修正要求の形で

公にされ、その上でどのように対応するかが議論された。

（iv）衆参で一貫した扱いをするために、「衆参与野党理事等協議会」的方式を採用し、衆議院の段階から参議院側にも参加してもらい、もちろん二院制であるので限界があるのは当然であるが、一つの土俵でできるだけ意思を確かめ合うことのできるような「場」作りをした。

（v）施策の形成に当たっては、法案提出前に事前調整を行うことが必要であるし、またそれが期待される。というのも、例えば、建前では中立的な公益代表からなる老人保健審議会にしても、結局事業主、被用者、医師、評論家といった構成で、実質的には自らのグループを代表するという形になっている。これらの委員がグループの利害を離れた見地から利害調整をするということは、ほとんど期待できない。今回の老人保健制度研究会のような真に中立的な立場から議論をする場を設けるとか、内閣総理大臣の諮問機関であり与野党議員も加わっている社会保障制度審議会で意見を闘わせるという方法もありうる。しかしながら、結局は、各政党の政策審議会を通じて事前の調整をしていくしかないのではないかと考える。

（五）内容

（i）最後に内容については、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ので福祉予算によく見られる五〇％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。

（ii）国会においては、次のような点が主に論じられた。

第一に、一部負担額の引き上げ幅をできるだけ圧縮すべきだという議論がなされた。これについて、厚生省サイドでは、他制度における一部負担の状況をも勘案すれば、医療費に対する五％程度の負担は必要であるという主張を国会でも行ったにもかかわらず、最後まで抵抗されどうにもならないという事態には至らなかった。

第二に、一部負担額のスライド制については、そもそも何に対してスライドさせるかが問題となった。厚生省原案では、医療費が増加するのだから医療費にスライドさせるべきだと主張したのであるが、結局所得能力に応じた方式でなければならな

いという観点から、年金のスライドを念頭においた消費者物価スライド方式を用いることにした。また消費者物価スライドといっても、狂乱物価のような急激なスライド率になったらどうするのかという議論があったため、スライド制に上限を設けることを想定し、スライド制そのものの見直し規定も入れることにした。

第三に、とくに付添看護を中心としたいわゆる保険外負担の解消を図るべきだとの議論がなされた。診療報酬改定に当たり、考えねばならない課題とされた。

第四に、公費負担をさらに拡大すべきとの議論がなされた。

第五に、老人訪問看護制度の創設については、概ね評価されたといってよい。興味深いことに、高齢者の心身の特性に応じた医療の確保のための研究・検討については、かなり大胆な検討規定を設けることにしたにもかかわらず、国会審議においてはほとんど言及されなかった。

最後に、改正にともない現役世代の負担が軽減されることとなったが、ひるがえって、老人サイドの一部負担が少々重くなっても現役世代の負担を軽くするのがむしろ当然だという価値判断が、働いていたように思われる。

付記　本稿は、一九九二年一月二一日に開催された北大立法過程研究会でなされた報告のテープを起こし、それに加筆し、訂正を加えたものである。

なお、本研究会の開催にあたっては、平成三年度文部省科学研究費補助金総合研究（A）（研究課題名「立法過程における行政府の役割」）の交付を受けている。

また、録音テープの再生にあたって、北大大学院法学研究科院生（当時）菊池馨実君の協力を得た。

〈資料1〉

1　老人保健制度の沿革及び概要

1．老人医療費支給制度（無料化制度）の創設（昭和四八年一月から実施）

（1）七〇歳以上の国民健康保険の被保険者、健康保険組合等の被扶養者の一部負担を公費で支給

（2）無料化制度の問題点

a．老人医療費の急増

b．保険の上乗せであったため、老人医療費の急増に伴い、老人の多い国民健康保険財政を圧迫

c．治療にかたより、健康づくり等の予防対策が手薄

2．老人保健制度の創設（昭和五八年二月から実施）

（1）老人保健制度の趣旨

国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、壮年期からの疾病の予防、治療、機能訓練に至る総合的な保健医療サービスを提供するとともに、必要な費用は国民が公平に負担することをねらいとする。

（2）老人保健制度の概要

a．医療の給付

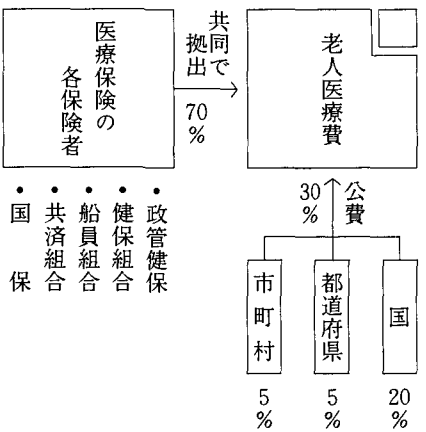
・対象者……七〇歳以上の者及び六五歳以上七〇歳未満の寝たきり老人等

・患者一部負担の導入（無料化制度の廃止）

外来　一月四〇〇円（月に一回最初の診療日に支払う）

入院　一日三〇〇円（二ヶ月を限度とする）

・費用負担



（各保険者の老人医療費の50％（加入按分率）につ

いて、老人加入率を調整※）

※　医療保険制度別の老人加入率をみると、被用者保険に加入しているサラリーマンも退職すれば国民健康保険に加入すること等の理由から、国民健康保険の老人加入率は他の医療保険に比べて著しく高い。また、1人当たり老人医療費は、老人以外に比べ約5倍高い。

このため、各保険者の拠出金については、保険者間の老人加入率の違いによる負担の不均衡を是正し、老人医療費の公平な負担を図るため、どの保険者も同じ割合で老人が加入しているものと仮定して算定することとされている。各保険者の老人医療費のうち、このような調整を行う部分の割合を加入者按分率という。（加入者按分の部分が多いほど、健康保険組合等老人加入率の低い保険者の負担が増加し、市町村国民健康保険等老人加入率の高い保険者の負担が軽減される。）

- 実施主体……市町村

b. 老人診療報酬

老人の診療報酬は、一般的に病気にかかりやすく一人でも多くの病気を持っていること等の老人の心身の特性を踏まえ、

①できるだけ入院医療から地域及び家庭における医療への転換を促進する

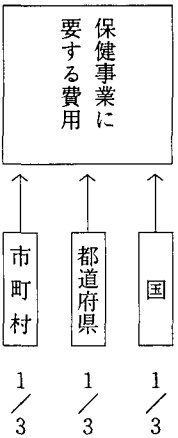
②日常生活についての指導を重視した医療を確立する

③老人病院にふさわしい診療報酬を設定し、医療の適正化を図る

ことにより、適切な老人医療の確保と老人医療費の適正化に資することを基本的考え方とするものである。

c. 保健事業（ヘルス事業）

- 事業内容……①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤機能訓練、⑥訪問指導
- 対象者……四〇歳以上の者（健保本人等の職域においてヘルス事業に相当するサービスを受けられる者を除く）
- 費用負担……国、都道府県、市町村が各々三分の一ずつ負担



・実施主体……市町村

3．老人保健制度の改正（昭和六二年一月から実施）

（1）改正の趣旨

人口の高齢化が急速に進む中で、増加の避けられない老人医療費を国民全体で公平に負担するシステムを確立するとともに、寝たきり老人等に対する新しい施設を創設することにより、老人保健制度の長期的安定を図り、長寿社会においても安心して老後を託せる制度の確立を目指す。

（2）改正の概要

a．一部負担の改定

世代間の老人医療費の負担の公平を図る観点から、次のように一部負担を改定する。

	（改正前）		（改正後）
外来	一月四〇〇円	⇩	一月八〇〇円
入院	一日三〇〇円（二ヶ月程度）	⇩	一日四〇〇円（限度撤廃）（ただし、低所得者についての入院は従来通り）

老人医療費に占める一部負担の割合

年度	五八年度	五九年度	六〇年度	六一年度	六二年度	六三年度
老人医療費に占める割合(%)	一・五八	一・五六	一・四八	一・七九	三・四六	三・四三

（注）六三年度は、実績見込み。

b．加入者按分率の引き上げ

各保険者間の老人加入率の格差による負担の不均衡を是正し、どの保険者も同じ割合で老人を抱えるようにすることにより、老人医療費の負担の公平を図る。

（改正前）	（改正後）
五〇％ ⇩	昭和六一年度　八〇％
	昭和六二～平成元年度　九〇％
	平成二年度～　一〇〇％

c．老人保健施設の創設

寝たきり老人等要介護老人に対して、医療ケアと日常

生活サービスを併せて提供する施設として老人保健施設を創設

d．検討規定

改正法附則で「改正法の施行後における老人医療費の動向、各医療保険の運営状況等を勘案し、平成二年度までの間に検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずる」旨の検討規定が設けられている。

〈資料2〉

老人保健法改正経過

昭六三・一〇	老人保健審議会：審議開始…大蔵省は審議入りにも抵抗
平一・一二	審議会の意見一致を見ず。また、与党は選挙を控えて一部負担の引き上げに反対の意向が強く、大蔵省は公費負担の増加のみ取られるものと警戒し、法改正を見送らざるを得ないことになった。こうした結果、並行答申的な「中間意見」をまとめることとなった。
	一方、業界からの拠出金負担軽減要求は強く、隠れ借金解消のための財源もあったことも幸いして、「基盤安定化のための措置」を採ることになった。 なお、当時用意していた法案は、老人福祉法と老人保健法の同時一括改正を内容としていた。
一二	高齢者保健福祉推進一〇ケ年戦略（ゴールドプラン）策定…消費税導入に当り、「消費税を福祉目的税とすべし」という野党の主張に抵抗する目的も含め、策定。消費税が将来の高齢社会に備えるためといったことに具体的に応えるもの。 大蔵省は、基盤安定化のための措置とゴードプラン策定により、老人保健制度改正はクリアしたものと受け止めていたもよう。
平二・二	衆議院選挙
三	補正予算成立及び厚生保険特別会計法改正…一兆五千億の資金創設・果実を被用者の拠出

金負担軽減に使用（野党の絶対拒否に会わず、かつ、二年度内成立可能な道を選択）

六　社会福祉事業法等の改正と併せて、老人福祉法を改正…在宅福祉対策を法的に位置付け、その実施体制を整備

七　老人保健審議会に「老人保健制度研究会」設置…老人保健審議会の審議促進と意見集約のために、中立的立場の学者による研究を行い、考え方の整理をしてもらったもの

八　平成三年度予算概算要求に当たり、老人保健改正に関しては白紙要求

一一　「老人保健制度研究会」報告

一二　予算編成事前大臣折衝において老人保健制度の改正内容決定…大蔵省の反応は（1）相当の一部負担額の引き上げ（2）一部負担額についてスライド方式の採用（3）当方の案以上の国費の増は認めないといった条件付で〝やってみるか〟と言うものであった。

平三・二　老人保健法改正案閣議決定。同日国会提出。

四　審議入り…地方統一選挙（都道府県）が終わってから審議開始（与野党一致）

五　衆議院において継続審議…会期延長あり得べしという前提でいたが、延長がないことになり、参議院における審議時間の不足が明白となった時点で、衆議院において継続審議とすることを与野党合意

八　臨時国会開会：野党の同意も得て、国会法の改正により、社会労働委員会を改組し、厚生委員会と労働委員会に分離。審議時間の増加が実現

九　老人保健法改正は一部修正のうえ、共産党を除く各党各会派の賛成で成立。なお、参議院で修正を受けたため、衆議院本会議に回付し同意を得る。

〈資料3〉

老人保健法改正の概要

〈趣旨〉

高齢社会に向けて、これからの老人問題の中心課題である介護の体制づくりの一環として老人訪問看護制度を創設するとともに、今後も増加が見込まれる老人医療費について、国や地方も、老人自身も、制度を支える現役世代もその負担を適切に分かち合うこととして、老人保健制度の運営の長期的安定を図る。

1．老人訪問看護制度の創設

在宅の老人に対する総合的なケアの体制を整備するため、新たに「訪問看護ステーション」から訪問看護サービスを受けた場合に老人訪問看護療養費を支給する制度を創設する。【施行：平成四年四月一日】

- 提供するサービス…家庭において寝たきり等の状態にある老人に対し、かかりつけの医師の指示に基づいて、訪問看護ステーションから看護婦等が訪問し、介護に重点を置いた看護サービスを提供する。
- 訪問看護の実施者…地方公共団体、医療法人、社会福祉法人等で都道府県知事の指定を受けた者（指定老人訪問看護事業者）。
- 老人訪問看護療養費の支給方法等…訪問看護ステーションは、市町村から老人訪問看護療養費の支払いを受け、訪問看護を受ける者から利用料の支払いを受ける。

2．公費負担割合の引上げ

老人医療の費用負担について、介護に着目して、公費の負担割合を下記を対象として三割から五割に引き上げる。【施行：①②…平成四年一月一日、③④…平成四年四月一日】

①老人保健施設療養費
②看護・介護体制の整った老人病院の入院医療費
③老人訪問看護療養費
④精神病院の老人性痴呆疾患療養病棟の入院医療費

3．一部負担金の改定

（1）老人が医療機関の窓口で支払う一部負担金について、次のように改める。

	平成三年一二月末まで（現行）	平成四年一月一日～平成四年度	平成五・六年度
外来	八〇〇円／月	九〇〇円／月	一、〇〇〇円／月
入院	四〇〇円／日	六〇〇円／日	七〇〇円／日

ただし、低所得者の入院については一日三〇〇円（二か月限度、その後無料）を現行通り据え置く。

（2）一部負担金の額については、消費者物価の変動率に応じて改定する仕組みを法定化。【平成七年度より実施】

4．初老期痴呆の状態にある者の老人保健施設の利用

当分の間、初老期痴呆の状態にある者については、六五歳未満の者であっても、老人保健施設を利用できるものとする。【施行：平成四年一月一日】

5．検討条項

スライド規定及び老人保健制度の給付と負担の在り方についての検討条項を新設。

〈資料4〉

老人保健制度の概要（改正後）

1. 趣旨

国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、壮年期からの疾病の予防から治療、機能訓練に至る総合的な保健医療サービスを提供するとともに、必要な費用は国民が公平に負担することをねらいとする。

2. 内容

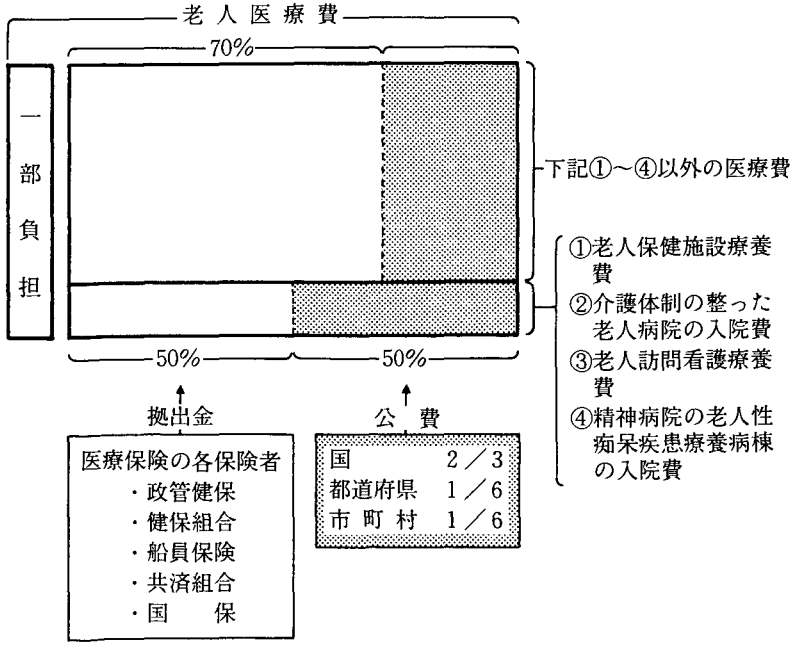
（1）老人医療……老人（七〇歳以上及び六五歳以上の寝たきり状態にある者）に対し、医療を給付する。

・患者一部負担

①一部負担金の改定

	平成三年一二月末まで	平成四年一月一日～平成四年度	平成五・六年度
外来	八〇〇円／月	九〇〇円／月	一、〇〇〇円／月
入院	四〇〇円／日	六〇〇円／日	七〇〇円／日

ただし、低所得者の入院については一日三〇〇円（二か月限度、その後無料）を継続。



②一部負担金額を消費者物価の変動率に応じて改定する仕組みを法定化（平成七年度から実施）。

・保険者の拠出金

各保険者は、実際に加入する老人の割合を問わず、同じ割合の老人が加入していると仮定して拠出金を算定する。

（2）保健事業（ヘルス事業）……四〇歳以上の者を対象

・事業内容……①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤機能訓練、⑥訪問指導

・費用負担……国、都道府県、市町村が各々三分の一ずつ負担

（3）老人保健施設

・寝たきり老人等要介護老人に対して、医療ケアと日常生活サービスを併せて提供する施設。

・老人保健施設の入所対象を初老期痴呆の状態にある者にも拡大（施行：平成四年一月一日）。

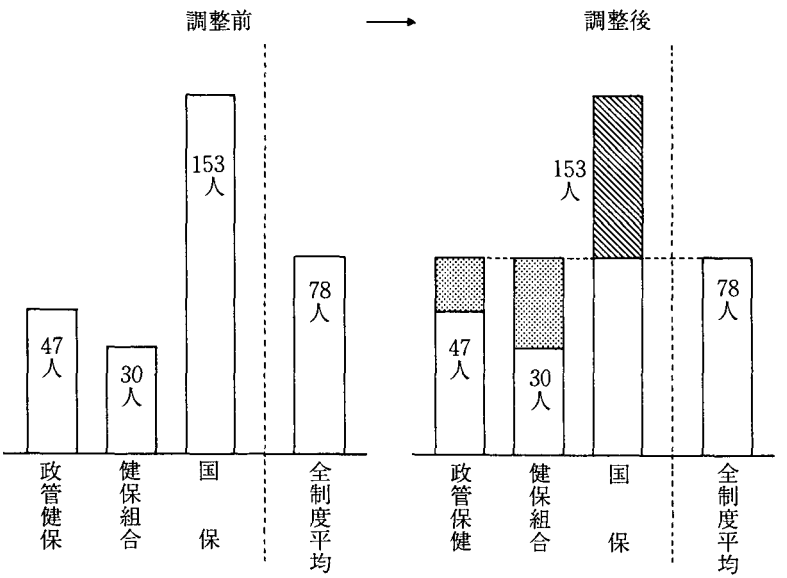
・開始状況（平成三年三月末現在）

施設数　四三一施設

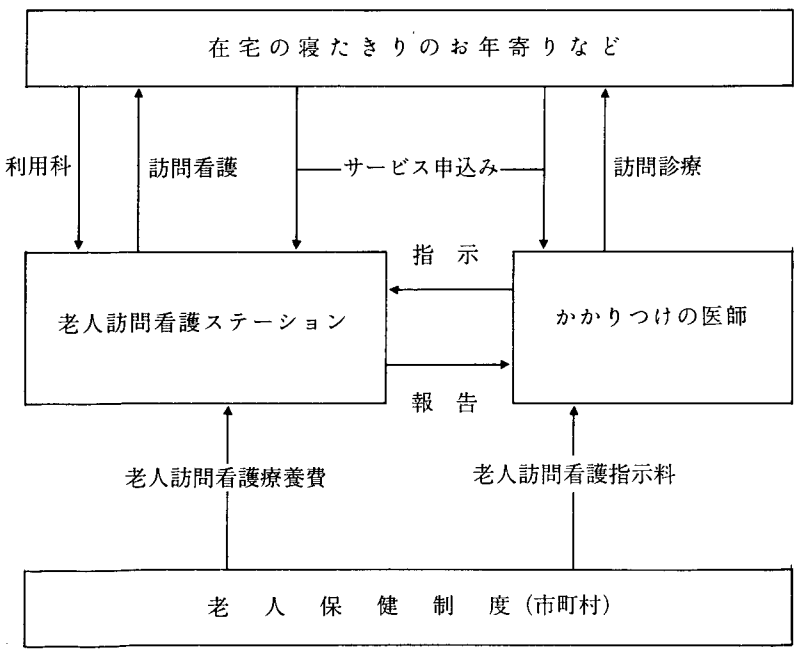
定　員　三四、七五二床

（4）老人訪問看護制度の創設（施行：平成四年四月一日）

〔平成2年度、1000人当たり老人加入者数



・かかりつけの医師の指示に基づき、老人訪問看護ステーションから看護婦等が在宅の寝たきり状態にある老人を訪問し、看護サービスを行うもの。



〈資料5〉

平成元年一二月一八日

厚生大臣　戸井田　三郎　殿

老人保健審議会
会長　小山　路男

老人保健制度の見直しに関する中間意見

本審議会は、老人保健制度の見直しに関して、昨年一〇月より検討を重ね、今般、別紙のとおり中間意見をとりまとめたので、これを具申するものである。

老人保健制度の見直しに関する中間意見

平成元年一二月一八日

老人保健審議会

老人保健制度は、昭和五七年に創設され、同六一年には、一部負担の改定、保険者の拠出金の算定方法の見直し等を内容とする改正が行われたところであり、同改正法の附則で保険者の拠出金の算定方法等に関し、平成二年度までの間に見直しを行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとされている。

本審議会は、この政府の見直しに当たっての提言をとりまとめることとし、昨年より、現地の視察を含め鋭意審議を行ってきた。その際、今後の老人医療費の動向は、保健、福祉施策の方向と深い関わりを持つことからも、また、人生八〇年時代の中で、二一世紀を展望しながら国民が健やかで安心して老後を送ることができるように、老人保健制度について生活の質（クォリティ・オブ・ライフ）の確保を目指しつつ、保健、医療、福祉にわたる幅広い視点から総合的に検討を行ってきた。その基本的方向について検討結果をとりまとめ、以下のとおり提言することとした。

なお、この提言が扱った老人保健、医療、福祉をめぐる問題は、急速に高齢化が進行している現下の重要課題であり、状況の推移を見極めつつ、本審議会においても引き続き検討を行っていくこととする。

1　老人保健、医療、福祉施策の基本

本格的な高齢社会の到来を控え、老人保健、医療、福祉をめぐる施策の充実が求められているが、老人保健、医療、福祉施策を進めるに当たっては、老人の心身の機能を維持してできるだけ社会生活に適応できるようにすること及び社会の側もこれ

を受け入れられるようにしていくことを基本としなければならない。

これからの老人問題の中心課題の一つは要介護老人対策である。とりわけ我が国にはねたきり老人が多いといわれているが、ねたきり老人ゼロを目指し、脳卒中、骨粗しょう症等の原因疾患のの予防、仮に発病した場合でも軽度にとどめる体制の整備、医療機関等における適切なリハビリテーションの普及、在宅における保健、医療、福祉サービスの充実等の総合的な取組みが急務である。

また、痴呆性老人をめぐる問題は深刻な問題であるが、その対策は、近年ようやく緒についたばかりであり、発生の予防、治療研究をはじめ、家族への支援体制の整備等、総合的な対策を強力に推進していくことが必要である。

2　老人保健、福祉の総合的、計画的推進

老人保健、福祉施策を進めるに当たっては、老人がいつでもどこでも誰でも適正な負担で保健、福祉サービスを受けられることを柱とすべきであり、特に真に援助を要する者に対する公的施策の拡充が求められているが、現実には地域ごとの高齢化率や要介護老人の出現率等が異なり、老人関係の施設整備やマンパワーの充足状況等についても地域的な格差が存在しているのが現状である。

こうした現状を改めるため、市町村は住民に最も身近な地方公共団体として利用者のニーズを把握しながら効果的に施策を進めていくとともに、将来に向けての計画的な整備を図っていくことが求められている。また、都道府県は市町村を包括する広域的な地方公共団体として、広域的な観点から市町村を支援していくべきである。その際、都道府県は、施策の効率的推進を図る見地から、市町村の規模、技術力の差、施策に対する取組み状況等に応じた効果的支援を行うことが必要である。

このような観点から、市町村が中心になり、国が基本方針を示し、かつ、財政面等での支援を行い、都道府県が調整、指導、援助、補完を行いつつ、生活圏を基盤とした保健、福祉施策の総合的、計画的推進が不可欠である。その際、特に保健、福祉の各分野における保健所、福祉事務所を含む関係機関の連携の強化、在宅、施設を通じた地域における総合的なケアシステムの確立を目指すことが重要である。

また、保健、医療、福祉施策は、対象者である老人の生活の質の向上を目指すという視点に立って進められるべきである。このため、老人の処遇、各種サービスは、利用者の立場に立っ

て常に評価され、必要な改善が図られなければならない。

さらに、どのようなサービスを選ぶかは、老人本人の自主性を尊重すべきであり、そのためにも保健、医療、福祉サービスに関する情報、特に医療内容等医療情報に接しやすい仕組みを考えることも必要である。

なお、二一世紀の高齢社会に向けて、高齢者福祉対策の基本的方向を明確にし、国民の理解を深めていくことが重要ではないかとの問題提起があった。

3　保健事業の効果的推進

人口の高齢化が進む中で、壮年期からの予防、健康づくりがますます重要であり、保健事業の効果的推進が求められている。

健康診査については、医療機関の活用等受診者にとって受けやすい健康診査の実施体制づくりが重要であるとともに、魅力のある保健事業になるような一層の工夫が望まれる。特に受診率が低い等の問題がある都市部においてその必要性が高い。さらに、健康診査の事後指導が重要であり、事後指導を要する者に対する健康指導を行う事業を積極的に実施すべきである。また、老人保健においても歯科保健の充実を図っていくべきである。

老人は長年住み慣れた家庭や地域で生活することを望んでおり、身近なところで保健、医療、福祉に関する様々な相談に総合的に対応できるような体制をつくっていく必要がある。特に、老人の大多数は健康な老人又は病弱ではあるが介護の必要はなく日常生活を送っている老人であり、これらの老人に対する健康についての教育、相談、生活指導を重視した保健対策が重要である。

4　要介護老人に対する在宅及び施設の取組み

（要介護老人に対する取組み）

今後、後期高齢者が増加することに伴い、要介護老人が増加し、かつ、その程度が重度化することが必至であり、今からそのための対策を早急に講じていかなければならない。その際、要介護老人が目立できるような対策を積極的に進めるとともに、可能な限り在宅で療養できるような方向での環境を整備していくことが必要である。同時に在宅で療養できない場合には、要介護老人の状態にふさわしい施設の整備も喫緊の課題である。

これらの要介護老人対策を進めるに当たっては、医師のリーダーシップにあわせて保健婦、看護婦、理学療法士、作業療法

士、ホームヘルパー等のマンパワーの充足が不可欠であり、国及び地方公共団体におけるマンパワー対策が特に重要である。また、相互扶助やボランティア精神に基づく地域住民の福祉活動への参加と促進が、要介護老人対策の分野でも大いに期待されている。

（在宅ケアの推進）

在宅での療養を推進していくためには、その前提としてマンパワー、患者と家庭の意思、医療側の取組み、住環境の整備、介護機器の開発普及等が不可欠であるとともに、福祉サービスと保健、医療サービスとの連携、ネットワークづくりが必要である。

在宅の要介護老人については、在宅による療養を支援できるようにホームヘルパー、日帰りで介護サービスを受ける事業（デイサービス）、特別養護老人ホーム等に短期滞在する事業（ショートステイ）の在宅三本柱の量的、質的整備や病院、老人保健施設における日帰りで機能訓練等のサービスを受ける事業（デイケア）の充実を図るとともに、身近にこれを利用できるような仕組みを確保するという観点から、在宅介護支援センターをすべての市町村に計画的に普及していくことが必要である。また、高齢者が生活しやすい世話付き住宅の整備等住宅対策の充実が大いに求められている。さらに、地方公共団体で行っている保健、医療、福祉サービスに関する住民へのＰＲについても、きめ細かい努力と工夫が重要である。

とりわけ訪問看護は在宅で療養している老人、家族の切実な願いであり、在宅ケアの推進を図る観点からホームヘルパー等の福祉サービスや医療機関との連携の下に、実施方法の多様化を図りながら、今後積極的に進めていくべきである。

なお、在宅における介護の重要性に鑑み、介護給付、介護休暇等についても今後検討されるべきではないかとの問題提起があった。

（施設ケアの充実）

我が国における老人医療は、入院に偏っており、入院期間が長期にわたっている。老人は慢性疾患が多く、その心身の状態にふさわしい介護を提供できる施設として特別養護老人ホーム、老人保健施設、デイサービスセンター等の受入れ施設の整備と要員の充実を図らなければならない。一方、診療報酬の面においては、老人医療の実態を十分踏まえて、慢性疾患で療養期間が長期にわたり、病状が比較的安定しているケースについては、現行の出来高払い方式の長所を損なわない形で、医療の質を確保しつつ、定額払い方式の併用等を考えるべきであると

の意見と医療に上限を設定することとなるので不合理であるという理由から反対であるとの意見があったが、この問題については、別途中央社会保険医療協議会において十分に審議されることを期待する。

また、老人が自立した生活を送れるよう、老人の離床を促進したり日常生活動作能力を維持、向上させるためには、病院内においても看護、介護機能の強化が必要であり、介護が医療の中で一体的に提供できるような体制をつくっていくことが重要である。そのためには、介護機能の医療上の位置付け及び診療報酬上の評価について、明確にする必要がある。特に、付添看護については、患者、家族の経済的な負担となっているばかりでなく、病院内におけるチーム医療の推進という観点からも問題があると指摘されていることからも早急な対応が望まれる。

老人保健施設については、昭和六三年度から本格的な整備が開始されているが、老人保健施設に対する国民のニーズが今後一層高まってくることが考えられるとともに、将来にわたり医療資源の有効な活用を図ることにより医療費の効率化にも資することから、積極的に整備を進めていくべきである。都市部における老人保健施設の整備については、立ち遅れがみられることから、公有地の活用、同一の土地を活用した複数の施設の建設の促進等を踏まえた対策が必要であり、国、地方公共団体の本格的な取組みが要請される。また、都市部や地域的に整備が困難なところについては、老人保健制度における共同事業として施設の建設を行い、その運営については、第三セクター等に委ねる形での整備方法も検討に値する。

老人保健施設の性格については、通過型施設とされているが、滞在型のものも必要ではないかとの意見、通過型施設であることを堅持すべきであるとの意見等があるが、老人保健施設については、本格的整備開始後適当な時期において、そのあり方について検討を加えることとされているので、老人保健施設の運営の実績を踏まえ、施設体系における位置付けを含め、今後、本審議会老人保健施設部会で検討していくこととする。

5　制度の長期的安定を図る方策

人口の高齢化が進む中で今後とも老人医療費の増嵩は避けられないが、可能な限り無駄を排除し、医療の効率的な提供が行われるような方策を講じていかなければならない。

例えば、地域格差の解明、在宅医療、生活指導の重視、高額医療機器の共同利用の促進、医薬分業の推進等を、現実的な配慮を加えつつ、着実に進めていくことが必要である。

老人医療費の負担についての主な課題は、拠出金、公費負担及び一部負担のあり方の問題であるが、第一の拠出金のあり方については、加入者按分率について老人医療費を各制度間を通じて国民が等しく負担することを考えると、今回の審議においては、既定方針を貫くべきであるとの意見、現在の費用負担のあり方については被用者保険に過重な負担を強いているので加入者按分率を九〇％に据え置くべきであるとの意見、公費負担割合が五〇％に達するまでの間は加入者按分率は九〇％に据え置くべきであるとの意見、老人以外の者の医療費負担をも勘案すると加入者按分率は八〇％程度が適当であるとの意見があったが、平成二年度から一〇〇％となることについてこれを見直すべきであるとの合意は得られなかった。

なお、拠出金算定方法について、保険者間の財政調整のような形での調整には反対であるとの意見のほか、負担能力に着目した合理的な手直しが必要ではないかとの意見もあった。

第二の老人医療費に対する公費負担としては、現行の制度においては、国が二〇％、都道府県及び市町村がそれぞれ五％を負担することになっているが、加入者按分率の変更に伴い、老人医療費に占める国費の割合は減少してきている。

老人保健制度について、その安定を図るためには、老人医療費の増嵩に伴う保険者の拠出金負担の増大、老人医療費の増嵩の原因が高齢化という保険者の努力の及ぶところではない一面をも有していること及び老人医療における福祉的側面をも勘案すると、公費負担の拡充を図るべく早急に対処すべきである。

負担割合については、五〇％にすべきであるとの意見のほか、全額公費で賄うべきであるとの意見や段階的に公費負担を引き上げるべきであるとの意見等があった。

なお、これに対して社会保険制度を基軸とする老人保健制度においては、公費負担を安易に引き上げるべきではないとの意見があった。

第三の一部負担のあり方については、健康に対する自己責任とコスト意識の涵養、世代間の負担の公平等の観点から五％程度の定率負担が適当であるとの意見と健康の問題は老人にとって老後の不安があるので、受診を抑制しない程度の定額負担が適当であるとの意見が出された。定額負担方式の場合においては、関係審議会の審議を経るなど適正な手続きの下に、一定水準の実質負担を行うような仕組みを検討することが適当である。

また、総合的な老人福祉対策の積極的な推進を図りながら、長期入院については、低所得者に対する配慮を講じた上、老人

保健施設、在宅療養等との負担の均衡を考慮した適切な措置を早急に講じていくべきである。その際には、付添看護等の保険外負担の是正を図ることが必要である。

なお、費用負担のあり方については、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ので、本審議会において更に検討を重ねていくこととする。

〈資料6〉

老人保健制度研究会報告書

平成二年一一月一六日

はじめに

当研究会は、本年七月に、老人保健審議会会長から、「老人保健制度の長期安定化のための方策について」検討を依頼され、以来、集中討議を含め、六回にわたって論議を重ねてきた。

老人の保健、医療、福祉に関する諸問題は、人口高齢化の進展する我が国における最も重要な課題の一つである。老人保健制度は老人に関する施策の中核としての役割を担うものであるが、その在り方を巡っては、関係者間に種々の議論と意見の対立が見られる。

保健、福祉などの分野に広がりを持ち、医療保険制度全体の在り方にも深くかかわる同制度について、限られた期間内に掘り下げた議論を行うことには自ら制約も伴うが、当研究会に課された役割に鑑み、ここにこれまでの討議を取りまとめ報告するものである。

（本報告取りまとめの考え方）

本報告を取りまとめるに際しての、主要な考え方は、次のとおりである。

（1）本報告においては、老人保健制度の在り方を考える場合の問題点の整理及びそれらを検討するに際して考慮すべき視点と方向を提示することを基本とした。

このため、委員の自由な立場における意見を極力尊重することとし、報告の趣旨を補足する必要のある場合、あるいは、なお議論を必要とする重要な論点と考えられる事項については、特に「補論」として付加している。

（2）当研究会における討議の対象と範囲についての共通

の認識は、第一に、老人保健制度を巡る問題は、保健、医療、福祉の分野の相互の関連を切り離して考えることはできないこと、第二に、当面する諸問題に関する議論のほか、現在の制度・施策の枠組や発想にとらわれず、長期的観点からの検討が必要であること、である。

このため、本報告においては、第一に、昨年一二月の老人保健審議会の意見具申以後の関係施策の展開を踏まえつつ、更に老人の福祉を推進する見地から、介護に関する問題を中心に留意すべき幾つかの点に触れることとした。また、第二に、老人保健制度における費用負担の在り方について、公平で安定的な費用負担の仕組みという視点を基本に考え方を整理し、あわせて、第三として、今後の老人保健制度を考える上での中長期的な検討課題についての考え方も示すこととした。

当研究会としては、高齢社会における老人保健制度の重要性及び現行制度の問題を巡る関連領域の広さに鑑み、更に幅広い観点から議論が積み重ねられていくことを期待したい。

I　介護サービス等の充実について

老人保健審議会は、昨年一二月の「老人保健制度の見直しに関する中間意見」において、今後の老人に関する対策について次のような趣旨の提言を行っている。

まず、基本理念を「老人の生活の質（クォリティ・オブ・ライフ）の確保」に置き、その具体化に当たっての留意点として、

①老人の心身の機能を維持してできるだけ自立して社会生活を送ることができるようにすること、

②保健、医療、福祉サービスの選択に当たっては、老人本人の自主性が尊重されるべきものであること、

などを示している。

そして、施策の在り方については、

①保健、医療、福祉の施策が総合的に実施されるべきであり、立ち遅れている在宅サービスの推進と施設における介護機能の充実が必要であること。

②市町村を中心とした施策の展開と、それに対する都道府県及び国の効果的支援が必要であること、

③これら施策の計画的推進が不可欠であること、

などを指摘している。

政府も同月には、在宅福祉対策及び施設の緊急整備等を内容とする総合的な計画として「高齢者保健福祉推進十か年戦略」を策定した。また、本年六月、市町村を中心とする保健、福祉サービスの推進体制の確立と老人保健福祉計画の策定を盛り込んだ老人福祉法等の改正が行われた。この「高齢者保健福祉推進十か年戦略」と老人福祉法等の改正によって、既に先の中間意見の提言に沿った内容の行政施策がかなり広範囲に、また具体的に実施に移されてきている。

核家族化、高齢者世帯の増加、女性の就労機会の拡大等の趨勢の中で、今後、老人の介護について社会的支援が一層必要となってくることは確実である。

これらを踏まえ、更に老人の福祉を推進する見地から、この際、留意すべきと思われる幾つかの点について追加して触れておくこととしたい。

1．老人のための住まいの確保

在宅サービスを効果的に展開するためには、老人にとって生活しやすい住宅の確保を図ることが重要であり、今後こうした住宅が大量に供給されていく必要がある。人口の高齢化がピークに達しない今世紀のうちに、このような領域への思い切った資源配分が促進されるような対策が講じられなければならない。

この場合、福祉分野におけるケアハウスや有料老人ホーム等の整備はもちろんであるが、一般の住宅供給の分野においても、老人同居世帯向け住宅や高齢者世帯向け住宅の多様な供給形態が考えられる必要がある。例えば、公団住宅や公営住宅等公的住宅の整備や建て替えに当たっては、このような住宅の比率を高めたり、老人のための住居改造について技術面、資金面での支援を拡充するほか、民間住宅の建設に当たっても、老人に適した構造設備を一定比率有したものについては、低利融資や容積率等の特例を設けることなどについて、厚生省は建設省と連携をとって研究、検討を進めるべきである。

2．介護機器の開発・普及等

介護機器は、在宅における老人の自立した生活を支え、あるいは介護に従事する者の負担の軽減や業務の省力化を図る上で、今後その重要性が高まってくることは確実である。しかし、現状では、開発から普及、更には評価に至るシステムが整っているとは言い難い。

モニター方式等を導入して利用者のニーズの把握を的確に行い、これに適切に対応する介護機器の開発目標を明確に設定すること、機器の開発に当たっては高い技術力を持つ企業の幅広い参加が得られる体制を整備すること、介護機器についての情報提供、相談等を総合的に行うことのできるような展示場の拡大や人材の育成などを進めること、利用者に対する迅速な供給と十分なアフターサービスを行える体制を整備すること、更にこれらを通じて利用者のニーズに合致しているかどうかの評価ができるようにすることといった、一貫したシステムを構築していくことが必要である。あわせて、これらの機器の普及のため、高齢者が必要な介護機器を入手しやすくするように現在の施策についても見直すとともに、高額な介護機器については、リース方式などによりその利用の一層の促進を図るといった費用負担面での対応も求められる。

3. 在宅サービスの一層の充実

在宅サービスの中で、老人のニーズに十分こたえきれていないと考えられるものの一つに食事サービスがある。

食事サービスは、必要な栄養の摂取はもちろん、孤独感の解消、安否の確認などにもつながるとともに、地域ケアシステムを作り上げる有力な手段と考えられる。老人側のニーズも高く、ある程度普及しているにもかかわらず、事業主体によってサービスの頻度にバラツキがあったり、事業の安定した継続に不安が伴う等の課題を有している。在宅サービスにおける位置付けと役割を明確にし、地域ニーズを把握の上、いかなる体制で対応するか具現化のための技術・方法を確立する必要がある。

特に、その隘路となっているのは配送体制の問題であることはほぼ共通している。その解決方策として、例えば、農山村部においては地区組織などを活用した方法が採れないかどうか、また都市部では民間企業との連携が可能かどうか等、各地の様々な取組みを参考としつつ、地域の実情に応じた方策を見出していく必要がある。

また、在宅サービスを確保するためには、ショートステイ及びデイサービスへの移送のほか、通院等のための移送が必要である。今後こうしたニーズの増加が見込まれることから、効果的、効率的な移送サービスの在り方について検討を急ぐ必要がある。

4. 介護のための人的資源の確保等

老人の介護サービスを充実していく最も重要な条件は、

それを担い、支えていく人的資源の質・量両面での確保である。

こうした人的資源の確保は、多大なコストを必要とし、さらに人口の高齢化に伴ってその増大は避けられないことから、財政面での対応を含めた課題であることをまず認識する必要がある。

①チーム方式の導入等

今後、介護のための人材を確保するとともに、サービスの質を維持していくためには、必ずしも専門の介護担当者による一対一の対応といった形にとらわれず、業務全体の管理や調整、メンバーの指導等を行う者をリーダーとする、非常勤の職員やパートタイマーなどを含むチームによる方式の導入といった、より多くの人材の参加を得やすくするような工夫が凝らされてしかるべきである。

また、このような工夫と併せて、様々な媒体を通じた介護の業務に関する広報活動や、人々が介護の実際を体験できる機会の拡大を通じて、介護職務のイメージアップを図り、その社会的地位の向上を目指していくことが求められる。

②介護担当者の意欲を高めるマネジメント

介護のための人的資源の質・量両面の確保を図っていく上で、今後必要となってくるのが、介護業務に関するマネジメント（経営管理）手法の開発と普及である。

適切なマネジメントにより、メンバーの持てる能力を十分に開発・活用し、最も効率的な業務運営の実現に資するとともに、それを通じて、メンバー全員の意欲や満足度を高めることを目指すものである。

その内容としては、給与や労働時間等の処遇面のみならず、例えば、各々のメンバーが働きやすいように職場環境を改善するための設備や備品等の整備、研修機会の拡充や日々の業務を通じた能力開発の充実、資質に応じた責任の分担とそれに伴う適切な人事評価等が挙げられる。

これらについて、実践的な事例研究とそれを踏まえた体系化・一般化の取組が必要とされよう。

③ボランティア活動の活性化

ボランティアは、例えば本を読んで聴かせる、話し相手になる等受け手の生活にいわば余裕や潤いを与えるといった形態のものと、それとは別に、介護業務の一端を

担うものとして、例えば入浴や食事の介助を行う等の形態のものとがある。

特に後者については、その活動に対し、実費補塡などある程度の金銭による対価が認められてもよいし、ボランティア活動の実績が、自ら要介護状態になった時に逆にボランティアサービスを受けられるといったような、目に見える形で自分に返ってくる仕組み（＝「有償」ボランティア）の構築も有効であろう。その意味で、幾つかの地域で実施されている介護預託制度は、その全国通用化の可能性も含めて、注目される試みの一例である。

また、個人のボランティア経歴が学校、会社等での考課に反映される等、ボランティア活動に対する社会的評価のシステムが普及すれば、その効果は極めて大きい。更に今後は、企業等についても、その社会的責務の一環として、ボランティア活動を積極的に支援していくという姿勢が求められる。

さらに、ボランティアとその受け手との間を結びつけ、調整を行う機能が重要であり、そうした機能を担う機関が市町村の区域よりも小さな地域毎に活動できるような体制を整えることが望ましい。

5．供給主体の多様化とサービスの質に関する評価

介護サービスの利用について、老人の自立性を確保し、助長していくためには、利用者がサービスの内容に関する的確な情報を入手し得ること、更に利用者の選択の幅を広げる観点からサービス供給主体の多様化を図っていくことが必要である。

そして利用者がサービスの内容に関する情報を得て自由な選択を行うためには、情報が広く開示されるとともに、公的部門、私的部門、更には第三セクター等の多様な供給主体間での競争が行われることが条件となる。

また、サービスの質の向上を図っていくためには、その適切な評価が行われる必要がある。

評価の方式としては、サービス供給主体自らが行う方式、サービス供給主体が相互に評価し合う方式、地域における中立的な評価機関による方式等が考えられるが、いずれの場合にも、処遇マニュアルの作成とそれに基づく評価基準の設定が不可欠である。

Ⅱ　老人保健制度における費用負担の在り方

1．基本的考え方

我が国の豊かさの現状については、国民経済や企業業績の好調さと対比して、生活関連社会共通資本の整備の遅れや労働時間の長さなど、今一歩豊かさに欠けている個人の生活状況が指摘されている。今後、個人の生活レベルにおいても、我が国の経済力に見合った豊かさを実現していくためには、国民の老後における安心と健康の保持を図る老人保健制度の役割は極めて大きく、基本的にこの制度の有する役割を積極的に評価すべきである。

そして、老人医療費が国民所得の伸びを上回って増加し、そのための負担の増大が予想される中で、将来にわたって老人保健制度を十分に機能させていくためには、より公平で安定的な費用負担の仕組みとしていくことが必須の条件である。また、いわゆる社会的入院と言われるような資源配分の非効率が生じており、今後は、保健、福祉サービスの拡充、強化を図るとともに、医療サービスの分野においても、医療供給体制の合理化を進めることにより、医療資源の効率的利用を実現していくことが必要である。

（補論1）「長寿社会に対する視点」

来たるべき長寿社会について、我々はどのようなイメージを抱けるだろう。この問いは、ある意味でこの国の生活が本当に豊かと言えるかどうかの試金石である。現状でさえ、「マクロ経済や企業業績の華々しさ」と「生活関連社会共通資本の貧しさ」の著しいギャップや、（購買力平価ではなく市場レートで換算する限り）〝世界最高水準〟の一人当たりＧＤＰと、それを享受するはずの「家族・友人との時間」が先進国中最も短い生活環境というズレなどへの疑問を否定することは難しい。

これを経済学の視点から眺めれば、経済の市場部門の過半（プラス政府のある部分）の強さとは裏腹の、非市場部門への資源配分の乏しさや、市場部門と非市場部門のリンクの悪さに原因がある、とみなしてよい。長寿社会をしてすべての国民が安心して、喜び合えるものとするためには、家庭、非営利組織とコミュニティ、公的セクター及びビジネスが、人々のために何を成し得るかを目標に、時に質を巡る競争を行ったり、あるいは反対に協力できるような仕組み作りが不可欠である。

（補論2）「老人保健制度における費用負担の仕組みの意義と評価」

老人保健制度は、老人の医療費を国民の間で公平に負担するための方法として創設され、所得再分配機能という側面から見ても重要な意義を有している。

また、老人の医療費については、各保険制度間で老人加入率が大きく異なっており、そのままでは各保険者間に負担の不均衡が生ずることとなるが、この解消策としては、老人だけを対象とした新しい制度を別に創設するという方法と、保険者間の財政調整で問題の解決を図るという二つの方法に大別できる。現行制度は、両者の長所と短所を調整する現実的な方策として、現行の医療保険の仕組みを使う形で各医療保険制度の共同事業として構成し、老人加入率の差については財政負担を調整することを実現している。特に、老人加入率の差については平成二年度から加入者按分率が一〇〇％となり、各保険制度間の老人加入率の違いに基づく老人医療費負担の不均衡が解消されている。

加えて、実務的にも実施が容易な方法であり、さらに老人層の受益と若年層の負担の関係が明らかなこと、その拠出関係について関係者間でオープンな議論の場が確保されていることなどを考えれば、総体として積極的に評価されるべきである。

（補論3）「国民負担を考える上での視点」

老人医療費を始め、社会保障費用が急激に増大する中で、国民は租税及び社会保険料合計で将来どれ位の負担をすることになるか、またどの程度が適当な負担かということが多方面で議論されている。

もとより、国民負担の問題を考える場合、租税と社会保険料の合計は一つの重要な指標であるが、国民経済のレベルでの実質的な負担という面から見れば、政府から家計に移転される社会保障給付を租税・社会保険料負担から差し引いた「純負担」で見てみる必要がある。

さらに、例えば、社会保障が不十分であれば、医療費や老後の支出への備えとして貯蓄を行わざるを得ないことから、国民負担の在り方を論ずる場合にも、租税と社会保障負担だけでなく、社会保障給付や貯蓄も考慮に加えて、各国の比較を行ってみることも必要であろう。

2．費用負担の具体的在り方

老人医療の費用負担の構成要素は、患者一部負担、拠出金、公費負担である。

老人医療の費用負担の在り方については、これら費用負担の各構成要素固有の性格を踏まえた検討が必要であるが、三者の構成割合をどのようなものにするにしてもいずれも最終的には国民の負担に帰着するものである。

また、医療保険制度全体の給付の公平の観点から見た一部負担の在り方、保険者の財政という立場から見た老人保健、退職者医療の両拠出金の負担の在り方、医療保険制度全体とのバランスから見た公費負担の在り方等、いずれも医療保険制度全体の在り方と関連する問題である。

(1) 患者一部負担

患者一部負担は受益に応じた個人の負担金であり、その在り方については、医療へのアクセスを阻害することなく、適正な受診が行われるという基本的視点とともに、世代間の負担の公平や長期入院患者と在宅療養者等との間の負担の公平といった視点も踏まえる必要がある。

①一部負担額の水準

現行制度においては、少額の一部負担が設けられているが、老人医療対象者の中で医療を受ける者と受けない者との間のバランス、保険料あるいは税という形で老人医療の費用の大半を負担している若年層と制度の受益者である老人層との間の負担のバランス、さらに医療保険制度における若年層の一部負担とのバランスを考慮し、一方で、年金額の改善等により老人層の負担能力が向上していることを考えれば、低所得者への配慮を加えながら、老人医療における患者一部負担の額を引き上げていくことが適切であろう。

特に長期の入院患者のうち、病状が慢性化し、日常生活的な要素が大きなウエイトを占めている者の自己負担は、老人保健施設や特別養護老人ホーム、在宅療養における経済的負担とのバランスを欠いていることを考慮して、一部負担の水準を含めその在り方について検討することも必要であろう。

(補論4)「いわゆる保険外負担の明確化について」

患者一部負担、特に長期入院患者の一部負担の在り方に関連して、いわゆる付添看護に伴う経済的負担をどうしていくかが課題となる。

これについては、医療保険制度全体の問題としてどの

ように考えるかといった問題でもあるが、基本的に病院内の看護サービスは、サービスの質の向上を図る観点からも当該病院の一体的な管理の下で提供されることが望ましく、患者が直接外部の者を雇うといった方式は、段階的にせよ解消されるべきものである。

このような場合において、より手厚い介護サービスを求める患者のニーズもあることから、医療の一環として提供される介護サービスであっても保険の適用について一定の基準を設け、その基準を超える手厚い介護サービスについては、患者の選択に応じ、病院との契約により対価が支払われることとする方式が考えられてよい。この対価については、年金の水準等の老人の負担能力に配慮した上で一定のガイドラインを設定し、表示を義務付けるなど、その費用負担の明確化・ルール化を図っていくことも必要であろう。なお併せて、いわゆる入院諸雑費やオムツ代といった名目での保険外負担についても、同様にその明確化・ルール化を図っていくことが必要であろう。

②負担の方式

負担の方式については、大別して定率制と定額制がある。受益に応じた負担の公平やコスト意識の喚起といつた観点からは、定率負担方式が適切である。しかしながら、医療費が高額になるに伴って負担も大きくなることから受診抑制を招きかねない等の指摘もあり、この点については、現行の医療保険制度においては、家計への過重な負担を回避するため、負担に一定の限度を設ける高額療養費制度が設けられている。この方式は、いわば、定率負担方式に定額負担方式を加味することによって、定率負担方式のデメリットを補うものと言える。老人保健制度において定率負担方式を導入する場合においては、このような高額療養費制度を併せて導入することが適切である。

一方、現行の老人保健制度では、老人にとって分かりやすい負担の仕組みであり、老人層の負担に対する不安感の軽減という観点もあって、定額負担方式が採られている。この方式では、負担額が少額の場合には、受益に応じての負担の公平化が不十分となること、コスト意識の喚起が図られにくいため過剰受診の弊害を生じやすいこと、といったデメリットがある。また、時間の経過によって実質負担率が低下し、老人医療費全体に占める自己負担の割合が低下するという問題

があるので、一定水準の負担を維持するためのルールを組み込むことも必要である。

（2）保険者負担

現行制度においては、加入者按分の方法により、保険者が加入者数に応じて平等に老人の医療費を負担することとなっており、各医療保険制度を通じた負担の公平を図る仕組みとして、これを維持すべきである。しかしながら、この方法では保険者の負担能力の側面は反映されず、保険者間の財政力格差が存在している現状からすれば、現行方式を維持しつつもそれへの対応方法を検討する必要がある。

国民健康保険においては、財政調整交付金の仕組みがあるため、実際上は、被用者保険における調整が問題となる。

これについては、老人保健拠出金負担の調整のための手法として、現行の拠出金負担方式そのものを変更して、扶養率、標準報酬の要素を加味するといったことも考えられる。なお、公費助成により、扶養率や標準報酬に着目して拠出金負担の軽減を図ることも、これに類する方法の一つである。

また、拠出金負担方式の変更の形ではなく、各保険者の財政状況全般を勘案しての被用者保険各グループ内での自主的な財政調整の実施・拡大により、実質的な調整を行うという方法も考えられる。

さらに、保険料と拠出金との関係で、老人保健制度を各保険者による共同事業として行うのであれば、拠出金負担が共同事業の基盤である各保険者の存立を危うくするようなものであってはならず、個別保険者の保険料に占める拠出金の負担の割合を一定限度にとどめ、限度を超える部分に関して保険者相互での調整と組み合わせた形で公費負担を行うという考え方もある。

（補論5）「〝拠出限度論〟について」

現在の制度の下では、今後の高齢人口の増加に伴い、特に被用者保険において、多くの保険者の保険料に占める拠出金（老人保健拠出金及び退職者医療拠出金）の比重が過半となるものと見込まれ、このため、拠出金負担の割合に一定の限度を設ける必要があるという見方がある。

これには、被用者保険の拠出金が、実質的には国民健康保険への財政援助となっているという背景がある。しかし、この観点から言えば、退職者医療制度の拠出金は、いわば退職した被用者のための拠出金であり、費用負担

の体系としては被用者保険制度に属する。また、老人保健制度は、老人の医療費を全加入者で負担する制度として構成されているが、これもその費用負担面から見れば、現行の医療保険制度における国民健康保険への高齢者の偏りの調整であり、拠出金の形を採るかどうかは制度の組立て方の問題と言ってよい。

むしろ考えるべきは、我が国の医療保険制度が、多数の保険者により運営されるシステムを採用することによって医療保険制度全体の効率性を高めているとするならば、この基本は維持していく必要があるということである。そうした観点から見た場合、拠出金の限度をどの程度とすべきかは一概に論じられないにしても、保険者の負担はその存立自体を危うくすることのないよう、拠出金負担について一定の限度を設けることにより保険者の運営基盤を支えていくことも検討に値する。

(3) 公費負担

公費負担の意義、目的に照らして、どのような形で公費負担を行うかについての考え方の整理が必要である。

また、そもそも、公費負担の定義についても、国及び地方公共団体の一般歳出にとどまらず、各種の特別会計からの繰入れ等も含めた幅の広い見方もあることにも留意すべきであり、これらを踏まえた多角的な検討も必要である。さらに、公費負担の在り方については、次のような考え方があるが、公費負担は税財源から充当され、受益との関係においては負担感がないことから、その必要性等について十分な吟味が必要であると同時に、国と地方公共団体間の費用の分担についての考え方の整理も必要となってくる。

① まず第一は、老人医療の実質的なサービスの内容を、医療、自立して生活できない老人の支援サービスとしての介護、生活といった各要素に分け、このうち、介護の要素については、そのサービスの内容が福祉サービスと同様であることに着目し、福祉サービスにおける公費負担の在り方を勘案して定めるという考え方である。

この考え方については、介護サービスの具体的な範囲をどうみるかという問題のほか、福祉サービスのための費用の在り方も含め、今後増大が予想される介護の費用のための財源をどう確保するかといった検討が併せて必要となってくる。

（補論6）「重介護に着目した公費負担の在り方」

社会保障における公費を何に優先的に使うかに関しては必ずしも定説はないが、生死・生存にかかわる緊要度の高いニーズであるにもかかわらず、所得が少ない等の理由でその緊要なニーズを充足できないような場合に優先的に用いるべきであるという点では、先進諸国ではかなりの国民的合意があると思われる。現在の日本の社会保障の場合、そのような観点から公費負担を重視すべき分野としては基礎年金、老人医療、老人福祉サービスのうちの重介護（intensive care）の三分野であろう。これら三分野のうちの老人重介護に関しては、政府は積極的な姿勢を見せ、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」等を策定した。

老人医療への公費負担比を高めていくことについては、老人医療は緊要度の高い分野の一つである上に、もう一つの緊要度の高い分野の老人の重介護の分野をもその中に取り込みつつあるが、重介護の施設ケアはこれまで公費負担の高かった分野であるから、老人保健施設拡大などにより老人福祉サービスの重介護を老人保健制度の中で負担していくことになるとすれば、その程度に見合い公費負担を段階的に拡大することは根拠のあることと考えられる。

② 次に、収入の高低や年齢区分という対象者の属性に着目して公費負担を検討するという考え方がある。

収入の高低に着目するという考え方は、相当程度の一部負担を前提として、例えば、低所得者について、受療の確保の観点からより低い一部負担の水準を設定した場合の本来の一部負担との差に着目するという考え方である。

年齢区分に着目する考え方は、いわゆる後期高齢者（オールド・オールド）や超高齢者（スーパー・オールド）については、一般に心身機能自体が相当程度低下し、常時医療サービスを受ける必要が生ずるため、その疾病は保険事故とするのは適当でないといった点に着目するという考え方である。

収入の高低に着目するという考え方については、年金額の水準の上昇等に伴って収入が増加していく傾向や他の医療保険制度における公費負担の考え方との整合をどう考えるかといった問題がある。また、年齢区分に着目するという考え方についても、その区分をどうするかという問題の

ほか、後期高齢者や超高齢者といっても、その実態は多様であり、保険システムに馴染まないとは一概に言えないといった問題についての検討が必要である。

（補論7）「現在の高齢者像について」

経済成長に伴う生活水準の全般的向上とともに、医療保障や年金制度の充実によって、「高齢者像」も変化してきている。

（1）健康面

①高齢者の半数以上が通院しているものの、健康上の問題で日常生活に影響のある者の割合は約四人に一人である。

②入院者、一月以上の就床者は七％で、これらを除く高齢者の七割強が自ら健康と思っている。

③後期高齢者になると寝たきり者率、痴呆性老人出現率がアップする。（前期それぞれ〇・七％、一・九％→後期　それぞれ三・五％、九・五％）

①、②……平成元年国民生活基礎調査

③……昭和六一年国民生活基礎調査、厚生省痴呆性老人対策本部報告

（2）経済面

①高齢者世帯（男六五歳以上、女六〇歳以上の者のみで構成するか、またはこれらに一八歳未満の者が加わった世帯をいう。）における一人当たり所得（収入）は全世帯平均を超えており、また、世帯主が六五歳以上の世帯の場合をみても、全世帯平均の九〇％強に当たっている（平成元年国民生活基礎調査）。

②可処分所得についても、世帯主が六五歳以上の世帯における一人当たり額は、全世帯平均を上回っている（平成元年家計調査）。

③世帯主が六五歳以上の世帯における一人当たり純貯蓄は全世帯平均の三倍強となっている（平成元年貯蓄動向調査）。

このように、高齢者については平均値で見た場合、他の世代とは大きな違いはないと言えるが、高齢者の特徴として健康面における寝たきり・痴呆の出現、経済面における資産や収入のバラツキ等、個人間の格差が大きいことが挙げられ、高齢者に対する対策にはこうした高齢者の多様な実態に応じたきめ細かな配慮が必要である。

③　老人保健制度を公費負担を原則とした制度として構想するという意見もあるが、現行の老人保健制度が、国民皆保険体制の下で老人層をもその構成員としつつ医療保障を行う仕組みとして、制度発足以来定着してきていること、全額公費の医療保障制度としては国家補償や社会防衛の考え方を基本的理念とする制度があるが、老人層のみを対象として公費負担を原則とした医療制度とするに足る積極的な理念を見いだし難いことを考えると、現行の基本的な仕組みを維持することが適当である。

なお、公費負担を原則とする制度とする場合には、保険料による負担が租税による負担に振り替わることとなる。したがって、仮に、この方式を採ろうとする場合には、本来、租税の負担が最終的に誰に帰着し、保険料が租税に振り替わることによってその負担関係がどう変化するかといったことの検討が行われるべきであろう。

（補論8）「公費負担を原則とする老人保健制度という考え方について」

老人保健制度については、公費負担を原則とした老人層のみの別建ての制度とするという考え方がある。

これは、老人は病気がちであるのでその疾病は保険システムに馴染まないこと、老人医療は福祉サービスの肩代わりをしていること、老人は低所得である一方で医療費がかさむこと、老人医療に対する各保険者の拠出金が過重となっていくことなどの理由に基づくと考えられる。

しかしながら、

①　老人については一般に心身機能が低下するものの比較的健康な者が多数を占めており、老人の疾病が保険システムに馴染まないとするには無理があること、

②　福祉サービスの代替的要素があるにしても、給付全体のごく一部に過ぎないと考えられること、

③　高齢者世帯の一人当たりの収入等は全世帯平均を上回っており、低所得であるとは言えないこと、また、他の医療保険制度における公費負担の水準とのバランスを欠くこと、

④　老人保健拠出金の増大についての評価・考え方については種々見方のあるほか、過重な負担については拠出限度を設定するといった調整も考えられること、

あわせて、

⑤ 公費負担を原則とした制度とした場合には、老人層の受益と若年層の負担の関係が不明確なものとなり、医療費適正化へのインセンティブを失わせかねないこと、

⑥ 公費負担を原則としつつ、所得等の水準に格差の大きい老人層全体を対象とした別建て制度を構想することについては、国民のコンセンサスが得にくいこと、

⑦ 人口の高齢化に伴って増大する老人医療費の財源としては、租税よりも賃金等を算出のベースとした保険料の方が安定的であること、

などを考慮すると、老人保健制度について公費負担を原則とした別建ての制度とすることは、説得力に欠けるものと考えられる。

Ⅲ 中長期的な検討課題

1、他制度との関連

中長期的には、老人を取り巻く環境の変化に応じ、医療保険制度全体の在り方、さらには関連する社会保障制度全般の動向を踏まえ、それらとの整合性に留意しつつ、老人保健制度の在り方を検討していくという姿勢が必要である。

① 厚生年金保険の支給開始年齢との関連で、老人保健制度の対象年齢も六五歳以上に改めるという考え方もあり、今後の一つの検討課題であろう。この場合、前期高齢者、後期高齢者等といった区分を参考に年齢区分を細分化し、それぞれの区分に応じた自己負担や公費負担を適用するといった方法も併せて検討すべきであろう。

また、仮に老人保健制度の対象年齢を六五歳以上に改めた場合は、年金受給者を制度の対象者として構成されている退職者医療制度の必要性を問う議論が生じてこよう。

他方で、現在の老人の健康状態や社会活動の状況を勘案すると、いわゆる寝たきり等の老人を別とすればむしろ老人保健制度の対象年齢は引き上げてもよいという見方もある。

いずれにせよ、これらについては年金の支給開始年齢や退職者医療制度の在り方等との関連の中で検討していく必要がある。

② 今後、介護サービスの供給量が増大し、また、老人の平均的な年金受給額が上昇していくことも勘案すると、その費用負担の在り方やサービス供給の体系について、保健、

医療、福祉、年金等社会保障全体にわたる検討が必要となろう。

例えば、現在は福祉サービスとして提供されている在宅介護サービスの一部を老人保健の給付対象とすることにより、その普及の促進を図ろうとする考え方がある。更に広くは、特別養護老人ホームを含めて老人福祉と老人保健を通じた入所サービスの費用負担やサービス供給の仕組みの見直しも課題となってこよう。

また、年金との関係においても、老人の負担能力の向上に伴って、老人保健や老人福祉サービスにおける自己負担の在り方についての検討が求められるようになる。さらに、老人保健に必要な費用の一部は現行の短期保険よりもむしろ長期保険によってカバーされることに馴染むのではないかという考え方から、老人保健と年金の間での調整を考えることなども検討課題となってこよう。

③　介護に要する費用の負担を考える場合、年金受給額の増大といった収入の面とは別に、相当の資産を保持しているケースも少なからずあるので、老人自身の資産に着目し、これを有効に活用していく方策を検討することも必要であろう。また、このような観点も含め、各地の福祉公社やシルバーサービスに見られるようなサービス供給主体の一層の多様化の推進に努める必要があり、これらを視野に入れたサービスと費用負担の体系を考えていくことが望まれる。

2、自立の助長と選択の自由の拡大

国民の生活水準の向上や価値観の多様化が進む中で、保健、医療、福祉サービスについても、その多様化が求められてきている。また、老人を単にサービスの受け手としてとらえるのではなく、自立した生活を念頭に、老人がその主体的な意思によって自らにふさわしいサービスの選択を行っていくという考え方が必要とされる。

今後の施策の展開を考えるに当たっては、このような自立の助長やサービスの選択の自由の拡大といった観点に留意する必要がある。こうした観点は、もとより老人に関する諸施策のみならず社会保障全体に係わるものである。

(1)　自立の助長

高齢社会の到来の中で、老人も豊富な知識と経験を有する社会の一員として、心身の健康の保持に努めながら社会的活動に積極的に参加していくことが望まれるとともに、若い時期からの着実な生活設計に基づいた自立した老後生活を送っ

ていくことが大切であり、様々な社会システムもこれを助長する方向で組み立てられていく必要がある。

老人保健制度は壮年期からの疾病の予防を重視するとともに、老後必要となった医療の費用については、短期保険システムを通じて保障される制度となっている。しかし、こうした老後の費用については個人の一生という長い時間軸の中で、若い時期からの自助努力の結果を老年期のリスクのカバーに使用するといった長期保険的な視点も必要であり、現行の老人保健制度と併せて、このようなニーズにこたえられる商品開発により私的保険を活用していく方策も考えられよう。

(2) 選択の自由の拡大

我が国の医療保険制度では、国民皆保険制が敷かれており、強制加入を原則に各人の属する保険集団があらかじめ決定されている。医療保険給付の内容も定型化されており、運営についても、その公共的性格から国、地方公共団体またはそれに準じた公共的機関によって行われている。

こうした制度は社会全体の安定には寄与するものの、一方で個別的に見ると、受益者サイド、供給サイド双方について選択の自由の幅が狭く、総体として競争という要素に乏しいシステムとなっている。

今後は、社会保険として必要なサービスは公的に保障しながらも、個人の負担の下に選択の自由を拡大することができるような方向も考えられてよい。

(補論9)「全体としての呪縛からの解放」

今後の老人医療の在り方を考えるに際し、現行の医療保険制度が有する「全体としての呪縛」からいかに解放されるかといった視点があってよい。

① 我が国では、医療機関の選択に当たっては患者側に選択の自由があるが、いかなる保険者に帰属するかは被保険者側に選択の自由がない。＝「第一の呪縛」

② 我が国では、高齢期に病気になった場合に、自ら望むサービスを受けるために特別な費用負担をしてもよいと考えたとしても、そうした支出をほとんど許容しない医療保険制度となっている。＝「第二の呪縛」

これらの「呪縛」から生じている問題としては、第一に、私的保険と異なり、加入者獲得を巡る保険者間の競

争が存在しないことから、保険サービスの質的向上への関心が希薄となることである。例えば、自主的に医療費をコントロールしようとする経営努力も働きにくく、結局は公権力による強制力を伴ったコントロールに頼りがちとなる。また、第二に、個人レベルにおいて健康な時に努力して備えたものが、必要になった時にサービスがプラスされて目に見える形で返ってくるというメカニズムが存在しないために、老後に対する自助努力へのインセンティブが働きにきいことが挙げられる。

こうした「全体としての呪縛」から解放される方法の一つとして、現行の公的医療保険を第一保険とすれば、これを補完する第二保険制度とも言うべきものが考えられる。

① 第一保険は、リスク負担のパターンとして一時点で多人数をカバーするといったものであるが、第二保険は、個人が高齢期に備えて若い時から長期間にわたって計画的にリスクを負担していくといった性格のものである。

② 第一保険は支出が強制されるとともに、自ら支払った保険料の行方が保険集団の大規模性のため見えにくくなっているが、第二保険は、支出の任意性を重視する観点から、保険団体の選択の自由と、保険料納入の実績に応じた目に見える形での利益還元を保障する性格のものである。

③ 第一保険における保険サービスの内容は画一的なものにならざるを得ないが、第二保険では競争メカニズムの中で多様なサービス提供が模索されることになる。それが各種サービス供給機関とのタイアップにつながれば、地域におけるサービス供給のネットワーク化にも資することとなる。

ただし、第一保険についてはその被保険者数が極めて大きいことから規模の利益が働き、保険としての高い機能を有しており、その基礎的保険制度としての評価を忘れてはならない。また、第二保険については保険者による加入者の選択（逆選択）の問題やいわゆるモラル・ハザードが生じやすいことについて留意する必要がある。

（補論10）「医療コストの効率性と選択の自由の実現メカニズム」

医療サービスの質を落とさずにコストを下げることが

できるかどうかについて模索が行われるべきである。医療のような公共的なサービスは社会保険診療として公的な医療保障制度の下で供給されることが主体となっているが、公共的なサービスでも、民営化により競争条件を生み出し、私的なシステムでサービスを提供することにより効率化が図られた事例を参考にすることも意義があろう。

例えば、私的保険に基づく医療サービスを拡大し、私的保険者間の競争による医療コストの効率的使用を図り、医療サービスの実質価値の向上を図るという発想がありうる。ただし、必要以上のサービスの競争により、医療コスト全体が増大することのないように配慮することが必要である。

このような形での医療費の効率化を考えるに際しては、シビル・ミニマムの考え方に代えて、公的にサービスを供給する対象範囲を提示し、それを超える部分は個人の選択により私的なサービスの供給を想定するような、いわゆるシビル・マキシマムといった考え方を提示することも一つの方向であろう。それにより、私的保険のより積極的な参入を促すことにもなる。

老人保健制度研究会メンバー（五十音順）

（座長）伊藤　善市	東京女子大学教授
開原　成允	東京大学医学部教授
京極　高宣	日本社会事業大学教授
田中　滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科助教授
南部　鶴彦	学習院大学経済学部教授
保原　喜志夫	北海道大学法学部教授