

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために－わかりやすい医療と介護の制度・政策－

第18回 低成長期における医療・介護を巡る動き（4）

－老人保健法の制定－

今回は、老人保健法制定の背景と制定経緯について説明します。

老人保健法というと、急速な高齢化と老人医療費無料制度により急速に増加した老人医療費を抑え、厳しい状況に陥った国民健康保険財政を救済するために制定された法律として認識されることが多いです。そうした面がある事は間違いではないのですが、それと併せて、老人の医療費負担の軽減に偏重しがちな老人医療対策を修正し、病気の予防対策を充実強化することにより、総合的な保健医療対策としていく、という狙いがあったことを忘れてはならないと思います。

以下では、こうした2つの面を絡ませて、老人保健法の制定に至る経緯について説明していくこととしたいと思います。

1 老人医療費無料化実施後の老人医療の状況

老人医療費無料化は、昭和48年の実施後、2～3年たつたないかの時期に、早くも見直し論が出てきました^{注1)}。

石油ショック後に、わが国の経済財政状況は大きく変化しました。経済成長率は大幅にダウンし、景気の低迷により税収が低下したため、国の財政状況は急速に悪化しました。そうした状況の中で、老人医療費が急速に増加していったことが、見直し論の最大の背景でした。

(1) 老人医療費の急増

老人医療費無料化の実施とともに、70歳以上の老人の受診率（1人当たりの1カ月の受診件数）は、急速に上昇しました。各医療保険制度の中で最も老人の加入者割合の高い国民健康保険についてみると、無料化実施前の昭和46年には入院0.0179、外来0.5393^{注2)}であったものが、昭和48年には入院0.0357、外来0.7519^{注3)}に、

昭和52年には入院0.0450、外来0.8683^{注4)}に上昇していきました（いずれも5月診療分）。

また、1人当たりの医療費も増加しました。国民健康保険における老人の1人1月当たり医療費は、昭和46年は約3,400円^{注2)}であったものが、昭和48年には約8,000円^{注3)}、昭和52年には約18,000円^{注4)}と5倍以上になりました。

このため、老人医療費の総額は、老人医療費無料化実施時の昭和48年度には約4300億円であったものが、昭和49年度には約6600億円、昭和50年度は約8600億円と、わずか2年で倍に増加しています^{注5)}。この時期には、急激な物価上昇（いわゆる「狂乱物価」）に対応するために診療報酬が大幅に引き上げられ、その影響もあったことは確かですが、この時期の国民医療費の伸び（昭和49年の対前年伸び率36.2%、50年は20.4%）と比べても、老人医療費の伸びの大きさがわかります。

こうした老人医療費の急増は、特に老人加入者の比率が高い国民健康保険財政に大きな影響を与えました。国保財政に占める老人医療費の割合は平均で30%を占め、市町村によっては50%を超えるところも出てきました。このままでは老人医療費負担によって国民健康保険制度が崩壊しかねないとして、国保関係者からは、国保への国庫負担を大幅に増加するか、老人医療を国保から切り離して国の責任で実施すべきことを求める声が強くなりました。

老人医療費の急増は、国家財政にも大きな影響を与えました。昭和55年度においては、厚生省予算（約8兆円）の半分近く（約3兆8千億円）が医療費への国庫負担でしたが、このうち最も大きな割合を占める国保療養給付費補助金は2兆円を超えていました。この国保療養給付費補助金は、昭和45年には約3500億円だったものが、昭和50年には約3倍の1兆円、そして55

年には2兆円超と6倍にも増加したのです。また、財政的に窮迫した市町村国保に対する国の補助金である臨時財政調整交付金も、昭和49年の34億円から昭和56年には1545億円に急増しました^{注6)}。

(2) 社会問題化した老人医療

老人医療無料化制度導入に伴う、受診率や1件当たり診療費の急増の影響は、こうした医療費の負担の問題だけではなくありませんでした。病院の待合室が老人のサロンとなり、病気になっていなくても友人と会って話をするために通院しているのではないかと指摘されたり、同じ病気でいくつもの医療機関を受診するという「はしご受診」をする老人が少なくないといった指摘がされるようになりました。さらに、社会福祉施設に入所するよりも入院の方が手続きも容易な上、老人医療費が無料であるため医療機関に入院する方が費用負担が軽いこともあって、いわゆる「社会的入院」を助長しているといった指摘もされました^{注7-9)}。

医療機関の側についても、入院する老人に負担がないことをいいことにして、必要以上に投薬や検査を行ったり、必要以上に長期入院させているのではないかと、という指摘がされました^{注10)}。

こうした老人医療費無料化制度導入の「弊害」は、社会問題として議論されるようにもなりました。

このように本来は必要ない医療が行われているという「医療費の無駄」の問題については、反論もあります。例えば、岡本祐三(1996)は、次のように述べています。

「……日本の高齢者福祉の問題が、かんじんの市町村レベルでなかなか表面化しなかったのは、まちがいなく本来は社会福祉サービスで受け止めるべきニーズを、健康保険制度を「駆使」して「老人病院」が大量に吸収してきたからである。

しかしそれは、高齢障害者や老親介護の辛苦に追い詰められていた当時の市民的立場からいえば、それまでの日本の高齢障害者とその家族が、行政からいかに無視されてきたかをわきまえぬ議論というべきであろう^{注11)}

確かに、こうした老人やその家族の行動については、政府の高齢者福祉対策の遅れにより引

き起こされた面が少なからずあり、それをもって老人やその家族を非難するのはおかしい、それよりも高齢者福祉対策の充実を最優先にすべきだ、という指摘も理解できます。

しかし、必要以上に通院したり、入院したりして投薬や検査を受けることは、老人自身の健康にとって決していいことではありません。特に、医療上必要がなくなっても入院を継続して、長期間病床で横になり続けたことにより、筋力低下や、血の塊ができて血管をふさいだり、床ずれ(褥瘡)ができてしまう等の、いわゆる「廃用症候群」になってしまうと、高齢者にとってはその後の生活が大きく制約されることになってしまいます^{注12)}。

老人の病気は、高血圧や心臓病等の成人病(現在では「生活習慣病」と言われています)が多く、一旦かかると慢性化しやすく、治っても機能障害を伴うことが多いのです。このため、治療だけでなく、というよりある意味では治療以上に、病気の予防のための日頃の健康管理や健康相談、生活指導や機能回復訓練等を含む包括的な保健サービスが非常に重要です。こうした包括的な保健サービスが提供できる体制が整備されない状況で、そして、高齢者福祉施策の推進がまだ不十分な状況で、老人医療費無料化だけが、政治的な動きにより、あるいは目の前の老人の状況を早急に何とかしたいという関係者の思いにより、先行実施されてしまったことが、老人医療費急増の最大の原因だったのではないかと思います。

この連載の第12回で、岩手県沢内村における取り組みをご紹介したことを思い出していただければと思います。沢内村では、全村的な健診・健康指導體制の整備と合わせて老人外来医療無料化が実施されました。沢内村では、こうした周到な実施により、老人医療費を急増させることなく老人の健康改善を実現することができたのです。

2 老人医療見直しの動きと老人保健法案の策定

(1) 「老人保健医療問題懇談会」意見書

このように老人医療が大きな問題を抱えるようになったことを踏まえ、政府部内や関係団体からは、様々な案が提示され、模索が続きました。

まず、昭和50年7月に、国民健康保険の保険

者の集まりである国民健康保険中央会から、「高齢者保健特別制度構想」が公表されました。これは、老人医療を医療保険制度から切り離して、健康診断、保健指導から医療、リハビリまで一環して行う制度を創設し、国及び都道府県、市町村の共同事業とする、という案でした^{注13)}。

昭和50年12月には、51年度予算編成作業において、大蔵省が老人医療に一部負担を導入する案を内示しましたが、当時の三木首相の裁断により実施は見送られました^{注14)}(国の予算編成作業は、毎年末、大蔵省が内示を行い、それを受けて、大蔵省と各省庁が折衝し、折り合わない場合は、首相に持ち込まれ、裁断を仰ぐこともあります)。

昭和52年10月には、厚生大臣の私的諮問機関「老人保健医療問題懇談会」が、以下の点をポイントとする意見書「今後の老人保健医療対策のあり方について」を提出しました。

- 老人保健サービスは、健康教育・健康診断・保健指導により健康な老人づくり、病弱な老人や障害のある老人への機能回復訓練、在宅福祉サービスや保健婦による家庭訪問・看護指導等の在宅療養条件の整備、の3点を狙いとした諸施策が必要。
- 老人医療費保障については、付添看護の改善や退院した者に対する家庭看護指導等在宅サービスの充実等の諸条件の整備が図られれば、適正な負担が考えられるべき。
- 老人保健医療対策費用の負担については、様々な案が考えられるが、全額公費は財政的に不可能であり、年金財源の活用は年金制度が未成熟であり、医療保険各制度からの拠出や制度間財政調整は関係者間の合意が得にくい。住民や事業主が拠出する案は、国民の十分な理解を得る必要があるが、具体的な検討に値する。
- 老人保健医療対策の実施主体は市町村とすべき。
- 老人への保健医療サービスのための施設として、各市町村の保健センター、入院時の機能回復訓練施設、外来の機能回復訓練施設(デイ・ホスピタル)、機能障害老人通所施設(デイ・ケア施設)の整備が必要。

この意見書は、その後における厚生省の老人保健医療対策の基礎となりました。

(2) 小沢構想と橋本構想^{注15)}

この後、厚生省は、当時の大臣の名前を付した2つの構想を順次示していきながら、関係方面の意向を探りました。

まず、昭和53年12月に公表された小沢構想は、次のような内容でした。

- 老人に対する医療保障と保健事業を総合的に実施する新しい制度を創設する。その実施主体は市町村とする。
 - 新制度の費用については、住民拠出金が3割、地方自治体が1割を負担し、その残り(6割)は、国と事業主が3対1(つまり、4.5割と1.5割)で負担する。
 - 老人医療については、診療報酬は医療保険制度と別建てとし、定額の一部負担を導入する。
- この小沢構想に対して、日本医師会は、老人医療の診療報酬を別建てとすることは、老人の切り捨てであり、老人の低医療費政策につながるとして強く反対し、経済界と財政当局も、負担の大きさに強く反対しました。この強い反対により、「老人保健医療問題懇談会」意見書が打ち出した住民・事業主拠出金の導入構想は立ち消えになりました^{注16)注17)}。

そこで、厚生省は、昭和54年10月に、次の内容の橋本構想を公表しました。

- 従来の医療保険制度を前提として、国が各保険者間の財政調整を行う。
- 調整方法は、老人医療費の一部を各保険者の加入者数で按分するもの(別案として、加入者数按分と合わせて被用者保険間で財政力に応じた調整を行う方法も提示された)。

*老人医療費無料化が国民健康保険財政に特に大きな影響を与えた理由として、国保は被用者保険制度と比較して老人加入率が高いことがあるため、各制度の全加入者数に応じて、老人医療費の負担を按分することは、被用者保険から国保の財政補助が行われるのと同様の効果がありました。なお、サラリーマンの増加により、現役時代は被用者保険に加入し、退職して、収入が低下し病気がちになる老人時代に国保に加入する者が多くなっていたため、被用者保険から国保への財政補助には、財政力の違いだけではない理由もありました。

- 市町村が40歳以上の住民を対象とした保健事業を実施する。

○老人医療については、一部負担は導入しない。

この橋本構想については、一部負担を導入せず、また、新しい制度を設けないので老人医療の診療報酬は別建てにしないことから、日本医師会からは大きな反対はなく、また、健康保険組合から国保に資金が回ることにより国庫負担が軽減されることから、財政当局からも評価されましたが、拠出が増える健康保険組合や事業主側からは反発を受けました^{注18)}。

(3) 関係団体の老人保健医療制度構想

老人保健医療に関する各野党の構想は、いずれも別建ての制度とするものでしたが、老人医療費の財源については、社会党および共産党は全額公費であり、公明党、民社党および新自由クラブは、公費だけでなく、保険者による共同拠出を重要な財源としていました。また、日本医師会は、25歳からの保険料を積み立てて財源として、市町村を実施主体とする「老齢保険制度」を提唱し、診療報酬は70歳になっても同じ方式にすべきとしていました。総評は社会党と、同盟は、公明党・民社党と同様の構想であり、町村会は、老人保健医療税を創設して、老人医療費は国が負担する案でした^{注19)}。

(4) 老人保健法案の検討と国会提出

昭和54年12月の昭和55年度予算編成過程では、大蔵省から、橋本私案に一部負担の導入を盛り込んだ予算案が内示されましたが、世論は現行制度を前提とした一部負担の導入に強く反発しました。そこで、与党三役、厚生・大蔵両大臣および内閣官房長官の間で、老人保健医療制度については、昭和56年度に制度改正の実施を図ることとし、このためできるだけ早い機会に関係審議会に諮問する、との覚書が交わされ、昭和56年度から実施することとなりました^{注20)}。

このため、厚生省は、昭和55年3月に、社会保障制度審議会に、老人保健医療対策の基本方針について「白紙諮問」を行いました^{注21)}。国の各省庁が関係審議会に制度の新設や改正について審議してもらう際には、自らの案を提示し、その是非を議論してもらうことが一般的であり、案なしに諮問する「白紙諮問」は非常に異例です。事態がそれだけ切迫していたということではないかと思われます。

厚生省は、この白紙諮問を行う一方で、制度

案の検討を進めた結果、小沢構想と橋本構想の両方の要素を取り入れた「別建て・保険者拠出方式」により、以下の点をポイントとする老人保健制度第1次試案を公表しました。

○健康手帳、健康相談、健康診査、療養等の保健給付は、市町村が、総合的かつ一体的に実施する（療養は70歳以上の者、その他は40歳以上の者を対象）。

○保健給付の費用は、国・地方公共団体の負担金、及び保険者の拠出金によって充てる。

○本人または扶養義務者に一定水準以上の所得がある場合には、一部負担金を支払う。費用負担割合は更に検討する。

小沢構想の、医療保障と保健事業を総合的に実施する新しい制度を創設し、その実施主体を市町村とする部分は、各党や関係団体の構想を見ても支持されるものでしたが、費用負担部分については強い反対を受けていました。そこで、第1次試案では、この小沢構想の別建て案を採用しながら、橋本構想にあった、関係者の反対の少ない、各保険者による加入者数按分による負担の考え方を拠出金として利用し、国や地方公共団体による負担も取り入れ、負担割合について、財政当局や関係団体と調整することにより成案を得ていこうとしていた、と考えられます。

そして、厚生省は、財政当局や関係団体と調整し、第1次試案を基礎として、医療費の負担割合について、国2割、都道府県・市町村それぞれ0.5割、保険者拠出金7割とすること、保険者拠出金は、「加入者数、70歳以上の加入者数にかかる医療費の額等を基準として按分した額」とすること、とした老人保健法案要綱をとりまとめ、昭和56年3月に社会保障制度審議会および社会保険審議会に諮問しました。

このうち、諮問案作成にかかる調整の中では、厚生省が、11月に公表した「老人保健制度における費用負担について」で、A案〔国4割、地方1割、保険者拠出金5割（加入者数および加入者所得により按分）、B案〔各医療保険制度は、1/2は老人医療費、1/2は加入者数制で按分負担。国は各制度の拠出金に一定の負担〕、という2案を公表したことに対して、A案については、大蔵省が国の拠出が大きいことに反対し、国民健康保険中央会は拠出金で加入者所得割とすることに反対しました。厚生省が

両審議会に諮問した老人保健法案が、医療費負担についてB案をベースにしているのは、こうしたことがあるものと思われます。

また、審議会における審議では、社会保険審議会で、新制度における老人医療費の負担について、公費負担分3割を除いた7割分にかかる保険者拠出金を各制度がどのように負担するかについて大きな議論になりました。厚生省の諮問案では「加入者数、70歳以上の加入者数にかかる医療費の額等を基準として按分した額」とするとされていましたが、各制度の加入者に応じて各制度が負担する分の割合（加入者按分率）について、審議会では1/2とする意見が大勢をしめたため、国会に提出された法案では、「1/2から1の範囲内で政令で定める率」を加入者按分率とする旨定められました。

また、老人の一部負担の導入についても審議が難航し、答申では両論併記とされるとともに、諮問案が政令で額を定めることとしたことに対して法律で定めるべきとの意見がされました。こうした審議経緯もあり、法案の与党審査では、一部負担額について老人の所得を考慮して定めることとされていた案は撤回され、所得にかかわらず定額の一部負担をすることとされました^{注22)}。

こうして、昭和56年5月に、老人保健法案は国会に提出されました。

3 老人保健法案の国会審議と成立

(1) 衆議院での審議と修正

衆議院の審議では、老人保健の診療報酬の支払い方式と、一部負担導入の可否が主要な論点になりました。

老人の診療報酬については、政府提出法案では、医療保険とは別建ての診療報酬とすることとされていましたが、日本医師会は、出来高払い方式の診療報酬の否定は老人の人権無視であるとのキャンペーンを展開するとともに、与党に強力に働きかけ、その結果、老人診療報酬を政府提案の老人保健審議会の審議事項から削除し、既存の中央社会保険医療協議会の審議事項とすることおよび法案に盛り込まれていた老人保健取扱機関に関する規定を削除し、老人医療は、健康保険法等に基づく保険医療機関が扱うこと等を内容とする与党修正が行われました^{注23)}。

加入者按分率については、法律上2分の1と

定められました。

また、一部負担については、政府案では、外来1カ月500円、入院は4カ月に限り1日400円であったのが、外来1日400円、入院は2カ月間1日300円に修正されました。

(2) 参議院での審議と修正、法案成立

参議院での審議段階では、経済四団体（経団連、商工会議所、経済同友会、日経連）から、診療報酬の審議を老人保健審議会に戻すか負担増に歯止めをかけるのでなければ法案は廃案にするよう申し入れがありました。健康保険組合連合会も反対の決議を行い、また、労働側も、政策推進労組会議の名で、経済四団体と同様の立場から法案の廃案を申し入れました。さらに、法案審議の中で、保険者拠出金については、租税法定主義に反してしているのではないかと、つまり、国民に負担を課す税については、国民の代表である国会で審議される法律で要件や税率が決められているのに、国民に負担を課す老人保健拠出金については、個々の健康保険組合の老人加入率が異なるため、組合ごとにまた年度ごとに異なり、国民はそのために自分が負担する保険料を把握することができないのではないかと、それは租税法的主義に違反しているのではないかと、という議論もありました。中央社会保険医療協議会の委員構成について、公益側委員を増員すべきという要求も出されました。

これらは、老人医療費の増加およびそれに伴う保険料負担の増加にどのように歯止めをかけるかという、労使を通じた支払側の問題意識による要求でした。

その結果、参議院段階で、以下の内容の修正を行うことで関係者が合意し、老人保健法は、昭和57年8月に可決成立し、昭和58年2月に施行されました^{注24)}。

○次年度以降の拠出金の負担増を老人人口の増加率の範囲内でとどめるために、加入者按分率を2分の1以下の範囲内で政令で定めること。

○政令を定めるに当たっては、老人保健審議会の意見を聴くこと。

○拠出金の算定方法については法施行後3年以内を目途に見直すこと。

(3) 老人保健法の意義と概要

冒頭で、①急速な高齢化と老人医療費無料制度により急速に増加した老人医療費を抑え、厳しい状況に陥った国民健康保険財政を救済すること、②医療費負担に偏重しがちな老人医療対策を修正し、病気の予防対策を充実強化することにより、総合的な保健医療対策としていく、ことの2つが老人保健法の狙いであったということを示しました。上記の法案を巡る動きに見られるように、世間の関心が老人医療費の問題に偏りがちになってしまったという面はありましたが、老人保健法によって、市町村が40歳以上の者に対して行う保健予防活動が、系統立てられた施策として制度的に位置づけられたことの意義は大きいと思われます。

最後に、成立した老人保健法の概要を掲げておきます。

- 市町村が行う保健事業は、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、医療、機能訓練、訪問指導等とすること。
- 市町村は、40歳以上の者に対し、医療以外の保健事業を行うこと。
- 医療は、70歳以上の者及び65歳以上70歳未満で、政令で定める程度の障害にある旨の市町村長の認定を受けた者を対象として行うこと。
- 医療を受ける際の一部負担金は、外来は1カ月100円、入院は1日300円（2カ月を限度）。ただし、被用者本人は50日を限度）
- 医療以外の保健事業の費用は、国、都道府県、市町村がそれぞれ3分の1ずつ負担すること。
- 医療に要する費用は、国が20%、都道府県及び市町村がそれぞれ5%を負担し、各保険者が費用の70%を共同で拠出すること。保険者拠出金については、加入者按分率は、本則では2分の1であるが、附則で、この法律による老人保険制度の実施に伴う保険者の負担増が著しく大きくならないよう老人人口の増加率などを勘案して、毎年度2分の1以下の範囲内で政令で定める率とすること。この加入者按分率を定めるにあたっては、あらかじめ老人保健審議会の意見を聞くこととする。

なお、保険者拠出金の算定方法については、この法律の施行後3年以内を目途として所要

の措置が講じられるべきものとする。

- 注1) 吉原健二・和田勝(2008):290.
- 注2) 厚生統計協会「保険と年金の動向(昭和48年版)」:244.
- 注3) 厚生統計協会「保険と年金の動向(昭和50年版)」:268.
- 注4) 厚生統計協会「保険と年金の動向(昭和54年版)」:292.
- 注5) 厚生労働省保険局「平成27年度後期高齢者医療事業年報」:34.
- 注6) 吉原健二・和田勝(2008):290-291.
- 注7) 平成19年厚生労働白書:16.
- 注8) 厚生省(1988):1671.
- 注9) 印南一路(2009):6-7.
- 注10) 吉原健二・和田勝(2008):292.
- 注11) 岡本祐三(1996):73-74.
- 注12) 印南一路(2009)は、社会的入院の問題として、①廃用症候群になり、高齢者の人生を大きく変えてしまおそれがあること、②医療費の無駄を生み、必要な医療を提供できなくなるおそれがあること、③世代内の不公平(在宅利用をしている家族との不公平)や世代間の不公平(適正な病院利用者との不公平)をもたらしおそれがあること、の3点を指摘しています。
- 注13) 厚生省(1988):1672.
- 注14) 渡辺芳樹(1992):1171.
- 注15) この2つの構想については、厚生省(1988)、渡辺芳樹(1992)では「小沢構想」および「橋本構想」と称され、吉原健二・和田勝(2008)では「小沢私案」および「橋本私案」と記述されています。何れも、いわば両大臣の私案という位置づけの構想であって正式な名称がなかったため、このような言い方の違いになっているものと考えられます。本稿では、とりあえず、「小沢構想」および「橋本構想」としています。
- 注16) 渡辺芳樹(1992):1173.
- 注17) 吉原健二・和田勝(2008):295.
- 注18) 渡辺芳樹(1992):1174.
- 注19) 同上:1174-1175.
- 注20) 吉原健二・和田勝(2008):296.
- 注21) 渡辺芳樹(1992):1175.
- 注22) 同上:1177-1180.
- 注23) 厚生省(1988):1675.
- 注24) 同上:1675.

参考文献

- 厚生省「厚生省五十年史」1988:中央法規.
- 渡辺芳樹「老人保健法の立法過程」北大法学論集42(4)203-267,1992.
- 岡本祐三「高齢者医療と福祉」1996:岩波書店.
- 吉原健二・和田勝「日本医療保険制度史 増補改訂版」2008:東洋経済新報社.
- 印南一路「社会的入院」2009:東洋経済新報社.