

❖ 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22回 昭和60年代から平成初期における高齢者の医療・介護施策(2)
 －老人保健法に関する動き－

今回は、「昭和60年代から平成初期における高齢者の医療・介護施策の動向」の第2回として、老人保健関係の動きについて説明いたします。

老人保健法は、二度、制度の見直しが行われ、法律が改正されています。最初の見直しについては、昭和61年12月に法律が可決成立し、62年1月施行であり、2回目は、平成3年9月に可決成立、平成4年1月施行でした。

以下、老人診療報酬と、老人保健法の主な改正事項について、事項ごとに整理しました。

1 老人の診療報酬と特例許可老人病院

本連載の第18回で、老人保健法制定の理由の1つに、社会的入院、つまり医療面では入院する必要はないが家庭に帰れない等社会的理由により病院に入院しているという問題があった事に触れました。

それでは、老人保健法の制定により、この社会的入院はどうなったのでしょうか。

厚生省は、昭和57年に老人保健法が制定されると、老人の診療報酬について、中央社会医療協議会（中医協）に諮問し、答申を得、58年には老人の診療報酬が実施されました。

老人診療報酬が、一般の診療報酬と異なる主な点は、以下のとおりです^{注1)}。

- (1) 入院患者の点滴料の一部を、入院期間に応じて支払われる入院時医学管理料に含めるとともに、この入院時医学管理料について入院期間が長くなると減っていく（通減）ようにする。
- (2) 退院した寝たきり老人等について訪問看護指導料を新設する（訪問看護については、後述の3で触れます）。痴呆老人等を対象とした老人デイケア料等を新設する。
- (3) 主に老人慢性疾患患者を収容する病院・病棟については、都道府県知事の許可を受

けることにより、医師・看護婦の配置基準の特例（緩和）を認め、それに代えて適切な数の介護職員を置けるようにし、寝たきり老人の特別な管理料を認める代わりに目や耳等の処置料は包括する（特例許可老人病院）。

さらに、その特定許可老人病院の基準に満たない老人病院については、一定の検査料・注射料・処置料を包括する（特例強化外老人病院）。

こうした対応は、不必要な長期入院や投薬・注射・点滴等をなくし、地域医療を進めるとともに、老人病院における医療の適正化を図ろうとするものでした。

しかし、こうした措置にもかかわらず、老人病院の数は増加していきました。そこで、厚生省は、「介護力強化病院」という制度を平成2年に始めました。これは、介護職員を手厚く配置した老人病院に対して、これを診療報酬で積極的に評価して、看護・投薬・注射・検査を包括化した、定額払いの入院医療管理料を支払うという制度でした。老人病院における過度な投薬や注射等をなくすだけでなく、介護職員の手厚い配置を進めていくことにより、入院している高齢者の看護介護の改善につなげていこうとするものでした^{注2)}。

2 老人保健施設の創設

現在、介護保険法においては、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3つの施設があります（本年4月から、介護医療院という新しい施設類型ができましたが、ここでは触れません）。

介護老人福祉施設は、手厚い介護が必要な高齢者が入所する施設であり、特別養護老人ホームのことです。また、介護療養型医療施設は、医療と介護の両面にわたって手厚い対応が必要

な高齢者が入所する施設であり、介護施設であるとともに病院（診療所）でもあります。

それでは、老人保健施設とは何でしょうか。老人保健施設という名前を聞いた事がある人は少なくないと思いますが、実はどのような施設かよく知らない人が多いのではないのでしょうか。

老人保健施設は、政府部内で検討されていた段階では、当初は「中間施設」と言われていました。ここで中間とは、福祉施設と医療施設の中間、あるいは施設と家庭の中間ということです。

昭和60年に厚生省の中間施設に関する懇談会が公表した「要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方について」においては、デイケア及びショートステイを行う在宅型施設（通い施設）と、入院治療後に家庭・社会復帰のためのリハビリ・生活訓練等を行う入所型施設との2つの類型の中間施設を提示していますが、昭和61年の老人保健法改正で導入された老人保健施設は、この入所型施設でした。

寝たきり老人等のためには、医療ニーズ（入院治療後のリハビリや看護）と生活ニーズ（家庭復帰のための生活訓練）の両方に応える施設が求められていました。しかし、そうした両方のニーズに対応できる入所施設がなかったため、家庭に大きな負担をかけたり、社会的入院という形で病院に入院を続ける状況がありました。老人保健施設は、この2つのニーズに応える施設として、創設されたのです。

このため、老人保健施設には、施設長としての医師、看護・介護職員、リハビリテーション職員（理学療法士（PT）または作業療法士（OT））、相談指導員等が配置されました。利用手続は、病院と同様、施設と患者との契約によることとされました（行政の「措置」による特別養護老人ホームとは異なる）。療養費は、入所者1人当たりの定額払いとされました。

3 訪問看護と訪問看護ステーションの創設

わが国では、1960年前後から、地域医療に熱心な病院が、高齢者を中心に、看護師による患者の家庭を訪問する先駆的な取り組みを行ってきました。

昭和57年に制定された老人保健法により、保健事業が市町村の事業として法律で定められ、その1つとして、市町村保健婦による訪問指導

が実施されることとなりました。ただ、この訪問指導は、保健婦等が高齢者や家族に治療などについて必要な指導を行うもので、看護そのものを行うものではありませんでした。また、市町村の財政上の制約や看護職員の確保の困難さから、月1回程度が多かったのです。

先駆的な病院で実施されてきた、病院からの訪問看護は、老人診療報酬において、老人医療受給対象者への訪問指導における「退院患者継続看護・指導料」として、診療報酬が始めて認められました。

その後、診療報酬の引き上げ等も行われましたが、訪問看護を実施する病院数はあまり増加しませんでした。その理由としては、病院の看護師不足の中で、入院・外来をやりながら訪問看護サービスの充実を期待することは、現実問題として無理があった、とされています。

そこで、平成4年施行の老人保健法改正により導入されたのが、訪問看護ステーションです。在宅の寝たきり老人等介護を必要とする老人に総合的な在宅ケアの体制を整備するため、それまでの病院による訪問看護とは別に「老人訪問看護事業」を法律で定め、在宅の寝たきり老人等が、医師の判断に基づき、老人訪問看護事業所（訪問看護ステーション）から訪問看護サービスを受けることができる事とされたのです。

この訪問看護ステーションについては、医師以外の職種である看護師が管理者の事業所に社会保険料を財源とした療養費が支払われる仕組みとして制度化された点が、医療政策上の特筆すべき事項であるとされています。

その後、平成6年の健康保険法等の改正により、訪問看護サービスは、老人以外の患者も受給できるようになりました。

なお、訪問看護サービスの提供にあたっては、医師の指示が必要とされています。この点については、訪問看護のうち、行政解釈上医師の指示は必要ないとされている療養上の世話についてまで、看護師がその必要性を適切に判断することなく医師の指示を求めている事がないかという問題や、「訪問看護の開始や継続は、医師の訪問看護指示書に基づいて行われるが、患者の症状の変化があったとき、新たに個別具体的な指示を必要とすることとなる。このため、多くの在宅療養者の主治医と連携して活動している訪問看護ステーションでは、必要なケアの提

供までに時間を要し、患者・家族の切実な要望に応えられない場合もある』^{注3)}という問題があり、こうした問題に対応していくためには、医師と訪問看護師との連携や看護師の専門能力向上が必要とされていますが、さらに、こうした現行の仕組みを再検討すべきとの意見もあります^{注4)}。

4 一部負担

老人保健法制定により導入された、老人が医療機関の窓口で支払う一部負担については、老人保健審議会が平成元年7月に公表した「老人保健制度の見直しに関する中間意見」が、「老人医療費の大部分を後代の若い世代に依存している事情などを考慮すると、必要な受診を抑制しないよう慎重に配慮しながら、老人にとって無理のない範囲内で定額負担の増について検討すべきである」とした事を受け、厚生省は、昭和61年1月に老人保健審議会に諮問した老人保健法改正案において、一部負担を以下のようにすることとしました。

外来 1月400円→1,000円

入院 1日300円(2カ月限度)→500円(限度内)

この一部負担の見直しは、そのままの内容で法案として国会に提出されました。その後、衆議院審議段階で、外来一部負担は800円に修正され、参議院段階では、入院時一部負担について、従来どおり1日400円とするが、2カ月という限度は撤廃することとされました。なお、市町村民税非課税の低所得者については、従来どおり2カ月を限度として1日300円とされました。

平成3年の見直しにおいては、国会提出された老人保健法改正法案は、一部負担については、以下の見直しを行う内容でした。

外来 1月800円→1月1,000円

入院 1日400円→1日800円

この一部負担の見直しについては、国会の法案審議の過程で、以下のように修正されました^{注5)}。

現行

外来 1月800円→1月900円→1月1,000円
→物価スライド

入院 1日400円→1日600円→1日700円
→物価スライド

5 加入者按分率の引き上げと介護部分の公費負担割合の引き上げ

(1) 制定時の加入者按分率の考え方

老人保健法では、老人医療費の3割を公費(国2割、都道府県5%、市町村5%)で負担し、残り7割を各保険者からの拠出金で賄う仕組みになっています。この保険者からの拠出金については、この連載の第18回では、以下のように定められた、と書きました。

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健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聴くこととする。

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。

誌面の関係もあり、その際は、法律の規定の趣旨だけを書いたのですが、非常に複雑で、読者の皆様にはわかりにくかったと思われますので、改めて、ここで説明いたします。

老人保健法は、そもそも、老人医療費の急増により、老人加入率の高い国民健康保険の財政が厳しい状況に陥ったことが、制定の理由の1つでした。その意味では、各保険者の拠出金負担を、すべて、各保険者の加入者数に応じた割合で負担することにすれば、老人加入率の違いによる財政影響の違いはなくなり、国保財政は楽になるのですが、反面で、老人加入率の低い被用者保険、特に健康保険組合は、大幅に負担が増加します。

そこで、政府が国会に提出した老人保健法案では、加入者按分率(各保険者の加入者数に応じて各保険者が負担する分の割合)については、1/2でスタートするとともに、将来の老人医療費の推移や各制度別の老人加入率の動向等に応じて動かす事が出来るようにしておくのが適切であるとして、法律では「1/2から1の範囲内で政令で定める率」と規定し、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とされました。

この問題については、厚生省も、健康保険組合財政への影響があまり大きなものにならないように注意を払い、加入者按分率が1/2であれば健保組合の負担増は全体で年780億円、保険料率としては2.3/1000のアップに過ぎず、それほど大きなものにはならないと見込まれるとして、健保連等の保険者側も了解したものです。

衆議院での法案審議段階では、国民の負担に直接かかわる重要事項であり、また健保連が加入者按分率が大きくなることによって将来さらに負担増になることを懸念したため、加入者按分率を「1/2」と法律で定める旨の修正が行われたぐらいで、基本的には大きな問題とはなりませんでした。

ところが、参議院審議段階になって、健保連と経済4団体が大反対をしてきました。衆議院修正で、老人診療報酬が老人保健審議会ではなく中医協で審議されることになったので、老人医療費の増加に歯止めがかからず、健保組合の負担は年間1000億円を超えてしまう、これは認められない、老人診療報酬の審議を老人保健審議会に戻すか、健保組合の負担増を780億円に固定しろ、という要求をしてきたのです（このように、突然健保連等が大反対をしてきた理由として、法案成立が間近になった時期に相当な負担増になる事がわかった一部の健保組合が、法案を認めた健保連の責任を迫及し、そのため、健保連が経済4団体に働きかけた、とする文献があります^{注6)}。

そこで、関係者の協議により、①次年度以降の拠出金の負担増は老人人口の増加率程度にとどめる、②そのために、加入者按分率は次年度以降毎年1/2以下で政令で定める、③その際、厚生大臣は老人保健審議会の意見を聴く、④こうしたやり方は、法律の施行後おおむね3年後を目途に見直す、という案がまとめられました。それを法律に整理したのが上記の内容です^{注7)}。

(2) 加入者按分率の引き上げ

老人保健法実施後、人口の高齢化とともに、国保を中心に医療保険制度の70歳以上の老人加入率は、昭和55年度には国保9.1%、政管健保3.9%、組合健保2.9%であったのが、昭和61年度には国保12.5%、政管健保4.3%、組合健保

2.9%と、全体として増加するとともに、格差も広がっていきました。他方で、加入者按分率は、昭和57年度の2月分と3月分だけが50%で、58年度47.2%、59年度45.1%、60年度44.7%と低下していました。

このため、厚生省は、老人保健審議会の平成元年7月の「老人保健制度の見直しに関する中間意見」において、多数意見が「老人加入率という保険者の責任に着せられない要因に起因する負担の不公平を是正し、老人の医療に要する費用を公平に負担する観点、また、今後の人口高齢化の動向等をも踏まえ、100%をめざして検討すべきである」とされたことを踏まえ、昭和61年1月に老人保健審議会に諮問した老人保健法改正案において、加入者按分率を、昭和61年度に80%、昭和62年度以降100%に引き上げる案を諮問しました。

これに対して、老人保健審議会の答申は、次のような両論併記でした。

○加入者按分率を諮問どおり引き上げるとはやむをえない（地方公共団体の委員、医療団体関係の委員、国民健康保険団体関係の委員、福祉団体関係の委員、その他の学識経験委員）。

○加入者按分率については、法制定時の経緯及び法施行後の諸事情を考慮して、本則どおり2分の1とすべきであり、諮問案には反対（事業主団体関係の委員、健康保険組合団体関係の委員、共済組合団体関係の委員、労働団体関係の委員）。

結局、政府は、加入者按分率について、厚生省の諮問案どおりの内容として、老人保健施設の創設等の他の内容と合わせ、昭和61年2月に老人保健法改正法案を国会に提出しました。法案は、同年11月に衆議院で修正され、参議院に送られましたが、その中で、加入者按分率については、昭和61年度に80%、昭和62年度から64年度は90%、昭和65年度（つまり平成2年度）から100%とする内容に修正されました。同法案は、参議院で修正され、12月に可決成立しましたが、加入者按分率は、衆議院修正の内容のままでした^{注8)}。

(3) 介護部分の公費負担割合の引き上げ

平成2年度から加入者按分率が100%になるため、被用者保険側の拠出金が大幅に増加する

事を踏まえ、政府は、財政再建期間の特例措置として昭和61年度から平成元年度にかけて繰り延べがされていた、厚生年金に対する国庫負担分（国の一般会計から厚生保険特別会計への繰入れ分）約1兆5千億円を、平成元年度補正予算厚生保険特別会計に基金として繰り入れました。そして、その運用益（平成2年度約750億円）を、毎年度、各保険者の財政力に応じて補助することとしました。また、それに加え、特に財政が窮迫する健康保険組合等に対しては、一般会計で補助（150億円）することとしました。

こうした健保組合の財政負担の増加を踏まえ、健保連や経済4団体は、老人医療費の負担について、公費負担を3割から5割に引き上げることが求めました。この点について、平成2年11月に、老人保健審議会の学識経験者からなる「老人保健制度研究会」がとりまとめた報告書では、老人介護に関する部分に限定した公費負担の引き上げを提言しました。

これを受けて、厚生省は、平成3年1月に老人保健審議会に諮問した老人保健法改正案において、老人保健施設の療養費、および特例許可病院のうち政令で定める看護・介護体制の整った病院の入院医療費について、公費負担割合を3割から5割に引き上げる旨を規定し、国会に

提出した法案にもその内容を盛り込みました。

国会においては、この点について、公費負担割合を引き上げる対象に、老人訪問看護療養費および精神病院の老人性痴呆疾患療養病棟の入院医療費を加える旨の修正が加えられました^{注9)}。

注1) 吉原健二（1983）：77-80.

注2) 大熊由紀子（2010）：92-95.

注3) 新たな看護のあり方に関する検討会報告書（2003）：1（1）.

注4) 伊藤雅治（2008）：357-367.

注5) 吉原健二・和田勝（2008）：343-347.

注6) 吉原健二（1983）：48.

注7) 同上（1983）：42-50.

注8) 吉原健二・和田勝（2008）：342-348.

注9) 同上：349-353.

参考文献

吉原健二「老人保健法の解説」1983：中央法規.

伊藤雅治「在宅医療の医療政策上の位置づけと展開」（『明日の在宅医療 第1巻 在宅医療の展望』第3部第16章）2008：中央法規.

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.

大熊由紀子「物語 介護保険（上）－いのちの尊厳のための70のドラマ」2010：岩波書店.