

老人保健医療の制度体系に関する一研究

柄澤 清美

新潟青陵大学看護学科

A Study of the System of Health and Medical Care for the Aged

KARASAWA Kiyomi

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSING

Abstract

Medical security in Japan significantly increased with the start of a system of health insurance for the whole nation in 1961. However, health care coverage for the aged was treated lightly in this system. Thus, local public bodies adopted a system taking over elderly patients' coverage. The government in 1973 started this system of provision for medical costs for the aged.

The system of provision for medical costs for the aged was an "addition" to the system of health insurance and gave priority to medical care through medical insurance. Although the adoption of this system for the aged was certainly a great step for coverage, it also caused many problems. Additionally, it brought up a controversy over the role of medical care at public expense again.

This study focused on the system of provision for medical costs for the aged and examined its structure, priority of health insurance, takeover of elderly patients' pay, payment at piece rate, specification of diseases, and extension of objects. Furthermore, it studied the role of medical care at public expense and highlighted the system as another system of new medical care at public expense.

Key words

A System of Provision for Medical Costs for the Aged, Health Examination for the Aged
Medical Care at Public Expenses, Priority of Health Insurance

和文要旨

日本の医療保障は、1961年、国民皆保険体制の発足で大きな前進をしめた。しかし、その体系は、高齢者の医療保障を軽視したものであった。高齢者の受療機会を保障するために地方公共団体からはじまった肩代わり制度は、1973年、老人医療費支給制度としてスタートした。

老人医療費支給制度は、医療保険に「足つぎ」し、医療保険を優先させたものであった。この制度体系は、高齢者の健康保障を1歩前進させたはしたが、多くの課題を当然のこととして生み出した。また、老人医療費支給制度は、公費負担医療の性格をめぐる議論を再現させもした。

本論文は、老人医療費支給制度の制度体系に注目し、その特徴を、仕組み、医療保険優先、肩代わり負担、出来高払い方式、疾病の特定化、対象の拡大について検討した。さらに、公費負担医療の性格などについて検討をくわえ、老人医療費支給制度を新しい公費負担医療として位置づけた。

キーワード

老人医療費支給制度 老人健康診査 公費負担医療 医療保険優先

はじめに

高齢者は、医療に関して2つの特徴をもっている。1つは、加齢による各臓器の予備力低下から健康障害に陥りやすいうえに、それに伴う日常生活の規制を受けやすいという特有の保健医療ニーズである。もう1つは、稼働能力の低下により保健医療費を自力で負担することが困難であるという経済的立場の弱さである。これに対して、社会的に対応をはじめたのは1960年代からであった。

1961年、国民皆保険体制により健康障害に対する治療は、医療保険によって保障された。そして、それ以外の老人保健医療対策は、老人福祉政策の一環としてはじまり、老人福祉法により各種の制度が設けられている。具体的な制度には、1963年からの老人健康診査、1970年からの老人白内障手術費支給事業、1971年からの在宅老人機能回復訓練事業、そして1973年からの老人医療費支給制度がある。そのなかでも老人医療費支給制度は、老人保健医療の実態に対する影響力の大きい制度であった。それは、高齢者の受診を容易にし患者全体に占める高齢者の割合を増大させるとともに、老人医療費の急増をもって国民医療費を増加せしめたのである。その結果この制度は、創設直後から日本経済が高度経済成長から低経済成長に移行したことに影響を受け、主として財政的理由によって1982年に10年間の歴史を閉じた。増大する老人医療費が、国庫にとって負担になったからであった。それゆえ、この時期の老人保健医療を対象とした先行研究は、医療費問題に注目した財政的な分析が多い。

本論文の研究課題は、老人医療費支給制度の制度体系である。その制度体系は、施行された1973年から1982年の10年間に、いくつかの質的・量的変化をとげている。この展開から制度体系の特徴をとらえ検討を行う。

I. 1973年までの 高齢者医療保障制度体系

1. 制度体系

1961年にしかれた国民皆保険体制以降、基本的に、高齢者は、医療保険制度で保障され

るようになっていた。その制度体系は、医療保険が労働力の保全を目的として発展してきたことを反映し、就業状態を基準に細分化されていた。就業の有無と、雇用者か非雇用者かによって法定給付率は異なっていた。国民皆保険体制は、一応の生涯医療保障を確立したものの、就業しているものに対する保障体系が中心であったのである。扶養家族や世帯員は、主として保障される被保険者や世帯主とは別の体系に属していた。

高齢者は、被傭者であれば被傭者医療保険の被保険者となる。そして、被傭者でなく所得が一定以下であれば、被傭者医療保険の扶養家族になることもできる。それらが不可能な場合は、退職後には国民健康保険の被保険者となる。それは、国民健康保険が他の医療保険に加入しているもの以外は全員が加入しなければならないと定められている医療保険だからである。この構造により、国民健康保険の高齢者加入率は、他に比べて格段に高かった。

医療保険制度に附随して老人福祉法の措置は、老人健康診査（1963年）、老人白内障手術費支給制度（1970年）、在宅老人機能回復訓練（1971年）、特別養護老人ホーム（1963年）、老人家庭奉仕事業（1963年）、日常生活用具給付事業（1969年）、介護事業（1971年）があった。

2. 給付

1961年、国民皆保険体制発足後、医療保険の給付内容は前進してきていた。その主なものは、国民健康保険の給付率の改善であった。まず、1961年10月より、国民健康保険の世帯主の結核性疾患と精神障害について70%給付になった。ついで、1963年の10月からは、国民健康保険の世帯主の全疾病について70%給付になった。そして、1968年1月からは全世帯員に対する70%給付がはじまった。これにより1973年、老人医療費支給制度施行時における就業していない高齢者の自己負担は、国民健康保険で30%、被傭者医療保険の扶養家族で50%になっていた。一方高齢者は、生理的な老化にともない動脈硬化を基礎とした循環器系の疾患をはじめ、複数の慢性的疾患を

持つことが多い。継続的に30%ないし50%の自己負担をしながら療養を継続することは、容易ではなかった。高齢者の健康状態と医療保険の給付率にミスマッチがあったのである。このことについては、厚生省社会局老人保健課の苦米地孝之助も「国民健康保険体制のもとにおいても必ずしも適切な医療が確保されていないきらいもあった。」²と認めている。

3. 要望

当時の社会の要望を新聞の投書と「老人問題に関する世論調査」の結果からみてみよう。老人保健医療に関する要望が新聞の投書に確認できたのは、1970年が最初であった。その内容は、「70歳以上の老人医療費を無料に」³、「健診で発見された疾病の治療を徹底的に」⁴というような受診ニーズに関する要望であった。それから1972年になると、「老人の専門病院を」⁵、「老人病床の整備を」⁶、「老人患者の付き添いを」⁷というような老人医療環境の整備にかんする要望へと、高齢者の要望の内容が、量から質へと移りかわってきている。この傾向は、「老人問題に関する世論調査」からも裏付けられる。1971年に行われた調査では、老人の生活と健康を守るために国の施策として力をいれて欲しい項目のトップに老人医療費無料化があげられている。それが1973年には、老人医療費無料化の年齢引き下げとともに老人のための専門病床を増やして欲しいという要望がくわわってくるのである。

このことから、1973年以前の高齢者の老人保健医療に関する要望は、とにかく気軽に医者にかかれるようにして欲しいというところに集約されていたとみることができる。それは高齢化の進展と高齢者世帯の増加とともに大多数の国民の声として感じとれるまでになっていたのである。

4. 老人医療費支給制度の必然性

すでに述べたような国民の声は、老人医療費支給制度創設の原動力になっていった。それは、保革伯仲の政治状況にあって、地方公共団体の先取り福祉が実施されていたからであった。国に先んじて高齢者の医療費負担問

題の解消に動き出したのは、住民との距離が国より近い地方公共団体、とくに革新地方公共団体であった。1969年から独自の老人医療保障制度を実施する地方公共団体が増えはじめた。1971年には統一地方選挙において「老人医療費無料化」が選挙向け福祉政策の看板になったこともあり、その制度導入は急増した。最も国の施策に影響を与えた東京都の導入は、1970年であった。それまで老人医療費支給を行ってきた地方公共団体は、人口が少ない市町村であったり、対象年齢が80歳であったり、無料化の対象が国民健康保険の枠内に限定されていたり、使いにくい償還制であったり、という点で部分的な保証と受けとれがちであった。東京都での老人医療費無料化政策は、それを覆し70歳以上の老齢福祉年金受給者で、各医療保険加入者を対象としたこと、償還方式をとらず完全窓口無料体制にしたこと、なにより首都で実施されたことにより、国の施策に大いに影響を与えたのである。おりしも国民は、公害裁判闘争を頂点に生存権・民主主義的諸権利を強く意識するようになっており、産業優先の政治を告発する風潮が高まっていた。こうして自民党は、国民の支持を得るために「成長より福祉」の姿勢をみせなければならぬ状況におこまれた。『国民の福祉の動向』は、1973年から1982年にわたって老人医療費支給制度の創設の経緯を「国民の支持もあって」と説明している。

II. 老人医療費支給制度下の

老人保健医療体系

1. 制度体系

(1) 老人医療費支給制度創設当初

老人医療費支給制度によって70歳以上の高齢者の保険医療費は、所属する医療保険の給付と公費によって賄われることになった。すなわち、国民健康保険の加入者であれば、保険給付70%+公費負担30%になった。被傭者保険の扶養家族の場合は、保険給付50%+公費50%になった。老人医療費支給制度が発足したことによって事実上10割給付になり、70歳以上の高齢者は、窓口で現金を支払う必要がなくなった。

しかし、70歳まで就業しているものは少ない。年齢別労働力率は、65歳頃を境に低下していた。65歳から70歳までの高齢者は、今まで通り30%ないし50%を自己負担するわけである。ここで、老年人口のなかでも70歳を境界に保障体系が異なるようになったのである(図1参照)。

また、老人福祉法による制度は、1975年より老人医療費受給者を対象とした「老人保健学級」がつくわわった。そして1978年からは、従来の事業に老人健康相談事業と在宅老人家庭看護訪問指導事業を加えた「老人保健医療総合対策開発事業」が各県1市町村と指定都市合わせて56箇所です行的に行われた。

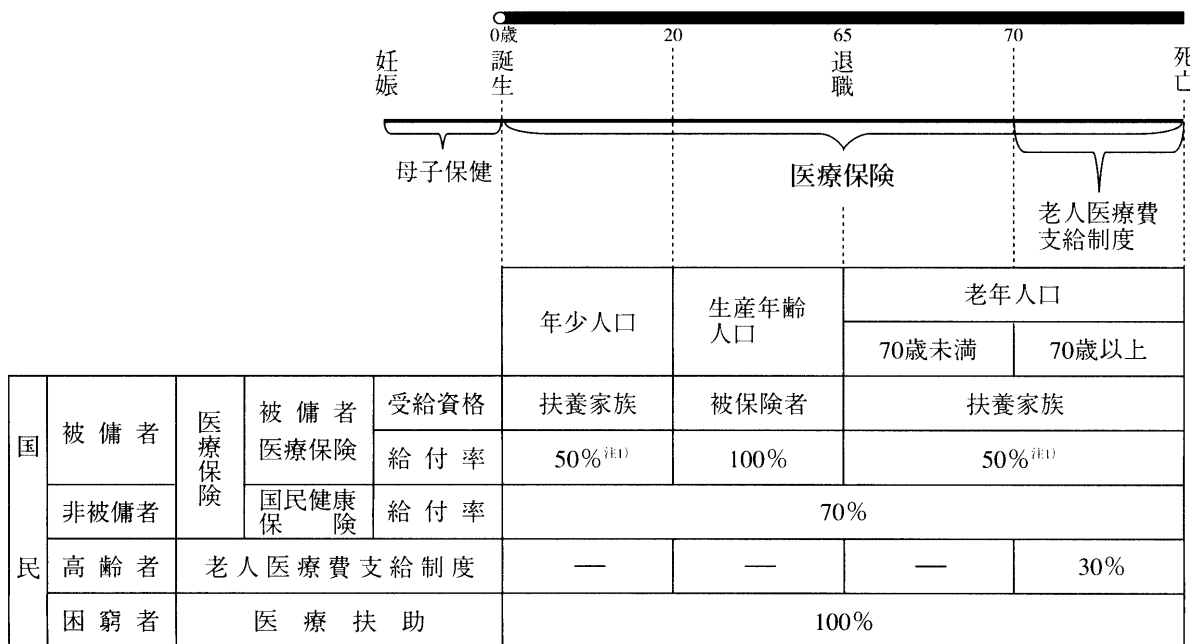
(2) 1973年10月以降

1973年には、医療保険の制度改定が2つあった。1つは、被傭者医療保険の家族の給付率が50%から70%に引き上げられたことである。これによって被傭者医療保険の扶養家族である高齢者の公費負担率は30%になった。もう1つは、高額医療費支給制度が導入されたことである。高額医療費支給制度とは、1ヶ月3万円以上の医療費自己負担になった場合には、その超過分を保険給付によりまかなう制度である。老人医療費支給制度には医療保険優先原則があるため、公費での支払いは、自己負担上限の3万円までに限定された。

2. 老人保健医療体系の変遷

老人保健医療対策の変遷を追ってみると、非体系化から体系化へ、そして総合化へと推移していることがわかる。1973年までの老人保健医療体系は、医療保険による医療保障、健康診査、老人白内障手術費支給事業、在宅老人機能回復訓練事業によって構成されていた。しかし、医療保険は、労働者中心で高齢者には副次的な保障にとどまっていた。そのうえ老人福祉法による諸サービスと医療は個々別々に分立していた。この意味において非体系化の時代であった。1973年からは、老人医療費支給制度によって高齢者の医療への

図1 老人医療費支給制度下の医療保障体系



注1) 被傭者医療保険の扶養家族の給付率は、1973年10月からは70%になった。
 注2) 「誕生」時の○印は、誕生に対する医療の保障が行われていないことを示す。
 注3) 進学率、年齢別労働力などから20歳を就業年齢とした。
 注4) 年齢別労働力率から65歳を退職年齢とした。
 資料) 横山和彦「1970年代の医療保障体系」社会事業年報、No23、1987、373ページをもとに一部修正して作成。

アクセスは格段に高まった。老人健康診査による疾病の早期発見から医療費の支給、さらには機能回復訓練へと制度としてはメニューが揃い体系化されたといえる。しかし、老人医療費支給制度下の老人保健医療は、医療費保障に偏重がみとめられてもいた。健康管理および医療からリハビリテーションまでの一貫した老人の保健医療対策を、老人福祉諸施策との有機的連携を保ちつつ推進するという総合化の必要が認められてきたのである。

1975年版『厚生白書』では、現状について「これまでの老人保健医療対策は医療費保障に偏重したうらみがあり」¹⁰と反省している。そのうえで「今後はこれを是正し、健康管理および医療からリハビリテーションまでの一貫した総合的な老人の保健医療対策を老人福祉施策との有機的連携を保ちつつ推進する必要がある」と対策強化の方向性を語っている。総合化とは、健康管理から医療、リハビリテーションまでの包括医療がふくまれていることをさしている。有機的連携とは、包括的な医療が各老人福祉政策と連絡・協同することを意図している。そして、その考えに基づいて高齢者の健康レベルごとの保健医療および福祉対策を具体的に提示し、そのための課題について以下のようにまとめている。「特に、従来遅れている在宅保健医療サービス、リハビリテーション、精神科を含むデイケア等の保健医療サービスの体制の確立を図ることが必要である。その具体策として、保健指導、健康相談、通所リハビリテーション、訪問看護等による在宅ケア、地区組織活動の援助育成、保健情報の管理を行う機能を市町村レベルで整備することなどが考えられる。一中略一その際、慢性疾患の増大、リハビリテーションの需要の増加等保健医療の需要の動向に即し、既存の保健医療供給体制の見直しを行うことも必要である」¹²。ここにあげられた内容は、とりもなおさず老人保健医療対策として厚生省が不足していると認識していた部分である。これが1978年からの老人保健医療総合対策開発事業をおこす基本的な理念になっているとみられるが、結局そこでも、保健医療供給体制の整備は手つかずであったことを指摘しておきたい。

Ⅲ. 老人医療費支給制度

1. 仕組み

老人医療費支制度は、老人福祉法の一部改正によって1973年より施行されている。その制度の概要は、70歳以上の高齢者がそれぞれ所属している医療保険の被保険者または扶養家族であることを前提に、それまでの自己負担分を公費によって肩代わりされるというものだった。

この制度の老人保健医療の制度体系として最も特筆すべき特徴は、国民皆保険体制を前提としているということである。保険に加入できないものは、初めから対象外なのである。老人医療費支給制度は、世間には「老人医療の無料化」という言葉で歓迎されていた。しかし、老人医療費支給制度の機能は、医療保険制度の補完的な役割をしているにすぎない。その本質は、社会福祉の措置の一環としての経済給付であったのである。それは、医療保険優先で自己負担分のみを公費という医療費支給のあり方に端的にしめされている。

2. 医療保険優先

老人医療費支給制度は、医療保険優先制度である。それは、まず、対象者の保険加入要件にあらわれている。加入要件には「この制度は、医療保険の自己負担分を公費で負担しようとするものであることから、医療保険制度における医療に関する給付が行われることが要件になる。10割の給付を受けている被備者保険本人にはこの制度は適用されない。また保険の未加入者例えば療養所に入所したり、生活保護を受けているために国民健康保険の適用を受ける必要のないものもこの制度からはずれることになる」¹³とされている。また、支給額については、「医療に要する給付の額とは、いわゆる保険給付の額をいうものであり、7割または5割の定率給付はもちろん高額療養費、付加給付（家族療養付加金）や給付率の引き上げが行われているときにはこれらを含めた額である。したがって、高額療養費が適用された場合の老人医療費は、月額3万円となるものであり、さらに付加給付

が行われるときにはその分を3万円から控除した額となる¹⁴と説明されている。そして「したがって、差額室料のように保険給付の対象とならないものは、この医療に要する額に含まれない¹⁵」ともされている。ここには、高齢者の保健医療対策の内容として何をしたらよいかという思索や意図は感じられない。ただただ、保険医療に追従するだけである。このことについて籠山も「その医療は社会保険が扱う医療ということに限定されてしまった。老人が訴え願っている針や灸は駄目だし漢方のせんじ薬は施療されない¹⁶」と、そこまで保障することを提言しないながらも、その保険優先ぶりを指摘している。

3. 肩代わり負担

老人医療費支給制度は、保険医療にかかわる自己負担分を肩代わりした。それは高齢者にとってみれば、10割給付されたと同じ効果をもった。この肩代わり負担の意味はどのように理解できるだろうか。まず、医療保険制度の機能充実の過程における給付率10割化までの暫定的措置であるという見方ができる。そう考えると、有病率が高く保障の必要性が高い高齢者に対する給付率が低く抑えられていたことは、生涯医療保障制度体系の不備であるといえる。事実上の10割給付は、生涯医療保障制度体系の前進であるにとらえることができる。しかし、実際には給付率10割化の検討はなく、自己負担の肩代わりによって結果的な無料を実現し、国民の要望にこたえたことでよしとした。そして、実施過程において、自己負担分の肩代わりによる結果的無料化という仕組みは、さまざまな問題を引き起こすのである。

問題の1つめは、高齢者による乱受診である。高齢者の受療率の急激な上昇は、医療施設における高齢患者の急増という形で注目された。その状況は、入院においては「老人ホーム化」¹⁷、外来においては「はしご通院」¹⁸、「待合室のサロン化」¹⁹と呼ばれた。いずれも医療の必要性が低いにもかかわらず、医療機関にかかっている状況を揶揄した呼び方であった。医療の必要性については各ケースについて吟味しなければ断言できないことである。

また、高齢者の疾病構造は特徴的であり、長期化・慢性化する傾向が強いため、経済的な抑制がないなかで高齢患者が増加することは、必然であったと考えられる。しかし、老人医療費支給制度実施以前であれば医療にかからなかったであろう高齢者が、医療機関にむかうようになったことは事実である。このことが、2つめの問題である高齢者の加入割合が大きい国民健康保険財政の圧迫をひきおこし、それが3つめの問題である国と地方公共団体の財政悪化をもたらした。国と地方公共団体には、高齢者自己負担医療費肩代わり分の国庫・公費負担に加え国民健康保険の支払いの増大が加重されたからである。また、4つめの問題として医療機関は、「看護に手数を要し看護要員が不足」、「一般患者の入院が困難」、「一般待機患者が増加」²⁰など、高齢者受け入れ態勢の不備を露呈した。

4. 出来高払い方式

出来高払い方式は、医療費用の全体を診療行為と連動させた点数においてすべて評価するシステムである。いわば「診療行為準拠方式」である。この場合、診療行為と直接関係のないたとえば事務職員の人件費は、直接的には点数そのものには結びつかない。また、診療行為の共通基盤をなす施設関連費用も、点数として特掲されない。それらは、個々の点数のなかに包含される形となっている。老人医療費支給制度は、このような保険医療を基盤としたことで、それまでと何らかわりのない医療費の算定方式を温存した。この意味は、実施過程に及ぼした影響からみると次の2つである。

1つは、出来高払い方式に手をつけなかったことが、医療費増大のシステムを維持することにつながったということである。まず、老人医療費支給制度によって医療へのアクセスが容易になり診療件数が増加した。また、医師は、患者の自己負担に配慮する必要なく、高度の医療技術を駆使して患者の信頼にこたえることができたので、1件あたり診療費が増加した。この相乗効果が、出来高払いに支えられて医療費増大をもたらしたのである。

2つめは、出来高払いが、高齢者医療に人

手をかけることを阻んだということである。高齢者は一般に日常生活能力や環境適応能力が低下している。治療・看護にも時間と世話が長く必要になる。しかし、診療報酬上それは評価されない。その事態にどう対応したかは、病院経営の方法によって様々であったが、システムとしては、余分な人手をかけられないものだった。このことについて小笠原は「高齢者が急増して、今日の診療報酬体系のもとでは、経営がたちゆかなくなる病院が現れ、良心的に高齢者医療をしようとするれば、経営破綻に陥る危険さえある²¹⁾と指摘している。

5. 疾病の特定化せず

老人医療費支給制度は、これまでの公費負担医療にくらべて対象を選別する意図が極めてうすい。まず、医療の対象となる疾病を特定化していない。「老人の医療」を医学的にも医療保障上でも限定しておかなかったということである。それは、老年医学がその範囲を明確に示していないことや、そもそも人の連続的な成長において何を老人病と断定するかが難しいことも一因だったであろう。しかし、それを検討したという事実すら見当たらないのである。対象となる疾病を特定しなかったことは、一見、それだけ幅広い保障ができるかのように錯覚するが、老人医療費支給制度の実施過程を見る限りにおいては、デメリットが大きかった。そのデメリットは次の3つである。

その1つめは、1963年以来行われている老人健康診査の結果が生かせなかったことである。老人健康診査は、疾病の予防、早期発見および早期治療に資することを目的として実施されている。それが、1973年以前は医療費の支弁困難により治療まで結びつかないことに問題があったのである。それならば、老人医療費支給制度を創設するときに老人健康診査との連携をもたせようとするのが自然である。そうならなかった理由はなにであろうか。考えられるのは、地方公共団体の「先取り福祉」に追随して創設せざるをえないがゆえの無策である。

2つめは、疾病を特定しなかったために、

高齢者の医療ニーズに対応しきれていなかったことである。このことについて籠山は「むしろ、老人にとって必要なのは健康管理であって、疾患の対症療法ではない。老人の胃弱に対しては、食事指導が必要であり、胃腸薬の投与ではない²²⁾と指摘している。疾患の特定をしなかったがために、高齢者の医療を保障するためにどのような供給体制の整備を考える必要がなかった。その結果として、高齢者の医療にそれまで医療保障の中心の対象であった生産年齢人口に対する医療がそのまま当てはめられてしまった。このことが、高齢者の医療を健康管理やQOLの確保ではなく、治療至上主義におちいらせたのである。

そして3つめは、先にも述べた高齢者の乱受診であった。

6. 対象の範囲拡大

老人医療費支給制度の対象を選別する意図のうすさは、疾患を特定しなかったことだけではなく、対象者の範囲の規程からも読みとれる。対象者については、高齢者本人および扶養義務者の比較的高い所得制限のみを課した規程になっている。公費医療の選別原則に反してより普遍的原則に傾斜する形になっているといえる。

(1) 附帯決議

老人医療費支給制度の創設を決定した老人福祉法の一部を改正する法律案の決議にあたって提出され可決された附帯決議には、対象の拡大についての2つの項目がふくまれていた。1つは、無料化の対象年齢を65歳に引き下げること。特に「寝たきり老人」の対象取り入れについてはその実現を急ぐことであった。そして2つは、老人医療費の支給にかんする所得制限は撤廃することであった。この附帯決議を可決した1972年4月の第68回衆議院社会労働委員会において、山本委員は、社会保障制度審議会から提出された答申を引用し「この方式をとる限り、保険制度の中でなら解決できる部分が残されてしまった。たとえば、所得による適用除外の人が出ることなどの点であり、そこに批判が生じている。また、適用年齢を70歳以上とし、引き下げに対

する将来の展望を欠くことに疑問を持つ向きが多い²³と発言し、将来的な対象の拡大を求めている。これは、保険給付10割の状況に近づけることを意図した発言であった。

(2) 所得制限

老人医療費支給制度の対象に所得制限が設けられた論拠は以下のように示されている。「医療費負担能力が十分でない老人に対し、福祉の措置として経済給付を行うものであることから所得による支給制限を設けている。すなわち、老人本人、配偶者または扶養義務者に相当の所得があって、医療費の自己負担が可能であるものについては、老人医療費は支給しないことになっている²⁴。そして所得制限の額は「国民年金の老齢福祉年金の所得制限と同額²⁵」になっていた。しかし、所得制限を受けているのは、1972年末に算定された対象者の対70歳以上人口で20.8%、1973年と1974年では13%、1975年では12%、1976年では11%、と相対的に少ない。そして、この所得制限は毎年改定されて額が引き上げられているのだが、その理由について厚生省は「本人についてはいわゆるカバー率維持のために若干ずつ額が引き上げられている²⁶」と説明している。とすると、この制限はどのような意味をもつのだろうか。これもやはり、保険給付10割給付のような形式を意識して対象の普遍化を意図されたのだとみることができる。

(3) 上乘せ

老人医療費支給制度は、前述したように地方公共団体が行ってた施策の後追いであった。1973年に国費がそこに投入されたことにより地方公共団体の予算は少なくて済むようになった。すると、その予算を使って全国制度に上乘せをするかたちで対象者を拡大する地方公共団体が現れた。1980年1月時点では、対象年齢を引き下げかつ所得制限を緩和している地方公共団体は14都道府県、年齢のみの緩和は9都道府県、所得制限のみの緩和が14県であった。また、市町村でも全体の46.6%が単独事業を追加していた。これにより、対象の普遍化はいつそう図られたのである。

(4) ねたきり老人

対象者にねたきり老人をふくめることは、先に述べたように老人福祉法一部改正のときから附帯決議にあげられ、その早期の対象加入が望まれていた。そして1973年10月より65歳以上70歳未満のねたきり老人等についても医療費支給の措置が講じられるようになった。これは、高齢者に特有の健康不全状態に対する保障を意図したものである。この意味で疾病を特定せずに対象を普遍化させたことは、その保障の性格を異にしている。しかし、その認定にあたっては、認定事務の簡素化を考慮し、国民年金法の認定をそのまま活用することになっている。それゆえねたきり以外にも対象状況の特定化を図ろうという方向へは拡大しなかった。

むすびにかえて

老人医療費支給制度は、保革伯仲のなか無料化の要求を抑えきれず、明確な設計の意図をもたないままに創設された制度であった。それゆえそれまでの公費負担医療の性格との整合性なども検討されることがなかった。そのうえ医療保険優先で、出来高払いを温存し、対象とする疾病は特定化せず実施された。それが高齢者医療の肥大化を生んだのである。しかし、老人医療費支給制度にまつわる論議は、高齢者の医療需要の増加をいかに抑制するかという観点での論議が中心になりすぎて、制度体系を検討しているものは少なかった。

老人医療費支給制度は、医療保険を基盤としながら自己負担分を公費で肩代わりするという「足つぎ制度」であった。老人医療に公費負担が取り入れられた根拠は、「老人医療費の無料化に伴う関係通知」（1972年12月）によると「この制度は自己負担が困難な老人の受療を容易にするための老人福祉の見地から設けられる²⁷」と説明されている。

公費負担医療の性格については諸説ある。それらは、それぞれの立場から整理されたものであり、それ以上のものではない。それらを箇条書き的に並べると、伝染病などの社会防衛的なもの、公的扶助としての医療扶助、

戦傷者医療などの国家補償的なもの、更正医療や育成医療などの社会福祉的なものなどがその代表である。

老人医療費支給制度は、厚生省によれば社会福祉的公費負担医療に属している。それは、厚生省から出された「老人医療費の無料化に伴う関係通知」に「この制度は自己負担が困難な老人の受療を容易にするための老人福祉の見地から設けられる」²⁸と書かれていることから明らかである。社会福祉的公費負担医療は、医療保険を優先に、それを公費が補完する形をとっている。その形態において老人医療費支給制度は、他の社会福祉的公費負担医療と同様である。しかし、老人医療費支給制度は、他の社会福祉的公費負担医療とは一線を画している。中野は、「公費負担医療と保険医療が競合する場合は、一応何らかの条件があって、保険医療における自己負担分を解消もしくは軽減することが望ましいという社会的判断が働いている場合」²⁹であると述べている。それまでの社会福祉的公費負担医療における社会的判断は、その疾病や状況の重要度を考えてのことであった。それに対して老人医療費支給制度の場合の社会的判断は、政治的に地方公共団体に負けない何らかの対策を早急にとらなければならなかったことに他ならない。それは、「老人医療費の無料化に伴う関係通知」に「老人の健康状況等を考慮するとともに地方公共団体の実施状況、財政負担を勘案して70歳以上のものを対象とすることにした」³⁰と記述されていることから明らかである。なぜなら、老人の健康状況を考慮するとしながらも疾病や状況を特定していない。そして、年齢の決め方も現状追認であり財政考慮という、単に、現実的な選択になっているからである。

老人医療費支給制度を社会福祉的公費負担医療にふくめることを躊躇するみかたは、三浦や小笠原も示している。三浦は、1971年の社会保障制度審議会の答申を引き合いにだし、「果たして老人医療公費負担まで、この考え方で制度化するところまで含意していたかはにわかに判断しかねる」³¹と述べている。そして、もともと「所得保障の一環として考えられるべき」³²であり、「年金成熟までの経

過措置」³⁴としての意味をもっているとしている。また、医療費負担の面からは「健康保険の法定給付を引き上げることで問題解決」³⁵となると述べている。所得保障の一環として考えるべきという指摘は、籠山³⁶も佐藤も同様に行っている。佐藤は、先行研究である籠山、三浦の見解をレビューしたうえで「むしろ所得保障の一環としてこれを考えるべきだ」という指摘が、とりわけ高齢者医療費公費負担制度に強い点では、学者の見解は一致している」³⁷と所得保証説を支持している。

老人医療費支給制度は、きわめて政治的な判断を公費負担医療に導入したという意味がある。ついで、対象となる疾病をあまり特定化しない普遍主義的な公費負担医療を実現したことにより特殊であったといえる。老人医療費支給制度の制度体系上のウエイトは、被働者医療保険の家族給付率が7割に引き上げられたこと、高額医療費支給制度が新設されたことなどで、施行当初より低くなった。

最後に、老人医療費支給制度の公費負担医療の性格について検討をくわえる。先にみたように厚生省は、老人医療費支給制度を社会福祉的公費医療にふくめている。これに対し先行研究は、それまでの社会福祉的公費医療との違いを強調し、消極的に公費負担医療としている。私は、積極的に社会福祉的公費負担医療にふくめてよいと考える。社会福祉的公費負担医療は、社会情勢に対応し国民の健康を保障するものである。1970年代当初の国民皆保険体制は、厚生省当局も認めるように高齢者の医療ニーズに十分対応していなかった。そこで高齢化社会に対応し、保革伯仲という政治状況にも即応して高齢者の医療を前進させる必要があった。この時代的要請に応えたものが老人医療費支給制度である。これまで述べたように制度体系は、実施の緊急性が政治的に優先されたために、十分設計されたものとはいえず、高齢者の医療ニーズへの適応に課題を残している。しかし、それに対する批判と、公費負担導入に対する批判を混同してはいけぬ。医療保障が生涯の健康を保障するというものである以上、この時代には、高齢者の医療を公費によって保障する必然があったのである。

老人医療費支給制度は、1970年代という時代に応えた新しい公費負担医療であった。公費負担医療は、従来から個々の分野においてその時々が必要において実施されてきたものである。いわば公費負担医療の枠組みは、柔軟構造なのである。医療保険の限界が顕在化し、社会的に対応されなければならない医療は、公費負担医療の枠組みに入れることに何の差し障りもないのである。

注

- 1 1961年度の国民健康保険に占める70歳以上の加入率は、12.5%であった。全医療保険制度平均6.9%に比べて格段に高い。
- 2 苦米地孝之助「老人医療対策の現状と方向」週刊社会保障、26(682)、1972. 8. 14、32ページ
- 3 「厚生白書」(1975年版)大蔵省印刷局、1975年、100ページ
- 4 同上
- 5 同上
- 6 同上
- 7 同上
- 8 1972年9月に、何らかの形で老人医療費支給を行っていた都道府県は44(行っていない県は滋賀・長崎・沖縄のみ)、指定都市は9に及んでいた。
- 9 ただし、被傭者医療保険のなかで日雇い労働者健康保険の給付率の引き上げは、他に遅れ1975年からである。
- 10 「厚生白書」(1975年版)大蔵省印刷局、1975年、115ページ
- 11 同上
- 12 「厚生白書」(1975年版)大蔵省印刷局、1975年、115-116ページ
- 13 「厚生指針・特集号・保険と年金の動向」20(15)、1973、147ページ
- 14 同上148-149ページ
- 15 同上148ページ
- 16 籠山京「老人医療制度の課題と将来」週刊社会保障、27(734)、1973.8.13、30ページ
- 17 高齢者による病床占有率が上昇し、一般患者の待機者が増加した状況について、このように表現された。1973年6月に全国自治体病院協議会から出された「自治体病院における高齢患者調査-老人医療費無料化実施前後の調査」の中でも、この言葉が使われている(週刊社会保障1973年6月11日号の記事より)。70歳以上患者の病床占有率は、1972年に12.7%であったものが、1978年には21.0%になっていた(1980年版図説老人白書より)。また、1973年6月10日付朝日新聞でも「病院が老人ホーム化、サロン化している」という批判記事が掲載されている。
- 18 1975年2月8日の衆議院予算委員会においても、青葉公述人が「無料でありますために、病院通いはしごをやったり…」と述べている。
- 19 1975年2月26日の衆議院予算委員会第3分科会において井上分科員が「まさに待合室がサロンのごとき状況を呈している」と述べている。
- 20 1973年6月、全国自治体病院協議会の報告(社会保障旬報No. 1078、18-19ページ)より。
- 21 小笠原祐次「高齢者の福祉・医療サービスの体系と現状」(佐藤進編著『老人と人権』同文社、1977)、236ページ
- 22 籠山京「公費負担医療の課題と将来」週刊社会保障、985号、1978. 8. 14、41ページ
- 23 http://kokkai.ndl.go.jp/cgi-bin/KOKUMIN/www_login
- 24 「保険と年金の動向」厚生統計協会、1973、147ページ
- 25 仲村英一「老人医療の現状と課題」週刊社会保障、1035号、1979.8.13、22ページ
- 26 仲村英一「老人医療の現状と課題」週刊社会保障、1035号、1979. 8. 13、22ページ
- 27 「資料の頁 老人医療費の無料化に伴う関係通知」週刊社会保障、27(704)1973.1.15、48ページ
- 28 同上
- 29 中野徹雄「公費医療の現状と課題」週刊社会保障、28(783)、1974.8.12、21ページ
- 30 「資料の頁 老人医療費の無料化に伴う関係通知」週刊社会保障、27(704)、1973.1.15、48ページ
- 31 小笠原祐次「高齢者の福祉・医療サービスの体系と現状」(佐藤進編著『老人と人権』同文社、1977)、228ページ
- 32 三浦文夫「公費医療の課題と将来」週刊社会保障、934号、36ページ
- 33 同上
- 34 同上
- 35 同上
- 36 籠山京「公費負担医療の課題と将来」週刊社会保障、985号、1978.8.14、40ページ
- 37 佐藤進「公費負担医療の課題と将来」週刊社会保障、1035号、1979.8.13、42ページ