

保険財政からみた老人保健医療サービス

小 山 路 男 *

内 容

- I 急激な老人人口の増加
- II 日本の医療費の動向
- III 老人保険医療からみた制度上の問題
- IV 老人医療から老人保健医療サービスへ
質疑・討論

I 急激な老人人口の増加

1 保険料と税金の増加

現在の日本の社会で最大のチャレンジは、老人が急激に増えるということにあります。現在はまだよい方で、現在65歳以上人口は大体1,040万人くらいです。

今後20年しますと2,000万人を超えます。65歳以上が日本の人口に占める割合は1975年が7.9%で、2000年までの25年間で14.3%に達すると予想されますので大変なことなんです。

人口のピラミッドを描いてみますと、昔は富士山型で、子どもが生まれてだんだん死んでいき、大きくなる人が少なかったんですが、これがだんだん上が大き

*こやま・みちお/上智大学文学部

くなり、楕円形みたいになります。

日本の老人人口の割合が7.9%から14.3%になるまでが25年間ありますが、ほかの国に比べてみますと、フランスが126年、ノルウェー、スウェーデンが80年、イギリスが46年、デンマークが41年、西ドイツが36年かかったことになります。このように各国が急ピッチで高齢化を迎えるんですが、日本がいちばん速いんです。

2000年ごろには年金の保険料は月平均18%くらいかかっていると思います。それから医療保険の保険料が安くあがって月平均12%ぐらいで、合わせてサラリーの30%をそれらに取られることになり

ます。もちろん保険料の半分は事業主が出しますが、いずれにしても国民の負担になることには変わりはありません。

こんな仕組みで全体を推計してみますと、1995年ぐらいにはおそらく国民所得の50%ぐらいが保険料と税金になります。現在はおおよそのところで30%ですから倍近くになります。しかもそれで済まないのでありまして、ますます負担が増えていきます。おそらく21世紀の第1四半期が終わるごろがピークではないかと思っています。

そのころには65歳以上人口が全体の18.1%になるという推計がありますが、ただし最近はあまり子どもが生まれないものですから、この率はもっと高くなるんではないかと思われれます。いまの数字は人口問題研究所の推計の中位数(まん中の数字)ですが、たとえば慶応大学の安川さんなんかの推計によるともっときついです。

ですから20世紀の末をどう乗り切っていくかということが非常に大きな問題で、年金にしても医療にしても、これから20年先を見てわれわれはいま議論をしております。

2 老人も労働を

私が心配しておりますのは、いまのような高い生活水準をそのまま維持することは不可能だろうということです。現にエネルギーの制約がありますが、それ以外に経済成長率その他を考えますと、い

まのような高い生活水準は将来においては不可能だと思います。

だからいまから生活水準の下げ向きの対策を考えなければいけない。ところがいまの所得配分をそのままにして全体のレベルを下げるということになりますと、社会的な摩擦がきつと起きてきます。ですから所得再配分をできるだけ平準化して、全体として苦しみを分かち合うようなソーシャル・システムにしなければいけないと思います。

しかも若い者が少ないから、労働力が不足すると、老人も70歳くらいまでは働かなければいけなくなります。働けるようなシステムにしなければいけないと思います。

ところが2,000万人も老人が増えるとなると、中にはいろいろな人が出るだろうと思います。まず完全に「非行老人」が出ます。数の少ないうちは大事にされますけれど、あっちも老人、こっちも老人、でしょう。しかも子と同居ができず、配偶者とは死に別れるというようなことになる。老人のヒステリーということがかなり問題になると思います。

ことにおばさんが増えてまいります。というのは平均寿命が女の人のほうが5歳長いので、場合によったら10年ぐらい1人で生活することになります。大体74～75歳で亭主と別れてあと10年生きるとしますと、日常生活の買い物から全部何とかしなければならぬわけです。80になっても丈夫で温泉を歩いてニコニコ

しているようなおばあさんもいるけれども、個人差が非常に大きいわけです。

3 老人の健康不安

それで健康調査のデータを見ますと、老人の有病率は15～24歳の有病率の10倍で、25～44歳の5倍なんです。しかしこの有病率というのはいいかげんなものでありまして、調査したときに「あなたはどこか悪いですか」と聞いて、「病気と思う」と答えた人の数であります。だから本当に病気か病気でないかということではなく、主観的に病気だと感じた有病率なんです。

実はそれが老人医療における大問題でありまして、本当に病気が多いのかというと、そういう知識が先行しているわけです。日本の医療保険で非常に問題なのは、医療保険で病気という認識が出るのは、患者が医療機関に行って診察してもらったときに初めて病気になるわけです。つまり潜在的な病気は病気ではないんです。ですから保険のほうでいう受診率とは、

お医者さんにかかる回数をいうんですけれども、これは患者の主観によって決められます。この辺が非常に問題で、ちょっとでもおかしいと思って医者に行くと、それが1件になります。ところがその人が本当に病気だったかどうかは別問題なんです。したがって、老人が健康に不安を持っていることが有病率を高めているのかもしれない、というふうにも思われるわけです。年をとっていちばんいやなことは不安で、不安からの解放が老人にとって非常に大事なことであります。

4 老人の病気の特徴－長患い－

老人の病気の特徴は長患い、長い入院といえます。長い老後を長患いで過ごすというのは困った話ではありますが、調べてみると普段かかっている病気で死ぬんじゃないんです。表1をみて下さい。受療率と死因との間にかなり高い相関はあるにしても、それほど厳格に対応する

表1 年齢別にみた受療順位と死亡順位

1977年

順位	65～69歳		70歳以上	
	受療率	死因	受療率	死因
1位	高血圧性疾患	悪性新生物	高血圧性疾患	脳血管疾患
2	眼の疾患	脳血管疾患	眼の疾患	悪性新生物
3	心疾患	心疾患	脳血管疾患	心疾患
4	歯の疾患	肺炎および気管支炎	心疾患	老衰
5	脳血管疾患	不慮の事故	神経痛	肺炎および気管支炎

資料：厚生省「人口動態統計」，「患者調査」

ものではないことが分かります。

一方、この1年間寝こんだかどうかという方をみますと、「1日も寝たことがない」というのは15～24歳は74.5%ありますが、65～74歳の54.6%は逆に「寝たことがある」で、75歳以上になりますと46.5%が「寝たことがある」ということで、要するに60歳代の後半からは半分ぐらいの人は、いつも床に就きがちだということになります。

しかも、寝こんだ日数をみますと、65～74歳の人ですと「31日以上」寝ていたというのが1.24%もあるんです。75歳以上になりますと2.25%が「31日以上」寝ており、要するにこれは長患いということでもあります。病気になったらなかなか治らず、1度寝たら1月以上療養するような状態が、65歳を過ぎると一般化するであろうということがいえるわけです。

もう1つはそれと同じようなことでもあります。年間の平均在院日数をみますと表2のようになっています。1度入院したら1月が大体常識ですが、それが老人になると3月も入院しているの

表2 年齢別にみた平均在院日数

年 齢	日 数
0～14 歳	1 5.2 日
15～34	2 8.9
35～64	6 5.9
65～	9 8.9

資料：厚生省「昭和53年患者調査」

が常識になるわけです。

65歳以上で循環器系で入院しますと平均111.9日入っています。とにかく平均在院日数が長く、したがってどうしても医療費がかかるわけです。最近老人保健課が出した資料によると、昭和55年の見込みで70歳以上の老人を対象とした無料化による医療費は、2兆451億円であります。このところちょっと増え方がめざましい状況であります。昭和55年の国民医療費が11兆9,091億円ですから、その5分の1は老人医療費なんです。それで国民医療費のベースでは対前年度比が9%程度の伸びなのに、老人医療費の伸びは1.7%くらいになっています。これが私どもとしてはやはり問題であります。

Ⅱ 日本の医療費の動向

1 医療保険3要素からみた動向

医療保険では3要素ということをよく言います。1つは「受診率」で年にどれだけお医者にかかるかということです。次は「1件あたり日数」で、1度お医者

にかかったらそれが何日ぐらい続くかということです。もう1つは「1日あたりの医療費」です。この3つを掛け合わせると1人あたりの医療費になります。日本の医療保険の場合は「受診率」はもう

高くなるだけなっちゃったんです。だからいまはちょっとしたムードで下がります。

たとえばいまは景気が悪いんですが、景気が悪いと消費を差し控えますので、そうすると医者に行くのも差し控えるんです。

それから「1件あたり日数」は、「受診率」が高くなればなるほど短くなる傾向があります。これはあたりまえのことで、早く発見できるから長引かないわけです。早期発見、早期治療と言いますが、しかし長くかかっているわけになって行かなくなるのはあたりまえです。

けれども3つ目の「1日あたり医療費」は上がっています。そんなんで日本のいまの医療費問題というのは、1日当たりのコストをどう下げるかということです。

「1日あたり医療費」には当然払わなければならないコストがあります。医者とかナースといった働く人の賃金が上がっていくに伴って、これは当然払わなければいけません。それに付随して当然払うべきではないものがあるのでわれわれは困るんです。

たとえば、薬でもうけるお医者さんがいれば困るわけで、いま薬代は医療費の38%くらいです。昔は46%もあったんですが診療報酬の支払い方式を変えたり、薬価調査を頻りにやったりしたので、そんなことの効果から薬はやや比重が下がっております。けれども、やはりまだ問題があるようです。

それから最近非常に心配なのは検査がやたらに増えてきたことです。これも正常な検査ならいいんだけど、悪名高き大阪の某病院なんかは検査で100何10万円取るんだから、もうけ主義医療だとかで問題になりました。

しかし、そういうドロドロした話はともかくとして医療費は現在のところやや安定気味であります。ただし老人医療費はまだ増え続けるだろうと思われまます。老人医療が増える理由は、受診率はい言いましたように大体頭打ちになっていますから、原因は人口増だと思えます。全体の人口は横ばいになっても、老人の増え方が速いでしょう。それも75歳以上がだんだん増えているんです。

2 福祉サービスもする日本の病院

ところで、受診率自体は横ばいになってきましたが、諸外国と比べると、日本の医療の特色はべらぼうに受診率が高いことで、それは世界一なんです。政府管掌健康保険の被保険者本人が、1年に何日医療機関に通うかといいますと28~29日であります。これは諸外国の3倍から4倍の受診率であります。それで1回入院すると幾日在院するかというと、最近では一般病床で38日くらいかかります。これも諸外国の3~4倍で非常に長いんです。

スウェーデンなんかに行ってみますと、老人を1年以上入院させておかないんです。病気が治ったら即退院ですが、その

かわりナース・ホスピタルとか、それに相応した福祉サービスの施設がありまして、そこへ移らせます。日本はそういうものがないので、ナース・ホームも何もかも病院が兼ねているわけです。

たとえば私なら私が入院しなければいけないとなりますと、応急処置が必要でなかったらまず入ってからすぐに治療とか手術にはかからないんです。10日間ぐらいはゆっくりと検査をするわけです。病院は金曜日の午後に入れなんていうんだから（笑）、土曜日も日曜日もポケットしていることになるでしょう。

その間に病院の食事の仕方とか生活に慣れていただくのと病院は言うわけです。それで1週間かかってゆっくり検査をして、2週間目の月曜日あたりからそろそろという感じですから、入院がべらぼう

に長くなるわけです。そういう話を佐分利元医務局長に話して、どうにかならないかと言ったことがあるんですが、「入院させて体の調子が良くなったところで、手術だの治療をするのが理想だ」と、そう言われて黙ってしまったことがあるんです。

ですから医療資源のむだ使いになるわけです。本当に看護とか、医療サービスの必要な病人と、そこらの誰かに任せていいような病人をゴチャ混ぜにしているんです。立正佼成会病院の小野田院長に聞いたら、「きちっとした看護をしなければならぬ患者ばかり集まったら、いまの日本の看護態勢ではとてもできない。手のかからない患者がいるから、濃密な看護の必要な患者が混じっても何とかやれるんだ」と言うんです。

Ⅲ 老人保険医療からみた制度上の問題

1 医療費保障への偏重

いまの老人に対してわれわれが何をしているかといいますと、1つは福祉年金があります。所得保障としては70歳以上の老人の7割が福祉年金を受けています。月に2万円とか2万1,000円とかの年金がありますが、いずれにしても経過的な低い年金しかやっております。子どもと同居していればいいだろうと言う人もありますが、この額では所得保障は十分でない。

そこへもってきて、福祉サービスとい

うものに本能的な違和感があるんです。だから福祉事務所なんか世話になるのは、あれは貧乏人のためのものだという頭があるんです。たとえば、親が具合が悪くなって家族が世話をしきれないとなったら、特別養護老人ホームへお願いすれば生活の世話をしてもらえるんだけど、ところがそれを病院へ入れるわけです。

ただ頭がぼけてきてフラフラしているだけで、病気でも何でもないのに病院に入れるというのはおかしい話ですが、特

養へ行くのはいやだという、特養に対しての汚名感があるんです。福祉というものが貧乏人に対する恩恵であった大昔の時代の、養老院としての意識が残っているんです。

それで老人福祉としては病気になったときに医療費を保障してやればいい、ということになってしまいうんです。したがって老人対策の中でいちばんお金も食うし、またいちばん便利だと言われているのが、老人医療無料化と言われる医療費の保障なんです。そっちばかり偏重しているというのが、実は問題がおかしくなる理由なのでありまして、医療で受け持つ分野、福祉で受け持つ分野、病院でやらなければいけないもの、地域でやらなければいけないもの、といったそれぞれの役割分担があるはずではないかということ、われわれは主張しているのがあります。それが1点であります。

2 8つの医療保険のアンバランス

それからもう1つは、非常にこれも困ったことに、日本の医療保険制度というのは8つの制度—組合健保を別とすれば9つの制度—と言っていいかもしれません—に分裂しているわけです。つまり健康保険、船員保険、日雇労働者健康保険、国家公務員共済組合、公共企業体職員等共済組合、地方公務員共済組合、私立学校教職員共済組合、それから国民健康保険とあり、この8つがバラバラなんです。ですから制度的に非常にアンバランスで

あります。

なぜ問題かといいますと、あなた方看護婦さんでも大学病院へ勤めていれば文部省共済で、鉄道病院へ勤めていれば鉄道共済と、みんな違うわけです。それで若いうちはそこにいるけれども、年をとるとそこを離れて国民健康保険へ行くか中小企業の政管健康保険に行くことになります。

ぼくの場合の例でいいますと、父が死にまして私の母を、私の私立学校教職員共済の被扶養者にしようと思ったが被扶養者になれないんです。なぜかということ、父の遺族年金があり、それにプラスして母の通算老齢年金が若干あって、年収70万円以上なんです。年収が70万円以上になると税金はかからなくても被扶養者にはなれないんです。

それで彼女はどうなるかということ、ぼくのうちに住んで完全にぼくに扶養されながら、国民健康保険の被保険者として別世帯になるんです。これはおかしな制度だと思うんです。なぜ70万円の収入があると国保に入ることになるかということ、国保は所得税のゼロ対象が3分の1ぐらいいるんだから、そのくらいの所得制限でいいじゃないかというわけです。70万円と決めたときは確か厚生年金が5万円年金のときだから60万円でしょう。それよりもちょっと嵩上げたんですね。だから厚生年金の平均的な受給者は、被扶養者になりますと言っていた記憶があるんです。しかしその時分の70万円をい

まもそのままにしてあるから、全部国保に行っちゃうわけです。

考えてみると年をとった人は勤めているはずはないんです。勤めているのは中小企業の社長さんが自分の会社を営んで勤めている場合くらいなものです。しかし自営業も何もしないで勤め人として暮らしている者は、退職後の落ち行く先は国民健康保険なんです。

そうなりますと結局、組合管掌健康保険とか共済組合は、老人がいないんです。仕組みからいって老人はいられないんです。なぜこういうことになるかということ、健康保険や共済組合が老人の面倒をみるのをいやがっているからです。

これから年金が成熟化してきますと、おじいさんおばあさんで勤めをやめると、どんな人でも普通月10万円くらいの年金にはなります。今度のモデルでは30年で13万6,050円の月額年金です。10万円としても年に120万円ですから、国民健康保険しか行くところがないんです。そうすると日本の医療保険の構造は、年々発生

する年金受給者約100万人くらいを、そのままストレートに国民健康保険に送り込んでいるシステムなんです。

現在国民健康保険の被保険者は8.1%が70歳以上の老人なんです。ほかの健康保険の中にはそれが1~2%ぐらいしかいません。それで国民健康保険ではその8.1%の老人が使う医療費が、なんと28.7%もあるんです。ですから普通の人の使う医療費の3~3.5倍くらいかかるんです。

3 老人医療費の地域差

しかもそのアンバランスは地域的に見て非常に偏差がありまして、ことに高度経済成長の過程で、日本は若い人を大都市およびその周辺にうんと引きつけたんです。1,000万人からの人が住所を変えたわけで、人間の歴史始まって以来、こんな大きな変動はなかったと思います。そして、このことは地域的な人口構成のアンバランスを生みました。つまり人口流出県であればあるほど老人人口の比率が高くなっています。

表3 老人(65歳以上)人口比率の大きい県, 小さい県

順位	県名	老人人口比率	順位	県名	老人人口比率
1位	高知	12.4%	∴	∴	∴
2	島根	12.0	40	沖縄	7.3
3	香川	11.3	41	北海道	7.0
4	鹿児島	11.3	42	千葉	6.4
5	大分	10.8	43	愛知	6.3
6	長野	10.8	44	東京	6.2
7	鳥取	10.7	45	大阪	5.9
8	岡山	10.6	46	神奈川	5.3
9	熊本	10.6	47	埼玉	5.3

資料：総理府「昭和50年国勢調査」, 厚生省「老人保健医療懇談会意見書」

表3を見て下さい。いちばん多い高知県の12.4%から、いちばん少ない埼玉県の5.3%となり、倍以上の開きがあるわけです。ということは何を意味しているかと言いますと、国民健康保険は地域保険で、市町村が経営しているということです。ですから市町村による医療費のバラつきが非常に多いわけです。

老人の割合がたとえば18%~20%になりますと、老人医療費が全体の医療費に占める割合が半分を超えます。老人の割合が2%増えると、国民健康保険の医療費に占める割合が5%増えます。これは大変なことなんです。

4 老人医療無料化による影響

1) 老人の受診率の増大

最近の行政管理庁の調査によれば、老人の受診率は、1973年の老人医療費の"無料化"によって5割増えたそうです。これが最近大蔵省で問題になっており、私も出ていた財政制度審議会では、大蔵省は老人医療の一部有料化を主張するわけです。

その例として、長崎市では、1人の老人が月に26回医療機関を変えている例があると。それだけ変えるということは、1日に2~3軒はしごをしても、4~5日以内ではできないわけで、その老人はよっぽど丈夫だったんだろうと言って笑ったんです。(笑)

とにかく無料化で5割増えたわけですが、しかしだからむだだということには

なりません。というのは70歳以上の被用者保険の本人と、無料化された老人とを比べますと、大体受診率は同じです。ですから一部負担があったから受けられなかったのが、無料化されたがために被用者保険並みになったということです。

2) 高額療養費支給制度の盲点

1973年の健保改正というのは、われわれ医療保険関係者が苦心惨憺して作ったものなんです。その中でいちばんいい改正は何だったかという、家族給付率を5割から7割にしたことと、そのほかにわれわれが苦勞して入れたのが高額療養費の支給制度だったんです。

高額療養費支給制度というのは、月に3万円—いまは3万9,000円です—を超えて家族の療養費を払ったときには、それを超えた部分はお返ししますという制度なんです。あれがあるおかげで、奥さんが癌で入院したために退職金まで前借りをするというような悲劇が防げたわけです。

それと同時に大きな声では言えませんが、あの制度を入れたおかげで療養費払いが部分的に入ってきました。現物給付の出来高払いだけじゃなくて、一時お金を払っておいてあとから返すという制度ですから、そうするとどういう効果があるかという、入院している人が医療をむだ使いしないんです。その上実際にはしばらくすると返ってくるんだから家計に影響はないわけです。

これは保険者にとってはどういうこと

かと言いますと、高い請求書がきて払い戻しをしなければいけなくなったら、レセプトを見て点検することになるわけです。そうすると不当請求を見つけやすいというので、あれは非常にいい制度だと私は思っていたんです。

ところが困ったことがあるんです。1973年改正のおかげで、国民健康保険も同様に、7割は保険で、残る3割については、3万9,000円までは自己負担をしなければなりませんけれども、老人医療の無料化によってその自己負担分—3万9,000円まで—を国と地方で、2:1の割合で負担してくれるんです。だからこの場合国が出しているのは3万9,000円の3分の2にあたる2万6,000円しか出していないんです。あと1万3,000円は地方自治体が出すんです。

ですから無料化といってもたった3万9,000円だけしか公費は負担していないんです。たとえば1か月100万円の医療費がかかったとしますと、その7割の70万円を保険が負担し、3万9,000円は公費が負担しますが、あとの26万1,000円は高額療養費支給制度によってまた保険が負担するんです。年寄りの医療費を公費で負担するのがあたりまえだとおっしゃるのなら、7割を超えた部分は全部公費でみてくれたらいいのに、そんなことはしていないんです。

老人医療を無料化して、いちばん増えた病気は筋・骨格系の病気で、腰の痛みとか肩の痛みですが、そんなものは治り

っこないんです。それで整形外科へ行くとレントゲンを撮ってくれて「骨には別条ないようですが、少しお疲れのようだからマッサージでもしましょう」ということになり、本人は言われるままに3月くらい通うことになるんです。そういうことで老人を食いものにしているんです。そういうのは、3万9,000円までの範囲でちょくちょくやっているから目立ちませんが、大きな病気だったら目立ちちゃいます。どこそこのおばあさんが死にそうで札幌の病院へ入ったなんていうと、あの近所の町村だったら役場の人は青くなりますよ。心臓が丈夫で2週間も病院にいたら大変な医療費です。

いまの老人医療のあり方もぼくはわからないんです。大量輸液をやって酸素吸入をやったりして、あんな大量輸液がどれだけ老人のためになるのかぼくは疑問なんです。それでいよいよ最期と思ったら今度は心電図で、まだ動いていますと。あんな殺され方をしたらたまらないから、ぼくは絶対に病院で死ぬことを拒否します。

3) 国保財政へのしわよせ

ともかくも老人医療というのは、このように保険を主にしてかかります。ですから、市町村で経営している国民健康保険にいちばん圧力がかかります。埼玉県戸田市のように老人の少ないところでは、老人医療費がいくらかかっても知らん顔をしておられますし、東京都だって老人が少ないから、70歳以上の所得のある老人でもただにしています。しかも老人の

少ないところでは、無料化の年齢を引き下げたり、条件を手厚くしたりしているんです。埼玉県では65歳から老人医療を無料化しています。

しかし、鳥取みたいに老人が東京の倍近くいるところで、何でも"ただ"だということにしたらお手上げです。それで貧乏な市町村では所得制限を厳格にして、たとえば本人の所得が年に216万円あったら無料化いたしませんとか、あるいは老人を扶養している者の年収が、被扶養者が6人で876万円ですか…それを超えたら無料化を停止しますとか、そういうことを地方はやっているんです。

いずれにしてもぼくの言いたいのは、国民健康保険に老人医療費の圧力がかかり過ぎているということと、しかもそれが市町村によって非常にアンバランスであるということです。このアンバランスを是正するために、厚生省に強く申し入れをしました。

国民健康保険の中に、臨時財政調整交付金—臨調—というのがあります。国はその臨調を、力の弱い市町村に重点的に配ることにしてバランスを取っているんですが、そうやってもうまくいかないんです。やはりもともと経済力が乏しいし、それから医療機関も乏しいんです。

たとえば高知県の老人医療というのはべらぼうに高いんですが、調べてみるとバスが1日に1回しかないところがあるんです。そうするとふだんは手近かの医者にかかっているけれど、いざとなると

トラックを仕立てて高知の町に出たほうが手っ取り早いということで、入院してしまうんですが、入ったら最後出ないんです。「社会的理由による入院」というので、治ったって出ないんです。主な都市にしか病院はないわけです。

5 保険システムのギャップが埋まらない理由

以上のようなことで、どうも保険システムにギャップがあるのでそれはなぜかということを考えてみますと、そもそも健康保険とは何ぞやということになるわけです。

ご承知のように、健康保険ができたのは1922年ですが、関東大震災のために遅れて1927年に実施しています。このころの日本の疾病構造は、死因のトップが結核なんです。

1911年にイギリスで国民健康保険ができました。ナショナル・インシュアランスという制度をロイド・ジョージがつくるわけですが、あのおときも最大の疾病は結核だったんです。ですから健康保険の目的は、働く労働者に医療サービスを提供して、結核の治療費を負担してやり、そういうことで健康を回復させる。健康を回復すれば、若い人だからまた働いてもらえるだろうということで、つまり労働力の維持培養に役立つための保険であったわけです。健康保険という制度は労働力再生産の一環で、だから資本家も費用を負担しているわけです。特に日

本の大企業の組合健保なんていうのは、
労務管理に密着して健康保険が発展して
まいりました。

しかし、いま私どもはそれぞれはいけ
ないと思い、「国民皆保険ですべての人
が保険に入っているんだから、社会保障
の一環として社会保険を評価し直しなさい」ということを言っているんですが、
10年以上言い続けても何の役にも立たな
いんです。むしろ大企業の組合健保は保
守的でありまして、既得権でしかものを
言わないんです。それでは保険のシステ
ムに合わないんです。と申しますのは70
歳以上の老人の医療を無料化して、これ
を元気にしてもう1度働いてもらおうな
んてことは、そんな見込みはないんです。
医療保険が果たす役割は、病気のときに
不安のないように医者にかからせて、安
心して死ねるようにしてやるということ
なんです。それを資本家が出している保
険でみれるかという問題があるわけです。

それに対してもう1つ異論がありまし
て、そもそも保険というものは家族の生
活を保障するものなんだから、その家族
の中に老人を抱え込んで、それぞれの保
険でみさせたらいいじゃないかと。これ
は確かに理屈です。ところがこれはまた
問題が出てくるわけです。なぜかとい
うと働いている人が職場を変えるんです。

ナースや学校の先生は専門職ですから

やたらに転職することはありませんけれ
ども、一般の人はきのうまでは会社勤め
だったかと思うとき、きょうは自営業を
やっており、あるいはその次には田舎へ
帰っておやじのあとを継ぐかもしれませ
ん。職域の変動というものは激しいんです。

そうするとそのたびに老人の籍も変わ
るから、それぞれの保険で老人を抱える
ということは、一体どういとも意味がある
のかということ。たとえばこれも48
年法改正のときののがいい思い出ですが、
あのとときに家族の給付を7割にしたん
です。そうすると、老人にしてみれば国民
健康保険に入っているでも7割の給付で、
被用者保険の被扶養者になっても同じよ
うに7割の給付が受けられるものだから、
田舎で国民健康保険に入っていた老人が、
都会で働いている子どもの健康保険の被
扶養者に変更したんです。

そういうことであのととき100万人くら
いが、国民健康保険から政府の管掌する健
康保健のほうへ被扶養者として流れ込ん
できたんです。そのために実は前に言っ
た年収70万円以上収入のある人は被扶養
者にしないという所得制限が設けられた
んです。そういうわけで各保険がどうも
老人を抱えながらないんです。国民健康
保険中央会では、老人医療費は国民健康
保険からはずしてもらいたい、というこ
とを盛んに言っているぐらいなのです。

Ⅳ 老人医療から老人保健医療サービスへ

1 保健・医療・福祉サービスの連動

それではどうすればいいかということになるわけですが、私どもは老人医療ということではだめなので、老人保健医療サービスということに考え方を換えなさいと言っているんです。「メディコ・ソーシャル・サービス」というのは私のつくった言葉ですが、医療サービスと社会福祉サービスをくっつけるという意味でありまして、もう10年前ぐらいから言っているんですけれども、みなさんあまり使ってくれません。

つまり保健と医療と福祉の3つを一丸としてやっていかなければいけないだろうと思います。老人の病気の特長性というのは、身体的精神的機能退化が起こって、それが疾病という状態と分けがたく結びついているわけです。それに対応するには保健の面で予防とかりハビリといったものが必要でしょうし、病気の時きはもちろん医療サービスをすると。それとあと福祉サービスであります。

私どもは日常生活を送るための施設サービスはあまり考えておりません。やはり在宅ケアで自宅で過ごせるような方式を今後拡充していく必要があるだろうと思います。なぜかというとな老人が2,000万人にもなり、かりにその3%は施設に入れなければいけないとすると60万人いるんです。60万人の収容施設をつくって、かりに4人に1人のナースをつけるにし

ても、15万人のナースが要るわけで、そんなことはとてもできません。

今後老人医療の問題は、私ども福祉のほうでいいますと、コミュニティー・オーガニゼーション（地域組織づくり）ということに関連づけていくようにしなければなりません。

いま私が公衆衛生局に言っているのは、地域保健・医療・福祉サービスのいわばメニューをつくって見たらどうかと。地域の実情によってそのメニューの中から選んで実施する場合に、それについて補助金を出すなり応援システムをつくるなりしてみてもどうだ、と言っているんです。だんだんそういうふうになると思います。

2 老人保健制度づくり

そこで考えていますことはまず健康な老人づくり、つまり他人に依存しないで自分のことは自分でやっていける老人をつくらなければいけない。これが第1点であります。しかし日常生活に適応するのに障害のある老人が必ず発生しますから、それに対しては福祉サービスとか、あるいはそれを援助するシステムを確保しなければいけません。そして老人には特に人情が必要で、優しく親切にという配慮を欠いてはいけません。そしてさっき言ったように在宅サービスを充実すると。

こういうようなシステムづくりをいま

からやっていかないと、20年先には困ります。ところが大蔵省はいま財政的な負担を軽くしようと一生懸命なんです。というのは老人医療は国民健康保険がいちばん負担しており、その50%を国が出しているんです。だから国民健康保険で老人をみていると、国保を通じてどんどん、どんどん金が食い潰されるわけです。したがってぜひ何とかしてくれと言っているんです。

これはいとも簡単に節減する方法はあるんです。いちばんいい例は一部負担を入れることです。しかし、これは言うだけヤボでありまして、2万円の福祉年金だけの老人にたとえ100円でも負担させると、これはいやがるだろうと思います。

しかし1985年を越えればこの問題はおのずから解決します。というのは福祉年金をもらっている人が現在380万人くらいいますが、これが1985年になりますと170～180万に減り、そして1990年になると100万人を割ってしまいます。つまり大部分の老人が拠出制の、高い年金に結びついてきますので、ここ10年の辛抱なんです。年金の額が増えてくれば、もらった年金で医療サービスを買ってもらうのだから、一部負担金を出してくださいと言っても通るとぼくは思います。

3 老人保健制度のあり方

1) 年金+保険方式

そういうわけでどういうやり方をすればいいかというと、ぼくは3つのやり方

があると思います。

たとえば西ドイツのやり方がぼくは非常にいいと思ったんですが、それは65歳で退職して年金に結びつけます。退職しても健康保険は被保険者のまま続きます。その医療費は8割まで年金基金のほうで持ち、2割をもと勤めていた健康保険が負担します。つまりその両方で負担しあって、本人は無料になるわけです。

実はこの方法を日本でもやりたいのですが、日本ではまだ年金が未成熟ですからすぐにはできません。1991年にならないと、25年かけて65歳からというモデル年金をもらう人は出てこないんです。ですから日本の場合にはいまのところ年金と保険とミックスにするわけにはいきません。

2) 財政調整方式

いま1つは財政調整方式というのがあります。いまある各種の保険からそれぞれお金を持ち寄って、老人医療費をそれによって出したらいいいではないかということです。しかしいま老人医療費は2兆円もかかっていますので、半分を国が持って残りの1兆円を各保険で出すとなると、非常に抵抗があります。私どもはかつて医療保険の抜本改正をしようというので、お金のある健保組合からお金のない健保組合へ金を回して、負担と給付のバランスを取ろうと考えたんですが、猛反対で実現できませんでした。

3) 別建方式

その次に別建方式というのがあります

が、これは私が提唱したものです。最初保険局や社会局は反対だったんですが、これ以外にはやりようがないんです。そのやり方というのは住民税におんぶして老人保健税を取るんです。問題は企業からどういう形で取れるかということですが、私は企業からも取ってしかるべきだと思います。企業が企業に尽くした老人の面倒を見ることになるのだから当然出してもいいと思うんですが、日経連は賛成しないんです。

4) 別建 + 財政調整方式

それでどういうことを考えているかと言いますと、住民税におんぶして必要な

費用を確保し、企業から取った分は国が吸い上げます。そして住民税からの分も国が吸い上げ、国が全体を見て弱い市町村へ重点的にお金を配分します。それで老人の受療率の低い市町村もあるわけで、そんなところは医療機関が乏しいからむしろそれを解消しなければいけません。費用がかかるからと国はマイナスのことばかり言っているけれども、北海道のどまん中など、現に医療機関の足りないところがあるんです。ですからそういうのをきっかけにして、医療資源の適正配分をすればいいんです。

質 疑 ・ 討 論

1 医療と福祉を結ぶ施設—特別養護老人ホーム、ナーシング・ホーム—

1) 特別養護老人ホームの増設 — その条件 —

質問 25年後には2,000万人の老人がいることになり、そのうちの3%が特養施設に収容する必要があるとすれば60万人を収容する施設が必要で、かりに4人に1人の割合で看護婦をつけるとすれば15万人の看護婦が要ることになるからそんなことはとても無理だとおっしゃいました。

それでいま実際問題として寝たきり老人が40万人くらいいて、その約20%の8万人が特養に入っております。です

からいまの施設の10倍くらいつくれば何とかやっていけることになるという感じがします。

小山 公衆衛生院の医師も言っていますが、これから特養は都心のどまん中につくらないとだめなんですよ。いま土地がないから郊外に建てているでしょう。それと老人施設は最近急に伸びたものですから質が悪いんです。それで同時に質を向上させるのが大問題ですがどうも思ったようにいきません。

それから現に特養でも完全に寝たきりという人ばかり入れているのではないんですね。3分の1くらいが寝たきりで、あとはつかまりながら歩いて便所くらいは通える、といった人なんです。そうい

う人を入れていかないと、実は採算がとれないという面があります。

いずれにしても施設を増やさなければいけないのは事実ですが、増やすには増やすための条件が要ります。今年の議会で問題になったんですが、老人施設は無料なんですね。これからは年金をもらうようになりますから、月に10万円ももらうようになれば、3万円や5万円は老人施設の経費を払えと。外国は年金の8割くらいを先に取るんです。

ところが日本は福祉事務所の職員が老人を見つけて、これは入れなければいけないというので、どこそこが空いているからそこに入れというわけです。当人にしてみれば家から近いとか、友だちがいるところだとか、取捨選択の気持ちがあるんですね。それがいまは事実上むりだから許されていないんです。

費用負担をするようになると全体の福祉経費に織り込むことになるから、わりと取捨選択の自由がきくんです。そういうふうにしておいて費用負担のできない人については一部負担を免除すればいいんで、私はそう去年答申したんですが福祉後退だと評判が悪いんですよね。

私はいまは利用者から取る金はわずかであっても、将来のことを考えてそういうふうなみちをつけておいたほうがいいと思うんです。

とにかく施設は要るんですが、ただ大型化したほうがいいのか小型施設を地域に分散させたほうがいいのかは、それは

いろいろ議論があります。大型化しないと合理的な運営ができないし、大型化すると今度は地域との結びつきが阻害されるのでむずかしい問題です。

質問 特養に入りたい人は、いま、たくさんいるのでしょうか。

小山 いえ、特養は入所希望者が少ないんですが、今後は増やさなければならぬと思います。

質問 養護老人ホームのほうは増えていますか。

小山 はい、最近ではたくさんつくるようになっていきます。しかも最近では民間施設がわりと多いんですね。

話に聞くと、西武沿線のある大地主が、社会福祉法人をつくったんです。そして自分の土地を寄付して社会福祉振興事業団からお金を借りて、老人ホームをつくったんです。そうするとどういうメリットがあるかということ、自分が理事長になって奥さんが事務局長か何かになり、息子が何とかをやるということになれば、みんなが給料をもらって一家は食いはぐれないわけです。その上施設に税金がかからないからこんなうれしい話はないんです。

それをけしからんと言ってしまうがないんで、やはりそういう形のものが増えるなら増やしてやって、そのかわり公的な取り締まりを厳格にやる。たとえば基準栄養カロリーをちゃんと取らせているとか、住環境の整備だとか、あるいは寝具はいつも清潔かとか、そういうふ

うに指導するよりほかしようがないでしょうね。

本来なら公的なものでやってもらいたいんだけど、ところが公的なものでやると大変能率が悪いんです。これは経営精神がないからなんです。公的なもので金は出しても口は出さなければいいんだけど、金も出すが口も出すでしょう。だからぼくは公的にやるのはあまり歓迎しないんです。

しかしそれも地方によって違い、金のないところは公的にできません。公的なものをやる以上はパイオニア的なものをやるということにして、たとえば神奈川県のようなりっぱな施設をつくり、そこで実験的にいろんなことをやってもらって、その技術が民間に広がっていくということになればいいと思います。

2) ナーシング・ホーム

質問 施設のことなんですけれど、これからは医療と福祉の中間施設—ナーシング・ホーム—が必要だと思うんですけれども、それは福祉の会計になるのか医療の会計になるのかどちらなんでしょうか。

小山 その辺がむずかしいんです。というのは特別養護老人ホームをつくるときに、ナーシング・ホームをつくれという声がありました。ところが日医がものすごく反対したんです。つまり医療行為をするのなら病院でなければいけないと。ナーシング・ホームというのは一体医療なのかケアなのかというわけです。これでけんかをふっかけられたんですが、ケ

アだけれども、治療を伴うケアなんです。

ぼくは老人医療でいちばん問題なのは、治療とケアの区別がつかないことだと思います。治療とケアが結びついて離れられないために、どういうことになっているのかと言うと、現在の特養はナースなり保健婦さんがいて、その下に助手的な人とか炊事の人があります。そして大きいところではリハビリ用の運動器具なんかも設備されています。そのほかに毎週1度か2度お医者さんが来て診察しているんですね。だから福祉施設と言っても、実際は医療機関のような性格にならざるを得ないんです。

ところがそれをナーシング・ホームとして医療の線に乗っけられたのでは、医師が飯の食い上げになると。それで特別養護の老人ホームを福祉のほうで引き受けたんです。これは1963年老人福祉法をつくるときにゴタゴタしたんですよ。

特養をナーシング・ホームにしていくには、特養とはイメージを別にしたような、たとえば健康増進センターみたいなものをつくらせるとか、何か方式が必要だろうと思います。

質問 一定の地域の中に老人センターのようなものをつかって、その中で医療部門、ナーシング部門といったようなものをつかって地域ぐるみでやればと思います。

小山 行政の側でもおとしぐらいからわりにそういう考えが出ているんです。

質問 このあいだ、アメリカではナーシング・ホームが有料で成り立っているから、日本でもやったらどうかという申し入れがあったんです。でもナーシング・ホームを有料にしたらどれだけ入るだろうと私は疑問なんです。

小山 それはイメージづくりの問題だと思います。ぼくはサンフランシスコでそれを見たんですが、あれなら入ります。あのお金で入会金が1,000万円ちょっとだったと思います。えらいデラックスな建物で、1階が食堂だとか、図書館とかチャペルになっていて、3階にクリニックがあって、お医者さんもいるんです。吹き抜けの20階くらいのビルではないかと思いますが、周りに庭が豊かにとってあるんです。老人天国みたいであれなら入りますよ。

しかし、デラックスなケア付きマンションみたいなものですから、老人のそういう生活に対して国民感情はあまり良くないでしょうね。病院だって差額ベッドの1人部屋で入っていれば結構金がかかりますから、おそらくそんな階層の人が入るだろうと思います。

熱海なんかの老人マンションもありますが、老人だけ集めるのでは何となくいやですね。

2 健康保険による訪問看護

小山 いま研究してもらっているのに家庭ナースというのがあります。いま家庭奉仕員という制度がありますがこれは

定職でやるというわけにはいかないでしょう。それでいま厚生省に研究してくれと言っているのは、在来の派出婦人会とはちょっと違った、ナースの派遣専門の民間機関ということなんです。

ただしその場合、来る人は衛生知識もあり、老人の面倒を見られる信頼できる人でないと困るわけです。

それにホームヘルパーは、収入が上の家庭には行きません。ところが現実には、そういうところで老夫婦2人きりというところがあるんです。夫婦の年齢を足して100歳以上になれば、もう自分のことだけで精いっぱい、連れの面倒や、まして親の面倒をみるのは大変なことです。

ですからファミリーのユニットの機能を強化してくれるようなシステムをつくる必要があるんです。それは無料サービスでやる必要はありませんから、お金を出せばいいんです。

質問 医療費の中から訪問看護ができるようになるでしょうか。

小山 大分ご要望が強いんです。ぼくは盛んに言っているんですけど、健康保険の中でその点数が上がるのはつらいという実情なんですね。訪問看護をする必要はあるんだけど、いまでさえ健康保険は赤字なのに、その上に訪問看護の費用まで給付するのは率直に言ってつらいわけですよ。

もう1つは年寄りが入っているのは国民健康保険ですから、よけいに財政的につらいんです。45～50%国がみている

システムに訪問看護の費用を負担しろということになると、結局税金で払うことになるんだから、それよりも一部負担にしたほうが手っ取り早いわけですよ。

3 退職後の健康保険

質問 私たちは若いうちは健康保険に入っていて、老齢になって退職すると国民健康保険の方に移るわけですね。その辺を何とかならないものでしょうか。

小山 健康保険ができたときには老人の医療がこれだけ問題になるとは思わなかったんです。平均寿命が50歳のときですから、大体35～36歳から体のあちこちが悪くなって、55歳まで生きればそれからは年金を出すという時分なんです。

それが健康保険が伸びてきまして、社会サイドの変化と制度の変化が結びつかなくなったんです。それなら日本医師会のいうように、保険制度を全部一本化すればいいといっても無理なんですよ。それぞれの制度の利害関係があって、健康保険ばかりではなく日経連も反対しているんです。資本家も労働者も反対するし、それに関連している何10万人かもこぞって反対なんです。しかし何とかしなけ

ればいけないから、老人医療を別建てにしたらどうかとか、健康管理体制を何とかしろとか言っているんで、制度の穴を埋めていくよりほかしょうがないんです。今後100年、200年絶対に制度が変わらないとは言いませんが、いまの場合は変えようがないんです。

4 看護職の今後の役割

質問 看護婦を含めて今後医療関係者はどういう役割をとっていけばいいとお考えでしょうか。

小山 それはこちらでお聞きしたいくらいなんです。私はやっぱり自分の日常活動の実践の中でやるのが大事だと思うんです。ケース・バイ・ケースですから、経験の集積とそれを理論化する努力というのは現場の皆さんにあると思います。ぼくは看護婦でもなければ医者でもないんでわからないんです。

ただ言えることは、ナースならナースの独自性とか独立性ということをきちっとしてもらいたいんです。それは専門職の皆さんの地位を高めるための具体的なあり方にもつながると思います。

(1980年3月26日 医療行財政研究交流会にて)

Health Care Services for the Elderly and Insurance Finances

Michio Koyama

The Faculty of Humanity, Sophia University

The number of elderly people in Japan is expected to increase considerably in the future. As a result, a larger proportion of medical insurance benefits will be paid to the elderly. This is now a subject of great concern. This paper tries to determine what health care services are ideal for the aged so that limited funds for medical expenses can be put to the best use.

Today's medical insurance system is beset by the following problems :

1. There are eight different medical insurance systems in Japan. The proportion of burden and payment is different in each system. Consequently, when a company or government employee retires, he is required to relinquish his high-benefit occupational medical insurance and enter a low-benefit regional medical insurance.
2. The number of old people receiving medical care has increased since 1973 as a result of a change in the medical insurance system requiring the medical expenses of people over 70 to be paid at public expense. This has resulted in straining the financial resources of the regional medical insurance, which many old people subscribe to.
3. Villages and towns have varying percentages of old people. Depopulated areas with a large proportion of old people are finding it increasingly hard to provide health care services to their elderly residents at public expense.

To solve these problems, it will be necessary to carry out campaigns that incorporate health and welfare services, such as improving home care services as well as expanding nursing home facilities. The goal of health care services for the elderly should therefore be to improve the health of every elderly person and create a comprehensive system capable of providing adequate aid to the elderly who are ill or handicapped.

March 26, 1980