

老人医療の変遷からみた後期高齢者医療制度

～ 病院の今後の役割 ～

南小樽病院 病院長 大川博樹

高齢者医療制度は、我が国で初めての年齢区分による「別立て」医療制度である。そのスタートが間近に迫っている時期に、このような制度にたどり着いた我が国の老人医療の歴史と、この制度が内包する諸問題、また医療現場への影響について考えてみたい。

昭和 35 年（1960）に一地方自治体から始まった「老人医療費の無料化」は 9 年後に東京都でも実施された（昭和 44 年、1969）。さらに 4 年後の昭和 48 年（1973）には国として老人医療費の無料化が開始された。一地方自治体での取り組みが 13 年かけてでも国家としての取り組みになりえた時代であった。これは医療費の自己負担分を公費で肩代わりする制度であり、当時の高度経済成長にバックアップされながらも、「成長か福祉か」の議論のなかで、福祉国家を日本が選択したかのような期待を抱かせる決定であった。

しかし、まもなくオイルショックが経済を冷え込ませ、同時に老人医療費無料化が総医療費の急激な上昇をもたらし、その後 10 年間で社会保障給付費の対国民所得比は 6.5% から 13.7% へと 2 倍以上に急拡大した。もっとも、内訳では年金の伸びがより著しく、昭和 55 年（1980）を境に年金は医療を上回るようになった。平成 16 年（2004）には対国民所得比で、医療 7.52%、年金 12.61% と、年金は医療の 1.7 倍になっている。もともと福祉元年（昭和 48 年 1973）には、医療 3.58%、年金 1.75% で、医療が年金の約 2 倍であり、30 年の間に双方の立場は逆転している。

この間、医療は 2.1 倍の伸びでとどまっているのに対し、年金は 7.2 倍になっている。医療は平成 12 年（2000）の介護保険導入により伸びが抑えられた事もあるが、社会保障総額が対国民所得の 25% に迫る勢いのなかで、年金給付単独で社会保障費の 55% 弱を占めている。医療費と福祉・介護関係費は、両方合わせても 50% に至ってはいない。したがって社会保障費の伸びを論じるときに、一方的に医療費の抑制論につなげることはいかなものだろうか。

しかしながら、「病院のサロン化」とか「乱診乱療」、「社会的入院」などと言われたように、総医療費の増加の原因となったのは老人医療費であったことは否めない。昭和 56 年（1981）に高齢化率が 9.1% になり高齢化社会になったことも老人医療費対策を加速させ、無料化は風前のともし火となった。その結果、昭和 57 年（1982）に「老人保健法」が成立、昭和 58 年に施行された。つまり老人医療費無料化の時代

は約 10 年間続いたが、その政策が我が国で再び実現することはないであろう。

老人保健法での老人保健対象者は、70 歳以上の各医療保険加入者と、65 歳以上 70 歳未満の一定の障害状態と認定された方々であった。そして、対象者は加入のままの医療保険で対応し、「別立て」の保険に移行するものではなかった。自己負担は、外来一ヶ月 400 円、入院一日 300 円(2 ヶ月限度)となった。患者負担を除くと、30%を公費(国、都道府県、市町村)、70%が各保険者からの拠出金でまかなう仕組みであった。後に、この拠出金が各保険者にとっての重荷になってくる事が後期高齢者医療制度の伏線になる。

昭和 59 年度(1984)には健康保険法等の改正が行われた。それにあたり、厚生大臣による「今後の医療政策 視点と方向」がとりまとめられた。その中には現在の医療政策にまで連なる基礎的な事項が多く盛り込まれており、今の医療政策は、あたかも当時の「視点と方向」を追認するかのようである。

要点としては、疾病構造の変化と人口の高齢化、国民所得の伸びを上回る医療コストの増大、経済の低成長化と医療費負担能力の低下。また、健康保持・疾病予防の自己責任の明確化、適正かつ効率的な医療体制の整備、社会的公平に立脚する医療保険制度の実現などがあげられている。「自己責任」、「適正化」については、前者は「別立て保険」や「メタボ健診」につながり、後者は高齢者医療制度の目的に据えられている。また、「効率化」は再三再四繰り返されている。

当時の時代背景としては、武見医師会会長の辞任(1982)、ロッキード事件などがあげられ、政界・医療界ともに強力なリーダーシップの時代が終わりつつある時代であった。時期を同じくして、後に「医療費亡国論」と引用される論文が、厚生省保険局長の執筆で社会保険旬報に掲載されている。この論文が厚労省の基本的な医療費に対する考え方なのかどうかは定かではないが、この時期以来、国の政策として一貫した医療費抑制策がとられていることは事実であろう。

昭和 61 年(1986)の老人保健法改正により、一部負担金は外来 800 円、入院 400 円となった。老人保健制度を開始した昭和 58 年度の老人医療費は、制度改正にもかかわらず前年比で 20%の伸びを示し、その傾向はその後も持続し、ますます市町村国保の財政を圧迫していった。病床規制時の駆け込み増床も医療費増加の一つの原因となったであろう。この改正では、老人医療費の抑制も見据えて、当初は中間施設(病院と在宅をつなぐ意味)と呼ばれた老人保健施設の創設も図られた。

平成 3 年(1991)の老人保健法の改正では、平成元年(1989)に策定された「高齢者福祉推進十カ年戦略」(ゴールドプラン)が背景にあり、老人保健と介護との総合的な取り組みが盛り込まれていた。また、老人医療費は 6 兆円にのぼり、現役世代の負担感が重くなりつつあった。一部負担金はさらにアップし、外来 900 円、入院 600 円となった。ただこの時期の老人保健法改正の焦点は、一部負担金よりもむしろ、老人保健への各保険者からの拠出金のありかたであったことがうかがえる。

さらに、平成 9 年（1997）の改正を通して、老人の自己負担を徐々に上昇させることが決められ、平成 12 年（2000）には上限は定めたものの一割の定率負担が導入された。定率負担とは病状の重い患者がより多く支払うことであり、高齢者の可処分所得が若年者と遜色ないと喧伝されたことも記憶に新しい。

しかし、定率となった時点で、高齢者の抱える老化による脆弱性への理解や、社会のサポートは損なわれ始めたのではないだろうか。定額制による医療への経済的な安心感は定率制ではもたらされない。定率制は医療費抑制のインセンティブになることが狙われている。社会全体が高齢者を支える仕組みは、経済・財政の許す範囲であることはその通りなのだが、過去における社会貢献を、現在の社会保障費を通しての所得再分配で報いる事ができない時代になってしまった事実を認識したい。

この前後の老人医療費の伸びは介護保険に一部財源が移行したため一時的には鈍化した。国民健康保険の財政問題、組合健康保険の拠出金の負担の問題、潜在的にさらに急激に伸びると見込まれる老人医療費の問題を解決すべく、平成 18 年 6 月（2006）に「老人保健法」自体が改正され「高齢者の医療の確保に関する法律」となった。ここに四半世紀にわたる老人保健法の理念は書き換えられ、「高齢者医療制度」の創設と、いわゆる「メタボ健診」の創設がなされた。このときの国会の委員会審議が強行採決であり、ドイツワールドカップで報道が一色になっていた時期の法案可決であることは記憶に新しい。

このように振り返ってみると、一連の老人医療政策は、ミクロな視点では老人医療の質の改善への取り組みや施設環境改善へのインセンティブ、付添介護廃止と介護力強化病院の創設、後の介護保険への伏線など評価されることも多い。しかし、マクロな見方では「一貫した医療費抑制、とりわけ老人医療費の抑制政策」の歴史といえよう。「成長か福祉か」と議論され、国があたかも福祉を選択したかのような姿勢を示した時代もつかの間、一転して医療費、とりわけ老人医療費は「亡国」につながるリスクファクターにされたかのようなのである。

たしかに、福祉国家は高負担の見返りの高保障であり、消費税導入時の国民の動向から推し量っても高負担への抵抗感は大きいと思われる。さらに、多くの資源を持たない国として産業、とりわけ製造・輸出産業の成長を推進することに重点を置かざるを得ないことも事実であろう。経済成長なくして社会保障もないという見方もできよう。

いずれにしろ現実的には、高齢者に対してさらなる高負担が「後期高齢者医療制度」として、まず実現されようとしている。また、そこに高保障の確約はない。そして、いわゆるメタボ健診は将来にわたり数兆円の医療費抑制効果があるとされており、自己責任が医療費の抑制につながるという論理が組み立てられている。

さて、高齢者医療制度は現在地方自治体を始め、多くの場で論議されている。ネット上でも賛否両論である。というより、賛よりも否が多いことが特徴的である。問題

点としてあげられている事項を列挙してみると、まず、高齢者の保険料負担増、将来の保険料引き上げの仕組みなど個人の負担の増大。さらに、滞納へのペナルティー。現役並み所得者への公費負担からの除外（現役並みのラインの引き方いかんにかかる）。現役世代の「特定保険料」設定による、世代間対立の構図。もともと、75歳の根拠の不明さ。包括診療報酬の導入や「高齢者担当医制」による制限的な医療。担当医に病院の医師が除外されている事。定率負担制やメタボ健診で窺えるように高齢者や保険組合の自己責任論の強調。特定療養費の廃止と「保険外併用療養費」導入による、保険部分と自己負担部分の2階建て制度へのステップの可能性。広域連合内での各保険者や市町村の意見の反映の仕組みの不確実さ（広域連合のあり方、権限の問題）。後期高齢者の健診が今までのような義務ではなくなったこと。地域の医療費が保険料に跳ね返る仕組みや都市と地方の医療体制の違いによる格差問題。もともと削減を意味する「適正化」という文言が法律の理念になっていること自体の問題。終末期における医療費削減の見え隠れ。医療保険と介護保険との「一体的なサービス提供」の危険性、等々である。

「老人保健法」と「高齢者の医療の確保に関する法律」の目的を読み比べると、新たな制度の意図しているところが明らかになる。老人保健法にあった「健康の保持」は削除され、代わりに「医療費の適正化」「国民の共同連帯の理念」などという事項が加えられた。健康の保持ではなく、適切な医療の「確保」が目的となった。そのために医療費を適正化する計画を立て、健診を実施するということである。

また、国民の共同連帯の理念は言い換えると、自己責任の強調につながりかねない。老人福祉法にある「国の責務」という文言は措置を講じる、推進するという文言に置き換わっている。もはや高齢者の福祉は国の責務ではないかのようである。広域連合に医療費適正化計画を策定させ、それに対する「措置や推進」が国の責任であるかのようによに述べられている。言い換えると、高齢者の健康の保持や増進という理念は、医療費をどう確保していくかに置き換わっており、国の責務の方向や姿勢が変化・後退している事が窺える。そもそも、健康の「確保」はできない。増進したり保持するものである。

今年75歳を迎える「後期高齢者」は昭和8年生まれ。少年から思春期を国の戦争のさなかに過ごし、28歳（1961）から医療保険を支払い、40歳の時には老人医療費の無料化を経験。介護保険もなく、親の世話も自費で行なうのが当たり前の時代を過ごしてきた。高度経済成長に寄与し、67歳からは介護保険料も支払い、老人保健の対象年齢にはなかなか達せず、75歳になった今、「後期高齢者」と呼ばれるようになった。

私たちは、このような世代の方々に大きな影響を与える制度作りを、財政的見地からだけの論議で終始していった良いものであるだろうか。高齢者の尊厳を実現するには、財政や経済やマクロな視点だけではなく、一人ひとりの人生を見据えた制度作りが必

要なのではないだろうか。現場の医療・看護・介護をになう私たちと高齢者が、ともに希望の持てる医療制度改革ならば大歓迎である。

医療現場においては、当院のような 200 床以下の病院が後期高齢者医療制度に関わるのは、主に入院・退院、高齢者担当医との調整などであろうか。外来では、従来から当たり前のように行っている服薬の確認・お薬手帳による他院の投薬の確認・社会的資源の相談などを今後も継続していく事になる。中小病院の強みは医師・看護師のみならず、医療ソーシャルワーカー・リハビリスタッフ(PT,OT,ST)・薬剤師・栄養士などが揃っていることであり、診療所とは違った医療資源を提供できると考えている。地域連携のさらなる構築を小樽市で試みてみたい。