

速に進んでおり、雇用、年金、医療、住宅、高齢者福祉など高齢化社会に対応する諸施策の拡充強化は80年代の最大の課題となっている。

老人福祉法の施行（1963年）によって老人健康診査等の事業がはじめられ、さらに73年1月から全国一斉に老人医療の無料化が実施されたこと等によって、高齢者の保健医療対策は相当充実してきた。

しかし、現行医療制度は「医療費保障への偏重、保健サービスの一貫性の欠如、点数出来高払いによる営利主義、医療に対する国の行政責任の不明確」等の基本的制度的欠陥をもっている。その上最近にいたって政府自民党は、財政難を背景として、一斉に福祉に攻撃をかけ、日本型福祉や過剰福祉などの理由づけによって社会保障の全面的後退を企図している。高齢者社会に対応して高齢者福祉を一段と充実せねばならないのに正に逆行する情勢となって来ている。

さらに医療保険では、国民健康保険に高齢者の多くが加入していることによって、給付率の差異の上に各健保間の老人医療の負担の不均衡を生じて来ている。

これを労働者についていえば、定年退職後、被用者健康保険から国民健康保険に移るとにわかに7割給付にダウンする。被用者健保の現行任意継続給付は、2カ年問しかないうえ、労使双方分の保険料を社会保険事務所に毎月々払わねばならない。これは、現行の70歳からの医療無料化措置が、退職年齢と接続していないために生じている矛盾である。

糖尿病、高血圧、心臓病、脳卒中などの慢性病・成人病が人口の高齢化にともなって急増しているが、有効な対応策がとられていない。これらは、投薬・注射で一時的に症状が和らぐことはあっても完治せず、食事、運動、休養等のバランスの改善によって、“生活療法”の徹底と、予防の先行を基本とするようにしなければ、治療効果は上がらない。“薬づけ・検査づけ”の営利医療のもとでは、このようなことは不可能である。

障害者・難病患者に対応できる医師もまた限られている。また、ねたきりなど介護を必要とする者がふえているが、医師及び医療機関の適正配置を行ない得ない現状では、これらの障害者・難病患者を含めて、日常的な健康管理をとくに必要とするにもかかわらず、訪問指導、機能訓練、医療などとの連携がほとんどなく、医療・看護・リハビリ等の機能を果していない。

以上の矛盾は高齢化社会への急速な進行とともにますます拡大する情勢にある。

. 2 . 9 . 日本労働組合総評議会  
『高齢者等保健医療制度』の  
創設について

( 56 . 4 . 10 . )

1 . 高齢者等の保健医療の現状

わが国の高齢化は、欧米の2～3倍といわれる程急

従ってわれわれは、医療保健の現状とくに高齢者等保健医療の欠陥・矛盾を打開し、高齢者等の保健医療改革にむけて以下のとおり制度の創設を行ない、さらに全面的な医療保健制度の改革へと発展させて行かねばならない。

## 2. われわれの基本的な目標

国民的な医療制度の確立と高齢者等保健医療の無料化

現行医療の制度・体系を総合的・抜本的に見直し改革して、「いつでもどこでも誰でもよい医療」を受けられるよう道をひらくとともに、疾病予防や機能訓練等を重視し、健やかな老後を本人負担なしで保障する。

当面、この制度を高齢者を対象に実施し、以後段階的に障害者・難病患者に適用を拡げていく。この制度の実施を通じて、住民の代表を加えて民主的に医療保健の事業が運営されるよう国民的な医療制度の確立をはかるとともに、医療保健に関する国・自治体の責任体制を確立し、現行医療の欠陥・矛盾を是正・改革する。

総合的な地域保健サービス体制の確立と住民の参加

総合的な地域保健サービスを現行の医療保険制度で確保することはとうてい不可能なので、この制度はこれとは切り離し、市町村を実施主体とする公費負担サービス方式として、いわゆるナショナル・ヘルス・サービスへの第一歩とする。この地域保健サービスを実施するために必要な保健所等や人的要員の飛躍的な養成・配置計画を最優先としてとり上げ、制度の基礎づくりを行なう。

日常生活の中で疾病をコントロールするとともに、各種のサービスを包括的に確保するため、ホーム・ドクター・システム（“かかりつけの医師”）をはじめ、保健指導・医療・介護・機能訓練などの担当者を必要に応じて派遣するシステムをつくり、これを小学校区など一定地区の単位で住民の参加によって民主的に運営できるようにする。

公費負担サービス方式と支払方式の改革

現行の医療保険による給付は、点数出来高払いで評価され、“薬づけ”“検査づけ”の要因となっているだけでなく、予防と健康維持、医療の日常サービスを重点とする高齢者保健医療制度になじまない。

現行の支払い方を改革するとともに、財源については市町村を実施主体とする公費負担サービス方式とする。

## 3. 具体的な施策

### (1) この制度の適用対象

医療については65歳以上、医療以外の保健事業については35歳からの適用とする。所得制限は行わない。

将来、この制度が拡充され、障害者・難病者が適用対象となる場合でも、年齢・所得制限等を行わないものとする。

### (2) 住民参加の保健医療サービスの運営

都道府県及び市町村を単位に、保健医療サービス推進委員会を設置する。

前記委員会は、それぞれの単位ごとに、住民・行政・保健医療の代表によって協議し、地域保健医療に関する運営にあたる。

### (3) 地域保健サービス訪問システム

健康管理上必要な地域保健サービス（保健婦、看護婦、ホーム・ヘルパー、ケース・ワーカー等による健康と福祉に関わるサービス）を、保健所を通じて住民の必要に応じて家庭に派遣する制度を創設する。

また、地域サービスの円滑で効果的な運営をはかため保健婦を中心とする地域保健サービス連絡会を設置し、個別に必要なサービス内容を判断し運営する。

地域保健サービスは、市町村の正規職員を中心とし、パート及びボランティア等は、その補助者としてペアを組んで活動することとする。

### (4) 老人医療施設の新設と強化

特別養護老人ホームは、総合的看護施設（ナーシング・ホーム）または老人病院のいずれかに転換をはかり、養護老人ホーム、軽費老人ホームについても、改善施策を強化する。

また、総合的看護施設（ナーシング・ホーム）は、看護とリハビリの専門施設とし、在宅で看護・介護など保健サービスをうけてもなお生活不安が伴う者（たとえばひとりぐらしのねたきり老人）を入所させるとともに、日中だけの通所利用（デイ・ケア）や数日間の短期看護の機能をもつようにする。閉鎖的な隔離の場となりがちな精神病院についても、この総合的看護施設の機能をもたせてゆく。

これらの施設のための要員を計画的に養成確保する。

### (5) ホーム・ドクター・システム

この制度の対象者は、原則として居住地市町村における保険医の診療所のうちから“かかりつけの医師”として選択登録し、それらの診療所は、登録者の健康増進、予防、治療等を総合的に担当する。これに対する報酬は、登録人頭払いを基礎に医師の経年数及び住民の年齢等による加算を行なう。

無医地区等においては、公設診療所を整備し、国公立病院から医師・看護婦等を交替派遣する。

ホーム・ドクター・システムの実施に当って、診療所が対応できない二次・三次診療に専念する病院を整備し、診療所と病院の提携・機能分化をはかる。二次・三次診療への支払い方式は、技術料中心の診療報酬を検討する。

歯科および眼科医等については別途考慮する。

#### (6) 健康管理

市町村は、35歳以上を対象として、市町村保健サービス推進委員会の指定する医療機関で年1回の健康診査、及びこれによって必要となる精密検査、成人病予防を中心とした健康教育を実施する。

成人病、老人病等の予防を徹底するとともに、検査、投薬などの重複を避けるため、市町村は35歳から健康手帳を交付し、検査、投薬、治療及び指導等に関する事項を当該医療機関等が記入するようにする。

これら本制度によって実施される精密検査は、市町村の指定検査センターによるものとし、指定検査センターは、原則として国公立・公的医療機関等の中から指定することとする。

これに対する報酬は定額件数払いを基本とし、精密検査については別途考慮する。

#### (7) 費用の支払方式の改革

費用の請求先は、医療に関するものは、社会保険診療報酬請求により、医療以外については市町村とする。支払方式は、現行の矛盾・無駄排除を改善するため、医療については登録人頭払いとし、医療を除くその他の保健事業についても原則として同様とする。

老人医療施設に対する支払い制度を確立し、その支払方式もこれに準ずるものとする。

#### (8) 退職者医療の創設

55歳以上で退職した者については、被用者健康保険に継続して加入できるようにする。そのときの保険料は、当該制度の本人の平均保険掛金の額とし、老齢年金受給者は、本人の老齢年金月額に当該制度の通常料率を乗じた額とする。細部については、別途検討す

る。

#### (9) 財源対策

医療を除く保健事業の費用については都道府県および市町村の負担とする。

医療に関する費用については原則として公費負担とするが、当面、各健保で現行負担額程度を拠出することとし、これを保険料率に換算し固定する。

国は不公平税制の是正等を通じてこの費用に必要なあらたな財源を確保するものとし、市町村の負担の不均衡については、国及び都道府県により財政調整する。

#### (10) その他の関連施策

65歳までの退職者等が、著しく不利な取扱いをうけることのないよう給付率を逐次引上げて行くこととする。当面、国民健康保険の給付率を現行の7割から8割に引き上げる。

医療保険各制度に対する国庫負担、公的負担は、老人福祉法や通常社会保険診療報酬支払基金に業務委託している公費負担区分等の分を含めて、この制度に該当するものすべてを、この制度の財源に算入する。

被用者保険本人に対する保健事業については、現行の社会保険（医療保険を含む）制度によるもの、および、労働者安全衛生法その他労働関係国内諸法規によるものは、原則として従前の例によるものとする。また、事業主は、労働者の健康状態を解雇、降格の理由にしてはならない。

保健所及び保健婦の機能強化をはかるため、各保健所は近辺の国公立病院と業務提携するとともに、保健婦の飛躍的な増員を行ない、それぞれの保健婦

（市町村保健婦を含む）の担当地域を決め、担当保健婦は前述の地域保健サービス派遣制度を中心的に担うものとする。保健所の設置基準は、現行の「おおむね人口10万人に1」を当面「人口5万人に1」に改め、保健所が平均10小学校区を担当する。

その他医療機関や生活関係等の諸法規の整備をはかる。