

【1981年4月1日】厚生省の老人保健医療制度構想批判に関する件

日本医師会

昭和56年4月1日

厚生省の老人保健医療制度構想批判に関する件

1. 社会保障制度審議会への白紙諮問

厚生省は、老人人口の増加にともなう高令化社会への急速な進行、並びに昭和55年度予算編成の最終段階における厚生大臣と大蔵大臣との間で交わされた「昭和56年度に老人保健医療制度の改正を図る。そのため早い機会に関係審議会に諮問する」という覚書等を背景として、昭和55年3月30日、社会保障制度審議会に「新しい老人保険医療制度のあり方について」厚生省原案を示さずに白紙諮問という異例な形で諮問を行った。

その諮問書においては、次の3項目に亘る問題点を指摘し、今後の高齢化社会に対応する老人保健医療対策に関する基本方策を問うという内容であった。

1. 老人保健医療対策全体について医療費保障へ偏重し、保健サービスの一貫が欠如している。
2. 老人医療費の負担に不均衡がある。
3. 医療資源が十分効率的・合理的に配分・利用されていない。諮問を受けた審議会は、白紙諮問ということで、厚生省当局に対し老人保健医療対策の基本的考え方を質しながら審議が続けられ、厚生省当局の老人保健医療対策の具体案の提示が要請されていた。

2. 厚生省の老人保健医療対策本部設置に対する批判

厚生省は、老人保健医療対策を検討するため昭和55年6月17日厚生省内に「老人保健医療対策本部」(本部長 厚生省事務次官)を設置し、本格的に老人保健医療対策の検討に入った。

本会においては、昭和55年6月17日の常任理事会及び6月24日の全理事会において、社会保障制度審議会に諮問した諮問書において指摘した問題点をふまえ、老人保健医療対策本部設置の意図等について分析を行い、この本部発足の根底には、財政対策、医療費抑制、特に老人医療費に焦点をしばりその圧縮をねらっている点を認識し、日本医師会の基本的態度をまとめることとなった。

3. 厚生省の老人医療対策大綱案に対する批判

厚生大臣は、昭和56年度予算の概算要求に当って、老人保健医療制度の別建新設、財源として「老人福祉税」を新設する旨発表を行った。又7月17日、第1次鈴木内閣

成立により就任した斉藤邦吉厚生大臣は、「8月中に厚生省の草案をまとめ、9月に社会保障制度審議会に提出したい。その考えとしては、予防、治療、リハビリテーションを含めた総合的なものを作りたい」と所信表明を行い、老人保健医療対策本部の検討方向がうかがえる発言を行った。

老人保健医療対策本部は、8月9日「老人医療対策大綱案」をまとめ、その骨子を発表した。その骨子は次のようなものであった。

- (1) 制度を別建てとし、市町村を実施主体とする。
- (2) 治療は70才以上の者を対象とし、別に40才以上の者を対象として各種保健サービス（健康手帳、健康教育、健康相談等）を実施する。
- (3) 医療給付は原則として無料とするが、所得に応じて一部負担を徴収する。
- (4) 財源は、国、地方公共団体、各種保険の保険者による共同負担とする。

本会においては、老人保健医療対策本部が発表を行った「老人医療対策大綱案」の内容が、8月6日の一部新聞に報道されている段階において、その内容を検討し、8月11日、「老人を分離して医学的に又経済的にセパレートすることは、社会制度として人生を分断することであり、厚生省の別建ての老人保健医療構想には絶対反対である」と、老人医療に関する日医の基本的考え方をまとめ厚生大臣、衆参両院の社会労働委員会委員並びに関係審議会に送付し、老人医療に関する日医の基本的考え方を明確にした。

更に8月19日の全理事会において、老人医療の緊急具体化項目として、老人性痴呆に対する対策として、精神医療面の対策の導入、寝たきり老人対策として、寝たきり老人専用のベッドの工夫、便器、病衣の支給、在宅寝たきり老人に対し病衣、ベッドの支給、その補助を考慮すべきと、具体的な内容を示しその早期実施を厚生大臣に申し入れた。

4. 厚生省の老人保健制度第1次試案に対する批判

厚生省老人保健対策本部は、昭和55年9月4日老人保健制度第1次試案を発表した。その内容は、次のようなものであった。

1. 実施主体を市町村とする。
2. 保健給付は、40才以上の者に対し健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導を実施する。
70才以上の者に対し療養を行う。
3. 保健給付に要する費用は、国、都道府県、市町村の負担金及び医療保険制度の保険者が共同で財源を拠出する。
4. 所得の状況により、一部負担金を徴収する。

社会保障制度審議会は、厚生省から老人保健制度第1次試案の説明を受けたが、その費用負担面の具体的内容が明確でないため、本審議会ですらまとめた検討項目に従い審議が続け

られた。

本会においては、9月9日の常任理事会において第1次試案の内容を検討し、第1次試案が出てきた背景及び将来予想される問題点並びに第1次試案に盛り込まれている問題点の分析を行い、その結果常任理事会として「今回発表された老人保健制度第1次試案は我が国の老人への健康福祉が如何にあるべきかというジュリアトリックヘルスの基本理念がない。健保財政への老人医療の重圧を回避するのが目的であって、又官僚権力の増大を計画したもので、実は老人不在である。従って政府の案には全面的に反対する。」と決議を行い、衆参国会議員、関係審議会及び都道府県医師会に送付した。

5. 厚生省の老人向け点数表構想に対する批判

厚生省が先にまとめた老人保健制度第1次試案において「保健給付の実施の費用支払いの基本は厚生大臣が定める」とされているが、この老人保健用の支払方式として慢性疾患指導料の中に一定の検査、処置、注射及び一定点数以下の薬剤料を含める、又は老人生活指導料を新設し一定の検査、注射料を含める。寝たきり老人に対する訪問看護料、付添看護料を新設する、という内容が9月22日の一部新聞に掲載された。即ち出来高払い制度の中に医療費増の歯どめ効果をねらった請負い方式を導入し、あるいは地域レベルで老人健康管理費について診療委託方式による登録制医制を導入しようという意図が明確に示されていた。

本会においては、9月24日の常任理事会において、厚生省の企図している。老人向け点数表構想を検討し、次の問題点の指摘を行い批判を行った。

1. 登録医制は、国保財政難を助けるのがねらいであり、その実施により全国の医師会組織がバラバラになる恐れがある。
2. 一つの医療行為に二つの価格を設定するのは無意味である。
3. 年令階層別によって支払方式が変わることは、現場の事務を混乱させる。
4. 支払い方式の学術的基盤が考慮されていない。
5. 慢性疾患指導料に一定の検査、処理、注射及び一定点数以下の薬剤を含める考えは、慢性疾患指導料を設定した時の考えを理解していない。
6. 老人生活指導料を新設し、検査等を含める点は、診療報酬の医学的基盤がなく、その考えは官僚独善といえる。

6. 老人保健制度における費用負担割合について

老人保健医療対策本部は、先に発表した「老人保健制度第1次試案」に示されていないなかった費用負担割合に関する考え方としてA案、B案の二通りの方法をまとめ、11月10日、社会保障制度審議会に説明を行った。その内容は次のようなものであった。

1. 基本的考え方

- (1) 国、地方公共団体、保険者が連帯の精神に基づき共同で財源を負担する。

(2) 国、地方公共団体、保険者の負担割合は、この制度に対する公的責任と現行制度における負担状況等を考慮して定める。

(A 案)

1. 費用総額を国 40%、地方公共団体 10%、各制度は保険者拠出金として 50%を拠出する。
2. 保険者拠出金は、加入者の数及び加入者の所得によって、各制度に按分する。
3. 被用者保険の加入者と国保の加入者の負担の均衡を図るため国は国保の拠出金の一部を負担する。

(B 案)

1. 各制度は費用総額のおおむね 2 分の 1 について、それぞれの制度の老人加入者に要する費用及び残りのおおむね 2 分の 1 について全加入者数によって各制度に按分した費用を拠出する。
2. 国は各制度の拠出金に対し、現行制度による負担のほか、一定の負担をし、地方公共団体は国保に対し新たに一定の負担をする。

本会においては、厚生省発表の「老人保健制度の費用負担割合」について、11 月 11 月の常任理事会において検討を行ったが、本会においてはすでに厚生省の老人保健制度第 1 次試案について全面反対の態度を明確にしていることから議論の要なしという結論となった。

7. 社会保障制度審議会の中間答申について

社会保障制度審議会は、厚生大臣より昭和 55 年 3 月 30 日新しい老人保健医療制度のあり方について白紙諮問を受けて以来、その後厚生省側から提示された老人保健制度第 1 次試案並びに費用負担割合等厚生省の考え方の説明を受け、又当審議会においてまとめた「老人保健医療検討項目」に従い検討を行い、12 月 12 日老人保健医療対策について「老人保健医療対策は現在医療費保障にかたより、予防から治療、リハビリテーション、養護に至る迄の一貫したサービスに欠け、かつ、各医療保険制度間に医療費負担の著しい不均衡がある。これに対処するため抜本的な対策が必要」と強調し、又「診療報酬支払方式の基本的見直し等の抜本的な対応が必要」という中間的意見を厚生大臣に答申を行った。

本審議会には、本会からの推せんにより学識経験者代表として斉藤修元副会長が審議に参加しており、斉藤委員から日本医師会の老人保健医療に対する考え方の説明並びに医療担当者の立場から意見の発表を行った。

8. 老人保健医療に関する大蔵・厚生両大臣の合意について

昭和 56 年度予算編成にあたって、大蔵省は厚生省に対し、老人医療費有料化の実施を要求した。これに対して厚生省は、12 月 15 日老人保健医療制度について「昭和 56 年度

は 70 才以上の老人に対する医療は原則として無料とする現行制度を維持し、予防と医療を一体化した新しい制度を昭和 57 年度に発足させる」という方針を決定し 12 月 16 日渡辺大蔵大臣にその考え方を説明した。

その結果、12 月 21 日の会談において老人保健医療制度について 7 項目に亘り次の合意が行われた。

老人保健医療制度について

(昭和 55 年 12 月 21 日)

(大蔵大臣・厚生大臣)

1. 高齢化社会の到来に対応し、予防を含む総合的な老人保健対策を推進するための制度を創設する。
2. 新制度の内容は、おおむね厚生省老人保健医療対策本部第一次試案を基に更に詰める。
3. 新制度の実施に先立ち、新制度における診療報酬のあり方について検討する。
4. 新制度においては、国、地方公共団体、各保険者の共同の責任において毎年度、収支均衡が図られるような方策を検討する。
5. 新制度の実施時期は、57 年度とする。
6. 前記事項を内容とする新制度を創設するための老人保健法案(仮称)を次の通常国会に予算非関連法案として提出する。
7. 現行制度は、56 年度においては現状どおりとする。

本会においては、12 月 23 日の常任理事会において大蔵・厚生両大臣の合意事項について検討を行い、「本合意は厚生省が大蔵省の財政安定を基盤とした医療費一部負担、医療費の圧縮という要求をとり入れたものと判断する。本会としてはこの合意事項に重大な関心を持ち、厚生省の老人保健医療制度構想は医学的・社会的に不適當なものである」として自民党医政研究会にその徹底を図った。

昭和 56 年に入り、本会は 1 月 13 日の常任理事会及び 1 月 20 日の全理事会において協議を行い、「厚生省の老人保健医療制度は医療の本質にそぐわないものであり、人間性を無視したものであるので抜本的に考え直すべきである」と「当面の医療問題について国会議員に訴える」という文書を作成し、国会議員全員に送付を行いその理解を求めた。

9. 老人保健法案骨子

厚生省は、今次通常国会に提出を予定して「老人保健法案骨子」をまとめ、2 月 4 日自民党の社会部会、社会保障調査会、老人対策特別委員会、医療基本問題調査会の合同会議に報告を行った。

その内容は、次のようなものであった。

1. 実施主体は市町村とする。
2. 医療は 70 才以上の者を対象とし、健康手帳の交付等保健事業は原則として 40 才以

上の者を対象として行う。

3. 制度の運営に関する重要事項を調査審議するため厚生省に「老人保健審議会」を設置する。
4. 市町村に、保健事業の円滑な実施を図るため地域における公私の関係機関、団体、その他関係者からなる老人保健推進協議会を設置する。
5. 費用負担は、市町村が支弁し国、地方公共団体及び医療保険各法の保険者が負担する。
6. 一定の一部負担金を課す。収入が一定水準以下である場合は除く。

本会においては、2月10日の常任理事会において厚生省のまとめた「老人保健法案骨子」の内容を検討し、これまでに老人保健医療制度に関し主張してきた内容の再確認を行うと共に、今後政党関係者並びに国民に対しその理解を求めため活発な活動を行うことについて確認を行った。

更に厚生省は、2月26日自民党の社会部会に「老人保健法案要綱試案」を示し、その説明を行った。

本会においては、3月3日の常任理事会でその内容を検討し、「同じ人間に対して、支払方法を年齢によって変えるということくらい矛盾撞着に満ちた経済行為はない。」と批判を行い、声明書を決議し、国会議員全員及び関係審議会委員に送付した。