

平成2年11月16日

老人保健制度研究会報告書

平成2年11月16日

はじめに

当研究会は、本年7月に、老人保健審議会会長から、「老人保健制度の長期安定化のための方策について」検討を依頼され、以来、集中討議を含め、6回にわたって論議を重ねてきた。

老人の保健、医療、福祉に関する諸問題は、人口高齢化の進展する我が国における最も重要な課題の一つである。老人保健制度は老人に関する施策の中核としての役割を担うものであるが、その在り方を巡っては、関係者間に種々の議論と意見の対立が見られる。

保健、福祉などの分野に広がりを持ち、医療保険制度全体の在り方にも深くかかわる同制度について、限られた期間内に掘り下げた議論を行うことには自ら制約も伴うが、当研究会に課された役割に鑑み、ここにこれまでの討議を取りまとめ報告するものである。

(本報告取りまとめの考え方)

本報告を取りまとめるに際しての、主要な考え方は、次のとおりである。

(1) 本報告においては、老人保健制度の在り方を考える場合の問題点の整理及びそれらを検討するに際して考慮すべき視点と方向を提示することを基本とした。

このため、委員の自由な立場における意見を極力尊重することとし、報告の趣旨を補足する必要がある場合、あるいは、なお議論を必要とする重要な論点と考えられる事項については、特に「補論」として付加している。

(2) 当研究会における討議の対象と範囲についての共通の認識は、第一に、老人保健制度を巡る問題は、保健、医療、福祉の分野の相互の関連を切り離して考えることはできないこと、第二に、当面する諸問題に関する議論のほか、現在の制度・施策の枠組や発想にとらわれず、長期的観点からの検討が必要であること、である。

このため、本報告においては、第一に、昨年12月の老人保健審議会の意見具申以後の関係施策の展開を踏まえつつ、更に老人の福祉を推進する見地から、介護に

関する問題を中心に留意すべき幾つかの点に触れることとした。また、第二に、老人保健制度における費用負担の在り方について、公平で安定的な費用負担の仕組みという視点を基本に考え方を整理し、あわせて、第三として、今後の老人保健制度を考える上での中長期的な検討課題についての考え方も示すこととした。

当研究会としては、高齢社会における老人保健制度の重要性及び現行制度の問題を巡る関連領域の広さに鑑み、更に幅広い観点から議論が積み重ねられていくことを期待したい。

介護サービス等の充実について

老人保健審議会は、昨年12月の「老人保健制度の見直しに関する中間意見」において、今後の老人に関する対策について次のような趣旨の提言を行っている。

まず、基本理念を「老人の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）の確保」に置き、その具体化に当たっての留意点として、

老人の心身の機能を維持してできるだけ自立して社会生活を送ることができるようにすること、

保健、医療、福祉サービスの選択に当たっては、老人本人の自主性が尊重されるべきものであること、などを示している。

そして、施策の在り方については、

保健、医療、福祉の施策が総合的に実施されるべきであり、立ち遅れている在宅サービスの推進と施設における介護機能の充実が必要であること、

市町村を中心とした施策の展開と、それに対する都道府県及び国の効果的支援が必要であること、

これら施策の計画的推進が不可欠であること、などを指摘している。

政府も同月には、在宅福祉対策及び施設の緊急整備等を内容とする総合的な計画として「高齢者保健福祉推進十か年戦略」を策定した。また、本年6月、市町村を中心とする保健、福祉サービスの推進体制の確立と老人保健福祉計画の策定を盛り込んだ老人福祉法等の改正が行われた。この「高齢者保健福祉推進十か年戦略」と老人福祉法等の改正によって、既に先の中間意見の提言に沿った内容の行政施策がかなり広範囲に、また具体的に実施に移されてきている。

核家族化、高齢者世帯の増加、女性の就労機会の拡大等の趨勢の中で、今後、老人の介護について社会的支援が一層必要となってくることは確実である。

これらを踏まえ、更に老人の福祉を推進する見地から、この際、留意すべきと思われる幾つかの点について追加して触れておくこととしたい。

1. 老人のための住まいの確保

在宅サービスを効果的に展開するためには、老人にとって生活しやすい住宅の確保を図ることが重要であり、今後こうした住宅が大量に供給されていく必要がある。人口の高齢化がピークに達しない今世紀のうちに、このような領域への思い切った資源配分が促進されるような対策が講じられなければならない。

この場合、福祉分野におけるケアハウスや有料老人ホーム等の整備はもちろんであるが、一般の住宅供給の分野においても、老人同居世帯向け住宅や高齢者世帯向け住宅の多様な供給形態が考えられる必要がある。例えば、公団住宅や公営住宅等公的住宅の整備や建て替えに当たっては、このような住宅の比率を高めたり、老人のための住居改造について技術面、資金面での支援を拡充するほか、民間住宅の建設に当たっても、老人に適した構造設備を一定比率有したものについては、低利融資や容積率等の特例を設けることなどについて、厚生省は建設省と連携をとって研究、検討を進めるべきである。

2. 介護機器の開発・普及等

介護機器は、在宅における老人の自立した生活を支え、あるいは介護に従事する者の負担の軽減や業務の省力化を図る上で、今後その重要性が高まってくることは確実である。しかし、現状では、開発から普及、更には評価に至るシステムが整っているとは言いがたい。

モニター方式等を導入して利用者のニーズの把握を的確に行い、これに適切に対応する介護機器の開発目標を明確に設定すること、機器の開発に当たっては高い技術力を持つ企業の幅広い参加が得られる体制を整備すること、介護機器についての情報提供、相談等を総合的に行うことのできるような展示場の拡大や人材の育成などを進めること、利用者に対する迅速な供給と十分なアフターサービスを行える体制を整備すること、更にこれらを通じて利用者のニーズに合致しているかどうかの評価ができるようにすることといった、一貫したシステムを構築していくことが必要である。あわせて、これらの機器の普及のため、高齢者が必要な介護機器を入手しやすくするように現在の施策についても見直すとともに、高額な介護機器については、リース方式などによりその利用の一層の促進を図るといった費用負担面での対応も求められる。

3. 在宅サービスの一層の充実

在宅サービスの中で、老人のニーズに十分こたえきれていないと考えられるものの一つに食事サービスがある。

食事サービスは、必要な栄養の摂取はもちろん、孤独感の解消、安否の確認などにもつながるとともに、地域ケアシステムを作り上げる有力な手段と考えられる。老人側のニーズも高く、ある程度普及しているにもかかわらず、事業主体によってサービスの頻度にバラツキがあったり、事業の安定した継続に不安が伴う等の課題を有している。在

宅サービスにおける位置付けと役割を明確にし、地域ニーズを把握の上、いかなる体制で対応するか具体化のための技術・方法を確立する必要がある。

特に、その隘路となっているのは配送体制の問題であることはほぼ共通している。その解決方策として、例えば、農山村部においては地区組織などを活用した方法が採れないかどうか、また都市部では民間企業との連携が可能かどうか等、各地の様々な取組みを参考としつつ、地域の実情に応じた方策を見出していく必要がある。

また、在宅サービスを確保するためには、ショートステイ及びデイサービスへの移送のほか、通院等のための移送が必要である。今後こうしたニーズの増加が見込まれることから、効果的、効率的な移送サービスの在り方について検討を急ぐ必要がある。

4. 介護のための人的資源の確保等

老人の介護サービスを充実していく最も重要な条件は、それを担い、支えていく人的資源の質・量両面での確保である。

こうした人的資源の確保は、多大なコストを必要とし、さらに人口の高齢化に伴ってその増大は避けられないことから、財政面での対応を含めた課題であることをまず認識する必要がある。

チーム方式の導入等

今後、介護のための人材を確保するとともに、サービスの質を維持していくためには、必ずしも専門の介護担当者による一対一の対応といった形にとらわれず、業務全体の管理や調整、メンバーの指導等を行う者をリーダーとする、非常勤の職員やパートタイマーなどを含むチームによる方式の導入といった、より多くの人材の参加を得やすくするような工夫が凝らされてしかるべきである。

また、このような工夫と併せて、様々な媒体を通じた介護の業務に関する広報活動や、人々が介護の実際を体験できる機会の拡大を通じて、介護職務のイメージアップを図り、その社会的地位の向上を目指していくことが求められる。

介護担当者の意欲を高めるマネジメント

介護のための人的資源の質・量両面の確保を図っていく上で、今後必要となってくるのが、介護業務に関するマネジメント（経営管理）手法の開発と普及である。

適切なマネジメントにより、メンバーの持てる能力を十分に開発・活用し、最も効率的な業務運営の実現に資するとともに、それを通じて、メンバー全員の意欲や満足度を高めることを目指すものである。

その内容としては、給与や労働時間等の処遇のみならず、例えば、各々のメンバーが働きやすいように職場環境を改善するための設備や備品等の整備、研修機会の拡充や日々の業務を通じた能力開発の充実、資質に応じた責任の分担とそれに伴う適切な人事評価等が挙げられる。

これらについて、実践的な事例研究とそれを踏まえた体系化・一般化の取組が必要

とされよう。

ボランティア活動の活性化

ボランティアは、例えば本を読んで聴かせる、話し相手になる等受け手の生活にいわば余裕や潤いを与えるといった形態のものと、それとは別に、介護業務の一端を担うものとして、例えば入浴や食事の介助を行う等の形態のものがある。

特に後者については、その活動に対し、実費補填などある程度の金銭による対価が認められてもよいし、ボランティア活動の実績が、自ら要介護状態になった時に逆にボランティアサービスを受けられるといったような、目に見える形で自分に返ってくる仕組み（＝「有償」ボランティア）の構築も有効であろう。その意味で、幾つかの地域で実施されている介護預託制度は、その全国通用化の可能性も含めて、注目される試みの一例である。

また、個人のボランティア経歴が学校、会社等での考課に反映される等、ボランティア活動に対する社会的評価のシステムが普及すれば、その効果は極めて大きい。更に今後は、企業等についても、その社会的責務の一環として、ボランティア活動を積極的に支援していくという姿勢が求められる。

さらに、ボランティアとその受け手との間を結びつけ、調整を行う機能が重要であり、そうした機能を担う機関が市町村の区域よりも小さな地域毎に活動できるような体制を整えることが望ましい。

5. 供給主体の多様化とサービスの質に関する評価

介護サービスの利用について、老人の自立性を確保し、助長していくためには、利用者がサービスの内容に関する的確な情報を入手し得ること、更に利用者の選択の幅を広げる観点からサービス供給主体の多様化を図っていくことが必要である。

そして利用者がサービスの内容に関する情報を得て自由な選択を行うためには、情報が広く開示されるとともに、公的部門、私的部門、更には第三セクター等の多様な供給主体間での競争が行われることが条件となる。

また、サービスの質の向上を図っていくためには、その適切な評価が行われる必要がある。

評価の方式としては、サービス供給主体自らが行う方式、サービス供給主体が相互に評価し合う方式、地域における中立的な評価機関による方式等が考えられるが、いずれの場合にも、処遇マニュアルの作成とそれに基づく評価基準の設定が不可欠である。

老人保健制度における費用負担の在り方

1. 基本的考え方

我が国の豊かさの現状については、国民経済や企業業績の好調さと対比して、生活関連社会共通資本の整備の遅れや労働時間の長さなど、今一步豊かさに欠けている個人の生活状況が指摘されている。今後、個人の生活レベルにおいても、我が国の経済力に見合った豊かさを実現していくためには、国民の老後における安心と健康の保持を図る老人保健制度の役割は極めて大きく、基本的にこの制度の有する役割を積極的に評価すべきである。

そして、老人医療費が国民所得の伸びを上回って増加し、そのための負担の増大が予想される中で、将来にわたって老人保健制度を十分に機能させていくためには、より公平で安定的な費用負担の仕組みとしていくことが必須の条件である。また、いわゆる社会的入院と言われるような資源配分の非効率が生じており、今後は、保健、福祉サービスの拡充、強化を図るとともに、医療サービスの分野においても、医療供給体制の合理化を進めることにより、医療資源の効率的利用を実現していくことが必要である。

(補論1)「長寿社会に対する視点」

来たるべき長寿社会について、我々はどのようなイメージを抱けるだろう。この問いは、ある意味でこの国の生活が本当に豊かと言えるかどうかの試金石である。現状でさえ、「マクロ経済や企業業績の華々しさ」と「生活関連社会共通資本の貧しさ」の著しいギャップや、(購買力平価ではなく市場レートで換算する限り)“世界最高水準”の一人当たりGDPと、それを享受するはずの「家族・友人との時間」が先進国中最も短い生活環境というズレなどへの疑問を否定することは難しい。

これを経済学の視点から挑めれば、経済の市場部門の過半(プラス政府のある部分)の強さとは裏腹の、非市場部門への資源配分の乏しさや、市場部門と非市場部門のリンクの悪さに原因がある、とみなしてよい。長寿社会をしてすべての国民が安心して、喜び合えるものとするためには、家庭、非営利組織とコミュニティ、公的セクター及びビジネスが、人々のために何を成し得るかを目標に、時に質を巡る競争を行ったり、あるいは反対に協力できるような仕組み作りが不可欠である。

(補論2)「老人保健制度における費用負担の仕組みの意義と評価」

老人保健制度は、老人の医療費を国民の間で公平に負担するための方法として創設され、所得再分配機能という側面から見ても重要な意義を有している。

また、老人の医療費については、各保険制度間で老人加入率が大きく異なっており、そのままでは各保険者間に負担の不均衡が生ずることとなるが、この解消策としては、老人だけを対象とした新しい制度を別に創設するという方法と、保険者間の財政調整

で問題の解決を図るという2つの方法に大別できる。現行制度は、両者の長所と短所を調整する現実的な方策として、現行の医療保険の仕組みを使う形で各医療保険制度の共同事業として構成し、老人加入率の差については財政負担を調整することを実現している。特に、老人加入率の差については平成2年度から加入者按分率が100%となり、各保険制度間の老人加入率の違いに基づく老人医療費負担の不均衡が解消されている。

加えて、実務的にも実施が容易な方法であり、さらに老人層の受益と若年層の負担の関係が明らかなること、その拋出関係について関係者間でオープンな議論の場が確保されていることなどを考えれば、総体として積極的に評価されるべきである。

(補論3)「国民負担を考える上での視点」

老人医療費を始め、社会保障費用が急激に増大する中で、国民は租税及び社会保険料合計で将来どれ位の負担をすることになるか、またどの程度が適当な負担かということが多方面で議論されている。

もとより、国民負担の問題を考える場合、租税と社会保険料の合計は一つの重要な指標であるが、国民経済のレベルでの実質的な負担という面から見れば、政府から家計に移転される社会保障給付を租税・社会保険料負担から差し引いた「純負担」で見てみる必要がある。

さらに、例えば、社会保障が不十分であれば、医療費や老後の支出への備えとして貯蓄を行わざるを得ないことから、国民負担の在り方を論ずる場合にも、租税と社会保障負担だけでなく、社会保障給付や貯蓄も考慮に加えて、各国の比較を行ってみることも必要であろう。

2. 費用負担の具体的在り方

老人医療の費用負担の構成要素は、患者一部負担、拋出金、公費負担である。

老人医療の費用負担の在り方については、これら費用負担の各構成要素固有の性格を踏まえた検討が必要であるが、三者の構成割合をどのようなものにするにしてもいずれも最終的には国民の負担に帰着するものである。

また、医療保険制度全体の給付の公平の観点から見た一部負担の在り方、保険者の財政という立場から見た老人保健、退職者医療の両拋出金の負担の在り方、医療保険制度全体とのバランスから見た公費負担の在り方等、いずれも医療保険制度全体の在り方と関連する問題である。

(1) 患者一部負担

患者一部負担は受益に応じた個人の負担金であり、その在り方については、医療へのアクセスを阻害することなく、適正な受診が行われるという基本的視点とともに、

世代間の負担の公平や長期入院患者と在宅療養者等との間の負担の公平といった視点も踏まえる必要がある。

一部負担額の水準

現行制度においては、少額の一部負担が設けられているが、老人医療対象者の中で医療を受ける者と受けない者との間のバランス、保険料あるいは税という形で老人医療の費用の大半を負担している若年層と制度の受益者である老人層との間の負担のバランス、さらに医療保険制度における若年層の一部負担とのバランスを考慮し、一方で、年金額の改善等により老人層の負担能力が向上していることを考えれば、低所得者への配慮を加えながら、老人医療における患者一部負担の額を引き上げていくことが適切であろう。

特に長期の入院患者のうち、病状が慢性化し、日常生活的な要素が大きなウエイトを占めている者の自己負担は、老人保健施設や特別養護老人ホーム、在宅療養における経済的負担とのバランスを欠いていることを考慮して、一部負担の水準を含めその在り方について検討することも必要であろう。

(補論4)「いわゆる保険外負担の明確化について」

患者一部負担、特に長期入院患者の一部負担の在り方に関連して、いわゆる付添看護に伴う経済的負担をどうしていくかが課題となる。

これについては、医療保険制度全体の問題としてどのように考えるかといった問題でもあるが、基本的に病院内の看護サービスは、サービスの質の向上を図る観点からも当該病院の一体的な管理の下で提供されることが望ましく、患者が直接外部の者を雇うといった方式は、段階的にせよ解消されるべきものである。

このような場合において、より手厚い介護サービスを求める患者のニーズもあることから、医療の一環として提供される介護サービスであっても保険の適用について一定の基準を設け、その基準を超える手厚い介護サービスについては、患者の選択に応じ、病院との契約により対価が支払われることとする方式が考えられてよい。この対価については、年金の水準等の老人の負担能力に配慮した上で一定のガイドラインを設定し、表示を義務付けるなど、その費用負担の明確化・ルール化を図っていくことも必要であろう。なお併せて、いわゆる入院諸雑費やオムツ代といった名目での保険外負担についても、同様にその明確化・ルール化を図っていくことが必要であろう。

負担の方式

負担の方式については、大別して定率制と定額制がある。

受益に応じた負担の公平やコスト意識の喚起といった観点からは、定率負担方式が適切である。しかしながら、医療費が高額になるに伴って負担も大きくなることから受診抑制を招きかねない等の指摘もあり、この点については、現行の医療保険制度に

においては、家計への過重な負担を回避するため、負担に一定の限度を設ける高額療養費制度が設けられている。この方式は、いわば、定率負担方式に定額負担方式を加味することによって、定率負担方式のデメリットを補うものと言える。老人保健制度において定率負担方式を導入する場合においては、このような高額療養費制度を併せて導入することが適切である。

一方、現行の老人保健制度では、老人にとって分かりやすい負担の仕組みであり、老人層の負担に対する不安感の軽減という観点もあって、定額負担方式が採られている。この方式では、負担額が少額の場合には、受益に応じての負担の公平化が不十分となること、コスト意識の喚起が図られにくいため過剰受診の弊害を生じやすいこと、といったデメリットがある。また、時間の経過によって実質負担率が低下し、老人医療費全体に占める自己負担の割合が低下するという問題があるので、一定水準の負担を維持するためのルールを組み込むことも必要である。

(2) 保険者負担

現行制度においては、加入者按分の方法により、保険者が加入者数に応じて平等に老人の医療費を負担することとなっており、各医療保険制度を通じた負担の公平を図る仕組みとして、これを維持すべきである。しかしながら、この方法では保険者の負担能力の側面は反映されず、保険者間の財政力格差が存在している現状からすれば、現行方式を維持しつつもそれへの対応方法を検討する必要がある。

国民健康保険においては、財政調整交付金の仕組みがあるため、実際上は、被用者保険における調整が問題となる。

これについては、老人保健拠出金負担の調整のための手法として、現行の拠出金式そのものを変更して、扶養率、標準報酬の要素を加味するといったことも考えられる。なお、公費助成により、扶養率や標準報酬に着目して拠出金負担の軽減を図ることも、これに類する方法の一つである。

また、拠出金負担方式の変更の形ではなく、各保険者の財政状況全般を勘案しての被用者保険各グループ内での自主的な財政調整の実施・拡大に上り、実質的な調整を行うという方法も考えられる。

さらに、保険料と拠出金との関係で、老人保健制度を各保険者による共同事業として行うのであれば、拠出金負担が共同事業の基盤である各保険者の存立を危うくするようなものであってはならず、個別保険者の保険料に占める拠出金の負担の割合を一定限度にとどめ、限度を超える部分に関して保険者相互での調整と組み合わせた形で公費負担を行うという考え方もある。

(補論5)「“ 拠出限度論 ” について」

現在の制度の下では、今後の高齢人口の増加に伴い、特に被用者保険において、多

くの保険者の保険料に占める拠出金(老人保健拠出金及び退職者医療拠出金)の比重が過半となるものと見込まれ、このため、拠出金負担の割合に一定の限度を設ける必要があるという見方がある。

これには、被用者保険の拠出金が、実質的には国民健康保険への財政援助となっているという背景がある。しかし、この観点から言えば、退職者医療制度の拠出金は、いわば退職した被用者のための拠出金であり、費用負担の体系としては被用者保険制度に属する。また、老人保健制度は、老人の医療費を全加入者で負担する制度として構成されているが、これもその費用負担面から見れば、現行の医療保険制度における国民健康保険への高齢者の偏りの調整であり、拠出金の形を採るかどうかは制度の組立て方の問題と言ってよい。

むしろ考えるべきは、我が国の医療保険制度が、多数の保険者により運営されるシステムを採用することによって医療保険制度全体の効率性を高めているとするならば、この基本は維持していく必要があるということである。そうした観点から見た場合、拠出金の限度をどの程度とすべきかは一概に論じられないにしても、保険者の負担はその存立自体を危うくすることのないよう、拠出金負担について一定の限度を設けることにより保険者の運営基盤を支えていくことも検討に値する。

(3) 公費負担

公費負担の意義、目的に照らして、どのような形で公費負担を行うかについての考え方の整理が必要である。

また、そもそも、公費負担の定義についても、国及び地方公共団体の一般歳出にとどまらず、各種の特別会計からの繰入れ等も含めた幅の広い見方もあることにも留意すべきであり、これらを踏まえた多角的な検討も必要である。さらに、公費負担の在り方については、次のような考え方があるが、公費負担は税財源から充当され、受益との関係においては負担感がないことから、その必要性等について十分な吟味が必要であると同時に、国と地方公共団体間の費用の分担についての考え方の整理も必要となってくる。

まず第一は、老人医療の実質的なサービスの内容を、医療、自立して生活できない老人の支援サービスとしての介護、生活といった各要素に分け、このうち、介護の要素については、そのサービスの内容が福祉サービスと同様であることに着目し、福祉サービスにおける公費負担の在り方を勘案して定めるという考え方である。

この考え方については、介護サービスの具体的な範囲をどうみるかという問題のほか、福祉サービスのための費用の在り方も含め、今後増大が予想される介護の費用のための財源をどう確保するかといった検討が併せて必要となってくる。

(補論6)「重介護に着目した公費負担の在り方」

社会保障における公費を何に優先的に使うかに関しては必ずしも定説はないが、生

死・生存にかかわる緊要度の高いニーズであるにもかかわらず、所得が少ない等の理由でその緊要なニーズを充足できないような場合に優先的に用いるべきであるという点では、先進諸国ではかなりの国民的合意があると思われる。現在の日本の社会保障の場合、そのような観点から公費負担を重視すべき分野としては基礎年金、老人医療、老人福祉サービスのうちの重介護（intensive care）の三分野であろう。これら三分野のうちの老人重介護に関しては、政府は積極的な姿勢を見せ、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」等を策定した。

老人医療への公費負担比を高めていくことについては、老人医療は緊要度の高い分野の一つである上に、もう一つの緊要度の高い分野の老人の重介護の分野をもその中に取り込みつつあるが、重介護の施設ケアはこれまで公費負担の高かった分野であるから、老人保健施設拡大などにより老人福祉サービスの重介護を老人保健制度の中で負担していくことになるとすれば、その程度に見合い公費負担を段階的に拡大することは根拠のあることと考えられる。

次に、収入の高低や年齢区分という対象者の属性に着目して公費負担を検討するという考え方がある。

収入の高低に着目するという考え方は、相当程度の一部負担を前提として、例えば、低所得者について、受療の確保の観点からより低い一部負担の水準を設定した場合の本来の一部負担との差に着目するという考え方である。

年齢区分に着目する考え方は、いわゆる後期高齢者（オールド・オールド）や超高齢者（スーパー・オールド）については、一般に心身機能自体が相当程度低下し、常時医療サービスを受ける必要が生ずるため、その疾病は保険事故とするのは適当ではないといった点に着目するという考え方である。

収入の高低に着目するという考え方については、年金額の水準の上昇等に伴って収入が増加していく傾向や他の医療保険制度における公費負担の考え方との整合をどう考えるかといった問題がある。また、年齢区分に着目するという考え方についても、その区分をどうするかという問題のほか、後期高齢者や超高齢者といっても、その実態は多様であり、保険システムに馴染まないとは一概に言えないといった問題についての検討が必要である。

（補論7）「現在の高齢者像について」

経済成長に伴う生活水準の全般的向上とともに、医療保障や年金制度の充実によって、「高齢者像」も変化してきている。

（1）健康面

高齢者の半数以上が通院しているものの、健康上の問題で日常生活に影響のある者の割合は約4人に1人である。

入院者、1月以上の就床者は7%で、これらを除く高齢者の7割強が自ら健康と思っている。

後期高齢者になると寝たきり者率、痴呆性老人出現率がアップする。(前期それぞれ0.7%、1.9% 後期 それぞれ3.5%、9.5%)

、 - - 平成元年国民生活基礎調査
- - - 昭和61年国民生活基礎調査、厚生省痴呆性老人
対策本部報告)

(2) 経済面

高齢者世帯(男65歳以上、女60歳以上の者のみで構成するか、またはこれらに18歳未満の者が加わった世帯をいう。)における一人当たり所得(収入)は全世帯平均を超えており、また、世帯主が65歳以上の世帯の場合をみても、全世帯平均の90%強に当たっている(平成元年国民生活基礎調査)。

可処分所得についても、世帯主が65歳以上の世帯における一人当たり額は、全世帯平均を上回っている(平成元年家計調査)。

世帯主が65歳以上の世帯における一人当たり純貯蓄は全世帯平均の3倍強となっている(平成元年貯蓄動向調査)。

このように、高齢者については平均値で見た場合、他の世代と大きな違いはないと言えるが、高齢者の特徴として健康面における寝たきり・痴呆の出現、経済面における資産や収入のバラツキ等、個人間の格差が大きいことが挙げられ、高齢者に対する対策にはこうした高齢者の多様な実態に応じたきめ細かな配慮が必要である。

老人保健制度を公費負担を原則とした制度として構想するという意見もあるが、現行の老人保健制度が、国民皆保険体制の下で老人層をもその構成員としつつ医療保障を行う仕組みとして、制度発足以来定着してきていること、全額公費の医療保障制度としては国家補償や社会防衛の考え方を基本的理念とする制度があるが、老人層のみを対象として公費負担を原則とした医療制度とするに足る積極的な理念を見いだす難しいことを考えると、現行の基本的な仕組みを維持することが適当である。

なお、公費負担を原則とする制度とする場合には、保険料による負担が租税による負担に振り替わることとなる。したがって、仮に、この方式を採ろうとする場合には、本来、租税の負担が最終的に誰に帰着し、保険料が租税に振り替わることによってその負担関係がどう変化するかといったことの検討が行われるべきであろう。

(補論8)「公費負担を原則とする老人保健制度という考え方について」

老人保健制度については、公費負担を原則とした老人層のみの別建ての制度とする

という考え方がある。

これは、老人は病気がちであるのでその疾病は保険システムに馴染まないこと、老人医療は福祉サービスの肩代わりをしていること、老人は低所得である一方で医療費がかさむこと、老人医療に対する各保険者の拠出金が過重となっていくことなどの理由に基づくと考えられる。

しかしながら、

老人については一般に心身機能が低下するものの比較的健康な者が多数を占めており、老人の疾病が保険システムに馴染まないとするには無理があること、福祉サービスの代替的要素があるにしても、給付全体のごく一部に過ぎないと考えられること、

高齢者世帯の一人当たりの収入等は全世帯平均を上回っており、低所得であるとは言えないこと、また、他の医療保険制度における公費負担の水準とのバランスを欠くこと、

老人保健拠出金の増大についての評価・考え方については種々見方のあるほか、過重な負担については拠出限度を設定するといった調整も考えられること、あわせて、

公費負担を原則とした制度とした場合には、老人層の受益と若年層の負担の関係が不明確なものとなり、医療費適正化へのインセンティブを失わせかねないこと、

公費負担を原則としつつ、所得等の水準に格差の大きい老人層全体を対象とした別建て制度を構想することについては、国民のコンセンサスが得にくいこと、人口の高齢化に伴って増大する老人医療費の財源としては、租税よりも賃金等を算出のベースとした保険料の方が安定的であること、

などを考慮すると、老人保健制度について公費負担を原則とした別建ての制度とすることは、説得力に欠けるものと考えられる。

中長期的な検討課題

1. 他制度との関連

中長期的には、老人を取り巻く環境の変化に応じ、医療保険制度全体の在り方、さらには関連する社会保障制度全般の動向を踏まえ、それらとの整合性に留意しつつ、老人保健制度の在り方を検討していくという姿勢が必要である。

厚生年金保険の支給開始年齢との関連で、老人保健制度の対象年齢も 65 歳以上に改めるという考え方もあり、今後の一つの検討課題であろう。この場合、前期高

齢者、後期高齢者等といった区分を参考に年齢区分を細分化し、それぞれの区分に応じた自己負担や公費負担を適用するといった方法も併せて検討すべきであろう。

また、仮に老人保健制度の対象年齢を 65 歳以上に改めた場合は、年金受給者を制度の対象者として構成されている退職者医療制度の必要性を問う議論が生じてこよう。

他方で、現在の老人の健康状態や社会活動の状況を勘案すると、いわゆる寝たきり等の老人を別とすればむしろ老人保健制度の対象年齢は引き上げてよいという見方もある。

いずれにせよ、これらについては年金の支給開始年齢や退職者医療制度の在り方等との関連の中で検討していく必要がある。

今後、介護サービスの供給量が増大し、また、老人の平均的な年金受給額が上昇していくことも勘案すると、その費用負担の在り方やサービス供給の体系について、保健、医療、福祉、年金等社会保障全体にわたる検討が必要となろう。

例えば、現在は福祉サービスとして提供されている在宅介護サービスの一部を老人保健の給付対象とすることにより、その普及の促進を図ろうとする考え方がある。更に広くは、特別養護老人ホームを含めて老人福祉と老人保健を通じた入所サービスの費用負担やサービス供給の仕組みの見直しも課題となつてこよう。

また、年金との関係においても、老人の負担能力の向上に伴って、老人保健や老人福祉サービスにおける自己負担の在り方についての検討が求められるようになる。さらに、老人保健に必要な費用の一部は現行の短期保険よりもむしろ長期保険によってカバーされることに馴染むのではないかという考え方から、老人保健と年金の間での調整を考えることなども検討課題となつてこよう。

介護に要する費用の負担を考える場合、年金受給額の増大といった収入の面とは別に、相当の資産を保持しているケースも少なからずあるので、老人自身の資産に着目し、これを有効に活用していく方策を検討することも必要であろう。また、このような観点も含め、各地の福祉公社やシルバーサービスに見られるようなサービス供給主体の一層の多様化の推進に努める必要があり、これらを視野に入れたサービスと費用負担の体系を考えていくことが望まれる。

2. 自立の助長と選択の自由の拡大

国民の生活水準の向上や価値観の多様化が進む中で、保健、医療、福祉サービスについても、その多様化が求められてきている。また、老人を単にサービスの受け手としてとらえるのではなく、自立した生活を念頭に、老人がその主体的な意思によって自らにふさわしいサービスの選択を行っていくという考え方が必要とされる。

今後の施策の展開を考えるに当たっては、このような自立の助長やサービスの選択の自由の拡大といった観点に留意する必要がある。こうした観点は、もとより老人に関する諸施策のみならず社会保障全体に係るものである。

(1) 自立の助長

高齢社会の到来の中で、老人も豊富な知識と経験を有する社会の一員として、心身の健康の保持に努めながら社会的活動に積極的に参加していくことが望まれるとともに、若い時期からの着実な生活設計に基づいた自立した老後生活を送っていくことが大切であり、様々な社会システムもこれを助長する方向で組み立てられていく必要がある。

老人保健制度は壮年期からの疾病の予防を重視するとともに、老後必要となった医療の費用については、短期保険システムを通じて保障される制度となっている。しかし、こうした老後の費用については個人の一生という長い時間軸の中で、若い時期からの自助努力の結果を老年期のリスクのカバーに使用するといった長期保険的な視点も必要であり、現行の老人保健制度と併せて、このようなニーズにこたえられる商品開発により私的保険を活用していく方策も考えられよう。

(2) 選択の自由の拡大

我が国の医療保険制度では、国民皆保険制が敷かれており、強制加入を原則に各人の属する保険集団があらかじめ決定されている。医療保険給付の内容も定型化されており、運営についても、その公共的性格から国、地方公共団体またはそれに準じた公共的機関によって行われている。

こうした制度は社会全体の安定には寄与するものの、一方で個別的に見ると、受益者サイド、供給サイド双方について選択の自由の幅が狭く、総体として競争という要素に乏しいシステムとなっている。

今後は、社会保険として必要なサービスは公的に保障しながらも、個人の負担の下に選択の自由を拡大することができるような方向も考えられてよい。

(補論9)「全体としての呪縛からの解放」

今後の老人医療の在り方を考えるに際し、現行の医療保険制度が有する「全体としての呪縛」からいかに解放されるかといった視点があってよい。

我が国では、医療機関の選択に当たっては患者側に選択の自由があるが、いかなる保険者に帰属するかは被保険者側に選択の自由がない。＝「第一の呪縛」

我が国では、高齢期に病気になった場合に、自ら望むサービスを受けるために特別な費用負担をしてもよいと考えたとしても、そうした支出をほとんど許容しない医療保険制度となっている。＝「第二の呪縛」

これらの「呪縛」から生じている問題としては、第一に、私的保険と異なり、加入者獲得を巡る保険者間の競争が存在しないことから、保険サービスの質的向上への関心が希薄となることである。例えば、自主的に医療費をコントロールしようとする経営努力も働きにくく、結局は公権力による強制力を伴ったコントロールに頼りがちとなる。また、第二に、個人レベルにおいて健康な時に努力して備えたものが、必要になった時にサービスがプラスされて目に見える形で返ってくるというメカニズムが存在しないために、老後に対する自助努力へのインセンティブが働きにくいことが挙げられる。

こうした「全体としての呪縛」から解放される方法の一つとして、現行の公的医療保険を第一保険とすれば、これを補完する第二保険制度とも言うべきものが考えられる。

第一保険は、リスク負担のパターンとして一時点で多人数をカバーするといったものであるが、第二保険は、個人が高齢期に備えて若い時から長期間にわたって計画的にリスクを負担していくといった性格のものである。

第一保険は支出が強制されるとともに、自ら支払った保険料の行方が保険集団の大規模性のため見えにくくなっているが、第二保険は、支出の任意性を重視する観点から、保険団体の選択の自由と、保険料納入の実績に応じた目に見える形での利益還元を保障する性格のものである。

第一保険における保険サービスの内容は画一的なものにならざるを得ないが、第二保険では競争メカニズムの中で多様なサービス提供が模索されることになる。それが各種サービス供給機関とのタイアップにつながれば、地域におけるサービス供給のネットワーク化にも資することとなる。

ただし、第一保険についてはその被保険者数が極めて大きいことから規模の利益が働き、保険としての高い機能を有しており、その基礎的保険制度としての評価を忘れてはならない。また、第二保険については保険者による加入者の選択(逆選択)の問題やいわゆるモラル・ハザードが生じやすいことについて留意する必要がある。

(補論 10)「医療コストの効率性と選択の自由の実現メカニズム」

医療サービスの質を落とさずにコストを下げることができるかどうかについて模索が行われるべきである。医療のような公共的なサービスは社会保険診療として公的な医療保障制度の下で供給されることが主体となっているが、公共的なサービスでも、民営化により競争条件を生み出し、私的なシステムでサービスを提供することにより効率化が図られた事例を参考にすることも意義があろう。

例えば、私的保険に基づく医療サービスを拡大し、私的保険者間の競争による医療コストの効率的使用を図り、医療サービスの実質価値の向上を図るという発想があり

うる。ただし、必要以上のサービスの競争により、医療コスト全体が増大することのないように配慮することが必要である。

このような形での医療費の効率化を考えるに際しては、シビル・ミニマムの考え方に代えて、公的にサービスを供給する対象範囲を提示し、それを超える部分は個人の選択により私的なサービスの供給を想定するような、いわゆるシビル・マキシマムといった考え方を提示することも一つの方向であろう。それにより、私的保険のより積極的な参入を促すことにもなる。