

医療保険の現状と課題

厚生省保険局企画課長

岡 光 序 治 氏 講 演

医療保険の現状と課題

厚生省保険局企画課長

岡 光 序 治 氏 講 演

本書は、厚生省保険局企画課長岡光序治氏のご講演（昭和61年3月6日安田火災海上本社ビルで当財団主催により開催）を収録したものです。

昭和61年10月

財団
法人 安田火災記念財団

目 次

はじめに

1. 公的医療保険制度の沿革	1
2. 高齢化社会への対応	2
3. 公的医療保険の役割	5
4. 公的医療保険制度の在り方の検証	6
5. 公的医療保険制度の現況と環境の変化	9
6. 日本の医療費の使われ方の特徴	19
7. 今後の医療保険制度の改革の方向	25
8. 医療分野における民間活力	31

資 料：

1. 医療保険制度の現況	38
2. 国民医療費の推移	39
3. 昭和35年度・昭和58年度対比表	40
4. 国民医療費と老人医療費の推移	40
5. 老人人口の推移と将来推計及びねたきり老人数の見通し	41
6. 負担区分別老人医療費	42
7. 国民医療費の各種推計	43
8. 医療保険制度改正後の医療費の動向	44
9. 国民医療費の動向	46
10. 社会保障給付費、租税・社会保障負担等の国際比較	47
11. 医療費支出配分の偏在	48
12. 死亡月からの期間別にみた1人当たり入院医療費	49
13. 昭和58年度都道府県別1人当たり医療費の要因分析	50
14. 病床数・平均在院日数の国際比較	52
15. 都道府県別平均在院日数（昭和59年）	53
16. 政管健保（医科分）における検査料・薬剤料の割合の推移	54
17. 入院医療費	54

はじめに

ご紹介を賜りました厚生省の岡光と申します。しばらくお付き合いをいただきたいと思います。いただきましたテーマが、「医療保険の現状と課題」という話ですが、いろいろ最近では、安田さんも4月1日から医療保険の関係の保険を新しく発売されるということになり、随分と関心を持たれてきています。私どものやっております健康保険とか国民健康保険という、私どもは民間の保険に対しまして公的医療保険と称しておりますが、そういったものはいろいろと悩み深い課題を抱えております。そのへんの課題を少しお話を申しあげ、どんな方向で今後臨もうとしているかという、これからの改革の方向のようなことをあわせてお話をして、それと、民間保険との関係をどんなふうな方向で整理しようとしているか、大体、そんな話でお話し申しあげてみたいと思っています。

1. 公的医療保険制度の沿革

皆さん、安田なら安田で働いていらっしゃいますと、健康保険は健康保険組合に属していらっしゃるわけです。医療保険というのは、昭和36年に日本国民でありますとどこかの保険に入るといふ、いわゆる国民皆保険という制度を作ったわけです。

終戦後から今日まで、少し振り返ってみますと、戦後の大混乱時期においては、毎日毎日生活をしていかなければいけないということで、まさに手から口へという、食うがための生活あるいは対策を講じていったわけです。ようやく昭和30年代に入りまして、救貧対策めいた話からもう少し、貧乏にならないように老人対策をやろうじゃないかという話になり、何とか医療保険制度をどんどん作っていくという時代になったわけです。そして、昭和36年に、国民のだれもがどこかの保険に入れるようにという、いわゆる国民皆保険の仕組みを作ったわけです。それから次第次第に、我国は経済成長の波に乗ったわけです。

健康保険の歴史から見ますと、40年代の前半までは赤字の問題がいろいろ出てまいりました。どうやって赤字を凌いでいくかという、赤字対策に苦心をしたわけです。それから、40年代の後半から50年代の初めにかけては、経済の高度成長という背景があったわけですが、制度の拡充がされたわけです。ところが、オイルショックを迎え、経済成長も安定成長へと基調が変わってきたわけです。国家財政も次第に厳しくなってきた。そんなふうなことを背景にいたしまして、50年代はいつてみれば制度の見直しの時期に入ってきたように受け止めております。

59年に、健康保険法の改正をやりまして、今までは健康保険の本人ですとお医者さんにかかるときに一部負担金を払えば済んだ、いわゆる10割給付であったわけですが、これがかかった医療費の1割は負担をして下さいというような制度改正をやったり、あるいは、どこか会社で働いていて、定年退職をいたしますと国民健康保険に移るわけですが、会社で働いていた当時の給付の割合と国民健康保険の給付の割合は、比較すると国民健康保険のほうが落ちるものですから、年をとって病気がちになってきて給付内容が落ちる健康保険に入るのはどうかという話がありまして、それでは依然として被用者のグループで面倒を見てもらうような、退職者医療制度というものを作ってみたらどうかというふうな内容を盛り込んだわけです。

59年の改正で狙いましたのは、これからのいろいろな問題はおそらく日本の社会がだんだんと高齢化をしていく、高齢化ということにいろいろ準備をしなければいかんという発想であったわけです。従いまして、私ども60年代の課題としては、高齢化社会に向けていかにうまくソフトランディングをしていくか、その準備の時期ではないかというふうに考えているわけです。現在、そういう意味で、見直しと同時に21世紀の社会に向けてうまく社会経済のシステムを変えていって、うまく高齢化社会に対応したいという発想にいるわけです。

2. 高齢化社会への対応

高齢化社会の問題をどういうふうに皆さんお考えになるかですが、実は今のお

年寄の問題ではないわけです。今元気で働いてだんだんこれから年をとっていく、私も皆さんも含めてかもしれませんが、そういう現役の人間がいかにも年をとるかというのが高齢化社会の一番の課題であろうというふうに考えています。それを頭に置きながら、うまく仕組みを変えていきたいというのが、現在いろいろなことをしはじめている発想の基本にあるわけでございます。

これから、日本の経済運営はどんな方向で行われるかということですが、上手に物価の安定を維持していますが、これはどうしても続けなければいけないだろう。そして、高い雇用率を維持していかなければいけないだろう。経済成長率につきましては、高成長は望みませんが、適度の成長は達成しなければいけないのではないか。世界における我国は1割国家でありますので、1割国家としての自覚に基づき、対外不均衡の是正という課題に取り組んでいかなければいけないのではないか、こういうふうに思っています。あわせて、民生安定が非常に大切だと考えています。

最近のフィリピン情勢、皆さんどういうふうに評価をされるかですが、ベトナム戦争もある意味では、民生安定をいかに図るかというところにあったわけです。やはり人々の心に安心をもたらす、民生を安定させるという政治、施策が行われてはじめて、国が安定するだろうと思っています。経済運営とあわせて、民生安定を考えなければいけないというふうに思っています。

老後の問題を考えたときに、やはり安定がどうやってもたらされるかといいますと、ある人に言わせると3Kだといいます。3Kとは何かといいますと、1つは健康のK。経済的自立というのでしょうか、年をとっても一応、まあまあな生活が送れるような経済的な自立という、このK。気力というのでしょうか、生き甲斐と言い替えても良いのですが気力のK。健康、経済的自立、気力、この3Kが実は高齢化社会におそらく目指さなければいけない目標だろうと、こう考えるわけであります。

そういうものが、われわれこれから年をとっていく者にとって身近に、なるほどオレの健康はこういう恰好で、将来ともに安心して確保されるじゃないかとか、

まあまあ経済的にも自立が維持できるだろう。あるいは生き甲斐として、こういうものをもちうるという気持ちが持ててはじめて、心の安心があり、それがまさに民生の安定につながっていくのではないかと、こんな発想をしているわけです。

私どもは、そういう意味でこれからの高齢化社会、長寿社会、それに向けての基本的な対策としましては、1つは自分で自分のことがやれるようにという、自立ということを前提といたしまして、自立自助に対して社会が支援をするという支援システムを作っていかなければいけないというふうに考えています。要するに、自分でできることは自分でやらせようじゃないか、そして、どうしても自分でできないことを手助けをする。言い換えてみますと何から何まで公におんぶをするということではなく、自らのことで自らができることはやらせよう。そして、欠ける部分を支援する。そういう仕組みを作り上げていくのが1つの対策ではないか、こう考えております。

第2番目には、社会の活力を維持しなければいけない。具体的に言いますと、一生懸命働いて稼いだら、その稼ぎに応じて自分の身につくというか、自分に還元されるような仕組みがどうしても考えられなきゃいけないでしょう。たとえば言いますと、ヨーロッパの社会では、所得の6割とか7割近くがいわゆる税金とか何かでもって行かれます。そういう社会を選択するのか、それともあまり公租公課でもっていかれないで、稼いだものがちゃんと自分で使えるという、そういう仕組みのほうがいいのではないか。どちらを選択するかという問題ですが、私どもは、活力の維持ということは自分でやったことが自分に跳ね返ってくるということではないのかと感じているわけです。江戸時代においても、税金は原則として4公6民で、だいたい4割が税金で、6割は自分らが使ったわけです。今の社会においても、それぐらいが目処じゃないのかという感じを持っていますし、過去になりますと臨調あたりでもやはり大体、そういった発想がもたれたわけでありまして。特に長寿社会になった場合は、活力をどうやって維持するのかというのが一つの対策になるわけでありまして。

3番目には、ヘルスの事業、保健の事業であるとか、福祉、医療、こういった

施策につきまして、地域社会でわれわれが生活している場合に、そういったいろいろな施策が、バラバラに縦割りの行われるというのではまったく困ってしまうわけですね。地域における保健なり、福祉なり、医療の施策が体系化されて、総合化される必要がある。こんなふうに考えています。

もう一つの対策といたしましては、公平を確保しなくてはならない。これは、後から医療保険について具体的にお話しをいたしますが、やはり皆がどこかの保険に入っているわけですから、有利な保険に入って得をする、不利な保険に入って損をする、これでは困りますので、全国民が大体公平が保てる、こういう仕組みが必要なのではないかと考えています。

そして最後の対策といたしましては、民間の活力をいかに導入するかということであろうと思います。こんなふうな対策を頭に置きながら、これからの消費社会に臨んでいかななくてはならない。こういう発想をしております。

3. 公的医療保険の役割

皆さん方、医療保険とはいったい何だろうということ、せっきくの機会でもありますからもう一回考え直していただきたいのですが、実は過去、いろいろな意見がございました。要するに、国民の健康を支えるための大きな手段であるわけですが、そこから発生いたしまして必要な医療というものを全部保障するという仕組みでないとおかしいのではないかと論が一方にあります。

つまり、医療保障を医療保険という制度で行えという主張です。私どもは、それは実は否定をしています。医療保険というのは個々人が受けた医療に対してお金を支払わなければなりません、その支払いを助けるための経済上の問題処理のための制度だというふうに理解をしています。要するに、医療を受けるために生じる金銭的な損失のリスクを、保険という制度の仕組みを使いながらそのリスクを分散させていこうと。言ってみれば、医療費を保障する仕組みとして考えていこうというふうに割り切っています。このところの基本的な制度の位置付けというものをどっちに置くかというのが実はいろいろな問題を考えるときの分かれ目

になりますが、私どもは医療費の保障ということで割り切って考えております。

従いまして、公的な医療保険が守備する範囲というのは、いわゆる適正な医療というのでしょうか、そういう範囲になるだろうというふうに理解しています。といいますのは、自分自身が管理できるような程度の軽い慢性病であるとか、あるいはごく日常的なありきたりの病気とか怪我は、やはり自分自身で管理をしてもらいたい。セルフケアしてもらいたいという発想であります。他方では、高度な技術とか高度な医療機械を駆使して行う特殊な医療であるとか、あるいは特別な快適さを求めたりサービスを求めたりという分野のものにつきましては、これもやはり個人負担していただきたい。そういうふうに個人個人でいろいろ価値観が違います。その個人個人の価値観にかかわるような特別な部分につきましてはやはりこれは個人の負担で整備をしてもらう。

医療保険が対象にしますのは、この両者の中間というのでしょうか、だれでもどこでも平等に受けられるような医療費を保険が受け持つのだという発想です。しかも、そのときには必要な受診は妨げない。しかし、乱用をしては困りますと、こういう原則の下に医療保険というものを考えていったらどうだろうか、こういう観念上の整理をしております。これが正しいかどうか、いろいろ御意見があるかと思いますが、私どもはこういう整理をしたうえで、公的な医療保険の守備範囲というものをきちっと整理をする。そして、私はセルフケアとか個人負担と申しあげましたが、その部分にどのように個人の世界でかかわっていくのか。こういう交通整理をして、全体の中で整合性のあるような仕組みを考えていくのが一番、今の世界に相応しいのではないか、そういう観念的な整理をしております。

4. 公的医療保険制度の在り方の検証

それで、これからどんなことを基本的に考えていくのかということですが、実は世の中は随分変わってまいりました。一つは、36年に国民皆保険になったというそのことが、非常に口は悪いのですが、お医者さんを悪くした要因があります。非常に良いお医者さんが伸びる、その芽を摘んでしまった。悪徳なお医者

さんがはびこるのを黙認するような結果を、国民皆保険が招いてしまったような感じがございます。このところは一つ、反省しなければいけない。

つまり、現在の保険というのは国民皆保険ですから、99%がどこかの保険に入っています。そして、お医者さんは患者を見た場合にどれかの公的な医療保険制度の患者になっているかということになるわけですが、これまでの傾向としまして、全然自己負担のない被用者保険本人ですと、同じ風邪なら風邪の治療をするときにも、医療費が高い。それから、Aというお医者さんとBというお医者さんが同じ病気の治療をするのに、医療費が違う。本当に、パッと診てパッと指示をして、黙って帰って卵酒を飲んで寝ておれというお医者さんと、バッチリ薬を入れて、次々これを飲んで、飲んだか飲まないかまた報告に来てというお医者さん。いろいろなやり方があります。どちらがいいのか、国民の選択の問題もあるかもしれませんが、何かそういうことでお医者さんのビヘイビアがどうも、私どもが観念的に考えておるお医者さんのビヘイビアと随分変わった面があるんです。悪くした面があるのではないだろうかというのが、実は皆保険体制での反省事項です。皆さん方、どう思われますか。お医者さんにかかるときに、どういうお医者さんをイメージされるか。現実にかかられているお医者さんがどうなのか。そのへんを振り返っていただければ、いろいろな考える材料がおありなのではなからうかと思っています。私どもは、何か、若干、違った面があるのではないだろうか。

ここで、やはり70年代の21世紀を迎えようとするこの時期に、もう一回原点を考え直してもらわなければいけないのではないか。お医者さんに、使命感というのでしょうか、心の持ち方というものをもう一回、基本的に見直してもらいたい。やはり、患者には本当に親切な心で接してもらいたいし、技をどんどん研いでもらいたい。こういう気持ちがあるわけですし、そういう親切心と技を研ぐ、そういうお医者さんはできるだけ支援を申しあげると、こういう考え方の整理をしなければならぬのではないかと思っているわけでありませう。

もう一つの見方としましては、病気の中身が変わってきたということです。要

するに戦前から戦後にかけて一番の病気といえば結核であったわけです。結核にかかったら、大抵死んでしまった。ところが、結核というのは空中かどこかに飛び回っている結核菌を人間が吸って、その結核菌がどこかに着いちゃってどんどん繁殖して、病気をもたらす。そういう外から菌が入ってくるという、いわゆる外からの病気です。感染性と称していいのかもしれませんが。そういう病気が主体であったわけですが、治療方法なり薬が発達いたしまして、外からの病気には相当、戦えるようになった。不治の病ではなくなりました。結核が良い例です。いまや、何が病気の主体かといいますと、いわゆる慢性病といひましょるか、心臓病であるとか、高血圧であるとか、胃腸の病気であるとか、要するに生まれてからこのかたずっと動き続けているわけです。心臓を例にとりますと。その心臓が、車がボンコツになるようにだんだんボンコツになってしまう。ピカピカの血管だったのが、いろいろなものが詰っちゃってあまり血が通らなくなってきた。そしていろいろ故障が起こる。こんな病気が主になったわけでありませう。言ってみれば、内からの病気というようなパターンに変わってきたわけです。

そして、大体、みんな年をとってくれば何かの病気を持っている。言ってみれば、日々の人生は病気との共存の人生である。こういう形に変わってきたわけです。そうすると、医療の内容も変わってくる。結核ですと、それ結核菌をやっつけろというので特別な治療方法なり特別な薬をどんどん投与する。これで結核菌をたたけば、それで克服できる。こういう話から、心臓病だ高血圧だとなったときには、なかなかうまくいきませぬ。日々、ちゃんとした規則正しい生活なり、規則正しい食事をとらなければいけないとか、そんな話でありまして、随分と対応する形が変わってきました。

これが要するに国民の側にとりましては、健康作りを考えなければいけない。お医者さんの側にとりましては、ただ単なる治療だけではありませぬで、やはり総合的な健康指導であるとか、健康管理というものが必要になってくる。こういうわけでありませう。そういう病気が変わってきたということを頭に置いても、対応を考えなければいけないというのが第二点です。

第三点としましては、同じお金を投じて医療を受けるならば、最も相応しい医療が効率的に行われるということが必要なのではないか、こう考えているわけです。たとえば皆さん、かかりつけのお医者さんがあるとします。どうも調子が悪いといって行きました。ところが、どうもキチッとした判断をしてくれない。体の調子は依然として悪い。こういったときに、それではこの病院に行ってみてくださいと、キチッと紹介してふさわしい病院に送られる。そして、その病院でいろいろな治療をされる。どうも、これではいけない、もっと高次の病院に行こう。こういうことで、病気のグレードというのでしょうか、病人の状態に相応しい医療がうまく、変な重複もなく、効率的に受けられるようなシステムもいるのではないか。

そして、病気が治ったというと、家庭に帰って、それから家庭の中で必要な看護を受けながら社会に復帰をする。あるいは、家庭に帰るにはまだちょっと早い。しかし、病院にいるのはおかしい。病院というのは、医者と看護婦とそのほかの事務的な資料、あるいはいろいろな高度な医療機械が集まった、物的な資源。それが集中している施設であるわけです。病気がほとんど治って、あまり病状に変化のないような状態になった人が、あまり長くいるところではないだろう。そういった人が、もし家庭に帰れない。家庭に帰る前にトレーニングがいるというのであれば、それに相応しい、いわゆる中間施設というものを作って、そこに留まって、それから家庭に帰る。こういうふうな、全体をうまく動かすようなシステムを作る必要があるのではないか。こういうことで、もっとも相応しい医療が効率的に行われるような仕組みを考える必要があるだろう。こういう問題意識を持っています。

5. 公的医療保険制度の現況と環境の変化

今言ったような問題意識を元に、私どもはいろいろな制度改正を考えようとしています。その前に少し、資料を配布していますので、今の医療保険がどんな状況になっているのか、数字の面でどういう問題意識を持っているか、これを繰

り返しになるかもしれませんが、もう一度見ていただきたいと思います。

まず38ページであります。現在の医療保険制度というのはここに書いてありますように、大きく、健康保険、船員保険、公務員が入っています共済制度、自営業者が入っている国民健康保険。70歳以上のお年寄が入っている老人保健。非常に大まかには、こういう制度に分かれています。

保険給付というところをご覧くださいなのですが、給付割合が制度によって少し違ってきます。健康保険、共済におきましては、本人が9割の給付であります。家族につきましては、入院が8割、外来が7割ということになっています。国民健康保険は、本人も家族も合せて、通じて7割。老人保健につきましては10割。ただし、外来の場合に月400円。入院の場合には1日300円、2ヶ月限りの一部負担がある。こういう仕組みになっています。要するに、同じ医療給付といいますが、自己負担というものがそれぞれ違う。かつ、老人保健以外の広い意味での医療保険では高額療養費という制度がありまして、自己負担分は月額で5万1千円を超える場合には、5万1千円どまり。低所得者の場合には、それを3万円にしている。こういう恰好です。

大体、頭に入れていただきたいのは会社で働いている皆さん方は、1割の一部負担。ただし、入院を考えていただきますと、その月にたとえば入院料、その他の経費で60万円かかったとします。そうすると、1割一部負担ですから、6万円の負担になるわけです。ところが、高額療養費という制度がありまして、6万円ではなく、5万1千円です。要するに、定率の負担をしてもらいますが、一定の天井つきの一定の負担。こういう仕組みになっています。

問題は、各制度でもって給付の割合が違うというところにありますし、本人と家族で給付の割合が違うというところが一番、問題点になっているわけでありませぬ。

それから、財源の欄で保険料率のところをご覧くださいなのですが、各制度によって保険料率が違ってきます。ここで負担の不均衡がやはり生じているのではないかというのが問題点の2番目です。それから、一番右の欄の、「老人保健

医療対象者の割合」というのが書いてありますが、これは医療保険各制度に属している70歳以上のお年寄の割合であります。それぞれの制度に属している70歳以上のお年寄につきましては、老人保健という制度でもってカバーをするという恰好ですが、実はそれぞれのお年寄の割合が違っていますので、この老人保健の見直しを今度行おうと思っていますが、お年寄の支え方を、各制度を通じてバランスをとっていきたい。

たとえば、健康保険組合ですと2.9%しかお年寄はいない。つまり、自分たちが保険料を出してお年寄を養うわけですが、2.9%分でいいわけです。ところが一番下の国民健康保険ですと、11.8%のお年寄がいる。そうすると11.8%分を負担しなければいけない。こういう恰好になります。そうすると、お年寄の医療費というのは高いものですから、この医療費をどういうふうに持ちあうかというのが実は問題になっています。考え方としては、やはり今まで一生懸命働いてくれた人については、国民が等しく支えてあげるべきではないかという発想が基本にあるわけであります。そういう方向で制度の見直しをしたらどうかというふうに今、考えているところです。この、お年寄の医療費をどういうふうに持ちあうのかということが、実は問題になっているわけです。

39ページをご覧ください。これは、先程も申しましたように昭和36年に国民皆保険という制度になったわけですが、その35年当時と、一番新しい数字が確定数で58年ですが、それを比較していただくと思って用意した資料です。ここで申しあげたいのは、下のほうの表の諸率というところ、しかも一番下の欄ですが、医療費の構成比という欄があります。ここで、公費と保険料と患者負担というふうになっていますが、公費というのが国庫補助と地方の負担分。保険料というのが、皆で払う分。患者負担というのが、いわゆる患者一部負担であります。

35年当時は、公費が全体の中で19.6%のウエイトがありました。これが、58年は36.4%になっているわけです。それから、保険料が50.4%が52.5%。患者負担が30.0%が11.1%になっています。つまり、患者負担というのは要するに給付改善ということですが、今までの医療保険の歴史というのは、患者の負担をで

きるだけ減らすということ。そして、その減らした分は、国庫補助をどんどん増やすことによってまかなっていきこう。こういう仕組みで動いてきたわけでありませぬ。

世界の、医療保険を持っているいろいろな国がありますが、公費の割合をここまで吸い込んでいる国は珍しい。国庫補助をどこまで注ぎ込んだらいいのかという話が、国が段々貧乏になってきたという背景もありますが、ここで問題がでるわけです。いずれにしても、過去の歴史はこういう歴史であったわけです。

40ページの3.の表をご覧くださいと思いますが、35年を100にいたしまして58年と比較をしています。ここでご覧くださいますようにまず国民所得に比較しまして国民医療費というのは、相当な勢いで増えたということが分ります。それから、公費負担の中でも、国庫補助がベラボウに増えたということでありませぬし、保険料なり患者負担というものはこの程度の増え方だという状況でありませぬ。このへんに少し、負担をどういふふうにしあうかというのが、ここで問題になってきているということです。

40ページの4.の表をご覧くださいなのですが、これから、いかにお年寄の医療費が大きなウェイトを占めているかということをお話し申し上げようと思つて用意した資料ですが、一つはこれで見てくださいと60年代のところをご覧くださいなのですが、お年寄の対象者、右から2番目ですが、800万人の70歳以上の人があります。左から2番目の老人医療費という欄ですが、その人たちは3兆8千億あまりの医療費を使っています。そしてこの割合は全体の医療の中では、24.3%を占めています。つまり、800万人が1億1千万か2千万いる人口のうち全体の医療費の24%を使っているという数字です。

それから、1人あたりの医療費、一番右の欄をご覧くださいなのですが、70歳以上の人には47万円の医療費を使っています。これは、69歳以下の人たちと比較して5倍の医療費になっています。こういう状況です。

41ページをご覧くださいなのですが、お年寄を一体どうすればいいのかという話ですが、この表をご覧くださいたいのは、皆さん方、こういう面ではご専門

の方がいらっしゃるのかもしれませんが、大体、西暦2千年というのが昭和75年で、総人口が1億2千8百万程度と予測されています。そのときの65歳以上人口が1990万、約2千万。15%強のウエイトになります。そのときの寝たきり老人の推計は78万、約80万人ぐらいの人が寝たきり老人だろうと言われていています。59年現在では、寝たきり老人の人が47万人。50万人弱いるわけです。下のほうの参考というところをご覧くださいなのですが、老人病院の病床は現在、8万5千ベット。特別養護老人ホームの定員が10万五千人という状況です。合せましても、大体20万あるかないか。そうすると、50万の寝たきりの人を全部ここに入れたとしても、約半分も入らない。これが75年では80万近くなるわけですが、一体これで本当にベットに全部収容しようなんていったらえらいことになるだろう。こういうのが一つ、あるわけです。寝たきり老人をすべて、病院病床とか特別養護老人ホームに入れるわけにもいかないだろう。まして、一般病院の病床の中に入れ込むというわけにも、これは効率性の問題性を考えてもいかないんじゃないか。一体、これをどうしたらいいんだろうというのが問題意識の一つです。

私どもは、方向としては、やはりお年寄の気持ちを考えれば自分が今まで生活してきたその場所で生活を続けるということを望んでおいでなのではないだろうか。いわゆる在宅ということを中心に考えなければいけないのではないかな。それから、お年寄の寝たきりの状態にもいろいろ程度がありますから、その程度に応じて、相応しい施設利用を考えなければいけないのではないかな。こういう発想でありまして、そこでまず在宅でケアができるように、在宅ケアの仕組みをより充実したい。それから、状況によってはいわゆる昼間だけ利用するデイケアの施設があります。夜利用するナイトケアの施設があります。これは、通院型のようなものを考えなければいけない。それから、特養はそう増やせないだろう。そこで、家庭と病院との中間にあるようなものでいわゆる中間施設。今度の老人保健法で老人保健施設と称することになっていますが、この老人保健施設をうまく作っていきたいと思います。それで、老人病院の病床も、しかるべき数を確保したらどうか。こんな発想にしているわけでありまして。その発想は、こういった数字に基づ

いて発想しているわけです。

次の42ページをご覧くださいと思います。お年寄の医療費がどういう持たれ方をしているかということですが、国と地方で約3割、皆さんが保険料を拠出されていますがその保険料から出しているものが約7割、67%。そして患者負担が3%。これで今の老人保健法の改正が原案どおりにまいますと約4.5%ぐらいになるかと思っています。こういうことで、あまり患者負担がなくて、公費と保険料でもって賄われているというのが老人医療費の持たれ方である。

ここで生じてまいりますのが、会社で働いている被用者保険本人でも1割負担をしている。お年寄も、だんだん年金制度が充実してくれば、毎月毎月の年金額も相当あるんじゃないか。そんなことを考えると、どの程度の患者負担が相応しいということになるのだろうか。若い人と年寄とのバランスを考えなければいけない。お年寄の中でも、医療を受ける人と受けない人の受益の差というのを考えなければいけない。そういうことを考えると、老人医療費の患者負担というのをどの程度にしたらいいのであろうか、こういうことがテーマになっているわけです。

43ページをご覧くださいと思います。これは、これから老人医療費も含めて、医療費がどんなに伸びていくだろうかということを推計をした表です。ご覧をいただきますといろいろな推計がありますが、私どもが推計をいたしましたものが、Ⅲというところです。いろいろな前提を置いていますが、大体、医療費は何もしないでおきますと7%強、8%ぐらいは医療費は伸びそうだということです。後で、負担の関係で申しあげますが、私どもはこの程度の伸びを確保したら大変なことになるんじゃないかということが発想の基本にございます。要するに、国民所得は伸びますが、国民所得の伸びと医療費の伸びをどうバランスをとったらいいのだろうかという問題意識です。

国民所得の伸びより、医療費の伸びのほうが高いということになりますと、結果としてそれをまかなうためには、保険料を上げるか、国庫負担を上げるか、一部負担を上げるしかないわけです。そうすると、一部負担をそう上げてくれるなということになるだろうと思います。ところが国庫負担ということになりますと