

## 【1980年1月16日】当面する健康保険制度及び関連制度の抜本的対策

全日本労働総同盟

### 当面する健康保険制度及び関連制度の抜本的対策

今日における健康保険法の改正では、危機に直面しているわが国における医療保障制度を安定、充実させていくため、その中核である医療保険制度全般の改善を誘導し、かつ他面では医療保険と公費医療負担の有機的結合をはかる目的をもって行われなければならない。また医療保障制度は、当然医療の供給に対応するものなので、その充実、整備にあたっては、関連する医療供給体制についてもあわせ改善をはかることが求められ、このことは健康保険法の改正にあたっても併行してとりあげられなければならない。

同盟は、このような観点にたって今次健康保険法の改正にとり組むものであるが、それを換言すると、めざすべき医療保障制度の実現にむけて、それへの第一着手となるように今次健康保険法改正を行うべきであるという立場をとるものである。

この立場から、当面する健康保険法の改正については、つぎの方針と具体的対策によるものとする。

#### 当面する健康保険制度改正への方針

- (1) 当面する健康保険制度の改正は、医療保険制度全体に通じるものでなければならないので、改正の理念を、制度の公正化と医療資源再配分の効率化におくこととする。
- (2) 健康保険制度は、そのなかにおいても政管健保と組合健保に分立しているため、この間に給付と負担の格差があり、また本人と家族の療養給付にも格差がある。そこで、これら格差の解消を速に実現するよう努める。
- (3) わが国の医療保険の給付は、医療をとくに必要とする重症者の医療費負担には軽く機能し、医療二ードの弱い軽症者に対する医療費負担には厚く機能するという問題（いわゆる逆立保険問題）がある。この根源は、差額ベット、付添看護など保険外負担が重いこと、長期療養者にとって上限負担額（家族高額療養費の負担）が重いことにある。健康保険の場合もかかる事態を免れることができないので、重点的にこれら問題の解決をはかる。
- (4) 医療費の急激な増大は、健康保険制度にも重大な影響を及ぼすものである。医療費の増大が、経済変動や医療技術の進歩、人口高齢化など必要に応じてなされるものについてはやむを得ないが、極度に営利的な医療によるものや、診療報酬の欠陥としてもたらされるもの、患者の恣意によるものは極力排除しなければならない。このため、診療報酬制度、薬価基準、支払制度の現状は積極的に見直し、効率化を

めざし改善に努める。

- (5) 健康保険の財政は、政管健保の累積赤字にみるように、増大する医療費によって絶えず不安定を続けており、組合健保といえどもその財政は困窮度を深めている。保険財政は、保険制度の自律性に基づいて、その給付を賄うに足るものとしなければならないので、少なくともその中期的な安定をめざし、新たな給付と負担を均衡させる必要がある。そのためには、現行の一部負担、保険料、国庫補助のあり方を再検討し、その適正化をはかっていくものとする。
- (6) 健康保険制度における政管健保と組合健保は、そのなかで高齢者の比率、所得水準の相違など構造上の問題があり、また制度の管理運営にもきわめて大きい相違がある。医療問題への被保険者参加、医療費の効率化の促進、自主的健康管理と疾病防止の推進などの観点からみて、現状の二元的運営はこれを廃止し、健康保険組合方式への一元化をめざすべきである。そのうえで、健康保険制度内の構造上の矛盾を解決する財政調整を実施すべきであろう。
- (7) 公費負担医療は、健康保険が被保険者、家族の療養を保障するのに対し、健康増進、疾病予防と病後のリハビリテーションなどを保障するものでなければならない。また療養についても、保険に馴染み難い特定のものの保障にあたる必要もある。しかしそのためにこの分野は広範多岐にわたるので、まずこの適用基準を明確にすることからはじめ、中・長期にわたる実施計画が策定されるよう努められるべきであろう。
- (8) 医療供給体制も、深刻で多くの課題がある。患者と医師の関係、医療機関網、いわゆるマン・パワー問題、医薬産業や医療機器産業の体質などがそれであるが、これらの改善は容易なことではない。したがって当面は、健康保険に直接関連し、かつ実現可能とみられる施策に限り改善をはかることとする。

## 当面の具体的改正対策

### 1. 給付について

#### (1) 保険外負担の解消と給付の新設

現在、罹患した場合最も大きな負担となっているものは、差額ベット、付添看護、歯科差額による患者負担である。これら過重負担を排除するためにつきの措置を講ずる。

差額ベットは、患者の選択によらない限り全面的に禁示する。但し、現行の差額ベットに代え、新たに診療報酬の室料に段階制を設け、段階的な室料を医療機関に支払うこととする。この室料は、(ア)個室、(イ)二人室、(ウ)三人以上室の三段階とし、(ウ)を基準として上積する。

なお患者の選択によって利用できる個室及び二人室については、当該医療機関の有する個室または二人室の一〇%以内にこれを規制する。

付添看護による患者負担は、これを全面的に解消させる。このため、現行看護基準は基本的に見直しを行い、つぎの新措置によるべきである。

(ア) 現行の特二基準看護病院を含め、さらに強化される看護体制(完全看護病院制)を新たに設け、そこには必要とする看護婦の充当を確実にし、付添いは全く行わないようにする。

(イ) 現行の特一基準看護病院以下の病院においては必要に応じ看護婦の充当をはかることは当然であるが、その充実がなされるまでの間は、付添看護に要する職員を新たに配置して看護体制を補完する。

この場合、付添看護に要する職員の費用は、診療報酬制度に新設し、それを医療機関に支払うものとする。

歯科差額に関しては、現行の技術・材料差額はこれを規制し、材料差額にとどめることとする。なお材料差額についても、極力保険給付となる材料範囲を拡大し、差額適用の範囲を縮小する。

#### (2) 本人と家族の医療給付の統一

本人と家族の医療給付は、政管健保、組合健保ともに格差があるが、これは保険給付として適当でなく、先進諸国にも例をみない。労務管理的な医療給付を払拭する意味からも、直ちにこの格差は解消させるべきである。

この医療給付の統一は、現行の平均給付率(約八八%)以上の水準で実現させなければならない。このため、医療給付は本人及び家族ともに現物給付方式をとり、あわせて一部負担の改訂を行うものとする。

#### (3) 一部負担の改訂

一部負担は、可能なかぎり低額とし、受診抑制を招かないようにすることが望ましい。しかし、現状の一部負担は、他に付添看護負担、差額ベット負担が課せられているし、家族については三割の自己負担に付添看護負担、差額ベット負担が課せられており、負担の実態はきわめて高額である。付添看護負担、差額負担を解消し、同時に家族医療給付を本人並に引き上げることは、実質的に高額であるこの患者負担を大きく低下させることになるし、また保険財政は健康者によって維持されていることも配慮して、一部負担は可能な範囲で引き上げる。

一部負担は、現在、初診時、入院時にそれぞれ課されているが、この引き上げにあわせ、新たに薬剤費一部負担を設けることとする。

なお一部負担には、全体を通じて新たに上限負担額を設定し、療養に支障をもたらすことのないようにその水準を定めるものとする。

#### (4) 出産給付の現物給付化

出産給付は、現行では分娩給付として行われているが、最低保障額の適用が多く、ILO条約(一〇二号・一〇三号)の基準にも達していない。この国際基準に到達させるため、早急に出産給付として現物給付方式を採用すべきである。

## 2. 保険財政について

### (1) 保険料

保険料は、国庫補助とあわせ給付を賄うに足るものでなければならない。したがって、前記給付の改正に見合って、この引き上げは考慮せざるを得ない。この場合、労使の現行負担割合折半方式は改め、事業主負担をたかめることにする。また、この保険料率は、とくに一部負担のあり方に関連して変動することになるが、中期的安定をはかる見地から、それを定めるべきであろう。

賞与等からの保険料徴収については、それは所得再分配効果からみれば妥当な措置であるといえるが、それと同時に、給付との関係も均衡あるものとしなければならない。そのためには、標準報酬によって給付される現金給付にも賞与等の反映がはかられる措置が必要である。また制度は異なるが、標準報酬を採用している年金制度にも、関連して同様な措置をとるべきであろう。こうした配慮なしには、賞与等を保険料算定基礎とするのは適当でない。

保険料率の弾力的運営は、安易に行ってはならない。医療費の増大傾向が顕著である今日、これが診療報酬改訂を容易にし、医療費増大に拍車をかけてはならぬからである。但し、国庫補助との連動、弾力条項発動基準が明確にされるときは、この措置も認められる。

### (2) 国庫補助

国庫補助は、政管健保で給付費の一六・四%、組合健保で事務費の一部が行われているが、国の財政の現状、公費医療負担や高齢者医療、年金その他社会保障費用の増大見込みからみて、国庫補助の増大に期待をかけることは妥当であるまい。しかし政管健保では国庫補助が財政調整的な機能を果していることも考え、今後なお暫らくの間、保険料率引き上げに伴って国庫補助引き上げを行う現行方式を踏襲すべきである。但し、後述する健保制度の一元化が行われるときには、このあり方は新たに見直さなければならない。

### (3) 財政調整

政管健保と組合健保との間の財政調整は、それぞれの制度を構成している被保険者の年齢、所得水準から不均衡がもたらされているために、その不均衡是正の観点からこれを実施すべきであるとの提唱があるが、財政調整は軽卒に行われてはならない。すなわち、第一に政管健保には、前述したように財政調整的な役割を果すかなりな率による国庫補助が明らかになされていること、第二に両制度における管理運営方法に顕著な相違がみられ、財政調整は自主管理の努力をつみとること、第三に構造上の問題である年齢・高齢者比率については、現在新たな高齢者医療構想が練られつつあることなどから、両制度間の財政調整を行う理由はきわめて薄くなり、とくにこれを実施することはなからう。

健保組合間における財政調整は、健保組合間においても構造上の問題が明らかに

みえるので、内部問題としてそれに踏切るべきである。企業即健保組合という形式が、公的な健保組合制度の公正化を妨げてはならぬからであるし、この場合は自主管理の努力をつみとることにもならぬからである。

### 3. 健保制度の一元化

- (1) 健保制度には、前述したように、構造上の不均衡と、管理運営上の効率化の問題が現にある。この基本的な問題を解決するためには、組合、政管両制度を一元化することが適当であり、それは、効率化を基盤とし、構造上の不均衡によってもたらされる欠点を解決するという考え方から、健保組合方式によるべきである。
- (2) 健保組合方式の実現は、第一に、現存する健保組合にくわえて、現在政管健保に属している各事業場を健保組合に総合化していくことである。ここでは、企業とその企業の系列(下請を含む)を現存する健保組合に統合することをめざす。第二は、それでもなお独立する事業場については、都道府県単位に、あるいは地方の実情にあわせて可能な限り広範囲な単位に、新たに健保組合を創設していくことである。
- (3) 新たな健保組合方式によって構造上の不均衡からくる欠点を解決するためには、二つの方法が必要である。一つは、現行の政管健保に対し行われている国庫補助を、構造的に脆弱とみられる健保組合に適正に配分することであり、他の一つは、健保組合全体を通じ、一定の基準のもとに財政調整を実施することである。新しい方式としては、この二つの方式をあわせて用い、両者組合せのうえで適切に行うようにしなければならない。

### 4. 退職者継続医療と高齢者医療

現在の被用者医療保険は、企業による定年制によって当該被保険者の資格を奪い、当人を被扶養者とするか国民健保の被保険者にする事になり、一方国民健保は、ただでさえ高齢化傾向にあるものが、それによってさらにこの傾向に拍車をかけられるという欠陥をもっている。被用者保険の被扶養者の医療給付を本人と同一にしてこの層の給付低下を防ぐとしても、核家族化の風潮からこれらの人が国民健保に流れ込むことは必至であり、そこにライフサイクルに適応しない被用者保険の矛盾が露呈するとともに、国民健保への終末依存という矛盾も発生する。またこれを受ける国民健保は、その財政を一層困窮化することになる。

このような欠陥を是正するためには、定年退職者の継続医療制度と高齢者医療制度を創設することである。

#### (1) 定年退職者継続医療制度

- |      |                              |
|------|------------------------------|
| 対象者  | 一定の資格期間をもつ定年退職者              |
| 適用制度 | 従前の健保組合または政管                 |
| 適用期間 | 定年退職後六五才(高齢者医療の適用開始年齢)に達するまで |

給付 医療と埋葬科  
保険料 被保険者が支払う平均保険料

(2) 高齢者医療

対象者 六五才以上の高齢者  
給付 医療と埋葬科  
財政 国庫負担、都道府県負担、所得のある国民の目的税負担

5. 診療報酬、薬価、支払制度について

国民医療費は、遂に本年に至って一〇兆円を突破し、昭和五十八年には二〇兆円に達するものと見込まれている。それは、公費医療負担の増大となって国・地方自治体の財政を脅かし、医療保険においては、政管健保、日雇健保の累積赤字の急増となり、他の医療保険でも財政事情の逼迫を招いている。この医療費の増大が、経済変動や医療技術の進展、わが国における人口構造の高齢化によるものであることは肯定できるとしても、現実には、医療の歪みがそれを発生させている面も否定できない。検査の拡大、医薬品の過剰投与、現行薬価基準制度下における薬価差などから、一部にみえる水増し・不正な医療費請求にいたるまで、医療の歪みの根は広くそれが医療費に与える影響はけっして軽くない。医療資源と雖もそれは有限であることに着目し、不正排除はもとより、医療資源配分の効率化をめざして、関連するつぎの施策の改善にあたるべきである。

(1) 診療報酬制度は、現在点数による出来高払い方式によっているために、一方では医療機関の任意による営利医療的要素をたかめ、他方では診療所に比べ病院経営を困難にしている。これを是正するには、現行の甲乙両表は廃止し、これに代えて基本的に技術と物を分離する適正な診療報酬制度（病院と診療所別の報酬制）の制定がめざされなければならない。

(2) このため当面は、診療報酬決定機構たる中医協を改組し、その強化をはからなければならない。

公益側委員は、これを他の各側委員と同数にするよう増員をはかり、あわせてその調整機能をたかめること。

診療報酬のあり方を検討する機構を設けること。

医業経営や薬価に関する調査機構を設けること。

(3) 現在、診療報酬の改訂にあたってはその客観的根拠となる資料がきわめて乏しい。少なくとも、中医協において確認されている医業経営と薬価の実態調査は、今後確実に実施されなければならない。そのため、

医業経営実態調査は隔年必ず実施し、それによって医業経営の検討が公式に行われること。

薬価については、毎年、販売と購買の両サイドから定期的に調査されるほか、

随時抽出調査を行い、薬価の実勢が常に把握されること。

などが、中医協の責任において実行されるべきである。

- (4) 現行の薬価基準制度は、そのなかに薬価差益という要素が混入し、薬価差益問題を発生させている。

医療費の効率化のためには、これを正す措置を欠かせてはならない。

前項 で述べた薬価調査を確実に実施し、それに基づく薬価基準の改訂を厳重に行うこと。

医療機関における薬剤管理に伴うコストを明確に定義し、一定率のコストを制定することによって薬価との分離をはかること。但しこの措置は、薬価の適正化をはかるものなので、これによって薬剤費用が増大しないよう正常な投薬が行われることを前提としなければならない。

- (5) 医薬分業の実現は強く望まれるが、これは中期（又は長期）にわたる計画によってすすめられるもので、当面は指導地域を直ちに定め、その条件整備を行い、その地域から実施に着手すべきである。

- (6) 医療費の効率性をたかめるために、つぎの措置の促進をはかる。

高度の検査設備や高額医療機器の配置については、地域的にこれを共同利用できるようにし、投資の効率化をはかること。

医療機関に対する監査・指導を、中央・地方を通じて強化すること。

社会保険診療報酬支払基金の審査支払い業務を強化すること。このためつぎの法改正を含む措置を講ずる必要がある。

- (ア) 審査業務の強化をはかる前提である支払基金そのものの体制を安定させるため、少なくとも健康保険法に関する診療報酬明細書審査業務の委託を義務づけ、あわせて所要費用の納入義務を明確にする。

また他の保険者にも逐次この適用をはかっていく。

なお基本金についても、基金の現状に適応させるため、これを大幅に増額すべきである。

- (イ) 法制上職員の地位を明確にするとともに、審査会に対する職員の助言、審査にかかわる関係者への指導を強化する。

- (ウ) これに関連し、審査会が行う諸措置について、都道府県知事の承認は削除し幹事長に代えるべきである。

- (エ) 審査に関する疑義、不服について再審査機構を確立する。

- (オ) 所要とする人員増、設備整備に努め、国庫補助の導入もはかる。

医療機関に領収書（簡易なもので可）発行を義務づけるか、もしくは被保険者証に要した医療費の記入を義務づけ、また保険者による医療費通知の奨励を行い、医療費に関する関心をたかめること。

## 6. 公費負担医療について

公費負担医療は、これを広義にみれば、公費によって国民の保健サービスをはかっていく面（保健所活動が中核である）と、国民の療養に要する医療費を公費で負担（医療費保障）する面とがある。これらは、中・長期的には医療保険も含め総合化されなければならないが、当面は後者（医療費保障）について、つぎの対策が行われる必要がある。

- (1) 医療費の公費負担は、現在、全額国庫負担、全額公費負担、公費負担優先、保険負担優先という方法で分類されるが、それらはいかなる観点から分類されるのかその観点（基準）が明確でない。この現状を改め公正感を強めるため、速やかに、新たな基準を設け、医療費の公費負担をそれによって再編成することが望まれる。
- (2) 現に実施されている医療費の公費負担には、新たにつぎの項目が追加されるよう検討すべきである。

公害ならびに薬害等について、原因者が確定されていない医療。  
指定された難病に関し、未だ公費負担となっていないものの医療。

## 7. 医療供給体制について

わが国の医療保険は既に国民皆保険を達成したが、それに対して医療供給体制は現在に至るもそれに対応しているとはいえない。従って国民皆保険に対応し公正かつ適切な医療が供給される体制が早急に実現するようその整備と充実をはかるべきである。

- (1) 医療の供給体制で、今日最も急がれる問題はマンパワー（人的体制）の拡充である。この場合特に看護婦の養成・充足を重視し、ついでパラメディカル要員（理学作業療法士や 線技師その他）の養成と充足に当り、これに行政計画の重点がおかれるよう努めること。
- (2) 救急医療体制の充実整備をめざし、医療機関配置、要員確保など今日推進されている必要な措置をさらに促進すること。
- (3) がんセンター、リハビリテーション施設の整備が遅れているので、この拡充強化に努めること。
- (4) 医療機関については
  - (ア) 医療機関相互間の提携、開放型病院の開設など、医療供給の体系網の確立をはかること。
  - (イ) 特に公的医療機関については、病床規制を廃止するとともにその使命、あり方を明確にし、僻地医療、高度・不採算医療、救急医療等公的医療機関本来の使命とされる分野に主眼をおきその拡充をはかる。このため公費を投入し、独立採算制は排除すること。
- (5) 医療の機会均等のため、無医地域対策を強化し、僻地公的診療の拡充、医療情報と輸送体制の整備を積極的にすすめること。