

医療保険制度改革の提言

昭和63年2月
健康保険組合連合会

まえがき

拠出金の激増と、医療費の急増によって、健保組合財政は、いま急速に悪化しつつある。すでに、存続か解散かの岐路に立つ組合も少なくない。

健保組合の崩壊を阻止し、反転して健保組合発展の足場を築くための強力な健保連活動が、今ほど切実に求められているときはない。健保連は、かつてない重大な試練のときを迎えている。

強力での確な活動を進めていくうえにまず必要なことは、活動の目標と進路を明確にすることである。

かつてわれわれは、「医療保険に関する基本方策」（昭和52年9月）を決定し、これを指針として、その後の激動の10年、さまざまな活動を進めてきたが、この間の制度改革は、われわれの意図とは大きな隔たりのあるものであり、これが、今日の健保組合の財政危機の原因になったことはまことに残念である。しかし、われわれは健保組合制度を維持していくために、なお不倒不屈の信念をもって、難局を打開していかねばならない。

「基本方策」以来、周辺の情勢も大きく変化した。現在の諸問題に対処するためには、この10年の活動の点検と反省にもとづいて、新しい視点からの指針づくりが必要である。

ここに医療保険に関する基本方策」を全面的に見直し、今後の医療保険制度のあり方について、われわれの考え方を内外に明らかにしようとするもので

ある。

活動の経過と現状

1. 「医療保険に関する基本方策」は、当時、石油ショック後の経済の低成長への移行、国の財政状況の悪化、その中での福祉見直し論の台頭など、まさに時代の流れが変わりはじめた情勢を背景に、若しかつた医療費の急増に対する危機感を強めつつ、決定されたものである。

その中心的なテーマは、医療供給体制の整備改善と、医療費支払制度の改革であり、その断行を政府に強く求めたものである。

また、組合方式を積極的に推進すべきであるとし、制度の統合や財政調整の考え方には強く反対した。高齢化社会の進行に備え、国民全体が公平に負担する新しい財源調達方式で老人医療保健制度を創設すべきこと、退職時の保険者が管掌する退職者医療給付制度を実施すべきことを提唱した。本人家族の給付率の統一と1割程度の自己負担の導入も主張した。これにあわせて、健保組合相互間で健康管理や財政窮迫組合助成の共同事業を実施する方針を提起した。

2. 昭和56年7月、臨時行政調査会の基本答申を受けて以来、政府は、国の財政再建のための行財政改革を次々と実施した。特に社会保障関係経費の

抑制合理化に重点がおかれ、これは厚生省予算に対する概算要求マイナス・シーリングが効果的に作用した。

昭和58年2月からは老人保健制度が、昭和59年10月からは退職者医療制度が、われわれの提唱とは大きく異なる内容で発足した。

もともと、民間活力重視、増税なき財政再建が臨調行財政改革の基本理念とされながら、実際には、民間活力の象徴的存在とされる健保組合の活力を減殺する改革が次々と実施されてきたのである。

その頂点は、昭和62年1月からの老人医療拠出金の加入者按分率の不当な拡大であった。これこそ被用者保険の事業主及び被保険者に対する実質増税であり、国民健康保険との間の負担の不公平、不合理を拡大し、健保組合財政に大きなダメージを与える政策である。われわれは、その不当性を訴え、投資関係団体と協力しながら、1年半に及ぶ期間、組織をあげて反対活動を展開したが、ついに力及ばなかった。

3. 一方、医療供給体制の整備充実と医療費支払制度の改革は、この間、ほとんど手つかずのまま放置されており、状況は一層悪化したといつてよい。

出来高払制の乱用、悪用は老人医療費において特に顕著であり、営利主義の横行が日本の医療保険制度をますます歪めたものにしてきている。

昭和59年10月からの被保険者定率1割負担の実施の効果も、わずか2年の間に消え失せ、今日の医療費の上昇は、再び国民所得の伸びを大きく上回り続けている。

最近、厚生省は、ようやく医療供給サイドの改革に取り組む姿勢を示し、われわれも一応の評価はしているが、医療関係団体の強い反対の声の前

に、動きはまことに鈍く、前途の見通しは不透明である。

4. 昭和50年代に医療費増高に苦しめられた健保組合に、昭和60年代はさらに拠出金負担増という重荷が加わってきており、深刻な財政危機が到来している。

昭和62年度は、全体として恐らく史上初の経常収支赤字に転落するであろう。昭和63年度以降の赤字拡大も必至である。健保組合財政は、すでに容易ならぬ事態に突入している。不合理な拠出金負担の構造と、過剰で放漫な医療費の支払方式が変えられない限り、健保組合制度は、ひたすら崩壊の途をたどるほかはない。健保組合は、制度創設以来、最大の危機に直面しつつあるのである。

5. かえりみて「医療保険の基本方策」におけるわれわれの提唱のうち、被保険者定率1割負担は実施され、自らの手による共同事業の強化も実行に移されたが、他にみるべき成果はない。むしろ制度の大きな後退を招いている現実を冷徹に受けとめねばならない。われわれの活動が、結果的にきわめて非力であったことも素直に認め、反省する必要がある。しかしなお健保組合制度を守り、健全な発展を期することは、われわれの重要な任務であり、その責任は果たされねばならない。

すでに国保制度の改革問題をはじめとして、政府の関係審議会、懇談会においては、医療保険制度一元化問題につながる論議が始められている。

一方、今後の高齢化社会に備えて、抜本的な税制改革も具体化しようとしている。

今こそ健保組合の総力を結集し、組織をあげて医療保険制度改革の行動を強化しなければならない。

まさに健保連活動の真価が問われるときが近づきつつあるのである。

第1章 重点事項

医療保険制度改革に関するわれわれの提言のうち、特に重点事項とするものは、次のとおりである。

1. わが国の医療保険制度は、今後とも被用者保険と地域保険の二本建ての体系で運営されるべきで

あり、組合方式の一層の推進が図られるべきであること。

2. 現行の老人保健制度の財源調達方法は、きわめて不公平不合理であり、このままでは被用者保険の財政を崩壊させることは必至である。老人保健

制度は、医療保険制度から切り離し、間接税による新税制により、全国民が公平に財源を負担する仕組みに再編成されるべきであること。

これを老人保健制度改革の基本的方向としつ

つ、老人医療費拠出金の算定方法の改革をすみやかに実施すべきであること。

3. 国民健康保険の給付率改善などに関する財源調達的手段として、国民健康保険と被用者保険との間に財政調整を行うことは、絶対に容認できない

こと。

4. 医療供給体制の改善整備を図るとともに、出来高払方式を改革するなど抜本的な医療費適正化措置が講じられるべきであること。

特に、老人医療費支払方式に関し、慢性疾患については、現行出来高払制を改め、定額支払方式にすみやかに移行させるとともに、不必要な長期入院を解消するための積極的な施策が講じられるべきであること。

第2章 個別事項

第1 医療保険の体系

わが国の医療保険制度において被用者保険と地域保険では、歴史的にみて発展の過程が異なるとともに、被保険者の就労や所得の態様が著しく相違するなど社会保険としての適用条件に根本的な違いがある。わが国の医療保険制度は、今後とも被用者保険と地域保険の二本建ての体系で運営されるべきである。

1. 被用者保険

(1) 組合管掌健康保険

被用者保険の管理運営方式としては組合方式が最適である。健保組合は、すぐれた特性を生かし、医療費適正化対策や保健施設活動などにより経営の効率化をさらに推進するなど、被用者保険のリーダーとしての役割を果たしていく必要がある。

(2) 政府管掌健康保険

政管健保の運営に当たっては、経営効率化が図られるよう事務組織の改善等について検討すべきである。

2. 地域保険

国民健康保険については、経営規模を広域化（たとえば県単位の実施）するとともに、経営効率の改善措置を図るべきであること。

第2 老人保健制度改革

現行制度による財源調達は、被用者保険に著しく偏って重く、国民健康保険との間の負担の不均衡を生じている。不公平かつ不合理な費用負担方式によって被用者保険においては、拠出金の負担が過重となり、近い将来、本来の事業運営が不可能になる事態を生じることが強く憂慮される。したがって、

1. 老人保健制度は、医療保険の体系から切り離し、新たに財源調達を図る方式に再編成すべきであること。

2. 新しい財源調達の方式としては、全国民が公平に費用の負担を行う見地から、間接税による新しい税制によるべきであること。

3. 老人医療費については、慢性疾患について定額支払方式を導入するなど合理化を図るべきであること。また、適正な定率患者負担を設定すること。（*この問題については「第6 老人医療の改革」において具体的な考え方を提言。）

4. 制度の運営主体を再検討し、医療費の効率的使用、適正化が徹底できる体制を確立すること。

なお、現行制度のもとにおける国・公費負担については、拡充が図られるべきものであること。

第3 給付と費用負担

最近、低成長経済下の国民所得の伸びを上回る医療費の著しい増加が続いているが、経済の実勢から

乖離して、毎年、医療費のみが巨額の上昇を続けることは、許されるものではない。

われわれは給付と費用負担の問題を検討するにあたり、国民医療費の伸びは、国民所得の伸びの範囲内にとどめられるべきであり、これが高齢化社会における医療保険制度の維持運営の必須条件であることを強く主張する。政府は、給付と負担の公平を図るために医療保険制度の一元化を行うとしているが、その前にまず、医療費の異常な増高を抑制するため、実効ある措置を講ずべきである。

1. 給付の公平

(1) 昭和59年の健康保険法改正によって、被保険者本人についての8割給付制（当面は9割給付）が導入された。給付率8割は、医療保険のすべての制度にわたる本人・家族を通じての統一的な目標として位置づけられたものとみるべきである。

(2) 健康保険の被保険者及び被扶養者の給付率を8割に統一するにあたっては、その前提として、次の条件が満たされなければならない。

ア．医療機関の配置の不均衡の是正

現在わが国の医療保険は、自由開業医制のもとでの医療供給体制を前提として機能している。そのために、供給体制の整備が不徹底で、たとえば、地域的に医療機関の配置に不均衡がある場合には、たとえ給付率が統一されても、現実には医療の確保に不平等が生じることとなる。まず、医療機関の配置の不均衡是正を図るべきである。

イ．不当かつ法外な保険外負担の解消

不当な保険外負担については、その解消が永い間の懸案とされながら、実際には未解決のまま推移してきている。特に、入院患者に対して多様な名称の、かつ、法外な額の保険外負担が現存している。給付率の統一が行われるとすれば、その前に、現在の不当かつ法外な保険外負担の解消が図られなければならない。

行政当局においては、保険外負担の実態を十分に把握し、不当なケースには厳重な行政指導を行い、悪質な医療機関には行政処分を行うなど、すべての国民が納得できるような

措置を講ずべきである。

ウ．資格喪失後の継続給付及び任意継続被保険者制度の原則的廃止

医療保険のすべての制度を通じて、給付率が統一されるとすれば、被用者保険の被保険者でなくなった場合の特例的な措置は必要としなくなる。現金給付に関し経過的な配慮を加えつつ、この制度は廃止されるべきである。

2. 負担の公平

(1) わが国の税制には、公平・公正の観点からみて、大きなゆがみがある。特に、自営業者・農漁業者に比し、サラリーマンに対する税負担が著しく重く、不公平な実態がある。

一方、国民健康保険の運営の実態には、被用者保険に比べ、著しく効率性を欠く面がある。

これらの事情からみて、今日、被用者保険と国民健康保険の負担を公正に比較するための条件は整っていないというべきである。

両制度間における負担の公平を論ずるためには、まず、国民健康保険において次の課題の解決が図られねばならない。

ア．被保険者世帯の完全な所得捕捉による租税負担の不公正是正

イ．全市町村を通じての統一的で公平な保険料賦課基準の法制化

ウ．保険者の財政力に応じた国庫負担の公正な配分

エ．過大な保険料滞納の解消

オ．医療費適正対策の徹底

(2) 国民健康保険の給付率の改善を行う場合、その財源を被用者保険に依存することは、絶対に容認できない。

(3) 他の医療保険制度に対する国庫負担との均衡、加入者按分率拡大の際の国の公約にかんがみ、財政窮迫健保組合に対する国の予算措置は、拡充されるべきである。

3. 関連事項

(1) 被扶養者の給付率向上に伴う支出の増大、特に老人被扶養者に関する拠出金負担増高の現状からみて、給付率の8割への統一問題にあわせ

て、家族構成に応じた応益保険料負担制を導入し、被保険者相互間の負担の公平を図るよう、検討すべきである。

- (2) 附加給付のあり方については、今後の情勢の変化に即して検討することとするが、当面、自己負担額の適正な水準の設定について常に配慮すべきである。
- (3) 高額療養費支給制度は、給付率の統一が行われた場合には、支給基準等について見直しを行うべきである。
- (4) 最近、医療の分野へ民間保険（簡易保険を含む。）が進出しつつあるが、保険金受給のため故意に入院を長期化させるなど、公的保険の医療費増高の一因となるようなものは、厳に排除すべきである。
- (5) 健康保険の保険料賦課基準は、標準報酬制によるべきであるが、貸金実態の変動に即応し、標準報酬上下限の改正は、すみやかに行われるべきである。

第4 健保組合の連帯強化

1. 設立

- (1) 健保組合の設立にあたっては、既設健保組合の運営がそこなわれないよう配慮すべきである。
- (2) 同一系列の企業であって、別々に設立されている健保組合については、経営規模の拡大をめざし合併の促進を図るなど、基盤強化に努めるべきである。

2. 共同事業

健保組合をとりまく情勢がきびしさを加える中で、組合相互間の連帯と協力は、さらに強化されねばならない。現在の共同事業については、実施方法につき一層の効率化に努めつつ、健康管理事業も含め、幅ひろく事業の拡充を図っていくため、積極的な努力を積み重ねていくものとする。

第5 医療供給体制の改革

現行の医療供給体制及び医療費支払制度には大きな欠陥があり、これが検査漬け薬漬け医療を生み、

貴重な医療費財源を濫費する原因となっている。政府は、超高齢化社会に向けてのさまざまな備えの必要性を国民に訴え続けているが、医療保険制度に関しては、国民の負担増を求める前に、政府自らが、あらゆる障害を排除して医療供給体制、医療費支払制度の根本的改革を実現し、国民の信頼を得ることこそ最優先の課題というべきである。

われわれも、これに対して積極的に支援協力したい。

1. 地域医療計画及び家庭医

- (1) 都道府県における医療計画の作成をすみやかに完了すべきであり、事前の“かけこみ増床”は厳に抑制されるべきである。
- (2) プライマリーケアは、診療所を中心に行われるべきである。

また、家庭医の制度化を急ぎ、家庭医は家族全員の健康相談を担当することが出来ることとし、その費用は診療費とは別に支払う制度を導入すべきである。

（*老人登録医制導入については、「第6 老人医療の改革」に提言。）

2. 病院医療

- (1) 医科大学付属病院の診療については、他の医療機関からの紹介を原則とするほか、研究・教育の経費をのぞく診療報酬制度とすべきである。また、正しい保険医療に関する教育・研修を充実させるべきである。
- (2) 入退院に基準を設けるべきであり、老人病院については、いわゆる特例許可外も含めた老人病院の設備基準を設けるべきである。
- (3) 病院における高度医療機器の共同利用促進、病院の開放化、患者紹介システム作り等の具体化が促進されるべきである。

3. 医師・歯科医師の養成と医療の評価システム

- (1) 医師・歯科医師数は、全体的には必要数を充足しており、今後は、その適正配置を促進するとともに養成数の削減を行い、供給過剰により生ずる弊害を未然に防ぐべきである。同時に、人間味あるよき医師・歯科医師の養成と、生涯教育の確保を図るべきである。

(2) 医療についての評価システムを設定すべきである。また、患者自身が自分の受けた診療上の疑念を気軽に持ち込めるチェック機関を作るべきである。

(3) 保険医登録前の保険医療に関する十分な研修・教育を義務づけるとともに、一定期間毎の登録更新制を導入し、更新の際に、資質の向上を図る措置を講ずべきである。

4. 診療報酬

(1) 病院と診療所のそれぞれの機能・特色に対応した診療報酬の算定方法を定めるべきである。

(2) 診療報酬点数の包括化を推進すべきである。

(3) 入院時の給食材料費は、医療上特に必要な場合を除き、患者負担とすべきである。

(4) 医薬分業促進のための施策を悪用する、いわゆる第二薬局の開設を禁止する措置を講ずべきである。

5. 医療費適正化対策

(1) 医療費に著しい地域格差を生じている原因を徹底的に解明し、その解消のための積極的な施策が講じられるべきである。

(2) 社会保険診療報酬支払基金における審査強化に関し、次のとおり改善を図るべきである。

ア．審査委員会は、すべて公益を代表する立場にある委員による構成とすべきである。

イ．本部における再々審査の機能を法制化すべきである。

ウ．老人医療費の審査については、一般医療費とは分離して、専門審査を行う体制に改めるべきである。

エ．診療報酬の請求、決定及び支払について、機械処理システムを導入すべきである。

オ．調剤報酬請求明細書に対する実質的な審査を行うため、具体的な措置を講ずべきである。

(3) 不正・不当な診療報酬の請求及び保険外負担等に関する調査権を保険者に付与すべきである。

(4) 医療機関に、受診者への領収明細書の発行を義務づけるべきである。

(5) 市町村に、老人保健制度における保健事業の

実施の徹底と、老人診療報酬のレセプト点検の毎月励行、点検内容の充実を図らせるべきである。

なお、老人診療報酬に関する過誤請求は、健保組合から直接行うことができるよう改めるべきである。

第6 老人医療の改革

1. 支払方式の改善

(1) 包括的定額払の導入

老人の疾患は、長期化、慢性化しやすく、身心の機能回復、生活指導に重点をおいた医療を必要とするものが多い特性があり、診療報酬の現行出来高払をそのまま適用することは適正でない。

急性期を過ぎ、おおむね疾患が慢性化するとみられる時期に着目して、定額払に移行することが適切である。

具体的には、入院、入院外の診療ともたとえば3カ月経過後において、原則としてすべての医療行為を包括した定額（入院、入院外、各診療科別）支払方式に移行すべきである。入院は、さらに一定期間経過毎に逦減するものとすべきである。

定額支払でない期間においても、老人の診療報酬は、できる限り包括化（マルメ）を図ることとすべきである。

なお、手術施行の場合など、医療に要する費用が定額をこえることがやむを得ないと認められる場合は、例外として別に定める基準によるものとする。

(2) 老人医療の指針の設定

前記(1)の支払方式導入のため、老人保健制度の医療については、現行の診療報酬体系から切離し、別建ての老人医療に関する指針（入退院の基準を含む。）を設定し、これに基づく医療に対する診療報酬表を設けるべきである。

2. 関連事項

(1) 不必要な長期入院の是正等

ア．老人医療の指針において設定された入退院基準は厳守させるものとし、これに従わない場合には、当該入院医療費の支払を行わないこととすべきである。

イ．病院の要請によっても退院に応じない患者に対しては、保険者も、退院後の処遇、介護の援助等について調整斡旋の協力を行うものとする。健保組合に関しては、都道府県連合会毎に、行政機関や関係団体等との総合的な連絡調整を図るものとする。

ウ．定額支払方式導入によって、老人医療がかりにも粗診粗療に陥ることのないよう、十分監視を行う体制を整えるべきである。

(2) 適正な自己負担制

病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム及び在宅介護相互間において、それぞれの機能、目的にそった老人の移動が円滑となるよう、整合性のある適正な自己負担制を設定すべきである。

特に病院に関しては、定率負担制の導入等によって、老人保健施設における負担の均衡を図るとともに、不当な保険外負担は厳に排除されなければならない。

(3) 老人登録医制

老人は、保険者が老人登録医として指定した医療機関に、自主的に登録することができるようにすべきである。

老人登録医は、随時、登録した老人に対し、日常の健康管理・指導等を行うものとする。

保険者は、老人登録医に対し、登録人員数に応じて所要の費用を支払うものとする（登録した老人は、費用負担を要しないものとする）。

(4) 老人保健施設等

ア．老人保健施設の適正な設備・運営の基準及び老人保健施設療養費の支給基準、入退所基準を確立し、老人保健施設が、老人病床の増設又は特別養護老人ホームの機能代替にひとしい運営実態を生じることのないよう、慎重に対処しなければならない。なお、極力、既存病床の転用が図られるべきである。

イ．当面、新設される老人保健施設の入所者は、入院患者からの移行を中心にすべきである。

ウ．年金制度の福祉施設としての老人保健施設の設置運営について、政府自らが積極的に努力すべきである。

エ．保健施設又は福祉施設として、老人ホーム等の整備を図るとともに、特別養護老人ホーム

の一層の拡充を図るべきである。

(5) 在宅介護

在宅介護（ケア）については、政府は、訪問看護、介護のための施策を地方自治体や民間において積極的に実施できるよう、財政面、システムづくりの面において積極的な対策を講ずべきである。

(6) 指導及び監査

老人保健制度の医療の実施状況に関する医療機関に対する指導及び監査については、現在十分その効果をあげていないと考えられる。行政庁は、強力な指導及び監査を実施し、不正不当な医療を排除すべきである。

第7 健康管理対策

健保組合にとって、医療費適正化の努力にあわせて、疾病の予防、健康増進を図るための健康管理対策の重要性は、今日、益々高まっている。健保組合毎の個別対策の充実、健保連の健康開発共同事業の推進を図り、健保組合に対する被保険者及び事業主の信頼と評価をさらに高めていくよう努力する必要がある。

1. 職域

職域における健康管理事業は、労働安全衛生法にもとづき企業等が行う事業と調整を図りつつ、保険者として積極的に取り組むべきである。

2. 家庭

家庭を対象にした健康管理事業は、主婦を中心に健康管理、特に食生活指導を積極的に実施すべきである。また、地域における健康診査事業とも協調して、多くの主婦に受診機会を与えるべきである。さらに、幼児期からの歯科保健を推進すべきである。

3. 身体 of 健康

人生の各段階に応じ、地域や職域において健康教育、健康診査、生活指導及び体力づくりを積極的に、効果的に推進すべきである。

4. 心の健康

職域、地域、また家庭において的確なストレス対策を積極的に推進すべきである。