

【1987年10月】老人医療費支払方式改革についての提言

健康保険組合連合会

老人医療費支払方式改革についての提言

昭和62年10月

健康保険組合連合会

老人医療費支払方式改革について

.....われわれの提言

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切でない。

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逡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もうけるべきである。

関連する諸問題についての考え方

1. 不必要な長期入院の是正等

(1) 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なわないこととすべきである。

- (2) 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なうものとする。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。
- (3) 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、十分監視を行な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と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. 老人登録医制について

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、登存した老人に対し、日常の健康管理、指導等を行なうものとする。

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. 老人保健施設等のあり方について

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 老人保健施設の設置運営については、医療保険の保険者の保健施設としての参入の方途をひらくほか、年金制度の福祉施設としての設置運営について政府自らが積極的に努力を行なうべきである。
- (4) 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. 在宅介護について

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。さらに、医療保険の保健施設として、保険者が自ら実施し、また費用の補助ができることとすべきである。

6. 指導及び監査について

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。

老人医療費支払方式の改革がなぜ必要か

.....その理由と目的

1. 出来高払制の欠陥是正

- ・わが国の現行出来高払方式による診療報酬制度では、医師の技術、診療効果など医療の質はあまり評価されず、検査・投薬など医療行為の量が重視されるため、傷病の早期治癒という医療本来の目的を逸脱し、利潤追求のための不必要な医療行為が誘発されている。

具体的には、次のような問題を生じている。

- (1) 毎時間に多数の患者を診療することが、医療機関の収入増につながる。
- (2) 薬価の差益に着目して、医薬品を多量に投与し、特に差益の多い高価な医薬品を使用する。
- (3) 必要限度をこえて頻繁に検査が行なわれる。(検査の外部委託の場合は、差益の増収が図られている。)
- (4) 病名を多数列挙し、診療行為を加重する。
- (5) 短期に治癒させる名医よりも、反復診療を重ね日数をかける医師の方が、診療報酬が多くなる。

- ・出来高払制の乱用は、老人医療において特に顕著であり、老人の心身の特性を無視し、余り効果が期待できず、いたずらに不安と苦痛を強いるような濃厚、過剰な診療行為が多発している。

また、不必要な長期入院の慢性的拡大がある。

- ・いわゆる社会的入院には、社会福祉政策の貧弱さや個人的事情から来る問題もあろうが、現行出来高払制からくる医療機関の経営姿勢との関係が特に著しい。

今、地域医療計画策定前のかけこみ増床が、全国的な拡がりをみせているが、これは、わが国の医療機関経営者の姿勢が、営利主義によって歪められたものになってしまっている実態を露呈するものである。

- ・支払方式のあり方が、医師の診療のビヘイビアを変えるということは、つとに指摘されているところである。良質で効率的な老人医療を確保するためにも、現行出来高払制を根本的に改め、定額払方式を導入する必要がある。

- ・定額支払方式の導入によって、出来高払方式の欠陥は大幅に是正されよう。

各医療機関がそれぞれ最も効率的な方法で疾病の治癒をめざすこととなり、濃厚・過剰診療によるムダを確実に抑制することが期待できる。ただ、逆に、悪質な医療機関では、収益のために医療行為の“手抜き”をし、粗診粗療になるという反対評価もあるので、これについては、厳格な監視体制を整えることが必要である。

2. 医療費増高に歯止め

- ・老人医療費は、もともと1人当たり金額で老人以外の医療費の約6倍という高額であるうえに、昭和61年度は、総額で被用者保険の医療費の伸び(5%強)を上回る9%という高率の伸びを示している。

- ・このように老人医療費が著しく高額で、しかも高率な伸びをしめす原因の中には、現行出来高払制を乱用した濃厚・過剰診療がかなりあるものと、われわれは考える。

国際的にみても、多過ぎる病床数、異常に長い入院日数などに象徴される長期入院、そこで行なわれる過剰な医療行為がこれを証明する。

- ・一方、わが国の産業・経済は、円高不況、構造不況のもとで低迷を脱し得ず、健保組合の平均標準報酬も3%程度の低い伸びにとどまっている。保険料負担の増大には、労使共に耐え難い状況にある。

貴重な保険料財源を、利潤追求のため無駄に消費される医療費や拠出金にこれ以上あてることは、絶対に許せない。

そのためにも、現行の出来高払制を改め、医療費の増高に歯止めをかけることが必要である。

3. 保険財政の崩壊阻止

- ・健保組合全体の財政運営は、いま大きく暗転しようとしている。

昭和61年度の経常収支は、2,408億円の黒字であったが、昭和62年度予算の経常収支は、1,460億円の赤字が見込まれており、4,000億円近い落差を生じている。

- ・昭和63年度以降、老人医療費の増高、拠出金の負担増によって財政収支の悪化には拍車がかかり、経常収支の赤字は増大するばかりの見通しである。

昭和61年度までの収支の傾向を基礎に試算すると、昭和63年度に2,100億円の経常収支赤字を生じ、以後、毎年度大幅な赤字増加が続くことが予想される。

保険料率に換算すると、昭和63年度の赤字見込額は1,000分の4.5に相当し、以後の各年度の赤字増加見込額は、それぞれ1,000分の2以上に相当する。(昭和63年度以降5年間の累計は1,000分の14となる。)

こういう保険料負担の増大には、とうてい耐えられるものではない。

あと数年のうちに、全体として財政崩壊の事態に直面するのである。

- ・今日、すでに財政が窮迫の度を加えている健保組合は、本年度からも、拠出金や診療報酬の支払遅滞を生じる恐れがある。

年を追って、こういう健保組合の数は増大し、支払遅滞の金額が巨大化していくことは避けられない。このことは、ひいては医療機関の経営に影響を与える恐れもある。

こういう事態は、政管健保、共済組合、船員保険にとっても共通するものと考えられる。

被用者保険全体の運営の行き詰まりは、目睫の間に追っている。

保険財政の崩壊を阻止するためにも、老人医療費支払方式の改革が早急に行なわれなければならないのである。

参考資料

第1表 制度別保険医療費の伸び率（対前年同期比）（単位：％）

	医療保険 計	被用者保険		国保	老人保健
		本人	家族		
60年度医療費	6.6	3.0	6.0	9.6	12.3
61年度医療費	7.4	5.4	5.7	3.6	9.0
1人当医療費	6.8	4.4	5.4	8.7	4.7

第2表 国民医療費の動向

	昭和59年度 （実績）	昭和60年度 （実績見込）	昭和61年度 （見込）	昭和62年度 （推計）
	億円	億円	億円	億円
国民医療費 （対前年度伸び率）	150,932 （3.8%）	160,100 （6.1%）	170,700 （6.6%）	180,100 （5.5%）
	兆円	兆円	兆円	兆円
国内総生産 （対前年度伸び率）	300.0 （6.7%）	320.8 （5.9%）	335.0 （4.4%）	350.4 （4.6%）
国民医療費の割合	5.0%	5.0%	5.1%	5.1%
	兆円	兆円	兆円	兆円
国民所得 （対前年度伸び率）	239.7 （5.1%）	254.5 （6.1%）	264.6 （4.0%）	275.6 （4.2%）
国民医療費の割合	6.3%	6.3%	6.5%	6.5%

第3表 老人と老人以外の比較

		(計)		(入院)		(入院外)		(歯科)	
		59年度	60年度	59年度	60年度	59年度	60年度	59年度	60年度
一人当たり診療費	老人(A)	442,900	478,000	252,100	276,100	179,300	189,200	11,400	12,700
	老人以外(B)	33,100	86,400	29,400	31,600	40,800	41,500	12,900	13,300
	比率(A/B)	5.3	5.5	8.6	8.7	4.4	4.6	0.9	1.0
受診率(件/100人)	老人(A)	1,318	1,341	88	91	1,150	1,169	80	81
	老人以外(B)	605	597	13	13	482	476	109	108
	比率(A/B)	2.2	2.2	6.8	7.0	2.4	2.5	0.7	0.8
一件当たり日数(日)	老人(A)	5.0	5.0	23.7	23.6	3.7	3.7	3.2	3.2
	老人以外(B)	2.8	2.8	16.8	16.8	2.5	2.4	2.8	2.8
	比率(A/B)	1.8	1.8	1.4	1.4	1.5	1.5	1.1	1.1
一日当たり診療費(円)	老人(A)	6,668	7,138	12,105	12,803	4,164	4,423	4,519	4,843
	老人以外(B)	4,939	5,279	13,341	14,204	3,514	3,732	4,423	4,438
	比率(A/B)	1.4	1.4	0.9	0.9	1.2	1.2	1.0	1.1

(注) 老人以外とは、老人医療対象者以外の者。

第4表 病床数、病床利用率、平均在院日数の国際比較

	年次	人口1万対病床数	病床利用率%	平均在院日数
日本	1985	89.3	83.7	39.4
アメリカ	1979	47.5	73.9	7.9
フランス	1977	82.6	79.2	13.6
西ドイツ	1980	69.2	83.6	14.9
イングランド・ウェールズ	1972	38.2	79.0	13.1

資料：昭和60年医療施設調査・病院報告

World health Statistics Annual 1980, 1983

(注) 精神、結核等を除く一般病床についての数である。

第5表 疾病別平均在院日数の国際比較 1982年(単位:日)

	新生物	循環系	事故及び損傷
日本	53.1	82.2	38.1
ニュージーランド	13.1	31.5	9.8
スペイン	15.1	14.8	11.1
スイス	17.9	21.1	13.1
アメリカ	9.9	9.4	7.4

資料: OECD; Measuring Health Care

第6表 年齢階級別1件当たり点数(医科分) (社会医療調査)

年齢区分	昭和59年	昭和60年
	1件当たり点数	1件当たり点数
(一般医療)総数	1,610.2	1,618.5
0~4	763.6	734.5
5~9	661.9	674.4
10~14	767.2	782.4
15~19	1,104.0	1,108.9
20~24	1,330.9	1,280.0
25~29	1,380.3	1,377.9
30~34	1,422.4	1,484.5
35~39	1,597.7	1,472.8
40~44	1,652.4	1,553.4
45~49	1,725.1	1,684.4
50~54	1,846.1	1,759.9
55~59	2,042.0	1,864.7
60~64	1,910.5	1,993.3
65~69	2,205.4	2,298.3
(老人医療)総数	3,418.0	3,722.3
65~69	4,157.8	4,718.6
70~74	2,941.7	3,067.5
75~79	3,304.3	3,703.0
80~84	4,004.7	4,358.2
85~89	4,775.2	5,006.2
90歳以上	4,244.7	5,259.6
不詳	4,160.1	4,608.7

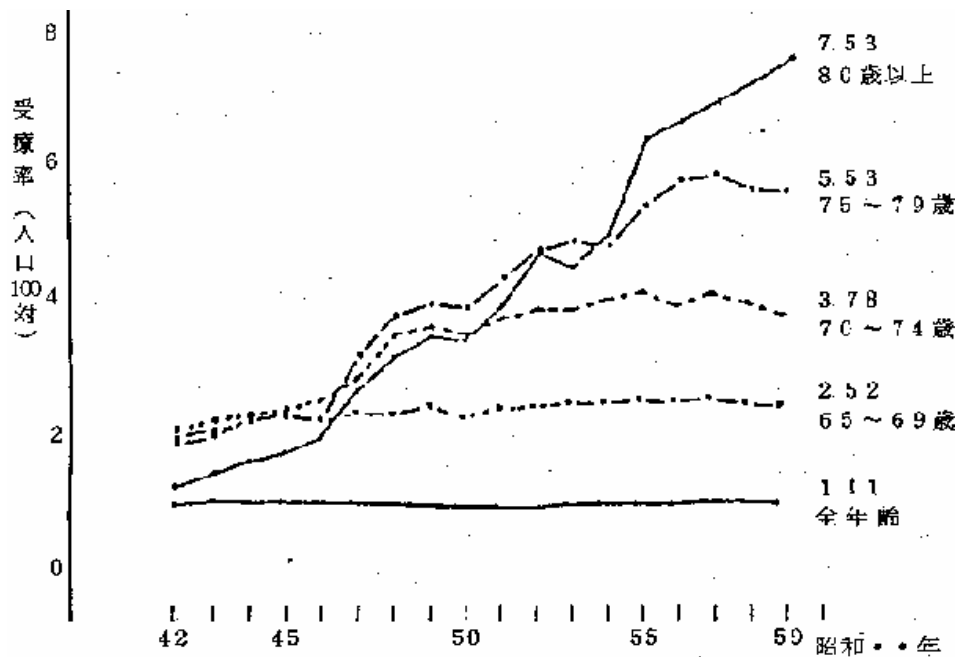
注: 1) 入院・入院外レセプト総数についての1件当たり点数である。

第7表 65歳以上の退院患者の平均在院日数

昭和59年9月

		平均在院日数(日)
全病院	65歳以上	87.1
	65~69	68.0
	70~74	78.7
	75~79	90.0
	80~84	106.3
	85歳以上	136.3
	(再掲)70歳以上	93.6
老人病院(再掲)	65歳以上	228.8
	70歳以上	239.6

第8表 入院受療率の年次推移(人口100対)



資料) 厚生省統計情報部「患者調査」

第9表 都道府県別1人当たり老人医療費の状況

	昭和59年度		昭和60年度		対前年度比	
	順位	実額(円)	順位	実額(円)	順位	実数(%)
全国計		461,448		498,637		8.1
北海道	1	684,072	1	745,152	1	48.9
青森	19	462,410	19	498,863	31	7.9
岩手	15	486,182	15	514,190	47	5.8
宮城	31	396,138	33	421,284	43	6.3
秋田	22	444,520	21	485,008	11	9.1
山形	45	340,589	46	366,681	34	7.7
福島	28	416,464	28	452,577	16	8.7
茨城	46	338,672	44	372,624	4	10.0
栃木	42	351,845	43	375,054	42	6.6
群馬	34	377,505	34	410,953	15	8.9
埼玉	29	405,008	29	443,194	6	9.4
千葉	43	349,705	42	379,963	17	8.7
東京	17	76,502	17	510,281	38	7.1
神奈川	25	429,565	26	459,554	41	7.0
新潟	37	371,007	37	401,767	21	8.3
富山	10	506,597	10	548,311	22	8.2
石川	13	498,167	12	540,808	20	8.6
福井	30	398,993	30	431,504	26	8.1
山梨	39	358,855	41	381,187	45	6.2
長野	44	347,617	45	368,021	46	5.9
岐阜	35	373,560	35	407,001	13	9.0
静岡	47	327,727	47	358,367	8	9.3
愛知	12	498,437	13	539,273	23	8.2
三重	32	393,732	31	427,442	19	8.6
滋賀	40	358,645	40	392,114	10	9.3
京都	6	549,479	65	96,654	18	8.6
大阪	2	629,907	2	679,820	30	7.9
兵庫	24	435,575	24	471,072	25	8.1
奈良	27	422,182	27	456,315	29	8.1
和歌山	33	384,386	32	424,182	3	10.4
鳥取	38	367,534	36	403,407	5	9.8
島根	36	371,404	39	400,228	33	7.8
岡山	21	446,131	23	482,572	24	8.2
広島	14	494,004	14	534,195	27	8.1
山口	9	506,713	8	552,851	12	9.1
徳島	11	505,351	9	552,728	7	9.4
香川	20	459,476	20	496,658	28	8.1
愛媛	16	477,682	16	511,208	40	7.0
高知	3	629,750	3	676,461	36	7.4
福岡	4	588,825	4	625,952	44	6.3
佐賀	8	509,566	11	545,598	39	7.1
長崎	5	553,330	5	596,687	32	7.8
熊本	7	543,648	7	584,067	35	7.4
大分	18	468,419	18	502,504	37	7.3
宮崎	23	437,312	22	483,928	2	10.7
鹿児島	26	423,561	25	463,137	9	9.3
沖縄	41	352,072	38	401,040	11	3.9

注1) 昭和60年度老人医療事業年報(厚生省)による。

2) 老人医療費に大きな地域差があり、第1位の北海道は、第47位の静岡県の2倍をこえている。

第 10 表 健保組合経常収支の見通し

(単位：億円)

年度	63	64	65	66	67	68		73
(歳入)								
保険料収入	35,936	37,517	39,205	40,970	42,813	44,740		58,263
その他収入	1,012	1,013	1,014	1,015	1,016	1,017		1,022
計(A)	36,948	38,530	40,219	41,985	43,829	45,757		59,285
(歳出)								
法定給付費	22,945	24,222	25,573	27,001	28,510	30,107		39,578
拠出金	10,587	11,548	12,755	14,010	15,418	16,990		28,578
(内老人保健分)	(8,694)	(9,571)	(10,690)	(11,852)	(13,163)	(14,636)		(25,647)
その他支出	5,520	5,851	6,202	6,574	6,969	7,387		9,885
計(B)	39,052	41,621	44,530	47,585	50,897	54,484		78,041
差引赤字額 (A - B)	2,104	3,091	4,311	5,600	7,068	8,727		18,756
赤字増加額	2,104	987	1,220	1,289	1,468	1,659		
上記の保険料 率換算 (%)	4.5	2.0	2.4	2.4	2.6	2.9		
保険料収入に 対する拠出金 の割合(%)	29.5	30.7	32.5	34.2	35.9	37.9		51.0

(積算基礎)

1. 老人保健加入者按分率 90% 老人加入者数等は厚生省推計値に準拠。
2. 対前年増加率見込

被保険者教.....2%	一人当り法定給付費.....4%
平均標準報酬.....2.5%	一人当り老人医療費.....6%
3. 退職者医療拠出率見込 4%