

【1988年3月】医療保険制度の統合一本化について

日本医師会医療政策会議

昭和62年度

日本医師会医療政策会議答申
医療保険制度の統合一本化について

昭和63年3月

日本医師会医療政策会議

日本医師会長

羽田 春兔 殿

62年度医療政策会議答申

「医療保険制度の統合一本化について」

本会議は昭和59年10月発足にあたり羽田会長より「医療保険の統合一本化」について諮問を受け、常に「国民にとって一番よい医療制度はいかにあるべきか」を前提において鋭意検討を重ねてきました。ここに答申をとりまとめましたので提出いたします。

昭和63年3月

医療政策会議

はじめに

本医療政策会議が田口59年10月に発足したが、発足と同時に羽田会長より「国民にとって一番よい医療制度はいかにあるべきか」を念頭においた「医療保険統合一本化」の支柱となるべき理論を構築するよう要請された。この要請に応えることを第一課題として本会議は直ちにその検討に入った。

検討を進めるにあたって本会議は統合一本化の問題を、昭和59年8月10日に日本医師会と自由民主党との間で取り交わされた覚書の一環として基本的に位置づけた。覚書は次の七項目を掲げている。

5年後における医療保険制度の統合一本化

医学の進歩・医療の向上と医療保険制度の整合

プロフェッショナル・フリーダムの尊重と医療の公共性の確認

医療保険における技術料の適正な評価

労務管理と社会保障の分社

民間医療機関の経営の安定

大学の医学研究への十分な公的補助

このうち ～ は、いずれも統合一本化の大前提ないしは統合一本化と密接不可分の関係にある問題である。これらの問題が有機的に統一されて、はじめて真の医療福祉が達成されることになる。したがって「統合一本化」の検討にあたっては以下の項目をたえず視野の中に収めておくことが必要となる。

つぎに医療保険統合一本化の問題は、今後の医療保障ひいては国民医療のあり方そのものにかかわる問題である。そこで本会議は性急な議論や結論の導出はむしろ避けるべきであるという委員共通の理解と合意の下に、必要に応じて歴史的な経緯や福祉の原点に立ち返りつつ、あるいは国際的比較を行いつつ検討を進めてきた。

もとより真の統合一本化論を完成するためには、現行医療保険制度の功罪、行政当局による財政調整論の当否、武見会長時代に提起された日本医師会による統合一本化論の役割、今後の情報化社会における医療保険制度の位置づけ、諸外国における医療保険制度との対比などの諸問題を、あるいは医療福祉と保険や社会保障との関係などの基礎理論を、多角的かつ包括的に検討しなければならない。

本会議は長期的視野に立って医療保険制度改革の基本的方向を見定めつつ、この答申においては世論の合意と制度の円滑な移行（実現可能性）に配慮し、段階的な統合一本化を提案することにした。

その構成は次のとおりである。まず統合一本化の理念を論じる。ついで現行の医療保険制度がどのような欠陥を有しているかを明らかにし、理念実現のために統合一本化がなぜ必要となるかについて説明する。さらに政府の進める医療費抑制策の内容と帰結を分析し、そのような施策に対して本会議からの重大な疑問を呈したい。これらの考察を踏まえて統合一本化の基本内容をまとめ、統合一本化への道筋を「三本建ての基本構想」として提示する。

この答申のとりまとめは、医療保険制度統合一本化への第 - 歩である。その実現に向けて自由民主党および政府は万全の取り組み体制をしき最大限の努力をすべきである。また言うまでもないことであるが、統合一本化の実現は国民一人ひとりの熱意にまつところがきわめて大きい。統合一本化の実現に向けて自由民主党はじめ各政党・行政機関・各保険者・経営者団体・労働組合・マスコミの深い理解と協力を心より切望する次第である。

I 医療保険統合一本化の理念

1.1 医療保険統合一本化の理念

(1) 日本医師会は、昭和 43 年に「医療保険制度の抜本改正に関する意見」を公にして以来、わが国における国民生活の向上と医療の発展のために医療保険が統合一本化されるべきことを一貫して主張し続けてきた。近年にいたり、ようやく分立した医療保険制度の問題点が広く認識され、日本医師会の主張が実現される機運が熟してきたが、国家財政が逼迫しているなかでは医療保険改革の動きは、ややもすると小手先の技術的な改変に終始してしまう危険性が大きい。

(2) 日本医師会が提起してきた統合一本化は、単なる保険技術上の主張ではない。以下では日本医師会が普遍的な理念体系として一貫して保持し続けている主張を現在の環境に即して原則的かつ具体的に明らかにする。その理念としてとりわけ重要なのは次の 4 点である。

公平と平等

社会的連帯

医療の発展

プロフェッショナル・フリーダムの確保

特に で挙げた「公平と平等」は、一本化にとって中核的な位置をしめる理念にほかならないことを最初に強調しておきたいが、ここではまずこれら 4 点について現状にあわせた理解が可能ないように説明を加える。

1.2 公平と平等

(1) 国民は、社会保険による医療の費用負担について公平性を要求してしかるべきである。しかし現行制度のもとでは残念ながら各人が公平に扱われているとはいえない。なぜなら各保険集団における被保険者の平均所得や、所属組織ないし居住地自治体の経済力、および年齢構成、有病率、あるいは受療に要した費用などにみられる差によって、保険料率に大きな格差が生じているからである。

(2) わが国の医療保険制度は負担と給付を切り離して考える社会保険制度の本来の趣旨に反して、個人が自らの利害得失を考えることを助長する仕組みになっている。「損得」で保険制度のあり方を考えることは私的保険制度の原理であって、公平と平等を理念とすべき公的保険制度の趣旨に合致しない。

社会保険制度に私的保険の原理が入り込み、その制度が不明瞭になっているのは、納められた保険料の資金の流れが複雑すぎて人々を混乱させている点からも生じている。統合一本化の目的の一つは、このような保険料の資金の流れを公平でかつ誰にも分かりやすいものにする点にある。

(3) また現行保険制度は給付の平等性という観点からも問題を絶えている。人びとは健康な時より病気の時に経済的不安を持つのであり、患者負担は可能な限り少ないことが望ましい。ところが政府は、医療費の保険給付について一律 2 割の患者負担を強いることを企図している。これは、わが国が医療の充実によって国民福祉の向上をめざして

きた流れに逆行するものである。患者負担率が低下することによって国民の医療へのアクセスが容易になったことが、国民の生活不安の除去にどれほど貢献したかという点を十分に認識しなければならない。さらに付加給付による実質的な給付の不平等も存在する。

1.3 社会的連帯

- (1) 上記の公平と平等を達成するためには、社会の構成員が病気や障害などの事態に備えて相互に扶助しあうという社会的連帯感を持つことが不可欠である。ところが現行の保険制度は、人びとの連帯感を基礎とするどころか、かえってその連帯感を損なうように機能している。とくに高齢化社会にいたり「世代間の連帯」がますます必要となっているにもかかわらず、親子や夫婦などでしばしば異なる保険集団に所属することがあり、制度の分立が相互の連帯を阻害しているのである。
- (2) このような観点から統合一本化は、資金の流れを明確にし、国民がどのように医療費を負担しているかを具体的に理解できるようにし、社会的連帯を強めるような方向で制度の確立を図ることを目標としなければならない。

1.4 医療の発展

健康保険制度は、最高水準の医療を可能な限りすべての国民に提供できるようにすべきであるが、それとともに将来における医療の進歩・発展の可能性を最大限に取り込むものでなければならない。しかしながら現状は財政事情などの経済的制約によってむしろ医療の発展を阻害する方向に働いている。特に憂慮すべきは老人医療に関する分野である。老人医療については、医療と生活を含めた包括的な体制を確立することが急務であるが、そのさい今後における医療の進歩・発展の可能性に配慮を加える必要がある。たとえ生活部分に要する費用が上昇していくことへの対応は不可欠であるとしても、同時に、将来における医療の発展が老人福祉の向上に資することへの配慮も怠ってはならない。

1.5 プロフェッショナル・フリーダムの確保

医療においては、医師の専門性という観点と、プロフェッションとしての医師の特性すなわち診療の多様性・即時性・緊急性という観点から、医師のプロフェッショナル・フリーダムを確保する必要性がいずれの国においても認識されてきた。いかなる支払機構が医療をサポートする場合においても、これを確保することが絶対不可欠の要件である。上に述べた多様性・緊急性などの性格はしばしば保険制度と矛盾し、プロフェッショナル・フリーダムが保険制度によって侵される面を持っているので、これを阻害しないような配慮が必要である。

財政至上主義から派生しがちな医療内容の画一性は医療の多様性に背馳するものである。医療の多様性はプロフェッショナル・フリーダムの根幹として尊重されなければならない。

現行制度の欠陥と統合一本化の必要性

ここでは 1.1 で示した理念を実現するために、現行制度がどのような点で阻害要因となっているかを述べることにする。医療保険制度の分立が前記の理念を実現する上で阻害要因になっていることは、日本医師会が長年明らかにしてきたところであるが、ここでは明らかにするような近年における環境変化と医療保険制度の変容をふまえてより具体的に述べてみよう。

保険制度が分立しているために生じている問題点は、大別して次の 3 点にまとめることができる。(1) 医療の発展の阻害、(2) 給付の不平等と負担の不公平、(3) 制度分立による不透明さと煩雑さ、である。以下それぞれについて説明する。

2.1 医療の発展がなぜ阻害されているか

(1) まず第一に、各種医療保険制度間で被保険者の所得・扶養者数・年齢構成などが異なるために保険収支に違いが生じているが、この格差が医療の発展を阻害している。保険財政収支のことを財政力というが、財政力の豊かな制度に加入している場合とくらべて、財政の弱い制度に加入している場合には、例えば被保険者の受診が抑制されるなどで、十分な医療が受けられないのが現実である。このことにより人びとは必要以上に、給付の絶対水準よりも格差に注目することになる。このために医療の発展に必要な資金負担についての社会的合意が形成されにくい。

医療給付のあり方は、医療の発展をふまえて国民の合意に基づいて負担の公平との関連で定められるべきであるが、それは各種の格差が是正された上でこそ適正に決定されるのである。

(2) 第二に、で示すように近年は医療費に関する国庫負担の抑制が医療保険全体の厳しいコントロールにつながっているが、このコントロールが結果として何を阻害してしまっているのかを正しく認識する必要がある。

近年における医療費の伸びは老人入院費用の伸びを中心にしたものであるといつてもよいが、この相当部分が生活の世話的な部分に割かれている。このことは近年の家族介護機能の減退などによってもたらされており、今後も老人の入院および関連費用は必然的に伸びざるを得ないであろう。これが医療費増加の重要な要因になっているにもかかわらず、老人医療費の伸びがあたかもすべてキユーア部分の伸びであるかのごとき精解がある。このため医療費抑制策は結果として、キユーア関連費用の抑制につながり、適切な医療の発展に対する阻害要因となっていることに注目すべきである。

2.2 公平と平等がなぜ実現できないのか

現行制度で公平と平等の実現が図れないことは、これまで繰り返し指摘されてきたとこ

るである。ここでは詳しく述べることはしないが、要点をまとめると次の3点になろう。

- (1) 第一に、制度分立のなかで制度間の財政力格差が温存されている点である。分立を前提としたままで負担の公平を達成することは最終的には不可能であろう。
- (2) 第二に、かりに財政調整の方策がとられても分立体制のもとでは損得勘定のみに基づく議論が助長されるという根本的な欠陥は是正されない。社会保険医療の本来の姿は、世代と世代の助けあい、地域と地域の助けあいを実現すべきものである。ところが制度分立のままでは、財政調整が精密になればなるほどかえって利己的な利害の対立のみを助長することになり、相互扶助の理念は生きないのである。ちなみに成長産業と衰退産業が被保険者間の相互扶助を図れないような社会保険制度は、決してその名にふさわしい制度とはいえない。
- (3) 第三に、分立体制のもとでは、大企業の組合にみられるように保険料負担が少なくても黒字となって財政力に余裕のあるグループがあり、しかもそのようなグループほど、より多くの付加給付があること、豪華な保養所などを有していること、また被用者グループは非被用者グループにない傷病手当金制度を持つことなど、給付内容に格差がある。給付内容に格差があるところでは負担の公平を期しがたいだけでなく、社会保険制度というに値しないであろう。

2.3 制度分立の不透明さと煩雑さ

- (1) 歴史的な経緯はともかく、現代社会においては国民はすべて均しく平等に医療を享受する権利を有しており、この権利感覚は大部分の人びとにすでに定着している。したがって就業形態などによって加入する制度が異なったり、その給付や負担の態様が異なったりするのは国民感覚にそぐわない。しかもそのグループ分けが旧態依然たる歴史的遺制の所産であるというのはまったく納得しがたい。
- (2) とくに給付や負担という金銭的な問題における不透明さが大きな問題である。現在、被用者と非被用者とで所得の捕捉方式が異なり負担の公平を妨げているが、将来的には、社会保険料の徴収は税制と切り離れた独自の公平な負担のあり方を考えることも可能であり、行政当局の真剣な取り組みこそが緊急の課題なのである。
- (3) また保険医療機関にとっても 制度が分立しているがゆえに、診療報酬の請求にあたって多くの無駄な労力が割かれていることも指摘しておきたい。

2.4 まとめ

以上指摘したように、制度の分立は従来からさまざまな矛盾を抱えているだけでなく、近年の環境変化によってますます複雑さを増してきている。しかも長年にわたって制度が分立してきたために、本来は医療の発展と国民の福祉向上に資するはずの制度一本化に抵抗する動きさえ生じている。いまこそ積年の弊害を改めるべきである。

統一本化をめぐる環境の変化

上述の理念を受けた制度改革を導くにあたり、医療をめぐる環境の変化を確認しておきたい。とりわけ医療保険制度の変容をふまえて制度改革の基本的方向を考える必要がある（図1～3参照）。

3.1 医療費抑制策への疑問

- (1) わが国の家計は、勤労と社会の資本蓄積の結果、皆保険体制達成当時と比較すると相当に高い平均所得水準を実現するにいたった。それに伴い健康や医療に対するニーズの性質は大きく変貌を遂げている。具体的には、感染症から成人病への疾病構造の変化や人びとの健康知識の向上、受療に対する権利意識の上昇から生じた必需性の高まりなどである。
- (2) ところがそれらの新たなニーズを受けとめるべき医療保障体制に関しては、「医療費抑制」の名目のもとに保障内容の後退が相いつぎ、人々を不安にかりたてている。その証拠の一つとして、わが国における家計貯蓄率の高さの主要な原因が「老後の不安」にあるという事実を指摘できる。そして「老後の不安」の中身のかなりの部分は、健康低下時の受診やケアにかかわる負担への漠然とした心配にあると考えてよい。
- (3) 一方こうして生みだされた多額このぼる貯蓄のうち、少なからぬ割合が長期資本投資の形で国外に流出するような事態も大いに問題とされるべきであろう。高齢化社会に備えた資本設備、たとえば種々のケア提供施設や在宅療養体制等のための投資に、このような余剰資金の一部を有効に活用する方向が考えられなくてはならない。

3.2 医療費抑制策の内容と帰結

- (1) 昭和50年代後半以降における政府の医療保障政策の主要な方向は、国庫負担を抑制する様々な手立ての導入にあった。まず最初に老人保健法が制定され、次に退職者医療制度が発足し、さらに老人保健法改正が行われた。また国保内に低所得者を対象とする保険基盤安定制度を新設することも予定されている。くわえて国庫支出割合が少ない医療保険への被保険者移転政策も実施されつつある。すなわち政府管掌健康保険の零細法人事業所に対する適用拡大や、組合健康保険認可基準の技和などがその例であり、結果として国民健康保険加入者の削減が図られてきた。また各種被保険者の分断が進行してきた事態も忘れてはならない。
- (2) これらの諸施策により昭和58年を転換点として医療費に対する国庫負担の割合は急速に低下していった。国費の役割縮小に伴い、後述のように医療保障制度における資金の流れとその意味は大きく変わりつつある。こうした変化の背景には、年金支出に必ずするため医療保険に対する国庫支出額を減らし、老人医療にかかわる費用負担を被用者保

険や家計に肩代わりさせる方向への政府のはっきりとした目的意識があった。

- (3) 国庫負担が抑制され、代わりに私的部門の負担が増加した結果、保険制度のあり方が医療の発展とは異なる方向にコントロールされる恐れも出てきている。被用者保険や患者家計における負担の過大感ないし不公平感が医療給付面での不平等温存の理由となる事態を避けるためには、医療費に対する適正な国庫負担は不可欠である。したがって後段でわれわれの主張する地域保険に対してもしかるべき国庫支出が必要であると考えらる。

3.3 医療保障制度の変容

- (1) 3.2 で指摘した諸施策の結果、医療保険の役割はかつてのような「リスクをカバーしあうために家計や企業から資金を集めてプールし、それを病気になった人の診療を担当した医療供給者に渡す機構」ではなくなり始めている。その代わり「保険料徴収移転機構」とでも呼ぶべきシステムの性格が強くなっていく。
- (2) 変容の中心は高齢者の医療費について老人保健制度や退職者医療制度が新たにつくられ、さらにそれが急速に拡大している点である。それらの「保険とは異なる医療費保障機構」が成長した結果、今や新しい資金の流れの影響が一層大きくなっていく趨勢にある。
- (3) ゆえに社会保障制度全体の中での医療保険の役割は「家計および企業から資金を取り立て、医療費保障機構に引き渡す仕組み」に変わってきたとみなしてよい。極端な言い方をすれば、既存の医療保険は医療機関にとっていわば一つ向こう側の制度ともいえるべき存在に変わりつつある。代わって医療機関への資金の流れでは老人保健や退職者医療などが比重を増し、当然、医療機関にとってみれば後者の諸制度のあり方のほうが今後ますます重要になっていく。
- (4) 言い換えれば医療保険は「高齢者層の受精のために支払を行う制度」に向けて資金を移転する中間的な仕組みへと変化しつつある。統合一本化を考えるに際してはこうした事態の変化を念頭におく必要がある。

図1. 医療にかかわる資金の流れ一般型

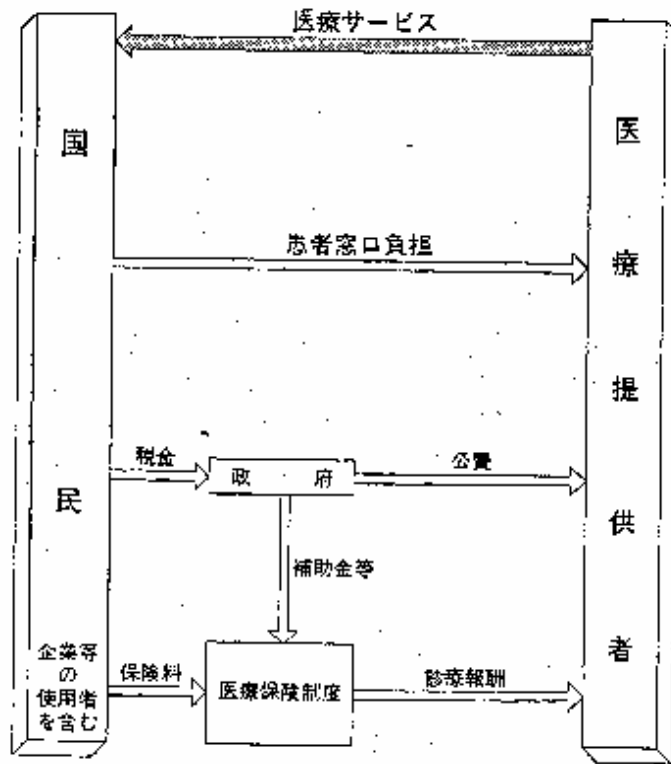


図2. 老人保健制度成立以前の医療保障体制における資金の流れ（細部は省略）

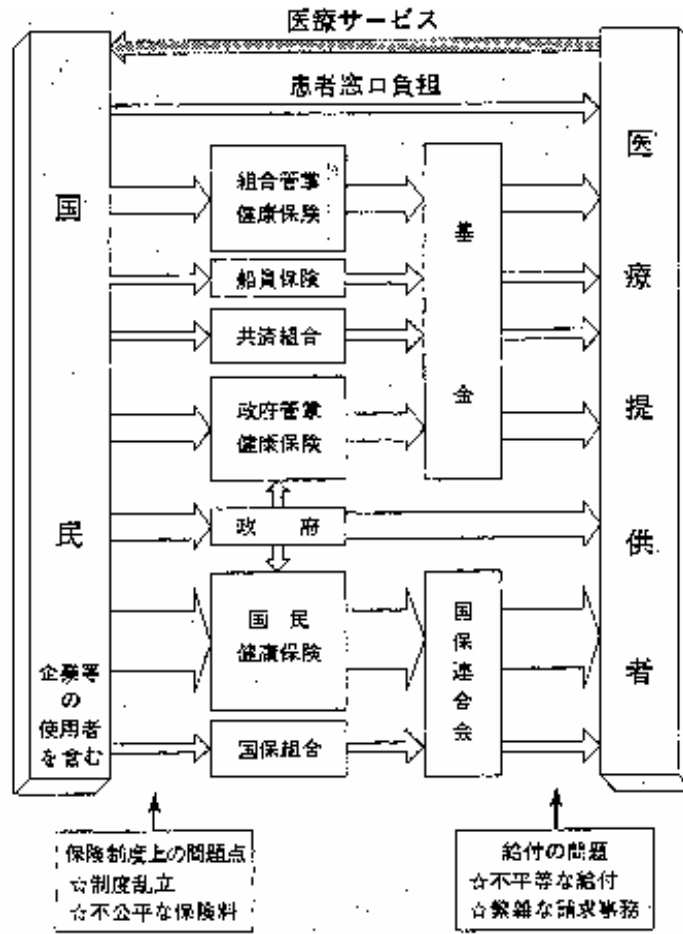


図3. 現行医療保険制度における資金の流れ（細部は省略）

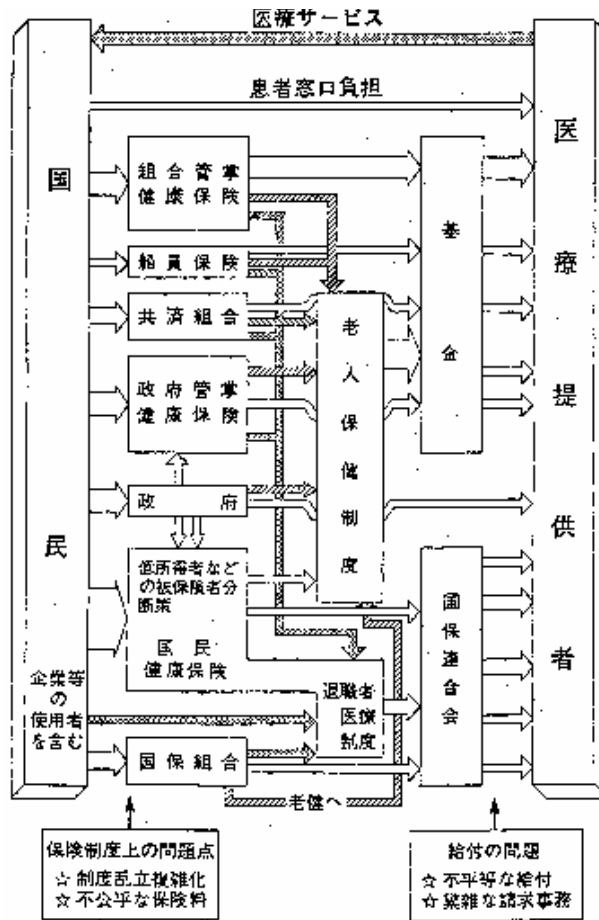
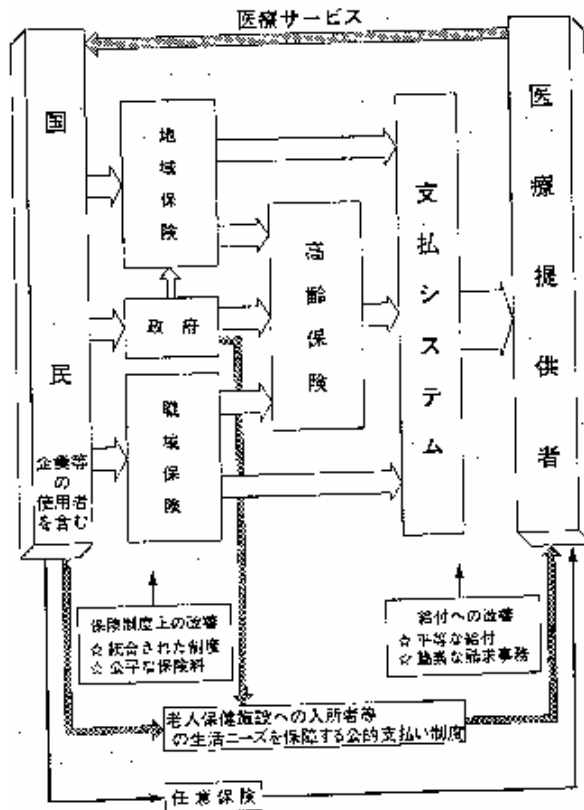


図4. 当面の統一本化における資金の流れ



統一一本化の基本内容

4.1 何を統一一本化するのか

- (1) 将来はすべての医療保険とともに老人保健などの諸制度を統合し、包括的な医療保障の仕組みを実現すべきである。すなわち「保険料徴収機構(国保と被用者保険)」「医療費支払機構(老人保健など)」双方を合わせた統一一本化の達成こそが長期目標である。
- (2) ただし当面の課題としてこの答申においてはとりあえず支払システム一本化の先行を提言したい(図4参照)。一方、医療保険については地域保険・職域保険・高齢保険の3つの保障体制への統合が図られるべきである。また各保険ごとの負担と・給付の内容および前二者から高齢保険への資金拠出のあり方についても 述べるように様々な抜本的改革が目指されなくてはならない。
- (3) 現時点では地域保険と職域保険のそれぞれの内側での改革および高齢保険への拠出方法の改善の二つを積極的にすすめ、両「徴収機構」の一本化は次の段階の課題とする。このように段階的な改革を提言した理由は、被用者と非被用者間の「負担の公平」を確保できるような現実的な案が行政当局によって提示されていないからに他ならない。統一一本化の理念に立脚しつつ、実際に実行可能な具体案として、以下のように「公平な負担」「平等な給付」「簡素でみえやすい手続き」を具現する保険体制を提案する。

4.2 給付の平等

- (1) 改革後の医療保険ではまず第一に平等な給付が実現されなくてはならない。給付の平等は、保険料負担額が公正の観点から原則として能力に応じて決められるのとは対照的である。付随して医療供給体制にも言及すれば、平等な保険給付に実質上の意味を持たせるよう医療へのアクセスについての著しい不公平を解消する努力も不可欠であると考ええる。
- (2) 人びとの健康を守るためにはプライマリ・ケアの充実が絶対的条件である。しかるに定率の患者自己負担はプライマリ・ケアを阻害する恐れが大きく、ひいては疾病の重大化をももたらしかねない。よって定率の患者自己負担には強く反対する。医療については改革後の保険から定率自己負担なしに給付されるべきである。
- (3) 定率自己負担を設定せずに統合一本化後の医療保険財政を運営するにあたっては、次で述べるように受療に伴う「生活部分」を別建ての制度で賄う条件が満たされる必要がある。この分離により医療保険の資金を文字通り医療の発展のために用いる体制が確立できよう。
- (4) 上で言う「生活部分」の具体例としては第 1 に傷病手当金があげられる生活費の補填は本来、社会保障体系の中の所得保障制度の責任である。したがって仮に企業等の使用者側が独自の傷病手当を支給したいと希望する場合には、公的医療保険とは別の制度で給付すべきであろう。「生活部分」の第 2 の例は、「ケアが主な目的で医療が従であるようなケア提供施設」において発生するケア関連の生活コストである。なお「生活部分」については上記 2 例のほかは考えられないというわけではない。その具体的検討は今後の課題としたい。
- (5) 「生活部分」にかかわる別建て制度の給付の仕組みと財源に関する検討は、年金制度との関係もあり、政府が新たに取り組むべき責務を指摘しておきたい。本来の守備範囲をこえてケア関連の生活費用を医療保険に求める対応は、確固たる見識のない財政のつじつまあわせにすぎない。
- (6) 「生活部分」の分離とは反対に健康づくりを推進すべく、健康管理・健康診断やリハビリ関連費用を積極的に統合一本化後の医療保険の給付対象としていく方向が基本的に望ましい。
- (7) 定率自己負担が無くなれば明らかに現行制度における付加給付は不要になる。かりに企業等の使用者側が何らかの上乗せ給付を企図する場合には、医療保険とは別の法定外福利として任意に支給すべきである。保養所についてもまったく同じ扱いが当然であろう。また患者にとって選択の余地の大きいアメニティにかかわる上乗せサーピス、例えば室料差額などは一部の地域や職域では任意保険による給付が検討されてよい。

国民は地域保険への加入を原則とする。しかし当面は被用者グループ（およびその被扶養者）については、適用除外を認め職域保険を形成しうるものとする。なお 65 歳以上の者の医療は、別建てにした高齢保険から給付する。すなわち医療保険は、高齢保険・地域保険・職域保険の三本建てとし、そのなかで負担の公平を図る。

5.1 高齢保険

- (1) 高齢保険は、高齢期というライフステージに着目し、この期の医療保障（保健事業込み）を各保険制度を横断し一本化した形で行うものである。
- (2) 高齢保険は現行の老人保健制度を改組して、その実現を図る。改組の基本的内容は今後さらに時間をかけて具体的に検討しなければならないものの、検討項目を列挙すると次のようになる。

対象年齢は原則として 65 歳以上とする。

応分の国庫負担を実現し、その集中を図る。

加入者按分率を 100%にする。

調整対象外医療費制度を撤廃する。

医療に要する費用のうち公費負担を除く部分は各保険者が公平に負担する。そのさい職業の違い（被用者・自営業者等）については、それぞれのグループ全体として頭割り平等負担で調整する一方、被用者グループ内部では応能負担の考え方に基づき共同で負担する。

- (3) 以上に列挙した検討項目は、現行老人保健法の対象拡大および共同事業の徹底を基本線としている。まず現行老健法は対象を原則として 70 歳以上としているが、社会保障関係の施策においては年金も雇用保険も 65 歳で年齢を区分することが今日一般化しつつある。医療保険もこの動きに足並みを揃え、高齢保険の対象を原則 65 歳以上とする（ただし激変緩和のための経過措置を講じる）ことを検討しようというのである。対象者の拡大は、他方で退職者医療制度の守備範囲をその分だけ狭めることになる。
- (4) 現行の老健法においては、医療に要する費用の 20%を国が負担している（ただし保険者拠出金における国費補助分が別にある）。医療保障政策の重点は今後ますます高齢者の医療保障に移っていくので、国費はこの高齢保険に対して従来にもまして優先的に配分することを検討すべきであると思われる。ちなみに年金制度における中心基盤は基礎年金であるが、その給付は 3 分の 1 が国庫負担となっている。国庫負担の割合を引き上げれば、その分だけ各保険者の拠出金は少なくなる。

国庫負担分の拡大にあたっては財源調達についても別途検討しなければならない。その財源の一部は現在政管健保と国保に配分されている国費を可能なかぎり高齢保険に振り替えることを検討する（後述参照）とともに、最終負担者である国の責任において、必要な財源をなんらかの形で確保すべきである。

(5) 医療に要する費用のうち公費負担分を除いた残りの部分は保険者拠出金で賄う。保険者の拠出金を算定するさい、加入者按分率をすみやかに 100%とし、医療費按分率はゼロとする。年齢の差異に基づく医療費負担の不公平を除去したいからである。

なお現在の老健法では、加入者調整において個別保険者の老人加入率に 1~20%という上下限が設けられている。この上下限は各保険者の自主的努力では除去しえないものであり、撤廃すべきである。

(6) 調整対象外医療費制度を撤廃する。社会的・地域的要因や年齢構成の差異に基づく負担の不公平がこの制度の下では除去されないからである。

(7) 加入者按分率が 100%になると、高齢者 1 人あたりの医療費が保険制度間で同一であれば、結果的に加入者 1 人あたりの拠出金も保険制度間で平等になる。頭割り平等負担は能力に応じた負担という観点からみると必ずしも公平とはいえない。そこで被用者保険グループ内部においては賃金の多寡にかかわらず定率の保険料を課して、拠出金財源を調達するものとする。被用者保険内部における負担の公平をいっそう徹底させることにこの狙いがあり、現行退職者医療制度における費用負担方法を転用しようというのである。

5.2 地域保険

(1) 地域保険は現在の国保を再編してその実現を図る。まず、保険者の単位については生活圈ブロックを基本とし、広域化が可能であるかどうかを検討すべきである。

(2) 地域保険の加入者のなかには低所得者が少なからず含まれている。低所得者の保険料負担については特別に軽減する一方、軽減保険料に対する国・地方自治体の補助制度を確保すべきである。

(3) 地域間の負担調整は従来、主として国庫財源の配分を通じて行われてきた。今後においては上述したように国庫財源に加えて地方自治体財源の活用を新たに図る一方、地域保険間の共同事業も拡充する方向で検討する。現在、東京都を除く道府県においては高額医療費共同事業が自主的に実施されているが、

その交付基準額を引き下げること、

共同事業の単位を道庁県に限定せず、東京都を含めた全国規模に拡大すること、

拠出金は医療費按分から高額医療費按分に改めて算定すること、などを今後検討してよいと思われる。

(4) 高齢保険において対象者を 65 歳以上に拡大し加入者按分率 100%を実現させれば、地域保険への国庫投入額は現行国保へのそれより少なくなるはずである。その場合、余裕財源は高齢保険に振り替えることが可能になる。

5.3 職域保険

(1) 職域保険は現在、健保組合・政管健保・共済組合の 3 種に分立している。負担の公

平および給付の平等の双方を達成するためには、分立体制を解消して統合することが最終的な課題となる。そのための第一歩として当面、被用者グループ内部における共同事業の拡大・強化を検討すべきではないだろうか。この検討は被用者グループの発意に委ねるべき部分が多いものの、産業・構造の変化に伴う保険者間の財政力格差が決して小さくないことを無視してよいとは思えない。

(2) 被用者保険内部における財政力格差は加入者の年齢構成や平均賃金の違いに基づく部分が少なくない。このうち年齢構成の違いに基づく財政力格差は、5.1で述べた高齢保険が実現すれば、そのかなりの部分を解消することができる。他方、賃金水準の違いは同一保険者内部においては定率の保険料負担によって調整されている。負担の公平は、この意味において同一保険者内部においては実現されているのである。しかるに異なる保険者の間に見られる平均賃金水準の違いについては、現在わずかな部分を除いて調整されていない。健保組合を例にとると、昭和61年度末における各組合単位の平均標準報酬月額は最高で52万円強、最低で15万円弱となっており、この格差は3.5倍にも達している。平均賃金水準に見られる格差は構造的なものであり、産業構造の移り変わりによる部分も少なくない。したがって平均賃金水準の違いについても保険者間で可能な限り調整することが望まれよう。そのための一案としては、高額医療費共同負担事業をさらに拡大することが考えられる。

(3) 保険料負担のベースとしては標準報酬制よりも総報酬制（ボーナス込み）を採用する方が負担の公平という点において望ましい。また報酬額の上限は原則として撤廃（青天井化）することが求められよう。なお職域保険が年報酬制を採用すれば、保険料率を引き下げることが可能となる保険者が続出すると予想される。

(4) 上述のような諸改革が実現できれば、既存の政管健保への国費投入は軽減可能となるはずである。その場合、軽減分は国費投入の優先度が高い高齢保険に振り替えることができる。

(5) なお退職者医療については対象者が減少するとはいえ、その存続を図るべきである。そのためには退職者が退職者医療制度に加入しようとする意欲をかきたてる必要があり、インセンティブの面からの配慮を怠ってはならないだろう。

むすび

わが国は、国民所得からみて世界有数の豊かな国になった。豊かな国はそれにふさわしい社会保障制度、なかんずく医療保障制度を必要とする。ところが豊かな国にあって、国民がもう一つ豊かさを感じえない大きな要因として、老後に対する不安、健康に対する不安をあげることができる。そしてこれらの不安の背後には明らかに、この答申で指摘したような医療保険制度のさまざまな問題点がある。医療保険制度の統一本化は、たんに日本医師会だけの主張にとどまらない。それは国民全体にとっても望ましい目標である。

この答申では、高い理念を維持しつつも現在のわが国がかかえる諸事情を勘案して、実現可能な諸施策を提言しようと努めた。とりわけ医療保険制度を取り巻く環境の変化を分析し、その結果を重視した。そして、その上で実行可能な種々の具体案を提唱したのである。これらの諸提案は全体として一つの体系をなすものであり、部分的にとりあげることには避けなければならない。

この答申の最終的な目標は、わが国の医療を充実するための制度的保障を実現することにある。それが結果として世界に誇り得る医療保障制度を確立することになり、ひいては豊かな国民生活の達成につながるのである。

なお、医療保障制度の充実は統合一本化によってのみ実現するわけではない。日本医師会は統合一本化をめざすとともに、あわせてプロフェッショナルとして医療の質の向上と倫理の高揚に向けて不断の努力を重ねる必要がある。