



老人保健制度の修正を超えて

関西大学教授

一圓光彌

成されるようになった。

皆保険が果たした役割を象徴しているのが、一九六〇年代に東北の村から始まり全国の自治体に普及しついには国も実施することになった。

一、皆保険体制の課題

一部の労働者を対象に健康保険法が制定されて今年で八十年になるが、その後農村人口を対象とする国民健康保険が誕生し、この職域の保険と地域の保険の二大体系による医療保険体制は、一九六一年の国民皆保険となって全国民をカバーするようになつた。この需要側の条件整備と、その後の恵まれた経済環境によって、日本の医療供給体制は急速に整備されるようになり、一九七〇年代には、名実ともに国民皆保険が達

成された。しかし、この体制が確立されると、その問題点が浮上してくる。まず一つ目は、高齢者がほとんどなかつた当時は、老人は会社勤めの子供の被扶養者として健保を利用することが多かつたが、生活費そのものを子供たちに援助してもらつてゐる時代であるので、気兼ねなく医療が受けられるような状況ではなかつたし、そもそも当時はまだ、今日のように気軽に医者にかかるという習慣がなかつた。言い換えると、高齢者の医療に対する負担が大きくなつた。この負担が大きくなると、医療費の支払いが困難となつて、結果的に医療利用が制限されてしまう。また、高齢者の医療費は、年々増加傾向にあるため、保険料の引き上げが必要となるが、これがまた高齢者の負担を増加させてしまう。このように、現在の皆保険体制は、年金制度が未発達で、老人人口も慢性疾患も少

なく、医療供給の整備が課題となっていた時代に生まれたものであるが、その後の医療保険を取り巻く大きな環境の変化の中で、十分な対応ができないまま今日にいたっている。

いる。

もちろん皆保険体制にまったく変化がなかったというのではない。一九八三年に実施された老人保健制度は、これまでの皆保

険体制を修正し、老人医療の費用を全国民の財布で公平に支払うように改めるものであつた。この改革で、老人の受診時的一部負担も導入された。老人医療のための別枠の診療報酬体系は実現しなかつたが、この頃より徐々に包括的な診療報酬が採り入れられるようになつた。一九八四年には退職者医療制度が生まれ、被用者制度から国保に移った退職者で七十歳未満の者の医療費について、被用者保険側が国保を援助することになった。さらに一九八五年には医療法の改正がなされて地域医療計画の策定が都道府県に義務付けられ、過剰な病床を規制する制度も誕生するようになつた。

しかし、この老人保健制度による皆保険体制の修正は、一九九〇年代に入つて急速にはころび始め、再度の改革を迫られるよ

うになっている。したがつて、なぜ老人保健制度がうまく機能しなくなつたのか、医療保険制度を取り巻く環境の変化を見極める必要がある。

二、効率的な医療提供の問題

もっとも大きな環境の変化は、医療供給体制が必要最低限のレベルを達成し、国民の要求はより質の高いサービス、より費用効果の高いサービスへと移ってきていく点である。その点では、細かい診療行為ごとに定められた単純出来高払いを基礎とする診療報酬体系の改革がもっとも重要である。

う。

イギリスでは、一九七〇年代よりヴァリュー・フォー・マネーという言葉が医療の分野で普及するようになり、限られた医療資源、医療財源をどのようにすればもつとも効果的に活用することができるかが問題とされ、プライマリーケアの役割が強調されるようになった。社会保険方式を採用しているヨーロッパの国々では、国の予算で医療費を管理するイギリスとは議論のされ方は違うが、

病床や医師の供給過剰が問題となる中で、病床などの供給量を規制する工夫が取り入れられたり医療費の総額を規制する工夫がなされるようになつた。こうした工夫は、医療費が国民所得の中で大きな比重を占めるようになつた中で、また必要最低限の医療が国民の間で一巡するようになつた中で、効率的な医療システムをどう築いていくかの努力の現われであると評価することができる。

こうした医療供給のあり方に影響を与える改革は、老人保健制度が導入された時も議論としてはあつたものの、地域医療計画の策定をのぞけば、具体的な形で実現することはなかつた。その後、老人保健施設や訪問看護の制度が設けられ、また診療報酬でさまざまな包括化が進み、かかりつけ医の制度が生まれ、老人保健制度の枠外であるが、老人福祉サービスが強化され、介護保険が発足するなど、徐々に改革が進められてはきたが、医療供給側が一定の医療費の総枠の中でよりよい医療提供を工夫するような、マクロ的なコントロールの仕組みは取り入れられなかつた。昨年来議論されてきた老人医療費の伸び率管理の考え方も、

結局政府による指針の提示に変わってしまった。しかしながら、医療費を総枠で捉えてその中でよりよい資源の利用方法を考えていいく方向は、今後とも摸索していく必要があるであろう。

三、患者負担の引き上げ

このような医療供給の合理化を進める改革が進まない結果、老人医療費が増加して保険財政や国庫負担を圧迫するようになると、患者負担の引き上げで対処するしか道

者の負担が二割から三割に引き上げられることになったが、実質的な患者負担は給付率だけで決まるのでなく高額療養費制度との関係で決まるのであるから、これを総合的に考えて判断することが必要であろう。

その意味では、全制度を通して一律の三割

負担と、これが患者家族の重い負担にならないようにする高額療養費のきめの細かい管理制度とを結び付ける考えは、不合理であるとはいえない。高齢者をも含めて、実効給付率を八割台前半の水準に安定的に維持していくといった政策指針が重要であると考えられる。

患者負担の管理を、給付率重視から高額療養費のきめの細かい運用の重視に移行し、患者やその世帯の費用負担が、世帯全体でまた一年を通して、さらにその世帯の支払能力との関係で公平に決められるようになれば（最近の高額療養費の管理はそうした総合的な判断を取り入れる方向にある）、現在のように老人だけ（年齢だけを理由に特別扱いして）一割負担にする必要はなくなる。同じようなことは、保険料の負担についてもいえることであるが、低所得者に対する配慮をしっかり取り入れさえすれば、

今回の改正案では、被用者保険の被保険

高齢者だけの制度を設けて、負担や給付で別の扱いをする理由はなくなるであろう。

四、医療保険の保険者のあり方

限られた医療資源をどう有効に活用するかは、今後ますます重要な課題となるに違いないが、この問題については、単独で大きな効果を發揮するような奇策があるわけではないので、これまでもとられてきたような、医療機関の機能分化や医薬分業やかかりつけ医の制度や診療報酬支払方式の改革や患者負担の工夫等々、さまざまな方法を活用することが重要であるが、その一つとして見逃せないのが保険者の役割の強化である。

とにもかくにも医療供給を増やせばよかつた時代には、保険者としては、きちっと保険料を集め請求に応じて滞りなく医療費を支払いさえすればよかつたわけで、支出面の合理化という点では、医療機関の不正請求や患者・被保険者の重複受診など無駄な受診をチェックする程度であった。しかし、より効率的な予算の管理が医療保険の課題

になるようになると、レセプト上での明らかな誤りを正すだけでなく、どのような受診行動が望ましいか、場合によっては医療機関と連携してよりよいサービスの利用方法を開発し、効率的な予算管理を進めることが必要になつていて。つまり、結果としての医療費の請求書の処理だけでなく、予防やリハビリテーションをも含めた、被保険者のための総合的な保健医療予算の管理が求められるようになっている。

このような保険者の機能については、老人保健制度が誕生する段階ではあまり注目されなかつたが、老人保健制度ができることによって各保険者はそれを次第に強く認識するようになつた。そもそも、老人保健制度における老人の位置付けは、それぞれその費用を全体で分担するというものであり、しかも保険者との一人当たり老人医療費がそのままその保険者の老人医療費拠出金の多寡に影響するという合理的な仕組みになつていたので、各保険者は老人医療費拠出金を節約するために自らの老人の医療費を引き下げる必要に迫られるようになつた。現状では保険者の持つ裁量の余地は限

られているが、その中で、健保組合が保健婦の訪問サービスを実施しホームヘルプサービスまで提供して老人医療費を抑制しようとしたり、市町村国保が全組織をあげて保健事業の強化に取り組むようになつたりしたのは、老人医療費拠出金のおかげであつたといつても言い過ぎではない。

最近では、医療供給側に対抗できるような医療情報の集中に着目して、保険者機能の強化ということがいわれるようになつたが、保険者機能の基本は、こうした医療給付の予算管理の上で保険者が果たす役割にあるというべきであろう。このような保険者機能のますますの重要性を考えると、保険者を統合して巨大組織にするような改革は、時代の要請に逆行するものといわざるを得ない。その意味では、健保組合や市町村国保のような職域、地域の保険組織を強化育成することが重要で、政管健保に代表されるような巨大な組織の解体を目指すべき方向となる。

今回の改正案では、今後の課題として政管健保の組織のあり方が検討項目にあげられているが、同じ問題は、高齢者医療制度の組織のあり方とも深く関係している。高

五、財源調達システム

このように、医療保険は、地域や職域ごとに適正規模で組織され、その加入者の医療ニードに応じた標準化された給付費予算が与えられなければならないが、そのための保険料も全国的に標準化され、全国のどの保険に加入しようが同じ所得には同じ保険料が対応するように改められなければならない。この多元的な保険の組織形態と、財源調達面における全制度を通じた公平性を達成するには、リスク構造調整と呼ばれるシステムを通じた、財源の集中的な管理が不可欠で、今後の改革も、この方向を田

指した合目的的なものであることが望ましい。

〈高齢者の扱い〉

その点でまず解決すべき課題は、高齢者の制度を区別する場合でも、高齢者の給付と負担を特別扱いしない方向を目指すことである。皆保険当時、地域保険と職域保険の二大体系は、自営業・農業従事者と公務員・企業従業員との、職業による区分になっていた。退職老人も被用者保険の被扶養者となつていて、年齢による年齢構成のアンバランスも問題にならなかつた。しかしこの点は、現在大きく変わっていて、国保世帯主の半分近くが無職で、そのまた九割近くは六十歳以上となつていて、国保の財政問題の第一は、年金生活者の負担と給付のアンバランスのそれとなつていて、この問題を解決するために老人保健制度が生まれ、現在高齢者医療制度が議論されているわけであるが、そうした特別制度を設けての対応が当面やむを得ないとしても、高齢者を特別扱いしない方向での改革が求められる。高齢者も若い労働者と同じ条件で保険料を支払うよう改めることが重要で、

この点に関しては、所得税制の公的年金等控除の廃止が必要となる。

年金がない時代と違って、ほとんどの高齢者に年金が行き渡るようになった時代には、給付の面でも、高齢者のみ低い患者負担とする理由はない。低所得であつたり、医療が長期化したり高額化することで患者負担が困難になる事情は、年齢とは関係がない。とは言え、多くの高齢者が低所得者であり、年間を通じて高い医療費の負担者となることは当然で、高齢者一人ひとりの保険料で、その医療給付費が十分に賄えない事情に変化はないであろう。したがつて、そうした事情の高齢者のために別の制度を設け、国庫で援助しようというのが有力な考え方として浮上してくるのであるが、年齢に関わらず公平な保険料の賦課方法と公平な給付の方法が定まれば、国庫負担の役割は、必要な給付費に対する保険料財源の不足を補うものとなるので、特定の保険制度に対する一定比率の負担という便宜的な決め方は必要なくなる。

〈国庫負担の役割〉

国保の財政を補うための国庫負担も、か

つては被用者制度における雇主負担分に相当するものとの捉えられ方がなされたが、

現在では主に高齢者の保険料を補うためのと変わつており、給付費の半分の国庫負担の論拠は、ますますあやしくなつてゐる。保険料と給付の標準化を進めることによって、被保険者の支払能力に応じた国庫負担の原則が確立されれば、保険者ごとの給付費の半分といつた補助基準や国保組合に対するつかみの補助もなくなる。現状では、市町村国保の医療給付費の半分が国庫より補助されているので、費用の抑制に努めている市町村の方が、十分な努力を払つていない市町村より国庫からの補助は少なく、極論すれば、高医療費の市町村を低医療費の市町村が援助してい形になる。

また被用者保険にあっても、現在のように共済組合、健保組合に国庫負担がなく、政管健保に国庫負担があるといつた制度との補助の仕方は改めるべきである。効率的な経営に必死に取り組んできた健保組合が、組合を解散して政管に流れの事態が増えていくが、このことは、その分国庫負担が増えるという損失を生むだけではなく、効率的な保険運営に取り組む意欲を持った人々

と組織を失うことの意味している。そうした健保組合にこそ必要な援助をするべきであるが、そのためには、必要な給付支出とそれを賄うべき標準的な保険料支払能力との関係で、国庫負担を個別に決めていくことが必要がある。そのようなルールが確立されれば、すでに述べた政管健保の解体にも展望が開けるはずである。

〈保険料の標準化〉

市町村間の公平性という点では、市町村国保の間での異なる保険料賦課方法も改めいかなければならない。現在の医療保険の財政は、年金などと同じような世代間扶養の要素を強めている。住む地域によって保険料が大きく変化するような現状は改めなければならない。国保保険料の標準化の課題は、一見国保内の問題と思われるかもしれないが、医療保険に対する国庫負担の大半は国保に（またそこを通じて老人保健制度に）流れているので、合理的な老人医療制度や高齢者医療制度を維持するためにも、また保険者の再編を目指すのではなおさらのこと、避けて通れない重要な課題である。国保の保険料を標準化し、国

庫負担のルールを明確化することによって、各保険者の保険運営の実態も明らかにすることができる。今回の改正で、給付率は標準化に向けて前進したのであるから、次は負担の標準化を進めなければならない。

被用者の保険料に関して改革が急がれるのは、経済財政諮問会議等でも議論されるようになつた点であるが、成人の被扶養者の扱いを、原則として子育て期間や介護期間に限るなど、健康保険の被扶養者の認定方法を大きく変えることである。これまでの社会保険は、一家を支える正規男性常勤労働者によって支えられてきたが、就労が多様化し、家族の形態が多様化し、夫婦共働きが一般化しつつある今日、社会保険をこのまま維持するのは、人々の生活実態に合わなくなっている。社会保険の負担が常勤の被用者の肩に過度に依存しそぎ、かえって非常勤の低賃金就労者を増やす結果をも導いている。誰もがその所得に応じて相応に負担することによって、社会全体の医療費を支えるという皆保険体制を目指すことは、高齢社会において必要不可欠な女性の労働力率の引き上げにも貢献するものと考えられる。