

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために－わかりやすい医療と介護の制度・政策－

第29回 昭和60年代から平成初期の医療保険制度改正（その1）

1 国民健康保険の財政対策と都道府県負担の導入

昭和58年の老人保健法制定、59年の健康保険法等の改正による退職者医療制度の導入、そして61年の老人保健法改正による保険者拠出金の加入者按分率の100%への引き上げといった措置は、老人や退職被用者の増加による国民健康保険財政への悪影響を相当程度緩和するものでした。しかし、そうした措置にもかかわらず、人口高齢化の進展や厳しい経済情勢の下で、国民健康保険財政の悪化は続きました。このため、政府は、厚生・大蔵・自治の3大臣合意に基づき、昭和62年5月に「国保問題懇談会」を設置しました。

この国保問題懇談会において、厚生省は、福祉医療制度と地域差調整システムの導入等を内容とする試案を提出しました。この試案は、①国保被保険者のうち低所得者の医療給付費について、低所得者の支払う保険料のほかはすべて国・都道府県・市町村が公費で負担するという「福祉医療制度」の創設、②国保医療費の地域差のうち、年齢構成の相違による部分は従来どおり調整交付金により調整するが、それ以外の要因（医療機関が多いこと等）による地域差については、原則として保険料と合わせて都道府県と市町村が共同して負担する「地域差調整システム」の導入、を主な内容とするものでした。しかし、この案については、国の負担の地方への転嫁であるとして、自治省および地方公共団体は強く反発しました。

結局、同年12月に出された国保問題懇談会報告書では、国保制度を安定的に維持していくためには、国、市町村の他、都道府県も指導、支援等適切な役割を果たすことが不可欠であること、低所得者対策と医療費の地域差問題への対応が国保安定方策のカギであること、そして昭和63年度中にはなんらかの方策を実施することが急務であることについては意見が一致しましたが、具体的な方策としては複数の意見を併記

したに留まりました^{注1)}。

そして、昭和62年度予算編成では、厚生・大蔵・自治三大臣の間で、退職者医療制度創設に伴う国保財政への影響額の未補填分約100億円額を62年度補正予算で全額補填すること、国保における低所得者に対する軽減保険料について国と都道府県と市町村の負担による補助制度を設けること、等が合意されました。

また、この合意に基づき、昭和63年には、国民健康保険法の改正が行われました。その概要は以下のとおりです。

- 国民健康保険の医療給付費が極めて高い市町村は、安定化計画を策定して、措置を講じる。この計画の実施にもかかわらず一定の基準を超える著しく高い給付費の一部分につき、国、都道府県、市町村が、それぞれ6分の1ずつ負担する。
- 市町村は、低所得被保険者の保険料軽減相当額を一般会計から国保に繰り入れ、国はその2分の1を、都道府県は4分の1を負担する。
- 国保連が行う高額療養費共同事業に対し、国および都道府県が補助できることとし、その充実を図る。

この改正により、これまで市町村の国保事業について一般的な助言・指導しかしてこなかった都道府県が、国保事業の一部について積極的に参加し、費用の一部を負担することになりました^{注2)}。

2 政管健保への中期的財政運営方式の導入

社会保障の教科書を見ると、年金は長期保険であり、医療保険は短期保険であると書かれています。年金は、何十年も保険料を納め、受給資格を得ると年金をもらうことができる社会保険であり、そのため、その財政については、長期的に賄えるように設計されるために「長期保険」と言われます。これに対して、医療保険は、その年に支払った保険料で給付が賄えるという

単年度収支で運営されることから「短期保険」と言われるのです。

平成4年は、この短期保険である健康保険のうち、政府管掌健康保険に、「中期的財政運営方式」が導入されました。「中期的財政運営方式」とは、どのような仕組みなのでしょう。その根拠となる法律の条文によると、政府管掌健康保険の保険料率については、保険給付や老人保健拠出金といった支出の予想額と、国庫補助や事業運営安定資金の予定運用収入等の収入額に照らし、おおむね5年を通じ財政の均衡を保つことができるものであることが必要であるとされていました（健康保険法第71条の4第2項）。

ここから、中期的財政運営方式とは、5年間で財政均衡が保たれるように保険料率を設定する仕組みであるということは理解できるのですが、この事業運営安定資金とは何でしょうか。

この連載の第20回で、昭和50年代後半の医療保険制度改革により、国民医療費の伸び率は昭和63年度から平成元年度まで国民所得の伸び率を下回ったということに触れました。政管健保は、すでに昭和50年代前半に、日本経済が不況から脱却したことに伴い黒字基調になっていたのですが、さらに、この医療費抑制施策により、昭和56年以降10年連続で黒字を続け、平成3年度末には1兆4千億円の積立金を保有するようになっていたのです。

一方で、医療費抑制策により診療報酬が抑えられたことにより、医療施設経営が悪化し、平成3年にはそれまで増加していた病院数が減少に転じる等「病院冬の時代」と言われるようになってきていました。このため、診療報酬引き上げは避けられない状況になっていました。また、ゴールドプランの実施のために看護師やホームヘルパー等の確保対策を進めていく必要もありました。

さらに、バブル景気の後退に伴い、平成4年度における国の税収は前年度を下回る見通しになり、厚生省の平成4年度予算編成は非常に厳しい状況になっていました^{注3)}。

こうした状況の下で、政管健保の1兆4千億円の積立金の取り扱いが大きな問題になりました。そこで考えられたのがこの中期的財政運営方式です。医療費は毎年伸びていくのに対し、保険料収入は景気の動向に左右されます。そ

で、短期的な経済変動の影響を直ちに受けない財政の仕組みとして、5年間の支出と収入の見通しで保険料率を設定していく、そして同時に、これまでの積立金を「事業運営安定資金」として、その資金本体や運用益を使って財政の安定化を図る、という仕組みでした。

その中期的財政運営方式の導入に伴い、保険料率は1000分の84から1000分の82に引き下げられ、国庫補助率も3.4%引き下げられて13.0%になりました。

このようにして、中期財政運営方式の導入と積立金の活用により、政管健保への国庫負担額は減らされ、厚生省は平成4年度予算編成をクリアすることができました^{注4)}。

こうして当面の問題には対応できましたが、この中期財政運営方式の導入と積立金の活用という方法は、景気の状態が大きく悪化することがなく、政管健保も黒字基調であるという状況の下で初めて成立する方策であり、この後、バブル崩壊で経済が低迷する中で、政管健保財政は急速に厳しい状況を迎えていきます。

3 付添看護の廃止と入院時の食費負担の見直し

平成6年に行われた健康保険法等の改正は、付添看護の廃止と入院時給食費の見直しを主な内容としていました。

(1) 付添看護の廃止

付添看護とは、国の定める看護の基準を満たさない病院（その他看護病院）において、患者が付添婦を雇用して身の回りの世話をしてもらい、患者が付添婦に支払った金額の一部が療養費として償還払いされる制度であり、健康保険法等で認められていました。

わが国では、第二次世界大戦前は、病院に患者が入院した場合、家族などが泊まり込んで世話をすることが一般的でした。第二次世界大戦後、入院患者の看護は病院所属の看護婦が行うべきというGHQの指摘もあり、看護は入院患者に対する基本的なサービスであると位置づけられ、昭和25年には、「完全看護」の基準を満たした病院については、診療報酬において入院料に加算が行われました。しかし、実態としては、完全看護の基準を満たさず、看護婦家政婦紹介所から派遣される付添婦（ほとんどが家政婦）が患者の世話をする「その他看護病院」が

多く、平成2年までは全病院の6割がその他看護病院でした。

この「その他看護病院」における付添看護については、問題が指摘されていました。1つは、付添婦の料金については看護婦家政婦紹介所の団体が毎年、慣行料金を設定していましたが、その額が上昇し、健康保険から支払われる療養費の額との間で大きな差を生じるようになったため、家族の負担が増加して、保険外負担の1つとして問題となっていたことです。もう一つは、看護婦家政婦紹介所は家政婦に対して介護に関する研修を行う役割はなく、患者からの求めに応じて医療機関に家政婦を派遣していたので、中には質に問題のある付添婦も出てきて、患者や家族から苦情が出てくるようになりました。

このため、平成5年12月の医療保険審議会建議「公的医療給付の範囲・見直しについて」において、「療養費払いによる付添看護介護に係る給付については廃止していくことが適当である」と打ち出されました。

これを受け、平成6年6月に成立した健康保険法等の改正により、同法が施行される同年10月1日から付添看護は廃止されることになりました。ただ、すぐには対応できない病院も多かったことから、経過措置として、平成8年3月31日までは、その他看護病院では付添看護をつけることが認められました。また、都道府県知事に解消計画を届け出て個別に承認を受けた医療機関については、平成8年3月31日以降も付添看護をつけることが認められましたが、これも平成9年9月末までの措置であり、それまでの間、都道府県知事の個別の指導・助言を受けることとされました^{注4)}。

(2) 入院時の食事費負担の見直し

医療機関に入院した時の食事は、従来は、診察や投薬、手術等と同様、「療養の給付」(健康保険法における用語で、健康保険に基づく、患者に提供される医療)として給付されていました。

上記で触れた、平成5年12月の医療保険審議会の建議では、この入院時の食事について、他の療養の給付と切り離して、「入院時食事療養

費」という別個の給付とし、患者負担については、療養の給付と異なり、平均的な食費を勘案した定額の負担とされました。

その理由としては、食費については入院、在宅等に共通する費用であるが、入院と在宅等における費用負担が不整合、不均衡となっていること、および従来の入院時の食事が画一的で、国民の生活水準の向上に伴う質の向上や患者の選択の幅の拡大といったニーズに適切に対応できないことがあげられています。

入院患者への食事については、医療としての面もあることから、患者負担の額については、在宅の場合でも入院の場合でもかかる費用である食費相当額とすることとされ、法律案の国会提出時は、政府の案としては、1日あたりで、一般は800円、市町村民税非課税世帯は660円、老齢福祉年金受給権者は300円とされましたが、国会修正で、平成8年9月30日までは、経過措置として、一般600円、市町村民税非課税世帯450円、老齢福祉年金受給権者200円とすることとされました^{注4)}。

(3) その他

平成6年の健康保険法等の改正では、このほか、「療養の給付」の規定において、在宅医療を法律に明記(「居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護」)することや、現金給付である分娩費と育児一時金を「出産育児一時金」に統合し、大幅に給付額を改善すること等が行われました。

注1) 社会保険旬報No.1603:12-15, 1998, 社会保険研究所。

注2) 吉原健二・和田勝(2008):356-364, 430-441, 450-451。

注3) 山口公生(1992):142-157。

注4) 野村陽子(1996):28-35。

参考文献

- 吉原健二・和田勝「日本医療保険制度史 増補改訂版」2008:東洋経済新報社。
山口公生編「図説 日本の財政(平成4年度版)」1992:東洋経済新報社。
野村陽子「付添看護解消の実態と今後の動き」,健康保険50(5),1996:東洋経済新報社,健康保険組合連合会。