

日本労働年鑑 第54集 1984年版
The Labour Year Book of Japan 1984

第三部 労働政策

IV 社会保障

2 医療制度の動向

国民医療費総抑制の立場から、各制度・事業そのものの「効率性」と「受益者」負担の強化の方向で制度・事業の見直しと改廃がすすめられている。老人保健法の成立にひきつづき、八二年一〇月一日、「臨調」基本答申、政府の行革大綱をうけ、厚生省が「国民医療適正化総合対策推進本部」を発足させるなど、高額療養費の基準額の引き上げや支払方式の見直し、退職者医療制度の創設と日雇労働者健康保険制度の廃止などの動きが急である。

矛盾を露呈した老人保健法

老人保健法は、八二年八月一〇日、衆議院本会議において可決・成立し、八三年二月一日より施行された。

法案成立にいたる国会内外での論議は、各健保組織からの拠出金の比率と比例按分の問題と、老人医療の「有料化」となった老人本人の外来診療の月四〇〇円の一時負担と入院時一日につき三〇〇円(二ヵ月、健保本人は五〇日)の問題とに集中したといつてよい。しかし、法案施行後は、さらに二つの大きな問題が浮かび上がってきた。

第一の問題は、国基準にもとづく地方自治体の上乗せ、単独事業への介入による老人医療行政の画一化の動きである。

法案の国会での成立に先立ち、八二年七月八日の参議院における五委員会の連合審査の席上、森下厚生大臣は、「地方自治体の単独事業は尊重するが、老人保健法案の趣旨について理解を求め、国の施策との整合性から配慮をお願いしたい」と述べ、とくに対象年齢を引き下げ無料化を実施している点については見直してほしい旨の発言をし、地方自治体の法案施行後の対応を牽制した。八月二四日には、全国関係部(長)会議でも、厚生省は改めて、「廃止を含めて見直すよう」に指示した。またこうした動きと相まって、自民党社会部会「健康な老後を——新しい老人保健法について」等のパンフレットでは、地方自治体の単独事業の財源を、老人保健制度による保健サービスに振り向けるようキャンペーンを張っている。

従来の老人医療の無料化について、その実施状況を都道府県レベルでみると、対象年齢の引き下げ二七、所得制限の撤廃一四、所得制限の緩和一三で、単独事業未実施はわずか一〇県であった。老人保健法の成立にともない、そのうち問題となる対象年齢を引き下げていた二七のうち二五都道府県は、七〇歳未満の者について、通院、入院時の一部負担は老人保健法どおり導入するが、対象年齢の引き下げ部分はひきつづき単独事業として実施するところとなった(ただし、大阪府だけは、新法の一部負担金免除・減額規定の範囲とは別に市町村民税非課税世帯にまで広げている)。こうした動きにもかかわらず、三一市町村で、無料化の継続＝一部負担の肩がわりがなされていたが、厚生省は、こうした自治体にたいし、医療費の審査と支払いをおこなう社会保険診療報酬支払基金の使用停止を通告し、八三年七月はじめ現在で、それらの自治体のうちの一八市町村が

一部負担金の肩がわりを廃止する方向と伝えられている。

第二の大きな問題は、老人保健法第三〇条一項にもとづいて定められた医療に関する基準(老人診療報酬点数表)に示される問題である。これは、老人病院を、主として老人慢性疾患患者を収容する病室を有する一般老人病院(特例許可老人病院)のほかに老人の収容率が六〇%以上の特例許可外病院を設け(厚生省「特例許可外病院に関する告示」八三年一月二〇日)、とくに後者における診療抑制と低基準医療をうち出したものである。これは慢性化、長期化という老人の疾患の特徴に見合った診療体制という趣旨である。それに沿って特例許可病院では医師など職員配置基準の緩和と介護人の新設などがおこなわれた。しかし他方では、入院時医学管理料は、一般病院も含めて入院期間が長くなるほど点数が逡減されることとし、「長期収容患者に対する医療は、特に漫然かつ画一的なものとならないよう配慮」する(厚生省告示一四号「老人保健法の規定による医療の取扱い及び担当に関する基準」八三年一月二〇日、第二条)と同時に、「家庭事情等のため、退院が困難であると認められたとき」は、患者の居住地を管轄する市町村長に通知しなければならないとしている。

また、特例許可外老人病院では、老人検査料(心電図、超音波、脳波、CTスキャナー)は、一カ月一回限り所定の点数(一五〇点)を算定するものとし、老人注射料(点滴を含む)も種類および回数にかかわらず、一カ月につき一〇〇点として、医療の給付そのものを画一的に制限している。

こうした施策は、通院時における老人デイ・ケア料の新設等の形での在宅ケアの重視という形をとりつつ長期入院を抑制し、本来、医療の要否を判断すべき医者に代わって国が低医療基準を明文化することによって、病院経営上の理由からの退院促進の機能を果たすことにもなった。医療の「適正化」は、老人の場合、医療ニーズそのものの抑制と不平等化の懸念を生み出している。

その他の「適正化」の動き

医療の「適正化」は、老人医療を出発点とし、具体化し始めたばかりで、諸制度の改廃を含めて大きな転換がなされようとしているが、この一年の主なものをみてみよう。

第一は、直接的な「受益者」負担の強化の方向である。その一つは、八二年八月一七日の社会保険審議会「高額療養費自己負担限度額の改定についての答申」である。これを受けて、政府は八月二四日付で政令改正をおこない、現行三万九〇〇〇円を、九月から一二月までは四万五〇〇〇円、八三年一月以降五万一〇〇〇円に引き上げた。また、間接的にはあるが、「受益者」の負担増となるものに、医療費の所得税控除の対象限度額の引き上げがある。一二月月中旬、大蔵省は現行五万円から一〇万円に引き上げる方針を打ち出し、税制調査会での検討も含め、実施の方向で動いている。

第二は、制度の改廃による国庫補助の削減による被保険者の相互扶助の強化の方向である。

その一つは退職者医療制度の創設である。厚生省は八二年八月には、八四年の実施を目標にすることを決め、一〇月二六日に、社会保険審議会に白紙諮問した。これは、雇用労働者の退職者とその家族を対象に、退職時から老人保健法につなぐ期間の年齢層を対象にしており、政管健保や組合健保からの拠出金をもって運営されるものとされている。各健保の退職後の任意継続加入者が増加していることなども大きな誘因となっているが、相対的に低所得の中高年齢層が、国民健康保険財政の足かせになっているところから、これを独立させ被用者保険の財政援助を受けることを目的としている。しかし財源負担や対象年齢の問題をどうするか等まだ結論が出ておらず、また制度間の整合性という点では、老人保健法施行後の老人医療の推移を見極めている段階である。

もう一つは日雇労働者健康保険制度の廃止の動きである。一九五三年に発足したこの制度は、その対象者の性格からして財政基盤が脆弱なため社会保障制度審議会等の答申でも、当初より強力な国庫負担を強調していたものである。現在は医療給付費、傷病手当金、出産手当金の三五%を国庫補助で賄っているが、被保険者数の減少と高齢化の進行により、八二年度の累積赤字は六五〇〇億円に達している。その直接的原因は、低賃金による保険料収入の低さと政管健保などに比べた保険給付費の相対的な高さ(約一・五倍)にあるとされている。

この制度の見直しは、八二年七月の第二臨調第三次答申(基本答申)で、「対象の限定された制度の在り方に早急に検討を加え、合理化を図る」との指摘をへて、一〇月には、退職者医療制度とともに社会保険審議会に白紙諮問されてきたものである。こうした動きにたいし、八三年四月三日、総評・日雇健保共闘会議は政管健保との統合を政府に要求したが、五月二三日、厚生省は、大幅な医療抑制の第一弾として、日雇健保廃止の方針を打ち出し、その後の処理については審議会等の対応待ちになっている。

第三の動きは、第一の「受益者」負担の直接的強化とも関連するが、「臨調答申」の「軽度医療」についての指摘にみられるような、医療保険による医療給付の制限・縮小の方向である。八三年五月一日の衆議院決算委員会での厚生省保険局長の「ビタミン剤の削除の検討」の発言に始まり、八月の八四年度の厚生省の概算要求において、補助金の六二〇〇億円の削減の一環として、保険適用除外に総合感冒剤、健胃剤を加え、さらに入院時の給食材料費として一日当たり六〇〇円の患者負担を導入したうえで、被用者保険の本人給付率の一〇割から八割への引き下げという、「伝家の宝刀」が抜かれるにいたった。医療費の「適正化」は医療総需要の抑制と、他方での自助努力の強化という点で、大きな転換を迎えている。

日本労働年鑑 第54集 1984年版

発行 1983年11月30日

編著 法政大学大原社会問題研究所

発行所 ●

2001年8月28日公開開始

■ ←前のページ 日本労働年鑑 1984年版(第54集)【目次】 次のページ → ■
日本労働年鑑【総合案内】

法政大学大原社会問題研究所(<http://oisr.org>)
