

❖ 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30回 平成の初期から10年代前半の医療保険制度改革

1 健保本人の二割負担と薬剤費の特別負担

バブル崩壊後の景気低迷が続く中で、平成4年度から8年度まで、国民所得の伸びは大きく落ち込み、年1%前後の状態でした。これに対して、急速な高齢化を背景に、国民医療費は毎年度6%前後の伸びを続けました。このため、各医療保険制度は厳しい財政運営を迫られました。

平成4年度に中期財政運営方式を導入した政管健保は、5年度から単年度赤字を計上するようになり、8年度には単年度で4969億円もの赤字を計上し、事業運営安定資金の平成8年度末残高は5488億円に減少することが見込まれました。これに対し、平成9年度の単年度収支は8310億円の赤字が見込まれ、制度改革を行わなければ医療費の支払いさえ滞るような状況に陥っていました。中期財政運営は、導入後わずか4～5年で危機の状態に陥っていたのです。また、組合健保や国保の財政も大幅に悪化し、平成7年度決算では、6割を超える健保組合や市町村国保が赤字になっていました。このため、医療保険制度全体について、対応を講じることが必要になりました^{注1)}。

こうした事態に対応するため、厚生省の医療保険審議会は、平成8年11月に「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について」と題する建議書をまとめました。

この建議書では、国民医療費の伸びと経済成長率とのギャップが続けば、医療保険制度自体が立ち行かなくなる事態も懸念されるとして、国民皆保険体制を今後とも維持していくためには、高齢者の医療制度の抜本的な見直しや、医療費の伸びを安定化させるための診療報酬体系の見直し、給付率の将来的な統一を目指すこと等を提言するとともに、その第一段階として、緊急の課題である医療保険の財政収支の均衡を

図るため、保険料の引き上げ、患者自己負担の引き上げ（被用者本人2割、高齢者1～2割、薬剤給付について給付除外ないし3～5割とすること）等を内容とする平成9年改正を行うべきとしました。

また、老人保健福祉審議会は、平成8年12月の意見書で、介護保険制度の施行時を目的に、老人保健制度に変わる新たな仕組みの創設を含め、老人医療費負担の仕組みを見直す必要があるとし、また、老人の患者負担としては、1割程度が適切とする多くの意見があった、としました。この意見書では、老人医療費の負担の見直しに関して、次の4つの選択肢を示しています。

- ①全高齢者を対象とした独立の保険制度を創設
- ②高齢退職者等が被用者保険制度、国民健康保険制度それぞれに継続加入するとともに、高齢者の加入率等の違いに着目した制度間の財政調整を実施
- ③医療保険制度を全国民対象とするものへと統合し、その中で高齢者を位置づける
- ④現行老人保健制度の基本的枠組みは維持しつつ、必要な見直しを実施

さらに、医療保険審議会が平成8年12月に出した「国民健康保険制度の改革について」と題する建議書では、保険者単位のあり方、保険料格差是正のための措置など国保制度の枠内においても根本的な検討が求められているとされましたが、具体的な改革の方向は、保険者単位についても、定率国庫負担と調整交付金の関係についても両論併記でした。

こうした中で、各関係団体の意見も様々という状態であったため、医療保険制度全体に関する改正を早期に行うことは困難になり、与党三党の医療保険制度改革協議会（与党協）は、今

後の検討事項10項目について合意するとともに、平成9年度改正法案をとりまとめる方向で事態の収拾を図りました。

これを受けて、政府は、平成9年2月に健康保険法改正法案を国会に提出しました。その概要は、以下のとおりです。

- ①昭和59年改正で、健保被保険者本人の患者負担について、法律上、本則は2割であるが附則で国会の議決承認を受けるまでは1割とすると規定されていたことを改め、2割負担とする。
- ②老人の患者負担を、入院は1日710円から1,000円に、外来は月1,020円から1回500円・同一医療機関月4回までとする。また、老人患者負担額について、2年度ごとに、老人医療費の伸びに応じてスライドさせる。
- ③薬剤費について、外来薬剤1種類につき1日15円の患者負担を課する（老人も老人以外も）
- ④政管健保の保険料率を引き上げる
- ⑤国保の財政基盤安定化支援事業の継続

この改正法案は、国会で審議された結果、薬剤の患者負担については、投薬1日2～3種類の場合30円、4～5種類60円、6種類以上100円に修正されて、可決しました^{注2)注3)}。

2 医療保険制度の抜本改革をめぐる議論

医療保険制度の全体的な改革（いわゆる「抜本改革」）については、上述の平成9年改正と並行して議論が進みました。

当時、経済が低迷する中で増加を続けている医療費をこのまま放置しておく、医療保険制度やそれを支えるわが国の財政・経済が破綻しかねない、との危機意識が関係者の共通の認識としてありました。

そこで、議論は、個々の制度ではなく、各制度共通の課題である、①診療報酬および薬価基準、②高齢者医療制度等の医療保険制度の体系、そして③医療費適正化対策の3点を中心に展開されました。

平成9年8月に厚生省が公表した「21世紀の医療保険制度（厚生省案）」、およびこれを受けて与党協がまとめた「21世紀の国民医療－良質な医療と皆保険制度確保への指針－」を見てみます。

○診療報酬および薬価基準

両者は、いずれも、まず、薬価基準を廃止し、医薬品のグループごとに、市場の実勢価格を反映した給付を医療保険が行う仕組みを導入することとしています。薬剤については、国が定めた基準額（薬価基準）に基づき医療保険から給付されることとされていましたが、その薬価基準が、医療機関が製薬会社から購入する実勢価格より高く、それが薬価差益を生んでいると批判されていました。わが国は、従来から医療費に占める薬剤の比率が高く、それが医療費を押し上げていると批判され、それを改善するために、医薬分業の推進や医師の技術の評価ということが進められていたのですが、薬価基準の見直しも、そうした観点からの提案でした。

また、診療報酬については、急性期医療については出来高払いを、慢性期医療については、定額払いを原則としていました。

○医療保険の体系

厚生省案では、①制度の一本化による地域医療保険制度案（保険者は、市町村とするA案と、都道府県とするB案）、②被用者保険と国保の2本建て+高齢者別建て案（高齢者医療制度については、独立の保険制度とするA案と、市町村が各保険者の共同事業として高齢者の医療を給付するB案）、の2つの案を提示していました。これに対して、与党協では、独立の高齢者医療保険制度を創設する案のみを提示していました。なお、独立の高齢者制度の案においては、いずれも、その財源は、高齢者本人の保険料、公費負担および若年世代の負担によるとしていました。

○医療費適正化の推進

医療費適正化対策としては、いずれも、社会的入院の是正やレセプト審査の充実などとともに、都道府県間の医療費格差の是正を挙げていました。

3 財政構造改革法と老人医療に関する見直し

(1) 老人加入率の引き上げ

この与党協案については、平成12年度における抜本改革の実施を目的としていましたが、政府、関係団体、与党間の調整は難航し、具体案のとりまとめに至ることがなかなかできませんでした。

他方で、平成9年度は、バブル経済崩壊後の

度重なる財政出動により、わが国の長期債務（国債、地方債）残高は急増し、先進国中最悪の財政状況に陥りました。このため、政府は、平成9年6月に「財政構造改革について」と題する閣議決定を行い、平成10～12年度の3年間を「集中改革期間」として、社会保障や公共投資等について制度改革による歳出削減の方向を打ち出すとともに、11月には「財政構造改革の推進に関する特別措置法（財政構造改革法）」を制定しました。

この財政構造改革法では、平成10年度の社会保障関係費（国の一般会計における社会保障関係の支出額）について、平成9年度の額プラス3000億円を下回ることと明記されました。そして、医療費については、そのうち老人の増加に伴う自然増1800億円だけが認められました。

そこで、厚生省は、社会保障関係費縮減のために、薬価引き下げと、老人保健法に基づく保険者拠出金の見直しを打ち出しました。老人保健法においては、老人医療費の3割を公費で、7割を各保険者からの拠出金で賄っていました。この保険者拠出金については、当時は、次のような計算式で決められていました（この当時は、加入者按分率は100%になっていましたので、その要素は除外されます）。

“老人医療費 × 7/10 × (平均老人加入率/
その保険者の老人加入率)”

そして、老人加入率については、当初は、負担の急激な増減を緩和するため、1%から20%が上下限とされていましたが、上限を超える保険者が急増してきたことから、平成7年の改正により下限は1.5%、上限は24～26%の間で政令で定める率とされ、平成7年度・8年度は上限は24%でしたが、9年度は25%に引き上げられていました。この老人加入率の上限の引き上げは、老人加入率が高く国庫負担率も高い国保の拠出金額を減らし、老人加入率が低く国庫負担率も低い被用者保険の拠出金を増加させるので、国の負担額は減少することになります。

そこで、政府は、老人加入率の上限を30%に引き上げ、また、国保が負担していた退職者医療対象者にかかる保険者拠出金の2分の1を、被用者保険が退職者医療制度を通じて負担することとしました。

こうした改正を実施するために、国民健康保険法等の改正が平成10年に行われました^{註4)}。

(2) 景気悪化と老人薬剤負担の免除

平成5～8年は、いわゆるバブル崩壊後の、政府による集中的な財政出動と超低金利政策の効果もあり、景気が上向いていた時期でした。そうした状況を見て、政府としては、平成9年4月の消費税率引き上げ（3%→5%）や財政構造改革による緊縮財政政策を実施しました。ところが、3月までの駆け込み需要の反動が4月以降出てきて、景気に陰りが見られるようになりました。また、同年秋頃の、タイや韓国などを中心としたアジア通貨危機や、11月には、バブル期の投資等により多額の不良債権を抱えていた北海道拓殖銀行や山一証券等の金融機関の相次ぐ倒産等が起こり、景気は悪化の一途をたどりませんでした^{註5)}。

こうした中で、平成9年改正により導入された健保本人の2割負担や薬剤患者負担は、医療費の伸びを大幅に引き下げていました。国民医療費を見ても、平成6～8年度には5%前後であった対前年度伸び率は、9年度は1.6%、10年度は2.3%と大幅に縮小しています。しかし、この効果の大きさは反面で受診抑制を生んでいるとされ、特に薬剤給付の多い高齢者には大幅な負担増になると、各方面から強い批判を受けました。そして、平成10年12月には、自民党と日本医師会との合意により、平成11年度の中のできるだけ早い時期に、国が公費で対応することにより、老人の薬剤一部負担が免除されることとなりました^{註6)}。

(3) 老人医療定率負担の導入

医療保険制度の抜本改革を巡る議論は、平成11年も続きました。

平成11年8月には、医療保険審議会制度企画部会が、それまでの検討を踏まえ、「新たな高齢者医療制度のあり方」を公表し、新たな高齢者医療制度の具体的な枠組みとして、次の4つの考え方を示し、それぞれについて、具体的な内容と、指摘されている問題点を整理しました。

- ①公費を主要な財源としてすべての高齢者を対象とした地域単位の新たな高齢者医療制度を設ける考え方
- ②国保グループとは別に被用者保険グループの高齢者のみを対象に新たな医療保険制度を設ける考え方
- ③現行の保険者を前提とし保険者の責によら

ない自由（特に年齢構成）に基づく各グループ（保険者）間の負担格差についてはいわゆるリスク構造調整を行う考え方

④ 現行の医療保険制度を一本化して新たな医療保険制度を設ける考え方

しかし、議論は平成12年になってもまとまらず結論を先送りせざるを得ない状況になりました。そのため、厚生省は、12年1月に「医療制度抜本改革の進め方」を公表し、高齢者医療制度の見直しについては、平成14年度を目途に検討を進めることとするとともに、12年度においては、当面必要な最小限の改正を行うという観点から、平成12年に健康保険法等の改正が行われました。

その主な内容は、①老人医療費の患者負担（一部負担）を、従来の定額から定率の1割負担に変更する。ただ、高齢者にとって過度の負担とならないよう、月額の上限（診療所および200床未満の病院 3,000円、200床以上の病院 5,000円）を設ける、②老人について薬剤特別負担を廃止し、それ以外の者については、「薬剤一部負担金を廃止するために必要な財源措置に関し検討を行い、その結果に基づいて廃止する」（改正法附則第2条）とされたこと等です^{注7)注8)}。

4 給付率の統一と総報酬制の導入

平成13年9月に、厚生労働省は「医療制度改革草案」を発表しました。その内容は、被用者保険および国保における給付率を7割に統一（乳幼児は8割）し、老人保健制度の医療の対象者を75歳以上に引き上げて9割給付とし、70～74歳は8割給付とするものでした。薬剤一部負担は廃止することとされました。被用者保険の保険料については、総報酬制（ボーナスを含む）を導入することとしました（従来は、定期給与のみを対象とする標準報酬制）。さらに、老人医療費については伸び率管理制度（目標値を超えた場合、診療報酬に調整率をかける）を導入することとしていました。

また、11月には与党協が「医療制度改革大綱」を発表しました。ここでは、医療保険制度の一元化について具体的な検討を開始し、一定期間内に結論を得ること、新しい高齢者医療制

度の創設を目指すことなど目標は掲げられていましたが、具体的な措置については、医療保険における総報酬制の導入や給付の7割への統一、新しい高齢者医療制度の創設までは老人医療対象者を75歳に引き上げることなど、厚生省案とあまり違う内容ではありませんでした。

結局、平成14年においても、抜本改革についての議論はまとまらず、以下のような内容の健康保険法等の改正が行われるに留まりました。

○被用者保険および国保の給付率を7割に統一

○老人保健制度による医療については、対象年齢を5年間で75歳以上に引き上げ、老人保健拠出金に対する公費負担を5年間で3割から5割に引き上げ

○保険料については、被用者保険に総報酬制を導入

なお、この平成14年改正法においては、医療保険制度の体系のあり方、新しい高齢者医療制度の創設、診療報酬の体系の見直しの3点について、14年度中に、具体的内容、手順および年次計画を明らかにした基本方針を策定し、できるだけ速やかに（高齢者医療制度についておおむね2年を目途に、）所要の措置を講ずるものと規定されました（附則第2条第2項）^{注9)}。

注1) 吉原健二・和田勝（2008）：460-461.

注2) 同上：461-465.

注3) 吉岡成子「後期高齢者医療制度を巡る経緯と見直しの動向」：立法とNo.288, 2009年1月, 国立国会図書館.

注4) 吉原健二・和田勝（2008）：471-472.

注5) 竹村弘『『バブル景気』から平成の『10年大不況』まで』, 愛知淑徳大学現代社会学部論集, (5), 67-102. 2002年3月.

注6) 吉原健二・和田勝（2008）：473.

注7) 柴畑潤（2007）：20.

注8) 吉原健二・和田勝（2008）：478-479.

注9) 柴畑潤（2007）：20-21.

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.

柴畑潤「医療保険の構造改革」, 2007：法研.