

総論

第1章 社会保障の国際的動向とその背景

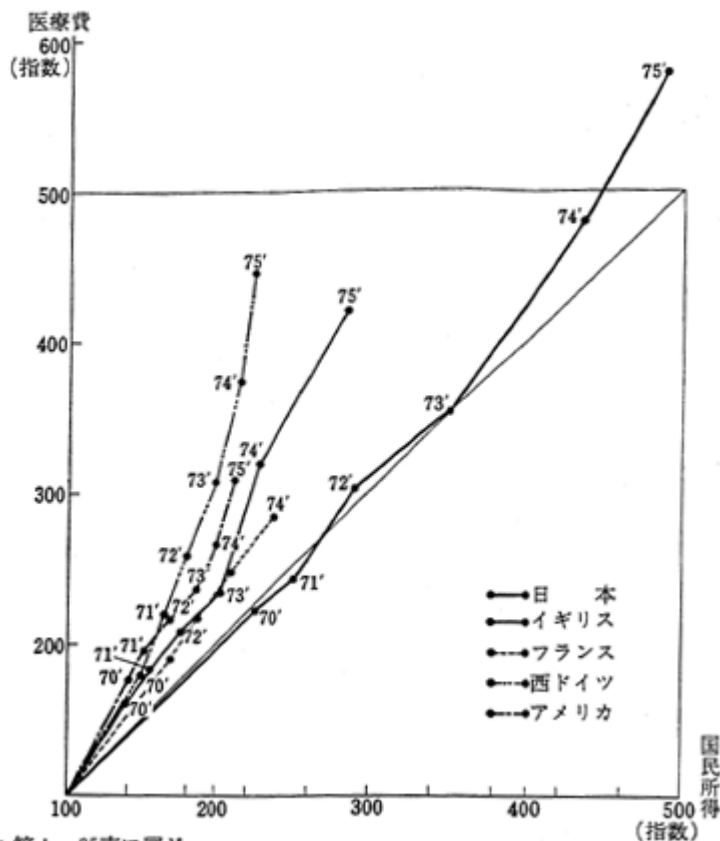
第4節 医療保障の動向

我が国の健康水準は、平均寿命や訂正死亡率の著しい改善をみてもわかるように、いまや世界的にみて、おおむね遜色のない状態に達したといえるであろう。

この要因としては、医学、薬学の進歩、公衆衛生等の発展はもちろん、医療保険制度の果たした役割は大きいものがある。半世紀余りの歴史を持つ医療保険制度は、対象の拡大と給付内容の改善を重ね、36年には国民皆保険体制が実現し、48年には被用者保険において家族給付率を5割から7割へと引き上げ、また高額療養費支給制度の導入が図られるなど、ますます充実したものとなっている。

一方、医療保険については、後で述べるように、医療費の高騰、とりわけ高齢者にかかる医療費の高騰等の問題を抱えているが、このことは我が国ばかりでなく世界的な問題である。

第1-13図 国民所得と医療費の伸び(1965=100)



資料: 第1-25表と同じ

この10年間の医療費の伸びは、西ドイツで約4.5倍、アメリカで約3倍、フランスでは9年間で約3.3倍と高い伸び率を示しているが、我が国の約5.8倍の伸びは、その中でも目立っている。この要因として我が国では、1) 医療保障制度の改善が進められてきたこと、2) 欧米諸国並みの高齢化社会に移行する過程にあって老人医療費の伸びが高いこと、3) 48年のオイル・ショック以後の世界的な物価上昇の影響を強く受けたことに伴い、診療報酬が引き上げられたことなどが考えられる。

いずれにせよ、各国における医療費の高騰は深刻な問題となっており、医療費爆発あるいは医療費のロケット状上昇と称されている。1977年にOECDから医療費に関するレポートが出され、またILOにおいて医療費の高騰に関する専門家会議が開催されており、その中で医療費高騰の要因として、社会保障制度そのものの発展、人口構造の変化(高齢者の増加)、病院医療費の増加、薬剤費の増加等を挙げている。このような要因に加えて、最近の世界的な不況下にあっては、国民所得、賃金等の伸び悩みが、医療保障の財源に影響を与え、医療保障を支える財政悪化を招来しており、各国ともその対策に苦慮しているのが現状である。

総論

第1章 社会保障の国際的動向とその背景

第4節 医療保障の動向

2 医療需要の変化

各国の健康水準の向上は、医療、公衆衛生等の発展に負うところが大きく、とりわけ感染症の制圧による死亡減少は目覚ましいものがある。訂正死亡率でみると1975年で各国とも人口1,000対4ないし6の水準まで改善されており、死亡率の低下とともに平均寿命も大幅に延長し、各国の平均寿命はほぼ70歳を超えている。また西欧諸国は、65歳以上人口比率が12%から15%にまで達する高齢者社会となっている(第1-26表)。

第1-26表 各国の健康水準指数

	平均寿命		(1973) 訂正死亡率 (人口千対)	成人病 死亡割合 (%)	65歳以上 人口比率 (%)
	男	女			
日本	(1976) 72.15	(1976) 77.35	4.6	58.3	8.13
イギリス	(1970~72) 68.9	(1970~72) 75.1	5.3	65.9	14.16
フランス	(1972) 68.6	(1972) 76.4	4.9	51.8	13.5
西ドイツ	(1971~73) 67.61	(1971~73) 74.09	5.7	60.4	13.87
スウェーデン	(1973) 72.12	(1973) 77.66	4.2	71.1	14.8
イタリア	(1970~72) 68.97	(1970~72) 74.88	5.4	59.1	11.8
アメリカ	(1974) 68.2	(1974) 75.9	5.6	66.4	10.32

資料：国際連合「世界人口年鑑1975」、WHO「World Health Statistics Annual (1973~1976)」

厚生省統計情報部「人口動態統計」等

(注) 1. 成人病死亡割合 = $\frac{\text{脳血管疾患死亡} + \text{悪性新生物死亡} + \text{心疾患死亡}}{\text{全死亡}}$

2. 訂正死亡率の基準人口は昭和10年の日本の総人口として、厚生省統計情報部で算出したものである。]

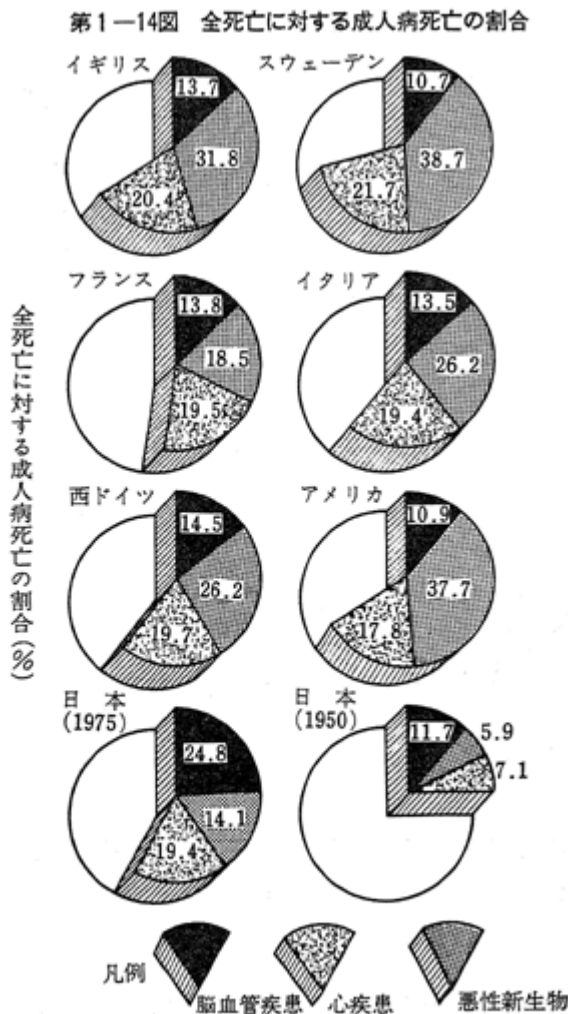
我が国においても結核、胃腸炎、肺炎などの感染症対策が効を奏し、母子保健や栄養水準等の向上もあって、訂正死亡率は25年の10.8から51年の4.6まで急激に減少している。平均寿命も、世界に類のない速度で伸び続け、いまやスウェーデンと並ぶ最長寿国となったが、高齢人口も急速に増加しており、今後、我が国は本格的な高齢化社会を迎えることになる。

近年における死因の変化も著しいものがあり、かつての感染症にかわって、加齢と密接な関係にある脳血管疾患、悪性新生物、心疾患等のいわゆる成人病による死亡が増えてきており、全死亡に対する成人病死亡割合は、25年の約25%から、50年には約60%と、わずか25年間で2.4倍もの増加をみせている。

成人病による死亡割合の増加は、先進国における一つの特徴であり、ほとんどの国において全死亡の60%以上が成人病による死亡となっており、中でもスウェーデンでは、1973年で70%以上にも達している(第1-14図)。我が国でも高齢人口の増加につれて、成人病による死亡割合は更に高くなるものと思われる。三疾患の構成割合は欧米諸国と我が国では、若干異っており、我が国では脳血管疾患、欧米では心疾患が最も多く、この差異は食生活や人種差等の要因によるものであろう。これら成人病の原因は複雑で生体側の要因と生体を取り巻く環境要因とが長い年月をかけて作用して発症したものと考えられている。成人病は、一般

に治療期間は長くなりがちであるとともに医療技術の進歩に伴い高度の医療サービスを必要とするため、成人病の増加は、医療需要の増大、多様化に大きな影響を与えることになる。

第1-14図 全死亡に対する成人病死亡の割合



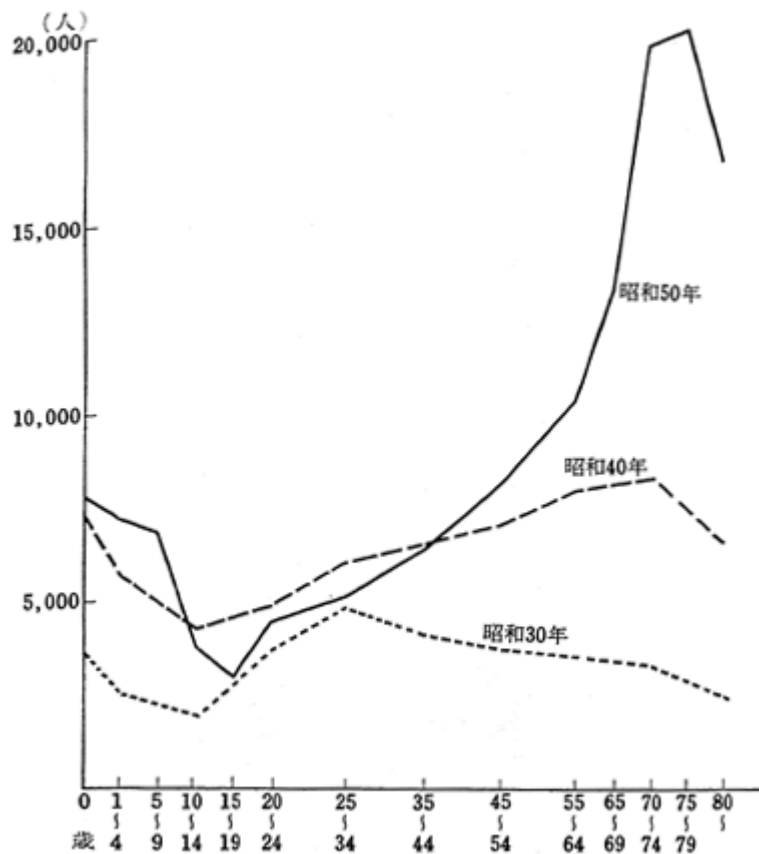
資料：国際連合「世界人口年鑑1975」
 厚生省統計情報部「人口動態統計」

我が国の受療率(人口10万人当たりの患者数)を30年と50年で比較すると、30年には3,301であったものが50年には7,049まで2倍以上も増加しており、これはおよそ14に1人の割合で調査当日、医療施設で何らかの治療を受けたことを示している。

年齢階級別に受療率の推移をみると、全年齢にわたって受療率は上昇しているが、中でも高年齢層の受療率の伸びが目立っており、50年では75歳から79歳の受療率は20,146と最も高く、次いで70歳から74歳となっている。30年と比べると、65歳以上の受療率は4倍以上の伸びをみせているが、これには47年に発足した老人医療費公費負担制度によって、老人が受療しやすくなったことも寄与していると考えられる(第1-15図)。高齢者の疾患は、一般に慢性、長期化の傾向を持っているため、医療需要は高くなっており、50年度の我が国の国民1人当たりの医療費は約5万7,900円であったが、年齢階級別にみれば、医療費は加齢とともに高くなっており、70歳以上人口では、1人当たりの医療費は20万円に及ぶものと推計されている。65歳以上人口に要した医療費でみると、国民医療費の約4分の1が、国民のおよそ8%の65歳以上人口によって占められていることになる。

第1-15図 年齢階級別受療率(人口10万対)

第1—15図 年齢階級別受療率(人口10万対)



資料：厚生省統計情報部「患者調査」

アメリカでは、1973年に65歳以上人口は約10%であったが、65歳以上人口に要した医療費は総医療費の約28%となっており、西欧では一般に、人口の10%が高齢者であれば、医療費の3分の1が高齢者のために要するといわれていることから人口の老齢化が医療費に与える影響は、大きいものがある。

総論

第1章 社会保障の国際的動向とその背景

第4節 医療保障の動向

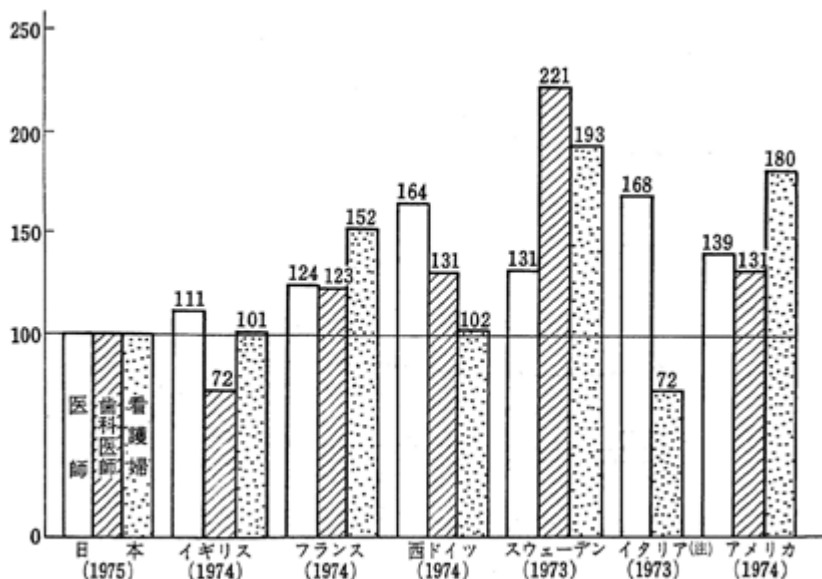
3 医療供給体制

(1) 医療従事者

保健医療サービスの従事者は、医療需要の増加に応じて毎年増加している。我が国の医師、歯科医師は、各年の届出数によればこの10年間に約20%、看護婦は約70%もの増加をみせ、50年末では、各々13万2,479人、4万3,586人、39万5,663人となっており、人口10万対比でみると、医師数は118.4人、歯科医師数は38.9人、看護婦数は353.5人となっている。各国の状況と比較してみると、国によって職種の定義や業務内容が若干異なる点に留意しなければならないが、人口10万対比ではイギリスとほぼ同水準にあり、スウェーデンやアメリカより低い傾向がみられる(第1-16図)。医師をはじめとする医療従事者の養成には国としても力を入れており、例えば医師の将来推計(52年3月現在)によれば、60年には約19万2,000人となり、人口10万対比で150人を越えるものと見込まれている。

第1-16図 医師、歯科医師、看護婦数の国際比較

第1-16図 医師、歯科医師、看護婦数の国際比較(人口10万対) (日本=100)

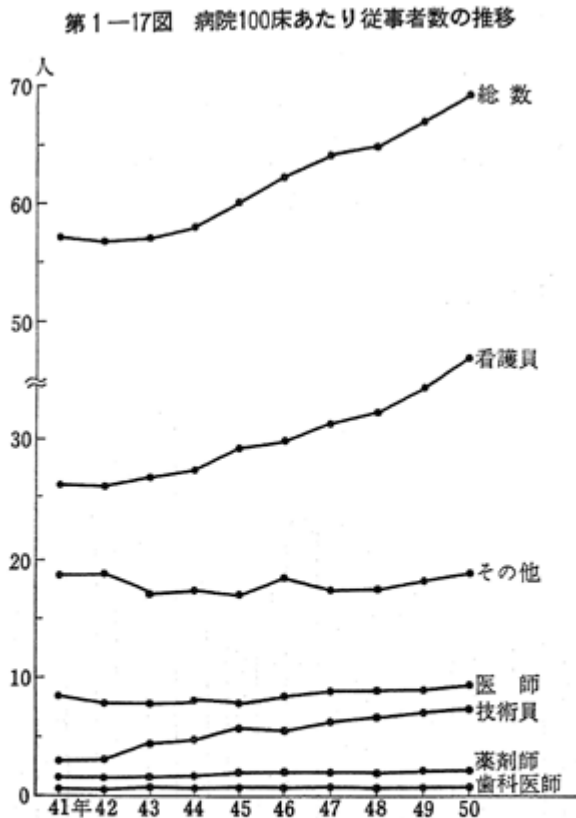


資料：WHO「World Health Statistics Annual 1973~76」
 厚生省統計情報部「医師、歯科医師、薬剤師調査」衛生行政業務報告」
 (注) イタリアの医師数は歯科医師数を含んでいる。

最近の医療サービスは、I.C.U.(インテンシブ・ケア・ユニット)や人工透析、脳外科や心臓外科などの分野における著しい進歩にみるとおり、高度に専門化された多くの職種によるチーム・ワークによって進められるため、労働集約的要素がますます強くなっている。我が国の病床100床当たりの従事者数でみれば41年には57.8人であったものが、50年には66.9人となっており、10年間で約16%の増加であり、医療サービスにますます人手がかかるようになったことを示している(第1-17図)。中でも、看護婦などの看護関係の従事者の増加が最も大きく、次いで臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士などの技術員の増加

が目立っている。この傾向は各国にもみられ、アメリカでは、1950年には患者1人当たり1.78人の医療従事者であったものが、1973年には3.15人まで増え、賃金そのものの上昇と相まって病院医療費の大幅な上昇を招いている。他の国でも、病院医療費の中で人件費の占める割合が年々大きなものとなっており、例えばイギリスでは50年で約70%、フランスでは約60%となっている。

第1-17図 病院100床あたり従事者数の推移



資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」

(注) 1. 看護員とは助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)などを指す。

2. 技術員とは、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、栄養士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、マッサージ師などを指す。

一方、医療従事者数は全体として増加しているにもかかわらず、医師等の偏在による医療サービスの地域格差が各国で問題となっている。人口10万対比で医師数をみると、我が国では県によって担当の差があり、最も多い県で177.1人、最も少ない県では58.7人となっている。アメリカでは州によって、231.5人と74.5人、西ドイツでは州によって、280.8人と154.4人の地域格差があり、これらの地域格差をなくし医療の機会均等を図るための努力が各国において必要となっている。またイギリスやアメリカなどでは医療サービスの専門分化が進み、医師の専門家指向傾向が顕著になり家庭医の減少が問題となっている。

総論

第1章 社会保障の国際的動向とその背景

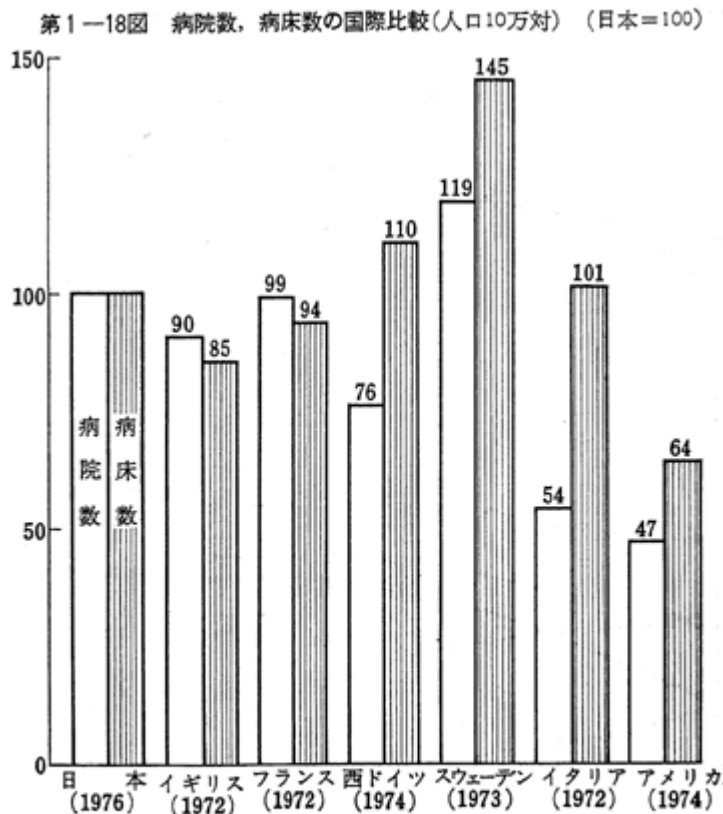
第4節 医療保障の動向

3 医療供給体制

(2) 医療施設

我が国では医療需要に応じて、年々医療施設の整備が進められ、病院や病床の増加とともにその機能強化が図られている。この10年間で病院数は約15%、病床数は約29%増え、51年現在で各々8,379施設、118万4,737床となっているが、病床別にみると結核病床が減少し、一般病床、精神病床が増加しており、近年の疾病構造の変化を反映している。病院数及び病床数を各国と比較してみると、医療制度の相違に留意しなければならないが、我が国の整備状況は国際的に比肩しうる水準にあるといえるであろう(第1-18図)。

第1-18図 病院数,病床数の国際比較



資料: WHO「World Health Statistics Annual 1973~76」

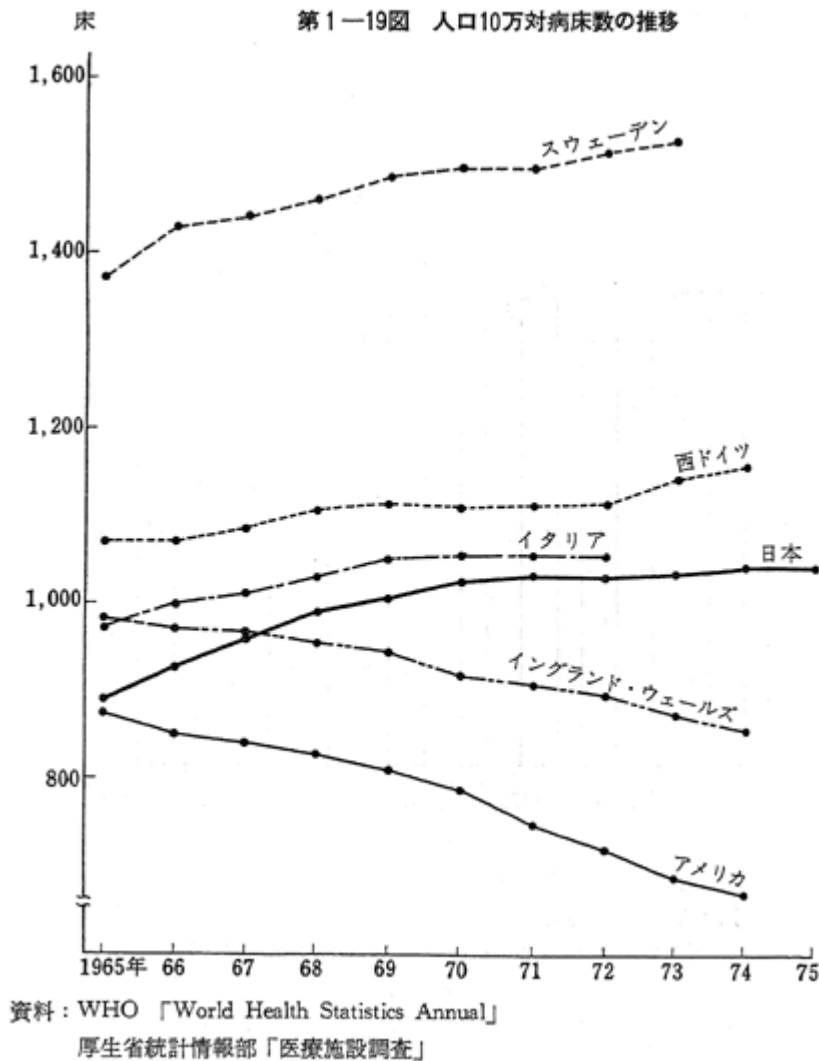
厚生省統計情報部「医療施設調査」

- (注) 1. 国により病院の定義が異っている。ここではWHOの「Hospitals and Other Medical Establishments with Beds」に掲載してある数値を用いた。
 2. 我が国の病院、病床には、一般、歯科診療所を含んでいない。

最近の病院病床数の推移を人口10万対比で見ると、スウェーデンや我が国では病床の増加が比較的高い方に属し、西ドイツやイタリアでも若干増加しているのに対し、イギリスやアメリカでは、逆に、人口10万対比

の病床数は減少している(第1-19図)。この減少を病床種類別にみると、結核や精神等の長期療養を要する病床の減少が主体であり、最近のイギリスやアメリカでは、ナーシング・ホーム、デイ・ホスピタル等の中間施設の整備を進めるとともに、在宅サービスなどの充実に力が入れている。

第1-19図 人口10万対病床数の推移



医療施設の利用状況を見ると、我が国の平均在院日数は病床分類や医療制度の違い等の影響もあると思われるが各国と比較してみれば、かなり長いものとなっている(第1-27表)。このことは、入院患者の増大と結びつく問題でもあり、医療体制の整備とともに、医療資源の効率的活用を図ることが、今後の課題となろう。

第1-27表 平均在院日数

第1-27表 平均在院日数(一般病院)

年	国 日 本	イ ン グ ラ ン ド ・ ウ ェ ールズ	フ ラ ン ス	西 ド イ ツ	ス ウ エー デン	イ タ リ ア	ア メ リ カ
1965	30.3	15.4	21.1	—	13.5	14.8	8.6
1966	31.7	15.1	20.2	19.5	12.8	14.7	9.1
1967	31.4	14.9	—	19.2	12.7	14.4	9.4
1968	32.1	14.4	19.1	19.0	12.6	14.1	9.4
1969	32.4	14.0	18.0	18.5	12.6	13.4	9.3
1970	32.5	—	17.8	18.3	12.7	13.8	9.0
1971	32.2	13.2		17.3	12.9	13.5	8.8
1972	32.6	13.1		17.8	13.1		8.6
1973	33.2			17.6	13.0		8.3
1974	34.0			17.1			8.3

資料：WHO「World Health Statistics Annual」

厚生省統計情報部「病院報告」

総論

第1章 社会保障の国際的動向とその背景

第4節 医療保障の動向

4 各国の医療保障制度と財政

各国の医療保障制度は、その国の社会環境、歴史的背景のもとに、それぞれ独自に発展してきたもので、大別して保険料に財源を求める社会保険方式と、租税に財源を求める保健サービス方式とがある。社会保険方式を採用する国として西ドイツ、フランス、日本などがあり、保健サービス方式を採用する国としてはイギリス、両方式を併用している国としてスウェーデンが挙げられる。アメリカは、社会保険方式を採用しているが全国民を対象とした公的医療保険制度はなく、高齢者を対象とした制度に限られている(第1-28表)。なお、社会保険方式を採用する国においては、公的扶助制度がその機能を補完している。

第1-28表 主要国の医療保険制度

		第1-28表 主要国の	
		日	本
制度の種類	社会保険方式		
適用対象	全 国 民 健康保険：一般被用者 国民健康保険：一般地域住民 他に特定職域の被用者を対象とするものとして船員保険、日雇労働者健康保険、各種共済組合制度がある。		
医療給付	現 物 給 付		
	政府管掌健康保険	国民健康保険	
	費用の全額 ただし、初診時200円、入院時の当初1ヵ月間について1日60円の一部負担がある	費用の70% 世帯主・世帯員(自己負担額が月額39,000円を超える場合、その超える額が高額療養費として償還される)	
支給期間	制限なし	支給期間 制限なし	
傷病手当金	標準報酬日額の60%、被扶養者のいない者が入院した場合は、同じく40%		(任意給付)
	支給期間 6月 結核性疾患は1年6月		
出産手当金	出産手当金、被保険者が出産のため給与の支払を受けなかった場合、産前42日、産後42日の計84日の範囲内で1日につき標準報酬日額の60%		(任意給付)
出産一時金	公費と費、標準報酬日額の半額		各府、県の定額による

標準報酬月額(100,000円未満の場合は100,000円)	育児手当金 2,000円	条例・規約の定めるところによる
死亡一時金	埋葬料(費) 標準報酬月額の1月分(50,000円未満のときは50,000円)	条例・規約の定めるところによる

医 療 保 険 制 度

イ	ギ	リ	ス	フ	ラ	ン	ス
保健サービス(医療給付)	社会保険方式			社会保険方式			
社会保険方式(現金)							
医療給付	全居住者			職種により保険制度が異り、一般、特別、農業、自営業制度に大別される			
現金給付	被用者及び自営業者			1975年 適用率 99%			
現物給付				償還制(一部現物給付)			
費用の全額	ただし薬剤費(1処方につき20ペンス) 歯科、眼鏡代などの一部自己負担がある(ただし児童、老人、低所得者などは免除)			<ul style="list-style-type: none"> ○外来費用については75%の償還 ○入院費用については80%の償還(但し、公的病院については現物給付) ○薬剤・歯科治療については70%の償還 長期疾病の入院及び特定の薬剤については償還率が高くなる			
支給期間	制限なし			支給期間 制限なし			
所得の85%まで	均一給付(週11.10ポンド)と所得比例給付からなり、他に扶養加算あり			所得の50% 扶養加算あり			
均一給付28週(その後は廃疾給付)	所得比例給付26週			支給期間 12月 長期疾病 3年			
均一給付(週11.10ポンド)と所得比例給付からなり扶養加算あり	支給期間 {産前11週間 産後7週間}			収入の90% 支給期間 {産前6週間 産後8"}			
25ポンド				保育手当金又はミルククーポン 4カ月間			
30ポンド				収入の90日分			

	西	ド	イ	ツ	ス	ウ	ェ	ー	デ	ン
制度の類型	社会保険方式				保健サービス(入院給付) 社会保険方式(外来・現金給付)					
適用対象	職種により保険制度が異り、一般、農業者制度に大別される 1975年 適用率 92%				医療給付 全居住者 現金給付 年収4,500クローナ 以上の有業稼得者及び大部分の主婦					
医療給付	現物給付				現物給付(一部償還制)					
	費用の金額 ただし、薬剤費(処方された医薬品ごとに1マルク)、歯科材料についての一部自己負担がある。(ただし、児童は免除、老人については特に困難な場合のみ免除)				費用の全額 <ul style="list-style-type: none"> ○入院については費用の全額を現物給付 ○外来については、開業医で25クローナ、公的医療機関で15クローナの自己負担がある ○歯科医療については原則として50%の負担 ○薬代については、初めの5クローナまでは全額、5~35クローナの間は 					

		50%の自己負担(最高20クローナの自己負担)
	支給期間 制限なし	支給期間 制限なし
傷病手当金	収入の80% ただし、当初の6週間は賃金継続支給法により全額支給 扶養加算あり	収入の90%
	支給期間 3年間に78週間	支給期間 治るまで又は廃疾年金支給まで
出産手当	収入の100% 支給期間 {産前6週間 産後8"}	収入の90% 支給期間 210日間 (父母手当)
出産一時金	50~100マルク	
死亡一時金	収入の20~40日分	

イ タ リ ア	ア メ リ カ
社会保険方式	社会保険方式
職種により保険制度が異なり、一般、特別制度に大別される 1975年 適用率 95%	65歳以上の年金受給者及び障害年金受給者(入険保険と補足的医療保険があり、後者は任意加入である)
現物給付と償還制の組合わせ	現物給付
費用の全額 現物給付か、償還制かは、被保険者の選択による	○入院保険 入院費用の現物給付ただし、当初60日間に92ドル、それ以後1日23ドルの自己負担 ○補足的医療保険 外来、往診等についての費用の80%を現物給付 ただし、当初60ドルまでの自己負担
支給期間 180日	支給期間 入院保険は 90日間
平均賃金の 2/3 当初20日間は50%	
支給期間 180日間	
平均賃金の80% 支給期間 {産前2月間 産後3"}	
葬儀給付 支給額の最高20,000リラ	

	日	本
被扶養者への給付	医療給付 費用の70%(自己負担額が月額39,000円を超える場合、その超える額が高額療養費として償還される) 現金給付 配偶者分べん費 100,000円	

	" 育児手当金 2,000円 家族埋葬料 50,000円	
財	被保険者 標準報酬月額3.9%	} 1世帯当たり平均年額 50,300円 (51年度概数)
	事業主 標準報酬月額3.9%	
源	国庫一担 事務費の全額 療養の給付, 家族療養費, 高額療養費, 傷病手当金, 出産手当金	} の14.8%
	事務費の全額 医療費の40% 医療費の5%の調整交付金 その他の補助金	

資料：厚生省企画室調べ

	イギリス	フランス
医療給付	被保険者に同じ	医療給付 被保険者に同じ
金 "	出産一時金, 死亡一時金は同じ	現金 " 出産一時金は同じ
	3ポンド以上95ポンドまでの報酬の0.4%	報酬の4.5%
	3ポンド以上95ポンドまでの報酬の0.6%	支払報酬の13.45%
医療給付費用の約90%		原則としてなし
金 "	約18%	

	西ドイツ	スウェーデン
被扶養者への給付	医療給付 被保険者に同じ 現金 " 死亡一時金は半額	医療給付 被保険者に同じ
被保険者	報酬の5.65% (平均)	なし
事業主	支払報酬の5.65% (平均)	支払賃金総額の8% (全費用の85%)
国庫負担	原則としてなし	全費用の15%

	イタリア	アメリカ
医療給付	被保険者に同じ	医療給付 被保険者に同じ
	報酬の0.3%	入院保険は報酬の0.9% 補足的医療保険月7.7ドル
	報酬の15.97%	入院保険については支払報酬の0.9%
	原則としてなし	補足的医療保険については月16.9ドル

社会保険方式を採る西ドイツ、フランス、イタリアなどは、被用者と事業主が拠出する保険料を財源としており、その負担割合は国によって異っている。西ドイツは労使折半、フランス、イタリアでは事業主側の負担が著しく重くなっているが、いずれの国も原則として限られた制度以外は国庫負担はない仕組みである。保健サービス方式を採るイギリスでは、医療現物給付に要する費用のほとんどを国の一般財源で賄い、スウェーデンでは、被用者には負担がなく、その財源は、事業主と国に求められている。

医療保障制度の方式に違いはあれ、各国とも、国民所得の伸びを上回る国民医療費の上昇を受けて、それぞれの制度の財政対策に苦慮している。医療費の上昇の要因としては、これまで見てきたように、人口高齢化、医学医術の進歩による医療内容の向上、医療機関における要員の増加等が挙げられているが、これらは、おおむね医療を確保するための前提となる客観的条件であり、世界の医療のすう勢に沿ったものといって差し支えないであろう。従って、各国においても、原則的には、このすう勢を前提としたうえで、種々の対策を実施してきており、今後もそのように行動するものと推察される。

最近の各国の対応を具体的にみると、直接的な財政対策として、社会保険方式を採る国においては、保険料のひんぱんな引上げが行われており、特に西ドイツにおいては毎年実施されている(第1-29表)。また、フランスにおいては、1967年から保険料の算定にあたって一部総報酬制が導入され、スウェーデンにおいては、通院医療や薬剤の支給についての患者一部負担の引上げが行われており、更に西ドイツにおいては、老齢年金受給者一般に対する一部負担の軽減措置が廃止されている。フランスのように保険集団が職域別、産業別に設定されている場合には、産業・就業構造の変動による影響も大きく、農業制度等においては若年層の人口流出などによる財政悪化がみられ、制度間の不均衡を是正するための財政調整も実施されている。

第1-29表 各国の医療保険料率の推移

第1-29表 各国の医療保険料率の推移

			1970年	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977		
フランス	一般制度	被保険者	3.50 (1.00)	3.50 (1.00)	同左	同左	同左	同左	4.00 (1.50)	4.50 (1.50)	—	
		事業主	12.25 (2.00)	12.45 (2.00)	同左	同左	同左	同左	同左	12.95 (2.50)	13.45 (2.50)	—
西ドイツ	一般制度	被保険者	4.1	4.05	4.15	4.5	4.735	5.02	5.265	5.61	5.65	—
		事業主	4.1	4.05	4.15	4.5	4.735	5.02	5.265	5.61	5.65	—
アメリカ	メディケア (入院保険)	被保険者	0.6	同左	同左	1.0	0.9	同左	同左	同左	同左	同左
		事業主	0.6			1.0	0.9					
	(補足的 医療保険 保険料月額 ドル)	被保険者	5.30	5.60	5.80	6.30	6.30	6.70	同左	7.20	同左	7.70
		国庫	5.30	5.60	5.80	6.30	6.30	8.30	同左	14.20	同左	16.90
日本	政府管掌健康保険	被保険者	3.5	同左	同左	3.6	3.8	同左	同左	同左	3.9	同左
		事業主	3.5			3.6	3.8					3.9

資料：厚生省企画室調べ

(注)1. アメリカの補足的医療保険の保険料(定額)を除き、いずれも一定の上限付給与に対する保険料率(%)である。ただし、フランスにおいては一部総報酬制が導入されている。

2. フランスの()内は総報酬に対する保険料率の再掲である。

各国の動向において注目すべきことは、以上のような保険財政の収支バランスの維持という範囲を超え適切な医療保障への接近を目途とする多方面にわたる施策が展開されていることである。例えばフランスにおいては、全国的に「保健地図」が策定され、地域の医療需要に応じた病院の新增設及び高度医療機器の導入について認可制が採られており、また西ドイツにおいては、医療報酬の伸びを経済成長と調和させる試

みも行われようとしている。

薬剤費の上昇も各国に共通する問題であるが,1960年からの10年間にスウェーデンでは約5倍,フランスでは約4倍,西ドイツでは約3倍となっており,各国ともその対策に苦慮している。

なお,国民の健康対策には,各国とも力を入れているところで,例えば西ドイツでは,1960年からゴールドデンプランが実行に移され,体育館やプール,運動場などの体育施設の整備が進められており,老若男女を問わず,いつでも国民が利用できるようにし,スポーツを通じた健康増進が進められている。

総論

第1章 社会保障の国際的動向とその背景

第4節 医療保障の動向

5 今後の課題

我が国の医療保障の現状をみるに、その適用においては皆保険であるとともに、近年における医療保険制度の内容改善、老人医療費支給制度の創設等によって、国民医療費に占める自己負担率は40年度の20.6%から50年度の13%まで改善されている。

しかし、我が国の医療保障については、医療費増加に伴う政府管掌健康保険の財政悪化をはじめとし、基本問題として医療保険における給付率及び費用負担の格差、差額病床、付添看護にみられる保険外負担等、まだかなり改善ないし、調整されるべき事項が少なくない。

特に、高齢化の進行に伴う老人医療費の増大は、医療保障なかんづく国民健康保険財政全体に大きな負担をかけており、高齢人口比の地域格差に伴い、老人医療費についての負担の地域間格差も生じている。

社会保障給付費中の医療部門の占める比率は、近時、年金部門の充実に伴い、やや低下しているが、52年度の国の一般会計予算における医療費の額は、2兆5,680億円に達し構成比も9%に昇っている。我が国の人口の高齢化の速度が前例のないほど早いことを考えると、老人問題の国民医療に与える影響が、かなり早い時期に深刻になることは、明らかである。老人医療を含め、来たるべき医療費の増大に備えて、国民各階層が公平に負担する方策、効率的な医療保障の仕組みの早急な確立が必要である。

老人の保健・医療については、医療費負担の問題だけでなく、現在の制度では、健康維持増進よりも疾病にかかってからの対策に重点がおかれすぎているといわれているが、今後、妊娠、出産、乳幼児の検診に始まり、職場や家庭における婦人の健康保持、成人、老人の保健に至る人間の生涯を通じて、国民の健康づくり体制の整備について検討する必要があると考えられる。

また、今後、増加する医療需要を考える場合、限られた医療資源の効率的活用の必要は特に留意しなければならない。我が国の医療施設、医療従事者は、総体的には、先進諸国に比し、遜色がないか又は近い将来に相当の水準に達すると考えられ、人口対医師数の地域格差、リハビリテーションの需要増加に相当すべき理学療法士、作業療法士の不足等、医療供給体制の面で配慮すべき点が少なくない。