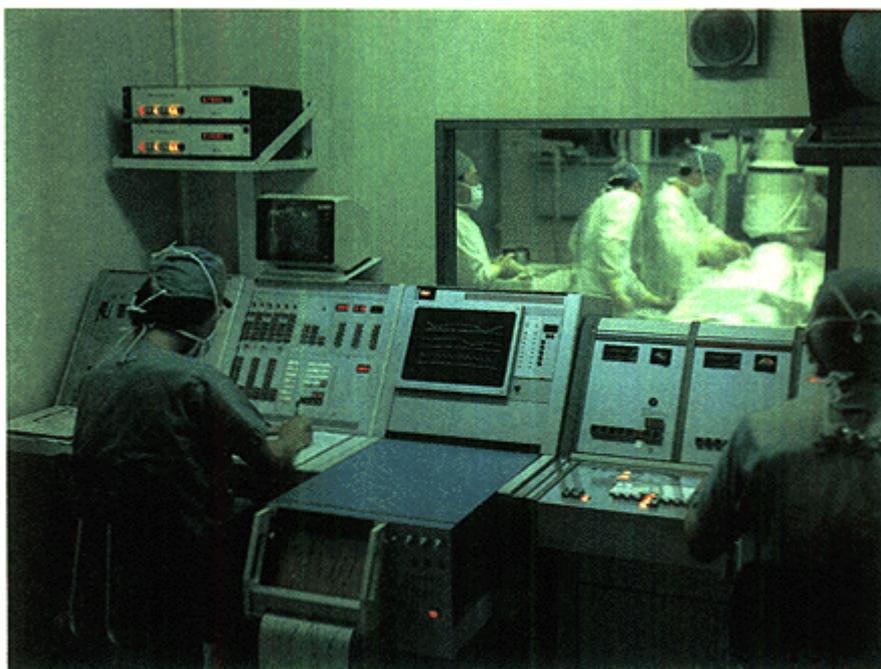

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

最新機器を用いた心臓の検査



最新機器を用いた心臓の検査

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第1節 医療費増大の要因と医療費適正化方策

1 国民医療費の動向

近年、医療についての国民の関心がとみに高まっている。これは膨大な医療費が果たして効率的に使用されているか、また、医療費の負担が公平に行われているかといった問題に対する国民的な危惧のひとつの表れであると言えよう。

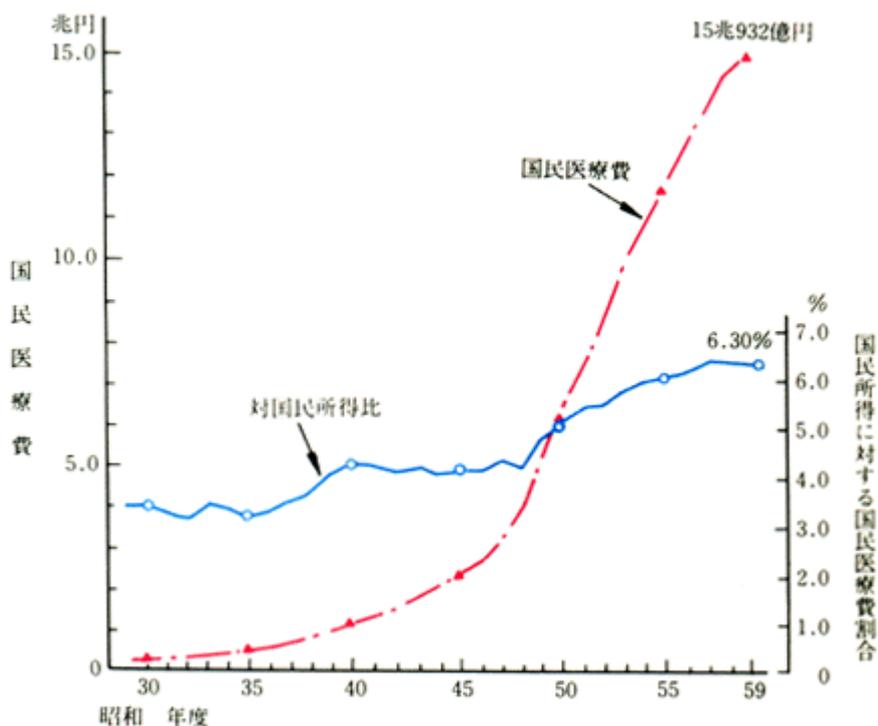
21世紀の超高齢社会においても国民に必要なして適切な医療を保障する安定した医療保障システムを維持していくためには、医療資源の効率的使用という観点から医療費適正化の徹底を図るとともに、医療保険制度の改革を図り、給付と負担の両面にわたる公平を確保していくことが重要な課題となっている。

昭和59年度の国民医療費(注)は、15兆932億円となり前年度と比較して5,494億円、3.8%の増加にとどまった。この伸びは、29年度以降最も低いものであり、前年度に引き続き国民所得の伸びを下回り、国民所得に対する国民医療費の割合は6.30%となった(第4-1図参照)。また、国民1人当たりの医療費は前年度比3.1%増の12万5,500円であった。

(注) 国民医療費は、病気やけがの治療に要する費用の総額を推計したものであり、正常な出産や健康の維持を目的とする健康診断等の費用は含まれていない。なお、昭和29年度から推計が行われている。

第4-1図 国民医療費と対国民所得割合の年次推移

第4—1図 国民医療費と対国民所得割合の年次推移



資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

年齢階層別にみると、65歳以上の高齢者医療費が7.8%の増加、70歳以上の老人医療費が99%の増加と前年の伸びを上回っているが、それにもかかわらず、国民医療費の増大が鎮静化したのは、15歳から64歳までの医療費が前年度の伸びを下回ったことによる。これは、59年10月施行の健康保険法改正により、被用者本人に定率の一部負担が導入され、被用者本人の割合が高い15歳から44歳までの世代の医療費にその効果が強く表れたことによるものと考えられる。

しかし、60年度に入って、国民医療費は再び増加傾向を強めている。すなわち、60年3月の医療費改定の影響もあり、国民健康保険や老人保健による医療費は前年度を大きく上回ってそれぞれ9.6%、12.3%増加しており、また、健康保険法改正の効果が一巡した60年10月以降は被用者本人の医療費の伸びもマイナスから再びプラスに転じている。この結果、60年度の保険医療費(注)の伸びは、59年度を大きく上回り6.6%に達し、国民医療費も16兆円を超えることが確実と見込まれている。

(注) 保険医療費とは、医療保険制度に係る医療費であり、生活保護の医療扶助、労災保険、自由診療等を含まない点が国民医療費と異なる。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第1節 医療費増大の要因と医療費適正化方策

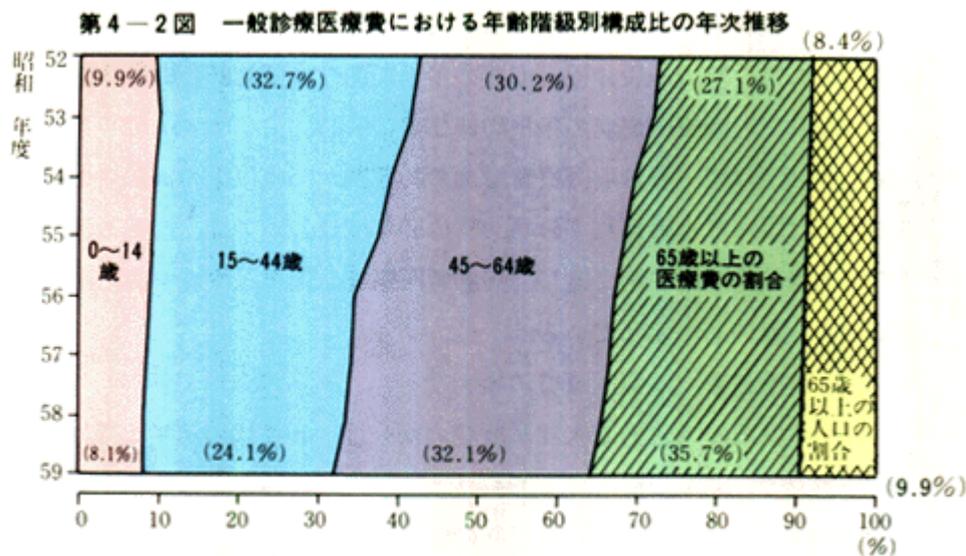
2 国民医療費の増加要因

第4-1図で示されるように、国民医療費は、一貫して増大を続け、特に40年代の後半以降著しい伸びを示しているが、その特徴を整理すると、次のように集約することができる。

(1) 高齢者医療費の増大

国民医療費から歯科診療医療費、薬局調剤費を除いた一般診療医療費をみると、高齢者の増加等に伴う疾病構造の変化を反映して、成人病を中心に65歳以上の高齢者医療費の割合が一貫して増大しており、昭和59年度においてはその35.7%を占めるに至っている(第4-2図参照)。

第4-2図 一般診療医療費における年齢階級別構成比の年次推移



1人当たりの一般診療医療費を比較すると、65歳以上の高齢者は39万4,000円(59年度)であり若年世代の5倍となっており、また、その伸び率も若年世代を大きく上回っている(52年から59年にかけて65歳以上の高齢者1人当たりの一般診療医療費の年平均伸び率は8.8%、65歳未満の1人当たり一般診療医療費の年平均伸び率は5.4%)。このため、52年度から59年度にかけて一般診療医療費増加の約5割が65歳以上の高齢者医療費の増加によって占められており、特に59年度においては、高齢者医療費の増加寄与率が約7割に達し、高齢者医療費が国民医療費を押し上げる傾向を一層顕著に示している。

(2) 入院医療費、高額医療費の増大

一般診療医療費に占める入院医療費の割合は、40年代の前半までは減少していたが、45年以降上昇してお

り,59年には49%を占めるに至っている(第4-3図参照)。1日当たりの医療費を入院と入院外で比較すると,入院医療費は入院外医療費の3.3倍(59年)と高く,また,推計患者(注)に占める入院患者の割合も45年13.4%,55年15.6%,59年17.5%へと逐次上昇を続けている。このため,50年度以降一般診療医療費の増加の5割以上が入院医療費の増加によって占められている。特に,59年度においては,入院医療費の増加寄与率は8割に達している。

(注) 厚生省統計情報部の「患者調査」調査日当日に病院,一般診療所,歯科診療所で受診した患者の全国推計数

次に,入院医療費を増大させている要因の一つとして,高額医療費の増大を挙げることができる。例えば政府管掌健康保険における入院医療費に占める1件5万点以上のレセプト(1か月間の医療費が50万円以上)による医療費の割合は,50年では10%であったものが59年には29%に,国民健康保険においても50年に8%であったものが59年には29%に上っている。

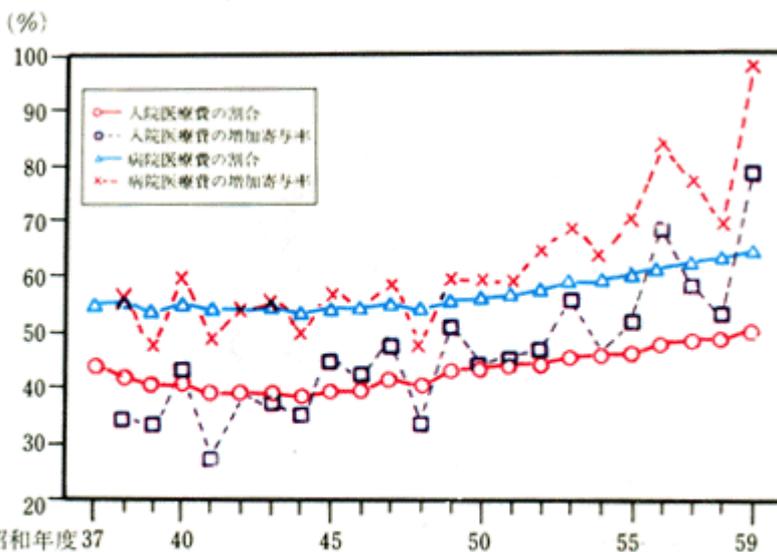
この高額医療費の発生状況を疾病別にみると,新生物,内分泌・栄養等の障害及び循環系の疾患による高額医療費の発生割合は他の疾病の3倍を超えており,成人病を中心として高額医療費が発生していることがうかがえる。

(3) 病院医療費の増大

一般診療医療費に占める病院医療費の割合も増大しており,59年度には63.9%に達している(第4-3図参照)。入院医療費の増大は,当然に病院医療費の増大をもたらすが,入院外についても1日当たり医療費の高い病院医療費のウエイトが高まっており,国民の病院志向が高まっていることを示している。

第4-3図 一般診療医療費に占める入院医療費,病院医療費割合等の年次推移

第4-3図 一般診療医療費に占める入院医療費,病院医療費割合等の年次推移



資料: 厚生省統計情報部「国民医療費」

(注) 増加寄与率は次のような計算式で計算した。

$$\frac{\text{当年度の入院(病院)医療費} - \text{前年度の入院(病院)医療費}}{\text{当年度の一般診療医療費} - \text{前年度の一般診療医療費}} \times 100(\%)$$

このため,50年度以降一般診療医療費増加の6割以上が病院医療費の増加によって占められ,さらに,59年度はその割合が97%と国民医療費は,そのほとんどが病院医療費の増加によって押し上げられる結果となった。

次に医療費の増加要因を医療の需要と供給の面から分析することとしよう。

(1) 患者負担の減少

医療サービスを受けるに当たって直接的な負担である国民医療費に占める患者負担分(公費,保険又は老人保健の一部負担)の割合は,45年度には16.7%であったが,その後老人医療費の無料化(47年度),高額療養費制度の導入(48~50年度)により,48年には12.8%となるなど大幅に低下し,その後も低下傾向にあった。この割合は,老人保健法による一部負担の導入,健康保険法の改正による被保険者本人の一割負担導入により58,59年度にかけてやや上昇し,59年度には9.6%となっている。

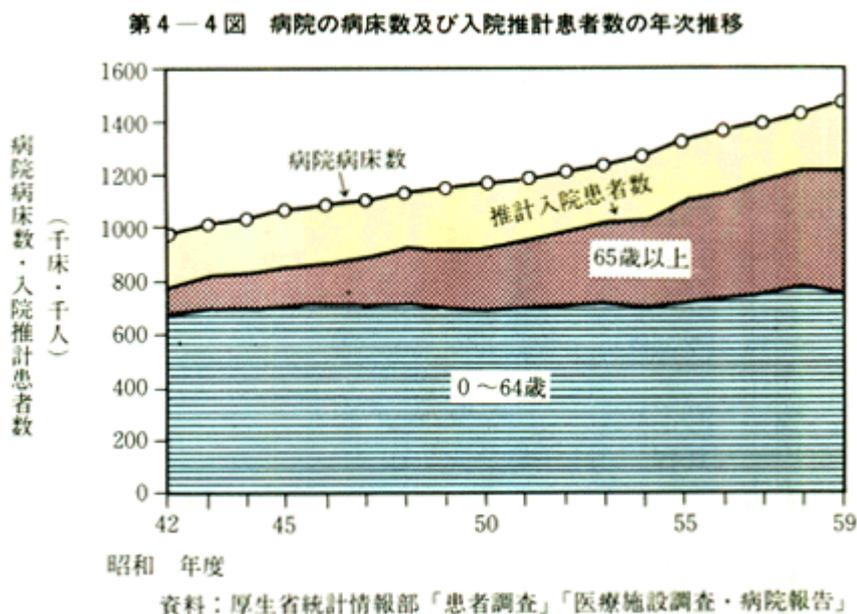
このような患者負担分の割合の低下は,患者負担分が高額となる入院医療を中心として国民医療費の増大を招くこととなった。特に老人医療については,無料化によって患者負担が大きく軽減されたこともあって,48年から老人保健法が施行される前の57年に向け,70歳以上の入院推計患者数は2.26倍(70歳未満は1.08倍),外来推計患者数は1.05倍(70歳未満は0.94倍)となるなど老人の医療へのアクセスを著しく高め,この間の国民医療費を増大させる大きな要因になったものと考えられる。

また,59年度の国民医療費が沈静化したのは,光にも触れたように,被用者本人一割負担導入によって,15歳から44歳までの年齢階層の受診率が低下したことがその要因と考えられる。

(2) 医療サービス供給能力の拡充

病院における病床数と病院における年齢階層別入院推計患者との関連を示したものが第4-4図である。これによれば,42年から59年までの間に,病院病床数は51万床増加しているが,この間65歳以上の高齢入院患者推計数も36万人増加しており,病院病床数の増加と高齢者の入院患者数には一定の相関関係があることがわかる。

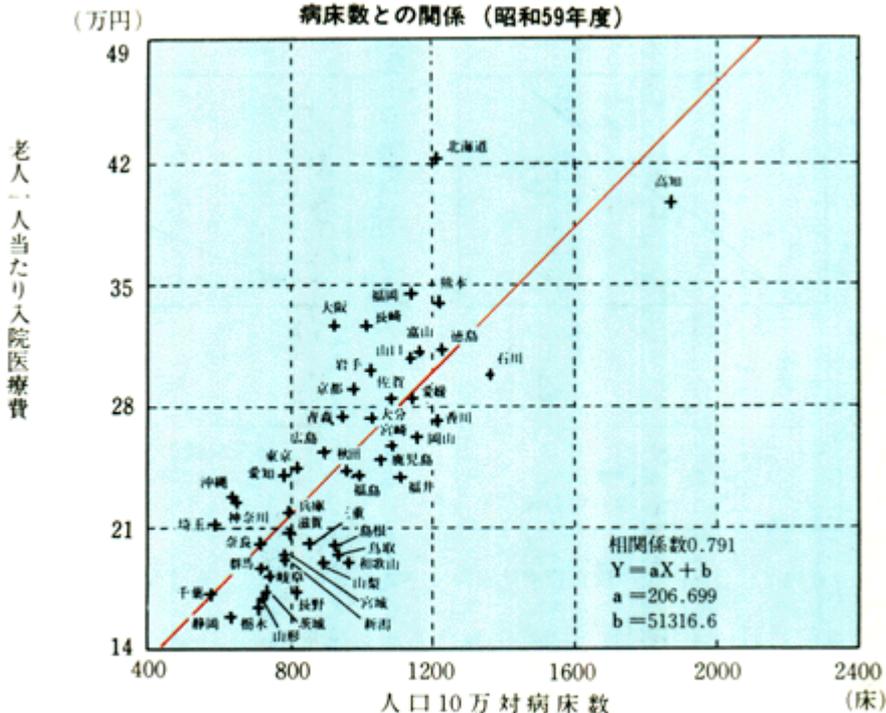
第4-4図 病院の病床数及び入院推計患者数の年次推移



また地域別に見ても,第4-5図で示されるように,都道府県別の人口10万人当たりの病床数と老人1人当たり入院医療費の間には強い相関関係がみられる。人口10万人当たりの病床数は医療供給水準を示す代表的な指標であるが,このように供給能力の充実も,高齢者の入院患者の増大などを通じて国民医療費を増大させる要因になっているものと考えられる。

第4-5図 国民健康保険の老人1人当たり入院医療費と地域の病床数との関係(昭和59年度)

第4-5図 国民健康保険の老人1人当たり入院医療費と地域の病床数との関係(昭和59年度)



(注) 老人とは、老人保健法による医療の対象となる者(70歳以上の者、65歳以上のひとり暮らし等の者)をいう。

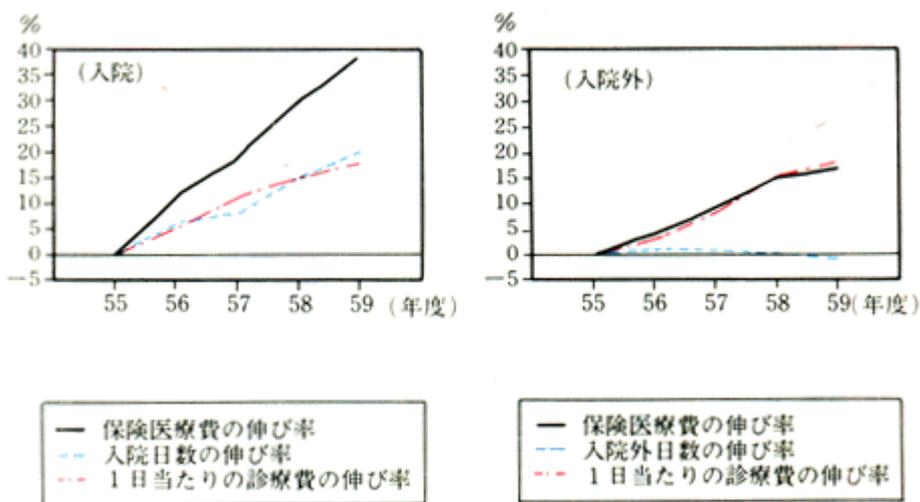
資料：厚生省統計情報部「医療施設調査、病院報告」及び保険局「国民健康保険事業年報」に基づき作成

(3) 医療内容の高度化

医療費の伸びは、診療日数の伸びと1日当たり医療費の伸びに分解することができる。55年度以降の保険医療費の伸び率を、日数の伸びと1日当たり医療費の伸びに分けて示したものが第4-6図である。

第4-6図 入院・入院外でみた保険医療費の伸び率

第4-6図 入院・入院外でみた保険医療費の伸び率



資料：社会保険庁「政府管掌健康保険事業年報」等に基づき作成

これによれば55年度から59年度にかけて、保険医療費のうち入院医療費は38%、入院外医療費は17%増加しているが、この間入院日数は20%伸びているものの入院外日数は1%減少している。これは、入院では保険医療費増加の半分近くが、入院外では保険医療費増加のほとんどが、1日当たり医療費の上昇によってもたらされていることを示している。

このような1日当たりの医療費の上昇は、主として医療技術の進歩等に伴う医療内容の高度化を反映したものと考えることができる。

1日当たり医療費を診療行為別に分けてみると、注射を含めた投薬に係る1日当たり費用については薬価基準の大幅な引き下げを逐次行ってきた(引き下げ率は、56年18.6%、58年4.9%、59年16.6%)にもかかわらず、入院では55年から59年にかけて15%の減少に止まっており、入院外ではほぼ横ばいとなっている。一方、レントゲン診断を含めた検査に係る1日当たり費用は、入院では20%、入院外では34%増加しており、入院費や診察料などの基礎的診療費の上昇を除くと、検査費用が著しく増大している。

近年医療分野における技術革新の普及には目覚ましいものがあり、年間100品目程度の新薬が薬価基準に収載されるとともに、高度な診断、検査、治療機器の導入が急速に進んでいる(第4-7表参照)。

第4-7表 主な医療機器の設置台数の推移

第4-7表 主な医療機器の設置台数の推移 (単位 台)

医療機器名	昭和53年	昭和56年	昭和59年
C T	439	1,574	2,689
生化学自動分析装置	643	1,977	2,867
^(注2) マイクロサージャリ装置	443	726	1,878
^(注3) リニアック	149	213	302
人工腎臓(透析)装置	14,312	21,479	26,882

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査・病院報告」

(注1) 病院における保有台数を示す。人工腎臓については病院及び診療所における設置台数を示す。

(注2) 脳外科、整形外科等において微細な手術を行うために用いられている顕微鏡を利用した装置
53年及び56年は、脳外科マイクロサージャリ装置を示す。

(注3) 悪性腫瘍を高エネルギー放射線で治療する装置。

このような医療技術や医療内容の高度化は、患者にとって高度な医療サービスの享受を保障するものであり、その診断、治療技術の向上に大きく貢献しているものである。その反面、現行の現物給付出来高払いの診療報酬支払方式の下では、医療費を節約しようとするインセンティブが必ずしも十分に働かず、その結果、高度な検査や高価な医薬品等の使用が真に必要な患者以外にも行われ、薬づけ、検査づけといった過剰診療を生み出し、国民医療費を必要以上に増大するおそれがあることを我々は十分に認識する必要がある。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第1節 医療費増大の要因と医療費適正化方策

3 医療費適正化の推進

我が国は、自由開業医体制の下で国民に自由な医療機関の選択と質の高い医療サービスを保障しており、国民医療費はそのためのコストであると言えます。

しかしながら、これは国民医療費が無制限に増大することを許容するものではない。国民医療費の約9割は保険料と一般会計からの支出、地方負担などの公的支出によって賄われ、低料金での医療サービスの利用が制度的に保障されている。また、医療サービスの場合、その内容を患者の側が自由に決定できないこと等から、医療費適正化対策を講ずることがなければ、供給や需要が過大となりがちとなり、医療費が歯止めなく増大し、資源配分上大きな歪みをもたらすおそれがある。

高齢化の進行、医療内容の高度化等に対応して、医療保障制度を安定的に維持していくためには、無駄な医療費を排除し医療費の効率的な使用を図ることにより、国民医療費の増大を適正な水準にとどめていくことが強く求められている。

国民医療費は、保険料、公費、患者負担のいずれかで負担されており、いずれにせよ国民の負担に帰着するものである。このため、医師や医療機関の自由な選択や技術革新の成果を十分取り入れた医療サービスが保障されている現行支払方式の長所をいかすとともに、国民医療費にかかる国民の負担が過大とならないよう、医療需要増大の原因や医療供給の内容にまで踏み込んだ医療費適正化のための施策を講じていくことが今や緊要の課題となっている。

(診療報酬体系の見直し)

医療内容の適正化については、薬、検査中心の医療から、医師の技術やプライマリ・ケア、生活指導等に重点を置いた医療へ転換するとともにいわゆる社会的入院の解消等の長期入院の適正化、在宅医療の推進等を図っていかなければならない。このため、昭和61年4月から次のような内容を中心に診療報酬を平均2.3%引き上げる改定を行った。

- 1) 病院、診療所の本来的機能を十分発揮させるため、病院の入院機能、診療所の外来機能の重点的評価
- 2) 在宅医療関係の指導料の重点的評価等による在宅医療の促進
- 3) 長期入院に対する逡減性を強化した入院時医学管理料の設定、20%以上のオーバーベッドを有する病院等に対する室料、看護料及び入院時医学管理料の20%減額等による入院の適正化
- 4) 診察料の引き上げ、手術料評価のアンバランス是正、CT診断料や検査料の適正化、入院注射料の包括化、新医療技術の保険導入等による技術料重視の診療報酬体系の設定

また、老人医療に対する診療報酬については、入院医療の適正化と在

宅医療の推進の観点から、次のような改定を加え、その充実を図った。

- 1) ねたきり老人の訪問診察料の新設、老人デイケアの拡充等による在宅医療の促進

2) 病院のタイプに応じた入院時医学管理料の設定,一部の検査の入院時医学管理料への包括化等による入院医療の適正化

3) 老人病院における介護機能や理学療法の評価等老人病院にふさわしい診療報酬の設定

(薬価基準の見直し)

次に薬価基準については,市場で形成されている実勢価格が薬価基準に迅速かつ適正に反映されるよう毎年薬価調査を行い,その結果を薬価基準に反映させるとともに,基準全体の見直しを少なくとも3年に1回行うこととするなどの措置を講じてきている。

このような方針の下で,61年4月には5.1%の薬価基準の引下げを行った。なお,薬価算定方式については,その見直しを求める意見もあるため,現在,中央社会保険医療協議会(中医協)において検討が進められているところである。

(指導監査,レセプト審査体制の充実)

現行の支払方式を悪用した医師の不正請求,過剰診療などの事例が一部にみられる。このような行為を防止するため,保険医療機関,保険医等に対する指導,監査を強化した。60年度においては,老人病院を含むチェーン病院,オーバーベッドを有する病院等を中心として延べ6,193件の指導,106件の監査を行い,悪質な医療機関等については,30件の保険医療機関指定取消しを含む処分を行った。

また,レセプト審査の充実強化を図るため,支払基金,国保連,国保中央会におけるレセプト審査体制を強化するほか,61年7月からは,中央審査を行うレセプトを医科については55万点以上から50万点以上に引き下げる等その対象を拡大し,審査の充実を図ったところである。さらに,レセプト審査については,その充実を図っていくため審査の標準化などの検討を進めていくことも今後の課題である。

(効率的な保健医療供給体制の整備)

効率的な保健医療供給体制の形成も,結果的に医療費の膨張を抑えることに寄与すると考えられる。このため,都道府県医療計画の作成等を通じた医療機関の適正配置と連携強化や高額医療機器の共同利用,医師等の数の過大な増加の抑制を進めていくことが必要である。また,プライマリ・ケアを重視して,健康増進,疾病の予防から早期発見,治療,リハビリテーションに至るサービスを提供する包括的な保健医療供給体制の整備を推進していくとともに,地域の医療供給体制の状況に対応した保険医療機関の在り方について検討を進めていく必要がある。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第2節 医療保険制度の一元化に向けて

1 医療保険制度の現状と課題

医療保障システムを安定的に推持していくためには、医療費の規模を将来にわたって適正な水準にとどめ負担の増大に歯止めをかけるとともに、医療保険制度における給付と負担を公平なものとしていかなければならない。

しかしながら、我が国の分立する公的医療保険各制度の間には、給付と負担の両面において種々の格差が存在している。

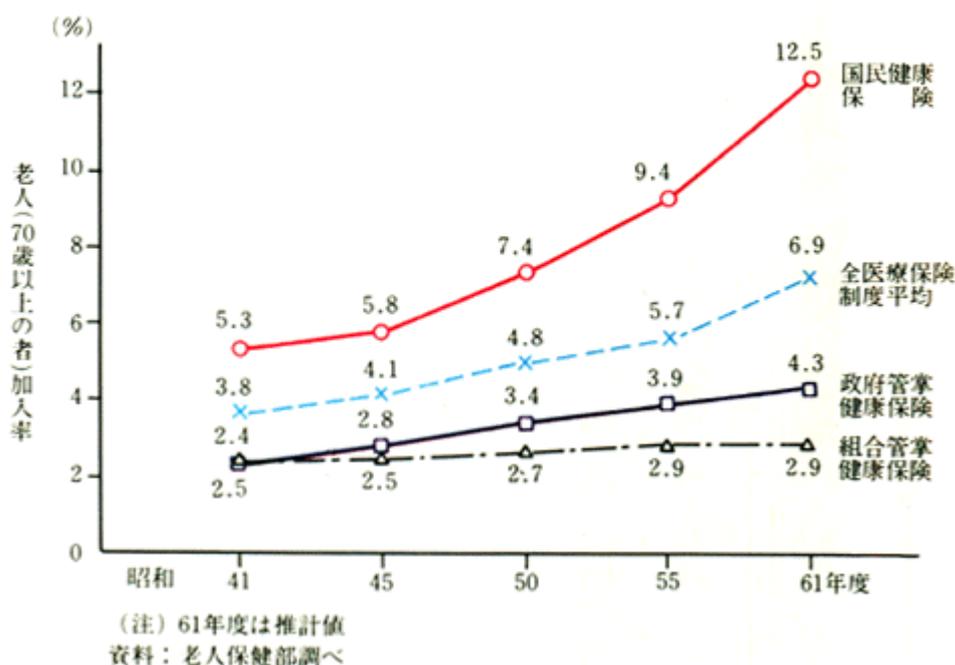
まず第一に給付の面をみると、医療給付の給付率は、被用者保険の本人は9割、被扶養者(家族)は7割(入院8割)であるのに対し、国民健康保険の被保険者は入院、外来とも7割となっている(退職者医療制度の対象者については後述)。ただし、いずれの制度であっても高額療養費制度によって、患者負担の限度額は月額54,000円(低所得者は30,000円)とされている。また、健康保険組合や共済組合の中には、法定の医療給付に上乗せする付加給付を行っているものがある。この結果、医療費のうち保険により負担される部分の割合は、被用者保険の本人94.7%、家族78.5%、国民健康保険77.5%となっている(昭和59年度平均)。

一方、各保険者の財政負担の面においては、それぞれの保険者が抱える加入者の年齢構成(特に老人の加入割合)の違いが格差をもたらす大きな要因となっている。

高齢者は、有病率が高く、治療期間も長くかかりがちであるため、1人当たりの医療費は相対的に高額となる。このため、仮に他の条件が同一であったとしても、被保険者の年齢構成が高い保険者ほど医療費負担が重くなる。人口高齢化の進行に伴い、全体的に医療保険加入者の年齢構成は高くなってきているが、その程度は保険者により異なっており、若い間は被用者保険に加入していたサラリーマンも、退職し年金により生活すれば、その大半が国民健康保険に加入することとなるため、人口高齢化の影響は国民健康保険に大きく現われることとなる(第4-8図参照)。このため、国民健康保険の各年齢階級別の加入者1人当たり医療費は被用者保険のそれとおおむね同程度又はそれ以下であるにもかかわらず、他制度に比べ、国民健康保険の医療費負担が急増してきている。

第4-8図 制度別老人加入率の推移

第4—8図 制度別老人加入率の推移



このように、各保険者の責に帰することのできない構造的要因により年齢構成の格差が生じ、これにより各医療保険制度間で医療費負担の格差が生じている。高齢化の進行は、このような格差を更に拡大させ、これにより医療保障システムが十分機能しなくなる事態の発生も考えられる。

超高齢社会においても国民に安定した医療サービスを保障することができる芯の強い医療保険制度を確立するため、これまで医療保険制度の改革を行い、医療費適正化を推進するとともに国民連帯の見地から給付と負担の不均衡の是正を図ってきたところであるが、今後ともこの方向に沿って医療保険制度の改革を推進していくことが重要な課題となっている。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第2節 医療保険制度の一元化に向けて

2 これまでの改革の意義

近年の医療保険制度の改革は次のような意義をもつものと言える。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第2節 医療保険制度の一元化に向けて

2 これまでの改革の意義

(1) 老人保健法の制定

老人保健法は、壮年期からの総合的な保健医療サービスの提供による国民の老後の健康の確保と老人医療費の公平な負担を図ることを目的として昭和58年2月から施行された。これにより、予防からリハビリテーションまでの一貫した保健事業が実施されるとともに、それ以前は各保険者が個別に実施していた70歳以上の老人加入者に対する医療給付は、老人保健法による医療として市町村長が一元的に実施することとされた。また、健康への自覚を促し、適正な受診を図るという観点から、定額の一部負担を導入するとともに、医療に要する費用の70%については医療保険各制度の保険者が共同で拠出する新しい負担方式が導入された。

各保険者の拠出金は、それぞれの保険者ごとの老人医療費の額と老人加入者の割合を考慮して決定されるが、このうち老人加入者の割合を考慮して決定される部分(加入者按分部分)は、全保険者が同じ割合で老人を抱えたとして拠出額を計算することにより、老人加入者の割合の格差によって生じる老人医療費の負担の不均衡を是正しようとするものである。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第2節 医療保険制度の一元化に向けて

2 これまでの改革の意義

(2) 健康保険法の59年改正

59年10月から施行された健康保険法の改正により、健康への自覚を促し、医療機関と患者の双方にコスト意識を喚起する観点から、被用者本人が負担する一部負担金の額が、定額から定率に変更され、一割負担が導入された(注)。これに併せて、改正後の医療費の動向、国民負担の推移、財政事情等各般の状況を勘案し、健康保険制度全般にわたる検討を行い、その結果に基づいて、社会保険各法に規定する被扶養者及び国民健康保険の被保険者の医療に係る給付の割合を8割とするよう必要な措置を講ずるものとされたところである。被用者保険本人の定率一部負担の導入は、このような8割程度への給付率の統一に向けた第一歩として位置づけられるものである。

(注) 61年度以降国会の承認を得て厚生大臣の告示する日の翌日以降は2割を負担

することとされている。

また、この改正において「退職者医療制度」が創設された。従来、サラリーマンなど被用者保険の加入者は、退職とともにその大半が国民健康保険に加入することとなるが、これにより給付率が低下するという問題があった。また、退職者の負担する保険料は自らの医療費を賄える水準にはないことから、その差額は、結局、国民健康保険の若年層が負担することとなっていた。しかし、退職者医療制度の創設により、被用者保険に一定期間加入していた退職者及びその被扶養者は、国民健康保険の「退職被保険者等」とされ、退職者本人については8割給付(被扶養者については入院8割、外来7割)とすることにより、退職後の給付率の低下を防止するとともに、退職被保険者等の負担する保険料と医療費の差額は被用者保険からの拠出により支えられることとなり、負担の公平が図られた。

このほか、次のように健康保険の適用対象の拡大も行われた。

健康保険が強制的に適用される事業所は、従来、1)一定業種の事業所(事務所を含む。)であって、常時5人以上の従業員を使用するもの、又は、2)国又は法人の事務所であって、常時5人以上の従業員を使用するものとされていたが、改正により、サービス業など従来非適用業種であった業種の常時5人以上の従業員を使用する法人の事業所は、61年4月1日から強制適用となった。また、常時5人未満の従業員を使用する法人の事業所については、64年4月1日から全面強制適用されることになり、64年3月31日までの間は段階的に適用拡大されることとなった。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第2節 医療保険制度の一元化に向けて

3 老人保健制度の見直し

老人保健法施行後いったんは落ち着いた動きを示していた老人医療費は、最近、再び大きな伸びを示している。老人医療費は総額で4兆円を超え、老人1人当たりでは年間約50万円となっているが、その大部分は若い世代が負担しており、老人自身が窓口で負担している割合は、その1.6%にすぎない。このため、現行の一部負担のままでは、老人医療費の増大に伴って、ますます若い世代との負担の不均衡が拡大することとなる。

また、国民健康保険の老人加入者の割合は健康保険組合の4倍となっているが、高齢化の進行に伴い、この格差はますます拡大するものと見込まれている。一方、老人加入割合の格差による負担の不均衡を是正している部分の割合(加入者按分率)は、現在のところ全体の44.7%にとどまっている。

このため、老人保健制度については、61年12月に成立した老人保健法の一部改正により、次のような見直しが行われ、62年1月から施行されている。

まず、一部負担については老人と若い世代の負担の公平という観点から、従来の外来1月につき400円、入院1日につき300円が、外来1月につき800円、入院1日につき400円に改められた。なお、入院時の一部負担については2か月間の支払い限度が設けられていたが、改正後は在宅療養者との均衡等を勘案して、期間の限度は撤廃された。ただし、低所得者については特例が設けられている。

次に、加入者按分率は段階的に引き上げ(61年度は80%、62-64年度は90%、65年度以降は100%)、老人医療費の負担の公平を図ることとしている。これにより、各保険者間における老人医療費の公平な負担が実現することとなる。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第2節 医療保険制度の一元化に向けて

4 今後の改革の方向

医療保険制度の改革を進めていくに当たっては、制度の効率的運営が行われるよう、各保険者の経営努力が反映されるような枠組みは維持しつつ、医療費適正化対策等の経営努力を促進する必要がある。

その上で、給付と負担の公平化の観点から老人保健制度の見直しを一つのステップとして昭和60年代後半のできるだけ早い時期に医療保険制度の一元化を図ることとしている。

また、各医療保険制度内においてもまず次のような方策を講じていくこととしている。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第2節 医療保険制度の一元化に向けて

4 今後の改革の方向

(1) 組合方式,共同事業の推進

健康保険組合による医療保険の運営は,それぞれの組合の実情に即した保健施設活動や医療費適正化対策を行うことができるなど,小集団のメリットをいかした優れた方式である。このようなメリットを有する健康保険組合の設立を促進するため,60年4月には組合設立に必要な被保険者数を1000人から700人に引き下げる等,設立認可基準を緩和したところである。この結果,健康保険組合の新設数は増加している。

さらに,健康保険組合間における相扶共済の観点から,健康保険組合連合会が実施している財政窮迫組合に対する助成事業,高額医療費の再保険事業,健康開発共同事業等の健康保険組合間の共同事業の拡充について検討を行うこととしている。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第2節 医療保険制度の一元化に向けて

4 今後の改革の方向

(2) 国民健康保険の改革

国民健康保険制度の適正な運営を図り、各保険者の自助努力を強化する観点から、保険料賦課方式について所得捕捉率の影響を受けない均等割等の比率を高め、保険料負担の公平を図っていくとともに、逐次、保険料限度額の引上げを行うなど保険料負担の公平化を図る必要がある。

また、都市部を中心とした保険料収納率の低下に対処するため、資産や所得がありながら故意に保険料(税)の納付を怠っている悪質滞納者に対して、保険給付の一時差止め等の措置を講じることができるよう国民健康保険法の改正が行われ、62年1月から施行されている。

さらに、臨時行政改革推進審議会の意見(「今後における行財政改革の基本方向」(61年6月10日))において都道府県の役割の在り方等について検討を進めるよう指摘されているところでもあり、高齢化の進行、産業構造の変化の中で国民健康保険制度が将来とも安定的に機能し得るよう、関係方面の意見を聴取しながら幅広い検討を進め、その財政基盤の強化を図っていく必要がある。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第3節 民間医療保険の動向

1 民間医療保険の現状と今後の方向

(1) 従来型民間医療保険

疾病構造の変化,国民の健康に対する関心の高まり等により,民間医療保険も近年顕著な伸びを示している。

民間医療保険の主な種類についてみると,生命保険における個人医療保険には,死亡保障の主契約に付帯する特約型とがん保険等の医療保障を中心とした単独型があり,さらに手術給付,長期入院給付等が附加できるようになっている一方,損害保険においては,傷害事故を対象とした傷害保険があり,掛け捨て型と積立型に分かれているが,いずれも入院保険金,通院保険金が支払われるようになっている。

昭和60年3月末における保有契約件数は,生命保険の場合,災害入院保障特約5,185万件,疾病入院保障特約3,600万件,単独医療保険587万件,損害保険の場合には傷害保険(積立型を含む。)1,112万件となっており,民間医療保険による医療給付金の額も,59年度には生命保険及び損害保険の合計で4,717億円に達している(注)。

(注) 民間医療保険のほか,簡易保険の傷害特約,疾病傷害特約があり,昭和60年3月末の保有契約件数は,それぞれ1,217万件,3,655万件となっている。

これら従来型の民間医療保険は,公的医療保険の給付内容とかかわりなく,入院日数1日ごとに定額給付(生命保険については免責日数あり)を行うという方式をとっており,公的医療保険との調和が図られたものではなかった。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第3節 民間医療保険の動向

1 民間医療保険の現状と今後の方向

(2) 新型民間医療保険の登場

60年5月30日の保険審議会答申(公的医療保険給付がカバーしていない分野における民間保険の積極的開発を提言)等を踏まえ、61年4月に生命保険・損害保険同時に新型の医療保険が登場した。

この新型医療保険は、生命保険が定額給付、損害保険が実損てん補と支払い方式には差はあるが、どちらも公的医療保険の一部負担金をてん補し、さらに室料差額、付添看護料等の保険外費用を給付の対象としたものであり、公的医療保険の補完という役割を明確に打ち出している点が特色となっている。

今後は、高度先進医療を対象とする保険の充実やプライマリーケアや在宅医療を促進するための医療関連分野を対象とする保険などの開発が進んでいくものと考えられる。また、医療関連分野においては、老人を対象とした「痴呆保険」、 「ねたきり老人介護保険」などが既に商品化されているが、さらにホームヘルパーの派遣、有料老人ホームへの入所などの福祉サービスや健康相談や健診などの保健サービスを組み込んだ民間医療保険も検討され、一部商品化が図られている。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第3節 民間医療保険の動向

2 民間医療保険の在り方

(1) 公私の役割分担

このように民間医療保険の規模が拡大し、種々の保険の開発も進められているところであるが、国民皆保険体制の下で公私の役割分担の明確化を図ることが今後重要となろう。

この点については、「医療及び関連分野における民間活力の導入に関する研究会」の中間報告(昭和60年12月)においても指摘されているように、医療費保障の支柱はあくまで公的保険としつつ、民間医療保険は、公的保険の補完という立場から、公的保険でカバーされない部分、個人の選択によることが適当な公的保険給付の上乗せ的部分を対象とするという考え方を原則とすべきであろう。さらに所得の低い者や病弱者等、民間医療保険への加入が困難な者については、必要な医療の確保に支障の生じることのないよう十分留意する必要がある。

第1編

第4章 安定的な医療保障システムをめざして

第3節 民間医療保険の動向

2 民間医療保険の在り方

(2) 医療費膨張への歯止め

近年の医療費増大傾向の下で,将来にわたって安定的な医療の提供に資するためには,民間医療保険の開発においても,コスト意識の維持を図り,国民医療費の無秩序な膨張につながることのないよう,十分な配慮が必要である。

例えば,従来の民間保険においては,生命保険の入院保障特約が20日以上継続入院に対してのみ初日から支払う方式(フランチャイズ方式)を採用している例が多いために,入院日数が20日に偏り,在院日数の長期化の一因となっている等の指摘もあったところである。

こういつた面での歯止め対策として,前述の新型医療保険では,1)保険給付を償還払いとする2)一入院につき一定額の自己負担を残す3)免責日数を超える日数についてのみ給付する4)給付日額があまり高額にならないよう設定する等の手当てが講じられている。
