

第1編
 第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」
 第5章 国民経済と医療
 第1節 我が国の医療保険制度はサービスを提供するさまざまな活動を支えている

医療サービスが医療機関で生産され患者に提供されるまで,さまざまな資源が投入され,多くの専門家がかかわる。他のサービスと同様,医療サービスにおいても,お金の流れが人の活動を支え,資源の配分を決める。

医療サービスの費用がどのように支払われるかについては,さまざまな形態がある。我が国では,公立の医療機関がサービスそのものを公的に提供するのではなく,民間を中心とした医療機関から患者が自らサービスを購入できることが原則となっている。その上で,傷病を保険事故とする社会保険システムである医療保険制度が原則として全国民に対して適用され,これを通じて医療サービスが購入できるようになっている。すなわち,ほとんどの国民の医療サービスの費用が公的医療保険制度を通じて支払われることとなっている。なお,医療保険制度のほかにも,結核や精神疾患に対する医療費,身体障害者の厚生医療に対する医療費の全部または一部を国や都道府県が負担するなどの公費負担医療制度があるが,基本的には医療保険制度と組み合わせて政策に応じて公費負担を行うこととなっており,医療費の流れのほとんどは医療保険制度によってつくられている。

医療保険制度はまた,患者に提供される医療の内容を決め,その価格を決め,だれがどれだけ負担するかを決める仕組みとなっている。保険料や税金,あるいは患者一部負担といった財源やお金の流れのみならず,サービスのあり方,すなわちサービスの量や質を決定し,医療サービスを提供する多くの関係者のさまざまな活動を支えている。

こうした制度はすべての国民が参加する社会連帯の仕組みでもあり,参加者の意思に基づいて運営されるものである。医療保険制度が社会経済システムの一つとして機能し貢献して久しいが,今後ともこの制度が時代に対応したものとなるよう国民の連帯を基礎としながら発展させていかなければならない。

表4-5-6 看護大学・看護短期大学・養成所数等の推移

表4-5-6 看護大学・看護短期大学・養成所数等の推移

年 度	昭和58	59	60	61	62	63	平成元	2	3	4	5	6
大 学	9	9	9	10	10	10	11	11	11	14	21	30
1学年定員	350	350	350	485	495	508	558	558	558	748	1,198	1,778
短期大学	37	38	40	42	45	50	54	57	59	59	59	60
1学年定員	2,470	2,520	2,700	2,940	3,210	3,550	3,880	4,140	4,310	4,390	4,470	4,580
養成所(3年課程)	372	375	382	383	389	390	396	401	409	426	447	461
1学年定員	16,503	16,650	17,115	17,310	17,615	17,500	17,810	18,230	18,830	20,072	21,447	22,314
合 計	19,323	19,520	20,165	20,735	21,320	21,558	22,248	22,928	23,698	25,210	27,115	28,672

(注) 2年課程を除く。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

第1節 我が国の医療保険制度はサービスを提供するさまざまな活動を支えている

1 医療費用の保険システム-医療保険制度にはさまざまな特徴がある

医療保険制度は、保険料、税金と患者の一部負担金で医療機関から医療サービスを購入し、それを患者に提供するシステムといってよい。以下は、我が国の医療保険制度の特徴を簡単にみたものである。

(1) 国民皆保険

国民のほとんどが健康保険(以下「健保」)や国民健康保険(以下「国保」),あるいは共済組合といった公的な医療保険制度に加入する義務を負い、被保険者として保険料を保険者に納入している。基本的にはこうした保険料で制度は運営されるが、中小企業の従業員が加入する政府管掌健康保険制度(以下「政管健保」)や比較的所得水準が低い加入者が多く事業主の負担のない国保制度については、給付費や事業運営費の一定割合を国や地方公共団体が負担するなど公費の負担もある(第2編医療保険制度参照)。

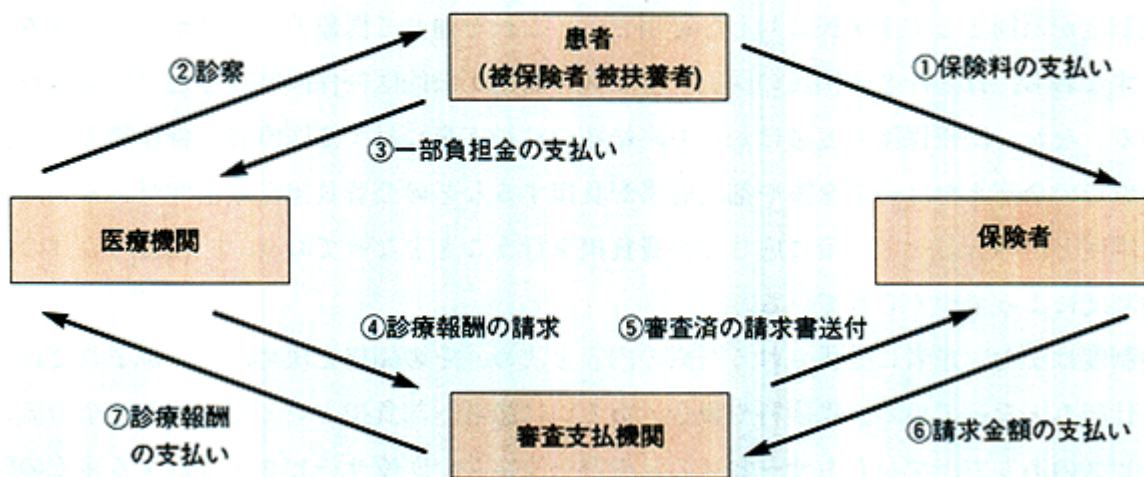
(2) 現物給付と均一の価格

患者は、医療機関から医療サービスそのものを給付される仕組みとなっている。すなわち、一度自らの負担でサービス費用を全額負担してから、後で医療保険制度から償還を受けるという仕組みをとらず、現物でサービスが提供されることから、現物給付制と呼ばれ、患者はサービスの確保について心配することがない。なお、このためには、医療保険制度からサービスに応じた費用が医療機関に支払われている。

患者がどのようなサービスを受けることができるか、すなわち、「診察」「手術」「薬剤の支給」などといったサービスを受けることができるかを法律(健康保険法等)が規定しており、これらサービスの具体的内容は、診療報酬体系で決められている。

図5-1-1 保険診療の仕組み

図5-1-1 保険診療の仕組み



医療機関は、医療行為を組み合わせて医療サービスを患者に提供するが、どのような行為ができるか、また、それぞれの行為の代金がいくらかが診療報酬体系(第2編保険診療の仕組み参照)により定められている。同じ行為であれば、どのような医療機関であってもどのような医師や歯科医師、その他の専門家であっても、類型化されたかたちで基本的に全国同一の料金として定められている。また、行為の代金は、診療報酬として医療保険制度から審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会)を通じて医療機関に支払われる。

(3) 患者の負担

医療サービスの代金として医療機関に支払われる金額は、診療報酬体系に基づいて計算されるが、患者は医療機関において、老人患者の場合は1月(外来)ないし1日(入院)当たり一定額の、老人以外の患者の場合1回当たり診療報酬で計算された額の一定割合(入院時の食事の費用については、一日当たり定額)の比較的小さな負担金を医療機関の窓口で支払う。

これは、医療サービスを受ける者と受けない者の間の負担の公平や被保険者の自己責任の喚起といった観点から設けられている仕組みである。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

第1節 我が国の医療保険制度はサービスを提供するさまざまな活動を支えている

2 医療質の流れで医療をみると

(1) 国民医療費は増加の一途をたどっている

医療サービスの量や内容は、医療保険制度や公費負担医療などを介した費用の流れとしてみる事ができる。こうした医療の費用は、「国民医療費」というかたちで昭和29(1954)年度から推計されている。

国民皆保険が達成された昭和36(1961)年度から平成4(1992)年度までの31年間に国民医療費は46倍に増加し、その間の年間平均増加率は13%強となっている。増加の傾向は時期によって異なり、国民所得との関係でみると、大きく五つに区分することができる。

第1期は、国民皆保険が達成された昭和36(1961)・年度からの5年間である。制度が整備され、受診が容易になったことから患者が増え、医療費が急激に増加し、国民所得比も増大する時期である。

第2期は、昭和41(1966)年度以降の8年間である。この間、医療保険制度は拡充され、給付率の引上げなどが行われ、受診がさらに容易になった。一方、経済成長率も高く、国民所得の伸びと医療費の増加率はほぼ均衡を保って推移する。この結果、年金給付費と合わせた社会保障給付の国民所得に占める割合も大きく増加することが見込まれ、社会保障に関する負担を長期的にどの程度の水準にするかの議論が行われ始めた。

第3期は、オイル・ショックの翌年の昭和49(1974)年度から57(1982)年度までの9年間である。二つの期間に分けることができるが、前半5年間は低成長とインフレが共存するという経済状況が展開される中、インフレによって医療費が急激に押し上げられ、国民所得に占める医療費の割合が急増する。後半の4年間は、オイルショック後のその調整期間となる。医療費の伸びは以前に比べ落ちつくものの、国民所得の伸びに比べなお大きく、医療費の国民所得比は増大する。この間、医療保険制度の改革が検討され、準備される。

第4期は、昭和58(1983)年度以降、平成2(1990)年度までの医療費の国民所得に占める割合は安定的に推移する8年間である。本格的高齢社会に対応し、適切なサービスを安定的に提供していくための構造的な医療保険制度の改革が行政改革の流れと軌を一にして次々に導入され、また、医療費の適正化対策が推進される時期である。昭和58年に老人保健制度がスタートし、59(1984)年には医療保険制度の抜本的改革が行われ、退職者医療制度が創設される。さらに、昭和61(1986)年には老人保健法が改正され、一部負担金の引上げ、老人保健施設の創設などが行われる。また、後半の3年間は、景気の拡大の中で国民所得の伸びが医療費の伸びを上回り、医療費の国民所得に対する比率はむしろ逡減する。

平成3(1991)年度から第4期と異なった様相となっている。患者数の落ち着き、バブル時代前後の過剰投資への影響、人件費や物件費の高騰などにより、医療機関の経営内容が悪化し、これが平成4年、6年の診療報酬

改定に影響を与えたことなどが医療費の増加につながっている。一方で、経済成長の低迷が続いている中、医療費の伸びは国民所得の伸びを上回って増加している。現在の経済の低成長が構造的なもので、今後とも続くとすれば、国民の負担水準を上回る伸びで医療費が伸び続けるということであり、医療保険制度運営のあり方が改めて問われる厳しい状況となっている。

表5-1-1 国民医療費と国民所得の関係

表5-1-1 国民医療費と国民所得の関係

	年 度	国民医療費(A)		国民所得(B)		(A)/(B)	国民医療費の国民所得に占める割合
		実 数	平均伸び率	実 数	平均伸び率		
I	昭和35年度	4,095		134,967			
	昭和36年度	5,130		160,819			3.19
	～		22.3		14.7	1.52	
II	昭和40年度	11,224		268,270			4.18
	昭和41年度	13,002		316,448		0.99	4.11
III	昭和48年度	39,496		958,396			4.12
	昭和49年度	53,786		1,124,716			4.78
	～		20.4		12.4	1.65	
IV	昭和53年度	100,042		1,717,785			5.82
	昭和54年度	109,510		1,822,066			6.01
V	～		8.5		6.3	1.35	
	昭和57年度	138,659		2,193,918			6.32
	昭和58年度	145,438		2,308,057		0.88	6.30
V	～		5.1		5.7		
	平成2年度	206,074		3,428,725			6.01
	平成3年度	218,260	5.9	3,598,071	4.9		6.07
	平成4年度	234,784	7.6	3,610,000	0.3	2.73	6.50
	平成5年度	243,500	3.7	3,588,945	△0.6		6.8
	平成6年度	256,800	5.5	3,640,000	1.4		7.1
	平成7年度	267,100	4.0	3,800,000	4.4		7.0

(注) 1.平成5年度の医療費は実績見込み、平成6年度の医療費は見込み、平成7年度の医療費は推計。
2.平成6年度の国民所得は経済見通しにおける実績見込み、平成7年度の国民所得は経済見通しにおける見通し。

(2) 医療費の増加にはさまざまな要因がある

医療費はサービスの量と単価で決定される。量に影響を与えるものに、まず、保険でカバーされる人口である被保険者と被扶養者の増がある。次に、人口の中で医療サービス消費量の大きな人口層、すなわち、高齢者が増えれば増えるほどサービスの消費量は大きくなる。さらに、こうした人口が実際に医療サービスをどの程度受けるかについては、制度面からみた場合、医療保険からの給付率(裏返すと患者の負担率)が大きな要因となってきた。また、具体的にどのようなサービスが提供されるかなど、医療機関の診療内容を定める診療報酬の適用の問題も重要となる。

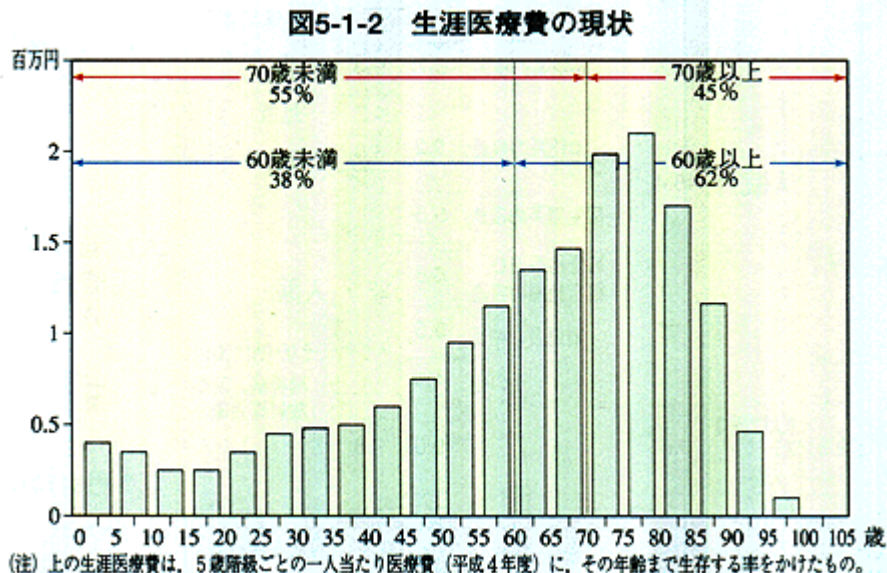
単価については、医療行為や用いられる材料の単価すなわち診療報酬の点数や薬の価格などが問題となる。また、どのような単価のサービスや材料がどの程度使われるかという問題もある。

医療費は増加の一途をたどってきたが、増加要因の第一には昭和36年の国民皆保険の達成とその後の給付率の改善がある。これらの措置により保険でカバーされる人口が増加するとともに、直接的な家計負担が軽減され、実際に医療機関で受診する患者数が増大した。

昭和40年代、特に後半から50年代前半にかけては、単価の増による医療費の増が大きかった。インフレに対応する必要もあり、年によっては20%近くの単価の引上げが行われた。また、このころは同時に人口の増も大きく、毎年1%以上、高いときは1.5%の人口の伸びがあった。

近年の医療費の増加の要因としては、人口の高齢化が大きい。平成4年度1人当たり国民医療費(一般診療医療費)は、16万3,200円であるが、65歳以上では52万4,900円、70歳以上では62万5,900円となっている。また、国民一人が一生にかかると推計しているが、図5-1-2にみるように60歳以上になってからかかる医療費は生涯医療費の62%、70歳以上で45%となっている。こうした人口層の増大が医療費増大の圧力となっている。さらに、第2章において、今後高齢者の死亡者数が増大することを指摘したが、高齢者の末期医療の費用は小さくなく、平成3年度老人医療費に占める死亡者にかかる医療費は11%、7,200億円に及ぶとの推計がある。

図5-1-2 生涯医療費の現状



また、医学・医術の進歩は日進月歩といわれてきたが、医療保険制度はその多くを取り入れ普及してきた。これにより、従来は治療不可能とされていた疾病も治療できることとなったものが少なくないが、近年の治療技術や検査法は総じて高額となっており、またこうした技術を適用しても完治が困難な疾病が多くなっている。また、普及により医薬品や機器のように価格が低下するものもあるが、医療機関の多くは新たな高額な機器や材料を使用する傾向がある。このため、技術の進歩が医療費を押し上げる要因となっている。

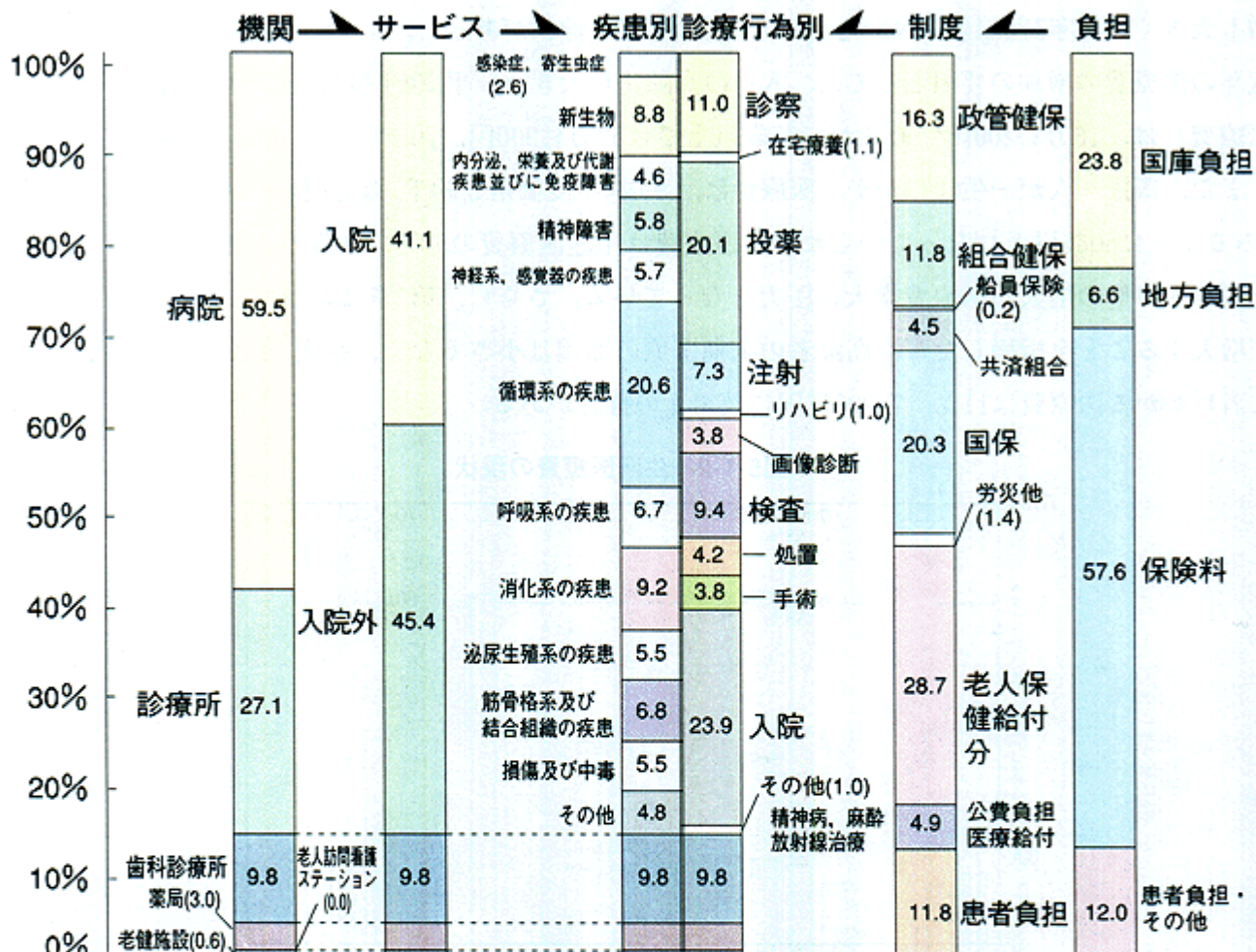
ちなみに、平成4年度は、国民医療費が7.6%前年に比較し増加したが、うち1.6%が高齢化によるもの、0.3%が人口増によるもの、2.5%が医療費の改定によるもの、3%が技術の進歩や医療行為の変化などその他の要因によるものとされている。

(3) 国民医療費の流れを概観すると

医療機関でさまざまな行為が組み合わされ、多くの疾病に対するサービスが提供され、それが保険料や公費や患者一部負担を財源とする医療保険制度に裏打ちされ、購入される。受け取った資金を医療機関が生産要素に分配をする。こうした一連の活動を支えているのが国民医療費の流れであるが、図5-1-3はその流れを示している。

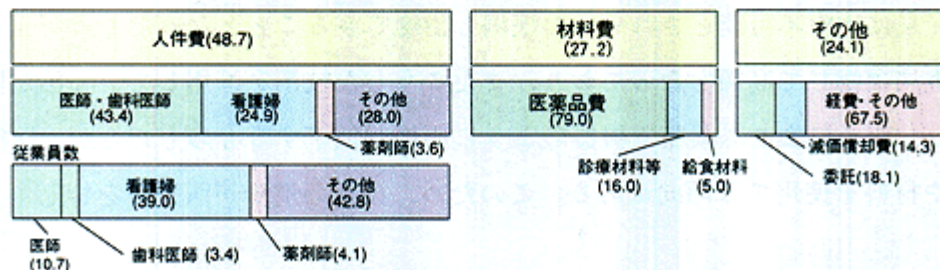
図5-1-3 医療費の流れ

図5-1-3 医療費の流れ



(本図は医療費の流れをおおまかな数値で示したものであり、一つの目安である)

資料：厚生省「平成4年度国民医療費」
診療行為別データについては「平成4年度国民医療費」および「平成4年度社会医療診療行為別調査」より推計



資料：人件費内訳については中央社会保険医療協議会「平成5年6月医療経済実態調査」および「平成4年保険薬局実態調査」より推計。
従業員数については、病院は厚生省「医療施設調査(平成4年)」, 一般・歯科診療所は「医療施設調査(平成2年)」, 薬局は「平成4年保険薬局実態調査」より推計。

なお、国民医療費は医療保険の給付と密接に関連づけられ作成されており、給付の対象とならないサービスの費用の多くは国民医療費に含まれていない。例えば、検診や人間ドックといったサービスの費用や歯科の自由診療料金などのように患者の選択するサービスに対する特別料金などがそれである。しかし、こうしたサービスも広い意味での医療サービスであり、サービスの流れや費用の流れを考えていく際、常に念頭において考えていく必要がある(図5-2-5参照)。

(4) 病院の提供するサービスが増え、病院医療費が増大してきている

こうした医療費の流れを少し詳しくみてみよう。

医療サービスの生産者には、病院、診療所、歯科診療所などの医療機関がある。医療機関ごとの医療費の費用

の推移をみたものが表5-1-2であり,その動向には次のような特徴がある。

表5-1-2 診療種類別国民医療費構成割合の推移

表5-1-2 診療種類別国民医療費構成割合の推移

(単位:%)

年度	昭和40 (1965)	昭和50 (1975)	昭和60 (1985)	平成元 (1989)	平成2 (1990)	平成3 (1991)	平成4 (1992)
一般診療医療費	89.8	91.2	87.6	87.4	87.2	87.0	86.5
病院	49.0	50.9	57.5	59.7	59.8	59.7	59.5
一般診療所	40.8	40.3	30.1	27.8	27.4	27.3	27.1
入院	36.6	39.3	44.2	42.1	41.5	40.5	41.1
病院	32.4	34.9	40.6	39.4	39.0	38.2	38.9
一般診療所	4.2	4.3	3.6	2.7	2.5	2.3	2.2
入院外	53.3	52.0	43.4	45.3	45.7	46.5	45.4
病院	16.6	16.0	16.9	20.3	20.8	21.5	20.6
一般診療所	36.6	36.0	26.5	25.1	25.0	25.0	24.8
歯科診療医療費	10.2	8.8	10.5	9.9	9.9	9.7	9.8
薬局調剤医療費	—	—	1.9	2.5	2.6	2.8	3.0
老人保健施設施設療養費	—	—	—	0.1	0.3	0.5	0.6
老人訪問看護療養費	—	—	—	—	—	—	0.0
(単位:億円)							
国民医療費総額	11,224	64,779	160,159	197,290	206,074	218,260	234,784

(注) 薬局調剤医療費は1977年度から設けられた項目であり,それ以前は入院外医療費に含まれている。

ア 歯科診療所のサービスの費用の割合はほぼ1割前後で推移してきている。歯科以外の費用を一般医療サービスの費用とすると,その割合は9割前後となっている。

イ 一般医療サービスの費用の内訳は大きく変化してきている。昭和50(1975)年ごろまでは病院のサービスの費用が50%前後,診療所が40%強で安定的に推移してきた。昭和51(1976)年以降,次第に病院の割合と調剤薬局の割合が増大する一方,一般診療所の割合が減少してくる。また,平成に入る(1990代)前後になると,老人保健施設の割合が増大し,それに振り替わるようなかたちで病院の割合が減少してくる。

ウ 病院,診療所サービスそれぞれの構成も変化してきている。病院については,昭和60(1985)年ごろまでは入院医療の割合がほぼ一貫して増大し,その後入院医療の割合は減少してくる。代わって外来医療の割合が平成3(1991)年ごろまで増大する。

一般診療所については,昭和50(1975)年ごろから入院サービス,外来サービスともその割合が一貫して減少してきている。入院は有床診療所のサービスであるが,ピーク時(昭和49(1974)年)の4.6%から平成4(1992)年には2.2%になっている。外来については,ピーク時38.0%(昭和48(1973)年)から13%以上割合が減少したが,近年,減少の程度が緩やかになりつつある。

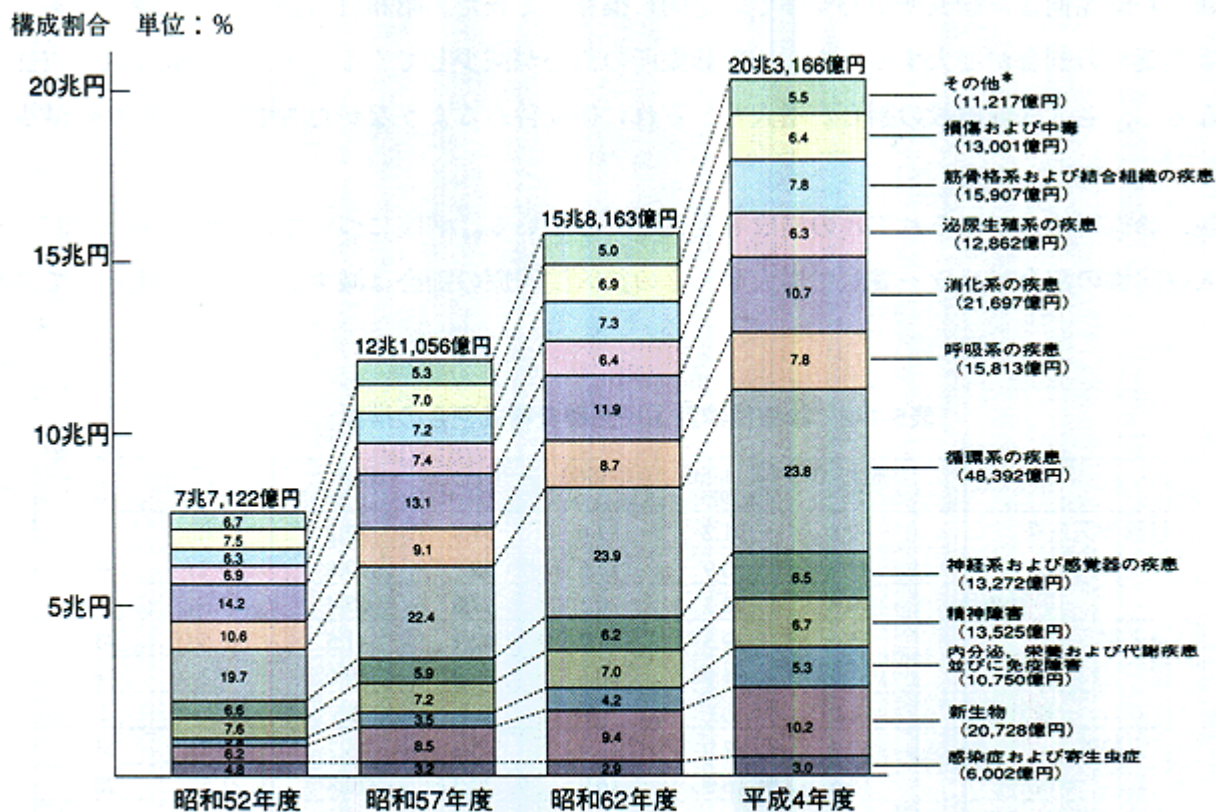
(5) 成人病に対する医療サービスが増え,また,入院サービスが増えている

どのような内容の医療サービスが提供されているのだろうか。

図5-1-4は,病院と一般診療所の医療費(一般診療費)について,病気の種類別にみたものである。

図5-1-4 傷病大分類別一般診療医費構成割合の推移

図5-1-4 傷病大分類別一般診療医療費構成割合の推移



(注) この推計は昭和52年度から行っており、特定月(4月、5月、9月)の各月の調査資料に基づいているが、季節変動の調整は行っていない。
 資料：厚生省「平成4年度国民医療費」

平成4年度におけるサービスの金額として最も大きかったものの順に、循環系の疾患に対する医療サービス4兆8千億円強、消化系に関するサービス2兆2千億円弱、新生物に関するサービス2兆1千億円弱となっている。

昭和57(1982)年度と平成4(1992)年度を比較すると、10年間で構成割合が増加している項目は、循環系の疾患(脳血管疾患、高血圧性疾患、虚血性心疾患など)、新生物、内分泌・代謝疾患(その多くは糖尿病)などの成人病に対する医療サービスの費用であり、減少している項目は、消化系の疾患、呼吸系の疾患などのサービスに対する費用である。

この10年間に一般診療費は8兆2千億円増えているが、その約3割弱(26%)は循環系の疾患の増加によるものであり、1割(13%)は新生物の増加による。

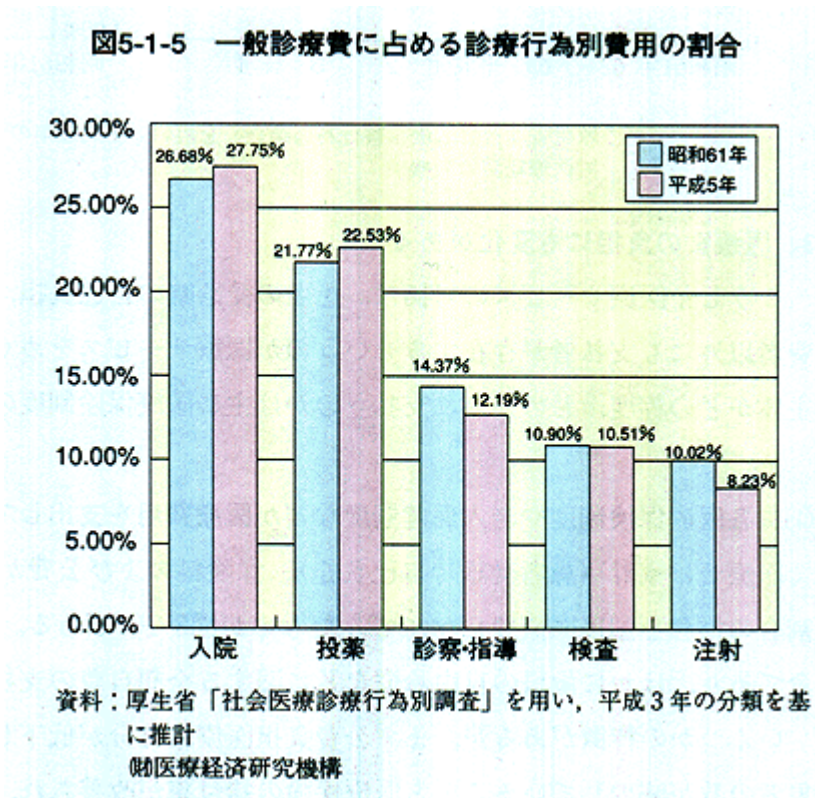
年齢別にみると、65歳未満では循環系の疾患、消化系の疾患、呼吸系の疾患の3傷病で医療費の3分の1強(35.8%)であるのに対し、65歳以上では循環系の疾患だけで4割近く(38.2%)となり、これに新生物(10.6%)を含めると5割近くに達する。

具体的にどのような行為がサービスとして提供されているのだろうか。医療サービスを構成する行為はいろいろあるが、診療報酬の体系に基づいた分類でみると次のようになる。

診療報酬上の大項目分類でみると、「入院」「投薬」「診察・指導」「検査」「注射」に関するサービスの提供が大きなものになっている(平成5年6月「社会医療診療行為別調査」)。昭和61(1986)年度と比較すると、図5-1-5にみるように入院のシェアが増加していることが目立つ。一方、「診察・指導」「注射」は減少することとなった。増加している「入院」と「投薬」を少し詳細にみると、入院では看護サービス

の料金である「看護料」と医療管理サービスの料金である「入院時医学管理料」がそれぞれ8,95%から9.87%,6.25%から6.46%へとシェアを増大させる一方,室料や給食料のシェアが減少している。投薬については,薬剤の費用の割合は大きく変わらないが,医師の処方サービスの料金である「処方料」や薬局薬剤師の調剤サービスの料金である「調剤料」の増大にみるように,薬剤そのものの費用よりもサービスの費用の割合が増大している。なお,投薬については,近年拡大してきている医薬分業により,調剤薬局における薬剤費用や調剤料が大きくなってきており,これを勘案する必要がある。

図5-1-5 一般診療費に占める診療行為別費用の割合

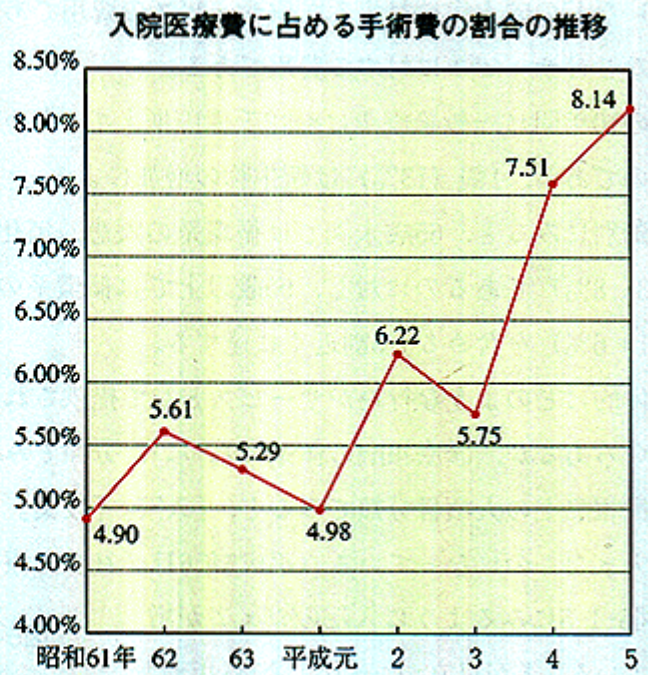
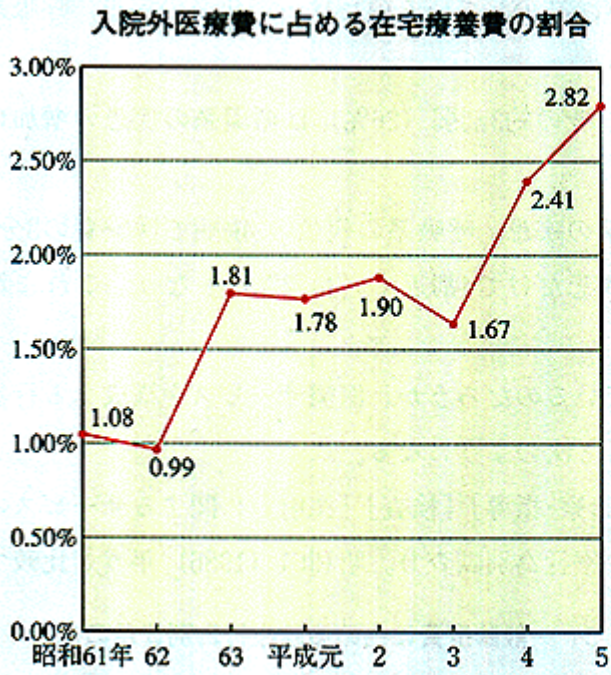


さらに,シェアは大きくないが,経年の変化で見ると,増加の傾向が目立つものに「在宅療養」サービスや「手術」サービスなどがある。図5-1-6は,入院外医療費に占める在宅療養費の割合,入院医療費に占める手術費の割合の推移を表している。

(本項の診療行為に関する数値は,平成3年の診療報酬上の行為分類をベースに推計したものである。)

図5-1-6 入院外医療費に占める在宅療養費の割合

図5-1-6



資料：厚生省「社会医療診察行為別調査」を用い、平成3年の分類を基に推計
財医療経済研究機構

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

第1節 我が国の医療保険制度はサービスを提供するさまざまな活動を支えている

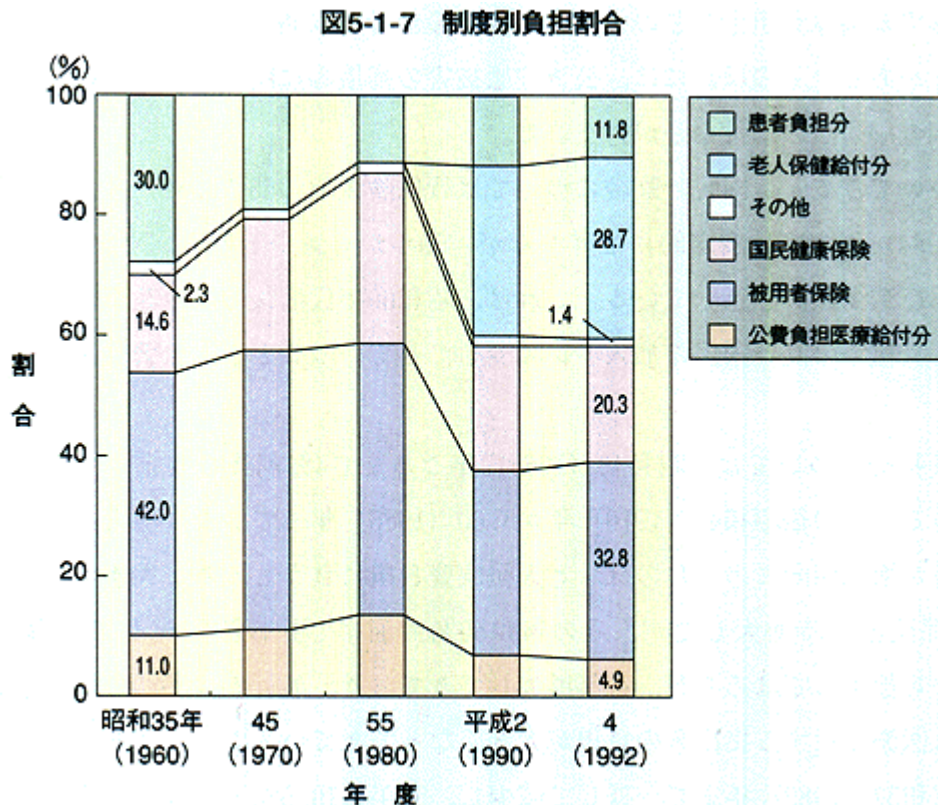
3 医療費の負担にも変化がある

こうした医療サービスの対価は、患者の受診時の自己負担、保険料および公費によって支払われる。消費者以外にも支払者が存在するというのが医療サービスをめぐる費用の流れの特徴であるが、それぞれの主体がどの程度、どのように支払うのかは主に医療保険制度の枠組みの中で決められている。

(1) 各医療保険制度や老人保健制度などが医療費用を支出している

医療費は家計(患者受診時自己負担)、保険料および公費が負担することとなるが、負担額および負担割合の推移を国民医療費レベルでみたものが図5-1-7である。患者負担の中心は医療保険の一部自己負担金であり、ほかに歯科の自由診療などに関する全額自費の支払額が含まれている。

図5-1-7 制度別負担割合



いくつかの特徴があるが、まず公費負担医療給付分が低下している。これには結核患者など公費医療対象者の数が減少していることと医療保険の給付率が改善され、保険制度が負担する部分が増加したということによる影響である。

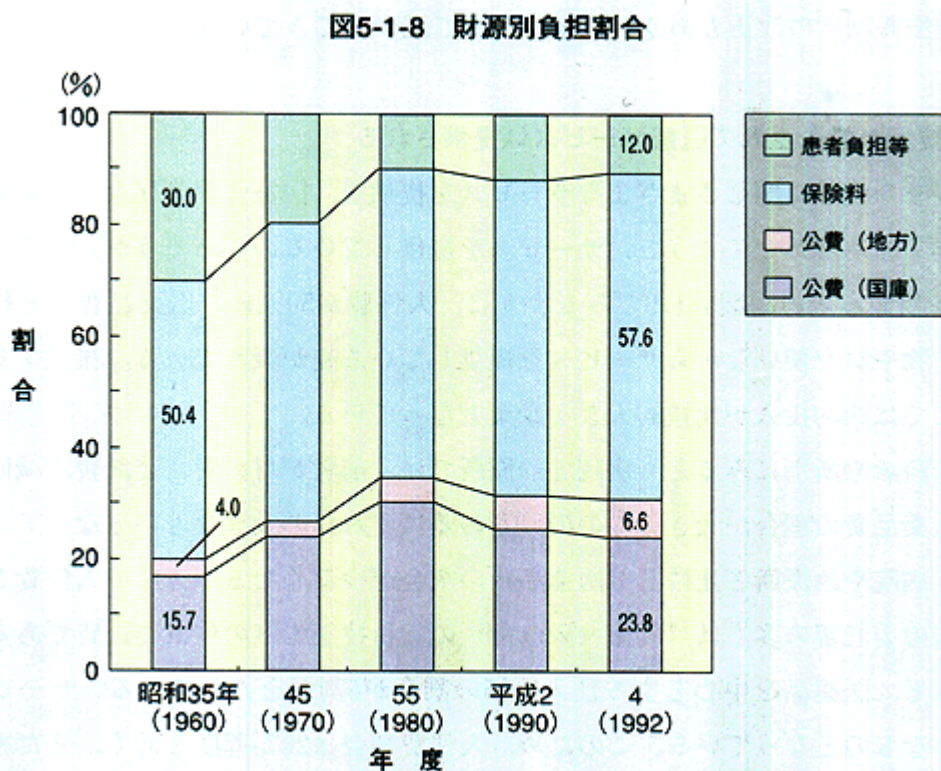
医療保険などの給付分は、昭和56(1981)年度をピークにそれ以降は低下しているが、これは58(1983)年から老人保健法が施行され、老人医療費の保障が別制度によることとなったためである。しかし、基本的にはこうした老人医療費の7割は各医療保険制度が費用を拠出し負担しているため、制度区分別では減少しているものの、次にみる財源別負担区分でみると、医療保険の財源である保険料負担の割合は増加している。なお、国保負担の近年の減少には、こうした老人保健制度の影響のほか、産業構造、就業構造の変化に伴う自営業者の減少や、昭和59(1984)年度改正による政管健保における段階的な5人未満事業所の適用という制度的要因も影響している。

患者負担分は昭和56(1981)年ごろまで減少傾向をたどっているが、これは医療保険の給付率、特に被扶養者(家族)の給付率が引き上げられてきたことによる。

(2) 医療費は保険料、税金、患者負担で賄われる

保険料と公費と患者の一部自己負担という財源別の負担額および負担割合の推移を図5-1-8は示している。公費には公費負担医療の医療費のように、国や自治体から直接的に医療機関に支払われるものと、医療保険の給付費に対する国庫負担金などのように保険者の会計に収納された後に保険給付として医療機関に支払われるものがある。そのほかには、公害健康被害の補償等に関する法律の給付、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法の給付などが含まれる。

図5-1-8 財源別負担割合



資料：厚生省「国民医療費」

公費負担割合についてみると、国費の割合については皆保険後昭和55(1980)年ごろまで増大し続ける。55年以降は、59(1984)年までは安定的に推移するが、59年から減少し始め、平成2(1990)年前後で一時的に安定するも近年再び減少傾向を示している。これは、昭和60年代前後の制度改革の影響や近年では給付費の50%という国庫負担率の高い国保の加入者が減少してきていることと、公費負担医療の件数が減少していることによる。

公費のうち地方負担分については,昭和40(1965)年ごろまで4%前後で安定していたが,昭和40年代に入ると減少し始める。その後昭和45(1970)年から60(1985)年まで徐々に増大し,60年から安定してきている。地方負担が増加傾向にあったのは,老人医療費負担に負うところが大きい。

保険料負担は皆保険後一時増大したが,その後は50%台前半で比較的安定して推移してきた。昭和59(1984)年ごろから徐々にではあるが,毎年増加してきており,最近では50%の後半で推移している。各保
険者からの老人医療に対する拠出金の負担が大きくなってきていることによる。

患者負担等は,昭和57(1982)年まで一貫して減少し,57年に10.5%となった。その後,老人保健法による患者の一部負担や健康保険の本人一部負担の導入により,昭和62(1987)年に12.5%となるまで増大する。近年では高額療養制度の改正もあり,12%前後まで減少してきている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

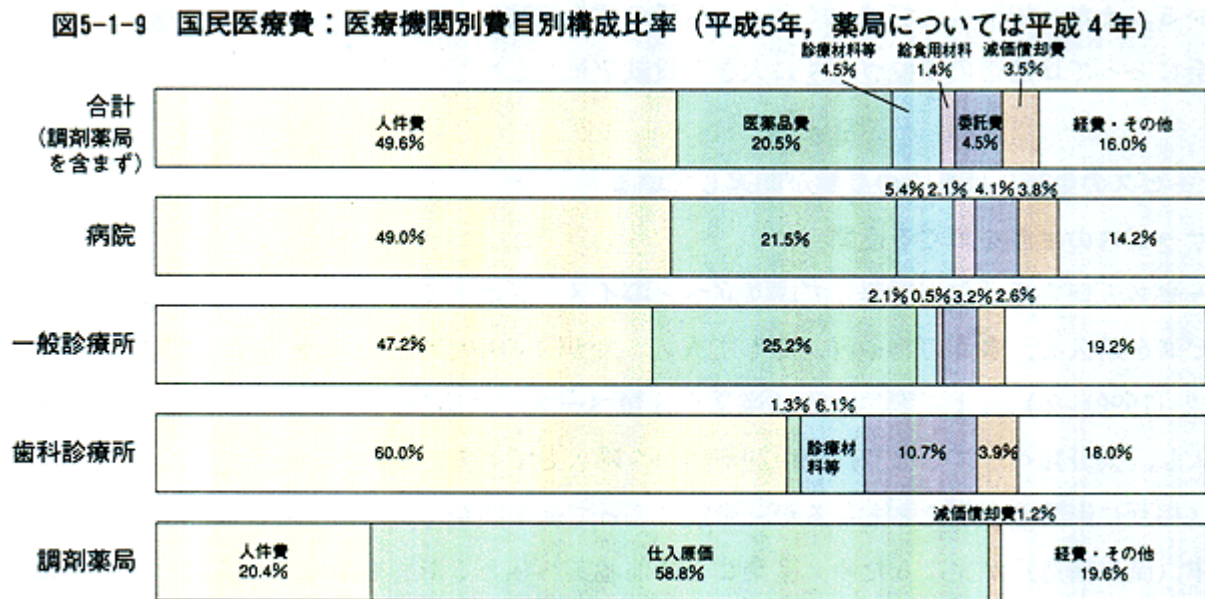
第1節 我が国の医療保険制度はサービスを提供するさまざまな活動を支えている

4 さまざまな生産要素が投入されて医療サービスは提供される

医療機関はさまざまな疾患に関しさまざまなサービスを提供し、医療保険制度などから支払を受けるが、どのような生産要素を組み合わせでこうしたサービスを提供しているのでしょうか。

生産要素をその費用でみると、図5-1-9でみるように、人件費が50%弱、医薬品費など材料費が30%弱となっており、人が物や材を使いながらサービスを提供している姿が表れている。後述するように、医療はサービス産業としては物的投入が比較的大きな産業となっている。

図5-1-9 国民医療費:医療期間別費目別構成比率(平成5年,薬局については平成4年)



資料：中医協「医療経済実態調査（医療機関調査）」，厚生省「保険薬局実態調査」より試算

病院、診療所、歯科診療所別にみると、病院と診療所では、前者が材料費、委託費、減価償却費の割合が大きく、後者が医薬品費の割合が大きいものの、その差はそれほど大きなものとなっていない。

歯科診療所では、病院や診療所と比較して医薬品費の割合が少なくなる一方で、人件費と委託費が大きくなっている。歯科の委託費の多くは、義歯(入れ歯)の歯科技工士への作成委託費である。

薬局についてみると、医薬品を中心とする仕入原価の割合が6割弱を占めている。サービスよりも材料の売上の比重が大きなものとなっている。このため、人件費割合は20%程度と低く、また施設、設備が小規模なため、減価償却の割合も小さなものとなっている(平成4年11月、保険薬局実態調査より推計)。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

第2節 医療と産業

1 医療は国民経済の中で大きな位口を占めるようになっている

(1) 医療は第三次産業の中でも成長株となっている

医療は、産業としては第三次産業の中のサービス業としてとらえられている。

第三次産業は、高度経済成長の始まった昭和35(1960)年度以降急速に成長してきたが、中でもサービス業についてみると、35(1960)年度の2兆4千億円から平成4(1992)年度の123兆円に達し、年率13%強の成長を示している。対GDP比も昭和35年度には14.8%であったが、平成4年度には26.5%になっており、20世紀後半を通じて我が国経済のサービス化が進行しているといわれている。

医療サービスの生産額は先にもみたように国民医療費の額より大きいが、国民医療費でも、昭和35(1960)年度、第三次産業生産高に占める割合は5.4%、サービス産業生産高に占める割合は17.3%であったものが、平成4(1992)年度にはそれぞれ7.8%、19.1%となっている。

(2) 医療サービスには単なる消費財以上の価値がある

サービスの性格として、医療サービスは単なる最終消費財ととらえられ、経済学的には兵器などと等置されて議論されることもあった。しかし、健康を保障する憲法の下、我が国では、医療サービスはメリットグッズ(市場取引で決まるサービスの水準では最適のものにはなり得ない可能性があるため、政府が市場に介入するサービス)であるとされ、また次にみるようにサービスの消費に伴う直接的な便益以上のもの、すなわち人的、社会的便益をもたらす投資的側面をもつサービスと認識されている。

医療サービスは直接的には病気を治癒し、傷病に伴う苦痛を緩和するなどのために消費されるが、それのみにとどまるものではなく、現役世代にとっては社会復帰を果たし、生産活動に従事するための消費ともなっている。また、現役世代ではなくとも、生活の質を維持し、改善するなどして、個人にとっては自立の、社会にとっては連帯の基盤づくりに大きな貢献を果たしてきている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

第2節 医療と産業

2 医療サービスの生産には多くの産業が関連している

(1) 医療サービスの生産をめぐる連関

医療サービスといえば「白衣と薬」で成り立つとのイメージがあるが、他の産業と同様多くの産業から財・サービスを購入し、多くの物や材、そして人のつながりの中でサービスを生産している。「産業連関表」(平成2(1990)年)によると、医療は産業小分類ベースでは187部門中88部門から原材料やサービスなどを購入し、大分類ベースでは32部門中29部門から購入している。

各産業は相互に影響し合うこととなるが、産業によって他部門からの購入比率(投入構造)と他部門への配分比率(産出構造)が異なるため、産業ごとに他産業へ与える影響と他産業から受ける影響に差がある。産業部門間の相互の影響を数量的に示したのが産業連関表である。

表5-2-1は医療部門の投入構造を示す産業連関表である。投入額とは、例えば医療部門は、農林水産業から物品を購入し、平成2(1990)年中に代金として2,151億7,200万円(購入者価格ベース)を支払ったことを意味する。投入表には「生産者価格表」と「購入者価格表」があるが、前者は医薬品であれば、製薬企業の出荷時の価格を計上し、後者は医療機関の購入時の価格を計上する。その差は、生産者価格表において商業や運輸業の商業・運賃マージンとして計上される。

医療部門では投入の第1位が雇用者所得、第2位が医薬品であり、以下、目立つところでは食料品、事業所サービスなどとなっている。なお、雇用者所得など他産業との連関がない粗付加価値部門からの購入が5割を超えているが、これは医療部門のみならずサービス産業全体に共通するものである。

表5-2-1 医療サービス生産のための他産業からの投入

表5-2-1 医療サービス生産のための他産業からの投入

	生産者価格ベース		購入者価格ベース	
	投入額 (100万円)	投入係数	投入額 (100万円)	投入係数
1 農林水産業	154,003	0.00682	215,172	0.00953
2 鉱業	0	0.00000	0	0.00000
3 食料品	452,673	0.02006	562,266	0.02491
4 繊維製品	87,400	0.00387	114,063	0.00505
5 パルプ・紙・木製品	65,212	0.00289	77,824	0.00345
6 印刷・出版	149,792	0.00664	182,998	0.00811
7 化学製品	129,826	0.00575	152,303	0.00675
8 医薬品	4,623,199	0.20484	5,780,776	0.25613
9 石油・石炭製品	111,666	0.00495	151,009	0.00669
10 窯業・土石製品	26,638	0.00118	34,242	0.00152
11 鉄鋼・非鉄金属	36,442	0.00161	41,732	0.00185
12 金属製品	7,037	0.00031	8,255	0.00037
13 一般機械	0	0.00000	0	0.00000
14 電気機械	1,567	0.00007	1,888	0.00009
15 輸送機械	0	0.00000	280	0.00001
16 精密機械	230	0.00001	267	0.00001
17 医療用機械器具	142,799	0.00633	215,329	0.00954
18 その他の製造工業製品	60,885	0.00270	75,439	0.00334
19 建設	67,691	0.00300	67,664	0.00300
20 電力	423,176	0.01875	423,201	0.01875
21 ガス・上水道	140,054	0.00621	140,053	0.00621
22 廃棄物処理・下水道	88,014	0.00390	88,009	0.00390
23 事務用品	54,343	0.00241	54,307	0.00241
24 分類不明	80,009	0.00355	82,026	0.00364
25 卸売業	1,303,739	0.05777	0	0.00000
26 小売業	91,134	0.00404	0	0.00000
27 運輸	415,921	0.01843	244,428	0.01083
28 通信	92,063	0.00408	92,096	0.00408
29 放送	0	0.00000	0	0.00000
30 金融・保険	224,494	0.00995	224,570	0.00995
31 不動産	94,919	0.00421	94,966	0.00421
32 広告	35,076	0.00155	34,989	0.00155
33 リース・サービス	64,827	0.00287	64,820	0.00287
34 その他の事業所サービス	722,947	0.03203	722,676	0.03202
35 娯楽サービス	1,450	0.00006	1,488	0.00006
36 飲食店	0	0.00000	0	0.00000
37 その他個人サービス	292,079	0.01294	292,140	0.01294
38 公務(中央)	0	0.00000	0	0.00000
39 公務(地方)	0	0.00000	0	0.00000
40 教育	4,580	0.00020	4,606	0.00020
41 研究	0	0.00000	0	0.00000
42 医療(国公立)	0	0.00000	0	0.00000
43 医療(非営利)	0	0.00000	0	0.00000
44 医療(産業)	0	0.00000	0	0.00000
45 保健衛生	55,895	0.00248	55,880	0.00248
46 社会保険	0	0.00000	0	0.00000
47 社会福祉	0	0.00000	0	0.00000
48 その他の公共サービス	29,726	0.00132	29,745	0.00132
49 内生部門計	10,331,506	0.45777	10,331,507	0.45777
50 家計外消費支出	275,959	0.01223	275,959	0.01223
51 雇業者所得	8,721,462	0.38643	8,721,462	0.38643
52 営業余剰	1,657,851	0.07346	1,657,851	0.07346
53 資本減耗引当	1,354,530	0.06002	1,354,530	0.06002
54 間接税	232,869	0.01032	232,869	0.01032
55 補助金	-4,807	-0.00021	-4,807	-0.00021
56 租付加価値部門計	12,237,864	0.54223	12,237,864	0.54223
57 国内生産額	22,569,370	1.00000	22,569,370	1.00002

(注) 投入係数=投入額/国内生産額

(2) 医療サービスの生産の活発化は経済を活性化させる

表5-2-2の波及効果の影響度とは、医療産業が経済全体に与える影響の大きさをみたものである。医療産業に1単位の需要が発生すれば各産業部門それぞれを直接間接にどの程度刺激するか、またその合計は最終的には経済全体で生産増になる単位を表しており、医療産業の場合約1.8となっている。

表5-2-2 医療部門の生産1単位が他産業に与える影響

表5-2-2 医療部門の生産1単位が
他産業に与える影響

	影響度
1 農林水産業	0.01599
2 鉱業	0.00227
3 食料品	0.02532
4 繊維製品	0.00688
5 パルプ・紙・木製品	0.02048
6 印刷・出版	0.02190
7 化学製品	0.03883
8 医薬品	0.20071
9 石油・石炭製品	0.01277
10 窯業・土石製品	0.00565
11 鉄鋼・非鉄金属	0.01056
12 金属製品	0.00687
13 一般機械	0.00443
14 電気機械	0.00472
15 輸送機械	0.00637
16 精密機械	0.00041
17 医療用機械器具	0.00520
18 その他の製造工業製品	0.01567
19 建設	0.00802
20 電力	0.02807
21 ガス・上水道	0.00812
22 廃棄物処理・下水道	0.00545
23 事務用品	0.00425
24 分類不明	0.00620
25 卸売業	0.07507
26 小売業	0.00708
27 運輸	0.04200
28 通信	0.01253
29 放送	0.00432
30 金融・保険	0.03127
31 不動産	0.01692
32 広告	0.01496
33 リース・サービス	0.00835
34 その他の事業所サービス	0.06161
35 娯楽サービス	0.00177
36 飲食店	0.00000
37 その他個人サービス	0.01244
38 公務(中央)	0.00001
39 公務(地方)	0.00030
40 教育	0.00057
41 研究	0.02858
42 医療(3部門統合)	1.00000
43 保健衛生	0.00249
44 社会保険	0.00000
45 社会福祉	0.00000
46 その他の公共サービス	0.00269
計	1.79

資料：財医療経済研究機構

他方、当該産業を含むすべての産業部門に1単位の需要が発生した場合に、その産業に直接間接何単位の増産があるかを示したものが感応度と呼ばれているが、医療部門についてみると1.00となっており、他産業の動向からまったく影響を受けない。その意味で波及を受ける効果では中立的な性格を示している。

具体的にいえば、医療活動が活発になれば他部門に与える効果を通じて経済全体を活性化するが、反面、他部

門から受ける効果はないため、経済全体が活発になったからといって医療サービスが増産されることは少ないということを示している。医療サービスを提供するには、医薬品や医療関連サービスなどの事業所サービスといった中間投入が不可欠である。医薬品産業の経済全体に対する影響は小さくなく、医薬品産業の1単位の需要の増が経済全体では2を超える生産増につながる。こうした産業の連鎖の中で、医療サービスの需要の増大が国民総生産を引き上げることとなっている。例えば、医療については広告規制があり、広告産業からの購入は小さい。しかし影響度の表にみるように、医療部門の広告産業への影響は購入の割には多少大きくなっている。これは、医療部門が医薬品産業からの購入が大きく、その医薬品産業がまた広告産業からの投入があることなどによるものであり、こうした連鎖が影響度に表れている。

一方、感応度が小さいのは、医療サービスの消費(病気になって診療などを受けること)が経済変動とは関係がないためである。つまり、医療サービスの需要は景気動向に左右されにくく、景気が後退する局面でも景気を下支えする機能を発揮することを意味している。

(3) サービス部門の中で医療は物的産業との関連が強いという特徴がある

サービス経済化の特徴は、「サービスがサービスを呼ぶ」効果が大きいこととされている。産業を物的産業とサービス産業に大別し、それぞれの部門内での誘発効果をみるとともに物的産業とサービス産業間の誘発効果をみることができる。

それぞれの部門が部門内に与える効果を「内部乗数」、他の部門への波及を通じて自部門へはねかえる効果を「外部乗数」という。総効果は「内部乗数×外部乗数」で表される。

サービス産業についてみると一般に内部乗数は外部乗数より大きい。これは「サービスはサービスを呼ぶ」効果などといわれている。

医療サービスについてみると、内部乗数は高いとはいいがたいが、外部乗数はサービス産業では3番目に高い値となっている。これは、医療が医薬品や医療用機器部門などの物的産業からの投入を受けていることによる。すなわち、医療サービスの需要が喚起されれば、直接的には医薬品や医療用機器部門などを刺激し、それらの部門は化学製品、鉄鋼・非鉄金属あるいは機械およびエネルギー部門を刺激するためである。このように医療はサービス産業にあっては物的産業を刺激するという点において特異な存在であり、特に一般の民間サービス産業と比較すると、物財の消費が大きい性格を有している。

(4) 医療の他産業に与える影響は増大している。

産業連関表は5年ごとに作成されているが、医療部門の他産業へ与える影響(影響力係数)はわずかではあるが5年前(昭和60年)に比べて大きくなっている。これは経済全体の中で医療サービスの他産業への依存度が上昇している結果である。また、国民経済に占める医療サービスの生産量が上昇していることもその影響力を強めている。

さらに詳細にみると、投入では医薬品、その他の対事業所サービスが増加しているのが目立つ。昭和60(1985)年と55(1980)年を比較すると、薬価引き下げにより医薬品への投入比率は低下していたが、平成2(1990)年表では再び昭和55年レベルに復帰している。対事業所サービスへの投入が増加しているのは、病院サービスの外注化が進んでいることを示している。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

第2節 医療と産業

3 医療は多くの雇用を創出している

(1) 医療・医療関連サービスの従事者は産業の中でも大きなものとなっている

医療サービス生産のための最大の投入要素が雇用者所得であることを産業連関表でもみたが、医療サービスと医療関連のサービスの生産に従事する者を雇用という側面からみてみよう。

医療機関で働く者だけで238万人に及ぶ。内訳は、病院143万9千人、一般診療所64万3千人、歯科診療所29万8千人となっている。

その動向をみると、医療機関の伸びに伴い従事者数は増大してきた。昭和50年代後半以降には医療施設数の伸びも鈍化するが、医療従事者数は施設数の伸び率を上回って伸びるようになる。

医療機関以外で活動する医療・医療関連サービス提供者も少なくない。医療関係者のうち、あん摩マッサージ指圧師は9万4千人、はり師は6万4千人、きゅう師は6万2千人、柔道整復師は2万5千人となっている。

医薬品や医療機器の製造業、関連流通産業、医療関連サービス産業など関連産業も数多い。製薬企業の従業員数は20万6千人(「医薬品産業実態調査」平成3年)、医薬品卸業の従業員数は7万7千人(「医薬品産業実態調査」平成3年)、医薬品小売業は16万5千人(「商業統計」平成3年)である。検体検査や給食サービスなど医療関連サービス産業では福祉分野を含めると33万6千人ともいわれており、少なくとも医療分野ではその半分以上の雇用を創出していると考えられる。

また、看護体制が手薄な病院などでは、患者が直接付添婦を雇用することがある。こうした付添婦は7万人程度実働しているといわれている。

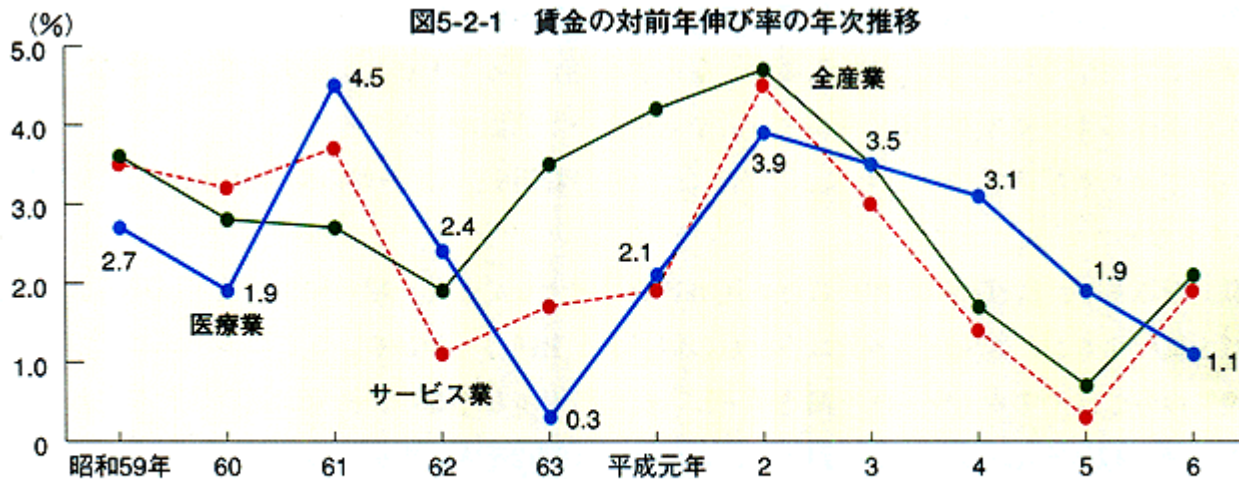
これらを合計すると、300万人を超える人々が医療や医療関連のサービスの提供に従事していることになる。我が国のサービス業全体の従事者は、1,461万人(「事業所統計調査」平成3年)である。また個別産業をみると、自動車産業が722万人(自動車工業会「日本の自動車工業」平成6年)、飲食店の従業員数が約250万人(平成2年国勢調査)などとなっており、雇用という側面からみても、医療・医療関連サービスは我が国でも有数の分野になっている。

そして、医療サービスの消費が景気変動に左右されにくいという特性を考慮すれば、医療・医療関連サービス分野は、安定した雇用を確保している産業といえよう。

(2) 最大のコストである給与の動きにはさまざまなものがある

医療機関における人件費は、医療機関のコストの5割弱を占め、医療経営の上からも重要な要素となっている。医療機関の給与の動向をみると、医療業の給与の年平均伸び率は、過去10年間2.5%、過去5年間をとると2.7%となっている。それに対し、全産業をみるとそれぞれ2.8%、2.5%となっている。10年間を平均してみると医療業は全産業より低い伸びとなっているが、この5年間をみるとおおむね同じ伸びであり、特にバブル崩壊後は、平成5年まで全産業の伸びを上回っている。また、サービス産業だけをとってみると、医療業の給与の伸びは近年ではサービス業の伸びを上回ることが多い。また、経年的にみると、図5-2-1にみるように全産業の伸び率の変化をいくらか遅れて追いかけていることも読みとれよう。

図5-2-1 賃金の対前年伸び率の年次推移



(注) 1. 事務所規模30人以上の事務所における1人平均月間現金給与総額の対前年伸び率である。
 2. 対前年伸び率は、調査事業所の抽出替え等によるギャップを修正して算出されたものである。
 3. 平均値は四捨五入による。
 資料：労働省「毎月勤労統計調査年報」

医療機関の給与といっても職種によってさまざまである。表5-2-3をみるように、民間医療機関における給与は、医師(平均年齢36.6歳)の給与を100とすると、看護婦(33.2歳)は39.6、薬剤師(33.3歳)は39.1などとなっている(人事院「民間給与の実態」(平成6年))。一方、5年前と比較してみると、医師の給与は6.3%の伸びであるのに対して、看護婦22.9%などと大幅に伸びており、医師と医師以外の給与の格差は縮小する方向にある。

表5-2-3 民間医療職の給与実態

表5-2-3 民間医療職の給与実態

職種	年	平均年齢	決まって支給する給与	伸び率	医師を100とした場合の比率
		(歳)	(円)	(%)	
病院長	平成元年	58.3	1,263,365		168
	平成6年	59.4	1,439,785	14.0	180
医師	平成元年	35.8	751,625		100
	平成6年	36.6	799,029	6.3	100
歯科医師	平成元年	33.4	537,640		72
	平成6年	36.8	656,491	22.1	82
薬剤師	平成元年	32.2	256,356		34
	平成6年	33.3	312,213	21.8	39
診療放射線技師	平成元年	35.9	321,823		43
	平成6年	36.2	376,092	16.9	47
臨床検査技師	平成元年	33.7	270,151		36
	平成6年	35.9	329,225	21.9	41
栄養士	平成元年	31.8	216,313		29
	平成6年	33.1	258,859	19.7	32
看護婦	平成元年	33.6	257,156		34
	平成6年	33.2	316,031	22.9	40
准看護婦	平成元年	34.5	236,259		31
	平成6年	36.8	288,189	22.0	36

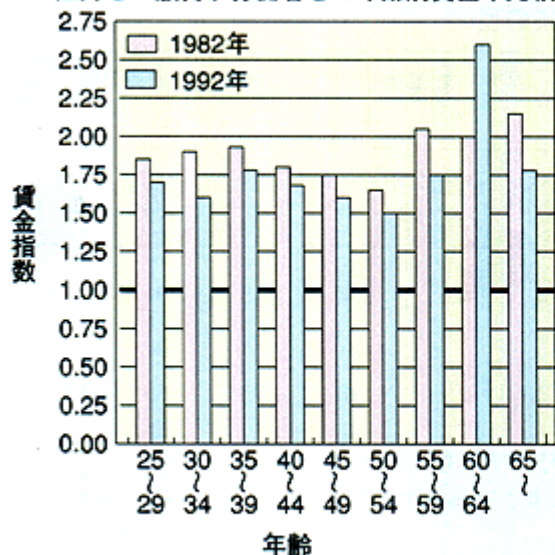
(注) 1. 決まって支給する給与：基本給はもとより、年齢給、勤続給、地域給、寒冷地手当、能率給、家族手当、住宅手当、精勤手当、特殊作業手当、職務手当、通勤手当、超過勤務手当、夜勤手当、休日出勤手当等月ごとに支給されるすべての給与を含めたものをいう。
 2. 時間外手当：決まって支給する給与総額に含まれ、超過勤務手当、休日出勤手当、宿日直手当等の時間外手当をいう。
 資料：人事院「民間給与の実態」(平成元年、6年調査)

また、図5-2-2は、年齢階級別医師と看護婦の賃金の一般のサラリーマンの賃金(1時間当たり賃金)に対する比率の推移をみたものである。医師や看護婦の養成年限が一般サラリーマンと異なることから賃金水準の比較は単純ではないが、傾向をみると医師と一般のサラリーマン(大卒男子労働者)の賃金の格差はほとんどの年齢層で10年間に縮小してきている。一方、看護婦、特に35歳以上の看護婦の賃金はこの10年間改善し、一般女子労働者(大卒女子労働者)とかなりあった差が縮まってきている。

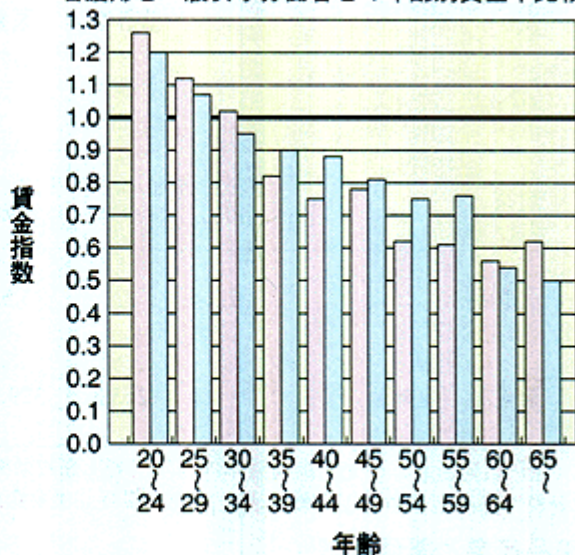
図5-2-2 医師と一般男子労働者との年齢別賃金率比較

図5-2-2

医師と一般男子労働者との年齢別賃金率比較



看護婦と一般女子労働者との年齢別賃金率比較



(注) 賃金率

医師の場合 : 1時間当たり医師賃金 / 1時間当たり大卒男子一般雇用者賃金

看護婦の場合 : 1時間当たり看護婦賃金 / 1時間当たり大卒女子一般雇用者賃金

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

第2節 医療と産業

4 医療に関連する産業が質・量ともに大きくなっている

(1) 医薬品産業は最大の関連産業として成長している

1) 医薬品産業の動向

医薬品は、情報の凝集であるとともに付加価値の高い生命関連物質であり、これを生産する医薬品産業は省資源・知識集約型で、社会的貢献度の高い産業といわれている。

我が国の製薬企業数は、およそ1,550社、うち主として医療用医薬品を製造している企業は約450社を数える。残り約1,100社は主に一般用医薬品の製造企業または医療用医薬品、一般用医薬品の両方を製造している企業である。医療用医薬品とは、医師や歯科医師によって処方される医薬品である。一般用医薬品とは、頭痛薬やかぜ薬など患者が直接薬局、薬店などから購入し、自らの判断で使用するものである。

平成5年の医薬品の総生産額は5兆6,951億円であり、内訳は医療用医薬品が4兆8,193億円、一般用医薬品が8,758億円である。医療用医薬品は約85%を占めており、我が国の製薬産業にとっては医療用医薬品の生産動向が大きな意味を持っている。

我が国の医薬品は、戦後しばらくは欧米からの化合物の輸入、技術導入により生産されてきた。その後、医療保険制度の拡充に伴い、医療の高度化、需要の拡大などを背景に国内の生産高は増大し、昭和45年には1兆円産業の仲間入りを果たす。昭和50年代前半には外国資本100%自由化と物質特許制度が導入され、国内各製薬企業の新薬の研究開発が活発化していく。さらに、昭和58年には生産額が4兆円にも達するようになり、現在では日本の製薬産業の生産額は、米国に次いで世界第2位となっている。

製薬企業の利益率は概して高く、今日の経済状況下でも他産業に比べ安定しているが、昭和42年以来、おおむね2年に1回の薬価基準の引下げや、ここ数年の医薬品の適正使用の強化により、生産額の伸びは低下してきている。特に平成4年は、対前年比▲2.2%とマイナスを記録した。なお、平成5年は対前年比2.2%で4年ぶりに2%台の伸びを確保している。

表5-2-4 医薬品産業の現況

表5-2-4 医薬品産業の現況

項目	出荷額 (兆円)			売上高利益率 (%)			売上高対研究開 発費比率 (%)		
	昭和55年 (1980)	昭和60年 (1985)	平成4年 (1992)	昭和55年 (1980)	昭和60年 (1985)	平成4年 (1992)	昭和55年 (1980)	昭和60年 (1985)	平成4年 (1992)
医薬品	2.9	3.8	5.5	4.4	4.1	5.4	5.45	7.04	8.70
製造業(全体)	214.7	265.3	329.5	2.1	2.1	1.4	1.73	2.69	3.52

(注) 出荷額および売上高利益率は暦年、売上高対研究開発費比率は年度。

資料：通商産業省「工業統計表」、日本銀行「主要企業経営分析」、総務庁「科学技術研究調査報告」

2) 医薬品産業と薬価基準

こうした医薬品産業と密接な関係を持っているのが医療保険制度であり、中でも薬価基準制度である。薬価基準とは、いわゆる医薬品の品目表(以下「リスト」)であり、また同時に価格表ともなっている。平成7年4月現在1万4千強の品目とそれぞれの価格が掲載されている。保険医療機関や保険薬局などでは、このリストに掲載された医薬品を患者に対して使用し、また使用した場合、価格表の中で決められている金額が支払われる。

このような薬価基準は、医療用医薬品を製造する製薬企業の経営を左右するものとなっている。経営にとっては製品の価格、販売量、利益が重要だが、薬価基準はこれらに対して大きな影響を与えるものだからである(第2編診療報酬改定および薬価基準改正の経緯参照)。

3) 医薬品産業の特徴

医薬品産業は研究開発型の産業である。平成4年度医薬品産業の研究開発費は6,434億円(「科学技術研究調査」平成5年)であり、売上高に対する研究費の比率は8.7%と全産業中最大のものとなっている。また、産業連関の中でみても、研究サービスの投入が他産業に比べ圧倒的に大きなものとなっている(補足資料2・表参照)。なお、この研究費を性格別にみると、基礎20.4%、応用27.3%、1.1用発52.3%となっている。

近年の新薬の研究開発をめぐるのは、製品寿命の短期化、国際的な規模での競争の激化など厳しさが増している。コストと開発リスクが著しく増大してきている。薬によって大きく異なるが、今日では一つの新薬を開発するのに100億円から200億円、10年から15年かかるといわれている。このようなことから企業は比較的市場の大きな医薬品や既存医薬品と類似の新薬の開発に主力を注ぐ傾向にある。しかし、最近では承認審査や薬価算定の厳格化、さらには研究開発力の向上などが相まって、画期的な効果をもたらす医薬品の研究開発にも力が注がれる傾向が出始めている。

また一昨年、薬事法が改正され、いわゆるオーファンドラッグ(稀少疾病用医薬品)の開発促進のための施策が打ち出されたこともあり、国内で患者数が少なく、市場規模が小さい難病やエイズに対する医薬品の開発も増えてきている。

我が国の医薬品の研究開発の水準については、最近一定の評価を受けるようになってきたが、欧米の製薬企業との研究開発基盤の格差、特に基礎研究や海外での研究開発体制の遅れ、臨床試験の質の問題、研究開発費の額そのものの格差などが指摘されている世界で発売された新薬の原産国別品数においては、日本は米国と肩を並べ世界のトップに位置しているものの、質的なとらえ方をした場合、世界に通用する新薬は米国が圧倒的に多く、日本は独、英、仏などのEU諸国とほぼ同等の品目数にとどまっている。日本で開発された世界に通用する新薬としては、免疫抑制剤、高脂血症の治療剤や狭心症治療剤などがある。我が国の医薬品産業としても世界に通用する新薬の開発を促進し、世界の医療の向上に貢献していくことが期待される。

4) 医薬品の流通と卸業

医療用医薬品は通常、製薬企業から医薬品の卸を通じて各医療機関に納品される。平成6年4月現在の医薬

品卸業の数(日本卸業連合会会員数)は313社である。昭和34(1959)年に1,330社あったものが,49(1974)年には690社,59(1984)年には491社と激減しており,業界の再編成が急速に進んでいる。もともと地場産業であった医薬品卸業であるが,再編の中で全国広域卸も登場してきた。

医薬品の流通をめぐるのは,従来,卸の医療機関に対する納入価格に製薬企業が直接関与するいわゆる値引補償が行われるなど卸の自由な価格形成を制約するおそれが強いなどの問題が指摘されていた。このため,製薬業界は値引補償の廃止など取引慣行の改善に取り組み,平成4年4月より新仕切価格を軸にした新しい流通体系がスタートした。これは製薬企業は仕切価格で卸に医薬品を販売した後は価格などに関与せず,卸はこれに流通マージンを上乘せし,自由に医療機関に販売するという形態である。こうした流通近代化により,業界の再編がさらに促進されるのではないかとの見方もなされている。

(2) サービスが外部化され医療関連サービスが増大してきている

産業連関表の中で医薬品産業ほど投入額は大きくないが,近年目立っているのが医療関連サービスを中心とした対事業所サービスである。医療部門はこうしたサービスを昭和60年では5,100億円強投入していたが,平成2年には7,200億円強となっている。

1) 医療関連サービスとは

近年,民間事業者によるさまざまなサービスが医療の分野で提供されるようになってきている。これらサービスは医療サービスそのものではないが,医療機関などが医療サービスを提供するために必要なものであったり,医療サービスと密接に関連することから「医療関連サービス」と呼ばれている。

医療関連サービスの市場においては,医療における新規分野のサービス開拓や医療経営の効率化を背景に拡大し,多様なサービスが低コストで提供されるようになってきている。

医療関連サービスには大きく,寝具等の賃貸,検体検査などの「院内業務委託・支援サービス(外注サービス)」と,医療機器・看護用品レンタルリース,成人病食宅配サービスなど在宅医療の需要にこたえるための「在宅医療支援サービス」に分けられる。前者の多くが産業連関の中で対事業所サービスとしてとらえられている。さらに近年,国民の健康に対する関心の高まりなどを背景に,健康相談や健康管理・健康増進にかかわる「健康増進関連サービス」が盛んになってきている。

2) 医療関連サービスが発達してきた背景

医療関連サービスの発展には次のような背景がある。

第一は,医療経営の効率化という点である。医療機関も一つの経営体であり,常に合理化や効率化を考えていかなければならない。医療機関における一部の業務を規模の経済を働かせながら提供できる医療関連サービスの活用は,効率化の有力な手法と考えられている。また,医療機関における一部の業務はより専門化が進んだため,個々に人材や施設を用意し対処していくよりも外部化するほうが費用面で優れていることがある。

第二は,国民の医療に対するニーズの多様化,高度化が進む中で,医療の周辺部分であるアメニティーに対して患者,医療機関双方の意識が高まってきているが,この分野において医療関連サービスが対応している部分が少なくないという点である。

第三は,在宅医療の分野が伸びてきており,この新しい分野において医療関連サービスが大きな役割を果たしているという点である。

第四に,規制の緩和により,これまで業務委託が許可されていなかったことが基準を満たせば委託することができるようになった点などがあげられる。

表5-2-5は病院における各種サービスの取り入れ状況の推移を表している。

表5-2-5 病院における委託の実施率の推移

表5-2-5 病院における委託の実施率の推移

	昭和59年	平成5年
給食(患者用)	7.5	19.8
寝具(患者用)	92.9	96.4
滅菌(治療用具)	—	6.4
洗濯	63.3	67.3
清掃	50.8	66.7
請求事務	9.3	15.8

資料：厚生省「医療施設静態調査」より作成

3) 病院における医療関連サービスの種類と現状

病院においては、古くより外部委託が一般化されていた寝具貸借・洗濯や検体検査をはじめとして、近年では医療事務、患者給食などさまざまなサービスが委託されるようになっている。

これらのサービスを提供する事業主体の展開には、以下のような形態が見受けられる。

ア 従来の業務が拡大し、その業務の市場が医療の周辺分野に及んだもの

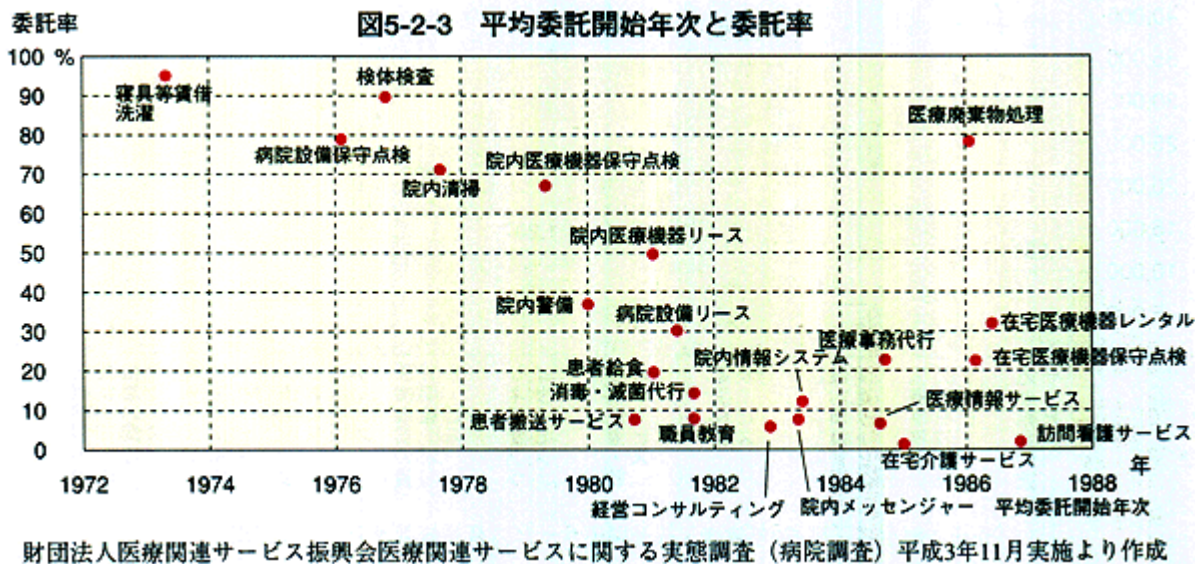
イ 従来の業務において、既に医療機関との関係が構築されており、その関係からさらに新しいサービスを開始したもの

ウ 在宅医療など、医療の供給体制の変化に伴い新たなサービス提供の場が生まれ、これに対応して事業活動を開始してきたもの

エ 米国などの民間による医療関連サービスの先進地域よりそのノウハウを導入し、自らその市場を開拓してきたもの

医療関連サービスの委託開始時期と委託率をみると、比較的早くから委託が開始されている寝具等貸借・洗濯、検体検査、病院設備保守点検、院内清掃では委託されている割合が高くなっている。また、近年急に関心が高まっている医療廃棄物処理では、平均開始年次は新しいにもかかわらず、委託率は高くなっている。

図5-2-3 平均委託開始年次と委託率



病院の規模別に委託率をみた場合、成熟期に入っている寝具等賃借・洗濯、検体検査などは病床規模により格差はないが、その他のものは一般的に規模の大きな病院のほうが委託率が高い。大病院から委託が始まり、中小病院へと広まっていくものと考えられ、今後市場の成熟化に伴って委託率が上がるものと見込まれる。

一方、院内医療機器リースや経営コンサルティングはその例外となっており、経営規模が小さい病院のほうが委託率が高くなっている。

4) 年々増大する医療関連サービスの事業所数

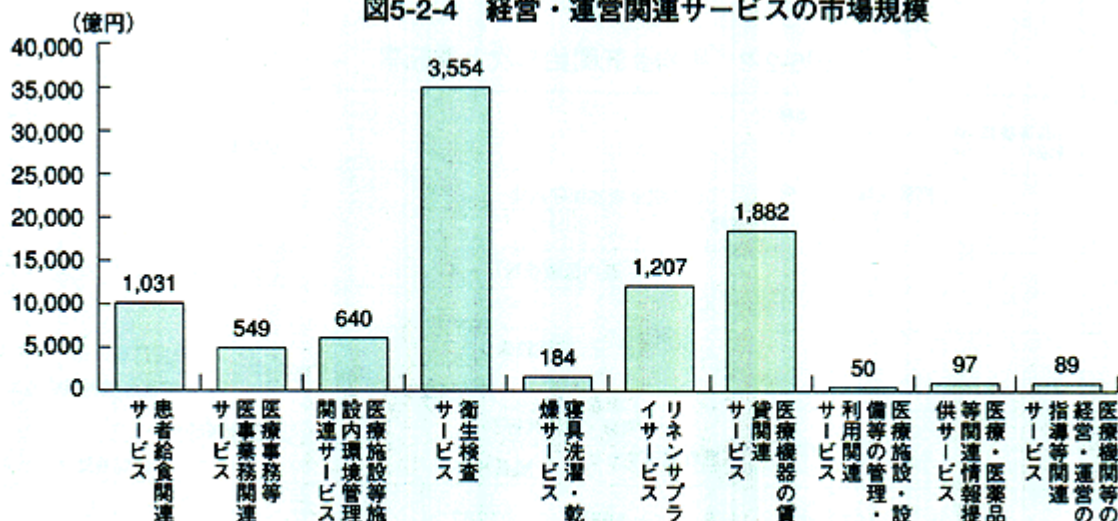
医療関連サービスを供給する事業所数も年々増大しつつある。福祉サービスを含めてではあるが、各種サービスの延べ事業所数で、在宅医療・在宅福祉等関連サービス9,930事業所、医療機関・社会福祉施設等の経営・運営関連サービス4,743事業所、健康診断・健康管理・健康増進関連サービス4,323事業所となっている(「健康・福祉関連サービス産業統計調査」平成2年)。

また、現在サービスを行っている事業所の開業時期をみても、昭和40年代以降、開業数が急速に増加しており、特に近年、サービスの提供を開始した事業所が多くなってきている。さらに、提供サービスごとに事業所数(延べ数)をみると、医療施設等施設内環境管理関連サービスや衛生検査サービス、医療機器の賃貸関連サービスの提供者の数が多くなってきている。

医療関連サービスの市場は大きくなってきている。統計の性格上、福祉分野も含まれているが、医療機関・社会福祉施設等の経営・運営関連サービスが9,288億円、健康診断・健康管理・健康増進関連サービスが4,574億円、在宅医療・在宅福祉等関連サービスが1,748億円と合計して1兆5,610億円という生産規模になっている。また、医療機関・社会福祉施設等の経営・運営関連サービスをより詳細にみると、衛生検査サービスが3,554億円、医療機器の賃貸関連サービスが1,882億円、リネンサプライサービスが1,207億円、患者給食関連サービスが1,031億円という生産額となっている。

図5-2-4 経営・運営関連サービスの市場規模

図5-2-4 経営・運営関連サービスの市場規模



資料：厚生省「平成2年健康・福祉関連サービス産業統計調査」より作成

5) 今後期待される医療関連サービスと課題

今後もニーズの拡大、規制緩和、ニューメディアなどの技術の革新などにより、新しいサービスの登場が期待される。最近供給され始めたサービスとしては、医療施設の環境衛生管理、在宅介護支援事業としての在宅介護機器レンタル、緊急通報システム、医療施設のセキュリティー、医療情報・健康診断サービス、医療施設の物流・物品管理がある。

医療関連サービスは、医療という公共性の高い「非営利事業」の周辺領域において営利企業が提供するサービスである。今後一層の発展を目指す上で、質の確保が最大の課題となる。

また、医療機関の経営としてサービスの多くを外部化していくことが本当に効率的なのか改めて考えていく必要がある。個々の医療機関によって異なるが、真に競争が働くような契約関係となっているか、また、医療機関と事業者の共存体制、役割分担の確立も考えていく必要がある。

(3) 公的保険を補完する民間医療保険が成長してきている

これまでみたような産業と異なり、医療サービスに直接関係することはいが、患者個人や家族の医療需要に影響を与えるという意味で医療サービスの生産に深いかわりを持つものに民間医療保険がある。

1) 医療ニーズの多様化を背景に伸びた需要の高まり

医療サービスに要する費用を保険というかたちで保障する場合、サービスを利用する者とそうでない者の間の公平を図るとともに、医療費用を認識することにより健康への自己責任の自覚を促し、無制限な資源の利用を防ぐなどのため、患者に費用の一部について負担を求めることが多い。我が国の公的医療保険の場合、こうした負担の額は、医療費用の一定割合(1割から3割)あるいは、一定額(老人医療の場合、入院1日700円、外来1月1,010円(平成7年度))などとなっている(第2編医療保険制度参照)。

診療サービスや医療機関で処方される医薬品などの医療サービスの中心的な部分は、公的医療保険制度によって給付されていることから、患者や家族が実際に医療サービスの対価として支払うものの大部分はこ

の公的保険の一部負担金である。

しかし、サービスや商品によっては公的医療保険制度の給付の対象とならないものがあり、それらの対価は全額家計から支払われている。薬局で直接購入するかぜ薬や絆創膏など大衆薬や材料の費用、検診・人間ドックの料金などがそれである。

近年、医療サービスや関連の商品に対するニーズが増大してきており、医療保険の給付対象外のサービスやそれに対する支払が増大してきている。図5-2-5は、平成4年度の国民医療費をベースに、こうしたサービスなどに対して家計や民間保険から支払われる費用の範囲と額をみたものである。金額は大まかな目安であるが、大衆薬8,940億円や検診・人間ドック等の費用6,000億円、交通事故医療費等全額自費3,658億円、歯科自由診療等4,300億円、個室等特別料金2,100億円、付添看護の追加料金1,400億円などが目立ったものとなっている。これらの主だったものの推移をみると、表5-2-6のようになっている。

図5-2-5 保険給付と国民医療費の関係(概念図)

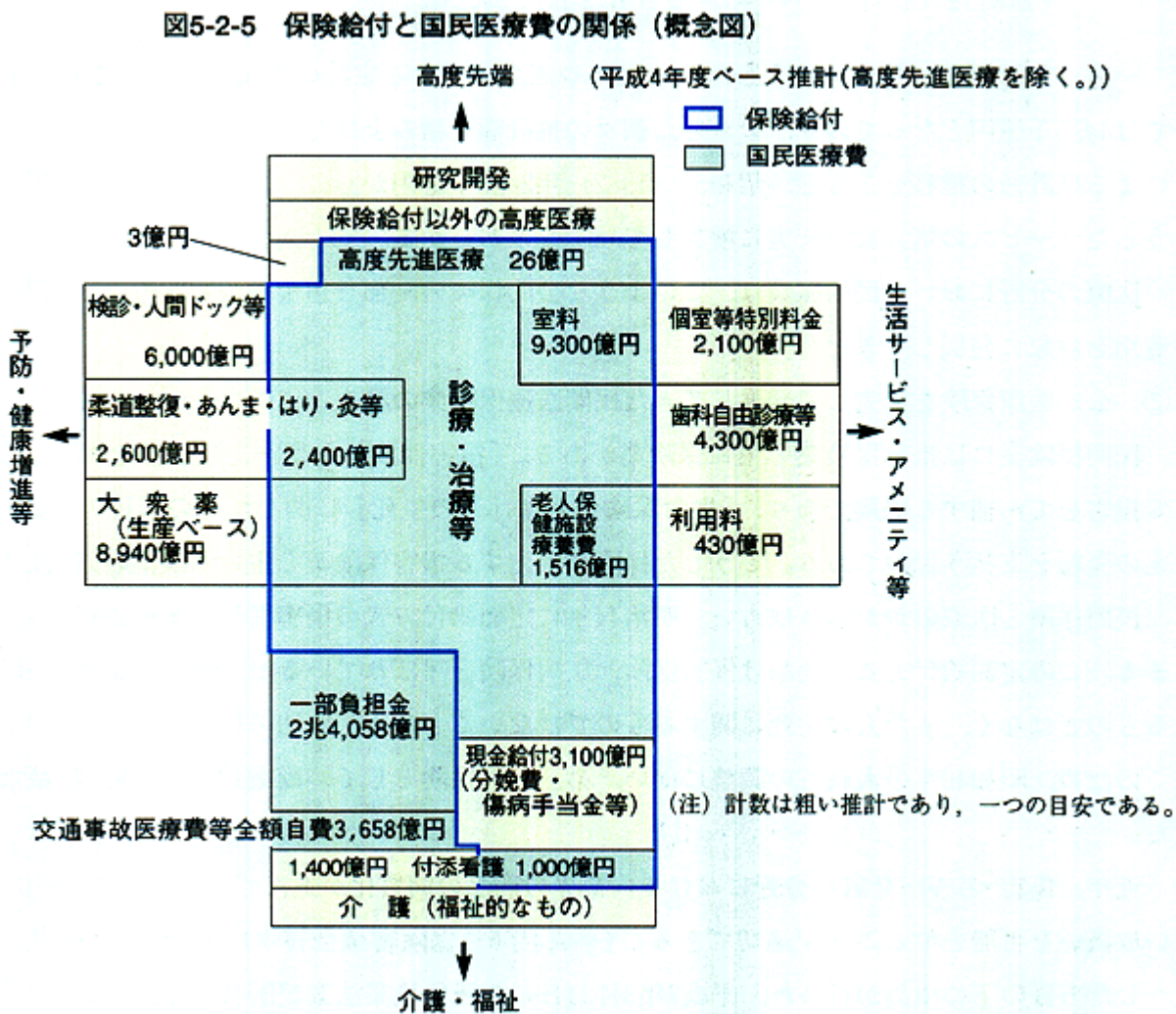


表5-2-6 保険外負担年次推移

表5-2-6 保険外負担年次推移

(単位：億円)

	国民医療費	患者負担分 (再掲)	個室等の 特別料金	検診・人間 ドック等	歯科自費 診療等	大衆薬	付添看護自 己負担分
昭和62(1987)年	180,759	22,506	1,600	3,500	3,300	6,840	900
平成元(1989)年	197,290	24,231	1,800	4,800	3,600	8,260	1,200
平成3(1991)年	218,260	26,127	1,900	5,500	4,400	8,850	1,400
平成4(1992)年	234,784	27,716	2,100	6,000	4,300	8,940	1,400

(注) 1. 推計値については、100億円未満四捨五入

2. 「個室等の特別料金」「検診・人間ドック等」「歯科自費診療等」については、医療経済実態調査において示された医療機関の収入に占めるこれらの収入の割合を勘案して推計(平成4年の推計は平成5年の実態調査を用いた。)
3. 大衆薬は厚生省「薬事工業生産動態統計」による生産額
4. 付添看護自己負担分については、看護療養費と付添看護の業界慣行料金の差を勘案して推計。なお、2人付看護補助者泊まり込み料金をベースに深夜手当は2時間とした。

一方、家計調査に基づきこうしたサービスや商品に対する家計の支出を推計すると、平成4(1992)年では4兆6千億円となっており、おおむね個々の推計額を積み上げたものと対応している。また、家計調査による推計額の推移をみると、昭和57(1982)年2兆8千億円から62(1987)年3兆4千億円になるなど、こうしたサービスの購入額が着実に増加していることがわかる。

医療の分野において民間保険は、このような公的保険の一部負担金や公的医療保険制度で給付されない費用を対象に発展してきた。

2) 公的医療保険を補完して発展してきた民間医療保険業の歴史

民間保険業には損害保険業と生命保険業がある。「損害保険」とは一定の偶然な事故により実際に生ずる損害をてん補する保険であり、「生命保険」とは「人の生死」に関してその損害の金額には関係なく一定の金額を支払う保険である。こうした保険を販売する損害保険業と生命保険業の兼営は禁止されている。

民間保険と医療のかかわりは古い。明治44年に定額給付方式の傷害保険事業免許が与えられたことに始まる。この定額給付方式の商品は傷害保険、疾病保険と呼ばれているが、実際に生じた損害金額を保障するものではなく、また人の生死に関するものではないことから、商法の損害保険、生命保険に該当しない。このため、昭和40年の大蔵省の調整に従い、第三分野保険として、両業界から各種の商品が発売されてきた。

近年、傷害・疾病・介護の分野における両業界の商品の同質化が進んできたため、「生損保本体での幅広い取扱いを可能とすることが適切である」(平成4年6月保険審議会答申)との方針が打ち出されたが、こうした方針の下に検討が行われ、平成7年3月24日に改正保険業法案が国会に提出された。

また一方で、「医療保障の支柱は公的保険としつつも、これを補完するものとして民間保険を活用していくべき」であるとともに、「無秩序な医療費の膨張を招いたりすることのないような商品開発が必要」との提言が行われている(昭和60年12月「医療及びその関連分野における民間活力の導入に関する研究会」)。

昭和59年に導入された本人一部負担と特定療養費に係る患者負担などを保障するために61年4月に発売された医療保障保険(生保)と医療費用保険(損保)は、こうした提言をも踏まえたものとなっている。

また、従前から発売されている定額給付方式の民間医療保険も着実にその契約件数を伸ばしており、給付された保険金の額も増え続けている(図5-2-6)。

今後の医療需要の高度化、多様化や介護需要の増大に伴い、消費者や個々の企業ニーズに合った民間医療保険商品の果たす役割は大きくなっていくものと考えられる。

民間医療保険商品開発史

(損害保険)(生命保険)

昭和41年 疾病死亡危険担保特約付 海外ガン給付金付生命保険の発売旅行傷害保険の発売 海外旅行保険の発売

昭和42年 市民交通傷害保険の発売 疾病入院組込保険の発売(生命保険に「疾病保障特約」を付帯した商品)

昭和44年 傷害相互保険(積立保険)の発売

昭和49年 所得補償保険の発売がん保険の発売

昭和50年 積立ファミリー交通傷害保険の発売

昭和51年 一般疾病に着目した単品商品の発売

昭和59年 痴呆介護保険の発売

昭和60年 寝たきり介護保険の発売

昭和61年 医療費用保険の発売医療保障保険の発売

昭和62年 通院特約の発売

昭和63年 財形貯蓄傷害保険の発売 歯科治療特約,歯冠特則付歯科医療保険の発売

平成元年 介護費用保険の発売

平成2年 積立型介護費用保険の発売

平成4年 年金払積立傷害保険の発売 特定疾病保障保険の発売

3) 医療費の個人負担と民間医療保険

民間保険が提供する傷害や病気による入院または手術に対する保障(補償)は,主契約への組み込みや特約のかたちで提供され,多様化する医療保障(補償)ニーズにこたえている。

表5-2-7 医療保障保険と医療費用保険の給付の対象

表5-2-7 医療保障保険と医療費用保険の給付の対象

(生保) 医療保障保険	治療給付金, 入院給付金, 死亡保険金
(損保) 医療費用保険	治療費用保険金, 高度先進医療費用保険金, 入院諸費用保険金(病室特別料金, 付添者の雇入費用, 親族付添費用, ホームヘルパー雇入費用, 入院諸雑費, 入院, 転院, 退院のための交通費)

民間保険商品がカバーする費用には次のようなものがある。

- ア 公的医療保険の一部負担金
- イ 高度先進医療の技術料
- ウ 特別の療養環境に係る費用(室料特別料金等)
- エ 付添看護料の患者負担等

オ 入院時食事療養費の標準負担額

アの一部負担金が医療費に関する患者自己負担の大部分を占めている。なお、現在の医療保障保険、医療費用保険においては、入院のみを対象とし、支払方式としては後日保険金が支払われる償還払い方式がとられ、1入院につき免責金額や免責日数が定められている。

イの高度先進医療の技術料については、一般的に広く普及している治療法ではないため自己負担となる。平成6年4月現在、生体部分肝移植、インプラント義歯など、37種類、115件が高度先進医療の対象となっている。技術によっては、数十万から数百万円の費用負担が発生する。この負担を補てんするために、医療費用保険(損保)では高度先進医療費用保険金として、医療保障保険(生保)では高度先進医療特約として高額の患者負担のリスクを回避する商品が販売されている。

ウの特別の療養環境に係る費用は、個室、2人部屋などの特別料金のことである。現在全病床数の約10%がそうした病床である。特別料金額は部屋の状況に応じてさまざまであるが、1日当たり千円~1万円が全体の約80%を占めている。この費用については、医療保障保険においては、入院給付金として入院給付日額×入院日数(4日不担保)を支払っている。また、医療費用保険においては、入院諸費用保険金として実損が補てんされている。

エの付添看護料の患者負担額については、平成6年の健康保険法等の改正により、入院時の看護・介護体制の充実を図ることとして、7年度末までに廃止されることとなり、これにあわせた商品改訂が行われている。

オの入院時食事療養費の標準負担額は、平成6年度の健康保険法等の改正により導入されたもので、一般の患者は1日当たり600円となっている。また、入院における食事は1日2,000円程度のものが標準的なものとして定められているが、これよりも質の高い費用がかかる食事が提供される場合、患者は標準負担額のほか特別の料金を支払うことになっている。こうした費用については、医療費用保険においては商品改訂により支払の対象となった。

(4) 医療サービスを支える負担の仕組みも多様化傾向にある

民間医療保険は以上のような役割を果たしてきた。医療サービスは国民生活の質を維持し向上させるサービスであり、こうしたサービスを生産する産業も良質なサービス業としてさらに発展していくことが望まれる。この場合、従来のような公的医療保険制度における負担だけの仕組みで対応するとすれば、保険料や公費負担といった負担の面からの制約も生じかねない。今後は、公的医療保険で給付する分野と個人で負担すべき分野との整理をさらに進めていく必要があるが、個人で負担する分野については、民間医療保険がその機能を発揮していくことが期待される。

(5) 簡易保険

民間医療保険のほかに、簡易保険がある。

簡易保険が扱う「簡易生命保険特約」は、人の生死を保険事故として一定額を給付する生命保険の契約(養老保険、終身保険等)に付加するものである。その保障内容は、傷害による死亡・身体障害、疾病または傷害による入院・手術・通院・療養などであり、定額給付の商品である。平成6年3月末の保有契約件数は7,890万件となっている。

簡易保険についても、医療費の個人負担分野において、その保障機能が期待される。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

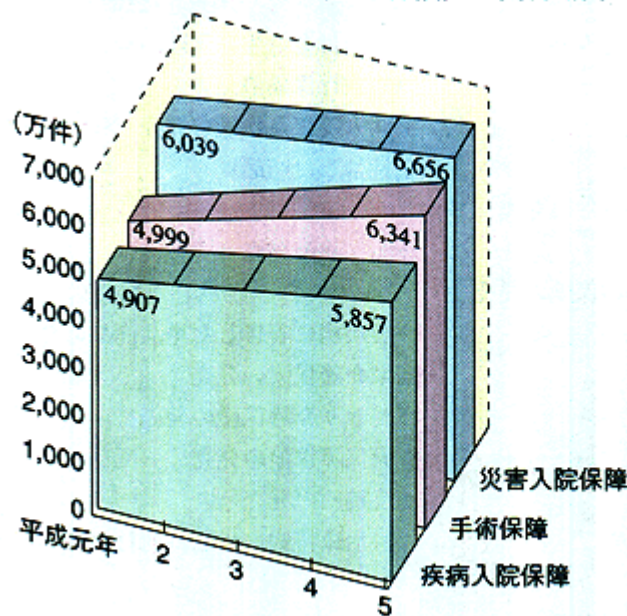
第5章 国民経済と医療

第3節 医療をとりまく状況が大きく変化する中,医療保険制度をいかに改革していくか

医療保険制度は,長い歴史の中で社会に定着し,加入者や家族の生活を支え,また,社会全体の安定と連帯に寄与してきた。国民のほとんどが参加し,連帯に支えられたこの仕組みを,社会基盤として今後とも維持し,発展させていかなければならない。

図5-2-6 民間医療保険(生命保険)の契約動向

図5-2-6 民間医療保険(生命保険)の契約動向



(注) 疾病入院保障, 手術保障, 災害入院保障については保障形態別の集計

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

第3節 医療をとりまく状況が大きく変化する中、医療保険制度をいかに改革していくか

1 平成6年度制度改革等

戦前、戦後、そして平成に入ってから医療保険制度の改正は続いている。これまでの一連の改革を概観すると、国民皆保険体制により、すべての国民が安心して医療サービスを受けられることを大眼目として、健保や共済組合など被用者保険と国保という大きな二つの枠組みを通じて給付を揃える方向を指向しつつ、負担の公平を図るという歴史をたどっている(第2編医療保険制度の変遷参照)。

このような流れの中であって、これまで被用者保険としての健保のみを対象としていた社会保険審議会を改組し、新たに国保をも含めて医療保険全体のあり方を審議するため、医療保険審議会が設置され、医療保険制度のあり方について本格的に審議が開始されたのが平成4年の9月であった。

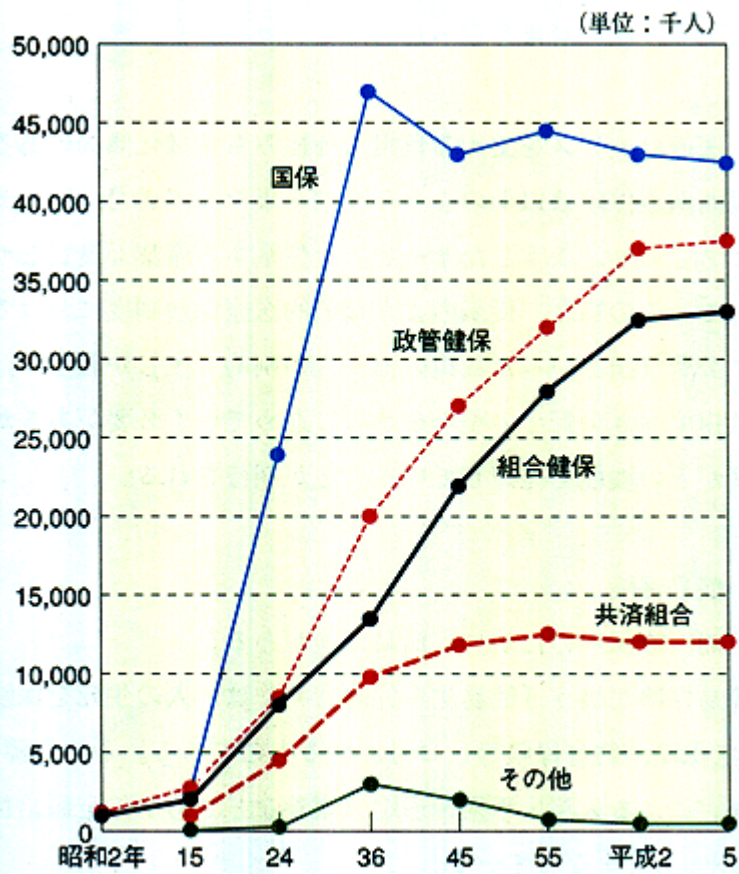
平成6年度の改革は、1年以上かけたその審議を踏まえた第一着手として同年10月から実施されたものである。健康保険法制定以来、大きくは手をつけられてこなかった医療保険の給付の対象と範囲を見直す改正となった。「疾病リスクに対する経済的不安の解消」「給付の重点化」「患者負担の公平」「サービスの質の向上や患者ニーズの多様化への対応」の観点から、医療機関や在宅で給付すべきサービスとして看護サービスが明確に位置づけられ、医療機関で提供される看護サービスや訪問看護サービスが拡充された。これに併せ大きな患者負担を伴った付添看護制度が、平成7年度末までに廃止されることとなった。また、入院時における食事のサービスに関する規定を見直し、新たな給付(入院時食事療養費)とするとともに、家計における食費負担を勘案して、1日当たり600円の一定額を患者が支払うこととした。これにより、入院時、他のサービスに対する負担とともに定率(国保であれば3割、健保であれば本人1割、被扶養者は2割)で負担されていた食事に関する患者負担が、食事だけの定額の負担に切り離されるとともに、食事サービスの内容について、患者の自由な選択の下に医療保険制度で定められた水準以上のものを提供することができることとなり、食事についてニーズの多様化に対応したサービスの提供が可能になった。

こうした給付の改革は、診療報酬体系で具体的に給付できるサービスの内容とその料金が決められて初めて内実の伴うものとなる。このため、平成6年度には、4月に引き続き10月にも診療報酬改定が行われ、病院や有床診療所の看護サービスや在宅医療サービスの診療報酬面での評価の充実が図られた。

また、平成7年3月には、国保制度における低所得者層の増加、小規模保険者の増加などに対応し、また、老人保健制度における老人加入率の上限(20%)を上回る保険者数の増加に対応するための当面の措置として、国保制度および老人保健制度の改正が行われた。これにより、保険料のうちの定額の部分の賦課割合に応じた保険料軽減制度の拡充、老人医療費拠出金の算定に用いられる老人加入率上下限の引上げなどが行われた。

図5-3-1 医療保険適用人口の推移

図5-3-1 医療保険適用人口の推移



資料：社会保障研究所「季刊社会保障研究第30巻第3号」

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第5章 国民経済と医療

第3節 医療をとりまく状況が大きく変化する中、医療保険制度をいかに改革していくか

2 今後の医療保険制度改革を進める上で重要な課題は何か

平成6年度の改革は、あくまで良質かつ適切な医療を効率的かつ安定的に確保するための第一着手として、給付の対象と範囲を中心として行われたものである。また、平成7年の国保制度および老人保健制度の改正も負担の公平を視野に入れつつ制度運営の当面の安定化を図る措置である。今後さらに、21世紀以降における医療保険制度の姿を見据えつつ、医療保険制度の改革を進めていかなければならない。

その中で中心になるいくつかの課題がある。医療保険審議会の検討項目(平成5年1月20日)にも盛り込まれている次のような事項である。

第一は、人口の高齢化、就業構造の変化の中で、現行の医療保険制度の枠組みを見直す必要があるのではないかという点である。

人口の急速な高齢化に伴い、老人医療費は国民医療費全体の伸びを上回って増大し、平成4年度には約6兆9千億円に達し、国民医療費の30%近くを占めるに至っている。老人医療費の負担は大きく、増加の一途をたどる老人医療費をだれがどのように負担していくのかという議論は、今後の医療保険のあり方を考える上で避けて通れない課題である。

高齢者の医療については、従来の被用者保険・地域保険という枠組みに加え、老人保健制度および退職者医療制度が導入されている。

いずれの制度も、基本的には従来の被用者保険・地域保険という我が国の医療保険制度の基本的枠組みを前提としつつ、高齢者の医療費についての負担の公平を図るものである。老人保健制度は、各医療保険制度の共同事業というかたちで、高齢者の医療費について各制度からの拠出金により賄う制度であるのに対して、退職者医療制度は、退職後地域保険である国保に加入することになる被用者OBについて、現役時代は被用者保険グループに所属していた者であることに着目して国保内部においてこれらの者を分離して、基本的には被用者保険制度がその医療費を賄うこととする制度である。

このうち、老人保健制度については、高齢化の急速な進行を背景に、老人医療費の負担のあり方、具体的には医療費拠出金の算定方法をめぐって被用者保険サイドと国保サイドとの間でさまざまな議論があり、3年以内に見直しが行われることとされている。

また、平成6年12月に策定された新ゴールドプランにおいても指摘されているように、新しい公的介護システムの創設が課題となっており、7年2月からは老人保健福祉審議会において議論が開始されたところである。こうした新介護システムの導入は、老人保健制度、ひいては医療保険制度にも大きな影響を与えるものと考えられ、これが導入された場合の対応についても検討が必要である。

人口の高齢化に加え、就業構造の変化も、医療保険、特に国保制度に大きな影響を与えている。

国保は、市町村などを保険者とし、被用者保険の加入者を除くすべての国民を対象とする地域保険であり、全国民に医療費保障を行うという我が国の国民皆保険体制の基盤をなす制度として重要な役割を担ってい

るが、制度の性格上、自営業者、被用者OB、無職者など、稼得形態の異なる多様な被保険者を抱え、もともとその運営基盤は必ずしも強固なものではなく、近年は所得の低い世帯も増加している。

また、国保全体としてみると、就業構造の変化(サラリーマン化の進行)により、若年層の国保への加入は近年減少しており、被保険者総数も長期減少の傾向にある。

さらに、都市化の進行により国保の保険者規模は二極分化しており、百万人を超える巨大保険者がある一方で、千人以下の弱小規模保険者が全保険者の5.8%(平成4年度)を占めている。

このほかにも、保険料の地域格差の問題など国保は多くの構造的な課題を抱えていることから、その解決に向け、抜本的な論議が必要とされている。

第二は、医療費の規模およびその財源、負担のあり方である。

すでに3年間医療費の伸びが国民所得の伸びを上回っている状況が続いている。今後さらに高齢化が急速に進行する中で、高度経済成長期のような経済成長が期待できないとすれば、給付と負担の両面からの見直しが迫られる。

検討に当たっては幅広い議論が必要であるが、給付については医療サービスの質を低下させてはならないことはもとより、むしろ質を向上させるという視点が必要であるし、一方、負担については、保険料負担、公費負担、患者一部負担のそれぞれのあり方を十分に議論する必要がある。

この場合、国民皆年金体制の下で年金制度が成熟化し、現在の高齢者はすでに拋出制年金の世代となっていること、就業構造の変化が進んでいることなどを考慮して、高齢者をどのように位置づけるかということについて基本的な検討が必要である。

第三は、給付と負担の公平の問題である。

医療保険の給付については、例えば、健保の被保険者本人が9割(1割が患者負担)、国保については7割(3割が患者負担)とされているなど、医療保険の各制度間で給付率が異なっている。

また、保険料負担についても、被用者保険と国保との間で、国保に低所得者が多く、所得の形態が異なっている中で、保険料負担に格差があることなどが指摘されているほか、特に国保制度内部においては、地域差などを含め、保険者間での保険料負担の格差が指摘されている。

こうした医療保険制度における給付と負担の格差については、被保険者による相互扶助である保険制度をとる以上、保険集団間の格差がある程度容認されるべきものとの考え方もあるが、すべての国民がいずれかの保険に強制的に加入することとされている国民皆保険制度の下では、その格差をできるだけ是正して、給付と負担の公平を図っていくことが必要である。