

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第1節 健康と医療

我が国の平均寿命の長さ、乳児死亡率の低さ等は世界でもトップレベルにあり、我が国の保健衛生状態は極めて高い水準にある。これは、生活環境や食生活の改善とともに、医療サービスの提供及び医療保険制度の充実によるところが大きい。

安定経済成長への移行により、医療費に充てる財源は制約を受けつつあり、医療費の適正化が、大きな課題となっている。もちろん医療は個人、家庭及び社会の物心両面の幸福を支えている基礎的な条件であり、単に費用の面のみから論じることは適切でない。この点に十分留意しながら、限られた医療費を有効に活用することにより国民の健康水準を向上させることが求められている。

病気になってから医療を受けるよりも普段から健康づくりに心がけるほうが健康の問題にとって望ましいことは言うまでもない。とりわけ成人病対策を効果的に行うためには、妊娠中や乳幼児の時期から食事を始めとする生活習慣の中に予防対策を定着させ、生涯を通じた息の長い対策を継続していくことが大切である。

昭和58年2月から施行された老人保健法は、壮年期からの総合的な保健対策を大きな柱としている。

医療サービスを提供する体制については、医師数、病床数等は量的には欧米諸国の水準に達しているが、地域的に偏在がみられること、医療施設相互の機能連携が不十分であること、予防、リハビリテーションよりも治療にウエイトが置かれていることなどの問題点がある。このため、保健医療サービスの包括化(保健予防から治療、リハビリテーションまでの一貫した医療サービスの体系化)、地域医療のシステム化を推進している。

医療保険制度については、医療費の増加、経済の安定成長の定着などの状況の変化の中で、将来にわたって制度運営の安定性を確保するため、医療費の適正化を推進するとともに、制度的な手当を検討、実施している。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第2節 医療サービスの提供

1 医療サービスの現状

医療サービス供給の基本は、すべての国民に、いつでも、どこでも、だれもが必要かつ適正な医療を受けることができるようにすることである。これまで医療関係者の確保と医療施設の整備充実に努め、さらに救急医療対策、へき地医療対策やがん、循環器疾患等に対する高度・専門医療対策を推進してきた。

(医療関係者)

医師については、これまで昭和60年に人口10万対比150人の水準を達成するという目標のもとに養成が進められてきた結果、昭和56年末には人口10万対比145人になっており、この目標は昭和58年には達成されることが確実となっている。医師数はこのまま推移すれば、昭和75年には人口10万対比で210人になるものと見込まれている。また、歯科医師についても、昭和60年までに、人口10万対比50人程度を目標に養成に努めてきた結果、昭和56年末にはすでに人口10万対比52人になっており、昭和75年には人口10万対比81人に達するものと見込まれている。さらに、21世紀に入ると医師・歯科医師数は、一層増加するものと見込まれている(厚生省医務局調べ)。

このように、医師・歯科医師数については、全国的にみれば相当の水準に達しているものの、地域的な偏在がみられる。たとえば、昭和56年の人口10万対の医師数は11大都市208.0人、市部138.9人、郡部77.4人となっている。歯科医師数は、11大都市83.1人、市部44.8人、郡部26.6人となっている(厚生省医務局調べ)。

また、保健医療サービスの包括化が求められているが、プライマリーケア(注1)や地域保健活動に従事する医師などの養成が求められている。

(注1) プライマリーケアについては概念、定義をめぐって論議があるが、「通常みられる病気や外傷などの治療、高度の医療機能を持つ医療機関との適切な連携機能の保持、その他病気の予防や慢性疾患患者の生活管理等を行い、包括的に地域住民の健康管理を行うこと」を意味している。(第7章参照)

このようなことから、医師及び歯科医師については、中長期的展望に立って養成の在り方について検討しており、その一環として全体として過剰を招かないように配慮し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について検討している。昭和58年7月に「医師数に関する検討会」を開催した。

なお、看護婦等は、昭和56年末で56万5,372人であるが、その確保状況については依然、地域ごと設置主体ごとに偏在や格差があり、当面昭和60年に66万3,000人を目標に確保対策を推進している。

地域における保健医療サービスの包括的な提供が今後ますます重要となるが、健康づくり、疾病予防の担い手となる保健婦やリハビリテーション業務に携わる理学療法士(PT)、作業療法士(OT)等の従事者は不足している。このため、この面での人材の養成や確保が急務であるが、理学療法士、作業療法士については、ここ数年の養成力の伸びを見込めば、昭和60年代後半には需要と供給は均衡するものと見込まれている。

(医療施設)

医療施設の設置状況をみると、昭和57年末現在、病院9,403、一般診療所7万8,554、歯科診療所4万1,616であり、昭和35年に比較すると、それぞれ、1.54倍、1.33倍、1.54倍の増加となっている。また、病床数についても、昭

和57年末で人口10万対病床数は1,181.2床となっており,諸外国(フランス1,055床,西ドイツ1,178床)と比較しても高い水準にある。ただし,病床数についても地域格差がある。人口構成等によって入院需要に差があるため単純に比較することはできないが,昭和57年末現在,人口10万対比でみると一番多い高知県の2,473床と一番少ない埼玉県の729床には約3.4倍の差がある。

(需要に応じた医療サービス供給体制の整備)

交通事故による負傷あるいは休日,夜間において発生する急病等に対処するための救急医療対策は,昭和52年度から年次計画に基づいて体系的整備を進め,計画はおおむね所期の目的を達成しているが,今後においてもその充実強化を図っていく必要がある。

山村,離島等のへき地における地域住民の医療を確保するため,昭和31年度以来地域の特性に応じて診療所の設置,へき地中核病院の整備,巡回診療車(船),へき地勤務医師の確保事業等の施策が推進されている。

高度・専門医療については,成人病の研究と治療を進めることが急務であり,その他腎不全や小児医療などへの取組みが行われている。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第2節 医療サービスの提供

2 医療サービス供給体制の改革

(1) 保健医療サービスの包括化

従来はともすれば疾病に対する治療に重点が置かれてきた。しかし、高齢化社会における保健医療対策は成人病への対応が中心となることもあり、健康増進から疾病の予防、早期発見、治療及びリハビリテーションに至るまでの包括的保健医療サービスとして考えなければならない。

このため、プライマリーケアから高度・専門医療に至るまでの保健医療サービスについて機能分化を進めるとともに、全体として有効に機能するようシステム化を図らなければならない。なかでも、現在ではプライマリーケアやリハビリテーションを重視しなければならない。

老人保健制度は、このような理念に基づき市町村という住民に最も身近な自治体において予防から治療、機能訓練等に至る保健サービスを実施し、さらには福祉施策との有機的な連携を図るものである。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第2節 医療サービスの提供

2 医療サービス供給体制の改革

(2) 地域における医療サービスの体系化

人口の高齢化の進展,医学医術の進歩に伴う医療需要の増大と多様化は避け難い。これに適切に対処し,必要な国民医療を確保していくためには,保健医療サービスの包括化をめざすとともに,地域の医療需要に沿った診療機能のネットワーク作りが必要である。

このような観点に立ち,病院,診療所の在り方等を含め医療制度について見直すこととし,その第一歩として,地域医療計画の策定とそれに基づく医療機能の体系的整備を図ることなどを目的とする医療法の改正案を昭和58年3月国会に提出している。

医療法改正案の主な内容は次のとおりである。

1) 地域医療計画の策定とその達成の推進

○ 医療圏の設定,必要病床数・病院の整備の目標,医療施設相互の機能・業務の連携,医療従事者の確保等に関する事項をその内容とする医療計画を各都道府県が策定する。

○ 国・地方公共団体は病院等の不足地域におけるその整備等必要な措置を講ずるよう努めるとともに,病床過剰地域においては病院の開設等に関し,都道府県知事が勧告して病院病床の適正配置を図る等により,医療計画の達成を推進する。

2) 医療法人の運営の適正化

○ 理事・監事の最低定数,欠格事由等医療法人の役員に関する規定を整備する。

○ 業務又は会計が法令に違反している疑いがある場合等の立入検査,事実が判明した場合の改善措置等に関する規定を整備する。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第3節 医薬品の生産と流通

1 医薬品の生産

我が国の医薬品生産額は、昭和57年には4兆円弱となっており、そのうち86%が医療用の医薬品である。医薬品の生産額は、これまで順調に伸びてきたが、近年ではかつてほど伸びなくなってきた。

医薬品や医療機器の分野における最も重要な課題は研究開発の促進である。かつて国民病であった結核はストレプトマイシンをはじめとする抗結核薬等により克服され、また、超音波診断装置やCTスキャナーは、診断技術等の飛躍的な向上をもたらした。がんや循環器疾患などの治療困難な疾病に対する新薬などの研究開発が重要となっているが、研究開発についての期間、費用、リスクが増大している。このため、今後は、企業の研究開発努力のみにとどまらず、国においても研究開発の環境作りを積極的に進める必要がある。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第3節 医薬品の生産と流通

2 医薬品の流通

医療用の医薬品は、医療保険制度と密接な関係にあり、その流通については次のような特色がみられる。

- 1) 最終の消費者である患者は、一部負担金を除き、直接その対価を支払わず、医療保険の保険者が支払うこと
- 2) 医療保険の保険者が医療費を支払う際にはあらかじめ定められた薬価基準に従って行うこと

このような制度上の特質もあり、医薬品の流通については、購入価格と薬価基準との差額(薬価差益)の存在、取引条件の不適正などいくつかの問題が従来から指摘されている。

こうしたことから厚生省は、昭和57年10月「医療用医薬品流通の改善に関する基本方針」を策定し、現在この方針に沿って医療用医薬品の流通の改善方策に取り組んでいる。

具体的には、

- 1) 各流通当事者間における不合理な取引条件等の改善を図るべく、昭和58年3月、薬務局に発足させた「医薬品流通近代化協議会」において各流通当事者間の取引のモデル契約を策定し、その普及を図るとともに、効率的かつ合理的な取引がなされるよう、医薬品卸売業者等における流通活動の高度化・効率化を推進すること(取引条件及び流通活動の改善)
- 2) 医療用医薬品の取引に関して自由かつ公正な競争を阻害するおそれのある流通当事者の行動や慣行の是正を図ること(自由かつ公正な競争の促進)
- 3) 不当な非価格競争手段を是正するため、現在医薬品産業の事業者団体が進めている試用医薬品(サンプル)その他の過大な景品類の提供の制限・禁止に関する公正競争規約の設定の促進、指導を図ること(非価格競争手段の是正)

などである。

また、医療用医薬品の流通や競争条件あるいは企業及びユーザーの行動等が公的諸制度の影響を強く受けていることにかんがみ、厚生省は薬価基準制度についてさらに検討を行うほか、医療機関、患者などの需要者側における医薬品をめぐる行動に関し改善を進めるための条件整備についても、あわせて検討を進めている。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第3節 医薬品の生産と流通

3 医薬品の有効性と安全性の確保

医薬品は医療上必要不可欠なものであるが、不適当な医薬品が流通した場合、保健衛生上重大な問題が生じるため医薬品の製造(または輸入)の承認に当たっては、厳格な審査を行ってきた。最近特に、医薬品の製造の承認の申請の際提出された試験データのねつ造が判明するなど、医薬品に対する国民の信頼を揺るがす事件が発生したこともあり、臨床試験の在り方について検討を行うなど、審査のより一層の厳格化を図っている。

また、医薬品の適正な生産・流通を確保するため、薬事監視を行っているほか、医薬品の副作用による事故の発生と拡大を防止するため、副作用情報の収集、評価、伝達に努めている。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

1 医療費の増加

国民医療費は昭和56年度では12兆8,709億円に達している。これは国民所得の6.36%に当たる。経済が高度成長を続けていた間は、国民医療費の増大は経済全体の伸びに吸収され、あまり目立たなかった。しかし、昭和48年の第1次石油ショック以降経済が安定成長に移行した後も医療費は経済成長を上回るテンポで増大を続けた。対国民所得比で昭和48年度4.13%から昭和56年度の8年間で2.23ポイントの上昇を示した。

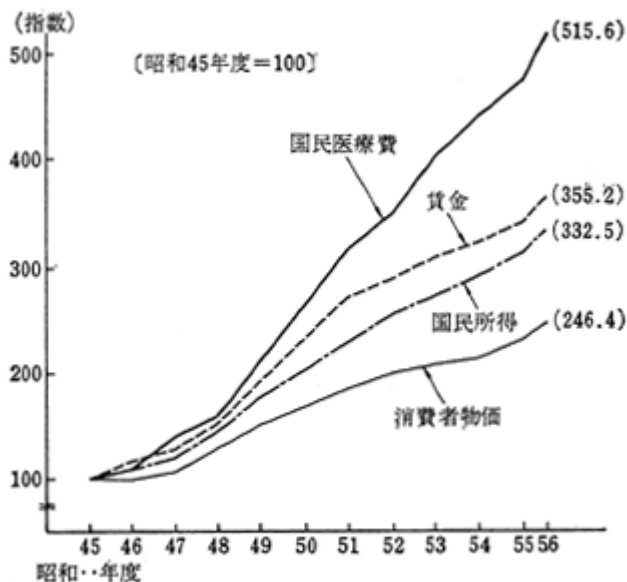
医療費が伸びる要因については、診療報酬の引上げ及び人口の増加という明白な要因のほか、次のような点が考えられる。

第4-1表 国民医療費の動向

		45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
医療費の規模	対国民所得	% 4.10	4.14	4.38	4.13	4.80	5.26	5.54	5.61	6.00	6.13	6.18	6.36
	対国民総生産	% 3.32	3.29	3.53	3.39	3.90	4.27	4.50	4.54	4.84	4.93	4.98	5.07
国民1人当たり医療費		千円 24.1	25.9	31.6	36.2	48.6	57.9	67.8	75.1	86.9	94.3	102.3	109.2

第4-1図 国民医療費と国民所得等との対比

第4-1図 国民医療費と国民所得等との対比



(注) 賃金は、常用労働者1人当たり現金給与月額である。(30人以上事業所)

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

1 医療費の増加

(1) 人口構成の高齢化

高齢者は複数の疾病に罹患していることが多く,他の年齢層と比べて受診率,入院率が高い。医療保険制度全体で70才以上の老人1人当たりの医療費は,老人以外の1人当たりの医療費の約4.95倍となっている(厚生省保険局調べ昭和56年実績)。今後とも人口の高齢化が進むので,引き続きこれが医療費増大の重要な要因となると見込まれる。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

1 医療費の増加

(2) 疾病構造の変化

公衆衛生の向上,医学医術の進歩等により,細菌ウィルスを主因とする感染症が減少し,がんや循環器疾患といった成人病が増加してきており,昭和56年度では,これらの疾患の医療費が,全体の約3割を占めている。これらの疾患は,治療に長時間かかり,高度な医療技術を要するため,全体の医療費増加の大きな要因となっている。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

1 医療費の増加

(3) 医学医術の進歩

近年の電子工学,素材工業,分子生物学などをはじめとする科学技術の進歩は目覚ましく,医療の分野への応用も極めて広範囲にわたっている。CTスキャナー,人工透析療法,レーザーメス等診断治療技術や制がん剤等の新薬の開発の飛躍的な向上がみられる。このことは,我が国の保健衛生水準の向上に大きな寄与をしているが,診断治療機器は極めて高額であり,これが広範囲に普及すると医療費に与える影響も大きくなる。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

1 医療費の増加

(4) 患者負担の減少

患者負担が減少すると医療需要に波及し、需要の増大をもたらすことが経験的に確かめられている。医療費の財源別内訳をみると、患者負担は昭和35年度には30%であったが、昭和56年度には10.8%となっている。これは、国民皆保険体制の確立、給付割合の引上げ、高額療養費支給制度等医療保険制度の改善とともに、老人医療費の無料化制度が大きく影響している。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

1 医療費の増加

(5) 受療機会の増大

医療機関医療従事者の増加は受療機会を増大させ、国民にとって医療サービスが受け易くなり、国民の健康の維持、増進に寄与するが、反面、結果として、医療費の増加の一因となっている。

本編

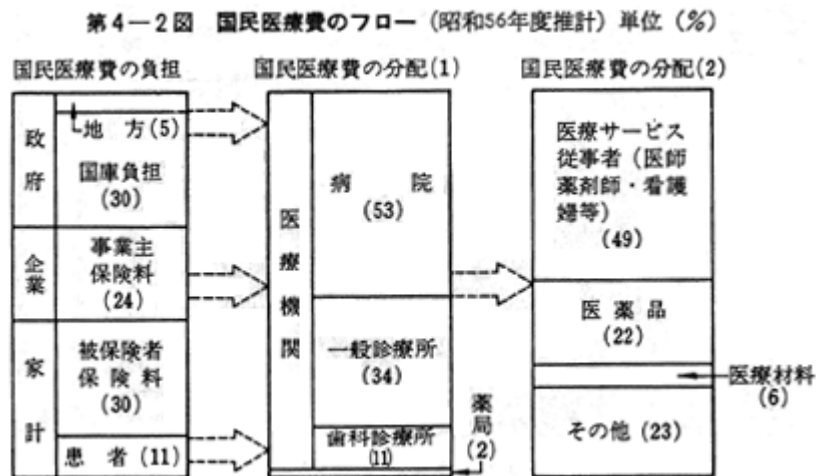
第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

2 医療費の負担と分配

中央社会保険医療協議会の調査結果等から推計すると、我が国の医療費の負担と分配の状況は第4-2図のようになっている。

第4-2図 国民医療費のフロー



(医療費の負担)

我が国の医療費の大部分は医療保険制度を通じて賄われている。しかし、負担と財源構成の状況は制度により非常に異っている。1人当たりの医療費では、国民健康保険は、組管掌健康保険の1.45倍となっている。これは70歳以上加入者の割合が国民健康保険では9.81%であるのに対し、組管掌健康保険では2.72%であることにみられるように国民健康保険の老人医療費の負担が大きいからである。一方、組管掌健康保険ではその財源構成については保険者負担のほとんどすべてが保険料で賄われているのに対し、国民健康保険では半ば以上が国庫負担で占められている。

医療費に対する国庫負担には、医療保険各制度に対する国庫補助(昭和56年度で2兆8,168億円)のほか、特定の政策目的のために医療費を公費で負担するものがある。これには、老人医療費や生活保護の医療扶助、精神衛生法上の措置入院などがあり、昭和56年度で1兆932億円である。

(国民医療費の分配)

国民医療費の第1次的分配の状況は、総額を100とした場合、病院53、一般診療所34、歯科診療所11、薬局2の割合となっている。国民医療費の87.4%を占める医科医療費について病院と一般診療所の割合をみると、昭和44年度にはそれぞれ53.4%、46.6%であったが、昭和56年度には61.3%と38.7%になっており、病院医療費の占める割合が年々増加している。これは、患者の病院志向が強まっていること、医療が高度化していることなどが大きな要因となっているものと考えられる。

厚生白書(昭和58年版)

また,医科医療費に占める入院と外来の割合は,昭和44年度には,それぞれ38.0%,62.0%であったが,昭和56年度においては47.3%と52.7%になっており,入院医療費の比重が高まっている。

国民医療費の最終的な分配をみると,医療従事者の所得となるものが半ばを占めており,医療が労働集約型のサービス産業であることをよく示している。

強まる患者の病院志向



強まる患者の病院志向

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

3 保険診療の特色

現在の我が国における保険診療は、現物給付出来高払い制度の下に、国民皆保険が実施されている。これらにより、国民は比較的容易に必要な医療を受けることができるが、一方では次のような分野で問題が生じており、これらの解決が必要とされている。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

3 保険診療の特色

(1) 薬剤

統計上の制約があるため、国際比較を完全な形で行うことは困難であるが、医療費に占める薬剤費の割合は我が国は世界でも極めて高いとされている。政府管掌健康保険を例にとると、昭和56年度では医科における薬剤費は医療費の38.7%に達しているが(注2)、昭和56年6月には、薬価基準の平均18.6%の大幅引き下げを実施しており、その影響を見込むと薬剤比率は、34%前後と推計される。

(注2)昭和56年6月審査分(主に昭和56年5月診療分)であるため、昭和56年6月の薬価改定の影響は含まれない。

また、近年の傾向として投薬や注射は回数の増加よりも1回当たりの点数の増加が目立っており、新薬や高価な薬への乗換えや投薬種類の増加がみられる。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

3 保険診療の特色

(2) 検査

検査機器や技術の進歩,現代医学のすう勢,医事問題に対する配慮等様々な理由を背景に,検査に要する費用は増大し続けている。昭和54年度から昭和56年度にかけて検査に要する費用は21%あまり増加しているが,その大部分は検査の回数が増加していることによるものである。このため,最近では検査の過剰という問題が生じている。

第4-2表 診療行為別伸び率

第4-2表 診療行為別伸び率
(昭和54年度から昭和56年度)

	検査	投薬	注射
1日当たり 点 数	(%) 20.7	15.9	24.0
1日当たり 回 数	15.7	5.5	3.4
1回当たり 点 数	4.6	10.2	19.9

資料：厚生省統計情報部「社会医療診療行為別調査」

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第4節 医療費の現況

3 保険診療の特色

(3) 入院

我が国では患者が病院に入院する期間が極めて長く,厚生省統計情報部「病院報告」(昭和57年)によると一般病床の平均が39.6日となっている。各国ごとに制度が異なり一概に比較しにくい面もあるが,欧米諸国では10~11日程度であり,国際的にみても我が国の在院日数は際立って長い。在院日数は年齢が高くなるにしたがって長くなり,厚生省統計情報部「患者調査」によると65歳以上の平均在院日数は昭和56年で88.2日となっている。昭和35年では28.2日であったものが,昭和50年34.7日,昭和57年39.6日と一般病床の平均在院日数は長くなる傾向にあるが,これは老人の入院率の上昇があったためと考えられる(「病院報告」)。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第5節 医療費の適正化

1 医療費適正化の背景

人口の高齢化,疾病構造の変化,たゆまざる医学医術の進歩に伴い,医療費は国民所得の伸びを上回る上昇を続け,その負担が国民経済上過重なものとなり,早晚国民の負担能力の限界を超えることが危惧されている。また,国民の生活内容の向上に伴って健康や医療に対する意識が高まり,価値観も多様化するなど,保健医療を取り巻く諸情勢には大きな変化が見られる。今後の我々の課題はこうした諸情勢の変化を的確にとらえ,国民の負担能力の範囲内において効率の高い良質の医療を供給し,国民の健康と医療の水準を維持向上させていくことである。このためには,従来にも増して国民の自主的な健康づくりの推進,医療供給体制の効率的な整備,医療と保健・福祉との総合的な展開などを積極的に推進することが必要であるが,医療保険制度については,医療保険が,国民の医療に対して果たすべき役割を基本的に再検討し,制度全体にわたる基本的な改革を進めていく必要がある。

現在の状況をみると,次の4点が指摘できる。

- 1) かつてのように感染性疾患が疾病の中心たる地位を占めていた時代と異なり,成人病等が主要な疾病となった今日では,健康についての自己管理責任がより一層求められるとともに,この健康の自己管理を側面から支える保健対策の重要性が増大している。
- 2) 人口の高齢化・医学医術の高度化が進行する中で,医療費の増加は避けられないが,それだけに一層医療制度の効率的な整備・運営,社会的資源の効率的利用を図る必要性が高まっている。
- 3) 地域住民の保健医療ニーズに的確に応えうる包括的総合的な医療供給体制を整備するとともに,医療,保健,福祉サービスの連携を強化していく必要性が一層強くなってきている。
- 4) 医療費の負担が大きなものとなった今日では,その負担について一層の社会的公平が求められており,また社会保険としての医療保険制度が果たすべき役割と機能について厳しく見直しが求められている。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第5節 医療費の適正化

2 医療費適正化対策

このような背景の下に、厚生省では昭和57年10月に事務次官を長とする国民医療費適正化総合対策推進本部を発足させ、医療の需要、供給の両面にわたり、医療費適正化対策を推進している。

これまで厚生省は、老人保健法の制定による保健事業の実施、老人診療報酬の制定及び老人医療費負担の公平化を図るとともに、健康づくりやコスト意識の徹底等国民運動の展開、薬価基準の改正、医療機関に対する指導監査の強化、医療法改正案の国会提出等を実施に移してきた。

(医療費についての情報提供)

現行の医療保険制度では、自分の病気の治療に関して支払われた費用を患者本人が知るような仕組みになっていない。そのため一般に医療費に対する患者のコスト意識が不十分な傾向がある。医療費は被保険者や事業主の負担による保険料と租税により賄われており、究極的には国民全体で支えられている。この点について国民に対して広く理解を求めることが重要であり、医療費通知運動の推進、パンフレットの発行など広報活動に努めている。また、診療報酬の請求事務をコンピュータ化することにより、医療機関において領収書の発行が励行され、医療費の明細書の発行が促進されることが期待される。(第2章参照)

(健康づくり)

健康づくりの推進により疾病に罹患しにくくなるので、医療費の節減という効果をもたらすことが期待される。

(受療のしかたの啓発)

万一病気になったときのため、気軽に相談、受診できるかかりつけの医師を身近に持つことは、治療効果を上げるのに有効である。また、受診に際しては、自己の病歴を正確に話したり、医師の指示事項を守ることなど患者のこころがけや態度も重要である。このような点について国民に理解を求めるため広報活動を行っている。

(医療の供給)

地域における医療のシステム化、高額医療機器の共同利用、医師の養成の見直しなど医療供給体制の改善・合理化は医療費の適正化に寄与するところも大きいので、その面からの対策を講ずる必要がある。

(診療報酬の適正化)

プライマリーケアを重視し、薬や検査中心の医療から指導を重視した医療への転換、入院医療から在宅医療への指向など医療の質を向上させるためには、診療報酬の体系を診察、指導等の医師の技術料を重視するものに変えていかなければならない。昭和56年6月の医療費改定及び昭和58年2月の老人保健制度発足に伴う医療費改定もこの方向で行われた。

(薬価基準の適正化)

薬価算定の在り方の基本は、市場において形成された実勢価格が薬価基準に迅速かつ適切に反映されることにある。しかし、従来薬価基準はともすれば実勢価格からかい離しがちであった。このため、毎年薬価調査を行い、その結果を迅速に薬価基準に反映させるよう毎年1回、薬価改定を行うとともに、薬価基準全体の見直しを少なくとも3年に1回行うこととしている。

また、薬価算定方式を改善し、市場の実勢価格のバラツキが、大きな品目については、高値10%部分をカットしたうえで90%バルクライン方式(注3)を適用することとした。この方針の下で初めての薬価基準の改定を昭和58年1月に行い、4.9%の薬価基準の引下げを実施した。

(注3) 90%バルクライン方式とは、医薬品の取引価格の安いものから順に並べて90%めに相当する量に対応する価格をもって薬価基準価格とする方式である。

(指導監査の強化等)

近年、医師の不正請求、過剰・濃厚診療など、医療保険制度に対する国民の信頼を著しく損う事例が多くみられ、これら一部の不心得な医師のために医療保険全体の信頼が傷つけられることにもなっている。このため、昭和56年度には保険医療機関に対し、集団指導約7万件、個別指導約7,500件を行うとともに、悪質な保険医療機関に対しては監査を実施し、11億6,000万円を返還させている。特に社会的公正を逸脱する不正請求に対しては厳正に処分を行い、その根絶を期することとしている。昭和58年2月からは不正請求に対する加算金制度が創設され、保険医療機関が詐欺等の不正行為により診療報酬の支払いを受けたときは、保険者(老人保健制度では市町村)は保険医療機関に対しその額を返還させるほか、その額の10%を支払わせることができることとされた。なお、昭和56年以来、不正請求を行った医師についても医師法の処分の対象とされている。

また、いわゆる第2薬局問題については、それが医療機関の開設者等によって開設されるものであり、医療機関からの独立性の点で医薬分業の本来の在り方からも問題があるので、その解決のために強力な行政指導を実施している。

(レセプト審査の充実・改善)

診療報酬の支払いはレセプトを審査した上で行われているが、近年の受療機会の増加に伴いレセプトの枚数も増加し、社会保険診療報酬支払基金を例にとると昭和57年度では審査委員1人1月当たり約1万2,915枚となっている。このような莫大なレセプトの審査を充実するため、高額なレセプト等に対しては特に重点審査を行っている。

(老人に対する施策の合理化、体系化)

老人人口の増加に伴い、老人医療費はさらに増加が見込まれるが、国民医療に対する費用負担を適正な範囲に止どめるためには、増大する老人医療費を効率化することが必要である。このような観点から、老人保健法の施行に際して、老人の診療報酬及びいわゆる老人病院の人員配置基準について合理化を図った。医療供給面における合理化措置の一方、入院医療までは必要としないねたきり老人等について地域や家庭において適切な処遇が確保されなければならない。このため、ホームヘルパーの派遣など在宅福祉対策の充実や保健婦等による訪問指導など保健サービスの拡充、特別養護老人ホームの整備を一層進める必要がある。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第5節 医療費の適正化

3 諸外国における動き

欧米諸国においても、人口の高齢化や医療需要の多様化、あるいは医療の高度化を背景として、1970年代前半に、医療費が年々大幅に増加し、1970年から1975年までの間の年増加率はイギリス20.9%、フランス17.0%、西ドイツ17.4%、アメリカ12.0%であった(日本は、同期間で年率21.0%の増加率であった)。現在、第1次石油ショック以降の世界経済の停滞の中で各国とも増え続ける医療費の財源の確保が困難となり、医療費を抑制するための各種の対策が講じられてきている。

我が国と同様に医療費の保障を社会保険方式で実施している西ドイツ及びフランスにおいては、次のような対策が講じられている。

(西ドイツ)

開業医の診療報酬の総額については、国民保健協調行動会議が被保険者の平均基本賃金の上昇率等を考慮して勧告した引上げ率を尊重することとされている。また、病院の療養費(日額)の引上げ率についても原則として疾病金庫の収入増加率の範囲内という上限が設定された。さらに、薬剤費についても総額の上限を設定するとともに、連邦政府は医師に対して医薬品に関する情報リストを提供し、同一成分の医薬品間で価格に高低のあるものについて、低価格品の使用を促している。薬剤、歯科医療等については、患者負担の方法を変更し、負担を強化している。

(フランス)

診療報酬の総額について、1980年以降国民総生産の伸びを上限とし、診療報酬の改定に際しても、この原則を考慮することとされている。医療の供給体制については、政府において保健地図を作成し、それぞれの地域の医療需要等に応じた医療施設の種類、規模、装置が定められるとともに、私立病院の新増設、私立病院による人工透析装置など高度の医療機器の導入には、県知事の認可が必要とされている。また医師数の固定を図るため医学部進学者数を制限している。また、薬剤等の償還率の引下げや、自己負担の一定割合についての私的保険等による補てん禁止など患者の一部負担の強化が図られている。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第6節 老人保険制度の実施

壮年期からの総合的な保険対策により国民の老後の健康を確保することと老人医療費の負担の公平化を図ることの二点を目的とする老人保険制度が昭和58年2月より実施されている。この制度は、予防からリハビリテーションまでの一貫した保険事業の実施、老人特有の慢性疾患に応じた診療の報酬の設定、一部負担の導入、老人医療費の各保険者共同負担などが我が国の保健医療に画期的な一頁を記すものである。(指標編参照)

老人の診療報酬については、高血圧、心臓病等長期慢性期化し易い病気が多い老人の心身の特性を踏まえた合理的なものとしている。具体的には、

- 1) 不必要な長期入院を是正するため、入院期間に応じた入院時医学管理科の逡減制を強化するとともに、老人が、安心して地域や過程において療養できるよう、退院時指導科、退院患者継続看護・指導科を新設するなどその条件整備を図ること
- 2) 生活指導管理科の新設や点滴注射料の包括化など投薬、注射、点滴等よりも日常生活についての指導を重視した医療を確立すること
- 3) 主として老人のみを収容している病院のうち、特例許可老人病院(老人慢性疾患患者の処遇にふさわしい適切な治療と介護の体制を確保するため、医療法上の人員配置基準の特例として、医師、看護婦の人員を緩和し、必要かつ適切な介護職員を配置することを認められた病院)に対しては、特定患者収容管理科を新設する。他方、その他の老人病院(特定許可外老人病院)に対しては、医療の適正化を図るため簡単な検査、注射等を包括化することなどの措置を講ずることとした。

なお、老人診療報酬における老人病院用の点数は昭和58年4月診療分から実施に移されているが、特例許可老人病院数は540、特例許可外老人病院数は95である。

老人保険制度は、実施されたばかりであるので、その効果を分析するためには、なお今後の推移を見守らなければならない。今後の課題としては、保険事業について、保健婦の確保等基盤整備の充実に努め計画的な推進を図るとともに、老人福祉サービスとの有機的連携等を通じ、地域ごとの特性に沿った効果的な保険事業の推進を図っていくことが求められている。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第7節 医療保険制度の安定化

医療費の増加,経済の安定成長の定着化など医療保険をめぐる状況の変化に対応するため,老人保険制度を創設し,医療費適正化対策を推進しているところであるが,運営をさらに安定化させるため次のような制度的な手当も検討している。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第7節 医療保険制度の安定化

1 格差の是正

現行の我が国の医療保険制度は、被用者保険と地域保険の二本立てであり、被用者保険はさらに7つの制度に分かれているが、制度間あるいは同一の制度内であっても保険者間で、又、本人と家族との間で給付率について格差があり、こうした格差の是正がかねてから課題となっている。

被用者保険の被保険者は退職によって、地域保険である国民健康保険の被保険者となる。このため国民健康保険では、中・高齢者の占める割合が高くなり、総体として医療費が高くならざるをえない。

反面、年金受給者や低所得者を多く抱えていることにより、十分な収入が見込めないというのが現状である。老人保健制度の創設により保険者間の老人医療費の負担の不均衡は制度的にならされることとなった。しかし、今後の人口高齢化の進展を考えると、この問題はなお、現行の医療保険制度が解決を迫られる課題であるといえよう。

さらに、被用者保険の被保険者が退職し、国民健康保険の被保険者となった場合には、給付水準も低下することもあって、この問題については、負担と給付の公平化という観点から、医療保険制度全体の中長期的な展望の中で検討していく必要があり、現在、社会保険審議会に対し、高齢退職者に関する退職者医療制度の創設について諮問している。

また、国民健康保険制度内においては、保険者の経営努力の徹底を図るとともに、小規模な市町村において偶発的に高額な医療費が発生した場合に負担が急増して経営が不安定となるので、昭和58年度から、都道府県ごとに高額な医療費についての保険者の共同事業を逐次実施していくこととしている。

日雇労働者健康保険においては、毎年相当額の収支不足が生じており(昭和57年度単年度収支不足額339億円)、昭和57年度末の累積収支不足額は、6,537億円に上っており、このため、現在、社会保険審議会において制度の存廃を含め全般的な見直しの検討が進められている。

本編

第4章 時代に即応した医療保障

第7節 医療保険制度の安定化

2 給付範囲の見直し

財源の厳しい制約の下で適切な医療サービスを国民に円滑に提供していくためには、制度の趣旨に照らして医療保険の給付の範囲について優先度の低い給付の見直しが必要となろう。
