

本編

第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

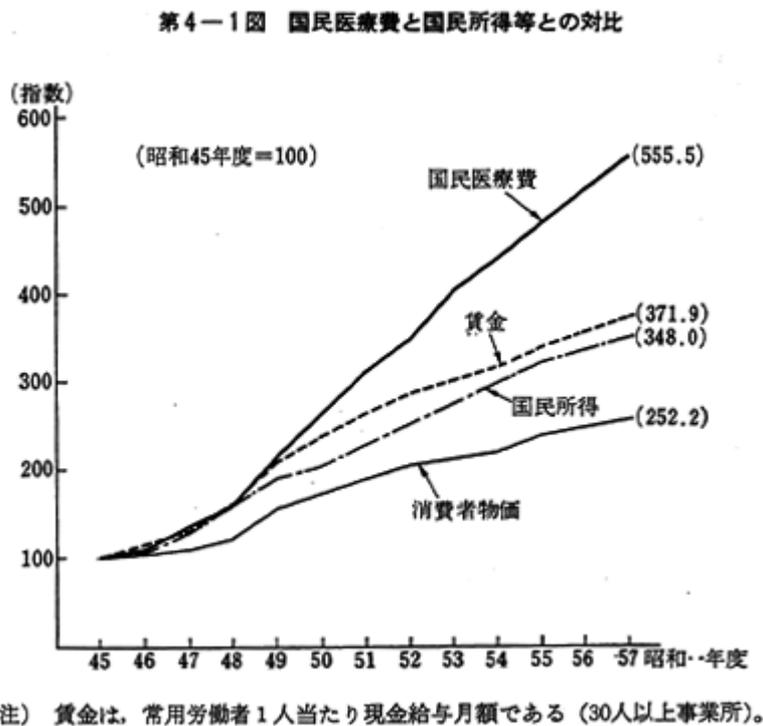
第1節 増加する国民医療費

1 国民医療費の動向

昭和57年度の国民医療費は13兆8,659億円で、国民1人当たりになると約11.7万円になる。国民所得に対する割合は6.55%となっている。

国民医療費は、皆保険体制前の35年度は4,095億円であったが、昭和30年代後半から毎年20%程度も急激に増加してきた。昭和54年度以降は一桁台の伸びになったものの、国民所得の伸びを超え、なお毎年1兆円程度増加してきている。この20年程の間に医療費は約34倍になっているわけである。この間の国民所得は約16倍となっており、医療費の増加がいかに大きかったかがわかる(第4-1図)。

第4-1図 国民医療費と国民所得等との対比



昭和58年度と59年度の見通しでは、老人保健制度の実施、薬価基準の引下げや後述の59年度における医療保険制度の改革の効果が見込まれているため、医療費の伸びは鈍化するとみられている。

## 本編

## 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

## 第1節 増加する国民医療費

## 1 国民医療費の動向

## (入院医療費の増加)

昭和57年度の国民医療費全体に占める入院医療費,入院外医療費,歯科医療費のそれぞれの割合は,41.9%,45.4%,10.8%となっているが,昭和45年度からのそれぞれの伸びをみると,入院医療費が6.61倍,入院外医療費が4.59倍,歯科医療費が6.14倍となっており,入院医療費の伸びが大きい。特に,入院医療費は昭和50年代に入ってから伸びが大きく,一般診療医療費(入院+入院外)に占める増加寄与率は,40年代には4割余りであったものが,昭和52~57年度では55.7%となっている(第4-1表)。疾病別に入院医療費をみると,循環系の疾患が一番多く,これと悪性新生物を合すると29.1%を占めており,また,入院医療費の39.5%は65歳以上の者の医療費で占められている。我が国の入院期間は39.6日(昭和57年一般病床)で,諸外国と比べてかなり長期間となっている(注1)。特に,65歳以上の者の入院期間は90.7日と極めて長い(厚生省統計情報部「昭和57年患者調査」)。このように,入院医療費の増大には,疾病構造の変化や高齢者の増大が大きく影響している。

(注1) アメリカ11.1日(1974年),イギリス22.7日(1975年),西ドイツ22.7日(1974年)となっている。

第4-1表 年齢階級別一般診療費の増加寄与率

第4-1表 年齢階級別一般診療費の増加寄与率

(昭和52年度~57年度)

	寄 与 率 (%)		
	入 院	入 院 外	計
総 数	55.7	44.3	100.0
0 ~ 14 歳	2.4	3.0	5.4
15 ~ 44	7.4	7.2	14.7
45 ~ 64	16.9	17.8	34.7
65 歳 以上	29.0	16.3	45.2
(再掲) 70 歳 以上	23.8	12.3	36.1

資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

## 本編

## 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

## 第1節 増加する国民医療費

## 1 国民医療費の動向

## (依然高い薬剤比率)

我が国の医療費の特色として、諸外国と比べて薬剤比率が高いと言われている。薬剤比率(政管健保)は、昭和57年に34.1%とやや低下したが(第4-2表)、昭和59年3月の16.6%の薬価引下げにより更に低下するものと予想される。医療費の診療行為別の構成割合をみると、「投薬」、「注射」は近年横ばい状態であったが、昭和57年では前年に比べ落ち込み、また、診療行為別1件(明細書1枚)当たりの点数を見ても、「投薬」については、過去毎年上昇していたが、昭和57年では初めて下降している(第4-2図)。投薬や注射の回数は前年とほとんど変わらないことから、56年6月に行われた薬価基準の改正が大きく影響しているものとみられる。

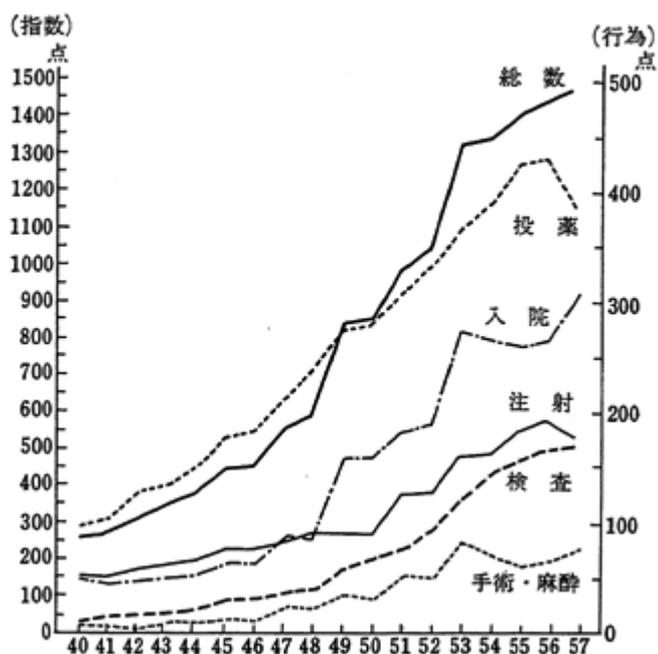
第4-2表 政管健保(医科分)における薬剤費割合の推移

昭和45年	50	51	52	53	54	55	56	57
44.8%	37.8	37.3	37.7	34.2	36.0	38.2	38.7	34.1

資料：厚生省統計情報部「社会医療診療行為別調査」、各年とも6月審査分

第4-2図 医科診療分の主な診療行為1件(明細書1枚)当たり点数の年次推移

第4-2図 医科診療分の主な診療行為1件(明細書1枚)  
当たり点数の年次推移



資料：厚生省統計情報部「社会医療診療行為別調査」

また、診療行為別の構成割合では、検査は引き続いて増大している。特に、近年の検査の増大は、1日当たりの回数の増加が大きく、検査の過剰という問題も生じている。

本編

第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

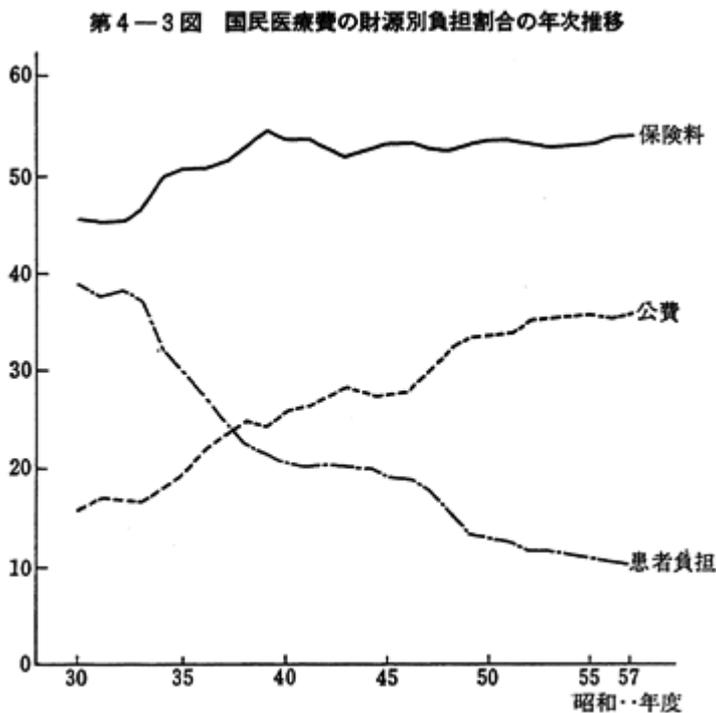
第1節 増加する国民医療費

1 国民医療費の動向

(医療費の負担区分)

国民医療費の財源別の内訳をみると、国庫負担等の公費、保険料、患者負担の3つに区分できる。この負担割合を長期的にみると、第4-3図のように、患者負担がしだいに低下し、公費負担分が増加してきている。昭和57年度では患者負担割合は全体の10.5%にすぎず、国民医療費の大部分は、保険料や国庫負担等の公費負担を財源とする医療保険など医療保障のシステムを通じて支払われている。患者負担の減少には、国民皆保険体制の確立、給付割合の引上げや高額療養費制度の創設等が大きく影響している。患者負担の減少によって、医療機関にかかりやすくなる一方で、医療需要が増大し、これが行き過ぎると「ハシゴ受診」等の患者の過剰受診を招くことにもなる。

第4-3図 国民医療費の財源別負担割合の年次推移



## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第1節 増加する国民医療費

##### 2 医療費増加の要因

---

人口の増加と診療報酬の引上げは明らかに医療費を増加させる要因となっている。しかし、近年は、人生80年時代を迎えて、医療費の内容に構造的な変化が生じており、これも医療費の増加の要因になっている。すなわち、治療に多くの時間と手間を要する成人病が増加し、また、病気にかかりやすく治療に長期間を要する高齢者が増えたため、医療費が増加している。また、医療技術の進歩は、寿命の伸長をもたらしたが、一方で、医療費を増加させる要因にもなっている。

---

## 本編

## 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

## 第1節 増加する国民医療費

## 2 医療費増加の要因

## (疾病構造の変化)

第2章で述べたように、循環系の疾患(高血圧性疾患,脳血管の疾患等),悪性新生物といった成人病が増加しているが、医療費の疾病別構成割合をみても成人病のウェイトが増加してきている(第4-3表)。

第4-3表 国民医療費に占める成人病医療費の割合の推移

	昭和52年度	53	54	55	56	57
悪性新生物	4.9%	5.7%	6.0%	6.2%	6.5%	6.7%
循環系の疾患	19.7	20.2	20.4	21.2	22.3	22.4
計	24.6	25.9	26.4	27.4	28.8	29.1

資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

成人病は、政管健保被保険者の医療費で見ると、昭和40年において入院で12.5%、入院外で10.3%を占めていたが、昭和58年には入院で39.3%、入院外で26.9%を占めるに至っている(第4-4表)。近年の成人病の医療費の増加を政管健保の被保険者1人当たりの受療件数と1件当たり医療費に分けてみると、受療件数はほぼ横ばいであるのに対し、1件当たりの医療費の増加が著しく、昭和50年から58年までに入院で約1.7倍、入院外で約1.5倍となっている(社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」)。

また、第4-4表にみるように、医療費に占める成人病医療費の割合は昭和40年と比較し、各年齢階層において高いが、とりわけ高齢者についての割合が極めて高いので、高齢者の増加によって成人病医療費は増大することになる。

第4-4表 年齢階級別にみた成人病医療費の割合(政管健保被保険者)

第4-4表 年齢階級別にみた成人病医療費の割合(政管健保被保険者)

年 齢 階 級	入 院		入 院 外	
	40 年	58 年	40 年	58 年
20 ~ 29 歳	5.0%	8.7%	2.4%	2.6%
30 ~ 39	9.3	14.2	6.4	7.1
40 ~ 49	14.8	27.2	13.7	18.2
50 ~ 59	22.4	41.3	24.9	28.4
60 ~ 69	29.0	54.3	32.0	39.8
70 ~	30.0	53.0	35.1	45.7
平 均	12.5	39.3	10.3	26.9

資料：社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」

- (注) 1. 成人病医療費は悪性新生物(40年は新生物)及び循環系の疾患に係る医療費の合計。  
 2. 58年は老人保健分(被扶養者分を含む)の医療費を70歳以上の者の医療費として計上。

・ 6 7

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第1節 増加する国民医療費

##### 2 医療費増加の要因

###### (人口の高齢化)

---

高齢者は有病率が高く、また、治療に長期間を要することから、高齢者ほど医療費がかかる傾向にある。他の年齢層と比べて受診率や入院率が高く、65歳以上の者の1人当たり医療費はそれ以外の約4.5倍となっている。また、昭和50年度から57年度までの医療費の増加のうち、65歳以上の者の医療費が45.2%を占めている。

---

本編

第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

第1節 増加する国民医療費

2 医療費増加の要因

(医療技術の進歩)

保険診療の分野でも、新しい技術が逐次導入されてきた。例えば、CTスキャナーは現在全国で1,700台近くも設置されるに至っている(第4-5表)。医学医術の進歩に伴う高額医療機器の保険診療への導入は、医療水準の向上をもたらす一方で、一般に点数の高い診療行為や検査等の回数を増加させる面もある(第4-6表)。

第4-5表 高額医療機器の設置台数

第4-5表 高額医療機器の設置台数

	A 昭和53年末設置台数	B 昭和56年末設置台数(B/A)	平均単価(昭和56年)
X線CT(頭部用 全身用)	454台	1,693台 (3.7倍)	7,001万円
RI診断装置	—	1,316台	4,206万円
生化学自動分析装置	643台	3,605台 (5.6倍)	984万円
超音波診断装置	—	15,522台	337万円

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」、厚生省業務局「診断治療用医療機器産業実態調査」

- (注) 1. RI診断装置の平均単価はシンチレーションカメラの価格。  
2. 生化学自動分析装置の昭和53年末設置台数は病院保有数のみ。

第4-6表 高額医療機器に係る検査料

第4-6表 高額医療機器に係る検査料

	回数 (万件/月)	点数 (億点/月)	保険で支払われる 検査料(億円/年)
X線CT(頭部用 全身用)	5.5	0.832	473
RI検査	5.8	0.481	274
超音波検査	16.4	1.014	577
血液化学検査	340.2	6.182	3,516

- (注) 1. 回数及び点数は社会医療診療行為別調査(昭和57年政管6月審査分)による。  
2. 保険で支払われる検査料(C)は、点数(1点は10円)をPとすると、

$$C = P \times \frac{100}{21.1} \times 12 (\text{か月}) \times 10$$

(政管医療費は国民医療費の21.1%を占める。)

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第2節 医療保険の直面する課題

##### 1 効率的な医療保険制度の確立

国民医療費の構造的な増加要因は今後も大きく変化することはないと考えられ、医療費の増加傾向は今後も続くことが予想される。しかし、医療費のほとんどは保険料と税金で賄われており、これまでのように、国民医療費が国民所得の伸びを大きく上回って増加し続けるとすれば、医療費を賄うための国民の負担は相当重いものになってしまう。第1章でも述べたように、人口高齢化の進展とともに年金等のための負担も重くならざるを得ず、これに加えて医療費のための負担も増大することになれば、社会保障のための国民の負担はいずれその限界を超えてしまうおそれもある。

本格的な高齢化社会を迎えても、社会の活力を維持しつつ、一方で医療保険制度が安定して十分に機能し、国民の誰もが安心して医療が受けられるようにするためには、医療費の伸びを適度なものに抑えていく必要がある。高齢化が進む中で、医療の水準を維持向上させながら、医療費の増加を抑えていくためには、個々人が健康に注意し、病気にならないように気をつけるとともに、医療費や医療従事者、設備の配分・使い方に無駄や非効率な点がないかを徹底して見直していかなければならない。医療保険制度においても、給付内容の無駄を徹底的に廃し、適正化を図っていく必要がある。

具体的には、給付内容については、

- 1) 保険医療機関への指導監査、レセプト(診療報酬明細書)の審査を徹底し、不正請求に対しては厳しく対処する。
- 2) 診療報酬体系の合理化を進め、医師技術料を適正に評価するとともに、薬価基準については、市場実勢価格を的確に反映したものとしていく。

医療保険制度自体についても、サラリーマン本人の10割給付は、自己負担がなく、かかった医療費がわからないため、医療費についてのコスト意識が欠如しがちであり、これが一部で患者の薬ねだりや医師の薬づけといった事態を招きかねないという点が指摘されており、適切な一部負担が医療の効率化につながると考えられる。この点については、10割給付であるサラリーマン本人の1日当たり医療費は、7割あるいは8割給付の国民健康保険加入者やサラリーマンの家族に比べて、薬、注射、検査に費用が2~3割高くなっている(第4-7表)。

第4-7表 政管本人・家族別1件当たり診療費の対比(20~69歳)

第4-7表 政管本人・家族別1件当たり診療費の対比(20~69歳)

(単位:円)

	本人	家族	比率
入院	206,893	194,639	1.06
うち投薬・注射	55,840	44,461	1.26
うち検査・レントゲン	26,605	19,775	1.35
入院外	11,088	9,035	1.23
うち投薬・注射	5,339	3,968	1.35
うち検査・レントゲン	2,216	1,747	1.27

- (注) 1. 1件当たり診療費は社会医療診療行為別調査(昭和57年6月審査分)から算出している。  
 2. 比率は家族に対する本人の倍率である。  
 3. 本人の5歳階級ごとの件数分布によってウェイト計算している。

他方、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、医療従事者の養成の見直しなど医療供給体制の改善・合理化が医療費の適正化に寄与すると考えられる。

本編

第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

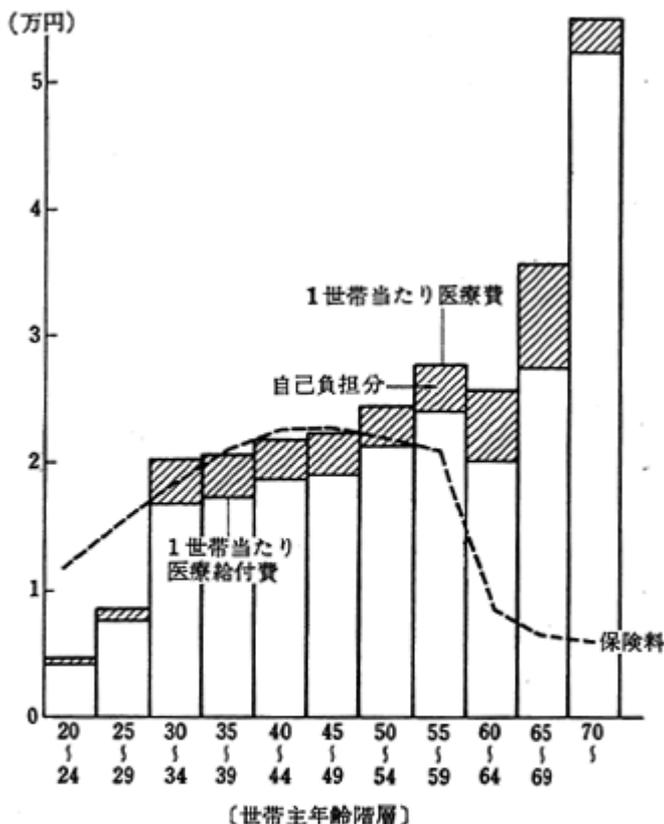
第2節 医療保険の直面する課題

2 生涯を通じた給付と負担の公平

前述のように、高齢者は病気にかかりやすく、治療に長期間を要するため、1人当たりの医療費は若者に比べて高くなっているが、中高年層の疾病である成人病の増加は、その傾向を益々強くしている。第4-4図は、被用者である世帯主の年齢階級別に、世帯の医療費、医療給付費及び保険料負担をモデル的に示したものである。若年層では医療費が少なく、保険料負担が医療給付を上回っており、中年層では、給付も増加するが負担も増加している。そして退職期である60歳を過ぎると、医療給付が増加するのに対して、退職により一般に所得が減少し負担能力が低下するため、負担は急激に減少する。

第4-4図 世帯主の年齢階級別世帯の医療費とその負担額(月額,昭和57年)

第4-4図 世帯主の年齢階級別世帯の医療費とその負担額(月額,昭和57年)



資料：社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」(57年4月診療分)  
 厚生省保険局「健康保険被保険者実態調査報告」(57年10月)

- (注) 1. 夫28歳、妻25歳で結婚し、夫が29歳及び32歳の時それぞれ第1子及び第2子が出産し、子供は20歳で独立するものとした。  
 2. 夫は60歳になるまでは、政管健保に加入、それ以降は国保に加入するものとした。  
 3. 政管健保の保険料には事業主負担分を含む。

この間加入する医療保険制度も被用者保険から、退職すれば、サラリーマンである子供の被扶養者とならない限り国民健康保険に移ることになり、人生80年時代を迎え、現在の分立する医療保険制度の下では生涯を通じて1つの保険集団にとどまるといことが少なくなっている。主に負担の方が多き若い時と給付の方が多き退職後の時期とで属する医療保険制度が異なり、それまで10割給付であったものが、医療の必要性が高まる時期になると7割給付に下がってしまう。一方で、国民健康保険は、医療費のかかる高齢者が多く加入することになり、そのことが国民健康保険の財政状況を悪化させる要因となっている。

今後更に退職者やその家族が増加することを踏まえ(第4-8表)、従来の制度の枠を超えた、世代間の連帯に基づく退職者の医療保障システムを構築していくという見地から退職者医療制度が創設されたところである。

第4-8表 退職者及びその家族の数及び医療費

第4-8表 退職者及びその家族の数及び医療費

		現在(59年度)	20年後	30年後	40年後
退職者	人(千人)	2,297	3,940	4,310	3,906
	医療費(億円)	4,677	8,380	9,335	8,309
家族	人(千人)	1,765	3,062	3,354	3,034
	医療費(億円)	3,379	6,033	6,673	5,977
計	人(千人)	4,062	7,062	7,664	6,940
	医療費(億円)	8,056	14,413	16,008	14,286

資料：厚生省保険局推計

- (注) 1. 「退職者」とは、被用者年金の老齢(退職)年金受給権者等であって70歳未満の国保加入者(老人保健法の適用対象者を除く)。  
 2. 医療費は59年度ベースで推計。

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 1 人生80年時代にふさわしい医療保障

---

医療保険制度が制度の長期的な安定と、生涯を通じた公平な給付と負担の確保といった課題に对应していくためには、次のような観点から、制度を見直し、来たるべき本格的な高齢化社会においても、その機能を十分に果たすことができるよう芯の強い制度にしていく必要がある。

- 1) 給付内容に無駄がないかどうかを徹底的に見直し、医療費の適正化を図るとともに、制度自体も効率的なものに改めていく。
- 2) 医療保険の給付率の統一、全医療保険制度間における負担の公平化を図り、生涯を通じて公平な給付と負担を確保する。

このような観点から、政府においては医療保障制度の改革を進めており、その第一歩として、既に老人保健制度が昭和58年2月から実施されているが、それに続き、医療保険制度の改革を行うこととし、59年2月に健康保険法等の一部を改正する法律案を国会に提出した。同法律案は8月に可決成立し、10月から実施されている。また、これらも含め、医療を新しい時代に適応したものとするために医療費適正化対策を推進しているところである。

---

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 2 医療費適正化対策の推進

---

前述したように、医療給付の内容の適正化、制度の効率化をめざす医療費の適正化対策が必要とされており、医療の需要・供給の両面にわたり、総合的な対策を推進している。これまで健康づくり、コスト意識の徹底等の国民運動の展開、地域医療計画の策定等を内容とする医療法改正案の国会提出、前述の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等を行うとともに、医療保険についても、次のような施策を実施している。

---

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 2 医療費適正化対策の推進

###### (1) 診療報酬の合理化

現在の我が国における保険診療は、現物給付出来高払い方式を採用している。この方式は、個々の診療行為についてそれぞれ点数を設定し、それを積み上げて診療報酬を算出するものであり、医師の治療へのインセンティブを引き出し、良質な医療を確保できるという大きな利点があるが、反面、薬づけ、検査づけ等の過剰診療を招きやすいという問題点を持っている。

こうした問題に対処し、プライマリーケアの重視、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等を達成するためには、診療報酬の体系を、診療、指導等の医師の技術料を重視したものにしていく必要がある。そうした観点から近年では、昭和56年6月(技術料の重視、薬剤、検査部門の見直し等——平均8.1%引上げ)、58年2月(老人保健の診療報酬の設定)及び59年3月(技術料の重視等——平均2.8%引上げ)に診療報酬の改定を行ってきた。

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 2 医療費適正化対策の推進

###### (2) 薬価基準の適正化

---

医療保険においては、保険診療にあたって投与される薬については、薬価基準価格に基づき、保険者から医療機関に支払われる。薬価算定にあたっては、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が必要である。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回行うこととする等の措置を講じていくこととしている。

こうした方針の下で、昭和58年1月には4.9%、59年3月には16.6%の薬価基準の引下げを行ってきている。

---

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 2 医療費適正化対策の推進

###### (3) 指導監査の充実等

---

医師の不正請求、過剰・濃厚診療については、厳正に対処していく必要がある。このため、昭和57年度には保険医療機関に対し、集団指導約8万件、個別指導約6,800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、10億2,000万円を返還させている。また、不正請求に対しては、従来から厳正に処分を行っているところであるが、こ

れに加え、過剰・濃厚診療に対しても、保険医療機関の指定取消しを含む厳しい態度で臨んでいる。

さらに、社会保険診療報酬支払基金における医療機関からのレセプト(診療報酬明細書)の審査については、近年レセプト枚数が膨大な数に及んでいるのに対応するため、審査委員の人数を増員するとともに、極めて高額なレセプト等について支払基金本部等に特別審査委員会を設置し、重点審査を強化することとしている。また、指導監査体制の強化のため、担当官の増員を図るほか、医療の各分野の専門家からなる顧問医師団を設置し指導助言体制を確立することとしている。

---

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 3 老人医療費の動向

###### (1) 老人保健制度の実施

---

壮年期からの総合的な保健対策により国民の老後の健康を確保すること及び老人医療費の負担の公平化を図ることの二点を狙いとする老人保健制度が昭和58年2月から実施されている。この制度は、予防からリハビリりまでの一貫した保健事業の実施、老人特有の慢性疾患に応じた診療報酬の設定、定額の受診時一部負担の導入、老人医療費を国民が公平に負担するための各保険者による老人医療費共同負担等をその内容としており、将来を見通した医療保障制度改革の第一歩として、画期的な制度といえるものである。

#### 老人保健事業の健康相談



老人保健事業の健康相談

---

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 3 老人医療費の動向

##### (2) 老人保健制度実施の効果

---

老人保健制度実施後の老人医療費の動向をみると、1人当たり老人医療費の伸び率は2～5%と大幅に鈍化し、制度実施前のような10%といった高い伸びはみられない。

老人医療費の動向をさらに詳しく分析するために、老人についての受診率(老人千人当たりの受診件数)及び1件当たり日数の動向をみると、受診率において非常に大きな変化がみられる。受診率について対前年同月比をみると、制度実施まではプラスであったが、実施後はマイナスで推移している。これを更に入院と入院外に分けてみると、入院においては、前年とほぼ同水準となっているが、入院外については対前年比でマイナスになっている。

次に、1件当たり日数をみると、老人全体では、制度導入前よりも伸び率は多少増えているが、これを更に入院と入院外に分けてみると、入院についてはほぼ前年並みであるが、入院外については前年よりも伸び率は上昇している。

このような受診率及び1件当たり日数の動向を合わせてみると、次のことが言えよう。まず、入院については、受診率、1件当たり日数とも制度導入による影響はあまりみられない。他方、入院外については、受診率の伸び率は低下、1件当たり日数の伸び率は上昇ということから、1か月に通う医療機関の数は減少し、その代わりに1か月に1か所の医療機関へ通う回数は増加していることになる。これは、いわゆるハシゴ受診が減少し、1つの医療機関でじっくりと腰をすえて受診するという傾向が現われてきているものと推察することができる。

---

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 4 医療保険制度の改革

---

本格的な高齢化社会に備え、医療費の規模を適正化し給付と負担の公平を図ることによって、人生80年時代に対応した医療保険制度の安定した基盤を確立するための制度改革が実現した。今回の改正の柱は、1)医療費の適正化の推進2)被用者保険本人の給付率の見直し3)退職者医療制度の創設である。

---

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 4 医療保険制度の改革

###### (1) 医療費の適正化の推進

---

診療報酬の合理化・薬価基準の適正化に加えて,今回の改正では,保険医療機関の指定の見直しや診療報酬請求の審査について適正化のための法的措置を講じている。これらの施策により,現在の医療費に含まれる無駄や不合理なものを徹底的に排除し,医療費の適正化を図ることとしている。

---

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 4 医療保険制度の改革

###### (2) 被用者保険本人の給付率の見直し

今回の改正では、サラリーマン本人の患者負担に定率負担を導入し、原則としてかかった医療費の1割を負担することになる。これは各保険制度を通じた給付の公平化に向けての第1段階として位置づけられる。また、これにより、医療を受けた人と受けない人との間の均衡や本人と家族との均衡が配慮されるようになるとともに、医療費についてのコスト意識が明確になり健康増進への意欲が高まるものと考えられる。この1割負担については、昭和61年4月以降国会の承認を得て2割に引き上げることになっている。なお、都道府県知事に届け出た保険医療機関については、一部負担金の額が小額の場合の特例として、かかった医療費が1,500円以下のときは100円、1,500円を超え2,500円以下のときは200円、2,500円を超え3,500円以下のときは300円とされている。

これに関連して、高額療養費支給制度の改善がなされている。これまでの患者単位・月単位の制度の下では、医療費が高額となる場合には家計への影響も相当大きなものとなる余地があったが、今回の改正では、自己負担限度額を1か月5万1千円(低所得者3万円)に据え置くとともに、その仕組みの改善が図られ、家計負担が大幅に軽減されることとなった。具体的には、一定額以上のレセプトの世帯合算(世帯としての負担は合算分で月5万1千円どまり)、高額医療費複数該当世帯の負担軽減(年間4回目以降では最高月3万円の負担)、血友病など長期高額疾病患者の負担軽減(負担を月1万円に軽減)という3つの措置が取り入れられることとなっている。

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 4 医療保険制度の改革

##### (3) 退職者医療制度の創設

---

サラリーマンが定年退職し、医療の必要が大きくなった時期に給付率が低下するという問題を解決し、生涯を通じてサラリーマンの給付と負担の公平を確保するため、今回の改正により、退職者医療制度を新たに設けることとした。

この制度は、退職して厚生年金や共済組合などの老齢年金、退職年金等を受給している国民健康保険の被保険者を対象として、従来、本人、家族ともに7割給付であったものを、本人には8割給付、家族には入院について8割給付(外来は7割給付)を行うことをその内容としている。

また、退職者の医療費は、退職者本人が支払う保険料に加え、被用者保険各制度からの拠出金で賄うこととなっている。すなわち、退職者医療制度は、現役サラリーマンと事業主の保険料を主な財源としての退職者等の医療費をカバーし、これによって退職後給付率が大幅にダウンすることを緩和するとともに、国民健康保険の他の加入者が高齢退職者の医療費の一部を賄うという不合理を是正することができる。

このように、退職者医療制度は、生涯を通じる給付と負担の公平、世代間の連帯という観点から、制度の枠を超えて退職者の医療費を負担する制度となっている。

---

## 本編

### 第4章 長期的に安定した医療保険をめざして

#### 第3節 生涯を通じる一貫した医療保障の確立をめざして

##### 4 医療保険制度の改革

###### (4) その他

---

今回の改正では、日雇労働者への健康保険の適用等が行われるとともに、分娩費、埋葬料の最低保障額が引き上げられることとなる。また、近年の医学医術のめざましい進歩発展に伴う新しい医療技術の出現や、患者のニーズの多様化に適切に対応すべく、特定療養費が設けられた。その内容は、1)大学病院等で特に都道府県知事の承認を受けたもの(特定承認保険医療機関)が行う高度の医療、2)特別の病室等のサービスや特別の治療材料について、保険でみられる基礎的部分については療養費として支給するというものである。

---