安田火災記念財団叢書 No.29

医療保険の現状と課題

厚生省保険局企画課長
岡 光 序 治 氏 講 演

財団法人 安田火災記念財団

医療保険の現状と課題

厚生省保険局企画課長
岡　光　序　治　氏　講　演

財団法人 安田火災記念財団

本書は，厚生省保険局企画課長岡光序治氏のご講演（昭和61年３月６日安田火災海上本社ビルで当財団主催により開催）を収録したものです。

昭和61年10月

財団法人 安田火災記念財団

目　　次

はじめに
1. 公的医療保険制度の沿革…… 1
2. 高齢化社会への対応…… 2
3. 公的医療保険の役割…… 5
4. 公的医療保険制度の在り方の検証…… 6
5. 公的医療保険制度の現況と環境の変化…… 9
6. 日本の医療費の使われ方の特徴…… 19
7. 今後の医療保険制度の改革の方向…… 25
8. 医療分野における民間活力…… 31

資　料：
1. 医療保険制度の現況…… 38
2. 国民医療費の推移…… 39
3. 昭和35年度・昭和58年度対比表…… 40
4. 国民医療費と老人医療費の推移…… 40
5. 老人人口の推移と将来推計及びねたきり老人数の見通し…… 41
6. 負担区分別老人医療費…… 42
7. 国民医療費の各種推計…… 43
8. 医療保険制度改正後の医療費の動向…… 44
9. 国民医療費の動向…… 46
10. 社会保障給付費，租税・社会保障負担等の国際比較…… 47
11. 医療費支出配分の偏在…… 48
12. 死亡月からの期間別にみた１人当たり入院医療費…… 49
13. 昭和58年度都道府県別１人当たり医療費の要因分析…… 50
14. 病床数・平均在院日数の国際比較…… 52
15. 都道府県別平均在院日数（昭和59年）…… 53
16. 政管健保（医科分）における検査料・薬剤料の割合の推移…… 54
17. 入院医療費…… 54

はじめに

ご紹介を賜りました厚生省の岡光と申します。しばらくお付き合いをいただきたいと思います。いただきましたテーマが，「医療保険の現状と課題」という話ですが，いろいろ最近は，安田さんも４月１日から医療保険の関係の保険を新しく発売されるということになり，随分と関心を持たれてきています。私どものやっております健康保険とか国民健康保険という，私どもは民間の保険に対しまして公的医療保険と称しておりますが，そういったものはいろいろと悩み深い課題を抱えております。そのへんの課題を少しお話を申しあげ，どんな方向で今後臨もうとしているかという，これからの改革の方向のようなことをあわせてお話をして，それと，民間保険との関係をどんなふうな方向で整理しようとしているか，大体，そんな話でお話し申しあげてみたいと思っています。

1. 公的医療保険制度の沿革

皆さん，安田なら安田で働いていらっしゃいますと，健康保険は健康保険組合に属していらっしゃるわけです。医療保険というのは，昭和36年に日本国民でありますとどこかの保険に入るという，いわゆる国民皆保険という制度を作ったわけです。

終戦後から今日まで，少し振り返ってみますと，戦後の大混乱時期においては，毎日毎日生活をしていかなければいけないということで，まさに手から口へという，食うがための生活あるいは対策を講じていったわけです。ようやく昭和30年代に入りまして，救貧対策めいた話からもう少し，貧乏にならないように老人対策をやろうじゃないかという話になり，何とか医療保険制度をどんどん作っていこうという時代になったわけです。そして，昭和36年に，国民のだれもがどこかの保険に入れるようにという，いわゆる国民皆保険の仕組みを作ったわけです。それから次第次第に，我国は経済成長の波に乗ったわけです。

健康保険の歴史から見ますと，40年代の前半までは赤字の問題がいろいろ出てまいりました。どうやって赤字を凌いでいくかという，赤字対策に苦心をしたわけです。それから，40年代の後半から50年代の初めにかけましては，経済の高度成長という背景があったわけですが，制度の拡充がされたわけです。ところが，オイルショックを迎え，経済成長も安定成長へと基調が変わってきたわけです。国家財政も次第に厳しくなってきた。そんなふうなことを背景にいたしまして，50年代はいってみれば制度の見直しの時期に入ってきたように受け止めております。

59年に，健康保険法の改正をやりまして，今までは健康保険の本人ですとお医者さんにかかるときに一部負担金を払えば済んだ，いわゆる10割給付であったわけですが，これをかかった医療費の１割は負担をして下さいというような制度改正をやったり，あるいは，どこか会社で働いていて，定年退職をいたしますと国民健康保険に移るわけですが，会社で働いていた当時の給付の割合と国民健康保険の給付の割合は，比較すると国民健康保険のほうが落ちるものですから，年をとって病気がちになってきて給付内容が落ちる健康保険に入るのはどうかという話がありまして，それでは依然として被用者のグループで面倒を見てもらうような，退職者医療制度というものを作ってみたらどうかというふうな内容を盛り込んだわけです。

59年の改正で狙いましたのは，これからのいろいろな問題はおそらく日本の社会がだんだんと高齢化をしていく，高齢化ということにいろいろ準備をしなきゃいかんという発想であったわけです。従いまして，私ども60年代の課題としては，高齢化社会に向けていかにうまくソフトランディングをしていくか，その準備の時期ではないかというふうに考えているわけです。現在，そういう意味で，見直しと同時に21世紀の社会に向けてうまく社会経済のシステムを変えていって，うまく高齢化社会に対応したいという発想にいるわけです。

2. 高齢化社会への対応

高齢化社会の問題をどういうふうに皆さんお考えになるかですが，実は今のお

年寄の問題ではないわけです。今元気で働いてだんだんこれから年をとっていく，私も皆さんも含めてかもしれませんが，そういう現役の人間がいかにうまく年をとるかというのが高齢化社会の一番の課題であろうというふうに考えています。それを頭に置きながら，うまく仕組みを変えていきたいというのが，現在いろいろなことをしはじめている発想の基本にあるわけでございます。

これから，日本の経済運営はどんな方向で行われるかということですが，上手に物価の安定を維持していますが，これはどうしても続けなければいけないだろう。そして，高い雇用率を維持していかなければいけないだろう。経済成長率につきましては，高成長は望みませんが，適度の成長は達成しなければいけないのではないか。世界における我国は１割国家でありますので，１割国家としての自覚に基づき，対外不均衡の是正という課題に取り組んでいかなければいけないのではないか，こういうふうに思っています。あわせて，民生安定が非常に大切だと考えています。

最近のフィリピン情勢，皆さんどういうふうに評価をされるかですが，ベトナム戦争もある意味では，民生安定をいかに図るかというところにあったわけです。やはり人々の心に安心をもたらす，民生を安定させるという政治，施策が行われてはじめて，国が安定するだろうと思っています。経済運営とあわせて，民生安定を考えなければいけないというふうに思っています。

老後の問題を考えたときに，やはり安定がどうやってもたらされるかといいますと，ある人に言わせると３Ｋだといいます。３Ｋとは何かといいますと，１つは健康のＫ。経済的自立というのでしょうか，年をとっても一応，まあまあの生活が送れるような経済的な自立という，このＫ。気力というのでしょうか，生き甲斐と言い替えても良いのですが気力のＫ。健康，経済的自立，気力，この３Ｋが実は高齢化社会におそらく目指さなければいけない目標だろうと，こう考えるわけであります。

そういうものが，われわれこれから年をとっていく者にとって身近に，なるほどオレの健康はこういう恰好で，将来ともに安心して確保されるじゃないかとか，

まあまあ経済的にも自立が維持できるだろう。あるいは生き甲斐として，こういうものをもちうるという気持が持ててはじめて，心の安心があり，それがまさに民生の安定につながっていくのではないかと，こんな発想をしているわけです。

私どもは，そういう意味でこれからの高齢化社会，長寿社会，それに向けての基本的な対策としましては，１つは自分で自分のことがやれるようにという，自立ということを前提といたしまして，自立自助に対して社会が支援をするという支援システムを作っていかなければいけないというふうに考えています。要するに，自分でできることは自分でやってもらおうじゃないか，そして，どうしても自分でできないことを手助けをする。言い換えてみますと何から何まで公におんぶをするということではなく，自らのことで自らができることはやってもらう。そして，欠ける部分を支援する。そういう仕組みを作り上げていくのが１つの対策ではないか，こう考えております。

第２番目には，社会の活力を維持しなければいけない。具体的に言いますと，一生懸命働いて稼いだら，その稼ぎに応じて自分の身につくというか，自分に還元されるような仕組みがどうしても考えられなきゃいけないでしょう。たとえて言いますと，ヨーロッパの社会では，所得の６割とか７割近くがいわゆる税金とか何かでもって行かれます。そういう社会を選択するのか，それともあまり公租公課でもっていかれないで，稼いだものがちゃんと自分で使えるという，そういう仕組みのほうがいいのではないか。どちらを選択するかという問題でありますが，私どもは，活力の維持ということは自分でやったことが自分に跳ね返ってくるということではないのかと感じているわけです。江戸時代においても，税金は原則として４公６民で，だいたい４割が税金で，６割は自分らが使ったわけです。今の社会においても，それぐらいが目処じゃないのかという感じを持っていますし，過去になりますが臨調あたりでもやはり大体，そういった発想がもたれたわけであります。特に長寿社会になった場合は，活力をどうやって維持するのかというのが一つの対策になるわけであります。

３番目には，ヘルスの事業，保健の事業であるとか，福祉，医療，こういった

施策につきまして，地域社会でわれわれが生活している場合に，そういったいろいろな施策が，バラバラに縦割り的に行われるというのではまったく困ってしまうわけです。地域における保健なり，福祉なり，医療の施策が体系化されて，総合化される必要がある。こんなふうに考えています。

もう一つの対策といたしましては，公平を確保しなくてはいけない。これは，後から医療保険について具体的にお話しをいたしますが，やはり皆がどこかの保険に入っているわけですから，有利な保険に入って得をする，不利な保険に入って損をする，これでは困りますので，全国民が大体公平が保てる，こういう仕組みが必要なのではないかと考えています。

そして最後の対策といたしましては，民間の活力をいかに導入するかということであろうと思います。こんなふうな対策を頭に置きながら，これからの消費社会に臨んでいかなくてはならない。こういう発想をしております。

3. 公的医療保険の役割

皆さん方，医療保険とはいったい何だろうということを，せっかくの機会でありますからもう一回考え直していただきたいのですが，実は過去，いろいろな意見がございました。要するに，国民の健康を支えるための大きな手段であるわけでありますが，そこから発生いたしまして必要な医療というものを全部保障するという仕組みでないとおかしいのではないかという論が一方にあります。

つまり，医療保障を医療保険という制度で行えという主張です。私どもは，それは実は否定をしています。医療保険というのは個々人が受けた医療に対してお金を支払わなければなりませんが，その支払いを助けるための経済上の問題処理のための制度だというふうに理解をしています。要するに，医療を受けるために生じる金銭的な損失のリスクを，保険という制度の仕組みを使いながらそのリスクを分散させていこうと。言ってみれば，医療費を保障する仕組みとして考えていこうというふうに割り切っています。ここのところの基本的な制度の位置付けというものをどっちに置くかというのが実はいろいろな問題を考えるときの分かれ目

になりますが，私どもは医療費の保障ということで割り切って考えております。

従いまして，公的な医療保険が守備する範囲というのは，いわゆる適正な医療というのでしょうか，そういう範囲になるだろうというふうに理解しています。といいますのは，自分自身が管理できるような程度の軽い慢性病であるとか，あるいはごく日常的なありきたりの病気とか怪我は，やはり自分自身で管理をしてもらいたい。セルフケアしてもらいたいという発想であります。他方では，高度な技術とか高度な医療機械を駆使して行う特殊な医療であるとか，あるいは特別な快適さを求めたりサービスを求めたりという分野のものにつきましては，これもやはり個人負担していただきたい。そういうふうに個人個人でいろいろ価値観が違います。その個人個人の価値観にかかわるような特別な部分につきましてはやはりこれは個人の負担で整備をしてもらう。

医療保険が対象にしますのは，この両者の中間というのでしょうか，だれでもどこでも平等に受けられるような医療費を保険が受け持つのだという発想です。しかも，そのときには必要な受診は妨げない。しかし，乱用をしては困りますと，こういう原則の下に医療保険というものを考えていったらどうだろうか，こういう観念上の整理をしております。これが正しいかどうか，いろいろ御意見があるかと思いますが，私どもはこういう整理をしたうえで，公的な医療保険の守備範囲というものをきちっと整理をする。そして，私はセルフケアとか個人負担と申しあげましたが，その部分にどのように個人の世界でかかわっていくのか。こういう交通整理をして，全体の中で整合性のあるような仕組みを考えていくのが一番，今の世界に相応しいのではないか，そういう観念的な整理をしております。

4. 公的医療保険制度の在り方の検証

それで，これからどんなことを基本的に考えていくのかということでありますが，実は世の中は随分変わってまいりました。一つは，36年に国民皆保険になったというそのことが，非常に口は悪いのですが，お医者さんを悪くした要因があります。非常に良いお医者さんが伸びる，その芽を摘んでしまった。悪徳なお医者

さんがはびこるのを黙認するような結果を，国民皆保険が招いてしまったような感じがございます。ここのところは一つ，反省しなければいけない。

つまり，現在の保険というのは国民皆保険ですから，99％がどこかの保険に入っています。そして，お医者さんは患者を見た場合にどれかの公的な医療保険制度の患者になっているかということになるわけですが，これまでの傾向としまして，全然自己負担のない被用者保険本人ですと，同じ風邪なら風邪の治療をするときにも，医療費が高い。それから，Ａというお医者さんとＢというお医者さんが同じ病気の治療をするのに，医療費が違う。本当に，パッと診てパッと指示をして，黙って帰って卵酒を飲んで寝ておれというお医者さんと，バッチリ薬を入れて，次々これを飲んで，飲んだか飲まないかまた報告に来てというお医者さん。いろいろなやり方があります。どちらがいいのか，国民の選択の問題もあるかもしれませんが，何かそういうことでお医者さんのビヘイビアがどうも，私どもが観念的に考えておるお医者さんのビヘイビアと随分変わった面があるんです。悪くした面があるのではないだろうかというのが，実は皆保険体制での反省事項です。皆さん方，どう思われますか。お医者さんにかかるときに，どういうお医者さんをイメージされるか。現実にかかられているお医者さんがどうなのか。そのへんを振り返っていただければ，いろいろな考える材料がおありなのではなかろうかと思っています。私どもは，何か，若干，違えた面があるのではないだろうか。

ここで，やはり70年代の21世紀を迎えようとするこの時期に，もう一回原点を考え直してもらわなければいけないのではないか。お医者さんに，使命感というのでしょうか，心の持ち方というものをもう一回，基本的に見直してもらいたい。やはり，患者には本当に親切な心で接してもらいたいし，技をどんどん研いてもらいたい。こういう気持ちがあるわけですし，そういう親切心と技を研ぐ，そういうお医者さんはできるだけ支援を申しあげると，こういう考え方の整理をしなければならないのではないかと思っているわけであります。

もう一つの見方としましては，病気の中身が変わってきたということです。要

するに戦前から戦後にかけて一番の病気といえば結核であったわけです。結核にかかったら，大抵死んでしまった。ところが，結核というのは空中かどこかに飛び回っている結核菌を人間が吸って，その結核菌がどこかに着いちゃってどんどん繁殖して，病気をもたらす。そういう外から菌が入ってくるという，いわゆる外からの病気です。感染性と称していいのかもしれません。そういう病気が主体であったわけですが，治療方法なり薬が発達いたしまして，外からの病気には相当，戦えるようになった。不治の病ではなくなりました。結核が良い例です。いまや，何が病気の主体かといいますと，いわゆる慢性病といいましょうか，心臓病であるとか，高血圧であるとか，胃腸の病気であるとか，要するに生まれてからこのかたずっと動き続けているわけです。心臓を例にとりますと。その心臓が，車がポンコツになるようにだんだんポンコツになってしまう。ピカピカの血管だったのが，いろいろなものが詰っちゃってあまり血が通らなくなってきた。そしていろいろ故障が起こる。こんな病気が主になったわけであります。言ってみれば，内からの病気というようなパターンに変わってきたわけです。

そして，大体，みんな年をとってくれば何かの病気を持っている。言ってみれば，日々の人生は病気との共存の人生である。こういう形に変わってきたわけです。そうすると，医療の内容も変わってくる。結核ですと，それ結核菌をやっつけろというので特別な治療方法なり特別な薬をどんどん投与する。これで結核菌をたたけば，それで克服できる。こういう話から，心臓病だ高血圧だとなったときには，なかなかうまくいきません。日々，ちゃんとした規則正しい生活なり，規則正しい食事をとらなければいけないとか，そんな話でありまして，随分と対応する形が変わってきました。

これが要するに国民の側にとりましては，健康作りを考えなければいけない。お医者さんの側にとりましては，ただ単なる治療だけではありませんで，やはり総合的な健康指導であるとか，健康管理というものが必要になってくる。こういうわけであります。そういう病気が変わってきたということを頭に置いても，対応を考えなければいけないというのが第二点です。

第三点としましては，同じお金を投じて医療を受けるならば，最も相応しい医療が効率的に行われるということが必要なのではないか，こう考えているわけです。たとえば皆さん，かかりつけのお医者さんがあるとします。どうも調子が悪いといって行きました。ところが，どうもキチッとした判断をしてくれない。体の調子は依然として悪い。こういったときに，それではこの病院に行ってみてくださいと，キチッと紹介してふさわしい病院に送られる。そして，そこの病院でいろいろな治療をされる。どうも，これではいけない，もっと高次の病院に行こう。こういうことで，病気のグレードというのでしょうか，病人の状態に相応しい医療がうまく，変な重複もなく，効率的に受けられるようなシステムもいるのではないか。

そして，病気が治ったというと，家庭に帰って，それから家庭の中で必要な看護を受けながら社会に復帰をする。あるいは，家庭に帰るにはまだちょっと早い。しかし，病院にいるのはおかしい。病院というのは，医者と看護婦とそのほかの事務的な資料，あるいはいろいろな高度な医療機械が集まった，物的な資源。それが集中している施設であるわけです。病気がほとんど治って，あまり病状に変化のないような状態になった人が，あまり長くいるところではないだろう。そういった人が，もし家庭に帰れない。家庭に帰る前にトレーニングがいるというのであれば，それに相応しい，いわゆる中間施設というものを作って，そこに留まって，それから家庭に帰る。こういうふうな，全体をうまく動かすようなシステムを作る必要があるのではないか。こういうことで，もっとも相応しい医療が効率的に行われるような仕組みを考える必要があるだろう。こういう問題意識を持っています。

5. 公的医療保険制度の現況と環境の変化

今言ったような問題意識を元に，私どもはいろいろな制度改正を考えようとしていますが，その前に少し，資料を配布していますので，今の医療保険がどんな状況になっているのか，数字の面でどういう問題意識を持っているか，これを繰

り返しになるかもしれませんが，もう一度見ていただきたいと思います。

まず38ページでありますが，現在の医療保険制度というのはここに書いてありますように，大きく，健康保険，船員保険，公務員が入っています共済制度，自営業者が入っている国民健康保険。70歳以上のお年寄が入っている老人保健。非常に大まかには，こういう制度に分かれています。

保険給付というところをご覧いただきたいのですが，給付割合が制度によって少し違っています。健康保険，共済におきましては，本人が９割の給付であります。家族につきましては，入院が８割，外来が７割ということになっています。国民健康保険は，本人も家族も合せて，通じて７割。老人保健につきましては10割。ただし，外来の場合に月400円。入院の場合には１日300円，２ヶ月限りの一部負担がある。こういう仕組みになっています。要するに，同じ医療給付といいましても，自己負担というものがそれぞれ違う。かつ，老人保健以外の広い意味での医療保険では高額療療費という制度がありまして，自己負担分は月額で５万１千円を超える場合には，５万１千円どまり。低所得者の場合には，それを３万円にしている。こういう恰好です。

大体，頭に入れていただきたいのは会社で働いている皆さん方は，１割の一部負担。ただし，入院を考えていただきますと，その月にたとえば入院料，その他の経費で60万円かかったとします。そうすると，１割一部負担ですから，６万円の負担になるわけです。ところが，高額療療費という制度がありまして，６万円ではなく，５万１千円でよろしい。要するに，定率の負担をしてもらいますが，一定の天井つきの一定の負担。こういう仕組みになっています。

問題は，各制度でもって給付の割合が違うというところにありますし，本人と家族で給付の割合が違うというところが一番，問題点になっているわけであります。

それから，財源の欄で保険料率のところをご覧いただきたいのですが，各制度によって保険料率が違っています。ここで負担の不均衡がやはり生じているのではないかというのが問題点の２番目です。それから，一番右の欄の，「老人保健

医療対象者の割合」というのが書いてありますが，これは医療保険各制度に属している70歳以上のお年寄の割合であります。それぞれの制度に属している70歳以上のお年寄につきましては，老人保健という制度でもってカバーをするという恰好ですが，実はそれぞれのお年寄の割合が違っていますので，この老人保健の見直しを今度行おうと思っていますが，お年寄の支え方を，各制度を通じてバランスをとっていきたい。

たとえば，健康保険組合ですと2.9％しかお年寄はいない。つまり，自分たちが保険料を出してお年寄を養うわけですが，2.9％分でいいわけです。ところが一番下の国民健康保険ですと，11.8％のお年寄がいる。そうすると11.8％分を負担しなければいけない。こういう恰好になります。そうすると，お年寄の医療費というのは高いものですから，この医療費をどういうふうに持ちあうかというのが実は問題になっています。考え方としては，やはり今まで一生懸命働いてくれた人については，国民が等しく支えてあげるべきではないかという発想が基本にあるわけであります。そういう方向で制度の見直しをしたらどうかというふうに今，考えているところです。この，お年寄の医療費をどういうふうに持ちあうのかということが，実は問題になっているわけです。

39ページをご覧ください。これは，先程も申しましたように昭和36年に国民皆保険という制度になったわけでありますが，その35年当時と，一番新しい数字が確定数で58年ですが，それを比較していただこうと思って用意した資料です。ここで申しあげたいのは，下のほうの表の諸率というところ，しかも一番下の欄ですが，医療費の構成比という欄があります。ここで，公費と保険料と患者負担というふうになっていますが，公費というのが国庫補助と地方の負担分。保険料というのが，皆で払う分。患者負担というのが，いわゆる患者一部負担であります。

35年当時は，公費が全体の中で19.6％のウエイトがありました。これが，58年は36.4％になっているわけです。それから，保険料が50.4％が52.5％。患者負担が30.0％が11.1％になっています。つまり，患者負担というのは要するに給付改善ということですが，今までの医療保険の歴史というのは，患者の負担をで

きるだけ減らすということ。そして，その減らした分は，国庫補助をどんどん増やすことによってまかなっていこう。こういう仕組みで動いてきたわけであります。

世界の，医療保険を持っているいろいろな国がありますが，公費の割合をここまで吸い込んでいる国は珍しい。国庫補助をどこまで注ぎ込んだらいいのかという話が，国が段々貧乏になってきたという背景もありますが，ここで問題がでるわけです。いずれにしましても，過去の歴史はこういう歴史であったわけです。

40ページの3.の表をご覧いただきたいと思いますが，35年を100にいたしまして58年と比較をしていますが，ここでご覧いただきますようにまず国民所得に比較しまして国民医療費というのは，相当な勢いで増えたということが分ります。それから，公費負担の中でも，国庫補助がベラボウに増えたということでありますし，保険料なり患者負担というものはこの程度の増え方だという状況であります。このへんに少し，負担をどういうふうにしあうかというのが，ここで問題になってきているということです。

40ページの4.の表をご覧いただきたいのですが，これからは，いかにお年寄の医療費が大きなウエイトを占めているかということをお話し申しあげようと思って用意した資料ですが，一つはこれで見ていただきますと60年代のところをご覧いただきたいのですが，お年寄の対象者，右から2番目ですが，800万人の70歳以上の人がいます。左から2番目の老人医療費という欄ですが，その人たちは3兆8千億あまりの医療費を使っています。そしてこの割合は全体の医療の中では，24.3%を占めています。つまり，800万人が1億1千万か2千万いる人口のうち全体の医療費の24%を使っているという数字です。

それから，1人あたりの医療費，一番右の欄をご覧いただきたいのですが，70歳以上の人は47万円の医療費を使っています。これは，69歳以下の人たちと比較して5倍の医療費になっています。こういう状況です。

41ページをご覧いただきたいのですが，お年寄を一体どうすればいいのかという話ですが，この表をご覧いただきたいのは，皆さん方，こういう面ではご専門

の方がいらっしゃるのであれですが，大体，西暦２千年というのが昭和75年で，総人口が１億２千８百万程度と予測されています。そのときの65歳以上人口が1990万，約２千万。15％強のウエイトになります。そのときの寝たきり老人の推計は78万，約80万人ぐらいの人が寝たきり老人だろうと言われています。59年現在では，寝たきり老人の人が47万人。50万人弱いるわけです。下のほうの参考というところをご覧いただきたいのですが，老人病院の病床は現在，８万５千ベット。特別養護老人ホームの定員が10万五千人という状況です。合せましても，大体20万あるかないか。そうすると，50万の寝たきりの人を全部ここに入れたとしても，約半分も入らない。これが75年では80万近くなるわけですが，一体これで本当にベットに全部収容しようなんていったらえらいことになるだろう。こういうのが一つ，あるわけです。寝たきり老人をすべて，病院病床とか特別養護老人ホームに入れるわけにもいかないだろう。まして，一般病院の病床の中に入れ込むというわけにも，これは効率性の問題性を考えてもいかないんじゃないか。一体，これをどうしたらいいんだろうというのが問題意識の一つです。

私どもは，方向としては，やはりお年寄の気持ちを考えれば自分が今まで生活をしてきたその場所で生活を続けるということを望んでおいでなのではないだろうか。いわゆる在宅ということを基本に考えなければいけないのではないか。それから，お年寄の寝たきりの状態にもいろいろ程度がありますから，その程度に応じて，相応しい施設利用を考えなければいけないのではないか。こういう発想でありまして，そこでまず在宅でケアができるように，在宅ケアの仕組みをより充実したい。それから，状況によってはいわゆる昼間だけ利用するデイケアの施設があります。夜利用するナイトケアの施設があります。これは，通院型のようなものを考えなければいけない。それから，特養はそう増やせないだろう。そこで，家庭と病院との中間にあるようなものでいわゆる中間施設。今度の老人保健法で老人保健施設と称することにしていますが，この老人保健施設をうまく作っていきたいと思います。それで，老人病院の病床も，しかるべき数を確保したらどうか。こんな発想にしているわけであります。その発想は，こういった数字に基づ

いて発想しているわけです。

次の42ページをご覧いただきたいと思います。お年寄の医療費がどういう持たれ方をしているかということですが，国と地方で約３割，皆さんが保険料を拠出されていますがその保険料から出しているものが約７割，67％。そして患者負担が３％。これで今の老人保健法の改正が原案どおりにまいりますと約4.5％ぐらいになろうかと思っています。こういうことで，あまり患者負担がなくて，公費と保険料でもって賄われているというのが老人医療費の持たれ方である。

ここで生じてまいりますのが，会社で働いている被用者保険本人でも１割負担をしている。お年寄も，だんだん年金制度が充実してくれば，毎月毎月の年金額も相当あるんじゃないか。そんなことを考えると，どの程度の患者負担が相応しいということになるのだろうか。若い人と年寄とのバランスを考えなければいけない。お年寄の中でも，医療を受ける人と受けない人の受益の差というのを考えなければいけない。そういうことを考えると，老人医療費の患者負担というのをどの程度にしたらいいのであろうか，こういうことがテーマになっているわけです。

43ページをご覧いただきたいと思います。これは，これから老人医療費も含めて，医療費がどんなに伸びていくだろうかということを推計をした表です。ご覧をいただきますといろいろな推計がありますが，私どもが推計をいたしましたものが，Ⅲというところです。いろいろな前提を置いていますが，大体，医療費は何もしないでおきますと７％強，８％ぐらいは医療費は伸びそうだということです。後で，負担の関係で申しあげますが，私どもはこの程度の伸びを確保したら大変なことになるんじゃないかということが発想の基本にございます。要するに，国民所得は伸びますが，国民所得の伸びと医療費の伸びをどうバランスをとったらいいのだろうかという問題意識です。

国民所得の伸びより，医療費の伸びのほうが高いということになりますと，結果としてそれをまかなうためには，保険料を上げるか，国庫負担を上げるか，一部負担を上げるしかないわけです。そうすると，一部負担をそう上げてくれるなということになるだろうと思います。ところが国庫負担ということになりますと

税金ですから，税金を上げるかという話になって，それも嫌だということになります。それでは保険料を上げるかといったら，冗談じゃない，これ以上保険料を取られてたまるか。毎月もらう給与明細の中の，保険料の額というのは相当なものです。これがなお上がるのではかなわない。こういう気持だろうと思います。

そうすると，こんなに医療費を伸ばすわけにはいかんのではないかというのが，実は発想の基本です。こういったいろいろな推計をしますと，かなりの伸び率になるし，国民所得を仮に年率6.5％と仮定をしても，それを超えてしまうということです。

最近の国民所得の伸びを考えますと，年率6.5％というのはちょっと不可能な感じです。なお低い。そうしますと，本当に国民医療費全体のコントロールをどうしたらいいのかという話が，実は大変真剣な課題になるわけです。後からお話をしますが，私どもがいろいろな施策をする際に，どうしても医療費を適正化したい。ざっくばらんに言いますと，この伸びをもっともっと縮めたい。そして，限られた医療費という大切なものを，もっとも効率良く使いたいという発想をしているわけです。その発想の基本は，こういったところにあるわけです。

そして，44ページをご覧いただきたいのですが，われわれは何とか医療費を適正化したいということで，実はいままでもいろいろな試みをしております。国会でも大騒ぎをしまして，59年には健康保険法の改正をしました。59年10月から施行したということになっています。この表をご覧いただきたいのですが，上から3段目の59年10月から60年9月という，法律改正が行われてから1年間の数字，それを前年の同じ時期58年の10月から59年9月までを前年対比で見たわけですが，被用者保険のほうは本人が前年に比べまして伸び率は10％下がった。家族は，5.3％伸びた。トータルで3.6％減になっています。これは要するに被用者保険本人の1割一部負担の結果だというふうに考えられます。一方では，国民健康保険なり老人保健というものは，8.3％とか10.8％とかドンドン伸びている。こういう状況です。

こうやってまいりましたが，一番下の欄をご覧いただきたいのですが，60年10

月，１年たってどうなったかといいますとこういう数字になります。本人が4.1％，家族が6.7％。合計で5.3％。これは，一番上の欄の制度改正以前の４月から９月までの平均の伸び率4.0％と比べても，なおこのほうが高い。国民健康保険にいたっては，59年当時の状況と比べて，断然伸びている。老人保健も，断然伸びている。いろいろ苦労して一部負担などをやったとしても，どうもあまり効果が続かない。たとえが悪いのでしかられるかもしれませんが，あえて申しあげますとタクシー料金の値上げみたいなもので，料金がパッと上がったときにはタクシーに乗りませんが，２，３ケ月たってしまうと，すぐに忘れてまたタクシーに乗るようになる。というような感じが，この数字からうかがい知れるわけです。といいますのも，医療費というのは結局は，お医者さんがどういうふうに医療を供給するかというビヘイビアに随分とかかわっているわけです。私ども内部では，医療費は生き物だからなという言い方をしておりますが，なかなかコントロールが難しい。制度改正といいましても，制度改正というのはしばらくしますと，効果が消えてしまう。こんな感じがするわけです。

このへんがいろいろものを考えなければいけない背景にあるわけです。したがいまして，ただ単に負担を重くするということでもって医療費はなかなかうまくコントロールできない。やはり，基本の問題。いかに医療を供給するかとか，医療を受ける場合のポイントをいかにするか。健康づくりという，病気にならないという方向に医療の基本方向をもっていかなければうまくいかないのではないか。こういうことが，こういった数字から知り得るわけです。

それから，46ページをご覧ください。国民所得と国民医療費がどうなっているかということでありますが，58年の国民医療費は前年に比べまして，その伸び率は，4.9％。そして，一番下の欄の国民所得の対前年度の伸び率は5.1％。59年の3.7％に対しまして5.2％。60年度は見込みでありますが，見込みが6.0％に対して5.0％。61年は4.9％に対して4.9％。こんなふうな感じです。59年に，先程の繰り返しになりますが，国民健康保険法の改正をやりまして，そのときには医療費の伸びは落ちました。国民所得の伸びよりも低くなりました。ところが，60

年は見込で，どうも見込ベースでみるかぎりは，国民所得の伸びよりも医療費の伸びのほうが高くなっている。61年は4.9％，4.9％と合っていますが，これはどうも恰好良い数字になっているのではないかという状況です。どうも，やはり国民医療費のほうが伸び率は高くなりそうだと。こういう状況が把握されます。

47ページをご覧いただきたいと思います。現在の日本の保険料負担と租税の負担とを足しますと，1986年では右の計の欄をご覧いただきまして，一番上の欄ですが，36％ということになっています。皆さんが10万円稼ぐと，3万6千円は税金と保険料でもってゆかれるという状況です。社会保険料負担が11％になっていますが，6％が年金保険料，いわゆる厚生年金の保険料。4％が健康保険の保険料。そのほか1％が労災とかの保険料になっています。それで税金が25％ですので，あわせまして36％の負担になっています。

私どもは，これからどうするかということですが，年金のほうの保険料は，どうしても増えざるを得ない。といいますのは，お年寄の数が増えますから，年金の受給者が増えるわけです。わが国の年金は，まだまだいわゆる年金の成熟度というのが低うございます。左から4段目，真ん中の欄ですが，年金成熟度という欄があります。これは，老齢年金受給者の，加入者に対する割合でありますが，わが国は16.9％。ヨーロッパ諸国は大体もう成熟化しておりまして，3割強もらっている状況です。これが，日本では全体国民の3割ぐらいのところに，今からどんどんなっていく。そうすると，年金の受給者が増えますので，それを支えるためには年金保険料を増やさざるをえない。そうなりますと，社会保障負担の6％が年金だと申しあげましたが，この年金の部分が増えていかざるをえない。

それから，おそらく租税負担も増えるでしょう。所得税はこれ以上かなわないと思われるかもしれませんが，別な形でもって直接税と間接税の比率を反省しながら，おそらくやはり増税せざるをえないだろうと思いますが，といいますのは，現在，赤ん坊まで加えて国民一人あたり百万円ぐらいの借金があるわけです。いくら国の借金だからといっても，それをほおっておくわけにはいかないでしょうから，借金を考えただけでも何かしなくてはならないということになるでしょう。

そうなりますと，税金の負担も増えていく。年金の負担も増える，こういう恰好になるわけです。そして，参考のところで掲げておきましたが，結局は臨調にしても，政府としても経済社会の展望と指針という方針にいたしましても，ヨーロッパ諸国の水準よりはかなり低い水準に国民の負担率を留めたいという発想です。

これが，これからの長寿社会における社会の活力の維持のための相応しい選択ではないのかということです。スウエーデンのように稼いだうちの69％を公租公課で持っていかれる，社会保険料で持っていかれるという選択をするか，国丸抱えでもって国民生活を維持するような方向にするか。それとも，いわんや４割強の負担でもって，大体，稼いだら自分のところへ金が戻ってくる，こういう仕組みのほうがいいのか，これはまさに皆さん方の選択であります。臨調なり，政府の只今の方針ではやはり，あまり公租公課でもっていくというのは良い選択ではないのではないだろうかという方向に向いているわけです。それをいたしますと大体45％ぐらいが目標かなというのが臨調の内々の意見でありますし，臨調から引き続きました行政改革の審議会，行改審と称していますが，ここにおいても大体その方向がとられようとしています。

そういうことからいたしますと，あと10％も枠がないわけです。年金の負担が本当にそういうことで，相当増えるだろうと予想されますし，租税のほうも増えると考えられますので，医療費のほうで負担をする限度というのをどこに置くかというのが問題になるわけです。そして，私どもとしましては医療費のほうの負担をあまり増したくない，増やすわけにはいかないのではないかという方向をとろうとしています。したがって，目標としましては，国民所得の伸び程度に留めたい。ただし，医療費につきましても，お年寄の人口がどんどん増えて，先程も言いましたが若い人と比べると，５倍もかかる。そういう医療費を使うことになるお年寄でありますので，その人たちが増えるという人口増の要素はちょっと加味してもらわなければならないだろう。こんな考え方でありますが，いずれにしましても医療費の負担というのをその程度に留めざるをえない。

そうすると，医療費全体の伸びが国民所得の伸び程度になってくる。こういう発想になるわけです。大体，今の医療費の使われ方は，半分が人件費です。３割ぐらいが薬代。非常に大雑把なわけ方ですが。したがいまして，お医者さんとか看護婦さんのベースアップは，国民所得の伸び程度に留めてもらわなきゃいけないのか。こんな話になるのかもしれません。そういう発想にしているわけです。

6. 日本の医療費の使われ方の特徴

ミクロ的な話は大体以上ですが，ミクロ的に私が医療費を眺めておりまして，日本の医療費としては非常に特色があると考えられる点をいくつかピックアップしておきましたので参考までに申しあげます。まず48ページをご覧いただきたいと思います。グラフよりも表を見ていただきたいのですが，この表は健康保険組合という欄がございますが，これは左の人数割合という10％という数字は，健康保険組合の10％の人が健康保険組合が全体で使っている医療費の61％を使っているということを意味している表です。国民健康保険でいいますと，国民健康保険の被保険者の10％の人数で，国民健康保険の医療費の全体の69％を使っている。30％まで広げますと８割なり８割９分を使っている。フランスも似たような数字だというので，これはＯＥＣＤの数字がありましたのでもってきておきましたが，こんな様子です。

逆にいいますと，４割ぐらいの人は１年間に１回もお医者さんにかかったことがない。医療費を払ったことがないという人になるわけであります。ここで申しあげたいのは，要するに医療費の使われ方というのが非常に偏在をしている。元気な人は，保険料だけ払ってお医者さんにかからない。医療費がかかったことがない。こんな感じでありますし，１割とか２割はしょっちゅう医者にかかっている。こんな使われ方になっている。これでいいのかという疑念であります。

せっかく保険料を払っているのに，病気にならなければ健康保険の恩典を受けられないのかという話になるわけです。そもそもは，病気にならないということを目指さなければいけないわけでありますが，病気にならないということを健康

保険の世界においてももう少しやらなければいけないのではないか。そうしないと，まず健康であり続ける人に対して申し訳ない。病気であり続ける人に対して，もう少し頑張ってくださいということにならない。こういう問題意識であります。

49ページをご覧いただきたい。これは，入院で病院に入って，とうとう死んでしまったという人につきまして，その死んだ月からずっと遡って８カ月の間に，医療費がどんなに使われたかというのを統計をとったものです。そうすると，死ぬ間際の，死んだ月と死ぬ前の月と，２月ぐらいに集中的に医療費が使われている。終末医療という言葉があります。要するに，もう助かる見込みがまったく失われてしまったような患者に行われる医療と理解していいのだと思いますが，この終末医療にムチャクチャかかっています。総医療費の４分の１になっています。

それは，親しんだ家族が死ぬというときには，お医者さんに頼んで，あらゆる手立てを尽してくださいというのがこれは人情です。その人情を否定するものではありませんが，アメリカのカレンさんみたいなケースを皆さん方，どう考えるか。実は，倫理の問題なのかもしれません。どうも，止まりそうな心臓を，無理して人工心臓で動かして，明日死ぬところを１週間伸ばす。こういうことが本当に望ましいのか。望ましいのかもしれませんが，ちょっと１週間は長過ぎるのではないかというような声もあるわけです。家族が全国に分散しているような家庭で，お爺さんかお婆さんが死にそうだと。皆，北海道から九州から，東京にいるお爺ちゃんかお婆ちゃんのところへ集まってくる。ところが，明日ご臨終かなと思っていたらどんどん伸びちゃって，１週間，10日となっちゃった。ちょっとオレは仕事があるから職場に戻るというので，また職場に戻っちゃった。そうしたら，またしばらくしたらおかしくなりそうなのでまた集まったとか。もうちょっといい加減にしてくれよという声が，家族の中から上がったという話も聞いたことがあります。一体，このへんをどう考えたらいいのかという問題であります。

倫理問題に絡みますので，なかなか方向は難しいと思いますが，１つアメリカでは，州によってですが，オレは死ぬ間際には治療をしてくれるなというのを弁護士に遺言をして登録しておくと，本当にあまり高度の医療を行わないというこ

とが行われているようですが，これは一つの例です。ここのところは，もう少し患者の様子を見て，まわりの親族の納得する程度のほどほどの医療に留めてもらえないかという意見もあるのです。そのへんの国民的なコンセンサスがいりますが，ほどほどにという合意が形成されるとしたら，もう少し手がつっこめるのかなという感じであります。若干，乱暴なことを言ったかもしれませんが，総医療費の４分の１を終末期の医療が占めているということを認識いただいて，保険料を払う皆さん方は一体，このへんをどう自分自身として考え方を整理したらいいのかということを考えてみていただきたいと思う資料であります。

50ページは，これはいわゆる医療費の西高東低と言われている現象を少しながめてもらおうと思って持ってまいりました資料です。要するに，都道府県別に一人あたりの医療費を出してみますと，一番左の欄で見ていただきますと全国の平均で一人あたりの医療費が12万６千円かかっておりますが，一番高いのが広島県で16万６千円。２番目が北海道で16万４千円。３番目が高知で16万２千円。こんなことであります。一番低いところが沖縄で７万５千円。その次が千葉で９万３千円と，こんなことになっています。これは，お年寄がいるんじゃないだろうか，お年寄の高い医療費が影響しているだろうというので，ではお年寄の差を除いてみようということで，真ん中のほうの欄に実質医療費というのがありますが，これで見てみますと，お年寄の要素を除いてみてみますと，トップが北海道，２番が大阪，３番が福岡，４番が高知，５番が長崎。こんな感じになります。どうも，西のほうときわだって北海道が高い。こういう数字が医療費の都道府県別の使われ方であります。

なぜ，同じような病気をしているのにこんなに医療費が違うのかということでありますが，如実に言えますのは病院のベット数と非常に相関関係が高いということであります。人口対比でもってベット数の充足率が高い県は，一人あたりの医療費も高い。あたり前ですね。病院を持って経営をしていれば，ベットを空かせておくわけにはいかない。ベットを空かせて平気でいるのは，国立病院だけです。病院をやっている方は皆さん，何とかベットの回転率を良くしたい。遊ぶベ

ットをなくしたい。当たり前です。そうすると，そこへ入れれば高くなってしまうのは，当たり前です。週刊誌にも出ていましたが，北海道のある地方はお年寄は皆，病院に入れるか，特別養護老人ホームに入れているそうです。そこの一人当たりの医療費は，年間百万円を超えています。そういうことで，相関関係は何が一番高いのかと思っていろいろ出してみますと，病院病床との相関関係が一番高いということです。

一体，病院の整備というのをどう考えていったらいいのかという問題が，実はここから出てまいるわけです。医療法という，病院なり医療機関を規定する法律があるわけですが，私どもは，昨年暮，この法律によって地域医療計画というのを作ろうという改正をしました。ある地域を想定いたしまして，この地域に何人の人がいらっしゃるその人からすると，大体平均的に必要なベット数はこのぐらいだ。現実にあるベット数と比べて，多ければもう新設のベットは増やさない。隙間があれば，そこの部分は整備してもらって結構だ。こんなふうな，地域医療計画というものを作ってもらおうということを動かしはじめていますが，それはこういった医療機関の整備の状況が非常に地域的に偏在している。ベットが多ければ良いというものではない，こういう発想になっているわけです。

52ページをご覧いただきたいと思います。一般病院の病床数を，人口１万対比で見てみますと，日本は99ベットあります。ご覧いただくように，世界一です。また，その病院の一般病床に入っている平均在院日数も，世界一です。ここでこういうことを言うと，ヨーロッパなりアメリカは，ナーシング・ホームというのがあるじゃないか，いわゆる病院ではなく，ナーシング・ホームに入っている，だから，病床数が少ないのだし，在院日数も少なくて済むのだ，これは，医療供給体制の違いによるものだ，あながち，この数字でもって日本を云々するのはおかしいという声があります。それはもちろん認めますが，数字としてはこうなっていまして，いかに病床が余り，平均在院日数が長いかということであります。

長くいれば，それだけ金がかかるわけです。今度日本においでになるイギリスの皇太子妃にされましても，お産されてから２日か３日で退院されましたね。日

本は，大体５日とか７日いるわけです。これでも違う。レーガン大統領が，鼻の横にガンができたといってガンをとってもらいましたが，あれは翌日ぐらいには退院しました。日本とは随分違うんです。そこらをもう少し考え直していいんじゃないのかというのが，問題意識であります。こういう数字をご覧いただいたわけです。

53ページは，それと関連するわけですが，各都道府県別に平均在院日数というものを出してみました。ご覧いただきますように，70歳以上の人と69歳以下の人と比べますと，全国平均を見ていただきましても69歳以下は35日，90歳以上は92日になっています。丸印をつけている数字は多いほうの数字，何もつけていないのは少ないほうの数字ですが，70歳以上のところを見ていただきますと，鹿児島がトップで180日いる。一番右の欄が，人口10万対の病床数で，九州，四国が上位クラスの県ですが，そこの病院病床数の整備率は非常に高い。少ないほうを見ていただきますと，やや相関関係があるのかという感じがあります。いずれにしましても，このへんが問題になっている。

実は今日は持ってまいらなかったんですが，精神病の患者というのは非常に入院日数が長いのです。したがいまして，精神病患者を外し，それから，病気によって違うだろうから，病気を同じにしてみようかというので，循環器だけで平均在院日数を出してみたことがあります。それによると同じ循環器病で，70歳以上の人で大体在院日数というのは同じかと思ったら，これが大違い。北海道が一番長い。鹿児島は，実は精神病がかなり多いので少し低くなるとか。非常に訳が分からないのですが，どうも非常に分りにくい数字が出てまいります。やはり，何か人為的な問題があるのではないかというふうに受け止めております。

54ページの16.の表は，全然観点を変えまして中小企業で働いている人の健康保険で，政府管掌の健康保険がありますが，その中での検査と薬の占める割合ですが，薬が約30％。検査が10％強，12％程度ということになっています。この検査，検査という検査浸け，薬，薬という薬浸け，これが実は問題になっています。どうしたものかということが，これからの課題の一つになっています。

54ページの17の表でありますが，これは入院医療費の問題です。45年を100にして入院医療費が697というふうに，大変伸びております。国民医療費の中に占める割合がどんどんウエイトが高まっている。国民医療費の増加に対する寄与率も，非常に高まってきているということです。それから，1ベット当たりの医療費が58年では355万円。こんなに掛かっています。つまり，ここで申しあげたいのは，非常に病院指向，入院指向であるということです。診療所と病院の使われ方が非常に違ってきています。通院でも，病院に行きたいというウエイトが高まっています。また，入院と通院の比較をしますと，断然，入院が増えてきています。これは，患者の入院指向というふうに言われていますが，はたしてそれだけで済むのかどうか。大体，お医者さんというのは毎年，8千人卒業しています。リタイアするお医者さんが2千人。純増6千人です。その6千人のお医者さんは，ほとどが病院にお勧めになります。最近は，開業医というのが少ないわけです。開業への年齢はどんどん高まっていまして，今では平均55歳ぐらいですが，もっと高まると思います。

病院にどんどんお医者さんが増えますので，結局は病院に患者を呼ばざるをえない。患者の入院指向というものは，あれは違って医師の病院指向だというふうに私は言っているのですが。お医者さんが病院に集まる。しかも，このお医者さんも非常に偏在しまして，自分の出身の医科大学の付属病院のようなところにゴロゴロしている。地方の中小病院には，なかなか行ってくれない。医者の給与を見ますと，医科大学の付属病院あたりに勤務している人は，給与が比較的低うございます。それでもやはり，離れたくない。離れたくないものですから，地方の中小病院でお医者さんを呼ぼうとすると，ベラボウな金がかかってしまう。百床未満の中小病院のお医者さんの給与を大病院の平均並にしますと，1兆円の金が浮くという学者もいます。そんなことで，お医者さんの偏在も，実は問題があると思います。病床数の偏在と，お医者さんの偏在と，これをどうするかというのが実は課題の一つであります。

7. 今後の医療保険制度の改革の方向

数字をベラベラと申しあげましたが，それから考えていただきたいいろいろなテーマをご想像いただけたのではないかと思いますが，こんなことを私どもは問題として意識をしていますが，これからどんなことを医療保険制度として改革を進めていくかということでありますが，柱は二つございます。一つは医療費の適正化ということでございます。これは，要するに先程申しあげましたが，医療費の伸びを国民所得の伸び程度に押さえたいということが眼目です。もう一点は，制度の改革です。給付と負担をいかに公平にするかという，給付と負担の公平というのが課題であります。

医療費の適正化からお話を申しあげますと，私どもは今も申しあげましたように入院が実は問題なものですから，入院に焦点を置いて適正化を図っていこうという考え方です。ターゲットを絞らなきゃ駄目だと。いわゆる医療機関の審査なり指導，監査をやっておりますが，そういったところも非常に請求額の高い，しかも在院日数の長い，そういうものを中心に審査をしていこう。医療機関の指導に当たりましても，在院日数の長い医療機関，入院にターゲットを置いて指導を図っていかなければいかんだろう，こういう発想をしております。

それから，都道府県別に私どもは医療費をどうやったら適正化できるのかという，適正化計画を作ってもらわなければいけないのではないか。先程ちょっと紹介いたしました在院日数などを中心に，疾病別に在院日数がどう違うのか，県別，県内の平均を出して，県内の平均より高い市町村，そういったところをピックアップしまして重点的に適正化をやっていきたい。

地域医療計画が作られて，ベット数が適正配置されるということですので，保険の側からもそういったことを考えていったらどうだということで，供給面でのうまい整備というのを考えたらどうだということを，考えています。

もう一つは，医療費を巡る負担の問題を国民の皆さんに分かっていただきたい。皆さんが払われている保険料が本当にうまく使われなきゃいかんし，このまま医

療費がどんどん増えると，保険料も上がりますよと。給料から取られる保険料がどんどん増えますよということを分かってもらう。これが必要なのではないか。それから，国民健康保険が中心ですが，悪質な保険料の滞納者がおりますので，こういった人についてはやはり意識を喚起したい。こんなことを考えております。

医療費という問題からは，診療報酬をどうするんだと。診療報酬といいますのは，お医者さんに対する医療費の支払の仕方であります。現在は，それぞれの医療行為を点数化いたしまして，たとえば盲腸を考えますと，盲腸のときに初診をしますが，その初診料はいくら。再診したときに，再診料はいくら。手術をするということになりますと，盲腸の手術料はいくら。それに使われた薬代はいくら。治療材料費はいくら。こういうふうに，一つの治療行為を単位ごとの医療行為に分けまして，その医療行為を点数化して，行われた医療行為をずっと出来高で積み上げていって，トータルの医療費を出して支払う。出来高払い制をとっているわけです。

この点数出来高払いというのは，悪口を言われていますのは，下手なお医者さんが，しまったこれをやらなければいけないというのでどんどんいろいろな医療行為をやりますと，それがどんどん点数加算されていくという悪弊がある。こう言われています。一方では，ちゃんとやった医療行為を正しく評価できるという利点もあるわけです。なかなか，今の点数出来高払い制というのは変えることができないと思っていますが，それにしても長期入院を是正するとか，入院から外来のほうへシフトするように点数をうまく配置することによって誘導するとか，そういうことが必要なのではないかと考えていまして，できるだけ家でしかも健康作りという点に重点を置いたような医療行為が行われるように診療報酬体系を手直しをしていきたい。病院と診療所というのは絶対的に機能が違うわけですが，その機能に相応しいような支払いができるような点数構成にもっていきたい。こんなふうなことを考えております。

それから，薬の問題もいろいろと議論になっていまして，日本では薬が使われすぎだとか，ある種の薬は非常に値段が高いと言われております。そのへんをも

う少し適正化しなければならないだろう。こう考えています。検査につきましても，先程の資料で最後ごろですがご覧をいただきましたように，まだまだ検査のウエイトが高こうございますので，このへんについてはもう少し適正な検査が適宜適切に行われるということが必要なのではないかという問題。それから，最近は検査を行う場合にも簡単な検査は大体外注してしまいます。検査所という，病院以外で検査を専門にするところが増えていますが，そこへ皆，委託してしまうのです。

そうすると，たとえば保険のほうではその検査をすると百円払うというときに，外部には50円で外部委託するわけです。50円で検査結果をもらって，保険のほうからの支払いは百円だと。そうすると，50円は黙ってお医者さんの収入になるという，外部委託料の問題が出ております。そのことは，安かろう，悪かろうになっているのではないだろうかと。せっかく血をとって検査をしてもらって，ロクな検査結果が出ないというのでは，これはかなわないということでありまして，検査の正確度，精度をいかに高めるかというのが問題になっています。少し，検査の精度基準というものを作りまして基準に沿っていないものについては，支払いをしないとか，厳しい態度をしなければいけないのではないか，こんなふうに考えられております。

もう１点の，給付と負担の公平ということでありますが，冒頭でも申しあげましたように，59年に健康保険法の改正をやりました。退職者医療制度というような制度を作りまして，退職者ＯＢについても現役の会社で働いている人がバックアップすることによって，会社で働いていたときと同じような仲間として面倒をみるような仕組みにしようということにしました。それは，お互いがお互いの医療費を助けあうという制度が導入できたことだという評価をしています。これからまた老人医療費についても，お互いお年寄の医療費を出しあっていこうではないか，こんなふうな仕組みにしようとしているわけです。私ども，70年代，要するに21世紀を迎えるために，何とかお年寄の医療費のもち方をうまく公平化する。そして老人医療費の圧力を平均化して，同じような圧力にしておいて，各医療保

険制度とも足腰を同じように強くして，それで給付と負担の公平というところに移っていきたい。こんなふうに考えているわけです。いってみれば，老人保健法の見直しというのを，これからの制度改正の足掛かりにしたい。そんなふうに考えているわけです。

老人保健法で何を考えているかというのを骨子だけ申しあげますと，どんどん人数が増える老人医療費につきまして，皆が等しく公平にもっていこうじゃないかというのが一つ。それから，老人の一部負担の問題で，医療を受ける老人と，医療を受けない老人とのバランス問題が２。若い人とお年寄のバランスの問題がありますので，やはりお年寄にも，しかるべく一部負担をもってもらう。大体，被用者保険本人が10％，１割の一部負担を今お願いしていますから，お年寄は概ね５％ぐらいの一部負担をお願いしたらどうなのだという発想をしています。

そんなふうなことをすると同時に，老人保健施設というのを作りまして，いわゆる中間施設でありますが，病院にいなくてもいい程度の体の状態になった人で，まだ家に帰れないような人を対象に，老人保健施設という，いってみれば生活介護を中心にして必要な医療を行うような，そういう施設を作ったらどうだ。そんな発想をしております。その，老人保険の見直しをしようということにしています。

そして制度といたしましては，次に問題が起こるのは国民健康保険です。町の自営業者，農業とか水産業とかいった人とか，退職者，あるいは無職の人，これを対象にした制度があるわけです。皆さん方も退職されますと退職者医療制度がありますが，退職者医療制度を外れますと，国民健康保険に行って，東京ですと区役所に行って住民登録すると国民健康保険の被保険者証をもらえるという仕組みになっていますが，この国民健康保険をどうするかという問題が出ています。

今言いましたような職種構成でありますので，なかなか保険料の負担能力というのが低うございます。医療費は結構高いわけでありまして，しかもお年寄が増える，無職の人が増える，低所得者の人が多い，こういう話になりますとなかなか一人立ちできないという話になりまして，一人立ちできるような財政基盤をどうやって作り上げていくのかというのが実は課題になっています。

私どもは一つの発想としまして，いわゆる公費負担医療というのをやっていまして，結核であるとか精神病であるとか，難病であるとかいった疾病ごとに国なり都道府県がお金を出しまして病気の治療費をもっている制度があります。これについても，まさにもう結核の時代ではないではないかということでありますし，精神病ももう少しあり方を考えなきゃいかんということで，国なり都道府県なり市町村がお金を出してみているいわゆる公費負担医療というのを見直したらどうだと言われています。

それを見直すと同時に，国民健康保険も見直してみたらどうだと。あまり保険料の負担能力のないような人については，負担能力のないような人を集めて，そこには公立の国庫補助をやって，税の体系でもって所得再配分効果を期待したらどうだと。そうやって所得の低い，あまり負担能力のない人を外していきますと，国保で残された人はまあまあの人が残るのではないか。そうすると，国民健康保険が一人立ちできるようになるのではないか，そういう発想をして，新しい制度を作るとあわせて国民健康保険基盤の強化を図っていったらどうだろう。こういう発想をしています。

もう１点は，いわゆる組合主義を推進したいと考えています。日本の社会は，何といいましても会社社会です。皆さん方，会社にお勤めの方はもちろん会社に大変な忠誠心をお持ちだし，一家意識，帰属意識は強いと思いますが，家庭の奥さんでも子供でも，やはりお父さんの勤めておいでの会社に非常に強いかかわりを持っているわけです。むしろ，地域社会とはあまり関係ないと言ってもいいのではないかと思います。意識は，会社を中心に回っているというのが日本の社会の精神構造ではないかと思います。

そういう精神構造をベースにして医療保険の組織も組立てたほうが効率的なのではないかという発想です。したがいまして，会社をベースにして健康保険組合をどんどん作っていったらいいのではないか。健康保険組合を作りますと，安田のように非常に力の強い組合と，どこかの鉄工場みたいに弱い組合とあるかもしれません。そうすると，それぞれが会社をベースに組合を作っていきますと，組

合間でアンバランスができる。したがって，そこは組合の中でアンバランス調整はしてもらいたいという発想です。

それでは，国民健康保険と健康保険組合とどうやって調整するのか。こういう話が出てまいるわけですが，そこは税の体系でクロヨン問題がありますので，所得捕捉率が，われわれ勤労者の所得と自営業者の所得把握と相当隔絶はしていると思いますが，そういったところで所得格差の是正をしたら，みんな怒るはずです。だから，それはやらない。それぞれの制度で医療費も違いますが，その医療費の違いを調整するということも，やはりやや違う。先程見ていただきましたように，都道府県別の医療費は，随分と差があります。そんなこと一つとっても，なかなか調整できませんので医療費の調整もちょっと難しいのか。結果として残るのは，各制度の年齢構成の差，端的にいいますと先程見ていただきましたがお年寄の人数の割合，あるいはその制度を構成している被保険者の年齢構成の差，こんなところを調整するのが一番合理的なのではないか。

その第一歩で，お年寄を等しくもってもらおう。皆で負担しあってもらおうというのが，老人保健法の見直しの考え方です。それをもう少し広めて，年齢格差を調整していくというのが，これからの制度改革の方向ではないだろうか，こんなふうに考えます。そういった財政基盤をうまく整えることによりまして，条件を整えて，各制度の給付と負担の公平にもっていきたい。健康保険法では，59年に改正したときにはこれからの給付割合としては，概に80％程度ということをうたっています。つまり，自己負担が20％弱ということになります。

現在，全体の医療保険制度の給付割合を出してみますと，82％ぐらいです。したがって，今とあまり変わらないのでありますが，本人は今，10％しか負担していませんので，20％ということになると少し増えるわけです。家族のほうは入院が20％で外来は30％の負担になっていますから，入院のほうは変わりませんが，外来のほうが上がるという格好になるんでしょう。このへんをどうもっていくかというのが，国民健康保険のほうが今は30％の負担ですが，これが20％ということになりますと軽くなります。そうなると，なかなか議論がありまして，そうう

まくなべてやるのか，それとも医療費が掛かる入院に重点を置いて外来はあまり重点を置かないとかいろいろ議論はあると思いますが，全体なべては８割程度の給付水準にしたいという発想で，これからの制度改革を進めていく。負担につきましては，できるだけ公平になるようにもっていきたい。こんなふうに制度改革は考えているわけです。

8. 医療分野における民間活力

あと，医療分野への民間活力の導入ということを少し申しあげたいと思っていますが，要するに先程申しあげましたが，公的な医療保険がカバーする範囲というのは，いってみればどこでもだれでも，いつでも適切な医療が受けられるということだろうと思います。ですから，非常に高度，特殊な医療というのはやはり自己負担してくださいというようなことになるんだろうと思いますが，そういう公的医療保険の守備範囲が一つ問題になります。非常に，国民の所得も上昇しましたし，公的な保険がそういう標準化したような医療サービスに留まりますと，私はそれでは満足できない，お金を出すからもっと良いサービスを受けたいという人が出てくるわけです。このニーズを民間の活力で何とか受け止めてもらったらどうか。

もう一つは，医療費の伸びというのはやはり先程申しましたように国民所得の伸び程度に留めざるをえない。そうすると，そこにいろいろな抑制が出てくる。抑制が出てくるということは，病院経営一つとりましても，もっともっと経営の合理化を進めなければいけない。経営の合理化を進めるにあたっては，いろいろな知恵を出さなければいけない。その知恵を，民間の知恵に頼りたいというふうなことが出てくるわけです。そういったことが，発想の背景になりまして医療分野に相当民間の力が入ってきているわけです。

今，どんな分野に入っているかということですが，一つは福祉の分野に入っています。典型的には，老人マンションとか有料老人ホームという，そういうグループです。医療の分野に，在宅医療のサービスであるとか，会員制のサービスと

いう，新しいサービスをするグルーピングをされつつあります。検査をする専門，病院の掃除なり給食なりクリーニング，こういった病院を取り巻くいろいろな業務を代行するサービスが増えてきました。健康の分野では，人間ドックとか健康診断とか，あるいは家庭用の健康機械であるとか健康食品であるとか，スポーツクラブなどが盛んである。こんなところに，どんどん入ってきているわけです。

医療の分野に限って民間の参入の状況を見てみますと，３つの分野があるというふうに分析されています。１つは，病院とか救急医療とか，予防診断などの医療サービスを提供する。それを支えるような周辺のサービス。これが一つです。２つは，薬と医療機械などのサービス，３つ目が民間保険というのでしょうか，安田さんでも４月から売出されるという保険。こういったものがあるわけです。

第一のサービスは，実はアメリカで非常に行われているというところです。アメリカの事情は特殊な面があるかもしれませんが，皆さんどう評価されるかしりませんが，私は日本社会というのは割とアメリカチックであると思います。大体，５年から10年遅れてアメリカの波が及んできているのではないかという感じがして仕方がないのです。アメリカは，老人保健と低所得者の保険を国なり州がやっていますが，そこがやはり公費がかかってしょがないといって音を上げまして，非常にスウエーデン的な診療に移ってきています。

何をやっているかといいますと，昔はアメリカの老人医療も低所得者医療も日本と同じように出来高払いだったのですが，今はDRG，ダイアグノースティック・リレィティド・グループスといいまして病気別に，診断群別に定額の支払制度になっている。ですから，盲腸なら盲腸というので10万円払いますといった仕組になっています。10万円払うというのは，今のところはドクターズ・フィーは外していますが，お医者さんのフィー以外は全部そこに入っています。そのうち，お医者さんのフィーも包括するのではないかと言われています。すなわち，アメリカではアメリカの医療を良くするためには，競争原理を導入しなければ駄目だという発想です。要するに，10万円しか払われないということになりますと，一つは10万円でオレの病院をやっていくためには，できるだけ少ない人数で効率

的に，良い医療を行って，できるだけ金が掛からないような方向にもっていきたい。こういう発想になるわけです。

使うほうの側も，あの病院は10万円かかっています。しかし，うちは8万円でやりますので，うちの病院と契約をしてくださいということを期待しているわけです。そういう競争原理が導入できるという発想だと思いますが，定額払いの仕組みに移ってきました。そうすると，アメリカで今はやりつつあるのは，病院外で医療を供給する施設。デイケア施設であるとか，手術ばかりを外来でポッと行って，手術だけして帰ってくる手術センターであるとか医療を供給する施設が随分はやっています。

もう一つは，団体の医療保険契約システム，HMO，ヘルス・メンテナンス・オーガニゼイションというのだそうですが，そういう契約が増えています。契約病院を作って被保険者が病気になると，あそこの病院へ行きなさい。そこでは，この程度の医療が供給されますという，そういう契約があるようです。そこにDRG的な発想があって，この病気だったらこのぐらいでやります。医療のクオリティはこの程度保持します。こういう中身になっているようです。医療機関別の選別が随分と進んでいるという話です。

それから，経営が問題になりますので，病院の経営をやる株式会社が増えています。また，できるだけ病院の業務を，代行できる場合には外部に代行させようという動き。そういった病院の業務を代行するシステムが増えているということです。

それから，医療費をできるだけ抑制するというために，病院からナーシング・ホームということでやりましたが，ナーシング・ホームでも金がかかるということで，家庭での医療ということにシフトをしているようです。そこへ看護婦であるとか，専門のスタッフであるとか，あるいは生活改善のスタッフを家庭に派遣する。看護人を派遣する機関が随分増えてきておりますし，人工透析みたいなものや栄養を常時補給しなければいけないようなものとか，あるいは酸素が常時補給が必要だという場合には，皆，在宅でそれが行われるようなシステムが開発さ

れてまいりました。今や，アメリカは在宅指向そのものであります。そんなふうなアメリカの動向になっていますが，日本もそういうことは避けえない。別に出来高払い制をすぐ止めろというのではありませんが，やはり医療費をできるだけ節約して効率的に使おうという発想がありますので，そういったことが行われるではないかということになるわけです。

そういう空気を微妙に察知されてだと思いますが，一つは病院なり救急医療なり，予防診断などの医療サービスの提供，それを支えるような周辺のサービスをやるようなものが増えています。一つは，会員制の病院だとか，ニューメディアを利用した病院だとかというようなものとかが，少しずつ始まっているわけです。

それから，代行業務も検査の代行なり病院給食のサービス，情報サービス，清掃，クリーニングの衛生サービス。こんなものがはやっています。これは，専門の業者を使うことによって，規模の利益が働きますので，大いにその分野は開発をされるということであります。また，民間保険も今や軌道に乗りつつあるということであります。

私ども，どういった方向にこういった動きを望むかということですが，一つは流れとしましてはわれわれ国民にとって望ましいのは，病気にならないということでありますので，まず健康作りということに大いに民間の知恵，力というものが導入できないか，発揮してもらえないかということを考えています。

２番目には，在宅ケアということがどうしても必要になるのではないか。寝たきり老人を家で世話をするといったことにいちばんネを上げるのは，配偶者であり，お嫁さんであります。そういう看護をする側をいかに支えるかということが必要になるわけです。これから，寝たきり老人だ，ボケ老人だという問題がどうしても出てまいります。そういう在宅で，病院で全部カバーしたり，特別養護老人ホームで全部収容できるというわけではありません。やはり，在宅が中心になると思いますので，それを支援するようなシステムなり体制を考えてもらわなければいけないのではないか。

これは，各家庭によっていろいろとニーズが異なってまいります。そういう異

なったニーズを，なかなか市町村でやれといったって，市町村は個々のニーズにうまく対応できない。機能的にはうまくいかない。そういう面があります。そういったところに民間の活力というのが入ってもらうのが一番相応しいのではないか，こんなふうに感じています。

それから，一つの試みとしてやってみてもらいたいと思いますのは，HMOではありませんが会員制の病院だとかというふうな感じです。要するに，医療保険というのはある程度標準型になってまいりますから，お医者さんにとっても非常に窮屈なわけです。もう少し自由に診療をやってもらいたい。いろいろな試みもやってみたいという気持があるわけです。そういうお医者さんの気持と，患者さんのほうは高度のサービスを受けたい，快適な環境で最高のサービスを受けたいという人もいるわけです。そういった人を集めて，お医者さんのニーズと患者のニーズと両方をうまく加味したようなグループというのができないか。そんなことを実は期待しているわけです。

言いかえますと，医療保険がカバーしています範囲は，医療保険で大体カバーできると思います。ここ5年やそこらはそんなにひっくり返ることはないと思います。したがいまして，医療保険での一部負担部分をもってもらうということは，私はあまりそう望んでいないわけです。むしろ，標準的な医療保険が守備する範囲以外の，周辺部分にいろいろなサービスがあるだろうし，医療保険よりももっと高いサービスを受けたいという人がいる，そういったところに入っていってもらえないか。私どもは，公的保険がちゃんと国民の健康を支えるという責任を放棄するつもりはありませんが，それと周辺のいろいろなサービスがうまくタイアップしまして，全体的に健康作りがうまく進むような，病気になったときにも，できるだけ早く元気を回復できるように，そんな仕組みを動かせないかと考えています。公的保険と，私的保険とがうまくミックスしながらやっていけるようなシステムができないかということを，実は期待しているわけです。

民間の動きをどうやって私どもがバックアップするかということですが，公的制度との調整を事前に図ることとともに，いろいろ議論があると思いますが，私

どもがかかわりあえるのは，税制面でのバックアップではないか。現行税制をいろいろと，たとえば民間保険一つとりましてもいろいろと問題点があろうかと思います。その税制改正の中でできるだけのバックアップを申しあげるということでかかわっていってはどうか。こんな感じも持っています。いずれにしましても，民間活力の導入というのは，新しく始められた分野です。皆さんの教えをどんどんいただかなければいけませんし，私どももいろいろな試みをしなければいけない。小さな実験をいろいろなところで繰り返していきながら，良いものを作りあげていって，日本全体，うまく健康作りをもっていきたい。こんなふうに発想しているわけです。

私の話は以上で終わります。

資　　料

資　　料

1. 医療保険制度の現況……38
2. 国民医療費の推移……39
3. 昭和35年度・昭和58年度対比表……40
4. 国民医療費と老人医療費の推移……40
5. 老人人口の推移と将来推計及びねたきり老人数の見通し……41
6. 負担区分別老人医療費……42
7. 国民医療費の各種推計……43
8. 医療保険制度改正後の医療費の動向……44
9. 国民医療費の動向……46
10. 社会保障給付費，租税・社会保障負担等の国際比較……47
11. 医療費支出配分の偏在……48
12. 死亡月からの期間別にみた１人当たり入院医療費……49
13. 昭和58年度都道府県別１人当たり医療費の要因分析……50
14. 病床数・平均在院日数の国際比較……52
15. 都道府県別平均在院日数（昭和59年）……53
16. 政管健保（医科分）における検査料・薬剤料の割合の推移……54
17. 入院医療費……54

1. 医療保険制度の現況

制度名			保険者（昭60.3末）	加入者数（昭60.3末）［本人 家族］千人	保険給付 医療給付 療養の給付	保険給付 医療給付 家族療養費	保険給付 医療給付 高額療養費	保険給付 現金給付	財源 保険料率	財源 国庫負担	老人保健医療対象者の割合（%）（昭60.3末）
健康保険	一般被用者	政管	国	32,334［15,286 17,048］	9割 ※国会の承認を受けて厚生大臣が告示する日の翌日から8割 ※希望する医療機関における医療費3,500円以下の場合の一部負担金は，医療費に応じて，100円 200円 300円 となる	・入院8割 ・外来7割	自己負担 5万1千円（低所得者3万円） 超過分 ※世帯合算（同一月に3万円（低所得者2万1千円）以上の負担が複数の場合はこれを合算して支給） 多数回該当世帯の負担軽減（12月間に3回以上該当の場合は4回目からの自己負担は3万円（低所得者2万1千円））	・傷病手当金 ・出産手当金 ・分べん費等	8.4% 特別保険料1%（59.3～）	給付費等の16.4%	4.2
		組合	健康保険組合 1,722	29,111［12,404 16,707］		同上（附加給付あり）		同上（附加給付あり）	8.073%（全組合平均）（60.3 現在）	給付費の補助 13億円（昭和60年度）	2.9
	日雇労働者		国	362［222 140］		・入院8割 ・外来7割		・傷病手当金 ・出産手当金 ・分べん費等	1級日額 140円 11級 2,000円（60.10～）	給付費等の16.4%	13.3
船員保険			国	604［189 414］		同上			8.2%（57.4～）	給付費の補助 27億円（昭和60年度）	5.3
各種共済	・国家公務員等		27 共済組合	12,442［5,251 7,191］		同上（附加給付あり）		同上（附加給付あり）	6.05～12.154%（60.4 現在）	なし	3.8
	・地方公務員等		54 共済組合								
	・私学教職員		1 共済組合								
国民健康保険	農業者		市町村 3,270	45,033	7割		長期高額疾病患者の負担軽減（血友病，人工透析を行う慢性腎不全の患者の自己負担額は月1万円）	・助産費 ・葬祭費 ・育児手当金等（但し任意給付）	－	給付費の50%	11.8
	自営業者等		国民健康保険組合 167	市町村 41,544						給付費の32～52%	
	被用者保険の退職者		市町村	国保組合 3,490	本人 8割 家族 入院8割外来7割						

＊ 老人保健	［実施主体］ 市町村長	7,910 被用者保険 2,708 国民健康保険 5,203	10割 ［一部負担 外来の場合 月 400円 入院の場合 1日 300円 ［2カ月限］］	各医療保険保険者から支給	［費用負担］ ・国 2/10 ・地方自治体 0.5/10 0.5/10 ・各医療保険保険者 7/10	［保険局調］

＊ 老人保険制度の対象者は，各医療保険制度加入（国民健康保険法の適用除外たる生活保護世帯に属する者を除く）の70歳以上の者及び65歳以上70歳未満のねたきり等の状態にある者。

2. 国民医療費の推移

（単位：億円）

		35	40	45	50	51	52	53	54	55	56	57	58
国民医療費		4,095	11,224	24,962	64,779	76,684	85,686	100,042	109,510	119,805	128,709	138,659	145,438
内訳	公費（国・地方）	804	2,911	6,901	21,709	25,884	29,800	35,137	38,615	42,545	45,540	49,353	52,883
	保険料	2,063	6,001	13,241	34,636	41,069	45,677	52,965	58,077	63,722	68,897	74,376	76,378
	患者負担等	1,229	2,312	4,820	8,435	9,731	10,208	11,940	12,818	13,538	14,271	14,929	16,177
1人当り医療費（千円）		4.4	11.4	24.1	57.9	67.8	75.1	86.9	94.3	102.3	109.2	116.8	121.7
医療費に対する国庫負担		642	2,478	6,031	18,725	22,481	25,351	30,060	32,990	36,464	38,996	42,146	44,526

（諸　率）

（単位：%）

医療費の対前年度比	13.0	19.5	20.1	20.4	18.4	11.7	16.8	9.5	9.4	7.4	7.7	4.9
国民所得の対前年度比	20.4	12.8	18.7	10.2	13.2	10.9	10.3	6.1	9.4	4.4	4.2	5.1
医療費の対国民所得比	3.09	4.25	4.09	5.22	5.46	5.50	5.82	6.01	6.01	6.18	6.39	6.38
医療費の国庫負担割合	15.7	22.1	24.2	28.9	29.3	29.6	30.0	30.1	30.4	30.3	30.4	30.6
医療費の構成比 公費	19.6	25.9	27.6	33.5	33.8	34.8	35.1	35.3	35.5	35.4	35.6	36.4
医療費の構成比 保険料	50.4	53.5	53.0	53.5	53.6	53.3	52.9	53.0	53.2	53.5	53.6	52.5
医療費の構成比 患者負担等	30.0	20.8	19.3	13.0	12.7	11.9	11.9	11.7	11.3	11.1	10.8	11.1

（注）1　「国民医療費」は，厚生省大臣官房統計情報部「国民医療費」
2　「国民所得」は，経済企画庁調べ
3　人口は，総務庁統計局発表による10月1日人口

3. 昭和35年度・昭和58年度対比表〔昭和36年4月国民皆保険達成〕

			A 昭和35年度		B 昭和58年度		対比（B／A）
国民所得（億円）				132,691		2,279,162	17.18
国民医療費（億円）			［100.0］	4,095	［100.0］	145,438	35.52
一人当たり医療費（千円）				4.4		121.7	27.66
負担の内訳（億円）	公費負担	国庫	（15.7）	642	（30.6）	44,526	69.36
		地方	（3.9）	162	（5.7）	8,357	51.59
		計	［19.6］	804	［36.4］	52,883	65.77
	保険料負担		［50.4］	2,063	［52.5］	76,378	37.02
	患者負担等		［30.0］	1,229	［11.1］	16,177	13.16

4. 国民医療費と老人医療費の推移

年度	国民医療費	対前年度伸率	老人医療費	対前年度伸率	国民医療費に占める老人医療費の割合	対象者数	対前年度伸率	1人当たり老人医療費	対前年度伸率
	億円	%	億円	%	%	千人	%	千円	%
48	39,496	16.2	4,289	—	10.8	4,237	—	101	—
50	64,779	20.4	8,666	30.3	13.4	4,700	4.6	184	24.5
52	85,686	11.7	12,872	19.4	15.0	5,146	5.1	250	13.6
54	109,510	9.5	18,503	16.0	16.9	5,675	4.9	326	10.6
56	128,709	7.4	24,281	14.2	18.9	6,158	4.2	394	9.5
58	145,438	4.9	33,185	20.7	22.8	7,491	15.9	443	4.2
59	149,000	2.4	34,651	4.4	23.3	7,769	3.7	448	1.1
60	157,200	5.5	38,241	10.4	24.3	8,023	3.3	477	6.5

5. 老人人口の推移と将来推計及びねたきり老人数の見通し

年　次	総　人　口	65歳以上人口	総人口に占める割合	ねたきり老人数
	千人	千人	%	千人
大正14年	59,737	3,021	5.1	
昭和15年	73,075	3,454	4.7	
30	90,077	4,786	5.3	
35	94,302	5,398	5.7	
40	99,209	6,236	6.3	
45	104,665	7,393	7.1	
50	111,940	8,865	7.9	
55	117,060	10,647	9.1	
59	120,235	11,956	9.9	471
65	122,834	14,290	11.6	563
70	125,383	17,082	13.6	673
75	128,119	19,943	15.6	786
80	130,008	22,228	17.1	876
90	129,332	27,311	21.1	1,076
100	127,184	27,079	21.3	1,067
110	124,945	26,198	21.0	1,032
120	121,800	26,902	22.1	1,060

（参　考）　老人病院病床　85,503 病床
（全病院　1,440,381 病床）
特 養 定 員　105,887 人

6. 負担区分別老人医療費

（単位：億円，％）

	医療費	割合
公費	12,276	28.9
国	8,184	19.3
都道府県	2,046	4.8
市町村	2,046	4.8
拠出金	28,644	67.4
被用者保険	15,984	37.6
政管	7,503	17.7
組合	5,749	13.5
船保	139	0.3
共済	2,592	6.1
国保	12,661	29.8
患者負担	1,575	3.7
合計	42,496	100.0

（注） 制度改正を61年6月に実施した場合の負担額である。

7. 国民医療費の各種推計

（単位：億円）

			昭和58年度	60	65	70	75	80	平均伸び率	備考
Ⅰ 日大推計	ケース 1	国民医療費	150,800	175,800	248,000	342,700	488,400	—	7.2%	1）日大人口研「人口・経済・医療モデルに基づく長期展望」（60. 3）
		対NI比(%)	6.6	6.9	7.4	7.8	8.0			2）1973－1982 点数引き上げ指数を対象
	ケース 2	国民医療費	153,700	184,600	275,300	395,500	598,200	—	8.3	3）G.N.Pの伸び 平均6.2%
		対NI比(%)	6.8	7.2	8.2	9.1	9.7			1）日大人口研「人口・経済・医療モデルに基づく長期展望」（60. 3）
										2）1973－1978 点数引き上げ指数を対象
										3）G.N.Pの伸び 平均6.2%
Ⅱ NIRA推計		国民医療費	148,000	170,400	268,300	405,300	613,600	—	8.7	1）年齢別受診率 54'以降一定、1件当たり医療費の伸びは50－54年の平均。
		対NI比(%)	7.0	8.8	11.5	14.5	18.6			2）G.N.Pの伸び 4%
Ⅲ 保険局概算	1. 供給サイドからの推計	国民医療費	145,300	168,900	245,800	357,800	520,900	758,400	7.8	雇用者所得 3.9%、サービス経費 2.5%、薬剤費 0.6%、営業余剰 0.8%を仮定。
		対NI比(%)	6.4	6.6	7.0	7.4	7.9	8.4		
	2. 需要サイドからの推計	国民医療費	145,300	169,500	249,000	365,900	537,600	789,900	8.0	医療保険医療費の57'（実績見込み）/ 55'（実績）の平均伸び率 8.0%を仮定。
		対NI比(%)	6.4	6.6	7.1	7.6	8.1	8.7		
	3. モデル計算	国民医療費	145,300	167,600	241,700	354,000	517,200	745,100	7.7	1）65歳未満の医療費の伸び6.5%仮定。
		対NI比(%)	6.4	6.5	6.9	7.4	7.8	8.2		2）65歳以上1人当たり医療費は、65歳未満の4.1倍と仮定。
Ⅳ 長期懇の方式による試算	A推計	国民医療費	145,300	176,800	288,600	471,200	769,200	1,255,800	10.3	1）G.N.Pの伸び 9.2%
		対NI比(%)	6.4	6.6	6.9	7.2	7.6	8.0		2）医療費の伸びはG.N.Pの伸びに人口の高齢化増（1%）を加える。
	B推計	国民医療費	145,300	181,600	317,200	554,100	967,800	1,690,400	11.8	1）上記にG.N.Pの伸びに対する医療費の弾性値を織り込む。
		対NI比(%)	6.4	6.7	7.6	8.5	9.6	10.8		

（注）1. 「保険局概算」は、制度改正前に推計したものである。
2. G.N.Pの伸び率の仮定がない場合は、NIの伸びを年率6.5%と仮定した。
3. G.N.Pの仮定がある場合は、NIも同様に伸びると仮定し、G.N.P対NIの比率は56年度の比率を用いた。
4. 旧・日大の中位推計（57.6）では、昭和75年の国民医療費（対NI比）は、974,200億円（11.3%）であり、昭和58～80年の平均伸び率は11.7%であった。

8. 医療保険制度改正後の医療費の動向

(1) 制度改正後の医療費総額の伸び率

（対前年同期比）

（単位：%）

		医療保険	被用者保険			国保	老人保健
		計	計	本人	家族		
制度改正前	59年 4月～9月	5.1	4.0	4.0	3.9	4.1	8.5
制度改正後（1年間）	59年10月～60年9月	3.8	△3.6	△ 10.2	5.3	8.3	10.8
	60年10月～61年2月	1.9	△4.7	△ 10.8	3.6	5.7	8.3
	61年 3月～9月	5.0	△2.8	△ 9.7	6.4	10.1	12.5
61年10月		9.0	5.3	4.1	6.7	10.4	12.3

注）1. 昭和59年3月に△2.3%の医療費改定，昭和60年3月に1.2%の医療費改定が行われている。
2. 被用者保険，国保の医療費は，老人保健分が除かれており，各制度の老人医療費は老人保健に一括して計上している。
医療保険計は，被用者保険，国保，老人保健の合計である。
3. 社会保険支払基金審査分，国保連合会審査分の医療費（入院，入院外，歯科）である。

(2) 1人当たり医療費の伸び率（対前年同期比）

ア．政 管 健 保

（単位：％）

		本人				家族			
		計	入院	入院外	歯科	計	入院	入院外	歯科
改正前	59年 4月～9月	2.4	2.0	0.8	8.7	2.1	3.2	2.0	△ 0.1
改正後（一年間）	59年10月 ～60年9月	△12.6	△ 5.3	△16.0	△15.2	4.1	5.7	1.8	7.7
	60年10月 ～61年2月	△13.4	△ 6.9	△17.1	△13.7	2.0	3.1	0.7	4.2
	61年 3月～9月	△12.0	△ 4.2	△15.2	△16.2	5.4	7.3	2.7	9.8
61年10月		2.7	0.9	4.7	0.1	5.9	6.7	5.3	6.5

イ．国保及び老人保健

（単位：％）

		国保				老人保健			
		計	入院	入院外	歯科	計	入院	入院外	歯科
改正前	59年 4月～9月	4.3	6.0	3.1	3.1	3.9	6.9	△ 0.3	10.0
改正後（一年間）	59年10月 ～60年9月	8.4	10.2	6.1	10.9	6.1	7.7	3.6	11.0
	60年10月 ～61年2月	6.0	7.0	4.4	8.6	3.7	5.5	0.9	11.4
	61年 3月～9月	10.1	12.4	7.3	12.5	7.8	9.3	5.5	10.8
61年10月		10.3	12.4	8.9	8.6	7.7	8.9	6.0	9.5

9. 国民医療費の動向

	昭和58年度 （実　績）	昭和59年度 （実績見込）	昭和60年度 （見　込）	昭和61年度 （推　計）
	億円	億円	億円	億円
国民医療費	145,438	150,800	159,800	167,600
（対前年度伸び率）	（4.9％）	（3.7％）	（見込6.0％） （実績(60.3～9) 5.0％）	（4.9％）
	兆円	兆円	兆円	兆円
国民総生産	284.1	303.2	320.4	336.7
（対前年度伸び率）	（4.3％）	（6.7％）	（5.7％）	（5.1％）
国民医療費の割合	5.1％	5.0％	5.0％	5.0％
	兆円	兆円	兆円	兆円
国民所得	227.9	239.8	251.8	264.2
（対前年度伸び率）	（5.1％）	（5.2％）	（5.0％）	（4.9％）
国民医療費の割合	6.4％	6.3％	6.4％	6.3％

10. 社会保障給付費、租税・社会保障負担等の国際比較

（単位：％）

区分／国名	社会保障給付費の対国民所得比（1980年）	老年人口比率（65歳以上人口比率）（1982年）	年金成熟度（老齢年金受給者の加入者に対する割合）（1982年）	租税・社会保障負担の対国民所得比（1983年）		
				租税負担	社会保障負担	計
日本	12.7	9.6	16.9	23.7	10.1	33.8
（1986年）	14.0（1983年）			25.1	11.0	36.1
フランス	33.4	13.5	38.7（1981年）	33.5	28.7	62.2
西ドイツ	29.9	15.0	28.0	31.0	22.7	53.7
スウェーデン	39.6	16.6	32.1	49.1	19.9	69.0
イギリス	21.2（1979年）	15.0	20.6（1981年）	41.9	11.4	53.3
アメリカ	16.4	11.6	18.0	26.6	10.0	36.0

（注）医療についてわが国と同じ社会保険方式をとっている国は西ドイツとフランス

＜参考＞

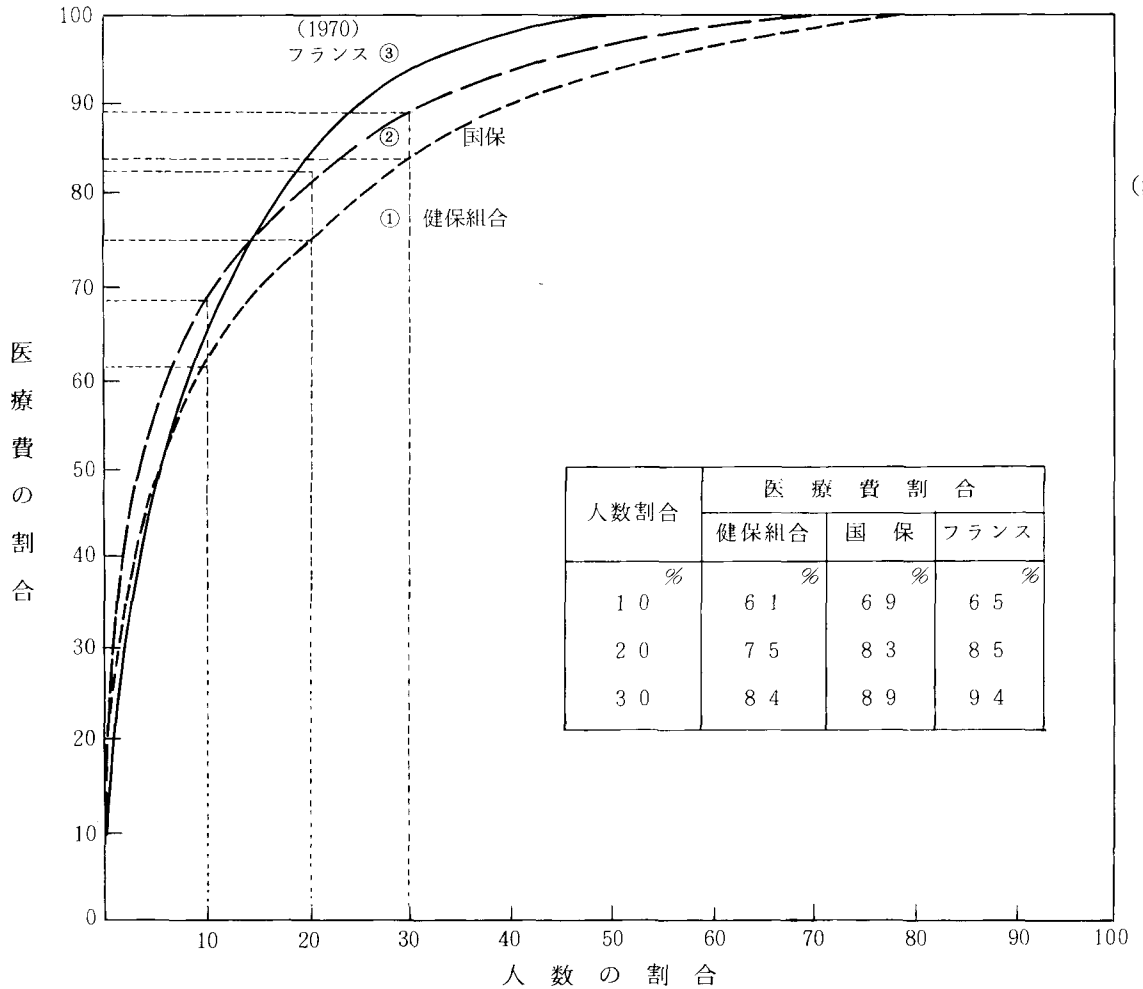
臨調第３次答申（昭和57年７月30日）

租税負担と社会保障負担とを合わせた全体としての国民の負担率（対国民所得比）は、現状（35％程度）よりは上昇することとならざるを得ないが、徹底的な制度改革の推進により現在のヨーロッパ諸国の水準（50％前後）よりはかなり低位にとどめることが必要である。

「1980年代経済社会の展望と指針」（昭和58年８月）

将来の租税負担と社会保障負担とを合わせた全体としての国民の負担率（対国民所得比）は、ヨーロッパ諸国の水準よりはかなり低い水準にとどめることが望ましい。

11. 医療費支出配分の偏在　　1981年（昭和56年度）



人数割合	医療費割合		
	健保組合	国保	フランス
%	%	%	%
10	61	69	65
20	75	83	85
30	84	89	94

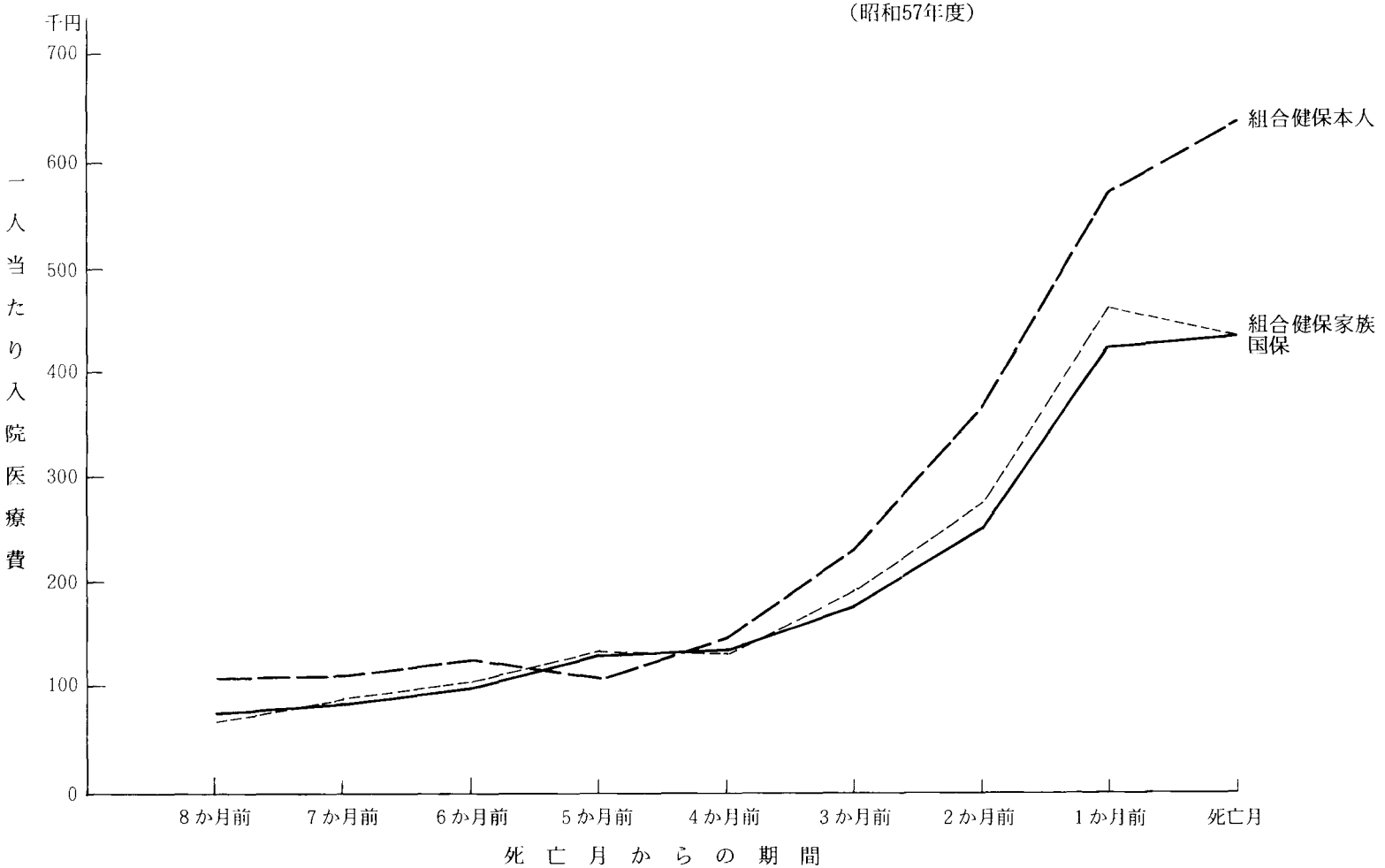
（注）

1. 健保組合，国保は昭和56年度の1年間の医療費についての数値である。
（出典：昭和57年度診療状況実態調査）

2. フランスは1970年に於ける3ケ月の総医療費についての数値である。
（出典：OBCD　OECD／SME
SAIR／HP／84.01 PART

12. 死亡月からの期間別にみた１人当たり入院医療費

（昭和57年度）



総　数　　（入院、入院外及び歯科の計）

都道府県名	1人当たり医療費	対全国比	順位	年齢補正係数
	円			
全国計	126,771	1.00000		1.00000
01 北海道	164,530	1.29785	2	1.00390
02 青森	117,146	0.92407	34	1.09225
03 岩手	137,287	1.08295	18	0.98388
04 宮城	118,540	0.93507	32	0.99433
05 秋田	123,558	0.97465	29	0.96887
06 山形	116,365	0.91791	35	0.91903
07 福島	123,462	0.97390	30	0.96702
08 茨城	102,638	0.80963	44	1.02175
09 栃木	106,175	0.83754	42	1.01504
10 群馬	113,554	0.89574	37	0.99531
11 埼玉	96,638	0.76230	45	1.15371
12 千葉	93,432	0.73701	46	1.07797
13 東京	115,073	0.90773	36	1.07003
14 神奈川	111,796	0.88187	38	1.06792
15 新潟	124,482	0.98194	27	0.91033
16 富山	158,779	1.25249	5	0.87807
17 石川	147,882	1.16653	12	0.95363
18 福井	130,531	1.02966	21	0.90288
19 山梨	109,045	0.86017	40	0.99426
20 長野	120,967	0.95422	31	0.88317
21 岐阜	109,734	0.86561	39	1.01522
22 静岡	103,468	0.81618	43	0.98293
23 愛知	128,716	1.01534	22	1.06059
24 三重	126,228	0.99572	24	0.92488
25 滋賀	117,178	0.92433	33	0.93642
26 京都	151,981	1.19886	7	0.95646
27 大阪	144,651	1.14104	14	1.12957
28 兵庫	135,374	1.06787	20	0.97231
29 奈良	125,005	0.98607	25	0.99120
30 和歌山	123,802	0.97658	28	0.96818
31 鳥取	128,599	1.01442	23	0.85689
32 島根	136,136	1.07388	19	0.83773
33 岡山	151,793	1.19738	8	0.84705
34 広島	166,814	1.31587	1	0.87548
35 山口	160,713	1.26774	4	0.83768
36 徳島	150,116	1.18415	11	0.96731
37 香川	151,304	1.19352	9	0.86677
38 愛媛	145,553	1.14816	13	0.92346
39 高知	162,758	1.28387	3	0.90382
40 福岡	152,728	1.20476	6	0.96757
41 佐賀	141,769	1.11831	16	0.94065
42 長崎	151,022	1.19130	10	0.96882
43 熊本	143,360	1.13086	15	0.94196
44 大分	138,320	1.09110	17	0.91151
45 宮崎	107,665	0.84929	41	1.00643
46 鹿児島	124,600	0.98288	26	0.92237
47 沖縄	75,382	0.59463	47	1.25173

1人当たり医療費の要因分析

実質医療費			医療費の高低要因		
1人当たり額	対全国比	順位	差	年齢構成による分	年齢以外の要因による分
円			円	円	円
126,771	1.00000				
165,172	1.30292	1	37,759	-642	38,401
127,953	1.00932	20	-9,625	-10,807	1,182
135,074	1.06550	12	10,516	2,212	8,303
117,868	0.92977	28	-8,231	672	-8,903
119,711	0.94431	25	-3,213	3,846	-7,060
106,942	0.84359	42	-10,406	9,422	-19,829
119,391	0.94178	26	-3,309	4,072	-7,380
104,870	0.82724	44	-24,133	-2,232	-21,901
107,772	0.85013	41	-20,596	-1,596	-18,999
113,022	0.89154	34	-13,217	532	-13,749
111,492	0.87948	35	-30,133	-14,854	-15,279
100,716	0.79448	46	-33,339	-7,285	-26,055
123,132	0.97130	23	-11,698	-8,059	-3,639
119,389	0.94177	27	-14,975	-7,593	-7,382
113,320	0.89389	33	-2,289	11,162	-13,451
139,420	1.09978	10	32,008	19,359	12,649
141,025	1.11244	9	21,111	6,857	14,254
117,853	0.92966	29	3,760	12,678	-8,918
108,419	0.85523	39	-17,726	626	-18,352
106,835	0.84274	43	-5,804	14,132	-19,936
111,404	0.87878	36	-17,037	-1,670	-15,367
101,703	0.80225	45	-23,303	1,766	-25,068
136,514	1.07686	11	1,945	-7,798	9,743
116,746	0.92092	30	-543	9,483	-10,025
109,729	0.86557	38	-9,593	7,450	-17,042
145,363	1.14666	7	25,210	6,618	18,592
163,393	1.28888	2	17,880	-18,742	36,622
131,626	1.03830	17	8,603	3,748	4,855
123,905	0.97739	22	-1,766	1,100	-2,866
119,862	0.94550	24	-2,969	3,939	-6,909
110,196	0.86925	37	1,828	18,403	-16,575
114,045	0.89962	32	9,365	22,091	-12,726
128,576	1.01424	19	25,022	23,217	1,805
146,043	1.15202	6	40,043	20,771	19,272
134,626	1.06196	14	33,942	26,087	7,855
145,210	1.14545	8	23,345	4,907	18,439
131,146	1.03451	18	24,533	20,158	4,375
134,412	1.06028	15	18,782	11,140	7,641
147,104	1.16039	4	35,987	15,654	20,333
147,775	1.16568	3	25,957	4,953	21,004
133,355	1.05194	16	14,998	8,414	6,584
146,313	1.15416	5	24,251	4,708	19,542
135,039	1.06522	13	16,589	8,321	8,268
126,080	0.99455	21	11,549	12,239	-691
108,357	0.85475	40	-19,106	-692	-18,414
114,927	0.90658	31	-2,171	9,673	-11,844
94,358	0.74432	47	-51,389	-18,976	-32,413

14. 病床数・平均在院日数の国際比較

	一般病院 病床数 （人口1万対）	病院一般病床 平均在院日数
日本	99.2 (1983)	39.2 (1983)
フランス	82.6 (1977)	13.6 (1976)
西ドイツ	69.2 (1980)	19.7 (1980)
スウェーデン	72.8 (1980)	—
イギリス	37.5 (1977)	20.5 (1979)
アメリカ	47.5 (1980)	9.9 (1981)

15. 都道府県別平均在院日数（昭和59年）

	総数	0歳～69歳	70歳以上	人口10万対病床数（10月1日）
全国	44.7	35.8	92.7	1,455.9
北海道	51.0	37.6	④ 143.4	1,971.0
青森	58.3	47.0	120.0	1,910.1
岩手	41.7	33.0	98.4	1,835.6
宮城	35.2	29.4	79.8	1,433.2
秋田	49.1	39.0	105.9	1,666.2
山形	52.7	46.0	87.1	1,265.4
福島	41.4	36.1	70.4	1,764.7
茨城	45.2	38.7	86.5	1,246.9
栃木	54.4	50.8	76.6	1,351.0
群馬	41.5	34.6	78.4	1,333.8
埼玉	40.1	34.1	84.4	1 908.2
千葉	32.5	24.6	78.2	3 964.0
東京	42.4	34.0	86.7	1,232.5
神奈川	33.0	27.4	71.6	2 954.3
新潟	34.0	28.3	69.5	1,224.5
富山	40.3	28.2	95.0	1,854.4
石川	44.1	27.3	130.9	2,025.8
福井	40.9	32.2	85.4	1,755.6
山梨	33.4	30.2	2 47.9	1,520.6
長野	36.8	31.3	4 62.9	1,359.3
岐阜	38.4	30.9	73.3	1,150.7
静岡	32.7	27.6	3 58.2	5 1,080.7
愛知	29.0	24.1	69.0	1,170.7
三重	26.6	22.4	1 46.4	1,396.8
滋賀	36.6	26.2	100.4	1,132.4
京都	51.3	42.0	99.9	1,457.8
大阪	42.2	36.3	84.5	1,302.3
兵庫	41.7	36.4	5 68.7	1,212.2
奈良	39.9	33.0	74.2	4 1,033.5
和歌山	44.3	36.6	85.4	1,583.0
鳥取	51.7	42.4	93.6	1,680.7
島根	55.4	48.3	83.3	1,622.9
岡山	38.7	30.0	71.3	1,918.8
広島	57.0	47.3	107.8	1,538.6
山口	67.2	53.8	116.9	1,905.4
徳島	60.7	52.7	107.1	③ 2,282.9
香川	55.6	38.0	134.2	2,189.3
愛媛	50.0	42.1	85.1	2,020.7
高知	66.3	47.2	③ 153.3	① 2,938.5
福岡	64.6	47.1	134.8	2,034.1
佐賀	52.4	36.6	128.0	⑤ 2,226.0
長崎	59.3	44.6	⑤ 139.1	2,195.3
熊本	59.4	40.4	② 155.1	② 2,487.2
大分	62.3	52.1	106.9	2,008.0
宮崎	58.3	47.6	108.8	2,096.0
鹿児島	79.0	52.7	① 180.4	④ 2,237.9
沖縄	37.7	32.2	77.0	1,331.2

資料：患者調査

16. 政管健保（医科分）における検査料・薬剤料の割合の推移

	検査料の割合	薬剤料の割合
昭和45年5月	6.6%	44.8%
46 5	6.2	45.8
47 5	6.4	42.7
48 5	6.6	46.4
49 11	7.1	37.3
50 5	8.0	37.8
51 5	7.8	37.3
52 5	9.0	37.7
53 5	9.1	34.2
54 5	10.6	36.0
55 5	11.3	38.2
56 5	11.5	38.7
57 5	11.8	34.1
58 5	12.5	35.1
59 5	12.6	30.9

社会医療診療行為別調査

17. 入院医療費

（単位：億円，%）

	45	50	55	58
総額	8,799	25,427	48,341	61,297
45年度を100としたときの指数	100	289	549	697
国民医療費に占める割合	35.2	39.3	40.3	42.1
国民医療費に対する増加寄与率（対前年度増加）	40.6	40.9	41.8	46.2
1病床当り医療費（千円）	671	1,780	3,007	3,550