

【1981年1月30日】医療保障制度改革の基本的考え方について

社会保険審議会（総）

7. 医療保険制度改革の基本的考え方について

| 事項 | 処理状況 |
|-------------------------------|---|
| 1. 制度間格差の是正、当面、健康保険組合間財政調整の実施 | (制度間格差の是正) 今回の改正により健康保険組合間で財政調整を実施することとされた。 |
| 2. 本人、家族の給付水準の格差是正等を中心とする給付改善 | (給付改善) 今回の改正により家族の入院給付率が7割から8割に上げられ、分娩費等の現金給付について実情に応じて弾力的に改善するため政令で改定することとされた。 |
| 3. 一部負担の適正化、合理化 | (一部負担) 今回の改正により初診時一部負担は、現行の600円から800円に、入院時一部負担は、現行の1日200円から1日500円(1ヶ月を限度とする)に変更された。 また、高額な家族負担を解消するために、高額医療費支給の対象となる患者負担限度額を現行の月額39,000円に据え置くとともに低所得者については、その限度額を15,000円とする予定である。 |
| 4. 退職者継続給付の検討 | 退職者医療給付制度については検討中。 |
| 5. 付添看護、差額ベッド、歯科差額の保険外負担問題の改善 | (差額ベッド問題) ・昭和49年の保険局長通知において、次のような考え方を示し、この方針の下に指導を進めている。 (1) 三人部屋以上の大部屋では、差額を徴収してはならない。 (2) 個室及び二人部屋でも差額徴収は患者の希望があったに限り、患者の希望によるものではなく治療上の必要から収容した場合には差額徴収をしてはならない。 (3) 差額ベッドの全病床に対する割合は、国の医療機関では10%、その他の医療機関では20%以下に改善すること。 ・昭和53年2月の診療報酬の改定の際に室料等の入院関係の費用について重点的に引上げ、また、同年7月の保険局長通知で指導の徹底を図った。 ・この結果、毎年7月1日現在で行っている調査をみると昭和55年には、31都道府県で大部屋での差額徴収が完全に解消し、全体としての差額ベッド割合が昭和49年の19.2%から昭和55年 |

| | |
|--|---|
| | <p>は、13.8%へ、3人以上の大部屋での差額徴収割合も8.7%から3.4%へと改善されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特に差額ベッド割合が高く問題となっている私立大学附属病院については、厚生省の要請を受け、昭和55年1月に文部省大学局長から差額徴収の改善のための指導通知が出されている。 <p>今後とも、関係機関と連携をとりつつ指導を強化することとしている。</p> <p>(付添看護問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・付添看護問題の改善のため、特2種の新設等基準看護体系の整備を図ってきたが、昭和53年2月の診療報酬改定において、基準看護加算の引上げ、2種特別加算等によりその充実を図った。それとともに基準看護を採っていない病院についても、重篤の看護等の看護料の引上げを毎年行っている。 ・基準看護病院においては、病院看護の代価として付添看護が行なわれることがないよう基準看護に違反する病院に対してはその取り消しを行うなどの指導の強化を図っている。 <p>(歯科差額問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昭和53年2月の診療報酬改定において、前歯部の鑄造歯冠修復について、患者が保険適用外の貴金属の使用を希望した場合には、患者は材料費の差額のみを負担すれば足りるという材料差額方式を実施した。 <p>6. 物と技術の分離、技術料重点の診療報酬の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昭和53年2月の診療報酬改定の際に技術料の大幅な引き上げを行った。 ・時期診療報酬改定以降も逐次この方向で改善を進めたい。 <p>7. 実勢価格に見合った薬価基準の適正化</p> <p>(薬価基準の適正化)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昭和53年2月の薬価基準全面改定において、従来の統一限定収載方式に変えて、個々の銘柄ごとに薬価を定める銘柄別収載方式を採用することとし、また、薬価基準の引き下げ(平均して、薬剤費に対して5.8%、医療費に対して2.0%)を行った。 ・薬価調査の方法を改善し、本調査の前後に厚生省職員が直接卸売業者に出向いて医療品の売上傳票などを調べる特別調査を新たに実施した。また、実勢価格の変動を逐一とらえるために、6次にわたる経時変動調査を行った。 <p>(指導、監査)</p> <p>8. 適正な医療費支</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昭和54年1月の保険局長通知において指導、監査の方針を強 |
|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>出対策の推進</p> | <p>化して、不正請求の疑いのある医療機関に限らず、医学常識からみて、極端に診療点数の高い医療機関などについても、診療内容の当、不当にまで立ち入って重点的に指導、監査を行なうこととした。</p> <p>・昭和 54 年度から機動的な指導、監査を行うための体制を強化し、中央に医療指導監査官 2 名、地方に医療事務指導官 19 名を設置し、逐年その増員を図っている。</p> <p>56 年度予算 保険局に医療指導監査管理官（課長職）を設置 (55`) (56`) 医療指導監査官の増員 4 人 6 人 医療事務指導官の増員 33 人 52 人 (支払い基金の監査体制の強化)</p> <p>審査委員の増員及び専従化、重点審査の徹底等により、審査体制の充実に努めている。</p> <p>56 年度予算 (55`) (56`) 審査委員の増員 3,231 人 3,369 人 (うち専従審査委員) 235 人 337 人 コンピューター導入方法等の検討に着手 (医療通知運動の実施)</p> <p>昭和 55 年度から政府管掌健康保険においても、医療費通知運動を実施するとともに、56 年度は、照会対応体制を整備し、その充実強化を図る。</p> |
| <p>9. 給付に見合った保険料及び財政基盤に応じた国庫補助による保険財政の安定</p> | <p>今回の改定により、保険料の上限は厚生大臣が 91 / 1,000 を超えない範囲で社会保険審議会の議を経て定めることとされた。また、国庫補助については、当分の間 16.4%とするが、保険給付の内容の変更又は国の財政状況の変動その他特別の事情が生じた場合には速やかに検討することとされている。</p> |
| <p>10. 保険料負担の基礎となる報酬の合理的見直し</p> | <p>今回の改正により被保険者に占める標準報酬等級の上限該当者の割合が 1%を下らない範囲で等級表の上限を政令で改定できることとされた。</p> |
| <p>11. 老人保険医療制度の整備</p> | <p>老人保健医療制度については、おおむね厚生省老人保健医療医療対策本部の第一次試案を基に、高齢化社会の到来に対応した予防を含む総合的な老人保健対策を推進するための制度を創設し、</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>12. 医療供給体制の整備と医療関係者の養成確保</p> | <p>57年度から実施できるよう今国会に関係法案を提出したいと考えている。</p> <p>(地域医療計画の策定)</p> <p>地域の実情に応じた医療供給体制の整備を図るため都道府県知事が地域医療計画を策定すること等を内容とする医療法改正を検討している。</p> <p>(救急医療対策)</p> <p>交通事故などによる負傷や休日、夜間における急病に対する救急医療体制については、</p> <p>(1) 休日、夜間急患センターの整備(56年度 447か所(新設40か所))や在宅当番医制の普及定着化などの初期救急医療体制の整備</p> <p>(2) 入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるための病院群による輪番制の実施などの第2次救急医療体制の整備(56年度 336地区(新設 33地区))</p> <p>(3) 脳卒中、心筋梗塞、頭部外傷等の重篤救急患者に高度の医療を行なう救命救急センターの整備(56年度 78か所(新設 17か所))</p> <p>(4) 救急医療施設の応需体制を常時、的確に把握するための広域救急医療情報センターの整備(56年度 31か所(新設 10か所))など体系的整備を図っている。</p> <p>(へき地医療対策)</p> <p>離党、山村等医療に恵まれていない地域の住民の医療を確保するため、55年度から60年度までの第5次計画を策定したところであり、へき地診療所やへき地中核病院の整備、患者輸送車、巡回診療車等の起動力の整備、へき地保健指導所の整備、医師等医療従事者確保などの対策の強化充実を図ってきている。(医療情報システムの開発普及)</p> <p>有限な医療資源の下で、高度で的確な医療を供給していくため、近年発達の著しい情報処理技術や通信技術を利用した医療情報システムとして、救急医療、へき地医療などに関する地域医療情報システム、病院の診療機能の向上や管理の効率化を図る病院情報システムなどの開発を進めているほか、実用化段階に入ったシステムの普及に努めている。</p> <p>(特定疾病対策)</p> |
|---------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| <p>13. 医薬品の有効性及び安全性の確保、医薬分業の推進及び薬害救済制度</p> | <p>がん、循環器疾患、腎不全などの特殊疾病対策については、国立ガンセンター、国立循環器病センターなどをはじめとする専門的医療施設の整備や研究体制の充実に努めている。</p> <p>(医療従事者の確保)</p> <p>医療需要の増大に対応するために医療従事者の確保に努めてきた結果、医師、歯科医師については昭和 60 年において人口 10 万対 150 人程度の医師、人口 10 万対 50 人程度の歯科医師の確保という当面の目標が、いずれも同年を待たずに達成できる見込みになっている。また、看護婦、理学療法士等についても、その養成確保のための施策が効果をあげている。</p> <p>(医薬品の有効性及び安全性の確保、薬害救済制度)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昭和 54 年 9 月の薬事法の一部改正において、日本薬局方医薬品の有効性及び安全性の確保の徹底を図った。 ・昭和 54 年 9 月の医薬品副作用被害救済基金法の制定により、医薬品の副作用被害を迅速に救済する制度が創設され、基金が製薬会社から拠出金を徴収し、被害者に対して、医療費、障害年金遺族年金などの給付を行うことになった。 <p>(医薬分業)</p> <p>医薬分業を推進するため国としては、国民に対する啓蒙、薬剤師に対する教育、研修、調剤センター及び医薬品検査センターの設置に対する補助等を施策通じて医薬分業の基盤の整備に努めている。</p> |
| <p>14. 健康づくり施策の推進</p> | <p>(1) 生涯を通じる健康づくりの推進</p> <p style="padding-left: 2em;">家庭婦人に対する健康審査の実施及び生活指導</p> <p style="padding-left: 2em;">妊婦、幼児の健康審査等の母子保健対策及びがん、循環器疾患等の成人病予防対策等の拡充強化</p> <p>(2) 健康づくりの基盤整備</p> <p style="padding-left: 2em;">保健所の施設、設備の近代化及び市町村保健センターの整備促進</p> <p style="padding-left: 2em;">市町村における保健指導体制の充実(保健婦活動の強化)</p> <p>(3) 健康づくりの啓蒙普及</p> <p style="padding-left: 2em;">財団法人健康づくり振興財団による啓蒙普及活動の展開と全国の市町村における推進協議会の設置</p> |