

高額療養費患者に関する研究

——予後追跡調査成績を中心に——

土 屋 滋

I はじめに

この30～40年間にみられた医学の急速な進歩は、科学技術のいちじるしい発展に伴われて、さらに加速度的に専門分化して、尖鋭化するに伴って、社会・経済的問題、関連法規や人間の価値観との間に摩擦を大きくしてきているように思われる。

医療問題は、医学および医学的技術の社会的適用の行為としてとらえられており、医療を求める側とそれを提供する側、および行政の責任となる諸制度の運用などの条件整備などの面で、医療のあり方や運営について、抜本的な再検討が求められてきている。

医学の進歩に伴った問題点としていくつかの点を挙げてみると、一つは、医学上の知識と技術の進歩が加速度的に進む中で、個々の知識や技術の寿命がきわめて短縮して、それらの更新が追いつかなくなっている。尖鋭化された各専門分野の学術的情報量をどのように処理し、吸収するかが、個人の能力の限界を超えた問題となってきた。また、知識の再分化と新しい関連領域から生じる問題は、その評価法とともに拡大し、多様化している。たとえば、画像診断法や核医学の発展は、器械や設備の大型化と高品質化が求められ、一般産業製品の発展の過程にみられる、製品の簡易化・小型化など省力化と大量生産の流れに対して、需要の限界とサービス提供に対する要求の多様化と個別性がさらに内容の高度化を求めている点で、費用の高額化、サービス量の増大を招いている。

医学・医療に限らず、科学および科学技術全般に関する本質的な問題でもある、人間の知能、科学という知的活動、技術の完全志向性などが、人間社会が持っている政治・経済・社会機構、とくに生産・流通機構を背景として、「科学技術」と「生産性」は共鳴現象を起こしてくる。その結果、個別的な人間的事象、個別的な社会事象などが人間のコントロールを離れて、暴走し始めている。すなわち、進歩は、ある意味では、必然的に偏り(bias)と歪み(twist)をいろいろな面で露呈させてきている。その中で医療については、本当に必要なことが、必要に応じて、必要な部分に提供されるべく、臨機応変に変容しながら、全体としてのバランスが保たれるべく努力が続けられてゆかねばならない。

欧米先進諸国はもちろん、世界的に医療費問題は、防衛費問題とともに、各国における共通の最大の難問となってきた。

日本においても、医療環境の変化の問題点は、単なる高度化、専門分化への傾斜のみでなく、人口構造の高齢化、疾病構造の変化、国民の健康、医療ニーズに対する多様化を背景にしている。

社会保障を求める国民の欲求は、高額医療よりも、年金など健全な生活保障へと傾いてきている点も無視しえない。

私は茨城県国民健康保険連合会の専任審査委員(現在常務処理審査委員)として、種々の審査対応を試みてきた中で、今回とくに高額医療費の問題についての対応姿勢を考える資料の一つとして、高額療養費請求症例の予後追跡調査を茨城県の各市町村の担当者の御協力を得て行った結果につい

て報告する。

高額医療費は、医療支出の偏りの典型例として、医療技術の進歩によって、かつては不可能とされていた重症患者の救命や延命が可能となった反面、その診療に要する費用がかさみ、しかも年々その件数と金額は上昇の一途をたどっている。

II 調査対象および調査方法

茨城県は、昭和60年4月1日現在、総人口2,696,586人で、総世帯数750,405世帯のうち、国保加入世帯数376,117世帯、国保加入割合50.1%、国保被保険者数1,139,133人、国保加入割合42.2%である。

国民健康保険中央会の昭和60年7月審査確定分の国保連合会審査支払業務統計から全国平均と茨城県の現状を比較してみると、表1、表2にみる如く、一般被保険者分でも、退職被保険者・被扶養者分、老人保険分の合計をみても、1件当りの平均点数、とくに入院者の1ヵ月、1件当りの平均点数は、全国平均かそれを幾分下回っており、この傾向は、過去10年来ほとんど変わっていない。

茨城県国保一般分の医療費の動向について昭和58年4月から、60年3月までの2ヵ年分の動向をみても、茨城県国民健康保険団体連合会の集計に

表1 一般被保険者分

		確定件数	1件当り 点 数	1日当り 点 数	1件当り 日 数
全国平均	入 院	(件) 499,735	(点) 24,272.4	(点) 1,304.4	(日) 18.6
	入院外	14,023,084	910.9	369.3	2.5
茨 城 県	入 院	11,545	23,949.7	1,297.8	18.5
	入院外	328,191	860.2	397.8	2.2

(注) 1点単価10円、昭和60年7月審査分。

表2 一般被保険者分+退職者分+老人保健分

		1件当り 点 数	1日当り 点 数	1件当り 日 数
全国平均	入 院	(点) 27,021.1	(点) 1,306.9	(日) 20.7
	入院外	1,103.8	392.8	2.8
茨 城 県	入 院	26,963.4	1,377.3	19.6
	入院外	1,013.6	435.1	2.3

(注) 1点単価10円、昭和60年7月審査確定分。

よると、図1の如くである。なおこの図は、入院と入院外などすべてを合計してある。

茨城県国保における、診療報酬取扱件数について、今回、高額療養費患者に関する検討方式に合わせて、昭和55年6月から1年ごとに、入院、外来の国保一般および老人の件数を表3に示した。

当時、入院の1ヵ月、1件当りの平均点数は約2万点前後（1点単価10円）であり、その10倍にあたる20万点以上の国保関係の請求レセプトについては、全症例中とくに重点的な審査が行われた。

昭和55年6月から2年間にわたって、茨城県国保請求レセプトの中から1ヵ月20万点以上の全症例に関して、その予後状況についての追跡調査を行った。

第1回目は、昭和59年1月末現在の状況について、昭和55年6月から56年5月までの1年間の全症例339例について、各市町村の協力のもとに当該者の現状について、20万点以上の療養費請求レセプトの請求月以降6ヵ月間の診療状況とその患者の予後状況について調査した。

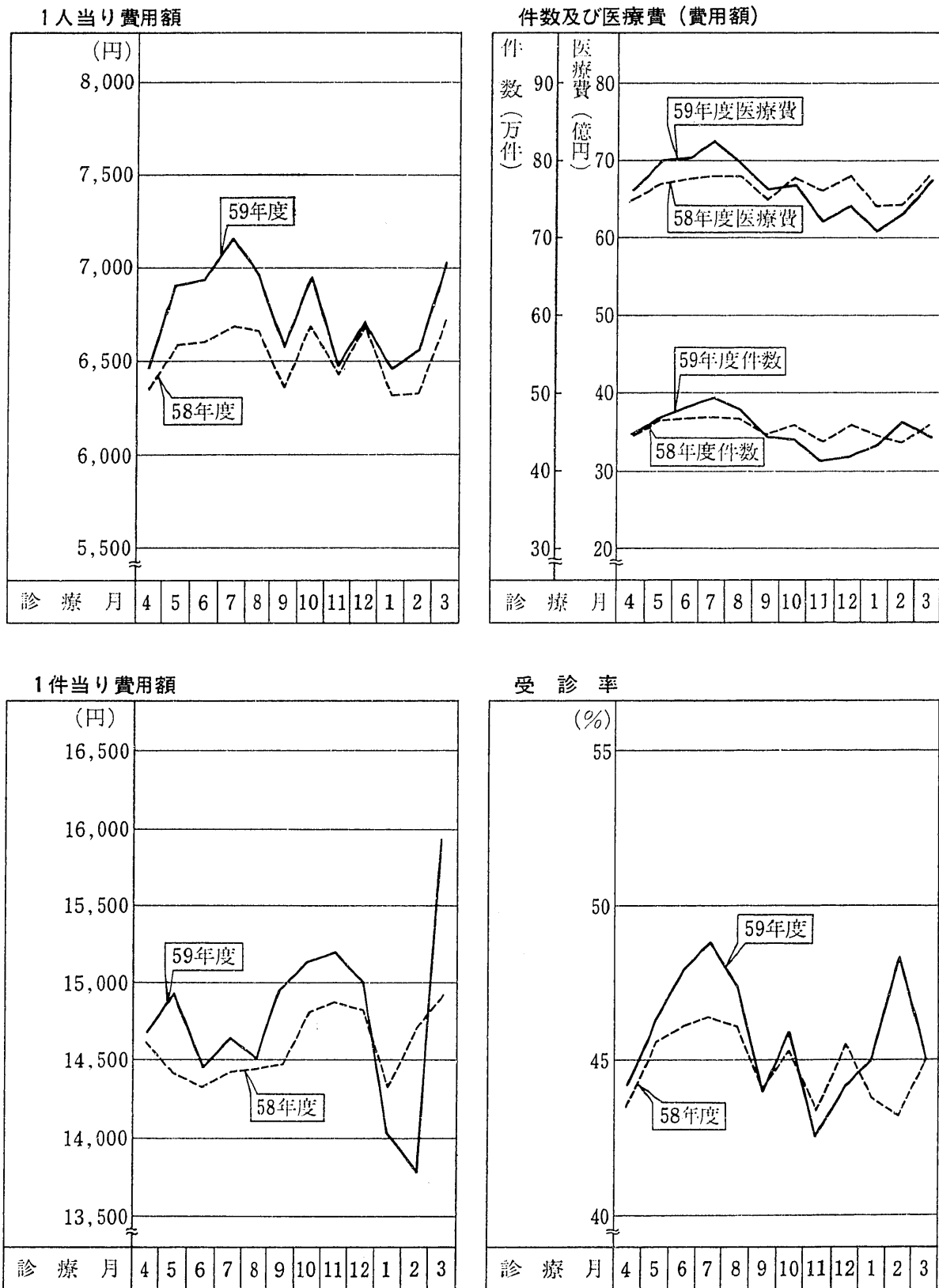
第2回目は、昭和60年1月末現在の状況について、昭和56年6月から57年5月までの1年間の全症例318例について、各市町村の協力のもとに同様に調査し、比較検討した。

その後、57年6月から59年5月までの2年間にについては、20万点以上の高額レセプトの出現状況について、性、年齢などについて検討した。

表3 診療報酬取扱件数

		国 保	老 人	合 計	20万点以上 の件数
55年6月 ~56年5月	入 院	(件) 183,854	(件) 48,400	(件) 232,354	(件) (%) 339 0.15
	外来	5,377,832	1,077,628	6,455,460	
56年6月 ~57年5月	入 院	195,576	54,892	250,468	318 0.13
	外来	5,499,777	1,139,189	6,638,966	
57年6月 ~58年5月	入 院	177,950	60,282	238,232	600 0.25
	外来	5,226,122	1,223,037	6,449,159	
58年6月 ~59年5月	入 院	150,196	67,870	218,066	670 0.31
	外来	4,367,704	1,306,653	5,674,357	
59年6月 ~60年5月	入 院	154,307	73,933	228,240	670 0.30
	外来	4,422,957	1,391,720	5,814,677	

(注) 歯科および調剤の件数を除く。



(資料) 「国保いばらき」392:19, 1985より。

図1 医療費の動向 (国保一般分)

今まで、200万円以上の高額レセプト請求に関する検討は、社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」1980年4月診療分では件数の0.1%、点数で2.3%であり、1980年度厚生行政科学研究報告「高額医療疾病の診療内容分析と評価に関する研究」によると、高額医療のほとんどが大学病院か国立を含めた公的病院で行われており、医療保険の枠内ではなく、医育教育や公的研究予算の中で対処すべき面が多いとも考えられている。

Ⅲ 調査結果

今回の1ヵ月20万点以上の診療報酬請求レセプトは、すべて入院患者であったので、茨城県国保連合会で扱っている入院患者の診療報酬取扱件数と20万点以上の件数から1年ごとの出現頻度を算出してみると、表4の如くなり、総件数は変わらないで、高額レセプトのみ増加し、その出現率は0.15%から0.3%に増している。とくに老人患者数は着実に増加し、60歳以上の20万点以上の高額レセプト請求は、その件数は増しているものの、対象人口比に直すと、その頻度は表5の如くほとんど変化はなく、60%前後みられた。このことは

表4 診療報酬取扱件数（入院）と20万点以上の請求件数

	入院件数	20万点以上の件数	
	(件)	(件)	(%)
昭和55年6月～56年5月	232,354	339	0.15
56年6月～57年5月	250,468	318	0.13
57年6月～58年5月	238,232	600	0.25
58年6月～59年5月	218,066	670	0.31
59年6月～60年5月	228,240	670	0.30

表5 老人の入院件数と60歳以上の人の20万点以上の請求件数

	入院件数			
	(件)	(件)	(件)	(%)
昭和55年6月～56年5月	48,400	339	212	62.5
56年6月～57年5月	54,892	318	185	58.2
57年6月～58年5月	60,282	600	350	58.3
58年6月～59年5月	67,870	670	401	59.9
59年6月～60年5月	73,933	670	397	59.3

今後さらに、その60歳以上の対象者群の急増とともに、請求件数の増加が予想されることにもなる。

以上の現状を背景において、第1回目と第2回目の高額療養費請求患者の予後追跡調査の結果について分析した。

表6は、昭和55年6月から56年5月までの1年

表6 昭和55年6月～56年5月 20万点以上の国保高額医療費症例

*対象者の性別・年齢別人数

性別	年代	0歳～	10歳～	20歳～	30歳～	40歳～	50歳～	60歳～	70歳～	80歳～	計
男		1	8	4	6	22	34	56	68	9	208
女		4	5	4	6	5	28	37	32	10	131
全		5	13	8	12	27	62	93	100	19	339

*年代別死亡率

性別	年代	0歳～	10歳～	20歳～	30歳～	40歳～	50歳～	60歳～	70歳～	80歳～	計
男	生(人)	1	5	3	3	10	14	14	20	2	72
	死(人)	0	3	1	3	12	20	42	48	7	136
	計(人)	1	8	4	6	22	34	56	68	9	208
	死亡率(%)	0	37.5	25.0	50.0	54.5	58.8	75.0	70.6	77.8	65.4
女	生(人)	4	1	1	1	1	6	10	11	3	38
	死(人)	0	4	3	5	4	22	27	21	7	93
	計(人)	4	5	4	6	5	28	37	32	10	131
	死亡率(%)	0	80.0	75.0	83.3	80.0	78.6	73.0	65.6	70.0	71.0
全	生(人)	5	6	4	4	11	20	24	31	5	110
	死(人)	0	7	4	8	16	42	69	69	14	229
	計(人)	5	13	8	12	27	62	93	100	19	339
	死亡率(%)	0	53.8	50.0	66.7	59.3	67.7	74.2	69.0	73.7	67.6

表 7

*死亡までの月数 (年齢別)

年代	月数		1 ヶ月		2 ヶ月		3 ヶ月		4～6 ヶ月		7～12 ヶ月		13 ヶ月～		計	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
0歳～																
10 ～	1	14.3	1	14.3	3	42.9	1	14.3	0	0	1	14.3	7	3.1		
20 ～	1	25.0	1	25.0	0	0	0	0	1	25.0	1	25.0	4	1.7		
30 ～	3	37.5	3	37.5	0	0	1	12.5	1	12.5	0	0	8	3.5		
40 ～	7	43.8	4	25.0	0	0	4	25.0	0	0	1	6.3	16	7.0		
50 ～	13	31.0	10	23.8	7	16.7	6	14.3	3	7.1	3	7.1	42	18.3		
60 ～	18	26.1	22	31.9	6	8.7	7	10.1	8	11.6	8	11.6	69	30.1		
70 ～	16	23.2	29	42.0	8	11.6	13	18.8	2	2.9	1	1.4	69	30.1		
80 ～	5	35.7	8	57.1	1	7.1	0	0	0	0	0	0	14	6.1		
計	64	27.9	78	34.1	25	10.9	32	14.0	15	6.6	15	6.6	229	100.0		

*死亡までの月数 (男女別)

性別	月数		1 ヶ月		2 ヶ月		3 ヶ月		4～6 ヶ月		7～12 ヶ月		13 ヶ月～		計	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
男	37	27.2	47	34.6	16	11.8	20	14.7	9	6.6	7	5.1	136	59.4		
女	27	29.0	31	33.3	9	9.7	12	12.9	6	6.5	8	8.6	93	40.6		
全	64	27.9	78	34.1	25	10.9	32	14.0	15	6.6	15	6.6	229	100.0		

表 8 昭和56年6月～57年5月 20万点以上の国保高額医療費症例

*対象者の性別・年齢別人数

	0歳～	10歳～	20歳～	30歳～	40歳～	50歳～	60歳～	70歳～	80歳～	計
男	5	5	4	9	24	39	51	52	10	199
女	1	2	5	5	4	30	34	29	9	119
全	6	7	9	14	28	69	85	81	19	318

*年代別死亡率

		0歳～	10歳～	20歳～	30歳～	40歳～	50歳～	60歳～	70歳～	80歳～	計
男	生 (人)	4	3	1	5	12	13	9	10	1	58
	死 (人)	1	2	2	4	11	25	40	41	9	135
	計 (人)	5	5	3	9	23	38	49	51	10	193
	死亡率(%)	20.0	40.0	66.7	44.4	47.8	65.8	81.6	80.4	90.0	69.9
女	生 (人)	1	2	2	1	0	9	8	5	1	29
	死 (人)	0	0	2	3	4	19	23	24	8	83
	計 (人)	1	2	4	4	4	28	31	29	9	112
	死亡率(%)	0	0	50.0	75.0	100.0	67.9	74.2	82.8	88.9	74.1
全	生 (人)	5	5	3	6	12	22	17	15	2	87
	死 (人)	1	2	4	7	15	44	63	65	17	218
	計 (人)	6	7	7	13	27	66	80	80	19	305
	死亡率(%)	16.7	28.6	57.1	53.8	55.6	66.7	78.8	81.3	89.5	71.5

(注) 男6名, 女7名, 計13名は生死不明。

間に, 1 ヶ月内20万点以上の請求レセプトの出てきた対象者の性別・年齢別人数と, その年代別死亡状況についてである。

表 7 は, 20万点以上の請求レセプト出現からその死亡までの月数について, 年齢および男女別に

ついてみたものである。

表 8 は, 昭和56年6月から57年5月までの1 ヶ月内20万点以上の同様な請求レセプトの対象者について, 性別・年齢別人数とその年代別死亡状況について示したものである。

表 9

*死亡までの月数 (年齢別)

年代	月数		1 カ 月		2 カ 月		3 カ 月		4～6 カ月		7～12カ月		13 カ月～		計	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
0 歳～	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5
10 ～	0	0	1	50.0	0	0	0	0	1	50.0	0	0	0	0	2	0.9
20 ～	1	25.0	0	0	1	25.0	0	0	0	0	2	50.0	0	0	4	1.8
30 ～	1	12.5	5	62.5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25.0	8	3.7
40 ～	4	26.7	5	33.3	3	20.0	1	6.7	2	13.3	0	0	15	6.9	44	20.2
50 ～	11	25.0	11	25.0	5	11.4	9	20.5	4	9.1	4	9.1	63	28.9	218	100.0
60 ～	15	23.8	21	33.3	5	7.9	8	12.7	5	7.9	9	14.3	63	28.9	218	100.0
70 ～	14	21.5	17	26.2	11	16.9	6	9.2	11	16.9	6	9.2	65	29.8	218	100.0
80 ～	5	31.3	3	18.8	3	18.8	2	12.5	1	6.3	2	12.5	16	7.3	218	100.0
計	52	23.9	63	28.9	28	12.8	27	12.4	25	11.5	23	10.6	218	100.0	218	100.0

*死亡までの月数 (男女別)

性別	月数		1 カ 月		2 カ 月		3 カ 月		4～6 カ月		7～12カ月		13 カ月～		計	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
男	33	24.4	39	28.9	16	11.9	19	14.1	17	12.6	11	8.1	135	61.9	135	61.9
女	20	24.1	23	27.7	12	14.5	8	9.6	8	9.6	12	14.5	83	38.1	83	38.1
全	53	24.3	62	28.4	28	12.8	27	12.4	25	11.5	23	10.6	218	100.0	218	100.0

表 9 は、同様に対象レセプト出現から、その症例の死亡に至るまでの月数を年齢別、男女別についてみたものである。

これらを図にまとめたものは、先に本誌21巻2号126～137頁「健康保険法改正に伴う今後の課題」¹⁾の中で、高額療養費問題への疑問の一つと

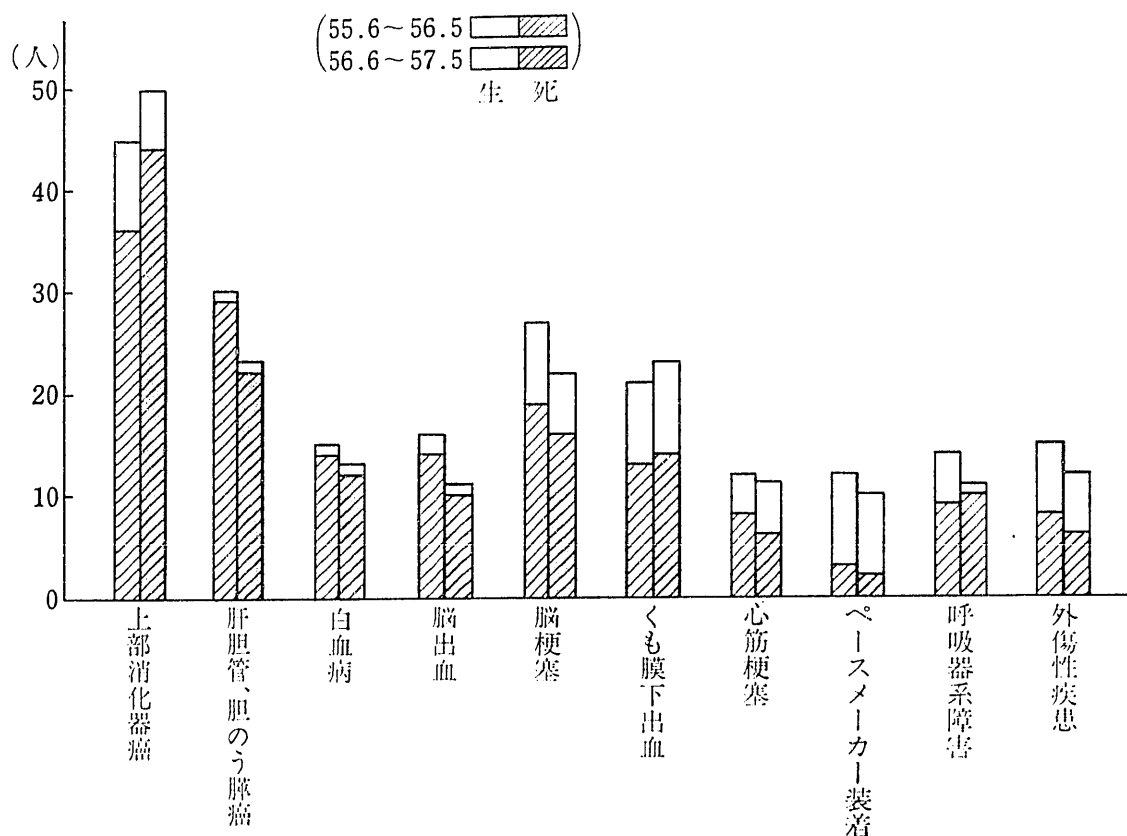


図 2 主な疾患別死亡状況

しての調査事実として提示してあるので参照されたい。

図2は、この調査した2年間のレセプトから、私なりに1件ごとに一つの疾患にしぼって整理して、その主な疾患別の出現状況とその死亡状況について、2年間を比較してまとめたものである。

図3はさらにそれを、疾患の傾向別に死亡状況についてまとめてみたもので、2年間の比較である。

また、同一症例で2ヵ月以上20万点以上の請求がなされた症例では、表10の如く、昭和55年度でその死亡率80.9%、56年度86.3%で、3ヵ月以上

請求された症例では、28歳男子のバージャー病を主体とした症例1例のみ生存し、他はすべて死亡していた。1症例100万点以上の症例についての一覧表は先に本誌で報告したので参照されたい。

20万点以上の請求レセプト出現状況を市・郡別にみると、図4、図5の如く2年とも比較的類似の地域分布をみている。

同様にして、主な医療機関別に年度別に20万点以上の請求レセプト件数をみると、高度医療機関に症例の増加傾向がいちじるしい。その一部を表11に示した。

なお、昭和57年6月から58年5月までの600例、

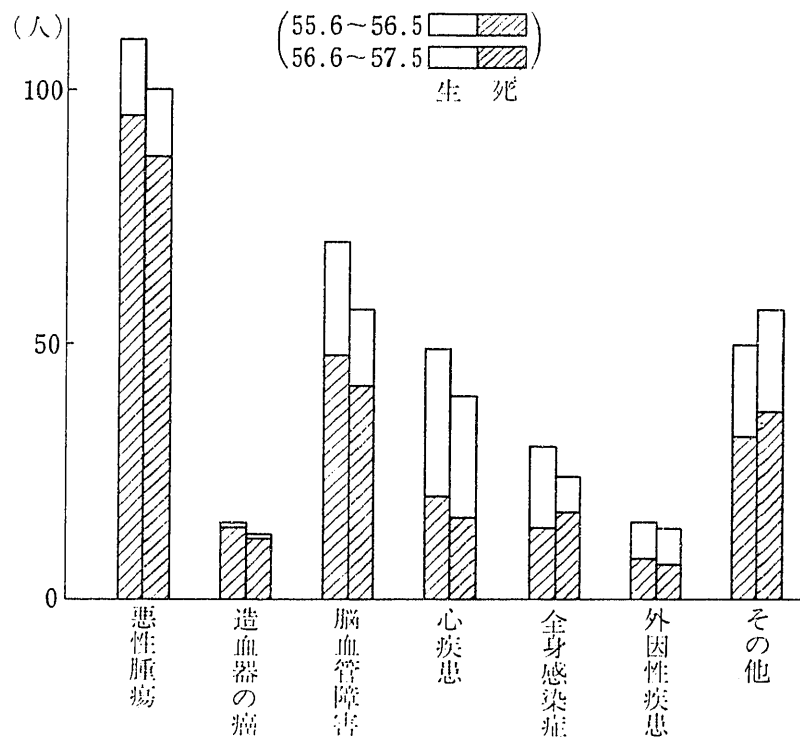


図3 疾患傾向別死亡状況

表10 20万点以上の2ヵ月以上請求例

	昭和55年6月～56年5月				昭和56年6月～57年5月					
	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	全 休	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	全 休
死	26	11	1	38	37	4	0	2	1	44
生	9	0	0	9	6	0	1	0	0	7
死 亡 率	74.3	100.0	100.0	80.9	86.2	100.0	0	100.0	100.0	86.3

生存者(9名)の病名

髄 膜 炎	1	脳 梗 塞	2
脳 幹 部 脳 炎	1	急性心筋梗塞	1
腹 壁 膿 瘍	1	右大腿骨骨折	1
腹 膜 炎	1	慢性骨髄性白血病	1

生存者(7名)の病名

脳 動 脈 瘤	1	熱 傷	1
血 友 病	1	胸部大動脈瘤	1
肝 硬 変	1	慢性骨髄性白血病	1
バー ジャー 病	1		



図 4 20万点以上の請求レセプト出現状況——市(18)郡(14)別人数 (計 339 人) (昭和55年 6 月～56年 5 月)

表 11 経営主体別医療機関別、年度別20万点以上のレセプト出現件数

医療機関	ベッド数	55. 6 ～56. 5	56. 6 ～57. 5	57. 6 ～58. 5	58. 6 ～59. 5	59. 6 ～60. 5
A 大学	625	49	46	84	111	102
B 大学	471	49	46	82	66	55
A 国公立	550	4	23	51	58	43
B 国公立	403	13	17	39	40	45
A 医療法人	600	59	51	65	43	68
B 医療法人	468	44	60	53	51	60
C 医療法人	368	6	4	3	20	10

表 12 性・年齢別件数

年齢(歳)	57年 6 月～58年 5 月			58年 6 月～59年 5 月		
	男	女	小計	男	女	小計
0～9	4	5	9	16	10	26
10～19	15	3	18	10	7	17
20～29	9	2	11	5	6	11
30～39	17	6	23	22	7	29
40～49	35	27	62	29	24	53
50～59	78	49	127	83	50	133
60～69	107	69	176	116	59	175
70～79	85	57	142	109	83	192
80～	19	13	32	18	16	34
計	369	231	600	408	262	670

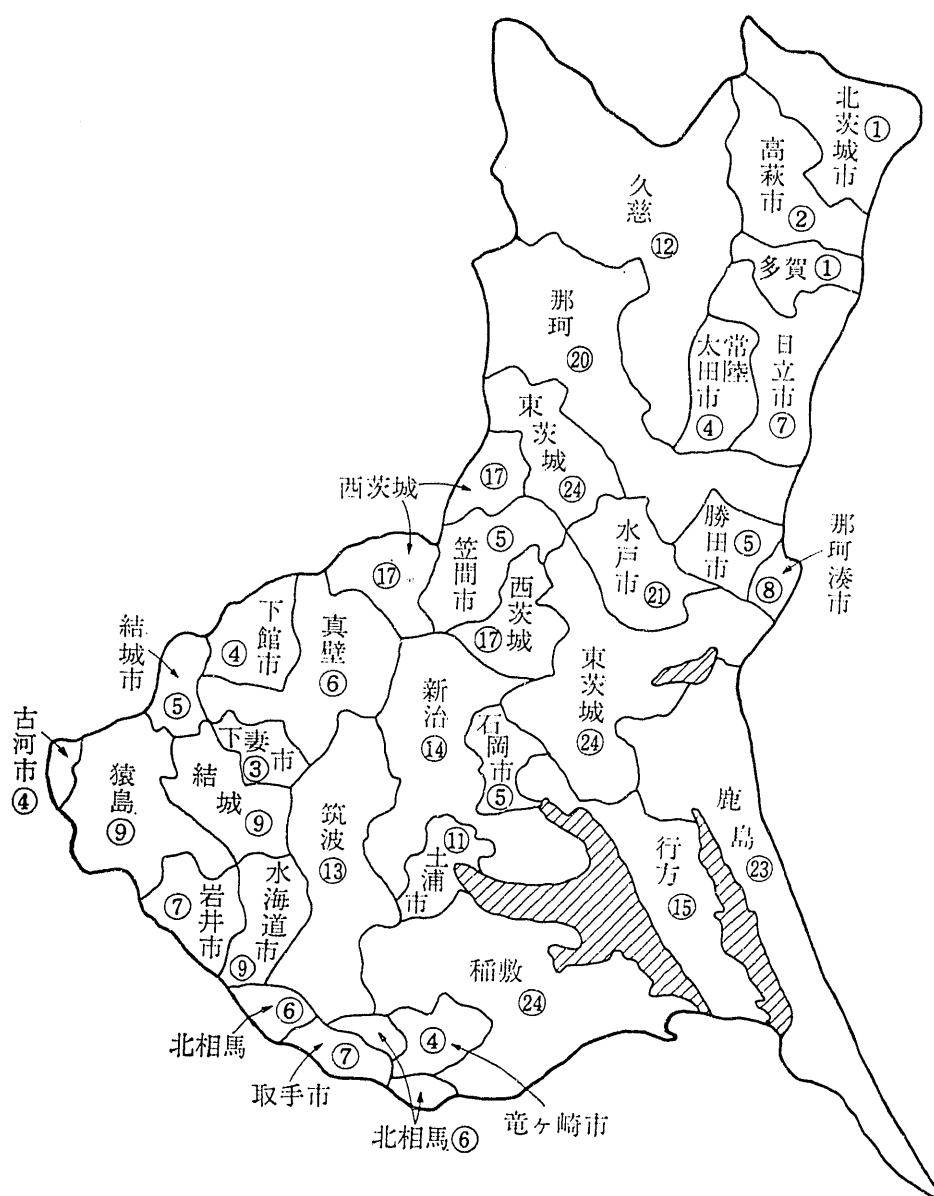


図 5 20万点以上の請求レセプト出現状況——市(18)郡(14)別人数(計 305 人)(昭和56年6月～57年5月)

58年6月から59年5月までの670例についての性別、年齢別の一覧表を表12に示した。これらについては、その予後追跡調査はまだ行っていないが、その請求月の死亡率はそれぞれ17%と16%であった。そのうち60歳以上の死亡が、それぞれ66.3%と67.0%を占めていた。

現在、高額医療費の原因分析も一部試みて検討を加えているが、多くの側面からの制約が加わり、今回は事実として取り上げられる点として、患者の生死という側面からの検討にとどめた。

IV 考 察

1980年代に入って、わが国の医療費抑制政策は、社会保障、医療保険の理念さえも揺るぎそうな勢いに置かれている¹¹⁾。

医療費も低成長、抑制時代に入るとともに、マクロレベルでその適正化、有効配分問題と、ミクロレベルでの病院・診療所経営危機の克服などが同時に求められてきている。

二木立⁵⁾はわが国における医療経済学の必要性を臨床医の立場から常々主張していたが、リハビ

リテーション専門医の立場から、その実践に基づいた具体的な医療改革モデルを提起したり、医療技術進歩と医療費増加との関係を実証的に検討して、血液透析とCTスキャナー普及率世界一となったわが国の社会的要因を論じて、『医療経済学——臨床医の視角』からを、出版している。

上林茂暢⁶⁾は、昭和50年5月に『医療システム化の将来——医療産業の技術論的分析』を出版し、今日の医療産業主導型に伴った現在の種々の問題点を予測し、指摘していた。

老人保健制度の創設は、わが国の人口構成、疾病構造の慢性疾患化などに対応するにふさわしい発想であったが、実状は財政的配慮や社会保障に対する考え方の基本的姿勢の差から多くの問題点が指摘されている。

従来、国と自治体の責務と明記されていた老人福祉法と異なり、老人保健法の基本理念は国民の自助と連帯の精神が前面に押し出されている。

たとえば、医療費増加の主因が入院高額医療費にある現状では、財政対策面からみても、老人保健法の中でうたわれた医療対応は、外来などの軽費医療における自己負担の強化などは、真に健康に対する自己責任性を高めうるのか、かえって疾

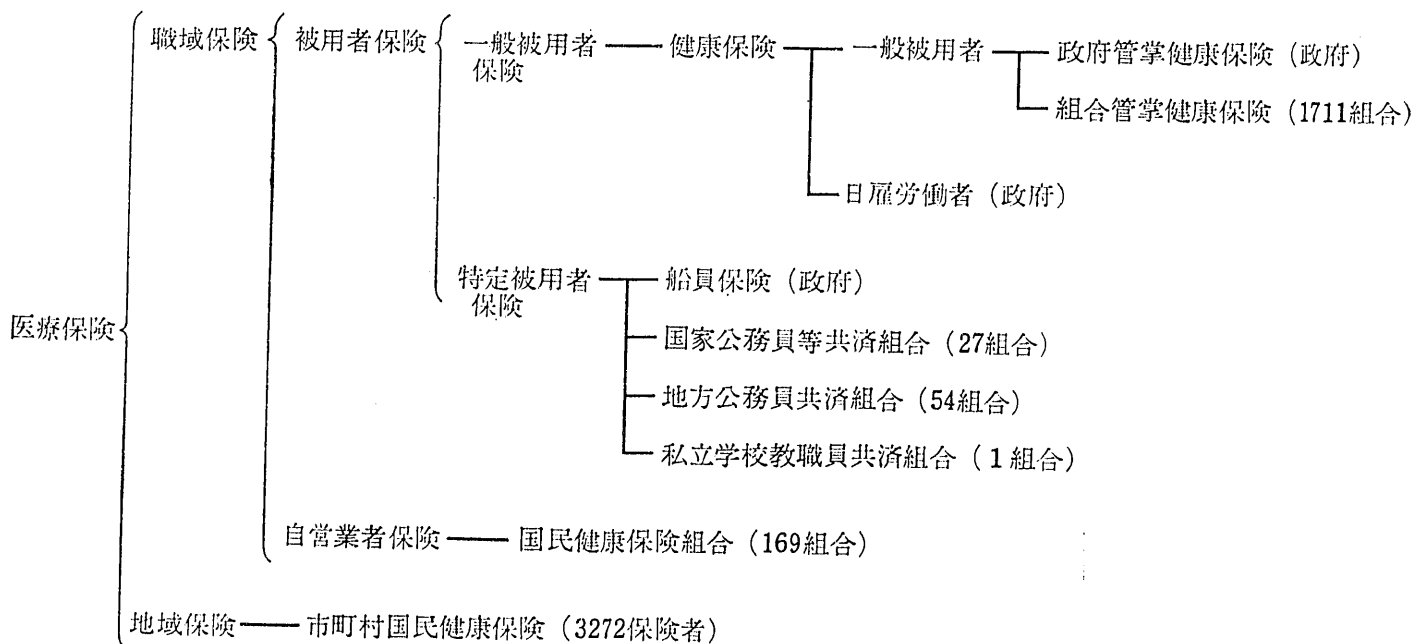
病の早期発見、早期治療という重症化防止の立場に逆効果を生じさせまいか、など論議されている。

今回、茨城県国民健康保険における高額医療費患者の予後追跡調査を行う背景は、医療技術の高度化に伴われた高額医療費支出が、本来社会が求めている医療への要求水準に合致しているものか、とくに高齢化社会での医療として本当にその健康水準を高め、生存条件の質的向上を伴っているのかという素朴な問いかけによる。

高度医療も社会・経済的な枠組の中での制約化に入っているので、個人的な受益と社会的な安寧経費として、わが国の医療保険の中でその役割を果たしているかが問われる。

保険は本来、不確実な事故の発生を予測して、これに伴う各個人の損失のリスクをプールし、集団的に危険負担を行うシステムである。わが国の医療保険は、疾病・傷害による費用保障を目的とする社会保険であるが、他の私保険と比較してみると、

(1) 強制加入であること。一定の資格要件に該当する者については強制加入が原則であり、保険料の負担は各人の所得に保険料率を乗じた応能主義となっている。



(注) 保険者（組合）の数は、昭和59年4月1日現在。

図6 医療保険の類型

(2) 各人の属する保険集団があらかじめ決定されている。国民は任意に自分の所属する保険集団を選択することはできないこと。

(3) 保険給付の定型化。平均的標準的な給付を行うことを目的としており、個別の保険ニーズに応ずるには限界があること。

(4) 医療保険の運営は公的機関によって行われること。

(5) 一部負担金がある。被保険者間での事故遭遇の頻度および程度に差がいちじるしく、公平の観点からは認められたこと。

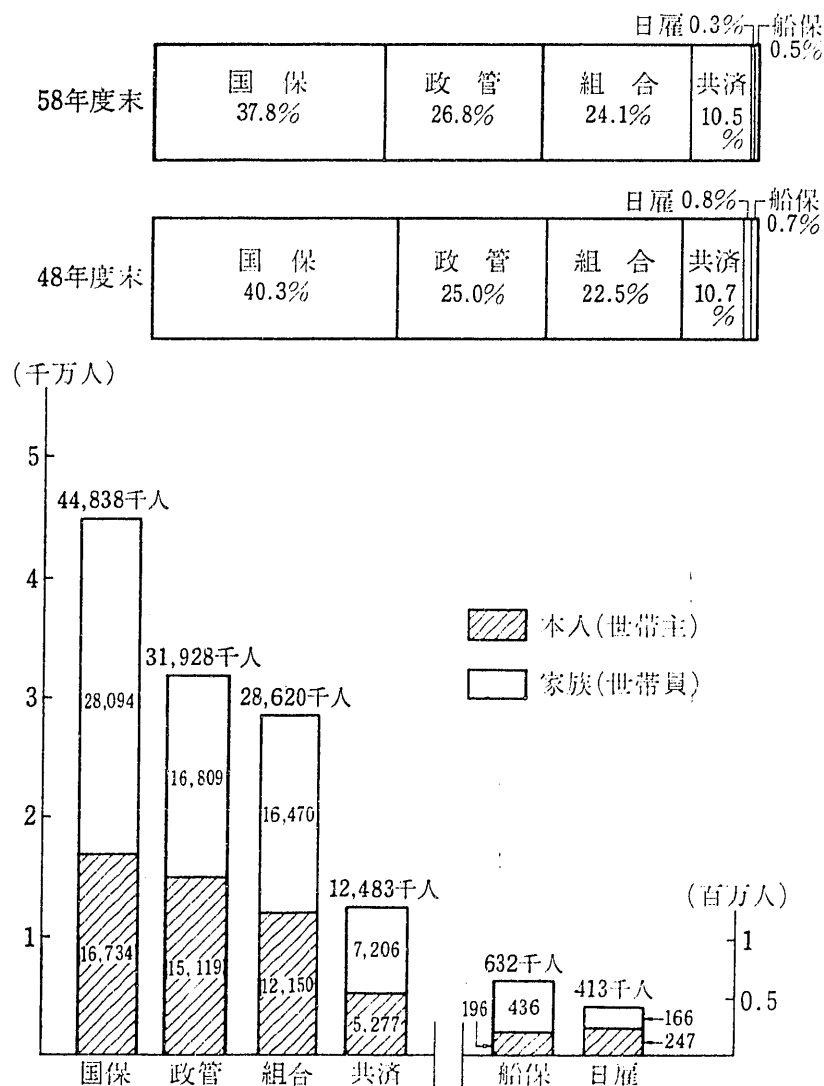
しかし、老人保健制度や高額療養費制度などは、疾病の慢性疾患化、高度医療の適応で、医療保険は機能的に高齢者に対する所得移転の色彩が強ま

ってきている。ちなみに現行の医療保険の類型について示し、その保険者数および医療保険制度の加入状況を図6、図7⁷⁾に示す。

今回対象とした国保は、医療保険のうち、地域保険と、職域保険の一部である自営業者保険である国民健康保険における高額療養費を対象としている。

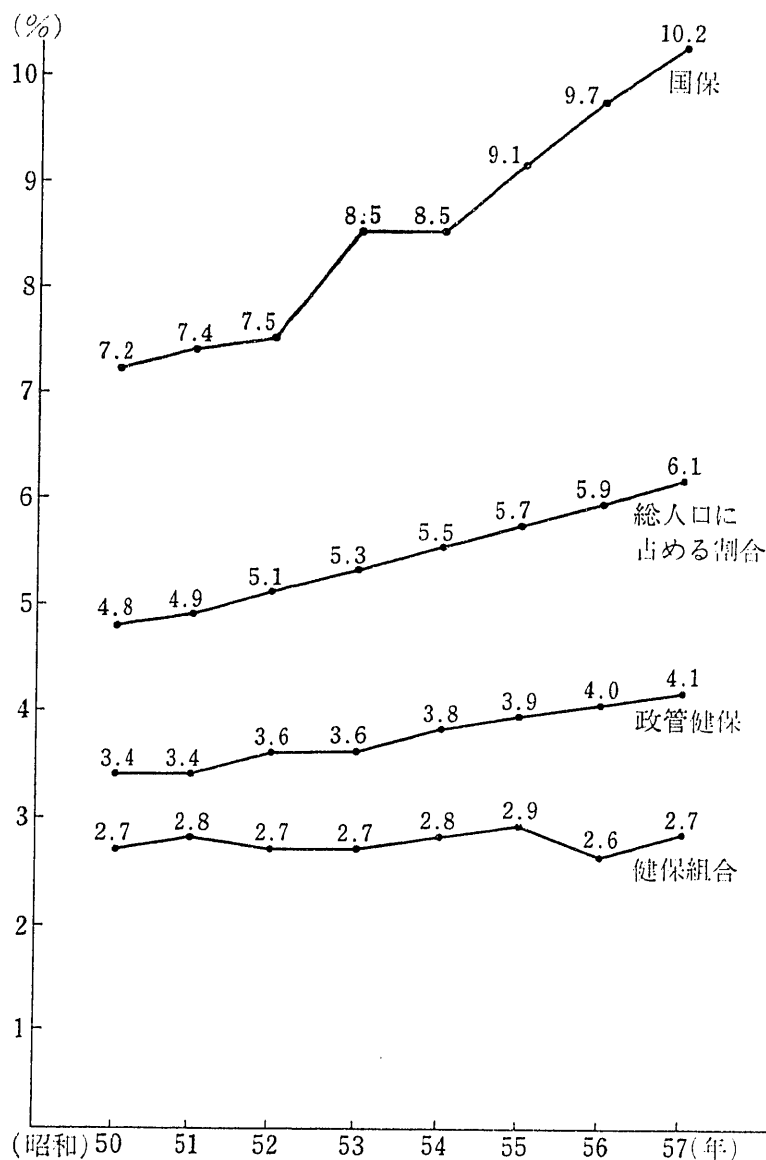
図8でみる如く、医療保険制度別にみると、70歳以上の人口割合で国民健康保険は老人の加入率も高く、医療支出も増加がいちじるしい。昭和58年2月老人保健制度の実施と59年10月からの退職者医療制度の実施などで、この制度間の公平への努力が始められている。

高額療養費は原則として、1人1ヵ月一つの病



(資料) 『目で見る医療保険白書——医療保障の現状と課題』ぎょうせい, 昭和60年4月, より。

図7 医療保険制度の加入状況



(資料) 『目で見える医療保険白書——医療保障の現状と課題』ぎょうせい, 98頁, 昭和60年4月, より。

図8 制度別70歳以上加入者の占める割合

院, 診療所で支払った保険診療の自己負担分(3割分)が5万1,000円を超えた場合, その超えた全額を国保で負担して, 後に世帯主に払い戻す制度である。

一般診療の入院1件当り点数は全国平均で27,021.1点で27万円強になっている。茨城県国保においては, 26,963.4点で27万円弱の費用を要している。

今回, 予後追跡調査を試みた症例は, すべて1ヵ月1件当り20万点以上, すなわち, 200万円以上の高額療養費請求レセプトに関してである。

昭和55年6月から56年5月までの第1回目の調

査と昭和56年6月から57年5月までの第2回目の調査で, 対象者数, その性別, 年齢別患者の請求レセプト出現状況が非常に類似していた。またその死亡状況や死亡原因(私が各レセプトから一つだけ主たる病名を取り上げて処理した)面からの検討も類似していた。

大局的にみると, 60歳代, 70歳代の, 癌疾患を中心とした合併症を有する症例に, 高額療養費が最も多く用いられ, 次いで脳血管障害を伴った合併症が挙げられる。前者の死亡率は90%を超え, 後者で70%を超えていた。

またその80%以上が高額レセプト請求後3ヵ月

以内に死亡しており、これらは経営主体別医療機関別などによる差はほとんどみられていなかった。

近年、終末期医療、とくに癌末期、植物人間などの医療対応問題が盛んに論じられているが、とくに高齢者の成人病に代表される重症症例での高度医療活動が高額医療費として現われて、医療関係の総費用の中に占める部分を大きくしている点が指摘されている。

しかし、今回直接調査対象とした部分ではないが、現行の医療保険制度の中で、国民医療費の推移に関与している高額療養費の中でも、1ヵ月1件当り10万点～15万点未満、15万点～20万点未満に相当する部分の増加傾向がいちじるしい。これらの中に現行の出来高払いが非常に安い技術料に支えられた医療費問題の原因の一つが現われているのではないかとと思われる。

表13は、老人保健法施行年に当たって、茨城県国保レセプトの中から昭和58年1年間における高額医療費請求レセプト出現状況について、まとめてみたものであるが、今回調査した20万点以上の出現件数については、年間それほど変化はないにもかかわらず、10万点～15万点未満の件数は着実に増加し、15万点～20万点未満も幾分増加傾向がうかがえる状況にある。

医師や医療従事者側にも、高齢化社会での慢性

疾患、障害者に対するケア面の増加に対応する中で、医療の質を落とさないで、医療費を節減するという努力が強く求められる。すなわち、慢性疾患や成人病、精神障害、身体障害を持ちながら生活する人々が中心対象となりつつある現代医療において、健康水準の改善、生活の質の改善を伴った医療効果が問われてくる。最新技術や新兵器である高額医療機器に幻惑されて、その効果を過大評価することなく本質的な診断治療、看護技術を確立してゆかねばならない。

1年間の中での検討でも、このような変化がみられるものの、年ごとの比較では、前述の表4にみる如く、4～5年間で20万点以上の件数は倍増している。

わが国の医療費増加の一般的傾向としては、社会保険旬報の「動向」³⁾の欄での指摘にもみる如く、癌と循環器系疾患の成人病関係が過半数を占めており、これら的高額医療費対象者の多くは死に至り、まさに終末期医療の典型といえようと指摘している。

その診療内容は、厚生行政科学研究報告「高額医療疾病の診療内容分析と評価に関する研究」による分析で指摘しているように、薬剤依存型と手術・検査型とに分けられる。すなわち、注射のウエイトが高い疾患（白血病・悪性新生物・脳血管疾患など）と、処置・手術・麻酔のウエイトの高い疾患（手術を伴う疾患など）に大別されている。

今回資料は呈示しえなかったが、具体的に各請求レセプトを見てゆくと、薬剤依存型の高額医療のほとんどは、高価な薬剤関係の大量使用で、血液製剤関係として、アルブミン、血小板、γグロブリン製剤と新たに開発された抗生物質の大量かつ多剤併用、抗癌剤などの使用が目立つ。とくに中心静脈栄養法の普及とともに、20種類以上にも及ぶこれらの薬剤を含めた大量の薬剤の長期注入がいちじるしい。

また、手術・検査型も、欧米の材料価格がまかり通るペースメーカーや人工弁、心臓・血管外科や脳外科関連の種々のディスポーザブルの手術・治療関連器材の材料費が、自由競争市場原理のもとに購入され、使用されている。しかし、それを

表 13 高点数調べ

対象点数	10～15万点未満	15～20万点未満	20万点以上
診療月分	件数	件数	件数
58年1月	209	72	67
2月	239	64	55
3月	257	71	42
4月	261	76	72
5月	243	82	53
6月	232	87	54
7月	253	90	51
8月	274	91	61
9月	253	83	66
10月	286	96	48
11月	242	84	59
12月	282	79	58
合計	3,031	975	686
平均	252	81	57

取り扱う技術料は、その材料費に比べ驚くべき廉価に抑えられており、わが国の医療統制経済下の問題点がみられる。それに関連してか、頻繁に反復される生化学に代表されるセット検査や術後の中心静脈栄養法の中への投薬料の増大も目立っている。

本来、医師や医療技術者の技術と医療機関そのものが運営のために不可欠な人件費や看護技術料、給食費などの入院生活関連費用が非常に廉価に抑えられているのが、わが国の医療現場の実状でもある。

はじめに指摘した如く、市場規模からすれば、一般の商品と異なる面の多い、医療活動では、新薬の導入や新技術・高性能の医療機器の導入は、その価格と効率などに対する評価の問題で常に混乱を招くので、これからの検討を待たねばならない。

医師の側にも、医療の現場において、他に方法がなく、できることはすべて行うことが善であり、高度経済成長に支えられた、専門家優先の発想に伴った処置や尖鋭分化した価値観に伴った活動を最上のものとする価値概念に問題が含まれている。すなわち有限の生命体に、どのように対応することが、その生命体の尊厳にトータルで望ましいのかを、一歩下がって、総合的に判断することが強く求められる。

わが国の医療行政は、政策なしの制度いじりによく批判されている如く、医療政策が表に出てこないで、医療制度が上位にあって、制度を動かす力が顕著にみられ、責任の所在が不詳となりやすいといわれている⁴⁾。このためにも、医療政策を表面に立てて、医療のあり方、価値を考えながら活動できるようにしてゆかなければならない。

自由経済社会の中で医業が健全な経営を行い、それによって国民の健康・福祉が向上するためには、わが国においては、ただ欧米の制度や価値観をひたすら導入する努力のみにとどまらずに、従前からある、日本の医療の特徴となっている、資本・経営・技術が三位一体化している現行の開業医制度の特質を生かしつつ、新しい技術対応、価値対応ができるように勤勉な日本の医師や医療従

事者を活用しうるようにより、これらを合理的に健全育成する行政運用の再検討も望まれる。

いずれにしても、医療を受ける側が、間接的にはそれにかかわる費用を全額負担しなければならないのであるから、公的保険税率の引上げは公的規制との兼合いの問題となり、保険料の値上げは民間活力、公的規制緩和を伴う競争原理の導入の拡大へとつながってくる²⁾。

医療保険制度的には、国民皆保険下で、高度経済成長に支えられた直接型の個人負担の軽減や老人医療の無料化は、今後欧米などにおける医療保険の考え方を参考にしながら、一部直接負担を定額または定率およびその併用や種々の型の保険料導入を用いて対応せざるをえない。それには、医療を受ける側からの積極的発言が重要である。

入院・病院医療の高額化の流れの中でも、わが国の医師の多くは、とくに開業医の多くが10年以上の勤務医経験を有しており、問題処理能力も柔軟性を持っている点、また地域の医療問題に参画する中で、プライマリーケア重視の医療と医療保険を統合させながら、健全な社会作りを模索し始めている点が指摘される。単なる疾病の治療担当者にとどまらずに、その地域の住民の将来の健康計画を考える立場から包括的対策に加わって、その社会的責務を果たそうと努め出してきている。

人間のライフサイクルを通して、最適な時に、最も必要な医療活動を提供することによって、保健投資の増大を伴いながらも、消費医療を減少させるべく努めている。これらのことが、日本人の生存の質の改善につながり、医療費を増さずに健康な生活を続ける道となろう。

幸い日本人全体の教育水準も高く、理解力と順応性に富むので、健康への関心の強さとともに、日本的な健康環境や健康擁護を育成してゆくことが、わが国の社会保障の立場からも、社会保険の効率性を高めるうえからも、明るい将来への道と考えている。

V ま と め

茨城県国民健康保険連合会の審査の席でよく討

議され、また専任審査委員会で常に問題にされる超高額医療費請求レセプトの取扱い問題で、現在の医療費支出の偏りと、医療技術の進歩とその効果について論議されている。

昭和55年から茨城県国保では、1件当たり15万点以上、とくに20万点以上の請求レセプトには、その症状経過、処置などに対する説明文の添付を求めている。

これは、とくに大病院、教育病院における担当医師に対して、現状の医療経済面への認識を喚起する教育効果と合わせて審査の参考にするためであった。

一方、その都度の照会制度の乱用は、各病院への多額の医療費支払いの遅延による迷惑を最小限少なくするねらいもあった。専任審査員同志で討議の中から、このような症例の予後追跡を行い、まず実態を知ろうということで、多数の人々の御協力、御支援のもとに行った調査の一部を発表したことから、清家貞三氏、渡邊祐子さん、森幸子さんには多大の御協力を頂きまして感謝します。

医療に関しても、とくに医療費に関しては非常に多くの側面があり、今回は諸外国との対比など行わず、茨城県における、しかもその症例の生死という追跡事実のみに焦点を絞ってみたので、問

題点は解決されないけれども、医療従事者以外の多くの識者に医療の現場の問題点の一つを御報告し、御批判を仰ぎたいと考えて、報告した。

(注)

- 1) 土屋滋「健康保険法改正に伴う今後の課題」『季刊社会保障研究』21巻2号、126-137頁、1985年。
- 2) 「特集 医療経済フォーラム '85」『日本医師会雑誌』94巻8号、1233-1271頁、1985年。
- 3) 「動向 医療費の構造変化をさぐる——高額医療費を中心に——」『社会保険旬報』1462号、6-9頁、1984年。
- 4) 中山昌作「医療制度と医療政策——その中での医師の役割」『茨城県医師会報』382号、2-20頁、1985年。
- 5) 二木立『医療経済学——臨床医の視角から』医学書院、1985年。
- 6) 上林茂暢『医療システム化の将来——医療産業の技術論的分析』勁草書房、1975年。
- 7) 医療保険制度研究会編『目で見える医療保険白書——医療保障の現状と課題』ぎょうせい、1985年。
- 8) 厚生省編『厚生白書——長寿社会に向かって選択する』厚生統計協会、1985年。
- 9) 牧野昇・原田暁監修、生命保険文化センター編『高齢化社会への対応』日本放送協会、1983年。
- 10) イヴァン・イリッチ（金子嗣郎訳）『脱病院化社会——医療の限界』晶文社、1980年。
- 11) 川上武『'80年代の医療問題』勁草書房、1981年。

(つちや・しげる 筑波大学助教授)