

医政メモQ&A

医療保険制度改革

Q：医療保険審議会において医療保険制度改革が声高に論じられているが、何故に改革が必要なのか、医療保険審議会はどのような構成で行われているのか、さらに日本医師会は今どのように関わっているのか、そのめざす方向はいかなる所にあるのかを知りたい。

A 1：改革の必要性

介護保険制度が数年以内に現実化する可能性が強まる中で、高齢者の介護と医療は新しい局面を迎え、介護保険制度と老人保健制度における負担と給付の公平さがクローズアップされ高齢者同士間または勤労者世代との間におけるバランスだけではなく、各医療保険、年金保険そして公費による措置としての福祉制度をも含めて社会保障制度全体の整合性を保つ必要性から医療保険制度もあらためて見なおさざるを得ない時期にきたといえる。介護保険の創設の最大の起因が各医療保険からの拠出金に依存している老人保健制度が財政的に規模が毎年拡大しつづけた結果として政管健保や組合健保をはじめとする本体の各医療保険に財政上のいきずまりを生じせしめた財源の問題にある事は明らかである。一方介護保険の創設によって逆に各医療保険の間の給付と負担の矛盾が益々明らかになって来たともいえる。公費が3割を占める日本の医療においては医療保険が純粋に社会保険であるとはいえないほどに公費(税)が複雑に補助されており、例えば財源の5割が公費である老人保健制度にいたっては被用者本人より保険料も徴収しない制度のために保険の名も使えず保健と語呂合わせまでしている。国保は5割、政管健保が3割そして船員保険も1割弱と公費が入っており純粋に保険料のみにて運営されて社会保険と呼ぶうるのは組合健保、共済組合だけである。わが国の医療保険制度は国民皆保険により給付は他国に比較しても

たいへん公平であるが負担はかなり歪んだ状況にあるといえる。また、年金も医療保険と同様に公費のはいった社会保険ではあるが財政的には豊かで、医療とのバランスからも社会保障の中において年金、医療、福祉の財源の割り振りと国民の負担方法(公費=税、保険料、自己負担)についても民間保険の活用も含めて、給付と同様に公平さが求められている。

A 2：医療保険審議会

厚生大臣・社会保険庁長官の諮問に応じて審議答申した建議することができ、管掌は健康保険、船員保険、国民健康保険事業の重要事項、医療保険の給付と負担の公平さや一元化・一本化など制度の根幹的諸問題であり、これらを審議する機関。組織は従来より医薬品専門部会、健保部会、国保部会、船員保険部会があり平成8年3月より基本問題小委員会、医療保険改正小委員会が発足しており、総ての各部会、小委員会に糸氏日医副会長が出席している。構成は25名、診療側は糸氏日医副会長、村上日歯副会長、日病河北理事の3名のみ。中医協が20名中診療側が8名(日医4名)の構成で日医・厚生省の少なくとも互角の交渉・論争の場であることに比較して、人選を含め厚生省主導の行政優位な状況にある審議会(他の社保審、医療審、老健審も同様)においては、誠に日医は苦しい戦いを強いられており、逆に厚生省は審議会を有効に利用しながら政策を巧みに実行しているといえる。

A 3：制度改革のための報告案

昨年より三度にわたり医療保険制度改革に係わる報告がなされている。平成7年8月4日第一次中間取りまとめ、平成8年6月21日第二次中間報告・72項目、同7月31日当面の改革メニュー・38項目が提出されており、この38項目が2～3年以内に取り組みべき重要

な課題として浮上して来ている。老人の1割定率負担、被用者本人2割負担、薬剤給付3～5割の制限給付、軽医療・一部薬剤の給付除外、医薬品ごとの給付率格差、参照価格制度、償還制度、保険料の10～16%（10～16/1000）の引き上げ、国保の広域化、病床数、医師数の見直し、医療機関の機能分担、情報提供など目白押しである。

A 4：日本医師会の主張

平成9年度の医療保険制度の抜本改正をめざして本年10月には中間取りまとめが予定されており、8月下旬には審議会の4人のメンバーが独・仏の医療保険制度改革の現状視察のために訪欧したが、日医も独自の調査のため糸川副会長以下4名が9月はじめに渡欧した。日本医師会は現在、患者負担の引き上げと老人医療の定率制の導入に反対し、保険料の引き上げを第一に優先すべきで、制度改革は現在の日本の誇る患者の医療へのアクセスの良さを尊重しながら受診抑制につながらない方法を選ぶべきと主張している。近く日本

医師会内に医療保険改革への対策会議を設置し、医師数、医師の定年制や混合医療の問題を扱う予定でいる。

A 5：基本的立場と具体的方策

日本医師会は社会保障制度全体の変革の時期にあたって、医療費抑制の要となっている政管健保の公費助成率からの脱却をめざし、勤労者医療保険の税からの独立・純粋な社会保険化を計り、一方障害者・低所得者への公費医療は先進国なみの充実を求め、高齢者の医療・福祉には世代連帯の意味からも公費（税）で行うことを主張し、自己責任に基づく受益者負担には勤労者・高齢者をとわず民間医療福祉保険を導入して国庫からの医療財源の自由度を増し、不毛な財源論から早期に脱出すべきであるとする。消費者の側に立って負担と給付の公平さをもとめ、間接税においても生産者、消費者にともに公平な付加価値税を日本医師会の基本的立場とし損税問題を解決すべきであると思われる。

（医政部担当理事 山本 直也）

Yamanouchi

山之内製薬

【効能・効果】本態性高血圧症

【用法・用量】通常成人には、本剤を1回塩酸ニカルジピンとして20～40mg、1日2回経口投与する。

【使用上の注意】（抜粋）

1. 一般的注意 カルシウム拮抗剤の投与を急に中止したとき、症状が悪化した症例が報告されているので、本剤の休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行うこと。また、患者に医師の指示なしに服薬を中止しないよう注意すること。

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）

- (1) 顕重内出血で止血が完成していないと推定される患者【出血が促進する可能性がある。】
- (2) 脳卒中急性期で顕重内圧が亢進している患者【顕重内圧が高まるおそれがある。】
- (3) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人【妊婦・授乳婦への投与】の項参照】

3. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）(1) 肝・腎機能障害のある患者【本剤は肝臓で代謝される。また、一般に重篤な腎機能障害のある患者では、降圧に伴い腎機能が低下する可能性がある。】(2) 低血圧症の患者【血圧がさらに低下する可能性がある。】(3) 結内障の患者【血管拡張作用により眼圧の上昇を招くおそれがある。】(4) 高齢者【高齢者への投与】の項参照】

4. 相互作用 併用に注意すること (1) 他の降圧剤【相互に作用を増強するおそれがある。】(2) ジゴキシン【ジゴキシンの血中濃度が上昇するおそれがある。】(3) シメチジン【本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されるおそれがある。】(4) リファンピシン【本剤の作用が弱められるおそれがある。】(5) グレープフルーツジュース【本剤の服用時にグレープフルーツジュースを飲むと、本剤の血中濃度が上昇したとの報告がある。】

5. 副作用（まれに0.1%未満、ときに0.1～5%未満、副詞なし5%以上は頻度不明）(1) 肝臓：ときにGOT、GPT、γ-GTPの上昇、また、まれにビリルビン、A-LP、LDH、血清コレステロールの上昇等があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。(2) 腎臓：ときにBUN、クレアチニンの上昇等があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。(3) 血液：まれに顆粒球減少があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。(4) 消化器：ときに便秘、腹痛、また、まれに食欲不振、胸やけ、口渇、下痢、悪心・嘔吐、胃部不快感等があらわれることがある。(5) 循環器：ときに顔面潮紅、動悸、脱力・倦怠感、のぼせ、また、まれに立ちくらみ、顔熱、熱感、血圧低下、浮腫があらわれることがある。(6) 過敏症：ときに発疹、痒痒感、また、まれに光線過敏症等があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。(7) 口腔：適用によりまれに嚥肉肥厚があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。(8) その他：ときに頭痛・頭重、めまい、また、まれに耳鳴、むしけ、しびれ感、不眠、胸部不快感、流涎、発赤、顔熱、ふるら感等があらわれることがある。

※その他の使用上の注意等詳細は、製品添付文書をご参照ください。

豊かな血流。
おだやかで、
適確な
降圧効果。



持続性Ca拮抗剤（塩酸ニカルジピン徐放製剤）

ペルジピン[®] LA 20mg
40mg

薬価収載 **Perdipine LA**

（資料請求先）山之内製薬株式会社 学術情報部 〒103 東京都中央区日本橋本町2-3-11