

医療費自己負担のあり方に関する考察  
 - メリハリのある政策提示のために -

日医総研 吉田真季

1. 背景・目的

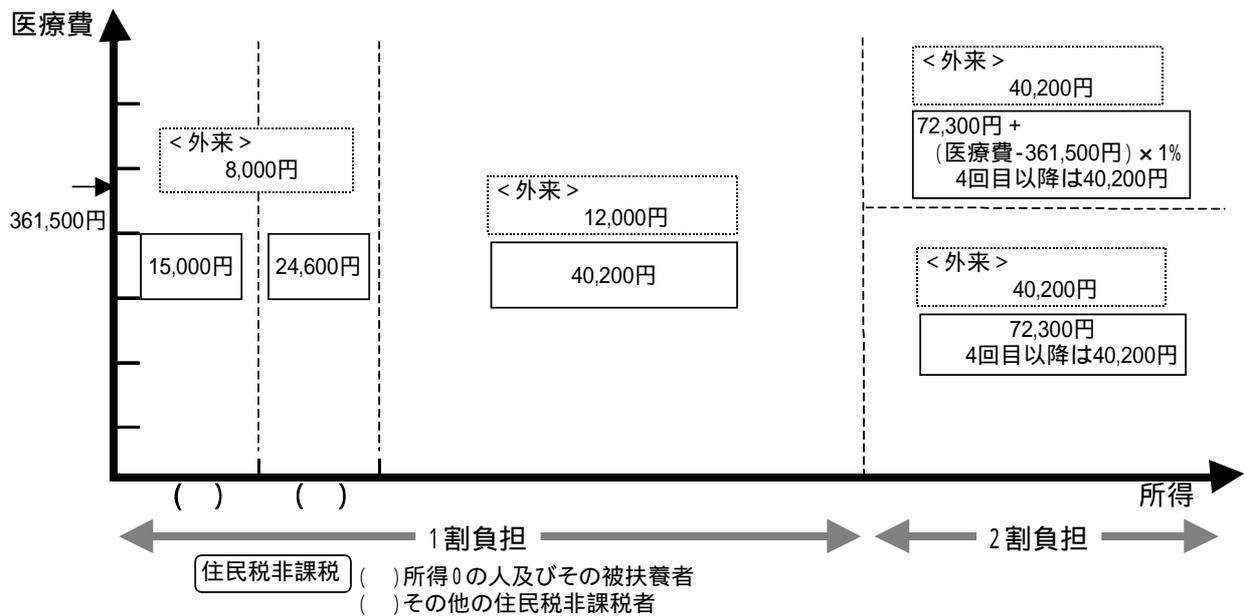
国民皆保険の達成後これまでの間、「医療保険財政の逼迫」を理由とした患者自己負担引上げが小刻みに実施されてきた。平成 14 年 10 月には老人医療について、定率制導入 所得により異なる負担率設定 償還払い導入 等が行われており、本年 4 月には被保険者本人の自己負担が 3 割に引き上げられる予定である。

しかし、患者自己負担の設定が十分な論理性に基づいて行われ、実施後の妥当性がきちんと検証されたとは言い難い。また、無計画な制度改正を繰り返したが故に、自己負担額の上限設定等が図表 1 に示すとおり複雑極まりないものとなっている。

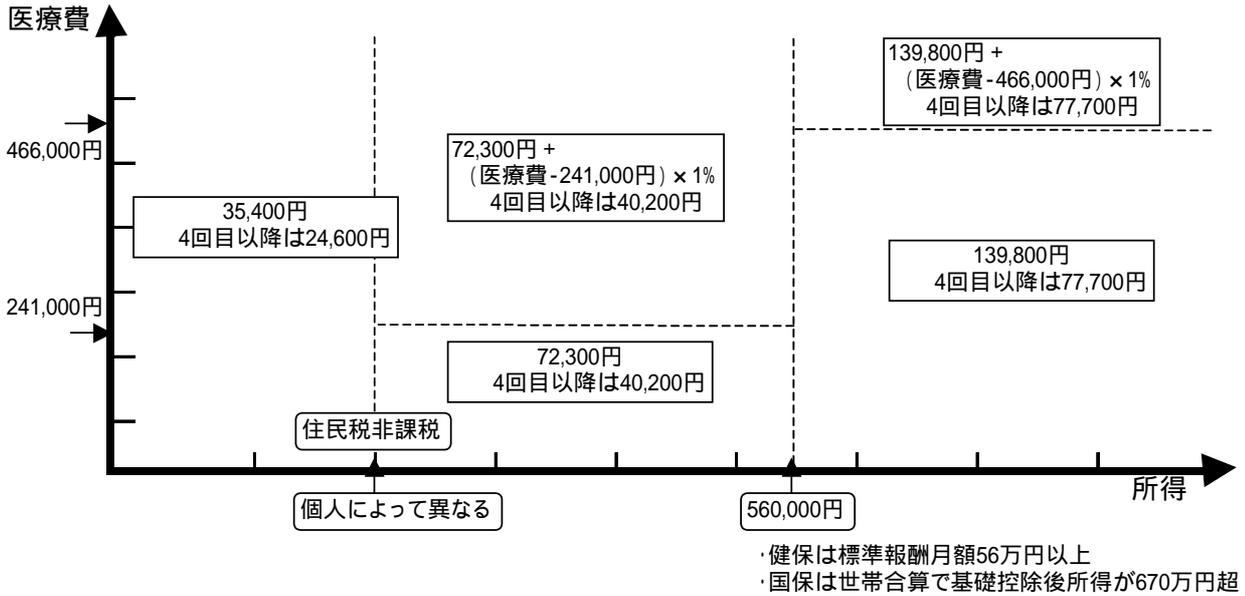
そこで、本稿では医療費自己負担の状況について客観的に振り返り、整理することを試みた。なお、「患者から医療機関窓口への自己負担金」について、本稿では「一部負担金」と記述する。

図表 1. 現行および施行予定の自己負担限度額

ア 70 歳以上に適用されている体系（平成 14 年 10 月実施済）



イ 70歳未満に適用される予定の体系（平成15年4月実施予定）



2. 制度の変遷経緯

まず、一部負担金がいつから設定され、どのように引き上げられてきたかについて概観した(図表2)。健康保険(政府管掌及び組合管掌)の被保険者本人については、1984年(昭和59年)にそれまでの定額負担に代わって1割の定率負担が採り入れられ、1997年(平成9年)に2割に引き上げられた。健康保険の被扶養者および国民健康保険加入者(世帯主及び世帯員)については、昭和40年代に3割の定率負担が設定され、現在に至っている。

老人医療制度については、1973年(昭和48年)の老人福祉法制定により一旦は無料化されたが、1982年(昭和57年)に定額制の一部負担が設定され、以降、小刻みな引き上げが行われてきた。

これらの政策導入の一方で、国民医療費総額、一人あたり国民医療費総額は右肩上がりの上昇を続け、国内総生産(GDP)に占める割合も年を追って上昇してきた。

図表 2. 一部負担金の変遷と国民医療費の推移

年度	老人医療費 一部負担金	健康保険（政府管掌・組合管掌） 一部負担金		国保 一部負担金	国民医療費 総額 （億円）	一人あたり 国民医療費 （千円）	国内総生産 （十億円）	国民医療費 /GDP(%)
		本人（被保険者）	家族（被扶養者）					
昭和 48 1973	70歳以上の自己負担分 を公費で現物給付化		3割 自己負担限度額： 30,000円	世帯主・世帯員 ともに3割	39,496	36.2	112,498	3.5%
51 1976			自己負担限度額： 39,000円		76,684	67.8	166,573	4.6%
56 1981		自己負担限度額： 15,000円	外来：3割 入院：2割		128,709	109.2	261,028	4.9%
57 1982	外来：1ヶ月400円 入院：1日300円 （2ヶ月を上限）		自己負担限度額： 45,000円		138,659	116.8	274,050	5.1%
58 1983			自己負担限度額： 51,000円		145,438	121.7	285,579	5.1%
59 1984		1割 自己負担限度額を世帯合算		退職被保険者2割 （被扶養者 入院2割・外来3割）	150,932	125.5	304,859	5.0%
62 1987	外来：1ヶ月800円 入院：1日400円	自己負担限度額： 54,000円			180,759	147.8	355,837	5.1%
平成 1 1989		自己負担限度額： 57,000円			197,290	160.1	409,602	4.8%
3 1991	外来：1ヶ月900円 入院：1日600円	自己負担限度額： 60,000円			218,260	176.0	469,230	4.7%
5 1993	外来：1ヶ月1,000円 入院：1日700円	自己負担限度額： 63,000円			243,631	195.3	486,519	5.0%
7 1995	外来：1ヶ月1,020円 入院：1日710円	自己負担限度額： 63,600円			269,577	214.7	497,739	5.4%
9 1997	外来：1回500円 （上限あり） 薬剤費一部負担 入院：1日1,000円	2割			290,651	230.4	521,862	5.6%
10 1998	入院：1日1,100円				298,251	235.8	515,835	5.8%
11 1999	入院：1日1,020円				309,337	244.2	511,837	6.0%
12 2000	外来：定率1割 入院：定率1割 （上限あり） 食事療養費1日780円				303,583	239.2	513,534	5.9%
14 2002	定額制診療所：1日850円（上限あり） 定率制診療所及び 200床未満病院：定率1割（上限あり） 200床以上病院：定率1割（上限あり） 院外処方薬剤：定率1割（上限あり）	自己負担限度額： 72,300円		小児のみ2割	未発表	-	506,111	-

注）詳細については割愛した

（出所）厚生労働省統計資料等をもとに作成

### 3. 一部負担金の位置付け ～諸外国との比較～

そもそも、「一部負担金」の意味合いとは何なのか。健康保険法(大正11年制定)によれば、“(前略)保険医療機関又は保険薬局から療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際、(中略)規定により算定した額に当該各号に定める割合を乗じて得た額を、一部負担金として、当該保険医療機関又は保険薬局に支払わなければならない(後略)”とされている。つまり、一部負担金は「療養の給付に関する費用」の一部と位置付けられている。

医療を含む広い意味での「公的サービス」に目を向けると、利用者による費用負担の有無に応じて、次の2タイプに大別されるのではないか。

<p>&lt; 受益者負担型サービス &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公的介護サービス利用料</li> <li>・ 公立保育園保育料</li> <li>・ 粗大ごみ処理料 など</li> </ul>	<p>&lt; 被害者救済型サービス &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 労災保険</li> <li>・ 傷害保険</li> <li>・ 自賠責保険 など</li> </ul>
---	--

「受益者負担型サービス」においては、利用者側にサービスを利用するか否かの決定権があり、受益者負担原則に従って利用者に費用の一部負担が課せられている。一方、「被害者救済型サービス」は、利用者側の意図に関わらず利用を余儀なくされるものであるが、これらの利用時に「一部負担金」は発生しない。

では、公的医療保険の性格が両者のどちらに近いかといえ、後者であろう。多くの場合、疾病は患者の意図に反して発生する「事故」であり、元の状態に戻るには何らかの医療サービスを利用する必要があるためだ。

ここで、公的医療保険制度を有し、皆保険・フリーアクセスを原則としている独、仏、英の3国について、各種制度の状況を日本と比較した(図表3)。数々の相違点は、各国で現在の体制や制度が成立するまでの歴史的背景や、社会保障に対する基本的な考え方の違いによるところが大きいと考えられる。しかし一方で、高齢化社会を迎え、医療費の増大が問題となっている点は各国に共通であろう。

一部負担金に関して4ヶ国間を比較すると、入院については、NHS制度をとる英国を除き、何らかの形で一部負担金が設けられている。この理由として、入院時には家庭医・GP等の診断を経て必要性が判断されるため、患者側の経済的負担がサービス需要に直結しにくいこと、施設利用に応じて不可避免的に固定費が発生するため、患者負担による補填が適していること、等が推測される。

外来について、独、英では一部負担金を設けていない。特にドイツでは、1989年に制定された医療保険構造改革法(GDR)に従い、給付範囲の木目細かな見直しが行われてきた。例えば歯科診療については、予防優先の観点から検診を強化する一方で、補綴に対する給付を段階的に引き下げるなど、「メリハリの利いた」仕組みとなっている<sup>1</sup>。

フランスでは外来3割、入院2割と、一見日本と同率の一部負担金が設定されているが、実質的には国民の大半が加入する地域共済保険(ミューチュアル)から支払われている。なお、フランスの保険給付方式の特徴である「償還払い方式」については、高額な医療費を立て替え不可能な低所得者等が必要な医療を受けられないという問題が指摘され、現在では入院医療の大部分が現物給付となり、外来診療においても第三者支払方式が浸透しつつある<sup>2</sup>。

<sup>1</sup> 週刊社会保障編集部編『欧米諸国の医療保障』等を参照。

<sup>2</sup> 日本貿易振興会「対日アクセス実態調査報告書 - 医療・福祉(介護)サービス -」を参照。

図表3. 日・独・仏・英での一部負担金を取り巻く環境

	日本	ドイツ	フランス	英国
<b>公的保険対象範囲</b>	全国民	国民の約9割が公的医療保健に加入。富裕層・自営業者は公的保険の加入義務がなく任意で加入可。	全国民（さらに全国民の約8割が共済保険に加入）	全国民
<b>医療機関アクセス</b>	原則としてフリーアクセス	外来診療所はフリーアクセス。入院治療には外来開業医の紹介が必要。	原則としてフリーアクセス	救急時以外は事前に登録したGPを受診し、検査や入院が必要であればGPが病院を紹介。
<b>公的保険給付方式</b>	原則として現物給付	原則として現物給付 リハビリテーション、在宅看護、妊娠・出産等は現金給付もあり	原則として償還払い	原則として現物給付
<b>自己負担割合</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般：3割</li> <li>老人：原則1-2割</li> <li>介護：1割</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来：なし</li> <li>入院：18歳以上は1日177円（2週間まで）</li> <li>薬剤：参照価格を越えた分を自己負担</li> <li>歯科：補綴は実質全額 その他は負担なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来：3割</li> <li>一般的入院：2割</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>なし（全額給付）</li> <li>室料差額や私費診療費は患者から徴収</li> </ul>
<b>公的保険カバー範囲</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院診療</li> <li>外来診療</li> <li>歯科診療</li> <li>在宅医療・看護</li> <li>老人保健施設療養費</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医科診療費</li> <li>薬剤・補助具費用</li> <li>疾病予防</li> <li>疾病の早期発見</li> <li>医学的リハビリテーション</li> <li>在宅看護</li> <li>妊娠・出産</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般医の診察</li> <li>専門医の診察</li> <li>歯科診療</li> <li>薬剤・装具費用</li> <li>検査費用</li> <li>入院費</li> <li>リハビリテーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般家庭医（GP）の診療</li> <li>病院・専門医の診療</li> <li>在宅ケア</li> <li>入所施設サービス</li> </ul>
<b>一部負担金支払方式</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院・外来とも医療機関で保険証を提示の上自己負担分を支払い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時に医療機関に支払い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院：医療機関で一部負担金と定額入院費を支払い</li> <li>外来：診療費と薬剤費を全額支払、疾病金庫から償還</li> </ul>	なし
<b>民間医療保険の役割</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院給付金の支払</li> <li>特定疾患（がん等）に対する給付</li> <li>保険外の高度医療費用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>富裕層の公的保険を代替</li> <li>上乘せ部分（医師指名料、差額ベッド代）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>公的保険の自己負担分を補完（ミューチュアル）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>民間病院での私費診療費</li> <li>公的病院アメニティ・ベッドでの診療費</li> </ul>

（出所）日本貿易振興会「対日アクセス実態調査報告書」等をもとに作成

#### 4. 乳幼児医療における患者自己負担の有無と受診行動

一部負担金の引き上げ時には必ず「無駄な受診の抑制」という点が根拠に挙げられるが、果たしてこの考え方は妥当であろうか。「必要な受診」が抑制されるという危険はないだろうか。

乳幼児の疾病構造は成人と異なり、感染症の占める割合が高い上、症状の進行が早いため、早期診断・治療の重要性が特に高いことが特徴である（図表4）。このため、乳幼児医療費助成制度が設けられ、公費により経済的な負担を軽減し、早期受診を促進する政策が採られている。特に外来の場合は入院と異なり、患者（多くは保護者）側の意思により受診の有無が決定されるため、経済的な障壁を取り除くことの効果は大きいと考えられる。

ただし「早期受診」についての見解は、患者側と医療提供側とで異なるのが現状である<sup>3</sup>。そこで本稿では、あくまでも患者側が「必要」と判断して医療機関を受診する際に、経済的要因による妨げがあるか否かという点に焦点を置いて検討したい。

図表4. 乳幼児（0-4歳）及び成人の疾病構造（外来患者数の多い順に示した）

乳幼児(0-4歳)		全年齢	
傷病大分類	推計患者数 (千人)	傷病大分類	推計患者数 (千人)
総数	350.0	総数	6,835.9
1位 呼吸器系の疾患	186.0	消化器系の疾患	1,290.5
2位 健康状態に影響を及ぼす要因ほか	34.1	循環器系の疾患	1,010.5
3位 皮膚及び皮下組織の疾患	31.7	筋骨格系及び結合組織の疾患	886.1
4位 消化器系の疾患	22.8	呼吸器系の疾患	822.8
5位 耳及び乳様突起の疾患	20.6	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	408.8
6位 感染症及び寄生虫症	14.7	内分泌、栄養及び代謝疾患	342.5
7位 損傷、中毒及びその他の外因の影響	13.1	眼及び付属器の疾患	340.6
8位 眼及び付属器の疾患	6.3	損傷、中毒及びその他の外因の影響	323.1
9位 先天奇形、変形及び染色体異常	4.2	皮膚及び皮下組織の疾患	278.4
10位 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見	3.6	感染症及び寄生虫症	212.0
11位 周産期に発生した病態	2.5	尿路器系の疾患	204.6
12位 神経系の疾患	2.2	新生物	181.9
13位 筋骨格系及び結合組織の疾患	1.8	精神及び行動の障害	156.4
14位 尿路器系の疾患	1.7	耳及び乳様突起の疾患	135.5
15位 内分泌、栄養及び代謝疾患	1.2	神経系の疾患	111.6
16位 精神及び行動の障害	1.2	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見	70.2
17位 循環器系の疾患	1.0	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	28.1
18位 新生物	0.8	妊娠、分娩及び産じょく	18.4
19位 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.6	先天奇形、変形及び染色体異常	11.5
20位 妊娠、分娩及び産じょく	・	周産期に発生した病態	2.5

（出所）厚生労働大臣官房統計情報部「平成11年患者調査」をもとに作成

<sup>3</sup>小児救急医療については、本来（専門医から見て）救急を必要としない患者までが休日・夜間に受診しているという問題点も指摘されている（例えば、日本医師会『小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書』2002.で行ったアンケートでは、二次救急を受診した小児患者のうち約90%が「軽症」であったとのデータが得られている）。

図表 5 に示すとおり、乳幼児医療費助成制度の対象年齢や対象範囲は都道府県によって異なる。 4 歳児まで助成対象に含まれるか否か、 患者自己負担（多くは定額制）が必要か否かの観点から分類すると、47 都道府県のうち 4 歳児が自己負担なしで助成制度を適用されるのは 4 自治体のみである<sup>4</sup>。

図表 5. 各都道府県の乳幼児医療費助成制度概要と外来受療率

	外来対象 年齢(歳) *:就学前	外来自己 負担	所得制限	助成方法	備考
北海道	2	有	有	償還	初診時580円
青森	3	無	有	0歳のみ現物	
岩手	3	有	有	償還	2歳以上月500円
宮城	2	無	有	国保のみ現物	
秋田	6 *	無	有	現物	
山形	6 *	有	有	現物	1回530円
福島	6 *	有	無	国保のみ現物	月1,000円
茨城	2	有	有	現物	1日500円
栃木	6 *	無	無	償還	
群馬	2	無	無	現物	
埼玉	3	有	有	償還	月1,000円
千葉	2	有	有	償還	
東京	6 *	無	有	現物	
神奈川	2	無	有	0歳のみ現物	
山梨	4	有	無	償還	月700円
新潟	2	有	有	現物	1日530円
富山	3	有	無	0歳のみ現物	1日530円
石川	3	有	有	償還	月1,000円
福井	2	無	無	償還	
長野	2	無	無	償還	
岐阜	2	無	無	現物(例外有)	
静岡	3	有	無	現物	1回500円
愛知	3	無	無	現物	
三重	2	無	有	償還	
滋賀	2	無	無	現物	
京都	2	有	無	現物	月200円
大阪	1	無	有	償還	
兵庫	6 *	有	有	現物	1割
奈良	2	有	有	一部のみ現物	1歳以上1割
和歌山	2	無	無	償還	
鳥取	2	有	有	現物	1回530円
島根	2	有	無	現物	2歳まで月1,000円、3歳以上1割
岡山	2	無	有	現物	
広島	2	無	有	現物	
山口	2	無	有	現物	
徳島	2	無	有	現物(例外有)	
香川	5	無	有	償還	
愛媛	2	無	無	現物	
高知	0	無	無	現物	
福岡	2	有	無	現物	初診料、往診料
佐賀	2	有	無	現物	月300円
長崎	2	有	無	償還	1日800円
熊本	3	有	有	定めなし	月3,000円
大分	2	無	無	現物	
宮崎	2	有	無	現物	月300円
鹿児島	5	有	無	償還	月3,000円
沖縄	2	無	無	償還	

注) 詳細については割愛した (出所) 2002 年保団連調査<sup>5</sup>、厚生労働省統計資料等をもとに作成

<sup>4</sup> 厳密には、都道府県以下の自治体レベルで付加的な助成を行うことにより、自己負担額を軽減しているケースもある。

<sup>5</sup> 「乳幼児医療全国ネット」<http://www1.doc-net.or.jp/~babynet/todofuken.htm>を参照。

一方、都道府県別に0～4歳の推計外来患者数をみると（図表6）、全ての都道府県において患者数の1位が「呼吸器系の疾患<sup>6</sup>」で突出し、2・3位は全国データで2～7位を占めている分類のいずれかであった。よって、小児外来患者の疾病構造は各県ともほぼ同様の傾向であると考えた。

図表6. 都道府県別の乳幼児の疾病構造（外来患者数の上位3位を占める傷病分類）

	1位		2位		3位	
	傷病大分類	推計患者数 (千人)	傷病大分類	推計患者数 (千人)	傷病大分類	推計患者数 (千人)
<b>全国</b>	<b>呼吸器系の疾患</b>	<b>186.0</b>	<b>健康状態に影響を及ぼす要因ほか</b>	<b>34.1</b>	<b>皮膚及び皮下組織の疾患</b>	<b>31.7</b>
北海道	呼吸器系の疾患	6.7	消化器系の疾患	1.5	皮膚及び皮下組織の疾患	1.5
青森	呼吸器系の疾患	3.2	消化器系の疾患	0.6	皮膚及び皮下組織の疾患	0.5
岩手	呼吸器系の疾患	1.9	消化器系の疾患	0.5	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3
宮城	呼吸器系の疾患	3.2	皮膚及び皮下組織の疾患	0.6	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.6
秋田	呼吸器系の疾患	1.7	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3	耳及び乳様突起の疾患	0.2
山形	呼吸器系の疾患	2.2	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.3	感染症及び寄生虫症	0.2
福島	呼吸器系の疾患	2.5	消化器系の疾患	0.8	皮膚及び皮下組織の疾患	0.6
茨城	呼吸器系の疾患	5.0	皮膚及び皮下組織の疾患	0.6	耳及び乳様突起の疾患	0.5
栃木	呼吸器系の疾患	3.2	皮膚及び皮下組織の疾患	0.7	消化器系の疾患	0.5
群馬	呼吸器系の疾患	4.1	皮膚及び皮下組織の疾患	0.6	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.6
埼玉	呼吸器系の疾患	10.8	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	2.4	皮膚及び皮下組織の疾患	1.4
千葉	呼吸器系の疾患	7.2	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	2.7	消化器系の疾患	1.4
東京	呼吸器系の疾患	21.5	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	3.9	皮膚及び皮下組織の疾患	2.2
神奈川	呼吸器系の疾患	9.1	消化器系の疾患	2.4	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	2.4
山梨	呼吸器系の疾患	1.3	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.4	消化器系の疾患	0.2
新潟	呼吸器系の疾患	3.1	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	1.1	皮膚及び皮下組織の疾患	0.8
富山	呼吸器系の疾患	1.9	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3	耳及び乳様突起の疾患	0.2
石川	呼吸器系の疾患	2.1	耳及び乳様突起の疾患	0.2	皮膚及び皮下組織の疾患	0.2
福井	呼吸器系の疾患	1.7	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.3	感染症及び寄生虫症	0.2
長野	呼吸器系の疾患	2.4	消化器系の疾患	0.4	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3
岐阜	呼吸器系の疾患	2.9	耳及び乳様突起の疾患	0.6	皮膚及び皮下組織の疾患	0.4
静岡	呼吸器系の疾患	4.6	皮膚及び皮下組織の疾患	0.8	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.8
愛知	呼吸器系の疾患	12.3	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	3.4	皮膚及び皮下組織の疾患	3.2
三重	呼吸器系の疾患	2.0	消化器系の疾患	0.6	皮膚及び皮下組織の疾患	0.6
滋賀	呼吸器系の疾患	1.3	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3	感染症及び寄生虫症	0.2
京都	呼吸器系の疾患	3.7	消化器系の疾患	0.6	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.5
大阪	呼吸器系の疾患	13.0	耳及び乳様突起の疾患	2.2	消化器系の疾患	2.2
兵庫	呼吸器系の疾患	8.4	皮膚及び皮下組織の疾患	1.9	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	1.6
奈良	呼吸器系の疾患	1.7	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3	感染症及び寄生虫症	0.2
和歌山	呼吸器系の疾患	2.1	耳及び乳様突起の疾患	0.3	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3
鳥取	呼吸器系の疾患	0.8	感染症及び寄生虫症	0.1	消化器系の疾患	0.1
島根	呼吸器系の疾患	1.0	感染症及び寄生虫症	0.1	耳及び乳様突起の疾患	0.1
岡山	呼吸器系の疾患	2.5	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.8	耳及び乳様突起の疾患	0.6
広島	呼吸器系の疾患	5.7	皮膚及び皮下組織の疾患	1.0	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.8
山口	呼吸器系の疾患	1.6	皮膚及び皮下組織の疾患	0.5	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.4
徳島	呼吸器系の疾患	1.4	皮膚及び皮下組織の疾患	0.2	感染症及び寄生虫症	0.1
香川	呼吸器系の疾患	1.3	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.3	皮膚及び皮下組織の疾患	0.2
愛媛	呼吸器系の疾患	2.4	耳及び乳様突起の疾患	0.7	皮膚及び皮下組織の疾患	0.5
高知	呼吸器系の疾患	1.1	耳及び乳様突起の疾患	0.3	皮膚及び皮下組織の疾患	0.2
福岡	呼吸器系の疾患	7.5	皮膚及び皮下組織の疾患	1.7	耳及び乳様突起の疾患	1.5
佐賀	呼吸器系の疾患	1.4	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.3	耳及び乳様突起の疾患	0.2
長崎	呼吸器系の疾患	3.2	健康状態に影響を及ぼす要因ほか	0.7	皮膚及び皮下組織の疾患	0.5
熊本	呼吸器系の疾患	2.4	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3	損傷、中毒ほか	0.3
大分	呼吸器系の疾患	1.0	耳及び乳様突起の疾患	0.2	皮膚及び皮下組織の疾患	0.2
宮崎	呼吸器系の疾患	1.5	耳及び乳様突起の疾患	0.3	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3
鹿児島	呼吸器系の疾患	2.3	耳及び乳様突起の疾患	0.4	消化器系の疾患	0.4
沖縄	呼吸器系の疾患	2.0	耳及び乳様突起の疾患	0.4	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3

（出所）厚生労働大臣官房統計情報部「平成11年患者調査」をもとに作成

<sup>6</sup>中でも、急性上気道感染、急性気管支炎及び急性細気管支炎が共通して多い。

以上を踏まえ、乳幼児医療費助成制度の適用状況と、乳幼児の外来受療率との関係を都道府県別毎に分析した。外来受療率は、入院のように施設数・病床数による制約を受けにくく、需要（受診者側の意思）が直接的に反映されると考えた。

47 都道府県を助成制度の適用状況に従って 「4 歳児に助成制度適用・自己負担なし（4 自治体）」 「4 歳児に助成制度適用・自己負担あり（5 自治体）」 「4 歳児に助成制度非適用（38 自治体）」 の 3 グループに分類し、外来受療率の分布をみた。

その結果、図表 7-1 に示すとおり、群では 群と比較して外来受療率が高いという傾向がみられた<sup>7</sup>。また、群の中で外来受療率の高い自治体を個別に確認すると、3 歳時まで自己負担なしで助成制度を適用しているケースが上位 2 件を占めた。一方、多くの都道府県で助成制度の適用年齢に含まれない 85-14 歳の外来受療率の平均値は ~ の 3 群間でほぼ等しかった（図表 7-2）。

なお、「初診」と「再来」に分けた場合も、群が 群より外来受療率が高いという傾向は共通であった。さらに、患者自己負担の方式が「現物給付」か「償還払い」かによる比較も行ったが、差はみられなかった。

以上から、0~4 歳の乳幼児については、経済的負担がある地域では、負担がない地域と比較して、初診・再来ともに受診が抑制されている可能性が示された。ただし、検討に用いたデータの制約上<sup>9</sup>、分析結果の解釈には限界があるため、機会を改めて詳細検討を行う意向である。

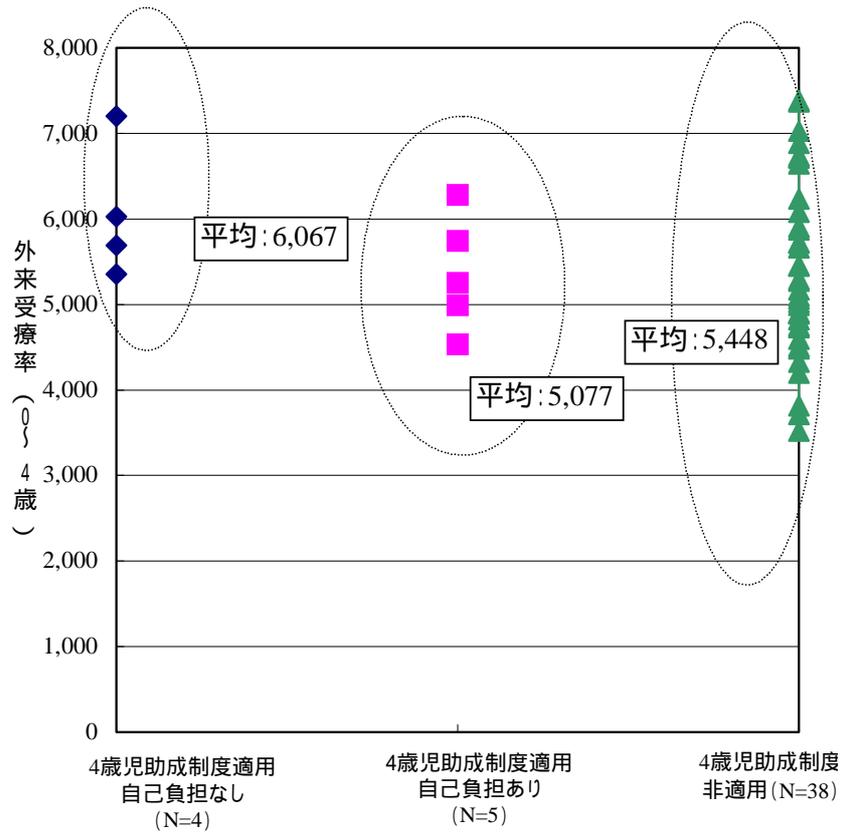
---

<sup>7</sup> t 検定の結果、統計的な有意差は確認されなかった。

<sup>8</sup> 厳密には「5 歳まで助成適用」「就学前まで助成適用」という自治体が 7 件存在し、うち 2 件は自己負担なしである。

<sup>9</sup> 具体的な問題点を列挙すると次の通り。【・都市区レベルの助成制度の違いまで考慮していない ・所得制限の有無まで考慮していない ・患者の受診した診療科まで考慮していない ・0~4 歳という幅の中で疾病構造、受療率、受診先の特徴が分かると想定されるがここまで考慮していない 等】

図表 7-1. 乳幼児医療費助成制度のカバー範囲と外来受療率



図表 7-2. 乳幼児医療費助成制度のカバー範囲と0-4歳及び5-14歳外来受療率

	都道府県別 H11外来受療率			
	0-4歳		5-14歳	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
<b>全体 (N=47)</b>	<b>5,462</b>	<b>968</b>	<b>2,317</b>	<b>359</b>
4歳児助成制度適用 自己負担なし (N=4)	6,067	806	2,362	261
4歳児助成制度適用 自己負担あり (N=5)	5,078	766	2,373	499
4歳児助成制度 非適用 (N=38)	5,448	994	2,305	356

(出所) 2002年保団連調査、厚生労働省統計資料等をもとに作成

## 5. 一部負担金引き上げの「真の」意図

最後に、一部負担金の引き上げによる「受診の適正化」について検証してみたい。

自己負担増による受診行動抑制効果は、本当に作用しているのだろうか。日医総研では「医療費経年変化監視システム」により、医療保険医療費を分析している。図表8では、被用者の自己負担率が引き上げられた1997年9月を基点とし、自己負担率<sup>10</sup>及び入院外日数<sup>11</sup>の推移をみた。

自己負担率(黒塗りのプロット)についてみると、被用者本人では1997年9月の制度改正以降2割に上昇し、その後はほぼ横這いである。老人では、小刻みな制度改正を反映して漸次上昇しており、2002年1月の定率化後もこの傾向を維持している。被用者家族、国保では大きな制度改正がなかったため、ほぼ横這いである。

入院外日数(白抜きのプロット)についてみると、被用者本人では制度改正後約1年の間、減少幅が特に大きく、その後も減少傾向が続いている。老人では2001年頃から上昇幅がやや鈍化したものの、一貫して増加している。国保はほぼ横這いを維持、被用者家族は1999年頃から緩やかに減少している。

以上から解釈すると、被用者では一部負担金引き上げにより受診抑制が働いたとみることができる。老人では入院外日数の増加率は幾分小さくなったものの、明確な受診抑制効果は認められない。

老人医療費の定額自己負担化とその後の引き上げが受診抑制につながったか否かを経済学的に検証した先行研究をみても、自己負担制導入後の受診率変動の大部分は、他の要因(風邪の流行の有無など)により説明され、明確な受診抑制効果はみられなかったとされている<sup>12 13</sup>。

以上から、一連の制度改正に科学的根拠があったとは言い難く、国民医療費上昇の後を追って場当たりの対応が行われてきたにすぎないと考えられる。

---

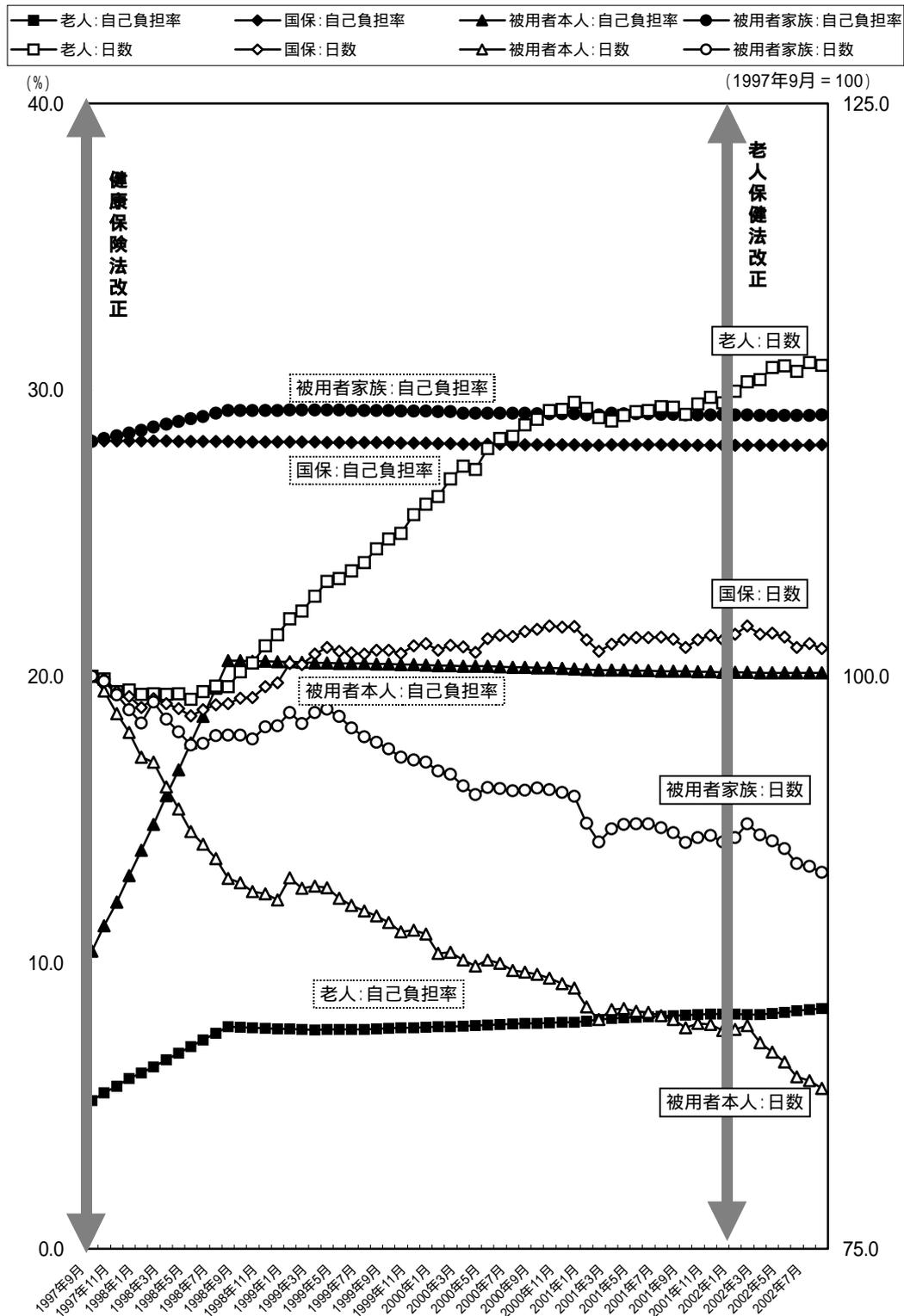
<sup>10</sup> 自己負担率は、基金統計月報のデータの点数(確定点数ではない)と金額の差を利用して試算しているため、若干の誤差がありうる。ただし長期的な傾向を見る上では問題ない。

<sup>11</sup> 日数は「1件あたり日数」×「件数」によって算出した。

<sup>12</sup> 西村周三『医療と福祉の経済システム』7-42, 筑摩書房を参照。

<sup>13</sup> 澤野孝一郎「高齢者医療における自己負担の役割:定額自己負担制と定率自己負担制」医療と社会 Vol.10 No.2 を参照。

図表8. 制度別にみた自己負担率と医科入院外日数の推移  
 (左軸：自己負担率，右軸：1997年9月=100とした時の移動年計)

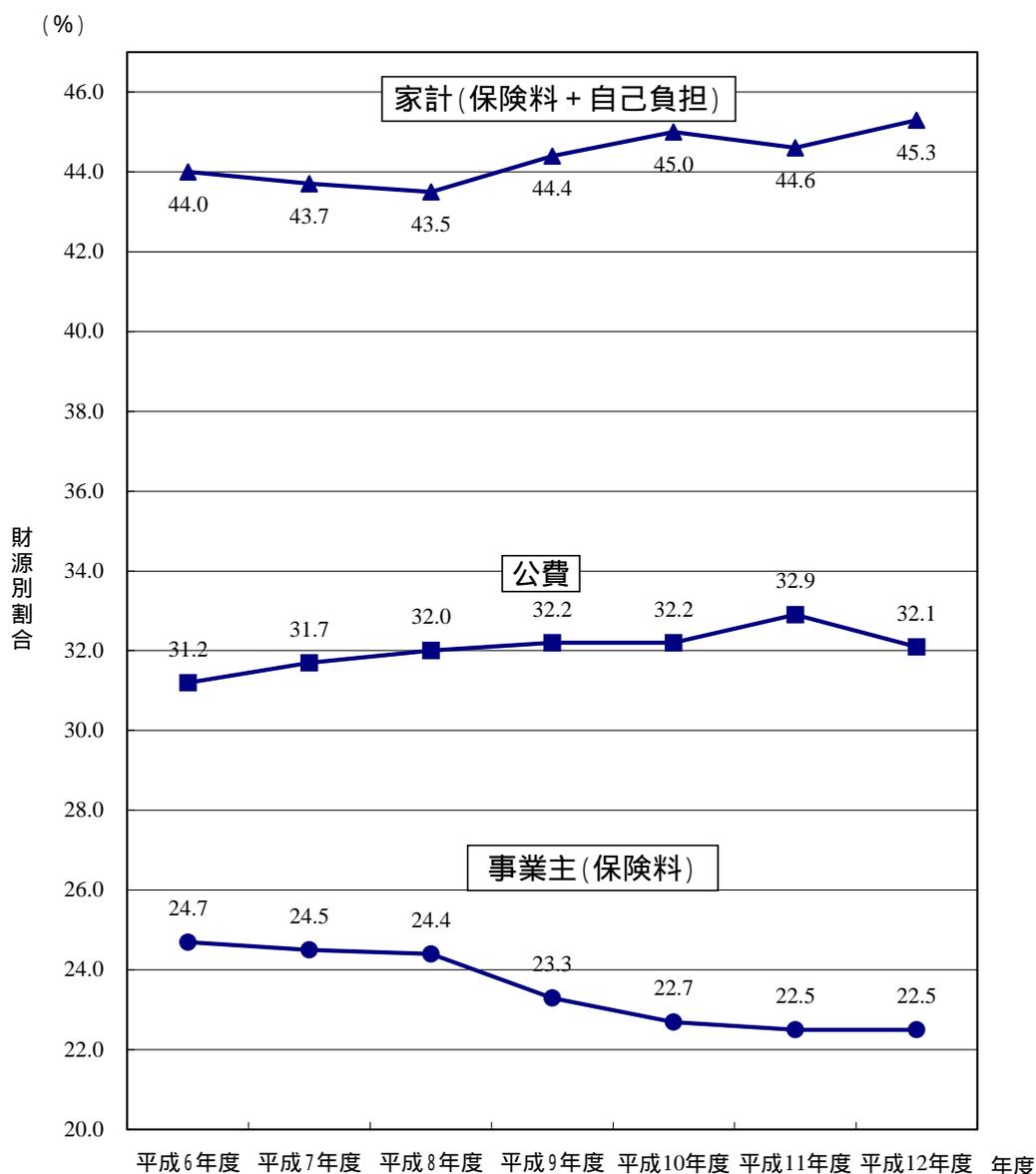


(出所) 日医総研「医療費経年変化監視システム」データに基づいて作成

それでは、一部負担金引き上げの「真の」意図とはなんだろうか。ここでは視点を転換し、国民医療費における公費、事業主、家計、三者の負担割合の推移を見てみたい。図表9に示すとおり、事業主負担割合が徐々に減じ、公費負担割合もほぼ横這いを保つ一方で、家計負担（被保険者保険料+患者自己負担）割合は一貫して増加傾向にある。

すなわち、国民医療費の伸びによる負担増を吸収するための手段として、家計への一方的な転嫁が行われてきたと見てよいだろう。

図表9. 国民医療費財源別負担割合の推移



(出所) 厚生労働大臣官房統計情報部「国民医療費」より日医総研作成

## 6. まとめ

以上の考察から、一部負担金のあり方について、下記の示唆を得ることができた。

諸外国では一部負担金導入の有効性を検証しつつ適用範囲を設定しており、外来についてはドイツ・英国とも患者負担なしである。フランスでは日本と同率の負担金が設定されているが、患者負担分はミューチャルと呼ばれる地域共済保険により補完されている。乳幼児医療費助成制度の適用状況と乳幼児外来受療率との関連を見る限り、患者の経済負担がある場合には外来受診が妨げられている可能性がある。

現行の一部負担金の導入経緯に科学的根拠は見受けられず、これまでの延長線上で安易な自己負担引き上げを行うことは家計への負担を徒に増大する危険が大きい。

家計負担を担う国民自身は、医療サービスの受け手であると同時に、医療保険財政の支え手でもある。今後の制度改革を論じるにあたっては、一部負担金の増加などという近視眼的な対策に走らず、国民が「必要な医療」を妨げなく享受するための仕組みを、根本から形成していくことが求められよう。

そのためにはまず、「必要な医療」の範囲を明確に定義付けた上で、その分野の医療を誰もがためらいなく受けることができるよう、経済負担の軽減策を講じるべきである。例えば、「必要な医療」の筆頭として、急性期の乳幼児疾患が挙げられるが、これについては全国同一レベルで公費負担を行うことが適しているのではないだろうか。その他にも、誰もが罹患する可能性があり、治療法の確立された普遍的医療については、前述した「被害者救済」の観点から、患者負担の軽減を行うことが理にかなっているのではないか。

一方で、患者自身の経済負担をより重くしてよい分野もあると考えられる。患者自身の選択により付加的な医療を受ける場合の費用（先進医療技術の適用等）患者が自ら行うべき予防策を講じなかったために発生した疾患の治療費等が想定されよう。本稿でも例示したように、ドイツでは「予防医療の充実」という政策を掲げ、これに沿わない分野の患者負担を増大させるという方策を採っている。医療政策方針の明示と、費用対効果の分析を行ってこそ、こういったメリハリのある政策の打ち出しが可能となるだろう。

最後になりますが、本稿執筆にあたりご助言頂いた諸先生方に厚く御礼申し上げます。