

医療費における自己負担と医療アクセス
—保険給付と高額療養費、難病対策その他の公費医療—

泉 眞樹子

- ① わが国の健康状態に関する指標は、先進国随一の高水準を示している。これは、昭和36年の国民皆保険によって「必要かつ適切な医療は基本的には保険診療により確保する」体制が確立し、医療が誰でも受けられる基幹的なサービスとなったことによる。一方、医療の進歩と人口高齢化による医療費増加が進む中、医療アクセスに関連する自己負担のあり方は、適正な医療サービス供給とも相俟って、重要な政策課題となっている。
- ② わが国では、医療保険による定率の現物給付を核としつつ、保険制度に負担上限制度（高額療養費制度）が整備され、その他、公費による多様な負担軽減策が用意されている。特に、長期間の医療費負担が続く難病、小児慢性病、障害児・者に対しては、恒久的な医療費負担軽減策（難病対策、小児慢性特定疾患治療研究事業、自立支援医療制度（更生医療・育成医療））が整備されている。国民皆保険達成前から公費を財源として整備され、現在に至る保健事業等も数多い。妊娠・出産に関わる母子保健もそのひとつである。
- ③ 制度整備の経緯を見ると、国民皆保険（昭和36年）、第二次臨調（昭和56年）、小泉構造改革（平成14年）を画期とする4つの時代に大別でき、前二者が制度構築と給付充実、後二者は給付平準化と所得別階層化の時代である。特に今世紀に入り「持続可能な皆保険制度の再構築」の名のもと、高額療養費、老人保健、難病対策、自立支援医療制のそれぞれに所得要件による負担上限の階層化が導入され、どの制度も複雑さを増している。
- ④ 各国制度を比較すると、医療サービス提供体制の違いもあり、自己負担軽減策も異なる。財源を比較すると、わが国は社会保険制度を採用しつつ、国民皆保険を維持するためかなりの公費が投入されており、その比率が非常に高い。
- ⑤ イギリス（税財源による公的医療）では診療は無料、処方薬のみ定額自己負担（免除制度あり）だが、スウェーデン（税財源）とドイツ（社会保険）には低い定額負担と医療費負担総額上限がある。フランス（社会保険）では医療保険の給付率が疾病や薬効によって大きく異なり、任意加入の補足給付制度により自己負担が軽減されている。ドイツとフランスには、慢性病に対する特段の規定がある。必要最小限のセーフティネット以外に公的医療制度を持たないアメリカは、自己負担以前に無保険者の増加が問題となっている。
- ⑥ 難病に指定されない多くの慢性病については、高額な医療費の自己負担が続いても高額療養費以外には手当てされない。このため、高額な抗がん剤の開発等により生存率が改善されたがんと、各種の支援策が講じられてきた人工透析には、格段の差が生じている。
- ⑦ 現在、厚労省内で難病対策、高額療養費制度について、個別に検討が開始されているが、社会保険制度そのものを維持するための公費投入と個々人の医療負担の適切な軽減策の実現のための公費投入も視野にいった、全体的な制度の検討が求められる。

医療費における自己負担と医療アクセス —保険給付と高額療養費、難病対策その他の公費医療—

社会労働調査室 泉 眞樹子

目 次

はじめに

I わが国の医療費自己負担

- 1 医療保険による給付（給付率と高額療養費制度）
- 2 公費による医療費助成制度等
- 3 医療保障整備の経緯

II 各国の医療における自己負担

- 1 各国の医療費の規模とその財源
- 2 わが国の財源と自己負担の割合
- 3 諸外国の医療における自己負担

III 自己負担と医療アクセスをめぐる諸問題

- 1 医療費の高額化—がん治療を中心に—
- 2 モラルハザードと受診抑制
- 3 高額療養費制度見直しに関連する動き

おわりに

はじめに

わが国の健康状態に関する指標は、先進国随一の高水準を示している。周知のとおり、わが国の平均寿命は1970年代後半に世界最高水準に達して以来、男女とも一貫してその地位を維持し続けてきた⁽¹⁾。平均寿命の伸長に寄与する乳幼児死亡率、妊産婦死亡率も著しく低い。2000年のWHO年次報告で、わが国の総合的な医療システム達成度は世界第1位に位置している⁽²⁾。

健康状態の向上をもたらすのは、医療水準の高さと医療アクセスの良さ、さらに衛生観念や生活習慣、健康状態への個々人の意識・知識（ヘルスリテラシー）⁽³⁾である。医療アクセスは、医療サービス提供者（医師、医療施設）が手の届くところにあって必要なときに受診でき、医療費が自分で払える程度の額であることによって保障される。わが国では昭和36（1961）年に国民皆保険が成立し、「必要かつ適切な医療は基本的には保険診療により確保する」⁽⁴⁾体制が確立

し、医療は誰でも受けられる基幹的なサービスとなったことが、高い健康状態を達成させた。

一方で、医療の進歩と人口高齢化による医療費増加が進む中、医療費の自己負担のあり方は、適正な医療サービス供給との関係において、重要な政策課題となっている⁽⁵⁾。本稿は、経済面での医療アクセスを左右する公的医療制度のカバー範囲、医療費自己負担軽減策の現状とこれまでの経緯について整理し、諸外国の制度と比較する。⁽⁶⁾

I わが国の医療費自己負担

わが国では、医療保険による定率の現物給付を核としつつ、保険制度に負担上限制度（高額療養費制度）が整備されており、その他、公費による多様な負担軽減策が用意されている。高額療養費制度、難病対策、障害児・者向けの自立支援医療制度による医療費の自己負担上限額は、所得により階層化されている。妊娠・出産に関わる母子保健については戦後まもなく制度が整備され、現在も医療保険ではなく保健事

(1) 「我が国の平均寿命（0歳における平均余命）は、男子72.69年、女子77.95年となり男女とも世界の最高水準に達した。」（『厚生白書 昭和53年版』）；平成21年簡易生命表による平均寿命は男性79.59年、女性86.44年。女性の平均寿命世界一は四半世紀を超える。（厚生労働省「平成21年簡易生命表の概況について」〈<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life09/index.html>〉）

(2) World Health Organization, *World Health Report 2000 - Health systems: improving performance*. 〈<http://www.who.int/whr/2000/en/>〉 5つの基準（①健康水準、②健康の普及度、③治療における対応水準、④治療の普及度、⑤負担の公平性）により指標化。①、②、⑤に25%、③、④に12.5%でウェイトづけを行い総合評価した結果、わが国が第1位となった。

(3) 健康の社会的決定因子として、教育の重要性が広く認識されたのは、カナダのラロンド保健大臣による1974年の報告書が契機とされる。その後、各国で健康増進政策の基盤としてヘルスリテラシーが具体的に位置づけられ始めた。ヘルスリテラシーの定義としては、「適切な健康上の判断を下すために必要な、基礎的な健康情報とサービスを獲得、処理し、理解する能力」等がある（北澤健文「ヘルスリテラシーの動向」『病院』67(5), 2008.5, pp.390-393.）。「健康情報（保健情報や医療情報）を上手に活用できるスキル」（杉森裕樹「第6章 教育の不平等と健康」川上憲人ほか編『社会格差と健康—社会疫学からのアプローチ』東京大学出版会, 2006, pp.105-126.）

(4) 村上正泰『医療崩壊の真犯人』PHP研究所, 2009, p.163.

(5) 自己負担の問題を考える視点として、尾形裕也九州大学大学院医学研究院教授は以下の3つを提示する。①保険給付範囲との関係、②医療費の効率的使用に関わる問題（マクロ的な医療費適正化とミクロ的な医療資源の配分の適正化）、③保険給付の補完的（complementary）機能か、保険給付外の補足的（supplementary）機能か。（尾形裕也「医療費の財源問題に関する考察—患者負担のあり方を考える」『病院』66(7), 2007.7, pp.542-545.）

(6) 医療費における自己負担に関しては、まずは医療保険加入のための保険料負担の問題があり（第一段階）、次いで保険診療の自己負担（第二段階）があり、最後に保険診療外での医療（第三段階。自由診療やいわゆる混合診療である先進医療）がある。本稿では第二段階についてのみ検討する。

業で対応している。

1 医療保険による給付（給付率と高額療養費制度）

わが国の医療制度は、社会保険方式で運営されている。すべての自治体で国民健康保険事業が開始された昭和 36（1961）年 4 月以降は、被用者保険（健康保険⁽⁷⁾、共済組合等。以下「健保」という）または地域保険（国民健康保険⁽⁸⁾。以下「国保」という）に全国民が加入している（国民皆保険⁽⁹⁾）。

医療機関で診療を受けた場合、患者が病院窓口で支払うのは、原則として医療費（公定価格として定められている診療報酬、薬価）の 3 割で、残りの費用は加入する医療保険から給付される（現物給付）。ただし高齢者と乳幼児の給付率はこれと異なり、70 歳以上は現役並み所得世帯員を除き 1 割、就学前の乳幼児は全員 2 割となっ

ている。（表 1 参照）

定率給付では、医療費が高額になれば患者本人の自己負担額も比例して増える。これを抑えるため、自己負担が一定額（暦月単位）を超えると超過分を給付する法定給付「高額療養費」がある。上限額については、世帯の所得水準によって 4 段階（低所得者Ⅰ、Ⅱ、一般、上位所得者）に階層化されて設定される。同じ保険に属する世帯員の自己負担分は合算でき（世帯合算⁽¹⁰⁾）、直近 12 か月間に 4 回以上高額療養費を受給した場合、4 回目以降の上限額が引き下げられる（多数該当）。（表 2 参照）

医療費負担が生涯続く腎透析患者と血友病患者については、自己負担月額を 10,000 円に限定する制度（長期高額疾病）が、別途、設けられている⁽¹¹⁾。70 歳未満の人工透析患者で上位所得者の場合、上限は 20,000 円である。

75 歳到達月に、健保や国保から後期高齢者

表 1 患者の年齢別の医療給付率

給付率	未就学児童 （～6歳の3月末）	一般	高齢者	
			現役並み所得者 **	
給付率	8割	7割	9割	7割
自己負担	2割	3割	1割*	3割
医療制度	国保、健保	国保、健保	(70歳以上75歳未満) 国保、健保 「高齢受給者」 (75歳以上及び65歳以上障害者) 後期高齢者医療制度	

* 70 歳以上 75 歳未満（高齢受給者）の自己負担は、平成 20 年 4 月の後期高齢者医療制度発足時に 2 割となる予定だったが、特例措置で据え置かれている（平成 23 年 3 月末まで）。

** 現役並み所得者：（健保の場合）標準報酬月額 28 万円以上。（国保・後期高齢者医療制度の場合）課税所得金額が 145 万円以上でかつ収入の額が複数高齢者世帯 520 万円以上、単身世帯 383 万円以上の世帯に属する者。

（出典）筆者作成。

(7) 健康保険法（大正 11 年 4 月 22 日法律第 70 号）による。制定時には、ブルーカラーを対象としたもので、労災補償も行った。受診を促すため、本人負担はなし（給付率 100%）とされていた。

(8) 戦前に制定された国民健康保険法（昭和 13 年法律第 60 号）を原型とし、国民に対する医療保障を国の責務とし、財政責任も明確化して制定された国民健康保険法（昭和 33 年 12 月 27 日法律第 192 号）による。なお、国民健康保険法は、地域保険の他に、職域保険である国民健康保険組合についても規定している。

(9) 生活保護世帯は医療保険に加入せず、医療扶助（全額公費）を受ける。最近では保険料未納による無保険者にも留意する必要がある。無保険者については、中川秀空「国民健康保険の現状と課題」『レファレンス』703 号、2009.8, pp.86-90. 参照。

(10) 世帯とは、同じ保険に加入している者を指す。患者が 70 歳以上であればすべての医療費を合算することができるが、70 歳未満は同一の診療科の自己負担額が暦月で 21,000 円以上の場合だけが合算の対象額となる。

(11) 対象となる疾病は、①人工腎臓を実施している慢性腎不全（腎透析患者）、②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害と第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病）、③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）、以上 3 種である（昭和 59 年 9 月 28 日厚生省告示第 156 号）。「厚生労働大臣の定める者」とは、血液製剤の投与に起因する HIV 感染者からの 2 次、3 次感染者。

表 2 高額療養費制度

<自己負担額算定の条件> 暦月単位。 70歳未満については、①医療機関ごと、②医科・歯科別、③入院・外来別で、21,000円以上のレセプトのみが対象となる。処方薬の自己負担分は、処方せん交付機関と合算。

<世帯合算> 保険制度上の世帯。

<多数該当> 直近12か月間で4回高額療養費を受給した者の4回目以降に適用される上限額。

<長期高額疾病> 以下の特定疾患患者。 ①人工透析を受ける慢性腎不全、②いわゆる血友病、③抗ウイルス剤を投与しているAIDS患者（HIV感染を含む。血液製剤の投与に起因するケースに限る）。

(1) 一般（70歳未満）

	自己負担上限月額（世帯合算を含む）	多数該当	長期高額疾病	
			透析患者	血友病等
上位所得者*	150,000円＋（医療費-500,000円）×1%	83,400円	20,000円	10,000円
一般	80,100円＋（医療費-267,000円）×1%	44,400円	10,000円	
低所得者**	35,400円	24,600円		

* 上位所得者：（国保）世帯に属する被保険者の前年の基準所得の合算額が600万円を超える世帯。（健保）標準報酬月額53万円以上。

** 低所得者：世帯に属する世帯主（国保組合員）及び被保険者のすべてが市町村民税非課税。（厚労省が示す「モデル収入」：世帯収入が約212万円未満）

(2) 高齢者（70歳以上、65歳以上障害者）

	自己負担上限月額（世帯合算を含む）		多数該当	長期高額疾病（人工透析、血友病等）
	個人単位（外来のみ）	世帯合算（入院・外来）		
現役並み所得者*	44,400円	80,100円＋（医療費-267,000円）×1%	44,400円	10,000円
一般	12,000円	44,400円	-	
低所得者II**	8,000円	24,600円	-	
低所得者I***		15,000円	-	

* 現役並み所得者：課税所得金額が145万円以上でかつ収入の額が複数高齢者世帯520万円以上、単身世帯383万円以上の世帯に属する者。（75歳未満の健保被保険者）標準報酬月額28万円以上。

** 低所得者II：世帯に属する世帯主（国保組合員）及び被保険者のすべてが市町村民税非課税。（厚労省が示す「モデル収入」：世帯収入が約212万円未満）

*** 低所得者I：低所得者IIの条件を満たした上で、世帯全体で地方税法上、所得がない。（厚労省が示す「モデル収入」：夫婦世帯で年金160万円（各自の年金収入80万円）以下）

(i) 高齢受給者（70歳以上75歳未満）・・・平成23年3月末まで、特例措置で据え置かれている。

70歳以上75歳未満（高齢受給者）のうち一般的な所得の者については、平成20年4月の後期高齢者医療制度発足時に、以下のとおり引き上げられる予定であった。

	自己負担上限月額（世帯合算を含む）		多数該当
	個人単位（外来のみ）	世帯合算（入院・外来）	
一般	24,600円	62,100円	44,400円

(ii) 75歳の誕生日（国保・健保から後期高齢者医療制度へ移行する月）・・・平成21年1月施行。

個人単位の上限額が、移行前後それぞれの保険において、通常の半分に設定される。（世帯合算は、(2)と同様）

	自己負担上限月額		個人単位多数該当
	個人単位（外来）	個人単位（入院・外来）	
現役並み所得者*	22,200円	40,050円＋（医療費-133,500円）×1%	22,200円
一般	6,000円	22,200円	-
低所得者II**	4,000円	12,300円	-
低所得者I***		7,500円	-

* 現役並み所得者 ** 低所得者II *** 低所得者I : (2)と同様。

（出典）国民健康保険中央会監修『国保担当者ハンドブック 2009』社会保険出版社，2009，pp.210-217；「公費負担医療等の手引」『月刊保団連』臨増1009号，2009.8，pp.85-96。等を参照し、筆者作成。

医療制度に移行する際、それぞれの上限額が適用されるので、最大、通常の2倍まで高額療養費対象とならないことも起こりうる。このため負担が重くならないよう、当該月には個人単位の自己負担上限が半額に設定される。

介護保険と合算できる「高額医療・高額介護合算制度」もある。

高額療養費は償還払い（窓口で定率負担分を支払い、後に高額療養費を請求し、還付を受ける）で給付を受けるが、入院については現物給付が受けられる。70歳未満の者と低所得の70歳以上の者が、低く設定されている上限額に合致した現物給付を受けるには、事前に申請する必要がある⁽¹²⁾。世帯合算等、遺漏なく受給するには改めて償還払いを申請する必要がある。⁽¹³⁾

このように、高額療養費制度には自己負担上限月額の設定の他、多数該当、世帯合算という制度があるため、保険診療である限り、医療費の自己負担は一定額に抑えられる。最も高い医療費を払う可能性があるのは、70歳未満の上位所得者が、多数該当の適用を受けない月額15万円以下の自己負担を毎月支払うようなケースで、概算して年額180万円が自己負担額となる⁽¹⁴⁾。同様のケースで一般的な所得の場合は、年額100万円弱となる（高齢受給者や後期高齢者の現役並み所得者も同様）。

2 公費による医療費助成制度等

医療保険制度とは別に、公費を財源とした医療費負担軽減制度も数多く存在する。特に、長期間の医療費負担が続く難病、小児慢性病、障害児・者に対しては、(1)難病対策、(2)小児慢性特定疾患治療研究事業、(3)自立支援医療制度（更生医療・育成医療）によって、恒久的な医療費負担軽減策が取られている。国民皆保険達成前から公費を財源として整備され、現在に至る保健事業等もここで取り上げる。

(1) 難病対策

難病とは、難治性で原因が未解明、経済的負担が重く、治療のタイミングによっては慢性化や障害をもたらす、社会復帰が極度に困難又は不可能な病気を指す。昭和40年代より、①調査研究（治療法の開発や原因究明）の推進、②医療設備等の整備、③医療費の自己負担の軽減、④地域における保健医療福祉の充実・連携、⑤QOL（生活の質）の向上を目指した福祉施策の推進、の5点を柱に対策が行われてきている。

調査研究を推進する「難治性疾患克服研究事業（臨床調査研究分野）⁽¹⁵⁾」では130疾患が指定されているが、医療費助成が行われるのは「特定疾患治療研究事業」による56疾患である⁽¹⁶⁾。

指定疾患の医療費助成については、生計中

(12) 70歳未満の被保険者は、保険者に申請することにより「限度額適用認定証」が交付される（世帯ではなく、適用対象者ごと）。高齢受給者（70歳以上75歳未満）と後期高齢者（75歳以上、65歳以上障害者）については、「限度額適用認定証」の有無にかかわらず、医療機関は上限までの自己負担額を徴収する。ただし、所得区分が低所得者Ⅰ・Ⅱの被保険者については、申請によって「限度額適用認定証」の交付を受けなければ、低い上限額が適用されない。（「公費負担医療等の手引」『月刊保団連』臨増1009号、2009.8、pp.85-96.）

(13) 高額療養費が支給される見込みのあるものを対象とした「高額医療費貸付金制度」が、協会けんぽ（全国健康保険協会）で実施されている。国保被保険者を対象にした同様の貸付制度を実施している都道府県も多い。（同上、pp.95-96.）

(14) 10万円を超える医療費支出及び間接経費は、税制上の医療費控除を受けることが可能である。

(15) 難病情報センター「特定疾患治療研究事業」〈http://www.nanbyou.or.jp/what/nan_kenkyu_45.htm〉

(16) 「原因不明、治療方法未確立であり、かつ後遺症を残すおそれが少なくない疾病」として調査研究を進めている疾患のうち、診断基準が一応確立し、かつ難治度、重症度が高く患者数が比較的少ないため、公費負担の方法をとらないと原因の究明、治療方法の開発等に困難をきたすおそれのある疾患を、対象としている。対象疾患は、厚生労働省健康局長の私的諮問機関である特定疾患対策懇談会の意見をもとに決定される（同上）。東京都では、国指定の疾患に加えて25の疾病を独自指定し、同様の医療費補助を行っている（東京都福祉保健局「東京都難病医療費等助成制度」〈http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/nanbyo/nk_shien/iryohi/index.html〉）。

心者⁽¹⁷⁾の所得により7段階の自己負担限度額が設定され、それを超える部分に対して行われる(市町村民税非課税世帯は無料)。ただし、①難病のために日常生活に著しい支障のある重症患者、②スモン、プリオン病、難治性の肝炎のうち劇症肝炎、重症急性膵炎、重症多形滲出性紅斑(急性期)の患者に関しては、所得にかかわらず無料である。(表3参照)

治療の結果、症状が改善し、経過観察など一定の通院管理の下で、就労を含む日常生活をある程度営むことができると判断された者は「軽快者」とされ、医療費助成の対象外となる⁽¹⁸⁾。

(2) 小児慢性特定疾患

小児慢性疾患のうち小児がんなど、治療が長

期間にわたり、医療費負担も高額となる特定の疾患については、治療の確立と普及を図り、あわせて患者家庭の医療費の負担軽減にも資するため、医療費の自己負担分を補助する小児慢性特定疾患治療研究事業が実施されている⁽¹⁹⁾。対象となる小児慢性疾患は11疾患群514疾患⁽²⁰⁾で、対象年齢は18歳未満(引き続き治療が必要な場合、20歳未満まで)である。生計中心者の所得による8段階の限度額が設定されている。(表4参照)

(3) 障害児・者の医療

自立支援医療制度は、平成18(2006)年4月の障害者自立支援法(平成17年11月7日法律第123号)施行により、精神通院医療、更生医療(障

表3 (特定疾患治療研究事業) 医療費における自己負担限度額

(平成20年改定)

階層区分 (生計中心者の所得)	自己負担限度額(月額)		
	入院	外来等	生計中心者が患者本人
市町村民税が非課税	0円	0円	左欄の額の1/2
前年の所得税が非課税	4,500円	2,250円	
前年の所得税課税年額が5,000円以下	6,900円	3,450円	
前年の所得税課税年額が5,001円以上15,000円以下	8,500円	4,250円	
前年の所得税課税年額が15,001円以上40,000円以下	11,000円	5,500円	
前年の所得税課税年額が40,001円以上70,000円以下	18,700円	9,350円	
前年の所得税課税年額が70,001円以上	23,100円	11,550円	

※ 同一生計内に2人以上の対象患者がいる場合の2人目以降の者については、上記の表に定める額の10分の1に該当する額をもって患者一部負担限度額とする。

※ 自己負担限度額は、医療機関単位。

※ 訪問看護、院外処方による調剤薬局での薬剤費については、一部負担は生じない。

<所得にかかわらず無料> ①重症認定患者、②スモン、プリオン病、劇症肝炎、重症急性膵炎患者。

(出典)「公費負担医療等の手引」『月刊保団連』臨増1009号、2009.8、p.371; 難病情報センター<http://www.nanbyou.or.jp/what/nan_kenkyu_45.htm>等をもとに、筆者作成。

(17) 生計中心者とは「患者の生計を主として維持する人」のことで、自らの収入により生計を維持する患者本人、医療保険や税制において患者を扶養する人、または患者の生計を維持している人を指す。

(18) 対象となるのは30疾患で、症状等の安定を見極めるため1年間の確認期間が置かれている。軽快者とされた者は、難病指定の医療費助成が受給できる証明書「医療受給者証」のかわりに「登録者証」が交付され、症状が悪化した場合、医師が悪化を確認すれば直ちに公費負担医療の対象となる。

(19) 厚生労働省「小児慢性特定疾患治療研究事業の概要」<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshihoken05/index.html>>

(20) 特定疾患治療研究事業が、特定疾患の原因究明・治療方法の確立を事業の趣旨とし、原因不明で難治度及び重症度が高く、患者数が少ない疾患を年齢を問わず対象としているのに対し、小児慢性特定疾患治療研究事業は、児童の健全育成を阻害する慢性特定疾患に係る医療の確立及び普及を事業の趣旨としており、対象とする疾患の範囲が広い。(難病対策研究会監修・厚生労働省健康局疾病対策課編『平成21年度版 難病対策提要』太陽美術、2010、pp.15-17.)

表 4 (小児慢性特定疾患治療研究事業) 医療費における自己負担限度額

(平成 20 年改定)

階層区分	自己負担限度額 (月額)	
	入院	通院
生活保護法 (昭和 25 年法律第 144 号) に基づく被保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律 (平成 6 年法律第 30 号) による支援給付受給世帯の場合	0 円	0 円
生計中心者の市町村民税が非課税	0 円	0 円
生計中心者の前年の所得税が非課税	2,200 円	1,100 円
生計中心者の前年の所得税課税年額が 5,000 円以下	3,400 円	1,700 円
生計中心者の前年の所得税課税年額が 5,001 円以上 15,000 円以下	4,200 円	2,100 円
生計中心者の前年の所得税課税年額が 15,001 円以上 40,000 円以下	5,500 円	2,750 円
生計中心者の前年の所得税課税年額が 40,001 円以上 70,000 円以下	9,300 円	4,650 円
生計中心者の前年の所得税課税年額が 70,001 円以上	11,500 円	5,750 円

※ 同一生計内に 2 人以上の対象患者がいる場合の 2 人目以降の児童については、この表に定める額の 10 分の 1 に該当する額となる。

(出典) 「公費負担医療等の手引」『月刊保団連』臨増 1009 号, 2009.8, p.236. 等をもとに、筆者作成。

害者支援)、育成医療 (障害児支援) の 3 つの制度を統合したもので、心身の障害を除去・軽減するための医療の自己負担額を軽減する制度である⁽²¹⁾。自己負担 1 割の定率負担を原則とし、所得に応じた月額負担限度額が設定されている。そのうえで、①費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならない (重度かつ継続) 者⁽²²⁾、および②障害児のための育成医療における中間所得層に対して、さらなる軽減措置がとられている。②は、若い世帯が多いことを踏まえての激変緩和措置である (平成 24 年 3 月までの経過措置)。(表 5 参照)

精神通院医療は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和 25 年 5 月 1 日法律第 123 号) 第 5 条に規定する統合失調症などの精神疾患を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者を対象とする。向精神薬や精神科デイケア等が主な治療法であり、入院費用は対象とならない。

更生医療は、身体障害者福祉法 (昭和 24 年 12 月 26 日法律第 283 号) 第 4 条に規定する障害者 (身体障害者手帳の交付を受けた者) で、その障害を除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者 (18 歳以上) を対象とし、育成医療は、児童福祉法 (昭和 22 年 12 月 12 日法律第 164 号) 第 4 条第 2 項に規定する障害児 (障害に係る医療を行わないときは将来障害を残すと認められる疾患がある児童を含む) を対象とする。更生医療と育成医療の対象には、各種の内部障害 (心臓、腎臓、小腸、免疫等) も含まれる。主な症状と治療例としては、関節拘縮 (人工関節置換術)、白内障 (水晶体摘出術)、心臓機能障害 (弁置換術、ペースメーカー埋込術)、腎臓機能障害 (腎移植、人工透析) 等がある。

(4) 母子保健

妊娠出産は、医療が進歩しても依然として死と隣り合わせの危険なものであって、平均寿命

(21) 心身の障害を除去・軽減するための医療にのみ適用される。(厚生労働省 > 障害者福祉 > 自立支援医療 <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsu/index.html>>)

(22) 重度かつ継続の範囲は、①疾病、症状から対象となる者：【更生・育成】腎臓・小腸・免疫・心臓機能障害、肝臓機能障害、【精神通院】統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害 (依存症等) の者等、②疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者：医療保険の多数該当の者。(厚生労働省 > 障害者福祉 > 自立支援医療「自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み」<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsu/dl/01.pdf>>)

表 5 自立支援医療における自己負担限度額

(平成 18 年 4 月)

階層区分 (生計中心者の所得)	自己負担限度額 (月額)		
	更生医療 精神通院医療	育成医療	重度かつ継続
生活保護世帯	0 円	0 円	0 円
低所得 1 : 市町村民税非課税 (本人の年収 80 万円以下)	2,500 円	2,500 円	2,500 円
低所得 2 : 市町村民税非課税 (本人の年収 80 万円超)	5,000 円	5,000 円	5,000 円
中間所得 1 : 市町村民税額が 33,000 円未満	1 割負担と通常の 高額療養費	5,000 円 *	5,000 円
中間所得 2 : 市町村民税額が 33,000 円以上 235,000 円未満		10,000 円 *	10,000 円
一定所得以上 : 市町村民税 235,000 円以上	通常の保険給付と高額療養費		20,000 円 **

※ 自己負担 1 割: 「中間所得 2 以下の所得の世帯員」または「重度かつ継続」

< 重度かつ継続 > ① 疾病、症状から対象となる者。② 医療保険の高額療養費「多数該当」にあたる者。

* 若い世帯が多いことを踏まえた激変緩和のための経過措置 (平成 24 年 3 月末まで)。

** 平成 24 年 3 月末までの経過措置。

(出典) 「公費負担医療等の手引」『月刊保団連』臨増 1009 号, 2009.8, pp.308-341. 等をもとに、筆者作成。

を左右する最大の要因は妊産婦・新生児・乳児死亡率である⁽²³⁾。わが国では、正常な妊娠出産は治療を要する疾病ではないとされて医療保険の対象ではない。ただし、出産育児一時金⁽²⁴⁾や、健保被保険者の場合には出産手当金⁽²⁵⁾が医療保険から支給される。もちろん、母体になんらかの合併症が生じた場合の治療・投薬や、帝王切開等の手術等は保険給付の対象となる。

妊産婦と乳幼児の健康については、戦後間もなく公費による保健事業が展開された。昭和 23 (1948) 年の妊産婦と乳幼児の保健指導⁽²⁶⁾開始を皮切りに、障害児対象の育成医療 (昭和 29 (1954) 年)、未熟児養育医療と保健指導 (昭和 33 (1958) 年)、新生児訪問指導と 3 歳児健康診査 (昭和 36 (1961) 年) が開始された⁽²⁷⁾。国民皆保険以前に整備された妊婦健診や乳幼児健診

(23) 栄養状態や健康状態が改善され、周産期 (妊娠 22 週から出生後 7 日未満) の医療が充実すれば、妊産婦や新生児・乳児の死亡率は低下する。昭和 25 (1950) 年の乳児死亡率 (出生 1,000 対) は 60.1、新生児死亡率 (同) は 27.4 であったが、昭和 55 (1980) 年には 7.5 と 4.9、平成 7 (1995) 年には 4.3 と 2.2、平成 20 (2008) 年には 2.6 と 1.2 まで低下した。妊産婦死亡率 (出産 10 万対) の低下はより顕著で、昭和 25 年 176.1、昭和 55 年 19.5、平成 7 年 6.9、平成 20 年 3.5 である。(厚生省大臣官房統計情報部編『人口動態統計 100 年の動向』厚生統計協会, 1999, p.87; 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』平成 20 年上巻, 2010.2, p.330.)

(24) 健康保険法第 101 条、国民健康保険法第 58 条で規定。出産に直接要する費用、出産前後の検診費用等の出産に要する費用の経済的負担の軽減を図るために支給される (『健康保険法の解釈と運用 (第 11 版)』法研, 2003, p.783.)。平成 6 (1994) 年改正で分娩費から出産育児一時金に名称変更された。平成 21 (2009) 年 10 月から平成 23 (2011) 年 3 月末までは少子化対策として暫定的に 4 万円加算され、39 万円 (産科医療補償制度加入分娩機関での出産の場合、3 万円加算され 42 万円) となっている。

(25) 健康保険法第 102 条で規定。産前 6 週間産後 8 週間の休暇時に給与が支払われない場合、疾病時の傷病手当金同様、標準報酬日額の 3 分の 2 が支給される。

(26) 児童福祉法 (昭和 22 年 12 月 12 日法律第 164 号) の施行による。

(27) 昭和 40 (1965) 年には、母子保健を児童福祉法から切り離し、母性の尊重等を含む母子保健法 (昭和 40 年 8 月 18 日法律第 141 号) が制定された。妊産婦や乳幼児に対する健康診査等の詳細については、厚生省児童家庭局長通知「母性、乳幼児に対する健康診査および保健指導の実施について」平成 8 年 11 月 20 日児発第 934 号が、実施要領を定めている。妊婦健診は妊娠 23 週まで 4 週に 1 回、以後妊娠 35 週まで 2 週に 1 回、妊娠 36 週以降は分娩まで 1 週に 1 回が望ましいとされている (同通知 I 第一 5 (3))。乳幼児健診については、生後 6 か月まで月 1 回、6 か月から 1 歳まで 2 月に 1 回、1 歳から 3 歳まで年 2 回以上、4 歳以降就学まで年 1 回以上が望ましいとされている (同通知 II 第一 8)。妊婦健診については、地方財政措置で 5 回分の費用が措置されていたが、平成 20 年度第 2 次補正予算において、妊婦健診 14 回程度を受けられるよう、総額 790 億円の妊婦健康診査臨時特例交付金が創設された。

ではあるが、保健事業であるため、その実施状況や公費負担のあり方は自治体によって異なり、また在住市町村以外で受診すると、公費補助を受けられない場合もある。

従来、医療保険給付において周産期、乳幼児期を特別扱いすることはなかったが、平成14(2002)年10月に少子化対策の観点から3歳未満乳幼児の自己負担が2割に軽減され、さらに平成20(2008)年4月に義務教育就学前(6歳に達したのちの3月末)まで対象年齢が拡大された。ほとんどの自治体において独自財源により子どもへの医療費助成が制度化されているものの、対象年齢や世帯の所得制限等の条件や助

成方法(現物給付か償還払い)は多様である。

(5) その他の公費負担医療

公費財源での医療費軽減策について現在の主な制度を通覧すると、表6のとおりである。公費支出については、全額公費負担、医療保険の自己負担分助成(全額または一部)、保健事業等、様々である。

3 医療保障整備の経緯

医療保障制度の整備について、第二次世界大戦以降の経緯を概観すると、国民皆保険(昭和36年)、第二次臨調⁽²⁸⁾(昭和56年)、小泉構造

表6 公費負担医療

○生活保護	医療扶助、介護扶助、中国残留邦人等に対する医療支援給付
○児童・母子	小児慢性特定疾患治療研究事業(Ⅰ2(2)参照) 児童福祉法の措置等に係る医療の給付 結核児童の療育給付 未熟児の養育医療 乳児健康診査、1歳6か月児健康診査・3歳児健康診査、先天性代謝異常等検査事業、予防接種 妊娠中毒症等療養援護、妊婦健康診査、B型肝炎母子感染防止対策 特定不妊治療助成事業 学校保健安全法に基づく児童生徒医療費助成制度
○身体・精神障害	自立支援医療(更生医療、育成医療、精神通院医療)(Ⅰ2(3)参照) 精神保健福祉法による措置入院 療養介護医療
○原爆・戦傷患者	原子爆弾被爆者認定疾病医療(全額公費負担)、原子爆弾被爆者一般疾病医療 被爆体験者精神影響等調査研究事業(長崎県) 戦傷患者特別援護法(全額公費負担)
○感染症	①新感染症:現在、指定疾患はない(全額公費負担。所得により一部負担) ②指定感染症、一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症:感染拡大防止のための入院勧告による入院時、医療保険の自己負担分を公費支出。所得により一部負担 ③結核:適正医療(結核一般患者)は自己負担5%、結核入院(伝染のおそれの著しい者)は自己負担なし(高所得者は除外)
○特に定められた疾病	特定疾患治療研究事業(Ⅰ2(1)参照) 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 肝炎治療特別促進事業(B型・C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成制度)
○医薬品関連の健康被害等	予防接種健康被害救済制度 医薬品副作用被害救済制度 生物由来製品感染等被害救済制度
○公害	大気汚染による公害健康被害補償制度(全額公費負担) 水俣病にかかわる医療 神栖市における有機ヒ素化合物による健康被害 石綿による健康被害救済制度

(出典)「公費負担医療等の手引」『月刊保団連』臨増1009号,2009.8.等により、筆者作成。

(28) 昭和56(1981)年に、財政再建や行政改革、活力ある福祉社会実現、国際社会への積極的な貢献を目的として第二次臨時行政調査会が設置され、その答申(昭和57(1982)年)に沿って、各種の制度改革が行われた。

改革の「三方一両損」⁽²⁹⁾(平成14年)を画期とする4つの時代に大別できる。前二者が戦後復興と経済成長と軌を一にした制度構築と給付充実の時代、後二者は社会の成熟と経済停滞を反映した給付平準化と所得別階層化の時代である。(巻末年表参照)

まず戦後の復興期に公費負担による結核対策や母子保健の推進によって国民の健康状態を安定させ、戦前から画策されていた国民皆保険(全自治体での国民健康保険事業の実施)を昭和36(1961)年4月に実現させた。

次いで、経済成長とともに徐々に保険給付率を高め、「福祉元年」と呼ばれた昭和48(1973)年には老人医療費支給制度、患者の自己負担を一定額に抑えるための高額療養費支給制度や難病対策を開始した。さらに、保険適用の拡大や給付改善、患者負担軽減といった医療保障充実に昭和59(1984)年頃まで推進した。

一方、昭和57(1982)年に老人医療費無料化策を改め、一定の負担を求める老人保健法が成立したことに見られるように、費用負担の適正化や公平化、公費支出の抑制へと、医療政策の方向転換も始まっていた。医療費増加を抑制するために、平成に入ってから自己負担の引上げが毎年のように繰り返された。

国全体の経済低迷、財政悪化が続く中、平成14(2002)年の医療制度改革は、「持続可能な皆保険制度の再構築」を主眼に置き、医療費増加抑制のため様々な施策が実施された。診療

報酬改定において、初めて薬価だけではなく診療報酬本体の引下げが実施され、多方面で患者負担が引き上げられた。平成13(2001)年以降、高額療養費、老人保健、難病対策等のそれぞれに新たに所得要件による負担上限の階層化が導入され、どの制度も複雑さを増した。

(1) 保険制度と自己負担軽減

昭和33(1958)年、国民に対する医療保障を国の責務⁽³⁰⁾とし、財政責任も明確化した新たな国民健康保険法(昭和33年12月27日法律第192号)が制定された。国民健康保険事業は、旧法においては大都市で行われていなかったが、新法により事業が義務付けられ、その期限とされた昭和36(1961)年4月までに全市町村で開始され、「国民皆保険」が実現した。

「皆保険」実現時の給付率は、健保の被保険者(ほぼ全額給付)か被扶養者(家族:5割給付)か、国保の被保険者(世帯主、家族とも:5割給付)かで異なっていた。その後、国保給付率は7割に引き上げられたが、医療費への定率給付だけでは家計への圧迫を軽減できないケースも稀ではなかった⁽³¹⁾。昭和48(1973)年10月に健保被扶養者(5割給付)に対する高額療養費給付制度が創設されたことで、医療費の負担のために財産を失うというリスクはほとんどなくなり、社会保険制度としての実効性が高まった。当時の限度額は、平均的な月収の1/2程度の額として30,000円に設定されていた⁽³²⁾。昭和59

(29) 医療制度改革について、小泉純一郎首相が「三方一両損」と称し、人口に膾炙した。三方とは、診療側(医師、医療施設)・保険者(健康保険組合等)・患者であり、診療報酬の引下げ、保険者の拠出増、患者負担増を意味する。

(30) 昭和22(1947)年5月に施行された日本国憲法は、すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する(第25条)と謳い、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上について国の責任を明確に規定した。

(31) 「医療保険制度は軽い病気で療養費を多く必要としないときには役立つが、重病や難病、高額療養のときは十分に役立たず、医療保険の機能を果たさないとまで言われた。」(塚田功『高額療養費支給制度の実務』ぎょうせい、1974, p.12.)

(32) 国民健康保険中央会監修『国保担当者ハンドブック2009』社会保険出版社、2009, p.212。高額療養費は、昭和50(1975)年10月に国保全被保険者(世帯主、家族とも)への法定給付となった。さらに昭和56(1981)年3月には、健保被扶養者入院時の給付率が8割に引き上げられ、高額療養費支給制度に低所得者(被保険者が市町村民税非課税者)向けの限度額15,000円が設定された。昭和56(1981)年3月からは、健保被保険者本人にも市町村民税非課税者の場合、高額療養費(自己負担上限15,000円)が給付されるようになった。

(1984)年10月には、世帯合算と多数該当の負担軽減策が導入され、人工透析患者と血友病患者の上限額を10,000円とする「長期高額疾病」の制度も発足した⁽³³⁾。

昭和59(1984)年に健保被保険者の自己負担を1割とし、2年後に予定されていた2割への引上げは平成9(1997)年4月ようやく実現した。医療保険財政が悪化する中、平成14(2002)年医療制度改革により、翌年4月、健保被保険者本人負担が3割へ引き上げられ、健保と国保の給付が平準化された。

一方で、平成14(2002)年10月には、少子化対策の観点から3歳未満乳幼児の自己負担が2割に軽減された。さらに平成20(2008)年4月には、対象年齢が義務教育就学前(6歳に達したのちの3月末)まで広げられた。

高額療養費については、限度額の引上げが数年おきに続けられていったが、平成13(2001)年1月には、上位所得者という所得区分が新設され⁽³⁴⁾、限度額が一般所得者の2倍近くに引き上げられた。平成18(2006)年には、制度発足時以来22年間、月額自己負担上限10,000円に据え置かれてきた長期高額疾病のうち、人工透析患者に限って上位所得者区分が設定され、月額自己負担上限が20,000円に引き上げられ

た(70歳以上は従来通り10,000円)。

(2) 高齢者

昭和48(1973)年に、自治体の老人医療費無料化制度に追従する形で、国による老人医療費支給制度が創設されたことが、高齢者医療制度の始まりである。しかし、社会的入院の増加などへの反省に立ち、昭和58(1983)年2月に無料化策を改め、患者本人が一定額を自己負担する老人保健制度が創設された⁽³⁵⁾。同制度では医療給付費の3割を公費により財政支援した⁽³⁶⁾。

自己負担は、制度発足4年後の昭和62(1987)年1月の引上げ(低所得者⁽³⁷⁾は入院日額据置き)を皮切りに、平成4(1992)年以降毎年のように引き上げられていった⁽³⁸⁾。平成13(2001)年1月には上限付き1割負担となり、入院時の自己負担上限について、低所得層をさらに2階層⁽³⁹⁾にわけた3区分が設定された。

平成14(2002)年医療制度改革の一環として、老人保健制度の手直しが実施された。同年10月に対象年齢を70歳から75歳へ引き上げ(5年かけて実現)、患者自己負担1割が原則化され、さらに一定以上所得者⁽⁴⁰⁾という所得区分が導入され、2割負担へ引き上げられた。自己負担限度額については、外来は3段階(一定以上所

⁽³³⁾ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(AIDS)患者は、平成8(1996)年7月から対象。

⁽³⁴⁾ 所得水準が上昇する中で、自己負担限度額が相対的に低下したことを踏まえ、原則として平均的な月収の1/4程度を上限額とし、高額な負担が長期にわたる場合にも年間の最大負担額が月収2か月分程度に収まるように見直しを行った(国民健康保険中央会監修 前掲注⁽³²⁾)。

⁽³⁵⁾ 老人保健法(昭和57年8月17日法律第80号)の施行による。自己負担の額は外来1月400円、入院1日300円(2か月限度)と、最も負担が軽かった健保被保険者本人のさらに半額程度とされた。高齢者医療については、泉眞樹子「高齢者医療制度の概要とこれまでの経緯—財政調整を中心に—」『レファレンス』709号, 2010.2, pp.55-79.を参照。

⁽³⁶⁾ 平成14(2002)年医療制度改革で50%へ引き上げられることが決定され、平成18年に50%を達成した。後期高齢者医療制度でも、50%の公費負担は継続している。

⁽³⁷⁾ 市町村民税非課税世帯に属する高齢福祉年金受給者(厚生労働省保険局編『老人医療事業年報 平成19年度』2009, p.27.)

⁽³⁸⁾ 平成5(1993)年度の引上げに続き、平成7(1995)年度からは物価スライド制が導入され、平成9(1997)年9月に外来1回500円(月4回まで)、入院1日1,000円に引き上げられ、翌平成10(1998)年度は入院1日1,100円、平成11(1999)年度は入院1日1,200円となった。

⁽³⁹⁾ 一般世帯の入院上限は月額37,200円、低所得者(市町村税非課税世帯)は24,600円、低所得かつ高齢福祉年金受給者は15,000円。高額療養費支給制度も適用される。(厚生労働省保険局編 前掲注⁽³⁷⁾, p.29.)

⁽⁴⁰⁾ 収入637万円(単身世帯で450万円)以上。(同上, p.30.)

得者、一般、低所得者)、入院は4段階(低所得者が2段階)に設定された。

平成18(2006)年10月には、一定以上所得者⁽⁴¹⁾の自己負担額は現役世代同様の3割負担となり、自己負担限度額(4段階)もさらに引き上げられた。平成20(2008)年4月に後期高齢者医療制度が発足したが、給付に関しては老人保健制度と変わらなかった。医療保険高齢受給者(70歳から75歳)について予定されていた自己負担の2割への引上げ、高額医療費の自己負担限度額の一部引上げについては、制度発足前に凍結され⁽⁴²⁾、現民主党政権下においても平成23(2011)年3月まで特例措置による据置きが決定されている。

(3) 公費による医療提供

国民皆保険に先んじて、昭和26(1951)年には結核予防法(昭和26年3月31日法律第96号。平成18年12月8日法律第106号で廃止⁽⁴³⁾)が制定され、医療費に対する公費負担制度が導入された⁽⁴⁴⁾。結核治療費への普遍的な公費負担制度は、抗生物質による化学治療の普及を後押し

し、国民病であった結核による死亡率を4分の1に低下させることに成功した。

国民皆保険が確立し、保険診療が普及した昭和30年代後半には、社会的に対処すべき医療は公費で行うという考え方が形成されていった。老人医療や乳児医療、小児がん等への公費負担を自治体が率先して行ったのもこの時期であり、それに対応して国の制度も整備された⁽⁴⁵⁾。昭和48(1973)年に、公害患者を対象とした公害健康被害の補償等に関する法律(昭和48年10月5日法律第111号)が制定され、医療費は全額公費負担とされた⁽⁴⁶⁾。

その後も、広範な健康被害をもたらすアスベスト問題に対応するための石綿健康被害救済制度(平成18年3月)⁽⁴⁷⁾、薬害肝炎への対応のため平成20(2008)年4月から7年間の予定で開始された肝炎治療特別促進事業⁽⁴⁸⁾等が新設されている。

(4) 難病対策

長期間にわたる難治性の疾患(難病)については、昭和30年代後半から対象疾患を広げな

(41) 収入520万円(単身世帯で383万円)以上。(同上, p.31.)

(42) 平成19(2007)年9月に福田康夫内閣が発足した際、自由民主党・公明党連立政権合意に、高齢者医療制度における負担増凍結が盛り込まれたことに基づく。

(43) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年10月2日法律第114号)に統合された。

(44) 公費による救済的な医療費負担制度は、昭和4(1929)年4月制定の救護法による医療扶助に遡り、昭和16(1941)年3月には医療保護法が制定されている。戦後は、昭和21(1946)年制定施行の旧生活保護法による医療扶助の受給者が昭和21年には10万人余を数え、現行の生活保護法(昭和25年5月4日法律第44号)による医療扶助は、昭和25年5月の受給者19万人余から、昭和26年度には28万人、30年度39万人、35年度46万人、45年度70万人、54年度85万人と増加し続けた。(厚生省社会局保護課編『生活保護三十年史』社会福祉調査会、1981, pp.403, 408, 441.)

(45) 昭和29(1954)年度に障害児対象の育成医療と障害者対象の更生医療、昭和33(1958)年度には未熟児養育医療、昭和36(1961)年度からは重症心身障害児、昭和40(1965)年度からは進行性筋萎縮症児の公費による治療等が始まり、昭和43(1968)年度から先天性代謝異常児養育及び自閉症児治療訓練、昭和46(1971)年度からは小児がん治療研究、昭和47(1972)年度からは腎不全患者に対する人工透析医療などが実施されている。(難病対策研究会監修・厚生労働省健康局疾病対策課編 前掲注20, pp.2, 15-16.)

(46) 昭和62(1987)年改正により、昭和63(1988)年3月1日以降新たな認定を行わなくなっており、現在は既に認定された患者への補償のみとなっている。

(47) 石綿による健康被害の救済に関する法律(平成18年2月10日法律第4号)施行による。アスベスト問題については、「アスベスト問題とその対応策」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』495号, 2005.9.30; 中村邦広・遠藤真弘「アスベスト問題をめぐる法整備の論点」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』501号, 2006.1.23.がある。

(48) B型・C型ウイルス肝炎インターフェロン治療の医療費を助成する。感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年10月2日法律第114号)に基づいて実施される。

がら、公費負担による対策が進められた。原因不明の神経病であるスモン⁽⁴⁹⁾が全国で多発し社会問題化したことが契機となり、昭和47(1972)年に「難病対策要綱」がまとめられ、翌昭和48(1973)年に治療研究対象6疾患について医療保険の自己負担分を公費助成する制度(特定疾患治療研究事業)が発足した⁽⁵⁰⁾。児童の難病対策については、昭和49(1974)年5月14日厚生省通知により、9疾患群を対象とした小児慢性特定疾患治療研究事業が始められた⁽⁵¹⁾。以来、研究対象に指定する疾患を増やす形で、難病対策が広がられていった。

制度発足以来四半世紀、医療保険の自己負担分に対する全額公費補助が実施されてきたが、平成10(1998)年5月、重症患者対策に重点を置いた難病対策の再編成を行い、重症患者等を除く患者に定額の一部負担が導入された⁽⁵²⁾。平成15(2003)年10月には、自己負担の月額限度額について、生計中心者の所得による7階層の区分が新設された。低所得者は全額補助(無料)だが、最高ランクの場合、月額限度額が入院時23,100円、外来等11,550円となった(患者本人が生計中心者の場合、それぞれ1/2)。また、治療の結果、症状が改善し、経過観察など一定の通院管理の下で、就労を含む日常生活をある

程度営むことができると判断された者を「軽快者」とし、医療費の公費負担対象外とするとされた。

18歳未満の児童(引き続き治療が必要な場合、20歳まで)に対する小児慢性特定疾患治療研究事業(小児がんなど11疾患群、514疾患対象)への助成制度は、平成17(2005)年4月に新たな小児慢性特定疾患治療研究事業実施要綱が定められ、所得に応じた自己負担の導入(7階層)、対象疾患・認定基準の見直し等が行われた。

II 各国の医療における自己負担

医療費の自己負担のあり方は、そもそも医療サービス提供体制によって異なる。医療サービス提供体制については、わが国と同様に社会保険制度で運営しているドイツやフランス⁽⁵³⁾、原則として政府が主体となって税方式で運営しているイギリスやスウェーデン、基本的に民間保険で運営し、弱者(高齢者、障害者、貧困層)に対するセーフティネット⁽⁵⁴⁾だけ政府が用意しているアメリカの3つの類型に大別できる。

自己負担については、イギリスは処方薬の自己負担だけでほぼ無償(処方薬の支払免除制度あり)で、スウェーデンとドイツは受診料や処

(49) スモンとは subacute myelo-optico-neuropathy (亜急性脊髄・視神経・末梢神経障害)の頭文字(SMON)。胃腸病のため服薬していたキノホルム剤が原因であり、すなわち薬害である。(難病情報センター > 特定疾患情報 > スモン <<http://www.nanbyou.or.jp/sikkan/055.htm>>)

(50) これに先立ち、昭和47(1972)年度中にスモン、パーチェット病、重症筋無力症及び全身性エリテマトーデスの4疾患を治療研究の対象疾患とし、治療法確立のための研究に協力した受療者に協力謝金を支給することとした。1か月につき20日以上入院し、自己負担が10,000円以上の者に対して、国が10,000円を支給(都道府県もほぼ同額を支給)した。(難病対策研究会監修・厚生労働省健康局疾病対策課編 前掲注20, p.4)

(51) 現在、児童福祉法(昭和22年12月12日法律第164号)第21条の5で規定。

(52) 自己負担は、入院については1医療機関当たり月額14,000円を上限、外来については1医療機関当たり月額2,000円(1回1,000円を2回まで負担)を上限。全額免除されるのは、身体の機能障害が永続し又は長期安静を必要とする状態にあるため、日常生活に著しい支障(他人の介助を受けなければほとんど自分の用を弁ずることが出来ない程度)がある重症患者並びにスモン、クロイツフェルト・ヤコブ病、難治性の肝炎のうち劇症肝炎及び重症急性膵炎の患者。(厚生労働省健康局疾病対策課『難病対策提要 平成14年度版』太陽美術, 2003, p.26)

(53) 社会保険制度のドイツとフランスでは、保険に加入できない無保険者が問題となり、フランスは2000年に国庫補助で保険加入させ、ドイツは2009年に全住民に加入義務を課した。

(54) 疾病リスクの高い高齢者・障害者のための医療保険メディケア(Medicare:連邦政府が運営)と、貧困者対象の医療扶助メディケイド(Medicaid:連邦政府が補助、州政府運営)。

方薬代を定額とし、かつ年間の医療費負担総額に上限を定めており、フランスでは医療保険の給付率（償還率）が疾病や薬効によって幅広く設定され、任意加入の補足給付制度によって自己負担軽減を実現している。なおアメリカは、医療における選択の自由を重視し、必要最小限のセーフティネット以外に公的医療制度を持たずにきたため、医療費の高騰（GDPの15%）、民間保険料の高騰と無保険者の増加（人口の15%にあたる約4600万人）を引き起こしている。

自己負担の額以前に保険加入そのものが問題であり、オバマ政権下の連邦議会で医療保険改革法案が1年余をかけて検討され、2010年3月末にようやく可決、成立したところである⁽⁵⁵⁾。

1 各国の医療費の規模とその財源

自己負担のあり方を見る前に、上記5か国とわが国の医療費の規模と財源について概観する。OECDが取りまとめている総保健医療支出⁽⁵⁶⁾（表7）によれば、総保健医療支出のGDP

表7 各国の総保健医療支出とその財源（購買力平価ベース 2007年）

	総保健医療支出			財源内訳				
	(百万米ドル)	対GDP比 (%)	1人当たり (米ドル)	公的支出	(うち) 社会保障基金を除く一般政府支出*	民間支出	(うち) 民間保険	(うち) 自己負担 [家計]
イギリス	179,787	8.4	2,990	147,364	147,364	32,423	1,806	20,989
対総保健医療支出				82.0%	82.0%	18.0%	1.0%	11.7%
スウェーデン	30,637	9.1	3,349	25,044	25,044	5,594	49	4,855
対総保健医療支出				81.7%	81.7%	18.3%	0.2%	15.8%
ドイツ	297,687	10.4	3,619	228,348	26,852	69,340	27,556	39,530
対総保健医療支出				76.7%	9.0%	23.3%	9.3%	13.3%
フランス	228,604	11.0	3,593	178,952	11,871	49,653	29,876	16,122
対総保健医療支出				78.3%	5.2%	21.7%	13.1%	7.1%
アメリカ合衆国	2,197,218	15.7	7,285	1,000,582	721,733	1,196,637	759,660	270,321
対総保健医療支出				45.5%	32.8%	54.5%	34.6%	12.3%
日本	348,641	8.1	2,729	285,400	50,744**	63,241	8,733	50,945
対総保健医療支出				81.9%	15.4%**	18.1%	2.5%	14.6%

* 社会保障基金を除く一般政府支出：国や自治体による税財源からの支出、いわゆる公費。社会保障基金とは社会保障給付を目的とした法定組織（社会保険等）を指す。

** 社会保障基金を除く一般政府支出について2007年の日本のデータなし。2006年のデータで補った。

（出典）OECD Health Data 2010, June, 2010. をもとに、筆者作成。

(55) 企業にとっても従業員の医療保険加入への補助が経営上の重荷になっており、GM破綻の原因のひとつに従業員医療保険助成を数える識者は少なくない。医療保険改革法案の検討過程においても、ウォルマート等の大企業が改革案に賛意を示していた。なお、国民の保険加入の状況については米商務省が毎年報告を出している。U.S. Department of Commerce et al., *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*, September 2009. 〈<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>〉 アメリカの民間医療保険と経済、社会の現状については、長谷川千春「アメリカの医療保障システム—雇用主提供医療保険の空洞化とオバマ医療保険改革」『海外社会保障研究』171号, 2010.sum., pp.16-32. を参照。法案と審議経過については、廣瀬淳子「アメリカ 医療保険改革法成立」『外国の立法』243-1号, 2010.4, pp.2-3. を参照。全国民対象の公的医療保険制度創設は行わず、民間保険への加入の義務化と促進策、メディケイド拡充等を軸とする。

(56) 総保健医療支出 Total Expenditure on Healthとは、医療サービスの費用だけでなく家庭で購入する医薬品や医療機器の費用、公衆衛生関連費用、医療施設への投資額などが含まれた金額であり、国民医療費より広い概念である。

比及び一人当たり額においてわが国は6か国の中で最も安価な国であり、また、自己負担を含む民間支出財源の比率もイギリスと最下位を争っている。社会保険制度を採用しつつ、一般政府支出（いわゆる公費）の比率が高いことも、わが国の特徴である（2で詳述）。民間保険についてはアメリカに次いで、フランスもその比率が高いが、これは社会保険の給付率の低さを共済等の補足給付制度が補っているためである。ドイツは、高額所得者等は公的医療保険に加入せず民間保険に加入することができるため、民間保険支出が一定値を占めている。⁽⁵⁷⁾

2 わが国の財源と自己負担の割合

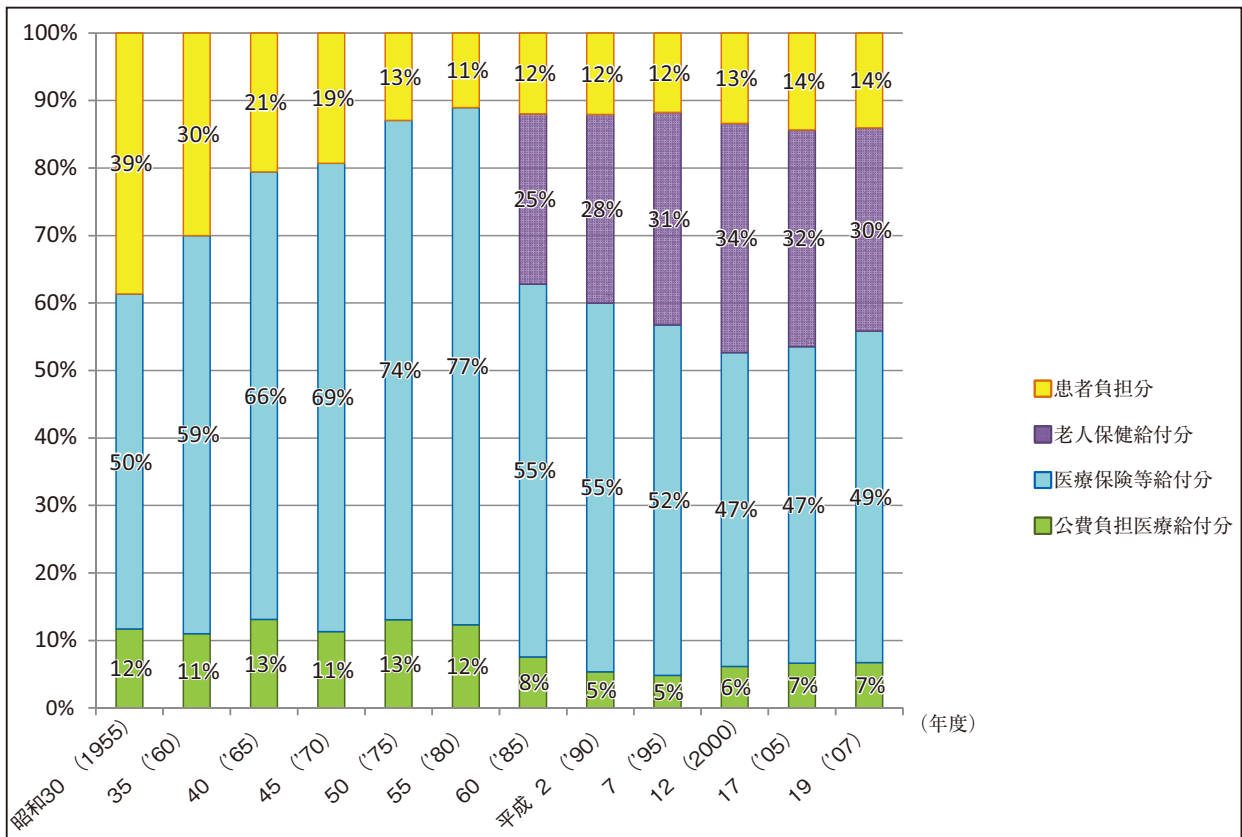
前述のとおり、わが国では医療費については、①保険者による7割給付を原則（例外：現役並み所得者を除く高齢者9割給付と未就学乳幼児

8割給付）としたうえで、②高額療養費（世帯の所得水準による上限設定、世帯合算、多数該当、長期高額疾病）で家計負担の過重を回避し、③難病対策で特定疾患の医療費負担を軽減し、④その他の公費負担医療制度で対応を行っている。したがって、実際の国民医療費の患者負担分は最近でも3割よりはるかに小さく、15%を下回っている。（図1）

ただし、この図における公費負担医療給付は狭義のもので、上記の③、④に該当するものに限定される。国民皆保険を維持するために、国保、老人保健（現後期高齢者医療制度）、政府管掌健康保険（現「協会けんぽ」）に対して公費投入が行われているので、保険給付といつつ、その財源に公費が占める割合はかなり高い。（図2）

市町村国保へは、原則50%（定率の国庫負担である療養給付費負担金34%（国）、財政調整交付金

図1 国民医療費の制度別給付分・患者負担分の推移



（出典）厚生労働省大臣官房統計情報部編『国民医療費 平成19年度』2010.をもとに、筆者作成。

57) ドイツ、フランス、イギリス、スウェーデンの医療財政の構造と近來の動向については、片山信子「社会保障財政の国際比較—給付水準と財源構造—」『レファレンス』693号, 2008.10, pp.73-103. を参照。

である調整交付金 9%（国）と都道府県調整交付金 7%で構成）の公費投入が行われている。後期高齢者医療制度も、老人保健制度同様、原則として給付費の 50%（現役並み所得者への給付分は除く。定率国庫負担 25%、国の調整交付金 8.33%、定率都道府県負担 8.33%、定率市町村負担 8.33%で構成）が公費である。協会けんぽ（全国健康保険協会）の国庫補助率は、給付費の 16.4% である。⁽⁵⁸⁾

人口高齢化と非正規雇用の増加による国保被保険者の増加⁽⁵⁹⁾と、健保組合の解散による協会けんぽ加入者の増加により、国民医療費財源における公費比率は増加傾向にある。

3 諸外国の医療における自己負担

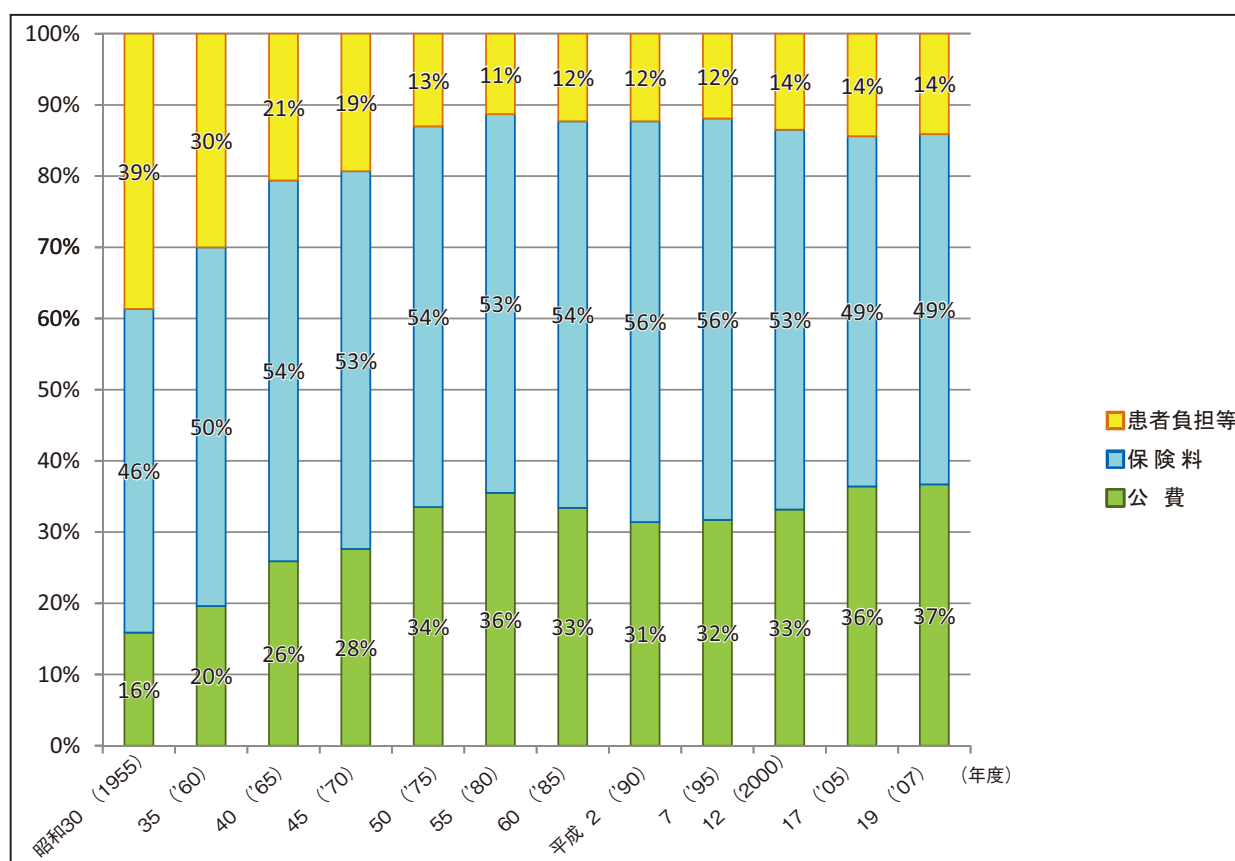
イギリスは公的医療が原則として無料（処方

薬は自己負担）だが、スウェーデン、ドイツ、フランスでは受診や処方薬購入に一定の患者負担が必要である。イギリスでは処方薬の自己負担額が多額にならないような制度があり、その他の国でも処方薬を含めて医療費が多額にならないような患者負担上限制度が存在する。ドイツとフランスは、関係法規の中に、治療が長期間続く慢性病に対する特段の規定がある。いずれの国も、高額医療や長期間続く医療における患者の自己負担額は、わが国の高額療養費制度と比べるとかなり低額である⁽⁶⁰⁾。

(1) イギリス

イギリスの医療制度は、公費（税）によって保健医療サービスが提供される国民保健サービ

図 2 国民医療費の財源別の推移



(出典) 厚生労働省大臣官房統計情報部編『国民医療費 平成 19 年度』2010. をもとに、筆者作成。

(58) 一種の職域保険である国保組合へも補助が行われている。

(59) 中川 前掲注(9), pp.80-81. 参照。

(60) ただし、公的医療サービスの対象や保険給付の範囲が、わが国よりかなり限定的との指摘もある（尾形 前掲注(5), pp.543-544.）。

ス (National Health Service : NHS) が核となっている⁽⁶¹⁾。NHS では入院及び外来診察は無料だが、処方薬については一処方当たり定額 (7.20 ポンド:2009 年 4 月 1 日以降) の自己負担がある。ただし、免除制度や定額の薬剤費前払い制度がある。⁽⁶²⁾ (表 8 参照)

(2) スウェーデン

スウェーデンの医療制度は、ランスタイング (県に相当) が租税を財源として責任を負う公的サービスとして運営されており、一定の自己負担額が設定されている。医療サービスについては原則的にランスタイングが決定するので、外来診療 (プライマリケア⁽⁶³⁾ 受診、専門医受診) の

表 8 イギリスの医療費自己負担と処方薬負担軽減策

<p>NHS では入院及び外来診察は無料。 医薬品については一処方当たり定額 (7.20 ポンド:2009 年 4 月 1 日以降)。</p> <p>処方薬が無料になる者。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 60 歳以上。16 歳未満。16 歳から 18 歳のフルタイム学生。 ○ 妊婦及び産後 (死産を含む) 1 年以内 (妊産婦免除証 Maternity Exemption Certificate : Matex 所有者)。 ○ 指定病患者又は身体障害者 (医療免除証 Medical Exemption Certificate : Medex 所有者)。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 永久瘻孔 (人工肛門、喉頭開口術等) が継続的に設けられ又は器具装着が必要。 ・ 副腎機能低下症 (アジソン病等) で特定の補充療法が必要。 ・ 尿崩症、その他の下垂体機能低下症。 ・ 糖尿病で食餌療法以外の治療が必要。 ・ 副甲状腺機能低下。 ・ 重症筋無力症、筋無力症。 ・ てんかんで、継続的な抗てんかん治療が必要。 ・ 他者の助力無しでは外出できない永続的な身体障害。 ・ がん治療 (がんの影響による症状の治療を含み、以前の又は現在のがん治療の影響による症状も含む)。 ○ 戦争年金受給免除証の所有者が、認定されている障害の治療を受ける場合。 ○ NHS 入院患者。 ○ 低所得者。 <ul style="list-style-type: none"> ・ タックスクレジット*免除証 Tax Credit Exemption Certificate の所有者又は有資格者及びその配偶者。 * タックスクレジット… 税額控除。就労税額控除と児童税額控除がある。 ・ 所得補助 (Income Support)、所得調査制求職者給付 (Income-based Jobseeker's Allowance)、所得調査制雇用及び生活支援手当 (Income-related Employment and Support Allowance)、最低保証年金クレジット (Pension Credit Guarantee Credit) の受給者とその配偶者、20 歳未満の家族。 <p>等</p> <p>定額の処方前払い制度 (処方前払い証 Prescription Prepayment Certificate : PPC 購入) 有効期限内に何回でも処方薬を受け取れる証明書を、誰でも定額で購入できる。 有効期限内に不要になれば、払い戻し制度もある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3-months pre-payment certificates (3 か月用) 28.25 ポンド ・ 12-months pre-payment certificates (12 か月用) 104.00 ポンド

(出典) NHS in England > Help with health costs > Prescriptions <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx>> 等を参照し、筆者作成。

(61) NHS 制度の枠外で、自由診療を行う民間病院やそれをカバーする民間保険も増えている。なお、本稿ではイングランドの制度のみを扱う。ウェールズ、スコットランド、北アイルランドでは異なる取扱いもある。

(62) NHS in England > Help with health costs > Prescriptions <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx>> ; NHSBSA > Help With Health Costs <<http://www.nhsbsa.nhs.uk/HelpWithHealthCosts.aspx>>

(63) プライマリケアとは、初期医療、一次医療である外来診療、保健活動を指す。スウェーデンでは、プライマリケアは医師、地区看護師、理学療法士等によって担われている。

自己負担額はランスタングによって幅がある。入院時患者負担の上限設定や高額医療費制限制度等については、中央政府が決定する。⁽⁶⁴⁾

入院以外の外来診療受診時の支払総額については、年間 900 クロナを上限とする高額医療費制限制度がある。具体的には、高額療養費カード (högkostnadskort) が支給され、支払額が記入されてゆき、初診時から 12 か月までの期間内で上限に達した後は、無料カード (frikort) が支給され、その後の支払いが不要となる制度である。

処方薬の支払額上限については、他の保健医療サービスとは別建てである。12 か月間以内で支払額累計が 900 クロナを超えると、50% ~ 10% 負担へと徐々に支払額が減額される仕

組みがあり、12 か月間の自己負担は最高 1,800 クロナまでに抑えられている。(表 9 参照)

(3) ドイツ

ドイツの医療制度は、社会保険制度による現物給付で運営されている。自己負担額はほぼ定額で、外来診療は四半期ごとの初診時に 10 ユーロ支払い、入院は 1 日当たり 10 ユーロが請求される (年間 28 日限度)⁽⁶⁵⁾。処方薬は、原則として薬局販売価格の 10% (最高 10 ユーロ、最低 5 ユーロの範囲内) を患者が支払う⁽⁶⁶⁾。18 歳以下については、処方薬は無料である⁽⁶⁷⁾。

年間の患者負担総額に上限が設けられており、世帯ごとの年間実質所得 (被保険者と生計を一にしている世帯構成員の扶養控除額等を差し引

表 9 スウェーデンの医療費と負担軽減策

医療費の自己負担額は、ランスタングが決定する。入院と患者負担年間上限額は、中央政府が決定する。18 歳以下の医療費は、無料 (一部のランスタングでは減額)。妊産婦のプライマリケア受診や定期健診も無料。

○外来診療

- ・プライマリケア 100 - 200 クロナ
- ・専門医、専門病院 230 - 300 クロナ

○入院・・・最高 1 日 80 クロナ

○外来診療の高額医療費上限・・・年間 900 クロナを上限 (初診時から 12 か月間)。

医薬品支払額上限

○年間 1,800 クロナを上限。

医薬品費累計総額	自己負担分	支払額累計
0 - 900 クロナ	全額負担	~ 900 クロナ
901 - 1,700 クロナ	半額負担	~ 1,300 クロナ (900 + 400)
1,701 - 3,300 クロナ	1/4 負担	~ 1,700 クロナ (1,300 + 400)
3,301 - 4,300 クロナ	1 割負担	~ 1,800 クロナ (1,700 + 100)
4,301 クロナ以上	無料 (全額助成)	1,800 クロナ

※ 糖尿病患者のインシュリンは無料。

(出典) Swedish Institute, *Fact Sheet: Health care in Sweden*, October 2009. <http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/english/factsheets/SI/SI_FS_10_Health%20care%20in%20Sweden/FS10-Health-care-high-resolution.pdf> 等を参考に、筆者作成。

⁽⁶⁴⁾ スウェーデン医療保障制度に関する研究会編『スウェーデン医療保障制度に関する調査研究 2008 年版』医療経済研究機構, 2009, pp.111-113, 118-119; Swedish Institute, *Fact Sheet: Health care in Sweden*, October 2009. <http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/english/factsheets/SI/SI_FS_10_Health%20care%20in%20Sweden/FS10-Health-care-high-resolution.pdf> ; Anna H. Glenngard et al., *Health Systems in Transition: Sweden*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005. <<http://www.euro.who.int/document/e88669.pdf>>

⁽⁶⁵⁾ 社会法典第 5 編 (医療保険) Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) 第 61 条で規定。

いたもの)の2%までとされている⁽⁶⁸⁾。これには、処方薬等の自己負担額も算入される。社会法典第5編第2a条は、「障害者及び慢性病患者の特別な利害は、考慮されなければならない。」と規定しており、同一の病気で継続的に治療を受ける場合(重症慢性病患者)⁽⁶⁹⁾の上限を、年間実質所得の1%としている。

妊娠・出産に関する医師の診察や助産サービス、医薬品・各種療法・補助具、分娩入院(産後6日間)等は、公費を財源とし、自己負担は

ない⁽⁷⁰⁾。(表10参照)

(4) フランス

フランスでは、共済制度から発展した職域単位の社会保険制度により医療サービスが賄われている⁽⁷¹⁾。外来診療受診や処方薬購入時にまず患者が全額支払い、領収書を医療保険者(疾病金庫)に送って償還を受ける償還払い方式を特徴とする。ただし、入院は現物給付、すなわち第三者支払方式である。外来診療の償還率は

表10 ドイツ 医療費負担と軽減策

<p>18歳未満は無料(全額保険給付)。 妊娠・出産については、公費で全額支給、自己負担なし。</p> <p>その他の医療給付について、自己負担は以下のとおり。 ○外来診療・・・四半期ごと初診時に10ユーロ。 ○入院・・・日額10ユーロ(年28日限度)。 ○医薬品・・・薬価の10%(最低5ユーロ、最高10ユーロ)。参照価格を超える分は自己負担。低価格薬は自己負担なし。</p> <p>患者負担総額の上限 ・ 年間実質所得*の2%。 *年間実質所得は、配偶者と子供の扶養控除額を差し引いた額。 ・ 重症慢性病患者は1%。</p> <p>※重症慢性病患者の定義 同じ病気で四半期に1度以上医師を受診し1年以上治療が継続し、かつ以下の基準のいずれかを満たす。 ・ 介護度2又は3の要介護状態**である場合 **社会法典第11編(介護保険)第15条で規定。 介護度2(重度要介護)は、毎日3回以上かつ1日3時間以上の介護が必要な状態。 介護度3(最重度要介護)は、夜間を含む24時間体制で1日5時間以上の介護が必要な状態。 ・ 同じ病気により、重度障害者法による障害程度が60以上、又は労災保険法による稼働能力減少が60%以上と認定されている場合。 ・ 継続的な医療援護(医学療法、精神療法、薬物療法、診療を伴う看護、治療・補助を伴う援護)が必要で、もしそれを欠いたら、生命を脅かす病状の悪化、余命の短縮又は同じ病気による健康状態の悪化により生活の質が永続的に低下する状態が予想されると医学的に診断される場合。</p>
--

(出典) 社会法典等を参照し、筆者作成。

(66) ドイツでは、処方せん義務医薬品は参照価格制度(成分や効能がほぼ同一の薬をグループ分けし、グループの保険償還価格「参照価格」を決定する)をとっており、参照価格を超える部分については全額患者負担となる。逆に、参照価格の30%を下まわる医薬品の患者自己負担を、疾病金庫連合会は免除して良いとされ、低価格帯の後発医薬品(ジェネリック)の需要喚起と全体的な薬価値下げに奏功した。『薬剤使用状況等に関する調査研究報告書(平成21年度厚生労働省保健局医療課による委託事業)』医療経済研究機構, 2010, pp.126-128.

(67) ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療関連データ集 2009年版』医療経済研究機構, 2010, p.114.

(68) 社会法典第5編第62条で規定。

(69) 連邦共同委員会(Gemeinsamer Bundesausschuss: GBA)によるガイドラインが定義している。Gemeinsamer Bundesausschuss, *Richtlinie zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte*. <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-278/RL_Chroniker-2008-06-19.pdf> GBAは、連邦レベルの委員会、連邦保険医協会、連邦病院協会、連邦疾病金庫中央連合会により構成される(社会法典第5編第91条第1項で規定)。

(70) 給付は医療保険者(疾病金庫)を通じて行われる。ドイツ医療保障制度に関する研究会編 前掲注(67), p.102.

(71) 松田晋哉「フランスの医療制度の概要」フランス医療保障制度に関する研究会編『フランス医療関連データ集 2009年版』医療経済研究機構, 2010, pp.86-136. 等。

60%～70%で自己負担が多額になるため、国民の80%以上は自己負担分をカバーする補足給付制度（共済組合、相互扶助組織、保険会社による運営）に加入している⁽⁷²⁾。

一方で1990年代に入り、職域保険等に加入できない低所得者層が増加したため、2000年1月に在住者すべてをカバーする普遍的疾病給付制度（Couverture maladie universelle：CMU）⁽⁷³⁾が発足し、低所得者もほぼ無償で医療が受けられるようになった。CMUの枠組みには、低所得者が補足給付制度に加入する手立て（補足普遍的疾病給付CMU-C⁽⁷⁴⁾）も組み込まれている。

医療保険の償還率は、疾病、薬剤の種類により異なっている。診療は60%～70%であり、障害者や高齢者の場合は80%（自己負担は2割）となっている。医薬品の償還率は、薬剤投与の必要性や薬価によって、100%、65%、35%、15%と差がある。その他、定額の患者負担金として、外来診療負担金（1日1ユーロ。暦年で50ユーロが上限）、入院定額負担金（1日18ユーロ、精神科は13.50ユーロ）等がある⁽⁷⁵⁾。

自己負担の減免については、診療の種類、医薬品の種類、加入者の身体状況及び経済状態等による⁽⁷⁶⁾。特に長期にわたり治療が必要で

多額の費用がかかる特定重症慢性疾患（Affections de longue durée：ALD）の患者に対しては、社会保障法典の規定⁽⁷⁷⁾に基づき治療及び医薬品に関する自己負担が免除され、外来診療負担金と入院定額負担金以外の負担は不要となる⁽⁷⁸⁾。（表11参照）

Ⅲ 自己負担と医療アクセスをめぐる諸問題

2009年のOECDの報告書は、医療アクセスについて1章を立てており、受診や受療を妨げる要因として、費用負担の重さ、医療施設までの距離、人種・文化・情報の障壁、待ち時間の4つをあげている⁽⁷⁹⁾。費用負担の重さはほぼ全ての国であげられる理由だが、特にポルトガル、ポーランド、イタリア、ギリシャで顕著に見られた。治療を受けるまでの待ち時間はイタリア、ポーランド、スウェーデン、イギリスで貧富の差なく報告された。医療施設までの距離をあげたのはノルウェーだけである⁽⁸⁰⁾。

日本は、1人当たり医師受診回数はOECD平均の2倍、自己負担の家計支出に占める割合はOECD平均以下であり、医療アクセスについて

(72) 被用者の場合、労働協約の一部として提供される。企業単位で加入し、通常、従業員と企業で保険料を折半する。（同上、p.86；平川伸一・龍岡資隆「第2章 フランスの医療制度」『医療制度の国際比較』財務省財務総合政策研究所、2010、pp.47-61.）

(73) 普遍的疾病給付制度（Couverture maladie universelle：CMU）とは、安定的かつ正規にフランスに居住する者（原則として3か月以上居住）に対して、国庫支出により一般制度（被用者保険金庫）加入を保障する制度。これにより、基礎給付（CMU de base：CMU-B（通常の保険償還））が受けられる。

(74) 補足普遍的疾病給付（C.M.U. complémentaire（補足給付とも））は、一定額以下の低所得者等が支給対象。通常の保険償還時の自己負担部分に対する補足給付契約の契約料金が支給される。加藤智章「フランスにおける無保険者の解消策—普遍的医療給付について—」フランス医療保障制度に関する研究会編『フランス医療関連データ集 2008年版』医療経済研究機構、2009、pp.82-89.等参照。

(75) L'assurance maladie en ligne Accueil > Soins et remboursements > Ce qui est à votre charge <<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/>>

(76) 社会保障法典（Code de la sécurité sociale: CSS）L.322-2条、L.322-3条で規定。医薬品については、前掲注(66)、pp.73-74. 参照。定額負担金の免除制度については、L'assurance maladie en ligne Accueil > Soins et remboursements > Ce qui est à votre charge > La participation forfaitaire de 1 euro <<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/la-participation-forfaitaire-de-1-euro.php>> 参照。

(77) 社会保障法典 L.322-3条及び D322-1条で規定する。

(78) Haute Autorité de Santé > Affections de longue durée (ALD) - Questions-réponses <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428814/affections-de-longue-duree-ald-questions-reponses#c_428831>

表 11 フランス 医療費自己負担と特定重症慢性疾患

<p>医療保険の償還率は、幅がある。自己負担分を支給する補足給付制度（共済等）が発達している。</p> <p>○医療行為・・・償還率 60%～70%（障害者や高齢者の場合は 80%）</p> <p>○処方薬・・・償還率は 4 段階（100%、65%、35%、15%）で、薬剤投与の必要性や薬価による。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 100%：不可欠で高価（糖尿病、AIDS、がん、特定重症慢性疾患（Affections de longue durée：ALD）） ・ 65%：重要な薬（抗生物質等） ・ 35%：急性疾患 ・ 15%：医療効果が低いとされる 110 品目 <p>○定額の患者負担金</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療負担金・・・1 日 1 ユーロ。暦年で 50 ユーロが上限。 ・ 入院定額負担金・・・1 日 18 ユーロ、精神科は 13.50 ユーロ。 <p>免除制度</p> <p>○定額の患者負担金</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療：① 18 歳未満。② 妊娠 6 か月以上出産後 12 日以内。③ CMU-C や AME 受給者。 ・ 入院：① 出産前 4 か月以降出産後 12 日以内。② CMU-C や AME 受給者。③ 産後 30 日以内の新生児。④ 20 歳以下の障害児で特殊教育施設又は職業訓練施設の入所者。⑤ 軍人年金受給者。等 <p>○特定重症慢性疾患（Affections de longue durée：ALD）</p> <p>自己負担は不要（100% 償還）。ただし、定額負担金（外来診療負担金と入院定額負担金）は免除されない。ALD 患者の治療であれば、ALD 特定薬以外でも原則として 100% 償還される。</p> <p>※特定重症慢性疾患（Affections de longue durée：ALD）の定義</p> <p>6 か月以上の治療が必要で医療費が高額になる疾患（糖尿病、悪性腫瘍、腎不全、神経系の変性疾患、等）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会保障法典の規定に基づき、保健スポーツ大臣が高等保健機構（Haute Autorité de Santé：HAS）の意見具申に従い、デクレで定めている 30 種類の疾患（ALD 30 又は ALD liste） ・ 長期間の治療が必要で、病気が進行し又は症状が悪化する重篤な疾病（ALD hors liste） ・ 重篤な複合疾病（poly-pathologies 又は affections multiples）

（出典） 社会保障法典等を参照し、筆者作成。

他国に遜色なく、むしろ優位にある⁽⁸¹⁾。これまで見た通り、自己負担軽減制度はいろいろな形で整備されている。しかし、さまざまな制約条件があるため、負担が同じでも公的支援に大きな差が生じる。長期療養疾病（高額療養費）や難病指定疾病でなければ、高額療養費制度か自立支援医療の負担軽減策だけである。高額療養費制度に該当しない程度の医療費（一般所得層で月額約 8 万円、上位所得者で約 15 万円）を継続して払い続ける場合の負担感が大きい。

ここでは、高額な抗がん剤の開発等により生

存率が改善されたがんと、各種の支援策が講じられてきた人工透析を取り上げて、医療費自己負担の実態とその影響を検討する。

1 医療費の高額化—がん治療を中心に—

医療費の高額化について見ると、平成 19 年度の高額療養費支給総額は 1 兆 6234 億円で、国民医療費 34 兆 1360 億円の 4.8% を占めており、医療費適正化政策により抑制されてきた国民医療費全体の伸びに比べ、高額療養費の伸び率は著しく高い。支給件数の伸びが著しく、そ

(79) 「第 6 章 医療へのアクセス」OECD 編著（鐘ヶ江葉子訳）『図表でみる世界の保健医療 OECD インディケータ（2009 年版）』明石書店、2010、pp.140-155。（原書は、“Chapter 6. Access to Care,” OECD, *Health at a Glance 2009: OECD indicators*, 2009. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en>）

(80) 「指標 6.1 未充足医療ニーズ」同上、pp.142-143. 欧州連合の調査や国際保健政策調査等の聞き取り調査を取りまとめたもので、日本は対象に含まれていない。

(81) 「指標 4.1 医師受診」「指標 6.3 自己負担保健医療支出の負荷」同上、pp.90-91, 146-147.

表 12 国民医療費と高額療養費の推移

	国民医療費		高額療養費 支給総額		高額療養費 支給総額が 国民医療費に 占める割合	高額療養費 支給件数		1 件当たり 高額療養費 (円)
	(億円)	伸び率	(百万円)	伸び率		(件)	伸び率	
平成 14 年度	309,507	100	933,512	100	3.02%	15,396,014	100	60,633
平成 15 年度	315,375	102	1,315,606	141	4.17%	31,072,136	202	42,340
平成 16 年度	321,111	104	1,407,388	151	4.38%	33,317,588	216	42,242
平成 17 年度	331,289	107	1,453,039	156	4.39%	34,727,683	226	41,841
平成 18 年度	331,276	107	1,490,531	160	4.50%	35,323,700	229	42,196
平成 19 年度	341,360	110	1,623,351	174	4.76%	37,651,381	245	43,115

(出典) 厚生労働省保険局調査課「(6) 高額療養費の推移」「(7) 平成 19 年度 高額療養費の支給実績」『医療保険に関する基礎資料』2009.10, pp.41-42. 等をもとに、筆者作成。

の結果、支給総額も増えた。(表 12)

特に高額な医療費については、大企業の組合健保が加盟する健康保険組合連合会(健保連)の年次報告が参考になる⁽⁸²⁾。1 か月の医療費が 1000 万円以上のものは、平成 19 年度に過去最高の 140 件を記録し、平成 20 年度は 134 件で、うち 2000 万円以上は 5 件であった⁽⁸³⁾。500 万円以上のレセプト(暦月単位)は年々増加しており、平成 20 年度は 3,229 件となった。

難病や、長期高額疾病の対象となる特定疾病、自立支援医療(更生医療・育成医療)の対象となる内部障害に該当しなければ、自己負担軽減策は高額療養費制度だけである⁽⁸⁴⁾。

特にがんについて、医療技術の進歩によって効果的な抗がん剤や治療法が登場して生存率が改善する一方、治療の長期化や高額化が進み、高額療養費制度だけでは患者負担軽減が十分で

はないことが指摘される。がん患者の経済的負担に関する厚生科学研究によれば、がん罹患による仕事や家計への影響は大きく、患者の半数が高額療養費の給付を受けており、特に、造血器腫瘍や先進医療である粒子線治療の場合、高額療養費の償還前の窓口負担額は非常に高い⁽⁸⁵⁾。(表 13)

高額療養費制度では、入院については平成 19(2007)年から年齢にかかわらず現物給付が受けられるようになり、窓口負担は軽減されるようになったが、通院で治療を続ける場合はいったん 3 割負担分を窓口で支払う必要がある。高額療養費の償還を受けるには、申請してから 2～3 か月かかるのが普通である。また、早く償還を受けたいなら、毎月、申請書の提出を続けなければならない。分子標的薬⁽⁸⁶⁾など高額な医薬品が開発されて保険診療の対象となり、長期間

82) 健康保険組合連合会「平成 20 年度 高額レセプト上位の概要」2009.9.11. <<http://www.kenporen.com/press/pdf/20090911171509-0.pdf>> 健保連が運用する「高額医療給付に関する交付金交付事業」(健康保険法附則第 2 条に規定する法定事業)に申請された医療費(前年 11 月から同年 10 月のレセプトが対象。平成 20 年度は 281,710 件)について報告したもの。一般疾病は 100 万円、特定疾病(長期療養に該当する人工透析患者、血友病患者、抗ウイルス剤投与の AIDS 患者・HIV 感染者)は 40 万円を超えた部分を、交付対象とする。

83) 平成 20 年度の上位 20 位のうち半数が血友病で、残りが循環器系(心臓、大動脈)疾患、高フェニールアラニン血症(先天性代謝異常の一種)であった。

84) 例えば、AIDS 患者や HIV 感染者は、薬害であれば特定疾病に、一般的にも更生医療の内部障害に該当するが、成人のがんや白血病は更生医療の対象となる内部障害が認められない限り、高額療養費制度のみである。障害認定は、国の基準をガイドラインとして、自治体が独自に設けた基準に拠る。

85) 濃沼信夫(主任研究者)『がん医療経済と患者負担最小化に関する研究:総合研究報告書(平成 16～18 年度):厚生労働科学研究費補助金(第 3 次対がん総合戦略研究事業)』東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野, 2007. <<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do>>

表 13 がん治療の自己負担と高額療養費（年間）

	窓口での自己負担額*（万円）			高額療養費 （万円）
	総額	入院	外来	
がん治療	63.5	50.6	12.9	25.5
化学療法	97.0	59.4	37.6	32.3
造血管腫瘍	213.0	176.3	36.7	150.1
粒子線治療**	357.3	288.3	69.0	20.3

* 自己負担額：ここでは医療施設へ直接支払った額。高額療養費償還前の額である。

** 粒子線治療は先進医療（いわゆる混合診療）であり、自由診療部分は全額自己負担であるため、保険給付部分へ的高額療養費は低額となる。

（出典）濃沼信夫（主任研究者）『がん医療経済と患者負担最小化に関する研究：総合研究報告書（平成16～18年度）：厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）』東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野，2007.をもとに、筆者作成。

（例えば一生涯）、高価な抗がん剤投与を受ける治療が一般的になる一方で、がん患者の経済的負担と精神的負担も続く。

2 モラルハザードと受診抑制

医療費の自己負担は、その多寡によってモラルハザードや受診抑制の誘因となる。自己負担が軽すぎると、患者側の安易な受診や医師、医療施設等の医療供給サイドの過剰診療というモラルハザードが生じ⁽⁸⁷⁾、自己負担が重すぎると、必要な受診が差し控えられて疾病が重症化する危険性が生じる。

腎臓病の人工透析について見ると、最近では糖尿病の悪化による患者数の増加が顕著であ

り、また医療の進歩により人工透析期間は長期化している⁽⁸⁸⁾。人工透析については、昭和47（1972）年に身体障害者のための更生医療に認定され、昭和59（1984）年には高額療養費制度の「長期高額疾病」として月額10,000円という負担上限が設定された。現在は、上位所得者の限度額は月額20,000円だが、1級の身体障害者手帳交付により自立支援医療制度（更生医療）が適用されると、低所得者の自己負担はさらに安くなる（表5参照）。

安定的な財政的支援が行われ、それによってわが国の人工透析の進歩と生存率の向上がもたらされたことは間違いない⁽⁸⁹⁾が、安易に人工透析の導入が行われている可能性も指摘され

86) 体内の特定の分子を狙い撃ちする抗がん剤。保険診療の対象となっても薬価が数10万円するものも多く、3割負担であれ患者負担は重い。平成13（2001）年に承認された慢性骨髄性白血病の特効薬であるイマチニブ（商品名グリベック）は、毎日服用した場合、5年後の生存率は約95%と言われるが、3か月に1回の処方では20数万円かかる（「がん新時代:28」お金の闘い 薬代、毎日1万1千円の例も）『朝日新聞』2010.5.18, p.18.等）。乳がん患者である70代の母が、グリベックを服用していた30代の長女を殺害したケースでは、「治療費は2人で月に約25万円かかった」と供述しており（「東京・足立の白血病長女殺害：「治療に金かかる」将来悲観 自身も乳がん手術の二重苦」『毎日新聞』2009.11.16, p.25.等）、高額療養費制度を知らなかった可能性もある。慢性白血病患者の3/4しか高額療養費制度を知らないとの調査結果もある一方、上限額を超えると通知を出す組合健保もある（「命を削る 高額医療の断面」『毎日新聞』2010.5.20, pp.14-15.）。

87) 昭和48（1973）年の老人医療費無償化は、医療施設の老人サロン化と社会的入院の増加を招いた。

88) 平成21（2009）年12月末現在の患者数290,675人（人口100万人当たり2,279.6人）、最長透析歴は41年8か月である。平成10（1998）年に、その年に人工透析を開始した患者の主要原疾患の第一位が、慢性糸球体腎炎から糖尿病性腎症となり、平成21年には新規導入患者の主要原疾患の44.5%を糖尿病性腎症が占めている。（『図説 わが国の慢性透析療法の現況 2009年12月31日現在』日本透析医学会, 2010, pp.2, 12.）

89) 透析患者の生存率について比較すると、死亡リスクはヨーロッパがわが国の2.8倍、アメリカが3.8倍である。腎臓移植が他国に比べて困難であることが、人工透析療法の向上につながったことも指摘される。（本田浩一ほか「わが国の透析療法の現況」『腎と透析』66（4）、2009.4, pp.404-407.）

る。人工透析患者の医療費は年間 500 万円以上で、患者の自己負担（最高で月額 20,000 円）以外を保険給付と公費が保障するのに対し、食事療法や薬の活用による慢性腎不全の「保存療法」の医療費は年間 60 万円程度であり、患者の自己負担も通常通り（3 割等）となるため、医療機関にとって保存療法を推進するインセンティブに欠ける⁽⁹⁰⁾。

患者の受診行動について見ると、例えば糖尿病患者の場合、悪化して人工透析が始まらない限り、自己負担は通常通りなので、ちょっとしたことで受診抑制が起こりやすい。自己負担額の上昇による受診抑制行動について、九州大学大学院馬場園明教授は「自己負担増による慢性疾患の受診への影響としては、被保険者本人には 2 割負担で影響があり、高齢者には 1 割負担でも影響があることが明らか」と報告している⁽⁹¹⁾。糖尿病患者の場合、合併症がない場合に受診抑制が確認されるが、合併症のない糖尿病患者は自覚症状がないため、受診の便益を患者が感じにくいからと、馬場園教授は考察している。現在、高血圧症や糖尿病といった生活習慣病について、自覚症状のない間の一次予防が重視され、平成 20 年度から「特定健康診査・特定保健指導」（いわゆるメタボ健診）が導入された⁽⁹²⁾。しかし、特に市町村国保の実施状況は 28.3% と低く⁽⁹³⁾、実効性ある一次予防や早期

受診について、再検討の余地があると思われる。

3 高額療養費制度見直しに関連する動き

平成 22（2010）年 4 月 27 日、難病対策について、医療、研究、福祉、就労・雇用支援施策等制度横断的な検討が必要な事項について検討を行うため、厚生労働省に設置された「新たな難治性疾患対策の在り方チーム」（座長：長浜博行厚生労働副大臣）が初会合を開いた⁽⁹⁴⁾。主な検討事項は、難治性疾患の患者に対する医療費助成の在り方（小児慢性特定疾患に関する 20 歳以後（いわゆるキャリアオーバー）の問題を含む）、研究事業の在り方（医薬品の開発を含む）、福祉サービス、就労・雇用支援である。

また、社会保障審議会医療保険部会は 7 月 14 日に第 38 回の会議を開催し、高額療養費制度を議題のひとつとして取り上げた⁽⁹⁵⁾。制度の改善要望として提示されたのは、① 70 歳未満者の「一般区分」のうち、所得の低い層の自己負担上限額の引下げ、② 世帯合算の合算対象基準額（現行 70 歳未満は 21,000 円以上のレセプトが合算の対象）の引下げ等、③ 暦月をまたがる場合の月単位での高額療養費の支給、④ 外来における高額療養費の現物給付化、⑤ 高額療養費の自動支払化など支給申請の簡素化、⑥ 高額長期疾病の対象の追加、である⁽⁹⁶⁾。高額療養費の見直しについては、平成 21（2009）年 4 月に

(90) 椎貝達夫「透析大国日本」『腎臓病の話』岩波書店、2007、pp.76-79:「保存療法」あるのになぜ…透析大国ニッポン』『東京新聞』2010.3.10.

(91) 馬場園明「医療サービスの受診保障と患者自己負担」『福岡医学雑誌』97(3)、2006.3、pp.43-52.

(92) 平成 18 年医療制度改革による。泉 前掲注(35)、pp.73-74. 参照。

(93) 厚生労働省「平成 20 年度特定健康診査の実施状況（速報値）」同省保険局『全国厚生労働関係部局長会議（厚生分科会）資料』2010.1.14、p.26. 〈<http://www.mhlw.go.jp/topics/2010/01/dl/tp0121-1h.pdf>〉；「被用者保険被扶養者 特定健診受診率は 21% にとどまる 厚労省が 20 年度実施状況の速報値を集計」『国保実務』2677 号、2009.9.28、p.5.

(94) 厚生労働省健康局「新たな難治性疾患対策の在り方検討チーム（第 1 回）の資料について」2010.4.27. 〈<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/nanbyo/100428-1.html>〉

(95) 厚生労働省「第 38 回社会保障審議会医療保険部会配布資料」2010.7.14. 〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000dmtc.html>〉

(96) 「高額療養費制度に関する改善の要望（平成 22 年通常国会での質問・要望等）」厚生労働省保険局『高額療養費制度について』（平成 22 年 7 月 14 日第 38 回社会保障審議会医療保険部会資料 2）p.18. 〈<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000dmtc-att/2r9852000000dpiw.pdf>〉

自民、公明両党の与党政策責任者会議（当時）でも合意していた。また、平成 22（2010）年 2 月 2 日の衆議院本会議で、鳩山由紀夫総理大臣（当時）が患者の立場に立って検討を進めたい、としていたものである。今後、論点整理や財政影響の試算等を行って、検討が進められる予定である。

おわりに

例えばがんは、日本人の 2 人に 1 人が罹患し、3 人に 1 人の死因であると言われるほど、ごく普通の病気である。政策的予算として平成 22 年度のがん対策には 316 億円が投じられており⁽⁹⁷⁾、また多くの製薬会社で新薬開発が進められている。しかし、開発された医療・医薬品を享受するための患者の自己負担は、必ずしも安心して治療に専念できる額ではなくなっている。長期高額疾病であれば年額 12 万円程度、難病であれば年額 30～40 万円程度の自己負担、外科手術など短期集中的な治療はほとんどが高額療養費で賄われるのに対して、長期間治療が続くものの上限額を超えない程度の医療費の場合に、著しく均衡を欠く自己負担が生じうる。継続して医療費負担が続いても、長期高額疾病や指定された難病でなければ、公的支援は望めない。

一方で、医療費の自己負担は、マクロな医療費適正化とミクロな医療資源の配分の適正化の両面で、医療費の効率的使用に関わる問題で

ある⁽⁹⁸⁾。今世紀に入ってから強く求められた医療費増加抑制施策の一環として、すべての医療費負担軽減制度で「適正化」が図られ、保険料拠出時だけでなく受診時の所得別階層化が組み込まれた。制度は複雑さを増し、患者も保険者も医療施設も、制度活用や運用に多くの労力が求められている。医療施設は、数多くの制度に精通して、患者に適切な窓口負担額を請求し、社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険中央会に正しく診療報酬を請求しなければならない。保険者も、世帯収入に合致した高額療養費を支給し、難病対策を含む公費負担医療の場合、支給に関して保険優先か公費優先かも熟知していなければならない。患者も、高額な窓口負担のための現金を用意し、毎月の高額療養費の申請を行わなければならない。複雑な制度とその運用は、電子レセプトの導入など医療事務の効率化にとって、システムや事務のコストを引き上げる要因ともなる⁽⁹⁹⁾。

これまで数多くの制度が時代の要請によって設計され、それぞれが独立して整備されてきた。わが国の医療は社会保険制度であると言いつつ、保健医療支出への公費投入は既に非常に突出している。社会保険制度そのものを維持するための公費投入と、個々人の医療負担の適切な軽減策の実現のための公費投入について、改めて全体を俯瞰しながら検討を進め、重複や混乱のない制度を再構築することが求められる。

（いずみ まきこ）

⁽⁹⁷⁾ 肝炎対策（医療費助成と検査）は 205 億円、難病対策（医療費助成と生活支援等）は 1973 億円である。

⁽⁹⁸⁾ 尾形 前掲注(5), p.544.

⁽⁹⁹⁾ 一般論として、IT 化により最大限の効果をj得るためには、システム導入前に、多部門間の重複事業の削減や、業務フローの簡素化などによって無駄を削減し、業務をスリム化し改善することが求められる。

(巻末年表) 保険給付、高額療養費制度、高齢者医療、難病対策の経緯

世界恐慌～戦後復興	1920年代～1950年代	<p>1922 (大正 11) 年 健康保険法制定 本人負担なし (労災も含む) (施行は、関東大震災後の 1927 年)</p> <p>1938 (昭和 13) 年 (旧) 国民健康保険法制定</p> <p>1942 年 健康保険法改正 (職員健康保険法 (1939 年) 統合) 本人一部負担、被扶養者 5 割給付</p> <p>1953 年 日雇労働者健康保険法制定 (84 年に健康保険法に統合)</p> <p>1958 年 (新) 国民健康保険法制定</p>
国民皆保険～給付拡大	1960年代～1980年代前半	<p>1961 年 国民皆保険 (全市町村で国民健康保険事業開始) 被保険者 (世帯主、家族) 5 割給付 (63～68 年 順次、7 割給付に)</p> <p>1973 年 健保 被扶養者 (家族) 7 割給付を法定化</p> <p>1973 年 老人医療費支給制度 (老人福祉法改正) 70 歳以上 (65 歳以上寝たきり) 老人は、医療費無料</p> <p>1973 年 高額療養費制度を創設 (健保被扶養者 月額 30,000 円を上限) (75 年 国保被保険者 高額療養費制度開始) (76 年 上限 39,000 円に引上げ) (81 年 低所得者対策。健保被保険者本人も対象。上限 15,000 円) (82 年 上限 45,000 円に引上げ、低所得者据置き) (83 年 上限 51,000 円に引上げ)</p> <p>1972 年 「難病対策要綱」発表 (73 年 特定疾患治療研究事業 (6 疾患) 開始) (74 年 小児慢性特定疾患治療研究事業 (9 疾患群) 開始)</p> <p>1984 年 高額療養費制度を拡充 ①世帯合算、多数該当 (月額 30,000 円上限) 創設 (低所得者 上限 30,000 円に引上げ、多数該当 21,000 円) ②長期高額疾病患者の療養費の支給制度創設 (月額 10,000 円を上限)</p>
給付水準の一元化	1980年代半ば～2000年頃	<p>1983 年 老人保健制度発足 患者一部負担開始 (86 年、92 年、93 年、94 年、95 年、96 年、97 年、98 年、99 年に患者負担を引上げ)</p> <p>1984 年 健保 被保険者本人 9 割給付 (1 割負担に引上げ)</p> <p>1986 年 高額療養費制度 上限 54,000 円に引上げ (低所得層 30,000 円据置き) (89 年、91 年、93 年、96 年引上げ)</p> <p>1997 年 健保 被保険者本人 8 割給付 (2 割負担に引上げ)</p> <p>1998 年 難病対策 患者自己負担 (月額上限 入院 14,000 円、外来 2,000 円) 導入。重症患者は無料のまま</p> <p>2002 年 国保・健保 3 歳未満 8 割給付 (2 割負担に引下げ) (2008 年 対象年齢延長)</p> <p>2003 年 健保 被保険者本人 7 割給付 (3 割負担に引上げ)</p>
給付・支給の所得階層化	2000年頃～	<p>2001 年 老人保健制度 9 割給付 (1 割負担に引上げ)。同時に、高額医療費支給制度導入 (02 年 一定以上所得者という所得区分を導入し、8 割給付 (2 割負担に引上げ)。低所得者の範囲拡大) (02 年～06 年 対象年齢を 70 歳から 75 歳へ。70～75 歳高齢受給者の自己負担は従来通り) (06 年 一定以上所得者は 7 割給付 (3 割負担に引上げ)) (08 年 後期高齢者医療制度発足。給付率、高額医療費における月額上限は老健制度と同様)</p> <p>2001 年 高額療養費制度 上位所得者所得区分を導入 (上限は所得別 3 区分に) (02 年、03 年、上限額引上げ)</p> <p>2003 年 難病対策 生計中心者の所得区分別自己負担額上限 (7 区分) 導入 (10 月に「軽快者」制度導入)</p> <p>2005 年 小児慢性疾患治療研究事業が児童福祉法による助成制度に転換 (対象疾患増加) 生計中心者の所得区分別自己負担額 (7 区分) を導入</p>

(出典) 筆者作成。