

ESRI 調査研究レポート No.2

医療保険制度における外来受診適正化方策の効果分析

By

佐々木 修 郡司康幸
内閣府経済社会総合研究所

February 2003



内閣府経済社会総合研究所
Economic and Social Research Institute
Cabinet Office
Tokyo, Japan

調査研究レポートは、内閣府経済社会総合研究所の研究者によって行われた研究成果をとりまとめたものです。学界、研究機関等の関係する方々から幅広くコメントを頂き、今後の研究に役立てることを意図して発表しております。

論文は、すべて研究者個人の責任で執筆されており、内閣府経済社会総合研究所の見解を示すものではありません。

医療保険制度における外来受診適正化方策の効果分析

佐々木 修

郡司 康幸

Abstract

Japanese medical insurance expenditure is increasing as the aging population increases rapidly. Government has implemented reforms of Medical Insurance System focusing on outpatients, for example; co-payment on drugs.

With the amendment to the Health Insurance Law, etc., in 1997, employee's co-payment as the outpatients was raised from 20% to 30%, by which outpatients of employees themselves have been decreased.

Most of analysis of the efficiency of measures to minimize the growth of inflating medical expenditure is based on the medical insurance expenditure, but decrease of expenditure dose not mean decrease of numbers of outpatients.

In 2001 co-payment for elderly outpatients was fixed to the rate of 10%, being restricted to certain upper amounts.

Evaluation of these measures to adjust the increase of outpatients should be based on the changes of the numbers of outpatients.

佐々木 修(前経済社会総合研究所上席主任研究官)

郡司 康幸(経済社会総合研究所研究官)

医療保険制度における外来受診適正化方策の効果分析

はじめに

国民皆保険の下、医療機関へのフリーアクセスを特色とする我が国医療制度を支える公的医療保険は、人口の高齢化の進展と合わせて、急速に財政が悪化している。このため、若年世代の医療費負担も急増し、将来に向けた医療保険制度の存続に不安を与えている。老人の医療需要増加は、加齢に伴って有病率が高まるのでやむを得ないが、低負担での受診が可能であることもあり、供給サイドの意向と相俟って受診率が高いだけでなく、医薬品の多種大量投与や重複受診などの非効率が指摘されている。

こうした背景の中、医療保険制度改革は、入院時食事療養費の設定、自己負担の引上げ、外来の薬剤費別途負担の導入、200床以上病院初診料の特定療養費化など患者負担の増加を通じた外来受診適正化方策を講じ、13年1月1日からは老人医療の外来負担を上限つきながら定率1割負担へと一步を踏み出した。

これまで講じられてきた患者の負担増による外来受診適正化方策は効果を上げていないとされるが、医療費の増加傾向に目を奪われ、検証が十分にできていない。また、市販薬による代替の状況なども明確ではない。

本論は、これまでの患者負担増中心による外来受診適正化方策等の有効性を分析することにより、今後の医療政策を検討する一助とすることを目的とする。

I マクロで見る外来患者動向について

これまで、医療費抑制のため、外来受診の適正化がその一方策として掲げられてきたが、その成果については医療費削減状によって説明・評価されることが通常である。しかし、医療費抑制を外来で捉える場合には1回当たりの受診費用よりも延患者数が大きな意味を持つ。即ち、外来抑制である以上、医療費ではなく患者数の動向により評価分析する必要がある。

外来患者の動向に関連するデータとしては、ア)厚生労働省の病院報告月報¹における平均外来患者数、イ)厚生労働省の「最近の医療費の動向」及び「医療機関医療費の最近の動向」、ウ)最近医療費の動向患者の受診率、があり、本論では以上3つのデータを用いるが、医療費に関するデータは医療機関の種類別に延受診者数に置き換えて患者動向の分析を行う。併せて、代表的な医療保険制度改革と診療報酬改定が患者動向に与えた影響を分析する。

1 病院報告月報による外来患者動向

¹ その月に新来、再来、往診、巡回診療、健康診断等を行いカルテを作成ないし、記入したものの延数を記入するもので、同一患者が複数診療科で診療され、それぞれの診療科で独自のカルテに記入されればそれぞれに計上するなどし、日曜日及び祝日を除く日数で除した数値を平均外来患者数として報告する。医療保険の対象患者に制約されない。

医療機関²の患者動向を示す統計には厚生労働省の「患者調査」があるが、3年に一度の調査であり制度改正の影響を見るには適当ではなく、また、診療所についてはサンプルの抽出率が病院に比べて低く³、精度面での問題がある。このため、最初の分析では同省「病院報告月報」を用いる。これは名称の如く「病院」のみを報告対象としているが、制度改正の患者動向への影響を見る上で参考となる。

(1) 病院外来患者適正化の必要性

病院は患者を収容して常時医学的管理の下で治療を行う入院機能に本来の目的⁴があるが、現実には施設や人員の整った大病院の外来に患者が集まっている。大病院と診療所が比較的症候の軽い外来患者の取合いをすることが問題視されてきたが、後述のとおり、大病院の方が平均的に外来医療費も高く、医療費抑制上も病院、特に大病院外来への集中緩和が必要となっている。また、医療機関の外来へは風邪、腹痛など軽度医療の患者も多く受診するため、市販薬での代替も可能と考えられた。

このため、平成9年以降の医療保険制度改正や診療報酬改定においては、患者の自己負担の引上げ、薬剤費の別途負担、200床以上の病院受診への特定療養費の導入などさまざまな方策が講じられてきた。

(2) 病院患者数の推移状況

病院報告月報は脚注1のとおり、日曜日及び祝日を除いた日数でその月の患者数を除し、一日当たり平均外来患者数を算出する。近時、国公立病院を中心に土曜日の外来診療を行わない病院もあるが、基準としてこの方法を採用する。⁵

平成9年9月に改正健康保険法が施行され、被用者保険本人の一部負担割合の1割から2割への引上げ、老人医療の医療機関毎の月負担額1,020円から日額500円（月4回まで）への自己負担引上げとともに、外来における薬剤交付に別途負担制度⁶が設けられた。

制度改正⁷により医療機関外来への患者数が落ち込んだと報じられたが、結局は一時的な現象で、すぐに外来に患者が戻ってきたとされている。

一日当たりの平均外来患者数は風邪の流行などにより各年により、また、各月で

² 医療法上、病床数が20床以上を「病院」0～19床までを「診療所」という。

³ 平成11年調査で病院は入院7/10、外来3/10、一般診療所は7/100、歯科診療所は1.6/100の抽出率。

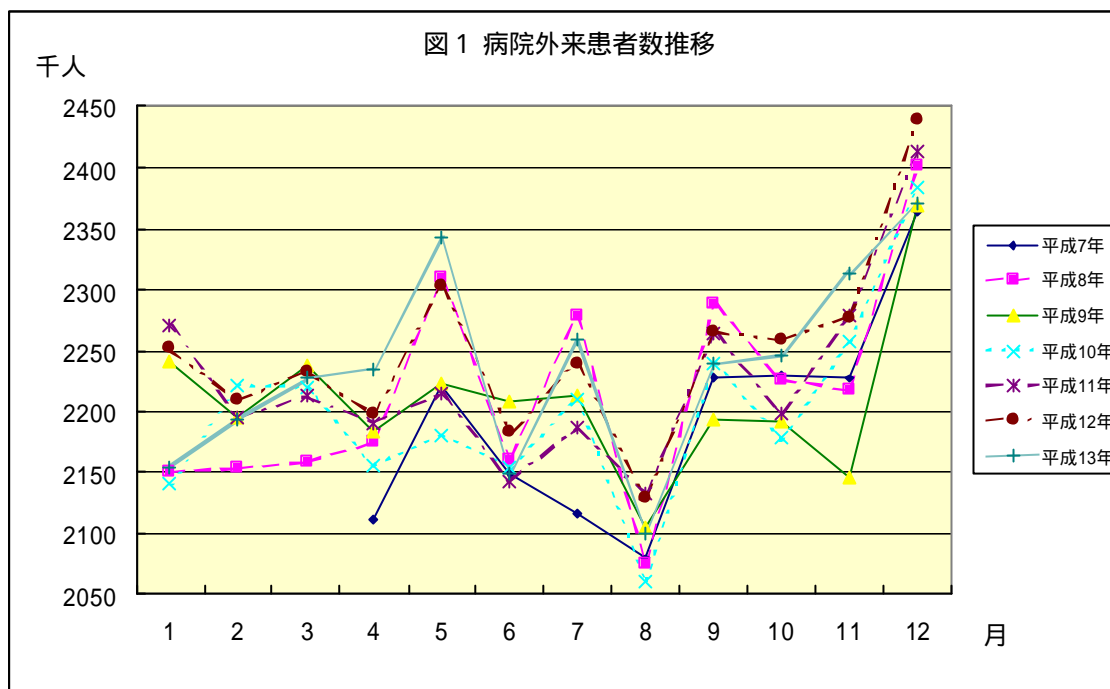
⁴ 病院は入院しての治療を念頭に置き、構造設備の基準や人員の配置数に基準がある。これに対して診療所については療養型病床群を有する場合以外にはごく一部に基準があるのみ。

⁵ 入院は1年の全日を通しての営業となるので平均入院患者数を示すことで問題はない。外来患者数は例えば土曜日を外来閉鎖すると他の営業日に一部は振り替わり、営業日当たり患者数は増えるが、合計すると6日分の患者数には届かないのが普通である。

⁶ 保険の一部負担割合とは別に例えば内服薬は1日分につき1種類なら0円、2～3種類なら30円、4～5種類は60円、6種類以上は100円を負担する。

⁷ 医療保険がらみの仕組みの変更は健康保険法等に基づく制度自体の改正と、診療報酬制度上の点数改定によるものに分かれるが、以下一括して「制度改正」と表記する。

変動する。これを各年各月の実数ベースで比較したものが図 1 である（実績値及び対前年同月比は参考表参照）。



一日当たり外来患者数⁸は9年9月以降前年の患者数を下回る状況にあるが、一巡後は制度改正前の患者数に戻り、その後13年まで全体として増加傾向にある⁹¹⁰。

この傾向は老人医療対象者の増によると考えられるが、平成13年になると一旦大きく減少し振れ幅も大きくなる。その理由としては上限つきながら1割負担へと上昇したことによる外来受診減少の効果もあると考えられるが、効果の持続性については、一巡後の患者動向をみる必要がある。

2 入院外診療費に見る患者動向

本項目では「最近の医療費の動向 MEDIAS」¹¹（以下単に「MEDIAS」という。）

⁸ 平成8年5月及び7月は平年に比べて人数が多い年となっている。

⁹ 12年、13年と5月の数値の大幅な伸びは病院報告の計算方式のためと考えられる。11年は外来営業日数が病院報告方式で23日、12年、13年では24日であるが、国公立病院など土曜閉庁を行っている病院では18日、20日、21日となる。脚注5のとおり、営業日数が多いほど外来患者総数は多くなるので、注意が必要である。

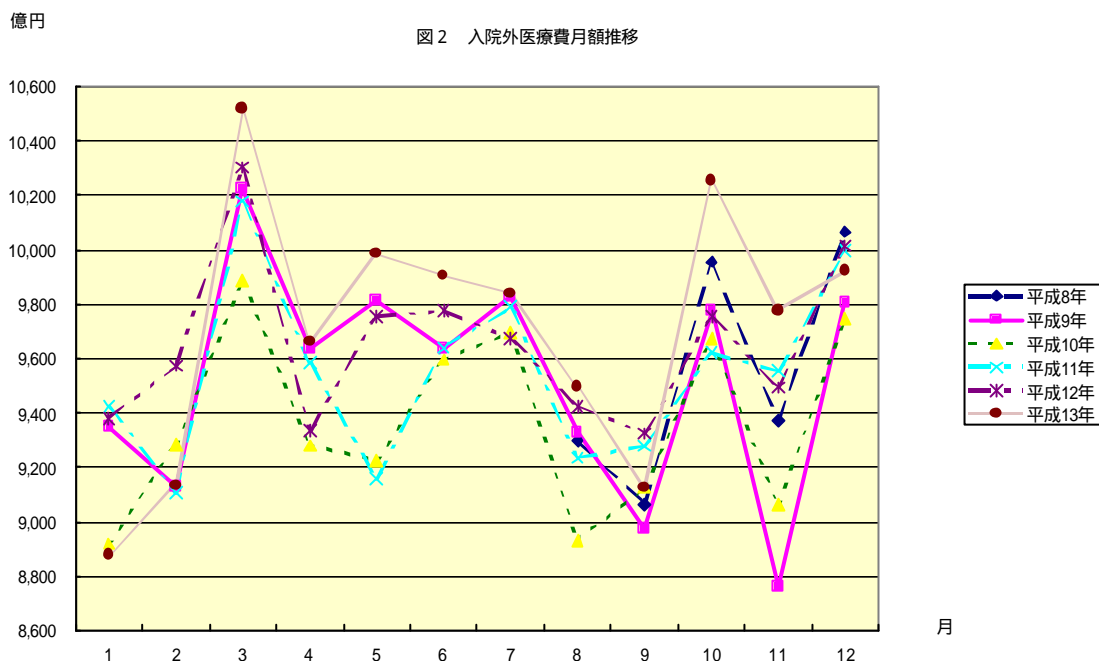
¹⁰ 厚生労働省では平成13年1月分から病院報告の一日平均外来患者数を入院と同様に暦上の日数で除する方式に変更しているが、これは適切ではない。急患の受入れを外来営業日以外でも行っているというのが理由と推測されるが、営業日以外の急患数は平日の外来に比べれば圧倒的に少ない。暦上の日数は2月を除き変わらないが、患者数は外来の営業日数により影響を受けるので、通常の外來を行っている日数で平均をとる方が実際の姿に近づく。（旧方式も土曜日閉庁の姿が適切に反映されない問題はある）

¹¹ 医療保険の給付対象となった医療費を本人負担分も含めて集計したもので、診療報酬請求の確定後の

の医療保険対象入院外診療費（医科分）を元に各年各月の患者動向を分析するが、病院報告とは異なり、診療所の外来患者も含む。また、併せて用いる「医療機関医療費の動向」（以下「医療機関 MEDIAS」という。）は医療保険に限らない医療機関側からの請求金額の集計であり、医療機関の種類や規模別での分析が可能である¹²。

(1) 月別入院外診療費の推移と病院報告

図 2 は MEDIAS の入院外診療費の月次推移を表したものである。



入院外診療費月額減少はそのまま全国的に外来受診者の減少と結び付けられがちであるが、あくまで医療費の動向であり、患者動向とは直結しない。図 1 の病院外来患者推移より振れ幅が大きい、その背景には診療報酬改定の影響がある。平成 9 年 4 月の診療報酬改定では薬価引下げもあったが、消費税の引上げに対応しており、医療費ベースで 0.38% 増の改定であるので、平成 9 年 9 月の制度改定がなければ対前年比は高くなると考えられる（参考表参照）。また、平成 10 年 4 月には医療費ベース 1.38% の減改定が行われたので、対前年比ではそれ以降低くなっている。そのほかにも病院報告との乖離には幾つかの原因が考えられる。その 1 は診療所の患者数増減の影響、その 2 は病院と診療所の一日当たり入院外医療費の高低による影響、その 3 は医薬分業進展による薬局調剤医療費への薬剤費移行の影響、である。

数値を示す。

¹² 医療機関 MEDIAS は医療機関からの請求ベース（審査確定前）の金額の集計である。対象に公費負担医療を含む点でも MEDIAS と異なる。平成 11 年 10 月分以降公表されており、その後の診療報酬改定等の影響につき分析が可能である。

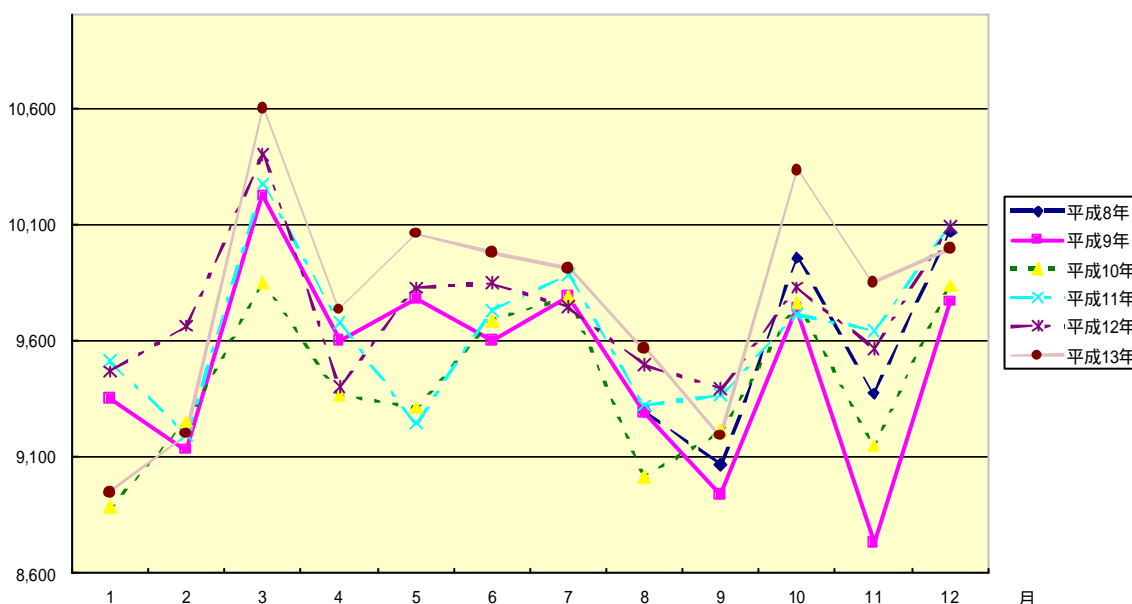
(2) 診療報酬改定要因を除去した入院外診療費の推移

医療費増加要因としては受診率の高い老人の増加と診療報酬改定が代表的であり、その他にも新しい薬への乗換え¹³などによる医療費の自然増加がある。診療報酬は個々の診療行為ごとに設定されるが、これを総合化して医療費ベースで影響率を示す。入院と入院外で影響度は若干異なるが医療費ベースの影響率¹⁴を控除することで診療報酬改定の影響を概ね除去できる。

平成 9 年 4 月には医療費ベースで平均 0.38%増の改定があり、平成 10 年 4 月改定は同 1.38%減少、平成 12 年 4 月には同 0.2%増の診療報酬改定が行われている。その結果を実数ベースで表したものが図 3 である。

億円

図 3 診療報酬補正後入院外医療費推移



現実の入院外医療費を示す図 2 と比べると平成 10 年 4 月以降ではプラス方向にシフトしている。即ち、診療報酬改定は医療費への影響に直結するので、この場合、構造的な上昇傾向が変わらなくとも「医療費」は下がって見えるので外来受診減少にも効果があったと誤解する可能性を生じる。しかし、受療行動の適正化の有無はともかく、改定の影響を除外すると医療費の増加傾向が続いていることが明確になる。

¹³ 新たに承認され、薬価収載された医薬品に処方変更することをいい、通常、薬価は高いので、治療内容が大きく変わらなくても医療費としては増加する。

¹⁴ 医療費への影響は、通常、診療報酬自体の増減影響率と薬価基準の切下げによる影響を足し合わせて示している。診療報酬部分の改定幅が小さい場合、外来診療は投薬部分のウェイトが大きいため、薬価切下げによる患者一日当たり入院外医療費ではマイナス影響が表面化する。

(3) 一日当たり入院外診療費による分析

診療報酬改定の影響を排除した入院外診療費は制度一巡後増加に転じているが、実際の医療費は平成 10 年 4 月のマイナス改定により、増加が小さくなっている。

本項では外来の稼働日数(営業日数)の違いを調整するため、各年各月の診療費を病院報告方式で一日当たりに置き換えた(図 4)。

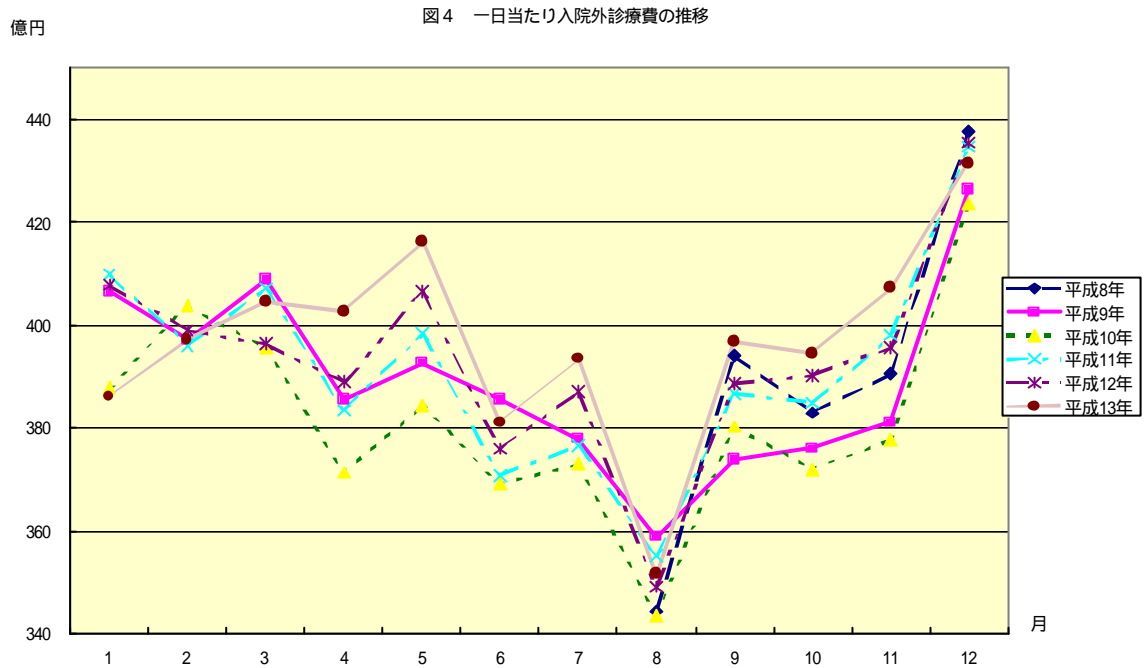


表 1 入院外診療費月額対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								0.3	-1.0	-1.8	-6.5	-2.6
10年	-4.6	1.7	-3.3	-3.7	-6.0	-0.4	-1.3	-4.3	1.7	-1.1	3.4	-0.6
11年	5.7	-1.9	2.9	3.3	-0.7	0.4	1.0	3.4	1.7	-0.5	5.4	2.6
12年	-0.5	5.1	1.2	-2.6	3.0	-0.1	-1.2	2.1	0.5	1.4	-0.6	0.2
13年	-5.3	-4.6	2.1	3.5	2.4	1.4	1.7	0.8	-2.1	5.1	3.0	-0.9

表 2 病院報告ベース一日当たり入院外診療費前年同月比

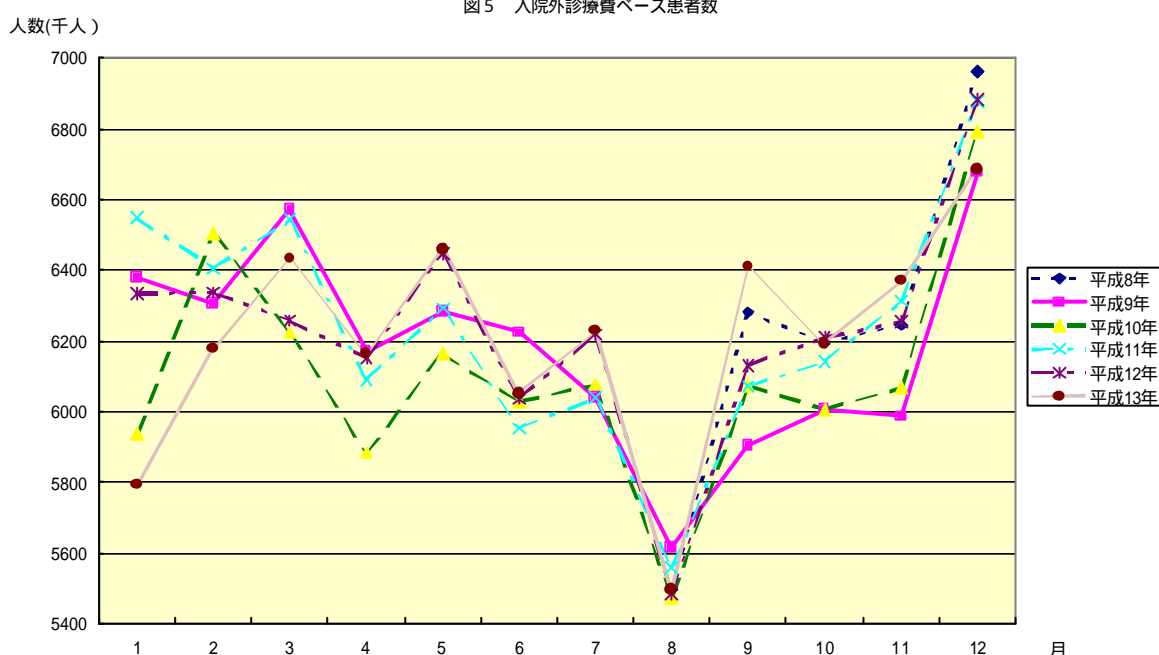
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								4.2	-5.1	-1.8	-2.4	-2.6
10年	-4.6	1.7	-3.3	-3.7	-2.1	-4.2	-1.3	-4.3	1.7	-1.1	-0.9	-0.6
11年	5.7	-1.9	2.9	3.3	3.6	0.4	1.0	3.4	1.7	3.5	5.4	2.6
12年	-0.5	0.7	-2.7	1.4	2.1	1.4	2.8	-1.7	0.5	1.4	-0.6	0.2
13年	-5.3	-0.4	2.1	3.5	2.4	1.4	1.7	0.8	2.1	1.0	3.0	-0.9

上記の表 1 及び 2 は入院外医療費月額及び日額の推移を対前年同月比で表したものである。平成 9 年 9 月、11 月及び 10 年 5 月の伸び率が月額と日額で異なるのは外来稼働日数の違いによるもので、9 月は前年より 1 日多く、11 月及び 5 月は 1 日少ない。その結果、一日当たりの診療費額の伸びも異なるが、これには診療報酬改

定の影響も加わっている¹⁵。

平成 9 年 9 月の制度改正が一巡すると一日当たり入院外診療費は制度改正前の同月額にまでほぼ回復している。この診療費額は外来受診 1 回に必要な平均費用が異なるので、実患者数の変動には直結しないが、参考表の表 9 に示す患者の一日当たり入院外医療費（以下「一日当たり入院外医療費」という。）を用いて延受診患者数を逆算することが可能である。そもそも一日当たり入院外医療費は医療保険給付の対象となった外来への全受診回数で、入院外診療費総額を除した平均費用であり、全受診回数とは延患者数を表す¹⁶。その実数の推移を示すのが図 5 であり、制度改正が患者の受診行動に与えた影響を推測することができる。

図 5 入院外診療費ベース患者数



この図からは平成 9 年 9 月から 1 年は患者数が前年割れしているが、1 年経過後は前年数を上回り増加していく。

表 3 一日当たり延入院外患者数 (対前年比) (%)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
平成9年								2.1	-6.0	-3.1	-4.2
10年	-6.9	3.1	-5.3	-4.7	-1.9	-3.2	0.6	-2.5	2.8	0.0	1.3
11年	10.3	-1.5	5.2	3.5	2.1	-1.2	-0.6	1.6	0.0	2.2	4.1
12年	-3.3	-1.1	-4.4	1.0	2.5	1.4	3.0	-1.3	1.0	1.1	-0.9
13年	-8.5	-2.5	2.8	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	4.5	-0.3	1.8

これを表 2 の医療費ベース及び表 3 の入院外患者数の対前年同月比で比較すると、患者数の減少比に対して、医療費の減少幅が小さいがこれは受診単価の伸びによるものである。医療費ベース、患者数ベースとも制度改正一巡後に改正前の数値に回

¹⁵ 10 年 5 月の前年同月比は営業日数の他に 10 年 4 月のマイナス改定と 9 年 4 月のプラス改定の影響を受けている。

¹⁶ 医療保険給付の対象となった延患者数には病状の急変等により 1 日 2 回受診した場合には例えば再診料は 1 回しか算定されないので含まれず、受診総回数より少ない回数となる。

復している状況からは、外来患者全体で見ると影響が持続していないことがわかる。

しかし、この入院外診療費には診療報酬改定等により様々な影響を受けた患者が混在¹⁷しており、各影響の寄与状況が不明確である。このため、個々の制度改正の効果を見るには、対象者別、医療機関の種類別に分析する必要がある。

(4) 医療機関の種類別にみた医療費と患者数

(1)において、医療費の増減に関して「大病院の方が平均的に医療費も高く」と触れたが、医療機関 MEDIAS を用いて、医療機関の規模・機能からどのように医療費が違つか、一日当たり入院外医療費を示すのが表 4 である。

表 4 一日当たり入院外医療費

(円)

医療機関種類別				9年度	10年度	11年度	12年度
保険 医療 機関		病院	計	8,695	8,392	8,457	8,259
			大学病院	10,557	10,166	10,209	9,742
			公的病院	9,738	9,330	9,348	8,996
			法人病院	7,917	7,634	7,704	7,623
			個人病院	6,598	6,472	6,582	6,583
	医科	診療所計		5,204	5,227	5,341	5,457
		病院		5,536	5,585	5,572	5,632
	歯科	歯科診療所		5,964	6,005	6,043	6,196
保 険 薬 局				...	4,763	5,107	5,358
老人保健施設				...	9,163	9,086	—
訪問看護ステーション				...	9,395	9,424	9,235

医療機関MEDIAS

この表のデータはこれまで用いてきた MEDIAS とは異なり、医療機関からの請求・未査定段階の医療費であり、また、公費負担医療も含まれる(脚注 12 参照)。この一日当たり入院外医療費は、患者の受診一日当たり費用を指し、総じて大規模で、高度医療を行う大学病院、採算性のよくない業務も行う公的病院、規模のまばらな医療法人病院、比較的規模が小さい個人病院、外来治療中心の診療所という順で低くなっている。

患者一日当たり入院外医療費を用いて割戻した医科及び歯科計の病院外来患者数は病院報告の数値に近似するはずであるが、医療機関 MEDIAS の月別データは平成 11 年 10 月以降しか公表されていないので、他の分析に用いることとする。

(5) 診療所の患者動向

診療所の患者動向については 3 年に一度の患者調査しかなく、月次のものはない。また、病院報告は歯科も含めて医療保険以外の患者も計上されるが、MEDIAS は病院及び診療所の医科外来の医療保険適用患者数を集計しており、対象と集計方法が違ふ。このため、医療保険適用の診療所受診患者数を導くための調整が必要と

¹⁷例えば、自己負担割合の引上げは被用者保険本人だけであるが、薬剤費の別途負担は全員でスタートし、老人は平成 11 年 7 月で廃止となっている。

なる。具体的には病院報告の一日平均外来患者数から歯科受診者割合を除去¹⁸し、残った患者数のうち医療保険適用者の割合を推計することにより、MEDIAS と同じ集計ベースの病院外来患者数が得られ、一日当たり延入院外患者数から減じたものが一日当たりの診療所患者数¹⁹として推計できる。

その実数値推移を表したものが図 6 であり、対前年同月比推移が表 5 である。

図 6 診療所患者数推移

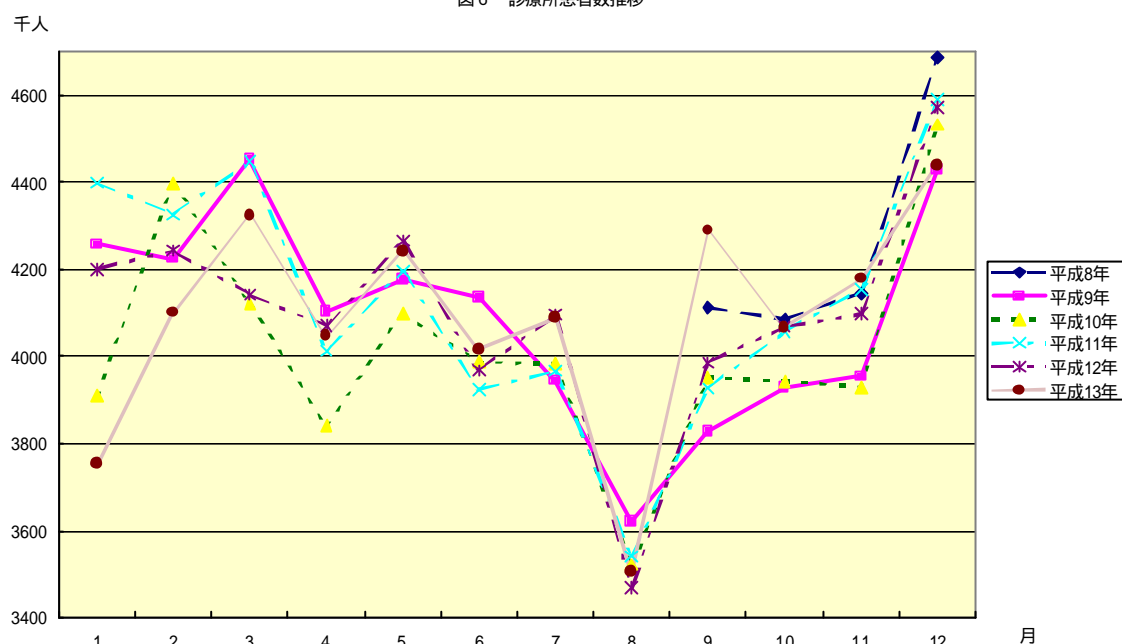


表 5 診療所患者数対前年同月比推移

	(%)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年									-6.9	-3.8	-4.6	-5.5
平成10年	-8.2	4.1	-7.4	-6.4	-1.9	-3.6	1.0	-2.7	3.2	0.4	-0.6	2.3
平成11年	12.5	-1.7	7.9	4.5	2.3	-1.6	-0.4	0.5	-0.6	2.9	5.7	1.3
平成12年	-4.5	-1.9	-6.9	1.4	1.7	1.1	3.3	-2.0	1.5	0.3	-1.4	-0.4
平成13年	-10.6	-3.4	4.4	-0.6	-0.6	1.2	-0.2	1.0	7.6	-0.1	2.0	-2.9

この図及び表の診療所患者推移データは図 5 の元数値から前記方法により病院外来患者を減じて作っているので、相互連関があるが、入院外患者数の動向について病院と診療所の寄与状況を見ることができる。年間での患者動向は診療所が年平均から上下で計 22.8%、病院が 12%と診療所の振れ幅の方が大きくなっている。特に、平成 13 年 1、2 月の外来患者数は病院の減少が前年に対して 9.2 万人 (-4.3%) 1.5 万人 (-0.7%) に対して、診療所は 44.8 万人(-10.6%)、14.4 万人(-3.4%)と診療

¹⁸ 医療機関 MEDIAS の平成 13 年 10 月～12 月のデータより病院の外来患者数に占める歯科患者割合を求め、これを控除した割合を病院報告に乗じて医科分とした。

¹⁹ MEDIAS の入院外患者数は病院と診療所の医科外来保険適用者数であり、医療機関 MEDIAS は歯科を抜いた病院報告とベースがほぼ同じになるので MEDIAS / 医療機関 MEDIAS の割合を病院報告に乗じると医療保険適用相当分の病院医科外来患者数を算出できる。MEDIAS を用いて算出した入院外患者数から病院外来患者数を減じたものが診療所患者数になる。

所の落差が大きい。厚生労働省の平成 11 年患者調査²⁰では 70 才以上の老人受診者数は病院 656.1 千人、診療所 1146.2 千人と診療所が 75%ほど多くなっている。前述の 2 か月の診療所データの動きは病院に比べて大きく、老人患者の受診先に診療所が多いことから、13 年 1 月の老人医療制度改正の影響と考えられる。

(6) 受診諸率にみる制度改革の影響

医薬分業の進展により薬局調剤医療費が急増しているが、医療費の中心は診療費であり、医療費の三要素と言われる諸率を用い、次の式で一人当たり医療費（月間医療費）を表す。

$$\text{一人当たり医療費} = \text{受診率} \times \text{一件当たり日数} \times \text{一日当たり医療費}$$

この三要素の中で、「一件当たり日数」は 1 枚の診療報酬請求明細書（レセプト）において受診した総日数を示し、受診した傷病の内容と程度により医療機関側が決定するが、1 ヶ月当たりの医療機関への延通院回数は減少基調にある。

「一日当たり医療費」は診療報酬改定の影響を強く受け、特に入院外は薬価切下げにより、改定年に対前年比が減少²¹し、改定のない年に自然増加する傾向にある。

この三要素のうち受診率は感染症の流行などの影響も受けるが、患者が決定する要素であり、各種の外来受診適正化方策はこの受診率の引下げを目指すものである。

図 7 は老人入院外受診率を千人当たり受診数で表したものであり、表 8 はこれに対前年同月比としたものである。図 7 からわかるとおり、老人の入院外受診率は平成 9 年以降着実に上方にシフトしてきており、自己負担増や薬剤費の別途負担などの平成 9 年 9 月改革では老人の受診率を引き下げられなかったことがわかる。一方、被用者保険本人については平成 9 年 9 月の自己負担割合引上げの効果があって受診率は落ち込み、それ以前の数値には復元していない。また、被用者家族や国保世帯では薬剤費の別途負担の影響だけであるので、被用者本人のような継続性はなく回復している（参考表参照）。

²⁰脚注 3 のとおり診療所の抽出率が低く、全国数としてはやや信頼性に問題がある。平成 11 年 10 月で病院外来 213.3 万人、一般診療所 355.4 万人と推計しているが、病院報告外来数が 219.8 万人に対し、医療費からの推計で医療保険のみでも診療所 405.8 万人となり乖離が非常に大きい。歯科診療所は患者調査で 115 万人であるが、医療機関 MEDIAS で計算して 127.1 万人。病院については誤差 3%程度だが、両診療所とも 10%を超える誤差がある。

²¹ 厚生労働省の社会医療診療行為別調査によると、平成 12 年では一日当たり点数 622.0 点のうち、161.6 点(26.0%)を投薬が占めており、薬価の切下げが与える影響は大きい。次いで、初診・再診料 121.9 点(19.6%)、検査 91.4 点(14.7%)となっている。

千人当たり受診数

図7 老人入院外受診率年次推移

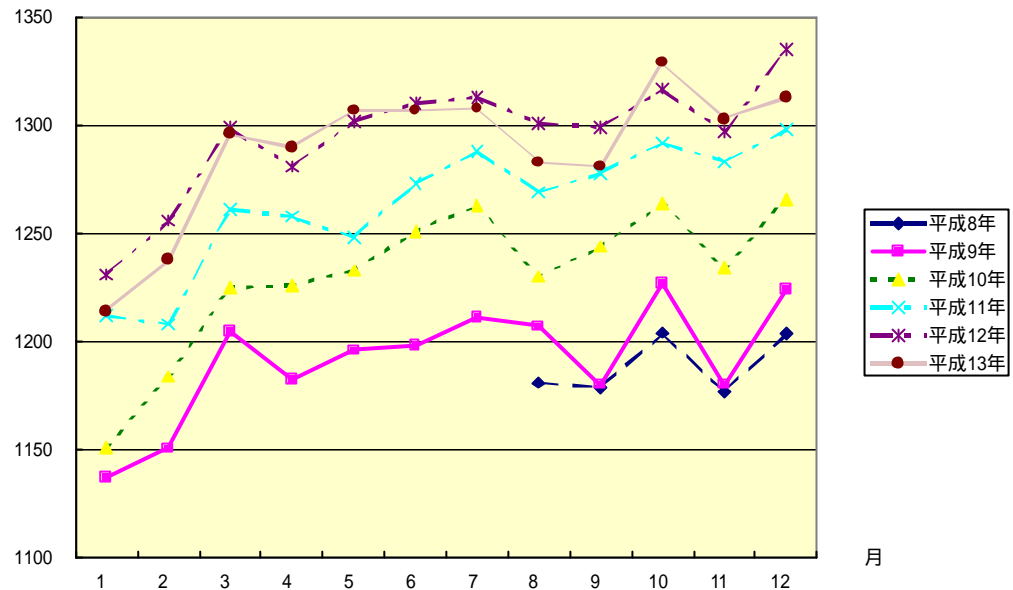


表6 老人入院外受診率対前年同月比推移

(%)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								2.2	0.1	1.9	0.3	1.7
10年	1.2	2.9	1.7	3.7	3.1	4.4	4.3	1.9	5.4	3.0	4.5	3.4
11年	5.4	2.0	2.8	2.5	1.3	1.7	1.9	3.0	2.6	2.1	3.8	2.5
12年	1.3	3.7	2.8	1.6	4.1	2.9	2.0	2.4	1.7	1.8	1.2	2.8
13年	-1.4	-1.4	-0.3	0.8	0.4	-0.3	-0.5	-0.6	-1.5	0.9	0.4	-1.6

表7 老人一人当たり医療費伸び率の推移

(単位: %)

		診療費				調剤	食事療養	施設療養	訪問看護	
	計	計	入院?	入院外	歯科					
8年度計		4.6?	3.6?	4.0?	2.5?	10.1?	12.7?	2.2?	22.9?	75.8?
9年度計		0.9?	0.9?	0.2?	1.8?	0.2?	16.4?	3.2?	20.1?	39.9?
10?年度	計?	1.5?	0.4?	1.2?	2.7?	3.0?	18.1?	2.3?	16.0?	27.3?
	4月～8月?	0.2?	2.2?	0.1?	4.9?	1.3?	15.2?	2.9?	17.6?	25.9?
	9月～3月?	2.7?	0.8?	2.0?	1.0?	6.2?	20.0?	2.0?	15.0?	28.2?
11?年度	計?	4.0?	2.2?	1.5?	2.6?	6.8?	22.5?	1.1?	10.2?	27.7?
	4月～6月?	3.4?	1.4?	1.3?	1.1?	5.8?	22.0?	1.4?	13.2?	30.6?
	7月～3月?	4.2?	2.5?	1.6?	3.1?	7.1?	22.7?	1.0?	9.3?	26.9?
12年度	計	10.7	5.1	7.0	3.5	1.6	13.7	14.8	...	81.3
	4月～6月	8.7	3.0	5.1	1.2	4.4	16.7	13.9	...	81.3
	7月～12月	10.0	4.3	6.2	2.9	3.4	15.1	14.5	...	81.0
	1月～3月	14.0	8.6	10.2	6.8	4.6	8.3	16.3	...	81.8
13年度	4月～10月	1	0.4	0.2	0.6	0.9	14	1.5	...	12.5
	11月	2.4	1.2	1.8	0.4	3	14	1.1	...	6.2
	12月	0.7	1.8	0.3	3.8	5.2	8.8	1.4	...	0.3

表7は老人の一人当たり医療費伸び率の推移であるが、一件当たり日数が減少する中、薬価切下げのあった年には入院外で減少し、調剤も伸びがやや小さくなっている。12年度の1月～3月は老人受診率が初めて下がった時期を含んでおり、入院外、調剤も対前年同月比が最低となっている。

なお、老人一人当たり入院外医療費自体は減少しているが、老人医療費総額は対象者数の増により引き続き増加している。

3 時期別制度改正の効果

(1) 平成9年9月改正

以上の分析で平成9年9月以降1年間は病院、診療所の外来患者数及び月額入院外医療費が対前年同月比で減少したこと、入院外医療費の減額には医薬分業も貢献していること、また、老人の受診率は減少しないが、被用者本人の落込みが見られることを示した。これらを踏まえて、被用者本人、老人等への影響を検証する。

表8 受診者区分別入院外医療費の推移(対前年同月比) 単位(%)

		平成9年8月	9月	10月	11月	12月	10年1月
被用者本人	受診率	1.4	-2.6	-3.7	-6.2	-7.3	-10.0
	一日医療費	1.1	-0.5	0.3	0.4	0.8	2.0
	一件日数	-2.4	-2.9	-4.0	-6.5	-2.2	-3.5
	一人当医療費	0.1	-5.9	-7.4	-11.9	-8.6	-11.4
被用者家族	受診率	-3.0	-0.9	-0.9	-3.8	-6.7	-4.5
	一日医療費	2.2	0.4	0.8	1.1	1.6	1.6
	一件日数	-3.0	-0.8	-1.4	-3.8	-0.3	-2.0
	一人当医療費	-3.8	-1.2	-1.6	-6.4	-5.5	-4.9
国保	受診率	-0.2	0.5	0.8	-1.8	-2.0	-3.7
	一日医療費	1.3	-0.1	0.2	0.7	0.7	1.6
	一件日数	-3.0	-0.9	-2.1	-5.2	-0.4	-2.5
	一人当医療費	-1.9	-0.5	-1.1	-6.2	-1.7	-4.6
老人保健	受診率	2.2	0.1	1.9	0.2	1.7	1.2
	一日医療費	2.5	2.7	2.9	4.0	2.1	3.5
	一件日数	-4.5	-5.1	-7.5	-11.0	-5.2	-7.9
	一人当医療費	-0.1	-2.4	-3.0	-7.3	-1.6	-3.5

この表8で特徴的なことは、9月以降被用者本人と家族の受診率が終始マイナスで、特に本人の落込みが大きいことである。10年1月以降になっても本人の受診率の低下傾向は変わらず、自己負担割合引上げの外来受診減少効果が持続している。

家族については、国保同様薬剤費の別途負担のみの影響であるが、当初受診率の落込みがあり、年明けには対前年同月比で回復している。当初の受診率が落ち込んでいるのは被用者保険の負担引上げのアナウンス効果と考えられる。

老人では受診率の伸びがほとんどない月があったものの、自己負担額引上げと薬剤の別途負担の影響があったとしても減少に転ずるほどではなく、また、一日当たり医療費の伸びも他より大きい。比較的高年齢の者の多い国保は受診率の落込みが低く、薬剤費の別途負担は金額が小さいため、有病状態における外来受診の減少はあまりなかったと考えられる。

(2) 平成11年7月改正

老人の薬剤費別途負担が国費により支弁されることで実質廃止になった時期である。薬剤費の別途負担が仮に有効な手段であったとすれば、この廃止により、老人

の受診は大きく伸びることになるが、図 7 の受診率の推移をみても、平成 9 年以降も着実に上昇しており、11 年 7 月以降も特段の変化はなく、薬剤費の別途負担に明確な効果があったとは考えられない。

(3) 平成 12 年 4 月改正

この改正において許可病床数 200 床以上の病院を対象に、従来の再診料に代えて、「外来診療料」が設けられた。この診療報酬は再診料より若干高い²²が、簡単な検査等を含んだ包括点数であり、追加検査による収入を上げにくくしている。

表 9 医科病床規模別病院1日当たり入院外医療費の推移（対前年同月比）

(%)

	平成12年度		13年度								
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
計	-0.9%	-2.7%	0.3%	0.6%	0.6%	0.7%	1.0%	1.1%	0.4%	0.4%	-1.6%
20～49床	1.7%	-0.3%	0.8%	0.7%	0.5%	0.8%	1.5%	1.6%	0.5%	-0.3%	-2.5%
50～99	1.0%	-1.3%	0.7%	0.8%	0.9%	0.9%	1.4%	1.9%	0.9%	0.6%	-2.7%
100～199	1.2%	-1.2%	0.9%	1.1%	0.8%	0.9%	1.3%	1.2%	0.0%	0.1%	-1.7%
200～299	-3.0%	-4.7%	-0.7%	-1.0%	-0.7%	-0.1%	0.1%	-0.1%	-0.9%	-1.2%	-3.6%
300～499	-1.5%	-2.8%	0.3%	0.3%	0.2%	0.0%	0.3%	0.4%	-0.5%	-0.3%	-2.7%
500床以上	-3.1%	-3.7%	-0.3%	0.4%	1.1%	1.0%	1.1%	1.5%	1.4%	1.6%	0.4%
200床未満	1.4%	-1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	1.0%	1.5%	1.6%	0.5%	0.3%	-1.9%
200床以上	-2.2%	-3.5%	0.0%	0.2%	0.5%	0.5%	0.7%	0.8%	0.3%	0.4%	-0.9%

この影響は 200 床以上と未満の病院とを比較することでわかるが、平成 12 年 2 月以降が公表されている医療機関 MEDIAS の病床規模別データを見ると、表 9 の 12 年度 2、3 月だけであるが、200 床以上と未満で一日当たり医療費の対前年比には明確な違いがある。

200 床以上及び未満の病院を病床区分で細かく見ると 200 床以上の各区分での減少が 200 床未満の区分に比べて明らかに大きい。また、13 年度は診療報酬改定がないので、各月の対前年比は 200～299 床を除き微減微増の状況である。なお、200～299 床の区分では 13 年度に入っても対前年比での微減状況が続いているが、医療保険上の大病院とされる 200 床以上でも規模が小さい部類で、より大きな病院に比して診療科の充実度や技術力において付加価値を備えにくいいため、再診料の包括化による患者収入低下を補完できなかったと考えられる。また、12 年度診療報酬改定で 200 床以上の病院の紹介率が 30%²³以上の場合に加算し、更に入院患者と外来患者の割合（入院外来比率²⁴）が 1.5 以下の場合にも加算するという、200 床以上の病院外来から患者を減らす政策誘導が行われている。

表 10 は設置主体などから 4 病院を類型に区分したものであり、参考として、各類型の中で 200 床以上の病院の入院外医療費が占める割合を示した。

²² 12 年度料金で通常の病院は再診料が 59 点、診療所が 74 点、200 床以上の病院の外来診療料は 70 点で簡単な検査、処置を包括化。

²³ 初診患者のうち他の医療機関からの紹介による患者の割合。

²⁴ 入院患者数を分母、外来患者数を分子として計算。この数値が大きいほど外来を重視した運営が行われることになる。

表10 種類別病院1日当たり入院外医療費の推移（対前年同月比）

	平成9年度				平成10年度				平成11年度				平成12年度			
	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計
計	1.1%	-3.5%	0.8%	-2.1%	-5.3%	2.0%	-1.6%	-3.3%	-2.9%	-2.5%	-2.2%	-2.2%	-2.5%	0.3%	-0.9%	-2.7%
大学病院	0.8%	-4.1%	0.4%	-5.0%	-3.7%	1.8%	-0.2%	-2.5%	-5.7%	-5.1%	-5.3%	-5.8%	-5.5%	-4.5%	-4.2%	-4.2%
公的病院	0.5%	-4.3%	0.2%	-3.3%	-5.7%	3.2%	-1.3%	-3.1%	-3.8%	-3.4%	-3.8%	-3.4%	-4.2%	-1.4%	-2.1%	-3.4%
法人病院	1.0%	-3.4%	0.9%	-1.0%	-5.1%	1.4%	-1.6%	-3.4%	-2.0%	-1.5%	-0.9%	-0.8%	-1.0%	1.9%	0.3%	-1.8%
個人病院	0.4%	-1.9%	1.7%	0.1%	-4.6%	2.2%	-1.3%	-2.4%	-0.9%	-0.5%	0.4%	0.1%	0.3%	2.3%	0.9%	-1.1%

(参考)医療機関種類別200
床以上入院外医療費割合
(平成12年4月分)

大学病院	98.9%
公的病院	84.5%
法人病院	41.2%
個人病院	9.9%

大学病院は本院・分院の大半が200床以上であり、本院については特定機能病院²⁵として特別の診療報酬を設定されていたが、12年4月以降、他の200床以上の病院と同様に「外来診療料」の適用を受けることとされた。また、公的病院も一般に規模が多く、入院外医療費の85%近くは200床以上の病院で稼いでいる。その一方、個人病院は小規模のものが多く大半は200床未満である。薬価の切下げは病床規模にかかわらず各病院に同様に作用するが、200床で区分された診療報酬は選択的な作用をもたらし、表10のとおり200床以上病院部分の入院外医療費比率に応じて一日当たり医療費の対前年同月比が落ち込んでいる。再診料を包括点数化することにより、追加的な検査等による収益が限定的になったため、入院外医療費の中で投薬、初診・再診料に次いで構成比の高い検査（脚注21参照）が制約を受け、薬価の切下げと相俟って一日当たり医療費を引き下げている。その結果、大病院でも外来への集客で経営を支えていたところは、入院外収入が頭打ちとなり、外来診療を拡大する上で必要な新規スタッフの確保経費²⁶を賄う医業収入が得られない場合も含め、再診患者の確保のメリットが減少したと考えられる。

病院外来費用の包括化は患者に追加負担を求める問題ではなく²⁷、大病院外来への患者集中が緩和すれば、感染のおそれのある他の患者との不必要な接点をなくし、外来の待合環境の改善にもつながる点で、有効有益な手法と考えられる。再診患者の外来での診療延長は中小病院等にもあるが、平成14年度の診療報酬改定で同一月内での再診料の点数逓減制が盛り込まれたので、一日当たり入院外医療費の低下とともに、診療の必要性の乏しい患者の診療延長防止に同様の効果が発揮されるものと期待される。

²⁵ 医療法で高度医療と研究を行うことができる病院として、病床数、診療科、設備、医師、看護婦、薬剤師等の高水準の人員配置等を必要とする位置付けの病院で、大学病院の本院、国立のがんセンターなどのナショナルセンターが相当する。

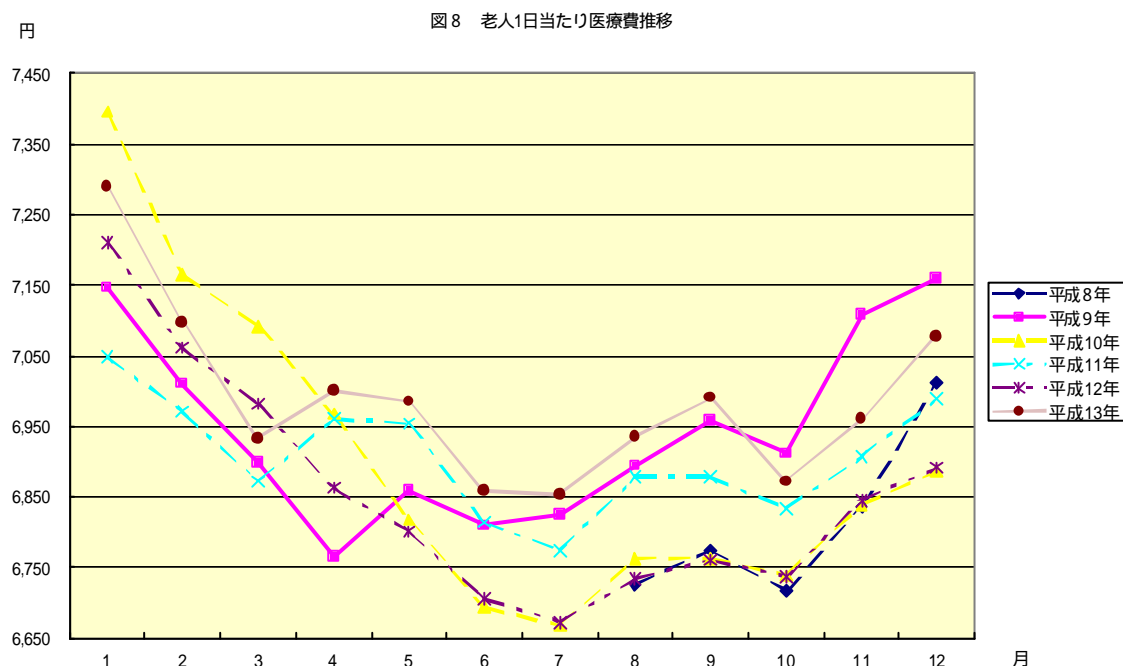
²⁶ 例えば、時間を延長して外来患者を診る場合には、非常勤看護職を確保する必要があり、カルテ庫からのカルテの搬送など人手に頼っているところはクラーク（事務員）等の増員が必要になり追加コストの方が高くなる可能性が高い。

²⁷ 包括化が広範に行われる場合には、経過観察を踏まえた必要な追加検査がされにくくなるので、適切な診断治療に支障を及ぼすおそれがある。

(4) 平成 13 年 1 月改正

平成 13 年 1 月に健康保険法改正法により、老人医療の負担が定額から 1 割定率負担に変更された。付属資料Ⅰのとおり、上限付きであり、定額制も残されているため、厳密には定率負担ではないが、上限が従前より引き上げられており、特に 200 床以上の病院に受診する場合の月額負担上限は改正前の 2.5 倍程度に増加した。医療機関ごとに上限が設定されるため、多数の医療機関に受診する場合、負担はかなり大きくなる可能性がある。

老人の外来受診に自己負担割合の定率化が与えた影響を前出の老人受診率の推移でみると、常に増加してきた受診率が平成 13 年 1 月に初めて減少を示し、前年を下回る月も 1 年の半分ほど見られとともに、上回る月の伸び率もわずかであり、外来受診の適正化に効果があると考えられる。



老人の一日当たり医療費は、図 8 に見られるとおり、薬価切下げのあった年度は下がり、一巡すると上がる傾向を示しており、平成 13 年度にはかなり上昇している。また、老人の負担が引き上げられた平成 9 年 9 月や平成 13 年 1 月からは高まっており、受診者数が減じる見込みがある場合に治療の単価を引き上げている可能性がある。13 年には自己負担の定率導入で受診率を下げているものの、治療単価の引上げで、医療費抑制面では一部効果を打ち消されている。この医療機関による防衛策に対処するには引き続き外来受診の適正化を進める必要があるが、負担上限が単価アップによる負担増を消し、ひいては外来受診適正化を阻害するので、定率負担を徹底できるよう、上限を相当高めるか撤廃する必要があり、これにより更な

る外来受診の適正化が期待できる。

4 外来受診適正化方策の効果についての結論

以上、平成 9 年 9 月の制度改正以降、節目の時期を挟んで新たな外来受診適正化方策の効果を分析したが、これを総括すると次の結論を得られる。

(1) 薬剤費別途負担制度

医療機関の外来における薬剤費の別途負担制度は、外来受診減少効果は若年世代でも明確ではなく、老人医療の場合、制度の廃止前後で変化はなく、効果はなかったと考えられる。したがって、この方策については受診者に負担を与えるだけで意味がないので、早急に廃止すべきである。

(2) 被用者保険本人の負担割合の引上げ

平成 9 年 9 月の効果として検証したとおり、受診率をはっきりと押し下げて受診抑制効果は大きく、しかも効果は継続するので、一日当たり医療費が微増しても保険負担を軽減する役割を果たすと考えられる。

(3) 老人医療費における外来定額負担の引上げ

平成 9 年 9 月老人一部負担の引上げにより、医療機関ごとに月額 1,020 円定額の負担が、医療機関毎に 1 回 500 円、月 4 回まで負担に改められた。この改正は受診率で見ると限りは直後に前年同期比が伸びない月もあるが、それ以外は前年の受診率を着実に上回っている。また、受診率の伸びの低い月には一日当たり入院外医療費が大きく伸びており、結果として医療費抑制の面での効果を上げたとはいえない。

(4) 大病院における再診料の包括点数化

医療機関側が再診患者を外来で診療延長し、出来高払いで収益を上げるメリットを失わせる方法であり、一日当たり医療費の引下げに大きな効果を持っていると考えられる。大病院の医療費単価は高いため、完全な包括化ではないにしても医療費の削減効果は大きくなるが、それ自体では外来受診の適正化とはいえない。また、一定の入院外来比率を設けて政策誘導する手法もとられているが、メリット制のため強制力がない。したがって、大病院が外来の患者を積極的に逆紹介²⁸するよう、一定比率を超えた場合に診療報酬を減額するというようなデメリット制とする方がよいと考えられる。平成 14 年度診療報酬改定における月内再診料の逡減化は有効な手法と考えられる。

²⁸ 大病院は中小医療機関から紹介を受けて受診するという考え方から、その逆の流れで大病院での受診患者を中小医療機関に紹介することを「逆紹介」という。

(5) 老人医療費の1割定率負担の導入

平成13年1月に老人医療の自己負担を定率1割としたことで、老人医療で初めて入院外を受診率を下げたことは評価できるが、上限付きであるため、12年度を受診率をやや下回る程度に留まっている。その結果、老人の入院外医療費は70歳以上人口の増加を受けて増加している。そもそも老人医療費は薬代等単価が高いため、1割負担をした場合に上限に到達する時期も比較的速いと考えられ、現に受診率が下がっても、薬価改定が一巡した13年4月以降は一日当たり医療費が増加に転じるなど医療費の上方志向要素は残っている。さらに受診率の適正化を図るためには、上限の大幅引上げや廃止も視野に入れる必要がある。平成14年の健康保険法改正案では付属資料IIのとおり老人医療について、従来の医療機関別に定められていた外来負担上限を個人ごとに総括して上限を設定することとしている。この場合、平均的な高齢者が外来受診する際の負担額がこの総括額と現行の医療機関ごとで見た場合の合計額とで比較し、前者の方が高くなると、受診率は下がらないと考えられる。

II 家計から見る医療費と受療行動

マクロで見る外来患者動向では、病院報告及び医療費の動向から患者の受療状況を分析した。医療保険ではこれまでビタミン剤の保険適用除外、医療材料の包帯・ガーゼを他の代替手段が考えられるとして保険適用から除外してきたが、軽度の医療についても市販薬等による代替が期待された。

自己負担の引上げ等により一部の医療費が家計での市販薬購入等により代替されれば医療費抑制の効果を持つと考えられる。しかし、代替手段としては安静にしているような場合もあり、医療面からは傷病の悪化を通じて医療費増加に転じる可能性があるため、受療行動に影響を与えた平成9年9月改正及び平成13年1月改正について市販薬への代替状況を検証する。

1 医科診療受診の代替性について

医療分野といっても医科と歯科では様相が全く異なる。歯科においては一般に痛み等が生じる場合、歯自体のう蝕等に起因し、自然治癒がなく、結果的には歯科医を受診するので診療の代替性はない。一方、医科の場合、市販薬購入などによりある程度は医科の受診に代替する。このため、受診時の自己負担引上げや薬剤費の別途負担など負担が大きくなる場合²⁹、相対的に費用が安いと思える場合には受診せず、自己治療を選択することが期待されるので、家計上、代替財の購入が生じてい

²⁹ 例えば、風邪を罹患したと思って、医療機関を受診すると、初診料（病院250点、診療所270点）＋薬代（又は処方箋代）の2割又は3割を負担するので、1000円前後となるが、1回の受診で終わる場合には総合感冒薬代の方が高くなる可能性の方が高く、複数回、市販薬を使用することを意識して初めて安いと感じる。老人医療の場合には1割負担でも安いので市販薬購入のモメントにはならない。

るか検証が可能と考えられる。

2 家計調査等による時期別分析

本項では家計調査と関連する集計を元に大分類「保健医療」の中で中分類の「医薬品」を中心に分析した。

(1) 平成9年9月改正

平成9年9月改正は、Iで分析したとおり、自己負担割合が引き上げられた被用者本人の受診率低下が見られるとともに、その家族の受診率が一時的に下がった。しかし、同じく負担額が引き上げられた老人については、受診率の伸びが止まった月もあるが、結果としては受診率が上昇している。

この改正による家計への影響を分析する上で、年齢的に健康面を意識しやすい年代の代表例として世帯主の年齢が45歳から54歳までの家計を取り上げた。

取り扱うデータは、被用者保険本人への影響を念頭に置くので、家計調査の月次報告のうち、農林業を除く勤労者世帯のものとした。

傷病時に医療機関への受療行動を見合わせる場合、市販薬による自己治療の他に、安静にしているのみで費用の支出に結びつかない場合もある。市販薬は医療機関等で交付される薬とは異なり、購入単位が大きく家に買い置かれる可能性があるので、月々の支出動向ではなく四半期の動向とした。以下の表11-1から3は月次家計調査報告を元に世帯人員で割り戻した月額を四半期ごとに累積させた金額である。また、家族構成による影響を排除するため単身の勤労者世帯の年平均の家計収支を取り上げた。なお、平成9年9月を境目にした概ねの保健医療関係の金銭動向を見るため、第4四半期から翌年の第3四半期まで合計した年額を表の右欄に掲げた。

表11-1 世帯主45歳～54歳世帯の医薬品費推移（一人当たり） 単位：円

医薬品	第1四半	第2四半	第3四半	第4四半	10-9月計
平成7年	1,467	1,477	1,601	1,425	5,531
8年	1,272	1,347	1,486	1,431	5,908
9年	1,541	1,413	1,522	1,545	6,096
10年	1,608	1,398	1,545	1,724	6,272
11年	1,439	1,540	1,569	1,640	6,429
12年	1,640	1,511	1,638	1,573	6,446
13年	1,636	1,605	1,632	1,639	

表 11 - 1 からは対象世帯の一人当たり医薬品代が終始上昇傾向にありながらも

表11 - 2 同医科診療代推移 (推移) 単位 :円

医科診療	第1四半	第2四半	第3四半	第4四半	10-9月計
平成 7年	1,573	1,294	1,403	1,388	6,087
8年	1,493	1,529	1,677	1,668	6,626
9年	1,738	1,657	1,563	1,894	7,686
10年	1,830	1,881	2,081	1,900	7,714
11年	2,068	1,976	1,770	1,887	7,669
12年	2,033	1,907	1,841	1,928	8,345
13年	2,306	2,167	1,945	2,079	

制度改正直後の平成 9 年 10 - 9 月計欄の前後年でも大きな動きはなく、平成 10 年同期からみて、平成 12 年同時期でも 10% 足らず(平成 7 年期から見ても 17% 程度)の伸びに留まることがわかる。これに対して、医科診療代は平成 9 年の 10 - 9 月計と平成 8 年同期で 16% も伸びており、平成 12 年同時期と比べると平成 8 年からみて、26% (平成 7 年同期からみると 37%) と大きく伸びている。

この間の医療制度の動向として医薬分業の進展により、薬剤費が医療機関分から減少するので医科診療代は低めとなる。また、前記分析のとおり、被保険者本人の受診率が下がり、受診回数も減少傾向にあるため、医科診療代への影響は見かけよりも大きいと考えられる。

なお、分業にかかる薬局での自己負担分は、家計調査上は医薬品費に計上されるため、医薬品費を押し上げていることになり、医薬品費の伸びを分業の進展の影響を受けたものとも考えることも可能であり³⁰、市販薬部分の医薬品費³¹が減少している可能性もある。

表11 - 3 同医薬品・医科診療代合計推移 (単位 :円)

合計額	第1四半	第2四半	第3四半	第4四半	10-9月計
平成 7年	3,040	2,772	3,004	2,813	11,618
8年	2,765	2,877	3,163	3,099	12,534
9年	3,279	3,071	3,085	3,439	13,782
10年	3,438	3,279	3,626	3,624	13,986
11年	3,507	3,516	3,339	3,527	14,098
12年	3,674	3,418	3,479	3,501	14,791
13年	3,942	3,772	3,577	3,718	

一方、単身世帯の年平均の月間家計では各年代ともに医薬品購入に目立った傾向はなく、サンプル数やサンプルの健康状況により差異が出た可能性があるが、これを実証するデータはない。

医薬分業による薬剤費の移転による見かけの影響を排除するために³²、この二つの費用を合計したものが表 11 - 3 である。この表からは平成 9 年 10 - 9 月計の段階

³⁰ 平成 9 年当時の 1 日当たり調剤医療費 (処方せん 1 枚当たり) は 4,700 円強であり、外来負担は本人で 950 円程度、家族なら 1,400 円程度となるので、医薬品代をかなり押し上げていると考えられる。

³¹ 医薬品費には感冒薬、胃腸薬、栄養剤の他、皮膚病薬、外用薬や下剤など薬事法に定める医薬品と医薬部外品が含まれる。

³² 分業による薬局において発生する技術料や処方せん代による医療機関での追加費用の発生という要素は排除できない。

で 10%ほど上昇が見られ、制度改正による負担増の影響を見てとることができる。

表12-1 34歳以下単身世帯の収支 (円)

	平成7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年
保健医療	2,763	2,430	2,885	2,389	3,080	2,696	2,660
医薬品	597	594	505	589	724	632	621
健康保持用損	63	83	129	104	336	10	219
保健医療用品	973	975	1,468	777	856	799	881
保健医療サービ	1,129	778	783	918	1,166	1,159	939

表12- 2 35歳から59歳単身世帯の収支 (円)

	平成7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年
保健医療	3,527	3,967	3,961	4,637	4,677	4,453	4,513
医薬品	856	1,170	973	1,026	1,181	1,015	964
健康保持用損	228	316	413	293	292	427	649
保健医療用品	951	571	544	1,054	738	869	756
保健医療サービ	1,491	1,910	2,032	2,264	2,465	2,141	2,144

表12- 3 60歳以上単身世帯の収支 (円)

	平成7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年
保健医療	5,403	5,988	6,226	6,135	6,356	6,256	7,658
医薬品	1,552	1,367	1,453	1,631	1,614	1,481	1,341
健康保持用損	449	892	725	643	584	828	754
保健医療用品	892	1,112	1,185	1,161	1,013	1,058	1,399
保健医療サービ	2,509	2,617	2,863	2,700	3,145	2,889	4,164

一方単身世帯データでは9年以降の保健医療サービス代上昇が目立った差がなく、60歳以上の保健医療サービスの13年が目立つのみである。これはサンプル数の少なさやバラツキ、出産等他の保健医療サービスの影響もあると考えられる。

表12-4 単身勤労者世帯推移

(円)

月額

65歳以上

年齢区分なし	平成7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年	12年	13年
保健医療	2,888	2,972	3,567	3,459	3,713	3,406	3,639	6,083	7,899
医薬品	769	876	747	843	969	798	809	1,427	1,358
感冒薬	140	105	125	133	142	115	108	96	84
胃腸薬	40	77	44	54	75	53	44	105	83
栄養剤	212	312	203	224	257	256	299	573	483
外傷・皮膚病	18	21	19	44	33	34	23	41	38
他の外用薬	87	102	102	121	125	96	99	170	171
他の医薬品	273	259	254	269	337	243	236	442	500
健康保持用損耗品	124	180	262	272	369	206	372	817	765
保健医療用品	864	862	1,239	960	835	783	849	1,167	1,376
紙おむつ	15	14	11	2	1	7	3	7	10
保健用消耗品	186	190	228	212	222	252	234	197	220
眼鏡	586	591	612	619	479	402	358	594	659
他の用品・器	78	66	388	127	132	122	254	369	487
保健医療サービス	1,131	1,053	1,318	1,384	1,540	1,620	1,610	2,672	4,400
医科診療代	424	493	619	530	687	792	898	1,346	2,049
歯科診療代	248	363	299	288	388	334	289	507	875
他の保健医療サービス	459	197	401	567	465	494	423	819	1,476

なお、70歳以上世帯については12年までは医療機関での負担のみで、医薬分業による薬局医療費は計上されていないので、平成9年9月分析には適さない。

以上の分析からは自己負担の引上げにより市販薬での自己治療に代替したという明確なデータは得られなかった。

(2) 平成13年1月改正

Iの分析において、平成9年9月の改正と同様に受療行動に影響が出たのが平成13年1月に上限付き1割負担制度が導入された老人外来であったので、その家計上の影響を分析する（制度改正の内容については付属資料I参照）。

表13は世帯主70歳以上の世帯（単身世帯を含む）の平成12年と13年の家計の平均支出であるが、表中の保健医療サービス³³は年計で見ると医療制度改革の影響を受けた平成13年は対前年比141.6%で、自己負担増を反映していると見られる³⁴。

また、老人の自己負担を高めることである程度外来受診の適正化が図られているが、市販薬による代替の可能性についてみると、医薬品費が96.9%と減少に転じ、健康保持用損取品の購入量が大きく伸びていることが注目される。

³³ 前項では医科診療代を用いているが、公表データの範囲の問題から保健医療サービスを用いる。

³⁴ 70歳以上者の受診率、一人の受診日数の低下に伴う減要素と、負担割合の増に伴う増要素、一部の若年世代世帯員の加療状況が集約された結果である。

表13 世帯主70歳世帯の家計(全世帯) (円)

項 目					平成12年	平成13年	対前年比
集 世 有 世 消	計	世	帯	数	1,276	1,387	
	帯	業	人	員	1.88	1.95	
	主	の	人	員	0.46	0.51	
	費	年	年	員	75.5	75.5	
		支	出	料	199,776	208,318	104.3%
	食	事	サ	ー	50,137	50,206	100.1%
	保	健	医	ビ	1,098	1,251	113.9%
		薬	品	入	9,238	11,509	124.6%
		持	取	品	1,941	1,880	96.9%
		用	器	具	942	1,283	136.2%
		品	・	品	1,895	2,033	107.3%
		サ	ー	ビ	4,460	6,314	141.6%
	教	養	娛	楽	791	2,208	279.1%
	教	養	娛	楽	21,296	22,686	106.5%

家計調査

これに表14の65歳以上単身世帯者の家計収支年計を重ね合わせることで世帯主70歳以上の世帯における同居者の要素を排除することができる³⁵。

65歳以上者の単身世帯の平均年齢は73歳を超えており、老人医療対象者の割合が多いことが推測される。保健医療サービス費は70歳以上世帯よりやや高く、前年164.7%となっている。医薬品代については95.1%となっているが、健康保持用摂取品は93.7%と少なく、70歳以上世帯中の数値は同居者の寄与分と考えられる。

平成9年9月改正の家計への影響については、明確な裏づけが得られなかったが、平成13年の老人の医薬品費については減少しているものと考えられる。

³⁵ 医療費に関して言えば、退職者医療が国民健康保険の適用を受ける65歳から69歳までの者も含まれ多く出る可能性があるが、表26の平均年齢をみる限り大きな問題ではないと考えられる。

表14 65才以上単身世帯家計収支年計 (円)

項目		平成12年	平成13年	対前年比
消費 保	平均年齢	73.7	73.6	
	家費	1,718,910	1,799,519	104.7%
	健康	465,699	460,451	98.9%
	医療	11,139	14,053	126.2%
	健康	72,997	94,789	129.9%
	医療	17,124	16,293	95.1%
	健康	1,147	1,010	88.1%
	医療	1,262	998	79.1%
	健康	6,881	5,794	84.2%
	医療	494	450	91.1%
	健康	2,040	2,046	100.3%
	医療	5,301	5,996	113.1%
	健康	9,807	9,185	93.7%
	医療	14,004	16,507	117.9%
	健康	89	117	131.5%
教育 そ	健康	2,358	2,635	111.7%
	医療	7,128	7,910	111.0%
	健康	553	-	
	医療	3,876	5,845	150.8%
	健康	32,062	52,803	164.7%
	医療	16,151	24,589	152.2%
	健康	6,078	10,503	172.8%
	医療	9,833	17,712	180.1%
	健康	90	662	735.6%
	医療	212,742	212,436	99.9%
	健康	9,842	13,210	134.2%
	医療	44,996	48,279	107.3%
	健康	36,610	38,097	104.1%
	医療	121,295	112,851	93.0%
	健康	371,081	374,166	100.8%

その根拠は以下のとおりである。平成12年末までは、老人医療の外来受診負担は定額（1日530円、月4回まで）となっており、医療機関で院外処方せんを交付される場合でも、薬局における負担はなかった。これが、平成13年1月から、院外処方せんの交付を受ける場合、中小病院・診療所で受診している患者は1,500円、大病院の場合には2,500円を上限として定率1割での負担が必要となった³⁶。平成13年の老人医療分の薬局調剤医療費を同年10月1日の70歳以上人口で除した一人当たりの年間薬局調剤医療費の自己負担分は1,578円であり、65歳以上単身世帯の医薬品費の9.6%に相当し、それが消費支出として増加していくはずであるが、逆に減少している。単身世帯のサンプル数は300世帯あまりで、バラツキに問題がある可能性はあるが、単純にこの金額を減じてやると、市販薬の購入部分は15%程度減少していることになる。なお、この自己負担分の金額は入院又は施設に入所している高齢者も含んだ人口で除しているため、在宅の高齢者で見ると健康人も含めた一人当たり金額はさらに高いものとなる。

³⁶ 定額800円、月4回までの診療報酬を選択した診療所の場合には処方せんを受け取っても薬局での負担はない。

以上から、平成 13 年老人医療における自己負担の引上げによって、受診が抑制された部分に関しては必ずしも市販薬に代替されていないと考えられる。

この点については、購入されている医薬品の種類も含めて、さらに平成 13 年の家計と 14 年の家計を比較対照する必要がある。

また、医療機関分・薬局分ともに負担上限に到達した者の数や給付内容についてのデータは公表されていないが、原理的に考えても、平成 13 年の老人の 1 医療機関受診日数が月あたり 2.05 日強であること、処方せん 1 枚当たりの調剤医療費が概ね 7,000 円であること、老人の院外処方回数は 1 医療機関で月 1.8 回であること、さらに初診と再診では医療機関の診察基本料が大きく違うこと³⁷から、薬局での負担が医療機関での負担より先に上限に到達する可能性が高いことになる。これにより、薬局での負担上限に到達すると処方せんで交付を受けられる種類の医薬品であれば、あえて市販薬を購入する必要はなく、処方せん代の自己負担の方がはるかに安くなるので、保険給付に依存している可能性がある。仮にこのような傾向があるとするれば、医薬分業による追加負担と併せて、保険医療費負担の増につながる可能性があり、自己負担上限到達後の医療費の分析を行う必要がある。

3 医療制度改正が家計に与えた影響についての結論

以上、二つの時期の医療制度改正が家計に与えた影響をとりまとめを行うと次のようになる。

両時期の改正によりそれぞれ自己負担が引き上げられた結果は、医療機関等での受診負担額の増加と受診率の低下として、確実に家計と受療行動に反映されている。

これにより市販薬により代替されることも期待されたが、いずれの時期の改正も市販薬により代替された形跡はない。医薬分業の進展による費用の増加が家計調査上は医薬品費に含まれるので、治療の必要がなかったか、市販薬が購入を控えられた可能性がある。

さらに、平成 13 年 1 月改正後は、老人の受診率の低下だけでなく、家計調査の医薬品費も減少している。上限付きの定率負担により、医療機関外来での負担増と併せて院外処方せんに基づく薬局での負担が生じている。にもかかわらず、医薬品費が減少していることは、市販薬の購入が差し控えられたか、上限到達後に医薬品の保険給付を受けた可能性がある。レセプトデータの分析が必要であり、負担上限到達者の薬剤投与内容の変化をフォローする必要がある。

III 総括

本稿において、医療機関の外来を訪れる患者のマクロの受診動向と家計への影響

³⁷ 診療所の場合、初診 270 点(2,700 円)、再診 74 点(740 円)で処方せん料 81 点(810 円)であるので、他の費用がなければ、初診で負担は 351 円、再診で 155 円となる。

を医療制度改革等の時期に着目して分析した。

医療機関の外来受診と家計における費用負担、市販薬による代替等は表裏の関係にあるが、これらを総括すると以下の結論となる。

1 患者負担増加による外来受診適正化を通じた医療費抑制

患者負担による外来受診の適正化として、自己負担の引上げは受診率動向からみても有効であり、定額制により自己負担額が低い比率にあった老人医療への定率負担導入も効果があった。しかし、年齢層にかかわらず課せられた薬剤費の別途負担は、定額で少額であったため、被用者保険も含めて効果が乏しかった。なお、大病院の外来を紹介なく初診で訪れた場合に初診料に加えて別途費用負担を求めることができる特定療養費³⁸制度があるが、こうした一過性の負担は2回目以降の受診には意味を持たないので、恒常的な適正化方策にはなりにくい。この点は、平成14年4月の診療報酬改定で、大病院の再診についても特定療養費化の道が開かれ、200床未満の医療機関に文書で紹介する等の要件を満たし、なお患者が再診を求める場合には再診料を特定療養費化することができるとしているが、半ば包括化した外来診療料との併用に問題³⁹が残される。

2 自己負担増加による市販薬による代替

自己負担割合が変化した場合の受療行動は受診率の低下として現れているが、市販薬による代替には必ずしも結びつかない。

平成9年と平成13年の2回の自己負担引上げ事例を分析すると、被用者保険本人の場合には、調査対象の問題があるとも考えられるが、明確な医薬品費の増加等の結果は検証されなかった。平成13年における老人自己負担の引上げに関しては医薬分業関連の薬局調剤費の負担が始まったにもかかわらず、家計上の医薬品費は減少しており、市販薬の購入が減少したと見られる。レセプトでの分析を要するが、負担上限到達後に医薬品を保険給付されることで市販薬分が代替した可能性がある。

3 老人医療における一部負担

平成13年1月から老人医療の外来一部負担に医療機関・薬局ごとに上限付きで定率1割負担が導入され、従来よりも実質負担額は引き上げられた。その制度導入の結果は家計面でも反映され、保健医療サービス費は大きく伸びている。

³⁸200床以上の病院は紹介なく初診で受診する者に対して別途負担を求めることができるようにした。これにより、大病院の外来から患者を遠ざける効果を期待した。逆にネームバリューのある病院の場合、追加収入を得ることができる。

³⁹ 患者負担を高めることで外来を抑制する観点からは任意適用を強制適用とし、一定の範囲の額で病院が選択する仕組みをとることが考えられる。しかし、この特定療養費の適用は外来診療料の包括化を進めれば進めるほど大病院の副収入につながり、患者のつなぎとめの意味を持つと考えられる。その意味では相反する方向性の施策と言えるので、外来適正化方策としては支持できない。

この制度改革は薬局での院外処方せんによる医薬品の交付を大きく変革した。院外処方せんが発行される場合、改正前の老人医療では薬局における一部負担がなかったが、処方せん発行元の医療機関と同額を上限に一部を負担することとなった。薬局での医療費は医療機関における初診・再診の区別がなく、月単位で算定される一部の診療報酬以外は処方せん受付けの都度算定される。その1枚当たりの費用は老人の場合7,000円あまりであり、中小病院・診療所と薬局をセットで利用する場合は2,3回で薬局分が上限に達することとなる⁴⁰。医療機関での受診は再診の場合単価が低く、薬剤費が薬局に回るため、薬局の負担上限の方が早く到達する⁴¹のが通常である。

このため、原理的には薬局での薬剤に制度改革後当初は負担感が強く働くと考えられるが、薬局での自己負担上限に到達すると、医薬品の受領に負担がなくなり、対価なく医薬品の交付を受けられるようになるので、市販薬購入のインセンティブは働かず、一種のモラルハザードが生じやすい状況が生まれる。したがって、医療機関・薬局から医薬品交付を受けることに問題を感じなくなり、既負担費用との関係から市販薬の購入を抑制している可能性がある。

この点を実証するには保健医療サービス費と医薬品費の今後の推移について家計調査のフォローを要するが、上限到達後は両費用とも自己負担の形で家計調査には反映されないので注意を要する。また、上限到達後の処方せんの内容及び定額制をとる診療所の処方せんを分析・検証する必要がある。

いずれにせよ、一部負担の在り方については、家計負担引上げの影響とそれにより生じる受療行動について予測を立てて考える必要がある。

4 医療機関への診療報酬設定による対応

Iの外来動向で見るとおり、いわゆる大病院の外来における一人当たり医療費は非常に高く（表4参照）、診療所の倍ほどとなっている。もっとも、処方せん1枚当たりで交付される薬剤費が3,000円超であるので、この比較には各ジャンルの医療機関における医薬分業の進捗度を加味しないと正確にはならない。しかし、一般的には規模の大きな医療機関ほど高価・高性能な医療機器を持つことが多く、正確な診断のための検査の徹底や投資費用回収のための利用等を通じて、医療費が高くなる傾向があるとされている。このため、初診の特定療養費化による200床以上病院外来への患者集中排除策が講じられ、平成14年4月からは再診にも範囲が広げ

⁴⁰ 処方せん1枚当たりの医療費は年々上昇しているが、その背景には政策的に医薬分業を誘導する調剤報酬の引上げの要素と薬剤費の上昇がある。後者は筆者の「医薬分業の進捗状況と保険財政への影響」において、医療機関内における投薬に比べて薬剤費が上昇する傾向がうかがわれ、医療機関側の治療方針の変更により高額化する可能性がある。

⁴¹ 現行制度で定額制を選択している診療所では院外処方した際、老人が薬局において費用負担しないので、薬剤についての負担感がない。

られたが、医療機関側での任意選択制度であるので、効果の程は確かでない。

しかし、平成 12 年 4 月の診療報酬改定で導入された 200 床以上病院の再診料の包括化は強制適用であり、かつ患者の負担を増加させないという点でこれまでの制度改正とは趣を異にする。包括点数化により、一定範囲で再診時における追加的な検査等に制約が加えられた結果、一日当たり医療費で見ると、薬価改定の影響も考慮しなければならないが、表 10 のとおり、大規模な医療機関において落ち込みが大きく、医療機関側の診療行動に影響を与えていると考えられる。これにより、再診患者の外来診療を長めとした場合に追加費用の方が高くなり、経営上デメリットとなる病院と、外来に余裕があり、患者数を維持ないしは増加させて、収入向上を目指す病院に分かれていると考えられる。この場合、一日当たり医療費としては下がっても、患者数は必ずしも減少しない⁴²ので、更なる外来受診適正化方策が必要である。さらに、平成 14 年度の診療報酬改定で、月内における再診料の逓減化も盛り込まれており、大規模な医療機関だけでなく、診療所レベルであっても、費用対効果が悪化するので、医療機関サイドからの外来患者確保は弱まると考えられる。

しかし、医療機関側では来る患者を選べず、また、自ら探すこともできない以上、収益が小さくなくても患者を持つ方が有利な場合がある。特に、自己負担に上限額がある老人の場合、上限到達後は負担を意識することなく受診することも想定され、医療機関が外来再診患者数をより多く確保する方向に動きやすいと考えられる。

5 提案

(1) 老人医療費の自己負担の上限撤廃

老人医療は 1 割定率負担ではあるが負担上限があり、上限到達後の医薬品代や受診には負担がなくなるので、患者側にモラルハザードが発生（老人にとっては義務を果たした後の権利意識として働く）し、受診を継続しやすくなる可能性があり、この点は費用対効果が落ちて医療機関側には継続受診をさせる背景となりうる。

なお、平成 14 年健康保険法改正において、新たに医療機関ごとではなく、個人単位での上限設定(付属資料 II 参照)が予定されているが、個人単位の上限⁴³が平均的な老人が受診する複数の医療機関及び利用する薬局の上限合計額より高い場合には外来受診が減少する可能性はあるが、合計額の方が多い場合には負担が軽減し、受診が減少しない可能性もある⁴⁴。

⁴² 補論参照。一日当たり入院外医療費が減少しても、大病院の場合には単価上昇のための方策を講じること多いので、一日当たり入院外医療費の高い大病院の受診患者数自体を減らさなければ、構造的な解決は得られない。

⁴³ 現在の医療保険の統計で公表されるものは毎月レセプト（原則医療機関毎に一人 1 枚）の枚数（延受診医療機関数）とレセプト当たりの費用、受診日数などとなっている。これらは個人単位でまとめられていないので、ある個人の受診医療機関数や総受診日数、費用といった統計はない。個人別の上限設定をとるのであれば、今後は個人単位での受療状況データが必要となる。

⁴⁴ 平成 14 年度価格で、大病院の場合、院外処方せんを発行すると 5,300 円の上限が薬局とそれぞれ 2,650

こうした意味合いでも、老人自己負担の外来受診の上限設定を廃止するかさらに引上げ、定率負担により近い形で実施することが重要である。これにより、被用者保険本人での自己負担比率引上げが持続的効果を持つように、受診率の減少を通じて老人医療費の上昇抑制が見込まれる。

このため、上限設定は高額療養費のみとし、外来のみに着目した上限設定は廃止又は高額にすべきである。

(2) 診療報酬設定における減算方式の拡大

これまでの大病院の外来受診適正化方策は患者負担の増大方式であったが、患者の受療行動は自己負担の引上げによる抑制を除けば受診の継続であり、市販薬による代替にはなっていない。一方、医療機関については逆紹介の評価、入院外来比率の低下の評価、200床以上の初診料特定療養費化など任意のインセンティブ方式が主体であった。

これに対し、平成12年度の診療報酬改定では200床以上病院の再診料の包括化が行われ、一律適用となるとともに、入院基本料において一定の要件を欠く場合に減算するという方式が導入された。さらに、平成14年度の診療報酬改定では対象医療機関に限定はなく、再診料の月内逋減制⁴⁵が導入された。

これらの方法は従来の患者負担の増大方式ではなく、供給側の診療活動を対象としている点に特色がある。一般に、外来に多くの患者を集めると診療の待ち時間が長くなるだけでなく、他の患者と混在することで別の疾病に感染する機会が増え、また医師の患者一人当たりの時間も短くなり、診療報酬を高いものにする（負担が大きい割に質量ともに少ない医療しか得られない）効果を果たしていた。上述の診療報酬制度であれば医療機関側の意思により外来患者を遠ざけることで、待ち時間の短縮、感染機会の減少、診察時間の増加の形で特段の患者負担なく、良質な医療サービスとして反映させることが可能になる。

老人医療の定率負担の徹底と併せて、例えば一人の外来患者の平均診察時間を定め、外来診察に当たる診察室と医師数を元に外来の診察人数標準を設定し、これを超える割合に応じて支払われる診療報酬総額を減じる仕組みを作ることによって医療機関側の診療行動に間接的に影響を与えることも可能になると考えられる。

また、入院外来比率を下げた病院に診療報酬を加算する方式ではなく、一定の入院外比率を超える場合には一定割合診療報酬を下げるという方法も考えられる。こ

円ずつに中小病院の場合には3,200円が1,600円ずつの上限となり、一般の個人上限12,000に達するには、大病院1か所と中小病院2か所で概ね同額となる。歯科診療は別立てであるので、特別個人単位上限が高いわけではない。ただし、上限を超えた後は従来のものでは負担がなくなるに対して、新制度では一旦支払った上で還付してもらうことになるところで負担感は大きい。

⁴⁵ これらの再診の費用低減制は200床以上の病院では再診料を特定療養費化することで効果を阻害されることになる（副収入の道が開かれる）ので、実施状況の推移を見極める必要がある。

の場合、診療報酬額を経営に適した水準に設定し、患者に負担を転嫁させることなく医療費を総額で抑制することが可能と考えられる。

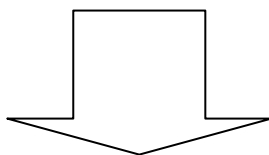
以上、医療機関の外来受診適正化に関して、患者の受療行動を部分的な負担増により規定し、あるいは医療機関をメリット方式で誘導するには限界が訪れているので、患者の負担は自己負担比率に集約し、外来受診の適正化については診療報酬による減算方式タイプでの政策誘導を活用すべきである。

付属資料 I

平成 13 年 1 月 1 日改定老人医療負担

改正前負担

《外来》 外来 1 日 530 円(同一医療機関ごとに月 4 回限) 度) 《入院》 入院 1 日 1,200 円 (低所得者は 1 日 500 円)
--



改正後負担

《外来》 外来：1 割負担 月額上限を設け、医療機関、薬局ごとに適用 ・ 院外処方が行われた患者 医療機関；1,500 円 薬局 ；1,500 円 * 200 床以上の病院の場合 それぞれ 2,500 円 ・ 院外処方が行われない場合 医療機関；3,000 円 * 200 床以上の病院；5,000 円 * 定額制の診療所 1 日 800 円 (月 4 回) 《入院》 入院：1 割負担 月額上限を設け、医療機関ごとに適用 37,200 円 ア)低所得者 24,600 円 イ)ア)で老齢福祉年金受給者 15,000 円

付属資料 II

平成 14 年健康保険法改正における高齢者負担見直し案

1. 患者負担の見直し (平成 14 年 10 月実施)

- (1) 70 歳以上の高齢者の患者負担は定率 1 割負担とする
(ただし一定以上の所得の者は定率 2 割負担)
外来の月額上限及び診療所における定額負担選択制は廃止。

- (2) 自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ見直し。
(参考)

自己負担限度
額等の見直し
(70 歳以上の
高齢者) (円)

【現行制度】

		外来	入院
低所得者	一般	3,200 円 (大病院 5,300 円) 14 年 4 月から	37,200 円
	住民税 非課税		24,600 円
	老福年金 受給者		15,000 円

【改正案】

		外来(個人ごと)	自己負担 限度額
一定以上所得者 (注1)			72,300 円 1% (40,200 円)
一般		40,200 円 12,000 円	40,200 円
低所得者	II	8,000 円	24,600 円
	I (対象拡大 注2)		15,000 円

- (注1) 一定以上所得者は、現役世代の平均的収入以上の所得がある者。
(年収例) 単独世帯 (年金のみ) 約 380 万円程度以上
夫婦 2 人世帯 (年金 + 給与) 約 630 万円程度以上

- (注2) 低所得者 II は、対象者の範囲を全体の約 0.7% (老
齢福祉年金受給者) から約 1.5% 程度に拡大。
(収入が年金のみの場合) 単独世帯 約 65 万円以下、夫
婦 2 人世帯 約 130 万円以下。

- (備考) ・「1%」は、一定の限度額を超えた医療費の 1%。
・() 内の額は、多数該当の場合 (4 月目以降)。

- (参考) 外来における負担は院外処方の場合には処方せん発行医療機関及び
薬局が半分ずつの上限を持ち、医療機関の数の分に薬局も対応する
負担徴収を行う。

補論 医療機関の種類ごとにみた患者動向

1 一日当たり医療費の動向

マクロ分析の過程においては表 10 を用いて、一日当たり医療費に表れる影響を分析したが、補論表 1 では 13 年度のデータも取り入れた。

補論表1 種類別病院1日当たり入院外医療費の推移（対前年同月比）

	平成9年度	10年度	11年度	12年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
計	計	計	計	計												
大学病院	0.8	-4.1	0.4	-5.0	-3.7	1.8	-0.2	-2.5	-5.7	-5.1	-5.3	-5.8	-5.5	-4.5	-4.2	-4.2
公的病院	0.5	-4.3	0.2	-3.3	-5.7	3.2	-1.3	-3.1	-3.8	-3.4	-3.8	-3.4	-4.2	-1.4	-2.1	-3.4
法人病院	1.0	-3.4	0.9	-1.0	-5.1	1.4	-1.6	-3.4	-2.0	-1.5	-0.9	-0.8	-1.0	1.9	0.3	-1.8
個人病院	0.4	-1.9	1.7	0.1	-4.6	2.2	-1.3	-2.4	-0.9	-0.5	0.4	0.1	0.3	2.3	0.9	-1.1
診療所	1.4	0.4	2.2	2.2	-5.2	0.8	-1.7	-3.2	1.5	1.6	2.0	2.2	1.9	5.0	4.2	1.5

13年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
大学病院	-0.1	1.2	1.1	1.5	1.4	1.5	1.1	1.6	1.2
公的病院	-0.7	-0.7	0.0	-0.2	0.1	0.4	-0.4	-0.4	0.3
法人病院	1.0	1.2	1.0	1.1	1.6	1.5	0.7	0.6	1.4
個人病院	0.8	0.8	1.1	0.6	1.3	1.6	0.7	0.5	1.4
診療所	2.1	2.5	2.1	2.5	3.2	3.4	2.0	1.7	2.7

この表で見ると、診療報酬改定が行われている平成 10 年度及び 12 年度は薬価基準の切下げ等の影響により、一日当たり入院外医療費はそれぞれ前年度に比べて下がっている。しかし、その下がり具合に着目すると平成 12 年度には大きな特徴がある。平成 10 年度改定では大学病院、公的病院、法人病院で下げ幅に大きな違いはないが、平成 12 年度では大学病院における平均費用の下げが明らかに大きく、以下公的病院、法人病院の順で、個人病院は一日当たり入院外医療費が微増している。前掲表 6 のとおり大学病院の平均費用が最も高く、個人病院が最も少ないので、診療報酬改定の影響が出やすさも考えられるが、平成 10 年度は下がり幅に大きな開きがないので、この説明は妥当性を欠く。

（参考）医療機関種類別200
床以上入院外医療費割合
（平成12年4月分）

大学病院	98.9%
公的病院	84.5%
法人病院	41.2%
個人病院	9.9%

ここで前掲表 10 の参考として付した医療機関種類別 200 床以上の入院外医療費の構成率を参考にすると、大学病院の場合ほとんどが200床以上部分で占めており、個人病院の場合には 1 割程度となっている。近年の診療報酬改定では、大病院と中小医療機関の区分をこの 200 床で線引きしており、中小医療機関で受診した後、必要に応じて大病院に紹介するという患者の流れを体系上形作っている。

このため、中小医療機関の診療報酬を手厚くするとともに、200 床以上の医療機関への受診が減少するように方策を講じている。例えば、200 床以上の病院の紹介のない初診患者に上乗せ経費を取ることができる特定療養費化を手始めに、大病院

から診療所への逆紹介料の加算⁴⁶、平成 12 年には再診料を包括化し、簡単な検査等も含まれることとされた。

この再診料の包括化により 200 床以上の入院外医療費割合の高い大学病院に一日当たり入院外医療費で最も大きな下げ幅が生じ、各種病院の 200 床以上の構成比に応じて影響が反映されたと考えられる。この点からはかかりつけ医とすべく診療報酬で厚遇された 200 床未満の中小病院等の一日当たり入院外医療費が上昇しても不思議はない。なお、これらの一日当たり入院外医療費は医薬分業の進展により薬剤費部分が調剤医療費に移行している点も反映されるので、影響の程度を知るにはレセプト内容の変化を分析する必要がある。

2 病院外来への患者動向の変化

本論の総括 4 においては、200 床以上の大病院では外来患者の一日当たり医療費が下がり、外来で再診患者を診療延長することが追加費用の発生によりマイナスになるケースと、余力があるために少しでも患者数をこなす方が有利な病院があるとしたが、一日当たり患者数の推移⁴⁷を示したものが補論表 2 である。200 床以上の

補論表 2 種別別病院1日当たり入院外患者数の推移 千人

医療機関種類別		平成11年度									
		10月	11月	12月	1月	2月	3月	4～6月	7～9月		
保険 医療 機関	医科	病院	計	2,020	2,088	2,221	2,092	2,034	2,047	2,006	2,013
			大学病	143	148	154	148	142	153	141	144
			公的	755	800	842	796	776	809	759	767
			法人	987	1,004	1,080	1,015	993	962	965	966
			個人	136	135	146	133	129	122	141	137
			診療	4,297	4,401	4,842	4,425	4,486	4,383	4,268	4,041

1日当たり外来患者数

医療機関種別			12年度														
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4～6	7～9	
保険医療機関	医科	病院	計	2,016	2,121	1,995	2,054	1,951	2,065	2,064	2,077	2,228	1,988	2,007	2,035	2,042	2,020
			大学病院	153	156	149	154	146	157	154	157	165	155	151	152	152	152
			公的	789	829	787	802	782	809	815	820	874	785	788	796	801	797
			法人	954	1,009	941	975	911	979	978	981	1,061	937	955	972	967	953
			個人	121	127	118	122	112	121	119	118	128	110	113	115	122	118
		診療	4,311	4,514	4,218	4,348	3,707	4,257	4,332	4,367	4,855	3,990	4,356	4,578	4,344	4,092	

1日当たり外来患者数

医療機関種類別			13年度												4～6		7～9	
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月							
保険医療機関	医科	病院	計	2,045	2,153	1,964	2,067	1,925	2,054	2,052	2,103	2,166			2,051	2,012		
			大学病院	156	160	150	157	147	159	156	162	167			155	154		
			公的	803	855	766	819	773	803	811	834	850			807	797		
			法人	973	1,020	939	980	903	981	974	995	1,034			976	952		
			個人	113	118	109	112	102	112	110	111	116			113	108		
			診療	4,433	4,530	4,267	4,332	3,663	4,262	4,337	4,468	4,729			4,406	4,070		

大病院をめぐる診療報酬改定の節目となる平成 12 年 4 月前後で比較分析を行った。医療機関 MEDIAS の月次データは平成 11 年 10 月以降であるので、公表されている平成 11 年 4 月～6 月及び 7 月～9 月を 11 年から 13 年にかけて比較すると、200 床以上の入院外医療費比率の高い大学病院は、外来人数が上昇を続けており、月次データで比較しても 13 年 3 月以外は対前年比でも増加しつづけている。

⁴⁶ 通常の病院から診療所への診療情報提供料(B)は 290 点で、これに 230 点の加算が付く。退院時の逆紹介は 20 点で、大病院外来から患者を診療所へ誘導するものである。

⁴⁷ 旧病院報告方式により日曜・祝日と 12 月 29 日～1 月 3 日のみ外来閉庁として計算している。

他の医療機関を見ると、大学病院に次いで大病院が多い公的病院も四半期データで比較すると増加傾向にあるが、月次データでは対前年比で減少を示す月が散見される。さらに 200 床以上の入院外医療費比率が約 4 割の法人立病院では対前年比で、四半期データも月次データも出入りがあり、明確な傾向がない。最も 200 床以上の比率の低い個人病院は 4 半期データ及び月次データで持続的な減少傾向を示しており、大病院外来からの政策的な誘導は中小病院の外来には反映されていないことが明確となっている。参考までに比較に加えた診療所を見ると、老人医療に上限つき定率負担が導入された平成 13 年 1 月に大きな落ち込みが見られるほかは現状維持ないし、微増傾向にある。

3 外来患者誘導政策の分析

以上から、200 床以上病院の再診料の包括化など大病院外来への患者集中の緩和方策は一日当たり医療費を減少させる直接的な効果は上げているが、外来患者数の減少という面では現実には有効に機能していないことが伺われ、依然として大病院経営上、外来に患者をとどめる意味があると考えられている。

逆に、外来患者の新たな行く先としての誘導対象のうち中小病院では外来患者が減少し、診療所に患者が集まって明暗を分けている。大病院受診者の増加を含めてその選択理由を示す患者アンケート等がないので、理由は不明であるが、大病院とその対極にある診療所に患者が集中している状況等を勘案すると、大病院受診の診療上の安心感と身近な診療所へのかかり易さというような構図がイメージされ、中間にある中小病院はある意味で位置付けが明確でなく、取り残されていると考えられる。

平成 13 年 1 月のデータを見ても老人医療の上限つき 1 割負担は、大病院の外来に大きな影響はなく⁴⁸、中小病院と診療所に影響が集中しており、2 月以降の患者動向からは大病院と診療所の両極に患者集中が推移している。これらは世上言われる傷病治療への信頼・安心感からの大病院受診とかかりつけ医的な気安さを象徴した受療行動とも受け止められ、軽度医療が診療所の多いとの想像をさせる。

結論として、大病院外来への患者集中の緩和方策は、大病院のとり対応策と経営への影響を分析するとともに、患者の受療行動を想定する必要がある、外来の包括化や低い負担では有効性が乏しいと考えられる。

⁴⁸ 平成 11 年の受療行動調査によると 500 床以上の一般病院で 34%、100～500 床で 29%、20～99 床で 33.3% が 65 歳以上の外来患者となっており、大病院ほど高年齢層の外来受診割合が低いので、老人医療の影響も小さい可能性がある。なお、各医科大学病院の本院とがんセンター、循環器病センターが含まれる「特定機能病院」の場合は、22.7%とさらに低くなっている。

表18 国保入院外受診率対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								-0.2	0.5	0.8	-1.8	-2.0
10年	-3.7	6.5	-1.7	-0.6	0.0	2.7	3.4	2.1	3.2	1.2	4.7	2.3
11年	10.7	-0.2	4.6	1.7	-0.4	-0.6	-0.2	0.9	0.2	0.1	1.8	1.5
12年	-3.2	0.8	-1.3	1.0	4.2	2.0	1.3	2.0	1.8	1.5	1.2	1.2
13年	-6.0	-2.7	5.7	3.3	1.9	1.1	0.7	0.2	-1.1	2.9	2.2	-0.4

表19 被用者本人一件当たり日数対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								-2.4	-2.9	-4.0	-6.5	-2.2
10年	-3.5	-4.0	-3.9	-4.2	-5.8	-2.9	-4.2	-5.0	-2.0	-1.9	-1.3	-2.4
11年	-2.0	-1.7	-1.3	-0.4	-3.3	-2.1	-1.7	-1.4	-1.8	-3.4	0.0	-1.9
12年	-2.4	-0.4	-1.5	-4.6	0.0	-2.2	-3.2	-1.1	-1.8	-2.1	-3.1	-2.0
13年	-1.9	-3.9	-2.5	-2.2	-2.1	-1.6	-2.1	-2.2	-3.9	-0.4	-1.5	-2.7

表20 被用者本人一日当たり医療費対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								1.1	-0.5	0.3	0.4	0.8
10年	2.0	-2.3	0.6	0.7	-0.6	-1.1	-1.3	-1.8	-0.4	-0.7	-1.3	-2.0
11年	-5.6	-0.3	-1.7	-0.7	0.8	0.9	0.9	1.2	1.1	0.5	0.4	0.8
12年	3.6	0.8	1.0	0.2	0.4	0.9	0.7	0.6	0.3	1.2	1.0	0.7
13年	4.0	2.7	-0.5	0.7	1.3	0.6	1.2	1.5	1.2	0.7	0.8	1.3

表21 被用者家族一件当たり日数対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								-3.0	-0.8	-1.4	-3.8	-0.3
10年	-2.0	-0.3	-1.3	-1.9	-3.6	-0.2	-0.8	-1.6	-1.0	-1.8	0.6	-0.7
11年	-0.5	-2.1	-1.0	0.1	-2.2	-2.0	-1.7	-1.2	-1.9	-3.3	-0.3	-2.0
12年	-2.7	-0.7	-1.2	-4.5	-0.4	-1.9	-2.3	-0.8	-1.2	-0.7	-2.2	-1.6
13年	-2.3	-3.4	-2.1	-1.3	-0.9	-0.9	-1.7	-2.0	-3.7	-0.3	-1.2	-2.4

表22 被用者家族一日当たり医療費対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								2.2	0.4	0.8	1.1	1.6
10年	1.6	-3.2	2.2	2.1	1.2	0.3	-1.1	-1.1	0.4	0.5	-1.4	-1.0
11年	-1.7	1.4	-1.2	-0.6	0.9	1.3	1.3	1.7	1.4	0.7	1.4	0.8
12年	1.7	1.7	1.8	0.8	0.5	0.7	0.1	0.3	-0.3	0.9	0.6	0.5
13年	4.3	3.2	-0.5	0.4	0.8	0.1	0.9	1.4	1.8	0.5	0.3	1.1

表23 国保一件当たり日数対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								-3.0	-0.9	-2.1	-5.2	-0.4
10年	-2.5	-1.9	-1.1	-2.3	-4.3	-0.4	-1.7	-2.4	-1.1	-2.1	0.1	-1.7
11年	-0.9	-1.6	-0.7	0.1	-3.2	-1.9	-2.0	-0.6	-1.8	-3.5	0.8	-1.6
12年	-2.1	0.3	-1.1	-5.2	1.3	-1.8	-3.2	-0.6	-2.0	-1.1	-3.0	-2.1
13年	-2.3	-4.3	-3.3	-1.7	-1.8	-2.0	-1.5	-2.3	-4.3	-0.2	-1.2	-3.3

表24 国保一日当たり医療費対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								1.3	-0.1	0.2	0.7	0.7
10年	1.6	-2.3	1.2	0.4	-0.8	-1.7	-2.3	-2.2	-1.2	-1.2	-2.1	-2.2
11年	-4.3	-0.6	-1.8	-0.4	1.2	1.3	1.2	1.5	1.4	0.9	1.1	1.0
12年	2.8	1.9	1.4	0.8	0.3	0.7	0.4	0.4	0.3	1.2	1.1	0.7
13年	4.1	2.4	0.0	1.1	1.6	1.1	1.7	2.1	2.1	1.2	1.0	1.9

表25 老人入院外一件当たり日数対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								-4.5	-5.1	-7.5	-11.0	-5.2
10年	-7.9	-6.8	-6.2	-7.7	-9.7	-4.7	-5.9	-6.9	-2.0	-3.2	0.2	-2.2
11年	-0.8	-2.2	-0.2	0.3	-4.2	-2.3	-2.3	-0.3	-1.9	-3.7	1.6	-1.5
12年	-1.7	1.4	-1.2	-7.0	2.0	-2.6	-4.9	-1.2	-3.3	-2.1	-4.7	-3.7
13年	-5.7	-7.2	-5.4	-2.4	-3.0	-3.4	-2.3	-3.8	-5.9	-0.7	-1.6	-1.6

表26 老人入院外一日当たり医療費対前年同月比

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
平成9年								2.5	2.7	2.9	4.0	2.1
10年	3.5	2.2	2.8	0.3	-0.6	-1.7	-2.3	-1.9	-2.8	-2.5	-3.6	-3.8
11年	-4.7	-2.7	-3.1	-0.1	2.0	1.8	1.6	1.7	1.7	1.4	1.0	1.5
12年	2.3	1.3	1.6	-0.4	-2.2	-1.6	-1.5	-2.1	-1.7	-1.4	-0.9	-1.4
13年	1.1	0.5	-0.7	2.0	2.7	2.3	2.7	2.9	3.4	2.0	1.7	1.7