

# 我が国の公的医療保険における患者負担と医療サービス提供のあり方



山口大学経済学部准教授 田畑 雄紀

## ～要旨～

日本では今後も医療費の上昇が見込まれている。これまでのわが国の医療費抑制政策は、患者負担の引き上げによって医療需要を抑える策が主たるものであった。しかし、現役世代の患者負担率が3割となった今、これ以上の引き上げは限界になっている。本稿ではまず、我が国の1970年代以降の患者負担の推移と患者負担をテーマにした先行研究、諸外国での患者負担を含む医療保障制度を確認し、患者負担の意義やあり方についてまとめる。その上で、近年の被用者保険被保険者の患者負担引き上げの効果について、Two part モデルと医療費の三要素を用いて分析する。その結果すでにこれ以上の患者負担引き上げには継続した効果は見込まれないと予測できた。それをふまえ患者負担のあり方や医療機関へのアクセスの仕方、診療報酬制度といった関連する他の医療制度との組み合わせを考え、医療費の無駄をなくす形での費用抑制を実現する制度のあり方を示す。

## 1 日本における患者負担制度

### (1) 日本の医療と医療費を取り巻く状況

厚生労働省が発表した『平成29年度医療費動向』によると、2017年度の我が国の医療費は42.2兆円にのぼっている<sup>1)</sup>。2016年度は診療報酬の改定などで前年度と比べマイナスになったものの、上昇傾向にあることに変わりはない。同じく厚生労働省の『平成28年度国民医療費の概況』によると、国民医療費の財源別国民医療費は、2016年度分の国民医療費で、公費負担（国庫負担及び地方負担）が38.6%、保険料（事業主負担含む）が49.1%、患者負担11.5%、その他0.7%となっている<sup>2)</sup>。

今後の少子高齢化、医療技術の高度化などの

影響で、国民医療費の増加が見込まれる。この増加に対して、上記3つの財源を元に負担をしていかねばならない。ただしそれらは支払う主体こそ異なるものの、すべて国民の負担である。2019年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2019（＝骨太方針2019）」では、医療提供体制の強化、医療費の伸びの適正化、保険者機能の強化、診療報酬・医薬品等に係る改革などをあげている。骨太方針2020では、骨太方針2019の基本方針を踏まえつつ、給付と負担のあり方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる、としている<sup>3)</sup>。

さらに健康保険組合連合会からは、団塊の世

代が75歳に達し始める2022年度には、労使合計で社会保険料が30%に達すると推計し、その内健康保険料率は平均で9.8%になるという試算が出された<sup>4)</sup>。その中では、「給付と負担、世代間・世代内のアンバランス是正」「保険給付の適正化」「支える側を増やす」を喫緊の課題としてあげている。具体的な提案として、後期高齢者の患者負担を原則2割にすることに加え、市販薬の保険適用除外や償還率の見直しなど、実質的な患者負担の増加につながる内容もある。

我が国では、以前から継続して医療費の増加への対策が叫ばれ続けている。その中で、以上のような改革の方針や案が出されている。これまでの日本の医療費抑制政策は、主に患者負担の引き上げで対応してきた。しかし、現役世代の患者負担率が3割となった今、これ以上の患者負担の引き上げを検討することは難しく、他の仕組みに対して改革を行う必要性もあるので

はなかろうか。次項では、日本でこれまでに患者負担がいかに引き上げられてきたか、患者負担の推移をまとめる。

## (2) 日本の医療保険制度における患者負担制度の推移

表1は1973年のいわゆる福祉元年以降の、患者負担制度の変化をまとめたものである。1973年は老人医療費支給制度（老人医療費の無料化）と高額療養費制度が導入され、医療費の患者負担は大きく減少した<sup>5)</sup>。1961年の国民皆保険達成後も、1960年代当時の厚生白書では、5割という一部負担金が大きな負担となっていると問題視し、給付率の引き上げ（＝患者負担率の引き下げ）を検討していた<sup>6)</sup>。その後の給付率改善の結果、表1の1973年の制度となったのである。

しかし、その後は患者負担の引き上げが続

表1 我が国の医療保険制度における主な患者負担の推移

	被用者保険		国保	高齢者	
	被用者本人	被用者家族			
1973年	定額負担	3割	3割	患者負担なし	
1981年		入院2割・外来3割		入院300円/日 外来400円/月	
1983年				入院1000円/日 外来500円/日(月4回を上限)	
1984年	1割	1割(月額上限あり)			
1997年	2割	入院2割・外来3割	3割(3歳未満2割)	1割(現役並み所得者は2割)	
2001年		入院2割・外来3割 (3歳未満2割)		1割(現役並み所得者は3割)	
2002年	3割(3歳未満2割)			70～74歳	75歳以上
2003年	3割(3歳未満2割)			2割(2014年3月末までに70歳に達した者は1割) 現役並み所得者は3割	1割(現役並み所得者は3割)
2006年	3割(義務教育就学前2割)				
2008年～	3割(義務教育就学前2割)				

(注) 1973年の高額療養費制度の創設およびその改正、1997年の外来薬剤に係る一部負担の導入、ならびに2002年での同制度の廃止などは割愛している。

(出典) 相原(2019) p.19および吉原・和田(1999) p.58を参照し、筆者作成。

いていることが確認できる。特に高齢者医療においては、無料化の翌年の厚生白書において医療費の伸びが顕著になったことが示され、1970年代後半の厚生白書では高齢者を含め患者負担を求める論調になっている<sup>7)</sup>。吉原・和田(1999)によると、高齢者医療費の総額は1973年には約4,300億円であったものが、翌年には対前年比55%増の6,600億円、さらにその翌年には8,600億円と対前年比30%増となったと述べている。これは同じ年の国民医療費全体の伸びである36.2%増(1974年)、20.4%増(1975年)を明らかに上回る値であり、急激に増加したことがわかる。そして1980年には高齢者の医療費が2兆円となり、国民医療費に占める割合も1973年当時は1割強であったものが、1980年には17.8%になったと述べている<sup>8)</sup>。

この無料化による医療費の急増が、その後の日本の医療費抑制政策に少なからず影響を与えてはいるのではないだろうか。つまり負担をなくす、もしくは少なくすると、「病院のサロン化」「社会的入院」といわれた過剰な医療サービス需要をもたらしかねないという恐れから、患者負担を課すことによって医療サービスの需要の抑制を試みているのではなかろうか。

しかし、負担を増やせば経済的な事情で本当に必要な医療サービスを受けられないという事態も生じる。老人医療費を無料にしたことによって増加した医療費のすべてが、不必要な受診であったとまでは言えないであろう。むしろ、それまでの5割もしくは3割の負担率では高すぎて、受診ができなかった人の需要が顕在化した部分もあるはずである。

そもそも、患者負担とはどのような意義があって導入されるものなのであろうか。医療サービス需要を抑制する策として適切な効果があるものなのか、先行研究などを参考にして考えていく。

## 2 患者負担の意義と主要国での導入状況

### (1) 患者負担に関する先行研究および患者負担の影響

日本の患者負担と医療費との関係を分析した研究で、最も古いものとして長瀬(1935)があげられる。ここでは、医療費は患者負担率を変数とした減少関数であると仮定し、10割給付(=患者負担無料)の被保険者1人あたり医療費を1とした場合の、各給付率における1人あたり医療費の比率を算出できる二次関数を推計した。患者負担を $x$ 、医療費格差指数<sup>9)</sup>を $y$ とした $x$ と $y$ の関係式を制度ごとに算出し、患者負担率が上昇するほど、医療費が減ることを導いた。

また、この長瀬効果を用いた実証研究として、前田(1978)がある。前田(1978)の研究では、老人医療費の無料化および、1973年10月に政管健保の家族の患者負担が、5割から3割へと引き下げられた際の医療費の3要素の変化を分析している。それによると、高齢者の一人あたり医療費は無料化後4年で入院で2.71倍、外来で2.49倍と増加し、政管健保の家族の医療費は患者負担引き下げによって、引き下げ前の1.121倍となったと推計され、双方とも長瀬(1935)の研究結果で示された変化率と近い値を示したとされている。

患者負担の大きさと受診行動や健康への影響を調査した代表的な研究に、ランド医療保険実験がある<sup>10)</sup>。これは1970年代から80年代にかけて行われた社会実験で、約7,700人の個人に対し患者負担の種類や上限額の異なる15の医療保険商品(患者負担率は0%、25%、50%、95%、100%の5種類)の中から1つに加入してもらい、長期にわたり受診行動や健康状態を調査したものである。その結果、医療サービスの利用は患者負担が高いほど減少し、さらに効果的な医療と効果的ではない医療の両方の利用を低下させ、

低所得者に限ればいくつかの指標で健康状態を悪化させているという結果が得られた。しかし、全体としては患者負担率と健康状態の間に関連は認められなかった。

芝田 (2019) では、1950年代から2010年代までの厚生労働白書で患者が支払う「一部負担金」について言及している部分に焦点を絞り、非常に詳細に分析しまとめている。それによると、厚生労働白書では患者の一部負担金の意義として、「コスト意識・濫用の防止」「社会的公平」「資源配分の効率化」「健康自己責任・自立自助」をあげているが、十分な根拠を示せていないものもあると論じている<sup>11)</sup>。

立証が不十分なものも含め、ここまでにあげた患者負担の意義や影響をまとめると

- ・医療サービス需要が抑制される。とりわけ低所得者に対する需要の抑制が起こり、健康状態に悪影響を及ぼす
- ・患者がコスト意識を持つことで、適正な医療サービス利用につながる。それによる資源配分の効率化と自立・自助的な行動の促進
- ・医療サービス利用者と非利用者の間での社会的公平の確保

となる。しかし、レイ・ロビンソン (2004) は、患者負担は医療の資源配分における効率性と公平性を達成するうえで効果の乏しい手段であると論じている<sup>12)</sup>。ここでは、ランド研究所の実験結果や他の研究の例をあげ、患者負担は適正な医療と不適正な医療の両方を抑制し、需要が抑制された分、医師は患者負担のかからない対象者に対して医療サービス提供を増やして対応することもあり、患者負担によって総費用を抑制できるか疑わしいと述べられている。確かに、患者負担がない患者に対しては、医師は患者の

支払い額を気にしなくてよくなり、必要以上に高価な治療をして、報酬を得ても患者から苦情がくることは少ないであろう。出来高払いの報酬であれば、そうした行動に出やすくなる可能性はある。レイ・ロビンソン (2004) では、過剰な医療の問題は需要側よりも供給側の問題であるとし、過剰診療は供給側に作用する政策を用いる方が効果的であると述べている。

日本での患者負担の引き上げに関しては、不要な医療サービス需要の抑制や社会的公平の確保を目指しているものと考えられる。では諸外国の医療保障制度では患者負担はどのように課されているのか。その種類や程度、用いられ方について見ていく。

## (2) 主要国の医療保障制度と患者負担

まず、日本と全く異なるイギリスの医療保障制度 (NHS = National Health Service) における患者負担を確認する。NHSは租税を主たる財源としており、診察や治療、リハビリまでの包括的な医療サービスを原則的に無料で受けることができる。ただし、処方薬、歯科治療、眼鏡サービスには一部負担が存在する。

処方薬の自己負担については、無料化時代に薬剤費請求額が急増したことがきっかけで導入された<sup>13)</sup>。しかし、高齢者や児童、学生、低所得者や特定の疾患を持つ者、障害者など幅広い免除規定があり、実際は9割近い者が免除されている。歯科治療は、治療の種類によって3段階の定額負担が課せられているが、こちらも高齢者や児童、低所得者は免除されている。

イギリスにおいて、患者負担がないにもかかわらず、コスト意識がなくなり不適切な受診が増えるようなことがない理由として、かかりつけ医制度と人頭支払いの報酬制度が導入されていることがあげられる。イギリスでは日本のよ

うに好きな医療機関を受診できるフリーアクセスはなく、全ての国民はかかりつけの診療所を登録し、まずはそこの一般医の診察を受けなければならない。一般医の紹介がなければ、病院などで専門の治療を受けることができない。診療所には登録されている人数に応じて予算が配分され、その範囲での診療が行われるため、できるだけ無駄のない医療サービスで治療を行うインセンティブがある<sup>14)</sup>。そのため、過剰な受診や医療サービスの提供が起きない仕組みになっている。

次にフランスについて述べる<sup>15)</sup>。フランスは日本と同じ公的医療保険制度を導入しているが、イギリスと同じくかかりつけ医制度も導入されている。診療報酬は出来高払い制度を用いている。かかりつけ医を受診する場合、患者負担は30%であるが、それ以外の場合は70%となる。入院には20%の患者負担が課せられ、薬剤については高価で代替できないものには患者負担はないが、それ以外では有用性に応じて35%、70%、85%の患者負担が課せられる。また入院や診療などを受ける際には定額の患者負担もある。

フランスでは上記の定額の患者負担以外の負担を補填する、補足医療保険に国民の95%が加入しており、最終的な負担は7%になる場合もある。ただしこの最終的な負担は、個々人が加入している補足医療保険の補償内容による。

最後にドイツの患者負担を見ていく。ドイツも日本と同じく公的医療保険を用いており、出来高払いの診療報酬制度である。しかし、外来診療には患者負担はなく、医薬品には10%（下限5ユーロ、上限10ユーロ）、入院には1日10ユーロも負担が課せられるが、18歳未満は無料である。また、患者負担には年間の上限額も設けられている。厳密なかかりつけ医制度は導入され

ておらず、自由に医師を選べるが、家庭医の診察を受けた上で専門医を紹介してもらう家庭医中心医療を促している。2004年には過剰な診療の抑制を目的として、紹介状の無い患者に対して四半期ごとに最初の受診時に定額の10ユーロの負担が課せられたが、その成果は確認できず、低所得者の受診控えがあったため、2013年から廃止された<sup>16)</sup>。

以上の3つの国の医療保障制度と患者負担を簡単に見てきた。康永（2018）によると、フリーアクセスで出来高払いを導入している日本やドイツは年間の平均受診回数が他国と比べ高く、かかりつけ医を導入しているフランスやイギリスでは低いことを指摘している<sup>17)</sup>。イギリスの、患者負担がないにもかかわらず受診回数が低いという例は、患者負担を課すことが適切な医療サービス利用を促す、という主張と合わない例ともいえる。患者負担に頼らずとも、フリーアクセスを制限することで、少なくとも重複受診はなくなり、その分受診回数は減るはずである。

また、前節で「患者負担がないと不要な受診を行うことがある」という主張をあげたが、医学の知識の乏しい患者には、自身が感じた体調不良で受診をすることが、「不要な受診」かどうか分からないこともあろう。とりあえず受診をして医師に診てもらった結果、本当に「不要な受診」であったのなら、医師がその旨をきちんと説明し、治療をせずに患者を帰しても問題はないはずである。しかしながら、治療を行うことで報酬が増える出来高払いの診療報酬制度では、そうした診察をしにくくするインセンティブがある。イギリスのように人頭報酬も組み合わせた診療報酬制度にすることで、患者負担を課さずとも、不要な受診から生じる医療費を削減することも可能なのではなからうか。

出来高払いの診療報酬制度では、患者負担を

引き上げることで患者の受診が減った場合、報酬の減少に直結してしまう。それを防ぐために、医師が1人の患者に対する医療サービス量を増やしたり、前節で述べたように患者負担のない患者の医療サービスを増やし、報酬の減少を相殺しようとする過剰診療を行うインセンティブがある。つまり、患者が受診を控えたとしても、医療費の削減には繋がらない可能性がある。不要な受診があった場合、医師が治療を行わずに患者を帰したとしても、ある程度の報酬を確保できる人頭報酬制度を導入することも、適正な医療サービス提供に必要となるのではないであろうか。

患者負担のあり方だけでなく、診療報酬制度や医療機関へのアクセスの仕方など、他の制度との組み合わせも含めた効果も考え、医療費抑制策を考える必要があろう。

### 3 患者負担の変化とその影響

#### (1) Two Part モデルと国民医療費の3要素

患者負担を課す、もしくは引き上げることで医療需要を抑制し、医療費抑制効果をもたらすのかどうかは、前項で述べたように診療報酬制度や医療機関へのアクセス方法の組み合わせの面から疑問の余地がある。日本のフリーアクセス、出来高払いの診療報酬（外来診療）では、どれほどの効果があるのだろうか。ここでは、Two Part モデルの考え方と医療費の3要素を用いて、被用者保険の本人の患者負担率の引き上げ（1997年9月の1割→2割と2003年4月の2割→3割への変更）が医療費にもたらした影響について分析する。

Two Part モデル<sup>18)</sup>とは、患者による受診するか否かの意思決定をfirst part、患者が受診した際の医療サービスの内容の決定をsecond partと捉え、医療費を決定づける意思決定を2段階に分

けて考えるモデルである。医療では受診するという決定があって初めて2段階目の医師による治療が行われ、医療費が決まる。患者は医学の知識が乏しいため、通常は提供される医療サービスの内容を決めることはできない。医師が提示した治療法の中から選択することはできるが、その内容を決めているのは医師である。つまり、患者が医療費に影響を与えられるのは受診するか否かの決定のみとなるので、不要な受診を控えて得られる効果はfirst partとして捉えられる。first partとsecond partの医療費への影響を分けるために、本稿では医療費の3要素分解を行う。「1人あたりの医療費」は以下のように3つの要素の積の形で表すことができる。

$$(1人あたり医療費) = (1人あたり件数) \times (1件あたり日数) \times (1日あたり医療費)$$

上記の3つの要素の内、患者がコントロール可能なのは受診することを決定したことを示す「1人あたり件数」である<sup>19)</sup>。また、医師による医療サービスの内容を示すのは「1日あたり医療費」である。「1件あたり日数」については医師による再診の指示の場合と、患者の意思での再来院との区別が明確にならないため、簡単に傾向を確認する程度とし、上記2要素をfirst partとsecond partとして患者負担の引き上げがどのように影響を及ぼしたのかを見ていく。

今回の分析対象は外来の医療費にしばっている。なぜなら入院医療は、医師が「入院の必要がある」、という決定を下さなければ入院できず、first partである患者の意思は働かないものと考えられるからである。

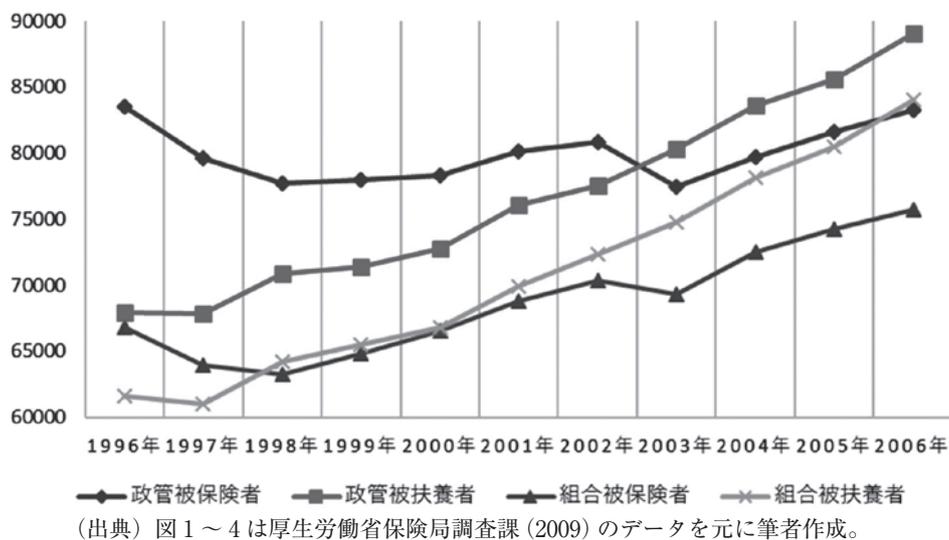
#### (2) Two Part モデルを元にした分析

この項では、1996年度から2006年度までの

外来の国民医療費を医療費の3要素に分解する。以下は「1人あたり医療費」と3要素の推移を図で示したものである<sup>20)</sup>。患者負担引き上げの対象となったのは、組合健保と政管健保（現協会けんぽ）の被保険者本人だが、比較対象として患者負担率に変更がなかったそれぞれの被扶養者のデータも併せてあげている。注目すべきは患者負担引き上げがあった1997年度と2003年度とその前後である。ただし、1997年度の患者負担引き上げは年度途中の9月に行われたので、1998年度も含めて確認する必要がある。

全体の変化を表す図1の「1人あたり医療費」は、基本的には右肩上がりの被扶養者と比べ、被保険者本人では、患者負担引き上げがあった1997年とその翌年に医療費が下がっている。その後被扶養者同様上昇するが、2003年で低下し再び上昇に転じている。患者負担率が1割だった1996年と、3割になり数年経った2006年の医療費とを比較すると、政管健保被保険者以外の医療費は上昇していることから、政管健保被保険者に対しては、患者負担を上げたことにより医療費の上昇を抑える効果があったことがうかが

(円) 図1 1人あたり医療費



(件) 図2 1人あたり件数

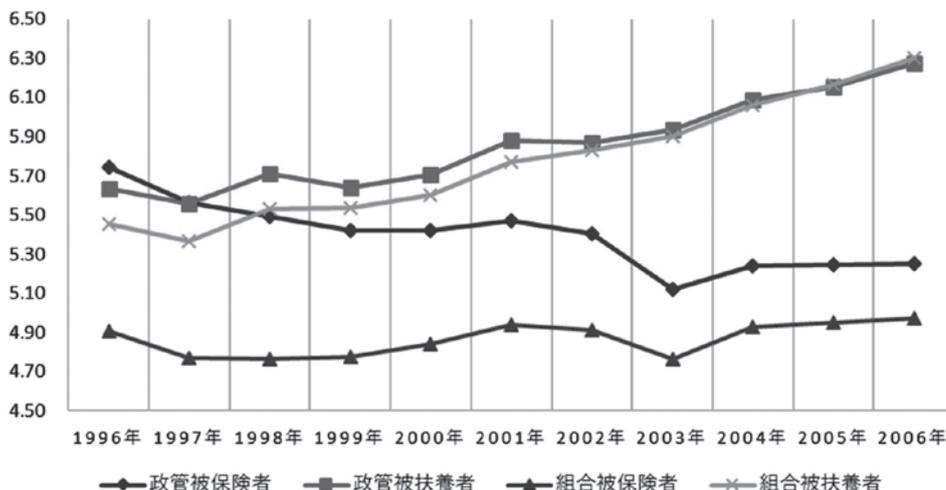


図3 1件あたり日数

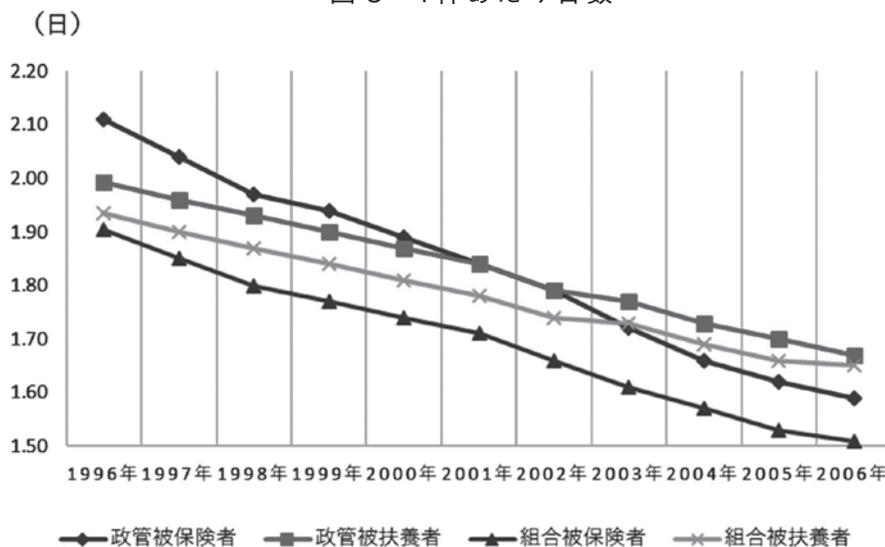
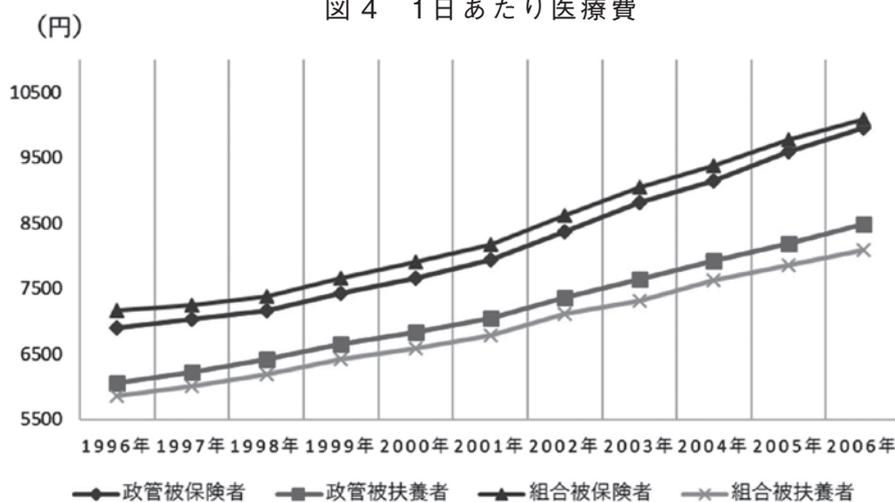


図4 1日あたり医療費



える。

次に first part となる図2の「1人あたり件数」の動向を確認する。図2では被扶養者はおおむね上昇しているが、被保険者では異なる傾向がみられる。組合健保の被保険者では、患者負担の引き上げがあった1997年と2003年に一時的に受診件数が低下するが、その後引き上げ前の水準に戻っている(1996年は4.90、1997年では4.77となる。2002年には4.91、2003年で4.76となるが、2004年には4.93になった)。政管健保被保険者は、1997年以降、元の水準に戻らず低

下し、2003年の引き上げではさらに低下し(1996年は5.75で1997年は5.56、2002年は5.40で2003年には5.12、2004年では5.24)、その後やや上昇し横ばいとなっている。

組合健保被保険者のように患者負担引き上げ後、一時的な低下しか見られず、引き上げ前の水準に戻るということは、必要な医療需要がその水準にあるものと考えられ、それ以上患者負担を引き上げて受診抑制を図ると必要な受診まで抑えてしまう可能性がある。

しかし政管健保被保険者のように、患者負担

が引き上げられた後、引き上げ前の水準に戻らず低下するということは、負担の高さから受診を控えた可能性がある。一般的に政管健保の方が組合健保と比べて所得水準は低いと考えられるため、それが受診件数に影響を与えたとも考えられる。

ただ、逆の影響も考えられる。つまり、元の水準に戻らないということは、それまでの受診件数の中に不要な受診（医者に診てもらわなくても何とかなる症状）があり、負担の高さからそれを控えた可能性もある。2003年以降では若干元の水準に戻っているため、そこが必要な受診の件数であるとも読める。いずれにせよ、今回のデータからどの結論が適切かを導くことは難しいが、政管健保被保険者の1割から2割の患者負担の引き上げが、継続した受診抑制につながり、2割から3割への引き上げは一時的な効果となったことが読み取れる。

図3の「1件あたり日数」は、全体的に低下傾向があるが、やや被保険者本人の方が低下していて、政管健保被保険者の低下はより目立っている。ただ、それが患者と医師のどちらの影響かは判断することは難しい。

図4の「1日あたり医療費」は、医師が影響を与える医療サービスの内容と直結するので、second partになる。こちらは全体的に右肩上がりとなっている。被保険者と被扶養者の差が2001年以降やや広がっているが、原因を特定することは難しい。ただ、患者負担の引き上げに関わらず、1日あたり医療費の上昇傾向に変化がないということは、患者負担の引き上げは医師には医療費を抑制する方向には働いていないこととなる。つまり、医師は患者の負担とは関係なく医療サービスを提供しているともいえる。2(2)で述べたような、受診回数の減少による報酬の低下を、医療サービスを増やして補うよう

な行動は確認できない。しかし、このデータは皆患者負担のある者を対象としているので、患者負担引き上げ後に負担のない者に対して医療サービスを過剰に提供し、報酬を補おうとする行動の有無まではわからない。

以上、3要素の動きを見てきた。患者負担の引き上げによって直接的な影響を受けるfirst partは所得水準の低い政管健保で継続した費用抑制効果があり、組合健保では一時的な影響しかなかった。しかし、2003年の引き上げでは、政管健保の方も一時的な低下ですぐに以前の水準近くまで戻っていた。つまり、これ以上の患者負担を引き上げても一時的な抑制効果以上のものは見込まれず、逆に2(1)で示した悪影響を引き起こしかねない。今後は患者側に働きかけて受診を抑えるのは限界であろう。そのため今後は医療サービス提供側に、効率のいい医療サービスを提供するインセンティブを与える政策をとることが必要となると考えられる。

#### 4 まとめ

本稿は、先行研究を元に患者負担の意義や影響を示し、他国の患者負担の導入方法についても簡単に紹介した。医療政策との組み合わせによっては、患者負担がなくても患者が必要以上に受診をしなくなる仕組みがあったり、患者負担率に差を設けて、不要な受診を控えるよう誘導する政策もあった。しかし制度によっては、患者負担がないと、医師にもコスト意識がなくなり、患者の経済的負担を考慮しなくてよくなるため、必要以上の医療を提供しやすくなる場合もある。

日本のようにフリーアクセスが保障されていると、患者負担がない場合は自分の納得がいくまで医療機関を受診し続けることも可能であり、出来高払いの診療報酬制度と組み合わせると、

医師は来院した患者に適正水準以上の医療サービスを提供し、報酬を得るような行動をとるインセンティブが発生する。そのため、患者と医師の双方にコスト意識を持たせるために、患者負担を課すことは理にかなっている面もある。しかし、患者負担は低所得者に強く影響し、必要な受診を控える恐れもあり、健康への悪影響を引き起こすこともある。

「不要な受診を控えさせる」ことが目的であるのなら、患者ではなく医療の専門家である医師に「不要かどうか」を判断してもらうべきであり、それこそがかかりつけ医の果たすゲートキーパー機能である。患者負担を引き上げなくても、かかりつけ医制度を導入し、診療報酬制度に人头報酬を導入することで目的の達成に近づくであろう。

2019年6月に厚生労働省が定額制によるかかりつけ医制度の導入を検討した、という報道があった<sup>21)</sup>。患者負担の引き上げから、こうした政策に舵を切ったことは評価できる。ただし、完全な定額制にしてしまうと、以前のイギリスがそうであったように過少診療を招くおそれもあるので、出来高払いの診療報酬との組み合わせを考えることも必要である。例えば、初診料や再診料、指導料のようなアドバイスに関する報酬は定額の報酬に含め、処置などの技術や機器、薬剤が必要な医療サービスには出来高払いを認める、といったかたちである。

既存のフリーアクセスと出来高払いの組み合わせは、実際に存在するかどうかは別として、過剰な医療サービスを提供するインセンティブを与えやすい仕組みである。患者負担を課すことで患者と医師の双方にコスト意識を持たせる形で、医療サービスの効率的資源配分を行おうとしても、3(2)の分析からも医師には患者負担の高さとは関係なく医療サービスを提供する

傾向がみられる。それよりも、専門家である医師が主体となって、必要以上の医療サービスを患者に提供しない仕組みを制度に組み込む方が、よりダイレクトに効率的な医療資源配分を実現できるようになるであろう。

医療保障制度は、様々な制度による影響が絡み合っている。今後は、各政策がもたらす影響を考慮し、適正水準の医療サービスを患者に提供するインセンティブのある制度を構築するべきである。

#### 【注】

- 1) 厚生労働省 (2018a) p.1 参照。
- 2) 厚生労働省 (2018b) p.4 参照。
- 3) 内閣府 (2019) pp.59 ~ 63 参照。
- 4) 健保連 (2019) p.6 参照。
- 5) それ以前の制度では、給付期間に3年という制限があったり (1963年撤廃)、被用者保険家族や国保被保険者の患者負担率は5割であった (被用者保険家族は1973年、国保世帯主は1963年、世帯員は1968年に3割負担へ)。
- 6) 芝田 (2019) p.25 参照。
- 7) 芝田 (2019) pp.36 ~ 37 参照。ただし、原文では「患者負担」ではなく「一部負担」と記載されている。芝田 (2019) では、これらの言葉を学術的な意味合いの違いから、厳密に使い分けがなされているが、ここでは広く「利用者に課せられる負担」という意味合いで用いた。
- 8) 吉原・和田 (1999) pp.290 ~ 291 参照。
- 9) 医療費格差指数とは、10割給付の被保険者1人あたり医療費を1とした場合の、各給付率における1人あたり医療費の比率である。
- 10) レイ・ロビンソン (2004) pp.204 ~ 207、康永 (2018) pp.128 ~ 130 参照。
- 11) 芝田 (2019) pp.122 ~ 132 参照。
- 12) レイ・ロビンソン (2004) pp.211 ~ 212 参照。

- 13) 堀 (2018) pp.15 ~ 17 および厚生労働統計協会 (2018) pp.275 ~ 277 参照。
- 14) こうした人頭報酬には、過少診療を誘発するインセンティブがあるが、2002年から人頭報酬に加え成果報酬も設けられており、過少診療を行いくくする仕組みにしている。
- 15) フランスの制度については柴田 (2018) pp.7 ~ 11 参照。
- 16) ドイツの制度については藤本 (2018) pp.1 ~ 3 参照。
- 17) 康永 (2018) pp.121 ~ 123 参照。ここでは2016年の年間平均受診回数が示されており、その回数は日本12.7回、ドイツ10.0回、フランス6.3回、イギリス5.0回などとなっている。
- 18) 梅原・山田 (2012) p.141 参照。
- 19) 厳密に言えば、初診が含まれるレセプトの件数、と言える。初診を含まない継続した診察については、医師から再診の指示があって来院しているものと考えられ、患者の意思決定が入り込む余地が少ないと考えられる。ただ、ここでは初診を含むものと含まない者との分離は困難なため、1人あたり件数を用いた。
- 20) 厚生労働省保険局調査課 (2009) のデータを、診療報酬の改定率による変化分を捨象するかたちで加工した上でグラフ化した。
- 21) 2019年6月25日、日経新聞を参照。

#### 【参考文献】

- 相原光 (2019) 「高齢者医療制度の現状と課題」『週刊社会保障 夏季特別号』第73巻3034号、pp.18 ~ 25
- 梅原昌宏・山田康夫 (2012) 「患者自己負担率の引き上げによるセルフメディケーション推進に関する研究」『医療と社会』Vol.22 No.2、pp.139 ~ 156
- 健康保険組合連合会編 (2018) 『図表で見る医療保障 平成30年度版』ぎょうせい

健康保険組合連合会 (2019) 「今、必要な医療保険の重点施策 - 2022年危機に向けた健保連の提案 - 」

<https://www.kenporen.com/include/press/2019/201909093.pdf>

厚生労働省保険局調査課 (2009) 『医療保険に関する基礎資料』厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryohoken/database/zenpan/kiso.html>

厚生労働省 (2018a) 『平成29年度医療費の動向』厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000177609.pdf>

厚生労働省 (2018b) 『平成28年度国民医療費の概況』厚生労働省ホームページ

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/16/dl/data\\_h28.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/16/dl/data_h28.pdf)

厚生労働統計協会 (2018) 『保険と年金の動向 2018/2019』厚生労働統計協会、pp.275 ~ 279

芝田英昭 (2019) 『医療保険「一部負担」の根拠を追う 厚生労働白書では何が語られたのか』自治体研究社

柴田洋二郎 (2018) 「フランスにおける患者負担の特徴と動向」『健保連海外医療保障』No.119、pp.7 ~ 14

内閣府 (2019) 「経済財政運営と改革の基本方針 2019」内閣府ホームページ

<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/decision0621.html>

長瀬恒蔵 (1935) 『傷病統計論』健康保険医報社

藤本健太郎 (2018) 「ドイツの患者負担のあり方について」『健保連海外医療保障』No.119、pp.1 ~ 6

堀真奈美 (2018) 「イギリスの患者負担の在り方」『健保連海外医療保障』No.119、pp.15 ~ 22

前田信雄 (1978) 「給付率等の変更による医療費の波及に関する研究」『季刊社会保障研究』Vol.14

No.2、pp.2～32

康永秀生（2018）『健康の経済学 医療費を節約するために知っておきたいこと』中央経済社

吉原健二・和田勝（1999）『日本医療保険制度史』東洋経済新報社

レイ・ロビンソン（2004）田畑雄紀訳「医療における自己負担」一圓光彌監訳『医療財源論 ヨーロッパの選択』光生館、pp.189～214

---

たばた ゆうき

2011年、関西大学大学院経済学研究科博士課程修了、博士（経済学）。

関西大学経済学部・政策創造学部、平安女学院大学・龍谷大学・相愛大学・愛知学院大学他で非常勤講師、および関西大学経済政治研究所非常勤研究員を経て、2017年より現職。

【専門領域】

社会保障論・医療保障制度。日本とイギリスの医療保障制度を主たる研究領域としている。

【著書】

田畑康人・岡村国和編著『読みながら考える保険論』〔第Ⅳ部1章 社会保障と社会保険〕〔第Ⅳ部4章 高齢社会における日本の医療保険と介護保険〕pp.255～266、pp.295～308 八千代出版、2018年

国立大学法人山口大学大学院東アジア研究科編著『東アジアの医療福祉制度』〔第5章 イギリスの医療保障制度〕pp.58～73 中央経済社、2018年

【論文】

「イギリスにおける医療費適正化政策と医療提供体制」『健保連海外医療保障』No.118 pp.15～21、2018年

---