

公的医療保険における 患者負担の影響

山口大学経済学部経営学科

田畑 雄紀

報告の概要

右肩上がりの我が国の医療費を、適正な水準で管理・抑制していく必要がある。日本では医療費抑制政策として、公的医療保険制度のもと医療の適切な利用を促すべく患者負担の引き上げが行われてきた。現役世代の患者負担率が原則3割で統一された今、これ以上の負担率引き上げが難しい状況になると、患者負担率に加えて課せられる「定額負担」も議論された。

海外では、患者負担を課さずに医療保障制度を実施している国もある。そこで97年・03年の公的医療保険制度の患者負担引き上げが、医療サービスの適正利用や費用抑制を促す効果があったのかを検証する。そしてその効果をふまえ、今後どのような政策が日本の公的医療保険制度に必要なかを考える。

医療保障制度の財源

○医療保障制度の財源

= 保険料・税・患者負担

○第三者による支払い

→ 民間医療保険・公的医療保障など

財源：保険料（公・民）・普通税

○患者負担ゼロ（100%第三者支払い）

～患者負担100%（自費診療）

※現在は第三者が医療費の大部分を負担

患者負担の効果

○患者負担がないと・・・

患者のモラルハザードを誘発

→医療サービスに対する過剰な需要を促し、支出が増加

○患者負担があることで・・・

→患者のコスト意識が高まる→不要な受診を控える

→医療費抑制効果

※ただし、経済的理由により必要な受診まで控える可能性

→健康悪化を招く恐れも

→これは適正な医療サービスの利用とは言えるのか？

患者負担に関する先行研究

○長瀬効果

- ・長瀬恒蔵『傷病統計論』（1931年）
- 医療費を患者負担率を変数とした減少関数であると仮定。
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を算出できる二次関数を推計
- 保険制度ごとに減少関数の関係式を作成

○ランド医療保険実験

- ・ランド研究所において、1974～1982年にかけて7708人を対象に行動を検証。

患者負担に関する先行研究

○ランド医療保険実験（続き）

- ・対象者に患者負担の種類と程度の異なる15の医療保険商品の中から1つを選んでもらい調査。
- 医療サービスの利用は、**患者負担の高い保険商品ほど減少**。
患者負担の増加は不適切な医療に加え、**適切な医療の利用も低下**
- 健康水準の悪化

※費用抑制効果だけでなく、効率的な医療サービス利用の面でも影響を与える可能性を示唆

医療サービス利用の抑制に対する反応

○患者負担が増加すると・・・

- ・患者は受診を抑制→医療費の削減
= 医療サービス供給側の収入が減る（出来高払いの場合）
→診療行為を増加させる・患者負担のない（少ない）対象者への診療を増やすことで減収に対応可能
→総医療費の抑制効果に繋がるか疑問
- ・低所得者など弱者の医療需要を過剰に抑制
→健康状態の悪化→患者負担の減免制度が必要
→減免制度の運用・管理のコストも考慮する必要

海外の医療制度における患者負担

○イギリス

- ・原則患者負担なし。かかりつけ医制度。
- ・歯科・薬剤などにある患者負担には免除制度（8割以上の人が免除）

○フランス

- ・外来：かかりつけ医受診は30%＋定額負担（受診50回まで1回につき1ユーロ）
かかりつけ医以外の受診は70%＋定額負担。薬剤は薬効によって負担率が変わる
- ・入院20%＋定額負担分
- ・患者負担支払いのため、人口の95%が民間医療保険に加入（被用者は加入が義務づけ）

○ドイツ

- ・外来診療は患者負担なし。薬剤・包帯などには10%（5～10ユーロまで）かかりつけ医制度。
- ・入院1日10ユーロ（年28日まで）

もしも患者負担がなかったら...

※フリーアクセス・出来高払いの日本の公的医療保険制度（外来）の場合

○患者の立場

- ・ 軽い症状でも受診する
- ・ 複数の医療機関を受診しやすくなる

○医師の立場

- ・ 患者の経済的負担を考慮しないので、複数の治療法がある場合、高い治療法を選択する可能性。来院の頻度をあげるよう指示もしやすい。患者負担のある者と無い者がいた場合、無い者の方で診療行動を増やし手収入を得ることもありうる（スライド7）

※日本のフリーアクセス・出来高払いの制度の下で患者負担をなくしたら、医療費が上がる余地が大きい。

患者負担の変化の影響（まとめ）

- ・ 患者の**コスト意識**による**受診抑制**
- ・ **必要な受診も抑制**し重症化。余計に医療費がかかる可能性
- ・ 低所得者など弱者に大きく受診抑制が働きやすい
- ・ 負担の減免制度が必要。管理運営コストの問題
- ・ 受診抑制による医療機関の収入減少
- ・ 減収を押さえるべく**診療行為を増加させる行動**をとるか、**患者負担のない者へ診療行為を増加させ、総医療費の抑制につながらない**可能性。



- ・ 患者の不要な医療需要の抑制を目的にするなら、過剰な医療を勧める医師のモラルハザードに対策を講じる方が効果的である可能性

Elias Mossialos, Anna Dixon(2002) より

本研究の概要

○目的

- ・日本の公的医療保険における患者負担引き上げによる影響を調査。コスト意識の増大による患者の受診抑制や、それによって生じる収入減少を補うような医師による診療増加が起きているかの検証。
→今後の公的医療保険制度のあり方を導く。患者負担の軽減が与える影響を考察。

○対象

- ・1997年及び2003年の被用者保険被保険者本人の患者負担率改定

○使用データ

- ・厚生労働省保険局調査課（2009）『医療保険に関する基礎資料』

医療費三要素とTwo-Partモデル

○Two-Partモデル

- ・ 患者は受診するかどうかの決定をする（First Part）
- ・ 患者が受診するとその後は医師が医療行為を決定（Second Part）
→ 医師と患者の間に存在する情報の非対称性により、患者は
Second Partに影響を与えにくい

○医療費三要素

- ・ $1人あたり医療費 = 1人あたり件数 \times 1件あたり日数 \times 1日あたり医療費$
- ・ 1人あたり件数： **患者**の受診行動の指標
- ・ 1件あたり日数： **医師**の指示及び患者の意思でも増減（医師＞患者？）
- ・ 1日あたり医療費： **医師**の裁量により増減

※三要素のどの変化が顕著かを調査し、患者負担改定の効果を確認

入院医療は患者が受診行動抑制が働かないので、外来医療のみ対象

被用者保険被保険者の患者負担改定

○1997年9月

- ・被用者保険被保険者の患者負担率1割→2割へ
- ・すべての医療保険で薬剤一部負担金導入

○2003年4月

- ・被用者保険被保険者の患者負担率2割→3割へ
- ・すべての医療保険で薬剤一部負担金廃止

※この前後の政管健保（現・協会けんぽ）と組合健保被保険者の医療費三要素の動きに注目。患者負担の変更がない被扶養者のデータとも比較。データは診療報酬改定の変化率を考慮。

97年の患者負担引き上げは9月なので、97年のデータの一部は1割負担時のものであることに留意

データ分析（1）

○別紙資料参照（図表5～12）

- ・ 1人あたり医療費：97年（98年）・03年で被保険者の減少が大きい。
その他の年ではどれも上昇傾向。96年ではそれぞれの被保険者＞被扶養者。06年では被扶養者が両方の被保険者を上回る。被保険者の医療費抑制には効果あり。
- ・ 1人あたり件数：患者負担改定前後で被保険者はやや低下。その他ではほぼ横ばい。03年改定の翌年の増加は他の年より顕著（ただし、被扶養者も増加）。被扶養者は全体的に増加。96年で最も高かった政管被保険者の件数の減少幅が大きく、組合被保険者との差が縮まる。被扶養者データの増加と比べると、被保険者が受診を控えたことがうかがえる。

データ分析（2）

- ・ 1件あたり日数：全体的に低下傾向。03年以降低下が鈍化。96年時点では政管被保険者が最も多かったが、06年では被扶養者の方が多くなっている。政管健保の日数が比較的抑制幅が大きい。
- ・ 1日あたり医療費：医療費は全体的に増加傾向。被保険者の変化率を見ると、99年～03年まで被扶養者を上回る増加率。その後も90年代と比べると高めの増加率で推移。他の要素と比べ、費用抑制的な動きが見られないので、少なくとも患者負担引き上げが費用を抑える方向には働いていない。

寄与率から

○別紙資料参照（図表13～16）

※97年の改定は9月なので、97年4～8月まで被保険者は1割負担。そのため、98年まで含めて影響を確認する。

- ・ 97年改定：図表13・14より。

1件あたり日数の減少が顕著。1日あたり医療費が費用抑制効果を打ち消す方向に働いている。

- ・ 03年改定：97年改定と同様の動き。政管・組合共に1日あたり医療費の増加の寄与率が97年改定時より大きい。

患者負担引き上げの効果（まとめ）

- ・ 患者負担率引き上げ後、患者がコントロールしやすい「1人あたり件数」が減少しており、患者による受診抑制が確認できる。ただし、組合被保険者の方は、その後1人あたり件数が増加し、元の水準に戻っている。政管健保被保険者は、03年以降やや上昇するが、組合との差は縮んでいる。
- 相対的に**所得の少ない政管健保被保険者の方が、患者負担の引き上げに敏感に反応**した可能性。03年以降は減少しなかったことで、**この水準が適正な医療需要**といえるのではないか（96年の水準は過剰な需要だった？）
- ・ 全体的に減少。「1件あたり日数」も被保険者の方が、減少傾向が強い。こちらも政管健保被保険者の減少が強い（被扶養者を追い抜く）

患者負担引き上げの効果（まとめ）

- ・ 医師によってコントロールされる「1日あたり医療費」は、全体的に上昇傾向にあるが、変化率でみると患者負担引き上げ後に被保険者の方が高めに増加。寄与率からも、費用抑制効果を相殺する形の影響を確認。
- 1人あたり件数や1件あたり日数の減少による、**減収分を相殺しようとしている可能性**も。
- 医師への費用抑制策**も併せて行えば、医療費の上昇効果を抑え、適正な医療費水準に導けるのではないか。
- **診療報酬制度改革**の必要性

これからの医療保険制度改革

- ・患者の需要抑制を目的とした、一般的な患者負担率の引き上げは困難。

今後単純に医療保障制度の追加的財源を目的に、患者負担率の引き上げや定額負担導入をすると、必要な医療を抑え国民の健康悪化を招き、かえって医療費がかかる可能性がある。

→出来高払いでは、医師が「1日あたり医療費」をコントロールしやすい。

イギリスなど患者負担のない国では、人頭報酬等の定額の診療報酬制度を採用。

出来高払いと併せて用いることで、医師の医療費へのコントロールを限定的に。

☆ 日本でも、診療報酬制度改革が必要。外来診療の一部に包括払いや人頭報酬等の導入を検討し、患者だけでなく医師による医療費抑制も図るべき。

取るに足らない軽い症状で患者が来ても、医師が「来なくて大丈夫」という指示し、患者を帰す診療をすることで、医師の利益につながるような診療報酬制度を構築すれば、不要な受診による医療費の無駄遣いは抑えられる

今後について

- ・ 最初から患者負担があり、負担率（額）が増加する
→ 影響が少ない。受診を控えるほどでなくなるかも。
- ・ 患者負担ゼロの人に患者負担を導入
→ 需要に大きく影響するのでは？
- ・ 患者負担があった人が、負担がなくなる
→ 受診しやすくなる。これまで控えていた需要が顕在化



- ・ 最初の患者負担の状態とその変化の仕方によって、医療費へのインパクトが変わり、医師と患者の行動がより鮮明に顕れる可能性がある
- ・ 日本では患者負担が下がったり、患者負担がゼロになることはなかったが、最近子ども医療費助成制度が広がり、分析が可能になるかもしれない

補足：気になる政策

○子ども医療費助成制度

- ・全都道府県で就学前児童に何らかの医療費助成が実施。市町村単位では、さらに充実した医療費助成（**小学校・中学校卒業まで患者負担無料等**）

→医療費助成により無料になった子どもの医療では、過剰な医療需要が発生していないのか？

- ・医師の子どもへの診療行動に、スライド9で示した懸念事項が起きていないのか？

※受診の必要がない軽い症状受診し、無料で薬を多くもらうような患者は発生しないのか、患者の経済的負担を考えなくていいため、高額な医療や通常よりも多めな診療行為を行うような医師は出てこないか？

患者負担がなくなった人達をとりまく受診・診療行動についても研究対象にしたい。

【参考文献】

- ・ 和泉徹彦（2014）「児童医療費助成の社会的影響：政令指定都市及び東京都の加算を考える」嘉悦大学研究論集 56-2
- ・ 一圓光彌監訳（2004）『医療財源論 ヨーロッパの選択』光生館
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 馬場園明（2006）「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）
- ・ 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
- ・ 厚生労働省保険局調査課（2009）『医療保険に関する基礎資料』
- ・ 別所俊一郎（2012）「子どもの医療費助成・通院・健康」『季刊社会保障研究』Vol.47 No.4

- ・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
- ・Elias Mossialos, Anna Dixon(2002) *Funding Health Care*, European Observatory
on Health Care Systems.