

医療保険のあり方を考える

患者負担引き上げの効果



関西大学 経済学部
教授 一 圓 光 彌

医療費が高いからといってより高い健康水準が確保されているとは限らないこと、むしろ保健福祉事業の強化が医療費を抑制し健康水準を高めるうえで効果がありそうだということについて、検討してきた。ここでは、医療費の適正化と患者負担の関係について考えてみたい。

1 患者負担と医療費

地域に医療機関がなく、また住民にも医療費を負担するだけの余裕がなく、人々が十分な医療を受けられなかった時代には、医療保険が普及して、受診時の患者の負担が軽減されるのが、医療費を引き上げる主な原因であった。

人々は、医療保険のおかげで安心して医療を受けられるようになり、医療機関は、そのおかげで安心して診療所や病院の増設、新設ができた。供給体制を整備することが可能となった。日本では、特に皆保険制度以降、経済環境にも恵まれて、急速に医療供給の整備が図られ、だれもがどこでも、基礎的な医療を受けられる体制が整備されるようになった。供給体制を整備する段階では、受診時の費用負担の軽減は非常に重要で、そのことよってのみ受診機会の拡大を達成することが可能であった。人々の生活水準も向上し、医療供給も整備され、医療保障が一定のレベルに達するようになると、それ以

上の医療供給の追加は、これまでほどには費用効果を発揮できなくなった。経済学では、産出量を増やしていくにしたがって、単位当たりの生産コストが上昇する現象を収穫逦減の法則というが、医療の世界でも同じような理屈が成立する場合が少なくないであろう。こうして、多くの先進諸国で、医療費を適正化することが政策課題となるようになった。その場合、まず対策として取り上げられるのは需要を抑制するための患者負担の引き上げで、一昨年9月に実施された患者負担の引き上げも、こうした効果をねらったものの一つであった。

一昨年の患者負担の改革の主な内

容は、全対象者について外来の薬剤の負担が新設され、それ以外には、被用者本人で1割負担が2割に引き上げられ、老人で外来と入院の患者負担が引き上げられている。図1は、医療費の対前年度伸び率の変化を、平成7年度から10年度にかけて示したものである。9年9月の患者負担増の改革後、医療費の伸びは大きく抑制されているが、その影響は患者負担の引き上げ幅が大きかった被用者本人に一番強く表れ、被用者保険の家族と老人に対する影響がその次に強く、国保被保険者（老人医療対象者は含まない）に対する影響が最も少なくなっている。注意すべきは、10年度の5月頃を境にまた増加率が上昇しだしていることで、患者負担の引き上げの効果は、必ずしも長続きしないという通説を裏つける結果となっている。

図2は、主要先進諸国の医療費の対GDP比と医療保障水準との関係を調べたものである。一般に、総医療費に占める公的な医療保障費の割合が高いほど医療費は高くなると考えがちな例であるが、先進諸国を例に取ればそのことは当たらない。むしろ

図1 医療費対前年度伸び率の推移
(厚生省保険局調査課調べ)

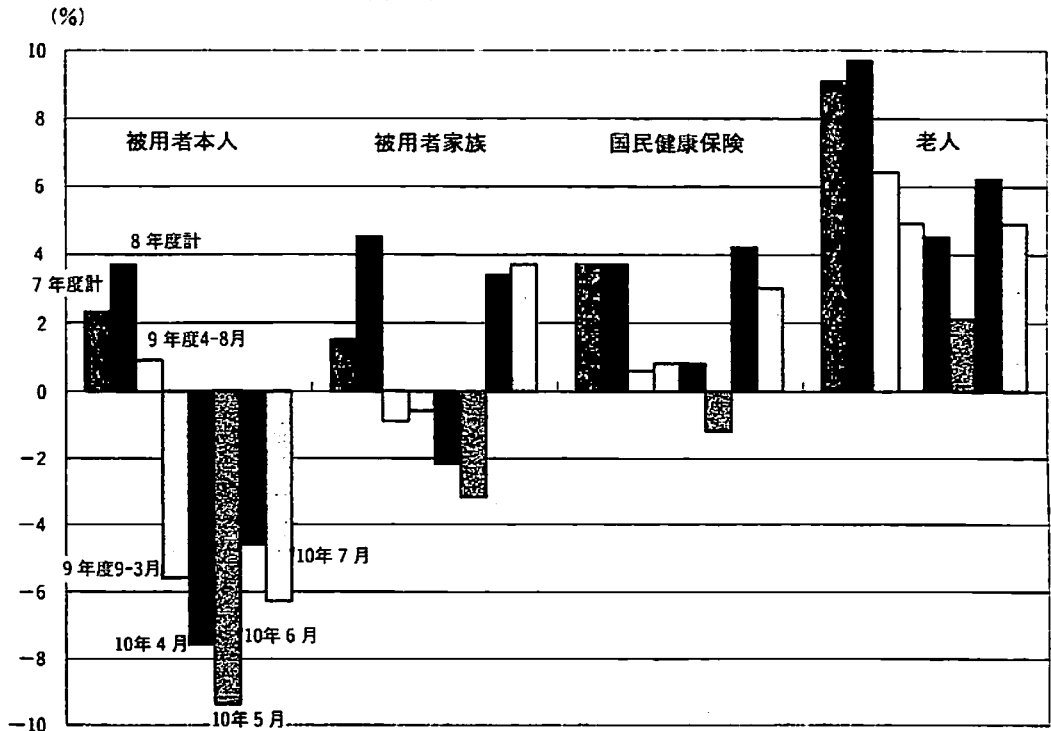
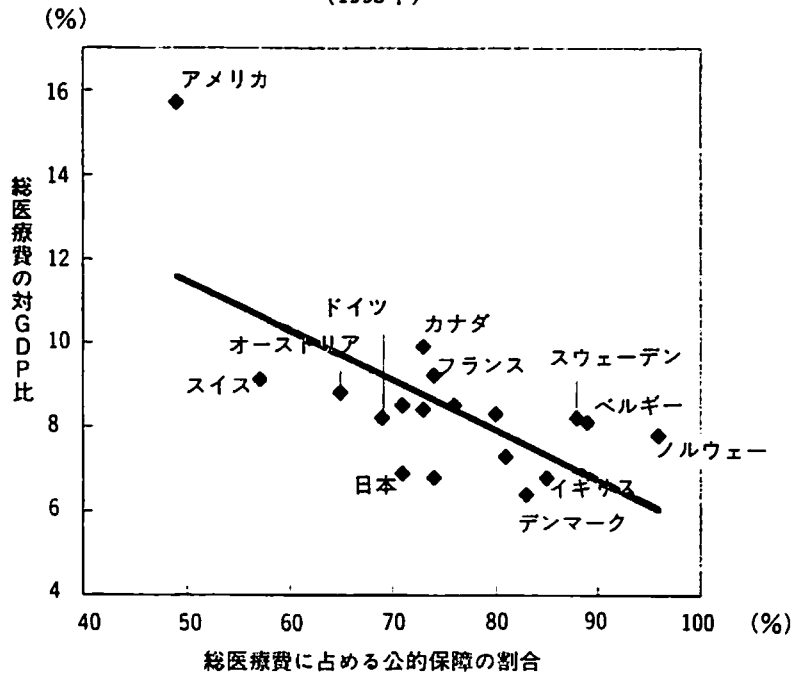


図2 総医療費と公的保障の関係
(1995年)



(資料) Office of Health Economics, Compendium of Health Statistics 9th edition, 1995.

2 国保医療費の内訳

図3は、1995年5月における

国保の入院ならびに入院外・歯科の診療開始月別の件数累積分布および点数累積分布を示したものである。

入院、入院外・歯科いずれの場合に

も、総件数の35～36%は半年以上前に、51～55%は3カ月以上前に診療を開始していることがわかる。両カーブを比べると、入院の方が右下と左上で入院外・歯科の上に位置している、入院では5年以上といった長期患者が多いこと、また当月や前月の患者も少なくないことを示している。

同じ図で、点数(医療費)分布を比べると、入院外・歯科のカーブは中央部分で入院のカーブを大きく引き離している、入院外・歯科の医療費に占める長期患者の医療費の比重が、入院の場合と比べて大きいことを示している。いずれにせよ、受診件数や医療費の多くは、すでに初診が終わったあとの継続的な受診やその医療費であることが明らかである。

図4と図5は、入院と入院外・歯科の点数の累積分布を年齢階級別に示したものである。60～64などと表示しているのが年齢階級であるが、高齢者のカーブが上位に位置している、それだけ医療費がかかっていることを示している。また、特に入院外・歯科の高齢者のカーブは、若い世代と比べて中央で大きく盛り上がる。

反対に、受診時の患者負担の比率が低い国ほど、総医療費を抑制できていることがわかる。

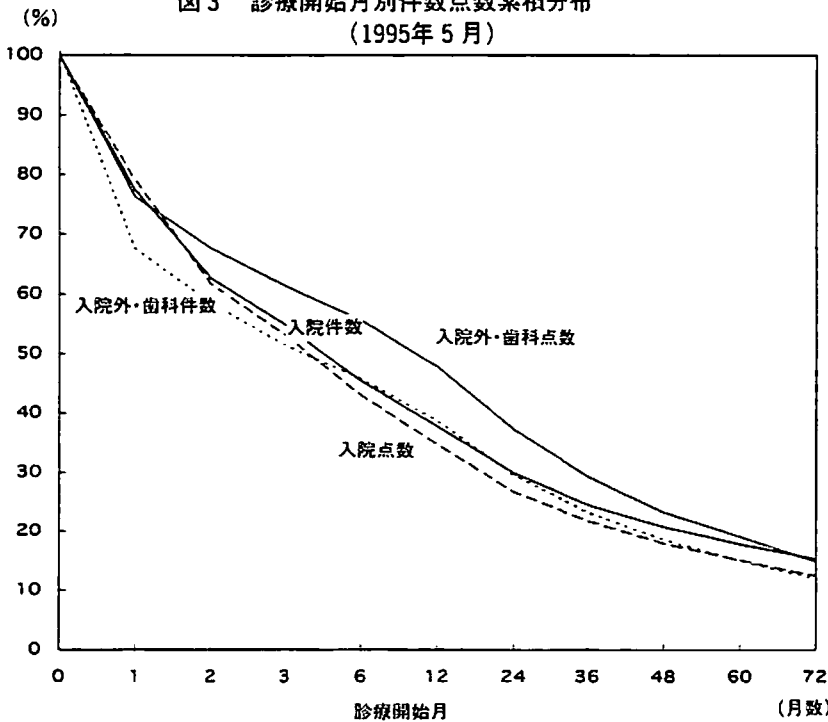
そこで次に、患者負担の引き上げが、医療費の抑制に結びつかなくなった理由を国民健康保険の医療費統計を用いて検討してみよう。

っており、長期受診の比率が高いことを示している。長期受診患者は、患者負担が引き上げられたからといって、受診を控えることは難しいであろうから、高齢者ほど、自ら医療需要を抑制できる余地は少ないといえる。

患者自らが自己の判断で受診を抑制できるのは、第1回目の受診で、それは統計上は、当月受診、ないし前月受診の受診の一部に限定されるであろう。しかも実際は、第1回目の受診の多くは、第2回目以降の受診につながるため、第1回目の受診抑制は、何回も続くことになるであろう一連の受診の最初の1回を遅らせるだけで、したがってそれによる医療費抑制効果も一回限りで終わる可能性が高い。患者負担を引き上げて受診を抑制することが難しいのは、このような理由からである。また、入院医療については、診断を経て初めて入院が認められるわけであって、若干の患者負担でその需要が影響を受けるとは考えられない。

以上から、医療需要に影響がでるのは、入院外・歯科あるいは調剤の当月開始の医療費に限られると仮定

図3 診療開始月別件数点数累積分布 (1995年5月)

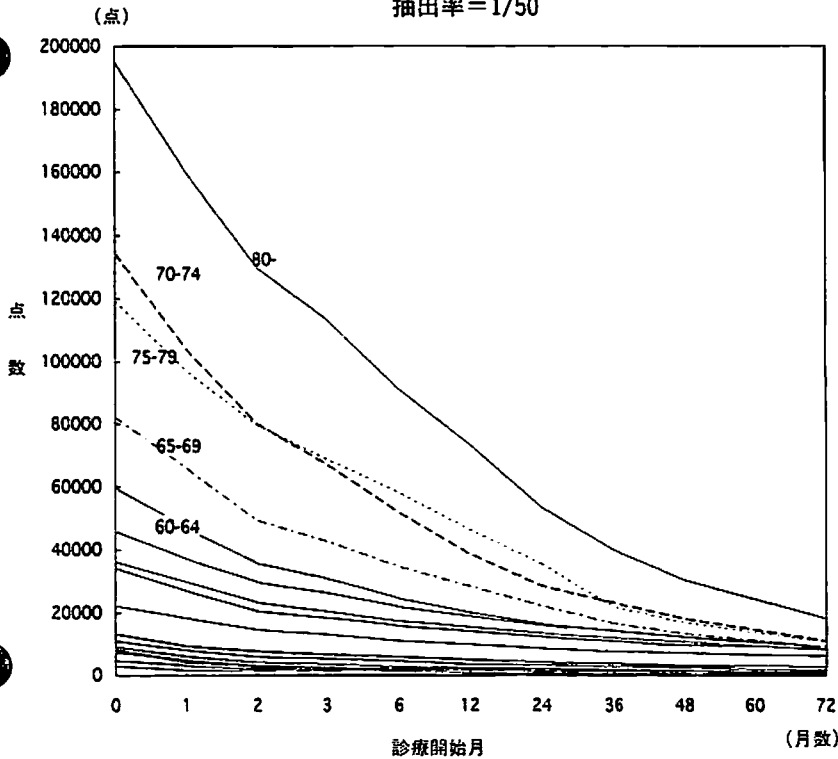


(資料) 厚生省保険局『平成7年度国民健康保険医療給付実態調査報告』1997年3月

し、それが医療費全体のどの程度に当たするかを計算してみよう。表1には、国民健康保険の1995年5月診療分の総医療費の内訳、入院、入院外などそれぞれの医療費に占める当月開始の医療費の割合を示している。総医療費に占める当月開始の医

療費の割合は17・0%であるが、そのうち8・4%は入院であるので、残る8・6%が医療需要で影響しそうな医療費部分であると考えられる。もし、患者負担の導入で、総医療費の8・6%に相当する医療需要の抑制が起これば、この数字は非常に

図4 1995年国保入院点数累積分布
抽出率=1/50



大きな意味を持つが、すでに述べたように、そのかなりの部分（仮に2カ月以上続いている受診がそれに該当すると4分の1に当たる）は受診を1〜2カ月遅らせる効果しか持たない可能性が高い。また、長期継続医療につながらない医療に対する受診抑制効果に関して、先進諸国で

は、人々が早晩、新しい患者負担の水準に備えるようになるので、患者負担が医療費そのものを抑制する効果は少ないといえる。

3 むすび

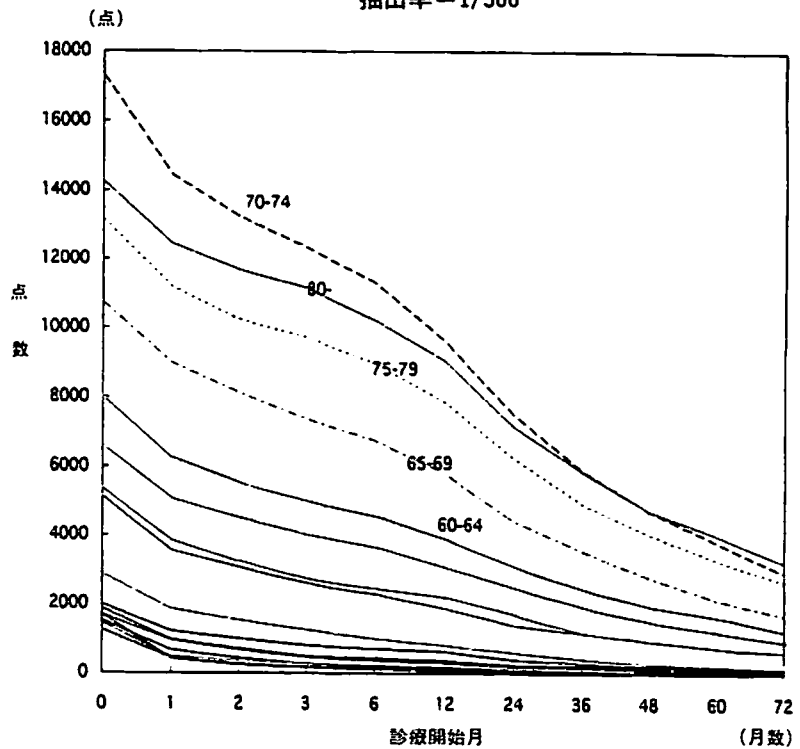
以上のように、患者負担が患者の受診行動に与える影響は大きくなく、

あったとしても一時的である。しかし患者負担のなかには、直接患者に及ぼす効果は少ないが、患者の負担を心配する医者に作用して、医療費節約効果を発揮するものも少なくない。言い換えれば、患者負担が、初診の医療需要にはなく、その後の診療や投薬に影響する場合である。

一般に定額の患者負担より定率の患者負担の方が、医療費に応じて患者負担も増加するので、医師の診療に影響を与える可能性は高い。もともと、高額療養費で上限が定められている状況では、その効果もそれほど大きいとはいえない。老人医療に対して1割定率負担の導入が議論されているが、老人の患者負担については、低所得の者が少なくないこと、受診が長期化しかつ複数科の受診も少なくないことなどを十分に考慮し、かかりつけの医師による継続的な医療が妨げられないよう十分に配慮することが必要であろう。

一昨年の改革では、薬剤の患者負担が別途設けられるようになったが、これについてはある程度の効果がでたのではないかと考えられる。薬に対する患者の需要が控えられたから

図5 1995年国保入院外歯科点数累積分布
抽出率=1/500



ではなく、医師による薬の投与が控
えられたためであることは言うまで
もない。日本の医療の問題として、
平均入院日数の長さや医療費に占め
る薬剤費比率の高さがあげられてい
るが、よりよい医療のあり方を導く
一つの手段として患者負担を活用す
るというのは、ある程度やむを得な

いであろう。しかし、限られた財源
のなかでよりよい医療を確保する
という医療保障本来の課題にこたえる
には、医療供給側にそのことを実現
できるようなインセンティブを取り
入れることが不可欠であるし、医療
保険制度のなかにシステムとして予
防の役割が組み込まれていなくては

表1 国保医療費(1995/5)の内訳と当月開始医療費の割合

	総点数 (億円)	構成比 (%)	当月開始の医療 費の構成比(%)	当月開始の医 療費(億円)	総医療費に占める 当月医療費の割合(%)
入院	3,885	42.4	19.8	769	8.4
入院外	4,200	45.8	14.9	626	6.8
歯科	650	7.1	14.9	97	1.1
調剤	430	4.7	14.9	64	0.7
合計	9,165	100.0	17.0	1,556	17.0

(資料) 厚生省保険局「平成7年度国民健康保険医療給付実態調査報告」1997年3月

ならない。諸外国で導入されている
予算制度の活用やマネジドケアの
導入、あるいは保険者による保健教
育や保健福祉事業の取り組みなどが、
そのよい例であろう。