

て72.5%にまで減少した。しかし、1990年には72.9%と増加に転じ、1993年の75.6%にかけて増加し続けた。その後、1998年まで75%前後で安定している。

この1980年代の後半にみられた高齢者の就業率の上昇は非常に興味深い。なぜならば、その原因が明らかにされれば、それに応じて将来の労働力不足を解消する政策を打ち出すことができるからである。小川(1997)は、『高齢者就業等実態町』の個表を用いたプロビットモデルを用いて、就業の意志決定が何によるかの分析を試みた。その結果、1988年から1993年にかけての60~64歳男性の就業率の上昇は、世帯累計間の人口移動によって説明され、公的年金額の変動によるものではないという結論を得た。また、安部(1997)も同じデータを用いて、誘導型での労働供給関数の推計を試みた。その結果、やはり1980年代後半に見られた労働力率の上昇は、年金受給額の変動によるものではないことが確かめられた。大日(1999)は、『国民生活基礎調査』を用いて、高齢者の就業が何によるかのプロビット分析を試みた。その結果、高齢者の就業は、年金よりも賃金変化に大きく依存することが分かった。

これまでの、研究を振り返ってみると、高齢者が就業するか否かは年金受給額の変化よりもむしろ景気に左右される部分が多いようだ。しかし、1994年以降も60歳~64歳高齢者(男子)の就業率は75%前後で安定している。この時期はバブル経済の崩壊に端を発した長期的不況下であり、景気は良くなかった。それにも関わらず、彼らの就業率が減少していないのは何故であろうか。言い換えれば、1994年の在職老齢年金制度改正が高齢者の就業を促進された可能性があるのではないか。

### 3. 高齢者の就業への影響考察

図表2-3より、60歳~64歳高齢者(男子)の労働力率は、1993年の75.6%をピークとして、その後75%前後で安定していることが分かった。そこで、彼らの就業決定がどの程度年金と関わっているのか、『高齢者就業等実態調査報告』に基づいて検証してみよう。

まず、65歳高齢者(男子)の年金受給者に占める在職率を図表2-4により見てみよう。すると、彼らの在職率は1985年には10%にも満たなかったが、1986年には10%を、1990年には20%を超えている。その後1992年にかけて上昇し、1994年をボトムとしながらも、1995年には27%と飛躍的に上昇し、その後28%前後で安定している。この1995年以降の在職率の上昇は、在職老齢年金制度改正を大きく関係してい

と思われる。なぜならば、1994年改正により、在職老齢年金制度は賃金の増加に応じて、賃金と年金の合計収入が増加するように改正されているためである（1995年4月施行）。すなわち、この改正により、65歳未満年金受給者の就業率は確実に上昇していることが伺われる。

次に、図表2-5により新規裁定者（男子）に占める在職者の割合を年齢階級別にみてみよう。これによると、60歳から64歳における新規裁定者にしめる在職者の割合は、1985年では最大8%（60歳）最小0.5%（64歳）であり、1990年では最大20%（60歳）最小2.3%（64歳）、1995年では最大30%（60歳）最小6%（64歳）であった。すなわち、1985年から1995年にかけて、新規裁定書にしめる在職者の割合は確実に上昇した。

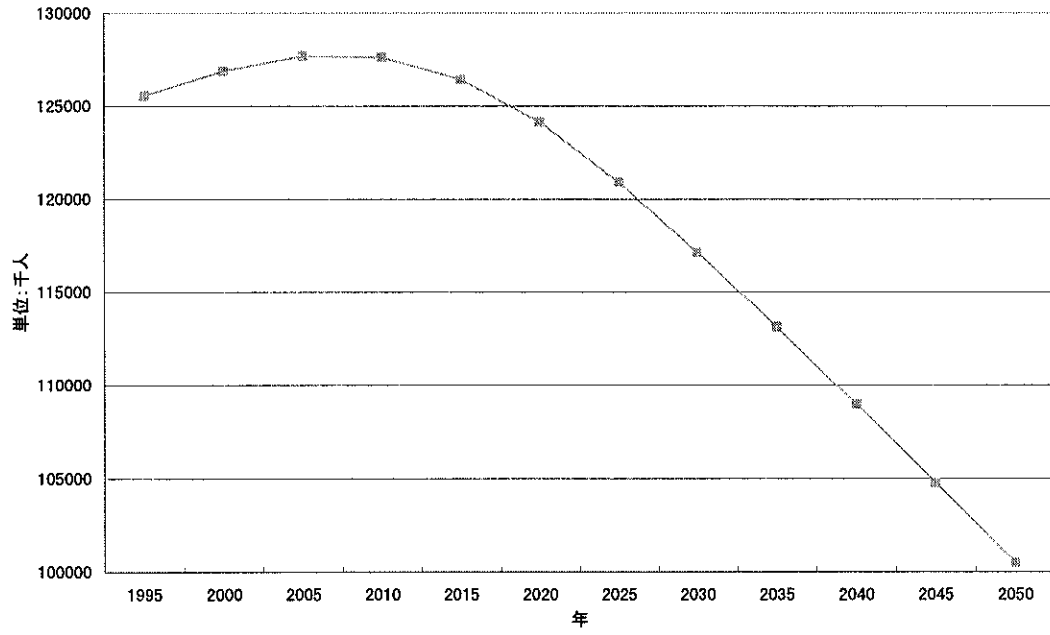
しかし、1996年と1997年では61歳から64歳におけるそれは5%前後であり、1995年水準を下回っている。逆に、60歳では、ともに40%強と1995年水準を大きく上回っている。このことから次の2点を指摘することができる。一つは、60歳における新規裁定時においてすでに職を有している人の割合が増加している。他の一つは、61歳から64歳では新規裁定者に占める在職者が減少している。

#### 4. まとめ

ここでは、在職老齢年金制度の経緯を振り返るとともに、従来の研究をサーベイを行った。また、『高齢者就業等実態調査』を用いて、1994年改正が高齢者（60歳～64歳男子）の就業に与えた影響の分析を簡単に行った。その結果、次の点が分かった。第1に、1994年改正により高齢者の就業率は確実に上昇した。第2に、それを年齢階級別にみると、60歳に新規裁定を受ける年金受給者について特に在職率は高くなっている。これより1994年改正は高齢者の就業に対してプラスに働いている可能性があることが分かった。

従来の研究では、1980後半の高齢者の就業率の上昇は、年金によるものではないとされてきた。しかし、当時の研究を時系列をのばして見てみると、たしかに1994年以前のその要因は景気によるものと思われるが、1995年以降は在職老齢年金制度の効果の方が大きいと予測される。在職老齢年金制度は、これまで高齢者の就業を抑制するものと認識されてきた。しかし、今後その問題を克服するように、具体的にどのような制度改革を行うべきなのか。1994年の在職老齢年金制度改正の検証が、急がれる。

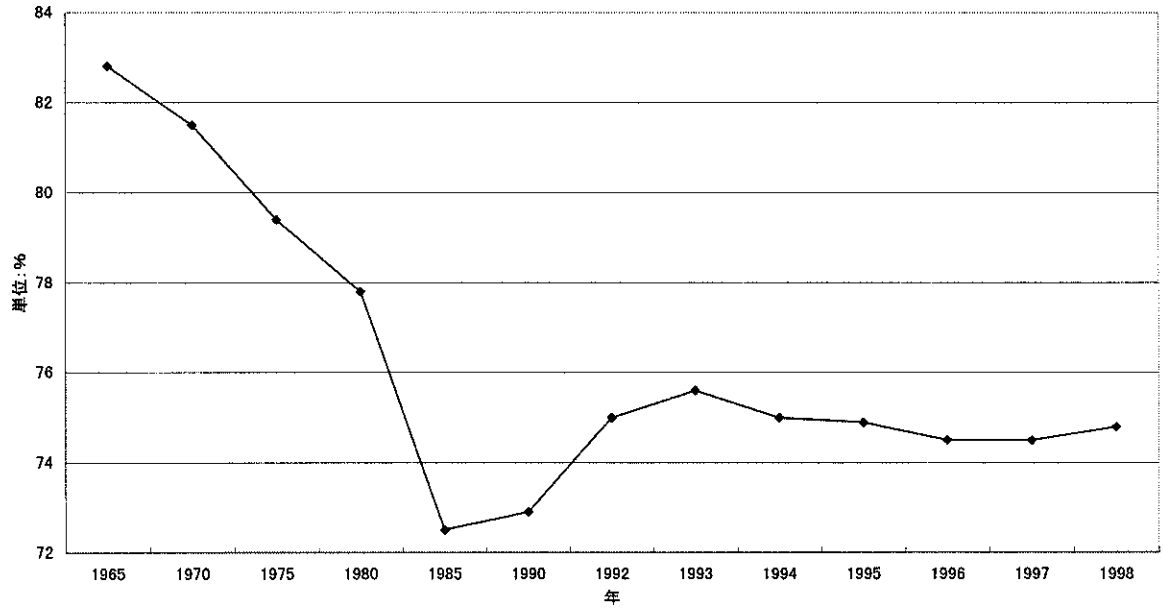
図表2-1 将来推計人口の推移



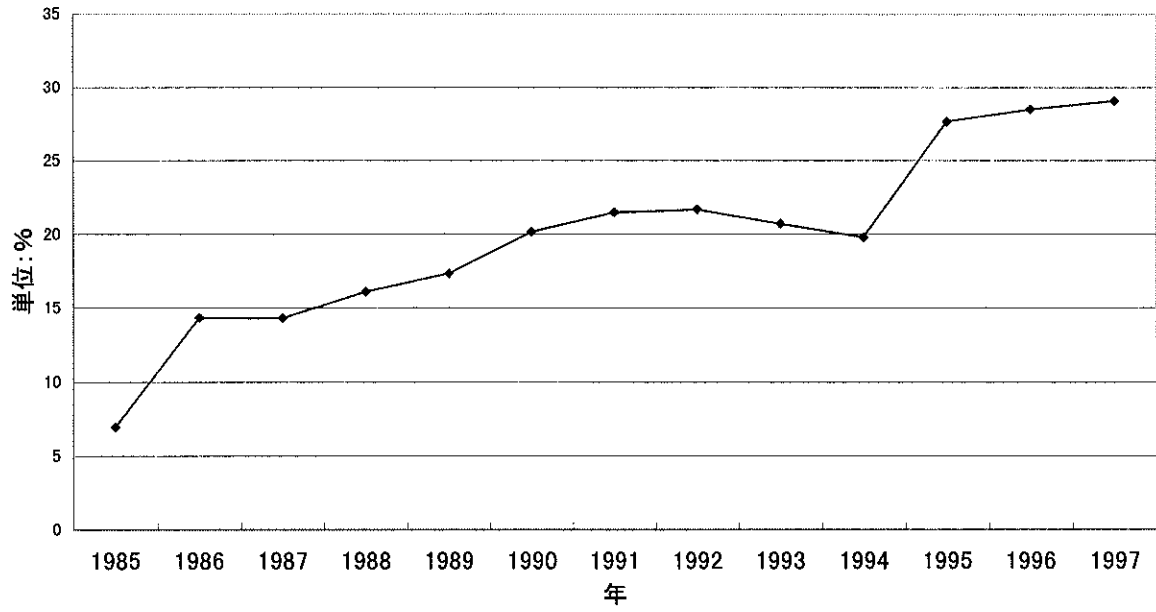
図表 2 - 2 在職老齢年金制度の経緯

改正の年	65歳以上の在職者への支給 (高在老)	60～65歳未満の在職者への支給 (低在老)
昭和40年 高在老制度 創設	退職が年金支給の要件となっていたが、低水準の賃金だけでは生活が困難との理由から年金を8割支給する制度を創設。	—————
昭和44年 低在老制度 創設	—————	65歳未満の人については、退職が年金支給の要件となっていたが、一般に60歳以上の高齢者の賃金水準はかなり低い実態がみうけられたことから、標準報酬月額が1万8千円以下（報酬月額が1万4千円未満）の在職者の請求により、その人の標準報酬月額に応じて老齢年金の一定割合を支給する制度を創設（支給割合は8割、6割、4割、2割の4段階）。
昭和48年	—————	受給権発生の上限となる標準報酬月額を4万8千円（報酬月額が5万円未満）とする。
昭和50年	—————	受給権発生の上限となる標準報酬月額を7万2千円（報酬月額が7万4千円未満）とする。支給割合を8割、5割、2割とする。
昭和51年	高齢の被保険者の生活実態等を勘案し、標準報酬月額が11万円以下（報酬月額が11万4千円未満）の在職者に対しては老齢年金を全額支給することとした。（標準報酬月額が11万8千円以上（報酬月額が11万4千円以上）の人に対しては8割支給。）	受給権発生の上限となる標準報酬月額を11万円（報酬月額が11万4千円未満）とする。
昭和53年	—————	受給権発生の上限となる標準報酬月額を13万4千円（報酬月額が13万8千円未満）とする。
昭和54年	—————	受給権発生の上限となる標準報酬月額を14万2千円（報酬月額が14万6千円未満）とする。
昭和55年	—————	受給権発生の上限となる標準報酬月額を15万円（報酬月額が15万5千円未満）とする。支給要件から請求行為を削除。
昭和60年 高在老制度 廃止	被保険者資格を65歳に遡するまでとしたことに伴い廃止。したがって、65歳以上の在職者は保険料を負担せず、老齢年金は全額支給。 * 厚生年金の適用を65歳未満の人に限った主な理由（昭和60年改正当時） ・ 65歳は、一般的な引退年齢であること（国民共通の基礎年金は65歳からの一律支給としている）。 ・ 自営業者の場合には、65歳になるといくら稼得収入があっても国民年金から満額の老齢基礎年金が支給されるのに対し、被用者は65歳になっても勤めている限り、年金が支給停止されることはアンバランスであること。 ・ 老齢基礎年金は加入期間40年、月額5万円（昭和59年度価格）が最高で、それ以上加入して年金額を増やすことはできないこと。	受給権発生の上限となる標準報酬月額を20万円（報酬月額が21万円未満）とする。
平成元年	—————	受給権発生の上限となる標準報酬月額を24万円（報酬月額が25万円未満）とする。支給割合を8割、7割、6割、5割、4割、3割、2割とする。
平成6年	—————	平成7年4月以降は支給停止額計算方法を変更。賃金の増加に応じ、賃金と年金の合計収入が増加するようにする。

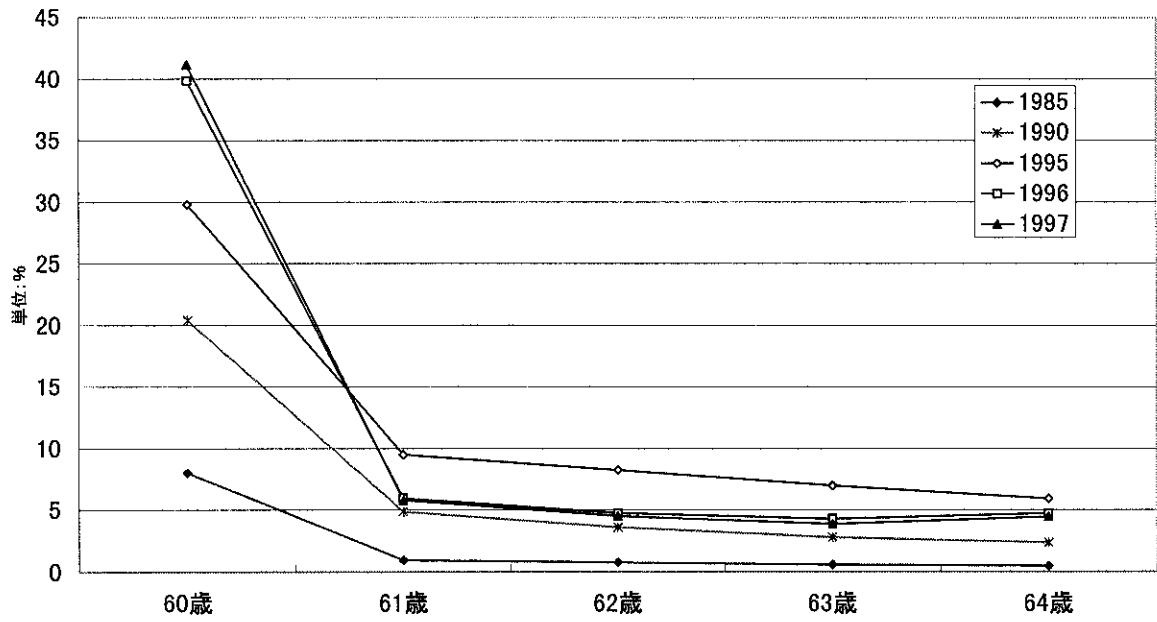
図表2-3 労働力率(60歳~64歳男子)の推移



図表2-4 65歳未満年金受給者に占める在職率



図表2-5 新規裁定者(65歳未満)の在職率の推移



### 第3章 診療報酬制度と医療供給の関連について

#### 1. はじめに

わが国では「疾病、負傷、死亡または分娩などの短期的な経済的損失を保険事故として医療を現物給付する」医療保険制度により、「誰でも、何処でも、何時でも」平等に医療を受ける権利が保障されている。そのため、国民医療費支出は常に増加傾向にあり、現在国民所得に対する比率は7%を超えている。しかしながら、国民所得の著しい増大が望めない状態で、今後もさらに医療費支出が増大するようであれば、国民所得に対する比率はますます上昇し、保険料負担が急増することになる。単純に医療費の増大が悪いと断じるわけではないが、人口構成の変化のため高齢化比率が高まることが確実な将来、若年層の負担が多くなることは問題である。

医療費の抑制を考える際には、需要側からと供給側からと双方からの視点が必要である。いわゆる自己負担割合の調節は、需要側の医療サービス価格を変更することであり、需要者側にとっての医療供給曲線のシフトを意味する。また、健康教育などは、人々の健康水準を向上させることにより、医療サービス需要そのものを減らす働きがあるであろう。これらの需要側、すなわち患者に対する働きかけに対して、供給側にはどのような働きかけがあるであろうか。公的医療保険制度において、医療供給側を支える仕組みが、診療報酬制度と薬価基準制度である。問題が多いとの指摘がされ続けながらも、そのシステムが複雑であることから、あたかもブラックボックスとして扱われてきた。社会福祉という観点からみた場合、どのような施策が適当であるかについて検討することを、本分析の目的とする。

具体的には、まず第2節で制度改革の必要性を明らかにする。第3節では、医療供給側である病院に対するヒアリングの結果を報告する。第4節では、医療サービス需要者である患者側にとっての価格である自己負担と医療費支出の関係について考察する。最後に、第5節で全体をまとめるとともに、今後の検討課題を述べる。

#### 2. 制度改革の必要性：問題の所在

近年の医療費高騰は著しい。財政的な見地からは医療費抑制が叫ばれ、医療的或いは社会福祉的な見地からは必要な医療費であるとの主張がなされる。公的医療保険として社会資源を再分配している以上、明確なビジョンを持った上で、この問題に取り



組む必要がある。

医療保険制度は、医療の量と質の確保を図ってきたと言える。たとえば、供給量（医療機関数、病床数）の確保により標準的な医療を受ける機会を保障し、病気にかかった場合の経済的な保障体制を確立し、国民の健康意識を高め、健康水準を上昇させるなどの貢献があった。このようなメリットは、国民の健康水準が低く、医療サービスを受ける機会が十分でないような、いわゆる発展途上の状態には必要なことであるが、わが国はすでにそのような状態を脱している。そうであれば、また違った観点から医療政策を検討しなければならない。特に医療費の高騰と財政構造の不安定性が大きな問題となっている以上、早急に具体的な方策を見出す必要があるであろう。

まず、医療費高騰の原因の1つであると考えられるのが高齢者医療サービスの拡大である。（図表3-1、3-2を参照のこと。） 老人医療費を一人当たりで見ると、一人当たり国民医療費の約5倍となっている。そのため、老人医療費が国民医療費全体の中に占める割合は非常に大きく、今後の高齢化の進展を考えれば、老人医療費が医療費増加の中心的役割を担っていくことが予想される。一部自己負担はあるものの、基本的にこの老人医療費は若年層の負担により賄われているものであり、負担面の世代間での再分配が歪めることは労働インセンティブを低める等のデメリットがあり、望ましくない。

医療費が国民全体で賄いきれないほどに増大する可能性が捨て切れない上に、労働など多の分野に悪影響を与えうる以上、制度改革に早急に取り組まなければならない。公定価格制度を維持し続けることから、限定的に適用する、すべて自由価格にする等、様々な選択肢がありうるが、価格のコントロールは政策の中でも、合意さえ得られれば即効性のある手段である。価格に対する供給側・需要側の行動を明らかにすることは、現実的な価格コントロール検討に役立つであろう<sup>1</sup>。

### 3. 診療報酬制度について（ヒアリング）

財・サービスの供給は、価格に反応する。これは、医療財・医療サービスにおいても同様であり、供給はその価格に反応していると考えられる。医療供給に対する価格

---

<sup>1</sup> 本分析では、医療費を抑制したことによる社会福祉的なロスについては、考慮していない。

の役割に注目すると、まず何を価格と捉えるかという問題がある。われわれは、供給側にとっての医療価格は、公定価格である「診療報酬体系」と「薬価基準」であると考える。

公定価格であるため、診療報酬及び薬価基準はたびたび改定されており、図表3-3にその推移を示す。図表からは、診療報酬がおおむね引き上げられてきており、薬価基準が引き下げられてきていることがわかる。

では、これらの診療報酬体系に関して、実際の医療供給側はどのように考えているのであろうか。医療制度に関するトピックとともに、A病院とB病院にて行ったヒアリングの結果を紹介する。

#### A病院

医療・医業の現状について、どのようなお考えをお持ちですか。

医療や介護などの、経営的な側面と医療的な側面について、お話をお聞かせ下さい。

①医療法や地域医療計画による病床規制で、拡大再生産が禁止されています。

そのため、民間では、医師数を拡大して事業を拡大することが出来ないので、医師のいらぬ分野で事業拡大をすることになります。

②伝統。

一貫して在宅医療に取り組んでいます。往診などの訪問看護も、診療報酬で認められる前から行ってきました。病床は112床ですが、地域が病床であると考えています。電話がナース・コールであり、電話があれば出来るだけすぐに駆けつけるような体勢をとっています。また、最後には地域で看取ります。

このようなポリシーなので、展開として現状のような形はごく自然なことでした。

③平均在院日数。

内科や整形外科の平均在院日数は増えており、28日を維持することが厳しい状態です。65歳以上が患者の6~7割となると、在宅と相互に老人が増えてくるのは仕方がないことです。

後方施設として、老健施設があります。

④病院から帰っても面倒を見るというスタンスで、患者に安心感を与えるようにします。

医療全体が問題となっている国は多いですが、高齢者医療が特別に高いと問題になっているのは、日本だけです。なぜだとお考えですか。

古い話ですが、高齢者の医療需要は、無料化前後で大きく変化したのでしょうか。

急激に増えたと言えます。ただし、これは、それまで病気があってもこられなかった人たちの受診が増えたためと思われます。自宅で寝たきりに近かったり、家族が受診を嫌がったり、物理的に病院に行く術がない、などで重症化していたので、大変な状況でした。

高齢者の自己負担部分を上げたことは、高齢者の受診に影響を与えたのでしょうか。

はっきりとはわかりません。

一時的に患者減になったということは、一昨年あちこちで聞かれました。

病院は、患者減がすぐに元に戻ったので、影響が無かったのではないのでしょうか。しかし、診療所は影響を受けたようです。

薬剤の負担に関しても、高齢者は減らなかったが、国保の患者が減りました。

受診抑制は、生活の厳しさで医療を受けない、というところからきているのではないのでしょうか。パブル崩壊後、自営業や、健保本人が減る傾向があります。

#### 医師の行動に影響を与えたのでしょうか。

大学病院では、医師は患者がいくら支払っているのかを知らないことが多いです。しかし、出来るだけ過剰にならないように、という意識ははたらきます。

また、適正でなければ返戻があります。特に高額レセプトについての審査が厳しくなっており、使ってもいいかどうか大変ナーバスにならざるを得ません。レセプト審査はうまく浸透しており、一定の抑制効果があります。

経済学的には、物の価値に応じて、需要と供給が決まってくるのですが、医療に関してはいかがでしょうか。

まず、診療報酬の点数についてお伺いしたいのですが、医師の立場で、点数の変化にどの程度考慮されますか。

若干は気になりますが、患者に一番良いものを選びます。

勤務医なら、診療報酬の点数を考慮しません。そもそも、診療報酬についての知識がほとんど無いと言えるでしょう。

大きな病院では、医師を管理するのは難しいです。病院長研修などもありますが…。医療人を教育することは大変です。病院でなく医局に対して忠誠心を持つので、雇用主に対しては忠誠的でないケースが多いからです。

事務方としても、病院としてのラインの管理は困難です。医師の裁量のもとで医療行為がなされる上に、医師の裁量が非常に大きいので、管理が難しくなっているのです。

#### 病院の利益追求、病院経営に対して、診療報酬制度の与える影響をお聞かせ下さい。

診療報酬制度の変遷は、病院の利益に対してはマイナスにはたらいっています。斜め下に下降していると言えるので、保険診療だけではやっていけない状況です。そのため、各部門ごとの決算を行うようになりました。

今までは井勘定で大丈夫でしたが、目標と費用を考え、予算をたて、いかに実践しいかに管理するかを考えるようにしています。昨年からは、職責者当たりの管理意識やコスト意識を高めるようなことを実行しています。最低維持すべき目標は、職員1%、患者1%、病院1%の計3%です。研修や年休のあり方などの再考で、経費が大きく下がったのは事実です。

「無駄があつての医療」であり、医療には余裕が必要です。最近は無駄が出来なくなってきました。

病院は需要の補填もない私企業です。法律上は非営利ですが、その意味は利益を分配してはいけないというだけです。自己資本を増やすためには、儲けなければなりません。

#### 薬価差益の影響をおうかがいたい。病院経営の中で、薬価差益は重要ですか。

割合はかなり高いです。月に約6千万円の薬剤を購入するが、その約10~20%になります。もし薬価差益を0にするのであれば、他に転化されていないと困ります。無ければ病院経営が成り立ちません。

部分的に医薬分業がなされているが、たとえば入院患者のためなどに、病院としてかなりの量の薬剤を購入しています。

かつては、平均で70%を切っていたが、最近では80%くらいになっており、結構値切っていると言えます。

**薬価差益はかなり絞り込まれてきていますが、未だに評判が悪いのは何故だとお考えですか。**

日本の医療システムの問題とも言えますが、厚生省の歴史と関係があると思います。景気の良いときに医薬分業を行うのであればうまくいったかもしれません。しかし、実際には景気の大変な時に断行しました。薬価差益を全て技術料などに転化すべきだったのですが、それが出来ていません。

悪と言えば悪だけれど、どの辺がリーズナブルなのかがわからないのも事実です。

**何 10%も差益が生じるのはおかしいけれど、薬だけが何故問題視されるのでしょうか。普通に物を売る時には、その程度の割引率は普通なのですが。**

かつての差が大きすぎたのでしょう。

なお、メーカー直販がごくわずかで、ほとんどが製薬卸メーカーを通します。

**新薬については、どのようにお考えですか。**

医師の感性にまかされていると言えるでしょう。新しいものにすぐに飛びつく医師もいますが、少し待って状況を見る医師もいます。

先発品に対して、ゾロ新、ゾロゾロ新が10分の1程度の価格で出てきます。しかし、聞いたことの無いメーカーの薬品に対しては不安を感じます。さらに言えるのは、商品名を覚えるのが大変なことです。

新薬が増えれば在庫が増えることになります。使用頻度が低いものは購入リストからはずす、などの対応をしています。

**理事長が医師でなければならないことについて、どのようにお考えですか。**

経営能力という点では、医師である必要はないかもしれません。

ただし、株式会社には不安を感じます。医療には余裕が必要ですが、株式会社ではその余裕を持つことは出来ません。利潤を上げることが株価や配当に影響するわけですから、儲けの少ないところを切り捨てることになります。

医師でない夫が理事長であった富士見産婦人科の件。

アメリカでは、病院経営学が発達しています。

医療や福祉は、労働集約的な産業です。合理的な経営とはいえ、果たして利益を生めるかどうかは疑問です。また、民間がどれだけ参入してくるのでしょうか。「高かろう、良かろう」はともかく、「安かろう、良かろう」が無くなることになります。「高かろう、良かろう」に対しては、「安かろう、悪かろう」ですから。その意味で、儲けてはいけないというNPOという考え方は重要です。

## B病院（産婦人科）

産婦人科は、産科が主となっているため、保険診療から一番遠い。美容整形などに近いと言

えます。

ここでは、初産の費用が37~38万円、経産婦は1日少ないので費用が36万円、くらいです。部屋のランクがあるので、平均値です。

病院の経営として支障はないけれど、安いほうと言えるのではないのでしょうか。

部屋だけでなく食事までランクをつけているところもあり、その意味ではホテルと一緒にです。奈良では70万円、東京でも100万円というところがあります。もちろん、逆に安いところもあります。

どこの産院で出産するかということは、産婦の両親のステイタスでもあります。

出産1人あたり、給付金が30万円あります。しかし、生まれてからのほうが、費用がかかると言えるでしょう。

**10~20%と言われる薬価差益ですが、どうお考えですか。**

明細書を出すけれど、曖昧なことが多いです。自費でとっているの、まとめていくらということになります。

原則として、保険を出す注意や指導があります。あまり保険診療をすると、目を付けられるということです。

外来での差は縮まっています。

差益があっても、消費税を支払うとなくなってしまうと言えます。

分娩介助等に対する、技術料の評価が必要です。

診る人数を増やせば、確かに収入は増えるかもしれませんが、量より質にしないと私がもちません。ただ、この点に関しては、医師によって違うので、はっきりしません。保険が増えると、患者さんの負担が小さくなります。

薬価差益が小さくなると、薬で治療している人たちは大変です。

技術料や判断料などを考えないといけません。

繰り返すと、産科では病気を診ることが少ないです。通常の妊娠・出産は病気ではありませんから。

**検査について。今まで以上に差益をとろうとしているのですか。**

不必要なことまではしません。

新しいものがでてきたら、加味します。

検査料などを増やすよりも、判断料を増やしてくれたほうがいい。

**看護婦や助産婦の技術料はほとんど考えられていません。しかし、技術に応じて高い賃金を支払うことになります。どうお考えですか。**

手当を出さないのついてこないのですが、24時間体勢で昼と夜とで差をつけすぎると事故になります。

お産については、差をつけていません。1.5倍くらいでしょうか。  
昼にしか生ませないという先生もいますが、いくら薬を使っても自然の陣痛にはかなわないです。

産婦人科はサービス業です。ホテル業に近いと言えます。つまり、産院選びは結婚式のホテル選びに近いかもしれません。

産科が多くなると、婦人科の受診が減少します。そのため、更年期の方などは普通の病院に行かれることになります。

ちなみに、某産婦人科は産科をやめて、婦人科だけにしました。お産があまりにも少ないと、24時間体勢をとれないからです。また、婦人科だと、保険診療がメインとなります。

ここでは、お産は月に30~40くらいあります。20を切ったら、経営的に大変になります。通常の出産は、回転が早いです。入院した翌週の同じ曜日にはもう退院しています。

#### レセプトについて。

画一的なことをやりすぎると、ダメです。超音波なども、個別に必要なかどうかを判断した上でおこなっていないと、スクリーニングにひっかかります。

超音波は1回5千円くらいですが、うちでは3回のうち2回はサービスといったふうにしていきます。

#### 経営にコンサルタントを入れたりしていますか。

入れていませんが、古い病院の時には、退院した人にアンケートを実施して、それを集計してもらったことがあります。

新しい建物になってからは、サービスの中身で勝負しています。

保険診療は、収入の3割くらいです。外来には保険が多いですが、入院は少なくなります。

産科によっていくと保険外診療になりますし、婦人科によっていくと保険診療が9割ということになります。

人件費を賄うには、今の自費のほうが良いと考えています。

#### 専門性や技術料を、どう評価するかという問題があります。

医療行為が診療報酬体系に影響されていると言えますが、薬価差が無くなったらどうなりますか。

薬で儲けようとは思っていません。

薬に関しては、大切な赤ちゃんのことですからブランド志向です。しかし、逆に薬価差を得るために、価格の低い薬を使う先生もいますから、両極端と言えるでしょう。

ブランド志向の先生のほうが、多いのではないのでしょうか。ゾロのマーケットは10%くらいだと思います。

事務と薬局に引きずられることがあるかもしれません。

やればやるほど赤字がでるようではいけません。その意味で、ゾロの価格を平均にはしていない。

以上、2件の病院において、ヒアリングに協力していただいた。

病院の運営に際して、診療報酬や薬価基準が大きく影響を与えているという印象である。医の倫理があり、それに準じて行動するにしても、基本的な運営・管理費の確保、将来に向けての設備・人材等の拡充のためには、収益をあげねばならず、有る意味では板挟み状態にあるのが、病院関係者かもしれない。

医療が公的保険で賄われているのは、病院が公共財だからではなく、国民の健康が公共財でありそれを守るため、である。しかし医療保険は、国民の健康を守るために供給側の所得保障という再分配的な役割を担うこととなっている。医療財・サービスの需要と供給の関係を経済理論として解釈するためには、まず量と質、効率性のバランスをどう捉えるかが課題である。その中で、価格、すなわち公定価格のあり方の果たす役割は大きい。公定価格と医療供給機関の行動、さらには需要側との相互関係について、今後も検討していきたい。

#### 4. 医療費抑制の方策として - 自己負担割合との関係 -

医療費抑制の方策の経済学的な回答としては、医療サービスに対する自己負担割合を上昇させることが考えられる。必ずしも唯一の回答ではないし、社会福祉という観点からみた場合、自己負担割合を上昇させることによる医療費の抑制は、低所得者を医療から締め出すという問題を引き起こす。価格以外の方法を使って、医療費を抑制するという方法も検討されるが、第4節では、自己負担を変えることでどの程度の医療費抑制効果が見込まれるかを、簡単な回帰分析の手法でシミュレートする。

##### (1) データ

老人と若年をそれぞれ別個に推計するため、以下のような関係を考えている。

$$\text{国民医療費} - \text{老人医療費} = \text{若年医療費}$$

$$\text{総人口} - \text{老人} = \text{若年人口}$$

$$\text{自己負担総額} - \text{老人自己負担分} = \text{若年自己負担分}$$

自己負担は、医療サービスの価格ではあるが、それはあくまでも医療サービスを受け

た人たちが支払ったものである。本分析においては、1人当たり国民医療費を(国民医療費総額÷総人口)で求めていることになり、1人当たり自己負担額を(自己負担総額÷医療費総額)の形で求めている。

老人としているのは、老人医療受給対象者である。原則70歳以上もしくは認定された65歳以上の高齢者は、老人保健制度の適用者となる<sup>2</sup>。老人保健制度では、市町村運営のもとで医療事業を行っており、高齢者は全国一律の基準で医療サービスを受給出来る。どの医療保険制度の老人保健制度適用者も一定額の自己負担で医療サービスの提供を受けることが出来、高齢者の直面する医療サービス価格はこの自己負担額である。

国民皆保険体制のもと、老人保健制度適用者を除く若年者は、各種健康保険組合の被保険者か被扶養者である。若年者の直面する医療サービス価格と考えられるのは、定率の一部負担である。経済学的には、健康保険料負担や医療サービスを受ける機会費用、保険外負担などを含めて価格を考えるが、患者の実感としては窓口で支払う金額が価格であろう。

## (2) 自己負担割合と医療費支出の関係

自己負担割合との関係をプロットしたのが、図表3-4と図表3-5である。老人と若年とでは、かなり違いがあることがわかる。次に、図表3-6と図表3-7では、老人と若年それぞれの成長率をプロットし、詳細な数値を示している。なお、実効の自己負担割合は、老人で約5%、若年で約10%である。若年の自己負担割合は、その属する保険によって異なる。最低でも20%の自己負担がかかることを考えると、10%という数値は低いという印象を持つが、医療サービスを受けない人も含めているので妥当なところであろう。老人の自己負担は定率ではないため、なかなか実感としてつかみづらいが、今回のこの約5%という数値は、若年層の約半分と、それなりに納得のいく数値であると考えている。

## (2) 推計

---

<sup>2</sup> 適用要件は、従前にいずれかの健康保険組合・国民健康保険等の被保険者或いは被扶養者となっていることである。



自己負担部分以外の成長率(M)と1人当たり医療費(ME：千円)に対する自己負担分(B：千円)の割合(B÷ME)の成長率の関係を、老年と若年にわけて、単純な回帰式で推計する。大きな制度変化などについては、ダミー変数を入れてその影響を取り除いている。その結果は、図表3-8の通りである。

### (3)インプリケーション

推計式をもとに自己負担割合を上昇させた場合の、1人当たり医療費の変化を計算した結果が、図表3-8に示されている。推計式の変数は成長率でありイメージがつかみづらいので、1996年度の実効自己負担割合をもとに、自己負担部分以外について実際にいくらぐらいの変化があるで考えている。

若年の実効自己負担割合は、1996年度で約9.7%である。全員の負担を約3倍の30%に引き上げると、自己負担部分以外の成長率が-22%となる。そして、自己負担部分以外に関しては、13万8千円から10万7千円へ減少する。

老年の実効自己負担割合は、5.2%であり、若年の約半分である。自己負担割合引き上げに対する反応は非常に敏感である。上述した若年全員負担と同様に30%に自己負担割合を引き上げると、自己負担部分以外の成長率は実に-52%と、半減することになる。自己負担部分以外のレベルも、71万2千円から、34万5千円へと減少する。

若年も老年も、医療サービスに対する価格に敏感に反応することがわかった。

## 5. まとめ

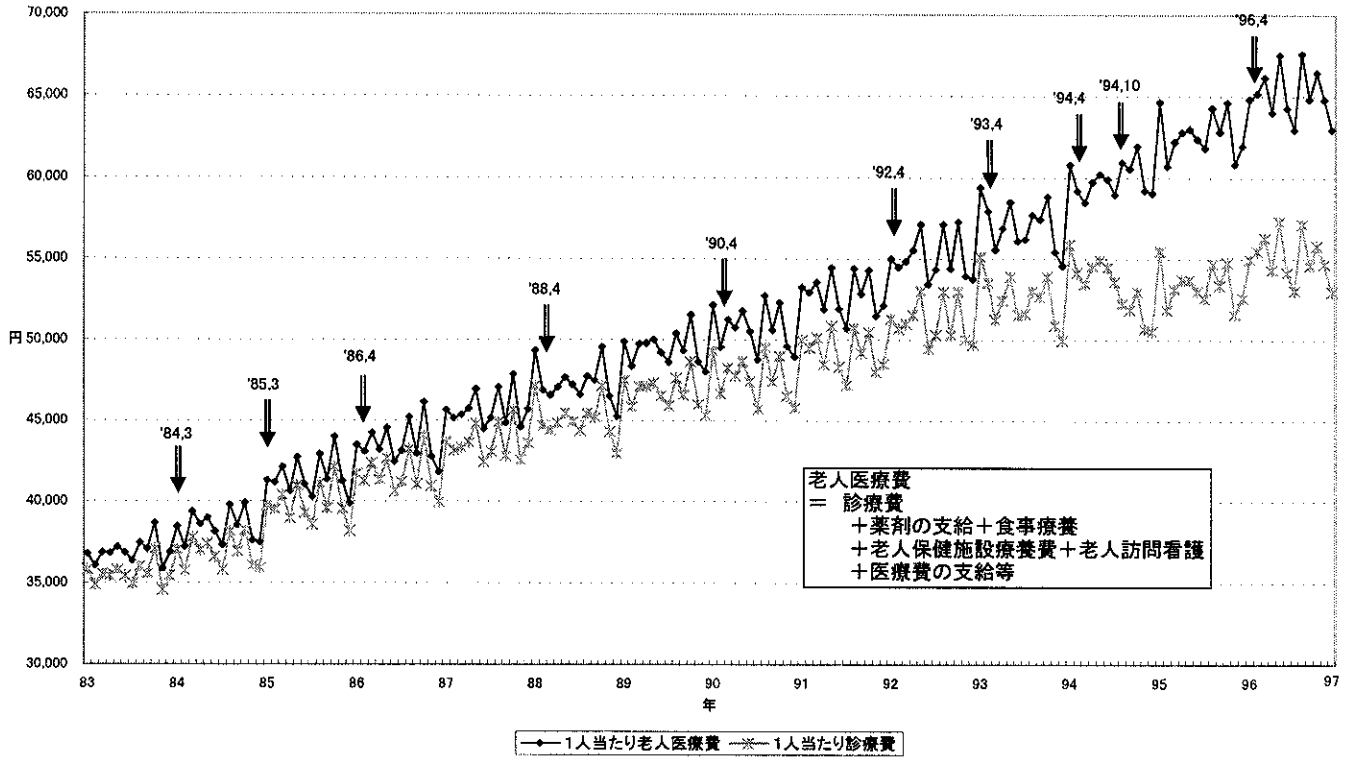
供給側も需要側も、価格に対して敏感に反応することが明らかになった。

このことは、診療報酬や薬価基準の改正が医療供給量に影響を与えることを示唆し、自己負担割合の引き上げが医療需要量に影響を与えることを意味している。そうである以上、価格設定プロセスの透明化がのぞまれる。政策的コントロールに対する不信感を一掃した上で、適切な対応を早急に取らなければならない。

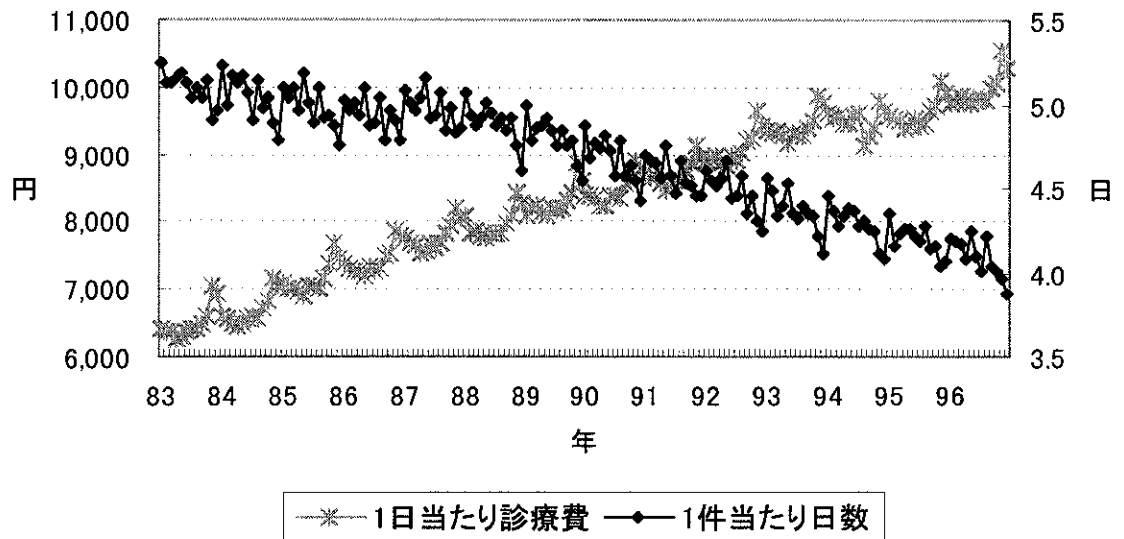
医療費抑制という意味では、自己負担割合引き上げがかなりの効果を持つことがわかった。しかし、社会福祉的に望ましいかどうかは疑問である。健康教育等の可能性もふくめ、国民の厚生を高める形での医療費抑制を検討してゆきたい。

モデルをより精緻化し、関係要因に対する影響を正確に把握することが、今後の課題である。

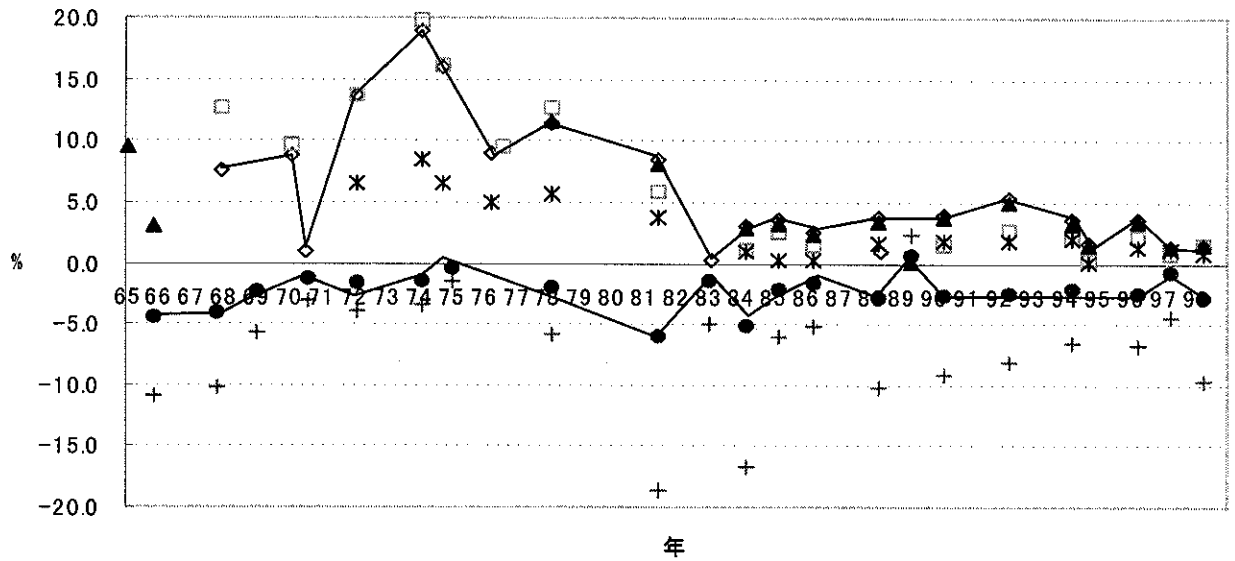
図表3-1 老人医療費の推移



図表3-2 老人医療費の推移



図表3-3 診療報酬と薬価基準改定の推移



◇ 診療報酬 内科      □ 診療報酬 歯科      \* 診療報酬 薬局、調剤  
 ▲ 診療報酬 平均      + 薬価基準 薬価ベース      ● 薬価基準 医療費ベース

図表 3-4 自己負担割合と医療費の関係：老人の場合

老人

