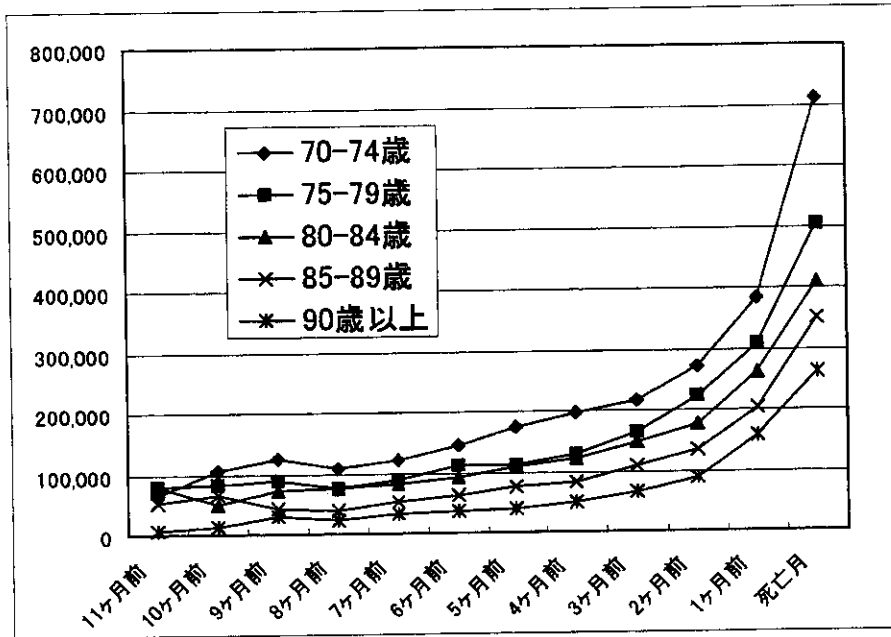
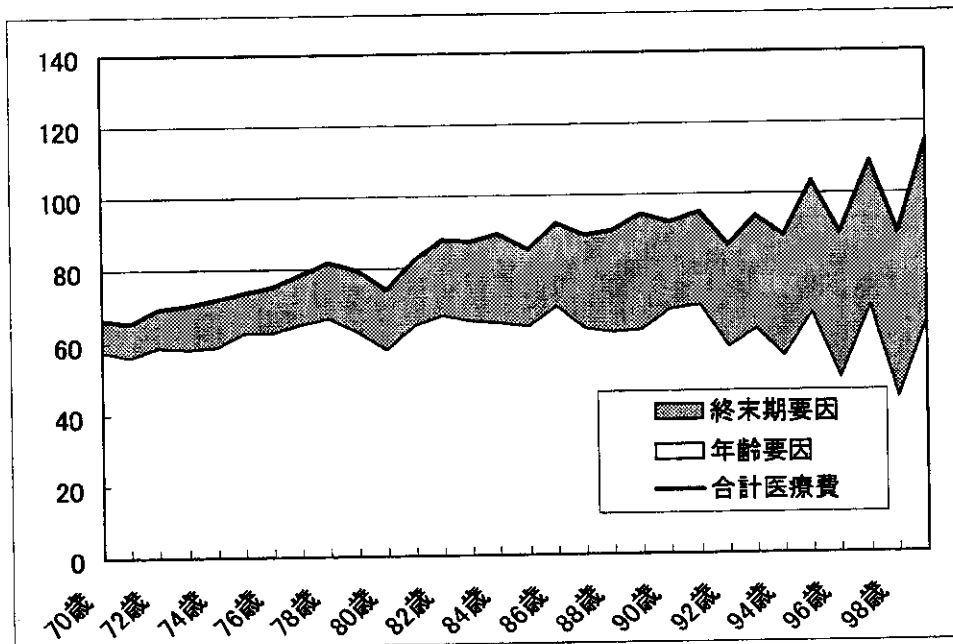


グラフ3 終末期医療費（2式より）



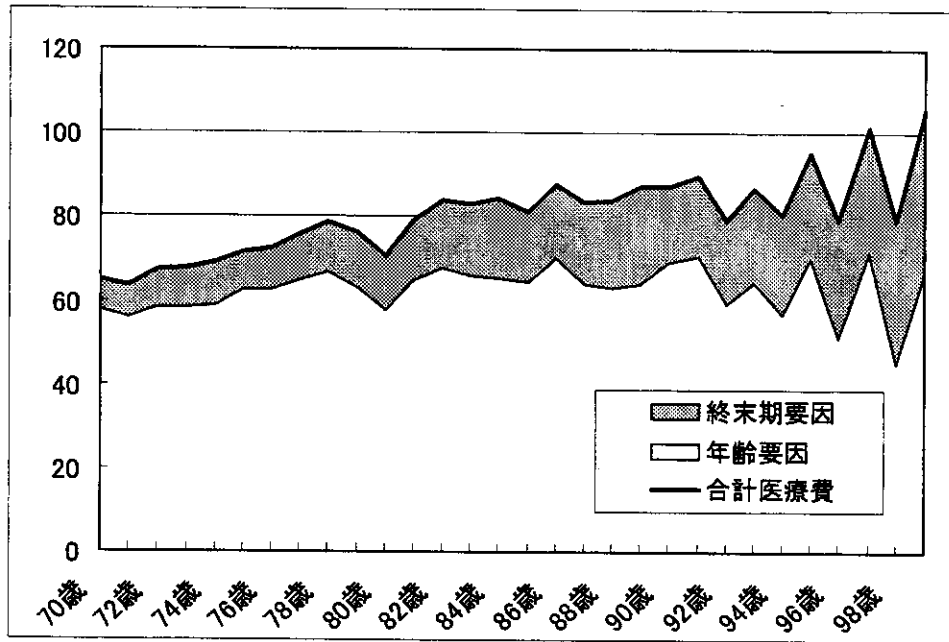
注)年齢階級別死亡前月ダミーの係数。死亡月は、計数値を2倍している。

グラフ4 1992年度の年齢別医療費の要因分解



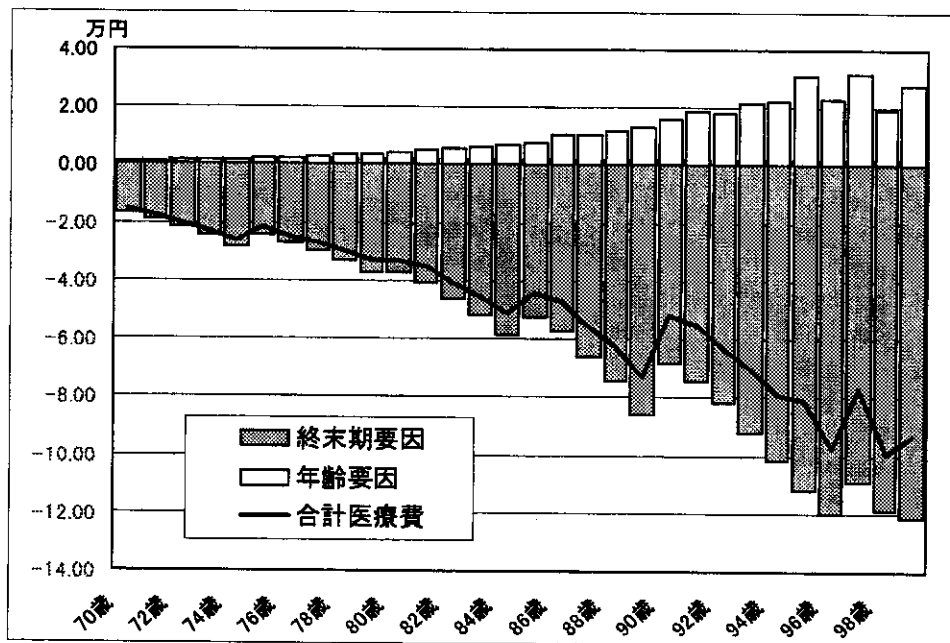
注) 単位：万円。

グラフ5 2025年度の年齢別医療費の要因分解



注) 単位：万円。

グラフ6 2025-1992年度の年齢別医療費変化の要因分解



注) 単位：万円。

表1 記述統計量

変数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	↓続き	平均値	標準偏差	最小値	最大値
医療費支出(月額、円)	56023.48	132293	0	1.99E+07					
70歳	0.04844	0.2146942	0	1	6ヶ月前(75-79歳)	0.0006	0.023525	0	1
71歳	0.0905015	0.2868991	0	1	7ヶ月前(75-79歳)	0.0005	0.021352	0	1
72歳	0.0848259	0.2786226	0	1	8ヶ月前(75-79歳)	0.0004	0.019164	0	1
73歳	0.0716857	0.2579668	0	1	9ヶ月前(75-79歳)	0.0003	0.016395	0	1
74歳	0.073251	0.2605481	0	1	10ヶ月前(75-79歳)	0.0002	0.01342	0	1
75歳	0.0701629	0.2534215	0	1	11ヶ月前(75-79歳)	7E-05	0.008212	0	1
76歳	0.0708444	0.2565649	0	1	死亡月(80-84歳)	0.0009	0.02925	0	1
77歳	0.061708	0.2406246	0	1	1ヶ月前(80-84歳)	0.0009	0.02925	0	1
78歳	0.061495	0.2402363	0	1	2ヶ月前(80-84歳)	0.0009	0.02925	0	1
79歳	0.0557555	0.2294491	0	1	3ヶ月前(80-84歳)	0.0008	0.027582	0	1
80歳	0.0037483	0.0611083	0	1	4ヶ月前(80-84歳)	0.0007	0.025548	0	1
81歳	0.0472687	0.212213	0	1	5ヶ月前(80-84歳)	0.0006	0.02375	0	1
82歳	0.0468108	0.2112334	0	1	6ヶ月前(80-84歳)	0.0005	0.021986	0	1
83歳	0.0409328	0.1981347	0	1	7ヶ月前(80-84歳)	0.0004	0.020244	0	1
84歳	0.0359174	0.1860842	0	1	8ヶ月前(80-84歳)	0.0003	0.018312	0	1
85歳	0.0288894	0.1674956	0	1	9ヶ月前(80-84歳)	0.0003	0.016095	0	1
86歳	0.0256309	0.1580316	0	1	10ヶ月前(80-84歳)	0.0002	0.012637	0	1
87歳	0.0173783	0.1306765	0	1	11ヶ月前(80-84歳)	5E-05	0.007112	0	1
88歳	0.0155574	0.1237555	0	1	死亡月(85-89歳)	0.0008	0.028139	0	1
89歳	0.0127356	0.1121312	0	1	1ヶ月前(85-89歳)	0.0008	0.028139	0	1
90歳	0.0104888	0.1018762	0	1	2ヶ月前(85-89歳)	0.0008	0.028139	0	1
91歳	0.0079225	0.0886551	0	1	3ヶ月前(85-89歳)	0.0007	0.026215	0	1
92歳	0.0056437	0.0749123	0	1	4ヶ月前(85-89歳)	0.0006	0.024521	0	1
93歳	0.004515	0.0670416	0	1	5ヶ月前(85-89歳)	0.0005	0.02303	0	1
94歳	0.0025982	0.0509066	0	1	6ヶ月前(85-89歳)	0.0005	0.021682	0	1
95歳	0.0020658	0.0454042	0	1	7ヶ月前(85-89歳)	0.0004	0.019711	0	1
96歳	0.0013843	0.0371805	0	1	8ヶ月前(85-89歳)	0.0003	0.017746	0	1
97歳	0.0007134	0.0267009	0	1	9ヶ月前(85-89歳)	0.0002	0.01507	0	1
98歳	0.0004685	0.0216406	0	1	10ヶ月前(85-89歳)	0.0001	0.011459	0	1
99歳	0.0002769	0.0166368	0	1	11ヶ月前(85-89歳)	4E-05	0.005958	0	1
100歳以上	0.0003833	0.0195755	0	1	死亡月(90歳以上)	0.0005	0.022661	0	1
死亡月(70-74歳)	0.0006433	0.0253561	0	1	1ヶ月前(90歳以上)	0.0005	0.022661	0	1
1ヶ月前(70-74歳)	0.0006433	0.0253561	0	1	2ヶ月前(90歳以上)	0.0005	0.022661	0	1
2ヶ月前(70-74歳)	0.0006433	0.0253561	0	1	3ヶ月前(90歳以上)	0.0004	0.021164	0	1
3ヶ月前(70-74歳)	0.0005839	0.0241568	0	1	4ヶ月前(90歳以上)	0.0004	0.019733	0	1
4ヶ月前(70-74歳)	0.0005227	0.0228559	0	1	5ヶ月前(90歳以上)	0.0003	0.018117	0	1
5ヶ月前(70-74歳)	0.0004623	0.0214967	0	1	6ヶ月前(90歳以上)	0.0003	0.016395	0	1
6ヶ月前(70-74歳)	0.0003931	0.019823	0	1	7ヶ月前(90歳以上)	0.0002	0.015304	0	1
7ヶ月前(70-74歳)	0.0003345	0.0182874	0	1	8ヶ月前(90歳以上)	0.0002	0.013617	0	1
8ヶ月前(70-74歳)	0.00026	0.0161224	0	1	9ヶ月前(90歳以上)	0.0001	0.011613	0	1
9ヶ月前(70-74歳)	0.0001917	0.0138433	0	1	10ヶ月前(90歳以上)	9E-05	0.009229	0	1
10ヶ月前(70-74歳)	0.0001189	0.0109039	0	1	11ヶ月前(90歳以上)	3E-05	0.005807	0	1
11ヶ月前(70-74歳)	0.0000461	0.0067927	0	1	女性	0.6487	0.477365	0	1
死亡月(75-79歳)	0.0009309	0.0304957	0	1	男性	0.3513	0.477365	0	1
1ヶ月前(75-79歳)	0.0009309	0.0304957	0	1	国保加入者	0.744	0.436446	0	1
2ヶ月前(75-79歳)	0.0009309	0.0304957	0	1	政管健保加入者	0.256	0.436446	0	1
3ヶ月前(75-79歳)	0.0008226	0.0286692	0	1	大学病院・法人病院以外	0.2822	0.450084	0	1
4ヶ月前(75-79歳)	0.0007285	0.0269816	0	1	大学病院	0.1489	0.355946	0	1
5ヶ月前(75-79歳)	0.0006389	0.0252686	0	1	法人病院	0.0087	0.092866	0	1

表2 年齢別医療費の推定結果

	係数	t値	P値
71歳	-2,078	-2.99	0.003
72歳	382	0.54	0.587
73歳	1,394	1.92	0.055
74歳	1,477	2.04	0.041
75歳	4,012	5.49	0
76歳	4,935	6.76	0
77歳	7,218	9.61	0
78歳	9,793	13.02	0
79歳	7,225	9.39	0
80歳	782	0.37	0.71
81歳	8,693	10.84	0
82歳	11,837	14.72	0
83歳	11,534	13.83	0
84歳	12,695	14.65	0
85歳	10,111	10.92	0
86歳	16,721	17.37	0
87歳	12,512	11.31	0
88歳	13,917	12.03	0
89歳	14,420	11.52	0
90歳	18,098	13.29	0
91歳	20,026	13.06	0
92歳	12,341	6.89	0
93歳	17,857	8.99	0
94歳	10,362	4.04	0
95歳	24,269	8.44	0
96歳	11,234	3.17	0.002
97歳	29,602	6.12	0
98歳	11,826	1.93	0.054
99歳	34,396	4.26	0
100歳以上	-2,610	-0.39	0.693
女性	-6,640	-25.24	0
国保加入者	376	1.32	0.188
大学病院・法人病院以外の病院	25,261	87.75	0
大学病院	56,821	155.71	0
法人病院	22,399	16.64	0
定数項	38,535	59.98	0
修正済みR ²	0.0264		
サンプル数	1,104,888		

表3 年齢別医療費(終末期医療費を考慮)の推定結果

	係数	t値	P値	続き↓	係数	t値	P値
71歳	-1,407	-2.12	0.034				
72歳	834	1.24	0.216	8ヶ月前(75-79歳)	74,144	12.08	0
73歳	811	1.17	0.243	9ヶ月前(75-79歳)	89,348	12.46	0
74歳	1,136	1.64	0.101	10ヶ月前(75-79歳)	81,444	9.3	0
75歳	4,486	6.42	0	11ヶ月前(75-79歳)	77,324	5.4	0
76歳	4,612	6.6	0	死亡月(80-84歳)	409,874	101.74	0
77歳	6,626	9.21	0	1ヶ月前(80-84歳)	263,598	65.43	0
78歳	8,380	11.63	0	2ヶ月前(80-84歳)	176,555	43.82	0
79歳	5,151	6.99	0	3ヶ月前(80-84歳)	146,038	34.19	0
80歳	951	0.47	0.636	4ヶ月前(80-84歳)	120,001	26.03	0
81歳	7,130	9.28	0	5ヶ月前(80-84歳)	106,828	21.55	0
82歳	9,632	12.49	0	6ヶ月前(80-84歳)	92,922	17.35	0
83歳	8,133	10.16	0	7ヶ月前(80-84歳)	82,424	14.18	0
84歳	7,965	9.57	0	8ヶ月前(80-84歳)	73,995	11.51	0
85歳	7,382	8.31	0	9ヶ月前(80-84歳)	72,281	9.89	0
86歳	12,640	13.66	0	10ヶ月前(80-84歳)	50,429	5.42	0
87歳	7,332	6.9	0	11ヶ月前(80-84歳)	78,472	4.75	0
88歳	6,918	6.22	0	死亡月(85-89歳)	352,389	83.99	0
89歳	7,814	6.5	0	1ヶ月前(85-89歳)	202,618	48.3	0
90歳	12,916	9.82	0	2ヶ月前(85-89歳)	134,003	31.94	0
91歳	14,621	9.89	0	3ヶ月前(85-89歳)	106,751	23.72	0
92歳	4,628	2.67	0.007	4ヶ月前(85-89歳)	83,303	17.32	0
93歳	9,703	5.07	0	5ヶ月前(85-89歳)	76,339	14.91	0
94歳	3,256	1.32	0.186	6ヶ月前(85-89歳)	61,961	11.4	0
95歳	15,663	5.67	0	7ヶ月前(85-89歳)	53,649	8.98	0
96歳	-1,546	-0.45	0.65	8ヶ月前(85-89歳)	40,624	6.12	0
97歳	18,580	4.01	0	9ヶ月前(85-89歳)	44,107	5.65	0
98歳	-6,334	-1.08	0.281	10ヶ月前(85-89歳)	65,292	6.36	0
99歳	14,625	1.89	0.058	11ヶ月前(85-89歳)	52,625	2.67	0.008
100歳以上	-11,431	-1.81	0.071	死亡月(90歳以上)	262,602	50.18	0
死亡月(70-74歳)	711,301	153.29	0	1ヶ月前(90歳以上)	156,025	29.81	0
1ヶ月前(70-74歳)	382,280	82.39	0	2ヶ月前(90歳以上)	87,682	16.76	0
2ヶ月前(70-74歳)	273,572	58.96	0	3ヶ月前(90歳以上)	65,720	11.74	0
3ヶ月前(70-74歳)	217,571	44.67	0	4ヶ月前(90歳以上)	48,827	8.14	0
4ヶ月前(70-74歳)	197,005	38.28	0	5ヶ月前(90歳以上)	39,569	6.06	0
5ヶ月前(70-74歳)	174,787	31.94	0	6ヶ月前(90歳以上)	35,574	4.94	0
6ヶ月前(70-74歳)	145,513	24.52	0	7ヶ月前(90歳以上)	31,281	4.06	0
7ヶ月前(70-74歳)	120,887	18.8	0	8ヶ月前(90歳以上)	23,225	2.68	0.007
8ヶ月前(70-74歳)	107,989	14.8	0	9ヶ月前(90歳以上)	30,557	3.01	0.003
9ヶ月前(70-74歳)	125,741	14.8	0	10ヶ月前(90歳以上)	12,741	1	0.318
10ヶ月前(70-74歳)	106,008	9.83	0	11ヶ月前(90歳以上)	4,930	0.24	0.808
11ヶ月前(70-74歳)	66,834	3.86	0	女性	-3,030	-12.03	0
死亡月(75-79歳)	505,755	131.03	0	国保加入者	304	1.11	0.265
1ヶ月前(75-79歳)	308,023	79.8	0	大学病院・法人	21,755	78.96	0
2ヶ月前(75-79歳)	222,090	57.54	0	大学病院	50,909	145.65	0
3ヶ月前(75-79歳)	164,554	40.08	0	法人病院	22,219	17.26	0
4ヶ月前(75-79歳)	129,084	29.6	0	定数項	34,316	55.83	0
5ヶ月前(75-79歳)	112,400	24.14	0				
6ヶ月前(75-79歳)	111,644	22.32	0	修正済みR ²	0.1101		
7ヶ月前(75-79歳)	89,638	16.27	0	サンプル数	1,104,888		

1990年代の医療制度改革とその効果

研究者 鈴木玲子 （社）日本経済研究センター主任研究員

研究要旨 日本経済低迷のなかで国民医療費が突出し、医療保健財政は破綻をきたしている。1990年代には医療費抑制を目指した政策が多岐にわたって進められ、さらに医療の効率化のための新しい政策が展開されようとしている。これまでの政策を振り返りその経済的な評価を再考することは、今後の新政策を効果的に実施していくために重要な作業である。90年代の医療費抑制策を、①需要者価格政策すなわち自己負担率の引き上げ、②患者のフリーアクセス制限、③供給者価格（すなわち診療報酬）への定額制の導入、④供給能力の抑制、⑤医療サービスの範囲の見直しに分類し、それらの評価に関する分析をサーベイした。残念ながら、先行研究には所得格差と医療給付の分析例が乏しい。医療費抑制のためにさらにドラスチックな改革が実施される場合には、政策実施後の評価分析がますます重要となる。

A. 研究目的

1990年代に国はさまざまな政策を導入し医療費抑制を試みてきた。わが国で採用された抑制政策の多くは先進諸外国で一定の効果が認められたものであった。医療費高騰に悩む諸国は他国の政策導入経験を互いに学習し合い自国の医療政策に生かしてきたという経緯がある。過去の経験を将来の政策に活かすためには、十分な研究蓄積によるその政策評価が欠かせない。今後の望ましい政策ミックスを検討するために、主に医療経済学の文献サーベイから1990年代の医療費抑制策の経済的効果を検証するのが本分析の目的である。

B. 研究方法

90年代における医療費抑制策（①需要者価格政策すなわち自己負担率の引き上げ、②患者のフリーアクセス制限、③供給者価格（すなわち診療報酬）への定額制の導入、④供給能力の抑制、⑤医療サービスの範囲の見直し）の評価に関する分析を、主要経済雑誌および医療経済、病院管理などの分野における研究論文から収集し、政策分野ごとにサーベイした。同時に政策内容の概要とその背景についても論述している。

C. 研究結果

①需要者価格政策すなわち自己負担率の引き上げ効果を計測した医療需要の価格弾力性は、分析による差はあるものの、ほぼ0.1内外と非常に小さいこと、軽医

療でかなり大きいことが明らかになっている。しかし2002年にも予定されている老人自己負担の定率徹底化の効果や、高額療養費制度の患者行動へ影響は十分に解明されていない。②かかりつけ医制度などフリーアクセスの制限は、制度が未成熟であるため分析の蓄積ができていない。③診療報酬包括払い制の中には政策目標とは逆に医療費を増加させたものがあることから、その実施の方法が工夫されねばならない。④医師密度の老人外来医療需要弾力性は小さいことなどから供給能力抑制策の効果は大きくないばかりか、参入規制は病院相互の競争を通じたサービス向上を阻害する懸念がある。⑤長期入院是正策や介護保険導入による医療から長期介護を切り離す効果は発揮されている。

D. 考察

1990年代の医療費抑制策はその内容が多岐にわたるとともに、政策効果も高く評価されるものから、ほとんど評価に値しないものまでさまざまであった。わが国の研究蓄積状況については、徐々に蓄積を増しつつあるとはいえ、まだまだ不十分といえる。とくに医療給付の所得格差の視点が不足している。とくに抑制策がアクセスを制限する可能性が大きいことを考えると、政策実施後の評価分析はますます重要である。

E. 結論

今後の望ましい政策ミックスを検討するために、主に医療経済学の文献サーベイから1990年代の医療費抑制策の経済的

効果を検証するのが本分析の目的であった。わが国ではこれまで必ずしも十分な研究が蓄積されてきたとは言い難いが、定量的な医療経済学を中心とした文献をでき得る限り広範にサーベイすることによって、1990年代のわが国の医療制度改革で何が行われ、政策効果はどれほどだったのかについて総合的な評価をまとめることができた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証研究」

1990年代の制度改革とその効果

鈴木玲子

（社）日本経済研究センター主任研究員

1990年代の制度改革とその効果

1990年代に日本経済が低迷するなかで、国民医療費はトレンドに沿った増加を続けたため、医療費のGDPに対するシェアは突出することとなった。国民所得の動向を反映して保険料収入が低迷したことから、医療保健財政は破綻をきたしている。そのため医療費増加の抑制が急務である。

1990年代に国はさまざまな政策を導入し医療費抑制を試みてきた。これら政策の効果の大きさを検証することなしに、今後の望ましい政策ミックスの検討は不可能である。ここでは文献サーベイから医療費抑制策の経済的効果を検証する。

90年代の医療費抑制策は次のようなものであった。患者側への働きかけとして、①需要者価格政策すなわち自己負担率の引き上げ、②患者のフリーアクセス制限、これは大病院への容易すぎるアクセスを是正するための紹介料制度、およびゲートキーパー機能としてのかかりつけ医がある。一方、供給者としての医療機関（病院と診療所）への政策として、③供給者価格（すなわち診療報酬）への定額制の導入、④供給能力の抑制、⑤医療サービスの範囲の見直しとしてのa)介護サービスの切り離し、b)医薬分業、などがある。

(1) 先進諸国の経験

わが国で採られた医療費抑制政策の多くは先進諸外国で一定の効果が認められたものであった。医療費高騰に悩む諸国は他国の政策導入経験を互いに学習し合い自国の医療政策に生かす努力がなされた結果、総量規制のような政府の強権による引き締め策が反省され、90年代にはインセンティブを活用した市場機能中心の政策が主流になっている。

しかしOECD24カ国の70年から91年のパネルデータ分析¹では、①医師への報酬の払い方の「人頭払い制」「給与制」「出来高払い制のうち、「人頭払い制」が医療費を引き下げる、②「償還制度（患者が窓口で医療費を一旦全額支払い後で払い戻しを受ける制度）」は医療費を引き下げる、③ゲートキーパー制は医療費を引き下げる、など抑制策の有効性が確かめられる一方で、①自己負担の引き上げは外来医療費へ影響せず、負担が高いほど入院医療はかえって増加する、②予算総枠制は効果がないどころか医療費を増加させる、③人口当たり医師数が多いと医療費が下がる、④診療価格が医師の自由裁量にまかされているかどうかは医療費に無関係、など抑制策の効果に疑問を抱かせる結果が報告されている。ミスリーディングな分析結果の原因は、医療支出の高い国ほど医療支出抑制策を講じているという逆の因果関係が推計結果に反映されたため²、と考えられる。

このように先進諸国の経験はあるていど参考にできるものの、国による医療制度や医療をめぐる環境の違いは大きいことから、特定の医療政策の効果を他国の経験をわが国へダイレクトに援用することは難しいと言わざるを得ない。

(2) 自己負担率の引き上げ

医療保険加入者は自己負担が小さいときモラルハザード（ささいな自覚症状で医療機関

¹ OECD(1995)

² 吉田(2001)

に受診するなど)を引き起こしやすい。そのため患者に一定の自己負担を求め、医療サービスの無駄遣いを防ぐという方法がほぼ全ての先進国で採られている。医療経済学では医療需要は自己負担率の関数と定義するが、かんじんの医療サービスを一般の財と同じと見るか、患者と医師に情報の非対称性が存在するとみるかで、医療需要の意味が違ってくる。前者ならば患者が需要を決定できるので医療費が被説明変数となる。他方、後者では患者が決定できるのは受診するか否かの選択だけであり、サービス内容の選択は医師もしくは医療機関が決定すると考えるため³、受診率が非説明変数となる⁴。

わが国では1970年代まで自己負担率は引き下げられてきたが80年代はじめに引き上げに転じた。負担率改定の概要を表に示す。こうした自己負担の変更いいかえれば需要者価格上昇が医療サービス需要にどれほどの影響を及ぼしたかをめぐって、価格弾力性の計測が90年代に精力的に行われてきた。慢性疾患の多い高齢者と急性疾患が中心の若年では価格弾力性が異なると見られることから、計測も別々に行われている。

表 Co-payment Schedule の改定

	高齢者	被用者保険		国民健康保険
		本人	家族	
1961年	30%もしくは50%	定額	50%	30%
(Universal public health insurance was achieved.)				
1973年	無料		30%	
			負担上限 ⁵ 導入	
1975年				負担上限導入
1981年		負担上限導入	入院 20% 外来 30%	入院 20% 外来 30%
1983年	入院 1日 300円 外来 1月 400円			
1984年		10%		
1987年	入院 1日 400円 外来 1月 800円			
	この間に3回の引き上げ			

³ このようなアプローチはTwo-Partモデルと呼ばれる。

⁴ 医療費 = 受診率 × 診察頻度 × 医療密度
 = (件数) × (日数/件数) × (医療費/日数)

医療費は上記のように分解できることから、患者は受診率だけでなく診察頻度も決定できるという考えに基づいて、診察頻度も自己負担率の関数として計測している例もある。

⁵ 高額療養費制度。月額自己負担の上限を30,000円に設定。

1997年	{ 入院1日 1,000円 20% 外来1回 500円 ⁶	
		← 外来薬剤追加負担制 ⁷ 導入 →
1999年	外来薬剤追加負担制廃止	
2001年	入院 10% ⁸ 外来 10% ⁹ もしくは1回 800円 ¹⁰	

1) 老人医療の価格弾力性

表にみるように老人医療の自己負担は、①30%（国保加入者）もしくは50%（被用者保険の被扶養者）から1973年までに無料化し、②83年に定額負担制へ移行し（入院は1日当たり定額、外来は1月当たり定額）、③97年に外来医療の月当たり定額制が診療1回当たり定額へ改められると同時に外来薬剤の追加負担が導入され（99年に中止）、④2001年に10%の定率制（外来は定額の選択も可）となった。①～③の価格変化をとらえた分析の結果をまとめる¹¹。

⁶ 月額上限 2,000円

⁷ 内服薬	種類数	1日分金額×日数
	1種類	無料
	2～3種類	30円×服薬日数
	4～5種類	60円×服薬日数
	6種類以上	100円×服薬日数

外用	薬種類数	1回分金額
	1種類	50円
	2種類	100円
	3種類以上	150円

頓服薬	種類数	1回分金額
	1種類につき	10円（×種類数）

ただし、薬価（薬代）が205円以下の場合は、何種類でも特例として1種類とみなす。6歳未満は免除。

⁸ 月額上限 37,200円、ただし市町村民税非課税世帯 24,600円、市町村民税非課税世帯かつ老齢福祉年金受給者 15,000円

⁹ 月額上限 200床以上 5,000円、200床未満 3,000円

¹⁰ 月額上限 4回、3,200円

¹¹ ④すなわち2001年の定率制への移行の分析はまだ報告されていない。

①老人医療無料化（1973年）

老人と若者の自己負担率が等しかった無料化以前に老人の受療率は若者の2倍だったものが、1973年の老人医療費の無料化で若者の4倍へ上昇したことから、無料化の受診行動への効果は大きかったと評価される¹²。実際、1955～1979年の時系列データによって計測された受診率の価格弾力性は-0.3以上と比較的大きい¹³。

②定額負担の導入（1983年老人保健法施行）

結論から言えば、負担額が極端に小さかったため需要抑制効果は非常に限定的だった。厳密な計測ではないが、定額制導入の影響は非常に小さかったという見方¹⁴や、価格弾力性は効かずむしろ所得効果で受診率が上昇した¹⁵という主張が多い。実際、この時期を捉えた分析例として、大日(2002)は1979～97年のレセプト個票から医療費総額に対する価格弾力性（外来0.016、入院0.051）を、澤野(2000)は30%定率制で課される60～69歳と定額制の70～74歳の差を利用して外来医療に関して受療率(-0.125～-0.076)および1件当たり日数(-0.105～-0.085)を、それぞれ報告しており、いずれも価格弾力性は非常に小さい。

③外来の受診1回当たり定額負担制・外来薬剤の一部負担（1997年）

この2つの新制度をあわせた効果は70歳以上の1人当たり医療費を年間500円程度低下させ、とくに高齢慢性疾患患者の1月当たり外来受診回数を0.33回低下させたという報告¹⁶がある。一方、薬剤追加負担のみの影響は、導入時¹⁷および2年後の廃止時¹⁸ともに、厚生省の予想より格段に小さくほとんどネグリジブルであったと計測されている。

2) 若年者医療の価格弾力性

被雇用者保険と国民健康保険で自己負担が異なる。主な変更は、①1973年に被用者保険の扶養者が50%から30%へ引き下げられた、②1984年に被用者保険の本人がゼロ割から10%へ、③さらに97年に20%へ引き上げられた、④1997年にすべての保険で外来薬剤追加負担が実施された、などである。

①被用者保険の扶養者（50%から30%へ引き下げ、1973年）

この時期の分析は少なく、前田(1978)が1人当たり医療費が12%程度増加したと述べているにとどまる。

¹² 鴫田(1999)。さらに、老人と若者の自己負担率が等しい現在のドイツでも老人は若者の2倍であることから、自己負担が同一であれば2倍程度が老若の受療率の差と類推されると述べている。

¹³ 妹尾(1985)。ただし所得効果がコントロールされていないため、需要弾力性が過大に計測されている可能性がある。

¹⁴ 広井(1994)

¹⁵ 西村(1991)

¹⁶ 鴫田ほか(2000)

¹⁷ 上野(1999a)

¹⁸ 上野(1999b)

②被用者保険の本人（ゼロから10%へ引き上げ、1984年）

③被用者保険の本人（10%から20%へ引き上げ、1997年）

澤野(2001)の計測によれば1件当たり外来日数の弾力性は、②の改定時に-0.044~-0.043、③の時には-0.087~-0.084と、近年高まっている。山田(1998?)は、③の改定時価格変化を捉えて、外来エピソード数（受療率）の急性疾患の価格弾力性は0.09~0.11と報告している¹⁹。また山田(1998)はレセプトベースの自己負担額によって外来日数弾力性は病院で-0.029~-0.124、診療所で-0.185~-0.325であることを示した。

これに対して伊井・大日は軽医療に注目した一連の分析²⁰は、軽医療全体の弾力性は0.123~0.149、風邪は0.23~0.36、さらに個別の軽医療で-0.87~-3.69と弾力性はかなり高いことが示されている。

これまでの研究成果から医療需要の価格弾力性に関しては、分析による差はあるものの、ほぼ0.1内外と非常に小さいこと、軽医療でかなり大きいことが明らかになっている。

今後の医療費動向を考える上で、次の2つの問題が残されている。ひとつは老人医療への定率制の本格的導入の影響である。漆(1997)は定額制から定率制へ移行すれば弾力性が発揮され需要を抑制できると主張したが、澤野(2000)は弾力性が小さいことから定率負担でも抑制は期待できないとする。

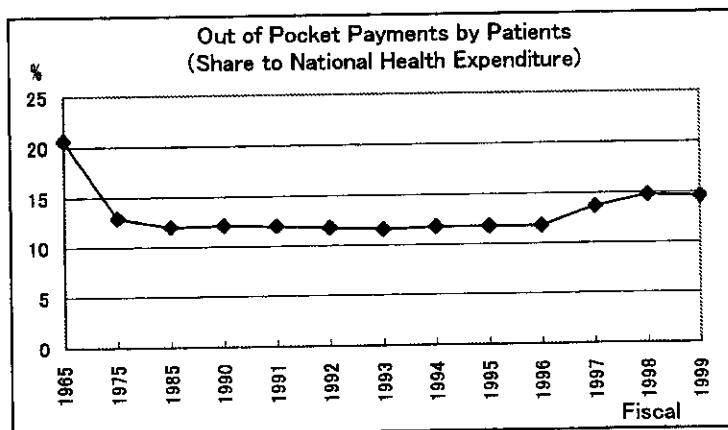
2番目には、カタストロフィックな医療費出費から患者を守る目的で高額療養費制度が導入されたために、10%から30%の定率自己負担が適用されるのは1ヶ月当たり上限額までで、それ以上は1%の定率となっていることの影響である。上限額の水準によって患者の行動がどのように影響されているのかはいまだ着手されていない問題である²¹。

(3) フリーアクセスの制限

¹⁹ ただし慢性疾患に関しては価格変化の影響は認められなかった。

²⁰ 井伊・大日(1999a)、井伊・大日(1999b)、井伊・大日(2002)

²¹ さらに自己負担引き上げの財政効果を考察する場合には、負担率を例えば10%引き上げたとして上限を超えた部分は保険から給付されるので、10%の保険財政の改善には増加に結びつかない点に注意せねばならない。実際、自己負担率が大幅に変更されたにもかかわらず、国民医療費に占める自己負担の割合は大きく変動していない。



わが国の医療制度の特徴のひとつに患者はどの医療機関でも自由に診療を受けられるといういわゆるフリーアクセスの保障があげられる。医療費抑制のために患者の自由を大きく阻害しない範囲でアクセスを制限しようという試みが始まっている。前節でみた自己負担の引き上げも大幅であれば低所得者のアクセスを阻害することは明らかである。ここでは、患者に大病院嗜好があるため、軽医療患者が大病院の外来で貴重な医療資源を浪費することを防ぐことを目的とした、紹介料の導入とかかりつけ医制度を検討する²²。

1) 大病院の紹介制

患者はまずかかりつけ医（後述）を受診し、必要に応じて大病院を紹介される。高度な医療機関で治療を受けた後は自宅近くのかかりつけ医に戻って治療を続ける。そのような患者の流れを作るために、大病院での患者の自己負担が紹介状なしだと高くなる（200床以上の大病院²³の外来を直接受診すると、基本的な初診料のほかに上乗せ料金を自己負担する）方法が導入された。ただし上乗せ分は病院が独自に設定できる（数百円～5,000円）。

一方、病院には紹介率が30%を超えると診療報酬に加算をつけ、また外来患者数を減らせば（入院患者数に対する比率が1.5以下）加算が増えるなどのインセンティブを付与した。加えて大病院が治療後に患者をかかりつけ医に戻すように逆紹介料も導入している。

紹介制の導入によって患者および医療機関の行動がどのような影響を受けたかに関する分析の報告はない。ただし、外来患者の中で紹介患者とそれ以外の非紹介患者の医療資源消費量を比較すると、紹介患者のほうが重篤で多くの医療資源を消費することから、紹介制の導入で高次病院の資源の有効活用が促進されたという報告²⁴がなされている。他方、大病院の紹介加算取得率の上昇が停滞していることから、病院は外来患者抑制に消極的であると見られる^{25 26}。

2) かかりつけ医制度

かかりつけ医は政府の造語で地域住民のプライマリケアを担う医師を指す。「近い、どんな病気でも診る、いつでも診る、病状を説明する、必要なときふさわしい医師を紹介する」などの機能が期待されている。大病院外来を低額で受診するためにはかかりつけ医の紹介状が必要であること、さらに介護保険法で要介護認定プロセスにかかりつけ医の意見書が必要であることなどが規定されている。このことからかかりつけ医は高次医療サービスや介護サービスへの患者のアクセスをチェックするためのゲートキーパーの役割が期待されていると見られる。

しかしながら、紹介状や意見書は医者なら誰が書いたものでも受け付けられており、ゲートキーパー機能は発揮されていないうえ、多くの患者は特定のかかりつけ医を持ってい

²² これらの政策は、フリーアクセス制限とみなすよりも、医療の質を向上させるための医療機能分化政策として位置付けられることが多い。

²³ 200床以上の病院。

²⁴ 謝ほか(1997)、謝ほか(1998)。

²⁵ 田村・福田(2002)

²⁶ 大病院のほうが患者の自己負担が低いことも、大病院の外来患者が減らない原因のひとつと考えられる。

ない。そこで政府は1993年より都道府県に委託して「かかりつけ医機能推進・定着促進事業」を実施している。自治体は医師会と協力して、住民にかかりつけ医紹介窓口を設置する一方、医師に対する研修を行うなどしているが、住民への浸透は浅いうえに、医師の間でもその役割が十分に理解されていないのが実情である。

このように制度が未成熟であるためか、かかりつけ医に関する分析は皆無である。

(4) 包括払い制の部分的導入

医療サービス市場の情報の非対称性ゆえに、患者側価格である自己負担を引き上げてもコントロールできる可能性があるのは需要のうち的一部分、たかだか受診率だけであることは先に説明した。いったん受診に訪れた患者に対してどれだけの医療サービスを投入するかは医師の裁量にゆだねられているからである。

そこで供給者価格すなわち診療報酬によって医療機関に過剰供給を抑制する方法が模索されている。出来高払い制のもとで80年代には薬剤や検査の報酬単価の相次ぐ引き下げに対して、医療機関は数量の増加で所得減少を防いだため、薬漬け、検査付けの悪弊を招いた。

この経験への反省から包括払い制（定額制）が導入された。包括払い制では一連の（ひとまとめの）診療行為群に対して定額の報酬が設定されているため、出来高払い制のように報酬が青天井になることがない。医療機関はコスト引き下げのインセンティブを持つため、サービス供給の効率化が期待できる一方、過小診療が発生する懸念もある。

当初、定額制はごく一部の検査に適用されたが、90年代に適用分野が徐々に広がっている。その評価は分野によって異なるものの、医療費抑制への効果はおおむね期待外れであった半面、医療の質はケーススタディから過剰治療是正が報告されている。

ここでは「生化学検査 I」「入院時医学管理料」「老人慢性疾患外来総合診療料」「小児外来診療料」についての研究成果をサーベイする。

表 主な包括払い制の導入時期

1982年	生化学検査 I (いわゆるマルメ)
1990年	入院医療管理料 (入院費のうち、看護、検査、投薬、注射を包括化)
1996年	老人慢性疾患外来総合診療料 (外総診)、小児科外来診療料など
2000年	一部検査・処置の外来診療料への包括化 (200床以上の病院のみ)

1) 「生化学検査 I」

1970年代に開発された血液化学自動分析装置が病院に普及するに伴い、生化学検査の回数が増加し、高額検査へのシフトが発生したため、出来高払い制のもとで検査費用が上昇した。これに対して診療報酬点数が検査項目数個ごとに階段状に増加する方式（いわゆるマルメ制度）²⁷が導入された。その結果、検査1項目当たりの単価は大きく引き下げられ

²⁷ 当初は6段階だったが現在では3段階へとステップ数が減ったほか、20項目以上がフラットだったものが現在は10項目以上がフラットになっている。

た。

生化学検査のマルメに関する分析はどのような患者や医療機関がマルメを選択するかという点に注目した²⁸が、小椋・角田(2000)は経済的なインセンティブの影響を織り込み、一つ上の段階の相対価格が上昇するとそちら(多項目検査)を選択するという結果を得た。ただし多項目の検査を選択する強いタイムトレンドが存在するため、相対価格の継続的な引き下げがない限り検査数は増加する。

2) 「入院医療管理料」

入院医療管理料(入院費のうち、看護、検査、投薬、注射を1人の患者につき1日当たり定額で支払われるもの)の適用を受けるためには、病院は介護力と病室アメニティーを一定水準以上に高めたうえで病棟単位で申請する。この定額制導入の期待される効果は、①長期入院高齢者への薬剤・検査の過剰投入を是正すること、②治療からケアへの転換を図ること、③診療報酬の上限設定による医療費の抑制、などであった。幾つかのケーススタディは、導入後の病院の行動変化が、検査・薬剤の減少²⁹、ケア向上³⁰など、事態が改善されたことを確認している。ただし定額制への移行で生じやすい過小医療や重症患者の入院拒否などの危険性はまったく検証されていない。

さらに医療費の抑制については、効果はまったくなかったか、かえって増加させた可能性がある。当初は定額制への移行を促進する目的から入院医療管理料は相当高めに設定されていたと考えられる。そのため1件当たり入院医療費は出来高払い制より高かった。そのうえ定額制では患者ごとの医療費のばらつきが小さいため、病院の受け取り報酬の安定化効果が大きい³¹、医療サービスの生産という観点から非常に効率が高かった³²という評価ができる。

3) 「老人慢性疾患外来総合診療料」「小児科外来診療料」

1996年の診療報酬改定に数種の包括化³³が導入された時期を捉えて、河合・丸山(2000)はその中でも老人慢性疾患外来総合診療料および小児科外来診療料に注目した分析を行った。前者は外来の老人慢性疾患患者に対する包括払い制で、検査、投薬、注射、生活指導などが包括され診療報酬は1月単位の定額である。また後者は3歳未満の外来患者に対する包括払い制で診療報酬は前者と異なり1日単位の定額である。両者に共通するのは届出による選択性である点と、患者ごとに選択ができない点である。

分析の結論はこれら包括払い制は医療費を押し上げたというものである。その理由は、①選択性であるためもともとコストの低い患者を診療していた医療機関が包括制を採用し

²⁸ 医療経済研究機構(1994)、医療経済研究機構(1996)、医療経済研究機構(1998)

²⁹ 日本製薬工業協会(1996)、川淵(1996)

³⁰ 高木(1993)、日本製薬工業協会(1996)

³¹ 日本製薬工業協会(1996) 医療経済研究機構(1997)、医療経済研究機構(1998)

³² 医療経済研究機構(1998)

³³ 老人慢性疾患外来総合診療料、小児科外来診療料、運動療法指導管理料、精神科急性期治療病棟入院料、総合周産期特定集中治療室管理料、手術前医学管理料、国立病院等の急性期病院の入院医療。

たこと、②1日当たりの定額制である小児科外来診療料を採用した医療機関で診療日数が増加したことである。池上(2001)も選択性のあるかたちの包括化は医療費増加をもたらすと警鐘を鳴らしている。

(5) 供給能力規制

医師誘発需要の理論は、人口当たり医師数の増加は、医師1人当たりの医療需要を低下させるため、所得の保持をめざす医師は患者1人当たりの医療サービス供給を高めると説明する。実際、わが国でも地域当たりの医療費格差は、人口当たり病床数など医療サービス供給能力と強い相関を示すことから、病床数や医師数の増加を抑制する政策がとられている。

1) 病床規制

地域データの検討から人口当たり病床数が多い地域ほど入院期間が長く、過剰な供給力が需要を誘発していると考えられたことから、1985年の第1次医療法改定において病床規制が導入された。これは従来の自由開業制を真っ向から否定するものといえる。医療計画によって2次医療圏ごとに必要病床数が決められ、それを下回る地域では施設の確保と上回る地域において病床増コントロールが行われた。

とくに過剰地域では一般病院の新規参入が不可能となったため、病院相互の競争を通じたサービス向上が期待できなくなった³⁴。

2) 医学部定員の削減

1980年代はじめに医学部の定員がそのまま推移すると、将来的に深刻な医師数の過剰が生じるという予測がなされた。これを受けて86年に厚生省は医学部の入学定員の削減を要請した。その後の高齢化など医療需要をめぐる状況の変化を勘案し、再度医師数の需給を検討し直し、1994年には医学部入学定員を10%削減する要望が提出された。しかし削減率は96年度までの累計で7.7%にとどまる。

わが国において医師誘発需要が正しければ、病床や医師の密度上昇は過剰な医療消費を生じさせるので、患者にも社会にも悪い影響を及ぼすので、これら医療資源抑制策は必要である。反対に、医師数の増加で患者の移動時間や待合室での待ち時間などが減少するならば、患者の時間費用が減少するので望ましい。

県別データを用いた分析では医師密度の老人外来医療需要弾力性は0.19という結果が報告されている³⁵。一方、同じく老人外来医療に対するTwo-Partモデルによるマイクロデータ分析は、市町村当たりの医師密度の診療密度(外来1件当たり医療費)弾力性はゼロを棄却できないことから医師誘発需要の発生が否定し、受診率(老人1人当たり外来件数)の弾力性は0.039と小さいながら患者の利便性は高まっている可能性を報告している³⁶。

³⁴ 高木(1996)

³⁵ 西村(1987)

³⁶ 鈴木(1998)

(6) 医療サービスの範囲の見直し

1) 急性期治療中心の医療へ

わが国の入院期間は先進諸国の中でもっとも長いことは周知であるが³⁷、これは本来病気を治療するための貴重な医療資源がケア（療養・介護）主体の長期入院患者に占領されてきたことが主因である。是正のために長期入院のケア中心患者の切り離し策が行われた。第一の方法は入院期間が一定の長さを超える患者の報酬額引き下げによって、病院に対して長期入院への経済的なディスインセンティブを与えることであり、第二は介護保険の導入によって、療養や介護が必要な患者を介護保険の対象とし、医療保険の対象を急性疾患患者に限定する方法である。

・入院料金の通減制

診療報酬の単価は基本的には一定だが、入院時医学管理料（入院中の診察料）は例外で、患者ごとに在院期間が長くなるほど報酬が段階的に減額される。さらに2000年度の診療報酬改定によって、一般病棟に3ヶ月以上入院する老人患者を対象に「老人一般病棟入院医療管理料」が新設された。これは入院にかかわる基本報酬に検査、投薬、注射、一定の処置を包括化したもので、結果として診療報酬は大幅に低下した。

さらに2000年の改定では入院基本料が新設された。入院基本料は病棟ごとに設定され、病棟の平均在院日数が29日以上では28日以内より%程度低くなる。平均在院日数が180日以上ではさらに減額幅が大きい。

これらは一般病院に長期入院を減らす強いインセンティブを与えたと考えられるが³⁸、その影響度などは計測されていない。

・ケア（療養・介護）の切り離し

高齢化にともなう慢性期患者の長期入院増加に対して、医療水準が医療法の水準を満たさない病院を特例で老人病院をして認め、これら治療ニーズの低い老人患者の受け皿としてきた。1992年の第2次医療法改正において療養型病床群が導入され、病棟単位で療養や介護に特化すべき施設の方向付けがなされた³⁹。

2000年に始まった介護保険では患者は特別養護老人ホームや老人保健施設と並んで病院・診療所への入居も選択できることとなった。病院・診療所ではそれまで医療保険用に使っていた療養型病床群の介護保険用への移行が進んでいる。その結果、療養型病床群には現在、介護病床と医療用病床が並存している⁴⁰。

さらに2001年第4次医療法改正では、病床の病床区分（精神、結核、感染症、その他の

³⁷ 川越(1998)

³⁸ 李(2000)

³⁹ 大道(1993)

⁴⁰ 油谷(2002)は療養型病床群における医療保険適用患者と介護保険適用患者の医療必要度や要介護度の実態調査である。

病床)のうちの「その他の病床」をさらに急性期医療をになう一般病床⁴¹と慢性期医療のための療養病床の2つに区分することになった⁴²。

医療保険適用の療養型病床群には包括払い制がとられたにもかかわらず、その医療費抑制効果はまったくなかったことは先に述べた。それでは介護保険への移行にともなう医療費への影響はどれほど大きかったか。厚生省が医療保険から介護保険への移行額は2000年度に1兆9,800億円と見込んでいたが、日本医師会の推計によれば⁴³実際には1兆5,999億円であった。老人医療費は1999年度に11兆7,854億円であり、介護保険が導入されなければ2000年度には12兆5,818億円になるはずだったものが、1兆5,999億円分が介護保険に移行したために、結果として10兆9,819億円となった。導入効果は医療費を12.7%減少させたと解釈できる。

2) 医薬分業

医薬分業は病院・診療所が出来高払い制の下で薬剤を過剰に処方することを防ぐねらいがある。患者にとっては、医師と薬剤師の二人の専門家によって、医薬品の使用をダブルチェックし、効きめや安全性を一層高めるメリット⁴⁴が強調されるが、その普及は約30%にとどまる⁴⁵。

相次ぐ薬価引き下げと包括払い制拡大による薬価差益の縮小の結果、病院内の薬剤部門の収益力が低下したことが、医薬分業が徐々に進んできた主な理由と考えられる。しかし、患者側のメリットは事実上発揮されておらず、逆に二度手間と自己負担増加が強いられている。新たな自己負担は、病院に支払う院外処方せん料と、薬局への調剤技術料である。このことから外来の完全医薬分業化で医療費が5.7%増加するという推計が報告されている⁴⁶。

(7) 多面的な政策評価の分析が必要

現在わが国では医療費抑制および効率化を目指した政策が多岐にわたって進められており、それらの評価に関する分析もまだまだ不十分とはいえ、徐々に蓄積を増しつつある。

医療費抑制策が自己負担率の引き上げやフリーアクセスの制限を通じて、これまでの誰でもいつでもどこでも安価にかかれる医療給付の目標を部分的にはあっても否定するものである以上、今後は医療給付の所得格差の視点がとくに必要となろう。

所得格差の分析例は乏しい。政府の統計では社会保険庁「医療給付受給者状況調査」が政管健保加入者の所得別の医療費を公表しているのみであり、研究者の分析でも筆者の知

⁴¹一般病床は在院期間90日以内がめどとされている。

⁴²ここでの療養病床は医療法上の区分であり、先の療養型病床群は診療報酬上の病棟の名称である。療養型病床群は「その他の病床」のうち一定の介護力水準と居室水準を満たす病棟の名称である。

⁴³上野・川越(2000)および川越・阿部・前田・森(2001)

⁴⁴その他に、川淵(2000)は米国では院内薬局よりも街中の大型チェーンドラッグストアではるかに低価格の薬剤が提供されるなどのメリットがあることを指摘している。

⁴⁵社会保険診療支払基金の調査。

⁴⁶川淵(2000)

る限り、松本・長谷川(1999)が医療アクセスの所得間格差について、有訴者と所得には逆相関があることから罹患リスクは所得間不平等があるとみられるが、有訴者のうちの治療者割合は低所得者のほうが高いので、医療機関へのアクセスの公平性は高いという報告があるのみである。

医療費抑制効果をさらに高めるためにはさらにドラスチックな改革が実施されることになろう。政策実施後の評価分析がますます重要となる。