

## 公的医療保険制度における患者負担の現状、課題及び将来

九州大学 尾形 裕也氏

司会 時間となりましたので、セッションC「公的医療保険制度における患者負担の現状、課題及び将来」について、始めさせていただきます。

### 尾形裕也氏 略歴

#### ■1978年 厚生省に入省

在ジュネーヴ国際機関日本政府代表部一等書記官、  
国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長  
などを歴任

#### ■2001～2013年 九州大学大学院医学研究院教授

#### ■2013～2017年 東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

#### ■現在 九州大学名誉教授

公職としては、  
厚生労働省 中央社会保険医療協議会(中医協)  
入院医療等の調査・評価分科会 会長、  
経済産業省 健康経営銘柄基準検討委員会 委員 など

冒頭に、講演いただく尾形様の略歴について、ご紹介させていただきます。ご覧のとおりでございます、1978年に厚生省に入省され、ここにご覧いただいたような職を歴任されました。その後、2001年から2013年まで、九州大学大学院で教授をされております。その後2013年から2017年にかけて、東京大学の政策ビジョン研究センターの特任教授をされました。現在は九州大学で名誉教授をされておりました。公職といたしましては、厚生労働省の中央社会保険医療協議会、中医協の入院医療等の調査・評価分科会の会長をされています。その他、経済産業省の健康経営度基準検討委員会の委員もされています。それでは、尾形様、よろしくお願いたします。

尾形 おはようございます。

一同 おはようございます。

# 公的医療保険制度における患者負担の現状、課題及び将来

九州大学名誉教授  
尾形裕也  
2019/11/25

尾形 ただいま、ご紹介いただきました、尾形でございます。本日はお招きいただきまして、ありがとうございます。これから1時間弱、「公的医療保険制度における患者負担の現状、課題と将来」ということで、お話をさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

## 0-1. 本日、お話しする内容

1. 公的医療保険制度における患者負担
2. わが国における患者負担の推移
3. 患者負担の現状
4. 患者負担の課題
5. 今後の展望

1

皆様のお手元の資料とこちらに出てまいりますパワーポイントは全く同じものでございますので、どちらをご覧いただいても結構かと思えます。それでは早速お話に入ります。

本日本日お話しする予定の内容ということで、最初に目次のようなものを示しておりますが、大体この順番でお話をしていきたいと思えます。私も患者負担の問題を、集中して、今まで考えたことがあったわけではな

いですが、今回、このようなお題を頂戴しまして、改めて整理してみたということです。「現状、課題及び将来」について、若干の私の個人的な考えを述べさせていただこうかと思っております。

さらにせっかくの機会ですので、少し時間を取りまして、フロアの皆様から、ご質問をお受けする時間を取りたいと思いますので、よろしく申し上げます。

## 0-2. 若干の自己紹介

### ○職業生活40年余：半分実務家、半分研究者

- ・1978~2001年 厚生省、OECD、ジュネーヴ代、千葉市等々
- ・2001年~2017年 九州大学、東京大学  
(医療経営、健康経営等)
- ・2018年~

### ○厚生省時代

- ・老人保健課、国保課等に勤務
- ・老人保健法改正、国保法改正等に從事  
→国保を支え、皆保険体制を支える改正

2

今、紹介していただいたとおりなのですが、若干、補足をしておきますと、これまで職業生活が40年余りですが、大体半分が実務家、厚生省等の行政官で、それから半分が研究者という感じになっています。

特に厚生省で、最初私は、皮切りといいますか、年金局という所にいまして、年金課で年金の改正に従事しました。それ以来、厚生省には、今もそうですが、アクチュアリーの方が数理技官という形でお勤めになっておられますが、大変お世話になりました。年金の改正も、数理計算抜きには考えられない話ですし、それからそのあと、保険局や今の老健局といった所で、保険制度の運営に関わる仕事をしました。そのときにも、保険局に調査課という所があって、保険制度の数理計算をやっていただいて、大変お世話になってきたところでもあります。

その後、大学に移りまして、九州大学では、先ほどご紹介があったとおり、医学部に新しくできた専門職大学院ですが、そこで医療経営、医療機関の経営の話を中心に研究していました。それから東大に移りまして、この後4、5年は、皆さんもお聞きになったことがあるかもしれません、健康経営という、レセプトのデータや、あるいは健診のデータを使いまして、今までできなかったことをいろいろ試みるという、その一環ではありますが、健康経営を主として、研究してまいりました。このようなことでございます。

これまで行政官としては、ここに書いたとおりですが、特に老人保健法や国民健康保険法など、いわゆる皆保険体制をどのように支えていくかという改革に主として携わってきたという略歴でございます。

# 1. 公的医療保険制度における患者負担

3

それでは、早速、内容に入りたいと思います。最初にそもそも「公的医療保険制度における患者負担」をどう考えるかというイントロダクションの話です。

事実を最初にお話ししておく、現在のわが国の公的医療保険制度の財源として、どのようなものがあるか。国民医療費というデータをご存じだと思いますが、1年間に医療機関で使われている医療費の総額を推計したものです。一番新しい数字は、現在2017年度のものでありますが、43兆円を超えているという、大変な額であります。

## ◎「患者負担」の意義

### ○公的医療保険制度の財源

#### ・国民医療費ベース(2017年度)

|             |              |           |
|-------------|--------------|-----------|
| 保険料         | 49.4%        | 共助        |
| 公費          | 38.4%        | 公助        |
| <b>患者負担</b> | <b>11.6%</b> | <b>自助</b> |

### ○「社会保険」方式といいながら、保険料の割合が5割を切っている

- ・公費の投入及び傾斜配分による皆保険体制の維持(税と組み合わせた社会保険方式)

4

その財源を見てみますと、大きく三つに分かれます。保険料が49.4%で、最も多い。日本は社会保険方式

を採っているわけですから、保険料が多いのは当然です。それから公費。税金であります。これは国および地方自治体から税金が投入されています。これが 38.4%。それから今日の主題である患者負担が 11.6%。このような感じになっております。

一般的には、保険料は共助と言われます。公費の公助に対して、患者負担は自助であると、このような整理がされているわけです。またこの内容については、後で出てまいりますので、このような感じだということ覚えておいていただければと思います。

とりあえず内訳を見て、言えることは、そこに書いてありますように、わが国は「社会保険」方式を採っている、あるいは先ほど申し上げましたように、皆保険体制だと言われているわけですが、社会保険といいながら、保険料の割合が5割を切っているわけでありまして。これは国際的に見ると、非常に低い水準です。当たり前ですが、社会保険方式を採っている国は、普通は保険料が8割、9割を占めているわけですが、わが国は5割を切っている。昔はもう少し高くて6割以上あったのですが、だんだん下がってきている。その最大の原因は公費、税金でありまして、税金が4割近く入っている。このようなことであります。

今日は税の問題が中心的なテーマではないので、以下簡単に触れたいと思います。税金、公費はどこに入っているかといいますと、決して一律に各医療保険者に入っているわけではなく、非常に大きな傾斜配分が行われております。

分かりやすい例でいうと、共済組合や、この中にもおられるかもしれませんが、健康保険組合、健保組合ですね。民間の大企業にお勤めの方およびその家族を対象とした制度ですが、このような制度には原則として公費、税金は入っていないわけです。

それに対して、例えば国民健康保険、あるいは後期高齢者医療制度には、平均すると税金が50%投入されているという、非常に傾斜配分が行われている。それによって、現在の皆保険体制を何とか支えているというような実態になります。

そのような意味で、わが国は「社会保険方式」とよく言われますが、正確には、税と組み合わせた社会保険であるとお考えいただくとよろしいのではないかと思います。

## ○患者負担の意義

- ・適切な受診行動促進: **モラルハザード**の防止  
価格メカニズム活用による効率的な資源配分  
「患者にコスト意識を持ってもらう」  
老人医療費無料化による老人医療費高騰  
→「病院が老人のサロン化した？」
- ・公的医療保険の重要な財源  
かつては国保、健保被扶養者5割給付の時代  
もあった
- ・被保険者と患者の負担のバランス

後の議論との関係で、少しここで、患者負担について整理をして考えてみたいと思います。なぜ公的な医療保険制度に患者負担を求めるのかについては、いろいろな議論があります。

一つ有力な考え方としては、ここに書きましたように、「適切な受診行動を促進する」。いわゆるモラルハザードを防止するというのが言われます。経済学的に言うと価格メカニズムの話です。患者負担も、いわば医療価格の一部を表示しているものだとすると、価格メカニズムを活用することによって、効率的な資源配分を目指すという通常の経済学の考え方です。あるいはもっと分かりやすく言うと、患者さんにコスト意識を持ってもらう、このようなことが言われるわけです。

モラルハザードが本当に起こるのかについては、一つ非常に顕著な例で、また後で出てまいります、わが国は、一時、1973年から10年ぐらいの間ですが、老人医療費を無料にした時代がございました。老人医療費の無料化の影響は非常に大きいものでありました。当たり前ですが、老人医療費を無料化した結果、老人の受診率が跳ね上がりまして、全体として老人医療費が非常に高騰しました。これは今日までも尾を引いている面があると思います。

モラルハザードについては、病院が老人のサロン化したのではないかなどといったことが言われます。よく言われる悪い冗談に、このようなものがあります。「あのおじいさんは、毎日うちの病院に顔を見せていたのに、今日は姿が見えないんですが、どうしたんでしょうかね」「病気でもしてるんじゃないですか」。悪い冗談ですけども、そのぐらい受診率が跳ね上がり、いわゆる経済学でいうモラルハザードが起こった。このようなことが多分事実だろうと思います。このようなモラルハザードを防止して、適切な受診行動を促進するという意味があるというのが一つだろうと思います。

それから制度的には、患者負担が公的医療保険における重要な財源であることは間違いない。今は11%ぐらいまで下がってきておりますけれども、かつては国保や健康保険の被扶養者、家族の方々の給付率が5割という時代がありました。患者負担が5割で、非常に高い時代もあったわけであります。このような時代には、非常に重要な財源の一部を構成していたことは間違いないと思います。

それから別の観点からすると、公的医療保険の被保険者と患者。もちろんこれは重なるわけです。被保険者が患者に当然なるわけです。しかし被保険者と患者が常に一致しているわけではありません。全ての人が患者になっているわけではない、健康な方もおられるわけです。そうすると被保険者と患者の間の負担のバランスをどう考えるか。このような観点も患者負担を考えるときには重要であると思っています。

## ◎定額負担と定率負担

### ○患者負担の類別

- ・定額一部負担 (Copayments)
- ・定率一部負担 (Coinsurance)

### ○わが国においては、定額→定率一部負担へ(後述)

### ○定額一部負担と定率一部負担の比較

- ・コスト意識の喚起という意味では定率負担が優れている
- ・一方で、診療報酬改定に直結していることから発生する問題も

6

それから、後の議論とも関連するのですが、患者負担について、よく定額負担か、定率負担かという議論が行われることがあります。大きく患者負担を分類すると、ここに書いてあるように、定額一部負担と、定率一部負担。英語で言うと、必ずしもぴったりと当てはまっているわけではなく、人によって使い方が若干違うのですが、一応 Copayments が定額一部負担、Coinsurance が定率一部負担に相当するものだと考えていただいでよろしいかと思います。

後でまたお話ししますが、わが国においては、従来は定額負担が主流だったのです。それがだんだん定率一部負担にシフトしてきた。現在は定率一部負担が主流になっているということになります。これについてはまた後でお話ししたいと思います。

一般論として、定額一部負担と定率一部負担を比較すると、このようなことが言われております。コスト意識、先ほども申し上げたように、コストバランスが必要なことを考えると、やはり、そのような意味では、定率負担の方が優れている。つまり定率負担はかかった医療費の一部、何割かを負担しているということですから、そこからかかった医療費の総額を推測できるわけです。これに対して、定額負担だと、例えば1回1,000円だと、実際にかかった医療費とリンクしておりませんので、その辺がコスト意識という意味では、優れているのではないかとされています。

ただ一方で、定率一部負担については、診療報酬改定との関係が出てきます。診療報酬の改定は、ご存じだと思いますが、原則として2年に一遍行われています。来年にちょうど、令和2年度の診療報酬改定が予定されていて、現在いろいろな議論が行われているところです。実は診療報酬改定によって、医療費の総額が動くわけです。それによって、定率負担だと、いろいろな問題と申しますか、課題が発生する可能性があると言われています。

## ◎いわゆる「妊婦加算」をめぐる問題

### <参考>妊婦加算の概要

中医協 総-1参考  
30.12.19

#### 妊婦加算

初診料の場合 (時間外/休日/深夜) 75点 (200点/365点/695点) 等  
再診料・外来診療料の場合 (時間外/休日/深夜) 38点 (135点/260点/590点) 等

- 妊婦に対して初診又は再診を行った場合に、初診料 (282点)、再診料 (72点) 又は外来診療料 (73点) に加算。
  - 医療費の窓口負担が3割の場合、妊婦加算による追加の料金は右表のとおり。
- ※ 時間外・休日・深夜については、従来から設けられている時間外加算・休日加算・深夜加算との差額が追加の料金となる。

|       | 初診           | 再診          |
|-------|--------------|-------------|
| 診療時間内 | 約230円 (75点)  | 約110円 (38点) |
| 診療時間外 | 約350円 (115点) | 210円 (70点)  |
| 休日受診  | 約350円 (115点) | 210円 (70点)  |
| 深夜受診  | 約650円 (215点) | 510円 (170点) |

#### 点数新設の趣旨

▶ 妊婦の外来診療については、

- 胎児への影響に注意して薬を選択するなど、妊娠の継続や胎児に配慮した診療が必要であること
- 妊婦にとって頻度の高い合併症や、診断が困難な疾患を念頭に置いた診療が必要であること

などの特性があることから、**妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点から、妊婦加算を新設。**

※1 医薬品が胎児へ与える影響など最新のエビデンスを収集・評価するとともに、その情報に基づいて、妊婦あるいは妊娠を希望している女性の相談に応じる「妊娠と薬情報センター」を国立成育医療研究センターに設置 (平成17年~)。

※2 例① 一般に妊娠中に**尿路感染症**の頻度が高くなる。急性腎盂腎炎は、無症候性細菌尿を有する妊婦では20%と高率にみられる。

例② **虫垂炎**の疑いは、産科疾患以外では、妊娠中、最も手術適応の頻度が高く、500~635妊婦につき年間約1例の頻度。妊娠中は、消化器症状の頻度が比較的高いことや、解剖学的な変化などが原因となり、虫垂炎の診断が特に困難。

7

それを端的に表しているのがいわゆる「妊婦加算」をめぐる問題です。妊婦加算をご存じでしょうか。医療界では随分大きな問題になった話です。これは実は医療政策という観点からは、非常に興味深いという言い方はよくないかもしれませんが、いろいろと光を当てることができる大きな問題かと思えます。

今日は2番目の話題に入る前に、少しこれをご紹介しますと思います。そもそも妊婦加算とは何かというと、前回の平成30年、去年の4月の診療報酬改定で、新しく導入されたものです。額はここに書いてある通りです。初診料の場合は75点、再診料・外来診療料の場合は38点です。括弧書きにありますように、「時間外や休日、深夜」など、特別な場合には、かなり高い点数が付いている。昨年4月改定でこうした診療報酬の引き上げが行われたということでもあります。

## <参考> 妊婦加算に係る議論の経緯

### 議論の背景・経緯

妊婦の方の外来診療については、

- ・ 通常よりも慎重な対応や胎児への配慮が必要であることから、診療に積極的でない医療機関が存在していたことや、
- ・ 日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会からの妊婦の外来診療に対する評価の新設の要望などを踏まえ、平成30年度診療報酬改定において、妊婦に対する通常よりも丁寧な診療を評価する観点から、「妊婦加算」を新設した。

### 創設後の状況

しかし、

- ・ 十分な説明がないまま妊婦加算が算定された事例や、
  - ・ コンタクトレンズの処方など、妊婦でない患者と同様の診療を行う場合に妊婦加算が算定された事例など、
- 加算の趣旨に反するような事例の指摘があり、秋以降、SNSや新聞、ニュース等で頻繁に取り上げられるようになった。

### 与党における議論

12月4日・13日の自民党の会議や、12月6日の公明党の会議において、妊婦加算についての議論が行われ、12月13日に

- ・ 妊婦の方が安心できる医療提供体制の充実や健康管理の推進を含めた総合的な支援の検討を行うこと
  - ・ その上で、2020年度診療報酬改定において、妊婦加算の在り方を含め検討し、見直すこと
  - ・ それまでの間は、妊婦加算を一時停止する方向で、速やかに必要な措置を取ること
- を厚生労働省に求める要望がなされた。

8

これをめぐる議論については次のスライドをご覧ください。まずそもそもなぜ妊婦加算が前回の改定で導入されたかということ、ここに書いてありますように、「妊婦の外来診療については、通常よりも慎重な対応や胎児への配慮が必要であることから、診療に積極的でない医療機関が存在している」。それから学会、日本産婦人科学会や日本産科婦人科学会等から、非常に強い要望があったということも踏まえて、平成30年度の診療報酬改定で、妊婦に対する通常よりも丁寧な診療を評価する観点から、妊婦加算を新設した。このような趣旨のものであります。

ところが、これが大炎上を起こしたわけでありまして。どのようなことかということ、ここに書いてあります。これは実は厚労省の文書です。厚労省の文書で、このようなことが書いてあることはなかなか面白いと思います。「創設後の状況」の部分です。「しかし、十分な説明がないまま妊婦加算が算定された事例や」、次がひどいですね。「コンタクトレンズの処方など、妊婦でない患者と同様の診療を行う場合に、妊婦加算が算定された事例など」加算趣旨に反する事例の指摘があり、秋以降、特にSNSで炎上いたしまして、大変なことになりました。これだけ少子化対策などと言っているのに何を考えているのだ。つまり妊婦加算は定率負担ですから、診療報酬を上げた分が患者負担に跳ね返ってくるわけです。患者負担が引き上げられた。それについてネット上で炎上したということです。

それで大変なことになりまして、今年の、もう1年前になりますけれども、自民党や公明党などの与党の間でいろいろ問題にされまして、厚労省に要望が出された。昨年末にかけて、非常に大きな騒動になりました。

### <参考>妊婦加算にかかる厚生労働大臣の発言(12月14日)の要旨

12月14日の記者会見において、厚生労働大臣から、以下のような発言があった。

- ・ 妊婦加算について、厚生労働大臣として、改めてこの加算の趣旨に立ち返り、医療保険制度や診療報酬体系の中での妊婦加算の在り方について考えてみました。
- ・ 妊婦の方がより一層安心して医療を受けられるようにするという、**妊婦加算が目指すものは依然として重要だと考えています**。しかしながら、それを実現する手段として、妊婦加算という仕組みが適当であったかどうか、改めて考えてみる必要がある、と考えるに至りました。
- ・ 妊婦の方への診療に熱心に携わっていただいている**医療関係者のみなさまには申し訳ありませんが、妊婦加算については、いったん凍結**することとし、
- ・ **妊婦の方に対する診療の在り方について、有識者も含めてご議論**いただいた上で、**妊婦加算の在り方について、改めて中央社会保険医療協議会で議論**してもらおうこととしたいと考えております。

3

9

その結果、どうなったかということ、昨年の12月14日に、前の根本厚生労働大臣がこのような記者会見をして、発言をした。後でこれはお読みください。結論から言うと、妊婦加算については、いったん凍結をする。診療報酬を上げたのですが、とりあえず元に戻す。このようなことをおっしゃった。妊婦に対する診療のあり方については、有識者を含めてご検討いただくということで、その在り方について、改めて中医協で議論してもらおうこととなったわけです。これが大体の経緯です。

### ○「妊婦加算」問題をめぐる論点

- ・ 診療報酬上の「加算」のあり方をめぐる議論
- ・ 医療機関側の診療報酬確保に向けた「濫用」
- ・ 患者のbenefitをめぐる議論
- ・ 政策決定プロセスをめぐる議論：中医協のあり方
- ・ 患者負担のあり方をめぐる議論

：定率負担、同一負担率

→医療提供側への評価が、そのまま患者負担にはね返る構造

10

ここからは、これをどう考えるかということで、私の個人的な考えですので、そのつもりで、お聞きいただきたいと思います。これはいろいろ興味深い、先ほど申し上げたように、論点をはらんでいると思います。

今日の患者負担とは直接関係ない話ですが、せっかくですので、ちょっとお話ししておくと、そもそも診療報酬ではさまざまな「加算」が行われているのですが、やはり加算の在り方そのものについて、一つ問題提議となっているのだらうと思います。率直に言って、かなり安易に加算が行われている。基本的な点数を動かすと、非常に影響が大きいものですから、いろいろな理由を付けて、加算で対応する政策がこれまでとられてきたことは間違いないと思います。

それはそれで、無理もないところもあるのですが、やはりあまり安易に加算をすると、なぜこのような加算をするのかという議論が十分でないまま、加算が広がってきている面がある。そのような意味では、加算の在り方をめぐる議論が一つあるかと思えます。

それから、今回の炎上した事例にありますとおり、これはやはり医療機関側がきちんとしないといけないところ。診療報酬を確保するため、いわば「濫用」した面がある。コンタクトレンズの処方、なぜ妊婦加算を取るのかと言われて、なかなか答えられなかったりする。やはり診療報酬を適切に運用する必要があるという点の一つあると思えます。

それから炎上したのはなぜかという、患者にとって、どのようなベネフィットがあるのかというところが、必ずしも十分理解されていないといえますか、説明不足だったのだらうと思います。今まで、患者・家族からすると、同じ診療を受けているのに、急に患者負担が上がった。「これはどういうことか」ということについて、患者にとって、どのようなベネフィットがあるのかを明確にしていく必要があったと思えます。

それから四つ目は、これは全く私の個人的な考えですが、政策決定プロセスをめぐる議論があった。どのようなことかという、前のページで示しましたように、厚生労働大臣が発言をして、凍結して、もう一回議論するという事になったわけですが。私はこの政策決定プロセスは非常に異例といえますか、ある意味ではおかしいと思えます。どのようなことかと言いますと、中医協、中央社会保険医療協議会についてはご案内かと思えますが、診療側、つまり医療機関、医師会といった団体の代表、それから支払い側、保険者ですね。健保組合や国保等の代表。それから公益の三者構成になっていて、そこで診療報酬をどう具体的に決めるかを決定する。つまり、ステークホルダー三者の合意、妥協の上に成り立っている。このような話であります。

もちろん診療報酬改定は2年ごとに実施していますので、中には適切でないところも出てきます。最近中医協では、必ず新しく作った診療報酬や、あるいは特に重要な診療報酬については、その後のデータの調査をして、それがきちんと機能しているかどうかを評価して、そして次の改定で見直すというプロセスが導入されていたわけ。しかし、今回の妊婦加算については、それを全てすっ飛ばしまして、政治の問題でやったものですから、厚生労働大臣が極めて異例の発言をして、凍結した。もちろん中医協に「凍結したい」という諮問はし、中医協は「しょうがない」ということで答申をしている。したがって、法的なプロセスを踏んでいないわけではないのですが、通常のプロセスではない極めて異例なことを行った。このようなことです。

私が少し問題だと思うことは、このような異例なやり方を行う基準がはっきりしていない。つまり、どのような場合に、中医協で決めたことを引っ繰り返して、凍結したり、あるいは変えたりすることができるのか。SNSで炎上すればいいのか。何の基準もありません。たまたま、そのような問題があったので、与党も大変だということになった。この後、支持率が落ちると思ったのかどうか知りませんが。それで、このようなことをやっているわけですが、これは、私は極めてまずいと思えます。

どのような基準で、通常でないプロセスを経るのか。それが全く説明されていない。本来であれば、これは1年間あるいは2年間やってみて、その結果を見て、中医協でもう一回、議論をするというのが本来の話

ですが、それを全部すっ飛ばしてやってしまう。そこが非常に問題だと思います。

それから、この時点で凍結してしまったので、実はデータがあまりないのです。4月から12月までのデータだけです。私はこれを有識者会議で何を基にして議論されたのかが、よく分からない。データがないまま、ああでもない、こうでもないということは、非常によくないと思います。

今日の本来の話に戻りますと、これはやはり患者負担の在り方をめぐる議論と、実は連動している話だということです。先ほど申し上げたように、なぜこのようなことが起こるかという、診療報酬を引き上げると、それがそのまま患者負担に跳ね返るのは、定率負担という形式をとっているからです。定額負担であれば、このようなことは起こらないわけです。そのような意味で、負担の設計の仕方でも変わってくる。

もう一つは、後でまた少しお話しますが、これは当たり前のことのように思っているのですが、わが国では、負担率が基本的に1本です。3割負担なら3割負担ですが、本当にそれでいいのかという議論もあります。

もし本当に例えば、妊婦加算のようなものについて、これを患者負担に跳ね返らせたくないということであれば、例えばその負担率は下げておくなど、そのようなことも本当は政策的には可能ですが、そのようなことは考えられていない。みんな3割でやっていますので、それが、ここに書きましたように、医療提供側への評価が、そのまま患者負担に跳ね返る構造になっている。

先ほど申し上げましたように、コスト意識を持ってもらう意味では、これは悪いことではありません。医療機関を評価した、そして医療費が上がった。それを患者負担に反映させる。それ自体は悪いことではないのですが、政策的に例えば妊婦加算のようなデリケートな問題が出てきます。そういった意味では、やはり問題になりうる面もあったということです。少し長くなりましたが、このようなところであります。

## 2. わが国における患者負担の推移

11

次にわが国における患者負担の推移について、簡単にお話ししたいと思います。次の表はちょっと見にくいですが、これは実は厚労省のホームページに載っているものですので、後でホームページの方をご覧くださいと思います。

| ～昭和47年<br>12月         |    | 昭和48年1月～             | 昭和58年2月～  | 平成9年9月～                     | 平成13年1月～                                   | 平成14年<br>10月～  | 平成15年<br>4月～          | 平成18年<br>10月～             | 平成20年4月～                |   |
|-----------------------|----|----------------------|-----------|-----------------------------|--|--|-----------------------|---------------------------|-------------------------|---|
| 老人医療費<br>支給制度前        |    | 老人医療費支給制度<br>(老人福祉法) |           | 老人保健制度                      |  |  |                       |                           |                         | 後期高齢者<br>医療制度   |
| 国<br>保                | 3割 | 高齢者                  | なし        | 入院300円/日<br>外来400円/月        | →1,000円/日<br>→500円/日<br>(月4回まで)<br>+薬剤一部負担 | 定率1割負担<br>(月額上限付き)<br>*診療所は定額制を<br>選択可<br>薬剤一部負担の廃止<br>高額医療費創設 | 定率1割負担<br>(現役並み所得者2割) | 定率1割負担<br>(現役並み所<br>得者3割) | 75歳以上<br><br>70歳<br>57歳 | 1割負担<br>(現役並み所得者3割)<br><br>2割負担<br>(現役並み所得者3割)<br><br>※平成29年3月末までに70歳に<br>達している者は1割<br>(平成29年4月以降70歳にな<br>る者から2割) |
|                       |    |                      |           | 国保                          | 3割<br>高額療養費創設(\$48～)                       | 入院3割<br>外来3割+薬剤一部負担<br>(3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))                 | 3割<br>薬剤一部負<br>担の廃止   | 3割                        | 70歳未<br>満               | 3割<br>(義務教育就学前2割)   |
| 被<br>用<br>者<br>本<br>人 | 5割 | 若<br>人               | 被用者<br>本人 | 定額<br>→1割(\$59～)<br>高額療養費創設 | 入院2割<br>外来2割+薬剤一部負担                        | 入院3割<br>外来3割+薬剤一部負担<br>(3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))                 | 3割<br>薬剤一部負<br>担の廃止   | 3割                        | 70歳未<br>満               | 3割<br>(義務教育就学前2割)   |
|                       |    |                      | 被用者<br>家族 | 3割(\$48～)<br>高額療養費創設        | →入院2割(\$56～)<br>外来3割(\$48～)                | 入院2割<br>外来3割+薬剤一部負担<br>(3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))                 | 3割<br>薬剤一部負<br>担の廃止   | 3割                        | 70歳未<br>満               | 3割<br>(義務教育就学前2割)   |

(注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。  
・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設  
・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大  
(参考) 介護保険はこれまで1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得がある者については自己負担割合を平成27年8月分から2割とする改正を行った。

実は今は、一応、一部の例外を除いて、3割負担ということで、統一されていますが、昔は患者負担は制度によってばらばらだったのです。これは昭和48年からの表ですがずっと前に行くと、例えば国保は5割負担だった時代があります。そのときは実は健保本人は負担ゼロというようにときもあったわけでありまして、制度によって患者負担がばらばらだったのです。

これがおかしいかというと、実はおかしくはない。制度が違うのですから、それぞれがどのような給付を考えるかは、実は各制度の問題です。それが、後でお話ししますが、公的な医療保険については、給付と負担を公平化すべきだという議論が出てきて、何回かの法改正を経て、この辺ですが、ここで3割負担に統一されたということでもあります。しかし、元々は制度によって負担率はかなり違っていたという話です。

## ○「老人医療費無料化」の衝撃

- ・「**福祉元年**」(1973年)
- ・「革新自治体」vs.自民党政権(田中内閣)
- ・1980年代における諸改革

### その修正＋国保支援による皆保険体制の維持

1982年 老人保健制度創設(定額一部負担、拠出金制度、保健事業等)  
1984年 健保法等改正(退職者医療制度創設、健保本人1割負担導入等)  
1987年 老人保健法改正(按分率100%、老人保健施設創設等)  
1988年 国民健康保険法改正(保険基盤安定制度、地域医療費適正化対策等)

13

特にその中でも、先ほど申し上げました老人医療費ですね。「老人医療費無料化」の衝撃と書きましたが、これが行われたのが1973年、昭和48年です。この年はどのような社会保障の教科書にも大体書いてありますが、「福祉元年」と呼ばれています。これはどのようなことかという、1973年ですから、高度経済成長の本当に最後の時期です。ざっくり言うと、高度経済成長の果実を社会保障に振り向ける。ですから、ここで言っている「福祉元年」というのは、福祉を充実させるという意味であります。

このころの政治状況は、なかなか、今から振り返ると、40年前ですので、理解していただけないのですが、このころには「革新自治体」という、もう今では死語になっておりますけれども、そういうものがありました。

革新自治体とは、ご存じの方も多いと思いますが、当時の社会党および共産党、社共の統一候補が、自治体の長、知事や市長になっていた。大都市ほどそうだったですね。東京や大阪、京都、福岡などがそうです。大都市ほど、社共の知事あるいは市長になっていました。

革新自治体においては、実は老人医療費の無料化は、60年代から導入されておりました。1973年は、革新自治体の自治体ベースで導入されていたものを、国全体でやったということです。このときは、自治体としては革新自治体ですが、中央政権は自民党政権でした。当時の首相は誰だったかという、田中角栄首相です。田中内閣の下で、老人医療費の無料化をやった。繰り返しますが、自治体としては革新自治体がすでにやっていたことを、自民党政権という中央政権が国全体に及ぼした。このようなものが老人医療費の無料化政策です。

老人医療無料化で、当然のことですが、先ほど申し上げたように受診率が跳ね上がり、あるいは老人医療費が急増する。当然、予想された結果であります。その結果、特に国保に非常に甚大な影響を与えた。国民健康保険は、高齢者の加入割合が非常に高い保険ですので、高齢者の医療費が跳ね上がるということになると、国保がつぶれかかる。そうすると、実は皆保険は国保によって支えられているものですので、皆保険体制そのものが非常に危機になるということでありました。

実はこのあと、1980年代を通じて、もう今日は詳しくお話ししませんが、ここにずらりと、名前だけ出し

ていますけれども、さまざまな制度改革、老人保健制度や退職者医療制度、あるいは国保本体の改革が、80年代を通じて、2年おきぐらいに大きな改革が行われました。私も当時厚生省の保険局等で渦中にいたので、よく覚えています。老人医療費無料化の衝撃をどのように修正していくのか。あるいはどのように国保を支援して、皆保険体制を維持していくのかということが、80年代から、あらかた10年間の最大の政策課題だったと思います。

修正ということでは、1973年が福祉元年ですが、10年近くたった1982年に老人保健制度が創設されて、ここで定額一部負担が復活といいますか、従来の老人医療無料化が廃止されました。しかし、それでも10年かかったのです。この時点ではまだ元には戻っていませんが、定額一部負担の導入が行われた。老人医療費の無料化は、わが国の医療に非常に大きな影響を与えた。あるいは今日も与え続けているとあって、よろしいかと思えます。

## ○医療需要の価格弾力性

$$- \frac{\Delta D/D}{\Delta p/p}$$

- ・通常は、外来需要の価格弾力性 > 入院医療の価格弾力性
- ・逆転した異常ケース: 「社会的入院」

14

ここで一つ余談ですが、経済学者は、よく「価格弾力性」をデータとして使うことがあります。需要がどれだけ価格に反応するかという反応の程度を示したデータであります。式でいうと、このような感じであり、Dは需要、demandです。Pがprice、価格です。価格の変化に対して、需要がどれだけそれに反応して、変化をするか。例えば価格が1%上がったときに、需要は普通は下がりますので、何%下がるということを表したのが、価格弾力性です。通常は価格が上がると需要が下がって、マイナスになってしまうので、マイナスを付けて、絶対値化して、プラスのデータとして示されます。

これは医療についても応用できるわけですし、医療という価格はまさに今日の話の患者負担です。患者の一部負担が引き上げられたら、どのぐらい医療需要が下がるかということです。通常はこのように考えられます。外来需要の価格弾力性は、入院医療の価格弾力性よりも大きい。つまり外来の方が価格の変化、患者負担の変化に敏感に反応する。ちょっと価格が上がったら、外来受診をやめる。例えば風邪を引いたら、市販薬を買って済ませてしまおうという行動がとりやすい。これに対して入院はなかなかやりにくいですね。「一部負担が上がったから、入院するのはやめておこうか」とは普通はできない。普通はこのように言われています。

ところが日本において、ある時期、ある特定の集団について測定したら、この関係が逆転したという異常ケースが報告されています。これは何かというと、老人の医療費についての話です。今はそのようなことはないと思いますが、高齢者の入院医療の価格弾力性は、外来医療の価格弾力性よりも大きかった。入院の方が価格に敏感に反応したということであります。これは何の話をしているかというと、これこそがまさに社会的入院です。社会的入院というのは、医療上の必要がないのに入院しているということです。価格が変化したら、それに敏感に反応したということはまさにそれを表しているといえます。さすがに今はこのようなことはないと思いますが、このようなこともあったということのを少し余談ですが、お話しさせていただきました。

## ○公的医療保険制度の「一元化」論

- ・「一元化」と「一本化」の相違
- ・政府の目標:「給付と負担の公平」を目指す

## ○給付の公平については、ほぼ達成

- ・高齢者等を除き3割負担で統一(2003年度～)
- ・高額療養費制度も含め、給付内容もほぼ同一  
→「被保険者証1枚で、同じ条件の医療サービスを受けることができるシステム」

15

先ほど申し上げたように、「給付と負担の公平」を目指すことが80年代以降の厚生省の医療政策の基本的なスローガンでございました。よく言われるのが、公的医療保険制度の「一元化」論です。「一元化」という言葉と、非常に紛らわしい言葉に「一本化」があります。実はこの二つは違うということです。どのようなことかといいますと、一本化は、まさに制度を全部一本に統一したらいいのではないかという主張です。例えば日本医師会などは、ずっとそのようなことを言っておられますし、あるいは国保なども一本化的な主張をされてきています。健保と国保を一緒にしたらいいのではないかという議論です。

それに対して、一元化は、制度はそれぞれ別でもいいではないか。国保や健保の枠を残しておく。しかし、基本的な給付等については、それをならしていく。これが一元化であります。厚生省は伝統的には一元化を目指しており、一本化を目指しているとは言っていない。まさに「給付と負担の公平を目指す」ということを考えてきたわけです。

このうち、給付の公平については、ほぼ達成されたといっておよしいかと思えます。どのようなことかという、先ほど少し申し上げました、2003年度以降、高齢者等一部を除いて、一般の人については3割負担で統一された。先ほども申し上げたように、昔は一部に5割負担の人がいて、一部にゼロの人がいるという、非常に大きな差があったわけですが、今は3割負担で統一されたということであります。

それから制度の内容について、後で出てまいります。高額療養費制度も含めて、給付内容もほぼ同一の

ものになっている。よく言われますように、被保険者証が1枚あれば、同じ条件で医療サービスを受けることができるシステムになっているということでありまして、給付の公平については、ほぼ達成されたといつてよろしいかと思ます。一方、負担の公平、保険料の負担については、いまだにいろいろ、制度、あるいは地域によって、差がある状況だろうと思ます。

### 3. 患者負担の現状

16

#### ○公的医療保険制度の財源(再掲)

##### ・国民医療費ベース(2017年度)

保険料 49.4%

公費 38.4%

**患者負担** 11.6%

#### ○患者負担のシェアが低い理由

##### ・3割負担でない人がいる

##### ・**高額療養費制度**の効果

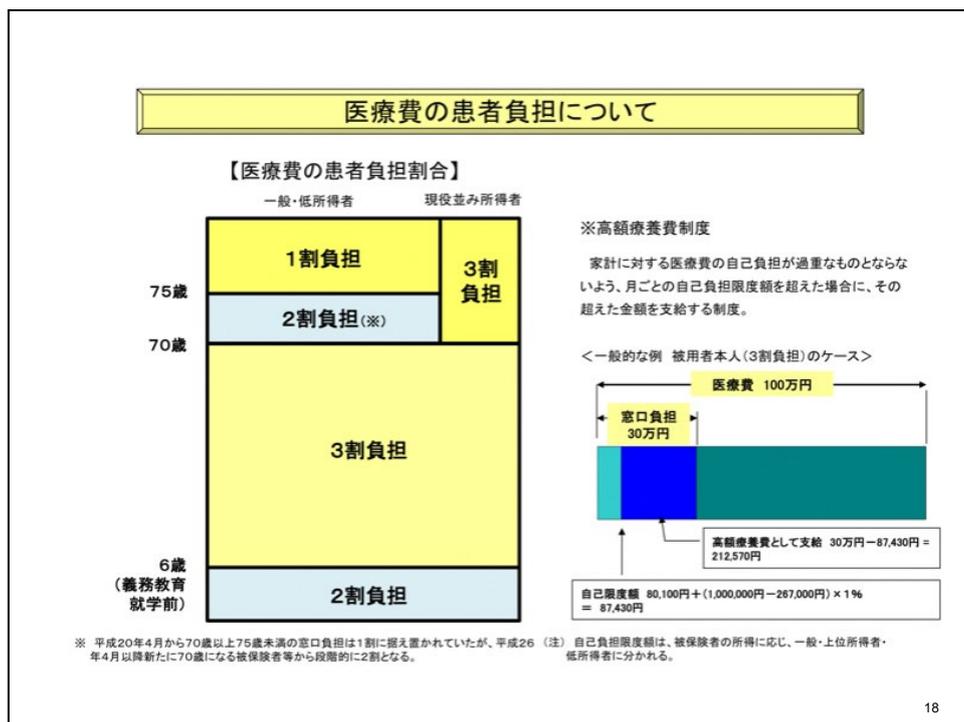
17

次に患者負担の現状についてお話します。これは先ほど出したデータです。43兆円の医療費をどう賄っているのかということでありまして、先ほどお話ししなかったのですが、患者負担が11.6%です。ちょっと意外な数字でありましようか。先ほどから申し上げているように患者負担率は3割まで行っているのですね。

ところが、マクロ的には11.6%と、極めて低い数字になっています。

なぜこれほど低いかというと、大きく二つ理由があります。まず3割負担で統一されたといいましたが、実は3割でない人もいます。例えば高齢者です。高齢者でも現役並みの所得水準だと3割負担の方もおられますが、それはごく一部でありまして、年齢と所得によって違いますが、1割だったり、2割だったりしています。

あるいは、細かいことを言うと、義務教育前の児童は2割負担になっています。それから、さまざまな難病等をお持ちの方については、患者負担が引き下げられています。それから大きなものとしては、生活保護です。医療扶助の方は窓口負担ゼロです。そのようなことで、そのような人たちが3割ではないということが一つであります。



もう一つ、それと並んで、あるいはそれ以上に大きいのが、高額療養費制度が非常に利いているということです。高額療養費制度については、次のスライドをご覧ください。昔は、高額療養費制度は非常に単純な制度だったのですが、今は非常に複雑になっておりまして、ケースごとに違います。

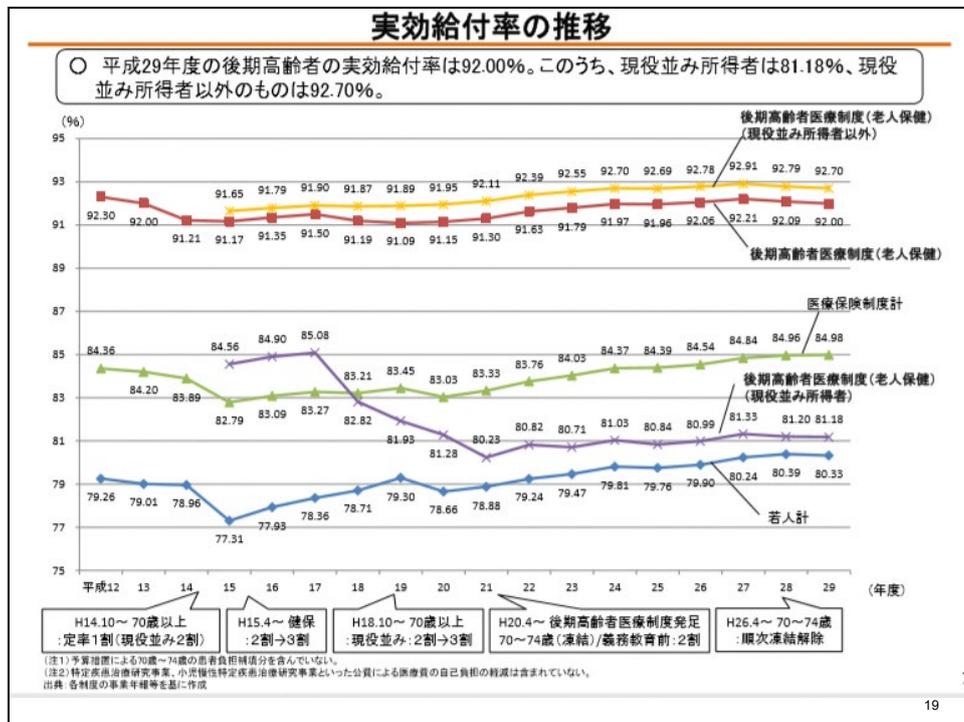
これは厚生労働省のホームページから取ったものです。ここに書いてありますように、「家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、月ごとの自己負担限度額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度」。これが高額療養費制度であります。

これは飽くまでも一つの事例です。被用者本人の3割負担のケースを示しています。仮に医療費が100万円がかかったとします。そのとき単純にいうと3割負担なので、患者負担は30万円となるわけですが、現在はそうはなっていない。ここに書いてありますような自己負担限度額の数式がありまして、ここに当てはめると、8万7,430円ということになります。つまり100万円の医療費がかかっているのですが、患者さんが実際に払うものは8万7,430円ですから、自己負担率は8.743%になります。残り、本来の窓口負担である30万円から、8万7,430円を引いた21万2,570円、このブルーの部分はどうしているかというと、これが保険から高額療養費として支払われるということです。

これは100万円のケースですが、最近レセプト1件当たり1,000万円を超えるというようなケースも出て

きています。1,000万円の医療費がかかったとき、患者さんは300万円負担かという、幸いそうはなっていない。相当引き下げられている。この高額療養費制度が相当きいていて、その結果、3割負担と言いながら、患者負担は11.6%とかなり低い水準になっているということです。

もちろん、これをどう考えるかについては、いろいろな考え方があります。低過ぎるのではないかという議論も当然あるわけです。3割負担と言いながらも、このようなさまざまな仕組みによって、実際の患者負担は抑えられているということでもあります。



次は実効給付率のデータです。実際のいろいろな制度的な対応、たとえば高額療養費などを含めて、どのくらいの給付率になっているかを見ているものです。

これを見ると、後期高齢者の実効給付率は92.00%です。このうち、現役並み所得者、先ほど申し上げたように、現役並みの所得を持っていると患者負担が上がりますので、そのような方々は81%です。現役並み所得以外は、給付率がここに書いてある92.70%と、非常に低い負担になっている。この辺が現役世代と比べて、負担の公平性に問題があるのではないかということが言われているところです。

## 4. 患者負担の課題

20

4に参りまして、もう時間も迫っているので、少し先を急ぎます。患者負担の課題について、少し整理をして、お話しします。まずこのような問題については、水準の話と負担の公平性の議論は分けて考える必要があるのではないかと思います。

### ○水準論と負担の公平性論を区分する必要

#### ○マクロ的水準論(11.6%をどう考えるか)

##### ・3割負担の引上げ:法的制約あり

##### 平成14年健保法改正法附則第2条第1項

医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

##### ・高額療養費制度をどう考えるか

→「保険」とは何か:リスクに対する対応

21

患者負担の水準をどう考えるかといったときに、これはやはりマクロ的な話でありまして、先ほど申し上げた、11.6%という極めて低い水準をどう考えるかということでもあります。これについては、一つの選択肢としては、3割負担を引き上げたらいいいのではないか。4割、5割にしたらいいいのではないかというような話がありますが、実はこれについては法的な制約があります。

3割に統一したときの健保法改正法附則にこのようなことが書いてあります。「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」。もちろん法律を変えれば、変えることは可能ですが、一応このような法律がありますので、法的な制約がかかる7割給付を下げることにについては、法を変えないと下げられない。そのような制約があります。

それから、もう一つは高額療養費制度をどう考えるか。これは後で申し上げますが、これは「保険」をどう考えるのか、リスクに対する対応をどう考えるのかというかなり基本的な問題を惹起するということだと思います。

| 主要国の医療保障制度概要 |   |   |   |  |  |  |
|--------------|---|---|---|--|--|--|
|              | 日本(2014)  | ドイツ(2013)   | フランス(2013)  | スウェーデン(2013)   | イギリス(2013)   | アメリカ(2013)   |
| 制度類型         | 社会保険方式<br>※国民皆保険<br>※難病保険及び地域保険   | 社会保険方式<br>※国民の約99%が加入<br>※被用者は強制もしくは地域ごとに公的医療保険に加入。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではない。<br>※強制適用の対象でない者が付しては民間医療保険への加入が義務付けられており、事実上の国民皆保険。 | 社会保険方式<br>※国民皆保険(国民の99%が加入)<br>※地域ごとに被用者制度、非被用者制度(自営業者)等に区分。(強制適用の対象とならない者:普遍的医療給付制度の対象となる。)  | 税方式による公営の保健医療サービス<br>※全世帯を対象<br>※応答型給付(ランスタングなど)が提供される(現金給付は国の事業として実施)   | 税方式による国営の国民保健サービス(NHS)<br>※全世帯を対象  | 社会保険方式(メディケア/メディケイド)<br>※65歳以上の高齢者及び障害者等を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド<br>※国民皆保険になっておらず(いかなる医療保険の適用も受けていない)国民が人口の15.4%(2012)現役世代の医療保険は民間が中心 |
| 自己負担         | ◎割<br>義務教育費控除 2割<br>70歳~74歳 2割<br>(現役並み所得者は3割)<br>※平成26年4月以降に新たに70歳になる者 2割<br>同年3月末までに既に70歳に達している者 1割<br>75歳以上 1割<br>(現役並み所得者は3割) | ・外資:2013年10月21日自己負担軽減<br>※それまでは同一所得につき4割(控除介持参事等は無料)<br>・入院:1日につき102ユーロ(平均10日程度)<br>・薬剤:10%空費負担<br>(負担額の上限0.5ユーロ、下限0.2ユーロ)            | ・外資:20%<br>・入院:20%<br>・薬剤:25%<br>(がん、精神科の代替薬のない薬剤の医薬品は10%、医薬品等は25%、有難性が高い薬剤80%、ビタミン剤や補剤は100%)<br>※医療費は自己負担、自己負担は25%<br>※自己負担分を補填する補給金制度が実施されている。(共済組合形式、国民の8割が加入)<br>※上記の空費負担のほか、外資診療費負担(1日1ユーロ、最大で10ユーロが上限)、入院空費負担(1日18ユーロ、精神科は13.50ユーロ)があり、これについては補給金制度による減額が実施されている。 | ・外資:ランスタングが独自に設定<br>プライマリアの場合の自己負担は、1日100~200クローナ<br>※連帯による患者の自己負担額の上限は年間一律1,000クローナ、ランスタングはこれより高い額を設定することもできる<br>※多くのランスタングでは20歳未満については無料。<br>・入院:日課1,000クローナの範囲内でランスタングが独自に設定<br>※多くのランスタングでは18~20歳までは無料。<br>・薬剤:全額一律の自己負担額<br>※年間2,000クローナが上限 | 原則自己負担なし<br>※外資処方箋については1日100~150日\$286/日<br>※生薬に60日分、それを超えた場合は全額自己負担<br>151日~全額自己負担<br>・外資(n+1B)(任意加入)<br>年間\$147(医療費)の20%<br>・薬剤(n+1D)(任意加入)<br>\$325まで:全額自己負担<br>\$325~\$2,070:25%負担<br>\$2,070~\$4,750:47.5%負担(プライム)<br>75%負担(シムス)<br>\$4,750~\$9%負担又は\$205(シムス)/\$66(プライム)の低い方 |  |
| 保険料          | 報酬の10.00%<br>(労使折半)<br>※協会けんぽの場合  | 報酬の15.5%<br>(本人:8.2%<br>事業主:7.3%)<br>※全世帯保険者共通<br>※自営業者:本人全額負担  | 賞金総額の13.85%<br>(本人:10.75%<br>事業主:3.1%)<br>※民間工業者が加入する被用者保険制度(一般職)の場合  | なし   | なし   | 入院(n+1A)<br>給与の2.8%(労使折半)<br>※自営業者:本人全額負担<br>外資(n+1B)<br>月約048ドル(全額本人負担)<br>薬剤(n+1D)(平均保険料)<br>月約018ドル(全額本人負担)                                     |
| 財源           | 給付費等の16.4%<br>※協会けんぽの場合   | 連帯一般手続の健全化のため、2012年に補助金で増える640億ユーロに上っている(連帯補助金が、2013年からは110億ユーロに削減された)  | 従来、国民負担は赤字補填に設定されていたが、1997年から国民負担が増大。医療、年金等の財源として、一般社会保険(目的配分)の充実に、(税収:現金所得の25%、うち医療35.25%)   | 原則なし<br>※ランスタングの税収(住民所得税等)と患者の自己負担額で賄っている。<br>※わずかながら、国からの一般交付税、補助金あり。   | 租税を財源としている。  | 入院(n+1A) 社会保険税財源<br>外資(n+1B) 費用の約75%<br>薬剤(n+1D) 費用の約75%   |

これは厚生労働省のホームページに載っている図表で、主要国の医療保障制度を比較したものです。注目していただきたいところは、自己負担のところですが、日本の3割負担は財政的な負担率としてはかなり高いです。3割などをとっている国はあまりありません。ただ、実効上の負担率は非常に低く抑えられているということです。

各国はさまざまな仕組みを設けています。後で見ていただければいいのですが、フランスに注目していただくと、フランスは実は薬剤の負担については、薬剤の種類によって負担率を変えている。正確に言うと、フランスの場合は償還率を変えているということでもあります。このように給付によって一律の負担率ではない国もあるという意味では、フランスは参考になる話だと思います。以上が水準論です。

## ○負担の公平性論

### ・世代内の負担の公平性

→低所得者や病気がちの人に対する配慮を  
どう考えるか(現状は年齢+所得水準)

→「**生活習慣病**」: 自己責任論をどう考えるか

「『自分で飲み倒して、運動も全然しねえで、糖尿も全然無視している人の医療費を、健康に努力しているオレが払うのはあほらしい、やってられん』と言った先輩がいた。いいこと言うなと思って聞いていた」と他人の発言を引いて、麻生さんは自分の思いを語りました。

### ・世代間の負担の公平性

→年齢で区切ることにどう考えるか

23

もう一つは負担の公平性をどう考えるかということです。この問題については、一つは世代内の負担の公平性、それから世代間の負担の公平性と二つに分けて、考えることができると思います。

世代内の負担の公平性については、やはり低所得者や病気がちの人に対する配慮をどう考えるかという問題があると思います。現在は、年齢や所得水準については、先ほど申し上げたように、こういった点に注目して、いろいろ負担の軽減措置を講じているわけです。いずれにせよ、病気がちな人や低所得者といったところについての配慮はやはり必要だろうと思います。

それから最近問題になっている生活習慣病をめぐるのは、いわゆる自己責任論をどう考えるかという論点があります。これは新聞記事から取ったものです。「自分で飲み倒して、運動も全然しねえで、糖尿も全然無視している人の医療費を、健康に努力しているオレが払うのはあほらしい。やってられん」と言った先輩がいた。いいこと言うなと思って聞いていたと他人の発言を引いて、麻生副総理がおっしゃったそうです。私は別にこれに賛成しているわけではないのですが、このような考え方をおっしゃる方もおられるのは事実でしょう。

| 医療及び介護における患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額 |  |            |   |
|--------------------------------|--|------------|---|
| 医療                             |  |            |   |
| 70歳未満                          | 年収約1,160万円～<br>健保：標準83万円以上<br>国保：旧ただし書き所得901万円超            | 3割         | 252,600+<br>(医療費-942,000)×1%<br><多数回該当：140,100>               |
|                                | 年収約770～約1,160万円<br>健保：標準83万円～70万円<br>国保：旧ただし書き所得600万～901万円 |            | 167,400+<br>(医療費-558,000)×1%<br><多数回該当：93,000>                |
|                                | 年収約370～約770万円<br>健保：標準28万円～50万円<br>国保：旧ただし書き所得210万～600万円   |            | 80,100+<br>(医療費-267,000)×1%<br><多数回該当：44,400>                 |
|                                | ～年収約370万円<br>健保：標準28万円以下<br>国保：旧ただし書き所得210万円以下             |            | 57,600<br><多数回該当：44,400>                                      |
|                                | 住民税非課税   |            | 35,400<br><多数回該当：24,600>                                      |
| 70歳～74歳                        | 現役並み所得者<br>(年収約370万円～)<br>健保：標準28万円以上<br>国保：課税所得145万円以上    | 3割         | 外注<br>(個人)以上<br>80,100+ (総医療費-<br>267,000)×1%<br><多数回：44,400> |
|                                | 一般 (～年収約370万円)<br>健保：標準28万円以下(※1)<br>国保：課税所得145万円未満(※2)    | 2割<br>(※3) | 12,000<br>44,400<br>(※4)                                      |
|                                | 住民税非課税   |            | 24,600  |
|                                | 住民税非課税<br>(所得が一定以下)  |            | 15,000  |
| 75歳                            | 現役並み所得者<br>(年収約370万円～)<br>課税所得145万円以上                      | 3割         | 外注<br>(個人)以上<br>80,100+ (総医療費-<br>267,000)×1%<br><多数回：44,400> |
|                                | 一般 (～年収約370万円)<br>課税所得145万円未満(※1)(※2)                      | 1割         | 12,000<br>44,400  |
|                                | 住民税非課税   |            | 24,600  |
|                                | 住民税非課税<br>(所得が一定以下)  |            | 15,000  |

※1 収入の合計額が820万円未満(1人世帯の場合には383万円未満)の場合も含む。  
 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。  
 ※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。  
 ※4 2割負担の場合には21,000円(外注24,600円)とされていたが、平成26年4月より1割負担だった際の負担額に引き置き。

※5 世帯内の65歳以上の被保険者の収入+その他の合計所得金額の合計額が246万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は280万円未満)の場合も含む。  
 ※6 世帯内の65歳以上の被保険者の収入の合計額が820万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合も含む。

| 介護                      |      |                 |
|-------------------------|------|-----------------|
|                         | 負担割合 | 月単位の上限額 (円)     |
| 現役並み所得者<br>課税所得145万以上   | 2割   | 44,400<br>(世帯)  |
| 一定以上所得者<br>合計所得金額180万以上 | 1割   | 37,200<br>(世帯)  |
| 合計所得金額180万円未満<br>(※5)   |      |                 |
| 一般<br>(住民税課税者等)<br>(※6) |      |                 |
| 住民税非課税                  |      | 24,600<br>(世帯)  |
| 住民税非課税<br>(所得が一定以下)     |      | 15,000<br>(個人)等 |

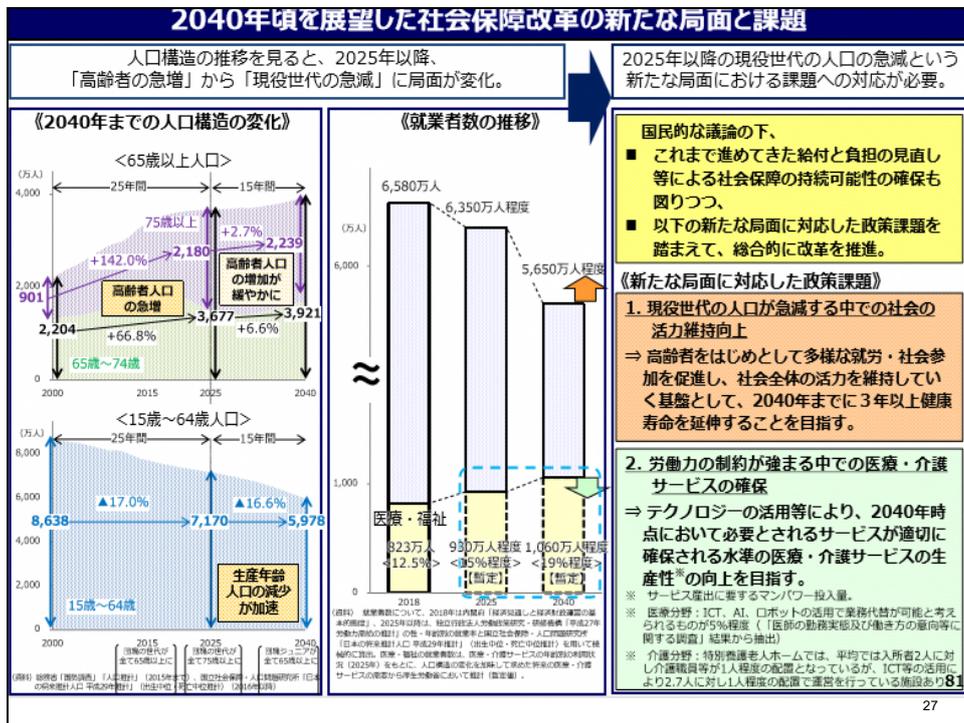
それから、世代間の負担の公平性をどう考えるか。これはやはり年齢ごとに区切ることについてどう考えるかというところが一つの論点だろうと思っています。これについては、後で私の考え方をお話ししたいと思います。これは現行制度です。先ほどお話したので、省略します。

## 5. 今後の展望

もう時間が迫ってきましたので、今後の展望および私の個人的な意見を述べて終わりにしたいと思います。

| これまでの診療報酬改定、保険料・患者負担の見直しについて |   |  |   |      |  |  |  |                                  |
|------------------------------|---|--|---|------|--|--|--|----------------------------------|
|                              | H14年度   | 18年度   | 26年度  | 27年度 | 28年度   | 29年度   | 30年度   | R1年度                             |
| 保険料                          |   |  | 国民の低所得者の保険料軽減措置の拡充  |      |  | 後期高齢者保険料軽減特別の見直し<br>・所得割 5割軽減 → 軽減なし(H30.4)<br>・均等割 9割、8.5割軽減 → 7割軽減※(R1.10)<br>・元徴収額内等割 9割軽減 → 軽減なし(H31.4)<br>※R.5期以降の若年生活者支援給付金等の引き上げ対象であることに従い、1年増28.5割軽減(本割)が導入される |  | 医療保険料の増徴<br>・増徴率<br>・増徴率<br>・増徴率 |
| 患者負担                         | H14.10～70歳以上定率1割現役並み2割<br>H15.4～健保2割 → 3割     | H18.10～70歳以上現役並み2割 → 3割<br>入院時の居住費の導入<br>高額療養費の上限引上げ | 70歳～74歳の窓口負担の見直し 1割 → 2割<br>高額療養費の見直し<br>(70歳未満) 所得区分別増分(3区分 → 5区分)   |      | 入院時の食費の引上げ 260円/食 → 460円/食(一般所帯)<br>入院時の居住費の引上げ 0円/日 → 370円/日 ※65歳以上の民間療養の適用あり<br>紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入 ※特定継続病状及び併発病40歳以上に引付料なし(前引付料5,000円)         |  | 高額療養費の見直し (70歳以上)<br>一般(外来)1.2万円/月 → 1.8万円/月<br>一般(世帯)4.4万円/月 → 5.7万円/月<br>現役並み(外来)4.4万円/月 → 特例廃止<br>現役並み(世帯)0.1万円/月 → 区分別 | 医療保険料の増徴<br>・増徴率<br>・増徴率<br>・増徴率 |
| 診療報酬                         | 本体 ▲1.3%<br>薬価等 ▲1.4%<br>【参考】<br>本体+薬価等 ▲2.7% | 本体 ▲1.36%<br>薬価等 ▲1.8%<br>【参考】<br>本体+薬価等 ▲3.16%      | (増減改定分)<br>本体 +0.1%<br>薬価等 ▲1.36%<br>(消費税対応分)<br>本体 +0.63%<br>薬価等 +0.73%<br>(合計)<br>本体 +0.73%<br>薬価等 ▲0.63%<br>【参考】<br>本体+薬価等 +0.1% |      | 本体 +0.49%<br>薬価※1 ▲1.82%<br>【参考】<br>本体+薬価等※2 ▲1.33%<br>※1 3割、市場拡大高齢者の特別増分※4の25%、実働増等改定分 ▲1.52% (市場拡大高齢者(産費付)を除く) ▲1.33%<br>※2 薬動増等改定分を計算すると、▲1.03% | 本体 +0.55%<br>薬価※1 ▲1.74%<br>【参考】<br>本体+薬価等※2 ▲1.19%<br>※1 3割、市場拡大高齢者の特別増分※4の25%、実働増等改定分 ▲1.45%<br>※2 薬動増等改定分を計算すると▲0.9%  | (消費税引上げに伴う対応)<br>本体 +0.41%<br>薬価等※0 ▲0.48%<br>【参考】<br>本体+薬価等 ▲0.07%<br>※ 5割、消費税対応分 +0.47%、実働値改定分 ▲0.95%                    | 26 56                            |

これは政府が示しております、「これまでの診療報酬改定、保険料・患者負担の見直しについて」です。これまでこのようなことをやってきたという説明資料ですので、後でご覧ください。



それから直近で言えば、2040年が1つの目安となりつつあります。当面の医療制度改革の目標年次は2025年ということが掲げられてきました。2025年は間近に来ているのですが、もうちょっと長期で、2040年、高齢化がピークになる年であります。それを展望した社会保障改革ということで、今、議論が行われはじめていくということです。これも後でご覧ください。

新経済・財政再生計画 改革工程表2018 (抄)  
(平成30年12月20日 経済財政諮問会議決定)

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る

|           | 取組事項   | 実施年度  |                            |        | KPI  |      |  |
|-----------|--|---|----------------------------|--------|------|------|--|
|           |  | 2019年度  | 2020年度                     | 2021年度 | 第1期値 | 第2期値 |  |
| 給付と負担の見直し | 52 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討  | 高齢者医療制度については、マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を進めつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。   | 非<br>決<br>定<br>○<br>○<br>○ |        |      |      |  |
|           | 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。  | 住宅と施設の公平性の確保の観点等から、介護の負担軽減の在り方について、その対象者の資産の調査調査等を行い、関係審議会等において第9期介護保険事業計画期間に向けて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる（再掲）。  |                            |        |      |      |  |
|           | <厚生労働省>  |   |                            |        |      |      |  |
| 給付と負担の見直し | 53 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討  | 世代間の公平性の確保の観点等から、後期高齢者の窓口負担の在り方について、団塊世代が後期高齢者入りするまでに、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。   | 非<br>決<br>定<br>○<br>○<br>○ |        |      |      |  |
|           | 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。  | 世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について、団塊世代が後期高齢者入りするまでに、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。  |                            |        |      |      |  |
|           | <厚生労働省>  |   |                            |        |      |      |  |
| 給付と負担の見直し | 54 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる   | 薬剤自己負担の引上げについて、趣外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の確保に充てる保険料率など）や一定額までの薬剤自己負担（自己負担上限額）も参考として、有償品と医薬品との間の価格のバランス、有償品と医薬品との間の価格のバランス等の観点から、引き上げの検討等について検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 | 非<br>決<br>定<br>○<br>○<br>○ |        |      |      |  |
|           | 薬剤自己負担の引上げについて、有償品と医薬品との間の価格のバランス、有償品と医薬品との間の価格のバランス、有償品と医薬品との間の価格のバランス等の観点から、引き上げの検討等について検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 | 薬剤自己負担の引上げについて、趣外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の確保に充てる保険料率など）や一定額までの薬剤自己負担（自己負担上限額）も参考として、有償品と医薬品との間の価格のバランス、有償品と医薬品との間の価格のバランス等の観点から、引き上げの検討等について検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 |                            |        |      |      |  |
|           | <厚生労働省>  |   |                            |        |      |      |  |

|           | 取組事項  | 実施年度  |                            |        | KPI  |      |
|-----------|---|---|----------------------------|--------|------|------|
|           |   | 2019年度  | 2020年度                     | 2021年度 | 第1期値 | 第2期値 |
| 給付と負担の見直し | 55 外来受診時等の定額負担の導入を検討  | 症例・診療所の機能分化、施設連携等を促進しつつ、かかりつけ診療の在り方を確立しながら、かかりつけ診療・かかりつけ診療の在り方を確保するとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。   | 非<br>決<br>定<br>○<br>○<br>○ |        |      |      |
|           | 外来受診時等の定額負担の導入を検討   | 症例・診療所の機能分化、施設連携等を促進しつつ、かかりつけ診療の在り方を確立しながら、かかりつけ診療の在り方を確保するとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。   |                            |        |      |      |
|           | <厚生労働省>   |   |                            |        |      |      |
| 給付と負担の見直し | 56 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討  | 支払平の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中、改革に関する国際的取組や先進国から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において総合的な対応を検討。 | 非<br>決<br>定<br>○<br>○<br>○ |        |      |      |
|           | 支払平の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中、改革に関する国際的取組や先進国から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において総合的な対応を検討。 | 支払平の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中、改革に関する国際的取組や先進国から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において総合的な対応を検討。 |                            |        |      |      |
|           | <厚生労働省>   |   |                            |        |      |      |
| 給付と負担の見直し | 60 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討  | 年金受給者の数が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均等の観点から見直しを検討する。   | 非<br>決<br>定<br>○<br>○<br>○ |        |      |      |
|           | 年金受給者の数が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均等の観点から見直しを検討する。   | 年金受給者の数が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均等の観点から見直しを検討する。   |                            |        |      |      |
|           | <厚生労働省>   |   |                            |        |      |      |
| 給付と負担の見直し | 61 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外費用療養の活用などを検討  | 医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外費用療養を適切に活用し、拡大することによって、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。                                      | 非<br>決<br>定<br>○<br>○<br>○ |        |      |      |
|           | 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外費用療養の活用などを検討する。  | 医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外費用療養を適切に活用し、拡大することによって、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。                                      |                            |        |      |      |
|           | <厚生労働省>   |   |                            |        |      |      |

その中で、いわゆる骨太の方針で、「改革工程表 2018」が示されております。ここも後でご覧いただければいいのですが、給付と負担の見直しということで、さまざまな患者負担の引き上げ、あるいは保険給付の見直しがテーマとして掲げられています。これをやるかどうかは分かりません。このようなことを検討したらどうかということがこのような項目として、2ページにわたって挙げられております。

経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定)(抜粋⑦)

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

(2) 主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

(給付と負担の見直しに向けて)

・ 社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在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。

これは飽くまでも現時点ではこのようなことを検討したらどうかということでありまして、結論はこういうことです。ここに書いてあります。給付と負担の見直しについて。これは今年の6月の閣議決定です。

「社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における『基本的な考え方』を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を今後進めて、骨太方針2020」、来年ですね。「来年の骨太で給付と負担の在り方を含めて、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」ということですので、おそらく来年にかけて、骨太2020を作っていく中で、どのような給付負担の見直しをするかが具体化してくるということだと思います。

○朝日新聞(2019年11月9日)



実際にはすでにこの議論が始まっています。これは11月9日付の朝日新聞です。「全世代型社会保障」会議が首相の下に設けられまして、そこで医師会と健保連が言っていることが全く逆だという記事が載っております。

○日本医師会の主張(全世代型社会保障検討会議)

健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議  
(2006年6月)

健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議  
(2006年6月13日 参議院厚生労働委員会)

国民生活の安心を保障するため、将来にわたり国民皆保険制度を堅持し、平成十四年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第二条第一項に明記された、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」ことを始めとして安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること。また、今後の医療制度改革に当たっては、個々の制度見直しのみならず、社会保障全体の在り方に深く留意し、国民の視点に立った給付と負担の関係を明らかにすること。

➡ 受診時定額負担は改正健保法附則で明記され、その後の国会での附帯決議でも確認されてきた、「給付率100分の70」を超えて患者から徴収するものであり、容認できない。

12

32

ちなみに日本医師会はどのような主張をしているかというと、これが日本医師会から出された資料ですが、基本的には、今、問題になっている受診時定額負担に対する反対です。これは、3割負担を4割・5割に引き上げることは先ほど出てきました、法的な制約があって、なかなか厳しいので、3割負担はそのままにして、外来で受診をしたときに、例えば1,000円払ったらというようなことをどう考えるかという議論です。

それに対して、日本医師会は反対だということでありまして。受診時定額負担は、先ほどの附則ですね、その後、附帯決議でもこのようなことを言っている。従って百分の七十を超えて患者から徴収するものであり、容認できない。抜け道はだめだということを、日本医師会は言っております。多分この辺を今後どのように議論していくかというところが、注目すべき点かと思えます。

## <参考> 若干の私見

◎以下は、全くの私見(厚労省の見解とは異なる)

○年齢による制度区分は撤廃すべき

- ・超高齢・少子社会、人口減少社会において、年齢に依存した制度設計は持続可能でない(注)
- ・世代間の公平性の観点からも問題
- ・年齢に関わらず、ハイリスク・低所得等の要因に対しては、公的制度として患者負担軽減について対応すべき

(注)後期高齢者医療制度も持続可能性には問題がある(私見)

33

あと5分くらいで、若干の私見を述べたいと思います。以下は全くの私見です。厚労省の見解とは全然違いますので、その点に留意して、聞いていただきたいと思います。

まず私は年齢による制度区分を撤廃すべきだと思っています。特に超高齢・少子社会、人口減少社会において、年齢に依存した制度設計は、私は持続可能でないと考えております。また世代間の公平性の観点からも問題であります。

私が提案しているのは、年齢に関わらず、ハイリスク、あるいは低所得等の要因については、公的な制度として患者負担軽減については対応する。これは認めますが、年齢ではありません。若い人であっても、低所得であったり、ハイリスクであれば、それは対応すべきで、年齢で対応すべきでないというのが私の意見です。

それから、先ほど少し申したことですが、やはりわが国は、社会保険方式、一応保険だと言っているわけですので、保険としてのリスク対応機能は軽視すべきでないと考えております。保険というのは insurance ですから、本来は大きなリスクに対応するためのものであると考えられます。

そうすると、論理的には、一方で高額療養費制度はやはり保険として堅持していくべきものだろうと思います。非常に大きなリスクに対して、例えば1,000万円かかり、300万の負担になってしまうということでは、やはりまずいだろうと思います。

## ○公的医療**保険**としてのリスク対応機能を重視すべき

- ・「**保険**」は、本来(大きな)リスクに対応するためのもの
- ・高額療養費制度 + **保険免責** (deductible) 制の併用
- ・保険免責制に対しては、反対論が根強い
  - 早期発見・早期治療に障害、低所得者等の受診抑制につながる、といった批判
  - エビデンスに基づいた実証的な議論が必要

34

それと併せて、実は論理的にはもう一つ、保険免責、英語で deductible といいます。これの併用はありえるだろうと思います。あくまでも論理的にはです。どのようなことかと言うと、これは小さなリスクについては、自己負担で対応する。負担率を上げる、あるいは完全に自己負担とする。しかし大きなリスクについては保険で対応していく。論理的には首尾一貫しているものだと思いますが、これは政治的にはなかなか厳しいものがあります。

保険免責制に対しては非常に反対論が根強いです。これは医師会が言っていることだけではなくて、国会議員の先生方でも免責制には反対だという人が、非常に多いと思います。

その論拠は、これは早期発見・早期治療に障害があるのではないか。やはり保険免責制度があることによって、受診を抑制するのではないか。あるいは低所得者等の受診抑制につながるといった批判があるわけです。

これは事実の問題としては一応もったもな話ですが、やはり私はエビデンスに基づいた実証的な議論が必要だと思います。例えば先ほどの受診時定額負担で1,000円を取ったときに、どのくらい本当に受診率に影響が出るのか。あるいは、特に低所得者やリスクが高い人たちに偏った影響が出るのか。そこはやはり実証的な議論が必要だろうと思っています。ただ、理屈としては、やはり保険ということを考えると、高額療養費制度と保険免責の組み合わせというのが一つの考えだろうと思っています。

## ○一律定率負担を見直すべき

- ・全体の負担率を仮にrevenue neutralにしたとしても、政策的に負担率に強弱をつけることはありうる(価格メカニズムによる資源配分機能を強化)
- ・フランスの薬剤給付率の事例
  - :有用性や代替性等の観点から償還率を0%~100%に設定
- ・後述の保険給付範囲の問題と連動

35

それから、先ほどから申し上げているように、私はやはり制度間で3割に統一することはいいですけども、すべての給付に対して一律3割負担にすることは非常にリジッドといいますか、頭が固い政策だと思っています。

私の主張は、全体の負担率を、仮に revenue neutral としても、政策的に給付に応じて負担率に強弱をつけることはありうるという考えです。先ほど申し上げたとおり、価格メカニズムによる資源配分機能をもう少し強化することはありうると思います。

一つの例は、先ほど申し上げたとおり、フランスの薬剤給付率の事例です。フランスは有用性や代替性等の観点から、償還率を0から100%に、薬剤の種類に応じて負担率を動かしている。このような工夫が日本でもあっていいのではないかと考えています。

## ○一律定率負担を見直すべき

- ・全体の負担率を仮にrevenue neutralにしたとしても、政策的に**負担率に強弱**をつけることはありうる(価格メカニズムによる資源配分機能を強化)
- ・フランスの薬剤給付率の事例
  - : 有用性や代替性等の観点から償還率を0%~100%に設定
- ・後述の保険給付範囲の問題と連動

35

ただ、この問題は、負担率にとどまらず、実は、最後に申し上げたい保険給付範囲の問題に連動していく話であります。どのようなことかと申しますと、これが最後のページにあります。そろそろ保険の給付範囲の検討に国は着手すべきだと思います。これはどのようなことかという、医療政策の選択肢として、患者の負担をどう考えるかということと、保険給付の範囲をどう考えるかということは連動しておりますが、微妙に違う話です。

わが国の伝統的な医療政策の方向性は、患者負担率は引き上げていく。3割まで引き上げていく。その一方で、保険の給付範囲は比較的広く取ってきたのです。給付範囲を狭めることは、あまりやりませんでした。

ところが諸外国の政策を見ると、患者負担はあまり引き上げない代わりに、保険給付の範囲を絞る。保険給付の範囲を絞るということは、その給付については患者負担を100%にすることと一緒であります。どちらをとるかは、結局選択の問題です。

患者負担の引き上げについては、私は一部を除いて限界に来ていると思っています。というのは、先ほど言ったように、年齢による違いのようなものは廃止すべきだと思いますし、不合理な優遇はやめるべきだと思いますが、しかし、やはり3割負担を4割、5割に上げていくことは、法的にも、あるいは実態としても難しい。かなり限界に来ている。

その一方で、ご存じのように、高額薬剤の出現等、医療サービスの給付内容に非常に大きな変化が起こっている。ですから従来のように、全てを保険給付でカバーできるのかについては、やはり考える必要がある。

そのような意味で、患者負担の問題よりは、今後は保険給付範囲の議論が避けられない問題だろうと思います。ただ、これをやっていくときには、諸外国どこでもそうですが、給付範囲をきちんと議論する医療技術評価を行う専門組織が必要になる。これを私は二十年前から言っているのです。

日本では中医協で一応そのような委員会を作って対応していますが、もっと本格的な、恒常的な組織を作って、医療技術評価を行う。まずそこできちんとした議論をやって、それを中医協が汲み上げて、議論をしていく。そのようなことをしないと、なかなか保険給付範囲の議論には踏み込めないと考えているところがあります。

ただ、以上は最初に申し上げたとおり、私の個人的な意見でございます。決して政府が考えていることではございません。

ちょうど時間になりましたので、一応私からの報告はこの辺にさせていただきます。残り時間でご質問等を受けたいと思います。これまでのところ、ご清聴どうもありがとうございました。

司会 ありがとうございました。まだ若干お時間がございます。もし、ご質問等がございましたら、挙手をお願いいたします。

A 二つほど、質問をお願いいたします。最後のところに絡むと思うのですが、現在財務省が、いわゆる湿布薬などについては、給付範囲から外す。あるいは健保連が確か花粉症の薬を外すという主張をされておられて、医師会が反対している状況ですが、その点についての先生のご意見を聞かせていただきたいのが1点でございます。

それから2点目は、今、都道府県で、健康保険の運営をとって行く中で、奈良方式と言われていますが、公費の投入を基本的には制限して、中で住民のコンセンサスを得ながら保険料を上げるのか、あるいはお医者さん、病院の点数を下げるのか、そのようなことを迫ってくる形で、運営していくというやり方が一部では入っておりますが、これについて先生のご意見をお伺いしたいと思います。よろしくをお願いいたします。

尾形 ありがとうございました。では、後者の方からお答えしますと、確かに小泉構造改革や、ここ十数年のわが国の制度改革、今日のテーマと直接関係ない話ですが、方向性として、都道府県単位でできる限り考えていこう、医療の需要と供給を都道府県の単位で考えていこうとなってきたことは事実です。

考えてみますと、今はいろいろな医療保険制度については、健保組合や共済組合以外は、ほとんどが都道府県単位になっています。例えば国保もそうですし、後期高齢者医療制度、それから協会健保も都道府県単位の運営がとられている。

そのような意味では、都道府県が医療の受給を考える重要な単位になってきたことは間違いのないと思いますし、地域医療構想も都道府県単位で、都道府県が考え、そして二次医療圏単位で考えるということでもあります。

そのようなことからすると、私は論理的には診療報酬も含めて、都道府県単位で考えていくことは、十分ありえる話だろうと思います。論理的にはそうですが、これが本当にうまく機能するかということについては、私はやや危惧を持っております。奈良は、荒井知事が非常に見識のある方で、あのようなことをおっしゃっている。それはそれでいいと思うのです。

例えば中央レベルの中医協の議論でも結構大変ですが、あれを都道府県単位で診療報酬を決める議論をやったときに、本当にきちんとした結論が出せるかということ、私はやや懐疑的です。むしろ地域の医師会の方がずっと強いのではないかと思っています。

私は、むしろ逆に医療費が跳ね上がるのではないかと思っているので、実態論としてはなかなか難しいと思います。ただ、論理的にはあり得るので、今後ますます都道府県に権限を下ろし、あるいは地域性を強調していくような方向に向かっていくことは間違いのないですが、今、直ちにあれができるかということ、私はその点については懐疑的です。

それから、1点目の方。何の話でしたか。

A 湿布薬など。

尾形 あれをどう考えるかですが、もちろん無駄かどうかという視点はあるのですが、それと同時に、単純に医療費の適正化だけでいいのかというところがあります。私が花粉症だから特に異議があるというわけではないのですが、花粉症は確かに、今、大衆薬で随分対応できるようになってきているからいいのですけれども、しかし一方で、花粉症についての治療は、私は非常に経済効果が大きいものだと思っています。私は健康経営というのをここ5年くらいずっとやってきたのですが、勤労世代の生産性を維持・向上させるという意味では、健康経営的な発想は非常に重要だと思います。

何が言いたいかというと、健康保険というのは元々は働いている人の生産性を維持・向上するために作られたものであるということです。だからこそ事業主負担も入っているわけですね。そのような視点からして、働いている人たちにベネフィットがあるものをどんどん切っていくって本当にいいのかということをお願いしたい。私が自分が花粉症だから特に言っているわけではないのですが。

そのように生産性に寄与していることは、本当は健康保険としては重要な視点だと思うのです。ところが、今はその辺が飛んでしまって、高齢者の医療費を何とかしなくては行けないと、そちらにばかり議論が行っている。しかし、やはり働いている人が保険料を払い、事業主が負担している。そこにベネフィットをもたらすことの意義は十分考える必要があるのではないかと思います。それで、湿布薬と花粉症を分けてくれというのが私の意見です。

A どうもありがとうございました。

司会 それでは時間となりましたので、以上をもちまして、セッションCを終了いたします。講義いただきました尾形様に、いま一度大きな拍手をお願いいたします。どうもありがとうございました。