

2020年5月26日

日医総研リサーチエッセイ No.82

## 受診時定額負担について

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

- ◆ 財政審等で何度も俎上に挙げられてきた保険免責制、受診時定額負担の経緯を整理し、患者負担と受診抑制の関係について先行研究を確認した。
- ◆ 財政当局としては、消費税率を引き上げた、保険料率も引き上げた、あとは患者負担ではないかということであろうかと思われるが、経済的負担からの受診抑制を明らかにした先行研究は少なくない。
- ◆ 財政当局が特に問題としているのが、国際比較における日本の1人当たり受診回数の多さであるが、これは医療費の構成要素のひとつに過ぎない。高齢化、処方日数、タスク・シェアリングなど各国の社会背景や制度の違いを丁寧に紐解く必要がある。
- ◆ 全世代型社会保障検討会議は、現行の選定療養の下で、初診・再診時の特別料金を徴収する病院の拡大を求め病床規模で線引きをしているが、同会議はかかりつけ医の普及を目指しているのであるから、日本医師会や健保連の報告書が主張してきたように、かかりつけ医の普及自体を後押しすべきである。
- ◆ 財政当局は患者負担増、全世代型社会保障検討会議は公的医療保険の負担軽減を求めているが、すべての財源（公費、保険料、患者一部負担）について、あらためて真正面から取り組むべきである。

## 目 次

はじめに .....	1
1. 経緯 .....	1
2. 外来受診の現状 .....	4
2.1. 外来受診回数の国際比較 .....	4
2.2. 現行選定療養での初診・再診時定額負担 .....	6
3. 先行研究など .....	8
3.1. 患者負担と受診抑制 .....	8
3.2. かかりつけ医機能 .....	11
3.3. 患者負担感 .....	13
おわりに .....	13
参考 受診時定額負担等の議論の経緯 .....	15

## はじめに

経済財政諮問会議および財政制度等審議会（以下、財政審）は、かねて保険免責制の導入を求めてきた。ここ数年の財政審の建議では、外来受診時定額負担が必ず俎上に挙げられている。

紹介状なし患者の大病院受診時定額負担は、現行の選定療養の仕組みの下で実現しており、2019年12月に全世代型社会保障検討会議がまとめた「中間報告」は、この仕組みの拡充を図る方向を示している。しかし、財政審等は、引き続き現行選定療養を超えた定額負担を要請してくるだろう。

これまでの受診時定額負担等に係る議論を振り返り、その課題について、先行研究を確認しておく。

## 1. 経緯

### 【～2010年 保険免責制の提案】

2001年の経済財政諮問会議で、有識者議員から保険免責制の提案があり（※）、2001年の財政審の建議（以下、財政審建議）にも、一定金額までの免責制の導入が織り込まれた。2005年には再び経済財政諮問会議が保険免責制（外来1回1,000円）の導入を求めたが、各界から大きな反対があり頓挫した。この後、2006年から2009年まで、財政審は毎年繰り返し保険免責制の導入を要求した。

※) 有識者議員提出資料には、「患者の自己負担の設定にあたって、忘れてはならない視点として、医療保険そのものの使命は、疾病等によって生命が脅かされないようにし、また、貧しい人が必要な医療を受けられないということがないようにすることである」と弱者への配慮も触れられている。

### 【2011年～ 受診時定額負担の提案】

2011年の「社会保障・税一体改革成案」は、高額療養費の負担軽減を

掲げるとともに、その財源として受診時定額負担に目を付けた。この時の受診時定額負担は「初診・再診時 100 円」といった提案で実質的に保険免責制と変わらないが、具体化にはいたらなかった。

2013 年 8 月の「社会保障制度改革国民会議報告書」<sup>1</sup>で、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初診・再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべき」(※)とされ、その後の選定療養の拡大につながっていく。

※) 1974 (昭和 59) 年に特定療養支給制度が創設され、2006 年 10 月 1 日以降は保険外併用療養となっているが、その仕組みの下で、病床数が 200 床以上の病院は初診・再診において、選定療養として特別の料金を徴収できることになっている。2016 年には特定機能病院等での紹介状なしの受診時の定額負担の徴収が責務となった。2020 年現在、紹介状なし受診時定額負担徴収の責務があるのは、特定機能病院及び地域医療支援病院 (一般病床 200 床未満を除く) である。

2014 年に財政審が「一体改革の議論において一旦検討された受診時定額負担 (中略) の導入について引き続き検討を進めるべき」とし、受診時定額負担を再度遡上に引きずり上げた。

2015 年春の財政審建議では、「かかりつけ医の更なる推進・包括払いへの移行といった観点から」受診時定額負担の制度設計を行うことを提言しており、かかりつけ医の普及を建前としつつ、受診時定額負担の最終ゴールが包括払いであることが垣間見える。また、「常に一定額を保険免責にするという考え方と、月額上限の範囲内で一定額の負担を求める受診時定額負担という考え方」もあるとされ、保険免責制のコンセプトも残っていた。

---

<sup>1</sup> <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

## 【2017年～ 保険給付割合縮小の要請】

2017年秋の財政審建議は、現行選定療養の下での紹介状なし大病院受診時定額負担は、病院側にとっては追加収入になることから保険財政に寄与しないと、診療報酬の中で定額負担を求める仕組みを提言した。すなわち、現行の選定療養下で特別料金を徴収している医療機関では、受診時定額負担分の収入は上乗せであるが、財政審は保険給付から定額負担を差し引いた分を給付することを主張した。

現行：収入＝保険給付＋患者一部負担＋受診時定額負担

財政審：収入＝（保険給付－受診時定額負担分）＋患者一部負担

しかしこれでは、保険給付割合が縮小することになり、被用者本人負担が2割から3割に引き上げられたときの健康保険法改正法附則第二条に反することになる。

健康保険法改正法附則第二条（平成一四年八月二日法律第一〇二号）

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。

そこで、2019年の全世代型社会保障検討会議「中間報告」では、「健康保険法改正法附則第二条を堅持」しつつ、現行選定療養による紹介状なし大病院受診時定額負担徴収の責務がある病院を拡大することとし<sup>2</sup>、「対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する」との具体策を提示した。

全世代型社会保障検討会議「中間報告」（2019）<sup>3</sup>

- 「かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。」
- 「機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。」

<sup>2</sup> しかし、同会議も「患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改める」と述べているので、給付費削減を企図していることがうかがえる。

<sup>3</sup> [https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata\\_shakaihoshou/pdf/cyukanhoukoku\\_r011219.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata_shakaihoshou/pdf/cyukanhoukoku_r011219.pdf)

## 2. 外来受診の現状

### 2.1. 外来受診回数の国際比較

財政審は、日本の1人当たり年間外来受診回数が諸外国に比べて多く、かつ、その多くは少額受診であり、高額な医療費が生じた場合には医療保険制度が支えるという安心を確保していく観点から、外来受診に対し少額の定額負担を導入すべきと述べている<sup>4</sup>。確かに、OECD データでは、日本の外来受診回数が多いが（図 2.1.1）、それが外来医療費の高さに直結しているわけではない（図 2.1.2）。

また、各国との比較においては、いくつかの注意すべき点がある。

第一に、OECD は推計基準を示しているが、各国で制度が異なるので等しく準拠しているわけではない。たとえば OECD 基準では、在宅医療を含むが、在宅医療を集計しているかどうかの明示がない国もある。日本では、在宅医療が推進されており、これに伴い外来受診回数も増加していくことになる<sup>5</sup>。

第二に、外来受診回数の多寡は処方日数の長さの裏返しでもある。坂巻ら（2004）<sup>6</sup>によれば、2003年の降圧剤の処方日数は日本 16.2日<sup>7</sup>、英国 44.2日、フランス 52.8日である。これは、リフィル処方導入の有無も影響している<sup>8</sup>。また、白瀬（2019）<sup>9</sup>によれば、イギリスでは、資格のある看護師や薬剤師等に医師と同じ範囲の処方権が認められている。つまり、外来受診回数はタスク・シェアリングとも関係している。

---

<sup>4</sup> 「令和2年度予算の編成等に関する建議」2019年11月25日 財政制度等審議会  
[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub\\_of\\_fiscal\\_system/report/zaisei\\_a20191125/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub_of_fiscal_system/report/zaisei_a20191125/01.pdf)

<sup>5</sup> 日本のデータは各保険者の事業年報、医療給付実態調査等を用いて厚生労働省が推計している医療保険制度の数値。厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～」54頁  
[https://www.mhlw.go.jp/content/kiso\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/kiso_h29.pdf)

<sup>6</sup> 坂巻弘之ほか「医薬品の使用ならびに価格に関する国際比較研究」、総括研究「医薬品使用の国際比較」平成16（2004）年度 厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200400115A>

<sup>7</sup> 日本は2002年4月に薬剤投与日数制限が原則撤廃されており、2018年の血圧降下剤の処方日数は34.0日になっている（厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向～平成30年度版～」）。

<sup>8</sup> リフィル処方は薬剤師の判断と責任において1枚の処方箋を繰り返し利用する。日本では、医師の指示による分割調剤のみが認められている。

<sup>9</sup> 白瀬由美香「イギリスにおける医療専門職の業務変化——労働時間規制下での持続可能性確保——」  
社会保障研究2019, vol. 3, no. 4, pp. 521-535.

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh19030406.pdf>

図 2.1.1 1人当たり受診回数

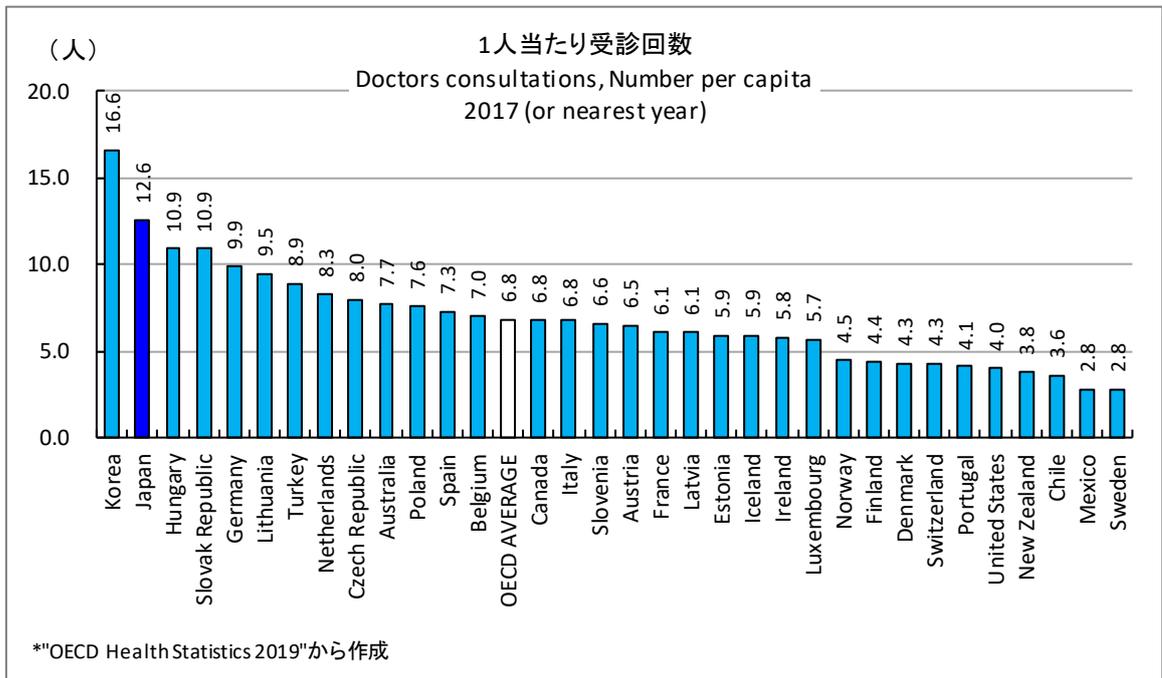
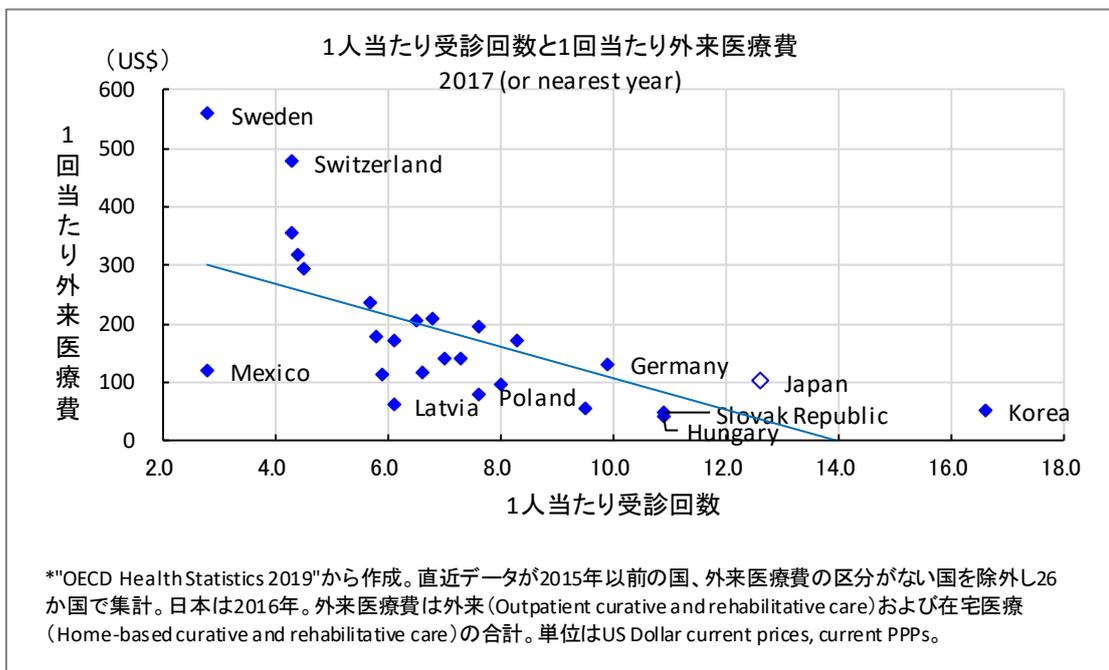


図 2.1.2 1人当たり受診回数と1人当たり外来医療費



## 2.2. 現行選定療養での初診・再診時定額負担

1974（昭和 59）年に、病床数が 200 床以上の病院は初診・再診時に、選定療養として特別の料金を任意で徴収できるようになったが、現在、特別料金を徴収している病院は、初診で約半分、再診で約 2 割にとどまっている（表 2.2.1）。患者に追加負担（たとえ数千円であっても）を提示できない実態がうかがえる。

表 2.2.1 初診・再診時に特別の料金を徴収している病院と平均徴収額

病院数		2014	2015	2016	2017	2018
200床以上の病院数(全国計)		2,658	2,650	2,652	2,633	2,584

\* 厚生労働省「概算医療費データベース」期中平均

病床数200床以上の病院で初診・再診時に特別料金の徴収(選定療養)を行った病院  
病院数の分母は上記200床以上の病院数(全国計)

		2014	2015	2016	2017	2018
初診	報告病院数	1,245	1,246	1,305	1,279	1,311
	病院シェア(%)	46.8	47.0	49.2	48.6	50.7
	平均徴収額(円)	2,473	2,474	2,890	2,960	3,251
再診	報告病院数	101	103	344	363	506
	病院シェア(%)	3.8	3.9	13.0	13.8	19.6
	平均徴収額(円)	962	984	962	2,244	2,340

\* 病院数および平均徴収額は厚生労働省「主な選定療養に係る報告状況(毎年7月1日現在)」  
(中央社会保険医療協議会資料)

2016 年に、特定機能病院等で紹介状なしの初診・再診時における特別料金（選定療養）の徴収が責務になった後、責務たる医療機関の対象が拡大してきた。その結果、紹介状をもって大病院を受診する患者の割合は漸増しているが（図 2.2.1）、病院への受診回数はそれほど減っていない（図 2.2.2）。紹介元と紹介先の両方で患者がカウントされること、受診回数の多い高齢者の増加等が背景として考えられる。

図 2.2.1 紹介状ありの外来患者の割合（一般病院）

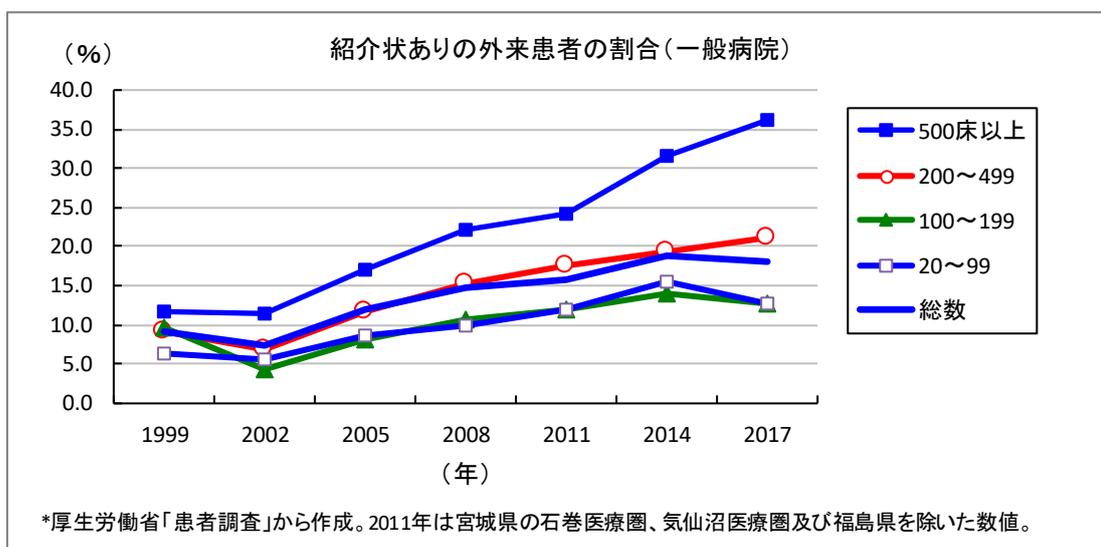
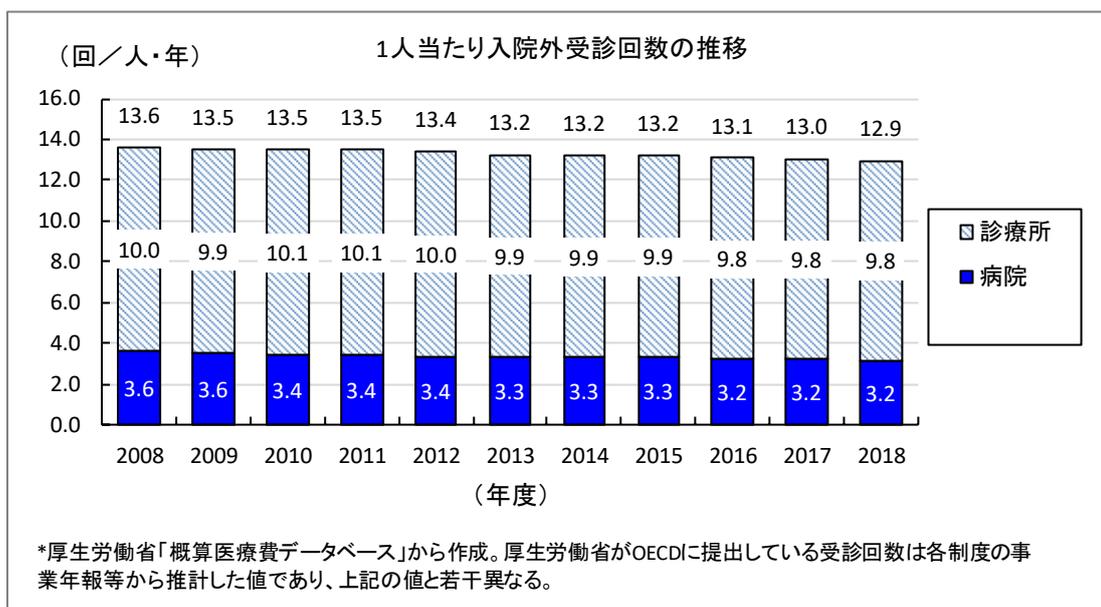


図 2.2.2 1人当たり入院外受診回数の推移



### 3. 先行研究など

#### 3.1. 患者負担と受診抑制

2003年に被用者本人の一部負担割合が引き上げられた。この時のことについて内閣府（2015）<sup>10</sup>は、有訴者の通院確率は「有意に引き下げられた」が、「自己負担率引上げの受診確率に及ぼす影響は比較的小さく、受診するか否かの意思決定には経済的な要因よりむしろ、健康状態が大きく影響している可能性が指摘できる」と述べている。しかし、経済的理由による受診抑制については、多くの先行研究が存在する。

受診抑制については、複数の調査から、経済的理由で受診をひかえた者が1～2割程度あることがうかがえる。また、受診抑制は低所得層で多いことも指摘されている。

- ・前田（2012）：経済的理由で受診を控えた経験ありが9.5%。
- ・阿部（2013）：受診を控えた患者が47%、そのうち費用を理由とした者が37%で、経済的理由による受診控えは全体の約2割。
- ・社人研（2017）：病気や怪我を経験した者のうち、受診・治療をしなかったことがあるのは7.1%。

日本医療政策機構（2008）<sup>11</sup> 有効回答 926人

- 「過去12カ月以内に費用がかかるという理由で、具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかったことがあると回答した人は、全体（926人）の31%（283人）で、低所得・低資産層では39%に達し、高所得・高資産層の18%と比べると、ほぼ2倍の開きがあった。」

<sup>10</sup> 内閣府「構造改革評価報告書5－医療制度改革－」2015年12月  
<https://www5.cao.go.jp/j-j/kozy/2005-12/kozy.html>

<sup>11</sup> 日本医療政策機構「受診抑制の実態調査（概要）」  
調査本体は「日本の医療に関する2008年世論調査」2008年1月実施  
[https://hgpi.org/wp-content/uploads/2009-11-16\\_23\\_772260.pdf](https://hgpi.org/wp-content/uploads/2009-11-16_23_772260.pdf)

<p>埴淵 (2010) <sup>12</sup></p> <p>過去1年間に受診を控えた経験とその理由を調査 (有効回収数 2,060)。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「年齢や世帯収入のレベルといった要素が受診抑制と関連しており、特に「費用がかかる」という理由による受診抑制は、健康満足度とも関連性を有していた。」</li> </ul>
<p>前田 (2012) <sup>13</sup></p> <p>全国 839 医療機関 (診療 765、病院 74) の患者 8,278 人の回答。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 過去1年間に経済的理由により受診しなかったことが「ある」が 9.5%、「ない」が 85.9% (無回答 4.7%)。</li> <li>● 過去1年間に、経済的な理由により受診を控えた結果、症状が悪くなったことが「ある」が 54.5%、「ない」が 18.1% (わからない 26.4%、無回答 1.0%)。</li> </ul>
<p>阿部 (2013) <sup>14</sup></p> <p>東京近郊の住民 4,299 サンプル。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 過去1年間に受診を控えたことが「ある」は 47%。</li> </ul> <p>受診抑制の理由は「病院へ行くほどの病気・ケガではないと判断した」67%、「忙しくて時間がない」51%、「費用がかかる」37%。</p>
<p>社会保障・人口問題研究所 (社人研、2017)</p> <p>「生活と支え合いに関する調査」<sup>15</sup>有効票数 (個人票) 19,800 票。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 過去1年間の病気や怪我を経験した人は 47.4%</li> <li>● このうち受診・治療をしなかったことがある人は 7.1%</li> </ul> <p>受診しなかった理由は「仕事など多忙で時間がなかったから」64.8%、「お金が払えなかったから」19.9%。</p>

<sup>12</sup> 埴淵知哉「医療と健康の格差—JGSS-2008 に基づく医療アクセスの分析—」日本版総合的社会調査共同研究拠点 研究論文集[10] JGSS Research Series No.7, 2010年3月

[http://jgss.daishodai.ac.jp/english/research/monographs/jgssm10/jgssm10\\_08.pdf](http://jgss.daishodai.ac.jp/english/research/monographs/jgssm10/jgssm10_08.pdf)

<sup>13</sup> 前田由美子「日本医師会「患者窓口負担についてのアンケート調査」結果報告」日医総研ワーキングペーパーNo.265, 2012年9月 <https://www.jmari.med.or.jp/download/WP265.pdf>

<sup>14</sup> 阿部彩「誰が受診を控えているのか：J-SHINE を使った初期的分析」一橋大学経済研究所世代間問題研究機構ディスカッションペーパーNo.603, 2013年3月

<http://cis.ier.hit-u.ac.jp/Common/pdf/dp/2012/dp603.pdf>

<sup>15</sup> <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/123-1.html>

また、井伊・別所（2006）は、医療制度の実証分析をサーベイし、一律の自己負担割合引き上げには受診抑制と過剰医療の問題があるとしている。

井伊・別所（2006）<sup>16</sup>（下線は筆者）

- （免責制度について）「公平性の観点からみて、本来医療を必要とするべき人がより多くの負担をすることは問題があると考えられる。そこで、一律に自己負担率を設定するのではなく、疾病別に自己負担率を変えるという考え方もある。免責制度の導入は、主に軽度の医療には 100%の自己負担がかかるという意味では、医療保険を重大な疾病や事故に対する金融上の備えと考えるのであれば、望ましいといえるかもしれない。自己負担率の引き上げは、価格をシグナルとして無駄な医療をなくし、必要な医療が提供されるような適切な資源配分がおこなわれることが目的とするべきである。しかし、一律に自己負担率を上昇させるような政策では、本当に必要としている人が適切な医療を受けられなくなる一方で依然として無駄な医療が提供され続ける可能性がある。」

河口・菅原（2015）は、web アンケート調査の結果から、「病院外来受診の定額自己負担の下限の目安が 5,000 円となることが示唆された」と報告しており、2016 年の特定機能病院等での紹介状なしの受診時定額負担の導入（責務）における金額設定（初診 5,000 円、再診 2,500 円）に影響を与えたものと推察される。

河口・菅原（2015）<sup>17</sup>

- 「病院外来勤務医の負担軽減をはかるうえで軽症受診者の行動変容を促すためには、病院外来受診の定額自己負担の下限の目安が 5,000 円となることが示唆された。」<sup>18</sup>
- 「政策的示唆としては、平均的に 5,000 円～1 万円の定額自己負担を課すことにより、軽症の場合には大病院を受診せず、重症の場合には大病院を受診する可能性が示された。併せて、所得水準は部分効用値に影響をほとんど及ぼさないことが示された。」<sup>19</sup>

<sup>16</sup> 井伊雅子・別所俊一郎「医療の基礎的実証分析と政策：サーベイ」財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」第 80 号 March-2006

[https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8379094/www.mof.go.jp/pri/publication/financial\\_review/fr\\_list4/r80/r\\_80\\_117\\_156.pdf](https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8379094/www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list4/r80/r_80_117_156.pdf)

<sup>17</sup> 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「病院外来受診時の一定定額自己負担制度導入に関する調査研究」（H25-特別-指定-032）研究代表者 菅原琢磨 法政大学経済学部教授

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201305038A>

<sup>18</sup> <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201305038A>

<sup>19</sup> この部分は、上記研究の詳細である次の論文から引用。

河口・菅原「大病院の外来受診に関する仮想的効用値の測定に関する研究」（成城・経済研究 第 210

## 3.2. かかりつけ医機能

病院・診療所の機能分化という視点から見ると、患者の受診行動について、遠藤（2004）は、患者が開業医や中小病院をかかりつけ医としている場合、大病院への直接受診が抑制されているとしており、まず、かかりつけ医を普及させることの必要性が示唆されている。

遠藤（2004）<sup>20</sup>

「大病院初診の際、紹介状を持参したかどうか」を調査し、「かかりつけ医の存在は直接大病院での受診を抑制するか」を分析。

- 「開業医や中小病院勤務医をかかりつけ医としている場合は大病院への直接受診を抑制する効果があることが認められた。」（サンプル数 457）
- 「かかりつけ医の有無は大病院への直接受診を抑制するゲートキーパーとしての役割を果たしていると考えられる。」

---

号 2015 年 12 月)

<https://www.seijo.ac.jp/education/faeco/academic-journals/jtmo42000001iji-att/a1452235053590.pdf>

<sup>20</sup> 遠藤久夫「「かかりつけ医」の実態と受療行動に及ぼす影響」学習院大学経済経営研究所年報 第 18 卷 2004 年 12 月

財政審は 2015 年頃から、かかりつけ医の推進のために受診時定額負担を導入するようになってきているが、日本医師会、健保連の報告書ともに、かかりつけ医の普及が先決だということで一致している。

#### 日本医師会

- 保険免責制に対して (2009) <sup>21</sup>

保険免責制は、保険給付範囲を狭め、医療における格差を助長する。国の財政や経済界に、いったんはメリットをもたらすかもしれないが、将来は疾病の重篤化をまねき、公的医療保険の崩壊につながるおそれもある。

- 「かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担」について (2015) <sup>22</sup>

受診回数の多い高齢者には大きな負担であり、高齢者や低所得者が受診を差し控えれば、より重症化してから受診することになり、逆に医療費の高騰を招く。

- 受診時定額負担に対して (2016)

かかりつけ医普及のための制度的裏付けは始まったばかり。まず国民一人ひとりが、かかりつけ医を持つよう普及に努めるべき。

#### 健保連 (2016) <sup>23</sup> (下線および ( ) 内は筆者)

- (財政審の定額負担導入の要請について) 国民皆保険を維持するために患者負担を増やすという論理しか示されていない。患者には受診時に定率負担があり、さらに、定額負担を導入する趣旨が不明である。国民の理解を得る観点から、まずは、定額負担の趣旨を明らかにすることが必要。

- 医療機能の分化・連携の強化といった観点から、役割・機能を明確にしたうえで、地域医療におけるゲートキーパーとして、疾患を限定しない「かかりつけ医」を育成し、その普及を急ぐべき。そのうえで、患者が「かかりつけ医」にまずは受診するという仕組みが導入され、定着していくことが必要。

- 現在、他の改革案で保険給付外化、給付の重点化などが提案されており、さらに受診時定額負担を導入した場合に、公的医療保険の恩恵を感じられない国民が増える可能性がある。受診時定額負担の導入が、医学的に必要性の低い頻回受診や重複受診等を抑制することを政策目標とするならば、他の手段・仕組みを考えるべき。

<sup>21</sup> 2009 年 6 月 10 日 日本医師会定例記者会見

<sup>22</sup> 2015 年 11 月 20 日 日医ニュース <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/003950.html>

<sup>23</sup> 「医療費適正化に向けた給付と負担のあり方に関する調査研究報告書」2016 年 6 月 健康保険組合連合会 [https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa27\\_01.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa27_01.pdf)

### 3.3. 患者負担感

2012年時点での調査で、患者の約5割が窓口負担について「負担」であると回答している。国民対象の調査（患者に限らない）でも、約4割（2017年）が患者一部負担を高いと感じている。

前田（2012）<sup>24</sup>

- 外来受診での窓口での支払いの負担感について（患者調査,n=8,278）、「とても負担」12.6%、「やや負担」37.9%で合計50.5%。

健保連（2017）<sup>25</sup>

- 国民1人当たりの医療費負担について「重いと感じる」「やや重いと感じる」は2011年調査74.1%、2017年調査74.5%（いずれもn=2,000）。このうち、「医療機関等にかかったときの自己負担費用が高すぎる」は2011年37.5%（n=1,481）、2017年43.4%（n=1,488）。

## おわりに

これまで、財政審等で、保険免責制、受診時定額負担が何度も議論の俎上に上がり、そのたびに多くの問題が指摘されてきた。財政当局としては、消費税率を引き上げた、保険料率も引き上げた、あとは患者負担ではないかということであろうかと思われるが、経済的負担からの受診抑制を明らかにした先行研究は少なくない。

財政当局が特に問題としているのが、国際比較における日本の1人当たり受診回数の多さであるが、これは医療費の構成要素のひとつに過ぎない。高齢化、処方日数、タスク・シェアリングなど各国の社会背景や制度の違いを丁寧に紐解く必要がある（だからといって長期処方を進めるべきと言っているわけではない）。

<sup>24</sup> 既出 前田由美子「日本医師会「患者窓口負担についてのアンケート調査」結果報告」

<sup>25</sup> 健康保険組合連合会「医療・医療保険制度に関する国民意識調査」2017年9月25日

[https://www.kenporen.com/include/press/2017/20170925\\_7.pdf](https://www.kenporen.com/include/press/2017/20170925_7.pdf)

全世代型社会保障検討会議は、現行の選定療養の下で、初診・再診時の特別料金を徴収する病院の拡大を求め、病床規模（同会議は 200 床以上としている）で線引きをしているが、同会議はかかりつけ医の普及を目指しており、そうであれば、日本医師会や健保連の報告書が主張してきたように、かかりつけ医の普及自体を後押しすべきである。

全世代型社会保障検討会議「中間報告」（2019）<sup>26</sup>

- 「かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。」
- 「機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数 200 床以上の一般病院に拡大する。」

財源については、財政当局には患者負担がもっともステークホルダーが少ない（患者だけである）という思惑もあろうかと思われる。また、全世代型社会保障検討会議も公的医療保険の負担軽減を求めているが、すべての財源（公費、保険料、患者一部負担）について、あらためて真正面から取り組むべきである。

<sup>26</sup> [https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata\\_shakaihoshou/pdf/cyukanhoukoku\\_r011219.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata_shakaihoshou/pdf/cyukanhoukoku_r011219.pdf)

## 参考 受診時定額負担等の議論の経緯

年月日	ポイント
2001/6/26	<p>経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針(骨太の方針) 「医療サービス効率化プログラム(仮称)」</p> <p>公的保険による診療と保険によらない診療(自由診療)との併用に関する規制の緩和など患者の選択による多様な診療の組合せを可能にする等公的医療保険の対象となる医療の範囲を見直す。</p>
2001/10/9	<p>経済財政諮問会議 有識者議員提出資料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者の自己負担の設定にあたって、忘れてはならない視点として、医療保険そのものの使命は、疾病等によって生命が脅かされないようにし、また、貧しい人が必要な医療を受けられないということがないようにすることである。このような考え方にたつと、「改革試案」(※)では、患者の年齢区分による自己負担割合の設定を行っているが、その合理性が明確ではない。むしろ、軽い疾病等についての<b>保険免責</b>や患者負担の引上げを図るという方策もある。</li> <li>医療サービスを効率化していくためには、公的医療保険の守備範囲を見直していくことも重要である。例えば、高度先進医療や健康、生命に直接かかわらない医療など十分に情報を開示した上で患者の選択に委ねられる部分、患者による医師の選択などについて保険診療と自由診療を併用する混合診療を拡大することが考えられる。</li> </ul> <p>※)厚生労働省 医療制度改革構造改革試案</p>
2001/11/15	<p>財政制度等審議会 平成14年度予算の編成等に関する建議 自己負担の在り方の見直し</p> <p>公的医療保険の守備範囲の見直しとも関連するが、自己負担の方式として一定金額までの医療費についての<b>免責制度</b>の導入を行うべきである。</p>
2002/8/2	<p>健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)附則 第二条 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。</p>
2002/12/20	<p>財政制度等審議会 平成15年度予算の編成等に関する建議 公的医療保険の守備範囲の見直し(一定金額までの<b>免責制度</b>の導入、特定療養費制度の拡充・運用弾力化を含む保険診療・自由診療の組み合わせの拡大、民間保険の活用等)</p>
2003/4/1	<p>被用者本人負担引き上げ(2割→3割)</p>
2003/6/9	<p>財政制度等審議会 平成16年度予算編成の基本的考え方について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>保険診療と自由診療の組み合わせの拡大(いわゆる<b>混合診療</b>、特定療養費の抜本的拡充(先発薬の使用、医師の指名料等))</li> <li>高度先進医療に対する保険適用の在り方の見直し、一定金額までの<b>保険免責制度</b>の導入</li> </ul>

年月日	ポイント
2004/5/17	<p>財政制度等審議会 平成17年度予算編成の基本的考え方について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ いわゆる混合診療、差額ベッド等限定的に認められている特定療養費の抜本的拡充(先発薬の使用等)</li> <li>・ 一定金額までの医療費を全額自己負担とする<b>保険免責制度</b>の導入等</li> </ul>
2005/6/6	<p>財政制度等審議会 平成18年度予算編成の基本的考え方について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 混合診療、特定療養費の弾力化・抜本的拡充</li> <li>・ 一定金額までの保険免責制の導入</li> </ul>
2005/10/27	<p>経済財政諮問会議 有識者議員提出資料 <b>保険免責制</b>の導入(外来1回当たり1,000円)</p> <p>2005/11/15 日本経済新聞 (保険免責制は)政府・与党協議会で反対意見が噴出。低所得者を含む幅広い層に負担増を求める制度では有権者の反発を招くとの声が与党内で強く、見送りが固まった。</p>
2006/11/22	<p>財政制度等審議会 平成19年度予算の編成等に関する建議 〔資料Ⅱ-1-7〕<b>保険免責制</b>の導入 一定金額までの保険免責制の導入</p>
2007/11/19	<p>財政制度等審議会 平成20年度予算の編成等に関する建議 〔資料Ⅱ-1-1〕<b>保険免責制</b>の導入 一定金額までの保険免責制の導入</p>
2008/11/26	<p>財政制度等審議会 平成21年度予算の編成等に関する建議 〔資料Ⅱ-1-6〕<b>保険免責制</b>の導入 一定金額までの保険免責制の導入</p>
2009/6/3	<p>平成22年度予算編成の基本的考え方について 【資料Ⅱ-19】<b>保険免責制</b>の導入 一定金額までの保険免責制の導入</p>
2011/2/5	<p>社会保障改革に関する集中検討会議 「医療保険の場合、ビッグリスクをみんなできちっと支え合うが、中所得以上の人はスモールリスクは自助努力で賄うということも一つの考え方である。」吉川幹事委員 第1回社会保障改革に関する集中検討会議議事要旨</p>
2011/6/30	<p>政府・与党社会保障改革検討本部決定社会保障・税一体改革成案 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた<b>受診時定額負担</b>等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)</p>

年月日	ポイント
2013/8/6	<p>社会保障制度改革国民会議報告書</p> <p>フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。</p>
2014/5/30	<p>財政制度等審議会 財政健全化に向けた基本的考え方</p> <p>イ) 公的給付範囲の見直し</p> <p>一体改革の議論において一旦検討された<b>受診時定額負担</b>(外来受診時に、例えば1回100円など少額の定額負担を求めること)の導入について引き続き検討を進めるべき</p>
2014/12/25	<p>平成27年度予算の編成等に関する建議</p> <p>〔資料Ⅲ-1-5〕保険給付の範囲の見直し</p> <p>紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の仕組みの導入</p>
2015/6/1	<p>財政制度等審議会 財政健全化計画等に関する建議</p> <p><b>受診時定額負担・免責制の導入</b></p> <p>現行の定率負担に加え、少額の定額負担を導入すべきである。その際、かかりつけ医の更なる推進・<b>包括払い</b>への移行といった観点から制度設計をすることも考えられる。</p> <p>〔資料Ⅱ-1-11〕</p> <p>個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担の導入が必要。医療機関間の適切な役割分担やかかりつけ機能の推進といった視点に立った制度設計も必要。</p>
2015/6/30	<p>経済財政運営と改革の基本方針2015</p> <p>第3章「経済・財政一体改革」の取組-「経済・財政再生計画」</p> <p>かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や<b>外来時の定額負担</b>について検討する。</p>
2015/11/24	<p>平成28年度予算の編成等に関する建議</p> <p>〔資料Ⅱ-2-10〕</p> <p><b>かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担等</b></p> <p>外来の機能分化と医療保険制度の持続可能性の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合(地域包括診療料が適用されない場合)に、現行の定率負担(月額上限あり)に加え、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担を導入すべき。</p>

年月日	ポイント
2016/11/17	<p>財政制度等審議会 平成29年度予算の編成等に関する建議  診療所と病院の機能分化を進めていく観点から、定額負担を施設類型に応じて設定していくことを含め、速やかに検討を進めるべきである。  〔資料Ⅱ－1－15〕</p> <p><b>かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入</b>  「かかりつけ医」を普及させつつ、外来の機能分化を進めていくため、一定の要件を満たす「かかりつけ医」以外を受診した場合の受診時定額負担（診療所は低額とし、病院は規模に応じてより高額を設定）を導入すべき。</p>
2017/11/29	<p>財政制度等審議会 平成30年度予算の編成等に関する建議  〔資料Ⅱ－1－20〕</p> <p><b>かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医の普及に向けて、現行の選定療養による定額負担について、まずは病院・診療所の機能分化を適切に進めていく観点から、<b>診療報酬への上乗せ収入とはせず</b>、診療報酬の中で定額負担を求める仕組みとし、あわせて保険財政の負担軽減につながるよう仕組みを見直すべき。</li> <li>・ かかりつけ医機能のあり方について、速やかに検討を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入に向けて検討を進めるべき。</li> </ul>
2018/11/20	<p>財政制度等審議会 平成31年度予算の編成等に関する建議  かかりつけ医のかかりつけ機能を評価するためには<b>包括払い形式</b>とすることが本来は望ましい。  〔資料Ⅱ－1－11〕</p> <p><b>受診時定額負担の導入</b>  制度の持続可能性の観点から、少額の受診に一定程度の追加負担を求めていくべき。  〔資料Ⅱ－1－20〕</p> <p><b>外来診療等に係る提供体制のあり方</b>  適切かつ効率的な外来診療体制の提供を早急に進める観点から、かかりつけ機能の評価の整理を行いつつ、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師以外に外来受診等をした際の定額負担を導入すべき。また、大病院受診時の選定療養による定額負担について、対象範囲を更に拡大しつつ、診療報酬への上乗せ収入とするのではなく保険財政の負担軽減につながるよう診療報酬の中で定額負担を求めるなど、仕組みの見直しを行うべき。</p>

年月日	ポイント
2019/11/25	<p>財政制度等審議会 令和2年度予算の編成等に関する建議</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高額な医療費が生じた場合には医療保険制度がきちんと支えるという安心を確保していく観点から、外来受診に対し少額の定額負担を導入し広く負担を分かち合うべきである。</li> <li>・ 定額負担の導入は、貴重な医療資源の有効活用に向けた国民的な意識醸成の契機となることが期待される。</li> </ul> <p>[資料Ⅱ-1-10]</p> <p>受診時定額負担導入による保険財政への効果(イメージ) ⇒保険給付の減少を通して現役世代の保険料負担等を軽減</p>
2019/12/19	<p>全世代型社会保障検討会議「中間報告」</p> <p>大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。</li> <li>・ 外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。</li> <li>・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。</li> </ul>