

価格を見せる: 価格顕示性、流動性制約、および償還型医療 制度設計

日本とスウェーデンからのエビデンスと政策的含意

九条丈二 (George Kujo)

独立研究者・政策評論家

ORCID: 0009-0006-6864-0145

利益相反: なし

資金提供: なし

データ利用可能性: 独自データの生成なし

抄録

高所得国において医療の過剰利用は根深い問題であり、とりわけ窓口負担が低い制度においてその傾向が顕著である。日本はその典型例だ。スウェーデンと概ね同等の健康アウトカムを達成しながら、外来受診回数はOECD最高水準に位置する。従来の政策対応は自己負担の引き上げや受診紹介制度の導入に集中してきたが、いずれも日本の文脈では政治的・制度的障壁が大きく、実現が困難である。

本稿は、医療費の支払いタイミングと価格顕示性に立脚した代替的枠組みを提唱する。医療需要を規定するのは自己負担の水準のみではない。消費決定の瞬間に費用がどの程度可視化されているか、そして全額先払いを求められた際に患者が直面する流動性制約もまた、需要に独立した影響を与える。現物給付型の保険制度では患者が目にするのは窓口負担額のみであり、価格顕示性の低下を通じたモラルハザードが生じる。

本稿が提唱するのは、軽症外来受診については患者が一旦全額を支払い費用を完全に顕示させつつ、高額受診については自動的に現物給付へ移行し医療保障を確保するハイブリッド償還モデルである。この設計は、事前規律と事後保険を組み合わせた原則の具体化にほかならない。デジタル本人確認基盤の統合によってリアルタイム還付と所得連動型費用閾値の個別設定が実現し、流動性制約と行政的負担の双方を軽減する。

日瑞比較および自己負担の不連続を利用した因果分析——なかでもShigeoka (2014)——を踏まえると、外来受診における低価値利用の大幅削減は、人口全体の健康アウトカムを著しく損なうことなく実現可能であると論じる。さらに供給側の含意として、デジタル媒介による患者先払い方式が償還遅延を解消し、医療機関のキャッシュフローを改善することを示す。

医療費負担設計を価格・顕示性・金融仲介の複合問題として捉え直す。それが本稿の医療経済学・医療政策双方への貢献だ。受診遅延リスク、公平性への影響、実装上の課題については各節で詳述する。

****キーワード:****医療利用; 価格顕示性; 償還制度; 流動性制約; モラルハザード; 日本; スウェーデン; 医療政策

1. はじめに

日本の医療制度の際立った特徴の一つが、外来受診の多さである。日本の住民は年間平均約**12**回、医師を受診する——OECD平均の6回を大幅に上回り、欧州の高受診国をも凌駕する水準だ。²⁰にもかかわらず、日本の平均寿命は世界最高水準にあり、年齢標準化死亡率はスウェーデンと概ね同等である。スウェーデンの外来受診回数は年間3回未満と、日本を大きく下回る。^{13,20}この逆説が突きつける問いは根本的だ——追加的な受診は本当に健康上の利益をもたらしているのか、それとも臨床的便益を欠いた低価値需要として財政コストを押し上げているだけなのか。

経済学の標準的な説明はモラルハザードに帰着する。患者の窓口負担が低いか無料であれば、全額負担の場合に比べて医療を過剰に消費する、というものだ。RAND保険実験はこの機序の根拠として長く参照されてきた——無料受診群は高い自己負担を課された群と比較して医療サービスをはるかに多く利用したが、平均的な死亡率への影響は見られなかった(ただし低所得者や慢性疾患患者では高負担下でのアウトカム悪化が確認された)。^{1,2}この知見は複数の制度的文脈で繰り返し確認されている。^{3,4}

しかし通常の適用においてモラルハザード論は、少なくとも二つの分析上別個のメカニズムを混同している。一つは標準的な価格効果——真の費用に対する患者の負担割合が低いほど需要が増加する。もう一つは顕示性効果——現物給付型制度では患者が目にするのは窓口負担額のみであり、費用総額は意思決定の瞬間に不可視化される。行動経済学の知見によれば、人は等価であっても視認しにくい価格より顕示された価格に強く反応する。^{5,6}顕示性の低下が過剰利用を独立して駆動しているなら、長期的な患者負担を引き上げることなく価格の可視性を回復させるだけで、受診抑制が実現しうる。

第三のメカニズムが流動性制約だ。長期的な保険給付が手厚くとも、必要な瞬間に現金を準備できない患者は少なくない。患者が一旦全額を支払って後から還付を受ける償還型制度は、このタイミングのずれを通じて受診を抑制しうる。^{7,8}したがって患者先払い方式の純効果は、顕示性効果(低価値受診の抑制)と流動性効果(貧困層における高価値受診の抑制)の相対的な大きさに依存する。

本稿は、この三つのメカニズムを同時に扱う枠組みを構築する。提唱するハイブリッド償還モデルの骨格は次の通りだ。

- 軽症外来受診については患者が全額を先払いし、受診時点で費用を完全に顕示させる。

- 入院・専門医受診・慢性疾患管理といった高額受診については自動的に現物給付へ移行し、最も重要な局面での医療保障を維持する。
- デジタル本人確認基盤によりリアルタイム還付と所得連動型閾値の個別設定を実現し、流動性制約を緩和する。

この設計を「事前規律と事後保険の組み合わせ」と呼ぶ。従来の償還型提案が顕示性と流動性の間のトレードオフを解決できなかった問題に対する、構造的な回答である。

本稿の構成は以下の通り。第2節は自己負担・顕示性・流動性制約に関する実証文献を検討する。第3節は概念的枠組みを展開する。第4節は日本とスウェーデンの比較事例を提示し、関連する因果的エビデンスを統合する。第5節はハイブリッド償還モデルとそのデジタル基盤要件を具体化する。第6節は医療機関のキャッシュフローへの供給側の含意を論じる。第7節で公平性の懸念、潜在的な害、実装上の課題を論じ、第8節で結論を述べる。

2. 先行研究

2.1 自己負担、受診利用、および健康アウトカム

根拠の起点となるのはRAND保険実験(HIE)だ。1970～80年代に米国で実施された大規模無作為化対照試験である。¹Manningらは無料受診群が自己負担を課された群に比べ医療サービスをはるかに多く利用したことを示した。平均的な死亡率効果は検出されなかったが、低所得者と慢性疾患患者では高負担下でのアウトカム悪化が認められた。¹Aron-Dine、Einav、Finkelsteinによる再分析はモラルハザードの知見を追認しつつ、健康効果の異質性と受診行動を媒介する金融摩擦の役割を強調した。²

Finkelsteinらによるオレゴン保険実験(2012)は、オレゴン州のメディケイド抽選拡大という自然実験を利用したRCTとして補完的なエビデンスを提供している。^{17,18}保険加入は医療利用を大幅に増加させたが、血糖値・血圧・コレステロールを含む客観的な身体的健康アウトカムへの統計的有意な効果は観察されなかった。財政的保護とメンタルヘルスは顕著に改善した。RAND実験とオレゴン実験の知見が時代・集団を超えて収束していることは、自己負担低下による限界的利用増加が身体的健康の改善に確実につながるわけではないという解釈を強く支持する——限界での利用の相当部分が臨床的に低価値である、という前提を補強するエビデンスでもある。

EinavとFinkelsteinの統合分析は、より手厚い保険が支出を一貫して増加させることを確認した。自己負担改革の厚生含意は、抑制された利用が高価値か低価値かに大きく依

存する。³患者の費用負担を一律に引き上げれば、脆弱な集団において必要な受診を不均衡に抑制するリスクがある。

日本の文脈では、Shigeoka (2014) の回帰不連続分析が最も直接的な因果的エビデンスを提供している。⁴老人保健法のもと70歳で自己負担が急減するという不連続を利用し、Shigeokaは閾値において外来・入院利用が即座に大幅増加することを記録した。5年間の追跡では死亡率への効果はほとんど検出されなかった。日本の患者が価格に反応することの確認であり、かつ低い自己負担によって誘発された追加受診が平均的に健康改善をもたらさなかったという知見——限界における受診の相当部分が低価値であることと整合する。

2.2 流動性制約と支払いタイミング

Zhong (2011) は中国の医療施設間での償還方式の違いを分析し、患者先払い方式が第三者直接支払いと比較して外来利用を抑制することを見出した。流動性制約と取引費用が有力なメカニズムとして示唆されている。⁷

BelchiorとGomes (2022) は、ブラジルのCOVID-19緊急給付 (Auxílio Emergencial) を自然実験として活用し、流動性が医療需要を抑制するという直接的なエビデンスを提示した。給付を受けた世帯では医療利用が増加し、特に低所得層で顕著だった——それ以前の未充足需要が支払い能力の欠如に起因していたことを示唆している。⁸

Gross、Layton、Prinz (2022) は、米国の高齢者における処方薬の充填や医療支出がSocial Security給付日の直後に急増するという、強い流動性感応性を記録した。⁹Lyngse (2020) はスカンジナビアの行政データで同様の給付日効果を確認している。¹⁰先払いを要件とするいかなる償還型制度においても、流動性制約の分布的帰着——低所得者・高齢者・慢性疾患患者に集中する——を無視することはできない。これらの研究が共通して示す含意だ。

2.3 顕示性と行動メカニズム

Baicker、Mullainathan、Schwartzstein (2015) は行動ハザードの定式的モデルを構築し、価格低下によるモラルハザードと、現在バイアスや不注意に起因する過剰利用を区別した。⁵彼らの枠組みが示唆するのは、費用の可視性を高めること——顕示性の引き上げ——が、窓口負担の一律引き上げが伴う受診抑制の弊害なしに、利用削減を達成しうるということだ。

HandelとKolstad (2015)は保険プランの選択における情報摩擦とハッスルコストの実質的な役割を示した。Domurat、Menashe、Yin (2021)はこれを発展させ、カリフォルニア州の医療保険市場における約87,000世帯への無作為介入という実験的証拠を提示した——顕示性を高めるパーソナライズ情報が加入行動を有意に変容させ、顕示性が量的に重要かつ制度設計上操作可能な変数であることを実証した。^{6,19} AbaluckとGruber (2011)はMedicare Part D加入者の系統的な意思決定誤りを記録し、デジタル償還システムにおける選択アーキテクチャと自動意思決定支援の重要性を裏付ける。¹¹

2.4 国際比較: 日本とスウェーデン

OECDによる日本の医療制度評価は、出来高払い、低い患者自己負担、専門医への直接アクセスの無制限な認可を、外来利用率の高さの構造的要因として特定した。¹²

Satoら (2024)は日瑞医療制度比較において、日本の受診回数がスウェーデンを大幅に上回る一方、平均寿命は概ね同等であることを記録した。¹³ OECDのプライマリケア報告書 (2020)は、強固な受診紹介制度を持つ国ほど、回避可能入院が少なく慢性疾患管理も良好であることを確認している。¹⁴ 日本とスウェーデンの対比は、受診が大幅に少ない制度と同等の集計的健康アウトカムが共存しうることの実例であり、重要な分布的留意点を伴いながらも、日本における利用削減の余地は相当大きい。

2.5 デジタル基盤と償還の自動化

WHO欧州地域事務局 (2023)は、適時かつ予測可能な還付をデジタルヘルスツール普及の鍵となる規定因子として特定し、構造化されたデジタル償還経路が医療者と患者の双方にとっての不確実性を低減すると論じた。¹⁵ 日本が既に有するマイナンバーによるデジタル本人確認基盤と電子医療記録システムは、本稿が提唱するモデルの技術的基盤として十分に機能しうる。この点は第5節で詳述する。

3. 概念的枠組み

3.1 医療需要の分解

保険下の医療需要に関する標準モデルは、関連価格を「共同保険率×費用総額」として捉える。共同保険率の低下は実効価格を引き下げ、需要を増加させる。これが通常のもラルハザード機序だ。

より精緻な分解を提唱する。個人*i*が受診タイプ*j*で消費する医療量を以下のように定式化する。

$$Q_i = f(P_i, S_i, L_i, X_i)$$

ここで P は実効価格(窓口負担)、 S は受診時点での費用総額の顕示性、 L は流動性制約の程度、 X は健康状態・選好の共変量ベクトルである。 S and L を独立した引数として明示したことが、本稿の分析上の核心だ。

純粋な現物給付型制度では S が低い——患者は窓口負担額しか目にせず、費用総額は不可視だからだ。患者が全額を先払いし詳細な明細書を受け取る償還型制度では、設計によって S が高くなる。顕示性効果は、 P を一定としたときの S の差を通じて作動する。

流動性効果は L を通じて作動する。流動性の低い患者は先払い要件に対してより敏感であり、長期的な保険の寛大さとは独立して、受診を先送りするか回避しうる。この効果は価格や顕示性と直交する。費用知覚ではなく、キャッシュフローのタイミングを通じて作動する。

3.2 現物給付と価格の認知

現行制度では、患者が外来受診で支払うのは診療報酬点数の10～30%の窓口負担であり、残額は保険者が直接医療機関に支払う。患者の意思決定の基準となるのは窓口負担額であり、費用総額ではない。3,000円の診療であれば、10%負担の患者が支払うのは300円であり、保険者が残り2,700円を支払っていることを認識していない場合も多い。

この構造は患者の意思決定において医療資源コストを系統的に過小評価させる。顕示性に関する行動経済学の知見が示すように、こうした過小評価は単なる表記上の問題ではない——人は等価であっても可視性の低い価格より顕示された価格に実際にはるかに強く反応する。5,6事後的にほとんどを回収できると知っていても、請求前に3,000円の全額を目にした患者は、受診が本当に必要かどうかを判断するより厳しい暗黙の閾値を適用しうる。この差を本稿は「顕示性誘発過剰利用」と呼ぶ。

3.3 自己選択メカニズムとしての償還型制度

顕示性論の重要な含意として、患者先払い型制度は行動的な自己選択装置として働く。受診の必要性を確信している患者は先払いと還付請求の行政的摩擦にもかかわらず受診する。受診の価値に確信を持ってない患者は、長期的な価格ではなく費用の顕示性と還付手続きの知覚コストゆえに、より高い心理的障壁に直面する。

この自己選択チャネルは規範的に曖昧だ。抑制された受診が主として低価値であれば、健康被害なく効率改善が実現される——Shigeoka (2014) が70歳閾値における日本の限界的利用に健康効果がほとんどなかったという知見と整合する。⁴しかし抑制された受診に、患者が正確に評価できない必要な医療が含まれれば、特に健康リテラシーの低い患者や流動性制約の強い患者において高価値利用を抑制するリスクがある。第5節のハイブリッドモデルは、軽症受診に自己選択チャネルを活用しながら、高価値受診を現物給付への自動移行によって保護する設計である。

3.4 事前規律と事後保険

設計目標を以下のように定式化する。効率的な償還制度は、低価値の受診決定に対し——顕示性、取引費用、明示的な価格観察を通じて——事前規律を課す一方で、高額受診の財務的帰結に対しては——全額または準全額の還付を通じて——事後保険を提供すべきである。構造的には他の分野における免責額型保険と類似するが、長期的な費用負担ではなく顕示性を主たるメカニズムとする点で異なる。

事前・事後の区別には重要な時間的次元がある。通常の保険では、患者が価格顕示性の低い状態で利用決定を行い、保険給付は受診時点で同時に提供される。本稿が提唱するモデルでは、患者は高い顕示性のもとで決定を行い、保険給付は迅速な還付を通じて事後的に提供される。純財務的帰結は制度間で類似しうが、費用シグナルのタイミングと可視性は本質的に異なる。

4. 実証的根拠：日本とスウェーデン

4.1 日本の外来受診プロフィール

日本の外来受診回数はOECDで最高水準に位置し、1人当たり年間12回超を記録している。^{12,20}この利用密度は数十年にわたり財政制度の変革を経ても持続しており、一時的ではなく構造的な起源を示唆する。日本の制度は、普遍的公的保険と比較的低い窓口負担、および一般診療医・病院専門外来への無制限な直接アクセスの組み合わせによって成り立っている。

出来高払い構造は、頻繁な受診に対する患者需要を補完する医療機関側のインセンティブを生み出す。入院と広範な外来部門を兼営する日本の病院は、歴史的に外来患者数を競争軸としてきた。診療報酬点数表における1件当たり点数の調整はこの傾向を部分的に相殺してきたが、根底にあるインセンティブ構造を解消するには至っていない。

こうした利用密度にもかかわらず、日本は1人当たり医療費がGDP比では中程度で米国を大幅に下回りながら、OECD平均を大きく上回る平均寿命を実現している。高い受診率と中程度の支出の組み合わせは日本の低い診療報酬点数によるところが大きい、資源の総量は配分効率の観点から問いを提起する。¹²

4.2 比較対象としてのスウェーデン

スウェーデンの医療制度は構造上いくつかの重要な相違点を持つ。プライマリケア医が専門医受診のゲートキーパーを務め、救急以外では病院外来への直接アクセスが制限されている。^{13,14}患者負担は専門医自己紹介ではなくプライマリケア受診を促す形で規制・設計されている。

スウェーデンの外来受診回数は1人当たり年間約2.9回——日本の4分の1以下——であるが、平均寿命と主要な健康アウトカム指標は概ね同等だ。¹³この比較は因果関係を確立するものではない。人口動態・疾病頻度・プライマリケアの質による交絡は相当大きい。しかし「概念実証」としては機能する——外来受診を大幅に少なくする制度のもとでも、人口レベルの健康アウトカムは悪化しないということの(図1参照)。

図2. ハイブリッド償還モデルの概念図

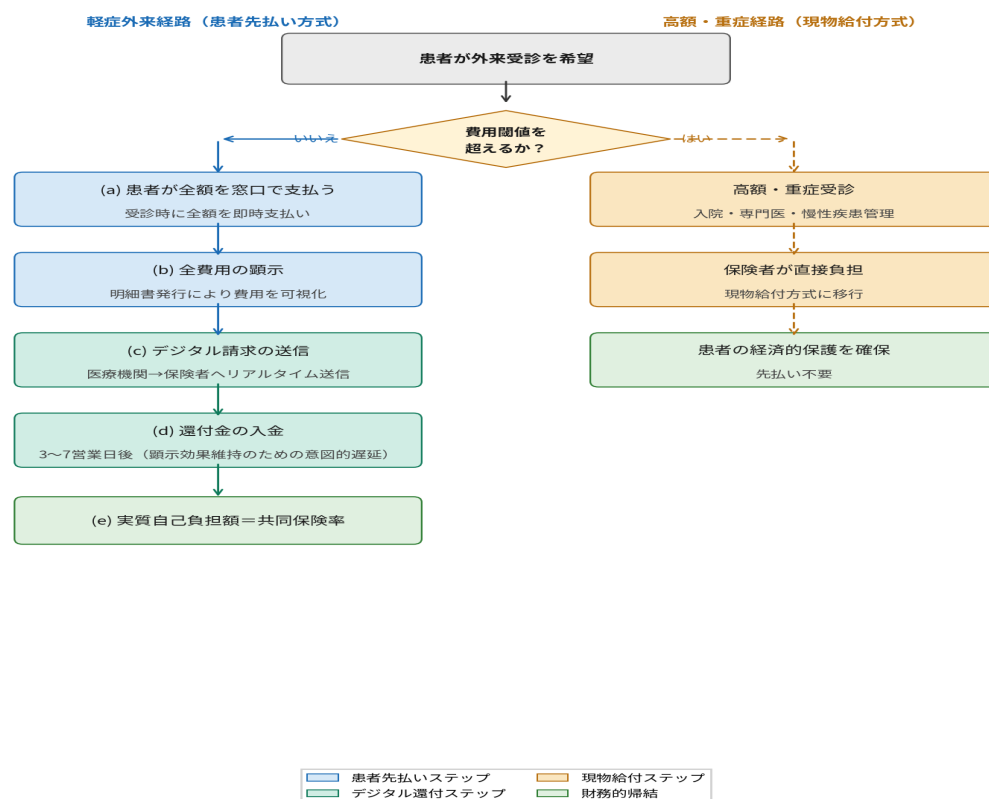


図1. 1人当たり外来受診回数（選択OECD加盟国、2021年または直近値）。日本とスウェーデンを注記。
データ出典: OECD Health at a Glance 2023 (doi:10.1787/7a7afb35-en)。

4.3 因果的エビデンス:Shigeoka (2014)

日本の外来における価格感応性について最も信頼性の高い因果的エビデンスを提供するのがShigeoka (2014)だ。⁴老人保健法のもと70歳で自己負担が急減するという不連続を利用し、閾値で外来・入院利用が即座に有意に増加することを記録した——強い価格感応性と整合する。

特に重要な知見は二つある。第一に、価格感応性の推定は、日本の患者が観察可能な自己負担額の変化に反応することを確認し、顕示性に基づく介入の機序として説得力がある。第二に、Shigeokaは5年間の死亡率への統計的有意な効果を検出しなかった。⁴自己負担低下によって誘発された追加受診が限界での健康改善をもたらさなかったことを示唆し、日本の外来受診の相当部分が臨床的に低い限界価値しか持たないという解釈と整合する。

この知見が全ての患者・疾患で利用削減が無害であることを含意するわけではない。死亡率は粗い指標であり、罹患率・診断遅延・生活の質への影響を見逃しうる。また帰無仮説の結果は70歳閾値近傍の集団に適用されるものであり、より若い集団や貧困層とは臨床的に重要な違いがある可能性がある。この異質性の問題は第7節で改めて論じる。

4.4 OECDレベルのパターン

国際比較のレベルでは、OECDデータは健康アウトカムの差では説明できない外来利用率の大きな国際間格差を明らかにしている。^{12,14,20}オランダ・スウェーデン・デンマーク・英国のようにプライマリケア重視の制度を持つ国々は、競争力ある平均寿命を維持しながら専門医受診率が低く回避可能入院が少ないことが一貫して報告されている。¹⁴このパターンは、日本とこれら比較対象国との利用格差の一部が低価値需要を反映しているという仮説を支持するが、メカニズムについての議論は決着していない。

5. ハイブリッド償還モデル

5.1 モデルの構造

ハイブリッド償還モデルは三つの相互作用するコンポーネントから構成される。軽症外来受診を対象とした価格顕示最大化型の支払い層、高額受診に対する現物給付への自動移行ルール、そしてリアルタイム還付と個別化された閾値設定を可能にするデジタル本人確認連携基盤だ。

基本設計では、所定の費用閾値以下のすべての外来受診・軽症サービスが患者の全額先払いの対象となる。患者は受診時に、診療報酬点数表上の総費用と予定還付額の双方を記載した詳細な明細書を受け取る——受診が完了する前に全資源コストが可視化される仕組みだ。還付は指定期間内に患者の指定口座へデジタル処理される。

費用閾値を上回るサービス——入院・高額検査・外科手術・長期疾患管理——については保険者が直接責任を負い、現物給付構造へ移行する。確定した慢性疾患診断を持つ患者、または所定の所得パーセンタイル閾値を超える年間支出が見込まれる患者は、個々の受診費用によらず疾患関連サービスについて包括的な現物給付を受けられる(図2参照)。

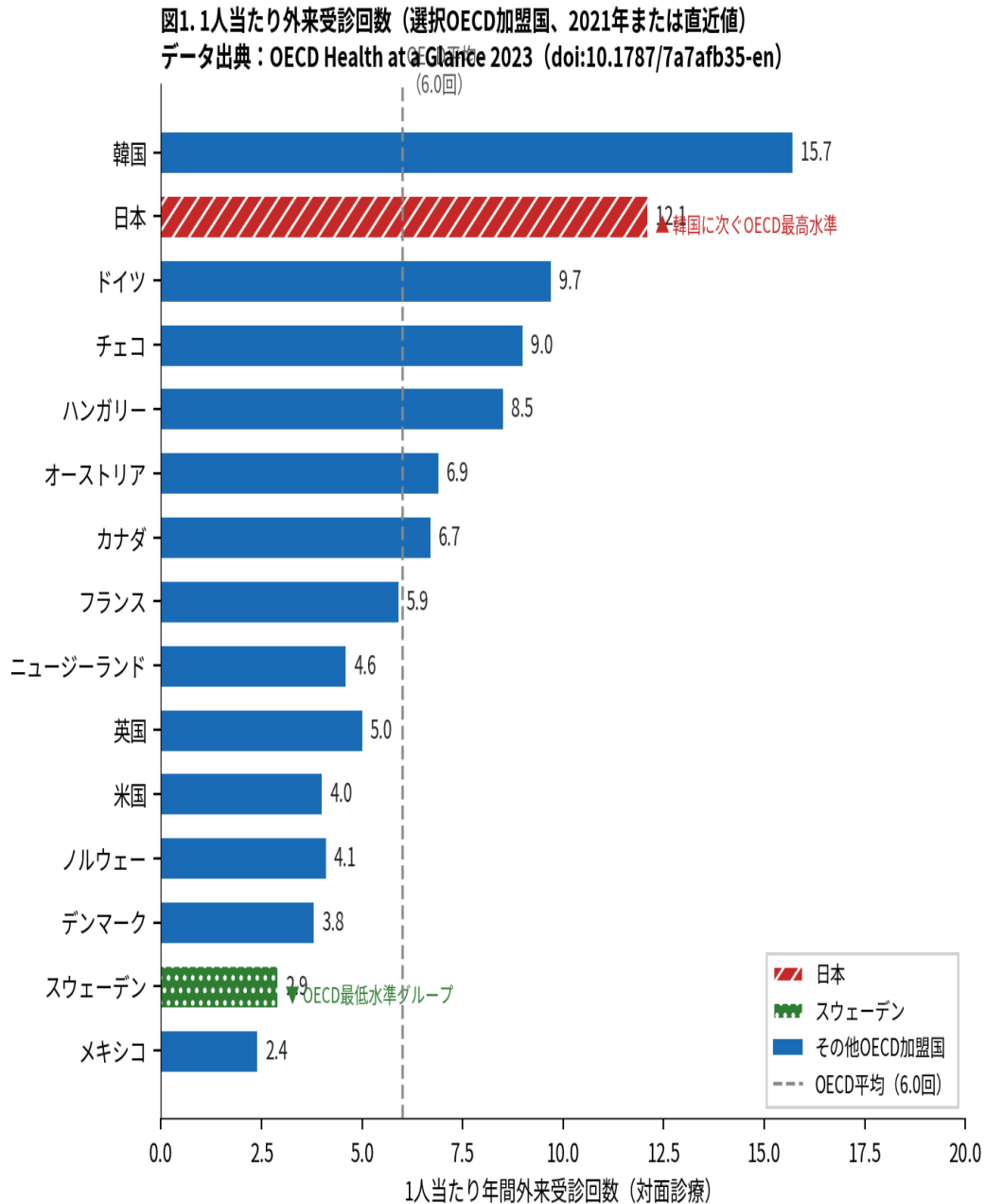


図2. ハイブリッド償還モデルの概念図。患者が外来受診を求める際の意思決定経路を示す：(a) 患者が全額を窓口で支払う；(b) 明細書発行により費用総額を顕示；(c) 医療機関から保険者へリアルタイムのデジタル請求送信；(d) 保険者が請求を処理；顕示性保持のための意図的遅延として3～7営業日以内に患者の口座へ還付；(e) 実質的な自己負担額は事前に設定された共同保険率に等しい。費用閾値を超える受診については現物給付への直接移行経路（破線）をたどる。

5.2 閾値設計と個別化

制度が患者先払いから現物給付へ移行する費用閾値の設定は、設計上の核心的パラメータである。閾値が低すぎれば顕示性効果が狭い帯域に限定される。高すぎれば流動性制約のある患者が必要な受診を回避するリスクにさらされる。

デジタル本人確認システムを通じてアクセス可能な税務当局の所得データと保険者の医療費データを活用し、閾値を個別化することを提唱する。低所得患者の閾値は1受診あたり3,000円（標準的な外来受診費用の概算）程度とし、これを超えた時点で現物給付が作動する。高所得患者の閾値は10,000～15,000円程度となろう。この構造により、顕示性効果が所得に比例し、低所得層のアクセス障壁を最小化できる。

他制度における自己負担上限額に相当する年間支出上限は、累積的な過大負担に対する安全網として機能する。年間上限に近づいた患者は、その年度の残期間について自動的に完全な現物給付へ移行する（図3参照）。

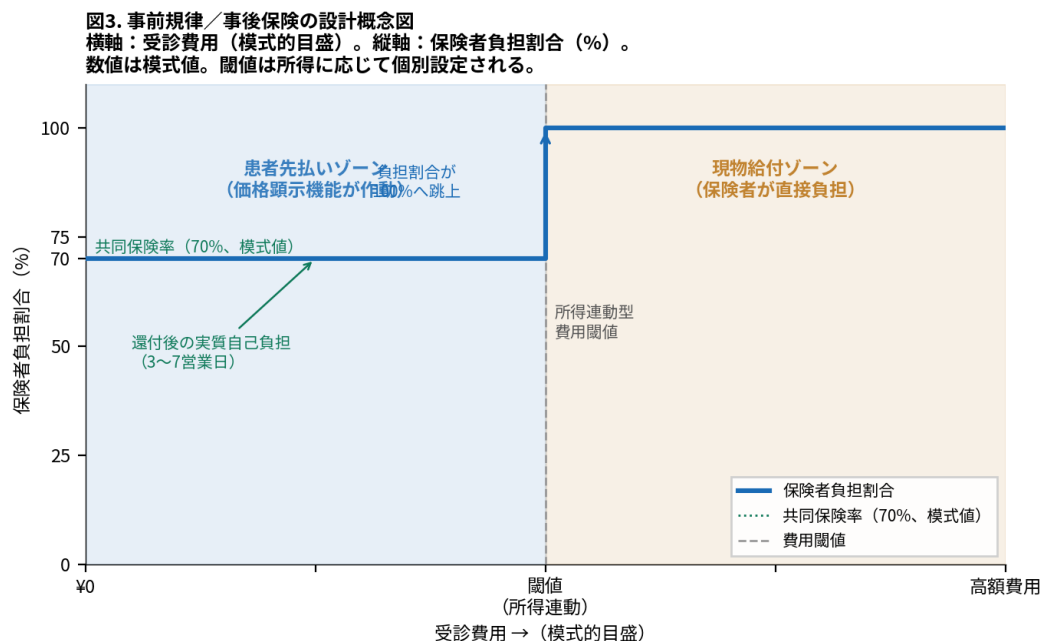


図3. 事前規律／事後保険の設計概念図。横軸：受診費用（模式的目盛）。縦軸：保険者負担割合（%）。所得連動型費用閾値以下では患者負担は100%の先払い（迅速な還付により実質負担を共同保険率まで削減）。閾値超過では保険者負担が即座に100%（現物給付）へ移行する。数値は模式値；閾値は所得に応じて個別設定される。

5.3 デジタル本人確認基盤とリアルタイム還付

ハイブリッドモデルの運用可能性は、還付プロセスの速度と信頼性に決定的に依存する。患者が数週間還付を待たなければならなければ、顕示性効果よりも流動性制約効果が支配的となり、長期的な財務的帰結によらず受診が抑制される。デジタル本人確認基盤はほぼ瞬時の請求処理を実現し、このトレードオフを断ち切る。

2016年に導入され医療保険記録や医療情報システムとの連携が段階的に進むマイナナンバーシステムは、この目的への基盤インフラとして十分機能する。受診完了後、医療機関はリアルタイムで保険者にデジタル請求を送信し、保険者は行政記録管理のため

に還付処理・承認を行う。最適な還付遅延は設計上の核心的問いだ。当日または翌営業日に還付が到達すれば、キャッシュフローのギャップは無視できるほど小さくなる——財務保護と公平性は最大化されるが、顕示性効果が減衰しうる。ほぼ即座に還付されることを知っている患者は通常の現物給付型制度と同様に行動し、設計の行動規律上の意図が損なわれる。逆に過度に長い遅延は流動性負担を完全に復元し、制約のある患者の受診を抑制して自己負担研究が記録する受診抑制の弊害を再現する。そこで基準となる還付期間として3～7営業日という意図的に調整された中間的な遅延を提唱する。この間隔は顕示性効果を維持するのに十分に長く——患者は先払いした全額を意識的に記録し、回収を待たなければならない——かつほとんどの家計に実質的な財政的困難を課さない程度に短い。最適期間は実証的なパラメータとして扱われるべきで、所得層ごとの受診率と受診回避指標を監視するパイロット事業を通じて較正すべきだ。低流動性が確認された患者や優先資格を満たす慢性疾患患者に対しては、1営業日の加速還付または還付保留中の暫定現物給付を提供し、意図的な遅延が最も財政的に脆弱な患者層に不均衡に帰着しないよう設計する。

迅速な還付構造が整えば、患者先払い方式は流動性の障壁ではなく、純粋な顕示性メカニズムとして機能する。極めて流動性の低い患者に対しては、マイクロクレジット施設に類似した「還付保留中の暫定現物給付」オプションを組み込むことで、制度が最も経済的に脆弱な層を系統的に排除する事態を防ぐことができる。

5.4 適用範囲とサービス分類

本モデルは、救急・入院・高複雑度サービスではなく、外来受診・日常的検査・処方更新受診といった軽症外来受診への適用を念頭に置く。低価値利用が外来部門に集中しているという実態がこの範囲設定の根拠だ。

サービス分類は日本の既存の診療報酬点数表の分類体系を活用する。患者先払い対象となる受診タイプの一覧は所管当局が策定し、エビデンスの進展に応じて定期的に更新され、デジタル基盤を通じて周知される。臨床ガイドラインが高価値の定期的利用を示すサービス——ワクチン接種・がん検診・妊産婦ケア——は費用によらず明示的に適用除外とする。

6. 供給側の含意：医療機関のキャッシュフロー

医療費負担設計に関する先行研究は需要側の効果に集中してきた。あまり検討されてこなかった供給側の含意は、支払いフローのタイミングと出所の変化が医療機関にいかなる影響を与えるか、という問いだ。

現行の保険制度では、医療機関は請求後通常1〜2か月で報酬を受け取る。この償還遅延は運転資金需要を生み出し、病院システムほどの流動性備蓄を持たない小規模診療所には特に重くのしかかる。審査での返戻率は医療機関のキャッシュフローに追加的な不確実性をもたらす。

患者先払い方式のもとでは、医療機関は受診時に即座に全額を受け取る——償還遅延とそれに伴う運転資金コストが解消される。保険者の義務は医療機関への直接支払いから患者への還付へとシフトし、保険者と医療機関の請求関係が簡素化される。

この供給側の利益は、日本の外来部門の大きな割合を占める小規模独立診療所にとって特に意義深い。医療機関のキャッシュフローの改善は財務安定性を高め行政負担を軽減し、農村・医療過疎地域における診療継続の支えにもなりうる。また、保険者との直接請求関係が受診時点での透明な料金収受に置き換えられることで、請求の水増し動機も削がれる。

懸念される反作用として、保険者の監視が弱まることで医療機関が点数表の規制価格を超えた料金設定に走る可能性がある。したがって本モデルは規制上の価格統制と監査機能を維持しなければならない。リアルタイム還付に必要なデジタル基盤はリアルタイムの料金透明性も支援する——患者が支払いを完了する前に申告料金を点数表と照合できるようにすることで、分散型の価格チェック機能が生まれる。

7. 公平性、潜在的な害、および実装上の課題

7.1 公平性への懸念

患者先払い方式がもたらしうる最も深刻な害は、流動性の低い患者、健康リテラシーの低い患者、または臨床的ニーズの高い患者における受診の遅延や放棄のリスクだ。既存のエビデンスが示すように、自己負担による害は均等には分布しない——低所得者・高齢者・重症患者ほど、先払い要件への反応として必要な受診を削減しやすい。¹⁶

本モデルは三つの構造的手当てでこのリスクを制限する。第一に、費用閾値の所得連動型個別化が低所得患者の財務的リスクを抑制する。第二に、リアルタイムのデジタル還付が支払いと回収の間の流動性ギャップを最小化する。第三に、慢性疾患患者と高

支出患者への現物給付の自動適用が、最も臨床的に脆弱な患者層を患者先払い層から遮断する。

残余のリスクは存在する。確実な銀行口座アクセスやデジタル接続環境を持たない患者はリアルタイム還付の障壁に直面しうる。健康リテラシーの低い患者は病態の深刻さを正確に自己評価できず、深刻な状態にあっても受診を回避する可能性がある。継続的な患者教育、利用しやすい請求申請チャネル、所得・年齢・慢性疾患状態で層化した受診パターンの監視が実装の前提となる。

7.2 診断遅延と受診エスカレーションのリスク

顕示性に基づく利用削減に特有の懸念として、抑制された受診に初期段階の診察が含まれる場合、回避することで病態が進行して重症化・高額化するリスクがある。早期がん症状・コントロール不良の高血圧・進展中の感染症を抱えた患者が先払い要件に怯んで受診を避ければ、軽症外来利用の削減が下流での入院費用増加と健康悪化という代償で購われる事態となる。

Shigeoka (2014) のエビデンスは、日本の70歳閾値における限界的利用削減が大きな平均的死亡率効果をもたらすとは支持しない。⁴ただしこの結果は特定の集団に適用されるものであり、制度全体の償還改革へ単純に外挿することはできない。外来受診感応性疾患の入院率を含む継続的なアウトカム監視は、いかなる実装プログラムの前提条件でもある。

7.3 実装上の課題

明示的に認識すべき実装上の課題がいくつかある。第一に、現物給付から償還型給付への移行に対する国民の受容は限られる可能性があり、窓口負担の最小化に慣れた高齢者層ではその傾向が強い。所得の高い層での任意加入から開始する段階的導入は、制度全体の移行より政治的に実現可能だろう。

第二に、リアルタイム還付に必要なデジタル基盤は、マイナンバーシステムの存在により技術的には実現可能だが、医療保険記録・医療機関システム・金融決済基盤の間の相互運用性への相当な投資を要する。医療・財務データの統合を巡るプライバシーとセキュリティの懸念には、堅固な規制的枠組みと患者の同意機制で対処しなければならない。

第三に、サービス分類プロセスはエビデンスの進化に応じた臨床的インプットと定期的な更新を必要とする。高価値サービスが誤って先払い要件の対象に含まれるという分類

誤りのリスクは、保守的な初期設計と実施後の積極的な見直しを通じて管理しなければならない。

8. 結論

高所得国における医療利用は、患者の自己負担水準だけで規定されているわけではない。意思決定の瞬間における費用の顕示性と、受診時点での現金調達能力に関わる流動性制約もまた、独立した規定因子として作動する。本稿はその論証を試みた。通常モラルハザード分析はこれらのメカニズムを混同してきた——政策手段の選択肢を不必要に狭める形で。

ハイブリッド償還モデルを提唱した。完全な費用可視化による事前規律と、迅速なデジタル還付による事後保険を組み合わせたこの設計は、窓口負担の一律引き上げや受診紹介制度の導入という粗い手法に代わる、理論的に整合し運用上も実現可能な代替案だ。日瑞比較、Shigeoka (2014) の因果的エビデンス、そして流動性制約と行動的顕示性に関する広範な文献を総合すると、外来における低価値利用の大幅削減は、人口全体の健康アウトカムの相当な悪化を招かずに実現可能だという論拠は実証的に支えられている。

リスクがないわけではない。公平性への懸念、受診遅延の可能性、そしてリアルタイムデジタル還付基盤の実装に伴う相当な要件は、いずれも真剣に向き合うべき問題だ。所得連動閾値・現物給付自動移行・デジタル暫定与信という設計上の対処策を提示したが、その有効性は実装の質と継続的なモニタリングにかかっている。

本稿から三つの独自の貢献が得られる。第一に、価格とは独立した利用削減レバーを特定する、日本の医療モラルハザードへの顕示性に基づく再解釈。第二に、顕示性規律と財務保護を両立させる手段としてのハイブリッド事前・事後設計の導入。第三に、患者先払い型制度が医療機関の財務安定性に持つ供給側のキャッシュフロー含意という未開拓の便益の提示。

準実験的設計による顕示性効果の独立推定、管理環境でのデジタル迅速還付パイロット評価、外来受診を限界臨床価値で分類する指標の開発——これらが残された実証的課題だ。

図表キャプション

〔図表は本文中に挿入されています。〕

参考文献

1. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev.* 1987;77(3):251–277.
2. Aron-Dine A, Einav L, Finkelstein A. The RAND Health Insurance Experiment, three decades later. *J Econ Perspect.* 2013;27(1):197–222. doi:10.1257/jep.27.1.197
3. Einav L, Finkelstein A. Moral hazard in health insurance: what we know and how we know it. *J Eur Econ Assoc.* 2018;16(4):957–982. doi:10.1093/jeea/jvy017
4. Shigeoka H. The effect of patient cost sharing on utilization, health, and risk protection. *Am Econ Rev.* 2014;104(7):2152–2184. doi:10.1257/aer.104.7.2152
5. Baicker K, Mullainathan S, Schwartzstein J. Behavioral hazard in health insurance. *Q J Econ.* 2015;130(4):1623–1667. doi:10.1093/qje/qjv029
6. Handel BR, Kolstad JT. Health insurance for "Humans": information frictions, plan choice, and consumer welfare. *Am Econ Rev.* 2015;105(8):2449–2500. doi:10.1257/aer.20131126
7. Zhong H. Effect of patient reimbursement method on health-care utilization: evidence from China. *Health Econ.* 2011;20(11):1312–1329. doi:10.1002/hecl.1670
8. Belchior CA, Gomes Y. Liquidity constraints, cash transfers and the demand for health care in the Covid-19 pandemic. *Health Econ.* 2022;31(11):2369–2380. doi:10.1002/hecl.4585
9. Gross T, Layton TJ, Prinz D. The liquidity sensitivity of healthcare consumption: evidence from Social Security payments. *Am Econ Rev Insights.* 2022;4(2):175–190. doi:10.1257/aeri.20200830
10. Lyngse FP. Liquidity Constraints and Demand for Healthcare: Evidence from Danish Welfare Recipients. arXiv preprint arXiv:2010.14651. 2020. doi:10.48550/arXiv.2010.14651
11. Abaluck J, Gruber J. Choice inconsistencies among the elderly: evidence from plan choice in the Medicare Part D program. *Am Econ Rev.* 2011;101(4):1180–1210. doi:10.1257/aer.101.4.1180. PMID:21857716
12. Jeong HS, Hurst J. An assessment of the performance of the Japanese health care system. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 56. Paris: OECD Publishing; 2001. doi:10.1787/445332508603
13. Sato R, Jakobsson U, Midlöv P. A proposed medical system change in Japan inspired by Swedish primary health care: important role of general practitioners and specialist nurses at primary health care centers. *J Gen Fam Med.* 2024;25(6):295–304. doi:10.1002/jgf2.726

14. OECD. Realising the potential of primary health care. Paris: OECD Publishing; 2020. doi:10.1787/a92adee4-en
15. World Health Organization Regional Office for Europe. Digital health in the European Region: the ongoing journey to commitment and transformation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
16. Rice T, Matsuoka KY. The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: a review of the literature on seniors. *Med Care Res Rev.* 2004;61(4):415–452. doi:10.1177/1077558704269498
17. Finkelstein A, Taubman S, Wright B, Bernstein M, Gruber J, Newhouse JP, et al. The Oregon Health Insurance Experiment: evidence from the first year. *Q J Econ.* 2012;127(3):1057–1106. doi:10.1093/qje/qjs020. PMID:23293397
18. Baicker K, Taubman SL, Allen HL, Bernstein M, Gruber JH, Newhouse JP, et al. The Oregon experiment — effects of Medicaid on clinical outcomes. *N Engl J Med.* 2013;368:1713–1722. doi:10.1056/NEJMs1212321
19. Domurat R, Menashe I, Yin W. The role of behavioral frictions in health insurance marketplace enrollment and risk: evidence from a field experiment. *Am Econ Rev.* 2021;111(5):1549–1574. doi:10.1257/aer.20190823
20. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. doi:10.1787/7a7afb35-en