

# 経済

## 教室

小黒 一正 法政大学教授  
菅原 琢磨 法政大学教授

### ポイント

○患者の自己負担割合と薬価の見直し試算  
○2つの改革案のいずれも保険給付を節減  
○ビッグデータで診療報酬改革も分析可能

おぐる・かすまさ 74年生まれ。一橋大博士。専門はマクロ経済学、公共経済学

すがはら・たくま 71年生まれ。学習院大博士。専門は社会政策、医療経済学



き、医薬品の種類にかかわらず年間医療費900兆円(約1万円)までは全額自己負担、より高額の場合でも一定の自己負担割合を設定している。

変更せず、医薬品の必要性、有用度などに応じて薬価を加減する改革案2も試算した。一方で我が国の現在の医療制度では、薬剤に対する自己負担率が、重篤な疾患の治療に必要な薬剤、画期的な

年齢別の自己負担を改める場合、1・03倍、0・97倍に変更した場合にどのような財政効果が生じるか試算した。これは現在の薬価改定ルールで2%に固定されている調整幅に複数制導入するとともに、より重要な薬剤へ資源配分しつつ、保険給付を約800億円節減可能であることが示唆される。

来年4月に予定されていた

消費税率の引き上げは再延期されるが、安倍晋三首相は、2020年度までに国と地方を合わせた基礎的財政収支を黒字化するという財政再建目標は堅持する方針だ。当面、増税は封印されるため、財政再建で重要な論点となるのは、成長戦略と社会保障を中心とした歳出改革となる。

その際、大きなテーマの一つとなるのが、医療技術や医薬品に関する保険給付の見直しである。世界的に評価の高い国民皆保険制度の骨格を堅持しつつ、新産業創出と財政再建の両立を図る観点に立つ必要がある。

筆者らは、我が国における医薬品取引のほぼ全てを網羅するIMISジャパンのピッゲデータを利用して、医薬品に関する保険給付の改革試案について、その効果を推定、分析している。本稿では、一つの試算結果の概略を紹介する。

医療費適正化に向けた保険給付の見直しを考える場合、主として患者側の自己負担割合を見直す改革案と、診療報酬や薬価水準、あるいは保険

適用範囲を見直す改革案の二つの方向性が考えられる。

そこで第一の試算は、フランスの保険給付事例を参考に、現行の年齢別の自己負担割合(原則3割、就学前1・2割、

## 医薬品への保険給付

# 重要性に応じ配分変えよ

改革案1(自己負担率の変更)による保険給付の増減の試算			
医薬品A (自己負担) ゼロ	医薬品B (自己負担) 3割	医薬品C (自己負担) 7割	合計
9904 億円増	1兆 7703 億円減		
増減ゼロ		7799 億円減	

公的医療保険が担う最も重要な役割の一つは、重篤な傷病の治療のために被保険者の家計が破綻したり困窮したりすることを防ぐ「財政的リスク保護」機能である。今後の制度改革においても被保険者

効果を持つ薬剤など、そういった薬剤や後発品などが存在する薬剤との間で変化しない。重要な、必要性の異なる薬剤をそれぞれどの程度、公的保険でカバーすべきかという議論が残されている。

要を変更する」といって、重篤な疾患治療などの患者負担を軽減しつつ、保険給付の資源分配を、画期性、重要性の高い薬剤に一層シフトしようといふのが本稿の狙いである。

この点で諸外国の薬剤給付制度は制度改革の参考となる。例えばフランスでは、医薬品の治療上の貢献度・有用性などに応じ、段階的な自己負担率が設定されており、自己負担を「代替薬のない高額医薬品」「0%」「一般薬剤35%」「胃薬など」「70%」「有用度が低いと判断された薬剤85%」「ビタミン剤や強壮剤」「100%」などとしている。手厚い医療福祉で有名なスウェーデンでも子供を除く

## 財政と新産業創出を両立

にも7割負担、残りは現状の3割負担として試算した(図参照)。

この結果から、現行制度の適正化効果の水準を大きく損なうことなく、より重要性の高い薬剤の給付の重点化が可能であることが示唆されている。

医薬品への保険給付は全体で約7800億円削減できると試算された。

新規事業創出と財政再建の両立を図るうえからも、医療分野のビッグデータなどの包括的利活用を一層促進し、医療制度改革を着実に進めることが望まれる。

1割を改め、薬剤に関する自己負担を適用疾患の重篤度や治療における有用度などに応じて変更する案とする(改革案1)。もう一つの試算は、現行の自己負担割合は変更せず、同じく適用疾患の重篤度や有用度などを反映し、薬価水準を一律増減する案とする(改革案2)。

また画期的新薬の創出や新たな医療技術の開発など、イノベーション促進には相応の両立は容易ではない。保険給付が必要だが、財政再建との両立は容易ではない。保険給付される薬剤の自己負担率が、後発品が発売されていない薬剤に十分配慮し、その影響を見定める必要がある。

一方で我が国の現在の医療制度では、薬剤に対する自己負担率が、重篤な疾患の治療に必要な薬剤、画期的な

薬剤について、後発品が存在する薬剤について、後発品の利用を促進のため、薬剤の市場実勢価格は、その一部が存在するほか、医療機関と卸との取引でもいまだ「未妥結納入」といっ

た商慣行の存在により、真の市場実勢価格は把握できないとの指摘がある。

さらに薬価改定が2年に1回の結果から、現行制度の適正化効果の水準を大きく損なうことなく、より重要性の高い薬剤の給付の重点化が可能であることが示唆されている。

この点で、新規事業創出が市場実勢価格と乖離(かいり)した非効率な資源配分につながる懸念もある。このような要因を解消し、より重要性が高められると、医薬品への保険給付は、現行の分析は粗推計であるため、高額療養費制度(同一年にかかった医療費の自己負担額が高額になった場合、一定額を超えた部分が払い戻される制度)の影響や、自己負担変更に伴う医療需要の変化について別途検討を要する点に留意が必要である。

新規事業創出と財政再建の両立を図るうえからも、医療分

野のビッグデータなどの包括的利活用を一層促進し、医療制度改革を着実に進めることが望まれる。