医療費管理に新ルール導入を

伸び率を経済成長の範囲内に自動調整

読売新聞東京本社
調査研究本部主任研究員
田中 秀一

たなか・ひでかず

保険証があれば、誰もが、いつでもどこでも安く医療を受けられる。この「国民皆保険」と呼ばれる医療保険制度の持続性が危ぶまれている。社会の高齢化に伴い、経済の状況にかかわらず医療費が増え、財源不足が拡大し続けているからだ。医療費の伸びを経済成長の範囲内に抑える新たな仕組みを導入し、制度を安定させるべきだ。

医療費急増、GDP比で2倍近くに

医療費の伸びは急激だ。1990年度には20・6兆円だったが、現在では42兆円に達している。一方、バブル崩壊後、経済の低迷が続き、国内総生産（GDP）はわずかしか増えていない。このため、GDPに占める医療費の割合は、90年度の4・6％から、2015年度には8％と、2倍近くに上昇した。経済成長率に比べて医療費がいかに急速に膨らんでいるかを物語る数字だ。

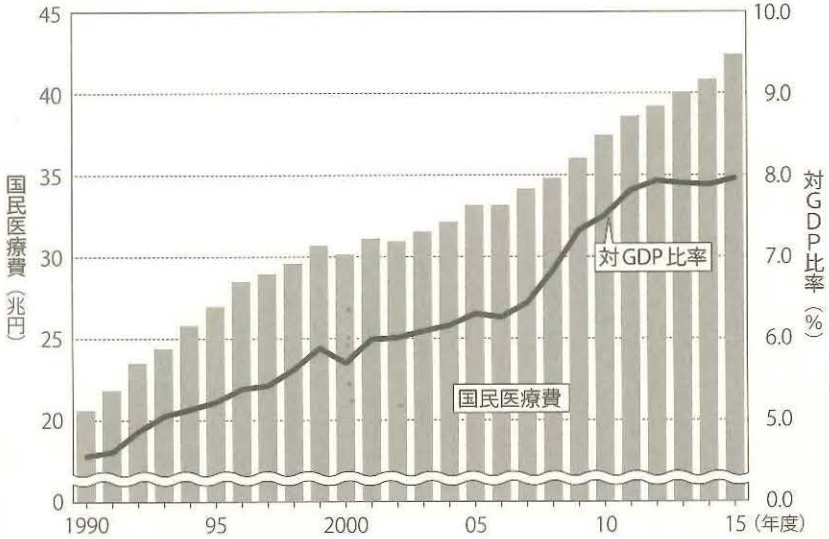
医療費増大の要因は、急速な高齢化の進展にある。年齢とともに、高血圧や糖尿病など複数の病気を抱えることが多くなる。がん、脳卒中、心臓病といった重い病気になる恐れも高くなり、高齢になるほど医療費は増える。65歳未満の現役世代では、1人あたりの年間の医療費は18万円であるのに対し、75歳以上の高齢者は5倍強の93万円に上っている。75歳以上の高齢者が増えれば、うなぎ登りに医療費も増えるのだ。

一方、医療の財源である保険料収入や税収は、長引く不況で伸び悩み、医療の支出と財源のギャップはどんどん大きくなっている。不足分は国の借金である国債で賄われ、国と地方合わせて1000兆円を超えた長期債務の要因の一つにほかならない。

医療費の膨張は今後も続き、25年には現在より3割も増えて54兆円に達すると予測されている。財政はさらに悪化する可能性が高い。

医療費の伸びを経済成長の範囲内に収めることが出来れば、財政も安定し、医療保険制度も堅持できる。どのような仕組みなのかは、後に詳しく説明するが、その前に、医療費が現在どのように決められ、どんな問題があるかを見ておこう。

■国民医療費と対GDP比率の年次推移



出典：厚生労働省資料

不透明な診療報酬改定の決まり方

医療費を決定しているのは、診療報酬制度という仕組みである。診療報酬とは、検査や投薬、手術などの医療行為に対する公定価格をいい、保険で診療を行った際、医療機関が受け取る収入になる。診察や各種の手術、薬剤ごとに細かく「診療報酬点数」（1点は10円）が決められ、2年ごとに改定される。政府の予算編成で全体の改定率を決定したうえ、これに添って個々の診療点数が中央社会保険医療協議会で決められる。

診療報酬は今年4月に改定され、全体で1・19％引き下げられた。マイナス改定となったのは、政府予算の社会保障費の「自然増」を5000億円に抑えることを目標にしたからだ。「自然増」とは、高齢化に伴う医療・介護費の伸びや、高額な新薬など医療技術の進歩（医療の高度化）による費用の増大を指している。18年度は6300億円程度が自然に増えると見込まれたため、5000億円に抑えるには1300億円を削る必要があり、この分を診療報酬の引き下げで捻出することになった。

診療報酬は、診察や検査、手術などの医療行為の「診療報酬本体」と、薬剤費などの「薬価」部分に分けられる。全体の改定率をマイナスとするため、薬価をマイナス1・65％と大幅に引き下げる一方、診療報酬本体は0・55％のプラスとなった。薬価部分の引き下げ幅が大きく、本体部分をプラスにしても、「自然増」1300億円の圧縮が達成できると見込んだためだ。

本体部分のプラス改定は、日本医師会など医療関係団体が強く要求し、最終的には安倍首相、麻生財務相らの判断で決着した。

医療関係団体が診療報酬本体の引き上げを主張したのは、医療機関の経営悪化や、医師ら医療従事者の賃上げが理由だった。しかし、診療報酬を据え置いても、高齢化や医療の高度化で医療費（医療機関の収入）は自然に増えるので、引き上げる合理性は乏しい。

結局、本体部分の改定率がプラス0・55％となった具体的な根拠は示されていない。政権が医師会の意向などに配慮したとみられるが、国民には分かりにくい、不透明な政治的決定である。

疑問なのは、社会保障の「自然増」を一部削ればよい、という予算編成の考え方だ。医療を含めた政府と地方自治体の社会保障支出は計40兆円に上り、そのうち消費税で確保されているのは19兆円に過ぎず、不足する21兆円は公債発行による借金で穴埋めしているのが実情だ。この巨額の財源不足をどう解消するかという点こそ、社会保障の最大の課題である。これに比べ、けた違いに少ない1300億円の「自然増」圧縮で事足れりとしているのでは、財政再建はおぼつかなく、無責任である。

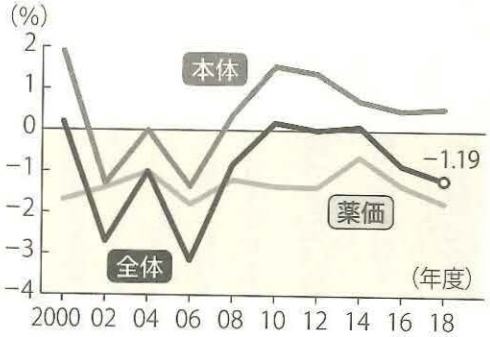
医療費を抑制できない診療報酬制度

そもそも診療報酬を引き下げても、そのまま医療費の減少につながるわけではない。今回のように薬価を大幅に切り下げても、薬剤費が減るとは限らないからだ。薬価の改定率は、既に使われている薬剤に適用され、新たに発売される薬は対象にならない。このため、高額な新薬が登場すれば、薬剤費の増大は避けられない。実際、15年には高額なC型肝炎の新薬が登場した影響で薬剤費が急上昇し、医療費全体も3・8％と大幅に増えた。

それでも、診療報酬の改定で医療費を抑えこんだケースも過去にはある。顕著なのは、小泉政権時代の2006年で、マイナス3・16％と過去最大の診療報酬引き下げ幅となり、この年の国民医療費は前年よりわずかに減少した。同年7月には、社会保障費の伸びを5年間で1兆1000億円、年2200億円削減することが閣議決定されている。小泉政権では、02年にも2・7％のマイナス改定を行い、やはり医療費の減少につながった。

ただ、こうした大幅な診療報酬引き下げの反動は大きかった。地方や産科、小児科などで医師不足が問題化し、「医療崩壊」という言葉さえ生まれたからだ。実際には、医師不足は04年に始まった医師の

■診療報酬改定率の推移



新たな臨床研修制度の影響が大きかった。従来は卒業した大学医学部で研修を受ける若い医師が多かったが、研修先を自由に選べるようになり、都市部の大病院に研修医が集まるようになった。研修医を確保できなくなった地方の大学病院は、地域の病院への医師派遣ができなくなり、医師不足が顕在化したのだ。

いずれにしても、医療費抑制への反発が強まり、社会保障費圧縮の撤回を主張した民主党が政権に就いた翌年の10年には、診療報酬は10年ぶりのプラス改定に転じた。

小泉政権での大幅な診療報酬切り下げを最後に、07年度以降、国民医療費は年2～3％前後の上昇を続けており、概して経済成長率を上回っている。象徴的なのは、リーマン・ショックの直後で、GDPが大きく落ち込んだ08年度（4・1％減）、09年度（3・4％減）にも、医療費はそれぞれ2％、3・4％増えた。あたかも医療は不況とは無縁であるかのような状況だった。

時の政治状況に左右される診療報酬改定では、医療費は抑制できなかったのである。

日本は「医療費の低い国」ではなくなった

日本はかつて、国際的にも医療費が低く、世界保健機関（WHO）からも「低いコストで効率的な医療を達成している」と評価されていた。だが、そうした見方を覆すデータが2016年に公表された。経済協力開発機構（OECD）による国際比較（15年）で、GDPに占める保健医療支出の割合が、日本は11・2％に達し、加盟国の中で米国、スイスに次いで3位だったのだ。

GDPに占める医療費の割合は、日本は加盟国の中でも早いペースで上昇し、05年の17位から13年は8位になっていた。順位がさらに3位に上がったのは、OECDの基準で訪問介護など介護費用の一部が医療費に算入されるようになったことも影響している。ただ、主要国では既にこの基準で医療費が算出されているとみられ、日本の医療費は従来、実態より低く見積もられていた可能性もある。いずれにしても、日本は現在では医療費が高い国の一つであり、「低コストで効率的な医療を達成している」という評価は、過去のものと言わざるを得ない。厚生労働省や医師会は従来、日本の医療費が低いことを背景に予算増額を要求してきたが、こうした主張は通用しない。

75歳以上が加入する後期高齢者医療制度や、自営業者らの国民健康保険は、財源の5割が公費（税金）であり、政府の財政が行き詰まれば、ただちに財源不足に陥る。医療サービスの大幅な縮小は避けられなくなるだろう。診療報酬が大幅に削減され、倒産する医療機関が続出するなど医療現場は深刻なダメージを受ける。そのような事態を未然に防ぎ、国民皆保険などの社会保障制度を守るために、医療費を適正に管理する仕組みが必要になる。

医療費を自動調整する仕組み

小黒一正・法政大学経済学部教授は「そもそも診療報酬制度には、医療費をコントロールする機能が備わっていない」と指摘する。

医療費は、個々の診療行為の価格に、実際に行われた診療行為の件数（量）を掛け合わせて決まる。診療報酬点数は個別の価格を決めるものだが、実施される件数までは制限できない。価格を下げても、実施件数がそれ以上に増えれば、結局、医療費全体は増える。診療報酬制度では、「価格×量」の全体を制御できないのだ。

そこで小黒教授は、経済や社会の情勢に合わせ、医療費を自動調整する仕組みの導入を提唱する。

社会保障の中でも、支出を経済成長の範囲内にと

■年金額の改定ルール（イメージ図）

どめる仕組みは既に導入されている。公的年金の「マクロ経済スライド」がそれだ。

年金の支給額は、社会保障の中でも特に急激に伸びていた。高齢化で年金受給者が急増してきたからだ。

年金財政の持続性に危機感を抱いた政府は、2004年に年金制度の大きな改革を行った。その柱がマクロ経済スライドだ。どのような仕組みか説明しよう。

年金制度は従来、物価や賃金が上昇すれば、その分、年金支給額も増えることになっていた。マクロ経済スライドでは、物価や賃金が増えても、そこから一定の「調整率」を差し引き、年金の上昇率を抑える。調整率は、年金保険料を納める被保険者の数の減少と、平均寿命の延びを勘案して決まる。被保険者数の減少は、年金の財源となる保険料収入の減少を反映し、平均寿命の延びは年金受給者数や給付額の増加にかかわる。年金の支え手の縮小と、年金をもらう側の増大をバランスさせるわけだ。

調整率は現在1％となっている。このため、物価や賃金が2％上昇した場合、年金の給付水準は、これから1％を差し引いた1％にとどめる。これにより、年金給付をおおむね経済成長の範囲に抑えることが可能になる（注）。

まず後期高齢者医療制度に適用

医療費にも、これと同様の仕組みを取り入れ、抑制するわけだ。小黒教授は、まず75歳以上が加入する後期高齢者医療制度に、マクロ経済スライドの仕組みを導入することを提唱する。現役世代に比べ、費用の伸びが著しく大きいからだ。

具体的には、現役世代の人口減少や平均寿命の伸びを勘案した「調整率」を定め、診療報酬点数から、この調整率を差し引いて医療費の伸びを抑える。

例えば、調整率が1％なら、1点10円である診療報酬点数を1％分の0・1円下げ、1点9・9円にする。これで医療費の伸びは1％抑えられる。

これでは医療サービスの質が低下し、医療機関の経営も立ちゆかなくなるのではないかと不安を感じる人もいるかもしれない。しかし、診療報酬を引き下げる調整率は、実際にはそれほど大きくならないと見られる。その理由は次の通りだ。

調整率をいくらにするかは、どのくらいの期間で医療費を抑制するかによる。例えば調整率0・3％での引き下げを10年間続けると、累計で10年後には3％相当の医療費を抑えることができる。20年間続けると6％抑制できる計算だ。

少子高齢化で、医療・介護費がピークになるのは2060年頃で、GDP比では現在より6～7ポイント増えて16～17％になると予測されている。

この増加分を、どのくらいの期間で抑えるかによって、毎年の調整率は変わる。伸びる分の6％相当を20年かけて抑えるとすれば、1年あたりに抑える必要があるのは6％÷20＝0・3％となり、これが調整率になる。6％を30年で抑えるなら、調整率はさらに低い0・2％にとどまる。診療報酬点数に換算すると、調整率0・2％なら、1点10円が9・98円になる計算だ。医療機関の経営に与える影響はかなり少ないのではないか。

医療・介護費の伸びGDP比6～7％は、金額でいうと30兆～35兆円になる。これを消費税で賄おうとすると、税率を現在より12～14ポイントも引き上げなくてはならず、消費税率は20％を超えてしまう。そこまで消費税率を引き上げることは極めて困難だろう。医療費を自動調整する仕組みは、それほど消費税率を引き上げなくても財政や社会保障を持続可

能にする効果があるのだ。

経済成長率が低い場合には、医療費の伸びを成長率の範囲内にとどめる方策も考えなくてはならない。例えば、医療費の伸びが2％で、名目ＧＤＰ成長率が1％の時、調整率を1％にすれば、ＧＤＰに対する医療費の割合は一定にすることができる。

こうした医療費抑制の手法には、医師会など医療業界からの反発も予想される。医師会の意向が反映される現在の診療報酬改定と異なり、改定率が「自動調整」され、利害関係者の思惑が入る余地がなくなるからだ。しかし、医療費が膨らみ続けて皆保険制度が危機に陥れば、深刻な影響を受けるのは国民であり、医療機関である。国民と医療現場を守るためにこそ、医療費を確実にコントロールする仕組みが必要なのだ。

医療費の地域間格差是正にも有効

医療政策に詳しい印南一路・慶応大学総合政策学部教授も、診療報酬点数の単価を操作することによる医療費管理を支持する。これは医療費の地域間格差の是正にも有効だという。

医療費には都道府県ごとに大きな違いがある。1人あたりの医療費は、最も高い高知県で44万円であるのに対し、最も低い埼玉県は29万円で、1・5倍も違う。医療機関や病床、医師数などの違いが要因で、人口あたりの病床数が多い西日本は、1人あたりの医療費が高い傾向がある。

こうした地域差を解消するため、厚生労働省は地域ごとに地域医療構想を策定することで、病床が過剰な地域の病床数を削減しようとしている。しかし、医療機関の大半は民間で、思うように病床削減が進むとは限らない。

1人あたりの医療費が高い地域の診療報酬の単価を引き下げれば、地域間格差を是正できる。現在、診療報酬は全国一律に1点10円となっているが、例えば1人あたりの医療費が全国平均より10％高い地域は、点数の単価を10％引き下げて1点9円とする。印南教授は「一定の期間内に、地域医療構想による病床削減が進まなかった地域には、診療報酬の単価引き下げを検討してはどうか」と提案する。

高齢化で費用が急増しているのは、介護も同様である。介護費用は16年度に10・4兆円と、介護保険制度が始まった00年の約3倍に増えた。25年には19・8兆円と、さらに倍増すると推計されている。介護費は今のところ医療費の4分の1ほどだが、今後は加速的に支出が増大する。介護にも費用を自動調整する仕組みを導入することを検討すべきだろう。

注　年金のマクロ経済スライドはデフレ下では発動されない決まりになっており、デフレの長期化によって、実際に発動されたのは2015年の1回に過ぎない。給付水準の抑制も十分には進んでいない。21年から、賃金や物価が大きく上昇した場合、その上昇率の範囲内で、前年度までのマクロ経済スライドの未実施分も含めて給付水準が抑制されることになっている。

●参考文献

印南一路「再考・医療費適正化」有斐閣
印南一路ほか「生命と自由を守る医療政策」東洋経済新報社
島崎謙治「医療政策を問いなおす」ちくま新書
小黒一正「財政危機の深層」ＮＨＫ出版新書
小黒一正「アベノミクスでも消費税は25％を超える」ＰＨＰビジネス新書
池上直己「日本の医療と介護」日本経済新聞出版社