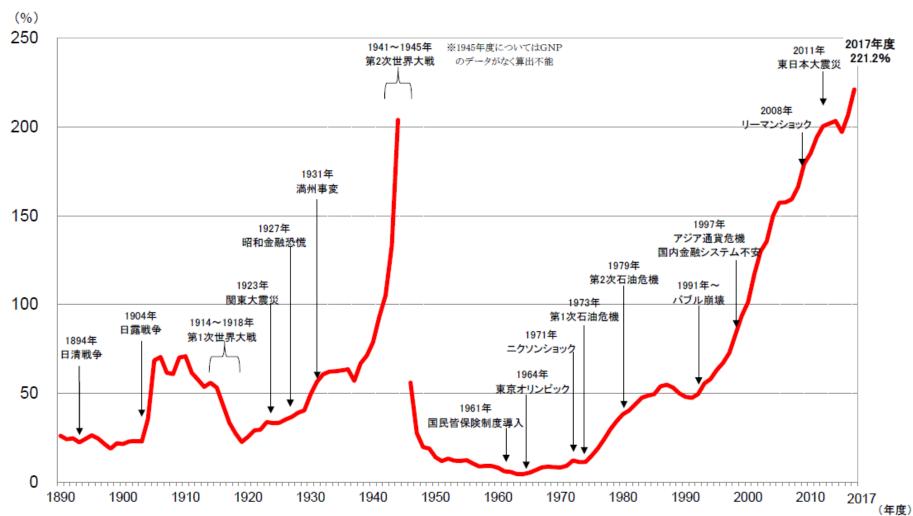
保険医療財政・薬価の現状と課題 一中長期的視点から一

法政大学教授 小黒一正

明治23(1890)年度以降の政府債務残高の名目GDP等に対する比率の推移

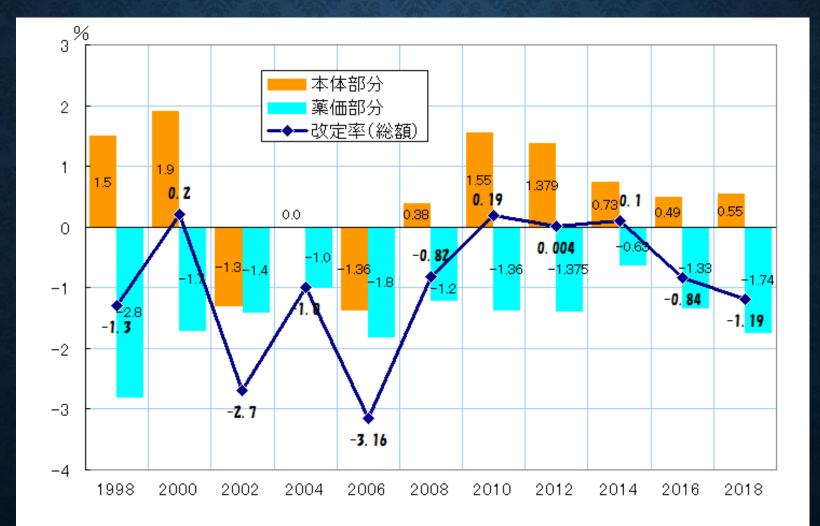


(注1) 政府債務残高は、「国債及び借入金現在高」の年度末の値(「国債統計年報」等による)。2016年度は年度末の見込み、2017年度は見通し。なお、1945年は第2次世界大戦終結時により GNPのデータがなく算出不能。

(注2) GDPは、1929年度までは「大川・高松・山本推計」における粗国民支出、1930年度から1954年度までは名目GNP、1955年度以降は名目GDPの値(1954年度までは「日本長期統計総覧」、1955年度以降は国民経済計算による)。ただし、内閣府「政府経済見通し」(2017年1月20日閣議決定)により、2016年度は実績見込み、2017年度は見通し。

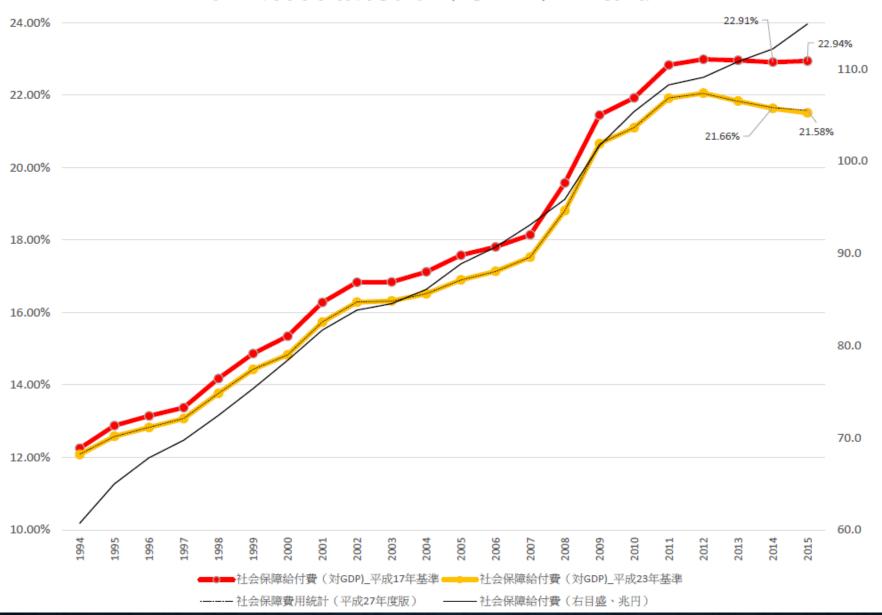
10

診療報酬改定率の推移

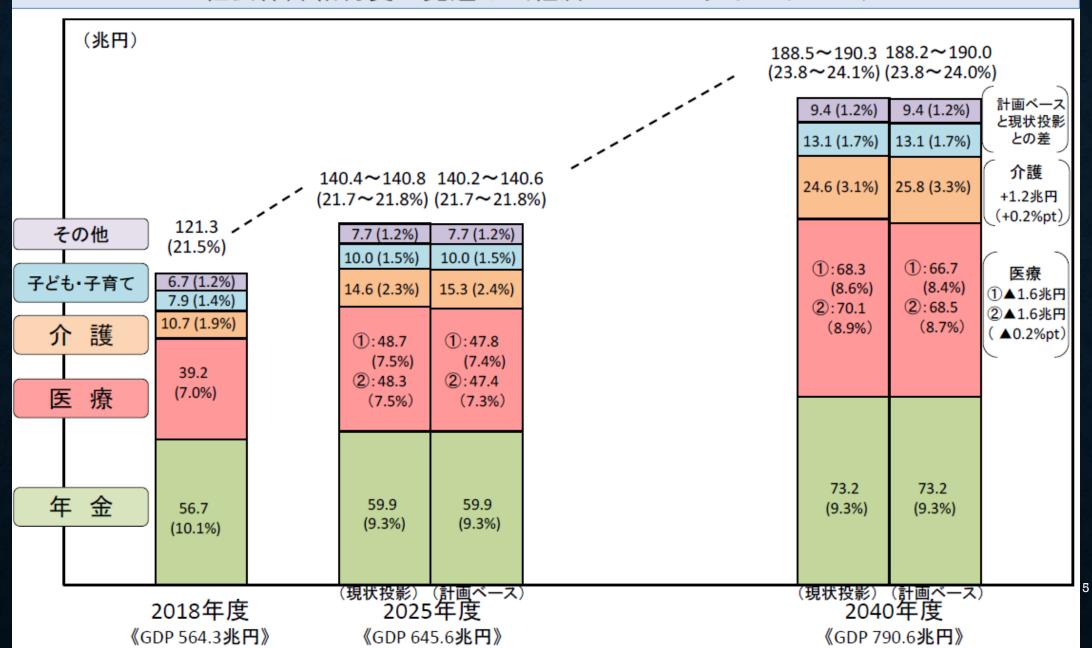


(注)2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

社会保障給付費(対GDP)の推移



社会保障給付費の見通し(経済:ベースラインケース)



人口・経済の前提

〇 人口前提

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位(死亡中位)推計) ※ただし、子ども・子育ての推計については、2020年度以降給付の対象となる子ども数を固定した形で推計。

〇 経済前提

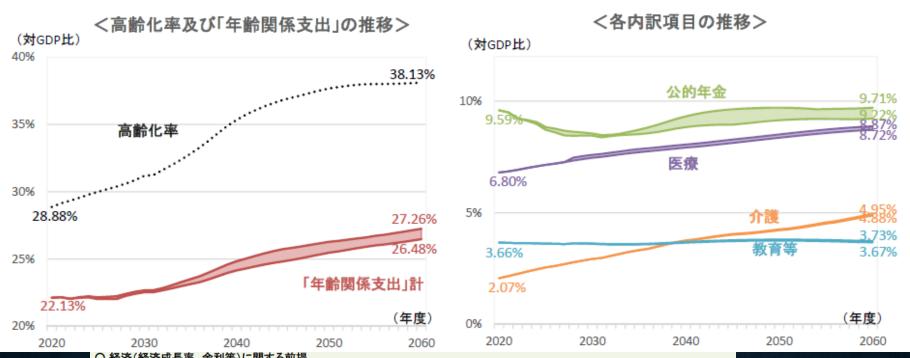
2027年度までは、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(平成30年1月)等、2028年度以降は、公的年金の平成26年財政検証に基づいた前提値を使用。経済前提は2つのケースで試算(ベースラインケース(2028年度以降は平成26年財政検証ケースF)、成長実現ケース(2028年度以降は平成26年財政検証ケースE))。

		2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)	2024 (H36)	2025 (H37)	2026 (H38)	2027 (H39)	2028~ (H40~)
名目経済 成長率 (%)	成長実現	2.5	2.8	3.1	3.2	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5	1.6
	ベースライン	2.5	2.4	2.2	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7	1.3
物価 上昇率(%)	成長実現	1.0	1.9	2.3	2.1	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.2
	ベースライン	1.0	1.6	1.7	1.3	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2

注.賃金上昇率については、2018年度は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」(平成30年1月22日閣議決定)に基づいて1.7%と設定し、 2019~2027年度までは名目経済成長率と同率、2028年度以降は平成26年財政検証の前提(ケースE・F)に基づいて2.5%としている。

「年齢関係支出」の推移

- 少子高齢化に伴う歳出増対応のための要収支改善幅の増加の背景には、年齢関係支出の増加がある。<a href="mailto:医療費・介護費を中心として後年度にかけて増加傾向。" 医療費・介護費を中心として後年度にかけて増加傾向。
- GDPの基準改定による影響など試算前提の変更等により、前回試算より若干低下(2060年度で3%強程度)している一方、医療の高度化により医療費が現在の想定を上回るスピードで増加する可能性についても留意が必要。



- プロス・ファイス (1) 内閣府「中長期試算「経済再生ケース」」(2015年7月)(前回: 「中長期試算「経済再生ケース」」(2014年1月))

2024年度以降

厚生労働省「年金財政検証」(2014年6月)の「経済再生シナリオ」に基づいた5パターン(シナリオA~E)(前回:「年金財政検証」(2009年2月)) : 実質経済成長率0.4%~1.4%、名目経済成長率1.6%~3.4%(実質経済成長率+物価上昇率)、名目長期金利3.8%~5.0%

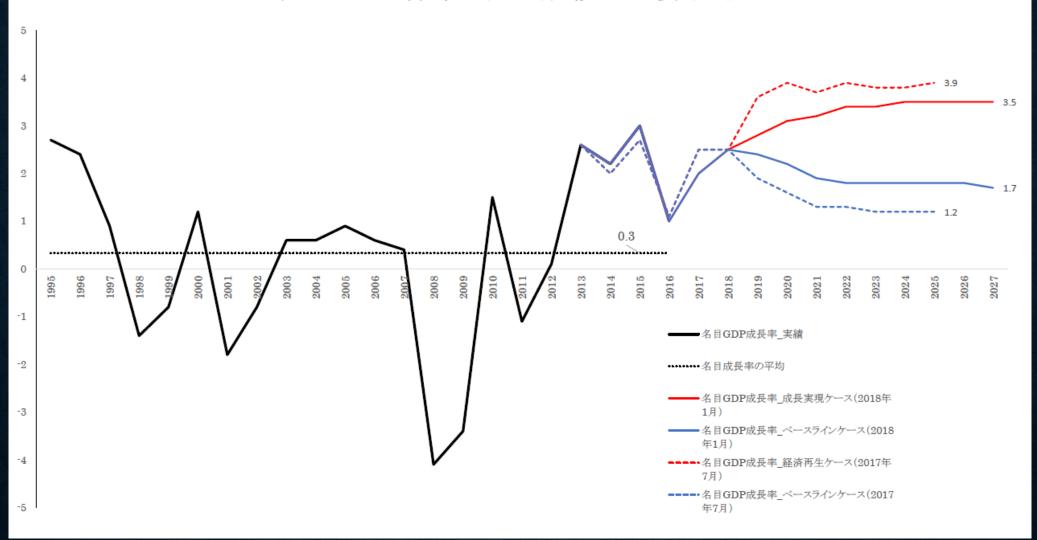
ドーマーの命題

財政赤字(対GDP)をq、名目GDP成長率をnとすると、 以下が成り立つ。

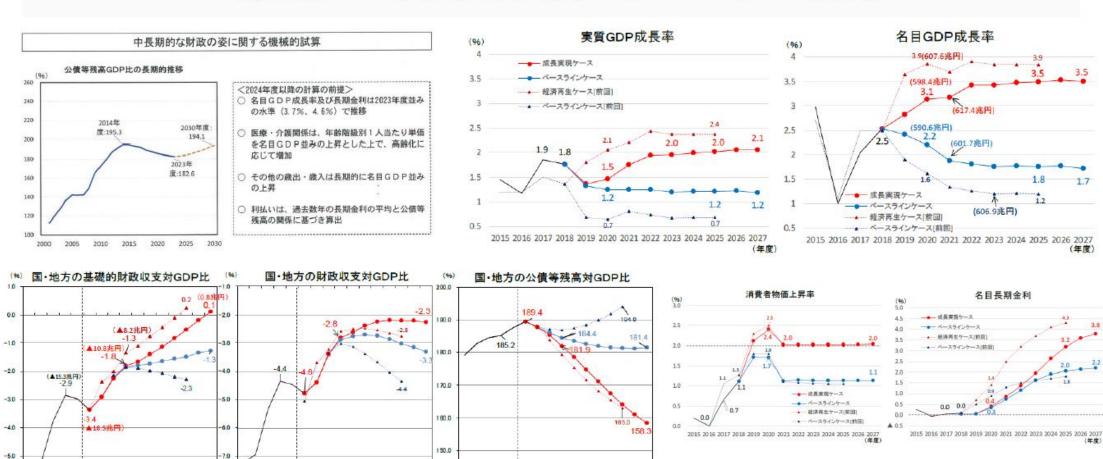
債務残高(対GDP)の収束値=q/n

- 例えば、名目GDP成長率(n)が0.8%程度で、財政赤字のGDP比(q)が3.3%超の場合、債務残高(対GDP)の収束値は400%超(q/n=4超)となってしまう。

名目GDP成長率の推移と試算前提



内閣府の中長期試算(2018年1月版)



→ ベースラインケース[前回夏試算]

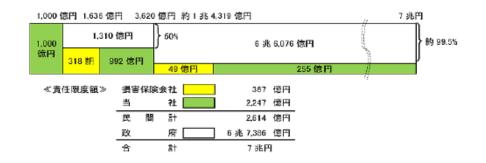
→ 成長実現ケース → ベースラインケース 経済再生ケース[前回夏試算]

「保健医療2035提言」(本文p.35)と官民の役割分担、 財政的リスク保護の重要性

この他、必要かつ適切な医療サ ービスをカバーしつつ重大な疾 病のリスクを支え合うという公 的医療保険の役割を損なわない ことを堅持した上で、不必要に 低額負担となっている場合の自 己負担の見直しや、風邪などの 軽度の疾病には負担割合を高く して重度の疾病には負担割合を くするなど、疾病に応じて負 担割合を変えることも 検討に 値する。

地震保険のリスク分担構造 (平成26年4月)

1回の地震等によりお支払いする保険金の分担方法(再保険スキーム)



再保険スキームの考え方

- 保険金支払いが 1,000 億円以内の小規模な地震までは、当社が負担します。
- 保険金支払いが 1,000 億円を超える中規模な地震が発生した場合には、当社、損害保 (食会社、政府が自らの分担分を負担します。
- さらに、保険金支払いが3,620億円を超える大規模な地震が発生した場合には、政府がより多く負担します。



2035年、 日本は健康先進国へ

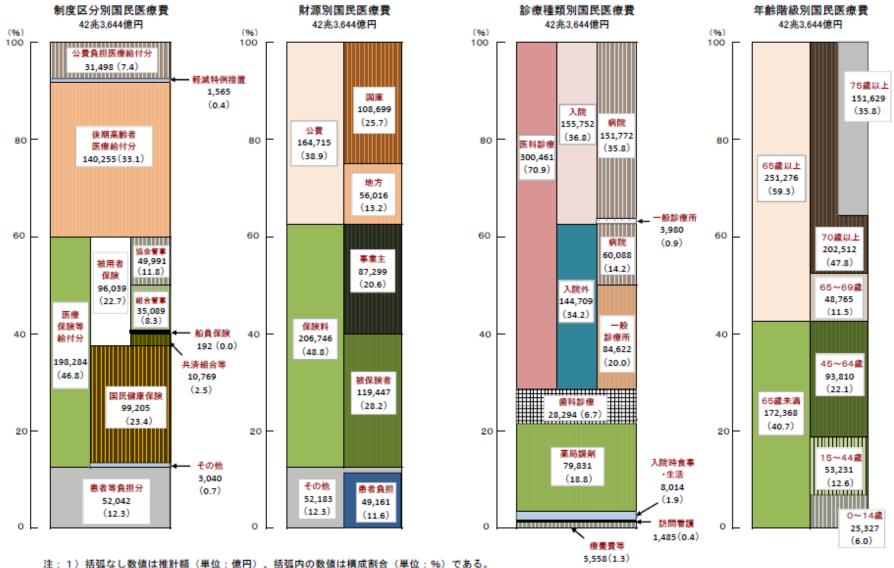
アどもから和年青まで、また患者や住民、医療従事者ま サーマの人が安心していさいさと活躍し続けられるように 様の事心し方・他も方・生き方に対応できる

急激な少子高齢化や医療技術の選手など 保健医療を取り巻く環境が天きく変化する中で、 日本の程済成長と財政両雄にも貢献し



(参考1)平成27年度 国民医療費の構造

[国民医療費総額 42兆3.644億円、人口1人当たり国民医療費 333.300円]



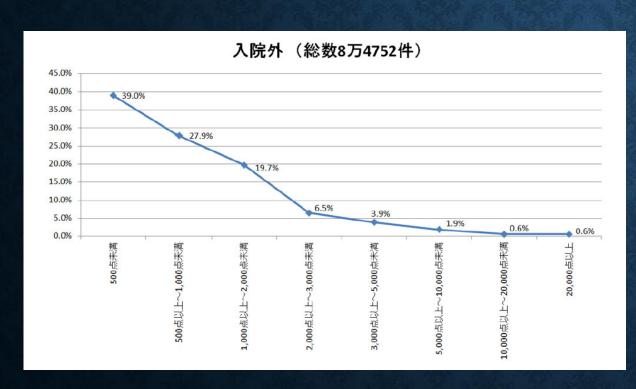
注: 1)括弧なし数値は推計額(単位:億円)、括弧内の数値は構成割合(単位:%)である。

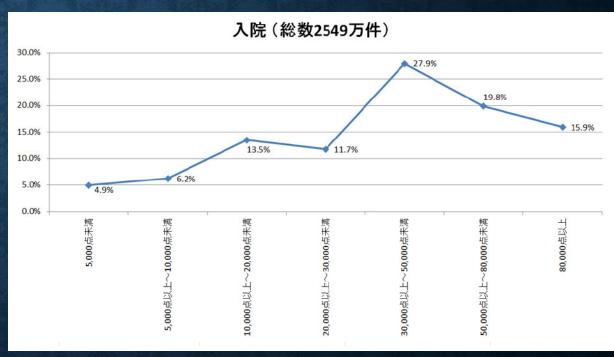
2) 制度区分別国民医療費は平成27年度内の診療についての支払確定額を積み上げたものである(ただし、患者等負担分は推計値である)。

第3表 財源別にみた国民医療費・対前年度増減率・構成割合の年次推移

			公 費			保 険 料			その他		
年 次	次	総数	総数	国 庫	地方	総数	事業主	被保険者	総 数 2)	患者負担 (再掲)3)	
		国民医療費 (億円)									
平成15年度	(2003)	315 375	110 617	81 085	29 532	157 778	65 969	91 809	46 980	46 749	
16	('04)	321 111	115 218	84 121	31 097	159 476	66 131	93 345	46 417	46 196	
17	('05)	331 289	121 162	83 544	37 618	162 341	67 164	95 177	47 786	47 572	
18	('06)	331 276	121 746	82 367	39 379	161 773	66 529	95 244	47 757	47 555	
19	('07)	341 360	125 744	84 794	40 949	167 426	68 990	98 436	48 190	47 996	
20	('08)	348 084	129 053	87 234	41 819	169 709	71 110	98 599	49 323	49 141	
21	('09)	360 067	134 955	91 287	43 668	175 032	73 211	101 821	50 080	49 905	
22	(' 10)	374 202	142 610	97 038	45 572	181 319	75 380	105 939	50 274	47 525	
23	('11)	385 850	148 120	100 303	47 817	187 518	77 964	109 555	50 212	47 375	
24	('12)	392 117	151 500	101 134	50 366	191 203	79 427	111 776	49 414	46 579	
25	(' 13)	400 610	155 319	103 636	51 683	195 218	81 232	113 986	50 072	47 076	
26	(' 14)	408 071	158 525	105 369	53 157	198 740	83 292	115 448	50 806	47 792	
27	(' 15)	423 644	164 715	108 699	56 016	206 746	87 299	119 447	52 183	49 161	
1				:	構成	割合	(%)		:	ĺ	
平成15年度	(2003)	100.0	35. 1	25. 7	9. 4	50.0	20.9	29. 1	14. 9	14.8	
16	('04)	100.0	35.9	26. 2	9. 7	49.7	20.6	29. 1	14. 5	14. 4	
17	('05)	100.0	36.6	25. 2	11. 4	49.0	20.3	28.7	14. 4	14.4	
18	('06)	100.0	36.8	24. 9	11. 9	48.8	20. 1	28.8	14. 4	14. 4	
19	('07)	100.0	36.8	24. 8	12. 0	49. 0	20. 2	28.8	14. 1	14. 1	
20	('08)	100.0	37. 1	25. 1	12.0	48.8	20.4	28.3	14. 2	14. 1	
21	('09)	100.0	37. 5	25. 4	12. 1	48.6	20. 3	28. 3	13. 9	13. 9	
22	('10)	100.0	38. 1	25. 9	12. 2	48. 5	20. 1	28. 3	13. 4	12.7	
23	(' 11)	100.0	38.4	26. 0	12. 4	48.6	20. 2	28.4	13. 0	12.3	
24	(' 12)	100.0	38.6	25. 8	12.8	48.8	20.3	28. 5	12. 6	11.9	
25	(' 13)	100.0	38.8	25. 9	12. 9	48. 7	20. 3	28. 5	12. 5	11.8	
26	(' 14)	100.0	38. 8	25. 8	13. 0	48. 7	20. 4	28. 3	12. 5	11.7	
27	('15)	100.0	38.9	25. 7	13. 2	48.8	20.6	28. 2	12. 3	11.6	

医療費の分布





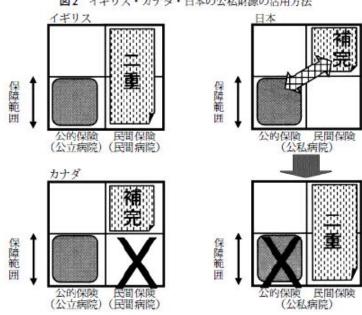
医療費の官民役割分担

表1 公的医療保障制度の財源と加入率

	公的財源注1)	公的保障加入率	民間財源注 2)
イギリス	税(82.6) 社会保険(0) 合計 82.6%	100%	自己負担(11.1) 民間保険(1.2) その他合計 17.4%
オーストラリア	税(67.5) 社会保険(0) 合計 67.5%	100%	自己負担(18.0) 民間保険(7.8) その他合計 32.5%
フィンランド	税(59.2) 社会保険(15.0) 合計 74.2%	100%	自己負担(19.4) 民間保険(2.1) その他合計 25.8%
アイルランド	税(76.3) 社会保険(0.6) 合計 76.9%	100%	自己負担(14.4) 民間保険(7.9) その他合計 23.1%
カナダ	税(68.8) 社会保険(1.4) 合計 70.2%	100%	自己負担(14.7) 民間保険(12.8) その他合計 29.8%
ドイツ	税(8.8) 社会保険(67.9) 合計 76.8%	90.9% (保険加入義務は全 国民にある)注4)	自己負担(13.0) 民間保険(9.5) その他合計 23.2%
オランダ	税(5.1) 社会保険(70.2) 合計 75.3%	100%	自己負担(5.7) 民間保険(5.6) その他合計 16.5%
日本	税(35.2)注3) 社会保険(46.7) 合計 81.9%	100%	自己負担(14.6) 民間保険(2.5) その他合計 18.1%

- 注1) 公的財源及び民間財源については、オーストラリア及び日本の数値は2007年実績値、 カナダ及びオランダは2008年の予測値、その他は2008年実績値
- 注 2) 民間財源は,自己負担 (out-of-pocket) 及び民間保険 (private insurance) の他に非営利 組織の慈善医療や企業による拠出なども含まれる。
- 注3) 日本の公的財源の内訳については、平成20年度国民医療費より財源別内訳にある税 と保険料の割合を OECD (2004) の公的財源比率81.9% を比例按分して筆者が作成。
- 注4) ドイツは、2009年1月からは、公的医療保障制度の加入義務の無い国民(所得水準 が高い層や自営業者等)にも、いずれかの民間医療保険に加入することを義務付けて いる。

図2 イギリス・カナダ・日本の公私財源の活用方法



(参考) 医薬品に係る保険給付の在り方に関する国際比較

- フランスでは、医薬品の治療上の貢献度・有用性に応じ、段階的な自己負担割合(保険償還率)が設定されているほか、ドイツと同様、参照価格(償還限度額)制度が採用されている。また、スウェーデン等においては、医薬品の種類にかかわらず、一定額以下は全額自己負担とされているなど、相応の自己負担を求める枠組みが採用されている。
- 我が国においても、公的保険給付の範囲の見直しや薬剤の適正使用の観点等から、諸外国の制度も踏まえ、医薬品に 係る保険給付の在り方を見直し、全体として保険償還率を引き下げることを検討すべきではないか。
 - (※)日本でも、かつて、外来薬剤費について、定率負担に加えて別途定額負担が設けられていた(平成9年9月~15年3月)。

【薬剤に係る自己負担についての国際比較】

	制度類型	薬剤に係る自己負担	(参考)国民負担率
日本	社会保険方式 ※ 1	・原則 3 割 (義務教育就学前: 2 割、70~74歳: 2 割、75歳以上: 1 割)	43.4% (2015年度)
ドイツ	社会保険方式 ※ 2	・10%定率負担(各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ) (注)参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担	52.2% (2012年)
フランス	社会保険方式 ※ 1	 ・以下を加重平均した自己負担率:34% - 抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品:0% - 一般薬剤:35% - 胃薬等:70% - 有用度の低いと判断された薬剤:85% - ビタミン剤や強壮剤:100% (注)参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担 	65.7% (2012年)
スウェーデン	税方式 ※ 3	・900クローナまでは全額自己負担、より高額の薬剤についても一定の自己負担割合を設定 (注)上限は年間2,200クローナ	56.1% (2012年)
イギリス	税方式 ※ 3	・処方1件:8.05ポンド(高齢者、低所得者、妊婦等については免除あり)	46.7% (2012年)
アメリカ	社会保険方式 ※ 4	・保険の種類や契約内容等に応じ相違 (注)メディケア(任意加入)の場合 - 310ドルまでは全額自己負担、より高額な薬剤についても一定の自己負担割合を設定	31.1% (2012年)

- (※1) 国民皆保険 (※2) 国民の約87%が加入 (※3) 全居住者を対象
- (※4)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
- (出所) 厚生労働省「医療保障制度に関する国際関係資料について」「第47回社会保障審議会医療保険部会資料」、医療経済研究機構「薬剤使用状況等に関する調査研究報告書」等より作成



ポィント 0

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

小黒 正 法政大学教授

菅原 琢磨 法政大学教授

水準を一律増減する案とする や有用度などを反映し、 ず、同じく適用疾患の重需度現行の自己負担割合は変更せ 革案1)。もう一つの試算は 応じて変更する案とする や治療における有用度などに 自己負担を適用疾患の重篤度 (改革案2) 同じく適用疾患の重糯度

されるが、

安倍晋三首相は

0年度までに国と地方

消費税率の引き

上げは再延期

7に予定されていた

- 割)を改め、群(2~74歳=2割)

薬剤に関する

74 献

75歳以上

薬品に関する保険給付の見直 再建の両立を図る視点に立つ つとなるのが、 しである。世界的に評価の高 じつつ、新産業創出と財政国民皆保険制度の骨格を堅 した歳出改革となる。成長戦略と社会保障を中 大きなテーマの一 医療技術や医

つ最も重

効果を持つ薬剤と、

そうでな

に薬剤や後発品などが存在す

必要がある。

制度改革においても被保険者ク保護」機能である。今後の ク保護」機能である。 することを防ぐ「財政的リス 家計が破綻したり困窮したり 病の治療のために被保険者の要な役割の一つは、重篤な傷

論が残されている。

すべきかとい

算結果の概略を紹介する する保険給付の改革試案につ するIMSジャパンのピッグ医薬品取引のほぼ全てを網羅 夕を利用し、 その効果を推定、 本稿では二つの試 我が国における 医薬品に関

999

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

> 要 ur.

臣

その際、

再建で重要な論点となるの

標は堅持する方針だ 黒字化するという財政再建目 を合わせた基礎的財政収支を

印されるため、

1(自己負担率の変更)による 付の増減の試算

そこで第一の試算はフランつの方向性が考えられる。 スの保険給付事例を参考に、 の年齢別(就学前 己負担割合

マクロ経済学、公共経済学生まれ。一橋大博士。専門はまいる・かずまさ 74年



保険制度では、 響否 一方で我が国の現在の医療 晃定める 姿がある

楽価

治療に必須な薬剤、 自己負担率が、重篤な疾患の 薬剤に対する

門は社会政策、医療経済学生まれ。学習院大博士。専すがはら・たくま 71年

参考に、我な

薬品につ

己負担割合

000

より高額の

万円)まではず年間医療の

医薬品



給付される薬剤の自己負担率 評価が必要だが、 の両立は容易ではない たな医療技術の開発など また画期的新薬の創 ション促進には相応の 財政再建と 保険

これらそれ というのつ

重篤な

「それ以外 い薬効に属す

後発品

A

剤には0 会

厚/保険給

財政と新産業創出を両立 画期性、重要性の高い薬 ることで、重糯な疾

のが本稿の狙いである。 しつつ、保険給付の資源配分 患治療などの患者負担を軽減 を変更す しようという

重要性、

必要性の異なる薬剤

る薬剤との間で変化

をそれぞれどの程度

公的保

適正化効果の

用度が低い ತ್ತ スウェーデンでも子供を除 己負担を「代替薬のない高額 負担率が設定され 性などに応じ 薬品の治療上の貢献度・ ತ್ತ 制度は制度改革の参考とな 35%] 「胃薬など= 医薬品=0%] 85 % この点で諸外国の薬剤給付 手厚い医療福祉で有名な 00%」などとしてい 「ビタミ と判断された薬剤 「一般薬剤= 段階的な自己 えでは、 ン剤や強壮

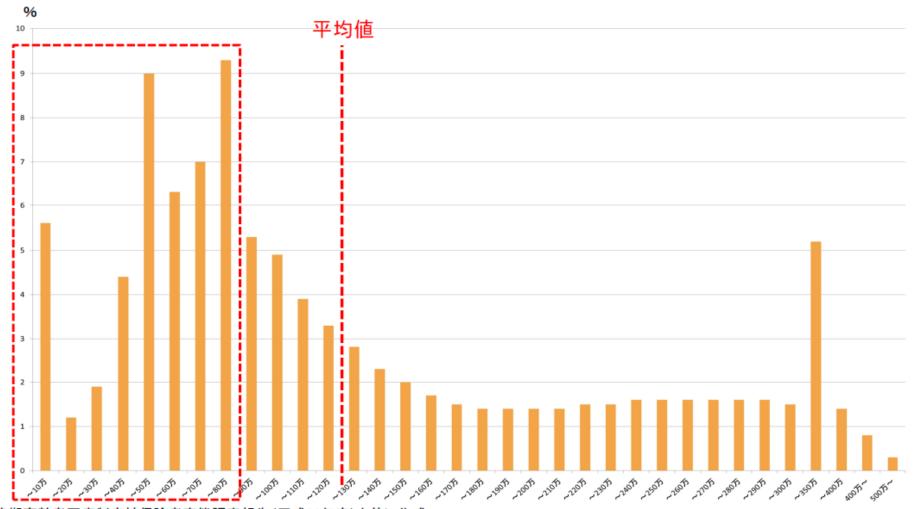
3割負担とし にも7割負 この結果な

あるため 体で約~ 能であること 高い薬剤の 負担額が高 ると試算され 一定額を超 なお今回の 医薬品

負担変更に される制度(る点に留意

医薬品A 自己負担 ゼロ 医薬品C 自己負担 7割 医薬品B 自己負担 3割

○ 後期高齢者医療制度の被保険者の年金収入(平均年額:約127万円)をみると、基礎年金の満額水準(約80万円)以下の者が約4割を占めている。

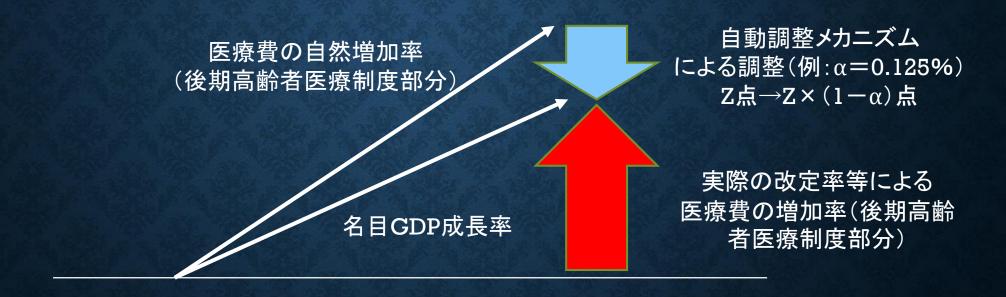


後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告(平成26年度)を基に作成

※所得不詳の被保険者を除いて集計している。

[※]年金収入額とは、前年の老齢又は退職を支給事由とする公的年金等の収入金額(公的年金等控除前の額)をいう。

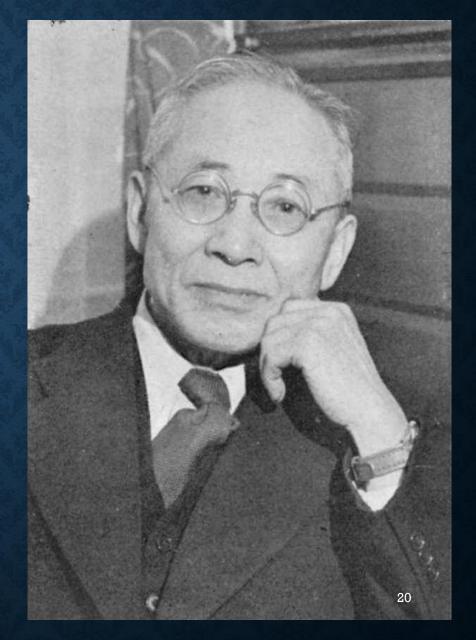
後期高齢者医療制度の診療報酬に自動調整メカニズムを導入



必要な改革の哲学 大内兵衛

大蔵省を経て、1919年、新設の東大経済学部に着任、助教授として財政学を担当。1949年に東大経済学部を教授で退官後は、1950年より1959年まで法政大学総長。社会保障制度審議会初代会長を務め、1950年の「社会保障制度に関する勧告」では、日本の社会保障の理念と制度化の方向を提示。

なお、社会保障審議会・勧告に関する制度研究の中心とみられる当初の学識経験者は、勝俣稔(元厚生省局長)、末高信(早稲田大学教授)、園乾治(慶応大学教授)、原泰一(民生委員連盟会長)、桂泉(中労委委員)、大内兵衛(法政大学総長)、近藤文二(大阪商大教授)、清水玄(元厚生省局長)、長尾春雄(労災保険委委員)、川北禎一(日銀副総裁)の各氏。



改革提言案(1) (7月刊行予定の共著『薬価の経済学』より抜粋)

- 中長期的視点に立った社会保障改革の骨太方針を策定等するため、関係大臣や有識者から構成 される「社会保障戦略会議」(仮称)を設置する。また、中医協の下部組織として、保健医療に関す るビッグデータ等を利用して分析を行う専門組織の設置を検討する。専門組織の委員は任期4-5 年の常勤とし、各委員をサポートするスタッフを配置、必要に応じて、関係省庁などからデータ収集 やヒアリングを受けることも可能にする。
- 必要かつ適切な医療サービスをカバーしつつ重大な疾病のリスクを支え合うという公的医療保険の 役割を堅持した上で、給付範囲の哲学の見直し等を行い、自然治癒や回復、状態維持の蓋然性が 相対的に高い軽度の疾病には自己負担の割合を高める一方、生命の危険やQOLへの影響が大き い重度の疾病には負担割合を低くする等、疾病に応じて負担割合を変えることも検討する。また疾 病予防や健康増進、健康寿命延伸への取り組みといった医療費適正化への取り組みは一層加速 させる。それと同時に、後期高齢者医療制度においては、引き続き減少が見込まれる現役世代の 負担能力に配慮し、医療財政の持続可能性を高めつつ世代間の負担平準化を図る観点から、年 金改革で導入したマクロ経済スライドを参考として、その診療報酬に自動調整メカニズムを導入す ることも検討する。

改革提言案② (7月刊行予定の共著『薬価の経済学』より抜粋)

- また、医薬品の保険給付については、高額療養費制度は維持しつつ、フランス等の事例を参考に、現行の年齢別の自己負担割合を改め、薬剤に関する自己負担を適用疾患の重篤度や 医薬品の治療における有用度等に応じて変更することも検討する。
- ・なお、上記の措置は、現行の年齢別「窓口負担」(治療の必要性や負担能力などの点から、患者の多様な実態を十分反映していない現行制度)を改め、応能負担別「窓口負担」に変更することを意味するが、高額療養費制度を考慮しても、医療費の負担能力が高い家計と低い家計があり、所得再分配政策の観点から、マイナンバー制度などを利用しつつ、所得や資産に応じて、負担能力が極めて低い家計については、その自己負担(窓口負担)の引き下げや、税制上の措置等でその負担を軽減する方策も検討を行う。

(以下、略)