

# 大局大説

## 後期高齢者医療制度と医療財政が抱える2つの課題 解決の鍵は「医療版マクロ 経済スライド」と 「予算フレーム」の導入

小黒 一正 ● 法政大学経済学部 教授

### 医療財政が抱える2つの課題

公的医療保険は、国民生活の安定と福祉の向上に寄与するため、必要かつ適切な医療サービスを提供しつづつ、重大な疾病の医療費(薬剤費を含む)負担等に対するリスク分散を図るもので、資源配分機能といった財政の一部を担う重要な機能である。新型コロナウイルスのパンデミックは、日本や世界において、創業としてのワクチン開発や医療基盤の重要性を改めて認識させた。しかしながら、日本の公的債務残高(対GDP)は200%超で累増が続いており、日本の財政状況は厳しい状況に直面している。例えば、国の2020年度予算(当初)の編成では、社会保障関係費が過去最大の35・8兆円に達したが、国と地方の公費や保険料で賄う社会保障給付費も120兆円超(年金が約60兆円、医療が約40兆円、介護が約10兆円など)に膨らんでいる。

このような状況の中、いま医療財政は2つの課題を抱えている。1つは「公的医療保険財政の持続可能性をいかに高めるか」という課題であり、もう1つは「新型コロナウイルスの感染拡大という危機にいかに対応するか」という課題である。以下、順番に説明しよう。

まず、1つ目の課題である「公的医療保

険財政の持続可能性」への対応だが、低成長で人口減少・少子高齢化が本格化する中、いま政治に求められているのは持続可能な社会保障の再構築である。

この課題はコロナ危機が収束しても存在する課題であり、政府が改革議論のベースに位置付けるのは、18年5月公表の「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」だ。しかし、団塊の世代が75歳以上となる2025年問題もあり、不確実性が高い2040年の推計を前提に議論を進めるのは一定のリスクを伴う。

この見通しでは、高成長と低成長の2ケースで、社会保障給付費を推計している。このうち低成長のベースラインケースでは、直近(18年度)で121・3兆円(対GDP比21・5%)の社会保障給付費が、25年度で約140兆円(対GDP比21・8%)、40年度で約190兆円(対GDP比24%)となる見通しだ。40年度までに対GDP比で2・5%ポイント(=24% - 21・5%)伸びる。

消費税率1%の引き上げで対GDP比約0・5%の税収増となるため、もし給付費(対GDP)が18年度から40年度で2・5%ポイントも増加すると、現在の財政赤字圧縮分を除いても、消費税率換算で約5%分の増税に相当する財源が必要となる。すなわち、社会保障の安定財源確保には、40年度

に向けて、消費税率を15%に引き上げる努力が求められる。

ただ、19年7月の参院選に先立つ記者会見で、安倍首相は「消費税率のさらなる引き上げについて」今後10年間くらいは必要ない」と言及している。また、今回のコロナ危機で経済は疲弊しており、この意味でも自分の間は増税の議論を行うのは難しい。

そのため、これから数年間は追加増税の議論が政治的に停滞するリスクもあり、自分の間、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可能性がある。

## 後期高齢者医療制度と医療版マクロ経済スライド

この問題にわれわれはどう対処すればよいか。当然ながら政府でも検討を進めており、例えば、18年6月に閣議決定した骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針2018）では、団塊の世代が75歳以上になる「直前の3年間（19～21年度）」を「基盤強化期間」と定め、20年の骨太方針で給付と負担のあり方を含め、社会保障の総合的かつ重点的に取り組む政策を取りまとめることとした。

具体的な検討項目は、骨太方針を受けて策定された経済・財政再生計画改革工程表

に列挙されている。例えば、医療では、①外来受診時の定額負担の導入、②後期高齢者等の窓口負担の見直し、③保険給付率と患者負担率のバランスの定期的な見える化などである。

このうち③は、財務省の財政制度等審議会において給付率自動調整メカニズムとして提案されたが、与党や医療関係団体の反対で内容が後退した経緯がある。この関係で、筆者は後期高齢者医療制度（75歳以上が加入）の診療報酬に自動調整メカニズム（いわゆる「医療版マクロ経済スライド」）を導入する措置を以前から提案している。同制度の財源（給付費）のうち9割は現役世代の保険料からの後期高齢者支援金（以下、支援金）と公費で賄われ、残りの1割が75歳以上の保険料で賄われているだけで、賦課方式である年金と似た財政構造を持つためである。

周知のとおり、日本の公的医療保険制度は、3タイプの医療保険からなる。すなわち、「職域に基づく被用者保険」「居住地に基づく地域保険」「75歳以上の後期高齢者を対象とする後期高齢者医療制度」の3タイプであるが、全ての国民はいずれかの医療保険への加入が義務付けられている。

このうち、「被用者保険」は、大企業等の労働者が対象の「組合健保」（組合管掌健康保

険）、中小企業等の労働者が対象の「協会けんぽ」（協会管掌健康保険）、公務員等が対象の「共済組合」などから構成される。

また、「地域保険」である「国民健康保険」（国保）は、都道府県や市町村を保険者としており、自営業者や退職者、非正規雇用の労働者などを対象とし、被用者保険に加入していない75歳未満の者をカバーしている。

そして、「後期高齢者医療制度」は、75歳以上の高齢者を別建てにして08年に発足した制度であり、都道府県単位（全ての市町村が加入する後期高齢者医療広域連合が主体）で運営されている。

また、制度間の財政力格差に対応する観点から、複雑な財政調整が行われている。例えば、65歳から74歳までの前期高齢者はその大部分が国保に加入しており、高齢者の偏在で発生する財政的格差を是正する観点から「前期高齢者納付金・交付金」という財政調整の仕組みがある。

制度の分立は歴史的な要因が大きいが、制度間で保険加入者の年齢や医療費、平均所得などが大きく異なる。特に、国保の加入者には所得水準の低い者や平均年齢が高いため、疾病リスクが高い者が多いという事情もあり、保険料収入が十分に確保できない傾向がある一方で、医療給付の水準が高く、保険財政の運営が厳しいケースが

## 後期高齢者医療制度と医療財政が抱える2つの課題 解決の鍵は「医療版マクロ経済スライド」と 「予算フレーム」の導入

多い(赤字は法定外繰入で補填)。このため、18年度から、国保の財政運営の責任主体が市町村から都道府県になり、都道府県と市町村がその保険者となって制度の安定化を目指すこととなった。

また、各制度(被用者保険・国保・後期高齢者医療制度)の財政は患者の自己負担のほか、保険料、公費(租税や公債発行)、制度間の財政調整で賄われているが、後期高齢者医療制度への支援金や、財政調整に伴う財源の一部については、健保組合や共済組合などの保険料に上乗せされている。

なお、支援金は、制度の発足当初、被用者保険と国保の所得捕捉率の違いなどの問題があり、「加入者割」(各保険者の0.74歳の加入者数で按分するルール)であったが、負担能力を勘案し、10年度から段階的に「総報酬割」(国保と被用者保険の間では加入者割、被用者保険の間では各保険者の総報酬額で案分するルール)へ改められている。

いずれにせよ、後期高齢者医療制度の財源(給付費)のうち9割は現役世代の保険料からの支援金と公費で賄われており、賦課方式である年金と似た財政構造を有することから、筆者が提案する「医療版マクロ経済スライド」は、04年の年金改革で導入した「マクロ経済スライド」を参考にしたものである。

診療報酬は、原則的に実施した医療行為ごとに、それぞれの診療報酬項目に対応する点数が全て加算され、1点の単価を10円で計算して報酬が医療機関等に支払われる。一般的に、診療報酬は年齢にかかわらず定められていると思われるが、一部は年齢で異なるケースもある。その事例が、後期高齢者医療制度の08年発足時において、75歳以上の後期高齢者に限って新設された診療報酬項目で、後期高齢者特定入院基本料(75歳以上の患者が90日を超えて入院すると、一定の場合を除き、医療機関への診療報酬が減額となる仕組み)、後期高齢者診療料や後期高齢者終末期相談支援料などである。

これらの診療報酬項目の一部は、その後の診療報酬の改定において廃止や改正が行われているが、上記の事例は、75歳以上と75歳未満の診療報酬体系を異なる仕組みで構築できることを意味する。

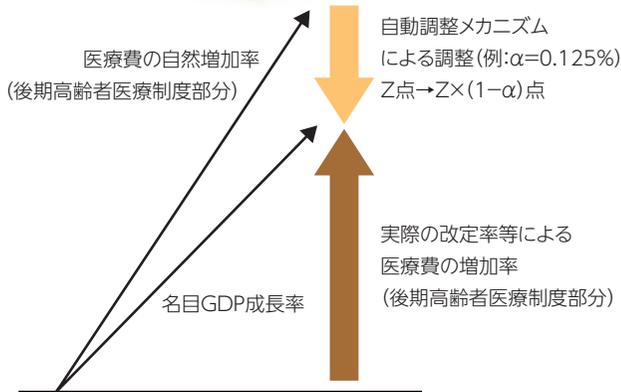
このため、公的年金のマクロ経済スライドと同様、例えば、現役世代の人口減や平均余命の伸び等を勘案した調整率を定めて、その分だけ、全体の総額の伸びを抑制することにしてはどうか。この調整のために最も管理しやすい方法は、75歳以上の診療報酬において、ある診療行為を行った場合に前年度Z点と定めている全ての診療報酬項目の点数を、今年度では「 $Z \times (1 - \text{調整率})$ 」と改定することである(図表1)。自己負担は診療報酬に比例するため、診療報酬を抑制しても75歳以上の自己負担(窓口負担)が基本的に増加することはない。また、過去の趨勢的に医療費の約半分は医療従事者の人件費だが、このメカニズムの下では医療費(対GDP)は一定水準に落ち着き、人件費も成長率に連動して伸びる。

では、調整率ほどの程度か。財務省の「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」によると、40年間で対GDP比の医療費等は約5%ポイントの上昇で、1年間の上昇は平均で0.125%であるため、その増加を抑制する調整率は年間0.125%に過ぎない。診療報酬を年間平均で0.125%だけ下方に調整するだけで、医療財政を安定化できる可能性があるのは「驚き」ではないか。

しかも、この自動調整メカニズムは、医療費の「伸び」を抑制するのが目的であり、医療費の「総額」をカットするものではない。例えば、20年度における診療報酬本体の改定率は0.55%増であったが、医療版マクロ経済スライドを導入すると、改定率は(0.55 -  $\beta$ )%増となる。例えば、 $\beta = 0.15\%$ であれば、診療報酬本体の改定率は0.4%となる。

もつとも、中長期的にみて、医療機関等へ

図表1 医療版マクロ経済スライドのイメージ



の経営に及ぼす影響にも注意する必要があることはいうまでもないが、その影響分については、公的医療保険の一部を民間医療保険でも代替できるようにして、民間医療保険の方で補うことができる環境整備も重要となる。

また、基本的に「1点≒10円」とする診療報酬も再考が必要である。診療報酬については、高確法(高齢者の医療の確保に関する法律)第14条に診療報酬の特例に関する規定がある。具体的には、「厚生労働大臣は、医療費適正化計画に関する評価の結果、医

### (診療報酬の特例)

第14条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、1つの都道府県内の診療報酬について、他の都道府県と異なる定めをすることができる」旨の規定である。

この高確法第14条の規定はこれまでに一度も活用されたことがないが、骨太方針2015には、「この特例規定の活用の在り方について検討する」と明記された。介護報酬では既に地域区分ごとに異なる単位数(点数)が設定されており、この特例を活用すれば、医療でも診療報酬を地域別に1点≒9円にするような措置も可能である。

その際、医師の偏在対策や物価水準などの地域格差も加味し、地域別の診療報酬の

あり方も検討するべきで、この特例で診療報酬の自動調整を行う仕組みも考えられる。基本的に、診療報酬が上がれば自己負担も増加する、診療報酬が下がれば自己負担も減少するという関係を持ち、柔軟な発想で地域別の診療報酬のあり方についても検討を深める必要がある。

なお、高齢世代にも現役世代にも、生活に余裕がある家計と余裕がない家計があり、「負担できる者が負担する」という原則こそがあるべき姿であり、現在の「年齢区分別の窓口負担」を改め、「応能負担別の窓口負担」に変更することも重要である。例えば、年齢によらず、一律に「窓口負担」を3割とし、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、生活に余裕がない家計の負担を1割や2割とする方策なども考えられる。

### 「コロナ危機への対応と 予算フレームの活用」

以上は平時の対応だが、危機時の対応も喫緊の課題だ。そのうち最も重要なのは、冒頭で掲げた、もう1つの課題である「新型コロナウイルスの感染拡大という危機」への対応である。

日本医労連の調査では、354病院のうち約35%において、看護師らの夏の賞与を

## 後期高齢者医療制度と医療財政が抱える2つの課題 解決の鍵は「医療版マクロ経済スライド」と 「予算フレーム」の導入

昨夏より引き下げるとの回答を組合側に示しているという報道もあったが、その象徴として、7月中旬に衝撃的な報道となったのが、東京女子医大の夏の賞与ゼロ、数百人の看護師が退職を希望というニュースだ。

その後、福祉医療機構(独立行政法人)からの資金調達で賞与の原資が確保できる見込みとの報道もあったが、日本病院会、日本病院協会、日本医療法人協会の「新型コロナウイルス感染症拡大による病院経営状況緊急調査(最終報告)」(20年5月27日)によると、いま病院の中には、コロナ危機で大幅な赤字に陥っているものも多い。

実際、日本病院会などの調査の有効回答は1203病院であるが、4月の利益率は平均でマイナス8.6%の赤字だ。このうち、コロナ患者を受け入れていない864病院の利益率はマイナス5.5%だが、コロナ患者を受け入れた339病院の利益率はマイナス10.8%に拡大する。新型コロナウイルス感染症拡大の対応のため、最前線で戦った病院ほど赤字になっている。

また、「厚生労働省が与党の一部に示した今年2〜4月の診療報酬の全国状況によると、医療機関全体では3月に前年同月比3.0%減となった後、4月に同13.0%減と落ちこみ幅が広がった。4月の診療科別では耳鼻咽喉科が同44.1%減、小児科が

同39.2%減、眼科が同25.2%減だった。一方で内科は同16.4%減、産婦人科が同10.6%減と、比較的落ち込みは小さかった」(朝日新聞、20年7月16日)という報道もあるが、7月下旬、コロナの影響で岡山県の「岸本整形外科医院」が地裁に自己破産を申請した。

このような状況において、「コロナ危機で不要不急の過剰な診療が浮き彫りになり、これで医療財政の適正化が進む」という意見もあるが、筆者はこの意見は間違っていると思う。なぜならば、本当に必要な医療を受けたかたにもかかわらず、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、病院での感染を恐れ、受診を回避した患者が相当数いた場合は、誤った解釈となってしまうからである。

また、5月の病院の赤字はさらに悪化する可能性が高いと思われるが、6月下旬から再び新型コロナウイルスの感染が東京都を中心に拡大しており、現状のままでは、医療機関の財務が耐えられるとは限らず、今後の状況次第では深刻な状態に陥る病院が出てくる可能性も否定できない。

では、この問題にどう対処すればよいのか。1つの発想として、医療費の「予算フレーム」で余った財源の一部を、医療機関の赤字の補填に活用する方法があると考えられる。この点で重要となるのは、「医療版マクロ

経済スライド」が持つ本当の役割である。既述のとおり、医療版マクロ経済スライドは、現役世代の人口減や平均余命の伸び等を勘案した調整率を定めて、その分だけ、全体の総額の伸びを抑制する仕組みである。しかしながら、後期高齢者医療制度の診療報酬に医療版マクロ経済スライドを導入するということは、後期高齢者医療制度の医療費全体に予算フレームを新たに設けることを意味する。

すなわち、医療版マクロ経済スライドとは、後期高齢者医療制度の医療費が予算フレームを上回る分を診療報酬の自動調整により予算フレームの枠内におさめる方式であり、コロナ危機などの影響により、診療報酬の自動調整を発動せずとも、後期高齢者医療制度の医療費が予算フレームの枠内を下回る際には、その余った財源を後期高齢者医療制度の追加予算として利用しても構わない可能性が出てくる。

例えば、政府が行う公共事業では一定の予算が組まれているが、その予算の枠内で財源に余りが出れば、追加の公共事業で予算を消化することが許される場合がある。

公的医療保険は原則出来高払い制であり、現行制度では、医療財政において予算フレームは存在しないが、もし後期高齢者医療制度の医療費全体に予算フレームが存在して

いれば話が変わってくる。例えば、17年度における後期高齢者医療制度の予算は約15・4兆円であるが、このうち公費と支援金の合計で約13・7兆円もある。

いま、20年度の後期高齢者医療制度の予算が17年度とあまり変わらず、コロナ危機などの影響で医療機関への受診が全体で年間15%減(75歳以上の受診も同様に年間15%減)となったケースを考えてみる。この場合、大雑把な試算では、後期高齢者医療制度の医療費全体で約2・3兆円(≒15・4兆円×15%)の財源が余ることになる。公費と支援金の合計(約13・7兆円)に限っても、約2兆円(≒13・7兆円×15%)の財源が余ることになり、この財源はコロナ危機に伴う病院の赤字補填の一部に活用できる可能性がある。

もつとも、注意が必要なのは、このような対応が可能なのは「医療版マクロ経済スライド」が導入され、後期高齢者医療制度の医療費全体に予算フレームが存在するケースに限られる。現行制度上、医療機関に対する報酬は出来高払い制であり、コロナ危機で医療機関への受診が大幅に落ち込めば、その分だけ、医療機関の収支は悪化する仕組みになっているが、もし予算フレームの設定を望むのであれば、「医療版マクロ経済スライド」の導入がセットということにな

るはずだ。

なお、コロナ危機などの影響で国内総生産(GDP)が急速に落ち込んだときに、「医療版マクロ経済スライド」や「予算フレーム」の扱いがどうなるのかということに関する疑問もある。結論から述べる限り、GDPに対するショックが一時的なケースでは、「医療版マクロ経済スライド」や「予算フレーム」はショックが発生する前と変わらない。理由は単純で、公的年金の「マクロ経済スライド」もショックが発生する前と変わらないためである。公的年金は5年に一度、年金財政の健康診断と言える「財政検証」を行っており、今後100年間の年金給付と財源が長期で一致するように、「マクロ経済スライド」で微調整する。その結果、中長期的に対GDP比の年金給付は安定的に推移する。また、GDPが一時的に落ち込んだとき、年金給付をカットしたという報道を耳にしたことがあるだろうか。年金ではそのようなルールは存在しない。

詳しい説明は省くが、後期高齢者医療制度の財源のうち9割は現役世代の保険料からの支援金と公費で賄われており、賦課方式である年金と似た財政構造を有するため、医療版マクロ経済スライドにおいても理論的に同様の仕組みを構築できる。

以上のとおり、いま医療財政は、公的医療

保険の持続可能性の他、喫緊の課題として、コロナ危機への対応を求められている。コロナ危機への規制改革としてはオンライン診療の恒久化に注目が集まるが、それで医療財政の持続可能性やコロナ危機で悪化する医療機関の収益を改善することはできない。しかしながら、「医療版マクロ経済スライド」や「予算フレーム」の導入は、この問題を同時に解決できる可能性を秘めている。

この点で注目されるのは、全世代型社会保障改革であろう。当初、後期高齢者の自己負担割合や大病院の定額負担の拡大などを含め、全世代型社会保障改革の最終報告を20年夏に取りまとめる予定であったが、コロナ危機の発生に伴い、最終報告は20年末に延期となってしまった。最終報告が延期となり、改革に対する期待は急速に低下しつつあるが、危機こそ改革を進める最大のチャンスだ。コロナ危機に直面した今こそ、「医療版マクロ経済スライド」や「予算フレーム」の導入についても議論を深めてみてはどうか。

■小黒一正(おぐろ かずまさ)

法政大学経済学部教授。京都大学理学部卒業、一橋大学大学院経済学研究科博士課程修了(経済学博士)。大蔵省(現財務省)入省後、財務省財務総合政策研究所主任研究官、一橋大学経済研究所准教授などを経て15年から現職。著書に『薬価の経済学』(共著、日本経済新聞出版社、2018年)、『日本経済の再構築』(単著、日本経済新聞出版社、2020年)など。