

医療保険財政と薬価制度改革

—消費税率 10%以後の改革議論に向けて—

小黒一正
法政大学教授

序説および課題の背景

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カバーしつつ、重大な疾病の医療費（薬剤費を含む）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。最近の新型コロナウイルス感染症問題は中国の武漢で発生したが、グローバルな人々の移動に伴い、瞬く間に世界に感染が拡大し、日本でも創薬としてのワクチン開発や医療基盤の重要性が改めて認識されている。

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^{注1}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。

このような状況のなか、2019 年 10 月 1 日、消費税率が 10% に引き上げられ、2000 年代半ばに始まった「社会保障・税一体改革」が終了した。だが、社会保障の改革は、これからが本当の正念場である。低成長で貧困化が進み、人口減少・少子高齢化が本格化するなか、いま政治に求められているのは、医療財政を含め、持続可能な社会保障の再構築である。

政府が改革議論の参考に位置付けるのは、2018 年 5 月公表の「2040 年

注 1 年金、医療、福祉等で、支出されている国の費用のこと。

を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」だが、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た。このうち低成長のベースラインケースでは、直近（2018年度）で121.3兆円（対GDP比21.5%）の社会保障給付費が、2025年度で約140兆円（対GDP比21.8%）、2040年度で約190兆円（対GDP比24%）となる推計だ。2040年度までに対GDP比で2.5%ポイント（ $=24\%-21.5\%$ ）しか伸びず、改革を急ぐ必要はないとの声もあるが、2019年度の社会保障給付費（予算ベース）は対前年2.4兆円増の123.7兆円、対GDP比22.1%で、2025年度の予測値（21.8%）をすでに上回っているのが現実だ（注：2019年度GDPは内閣府7月試算を利用）。

また、図4-1の太実線（左目盛）は、1970年度から2018年度における社会保障給付費の実績推移を示すが、その増加スピードは年平均2.5兆円程度（消費税率1%に相当）であった。ここ数年間の伸びは2.5兆円よりも緩やかだが、このスピードが継続する前提で、2040年度までの社会保障給付費を予測したものが図4-1の太点線である。

このうち、2025年度の給付費は約138兆円で政府推計に近く、2040年度の176.3兆円は政府推計よりも低い値だが、成長率が低下すると、対GDP比での給付費も上昇する。これは、将来の名目GDPを計算する成長率の予測に不確実性があるためだが、既述のベースラインケースでも、2029年度以降の名目GDP成長率を1.3%と見込む。1.3%の成長率は、1995年度から2018年度の平均成長率（0.39%）の約3倍もある前提だ。

このため、2019年度以降の成長率の前提を0.5%に下方修正し、年平均2.5兆円増の社会保障給付費（図4-1の太点線）の対GDP比を試算すると、2040年度の値は28%に急上昇する。なお、成長率が1%の前提では、同様の計算で、2040年度の社会保障給付費（対GDP）は25.1%となり、成長率1.3%のときの政府推計（24%）に近いが、成長率が0.3%ポイント低下するだけで対GDP比の給付費は約1%ポイントも跳ね上がる。

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

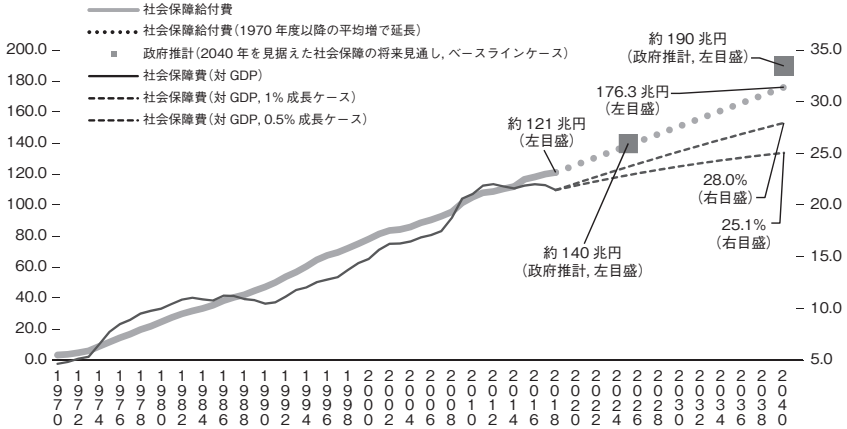


図 4-1 社会保障給付費の推移と将来予測

出典：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」等から筆者作成

給付費（対 GDP）が 2018 年度から 2040 年度で 6.5%ポイント（＝28%－21.5%）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 13%分もの増税に相当する財源が必要となる。

当然、財源は消費税以外の増税でも構わず、社会保険料の引き上げや医療や介護の自己負担増のほか、社会保障をスリム化する政治判断もある。

また、理論的には国債発行で財源を賄う方法もあるが、現下の厳しい財政状況でそれが本当に持続可能な手段か否かという問題もある。財政の厳しい現実、経済学の「ドーマー命題」でも簡単に確認できる。ドーマーの命題とは、「名目 GDP 成長率が一定の経済で財政赤字を出し続けても、財政赤字（対 GDP）を一定に保てば、債務残高（対 GDP）は一定値に収束する」というもので、財政赤字（対 GDP）を q 、名目 GDP 成長率を n とし、「債務残高（対 GDP）の収束値＝ q/n 」が成立する。

具体的な数値として、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（2019 年 7 月）の「ベースラインケース」では、2028 年度の財政赤字（対 GDP）は 2.3%で、その後も赤字は拡大基調のため、 $q=2.3\%$ とする。また、 $n=0.39\%$ （既述の 1995 年度からの平均成長率）とすると、債務残高（対 GDP）の収束値は約 590%（＝ $2.3\% \div 0.39\%$ ）、現在の債務残高 200%の約 3 倍もの水

準となる。成長率0.5%を前提にしても、債務残高（対GDP）を現在と概ね同水準に留めるには、財政赤字（対GDP）を約1%に縮減する必要がある。

改革の基本哲学と改革の優先順位

このような状況のなか、政府も様々な改革を実行しているが、これまでの改革は期待通りの成果を十分に上げず、医療費は増加を続けている。その理由は、改革がパッチワーク的な制度改革に留まっているからではないかという指摘も多い。公的医療保険が担う基本的役割を堅持しつつ、財政再建を行うためには、「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」という基本哲学の下、守るべき領域を明らかにしながら、改革の優先順位を定める必要がある。

「健康長寿でありたいという願いは、世界中の誰もが、世代を超えて持っている。我が国は、この願いの実現に最も近い位置にいる国であり、その保健医療水準は世界に誇るべきものである。しかし、今や、経済成長の鈍化と人口動態の変化、医療費をはじめとする社会保障費の急増が見込まれる中で、財政は危機的状態にあり、保健医療制度の持続可能性が懸念されている。パッチワーク的な制度改革による部分最適を繰り返してきた日本の保健医療制度は、長期的な視点に基づく変革が求められている」

この一文は、「保健医療2035提言書」（以下「2035提言」という）の冒頭に登場する文章である。「2035提言」は、2035年を見据えた保健医療政策のビジョンを策定するため、塩崎恭久・元厚生労働大臣が設置した「「保健医療2035」策定懇談会」（座長：渋谷健司・東京大学教授（当時））が2015年6月に公表した文書である。筆者もこの懇談会の構成メンバーを務めた。パッチワーク的な制度改革による部分最適を繰り返してきた日本の保健医療制度が限界に近づいている現状を直視し、抜本改革に向けた哲学（ビジョン）の策定を指示した政治判断は正しいといえよう。

あまり知られていないが、2035提言ではいくつかの重要な提言を行っている。例えば、35ページの以下の記載はその1つである。

まず、患者負担については、現在、後期高齢者の患者負担の軽減など年齢によって軽減される仕組みがあるが、これらについては、基本的に若年世代と負担の均衡や、同じ年齢でも社会的・経済的状況が異なる点を踏まえ、検証する必要がある。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低くするなど、疾病に応じて負担割合を变えることも検討に値する。

公的医療保険が担う基本的役割を堅持しつつ、財政再建を行うためには、特に下線部のような「給付範囲の哲学の見直し」が重要であり、それは公的医療保険改革の「本丸」といっても過言ではない。

では、守るべき領域とは何か。日本の公的医療保険制度は1961年に「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）」（Universal Health Coverage）を達成した。UHCとは、高い平等性・手厚いセーフティネットなどにより、国民の誰もが家計破綻や困窮に陥ることなく、必要かつ適切な医療サービスを利用できる状態をいう。このような公的医療保険が担う最も重要な役割の1つとして、「財政的リスク保護」（financial risk protection）という機能がある。

簡潔に言うならば、偶発的な重度の疾病に対する治療のために家計が破綻したり困窮したりすることを防ぐ機能である。財政的リスク保護は公的医療保険が担う最も重要な役割であるから、財政再建で公的医療保険の給付範囲を見直す場合、家計の所得・資産や医療負担に関する分布などを把握した上で、財政的リスク保護が機能するか否か、しっかり見定めた上で改革を進める必要がある。

また、公的医療保険の改革で優先順位を検討するとき、3つの重要変数がある。①「診療報酬」あるいは「薬価」、②「市場規模（ $P \times Q$ ）」、③「年間の標準治療費」（平均・中央値・分散）である。このうち、改革案が保険財

政に及ぼす影響や国民（患者）の家計に及ぼす影響を検討するときに重要な変数は、②・③の「市場規模（ $P \times Q$ ）」「年間の標準治療費」である。①の「診療報酬」や「薬価」は、医療機関や製薬メーカー等にとって収益の安定性等を予測する上で一定の重要性があることは事実だが、見かけ上の変数に過ぎない。

むしろ、②の「市場規模（ $P \times Q$ ）」は、公的医療保険財政の持続可能性と産業競争力のバランスを図る視点を、また、③の「年間の標準治療費」は、財政的リスク保護の視点を提供するもので、これらの方が重要な変数となる。この理解を深めるため、医薬品のケースで4タイプの薬（タイプⅠ～Ⅳ）を考えてみよう。

タイプⅠ：年間の標準治療費が小さいが、市場規模が大きいもの

タイプⅡ：年間の標準治療費が小さく、市場規模が小さいもの

タイプⅢ：年間の標準治療費が大きく、市場規模が大きいもの

タイプⅣ：年間の標準治療費が大きいが、市場規模が小さいもの

このうち、タイプⅠの代表例としては「湿布等」（1枚の薬価は数十円だが、年間の市場規模が1,000億円超のもの）がある。また、タイプⅣの代表例としては「キムリア」（薬価が3,349万円だが、適用対象の予測が216人で市場規模は72億円と見込まれるもの）が該当する。

公的医療保険制度では、市場規模（ $P \times Q$ ）の一定割合を保険料や公費で賄う仕組みとなっており、財源確保に限界があるなか、市場規模が大きい医薬品の収載が増加すると、公的医療保険財政の持続可能性が低下する。このため、保険財政の持続可能性の確保に責任をもつ財政当局は、マクロ的な視点から、「市場規模」の大きい医薬品から優先的に改革を進める誘因をもつ。他方、国民（患者）の視点では、市場規模（ $P \times Q$ ）よりも、「年間の標準治療費」の大小の方が重要な変数となる。このため、改革を進める場合、ミクロの家計の負担増にも注意を払い、財政的リスク保護の観点から、家計でも負担を吸収可能な「年間の標準治療費」の小さい医薬品から優先的に改革を進めるのが望ましい。また、産業競争力の視点では、開発コストの回収のために売上（ $P \times Q$ ）の安定性が重要であり、イノベーションに資する医薬品等の開発を促進するためには、上市後の一定期間、革新的な製品の市場規模

を安定的に維持できるか否かが重要となる。特に、売上がピークに到達するのは、特許が切れる 10 年目でなく、約半分の 5～6 年が多いため、その期間の市場規模の安定性が重要となるが、市場規模が大きい場合には、保険財政の持続可能性との関係で一定の制約が課せられることはやむを得ない。

この関係では、2000 年導入の「市場拡大再算定」や 2016 年導入の「市場拡大再算定の特例」の活用も重要だ。市場拡大再算定とは、保険収載の医薬品の年間販売額が予想年間販売額の一定倍数を超えた場合等では、薬価改定時に薬価を引き下げるものだ。この発動要件は、①予想年間販売額の 2 倍以上かつ年間販売額が 150 億円超、または②予想年間販売額の 10 倍以上かつ年間販売額が 100 億円超で、薬価を最大 25%引き下げる。また、年間販売額が極めて大きい医薬品には「市場拡大再算定の特例」もあり、①年間販売額が 1,000～1,500 億円のもののは予想の 1.5 倍以上で薬価を最大 25%引き下げ、②年間販売額が 1,500 億円超のもののは予想の 1.3 倍以上で薬価を最大 50%引き下げるルールがある。

以上の前提の下、できる限り財政的リスク保護に配慮しながら改革を行うとき、改革の優先順位は、第 1 がタイプⅠ、第 2 がタイプⅡ、第 3 がタイプⅢ、第 4 がタイプⅣという順番になる。もっとも、タイプⅠ～Ⅳの医薬品における代替薬の有無も重要な判断材料となり、代替薬が存在する場合は、代替薬が存在しない場合よりも改革の優先順位は高くするのが妥当であろう。

では、このルールを表 4-1 の一覧に掲載されている医薬品に適用する場合はどうか。

まず、横軸に「年間の標準治療費」、縦軸に「市場規模 (P×Q)」をとり、これら医薬品 A～I をプロットすると図 4-2 になる。このうち、灰色の点は代替薬「有」の医薬品、黒色の点は代替薬「無」の医薬品を表す。

図 4-2 のプロットをみれば、改革の優先順位を読み取ることもできるが、より明確な視点を把握するため、図 4-2 の領域を縦×横を 4×4 に区分してみよう。このとき、図 4-3 のように 16 の領域に区分できる。このうち、図 4-3 の左側では、財政当局の視点を優先した改革の順位が 1～16 の数字で付番されている。また、図 4-3 の右側は、財政的リスク保護の視点を優先した改革の順位が 1～16 の数字で付番されている。

表 4-1 仮想的な医薬品の例

医薬品	薬価 (万円)	年間平均の 標準治療費 (万円)	市場規模 (P × Q) (億円)	代替薬の 有無
A	0.5	10	1500	有
B	50	400	2000	無
C	0.2	5	300	有
D	3000	6000	100	有
E	0.3	8	1800	有
F	40	500	1300	有
G	0.7	9	450	有
H	800	2000	3000	有
I	5000	5000	120	有

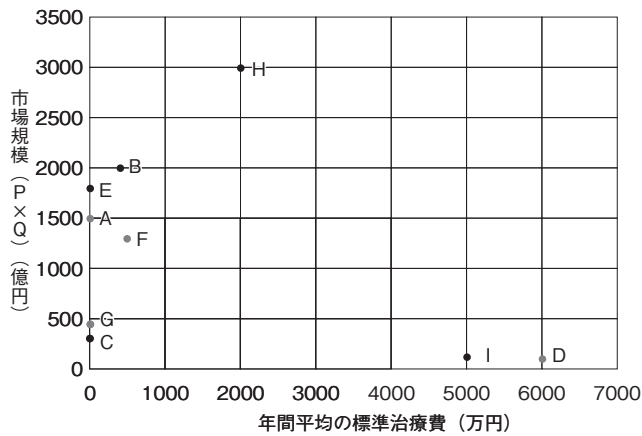
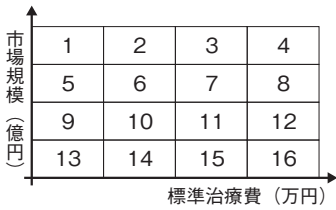


図 4-2 市場規模 × 年間平均の標準治療費

1) 財政当局の視点



2) 財政的リスク保護の視点

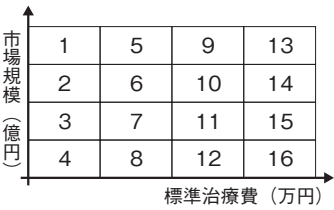


図 4-3 改革の優先順位

医薬品タイプⅠ～Ⅳのケースで確認したルールを適用すると、改革の優先順位のトップ（1 番目）が「年間の標準治療費が最も小さく、市場規模が最も大きい領域」であることは、図 4-3 の左側と右側で変わりがないが、2 番目は異なる。財政当局の視点を優先する図 4-3・左側では、年間の標準治療費が上昇しても市場規模の大きい領域を改革するのが優先となるため、2 番目は 1 番目の領域の右隣りとなる。他方、財政的リスク保護の視点を優先する図 4-3・右側では、市場規模の大きさよりも年間の標準治療費が上昇しない領域を改革するのが優先となるため、2 番目は 1 番目の領域の真下となる。この考え方を 3 番目以降にも適用すると、図 4-3 のような改革の優先順位となる。このうち、医薬品タイプⅠ～Ⅳのケースで確認したルールに従い、財政的リスク保護にできる限り配慮しながら改革を行うとき、改革の優先順位として適切なのは図 4-3 の右側となるはずである。

このような視点をもち、図 4-2 をもう一度眺めてみよう。「市場規模」や「標準治療費」の区分をそれぞれどのくらいで刻み、いくつの領域に区分するかという判断にも依存するが、標準治療費を 300 万円、市場規模を 1,000 億円で刻んでみよう。このとき、代替薬の有無を考慮しない場合、改革の優先順位は「E → A → G → C → B → F → H → I → D」という順番になる。このうち、代替薬「有」のものは医薬品 A・G・F であり、それ以外の医薬品は代替薬「無」のため、改革は「A → G → F」の順番で最初に行い、その後「E → C → B → H → I → D」の順番で行うのが望ましいといった結論が導かれる。

では、このようなルールを医薬品に関する現実のデータに適用すると、どうなるか。その示唆を示すものが図 4-4 である。この図は、年間売上金額が 200 億円以上の薬価収載 98 製品を対象とし、2018 年の JPM データ（IQVIA ジャパン）や中央社会保険医療協議会・新医薬品一覧表から作成されている。患者あたり年間薬剤費は、中央社会保険医療協議会・新医薬品一覧表に記載のあるピーク時の市場規模予測のデータ（ピーク売上・ピーク患者数）を利用し、「ピーク売上 ÷ ピーク患者数」で試算している。

その上で、この図では、縦×横を 2×2 の 4 つの領域に区分し、右上の領域を「1」、その左側の領域を「2」、領域 1 の下側の領域を「3」、その左側

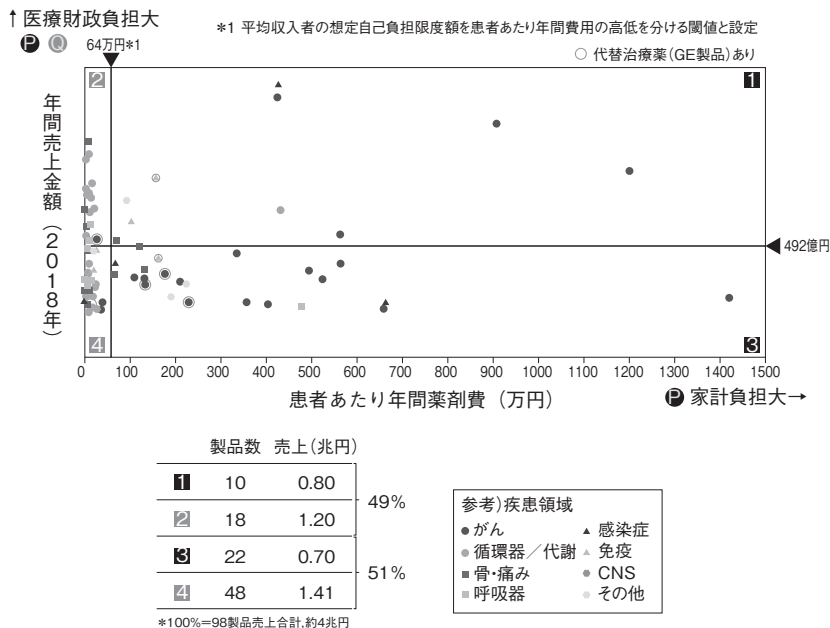


図4-4 年間売上金額×患者あたり年間薬剤費

出典：小黒一正『日本経済の再構築』（日本経済新聞出版社，2020年）から抜粋

の領域を「4」と付番している。また、98製品の売上合計が約4兆円であり、領域1・2の売上合計と領域3・4の売上合計がそれぞれ約2兆円となる売上の閾値が492億円であるため、その部分に水平線を描いている。さらに、高額療養費制度を考慮すると、年収370万円の自己負担限度額が月額5.76万円であるため、平均年収の自己負担限度額を年間で64万円と設定し、領域1・3と領域2・4を区分する垂直線を描いている。領域「1」がタイプⅢ、領域「2」がタイプⅠ、領域「3」がタイプⅣ、領域「4」がタイプⅡに相当する。

では、図4-4から何が読み取れるか。まず、革新的な医薬品が分布する領域「1」の製品数は10で、その売上合計は0.80兆円しかない。一方、領域2の製品数は18でその売上合計は1.2兆円、領域3の製品数は22その売上合計は0.7兆円、領域4の製品数は48でその売上合計は1.4兆円となっており、患者あたり年間コストが低い薬剤の売上合計（領域2・4）は約2.6

兆円にも達することが分かる。また、代替薬「有」の薬剤には「○」を付けているが、領域1・3と比較して、患者あたり年間薬剤費が小さい領域2・4に代替薬「有」の薬剤が多いことも確認できる。

なお、超高額薬剤の今後の利用状況によっては市場規模が想定以上に膨らむ懸念もある。このため、費用対効果分析の観点から、政府は2019年4月から費用対効果評価（日本版HTA^{注2}）を導入している。日本版HTAの検討段階では、それがイギリスのように保険償還の可否に利用される可能性もあったが、結果的に償還の可否には利用せず、価格調整に用いることになった。この意味でも、市場規模の制御は効くことになる。また、超高額薬剤はその価格の高さから社会的関心を引くが、実際には希少疾病薬が多く、その薬剤を利用する患者数も少ないため、医療財政に及ぼす影響が軽微なケースも多い。費用対効果分析は、患者や社会全体から見た幅広い医療の価値の考慮が必要であり、薬価が1剤いくらという議論よりも、エビデンスに基づき、「市場規模（P×Q）」や「年間の標準治療費」などで全体の分析（診療報酬本体を含む）を行い、改革の優先順位を検討するべきだろう^{注3}。

採用可能な政策オプションと財政インパクト

改革案1（医薬品の保険給付範囲の見直し、特別枠の設定）

では、上記の改革の優先順位に基づき、医薬品の保険給付改革を検討すると、どうなるだろうか。そもそも、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2つ方向性が考えられる。例えばフランスでは、医薬品の治療上の貢献度・有用性等に応じ、段階的な

注2 HTA（health technology assessment）は医療技術評価と訳される。医療技術の利用に関する医学的・社会的・経済的・倫理的な問題についての情報をまとめていく政策分析に関する学際的研究を指す。費用対効果の分析もHTAに含まれる。

注3 改革の優先順位を明らかにするためには、1）国民的な議論（特に国民に納得性のある改革の必要性や順番をきちんと理解していただくための戦略とその説明）が必要であり、2）ミクロやマクロの両面において、包括的に議論する場がないことも大きな問題である。専門家がきちんと透明性を高め、データに基づく議論ができる場を厚生労働省などに設置する検討も必要である。

自己負担率が設定されており、自己負担を「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%」等としている^{注4}。

このため1つ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＝2割，70－74歳＝2割，75歳以上＝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医薬品の治療における有用度等に応じて変更する案とする（改革案1）。もう1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医薬品の有用度等を反映し、薬価水準を一律増減する案とする（改革案2）。

ここではフランスの事例を参考に、我が国の保険適用医薬品について複数の専門家による検討評価を行い、「重篤な後遺症や死につながる疾病の医薬品」（A）、「重篤ではないが、後発品が発売されていない薬効に属する医薬品」（B）、「それ以外の医薬品」（C）という3つに区分する。またこれら各々の自己負担割合を、重篤な疾患に関する薬剤（A）には「0割」負担としてより手厚く保険給付し、安価な後発品が存在する薬剤（C）については後発品利用促進を図るためにも「7割」負担、残り（B）は現状の「3割」負担とする試算を試みる。

このような前提の下、我が国における医薬品取引（数量ベース）のほぼ全てを網羅するIQVIA ジャパンのビッグデータを利用し分析した結果が図4-5である。この結果から、改革案1でも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る。なお当該分析は粗推計であり、高額療養費制度の影響や、

注4 フランスでは、無治療と比較した有用性（有効性＋安全性）の程度であるSMRによって償還率が決まり、既存の治療と比較した有用性の程度であるASMRによって価格が規定される。SMR、ASMRの評価に当たり、財政事情や費用対効果は考慮されず、SMR、ASMRは原則として5年毎に見直される。担当するHAS CT（高等保険機構 透明化委員会）にはそのリソースを確保することが求められる。SMRにより決定されるフランスの償還率は公的保険によってカバーされる割合であるが、残りの部分（その一部か全部）は多くの場合民間保険によってカバーされる。フランスでは、主として公的保険の自己負担を軽減する補足的な役割を持つ民間保険に対しても、政府の権限が強い。この点、医療保険と言えば基本的に公的保険（健康保険、国民健康保険等）を指し、公的保険によってカバーされない部分がそのまま自己負担となる可能性が高い日本とは状況が異なる。

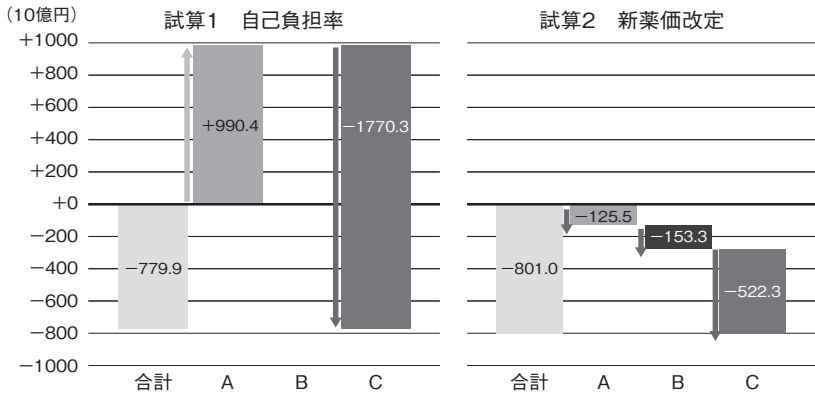


図 4-5 改革の効果

出典：小黒一正『日本経済の再構築』（日本経済新聞出版社，2020 年）から抜粋

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。

また，改革案 2 の試算では，現行の自己負担率は変更せず，改革案 1 の区分（「重篤な後遺症や死につながる疾病の医薬品」，「重篤ではないが，後発品が発売されていない薬効に属する医薬品」，「それ以外の医薬品」）に基づき，各々の薬価（市場実勢価格との乖離率調整後）を仮に 1.05 倍，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ている。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を導入することと同義であり，この改革案の試算結果でも，より重要な薬剤へ資源を配分しつつ医薬品に関する保険給付を約 0.8 兆円節減可能であることが示唆される。

なお，イギリスでは AMR^{注5} 対策として，プル型インセンティブの一種である「サブスクリプション・モデル」（年間定額の支払いの契約により AMR 薬剤等の使用权を得る方式）の試行実験が進行中であるが，代替薬が存在せず，有用性が高いと認められた医薬品については，不確実性のある価格調整を排除するため，例えば 10 年間という期限を設けて特別枠の扱いと

注 5 Antimicrobial Resistance の略で，感染症における薬剤耐性のこと。

し、基本的に薬価引き下げの対象外とする方式も検討に値する。

例えば、特別枠の対象総額の上限を1兆円（GDP比0.2%）とするケースを考えよう。また、医薬品が約10兆円で、特別枠がない場合の薬価引き下げが $Z\%$ とする。このとき、薬価引き下げで約 $(10 \times Z / 100)$ 兆円の削減効果があるが、1兆円の特別枠を設定しながら、財政的に同等の削減効果を出すためには、特別枠を除いた薬価引き下げを $(Z \times 10 / 9)\%$ に変更する対応が必要となる。毎年の特別枠は年間平均1,000億円となるが、特別枠1兆円を超過したときは、その増加分の影響を一律に調整するルールの設定も重要であり、市場拡大再算定やその特例・日本版HTAといった現行制度の適用のあり方についても、制度設計で別途検討を行う必要がある。

改革案2（医療版マクロ経済スライド）

ところで、以上の改革で確保できる財源は数兆円に過ぎないという現実も明らかであり、膨張する社会保障費の伸びに対する抑制を避けて通ることはできない。

当然ながら政府でも検討を進めており、2018年7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（2019年度－21年度）」を「基盤強化期間」と定め、医療・介護等に関する様々な改革の検討項目が列挙されている。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膨張する医療費管理のための自動調整メカニズムや地域独自の診療報酬の導入などである。

このうち注目されるのが③だが、膨張する医療費管理のための自動調整メカニズムには概ね2つの方式がある。1つは財務省案で、経済成長や人口減少のスピードに応じ、医療費が増加したときに患者の窓口負担を自動的に引き上げる方式だが、これは財政的リスク保護との関係で限界がある。

もう1つは、診療報酬に自動調整メカニズムを導入する案である。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（図4-6）。

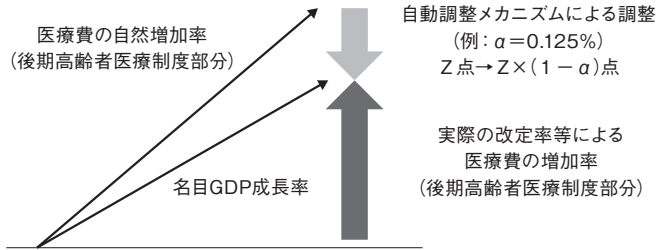


図 4-6 医療版マクロ経済スライドのイメージ

出典：小黒一正『日本経済の再構築』（日本経済新聞出版社、2020 年）から抜粋

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、賦課方式の年金と似た構造をもつ。提案のメカニズムは、2004 年の年金改革で導入した「マクロ経済スライド^{注 6}」を参考としたものである。

診療報酬は、原則的に実施した医療行為ごとに対し、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、年齢に関わらず定められていると思われているが、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 2008 年での発足時において、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はどうか。この調整のために最も管理しやすい

注 6 年金の被保険者（加入者）の減少や平均寿命の延び、さらに社会の経済状況を考慮して、年金の給付金額の伸びを抑制する制度。

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「 $Z \cdot (1 - \text{調整率})$ 点」と改定することである。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、調整率は何の程度か。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年間で医療費等では約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。もっとも、中長期的に見て、医療機関等へ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稼ぐ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。

（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。

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。介護報酬ではすでに地域区分ごとに異なる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もつ。上記のような疾病別の自己負担への変更のみでなく、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ろう。

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、現在の年齢差別的な「窓口負担」を改め、応能別の「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。

改革案3（消費税やそれ以外の財源調達）

以上のほか、社会保障の財源確保を行うため、消費税率を10%から段階的に15%に引き上げる検討を同時に行うことが望ましいが、「Sin Tax」（罪悪税）等による財源調達も検討に値する。

例えば、イギリスやタイ、フィリピン等では、甘い飲料に課税する「砂糖税」が存在する（注：イギリスでは砂糖税を2018年4月に導入したが、当時の

税収見積もりは初年度で2.75億ポンド（約385億円）。目的は、医療財政の持続可能性を高めるため、生活習慣病による医療費増加を「砂糖税」導入で抑制することだが、このような試みは、国家財政にとって医療費抑制のみでなく、税収増も期待でき、一挙両得の可能性もある。

2035年を見据えた保健医療政策のビジョンとその道筋を示すため、数年前に策定された「保健医療2035」提言書の35ページでも、「公費（税財源）の確保については、既存の税に加えて、社会環境における健康の決定因子に着眼し、たばこ、アルコール、砂糖など健康リスクに対する課税、また、環境負荷と社会保障の充実の必要性とを関連づけて環境税を社会保障財源とすることも含め、あらゆる財源確保策を検討していくべき」旨の記述がある。

まとめ

以上の考察や分析で明らかな通り、公的医療保険が担う基本的役割を堅持しつつ、医療財政の持続可能性を高めるためには、「給付範囲の哲学の見直し」も重要であり、風邪等の軽度の疾病には自己負担の割合を高める一方、重度の疾病には負担割合を低くするなど、疾病に応じて負担割合を変えることや、年金改革で導入したマクロ経済スライドを参考として、後期高齢者医療制度においても、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に値する。

その際、医療財政改革にあたっては、診療報酬本体と薬価のバランスを図る必要があるが、2020年度改定においても、引き続き、薬価の引き下げで「帳尻合わせ」を行っている。一方で、医薬品産業のグローバル化によって世界的な業界再編が進むなか、世界の医薬品産業の売上高ランキングで見ても、ベスト10を欧米が独占し、日本の医薬品企業は欧米の「後塵を拝している」のが現状である。医薬品の世界市場は2015年で約100兆円、今後5年は年率3～6%で成長することが見込まれる有望市場であり、帳尻合わせの薬価制度改革（例：隔年から毎年薬価改定）であってよいはずがない。また、iPSやゲノム等の新たな技術フロンティアを活用する医薬品市場において世界は激しい争奪戦を繰り広げているにも関わらず、日本の医薬品企業がこの

競争に完全に敗北することになれば、人工知能を活用したデータヘルス等の新産業や雇用創出を含め、その損失は計り知れないものとなろう。

また、厚生労働省や関係省庁等の現行体制の下では、年金・医療・介護等の社会保障制度などに係る制度を横断的に関連づけ、社会保障全体の最適化を図る機能が弱いとの指摘も多い。国の2020年度当初予算（一般会計）は約100兆円だが、社会保障給付費は国・地方で約120兆円にも達しており、その1%の効率化は1兆円を生み出す効果をもつことから、年金の支給開始年齢引き上げ（例：70歳）を含め、資源配分の見直しも喫緊の課題である。

このため、中長期視点に立った社会保障改革の骨太方針を定期的に策定し、検証するため、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）（いわゆる「経済財政諮問会議の社会保障版」）を設置することも考えられる。財政・社会保障改革と成長戦略の調和の視点のみでなく、国民が望む質の高い社会保障戦略を立案する観点から、そのメンバーには財政や社会保障を専門とする学者のほか、国民や患者の代表等も加えることも検討することが望まれる。また、それを支援する事務局を関係省庁に設置するとともに、基本法などにより位置づけを明確化する検討も必要だろう。

参考文献

- 1) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省：2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）。2018, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000207382.html>
- 2) 内閣府：中長期の経済財政に関する試算。2019年7月。
- 3) 厚生労働省：保健医療2035提言書。2015, <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/>
- 4) 財務省：我が国の財政に関する長期推計（改訂版）。2018年4月6日。
- 5) 小黒一正：日本経済の再構築。日本経済新聞出版社、2020。