

平成 23 年 9 月 16 日  
第 7 回医療政策会議講演録

## 医療保険財政と医療の産業化

学習院大学経済学部教授

遠藤 久夫



医療の産業化については、議論は2つぐらいである。昔は営利企業が医療事業をすることに対してどうであるかという話であった。その辺について、特に病院の営利・非営利の話について10年ぐらい前から7~8年ぐらい前までいろいろと調べたり物を書いたりなどとしたことがある。

結論から言うと、営利のほうがある意味、傾向としてだが、利益が出るころへ偏った企業行動となる。しかし、ある種の効率性の基準から見ると、非営利のほう为非効率だということはある。

その話が1つと、それから最近の産業化という点で出てきている議論は、医療は生産誘発効果、あるいは雇用の創出効果という点から見て、介護も含めてそれなりの効果がある。特に、介護の雇用創出効果は非常に大きいというようなことがある。このような実証研究はあるので、それは事実として認めざるを得ない。その後で、2つの考え方が対立している。

その1つは、本来こういうすばらしいものであるから、より公的な資金を投入して、むしろ医療や介護を伸ばしていくべきだという考え方と、もう1つは、保険料であろうと税であろうとそれほど投入できないのが現実だ。結局、その財源制約により、本来であるならば生産誘発効果・雇用拡大効果の大きな事業を小さいままにとどめてしまう。だから、その部分はもう少し市場原理というか、私的なお金を投入することによって拡大すべきだという意見である。この2つが対立していると理解している。昔の営利・非営利の話と若干違った形で、しかし、本質は変わらない対立構造がかつてほど先鋭的ではないが出てきている。

要するに、公的な財政負担というものが、現実問題としてどこまで可能なのかということの見極めは非常に重要な問題だと思われる。そこで、やや三題噺的に、その話と保険財政の話をつ結びつけてお話をさせていただきたい。

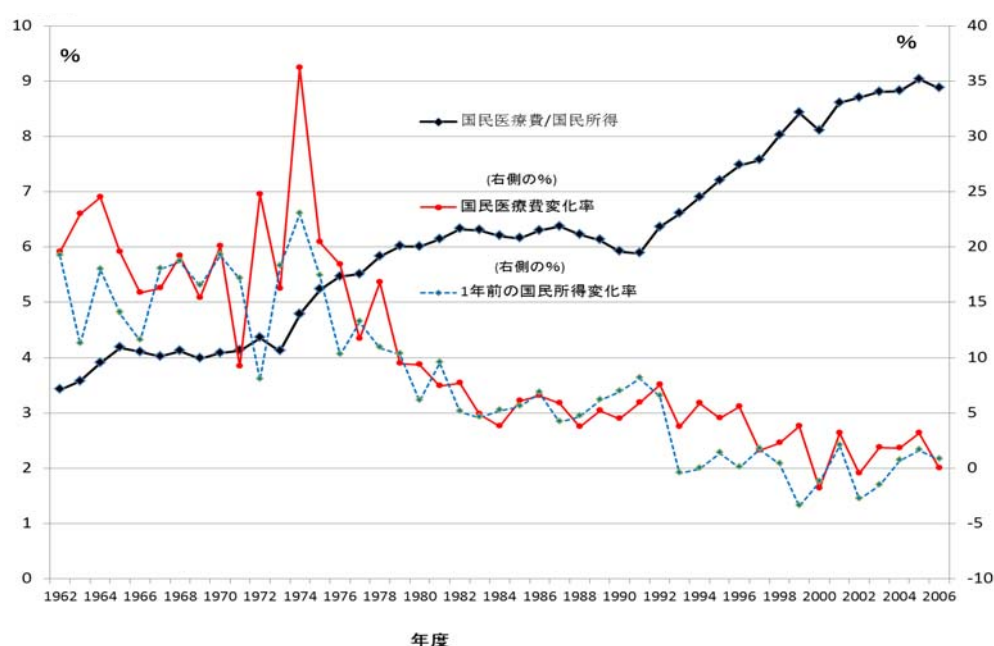
表 1. 総医療支出対 GDP 比の推移（1980 年-2006 年）

	1980年①%	2006年②%	②-① %	②/①
アメリカ	9.0	15.8	6.8	1.8
フランス	7.0	11.0	4.0	1.6
スイス	7.3	10.8	3.5	1.5
ドイツ	8.4	10.5	2.1	1.3
カナダ	7.0	10.0	3.0	1.4
オランダ	7.4	9.7	2.3	1.3
デンマーク	8.9	9.6	0.7	1.1
スウェーデン	8.9	9.1	0.2	1.0
オーストラリア	6.3	8.7	2.4	1.4
イギリス	5.6	8.5	2.9	1.5
スペイン	5.3	8.4	3.1	1.6
日本	6.5	8.1	1.6	1.3

「OECD Health Data 2009」より作成

これはよく言われているような GDP に占めるところの総医療支出の割合であるが、日本は非常に低い。1980 年から 2006 年の間をとっても、日本の上昇率は非常に小さい（表 1）。高齢化が進んでいるにもかかわらず、なぜなのか。他の国も高齢化は進んでいるが、それなりに上昇している。その答えはこのグラフが示している（図 1）。

図 1. 国民医療費の対国民所得費および国民医療費変化率と国民所得変化率



赤線は対前年の国民医療費の伸び率であり、青い点線が対前年の国民所得の伸び率である。これを見ると、非常に強い相関がある。赤線が青い点線よりも上に出ている部分の面積が大きければ大きいほど、国民所得に占める国民医療費の割合はだんだん増えてくるわけであるが、上昇傾向が不連続である。ぐっと上がって、少し平らで、またぐっと上がるというような形になる。ぐっと上がるころはどこかというところ、経済成長が急速に減速しているところである。スケールは1962年、国民皆保険直後からとっているが、まず73年のオイルショックにより高度経済成長が終わり安定成長に移行した時期がこれに当たる（図1）。

経済成長が鈍化しても医療費はすぐには下がらない。医療の需要と景気の動向は、本来独立していてもおかしくないような話であるから、そこに乖離ができる。その時期に国民所得に占める国民医療費はぐっと上がっていくわけである。ところが、そこで医療費の上昇を抑える施策がとられることによって、医療費はマイナスには当然ならないが、抑えられることになる。その結果、安定成長期では、国民医療費の伸び率と国民所得の伸び率が比較的同じような水準で推移した。

ところが、80年代後半にバブルが起きる。バブルが崩壊して、いわゆる失われた10年、失われた20年ということになるわけであるが、この間、最初の失われた10年ぐらいのところはある程度医療費の上昇率は下がっているが、高齢化も進んでいるので、所得の伸び率ほどには下がらない。そのため、このギャップが大きくなり、財政的に厳しくなる。そうになると、この値は急速に上がっていく。そして、また上昇を抑制するための施策がとられる。そして、一段と医療費の伸び率は低い段階になっていく。もちろん、物価水準が時代時代で違っているので、国民医療費の伸び率と国民所得の伸び率とが比較的近似的な動きをするというのは物価水準からもある程度理屈はつくが、それにしても非常に相関が高いということである。

このような施策がいいのか悪いのか、これは判断をする立場によって当然変わってくるわけである。基本的には、国民医療費30数%が公費であるから、予算から大きく逸脱をするような医療費の伸びは財政的に許容されない。そこで、どこまで行政当局が明示的に考えているかわからないが、医療費の増加を予算の枠に入るように、いろいろな施策がとられたのだと思う。これは、身の丈に合うように医療費をコントロールしたという点ではうまくやったと言えるが、医療の水準や医療の質という視点から見ると問題がある。高齢化の進展や医療の高度化を考えると、このような低医療費政策は問題があると言わざるを得ない。とりわけ、2000年以降の医療費の伸び率は、国民皆保険成立以来の最低水準を這っているから、さまざま

まな問題が生じ始めている。

さて、先ほどの、なぜ我が国では時系列的に見て GDP に占める国民医療費の割合があまり増えていないのかという問いに答えておこう。それは、日本経済の GDP の伸び率が大きく下がったので、それに合わせるように国民医療費の伸び率も下げたからである。

残念なことに、国民所得の名目成長率は、2000 年以降ほとんど伸びていない。マイナスですらある。これはほかの国と比べても珍しい。そういう状況の下、税収も落ち込み、社会保障費の負担を赤字国債の発行で補ってきたのが実態である。したがって、現在の経済環境の下では、医療費を増やすためにどのような財源を考えるべきか、という議論が非常にしづらくなっている。

「わが国の国民負担率、すなわち国民所得に占める租税負担と社会保険料負担の合計値の割合は低いから、まだ上げる余力はある」という意見がある。確かに日本の国民負担率は低い。しかし、国民負担率は低いから増税して引き上げようと言ったときに、そのとおりと国民が言ってくれるかどうか。保険料や税を増やすことに一般国民がどこまで容認するかということが肝心なところである。負担増について、社会的な合意が形成されれば、医療費の問題は大きく改善していくと思う。しかし、一般国民も医療費と負担との関係がよくわからないのが実情である。年金のようにお金の再分配であっても、負担と給付の関係がよくわからないところがある。まして、現物給付である医療の場合はさっぱりわからないというのが実態であろう。保険料は上がっている、自己負担も上がっているのに、患者さんは、「負担が増えているのに、なぜ、サービスのクオリティは上がっていないのか」という印象を受けがちである。したがって、そこのところをはっきりさせないことには負担増の議論は前に進まないと思う。

経済状況と医療費との関係を時系列で概観してみよう。高度経済成長期は皆保険体制が確立したもののサービス提供体制が不十分であったため、体制整備のため医療費についてはある意味大盤振る舞いをした時期でもある。国民所得の伸び率を上回って、国民医療費は伸びた時代である。高度成長により財政的に裏づけがあったためできたのである。日本の戦後の医療提供体制が構築されていった時期だと言える。安定成長に入ると、国民医療費の増加率と国民所得の増加率はほぼ同じ水準で推移している。医療費と経済成長との関係で言えば、望ましい状況である。問題は、バブル崩壊後のこの失われた 10 年、20 年の時期である。バブル崩壊により、国民所得の増加率は、非常に急速に下がるわけであるが、それまでもある程度低い水準にあった国民医療費の伸び率は、急速には下げられない。そこ

で、成長率と医療費伸び率に大きなギャップが生じて、国民所得に占める国民医療費の割合が急上昇したのも失われた10年の時期である。そこで、2000年以降は新たな抑制策がとられることによって、その上昇率は国民所得の上昇率と近似する水準まで下げられた。ただ、それによって引き下げられた医療費の伸び率の水準というのは、過去最低水準であり、これがさまざまな問題を生み出している。

わが国には医療費を全体的にコントロールする仕組みはないので、様々な方法を使って医療費のコントロールが行われてきた。基本的には、医師会を始め、いろいろなステークホルダーが非常に力をもっているマーケットなので、医療費の上昇を抑えるということはなかなか前面に出しにくいというのが行政当局の考え方だったのかもしれない。そこで、日本の医療慣行が、外国、とりわけ欧米と違うところを世界標準に合わせるという考え方でいろいろな施策がとられた。病院の機能分化もその例である。一般病床から療養病床を分離して、急性期の患者と慢性期の患者で病床を分けた。これにより、長期入院患者のコスト削減を図ることができる。このやり方は、ある意味では成功したと言える。手挙げ方式であったが、多くの民間病院が療養病床へ移行した。ただ、機能分化は、さらにもう一段階あって、療養病床を介護施設へ転換する方針を政府は打ち出している。しかし、こちらの方は、ご案内のとおり、うまくいっていないのが現状である。

平均在院日数についても日本は長いということで、診療報酬による誘導などを通じて短縮されてきた。一般病床について見るならば、2000年の24.8日が2009年、9年間で18.5日に短縮している。「社会保障・税一体改革」のなかで、医療費が削減される項目の一つに、一般病床の平均在院日数の削減が挙げられている。尚、重要な医療費の増加抑制策としては自己負担率の引き上げがある。70歳未満が原則3割、70歳以上が1割という現状だが、これをさらに引き上げることには反対論も大きい。

また、比較的早い段階で実施されたのが薬剤費の引き下げである。当時、国民医療費に占める薬剤費の割合、すなわち薬剤費比率は3割ぐらいだった。一方、諸外国はその当時2割ぐらいだったので、薬剤費比率を下げる施策がとられた。具体的には、R幅が段階的に縮小されていき、既収載薬品の薬価が引き下げられていった。これにより薬剤費比率は低下してきている。しかし、R幅が2%まで縮小したため、医療機関に逆ざやが発生する可能性が出てきたり、卸の収益の問題とかが出てきて、このアプローチはもはや限界となった。この間、薬剤費比率は93年に28.5%だったものが2007年に21.7%まで下がる。ただし、この値は診療報酬の包括化による統計上の処理の問題があり、不透明なので、改善の方向で議論している。

これ以上の R 幅の縮小ができないので、薬剤費の抑制はジェネリックの使用促進に代わった。我が国のジェネリックの使用率は、諸外国と比べると非常に少ないので、そこで 2012 年に数量ベースで 30%に増やそうという計画である。

中医協で処方箋様式を変更したり、あるいはジェネリックの調剤に対する加算等々をつけるということをした。医師の方々の見識だったのかもしれないが、ジェネリックに変えてはだめという処方箋の数は、実はそれほど多くなくて、むしろ変えてもいいというほうが多い。ただし、現実にはあまり変わっていない。今、ボトルネックになっているのが、調剤薬局でなかなか変更されないためである。それは、薬局の在庫負担の問題が 1 つあることと、あとは患者さんがそれほど変えたいと言わないということもある。これには信頼性に加えて価格差の問題がある。新薬とジェネリックとの価格差が小さいというものである。多くの人が指摘するところでは、ジェネリックの価格が高過ぎるというものである。そうなのかもしれない。ただ、これはいつまでも続くとは思わない。ジェネリック産業を育成しないことにはジェネリックは普及しないから、ジェネリック産業に対する産業政策的意味合いとして価格を高くしているのではないかと思う。ジェネリックの普及が進めばこれは多分引き下げるという方針になっていくのではないだろうかと思勝手に想像している。

先ほどの国民医療費に占める薬剤費の比率、すなわち薬剤費比率について少しお話をさせていただいたが、療養病床の包括化、平成 15 年からの DPC 包括制の導入など、包括化が進んだことにより薬剤費が不明瞭になってきている。この薬剤費はレセプトから計算しているが、包括されてしまうと原則として分からない。厚生労働省は 2 つの薬剤費比率を公表している。1 つは、保険局が中医協に提出しているものである。これは包括部分の薬剤費をどのように扱っているかということ、分母に来る医療費は包括部分も含め、分子に来る薬剤費については、包括部分の薬剤費は含めないことにしている。したがって、分子に来る薬剤費は出来高払いで算定している薬剤費に限定される。この方法では、包括が進んでいくにつれ、分子が小さくなるため薬剤費比率は低下することになる。

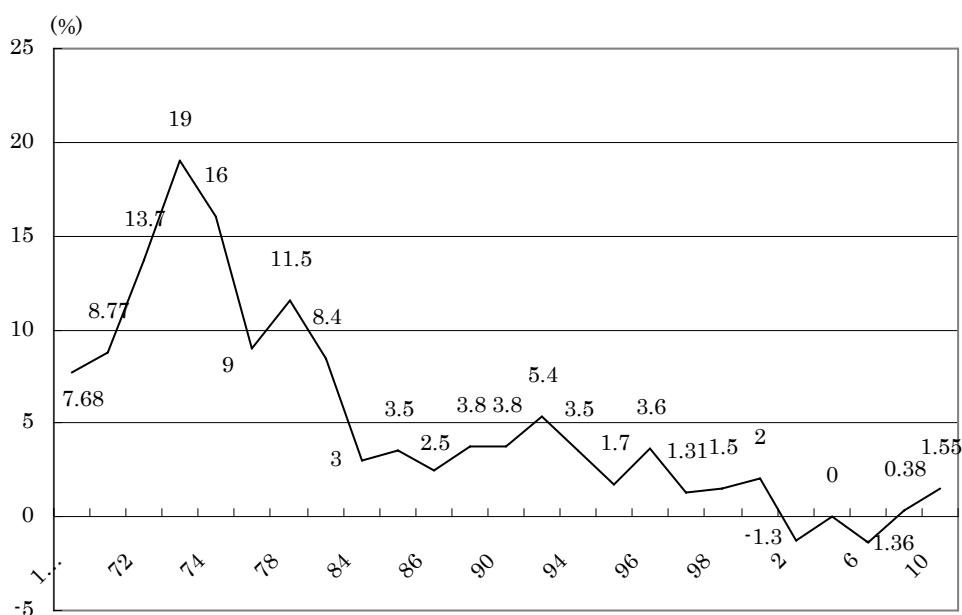
もう 1 つの厚労省が公表している薬剤費比率は、統計情報部が作成している社会医療診療行為別調査の中にある。包括部分の扱いであるが、この調査では包括部分を分子だけでなく分母からも除いて計算している。この場合、包括化が進むと、出来高評価されている外来のウエイトが高くなっていくわけである。外来ウエイトが高くなると、外来はもともと医療費分の薬剤費は高いから、薬剤比率が高くなる。この場合、包括化が進むと薬



剤費比率は上昇することになる。

実は、私は前々から薬剤費比率が不鮮明になっていることを問題だと思っていたところ、社会保障審議会の医療保険部会で委員のお1人がそれを指摘された。DPCのなかで、どのくらい薬が使われているかということをはっきりと示してほしいと言われたのである。実は、DPCは包括と同時に出来高でデータを出しているから、調べようと思えば薬価ベースの薬剤費は把握できるのである。私から、前向きに検討するようと言ったところ、事務局は前向きに検討すると言われたので、いずれ、明らかになるだろう。本日開催された医療保険部会でも、事務局は検討していると答えているので、遠からず示されると思う。最近、高額な薬が出てくるようになっているので、この問題は重要だと思っている。薬剤費が高過ぎるかどうかにについてはいろいろな考えがあるだろうが、正しい議論を行う上にも透明性を高める必要はあるだろう。

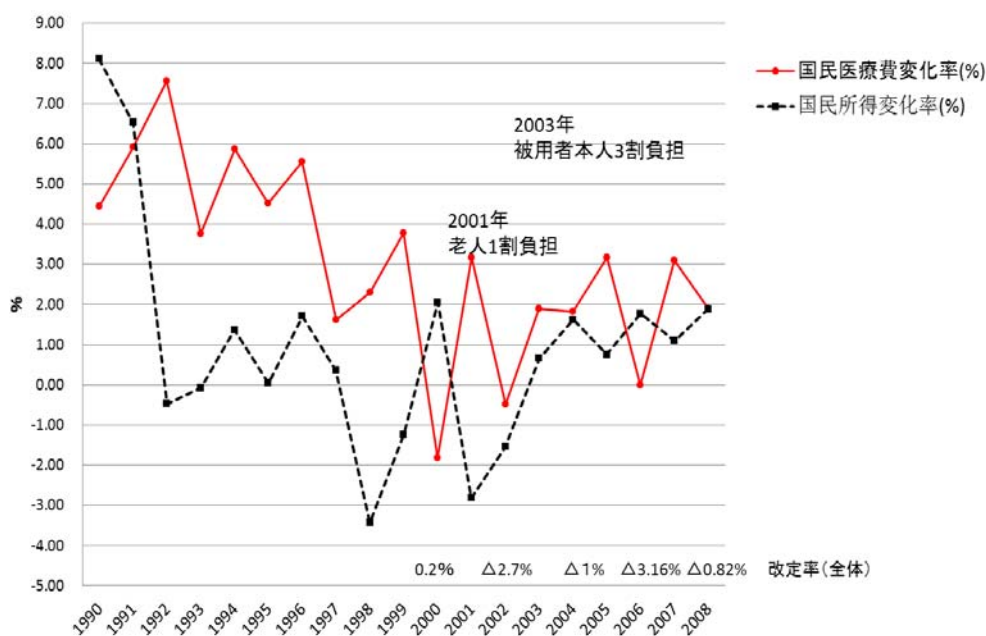
図 2. 診療報酬改定率（本体部分）



次に、診療報酬の改定による医療費コントロールの話をしよう。本体部分の改定率は、最近はマイナス、あるいは0%というような非常に低い水準にある（図2）。一言ことわっておくが、改定率とは医療の価格指数の変化率であり、医療費の変化率ではない。もっとも、価格水準であるから、医療費そのものの伸び率と強い関係をもつのは事実である。改定率は、具体的にどのようなものなのか。例えば、平成24年度の改定率と言ったときには平成23年度に議論をするわけであるが、平成23年度には平成22

年度の社会医療診療行為別調査のデータが上がってくる。これには平成 22 年度の診療行為ごとの算定件数が載っている。そこで、あたかも平成 24 年度の診療行為のパターンや数量が平成 22 年度と同じであるという前提を置き、そこに新しい価格をつけていったときに、平成 22 年度と比べて医療費が何%変化するか、という見方をする。この時の変化率が改定率である。したがって、仮に、改定率がマイナスであっても、高齢化の影響や高い点数がついた診療行為が増加したりするので、平成 24 年度の医療費は平成 22 年度より増える場合が多い。これまで、マイナス改定は何度かあったが、その場合でも医療費は対前年比でプラスになった。

図 3. 最近の国民医療費変化率と国民所得変化率



先ほど来、医療費の上昇をコントロールする方法は幾つかあると申し上げたが、2000年以降、強く働いているのは、改定率による医療費コントロールである。改定率と医療費増加率との関係を見てみよう(図3)。2000年に医療費が大きく減ったのは、介護保険の導入に伴い、療養病床の一部が医療から介護に移ったことによる影響で、勘定項目の変更によるものである。それ以外を見ると、診療報酬改定のない奇数年については、大体3%である。2003年は改定がないのに3%に上昇しなかったのは、被用者保険本人の自己負担を2割から3割に引き上げたことによる影響があったためである。厚労省が、何もしなければ国民医療費の伸び率は3%だと言っているのはこのことである。マイナス改定であれば伸び率が下がり、経済成長率に近づいていく。先日、中医協で報告された資料では、医療費の伸び

率から改定率を引いた数値は、2006年度から2010年度までは、3.2%、3.0%、3.0%、3.6%、3.4%となっている。つまり、改定率の影響を除去すれば医療費の伸び率は3%程度なのである。

このように、低い成長率に合わせようと医療費の伸び率も低くコントロールしていると医療提供上の問題も生じてくる。そのため、医療費をさらに増加させる必要があるが、問題は財源をどうするかということである。増税というのは1つの考え方で、財政再建のために当然のことながらやらなければいけないわけであるが、現実問題、この不況下で国民がどこまで賛同するかというところが課題だろう。そこの説得をいかにするかというのが非常に重要である。政治が不安定だということもあって、なかなか増税できなかった。ある意味で、増税のタイミングをずっと逸してきたわけである。逸すれば逸するほど公的債務が拡大する。しかし、景気がなかなか回復しないので、増税しづらい環境が続いている。ともあれ、負担と給付のバランスが崩れているため、わが国のGDPに占める公的債務の残高の値は、先進国中、断トツなのが現実である。保険料についても、社会保障審議会などでは、経済界の代表の方は保険料の引き上げについては消極的というか、反対の立場をとられる。事業者負担の拡大ということが、日本企業の人件費を高めて競争力の低下につながるという、昔からの意見を主張される。それで、企業が海外に移転する、空洞化を引き起こすという意見である。これは大企業の主張であるが、中小企業に対する影響はもっと深刻かもしれない。中小企業は、平均すると非常に収益率が低い。そこで、事業者負担が増加すると、給与水準を下げるとか、雇用者を減らすということが現実味を帯びる。日本全体では、中小企業に雇用される人は大企業に雇われる人よりはるかに多いことを考えれば、保険料の引き上げについても限界はあるかもしれない。実際に、協会けんぽの保険料率は9.数%台で、来年は10%を超えると思う。この不況の中、どこまで引き上げられるのだろうか。日本医師会が協会けんぽより保険料率が低い組合健保の保険料率を引き上げるべきだと主張されているが、私は、基本的に保険料率にあまり大きな差があるということは公平でないと思うので、そうすべきだと思っている。ただし、組合健保にも組合によって差がある。非常に高い保険料率のところと、そうでないところがあるのも事実だ。

足下の保険財政も問題だが、中長期的な問題も大きい。保険料は所得に応じて決められるので、現役世代の負担が大きい。今後ますます高齢層が増えて現役世代が減少するので、どこまで財源を保険料に頼れるのかという問題が大きい。

増税も保険料率の引き上げも限界があるが、それでも増税や保険料の引

き上げが行われたとしよう。その場合でも、社会保障のなかでの財源の取り合いになる。介護は明らかにそのニーズと現状との間の乖離があるので、これをどうするのか。給料が安くて失業率が高いのに介護従事者のなり手が不足しているのが現状である。多くの人が、介護はてこ入れすべきと考えている。年金についても、これは現金給付であるから、昔もらえた金額がもらえなくなるというような状況は即、国民の反発を買うので、これも政治的には切り下げはなかなか難しい。

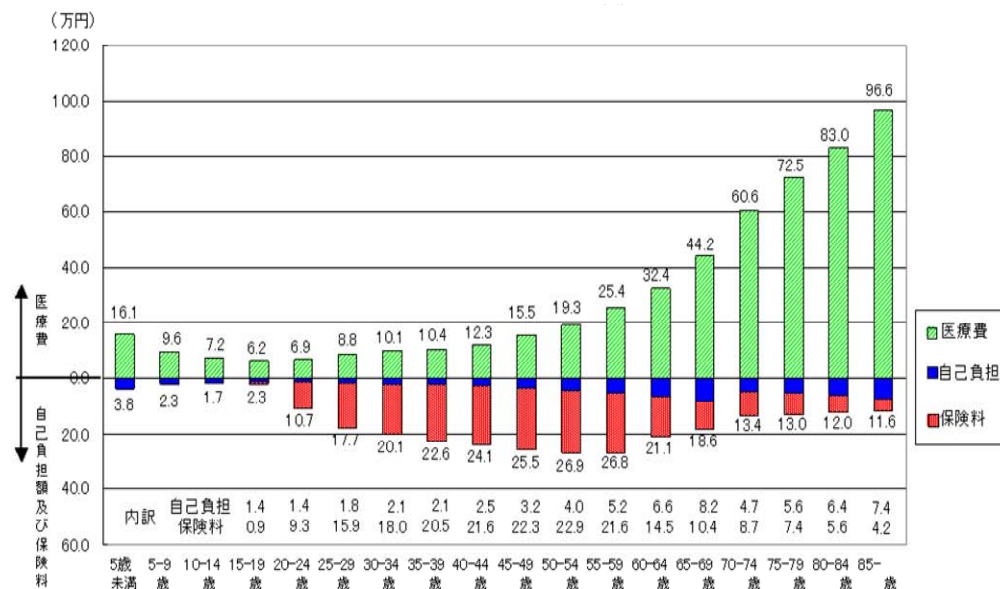
特に、医療の場合は、さまざまな医療の質の低下、アクセス上の制約の原因の多くが財政上の問題であるということも多く国民は必ずしも理解していない。そのため、医療費を増やすことの必要性が広く支持されない可能性も大きい。そのため、医療への配分が他の社会保障分野より少なくなることも十分考えられる。事実、過去 20 年の増加率を見ると、医療は年金や介護を含む福祉と比べて増加率は低いのである。

最後の財源として考えられるのは、患者の自己負担である。法律で患者自己負担は 3 割以上上げないとなっている。今日も、社会保障審議会医療保険部会では 100 円の受診時定額払いを審議してきたが反論も多い。今日の経済環境下では、自己負担を引き上げるとするのは難しいのが現実である。むしろ、低所得者の自己負担を引き下げろという声の方が大きい。そもそも、受診時定額負担の話も低所得者の自己負担を下げるべきだということから始まった。低所得者の自己負担を軽減させるために高額療養費の自己負担上限を低所得者については引き下げるべきだというのがこの発端である。医療保険部会での議論である。高所得者の自己負担上限を引き上げ、その財源で中低所得者の自己負担上限を引き下げようと考えた。しかし、シミュレーションをしてみると、所得の高い人で高額療養費の自己負担上限以上の自己負担をしている人等はそれほどいないので、中低所得者の高額療養費の上限を下げると財源不足が明確になってきた。そこで、受診時定額払いという財源案が事務局提案として出てきたのである。ご案内のとおり、患者に払わせるのはおかしい、保険なり公費で賄うべきだという議論が噴出しているというのが現在の状況である。このように、自己負担を引き上げるとするのは、こういう時期であるから、非常に難しい状況にあるというのが現実である。

### 図 4. 世代間の負担と受益の関係

年齢階級別 1 人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較（年額）

（平成 12 年度実績に基づく推計値）



出所：第 2 回 社会保障審議会医療保険部会（平成 15 年 10 月）資料

先ほど、保険料は主に現役世代が負担するので少子高齢化を反映した人口構造の下では、この方式にあまり依存するのは難しいのではないかということについて述べた。この図は、1 人当たりの医療費負担と医療費の関係を年齢別に見たものである（図 4）。世代間の負担と受益の関係をみると、現役世代が保険料を多く負担しており、高齢世代が医療費を使っているのが分かる。当たり前の話ではあるが、基本的には、若い人たちから高齢者に対する所得の移転によって医療需要は賄われている。これが公的医療保険制度の基本構造である。このように、少子高齢化の下で保険料への依存はどこまで可能かという厳しい現実がある。

表 2. 政府の考える政策〔～2015年〕

		公費の増加につながる改革	公費の減少につながる改革	2015年の公費追加分
提供体制の改革	医療	病院機能の分化と連携の推進 在宅医療の充実 +約8,700億円	平均在院日数（LOS）短縮 ▲約4,300億円 外来受診の適正化 ▲約1,200億円	約0.3兆円
	介護	在宅介護の充実 居住系サービスの充実 +約2,500億円 介護関係のマンパワーの増強 +約2,400億円	介護予防の推進 在宅介護への移行 ▲約1,800億円	約0.3兆円
保険制度の改革		低所得者の医療保険料・介護保険料負担の軽減	短時間勤務の労働者に対する被用者保険の適用拡大 軽度者に対する介護給付の見直し	約0.3兆円
		低所得者の自己負担を軽減するための高額療養費制度の見直し 総合合算制度の創設	受診時定額負担の創設 ジェネリックの使用促進	約0.5兆円
		約2.4兆円	約▲1.2兆円	約1.6兆円弱

出所：社会保障・税一体改革成案より筆者が作成

次に、話を社会保障・税一体改革に移そう。2015年ぐらいまでの中期推計というか、政府の方針が固まった。増税との関係での議論なので、医療費ベースでなく公費ベースで書かれている。2015年をベースに、ある種の改革を実行するとしている。その改革とは、まずは、病院機能を分化して、連携を強化するというもので、基本的には従来の改革路線の踏襲である。ただ、超急性期に対しては多くの資源投入を行い、それにより平均在院日数をさらに短縮させるというものである。平均在院日数を短縮することにより、公費ベースで▲4,300億円の削減ができる。一方、超急性期の病院や在宅医療に資源投入することによりお金がかかる。それが8,700億円今よりもかかると、この表はこういう見方をする。介護のほうでも、在宅介護とか、居宅系のサービス、それからマンパワー、介護者がいないので、ここもこ入れをすると。その代わりに、介護予防とか在宅への移行ということで、1,800億円ぐらいが浮く。それぞれプラスマイナスすると、この改革をしないとしないよりは若干お金がかかる。というのが、改革を金銭面から見たものである。

今は医療提供体制の改革案であるが、一体改革では医療保険制度も改革しようとしている。この表の下のほうは、医療保険制度の改革を示している。低所得者の医療保険料や介護保険料の負担を軽減するという公費増がある反面、短時間労働者に対する被用者保険の適用の拡大がある。医療

保険の場合、これにより国保に入っている短時間労働者が社会保険に移る。国保の公費負担率は高いから、その分だけ国保に投入している公費の負担が減るというわけである。また軽度者に対する介護給付の見直し、つまり、給付の引き下げだから公費負担も減る。このようなプラスマイナスを計算すると、0.3兆円増えるということである。

さらに、さきほど申し上げた低所得者の自己負担を軽減するための高額療養費の見直し等で公費負担は増えるが、一方で、受診時定額負担によって公費が増えないようにする。あるいは、ジェネリックの使用促進により薬剤費の抑制などを行い、結果として今より0.5兆円増える。結局、これらの改革を行うことにより、約1.6兆円の公費の負担増となる。

表3. 医療費負担の長期推計

	2011年度	2015年度		2025年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ	
医療費 (兆円)	39.1	44.6	45.2	60.4	61.2	
(対2011年度比)		(+14%)	(+15%)	(+55%)	(+57%)	
財	保険料負担 (兆円)	19.2	21.6	21.9	27.9	28.2
	(対2011年度比)		(+12%)	(+14%)	(+45%)	(+47%)
源	公費負担 (兆円)	14.1	16.7	16.8	24.5	24.8
	(対2011年度比)		(+18%)	(+19%)	(+73%)	(+76%)
源	自己負担 (兆円)	5.8	6.4	6.5	8.1	8.2
	(対2011年度比)		(+11%)	(+12%)	(+40%)	(+42%)
GDP (兆円)	483.8	510.9		607.4		
(対2011年度比)		(+6%)		(+26%)		
医療費/GDP (%)	8.08%	8.73%	8.85%	9.94%	10.08%	

医療費の伸びは伸びの要素を積み上げて推計

出所：医療保険部会資料より作成

この表は医療費負担の長期推計である。こちらのほうが何かイメージがはっきりする。これはどういうことを言っているかということ、2015年は、改革をすると改革をしないで現状のままではより医療費は若干増えるという推計である。すなわち、改革は医療費削減を目的としたものではないという主張でもある。2011年と比べて、医療費は2015年で14~15%ぐらい増え、2025年では55~57%増と見込んでいる。負担についてはすべて増えるわけであるが、2015年で見ると、保険料の負担は2011年と比べると14%増、しかし公費は19%増、自己負担は12%増ということで、基本的に公費負担が増えていく。高齢者の医療費には公費負担割合が高い



ので、高齢者の増加によって公費割合が上昇するのである。これはあくまでもシミュレーションであるから、それほど精度の高い話ではないであろうが、このような予想の下、改革が進められるのであろう。GDPに対する医療費の割合、全国国民医療費の割合も、少しずつ増えていくことになる。

表 4. 保険料の長期推計

		2011年度	2015年度		2025年度	
			現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
1人当たりの所要保険料額の見通し	協会けんぽ	100	115	116	157	159
	健保組合	100	117	118	160	162
	市町村国保	100	112	113	162	164
	後期高齢者医療	100	115	116	163	165
賃金上昇率		100	107		139	

医療費に占める財源構成の長期推計

		2011年度	2015年度	2025年度
医療費に占める財源構成	保険料	49.1%	48.4%	46.1%
	公費	36.1%	37.3%	40.5%
	自己負担	14.7%	14.3%	13.3%

出所：医療保険部会資料より作成

財源構成は、公費は現在 36%のものが 2015 年 37.3%、2025 年は 40.5%と、少しずつ増えていく。それに対して保険料と自己負担割合はむしろ減っていく。このような推計は、消費税率を引き上げる上での根拠として作成されている。

推計は推計として今後どうなるのかということ、結局のところ、税あるいは保険料の引き上げにどのぐらい社会のコンセンサスが得られるかということにかかっている。抵抗はあるにせよ、少しずつは引き上げられていくと思われる。ただ、同時に、医療の効率化、医療費上昇の抑制策というのは引き続きとられることになるだろう。その際、価格によるコントロールが重要な手段となるのではないかと考えている。

つまり、診療報酬の改定率の抑制、あるいは薬価抑制によるコントロールである。というのは、要するに、医療費は（価格）×（数量）であらわせるが、数量ベースで医療需要が増えていくのは確実である。70 歳以上の 1 人当たりの平均医療費は 70 歳未満のその 4.7 倍であり、毎年、3



～4%ぐらい 65 歳以上人口は増えていくわけであるから、医療費は数量ベースで増加していくことになる。一方で、将来は分からないが、少なくとも足下のわが国の GDP 伸び率は非常に低い。名目で言ったらほとんど 0%に近い。人口減少や産業の競争力の低下を考えれば、将来もあまり高い成長率は期待できないと考えるのが自然ではないか。そうであれば、負担をあまり増やすことはできないであろう。したがって、医療費の増加の抑制は、価格によってコントロールすることになると考える。先ほど、申し上げたように、最近の医療費のコントロールは診療報酬の改定率のコントロールで行ってきた。このように、価格コントロールが引き続き、主要な手段となるのではないかと思う。

価格の話では、きちんと検証してみなければ分からないが、どうも最近、薬価が結構高くなっているのではないかという感じがする。本来であれば、国民医療費に占めるところの薬剤費の比率がどう変化しているのかというのは明らかにする必要があるが、包括化の進展で不透明になってきていることは先ほど話したとおりである。

高薬価の薬が増えている気がする理由の一つは次のようなものである。DPC 包括制度の下では、非常に高い新薬が保険収載されると、その診断群分類については次の診療報酬改定までは出来高で算定することになっている。DPC 単位の報酬額は、その DPC 分類で使用される医療資源の出来高評価された金額をベースに決定される。DPC の公定価格は 2 年に 1 回改定されるが、新薬はドラッグ・ラグを無くす意味から年 4 回の保険収載が認められている。したがって、極めて高薬価の新薬が保険収載されると、その薬がない状態で決定された DPC の下では、コスト的に割が合わなくなり、その薬は使用されないことになる。それを防ぐために、新薬の薬価が一定基準を超えると、その DPC は次回改定まで出来高評価されるという仕組みになっている。この基準とは、1 入院当たりの薬剤費の平均値 + 1SD (標準偏差) を超えて新薬の薬価が算定された場合ということである。この基準を超えた高薬価の新薬が保険収載されると、その都度中医協で審議される。私は、平成 20 年 4 月から 23 年 7 月までの間で、基準を超えた薬を数えてみた。29 もあった。高薬価の薬が増えているという印象が強い。

表 5. 新規収載・効能追加の際、高額医薬品として DPC 包括支払において  
一時出来高評価された医薬品

(平成 20 年 4 月～平成 23 年 7 月)

医薬品	当該医薬品を使用した症例の標準的な1入院当たりの薬剤費	当該医薬品を使用していない症例の薬剤費(平均値+1SD)	医薬品	当該医薬品を使用した症例の標準的な1入院当たりの薬剤費	当該医薬品を使用していない症例の薬剤費(平均値+1SD)	医薬品	当該医薬品を使用した症例の標準的な1入院当たりの薬剤費	当該医薬品を使用していない症例の薬剤費(平均値+1SD)
1	63.4万円	36.8万円	11	17.6万円	5.1万円	21	31.7万円	26.8万円
2※	95.7万円	36.8万円	12	14.1万円	6.0万円	22	301.3万円	15.5万円
	60.5万円	36.6万円	13	38.6万円	33.9万円	23※	30.7万円	26.5万円
3	253.3万円	144.1万円	14	30.8万円	22.7万円		24	50.8万円
4	178.7万円	127.1万円	15	48万円	46.1万円	25	131.2万円	63.9万円
5	28.0万円	14.5万円	16	21.3万円	19.7万円	26	22.2万円	14.6万円
6	35.9万円	28.3万円	17	60.1万円	19.7万円	27	25.7万円	18.8万円
7	93.7万円	52.8万円	18	21.9万円	21万円	28※	53.1万円	32.4万円
8	12.3万円	5.1万円	19	63.6万円	32.4万円	28※	54.1万円	14万円
9	108万円	35.1万円	20※	309万円	83.1万円		29	56.7万円
10	9.2万円	7.7万円		29	55.2万円	52.3万円	41.7万円	18.1万円

※同一医薬品でも疾病や治療方法が異なる為複数の診断群があるケース  
出所：中医協資料から作成（情報不足から一部省略）

新薬の薬価だけでなく、既収載薬の薬価が下がらない仕組みも導入された。昨年、薬価基準制度にとってみれば、非常に大きな変革が起きた。通称、新薬創出加算と省略して呼ばれる仕組みが試行的という条件付きであるが、導入されたのである。これまでの薬価基準制度では、既収載品、すでに薬価収載されている薬は、通常 2 年に 1 回薬価の改定が行われる。薬価調査によって得られた実勢価格の加重平均値に+2%を乗せた価格が新しい薬価となる。実勢価格は薬価より低いので、通常、薬価は 2 年に 1 回ずつ下落していく。

ところが、新薬創出加算制度は次のような仕組みである。①薬価と市場実勢価格と乖離率が全商品の加重平均乖離率を超えない商品については最大特許期間が切れるまで薬価の引き下げを行わない。②薬価が維持された商品については特許期間終了後（約 15 年）の薬価改定で維持された薬価を引き下げる。③上記制度の対象となるためには、厚労省の委員会が要請する未承認薬・適応外薬の日本国内での開発に早急に着手することが条件となる。④この制度の導入に伴い、後発品のある新薬の価格を 2.2%引き下げる。この仕組みを導入した理由は、これはご案内のとおり、ドラッグ・ラグの解消が目的である。ドラッグ・ラグは、当初は当局が申請を受けてから保険収載までの期間が長過ぎる、すなわち審査ラグが長いということが原因であったが、PMDA の人員を増やしたり、事前コンサルを充実

させたり、審議会の開催頻度を高めたりして、今日では審査ラグはアメリカのFDAと比較してもそんな色がないほどに短縮されてきた。今では、ドラッグ・ラグの最大の要因は、メーカーが日本国内で治験を開始するといった、国内での開発を開始する時期が、外国で開発を開始する時期より遅いという申請ラグであることは明確である。しかし、これはある意味、メーカーサイドの意思決定なので、行政としては審査ラグの短縮のよううまくいかない。方法としては2つしかなくて、1つは、国内で開発をする場合のコストを下げるというやり方。つまり、一番極端な話は、国内で治験をしなくてもいい。FDAデータをそのまま使っても薬事承認する、といった方法である。ただし、厚労省はこのような方法は断固として認めていない。もう1つは何かと言うと、国内で早急に開発を開始するような経済的インセンティブを与えることである。従来であれば、引き下げられた薬価を、一部の製品については引き下げない、すなわち引き下げ分を加算するという方法でインセンティブを与えたのが新薬創出加算である。メーカーは、従来から特許期間中は既収載品の薬価が下がらないように維持してほしいと強く望んでいた。そこで、患者や学会からの要請が多い未承認薬や適応外薬の国内での開発を条件に、薬価維持を認めたのがこの制度である。もっとも、この制度導入に伴い、薬剤費が増加することを懸念した財務省は、ジェネリックのある先発品の薬価を一律2.2%引き下げる、特例引き下げを行うことを条件に容認した。とりあえず1年間実施した結果が出た。700億円強の加算が支払われたが、多くの新薬の国内開発に着手された。

表 6. 新薬創出加算と開発要請等の状況

1. 新薬創出等加算対象品を有する企業の加算額と開発要請等状況

企業数	新薬創出等加算			総開発要請件数	進捗状況						公募品目
	成分数	品目数	加算額(億円)		治験届提出予定	治験届提出済	公知申請予定	承認申請済	承認済	その他	
86	337	624	702.1	171	19	39	36	23	32	22	4

2. 新薬創出等加算対象品を有しない企業の開発要請等状況

企業数	新薬創出等加算			総開発要請件数	進捗状況						公募品目
	成分数	品目数	加算額(億円)		治験届提出予定	治験届提出済	公知申請予定	承認申請済	承認済	その他	
18	0	0	0	18	1	8	1	1	4	3	4

3. 開発要請はないが新薬創出等加算対象品を有する企業

企業数	新薬創出等加算		総開発要請件数
	加算額(億円)		
37	68.5		0

出所：中医協（平成 23 年 7 月 27 日）資料より作成

本制度の導入に際して、ジェネリックのある新薬の薬価を 2.2%引き下げたので、この制度によるコスト増は 700 億円をかなり下回ることになる。その金額がドラッグ・ラグを解消するための社会的コストだと言えよう。この制度は、試行的に継続されることになっている。

このように、薬剤費の増加などは注意する必要があるだろう。いずれにしても、少子高齢化により 2030 年では、65 歳以上の人口 1 に対して 24～64 歳の人口は 1.7 となるという予測を見たときには、戦慄を覚えた。成長率が十分高ければ問題ないが、それは期待できないだろう。増加し続ける医療ニーズに対して財源不足がついてまわるのは避けられない。よって、医療費の増加抑制策は引き続き取られていくと考えるのが自然だろう。繰り返すが、登録医制度の強制や 70 歳を超えたら透析の禁止といった極端な医療アクセスの制限による医療需要の抑制策は、わが国では非現実的だと思う。政治的にも不可能だ。そこで、価格コントロールが医療費政策の柱になっていくのは間違いないと思う。

このように、将来的には患者数は増加するが、価格抑制により単価が下がるという状況になると思う。最後に、医療と産業の話題にもどろう。営利組織は不採算領域を回避して良いところ取りを行う傾向があるが、反面、マネジメント上の効率性や資本集約による規模のメリットの追求に優れる。予想される薄利多売の環境下では、非営利を行動規範として持つ医療機関であっても、マネジメントの効率化、規模のメリットの追求を避けて通れないのではないだろうか。