

## 予算制・医療費給付率調整について

日本医師会総合政策研究機構 村上正泰

### ポイント

- ◆ 最近、財務省は、医薬品に限定する形での予算制の導入や、経済・人口の動向に応じて医療費の給付率を調整する仕組みの導入を提案している。しかし、わが国においても、2000年代初めに「伸び率管理」と呼ばれる仕組みの導入が提案され、大きな議論を巻き起こしたことがあるが、多くの問題点が指摘され、実現しなかった。その議論の経緯を十分踏まえる必要がある。
- ◆ 過去の伸び率管理を巡る議論で明らかになったように、医療給付は、その性質上、一律に枠をはめることは困難であり、マクロ指標ありきで管理しようとする、過度な患者自己負担を求めるか、医療の質の低下を招き、国民の健康水準が低下する恐れがある。
- ◆ 医薬品予算制や医療費給付率調整など、最近の財務省による提案は、伸び率管理とは異なる仕組みであるが、医療給付に何らかの水準ありきの基準を定める点では共通しており、結局は給付費から患者本人へと負担が転嫁され、必要な医療を受けることが阻害される危険性が高い。手法の違いや程度の差はあるとしても、伸び率管理について指摘された問題点は同様に当てはまる。
- ◆ 諸外国では、何らかの形で予算制や伸び率管理の仕組みを導入している例が見られる。それらの中には一定の効果があつたと評価されるものもあるが、他方で目標実現に向けた具体的な方策や、目標値から乖離した場合の対応を含め、実効性を担保するための枠組みなどで、課題も多く指摘されている。
- ◆ 財務省が提案している予算制や医療費給付率調整を含め、予め定めた総額（または伸び率）ありきで管理しようとする手法は国民皆保険を揺るがすものであり、適切ではない。

## 目 次

|      |                            |    |
|------|----------------------------|----|
| 1.   | はじめに.....                  | 3  |
| 2.   | 最近の財務省による主な提案内容.....       | 4  |
| 3.   | これまでの経緯.....               | 6  |
| 3.1. | 2002年改正時の「伸び率管理」を巡る議論..... | 6  |
| 3.2. | 2006年改正時の「伸び率管理」を巡る議論..... | 7  |
| 4.   | 諸外国の事例.....                | 13 |
| 4.1. | フランスの場合.....               | 13 |
| 4.2. | ドイツの場合.....                | 15 |
| 4.3. | ヨーロッパ諸国における医薬品予算制の評価.....  | 17 |
| 5.   | 医療費とGDPの関係.....            | 20 |
| 6.   | 医療費給付率調整の問題点.....          | 22 |
| 7.   | 義務的経費における財政規律の問題.....      | 23 |
| 8.   | おわりに.....                  | 25 |

## 1. はじめに

最近、財務省は、医薬品に限定する形での予算制の導入や、経済・人口の動向に応じて医療費の給付率を調整する仕組みの導入を提案している。予算上、医療費を管理する仕組みの導入は、以前から議論の俎上に載せられてきた。例えば、2000年代初めに「伸び率管理」と呼ばれる提案が議論されたことがあるが、多くの問題点が指摘され、導入は見送られた。

最近の財務省による提案は、伸び率管理とは異なる仕組みであるが、医療給付に何らかの水準ありきの基準を定める点では共通している。また、海外でも、何らかの予算制を導入している国は存在するが、それらの国でも、問題点が指摘されたり、必ずしもうまく行っているわけではない。

具体的な手法はさまざまあり得るが、根底にある問題は共通しており、財務省や経済財政諮問会議などから、医療費抑制の提案が相次いでなされる中で、医薬品予算制や医療費給付率調整に限らず、予算上の仕組みによって医療費を管理する手法の問題点を再確認しておく必要がある。

本稿では、わが国における医療費の管理を巡る議論の経緯を振り返るとともに、諸外国での予算制の現状と課題を概略することにより、その問題点を整理する。

## 2. 最近の財務省による主な提案内容

財政制度等審議会の「令和3年度予算の編成等に関する建議」（2020年11月25日）は、薬剤費における財政規律を強化するよう、以下のような主張を行っている<sup>1</sup>。そして「参考資料」の中ではヨーロッパ諸国における「薬剤予算制度」を紹介するなどしている。

新規医薬品については、年4回、薬事承認が行われたものは事実上すべて収載されている。これでは、保険収載により生ずる財政影響は勘案されておらず、各年度の予算による制約が働いていないと言わざるを得ず、財政の予見可能性が損なわれている。医薬品の価格が高額になっている状況も踏まえ、財政影響を勘案して新規医薬品の保険収載の可否を判断することや、新規医薬品を保険収載する場合には保険収載と既存医薬品の保険給付範囲・薬価の見直しとを財政中立で行うことを含め、保険適用された医薬品に対する財政規律の在り方を抜本的に見直し、正常化を図るべきである。

これは、薬剤費に限定して、一定の予算額の枠内で保険収載の管理を行うものであり、後述する伸び率管理のような医療給付費全体を対象としたものとは異なり、しかも予算額自体をどのように設定するのかは不明確であるものの、GDPのようなマクロ指標によって予算額を管理するとは限らない。しかし、その目的から考えて、予算額は抑制的に設定され则认为られ、部分的にせよ、医療給付に何らかの水準ありきの基準を定める点では共通している。

また、財政制度等審議会は、2018年5月23日に公表した『新たな財政健

---

<sup>1</sup> 財政制度等審議会「財政健全化に向けた建議」2021年5月21日 p.40-41  
[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaisei\\_a20210521/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaisei_a20210521/01.pdf)

全化計画等に関する建議』の中で、以下のような医療費給付率調整の導入を提言している<sup>2</sup>。

長期にわたる人口減少を見据え医療費や支える側の負担能力の変化に対応し、実効給付率を自動的に調整する観点が求められる。医療費そのものを抑制しつつ、医療給付費や経済・人口の動向に応じて、支え手の負担が過重とならないよう一定のルールに基づき給付率を調整（＝自己負担を調整）する仕組みの導入に向け、具体的方策について検討を開始すべき

この提案では「一定のルール」としてどのような仕組みを想定しているのか不明であるが、「経済・人口の動向」というマクロ指標に応じて医療給付費全体を管理するという点で、伸び率管理に近い発想だと言える。

このように財務省は、この数年間だけを見ても、異なる内容の提案を「手を変え、品を変え」出している。そして、いずれも医療給付費を抑制するために、予め定めた総額（または伸び率）ありきで管理しようとするものであり、保険収載する医薬品を調整するにせよ、給付率を調整するにせよ、結局は給付費から患者本人へと負担が転嫁され、患者が必要な医療を受けることを阻害してしまう危険性が高い。すなわち、手法の違いや程度の差はあるとしても、伸び率管理について指摘された問題点は同様に当てはまる。

今後とも同様の観点からの提案がさまざまなバリエーションで出てくる可能性は高いが、伸び率管理の議論の経緯を十分踏まえる必要がある。

---

<sup>2</sup> 財政制度等審議会「新たな財政健全化計画等に関する建議」2018年5月23日 p.30-31  
[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaisei\\_a300523/06.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaisei_a300523/06.pdf)

### 3. これまでの経緯

わが国で医療費を管理する仕組みの導入が検討されたことは、過去2回ある。最初に本格的に議論の遡上に載せられたのは2002年の医療制度改革に向けた検討過程であり、その次が2006年の医療制度改革に向けた検討過程である。これらはいずれも「伸び率管理」と呼ばれたものであり、経済指標などによって医療（給付）費の伸びを管理するものである。

ここでは、当時の議論を振り返ることにより、その問題点を確認する。

#### 3.1. 2002年改正時の「伸び率管理」を巡る議論

厚生労働省は2001年9月25日に「医療制度改革試案－少子高齢社会に対応した医療制度の構築－」<sup>3</sup>を公表し、その中で「老人医療費の伸び率管理制度の導入」を提案した。具体的な仕組みは次の通りである。

##### (1) 老人医療費の伸び率の目標値の設定

毎年度の老人医療費の総額の伸び率について、高齢者数の伸び率に一人当たり国内総生産の伸び率を乗ずることにより、目標値を設定する。

##### (2) 目標値を踏まえた医療の効率化等の推進

上記の目標値を踏まえ、診療報酬の合理化、保健事業の推進等により、医療の効率化等に取り組む、その達成に努める。

##### (3) 目標値を超過した場合の措置

各年度の老人医療費の伸び率が目標値を超過した場合には、超過相当分を基礎として算定した調整率を次々年度の診療報酬支払額に乗ずる措置を講ずる。

これには、日本医師会などから批判が相次いだ。日本医師会は2001年11

<sup>3</sup> 厚生労働省「医療制度改革試案－少子高齢社会に対応した医療制度の構築－」2001年9月25日  
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/0109/h0925-2b.html>

月 7 日の「医療制度改革に関する 5 つの反対・5 つの提案」<sup>4</sup>の中で、「5 つの反対」の筆頭に「老人医療費伸び率管理導入制度には反対」を掲げ、その理由として、以下の 4 点を挙げた。

- ① 個人の尊重と平等の理念を侵す
- ② 国民の生存権を脅かす
- ③ 国の社会的使命の履行義務に反する
- ④ フランスでは違憲判断がされている

2002 年の医療制度改革では、老人医療費の伸び率管理制度に加え、被用者保険本人の 3 割負担への引き上げ、診療報酬本体のマイナス改定が大きな争点となった。いずれも大きな議論を巻き起こしたが、結果としては、被用者本人の 3 割負担への引き上げ、診療報酬本体のマイナス改定は実現することになった一方、老人医療費の伸び率管理制度は見送られた。老人医療費の伸び率管理制度には、それだけ反対が強かった。なお、厚生労働省内でも担当者の中から「本当にやることになったら大変です」「無理です」という声が出ていた<sup>5</sup>。

### 3.2 2006 年改正時の「伸び率管理」を巡る議論

2002 年の医療制度改革に向けた議論の過程では、老人医療費の伸び率管理制度は導入しないことで決着したものの、その後、2006 年の医療制度改革に向けた検討過程で、同様の提案が再び出てくることになった。

この時の伸び率管理制度は老人医療費だけではなく、社会保障給付費全体を対象とする仕組みとして、経済財政諮問会議で有識者議員から提案がなされた。

<sup>4</sup> 日本医師会「医療制度改革に関する 5 つの反対・5 つの提案」2001 年 11 月 5 日  
<https://www.med.or.jp/nichikara/five1311.html>

<sup>5</sup> 「医療政策ヒストリー座談会録 第 6 回『2002 (平成 14) 年健康保険法等改正』『医療と社会』Vol.30, No.2 2020 年 p.141

2005年2月15日に開催された経済財政諮問会議で有識者議員から「経済規模に見合った社会保障に向けて」<sup>6</sup>と題する資料が提出された。その中で、社会保障制度に関して「給付費について何らかの指標を設け、伸びを管理することが不可欠である」「安易に増税や保険料引上げを行わず、総額の目安を決め、制度改革や効率化を図るべきである」とした上で、「給付の伸びを管理する指標として何を用いるかは検討が必要だが、経済規模に合った水準という意味で、我々は、『名目GDPの伸び率』が妥当と考える」との提案が行われた。

そして、医療と介護については、名目GDPを大きく上回る伸びとなることから、

- ① 医療サービス向上プログラムの策定（生活習慣病への取組みなど健康増進・予防施策、医療の標準化・IT化、終末期医療のあり方の検討、診療報酬体系見直し等）
- ② 診療報酬・介護報酬の改定方式のルール化（名目成長の伸び率とリンクするマクロ経済スライド方式の導入）
- ③ 保険給付範囲の見直し（公的保険でカバーする範囲の見直し、利用者の一部負担の見直し）

を組み合わせた改革工程を明示することなども求めた。

これに対して、以前と同様、日本医師会などから強い反対が示されたが、かつては老人医療費の伸び率管理制度を提案した厚生労働省も、同日の経済財政諮問会議に提出した資料（「社会保障給付費の『伸び率管理』について（尾辻臨時議員提出資料）」<sup>7</sup>の中で「社会保障給付費、特に医療費の伸び率をGDPの伸び率に連動させるといった機械的な『伸び率管理』を行うことは不適切」との意見を表明し、これ以降、経済財政諮問会議において激論が交わされることとなった。

---

<sup>6</sup> 牛尾治朗・奥田碩・本間正明・吉川洋「経済規模に見合った社会保障に向けて」経済財政諮問会議（平成17年第3回）2005年2月15日

<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0215/item2.pdf>

<sup>7</sup> 「社会保障給付費の「伸び率管理」について（尾辻臨時議員提出資料）」経済財政諮問会議（平成17年第3回）2005年2月15日 <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0215/item3.pdf>

厚生労働省は、伸び率管理が「不適切」とする理由として、以下の点を挙げている。これは、経済指標による伸び率管理が抱える本質的な問題点を包括的に整理したものと言える<sup>8</sup>。すなわち、医療給付は、その性質上、一律に枠をはめることは困難であり、総額（または伸び率）ありきで管理しようとする、過度な患者自己負担を求めるか、医療の質の低下を招き、国民の健康水準が低下する恐れがあるという点を正しく理解することが何よりも重要である。

---

<sup>8</sup> 2025年までに約4割の給付削減を行わなければならないという試算は、2005年当時の医療費の将来推計と経済成長の見通しを前提として算出されたものであり、それらの前提条件が異なれば、給付削減額も異なってくることは言うまでもない。ただし、規模はどうか、マクロ指標などによって総額（伸び率）ありきで管理しようとする、機械的な給付削減が必要となり、医療に弊害が生じ得るという問題自体には変わりはない。

(1) 「経済の規模」から「社会保障の規模」は一義的には導かれない

(2) 医療給付、介護給付の性質上、一律に枠をはめることは困難

・医療給付、介護給付は、一旦、病気や要介護となれば、必ずサービス提供が必要となるもの

・今後の高齢化等によって給付費の増は不可避

・GDP の伸び率といった一律の枠の設定によるサービス制限は、限界を超えた利用者負担や国民の健康水準の低下を招く

(3) 医療給付を「管理」した場合の弊害

給付の伸び率を GDP の伸び率以下に抑制することについては、人口の高齢化や技術進歩等による伸びが避けられないため、GDP の大幅な上昇がなければ、困難

・仮に給付費そのものを抑制する場合、単純に推計すれば、2025 年度までに約 4 割の給付削減 (59 兆円→38 兆円) を行わなければならない、限界を超えた利用者負担を求めることになる (仮に給付削減分を自己負担の引き上げのみで賄うとした場合、現在実質 15% の自己負担率を 2.5 倍～3 倍程度引き上げることになる)

・また、仮に給付削減分の医療費を何らかの形で抑え込んだ場合、国民の健康水準が低下する恐れがある

・仮に診療報酬の単価引き下げにより対応する場合、

①医療費抑制のための粗診疎療もしくは収入最大化のための乱診濫療を招く恐れ (医療の質の低下)

②良質な医療を効率的に供給する医療機関も乱診濫療を行った医療機関と同様に診療報酬が引き下げられ、不公平感を生む (一律に調整することは不平等) 等

その後、経済財政諮問会議の有識者議員からは「高齢化修正 GDP」(2005 年 4 月 27 日有識者議員提出資料<sup>9</sup>) という新たな指標も提案されるが、「機

<sup>9</sup> 牛尾治朗・奥田碩・本間正明・吉川洋「社会保障給付費の伸びの管理について」経済財政諮問会議 (平成 17 年第 9 回) 2005 年 4 月 27 日

<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0427/item2.pdf>

械的に連動させるわけではない」（2005年3月25日有識者議員提出資料<sup>10</sup>）としながらも、「マクロ指標を基準に給付費の伸びを管理し、制度改革を行う」（2005年4月27日有識者議員提出資料）という点に根本的な変化はなかった。

これに対して、厚生労働省は、生活習慣病対策の推進、医療機能の分化・連携の推進と平均在院日数の短縮、地域における高齢者の生活機能の重視という「中長期的に効果の現れる取組」により、「医療費の伸び自体を抑制する構造的な医療費適正化」を図る方針を示した（2005年3月25日尾辻臨時議員提出資料<sup>11</sup>）。

マクロ指標によるか、それとも個別施策の指標によるかという両者のアプローチの違いは平行線を辿ったが、2005年12月1日の政府・与党医療改革協議会による「医療制度改革大綱」<sup>12</sup>の取りまとめに至る過程で、最終的には、糖尿病等の患者・予備群の減少や平均在院日数の短縮などの中長期の医療費適正化対策について「目標」を示し、それに基づく医療費の「見通し」を「目安」として示すことで決着した。それが国と道府県が策定する医療費適正化計画の基本的枠組みとなった<sup>13</sup>。

いずれにしても、2002年改正、2006年改正に際しての激しい議論の過程を経て、医療給付費をマクロ指標ありきで管理することの問題点は広く認識され、伸び率管理制度の導入は否定することで政治決着した。それ以降、同様の議論が再燃することはしばらくなかった。ところが、最近になって、予算上の仕組みによって医療給付費を管理する手法が形を変えながら提案されるようになってきている。しかし、伸び率管理とも共通する根本的な問題点につ

---

<sup>10</sup> 牛尾治朗・奥田碩・本間正明・吉川洋「社会保障制度改革について」経済財政諮問会議（平成17年第6回）2005年3月25日 <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0325/item6.pdf>

<sup>11</sup> 「社会保障制度の改革について（尾辻臨時議員提出資料）」経済財政諮問会議（平成17年第6回）2005年3月25日 p.10-15 [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0325/item5\\_1.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0325/item5_1.pdf)

<sup>12</sup> 政府・与党医療改革協議会『医療制度改革大綱』2005年12月1日 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/taikou.pdf>

<sup>13</sup> この間の経緯については村上正泰『医療崩壊の真犯人』PHP新書、2009年や柴畑潤『医療保険の構造改革—平成18年改革の軌跡とポイント』法研、2007年などを参照のこと。なお、当時、厚生労働省が示した中長期の医療費適正化対策の目標やその財政効果（2025年度に生活習慣病対策で▲2.2兆円、平均在院日数短縮で▲3.8兆円）には根拠がない点にも留意が必要である。だからと言って、伸び率管理のような手法が正当化されるのではなく、むしろ、伸び率管理という乱暴な提案に対応する中で、荒っぽい政策が出てこざるを得なかったと理解すべきである。

いては改めてしっかりと認識しておく必要がある。

## 4. 諸外国の事例

諸外国では、何らかの形で予算制や伸び率管理の仕組みを導入している例が見られる。それらの中には一定の効果があつたと評価されているものもあるが、他方で目標実現に向けた具体的な方策や、目標値から乖離した場合の対応を含め、実効性を担保するための枠組みなどで、多くの課題も指摘されている。以下ではヨーロッパ諸国での状況を確認する。

なお、予算制で管理しやすい公立病院の比重などによっても、その意味は大きく異なるため、一概に導入の成否を比較できない点にも留意が必要である。

### 4.1. フランスの場合

フランスでは、1995年の「ジュペ・プラン」によって、医療費の毎年の伸び率目標を定める医療保険支出全国目標（ONDAM）が導入された。これは公立病院、私立病院、開業医、社会医療施設の部門別に、超過した場合の制裁措置を伴う形で給付費のキャップ制を導入するものであった。すでに公立・私立病院には総枠予算制が導入されていたため、開業医に係る医療費の抑制を目指したものであったが、目標を超えて支出が超過した場合、診療報酬を返還しなければならないという制裁措置について、憲法院によって違憲判決が下された。このため、総枠予算制の病院部門の目標のみが法的拘束力を有することになった<sup>14</sup>。

こうした状況の下、初年度の1997年度は実績値が目標値を下回り、目標を達成したが、その後は実績値が目標値を上回る状況が続いた。そこで、医療保険支出全国目標（ONDAM）の下位目標について、2006年社会保障財政法律により、開業医、T2A（1件当たり包括評価方式）医療施設、その他の医療施設、医療保険の高齢者向け施設サービス、医療保険の障害者向け施設サービス、その他の6分類に細分化された。また、2004年改革において、警告委員会が設けられた。警告委員会は、医療保険支出の推移が医療保険支

---

<sup>14</sup> 尾玉剛士『医療保険改革の日仏比較 医療費抑制化、財源拡大か』明石書店、2018年 p.283-309、伊奈川秀和「フランスの社会保障財政改革」『フィナンシャル・レビュー』第85号 2006年 p.88-112

出全国目標（ONDAM）を0.75%上回ると判断した場合に、必要な措置の提言を含めて、議会、政府、医療保険全国金庫に警告する任務を負った組織である。警告委員会による警告通知手続きは2007年に実際に初めて発動されている<sup>15</sup>。

こうした中、近年では実績値が目標値に収まるようになっている。その背景として、「法的拘束力は絶対的ではないが、政府は伸び率に応じた抑制策を講じる必要があり、医療協約の料金も全国疾病保険支出目標（ONDAM）を尊重する必要があることから、間接的にはあるが議会は医療に関与することになる」ことや、「疾病保険支出警告委員会による警告に基づく料金改定の停止措置がある」ことなど、一定の意義を評価する意見もある<sup>16</sup>。

また、松田晋哉産業医科大学教授は、情報化によって「医療サービスの現状が透明化されたことを基盤として、ONDAMにより部門ごとの医療費の状況について目標値と結果の乖離が分析できるようになった」とし、「医学的な妥当性から医療サービスの適正化を図る」という「医療費の医学的抑制」の効果が大きいと指摘している。また、こうした議論が「政府の強制ではなく国民会議における議決という民主的な手続きで体系化されたことが重要」とも指摘している<sup>17</sup>。

以上見てきたように、フランスでは医療費の毎年の伸び率目標を設定しており、近年では警告委員会を通じた対応などもあって、実効性を高めているものの、目標値の拘束力に限界があることは変わらない。また、目標値は前年度の医療費の実績を基礎としたものであり、自然増などの理論的な伸び率を当てはめたものにすでに実行されている医療費抑制策の波及効果を加味して「トレンド」を予測し、それと政治的な目標値との乖離幅に関して、政府

---

<sup>15</sup> 加藤智章「フランス医療保障における財政、平等および自由」日本医師会・民間病院フランス医療・福祉調査団報告書Ⅱ『岐路に立つフランス医療－日本にも迫るイギリス化の圧力－』2011年8月

p.10-29、稲垣公嘉「フランス」加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』法律文化社、2013年 p.43-63

<sup>16</sup> 伊奈川秀和『医療保障総合政策調査・研究基金事業 独仏の医療保険制度に関する調査研究〈フランス報告書〉』健康保険組合連合会、2018年7月 p.90

<sup>17</sup> 松田晋哉「フランスの医療政策と日本への応用」日本医師会・民間病院フランス医療・福祉調査団報告書Ⅲ『イギリス型に近づくフランス医療－日本は既存資源の活用が重要－』2015年12月 p.23-61

間で協議を行い、新たな抑制策の効果を見込み、最終的な目標値を設定している。これは、制度上の位置付けなどに相違は見られるものの、ある意味では、わが国でも医療費全体について予算編成プロセスの中で行ってきたことだとも言える。そして、年によって異なるが、フランスの医療保険支出全国目標（ONDAM）は近年、2018年度は+2.3%、2019年度は+2.5%、2020年度は+2.45%（新型コロナウイルス感染症発生前）<sup>18</sup>と、概ね2%台前半で設定されており、最近のわが国の国民医療費の伸びが2%前後で推移していることを考えると、それほど厳しい医療費抑制ではない点にも留意する必要がある。

## 4.2. ドイツの場合

ドイツでは、保険医の外来診療について、1993年からいわゆる総予算制が採用されていた。これは、州保険医協会と保険者の間で、州保険医協会が請け負う診療報酬総額を事前に決めるものであり、診療報酬総額の引き上げ幅は保険料算定基礎所得の伸びが上限とされた。1997年からは、給付量の増加に応じて1点単価は引き下げられることとなった。その後、2003年の公的医療保険現代化法により、1点単価の引き下げは、診療所ごとに設定された「基準給付量」を超えた場合に実施されることになった<sup>19</sup>。

しかし、こうした制度には「公平性・透明性に欠け、効率的ではないとの批判が高まった」<sup>20</sup>ことから、2007年に制定された公的医療保険競争強化法において、外来診療報酬制度の改革が行われ、家庭医・専門医に対する診療報酬の包括化と並行して、固定された1点単価で算定する仕組みに見直すとともに、診療報酬総額を保険料算定基礎所得の伸びの範囲内とする仕組みから、高齢化などによる被保険者の有病率構造の変化と疾病金庫の被保険者数の変化に応じる仕組み（「罹病率による診療報酬総額」と呼ばれる<sup>21</sup>）へと変

<sup>18</sup> 厚生労働省「海外情勢報告」（各年版）[https://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/#title7](https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/#title7)

<sup>19</sup> 水島郁子「ドイツ」加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』法律文化社、2013年 p.23-42、田中伸至「ドイツ」加藤智章編『世界の診療報酬』法律文化社、2016年 p.34-60

<sup>20</sup> 松本勝明「ドイツにおける医療制度改革」松本勝明編著『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社、2015年 p.34

<sup>21</sup> 土田武史「ドイツ報告2：保険医（外来診療）の診療報酬制度改革」日本医師会・民間病院ドイツ

更された。これにより「有病率リスクの負担が保険医協会から疾病金庫に移されることとなった」<sup>22</sup>。

なお、基準給付量の150%までの部分は単価が固定されているが、それを超える部分については、単価は逡減する仕組みとなっている。ただし、予期できない事情により給付量が増加した場合には、州保険医協会と保険者が交渉し、必要な場合には追加支払いが行われることになっている。

以上のような経緯については「法定の統一保険料が導入されており、保険料率引上げへの歯止めが明確化された一方で、診療報酬分配の枠組みの中では医業費用補填の要請にも配慮するようになってきているとみることができる」<sup>23</sup>と指摘されている。

他方、病院の入院については、投資的経費は州による病院計画・投資プログラムに基づく公費助成の対象であり、診療報酬は経常的経費を補填対象とする「二元資金調達方式」が採用されている。

当初、診療報酬は実費補填原則に基づき、完全包括的な1日当たり療養費が支払われていたが、1980年代半ばに実費補填原則を修正するとともに、収入調整を伴う「柔軟な予算制」として病院別予算制が導入された。1993年には実費補填原則が廃止され、収入調整も停止されて、1995年まで固定予算制が導入された。その後、1995年には一部の報酬を予算外に位置付けるなどの対応を取ったこともあるが、2000年には再び各病院の収入全体を予算の対象とすることになった。その伸び率の上限は、保険料算定基礎所得変動率とされた。

こうした変遷を経た上で、2000年医療保障改革法に基づき、2003年からはDRGに基づく1件当たりの包括払い制度が導入された。DRG制度に移行した後も、病院と疾病金庫の間では、予測症例件数に基づく収益予算について合意することとされている。実績値が合意と異なった場合には、可変費用

---

医療・福祉調査団報告書『昏迷するドイツ医療—日本型を極めて世界のモデルへ—』2010年8月 p.27

<sup>22</sup> 田中耕太郎『医療保障総合政策調査・研究基金事業 独仏の医療保険制度に関する調査研究<ドイツ報告書>』健康保険組合連合会、2018年6月 p.32

<sup>23</sup> 田中伸至「ドイツ」加藤智章編『世界の診療報酬』法律文化社、2016年 p.41-42

を中心に収益調整が行われる仕組みも残っている<sup>24</sup>。すなわち、予算制自体は維持しつつ、DRGを「予算の協定や事後清算などのために利用」<sup>25</sup>しているのである。

なお、2018年の看護介護職員配置強化法により、看護介護職員人件費分については、DRGによる予算とは別に、個々の病院と疾病金庫が看護介護予算を協定するという仕組みが設けられることとなり、2020年から施行されることになった<sup>26</sup>。

こうした経緯を踏まえると、外来診療と同様、入院医療についても、「保険料安定化原則を通じた医療費マクロ管理の要請と病院の医業費用補填の要請との間で緩々と揺れ動いてきた」「医業費用補填の保障→経営効率化の促進→保険料安定化原則の重視→医業費用補填の要請との間のリバランス、というように緩やかに回転してきている」<sup>27</sup>と指摘されている通りだと言える。

すなわち、ドイツにおいては、確かに予算制を採用したが、紆余曲折を経験しており、特に保険料算定基礎収入などの経済指標の伸びによって診療報酬総額を管理しようとしても、それだけでは医業費用補填との両立がうまくいかず、結局は見直しを余儀なくされることを示している。実際、その後は医療ニーズを反映する形で見直しが行われており、現状では、GDPの伸びによる伸び率管理や医療費給付率調整のような乱暴な仕組みとは大きく異なる点は十分認識する必要がある。

#### 4.3. ヨーロッパ諸国における医薬品予算制の評価

ヨーロッパ諸国では、医薬品を中心として何らかの形で予算制を導入している国は多い。財務省が財政制度等審議会で紹介している文献<sup>28</sup>では、さま

<sup>24</sup> 田中耕太郎『医療保障総合政策調査・研究基金事業 独仏の医療保険制度に関する調査研究<ドイツ報告書>』健康保険組合連合会、2018年6月 p.26

<sup>25</sup> 田中伸至「ドイツの DRG 包括報酬システム」『健保連海外医療保障』2019年9月 No.123 p.2

<sup>26</sup> 田中伸至「ドイツの DRG 包括報酬システム」『健保連海外医療保障』2019年9月 No.123 p.6

<sup>27</sup> 田中伸至「ドイツ」加藤智章編『世界の診療報酬』法律文化社、2016年 p.51, p.53

<sup>28</sup> Mills M, et al: Do pharmaceutical budgets deliver sustainability in healthcare? Evidence from Europe. Health Policy 124(3):239-251,2020

さまざまな医薬品予算制の仕組みとそれらの財政目標上の影響について、文献レビューと専門家との協議による評価が行われており、それぞれの国によって形式は違うにせよ、多くの欧州諸国で医薬品予算制が導入されていることが示されている。

同論文では、以下の5種類の制度に大別している。

- ① 国レベルの総予算制（6か国が採用）
- ② 地方政府レベルの予算制（2か国が採用）
- ③ 疾患特異的予算制（特定の治療領域・医薬品群を対象。2か国が採用）
- ④ 医薬品特異的予算制（新規医薬品を対象。2か国が採用）
- ⑤ 処方予算制（医師に処方できる予算を割り振る仕組み。2か国が採用）

その上で、それらの影響について、下記のように結論付けている。

「総医薬品費を固定した総予算制は一義的には費用抑制のために用いられているが、しばしば総医療予算配分における柔軟性を低下させる。疾患特異的予算制で、予算を上回っても罰則のないものは、しばしば予算オーバーとなるため、財政的持続可能性をもたらすとは言えない。医薬品特異的予算制と処方予算制は、ミクロ経済的効率改善で重要な役割を果たし得るが、その影響のエビデンスはバラバラだった。総じて言えば、医薬品予算制はマクロ経済レベルとミクロ経済レベルの両方で存在する。それらは財政的持続可能性を促進するために重要であるが、医薬品部門における費用に応じた価値を高めるためには追加的な政策手法が必要である」<sup>29</sup>

すなわち、同論文によると、医薬品予算制を採用しているヨーロッパ諸国においては、どの方式を採用しているにせよ、その影響はさまざまであり、必ずしもうまく行っているわけではない。また、たとえ予算制を採用するにしても、それを実現するためにどのような具体的施策を実施することになる

---

<sup>29</sup> 邦訳は『二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻190号)』2020年5月1日

のかによって影響は異なるため、結局は個別の施策の妥当性を評価しなければならぬ。

なお、海外の事例について言及するのであれば、単にヨーロッパ諸国で医薬品予算制を導入しているという事実だけではなく、それがうまく行っているのかどうか、どのような影響をもたらしているのかといった点なども含めて、正確に紹介すべきである。

## 5. 医療費とGDPの関係

わが国での伸び率管理に関する議論の経緯や、諸外国—特にドイツ—における予算制の変遷などからも明らかなように、本質的な論点として、医療費の伸びと経済成長との関係性をどのように捉えるかという問題が存在している。

医療費とGDPの関係を見ると、1970年代のNewhouseによる研究<sup>30</sup>を嚆矢として、国際比較分析では、各国の1人当たり医療費の水準は1人当たり所得によって90%程度説明されると指摘されており、「医療費の水準は、高齢化水準とは独立に決まり、その水準はきわめて政治的・行政的に決められるものであり、この意思決定過程に重要な影響を与えるのは所得である」<sup>31</sup>と評されている。

財源調達という側面から、現実の政策の意思決定において所得の伸びが考慮されているために、上記のような医療費と所得の関係が見られること自体は「事実」であるが、だからと言って、それが「正しい」意思決定かどうかは別問題である。また、その場合であっても、10%程度は所得の伸び以外によって説明される<sup>32</sup>。

しかも、医療費の対GDP比の経年的な推移を見ると、国によって、さらには時期によっても変動はあるものの、中長期的には概ね増加傾向を示してきた。すなわち、時系列分析からは、所得の伸び以上に医療費は増加するという事実も指摘することができる。したがって、仮に所得の変動を考慮するとしても、それによって機械的な枠をはめるべきだという議論に結び付くわけではない。

さらに、財源調達面でGDPが医療費を左右するというのは、政策を決定

---

<sup>30</sup> Newhouse, J.P.: Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey. *Journal of Human Resources*, 12: 115-125, 1977

<sup>31</sup> 権丈善一『医療年金問題の考え方—再分配政策の政治経済学III—』慶応義塾大学出版会、2006年 p.80

<sup>32</sup> 医療費の水準の90%程度が所得の水準で説明できるというのは、あくまでそうした傾向が観察されるということであり、常にその関係が成り立つものではない。最近のわが国の状況を確認すると、2012年度以降、医療費の伸びが鈍化しており、国民医療費の対GDP比、対国民所得比は概ね横ばい傾向で推移してきた。すなわち、所得の伸び以外で説明される残り10%程度の医療費の伸びまで抑制されるという、極めて厳しい医療費抑制策が行われてきたと言える。

する上でそうした意思決定が行われるために生じる関係だが、経済的に捉え  
ると、医療費と GDP の間には、医療費が GDP を左右するという関係も存在  
している。なぜなら、医療は国内需要を構成する重要な分野であり、国民の  
医療ニーズの増加が見込まれる中、医療費の増加は GDP の増加にもつなが  
るからである。また、医療は地域において雇用を創出する重要な受け皿の 1  
つにもなっている。医療費は単なる負担ではなく、経済成長を下支えするの  
である。医療費と GDP の関係については双方向に捉える必要がある。

## 6. 医療費給付率調整の問題点

財務省は、経済・人口の動向に応じて公的医療保険の給付率を調整する仕組みを提案している。言わば、公的年金制度の「マクロ経済スライド」と同様の発想に立つものだと考えられる。しかし、具体的にどの程度の調整を行うことを想定しているのかは不明だが、

- ① 現金給付の年金制度と異なり、現物給付の医療保険制度では、国民が必要とする医療サービスの提供という要素が介在するため、年金制度における「マクロ経済スライド」のような調整方法はなじまない
- ② 公的年金は、高齢期等の所得稼得能力の減退に対して生活保障の機能を果たすものであるが、必ずしも全ての人がそれだけで高齢期等の生活費を賄うことを前提としていない一方、公的医療保険給付は「必要な最適量の医療を保障する」という「最適水準」<sup>33</sup>を確保する必要がある

ことから、同列に論じられない。

医療保険においてこのような仕組みを導入すると、経済・人口の動向に合わせて患者自己負担を引き上げ続けなければならない。単に給付費を減らし、患者自己負担に転嫁するだけでは、公的医療保険の機能を弱体化、空洞化させることになり、患者の必要な受診が阻害され、所得による医療格差が拡大するため、不適切である。また、患者自己負担の頻繁な見直しは、制度運営上、現実的でもない。

また、仮に給付率ではなく診療報酬改定率を経済・人口の動向にリンクさせる場合には、診療報酬の一方的な引き下げ、もしくは抑制を招きかねず、医業費用が補填されなければ、医療機関の経営は不安定化する。

いずれにしても、こうした方法は、2005年に伸び率管理を巡る議論に際して厚生労働省が指摘した通り、弊害が極めて大きく、望ましくない。

---

<sup>33</sup> 二木立日本福祉大学名誉教授は、「公的医療保障給付の『あるべき水準』には「最適水準」説、「最低水準」説、「最高水準」説の3説があります」とした上で、最適水準説を「国内外の社会保障研究者の通説」としている（二木立『TPPと医療の産業化』勁草書房、2012年 p.5-6）。

## 7. 義務的経費における財政規律の問題

財務省は以前から、新規医薬品について、年4回、薬事承認が行われたものは事実上すべて収載されており、保険収載により生ずる財政影響が勘案されていないことを批判している。このため、先に紹介した通り、「財政影響を勘案して新規医薬品の保険収載の可否を判断することや、新規医薬品を保険収載する場合には保険収載と既存医薬品の保険給付範囲・薬価の見直しとを財政中立で行うことを含め、保険適用された医薬品に対する財政規律の在り方を抜本的に見直し、正常化を図るべきである」などの提案を行っている。

これは、新規医薬品の保険収載プロセスの問題と考えることもできるが、本質的には医療給付への国庫負担の仕組みにも関係してくる問題である。毎年の当初予算で、医療給付に係る国庫負担は具体的な金額が盛り込まれているが、医療保険制度上、国庫負担はそれぞれの制度ごとに給付費に対して予め定められた割合で投入することになっている。このため、実際の給付費が予算編成時の見込み額と異なれば、実際に必要となる国庫負担額も異なってくる。

しかし、法律で支出が義務付けられている義務的経費である以上、当初予算を上回ったからと言って、支出しないということは許されず、補正予算で調整することになる。これは新規医薬品に限られた問題ではない。どのような病気でもどのような治療をする人が何人生じるのかを正確に予見することは不可能であり、年間の医療給付費や国庫負担額が当初予算編成時に立てた見込み通りになることなど到底あり得ない。給付費に対する割合を定めて国庫負担を投入する仕組みを採用している以上、当初予算との乖離は必然的に発生する。

新規医薬品の保険収載を遅らせれば、それだけ患者の必要な医療へのアクセスが阻害されることになり、患者に不利益が発生する。また、仮に財政影響を勘案して調整するとしても、それぞれの医薬品を実際にどれだけ使用することになるのかも、事前に正確に見通すことはできないはずであり、予算統制には限界が付きまとうことになる。結局のところ、予算編成に際して事前の見通しをどのように設定するのかという問題に帰着するが、予算統制の

名の下に医療現場における必要な医薬品の利用を阻害するべきではない。

なお、新規医薬品の保険収載は、予算編成時の前提条件とのズレを生む大きな要因になり得るが、医療費の伸びを「診療報酬改定」「人口増減」「高齢化」「その他」の4つの要因に分けると、新規医薬品の保険収載に伴う医療費の増加分は「その他」の伸びに含まれていると解釈できる。診療報酬改定の影響を除く分は「自然増」として、予算編成上、医療費の見通しに含まれており、それを診療報酬改定や制度改正などにより、どの程度の伸びに抑えるかという調整を行っている（例えば、近年では、国の社会保障関係費の伸びについて、「高齢化」による増加分に相当する伸びに収める方針が示されてきた<sup>34</sup>）。したがって、新規医薬品の保険収載に伴う医療費の増加分については、厳密な見込みではないものの、予算編成上、「その他」の伸びとして、診療報酬改定や制度改正の影響を見込む前の「自然体」の伸びに反映されていると見なし得るのである。

---

<sup>34</sup> 仮に医療費自体の伸びを「高齢化」の伸びに収めようとした場合、（単純化のため、同じく人口要因である「人口増減」の影響を除くと）「診療報酬改定」＋「その他」＝0となるため、技術進歩等による医療費の増加を認めず、「その他」の伸びを抑えるか、「その他」の伸びを「診療報酬改定」の引き下げによって相殺することになる。実際には、本来は「高齢化」による増加と見なされる分も抑制せざるを得なくなり、それが分析上は「その他」の低い伸びに表れることになる。近年、「その他」の伸びが鈍化傾向を続けてきたことや、診療報酬本体と薬価等を合わせるとマイナス改定が続いていることに、こうした方針の影響がはっきりと示されている。

## 8. おわりに

本稿では、2000年代初めから半ばにかけてわが国で議論が白熱した伸び率管理の経緯を振り返るとともに、諸外国での予算制の事例についても紹介しながら、医療費を管理する仕組みの問題点を検討してきた。

医療費について、適切に使われているかという検討は常に求められるものだが、それは臨床現場の視点に立ってなされるべきものであり、財政的な観点から頭ごなしに管理しようとしても、決してうまくいかないし、むしろ深刻な弊害を生む。財務省が提案している医薬品予算制や医療費給付率調整といった手法は国民皆保険を揺るがすものであり、適切ではない。

医療費に対して、何らかの形で予算上の枠をはめようとする議論が後を絶たないが、そのことを十分に認識すべきである。