

「医療版マクロ経済スライド」の検討

なし崩し的に増大する保険料・公費負担への制度対応が必要

政策調査部
シニアエコノミスト 神田 慶司

[要約]

- 経済や人口動態に応じて医療保険の給付率を自動調整する仕組み(医療版マクロ経済スライド)の導入検討が、自民党小委員会や財政制度等審議会で提起された。今年の骨太方針でも、保険給付率と患者負担率のバランスに着目した記述が盛り込まれる公算が見えてきた。
- 医療版マクロ経済スライドは、各種制度改革によって医療費を合理的に抑制した上で、それでも給付費の伸びが経済・人口動態を踏まえた伸びを上回る場合、超過分の伸びの一部を保険料率の引上げ以外で自動調整するという発想に基づく仕組みである。
- 医療版マクロ経済スライドに対しては、患者負担が過大になることや、患者負担率が頻繁に変わることなどが懸念されている。だが、患者負担が過大になることはもちろん問題だが、保険料負担等が過大になることも同様に問題である。また、基準とするマクロ経済指標を数年の平均としたり、毎年の給付率調整の規模に上限を設けて数年間で必要な調整を行ったりするなど、技術的な工夫は可能である。
- 国民皆保険を維持するための自助・公助・共助の適切なバランスについての議論が進んだとはいいいにくい。将来にわたる負担構造のあり方について青写真が示されておらず、結果として保険料率は上昇を続け、財政赤字解消の目途もたっていない。医療保険制度の持続可能性を高めるためにどのような仕組みが必要か、具体的に現実的な検討を進めるべきだ。

1. 「医療版マクロ経済スライド」とは

① 自民党小委員会と財政審で医療保険の給付率調整の仕組みが議論に

高齢化や医療技術の高度化・高額化などにより、医療費は経済成長率を上回るペースで増加している。2015年度における国民医療費は42.4兆円と、過去20年間で1.57倍に増加した。医療費のうち患者負担分以外は保険料と公費（税、税が不足していれば財政赤字）で賄われるが、保険料や税の賦課ベースといえる名目GDPは同期間で1.03倍にしか増加していない。結果として保険料率の上昇や財政赤字の拡大といった形で国民負担が増加している。シリーズレポートNo.2で取り上げたように、医療費の抑制は経済・財政一体改革の重要課題に位置付けられており、医療提供体制の効率化や給付の適正化・重点化、健康増進・疾病予防等へのインセンティブの強化、負担能力に応じた公平な負担などについて検討・実施されている。

こうした中、自民党「財政再建に関する特命委員会 財政構造のあり方検討小委員会」（以下、自民党小委員会）は、新しい財政健全化計画に向けて2018年3月29日に中間報告書を取りまとめた。社会保障分野では、(1)「人生100年時代」に相応しい社会保障制度の構築、(2)現役世代への支援強化、(3)国民皆保険を持続可能とするための取り組み、(4)自助と共助の役割分担の再構築、(5)効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取り組みを支援、(6)医療・介護の質及び生産性の向上、について検討し、実現の工程を具体的に定め、着実に成果を上げていくことが不可欠とされている。これら6つの改革項目のうち、(3)に関する施策の1つとして、「経済成長や人口動態を踏まえた被保険者の負担能力に応じて、患者への給付率の調整（定率・定額負担、負担上限、免責等）をルールに基づき定期的に行う仕組みを導入する」ことが中間報告に盛り込まれた。

また政府内部においても、財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会が「新たな財政健全化計画等に関する建議」（2018年5月23日）において、給付率を自動的に調整する仕組みの導入を提言した。具体的には、「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である」と述べられた。

以上のような政党内部や政府内部での議論が、与党・政府の政策として現実のものとなるか現時点では予断を許さないが、6月5日に開催された経済財政諮問会議（議長は内閣総理大臣）では2018年度の骨太方針（「経済財政運営と改革の基本方針2018（仮称）」）の原案について議論がなされ、骨太方針に次の一文が盛り込まれる見込みであることが明らかにされた。すなわち、「医療費については、これまでも、その水準を診療報酬改定等によって決定するとともに、その負担について、随時、保険料・患者負担・公費の見直し等を組み合わせて調整してきたところ。支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を

検討する。」

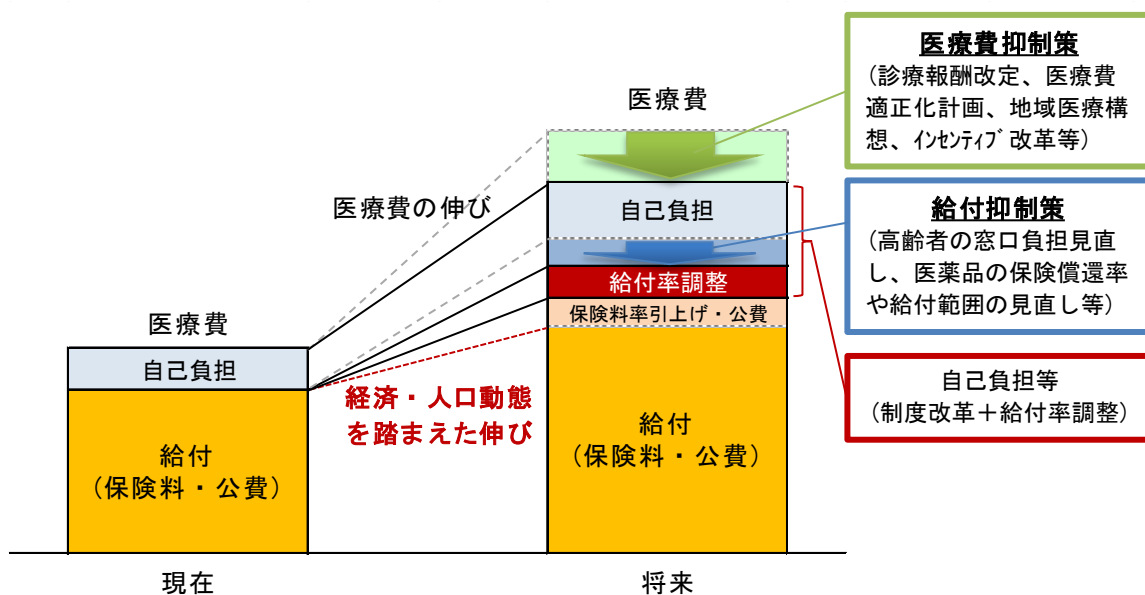
実際にルールによる給付率調整を行うことになるのであれば、その制度設計については幅広い議論と検討が必要であり、紆余曲折が必至だろう。だが、議院内閣制の下で閣議決定を経ることになる文書（骨太方針）で保険給付率と患者負担率のバランスに注目すると述べられることの意味はかなり大きい。

公的年金制度には、現役世代の減少と平均余命の伸びという人口動態に起因する年金財政の悪化要因に対応して、一定期間、毎年の実質給付額を自動的に引き下げる「マクロ経済スライド」と呼ばれる仕組みがある。自民党小委員会や財政制度等審議会で提言された施策は、年金のマクロ経済スライドのように給付水準を一定のルールに基づいて調整する仕組みであることから、「医療版マクロ経済スライド」と呼ばれることがある。医療費の増加の大きな要因の一つは高齢化だからである。そこで本稿でも、この仕組みを医療版マクロ経済スライドと呼ぶことにする。

② 経済・人口動態を踏まえた保険給付費の伸びの超過分をどう分担するか

現在の医療保険制度は、制度の支え手である現役世代の人数が減少したり、所得が伸び悩んだりしても、高齢化や医療の高度化・高額化などによって医療給付費が増加すれば、そのすべてを保険料と公費の負担者に負わせる構造になっている。政府は国民負担が過重にならないように、長年にわたって医療の適正化や効率化、重点化、生活習慣病予防の推進、利用者負担割合の引上げなどに取り組んできた。だが、現役世代の保険料率や公費負担 GDP 比の上昇に歯止めをかけるには至っていない。

図表1 「医療版マクロ経済スライド」による給付率の自動調整（イメージ図）

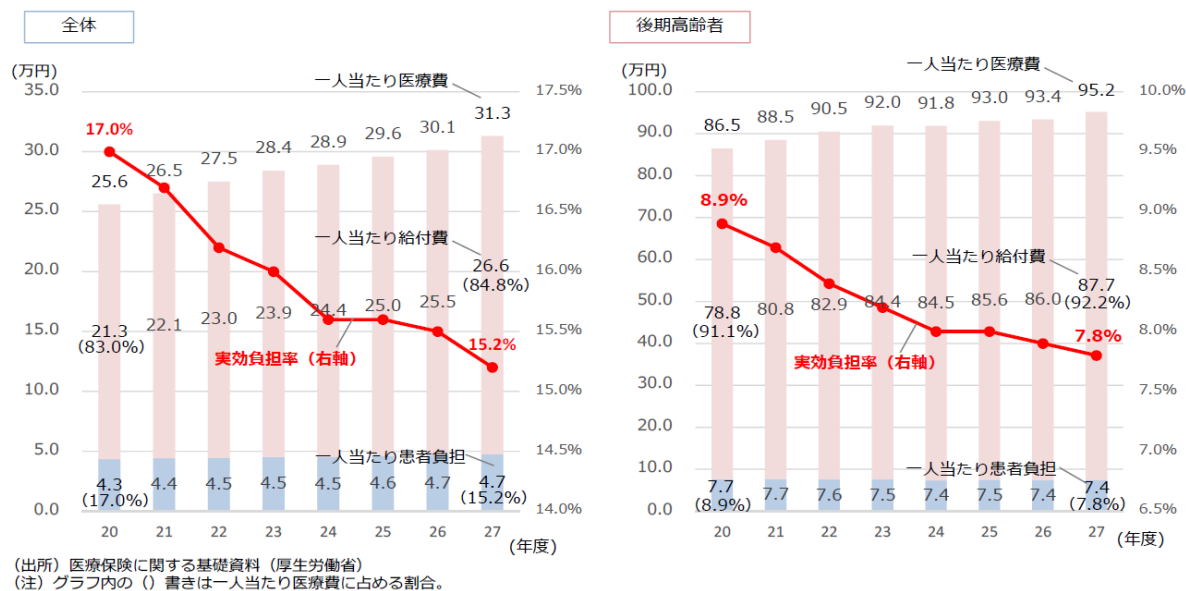


（出所）大和総研作成

医療版マクロ経済スライドは、図表 1 で示したように、各種制度改革によって医療費や給付費を合理的に抑制した上で、それでも給付費の伸びが経済・人口動態を踏まえた伸びを上回る場合、超過分の伸びを何らかのルールに基づいて自動調整する仕組みである。もちろん、超過分の伸びの一部は、これまでのように保険料率の引上げや公費によって賄われることになるだろう。それは保険料率の引上げ余地がどれだけ残されているのか、あるいは、消費税収など公費を増やしていける余地がどれだけあるのかにかかっている。少なくともそうした余地が無限にあるはずはないことから、経済等の伸びを超過する分の保険給付の一部を患者負担や診療報酬（保険の償還価格）などで調整するという発想が医療版マクロ経済スライドの意味するところであると考えられる。

医療版マクロ経済スライドによって患者の自己負担率が引き上げられるとすれば、保険給付率がその分だけ引き下げられるということに他ならないが、保険給付率が絶対的な意味で引き下げられることになるとは限らない。むしろ図表 2 に見るように、実際には患者の実効負担率は低下（従って実効給付率は上昇）しており、実効負担率と実効給付率のバランスが問題である。医療機関での窓口負担は患者にとってはまさしく負担（医療サービスの購入費用）であるが、それを結果的に軽減させるだけの国民負担（保険料と公費）が増大したことになる。超高齢社会では国民負担を引き上げざるを得ないが、そのペースを制度の支え手の負担能力並みに抑えることができれば、医療保険制度の持続可能性が高まる。

図表 2 実効負担率と一人当たり医療費、患者負担の推移



(出所) 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)

以上から明らかなように、医療版マクロ経済スライドは医療費の増加全体を経済との対比で抑制しようというものではない。医療費そのものについては、医療費適正化計画や診療報酬改定を通じた措置、必要な制度改革によって合理的な水準とすることが最も重要である。医療費そのものの増加を各種の施策によって十分にマネージできれば、医療版マクロ経済スライドの出番はない。ただ、そうした努力によっても医療費が増加した際、それをすべて保険料と公費

だけで負担することが制度の持続可能性を低下させるとすれば、一部を患者負担などにも割り振ることが検討に値するのではないかということである。

逆に言うと、医療版マクロ経済スライドを措置することは、必要な改革を怠れば保険給付率が低下することになるから、改革を進めるインセンティブになりうる。また自己負担割合が上昇すれば、不要な受診が抑えられたり、セルフメディケーションの考え方が広がったりすることで、医療費を合理的に抑制できるかもしれない。

2. 2000年代に行われた医療費の抑制目標に関する議論

① 2005年に経済財政諮問会議で提言された「社会保障給付費の伸び率管理」

医療版マクロ経済スライドは医療費の増加全体を経済との対比で抑制しようという発想ではないが、一定のルールに基づき医療費の伸びを抑制する仕組みについて、2000年代に政府内で検討されたことがある。

すなわち、2001年6月、当時の小泉純一郎内閣が閣議決定した「経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針2001」（骨太2001）には、「医療費、特に高齢化の進展に伴って増加する老人医療費については、経済の動向と大きく乖離しないよう、目標となる医療費の伸び率を設定し、その伸びを抑制するための新たな枠組みを構築する」ことが盛り込まれた。今回の医療版マクロ経済スライドは医療保険の給付率（医療給付費の伸び率）に着目したものだが、骨太2001は高齢者の医療費総額そのものの伸び率が照準だった。

骨太2001のときには医療費総額を抑制する仕組みは結局実現しなかったが、2005年4月27日と6月1日に開かれた経済財政諮問会議において、民間議員から社会保障給付費の伸び率管理に関する提言がなされた。これは、医療だけではなく、介護や年金などを含む給付費総額¹の伸び率を名目GDP等のマクロ指標の伸びの範囲に収めるように管理すべく、制度改革を行うというものである。「名目GDPは経済の規模であり、いかなる歳出も、未来永劫これを超えて伸び続けることは不可能」であり、「わが国経済の“身の丈”に合った制度でなければ、持続可能ではない」ため、「社会保障の規模（伸び率）は、負担を十分に考慮して選択すべきである」というのが当時の議論だった。

その際、マクロ経済指標の一例として「高齢化修正GDP」が提案された。これは、名目GDP成長率に高齢化要因（ $(65\text{歳以上人口の増加数} \times 1/2) \div (\text{前年度の総人口})$ ）を加味した指標である。2002年度において社会保障給付費の約半分を占めていた年金については、マクロ経済スライドが2004年の制度改革で導入された。そのため、年金を除いた社会保障給付費の伸び率を管理するという意味で、高齢化要因の式に1/2が乗じられた。

そこで、その後の期間も含めて、社会保障給付費と高齢化修正GDPの長期推移を図表3で示

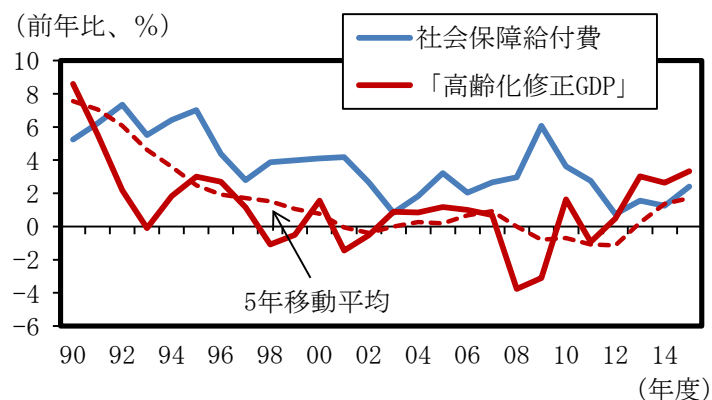
¹ 医療、介護、年金のほか、生活保護など社会扶助給付などが含まれる社会保障給付費であり、2015年度で115兆円。

した。社会保障給付費の伸び率は、目標とする高齢化修正 GDP の伸び率をほぼ一貫して上回っている。特に 2009 年度は、2008 年 9 月のリーマン・ショックを契機とした世界経済の急速な悪化を受けて 2 年連続でマイナス成長したこともあり、社会保障給付費の伸び率は高齢化修正 GDP を 9.2%ポイント上回った。このように、1 年ごとの GDP 成長率を単純にマクロ指標として利用すると、目標となる伸び率は短期的な景気循環の影響を受けて大きく変動することになるため現実の政策としては無理がある。仮に、社会保障が特に必要とされる深い景気後退局面であるほど社会保障給付を抑制しなければならないとすれば、それは経済の不安定さや景気後退を増幅させることになるだろう。

そこで、例えば図表中の点線で示すように高齢化修正 GDP の伸び率を 5 年移動平均とすると、毎年の変動はある程度抑えられる。短期的な景気変動やインフルエンザの流行など短期的な医療需要の変動という問題については、ある程度の期間全体として給付率調整を行うことが技術的な解決策になりうる。

なお、5 年移動平均としたとしても、社会保障給付費の伸び率の点線からの超過幅は 1990 年代半ば以降で年平均 4%ポイント程度とかなり大きい。社会保障給付費の 4%分とは、1995 年度で GDP 比 0.5%、2005 年度で同 0.7%、2015 年度で同 0.9%に相当する。これほどの規模の給付削減を継続的に実施することはもともと困難だったといえるが、必要な改革が進められなかったからこそ社会保障給付費が大きく増えてしまったという面もあるだろう。

図表 3 社会保障給付費と「高齢化修正 GDP」の推移



(注) 高齢化修正GDP=名目GDP成長率+{(65歳以上人口の増加数×1/2)÷(前年度の総人口)}

(出所) 内閣府、総務省、国立社会保障・人口問題研究所統計より
大和総研作成

② 「社会保障給付費の伸び率管理」から医療費適正化計画へ

2005 年当時の厚生労働省は、民間議員から提言された社会保障給付費の伸び率管理について、特に医療費に適用することに対して否定的な考えを示した。2005 年 6 月 1 日に経済財政諮問会議に提出された厚生労働省資料では、「医療費の伸びは医療の高度化や地域の受診行動等によって左右され、その伸びには経済成長率と連動しない要素がある」「GDP に連動した医療費の伸びの管理は、現に行われている医療に混乱をもたらす」「これまで行ってきた患者一部負担の引上

げや診療報酬改定による抑制は一時的な抑制効果しか持たないため、自然増による医療費の伸び自体を抑制する構造的な対策が必要」「医療費の水準には都道府県ごとに大きな格差があり、これは地域における医療提供体制の状況、保健事業及び介護サービスの実施状況等とも関連がある」として、機械的な伸び率管理には様々な問題があることが述べられた。その上で、医療費の総額について全国単位で目標を設定し、その目標を踏まえて都道府県ごとに計画を定め、医療費の自然増を中長期的かつ構造的に抑制する政策を展開することにより、医療費の伸びを計画的に抑制すべきであるとした。

小泉内閣はこうした厚生労働省の考え方に沿う形で、医療制度改革の枠組みを固めた。2005年6月21日に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」では、「社会保障給付費の伸びについて、特に伸びの著しい医療を念頭に、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずることとする。上記目標については、国民が受容しうる負担水準、人口高齢化、地域での取組、医療の特性等を踏まえ、具体的な措置の内容とあわせて平成17年中に結論を得る。その上で、平成18年度医療制度改革を断行する」ことが盛り込まれた。

医療費の伸びを適正化する中長期的な対策は2006年度医療制度改革において具体化され、2008年度からスタートしたのが医療費適正化計画である。医療費適正化計画は、まず国において作成の基本方針である医療費適正化基本方針を定め、これに即して各都道府県が都道府県医療費適正化計画を作成する。計画には健康維持や医療の効率的な提供の推進に関する取組目標が設定されるとともに、計画期間の医療費の見通しが示される²。計画の実効性を高めるため、進捗状況の評価や、計画期間終了後の実績の評価などが行われる。各都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、目標達成に向けて計画を推進することにより、結果として医療費の伸びの抑制が図られるという点でボトムアップ型の取り組みといえる。

③ 形骸化する医療費見通しの評価と医療費抑制効果の限界

しかしながら、医療費適正化計画が始まった2008年度以降の取り組み状況を見ると、医療費見通しの評価は実質的に形骸化していると言わざるを得ない³。医療費適正化計画では、適正化の取り組みが織り込まれた医療費見通しと自然体での見通しを推計し、計画の中間年度及び最終年度の翌年度にそれぞれ評価を行うこととされているが、第1期医療費適正化計画（2008～12年度）における評価は、実績値と推計値の表面的な比較にとどまった。評価を実効的に行うのであれば、医療費見通しを作成する際に想定された経済状況や医療の単価が実績に比べてど

² 医療費適正化計画は2008～12年度を第1期、2013～17年度を第2期としており、第3期では2018年度から2023年度までの6年間の計画期間とされた。第2期の取組目標は「平均在院日数の短縮」と「特定健診等の実施率の向上」が柱だったが、第3期では新たに「糖尿病の重症化予防の取組」「後発医薬品の使用促進」「医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）」が盛り込まれた。

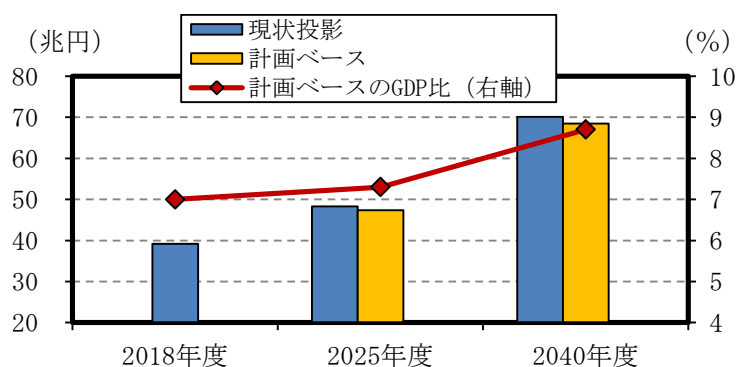
³ 医療費適正化計画における医療費見通しの評価の問題などについては、石橋未来「医療費適正化計画は地域の課題を解消するか」（大和総研レポート、2018年6月4日、https://www.dir.co.jp/report/research/policy-analysis/social-securities/20180604_020129.html）を参照。

のように異なったのか、違いがあるとすればそれを調整した医療費見通しは実績と比べてどの程度乖離したのか、乖離があれば適正化の取り組みのどこが十分でなかったのかなどについて検討し、それらの結果を今後の取り組みに反映させることが少なくとも求められよう。

さらに、2018年度から始まった第3期医療費適正化計画の実現を前提条件の一つとした直近の政府試算（2018年5月21日の経済財政諮問会議に提出された内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省による将来推計における「計画ベース」）では、医療給付費の伸びが経済成長率を長期に上回ると推計されている。医療費適正化計画の推進は、医療の質を維持しつつも一人当たり医療費の「水準」の低下が期待されているが、他方で医療費の毎年の「伸び」は高齢化や医療技術の高度化・高額化等によって長期に続くと思込まれているためである。

図表4で示したように、当該政府試算の「計画ベース」シナリオにおける給付費のGDP比は、2040年度で8.7%まで上昇すると見込まれている（現在は7.0%）。一方、医療費適正化計画等を織り込まず、医療サービスの足元の利用状況をもとに機械的に計算された「現状投影」シナリオは2040年度で8.9%と、両シナリオの乖離幅はGDP比で0.2%ポイントである。金額ベースでは1.6兆円の乖離であり、2040年度で70.1兆円と見込まれている「現状投影」シナリオの給付費が2.3%抑制される効果を現在進められている各種の施策は有すると見込まれている。この効果の規模は決して小さくないが、同シナリオの給付費は2018年度から2040年度まで年率2.7%で増加する見込みである。2040年度の給付費を2.3%抑制するという事は、年率2.7%の伸びを2.6%に引き下げる程度にとどまるということも指摘しておきたい。

図表4 政府による医療給付費の将来推計（2018年5月公表）



(注) 経済前提は「ベースラインケース」、医療の単価の伸び率は「賃金上昇率と物価上昇率の平均+0.7%」とする仮定を利用。「計画ベース」とは第3期医療費適正化計画と地域医療構想が織り込まれたシナリオ。

(出所) 平成30年第6回経済財政諮問会議資料より大和総研作成

第3期医療費適正化計画では、後発医薬品の普及や特定健診等の実施、重複投薬の是正等、既に盛り込まれている方策のほか、計画期間中にレセプト（診療報酬明細書）データ等の分析を継続的に行うなどして、効果があると認められる取り組みの追加を検討することとされているため、適正化効果は現在の推計結果よりも大きくなる可能性がある。だが、2005年に経済財政諮問会議の民間議員から示された「所得の伸びを越えて、負担が伸び続けることは不可能」「社会保障の規模（伸び率）は、負担を十分に考慮して選択すべき」といった問題意識に応える

形で導入された医療費適正化計画が十分に応えられていないことは、計画が始まった 2008 年度以降の医療費の推移や、政府による最新の将来推計からも明らかであると思われる。医療費適正化計画を通じた取り組み以外にも、様々な改革がその後に進められてきたが、膨張する医療費の課題は大きく残ったままである。それぞれの現場の状況に応じて改革を積み上げるボトムアップ型の取り組みだけでなく、医療費の負担構造を経済や人口動態に合わせて調整するトップダウン型の仕組みの必要性がますます高まっているのではないかと。

3. 医療版マクロ経済スライド導入の意義

① 医療版マクロ経済スライド導入に関する機械的試算

自民党小委員会の中間報告書では医療版マクロ経済スライドについて、「経済成長や人口動態を踏まえた被保険者の負担能力に応じて、患者への給付率の調整（定率・定額負担、負担上限、免責等）をルールに基づき定期的に行う仕組み」と述べられたにとどまる。財政制度等審議会の建議書も、給付率を自動調整するための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」と提案した段階であり、具体的な制度設計について言及しているわけではない。2018 年の骨太方針が原案通りに決まるとしても、保険給付率と患者負担率のバランスの見える化を含め検討はまさにこれからである。

そこで最後に、前掲図表 3 の「高齢化修正 GDP」を参考に、経済成長や人口動態を踏まえたマクロ経済指標を作成し、医療版マクロ経済スライドを導入する場合の給付率などへの影響について検討してみたい。

まず、毎年度のマクロ経済指標の伸び率（前掲図表 1 の「経済・人口動態を踏まえた伸び」に相当）は、「名目 GDP 成長率に人口動態要因（人口動態のみが反映された実効給付率の伸び）を加えたもの」と定義する。人口動態要因については、前年度の年齢階級別一人当たり医療費・給付費それぞれに当年度の人口を掛け合わせて算出した実効給付率の、前年度実績からの変化率を利用する⁴。マクロ経済指標の伸び率に対する人口動態要因の寄与度は、過去 10 年では概ね年 0.1%ポイント前後である。

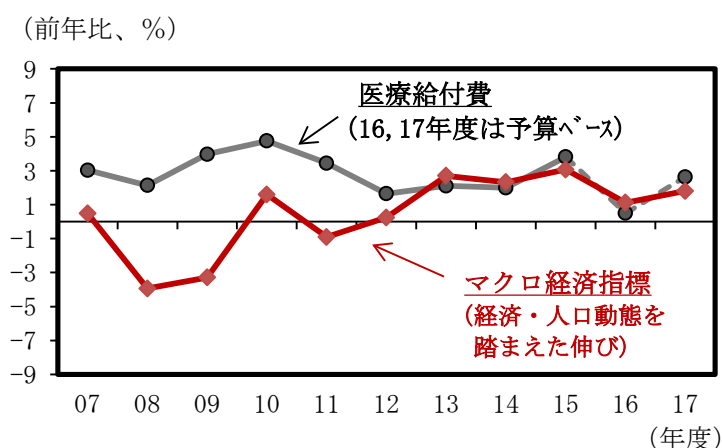
2007～17 年度における医療給付費とマクロ経済指標の伸び率を図表 5 に示したが、第二次安倍晋三内閣が発足した直後の 2013 年度以降、医療給付費は概ねマクロ経済指標並みの伸びに収まっている。すなわち、仮に医療版マクロ経済スライドがこの時期に導入されたとしても、給付率調整は現在までほとんど実施されなかったことになる。ここには、その間の経済の好転と医療給付費に関する様々な改革の推進の双方の効果が存在しているだろう⁵。

⁴ 一人当たり医療費・給付費は保険制度計。2016、17 年度の実効給付率は 2015 年度の一人当たり医療費・給付費の実績に将来推計人口を乗じることで試算。

⁵ ただし、この間も保険料率は上昇し、公費負担も増加傾向にあった。単純なマクロ経済指標では賃金や賃金以外の家計所得、労働分配率などの動向がうまく反映できない面がある。そうだとすれば、どのような指標を基準とするのが適切か、幅広い検討が必要だろう。

ただし、給付率調整が不要である状況が今後も続くと思込むのは楽観的である。2013年度以降の日本経済は戦後二番目に長い景気拡張期にあたるため、経済成長率は通常よりも高い水準にあったといえる。また、2012年度から始まった社会保障・税一体改革や2013年12月に施行された社会保障制度改革プログラム法⁶、そして2016年度から実行段階に入った経済・財政一体改革を通じて、医療保険制度は不断の見直しが行われてきた。ひとたび景気が悪化したり、制度改革の流れが止まったりすれば、医療給付費の伸びがマクロ経済指標を上回ることは十分に考えられる。

図表5 医療給付費とマクロ経済指標（試算）の伸び率



(注) マクロ経済指標の伸び率 = 名目GDP成長率
+ (人口動態のみ反映した実効給付率の伸び)
(出所) 内閣府、総務省、国立社会保障・人口問題研究所統計
より大和総研作成

② 制度の工夫次第で導入は可能

医療版マクロ経済スライドに対して、厚生労働省は2018年4月19日の社会保障審議会医療保険部会に提出した資料で、「患者の受診行動や家計といった医療や生活の実態が考慮されず、患者負担が過大になるおそれがある」「インフルエンザの流行や新薬の導入などの一時的要因で変動する医療費や、景気の変動等に応じ、頻繁に患者負担が変わり、将来の医療に対する国民の安心を損ねるおそれがある」と慎重な姿勢を示した⁷。

だが、こうした課題は制度を工夫することで対応が可能ではないだろうか。先述したように、マクロ経済指標の伸び率を移動平均とするなど、ある程度の期間全体として給付率調整を行うことが技術的な解決策になりうる（前掲図表3）。また、短時間で患者負担が急激に増加しないように、毎年の給付率調整の規模に上限を設け、それを超えた未調整分は翌年度以降にキャリアオーバーすることが考えられる⁸。マクロ経済指標が給付費の伸びを上回るときなどに繰越分

⁶ 正式名称は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」

⁷ 第111回社会保障審議会医療保険部会資料「医療保険制度に関する主な論点」(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000204023.pdf)

⁸ 本文で例示したキャリアオーバーの仕組みは、公的年金制度のマクロ経済スライドにおいて2018年度に導入されたキャリアオーバーに似た考え方である。

を調整すれば、患者負担への影響を平準化することができる。そもそも、医療給付費の伸びがマクロ経済指標の伸びを上回る分のすべてを給付率調整する（患者負担を引き上げる）のではなく、上回る分を保険料、公費、患者負担、診療報酬改定等などのように割り振るかルール化しようというのが医療版マクロ経済スライドの発想である。患者負担が過大になったり医療産業の利益率が不当に低下したりすることはもちろん問題だが、保険料負担が過大になることも同様に問題である。患者負担等と保険料負担をどのように組み合わせるのかというバランスが重要であり、そうした観点からのデータや試算を提示した上でなければ建設的な議論は進まないのではないかと思われる。

③ なし崩し的に増大する保険料・公費負担への制度対応が必要

安倍内閣が進めている経済・財政一体改革は、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（2015年6月30日閣議決定）において、「自助を基本に公助・共助を適切に組み合わせた持続可能な国民皆保険」を基本理念の1つとして取り組むとされた。さらに、「少なくとも、社会保障における次世代への負担の先送りを拡大させないようにする」と述べられた。

だが、これまでの医療制度改革を振り返ると、国民皆保険を持続可能にするための自助・公助・共助の適切なバランスについての議論が進んだとはいいいにくい。将来にわたる負担構造のあり方についての青写真が示されないままに個々の改革が漸進的に行われ、結果として公助・共助がなし崩し的に増大している（財政赤字解消の目途がたたず、また、保険料率は際限ない上昇を続けている）印象を受ける。政府による医療給付費の将来推計が示すように、医療費の適正化が計画通り進められる「計画ベース」の見通しでも、医療給付費のGDP比は上昇が続く見込みである（前掲図表4）。この傾向は、経済成長率と物価上昇率がより楽観的な経済前提に基づいた将来見通しでも基本的に変わらない。

医療版マクロ経済スライドの導入の検討には様々な意見があるだろうが⁹、医療保険制度の持続可能性を高め、国民皆保険を維持することには筆者を含め多くが賛同しているだろう。そのためになにが必要か、具体的で現実的な検討を進めることが求められている。

⁹ 医療の供給サイド（診療側）からはすでに反対する声が聞かれている。また医療費の支払側からも、2018年4月19日に開催された社会保障審議会医療保険部会において佐野委員（健康保険組合連合会副会長）が、医療費の動向に応じて給付率を調整する考え方については慎重な検討を要する旨の発言を行っている（ただし、佐野委員は、医療保険全体として実効給付率が年々上昇していることには何らかの対応が必要とも発言している）。なお、日本経済団体連合会は5月15日に「持続可能な全世代型社会保障制度の確立に向けて一当面の制度改革に関する意見―」と題する提言を発表したが、そこでは医療版マクロ経済スライドには触れられていない。