

高齢化以上に増加する医療費

将来の医療費は医療の高度化や非効率への対応次第で大きく変わる

パブリック・ポリシー・チーム
シニアエコノミスト 神田 慶司

[要約]

- 現行の制度や医療サービスの需給構造を維持した場合、2040年度の医療費は経済規模対比で現在の1.5倍近くに増加すると見込まれる。近年の医療費の伸びのうち、高齢化要因で説明できるのは半分程度にすぎない。高齢化以外に要因による医療費の増加を抑えることができれば、将来の医療費の姿は大きく変わる。
- 医療費が高齢化を上回るペースで増加する原因として、技術進歩による単価上昇や医療サービスの非効率性などが指摘されている。だが、これまで詳細な分析は行われてこなかった。安倍内閣が進める経済・財政一体改革ではその実態を明らかにし、効果的な施策を検討しようとしている。
- 厚生労働省が最近公表した分析によると、高齢化以外の要因による医療費の増加に最も寄与したのは調剤であり、特に薬剤料が押し上げている。今後本格導入のための検討が進められる薬価の費用対効果評価の対象を一部の高額薬剤や高額機器だけでなく、それ以外にも積極的に広げることや、薬価改定の頻度の見直し、機能する「かかりつけ薬局」制度の普及と調剤技術料の見直しなどが求められよう。

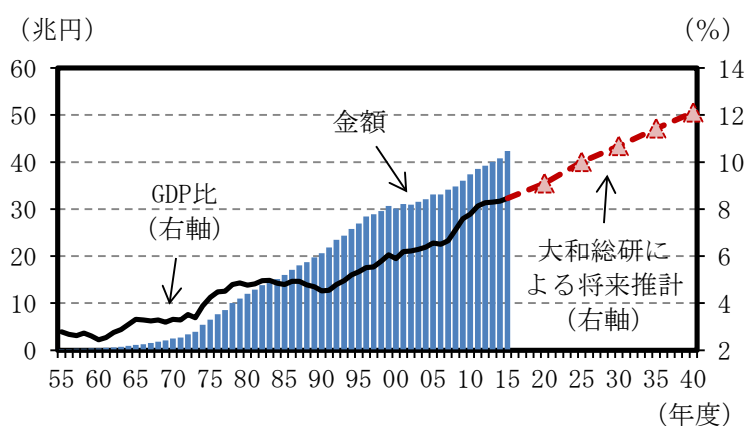
1. 増嵩する医療費

① 自然体で見通すと 2040 年度の医療費は現在の 1.5 倍近くに増加

安倍晋三内閣は、2020 年度までに国・地方の基礎的財政収支を黒字化させるための経済・財政一体改革に取り組んでいる。中でも構造的な財政赤字の主要因である社会保障の分野では、医療の質を下げずに費用を抑えることが重要課題である。1990 年度に 20 兆円を超えた国民医療費は 2014 年度には 41 兆円に達した。その間に名目 GDP は 1.1 倍の増加にとどまっており、経済規模と比べれば医療費の増加がいかに著しいかが分かる。仮に医療費が増えることが問題でないとしても、その費用を誰がどう負担するかは別問題である。制度を支える現役世代の保険料負担がますます重くなっており、政府の財政赤字（将来世代の負担）を拡大させている。2014 年度の保険料負担は 20 兆円と 1990 年度から 1.7 倍に、公費負担は 16 兆円と 2.5 倍に増加した。

現行の制度や医療サービスの需給構造を維持した場合の将来推計を行うと、医療費は今後も経済成長を上回るペースで長期に増加すると見込まれる（図表 1）¹。2014 年度に GDP 比 8.3% だった国民医療費は、2025 年度に 10% 程度、2040 年度に 12% 程度へ上昇するだろう。これは 2040 年度の医療費が経済規模対比で現在の 1.5 倍近くに増加するということであり、金額で表せば 60 兆円程度に相当する。

図表 1 国民医療費の将来推計（現行制度を前提）



(注) 2015年度の国民医療費は概算医療費の伸び率から推計。

(出所) 厚生労働省、内閣府統計より大和総研作成

周知のように、医療費の増加の要因の 1 つは高齢化である。病気にかかりやすく、また、重度化しやすい 65 歳以上人口が総人口に占める割合（高齢化率）は 2014 年で 26% と、1990 年（12%）から約 2 倍に上昇した。65 歳以上の 1 人当たり医療費は 65 歳未満の 4 倍（2014 年度）であるから、高齢者割合の上昇が現役層の負担に与える影響は極めて大きい。国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によると、65 歳以上人口は 2060 年に 3,460 万人（高齢化率は 40%）に達すると見込まれており²、高齢化による医療費の増加圧力は今後も長期にわたってかかり続ける。

¹ 将来推計の前提や推計方法などについては、神田慶司「社会保障と財政の長期見通し」（大和総研レポート、2015 年 9 月 17 日、http://www.dir.co.jp/research/report/japan/mlothers/20150917_010141.html）を参照。

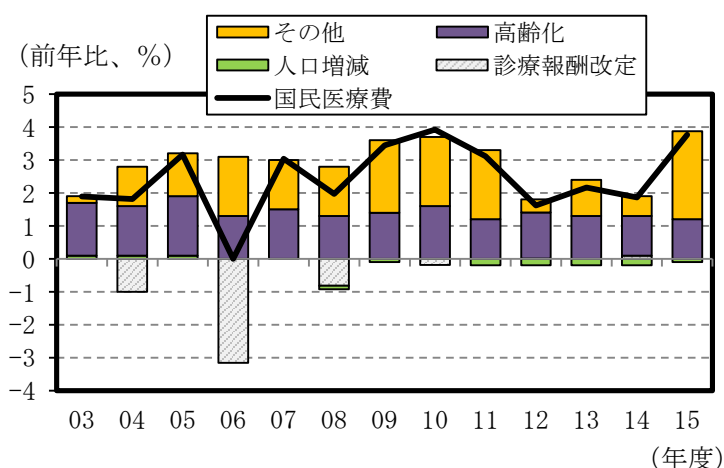
² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」における出生中位（死亡中位）

② 医療費の伸びのおよそ半分は高齢化以外の要因

ただし、ここで留意しなければならないのは、近年の医療費の伸びのおよそ半分は高齢化に起因するものではないということである。一般に、病気やケガのリスクは加齢とともに高まるため、高齢化で医療費の総額が増加することは避けられない面がある。しかし医療費の膨張は、高齢化以外の要因も大きいのである。費用対効果を高めることを追求し、医療提供体制の効率化を進めることができれば、図表 1 で示した将来の医療費の姿は大きく変わる。そこで本稿では、経済・財政一体改革でも検討が進められている高齢化要因以外の医療費の伸びの抑制について検討する。

国民医療費の伸びを「診療報酬改定」「人口増減」「高齢化」「その他」の 4 つの要因³に分けて示したのが図表 2 である（2015 年度は概算医療費⁴）。診療報酬改定と人口動態では説明できない様々なファクターが含まれる「その他」の要因により、過去 10 年間（2006～15 年度）で医療費は年率 1.6%pt ほど押し上げられた。これは高齢化要因（同 1.4%pt）を上回る。仮に、同時期の医療費が人口動態と診療報酬改定のみによって増減したと仮定すると、2015 年度の医療費は 6 兆円ほど少なかったと試算される。

図表 2 国民医療費の要因分解



(注) 2015年度は概算医療費。要因分解は厚生労働省による。
(出所) 厚生労働省統計、同資料より大和総研作成

安倍内閣の財政健全化計画である「経済・財政再生計画」では、2016～18 年度における国の社会保障関係費の実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸び（1.5 兆円程度）に抑え、2020 年度に向けては、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指すとしている。すなわち、医療費の伸びのうち高齢化以外の「その他」要因をいかに抑えられるかがポイントになっている。

推計。

³ 要因分解は厚生労働省による。

⁴ 概算医療費とは審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で処理されたレセプト（診療報酬明細書）データを集計した医療費であり、国民医療費よりも速報性が高い。全額自己負担の医療等が含まれていないが、国民医療費の 98%程度をカバーしているため、両者の伸び率はおおむね一致する。

③ 「その他」要因の「見える化」

「その他」要因の考察を、高齢化と人口増減の要因を除いたベースで行うとすれば、年齢構成を調整した 1 人当たり医療費の増加要因を考えればよいことになる。それはなぜ増えているのだろうか。

真っ先に指摘されているのが医療の高度化である。医療技術の進歩によって治癒しなかった疾病が治癒したり、治療期間が短縮したりすることは喜ばしいことだが、半面、新しい技術を取り入れた治療法や薬剤は高額になることが多く、1 人当たり医療費の増加要因になる。厚生労働省「医療費の動向調査」によると、過去 10 年間（2006～15 年度）で受診延日数は年率 0.5% 減少したが 1 日当たり医療費は同 3.0% 増加した。

また、医療サービスの非効率性も指摘できるだろう。わが国では医療機関へのフリーアクセスが認められており、誰もが低廉な自己負担で自由に医療サービスを購入できるため、必要のない受診や重複受診、頻回受診を招きやすい素地が需要側にある。また、供給側で医療機関が仮に過剰にサービスを提供したとしても、ほとんどの患者は医療の専門知識がないため医療サービスを購入しすぎていることに気付くのは難しい。

「その他」要因は人口動態以外の様々な要因が含まれたものであり、詳細な分析がこれまで十分には進められてこなかった。この点、経済・財政一体改革では「その他」要因の「見える化」に取り組んでいる⁵。「見える化」とは、データを分析して実態を明らかにし、課題の所在を見えやすくする取組みである。専門家でなくとも分かるように情報が整理されれば、課題を解決しようとする動きが社会のあちこちで生まれ、改革への理解が深まり、ボトムアップで改革が進むと期待されている。

これに関連して、2016 年 9 月 15 日に開催された経済・財政一体改革推進委員会の社会保障ワーキング・グループでは、厚生労働省から「その他」要因の分析結果が示された⁶。図表 3-1 はその中から診療種別の要因分解をまとめたものである。年ごとの変動が大きいため過去 5 年間（2011～15 年度）の伸びを均して見ると、「その他」要因全体は 1.4%pt であり、このうち「調剤」が 0.8%pt、「外来」が 0.4%pt、「入院」が 0.2%pt、「歯科等その他」が 0.1%pt である（年率寄与度）。

国民医療費に占める割合が 2 割弱に過ぎない調剤の寄与が最も大きく、調剤の中でも主に薬剤料が費用を押し上げている（図表 3-2）。2015 年度の概算医療費は 3.8% 増加したが、報道によると、このうち 1%pt 程度は高額薬剤の使用増加分だったという⁷。2 年に 1 度の薬価改定（直近は 2016 年度）では毎回引下げが実施されており、後発医薬品の普及が進められているが、新

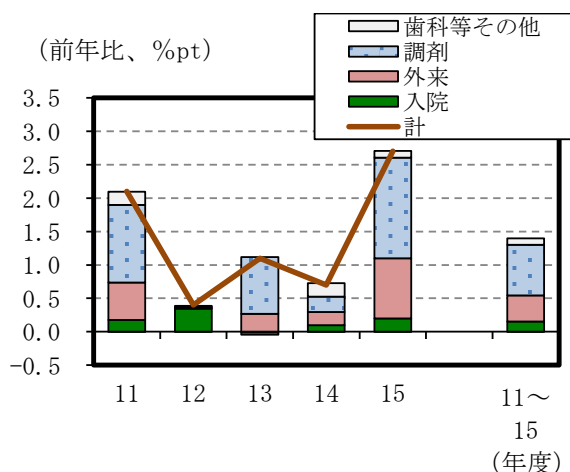
⁵ 改革の進捗管理をする経済財政諮問会議の専門調査会が 2016 年 4 月 28 日にとりまとめた「経済・財政一体改革推進委員会 第 2 次報告」では、レセプトデータの分析などによって「その他」要因の「見える化」を進め、効果的な施策を検討し、可能なものから実施するとしている (http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/report_280428_1.pdf)。

⁶ 厚生労働省保険局「医療費の伸びの要因分解」（2016 年 9 月 15 日、<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wgl/280915/shiryoku2-1.pdf>）

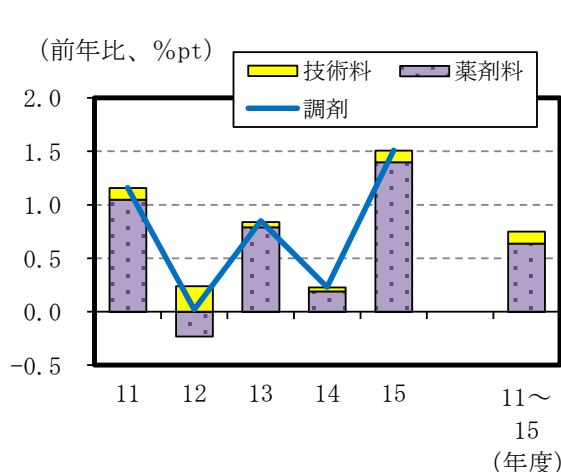
⁷ 日本経済新聞 2016 年 9 月 13 日付記事。

薬の登場などによって薬剤料はほぼ毎年増加している。2015年度の概算医療費の内訳を見ると、診療費の伸びは2.5%だったが、調剤は9.4%だった。

図表 3-1 医療費の伸びの「その他」要因
における診療種別寄与



図表 3-2 調剤医療費における「その他」要因
の中身



(注) 医療費の伸びから高齢化と人口増減の影響を除いたもの。

(出所) 経済・財政一体改革推進委員会 社会保障WG 厚生労働省提出資料より大和総研作成

他方、図表 3-1 に示した種別のうち、外来や入院の医療費が増加している背景については社会保障ワーキング・グループに提出された分析結果を見てもはっきりしない。例えば、2015年度の1日当たり外来医療費（人口構成、診療実日数調整後）について診療行為別に分解された結果を見ると、「検査」「在宅医療」「注射」「初・再診料」「処置」などを中心に増加している。再掲として示された薬剤料の寄与も大きい。検査や在宅医療、処置などで医療費が増加している理由を知るためには、更なる実態の解明が必要だろう。経済・財政一体改革推進委員会の報告書で示されたように、豊富な蓄積があるレセプトデータを利用した一層の「見える化」が求められる。

2. 医療費抑制に向けた課題

① 薬価の費用対効果評価の徹底

厚生労働省による分析結果からは、まずは薬剤費の在り方の見直しが喫緊の課題といえそうである。そこで以下では、薬剤費に焦点を当てて医療費抑制に向けた課題を検討する。

2015年度の医療費が高額薬剤によって膨らんだこともあり、関係審議会などではこのところ高額薬剤の扱いについて活発に議論されている。2016年8月24日に開催された中央社会保険医療協議会薬価専門部会では、市場規模が急速に拡大した高額薬剤に対する当面の対応として、2016年度薬価改定に間に合わなかった高額薬剤への特例的対応を検討することや、最適な使用を進めるためのガイドラインを策定することが示された。その後、同専門部会は9月14日と10月5日に開催され議論が進められていると同時に、10月14日の経済財政諮問会議では高額薬剤に係る薬価を大胆に引き下げるべきことや、効能追加などに伴う期中の再算定ルールを明確化

すべきことが民間議員から提案された。これを受けて塩崎厚生労働大臣は、高額薬剤に係る薬価の緊急引下げを実施するとともに、2018年度には薬価の抜本改定を行うことを明言している⁸。

現在、類似薬が存在しない新薬の公定価格は、製造原価に研究開発費を含む販管費や営業利益、流通経費などを上乗せする「原価計算方式」で算定されている。そのため莫大な研究開発費が投じられて市場に登場した新薬は、効果の大きさにかかわらず高い価格が設定され、医療費や国民負担の増加につながりやすい。こうした問題を背景に、2016年度の診療報酬改定では一部の高額薬剤等に対して公定価格の費用対効果評価が試行的に導入され、また、年間販売額が予想を超えて極めて大きくなった品目に係る価格の再算定の特例が新設された。費用対効果評価は、英国やフランス、オーストラリアなどで導入されており、ガイドラインに従って費用と効果をそれぞれ積算し、その結果に基づいて倫理的、社会的影響等の観点から総合的に価格が算定される⁹。日本においても、本格的な費用対効果評価に基づいて保険収載の是非や保険による償還水準を合理的に決めるなどの方向を模索すべきだろう。

新薬や医療機器の価格算定に客観的なデータに基づく効果と費用のバランスに関する評価を反映することは、平均的な医療の質を下げずに費用の増加を抑える重要な取組みである。費用対効果評価の本格導入には時間を要するが、将来的には評価対象を一部の高額薬剤や高額機器に限らず、それ以外にも積極的に広げるべきであろう。費用対効果の観点から最適な価格算定を行うことには原理的な正しさがあると思われ、オーストラリアでは全ての新薬を評価対象としている。調査対象を広げるには一定の費用が必要になるだろうが、政策効果が高いと見込まれる歳出に重点化することは、経済・財政一体改革で謳われているワイズスペンディングといえる。

② 薬価改定の頻度の見直し

高額薬剤とは別の問題として、医療の質を下げずに費用の増加を抑える観点からは薬価改定の頻度も論点である。薬価改定に関して経済・財政再生計画の改革工程表には、2018年度までの改定実績（2017年中の薬価調査）も踏まえ、その頻度を含め検討し、遅くとも2018年度を目途に結論を出すことが盛り込まれている。

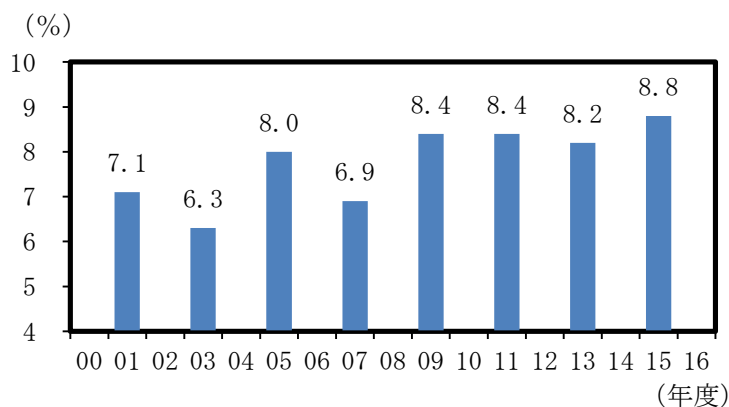
保険収載された薬剤の価格は、当局が医療機関や薬局に対する実際の販売価格（市場実勢価格）を2年に1度調査し、その結果に基づいて翌年度に改定されている。図表4は薬価調査によって明らかになった市場実勢価格が公定価格ベースの薬価を平均的にどの程度下回っているかを示した平均かい離率であるが、2015年度の市場実勢価格は公定価格を平均して8.8%下回

⁸ 2016年10月14日の経済財政諮問会議終了後の石原経済財政担当大臣の記者会見による。また2016年10月20日付の日経新聞記事によると、厚生労働省は売上高1,000億円を超えるような高額薬剤を対象に、必要に応じて価格を引き下げられる仕組みを導入する。具体的な見直し策として、保険適用する病気を増やす場合や、海外と比較して高すぎる場合での引下げが検討される。

⁹ 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会（第34回）参考資料「費用対効果評価の試行的導入について（概要）」（2016年4月27日、<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/000122983.pdf>）

った。毎回の調査でかい離が見られるのは市場実勢価格が趨勢的に下落しているためであり、公定価格を改定する頻度の低さから、近年では8%以上の乖離が生じている。国民一般の立場からは、公定価格が据え置かれている間は、その限りにおいて市場実勢価格を上回る負担をしているということになる。

図表4 薬価調査における平均かい離率



(出所) 中央社会保険医療協議会薬価専門部会 (第117回) 資料
(2016年8月24日) より大和総研作成

先述のように、2015年度に医療費の大幅な増加の原因となった一部の高額薬剤は、次回薬価改定(2018年度)を待たずに2017年度に引き下げられる見込みである。これは国民負担の観点から評価されるが、本来は高額な薬剤に限られる問題ではない。単価が少額であっても、公定価格を可能な限り市場実勢価格に合わせる制度に変えていけば相当な国民負担の軽減を図ることを図表4は示している。

調剤料については薬剤費(材料費)だけでなく技術料(手間賃)について見直す必要性も指摘されている。医療機関等と連携し、服薬情報を継続的・一元的に管理して多剤・重複投薬を防ぐ「かかりつけ薬局」制度の普及や、投与日数や剤数などに応じて報酬が増える技術料の仕組みの見直しなどを進めるべきであろう。医療費の中でも近年の伸びが高い調剤分野について、総合的な見直しが求められている。