

＝診療報酬を考える(1)＝

～医療費・医療給付費の縮減余地を考える～

2026 年度診療報酬改定の議論が本格化するに際し、診療報酬について多方面から考えます。

まずは、医療費・医療給付費の縮減余地についてです。診療報酬改定が話題になると、必ず、与党と診療団体の政治的な距離が話題になり、医療費は無駄に増やされているという印象が広がられます。この結果、多方面から、医療費の削減が提起されますが、本当にその余地があるのか・・・考えてみます。

＜本来、医療保険は長期保険～生涯の医療費と収入の関係で考えるもの＞

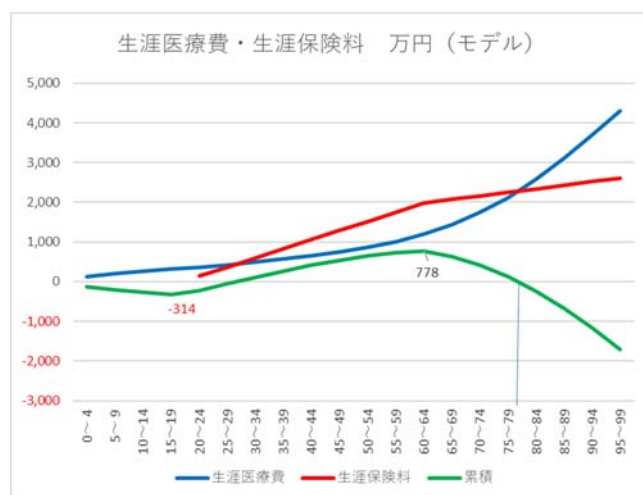
民間医療保険の商品が多く販売されていますが、民間医療保険の多くは、75 歳や 80 歳以上になると新規加入はできなくなります。これは、後期高齢者の年間医療費が高くなること、平均余命を勘案して当該医療費を賄う保険料の設定をしたとしても著しく高額になり、商品として売れる見込みのないことが理由です。

日本の医療保険制度は、種々の制度・保険者がいて、理解するのは難しいところがありますが、「全員が一つの同じ制度に加入し、全員が収入に対して同じ率の保険料を負担」と仮定すると、割と簡単に理解できます。

右図の青線は、現在の医療費をもとに、年齢別の一人当たりの平均額を計算して、年齢とともに使用する医療費が累積する状態を示したものです。99 歳まで生きると総計で約 45 百万の医療を使うという意味です。

個人一人ひとりでみれば、実際のカーブは違うでしょうが、この数字を基に平均的なライフプランを考えることができます。

一方、右図の赤線は、平均収入 460 万(民間給与実態統計調査)及び平均年金額 180 万(厚生年金受給者)に、協会けんぽ健康保険料率の現在の単純平均の 10%を乗じた額の累積額を示しています。



これらを基に一人の人生をイメージすると、以下ようになります。

- 生まれてから直ぐに医療を必要とするが、自分では負担できないので未払金で積み立てる～働き始める 20 歳前後で、既に 300 万円を超える負債になっている。
- 働き始めて収入を得て保険料負担を始めると、現在の医療費負担のほか、過去の負債の清算ができるようになり、30 歳過ぎには、300 万円半ばの負債もなくなる。
- その後は、将来の医療費支払のための積立期間になり、負担する保険料額と使用する医療費の差が積み立てられ、65 歳頃に積立はピークとなり、800 万弱までになる。
- 65 歳以降は、年金受給となって収入・保険料が減る一方で、使用する医療費が増えるため、積み立てをとり崩して医療を受けることになるが、80 歳前後で積立金はなくなる。
- 80 歳以降は、平均して毎年 100 万円以上の医療費が必要となるが、年金額の半額以上の額であり、自力では負担ができなくなる。平均寿命までの 10 年間でどうするか？

困ったら他の人に頼るということもあるでしょうが、他の人も同じように考えるのですから、結局は、誰しも 80 歳以降の医療費は払えないという結論になります。この状況のまま、全員が一つの医療保険制度に加入することを前提にすると、保険商品としては不完全です。

商品として成立させるには、80 歳以降は民間保険のように加入させない(後は一人で頑張ってと切り捨てる)か、保険料率を数パーセント引き上げるかです。医療費支出が増える 80 歳以降の時期に備えられない保険に意味はないと考えれば、当然保険料率を引き上げるとなるでしょう。

これが、複雑な今の公的医療保険を考えるうえでの原理原則です。種々の制度・保険者に分かれている結果、各構成員の損得論～特に 75 歳以上の高齢者の医療費負担の方法について主張が展開されますが、この原則に沿って考えれば、妥当な主張か、そうでないかは分かりやすいでしょう。

＜医療費の増加をマクロで見ると伸び率で見れば、抑制されているほうではないか？＞

右表は、医療費との関係で、よく使われる主要数値の変動を示すものです。介護保険が施行された 2000 年以降でみると、75 歳以上人口が 2 倍以上増えましたが、医療費総額（国民医療費）は 1.5 倍程度の増にとどまり、政府の決算の伸びより、7 ポイント高いという水準です。

患者負担等を除く給付費では、巨額の財政支出をした新型コロナウイルス感染症対策関係費を含む数値でも、介護その他の伸びを大きく下回っています。数字を見るだけなら、介護その他の福祉のほうが問題とは思いますが、なぜか批判は医療に集まります。

ちなみに、2025 年の医療費の予測は、2000 年当時は 81 兆円、2006 年頃には 65 兆円～当時の伸び率の予測より大幅に抑制されていることは確かです。これは当時の将来推計が過大という評価もできますが・・・

主要数値の変化				
		2000年	2022年	伸び率
75歳以上人口（万人）		901	1936	2.15
政府決算（兆円）		89	132	1.48
国民医療費（兆円）		30	47	1.55
社会保障給付費（兆円）		78	138	1.76
	年金	41	56	1.38
	医療※ 1	27	49	1.83
	介護その他福祉	11	33	2.97
名目GDP（兆円）		535	561	1.05
平均給与（万円）		461	458	0.99
※ 1 新型コロナウイルス感染症対策関係費による増加含む				
※ 2 民間給与実態統計調査				

さらに右表は、医療費総額の最終負担割合の変化を示すものです。2000 年との比較では、保険料・患者負担等の割合が減り、公費～特に地方行政が、その減った分を引き受けています。

もちろん医療費総額が増えているので、いずれも負担額は増えているのですが、上表のように「経済指標」が横ばいのため、保険料の負担感が、事業主・被保険者に対して重くなっていることも、医療費総額抑制論につながりやすい背景でしょう。

しかし、モデル計算したように、現行の健康保険相当の 10% の料率では不足するわけですから、生涯医療費を賄うという視点から、現行の負担が本当に重いかどうかは検証に値するでしょう。

最終負担者の動向からすれば、医療費負担割合が唯一増えている地方行政～介護その他の福祉でも負担が増え、自治体病院の経営赤字に悩み、貧困家庭の支援も増えた地方行政が、これらの問題解決のために、どう考えるかというのが重要と考えます。

医療費の最終負担割合の変化			
		2000年	2022年
保険料		53%	50%
	事業主	23%	22%
	被保険者	31%	28%
患者負担等		14%	12%
公費		33%	38%
	国庫	25%	25%
	地方	9%	13%
※四捨五入のため合計数と一致しない			

＜医療費を不用意に削減すると何が起きるか～患者・家族が困るという帰結になりやすい＞

医療費を資金の面から見れば巨大ですし、1 割くらい削減しても大丈夫だろうと乱暴にも考えることも可能ですが、これを強行した結果、さまざまな問題が生じた事例は内外に沢山あります。これも政治決断ですから、やってみればよいと思いますが・・・念のため削減の考え方や事例を以下に示しておきます。

① 医療費を減らす～診療報酬等の単価を削減

医療も事業経営ですから、単価を削減するだけでは、収入が減り赤字が拡大～企業を例に普通の選択肢を考えれば、「職員の賃金カット」、「不採算部門の廃止・事業自体の廃止」が典型でしょう。

職員の賃金カットは、ここ数年のトレンドの「職員の処遇改善」に逆行～不採算部門の廃止・事業自体の廃止は、誰でも知っている「診療科（例えば）閉鎖・地方病院廃止」の問題を助長となるだけです。特に、看護師の給与水準が高い自治体病院が、マイナスの影響を一番受けるでしょう。

最近では、保険料・国庫負担削減目的で、医薬品の薬価（保険償還価格）を過度に抑制した結果、外国では利用できる効き目のある新薬が、日本では採算取れないと判断され発売されず・・・「ドラッグロス」と言われる事態になり、急激に、薬価の抑制から、新薬創出に方針が変わるもありました。

医療は公的なサービスですが、あくまで事業経営ですので、「価格」の変更が何をもたらすかは、よく考える必要があります。医療保険は、必要な医療を安定供給する装置でもあり、保険料・税負担を軽減しても、供給が止まるのでは本末転倒です。減らすと増やす をセットで考えることが必須です。

② サービス提供を止める～医療の給付外にする

後期高齢者の医療費が高い理由の一つは長期入院です。この提供を止める(病院から出てもらう)とだけ決めると、最悪、次のようになると考えます。

- ・入院先から出る際には他の病院でも当然受け入れられないから、介護施設へと考えるが・・・
- ・医療の必要度の高い人は受け入れられない又は施設がいっぱいの理由で断られ・・・
- ・次は有料老人ホームと考えても東京圏では月 50 万円なら空いている状況等では利用は無理・・・
- ・やむなく、在宅でと考えても従事者不足でヘルパー等の派遣を十分受けられず・・・
- ・結局、家族が仕事を辞めて家族介護へ・・・老々介護などは、この典型でしょう。

もちろん、こうならない人もいるでしょうが、少なくとも、こうはならない受皿を作ったうえで、サービス提供を止めないと社会不安を起すこと、普通のお役人なら思うはずです。私も同じ考えです。

EU 加盟のある国では、過去に精神科病院を全廃しましたが、予定の受皿が機能せず、街中に住むところのない障害者があふれたという事例もあります。また受皿を作るには時間もかかりますので、時間軸を明確にした手順を考えることが必須です。

③ 患者負担を増やす～負担率を増やす等

前ページの表で、医療費における患者負担等の比率が下がっていることに着目して、負担率を見直す選択肢はあります。ただし、後期高齢者の入院については負担率を変えても、あまり効果はありません。入院の 1 日単価を 3 万円程度と考えれば、月 90 万円～1 割でも 3 割でも月の負担上限を超えることは変わりません。月額負担上限を増やすと、次は、年金で生活できるかという問題になります。

一方、外来では効果があると思いますが、今度は、高齢者の負担能力～月 6 万円の国民年金のみの単身者などへの影響の考慮が必要です。こうした低所得者は、「生活保護で医療給付」と政治的に 決めれば、お役所も安心して切り込めるでしょう。保険者も保険料負担が減ると喜ぶでしょうが・・・生活保護増で国庫と地方が困る＝税負担増になるという関係です。

患者負担増は一つの選択肢ですが、残念ながら、保険料の低下を実現するようなレベルの効果は期待できません。老若通じて、外来負担 5 割というのがありますが、若い世代も賛成しないでしょう。

④ 検査実施・医薬品処方地域差・医師差の縮減

データ的には、検査実施や医薬品処方の状況に、地域差・医師差があることは知られています。

公的な病院チェーンにいた頃に得たデータで、上記は、どうも出身医局による違いではないか・・・と推測したことがあります。現在でも、それが正しい推測かどうかはわかりません。

しかし、実際に、この差を縮減するとなると、相当難しいと実感しています。

例えば、医療関係者は、訴訟に追い回され、そのリスクを避けるために、数多くの時間をかけていますが、仮に検査を減らせと言われて、検査減らした結果・・・検査不足でリスク発見遅れた医療事故と訴えられて、誰がそのリスクを肩代わりしてもらえるのか？ などは直ぐに思いつきます。

また、これらのデータは、患者の実際の状態、要請を反映したものではなく、無機質的なデータの集積であり、その仮説の通り現場が動くのか・・・医師の合理的な判断として一患者へ行った処方内容を誰が否定できるのか・・・など、仮説をもとに現実を動かす方法論・人材数がある地域はどこか？ もし教えてもらえれば見学に行きたいと思っています。

<医療費・医療給付費削減の着眼点～思いつくのは、保険料率に影響を与えない規模なものだけ>

右図の一人当たり医療費の数値を見ると、確かに、高齢者の数値は高いのですが、一方では、過去 10 年の伸び率をみると、若い世代の伸び率より低くなっています。過去 10 年の病院病棟の機能分化・介護サービスとの連携強化により長期入院を抑制などの政策的対応の結果と評価しています。

一方、若い世代は、その伸びが新型コロナウイルスによる一時的なものか、高度急性期病院の強化による医療の向上かは、今後の推移の確認が必要です。

最後に、医療費を縮減するなら・・・と個人的に考える点を＜参考＞に書いて終わりにしますが、いずれもお役所から提案するのは難しく（提案した途端に反対の大合唱）、政治的決断で決まる難易度の高いものと考えます。ぜひ、医療費削減を課題とする政党に実現して欲しいものです。



ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一

＜参考：医療費・医療給付費削減の個人的着眼点＞

1 長期入院の受皿を作る（単価削減）

現在より1日単価が安く、質も担保された新サービスを作り、利用者の移行を促すことで医療費を減らすことは可能～現状以上に考えるのであれば、下記のターゲットはあります。

○重症心身・神経難病等の医療必要度は高いものの定型的な医療管理が続くもの

・管理者としての医師等は置くものの、実際の診療は連携する小児科・神経難病の病院診療科からの訪問診療等で対応。スタッフは、現行と同じく看護を中心に考える新サービスを考える。

＜考える背景＞

- ・当該病棟等では、医師確保に困っており、また確保しても、見合った診療数が確保できないが常態化。
- ・当該領域では、医師数が不足しており、上記の状況であれば、医師の効果的な配置を考えるのは必要
- ・少しずつは、在宅での生活を選択する人も増えており、その後方支援の機能も担える。

＜想定される批判＞

- ・医療必要度の高い者に対して、医師数を減らしての対応は危険極まる人命軽視の案である。

○高齢化した精神科病院の長期入院患者の終の棲家

・既存の精神科病院の病棟を生活施設に改修して終の棲家とする。運営は、介護施設・サービス付き高齢者住宅として費用を賄う。

＜考える背景＞

- ・20年前も同じような発想があったが、福祉系の反対でとん挫。今や、在院患者の半数が介護保険対象の70歳超え、環境の悪い病棟での生活が続く～このまま老人病院で終わってよいのか？

＜想定される批判＞

- ・20年前と同じく地域移行などの理念先行・現実が伴わない反対～行政が何もしなかったとの批判だけ

2 サービス提供を止める・患者負担を増やす

○重複受診・頻回受診の抑制（外来医療費の多い高齢者は、フリーアクセスの一部制限）

・後期高齢者医療制度加入者は、通常受診の診療所をマイナンバーカードに事前登録（電子登録）登録診療所の変更の場合には、患者は従前の診療所の診療データを入力し、新しい診療所に提供することを義務付け

＜考える背景＞

- ・高齢者は長期にわたり状態を把握する「顧問医」が必要。また、診療データの受け渡しの際に、検査データ等からは読み取れない患者リスクが医者間で渡されることが必要。（データでなく医師の所見が必要）

＜想定される批判＞

- ・登録医療機関以外での受診の場合は、当該医療機関は受信拒否又は患者負担3割等を選択等の担保措置が必要になるが、それは厳しすぎる。

○ドラッグストア等で購入可能な一般用医薬品の保険診療での活用（医師の指示箋）

・家に残る医療用医薬品の代表の湿布薬・胃腸薬・鎮痛剤等について、入院外診療の際に、医師の指示箋で一般用医薬品を利用することを可能に。当該指示箋の発行＝医療保険財政への協力として経済評価。

<考える背景>

- ・家に残る医療用医薬品の代表の湿布薬・胃腸薬・鎮痛剤のほとんどは、同成分の一般薬がある
- ・一方で、これらの成分全てを保険外とすると、入院時等に患者家族に買いに行かせるなどの不便も

<想定される批判>

- ・一般用医薬品類似の医療用医薬品の保険除外という伝統的な検討事項と同じ（範囲は上記が広い）

3 マクロでの患者負担率の管理

2025 年度予算編成において、高額療養費の基準が衆議院で修正され、参議院で見送られました。

公的保険であっても、保険制度である以上、保険事故が生じたときの給付を削減することは、制度として慎重な検討が必要なのは当然です。仮に、給付削減を検討する際には、保険料率の動向、医療提供の内容等の面から検討されて、患者側に追加負担を求めるしかないとの納得できる説明が必要でしょう。民間保険で、これらの手順なく、給付だけが削減されたら大騒ぎ・予算編成時の騒動と同様です。

協会けんぽの都道府県別の保険料率をみると、最高は佐賀の 10.78% 最少は新潟の 9.55%と1割以上の差があります。また、毎年料率は上下しますが、保険料率が下がった都道府県は 2024 年度では 22 か所、2025 年度は 18 か所と、私の感覚では全国一律に給付削減する環境にはなかったと考えます。

○国民医療費における患者負担率のマクロ管理の発想の導入

1P の表にあるように、後期高齢者医療制度の医療費が増えることで、国民医療費の患者負担率は低下し、一方では公費負担率が増えています。医療保険は細かく制度別に分かれている結果、制度全体の患者負担率の視点は抜けています。今後、医療費問題を議論するときには、個々の制度の話に入る前に、こうした「患者負担」と「保険料・公費」の配分割合の政策目標を持つのが良いと考えます。

今回の高額療養費の混乱も、こうした政策目標抜きに、ミクロの政府予算の中で議論した結果で生じた話と考えます。仮に、患者負担率のコントロールの制策目標として 14～12%等を設定したうえで、その管理のための手法の一つとして、高額療養費の見直し話があれば、結果は違ったように思います。

また、今後予定される診療報酬改定の影響でも、マクロの患者負担率は下がることにはなりますが、改定とマクロ負担率とのセットでの検討も必要でしょう。常に、診療報酬、患者負担、保険料率セットでの検討が、医療保険政策で求められる～当たり前といえば当たり前ですが、この 20 年近く忘れられていた重要な視点の再確認のためにも必要でしょう。

○高額療養費見直しの 3 つの視点

ア 高額な医療費使用の人には、高額療養費支給の基準に一定の医療費加算

現在、月額標準報酬 28 万円以上の人には、固定の基準額に医療費（控除後）の 1%を加算する仕組みがありますが、一定金額以上の医療費を使用した場合には、その当該金額以上について、さらに 1%等の負担を追加する仕組みが考えられます。

高額医療費の場合も、一定の負担率を確保する意味であり、多くの人の納得は得られると考えます。

イ 保険料率が都道府県別なら、高額療養費支給の基準も都道府県別に

高額療養費の支給基準の引上げは、保険料総額を削減する効果があるのですから、保険料率の高い保険単位ごとに検討できるようにすることが適切です。保険料率が低い・低下するところで給付削減など理解が得られるはずありません。

基準は国で決めて、実際に行うかどうかは、保険単位ごとに意思決定すれば十分でしょう。

ウ 多数該当の廃止・基準の見直し

現在の多数該当（診療を受けた月以前の 1 年間に 3 回以上の高額療養費支給を受けた場合は、4 回目から自己負担限度額が軽減）は、疾病を問わない回数計算の基準は雑であり、患者負担率のマクロ管理にあわせて原則廃止し、長期医療が不可避の神経難病等の治療パターンに応じた給付基準を新設するほうが、納得性は高いと考えます。