

報告

平成26年度医政講演会 「人口減少社会における医療政策」

講師 中央社会保険医療協議会 会長
国立社会保障・人口問題研究所 所長
森田 朗 氏

常任理事・医療政策部長 笹本 洋一

昭和49年度よりスタートした本講演会は、社会保障や医療政策について、一般会員、医療機関従業員、行政関係者、職能団体等に公開している。今年度は、平成26年10月18日(土)16:00~17:23に、北海道医師会館8階A会議室で、厚生労働省中央社会保険医療協議会(中医協)会長で、国立社会保障・人口問題研究所所長の森田朗先生をお招きして開催した。

森田朗先生は、昭和51年に東京大学法学部を卒業、平成6年より東京大学大学院法学政治学研究科教授、平成16年より東京大学公共政策大学院院長、現在は東京大学名誉教授で、平成23年より中医協会長、平成26年より現職に就任されている。

以下に講演内容のあらましを紹介する。



はじめに

昨今、人口減少に伴い自治体、地方が消滅するという議論が起こっている。前岩手県知事であり総務大臣を務められた増田寛也氏が、国立社会保障・人口問題研究所が推計したデータに基づいて市町村別の人口推計を発表し問題を指摘された。本日は最初に人口について、次にマクロ的な観点から見た社会保障、医療などお金について、その後に診療報酬、これからの医療政策のあり方について説明したい。人口が減っていくこととお金が無くなっていくという暗い話をせざるを得ないが、これが厳しい現実であると聞いていただきたい。

私の専門は行政学・公共政策であり、行政の仕組みがどのようになっているのか、どのようにすればいいのか、何が問題なのかということの研究してきた。行政は医療・社会保障、教育、産業政策などさまざまな分野に関わっているので、何が専門か分からない仕事をいろいろしてきた。現在、一番力を注がなくてはいけないのは中医協など医療関係の仕事であり、その他には電子機器を使用した行政の効率化に

も関心を持っている。

少子高齢化と人口減少

明治時代の1880年から2100年までの日本の人口推計をみると、急速に増えて、急速に減っていく。この推計は国立社会保障・人口問題研究所で行っているが、細かいコホート、各年代ごとの人口はどのように変化していくか、それぞれの世代がどのくらいの子どもの産むか、平均寿命がどのくらいになるかを計算し、それを合計して数字を出している。現在の日本の人口は、2010年をピークに少し減りはじめたところである。今のところの人口減少は毎年10数万人程度であるが、これから数10万人が減っていく。人口が減りはじめるきっかけは、1980年代から少子化が急速に進んできたことにある。生まれた人たちは、年次が進むにつれて年少人口から生産年齢人口に、65歳を過ぎて老年人口に移っていき、そして生産年齢人口が減る。出生数が減少しても、寿命が長くなり高齢者の増え方が上回っていたため、1980年から2010年にかけては日本の総人口は増加した。わが国の人口は、第二次世界大戦の時は少し減ったが、明治時代以降増えており、これが経済を含めて日本の力を生み出してきた。人間の悲願であった長生きができるようになり、素晴らしい国になったという印象を持っていたかもしれないが、実はその中で少子化が進み、それによって高齢者の比率が増え、総人口が減りはじめた。国立社会保障・人口問題研究所のホームページには「人口ピラミッド」の年代推移を動画で掲載している。1960年はピラミッド型というには少し下が萎んでいるが、団塊の世代を底辺とする三角型をしていた。2010年には、団塊の世代が前期老年人口に達する直前で、団塊の世代ジュニア以降は萎んでいる。これ以降は確定値で示すことができないので、出生低位推計・中位推計・高位推計で示しているが、2030年になるとその萎み方がもっと激しくなる。現在2014年なので、2030年は15歳位から、2060年は45歳から3つの推計に分かれる。

人口はそう簡単に増えるわけではない。2010年の出生数は女性が約52万人、男性は約55万人の計107万人である。途中で大量の移民など外から入ってこない限りは、毎年何らかの理由で亡くなる人もいるので減っていく。したがってこのベースを増やさない限りは、人口が増えるということはある。出生推計は、出産に適した20歳~40歳の女性の数に合計特殊出生率を掛けて計算している。昨年の合計特殊出生率は1.43である。一生のどのタイミングで子どもを産むかという選択の余地があるので、“合計特殊出生率が高くなったので人口減少が止まった。低



なくなったのでまた減少がはじまった”と単年ごとに考えない方がよい。短期的に変動があるので、国立社会保障・人口問題研究所では1.35で計算している。1.35が続く限り人口ピラミッドの幅は狭くなっていく。出生低位推計を用いると2060年の出生数は女性15万人、男性20万人弱で、団塊の世代ジュニアが長生きし、85歳の女性の層が一番多く60万人くらいになり、高齢化と人口減少が進む。増田氏は「地方が消滅する」と言っているが、このままでは日本自体が消滅する可能性がかなり高い。地方の方が出生率は高く、できる限り若い女性には地方に留まってもらった方が人口の減り方が少ないのではないかという意見もあるが、どこに住んでも構わないので、出生率を上昇させて人口ピラミッドの底辺を広げていかなければならない。女性が2.07人の子どもを産むと、人口置換水準(人口が増加も減少もしない出生水準)を維持できるメカニズムになっている。若い女性の総数が減り、しかも結婚する人が減ってきている。結婚してもいろいろな事情で子どもをつくるのが難しく、さらに子どもを作ったとしても1人か2人である。昔のように4人・5人産むことは極めてまれであり、そうすると縮小再生産が続いていく。これが現在の人口減少の大きな問題であり、真剣に考えなければならないことである。

都市化が進むと出生率は下がってくる。ドイツ・イタリア・スペインの合計特殊出生率は1.4くらいであるが、フランス・スウェーデン・イギリス等はいろいろな対策を打って何とか2に近づけている。無理やり結婚させるわけにはいかないので、どのような社会的制度を作ったらよいのかということが大きな課題である。もちろん保育所も、住宅の改善も、結婚した人が子どもを育てる経済的な余裕が持てる職の提供も必要である。北欧諸国やフランスは、2子、3子、4子の出生を促すため高等教育の無料化等の改善に取り組んだ。日本は付け焼刃的に何かをしようと騒いでいるが、予算額が少ないので果たしてそれでうまくいくか分からない。

ちなみに縮小再生産が続くと、あくまでも数学的な計算上であるが、後1,000年くらい経つと日本人の最後1人が居なくなり、日本自体が消滅する。

1900年から2110年の出生数および死亡数について比較する。出生数は、戦後のベビーブーム時は年270万人、現在は100万人強、2100年には30万人程度になると推計されている。死亡については、昔は感染症で死亡する子どもや結核などで死亡する成人が多く、65歳以上まで生きている人自体が少なかったので、高齢の死亡者数は少なかった。それが長生きするようになって、85歳以上で亡くなる人が増えてきた。死亡者数の推計では、2039年に年間166万人とピークを迎え、しばらくの間150万人台が続く。その頃には、子どもや生産年齢世代の64歳までに死亡する人はほとんどいない。昔は若い段階からかなりの

人が亡くなっており、人口構成図はきれいな人口ピラミッド型になっていたが、今後、若者の数が減少するので下の方が狭い壺のような形になっていく。日本人口は、西暦800年・平安時代初期で551万人、1600年・関ヶ原の戦いのころで1,227万人であったが、明治時代に入って急激に増加し、2010年に1億2,806万人とピークを迎え、そして急速に減少していき。ここまで極端かどうかは別として、いずれの国も同様の人口変化をしている。ある意味では昔に戻ると言えないこともない。

人口ボーナスと人口オナーナス

人口が右肩上がりで増加するという発想で物事を考えてきたが、意識を切り替えなくてはならない。人口ボーナス(働いて養っている生産年齢人口)と人口オナーナス(扶養される従属人口)の比率について説明する。明治終わりから第二次世界大戦ころまでは年少従属人口が多く、長生きする人が少なかったので老年従属人口は少なかった。1950年ころから少子化が進み、当時は高齢者も少なかったので従属人口が相対的に少なくなり、生産年齢人口の負担は少なかった。今思えば、日本はこの間に高度経済成長を遂げている。生産年齢人口の年金、医療、教育費などに対する負担が少なかったので、自分たちの収入になり、国の富になり蓄積していった。1980年頃から少子化がさらに進むとともに勤労世代の人たちが元気なまま高齢世代に入り、老年従属人口の比率が高くなっていった。繰り返しになるが、恒常的に日本社会が発展するという思い込みのツケと言っている過ぎかもしれないが、今までの構造のままでは社会を維持することができない時代になってきた。

経済界は、人口が減少すると労働力も減るので外国人労働者の受入れについて議論をしている。人口減少が経済活動に及ぼす影響は、労働力の不足より需要の減少が大きいと思う。労働力人口では、女性は結婚・出産期に当たる年代に一旦低下し、育児が落ち着いた時期に再び上昇するM字カーブを描くが、この年代の女性の就業率を向上し、さらに男性・女性とも70歳代くらいまで仕事で収入を得ることができるようになれば、年金など社会保障の負担が減る。労働力供給の一番の問題は、若年の人たちが非常に低賃金で働かざるを得ないことである。これからの地方創生などでは、潜在的な労働力はあるので、その人たちの雇う職場の方が争点になってくると思う。

地域による違い

これまで、日本全体での人口変化について話してきたが、ここからは地域による違いについて説明する。2010年から30年後の2040年の都道府県別の人口増減率をみると増加するところはない。2030年頃までは、滋賀県、沖縄県では少し増えるが、2040年にはすべて減る。減少率が最高となる秋田県はマイナス35.6%と人口の3分の1が減り、北海道も4分の1くらい減少する。人口が減少するとマーケットが

小さくなり、医療機関、交通機関をはじめさまざまな民間ビジネスが過剰な状態になっていくので、それを見込んでこれからの社会のあり方を考えていかなければならない。

65歳以上人口割合が4割以上となる市町村を地図に表すと、2010年は四国や山陰地方などに散らばってみられる程度であるが、2025年には北海道でも多くなり、四国・山陰・中国地方では相当数の市町村が該当する。2040年には全国各地に広がり、北海道でもかなりの市町村が、秋田県は大潟村以外のすべてが該当するような推計になっている。これからどうすればいいのか、どのような対応が考えられるかについては、個人的な見解であるがそれほど選択肢はないと思う。

自治体にはある程度の規模のところも、小規模のところもある。増田氏は「今後も大都市への人口流入が継続し、どんどん拡大していくことが問題である」と指摘している。そこで人が大都市に集中しないようにダムを造り、地方に留めておかなければならない。人を地方に留めたからといって減らないのではなく、減り方が変わるだけですべての自治体で減っていく。これからの日本を考えると、すべての自治体に人を留めるのではなく、ある程度の地方拠点都市を形成し、そこに大都市からも流出するし、他の市町村からも流入するという形で地方に人を留めるしかない。一定規模の都市になると自立的な経済が動き出す可能性もある。今後の課題は、対象となる自治体の基準をどのような手続きに従って決定するかである。この話をすると「小規模自治体は消滅していくのか」という質問が必ず出る。はっきり言うが「はい」と答えるしかない。

都市部の高齢化

もう一つ地方の関係で重要なことは、都市部の高齢化である。団塊の世代が2年くらい前から65歳を超え高齢世代に入った。高齢化率は全国で高くなるが、これから首都圏を中心として高齢者の絶対数が爆発的に増加してくる。65歳以上の人口を2010年と2040年で比較すると東京都だけで15万人、首都圏1府3県で400万人近く増える。沖縄県は特殊で突出して多くなっている。一方、鳥取県、島根県、高知県、秋田県など高齢化が進んで人口減少が進んでいるところでは、高齢者の絶対数が減ってくるので、医療を含めた社会保障サービス供給が過剰になりかねない。東京に住む人たちを移すというような議論もされているが、人々の暮らしに関することであり、特に高齢者に関してはそう簡単にはいかない。

首都圏の高齢化を具体的にみると、千葉県西部、埼玉県南部、神奈川県中部など東京の通勤圏では、2010年と2040年で比較すると75歳以上の人口が100%以上増加する。集団就職で地方から東京に出てきて、周囲の県に住み、経済成長を支えてきた団塊の世代の人たちが一斉に高齢者になる。今までと

は比較にならない規模と速度で高齢者が増加する。しかも、その方たちはこれまで都心に通勤していたので、地域社会が農村部などとは違う。埼玉県・千葉県は人口当たりの医師数の少なさはワースト1位・2位である。高齢者施設も絶対的に不足することが考えられる。このあたりは日本で一番豊かなところではないかという声もあるが、働いて稼いでいる時にはたくさんの税金を納めていたが、リタイアする人たちが増えて税収が減るこれからも豊かであり続けることは難しいと思う。

わが国の人口動態はこのような形で変わってきている。若い人たちが突然どこから湧いてくるわけではないし、急に高齢者が減ることもないので、この形はそう簡単には変わらないという前提でわが国のあり方を考えていかざるを得ない。

社会保障財政と医療政策

2014年の国の一般歳入のうち、公債金収入(いわゆる借金)は約半分の41兆2,500億円で、歳出の4分の1の23兆2,700億円は国債費(元利償還)である。簡単に言うと、毎年20兆円くらい借金が増えている。消費税の1%は約2.5兆円なので、単純計算で消費税8%分くらいの借金が毎年増えている状態である。残る歳出4分の3のうち16兆円は地方交付税交付金等で、余りの部分が政策的経費として使用でき、その54%の30兆5,100億円が社会保障関係費である。社会保障給付費は年々うなぎ上りに増えており、2014年度の予算ベースでは115兆円、来年度には120兆円に達すると思う。社会保障給付費のうち、半分の約60兆円が年金、約40兆円が医療、約20兆円が介護・児童手当・その他となっている。この比率は2000年ころから変わっていないが、このまま増え続けるとどうなるのかということが、今まさに問題となっている。高齢者の人口減少がはじまれば低下してくるのかもしれないが、それは2040年・2050年の話であり、それまでしのげるかということが国の財政の大きな課題である。医療・年金・介護はある意味で連動している。医療の技術が発達して、長生きするようになった。言い方が悪いが死ななくなった。しかし、病気が完全に治って働くということではなく、病気のコントロールを続けて長生きする。長生きすると介護の負担も年金の支出も増え、セットでずっと増えていくことになる。社会保障120兆円が大変な負担になってくる。厚生労働省の今年度予算は30兆円であるが、制度上決まっている年金・医療などの義務的経費が95%を占め、残りの5%で政策的な経費を賄っているのが現状である。厚生労働省は、見かけ上は一番お金を使っている省庁であるが、年金で約10兆円、医療で約10兆円、介護で約2.6兆円などを出さざるを得ない。社会保障給付費115兆円の負担に関しては、保険料が約64兆円で残りは税金である。税金の内訳は国の一般会計から歳出が先ほど説明したとおり約30兆円で、他に地方交付税などの10

兆円が充てられる。それでも収入が足りないというのが、今の保険財政である。

福田内閣の時の社会保障国民会議に提出された「ライフサイクルでみた社会保障及び保育・教育等サービスの給付と負担のイメージ」は、非常に示唆に富んでいる。基準線があり、それより上は国民が国や行政から給付をもらう部分、下は税金などで負担する部分で、0歳から80歳を超えるまでの出入りがどのくらいかを示している。子どものころは、義務教育は公費で持っているので非常に給付が多く、保護者は給食費などを負担している。就職すると病気に罹った際の医療費などは少しあるが給付は少なくなり、就職直後は税金が安いがだんだんと増え、負担が多くなっていく。65歳を過ぎると医療費や雇用保険を含めて年金の給付が増えてくる。基準線の上の給付の面積と下の負担面積を比較すると、明らかに上の面積が大きい。さらに言うと、一人当たりなので、少なくなった子どもの数と多くなった高齢者の数を掛けたのが実質的な数字であり、面積の広がり方はもっと大きくなる。この状態を続けていくことは無理であるにもかかわらず、政治的な抵抗が非常に強く、医療も年金もなかなか削減する方向に踏み切れない。一人あたりの年金給付額が変わらないにしても、給付対象の人が増えてきた場合、養う側の人の数が減ってきた場合には、当然のことながら税制状況は悪化していく。どのようにすれば良いのかはなかなか答えが出ないが、この状態をこのままずっと維持できるとは考えられない。

医療保険制度

わが国の医療提供体制において重要なのは、医療保険制度である。日本の保険者と言われる団体は、国民健康保険が約1,800、全国健康保険協会管掌健康保険が1、組合管掌健康保険が約1,400、共済組合が85の計4,000弱あり、さらに後期高齢者医療保険がある。医療費としては40兆円弱が動いているが、後期高齢者医療制度が約14兆円で、これをどういう形で支えていくかが大きな問題となっている。国民健康保険は市町村など小規模な保険者が多く、被保険者の平均年齢、加入者一人あたりの医療費が高く、平均所得は低いという“保険原理からは成り立たないシステム”である。これをどうするかということが問題視され、後期高齢者医療制度と同様に都道府県単位とすることが検討されているが、実際にそこまで行くにはまだ紆余曲折を経ると思う。医療費の動向としては、年度ごとに抑制しているので増減はあるが着実に増えてきており、これからも増えていくと思う。厚生労働省の医療費の将来推計には、現状投影シナリオとサービス提供の効率化等の改革を行った場合の改革シナリオがあるが、保険以外も含めた全体では2011年度は40兆円弱、2015年度は45兆円、2025年には60兆円を超えると試算している。この差の15兆円の捻出は容易ではない。昨今、保険料

の引き上げについての議論が出てきており、私自身は引き上げざるを得ないと思う。しかし、負担能力の限界を超えた場合には保険制度そのものがうまくいなくなる。今のところ3分の1は公費を投入しているが、GDP500兆円弱の時に国・地方の借金(国債発行残高)が1,000兆円を超えている状況において、より税金を、あるいは公費を投入することには限界がある。今後、高齢化で患者数が増えてくる。さらに医療技術の発達や新薬の開発により病気を治せるようになり、医療費の単価は上がる。

説明してきた人口動態と財政事情の元で、国民のニーズに応じた医療をどういう形で提供していくかということが医療政策のあり方だと思う。わが国は世界に誇る皆保険制度があり、国民はどこかの保険に加入していれば、保険によって最高レベルの医療を受けることができるという仕組みになっている。外国の皆保険制度と比べると日本は特殊である。海外の皆保険は、国民全員をカバーするが薬や診療のすべてを保険でカバーするという意味でなく、多くの国では混合診療・保険併用が一般的になっている。わが国では基本的に薬事承認された薬は保険収載することになっている。これは患者にとっては素晴らしいことであるが、先ほど説明した財政的リミットを考えた時にはこのまま続けていくことは難しいかもしれない。間もなく中医協でも患者申出療養制度等の議論を始める。わが国の医療の技術、医療サービスの質、医療機関のシステム等は世界のトップクラスであることは間違いない。しかし、世界の国の中にはいろいろな形で進歩しているところもあるので、今まで世界のトップクラスであったからこのままで良いと思っていると追い越される可能性がある。そこには財政的な問題、医療制度、供給体制の問題もある。日本の場合には、患者がニーズに対応して提供する医療に関して、病床数以外の規制はない。安全性などは別であるが経済的な規制はない。もっぱら診療報酬という経済的インセンティブで供給をコントロールしている。したがって、医療ニーズが多いが医療の供給が少ない部分は、診療報酬の点数を上げることによって、医療機関にそのサービスを拡充してもらう。逆に、患者のニーズが減って需要がないが供給している部分に関しては、少し点数を下げることによって供給のインセンティブを抑制している。繰り返しになるが、算定要件と点数をどのように設定するかによって供給をコントロールしようとしてきた。2年ごとに中医協で議論して、診療報酬を決定しているが、このようなことを過去からずっとパッチワーク的に行ってきたので、現在の診療報酬は非常に複雑な体系になっている。

何年か前から病院ではDPC制度が導入され、今のところ定着しているが、完璧とは言えないのでどのように制度を修正するかいろいろと議論しているところである。

診療報酬の改定と中医協

中央社会保険医療協議会は法律に基づき設置されている。所管事務に関しては、「診療報酬点数の改定等について厚生労働大臣の諮問に応じて審議、答申するほか、自ら厚生労働大臣に建議することができる」とされており、時々、厚生労働大臣に建議を行っている。委員の構成は20人で、支払い側委員として協会けんぽ、国民健康保険、経団連や患者団体などの代表の7名、診療側委員として医師会関係が3名、病院関係が2名、歯科医師・薬剤師の代表各1名の計7名、その他に公益代表委員6名となっている。

診療報酬は原則として支払い側委員と診療側委員が議論して決める。それぞれが案を持ち寄って議論するのではなく、厚生労働省保険局医療課が原案を作成し、双方が意見を出して決定しているが、どうしても双方の意見が折り合わない時は、公益代表委員が公益裁定という形で判断する。その判断に関して、支払い側委員、診療側委員は訂正を求めたり、クレームをつけることはできない。非常に厳しい交渉が行われるので、何らかの形で決着をつけなければならず、今年の改定では、消費税の還元について公益裁定になった。

診療報酬の改定プロセスについて説明する。医療関係で数千項目、薬剤・医療材料を併せると数万項目の点数付けをする。期間内にどうしても結論を出さなければならない場合は臨時の会を開催して議論するが、そうでないものについては付帯意見という形で次回に送るやり方を行っている。診療報酬改定の時は、前年10月頃から週2回、午前9時から午後1時ころまで会議を開催するが、終盤になるとそれでも収まらなくなることもある。国民の医療に関する総額40兆円の価格決定なので、各委員は真剣に議論している。

2月頃に答申を出して、4月から新診療報酬がスタートする。次の作業としては、診療報酬を改定した結果、点数を上げたところは供給が増えるなど期待された形で医療提供体制に変化が起きたかどうかを検証する。検証の結果、余りうまくいっていないところや新たに出てきた問題を重点項目として1年くらいかけて審議する。改定の半年くらい前に、基本方針、改定率が外枠で決定される。以前は、診療報酬の体系、総額について中医協で決めていたが、2000年の初め、医療費抑制に熱心であった小泉内閣の時に改革が行われた。これからの医療提供体制をどうするかという方向については、社会保険審議会の医療部会と医療保険部会が合同で基本方針を作成する。そこで、例えば、急性期病床を減らすとか、在宅医療について包括化を進めるといった基本的な方向性が示される。医療費の単価をどれくらい上げるか・下げるかという改定率については、財政状況もあるので、国の予算編成、国の予算案決定の時に同時に閣議決定される。これは厚生労働大臣と財務大臣

の間で交渉するが、決まらない時は官房長官の裁定で数字が出てくる。これが出ると診療報酬の総額、配分の対象となるパイの規模が決まる。基本方針と改定率に基づいて、それまでに審議した論点を考慮しながら、具体的な点数を決めていく。ただ、点数を決めると言っても総額が決まっており、ある部分の点数を動かすとほかのところに影響があるので、厚生労働省が非常に複雑な方程式を用いて最終的な点数を出す。厚さ2cmほどの点数表が出てくるが細かく議論することはできないので、いくつか決着がつかないところを議論して、納得できないことなどは付帯意見に追加して、2月に答申する。中医協での診療報酬改定の作業はこのような流れである。

その後、告示として発表しなければならないので、厚生労働省の事務方は非常に忙しくなる。省令の条文を作成して発表すると同時に、点数表の印刷や医療機関においてレセコンソフトの入れ替えが行われる。4月から新点数でスタートするが複雑なことを急いで行うので矛盾や不明確な点が出て、事務方は夏まで疑義解釈等の大変な状況が続く。そして7月頃に役所の人事異動が行われる。

今回の改定では、いろいろな論点があった。いくつか挙げると、高度急性期病床数が多いのでむしろ療養病床や地域包括ケア病床の充実を図るべきではないかという医療機能の分化が一つの議論になった。それを受けて、地域包括ケアシステムをどうするかという議論がされており、皆さんも関心を持つところではないかと思っている。

費用対効果の評価については、前々回の改定の時から問題提起されてきた。今までのように薬事承認されたものを自動的に保険収載し、価格を中医協で決めるのでは保険財政がもたない。保険で負担するものをチェックする必要がある。簡単に言うと、価格が高いが余り効き目がない薬について保険で払うのはいかがなものか、価格を下げてでも良いのではないかという評価を日本にも導入することを検討している。医療費が増大しているヨーロッパなどでは、このような評価をしているところもあるし、導入しないまでも研究はかなり行われているので、わが国でも同じようなことを行おうとしている。しかしながら、費用対効果評価を厳密に行うことは大変な作業であるため、現在、研究中で次期診療報酬改定時に導入されることになるかもしれない。ここ何回かの改定では、薬の値段をどうするか、新薬の開発をどのように促していくか、ジェネリックの問題をどうするのかについて議論している。

費用対効果を考えた場合に、ある薬・ある技術の価格の上限を決めた時、例えば製薬メーカーが「それは譲歩できない」と言った場合の差額をどうするかという問題が今後かなり出てくると思う。海外の場合は保険併用が認められているので、むしろ保険でどこまで払うかをしっかり決め、そこから先は自己

負担も含めていろいろな負担の方があらずだという考え方である。

消費税の対応に関しては、政治的には一番紛糾したところである。医療に関する消費税をどのように還付するのか。財務省と厚生労働省の間で診療報酬に反映すると決まったが、現実の問題として、1人の患者を診てそこからもらう診療報酬に個別の医療機関が払い過ぎた消費税を還付することは、原理的に無理である。それらの問題を中医協に持ち込むのは困ると言ったが、そうってしまったので大変な議論が起こった。10%に引き上げられる時は、できるだけ診療報酬ではなく、きっちりした形の還付の仕組みができることを期待している。

医療介護総合確保法の下で、医療介護の連携を進めるにあたって診療報酬とは別の財政支援である「地域医療介護総合確保基金」の配分をどうするかという議論が進められてきた。いずれにしても、在宅を中心とした医療介護の連携を進めていくことは難しい問題だと思っている。しかも介護報酬と診療報酬の同時改定は6年に1度しかないので、そのずれをどうするかということはとても厄介である。

これからの医療政策の展望と課題

これからは医療保険制度の再編成を検討していかなくてはならないだろう。

保険者に関しては、国保組合が1,900、規模として突出している協会けんぽ、共済と組合が2,000近くあり、後期高齢者制度に税金を払うような形で拠出している。非常に見えにくいのと、保険者機能を考えて時に果たして合理的・効率的に動く仕組みなのかといえば、必ずしもそうとは言えない。ドイツの場合は、保険者である3ヶ台の数の疾病金庫がリスク構造調整という形で保険者間の疾病構成、年齢構成、所得構成を調整する仕組みが導入されている。そのようなことも参考にしつつ、非効率な要素が残っている日本の保険制度を変えていかないと、ますます公的負担が増加し保険制度自体がもたない。これまであまり言われてこなかったが課題だと思っている。

もう一つの大きな論点は医療財源の効率化である。高齢化の進行、医療技術の発展により医療費はどんどん増えていく可能性があるが、一方で拠出する方は非常に厳しい。これをどうしていくのか。拠出を増やすのか。増やせない場合はサービスの方を切るのか。切った場合にいろいろな不平等や不合理な点が出てきたらどうするのか。大変大きな問題であり、しっかり議論していかなければならない。

日本の保険制度や医療は、最先端のシステムを導入している国と比べるとまだ改善の余地があるのではないかと思う。一つは共通番号制度の導入であ

る。北欧諸国の場合は、国民の健康データを番号制度の基に管理をして、それを医療資源の配分や治療効果の測定に使用している。日本の場合は各種データが分散している。DPCは世界に誇る詳細なデータを集めていて、医療の研究に非常に有用であるが、何年か前に違う病院に違う病名で入院した時のデータとのひも付けができず、せっかく集めたデータをうまく活用できない。それから、在宅で医療・介護のサービスを受ける人が多くなってきた場合、特に高齢者は複数の診療科を受診している人が多いので、ケアを効率的に行うためには合理的な仕組みが必要である。特にこれから起こってくる首都圏の高齢化に対応するためには、IT化を進めて、うまく利用していくことが重要となる。もちろん、個人情報などプライバシー問題はある。北欧諸国でもそれなりの問題が発生したがしっかり対応して、情報を共有することのメリットを生かしている。日本も平等で効率的な質の高い医療を提供するために、その方向に進むべきではないかと思う。実際に税と年金はマイナンバーが入ることが決定したが、厚生労働省も番号制度の導入についてかなり前向きな議論を始めているところである。もちろん、いろいろな考え方の人がいるので、スムーズに行くかどうかは分からない。私はIT化や共通番号制度の導入を進めて、質を維持しつつ効率化を図らないとこれからの日本の医療は大変なことになるのではないかと考えている。



続いて質疑に移り、「診療報酬の改定率を閣議決定するようになってしまったが、社会保障審議会や中医協が、財務省と協議して改定率に口をはさむような権限を取り戻すことはできないのか」という質問に、「中医協では、毎回そのような議論をしているが、今の医療費は下からの積み上げで総額が決まるのではなく、連動して年金や介護が結びついているので、かつてのように中医協において積み上げて改定率を決めることは難しいと思う」、また「国民皆保険は成長を前提とした制度だと思う。小手先の対策だけでは済まず、新しいものも必要ではないか」という質問には、「皆保険制度を現状のままの形で維持していくのは難しいと思っている。例えば、混合診療的な要素を取り入れていく二階建て医療保険、地域のニーズに合わせた医療供給体制を構築し効率化していくことは、診療報酬の仕組みだけでは難しい。すでに過疎化が進んでいる地域では医療機関が経営上もたなくなってきたり、何らかの対応を進めなければならない」と返答された。

最後に小熊副会長よりお礼の挨拶があり、講演会を終了した。