

報告

平成28年度医政講演会
「医療制度改革の現状と課題
～人・モノ・金はどう動くのか～」

学習院大学経済学部 遠藤 久夫 教授

常任理事・医療政策部長 笹本 洋一

平成28年10月16日(日)、東京ドームホテル札幌において、平成28年度医政講演会を開催した。本年度は、社会保障制度改革国民会議会長代理、中央社会保険医療協議会会長を歴任され、現在、社会保障審議会の医療保険部の部会長と介護保険部の部会長をされている、遠藤久夫学習院大学経済学部教授をお招きして、ご講演いただいた。

以下に講演内容のあらましを紹介する。



●医療制度改革を決定する要因

①経済および財政状況

医療費の財源構成は、保険料、公費、自己負担である。最近、公費割合が上昇してきていることにより、医療が財政再建の俎上に載っている。年金はマクロ経済スライドの方法を導入し、少子高齢化が進んでも年金財政は大きく破綻しない仕組みを入れた。財務省は医療と介護にはそのような仕組みがないことを特に気にしている。介護保険の伸び率の方が高いので、現在、介護保険の自己負担を増やすことなどが議論されている。

国民医療費の伸び率と国民所得の伸び率の推移を見ると、非常に相関が高い。そういう意味で、現在は経済の成長率が低いので、医療の伸び率も抑えられている。しかし、経済成長が鈍化しても、医療費はそれほど下げられず開きができるので、改定率や自己負担の引き上げで医療費を下げる。最近では経済成長が少し良くなってきて、医療費の伸びも増えている。長い目でみると0.8ぐらいの相関係数であり、大きくコントロールされている。

高齢化や技術進歩による医療費の自然増は3%とされている。2000年以降、診療報酬改定がない奇数年の医療費の伸びは、大体3%という状況である。自己負担を上げた影響等を受け、すべてがそうではないが、改定率がマイナスになると1%台の上昇であることが多い。人口および報酬改定の影響を除いた医療費の伸びは近年1%程度であったが、2015年

は3%近い水準となっており、調剤費が非常に増えている。調剤は、調剤の技術料と薬代の両方含まれているので、どちらが高くなったのかを調べてみた。2010年と比較すると、調剤技術料は余り増えておらず、薬代が非常に大きな影響を与えていることが分かった。

自治体を含めた日本全体の公的債務のGDPに占める割合は、諸外国と比較してそれほど高くなかった。日本よりも高い国はたくさんあったが、不況の間、増税せずに支出を増やしたので、債務残高がどんどん増え、大国の中で一番、ギリシャよりも高い状況となっている。財務省は債務を減らすことは無理だと思っているが、プライマリーバランスが均衡すると債務が増えるのは止まるので、社会保障にもいろいろなメスを入れている。これから、公費をどんどん増やしていくという選択肢はない。

健康保険組合と協会けんぽの保険料率の推移をみると、どんどん上がっている。2003年度に下がっているが、制度改革によりボーナスにも月収と同じ保険料率を賦課する総報酬制を導入したためである。

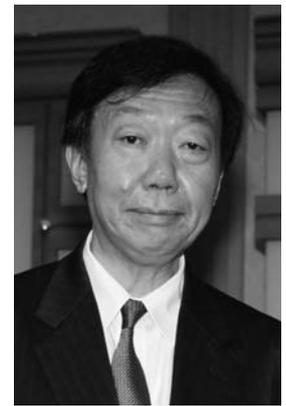
料率をもっと上げればよいという考え方もあるが、これに対して2つの抵抗がある。1つは経済界で、被用者保険の場合は事業者が保険料の半分を負担するので、事業者負担が高くなるからである。大企業が人件費が高い日本から海外へ逃げ、空洞化することを心配している。それから中小企業は、料率が高くなると人を雇えなくなる。最近では景気が良くなり、状況は少し変わったかもしれないが、不況の時は、これ以上保険料は上げられないと言っていた。

経済界の反発ともう1つ、現役世代の負担増の問題がある。保険料は、高齢者も若干払うが、現役世代がたくさん払う。高齢化が進む中で料率を上げていくと、現役世代の負担がどんどん増していく。世代間の不平等という点からも、保険料に余り頼るべきではなく、厳しい状況にある。

②人口構造

医療制度改革が必要となる背景には少子高齢化がある。高齢化によって医療費、介護費が増える一方、負担する現役世代は減っていく。それから負担といってもお金だけでなく、労働力不足という問題がある。団塊の世代が全員後期高齢者になる年を2025年問題と言っているが、それ以降も高齢者は増える。当面の目標を2025年に置いて、それまでに改革をしようとしている。

年齢階級別1人あたりの医療費から自己負担額と保険料を引いてみると、20歳～59歳はマイナス、高齢者はプラスになる結果であり、若者から高齢者



に所得移転がされている。2000年と2010年を比較すると、この傾向がより顕著になっている。保険料率を上げてしまうと現役世代のマイナスが増えるので、どこまで負担をかけられるかという問題がある。

③技術進歩

医療制度改革が必要な要因の3つ目は、技術進歩である。高齢者への適用可能な医療を開発・普及させてきたことは喜ぶべきことであるが、医療費高騰、あるいは病院のベッドを占有する等さまざまな問題が出てきている。

中医協では、新しい薬をできるだけ早く患者に届けたいと年4回保険収載している。ここで問題となるのはDPC包括制の病院であり、前年度使った額で1日あたりの報酬額を決めているため、非常に高い薬は赤字になるので、使用できない。通常、当該医薬品の標準的使用による薬剤費が使用していない薬剤費の84パーセントを超える薬は、DPCではなく、出来高払いにする。2011年度から今年5月まで、中医協においてDPC包括制において高額医薬品として検討された医薬品は、新規収載品、適用拡大の両方とも増えてきている。対象医薬品としては、抗がん剤が多く、申請者は外資企業が多い。高額な薬が増えてきていることは、適用の対象となる患者にとってはそれなりの効果があり良い面もある。

●改革の方向性

①医療保険制度効率化の推進

昔から、医療費をできるだけ抑制するため、お金と医療提供体制の2つの面の効率化が推進されており、できるものから進められている。

まず、高齢者の医療の抑制である。医療費の伸び率は、高齢者の方が若人より大きい。したがって、医療費の増加を引っ張っているのは高齢者の医療費であるが、医療費全体で見ると、後期高齢者医療は趨勢的な抑制傾向にあり、伸び率は鈍化傾向にある。後期高齢者の1人あたりの医療費はもともと低く、他制度と比較すると伸び率も低い。全体としてみると、数量効果で増えている。高齢者の医療費は低い水準であり、さらに1人あたりを下げることは難しいが、ここを何とかしなければならぬので、高齢者の高額療養費や一般並みの所得のある方たちの窓口負担の基準見直しが議論されている。

後期高齢者の入院・外来別の医療費の伸び率では、入院は診療報酬で早期退院するアプローチによりだんだんと下がってきているが、外来は入院医療費を下げるために外来にシフトしているので簡単に下げられない。DPCなどは歴然で、ぎりぎりまで外来で検査し、入院したらすぐに手術をする。また、在宅医療に方向転換しようとしているが、在宅医療イコール訪問診療ではなく、外来に通院する人もいる。外来が増えているのは、入院期間を短縮化させることの副産物の可能性もあるので、なかなか難しいが、今後は外来にもメスが入る。これは医療費の

問題だけではなくて、大病院は紹介状がないと定額負担を取れるようになった。医師の業務負担を軽減する意味も含め、議論がされていくと思う。

自己負担については、70歳から74歳の法律上の負担2割を1割に抑えていたが、2014年に70歳になる人から2割とした。既に1割の人はそのままだが、新たになる人から2割にして、2018年には全員が2割になる。高齢者の自己負担をさらに増やすことは難しいので、高額療養費を変更するという話になっている。後期高齢者で現役並み所得者の高額療養費は、3割自己負担になる。後期高齢者医療の被保険者のうち現役並み所得者は約7%で、大きな財政効果はないが、少しずつ変更している。

保険料率、自己負担率を増やすことが難しいので、卑小な対応になっていく。例えば、介護保険で負担してもらっているのが、療養病床に入院している方で、なおかつ医療区分1の余り医療のニーズが高くない人は、自己負担を少し増やす議論をしている。さらに一般病床の負担も増やす話も出ている。

それから、保険給付の見直しやスイッチOTCのある医薬品の保険給付率を下げる協議がなされている。すでに、ビタミン剤やうがい薬はそのようになり、湿布の取扱いも見直された。さらに財務省系の審議会からは、スイッチOTC医薬品、市販薬、一般薬で売っているものは全額自己負担で良いのではないかとの意見も出ている。ただ、厚労省の審議会は、「そんなことはできない」と言っているが、少しずつ保険外しが進んでいく可能性はある。

②医療提供体制効率化の推進

都道府県別の75歳以上人口について、2010年と比較して2025年あるいは2040年にどのくらい増えるか。埼玉がトップで、千葉、神奈川、大阪、愛知、京都、東京と続く。高度経済成長期に日本中から集まってきた人たちが住んでいる大都会の周辺が急速に高齢化していく。既に高齢化が進んでいる地方は、高齢化率の上昇は緩やかだが、人口は減少する。高齢者の数によっておおよその入院ニーズは決まるので、地域によって医療ニーズに差が出てくる。全国一律の診療報酬では誘導しにくくなり、地域ごとに将来を見据えた議論をしなければならない。

都道府県が策定する医療計画の一環として、地域医療構想という複雑なものを入れた。これまで機能分けされていない一般病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分け、将来必要となる機能別の病床数を二次医療圏ごとに推計する。DPCデータを使って、この地域には1日あたりの診療報酬点数が多い高度急性期患者が何人いると大雑把な数字を出す。2025年にどのくらい人口が性・年齢別に増えるか予測されているので、高度急性期は何人、急性期は何人と割り出す。それに病床稼働率で割り戻して必要病床数を計算する。各都道府県は、医療関係者、患者の代表、保険者などが参加する調整会議を開催

して、青写真をつくる。さらに音頭を取って、現在ある機能を調整して実際に動くようにしてくださいというのが地域医療構想である。国はいろいろな基礎データを用意し、後は都道府県でやることになるので、当初、都道府県から「国の仕事を丸投げするな」と言われた。都道府県はかなり大きなことをしなければならないが、今年度中にすべての都道府県において地域医療構想が策定される。

地域によって医療ニーズが異なり、さらに日本医師会が診療報酬で誘導するなど強く言っていることもあり、新たに基金をつくった。医療界からは、自治体がある程度影響力を持ってこの基金を使うことができるので、否定的な意見がある。「基金を活用して仕組みができた後のランニングコストは、自分たちで負担しなければならないのではないか」という質問に対し、国は「消費税財源を活用した恒常的な基金なので、最初の仕組みづくりだけ補助し、後は自腹でやれということはない」と回答している。さらに、国公立病院には回るが、民間病院には回らないのではないかとも言われた。これに対しては、実際に支払われている補助金の官民の対比をしっかりと確認している。さらに医師確保などに使える財源も付けている。

日本の医療費は、混合診療をしていないので公的なファイナンスであるが、医療提供体制では圧倒的に民間が多く、強制できない。「貴院は急性期だが回復期にしてくれ」と言っても、「個人財産だ」という話になる。法律でがちがちに決めて、国が強制権限の中でやることは難しいので、診療報酬や補助金という経済誘導を進めるかたちになっている。

病床機能報告制度において、自院の現在の病床機能と将来どの機能を担いたいかということを毎年報告してもらっている。結果は、圧倒的に急性期が多い。回復期は、定義がはっきりしていない、あるいは回復期として手を挙げてしまうと報酬が下げられるのではないかという懸念がある。しかし、先ほどの計算方法で推計すると、2025年には回復期の需要が増え、急性期は減る。また、全体の必要病床数は北海道もそうだがほとんどの県で減り、大都会の周辺だけが増える。さらに、介護施設を含めた在宅医療で対応する患者数は増えるので、今後どうするかを議論していくことになる。

療養病床の再編は、地域医療構想の議論の中から出てきた。私も「この検討会でこの話をするのか」と思ったぐらいである。地域医療構想では、慢性期は介護施設を含めた在宅医療と一体的と考える。療養病床の多いところは減らし、その減らした分は、介護施設も含めた在宅医療で受け入れることになる。

日本の人口あたりの病床数は非常に多いので、国は病床数を減らそうと考えた。さすがに高度急性期や急性期は減らせない。社会的入院が多いこともあり、2006年の診療報酬・介護報酬同時改定時に「介護

療養型はいずれ廃止します」と廃止の年限を決め、療養病床を介護施設に転換させようとした。医療療養の診療報酬を変えて医療区分により、医療の必要度に応じて点数を変えた。療養病床はもともと入院基本料にいろいろなものを詰め込んで1日定額にしているの、入院基本料を上げ下げすると、経営に大きく影響する。したがって、医療区分1の医療ニーズの低い人たちの点数を下げ、医療区分3の医療ニーズの高い人たちの点数を上げた。医療区分1の人たちは医療療養から退院して介護施設に転換することを誘導した。これについては、いろいろな補助金があり、ある意味、政策を総動員して行った。しかし、結果は転換先である老健施設へ移行するところはほとんどなかった。介護療養が医療療養に、医療療養が一般病床に転換する政策意図とは全く関係ない状態となり、療養病床はそのままになっている。政策的に一度失敗しているの、無理筋だったのかと議論されてきたが、それがここで復活してきた。前回は、療養病床を老健施設に転換しようと言っても誰も手を挙げなかったの、検討会では新しい仕組み、療養病床のために新しい療養病床をつくろうと検討している。私が座長を務めており、大体の方向性は決まってきたが、まだ最終的なところまで至っていない。

③公平性の推進

地域医療構想、それを含んだ医療計画、あるいは療養病床の再編の一連の流れの中で、地域の需要ニーズに合った供給体制にしていく。このことを進めていくうえで、一部の都道府県から「ベッドの調整をできたとしても、医師不足の問題は国で調整してくれないと解消できない」という強い主張があった。医師不足に関しては、日本医師会などは「偏在」、一部の知事や公立病院の団体は「絶対数の不足」と言っている。

現在、医学部の入学定員を臨時的に増やしている。臨床研修制度が大きな医師偏在を招いたので、地域の定員をどうするか議論され、さらに最近は新専門医制度が地域医療に影響を及ぼすと紛糾している。

「医療従事者の需給に関する検討会」では、医師偏在対策に関する構成員の意見、関係団体からの提案を検討課題として次のとおり取りまとめた。①医学部卒業後の地域定着がより見込まれる地域枠のあり方の検討、②臨床研修の都市部の定員の一層の縮小と都道府県の権限の一層の強化、③専門医の都道府県等の調整に関する権限の明確化および専門医を取ろうとしている専攻医の募集定員の地域ごとの枠の設定を検討、④医療計画における確保すべき医師数の目標値設定、⑤医師・診療行為情報のデータベース化、⑥地域医療支援センターの機能強化などについて年度末までに整理する。

医師の地域偏在で一番厳しい議論は、強制配置についてである。特定の職業だけ強制的にある地域で

働かなければならないことは問題があると言われて
いるが、「地域別の保険医の上限」という話は、出
ては消え、出ては消えが続いている。病床は地域別
に上限が決まっているので、保険医もそのようにする
考え方であるがさまざまな課題がある。

日本では自由診療はほとんど行われておらず、混
合診療も禁止されているので、都市部では若い医
者は働けず、高齢の医師ばかりになりかねないが、
それぐらいのことをしないと地域偏在はなくなる
という意見もある。私は、これらすべてをある程度
検討する必要があると思う。個人的には、臨床研修
は国の制度なので、卒業大学の所在地の都道府県、
あるいは近隣複数県のブロック内で、2年間は研修
する仕組みにすればよいと思っている。学生時代の
6年プラス2年で8年間その地域にいと、何となく
愛着も出てくるので先行できる方法だと思ってい
る。研修医の研修先を全国から選ばせたのが問題で
あって、どうしても嫌だという人は8年目に好きな
ところに行けば良い。

④中央から地方へ

中央から地方へという動きが出てきている。地域
医療構想も、医療計画もそうである。それから、各
都道府県で策定する医療費適正化計画も、従来と比
べると都道府県に相当いろいろなことを要求してい
る。以前から国保は都道府県化するべきだと言われ
ていたが、都道府県は「国保は赤字なので赤字を補
てんしてくれる財政的な仕組みがなければ受け入れ
られない」と一貫して反対してきた。しかし、赤字
を補てんする仕組みがつくられて都道府県に移行す
ることになった。

医療計画に地域医療構想が含まれ、療養病床の
再編まで入ってきたので、都道府県の仕事が増え
た。都道府県は大変であり、能力を心配する声が非
常に大きい。そもそも、そのようなことをやってき
ておらず、ものによっては市
町村の方がよく知っていたり
する。東京のコンサルティング
会社が全国の都道府県を
回って売り込んでいるとい
う話もあり、民間の大きな
マーケットになっていると
言われている。都道府県の
努力ではなかなか対応でき
ない医師不足や財政の問題
もあって、本当に大変である。

⑤予防の重視

最近の傾向として、予防、
それから保健事業が非常に進
んできた。総理直属のいろい
ろな会議でも議論されており
、より一層進めようとして
いる。

⑥政策におけるビッグデータの活用

診療報酬で使うレセプトデータがNDBというか
たちでまとめられた。DPCは診断群分別の1日包
括なので、医療の透明性を高めるといすごい副産
物があった。どの医療行為をどのようにしたか時系
列で分かる。政府の審議会では、これをいろいろな
政策立案等の材料として活用している。現在は、研
究者を中心に使用しているが、一般に使えるようデ
ータベース化されてきており、急速に医療の見える
化が進んでいる。

ただし、所詮、請求書の束なので問題もある。例
えば、医療の効果があつたのかなかつたのかが分
からない。DPCデータは病院別で、検査データが載
っていないので、退院したことは分かるが、退院後
どうなったのかが分からないなどの欠点もある。

●おわりに

医療制度改革に関しては、時間が区切られてい
るので、現状に留まることはできない。現実にとこ
まどうまくいくのかは、微妙ではあるが、何とかし
なければならない。

机上の空論とは言わないまでも机上で考えてい
るところもある。忘れていけないことは、現場の声
を聞きながら調整をしていくことである。



約1時間30分にわたり、重要なデータを含む60枚
以上のパワーポイント(配付資料)を用いた非常に中
味の濃いご講演であった。誌面の関係上、かなり割
愛させていただいたことをお詫びいたします。

なお、講演全文および資料をご希望の方は、事業
第二課〔☎011-231-1725〕へご連絡いただければ、
お送り申し上げます。

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

