

## 医療改革の議論の今後

全国健康保険協会 理事 高橋直人

2015年度で社会保障給付費は117兆円となり、名目GDP505兆円の23.1%にもなる<sup>1</sup>。GDPの約1/4の所得が年金（56兆円、11.1%）、医療（38兆円、7.4%）、介護（9兆円、1.8%）、その他（14兆円、2.8%）で、保険料・税・公債の形で再分配として移転している。これだけの大きな所得移転は我が国の少子高齢化を反映したもののだが、21世紀に入ってから社会保障の中味に変化が起きている。社会保障で大きい分野は年金、医療、介護であるが、1990年代から年金が社会保障給付費の半分以上を占めていたが、2011年度以降その割合は半分を切り、医療、介護がその割合を高めている。

この変化には、第一に介護保険が2000年に出発し、介護サービスの利用が伸びてきたことがある。第二に年金はこれまでの制度改革により給付費の伸びが下がってきている。第三に超高齢化を反映している。高齢者の中の高齢者の増加である。この15年間で総人口は1億2700万人でほぼ同じなのに、65歳以上人口、とりわけ75歳以上の増加は著しい。2000年から2015年にかけて、それぞれ2201万人から3392万人、900万人から1641万人に増加している。医療、介護は、年齢が上がるとともに医療にかかる頻度が増して医療費が増加し、また要介護になる率が高まるので、高齢者の中でも特に高齢者の増加が給付費の増加につながる。

医療費、介護費の増加は、今後の高齢者の中の高齢化、すなわち超高齢化と医療の進歩により、今まで以上のものと予想される。

年金は、2004年改正で厚生年金の保険料率

を2017年に18.3%に達するまで毎年引き上げ、それを負担の上限とするとともに、給付面で給付水準の自動調整措置、マクロ経済スライドを導入した。また基礎年金の国庫負担率を1/3から1/2とし、保険料の上昇を抑え、財政基盤を強化した。そのための安定した財源の確保は社会保障・税一体改革による消費税率引上げまで10年を要したが、それでも2004年改正以降を振り返ると、マクロ経済スライドを機能させる、短期労働者等に対して厚生年金の所得保障機能を拡大するという方向で、おおむね議論は収斂して来ていると思われる。

今後を展望すると、年金ではマクロ経済スライドが機能していけば — ただこれまでのデフレで実施は1回に留まっていることが懸念材料ではあるが —、年金給付費はGDPの一定範囲に留まるであろう。今後も一層の伸びが予想される医療、介護が社会保障改革の議論の中心となる。

医療について見てみたい。今後の医療における問題は、保険財政面では、上記のように長寿化・高齢者の増加による高齢者医療費の増大、また科学技術の進歩による医療サービスや医薬品の価格の上昇である<sup>2</sup>。

さらに、社会保障制度そのものではないが、医療の供給面での課題も多い。高齢化に伴い日本全体の疾病（医療需要）は、慢性疾患、さらに老年期の衰弱による不調にシフトしている。供給システムは、かつては青壮年期の患者を対象とし、救命・延命、治療、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であったが、今後は

<sup>1</sup> 社会保障給付費は2015年度予算、名目GDPは2015年1月の政府見通しである。社会保障給付費は給付された額の合計であり、医療保険、介護保険などの自己負担額は含まれていない。自己負担も入れた医療費全体では2013年度で40兆円である。

<sup>2</sup> こうした長期的な時間軸での問題のほか、国民健康保険、協会けんぽ、健保組合、共済組合という分立した74歳以下の者の制度ごとの財政問題、財政基盤の違いによる制度間での負担面の格差、また本人には負担能力があまりない高齢者医療の財源をどこに求めるか、などがある。

疾病の変化に対応して病気と共存しながら Quality of Lifeの維持・向上を目指す医療、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための介護と連携した「地域完結型」の医療に変わらざるを得ない。しかし、現在の医療システムはそうした姿が変わっていない<sup>3</sup>。それほど医療サービスを必要としない、むしろケアを多く必要とする高齢患者が長期入院するというようなことはその一例である。供給システムが患者をつくり出すという現象も起きている。急性期に対応する高度機能の医療施設と回復期、慢性期に対応する医療施設とに分化し、さらに在宅医療を拡大することが今後必要となる。こうした姿が実現すれば、高齢者のニーズに合った医療が提供され、同時に医療費は低減するはずである。

現在、一昨年の医療法改正により、各地域において高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能別に10年後を想定して病床の需給を算定する作業が進められている。今年中にはほぼ作業は終わろうが、その後に供給が過剰な地域ではどうするかが大きな課題となる。日本の医療機関は民間設立が多く、その開設・設備について病床の新規増に対する制限以外に公的な介入はないのみならず、施設設備やマンパワー配置の他、自分の医療施設がどのタイプかは医師の意識にも関係するので、ミスマッチの解消方策の検討を早急に始めなければならない。

さらに、こうした機能分化した姿に持つていくには、在宅での医療の普及が課題となるが、10年後、20年後を想定すると、高齢者の長期療養後の死亡の増加への対応が必要とされる。2014年では年間の75歳以上の死亡数は92（全体は127）万人であるが、2025年では123（同154）万人、2035年では138（同166）万人の死亡数<sup>4</sup>と予想される。現在の死亡はほとんど病院での対応であり、それが今後は在宅での看取りとなり、しかもその数は1.3倍、1.5倍ということになると、在宅での看取りを支援する体制をどうつくっていくかということが今後の医療の姿を実現していく上での鍵となる。また、医療提供側のみならず、現在の「最期は病院で」と

いう医療を受ける側の今の一般的な意識が在宅での看取りを受け入れる方向に変わっていくかという意識の問題もある。戦後70年の間に、死は身近なものではなくなり、病院の一室でのこととなった。我々が在宅での看取りを受け入れられるかどうかは医療供給システムが変われるかどうかにか強く影響する。

医療技術の進歩は喜ばしいことである。ただ、治療に年3500万円もするような抗がん剤も登場している。そこまで高額ではなくとも、他の抗がん剤などでも同様の問題はある。命に直結するだけに慎重に考えなければならないことは当然であるが、イギリスなどの例もあり、どのように保険の対象に組み入れていくか、あるいは費用をどう抑制するか等について議論がなされるべきであり、その方向で動きが出始めた。医療保険の場合、年金や介護保険とは異なり、個人に保険から給付される医療サービスの量に制限はない。これは治療、救命という事の性格による。それだけに、真に必要とされるところに給付をきちんと保障するとともに、費用を抑制する措置がとられなければならない。

医療保険を含め社会保障は相互の助け合いであり、国民の所得、加入者の労働によって支えられている。医療も今後の負担の上昇をできる限り抑制しなければならないという点では異論はないと思われる。しかし、個別の課題となると（上記のものは一部に過ぎない）、我々の生き方、死生観、倫理問題など、これまでも議論されてきたが、収斂することがなく、さらには答えを出すことが避けられてきた問題が多い。また議論が関係者の間だけで終わることがしばしばであった。しかし既に超高齢化時代の入り口に我々は立っている。幅広く議論し、改革を急ぐべき時期に来ているのではなかろうか。

（文中、意見にわたる部分は筆者の個人的意見である。）

<sup>3</sup> 社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月6日）p21～23参照。

<sup>4</sup> 2014年の死亡数は厚生労働省「平成26年人口動態統計月報年計（概数）の概況」、将来の死亡数は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計（平成24年1月推計）」による。