

## 急 ぐ う 医 療 の 構 造 改 革

～ 戦 略 な き 総 額 抑 制 か ら、 21 世 紀 中 葉 の 医 療 事 情 変 化 に 即 し た 構 造 改 革 へ ～

### 1、はじめに

多くの人々は「人口構成の高齢化で、わが国の医療費が今後急膨張する」と思い込んでいる。しかし、高齢化の及ぼす影響だけを取り出すと、医療費がピークを打つ 2030 年までをとっても年平均 0.8% で増加するに過ぎなく、これは統御可能の範囲内といえる。

わが国の医療問題の本質は、国民の「医療水準」を、将来にわたって成熟国にふさわしいレベルに維持向上させる手順・道筋をどうつけていくかにある。すなわち、「医療水準」を引き上げるコストを誰がどう負担し、如何に早く安く普及させていくのかの戦略が必要なのである。「医療水準」高度化の中身は、例えば、医療新技術や新薬等技術進歩への対応をはじめ、高齢化の進行とともに急増する慢性複合疾患への対応のために専門医相互間の協力体制をどう構築していくのか、遠隔地医療、ネットワーク医療等、将来の医療需要の構造変化に医療提供体制をいかにしてマッチさせていくのかといったことである。

人口の高齢化で医療費が急膨張するから、その総額抑制の手段として厚労省はまたまた受診抑制策を打ち出しているが、わが国医療問題の本質から遠く外れているといわざるを得ない。

### 2、課題は何か

#### 1) 高齢化による医療費増は、公的医療保険財政を統御不可能とするには至らない。

- ・ 人口構成の高齢化の影響で、医療需要が今後急膨張するとの行政サイドの推計は過大推計であり、議論を誤導する虞が強い。
- ・ われわれの推計では、現在の「医療水準<sup>1</sup>」で国民の満足が得られるのなら、国民医療費ベース<sup>2</sup>で現在の 31 兆円(総医療需要<sup>3</sup>では 40 兆円、公的医療保険給付費<sup>4</sup>で 26 兆円)の医療需要は、2030 年までは年平均約 0.8% で増加するが、それ以降は減少に転じる。
- ・ 現在 26 兆円の公的医療保険給付費は 2025 年には 30 兆円に膨らむが、その対国民所得比は現在の 7% が 2025 年には 8.2% になる程度である。経済財政諮問会議はその対 GDP 比率を 5.6% 以内に抑えるよう要請<sup>5</sup>しているが(現在 5%)、その範囲内に収まっている。

<sup>1</sup> 国民皆保険の下で現在受けている診療レベル、すなわち受療率、受療単価、医療の「質」

<sup>2</sup> 保険対象の医療費

<sup>3</sup> 国民医療費に保険対象外の各種医療支出をあわせたいわゆる GDP ベース

<sup>4</sup> 国民医療費から窓口での自己負担分を除いたもの

<sup>5</sup> 経済財政諮問会議の要請は、2025 年の公的医療給付費を 42 兆円以下にする、その対 GDP 比を 5.6% とするということのもの。

国民が現在の「医療水準」で満足してくれるなら、高齢化の影響とは上記の程度の統御可能な問題といえる。

## 2)問題は現在の「医療水準」や医療制度のままでは、将来的に、国民の医療サービスに対する満足を充足できない点にある。

- ・ 行政サイドの医療需要推計（国民医療費ベースで、現在の 31 兆円が 2025 年には約 70 兆円になる）は、上記の人口構成の高齢化の影響にプラスして、現在の「医療水準」を年平均 3% 程度のピッチで引き上げていくことを意味している。
- ・ この 3% は、よく「自然増」と呼ばれその言葉のもつニュアンスが議論を混乱させているが、実はここでいう「医療水準」の引き上げ、主として各般にわたる技術革新料のような計量不能な性質のものである。したがって、年率 3% という仮定数値の是非を議論することの意義は乏しい。
- ・ 問題の核心は 第一に、医療技術の進歩や新薬の開発の恩恵をいかに早く、安く国民に提供し、満足が得られるようにするかにある。技術進歩の恩恵に逸早く浴するためには、自由診療患者が負担する高額な医療費、公的医療保険対象になった後も公定価格とはいえ相対的に高い保険料負担というコスト増が伴う。われわれは以下の提言に示すような政策を採って、現在の医療が抱えている無駄や非効率をなくし、診療報酬や薬価のメリハリを利かせ、IT 技術の合理化効果を全面享受できる体制をつくれればそのようなコスト負担は十分まかなえ、成熟国にふさわしい医療水準に将来にわたって引き上げていくことが可能であると考える。
- ・ 第二の問題は、医療サービス分野におけるミスマッチへの対応である。医療供給体制の構造改革を急ピッチで進めないと、無医村や専門医不在地域が益々増え、また医療需要の中身が慢性複合疾患に重点が移る将来への対応ができない。さらには、高度医療を国民に提供し、医療水準の向上を図ろうにも普及率を高める政策を採らないと、医療提供側の専門医の数が増えず、技術レベルの向上が遅れる結果、患者が的確な専門医に容易にめぐり合えない事態を招く可能性が強い。
- ・ 第三の問題は、団塊の世代が高齢者の仲間入りをする 15 年後の 2020 年には医療需要の 2/3（現在は 1/2）が高齢者医療になり、現在の医療保険制度上の問題である不公平<sup>6</sup>が嵩じ、医療保険制度が持たなくなることへの対応であろう。高齢者医療保険を現役の保険制度から切り離して新規創設するという政府の示している方向性にわれわれも同感だが、一部手直し<sup>7</sup>が望ましいと考えている。

以上のような課題認識の下、われわれは以下の医療構造改革重点三項目を提言する。対応への猶予期間は団塊の世代が高齢化するまでであり、当然 10 年もないと考えるべきである。

---

<sup>6</sup> 健康保険制度間の不公平、現役世代から高齢者世代へ拠出金という名で仕送りをしている世代間の不公平

<sup>7</sup> 本文の補足説明資料（1）<10 頁>を参照

### 3、三つの提言・・・医療サービスの構造改革を目指して

#### ～ 提言1 ～

**技術進歩の恩恵を早く、安く国民全体が享受できる体制整備に向けての構造改革として、混合診療の原則認可、民間の実損補填型医療保険の開発導入等、最初に高いコストを払う患者を増やし、臨床例を増やす政策を採用し、その結果として価格の下落と医療提供側の専門医の数と技術レベルの引き上げを促進する。**  
**新技術、新薬の普及率が一定段階に達すればできるだけ早く保険給付対象にしていくために、以下に例示するような医療の無駄や非効率をなくし、保険料率の上昇や財政負担の上昇に繋がらないようにする。**

(例示)

- (イ) 重複検査、過剰投薬等の無駄の削減を図るため、個人別診療記録・投薬記録の IT 化、患者の良き代理人としてのホームドクター制の普及等の総合対策を推進する。
- (ロ) 病院経営に長けた経営者に全権を委譲するなどの努力を要請することによって国公立病院経営の合理化を図る。公営病院の赤字への年 0.7 兆円の助成を高度先端医療への助成に振り替えることができる。
- (ハ) ジェネリック医薬品の使用促進のため、診療報酬面のインセンティブの付与、一般名処方の教育推進、後発品メーカーの安定供給と品質への信頼性確保努力を要請する。当面年 0.3 兆円のコスト削減効果がある。
- (ニ) 医薬品の院外処方促進のための過度なインセンティブは是正していく。最大年 0.7 兆円のコストセーブになる。

#### ～ 提言2 ～

**医療過誤防止、無駄の排除、医療の「質」の向上手段として、「IT による医療革命」<sup>8</sup> を本腰を入れて推進する。**

**「オープンカルテ」システム<sup>9</sup>とネットワーク医療<sup>10</sup>の推進のためのインフラ整備のために、国家が先導投資を行う。国家財政は危機にあるが、国家の先導投資負担<sup>11</sup>はわれわれが知りうる情報によると、そのコストダウン効果<sup>12</sup>によって2年で取り戻せる。**  
**その上で投資減税、補助金、診療報酬優遇等のインセンティブによって医療機関の投資を誘導促進する。**

<sup>8</sup> e-Japan 戦略の難点は、他国のように「国家戦略」として推進するという実行面での本腰が入っていない点にある。

<sup>9</sup> いつでもどの病院・診療所からでも本人の了解の下、自分のカルテにアクセスできるシステム

<sup>10</sup> 病・病間、病・診間、患者間をコンピュータでつなぎ相互運用可能にする。註9,10の実現の前提として、臨床用語の標準化、「患者権利法」、「医療記録法」(いずれも仮称)の制定が近々絶対に必要となることはいうまでもない。その詳細についてのわれわれの見解は本文の補足説明資料(2)、(3) <12~14頁>を参照。

<sup>11</sup> 英国では2010年までに全国民をカバーするEHR(電子医療記録)の構築を目標とし、そのための予算として3.7~6兆円の予算を見込んでいる

<sup>12</sup> 医療IT革命の本旨は医療の「質」の向上にあるが、そのコスト削減効果も大きく、2004年6月の米大領宛て報告書では、少なくとも総医療費の10%(わが国に当てはめると年3兆円以上)と推計している。

～ 提言3 ～

**医療提供側の専門性向上、分業と協業体制構築のための構造改革として、**

ホームドクター制(かかりつけ医)の普及のため、現在もある初診料の上乗せ幅を大きくし、禁止的な差を設ける。専門医資格付与制度を臨床重視の制度に改革する。

医師、薬剤師、看護師等医療関係者の能力向上を期し、再教育、講習の義務付け、免許更新制度を、公権力から強制される前に医療界が自主実施することを要望する。