

ヒューマンケア通信 (Vol.3 H22年12月2日)

= 高齢者医療制度問題の解決の着眼点 1 =

今回は、前回の続きとして、高齢者医療制度問題の解決の着眼点を整理してみたいと思います。私は、「後期高齢者医療制度」の基となる政府方針を定める際に、3回目の厚生労働省保険局勤務で、内部の検討責任者として、前回の近未来の現実を目の当たりにして愕然としたものです。当時、中堅・若手職員と議論した基軸は、次の3点でした。

- ① 高齢者一人当たり医療費や給付費を抑えられるか
 - ② 保険料を負担する者のベースをいかに広げるか
 - ③ 負担議論が嫌いな政治過程に高齢者と現役世代の負担問題の議論の土台を作るか
- その時点では、既に患者負担増やマイナス改定への反応は厳しく、従前の延長線の対応は無理であり、今後10年・20年間、最終決着することなく漸進するしかない世代間負担の問題に、新たな議論の土台を提示することが必要と感じたことを思い出します。

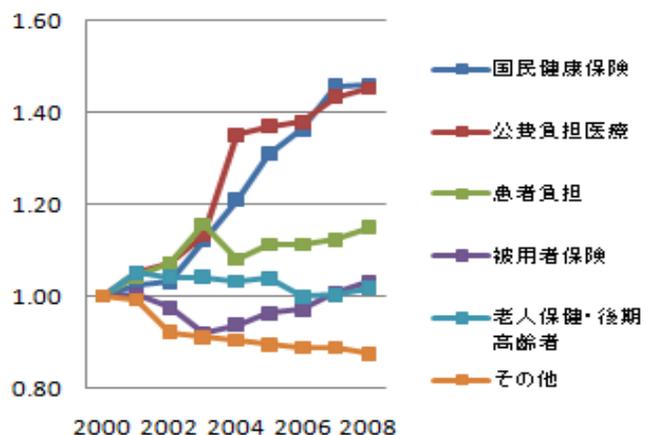
このうち今回は「**高齢者一人当たり医療費や給付費を抑えられるか**」についてです。この命題は、長らく患者負担と診療報酬水準の問題として対応されてきました。

特に、この10年間は、高齢者やサラリーマンの窓口負担の引上げ（これにより公的保険の支払額は減少）や医療サービスの対価である診療報酬の値段の引下げ（これにより公的保険の支払額・患者負担双方が減少）が続きました。それぞれ一定の効果はあったのですが、いずれも高齢化の速度・そのインパクトに対しては、規模が小さくかつ一時的なものとならざるを得なく、結果として医療費総額は増え続け、11月24日に公表された国民医療費では平成20年度で34.8兆円、うち高齢者医療制度の給付費（窓口負担は除く）は3割を占めています。しかし、介護保険が導入された2000年を起点にすると、高齢者医療制度は、対象年齢の引上げ（70歳⇒75歳）、一部のサービスの介護保険移行等によって、この10年は横這いであり、本格的に増加する段階は「これから」とわかります。

平成20年度国民医療費(千億)



変動率(2000年を1)



高齢者医療制度の見直し議論で、厚生労働省は70歳～74歳の窓口負担を引き上げる提案をしていますが、「コンクリートから人へ」のフレーズが独り歩きする現在、この手法の実現は、政治的に、ほぼ不可能でしょう。また、平成24年度の診療報酬改定も、前回の平成22年度改定＝実質ゼロ改定を、政治的に「10年ぶりのプラス改定」と上げた手前、（どのような政権でも）マイナス改定の可能性は極めて低いと考えられます。いずれにしても、この手法は、国庫財源を捻出する政府予算対策としては有効なのですが、医療費・給付費の恒常的な増加を抑えることは無理です。

「予防で医療費を抑制できる？」

当時、高齢者を病気にしないことは可能かという予防議論もしました。検診の充実や健康づくりなどで費用を抑制するのは無理なことは諸外国で実証済という結論でした。一つの病気を抑えても「人間は必ず死ぬ」ので、何らかの治療を受け、最終的に生涯に使う医療費は同じになるということです。かつて日本の国民病と言われ結核は減少しましたが、現在は、がん・心臓病等が死亡原因のトップになり、仮に、将来、これが減少しても「別の病気」で、治療を受けて、死ぬことは変わりありません。

もちろん、予防は、健康な時間を延ばすという効用の面から価値は高いと思いますが、医療費総体としては、現在のような「メタボ対策」には、中期で見てほとんど効果がないと考えています。なぜ、あのような費用対効果の低い仕組みに資金と労力を注ぎ込んだのか、機会があれば当時の厚労省幹部に聞きたいと思っています。

ただし、予防と言う観点から日本で効果があると思われるのは人工透析です。日本は人口透析が最も行われている国です。日本腎臓学会によれば、2010年の世界における人口透析患者210万にと推計していますが、そのうち日本は全体の15%程度にあたる30万人と推計しており、ある学者の方の推計では医療費で1.5兆円（全体の4%）程度に及ぶとのこと。これには自己負担分を税金負担（公費負担医療制度）で事実上ゼロに軽減し、経済的に、人工透析移行を促進していることも背景にあります。また、病院の経営改善の手法で、長期に安定した患者確保が可能な人工透析を新規に行うという単純な発想のものが、いまだに散見されるくらい経営的なインパクトもあります。

こうした医療費も高い（年間500万円以上×生涯）人工透析の状態に「落とさない」よう、人工透析予備軍に絞った対策等は費用対効果も高いと考えられ、諸外国でも、こうした対象に絞った対応は試行されているようです。日本でも、公費負担も含め、人工透析開始後ではなく、人工透析予備軍に医療費を振り向けることが大事と考えます。

しかし、現状では実現性は極めて難しいでしょう。その変化が合理的であったとしても残念ながら、政治・報道、そして何よりも日本人が、変化、特に負担が変わるという変化を受入れられないだろうと思います。「透析患者の負担増」という旗の下に。

「高齢者医療には無駄が多い？」

平成5年に、最初に医療保険に関わるときから、「社会的入院」「医薬品の無駄」「重複検査」等 高齢者医療には無駄が多いとされてきました。その後、結果として10年間にわたり医療保険制度に関わった個人的な感覚としては、相当水準まで、こうした問題は解消したと実感しています。また、残されている課題は、それはそれで解決は必要なのですが、残念ながら高齢化に伴い生じる医療費増の規模には、全く見合わないもので、その実現が遅れているとして、国民負担増の判断を先送りするような理由にはならない規模になっていると思います。

社会的入院については、急性期と慢性期の患者さんが病院に混在したことで、病院と患者・家族の皆さんの間で生じたミスマッチの問題です。患者さん側は、ずっと入院できると考える一方で、病院側としては 急性期として入院する時期は済んだとするギャップです。平成12年診療報酬改定以降の、病棟単位の機能分化（急性期と慢性期を分ける）、医療連携の強化（急性期から慢性期への病院移動を円滑にする）等により、今では、利用者の理解も深まり、病院の社会的入院ではなく、特養不足などの長期利用施設の不足が強調されるようになっていきます。

医薬品の問題も、1兆円規模を超えて常時存在した薬価差（病院における薬の仕入額と病院への保険償還額の差＝病院の利益）の問題も、現在は1/3規模以下となり、それも2年ごとに解消するようになりまし、今話題の後発品利用も仮に促進しても数千億規模の問題であり、高齢者医療費増の1年分にも足りません。

IT化で重複検査の排除との主張が現在も強くありますが、重複検査の温床とされた検体検査（血液検査等）は、複数やっても請求できる上限を決める、入院料に包括する等により、現在の市場規模は1兆円を下回っており、仮に重複が解消しても後発品使用促進より財政規模は小さいと考えられます。また、医療訴訟・紛争が増える中、検査等が簡素化されることに伴う訴訟戦術の変化（検査漏れを主張）も予測され、医療費以外の問題とセット解決することが必要な課題であり、短期解決は難しいと考えています。

「高齢者医療には地域差が大きい」

これは長年指摘され、基本的に構造変化が進まない事項です。その背景はこうです。

日本の医療提供や患者動態は、大都市を除けば、概ね都道府県単位で完結（医療を受けに行くのは稀ということ）している一方で、地域の病床等に余裕があれば患者が長期入院をする傾向が高まり、病床規模が適正であれば長期入院傾向が止まります。患者・家族の皆さんの医療行動は、地域の医療提供体制により変わるといえることです。

私は、こうした「地域差をなくせ」と言っているのではなく、こうした地域差の存在を前提として、地域で受けるサービスと地域で負担する保険料水準等を地域別で意思決定することが重要と考えています。地域の医療体制が違う中、高齢者医療の問題を国一律で議論しても何ら解決はなく、地域別の取り組み、例えば、「高齢者の保険料が高くてもサービス量が多ければ良い」「この地域では保険料水準が高いのは受け入れないので病院の淘汰を進める」等の地域単位の判断を尊重する仕組みこそが、今後の高齢者医療の数少ない「出口」の一つと考えます。

こうした展開は、仮に負担増になっても、国民の納得度を高めるものと考えますが、今回の改正議論では、都道府県単位は、国保財政の安定の切り口のみであり、医療提供面での新たな提案・検討は残念ながらありません。都道府県側も反対を強く主張するだけで、合意形成のプロセスは見えません。

これには、介護保険等で、サービス量等の違いには触れることなく、地域別の保険料水準の多寡のみを話題としてきたため、国民の判断基準を「満足度（費用対効果）」ではなく、「負担（保険料水準）」のみに偏らせてきた国・報道側にも大きな問題があると考えています。「他より良いサービスを受ける体制があれば、負担も他より高くても当然」と考えるようにならないと、医療や介護の保険料負担問題は絶対解決しません。

ちなみに下表は 赤は高知、緑は静岡、黄色は神奈川ですが、医療費が2倍も違う＝保険料負担水準も2倍違うものを、国で一律に、保険料水準や負担軽減措置を判断すること自体、私には無理に思えます。皆さんはどう感じられますか？

次回は費用負担者の観点からの話をしたいと思います。

