

第3部 森田 朗さん

高齢化と医療政策

1. これからの高齢化

高齢化率が20%を超え、わが国は高齢社会に入ったが、これからの高齢化は、とくに都市部において進む。高度成長期に首都圏、近畿圏等都市部に移り住んできた「団塊の世代」が一斉に高齢化するからである。彼らの多くは、団地に住み、单身ないし夫婦の世帯であり、医療・介護はもとより、日常生活におけるケア、とくに家計の管理や衣食住等の生活環境の維持に大きな課題を抱えている。しかし、期待されている「地域共同体」の絆は強くない。

2. 医療費決定の仕組み

最も重要な医療において、その価格（診療報酬）はどのように決まっているのか。わが国では、医療機関の経営はベッド数等を除いて規制はなく、医療機関は自由に開業でき、また患者がどの医療機関を選ぶかも自由である。

勤務医、開業医、看護師、薬局、薬剤メーカー等、医療においては多数のステークホルダーが存在しており、皆診療報酬のあり方に強い関心をもっている。

診療報酬は、2年に一度、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）で決定される。中医協は、保険者を中心とする支払側と医療機関を中心とする診療側、それに公益委員の3者で構成され、真剣な審議を通して診療行為の点数、薬価等を決定する。ただし、診療報酬総額（改定率）は閣議で、また医療政策の基本方針は社会保障審議会で決定され、中医協はその枠内で点数を決定する。

2012年度からの診療報酬は、2月に決定され、大臣に答申された。今回の改定率は、0.00%（正確には、0.004%）の引き上げであり、勤務医の負担軽減、在宅医療の充実、薬価の引き下げ等が行われた。

3. 医療政策の課題

わが国の医療制度は、医療崩壊がいわれるように、数々の問題を抱えており、改革が必要といわれている。一方、高齢化による患者数の増加と医療技術の発達による医療の単価の上昇、他方では、医療保険が財源難によって危機的な状態にある。

また、従来と異なり、高齢化によって、一人の患者が長期にわたって複数の疾病を抱えるようになっているが、こうした疾病構造の変化に現在の医療制度は充分に対応しきれていない。さらに、高齢化とともに進む人口減少は、とくに過疎地域における医療機関の経営を困難にし、それによる医師不足等が、医療崩壊を加速している。

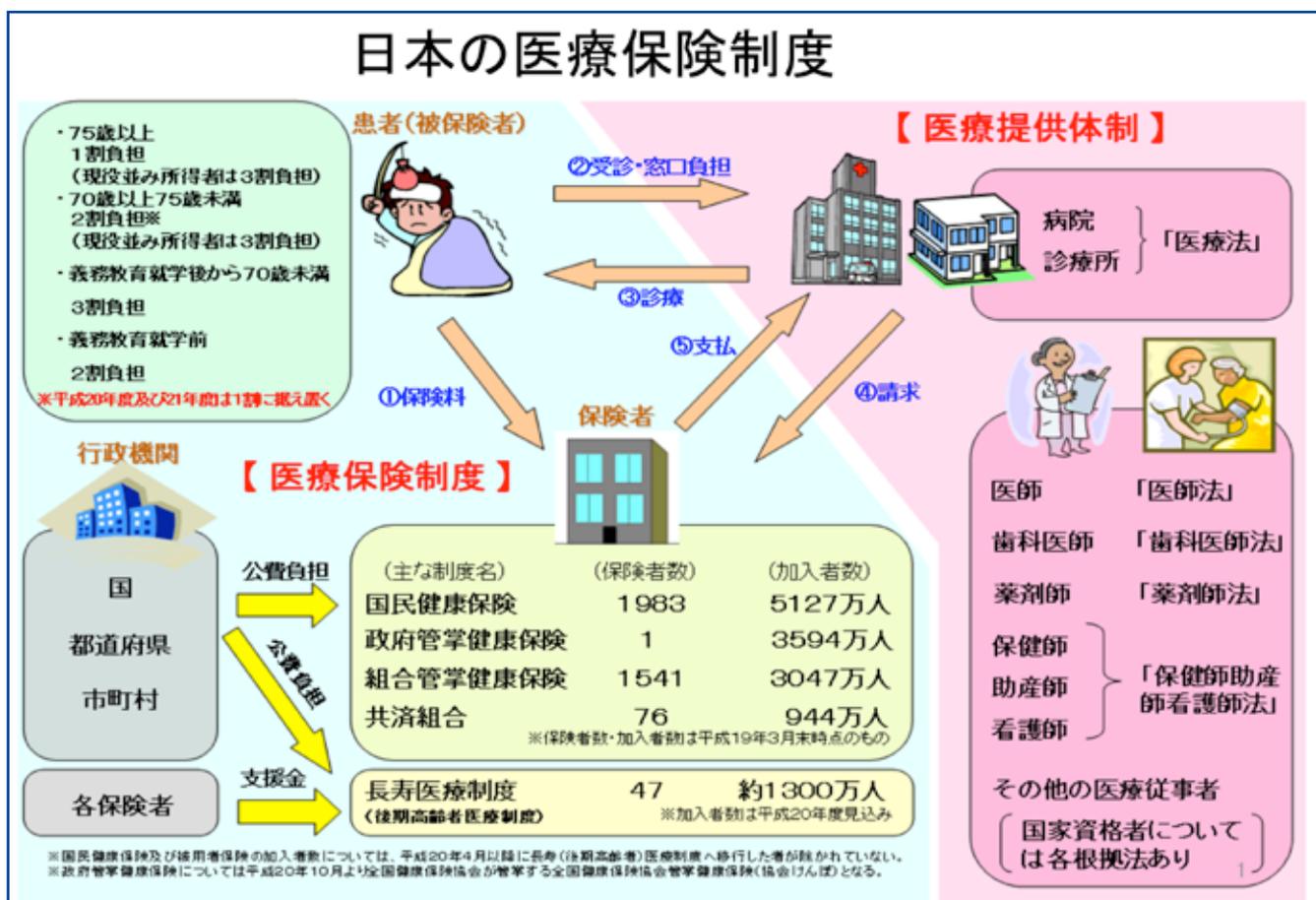
これまでの医療提供体制は、医療マーケットの規制ではなく、主として診療報酬という経済的インセンティブを操作することによって管理されてきたが、医療需要の構造変化により、また従来のような診療報酬総額の増額が困難になってきたことにより、経済的インセンティブを中心とした方法では、必要な医療の供給確保が困難になってきている。抜本的な改革が必要とされる時期が来るのもそう遠くはないといえよう。

4. 持続可能な医療の実現のために

こうした事態から脱出し、持続可能な医療制度を形成するには、国民に負担を求めるか、あるいは国民皆保険制度を維持するのであれば、全体的に医療サービスの質を削減し、たとえば混合診療を導入していく等の方向に向かうしかない。しかし、長期的にはそのような方向での制度改革を進めるにしても、いずれも高齢化が進む中で実現することは容易でなく、短期的には医療サービスの提供におけるムダを削減し、効率化を進めていくことが不可欠である。

それには、現在の医療制度にどのようなムダがあり、さらに医療の質の向上ないし維持を図っていくために何をすべきかを明らかにする必要がある。現在、エビデンスに基づく医療が叫ばれるようになっているが、治療効果や薬効の客観的なデータに基づく評価だけではなく、医療機関における医療サービスのあり方についても、客観的なデータを収集し、それに基づく評価と政策決定を推進していく必要がある。

現在では、これまで多額の経費を要しながらも信頼性が充分でなかった医療データも、IT技術の著しい進歩によって、大量データを迅速に収集することが可能になり、多くの先進諸国でIT化が試みられている。わが国においても、先端的なIT技術の活用によって、可能な限り質が高く効率的な医療の提供を推進していくべきであろう。



(学習院大学教授 森田 朗)