

医政メモ Q&A

「2015年医療のグランドデザイン」を検証する

日医総研は2000年4月3日に21世紀の社会保障制度全般に関する抜本改革ビジョンとして「2015年医療のグランドデザイン」を公表しました。その内容がどのようなものであったか、そして、2016年となった今、どのようなになっているかが多少気になりだったので、このたび、いくつかのトピックスについて検証してみることにしました。決して批判目的ではありません。あくまで現状との比較で見たいと思います。

Q：どのような経緯でグランドデザインが描かれるようになったのでしょうか。

A：当時、医療制度の抜本改革の必要性が叫ばれているにもかかわらず、政府審議会等は従来の行政主導による議論の域を脱しきれず、改革の方向性を打ち出すまでに至っていませんでした。その閉塞状況を打破して医療の中期的な将来展望を示すために日本の医療改革の指針となるものとして日医総研が報告書にまとめたのです。この2000年は、介護保険制度が誕生したまさにその年で、今後の動向を十分には読み切れない時代であったからこそ、将来に対する予測が必要であったと考えられます。

Q：当時の懸念材料はどんなものがあったのでしょうか。

A：まずは、後期高齢者数の激増が上げられます。2000年当時、65歳以上人口は約2,200万人で、それが2015年には約3,200万人に、15年間で1,000万人増えるという予想でした。実際には、2015年の国勢調査の結果からは3,342万人と、予測値を4%超えるほどに増えていました。

また、痴呆・寝たきり・虚弱などの要介護老人数は2000年の270万人が2015年には460万人に増加するとの予想でしたが、こちらは、2015年で607万人（厚労省データより）となっています。数字を単純に比較するのはどうかとは思いますが、要介護者の増加が65歳以上の人口増加のほとんどを占めていると読むこともできます。

逆に少子化については、2000年の0-14歳人口1,860万人が2015年には1,794万人に減少すると予測していましたが、実際は1,586万人でした。現在の少子化については当時考えていたものよりもさらに深刻な状況と言わざるを得ないでしょう。

これらを受けて、2008年施行の高齢者の医療の確保に関する法律を根拠とする高齢者医療制度の創設へとつながってくるわけです。

在宅/施設による要介護・要支援者数は、2000年には在宅200万人に対し施設入所は70万人、2015年の予測は在宅346万人、施設入所は114万人でしたが、実際には、2015年における在宅でのサービス受給者は377.7万人、施設入所者数は89.6万人でした。在宅でのサービス受給者が増えた分、施設入所者が予想よりも少なくなったようです。

入院患者数については、1996年に入院患者数/日は148万人であったものが2015年には190万人に増加すると見込んでいましたが、実際には2014年で132万人と減少していました。

保険薬局の現状と将来予測についても検討しています。

1996年および1998年における保険薬局数はそれぞれ36,353か所、39,436か所であり、この理由として院外処方への推進による部分が多

いものの、今後急激な増大を続ける薬局調剤医療費の伸びに制限がかけられる可能性が高いことから、保険薬局数は今後年率1%程度の伸びにとどまると仮定し、2015年における保険薬局数を43,918か所との予測でした。しかし、実際には57,784か所と著増していました。

Q：高齢者医療制度についてはどうでしょう。

A：グランドデザインにおいては、4つの基本骨格がありました。

(1)75歳以上のすべての後期高齢者を被保険者とする独立した医療制度であること

75歳以上を対象とする理由として、総人口自体が減少しつつ後期高齢化率が猛然と進行するという動態予測、平均寿命の変化、要介護者の発生率の増加などを踏まえての判断でした。その後、2008年4月より後期高齢者に対する医療は「老人保健法」が改正された「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて提供されるようになりました。

(2)財源として公費を重点的に投入すること

後期高齢者という、健康に対するリスクが高い者のみで被保険者集団を形成することは、リスク分散という保険原理が働きにくいことから、保険よりも保障へと制度の理念を転換させて公費を重点的（財源の90%程度）に投入することとしていましたが、平成23年度の後期高齢者医療制度の運営結果では、後期高齢者の保険料が1割、現役世代からの支援金が約4割、公費負担部分が約5割となっています。

(3)独自の診療報酬支払方式を設定すること

後期高齢者の特徴として、慢性疾患による受療が多いことが挙げられます。そこから、患者により医療行為の質的・量的個人差が大きい急性期医療に対しては、出来高払いによる診療報酬支払方式を採用し、慢性期の患者に対しては、独自の包括支払い方式を開発することが合理的であろうとしていました。そ

れとともに、終末期医療に対する国民的合意形成を図りながら、高齢者の医療費の増加に歯止めをかける必要がある、との構想でしたが、75歳前後における医療の連続性に配慮し、これまでの老人保健法に基づく診療報酬と同様に、74歳以下の者に対して行われた場合の診療報酬を適用することとなりました。

(4)保険者を都道府県とすること

当時の小さな政府、中央集権から地方分権への時代の流れからも、地方自治体を保険者とするには抵抗感はないだろうとの判断がありました。その上、当時はすでに医療関係の申請・届け出などをはじめとする多くの権限が都道府県に委嘱されている、医療計画の策定主体であり、当該地域の需要と供給のバランスを調整しやすい、規模のメリットを得やすいなどの利点から、都道府県を保険者とすることが適切だろうとしていました。旧老人保健制度においては、市町村が運営主体となって給付を行っておりましたが、現在は都道府県単位ですべての市町村が加入する後期高齢者医療広域連合が運営主体となっています。

Q：将来に向けての提案などはあったのでしょうか。

A：このグランドデザインの最終章の11章に“国民への保証”として日本医師会の将来に向けての考え方が記してありました。

まずは、これまで述べたような高齢者医療制度の議論を開始することを呼び掛けています。これについては、介護保険制度とともに現在においても最重要課題となっており、さらなる議論がこれからもなされるべきでしょう。

次に、診療報酬体系改革について、高齢者に係る医療費を最小限に食い止めるために、慢性期における支払制度に包括化の導入を提案していました。

さらに、薬価制度について、①薬価差の解消とこれに伴う関連技術評価の確立、②薬価

算定に関する公正な組織の設置による薬価設定の透明化、③同効薬間の価格差是正による公平性の担保、④画期的新薬等の適正な評価のための薬剤経済学的評価体系の導入などが具体策として考えられていました。現在においても、さらに突き進めなければならない課題であるといえるでしょう。

そして、われわれ日本人の生活環境や食生活などが変化し、疾病構造が生活習慣病を中心とした慢性疾患にシフトしている中で、予防医療の重要性を述べています。

当時の制度の中での問題点として、乳幼児期、就学期、就労期、老年期における検診及び健康づくりを中心とし各種保健事業が縦割り行政の弊害で、国民個々人の健康情報の把握・管理が一元化されていないことが挙げられていましたが、これらはビッグデータの活用により今後答えが得られることになるので

しょう。

最後に

今回、2000年に作られた15年後の医療予測を、国民衛生の動向などの書籍を参考にしながら実際の数値と比較検討しての考察を試みましたが、ここに出てきていない統計の予測値において、一民間人の私のレベルでは知りえないような数字が多くありました。

過去の予測と実際とが乖離することは至極当然のことであり、予測をたてた根拠と現在との違いを詳細に検証することによって、今後の方針が一層定まりやすくなるはずです。これからの10年は、医療業界にとって波乱の時期といえるでしょう。この「2015年医療のグランドデザイン」をもとに、さらなる将来予想を日医総研にお願いしたいものです。

(政策部担当理事 白崎 修一)