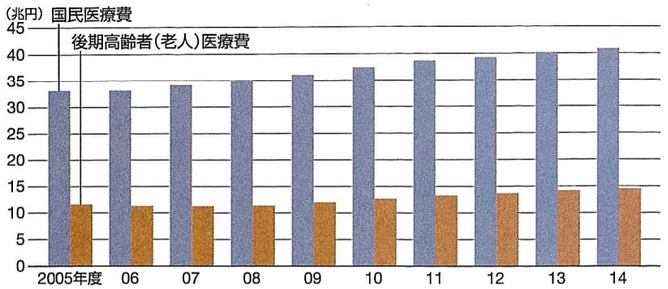
多死時代がやってくる

日本の医療を取り巻く三重苦

1 急増する高齢者、過剰受診も

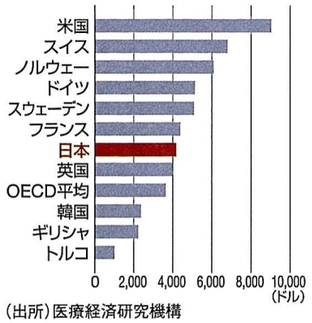
高齢者の医療費が医療費全体の伸びに影響している。世界的に安価で効率的な医療制度とされてきたが、ここへきてその「神話」に疑問符も

医療費は右肩上がり 国民医療費の推移



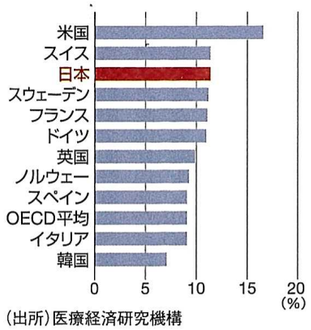
(出所)厚生労働省

1人当たりで見ると日本の医療費は中程度だが… 1人当たり保健医療支出



(出所)医療経済研究機構

対GDP比で見ると世界3位に浮上 対GDP比の保健医療支出

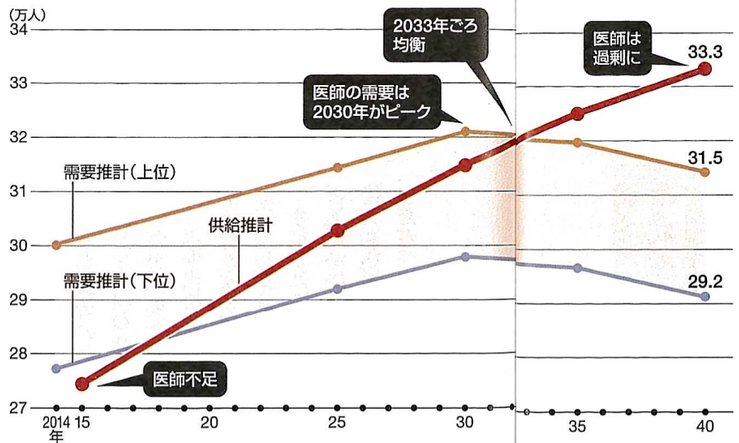


(出所)医療経済研究機構

2 医療の担い手不足と偏在

医師不足解消には時間がかかる。看護師や介護福祉士は離職率も高く、医療や介護現場における人手不足が深刻になっている

医師は2030年代後半、過剰に 医師の需給推計

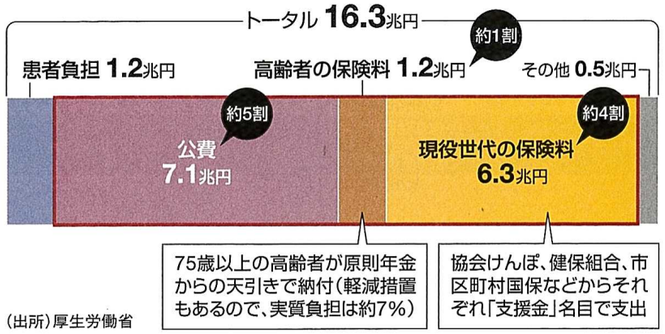


(出所)厚生労働省

3 財源不足、負担は限界に

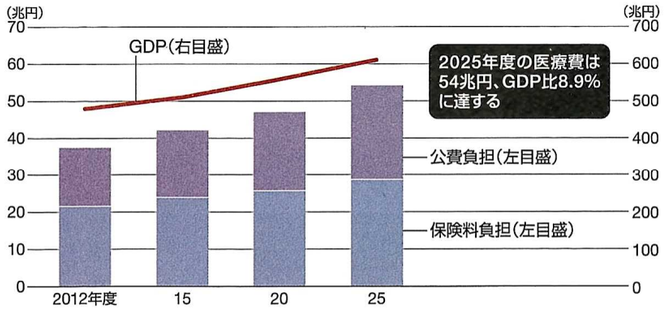
高齢者の医療費は、現役世代の保険料(約4割)と、公費(約5割)で賄われ、高齢者自身の負担は約1割にすぎない

高齢者の医療費は現役世代が支えている 後期高齢者医療制度の財源



(出所)厚生労働省

2025年度の医療費は54兆円に 2012年3月の長期推計



(出所)厚生労働省

忍び寄る崩壊の危機 高齢者医療は維持不能に

「さすがにこのままでは日本の医療はもたない」。現場の医師たちがこぞって声を上げ始めた。

引き金をひいたのが、1人年間3500万円もかかるがん治療薬オプジーボだ。日本赤十字社医療センターの国頭英夫医師は「よく効くから使わなければいけないが、ひどく高額だ。このままでは国家全体が破産してしまう」と警鐘を鳴らす(本誌6月4日号「がんとお金」)。

高齢者が数多く運び込まれる救命救急医療の現場も「このまま手をこまぬいていると、若い人も共倒れになってしまう。湯水のごとく医療費を消費するようなぜいたくを、いったいいつまで続けられるのか」(東京都立墨東病院救命救急センターの濱邊祐一部長)と危機感をあらわにする(64～65ページ)。

日本は長年、先進諸国と比べて安価で良質な医療を提供しているとされてきた。だが、その「定説」に疑問を投げかける報告が今年7月、公表された。

OECD(経済協力開発機構)の最新統計によると、日本の1人当たり保健医療支出は先進35カ国中、OECD平均よりやや高い中程度だった。だが対GDP(国内総生産)比で見ると、旧基準では10位程度だったのが、新基準では米国、スイスに次いで世界3位に上昇する(1の下図)。

順位が上昇した理由は、これまで「ヘルスケア」に含めていなかった、食事や入浴など日常生活動作に関する介護保険サービス(通所介護や介護福祉施設サービス)を含めるようになったためだ。その結果、旧基準と比べて6兆円以上膨らんだ。つまり、これまでは費用を過少推計していた可能性があるのだ。

調査にかかわった医療経済研究機構の満武巨裕・研究部副部長は「介護保険制度の有無や高齢者数の違いがあり、制度が効率的か否か、他国と比較するのは簡単ではない。高齢化がこれだけ進んでこの順位なら、日本の医療は適正化が図られていると評価できる」と話す。

だが、東北医科薬科大学の濃沼信夫教授は「ベッド数や平均在院日数、CT(コンピュータ断層撮影)などの医療機器の台数から見て、日

本は明らかに過剰診療、過剰受診だ」と指摘する（76ページ）。

日本医療の「三重苦」費用と負担の不均衡

72～73ページ図のように、日本の医療制度は今「三重苦」に直面している。日本の医療制度が世界何位かはともかく、このままでは持続可能でないという認識に異論はないだろう。

一つは高齢者の急激な増加だ。75歳以上の後期高齢者は、2014年現在で約1600万人、総人口の13％を占める。団塊世代が75歳以上となる25年には2200万人弱、同18％に急増。60年は2300万人超、同27％に達する。

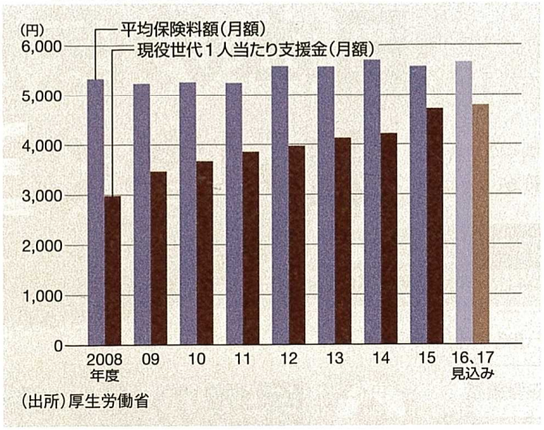
高齢者の増加と軌を一にするように医療費は右肩上がりで増えてきた（73ページ1の上図）。政府が12年に出した長期推計では、現在40兆円程度の医療費は25年度に54兆円に達すると見込まれている（72ページ3の下図）。

若く健康な現役世代と比べ、心身の弱っている高齢者が病気がちなのはある意味当たり前だ。問題は、高齢者を中心とした医療費の伸びをうまく抑制できず、しかもそれに見合った財源を確保できていないことだ。医療制度の仕組みが複雑で、医療費の使用と負担のバランスが取れていないことが十分理解されていないことも状況を悪化させている。

費用と負担のバランスの悪さを象徴するのが、08年から75歳以上の高齢者でつくる「後期高齢者医療制度」だ。72ページ3の上図のように、後期高齢者の医療費は、現役世代が後期高齢者医療制度への「拠出金」名目で約4割、公費で約5割負担し、なんとかやり繰りしている。裏返すと、高齢者自身の負担は約1割にすぎない。

給与所得が伸び悩む中、これ以上の拠出金負担の増加に現役世代が耐え切れなくなりつつある。

■ 高齢者と比べ、現役世代の負担増は急
—後期高齢者保険料の推移—



（出所）厚生労働省

現役世代の負担は限界だ 高齢者にも応分の負担を

「非常に苦しい決断をしなければならないが、平均保険料率10％を維持したい」

中小企業とその従業員でつくる全国健康保険協会（協会けんぽ）では昨年、設立以来初めて保険料率の引き下げを議論した。準備金が順調に積み上がっていることなどのためだが、結論は見送りだった。というのも、過去実績並みの賃金上昇率で19年度までの財政見通しを試算したところ、18年度には保険料を10％超に引き上げないと再び赤字に転落すると見込まれたからだ。

高齢者の負担を背負う将来世代たち

後期高齢者の医療費の約5割は「公費」で賄われている。しかし、その内訳は税金と赤字国債。つまり、現世代の負担（税金）だけでは医療費を賄えず、将来世代の負担（国債）につけ回している。

今年6月には10％への消費増税の再延期が決まった。高齢者医療に直接大きな影響が出ることはない見通しだが、14年11月に続く2回の消費増税延期決定は、負担の先送りが常態化していることを象徴している。

大企業の健康保険組合約1400団体でつくる健康保険組合連合会の白川修二副会長は「高齢者医療の財源は結局、現役世代、高齢者本人、税金の三つで賄うしかない。現役世代の負担はすでに限界で、現在1割負担である後期高齢者の患者負担を上げていかざるをえない。高額療養費制度など、高齢者特有の特例措置も考え直すべきだ」と要望する。健保組合は保険料負担に耐えかねた解散と企業の吸収・合併で、毎年数十程度ずつ減少している。

高齢者に今後どこまで負担増を求めることができるのか。現在、75歳以上の後期高齢者は毎月平均560円程度の保険料を支払っている（上図）。12年の政府推計によると、この保険料は25年度には6500円に増加する見通しだ。年金天引きで滞納は少ないが、年金額の伸びが期待できない中、高齢者の理解を得るのは容易ではない。

後期高齢者医療制度は、全国47の広域連合ごとに運営されている。同連合協議会長を務める佐賀県多久市の横尾俊彦市長は「資産があるなど保険料を負担できる人にはある程度負担してもらう必要があるが、低所得者向けの保険料軽減特例制度は維持してほしい」と話す。

仮に財源が確保できたとしても、今後も現役世代の人口減少が続き、高齢者医療と介護を人材面から支えきれない可能性が高い。

特に、高齢者医療を支える看護師や介護福祉士の不足は深刻だ。日本政府は現在、インドネシア、フィリピン、ベトナムの3カ国と経済連携協定を結び、看護師と介護士を受け入れている。しかし、その数は年100人前後で、日本語習熟のハードルも高い。戸田中央医科グループ（埼玉県）のように、漢字圏で距離も近い中国人看護師を独自に大量採用する医療機関も登場している。

首都圏の1都4県で28病院を展開し、現在90人の中国人看護師が在籍する同グループの本田民子看護局長は「採用環境も厳しさを増す中、外国人の力を借りることは大きな選択肢の一つ。毎年350人程度採用する新卒看護師のうち、今後も約1割程度の中国人採用を続けていく考えだ」と話す。

医療政策だけでは限界 住宅政策との連携が必要

医療制度の持続可能性への懸念から、医師の間で医療のあり方を見直す自主的な運動も始まっている。

一つは欧米起源の、エビデンスに基づいた医療を目指す「賢い選択」（Choosing Wisely）運動だ（上囲み参照）。地域医療機能推進機構本部の徳田安春医師は「最初は少人数からスタートして徐々に関心を持つ医師が増えてきた」と話す。

国レベルでは、大量のレセプトデータを活用した医療費の分析と、都道府県ごとに医療費の水準などの目標を設定する医療費適正化計画の検討が進んでいる。

内閣官房に置かれた医療費データ分析の専門調査会委員でもある産業医科大学の松田晋哉教授は「医療政策の中だけでできることには限界もある。医療制度の支え手を増やしたり、今後は訪問介護や在宅医療を支える住宅政策との連携も必要だ」と話す。

現在、高額療養費制度の見直しや介護保険における利用者負担のあり方など、高齢者医療や介護面での負担増をめぐる改革が議論され、今年末をメドに結論を出すことになっている。17年度予算における社会保障費の自然増6400億円を5000億円に削るための財源探しも悩ましい。目先国政選挙の予定がないとはいえ、現政権が高齢者の負担増をどこまで許容するのか、議論は難航が予想される。

■ 今年末にかけて高齢者の負担めぐる議論が大詰めに

（注）2016年は12月末　（出所）経済財政諮問会議

INTERVIEW

「日本の問題はエビデンスなき医療」

「賢い選択」（Choosing Wisely）キャンペーンは米国発の運動だ。米国でも過剰診断や過剰治療が問題になっており、無駄な医療を減らそうという医師のプロフェッショナリズム、職業倫理がベースとなって生まれた。医師たちが自発的に参加し、現在世界20カ国にまで広がっている。

日本でも少人数からスタートし、関心を持つ人がだんだん意見を表明するようになった。現在、「自覚症状のない成人へのPET-CTがん検診は推奨しない」など、5点についてリストを公表している。今年の10月には「Choosing Wisely Japan」のキックオフセミナーを開く。

日本の医療の問題の1つは、エビデンスが確立されないまま、検査法や治療法が安易に導入される傾向があることだ。エビデンスに基づく医療は過去数十年言われ続けてきたが、日本は総論賛成各論反対。たとえば、欧米で認可されていない薬が山ほど使われている。「謎の薬」とわれわれは呼んでおり、副作用はほとんどないが、効果もはっきりしない。プラセボ（偽薬）のようなものだ。

脳ドックやCT（コンピュータ断層撮影）、PET検診など、検査も多い。開業医でもCTなどの高額機器を導入しているのが日本の特徴で、どうしても過剰検査になりがちだ。

地域医療機能推進機構本部総合診療顧問
徳田安春
とくだ・やすはる●1988年琉球大学医学部卒。聖路加国際病院を経て、筑波大学附属水戸地域医療教育センター立ち上げに参画。