

保健医療2035を考える視座

東海大学教養学部人間環境学科
教授 堀真奈美

＜注意＞無断複写、使用は固くお断りします。

本資料は個人としての見解（20年後の未来の保健医療のあり方を考える上での視座）を示したものにすぎず、報告者の所属組織および本懇談会としての公式見解とは一切関係がありません。

発表目次

①日本の医療政策動向から考える

- 「過去」から「今」、「未来」
- 「実務的に機能する理念」から未来を創造する

②医療政策の国際動向から考える

- 諸外国の制度改革の経験を参考にする

③〈番外編〉「未来」から考える

①日本の医療政策動向から考える

「過去」から「今」「未来」を見る

主な特徴

- 医療提供体制
 - 民間主体(歴史的、政治的産物)
←プロフェッショナル・フリーダム
 - 医療機能の未分化、公私の役割分担の不明確
 - 民間機関の収入確保の必要性和患者獲得競争
- 医療保険制度(医療費保障、財政)
 - 国民皆保険
(分立型の皆保険、歴史的、政治的産物)
 - フリーアクセス
 - 公定価格制度(診療報酬)

計画の実効性に限界
(医療資源の偏在問題)

パッチワーク型解決

局所的な対応

- 硬直化した利害関係、環境変化に応じて柔軟に政策を変えることが困難な構造になっている。
- 特定の利害関係者に関心がある玄人的な問題が解決対象となり、局所的な解決がはかられるが、一般的にはわかりにくい。
- マスコミが大きく取り上げるような問題にしか国民も関心をもたない。「木を見て森を見ず」になりやすい。
- 医療保険制度と医療提供体制の統一性・整合性が必ずしもとれていないため、診療報酬インセンティブが歪む可能性がある。

⇒これまではよくても、2035年の本格的な超高齢社会、人口減少時代に対応できるか？従来と同じことの繰り返しでは、人類史上未曾有の超高齢社会に対応できない？

2035年とは？

- 高齢者の急増

- 65歳以上の高齢化率33.4%（しかも、80歳代、60歳代が人口構成上最大層に）
- 単独高齢者の増加（2010-35年で全国で53%増の762万人）

⇒「治す医療から地域で支える医療」「生活支援」が必要な高齢者の増加

- 皆保険を支える現役世代の減少

- 都市部の急速な高齢化
（例：2010-35年で東京61%増、千葉74.4%増、神奈川81.4%増）

⇒都市が地方を支えてきたが、都市に余裕があるか？
地域格差、地域性をどう峻別するのか？

- 医療技術の進歩、イノベーション

- これまでにない最新技術、イノベーションへの期待
 - 全てを保険に反映できるか？
 - 治療可能な疾病とそうでない疾病があるのでは？
 - 老化は不可逆的？
 - 大量「死」社会における終末期医療とは？

- その他

- グローバリゼーションの影響

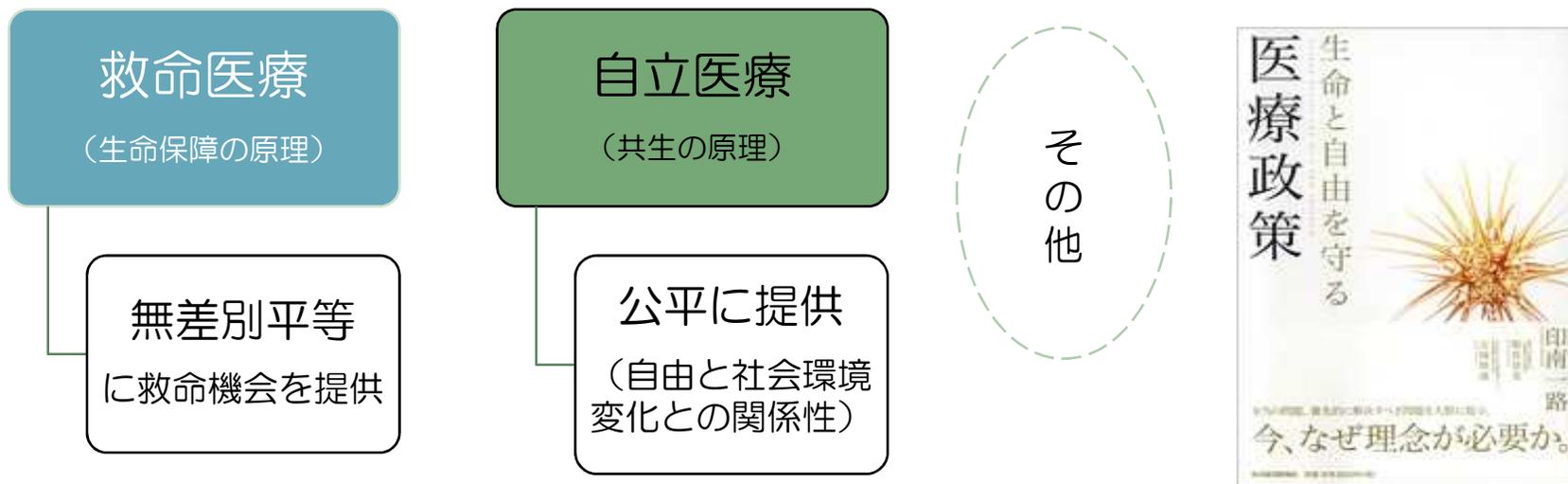
「実務的に機能する理念」から未来を創造する。

財源、医療資源ともに有限である。20年後の社会環境の変化を考えると、すべての医療をすべての国民に一律的に無差別平等に給付するのは、限界では？重点投資に向けた優先順位の設定が必要では？

イデオロギーではなく

「実務的に機能する理念」に基づく医療政策設計の重要性

⇒印南・堀・古城（2011）『生命と自由を守る医療政策』東洋経済新報社



2035年においても、国民皆保険が財政的に持続可能なものとするためにも、給付範囲、給付率、公費投入等を医療の内容・タイプに合わせて見直す必要があるのでは？

医療分類の試案

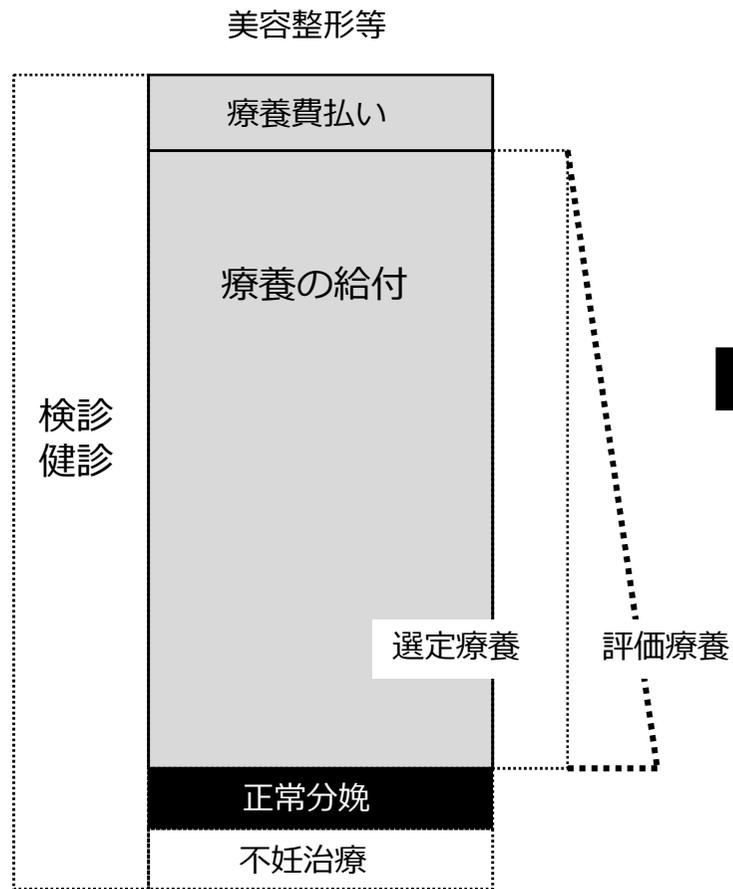
(いくつかのパターンがありうる、この試案は絶対的なものではなく、あくまで問題提起、議論のためのたたき台にすぎない。)

		疾患・症候群
救命医療	(A) 緊急、かつ致命的 [35疾患・症候群]	頭部外傷&脊髄損傷、脳出血&くも膜下出血&頭蓋内血腫、骨折、敗血症、心筋梗塞、肺炎&胸膜炎、腸閉塞、胃潰瘍&十二指腸潰瘍<消化性潰瘍>、急性食中毒、急性・慢性腎不全、気道閉塞、アナフィラキシー 等
	(B) 緊急性ないが致命的 [37疾患・症候群]	鼠径ヘルニア、糖尿病&メタボリックシンドローム、高血圧症、急性胃腸炎、食道癌等各種癌、甲状腺機能亢進症・低下症、不整脈、先天性心疾患、急性・慢性肝炎、関節リウマチ、正常妊娠&妊娠悪阻、睡眠時無呼吸症候群 等
自立医療	(C) 感染・危害 [5疾患・症候群]	結膜炎&角膜炎、統合失調症、うつ病・双極性障害<躁うつ病>、ウイルス性発疹症<麻疹、風疹、水痘、ヘルペス>、肺結核
	(D) 機能障害 [10疾患・症候群]	上気道炎・扁桃炎・急性気管支炎・急性細気管支炎、急性・慢性副鼻腔炎、変形性脊椎症・脊柱管狭窄症、脳性麻痺、白内障、緑内障、骨粗鬆症 等
	(E) 苦痛緩和 [21疾患・症候群]	胃食道逆流症[逆流性食道炎<GERD>]、便秘症、過換気症候群、不安障害<パニック障害、社会不安障害>、睡眠障害、てんかん、アレルギー性鼻炎、痔瘻・痔核、変形性関節症、尿路結石、前立腺肥大症、子宮筋腫、痛風 等
	(F) その他 [8疾患・症候群]	更年期障害、鉄欠乏性貧血、機能性消化管障害<機能性ディスぺプシア、過敏性腸症候群>、肩関節周囲炎、アルコール・薬物依存症、脂肪肝、認知症、慢性閉塞性肺疾患<COPD> 等

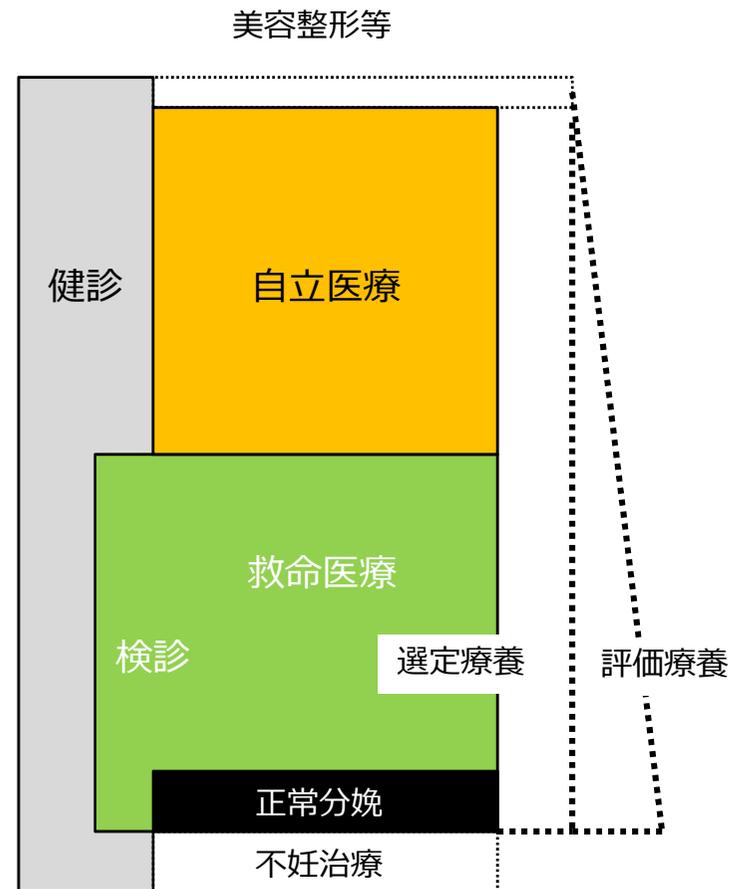
一つの疾病が複数の分類に該当する場合には、なるべく上位に分類してある

印南・堀・古城 (2011)

現在の保険給付範囲

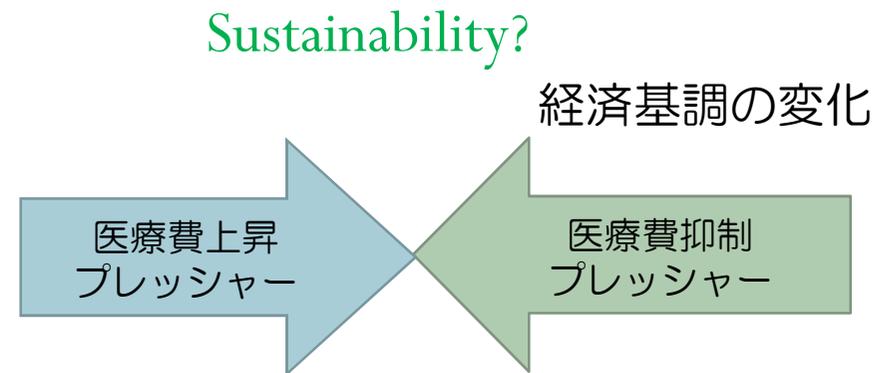


救命・自立医療の保障範囲



②国際的な医療政策動向から考える

- 高齢化の進展
(介護との関係、高齢者特有ニーズ)
- 疾病構造変化
- 医療技術の高度化
- 医療への期待の多様化

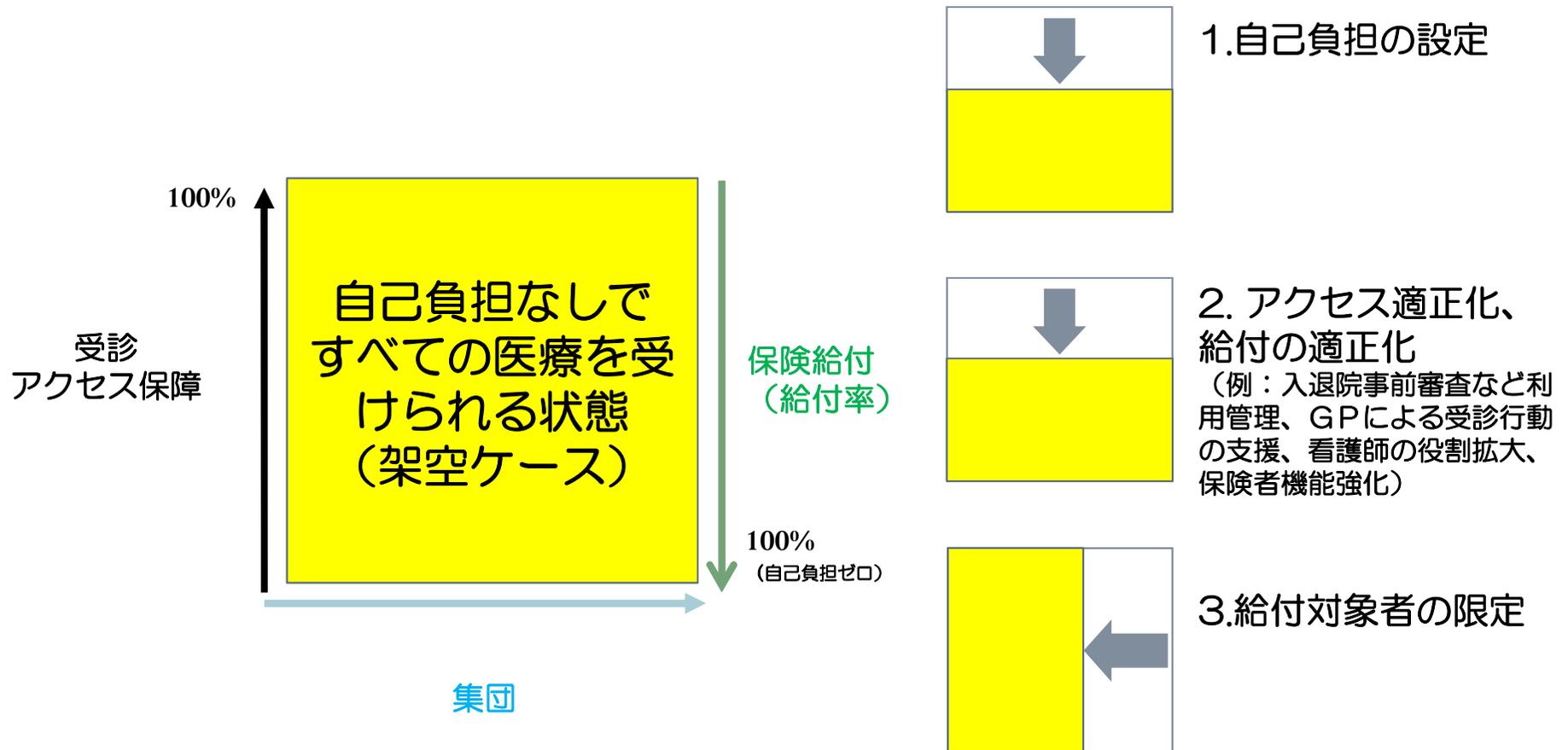


★医療費のコントロールと質の維持、向上のバランスを
いかにとるかが共通の課題に

1990年代以降、各国がそれぞれ試行錯誤しながら改革を実行

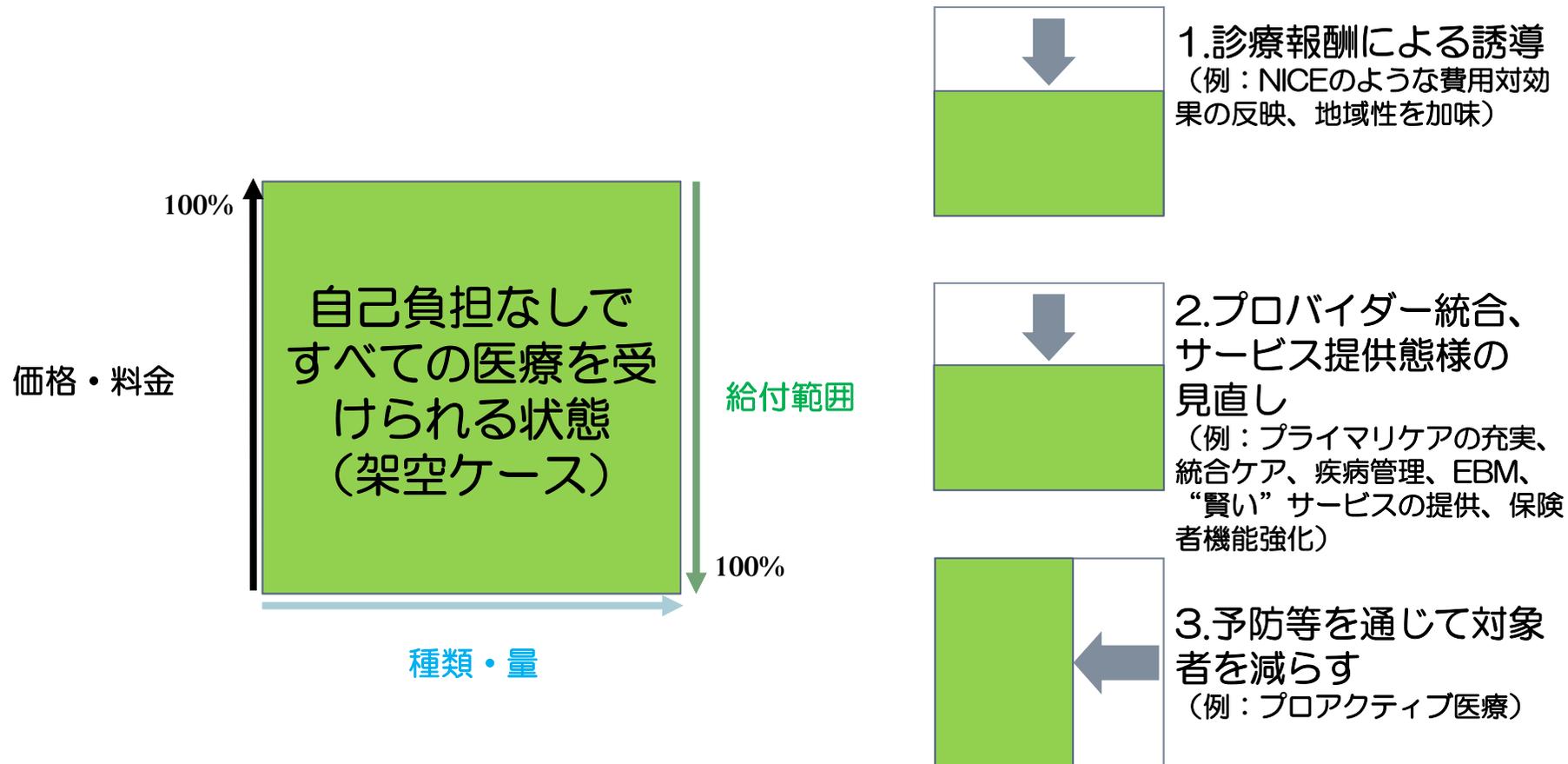
医療費適正化の手法（概念的選択肢）

需要側からみた選択肢（収入が増えない場合）



医療費適正化の手法（概念的選択肢）

供給側からみた選択肢



診療報酬支払方式と 供給側の行動インセンティブ（概念図）

	定額 単位	予防	サービス 提供	コスト抑制 (医療費抑制)	効率化	医療技術 の高度化
総額予算	予算	+/-	--	+++	--	--
1日定額	1日	+/-	++ (日数増加)	+/-	+/-	+/-
登録 人頭払い	人	+++	--	+++	++ (事務簡素化)	+/-
DRG/PPS	疾病 群	+/-	+ (アップコード)	++	++(標準化) (事務簡素化)	++
FFS	なし	+/-	+++ (量・価格)	-----	----- (事務複雑化)	+++
※日本診療 報酬(出来 高払い)	診療 行為	+/-	++ (量)	--	--	

(C) 堀真奈美

12

※このほか、新しい方式としてP4P（パフォーマンスに応じた支払）やValued based pricing（薬剤）も導入されるように。
日本のDPCは、1日定額に分類される。

持続可能性とアカウンタビリティ

- 医療費の支出水準は、医療保障（財政）、医療供給のどこまでを保障範囲とするかに左右される。
- 国民の理解・納得・合意のない、支出抑制ありきでは、質の切り捨てにつながる可能性がある。
- どのように適正化するか（重点投資をするか含む）は、十分なエビデンスとともに、国民の理解・納得・合意を得ることが求められる。

⇒医療保障（財政）、医療供給双方の情報の可視化、「見える化」が前提

持続可能な制度設計には、アカウンタビリティ（国民に対する説明責任）が重要。

③<番外編>「未来」から考える

最終目標：2035年“エイジレス”社会の実現

「人口高齢化は、もはや日本では解決済み問題」宣言

年齢にかかわらず自らの責任と能力において自由に生き生きとした生活を送る高齢者、社会参加活動を積極的に行っている高齢者を増やす。

□コミュニティ・デイ・スクール（仮）の全国設置

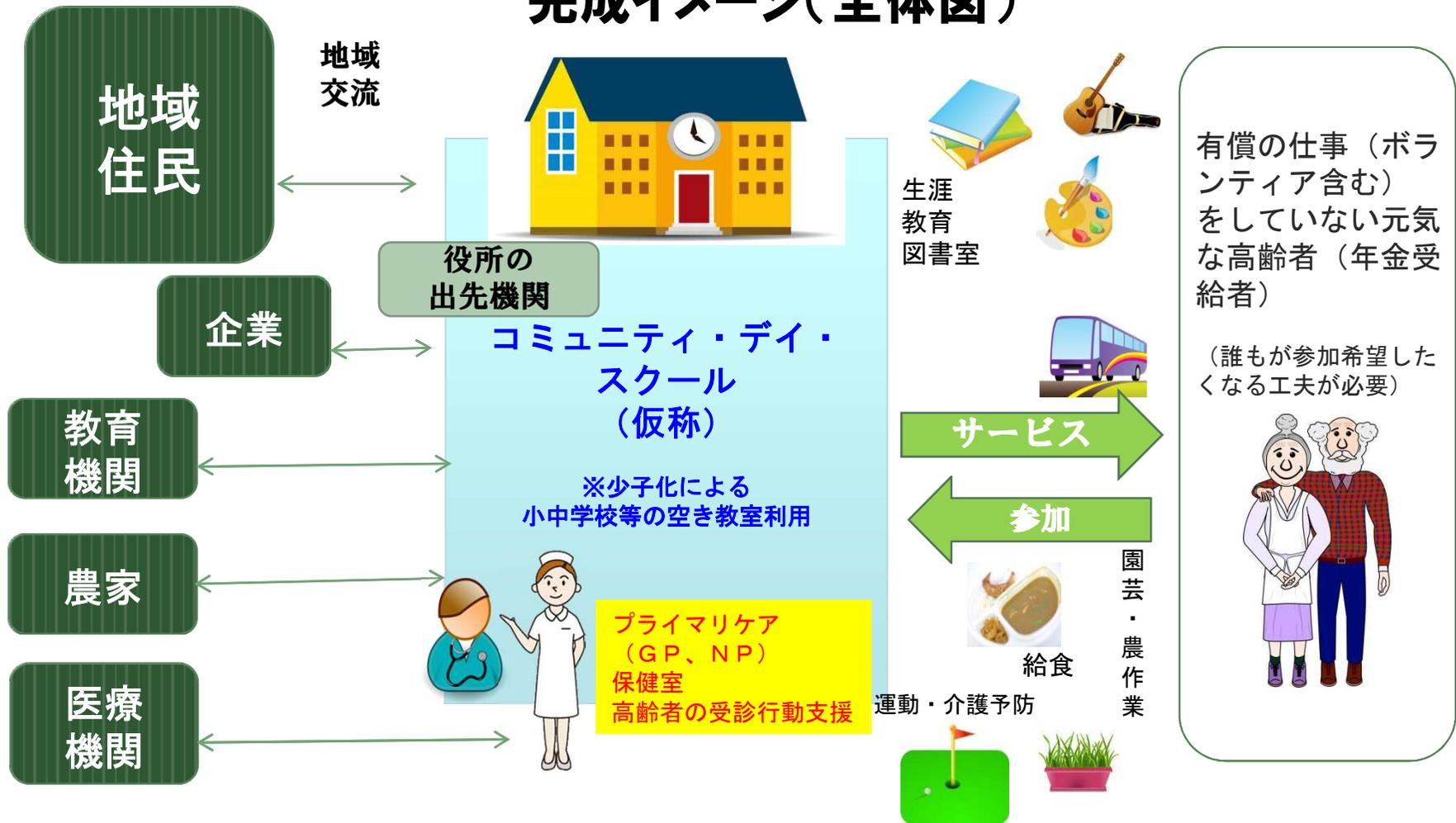
□有償の仕事をしていない年金受給者（要介護高齢者ではない後期高齢者を想定）が、プライマリケア、健康増進・疾病予防、介護予防、生きがい、生涯学習事業等を誰もが気軽に受けられる仕組の構築。

□地域包括ケアシステムは、ケアを必要な人を主たる対象とするが、こちらはケアを必要としない人を対象。

※誰もが当たり前に通いたくなる環境を創出、ただし、免除規定によって完全な義務、強制とはしない。

健康増進、疾病予防、介護予防、生きがい創出の
ワンストップショップとしての「コミュニティ・デイ・スクール」 (仮称)

完成イメージ(全体図)



想定されるメリット

- 家族の有無にかかわらず、地域で最後まで安心して暮らせる居住環境、地域の生活支援拠点が創出される。
 - 同居家族が日中、安心して就労できる。
 - 統合ケア、プライマリケアの提供の中心拠点となる。
 - 認知症早期発見、寝たきりゼロ、介護予防、疾病予防、セルフケアに向けた教育啓蒙活動が可能。
 - 高齢者の経験を生かした社会貢献活動の場、生きがい創出の場の提供。
 - 高齢者が昼間集積するエリアをつくることで、高齢者向け商品開発、ショップ展開などが可能。
 - エイジングに関するデータ集積・研究開発の拠点としても活用可。
- ※米国のリタイアメントコミュニティにコンセプトは似ているが、少子化、人口減少の進む日本では、特定エリアにコミュニティを開発するのではなく、既存の小・中学校の空き教室、設備等を利用。

その他

- 年齢、世代に中立的な医療保障の設計
 - 高齢者定義の見直し？
（平均寿命と健康寿命を参照して設定）
 - 高齢者人口数による保険財政調整をすべて
（段階的に）疾病リスク構造調整に変更？
（所得・性別は別途調整を検討）