時論

ポストコロナの医療制度の宿題

元日に発生した能登半島地震でお亡くなりになられた方々に謹んでお悔み申し上げますとともに、被災された皆様に心よりお見舞いを申し上げます。

昨年 5 月にコロナウイルスの感染症法上の位置づけが「2 類」から「5 類」に変更されて約 8 か月が経過した。2020 年以降の 3 年余りの間、世界が経験した災禍と混乱の記憶はなお生々しいが、今や経済社会活動は多くの分野でほぼコロナ禍前の水準に回復し、コロナ禍に関する報道もほとんど聞かれなくなった。だが、医療制度に関する懸念は大いに残っている。

第 1 は、新たな感染症拡大時には再び医療体制が逼迫するのではないか、ということである。

日本は人口当たりの病床数では世界のトップクラスであるにもかかわらず、コロナ禍では患者を受け入れる病院・病床が不足したり、「幽霊病床」と称された不稼働病床が大量に発生した。

この要因としては、①日本では民間病院の比率が高いため、国・都道府県の指導権限が弱かった、②病院も中小規模が多く、医師・看護師・医療器具等の医療資源は「広く薄く」分布していた、③しかしコロナ患者はその対応に通常より多くの医療資源が必要だった、④このため多くの病院ではコロナ患者を少し受け入れただけで医療資源が枯渇し、病床が余っていても稼働できなかったーという事情があった。

このため政府は感染症法を改正し、医療機関は国や都道府県と協定を結び、感染症発生時には協力して対応することになり、感染症対応の司令塔として「内閣感染症危機管理統括庁」を設置した。

第 2 は、少子高齢化・人口減少の下で医療サービス提供体制が維持できるか、ということである。

今後は医療分野でも人手不足が強まり、4 月からは医師の残業時間の上限規制が始まる。こうした中でも医療水準を維持するためには、医療のデジタル化・機械化、タスクシフトの推進により医療活動の生産性を引き上げることが必須となる。

また 2025 年には団塊世代が 75 歳以上となり、「初期救急後に在宅療養に移行、その後時々入院」という高齢者患者が増加する。この患者構造の変化に医療サービスが対応するには、地域内で医療機関の機能・役割分担・連携を強化すること、すなわち「地域医療構想」の実現を加速させる必要がある。同構想が進捗すれば、患者の搬送・治療・転院はスムーズになり、不稼働病床も減少することが期待される。

このようにコロナ禍の反省や人口動態の変化を踏まえて様々な対応策が打ち出されているが、実際に新感染症が出現した際、国・都道府県が民間病院に対してどの程度、真の“司令塔”となりうるのか、国と都道府県の役割分担はどうなるのか、不透明な点は残る。また、医療機関の機能・役割分担の調整は、医療機関の収益構造に手を突っ込む面があるためか、地域医療構想の進捗が想定より遅れていることも懸念材料だ。

第 3 は、今後、医療費の膨張を抑制できるか、ということである。

高齢者の増加と医療技術の高度化によって、医療費が増加することは、ある程度はやむを得ない。だが現状は、①医療費の増加ペースは名目 GDP を上回り、②財源の 4 割弱は公費に依存し、③その公費

は税財源では賄えず、足らざる部分は国債発行で埋め合わせる姿となっている。さらに高齢者医療費においては、その多くを健保組合・協会けんぽ・共済組合からの前期・後期高齢者支援金という形で現役世代が払う保険料で賄っている（健保組合では高齢者支援金負担が重くのしかかり、4 割が赤字）。

際限ない医療費の増加を現役世代の負担と将来世代へのツケ回しでやり繰りし続けており、将来にわたって維持可能かどうか疑わしい。財政事情の悪化と国債累増の主因となっていることも言うまでもない。

国や医療関係者が医療費抑制に向けた努力を怠ってきたわけではない。①地域医療構想等による病院・病床数の調整、②高齢者の医療費窓口負担の引き上げ、③高額療養費の上限額引き上げ、④紹介状なしの大病院外来受診の自己負担引き上げ、⑤カルテやレセプトの電子化推進、⑥入院医療費の包括払い方式の導入、⑦かかりつけ医機能の制度整備の検討ー等が講じられてきた。

いずれの打ち手も重要だが、医療制度の持続可能性を担保するには力不足の感は否めない。と言うのも、医療費の増勢抑制は「限られた医療資源をいかに無駄なく必要な人々に提供するか」という、経済学上の資源配分の問題でもあるにもかかわらず、そのような課題に対するオーソドックスなアプローチである競争原理の活用という視点があまり感じられないためである。

従前は、医療制度における競争原理導入として、①出来高払いから包括払いへのシフト、②参入障壁の引き下げ（株式会社方式の病院経営の解禁など）、③混合診療の解禁、④広告規制の緩和ーといった策が議論されていたが、最近はあまり聞かれない。

医師と患者との間には著しい情報の非対称性があり、医療サービスの提供には公平性など社会規範も求められることから、医療分野には市場原理を一般業界のような形で導入するべきではない。また、人の命と健康にかかわる医療分野に、競争原理・営利性といった概念を入れるのはもってのほかとの意見も根強い。

だが、今後の人口動態や残業時間規制等により、医療分野でも供給制約が強まることは避けられない。また、医療においては公益性と営利性は常に相反すると決めつけるのもいかがなものか。

こうしたことを勘案すると、その限界や弊害も十分検討しつつ、競争原理の効用を部分的にでも引き出し、医療機関や医師が効率的・効果的な医療サービス提供を競うインセンティブの設計について、議論されてよいのではないか。

また、医療制度においては、公的年金制度のマクロ経済スライドのような、経済全体の動向に合わせて費用の伸びを抑制する仕組みが存在しない。医療という性格上、厳格な総量規制は馴染まないが、名目 GDP など何らかのマクロ指標を睨みつつ、医療費の増勢をコントロールするメカニズムの導入も検討テーマとなりうるのではないか。

さらには（医療費抑制の話ではないが）、医療制度を維持するための税財源としては、負担を現役世代に偏ることなく広く全世代に求め、かつ将来世代への先送りを避けるためにも、消費税が相応しい。税率の引き上げはいつまでも先送りできないだろう。

以上のように、ポストコロナの医療制度は次の感染症対策だけでなく、長期的・構造的にも多くの宿題を抱えている。早く的確な解答を出し、実行に移すことが、コロナ禍の過酷な状況の中にあって奮闘いただいた医療関係者の努力に報いることになる。

（専門理事 調査部主管 主席研究員　金木利公）

※ 本レポートは作成時に入手可能なデータに基づく情報を提供するものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。
また、執筆者個人の見解であり、当社の公式見解ではありません。ご質問等はchosainfo@smtb.jpまでご連絡ください。