

「持続可能な社会保障制度に向けて —合理化・効率化の視点も踏まえて」プロジェクト キーワードは「実現可能性」



東京医科歯科大学大学院教授

川渕孝一氏

2012年度の研究プロジェクト「持続可能な社会保障制度に向けて」のとりまとめをされている川渕孝一研究主幹に、医療・介護分野を中心に、これまでの政策の問題点や研究プロジェクトの狙いについて聞きました。

—ようやく社会保障・税一体改革の関連法案が成立しましたが、どのように評価されていますか。

景気弾力条項がついていますが、増税が予定どおり実施されると消費税率が2014年4月に5%から8%へ、2015年10月には10%へ引き上げられます。金額にすると約13.5兆円にもなりますが、この財源はどこに使われるのでしょうか。国の資料によれば、社会保障の安定化、つまり現行制度の維持のために4%を割り、充実には1%＝約2.7兆円しか使われません。そのうち、医療・介護分野の充実にまわるのは1.6兆円程度です。そのメニューたるや実にわかりにくい、というのが率直な感想です。具体的には、2025年度を目途に、入院医療の診療密度を高めるとともに、在宅医療・介護を充実させる、としています。病院・施設から地域・自宅へのシフトで、地域包括システムと呼ばれるものです。しかし、これが国民にとってどのようなメリットがあるのかがよくわかりません。これまで「改革」というとコストを減らす話が多かったのですが、今回はコストを増やす話になっています。しかし、これで国民の安心が増すのかと言えばそうでもなく、基本は在宅シフトという話で、コスト増に対する見返りが何なのかがわかりにくいものになっています。

—これまでの国の医療・介護保険政策について、どこに問題があったのでしょうか。

医療・介護保険の政策には3つの段階があります。1つは、財源をどう工面するかということ、2つ目は、財源を確保したあかつきに、診療・介護報酬でどう手当てするか、3つ目は、医療・介護の提供体制をどう構築す

るか、です。従来はこれら3つがうまくかみあってこなかった感があります。また、本来ならば、医療・介護の理想の姿があって、そのためにコストがどれくらい必要か、診療・介護報酬がいくら必要かを考え、その財源をどう確保していくかという順序で考えるべきなのに、順序が逆でした。財源がまず決まって、それを診療・介護報酬にどう分配するかというのがこれまでの姿だったのです。グランドデザインなどあったとしても、夢物語・願望で、現実からは程遠いものでした。というのは具体的な施策を見ると、局あって省なし、課あって省なし、と言われるように縦割りだったからです。幸い、財源は右肩上がりでしたからなんとかこれでもやってこれましたが、日本経済自体がおかしくなってもう通用しません。提供体制については医師会の政治力が強く、基本的に自由放任でやってきました。そこで報酬施策頼みとなるのですが、それもコストに立脚した、あるいは根拠に基づくプライシングではありませんでした。最近になってようやくValue for Money（効果のあるもののみ支出する）とか費用対効果分析といったことが注目されるようになってきましたが、不祥事や政権交代もあって国や中医協に対する信用・信頼が低下してきています。

—社会保障の分野別の給付額でみると今は年金が最大項目ですが、今後は医療・介護分野が年金を上回って最大項目になることが見込まれています。その意味でも医療・介護分野の合理化・効率化を進めていかねばなりませんね。

合理化はこれ以上不可能であるという人もいますが、ムラ・ムダはまだまだ排除する必要があります。特に製造業に学ぶべき点は多いのではないのでしょうか。今回の研究プロジェクトではトヨタ生産方式を病院経営に取り入れることなども検討していますが、この点は諸外国の方が進んでいます。病院の在庫圧縮化の余地はまだまだ

あり、どの医療機関も適正在庫を目指せば金利負担分だけでも経費削減が可能になります。トヨタのカンバン方式は生産工程の見直しですが、病院経営の場合だとプロセスの見直しに相当し、労働生産性を上げる余地は多々あるのではないかと思います。また特許期限が切れた薬を後発医薬品へシフトすることによって、1兆円程度節約可能という試算もあります。あるいは、欧米で普及しているセルフ・メディケーションも重要です。OTC（一般用医薬品）は6000億円規模の市場ですが、景気が悪くなると保険薬へシフトするせいもあってか、最近はいっこうに市場が拡大していません。カゼに関するある調査では、合理的な判断をした（本来病院にいくべき人が病院にかかり、売薬で済ませるべき人が売薬で済ませる）が6割いました。残りの4割の人が合理的な行動をすれば最大で1800億円の節約が可能という結果がでています。また、医師と歯科医が連携して、胃ろうや鼻腔からの食事摂取を経口に切り替えれば最大で1340億円が節約可能になるという試算結果もあります。チーム医療の重要性が言われますが、いかに連携がとれていないかという証左でもあります。やみくもに効率化を進めるのではなく、医療の質の向上と効率化の同時達成が望ましい姿ではないでしょうか。医療・介護界は利害関係者が多いため、厳しい改革案を唱えてみても摩擦だけが生じ、結果何も進まないということになりがちですが、もはやそんなことをしている時間的余裕はありません。

——政府案では在宅（医療・介護）の推進と在院日数の削減が大きな柱になっていますが、机上の作文のような印象を受けます。

かつて社会保障国民会議にヒアリングを受けた時、私は次のような意見を述べました。在宅シフトという方向性は正しいが、問題はそれが実現可能かどうか。また、一般病床の在院日数の削減もよいが、問題は、地域の特性が考慮されていない、と。長野県の在院日数が短いのも福祉施設が充実しているから可能なのであって、そこには相当お金がかかっています。医療と介護は一体で考えなくてはなりません。上から一律に押し付けるのではなく、地域の特性に応じた積み上げが望ましい。当時は、地域主権といってもデータがないと反論されましたが、最近では、DPC（診断群分類包括評価制度）のデータ、電子化されたレセプトデータ、メタボデータとかなり充実してきており、こうしたデータをなぜ有効活用しないのか非常に残念です。繰り返しになりますが、

地域によって事情が違うので、47都道府県毎にミクロデータを積み上げるべきです。国がどんなに超ラフなブランドデザインを示しても地方や自分たち事業者は何をすればよいかわからないという声をよく聞きます。例えば、介護報酬を上げて肝心の介護師が足りない。外国からもってこようとしてもそれもだめ。その結果が、「制度はあってもサービスなし」という現状になっているのです。

——今回の研究プロジェクトの目的や方針についてお話しいただけますか。

これまでの議論を整理すると、ヘルスケアリフォームが進まない最大の理由は利害関係者が多いことに加えて、命に関わるテーマなのでコストの自然増はやむなしと政治家も聖域化しがちであるためです。しかし、最近のヨーロッパの事情を見ると、財政危機によって医療・介護の分野もとばっちりを受けるという指摘がなされています。経済がおかしくなると手厚い医療・介護制度も瓦解してしまうのです。1000兆円もの借金を抱える日本も同様です。利害関係者が多い中で実現可能性の高い改革を実施しながらサステナビリティを担保していく必要があります。「喧嘩を売る」のではなくエビデンスを示しながら淡々と改革案を提示していくという姿勢が重要です。

私自身、医療の質の向上と効率化の同時達成をライフワークとして考えています。そこで今回のプロジェクトの報告書では「医療の見える化」を目的とした病院可視化ネットワークで得た知見をベースに政策提言する予定です。

報告書は読みやすさということを重視し、構成として、シミュレーション（合理化・効率化策の効果の試算）が半分、それを補足する事例が半分というイメージをもっています。また、自由診療の世界であれば増収増益モデルを追求すればよいと思いますが、公的保険の世界では、減収増益モデル、つまり事業者がコストを削減することで国全体は医療費・介護費用が抑制されるという「Win-Win」モデルが提示できればと思っています。

インタビューを終えて

2010年度は社会保障の理念について、2011年度は社会保障制度の分野毎の改革の方向性について研究プロジェクトを行いました。2012年度は医療・介護分野の合理化・効率化策について実現可能性を念頭に置いた提言を行う予定です。ご期待ください。

（主任研究員 穠宗一郎）