

No.61

# 医療を再生する 道を探る

日本の医療は高齢社会に持ちこたえられるのか。これまで、様々な政策メニューが提示されながらも、遅々として進まない制度改革に、危機感を抱いている人は多い。本号の識者からは、患者の自己決定権を認めるべき、患者は医療への過度な依存から脱却すべきとの主張があった。また、データ活用により「医療の見える化」に取り組むべき、ニーズに合った医療を提供する仕組みの構築が必要との意見が提示された。

## C O N T E N T S

### 「改革の戦略」が必要だ

**伊藤元重**

総合研究開発機構(NIRA) 理事長

識者に問う

### これからの医療に必要な改革とは

一律の医療給付は限界だ

**印南一路**

慶應義塾大学総合政策学部 教授

地域別に医療・介護の見える化を

**川淵孝一**

東京医科歯科大学大学院 教授

医師が失業しないのはおかしい

**上昌広**

東京大学医科学研究所 特任教授

医療への過度な依存から脱却を

**村上智彦**

NPO法人ささえる医療研究所代表

医療情報を、  
統一した方法でデータ化せよ

**松田晋哉**

産業医科大学医学部 教授

# 「改革の戦略」が必要だ

**伊藤元重** 総合研究開発機構(NIRA) 理事長

## 共通するのは強い危機感

今回の政策レビューに掲載されている識者の発言に共通するのは、日本の医療に対する強い危機感である。日本の医療が厳しい状況に直面していることは多くの人が感じていることだろうが、専門家の方々に明確に指摘されることで、日本の医療制度が抱える深刻な問題が改めて浮き彫りになったと思う。

「今後、日本は高齢化と人口減少が同時進行する。…今の制度がそのままでもつのか、全く楽観はできない。」(印南氏)。「後世へのツケで帳尻を合わせなければならないほどまで壊れてしまった。もう利害関係者間で空理空論を重ねる余裕はない」(川渕氏)。「こんなおかしいことが起きているのは、患者のニーズに合った医療を提供する仕組みがないからだ。…利権と閉塞感を生んでいる」(上氏)。「感情論と医学的事実を混同すべきではない。子や孫、次世代に多額の借金を作りながら、感情に流されてはならない」(村上氏)。

政府でも医療制度の改革についていろいろな議論が重ねられている。しかし、政治的な利害関係の制約があるため、議論の範囲が狭い分野に限定されてしまっている。議論されること自体がタブーとされる問題もある。残念ながら、大胆な改革の議論を行うことが許されていないのだ。しかし、医療が抱えている深刻な構造問題を解決するためには、より踏み込んだ大胆な改革を実行に移していくしか道はない。

そのためには、まずは民間の場で、専門家を交えて大胆な改革案をきちっと議論することが重要だ。そしてそこでまとめられた大胆な改革案を世の中に発信していき、国民の間で危機感と改革案のあるべき姿を共有しなくてはいけない。政治の場、あるいは政府の政策決定の場でも、必ずそうした大胆な議論の必要に迫られる時期が、近い将来、すぐに来る。

## 医療の「見える化」で医療資源の配分の適正化を

医療資源には限りがある。しかしその一方で、高齢化によって、医療資源に対するニーズはますます増えていく。し

たがって、医療資源の適正配分を進めていくことが一層重要となる。多くの人が日本の医療に危機感を持っているのは、医療資源の配分の歪みが大きくなっていることを認識しているからだ。

資源配分を正すためには、まず医療の現状を知らなくてはいけない。川渕氏の言葉を借りれば、「各自治体のデータを積み上げて定量分析を行い、地域の特性にあった制度設計」をすることが求められる。「地域ごとに医療・介護の可視化を加速することで、利害関係者や地元住民を動かす」ことができるはずだ。医療の見える化は問題を正しく認識する手段であると同時に、それを社会で共有し意思決定をする手段であり、説得の手法であるのだ。

松田氏も、こうした見える化の手法の実用化を進める一人だ。「一部の自治体では、患者のレセプトを…データ化し、分析することを試みている」のだ。こうしたデータを使うことは、「地域間での傷病構造の違いや需給バランスを把握するのに非常に有益」であり、「個々の病院や医師に機能転換などの判断を促したり、国や自治体が政策手段により病院や医師を効果的に誘導」することができる。

松田氏の手法は政府の経済財政諮問会議でも取り上げられ、関心を集めている。比較的低コストで患者のレセプトをデータ化し、それを医療の見える化に活用できるからだ。ただし、自治体間の比較など医療情報の分析を効率的に行うためには、「レセプトをデータ化する際の方法を、全国で統一した設定にする」ことが必要となる。政府もすでに医療の見える化の重要性を認識している。低コストで導入可能な松田氏の手法のようなものを早急に採用し、医療資源の適正配分に向けての起爆剤にすることが期待される。

## 一律の医療給付は限界

また、印南氏は「患者自身が治療を選択し、決定する自己決定権」の重要性を指摘する。画一的で規制にがんじがらめで縛られている現在の医療制度は、医療の現場をゆがめてしまっている。

たとえば今後ますます大きなテーマとなるだろう終末期の延命医療について、印南氏はそれを年齢などによって画一的に「国が制限すべきではない」とする。患者は延命

医療を受ける権利が認められるかわりに、「そのための費用は、本人が希望したのだから、自分で負担することになるだろう」と主張している。そして「国の責務は人々への十分な情報の提供や教育」にあるという。

一律の医療給付は、ともすると国民の選択の意欲をそぐ結果になる。規制と管理で縛られた医療ではなく、国民自身が積極的かつ柔軟に医療や健康維持に関わる仕組みを強化していくことが必要であることは明らかだ。

村上氏は、これを「医療の社会化」という視点から論じている。在宅医療や訪問介護を中心に考えられたものだが、こうした医療・介護の重要性を指摘する専門家は多い。村上氏の言葉を借りれば、「医療は、医師だけが担うものではない。病院内で閉じていた医療が、地域に開放されること」に積極的に取り組んでいかなければならない。「正しい知識を持つ、自立した賢い患者に、地域の人がつながる。そうした地域社会における医療のあり方は、NIRAが取り組んできた「まちなか集積医療」<sup>※</sup>の考え方と共通する点が多い。

医療の現場に選択の自由と自立した患者の声をより強く反映させるということは、他方で医師に対してより強い自己責任を求めることをも意味する。上氏は「医師が失業しないのはおかしい」という。先進国の中では際立って医師の数が不足している現状を放置しておくことでよいのだろうか。上氏は「医学部の設置を自由にして医療人材の数を増やし、競争を通じて医療の質を高める。そうなれば、質の悪い医師は失業する」と指摘する。

これは他の分野では当たり前のことが、医療の世界では通用しない。しかし、今や、医療の世界で前提となっている「配給的」な思想を、根本から見直す時期に来ている。

## 大胆な議論をタブー視してはいけない

日本の人口は急速に高齢化していく。5年後、10年後の日本社会の光景は、いまとは全く違ったものになっているだろう。それは日本経済全体の光景というだけでなく、大都市と地方都市の違いなど、多様な形でその変化が明らかになってくる。

今のようなペースで社会保障改革を行っていたのでは、

5年後、10年後には大変なことになる。今回インタビューした方々も含めて、専門家は皆そう感じているはずだ。それにも関わらず改革は遅々として進まない。このような展開で、近い将来、医療財政が崩壊するようなことがあれば、それによってもっともダメージを受けるのは医療の現場である。そうしたことがあってはいけない。

国民の多くが問題点の深刻さと緊急性を今よりもっと明確に認識し、より積極的に大胆な改革の議論に参加することが求められる。議論するだけでなく、可能な改革は少しでも早く導入していく。医療の見える化などは、すぐに進めることができる改革であり、そしてそれを進めていくことによって改革全体のスピードを速めていくことが可能となるのだ。「実現可能な解決策を速やかに実行する」(川渕氏) ことが求められる。

日本の医療制度改革は、財政健全化を抜きに議論することはできない。財政危機に直面するギリシャやスペインなどの医療の現場が、大変な事態になっていることを想像してみてほしい。日本でそうしたことが起きてはならない。

健全な医療制度を構築することなくして、日本社会の健全性を維持することは不可能だ。そして日本経済が危機に陥れば、医療制度も崩壊の危機となる。そうしたことにならないように、大局観を持った医療制度改革が必要となる。可能なところから着実に改革に着手し、改革の幅を広げていき、そして国民すべてが積極的に改革に参加していくように導いていく、「改革の戦略」を描いていく必要がある。今回のインタビューでは、そうした改革の戦略策定のための重要な示唆を多くいただいたと思う。 ■

注: 医療福祉サービスの水準を都市計画で規定するとともに、持ち株会社型の医療法人を認めることにより、アクセスが容易な地域のまちなかに医療・福祉施設を集積させ、病院の機能分担・連携、経営再編を促そうという提案。

## 伊藤元重(いとう・もとしげ)

NIRA理事長。東京大学経済学部卒。米国ロチェスター大学Ph.D.。専攻は国際経済学、流通論。1993年東京大学経済学部教授、96年より同大学大学院経済学研究科教授、現在に至る。経済財政諮問会議議員、社会保障制度改革国民会議委員、など。





## 地域別に医療・介護の見える化を

川淵孝一 東京医科歯科大学大学院教授



成長分野として医療を育成すべきと思うが、医療費の大半が国民負担に依存していることを考えると、財政再建も必要だ。日本の歴史や文化に育まれた「助け合い」の精神に根差す医療・保険制度は、後世へのツケで帳尻を合わせなければならないほどまで壊れてしまった。もう利害関係者間で空理空論を重ねる余裕はない。実現可能な解決策を速やかに実行するしかない。

かつては官僚が改革をリードしていたが、全国一律の制度設計は、地域の実情に合わなくなっている。そのため、各自治体のデータを積み上げて定量分析を行い、地域の特性にあった制度設計が必要だ。例えば救急搬送では、現場到着から、患者が退院するまでのデータを一通り把握することにより、「救急医療の見える化」が可能になる。地域の状況に照らしてどの部分の何を改善するのか、誰が頑張らなければいけないかが浮かび上がる。

これまで、多くの識者が実行すべき改革案を提示してきた。しかし、現状は何も変わっていない。今こそICTやビッグデータなど情報ツールの力を借り、地域ごとに医療・介護の可視化を加速することで、利害関係者や地元住民を動かすときだ。

詳しくはこちら

## 一律の医療給付は限界だ

印南一路 慶應義塾大学総合政策学部 教授

医療において最も重要な権利は、患者自身が治療を選択し、決定する自己決定権だ。どのような状態で生きるのか、自らの価値観、生命観に基づいて選択する権利(Living Will)を法制化すべきだ。仮に、終末期に患者が延命医療を望むならば、その希望は叶えられるべきで、それを国が制限すべきではない。国の責務は人々への十分な情報の提供や教育にある。ただし、救命医療を超えた単なる延命のための費用は、本人が希望したのだから、自分で負担することになるだろう。

医療には救命と自立支援の二つの機能がおり、救命医療が自立支援医療よりも優先的に保障されるべきだ。現在一律7割の給付率や給付範囲についても

見直すべきだ。救急医療やがん治療のような救命医療は保険給付率を8~9割に引上げ、マッサージや痛み止めなどは保険給付から外す、ないし自己負担を増やすことも考えられる。保険財政との関係は、自立支援医療の部分で行うべきで、財政制約を救命医療に持ち込むべきではない。

医療政策の目的は、良質な医療を国民にあまねく提供することだ。年齢や所得によって給付内容に差が出るべきではない。今後、日本は高齢化と人口減少が同時進行する。一方、新しい医療技術がどんどん開発され、医療保険に導入されている。今の制度がそのままでもつのか、全く楽観はできない。

詳しくはこちら

# これからの医療に必要な改革とは

高齢化が進行するわが国では、医療の崩壊に対する危機感が高まっている。

目指すべき医療の姿とは何か、そのために必要な取組とは何か。

医療政策の研究者、医療の第一線で活躍される識者に聞いた。

インタビュー実施:2013年4~5月 聞き手:豊田奈穂(NIRA主任研究員)

## 医療への過度な依存から脱却を

村上智彦 NPO法人ささえる医療研究所代表



不安だからという理由で何度も受診できるのは、過剰な医療だ。そんなことをいうと可哀想だという声もあるが、感情論と医学的事実を混同すべきではない。子や孫、次世代に多額の借金を作りながら、感情に流されてはならない。医療制度は相互扶助である。厳正にルールを守った人に提供すべきで、その運用が今までは緩すぎた。単に不安を感じる、あるいは健康維持に努めない不摂生な人まで、公的保険制度で面倒をみる必要はない。

これからは、限られた財源の中で医療を守っていかねばならない。医療費抑制という点からも、在宅医療や訪問看護は貢献できる。看護師、介護士、歯科衛生士、薬剤師、ボランティアなどの多様な職種が連携し、医師が患者のもとに足を運び、最後の砦として後方からそれらを支えるというシステムに変換すべきだ。医療は、医師だけが担うものではない。病院内で閉じていた医療が、地域に開放されることになれば、役割が分担され、医師不足も解消する。わたしはこれを「医療の社会化」と呼んでいる。

正しい知識を持つ、自立した賢い患者に、地域の人がつながり、寄り添う。そうした「ささえる医療」への転換は、地域住民を巻き込んだ町づくりともリンクし、地域の活性化、新たな雇用の創出にも役立つ。

詳しくはこちら

## 医師が失業しないのはおかしい

上昌広 東京大学医科学研究所 特任教授



なぜ、世界でも有数の裕福な日本で、ドラッグラグの問題が起きるのか、神奈川県の人あたりの医師数は、中所得国のトルコ並みの水準なのか。こんなおかしいことが起きているのは、患者のニーズに合った医療を提供する仕組みがないからだ。

医療の価格は、中央の審議会で一括管理されており、それが利権と閉塞感を生んでいる。価格をどう決めていくかは経済活動の肝はずだ。医療機関が購入する薬剤や機器の価格は自由にすべきだ。また、継続的な治療を必要とする医療は保険でカバーするが、例えば1回の治療で終わる医療などは、付随的な部分を自由に競争させるべきだ。

また、医学部が西日本に偏在しているために、需要の多い首都圏で医療人材が不足し、医療崩壊が起きている。医学部の設置を自由にして医療人材の数を増やし、競争を通じて医療の質を高める。そうなれば、質の悪い医師は失業するだろう。

今は、価格や医療人材の数が統制されているために、先進医療の進歩が阻害されている。日本の自由診療の分野は、世界で高い水準にある。受けたい医療に払いたい人が支払う結果、資金が他の分野にも循環し、税金を使わずとも全体の技術・質が向上するような、微細な仕組みをつくる必要がある。

詳しくはこちら

## 医療情報を、統一した方法でデータ化せよ

松田晋哉 産業医科大学医学部 教授



一番の問題点は、医師や医療機関など医療資源の地域間の配置の悪さだ。日本では医師の開業の自由が認められ、また民間病院に機能転換を強制することはできない。従って、医師や病院が自らの判断で適正な配置に向けて修正できる仕組み作りが必要だ。

その際、Diagnosis Procedure Combination(診断群分類)の考え方が有効となる。DPCは、患者を病名と医療行為の組合せで分類する方法だ。一部の自治体では、患者のレセプトをこの分類に基づいてデータ化し、分析することを試みている。これは、地域間での傷病構造の違いや需給バランスを把握するのに非常に有益である。こうしたデータを活用することで、個々

の病院や医師に機能転換などの判断を促したり、国や自治体が政策手段により病院や医師を効果的に誘導したりすることも可能となる。

当面の課題は、レセプトをデータ化する際の方法を、全国で統一した設定にすることだ。都道府県や医療機関、保険組合ごとに異なった方法では、全体像の把握や相互の比較が煩雑になる。官民で協力してデータ化の方法論の共通化を行うことは、様々な分析を容易にし、医療計画への反映も促進される。日本の医療情報は世界でも類のない高い価値を有しており、貴重な知的財産になるはずだ。

詳しくはこちら



[NIRA 公式 Facebook]

<http://www.facebook.com/nira.japan>

NIRAの研究成果や活動状況を紹介していますので、ご利用下さい。



[NIRA ホームページ]

<http://www.nira.or.jp/index.html>

NIRA 政策レビューのバックナンバーをはじめ、  
NIRA の諸活動を紹介するホームページをご利用ください。

総合研究開発機構 (NIRA)  
〒150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3 恵比寿ガーデンプレイスタワー 34 階  
Tel. 03-5448-1735 Fax. 03-5448-1744 E-mail. info@nira.or.jp

**NIRA 政策レビュー** 【No.61】

2013年7月5日発行  
©公益財団法人総合研究開発機構

編集発行人：伊藤元重 NIRA 理事長

※ 本誌に関するご感想・ご意見をお寄せください。  
E-mail：info@nira.or.jp