

国民医療と財源のあり方
～高齢者医療介護を中心に～

産業医科大学公衆衛生学教室教授

松田 晋哉

今回の医療制度改革の全体像から、医療提供体制に関しては、医療機能の分化・連携の推進、特に在宅ケアの推進が言われている。これをどのように考えていくかを諸外国の研究なども踏まえて説明していきたい。また、生活習慣病対策と介護保険制度では予防という概念が出てきたわけであるが、本当にこれができるのかということについて、少し大きな立場、視点から取り上げていきたい。

社会の高齢化と社会保障制度の課題

今、医療費・介護給付費の適正化というなかで、構造改革と健康づくりの推進ということで、医療費資源の適正配分、特定健診・特定保健指導、介護予防の話があるわけだが、恐らくこれだけでは社会保障制度はうまく回っていかないのではないか。やはり、これらに加え、高齢期の生活保障、所得保障、住の保障、生きがいの保障をどうしていくのか、そういうところも含めて議論していかなければ社会保障制度はうまくいかないのではないかとということの問題意識として持っている。

高齢者医療・介護の特徴

高齢者医療・介護の特徴としては、受診率が高い、多科受診という問題があるが、医療ニーズと介護ニーズの区分がそもそも難しいという問題がある。東京大学の橋本英樹先生のグループとの研究で、介護と医療のレセプトから医療費を10年間のスパンで調べたところ、死亡前1年間の医療費が非常に高くかかることが判明し、ここから終末期医療はやはり問題だということがわかってきた。保険収支のアンバランスという視点からは、支出が保険料だけでは賄えない状況が今来ていることが言えよう。さらに、高齢者医療というと慢性疾患の管理的な医療だけが注目されがちだが、実は急性期医療がある。急性期医療があって慢性、その後のフォローアップの医療ということであるので、高齢者医療を慢性期だけに絞っている議論をすることは間違っていると思う。

医療費の老若比の国際比較

医療経済研究機構で仕事をした時の資料「医療費の老若比の国際比較」を見ると、日本の場合、若年者に比べて高齢者が4~5倍程度医療費を使っているということが分かる。ここから、高齢者医療費が問題だという話があるが、一方では若年者医療が安いということもあるのではないかと思っている。諸外国に比べて日本の場合には、いわゆるバイオレンス、事故、中毒、あるいはエイズなどに関する医療費はあまりかかっていないので、

これだけをもって高齢者医療費が問題だということは少しいかなものか。実態として、入院医療費についても入院外医療費についても、受診率、受療率が5倍、入院でいうと約6倍、入院外医療費でいうと3倍ということがあるので、このところをどう考えるか、何らかの解決策を考えなければいけない問題であろう。

北九州市における国民健康保険増の要因分析

北九州市における国民健康保険の増加要因の分析を、平成12～13年度の伸びで見ると、国保の老健、つまり国保の老人医療だけで見ると5.8%ぐらいの伸びになっている。これを100%として構造分析をすると、高齢者の被保険者の増加で110%が説明でき、1人当り医療費自体はマイナス10%になっている。ここから何が言えるかという、要するに高齢者が増えるということ自体が医療費を増やすということである。

ここにはいろいろ議論がある。医療技術の進歩のほうが大きという議論もあるけれども、やはり高齢者が増えるということは、それだけ医療を必要とする人が増える。しかも、今増えている高齢者は、医療に対するいわゆる要求事項が非常に大きくなってきている。そうすると、この2つのことがダブルで効いてきているというのが今の実態であろう。

このことが何を意味しているのかという、いろいろな読み方ができるわけであるが、実はこれからのその高齢者医療制度を考えるうえでは、いわゆる農村部よりもこれからは都市が多分とても大きな問題になるということである。例えば、福岡県でいうと、福岡市の医療圏というのがある。ここでは大体人口が約200万人で、1%高齢者率が増えるということは、2万人高齢者が増えるということである。福岡県でも地方になると、1万人とか2万人とかいう規模の保険者があるわけだが、そういうところで高齢者が1%増えたとしても1,000人とか2,000人である。ここから、今後都市で増えてくる高齢者をどのようにするのがとても大きな課題だろうと考えている。

制度の国際比較

制度の国際比較、これもよく言われていることであるが、医療政策においては質、コスト、アクセス、この3つのうち2つしかコントロールできないと言われている。当然、質を高めようとするれば、全体に制限があるという条件のもとであるが、コストかアクセスのどちらかに制限をかけなければいけない。

日本ではこれまでコスト、アクセスを中心とした対策がとられてきたと

思う。いわゆる国民皆保険、フリーアクセスということで。もう1つは、いわゆる診療報酬の総合的な改定幅を決めることによって医療費そのものもある枠内に収めるということをやってきたわけである。ただ、今、国民が何を求めているかという議論のなかでは、昨今のマスコミ報道等を見ても、やはり医療の質に対する関心が強まっていて、質の高い医療というものを国民が求めるようになってくる。そうすると、これはコストを高めるのか、あるいはアクセスを制限するのか、多分この2つしかないのではないか。

実際、医療制度の共通課題として諸外国が共通に悩んでいるのがこのフリーアクセスへの対応である。アメリカのHMOで特にきついものになってくると、民間保険がゲートキーパーの役割をする。加入者は医師を指定され、それ以外の医師にかかることはできないという仕組みを採用している。

オランダ、イギリスは登録医制度を採用している。フランスとドイツは、今まではゲートキーピングをやってこなかったが、この数年間の改革のなかで、経済的なインセンティブを加味した緩やかなゲートキーピングを行うようになってきている。こういうなかで、日本はどうするのが今問われているのではないか。イギリスのいわゆるゲートキーピングは、登録された住民がプライマリケア・グループに所属している医師に登録して、病院にかかる場合にはこの登録医、家庭医の紹介状を持って行くという仕組みを採用している。

ここで少し、フランスのかかりつけ医制度を紹介したい。フランスでは、従来、フリーアクセスが保障されていた。患者は自分の好きな医師にかかることができたわけであるが、ブラジ前保健大臣のときに、いわゆるブラジ改革というものが行われ、16歳以上のフランス人は自分のかかりつけ医を選ばなければいけないという制度が導入された。このかかりつけ医は、家庭医でも一般医でも専門医でもいいという仕組みである。患者がかかりつけ医を通して、例えば紹介状を持って専門医にかかった場合には、その専門医に対する患者の費用は、国で定めた診療報酬制度の価格になる。いわゆる協定価格の支払いになる。ところが、かかりつけ医の紹介状なしで患者が専門医等にかかった場合には、協定価格の支払いプラス付加料金の支払いを要求されるという仕組みが導入された。これもいろいろと議論があるが、フランスはこのような形で緩やかなゲートキーピングを取り入れている。ドイツの場合には、年間40ユーロまでの自己負担を課せられているが、登録医を通していろいろな医療機関にかかった場合には、自己負担を年間20ユーロまでにするという緩やかなゲートキーピングが

導入されているようである。

高齢者医療制度をどう考えるか

昨今、高齢者医療制度が問題になっているが、高齢者人口が増大して行くことが医療費増の主因となっていることを考えると、総額管理的な枠組みの設定が避けられない状況になってきているのではないかという気がしている。ただ、これをいわゆる予算制やイギリス型のかかりつけ医制度にすると、多分、患者からも受け入れられないと思う。そう考えて来ると、フランス型のかかりつけ医制度を少しモディファイしたような制度が日本では受け入れやすいのではないか。アメリカ型のGAP保険のように、いわゆる公的保険はここまでで、そこから少し民間保険で補てんするというような考え方もあるが、どちらかというところ、社会保険というか社会連帯の仕組みが望ましいと考えているので、こういうGAP保険という、少し市場主義的なものは日本にはなじまないのではないかと考えている。

ただ、いずれにしても、それにペナルティをかけるかどうかは別にしても、また、ペナルティをかけることは余り望ましくないと思うが、その年度で医療費がどのくらいかかるのかということ推計するような仕組みというのは必要ではないかと考えている。

ドイツの今の総額請負制であるが、目標額を超えると1点当たりの単価を下げるという形で今のドイツの開業医制度は動いているようである。

薬剤費を保険診療でどう考えるのか

例えば、OTC薬がある医薬品もOTC薬がない医薬品と同じ給付率でいいのかという問題がある。国際的に見ても、フランスでは医療の必要性によって薬の償還率を変えている。ビタミン剤は、フランスの場合には償還対象にならない。市販されている胃薬の場合には償還率が60%ぐらいになる。一方、糖尿病の薬の場合は、100%償還という形になる。要するに、その重症度、重要度に応じて薬の償還率を変えるということをやっているようである。

高齢者の多科受診に伴う重複処方。大きな問題は医薬分業であるが、実はかかりつけ薬局になっていないという問題がある。この問題をどう考えるのか。これは医療費の問題よりもリスクマネジメント上の問題が大きいと考えている。例えば、消炎鎮痛剤みたいなものを2つ混ぜられてしまった場合どうするのか。降圧剤を2つ混ぜられてしまった場合どうなるのか。そういういろいろなリスクマネジメント上の問題があるので、少しこの辺のところは工夫が必要ではないか。

次に、諸外国では代替調剤が促進されている。参照価格制の検討、あるいはジェネリックの普及ということで、例えばフランスの場合には、各医師にコンピューターのソフトが配られている。ある薬を選んだときにその薬と類似薬効、同じ薬効のジェネリック薬が一覧で見られるソフトが配られており、そこから薬を処方するという仕組みが出きている。

ジェネリック薬使用の国際比較であるが、日本は数量ベースで見ても金額ベースで見てもまだかなり低いという状況がある。これで非常に興味深いのは、このジェネリック薬の使用が非常に低い国というのが日本とフランスという、いわゆる皆保険でかつ薬価に関してかなり厳しい仕組みを持っている国である。そういう国ではなかなかジェネリックの普及が進んでいないという、そういう特徴があるようである。

医療と介護を分けて考えることは妥当なのか

以前、ある老人療養型病床で非常勤医師をしていた経験から、医療ニーズと介護ニーズは混在しているのが現状だろうと思っている。重度の要介護者の入院・入所に関しては相補性があるが、軽度要介護者の外来・在宅ケアについては相補性がなく、むしろ相加的に効いてくる。例えば、脳・血管障害で介護保険を使っている場合、どちらかというとな介護保険を使うかあるいは医療保険を使うかという形になる。ところが、膝関節症等、筋骨格系の疾患でADLケアを介護保険で受けている場合は、医療保険でいわゆる疼痛管理あるいは通院・リハビリテーションをやりながら、なおかつ介護保険でADLケアを受けるという形になるので、かなり相加的に効いてくる。そういう問題をどう考えるのかという問題もあると思われる。

また、長期の療養を必要とする高齢者において、医療と介護を区分することはできるのか、ということである。オランダではこれは長期保険として一体化させている。

次に、もう議論が走ってしまっていることではあるが、高齢者を対象とした独立した診療報酬体系をつくることは少し難しいのではないかと考えている。高齢者の必要とする医療は慢性期の医療だけではなく、急性期の医療がまずあって、そこから慢性期医療が発生してくるわけであるので、同じサービスを受ける者に対して年齢で差別をしていいのか、区別をしていいのかという矛盾があるのではないかと考えている。むしろ、サービスを提供する場に応じて報酬体系を考えることのほうが妥当ではないかと考えている。もちろん、財源論として高齢者医療をどのように考えるかは重要な問題である。

看護サービスを重視した在宅ケア

これから在宅ケアを進めていくという国の方針が出てくるわけであるが、例えば療養病床、最近見直しの議論も多少起こっているようではあるものの、本当に15万床まで減らしてしまっているのかという問題がある。受け皿がしっかりしない状態で、療養病床を減らしていくと、かなり大変なことが起こるだろうというのが正直な感想である。

療養病床に関する医療経済研究機構等の研究のなかで、実は看護ケアというものが余りきちんと分析されていない。療養病床のいわゆるケアの実態ということを考えてみると、看護ケアは非常に重要ではないか。点滴の管理も実際には看護師が行っている施設が多いと思うが、そうすると、在宅に移行した高齢者のケアをどうやって看護師が担う仕組みをつくっていくのか。看護計画、看護診断という考え方を考えればわかることではあるが、看護計画、看護診断というのは基本的にその人がどういうリスクを持っているのか、そのリスクを放っておくと、どういう好ましくないことが起こるのか、という看護診断に基づいてそのようリスクが顕在化しないようにするために看護サービスを行っていくのである。そういう看護計画に基づいた看護ケアがあるからこそ、療養病床ではその看護の医療のニーズが余り顕在化しないという現状があるわけである。もしこれを十分な看護ケアがない状態で在宅に高齢者が移った場合、そこで新たに大きな問題が生じるのではないか。

このことはすでに、地域の救急医療でかなり大きな問題になっている。何かというと、地域医療支援病院は、いわゆる救急を受け付けなければ行けない。昨今何が増えているのかというと、高齢者施設からの救急搬送がかなり増えている。送られてくる患者のかなりの数が、実は熱発だけであったり、頭痛だけであったり、あるいは腹痛だけだったりする。もし適切な看護ケアがその高齢者施設で行われるのであれば、かなり防げるであろう救急外来、救急である。要するに、看護ケアが充実していない高齢者施設が増えることによって、実はかなり救急医療もゆがめられているという、こういう現状が出ている。

そうすると、その新しい在宅ケアのなかで看護サービス、看護ケアを如何に提供していくかということを考えなければいけない。参考になるのは、イギリスのナースプラクティショナーや、在宅でリハビリを行う開業OT・PT制度とか、フランスの開業看護師制度になるかと思うが、こういうものがかりつけ医による総合的な管理指導箋に基づいてある程度裁量権をもった、今病棟で行われているような看護ケアが行われるような仕組みをつくっていかなければ、このまま療養病床を減少させてしまうと大

変なことになるのではないか。

フランスの在宅入院制度

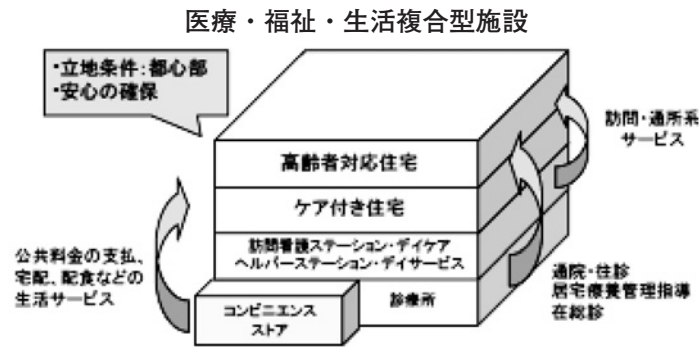
フランスの在宅入院制度とは、地域の病院がその地域に住んでいる在宅の高齢者の自宅のベッドを自分のベッドとカウントして、その患者に対してチームで訪問看護やいわゆるリハビリテーションサービスを行う仕組みである。多分、こういう仕組みは、例えば東京都の下町のように高齢者がたくさん住んでいて、そういう人たちをどうするかということを考える場合に非常に参考になるのではないかと考えている。

高齢者はなぜ退院したがるのか？

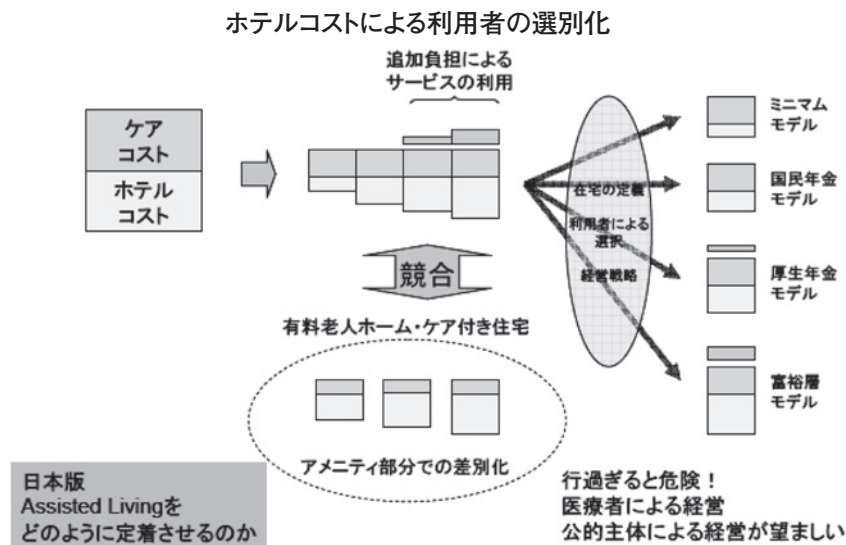
福岡県医師会の協力を得て、昨年度、福岡県の療養施設、介護療養病床と医療療養病床で180日以上入院・入所している患者の全数で調査を行った。どのような人たちがそこにおいて、どうして退院したがるのか等いろいろな調査をした。独居者で60歳以上の高齢者が、なぜ自宅に帰らないのかというと、実はADLレベルはそれほど悪くはない。認知症のレベルも比較的軽い。ところが、生活の安心感が不足している、いきがいが足りない、経済的支援がない、そもそも自宅がないという人たちがかなり長期入院しているのが実態である。独居者以外の場合にはどうなっているかということ、今度は認知症のレベルが重い人が入ってくる。あとはそれほど悪くはない。そして、同じように共通に出てくるのが生活の安心感が不足している、いきがいが不足している、経済的支援が必要、あるいは自宅に居室がない。

今療養病床でどういう医療、ケアが行われているのかということ、週に何回かのリハビリテーションやアクティビティがある。それは高齢者にとっては1つのレクリエーションになっている。それがないときには、皆で食堂やいろいろなところに集まってテレビを見たり居室でテレビを見たりしているわけであるが、それ以外に食事のサービスがあって、定期的に看護師、看護助手、ドクターがやってきて話し相手にもなってくれる。お風呂にも入れる。と考えると、今、療養病床にいる高齢者にとって、そういう施設は、安心感があり、生きがいも楽しみも保障してくれている。そこにいることによって安心して生きていくことができるという保障を。この機能を家に帰って地域に戻ってしまうと果たす場所がないわけである。そうするとそれが非常に心理的な負担になって、ずっと療養病床に居続けるということになるわけである。

そうすると、この地域のなかにそういうものを保障する機能をつくらず



この分野に参入してくるのは医療機関のみではない！
 選択されるためのキーワードは「安心」と「信用」



に、ただ単に病床を減らしてしまうと、これは大変なことになるのではないか。そういうことで、今、こういう医療・福祉・生活複合施設というのがいろいろなところでできている。ただ、ここの分野に参入してくるのは医療機関のみではないということはやはり問題だろうと思っている。

今から10年ぐらい前、このような施設が名古屋や沖縄あたりにでき始めたときに少し調べてみた。診療所、コンビニがあり、看護、ヘルパーのケア付き住宅、高齢者対応住宅になっている施設で、訪問・通所系のサービスも一体として保障するという施設である。その後、この分野にゼネコン、タクシー業界、あるいは商社などがどんどん参入し始めている。

彼らは何をやっているのかというと、ケアコストのところはいわゆる公的な保障であるので、上乘せがあるにしてもそれほど差別化されていない。ただ、一番大きな問題は、このホテルコストのところはかなり差別化が進んできているということである。最近も、九州のある大学病院の近くにこのような仕組みの施設ができたが、そこは何をうたい文句にしているかということ、その大学附属病院まで歩いて5分ということである。別に連

携しているわけではない。しかし、近くにそのような医療施設があるということで安心感を保障して、なおかつホテルコスト部分が非常にアメニティを高くしているの、どちらかという、これを高くすることによってマーケットの選別を行っている。富裕者層をかなりねらってこういう仕組みをつくっている。こういうものが行き過ぎてしまうと非常に危険ではないかと思う。

そもそも看護サービスを十分に提供できない施設がこのような高齢者施設をつくっているの、そうなってくると、ちょっとしたことで救急外来にかかってしまう。これは非常に問題があるのではないか。そういう意味で日本版の Assisted Living というものをどのように定着させるのか。私はやはり例えば医師会等の公的主体がこういうものにもう少し積極的に参画していく時期に来ているのではないかと考える。

生活不活発病の対策が重要

生活不活発病の対策が重要ということ、これはいわゆる予防の話であるが、今回、介護保険のなかで ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health : 国際生活機能分類) 的な考えに基づいて介護予防を考えていこうということになった。これはそもそものアイデアとしては、軽度の要介護高齢者の場合には移動能力の低下があって、それが行動範囲・活動範囲を制限させて、意欲・関心を低下させ、いきがいを低下させ、結果として移動能力の低下をもたらすという悪循環があるのではないかということである。この悪循環が繰り返されて生活不活発病になっており、この悪循環を断つということを目指しているいろいろなことが今介護予防で行われている。ただし、このようなプログラムだけではやはりうまくいかないだろうと思っている。

最近、私自身は街づくりから物事を考えるようになってきている。これは自分自身の経験であるが、講演で呼ばれた割と大きいある地方都市で、昼の12時少し前に食事をしようとしたら駅前にも拘わらずだれも歩いていない。シャッター通りになっていた。高齢化率が30%を超して40%近い町ではある。

一方で、巣鴨のとげぬき地蔵では、たくさん的高齢者が歩いている。巣鴨駅からちょっと離れたところにあって少し不便ではあるが、そこになぜこうやって高齢者が集まってくるのか。どんなに介護予防のことを頑張っても、高齢者が街に出ていきたいと思わなければ介護予防の効果というのは期待できない。そうすると、いかに巣鴨のとげぬき地蔵のような、高齢者が集まりやすい、集まりたいと思ってくれるような仕組みをつくってい

くかということが大事ではないか。

青森のしんまち商店街では、青函連絡船がなくなって経済が落ち込み、街から人がいなくなってしまった。そこで商店街の人たちは、青森ではどの人口層が多いのかを考えた。高齢者が多い、では高齢者が集まる街づくりをしようと考え、歩道を倍に広げて段差をなくし、100メートルおきにベンチをつくった。その結果、街に高齢者が戻り、活気が出てきた。この商店街の後ろには、今高齢者住宅がたくさんでき始めている。やはりこのような高齢者が集まりやすい街づくりというのをやっていかなければ、結局介護予防の効果はないのではないかと考えている。

これが今日の医療の話と何が関係あるのかということであるが、福岡県の若松医師会の協力で、97年の1月に若松医師会の会員の診療所並びに病院の外来にかかったすべての患者について、どこに住んでいる人がどの医療機関にかかっているのかということと距離を測って調べた。非常に興味深かったのが、多くの高齢者は日常的な診療に関しては大体2キロ以内の医療機関にかかっている。この2キロ以内の診療機関、受療機関は何かというと、実は小学校区である。小学校1年生が重いランドセルを背負ってヨチヨチ歩いている距離と、大体高齢者が老人カーを使いながら医療機関にかかっている距離が大体一緒だということである。そうすると、こういう小学校区ぐらいのところには何か1つ枠組みをつくれないうか。もう少し広くて中学校区でもいいと思うが、そういう高齢者が集まれるような場所というものを、小学校区単位あるいは中学校区単位で何かつくれないうかということがこういう調査からわかってきた。

実際に、今、老人保健施設の分布を見ると、中学校区に大体1つあるという状況になっている。そうすると、中学校区に1つある老人保健施設が高齢者の日常生活を支えるうえで何かつくれるのではないか、そんなことを少し考えながらいろいろやっていたが、実はそういうことをすでに医師会の先生が実践している。青森県に石木医院という医院がある。先生の問題意識とは何かというと、地域の通所施設で世話をできるのはたかだか2日である。残りの5、6日間は、地域の高齢者はその地域のなかで生きていかなければいけない。では、その地域のなかで生きていくということとをどのように支えていったらいいだろうか、ということで、石木先生と管理栄養士が責任者となり、「浅めし食堂」というコミュニティレストランをNPOで立ち上げた。このNPOの立ち上げた「浅めし食堂」（浅虫温泉駅の山側のほうにあるが）では、地域の元気な高齢者が有償ボランティアとして働いて配膳や配食を行う。そして、そこにその地域の高齢者が1日に1回はご飯を食べにきて、2～3時間間ぐらい過ごして帰っていく。

先ほど、長期入院患者がなかなか退院したがない理由のなかで、生活の安心感がない、楽しみがないという話を紹介したが、このように医療機関が地域に対して積極的にアプローチすることによって、その地域のなかに高齢者が集える場所をつくって、医療機関のもっている地域の安心を保障するという機能を外に出し、地域に開放していく。こういう病院門前町とか介護施設門前町、言葉がいいのかどうかかわからないが、こういうものがこれからできないかということを考えている。

実際、川越の霞が関南病院や、北九州の西野病院、小倉リハビリテーション病院というのは、まさにこういうことを今始めているわけであるが、高齢者の受療圏と日常生活圏域が一致しているのであれば、そういう地域のプライマリケアを支えている医療機関、あるいは介護施設、そういうものが高齢者にいわゆるいきがい形成というか、安心の場を提供していく、そういうことができるのではないかと考えている。

自己負担をどう考えるか

自己負担を30%として、自己負担を補う補足的な仕組みを導入するという考えもあるが、これはなかなか難しい。アメリカのMedigap（民間保険）みたいなものを入れていくと、入れない人が出てくるので、それをどうするかという問題があるし、貧困者は税金でみてもらえるというフランスの補足保険制度（共済制度）はどうなのか。あるいは年金と連動したMedisaveみたいなものを考えるのか。この自己負担部分をどう保障するかということは少し考えていかなければいけない問題であろう。

次に、未収問題についてみると、今、レセプト債権化という問題があるが、これが取り立てにつながってしまうと大変であろう。映画『ロッキー』ではシルベスター・スタローンが最初のころに取り立て屋をやっているが、あのかなりの数が実は医療機関の未収金の取り立てということである。そういうことを本当に日本に導入していいのかということに関して、少し慎重に考えたほうがいいのではないかと。

終末期医療をどう考えるか

これはやはり拙速であってはいけないと思う。今、オランダの安楽死は反省期に入っている。今から10年ぐらい前にオランダは安楽死をいろいろ取り上げた。3年ぐらい前に調査にオランダに行った。安楽死の調査ではないが、そのときに向こうのジャーナリストをインタビューする機会があったので、安楽死について質問した。それによると、オランダでは反省期に入っているそうである。もう少しやれることがあったのではないかと

いうことで、家族が非常に悩んでいるという状況があるという。この辺のところも考えなければいけない。終末期医療は、人生観、死生観といった倫理面に深くかかわる問題であるので、経済的議論で律することはできないと思う。もう少し深い議論が必要ではないかと思う。

国レベル・地域レベル・保険者レベルでの収支管理

財政では、そろそろ支出だけではなく、収入についても検討する仕組みが必要ではないか。支出だけでいくと、高いのか安いのかわからない状態で抑えるみたいな話になるわけで、実際に医療のニーズがどのぐらいあり、医療費がどのぐらいかかるのか。その収入をどのように確保するのかという議論をもうそろそろ具体的にやらなければいけない時期に来ているのではないかと思う。そういう意味での医療費支出目標というのは、強制力がなければある程度あっていいと思うし、理解が得られるのではないかと思う。フランスの医療費伸び率目標制度が、そういう意味で参考になるかと思っている。

「医療介護費の適正化」と「質の向上」

今、「医療介護費の適正化」と「質の向上」が言われている。国は適正化ということ言うわけだが、国民が求めているのは、安い医療ではなく、質の高い医療であろう。ただ、この適正化にしても質の向上にしても、その定性的な議論だけでは先に進めないのではないか。やはり、いずれも測れること、つまり可視化をしないといけない。質の向上であるということ、地域の医療ニーズを踏まえたうえで自分の施設がどういう機能を持っているのかということが見えないといけないし、その機能が十分果たされているのかということと比較できなければいけない。医療・介護費の適正化に関しても、適正化というのは医療・介護費の削減ではないと思う。適切な医療・介護を行うために適切なファイナンスが行われているというのが適正化と思うので、そうすると、医療あるいは介護の負担がどの程度であるかを測る仕組みがなければいけないのではないか。

フランスの医療計画は、まさにこの質を保証するということを前提に、各医療機関と当局が契約を結ぶという仕組みになっている。例えば地域、連携医療を保障するということが決められた場合には、どの施設とどの施設が連携してどのようながん診療というものを行うのかということ具体的な数字も含めて書くことが求められている。これは、いわゆる日本でいうところの任意的記載事項が必須化されているものであるが、そういうデータに基づいて国レベルで医療支出目標枠というのが決まる。要する

に、それぞれの地域がそれぞれの住民に対してどのような医療を提供するのかということを書き込んで、それをいろいろな公衆衛生学的な疫学的な調査のデータも含めて、例えば社会医療部門、公的病院サービス部門、私的病院部門、開業医部門と、それぞれの地域でどのぐらい医療費がかかるのか。それを地方レベル、国レベルで積み上げて年間どのぐらいの医療費がかかるのかということ推計して、それを議会において社会保障予算ということに議決するという、そういう仕組みが取られている。

ただ、これには強制力はない。あくまでも目標枠であるので、その枠を設定してそれに対するモニタリングをしている。例えばその年に、数年前にあったように、熱波に襲われて高齢者がバタバタ倒れて非常に医療費がかかるということであれば、それはそれで認められる。そういう仕組みである。ただ、そういう事象がないにもかかわらず、当初の目標以上に医療費が膨らんでいった場合には、その原因を検証して、それに対して適切な対策をとることができるということも明記されているが、これは過去まだ1回しかされていない。ただ、いずれにしても、このようにそれぞれの医療の現場におけるニーズを積み上げる形で医療費の支出目標額を決めるといふ、こういう枠組みがフランスでは今とられている。

DPCの基本的考え方

DPCには7年間ずっと開発に携わってきた。DPCは支払いのためではなく、一番大きな目的は評価指標をつくるということである。医療の目的は、患者の治療であるので、第1の評価指標は質である。では、この医療サービスの質をどのように評価するのかということ、評価指標がないといけない。ただ、医療の現場で絶対評価は無理である。相対評価でしかあり得ない。そうすると、この比較による評価をしなければいけなくなり、その比較の単位として診断群分類をつくってきたということである。

DPCの基本的な考え方は、各患者を「病名」と「行われた医療行為」の組み合わせで分類する方法である。DPCは単に分類する方法である。例えば「胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術」で、その他の手術あるいは副傷病がなかった場合には「060020 3×01×0 0×」という数字で羅列する。06というのは消化管、消化器系ということで、消化器系の0020というのは胃の悪性腫瘍で、その後の01は胃全摘術を受けて、0はその他の治療を受けず、0は副傷病もなかったということであれば、このような形でコード化されるということである。

では、DPCをどのようにつくっているのかということ、我々研究班のメンバーが勝手につくっているわけではなく、各医学会に依頼し、それぞれ

の臨床の専門科の先生方が集まって定義表をつくっていただく。この定義表に、実際に現場から集まったデータを流し込み、まとまりのいい分類をつくり、再度先生方に見ていただくということを繰り返しながらつくっている。

よく DPC はそのうち厚生労働省がギュッと締めてしまうのではないかという話があるが、実はこれは非常にやりにくい仕組みになっている。なぜかというと、DPC は後追いの仕組みである。実際に現場でどういう医療が行われているかということに基づいて分類をつくっており、しかもそのデータを、厚労省も持つが、提出側も持つわけである。同じデータを保険者も、国も、医療サービスを行っている側も持つ。要するに、情報を共有する仕組みというのが DPC ということになる。

例えば国立大学協会、私立大学協会、全日本自治体病院協会、あるいは全日病みたいところが自分たちでデータを集めてそれで分析するという仕組みを既につくっている。そういう意味で、同じデータを共有する仕組みというのが DPC ということになる。

DPC の導入の意義

DPC の導入の意義であるが、DPC は実は永久に完成しない。新しい技術が入ってくればそれを定義表に加えて新しい分類をつくらないといけないし、プロセスが変わってくればそのプロセスの変化に応じていろいろな見直しもしないといけないので、これは定期的な見直しを続けなければいけない。そういう意味で永久に完成しない仕組みである。

我々は、DPC を単なる支払いの道具とは考えていない。一番大事なことは、情報の標準化と透明化である。同じ情報を厚労省・保険者・医療サービス提供者が持つということ。しかも透明化される情報が臨床面と経済面である。あるいは経済面ということであると、例えばこれは部門別原価計算とは少し違った枠組みであるが、一応 DPC の原価というものを求めている。

急性期入院医療に関して、医療サービスの原価を推計するよう中医協から宿題を出され、DPC の枠組みを使って推計をした。医師給、看護師給、医療技術員給についてはすべて国家公務員と同じ給与表で行った。薬価や材料費は診療報酬の点数を使い、すべての病院が同じ給料、同じ材料費・医薬品費で医療サービスを提供したらどのぐらいのコストになるのかを推計した。こういう形で DPC 別の原価とか、設置主体別の原価も求めている。過去 5 年間やってきてある程度安定してきたのではないかなと思うが、このような方法論を今後どのように厚生労働省が使うのかはまだわか

らない。ただ、この調査をやってみて非常に気になったのが、日本の医療はやはり原価割れしているという点である。それがなぜもっているのかというと、医療職、事務職も含めた長い労働時間でもっている。この長い労働時間と財源の問題を何とかしないと、この国の医療は本当にこれから厳しい状況になるのではないかと考えている。

介護保険の調査で、今年の春、1月から3月ぐらいにかけて北海道、東北、南九州のいろいろな公的病院を見学した。非常に厳しい状況になっている。例えば、ある離島では周辺の離島も含めて5万人の人口がいるにもかかわらず、外科医が4人しかいない。一番若い外科医が49歳で、その4人の外科医が1日おきに当直をしている。当直のない日もオンコールで24時間体制で自宅で待機している。そういう状況であるので、当然、家族も呼べない。これではやはりもうもたないと思う。若手が全然入ってこなくなっているの、労働条件を少し考えていくということをやらないと、急性期医療だけではなく、地域医療は崩壊してしまうのではないかと危機感を感じている。

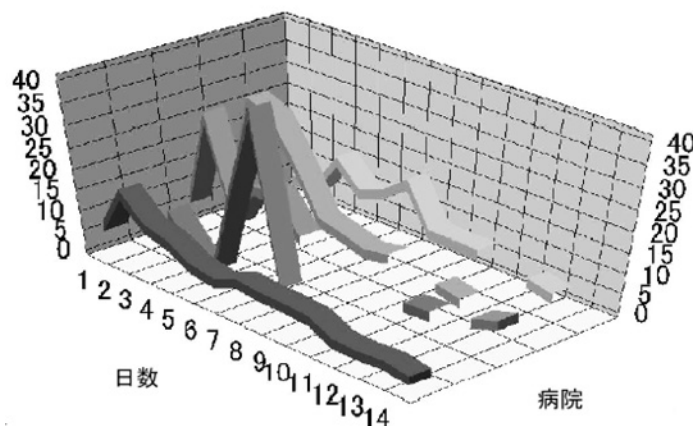
DPC を用いた医療プロセス

また、DPCにはEFファイルというレセプトの明細情報があり、各病院がどのようなプロセスで医療を行っているかということがわかる。例えば、これは狭心症の慢性虚血性心疾患のインターベンションが行われた例であるが、この一番左のが国立大学全体の平均。大体翌日にインターベンションをやっているという例が多いが、これを見ると、左から2番目の病院は大体6日目に、一番右の病院は3日目ぐらいからやっている状況がわ

DPC を用いた医療プロセスの分析例

DPC050050 狭心症、慢性虚血性心疾患

病院別入院経過日ごとの手術点数割合



資料：伏見清秀(2005)

かる。このような形で医療プロセスを記述することによって、仮に自分の病院で標準化できるものがあるならば、それを比較して改善し、医療の質、経営の質を改善していくベンチマーキングの仕組みを今つくっている。

臨床的な面でいうと、例えばヘルニアの記載のない腸閉塞の術後感染症というのが、データとしてはとれる。副傷病をとっているのだから。全体で見ると2.5%ぐらい発生しているが、発生していないところはほとんど発生していない。これは見方がいろいろあると思う。本当は発生しているけれども、発生していないということを出しているのかもしれない。ただ、これを分析してみると、発生した場合は発生しない場合に比べて在院日数も倍になるし、出来高換算でやっているコストも倍になる。これが何を意味するのかというと、院内感染対策というのが非常に重要であることである。いずれにしても、このDPCのデータを使うことによってこのようないわゆる臨床指標というものもつくることのできる。

医療圏別の傷病構造

研究班のなかで東京医科歯科大学の伏見先生による仕事であるが、日本に患者調査という調査がある。3年おきの調査であるが、その患者調査の個票にDPCのロジックを当てはめると、その医療圏別の傷病構造が推計できる。DPCの上6桁は傷病に相当するので、その手術の有無別に各医療圏にどのような患者がどのぐらいいるのかということ推計することができる。

しかも、患者調査の場合には、その患者の住所地がコードで入っているので、それを比較することによって、医療圏別の傷病構造の把握ができるようになる。DPCをただ分類するだけに使えば、実は外来の分類にも使えるし、慢性期医療の分類にも使える。

推計になるが、脳梗塞で福岡・糸島医療圏ではどのぐらい外来患者が受診しているのか。約6,000人ぐらい年間延べで受診している。その6,000人のうちほとんどが福岡・糸島医療圏で診療を受けている。短期入院の手術なしで見ると、福岡・糸島医療圏では約2,200人の患者が発生し、約2,000人が福岡・糸島医療圏で治療を受けている。他方、粕屋になると、400人ぐらいであるが、そのうち3割ぐらいは福岡・糸島医療圏で治療を受けている。要するにDPCのロジックを患者調査というものに当てはめることによって、どこに住んでいる人がどこで医療を受けて、なおかつそのそれぞれの地域の傷病構造がどうなっているかということ推計することができる。これはあくまでも推計値である。このような形で外来から急性期、慢性期までの医療換算の数を推計することによって、実際のこの地域にど

のぐらいの医療ニーズがあるのかということ推計できるということになるわけである。

DPC を用いた傷病構造の推計

要するに、DPC を用いることによって、その地域の傷病構造を推計することができる。この傷病構造の推計をすることで、例えばその地域でどのぐらいの医療費が必要なのか、国単位、地域単位で推計することが可能になるのではないかと考えている。

ただ、こういう話をすると、DPC を外来の支払いにも使うのではないかという話が出てくるが、実は外来には使えない。外来はワンエピソードというのが定義できない。同じ傷病をある医療機関では、3回に分けて診療を行っているかもしれないし、ある医療機関では1回でやっているかもしれない。ということで、外来の場合には同じ傷病に対して同じ医療行為をやるにしてもワンエピソードというものがつくりにくいので、DPC を外来の支払いに使うというのは、これはもう未来永劫無理だろうと思っている。

こんな形で傷病構造の推計までできるが、こういういろいろな活用の可能性をこれからどのように考えていったらいいのかというと、DPC データを収集・分析する中立的な情報機構が必要だろうと考えている。国が、保険者が、あるいは病院側が集めるのではなく、そういうものから独立した中立的なところがこういうデータを集めて、それを中立的な立場から分析・加工する仕組みというのをつくらなければいけないのではないかと考えている。

我々の研究班は今年で7年目になり、あと続いても2年だろうと思う。それ以上研究班の枠組みのなかでいろいろなことをやっていくというのはもう無理だと思うので、そういう中立的な情報機構というものをつくっていただいて、そこで適切な情報分析をやっていく仕組みがこれから求められるのではないかと考える。

DPC を用いると、このように傷病構造の推計ができるわけであるが、なぜこれが大事なのかというと、来年から特定健診・特定保健指導事業が始まる。40～74歳までのすべての被保険者、被扶養者が年に1回健診を受けて、医療対象ではないけれども指導対象になった人たちが個人的な保健指導を受ける、こういう仕組みである。

ところが、これが本当に効果があるかどうかということ予測するためには、介入がなかったときの予測医療費を推計できないといけない。実際の医療費と比較して介入効果を比較するというをやらないといけな

い。

アメリカで行われているディジースマネジメントという枠組みでは、プレディクションモデルというのがある。この集団でこの年齢構成でこの性別の構成で過去の病歴がこうだった場合には大体1年後の年間の医療費はどのくらいかかるのかということが推計されて、それに対して介入を行って実際の医療費と比較をしてこのくらい介入効果があったということをやめるわけだが、こういうものがないと、健康づくりの効果というのは評価できない。アメリカではこういう目的でACGとかCRGというものが開発されているが、日本ではこういうものを少しDPCをモディファイする形でできるのではないかと、今考えているところである。

特定健診・特定保健指導

特定健診・特定保健指導事業であるが、このままでは多分回らないのではないか。これも研究を行っているが、北九州モデルというのを今つくっている。北九州市は、今まで老人保健法に基づく基本健康診査を医師会への委託で行っている。医師会の会員の先生方の個々の診療所に地域の高齢者がやってきて健診を受け、その結果を返す際に保健指導を受けるということをやっとやってきている。であるならば、今度の特定健診・特定保健指導もこの枠組みを使ってやろうということで、北九州市医師会に提案をしたところ、モデル事業を研究の枠組みでやっていただけることになった。これが北九州モデルであるが、北九州市の保険者、国保が医師会に委託をして、対象者が医師会を受診し、健診を受け、なおかつその結果を渡される際に保健指導を受けるという仕組みをつくった。

保健指導のときに、厚労省が出している学習教材集がすごく重過ぎて、あれではなかなかできないのではないかと、思っている。それを我々の教室で抜粋し、メタボリック・シンドロームって何か、内臓脂肪って何か、あるとどんなことが起こるのかという教材を使い、開業医の先生が対象者に保健指導するという仕組みである。保健指導をしながら、行動計画をそこでつくっていく。その行動計画に従ってカレンダーをつくる。これを本人に渡すわけであるが、これを3カ月か6カ月、1週間に1遍でもいいがつけてもらい、その結果を踏まえて先生から途中でフォローアップの指導をしていくという仕組みをつくった。

これでやると、大体保健指導、初回面談が大体20分でできる。今、北九州市でこれを16の開業医の先生方に協力いただいてやっている。大体8割以上で腹囲が減少しているし、体重も減少している。2回目、3回目になってくると10分ぐらいの指導で終わる。今まで北九州市では、老人

保健法に基づく健診を開業医の先生方の診療所でやっていた。その枠組みを使ってこういう特定健診・特定保健指導をやる仕組みをつくる。できればこれを幾つかの医師会の先生のところやっていたらいい、医師会モデルとして採用していただければということやしているところである。

まとめ

医療制度改革の全体像ということであるが、医療機能の分化・連携、これはいいと思うが、在宅ケアをどのようにしていくのか。特に、看護ケアを含めて在宅の高齢者をどういうふうに支えていくのか。こういうモデルをきちんとつくっていかなければいけないと思う。すでに長崎のドクターネットとかいろいろないいモデルがある。そういうものをぜひ発展させていただければと思っている。

生活習慣病対策も非常に重要だと思うが、やはりマネジメント可能な、運営可能な仕組みというものを考えていかないと、絵に描いた餅で終わってしまう。健康づくりの重要性を考えれば、先ほど示したような北九州モデルみたいなものを作っていく必要があるのではないかと。

国民健康保険の加入者、メタボリック・シンドロームの最大のターゲットは40代、50代の男性である。しかし、国民健康保険に加入している40代、50代の男性は平日の昼間は働いている。平日の昼間に仕事を休んで健診を受けに行く、保健指導を受けに行くということは、そのまま収入減につながる。現行の老人保健法の基本健康診査でも、40代、50代の男性はほとんど健診を受けていない。多分数%、大都市だと1%を切っている。そういう人がこの新しい枠組みのなかで健診を受ける、保健指導を受けるためには、地域のなかにやはりその健診を受ける場所、保健指導を受ける場所を複数つくる必要がある。できればそれを自分の住んでいる近く、働いているところのすぐ近くと考えると、これは診療所の先生の協力しか方法はないのではないかと考えている。

社会の高齢化と社会保障制度の課題であるが、生活保障の話は少ししたが、健康づくりは医療費や介護給付費の適正化に有効なのか。健診で異常が見つけば見つけるほど医療費は高くなるのではないかと。多分、これは否定できないだろう。

ただ、健康づくりの目的とは、こういう直接的な医療費の適正化だけではないだろうと思っている。やはり日本人にとって働くということは何なのかということを考えなければいけないだろう。

高齢者医療費を下げる特効薬は何かないのかということであるが、このままで行くと人口の約3割を占めるに過ぎない65歳以上の人が7割の医

療費を消費する。この推計が合っているかどうかかわからないが、傾向的にはこれは否定できないだろう。特効薬は、高齢者の定義を変えることだろうと思う。65歳を75歳に変えてしまう。日本の高齢者、65歳の人はまだまだ元気で、そういう人たちが働ける限り働ける仕組みをつくっていかなければならないのではないかと思う。

慶応大学の清家篤先生（労働経済学）は、高齢者が労働を継続できる条件を実際のデータに基づいて分析している。1つが、専門的スキルを持っていること。これは医師とか弁護士とかということだけではなくて、例えば営業のプロであるとか接客のプロである、そういうことも含めて。2つ目が職住近接であること。3つ目の条件として、健康であるということを挙げている。高血圧、高脂血症はあるけれども、働くことができる程度には健康管理ができています。

日本医師会から健康投資という概念が提唱されているが、これから日本人が75歳ぐらいまで、あるいは70歳ぐらいまで普通に働く社会になれば、多分社会保障財政ってすごくよくなると思う。そうすると、それを可能にするための健康投資をすることによって、70歳ぐらいまで日本人は働けるようになる。そういう形での健康づくりの効果というのはあるのではないかと思う。年齢に関係なく自己実現をし続けることができるような社会というのを日本はつくるべきだと思うし、そこに対して医療界が、特に地域の先生方が貢献できる部分というのは非常に大きいのではないかと考える。

特にこれから団塊の世代の人たちが高齢化していくので、多分、全然違った社会になってくると思う。例えば、高級な老人ケア対応住宅。そういう人がこれから増える社会だと思う。そういう意味で、これからケアのあり方が変わってくると思うし、それに応えるための在宅医療サービスのあり方が求められているのではないか。

特に、医療・介護の周辺領域がこれから拡大してくると思う。キーワードは信頼であるが、地域に安心を保障する社会的インフラとしての医療機関が、すでに自分のところで持っている、地域の安心を保障する機能を地域に開放して行って、病院門前町とか介護門前町みたいなものがつくれないか、あるいは街づくりに貢献できないか。そういうことをやることによって、医療職に対して今少し失われつつある尊敬、リスペクト、これを取り戻さないと日本の医療はうまくいかなくなってしまうのではないか。そういう意味で、この医療界、介護界からあるべき社会に対する問題提起ということもぜひもっと積極的にやっていただけたらと考えている。