

ヒューマンケア通信 (Vol.13 H23年6月1日)

= 今後10年間の病院の変化を読む1 =

今回は、5月19日に開催された「社会保障改革に関する集中検討会議」に提出された厚生労働省の説明資料を題材に、病院の変化を読む前提として、今の政策議論に、私なりのコメントをしてみます。

なお、この会議の関係資料や議事要旨は、下記にてアクセスください。

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai7/siryou1-1.pdf>

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai7/gijiyoushi.pdf>

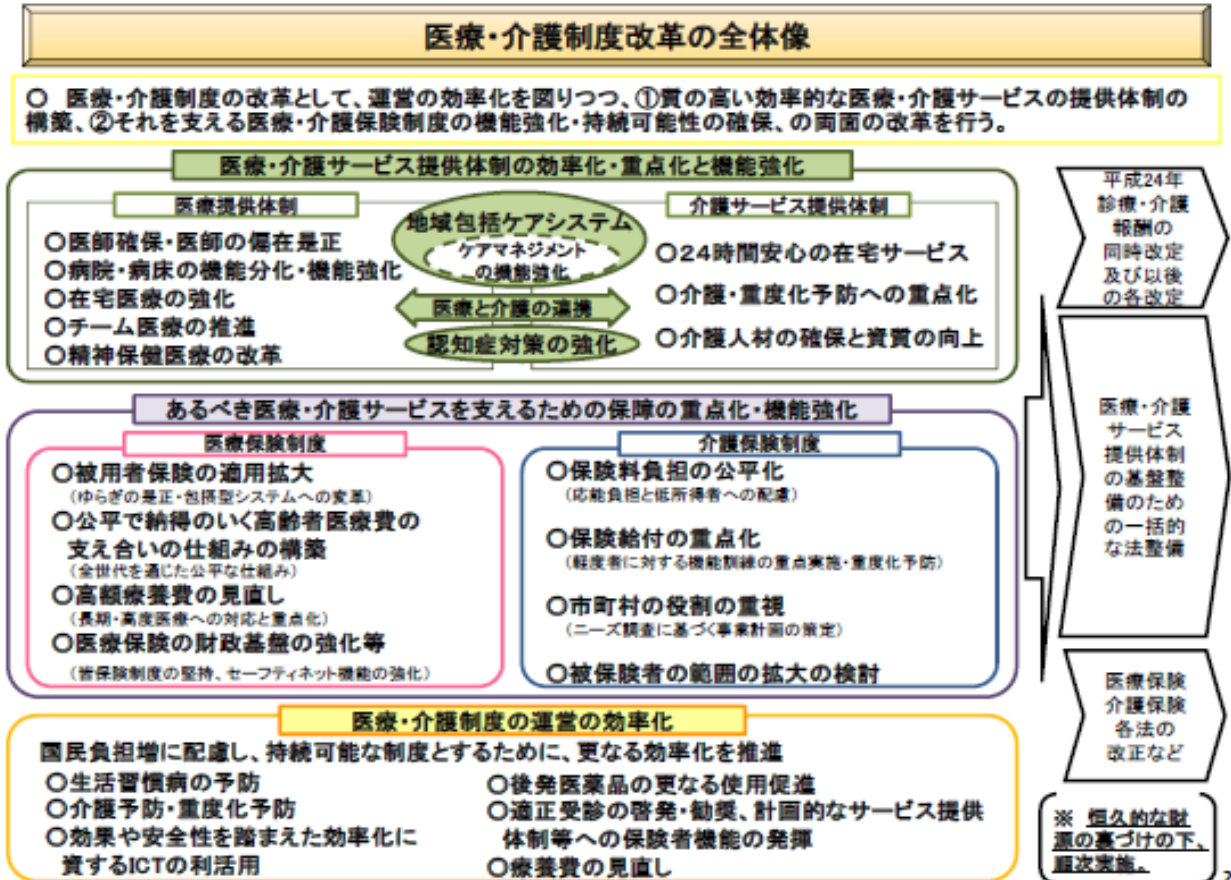
<医療・介護制度改革の全体像について>

下記は、検討集中会議で、厚生労働大臣が説明した資料の最初のページです。

これをまとめられた方々の顔も浮かびますが、率直なところでは、特に新味のあるものではなく、これまでも課題であったものを一つにまとめたものという印象です。また、ビジョンとしては、理解できますが、税率を上げる等の具体的な負担を求める前提のものとしては、各事項で、具体的な方法論に欠けるなという印象でもあります。

このレベルの総論においては、過去においても、誰も反対することはありませんでした。しかし、これを実現するための具体的な方法論段階では、方針をまとめたはずの政治の方々も含めて大反対となり、なし崩し的に費用増のほうに流れてきた歴史の繰り返しです。6月にまとめるという無理な政治日程、具体的な議論に耐えられない与野党の状況など、難しい環境にはあると思いますが、このまま試算⇒総論で政治決着では、また同じことを繰り返すだけでは？ と懸念します。

特に、負担の問題などは、もっと「公平」の中身について世に問わないと、すぐに腰砕けになると思います。



＜施設から地域へ・医療から介護へ＞

医療・介護の問題については、右図のように、いくつかの機能を積みあげ、かつ高機能（山の上のほう）の部分の数を減らし、基礎となる介護部分を手厚くしていこうという発想です。在宅は、小中学校区レベルでの体制づくりを目指すという方針です。

この背景には、

- ① 今後、高齢化の進展で、このままでは既存の病院の病床以上の在院患者数が見込まれる。
- ② 1日当たりの費用が、山の上が高く、基礎の部分が安いので、総費用を一定程度抑制する可能性がある。
- ③ 理念としても地域で生活し死ぬということを普通のものにしていきたい。

ということと理解できます。

しかし、現実これに向けて動くとなると、次のような現実につき当たりますが、その社会的ストレスや財政問題に耐えられるのか注目されるところです。

① 機能分化による病院の経営不振

病院の多くは、この再編の過程で、過去10年以上の経営的に苦しい状況を迎えるはずですが、方針変更を早急にできる病院（内部管理の甘さから）は数少なく、多くの病院が、また「医療崩壊」と騒ぎだし、TVも煽って・・・と。この10年間の割と緩やかな機能強化でも、最近の騒ぎでしたが、今後はもっと厳しい内容ですので、その時に、「移行の過程」と納得させられるのか、政治行政が怯まないかです・・・

② 急性期だけではなく後方支援への資源投入が避けられない

平均在院日数を今以上に短くすることが目指されていますが、それは患者から見れば十分に体力的に安定していない状態で、次の病院等に移行することになります。したがって、受け皿となる病院では、今以上の体制強化を図らないと受けきれないはずですが、今でも、受皿病院・施設の負担軽減のために、安易に「胃ろう（胃に管で直接流動食を入れる外科的措置）を行う事例もあると聞いています。こうした、患者面の問題を起こさずに、急性期病院の今以上の入院期間の短縮を行うには、亜急性・回復期等に相当の資源投資が必要になると思いますが、実際のところ医療人材・医療費財源として可能なのかです。

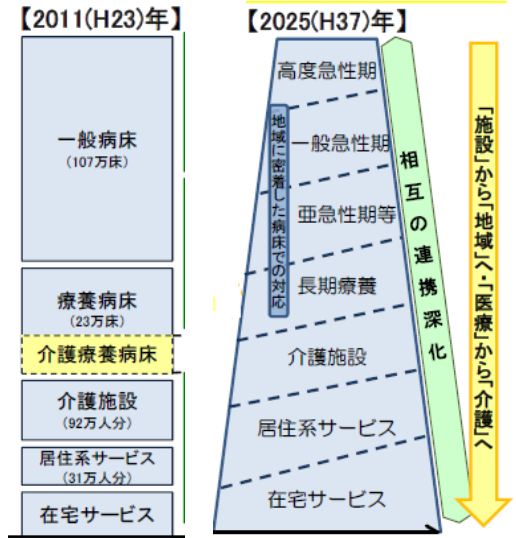
③ 「地域」は実際は高コスト

地域でという目標は介護保険制度導入時からの目標ですが、なかなか実現してきていません。理由は、「家族での介護負担が重い」という点と考えています。私の姉も介護保険を使用していますが、要介護5の最高水準のクラスでも、介護サービスでは全く足りず、別のサービスを自前で利用しないと対応できません（これは近々まとめてみます）。24時間サービスと言いますが、現実には、外部サービスの仕組みだけで整えると、私の感覚では、施設入所より高くなると思います。さて、その費用額は、どれほどになるのか？それを介護財源として賄えるのか？です。この実現には、年金などの現金給付の減額措置が不可避でしょうが、とても今の状況では実現しそうにありません・・・

④ これを担える人材はいるのか？

特に、介護などの福祉分野の人材については、数の不足の前に、質的な課題があると実感しています。特に、専門職集団をチームとしてまとめ、育成等の仕事ができる管理職級についてです。厚労省は、介護福祉士の高学歴化等の途を進んでいますが、決して、こうしたリーダー育成をイメージしたものではなく、一般職の高学歴化でしかありません。

経営支援の仕事をしていると、介護・障害事業者に係る共通の問題は、人を育てられる人がいないという点です。たぶん福祉教育の欠点だと思いますが、看護教育のようにチームで働く、チームをまとめるという思想が欠けており、なかなか育ちません。こうしたリーダーの育成ができるかどうか、今後のサービスを決めるとは思いますが、その仕組みは・・・



＜サービス提供体制の機能強化事項は満載、効率化・重点化事項は品薄＞

医療費や介護費は、高齢者の増加により、必然的に増えていきます。これを当然増とか自然増と呼んでいます。これを抑制できる劇的な措置は存在しません。あったとしても、大方の人の理解を得ることはできません。

さて、それを前提とすると、少なくとも、毎年1兆円以上増える費用はやむを得ないとしても、その額の中で、その資源配分を見直して、より効果的なものに変えていくことが大事になります。

いわば、費用配分を見直す＝何かの費用を切って別のものに回すという取り組みです。この観点から見ると、今回の効率化・重点化の提案は、次のような問題があり、實際上、費用配分の見直しの効果を生じさせず、単に費用を純増させるだけでは？と考えられます。

① 平均在院日数の減少等

前回、まとめたように、平均在院日数の減少は、病院の入院単価の上昇⇒病院収入の増加という形につながっています。これを費用を増やさずに実現するには、例えば、長期入院等の他の分野の費用を削減して急性期に回すということをしないう限り、平均在院日数の短縮は、結果的には効率化ではなく、資源投入の増加になります。その意味では、平均在院日数の短縮は、財源を投入するための条件でしかありません。何を削減するかを明記しない限り、効率化・重点化の話にはなりません。実際に痛みを伴うものは明記できないのが、今の政策議論の環境です。

② 予防の推進

哲学としてはわかりますが、実際の予防活動が、どの程度、費用削減効果を出しているかを公的なレポートで見たことはありません。特定健診も大々的にやっていますが、その医療経済上の効果はどうなのでしょう。こうした効果の不明なものを財源としてカウントするのを、行政担当者当時は、「真空切り」と呼んでいました。介護予防も同じような意味を持っており、これらを効率化として、実際の効果を将来試算で見込むのは危険です。

③ ICTの利活用

これも実際は「真空切り」の世界です。違法な請求等が減る、重複検査の解消というのが直接的な効果、医療データを活かした医療標準化を通じた長期的な効果を意味していると思いますが、病院経営に実際に関わった者として、特異な経営者による例外的なものを除き、一般に思われているような明確な違法・不法なものは、まずありませんし、検査も自ら実施せず他の医療機関のデータを信用するには、他の医療機関の検査精度等が不明では、医療訴訟のリスク（検査をせずに見逃した）もあり、簡単なものとは思えません。

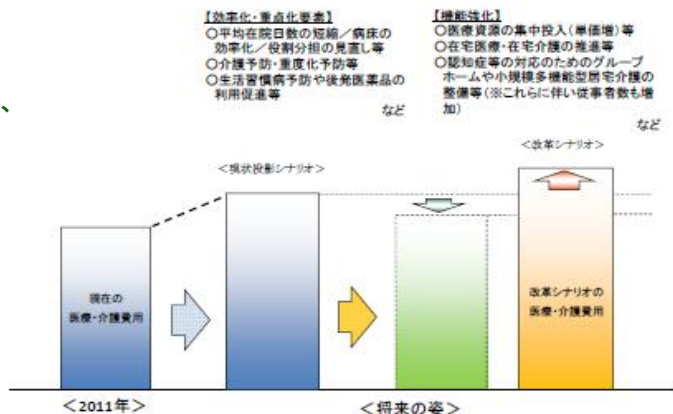
また、長期的な効果は、医療の質の面では効果的だと思いますが、それが費用削減効果を出すと考えるのは早計でしょう。

④ 後発品の利用促進

提案の中で、唯一、財源として計算できそうなものですが、所詮、1年で増える当然増、自然増の規模の一部を賄うだけのことであり、今後の費用負担問題を考える上では、誤差の範囲内ではしかありません。

以上のように、それほど医療・介護を効率化するのは難しく、また、できそうなことはやり尽くしてきたということです。その意味で、画期的なものが出てこないのは当然です。

医療・介護制度改革の将来推計の考え方（イメージ）



効率化・重点化の事項

＜医療分野＞

- ・平均在院日数の減少等
- ・生活習慣病の予防
- ・地域の医療連携の推進による適切な医療提供
- ・ICTの利活用
- ・後発品の利用促進

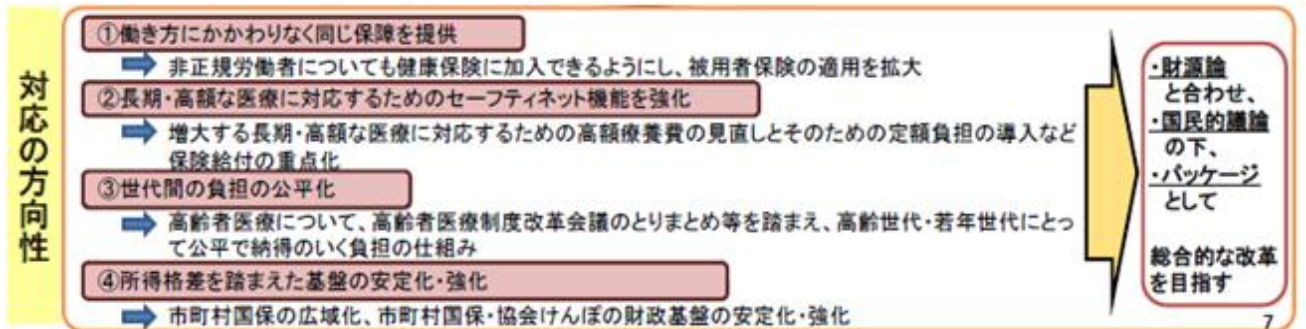
＜介護分野＞

- ・介護予防、重度化予防等への重点化

<やはり何も見えない 保障の重点化・機能強化>

下図が今回の提案ですが、これを見て、何をしようとしているのか、負担がどうなるのかのイメージできるでしょうか？ また「国民的な議論の下」とありますが、どの場で、どのレベルの議論で決まるかもわかりません。

もともと行政としては、負担増の話を提起するのは難しいのですが、今回は、これまでで最も腰が引けているように思います。政務三役会議等の政治プロセスでは、これが限界かもしれませんが。その昔は、お役所が厳しい案を出し、与野党への説明プロセスで政治側が厳しさを緩める調整を行う（それを見込んでより厳しい案をお役所が出す）ことで、少しずつでも前に進んでいきましたが、今回は、どのように決まるのでしょうか？ 19日の検討集中会議の議事概要を見る限り、負担論は、ほぼ具体策なしで素通り同然です。政治家が政策を決めるという主張の本質が見える時です。



上記の4点に関する私の理解をあえて言えば、

① 被用者保険の適用拡大

直接的には、企業労働者の減少に伴い、減少している企業の医療費・介護費負担（被用者保険の保険料の1/2を負担）の水準を高めるための措置。しかし、これにより、国保の保険料負担者が減り、国保財政は厳しくなりそうですが、被用者保険の加入者増により、高齢者医療制度の国保負担が減少（被用者と国保の負担は加入者数で決めている）するので、あまり影響がない・・・

お役所が自分でできるギリギリの措置と思いますが、企業負担増が耐えられるかという問題。

② 高額療養費の見直しと定額負担の導入

保険料・税負担増を求める見返りとして、現実的な負担軽減を求めるのは政治の常。高額療養費の見直しはその材料と思いますが、高額療養費見直しの恩恵を受ける人は、ほとんどが高齢者を抱える世帯となるはずであり、仮に、定額負担を全世代で求めるとすると、これも現役世代から高齢世代への資源移転でしかない。保険料も上がり窓口負担も増える現役世代・・・

③ 世代間の負担の公平化、国保・協会けんぽの安定化

世代間の負担の公平を図るための考え方も示すことができず、完全なる先送り。最も、議論すべきポイントなのですが、誰も触りたくない事項であることが露に。国保等とあわせて、公費投入の主張だけは明確になっています。さて、誰が、どこで議論し、国民的に議論になるのか・・・

最後は愚痴になりましたが、6月に決める割には、最も厳しい課題については議論の深まりはありません。これからとも言えますが、今から、6月で本当に負担論が詰まってしまうかは疑問であり、今の総論だけで終わりそうですが、いましばらく注視したいと思います。

次回は、同じテーマで私の見方を予定してます。

ヒューマンケア・システム研究所
代表 北川博一