

対談 Discussion

医療・介護の現場と研究をつなぐ



Takero Doi

土居丈朗



野口晴子



Haruko Noguchi

医療と介護の連携をいかに進めるか、またその効果にはどのようなものがあるのか。さらには、研究による知見が現場で活かされるようにするにはどうすればよいのか。財政学の視点から土居先生に、医療経済学の視点から野口先生にそれぞれお話を聞いた。

1 医療・介護と財政

——今日は、いままさに議論の最中である6年に一度の診療報酬、介護報酬の同時改定を機に、「医療と介護の連携」についてお話したいと思います。まず、土居先生がなぜ医療と介護のテーマでご登場されているのかという点をお話してください。

土居 私は財政学が専門で、博士論文は地方財政をテーマに書きました。日本の地方自治体は、社会保障の担い手として非常に重要な位置を占めていて、かつほかの国にもないほど多くの医療や介護の仕事を抱えています。それが、財政面から医療や介護に関心を寄せた端緒でした。でも、制度設計は国がやっているの、財源確保の責任の所在が曖昧にな

っています。

わが国の社会保障は、このところずっと制度改革が続いていて、その中でもより都道府県の地位を高め、かつ責任を持ってもらおうという方向になってきたし、国も、任せられるものはできるだけ地域に任せようということになってきています。

そのため、医療と介護における国、県、市町村の役割は整理がついてきていますが、いかにせん財源面が問題です。給付が増える中、誰も自分が率先して負担したいとは思っていない。結局、負担の押し付け合いが起こっています。

できれば医療と介護がうまく連携してくれることで、負担増もほどほどにしながら、地域医療や地域包括ケアシステムをしっかりと支

えたい。そのためにどうやっていけばいいの
だろうかと、最初は財政の面に関心があった
のだけれども、お金の話だけでは終われない
ことがわかりました。それでいろいろな方々
に勉強をさせてもらいながら今日に至ってい
ます。お金だけで語れない医療と介護の問題
はたくさんあり、奥が深いと感じています。
——野口先生は現在、中医協（中央社会保険医療
協議会）¹⁾に携わられています。その経緯や、そ
こで行われている議論などについてお聞かせく
ださい。

野口 まず、中医協の公益委員になった経緯
をお話しします。2012年に私は社人研（国立
社会保障・人口問題研究所）から早稲田大学
に移りました。大学に移って次の年、2013年
5月の初めごろに、厚生労働省の保険局の方
から「本日、すぐお目にかかりたい」と突然
メールを頂戴しました。何となくいやな予感
はしつつ、「今日はあいにく都合が悪いので
すが」と申し上げたところ、「どこでも参りま
す」とおっしゃって。なんだか呼び付けたみ
たいでいやだったのですが、来ていただきま
して、「公益委員になってほしい」と言われま
した。

私は土居先生と違って、それまで政策の現
場にかかわった経験がなかったので、「何で
私なんですか」と言ったら、まず女性だから、
と（笑）。いわゆる女性枠があるんですね。

もう一つは、中医協の公益委員は国会承認
人事で、出席率が厳しく問われるため、会議
への出席のしやすさの面で、関東近辺の人間
じゃないといけない。

3つ目の条件として、医療経済学に携わっ
ている学者であること、ということでした。

土居 そもそも医師は入れないのですよね。

野口 公衆衛生などを専門にしているも、医
師は公益委員には原則なれません。それで、

行政学、公会計、あるいは経済学といった社
会科学者から選ばれます。

中でも、現在は、財政がひっ迫しているこ
ともあり、やはり医療経済学者を入れるべき
だという要請があったようです。女性で医療
経済学に携わっているといった条件となると、
ただでさえ医療経済学を専門とする人は少数
なので、候補者は自ずとしぼられてしまいま
す。

土居 過去には遠藤久夫先生や印南一路先生
が医療経済学者として委員に入られています
ね。

野口 そうですね。その流れで私に白羽の矢
が当たったのでしょう。

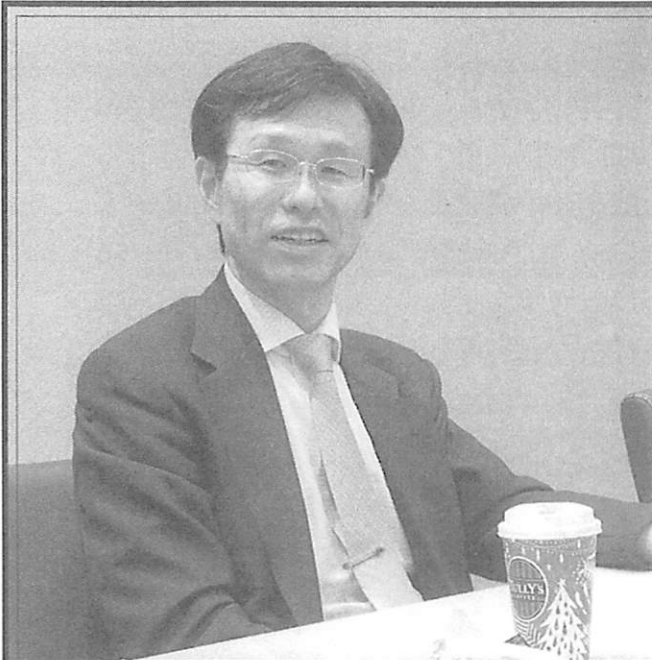
中医協は、改定年度だと、年間だいたい
35～40回ぐらい会議が開催されます。これほ
ど多くの会議がある審議会というのはちょっ
と他に類を見ない。もし受けるとなると、例
えば、教授会を欠席するなど学務に支障が生
ずることになるかもしれないので、受けられ
るかどうか学術院長に聞いてくれと言われま
した。学術院長は理解を示してくださって、
最終的にオーケーが出て、中医協に参画する
ことになりました。

入ってみると、土居先生も経験されている
と思いますが、自らの研究者としてのアイデ
ンティティーとはかなり確執があります。審
議会というのは、いわゆる調整の場ですよ。

土居 とくに中医協はそうですね。

野口 例えば、厳密な意味での学問的な裏付
けは、はっきり言って二の次です。だから、
今でも時々なかなか馴染めないなど感じるこ
とがあります。

ただ、勉強になる面はたくさんあります。
一方に患者・保険者代表（一号側・支払側）
がいて、もう一方に医療従事者（二号側・診
療側）がいます。医療従事者の中にも、診療



土居文朗さん(どいたけろう)

Profile

1970年生まれ。1993年、大阪大学経済学部経済学科卒業。1999年、東京大学大学院経済学研究科第二種博士課程修了。博士(経済学)。東大社会科学研究所助手、慶大経済学部専任講師、カリフォルニア大学サンディエゴ校客員研究員、財務省財務総合政策研究所主任研究官、慶大経済学部准教授を経て、2009年より慶應義塾大学経済学部教授。

専門は財政学、公共経済学、公共選択論。

主要著書に、『地方債改革の経済学』(日本経済新聞出版社、2007年)、『日本の財政をどう立て直すか』(編著、日本経済新聞出版社、2012年)、『入門 財政学』(日本評論社、2017年)などがある。

所を代表する方、病院団体を代表する方、そして、歯科、薬剤師を代表する方がすべていらっしゃるわけです。こうしたステークホルダーが一堂に会して、支払側は、点数を引き下げようとするし、診療側は引き上げようとする。全体のパイである財源は、財務省主導で決定されますので、限られた資源に対する、ステークホルダー同士による非協力ゲーム論的な側面があります。

こういう話し合いで診療報酬点数、いわゆる医療サービスのプライシングが行われる様子を目の前で見ることができるのは、すごくいい経験になっていると思います。

土居 費用対効果分析、ないしはエビデンス・ベースド・メディシンと言われていながらも、公益委員は学術的な裏付けのある発言

をあまりできないのですか。

野口 基本的に公益というのは、いわゆる裁判官の役割なんですよ。ステークホルダー同士がもめて決着がつかなかったときに、最後は公益裁定をするわけです。

議論の途中で公益が口出しをすると、どうしても支払側か診療側か、どちらかの意見に加担してしまうことになります。例えば消費税が5%から8%に上がったときに、どこにそれを反映させるのかという議論がありました。病院が例えばMRI(核磁気共鳴画像法、magnetic resonance imaging)を購入し設置すれば、当然消費税がかかります。その時、診療側は、基本入院料に一律に付けることを主張した。支払側は、消費税が実際にかかったMRIを使ったサービスに診療報酬点数を高く付けろといった。でも、消費増税前に買ったMRIを使った場合と、消費増税後に買ったMRIを使った場合で診療報酬点数を変えるわけにはいきませんよね。そこで公益のある先生が、「それは二号側である診療側の言うほうが正しい。一つ一つチェックするのはコストがかかってしょうがない」と発言したところ、支払側から、「最近、公益の発言が多すぎる」と批判された(笑)。

逆に、コストを抑えるという意味で一号側の肩を持つような発言をすると、今度は診療側から「最近、公益の発言が多すぎる」と批判されるのです(笑)。

どちらかの味方になるような発言をしてはいけなくなると、徐々に発言がはばかられてしまうところがあります。

土居 発言内容が非常に大きな影響を持つので大変ですね。

2 求められる医療と介護の連携

土居 中医協で、医療と介護の連携を意識し

た議論にはどのようなものがあるのですか。

野口 今のところ、一つは、いわゆる急性期の7対1病床の見直しです。7対1とは、7人の入院患者に対して1人の看護師を配置する、最も高い入院基本料が付与されているケアです。そもそも、日本の病床群はすごくいびつな、急性期の病床数が多いワイングラス型をしています。本来ならば、急性期のところは手術だけして、すぐに亜急性期型や療養型等の中間施設に移動させたいので、療養型の病床を増やして、どちらかという台形のような型にすることが望ましいと考えられています。私が2013年に中医協に入ってから、この病床の機能分化の歪みを是正しようという流れがずっとあります。

急性期で集中的な治療をした後、すぐには退院できませんよね。最近独居老人が増えていますから、例えば80歳の方に心臓のバイパス手術をし、1週間で退院させて、いきなり家に戻れということもできない。だから、医療と介護の連携として、単価の安い中間施設を増やし、そこでケアをしてリハビリをする。しかし、なかなか亜急性期・療養型の病床が増えないのが現状です。

7対1病床の制度が導入されたのが2006年です。7対1には、平均在院日数が一定日数以下でなければならないとか、重篤な患者が何%以上いなければいけないなど、厳格な要件が設定されています。そうすることで、厚労省としては、機能分化が起これと予想したのだけど、一方で点数を高く設定した。すると、これは私も分析したことがあるのですが、いわゆる供給側の価格弾力性が予想以上に大きかったために、点数の高い7対1病床への移行が起ってしまったのです。

だから、重篤な患者の比率をさらに上げるとか、あるいは、これはまだできていないの

ですが、平均入院日数を19日から短くしようとか、要件をさらに厳しくする方向で進めようとしてきました。

土居 とくに地域医療構想²⁾の進捗を早めたいという思いがあるので、ぜひともそこに手をつけたいでしょうね。

野口 そうして台形型が実現できれば、自宅への、つまり介護へ受け渡しをする部分が重要になってきます。

例えば、くも膜下出血で倒れたとしても、手術がうまくいったら、いまは2日後ぐらいからリハビリを始めます。ただし、それはかなり高度な、医療的なケアとともに提供される、回復期のリハビリです。それで、例えば10日ぐらいで退院したとします。その後のリハビリは、かなり介護のリハビリに近くなるわけです。ただ、ここのところの移行がなかなかスムーズにっていない。

しかも、矛盾が生じているのは、同じように作業療法士が行うリハビリなのに、医療のリハビリは点数が高く、介護の場合は低い。これを介護の点数として付けないと、いつまでも高コストな医療のリハビリを行うことになり、財政が立ち行かなくなります。だから、ここを介護にうまく移行させようということです。

今年は、医療と介護の同時改定ということで、中医協（田辺国昭会長）と介護給付費分科会（田中滋分科会長）の合同の委員会「医療と介護の連携に関する意見交換」が開催されました。そこでは、「医療の点数はなかなか下げるわけにはいかないけど、できるだけ介護のほうに移行させるインセンティブ・スキームを考えましょう」という方向で話し合われたようです。

だから、病床機能分化で、在宅に移行させるところの病床を増やすこと。あとは細かい

ことですが、リハビリのように介護と類似した医療ケアは、できるだけコストの安い介護のほうに移す。そして最終的に自宅でのケアに切り替える。自宅に戻すところに対して、例えば何%自宅に帰らせると加算を付けるなどのインセンティブを病院にもすでに与えています。

3 予算の決め方

——そもそもなぜ医療と介護の連携が必要なのか、その背景として、先ほどリハビリが医療と介護で重複するという点をご指摘いただきました。こういった問題はほかにもたくさんあるのでしょうか。

野口 あると思います。基本的に医療と介護の連携がなぜ必要かというのは、やはり費用抑制という意味からです。施設ケア、つまり病院や有床診療所、あるいは介護施設でのケアは、いずれもコスト高です。医療あるいは介護をできるだけ在宅で提供することが、いわゆる費用抑制につながる。その認識の下に、在宅医療と在宅介護を強く厚生労働省が推進しているわけです。しかも、内閣府の調査などから、自宅で最期を迎えたいという人が数多くいることがわかっている。だから、在宅でのケアによって、クオリティ・オブ・ライフ（生活の質）が上がるだろう。そうすると当然、医療と介護の連携が必要になります。在宅での高齢者ケアを中心に考えると、連携せざるを得ないですね。それが厚生労働省的な考え方だと思います。

土居 その通りですね。それは財政的にも通じるところです。厚労省は決められた予算で最大限成し遂げられることを成そうという考えだし、財政側はほかの予算を見ているから、社会保障だけがすべてではない。社会保障の予算を抑制できればそれだけ増税の必要もな

くなるかもしれないし、借金もそれだけ減らせるかもしれない。医療・介護の連携による費用抑制が副次的に波及するところまで見ているわけです。

財務省が行う予算編成の話をする、介護も医療も、まず来年の予算を組まなければいけないので、医療介護内のメリハリ付けなど細かいところはいったん置いておいて、総額としていくらまでなら出せるという予算を決める。そのときに、薬価と診療報酬本体の2つのパートで、増額するのか減額するのかという話が、総額をどう決めるかというところの一番重要な部分です。

極端に言えば、財政当局からすると、医師の技術料など診療報酬本体の細かいメリハリ付けは二の次で、あくまでも全体として税金をいくら投じるかさえ決まればいいわけです。例えば、2018年度の診療報酬改定では、診療報酬を1%上げると、約1000億円の国費（税金）を追加で投入する必要があるという考え方ですから、できるだけ全体としては下がるほうがいいと思っている。下げ過ぎると必要な医療ができないという話になるので、どこまでなら増やしてもいいのか、それとも、どこまで減らすのを医療側が認めてくれるのか。そのせめぎ合いがまず、年内にある。

総額の枠が決まると、中身のことは厚生労働省が決めてください、財務省はいちいち口を挟みませんよ、という仕組みになっています。これは介護でもそうで、総額が決まると、あとの細かいメリハリ付けは厚労省にお任せします、となります。

とはいえ、厚労省が細かくメリハリ付けしたもので、任せっぱなしではありません。出来高に応じて報酬が支払われる部分は、需要が伸びるところに高い点数を付けてしまうと、予算を上回る恐れが出てくる。そこで診

療報酬なら2年に1回、介護報酬なら3年に1回、報酬点数が改定されるのです。

結局、総額を抑えても医療や介護の質が維持できるという保証はないわけで、質に関しては、当然ながら医療や介護の専門的な知識が必要になります。私が医療・介護の問題に深くかかわるようになったのもそういう必要性からです。財政的に総額を抑制しさえすればそれでいいのだという話ではもう収まらなくなっているのです。

野口 もう少し細かいところで実際何が起きているのかを見なくてはならないわけですよ。

土居 日本の過去の医療改革、介護改革も、総額を抑制するという点では十分に賛同が得られなかった歴史があります。最も典型的には、小泉内閣のころに、対GDP比で社会保障費を何%までに抑えるという、対GDP比枠のようなものをつくったらどうかという提案が経済財政諮問会議で出たは消え、出たは消えを繰り返していました。結局導入されなかったのは、対GDP比で何%というのと、医療・介護の質との間の論理的な根拠が明確でなかったからです。

最近でこそ、国際統計の計算の仕方がより精緻になったので、日本の社会保障給付費の対GDP比はOECD諸国の中で高い方になっています。でも小泉内閣のころは、実は含めるべき金額をきちんと含めていなかったで、日本はOECD諸国の中でも低いほうだった。「こんな低いGDP比でこんないい医療をやっている」と言われていたことすらあったわけです。そこで、医療の支出をGDP比で抑えると言ったら、「いや、日本は十分に低いじゃないか。もっと上げてもいいはずだ」と反論があった。

野口 診療側の主張は、まさにそれを根拠に

してきました。日本は効率的な医療供給体制であると、WHOのランキングで2000年には最高評価を受けたりしたのですよね。

アウトカムもいいじゃないですか。寿命も長いし、乳幼児死亡率は世界一低い。だからこそ、診療側は、「これは誰の犠牲の上に成り立っているのか。医師の犠牲の上に成り立っている」と主張するのです（笑）。

土居 おっしゃる通りです。だから、GDP比で抑えることの賛同が得られない。

もちろん予算を組むときには財政民主主義で、事前に議会での議決を経なければ予算を支出できません。依然として事前に総額を決める必要があるとはいえ、総額だけを見ても問題は解決しない。そういうところから、財政的に見ると、より細かい議論を丁寧にしていかなければいけない時期になっている気がします。



野口晴子さん(のぐち・はるこ)

Profile

1965年生まれ。1988年、早稲田大学政治経済学部卒業。1990年、早稲田大学政治経済学研究科修士課程修了。1997年、ニューヨーク市立大学経済学研究科博士課程修了。スタンフォード大学研究員および全米経済研究所(NBER)研究員を兼職、東洋英和女学院大学助教授、国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第二室長を経て、2012年より早稲田大学政治経済学術院教授。専門は医療経済学、応用ミクロ計量経済学、社会保障論。

野口 この前、行政事業レビューで一橋大学の佐藤主光先生と津田塾大学の伊藤由希子先生が、高く設定している院外処方³⁾を院内処方に戻したら1.6兆円財源が浮くという議論をされていました。でも、それはいわゆる財務省系の方の見方だと思います。院内に戻して1.6兆円浮いたとしても、結局、以前、過剰な処方が非常に深刻な問題であったように、医療機関側に再び処方のインセンティブが移行し、院内処方がそれだけ増えるだけです(笑)。

土居先生のご指摘の通り、財政的な慣習や発想だけだと、絶対にコスト削減などできません。医療というのは、患者と処方権を持つ医師とに情報の非対称性があるので、単純な経済や財政の論理では割り切れない部分があります。

4 予算決定後

野口 財務省的には、総額を決めて終わりで、その後の議論は中医協に任されているじゃないですか。すると、1月、2月は、二号側内(診療所・病院・歯科・薬剤)でのパイの奪い合いが始まります。

予算の総額が決定されるまでは、対財務省で、ともにタッグを組んで闘っていた。財務省との闘いが終わった途端、一気に二号側同士で非協力ゲームを始めるわけです。しかし、今年に関しては、これまでにないような薬価制度の大幅改定を行ったので、すでに医科と薬科の戦いは開始されています(笑)。同じ診療側でも、医師代表が薬剤師代表を批判すると、薬剤師代表や製薬系の専門委員が頑張って、「いやいや、今どの薬局もギリギリでやっている」、あるいは「確かに、高額だけれども、人の命を救える薬があるのだから、また、そうした薬を開発するイノベーションに

コストをかけているのだから、そんなに下げられない」みたいなことを言う。

土居 そうですね。患者は、公定薬価で薬を買うのだけれども、実際、製薬会社から出荷するときの値段はそれより確実に低いわけです。そうすると、製薬会社から出てくる原価と公定薬価との間の差益を誰がどれだけ取るかという奪い合いの価格交渉ゲームが、製薬会社、薬の卸売業者、医療機関、薬局の間で起こるという話は、きわめて経済学的だと思います。

とくに2017年は薬価制度の抜本改革が議論されました(本号pp.36-41参照)。高額薬剤をどこまで保険で対応するか、ないしはどのような形で保険収載にするか。つまり、われわれが保険証を持って行ったら全額自己負担しなくても済む薬をどう扱うかという話です。これは、がん治療薬オプジーボの問題から波及していますよね。

野口 おっしゃる通りです。C型慢性肝炎の薬のソバルディ(リバビリן併用)やハーボニーもそうですね。

薬価の改定は、これまで診療報酬点数の改定と同じく2年ごとだったのですが、ハーボニーとオプジーボは、歴史上初めて期中改定が行われた薬です。製薬メーカーも賢くて、オプジーボは最初、メラノーマ(悪性黒色腫)という皮膚がんなんですけど、数百人ぐらいの、比較的少数の予測患者数のがんに効くと言って保険収載され、診療報酬点数が設定されました。そうすると2年間は薬価改定が行われてない間に、今度は、肺がん(非小細胞肺がん)に効くと言い出したのです。

肺がんに効くと言った途端に、対象患者数が数万人規模に増えることになるわけです。同じ値段だったらボロもうけです。類似薬効といってほかに比較する薬がなかったので、

原価計算方式によって薬価を決めた。オブジーボは1人数千万円かかる薬だったのです。これがどんどん使用されるとまずいというのが、診療側と支払側の一致した意見でした。

それで、薬価を下げましょうと、50%切り下げました。かつて、こんなことはありえなかった。ハーボニーも、予想以上に需要が多かったのも、同じく薬価を期中改定によって半分に切り下げました。

土居 こうした意見が医師側から出たというのが興味深い点です。確かに、がん患者に対する治療をどうすべきなのかという意味においては重要な問題提起です。しかし、経済学的に見ていかにも合理的に動いていると思うのは、ほぼ40兆円と言われている国民医療費の10兆円が薬剤費で、その10兆円が15兆円になり、20兆円になってくるということになると、ますます医師側の医科の取り分が減ってくるかもしれないという危機感が、隠れた理由としてある。

野口 そうです。おっしゃる通り。

土居 そんなことは表立っては絶対言わないけれども、総額が決められた中で、医科と薬剤でどちらがどれだけ取るのかは、診療報酬の点数付けで結果的に決まってくる。そうするとこれはゼロサムゲームで、薬剤に取られると自分たちの取り分も減ることになってしまう。

だから、オブジーボの話も、遠因としてはそこにあるのではないかと私は思っています。

野口 薬価についての話し合いは、今後ますますシビアになっていくと思います。ES細胞といった遺伝子系の薬ができてくると、効くけれども高額な薬剤がこれからどんどん増えてくるからです。

土居 そうですね。夢の新薬がどんどん出てくることは、われわれにとって幸せなことで

はあります。しかし、とても値段が高いので、財政を圧迫するという点では慎重な議論が必要です。

5 中医協におけるデータ活用

野口 ところで、データ活用の話にもかかわってくるのですが、中医協での議論をもう少し合理的に進められないかと思うんです。各方面のステークホルダーが集まって、長時間にわたって、審議会の中ではかなりましな方だと思いますが、比較的科学的なエビデンスに基づいて議論をするというのは、確かに民主的なプロセスだとは思いますが、でも、例えばDPC（包括医療費支払い制度方式）のデータ⁴⁾、NDB（ナショナルデータベース、レセプト情報・特定健診等情報データベース）のデータを使ってもう少しシステムティックに点数付けができるように変えられないのかという意見も、公益委員の中では多い。ところが、一号側、二号側は、ステークホルダーによる議論は大事だ、財務省に主導権を握られては困る、という意識がすごくあります。

土居 同じく報酬改定の議論をしている介護給付費分科会とは雰囲気まったく違いますね。介護報酬は、社会保障審議会の介護給付費分科会で議論しているのですが、これは中医協に比較して伝統が浅いからか、「財務省の意見はけしからん。経済財政諮問会議は何を上から議論を被せてくるのだ」というような話から議論を進めるという感じではありません。

野口 そうなんですよ。

土居 おかしい意見には反対はするけれども、政府の会議のうちどちらが偉いか確認するか、そういう話は介護給付費分科会ではしないわけですよ。

野口 そうですね。中医協のメンバーは、ス

テークホルダーとしてすごくプライドをもって議論に臨んでいるということがわかります。それは、良いことだなと思う半面、もう少し客観的に決めていかないといけない。その辺はもう少しどうにかならないかと、ずっと思っています。

土居 私の印象では、厚生労働省はマンパワーが足りないから、そこまで全部は賄いきれないのでしょうか。そうは言っても、アネクドット（逸話）で報酬改定するのではなく、できるだけデータに基づいて行うという方向にはなっていますね。

野口 確実に動いてはいます。内閣府でいま、西村周三先生が委員長の研究会が開催されているのですが、社会保障審議会と、それこそ土居先生が参加されていらっしゃる財政制度等審議会など、いくつかの審議会について、年に何回開催され、論文などに掲載された科学的なエビデンスがどのくらい参照されていて、そのうちRCT（ランダム化比較対照試験）が行われた論文が何本あったというような資料が提出されていました。

そのなかで、中医協というのは、薬の話とか治療の話をするので、ある種当然といえは当然なのですが、群を抜いてエビデンス・ベースドです。一号側も二号側も、エビデンス・ベースドということは口に出しておっしゃいます。

土居 そういう意味では進歩しつつある感じですね。

野口 そうです。ただ、日本と同じように国民皆保険制度を入れている韓国のKIHASA（韓国保健社会研究院）は、NDBデータのような、レセプトデータに基づいて議論している。台湾も韓国も日本よりずっと遅く90年代に国民皆保険制度を導入しているので、後発者の利益で最初からレセプトデータが整備さ

れています。私が聞いた話だと、韓国ではKIHASAの研究者がレセプトの分析をし、本当にシステムティックに価格を調整するだけなんだそうです。だから、ミーティングが1年にほんの数回開催されるだけだと言っていました。ステークホルダーももちろん会議には参加されているようですが、中医協のような政治的な調整の場ではないとおっしゃっていました。

6 データを活用した研究

土居 野口先生にぜひ伺いたいのは、医療と介護のレセプトデータはそれぞれにあるけれども、名寄せがまだできていないという問題がありますよね。それをうまく接合した分析は、どうなっているのでしょうか。

野口 マイナンバーが使えないので、なかなか進んでいません。例えば、東大の岩本康志先生たちの本が2017年の日経賞を取りましたよね（『健康政策の経済分析——レセプトデータによる評価と提言』共著、東京大学出版会、2016年）。あの本では、福井県の医療レセプトと介護レセプトを連結した分析が行われています。

土居 あとは産業医科大学の松田晋哉先生が福岡県下のデータを用いて分析されていますね。市町村が分析を認めると、市町村国保と介護保険の被保険者は名寄せできる。

野口 ただし、こうした都道府県分析の難しさは、国保のデータは市区町村が持っていて、都道府県内の複数の市区町村の合意が得られないと使えないことです。

土居 そうですね。後期高齢者医療だと75歳以上しかデータが取れないわけです。それでもとても意義があるのだけれども、願わくば、60歳とか65歳から75歳、80歳のデータへとつなげたいところだった。

でも75歳から下のデータは医療のほうは入ってこない。そういう制度を跨いだデータの分析が今の段階ではちょっと難しいということですよ。

野口 おっしゃる通り難しいです。だから、私も市区町村の国保と介護のデータを突合して分析しているのですが、今度は逆に後期高齢者、75歳以上のデータがないのです。

先生がおっしゃったように、加入している保険制度の違うところのデータが、市区町村レベルだと突合できない。当然、社会保険についてはさらに困難です。国レベルだと、いわゆるIDがないということで非常に難しいのです。

土居 そうなんですね。

野口 ただ、データの整備はもう必須です。『現代経済学の潮流2017』（共著、東洋経済新報社、2017年）でも書かせていただきましたが、生涯介護費というのは、介護と全国レセプトと人口動態調査の死亡票を突合することで出てきます。同じ市区町村で誕生日が同じで死亡日が同じという人はそんなにいないので、かなりの確度で、8割ぐらい突合できました。

NDBと人口動態の死亡票を突合したら生涯医療費がわかると思います。しかし、NDBはほかのデータとつなげることが許されていません。

——許されていないというのは？

野口 NDBは、申請すれば研究者も使えるようにはなっています。ただ、これは秘匿性が高く、厳格な審査を経なければなりません。NDBの有識者会議で審査するのですが、NDBとほかのデータを突合することは一切、許されていません。市区町村と性別と生年月日と死亡日がわかるので、私が介護でやったのと同じように、人口動態の死亡票と突合し

たら、個人を追っていくことで65歳からの医療費が測れるはずですよ。だから、データの活用を進められるようにしていかなければいけない。

土居 そうですね。しかも、データの活用が始まったのは2008年に改正された「高齢者の医療の確保に関する法律」によるもので、医療の基本法に基づくものではありません。政府がデータを集め、ちゃんとプライバシーを守りながら、研究のためなら使ってよろしいというような法律ではありません。後期高齢者医療制度をつくるところでちょうどそういう機運も高まっていて、デジタル化も始まった、という流れでしれっと法律に入った（笑）。

データをうまく活用することについて、なかなか全面的に後押ししてくれているという感じではないことが、こういうことからもうかがえます。

野口 NDBの申請は、絶対医師と組まないと無理です。例えば、「子どもの医療に興味があるから、6歳未満の幼児についてのレセプトデータが全部ほしい」という言い方だと許可は出ません。

6歳未満の子どもの、どういう疾病についてどういう効果を見たいのか。その疾病の名前やどういう薬が使われているのか、どういう手術が行われたのか、治療や薬の名前を全部、自分でリストをつくって申請しないとダメなんです。そんなの経済学者にできるわけがありません。

土居 それはそうでしょうね。レセプトに書く病名も医師によって違ったりしますよね。

野口 そうなんですよ。例えば、急性心筋梗塞といってもいろいろな病態の人がいるわけです。レセプトの主疾患名に問題があることは、以前から指摘されていますが、副疾患や投薬治療までつぶさに調べて、自分でリスト

をつくる能力がないとレセプト申請は難しいので、ハードルが相当高いわけです。

——医師と組むのはだめですか。

野口 いや、組んでいいのです。だから、私は自分の仕事は医師と組んで研究を進めることだと思っています。

——医師の側は、経済学者が分析することをどう思っているのでしょうか。

野口 最近は、協力的な方も大勢いらっしゃると思います。

NDBやDRGなど、貴重な医療のデータソースを、社会学者も医師もみんなで使えるような仕組みができるといいですね。これは各大学でやるような仕事ではないと思うのです。

土居 そうですね。各大学別々にデータをクリーニングすることになると、わざわざ無駄な労力を二重にかけることになりますから。

野口 そうなんです。ただでさえヒューマン・リソースが足りていない分野なのに。

土居 私などがとくにこのレセプトの分析で期待したいと思っているのは介護分野の研究です。介護は医療に比べて分析が遅れているので、分析がこれから進めばいいなと思っています。とくに軽度者に対するケアで、どんな介護サービスが重度化予防に効いているのか、いつまでたっても分析されません。

介護では掃除や調理の手伝いをする生活援助があります。こんな変な逸話すらあります。重度化予防・自立支援のサービスを受けたいと言っている要支援の高齢者に、ヘルパーさんが「おじいちゃん、手伝ってあげるから一緒に掃除しましょう」と言うと、「俺は1割お金を払っている。どうしてやらなければいけないのか」と言う（笑）。「家政婦ではありません。自立支援、重度化予防なのです。手伝いますから一緒にやりましょう」と言っても通じない。

そういう話を聞くと、介護サービスから掃除や調理の手伝いは外そうという話になるわけです。でも、「いやいや、それこそが重度化予防だ。1週間に1回か2回、おじいちゃん、おばあちゃんの顔を見に行くことが予防になるのだ」という意見もある。それも一理あるのですが、もう少しエビデンスがほしい。

野口 その通りですよ。もう少しきめ細かく分析して、データで語れるものがあればいいですね。医療に比べると、どうも介護のほうでデータで語るという意識が低い。社会的なリソースを注ぎ込む以上は、対面での効果を、科学的に可視化しないと議論ができませんよね。

土居 そうですね。もちろん、何の根拠もなく頭ごなしに「こんなのはなくせ」と言うのも乱暴だけれども、経験だけで必ず効果があると決め付けるのも乱暴（笑）。

より軽度な要支援の訪問介護、通所介護は市町村の事業でやるものです。介護保険の枠組みの中だけれども、市町村が単価などを自由に決めていいことになりました。軽度者切り捨てではないかという批判も出たのですが、別にプロのヘルパーさんが行かなければいけないという必然性もまた、軽度者の場合は低いわけです。

だから、ボランティアで対応できる自治体ではそうすれば、そこに報酬を払わなくてもよくなるし、それでいて週に1回か2回かは、高齢者の顔を見に行くこともできる。

野口 いわゆる互助ですよ。きっと地域包括ケアはそういうところを狙っているのだよね。

土居 だと思います。先駆的な取り組みを行ってうまくいっている自治体は、そういう点でも評価されていると思います。

7 社会保障の主体はだれか

野口　すごく観念的な言い方ですが、以前、日本は戦後ずっと「重厚長大な社会保障」を推し進めてきたと言って、ある先生に笑われたことがあります。よく言われているけど、パターンリズムで、要するに福祉国家で、国が個人をすごくケアしてきたわけです。

しかし、ここに来て財源が限られてきて、地域包括ケアという枠組みが出てきた。できるだけ自分たちのことは自分たちでせよ、と国がパターンリズムを放棄しようとしているようにも感じます。よく言われる自助、共助、公助、そして互助というのが、これに加わったわけです。互助と自助の部分で何とかしようという意識は、やはり小泉内閣ぐらいですかね。

土居　そうですね。介護は地方分権の試金石というふうによく言われます。つまり、全国画一的に国がパターンリスティックに定めた通りにするものではない。同じ制度的な背景を抱えてはいるけれども、それぞれの地域でいかに創意工夫してよりよく対応するかが問われています。

だから、独自にサービスをする代わりに、独自に保険料を高くすることも許されるのが介護保険だという面があるわけです。でも介護保険は、別の言い方をすると、高齢者のケアの社会化ということで、自宅で家族が介護するのではなく、社会で支えるという面もある。それはどちらかという自助ではないほうに進んでいると解釈できます。

野口　そうですね。本当ですよ。

土居　この2つの異なる方向性を持った流れの帰着点をどこにするのか。それがまさに2025年に地域包括ケアシステムの構築を目指しているところであり、これまで各地域が取

り組んできたことの2025年時点での評価になるわけです。国は、できるだけより良いシステムができるようサポートはするものの、みんなが同じようにしろとは一切言わない。

それはニーズが多様化していることも、もともと背景にあります。それは介護だけではなく、あらゆる行政分野で90年代に地方分権が進んだことと軌を一にしているわけです。その地方分権の流れの中に、介護保険の創設も入っていた。そして2000年代になり、小泉内閣が誕生した。

だから、小泉元首相は自分がそうしたくてそうしたわけではなかったのだけれども、霞が関主導で全国画一的にやるのはやめてくれという下地が90年代にあったということです。そして小泉内閣の三位一体改革で、地方分権改革は一区切りになったわけです。

結局、地方分権改革については、とくに人口減少と高齢化にさいなまれている地方は、ほったらかしにされることがわかって懲りた。自分たちで何とか自活してやっていけと言われても無理だ、と。

野口　それ以来、地方自治体側からも「地方分権をもっと進めてくれ」とはほとんど言わなくなったということですね。

土居　「地方分権」という言葉は残ってはいるものの、それは「国は口出ししないでくれ」と言っているにすぎない。この権限は、本来は地方自治体が担うべきものであって、国が担うのは相応しくないとか、そういう議論は今全然ないという感じです。

だから、逆に言うと、これは医療も介護もそうかもしれませんが、今までは市町村に権限が下りていたのが、だんだん市町村単体ではできなくなってきて、都道府県にお任せしようという流れになっています。

その上で今度は逆に、人口減少や高齢化に

より、単体の市町村では医療や介護の仕組みを回せない自治体が出てきた。

野口 もう無理ですよ。

土居 でも国には返せない。そうすると、その間にある都道府県単位でやってくれ、となります。

今回の介護報酬改定では、介護保険の仕組みづくりの面への都道府県の支援を、相当強く入れていくことになっています。介護保険事業支援計画、これは都道府県がつくる介護保険の計画で、それに市町村をしっかりサポートする内容を盛り込む。介護保険の保険者を都道府県にしようという話にはまだ全然ありませんが、時間の問題のような気がします。

野口 いま後期高齢者医療制度の広域連合⁵⁾があるじゃないですか。あの辺ときっと合体していくでしょうね。

土居 そういう可能性はありますね。結局、後期高齢者医療はもともと始めるときから広域連合でしたから。全国町村会とかが、「自分たちは単体ではもうやっていけないから介護保険は都道府県にお任せしたい」と、よく言わないものだなと思います（笑）。

野口 本当です。公的介護保障制度というのは、おっしゃった通り、いわゆる家族機能の外部化の一環ですよ。保育と一緒に、介護もアウトソーシングするという仕組みだったはず。いろいろな介護サービスを使ったとしても、高齢者が一人で在宅で過ごすのは無理です。だから、どこかしらアウトソーシングと言いながら、自助の部分、あるいは互助の部分に責任を委譲しようという意図があるのではないかな。

ソーシャル・キャピタルやソーシャル・ネットワークといった言葉がいま流行っているじゃないですか。アウトソーシングにもやは

り限界がありますから、その辺はすごく感じます。だから、本当に先生がおっしゃったように、今そのバランスをどこでとったらいいか、模索している状況ですよ。

土居 そうですね。それを「地域包括ケアシステムの構築」という取組みの下で試行錯誤してくださいと言っているのですが、ちょっと美しすぎるかなという気がします（笑）。

野口ほんとですよ。

土居 そもそも厚生労働省は全国画一的な地域包括ケアシステムなんて考えてもいないし、それぞれの地域で考えてくださいという立場です。そうすると、優秀なところもある一方で、テコでも動かないような状態で時間を空費している地域もあるわけです。

野口 地方を見ていると本当におっしゃる通り、すごく温度差があります。この前もある地方自治体に行ってきましたが、まったくやる気がない。ほかのところに行くと、小さな町だけど、率先して対策を進めている。地方分権というのは、地方の行政官のやる気によって、あるいは首長のリーダーシップによって格差を広げる原因にもなると思います。

土居 身動きのとれない地域はそろそろ誰かが背中を押してあげないと、進められるものも進められないのではないかなという気がします。

8 研究と現場をいかにつなげるか

野口 研究がどうやったら現場に結び付くか、土居先生はどうお考えですか。

土居 私の印象では、医療従事者の方々は、データを見せると、納得してくれます。

野口 確かにそういう傾向はありますね。

土居 地域医療構想などはいろいろもめたけれども、それなりに矛が収まりつつあると思います。きちんとレセプトに基づいて医療需

要を推計しているから、ある意味で病院からすれば、公的に市場調査してくれたようなものです。

だから、自分の病院がこの先、どういう需要の中で病院経営をすることになるのか、ある一定程度見据えられてくる。そういう分析もあったから、病床を減らさなければいけないのはつらいけど、実際、患者がいらないのだから減らさないと仕方ないというふうに矛を収めてくれる感じはあります。

介護のほうはまだそこまで行っていない。ケアプランをつくるにしても、1割自己負担を入れるのか入れないのか、議論が出ては消え、出ては消えています。

野口 医療と介護の連携ということは、医療と福祉の連携です。しかし、医療従事者と福祉の方が連携するというのは至難の業です。医療関係者というのは、先生がおっしゃったように、ある程度ロジカルに説得できるのですが、福祉の人はやはり気持ちで仕事をされている部分があるので難しいです。考え方が個別主義というか、事例主義というか、データではなく外れ値であっても自分の経験に基づいて行動される。それを制度に持ってこようとすると、まったく整合性のない話になってしまうわけです。

土居 そうですね。掃除に行くのを週2回から1回に減らしたら要介護度が上がったというようなことを、わりと平気でおっしゃる方がいるのですね。そういう方がいないとは思わなくても、どれぐらいメジャーな話なのかということです。

野口 おっしゃる通りですね。たぶん福祉系のかたは、体験を全部集約して何か情報を出すというマインドセットではないんだと思います。何とか彼らをトレーニングする仕組みはないのでしょうか。

土居 確かに、そうなってしまっている実情の背景の一つは、資格がなくても介護サービスに従事できるということがあります。

野口 そうなんですよ、研修することで介護福祉士の資格を取ることもできますから。

土居 でも少なくとも医療従事者は、相当部分は国家試験を受けていないとその仕事に携われないことが多いから、当然そこで専門的な教育は受ける。そういう違いがあるとは思っています。

もう一つ、医学部はあるけれども、介護専門の、研究もする学部がない。

野口 確かにないですね。

土居 日本で、介護福祉士を養成することが教育の主眼になっている学部はあります。しかし、介護を専門に研究している人もいて、その中でも教育をしているというタイプの学部がない。医学部などのように、医師を養成しながら医学の研究をしている大学の学部が、介護の場合はまだそんなにないわけです。

そうすると、どうしても、「データからはこのような結果が得られているから、こういう対策がいい」とエビデンスに基づいて示すような教育が行われにくいという問題が、今のところはあります。

野口 そうですね。

いわゆる科学的な視点を持った研究者というのが、介護の分野には本当に少ないです。どうやったらそういう人たちをたくさん出せるのか、本当に深刻な問題です。これから費用対効果分析が求められますから、多くの医療経済学者などの分析者が必要ですが、いま各大学になかなか医療経済学のポストがない。あるいは、いま先生がおっしゃったような学部・学科が少ない。いわゆる分析者の養成がなかなかできていないわけです。

ただ、この問題は医療・介護、社会保障に

限りません。あらゆる分野でこれだけ国がエビデンス・ベースドと言っているにもかかわらず、分析者の養成については、日本は非常に後れていると思います。

土居 そうですね。でも経済学部につくるとなると、先ほどのNDBの話にしても、やはりディスアドバンテージがあるので、むしろ医学部に医療経済学部の講座をつくってもらったほうがいいのかなという気がします。

野口 確かに、医学部の中に社会学者たちのポストができるといいですね。

例えばハーバード大学などでは医学部の中に経済学者も、統計学者も、文化人類学者もいます。例えばデビッド・カトラー (David M. Cutler) などは医学部の先生だし、ニューハウス (Joseph Newhouse) も医学部と経済学部の兼職です。今の日本の医学部には、統計の専門家はいるのですが、経済学などの社会科学の専門家はいないですね。

9 いま求められる 医療・介護改革のあり方

——最後に、今後の医療・介護改革のあり方についてお考えをお聞かせください。

土居 医療は、実はそれなりの改革の着手ができていて、あとは実行あるのみです。地域医療構想や医療費適正化計画⁶⁾の中で各県がそれぞれ個別に取り組む。しかもそれは単に都道府県が旗を振って「頑張っね」というだけではなく、医療関係者や保険者も巻き込みながら進めるような仕組みを、4月から「第7次医療計画」として始めることになっています。その成果をしっかりと手応えある形で、各都道府県で上げてもらえると、財政面でも非常に大きな効果があるでしょう。

もちろん、地域医療構想は医療費削減が最大の目的ではありません。病床再編、病床機

能分化が中心の計画ではあるのですが、その副次的な効果として、入院医療費に大きな影響を与え、それが費用抑制的に、かつ、より医療需要に基づいたサービス提供につながっていく。より少ない費用でよりよい医療を提供する方向につながるのではないかと私は大変期待をしています。

介護も、軽度者にも必要なケアが行き届くよう、改革を都道府県がよりきちんとサポートする方向には向かっています。保険者である市町村が、今までよりしっかり保険者機能を発揮できる方向に向かうのではないかと期待しています。

「第7期介護保険事業計画」が4月から始まるわけですが、その全体像が見える状態になるのは4月以降です。でも計画をつくるときには都道府県もサポートするし、人材確保やサービス間の連携などもしっかり考えながら計画を立ててくださいという話になっています。そこでしっかりした計画を立ててもらえれば、介護のほうももう少しよくなると期待をしています。

2018年から始まる医療、介護それぞれの計画というのは、必要な改革がいくつか埋め込まれているので、それをそれぞれしっかり実施してもらいたい。そうすることが医療や介護の質を高めることであり、財政面でもその恩恵が及ぶということだと思います。

野口 中医協に入って実感したのは、価格政策でできることにはやはり限界があるということです。だから今回は、少なくともいま土居先生がおっしゃった「第7次医療計画」と「第7期介護保険事業計画」の両方を促進することを後押しするような診療報酬改定ができるといいなと思います。

その中で一番大きいのは、病床の機能分化、7対1の改革だと思います。機能分化させ、

いわゆる介護につなげていく。療養型から在宅介護や施設介護につなげていくようなインセンティブ付けができれば、おそらく「医療計画」「介護事業計画」の非常に大きな後押しになるのではないかと考えています。

厚生労働省はそれに向かって動いていて、この号が刊行されるころにはたぶん、そういう方向に結論が出ています。われわれの目にはそんなに見えませんが、最近、医政局と保険局はわりと密に連絡をとっていますし、中医協のときも老健局と保険局と医政局から審議官クラスが来られています。まだまだ縦割りはあるのですが、コミュニケーションをとろうと努力されている。そういうところは一つ、期待できると感じています。

それから、エビデンスに関して言うと、事業計画を前に進める、あるいは医療と介護の連携を進めるに当たって、やはりICTがすごく重要です。そういうところでデータベースを共有していく。例えば国保のデータを手に入れない。あるいは市区町村に聞きに行くと、広域のデータがない。そういうことでなく、少なくとも三次医療圏、要するに都道府県レベルでのデータベースの共有は、やはりお互いにしていくことが重要です。

土居 そうですね。

野口 例えば、国立大学が各地域にあるので、そこに所属しているデータサイエンティストたちが共有して分析できるような情報の構築をしていったほうが、より効率的に改革が進められるのではないかと思います。

あとは、最後にやはり人材育成です。行政データがある程度きちんと分析できる人材の育成が大事です。それはわれわれも含め、大

学の先生、あるいは専門学校の先生それぞれが頑張っていかなければいけないと思います。——ありがとうございました。

[2017年11月22日収録]

注

1) 日本の健康保険制度や診療報酬の改定などについて審議する厚生労働相の諮問機関。次に掲げる委員二十人をもって組織する。

一 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員 七人

二 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員 七人

三 公益を代表する委員 六人

(参照:「社会保険医療協議会法」第三条)

2) 2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機関ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県ごとに策定。

(参照:厚生労働省「地域医療構想」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>)

3) 医師は診療をもとに処方箋を渡すだけで、薬の調合・処方外部機関(薬局など)にまかせること。医薬分業により、薬剤師によるチェックが入ること、また薬剤師への「サービス料」のため、院内処方の場合よりも点数が高くなる。

4) DPC制度(DPC/PDPS)は、閣議決定に基づき平成15年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度のこと。

DPCデータとは、DPC制度の対象となる計718病院(平成20年)における、患者臨床情報と診療行為情報の、全国統一形式の電子データセットを指す。

5) 後期高齢者医療制度とは、75歳の誕生日を迎えると、国民健康保険や被用者保険から自動的に変更される保険制度を指す。

国民健康保険は市区町村だが、後期高齢者医療制度の運営は、各都道府県に設置された後期高齢者医療広域連合が行う。市町村は主に窓口業務を行うなどして協力する。

6) 国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国は医療費適正化基本方針を策定するとともに、6年を1期として医療費適正化計画を定める。また、都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、医療費適正化計画を定めることとなっている。(平成20年から)

(参照:厚生労働省保険局「医療費適正化計画について」<http://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-08-04p.pdf>)