

■ 戦略研 9 2nd ミーティング議事録

日 時：2013年6月1日(土) 14:00-17:00

場 所：東京／竹橋 ちよだプラットフォームスクウェア

テーマ：「医療・介護制度改革を実現するために ～当事者・納税者の視線で考える～」

発表者：三原岳氏（東京財団研究員兼政策プロデューサー）

参加者：参加者 13人（発表者を含まない）

（銀行員、財務コンサルタント、経済アナリスト、経営者、会社員、FP、弁護士、シンクタンク研究員、大学院生、NPO 法人理事長、行政書士、司法書士等）

目次

1. 医療・介護をめぐる都市伝説？
2. 医療・介護に関する提言
3. 医療・介護をめぐる状況と政策動向
4. 研究&提言の問題意識
5. 制度改革に向けた問いかけ
 - (1) 利用者本位の仕組みか？
 - (2) 連帯の基軸は何処にあるのか？
 - (3) 制度が複雑になっていないか？
 - (4) 適正利用のインセンティブは？
6. 今後、何をすべきか？
7. しかし、制度改革だけで解決するのか？
8. 問題解決の三層構造

発表

1. 医療・介護をめぐる都市伝説？

医療・介護の予算増や体制充実を求める声が上がっている。しかし、予算増や体制充実には必ず負担増を伴うという観点は少ない。 医療・介護制度改革の担い手は誰か？ 政治家？役所？事業者？国民？

医療・介護制度改革の目的は？ 給付抑制？満足度向上？

誰のための改革か、何のための改革か、だれが利益を受ける改革を議論する必要がある
2. 医療・介護に関する提言
主なポイント
 - ①医療・介護ビジョンの必要性。新たな連帯の形成と政策決定の分権化
 - ②インセンティブ設計の見直し。保険点数から責任に対する報酬へ
 - ③プライマリ・ケアを確立する。「地域包括ケア・グループ」の提案

東京財団では提言の周知と国民運動の展開のために連続フォーラムを開催している

3. 医療・介護をめぐる状況と政策動向

- ・費用膨張のペース。高齢化で右肩上がり。社会保障費は2013年度で29兆円（全歳出の1/3）
- ・治す医療から診る医療に。高齢化により慢性疾患が増加。治療よりもケアを重視すべき。死を「敗北」と受け止めて、治すことに力点を置いてきた医療の考え方の転換期
- ・政府の政策動向。在宅へシフト。在宅医療連携拠点事業と地域ケア会議など医療・介護連携に力点

4. 研究&提言の問題意識

- ・問題提起。「国民は不安なのでは?」。WHOの医療制度の評価では世界第一位だが、ロイターの世論調査では22カ国中最下位
- ・不安の証明? 7割が不安感を表明（日本医療政策機構による調査）
- ・欠落してきた要素
 - ①国民の視点の欠如。提供者（供給者）中心の制度改革
 - ②責任の明確化と評価の欠如
 - ③資源節約のインセンティブの欠如
 - ④政策決定の分権化の欠如
- ・連帯の揺らぎ。連帯は社会保険の基軸
 - ①社会保険制度の疲労。非正規雇用の増加や終身雇用の崩壊など企業を連帯とした社会保険の枠組みが変容
 - ②負担と受益がかい離、制度と国民のかい離。制度が複雑になり、負担と受益の関係が見えにくくなっており、国民との間で意識ギャップが生まれている

5. 制度改革に向けた問いかけ

(1) 利用者本位の仕組みか?

- ・細かく専門化されたサービス体系。行政担当者によるパッチワーク的な対応により、サービスが乱立。たとえば、高齢者住宅に24時間定期巡回サービスを組み合わせた場合、特別養護老人ホームと変わらない。小規模多機能居宅介護と、保険外サービスの宿泊付きデイサービス（お泊りデイ）に差はほとんどない
医療の場合も同様。臓器・疾病別に細分化されており、総合診療医（家庭医）も少ないため、たらい回しの起きやすいシステムになっている
- ・連携は無責任の温床? ケアマネジャーと主治医とのコミュニケーションが不足している場合がある

(2) 連帯の基軸は何処にあるのか？

- ・加入組合で異なる負担
- ・サラリーマンが退職した後、健康保険組合から国民健康保険に移っており、国民健康保険の被保険者年齢構成（高齢者が増加傾向）と職業別世帯割合（無職が増加傾向）。自営業者を想定していた当初の構成から大きく変わっている
- ・被用者間の保険料格差。協会けんぽの財政悪化による
- ・後期高齢者医療制度の保険料格差。都道府県ごとに差異が生じている

(3) 制度が複雑になっていないか？

- ・国民健康保険の財政状況。不足分に税金が投入されている上、保険料の部分にも税金が入っており、制度が複雑になり、わかりにくくなる
- ・高齢者医療制度の財政調整。医療保険組合間の負担を調整する余り、複雑な割り勘ルールとなっている
- ・窓口負担の前提となる報酬制度も複雑。介護報酬は改定ごとに複雑化しており、サービスの種類と単価を示す「サービスコード」は2000年の1760件から2012年に2万件を超える

(4) 適正利用のインセンティブは？

- ・出来高払いの報酬制度。総合診療医は医療への過度な依存を回避できる。ただし、現行の出来高払では医療のお世話にならないようにすると、収入が減ってしまうため、適正利用のインセンティブとならない
- ・特定検診、予防介護も始まったが、制度が複雑なため、負担と受益の関係を実感しにくく、（経済学の）価格機能が発揮されにくい
- ・保険者機能は不十分。レセプトデータが全国規模でIT化されていないため、効果的な予防医療や健康指導につなげにくい
- ・不思議なレストラン？注文する人、調理する人、財布する人がばらばらになっている。適正利用のガバナンスが働かない

6. 今後、何をすべきか？

- ・改革に必要な政策は多様。利用者、納税者の視点で考える
- ・将来へのビジョンが必要。「プライマリ・ケア」の制度化を行う
 - ①不安の解消
 - ②連帯の再構築
 - ③費用の節約
 - ④国民のエンパワーメント
- ・実現に向けた具体策。制度だけで議論を終わらせない
 - ①責任の明確化

- ②報酬制度の包括化
- ③地域主体の連帯
- ④政策決定の分権化
- ・地域包括ケア・グループ。地域の人を入れてガバナンスを働かせる

7. しかし、制度改革だけで解決するのか？

- ・医療・介護給付費の構造。自己負担、保険料以外の負担者は誰？それは、最終的に納税者の負担として跳ね返って来る。患者・利用者としての視点だけでなく、納税者の視点も必要
- ・救命救急が疲弊する理由。軽症者による利用の増加。安易に使えるサービス供給体制の疲弊と費用負担の増加を招く。問題となっているが減らすことはできるのか？
- ・かかりつけ医の選び方。マスコミが取り上げるのは大病院ばかり。かかりつけ医を大病院にして良いのか？
- ・医療費の構造を知るべきではないか？
- ・予防医療・介護の目的は医療費抑制ではなく、健康寿命ではないか？
- ・介護は生活の延長線。そもそも、ケアプランとは何のためにあるのか？介護保険サービスを受けるための計画や給付管理のための計画ではなく、自分らしい老後を暮らすための計画。これをケアマネジャーに丸投げすれば、制度に縛られる人生になる
- ・制度と暮らしの関係。制度を暮らしに合わせれば暮らしは変わらない。暮らしを制度に合わせると、暮らしが窮屈になる。制度によって暮らしは縛られるべきではない
- ・地域を知ることの意義。ケアプランは保険外も対象になるが、ケアマネジャーは事業所の代理人になっている。介護報酬を受けられるサービスしか薦めてこない。保険外サービスを入れることを考えれば、ケアは地域づくりに直結する
- ・自分を知ることの意義。ケアプランは人生そのもの。人間の死亡率は100%。生老病死を普段から考える必要があるのではないか？

8. 問題解決の三層構造

- ①患者・利用者の「賢い利用」
- ②患者・利用者を支える現場づくり
- ③患者・利用者、現場の合理的な行動を支える仕組みづくり

厚生労働省は診療報酬の塩梅で医療・介護制度をガバナンスしようとする。しかし、制度改革で全ては解決しない。患者・利用者や現場の意識改革も必要であり、むしろ患者・利用者の適正利用を支える形での現場づくりや制度改革が必要である。

以上