

第 6 回 JRS/JCR 医療経済・政策勉強会 概要

日 時：2022 年 8 月 23 日

場 所：JRS 事務局（web+現地） 参加者 25 名

講 演：

「地域共生社会と医療提供体制のあり方」

講師：松原 由美先生

（早稲田大学 人間科学学術院 教授、厚生労働省 社会保障審議会医療部会 委員、医学書院 発行「病院」 編集委員）

○JCR 山田理事長 開会挨拶

いままで濃密な勉強会を開いてきたが、さらに多人数へ共有したいような専門的な内容が多い。我々放射線科医のように先鋭的かつ専門領域に限定した職務は重要であると同時に、ともすると医療の中での立ち位置について近視眼的になる可能性がある。本会は、そういった観点から、視野を広げるのに有用と考えている。

○講演概要

・地域共生社会と医療提供体制の在り方について

1. 地域共生社会構築の背景：日本の現状・経済動向と社会保障
2. 地域共生社会の定義
3. 地域共生社会の具体例
4. 地域共生社会構築の留意点：在宅を想像する・医療技術とシステム・心理的安全性

1. 地域共生社会構築の背景：日本の現状・経済動向と社会保障

・日本の福祉の現状はアウトカムが低い。8050 問題、ごみ屋敷・社会的孤立など縦割り行政の弊害もあるが、後述のように財源が圧倒的に乏しい。

・子供は日本の未来を背負う人材であるが、日本のこどもは孤独を感じるものが OECD 加盟国中、最も高い。

・子供の貧困率・ひとり親世帯の貧困率が高い。かつ先進国 18 か国におけるシングルマザーの就労率は日本が最も高い⇨怠け者が貧しいわけではなく、ワーキングプアの状態。

・教育に関して、保育士・幼稚園教員賃金は、他の先進諸国と比べ小学校教員賃金よりはるかに安い⇨ケアへの評価の低さ

・OECD 各国の就学教育段階での子供一人当たりの公的教育支出も極めて低い⇨各家庭へ

のしわ寄せとなっている

- ・高齢者も孤独の比率が突出して高い・自殺率も世界トップレベル

- ・経済動向は社会保障や地域共生社会を考えるうえで重要であるが、世界の時価評価額トップ10の推移をみると、1980年代後半には日本企業は7社が入っていたが、現在は1社もない。1980年代は自動車産業が日米ともに特に重要な基幹産業であったが、米国車が日本車に負ける理由として医療保険料の高さが指摘されていた。

- ・同時期に米国では保険料が安い医療への制限が厳しい民間医療保険であるマネジドケアが普及し始めた。

- ・なぜマネジドケアが普及したか⇔市場原理による医療費の高騰・経済の低迷・医療保険を負担する企業が安い保険を望んだ。

- ・当時、イノベーションを生み出す日本的経営が注目されていた⇔組織文化の違いも着目された。短期の利益ではなく将来・成長・人材への投資が必要。長期志向の経営スタイルの重要性。

- ・GAFAの特徴：プラットフォームの独占が重要だが、そのほか、日本的経営の特色といわれていた長期視点に立った成長を重視した情熱的経営も指摘されている⇔現在の日本はどうか。

- ・日本企業：「短期的利益」を上げるために正規社員比率を減らし、人件費を引き下げ、設備投資を積極的に実施しない、研究開発に資金投下しない⇒日本企業の失墜から社会保障に批判の矛先がむいている。80年～90年代初頭に米国経済の低迷の理由に医療費高騰が指摘されていた当時の米国を彷彿とさせる。

- ・留意点として：米国は国民皆保険がないなど国全体としての社会連帯の思想が乏しいといえるが、教会を中心とした地域の社会連帯がある。ひるがえって日本はどうか？米国のような教会やNPOによる社会連帯が構築されていない中、米国流の自己責任重視の施策で国が持つのかは大きな疑問。

- ・一般的に日本の社会保障費は高いとされるが、対GDPで各国と比較するとフランスやドイツ、スウェーデンなどより高くない。消費税率も各国と比較し低く、フランス、ドイツ、スウェーデン、イギリス等の半分以下。

- ・社会保障財源に占める雇用者負担も他国より低く、国民負担率は低く、医療・介護・福祉は財政面でpoorであるが、現場が何とか努力してカバーしている。かつ支出>負担⇒将来世代へ負担を付け回している。

- ・再分配前後の貧困率をみると、日本では再分配後により貧困となる、または改善されない奇妙な現象が起きている⇒貧しい者からも社会保険料や税を取る一方、必要な層へ再分配できていない。

- ・コロナ禍における対応への批判：医療の問題が経済の足を引っ張っているという指摘⇒内閣府の「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議2022年6月15日」によると、実際にはコロナ対応の各国比較では日本のヘルスケアは高いパフォーマンスであった。

・社会保障に関する誤解が非常に多い：例 生活保護を利用する資格のある者のうち実際に利用している者の割合（捕捉率）はフランスが9割、スウェーデン8割などと比べ日本は2割以下と極めて低い。

・医療の労働生産性は低いという論がある。しかし、企業は自由な価格を決められるが、医療事業では公定価格であり、両者の比較は論理的に不適切である。

・「社会保障の充実により人間はダメになる」との批判⇒70年代日本型社会福祉論では家庭と企業が福祉を負担すべしとし、欧州、特に北欧の社会保障が充実した国家を批判する論調。

・しかし北欧の現実をみると・・・租税負担高く社会保障が充実している⇒国際競争力はいずれも日本よりはるかに高い。世界幸福度ランキングでも北欧は高く、日本は低い。

・年金財政は赤字で年金保険料を支払うと損⇒赤字なのは一般会計であり、年金特別会計は約190兆円もの積立金がある（2022年度第1四半期末現在）。年金を払わなければ、万一の場合、障害年金も得られない。基礎年金の半分は国が負担しているため、無年金は税の支払い損になる。

・社会保障は弱者へのお情けではない。社会保障設立のそもそもの背景は国を守る・統治者や富裕層を守るための側面があった。社会革命が起これば真っ先に狙われるのは富裕層。富裕層は貧困層より社会保障の負担が重いが、その分、社会保障によって守られている面があることを知るべき。

・社会保障と経済は表裏一体であり、社会安寧の柱・経済成長のエンジンである。社会保障の**財源の確保が極めて重要**。

・再分配政策の罨⇒低所得者層へ手厚く再分配する国ほど国民はその救済を支持しない。ただし、日本は再分配もあまりせず、救済も支持しないという稀有な国。受益者が社会的弱者と限定されると、負担者が再分配に反対する。弱者を救済すると、より孤立・分断を生み事態を悪化させる可能性がある。

・財源確保のためには、再分配政策の罨を認識し、すべての人がメリットを享受する社会保障制度の構築が必要：地域共生社会はその解決の一助となりうる

2. 地域共生社会の定義 / 3. 地域共生社会の具体例

・地域共生社会とは「子供・高齢者・障害者など全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる」社会であり、一言でいえば「すべての人を生かすまちづくり」であると言えよう。地域包括ケアシステムは基本的に高齢者が対象であるが、地域共生社会はすべての人を含むため、上位概念となる。

・ただし医政局・保険局・老健局ではこの用語はまだ一般的に用いられず、福祉に限定するという意識であり、地域包括ケアシステムと地域共生社会の関係はいまだ行政的には曖昧なまま。

・特段新しい考えというわけではなく、1981年の国際障害者年で広く提唱されたノーマライゼーションの概念と同じ。

・地域共生社会の事例

- 農福連携：後継者のいない農業に対して障害者が働きに行く。農業を廃業しようとしていた高齢者も農業を教えることで生きがいとなる・社会に役立つ場を得られる「6次産業化」
- 福祉事業をはじめようとする但实际上には市民からさまざまな批判や反対が起こる。限られた対象者だけではなく、地域住民全体のメリットを検討する必要がある。
- 福祉を全面に出さない福祉の実践：温泉、レストラン、フィットネスジムなど、健常者と障害者を区別するのではなく誰もが集える場をつくることをとおし、互いを知る場となるとともに地域雇用を支える場ともなる。

・地域共生社会の連携先は多種多様でよい：例としてスナックのママ・雀荘・警察・スーパー等の地域資源を掘り起こし、つながりをつくる。連携先・頼れる先をたくさん作る。

4. 地域共生社会構築の留意点

・医療は重要な構成要素：治し支える医療

○在宅を想像する

- ・ 入院患者の大半は高齢者、6割は独居あるは高齢夫婦、入院関連機能障害の恐れ
- ・ 入院中の拘束・安静支持・食止め⇒在宅へ戻った際にダメージ大
- ・ 医療技術自体と医療技術システムは分けて考えるべき
- ・ 個々の医療技術のみが医療効果を生むのではなく、医療技術システムも効果を生み出す⇒病院内の医療チーム、病院外の各種施設、在宅を含めた多様なサービスの連携まで目配りが必要。
- ・ 医療技術システム＝広義には現代の地域包括ケアシステムといえる。
- ・ 病院側が在宅に戻った姿を想像する
- ・ 多職種が協働できるよう、病院組織内外の多職種との心理的安全性の構築が必要

○心理的安全性の構築

- ・ 心理的安全性とは人間関係に関するリスクを取っても安全だと信じられる文化
- ・ なぜ必要か：現代のように複雑で相互依存関係で成り立つ社会では不可欠
- ・ 熊谷晋一郎氏：障害を持つ小児科医の体験⇒超急性期病院で相互に助け合い、「助けて」といえる文化を経験した
- ・ 多職種の協力があって医療技術自体が生かされることを理解すれば他職種から学ぶ姿勢が生まれる
- ・ 協業・感謝・傾聴・学ぶという技術として、病院内はもちろんのこと、地域においても心理的安全性を構築することが可能。

・技術として、システムとして、地域共生社会の構築が求められる。

○質疑

・熊谷晋一郎先生が、「自立は依存先を増やすこと」と書いていたが、支える側と支援される側は柔軟に変わりうる。そういう観点で、地域共生社会のなかでの大学病院や特定機能病院の役割をどう考えるか。

⇒その地域の医療であるべき機能・存在意義を精一杯発揮することが重要。必ずしも大学病院が福祉をしなければならないということではない。ただし、高齢者の治療に際して、必要以上に食止めを長く行う、というような実態も報告されているように、在宅を含めた高齢者ケアのあり方も考えるべきであり、在宅医との勉強会等も有効かと考える。そういう視点を持つことが重要であり、教育として介護・福祉も視野に入れた医療の教育がなされると、地域は非常に助かると思う。

・地域密着型の医療が求められている印象であるが、医療者側は病院を減らそうとしており、その点が不都合を生じるように思う。どのように考えられるか。

⇒日本の病院は施設当たりの人員が極めて少なく、人口も減る中、機能分担、連携、集約化が必要である。導入には地域住民との対話が重要と考える。

・負担と社会保障額で日本は国民負担が低く、国の社会保障の支出が高いように見えるが、その解釈について再度教えてほしい。

⇒負担が少ないのに、社会保障支出が多いということは、将来の子供たちへの付け回しをしていることである。これは倫理的にも問題だと思う

・教育の支出が低いのはいかがかと思う。少子高齢化について対策をしてもなかなか改善しない。子供への支援が低い。消費税を増やせば選挙に落ちるということでこのようになっていると思うが、国民にも、社会保障について教育すべきと思うか。

⇒同意する。社会人向けにもこういった社会保障の教育をしている。北欧では小学生から教育している。日本はマスコミへの信頼度が高いのに政治への不信感が強い。一方選挙にもいかな国民が多い。政治をきちんと監視する必要がある。また、医療団体はデータを提出し、エビデンスを示してより良い医療が実現するよう、共同して政治へ良い影響を与えるようにならなければならないと考える。

・放射線科において、放射線治療は、食止めといったような処置が不要なことが多い。そういった点では、在宅医療へも貢献するのではと思っている。

・地域共生社会の都市部での成功例はあるのか。

⇒金沢市における社会福祉法人佛子園の例が挙げられよう。

・九州などでは老人病院等を中心として、介護・雇用も生む・そのほかの業態も取り込んでいるような例がある。こういったものも地域共生の一つの形なのか。

⇒その通りである。福祉は多様なところと連携可能であり、だれもが参加できる場があるのが重要である。

・コミュニティの中心に病院ということは実態としてあると思うが、乱立するというのは望ましくないように思われる。地域分散＝多極集中の考え方が必要である。

・放射線科に関しては、現在、入退院支援などに際しての評価等にほとんどかかわることがないがそういった分野で貢献するというのはいかがか。

⇒どんな科であっても積極的にかかわっていただきたい。

・医療の生産性は低いということはない、とのお話であったが、やはり実際に日本の医療は効率が悪く考えている。韓国も今や日本より進歩している。日本はガラパゴス化し、疲弊している状態と考える。やはり、現状ではよくない、と感じる。

⇒他の先進諸国同様、日本の医療も環境にあわせて変革が必要と考える。ただし事実認識を誤らないことが重要。

・専門医の数は規制すべきという考えであったが、今回の新しい専門医制度で、シーリングが行われた。極めて稚拙な推計で放射線科・麻酔科は多すぎるという結論になってしまった。これは疑似科学に基づいたルール作りと考える。残業時間にもとづいた安易な方法論であった。このような疑似科学が跋扈している一因として、きちんとした医療経済学者が日本は少ないように思うが、いかがか。一つには医師の地位的な観点から一緒に仕事をしたくない、というところもあると思う。

⇒きちんとした医療経済学者はいるが、確かに数は多くない。日本でも医療経済学者は増えつつあるが、特に若手は研究を重視しており、現場や政策論議から離れている人も多い。

・教育にかかわる人の賃金が安い・寄付文化がないという点と共通すると感じるのが、日本ではvoluntaryという考え方が残念な使われ方をしている。賞賛すればするほど継続されず、属人的になっている状況。本来は適切に対価が支払われるべきである。

日本では、いわゆる「士」にあたる人が、たくさんお金をもらっているかどうかかわからないが、民間企業の「商」はお金があり、様々なことを行いたい、余裕がある人はたくさんいる。ただし、社会に対して個別にactionを起こすことがvoluntaryということになってしまうと、いわゆる「位の高い人」が残され、「位は低いがお金を持っている人」、というのが普通に参加できないように思う。

・医療経営学を語る人は多いが、「医療経済」という政治にかかわるところはなかなか発展しない。日本においてはフリーアクセスという市場原理のような仕組みのなか、限られた予算の中で「気の利いた」人がよい思いをするというシステムとなっており、医療経済学をやっても実態が動かせない。

・RVU (relative value unit) は30年ほど前にハーバード大学の一経済学部から発し、世界を席巻しているが、こういった既成概念を取り入れれば楽になると思うが、あえて独自に作ろうとする日本人の特性が、世界標準に追いつけない原因。さらにこのようなところに国として予算をつぎ込めないのが原因。医療界の誘導や、医療界と人文系でもさらなる連携が必要であるが、コミュニケーションがうまくいっていない感じがある。

・医療経済学のエンドポイントをどこにおくか。究極はもちろん国民の健康であるがそこに

置くと中間ではたらく医療者にとってかならずしも利益にならないところが難しい。

・医は仁術、という考え方を教育されるが、実際の社会は経済合理性のみで成立している。医師はあえてそこを避けてきたところがあると考え。そこから変わらないと日本医療は変わらないのでは。

・医療だけが共産主義のようになっている。医療経営は限られたパイを奪い合うだけである。コロナでかなり明らかになったが、感染症の分類・報酬・病棟のことなど、決めたのはすべて厚労省。コロナを経て、皆、気が付いてきているのでは。共産主義をやめるべき。

・医療は半分が共産主義（勤務医）。半分は自由経済（開業医）。お金の話をしているのは病院経営者。

・ミクロではそうであるが、結局はパイの奪い合いとなるだけではないか。マクロで考えれば、財源は限られているため、完全な自由競争でもない。

・欧米では家庭医と専門医の給与差は三倍くらい。日本だけ、開業医が二倍ほど高い。共産主義では皆が我慢してしまう。医師が、経済に対し無頓着すぎたためこのような状態となっている。

・放射線医学は低侵襲でよい医療を提供している。高額医療機器を有効に活用するためには病院の機能的集約が必要である。それによって、患者さんからは、例えばMRIを受けるのに距離が遠くなるかもしれないが、そのために交通手段やITなどの他のインフラの整備などにつながり、地域共生社会へ貢献できるのではないか。

⇒大きく貢献すると考える。今後、過疎の医療を改善するには遠隔をもっと導入すべき。

・病理・放射線科はそれを進めるべきである。一方、地方医師会はオンライン医療反対が極めて強い。

⇒確かに当初は審議会でも相当反対の声が上がった。中医協でもオンラインの議論が出始めた時は、対面医療でないと不可能という話をしていた。しかし時代の流れは止められないだろう。先ほどからの医療経済に関しては、米国では富裕層の受ける医療は高額医療、貧困者は低額医療であるのに対し、日本は所得の差と受ける医療費に差がない。私は所得の差が受けられる医療の差にならない日本の医療制度を良い制度だと考えるが、新自由主義的な立場から見れば、日本は富裕層に選択の自由がないとなる。個人の利益の話ではなく、社会として、どこを目指すかというところを考えるべき。米国は世界一医療費が高いが、無保険者が多く、たとえ保険に加入していても低所得層は必要な医療が受けられるとは限らない。コロナでの惨状は周知のとおりである。ミクロでは効率化を達成してもマクロでは非効率なのがアメリカの医療だ。日本はそういった社会を目指さないでほしいと思う。

・米国の医療は合理的である。GAFAが生き残っているのは合理的であるため。日本も競争原理を取り入れるべき。

⇒競争は当然に必要。しかし日本の病院の多くは持ち分のある民間病院で倒産リスクを負い、競争は激しい。ミクロで合理的になり、それがマクロの合理性に繋がるための制度づくりが必要。

・再投資の考え方。営利が非営利かという話ではなく、再投資をしないと sustainable ではない、という考え方ならば心理的ハードルが下がると考える。医療経営で考えると、損益計算書の中であれば様々なことが可能である。再投資の観点では、コストに関しては、効率化をし、そして人件費をどうにか、というような考え方ができるのでは、と思う。

・医療を受けるのであれば、個人的には米国で受けたい。米国では医師としっかり話することができる点が良い。

○JRS 青木理事長 閉会挨拶

福祉や医療が充実すると経済が発展するという明るい話題も聞かせていただいた。いろいろ困難かもしれないが、私見では、日本の医療は、コストパフォーマンスはいいと考えている。ただし米国とくらべると、医師としっかり話することができない、という点で医療費が安いのかかもしれない。様々なことを考える契機となった。

以上で第6回 JRS/JCR 医療経済・政策勉強会は終了した。