



丹呉泰健

氏 ● 元財務省事務次官
日本たばこ産業株式会社取締役会長



診療報酬改定を含めた近年の医療政策はすべて財務省主導で行われている——。医療界ではこのように「財務省=医療の敵」と見なす傾向があるが、そもそも財務省は医療の現状をどのように見ているのか。そこで今回の対談では介護保険制度の創設や小泉純一郎元首相の秘書官として、3.14%のマイナスの診療報酬改定にもかかわらず、元財務省事務次官の丹呉泰健・日本たばこ産業株式会社取締役会長にご登場いただいた。

写真=横関一浩

将来世代のために改革は不可欠 医療機関の経営者には 「患者」と「社会」にとって 良い医療を追求してもらいたい

丹呉 まず国民の安心を支えてきた国民皆保険は絶対に守っていく必要があると考えています。しかし医療費については、給付と負担のバランスが崩れてしまっており、将来世代のためにも医療費が伸び続ける現状を放置することはできません。

そもそも財政再建にあたって国家予算のなかで最大規模を占める社会保障費の見直しを行うことはわが国に限ったことではありません。たとえば、ギリシャが財政危機を迎えた時にも社会保障費は最初に見直しの対象となりましたし、フランスやイギリスも同様でした。社会保障費が年間1兆円のペースで伸びているなか、年金については、社会情勢に合わせて給付水準を調整するマクロ経済スライドが導入されましたが、医療・介護にはこうした仕組みがありません。安倍内閣では2020年度にプライマリーバランスの黒字化をめざすとしていますが、この実現に向けては、医療・介護が大きな課題になると考えています。

高橋 医療費の給付と負担のバランスについての指摘がありました。医療に関しては具体的にどの

ような点を見直していく必要があるとお考えですか。

丹呉 1つはデータの活用です。たとえば、ヨーロッパでは電子化された医療情報を活用することで、患者に対する検査や投薬などを減らし、効率性の向上に成功しています。同様の取り組みは日本でもできるはずですが、また、諸外国に比べて使用割合が低い後発医薬品を優先的に使用していくのも、それほど難しいことではないと思います。

ヨーロッパでは、地域ごとに診療科の医師の定数があったり、抗生剤を簡単に処方できないなどの医薬品の使用にも制限があったり、かかりつけ医がゲートキーパー機能を高めることで、病院へのアクセスを制限しています。一方、日本の

医療は、自由開業制で診療科も自由に選択できるなど、医師の裁量を最大限尊重する仕組みになっています。もちろん、良い面もありますが、現在の財政状況でこのスタイルを続けるのは難しく、見直していく必要があるでしょう。

また、以前高橋先生から、フランスでは延命治療を行わないため、寝たきりの高齢者がほとんどいないということを教えてくださいました。2つ目として終末期医療の見直しも必要だと思います。

高橋 医療情報の活用と終末期医療の生命倫理の見直し、それぞれアプローチは全く違いますが、効率性を高めるといふ観点から避けては通れない道だと思えます。後者については最近、日本においても尊厳死や平穏死ということがクロー

医療情報の有効活用と終末期を見直す必要性
高橋 丹呉泰健さんは財務省主計局主計官として厚生労働分野を担当され、診療報酬改定にもかかわられました。その後、財務省トップである事務次官も務められました。そこで単刀直入にお聞きしますが、財務省は日本の医療をどのように見ているのでしょうか。

ズアツプされるようになってきました。実際、延命治療は減ってきているようです。胃ろうについても、結婚式の仲人と同じで、知らないうちに自然と消滅していくように思います。

想定外の事態の放置が問題 改革の結果を検証すべき

高橋 少し話題が変わりますが、先般、私も委員として参加している経済産業省の「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会」では、二次医療圏ごとの40年までの医療需要推計や医療保険者や企業による医療提供体制の構築に向けた提言などを盛り込んだ報告書を出しました。ここには、二次医療圏ごとに入院医療需要のピークなどを類型化し、入院受療率の地域差解消を想定した改革案なども含まれています。医療改革と言えば、「年間2200億円の削減」などかなり絵画的な議論が中心だったものが、地域別や疾患別など各論にまで踏み込むようになっていきます。財務省や経産省も医療改革に向けてスタンスを変えてきたように感じますが、この点についてはどのように思われますか。



たんご・やすたけ ● 1974年、東京大学法学部卒業後、大蔵省入省。94年、主計局主計官(厚生・労働担当)。2001年、内閣総理大臣秘書官(小泉純一郎元・首相)。理財局長、大臣官房長、主計局長などを経て、09年、事務次官。12年、内閣官房参与。14年、日本たばこ産業株式会社取締役会長

丹 吳 「医療費を減らすのであれば案を示せ」と言われていることもあるでしょう。それだけに財務省や経済産業省もかなり勉強をする必要が出てきています。

もつとも、財務省はこれまですべての行為について診療報酬の引き下げを求めたということはありませぬ。小児科や救急外来などの手厚くないといけない分野があることも理解しています。

見直しにあたっては、制度改革などの結果の検証も必要です。たとえば、7対1入院基本料の導入にあたっては当初、3万床程度を想定していましたが、実際には30万床を超えました。これについては増えすぎたことよりも、それをチェックできず放置していたことのほうが問題です。診療報酬改定で想定外のこと起きることもあるでしょうが、そうした事態が生じた場合は即座に対応すべき。チェック機能が働いていないと言わざるを得ませぬ。

医療費について言いますと、都道府県ごとに1人当たりの医療費に大きな差が生じるのも疑問。な



れています。日本でもそうしたキャンペーンを行おうという考え方はなかったのですか。

丹 吳 そのようなこともいくつか行ってきましたが、高い成果を得られてはいないのが現状です。私も医学部で教鞭をとったことがあるのですが、医療保険制度についてはもちろん、ヨーロッパでは開業医が抗生物質を出すことはほとんどないといったことも知られていません。医療者に医療制度や保険料の負担の仕組みなどについて知ってもらうことは大切だと思います。また、健康寿命が伸びることで、高齢者の医療費・介護給付費を抑えることができる可能性もあるので、国民に対する健康教育や予防にも力を入れていく必要があると思います。

高橋 臨床面についても、生活支

ぜこのような差が生まれているのか、やはりデータに基づいた検証をしておいて、必要があると思えます。また、臨床研究のレベルを上げるため、そして医療の効率化や財政の議論をするためにもデータは少ないのが現状です。これについてはレセプト、電子カルテに加え、マイナンバー制度などの活用も検討すべきです。

医師に社会保障教育 国民には予防意識を

高橋 丹吳さんは小泉純一郎元首相の秘書官を務められ、小泉改革にも参画されました。当時、3・14%のマイナスという医療機関にとっては非常に厳しい診療報酬改定が行われましたね。

丹 吳 厳しいご意見もいただきましたが、当時、物価は上がっていませんでした。仮にP(物価水準)が下がっても、Q(生産量)が増えれば売上は減りません。実際、マイナス改定でも医療費の伸び率は鈍化しましたが、国民医療費自体は確かに減っていないかと思えます。財政が厳しいなか、医療費の伸び率を経済の伸び率に合わせる総枠管理の導入も飲めないということ

援型サービスを必要とする高齢者が増えていっているにもかかわらず、医学部の教育は未だに急性期だけというのが現状です。医師国家試験に「介護保険の仕組み」や「他国との医療の違い」などを入れると、医学部も対応せざるを得なくなるでしょうから、このあたりから始めるのが近道になると思えます。

丹 吳 医療の効率性の向上については、一部導入されていますが、努力した医療保険者が報われる仕組みの拡大も必要です。健診データなどを有効に使う保険組合の会員に健康指導した結果、医療費を抑制できればインセンティブを与えるような取り組みを進めていくべきです。

医療保険者のなかには病院に電話して「患者になぜこの薬を使う必要があるのか」などの確認をするところもありますが、大半はここまでしていません。自治体も財政が厳しいと言いますが、それであれば乱診乱療をしているような医療機関があった場合、医療保険者としてそこを受診させないような努力をできるはずですが、医療保険者には、医療提供者ときちんと対話していく姿勢も望みます。

であれば、改定率は圧縮せざるを得ません。

高橋 それでは今後、わが国の医療・介護制度の着地点はどのようになるとお考えですか。

丹 吳 私の現役時代、医療界からは「GDPに占める医療費の割合が低い」とよく言われました。GDPが伸びなかったこともありましたが、今やイギリスやスウェーデンを上回っています。医療費は年々伸び続けており、本当にこのままで国民皆保険を持続できるのか心配です。財源を税金に求めるのであれば、消費税をさらに上げる必要があり、国民はどこまで引き上げに合意してくれるかも疑問です。

医療費全体のことを考えた場合、今後、Qをコントロールしていく必要があると考えますが、地域包括ケア時代を迎え、医療と介護を一体的に提供するという流れのなか、1

思い込みを捨て 社会を考えた医療を

高橋 丹吳さんは長年、財務省におられました。医療経営者にはどのようなことを考えてもらいたいと思っていましたか。

丹 吳 「患者」と「社会」としてよい医療を提供してもらうことです。つまり医師の思い込みではなく、患者の求める安心・安全な医療を提供してもらうことと、また社会保障の給付と負担を考えた医療をしってもらうことです。

高橋 医療費の問題を含めて、「社会にとってよい」という視点は欠けているかもしれません。医療保険制度の持続性を担保していくために、どのような医療を提供していくべきか。終末期医療のあり方を含めて考えていかなければならないと思えます。

先ほどヨーロッパの医療制度の話が出ましたが、諸外国との比較という視点から、日本の医療をどのように見えていますか。

丹 吳 繰り返しになりますが、国民皆保険は国民の安心感の源泉となる素晴らしい制度であり、それによって高いお金を払わなくても平



たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から現職。主な著作に「TAI高齢者ビジュアル・ケアプラン作成」(日経BP出版局、共著)、「DPC実践テキスト」(しほう、共著)ほか

人の高齢者の医療費と介護給付費を合わせて考えるなど、費用の見方を変えていく必要もあります。

診療報酬について言わせていただきますと、医師の技術料については考慮すべきで、医師によって診療報酬に差が生じるのは当然のことだと思います。また、東京都などの大都市と地方では人件費なども違いますし、地域差があつてしかるべきでしょう。全国一律であるほうがむしろおかしいと思います。これらについてもデータに基づいたしっかりとした議論が必要であり、そのためのデータを整備していかなければなりません。

高橋 財源のことを考えず、目の前の患者さんにとって最適な医療を提供したいと考えるのが医療者の習性です。スウェーデンでは税金の用途を子どもの頃から教育され、収支バランスの大切さを叩き込ま

均的にトータルとしては優れた医療サービスを受けることができていると思えます。

国民皆保険を守るため、混合診療についてはある程度必要だと考えています。公的な部分については医療費をコントロールする一方、個人のニーズを満たすための医療については個人に負担してもらうのは悪いことではありません。

高橋 安倍内閣では医療を成長戦略の1つの柱に据えています。この点についてはどのようなご意見をお持ちですか。

丹 吳 安倍内閣では医療の輸出が1つのテーマになっています。従前医療機器や医薬品については貿易収支が膨大な赤字になっていましたが、これが解消するだけでも非常に大きいと思います。医療機器などのハードだけではなく、医師・看護師といったソフトも含めたトータルシステムの輸出も検討すべきです。日本の医師や看護師のサービスについては世界的にも高い評価を得ており、ニーズは少なくないと考えています。医療界の方々には、医療が経済成長のけん引役となるよう配慮していただきたいと思えます。