

# 報告

平成27年度政経問題懇話会

## 「保健医療の今後と専門職の役割」

講師 株式会社 ミナケア

山本 雄士 代表取締役

常任理事・医療政策部長 笹本 洋一

平成27年8月22日（土）、第4回理事会終了後に北海道医師会館9階理事会室にて、政経問題懇話会を開催した。講師は、北海道札幌南高校、東京大学医学部卒業後に循環器内科医として勤務、ハーバードビジネススクールを経て、内閣官房医療イノベーション推進室企画調整官、21世紀医療フォーラム代表世話人、日本医療機能評価機構客員研究員などを歴任し、株式会社ミナケアを設立した山本雄士（やまもとゆうじ）先生である。

以下にそのあらましを紹介する。



### ●医療の位置づけ

日本の医療費はこの10年間、年2～3%増大している。一方で、多くのお金が公共投資、日本国民の健康のために使われている、日本の成長に寄与し続けているという意味では良いニュースかもしれない。世の中はいつも負担増大の議論ばかりで、日本に寄与している、貢献しているという話が出てこないのはおかしいと一医療者として思っている。

10年で医療費が30兆から40兆円になる中で、健康に対する投資額は、全体の額の5%程度しか使われない。逆に言いうと、残りの大部分が病気になってからのお金として使われてしまう。健康に対する投資が少ないことが直接の因果は分からないが、メタボリックシンドロームに関して、9割ぐらいがリスクを放置したままである。

感染症のように罹ると死ぬか・治るかしかない病気の場合には、診断と治療をすれば大体白黒がつく。これが長らく医療の基本的なモデルだった。生活習慣病、慢性疾患が出てくるとリスクファクターという発想が表れた。現場レベルで、健康診断でリスクを請け負う、あるいは治療後の疾病管理が大事だと言われるようになったのは80年代以降である。最近では慢性期のサポート、介護予防など健康維持が医療の目的の一つになってきた。そう考えると、予防や健康増進から慢性期のサポートまでのヘルスケアを

ワンサイクルで回す話が生まれるはずである。しかし、医療職のメインの仕事は診断と治療、少し病理の傾向に偏っているという感覚を個人的に持っている。

患者にとっての価値を予防から慢性期のケアまでの

長い目線で見たとときに、これまでの診療科・類型疾病の区切から我々自身が脱皮しないと駄目な時代になってくるのではないかと。どのような患者を対象に、どんな治療を提供するのかを自ら定義していかなければ、類似した総合病院がたくさんある中で、コスト競争することにつぶし合ってしまう。

今求められている医療は、地域包括ケアも含めて、横に連携したものではないかと考えている。

ここまでは「それはそうだ」、「知っている」と言われると思うが、私も曲がりなりにも6年診療を行っていた感覚からすると、医療はすごく複雑化している。新規医薬品や医療機器が販売され、論文も以前とは比べものにならない勢いで出され情報過多であり、知識や技術をどうアップデートするのか。医療の範囲が広がり、さらにチーム医療と称して「いろいろな人と連携しろ」、「診療所、病院の中だけではなく外に出向いていけ」、「保健指導をしてみろ」と言われる時代にあって、専門職はこの対応をしなければならぬのか。トータル効果にもつながるが、データがどんどん増えてきて、いろいろな人たちが「医療はこうあるべきだ」、「医療がこうなっているのはおかしい」という話をする。人口構造が急速に変わる中で、財源がどうだと言われていることを考えると、医療職は決して暇ではなく、相当苦しい時期にあり、医療の本質を専門職である我々自身がうまく定義していかなければならぬ。

医療は進歩したと言われるが、さまざまな薬が効いているようで効かない。アメリカのアンケートベースの論文結果では、鎮痛薬が効くのは8割程度と高いが、不整脈は効かないケースが相当あり、関節リウマチ、骨粗しょう症、がん、アルツハイマーは、薬がほとんど効かない事例が多い。患者は奏効率が低いことを知らないままに、病院に行ったら何とかしてもらえと思っている。

### ●コスト削減と医療の質

質とコストはトレードオフの関係と安易にいわれるが、実はそうではない。

これから説明するコスト削減は医療費削減とは全く違う話である。当たり前だが、医療費は、払っている側は費用と言うが、医療職からするとそれは正当な対価である。医療職側にとってコストが低いことと、請求する医療費を下げていくこととは違う話だと先に整理しておきたい。これから、医療職側の負担やコストを下げつつ、医療の質を上げられる方



法があるはずだという話をする。

米国のビジネススクールにおける、医療に対しての意見を紹介する。有名な経営学者の一人であるマイケル・ポーターは、1990年代から医療を研究しており、「21世紀の医療技術が19世紀型の枠組みの中で提供されている。技術的に可能な医療を生かす制度、必要な仕組みがついていないのが大きな問題だ」と指摘している。また、クレイトン・クリステンセンはイノベーションに関して、少し比喻を使って、「沈みゆくタイタニックのデッキチェアをきれいに並べることは良いことかもしれないが、的外れだ」とコメントしている。つまり部分的な調整をいくらきれいにしても、船が沈んでいくのでは意味がないと、今のアメリカの医療制度の微修正型の改革を批判している。

ポーター先生は戦略研究の、クリステンセン先生はイノベーション研究における第一人者である。ポーター先生は、「医療ではビジネス競争がすごく嫌われるが、既に医療業界では競争が起きているし、これは他の業界よりも非常に激しい。ただし、競争の本質が間違っている。健康状態をどう改善するか競争しなくてはいけないのに、設備投資、患者の囲い込み、いかに安く仕上げればいいのかを競争しているのは間違っている」と1990年代以降説いている。クリステンセン先生は、さまざまな医療技術やその使い道が見つけれられたときに、実はそれらを駄目にしてしまうのは産業基盤や制度そのものである。彼は破壊的イノベーションと言っているが、脱皮型イノベーションと言う言葉になるかもしれない。制度や仕組み、産業基盤を脱皮させない限り、どんなに良い技術やそれを生かしたアイデアがあっても、それらが無きものにされてしまう。いくら技術開発だけをやっても、制度や仕組みが更新されない限り、無駄になってしまうと説いている。

さらにポーター先生は、「質の良い医療とは、本来コストは低いはずだ」と言っている。私はポーター先生に師事して学んだが、最初にこれを言われたときに、全く意味が分からず、「質の良い医療はやはり高くなる」と主張した。いまだに禅問答のように思うが、彼は質の良い医療は当然ミスが少ない。さらに質の良い医療を行って行けば、慢性疾患が重症化することが減る。それから、質が良い医療は効かない治療をしない。質の良い医療を行えば、今よりも効率的だし、健康が効果的に長く維持できる。健康が長続きすれば、医療費がそれほどかからないので、質の良い医療を行って行けば、払わなければいけない医療費は下がり、コストは減る。高い価値であることと低コストであることは両立する。

それから、低コストで行くと医療費が下がるという発想をするのは簡単だ。経営の鉄則は「良い物を安く」であるし、仮に利益の取り過ぎであれば、今の利益は保ったままコストを下げれば皆が喜び、何

ら悪いことはないと言われた。まだがちがちの臨床医の頭であった私は、相当の衝撃を受けたが、今はなるほどと思えるようになってきた。

もう一つ、ビジネススクールで学んだ「強い医療機関の4つの特徴」を紹介したい。これは病院に限らず、どの会社、組織でも使えると思う。

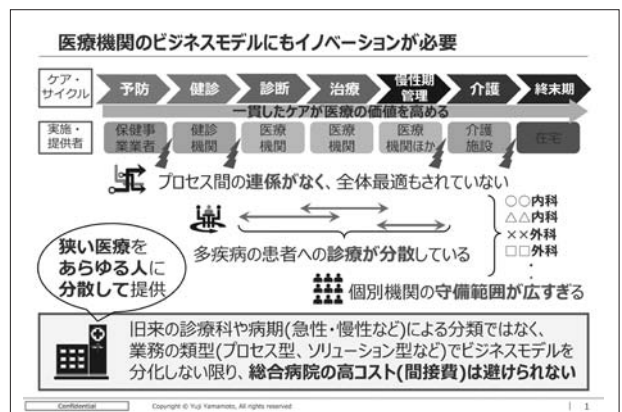
まずは組織の運営方針、組織の業務手順であり、明確になっていること。業務手順書がある組織や医療機関は強い。さらに、対象患者集団、どのような患者を呼び込んでいるのか。裏返すとどのような患者に来てほしいと思っているのか。3番目は、実際に提供した医療の実務評価がしっかりと監視されていて、内部の人事評価にもリンクされているか。これがないと内部で切磋琢磨が起きないという意味で、一般の企業でも同じである。それから4番目が実は非常に重要で、個人ではなく、組織として学習し、ノウハウを蓄積できる仕組みを持っているか。医療職は個人技で、自分は勉強しようと思いがすが、これからの医療機関はそうではなく、組織としての強みがないと駄目である。

### ●医療機関のビジネスモデル

患者は多くの場合、糖尿病クリニック、循環器クリニック、家庭医センターに通い、さらに腎不全などの場合はリハビリセンターに行き、最後は介護施設に行く。特に高齢で疾病をたくさん抱えている患者にとっては、診断と治療が分散してしまう。個別の医療機関の守備範囲が広過ぎる。特に「何でもできる」総合病院は誰にとっての医療機関か分からなくしてしまっている。

さらに、予防から終末期までとみたときに、その提供者が余りにも違い過ぎる。診断、治療、慢性期の管理は医療機関で行うが、介護は介護施設、終末期は在宅で、予防は保健事業の業者、健診は健診機関と、個別に行っている。本来は一つのケア・サイクルというパッケージになるはずが連携していない。

診断し、治療方針が決まれば、後はそれにのっとって診療作業を進めていけばいいタイプの診療もある。また、難治性の疾患等、専門職が頭を悩ませ、社会的背景を考えて診療方針を決めなければならない治療もある。それが混在している組織は、非常に効率が悪いことはよく知られている。



## ●現行の保健事業

予防から終末期までを担う機関が複数に分かれている現状だが、お金の払い方が違うがゆえの弊害があると思う。保険診療で認められる診療、診断、治療は保険者の保険給付費を通して払われるので、レセプトを請求することになる。介護も介護給付の中で支払われるが、予防や健診の部分は、払う人は保険者で一緒だが、全く違う保健事業費という財布から支払われる。そこにはレセプトはない。

健康保険組合の支出は、集めたお金の50%を加入者の保険給付費に充てて、残りの50%のうち45%を高齢者医療の支援金分の一部として国に納める。残りの5%部分は予防健診の保健事業、健康増進事業に使われている。昨今、この5%が減らされつつあることが問題である。さらに「人間ドックを受けていると健康になれる」という迷信のようなものが広くはびこっているため、5%しかないお金の7割近くが検査事業に注がれており、検査結果が悪い場合に誰がそれをフォローするかとなると、保険者はもうお金がない。医療専門職が所属しない保険者、健康保険組合・国民健康保険が、検査をやっていれば気づいてくれるだろう、病院に行ってくれるだろうという発想で個別に健康づくりのデザインをしてしまう。なおかつ、保険者側からも毎年赤字だ、財政が厳しいと声を上げるが、健康管理に関しての評価、これだけ健康を達成したという話が出てこない。

2008年から特定健診制度が始まった。3年間の健診データを持っている15万人の分析ではLDLコレステロールが160を超えている方の1割のみにレセプトが発生し、9割に受診率がない。その1割の方は翌年の健診で8割～9割がLDLコレステロール160以下に、受診していない人は3割～4割ぐらいしか160以下にならない。同じ方々を翌年見ると、やはり9割方にレセプトがない状況である。私は、外来で物すごく忙しいと思っていたが、そもそも病院に来てない人にこれだけリスクがあるのだと驚いた。

ある組織の35歳から74歳までの4万人ぐらいのヘモグロビンA1cデータをみると、8を超えている方が240人いる。その3分の1に当たる80人は1年間レセプトが発生していない、つまり病院にすら行っていない。例えば70歳ぐらいでヘモグロビンA1cが11の方は、糖尿病歴が長いはずだが、病院に行っていないことがデータから分かった。

私の会社ミナケアは、さまざまなデータを用いて、本人にリスクを理解してもらい、医療機関に速やかにかかってもらうための仕事している。政府もこれらことに気づき始め、データヘルス計画を行うこととなった。この計画は、昨年、健康保険組合からスタートし、国民健康保険にもレセプトや健診データを使って健康保持増進のための事業計画を立てる義務が課せられた。政府は健康に投資して、病気に

させない戦略をとれと言いつつ、また、今春から経済産業省は、東京証券取引所の上場会社の中から、従業員等の健康管理を経営的な視点で考えて戦略的に実践している企業を業種区分から1社を選定する仕組みにし、22社を選んだ。それから、保険者、企業などで、もっと病気にならない手を打ちなさいと言いつつ始めた。さらには健康増進予防サービスを推進しようとして日本健康会議が発足し、7月末に内閣府が主体になって、次の5つを推進する市場の立ち上げを始めている。1つ目がデータヘルス、2つ目は重症化予防、3つ目は先ほど申し上げた健康経営、ヘルスケア産業、ITの利活用である。言葉としては良いが、いくつかの懸念がある。この中に医療専門職の積極的な関与を求め、それが重要だという記載がない。この実行委員に日本医師会・横倉会長が参画しているが、医療職の方が少ないので、多勢に無勢だったらどうしようと個人的に危惧している。

今後はさまざまなデータを使いながら、集団をリスクや通院状況で分けた上で、この人は大きな病院、この人は診療所、この人は生活習慣の改善などと対応するサービスを考えていかなければならない。さらにはそれぞれに対して効果検証をすることで、本当に健康増進に役立っているのか、リスクが管理できているのかをみていくことになる。ここにさまざまな業者が参入してきている。しかし、新規参入している中で、医者がある会社はミナケアしかないことが大きな問題である。病気の人を対象にしていないう健康づくりという理由で、看護師、多くの場合は栄養士、それからビジネスマンとITエンジニアでやっている企業もある。

我々が支援している会社の例では、3年間に健診を受ける数が4割増えたり、リスクが非常に高い方の割合が2割減ったり、肥満の方が1割ぐらい減った。生活習慣リスクを減らすことは可能で、確かに良い結果が出ている。それから、メタボ・メタボとよく言われるが、それはあくまでも中高年男性の病気で、例えば女性の場合は、世代によって妊娠出産関連、さらに乳がん、子宮筋腫などの女性系のがんについても数字で示すことができ、メタボだけが病気ではないことが分かる。

けんぼの限られた集団ではあるが、各世代でどのぐらいのお金が生活習慣病の医療に使われているかという分布図では、40歳代は15%ぐらい、60歳代台は30%ぐらいである。40歳代になると、既に発病しているため、本来は30歳代後半ぐらいから手を打たなければならないと思う。肥満になる人は、20歳代後半ぐらいで勝負はついている。そこから10年数年経った40歳からやせろといっても、それは無理な話だと思う。

## ●ビッグデータ

古い時代の医療は、個人技、専門家の勘の世界であった。症例報告という形で知識が集まり、臨床研

究が進み、さらにビッグデータの時代になっている。科学的検証以前に、何千万人の数字を使うことで予測や実効性の数字が出てくる。それが即時に、医療の価値につながるかということそんなに簡単ではない。データ活用は非常に良い面があるが、それを扱っている人たちは、医療職がほぼ皆無であることに大きな問題がある。

データで抽出されるモデルと生身の人の未来を、だれがどのようにつき合わせるのか。データをしっかり扱えば正確な診断、正確な病因の解明、有効性や実効性を根拠にした医療に脱皮する大きなチャンスであるが、注意しないと逆効果になる。臨床家としては、このビッグデータが医療をどう変えてしまうのか不安に思うよりも、医療にどのように生かすかイニシアチブをとって考えなければならない。病気になるからの治療ではなくて、健康に目を配ることに力を入れることで、国あるいは国民からコストだ・コストだと非難される医療ではなく、国や社会に対する公共投資であると感じてもらえるようにしていかななくてはならない。

一方で、必要な規制、あるいは市場の安定化という問題もある。多くの場合、資格者がいないだけでなく、医学知識が乏しい保険者とIT関係者が分析する。論文があるので根拠があるとか、医療費が安ければ何でも良い、データが言っているから本当なのだとか、あるいは薬を飲んでいればリスクであるなど、誤解に基づく保健事業の計画をする。説明責任は誰がどう担保するのかという問題がある。医師、歯科医師、保健師、栄養士がいない事業者でも、数字は扱える。巨大なコンピューターを持っているので、平均値や文献はいろいろ出すが、最後の最後に医学的に正しいのかどうか分からない。保健事業は何をやっているのか分からない、あるいは医師会に説明できない状況で、これからのデータヘルスが進んでいくようではいけないと考えている。

データを活用する流れ自体はとめられないので、ここは専門職としての医師がこれまでより強く率先して動かなければならない。

#### ●今後の政策

地域包括ケアの推進にあたり、地域医療連携推進法人の創設がうたわれている。同一都道府県内を前提としているが、複数の病院が連携し、みんなで患者の対応ができるようになる。また、法人格を一緒にするだけでなく、例えば人材配置も行える。医療職を複数の医療機関で抱えられる流れにするのが一つの目的である。

共同購買も広がる。薬剤・医療材料をまとめて購入するので安くしてもらおう仕組みにできる。ただし、誰がその音頭をとるのか。その地域でよく使われる薬、よく出る処方パターンをみて、製薬企業や薬剤医療卸、医療とは関係ないところで話がまとまってしまいう危険をどう回避するかが大きな問題である。

保険者協議会が立ち上がっていることは皆さんご存じだと思うが、都道府県単位で保険者が集まって、地域医療構想を考え、医療の量を検討することになる。地域の保健事業計画を推進することも非常に大きな役割である。既に動きがある中で、保険者がデータヘルス計画を策定するべく、その業者選定にあたって、安ければどの業者でもいいことになる。

ある医師会から、国民健康保険組合からの委託と称して、ヘモグロビンA1cが6.5超の加入者全員に「病院に行つて、診断書を書いてもらえ」という通知が出回っているが、このような事業が始まったのかと問い合わせがあった。この通知自体が間違っているとは言いにくい、一度6.5を超えたら全員が専門医に行かなければならないのか、専門医の数足りているのかとか、いつごろから通知を始めるのか、事前に協議があるのかなどの問題がある。逆に「医師会とのやりとりも余りないし、内部に医療職がないから何もしません」という自治体もたくさんある。事なかれ主義で、これでは健康を守る観点で問題がある。

それから、レセプトゼロ枚が長く続いた加入者をメディアが褒めたたえ、厚労省も表彰すると言い出したことがある。レセプトがなければ健康だと考える行政職は、思ったより多い。ある健康保険組合が受診歴のない方に健康の秘訣を聞きに行ったところ、「医療が嫌い、病院が嫌いだから行ってない。健診も受けていない」と言われたので、慌てて健康診断を受けさせたら、重度の糖尿病であった事例もある。これは、特殊な例ではなく、医学的な知識がない中で医療を評価しようとしてこういうことが起きてしまう。忙しいとは思いますが、医療職が果たすべき役割がここにもあると考えている。

これまで保険者は政府・行政と組んで医療費を下げるといい、医師会は公衆衛生向上という話で対抗してきた。これからは保険者と医師会がデータを共有することで、効果的に現場で行える保健事業の実現に向けて検討を進める時代になる。保険者はデータはあるが医療職がおらず、医師会には専門知識がたくさんあるが、解析したデータがない。我々のような会社があれば、支援できると思う。

組織やチームは生き物であり、これを徐々に動かしていくときは、まず危機感を持つことから始まり、変わっていかねばならないという変革推進、目標に向かってどのように変わっていくかと意識を共有しながら変革を継続していくというステップがある。もしも何かを変えなくてはいけないと思う機会があれば、参考にしていただきたい。