

VOL. 2

伊藤理事長対談シリーズ

# 医療制度改革を考える

ゲスト 東京大学附属病院長 永井良三 氏  
聞き手 総合研究開発機構 理事長 伊藤元重

## はじめに

伊藤 診療報酬の見直しなど、最近の一連の医療制度改革をどのようにご覧になっていますか。

永井 財政赤字の中で、増税せずに社会保障を持続可能とするためには、ある程度医療費抑制もやむを得ないのかもしれませんが。ところが、日本の医療費は GDP 比でみると世界で 17 位ですから、なぜ医療費を増やせないのか説明が必要です。国民負担率の増加、特に財政赤字のほかの国と比べての重さなどを、国民や医療関係者にきちんと説明しないといけないと思います。説明がないままに抑制が叫ばれ、パイの奪い合いが行われていることは大きな問題だと思います。

医療ではインフォームド・コンセント、それも単に説明するだけではなくて、医療を受ける側の納得が重視されています。政治も同じだと思いますね。きちんと説明して、国民や当事者が納得できる説明が必要です。

伊藤 ただ、国民の素朴な疑問というのは、財政が厳しいからといって、医療費削減をし、国民に負担を求める。これで本当に日本の医療ってどうなるのだろうか。

## 国際比較で見た日本の医療

永井 日本の医療の特殊性ですね。GDP 当たりでは医療費は 7.8% ぐらい、世界 17 位から 18 位という水準です。これは結局、人件費を増やせないという現実に反映されるわけです。私たちは仕事のしやすい職場環境と良い医療を提供できる体制を求めています。

病院をそういう視点から考えると、病院機能を表すよい指標というのは、1 ベッド当たりのマンパワーです。1 ベッド当たりの職員数、特に看護師数やコメディカルの数ですね。これを日本の国立大学と米国の大学病院を比較しますと驚くべき違いがあります。東大病院は多いといっても、1 ベッド当たりの職員数 1.9、看護師数 0.65、つまり 1,000 床であれば 650 人の看護師。

この数で外来も、病棟も、手術も、検査も、すべて担当するわけですね。一方、米国は1ベッド当たり15人から18人の総職員数となる。1,000床に対して1万8,000人とか1万5,000人。看護師さんも、多いところだと1,000床に対して3,300人です。日本は、平均が1,000床に対して500人です。最も多い病院で1,000床に対して1,000人。この差ですね。これはいかんともしがたいぐらいの違いです。特に問題になるのは24時間体制が必要な重症患者のケア、それから救急患者です。小児科医や産科医が激務に耐えられないのもこのような背景があるからです。そういう意味では日本は米国とはまったく違う医療提供体制になっているということがお分かりだと思います。

アメリカと比較すると、背景が異なるために参考にならないという意見がでます。そこでアジアの病院と比較すると、シンガポールの大学病院では、看護師数は1ベッド当たり1.22~1.45、ソウル大学でも0.77でした。台湾大学が1.03、つまり1,000床に対して1,030人ぐらい配置されている。つまり、実は日本の大学病院はアジアのトップクラスの病院と比べてもマンパワーの上で大分遅れをとっています。

ただし、日本の医療がそんなにレベルが低いかというと、決してそのようなことはありません。どのようにしてカバーしているかということ、結局、現場の過重労働、長時間労働に頼らざるをえません。少ない人手で何とか高度な医療を実現しているということですね。

明治以来ずっとこうした体制で来てしまったわけです。かつての大学紛争もこういう非常にいびつな体制で医療が行われていたことが背景にあったと思います。昨今の

医師不足の問題も、実はこういう厳しい現実が背景にあるのです。医療提供体制の構造をどうするかということ、社会全体で考える時期にきました。

伊藤 非常に乱暴にいうと、医療といっても、いわゆる町のお医者さんに行って受ける医療と、大学病院などでの高度医療では、かなり違うのだらうと思うのですが。

永井 大学病院といえども医療の質を高いレベルに維持するには人手が足りません。看護師は準夜、日勤、深夜の3交代制をとっています。また、休暇も必要です。このため1,000床当たり総看護師数が600人ぐらいの病院ですと、一般病棟では夜間1人の看護師が15~20人の患者さんのケアをする計算になります。そうすると、1人重症患者がいたら、ほかの患者のケアまで手がまわらなくなります。そういう状況で研修医や看護師が、日本の高度医療を支えてきたのです。

伊藤 日本というのは誰でも病院に行ける。しかし、サービスは画一的である。一方、アメリカ人はあまり病院に行けない、と単純に考えていいわけですか。

永井 まさにそういうことです。しかし米国の病院は急性期の医療を提供し、その後はケアハウスなどで対応しているようです。

## 高度医療、夜間医療の課題

伊藤 高度医療、夜間救急等々、というところが日本は非常に手薄だとお感じですか。

永井 日本の病院は研修医、若手医師、コメディカルスタッフの過重労働で支えられています。しばしば日本の医療制度は世界一と言われます。しかしながら、それは若い勤務医の献身的努力によって維持されてきたことを社会は認識していないのではないのでしょうか。

平成 16 年度から新医師臨床研修制度のマッチングという仕組みにより、好きな病院のどこへ行ってもよい、病院側はよい人を選んでよいという形に変わりました。まさに究極の市場原理の導入です。アメリカの医療は市場原理で動いていますが、日本は規制のもとに市場原理を排除しています。その状態で若い医師の研修先についてのみ究極の市場原理を導入した結果、医療提供体制に混乱が起こっています。とくに大学病院離れが明らかですが、その背景として人件費が足りないために若い医師の過重労働に頼らざるをえなかった大学病院の事情があります。

それから、大学病院も含めた公的病院は不採算部門も担っています。この部分の支援は必要です。

伊藤 このまま行くと、経営的にかなりたち行かなくなるということですか。

永井 そうですね。しかしそれ以前に若い人たちが良い環境を求めて、どんどん動いていますから、広く薄くという医療提供体制自体が限界に来ています。

伊藤 それは全体の医療に対するニーズとのマッチングが崩れてくるということですか。

永井 現にそれは始まっています。したがって、これからは医療機関が機能分担していかざるを得ないわけです。病院の統廃合も避けられないでしょうが、そのときに問題になるのが、設立母体の違いによって病院が統合できないということです。統合できる組み合わせというのは非常に限られているようです。

伊藤 普通の産業だったら、市場原理に任せておけば、社会的ニーズが非常に強いところは生き残っていくと思うのですが、医療機関の場合それができないですね。

永井 そもそも広く薄い医療提供体制は、市場原理を排してきたから成り立つわけで、システムを動かすには市場原理とは別の調整機構が働かざるを得ないわけです。たとえば医局による医師派遣です。人員の余裕のあるところから足りないところへ、時間によって、時期によって動かしていく。それによって広く薄くなだらかな医療提供体制が可能になるわけです。最近、医局の閉鎖性が批判されて自由競争が求められています。しかし、競争原理を部分的に導入するとかえって問題が悪化します。その例が新臨床研修制度で、医師不足が一気に顕在化しました。

伊藤 そうですね。例えば一時話題になった、保険でカバーされていない、しかし患者さんが求める高度な部分については自己負担にするという、いわゆる混合診療、高度医療については、より現実に合わせて点数を上げるとか、そういう形で調整していくという方法はあり得るのでしょうか。

永井 自己負担と保険診療の併用はこれまでも行われてきました。例えば高度先進医療も自己負担部分と保険部分を併用できるわけです。また、インフルエンザの予防注射や抗インフルエンザ薬のタミフルの予防投与も自己負担ですが、保険診療の併用は可能です。しかし混合診療とは言いません。それらは、保険制度の仕組みの中で行われていますから、詭弁のようですが、一部100%自己負担の保険診療と言うわけです。自己負担と保険診療を混合すれば混合診療ということではないのです。

高度先進医療は保険医療に導入される前の先進医療技術を対象とした選定医療ですが、もっと拡大して欲しいという要望がありました。未承認薬の使用についても改革が必要です。そこで一昨年、高次医療に対する新たな制度設計の検討を規制改革会議に要望しました。

### 3 病院長提言の趣旨

伊藤 それが病院長の提言というものですか。

永井 はい。東大、京大、大阪大の3大病院長による提言です。私どもは新しい制度を作ってもらい、その制度のもとで新しい医療を進めたいと考えています。健康保険や公的な補助でカバーできれば、そのほうがよいのは当然です。しかしすべて病院の負担で行うには限りがあります。高度先進医療といっても全国で年間7億円程度なのです。保険医療費30兆円に比べればわずかな金額です。保険医療の中身を見直せば、高度医療に対するサポートも可能となるはず

るはず

伊藤 高齢化が進んだからといって、高度医療の部分がほぼ比例して増えるということではないのでは。

永井 いいえ、やはり増えると思います。高齢化が進むということは、たくさんの病気を持っている患者さんが増えるということです。延命医療には批判も多いのですが、現実には高齢者だからといって医療を打ち切るのは困難です。

問題は保険医療費30兆円の中身の問題です。科学的根拠のある医療に整理すれば、年間数十億円程度の高度医療は保険で十分カバーできるはず。高度医療が増えても医療財政を圧迫するとは考えられません。公的医療機関は経営難ですから、病院の持ち出し医療を減らして、看護師や職員の増員が可能としてあげるべきです。

### 高度先進医療費は年間7億円

伊藤 この7億円というのは、どんな根拠なのですか。

永井 全国の大学病院や国立センターで高度先進医療が行われています。有効性が認められれば、保険医療に導入されます。しかし生体肝臓移植は保険適応されても病院持ち出しの部分が多いのです

伊藤 今の先生のお話を伺っていると、まず機能分担が非常に重要だということですね。アメリカでは医療以外にも、健康をバックアップするところも含めた広い意味で、

医療・健康にかかわる機能分担があって、それをどういうふうに社会的に分担していくかということが考えられている。日本はこういうものは、これまであまり考えられてこなかった。

永井 ええ。まず、誰でも、いつでも、どこでも、同じような医療が受けられる、ということが基本的な方針でした。それから、専門医制の問題もありますが、必ずしも医師の技術が診療報酬に反映されないということ。なるべく競争原理を排すというところで行われてきたということですね。

伊藤 今お話を伺っていると、医療についての国民のニーズも多様になってきて、機能をきちんと分類して、それぞれについてどうやってサポートしていくかと考えなくてはいけない。そうすれば医療システムの仕組みもかなり違った形になるということですね。

永井 そのためにやはり 30 兆円の中身を再評価するということが大事ですし、その上で足りなければ、もっと医療費増を目指すべきです。それが行われていないために、大学病院をはじめとする中核病院に負担となっています。病院は人件費を増やせないで若い医師の雑用が増え、研修医に敬遠されるようになりました。病院が医療の進歩に適合できるように医療制度を常に見直していかないと、現場がますます疲弊してしまいます。

伊藤 今のお話を整理すると、高次医療とか、未承認薬とか技術、といったものをきちんと育てていくことが大事で、それを保

険制度の外に出すのか、中に入れるかということはあまり本質的な問題ではない。むしろ、中でやればそのほうがいい。

永井 はい。ただ社会の合意のもとに進めることが重要です。

伊藤 私などから見ると高度医療の重要性は明らかなように思われるのですが、医療のこうした分野に資金が出ていないのはどうしてですか。

永井 一つの理由は日本は国民所得に占める財政赤字が 10%近くを占めるため、社会保障をこれ以上厚くできないのだと聞いています。いわばバブルのつけが医療費抑制として表れているのだと思います。もうひとつ、私の個人的な印象ですが、日本の産業における医療産業の位置づけが小さいためではないかと思えます。日本の医療産業が十分に育っていないために、医療費増をなかなか容認してもらえない。国民医療費がわが国の医療産業に還元されれば、医療費が増えても抵抗は少ないはず。癌や心臓病の薬、カテーテルなどの医療材料を外国からの輸入に頼るのではなくて、もっとわが国で生産しなければなりません。

過去 20 年間、欧米の製薬企業は続々と吸収合併を繰り返し、巨大製薬企業になりました。これは開発研究費の確保が主な目的でした。社会全体で見ると、1 年当たりに重大な病気で倒れる率が低いから高齢者社会になるわけ。極めて緩やかに病気で倒れる集団において、ある薬の有効性を明らかにするという事は、相当な数の患者さんについて調べないといけないということです。高血圧の薬やコレステロールを

下げる薬が心臓発作や脳卒中を抑えることを疫学的に証明すると、世界 50 億人の人口の中で、予備群まで含めて何億人も市場を席卷できるのです。そういうビジネスモデルを国際製薬資本は思いついたのです。そのためには数十億円ときに数百億円もの開発費が臨床研究のために必要で、製薬企業が吸収合併していきました。そこに日本の企業は気づくのが遅く、市場から排除されてしまったのです。

### 医療に市場原理の導入は？

伊藤 アメリカみたいな社会だと、市場原理が機能するというのはよく分かります。ただ、ヨーロッパでも、例えばロシュのような巨大化した企業があります。欧州の医療制度は日本やアメリカと大分違いますよね。にもかかわらず、欧州でも……。

永井 欧州企業もアメリカの企業のビジネスモデルで展開していったと思います。日本の製薬企業は、国内市場が健康保険制度で守られていました。有効性の分からない薬が、出来高払い制度の下で保護されてきたわけです。そうするとどうしても、何十億円、何百億円かけて新薬を開発するというリスクを避けることになります。そのため製薬企業の成長が遅れたのではないかと思います。

伊藤 高齢化が進んでくると、当然国民の医療に対する需要が増えてくる。それを今の財政の中でやっつけていこうとすると、基本的に財政負担の増加につながる。しかし、もしその一部の部分を、例えばもう少し市

場原理に乗っけてあげると、国民の医療に対する需要が増える、健康に対する需要が増えるということは、結果的にマーケットを拡大するということにもなるわけですね。だから、そのさじ加減によって随分将来の姿が違ってくるのかなという気がするのです。

永井 医療制度改革は国民の健康を求める権利に関わります。相当慎重に市場原理の導入を考えないといけないと思います。それよりも、現在の保険制度の中で、医療内容や薬剤の見直しをすべきです。また、医療機関の役割分担や集約化を積極的に考えなければならないと思います。

伊藤 そうすると、現実的な改革策として、今おっしゃったのは、医療にも役割分担があるということで、そういう分類をきちっとして今の制度の改良を図るということですね。

永井 そうですね。医療提供体制をきちんとシミュレーションして、どの程度の規模の病院がどのくらい必要かを提示すべきです。例えば 10 万人に 1 つあってほしい病院、50 万人に 1 つあってほしい病院について担うべき機能を示し、それを維持するのに必要な医師、看護師、コメディカル数を計算して、モデルをつくるべきだと思うのです。それがいまだに提示されていませんね。

伊藤 ところで市場原理と言え、この前テレビでアメリカのスーパーマーケットの店頭で簡単な医療行為を行うということが紹介されていました。あの人たちは医者で

はないと思いますが。

永井 実態はわかりませんが、アメリカの地方ではオステオパシストという人たちがかなりの医療行為を行います。また、病院ではナースプラクティショナーやフィジシャンアシスタントと呼ばれる人たちが何十万人もいて、医療行為を行っています。医療行為を医師にしかやらせないということは、医師の社会的立場を強くすると思いますが、現実には過重労働になります。もう少し多様な人材を活用することを、これからは考えないといけないと思うのですが、これは政治的に微妙な問題があり、なかなか公の議論になりませんね。

伊藤 そうですか。人材の問題といえば、例えば今の制度の看護師さんの中にも、それなりの高度な能力を持っている方もいれば、そうでない方もいらっしゃると思いますが。

永井 現在、看護は医療行為ではないと教育されているようですが、これからは看護師が医療行為を担っても良いと思います。

## 研究開発の必要性

伊藤 でもこれまでの話を伺っていると、高度医療と一般の医療をうまく分けるような機能分担をきちっとやれば、医療はずいぶん良くなるように思われるのですが。高度医療は将来の日本にとっても非常に重要ですが、それは意外と安いコストでできる。全国のいろんな病院を見ると、みんな横並びで均一的に見えるが、それを大規模圏の

中で再構築して機能分担するようになればよい。それから人材のレベルでも、高度医療に近いところを担う方と、日々の生活者に近いところの医療の機能分担をはっきりさせる。このようないろいろな機能分担をすれば、随分違うということですね。

永井 そうですね。もうひとつは研究開発です。日本初の医療産業を起こしていくことが必要です。研究開発資金もアメリカに比べると非常に少ないですね。アメリカのNIH(National Institution of Health)の予算は日本とは桁違いです。アメリカは国家戦略としてライフサイエンスやメディカルサイエンスを考えています。特に最近話題になっているのは、トランスレーション・リサーチです。病気のメカニズムを明らかにしたら、それを診断や治療法の開発へとトランスレートする。このような研究は途方もない研究費がかかります。サポート体制をどうやって確保するかが問題です。医療現場のニーズと技術のシーズを病院の中でめぐり合わせる必要があります。病院にPh.D と医師と一緒に研究する体制が必要です。

伊藤 アメリカではこういうコーディネーターは誰がやっているのですか。

永井 NIH が戦略を打ち出しています。日本でも第3次科学技術基本計画の中で、トランスレーション・リサーチが相当強く打ち出されました。しかしトランスレーション・リサーチばかりに眼を奪われず、きちんと病気のメカニズムを解明する研究をしていかなければなりません。

医療への市場原理の導入は、最後の手段

だと思います。その前にやるべきことがいろいろあります。病院間の機能分担の仕組みをしっかりとつくるのが重要です。

伊藤 例えば医療保険の個人負担を少し上げていくという話は、これはある種の市場原理ですね。負担の限度の問題があるのでしょうか。自己負担はある程度は必要で、それによってモラルハザードを排除するという事は必要ではないでしょうか。

永井 近い将来、国民皆健診の時代になるうとしています。健診率の低い保険事業組合は高齢者医療への拠出金の割合が増えるという話も出ています。予防医学を医療体制に上手に取り入れるということが重要だと思います。

## 大学病院の課題

伊藤 最後に、今大学病院の一番大きな課題というのはどういうところですか。

永井 マンパワーが少ない中で、教育、診療、研究ということをやっていかないとけない。難しいからもうやめなさいという動きもありますが、発想が逆です。医療を広く薄く提供してきた結果、若い医師に負担がかかりすぎたのですから大学病院が教育、診療、研究という本来の機能を果たせるように支援が必要です。現在、大学病院にとって苦しい時期ですけれども、しっかり引き締めてやっていかないと、東大病院ですら淘汰される可能性があるのです。

歴史を顧みると、大学紛争以前の東大病

院は、稼働率 96%で、現在と同じくらいの外来患者数でした。大学紛争の混乱の中で落ち込んで、回復するのに 40 年近く要しました。大学紛争のきっかけはインターンの問題です。2 年間無給で研修せよという無謀な制度が政府から提案されました。反対があまりにも行き過ぎて、大混乱に陥りました。

昭和 50 年代の半ば頃は、3 カ月に 1 回しか予算が来ず、医療機器を購入できないという状況でした。医療制度の改革は気をつけないと、現場に何十年にもわたる影響が出るということです。

伊藤 回復してきた原因はどのようなところにあるのですか。

永井 東大病院でもこの 30 年間、大学病院のありかたについて議論してきました。その議論を経て病院再開発が行われました。すでに第 1 期中央診療棟、外来棟、病棟が完成し、今年第 2 期中央診療棟が竣工します。また、国立大学エージェンシー化の話も東京大学の医学部が最初に動き出しました。従来 of 制約の中では、国立大学病院は身動きがとれないという認識はありました。

もうひとつは、バブル崩壊後の景気対策が追い風となって、東大病院の再開発計画を認めてもらいました。普通であれば文部省は認めてくれない巨大な計画です。それを何とか認めていただいた。財政投融資から 1000 億円を借り入れ、建設しました。現在も債務が 800 億円あります。しかし、平成 16 年度に法人化され、借入金を病院収入の中から返還していかなければならず、非常に厳しい状況です。

伊藤 今日のお話を伺っていて思うのは、最初の話に戻りますが、国民も知らなさ過ぎるし、多分医療関係者の方も知らないですね。

永井 そうですね。医療に関する意見はすべて正論です。しかし断片的な見方の中での正論なんです。お互い批判し合ってばかりいて、全体像が見えないことが問題です。この点については、政府、メディア、医療関係者それぞれに責任があると思います。全体像を示した上で議論していかないといけないと思います。

伊藤 全体像をきちんと出して世間に訴えていく方はあまりいらっしゃらないんですね。

永井 そうですね。やはり利害関係があり

ますので、政治問題になります。まだナイーブな問題なんでしょうね。しかし、一方で、医療の質の向上や医療安全、小児科医や産科医の不足など、いろいろな問題があります。これらを解決するには、ある程度医療機関の機能分担と集約化しかないわけです。そのためには社会の合意が必要です。

伊藤 そうした方向で成功事例みたいなものが出てくるといいのですが。

永井 例えば市民病院と県立病院の合併も始まりました。集約化の動きは少しずつ出ていると思います。

伊藤 なるほど。どうもありがとうございました。

2006年5月8日実施

(編集主幹：加藤裕己 NIRA 客員研究員)

#### 永井良三(ながい りょうぞう)氏 略歴

1974年東京大学医学部医学科卒業、同大医学部附属病院第三内科助教授、群馬大学医学部第二内科教授、東京医科歯科大学難治療疾患研究所客員教授などを経て、99年から東京大学大学院医学系研究科内科学専攻循環器内科教授。2002年同大医学部附属病院副院長、04年4月から現職。

82年日本心臓財団佐藤賞、03年日本動脈硬化学会賞などを受賞。日本内科学会理事長、日本循環器学会理事などを兼任。

政府審議会等では、厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会委員長、厚生労働省薬事・食品衛生審議会医薬品第一部会長、厚生科学審議会科学技術部会委員を務める。

専門は、臨床循環器病学、血管生物学。