

## 日本の医療の課題：「医療の見える化」に向けて

ゲスト 東京医科歯科大学大学院教授 川淵孝一氏

聞き手 総合研究開発機構（NIRA）理事長 伊藤元重

**伊藤** NIRA では、今日の医療について、われわれユーザーの立場から問題の在りかとかそれに対応していくべきか、を集中的に探っていきたいと考え、この分野で活躍されている方々に、このあと続けてお話を伺っていきたいと思っています。そこで今日は川淵先生にお話を伺いたいと思います。

### 「医療の見える化」に向けて

**川淵** 私は今、もっぱら「医療の見える化」ということをやっております、その話をさせていただきます。

**伊藤** ぜひ、お願いいたします。「医療の見える化」で、具体的にはどのようなことを進めているのですか。

**川淵** 私は医療界に入って二十年以上になります。今は、たまたまアカデミーの世界にいますが、事務職として病院に勤めていたこともあります。そこで痛感するのは、一般消費者から見て医療界は非常にわかりにくいということ。サービス業でいうなら、お客にとって自分の買うサービスがどんな内容かがよくわからないという状態なのです。「情報の非対称性」があり、消費者がどんなに勉強してもそのギャップをなかなか埋められない。しかし、そうは言っても、医療もある意味でサービス業ですし、誰もが保険料を強

制的に払わされているわけですから、少なくとも病院を選べるとか、医師を選べるとかいうことは必要だと思うのです。

**伊藤** そうですね。

**川淵** 情報ギャップを埋める努力を特に医療界は怠ってきたのではないかと思うのです。例えば医療に関する広告規制があります。最近、規制緩和しましたが、一番肝心の「私はいいい医師ですよ」という広告はできないのです。

**伊藤** 病院や医師の評価に関する本は世の中にたくさんありますが、あまり当てにならないのでしょうか。わが家にも単行本が 10 冊ぐらいあります。

**川淵** 「ランキング本」と言われますが、このような本が売れるのはそういう情報がないからです。週刊誌でも医療のランキングをやるとすごく売れるそうです。私も書かないかと言われるのですが、肝心のデータがないのが現状です。医療経済学は、ミクロ経済学の一つですので患者の個票データが不可欠です。

**伊藤** そうでしょうか。データに語らせるということですね。

**川淵** 医療界にはデータがあるようでない。したがって、東京大学と医科歯科大学付属病院のどちらが医療の質が高いのかよくわからないのです。

**伊藤** データがないというのは、規制で制約されているとか、意識的に押さえられてきたとか、そういうことなのでしょう。

**川淵** これまでデータといっても、あるのは国が公表するアグリゲート（集合）データだけです。伊藤先生の前で釈迦に説法ですが、われわれが欲しいのは、個々の患者データです。しかし、個票のデータがわが国に非常に少ない。これは医療界だけではないですね。

### デジタル化が進む先進諸国の医療データ

**伊藤** 医療に限ってですが、海外のほうがそうした個票のデータはあるのですか。

**川淵** 国によって少し違います。アメリカには、AHQA (Agency for Health Care Quality Assurance) という、厚生省の直轄研究所あり、そこが医療費のデータを整備しています。日本でいえば、今の国立保健医療科学院というところでしょうか。

**伊藤** 公的な施設なのですね。そこではどのようなデータを集めているのですか。

**川淵** アメリカは 1983 年から、DRG(Diagnosis Related Group)という定額払いを導入しています。そこで出てくる請求データ（英語ではクレーム・データ）を医療機関別に回収しているわけです。例えば「がん」患者ですと、年齢はいくつ、ステージング（がんの進行度）は何、どういう治療を施したかという処置・手術コードや、亡くなられたかどうかという最終結果（転帰）もわかります。そういうデータが全部、デジタル化され個票として存在するのです。その結果、病院比較を行うと、かなりのことがわかるのです。

**伊藤** そのデータには誰でもアクセスできるのですか。

**川淵** われわれも、AHQA にはアクセス可能で、アメリカと日本とどちらの病院の医療の質が高いのか、データをもとにマイクロベースで議論できるわけです。例えば治癒率とかかったコストを比べれば、質の高低がすぐわかります。

**伊藤** アメリカがそのようになったのはいつごろからですか。

**川淵** 1983 年からその制度が導入され、粛々とデータを蓄積してきました。90 年代に入ってそれを一般公開しました。アメリカに続くというので、今、ヨーロッパでも、個票データの集積を進めています。さすがにわれわれ外国人の研究者には貸してくれませんが、国内ではけっこう使われています。

**伊藤** アメリカの場合、極端に言うと、日本でいう『週刊朝日』や『週刊文春』がプロジェクトを組んで、お話のような個票を買って、それをもとにランキングをつくって公表してしまうことも問題なくできるわけですね。

**川淵** 問題ないでしょうね。アメリカに行くと、医療については様々なランキング本があります。一時は連邦政府・厚生省もランキングをやっていたのですが、これには医師会等からクレームがつきまして厚生省はやめました。ただ、一部の州政府やブルークロス・アンド・ブルーシールド (Blue Cross and Blue Shield) のような民間保険会社は活発にやっています。それから、90 年代にはカイザー・パーマネンテ (Kaiser Permanente) といった大手のマネイジド・ケアの会社がランキングを開始しました。また、これを一つの事業としている会社もあります。

**伊藤** 事業として採算が合うということですね。

**川淵** データがあれば事業として成立します。



伊藤元重  
NIRA 理事長

## デジタル化に遅れた日本の医療データ

**伊藤** 日本ではそうしたデータはまだまったくないと言ってよいのですか。それとも少しは出始めているのでしょうか。

**川淵** 現在、データとしてはようやく2種類出てきました。一つは「レセプト」といって、医療機関が保険者に医療費を請求するときのデータです。国はどんな病気で、いくらかかったという請求書を2011年までに電算化しようとしています。

**伊藤** これは基本的に、全部の保険についてですか。

**川淵** そうです。現在は医療機関がコンピュータで打ち込んで、それを紙で打ち出し、保険者に請求しています。それをわざわざ紙に打ち出さずに、そのまま伝送するようしたらという構想です。

**伊藤** それを使えるようになるかという制度の問題はありますが、極端に言えば、制度の問題さえクリアすれば、これを使うと日本中の医療機関、大病院から中小の診療所まで全部の医療の質がわかるということですか。

**川淵** わかります。メタボ健診がこの4月から始まりましたね。これも企業の従業員のレ

セプトデータと、メタボの健診データをリンクすれば本当に医療費が2兆円浮くのかどうか検証できます。

**伊藤** サンプルで計算できますものね。ただ、今のデータを使って、例えば特定の病院、A病院とB病院を比較するということはまだできないですよ。

**川淵** 実は、それをやるのではないかというので、これまで医師会の先生たちはずっと反対してきたわけです。レインボーシステムとか、レセプト電算システムとかいろいろな試みがあったのですが、どれも頓挫しました。最近はやうやく医療の標準化が世の中の流れになり、医師会の先生も渋々ながら呑んだというところですよ。

**伊藤** レセプトがそのような形で使われていくものと、かなり期待してよいのですか。

**川淵** 期待はしていますが、データの様式を変える必要があります。例えば韓国でもこうした取り組みを進めているのですが、わが国と根本的に違う点は、韓国では病名や手術・処置行為を全部コード化している点です。

**伊藤** 全国共通の病名コードなのですか。

**川淵** そうです。日本はまだ、病名コードの統一化がなされていませんから、これを基にしてIT化といっても似て非なるものです。

**伊藤** コード化できなかったのは、標準化するようなリーダーシップをとる組織がなかったということなののでしょうか。

**川淵** Medisという外郭団体があるのですが、いまひとつ力がない。

**伊藤** 昔、百貨店業界でも、ある百貨店の本店とどこかの支店の商品コードが全部違っていたというお粗末な話があった。この種の話はあちこちよくあることで、医療界もそうなのですね。医学会とか、あるいは政府が、コードの標準化を推進するような組織の重

要性をどこまで認めて推進するかということですね。そして、それにはある程度おカネをかけないと……。

**川淵** そうです。厚労省と経産省がおカネを出し合って、外郭団体を作ったのですが、そこがもうちょっと頑張ってくれればと思っているのです。

**伊藤** 日本でも集積され始めたデータの二つ目は何でしょうか。

**川淵** 疾患別定額払いのデータです。アメリカではDRG(Diagnosis Related Group)といいますが、日本では和製英語でDPC(Diagnosis Procedure Combination)とあって、2003年4月から大学病院の本院から同制度の導入が始まりました。疾患別定額払いとは、例えば「がん」でしたら、投薬、注射、検査、処置、画像診断については一定の金額しか支払わないという方式です。その金額の範囲内で、患者さんと医師がどういう治療を行うのかを自由に相談して決めることができるというメリットがあります。

**伊藤** これはどこまで広がっているのですか。

**川淵** 病院数で1400、病床数にすると45万床。今、日本では一般病床の数が90万床あるので、その半分はこの方式を導入しているわけです。個票にすると厚労省には、364万症例の患者データがあります。突合したり、コーホートで分析すれば、大変に大きなデータベースになります。これを我々研究者にも貸してくれと言っているのですが、なかなか国は貸してくれません。患者名は匿名化されているので、個人情報保護法には触れないはずですが。

**伊藤** 何となく大学の入試センターのデータでも、ありそうな話ですね(笑)。

**川淵** これを使えば、例えば将来の医療費推



川淵 孝一氏

東京医科歯科大学大学院教授

計も可能です。経済財政諮問会議が言っている医療のムダの抽出もできる。空しく言葉で言うのではなくて、こういうところがムダではないかと「見える化」できると思うのです。

**伊藤** 「レセプト」と「疾患別定額払い」のデータがもし両方とも公開されたら、データの量とか質でいうと、どちらの方が使いやすいですか。

**川淵** それは後者です。なぜかという、後者では例えばがんだったらステージングといった患者の状態像もわかります。急性心筋梗塞ではKillip分類とあって、患者の重症度がわかります。しかも、診療行為の中身も全部わかるのです。ですから、一番「見える化」に使いやすいのが後者です。それだけ病院が、手弁当で手間ひまかけて出しているわけです。せつかくあるのに、それをなぜ研究者に公開しないのでしょうか。

## 医療の「質」をどう保障するか

**伊藤** 理想的に言えば、自信がある質のよい医療機関ほどデータを出してくれて、データを出したところは一般に比べて水準が高いのだという印象を与えてくれれば、それがイ

ンセンティブになるでしょうね。自信がないところは当然、抵抗するでしょうから。

**川渕** それが難しい。病院の場合は人気が出てくると、患者さんが大勢来ます。ところが働いているドクターたちは固定給をベースとした勤務医です。そうすると開業医のように多くの患者を診る経済的インセンティブはありません。勤務医にとってはそんなに大勢の患者さんに来てほしくないというのが本音です。「頼むから病院名を出さないでくれ。ただでさえいっぱい来るのに、もっと来ちゃうじゃないか」と言うのです。

**伊藤** どうしたらいいと思いますか。

**川渕** 名医といえども一定の適正な症例数を超えると、我々の推計モデルでは死亡率が高くなってしまいます。見るべき患者さんの数が多くなり過ぎれば医療の質は落ちるということです。質の高い医師を養成するトレーニングセンターをつくって「名医」の数を増やすしかないのではないかとということで、今度、神戸に新しい病院ができます。その中心におられるのが田中紘一先生で臓器移植で非常に有名な方ですが、「もうそこそこ歳をとったから、自分の臓器移植の技術を教えたい」ということです。病院の横にトレーニングセンターをつくり質の高い医師を養成するというわけです。多分そういう話がこれから増えてくるでしょう。神の手が一人だけとすれば、患者さんはそこに集まってしまいますから。

**伊藤** 評価を見て人が集まってきてしまうというのは、非常に厄介ですね。供給を増やすかあるいは価格でコントロールするか、ということになるわけですね。それともう一つ、アクセスを制限するという手があります。つまり、誰でも来てしまうと困るので、京都の苔寺のように来る人を制限するということ

は、難しいでしょうか。

**川渕** 医療の場合、国民皆保険制度をやっていますから、アクセスは自由。そこは極めてしんどいですね。

**伊藤** 例えば東大病院でも虎ノ門病院でも、誰でも来てしまいますよね。そうすると、皆さん忙しくなってしまう。けれどもよくみると、中には何も東大病院まで来なくてもという方もいる。誰でも入れてしまうと、結局、一人一人の受ける医療のクオリティが下がってしまうことも事実です。すると、価格を使うのが一番早いということも考えられます。

**川渕** 価格の差別化は一つ手だと思います。現に紹介状なしで200床以上の大病院にかかった場合は、選定療養という自己負担を徴収することが認められています。

**伊藤** ただ、いい先生に高い料金を出しても、ペイしないということもあるでしょう。つまり、ある程度の症例数を超えてしまうと、医療の質が落ちるとすれば、いくらおカネをもらっても質が落ちてしまっただけは意味がないです。

**川渕** 問題はフリーアクセスです。わが国はどこに行ってもいいという形でやってきたので、フリーアクセスに慣れ親しんだ国民に対して、明日からアクセスを制限することは、政治的にはしんどいですね。

**伊藤** 先日、中国の医療のテレビを見ていて考えてしまいました。中国の医療の状況はもともと非常にひどい。そこに同仁病院のVIP病棟が出てきた。これは金持ちのカネで金持ちの患者だけを対象にする。テレビのイメージでは、金持ちが金持ちのために病院をつかって、貧乏人は対象外だからひどい話ではないかと言うのですけれども、もしVIP病棟がなかったとすると、結局、貧乏な人々が行っ

ている今までの病院しかないわけですから、VIP病棟ができたことによって何かが悪くなる話ではないのだらうと思うのです。日本の医療はもともと一定の水準には達していた。そこで全部同じ質の病院だけしかないという状況から、場合によっては、少し料金は高いかもしれないけれども、今までより一歩先のクオリティの病院をつくるというのは、日本では一つの選択の方法だらうと思うのですが、やはり政治的に難しいのでしょうか。

**川渕** 中国へ行くと、ああいうVIP棟がたくさんできています。同仁病院はその一例です。市民病院ですが、日本と違うのは国からの補助金がまったくないこと。改革開放の下で独立採算制が基本です。そこで考えたのが、VIP病棟をつかって新たな収入源にするということです。

**伊藤** けれども、お金持ちが高いカネを出して行っている方の収益の一部が、たぶん市民病院のほうに還流しているわけですよ。例えば、それで同仁病院の一般病棟でも朝の3時から並ばないと診療を受けられないという状況が少しでも改善される。そうであれば、プラスの効果も非常に高いわけですね。

**川渕** タイのタクシン政権がやった30パーツ・ポリシーもまったく同じです。タイは今まで国民皆保険はなかった。それで何を考えたかという、30ぐらいの病院は、アメリカの医療の質機構の認定を受け、そこで外貨を稼ぐという方式。稼いだ外貨を庶民向けの病院に還流させたら所得移転ができるということです。こうして、庶民は30パーツ、300円で医療が受けられるようにしたわけです。一つの考え方だと思います。国民皆保険制度もそうなのですが、結局、負担が立ち行かなくなってきたときに、誰が払うのかという問題に帰着します。みんな払いたくないわけで

す。そうすると、考え方としては、富裕層をターゲットにした病棟をつくって、そこで得たおカネを地方の貧困層に還流するという方法です。そのためにはサービス業に徹した病院をつくる必要があります。今、アジア諸国で「Medical Tourism（医療旅行）」がさかんなのはそのためです

**伊藤** 本来はそういうふうにしていくと、マーケットはもっと広がります。経済学の議論では、ある財またはサービスの需要曲線があるときに、高くても利用する人もいるし、安くないと利用できない人もいます。それを全体の共通価格にしてしまうと、一番低いところでおさめなければならないから、あまり収益があがらない。むしろたくさん出す気のある人からはたくさん取ってもらおうと、逆に一般の人たちにもよりレベルの高いものが提供できるということです。先程の話に戻るのですが、情報化で医療機関の競争が出てきて、いい評価のところへ患者さんがどんどん殺到したときには、価格で調整するか、医者を増やすかです。両方大事だと思うのですが、アクセスの制限を既存の仕組みの中で行うのが難しければ、最初からある程度アクセスを制限して、しかし、ベストプラクティスを求めるような医療のシステムを入れていくというのが、多分必要なのだと思います。

**川渕** 東大病院は今、非常に面白いことをやっていて、個室の数を増やしましたよね。その際、個室に入れない人はどうするのか、いや、そもそも東大病院はそういう病院でいいのではないかと、いろいろな議論がありました。その後どうなったかを検証したら面白いと思います。構造改革特区は今、下火になりましたが、何か少し新しい試みがあったいいのではないかと。

**伊藤** アメリカなどは最初からかなり自由

で、民間が入っていますから、いいか悪いかは議論がありますが、いろいろなグレードの病院があります。日本ではなかなか難しいですか。

**川淵** 日本人は、表向きは格差をつけるのを許さない国民です。だから、ヤミ市場が生まれます。その代表例が「謝礼」です。全国で「謝礼」として医療機関にいくら支払われているかを調べたところ、おおよそ3,300億円ぐらいと推計しました。全医療費の1%です。チップが1%と考えると安いのではないかとは思ったのですが、この金額が『日経新聞』の記事になり、私は日本医師会からひどく叱られました。ヤミは確実に現存しますが、表には出てこない。しかし、本来、ヤミで解決する問題なのでしょうか。私が医療の「見える化」を訴えるのはこのためです。

### 「医療の質の見える化」

**伊藤** 「医療の見える化」が、川淵さんが期待されているような方向で動くとしたら、日本の医療を相当大きく変えますね。医師不足とか、麻酔は歯科医がやったらいいとか、対応すべき課題がすぐ出てくるわけですね。

**川淵** 情緒的な議論ではなく、定量分析に基づく議論ができるわけです。本当に不都合があるのかどうか、すぐに分かる。例えば、NTT東日本病院（関東通信病院）と、国立医療センターとどちらがいいのか、ベンチマークができます。

**伊藤** そういうデータを出していくことに関して、皆さん、比較的積極的なのではないですか。

**川淵** 実は、いまの二つの病院は国にDPCデータを出していないのです。彼らの言い分は「何のメリットもフィードバックもない」

ということです。「定額払い」だから、厚労省はやがては医療費をケチってくるでしょう。「ケチられるのに誰がやりますか」ということですね。そこで私が考えているのは、例えばデータを出しただけでも、少し補助金を付けることができないかということです。

**伊藤** データを出すこと自体にインセンティブを付けるということですね。

**川淵** 今、世界で潮流となっているのは、ペイ・フォー・パフォーマンス。パフォーマンスのいい病院に対してはボーナスを出す一種の成果主義です。今の日本の診療報酬の中には、質向上に対する経済的インセンティブがないのです。国民がいい病院といったときには、死亡率の低い病院や治癒率の高い病院を期待するわけです。ところが、病院経営者に聞くと、例えば人件費率がどうか、財務の話しかしません。庶民は経営のうまい病院ではなくて、医療の質向上を要求しているのです。

**伊藤** まったく違う観点ですね。普通のサービス産業、例えば小売業でも、あるいは金融業でも、昔は似たところがあったかもしれませんが。しかし、今はコンシューマー・サティスファクションの時代であり、そのために何をやらなければならないかを考えないと、生き残れないのです。

**川淵** 医療界にも「格付け」が出てきています。フィッチ・レイティングス（Fitch Ratings）や、スタンダード・アンド・プアーズ（Standard & Poor's ; S & P's）は病院の格付け事業に着手しています。そのきっかけは病院債の発行が認められたからです。病院が建て替えや機器購入等にかかわる病院債を発行するときに「格付け」がものをいいます。

**伊藤** 格付け機関でよく問題になるのは、結

局、債券の格付けですから、ある種のダウンサイド・リスク、つまり倒産リスクの評価であって、必ずしも企業のトータルな評価ではないということです。医療の場合はどうなのでしょう。もちろん連動はしていますが…。

**川渕** 彼らの格付けは専ら経営の質に関するものです。もっと言うと、キャッシュフローがきちんと出てくるのかどうか、彼らの主たる格付けの目的です。債権者として見れば自らの資金が返ってくるかどうかのポイントです。しかし、私が今、狙っているのは医療の質の格付けです。

**伊藤** そうなると、もうワンステップが必要ですね。

**川渕** そのときは、制度改革も伴わなくてはいけない。医療の質を上げたら、経営の質もよくなる、つまり儲かるという形にしないと病院はのってこない。

## 「見える化」で改革された医療制度

**伊藤** 先程のペイ・フォー・パフォーマンスですが、例えばアメリカなどはどんなことをやっているのですか。

**川渕** アメリカも最近変わってきてまして、3年ぐらい前から疾患管理による成果主義を取り入れ始めています。医療機関と話し合っていて、心筋梗塞、心不全、肺炎など、5つの疾患で成果主義を取り入れるプロジェクトを進めています。5つに限定したのは成果主義を入れやすい疾患と、そうではない疾患がある。がんですと、転移があるとなかなか助からない。がんはちょっと後回しにしてくれということです。急性心筋梗塞のような1分1秒を争い、システムが問われるところでなら入れてよいと。その結果、5疾患34項目で評価しても良いこととなった。実験経済学の要

素を採り入れて3年間かけて、年間8億円ぐらいの規模でプロジェクトを試行しました。270ぐらいの病院が、ボランティアで参画してプロジェクトチームをつくり、5疾患34項目でペイ・フォー・パフォーマンスをやってみようということになったわけです。

**伊藤** その場合、ペイ・フォー・パフォーマンスに参加するほうが医療機関としてもメリットがあるのですか。

**川渕** 収入が増します。トップ10%に入った病院には、1983年に導入されたDRGという疾患別定額払いによる今の診療報酬にさらに2%上乗せするという事になった。例えばある疾患の償還価格が100ドルだとすれば、102ドルとなります。この2%は大きい。

**伊藤** 良識があるわけですね。そういう制度改革は、アメリカの場合、誰のイニシアティブで始まったのですか。ロビイストとか、消費者支援団体とかが政治的に盛り上げて、ということですか。

**川渕** コンシューマーです。消費者の中から、いい病院が報われるようにしてくれという声が上がった。もちろん医師会は反対です。ただ、一部病院関係者は、「いいじゃないか、やろうよ」とプロジェクトを開始した。例えば入院してから院内感染を起こしたとします。従前のDRGでは合併症ありになりますから、償還金額が少し高くなる。そうすると、「病院は合併症をつくったほうが儲かるのか」「それはやっぱりおかしい」と、みんなそう思っていた。結局、疾患別定額払いが医療費適正化に有益といっても、こうした限界がある。出来高払いにせよ、定額払いにせよ、どこかで頑張った病院が報われるようなインセンティブを入れなければ、国民の賛同は得にくいということでしょうね。

**伊藤** その場合、合併症を実際起こしたよう

な病院がプラスにならないように、仕組みを変えていくわけですか。

**川淵** 去年の10月に米国のDRG制度は大きく変わりました。入院前にあった合併症は仕方がないが、入院後に病院がつくった合併症は、病院の責任ではないかということで、そこは払わないという仕組みになったのです。

**伊藤** 極端なことを言うと、うなぎの産地偽装ではないけれども、現場でデータを改ざんしてしまうといったことが起きた場合には、非常に厳しい罰則があるのですか。

**川淵** アップコーディングというのですが、それで捕まったのが、アメリカで一番大きい株式会社の病院チェーンのHCA コロンビアなのです。日本医師会でも「そらみたことか。株式会社を認めるとああなってしまうのだ」という話になって、今、日本の規制改革会議でも病院の株式会社化の議論はちょっと頓挫しています。

**伊藤** しかし、それは、株式会社の問題というよりも、捕まって、それが社会的に表面化したということが、むしろアメリカの健全さの表れなのかもしれませんね。

**川淵** そうですね。リチャード・スコットというHCA コロンビアの会長も刑務所に入りました。そこがアメリカのすごいところだと思います。「どうやって不正を見つけたか」というと、その病院がつい最近、買収されて、買収前と買収後で合併症率がずいぶん変わった。それをデータで見つけたのだそうです。抜き打ち的に監査が入って、カルテをチェックしたら、明らかにアップコーディングだった。やはりデータが物をいう。

**伊藤** そういうチェックは医療が一番できそうですね。つまり、明らかに異常値と思われるデータが出てくると、その病院によほど特殊な患者さんが来れば別ですけども、一

般的にはおかしなことを暴いていくきっかけになりますね。

**川淵** そうなのです。今度、第三回医療経済学会があるのですが、興味深いのは日本を代表するような10の病院で、胃がん手術に伴う院内感染率を調べたところ、20%もあることがわかりました。私たちのデータベースだと0.74%しかなかったので、こうした病院もアップコーディングをやっているのかもしれない。

**伊藤** それは統計的には大変に有意な数字ですね。逆に同じ病名について、アメリカでの合併率がどうなっているかを見ても面白いでしょうね。国際比較ができますものね。

**川淵** グローバル・ベンチマークができると思います。実際、韓国も台湾も、日本に遅れて国民皆保険制度を実施していますが、こうした国の方がデータが揃っています。

**伊藤** 単にデータベースを揃えるだけではなくて、ペイ・フォー・パフォーマンスとか、いろいろなものを含めてみたときに、そうした流れは少しずつヨーロッパ、あるいはアジアにも波及しているのですか。

**川淵** 波及しています。アジアでも、個票データを使った定量分析は当たり前になってきました。どうして日本だけいつまでも情緒的な議論をやっているかです。データさえあればどんどん分析してあげますよという経済学者が出てきたわけです。

### 医療の根拠としてのデータ： データの分析に必要な倫理

**川淵** 朗報はクリニカルガイドラインの普及です。医者たちは一応、一定のガイドラインに従って医療をやっていますが、実態はまだまだです。例えば第4期の末期がんの患者

さんは、普通は手術の適用はありません。でも、データを見ると、3割の病院が手術をやっています。それを院長クラスの方に言うと、「そうか。俺の病院はどうだ」とお尋ねになる。「先生、院長なのに知らないのですか」と言うと、「そんなこと考えたこともない」という答えが返ってきます。

**伊藤** 結局、個々の医師に任せてしまっているわけですね。

**川淵** そうです。病院長が医療の質をまったくマネイジしていないのです。個々の病院はデータでマネイジしていないので、勘と度胸でやっているようなものです。病院長は毎日リスクマネイジメントの日々だと思えますが、リスクを取るにしてもデータがなければ目標管理ができません。

**伊藤** クリニカルガイドラインというのは、アメリカではかなりよく使われるのですか。

**川淵** 先程、話に出ました AHQA がつくってきました。AHQA は、患者のデータベースだけではなく、クリニカルガイドラインの作成も手掛けてきました。対象としてはがんの他、脳卒中、心筋梗塞、肺炎とか、アルツハイマーなど、30 数種類あります。

**伊藤** 例えば、ある検査や診断で出てきた結果に対してどういう可能性を疑うべきかを、これまでお医者さんは自分の経験と勘でやってきた。それを、今やコンピュータでやるとなると、ただちに必要なチェック事項が出てくるとか、そういうものもあるのですか。

**川淵** それを最近の言葉で言うとエビデンス・ベースド・メディシン、根拠に基づく医療です。データがあると、成功確率とか、あるいはその人の平均余命も計算できます。さらに言えば、遺伝子のデータまであれば、その人の生涯医療費まで推計できるというわけです。

**伊藤** ある意味でちょっと怖い部分がありますね。

**川淵** やり過ぎると、「あなたの寿命は 76 歳までです。」これに保険料率を掛けて「生涯医療費が多すぎですね」ということになります。一つ間違えると非常に怖い話になるのです。倫理の問題もあるので、十分考えなくては行けないのですが、問題は使い方ですね。

**伊藤** 川淵さんのお話は大変わかりやすい。例えば医療行政でも、あるいは政治家でも、そういう問題意識を持ってしっかり発信していったら、国民的な理解を得られるのではないですか。

**川淵** 私は今、草の根運動で「病院可視化ネットワーク」を実践しています。今まで都合 5 回、ワークショップをやってきました。今度、12 月 7 日に第 6 回目を六本木ヒルズで行います。1 回借りると 100 万円ぐらいかかりますから、おカネをためて何とか年 2 回ぐらい、全国の病院長を集めて無料でやっています。一回当たり 300 人ぐらいの病院長が来てくれます。アメリカの一部の病院のように、これが制度を動かす力になってくれば、いいなと思います。ただ最終的には、トップダウンで、経済財政諮問会議とか、社会保障国民会議とかがもっと指導力をもってくれればと思うのですが。

**伊藤** 年金番号とか、納税者番号でもあれだけ抵抗があるわけですから。医療のデータを可視化して使うというのは、日本では難しいですかね。しかし、お話を伺って思うのは、技術革新にはすさまじいインパクトがあって、それを前提に今の医療のシステムを変えていくと、実は今、みんなが不満に思ったり、不安に思ったりしているかなりの部分が解消されるのではないかということです。

**川淵** そうです。医療という話は個なので

す。「私が」とか、「うちの子どもが」とか。遺族の方などはもっとすごい。あなたのデータベースの中にうちの子どもはないのかという質問も来ます。例えば、船橋の救急医療のデータを入手して分析し、船橋市の医療の現状はこうだと発表すると、船橋在住の遺族の方から電話がかかってくるかたりします。

**伊藤** それは分析者がしっかり倫理観を持ってやるしかないですね。

**川淵** その通りです。あくまでも学術目的にしか使用しないという覚書が入っていますからね。

**伊藤** データは個票、ミクロだけれども、分析はマクロというのが一番いい。それが非常に健全なのでしょうね。

**川淵** データは政策提言や病院の質の向上に使うとかが、本来あるべき姿ではないでしょうか。今、医療裁判が増えていて、いわゆる医療水準論で争っています。そのときに、当該病院の医療はどれぐらいの水準だったのか、ほかの病院に比べて劣っていなかったかどうか争点です。中にはうちの病院は水準が低くないという反証にデータを使いたいという要求もあります。わかってきたことは、多くの病院は自分のデータなのにうまく使い切っていないということです。他病院と比べたことがない。つまり他流試合をしていないし、ベンチマークもしていないから、自分の病院の水準が高いのか低いのか、どの診療科の水準が高いのか低いのか本当のところはわからない。だから、非常に不幸なことが続いています。そのためにもデータは使えると思います。

### 「見える化」でデータを踏まえた制度設計を

**伊藤** 先程から「見える化」のいくつかの具

体的な事例を考えてきたのですが、ほかにも何か「見える化」できそうなことがありますか。

**川淵** 「見える化」をやっている心配になるのは、わが国の国民皆保険は一体いつまでもつのかということです。医療の技術進歩が著しい中で国民はいくら払う必要があるのかを証明する必要があります。場合によっては消費税の引き上げが必要かもしれないし、保険料の引き上げが必要かもしれない。あるいは民間保険で手当てする必要があるかもしれない。そうした議論をする時期に来ていると思います。ところがあまり議論が煮つまらないのは、医療の技術革新に関するデータがないからです。例えば今、私は重粒子治療の費用対効果を研究しているのですが、こうした新技術を保険適用したらいいのかどうかというルールがまったくないのです。

**伊藤** 重粒子治療はすごいらしいですね。あるメーカーの機械があまりにすごいために、アメリカの医薬品業界は、特にがんの薬が売れなくなるのではないかと非常な危機感を持っていると聞いたことがあります。

**川淵** 重粒子治療のコンセプトは“ゴルフをしながらがんを治す”というのがキャッチフレーズです。これまでの悲壮感みなぎるようながん治療からはまったく考えられない治療法です。今までの放射線治療とは、寛解（少しよくなること）はあっても、完全にがんをなくすことはできなかった。これに対して重粒子は完全にがんを根治します。そういう点では画期的です。しかし、1回に320万円もかかります。

**伊藤** 重粒子を保険適用したらいいかどうかという話も、今言ったようなコスト・ベネフィットでできるわけですね。

**川淵** そうです。誰もが自分が受けている治

療法を保険に入れてほしいと思っている。しかし、国にこれを保険に入れるか入れないかというルールがまったくない。どれを保険に入れ、どれを入れないのか、声の大きいものが優先される。費用対効果分析によるルール化が必要なのではないのでしょうか。

**伊藤** 例えば重粒子治療という画期的だけど、非常にコストが高い治療方法があるとして、将来のコストがどこまで下がっていくかというシミュレーションをやってみるといふこともある。

**川淵** 前立腺がんの治療として、重粒子、手術、ホルモン療法、これまでの放射線治療、待機療法の五つがあります。ポイントは費用対効果分析の観点からどれがベストか。現行の医療費 33 兆円で足りるのかどうか。もしかすると民間保険でいいではないか。

**伊藤** 重粒子にも効くような民間保険はあるのですか。

**川淵** あります。しかし、代わりに風邪薬や湿布薬を保険対象外にする選択もありますね。

**伊藤** 確かに風邪薬などは薬局でも買えるのに公的保険で見る必要はない。しかし、先生によっては、風邪は万病のもとだからという人もいます。保険の免責制度を入れたらどうかといたら、いや、病院に行くのが病気を発見する一番いい方法だからとおっしゃっていました。

**川淵** 私は、昔、処方薬か DTC 薬かの選択に関する研究をやったことがあります。日本国民は意外に賢い選択をしていることがわかりました。一定のガイドライン（例えば熱が 37 度以上ある時は病院に行ったほうがいい、そうでなければ薬局でいい）に従って調べたら、日本国民の 99%が賢明な選択をしていました。だとすると日本にセルフ・メ

ディケーションという考え方も導入していいのではないか。保険免責制の導入も、政治的に結構きついと思いますが、議論する余地はあると思います。

**伊藤** それもいま言ったようなデータを集めて「見える化」することによって、制度変更とか、制度設計のようなものにも使えるということですね。

**川淵** 提言できます。先程申し上げたように医療機関同士のベンチマークが進めば、おのずと今、ムリとかムダとか言っているものが見えてくるのではないのでしょうか。そうすると将来的に必要な医療費はいくらなのかという推計ができます。そこが今の日本で一番欠けている部分だと思います。

**伊藤** そうですね。目の前の結果としての現象を見て、例えば医者が少ない、大変だ大変だとおろおろしていますね。根本のところに戻って、ではどういう基盤の上に今後の医療制度をつかっていったらいいのかと議論するとき、データを使わないともったいないですね。データを使うとモラルハザードがあるのかどうかとか、それも検証してみればよいわけです。アメリカでは社会実験のようなことが出来るのですか。例えばこういうふうに変えたら、どう反応するかというので、うまくいけばそれをほかに広げるし、ダメであれば戻してしまうとか。

**川淵** 先に申し上げたペイ・フォー・パフォーマンスがまさにそれなのです。いわゆる社会実験です。米国は年間 8 億円かけてこれを行っているのです。私もそれをやってみようと思ったのですが、カネが容易に集まらず断念しました。しかし、医師は経済的イニシアティブで動くのかどうか、いくら付けたら動くのかとか、あるいはどう付けたらいいのかは私の研究テーマです。こうした実験はアメ

リカでは今、結構行われていますが、日本ではまったくやられていません。

**伊藤** インセンティブというのは大変重要ですが、微妙ですね。救急車をタクシー代わりに使うという問題があって、それでは救急車を有料にしたらいという議論がありますよね。ただ、いくらにしたらいかというのは大問題です。スティーヴン・D・レヴィットとスティーヴン・J・ダブナーの共著『ヤバい経済学』の話を紹介すると、デイケアセンターに子どもを預けた人の中に、必ず遅れて子どもを引き取りに来る親が2人、3人いるそうです。それでは困るので、遅れたら罰金としてペナルティを課した。そうしたら、そのペナルティが安かったので、今度はみんな安心して遅れる人がもっと増えてしまった。今まではモラルが働いていたから2人、3人しか遅れなかったのにと話です。ですから、救急車をタクシー代わりに使われないようにするには、料金を1000円や2000円ではなく5万円か10万円ぐらいにしなければだめだという話です。医療の現場などもおそらくそうでしょうね。そのインセンティブのつけ方はすごく難しい。けれども、今はそれをやらずに、現場で鉛筆なめているようなことを決めているような感じがします。

**川淵** ミクロからマクロへのフィードバックがないわけです。今は、経済学者が増えてきましたからね。そういう人材の育成をどんどんやったらいいと思います。

### 「見える化」で改革に外からの視点を

**伊藤** 医療費というのは今、40兆円で、このまま増えていくとすると大変な産業というか、活動です。もっと多くの知的なリソースが入ってくるようにしなければならないの

ですが、今は壁があって入れない。「見える化」の一つの大きなポイントは、外からの視点を持ってくることだと思うのですが。

**川淵** そうです。例えばトヨタの「見える化」は有名ですね。トヨタのやっている「見える化」を医療界に持ちこむことができないか、マッキンゼーと共同研究を行いました。聖隷浜松病院という、病院ランキングで常に上位にくる病院を対象にしたところ、院長は当初「手術室がパニックだ」とおっしゃっていました。年間8000例の手術、全身麻酔の手術も5000例あり、確かに多いほうです。しかし実際に手術室に行ってみると、朝8時半から手術をやっているわけでもないし、空いている手術室もたくさんありました。手術室は余っていたのです。本当のボトルネックは病室にありました。病室がいっぱい救急患者が来ても断ざるをえないわけです。実際、データで「見える化」すると、「そうだったのか」と改革の打ち手が出てくるわけです。マッキンゼーはシンガポールやインドで病院コンサルの実績を積んでいます。

**伊藤** 逆に言えば、シンガポールなどはそれをやってもらうことによって、メリットがあるのですね。

**川淵** 彼らにすると、コンサル料1億円払っても、10億円、売上が増えればいいだろうということです。しかし、日本の病院では、なかなかそれを信用しない。

**伊藤** 今まで経験がないからですか。

**川淵** 医療経営コンサルタントはたくさんいるのですが、現行の点数表をどうすれば増収にもっていけるかというタイプが多い。しかし、今の日本の病院に必要なのは製造業の工程管理です。

**伊藤** カーディナルヘルス社は、この5年ぐらい唯一、2桁で伸びている会社です。薬の

問屋さんなのですが、病院の中に入って行って、ムダとかムリ、あるいは病院が困っていることの解決策をどんどん提案して行って、ビジネスを伸ばしているのです。例えばある大病院で、薬の倉庫に山のように薬があつて、しかも、簡単に麻薬や劇薬が盗まれてしまう。そこでどういう提案をしたかという、大きな金属の箱のようなものをつくっている会社を買収して、そこで全部の薬の在庫管理をして、しかも生体認証で情報が全部管理されるというシステムをつくった。その会社の成功の背景の一つには、ITとか、技術革新がある。病院が自分のお金で開発しなくても、力のある中間業者がいれば、こういう形で解決していける。これは今の日本の仕組みの中ではなかなか難しいのでしょうかね。

**川渕** だからこそ、私はほかの業界の人がもう少しわが国の医療界に入ってきてほしいと思います。つまり、他業種で当たり前のことが、医療界ではまだまだできてない。例えば銀行に行ったら番号札を渡され、だいたい何分待つかのかわかる。医療は特殊だとか言っていないで、病院もそういうシステムを取り入れたらいいですよ。

**伊藤** 大病院で診察を受けて、支払いまでどれくらい待つかというのは、コンピュータを少しいじればたぶんできることだと思っておりますが、それをやるインセンティブがないのでしょうか。

**川渕** 人材がないのです。であればもっとアウトソーシングができないかなと思います。

**伊藤** 聖隷浜松病院、あるいは東大病院でもいいのですが、そういうところが先進的な取り組みをどんどんやっていくと、広がっていきますよね。

**川渕** 変わってくると思います。今、(株)ホギ

メディカルという会社とやっているのが、手術室の「見える化」です。日本では、医師の出身大学によって使う機材が違うのです。それならドクターごとに機材を変えるのは無理にしても、ガーゼや縫合針は同じでいいではないか。あるところまでは標準化して、あるところからはカスタマイズするというコンセプトがホギメディカルの「オペラマスター」というサービスです。

**伊藤** ホギメディカルとはどういう会社ですか。

**川渕** 東証一部上場企業です。茨城に大きな無人工場を持っており、手術する1週間ぐらい前にオーダーがあれば手術室担当の看護師に代わって手術機材を用意するサービスを提供しています。これが「オペラマスター」です。

**伊藤** なるほど。カーディナルヘルスは、お医者さんのところへ行って注文を聞く。それでお医者さん用のパッケージをつくるのですが、それよりもっと先を行っていますね。

**川渕** 何もかも個々の医師別にパッケージを用意すると高くついてしまうので、極力、ノン・カスタマイズしてコストを削減しようとする取り組みです。

**伊藤** 大学も違えば、例えば盲腸とか病名も違うわけですが、全部やるわけですか。

**川渕** 理想的には、すべてノン・カスタマイズしたいところですが、医局によって使用機材は違いますから、そこは日本の特殊事情です。

**伊藤** 大変な労力ですね。

**川渕** 日本的といえば日本的ですが、今まではこの業務を看護師さんが残業してやっていたので、病院としてもコスト削減につながります。看護師の本来の業務は手術室に入って、機器出しと行って、先生を助けることで

す。明日の手術に使う機材を用意するのは看護師さんの本来の仕事ではない。それは別の人に任せればいいではないか。つまり、看護師さんには看護師さんの業務があり、時間単価も高いわけだから、そういう仕事は、アウトソーシングすれば企業も病院も「Win-Win」になるということです。

**伊藤** 他の業界から医療を見直すということといえば、例えば松下電器の社員さんの多くは、松下記念病院に行く。朝、ちょっと行って検査して、仕事をして、昼にまた行くというオペレーションです。製造業のタイム・シェアリングの発想ですよ。ほかの業界の血を入れてくるとずいぶん違うのじゃないか。

**川淵** 検査会社も、迅速検査という考え方を導入しています。別の日に検査結果を聞きに病院に行くことは、時間もコストもかかります。検査したその日に結果がわかったほうがいい。そこで考案されたのが、迅速検査という検査法です。これをやると、病院に行く回数がどんどん減ってくるので医療費の削減にもつながります。技術革新をどんどん入れて医療費を徹底的に効率化できればと思います。

**伊藤** そういうことを日本の医療のサービス革命として、わかりやすいマニュアルをつくって見たらどうでしょう。

**川淵** いい考えですね。いろいろな産業界の英知を入れれば、医療界は進化するのではないのでしょうか。ただ、どの企業もみんな個々に取り組んでいるので、それをトータルで考える企業や人材が必要ですね。私が今、展開している「病院可視化ネットワーク」にいろいろな企業が入ってきて、みんなが「Win-Win」になっていけば、医療産業の市場規模ももっと大きくなるのではないかと考えています。

**伊藤** とにかく医療のマーケットは大きいです。

**川淵** そのためには蟻の一穴ではないけれども、誰かが穴をあけなくてはいけない。

**伊藤** そういうものができるようになってくると、最後は制度も動いてくるということになるでしょうね。

**川淵** 国が動くのは一番最後だと思いますが、いずれ動いてくると思いますね。

平成 20 年 7 月 11 日

NIRA にて

### 川淵 孝一（かわぶち こういち）氏略歴

東京医科歯科大学大学院教授

一橋大学商学部卒。1987 年シカゴ大学経営大学院修士課程修了（MBA 取得）。1989 年より厚生省国立医療・病院管理研究所（現国立保健医療科学院）医療経済研究部勤務、1995 年同研究所主任研究官、1996 年国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部主任研究官併務の後、1998 年日本福祉大学経済学部経営開発学科教授を経て、2000 年より東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授。主な著書に『医療再生は可能か』（ちくま新書 2008 年）、『病院の品格』（日本医療企画 2008 年）、『第五次医療法改正のポイントと対応戦略 60』（日本医療企画 2006 年）、『日本の医療が危ない』（ちくま新書 2005 年）、『進化する病院マネジメント』（医学書院 2004 年）等多数。2001 年に第 54 回日本医師会設立記念医学大会「日本医師会功労賞」（在任 10 年日本医師会委員会委員）受賞。

\*\*\*\*\*

NIRA 対談シリーズは、NIRAホームページでご覧いただけます。

<http://www.nira.or.jp/president/interview/index.html>

(肩書きは、対談時のもの)

- 第 25 回** 2007 年 10 月 **日本のアジア戦略をどうするか (2) F T A を外交に活用できるか**  
ゲスト：慶応義塾大学経済学部教授 木村福成 氏  
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 26 回** 2007 年 11 月 **分権化時代の自治体経営**  
ゲスト：高崎市長 松浦幸雄氏  
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 27 回** 2008 年 1 月 **地域経済の発展と産業クラスター**  
ゲスト：東北大学教授 原山優子氏  
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 28 回** 2008 年 2 月 **日本のあるべき姿とシンクタンクに期待される役割**  
ゲスト：富士ゼロックス株式会社相談役最高顧問 小林陽太郎氏  
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 29 回** 2008 年 3 月 **新時代の農業を生きる—ある生産者のビジョンとチャレンジ**  
ゲスト：株式会社ぶった農産 代表取締役社長 佛田利弘 氏  
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 30 回** 2008 年 3 月 **サブプライム問題と今後**  
ゲスト：みずほ総合研究所専務執行役員 杉浦哲郎氏  
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 31 回** 2008 年 4 月 **非正規労働の現状と課題**  
ゲスト：獨協大学経済学部教授 阿部正浩氏  
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 32 回** 2008 年 4 月 **人口減少社会における地方都市の現状と再生の道**  
ゲスト：中央大学経済学部教授 山崎朗氏  
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 33 回** 2008 年 6 月 **日本の食と農：新局面と政策課題**  
ゲスト：東京大学大学院農学生命科学研究科教授 生源寺眞一氏  
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重

**NIRA** 総合研究開発機構  
National Institute for Research Advancement

〒 150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3  
恵比寿ガーデンプレイスタワー34 階  
T E L : 03-5448-1735 / F A X : 03-5448-1744  
U R L : <http://www.nira.or.jp/index.html>

©総合研究開発機構 2008 2008 年 9 月発行