

ゲスト

近藤正晃ジェームス氏

日本医療政策機構副代表理事
東京大学特任准教授

聞き手

伊藤元重

総合研究開発機構理事長

No.42

医療資源の 適正配分に向けて

日本の医療資源は4分の1が無駄使い

伊藤 NIRA の対談シリーズでは医療の問題を集中的に取り上げ、できるだけ違ってお立場の方にお話していただき、広い視野から医療の問題を考えていきたいと思っています。近藤先生はいろいろなことにかかわっていらっしゃると思うのですが、どういった医療政策に一番ご関心をお持ちなのでしょう。

近藤 今、大変関心を持っていることが、三つあります。一つが医療の無駄をどう削除していくかということ、もう一つが、医療という大きな成長産業をどのように育成していくかということ、そして三つ目が、いずれを行っていくためにも必要な、医療の意思決定プロセスを変えていくということ、です。

伊藤 三つとも非常に魅力的な政策ですね。最初に挙げられた医療の無駄の削除ですが、日本は主要国の中で突出して無駄が大きいという感じですか。

近藤 日本の医療費は GDP 比でいうと先進国の中でも一番少ないので、無駄の話はされにくいのですが、私の推計では、医療に使われる資源の 25% ぐらい、まだ無駄があります。公費が

非常に厳しくなっている、ここに手をつけようということです。

日本の医療は単価が非常に安い。薬も平均単価が G7 で一番安い。お医者さんの給与や看護師さんの給与も非常に安い。単価が安いのですが、投入量が多いセクターです。かつ、日本人は病気の度合いでいうと世界一健康な国民なので、アメリカに比べて疾病負荷が 27% 低いのですが、疾病負荷当たりの投入量を比べてみると、ほとんど差がない。これを医療の生産性という視点で見ると、大きな課題が二つあると思います。

一つはベッド数が非常に多いという問題です。国民 1 人当たりのベッド数が、アメリカの 3 倍あります。急性患者が入院したときに、アメリカは約 6 日の入院、短すぎるという議論もありますが、日本は 24 日です。長めのヨーロッパでも 11 日くらいです。医療機関数も日本は国民 1 人当たりアメリカの 3 倍ぐらいあります。キャパシティが需要を生んでいる。そこに手を入れる必要があります。

もう一つは、薬の処方量の問題です。同じ疾病当たりの日本の平均的な処方量は、アメリカの 2.3 倍ほどあります。しかし、まずイノベー



伊藤 元重
NIRA 理事長

ションがそれほどないものは、ジェネリック^(注)に切り替えて価格も量も削っていく必要がある。他方で、イノベーションがあるものについては高い価格が付かないために、医薬産業がアメリカに流れ、治験も日本でやらないという問題がある。したがって、一律に価格を下げて量を削り医療産業を縮小するのではなく、イノベーションがないものはもっと削り、イノベーションがあるものにはもう少しきちんとした価格を付けて、メリハリをつけてコントロールしていくことが必要です。

伊藤 日本の医療は欧米に比べて無駄がいくつある。これをしっかり是正することによって、成果がかなり得られるということですね。ベッド数が多いということはよく聞きますが、医師不足だと言われる一方で、ベッド数が多いということについて、もう少し詳しくお話しただけですか。

医療のキャパシティーを組替える

近藤 医師数は実際、地方および産科など幾つかの診療科で不足しており問題なのですが、ベッド数についての議論がとても重要だと思います。高齢者の長期療養は別にして、急患の場合

でも、せっかく病院へ入ったのにあまり早く出されてしまうと病院は親切ではないという一般の認識があります。しかし、病院というのは病原菌のいる濃度が高く、長くいると院内感染のリスクが高くなる。入院日数に関して、日本では医療費の問題として議論しがちですが、欧米では院内感染のリスクを最初に挙げます。病原菌が一番多いところから何とか早く出ることが大事だという認識です。しかし、日本では、入院日数当たりの報酬は徐々に減るものの、基本的には入院日数が長いと収入が増える出来高払いのため、入院日数が長くなる問題があります。大学病院を中心に制度改定が行われ、出来高ではなく日割りの支払いになりましたが、ベッドが空いてしまうよりは埋め続けた方が病院収支には良い状況が残っています。

慢性疾患については治療当たりの支払いを定額にする「包括払い」がずっと議論されています。収入が一定であれば、入院日数を増やすインセンティブはなくなります。包括払いが入院日数にもたらす効果は、世界的にも歴然と出ています。しかし、日本では、キャパシティーがこれだけあり、入院日数が長くても、これを導入していない。自分が入院した際に、医学的にどれだけの入院日数であるべきかを知っている患者さんはほとんどいません。やはり供給側のインセンティブを変えていかなければいけない。ベッドのようなキャパシティーを大幅に削減するという事は、どの産業でも構造的に大きなメスを入れることになります。移行措置も含めて本質的な議論をしなければいけない。

伊藤 少し是正されたものの、旧来の料金体系では、長くいればそれなりに収益が増えるので、インセンティブそのものが、本来医学的に望ましい、できるだけ短い期間、病院で集中的に治療して、あとはほかで療養するということと整合的でなかった。しかし、過剰なベッド数が逆に病院の行動を縛っていて、料金だけでは望ま

しい方向に引っ張っていけない状態になっているということですね。他の産業でも同じような状況が起きていますね。

近藤 日本のサービス業あるいは小売店などとまったく同じ構造です。小規模プレーヤーが多数いて生産性が低い。逆に言うと、小さいものが3倍もあり、そこに過剰なキャパシティーがあるため、制度改革を行いにくい。

伊藤 なかなか難しいと思うのですが、これをやれば劇的に改善されるという方法はありますか。

近藤 まず定額の「包括払い」を入れる方法があります。医療費の問題もありますが、私が気にしているのは、これが人々の健康リスクに直結している問題だということです。日本の院内感染率は社会的にもずっと問題になっており、健全ではない。収益を確保するためにみんなが長く入院していればいいというのは良心的な医療ではない。もう一つはキャパシティーの構造転換です。高齢化社会なので、キャパシティーの組み替えをきっちりやっさいこう。医療のニーズが限定的な高齢者の長期療養を、病院で行うのではなく、ケアを重視した施設で行う形に転換していこうということです。専門家の間ではずっと議論されていたことで、国民があまり知らない中で、2006年に、急に療養病床転換という制度改革を行ったのです。医療ニーズが低い患者さんの長期入院がもうからないように診療報酬を下げたのです。そこで、病院から人が急に放り出されるのではないかということで「介護難民」と呼ばれる社会問題になり、制度自身がゼロに戻った経緯があります。国民への説明と巻き込み方がよくなかった。ただ、方向性としてはそうすることが適切です。

伊藤 これから高齢化が進んでくると、緊急治療というのではなくて、療養のニーズが増えてくるので、ここの部分は非常に大事ですね。

近藤 非常に重要ですし、そのキャパシティー



近藤 正晃ジェームス氏

日本医療政策機構副代表理事・東京大学特任准教授

一の増加はむしろ必要なのです。

伊藤 分けるのは難しいでしょうが、欧米では療養のキャパシティーはかなりあるのですか。

近藤 多様なキャパシティーがあります。医療の機能を若干残しながらも、今のような病院ではなくて、むしろ生活型の療養ホームにそのキャパシティーを本格的に移行させることが第一だと思います。

伊藤 悪貨は良貨を駆逐するというか、本当に必要な治療に対する機能をほかのものが侵略しているために、弱くなってしまうという側面も生まれますね。

近藤 いわゆる療養ホームと病院では求められる医療水準が異なります。それを単価が最も高い病院にキャパシティーがあるために、そこに入院することになる。本来であれば自宅か、より生活しやすい施設に訪問看護が来るのが、ご本人にとっても一番快適です。医療機関のようところにあまりいたいわけではない。コスト的に見ると、病院よりはホームのほうが当然圧倒的に安いのですが、日本ではそういう費用計算に基づく実証研究や政策提言が少ないのです。

医薬品の価格を見直す視点

伊藤 とても大事だと思うのが、薬の話です。もちろんジェネリックのようなものは安く、普及すればいいと思うのですが、日本ではイノベーションがなかなか起きにくい薬価体系になっていますよね。日本は、海外、特にアメリカのイノベーションの恩恵を受けていて、ある意味で、開発途上国と同じような薬のマーケットになっている。どのように改革したらいいのでしょうか。

近藤 イノベーションがある新薬の価格はもっと上げるメリハリのある値付けが必須だと思います。また、おっしゃるように、日本は開発途上国のように米国を中心とした海外のイノベーションの恩恵を受ける構造はあるのですが、一方で日本は先進国で一番ドラッグラグとか、テクノロジーラグがある市場と言われていて、その恩恵ですら十分に受けていません。その恩恵を早く受けるためには、早く承認する、あるいは日本で治験をきちんとやるということが前提になります。しかし、日本の治験は高く遅くて、手間がかかる。それでも以前は日本市場があまりにも重要な市場だったので国内外の企業も日本市場に注力していたのですが、今の欧米あるいは日本の先進的な製薬企業の本音は、日本の市場はプライオリティが高くないということです。この価格付けでは、ほかのマーケットで認可を取りそこできっちり儲けて、日本はもはやセカンドティア・マーケットになってしまっている。後発品であれば、供給があって価格が抑えられればそれでいいという考えもあります。しかし、ドラッグラグというコストがある、イノベーションがある新薬の世界では、G7で最も安い価格というのは誇りではない。イノベーションに対してはきちっとした価格を付けていく必要があります。医薬品は2年に1回の価格改定でとにかく値段をたたけばいい、それ

でもモノは来るという、一種の傲慢さが政府にあるのではないのでしょうか。これは15年前までは通用したかもしれませんが、今後はより市場の現実に対応した制度が必要になります。

伊藤 日本はそこまで重要ではなくなっているのですね。

近藤 それで被害を被るのは、結局、患者さんです。抗がん剤のような生存率に関係する薬が、世界では出回っているのに日本では認可されていない。そのために治療を受けられないというがんの未承認薬の問題が、3年ぐらい前に大きな社会問題になりました。「あの薬がないために私は死んでいきます」というような患者さんが、大きな運動を起こして、がんを中心に未承認薬をもっと早く認可するプロセスを作りました。しかし、そういう例外措置のプロセスとしてではなく、構造的に承認の体制・人員・価格などを変えていかないと、本当の意味での解決にはなりません。

伊藤 先進的な薬が日本に入るのに時間がかかるというドラッグラグについて、一般に言われているのは、日本の治験は厳格すぎて時間がかかるということです。それもあるかもしれないが、それに加えて価格体系がイノベーションから見て、低くなっていることの影響が大きいということですね。それを変えていくと、かなり変わってきますか。

近藤 変わってくると思います。治験体制、承認体制が10年前は最大のボトルネックでした。承認の人数が少ないとか、治験の体制がないとか、解決しなければならない問題はまだ残っています。しかし、今やムードが変わっています。みんなが世界中から駆けつけて、とにかくまず日本でやりたいという市場ではなくなってきた。これは医療だけではない象徴的な問題ですが、医薬品に関してはまずそこに手をつけないといけない。本音では日本はもはやそこまで重要ではないという声を私は、最近よく聞きます。

す。これは価格が大きな要因となる市場の魅力度の問題です。

伊藤 行政はそういう認識を持ち始めていますか。相変わらず安ければいいということでしょうか。

近藤 薬価行政は、薬を安くするという視点が中心で、産業育成という視点が少ない。より本質的には薬を安くするという視点、産業育成という視点を超えて、患者さんの視点が何よりも大切であり、不足しています。世界で最も豊かな先進国の一つで、患者さんが世界の代表的な薬が速やかに手に入らない日本のこの制度には、大きな問題があります。新薬のイノベーションについての価格、承認、治験の改善は、緊急課題だと考えます。

伊藤 イノベーション競争ではなく、価格競争になってしまっているわけですね。不思議なのは、例えば太陽熱での発電機器やハイブリッドは、将来の国民の福祉に資するとして政府は一生懸命補助金を出しているのに、もっと大事な命の根幹に関わるのところだけは叩いていることです。そういった認識がまだ非常に弱いということなのでしょうね。

近藤 弱いです。イノベーションでものを区分けするという見方が、まだ全然ない。全てを2年に1回の価格改定という単一の政策ツールで値下げをしている。ジェネリックを普及させ、過剰な処方量は抑え、イノベーションに対してはきちんと値付けする、そして何よりも、いいものはもっと早く患者に届くようにしようというメリハリが必要です。

伊藤 日本の医療費が財政的に非常に圧迫されているのも、強い要因となっていますか。

近藤 きわめて大きな要因です。その背景があつての価格の抑制ですが、メリハリがないので良い方向に向かっていかない。

医療を成長産業として育成するには

伊藤 医療は成長産業であり、どうやって育成していくかという点については、いかがでしょうか。

近藤 医療は明らかに消費が伸びていく分野で、大きな成長産業です。これをどのように育成していくかという視点が大事ですが、二つ留意すべき点があります。一つは、医療費のGDP比は日本の8%から米国の15%まで幅がありますが、その内の公費の部分はG7でもほぼ同じ水準で7%から9%であるということです。つまり、公費を伸ばす余地は国際的に見てもそれ程なく、伸ばすとすると民間保険を含めた私費であるということ。もう一つは、シンガポールやイスラエルを見ると、医療機関も含めて、医療を競争力のある輸出産業として育てようとしていることです。

伊藤 アメリカは特殊ですが、ドイツやフランスの保険制度は、国民皆保険に近いですね。それでも民間のおカネがかなり入っているのですか。

近藤 日本よりも入っています。今、医療現場が厳しい状況の中で医療への資源の投入をもっと増やせという議論がありますが、多くの誤解があります。日本の医療費は対GDP比で8%とG7で最も低いので、諸外国の医療費の水準まで公費で上げていこうといった議論です。しかし、公費に大きな差はないのです。アメリカですら公費は7%と、日本と同じなのです。ほかの国も、公費で増やせるところは消費税などをあてて一部増やしていますが、同時に民間の部分をどうするかという根本的な議論を行っており、日本でもこの議論は避けて通れないと思います。

伊藤 医療ですから当然、保険が必要になってきますが、民間の保険機関は、こういうマーケットに入ってくるインセンティブを持っている

のでしょうか。

近藤 区分けさえしっかりできれば、産業側にはすぐに商品開発する意図があると思います。例えば「通常の医師なら保険で診るが、専門医に診てもらったら追加料金になりますよ。でも、これをやるための民間保険があります」といったものが、当然あり得ます。医師も、技術が認められて追加料金が取れば、自己投資するインセンティブもわきます。そもそも新人の医師も名医も単一価格ということが不自然なのです。

消費者のニーズに合わせた制度設計を

伊藤 一般的な産業では需要が供給に繋がっていくわけですが、日本の医療の場合はそうならず、公費が先にあり、供給があって、それに合わせて需要を行うという、非常におかしなことになっている。日本の保険制度の中で、民間保険が公的保険を補完する形で拡大していくためには、何が一番大きなネックなのでしょうか。

近藤 医療というのはあまねく全員平等だという理念があります。この理念自体はとて面白いことです。ただ、世論調査をみると、国民は公費が無限に拡大していくなどとはもう思っておらず、平等のいいところは守りながら、部分的に工夫は必要だと考えている。政策当事者よりもむしろ進んでいる。例えば、自分は日中働いているから、便宜上追加料金を払ってでも夜間に診療を受けたいという方が国民の過半数います。もちろん救急の場合は保険料でやるのが適切ですが、追加料金を払って夜間に診療を受けられるものなら受けたいというわけです。あるいは、医師の技術によって差額を払っても良いと、国民の過半数が思っています。薬に関しても、ジェネリック薬が既にあっても自分は特定のブランド薬でいきたい場合には、その差額は自分で払ってもいいのではないかと。ドイツな

どでは、高度な専門医が診療時間の一部で公的保険よりも報酬が高い民間保険の仕事をしていても良いといった制度改革も行っている。要するに、お金持ちだけがいいものを得て貧しい人は死んでしまうというような極論にいたるのではなく、きめ細かいケースで見えていくと、国民の過半数が認めてもよいというような場合が非常に多い。公的な皆保険を守るためには、こういうものを積み重ねていくことがまず必要だと思います。

伊藤 国民の意識の問題が大きいということですが、追加料金を払ってもいいという人が半分出てきても、残りの半分の人が反対すると実現は難しいのではないのでしょうか。

近藤 そうですね。ただ、今言ったような具体的なレベルでは、議論があまり行われていません。経済学から入ってきた議論は、病院の株式会社化とか、混合診療とか、命にかかわるようなテクノロジーを民間のみでやるというものでした。これまでのこうした議論の結果、何か命の軽視につながるというような、民間のおカネに対するアレルギーが医療界でかなり生じています。現場では、小児や救急などで限られた公的資金のみでは困っている方も多い。全部ブランド薬でなくてもいいと思っているお医者さんも多い。患者さんも医療制度が破綻するくらいならやろうというように、民間資金の活用についてもっと建設的な議論が具体的にできる領域だと思っています。個別のところ具体的に議論していけば少し前に進むのではないのでしょうか。

伊藤 これまでのお話に出てきたことは、制度的に法改正を伴う必要のあるものが多いですね。意識の問題とは別に、制度的には何をやっていいのでしょうか。例えば神の手と言われている人の診療費は当然高くてもいい。受験予備校だったらベテラン花形教師の給料は駆け出しのペイペイの何倍ももらえるのですが、お医者さんはそうはいかない。今は平等で単一のサービス、

一律の料金体系になっている中で、本当はもう少し追加的なサービスを受けたいというニーズがあるときに、民間保険を入れていく具体的なプロセスの例を今までのお話の中から挙げてみると、一つは専門医。つまり、非常にオーソドックスな治療以外に医者の特長な能力や評価による特別料金体系をつくる。もう一つは、薬に関して、ジェネリック以外の薬に対してプレミアム料金体系を付けていく。三つ目は、特別な治療に対してもプレミアムを付ける。ほかに何かありますか。

近藤 先程の夜間診療の夜間特別手当のようなものがあると思います。今は夜も公定価格で一律にやっているために勤務医のほうが疲弊・パンクし、患者さんが来ないように、需要側に調整をお願いしているような状況です。

伊藤 配給制度みたいなものですね。

近藤 ライフスタイルが大きく変わってきて、医療制度があわなくなっている。赤ちゃんが夜泣きをしたときに、共働きの方が子供を病院に連れていける時間が夜、あるいは週末しかない。ただ、夜間に働く方も大変なので、そこに追加コストが必要です。勤務医さん、頑張ってくださいとか、ママ、連れていかないでください、とかいう話ではなくて、救急でなくても夜間に診療を受けたい方がたくさんいる。コンビニがスーパーより高いのと同じように、その部分の価格を追加して、払いたい人は払うというのがあっていいと思います。

伊藤 なるほど。そういうものを一つ一つやっていくと、これもできないかという新たなニーズも出てくるでしょうね。経済学的にいうと、結局、プライスメカニズムを働かせるということですね。昔、社会主義時代のロシアの家庭へ行ったら、寒いロシアでは暖房が非常に重要だから使い放題でメーターがない。今の日本の医療制度も、メーター無しで暖房代が高くなったのでどこかで切ってしまうという話ですが、

価格を少し付けると自動的に合理性も出てくるでしょうね。

近藤 そうですね。命にかかわらない領域だとか、コンビニエンスにかかわるものだとか、明らかに質が一定以上のものを求めているとか、そういうところからまず手を入れていく。これをやると命にかかわるといふものは、平等性の理念を直撃するところなので、あとで検討すべきだと思います。

輸出産業としての医療の可能性

伊藤 もう一つの点ですが、輸出産業としての医療の可能性はあるのでしょうか。

近藤 可能性は大変大きい。この視点がないことが、むしろ日本の医療を貧弱にしている。

伊藤 医療だけではなくて、教育も農業もみんなそうです。

近藤 非常に興味深いのは、世界の動きです。例えばアメリカのジョーンズ・ホプキンス病院 (Johns Hopkins Hospital) とかメイヨー・クリニック (Mayo Clinic) という世界的な病院では、収入の2割から4割を外国からの患者さんが占めています。中東や南米など、富裕層はいても医療制度が充実していない地域の医療を全部引き受けてきた。病院側からすると、国の公費とは関係なく全額民間払いというマーケットで収益性も非常に高い。そこで儲けたものが医療機関の中で循環していくわけです。しかし、9・11を契機に、最大のマーケットであった中東からの渡航が少し難しくなった。その結果、中東自身にそういう医療機関をつくらう、あるいはシンガポールが中東もにらんだ形で地域的な医療センターをつくらう、インドも非常に低価格な医療機関としてやっていこうというように、世界中が輸出産業としての医療へと動いています。日本ではこうした視点がなかなか出てきませんが、海外のマーケットできちっとプラ

イスを取っていこうという領域は、先程の平等性に直結する日本の問題よりも議論しやすいのではないのでしょうか。

伊藤 日本の医療機関に、海外、特に近隣のアジアの人を引っ張ってくるというお話ですね。

近藤 そうです。その際の一番大きい壁が治療成績の開示です。海外の人にとって日本での治療を受けるメリットが最も明らかなのは、自国と治療成績の違いが明確にわかるものです。心臓バイパス手術などは非常に治療成績が良い医療機関が日本にあることが、学会の調査などでもわかっています。しかし、治療成績が悪い医療機関もあるために、開示が個別名で進んでおらず、開示の義務化の議論も進んでいない。しかし、治療成績が非常にいい医療機関が、自らそれを海外に対して示していくことは考えられる。心臓バイパスなどは、いい医療機関とダメな医療機関では死亡率がまったく違いますので、中国の富裕層や韓国の方を呼び込んでいけるのではないかと思います。

伊藤 それにより経験が増え日本の技術が上がると、ラーニングカーブのような効果も期待できますし、収益性も期待できます。マーケットが広がると、日本の病院の改革に対するある種のプレッシャーにもなっていくかもしれない。いろいろな可能性がありますね。

近藤 こういう前向きな議論をしていかないと、公的な給付を削りながら負担増にどう耐えるかという、おしんのような産業になってしまいます。医療は最大の成長産業になっていく。公費についての議論はもちろん必要ですが、明るい民間の部分、その中でも平等性を損なわない外需や、国内でも利便性のあるマーケットをつくっていくことが公費を支えることになり、雇用が生まれていく。こうした前向きな医療の議論が、今、一番欠けていると思います。

伊藤 NIRA でも、内需をどう引き上げるかという議論をしています。内需と言った途端に、

日本の中で医療や教育や不動産をどうしたらいいかという話に矮小化してしまいます。マーケットをアジアにという観点を持ち、内需産業も国境を越えていろいろな形でできると考えれば、実はいろいろな可能性が出てきます。特に医療の場合は、日本には比較優位のある分野がたくさんありますからね。

近藤 本当にいい医療機関があります。医師もいい方がたくさんいます。それなのに、アメリカだけでなく、シンガポール、タイ、中国が動き始めている中で、日本だけがかなり立ち遅れているのです。

伊藤 制度的には、どこを変えたらできるのですか。

近藤 実は制度的なものはそれほど大きくない。国内にも関係しますが、治療結果の開示とか、もっと本質的なところに踏み込むことが必要です。いくつかの医療機関が着手していくでしょうし、東京などではそういった議論が進んでいくのではないかと思います。

医療政策の意思決定プロセスを変える

伊藤 最後の意思決定プロセスですが、今までのように閉鎖的な、ごく一部の利害関係者、あるいは役所だけで決める時期ではなくなってしまっているということでしょうか。

近藤 中医協が閉鎖的な意思決定の象徴だと思えますが、医療の価格や資源配分をどうするかを、限られた医療提供者と支払い者で決めています。しかし、特に公費を広げていく、あるいは民間を入れていくといった、給付と負担の問題は、国民的議論を呼ばないといけない。高齢者医療もそうですが、小さいグループで決めたことが引っくり返るということが続いています。国民や患者を入れた意思決定プロセスを医療でどうやってつくっていくのか。世論調査でも、医療に対して意思決定プロセスに対する不

満が一番多く、国民の8割がここを何とかしたいと考えている。

経済成長の中で医療費も毎年増えている中で、追加的に生まれるおカネを関係者でどう分配するのかというのが、中医協のバブル崩壊までの基本的な枠組みで、うまく機能していた。しかし、今日、全体の枠が限られる中で資源配分をどう変えようかという中で、利害関係者が座っているだけではどうしてもまとまらなくなっている。医療の公費負担を増やすか給付を削るかという議論は、国民的に反発が非常に強くなり得る領域なので、そこを開いていかなければいけない。がんの議論がここ2~3年で進んできたのは、この議論に市民やがん患者さん自身が加わったからです。がん対策基本法は画期的で、がん患者あるいは市民代表を意思決定の委員会に入れることを初めて義務化しました。患者さん自身が限られたリソースだったら、こういう資源配分が望ましいという意見を出すと、今のような議論も非常に進みやすくなる。それを厚生労働省がこのバランスでいいとか、提供者と支払い側だけでここは私費でなどという指針を出すと一気に反発が出る。

高齢者医療制度、長期療養病床など、昨今の厚生労働省の諸々の改革は、すべて内部者が決めて施行に移した瞬間に、マスメディアと国民からものすごいバッシングを受けて、完全にゼロに戻すという失敗を繰り返しています。個別の制度を批判するのではなく、決め方や導入の仕方を変えていかないと、医療問題は同じ問題を繰り返すことになります。ブレア首相も、医療費を大幅に増やすという公約で政権を取りましたが、最初に行ったのは、地域ごとに住民と患者が入った医療のモニタリンググループ制を敷き、負担増に対してガバナンスを入れるという改革です。

伊藤 あらゆる予算にいえることですね。具体的にはどのようにするのでしょうか。

近藤 例えば先ほどのがん領域ではすでに突破口があげられています。がんという日本で最大の死因に関して基本法が制定され、市民、患者代表を意思決定に入れることが書き込まれています。その結果、全都道府県の委員会がそれを施行することが求められおり、すでに約30の都道府県が地域医療計画の委員構成を変えています。これは、がんだけが対象ですが、医療全体に関わる医療基本法の議論が進む中で、医療の意思決定プロセスをその中で謳っていこうという動きもあります。がんの例を見ても、意思決定プロセスの改革は抜本的な効果がありました。個別問題から飛び込んでいけばいいと思いますが、問題に飛び込んだ結果がすべて引っくり返っているのが現状です。一見マイナーに見えますが、全ての問題に通じる地味な意思決定プロセスの改革をきちんとやるのが大事だと思います。

伊藤 がんだからうまくいったということはありませんか。つまり、本当の意味での利害関係者は患者さんだと思いますが、医療全体に広げてしまうと、いろいろな方がいらっしやいますよね。がんの場合には患者とか家族の方は、まさにその問題に自分の人生を懸けているわけですから真剣にやると思うのですが、高齢者医療のように失敗した例でうまくいくのでしょうか。

近藤 日本には約1,500の大きい患者会があります。私はがんだけではなく、糖尿病や心疾患など、いろいろな患者会のリーダー育成活動や政策提言支援活動を始めています。患者さんの家族は、とにかく何でも欲しいというのではないです。日本人のいいところかもしれないですが、一方的なエゴで要求するのではなくて、限られた中でこれは欲しい、でもこういう無駄は削ろうとか、自分たちの優先順位をまずわかってほしいということですね。それだけでも資源配分が全く変わってくることが多い。

伊藤 おっしゃるとおりですね。

患者さんも参加して国民的合意を

近藤 負担についても、自分たちのために公費を払ってほしいというのではなく、自分たちも応分の負担をするつもりがある。国民に対して、「こんな現状だから、負担増に関しても理解してください」というのを、政治家に任せるのではなくて、患者さん自身が先頭に立ってやるというように変わっていくべきです。当事者は評論家とは真剣味が全く違う。仮に当事者を入れて議論が多少混乱したとしても、がんに加えて、脳卒中、糖尿病など、大きな疾患から意思決定のプロセスを変えていかないといけないと思います。

伊藤 混乱そのものが、その先につながりますからね。先行事例であるがん対策基本法の場合、全国のがん患者会の人たちの声はどのような形で反映されていくのですか。

近藤 国レベルでは、厚生労働大臣に対し、がん対策の基本政策や予算の重点配分を提言する委員会があります。全都道府県には医療計画を実施する委員会があり、患者、市民代表を一定数入れることが義務化されています。こうした委員会の中に患者代表の方が数多く入り、リーダーシップを取って資源配分を含めた議論を進めています。

伊藤 患者代表の方々が、とてもめなない方向には決まらないということですね。

近藤 決まりません。全体のパイの中で彼らのイニシアティブにより優先順位を変え、資源配分を変えるという意味は大きい。例えば患者さんは、未承認薬の問題にとってもセンシティブです。また、情報開示も重要です。いろいろなキャパシティーの中には要らないものもあるし、おカネが付いている病気の中にも患者さんがあまり重視していないものもたくさんある。それをきちんと開示することによって、がんなどでは議論がだいぶ変わってきています。

伊藤 患者さんの場合、全体の中での優先順位がわかる。しかも、自分たちの制約もわかっているし、自分たちが言えば国のおカネが来るといふ仕組みにはなっていない。

近藤 制約を無視して、国民感情の中で否定されてしまったら、ほんとうの意味で一番痛手を受けるのが患者さんです。その薬が届かなかったり、情報が来なかったりして困るのは彼ら自身なので、決裂してもいいというムードはない。現実的に一步を進めようという、そのマインドが非常に強く、そこは本当にいい。今までも支払い者や利用者代表を入れていこうという議論がありましたが、これらは団体ですから通らなくても次のラウンドがある。しかし、患者さんには次のラウンドがない方がいる。

伊藤 今のお話は、一定の資源をどう配分するかという問題ですが、高齢者医療や医療費全体の最大の問題は、どこまで資源を投入するかという問題ですよ。これに対しても、このメカニズムでうまくいくのでしょうか。

近藤 負担増が必要なことは間違いない。負担増の議論は、患者さんが先頭に立ち、国民の納得を得ることがとにかく必要です。患者会の方々も含めて、負担を受け入れようという大きな方向転換が今、行われています。今までの消費者運動は、給付はもっと欲しいけれども、負担は一切お断りというスタンスだったのですが、医療の受け手も負担増を直視しないとダメなのではないかという議論になってきています。身近なところでは、たばこ税、消費税の議論があります。たばこ税に関しては、実際にたばこで被害を被った方々やたばこ税を負担している方々も含めて、がんの委員会が、国レベル、都道府県レベルで、たばこ税を上げてくれと求めています。そこで負担増の意見を出したのは画期的です。負担増に賛成する意見を利用者が出すという動きが今、出てきているのです。たばこ税は今回見送りになりましたが、たぶんまた

戻ってきますし、景気をにらみながら消費税の議論も必ずどこかで起きてくる。

後期高齢者医療問題は 世代間扶助の議論から

伊藤 最後に、今、国民的に大きな議論になっている後期高齢者医療の問題について伺いたいと思います。75歳以上の方の医療費が10兆円を超えていて、日本の国防費の倍ぐらいあり、あと10年もすると国防費の4倍ぐらいになると言われています。いまのお話を広げて、例えば後期高齢者、高齢者医療の負担をみんなはどう分かち合っていくのかについては、どのような意思決定プロセスで行っていけばいいのでしょうか。

近藤 先日の制度改革は、方向性としては間違っていないかと思いますが。問題は、みんなが知らなかったことと、導入の仕方です。天引きの仕方や、名簿があるのかといった、利用者が一番気にするところに問題があった。介護の改革では、老人クラブの方などが審議会にたくさん加わり、介護制度を適用する際の実際の書式、通知の方法など、ディテールに関して彼らの声がかなり入った。今回は、そういう声が入ってこらず、制度改革という形でおカネのほうから行ってしまったのが大きな反省点だと思います。もう一つ高齢者医療の議論で欠けているのが、世代間扶助についての議論です。高齢者が払うか若者が払うかという形で議論されがちですが、そもそも日本の予算は国債という形で負担を次の世代に転嫁することで成り立っている。高齢者の方の生活も大変ですが、次の世代はさらに人数も少なく、もっと大変です。もしかすると国債返還という形でその先の世代にまで払ってもらっている。そこまで後の世代に、今の医療費を払ってもらわなければいけないのかという議論があまり深まって

いない。日本の高齢者は良識のある方が多く、国債で自分の医療費を払ってもらおうとか、財政赤字の中でもそれを押し切ろうとか本気で主張する方は多数派ではないと思います。予算や財政赤字の実態がわからないために、どこかで捻出できるのだったらやってくれという思いはあると思いますが、その議論がまだ、本当に足りない。この問題も含めてきちんと議論しないと本当の方向性は見出せないのではないのでしょうか。

伊藤 実際、後期高齢者の医療制度が始まったら、確かに細かいところに少し問題は起こってきたのですが、それに遭遇した0.5%ぐらいの方が声をあげて叫ぶと、テレビはその人を繰り返し映す。残りの99.5%の声は何となく潰されてしまう。意思決定プロセスには、政府の審議会だけでなく、ましてや限られたマスコミの中だけではなく、まさに近藤先生が手掛けていらっしゃるように、いろいろな方に参加してもらい世の中の議論を喚起していくことが必要で、そうすればずいぶん違ってくるのでしょうか。

近藤 違ってきます。患者代表には高齢者の団体もありますので、何万人、何十万人の会員の方々の資源配分についての意見が出てくると、優先順位が全体の中でもう少し客観的に示されることになる。あまり重要でないのに、そこに火がつくとそれが重要になってしまい、結局はそのために多くの方の不利益が生じてしまう。国民運動的という少し大げさですが、医療というのは生活に直結する問題なので、これまでと違う意思決定プロセスをつくっていくのが一番重要だと思います。

伊藤 ディテールが大事だということに関連して、日本の場合には、一つでも問題があると、全体を否定してしまうことになってしまう。もちろん、事前に参加者にいろいろなことを見てもらいよりよい方向を打ち出すということはあるでしょうが、同時に悪いことがあったら、そ

れを是正していく遅しさが必要ですね。

近藤 おっしゃるとおりです。特に医療というのは正解がない世界ですので、そういう形でや
っていくことが重要だと思います。

(注) 新薬の特許が切れた後に、他の製薬会社が製造販売
する後発医薬品。成分や効き目が同一であるとして
臨床試験などを省略して承認される。

2008年12月26日

NIRAにて

近藤 正晃ジェームス（こんどう・まさあきらじえーむす）氏 略歴

特定非営利活動法人 日本医療政策機構 副代表理事 兼 事務局長
東京大学先端科学技術研究センター 特任准教授
特定非営利活動法人 TABLE FOR TWO International 代表理事

1990年慶應義塾大学経済学部卒。1997年ハーバード経営大学院修了。
マッキンゼー・グローバル・インスティテュートの中心メンバーの一人として、日本・台湾・
米国・英国・フランス・ドイツ・ロシアにおける国家経済政策を立案。マッキンゼーではグロ
ーバル戦略グループのアジアのリーダーの一人として勤務。2003年、東京大学医療政策人材養
成講座、2004年、特定非営利活動法人日本医療政策機構を設立、運営に携わる。2007年、特定
非営利活動法人 TABLE FOR TWO International を設立。著作に『マッキンゼー 戦略の進化』
(共編著 ダイアモンド社 2003年)。

*NIRA 対談シリーズのバックナンバーは、下記をご覧ください。

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

財団法人 総合研究開発機構
〒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
TEL:03-5448-1735 / FAX:03-5448-1744
URL: <http://www.nira.or.jp/index.html>

©総合研究開発機構 2009 2009年2月2日発行