

医療システムの課題

ゲスト 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授 池上直己 氏
聞き手 総合研究開発機構 理事長 伊藤元重

■ 三つの問題点と取り組み

伊藤 医療の問題が世の中で議論されていますが、いろいろな問題があって部外者にはどこが一番問題なのかが分かりにくい状況です。今日は、池上先生に、今の医療システム全体でどのような問題が一番大きいとお考えになっているかをお伺いしたいと思います。

池上 まず医療システムには課題が三つあると思います。一つは、保険料と税金と患者の自己負担をどのように組み合わせるかという財源調達の仕組みです。二つ目は医療の提供体制で、病院や診療所、介護保険の施設をどのような体制で提供するか。三つ目は、その二つをつなぐものとして、お金をどのような形で流れるようにするかです。お金の払い方によって医療の提供の仕方が変わってくるし、また医療の提供体制を変えるためにはお金の流れを変えなければいけないと考え、私は三つ目の課題に主に取り組んでいます。

第一の財源調達の立場からは、医療費は際限なく高騰し、このままでは維持できないから抑制するべきであると

する一方、二番目の医療提供の立場からは、今の財源ではとても国民を満足させることができないという主張がなされ、二つが真っ向から対立しています。それを解決するうえで、三つ目のお金の流れをどう変えていくかが鍵です。

伊藤 非常に乱暴な話で恐縮ですが、日本は、国民皆保険の下で、医療サービスに対して国民はかなり高い期待感を持っています。他方、供給に対しては当然いろいろな制約がついてきます。年金の場合も、ある時期までは若い人が多かったので、低い負担で高い利益が得られたという時代がありました。年金と医療では問題の性格が少し違つかもしれませんが、供給側に資源制約がある一方、国民が高すぎる期待を持っているとき、料金制度の仕組みを変更することは大事だとは思いますが、それ以上に大きな問題はないのでしょうか。

■ 負担と給付の関係

池上 料金制度よりも、まず、負担と給付の関係が国民には分かりにくいと思います。毎月保険料をいくら払って



いけがみ なおき 氏
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授

いるのかは、勤労者の99%以上は知らないと思います。源泉徴収なので、税金なのか医療保険料なのか年金保険なのかは、とにかく分からない。人々にとって手元に残る金額が多いほどよいが、こうした負担はサービスに対する対価でもなく、損保や生保保険料など反対給付を目的に払っている状態と異なり、ただただお上に召し上げられているという認識を持っているところに問題があると思います。

伊藤 それを修正する方法はあるでしょうか。

池上 今までは国民全員が平等という建前の下に、国が一括して負担の程度、給付の範囲を決めていました。しかし、実態としては医療費の地域格差があり、必ずしも建前どおりではない。国で一括して決めるということは、国に陳情すれば、保険者にとっては保険料を軽減して税に負担してもらうことができます。

一方、従来は国公立病院に関しては一般財源から負担金、補助金をもらえば医療が充実するので、国から予算をより多く取ってくるということが行われてきた。要するに、自分たちの利益にかなっていたことを行ってきたわけです。三位一体改革の中で、事業別の分担金、補助金が見直され、自治体は非常に厳しい状態にあります。ただ、都道府県にとっての医療問題は、県立病院の赤字をいかに少なくするかという以外に関心はなかったし、今の体制のままでは今後も関心がないわけです。都道府県は保険者でなく、国が政管健保の保険者です。市町村は国保の保険者ですが、県の財源調達への責任は補助金、分担金に限られていたのです。

私は、負担と給付の関係を明確にし、公平性を確保するために、国の責任は、住民側の要因による保険料負担の格差を是正することだけに限定すべきであると思います。その際、保険料に最も影響するのは年齢構成です。それは所与なので都道府県がいくら努力しても、高齢者を隣の県に集団移住させない限り構成は変わりません。医療費を規定する地域差の最も大きな要因の一つである高齢化の程度を、「75歳」と「未満」という二分法で調整するのではなく、5歳階級で調整すべきです。

負担については所得に占める保険料の割合(保険料率)が問題です。同じ程度の医療費がかかったとすると、県民の所得が低ければ保険料率は高くなります。国の責任はこれら住民側の要因による年齢構成と所得水準についての

調整です。さらに、過疎地域が多いとたとえ稼働率が低くても救急病院を設置しなければいけないという点、広島などは原爆被害者のために医療費が高い、などの要因を可能な限り調整していく必要があります。

県に病院が多い、医師が多いという点からではなく、住民サイドの要因についてのみ国が補償する。さらに、物価賃金水準の地域補正も考える必要があります。ただ、国の責任範囲はそこまで、県民がそれ以上のサービスの充実を望むなら保険料は上がるし、望まないで保険料負担を軽減したければ下げる。それをマニフェストによって選挙の際に提示することも4月から認められています。統一地方選挙の最大の関心事は、医療や福祉ですね。私は、選挙公約として、保険料負担を上げる代わりに医療福祉を充実するという公約に掲げたほうが、当選しやすいと思っています。

■ 地域の役割

伊藤 今のお話を整理しますと、国の関与をこれまでより限定して、所得格差や年齢構成、その他の地域の差によって生じる違いをいろいろな仕組みを使って国が地域間の調整を行う。それ以上の部分については、どんなサービスを提供するのか、どの程度の保険料を徴収するのかは、基本的に自治体に任せ、それをいわば政治的な公約にすべきだということですね。これを行おうとすると、現行制度ではいろいろ



いとう もとしげ
総合研究開発機構 理事長

な制約があるのですか。

池上 いきなり白地には絵を描けないので、できるところからやるのがよいでしょう。医療費を抑制するならば、まず施設設備の整備計画をきちんとすることが重要です。例えば、大型病院を沢山つくる一方で医療費を抑制しようというのは、全く矛盾しています。今まではフローの面での医療費抑制に主眼がりましたが、ストック面が重要です。施設設備だけではない人員ストックの面が問題になってきます。基本的な考え方としては、医療計画をより実態的なものに変えていくので、これまでの県立病院だから整備するのではなく、イコール・フットィングとして公私の区別なく実績のあるところを整備していく。診療報酬という冒頭にお話ししたお金の流れも、できるところから少しずつ変えていく。いきなり都道府県ですべて決めなさいといっても、それはできません。

伊藤 各地域でそれぞれ自主性を持つことを大きな目標にして、そこに向けてまずストックの設備とか人員についての計画をしっかりと各地域で立てるといことですね。

池上 はい。診療報酬についていえば、こういう場合には医療費を請求しているという条件を提示しており、その疑義をどう解釈するかは、都道府県の裁量が多少あるのです。大枠は同じでも、解釈を少し変えるだけで、現場ではかなり大きな影響が出てくる場合があります。

伊藤 現実問題としては、診療報酬は都道府県の間であまり違いませんか。

池上 まったく違いません。しかし、病院が診療所を開設してよいかどうかは、国の制度としては別に問題ないのですが、いわゆる自主規制についての解釈は都道府県によって多少差があるのではないのでしょうか。もし差をつけるなら「ある」という説明責任が必要なんです。単に現状を守るのではなく、それぞれ議論があったうえでの対応が必要ではないかと思います。

伊藤 よく聞く話ですが、旧労働省管轄の労災病院があり、赤十字病院があり、県立病院があり、私立病院がありと、地域にさまざまな病院があります。国の縦割りの組織がそのまま地方に反映されていて、都道府県が地域全体で医療の計画をまとめるための自主性を持ちうるのか疑問がありますが、いかがでしょうか。

池上 やはりお金の流れを変えることが重要であって、例えば市民病院はそ

の市の財政の中で整備されているし、県立病院は県の財政、日本赤十字社の病院はいずれかから助成金をもらうことがあります。しかし、それを県レベルで統一的に決めるところはありません。都道府県が策定した医療計画は、今まで数値目標は病院のベッド規制しかなく、あとは願望を述べていただけでした。それをもっと実態のあるものにしなければいけないと思いますが、最大の問題点は、何といても都道府県庁の職員、および知事、県議会の当事者能力ですね。47都道府県のうち35以上は、保健福祉部長に厚生労働省から出向した技官の医師が2年間のローテーションで派遣されています。昔の官選知事の時代から嘗々として続いてきた地方自治ではない体制が地方にあるのです。

また、議会も公共事業に対する対応ということが最も大きな課題でした。今までは県庁職員で一番優秀な者が公共事業関係に配属されていましたが、現在はそうした人材を少しずつ医療福祉に配属するようになりつつあります。人材の整備というのは非常に時間がかかるので、人材のインフラが改善されるスピードに合わせて中央からの地方分権を進めないといけません。

伊藤 まさに地方分権で一番問題になっていることが医療の世界でも如実に現れているということですね。分権が大事なことは分かりますが、誰が地域の医療政策を担っていくのかというと、なかなか難しいですね。

■ 国民健康保険と地域の問題

池上 私の勉強不足かもしれませんが、いわゆる革新的知事も、福祉についてはよくおっしゃるが、医療の明確なビジョンを示した方はこれまでいなかったと思います。

話が違いますが、国民健康保険も問題があって、財政規律がない。国保の財源が赤字になると、市町村の一般財源を投入しています。首長として、選挙の前に国保の保険料を上げると落選するから、一般財源で賄おうという非常に安易な対応をしてきました。国保加入者しか便益を受けられないから、それは非常に不公平ですが、そのことが問題にはなっていない。

伊藤 国保加入者以外の人たちが、実態をよく知らないということなのでしょうね。

池上 実は、平成の市町村大合併の際に、最大の衝撃が二つありました。一つは、必ずどちらかの住民の国保保険料が上がることですね。もう一つは、それぞれの市が市民病院を持っている場合、総論としては誰も病院の集約に異存ないけれども、どちらに集約するかは非常に大きな問題になりました。国保の問題というのは複雑で、保険料の徴収の仕方も市町村によって違います。

伊藤 保険料の徴収は市町村に任されているのですね。

池上 はい、任されています。収入に対する控除の仕方も市町村によって違

います。さらに同じ所得があっても、医療費が高いから保険料も高いという以外に、その地域住民の所得が低いから保険料が高いということもあります。リタイアされて年金暮らしの方がUターンで郷里に戻ったら、国保の保険料が倍になって将来計画が狂ってしまったというケースもあります。

伊藤 Uターンの人たちの保険料が倍になるということは、あまり知らないですよ。冒頭におっしゃった医療の負担と給付の問題が非常に曖昧になっていることは、これから知らせていかないといけないでしょうね。

池上 住民として保険料を払いたくないし、患者として自己負担したくない。しかし、錬金術はできない。無駄を省けとよく言われますが、何をもって無駄な医療と判断するかは難しい。結果的に無駄かどうかということは医療サービスを提供する前には分かりません。例えば、高齢者に終末期医療が無駄だとよく言われます。亡くなれば、結果として、治療は無駄だったかもしれないけど、治療によって回復したかもしれないので、無駄かどうか事前には分かりません。

伊藤 先生のお話で斬新な議論だと感じたのは、一般に医療問題というと、日本全体の問題として考える傾向が非常に強いのですが、その本質は地域から考えなくてはいけない、ということです。

池上 そうですね。例えば長期の療養のための療養病床は、全国平均で普通の病院のベッド数の約4分の1です。

しかし、山形県では2割以下であるのに対して、高知県では5割以上です。それぞれの地域の事情の結果であるといえます。理由はよく分かりませんが、医療界では西高東低と言って、北海道は別ですが、西の方が医療費が高いのです。単純な統計で解析すると、医師や医療機関が多いと医療費が多いことまでは分かりましたが、医師や医療機関がなぜ西のほうに多いかについてはよく分かっていません。西のほうから文化が発達したということかもしれません。

私の実感として、医師になってからお金持ちになったというより、地域では比較的富裕な方が医師になって、地域のエスタブリッシュメントを形成している。そういう意味では非常に地場産業的なところがある。逆に、文化などが発達して、原資が蓄積されているところでは医師を輩出していることが多いし、彼らがまた郷里に戻ってくる。また、四国四県でなぜ徳島県だけ医師が多いかというと、戦前からあった医科大学は徳島だけでした。彼らは大学医局から大学の近くの病院に派遣されて、そこで開業するという形態だったので、徳島市に非常に医療機関が多くなる。他の県は比較的最近、といっても40年前ですが、医科大学ができました。私がストックを重視するのは、こうした大学等をつくると、そのインパクトは、5年、10年、20年というタイムラグで影響してくるからです。

伊藤 まずその地域での中長期のストックのようなものをしっかり見据えて、そこを前提にいろいろやるということが必要なのですね。長期の療養ベッドが山形で2割、高知で5割というのは、大きな違いです。地方分権の大きな目的の一つは、地域の違いを見ることによって自分の現状を知ることができることです。それを変えるかどうかは、もちろん地域の人々が議論すればよいのですが、医療は一般の方々の生活に関係が深いにもかかわらず、議論することが難しいですね。

池上 ええ。国で統一的にすると、言葉と概念が一人歩きします。例えば療養病床は高齢者のためにあって、それと急性期の医療を分けなければいけない。概念的にはそのとおりですが、では山形と高知ではその違いをどうするかといっても、国レベルで考えると抽象的になってしまいます。もう一つは、医療圏（医療計画を策定するときの市町村をグルーピングした圏域）ですが、グルーピングの仕方が人口2万~200万まで違いがあります。国が制度をつくるときには、あたかも医療圏というのが実態としてあるがごとく、それを基本に考える傾向があるのです。

この対談シリーズの中（第2回）で東大病院長の永井先生もおっしゃっていましたが、人それぞれ医療に対する特別な思いがあって、その特別な思いで医療全体を語ろうとすることに大きな弊害があります。特に高齢者医療制

度の問題ですが、高齢者というのは心身ともに機能が低下しているから、登録医が全部を見て、そして終末期の医療に対しても、高齢者の特性を踏まえて対応すべきである。それは総論としては誰も異論を唱えないですね。

しかし、個人のレベルで考えると、私が75歳の誕生日を境に、医療に対するの期待が一変するかというと、そんなことはありませんね。制度によってそれを変えるということは、75歳を以って医療の提供の仕方を変えますということになります。国レベルで総論的に扱ってしまうと、個人にとってのインパクトを自分のこととして受け取れない。市町村レベルで医療のビジョンを提示すると、子どもの医療費の自己負担をなくしているところはたくさんありますね。老人医療の無料化もそのようにして広がってきました。財政的なことを考えなければそれでよいけれども、他にやることはあるのかどうかも考える必要があります。オプションを提示したマニフェストにより選ぶという方法が必要です。今はとにかく分捕りの時代ですが。

伊藤 これから医療の問題は、多くの国民にとってますます大きな関心になり、地方自治の政策の中でプライオリティを上げていかなければいけない。要するに一部の役人とか首長に任せるのではなく、住民がそれに対して問題意識を持ち、マニフェストとかビジョンの中に提示していかなければならない。それが池上先生のおっしゃることと理解しました。

池上 それはニワトリとタマゴの関係です。首長や県議会選挙などで選ぶときの基準は何にするか、さらに、県庁の公務員の当事者能力にも依存します。介護保険もうまくいかないという不安もありましたが、実際には一つの地域が成功すると、洪水のように見学に行くというのが日本です。47都道府県が一斉に成功するということはあり得ないですが、一つぐらいはうまくいくのではないかと願いたいのですが（笑）。全部失敗しては困りますが、一つが成功し、そこを見習えばよいのではないかと思います。

伊藤 これから1年、2年でできることは、どんなことでしょうか。住民が医療について意識を持つように雰囲気を高めていくということと、国が握っているものを少しでも地方分権で外に出していくことでしょうか。

池上 アメリカなら国政選挙の大きな争点の一つが医療政策ですが、日本の国政選挙で医療が直接の争点になったことはないと思います。確かに野党に力があつた美濃部知事時代に老人医療の無料化が実現しましたが、負担と給付の財政規律の中で議論されたことではなかったですね。国政レベルでは郵政問題もあり、北朝鮮の問題もあり、消費税の問題もあって、その中で医療はかすんでしまいますね。

伊藤 地域というレベルでは、とても重要な問題になってくるとは思います。

池上 ところが地域では争点になっていないのが現状です。

伊藤 最近首都圏の大病院が、看護師さんを採用しようとする、地方でリクルートしています。おそらく看護師さんにとっても、例えば慶応病院とか東大病院のような大きな病院で働くほうが、チャンスがあるわけです。そうなるとうまう医療の中央集中化が進むという懸念はないでしょうか。

池上 確かにそうですが、問題は、これまで入院医療の質というのは看護職員の数で指標としてきました。つまり、患者対看護職員の数が多い、また看護職員の中での看護師の割合が高いほど看護の質のレベルが高く、医療の質のレベルも高いので、医療保険においても高い点数で支払ってきました。医療機関が7対1(患者対看護師数)の採用を行うことに躍起になるのは、それによる人件費よりも7対1の点数のほうが高いからです。人数が多ければ多いほど質は高いという前提については誰も事実として検証していないし、どう考えても新卒の看護師ばかりがたくさんいても、看護の質が高いと思えないですね。つまり、本当の意味での医療の質の評価ということが課題だと思います。

■ 医学生の職業意識

池上 次に、医師の問題として、イギリスの場合、医学部への入学者の半数は、将来専門医ではなく一般医になると言っています。卒業の時点でも一般医としての研修を選択しています。それなりの学部教育や卒業後の研修体制

も用意されているので、医師の半数が一般医になっている。一般医というのは専門医でない、ジェネラル・フィジシャンです。

日本は違います。大学医局制度というのは、基本的に専門志向が強く、そこでの成功者というのは、研究者であり医師であり、かつ、スーパースペシャリストです。それとは違うビジョンが医学部の学生には提示されていないし、大学卒業後の教育にもそうした体制が用意されていません。これをどう変えていくかが大きな課題ですね。

伊藤 日本の医学生の場合には、卒業した後、医局に深いかかわりをもってスペシャリストになることが一つの典型的なキャリアパターンということですか。

池上 大学志向は少し薄れましたが、スペシャリスト志向はむしろ強化されたかもしれません。

伊藤 志向を変えるとすると、大事なのは地域で一般の医療をやるようなことがうまくキャリアの中で評価される仕組みをつくるということですね。

池上 そうですね。教育を改めるというのは、国家百年計画ですが、例えば日本医師会では在宅医の研修制度を作り、研修修了者を認定するということを始めようとしています。結局、大学が対応しないので日本医師会が対応したということかもしれませんが、要は、誰かが何かの形で始めないと解決しないのです。

私がアメリカのアイビーリーグの

有名な大学の医学部の学生に対して講義したときに、「君たちの中で研究者になりたい人はいますか」と尋ねたら、100人中3人でした。大多数は臨床医になりたいのです。医学部のカリキュラムで学習した内容からも、生涯報酬を考えても、研究者になるよりも、臨床医のほうがよいと考えるのがむしろ自然です。日本では、ステータスと研究とが非常に強く結びつき、また、研究者としての能力によって基幹病院でのポジションが決まってきたという経緯があるので、エリートは研究者になるというパターンができていました。むしろ日本のほうが特異かもしれません。

■ 医療の世界と市場原理

伊藤 医療の世界というのは、ある意味で市場的なメカニズムを抑えてやってきた典型的なケースだと思います。例えば医者配置でも、料金制度でもそうです。もちろんそれなりの理由があることはよく分かりますが、他方、その結果として、世の中の人々が求めているものと医療の世界の中でやろうとしていることにある種のギャップが生じている。今の話はまさにそうですね。

池上 自由開業制というのはある意味では市場原理ですね。自由開業医制というのは、医師はどこでも自由に開業できる。自由に開業できるということは、登録医ではだめですね。自由に開業して、翌日から患者が来

るためには、登録医の制度では絶対に実現しません。ですから、まさに自由に開業して、そして20年前までは自由に病院もつくってよかったのです。

伊藤 今はできないですね。

池上 今は一応ベッド規制に留まりますが、病院が社会資本であるというのなら、社会資本に対応した配置が必要になってきます。

伊藤 医療の世界で、本当に国民が何にお金を払いたいかというと、やはり自分の健康に払いたいでしょうから、そこに大きなお金が動く可能性はありますね。お医者さんになる方も人間ですから、一部の方は学問をしっかりとやりたいという方がいると思いますが、多くの方は、実際に現場に出るという選択があってもよいと思いますが、何かそれを止めています。

池上 今までは大学医局制度によって、基幹病院のポジションが大学医局のルートで決まるという仕組みでした。その中で、初期研修の義務化で過渡的に労働市場が自由化した結果、少なくとも一時的には混乱が生じています。普通の消費財であったら数年で混乱は収まるでしょうが、人材の市場ですから、場合によっては数十年かかりますので、体制の再構築とビジョンを示さないとうまくいきません。しかし、政治家の方は次の選挙があるし、役人の方は2年後のポジションが変わりますので、長期ビジョンがあったとしても、工程表に従った対応というのが提示されないですね。

伊藤 医局制度を緩めたことで、混乱が起きていますけれども、これを元に戻すのは難しいだろうということでしょうか。

池上 そこは一概にはいかないと思います。100年続いた制度ですので(笑)。その制度を次に移行するビジョンが示されていないので、国が一律に決めるという対応は難しいと思います。

伊藤 この場合のビジョンというのは、地域それぞれのビジョンということですね。

池上 そうですね。ですから財政規律のある負担と給付の範囲で考える必要があります。と言いますと、医療関係者は抑制されたものを考えてしまいますが……。さきほど申しましたように住民の最大の関心事は医療と福祉ですから、給付はむしろ膨らむ可能性があります。それがビジョンとして提示されていないことと負担との関係で提示されていないことが問題だと思いますね。

伊藤 実際にアメリカのGDPに対する医療負担は、日本の2倍ぐらいあるのですか。そこまで払う気があるわけですね。

池上 ええ。2075年にはアメリカでは、これまでの伸び率より低めに推計しても38%と言われていていますね。GDPの伸び率よりも医療費の伸び率のほうが、医療技術の進歩によって高くなるのは当然と考えています。過去もそうだし、将来もそうであって、それでよいと連邦政府の専門委員会は結論づけています。日本は高齢化だけ

が問題ですが、技術進歩というのは、分かりやすく言えば、昔は、胸が具合悪かったら医師が診察するだけ、次は単純なX線で診る。その次にCTスキャンで診る、次はMRIで診る、今度はPETスキャンで診る、ということです。そうすると、同じ胸の訴えで来た患者についても、医療費が全然違うわけです。治るかどうかという結果にどれだけ影響するかは別の問題ですが、CTスキャンで撮影することが患者の期待する医療の水準になれば、単純なX線に基本医療を限定し、CTスキャン以上は自己負担にしてください、という理屈は通りません。

■ 医療システムのビジョン

伊藤 最後にビジョンのことをお聞きしたいのですが、いきなり地方にビジョンを出せと言っても難しいとすると、やはり国レベルで、日本の医療をどう考えるかということを経略的に考えていく必要があるのでしょうか。

池上 医療の範囲、具体的には介護保険と生活保護の分野調整をしなければいけません。今まではお互いに責任を転嫁しています。医療保険では、金食い虫の老人のケアを介護保険で面倒見てほしい。介護保険としては、最後に面倒を見なければいけない生活保護に転嫁したいのですが、国は予算の関係で生活保護をできるだけ抑制したい。その理由は、国が負担する生活保護費の割合が75%だからです。

これに対して、介護保険は 25% ですから、介護保険費を 3000 億抑制するのと、生活保護費を 1000 億抑制するので、財政効果は同じです。

ところが、生活保護には大きな問題があり、都道府県による地域格差は 10 倍であり、介護保険や医療保険の給付費の格差よりもはるかに大きいのです。病院が老人のサロン化し、いわゆるホテルコストに対して医療保険で依然として一部を払っていることに対して国民が反発しています。また、介護保険でも、制度上は「居宅」に区分されるグループホーム等は、「施設」に区分されている特別養護老人ホームの 2 倍の居住費を支払っており、大きな不公平があります。したがって、居住費を給付対象から完全にはずして、自分や家族が払えない場合は生活保護で対応するべきです。

伊藤 純粋な医療行為だけ分けて考えなくてはならないとないということですね。

池上 混合診療が全面解禁されなかったのは、やはり平等に対する概念的な要求が強かったからですね。介護保険だったら、介護保険で面倒を見ようというのはこの程度でいいでしょうと。居住費と云ったら、これはまさにナショナルミニマムでいいでしょうと。そうして整理したほうが国民にとってトータルの負担は減ります。しかし、国にとっての直近の負担という観点からみると、基礎的財政収支に一番貢献するのは、生活保護費を抑制することです。

伊藤 結果的にそちらに動いてしまっているということですね。世の中の人、実際に自分の問題となってくると、真剣に考えると思いますが。

池上 そう願いたいです。

伊藤 今日はお忙しい中をどうもありがとうございました。

(了)

2007 年 3 月 20 日

慶應義塾大学医学部医療政策・管理額教室にて

(編集主幹：加藤裕己 N I R A 客員研究員)

池上直己（いけがみ・なおき）氏
慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 教授

[略 歴]

1975 年慶應義塾大学医学部卒業
1982 年慶應義塾大学医学部病院管理学教室講師
1988 年同助教授
1990 年慶應義塾大学総合政策学部教授、ペンシルバニア大学訪問教授
1996 年慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授、現在に至る

[主な役職]

日本病院管理学会理事長
中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織慢性期分科会会長・D P C 分科会
委員会委員
日本医師会医療政策会議委員
全日本病院協会医療制度・税制委員会委員、同医療従事者委員会委員

[主な著書]

『日本の医療 - 統制とバランス感覚』（J.キャンベルと共著、中公新書、1996）
『M D S 2.1 施設ケアアセスメントマニュアル』（監訳）（医学書院、1999）
『日本版M D S - H C 2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル』
（J.Morrisらと編著）（医学書院、1999）
『医療の経済評価』（池田俊也らと監訳）（医学書院、1999）
『臨床のためのQ O L 評価ハンドブック』（福原俊一らと編著）（医学書院、2001）
『医療問題 - 改訂 3 版』（日経文庫、2006）
「4 章：医療の特性とその政策対応」貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所編
『経済格差の研究』（中央経済社、2006）

対談シリーズ

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.go.jp/introj/10/rijityo/taidan/index.html>

(肩書きは、対談時のもの)

- 第10回** 2006年11月 **農業問題で地域活性化を考える**
ゲスト：みどりの風協同組合理事長 坂本多旦氏
聞き手：NIRA理事長 伊藤元重
- 第11回*** 2006年12月 **水不足がもたらす成長の限界**
- 世界経済にとって石油以上に深刻な問題は水不足だ
ゲスト：伊藤忠商事(株)取締役会長 丹羽宇一郎
聞き手：NIRA理事長 伊藤元重
- 第12回*** 2007年1月 **リニア技術が日本を強くする**
- 超伝導技術の応用が生み出す新たなブレイクスルー
ゲスト：東海旅客鉄道(株)代表取締役社長 松本正之氏
聞き手：NIRA理事長 伊藤元重
- 第13回** 2007年2月 **M&Aで企業はどう変わるか**
ゲスト：GCA(株)代表取締役 佐山展生氏
聞き手：NIRA理事長 伊藤元重
- 第14回*** 2007年2月 **連続社長インタビュー「省エネ技術で企業は勝つ」**
ゲスト：本田技研工業(株)取締役社長 福井威夫氏
シャープ(株)代表取締役社長 町田勝彦氏
東京電力(株)取締役社長 勝俣恒久氏
聞き手：NIRA理事長 伊藤元重
- 第15回** 2007年2月 **種苗ビジネスにおける技術革新と国際化**
ゲスト：(株)サカタのタネ代表取締役社長 高橋英夫氏
聞き手：NIRA理事長 伊藤元重
- 第16回** 2007年3月 **現場から見た地方自治の課題と対応策**
ゲスト：鳥取県知事 片山善博氏
聞き手：NIRA理事長 伊藤元重
- 第17回** 2007年3月 **金融のグローバル化から見たわが国金融市場とアジアゲートウェイの課題**
ゲスト：東京大学大学院法学政治学研究科教授 神田秀樹氏
聞き手：NIRA主席研究員 犬飼重仁
- 第18回** 2007年5月 **女性、ネットワークの可能性**
ゲスト：(株)イー・ウーマン代表取締役社長 佐々木かをり氏
聞き手：NIRA理事長 伊藤元重
- 第19回** 2007年6月 **医療システムの課題**
ゲスト：慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 池上直己氏
聞き手：NIRA理事長 伊藤元重

* 月刊『Voice』(PHP 研究所)から転載。

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 : 03-5448-1745
U R L : <http://www.nira.go.jp/menu2/index.html>