

ヘルスリサーチを語る

第9回

総合規制改革会議の残したものは

八代 尚宏 (やしろ なおひろ)
社団法人 日本経済研究センター 理事長

開原 成允
当財団助成選考委員長、理事
(財)医療情報システム開発センター 理事長

平成13年4月に、「経済に関する基本的かつ重要な政策を推進する観点から、経済社会の構造改革を進める上で必要な規制の在り方の改革に関する基本的事項を総合的に調査審議すること」を目的として設置された総合規制改革会議は、平成16年3月31日に3年間の設置期間を終えました。

改めてその3年間の活動の成果を振り返るために、同会議の委員として、医療問題でご活躍された社団法人 日本経済研究センター 理事長 八代 尚宏先生に対談のお相手をお願いいたしました。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：最近役割を終えた総合規制改革会議の中で、八代先生は医療問題の委員として、主査の鈴木さんなどと一緒に、医療についての議論をリードしてこられました。

そこで、総合規制改革会議が終わったのを機会に、裏話なども含めて、その中での議論や、何が改革できたのか、または何ができなかったのかということについて、お話しをしていただければ有り難いと思っております。

その前に、最初に自己紹介をお願いできればと思います。

八代：私は経済学が専攻で、もともと医療とは何の関係も無かったのですが、一つのきっかけは、米国のメリーランド大学に留学したときに、社会政策への経済学の適応という分野を専攻したことです。そこでは、教育とか医療とか雇用差別の問題について、経済学でどう考えるかというような、その当時アメリカで発展していた分野を勉強しました。

日本に帰ってから医療保険の問題を少しやったこともあるのですが、そんなに深入りはしておりませんでした。本格的にやりだしたのは、6年前に規制改革会議の前身の規制緩和委員会ができたときに、社会的規制を担当する人がいなかったため、医療も含めて、私が担当してからです。規制改革会議になってからは、私は「特区」など、いろいろな遊撃部隊をやりました。

規制改革会議の医療問題でのスタンスとは

開原：それではまず、総合規制改革会議のやっている医療のトピックスの概要をお話しいただけますか。

八代：まず、規制改革会議の医療問題に対するスタンスですが

総合規制改革会議の医療問題の柱は、広告規制、株式会社問題、混合診療、医療の標準化(含・保険者機能の強化)、医療特区などである。
第3年度の最重点項目は医療の標準化だった。

私は「消費者の代表」と考えています。

事業者間の競争を活発にして、消費者が多様な医療機関を選べるようにする。同時に、成果を挙げる病院やお医者さんが報われる仕組みを作ることが、医療の活性化に大事だし、消費者にとっても望ましい。ですから、公益性は非常に高いけれども、医療も一種のサービス産業であると捉えているわけです。

まず、この点で一番進捗したのは、広告規制の問題だと思います。ずいぶん弾力化され、病院の手術件数や医師・看護師の配置等、医療の質に関わる具体的な情報を広告することができるようになったことは大きな進歩です。

開原：去年の4月に厚生労働大臣の告示で、64項目を広告してもよいということになりましたね。

ホットな話題だった株式会社問題

八代：それから医療界では評判の悪い「株式会社による医療機関経営の解禁」問題をやってきて、今度の通常国会で初めて法律改正になります。もっとも「自由診療で高度な医療等を行なう病院に限って株式会社を認める」というのは、本当の意味での解禁とは言えませんが、とりあえず法律的には穴が開いたということです。

開原：この問題は非常にホットな議論だったようですから、もう少し詳しく後でうかがいたと思います。

八代：次に、いわゆる混合診療の解禁ということです。今の健康保険法で保険診療の範囲を限定しているのは当然ですが、だからと言って、保険診療の中で、患者が実費負担をして追加的なサービスを受けることを禁止するというのは、かなり違うのではないだろうか。規制改革会議では、一定の質以上の医療機関に限って、もっと患者との自由契約を認めてもよいのではないかというような、かなり包括的な混合診療を考えています。

また、実は今年度の規制改革会議で最重点項目においたのは、医療の標準化ということで、レセプトデータを保険者に集積さ

対談：ヘルスリサーチを語る

せるためのメカニズムを整備していくことをやりました。あるいは、これは最終的に合意はできなかったのですが、医療機関から保険者にインターネットで直接レセプトを送る。もちろんプロテクトは掛けた上でです。そういうことを実現させようという方向でやっています。

実現しなかった医療特区

最後に、これもずいぶん批判は多かったのですが、医療特区です。医療の規制改革というのは、全国ベースで非常にゆっくりとしか進まない。混合診療でも株式会社でもそうなのですが、弊害があるという意見とメリットがあるという意見が対立しているわけで、それを、特定の地域を限って実験してみたらどうだろうかという特区を提言しているものです。

残念ながら、医療特区は一つも実現していません。但し、医療特区として出た提案を厚生労働省が全国ベースとして適用した例はあります。例えば神戸市が出した高度先端医療病院の基準です。以前は病床数が500以上の大病院でなければ高度先端医療病院ではないという非常に形式的な規定があったものを、小さな病院でもできるようにすることを特区の案として出したのですが、厚生労働省は、特区は駄目だが全国ベースならよいということで、規制緩和していただきました。特区は、あくまでも全国的な規制改革をするための手段ですから、特区自体ができなくても、このような例で全国ベースの改革ができればいいわけです。

大きく分けて、そういうようなことをやっております。

開原：これらは今度の最終答申に盛り込まれた項目ですか。

八代：最終答申は1年ごとのものですが、私が言ったのは過去3年間のものです。

開原：過去3年間だとすると、例えば一時、保険者機能の話も結構出ていたのではないかと思います。

八代：保険者機能の強化は、先ほどの医療の標準化とセットで考えていますので、あえて言わなかったのですが、おっしゃったように、それも一つの大きな柱になっています。

開原：それから、地域医療計画の話はどうなのでしょう。

八代：それは病床規制ですね。私は病床規制は、いわば農業における減反政策みたいなものと思っています。つまり国際価格より高い米価を維持しているから過剰生産になり、それを調整するために減反制度があるわけですが、地域医療計画も同じで、出来高払いの下で、厚生労働省のいづ「過剰」な病床が存在しているときの、いわば非常手段としての病床規制があるわけで、それだけ取り払うのも問題ではないだろうか。むしろ、医療の標準化を進めて、包括払いにした段階で、地域医療計画を撤廃するという順序ではないかと思っております。

それで、病床を療養病床と急性病床に分けるという話まで行って、その後あまり進捗していません。

開原：最終的には総合規制改革会議としては結論は出なかったという理解でよろしいわけですね。逆に今、厚生労働省の方が委員会を作ってしまったね。

株式会社問題のポイントは「医療法人の危機」

今のお話は、いずれも世の中でかなり議論になった問題ばかりです。ここで一つ一つもう少し細かく見ていきたいと思います。

広告の問題は、今となっては誰もあまり議論する人がいなくなったので、この問題は良しとして、その次におっしゃった株式会社の問題は、かなり議論を呼びましたね。先生がこれを強力に言われた一番大きな意図はどこにあったのですか。

八代：まず選択肢として禁止する理由がないということです。それから、医療機関の間の競争を促進する意味で、質の高い病院が多くの患者を集めて、もっと設備を拡張するために、銀行借入れだけではなくて、株式による資本調達を認めることで、よりダイナミックな効率性が担保されるのではないかという観点です。

また、公的病院の民営化の受け皿としても、事実上の個人企業形態である医療法人だけでなく、株式会社形態もあった方が便利ではないだろうかということです。

最近のポイントとして「医療法人の危機」があります。医療法人は個人の出資に依存する組織であり、法人としては非常に原始的な形態です。それゆえに持続性・継続性にかなり疑問が出てきている。特に医療法人制度ができてから50年以上経ち、当時の出資者がどんどんお亡くなりになり、出資者の遺族から出資金を返せと言われる。ところが出資金を返したら医療法人は潰れてしまう。そういう極めて単純な問題で、医療法人が存続するためには、社会福祉法人のような寄付に依存した法人にしてしまいか、あるいは出資分を株式化してその流動性を高めることで、本体自体は払い戻しに応じなくてもよいという、どちらかの形態にならざるをえないわけです。

開原：ただ、この株式会社に関しては、利潤を配当するということが一番世の中で反発を買うところですね。ですから、商法で一工夫が必要ではないかと思えます。例えば利益を配当しない株式会社というのもあるそうですね。

八代：商法でも、いわゆる蛸足配当は禁止されています。一定の配当制限は今でもあるわけですから、例えば病院の公共性を前提にして、さらに厳しい配当制限を課すような「非営利」株式会社を作るということは、十分可能だと思います。

開原：世間を納得させるような形の株式会社を提案されたら、もっと面白かったのでは、という気がしています。

八代：ただ、配当が利潤の分配だからいけないと言われますが一方で、銀行からお金を借りたら金利を払います。これは直接金

1968年 国際キリスト教大学教養学部卒
1970年 東京大学経済学部卒
1970年 経済企画庁入庁
1981年 経済学PH.D. 米国メリーランド大学 取得
1988年 OECD事務局経済統計局主任エコノミスト
(日本・アイルランド担当)
1990年 経済企画庁総合計画局計画官
(計量分析一般担当)
1991年 (社)日本経済研究センター主任研究員
1992年 上智大学国際関係研究所教授
1995年 経済企画庁経済研究所客員主任研究官(兼務)
2000年 現職





融と間接金融の違いに過ぎないのです。株主はかなりのリスクを負っており、赤字なら配当ゼロのリスクがあります。銀行は担保を押さえていますし、赤字であろうが金利と借金返済を要求する。銀行借入だけに頼る方が、結果的に儲け主義医療を追求せざる

を得なくなるのでないかということです。

開原：そうですね。個人的な感覚としては、なにも銀行に儲けさせることはないじゃないかという感じはしますね。

問題は非営利性の定義の曖昧さ

八代：この問題でより大事なことは、医療の非営利性というものがあまりにもルーズに定義されていることで、医療法では配当さえしなければ非営利だというような法律体系になっていることです。

配当するかしらないかではなく、医療の行為自体に非営利性をもっと担保すべきではないか。具体的に言うと医師の応招義務ですが、それについては具体的な告示も解釈も全く無い。これを明確化して、米国の非営利病院のように、一種の慈善医療を一定限度までやる義務があるということを非営利性の担保にした方が、はるかに明確ではないか。

開原：株式会社議論に関連して、私は総合規制改革会議で、税制の問題をもう少し議論していただけたらよかったですのではないかと気がしますね。

八代：おっしゃる通りですが、残念ながら、税調があるから同じ政府の機関で異なる結論を出せないという屁理屈で難しいのです。

開原：今のお話と側面が変わりますが、先ほど、総合規制改革会議の基本的な考え方は競争の促進と言われたのですが、私がある意味で憤りさえ持っているのが、民間病院と公的病院の差があまりにも広すぎることです。民間病院は一生懸命稼いで、それで税金を納めている。その税金も株式会社と同じです。ところが一方で公的病院は、税金は全部免除されている。しかも自治体病院は、その上にさらに補助金まで貰っている。

八代：おっしゃったように、民間病院と公的病院の差の問題も重要だと思います。本来は公的病院を政府の持株会社だと考えて、民間と役割分担をする。政府が出資している以上、小児医療や救急病院といった公益性を中心にやる。民間病院と患者を奪い

医療の株式会社化は、あくまでも競争促進のための資本調達的手段としてのもの。配当するかしらないかではなく、医療行為自体に非営利性を担保すべきではないか。

混合診療は、一定以上の質の高い病院に限定して、特定療養費の規制緩和として認めたらどうかというもの。

合うなどというのは、本当はナンセンスな話です。

開原：現実にはむしろ、公益的な医療を民間病院がよくやっているというケースが非常に多いのです。

八代：そもそもこの問題の根元は、今の医療法とか医療保険法が、暗に開業医を想定した仕組みであり、巨大な資本を必要とする病院が想定されていないのではないかとことです。

要するに、医者診療行為によって報酬が払われ、その報酬の中から設備費も賄うということになっていますが、開業医ならともかく、大病院でそんな資本コストをお医者さんの報酬から取るなど、とても難しい。だから公的病院みたいに政府の出資がいる。

アメリカのように、医者診療行為と病院のコストを分けて考える必要がある。そうしないと、そもそも民間病院というのは、過剰診療しなければ経営が成り立たないという宿命にあります。このように、病院の経営と診療行為をきちっと分けるようになることが、医療の新しいパラダイムの一つではないかと考えています。

病院の経営は専門家に任せて、医師は診療に特化するというのが本来の医療のあり方です。そうなると株式会社問題などは、どこかに飛んでしまうのだと思います。

開原：私は先生のご議論は非常によくわかります。しかし、何故株式会社が日本でなかなか受け入れられないのでしょうか。

八代：かつての銀行と同じで、実質的な中小企業保護政策を医師会がとっているためでしょう。大病院が多くの資本を調達できると弱小開業医に不利となるので、株式会社に反対ということだと思います。

話は少し戻りますが、先ほどの非営利株式会社というのは、地域病院などがまさにそうなるのではないのでしょうか。今ある病院が無くなったら地域住民が非常に困るといときに、例えば神社に寄付するようつもりで、地元の住民が配当をあてにしないで株式を買う。そして株式名簿に名前を載せて、株主総会で病院の経営に参画する。そういうやり方は十分可能だと思います。

開原：そうすると皆「おらが病院だ」という気分になるから、それは病院にとっても、すごくよいことだと思いますね。

混合診療とは

もう一つ非常に大きな論点だったのが、混合診療です。総合規制改革会議の議論は、混合診療に影響を及ぼしたのでしょうか。

八代：厚生労働省は、「混合診療は絶対に認めない。しかし特定療養費の拡大には応じる」という考え方で、我々も別に名前にはこだわりませんから、特定療養費の規制緩和と捉えています。ですから、混合診療という言葉は答申には一切書いていません。

ただ、特定療養費でやる限り、かなり限界があります。規制改革会議でも、どんな病院にも認めたら問題があるかもしれないので、一定の基準以上の質の高い病院に限定して、特定療養費の包括的な規制緩和を認めたらどうかということ。そのメリットは、質の面に関する競争が起こるのではないかとことです。その基準を満たすと非常にメリットがあるので、病院が争って基準を満たそうとするわけです。

開原：ただ、私は、特定療養費というものの決め方に問題がある

のではないかという感じがしています。

八代：保険審議会で決めていますね。

開原：あれがどうやって決まるのか、それから例えばこれを特定療養費にしたいといったときにどうやればそれを提言できるのかとか、そのへんのプロセスが全く不透明です。

例えば、今後の特定療養費にしたいものは何があるかというリストを公募して、オープンに議論をして、それで今度はこれとこれをしましようというプロセスがあってもいいと思うのです。

混合診療の3つの反対論

八代：混合診療を認めることに対しては3つ反対論があって、1つはお医者さんが押し売りするのではないかということと、患者の不公平だという批判、それから混合診療とか特定療養費の自由化をすると保険診療の費用が増えるのではないかということで、これが一番大きな反対理由だと思われま。

開原：3番目は逆だと思うのですが。

八代：是非この機会に開原先生にお聞きしたいのですが、混合診療に対する批判の中で、「そういうことを認めると、今せつかく進みつつある医療の標準化が損なわれる」というご意見もあるのです。それについてはいかがですか。

開原：どうしてですかね。なぜ標準化が損なわれるのでしょうか。

八代：保険診療の中で、例えばガン治療はこれというように、データを集めて徐々に標準化のプロセスが進んでいるときに混合診療を認めると、お医者さんが勝手に、こっちの方がいいですよということになって、診療例が分散してしまうということだと思います。

開原：それは、まさに消費者が選択すべき問題ですね。

これは標準化の方の問題ですが、一番の問題は、診療ガイドラインがまだできていないことです。診療ガイドラインが公表されれば、「これがスタンダードなやり方だ」ということが、お医者さんにも患者にもわかる。そうすると、診療ガイドラインに沿っていない医療をお医者さんがやろうとしたときには、当然患者の方は聞いてくるはず。そのとき、「これは特定療養費分をそこにプラスしますが、いいですか」というインフォームドコンセントがそこに働いて、それで患者がいいと言うのだったら、診療ガイドラインから逸れても、それはお互いの納得の上のものだから、全く問題が無いと思うのです。

むしろ全ての患者に同じ標準的治療をやらなければいけないという考え方自体が、私はおかしいと思います。

最初から病院をランク付けすることは困難

八代：先ほど言った、一定の水準で病院を区別するという考え方に関しては、どうでしょうか。不可能だと批判される専門家が多いようですが。

開原：なかなか難しいかもしれませんね。

八代：そうですね。ただ、例えば厚生労働省にお医者さんや看護師さんの配置基準がありますが、それをかなり上回るような手厚い配置をすることによって、追加的な人件費に相当する分を混合診療で貰えないかというあるお医者さんのご意見がありました。

開原：それは、よいのではないですか。

ただ、先生の言われている、一定の質以上のものに混合診療を認めるということは、最初から病院をランク付けしておくという意味なのでしょうか。最初から病院をランク付けすることは難しいと思います。しかし、どんな病院であっても、例えば非常にたくさん看護師さんとお医者さんを雇って、それで、自分のところはこれだけのスタッフを持っているのだから、それに対しては当然費用を要求したい、保険が払ってくれないのなら、そのままプラスを混合診療でみてもらいたいということは、私はいいと思います。

今でもそれに当たるのが、3:1看護とか2.5:1看護とかいうもので、これは特定療養費ではないけれども、要するに保険の中でそれを認めていて、看護師さんが多い病院は高い入院基本料がとれるわけです。今のところはそこだけだと思いますが、それをもう一歩進めるとい話だと思えます。

八代：もう一つ、今、厚生労働省のやっている中で、特定の手術の症例が少ない病院は診療報酬を減額するということがありますが、逆の意味の差別化ですね。あれもちょっと乱暴なやり方だと思います。本当は病院ではなくて医者単位でやらないと意味がないわけですし。但し、そういう考え方が少しずつ公的保険の中にあるので、それをもう一歩延長して、混合診療でもっと自由にやれば、更に進むのではないだろうかということなのです。

混合診療は金持ちのためのもの？

開原：保険の中でやる限りにおいては誰でも受けられるのだが、混合診療にしたとたん、金持ちでなければ、安全な病院に行けないじゃないか、という議論がそこで出てくるわけです。

八代：私は全く逆だと思います。今、自由診療を認めている以上、金持ちは自由診療で良い医療を受けられる。ところが、普通の人にはとても手が届かない。だから、混合診療にすることによって、今一部の金持ちだけが得ている高いサービスを普通の人も受けられるようになる。例えばピロリ菌の除菌などもまさにそのケースで、かつては自由診療でしかピロリ菌の除菌を受けられなかったわけですが、今でも公的診療で一定の制限がある。

なぜ混合診療の考え方が、お医者さんの中で広がらないのかが、非常に不思議に思われます。恐らくこれは、混合診療をやる能力のある医療機関とそうでない医療機関の格差が広がるからではないでしょうか。だから、患者の平等性を名目に、実は医療機関の平等性を追求するのが、この混合診療禁止の論理ではないかと思うのです。先ほどの株式会社と全く同じようなものです。

開原：次に医療の標準化の話に移りますが、これはあまり激しい論争は無かった気がするのですが、どうだったのでしょうか。

八代：論争は無いのですが、実体的な抵抗は強いですね。





例えば、レセプトを紙方式から電子媒体方式に変えることも、厚生労働省とは合意ができていたのですが、たまたま中古のパソコンの中に診療情報が入ったまま売られていたという事件をきっかけに、進まなくなりました。最終的には告示を出してもらったので

すが、それが半年ぐらい遅れたのです。つまり、電子媒体でやると紙と違って情報が漏れてしまうというような口実で、抵抗が出てくる。

また、そんなことをされたら、保険者のところに情報が集積される、いわば人の財布の中が明らかになってしまうから駄目だというような、隠れた反対論がかなりあったみたいです。だから、公の反対が無いだけに、逆にやりにくいという面もあると思うのです。

また、診療報酬支払基金をどうするかという問題もあります。

我々は、紙ベースから電子媒体にするのは第一歩であって、むしろインターネットで送るという方に重点を置いています。そうすると診療報酬支払基金を通さない。今でもレセプトの9割ぐらいは問題が無いが、単なる計算ミスであって、本当にこの診療行為が必要かという論争は極く一部だとのことです。そういう中身の紛争があったときに、今の診療報酬支払基金を紛争処理機関として位置づけたらどうか。他のものは、ほとんど機械的に医療機関と保険者の間でネットでやりとりすれば済む話ではないか。そうすると、電子情報が保険者に集積されますから、それで標準化のデータベースができてくるのではないかとことを考えています。

保険者へのデータ集積の可否

開原：今の話には、いろいろな側面から私は意見があります。

まず、データを集積するという話について、集積したデータが誰が使う権利があって、どうやればそれを使えるのかという、管理と利用の手続きの問題をきちんとまず先に決めないとけないと思うのです。そこを決めないままに「データを集める」という話ばかりすると、それは私でも反対します。

日本の国は、過去に、官僚がデータを全部独占して、他に使わせなかった例が山ほどある。今でもそうです。ですから、その二の舞いになるのではないかとことを医師会が心配しています。私もそれは当然な心配だと思うのです。

八代：それについては、まず第一次的には保険者に使う権利が

医療の標準化については、データの管理と利用の
手続きをしっかりと決めるべき。同時に、データの
性格と使途の妥当性を法律論的にもきっちりと詰
めておくべき。

医療特区は実現しなかったが、特区としての提案
が全国レベルで適応された例はある。

あり、第二次的には研究者にオープンにする。保険者は金を払っているのですから、料金の明細書を要求するのは当たり前のことではないだろうかと単純に思いますし、まず保険者がデータを持つことは別に悪いことではないのではないかと思うのですが。開原：私は、お金を持っている側の保険者と医療を実施する側の両方が共通のデータを持ったときに、初めて対等な議論ができるのだと思うのです。情報というのは力になりますから、保険者だけがデータを持ってしまうと、俄然、保険者の方が力を持つことになる。そうするとバランスが崩れる。

確かに保険者はお金を出していますが、それは税金だって入っているわけですし、保険料も入っている。別にその企業だけがお金出しているわけではない。

アメリカでも韓国でもできていること

また、保険者に集めてしまうと、今、保険組合は何千とあるので、結局データベースがバラバラになってしまう。それではあまり意味がない。国保も政府管掌も、それから職域の健保も、全部のデータが集積したようなデータベースができて、初めて意味を持つのだと思うのです。私は、データの標準化というところで、今の日本の国で一番欠けているのは、その努力だと思うのです。

実は、外国ではできています。アメリカみたいな地方分権の国だって、全ての州のメディケアとほとんどの州のメディケイドのデータが全部集積されたデータベースができています。もっと中央集権的ですが、韓国もできています。そして、両方も「決してこれは政府が独占するものではなく、保険組合が独占するものでもなく、誰でも利用できるもの」ということをはっきり謳っています。

八代：これはどうも認識不足だったようです。我々も保険者の情報独占を奨励するという意図は決してありませんでした。まず、保険者があまりにもデータ不足なので、言いなりに払ってしまうのは危険であるということと、患者がはしごをして、変な薬を飲み合わせたときに、医療機関にもわからないということで、結局それは支払いする保険者がまず情報をもらうわけだから、そこでチェックするか、そういう話からのものでした。

開原：また、どうやって集めるかという手続きの問題があります。今は保険請求のデータを集めるということですから、そのデータをお金の支払いのために使うことは法律上許されていると思いますが、それ以外のことに使ってよいか、誰もわからないのです。

八代：それは、保険法のなかに規定を作ればよいだけではないのですか。

開原：通知でいけるのか、法律改正になるのか、そこがよくわかりません。誰か法律家が、あのデータの性格と、それをそういうことに使ってよいのかということ、法律論的にきちんと議論すべきだと思います。そうすると、データを健保組合が集めても、それをこちらに出しなさいという根拠ができます。今は根拠が全くないわけですから、保険組合が握ってしまったら、それを出しなさいということをも誰も言えないのです。

八代：それは大変に問題ですね。

開原：さらに、標準コードをどうやって普及させていくかというこ

るも、非常に大きな問題です。アメリカはHIPAA法という法律を作りました。その法律で何を標準にしないかということ、それをいつから実施しないかということを決めて、それに従わない人間には罰則まである。それで、日本でいうレセプトの電子的な請求について、去年の10月14日をもって、小さな医療機関までも含めた全ての医療機関がHIPAA法の規定の中に入ってしまったわけです。今はもう、アメリカの医療機関はメディケア、メディケイドに関しては、電子的に請求しない限りはお金を払ってもらえなくなっていました。

日本は、そのように、法律でもってそういうことを決めることをしない国なのです。不思議な国だと思います。

八代：我々も規制緩和ばかり言っているのではなく、そういう規制強化は絶対にしなくては行けない。何年までに、電子的手段にして、この方式しか受け付けられないようにする。それに、ある程度は健保組合がお金を出してもよいと思います。

保険者機能の強化の問題点

開原：今の話の中から、「保険者機能の強化」ということが出てきたと思うのですが、それに関しては、私は総合規制改革会議の議論に非常に反対でした。今の日本で保険者機能の強化はできないと思うのです。何故かと言うと、総合規制改革会議は競争だとおっしゃっているが、今の保険者には競争が全く無いのです。

八代：お言葉ですが、前の規制緩和委員会でも、利用者が保険者を選ぶ機能も一緒にやるべきだと言っていたつもりです。

開原：そうすると、保険の給付率などに多少差ができてよいのですね。それでどちらかを選ばばよいわけですね。しかし、実際には実現していませんね。

八代：ただ、それに近いこととして、保険者が保険事務をかなり全面的に外部に委託することはできるようになったと思います。これは我々は暗黙のうちに損保会社を考えていて、小さな保険者は損保会社に全面的に事務を委託する。そうすると損保会社が保険者機能を発揮できるのではないかとことです。しかし、健保組合が消極的で、なかなかできない面もあります。

「患者の国際化」が急速に進んでいる

開原：次に、特区についてはどうなのでしょう。

八代：特区は、まさに規制改革の切り札的なもので、全国ではなかなか進まないものを、特定地域に限定して、自治体の協力を得てやってみようということです。これまでも国のモデル事業というものはあったのですが、それはあくまでも上から「こういことをやってみよう」ということであって、地方からの逆提案ではなかったわけです。

それから、最近の焦点のひとつが外国人医師の話です。これを一度規制改革会議でやったら、「日本人の医師がアメリカで治療できないのに、アメリカ人の医師が日本でやることはとんでもない」という意見がありました。しかし、そういう相互主義は、患者から見ればナンセンスです。それができないことによって、例えば日本で働いている外国人が、病気になったらアメリカに行ってい

まう。つまり日本の医療技術を信用していないわけで、これは非常に恥ずかしいことではないだろうか。

どこかの地域に最先端の病院を作って、そこで日本人の医師と外国人の医師と一緒に質の高い医療サービスを提供することができたら、別にアメリカに行かなくても医療を受けられるわけだし、アジアから患者を集めることもできるのではないかと。シンガポールではそういうことをやっているようですが。

開原：その議論は、アメリカの医者の方が優秀だから、それを呼んできた方がよい医療ができる、というような前提で進めると、なかなか日本の医療界では受け入れられないだろうと思います。

ただ、この問題で、別な方向から医療界が揺さぶられる可能性があるとは思っています。先生は「外国人がアメリカへ行ってしまおう」と言われましたが、今はそうではなく、日本人が行ってしまっているのですよ。医療の国際化などと言っているけれども、実は、「患者の国際化」が既に起こりつつあるのです。その流れが、私などが予想した以上に急速なのではないかという感じがしています。本当か嘘かは知りませんが、そういうことを勧誘する企業もあるということらしいです。

そうすると、患者の方に外国の医療のことをよく知っている人がいっぱい出てくる。そして日本の医療に対して「おかしいじゃないか」と言い始める可能性があるのではないかと。本当にその流れが起こったら、日本の医療界あるいは厚生労働省は、謙虚に受け止めて、日本の今の医療制度や医療の教育などが、どこかおかしいのではないかと、一つの反省材料とするべきでしょう。

多少遠回りようですが、それを待った方が、今の問題はよいのではないかと気がします。

八代：おっしゃる通りですが、ただ、やはりそれをある程度促進するためにも、まさにショー・ウィンドウ的な医療特区を作る意味があるわけです。

また、今の日本の法律でも研修の一環であれば外国人のお医者さんが診てよいケースがあります。それから面白いのは、外国人医師は同国人なら診てもよいのです。

開原：大使館の中で診療するとか、そういう話ではないですか。

八代：そうかもしれませんが、医師と患者が同国人であれば構わないということです。このように日本の国内で診療行為が現に行われていて、それを認めるなら、アメリカ人の患者はよくて日本人の患者は駄目だというもあまり根拠が無い。

開原：そこまで一挙に行くよりは、例えば英語のできるお医者さんばかり集めた病院を作って、食事なども、イスラムの食事とかベジタリアンの食事がちゃんと作れるだけのキッチンがあって、それである程度自由診療が認められているという、そういう病院をまず作る事が第一歩ではないかという感じがします。今は、そういう病院さえありませんよね。それだけではなかなか成立できない



ならば、普通の病院の一角にそういう部分を作るとか、そういう形をまずやるとよい。

パラダイム変換すべき点

ここで総合規制改革会議を離れて、個人的なお立場から、日本の医療に対してどう思われるかという話をうかがいたと思います。日本の医療で、将来パラダイム変換をしていかなければいけないとすれば、どの点に一番必要性があるでしょうか。

八代：「医療をサービス産業に」ということを、もう少し強く打ち出す必要があると思います。

とにかくパターンリズムと言いますが、患者に自主決定権が無いから供給側の論理に依存してやるんだという意見が依然として強い。しかし、情報公開を徹底して、別のお医者さんの助けを借りて情報の非対称性をカバーすることによって、患者もちゃんとした消費者となれるし、医療サービスも普通のサービスと同じような形になれるのではないかと考えています。

そのためには、保険者の立場も一つの要素になります。患者の利害を代表する組織として保険者を考えて、仮に保険者がそうしなければ患者側も別の保険者を選ぶという保険者選択の仕組みを作ることによって、とにかくきちっとした消費者としての患者を確立させることが一番大事ではないかと考えています。

開原：私はその議論でいつも気になっていたのは、保険者機能と言うときに、いわゆる組合健保という被用者保険のイメージで常にものを言っておられるような感じがしてしよがなかつた点です。日本にはその他にも政府管掌とか国保があります。

八代：おっしゃるとおりで、特に政府管掌というのは国が保険者になっているわけですから、定義上保険者機能があまり発揮できないので、最悪です。

ただ国保の方は、少ないですけども、長野県など、地域の市町村がかなり頑張っているところもあります。ですからそこはかなり可能性があります。今、地方分権ということが言われますし、小さな市町村が、別に合併しなくても、介護保険と同じ様な事務組合の形や大手の損保会社が市町村の国保の事務を代替することで、ある意味で組合健保以上に保険者らしい保険者になる可能性はあるわけです。

開原：今、保険の再編という話がありますが、総合規制改革会議

では議論されなかったのですか。

八代：残念ながら、あまり議論されていません。総合規制改革会議も縦割りで、保険は金融関係になってしまうこともあります。

開原：話を戻しますが、先ほど先生がおっしゃられた、医療をサービス産業と考えるという話、確かに、これから必要なことではないかという感じがします。

八代：ただ、そのときには、先ほど言ったように、お医者さんが病院を経営することが当然という考え方をやめないと無理です。産業というのはプロフェッショナルの経営者が主体になるわけですが、お医者さんは診療のプロフェッショナルであっても経営のプロフェッショナルではありません。ですから、病院経営と診療行為を分離していくことが大前提です。

問題は消費者の組織化の立ち遅れ

開原：一方で、一つだけ気になっていることがあるのです。日本の社会の一般的な通弊なのですが、消費者の意見を反映するメカニズムが非常に弱いことです。物を生産する場合には、それを買うか買わないかということで、消費者がかなり大きな権限を握れると思います。ところが、医療の場合には、情報公開によってずいぶんプロバイダーと消費者の立場が対等になってきたとはいうものの、物を「買う、買わない」の立場に比べれば、遙かに弱いのです。ですから、そのメカニズムを日本の社会で将来もうちょっときちんと作っていかないと、日本の医療は良くならない。将来の日本の医療を良くするとすれば、私は消費者の組織化ではないかと思っているのです。

八代：おっしゃるとおりで、消費者の組織化は、NPOではあるのですが、非常にまだ小さいですね。

ただ、私は、それは鶏と卵の関係だと思います。供給側の医療機関の間の競争を厳しくすればするほど、医療サービスを買ってもらうために、積極的に情報提供をしなければならない。

その点、カルテの開示問題を含めて、まだまだ医療機関側の力が強いのは、やはり競争が不足しているからだというのが、経済学者の考え方です。そちらを攻めていけば、自然と消費者の力は強くなるということです。

ですから、労働市場でいわれるような「ボイス・オア・イグジット」という考え方が必要です。昔は労働条件改善のためには組合を作って企業と交渉するという考え方でしたが、最近は労働者が条件の悪い企業から逃げ出すことによって、労働条件を良くするという考え方に移ってきていると思います。医療の消費者も同じように、医療機関を選び易くすればよいのではないかということです。

開原：時間になりました。どうも大変ありがとうございました。

「医療の国際化」よりも、「患者の国際化」が起こっている。
医療のパラダイム変換の為には、もっと強く医療をサービス産業と捉えることが必要。
消費者の組織化が将来の日本の医療を良くする。

本対談に関するご質問、ご意見を付けております。
ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)
FAX番号：03-5309-9882

いただいたご質問・ご意見は、対談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。
(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)