

## ヘルスリサーチを語る

## 第11回

## 医療行政におけるニューパラダイム

岩尾 総一郎 (いわお そういちろう)  
厚生労働省 医政局長

開原 成允  
当財団助成選考委員長、理事  
国際医療福祉大学 副学長

小泉政権の一連の改革路線の中で、現在、医療業界も様々な改革を求められています。それを実際に担当している行政の現場では、どのように考え、何を行い、どんな方向を見据えているのでしょうか。

今回の対談のお相手は、厚生労働省 医政局長 岩尾 総一郎先生にお願いいたしました。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：今日は、岩尾先生をお迎えました。直接行政に携わっておられる現職の方に対談をお願いをしたということは、今回が初めてで、そういう意味では大変緊張しております。

ヘルスリサーチの概念が積み上がってきた

岩尾：私はこの財団設立の当時から、ファイザーの方が「社会貢献のためにこういう財団を作りたい」と厚生省に来られたことを聞いておりました。業務局の医療機器課長の頃ではなかったかと思えます。

役所というのは仕切がはっきりしているものですから、ヘルスリサーチという幅広いことをまとめるには、なかなか一つの局に収まらないということで、官房に持っていき、厚生科学課の所管になったという経緯を承知しています。

それからもう12年になりますが、長い間この健康分野に財団が貢献してきてくれたことを大変有り難く思っています。誌上を借りて御礼申し上げたいと思います。

その後、研究開発振興課長や厚生科学課長になった折り折りで、この財団に関与する機会がありました。何回かはフォーラムにご挨拶に行かせていただいたこともあり、「順調に伸びているな」と思いました。

当初からこの財団に関与させていただいて、たぶん開原先生もそのように思うでしょうが、はっきりしなかったヘルスリサーチの概念が、だんだん積み上がってきた。この財団が、助成や研究発表を行って行く中で、ずいぶん固めてきたのではないかと。開原先

生を中心に、そうしたテーマを選んで研究助成をやってきたということは、行政がその結果を利用することも多々ありましたし、大変有益な活動だと思っています。

開原：先生にそのように言っていただくと、私も嬉しく、財団の皆様も大変嬉しいものと思えます。

岩尾：何か日本の研究に収益の一部を還元したいという時、普通だったら、例えば医薬品の開発に貢献するようなものなど、自分の会社オリエンテッドの「何か」を考えられるところを、「ヘルスリサーチ」という概念としたところに、私は、外資の懐の深いところという印象を持ちました。

私は研究開発などの研究費の配分に携わっていましたが、間口が非常に狭く分割されていて、なかなかこういう幅の広い概念へ国の予算を出せませんでした。そんな中であって、縦割りではなく、横に幅の広い分野で研究をやっていく者に助成金を出してくれるというのは、画期的だと思っています。

開原：最近では更に、研究助成だけではなく、若い世代の出会いの場を作ろうという目的のワークショップを計画しています。領域を超えて、医療関係者だけでなく、ジャーナリストや社会学者などが集まって、来年実施します。そうしたことで、いろいろな人がこの分野に興味を持ってくれるようになると大変いいなと思います。

岩尾：そうですね。そういう人材を養成するという意味でも、今後の財団の活動に期待をします。

しかし、ヘルスリサーチという新しい、切り口の違うことを評価するというのは、結構難しいのではないかと。

開原：ええ、確かに研究費助成の審査は難しく、いろいろな領域の選考委員の意見が全く食い違うということも多々あります。

岩尾：この財団はオープンに公募していますから、我々の全く知らない、まさに異業種・異分野の先生が出てくる。それが将来社会保障分野で活躍してくれるようになれば、研究費に加えて人材

留学先のテキサスで、国民皆保険制度を持つ日本との医療の違いを実感した。

養成という意味でも、非常にプラスになると思っています。

開原：10年以上財団が活動していますので、そろそろ実際にそういう方も何人か出てきています。

受験のときから行政を目指していた

ところで、せっかくの機会ですから、少し先生の個人的なことをうかがってもよろしいでしょうか。先生はもちろん医学をバックグラウンドとしておられるわけですが、行政に携わることは、医学部にお入りになった頃から思っておられたのですか。

岩尾：医学部を受験した時、「将来どうする」という面接試験で、私は「衛生行政に行く」と答えております。

開原：もうその頃からですか。

岩尾：父親が厚生省の研究機関の部長だったものですから、親の意向といいますが、「文科系あれば東大の法学部に入って大蔵省に行って予算をとってこい」、それから「理系であれば医学部に行って厚生省に入って予算をとってこい」という選択肢を、多分意識の中に持っていたのではないかと思います。たまたま理科系だったということで、医学部に進学したという経緯です。

卒業した後は、「学位があったが方がいいだろう」という月並みな理由ですが、行政が一番近いということで、大学院の公衆衛生に入り、その後留学させていただきました。留学中に「新設の医科大学ができるので来ないか」という話があり、戻ってから北九州の産業医大に助教として赴任しました。そこに4年いてから、行政に入りました。最初に配属されたのが、昔のライフサイエンス室、研究費の配分のところでした。

そういう意味では行政は途中入省ということで、他の人より12年ほど経歴は短いわけです。言ってみれば民間採用みたいなものです。

開原：厚生省はわりとそういう方が入っておられますね。私は研究者と行政官が行ったり来たりするということが、もっと日本でもあったらよいと思っております。

ところで、ご留学はアメリカですか。

岩尾：はい。私の大学院での恩師が、その後産業医大の学長になられた土屋健三郎という先生でした。その土屋先生のお考えが、これから先は都市の健康問題が重要になるということです。つまり都会に人が集まるようになると、都市の衛生学とか都市の環境が非常に大きい問題だということで、「そういう目で少し世界を見た方がよい」ということと、奨学金を出していただけることになったので留学をしました。

テキサス大学のヒューストン校という公衆衛生大学院があって、全米で唯一アーバンヘルス(urban health)という講座を持っていたことが当時の恩師の土屋教授のイメージに非常に合っていたことから、そこに留学することになりました。まあ、それは表向きの理由で、たまたま学部長さんが、土屋先生がUCパークレーに留学したときの同僚だったということで、単に自分の弟子を知り合いに預けたということではないかなと思います。(笑)

ご存知と思いますが、テキサスのメディカルセンターは南北4km、

東西2kmにわたって医療施設があるところですよ。

開原：そうですね、テキサスは他とまた違った面がありますね。

岩尾：当時病院が32～3、研究所が20余り、医科大学が2つ、看護学校が3つ、それから歯科大学も1つという、要するにメディカルコンプレックスで、医療がまさに産業なのです。

ヨルダンの皇太子が健康診断で来たときに、ホテルのような病院全部を借り切ってしまったという話もあれば、貧しい人たちやお金のない黒人とか、メキシコからの不法移民の方々が病気になってかかる市民病院、あるいは救急医療しかない病院などを目の当たりにしてきました。国民皆保険を持つ日本とはえらい違いだなという印象を、もうその時から持っていました。

開原：今のお話の「医療を一つの産業と見て国を興す」ということは、プラス面とマイナス面から評価できるのではないかと思います。あとでそのへんのところももう少しがいたいと思います。

さて、そういうご経験をなさって厚生省にお入りになり、最初は研究費の配分など、比較的波風の立たないところでしたが、その後は、どうなのでしょう。

労働省への“出向”

岩尾：産業医大に4年勤めた後に移ったのですが、産業医大はご存知のように労働省がお金を出している大学でしたから、私の恩師に当たる当時の学長が「行政に行くのは仕方がない。ただし、自分の大学にプラスになるように。」ということで「労働省に出向する”なら許してやる」という話になりました。それで1年3ヶ月ほど厚生省のライフサイエンス室で勤務した後の2年間を、労働省に出向させて頂きました。

開原：その頃はもちろん労働省と厚生省は別の役所ですよ。

岩尾：ええ、別の役所です。そこで私は、有害作業場、有害環境という労働者の健康問題をやるところに配属されて、仕事をしておりました。

その仕事の一つに「労働安全衛生法の改正」という作業がありました。実はこの改正で初めて「事業主に労働者の健康保持増進の義務を課す」という努力義務の一条を入れたのです。これから先高齢化社会になることが見えていましたから、働く者の労働能力を維持することが必要だ。そのためには、健康で労働力が提供できなければいけないのだから、事業主が自分の責任において、彼らの健康増進活動をやらせる必要があるということで

1973年慶應義塾大学医学部卒、77年同大学院修了、78-80年米国テキサス大学ヒューストン校公衆衛生学部留学、81年産業医大助教、85年厚生省入省(ライフサイエンス室)。その後、労働省、佐賀県、環境庁を経て、研究開発課長、厚生科学課長、環境省自然環境局長等を歴任し、2003年厚生労働省医政局長





す。  
法律を改正する時は、当然他省庁とやりあうのですが、最大の交渉相手が厚生省でした。健康増進栄養課というところがあって、健康作りは一元的に自分がやるものだと思っているのです。

それから、保険局の保険課という、健康保険を所管しているところです。組合の保険で、上乘せでいろいろな検診をやっており、組合活動の一環として、保健予防活動を行っていて、これは法律上規定されているものです。

開原：今でもそうですね。

岩尾：健康づくりを厚生省が一元的にやっているのに、「何故事業主にやらせるんだ」ということです。「労働省が、労災の予防をするというお金であり、まさに事故が起きたらそれで負担しなければいけないお金を、何故健康づくりに使っているのだ」という話です。この交渉は、「各省折衝」と呼ばれていますが、役人になったばかりということもあり、私としてはかなり厳しい経験でした。

17、8年も前ですが、時代を感じますね。まさか厚生省と労働省が一緒になるなんて思っていませんでしたから。

そういう経験をさせていただいた後、佐賀県に出ました。これは全体の行政を回るといことで、私達にとっては勉強になりますが、県にとっては一種のOJT(on the job training)みたいな話ですから、ご迷惑だったのではなかったかと思えます。

それでも、お医者さんが行政官でいるということは、なかなか地方自治体ではありませんので、特に対医師会の問題ですとか、医療関係の問題が起こったときには、的確な対応ができるという意味で、県にとっても有り難かったのだと思います。

C型肝炎は、当時はまだ非A非B型肝炎と言われており、それが東日本よりも西日本に多いようでした。そこで佐賀県内で悉皆調査をやるということになりました。しかし国に言っても国は予算をくれません。私は知事さんのご理解が得られて、「県でやろう」と言ってくださり、県1/2、市町村1/2で予算補助をしながら、40歳以上の方全部にやった記憶があります。

そして、対策をどうするか。まだ当時インターフェロンが十分でなかった時代ですが、こういう方法なら予防できるという臨床的な知見が段々積み重なってきました。早めに自分が罹患している、罹患していないということをつかせるということは、佐賀県が一番最初にやったのではないかと思います。昭和63年から平成2年まで向こうにおりましたが、その時の結果を基に、現在では随

分と県内での肝炎対策が推進されたのではないかと考えております。

開原：その当時、今で言うところのエビデンスベースな行政をなさったということですね。それは、地方の時代に大変よいご経験をなさいましたね。

#### 水俣病問題の顛末

岩尾：そんなことで2年数ヶ月経った時に呼び戻されました。戻った先が今度は環境省(当時は環境庁)の環境保健部で、水俣病対策を担当しました。

まだ裁判が10ヶ所起こされていて、原告団の数が数千人規模でした。国と県とが一体で訴えられていますから、普通は手に手を取って闘うのですが、熊本の細川知事が突然「県は和解する」と言ってしまう。県が和解すると国は和解しないということになったわけです。

確かに悲惨な方々がおられるし、実際にかわいそうです。しかし制度としてその人達を救済ということは、私のポケットマネーで払うのではなく、国の税金で払うわけですから、国民全員が納得する形でなくてはならない。恣意的なお金の出し方でなく、ルールのもとにやるわけです。そして、ルールの中で病気かどうかを判断して棄却された方々なのだから、もらえないはずなのです。いろいろな交渉をし、また、国会で大変な目にあいました。

当時の大臣が「水俣に行く。」と言ったのです。私たちは「今行ってもおみやげがありません。手ぶらで行っても駄目だから、行かないでくれ。」と言いました。細川知事は「俺は和解する。」と言って一躍ヒーローになっているのに、うちは「駄目です。」と言って、やはり大臣としてはご不満なのです。水俣病と認定されると企業が補償金(当時約1,800万円)を支払います。「病気が認定されれば1,800万円もらえて、認定されなければ0というのが今の制度なのです。」と説明しますが、「何でそんな制度なんだ。」と言われるのです。

これは残念なことだったのですが、そういう一連の社会の運動の中で、当時所属の長だった局長さんが自殺されました。それでその時、おおわらわになりました。混乱している中で、当時の大蔵省から「来年度予算である程度のことは考えるから、納得のいく解決策を示せ」という宿題がきました。

開原：先生はその頃は課長でいらっしやいますか。

岩尾：室長です。つまり、お金が流れて、皆が納得する理屈を作れというわけで、役所というのはそういう仕事のプロセスなんだと思いました。

その時にどうしたかという、1,800万円もらう人と0の人しかいないのだったら、当然間を作ればいわけなのですが、この人を何と呼ぶかということです。もらう人は水俣病です。それ以外は水俣病でない人です。それでその時考えたのが、今で言うPTSDです。水俣病ではないのだけれども、水俣病と思ってもやむを得ない人たち。当時PTSDという概念がないときに、自分でそれを持ち込んだというのは、結構画期的だったと私は思うのですが。

医療制度改革は様々な社会問題を提起している。「安心」「安全」「高い質」という3つの医療の理念を「人」「箱」「モノ」の3つの供給資源に分類した3×3のマトリックスによって医療供給体制の改革の施策を検討している。

その人達に国として健康管理手当として月々2万円払うということにしました。対岸の島に住んでいる人も多いものですから、検診しに来るときに船をチャーターしなければいけないといった話があって、それらを計算すると、だいたい一人2万円で決着するかなと思われたのです。年間24万円です。当時あの地域には22万人住んでいたのですが、私の計算は補助金を受け取って裁判を降りる人数を4,800人と推計しました。実際には4,600人余りという結果でした。

しかし、裁判で勝たない限り弁護士には一銭も入らないわけですから、これでは彼らの弁護士は不満です。結局、その5年後に、政治解決という形で、一律270万円の一時金を支払い、弁護士にも相当の額を払って、それで裁判が終結しました。だから実に金がかかっているのです。

このような反省に立ち、「企業が何らかの環境汚染をするとき、汚染をしないように努力するのはたかだかの金ですむが、一旦汚染をさせてしまったら、その後被害を救済し現状回復するのにいかに金がかかったか」という「水俣の教訓」は絶対に参考になるはずだということで、エピソードを全部資料にして残し、当時のことを知っている人たちの肉声を聞かせるために、主として発展途上国に、患者さんと一緒に何度も行くという予算がとられています。東南アジア、それから中国に行っています。やはり水銀を流しているところもありますから。

私の頃は、とてもではないけれども患者さんと一緒にいられますでしたが、今は行政と非常にうまくいっています。

開原：発展途上国に対して、今そういうことを行政的にやっているという話などは、もっと知られてもいいことですね。

岩尾：新聞はいいことは書かないのですよ。役人は悪いことしかやらないと思っていますから。(笑)

そういう意味でどちらかという弱者救済的な仕事をやらされました。難病やエイズの問題もそうでしたし。

開原：エイズにも関わられたのですか。

岩尾：はい。それからハンセン病にも関わりました。

#### 改革における医療資源 - 人・箱・モノ

開原：厚生行政というのは、人間の問題を扱うので、一つ一つの話に非常に興味が尽きませんが、今度は、今の医療行政の話についてうかがいたいと思います。

岩尾：小泉内閣の方針で、「改革」が言われていますが、その一つが医療改革ということになっています。平成14年に、厚生労働省の中に医療制度改革の4つのチームができました。一つが医療保険制度の改革、2つ目が診療報酬制度の改革、3つ目が医療提供体制の改革、4つ目に社会保険庁を中心とする改革ということで、私は3つ目の医療提供体制を担当しています。

昨年のちょうど今頃に医療提供体制の改革のビジョンを局で出しましたが、他の3つが奇しくも、この数ヶ月の間にまさに話題になってしまったところですよ。社会保険庁もご存知のように、本来なら社会保険病院をどうするかという話だったのですが、結果とし

て社会保険庁をどうするかという話になってしまった。それから、診療報酬のルールをどうするかという話で、図らずも中医協をどうするかという話が、これまた新聞を賑わせました。保険制度の話は、要するに、今の国保の保険者の体制が小さくなったということで、統合の話。それから、高齢者保険をどうするか、「突き抜けなのか」という話。これもまだ決着していないわけで、事ほど左様に、医療制度改革をしると命令する人はいいのですが、やることになった時に、まさにいろいろな所で社会問題になってしまうような大きな問題なわけです。

私の医療提供体制は、わかりやすく言えば、「安全」で、「安心」で、「質の高い」医療をどのように国民に提供していくか、そのための提供体制は、医療資源としての「人」、それから施設 - つまり「箱」、そして、薬ですとか医療機器、情報という「モノ」ということになっています。この「人」「箱」「モノ」を縦軸に、横軸に先ほど言いました理念である「安全」「安心」「質の高い」ということを並べますと、3×3のマトリックスができます。このマトリックスにそれぞれどういう施策があるのかということをはめこんで仕事をしている、というのが私のやり方です。

例えて言いますと、臨床研修の必修化ということで、お医者さんが卒後2年間勉強するようになりました。これは、いろいろなところに当てはまる部分であると思います。一つはやはり「質の高い」医療という政策実現のためにやっていることもかもしれないし、地域住民からすれば24時間診てくれる「安心」できるというものなのかもしれない。そういうようなものにも絡むわけです。まあ、仕分けとしては、どちらかと言うと「医療の質」の保証のための政策だと言えらると思います。

それに対して、救急医療施設の施設整備の補助金を行政で持っているのですが、これは、住民が24時間かかれる施設に対する「安心」を担保するものになるだろうと思います。

それから、昨今盛んに言われております医療事故の問題ですと、働く「人」の問題や、働く場所、つまり例えば病院のデリバリールームですとか、ICUとか、手術室の問題といった「箱」の問題もあるし、そこで使われる薬のラベルが分からないとか、薬の取り扱い説明書がよく分からない、薬の名前がよく似ているという「モノ」の問題も対策の中に入れていくということで、それぞれのカラムに入って行くわけです。

大学病院の進む方向は？

開原：研修の問題では、一つの大きな転換が出来たという気がしています。しかし研修問題が片づいても、まだ医師の供給という点については決して問題が無いわけではありません。地域的な差であるとか、診療科の間の提供の差といった問題が大きく残ってしまっているのではないかと



という感じがするのです。

岩尾：そうですね。特に過疎地において医療を提供するお医者さんがいないということで、去年ニュースになったかと思うのですが、名義貸しというような問題もあります。基本的にそのような事態が生じるのは医者の数が足りないのだという議論がありますけれども、問題は医者が偏在していることなんだと思うのです。

それから、特に臨床研修の必修化を契機として、医師の引き上げ、つまり大学に戻せという話が出てまいりました。今までの医局制度の中では「お前あその病院に行け。」と言われたら嫌と言えないルールがあって、それで成り立っていたものが、この「臨床研修の必修化」を導入したことによって、そのルールが崩れて、一気に変わってしまった。だから、それに追いつくためにとりあえず既卒の医師を集めてこようと大学が考えているわけです。



昨年では市中の病院で臨床研修を受ける人と大学病院に残って研修を受ける人の比が、45対55になりました。従来は、市中病院が3、大学で受けるのが7という割合でしたから、大学においての臨床研修よりも、実践が学べる町の病院にシフトしたわけです。大学としては、「そうはさせじ」といろいろな手を講じているのを、私は承知しています。

ですから、ポストグラデュエイトの教育をどう考えるのか、そして大学病院のあり方をどう考えていくのか、ということ、真剣に考えなければいけないと思うのです。大学に残る最大の理由は、学位を出すということでしょうが、それが通用しなくなってきた。先日、全国の医学部長・病院長会議で「これから先は、学位で釣るという時代ではない。先生方も私たちも知恵の出どころです。」というお話しさせていただきました。

開原：今までは「アカデミックメディスン」が、最高の価値があると思われていたのですが、それは一つの医学の領域であって、それが他を支配するものではない。本当の臨床をやる方にもっと大きな価値があるということを世の中の人々が認めるようになってくると、今先生がおっしゃったような人の流れがずいぶん変わってくると思います。

「人」の問題：臨床研修の必修化により一つの大きな転機ができた。大学病院のあり方を真剣に考えなければならぬ。

「箱」の問題で：一元論的に公的病院のあり方を論じることは難しい。DPC(診断群分類別包括評価)により病院の淘汰が進むかもしれない。

岩尾：また、専門医制度というもの、それなりに学会のアカデミズムの中で有用な制度だとは思いますが、でも、その専門医にも問題があります。

先日テレビで報道されましたが、日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本血管外科学会の3つの学会共通の心臓血管外科専門医を作ろうとしたときに、理事会での叩き台では、経験すべき症例は50例以上ということで、これを総会に諮ったら、「そんな数を経験するのは時間がかかる」とか「それじゃあとても大変だ」ということで、20例経験したら専門医と名乗ってよいと決まりました。しかし、国民が「この人は専門家だからお願いしよう」というときに、自らのレベルを下げたところで専門医を名乗るような者は、やはり国民の期待に反すると思うのです。

患者にとってはアカデミズムよりも医者のスキルだろうと思いき、それをきちんと評価できるようなことがなければいけないと思っています。

#### 簡単にいかない公的病院と民間病院の役割分担

開原：もう一つ、先ほどの「箱」の話なのですが、私は、今病院そのもののあり方が変わってきているという感じがしています。日本には公的病院と民間病院とがあって、その2つが日本の医療を支えてきたと思うのですが、その役割分担自体が、今問われているのではないのでしょうか。

岩尾：昭和23年に医療法ができたときに、既に日本の病院は公立も私立もあって、混在していました。それを前提として、GHQのマッカーサーがサムス准将に、日本の医療体制を司る法律を考えさせて、今の医療法ができています。そのときの考え方は、「公的病院であれ私立の病院であれ、そこにあるのは社会資源だ。」ということだと思うのです。

当時は十分な予算で公的なものは整備できなかったから、民間の施設も含めて、公共の財という考え方で法律の網を掛けていった。大きな考え方でいうと、そこにある病院の機能が残ってくればよいのであって、運営者は問わないという形になっています。そうすると、個人のお医者さんからしてみれば、そこで自分たちが代々医業を続けてきたのに、「建物さえ残してくればあなた方の一族はいなくなってもいいです」という考え方の法律が成り立っていると、バランスがとれないわけです。そこを調整しながら、医療法の適用や運用をやってきたから、先生がおっしゃるように、公的病院の使命と私的病院の使命というのは、発足の当初に概念はあったにしても、うまく分けられていないと思うのです。

そういう中で、最近、病院経営が難しいという話になってきたときに、地域でセツとして病院を考える。例えば中核的な病院があり、そこに対して紹介あるいは逆紹介をして、患者さんの再配分を図るという地域医療支援病院の形ですとか、いくつか法律上の制度を作ってまいりましたが、やはりその中でも公的病院、私的病院という概念はあまりない。

この議論をうまく持つていくためには、やはり公的病院のあり方がきちんとなさなければならないと思うのです。「今こうあるべき」と

言っても、そういう形でこの50年過ごしてしまったものをどう切り分けるかが問題なのです。

そうすると、手のつけやすい社会保険病院や国立病院、厚生労働省関係ですと労災病院という、国の税金を投入しているところでは、不採算なものは撤退しろという話になる。そうすると、過疎地であれば、もちろん不採算ですから、そこを撤退するという事になって、ますますその地域に医者がいなくなる。不採算部門というのは当然ある程度公的なものでやらなければいけないという理屈があっても、今のような財源論で撤退しろと言われると、結局は無医村で残ってしまうところが出てくるわけです。

開原：この問題は、むしろ公的病院と私的病院を分けるのがいけないのであって、公的であっても私的病院であっても、同じ土俵の上に乗せろ。そして、例えば僻地に対しては、国民の納得の上でこのくらいの補助金は出しますということにして、公的であれ私的であれ、その補助金をもってやりたいという病院に進出してもらうという考え方にした方がよいのではないのでしょうか。

岩尾：各論では、公的病院の設立母体もいろいろあって、それぞれお互いが比較できるようにすればよいのではないかということで、先日にも病院会計準則という全体のルールを作ったわけです。同じ土俵に乗って比較して、初めて、「考えたら公的病院というのは退職時の引当金を積んでいなかった」とか、あるいは「特別会計を組んでいなかった」等、いろいろな話があるのです。だから、そういうようなものをルール化しようということは今度始めました。

それに民間病院も乗って下さいと言っているのですが、「うちの経営状態がわかって税金の網がもつとかかかるとなってしまう」とか、関連する株式会社などを経営しているとすれば、「そことの金のやりとりも明らかになるから」といったことを懸念しているのでしょうか、なかなか素直にうんと言ってくれない。そういう意味では、「お互いの財布を見せ合いっこしよう」という話はなかなか難しい話だと思いますね。

ただ、私立の病院にしても、国の補助金が出ているところもあるわけですから、少なくとも何らかの公的な融資や公的な出資があるところは、それを開示するというのをまずやっていっていただければと思います。

#### DPC が病院の評価につながる

開原：せっかくの機会ですから一つかがいたいのですが、私は、これから病院を良くしていくにも、医者を良くしていくにも、ある程度競争の原理を使う必要があると思うのです。競争があるから差が出て、差が出るから質が上がるということではないのでしょうか。

医療の世界は、できるだけ競争を無くそうという方向で、今まで行政が動いてきたような気がします。例えば、「地域医療計画における病床規制」の問題などもそうだと思います。これも、今見直そうという議論もあるようですが、そのへんはいかがでしょうか。

岩尾：ワーキンググループの報告書がもうじき出るかと思うのですが、諸外国のルールを参考にしながら、日本に見合ったものにする叩き台を、学者の先生方に作っていただいています。

ただ、東京を中心とする大都市における病床の必要性と、僻地、特に北海道の寒冷地において社会的入院が要請されるようなものの病床を考えると、やはり病床の質の区分ということをしなければいけないのではないのでしょうか。第四次の医療法改正で、昨年8月末に病床区分の届け出をしていただいて、その他病床を一般病床と療養病床に分けたわけですが、結果として日本中のベッドが130万床ほどあって、一般病床が90万床で療養病床が40万床という届け出になりました。人によってはフィフティフィフティでよいというご意見がありますが、どうなるかは、まさに今後何らかの競争原理が働くことによって、収束するものだろうと思っています。

あるいはベッドに対してお金が払われているからそういう議論になるのであって、患者への治療行為に対してお金が払われるようになるのであれば、ベッドがいくらあっても構わない。無駄なところは削って、患者をどんどん回転させていくということになるでしょう。長く入れたらそれだけ医療費が高くなるというのは、やはりおかしいのです。



2003年4月よりDPC( Diagnosis Procedure Combination=診断群分類別包括評価)が大学病院の本院など81病院で開始されました。2004年からは民間病院や社会保険病院など51病院に試行され、いよいよ日本にも米国のDRG/PPS制度に通じる「疾病別支払い方式」の時代が訪れようとしています。一定の医療の質が担保されて、そしてなおかつある程度の収入が求められて、今度の方がうまくいくということになれば、病院はDPCによって見ることができるようになります。そうすれば、病院に患者さんが来ない限りどうしようもないわけですし、下手な先生が治療すれば時間がかかって、却って損するわけですから、そこで病院の評価がなされると思うのです。

但し、慢性の、例えばALS(筋萎縮性側索硬化症)だとか筋ジストロフィーのようなベッドをかなり長い間確保しなければならない病気の患者さんにまで、同じようなルールが適用できるのかと言ったら、これはまた別の話だと思います。

医療を産業として見るためには・・・

開原：最後に、「モノ」の話なのですが、先生のところでは、日本の薬とか医療機器に対する産業に対して、いろいろご提言なさっておられますが、そのことを含めて、また、先ほどちょっとお話に出たのですが、外国などではむしろ医療そのものを産業として見て、それによって極端に言えば国を興そうということを考えているところさえあると思います。こうした産業という立場で今の日本の医療を見た場合の、先生のコメントがいただければと思います。岩尾：まず、製薬産業というのは知的生産性の非常に高い分野

であり、21世紀の日本はこういうもので諸外国と勝負していくべきだと思っています。そのためには特許の制度や研究開発に対する投資の面での様々な優遇税制等を総合的に利用しながら、国内で研究開発型の企業を育成していくのが使命だと思っています。そういうものが国の知的財産を保護することにもなるし、日本の将来にとって必要な方向だと思うのです。

また、「医療というものを産業として捉えたときに」というご質問ですが、日本と外国との最大の違いは国民皆保険という制度です。日本で病気にならない私たちでも毎月払っていて、病気になった人に私たちの分が使われるというルールですから、「その枠の中でどう考えるか」が常について回る話です。もし医療を外国で受けたいのなら、そうした日本の国の枠の中で分け合う医療費のパイを考えたとき、自分のお金を払って行って下さいというのが、私は当然だろうと思うのです。日本で医療を産業として捉えるときに考えなくてはいけないのは、この医療費のパイをどうふうに分け合うかということだろうと思うのです。

だから、今言われている「混合診療をさせてください」という話は、実は既に、広い部屋に入りたいというときに差額ベッドのシステムがあり、金歯を入れたいというときに自費のルールがあるように、いわゆる選定療養と言われている部分というのは、言ってみれば混合している部分です。また、高度先進医療と言われる部分は自分でその分を払うものです。

「新しいことを自分のテリトリーとしてやりたいからルールを変えてくれ」と言われても困る。「今そういうルールでやっているのだから、それに加えていけばいいじゃないか」というのが、私たちの考え方です。

もう一つ、株式会社を入れさせてくれという話があるのですが、医療産業に資本を提供する人が入ってくれば、そこで支払われた医療費が、資本を出した人に行くわけです。つまり出資した人が外国人だとすると、日本に所得税が落ちないわけですから、そうすると結局、本来私たちが分け合おうとした30兆円のパイが外に出ていくことになるわけです。そういう意味で、こういう人たちの参入は日本の医療制度に馴染まないと考えています。

実は、そういう議論はあまりしていないで、株式会社を入れる、入れないの話しかやっていないのです。けれども、全体として誰が得をするのか。そのような資本参入を許すのかという話は、私

は需要者の立場で考えていくことだろうという気がするのです。

需要者の立場を反映するメカニズムは可能か

開原：今先生が言われた「需要者の立場で物事を考えていく」ということが大変印象的です。それが問題の解決に繋がると思うのですが、私は、今までの医療行政では、本当の意味で医療の需要者の立場が制度として反映するようなメカニズムがあまりにも少なかったのではないかと思うのです。

岩尾：弁解するつもりはないのですが、実は患者というのは自分の病気にはものすごくいろいろと言ってくれども、他の病気のことはあまり考えない傾向があります。だから、たぶん808の病気の患者たちを全部集めない限り意見は出てこないのだけれども、そういう意見をまとめて1本化することはしないのです。

患者の声を集約してみると、結局「自分たちは安全で安心して質の高い医療を望んでいるんだ」ということなのであれば、先ほどマトリックスに分けましたが、そのようにブレイクダウンして、今私たちが考えているものを患者さん方にお話して、「あなたの言っていることは、こういうところに収まるのです」という話に持っていく。

うがった言い方をすれば、医療提供者側も必ず患者にはなるわけですから、あえて患者代表たる一人を選ばなくても、患者としての感覚が全て分かっているものとして、議論が重ねられているのではないかと考えております。

開原：時間も迫ってまいりました。最後に締めくくりの言葉をお願いいたします。

岩尾：まさに変革の時代ですが、自分たちの考えたことが行政で実現するまでというのは、ちょっと時間のずれがあります。私なりの行政の経験からすると、先頭を走ってはいけません。

ハンセンにしてもエイズにしても、先取りしてやったことが結果として後で裁判になってしまいましたし、今だって、C型肝炎が裁判になっているのです。自分が良かれと思ってやったことが、なかなか行政だけで決着せず、結局司法を巻き込んでしまったような仕事にずいぶん関与してきました。そういうことを踏まえると、行政が常に先取りしてやらなければいけないのだということではなくて、“何か”が先の方に少し行っているときに、ちょっと一歩おいて、第二集団とは言わないけれども、第一集団の後ろの方に付いていって、流れを見ながら施策を打つというのが、今の時代に合っているのかなという気がします。

そのようにしながら全体を考えているのだということをご理解いただけたら有り難いと思います。

開原：最後の方は大変面白い深いお話だったと思います。大変有り難うございました。

これで今日の対談を終わらせていただきます。

「モノ」の問題：製薬産業は知的生産性が高く、21世紀の日本はこうしたもので勝負すべき。混合診療・株式会社の参入問題は、医療費を国民全員で支えられているという日本の特殊性から判断すべき。

本対談に関するご質問、ご意見を受付けております。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。)