

当財団では、2005年1月に新規事業ヘルスリサーチワークショップ(HRW)を開催しました。

同HRWでは「“ 出会い ”と“ 学び ”」が最大の目的とされ、この目的のもとに様々な分野の方々が集い、メインテーマ「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざまで - 」の討議の切り口別に

- 「財(たから)」チーム (赤ひげの経済的側面)
- 「育(そだつ)」チーム (赤ひげの人材育成)
- 「導(みちびき)」チーム(赤ひげにおけるチーム医療とリーダーシップ)
- 「望(のぞむ)」チーム (赤ひげにおける受療者のNeedsとWants)

の4チームに別れて、2日間に亘る分科会を行ないました。

分科会では様々な議論が続出し、今後の医療とヘルスリサーチにとって貴重な示唆に富む内容となりました。その成果をより有効に活用するために、本誌では新たに鼎談シリーズを企画しました。毎号・4回に亘って、各チームのメンバーの代表者、ファシリテーターが、HRWで討議した内容を、その分野の権威の先生と語り合っています。

第1回目の今回は「財(たから)」チームです。南部鶴彦先生をお迎えし、メンバー代表の松井豊先生、ファシリテーターの今井博久先生とともに熱く議論を交わしました。(司会は中村洋先生)



鼎談：学際を拓く

第1回

第1回HRW「財」チームからの問題提起



南部 鶴彦 (なんぶつるひこ)

学習院大学経済学部教授
当財団評議員、選考委員

- 1966年 東京大学経済学部 卒業
- 1973年 東京大学大学院 経済学研究科 博士課程 修了
- 1973年 武蔵大学経済学部 専任講師
- 1975年 同 助教授
- 1976年 学習院大学経済学部 助教授
- 1978年 同 教授

医療が経済学に求めるものは



松井 豊 (まついゆたか)

医療法人社団まついクリニック理事長
神戸大学大学院経営学部非常勤講師

- 1983年 宮崎医科大学医学部卒業
千里救命救急センター
大阪労災病院麻酔科脳神経外科他で研修
- 1990年 大阪大学医学部医学研究科修了(医学博士)
阪和記念病院脳神経外科、医誠会病院診療部部長、
医誠会クリニック院長、十三医誠会クリニック院長を経て
まついクリニック開設、院長
- 2002年 神戸大学大学院経営学部経営学研究科修了(経営学修士)
- 2003年 神戸大学大学院経営学部非常勤講師
- 2004年 神戸大学大学院経営学部非常勤講師

脳神経外科学会専門医、救急医学会専門医、透析医学会専門医・指導医、
アフレスス学会認定専門医



中村 洋 (なかむらひろし)

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
当財団ヘルスリサーチワークショップ世話人

- 1988年 一橋大学経済学部卒業
- 1996年 スタンフォード大学経済学
博士課程修了(Ph.D.)
- 1996年 慶應義塾大学大学院経営
管理研究科専任講師就任
助教授を経て
- 2005年 教授就任

今井 博久 (いまいひろひさ)

旭川医科大学医学部助教授
当財団ヘルスリサーチワークショップ幹事

- 1986年 北海道大学経済学部卒業
- 1993年 旭川医科大学卒業
- 1995年 国立東京第二病院内科研修修了
- 1999年 北海道大学大学院修了
(医学博士)
- 2000年 慶應義塾大学医学部助手
- 2001年 宮崎医科大学医学部講師
- 2004年 旭川医科大学医学部助教授

論 点

論点-1 制度疲労

医療を取り巻く社会が変化して、40年前に制定された医療保険制度は制度疲労から機能不全を起こしている。今、やり方も仕組みも変える必要がある。

論点-2 様々な問題

それには、モラルハザードの問題や、保険料の負担割合・公的保険と私的保険のバランス、ペナルティの賦課の可否等、様々な問題が含まれる。まずそれらに対する議論を出し合うことが求められる。

論点-3 新しい仕組みの構築

新しい時代に合った仕組みでは、ペナルティが制度の中に入れていられることがよい。しかし、難しいのは線引きをどこにするかということ。

論点-4 新制度の試み

現在、新しい試みとして混合診療や株式会社化、私的保険の議論が出ている。それらは是か非か。また、それらの議論の問題点は。

論点-5 社会保障の意義

制度改革に先だって、まず最初に「社会保障の意義」を議論することが必要である。特に、日本・ヨーロッパとは異なるアメリカ型の社会保障制度の理念の前提を知る必要があるのでは。

論点-6 制度改革の主体

本当の意味での政治家に、改革するインセンティブを持たせなければ、制度改革はできない。そしてその政治家は、現場の医師の中から出てくるべきである。

中村：2005年1月のヘルスリサーチワークショップでは「医療とお金」という観点から議論をして、非常に盛り上がりました。本日は、この分野の第一人者でおられる南部先生をお招きして、鼎談という形でご意見を伺わせていただきたいと思います。

まずその前に、南部先生から、なぜヘルスケアの分野に興味を持たれたかを、簡単にお話しただければと思います。

南部：私の専門は、経済学部の講座では産業組織論という分野に相当していて、元々は必ずしも医療は対象になっておりません。一番長い間の専門は、競争の弊害とそれに対する独禁法の適用の仕方はどうあるべきかというような問題ですが、もう20年近く前になるでしょうか、段々そういう問題から関心がずれてきました。

20年くらい前は、民間の産業のほとんどが、非常に健全な産業でした。それに対して、電電公社や国鉄など、国営あるいは国の規制が極めて強い産業が、どこも産業組織的に見て非常に健全だと思われ、規制の在り方を見直すということから始まったわけなのです。ですから私は、電気通信とか電力の方が看板板で、裏の看板に医療とか医薬品があるという感じになります。

この裏の看板の最初のきっかけは医薬品でした。産業組織的な観点から、競争のメカニズムも同時に規制もある。且つ、資源配分の観点から色々問題が多い。薬価基準制度があり、この薬価基準制度が存在していることは、果たして経済的に見て合理的かどうか、その議論からスタートして、未だに続いているわけです。その後、次第に薬から医療そのものへと拡大しました。

中村：今度は松井先生に。先生は医療の現場に携わりながら、神戸大学で経営学や経済学を勉強されていますが、これらに興味を持たれたのは、どういった経緯からなのでしょう。

松井：私は脳外科を専門として、脳の移植の問題等をやっていました。しかし、何かよく理解できない現象が社会の中で多くなってきた。例えば使っている動物をどう扱うのが正しいのか。また、どのような移植実験が許されるのか。私の中に疑問に答えるだけの蓄えが無いことに気が付き、それを追っているうちに、社会科学をもう一度勉強し直さなければいけないと思うようになりました。

経済学や経営学の本を読んだりするのですが、なかなか発展しない。そこで、神戸大学の経営学にもう一度入り直したというのが発端でした。専門は管理会計をやりましたので、全くお金の計算はできないままで終わってしまいました(笑)。

中村：今井先生も自己紹介をお願いします。

今井：私は、北海道大学経済学部を卒業し、大学院にもいて、医療政策・厚生経済学を少し勉強しました。周りの友達や親戚に医療関係者がいたこともあって、徐々に医療に興味を持つようになり、そこで、医学部に入り、大学院で医療経済をやりました。

基礎教育は経済学と医学の両方を受けているので、両方の問題意識を持って、医学部の頃から本を読み漁ったのですが、あまり良い本が無かったこともあって、今から振り返るともどかしい状況でした。両方とも、現実の医療の世界をうまく交通整理したり一刀両断にできない。逆にそのことがすごく魅力がある。特に最近思うのは、人の価値観とか倫理観とか、そういう問題も必ず医療を考える上で無視できないということです。難しさ故に逆に面白くて、色々言ったり書いたり考えたりしています。

論点-1 制度疲労

国民皆保険制度は時代の申し子

中村：では、早速、今井先生、松井先生から、現場で考えることを、問題提起としてお伺いしたいと思います。

今井：差し当たり大きな話を。

非常に急激に、医療を取り巻く社会が変化しています。例えば人口構造が変化して、少子高齢化が進む。医療現場では、昔は結核や急性期の感染症が中心でしたが、今はガンや糖尿病を始めとした生活習慣病に疾病構造が変化している。一方、それを支えてきた医療保険制度あるいは社会保障制度は、40年来基本的な構造は変わっていないわけです。実態に即さなくなっていて、制度疲労から機能不全が起きているのではないかと。これを今後どうしていったら良いのかという話をしたいと思うのです。

松井：制度疲労ということでもまず思い浮かぶのは、国民皆保険制度ですが、私は国民皆保険制度は基本的には賛成であり、我が



「改革に反対する人の議論の多くはレトリックなのです。それに引きずられることなく、本質を見据えた議論を進めていくことが必要です。」

国が誇る制度だと思えます。ところが、国民皆保険制度の始まりは1960年代ですが、その時の経済的な状態の中で国民を守る制度であると、私は理解しています。政策的に標準化された幅のない医療を供給することで国民の健康を守っていった。そしてそれによって医療供給者は安定した成長を築いた。

現在制度疲労を起しているのではないかという危惧の原因は、主たる産業の経済成長が低下していることと、それに伴うマクロ経済政策が転換してしまったことに加えて、日本の社会の成熟化がどんどん進んで、需要が多様化していったことです。医療需要の多様化に対応することは、標準化とは相反するものであり、これが今の現場の不満の元であろうと思っています。

他の産業、例えば自動車産業などでは、大量生産から高度情報化、多品種少量生産という構造的変革を、既に10～20年前から始めて、今はもう完成させてしまっている。医療も、今、「医療の本当の社会的な意義」を見直して、効率性・生産性に寄与するような制度を築くことが求められているのではないか。今は医療の社会的意義が不安定な感じがしますし、その効果という点でも、それを支える経済学のモデルが見当たらず、しっかりとした骨組みができずに彷徨っているというのが現状ではないでしょうか。中村：お話にありました需要の多様化とは、どういうことをイメージされているのでしょうか。

松井：それは、価値観の多様化と連続する言葉です。医療は、命の仕組みや病の仕掛けを検討して人を幸せにしていく技術ですが、それに対して、どこが消費者の幸せなのかということです。

南部：松井先生と同じことを、私はだいぶ前から考えておりました。国民皆保険のスタートは昭和36年(1961年)で、既に40年位経っていますが、私は「これは「時代の子」である」と言っています。時代の産物であって、決して永遠のモデルにはなり得ない。

昭和36年は、もしかすると日本が一番良い時だったかも知れませんが、人口の中心は若い人ばかりで、お年寄りには当時はあまり長生きをされず、長生きをする人はみんな丈夫で、介護などはおおよそ関係ない人ばかりでしたので、国民皆保険は成功すべくして成功したのです。だいぶ前に、論文の中で、私はヤングエコ

ミーとオールドエコミーと分けました。ヤングエコミーであるからこそ国民皆保険がうまくいっている。

私は国民皆保険がうまくいくキーポイントは、国保が何とかもっているということだと思うのです。若手の労働者が大半で、まず病気をしないし、してもすぐ治る、色々な病気を併発しないから、当然コストも掛からない。問題は、失業者や老人が入っている国保ですが、ここで少々お金を食っても、トータルではバランスしてしまうと言えたのです。私はいつも、国保は(表現は悪いのですが)残渣(residual)であると言っています。つまり、まず大企業の人たちや共済組合の人たち、あるいは特殊な船員など、職業別に健康状態が良い人たちの保険組合があって、最後の残りを国保が救う。老齢化が進めば、早晩立ち行かなくなることは分かり切っている。だとすると、国民皆保険制度は、時代が変われば見直して、やり方も仕組みも変えるべきだと思っているのです。

論点-1 制度疲労

社会保障制度改革の4つの原則

スライド1～9(p4～6に掲載)は、先日、医療保障政策研究会議で私が話したもののレジュメです。

制度疲労について、アメリカでも多くの人が語っています。public economicsの第一人者であるマーティン・フェルドスタインが『AER』(American Economic Review)の最新号の会長講演で「Rethinking Social Insurance」という論文を書いています。そこでまさに制度疲労のことを言っており、もう70年経っているアメリカの制度は根本的に見直さなければダメだと述べております。

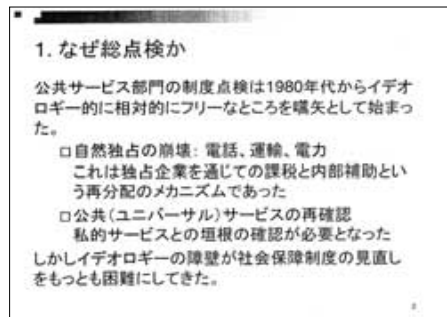
フェルドスタインは社会保障制度改革には3つの視点があるとしています。一つは定年退職後の所得保障をどうするかという問題で、次に失業保険の問題、それからメディケアの問題です。そして彼は社会保障制度改革の4原則を掲げて、この4つに従って現実的に進むことが必要だと言っています。

第1点(スライド-5)が、社会保障制度の裏側はその負担であるということで、課税の制度になるのですが、その課税の効果がどうなるかということを正確に認識することです。国民はこの70年間非常に賢くなつて、社会保障制度が導入されると、その制度を一部の人はずっと自分の有利になるように使おうとするゲーム的行動(彼はゲーミングと呼んでいます)があるので、それが結局、国民経済にマイナスの影響を与える可能性がある。分かりやすい例で、本来は失業保険は、不本意ながら失業している人が一時的に調整するためのものなのに、かなりの人は故意に失業し、なかなか職も見つけようとしない。そのためにどんどん赤字になつ

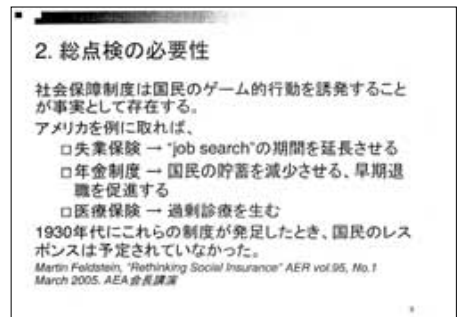
スライド - 1



スライド - 2



スライド - 3



て、追加課税というか、高い失業保険料が必要になってくる。こういう循環が動いて、結局経済学の言葉で言うとDead Weight Lossが発生してくる。この図では三角形ABCのところ。フェルドスタインが一番主張したかったのは、所得の再分配の問題もあるが、それよりもアメリカの制度においてはDead Weight Lossがものすごく大きいということです。

医療に重ねると若干語弊があると思いますが、例えば一部の人が必要でもない医療を受けようとする、またはお医者さんが必要以上の医療あるいは薬剤を給付して、結局医療財政が困難になり、自己負担が現在のように3割になってしまうということです。

2番目(スライド-6)は1番目の問題と裏腹です。例えば医療で考えると、医療保障を手厚くすればするほど国民の便益は増える、しかし同時に手厚くなった保障を逆用・悪用するゲーム的行動が生じるので、限界的な浪費も増えてくる。その限界便益と限界浪費にはバランスがあって、最適な水準があるのではないかと。これを見極める必要があるというのが彼の主張です。

3番目(スライド-7)が、条件の変化に適応した制度設計をすぐやる姿勢が必要だということです。彼は、従来型のTax以外に“Saving Account”を作って、自分が医療のために貯蓄したら所得控除できるという、シンガポールなどのような制度をした方が良くと言っていますが、その時に、アメリカでは全員背番号があることも含めて、IT技術の進歩を使って実施することが可能である、そして、先ほどのゲーミングをきちんと認識して分析できるようになっているから、そこまで考えた制度設計ができるということです。

4番目(スライド-8)は、彼はアメリカの社会保障制度には所得再分配効果は全く無いと言っています。逆さまの分配、つまりpoorからrichに再分配する制度になってしまっている。

そこで、スライド-9の「日本との比較」ですが、「福祉は絶対に犯すことができないので、その予算を削減することは許さない」という議論、あるいは、社会構造や人口構成が変わり、技術進歩があったのですから、医療に対するニーズは当然高まっているはずなので、医療の高コスト論による「GDPの何%以内でなければいけない」という議論も、もう一回見直す必要があると思っています。

論点-2 様々な問題

単一の医療モデル、アメリカの医療経済学の力不足

中村：今井先生や松井先生は、実際の医療の現場から見られて、この南部先生のお話について、いかがでしょうか。

今井：まず思うのは、アメリカはこういうことが非常に議論されるのに、日本は少ないということです。日本も最近、経済諮問会議

や経済改革会議で議論されるようになってきましたが、やはりもう少し色々な形で意見を出し合わなければならないと思います。

不必要な医療やモラルハザードという問題もありますし、どこまで個人で負担して、どこまで保険等で備えておくのかという問題もあります。単に1割負担とか3割負担ではなくて、弾力性を持って「こういう病気の場合には何割負担」といった形も考えられるでしょう。あるいは、ワークショップの時に話ですが、検診をちゃんと受ける人や自分で健康管理を努力してる人に対しては負担を少なくする、そうでない人にはペナルティを課すとか。こうしたことを実現しなくてはならない段階に来ていると思うのです。

松井：私がいつも疑問に思うのは、医療費の考え方です。日本の場合は、公的医療制度から拠出されたお金を医療費と捉えています。そういう捉え方だと、医療全体のアウトプットの評価と不釣り合いになります。例えば、患者さんは月1万円くらいの健康食品を買っていますが、それも医療費として捉えるのかどうか。

日本で「医療市場」と言うときの、その「市場」に乗せる医療費の対象をどのように絞るのか、それからその「市場」の参加者は誰なのかを、私はいつも疑問に思うのです。開業医である私は、需要があって、競争の中での医療機関と患者との「市場」というものを考えます。しかしこれは厳密には医療経済を語るときの「市場」ではなく、もう少し複雑な医療モデルがあるようです。このように、モデルが異なったり、分りにくかったりする。

南部：日本には、国民医療費の対象になる医療と同時に、例えば東洋医学のような医療がありますが、それは医療費の中に入っていない。それも含めて、ということでしょうか。

松井：そうです。「東洋医学はダメです」と医師が言ってしまうところが、国民皆保険制度の弊害であるわけです。政策によって標準化された医療があるので、医師も選択できない。患者の方は、需要が多様化しているので、それに応えてくれるものを求めている。双方が咬み合わない根本的な理由は、モデルがないからです。それと同時に、アメリカの医療経済学が、日本が作ってしまった国民皆保険制度の硬直した医療の中では、なかなか現場を説得するだけの力を持っていないからなのではないでしょうか。

南部：モデルがないというより、日本はモデルが一つしかなくて国民皆保険が押しつけられてしまっているということですね。

今井：多様なニーズに応えとか、それに対するコストを支払うということは全然ないのですね。

スライド - 4

3. 社会保障の論拠

「哲学」的論拠
社会的連帯(solidarity)

「経済」的論拠
情報の非対称性

1. 私保険における利己的行動
被保険者には自己の不利な情報を開示しないインセンティブが働く
2. 政府における情報の欠如
受給者にはトランスファーを期待して怠業(gaming)が起こるが、誰が本当にそうかは知ることができない

スライド - 5

4. フェルドスタインの社会保障改革の4原則(1)

① 社会保障制度の課税効果を正確に認識する
国民の一部は必ずゲーム的行動(合理的でもある)をとり、国民経済全体の効率性に影響を与える。
ゲーム行動の結果、支出は増大し追加課税によるdeadweight lossをもたらし。

deadweight loss (純損益) = ΔABC

スライド - 6

4. フェルドスタインの社会保障改革の4原則(2)

② 保障と資源配分の歪みの適切なバランスをとる
保障を手厚くすれば、国民の限界的便益は増えるが、同時に浪費が増大する。このトレードオフから最適な水準を模索する。

最適水準

既に現場では持ち出しで対応している

松井：そこで、現在の制度の下で、素晴らしい医療を供給して、自分の医療機関を発展させようと思ったら、経営者はこんな工夫をします。つまり、私は、脳外科の診療所とともに、血液透析と腹膜透析専門の診療所も経営していますが、透析は脳外科とは異なって経験的で標準的な医療が現場で行われています。そこで私は、ブレークスルーと言われている新しい特殊な透析方法をやったのです。保険では重症の合併症になったら適応とされる治療法ですので、保険請求できません。重症になる前の患者には生理的で有効と考えられていますが、もちろん適応外です。通常より多く必要とされる費用は請求できず、安全管理や材料など高額になり、一人当たりコストは2倍位かかります。これは持ち出しです。しかし「それに伴う医療技術の進歩を組み合わせていけば、診療所は発展する」という経営学的な仮説を立て、診療所開設時から「実験」を行ったところ、非常に上手くいったのでした。私の修士論文がそれなのですが、平均に比べ、患者増加数で3～4倍の成長をしました。死亡数に至っては、3年経っても総死亡率の20分の1位です。

そうしたことを、私だけではなくて、現場では結構やっているはず。例えば、学会が認めていないような不妊治療をしたとか、遺伝子治療をしたとか。もちろんそれは医師の倫理観で、それに伴った技術や学問的根拠があってということ。もう既に現場では国民皆保険制度がある程度良い意味で無視して、持ち出しでやっている。そして医療の水準を上げているのです。

今、医療も情報というものが非常な速度で進んでいます。日常的な診療におけるテクノロジーも進んだ。もう医療も、大きな転換期を迎える役者が揃った時期なのではないかと思うのです。

南部：患者さんは松井先生の所がそういうことやっているという情報を、どうやって入手するのですか。

松井：敢えて情報は流しません。自らインターネットなどで探してもらいます。私の所はオープンカルテと言って、患者さんはパスワードでサーバーにアクセスしてカルテの内容を全部読めるようにしてあります。そういう手続きができる人しか私の所に来なくてよいという姿勢なのです。そうすると、そういう価値を求めた方が来られますので、診療の質を上げることができるのです。

今井：本物の患者が来るから、自分が良い医療を受けていることを見抜く力もあって、両方にとって良いということですね。

中村：この経営のノウハウの話が世に出るとまずいのでは(笑)

松井：まずありません。私はいたる所でこの考えをしゃべって

ます。というのは、競合者が出てこない、それを求める需要あるいは消費者が増えないのですよ。

制度の中にペナルティを

南部：松井先生の「標準化・定型化した医療」の話に関連して危惧するのは、今の医療保険制度はますます赤字が増えていくから、保険者を統一して、赤字と黒字を混ぜていけば良いという議論がかなりあることです。しかしこれは一番危険なやり方だと思うのです。ますます国民皆保険かつ定型的な医療しかないという世界を作ってしまう。統一体としての保険システムというのは、逆に言うと逆さまに電電会社を作るようなものです。

中村：先ほどの話の、いわゆるオールドエコミーに合った新しい仕組みは、今後どんな形で構築していけば良いのでしょうか。

南部：先ほど今井先生がおっしゃるように、ペナルティが制度の中に入っている方が良いと思うのです。

例えば、若い時に好き放題やって、年を取ってから貧窮に喘いでも、それは自分の選んだものだということにする。逆に言えば、そうならないように、何かの備えをするという仕組みにする。もちろんグラジュアルにやる必要がある。ある年齢以上の人は急に自己責任と言われても無理だと思いますが、ある年齢から下の世代については、備えをしなさいということが制度的に設計されないといけないと思います。つまり、先ほどのフェルドスタインの Saving Account なりで、自分のインセティブで自分の老後に備える。それを備えたら、ご褒美として、そこだけは税金が掛からないようになる、というような仕組みを作らないといけないと思います。

今井：そのためにはおそらく、事前に若い世代への教育とか情報が必要ですので、政府が積極的に言ってあげて、そして自分で理解して、選択して、という形が必要でしょう。

南部：そうですね。ただ、問題なのは、自分の責任でなくて恵まれない人達です。しかし、そういう人たちに対する保障や援助は、経済学的に見て、当然というよりも簡単だと思うのです。そういう人は一握りしかいないのだから、その人たちに500億円、1,000億円出すとしても、日本の国力からはゴミのような金額です。

中村：この話と関連することで、先ほどゲーミングという話が出ましたが、医療では、不必要かもしれないけど、ちょっと心配だから医療機関へ行くということが。個々の動きとしては合理的だが、マクロ的に見るとまた違う問題を引き起こしてしまう。こういった問題をどう扱うかがなかなか難しいですね。

南部：「合成の誤謬」ですね。私も答えは無いのですが、ゲーミン

スライド - 7

<p>4. フェルドスタインの社会保障改革の4原則(3)</p> <p>③ 条件の変化に適応した制度設計の変更をする</p> <p>アメリカの社会保障制度は1930年代の大不況の産物である。今や諸条件の変化は明白。</p> <p>a. 経済の変化 今や大不況の構造はない</p> <p>b. 技術進歩 個人の資産、所得の把握により個人投資勘定は可能</p> <p>c. 経済分析の発展 制度に対する個人のレスポンスを分析可能</p>

スライド - 8

<p>4. フェルドスタインの社会保障改革の4原則(4)</p> <p>④ 社会保障を所得再配分から分離する</p> <p>アメリカの社会保障制度は貧者への再配分機能はない。</p> <p>ミーンズ・テストの対象者よりも余裕のあるグループへの支出は巨大となっている。(5千億ドル)</p>

スライド - 9

<p>5. 日本との比較</p> <p>日本では社会保障のdeadweight lossに関する認識が希薄で、増税論が優勢を占めている。その背景には、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 福祉聖域論 福祉は政治的得票の視点のみから論じられる 2. 医療高コスト論 社会的ニーズに対してどれだけ必要かではなく、GDP比率のみが重視される 3. 経済分析の経緯 日本における乗証分析の脆弱性が原因となり、現状に関する分析が欠如 4. 国民皆保険と年金制度の幻想 昭和36年はあまりに健康なbase yearである。それに続く昭和40年代はあまりに不健康なインフレ年代である。

グの裏腹で、日本はよくモラルハザードというように問題を付け替えます。「非常に悪いことをやっている」となるのですが、私は必ずしもそうだとは思えません。賢い人は制度の弱点というか、上手く利用できるところを見抜いて行動してしまう。これは、別に褒められたことではないかもしれないが、モラルハザードと言って、とんでもなく悪いことしているのだというのはおかしい。「悪用」されることがないように制度の仕組みを作っておくことが必要です。

論点-3 新しい仕組みの構築
線引きをどうするか

今井：一方で、線引きは医療現場の医師からは難しいですね。

例えば、現在ならば「肺ガンになる」という知識は一般的にあるわけですが、ヘビースモーカーが肺の扁平上皮ガンで治療に難渋し集中治療室へ入ってしまって1,000万円使う。しかし、高額医療の還付制度で本人は余り負担をしないで済む。これでいいのか。こういう場合は、公的な保険で賄うのを制限する、という形もあると思います。また、一生懸命自分で健康管理をして検診を受ける人と、一切検診を受けないで健康管理にも注意しない人を平等に扱っていくのか。このような場合の線引きをどうするのか。

松井：年齢だけでは計れないその方の人生とか、周りの方と直接接しますので、なかなか線引きが難しい。また、疾患には遺伝的な背景があって、努力に努力を重ねたけれども、不幸にして脳卒中や動脈瘤の破裂になった方もおられます。だから、果たしてみんなが納得できるように整合性がとれるかどうか。

今井：ヤングエコミーの時は聖域だった部分も、線を引いていかないと、社会全体が共倒れになる。制度設計の細かい検討を重ねなければならない段階にきているのではないかと思います。

南部：財政的な危機に陥ると、価格やTaxを上げれば、一時的には何とかなるけれども、ますますそこで悪循環が起こってしまうのですよね。

今井：そうなのです。介護保険でも、単純に負担を上げるというのは無策で、誰でもできる。もっと審議会なり、設計に関わる人たちが知恵を出しあうしかないと思うのです。

南部：線引きの問題について、フェルドスタインも「誰がゲーミングをやっているのか、また誰が自分の責任でない原因で大病に陥っているのか、その区別ができないから無差別にやらざるを得ない」という議論を否定して、それは無差別・一律にするべきだということにはならないと主張しています。(スライド4)

論点-4 新制度の試み

混合診療の議論のレトリックと身近な混合診療

中村：最近色々新しい制度の試みがなされていて、例えば混合診療や株式会社化の問題、私保険と公的保険の議論などが出てきています。こうした点についてはいかがでしょうか。

南部：混合診療で、「金持ちは受けられるけど、そうでない人は受

けられなくなる、だから混合診療をやるべきではない」という議論がありますが、これは完全なレトリックで、混合診療をやらせたくないという人がそのためにする議論だと思うのです。

金持ちがどれ位いるのでしょうか。税金を1千万円以上納めた、いわゆる長者番付に載った人たちは7万5千人です。4人家族だとすると30万人が富裕ということですが、1億数千万人の中に30万人位金持ちがいて何が悪いのか。例えば、かつての中国のように、富裕階級がとてつもない富を蓄えていて、大衆を圧迫しているという事実があればそれは悪いけれども、ただか7万5千人しか金持ちがいない社会で、それと富裕階級の話とがごっちゃ混ぜになるのはまずいと思います。

松井：私は混合診療の対象をはっきりさせて、解禁すべきだと思います。

ただ、混合診療に反対している医師会の議論は、全部保険適用にすべきだという考えです。私はそれも間違いだと思います。

混合診療についてもっと議論しなければいけないのは、解禁したときに、何が混合診療に向けられるかということだと思いますが、それは、ほとんどが製薬に向けられるのです。製薬が医療費に占める割合というのは、一般の人たちが考えている以上に大きなウェイトを占めており、混合診療の目的がそれに行っているのではないかという危惧があって、なかなか支持が得られないのではないかと思います。

また、混合診療を補うための保険制度はどうするかということで、公的保険の市場に私的保険が入ってくるのではないかの議論が重ね合わされています。

今の混合診療の議論は、新聞を読んでいても、何が書いてあるのかよく分からないのは、様々な問題が混ざり合っているからです。それらを切り離して、きちんと刺し違える位の議論をしないと、医療の進歩はないの

ではないかと思うのです。

私は混合診療したら良いと思うのですが、ただ私が考える混合診療はもっと身近な診療です。例えば、CTスキャンはたくさん撮っても費用は一緒で、たくさん撮ったからと5枚も請求しても2枚しかフィルム代は認められないことがあります。しかし、2枚撮って分からなくても、4枚分のフィルムを撮れば、40枚位スライスが多くなって、分かるようになる。だからこれを混合診療でやるのです。今は私は持ち出してやっています。

こうした身近な分野での混合診療ならば、消費者の支持を得られると思うのです。

論点-4 新制度の試み

私的保険と公的保険のバランス

中村：今のお話には、私保険と公的保険のバランスということが含まれていると思います。南部先生、いかがでしょうか。

南部：先ほど私がGDPに対する比率はあまり問題にすべきでないと言ったのは、「本質はあくまでも公的保険だ」という議論をしているから、GDPに対して6%、7%となるわけだが、本当に医療への国民のニーズがあれば、GDPに対して10%であっても良い、



「医療の現場では医療経済への違和感を感じています。医療は、国家の富や発展に貢献しているのでしょうか。産業として有望なのでしょうか。」

但し公的保険で見るとは例えば6%までで、残りの4%は、例えば私保険で賄われる形に切り分けることが必要だということです。今の画一的な国民皆保険制度の中で混合診療は保険適用を全部にするということは、私は受け入れ難い議論だと思います。

では、どうやってセレクトすれば良いのかというのは、私たち経済学者の手には負えません。ただ、お医者さん方は、普通の病気はだいたい見当がついているし、薬も数百あればいいと言われます。まず、そういう本音でのお医者さんの常識のようなものを基準にして考えればよいのではないかと思います。

松井：私の診療所が取り組んでいるのは、とにかく売上げを下げることです。売上げを下げる努力しないと材料費がかかって、利益率がどんどん減っていきます。薬は使えば売上げに反映されますので、いかにジェネリクスなどの安い製剤を使うか。それから検査も、いかに枚数なり回数を減らして売上げを減らすか。

現場では、南部先生がおっしゃったように、善良な医師がやっている普通の感覚が分かり易いはずなのですが、それを、誰かが分かり難くしているだけなのです。

また、私的保険については、どんどん組み入れて、柔軟な制度を作ってしまうと、そんなに町の先生方が困るような制度にならないし、国民にも良いし、政府も使い甲斐のあるお金が使えるのではないかというのが、現場の感覚です。

論点-4 新制度の試み

株式会社化と評価の問題

中村：規制緩和に関連して、最近株式会社化という議論もあります。これについてはいかがでしょうか。

南部：株式会社の人たちが「粗診粗療」と言いますが、手を抜いて、金儲けをするために病院を作ることができないような監視体制を設けておくことが必要ですし、それがあれば株式会社でやっていただくことはとても良いと思います。

株式会社は、同じrestraint、constraintを受けていながら、なお既存の病院よりも安くできるノウハウやテクノロジーを持っているはずですから、患者にとってはベネフィットがあると思うのです。

中村：その場合に、医療の質を評価するのはなかなか難しいのではないかと思います。アウトカムを国民に分かり易く評価するには、何をすればよしいのでしょうか。

南部：ISO9000は、文書が山ほど増えるだけで、本当に良いシステムになるのか疑問ではありますが、しかし、このISOといったようなものを、最初は使わざるを得ないのではないかと思いますね。

今井：アメリカには、市場や株式会社、民間活力といったことが考え方のコアにある。ヨーロッパには、既存の制度を少しずつ変え

ていったら良いという考えがある。こうした世界の良い方を取り入れることも含めて、松井先生がおっしゃるように、刺し違える位に議論するべきでしょう。

松井：私が「実験」が上手くできた理由は、私のはだいたいの売上高が決まった医療なので、利鞘は少なくとも患者さんの数を増やせばできるという、単純な理論だからです。

ただ、それが適用できない医療もあります。どんどん治療しなければ助けられない医療、先進的な医療、それから、それとは全く違う、風邪や怪我を診る日常的な医療です。これらは質的に変えなければ、問題は解決しないと思います。そのためには、株式会社化して、もっと大規模に物事を進めていった方が良い。それでも開業医の存在意義は消えないと思います。消えるのは、皆保険制度の下で努力しない医療機関です。

論点-5 社会保障の定義

まず最初に社会保障の定義を議論するべき

ただ、その前に、社会保障の目的は何かという大きな議論をしないとイケません。社会保障の意義は、アメリカの場合はドロップアウトした人々を救済する方法として捉えられていますが、日本はアメリカとは多少異なっていると思うのです。その辺をもう一度国民に問い直して、その後、資金調達の方法を自由にする。株式会社はもちろん資金調達をしていますから、アンフェアでないように、病院も市場から資金調達をできるようにする。こうした資金調達の市場も国がきちっと作って、その中で戦うなら、株式会社が入ってきても反対は少ないだろうと思います。

今井：そして質を一定に保つために、アウトカムの評価や質の評価も同時にする。株式会社の場合、アメリカで「ごまかし」などということが起こっていますので、そういうものも何らかの形で防ぐ。

松井：株式市場である程度洗練されるのでは。

中村：世の中の株式市場も不祥事を多く抱えています。情報が取れそうで取れない。なかなか難しい点があると思いますね。

南部：現実論で言いますと、きちんとした医療をやる株式会社は、なかなか参入が難しく、心配するほど入ってきはないと思うのですよ。

今井：特区でもなかなか手が挙がりませんね。

南部：先ほど社会保障の意義という話がありました。介護の話に飛びますが、介護保険を受けている人たちの中には、従来の措置制度の方が良かったと言っている方もいます。日本では、日本のしきたりなりsolidarity(社会的連帯)の取り方として、貧乏であつてもそれを表に出さないようにするシステムですとずっときていて、それがアメリカとの決定的な違いだと思うのです。アメリカでは以前、「あなたは本当に貧乏なのか」というミーンズテスト(資産調査)を受けないとメディケア的なものにさえ入れなかった。日本はミーンズテストを受けなければいけないステータスの人はいるのだけれども、それをいわばオブラートに包んで、悪く言えばごまかしてきた。

社会保障の制度を考えると、日本やヨーロッパとは違ったアメリカ型の制度をよく見ておいた方が良いのではないのでしょうか。極端に言えば、ミーンズテストみたいなものもあつて社会保障という理念もあるのだということを、この際ははっきりさせた方が良いのではないかと思います。



松井：私は、今のような所得税とか法人税の税体系の中で、アメリカのような社会保障制度を持つてくるのは、ちょっと問題があるのではないかと考えます。

フリーターだけではなく自営業者も含めて、徴税を逃れている人たちの税の捕捉の仕方を、もう少し公平にするべきです。また、収益をあれほど取られてしまうのも問題がある。全部税金で取られますから、組織として強くすることができないのです。だから、医療機関に資金調達を認めることをしないと、良い医療機関は成長できない。大規模な医療機関ができて、南部先生おっしゃったように、ISOで品質管理された均一品質を供給する。そのような医療機関が成長できる仕組みを作っていくかといけなと思います。

論点-6 制度改革の主体

求められるのは政治家+プレントラスト

中村：最後に、これだけは訴えたいということを一言ずつ。

今井：かつてはヘルスサービスリサーチは必要なかった。患者の需要も医者への供給も人口構造も対象疾患も全部シンプルだったから研究者など要らない、大学で講座も要らない、医学部も経済学部も法学部も社会保障論はマイナーでよかった。今は逆に毎日、医療、社会保障、年金、病院等が必ず新聞に出てきます。社会全体が、色々な領域の人達が議論すべきだと要求している。今日はこの小さな空間での鼎談でしたが、今度は大学やシンクタンク、政府や諮問機関にどんどん拡がって、こういった議論ができる場がもっと増えて、そして医療や社会保障があるべき姿あるいは望ましい姿に一步でも近付いてくれたら、と思います。

松井：私は南部先生に教えていただきたいのですが、私たちが現場でやっている診療は、本当に国に富をもたらしているのかどうか。医療は本当に国

にとって大事なのかどうか。一般的な医師には、医療経済は「お金を出してもらおう」という印象が強くて、「出せない」ということならば「治すのは良くないことなのではないか」と思ってしまうような、違和感があるのです。現場の各スタッフの方々も、自分たちが一生懸命働いて、果たして国家の富や発展に十分役に立っているのかが知りたい。そしてそれが数値でちゃんと出るのか。そのようなことを教えていただきたいと思います。

南部：難しい問題ですね(笑)。経済学には健康資本(ヘルスキャピタル)という概念があります。お医者さんの仕事は、病気になって個人の健康状態がマイナスになったときに元に戻してくれる事で、つまり、下がったものを上げるという仕事です。反対なのが教育で、まっさらな白地に教育してレベルを上げるということで、ちょうどプラスマイナス逆になっているのですが、座標軸をひっくり返せば良いだけです。それも国富あるいはキャピタルとい

う意味で見ることができます。

松井：ヘルスリサーチワークショップでは、医療は数字に見えないところが評価されなければいけないという議論がありましたが「数字にないところを認めて欲しい」と思うこと自体、それを測る尺度に問題があるのではないかと。数字できちんと評価できて、国の産業として非常に有望だということならば、もっとみんな働きがいがあるのではないかと。南部先生、どう思いますか。

南部：既存の統計でも、資本形成をヘルスも入れて計算し直せば、数字も出せると思いますね。

また、有望かということについては、医療の規制緩和は、結局ヘルスのビジネスがどんどん伸びていって、産業連関的に言ってもすごく誘発効果大きいという議論を、一橋大学の宮澤先生などを始めとしてたくさんのお先生方がやっていたらいいと思います。

中村：では、最後に南部先生、お願いします。

南部：規制緩和の議論をやってきてずっと思っているのは、改革に反対する人の議論の多くはレトリックだということです。ありもし

ないことをあるがごとく言う。NTTが悪いから分割すべきだという議論で分割したのもその一例で、私はこれは全く違うと思うのです。上手くレトリックを使われると、本質的な議論が脇に置かれて変な方に流れてしまう。医療の場合も、そういうことの無いようにしなければいけないというのが第一点です。

もう一つ、制度変革をしようというときに、既存の官僚は既得権が大きく、それ以上に汗をかいたのが嫌ですから、役人の中から旗を振る人が出てくることは絶対にない。だから本当の意味でのステーツマン(政治家)がいて、その人たちに国を改革するインセンティブを持たせることが必要だと思うのです。日本は戦後の何十年間、政治家には「汚職だ」「スキャンダル

だ」と言って、ディスインセンティブばかり与えて、泥まみれにしてきました。そうではなく、政治家が制度改革などの大きなことをやったなら、金銭的な意味ではなく、何か良いことがあるようにする。例えばアメリカでは、上院議員になれば、それは大変素晴らしいことを達成したという証拠のようになっています。そのように政治家にインセンティブを与えないと、制度改革はできないのではないかと。松井先生への注文ですが、政治家になられて(笑)、制度改革のリーダーシップを執っていただきたい。それがお医者さんの中から出てくるべきだと思うのです。そして、例えばアメリカでは、そういう政治家が出たとき、大きな実証研究のグループがあって、そこから良い人を選んで自分のプレーンを作る。日本もそうしたステーツマン・プラス・プレントラストという形にしないと、いつまで経っても変わらないのではないかと。中村：ちょうど時間になりました。本日は有り難うございました。

中村：ちょうど時間になりました。本日は有り難うございました。



「日本ではこういう事を議論する場が少ないのです。改革が必要ということは一貫しているのに、もっと色々な形で議論しなければならぬと思うのです。」

本鼎談に関するご質問、ご意見を付けておきます。

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、鼎談者と検討の上、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。)