

## 医療制度改革の基本的方向－米国制度との対比で



社団法人日本経済研究センター 理事長 八代 尚宏

最初に、ファイザーヘルスリサーチ振興財団から支援をいただきまして、ありがとうございました。それから、本日のような貴重な発表の機会を与えていただき、感謝いたします。

### 【スライド-1】

まず最初に、私は経済学を専攻しております。何故こういう専門家の間に混じって発表させていただくかと申しますと、6年ほど前から政府の総合規制改革会議というところのメンバーとして、そこで医療のワーキンググループを、直接あるいは間接に担当してきております。これまで医療制度というのは厚生労働省の中の審議会で、医師会の方と保険者の代表の方、一部の公益委員という中で決められていたわけではありますが、やはりそれだけでは不十分ではないかということで、我々のようなどちらかというと素人の立場から、医療制度改革について、過去提言をしておりました。そうした中で、厚生労働省の方ともいろいろな形で意見を交換させていただく機会があったわけです。

本日は、必ずしも会議の意見と全く同じではございませんが、私なりに医療における制度改革の考え方について、お話しさせていただきたいと思っております。

### 【スライド-2】

まず、そもそも医療とは何かということですが、人によっていろいろお考えがあると思います。

私は、医療というのは極めて公益性の高い分野である（これは誰も反対する方はおられません）けれども、やはり基本はサービス産業であると考えます。この産業という考え方に対しては、医療というのは金儲けではないという立場からご批判があると思いますが、基本的に産業というのは、消費者に奉仕するものである。消費者が選ぶことによって、選ばれた事業

### スライド1

#### 医療制度改革の基本的方向

2003年11月15日  
日本経済研究センター  
八代尚宏・鈴木玲子

1

### スライド2

#### 医療における制度改革の考え方

- ・ 医療は公共性の高い「サービス産業」
- ・ 持続可能な医療保険制度で医療の質向上
- ・ 消費者(患者)の利益本位の制度改革へ
- ・ 医師の倫理だけでなく病院間競争の活用
- ・ 医療分野での競争を阻害する規制の撤廃
- ・ 病院経営の自由度と患者の選択肢の拡大
- ・ 医療の質を担保し、病院間競争を促進するための実効的な制度・規制の再構築

2

者が利益を得て、その利益を再投資することでますます発展するという市場経済の考え方の基本をなすものではないか。そういう意味でも、医療は医療サービスを提供する産業であると考えべきでないだろうか、ということです。

同時に、全くの自由競争というのは、医療の世界では成り立たないわけですし、やはりそれは持続可能な形での国民皆保険をベースにした医療保険制度を維持しなければいけない。その中で、医療の質の向上を図っていかなければいけない。しかし、そのときの1番重要なプレーヤーはあくまでも消費者である患者でありまして、患者の利益を第1にするような制度に変えていかなければいけない。これは当たり前のことだと思います。

ただ、何が患者の利益を第1とした改革かという、これまではともすれば専門家である医師の倫理観に委ねられて、患者は、情報の非対称性という問題もあり、医療の中身は分からないのだから、お医者さんにお任せするという状況でした。まあ、非営利の世界であるから、そういう形で、事業者を信頼してやるのだという考え方が強かったわけです。

しかしそれだけでは不十分ではないか。現に質の悪い医療を提供する医療機関もあるわけですから、やはり、普通の世界と同じように、病院間・診療所間の適切な競争を通じて、そういうところは淘汰していかなければいけない。一般の企業では、コーポレートブランドというものが1番重要であって、消費者を裏切るような行為をする企業は倒産する、あるいは経営者が代わってしまうわけです。ところが、残念ながら病院や診療所の場合は、そういうメカニズムが必ずしも働いていないのではないかと。繰り返し医療事故を起こすような病院や診療所がいつまでも維持されている。こういうところが、やはり患者の利益本位とは言えないのではないかとということです。

その意味では、適切な競争というものが医療の世界でも必要である。もちろん、今だって病院は競争しているじゃないかというお考えもありますが、それは限られたコップの中の競争であるわけで、本来の競争というのは多様な人たちが入ってくる。ちょうど、かつての日本も外資を排除するという考え方が強かったわけですが、今ではむしろ外資が買ってくれないような企業は価値がないというように変わってきているぐらいで、そこはやはり、多様な人たちが競争する分野というのが真の競争であるということです。

それと同時に、出来る限り経営者の自由度を確保し、多様な病院を作っていただく。それに対して患者が選択する、というのが医療の質を担保し病院の競争を促進する1番重要なことではないだろうかということです。

【スライド-3】

何と言っても、医療制度改革の目的というのは、医療費の削減ではなく、医療の質の向上というものが1番重要である。そういうふうに考えたときに、日本の医

スライド3

国別の治療方法の差は、新技術導入へのインセンティブ等に関わる医療制度にも依存。医療保障・患者のアクセス・保険給付の償還

治療法・入院期間・死亡率の日米比較	日本	米国	カナダ
脳梗塞入院患者(75歳以上男性)			
平均入院期間(日数)		43	6
30日間の入院死亡率(%)		8	8
乳癌患者に対する治療法			
手術の内、乳房温存療法比率(%)	22	51	54
5年間の死亡率(%)	15	16	24

出所 OECD, A Disease-based Comparison of Health System 2003

療というのは、いくつかの簡単な数字を見ても、やはり問題が大きいのではないかと。

米国等と比べて日本の医療は、いろいろ特異性がある、例えば、脳梗塞の場合につきましても、平均入院期間が非常に長いわけです。先ほどのご発表でも、精神病院の問題が議論されておりましたが、それだけではなくて、普通の病院についても著しく入院期間が長い。しかし、死亡率は大して変わらない。

それから、もう1つは乳がんに対する治療法。これもよく言われておりますけれども、乳房の温存療法というのは随分前から世界的には知られているわけですが、日本は米国・カナダに比べてその比率が半分以下しかない。依然として切り取ってしまう。しかし、その効果というのは大差が無いのではないかと、ということです。

それでは、何故こういうように、諸外国では当たり前のような技術がなかなか日本では普及しないのかということ、そこにはやはりインセンティブの問題があるのではないかと。患者が必要とするような質の高い医療をするという方向になかなかインセンティブが働かないのではないかと、ということです。

#### 【スライド-4】

そういう意味では、規制改革会議でも、医療分野での規制改革を長年やってきているわけですが、そのときの重点はスライドの通りでありまして、何よりもまず、IT化の推進によって、診療とか医療事務の効率化を図る。これがもう、最優先項目です。

レセプトデータの集積を通じて医療機関を評価するための情報を蓄積する。そして、医療機関を評価することによって、今の出来高払いを包括払いに変えていく。米国のように、医師の報酬と病院や設備費用等をきちっと区別していく。そして、保険者機能の強化、それから混合診療、場合によっては資金調達自由化、こういうものが一つのメニューになっているわけです。

#### 【スライド-5】

最初に最も重点を置いているのが、医療事務のIT化です。

レセプト（支払報酬明細書）というものを、病院から診療報酬支払基金に送って、そこで審査して保険者に行くわけですが、これはご承知のように、極めて原始的なやり方である。支払い請求というのは一つのデータであるわけですが、そのデータをわざわざIT化時代に、紙に打ち出して、トラックで運んで、支払基金では手でめくってチェックしているという、極めて原始的なやり方です。そういうことで

#### スライド4

##### 医療分野での規制改革リスト

- IT化の推進による診療・医療事務効率化
- レセプトデータの集積を通じた医療機関評価
- 診療報酬の出来高払いを包括払い方式へ
- 医師報酬と病院・設備費用との区別
- 保険者機能の強化・病院等との自由契約
- 質の高い病院について混合診療の容認
- 医療機関の資金調達自由化(株式会社病院)

4

#### スライド5

##### 医療事務のIT化・保険者機能強化

- レセプト(支払報酬明細書)を病院から保険者にオンライン請求システム構築
- 診療報酬支払基金は紛争処理機関へ
- レセプトから医療費の分布データの集積
- カルテからレセプト作成過程のルール化
- 保険者の質の高い病院との直接契約
- 被保険者の保険者選択肢の拡大

5

はなくて、情報はオンラインで保険者に直接送ればよいのではないか。

話を聞きますと、ほとんどのレセプトには問題がなく、90%のレセプトは機械的に保険者が払ってもよい。残りにいくつかの問題点があるわけですが、その中でも単なる計算ミスのものである。例えば「治療が必要か必要でないか」の紛争あるいは意見の違いというのは、ごく僅かである。逆にいえば、そういう紛争処理機関として診療報酬支払基金を使うべきではないだろうかということです。

そのような形で、オンライン請求、つまりネットを通じて病院から保険者に請求が行くという仕組みを構築しますと、非常に大きなメリットがある。もちろん全国に多くの病院があり、保険者も多いわけですが、それは現代の技術であれば、民間のプロバイダーというものが、いわば郵便配達役割を果たす。データの中身はわからないように暗号をかけて、きちっと保険者に運ぶような技術は、もう既に存在しているわけですから、そのような形で、病院からオンライン請求をする仕組みを作っておくと、保険者の中に各病院の医療費の分布データが主病名ごとに蓄積されるのではないかと。そうすると標準的な医療費がわかる。もちろんレセプトだけで何がわかるかという議論もあると思いますが、それは第1歩であるのではないかと。ということです。

そして、レセプトと同時に、元のカルテも電子化して、自動的にレセプトが出来るという仕組みにしていく。これも長年の課題であります、なかなか実現していない。

このようにまず、標準的な医療費を作らなければ、言われているEBMなども「馬の耳に念仏」になってしまうわけでありまして、その意味では、このオンライン請求を如何にして早く実現するかというのが、今の規制改革会議の最重点項目です。

【スライド-6】

それから、もう一つは、議論の多い混合診療の問題です。

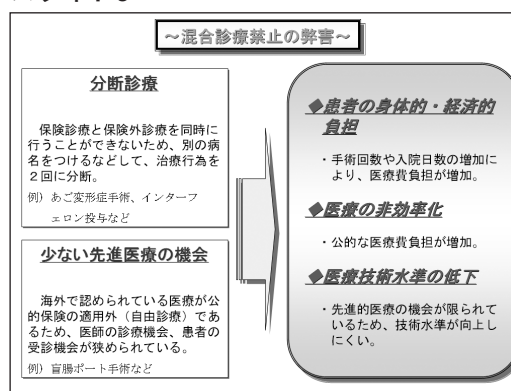
この混合診療というのは、現在は原則として禁止されています。全ての医療は公的保険で賄い、公的保険をはみ出した治療をしたければ、それはすべて自由診療で行うということですが、この結果様々な問題が起こっている。

例えば、現場のお医者さんが1番困っていることで、新しい薬がある、あるいは新しい治療法がある、しかし、それがまだ保険の適用を受けていない。そうすると、仮にそれを使うと、全ての治療費が自由診療になってしまって、患者に多くの負担をかけてしまうということです。

そういうことから、結果的に、いろいろ新しい治療法を勉強するお医者さんと、そうでなく保険に決められた通りの治療法をやるお医者さんとは、基本的には報酬面で何の差も無くなってしまふ。従って、新しい治療法を入れようというインセンティブもなかなか起こらない。

それから、最近では分断診療と言われておりまして、例えば、先ほどの乳がんの手

スライド6





術のときに乳房を切り取ってしまう、そうすると形が崩れるので、あとで整形手術をする。これを一緒にやると混合診療になって、本来保険が適用される分も医療費が出ない。従って、一旦保険対象の手術をして、半年ぐらい経ってから改めて整形手術をする。そうすると混合治療になりませんから、整形手術の分だけ負担すればよい。そういうような形で、極めて非効率的な治療が行われてしまうということだと思います。

#### 【スライド-7】

何故、混合診療が禁止されているかという点、いくつかの論拠がございます。

一つは患者の公平性である。そういう混合診療を認めると、付加的な実費負担が出来る人と出来ない人との間に格差が生じてしまう。そういう批判があるわけです。ただ、これはむしろ逆であるわけで、保険の適用範囲を超えると、本来の保険の適用部分を全額負担しなければいけない。先ほどの乳がんの手術でありますと、乳がんの手術と乳房の再形成手術を合わせますと180万円かかるそうですが、このうち保険の適用分野は130万円である。そうすると、50万円だけ自分で負担すれば一緒に出来るのに、それが禁止されていることによって180万円全部自分で負担しなければいけない。それだけ負担できる人はごく僅かではないかということで、むしろ保険の適用範囲を拡大した方が、平等性を達成出来るのではないか。保険の診療費が増えるということもありますが、それはやはり効率的な診療を行うことによって相殺できるのではないか。

そういうことを認めると、医師による治療の押しつけが行われる、いらない治療までやらされる、というようなお医者さんに対する不信感があるわけですが、これについては、当然ながら客観的な評価を前提にするわけです。どの病院でも混合診療を認めるのではなくて、厚生労働省の認めた一定以上の質の高い医療機関に限定して、こういう混合診療を認めたらどうだろうかということ。そうしますと混合診療の適用を受ければ、それだけ余分の収入が増えるわけですから、その質の水準をクリアしようとする。そういう意味で、質の高い医療を提供しようということに、明確なインセンティブが働くのではないか。今も医療評価機構等が来ておりますが、評価を受けることの明確なメリットがないわけですし、その意味では、正にインセンティブを付けるという一つの突破口として、混合診療が重要ではないだろうかということです。

#### スライド7

##### 混合診療禁止の論拠

1. 患者の公平性  
→ 保険の適用範囲を超えると、本来の保険適用部分も全額負担の現状の方が患者負担は大。
2. 保険診療費の増加  
→ 医師の裁量に基づく効率的な診療を行なうことで保険診療費の節約可能
3. 医師による治療の押し付け  
→ 医療機関の質についての評価を前提に、一定の水準以上の病院・診療所に限定。

7

#### スライド8

##### 株式会社病院禁止の意味

1. 医療の「非営利性」の不明確さ
  - 資金調達方法への規制と不十分な行為規制
  - 「非営利性」を欠く(持分)医療法人の組織
  - 慈善医療が前提の米国非営利病院との差
2. 株式会社病院の利点
  - 病院の資金調達手段の多様化
  - 公的病院の受け皿・住民資本参加
  - 病院市場の活性化

8

【スライド-8】

時間がありませんので、株式会社病院の話は飛ばします。

【スライド-9】

最後に、特区です。

この医療特区というのも、随分批判が多くて、「医療というのは万人平等でなければいけないから、特定の地域だけ違うことをするのはいけない」という議論があるわけです。先ほどの混合診療によって医療費が増えるか増えないか、あるいは、質が高まるか高まらないかというのは、議論をしても仕方ないわけで、やはりどこかで実験してみる。特定の地域の病院について、例えば、混合診療をやってみる、あるいは医療保険で認められないような高度医療をやってみる、または、日本では絶対認められない外国人の医師を招聘してそこで手術をする、患者も日本だけではなくて世界中から集める。そういうように、何も外国に行かなくても日本の中の特定の地域で、最先端の医療が出来るような仕組みを作れないだろうかということです。

そこでしっかり事後評価をすることによって、果たしてそういう制度改革がメリットがあるか無いかをきちっと検証できる。医療というものは、もともと有効性と有害性のジレンマというところから出ているわけで、実験を通じて技術が進歩するわけです。これは個々の医療技術だけでなく、制度についても同じです。長年、良いか悪いか議論しているよりも、一定の専門家の監視の下できちっとした制度の実験をする時代に来ているのではないか。これが医療特区の発想です。

そこでしっかり事後評価をすることによって、果たしてそういう制度改革がメリットがあるか無いかをきちっと検証できる。医療というものは、もともと有効性と有害性のジレンマというところから出ているわけで、実験を通じて技術が進歩するわけです。これは個々の医療技術だけでなく、制度についても同じです。長年、良いか悪いか議論しているよりも、一定の専門家の監視の下できちっとした制度の実験をする時代に来ているのではないか。これが医療特区の発想です。

スライド9

医療特区の効用

- 特定地域に限定した規制改革効果の検証
- 現在の医療保険で提供できない医療サービスを特定地域で提供し、健康水準の向上
- 特定の待機的手術(内視鏡手術センター等)を専門とする高度先進医療病院
- 先端医療特区の要望を全国的に適用
- 混合診療自由化の効果について医療現場での検証・事後評価

## 質疑応答

質問者-1：

先生のお話をうかがっていて、日本の医療が非常に特殊である、何か世界的なグローバルスタンダードがあって、それに大きく外れているというお話しをされておられたのですが、私はそれに非常に疑問を感じました。医療とは各国様々、いろいろな形であり、それが文化でもある。アメリカの国内でも各州で様々ですよね。ヨーロッパでも違っている。だから、非常に日本だけが特異な存在であるということについては、疑問を感じました。

座長： 今、“特異”というお言葉をいただきましたが、八代先生のご発表は、グローバルスタンダードから外れているからということよりも、医療の質を高めるためにはど

---

うしたらいいかという観点から見ると、こういった幾つかの方法があるというご提案をなさったように、私はうかがったのですが、八代先生、いかがでしょうか。

A：　　そうでございますし、もちろん日本の医療の方が、欧米よりも優れている点がある。例えば、保健衛生の面は非常に高いわけですし、これ以外にも日本が優れている点がいくらでもあるわけです。ただ、先ほどの乳がんの問題のように、世界では一般的に使われている技術がなかなか日本に普及しないという面もあるわけですから、日本はかつてやってきたように、外国の良い面を取り入れて、もっと良くすることが出来るのではないかとということです。

それから、言葉尻を捉えるようで恐縮ですが、今、先生は医療は文化だとおっしゃいましたが、私は医療は科学でなければいけないと思っております。医師会の方も言うておられますけれども、EBM、つまり証拠に基づいた診療という面では、日本であろうが米国であろうが、「この病気に対してはこの診療法をやる」というのが、やはりグローバルスタンダードでなければいけないのではないかと思います。

**質問者-1：**

それは誠に当たり前のことです。

**座長：**　　いろいろな統計で、例えばWHOの統計あるいは昨年の厚生白書を見ると、「日本の医療は世界一だ。統計的にこれは証がある」と。そのへんは八代先生、いかがでしょうか。

A：　　WHOの数字というのは、よく引用されますけれども、論拠は非常に簡単でありまして、「日本の医療費はGDPに対する比率で、まだ米国に比べればかなり低い。他方、日本人の平均寿命は世界一である。従って、日本の医療水準は世界で一番高い」というような論拠であるわけです。しかし日本人の平均寿命に貢献するのは、別に医療だけではなくて、栄養水準とか、例えば犯罪が少ないとか、食生活とか、いろいろな要素があるわけです。もちろん医療が非常に普及しているということも大きな要素であります。

ですから、WHOの論拠というのは、必ずしも個々の技術とか、そういうものに基づいたものではなく、極めてマクロ的な指標であります。それはそれとして、一つの論拠ではありますが、「だから日本の医療水準が向上する余地は無い」ということではないのではないかと思います。

**質問者-2：**

総合規制改革会議のご議論には、私は90%ぐらい賛成するのですが、しかし、いろいろな意味で意見が対立する最大の理由は、きちんとしたデータに基づいた議論が無いということであり、それが私は日本の今一番不幸なところではないかなという気がしております。

というのは、そういうデータベースが無いのだと思うのです。医師会も、厚生労

働省も、全部“EBM”ということを使うのですが、一番肝心のエビデンスを、実は日本は今まで作ってこなかった。ですから、エビデンスに基づいて議論しようと思っても、エビデンスが無いというところで、いろいろな議論が結局全て神学論争に終わってしまう。これが最大の理由ではないかという感じがするのです。そういう意味で、私は是非、総合規制改革会議で「日本の医療のエビデンスを作ることをもっとやりなさい」と言っていただきたい。

アメリカなどは、メディケアもメディケイドも全部一つのデータベースになり、それが研究者でも利用できるようになってきているわけです。日本もあれだけの保険制度があるわけですから、例えば、データをきちんとデータベースにして、それを行政も使える、研究者も使える、医師会も使えるような、そういうようにしなさいということを経済改革会議で言うのであれば、非常に足が地についた議論ができるのではないかと考えております。感想とお願いを申し上げます。

A： ありがとうございます。ただ今のご質問者には何度かヒアリングをさせていただいておまして、正に、そのご指摘があればこそ、最重点項目としてレセプトデータの集積を考えているわけです。「こんなのはまだ不十分だ」とおっしゃるかもしれませんが、これがまず全てのデータベースの一番よい基礎になるのではないかと考えて、こちらもいろいろやっております。今後とも、よろしくお願いいたします。

座長： データベースは、たくさんあるはずなのです。医療分野のデータについては専門外なのであまりわかりませんが、私の関係したところでも、データベースはたくさんある。しかし例えば、私が作ったデータベースも一度行政に渡してしまうと、他の人達は見られなくなってしまう。“情報を持っていること、イコール、権威”と考えている方が大変いっぱいいらっしゃるのではないかと。そういう意味では、議論するときにデータがないというわけではなくて、持っているデータをより多くの人と共有しないという、そのへんが問題ではないかなという感じがしております。

A： おっしゃるとおりです。

そのときには、先のセッションで議論がありましたが、「プライバシーの保護」というようなことがだいたい言われるのですが、もちろん、患者の名前などは全部消して匿名にして提供していただければよいのですが。

おっしゃったように、今、データは権力でありますから、やはり政府に都合の悪いようなことを言うとデータをなかなか貰えないということが、残念ながら現状ではありますね。

座長： そうですね。そのへんの改革は、やはり重要ですね。

他に、利用者側からの視点で、どなたかコメント・質問はございませんか。



---

**質問者-3：**

医療特区という壮大な実証実験が出来にくい現状で、一番問題になっているもの、障害になっているものは何でしょうか。

- A： それは、基本的に政府あるいは医師会の「医療というものは万人平等なものであって、特定の地域だけ医療を受けるようなことは許し難い」という精神の問題です。逆に、医療特区で出た提案の内には直ちに全国に適用していただいているものもあります。これは、良い面であります。例えば、高度先進医療病院の基準の規制緩和について、神戸市が出した医療特区提案というのは、厚生省は直ちに全国適用していただいております。そういう意味では、プラス・マイナスの両面で医療特区が出来にくいということでありまして、全ての提案が拒否されているわけではございません。ただ、今後とも、混合診療とか資金調達の自由化という点について、特区を作るべく交渉していきたいと思っております。

**質問者-3：**

その中で地域間格差はありますか。

- A： 医療特区を作ると、その意味では正に地域間格差が拡大するわけですが、一時的には。ただ、それは、例えば新薬の実験をするときも同じであって、その新薬を飲める人と飲めない患者との間では、当然格差があるわけです。それはやはり実験という性格上やむを得ないのではないだろうかと考えております。

**質問者-3：**

すみません。お尋ねしたかったのは、実証実験をやることに関して、理解できない地域と、今すぐにでも取り組んでみよう、自分がその先進者となろうとする地域の格差という意味です。

- A： それは当然起こると思います。ちょっと申し遅れましたが、この特区というのは、国が一方的に決めるものではなくて、地域が自発的に手を挙げるものです。ですから地域の医師会あるいは病院と自治体の長との合意によってこういうものを作ってみる。そして、その地区の、あるいは別にその地区に限定されませんが、患者の方が何らかのメリットを受けるのではないかとということです。
- ですから、そういう特区に前向きな地域とそうでない地域とで、残念ながら格差が一時的に生じてしまうということは避けられないわけですが、仮に特区の成果がきちっと評価されると、それは全国展開されますから、間接的には特区を作っていないところにもメリットが及ぶ。そういうような考え方になっております。

**質問者-3：**

利用者としては、求められる制度だと思っているのですが、ということは、漬け物石になっている何かが中間にあるということですね。

A： つまり何が利用者のためかということの論争でありまして、我々は、単純に消費者・利用者が出来るだけ選択が出来る状況が、利用者のためであると考えておりますし、これに対して反対する方は、利用者は選択出来ない、だから、やはり専門家である医師が判断すべきであり、利用者を選択させるとかえって利用者にとって悪いことが起こると考える。こういう考え方の対立だと思っております。