

徹底討論

伊藤元重 × 二木立 × 伊藤たてお

「医療の産業化」のあり方を問う

医療を通じた成長 混合診療拡大の是非

政府の「新成長戦略」の要に位置づけられた医療分野。民間資金の導入や規制改革の動きが強まる。医療の産業化や混合診療拡大など、重要テーマをめぐり3人の有識者が激論。



6月には政府が「新成長戦略」の最終取りまとめを行う予定であり、医療は中心的なテーマです。

伊藤(元) 保険外の自由診療やサプリメントなど

抑制政策の弊害と公的医療財源拡充の必要性を指摘してきた。伊藤たてお・日本難病・疾病団体協議会代表は、日本最大の患者団体の代表として、難病対策の拡充や患者支援強化を求めてきた。3人の有識者が、医療の成長産業化や混合診療など規制改革のあり方について、討論を行った。

日本経済の新たな活路として、医療・介護・健康分野が注目を集めている。同分野の成長産業化や、規制改革に関する案が相次いで打ち出されている。伊藤元重・東京大学大学院経済学研究科教授は、経済産業省の産業構造審議会・産業競争力部会の部会長として「産業構造ビジョン」の取りまとめに携わり、医療についても活発な政策提言を続けている。二木立・日本福祉大学教授は医療経済学が専門で、1980年代から一貫して医療費抑制政策の弊害と公的医療財源拡充の必要性を指摘してきた。伊藤たてお・日本難病・疾病団体協議会代表は、日本最大の患者団体の代表として、難病対策の拡充や患者支援強化を求めてきた。3人の有識者が、医療の成長産業化や混合診療など規制改革のあり方について、討論を行った。

■ 民主党政権が打ち出した医療・介護・健康関連の主要政策

主な政策	新成長戦略 (閣議決定)	規制・制度改革分科会 「中間段階の検討状況」 (行政刷新会議)	産業構造審議会・ 産業構造ビジョン2010 (経済産業省)
策定期期	2009年12月	2010年4月	2010年6月
医療・介護の位置づけ、数値目標	健康(医療・介護)分野で2020年までに新規市場約45兆円、新規雇用約280万人を創出	医療・介護などライフインベーション分野を規制改革重点3分野の一つに位置づけ	医療・介護・健康・子育て分野を戦略5分野の一つに位置づけ
主な施策	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護・健康関連産業の成長産業化(民間事業者の参入促進など) 革新的な医療技術、医薬品、機器の開発・実用化推進 アジアなど海外市場への展開促進 	<ul style="list-style-type: none"> 保険外併用療養の範囲拡大(一定の要件を満たす医療機関について、届け出制に変更) 一般用医薬品のインターネット等販売規制の緩和 ドラッグラグ、デバイスラグのさらなる解消 再生医療の推進 外国人患者への査証発給要件の緩和、外国人医師の国内診療 特別養護老人ホームへの民間参入拡大 	<ul style="list-style-type: none"> 公定保険外の健康関連産業の創出(医療機関と民間サービス事業者との連携促進など) 医薬品・医療機器の研究開発環境改善(薬事審査の迅速化など) 医療サービス分野の国際化(医療滞在ビザの創設、国内外の医療機関のネットワーク化など)

を含む日本における広義の医療の経済規模は約40兆円といわれ、極めて重要な産業分野だ。高齢化の進展とともに、医療への潜在ニーズは非常に高くなってきている。医療に力を入れることは、限られた経済資源の使い道として好ましい。政府が成長戦略の中心に医療分野を据えたことは正しいと思う。

日本の医療は戦後、大きな成果を上げてきた。平均寿命は世界トップクラスであり、国民皆保険によって

国民は守られている。しかし、教育分野でも指摘されているが、医療も時代の要請や変化についていけなくなっている面がある。重要なのは、狭義の医療の周辺に、相当規模の産業活動が存在しており、それらとの連携が重要になっているという点だ。健康増進や予防的ケアが該当する。産業としてとらえるには、医療を一度、ゼロベースで見直す必要がある。

二木 最近の流れについては、以下の3点を指摘したい。

まず第1点目は、社会保障を経済成長の制約条件と見なしてひたすら抑制の道を進んできた小泉政権時代と比べて、一歩前進だという点だ。ただ、公平のために言うと、同じ自公政権でも、福田政権や麻生政権は、医療・介護分野を新たな成長分野と見なす方向に転換していた。

第2点は、今述べたことともかわるが、現政権の「新成長戦略」の本身は、麻生政権が昨年4月に決定した「未来開拓戦略」と酷似しているという点だ。「新成長戦略」の3本柱は、「環境」「健康」「観光」だが、「未来開拓戦略」では、「低炭素革命」「健康長寿社会」「日本の魅力発揮」。つまりうり二つで、数値目標もほぼ同じ。新成長戦略は、医療・介護・健康関連サービスで2020年までに新規市場約45兆円創出、新

規雇用約280万人をうたう。これに対し、未来開拓戦略は5年長いの25年までに約45兆円、約285万人と、ほとんど同じだ。

悪い点で共通しているのは、施策を実現するための財源について何も書かれていないことだ。公的な資金を中心とするのか、私的な資金をどこまで含めるのか、何も記述がない。「新成長戦略」の序文では、旧政権に欠如していて現政権にあるのはリーダーシップだ、と述べられているが、民主党政権誕生後の8カ月間を見ても、政権にリーダーシ

ップがあるとは思えない。

第3点は、医療介護の経済成長・雇用創出効果が政権レベルで合意を得られたということ。ただし、08年の厚生労働白書では、医療経済研究機構による分析結果として、経済波及効果がすでに掲載されている。

公的財源への依存は限界 医療費貯蓄制度の検討を

——伊藤、二木両教授の「認識には共通点も多いようです。問題は、医療の質を高めていくために、何をどのように実施していくかです。

公的保険の持続性を懸念 民間資金の活用が課題



東京大学大学院 経済学研究科教授

伊藤元重

いとう・もとしげ ● 1951年生まれ。ロチェスター大学大学院経済学博士号取得。96年より現職。2006年より総合研究開発機構理事長。近著に「日本の医療は変えられる」(弊社刊)。

伊藤(元) 医療の改革ではいくつかの重要な論点がある。

まず第一に、財政面での問題だ。75歳以上の高齢者の医療費は約10兆円。これは日本の防衛費の倍の規模であり、今後増えていく。このように医療問題は最大とも言える財政問題だ。その際、世代間の配分の問題や、公的な資金をベースにしながらも、民間の資金を入れていくことが可能かどうかについて議論する必要がある。たとえば、シンガポールのメディカル・セービング・アカウント(税制優遇に基づく医療費の個人貯蓄制度)のような仕組みが必要かどうかだ。

第二に、医療ではなぜ他産業のような再編が起らないのかだ。ドイツで30年にわたって研究や診療に携わり、その後、帰国した心臓外科医の南和友医師(北関東循環器病院内院長)によれば、ドイツでは1医療施設当たり年間1400件の心臓手術が行われている。それに対し、日本では全国に500以上の心臓外科施設が乱立し、1施設当たりの年間手術件数は80件にも満たないという。医療機関の集約による医療の質の向上が必要だと思う。

二木 医療問題と財政問題が切り離せないという認識には賛同する。民主党政権発足時には、国家予算の無駄の削減と「霞が関埋蔵金」の活用

で医療を含む社会保障の財源は捻出できるとされていた。ところが、今年度の予算編成過程で、それが無理であることがはっきりした。

問題は、医療拡充の財源をどこから得るかだ。国民皆保険を維持しつつ、医療の質を上げるには、公的医療費の拡大が不可欠というのが私の立場だ。社会保険方式である以上、主財源は保険料であり、補助的な財源として消費税を含む公費がある。

公的保険の伸び率を国内総生産（GDP）の伸び率に応じて抑制する一方、広い意味での私費（患者の窓口負担や民間保険料も含む）を増やすことで、医療財源全体の増加分を賄うべきという主張もある。このテーマでは、小泉政権時代に経済財政諮問会議と厚生労働省との間で論争があり、最終的には実施が不可能だという結論になった。

伊藤教授は、08年11月12日付の日経流通新聞のコラムで、「大きな政府、日本も追随を」と述べられている。日本が高齢化の中で景気を支える需要を作るためには、年金、医療、介護などの社会保障を充実させることが有効だ。当然、増税が必要になるが、全部を歳出に回せば景気にプラスに働く、と。そして、これにより、医療、介護、育児、教育などいろいろな形でビジネスの拡大が見られるはずだ、と。これについて

混合診療の拡大は不要 公的財源拡充に全力を

は私も全面的に賛成する。

今度はあえて逆に異論を言わせていただく。『週刊ダイヤモンド』4月24日号インタビューでは、日本ほど公的医療費の比率が高い国はないと語っておられる。これには誤解がある。日本の医療費のうちで公的負担の割合が大きいのは間違いではないが、患者負担が極めて大きいことや、民間保険のカウントの仕方が国によってまったく異なるという点でも、正確な認識ではないと思う。

伊藤（元） 医療費の伸びがGDPの伸びの範囲に収まると考えている人はいない。私が申し上げたかったのは、高齢化の中で医療費は増えていく。その中で、必要なものは税や保険で負担していくとしても、それ以外の形でもできないのかということ。私的年金への税制優遇のような仕組みが医療に関してもあっていいのではないか。また、保険についても、基礎的な部分については公的保険でカバーしたうえで、より高度で先進的なものに関しては、民間保険でカバーすることも考えられる。

経済学者として心配になるのは現在の制度に固執すると、財政面で発



日本福祉大学教授 **二木 立**

にき・りゅう 1947年生まれ。東京医科歯科大学卒。代々木病院リハビリテーション科長・病棟医療部長を経て現職。日本福祉大学副学長。近著に『医療改革』『医療改革と財源選択』（勁草書房刊）。

キーワード解説

【混合診療】

一連の医療サービスについて、健康保険で賄われる診療（保険診療）と、保険対象外の診療（自由診療）を併せて行うこと。混合診療に対する保険給付は原則として禁止されており、混合診療を行った場合には初診にさかのぼって全額自費扱いとなる。混合診療について健康保険の受給権の確認を求める訴訟が起こされており、現在、最高裁判所で係争中。

【保険外併用療養費制度】

健康保険法などにより、例外的に認められている混合診療。将来の保険適用に向け、その是非について検討を行う評価療養（先進医療や医薬品の治験にかかわる診療など7種類）と、保険導入を前提としない選定療養（差額ベッドや予約診療など10種類）に分けられる。

【難病】

原因不明で治療方法が未確立な疾患や、慢性的で治療が長期にわたるため、経済的負担や介護に関する家族の負担が重い疾患の総称。5000〜7000あるともいわれる。難治度、重症度が高い一部の疾患について、治療費の自己負担分に対する公費助成の仕組みが設けられている。



日本難病・疾病
団体協議会代表

伊藤たてお

いとう・たてお ● 1945年生まれ。4歳の時、「重症筋無力症」と診断。2005年日本難病・疾病団体協議会設立とともに代表に就任。現在、厚生科学審議会・疾病対策部会・難病対策委員。

家計を圧迫する医療費 混合診療の拡大には反対

散(破綻)しかねないということだ。公的医療費の伸びをGDPの伸びの範囲内に抑えるべきというのは極端な主張だが、今の制度で何とかやっていこうというのめかなり極端。その中間を見いだしていくしかない。

二木 健康増進に個人がおカネを使うことは問題ない。ただ、公的保険とは別次元だ。また、健康増進活動に力を入れると医療費が抑制できると著書で書いておられるが、医療経済学的には否定されている。

伊藤(元) 両方の議論があるということとは存じている。

二木 いや、否定されている。日本でも健康増進活動で医療費が抑制できるかを検証した研究があるが、結果は逆に4〜5%上がっていた。英語の文献も調べたが、抑制できたという研究結果は一つもなかった。

**深刻化する医療費負担
混合診療拡大の是非**

——患者団体の代表として、医療の問題をどう見ておられますか。

伊藤(元) どうあるべきかは難しい議論だが、医療は消費であるだけでなく、産業としても非常に大きな役割を果たすものだ。十数年前から述べてきた。しかし、私たちの視点とは少し違う形で取り上げられているように感じる。

もう一つの疑問は、医療や保険の仕組み、在宅介護の現状が、少子高齢社会に対応したものと言えるのかだ。在宅重視をうたいながら、在宅医療・介護が充実しないまま、病床削減や医療費抑制の必要性が論じられている。私たち患者や家族にとっ

て受け入れたい議論が多い。

患者にとっては、医療費の負担が大きな問題になっている。多くの患者は稼働能力を失っている。それに反して、高額な保険料を支払わなければならぬ。ぎりぎりの生活費で暮らしているうえに、年金と医療費を合わせて、所得の20%に上る保険料を納めているのが実情だ。医療費の窓口負担のほかに、通院交通費やベッド代、食事代などさまざまな追加負担がある。自殺や心中を考えなかつた患者はいないと言っている。おカネを払えばいい医療が受けられるとか、今の保険に私的な保険を上乗せすべきだという説明は、私たちの生活感覚から程遠い内容だ。

——現在の公的医療では、高額療養費制度により、一定の患者負担軽減が行われています。また、難病については公費助成もあります。

患者にとっ

ては、規制改革の焦点になっているのが、混合診療、すなわち保険外併用療養制度の拡大です。内閣府行政刷新会議の規制・制度改革分科会は3月、「混合診療の原則解禁」をテーマに掲げました。同分科会は「検討の視点」として、「患者・利用者の選択確保」を打ち出しています。混合診療拡大について、どのような考えをお持ちですか。

伊藤(元) 私たちは、63団体で組織され、30万人が加盟する日本最大の患者団体だが、混合診療を拡大してほしいという誓願や陳情をしたことはない。また、07年12月には、内閣府規制改革会議(当時)の混合診療解禁論に反対する声明を発表した。現在の保険範囲内の負担ですら大変なのに、さらに大きな負担ができるのは限られた人だけだ。経済的負担の軽減に関する議論は重要だが、混合診療を拡大すべきとの考えは納得できない。混合診療が拡大していくと、保険でカバーされる部分

がやせ細り、高度な医療が保険外のまま固定化される恐れがある。必要な医療も受けにくくなる。

手続きの透明性を欠く 混合診療拡大の議論

伊藤(元) 今のご指摘は非常に重要だ。将来、保険でカバーされる部分をいかに広げていくかが大切だ。公的保険の発展を阻害することはあってはいけない。そのうえで、保険外のおカネをどのように医療に入れていくかを議論すべきだ。

二木 保険収載につなげていくことを目的とした混合診療の仕組みはすでに導入されている。保険外併用療養費制度の二本柱の一つである評価療養制度(下表を参照)がそれに該当する。これは、先進的な医療を一時的に保険外併用療養の対象とすることで混合診療を認めておき、その後、安全性と有効性が確実になり、ある程度普及したら保険対象に移行するというシステムだ。

私が規制・制度改革分科会ワーキンググループの議論でおかしいと思う点が二つある。一つは、現在の保険

外併用療養制度への改革は小泉政権時代に行われており、混合診療の全面解禁については、小泉純一郎首相自身が危険性があるということで見送ったという事実を踏まえていないことだ。保険外併用療養制度にいかなる問題があるかも精査せず、理念におかしいという理由で混合診療を全面解禁すべきと主張している。

もう一つは、小泉政権時の手続きのほうがまじだったということ。混合診療解禁について議論が始まった04年9月当時、医師会や医療団体、患者団体も加わって、かなりオープンな形で激しい議論が行われた。ところが今回のワーキンググループの議論は密室だ。いちばん問題なのは、時間がないことを理由に、医師会や医療団体、患者団体にヒアリングしなかったことだ。にもかかわらず、参議院選挙前の6月に方針を決めてしまおうというのは拙速だし、政策プロセスとして問題が大きい。

伊藤(元) そのご指摘も非常に重要だ。一方で政策決定は連続性があるて改良が進められていくというよりも、何度も出たり引つ込んだりする

ものだ。おそらく混合診療の問題も、何もないところで議論が出てきたわけではなく、既存の制度に限界を感じている人もたくさんいて、議論をしているのではないか。

議論を積み上げていかなければならないのは、今の医療保険制度のままで行ったときに、日本の医療は大丈夫なのかという点だ。新たな改革や、変化を取り込む必要がないのか。公費に限界があるならば、民間の資金を入れたらどうかという点だ。

■ 保険外併用療養費制度の内容

評価療養(7種類)	選定療養(10種類)
保険給付の対象とすべきかどうか評価を行うもの	保険導入を前提としないもの(快適性・利便性や医療機関の選択にかかわるもの、制限回数を超える医療行為)
① 先進医療(高度医療を含む)*1	① 特別の療養環境(差額ベッド)*2
② 医薬品の治験にかかわる診療	② 歯科の金合金等
③ 医療機器の治験にかかわる診療	③ 金属床総義歯
④ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用	④ 予約診療*3
⑤ 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用	⑤ 時間外診療*4
⑥ 適応外の医薬品の使用	⑥ 大病院の初診
⑦ 適応外の医療機器の使用	⑦ 小児う蝕の指導管理
	⑧ 大病院の再診
	⑨ 180日以上入院
	⑩ 制限回数を超える医療行為

(注) ※1 高度医療は先進医療のうちで、未承認薬や未承認医療機器を用いるもの。先進医療(高度医療を除く)は、2010年6月1日現在で86種類、高度医療は23種類ある。
※2 差額ベッド代を徴収している病床は25万2330床で、当該医療機関における総病床数143万4004床のうち17.6%。1日当たり平均徴収額5740円。最低は1室50円/日、最高は21万円/日(2008年7月1日現在)。 ※3 報告医療機関数は289(2008年7月1日現在)。予約料の最低は100円、最高は7万5000円。 ※4 報告医療機関数は212(2008年7月1日現在)。徴収額の最低は200円、最高は8400円
(出所)厚生労働省資料を基に本誌作成

皆保険とどう両立?
医療産業化のあり方

二木 混合診療全面解禁論には同床異夢の形で三つの動機がある。

いちばん大きな動機は、03年7月に政府の総合規制改革会議(当時)が作成したこの図(87頁写真)にあるように、公的医療費を抑制すべきという考えに立つものだ。保険診療の範囲については、日本のみならず世界各国の公的医療保険は、少なく

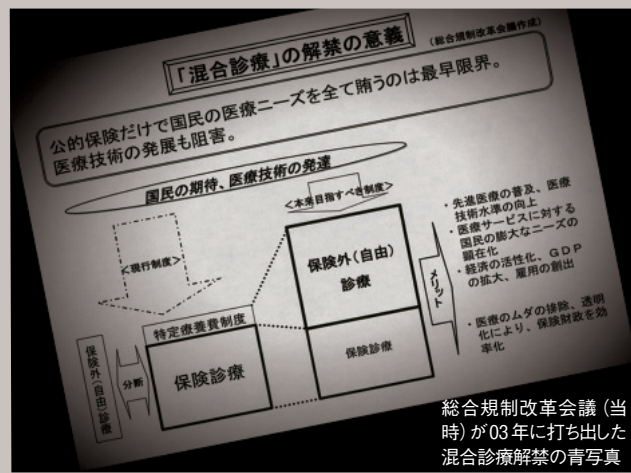
とも理念の上では最低水準ではなく、必要で十分な最適な医療を保障することになっている。これに対して、総合規制改革会議は、公的な医療は最低限に減らしたうえで、私的な医療費を増やすべきとした。しかし小泉政権時の03年3月の閣議決定では、今までの方針を踏襲し、公的保険で必要かつ十分な医療を提供するという結論が出ていた。

二つ目の動機は、一部の患者が、絶対自由主義の信条から主張しているもの。これは、有効性も安全性も患者が自己決定し、保険で認められなくても患者が希望するものは混合診療を認めよというもので、国

強まる財政上の制約 医療費確保策の明示を

を相手取って裁判を起こしている方の主張が代表例だ。

そして三つ目は、大病院や大手病院のエリート医師の間に存在する「事後規制へ転換すべき」という主張だ。現在の評価療養制度の内容を組み替え、一定水準以上の病院には、安全性や有効性が未確認な医療技術であっても、医師と患者の自由判断に任せて混合診療を認めるべきというもの。医療行政の原則を180度変えるもので、たび重なる薬害の教訓から安全性を重視してきた日本の医療の文化を否定する内容だ。この考え方は、今回、規制・制度改革分科会が打ち出したものだが、当事者団体から意見を聞いていない。



してとらえる中で、民間保険会社にビジネスの機会を与えていこうという狙いがあるのではないかとドイツの患者負担は、所得の2%という低水準に設定されている。な

ゼドイツのような方向に議論がいかないのか。おカネがないために、必要な医療が受けられないというのは、たとえて言えば、寒空の中でシヨウインドルーの中を見ているマツチ売りの少女のようなものだ。

——産業化のあり方が問われていますね。

伊藤(元) 医療は複雑で、専門家や患者など非常に深くかかわってきた人の見る世界と、外部から見た姿とは、大きなギャップがある。医療が正しい方向に行かなければ、財政も破綻してしまふ。私は経済産業省で産業としての医療のあり方を議論する検討会の座長を務めているが、産業は儲けだけを追求するものではない。第一に重要なものは、医薬品や医療機器、医師の育成にしても、産業としての力

が必要だということ。第二に、財政や資本、労働の制約の中で医療を考えなければならない。そして第三には、医療のシステムの持続可能性だ。

二木 産業化に反対ではないが、営利化や企業の利潤動機という狭い意味で使われる場合がある。医療でもう一つ大事な点が、宇沢弘文・東大名誉教授の言う「社会的共通資本」という考え方だ。これは憲法25条の生存権の理念に通じるものだ。財源制約があるのは事実だが、日本の医療費の水準は米国のみならず欧州と比べても低い。欧州並み、OECD並みに引き上げていくという公約を民主党政権は愚直に追求していく必要がある。そのためにも財源問題は避けて通れない。参議院選挙ではきちんと政策を打ち出して信を問うべきだ。