



吉川 洋

氏 ● 東京大学大学院教授
財政制度等審議会会長

病床機能やその数のあり方は医療関係者が考えるべき 自ら血を流す率先垂範で医療改革をリードしてほしい

財政面の改革の目的は 国民皆保険を守ること

高橋 前は、日本の財政問題について、吉川先生に教えていただきました。今回は危機的な状況にある財政問題を考えていくうえで避けて通ることができない、医療費の問題にも踏み込んで議論していきたいと思います。日本の医療制度の最大の特徴は国民皆保険ですが、吉川先生はこれについてどのように評価されていますか。

吉川 コストパフォーマンスに優れた日本の医療を支える重要な制度だと考えています。今や平均寿命も世界一になりました。もちろん、高度経済成長によって国民所得が大幅に増え、生活が豊かになったこともありますが、国民皆保険の貢献も大きいと思います。アメリカの医療費は日本よりも高く不平等も大きい。国民皆保険は、費用対効果の高い医療制度とっていいでしょう。

高橋 吉川先生は、国民皆保険を維持するべきだと考えておられるわけですね。

吉川 そのとおりです。国民皆保険は、世界に誇るべき医療システム

です。ただし、医療と介護の歳出が伸びる一方という状況のなか、制度の持続可能性を高めるために見直さなければならぬ点も多いと思います。後期高齢者医療制度の推進もその一つです。こうした指摘をすると、「後期高齢者医療制度によって、国民皆保険を潰そうとしている」と見られることもありますが、とんでもない誤解です。小泉政権時代、「社会保障関係費の2200億円削減」も誤解を受けました。これは社会保障関係費を純減するのではなく、正確には「社会保障関係費が毎年1兆円ずつ増えていくという状況にあって、伸びを8000億円に抑える」というもので、いずれも持続可能な国民皆保険にするための知恵なのです。

高橋 確かにそのような誤解はありました。私も参加していた経済産業省の「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会」では今春、全国の二次医療圏ごとの医療需要推計や、医療保険者や企業による医療提供体制の構築に向けた報告書を出しました。これは、保険者の視点から地域別のあるべき医療提供体制をまとめ

た医療の外の世界から医療界への提言と言えるものです。

産業界のレポート作成に参画したため、医療界の一部の人たちからは疑念を持たれましたが、私が協力した理由の1つには、医療界の内輪だけで議論をしても病床削減はなかなか進まないと感じたことがあります。

吉川先生も、財務省の財政制度等審議会会長として、外の世界から医療界をご覧になっているわけですが、医療費を削減するための具体策についてはどのようにお考えですか。

吉川 1つは、後発医薬品の普及が考えられます。経済財政諮問会議では、「2020年までに、後発

医薬品のシェアを80%にまで引き上げよ」と主張しています。これに対して製薬業界は、「後発医薬品が普及すると経営が圧迫され、新薬の開発ができなくなってしまう」と反対していますが、賛成できません。

アメリカやドイツでは、後発医薬品のシェアが80〜90%に達していますが、欧米のメガファーマは新薬を続々と市場に送り出しているではありませんか。

高橋 医療費削減の具体案として後発医薬品の普及のほかに、高額の分子標的薬や生物製剤の使用の制限や、過剰な病床の転換や削減なども有効かと思えます。

吉川 これからは現役世代が減っ



よしかわ・ひろし ● 1974年、東京大学経済学部経済学科卒業、78年イェール大学大学院博士課程修了。同年ニューヨーク州立大学助教授、82年大阪大学社会経済研究所助教授、88年東京大学経済学部助教授、93年同経済学部教授を経て、東京大学大学院経済学研究科教授。財政制度等審議会会長をはじめ多数の公職を務める

国の借金が1,000兆円を超える状況での財政再建は、経済成長や増税だけでは不可能であり、歳出削減も必要になる。なかでも超高齢社会を迎えて伸び続けている医療と介護の歳出削減が不可避——。前号において、財政制度等審議会会長の吉川洋先生と高橋泰教授はこう結論づけた。今回は、具体的に医療費の歳出削減をどのように進めるかについて議論してもらった。

構成・文=野澤正毅 撮影=関口宏紀

ていきますので、急性期病床の必要性は下がる一方で、高齢者を中心に慢性期病床の必要性は上がります。当然、地域のニーズに合わせたものに調整する必要があります。地域に関して言うと、住民の年齢構成の違いを調整してもなお、医療費に大きな地域格差があることが報告されています。当然、原因を究明し、しかるべく是正しなければなりません。

高橋 病床の調整について、地域医療構想のガイドラインでは、「医療機関の自主的な取り組み」となり、最終的には、厚生労働省や日本医師会の言い分がとおりました。財務省は、なぜもつと抵抗したのでしょうか。

吉川 わかりませんが、医療改革のリーダーシップは、やはり医師が担うべきでしょう。財務省の立場は、「国民皆保険を維持するためには、医療費の伸びをこれだけ抑える必要がある」といった総論のアドバイスをするというもので、それを受け取って、各論である具体的な医療改革の方法論を考え、実現するのは、やはり厚生労働省と医療界の責任だと思っています。私はそもそも「医療費をいくら

探るしかないのではないのでしょうか。

吉川 量の規制について話をしましたが、価格についても、医療界には要望があります。これまで何度か診療報酬のマイナス改定が行われてきました。厳しいのはわかれますが、それでも医療機関の売り上げ（医療収入）は増えています。医療界の人たちは「医療は特別」と言われますが、医療以上に経済は厳しく、働く人の賃金も下がってきたということを多少は意識していただきたいと思っています。

高橋 私は、医療の価格の引き下げには限度があると考えています。このままマイナス改定を続けていけば、医療の質が落ちてしまったり、医療提供体制が崩壊してしまいかねません。それよりも、量の規制に目を向けたほうがいいでしょう。切り込む余地は、まだたくさんあると思います。

吉川 医療給付を制限するとすれば、方法はいろいろあるでしょうね。たとえば、最近では「クオリティ・オブ・デス」が話題になりましたが、こうした難しい問題についても検討すべきかもしれません。医療保険でどこまでカバーすべ

にする」といったマクロ的な数値目標は財政当局が示す一方で、そのための具体的な方法論については、プロフェッショナルであり、当事者でもある医療関係者に考えてもらうべきだと思っています。ですから医療費の抑制は必要と考えていますが、いわゆるシーリングのような一律カットはすべきではないと思っています。

また、医療費に関してここからは議論になりますが、医療保険は本来、ビッグリスクを優先的にカバーすべきものだと考えています。ですから、風邪や軽いけがなどのスモールリスクには保険適応外、保険免責額のように1000円、5000円、10000円など定額自己負担制度を設けるべきです。自己負担額を1000円にしても、2000億円の医療費がカットできるという試算になります。

価格抑制は質低下を招く 病床数削減での対応が必要

高橋 医療費を減らすための方法論としては、医療の価格（プライス）を下げる、提供量（クオンティティ）を減らすという2つの方向性があります。しかし、これまで提供量

きなのか、価値判断を国民が議論すべきだと思います。

高橋 確かに、そういう時期に来ているのかもしれないね。

自主的な病床削減は極めて困難 病床の買い上げも検討すべき

吉川 高橋先生は先ほど、医療の価格と量の両面について、医療界内外で議論する場を設けるべきと指摘されましたが、具体的にはその役割を、どこが担うべきだと考えていますか。

高橋 今のところ、適当な場がありませんので、新しくつくるしかないと思います。私は、医療者と保険者のようなカウンターパートが対等な立場で交渉し、医療の価格と量のバランスを調整していく形が望ましいと考えています。中協もありますが、診療側の声が大きくて、保険者がおとなしすぎないように思えます。私が経済産業省の委員会に参加しようと思った背景には、「カウンターパートにももつとしっかりいてもらわなければ困る」という思いがありました。そういう意味では、財務省や財制審にも大いに期待しています。

吉川 そうですか。ご期待に沿え



たかはし・たい ●1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了（医学博士）後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から現職。主な著作に「TAI 高齢者ビジュアル・ケアプラン作成」（日経BP出版局、共著）、「DPC実践テキスト」（じほう、共著）ほか

を減らすことについて議論する場はありませんでした。中央社会保険医療協議会では、診療報酬改定についての議論がなされていますが、これはあくまでも価格についての議論です。価格だけではなく、量をどのように調整するかを議論しないと、国民皆保険は守れないと思います。財制審では、価格と量についての議論はしていないのですか。

吉川 話題にはよく上ります。量については、病床数の規制についても踏み込むべきだと思います。ただしそれは、厚生労働省が音頭を取り、医療界が自主規制していくべきだと考えます。全国一律ではなく地域、たとえば、都道府県単位の総量規制にしないと、実現できないでしょう。高橋先生に逆

るようにがんばります。

高橋 公的病院はともかく、民間病院が自主的に病床を返納するのは、ほぼ無理だと思います。設備投資をしている以上、資金を回収しなければならぬし、経営的な観点から病床を簡単にクローズすることはできません。そこで、病床数削減の具体策として、「病床の減反政策」を導入してみてもどうかと考えています。つまり、病床を返納した医療機関に、一定の補助金を交付するという方法です。

私が調査したところ、「1床当たり500万円もらえるなら、返納してもいい」と考えている病院経営者は少なくありません。財務省は渋い顔をするでしょうが、政治判断で1兆円の予算を付けてもらえば、一気に20万床を削減できる計算になります。非常に大きな額ですが、量を減らすことができるため、数年で採算はプラスになると思います。

吉川 なるほど、過剰な病床のどこまでを「権利」として認め、削減に際して補償すべきか議論しなければなりません。そうしたアイデアも含めて、病床削減を地域

うかがいますが、日本医師会や病院団体の自主規制に委ねることは難しいのでしょうか。

高橋 極めて難しいと思います。もちろん、医療界の内部にも危機感を持っている人は大勢います。しかし、いざ規制しようとする、「総論賛成、各論反対」になってしまう。日本医師会や病院団体は、医師や医療機関の権益を守る使命があります。医療機関にとっては、身を切るといふ話になりますから、基本的に病床削減は容認しがたく、反対するのはむしろ当然だと思います。本当に病床削減をめざすなら、「どうしたら自分たちが不利益を受けずにすむか」という立ち位置で考える医療界の代表と「病床を減らすべし」と主張する医療界の外部の代表が議論し、落としどころを

ごとに進めていくスキームを厚労省は早急に検討すべきです。

高橋 最後に、吉川先生から医療界へのメッセージをお願いします。メールでも苦言でも忌憚なく、何でもけっこうです。

吉川 私は、日本の医師には、社会のエリート、とりわけ、医療の主役として大いに期待しています。「ノブレス・オブリージュ」という言葉がありますが、国民皆保険を持続させるため、保身のような後ろ向きの議論ではなく、ときとして率先垂範で自ら血も流して、医療改革をリードしていただきたい。

残念ながら、日本の財政は危機的状况に陥っています。医療も、これまでのような護送船団方式ではもちません。医療界も大きく変わるべきなのです。

高橋 私たち医師の間でも、医療を変えようという意識はかなり浸透してきました。日本医師会のスタンスも、ずいぶんと変わり、制度改革にも随分積極的にかかわっておられると思います。吉川先生には、長時間にわたって有意義なお話をいただいた、誠にありがとうございました。