

IT化と競争原理の導入を柱とする医療分野の規制改革の必要性

鈴木良男 氏 規制改革・民間開放推進会議議長代理 / 株式会社旭リサーチセンター取締役会長

規制改革の推進役として活躍されている規制改革・民間開放推進会議議長代理・鈴木良男氏は、医療分野における改革のキーワードとしてIT化と競争原理の導入を挙げる。改革のねらい、進捗状況、および今後の課題についてうかがった。

聞き手 株式会社東京リーガルマインド代表取締役 反町勝夫

改革の揺り戻し

反町 ご尽力されている医療分野における規制改革についてうかがってまいりたいと思います。

鈴木 明治時代にドイツから輸入したもののうち、塩漬けになったまま今日まで改革が滞ってきたものと言えば、代表格が医療と法学でしょう。法学の方は今、まさに変わらんとしていますが、ドイツ流の硬い物の考え方がどのように変わっていくのか、私も興味を持って見えています。問題は医療です。社団法人日本歯科医師会の献金問題などを見ますと、医療の世界では未だに奇妙な利害関係者が大手を振っているようです。もはや旧来の政治家業の関係が通用しない世の中ですが、医療の関係者は、世の中の変化に無関心でいられる時代が長く過ぎたということかもしれません。規制でがんじ絡め、と言うが、その規制は必ずしも行政の側が望んだものばかりではない。むしろ医療の関係者の方が、自分たちに有利な規制を頼りにしてきたというのが実態ではないでしょうか。となれば、医療制度改革とは規制改革そのものと

いうことになります。

反町 生命や健康にかかわるということで経済的規制より抵抗が激しいのでは。

鈴木 かつて情報通信は電々公社が独占するもの、電力は電力会社が独占するもの、そう信じられていた時代がありました。根気よく規制改革を続けた結果、経済的規制については相当進展が見られるようになりました。問題提起は以前からあったのです。私自身、臨時行政調査会の時代に規制改革を手掛けたこともあり、行革審でも扱いましたが、率直に申しまして、そのころまでの規制改革は「規制整理」と位置付けるのが適切な性格のものでした。つ

まり、使われなくなった規制、用をなさなくなった規制を整理しようというものです。このような流れを変えたのが1995年からの行政改革委員会の活動以来だと言えます。このころから大きな規制の撤廃・緩和により経済を活性化しようという動きが起こったと言えます。そのような

中で、医療をはじめとする社会的規制の分野、とりわけ医療の世界は聖域化されて、手付かず状況が続いていました。そこに一歩踏み込んだのが1996年から行政改革委員会規制緩和



委員会の第2年度です。しかし、そのころでもまだ本格的な取り組みとは言えませんでした。それが規制改革委員会を経て、総合規制改革会議がこれを正面から取り上げ、現在の規制改革・民間開放推進会議へと続いているという流れです。

反町 2001年末に総合規制改革会議でまとめられた「規制改革の推進に関する第1次答申」(以下、第1次答申)はエポックメイキングであったと思います。

鈴木 総合規制改革会議では社会的規制に焦点を当てようということになり、重点6分野¹を決定しましたが、その代表格が医療分野で、主査として私が担当することになりました。答申で6つの項目²を立て、それぞれ具体的な施策を示した際、私が基本的な視点としたのは、医療の世界に競争原理を導入することでした。すべての改革提言は、この一点に向けたものであるとさえ言うことができます。

反町 第1次答申で提言を受け、厚生労働省も踏み込んだ内容の「医療提供体制の改革の基本方向-中間まとめ-」を出しています。例えば診療報酬改定で、病院の実績により差がつくようにしたことは、改革を支持する側から画期的な改革であると高く評価されています。

鈴木 それでも改革は緒に就いたばかりです。行政改革委員会から4代にわたる委員会で通した手法は、一方的に押し付けるのではなく、各省庁から話を聞き、このように変えるべきではないか、という案をつくり、それをもとに各省庁と議論して、その了解を得るといふものです。その答申の内容も、医療システムを抜本的に改めることを目的と位置付け、一つひとつのテーマを厚生労働省と検討しながら詰めたものです。そのプロセスで、厚生労働省もその気になってくれたと思ったのですが、揺り戻しがあるのが世の中の常です。改革の道筋を答申をきちんと

とまとめ、それに厚生労働省も合意し、国の方針として閣議決定されたにもかかわらず、いざ実行という段階で、随所で違うものにすり替えられました。一例を挙げれば、派遣の問題です。厚生労働省は、私との約束で「医療関係者の派遣を解禁する」としていたのですが、「福祉関係ですべての医療業種について派遣を認めます。ただ医療分野では認めません」と言ってきました。厚生労働省が阻止しようとする勢力に抗し切れなかった結果で、彼らも苦労した揚げ句、いびつなものになったのでしょう。私は、旧制度の手強さを再認識しましたが、私以上に骨身に沁みしたのは厚生労働省自身かもしれません。

井の中に競争を

反町 改めて医療制度改革の中身についてご説明ください。

鈴木 私の考えるところを一言で言うなら、「井の中に競争を」ということになりま。閉鎖的な医療の世界に競争原理を導入しようということであり、最大の標的は、現在行われている出来高払の制度の改革です。出来高払というのは、専門家である医師を全面的に信用して、言われる通りに支払おう、掛かった分は払います、という仕組みであり、どう考えても過剰診療を招くおそれがある。その制度を廃止して、より透明な包括支払方式に変えることです。つまり、この病気は、こういう治療法が標準で、診療報酬はいくら、とあらかじめ決めておく仕組みにする。具体的には、DRG / PPS³の導入を改革の目標としています。

反町 病気ごとに収入が標準化されるわけですね。米国では、既に採用している方式のようですが、かなりの抵抗が予想されるのでは。

鈴木 一筋縄ではいかないでしょう。何

か突破口がほしい。その入り口として考えたのがレセプト(診療報酬明細書)の電子化です。今やあらゆる分野でIT化が進んでいますが、医療の世界は立ち遅れている。その筆頭がレセプトです。各病院から社会保険診療報酬支払基金に紙のレセプトが運び込まれ、そこで審査委員会の委員が、薬剤名と病名が一致しているかなどといったことをいちいちチェックしている(3頁・資料7参照)。そのような作業こそコンピュータの特性を活かすべきです。改革の手順としては、まずレセプト請求を電子化する。次に、カルテから自動的にレセプトを作成できるようにして、そのレセプトをオンラインで保険者に送れるようにする。こうした電子化により整理・蓄積が可能となったカルテやレセプトなどの医療情報をデータベース化する。データを共有できるようになれば、医療機関の役割分担や連携が促進されるでしょう。また、そのシステムをつくるプロセスで医療の標準化が進むはず。データベースから最新の科学的根拠に基づく医療、いわゆるEBMのためのデータも取ることができ、医療技術の発展が望めるとともに、そのように蓄積されたデータベースから標準的な医療方法が出来上がる。そして、医療費の支払はその標準的な医療方法を基準として算出される。このようにIT化の推進は医療システムのさまざまな部分に大きな影響を及ぼしていくのです。つまり、IT化は医療制度改革の起点であり、その入り口がレセプトのオンライン請求である。そういう認識から私はまずこれに力を入れています。

反町 IT化が医療改革全体を牽引するということですね。

鈴木 それによってきちんとした包括支払方式への道筋をつけたいと思います。厚生労働省もDPC(診療群別分類)という制度を取り入れ、似たような仕組みだ

1 重点6分野：2001年7月に決定した医療、福祉・保育等、人材(労働)、教育、環境、都市再生を指す。

2 六つの項目：(1)医療に関する徹底的な情報開示・公開、(2)IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上、(3)保険者の本来機能の発揮、(4)診療報酬体系の見直し、(5)医療分野における経営の近代化・効率化、(6)その他

と主張していますが、これは入院1日当たりいくら、という定額制で、あまり意味があるやり方であるとは思えません。症例ごとに1入院当たりいくらという、まがい物ではない真の包括支払方式に到達してこそ、腕のよい医師が報われるようになる。早く治して、早く退院してもらい、次の患者を入院させることが出来る。1入院当たりの報酬は同じですから、医師の腕前の競争が導入されます。早く治してもらうことは患者の利益にもなることです。

反町 同じ病気なら早く治して退院できる、それだけ不足している医者や看護婦が助かる、という観点は大切なことですね。高度先端医療ができる病院に延々と入院していることはない。米国には、退院後、その次のレベルの治療を担当する病院に入れるシステムがあります。

鈴木 そのようなシステムも考慮すべきでしょう。

反町 厚生労働省は、平成14年8月の「医療提供体制の改革の基本方向」で、レセプト電算処理システムによる請求について、平成16年度まで50%、平成16年度70%という目標を打ち出していますが。

鈴木 とてもそこまでは到っていません。先日、韓国へ視察に行きましたが、既に90%以上オンライン化を終えています。また7~8割くらいはパソコンのソフトで審査を済ませ、残りを専門家がデータを読みつつ判断するということでした。ソフトを改善すれば、その割合を高くすることができるでしょう。日本もぼやぼやしていると、アジアの中で差をつけられます。

反町 その他の改革のポイントは。

鈴木 競争促進のための策の第二は、保険者機能の強化です。国民皆保険制度(2頁・資料1参照)は大切ですが、受益と負担の間に保険制度が介在することによって医療システムが非効率になっている面は否定できない。そこで保険者、つまり保険組合が患者に代わって、

医療機関の請求に対して直接に審査・支払をし、また特定の医療機関との間で契約を結ぶことを認めよ、としました。つまり、患者が医師を選ぶ仕組みで、これにより、保険者と診療側の緊張関係をつくらせました。実は、昭和23年制定の医療法も、審査・支払を保険者の機能としていますが、施行直後、旧厚生省が診療報酬支払基金が行うように仕向け、保険者が自分の医療費をチェックできないように指導してしまいました。そのため、いつの間にか「眠れる保険者」になってしまったのです。保険組合を構成する被保険者がかかった治療代の支払いをする保険者は、自分たちの懐のこととして、もっと真剣に権利主張すべきです。しかし、これも答申に書いたものの、実行の段階で骨抜きしたものにしてきました。

第三が、診療報酬体系の見直しであり、そのコアは、公的保険診療と保険外診療の併用、いわゆる混合診療を真剣に検討することです。われわれが「保険の適用にならない海外の医薬品を使ったり、日本が世界に誇れる新しい技術を確立したりできるようにしよう」と主張すると、厚生労働省は「特定療養費制度を拡大します」と言う。それはあくまで官許の療法です。時間を掛けた審査を経てようやく厳かに認められる。そのような制度を頭から否定するつもりはありませんが、同時に、医療現場の創意を活かせる領域をつくるべきです。われわれも、「誰にでも混合診療を認めよ」というのはありません。全面的に解禁すれば、あくどいことをする医療機関も出るかもしれない。それを防ぐため、信用できる主体であることを認める基準を示す制度をつくれ、そう言っているのです。そして認めたらには、その自主的な判断を尊重する。そうなれば各医療機関は意地でも信用される主体になろうと努力を始める

でしょう。他の医療機関と差別化を図るために、新しい療法を開発し、技術を磨く。そのような競争のある自由な医療を目指そうという趣旨です。

第四は、病院経営の近代化・効率化であり、その中心が株式会社による病院経営への参入です。病院経営で知恵を働かせない、働かせる余地もない仕組みではいけません。私がいろいろな規制業種の改革にかかわってきて、分かったことですが、既存の制度に守られている人たちに、「明日から競争的な体質に生まれ変わり、規制緩和を活かしてニュービジネスを立ち上げられてはいかがですか」と言ったところで、そのような教育も受けていないし、訓練もされていないので難しいということです。考えられる打開策は二つあり、一つは、世代が入れ替わるのをひたすら待つこと。もう一つは、新しい血液を入れること、つまり異業種や外資の参入です。新しい勢力がよいパフォーマンスを示せば、それに触発され、既存の人たちの中からも自己改革に踏み切る人たちが出てくるはずですよ。

医師の派遣の規制緩和

反町 日本の医師養成システムについてはどのようなお考えをお持ちですか。

鈴木 医局は、さながら中世の徒弟制度です。給料をろくにももらえない医局員はアルバイトに精を出す。系列病院は医局に人事権まで握られている。もろもろの指摘がなされている医局制度が医療が抱える問題の背景のひとつであることは否定できないでしょう。

反町 大学の側としては、戦後、全国で病院が乱立して医師が足りなくなり、地方の病院の側から大学に医師を回すように頼んで来たので、大学が優位性を画策したわけではない。また医局制度には、地域医療を支える役割もある、という

3 DRG / PPS : 診療群別包括支払方式。1983年に米国で開始された医療費支払い制度で、入院治療費を疾患ごとに定額にしたもの。医療費抑制という国際的な潮流から、その後、殆どの先進国で取り入れられてきた。わが国でも1998年から10病院が選定され、DRG / PPSの日本版とも言うべき「急性期入院医療費の定額支払い方式」が試行されている。

歴史的沿革に基づいた反論があるようです。

鈴木 発端が善意であり、世のため、人のためだったとしても、権限が固定化すれば、どうしても「王国」が出てくるのが人の世です。株式会社にはそのような前提のもと、それを防ぐ仕組みがあります。私も古い殻を破ろうと努力を始めた大学があることは承知していますが、そういう視点を持って制度を見直していただきたい。また、地方の病院の側にしても、人事権がないのでは、マネジメントのしようがないはずです。

反町 規制改革のテーマとして医師養成を取り上げるお考えは。

鈴木 2001年答申で医局制度について触れていますが、今後、医療のワーキンググループを立ち上げ、その中で医療の研修の問題も考えています。

反町 どのような問題意識を持たれていますか。

鈴木 第一に、「医師が足りない」という声が圧倒的である以上、増やすことです。「それではあぶれてしまう」という理屈で反対される方がいらっしゃるが、あぶれるような状況になって初めて競争状態が生ずるのです。

第二に、医師の地域過疎や小児科など診療科目別の医者不足というアンバランスの解消策を考えることです。例えば自治医科大学は地域拘束⁴を取り入れています。地域枠で採用するといった手法があるかもしれません。

反町 医療の効率性ということでは、非医師の医事行為という規制緩和も重要ですね。

鈴木 第三に、医療従事者の派遣の解禁です。労働者派遣法に禁止規定があります。港湾運送業務、建設業務などに続いて第3号に「政令で定める業務」とあり、政令は「医師、看護婦」など医療関連業種を列挙して派遣を禁止していま

す。もともと外国では、派遣は専門職から誕生したのです。ですから、医療職などは派遣にうって付けです。また、医局の機能に取って代わるかもしれない。労働移動の情報が入らない世界にしておいたら、医局に所属していなければ干上がってしまうということで、寄らば大樹の陰、という感覚になるのも分からないでもない。いくつかの大学で新研修医制度など自己改革の努力が始まっていますが、そこで政令を改正して、民間の派遣業の機能を組み合わせながら、きちんとしたシステムをつくっていくべきです。

第四に、米国の養成システムのよい点を取り入れることです。日本の大学では未だに研究に重点が置かれていると聞きますが、国民が医師に求めるのは何と

いっても、まず治す技術なのです。だから、**反町** 米国の4年制のメディカルスクールの3、4学年では座学ではなく、クリニカル・クラークシップ(10頁・註2参照)という参加型の臨床研修で経験を積むようになっており、よい臨床医を育てることに徹底したシステムになっているようです。

鈴木 昨年6月米国の医師養成について、アイオワ大学で教えられた方に参考になるお話をうかがいました。そこでは長期の研修が義務付けられ、その間はアルバイト禁止で月収は4,000ドルくらいしかない。そのため共働きをしていたが、一人前の専門医になると年収が10万ドルくらいにはね上がった。腕を研げば、さらなる高収入を望めるそうです。

反町 日本でも健全な競争原理に基づく実質的な専門医制度⁵を確立すべきであると思われます。

鈴木 医師養成について申し上げたことも、総合規制改革会議の提言も、最初に申し上げたように、すべては同じ目的から言っているわけです。すなわち競争せよ、と。規制改革は活力ある社会・経済の再構築のために必須です。規制改

革はそれを実現する手法としてなかならず「競争」を重視します。医療機関の関係者、厚生労働省の官僚に、「自由を与え、それを活用するための競争の大切さ」を何度申し上げても、なかなか理解されない。そして、「株式会社は利潤追求で、悪いことをする」と心配ばかりされる。われわれビジネスの世界に身を置く者は、自由を持ち、自ら知恵を出し、ライバルに勝つため努力する。競争の主体であることの辛さ、喜び、そしてその大切さを痛いほど分かっています。そして、そのような競争によって日本の産業は世界屈指のものに育ったのです。日本の医療も、よい競争を取り入れれば、質の面でも効率の面でも必ずや世界に冠たるものに育っていくことでしょう。

反町 利潤追求だけにうつつを抜かす輩は直ちに敗者となります。利用者のため、その一筋に全力を尽くすのが株式会社の原理です。悪いことをする暇がない。神のように正しい道を歩んでも倒産するのが現実です。ましてや悪事を働く企業をや、です。

規制改革・民間開放推進会議議長代理
株式会社旭リサーチセンター取締役会長

鈴木良男(すずきよしお)

1934年愛知県生まれ。1959年東京大学法学部卒業。同年旭化成工業株式会社入社。以降、総務、営業(建材、火薬、猟銃・射撃用装弾)などの各部署を歴任。1981年臨時行政調査会(第二次)事務調査員に転出。「国鉄、電々、専売の民営化」などをテーマとする。1984年旭化成工業株式会社交換膜事業推進本部企画管理部長。1988年同社対外問題対策室長。1989年同社総務部長。同年同社取締役。1992年株式会社旭リサーチセンター代表取締役社長。1995年旭化成工業株式会社常任顧問(現職)/2001年1月より旭化成株式会社に社名変更)。2004年株式会社旭リサーチセンター取締役会長(現職)。主な対外業務は、1995年日本商工会議所・東京商工会議所政策委員会委員(現任)。1999年司法改革フォーラム会長(現任)。2000年日本商工会議所行革問題研究会アドバイザー・経済法規問題懇談会座長(現任)。2001年内閣府総合規制改革会議委員。2002年同会議議長代理。2004年規制改革・民間開放推進会議議長代理(現任)。主な著書に『規制緩和は何故できないのか』(日本実業出版社・1995)、『日本の司法ここが問題 弁護士改造計画』(東洋経済新報社・1995)、『暗闘NTT vs 郵政省』(講談社・1996)など。

読者の皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

h-bunka@lec-jp.com

4 地域拘束：将来医師となった時に、その地域の医療に従事することを、あらかじめ約束して、入学許可はじめ各種の支援を行い、その約束を遵守させる仕組み。
5 専門医制度：医学会等の学術団体が独自に専門医としての資格の認定を行う制度。厚生労働省に届け出、受理されると専門医師名を公表できる。わが国では、

48学会が学会認定医制協議会を構成し、その中の46学会に専門医制度が設置されている。しかし、各学会の専門医制度にも差があるため、最近、その整合性の必要性が強調されている