

ゲスト

飯塚敏晃氏

青山学院大学大学院
国際マネジメント研究科教授

聞き手

伊藤元重

総合研究開発機構理事長

No.38

患者の視点で考える

医療情報の開示

患者への情報開示が不十分な日本の医療

伊藤 現在、NIRA では日本の医療に関するプロジェクトを実施しており、いろいろな立場の方から話を聞かせて頂いております。今の日本の医療は、様々な問題をはらんでおり、その全容を明らかにするには、膨大な作業が必要だと思われまます。飯塚先生には、これまでの研究活動をベースに、医療の問題点や課題などを語って頂けたらと思っております。様々な医療の問題を考えていく中で、飯塚先生はどの部分に焦点をあてているのか、あるいはどこに関心をお持ちなのでしょう。

飯塚 ミクロ経済学で扱われる「情報の非対称性」という理論から入って、その視点からいろいろな分野を眺めていったときに、一番大きな問題が存在しているところは医療ではないかと思ひ、医療についての研究を始めました。最初に注目したのが、医師の処方の問題でした。日本では昔から、薬価の差益に関する問題が指摘されており、それが薬漬け医療、本来は不必要かもしれない薬の処方につながっているのではないかと、言われておりました。それを定量的に分析するところから研究を始めました。これ

まで研究をしてきて強く感じていることは、医療は情報の非対称性が非常に大きいということです。特に日本の場合は、患者が医療に対して持っている情報が、極端に少ないのが現状です。

伊藤 医療でいう「情報の非対称性」とは、つまり、医師と患者の間で各自が持っている情報量や内容について格差があるということですが、通常、医者は多くの知識と情報を持っているが、患者は高度で専門的な医学に関する見識は皆無に等しい。では実際にこのような情報の非対称性が存在していた場合、どのような問題が起こるのでしょうか。

飯塚 患者は情報が乏しいゆえに、医療機関や治療方法、薬の種類などについて、好ましい選択ができないという問題があります。あるいは、医療の質や効率性という視点から見たときに、適切ではないことが行われている可能性もあります。

伊藤 情報の開示は、より自由でオープンな市場に向かうという意味で、規制改革という話にもなってきます。しかし、こういうことをやろうとすると、かなりの抵抗も予想されます。飯塚先生が情報開示とか、情報の非対称性のような問題をずっと追ってきたというのは、ここを



伊藤 元重
NIRA 理事長

変えていくと、日本の医療はずいぶんよくなるだろうという、ある種の期待感があるからですか。

飯塚 そうですね。患者が持っている情報が少ないということは誰もが認識しているので、それを多少なりとも緩和する手段を考えていくことは重要だと思っています。たとえ患者の側に情報がなくても、それを補う手段はあります。一つの可能性としては、保険者（保険組合や保険会社）が患者の代理人として、何らかの形で患者のために活動することです。アメリカなどの場合は、マネージドケアという形で、保険者が大きな権力を握って、患者に代わって医療機関と交渉し、医療のコストを下げたり、不要な処置を減らす役割を果たしてきた。結果として、受けられる医療が減ってしまうなど大きな問題もありましたが、患者の立場を高めるといふ点では大事な役割を担っていると思います。日本にも健康保険組合など医療保険の請求機構はありますが、請求ミスや過剰の請求をチェックすることぐらいしかできていないのが現状で、アメリカのように、患者を代弁して医療機関と交渉するというような機能はありません。日本では、保険者の働きが非常に弱いのではないかと、強く感じております。

医療用医薬品広告の是非

伊藤 医療は市場規模で 40 兆円にもなる大きな産業で、なおかつ日本国民全員が受益者として関わりを持っている。にもかかわらず、情報の整備と開示が十分になされていないというのは、やはり不自然です。ただ、医療について患者が情報を持っていないという状況は、医療の特殊性を考えると、どこの国でも起きているように思うのですが。

飯塚 はい、患者がすべての情報を持っていることは当然あり得ない。少しでもそういう情報を知らせようと努力している国もありますが、むしろ、そのような動きはまだ始まったばかりと言えるのかもしれません。アメリカとニュージーランドでは、どのような医療用医薬品が存在するかを、医薬品メーカーが患者に直接、広告という形で宣伝していますが、どの国もこのようなことを行っているわけではありません。日本でも、医療用医薬品を一般消費者向けに広告することはできません。アメリカでも非常に大きな議論があり、97 年以前は自由にできませんでした。できるようになってようやく、患者にとってどのような薬が存在するのかを伝えることが可能になったわけです。

伊藤 どういう薬があるか、その薬にどういう効能があるかを知ることは、患者にとって非常にメリットがあることですが、そういうことができにくい規制や仕組みがあったということですね。いま言われたアメリカやニュージーランドは、少し先行して患者への情報提供を始めているのですが、なぜこれまではそれができなかったのでしょうか。あるいは日本では今でも、そうすることに対して政府は消極的なのでしょうか。

飯塚 この点については、いくつか研究を行ってきましたが、薬の広告がどういう効果を持つかを考えることが必要です。薬の存在とその効

能を知ること、慢性疾患等でも、今まで治療に来ていなかった患者さんが治療を受けにくるという効果が考えられます。ですから医療費という面から見ると、明らかに増えるだろうと予測されます。では、患者以外で誰がそういう政策で利益を受けるかといえば、それは医薬品メーカーです。医薬品メーカーが一生懸命に後押しして、そういう政策が実現したのだと言われてています。

伊藤 薬の効能やブランドについて派手に宣伝すると、より多くの患者がその薬を使うようになり、それが医療費全体を増やすことになりかねないので、あまり好ましくないかもしれないという、ある種の縛りが存在しているのでしょうか。日本の医薬品メーカーは、自分たちのビジネスを考えたらそれは困るのだけれど、しかし、医療ムラというか、厚生労働省を中心とした一つの枠の中からはみ出すことが難しいので、なんとなく誰もが自粛しているというか、そういう制度に乗っかっている、このように図式化することはできませんか。

飯塚 内情は詳しくありませんが、そういう可能性はあるかもしれませんね。

伊藤 薬の情報が開示されることに対して、あまり積極的になれない事情は他に何か考えられますか。

飯塚 消費者が広告を目にすることによって、本来必要でない薬を、「こういう広告を見たのだけれども処方してください」と医者に要求し、無駄な薬の処方につながるという問題もあると思います。当然これは健康の面からも問題がある。このあたりが、経済厚生という意味で適切かどうかは非常に難しい問題です。我々が行った研究等でわかったことは、広告宣伝は既に医薬品を飲んでいる患者さんをターゲットにしているというよりは、むしろいま薬を飲んでいない人に向けて潜在的な需要を喚起するようなものであるらしいことです。



飯塚 敏晃氏

青山学院大学大学院国際マネジメント研究科教授

伊藤 宣伝によって潜在的な患者に不用な情報が入ってしまうと、かえって混乱させてしまう可能性があるということですね。投薬に関しては医師や病院に任せておけばよい、患者さんは医師の言うとおりに従っていればいいのだという、価値観のようなものが根付いているのでしょうか。

飯塚 日本では、情報をお上が握っているという状況がどの産業にもあるような気がします。特に医療など、選択の判断が難しい場合には、情報はあまり開示しないという姿勢のほうが強くなりがちです。

情報の開示で医師と患者の行動はどう変わるか

伊藤 最近では、薬の効能を解説する本も出版されているように、少しずつ情報が出ているようですが、まだまだ不十分ということですね。薬については広告等で規制されていて、特に薬を製造しているメーカーから情報が発信されにくいという話を伺いました。ほかにも医療で情報の非対称性が問題となっていることはありますか。

飯塚 例えば医療機関等でも、治療実績に関する情報は開示されていません。手術の実例、治

療期間、病院の待ち時間などの情報も同様です。このような情報は、顧客満足度という視点から、通常のビジネスの世界では、収集・整理され開示されていくこととなります。しかし、広告規制もあり、医療機関がそのような情報を開示する形になっていません。

伊藤 先ほど、日本の保険者の力は弱いと言われましたが、この点を保険者が追求することはできないのでしょうか。

飯塚 日本には、健康保険組合もありますが、公費も非常に大きく入っています。国が保険者であるという考え方も十分できると思います。本来ならば国も、医療機関の治療実績、医薬品などの情報を集めて公開していくべきであると思います。

伊藤 国はなぜそれに対して消極的なのでしょう。あるいは十分やっていると思っているのでしょうか。

飯塚 治療等についてのデータが今までなかったという、致命的な問題があると思います。基礎となるデータは診療報酬なので、本来は国がデータを集められるはずなのです。しかし、これまではデータを一元化して収集することはしてきませんでした。2011年までにはレセプト（診療報酬の明細書）のオンライン請求が義務化され、それによってデータの収集がしやすい環境になってくると思われれます。そういうデータを一元的に収集して、公開していくことがあってもよいと思います。

伊藤 これまでも、もちろん診療報酬のデータを一生懸命集めれば一元管理はできたのだけでも、紙に書いたデータということで、コスト的にもなかなかできなかった。2011年からレセプトがオンライン化されると、技術的にはやりやすくなる。あとは制度的にそれをどうやって推し進めるかということですね。しかし、レセプトのオンライン化によって本当に様々なデータが出てくるのでしょうか。細かく分類された

病気に対して、それぞれの病院がこれまでどれだけの治療をし、どれくらい延命効果があったとか、治ったとか、それが全部わかるようになるのでしょうか。この病院はこの疾病で非常に成績がいいとか悪いとか、例えば生存率のデータなどを出すことには、やはり抵抗があるように思うのですが。

飯塚 ITの進化で情報開示の可能性は高まってきていると思います。しかし、どこまで情報を開示するかに関しては、多くの議論があると思います。大きな問題の一つは、患者の個人情報保護の問題で、それは当然クリアしなければいけない。また、どういうレベルで誰に情報を出すかという問題があります。個別の医療機関名を出してよいのかという議論も当然あるでしょう。例えばよく話題にされるニューヨークでは、心臓疾患の手術の実績を、医師の名前入りですべて出していますが、そこまでやるかどうかは慎重に議論する必要があるでしょう。実際に、ニューヨークのように詳細なデータを開示した場合に、患者さんの行動はどう変わったか、あるいは医師の行動がどう変わったかを分析している研究があります。それによると、医師の名前と治療方法や生存率などが公表されてしまうと、患者の選別のようなことが起こる可能性があるということです。

伊藤 つまり、医師は治しやすい患者を選んで治療をする。そして、重病な人はできるだけ受け付けない。そうすることによって、生存率などの数字上の成績はあげることができるわけですね。重病の方は、情報が開示されていないところ、ニューヨーク以外のところに行って治療を受けるしかない。

飯塚 そうです。情報開示がされていない病院に回されてしまったり、情報が開示されていない治療方法で治療されるようなことがあり得るわけですね。情報を公開することがすべて善であるわけではありません。ただ一方で、情報の公

開は、患者が医療機関を選択する際に貴重な情報を与えますし、医療機関が医療の質を改善するための動機付けにもなります。消費者にとってメリットの大きな情報開示の方法を考えることが重要です。

伊藤 他に、情報を開示することによって問題が出てくるようなことはありますか。例えば、評判の良い医者ところに患者が殺到してしまって、大変な混雑が起こることも考えられますか。

飯塚 もしそうなった場合は、やはり価格で調整されるのだと思います。アメリカなら価格調整は可能だと思いますが、日本ではそれは非常に難しい。日本では混雑が起こる可能性は大きいと思います。

不適切な治療の見直しは 医療情報を基礎に

伊藤 医療の分野でも情報開示の方向へ向かっているとはいえ、それが必ず善であると決めてかかるのは、それはそれで危険をはらんでいることがよくわかりました。今の日本では、基本的には情報はあまり開示せず、医者良心に任せて治療してもらおう。うまくいく場合とそうでない場合もありますが、結果に対してあまりものを言わないような仕組みもある。まれに、医者に対する疑心暗鬼が増幅された場合には、非常に複雑な事態を招いたり、訴訟に発展してしまうことにもなります。他方で、あらゆる情報を開示した場合には、それだけ欠点も多く見つけられてしまうわけで、その分、また訴訟も増えてくる可能性がある。それに対して、医師に逃げる姿勢が出てくるかもしれないし、訴訟が起これば、当然、医療費が上がることにもつながる。日本はどちらに向かうのか、この点はどのようにお考えでしょうか。

飯塚 やはり歴史的な経緯というのは非常に

重いと思います。アメリカは、個人がすべて責任を持って意思決定をする社会です。みんながそう理解し合っているから、それに対して誰も文句も言わない。日本はそのような社会ではなかったし、何か問題があるとすぐお上に頼るという社会ですので、それがいきなりアメリカ的な発想へとジャンプすることは無理だと感じています。

伊藤 ただ、これまでのように医者にすべて任せておけばよいという状況には、とてもおさまりそうにないと思います。これまでは、情報開示しようという話になると、すぐさま医者を疑うことにつながってしまい、患者と医者から見ると非常に好ましくない雰囲気があった。医者を全面的に信頼し、一人一人の医者モラルとか、職業意識を尊重することは大事なことだというのが基本にあった。それが一番良い選択であったわけですが、今は状況が随分と変わってきている。情報を使うともっとよくなるという意識が、みんなの中に出てきた。むしろ情報を開示することが、最善の策だとする傾向もある。そうすると、悪い影響が出ないような形で、個人情報にも配慮をしながら、情報を開示していくということがポイントになってくるのではないのでしょうか。

飯塚 そうですね。情報開示の負の部分を出るだけ抑える形で、それを有効に利用する手立てはあると思っています。私も時々、レセプトのデータを使って研究をしていますので、例えば高血圧の薬やコレステロールの薬を飲んでいる人が、時系列的にどういう処方されているかを見ることがあります。慢性疾患の場合は月にだいたい1度は診察に行っているようですが、1カ月に2回ぐらい行く方もかなり多く、もっと行く人もいます。私は医者ではないので1カ月に何回行くのが適当なのかは、如何とも言い難いですが、大きなばらつきがあることはわかります。これまでの治療方法や診察回数が本当

に適当なのかどうかを、データをもとに議論することはできません。医療の基準を考えるうえで、データは大変重要な資料です。データが揃えば、個々の医療機関ではどういう治療が行われているかが分かり、どういう治療が標準的なのか、大まかな基準が見えてきます。そこから大きく離れるようなものも出てくる。そもそも基準は何だという議論が最初にあるとは思いますが、そのような基準から大きく乖離するような異常な治療を減らす、あるいは止めるためにも、データの分析は非常に有効だと思います。

伊藤 異常値に注目するということですね。

飯塚 はい。それによって患者は、今までより適正な治療が受けられるようになると思います。日本はCTスキャンやMRIなどの高級な画像装置を、異常なまでにたくさん保有していると言われています。先進7カ国の平均の倍ぐらいあるとも言われていますが、では、どのように使われているのか、本当に効率的に使われているのかという議論もできると思います。また、日本人は1年間に平均して14回ぐらい外来の診察に通うそうです。月に1回以上診察に行っている計算になりますが、いったい誰が行っているのだろうと思うわけです。同じ先進7カ国で、日本を除いた他の国の平均は7回ほどです。なぜそれほど違うのか、標準化によってどのような効果があるかは、データがないと解明できません。

「情報の非対称」を補う公的機関の役割

伊藤 他の産業、例えばITのような産業でも情報の非対称性は存在していると思います。我々がウィンドウズを使っても、プログラムの仕組みは分かりませんし、中でどのようなことが起きているのかも知りません。つまり、提供者とユーザー間での情報の非対称性はあります。しかし、ITの場合には、そのソフトのどこが良

いとか悪いとか、他から様々な情報が入ってきて、それがマーケットに反映されて、結果的には非常にうまくいっている。ユーザーと提供者の中間的なところに、情報を提供する機関があるわけです。医療の場合、特に日本の医療の場合は、これまでそれがなかった。一方に医療機関や薬のメーカーがあつて、他方に患者さんがいるわけですが、その間に情報を評価したり比較したりするところがなかった。アメリカの場合は、不十分かもしれないけれども、いわゆるマネージドケアという形で、保険者がそれを試みた。それが一つのブレイクスルーとなって、情報の開示も進んできたという言い方もできるかもしれない。先程、既存の日本の保険者は、そのような機能を果たしていないと言われましたが、日本でそれをやるとしたらどこでしょうか。

飯塚 これは公的機関の責任のように思います。患者が満足するような医療を提供する、あるいはコスト的にもある程度適切なものを提供する、そして安全性も担保するというのを、保険者でもある国が積極的にやるべきだと考えます。あるいは、国がそういう機関を作るなり、民間に委託するなりしてもいいのかもしれませんが、ただコストを縛るという議論ではなくて、そういう形で標準化した医療を考えていくべきです。非常に優れた医療機関があるのであれば、ベストプラクティスとして、それを普及させるようなことも、考えていくべきです。

伊藤 日本の保険者がそれをやるのはやはり無理なのでしょうか。日本の各健康保険組合には国からのお金が相当入っていることを考えると、これもある種の公的機関といえると思いますが。

飯塚 健康保険組合は規模が小さすぎると思います。アメリカのマネージドケアの人たちは規模が大きく、バーゲニングパワーがあるわけです。医療機関に対して、こういうことをやっ

てくださいよと言える力がある。今の日本の健康保険組合には、そういう力がありません。では国にあるのかと言われるとそれはわかりませんが、どこまで国が踏み込むべきかという議論だと思ふのです。何でも頭ごなしにやれという議論ではない。まずは、情報を整備することに国は力を注ぐべきだと思います。

伊藤 国が患者と医師の橋渡しをする役割を担うべきだというお話でしたが、公的機関といった場合、国か地方かという議論もあると思うのですが、その点はどうでしょうか。実際、国民健康保険は地域で全部やっています。地域によって負担も違いますし、事情も異なってくると思います。

飯塚 地域によって医療のやり方が違うというのはまったくそのとおりだと思います。ですので、一律に地方に押しつけることはもちろん難しいのですが、やれるところはどんどんやっていくべきだと思います。地方のデータでも十分な情報量であれば、地方の特色を考慮した上で、標準的なものを考えることはできます。

アメリカにおける医療情報の開示

伊藤 アメリカでは、医療情報の整備や開示はどの程度進んでいるのでしょうか。例えば、研究目的でデータなどが必要な場合も多々あると思うのですが、データの取得という点について、日本とアメリカではどのような違いがあるのでしょうか。

飯塚 アメリカなどの場合、研究者等へのデータの提供は、ずっと以前から行われています。例えば全体の約20%の病院について、入院患者に対して行われた治療等の全情報が毎年得られます。もちろん個人情報の保護の観点から、個人が特定されないように、いろいろと加工してあります。外来に関するデータもとれます。高齢者を中心としたメディケアという制度は、政

府によって運営されているのですが、その情報は全部入手することができます。例えばある高齢者の履歴を経年で見ることにも可能ですので、どういう病気があって、年齢とともにどのように医療費が変わっていくのかも、個人ベースで追っていくことができるわけです。日本でも、高齢化に関する議論が盛んで、医療費が増えるという人も思っています。しかし、年齢の経過とともにどういうタイミングで医療費が増えるのかという実際のプロファイルは、ほとんど知られてないと思うのです。年齢、階層別の医療費のデータしかとっていないのが現状だと思います。

伊藤 アメリカでは、もちろん名前は特定できないと思いますが、ある特定の人がどういう経過で治療を受けてきたかということが、蓄積されたデータ、つまりパネルデータであり、ある程度お金を払えば、それを研究に使えるということですか。

飯塚 そうです。もちろん研究者にしか開示されていませんが、個票ベースで取ることができます。これらのデータは個人情報として非常にセンシティブなものですので、商業等に使用することは認められていません。あくまでも公的な研究に利用されることを前提として、提供されています。

伊藤 日本でそういう情報を取ることは不可能なのでしょうか。特定の自治体の情報などは、あるような気もしますが。

飯塚 そうですね。例えば健康保険組合にお願いして、あるタイミングで取らせて頂くとか、あるいは自治体のデータを頂くことは、個別の交渉ベースでは可能だと思います。ただ、非常に限られている。

伊藤 最近、日本でも産婦人科の裁判の問題が話題になりましたが、アメリカでは医療裁判と情報開示との関係はどのようになっているのでしょうか。

飯塚 医療事故に関する訴訟については、データの収集と開示が進んでいます。例えば、医療事故に関する訴訟で支払いが発生した場合は、支払い側がその詳細を、政府機関が運営するデータベースに届け出なくてはいけないことになっています。どういうタイミングでどういう訴訟があって、結果として裁判にいったのかいかなかったのか、示談になったのか。幾らぐらいのお金を払ったのか。そういう情報を一元化して収集し開示しています。一般の人は利用できませんが、医師を雇用する病院や医師免許を交付する委員会などが、各医師別の情報を詳細に見ることができます。また、原告側の弁護士も条件付きで利用できます。彼らにとっては、そういう情報は非常に重要です。もちろん、日本はアメリカほど訴訟が多くありませんでしたので、一概に比較することは出来ませんが、日本では、医療訴訟についての詳細な情報は一元化されていないと思います。

医療行政に不可欠な客観的評価の仕組み

伊藤 どういう疾患の患者さんをどの医療機関がどれだけ引き受けて、どういう治療をして、それがどういう結果をもたらしたか。そういう情報が個人レベルで経過も含めた形で整理されていけば、随分と多くのことが分かってくると思います。それを、研究者や医療機関にも提供するし、場合によっては個人情報に触れない程度で一般国民にも知らせていく。こうした情報の整備と開示が進んでいけば、今の医療の分野もいい意味で大きく変わってくると思います。ただ、こうした情報に関する状況が改善されたとしても、やはり医療は難しい分野ですので、消費者自身が判断することが出来ない場合も多々あると思います。これは医療行政についても同じことが言えるのだと思います。今日本の医療は大変な危機に直面しているわけですが、

患者側つまり国民からは、具体的な政策などについての方向性や在り方については、判断できない部分があると思うのです。この点についてはどのようにお考えでしょうか。

飯塚 医療行政については、政策に対するチェック機能を強化していくことが重要だと考えております。医療に限ったことではありませんが、よくビジネスで言われている PDCA（Plan-Do-Check-Action、計画・実施・評価・改善）というのが参考になるかと思います。医療の場合には厚生労働省が政策を立てるわけですが、政策がどう機能したかをチェックする機関が外部にないことが問題です。アメリカには、CBO（Congressional Budget Office）や、GAO（Government Accountability Office）という公的機関があり、より客観的な立場から政策に関する調査やチェックが行われています。厚生労働省は自分で政策を立てて、自分で評価をしているわけですから、自らの政策を変更するインセンティブはなかなか出てこないと思います。そこで、これを外部機関にやらせるような道筋をつける。今回の医師の不足、救急医療の崩壊に関しても、マスコミを通じてようやくチェック機能が働いたと思うのですが、それもかなりの時間を要したかと思うのです。

伊藤 自分たちで計画、実施した政策をまた自分たちで評価するというのも、よく考えてみるとおかしな話ですね。悪い評価をするということは、自らの首を絞めることにもなりますので、見直しの方向にはなかなかいきにくい。そのまま放置され問題が出てきたところで、ようやくマスコミによって世間にさらされるようになる。しかし、問題が起こってからでは遅すぎます。もっと早い段階でチェックされるような制度は必要かと思います。

医療行政に限らず、日本の重要な問題の多くが、タテ割り行政の中で行われてきた。それがうまく機能しているときは、その専門家集団に

任せればよかったのかもしれませんが、問題が起こったときにそれを修正する力が非常に弱い。しかも、今の現実の社会はどんどん変化しているので、かつてはうまくいったかもしれない日本の社会保障や医療の制度も、理想的なところから離れていってしまっている。例えば日銀の金融政策は、日々、世の中の批判にさらされているから、日本銀行は、そういう人たちのことを非常に気にしながら、タイムリーな政策遂行に力を注いでいます。しかし、素人が見てもよくわからない教育や医療などは、どうしても専門家の判断に頼るしかない。そうなるとやはり、先ほどの GAO のような外部の専門機関を利用すると同時に、それぞれ総理直轄の医療戦略会議のようなものを作って大きな制度改革を行うことが必要だと思います。

飯塚 医療というのは、治療を受けた本人も、それが本当に適切な治療だったかどうか分からない。IT の場合は、実際に使ってみることで、うまく機能しているのか、不具合がないのかを知ることができます。実際に治療を受けて薬を飲んでも、それが本当に効いたのか効いてないのか分からない。もっと他にいい薬があったのかもしれないし、もっといい治療方法があったのかもしれない。ユーザーだけで判断することが極端に難しい分野です。それゆえに、市場の判断に任せておくだけでも危険です。やはり、専門家による客観的なチェックが、常に働いているべきではないかと思います。

「マクロでは効率的な」日本の医療

伊藤 患者自身が、提供された医療サービスについての判断をすることは、非常に難しいことであるのはよくわかります。しかし、大事な自分の体でもあるので、どうしても気になります。判断したがるから、よけい疑心暗鬼になったりもします。

飯塚 そうですね。患者のために思ってしてくれているのかもしれないのに、本当にそうかどうかよく分からないところがあります。よくある議論で、日本の医療はマクロで見ると非常に効率的ですが、個々人の観点、つまりミクロで見るとそうでないというのがあります。これも専門家以外の人から見れば、はなはだ意味不明のところがあるかもしれない。

伊藤 日本の医療はマクロで見ると本当に効率的なのでしょうか。

飯塚 何の指標をもって医療のマクロ的な側面を見るのかということですが、よく利用されるのは出生時平均余命と、乳児死亡率、そして、医療費です。OECD のヘルスデータ（別表）を見ても、日本は乳児死亡率も低いし、平均寿命も高い。医療費も他の OECD 諸国と比べて、特に高いわけではない。ただ一方で、例えば、待ち時間や、情報へのアクセス、医師の対応など、ミクロのメジャーで見ると、日本の医療水準はあまり高くないという指摘もあるようです。

伊藤 こういう海外と比較したデータを見せると、医療関係者からは、長生きしているのだから、少し待ち時間が長いぐらいは我慢してほしいと言われてしまうのでしょうか（笑）。

飯塚 アメリカの大学で働き始める前に、多くの大学を回って、研究成果を発表したことがあります。日本の薬の処方についての研究で、日本では薬価差益の影響で不要な薬を処方している可能性があるという話をしました。今はかなり改善されていますので、当てはまらない場合もありますが、90年代のデータでは、高価な薬のほうが薬価差益が高かった。そういった利益の大きい薬が、不必要に処方されている可能性を話しました。しかし、アメリカのセミナーなどでこういう議論をしていると、「いや、でも、そうはいつでも、日本人は、それでみんな長生きしているじゃないか」と、口を揃えて言うわけです（笑）。「いや、そのことについてはこの

研究ではわかりません」と言っているのですが、世界的に見れば日本の医療の水準はうらやまれていると感じています。もちろん、寿命は生活習慣や環境、体質など様々な要因に影響されているのであり、健康指標と医療の質やシステムとを直接的に関連づけることは危険です。実際に、日本の医療にはまだまだ改善すべき課題は残っていますし、時代の変化に応じて新たな問題も惹起してきていますので、このようなマクロ的な指標の数字に甘んじてしまうわけにはいかないと思います。患者の立場に立った情報提供をはじめ、ミクロ的な視野で取り組むべき課題はまだまだ沢山あります。

伊藤 医療分野については情報開示という点においても、様々な事情があって一筋縄にはいかないことがよく分かりました。その中で重要な視点は、ただ単に情報を開示すればよいということではなく、それが招くであろう結果を慎重に分析した上で、患者の立場を高めるような情報公開の在り方を考えていくべきだということですね。本日は、お忙しいところ大変にありがとうございました。

2008年9月16日

NIRAにて

別表 OECD加盟国30カ国の健康指標（2005年）

	一人当たりの総医療費		出生時平均余命		乳児死亡率	
	2000年 購買力平価 換算US \$	ランキング (昇順)	年数	ランキング (降順)	年間1,000 出生当りの 死亡者数	ランキング (昇順)
1 日本	2,212	12	82	1	3	4
2 韓国	1,200	5	79	20	n/a	n/a
3 オーストラリア	2,662	16	81	4	5	19
4 ニュージーランド	2,101	11	80	10	5	19
5 アメリカ	5,616	30	78	23	7	25
6 カナダ	3,022	23	80	6	5	22
7 メキシコ	607	2	76	25	19	27
8 オーストリア	3,132	25	80	11	4	15
9 ベルギー	3,108	24	79	17	4	9
10 チェコ	1,289	6	76	24	3	7
11 デンマーク	2,852	21	78	21	4	17
12 フィンランド	2,376	15	79	17	3	5
13 フランス	2,950	22	80	9	4	10
14 ドイツ	2,834	19	79	14	4	13
15 ギリシャ	2,007	10	79	16	4	10
16 ハンガリー	1,298	7	73	28	6	23
17 アイスランド	3,185	26	81	3	2	1
18 アイルランド	2,810	18	80	11	4	14
19 イタリア	2,324	14	n/a	n/a	n/a	n/a
20 ルクセンブルク	3,580	28	80	11	3	3
21 オランダ	2,798	17	79	14	5	18
22 ノルウェー	3,556	27	80	8	3	6
23 ポーランド	765	3	75	26	6	24
24 ポルトガル	1,755	8	78	22	4	8
25 スロヴァキア	981	4	74	27	7	26
26 スペイン	1,923	9	80	6	4	10
27 スウェーデン	2,841	20	81	5	2	2
28 スイス	3,705	29	81	2	4	15
29 イギリス	2,307	13	79	17	5	21
30 トルコ	582	1	71	29	24	28

出所：OECD Health Data 2008, June 08.

飯塚 敏晃（いいつか としあき）氏略歴

青山学院大学大学院 国際マネジメント研究科 教授

東京大学卒。東京大学、コロンビア大学にて修士課程修了。カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）にて経済学 Ph. D. 取得。米国ヴァンダービルト大学助教授を経て現職。専門は産業組織論・医療経済学。RAND Journal of Economics、Journal of Industrial Economics、Advances in Applied Microeconomics、Journal of Economics and Management Strategy 等に研究論文多数。

財団法人 総合研究開発機構

〒 150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3

恵比寿ガーデンプレイスタワー34階

TEL:03-5448-1735 / FAX:03-5448-1744

URL: <http://www.nira.or.jp/index.html>

©総合研究開発機構 2008 2008年11月28日発行

NIRA 対談シリーズ

<http://www.nira.or.jp/president/interview/index.html>

(肩書きは、対談時のもの)

- 第 28 回** 2008 年 2 月 **日本のあるべき姿とシンクタンクに期待される役割**
ゲスト：富士ゼロックス株式会社相談役最高顧問 小林陽太郎 氏
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 29 回** 2008 年 3 月 **新時代の農業を生きる—ある生産者のビジョンとチャレンジ**
ゲスト：株式会社ぶった農産代表取締役社長 佛田利弘 氏
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 30 回** 2008 年 3 月 **サブプライム問題と今後**
ゲスト：みずほ総合研究所専務執行役員 杉浦哲郎 氏
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 31 回** 2008 年 4 月 **非正規労働の現状と課題**
ゲスト：獨協大学経済学部教授 阿部正浩 氏
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 32 回** 2008 年 4 月 **人口減少社会における地方都市の現状と再生の道**
ゲスト：中央大学経済学部教授 山崎朗 氏
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 33 回** 2008 年 6 月 **日本の食と農：新局面と政策課題**
ゲスト：東京大学大学院農学生命科学研究科教授 生源寺眞一 氏
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 34 回** 2008 年 9 月 **日本の医療の課題：「医療の見える化」に向けて**
ゲスト：東京医科歯科大学大学院教授 川渕孝一 氏
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 35 回** 2008 年 10 月 **金融危機下の米・日経済をどう見るか**
ゲスト：クレディ・スイス証券 マネージング ディレクター
チーフ・エコノミスト 白川浩道 氏
聞き手：N I R A 会長 牛尾治朗、N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 36 回** 2008 年 10 月 **日本の医療の課題：医師不足の本質を捉えて新しい仕組みを**
ゲスト：社団法人日本病院会会長 山本修三 氏
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重
- 第 37 回** 2008 年 11 月 **統計改革に向けて—統計ユーザーの視点から**
ゲスト：学習院大学経済学部教授 宮川努 氏
聞き手：N I R A 理事長 伊藤元重