

## 医療の公共性とは何か…費用と質の可視化

井伊 雅子

○井伊 一橋大学の井伊雅子と申します。今回は、このような機会をありがとうございます。今日は、医療の費用と質という視点からお話ししたいと思います。まず、次の質問について皆様の意見を聞きたい

本日は、医療の費用と質という視点からお話ししたいと思います。特に、日本の医療や介護は九割方、公的保険でカバーされているため、本来は公共性について考えなければいけないわけです。

ところが、御記憶のとおり、コロナ禍では「日本は民間病院が多いので政府主導の政策が難しい」という話が聞かれました。そこで、医療における公共性とは何かという点についても皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

① 日本の医療費は、高いのか安いのか。② 日本の医療の質は、高いのか低いのか。いかがでしょうか。

○参加者 A 医療費については、私の知る限り、国民所得比は、フランスやドイツなどに比べると少し低い程度かもしれませんが、アメリカよりはるかに少ない。その意味では、日本の医療費は、世界の、特に先進国の水準から見ると安いほうに入ると考えていいのではないかと思います。

質については、国民皆保険制度のもと、医療サービスにフリーアクセスでき、追加の負担を払えば、大学病院のような専門性の高い医療機関にもすぐに行けるという意味でのアクセスのよさ、そして、何より日本人は世界最長の寿命を実現していますので、医療の質は高いほうに入るだろうと考えています。

○井伊 厚生労働省（以下、厚労省）のウェブサイトによれば、「我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を實現」とあり、日本の国民皆保険制度の特徴の一つとして、「安い医療費で高度な医療」が挙げられています。しかし、ここで言う「医療費」とは何を指しているのでしょうか。明確ではありません。「医療の質」に関して言えば、例えば平均寿命は公衆衛生の指標であり、OECDやWHOが国際比較している医療の質の指標は別のものと

す。日本人は、すぐにCTで検査してもらえな  
ど、「高度な医療＝質が高い」と判断しがちです  
が、国際標準では必ずしもそうとは限りません。

二〇一三年にまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書でも、「医療費の対GDP比は、世界一の高齢化水準に鑑みれば決して高い水準ではない。世界に高く評価されるコスト・パフォーマンスを達成してきた」と書かれています。しかし、日本の場合は世界一の高齢化水準が問題ですので、高齢化を考慮した医療費を考えることが必要だと思えます。また、「世界に高く評価される」というのも、具体的にどこで評価されたのかは書かれていません。残念ながら、OECDなどではそのように評価されていないように思えますので、報告書や統計を丁寧に見ながら議論していきたいと思えます。

さて、日本の総薬剤費を知りたいとき、どの政

府統計を見ればいいのかというと、実はどこにも見つかりません。医療経済や医療制度の専門家、経済畑の人、また医療者で研究している人にも聞きました。やはり見当たりません。つまり、日本には総薬剤費の公的な統計は存在しないということです。皆さんも、御自身、あるいは親御さんの介護をされる中で多くの薬を医師から処方された経験が。あるいは、多剤投与や重複受診が指摘される一方で、最近は創薬力の低下も指摘されており、どのように創薬力をつけるべきかという議論もされています。しかし現状では、日本の総薬剤費統計は公的統計として推計されておらず、医薬品産業の実態を把握することもできません。

そこで本日は、『医療費』の定義、「医療の質」とは、「医療提供体制の国際比較」、「日本の医療制度の何が問題か」、これらの点について皆さん

と一緒に考えてみたいと思います。

## 一、「医療費」の定義

先ほど、日本の医療費は高いのか安いのかという質問をしました。では、そもそも「医療費」とは何を指すのでしょうか。患者が支払う自己負担のことなのか。政府が支出している公的医療費総額なのか。その政府とは中央政府（国）なのか地方自治体なのか。日本の医療・介護制度は地方自治体がかかる部分を担っており、地方自治体の支出も多いです。また、公的だけでなく民間部門も含めた医療費総額なのか。例えばアメリカの場合は、皆保険制度が無いので、民間部門も含めた医療費総額が大きくなります。さらには、日本で介護保険制度が導入されて二五年が経ち、介護費が年々増えています。医療費は介護費を含むの

か。健診や人間ドックのほか、コロナのときに問題になった医療機関への補助金は医療費に含まれるのか。

こう考えると、私たちは様々な定義を曖昧にしながら、医療費について議論しているのかもしれない。例えば、毎年秋ごろに厚労省が発表する「国民医療費」は、新聞を初め様々なメディアが「○年度の国民医療費が発表されました」と報道していることからわかるとおり、よく用いられる統計です。「社会保障費」という言い方もよく耳にします。財務省の資料などでは「社会保障関係費」です。また、信頼の置けるデータとして私たちが参考にする社会保障・人口問題研究所の統計では「社会保障給付費」です。それぞれの定義を正しく理解することが重要です。

二〇二〇年度の「国民医療費」は総額約四三兆円で、診療種類別の内訳では、内科診療が三〇・

八兆円、歯科が三兆円、薬局調剤が七・六兆円、その他が一・五兆円となっています。ここで二〇二〇年度の数字を使っているのは、コロナ禍の費用を把握したいからです。日本の統計は公表までに時間がかかり、国民医療費の公表には二年以上かかります。後ほどお話ししますが、OECDに提出している統計はそれ以上かかっていることに加えて、コロナに関する費用について、日本は過少推計であるという指摘をOECDから受け修正したため、コロナ関連費用の推計値の報告は今年の夏以降になる予定です。

医療の費用を把握するためデータとして、よく用いられる「国民医療費」は、日本独自の定義のため国際比較をするのが困難です。「薬局調剤」には、介護保険で使われている薬剤費や予防接種に使われている薬剤費は含まれていません。また、入院ではDPC／PDP制度（診断群分類

に基づく一日あたり包括払い制度)に薬剤費が含まれていますが、その薬剤費を把握することはできません。したがって、「国民医療費」では、先ほど問題提起したとおり総薬剤費はわかりません。

国民医療費に含まれていない主な項目の一つとして、介護保険が挙げられます。基本的に国民医療費は公的な医療保険でカバーされている項目だけが含まれているためです。そのほか、予防(健康診査、がん検診)、医療機関への補助金、コロナ対策、正常分娩費、OTC薬(市販薬)、自由診療などがあります。正常分娩費については、二〇二六年度を目途に保険適用導入が検討されており、そうなれば国民医療費に含まれるようになると考えられます。

国際比較をするときにはどの統計を使うのが適切かという点、OECD基準で推計した「Health

Expenditure」です。統一された訳名がなく、財政審(財政制度等審議会)などでは「保健医療支出」と訳しています。国民医療費(Medical Expenditure)とは異なり、介護、予防、補助金、民間支出などを含んでいます。これは、GDPを推計するSNA基準に基づいており、国際的に確立した、経済統計として極めて有効的な体系として設計されています。この統計によれば、二〇二〇年度の日本の保健医療支出は五九・三兆円です。介護、予防、行政費用などを含めた統計ですので、国民医療費(四三兆円)よりも多くなっています。しかし先ほどお話ししたようにコロナ関連の費用が過少推計になっており修正推計を行っています。

日本の医療費の定義にはこのように多くの問題があります。国民医療費を用いて医療政策を議論することが多いものの、先ほど申し上げたように

日本独自の定義のため国際比較ができず、また、総薬剤費の統計がありません。さらに、日本は病院の数が非常に多く、一人当たりのベッド数や、CT・MRIといった高額の治療機器が突出して多いにもかかわらず、そうした資本形成の信頼できる推計がありません。加えて、地方自治体が行っている医療、介護、予防の把握に加え、民間部門の把握も不十分です。一方、OECDのHealth Expenditureはこれら全てに対応していますが、残念ながら日本がOECDに提出している統計は速報性と透明性に欠けます。この点は昨年の骨太方針でも指摘され、ようやく厚労省が政府統計として推計を始めることになりました。

今回ぜひ強調したいのは、日本の医療機関の多くは保険医療機関であるにもかかわらず、その経営実態の把握に不可欠な財務情報等の開示が遅れていることです。

なお、医療法人のそういった書類は「財務諸表」とは呼ばず、厚労省や東京都は「事業報告書等」、自治体によっては「決算届」と呼んでいるところもあります。医療界で表現が統一されていないことも議論をわかりにくくしている一因だと思いますが、「事業報告書等」が最も普及している表現だと思いますので、ここでは「事業報告書等」と言うことにします。

医療法人は、法人単位の事業情報を都道府県に報告・開示していますが、病院や診療所、老人福祉施設といった施設単位の事業情報については、都道府県への報告は順次なされることとなったものの、まだ公開はされていません。特に問題なのは、法人登録をしていない中小病院や診療所は、事業情報の都道府県への報告さえしていないことです。

公立病院の事業情報は「地方公営企業年鑑」と

して総務省のウェブサイトに入手できます。しかし、日本は八割以上が民間医療機関ですので、残念ながら、公開されている事業情報だけでは分析に限界があります。ほとんど全ての病院と診療所の運営に公的保険料や税金が使われているにもかかわらず、事業情報の報告・開示に医療機関団体は反対してきました。現状では、内閣官房や財務省でも、容易に入手し分析することができません。

二〇二三年一月の財政審の資料として、各都道府県が公表している事業報告書等をもとに、財務省が二〇二〇～二〇二二事業年度の医療法人の経営状況等を調査した「機動的調査」の結果が提示されました。これはコロナ禍の状況を分析するために示されたもので、かなりの注目を浴びたので御存じの方も多いと思います。しかし、本来であれば、研究者などが普通に入手して分析できる

ことが重要です。また、光熱費や物価が上昇し、人件費も上がっている中、医療機関団体は診療報酬や補助金の増額を要求しています。光熱費、人件費など物価高は切実な問題です。現状の財務情報を公開して、その上でどこに何が足りないのか、過去から経年的に見たデータに基づいて物価高や人件費の高騰などに対応することが必要です。

まとめますと、日本の大半の医療機関は、病院・診療所などの施設別の財務情報の公開さえ義務化されていません。大企業では財務情報はもちろんのこと、最近は様々な非財務情報の公開も求められています。一方、公的保険で運用されている医療機関では、財務・非財務情報の公開も不十分で、公認会計士による監査も義務づけられていません。しかし、実は医療法人の財務情報は厚労省において既にデータベース化されており、厚労

省は各種属性（各種医療機能の病院・診療所別など）の観点から集計・分析することが可能になっています。

小規模の保険医療機関は租税特別措置により経費の概算処理が可能になっており、経営情報の透明性が特に低くなっています。法人化されていない中小病院やひとり診療所、年配の方が多いところも多数あるため、財務情報を出したくても出せないのかもしれませんが、しかし、医療機関は公益性が極めて高いことから、中小企業向け会計制度を参考に、税理士・公認会計士を計算書類作成者として会計監査を担わせることも検討に値するのではないかと思います。

## 二、医療の質とは

一年前、こんなニュースがあったことを覚えて

いらっしやいますか。全国各地の医師ら約六〇人が、インターネット上の口コミ欄に事実と異なる悪評などが書き込まれ、また、それらが放置されたことで営業権を侵害されたとして、ウェブサイトを運営する会社に対し、合わせて一四〇万円余りの損害賠償を求めて裁判を起こしたというものです。日本では今後も同様のことが起こり得ると思いますし、裁判を起こさないまでも、実際に困っている方は多いと思います。ちなみに、このニュースを聞いて私の学部ゼミの学生が一橋大学の口コミ欄を見たところ、低い評価がつけられていたそうです。誰でも簡単にコメントが書けるということ、レストランなどではとても困っているところもあるようです。医療については専門知識がないと評価するのは難しく、これは日本以外の国も同じなのですが、このような問題が起きたという話はあまり聞きません。

まず日本は、医療の質をどのように公表しているのでしょうか。OECDが二〇〇一年から国際比較可能な医療の質の指標を作成するプロジェクトを始めており、日本は最初から参加していません。しかし残念なことに、後から加わった韓国の方がより多くのデータを提出しています。

OECDによる医療の質の評価として、急性期医療（ケア）、がん医療（ケア）、メンタルヘルスケア、患者経験、患者安全、プライマリ・ケアにおける処方、プライマリ・ケアという七つの分野があります。これらに加え、二〇二三年七月月から、終末期ケア、統合ケア、メンタルヘルスケアの患者経験の三つが追加されています。「OECD Health Statistics」では、医療の質だけでなく、提供体制や Health Expenditure（保健医療支出）など様々なデータを簡単に入手することができます。

がん医療の指標に関しては、日本は全て提出しています。国立がん研究センターが国際的なネットワークに入って活発に活動していますので、この分野は国際標準に近くなっています。

一方、メンタルヘルスケアについては、六つの指標に関して、日本は全て空欄であるのに対し、韓国は、「重度精神疾患を有する患者の超過死亡率」以外は全て毎年提出しています。OECD諸国の中で日本と韓国は自殺率が突出しており、一〇年ほど前にOECDから、メンタルヘルスケアの問題の改善のため、まずはメンタルヘルスケアの指標を提出すべきであるという指摘を受けました。韓国が着々と対応を進めているのに対し、日本は指摘されながらも対応が進んでいないことが窺えます。

患者経験の指標については、日本では三年に一度の患者調査に基づいて、「医師が患者の診察に

十分な時間をとっている」、「医師が患者にわかりやすい説明を行っている」、「医師は患者に質問や相談の機会を設けている」を三年に一度、報告しています。デジタル化が進んでいる今、三年に一度の調査ではなく悉皆調査を導入してはどうかと思います。が、実現していません。

患者安全の指標については、日本は全て空欄です。プライマリ・ケアにおける処方については、多剤投与や重複処方に関する一一の指標がありますが日本は全て空欄です。

### 三、医療提供体制の国際比較

日本だけでなくどの国でも、様々な症状の患者が地域におり、その約八割がプライマリ・ケアの問題を持った患者だと言われています。残りの二割は、プライマリ・ケアでは対応できない、入院

や専門外来が必要な二次医療の患者、そして高度先進医療が必要な三次医療の患者です。地元の開業医から大学病院までフリーアクセスできるのは良い面もありますが、選ぶときにはSNSや口コミ、マスコミでの評判などに頼らざるを得ないのが現状です。

一方、世界的な仕組みは日本とは異なります。北欧やオランダ、英国などでは、地域住民がそれぞれ登録しているプライマリ・ケア（診療所）をまず受診し、必要に応じて、二次医療（市中病院）、三次医療（大病院など）を紹介されて受診します。オーストラリアは日本と同じくフリーアクセスですが、プライマリ・ケアのレベルが非常に高いことに加え、直接二次医療へ行くと値段が少し高くなるため、九割の地域住民はまずプライマリ・ケアを受診すると聞いています。今はがん治療でも数日の入院で済む場合がありますの

図表1 医療提供体制の国際比較（OECD諸国、台湾）

	2021年または直近						
	1,000人当 たりの医師数	家庭医（GP） が占める割合 （%）	1,000人当 たりの看護師数	1,000人当 たりの薬剤師数	1,000人当 たりの 歯科医師数	1年間の医師 受診回数 （対面診療 <sup>2</sup> ）	1年間の歯科医 師受診回数 （対面診療）
日本	2.60	-	12.10	1.99	0.83	11.13	3.03
カナダ	2.75	47.43	10.25	1.05	0.65	4.73	1.02
フランス	3.18	30.35	8.58	0.92	0.65	5.50	1.6
ドイツ	4.53	16.08	12.03	0.67	0.85	9.60	1.4
イタリア	4.25	16.05	6.21	1.28	0.87	5.30	1.6
英国	3.18	25.41	8.66	0.90	0.51	-	0.47
米国	2.67	11.47	-	-	-	3.40	-
オーストラリア	4.02	30.86	12.81	0.94	0.63	6.46	1.05
オランダ	3.90	23.63	11.38	0.22	0.57	8.60	3.1
韓国	2.56	5.79	8.77	0.78	0.52	15.65	1.6
台湾	3.20	7.39	6.44			15	

（注） 対面診療は、在宅診療も含む  
 【出所】 OECD Health Statistics 2023

で、そのときは地域に戻り、在宅医療も含めて診療所でケアされるという形です。日本では、循環器内科、糖尿病、整形外科など、診療所でも臓器別の専門医がほとんどですが、多くの国では医師の三〇五割がプライマリ・ケアの専門トレーニン  
 グを受けており、診療所の医師は総合的に患者を診ることができる人たちです。これは看護師なども同様です。

こちらの表は、医療提供体制の国際比較（OECD諸国、台湾）です（図表1）。

一〇〇〇人当たりの医師数を見ると、日本は少ないほうではあるものの、過去一五年ほどの間に医学部の定員増を行ってきたことにより毎年増えています。国土が二五倍以上のカナダや米国と同程度ですし、韓国や台湾と比べてもそれほど少ないわけではありません。

特徴的なのは、プライマリ・ケアの専門医であ

る家庭医（ヨーロッパでは General Practitioner : GP）の割合です。カナダでは約半分の医師が家庭医ですが、日本はほとんどいないため OECD に報告されていません。日本は、ドイツの医療制度、すなわち臓器別の専門医を重視する医療制度を参考にしてきた経緯があります。したがって、ドイツもプライマリ・ケアがあまり整備されていませんでした。しかし、EU のハーモナイゼーションというのでしょうか、この二〇年くらいの間に EU の中で医療制度も標準化されてきました。どの国も高齢化やメンタルケアの問題が大きくなり、プライマリ・ケアをより重視するようになってきています。また、日本を参考に皆保険制度を導入した韓国と台湾は日本の制度とよく似ていますが、日本以上に高齢化が進んでおり、最近ではできるだけ家庭医を育成する方向にシフトしています。

一〇〇〇人当たりの看護師数については、日本は世界でもトップクラスで、優秀な方も非常に多いのですが、基本的に医師の指示がないと診療を行うことができません。また、出産や育児といった女性特有の問題で離職する方も一定数います。プライマリ・ケア中心の医療では、看護師の役割も重要です。しかし、日本の医療は二次医療、三次医療が中心のため、看護師の働く場も病院中心です。ICU や大病院で働くとなると、なかなか継続が難しいです。最近では訪問看護で働く方も増えてきましたが、優秀な看護師を活用できていないように思います。

一〇〇〇人当たりの薬剤師数は、薬学部教育が六年制になったことで増加していて、歯科医師数も多いです。

日本が飛び抜けて多いのは一年間の医師受診回数です。この点について、医療の無駄が指摘され

ていますが、私は少し違う見方をしています。例えばオランダの八・六回は、同じ医師や診療所で継続的に診てもらっている人がほとんどであるのに対し、日本の一回は、あちらこちらでいるんな医師に診てもらっているケースがかなり含まれています。加えて、ほかの国では、看護師や薬剤師、理学療法士や栄養士など、医師以外の医療専門職も疾病予防や生活習慣病の治療の現場で重要な役割を担っています。したがって、一年間の医師受診回数だけを見て、日本では無駄な医療が行われている、自己負担を増やして受診させないようにはすべきだという意見には疑問を感じます。それでは生活習慣病の管理などもできなくなってしまう。

ちなみに、私が以前に行った研究では、受診回数が多いのは既に受診している人の傾向であり、実は日本は、過去一〜二年の間に一度も受診して

いない人の割合が国際的に最も高いことがわかりました。

その他、日本は、一〇〇〇人当たりの病床数、一〇〇万人当たりの病院数、CTやMRIといった高額医療機器の多さが世界でも際立っています。一〇〇〇人当たりの病床数については、精神病床数が含まれていないため、それを含めればさらに増えます。

人口一〇万人当たりの精神病床数と在院日数を国際比較すると、いずれも日本が最も高くなっています。では、日本は精神疾患の人が多いのかというと、最近では空いているベッドに認知症の患者を長く受け入れているようです。逆に最も少ないイタリアは、早い時期に精神病院を無くしました。メディアでもいろいろ取り上げられたので御存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、世界的な傾向として精神病床は減少しています。

EUの研究を見ますと、メンタルケアの問題を持つている人の八割は、GP、つまり、仕事や家族のことなど、その人のことを普段からよくわかっていてプライマリ・ケアの医師や看護師に診てもらい、残り二割の本当に深刻な精神疾患の人が専門の精神科医に診てもらおうということです。日本では、「地域で診てもらおうことが重要だ」とキヤッチフレーズのように言われながらも、実際は、認知症の患者も、軽症から中症の精神疾患の患者も病院に入られており、特に認知症の患者は一度病院に入ると症状が進んでしまいます。精神病床数が多いことは、単に費用の負担が大きいというだけでなく、地域住民が利用する医療の質を考える上でも問題だと言えます。

#### 四、日本の医療制度の何が問題か

WHOは毎年、年次報告書「World Health Report」を公表しています。二〇〇八年の報告書では問題のある医療制度の特徴として、病院中心主義、縦割りで細分化、商業主義になりがち、この三点を指摘しています。残念ながら、これらは全て日本の医療制度の特徴です。日本では病院に行くことがよい医療だと思っており、診療所と病院の機能分化ができていないことに加え、プライマリ・ケアの専門医を育成してこなかった結果、病院中心主義になってしまっています。また、診療科ごとの縦割りで臓器別に細分化されています。商業主義になりがちという指摘はあまりされていませんが、私は日本の医療でこの点を非常に危惧しています。

日本の医療費は高いのか安いのか、日本の医療の質は高いのか低いのかという質問に対する私の答えは「わかりません」です。なぜなら、医療の費用と質の信頼できる情報を入力することが難しいからです。今まで、途上国から中進国、そして先進国といういろいろな医療の現場を見してきました。

日本の医療にはすばらしい面がありますし、質の高い医療を提供している医療者もいますが、全体で見ると標準化されていません。ここが日本の医療制度の問題だと思っています。

(医療や医療機関に関する情報の入手)

医療の質に関する情報については、先ほど御紹介したOECDのウェブサイトのほかに、多くの国では、個別の医療機関や医師の質の情報を行政が責任を持って公開しています。しかし日本では、そういった信頼できる情報を入力することが

難しい状況です。

さて、ここでまた皆さんに質問です。気になる症状があるときに、どのように医療や健康についての情報を入力しますか。また、医療機関の情報はどのように探しますか。

○参加者B 医療や健康情報は、インターネットで検索します。医療機関の情報は、口コミを参考にしています。

○井伊 今のお答え以外に情報源はあまりないと思われるかもしれませんが、厚生省が提供しているものもありますので、後ほどお見せしたいと思います。

英国では、日本の厚生省に当たるNHS (National Health Service: 国民保健サービス) が提供するウェブサイトが存在し、一般市民はこのサイトから医療や健康に関する情報を入力できます。そこには『Health A to Z』『Medicines A

「to Z」があり（後者は薬剤についての情報）、様々な情報が非常にわかりやすく掲載されています。私の学部ゼミで学生たちに、英国、アメリカ、オーストラリア、フランス、ドイツ、韓国などの医療情報サイトを比較させたところ、最も評判がよかったのがこの英国のサイトでした。まずとてもわかりやすい。そして頻繁にアップデートされ、常に最新のエビデンスに基づいた情報を得ることができます。

例えば「Insomnia（不眠症）」について調べる  
↓「Check if you have insomnia」「How much sleep you need」「What causes insomnia」など、  
症状、必要な睡眠時間、原因などが解説されています。また、セルフケア、薬剤師の活用に関しては、「Do」と「Don't」という形で、やっていいこととやってはいけないことが書かれています。さらに、英国の場合はGPに登録しているので、

「See a GP if」ということで、どういときにGP受診が必要なのか、そこでの標準化されたケアはどのようなものか、そして、その情報がアップデートされた日付も記載されています。

最近、国際的には、不眠症の第一選択は薬ではなく、CBT（Cognitive Behavioral Therapy）と言われる認知行動療法です。したがって、心理士とも面談をします。GPや看護師にはいつも診てもらっていますが、心理士はどんな面談をするのか知る人は少ないのでビデオで面談の様子が説明されています。

英国のGPはゲートキーパーだとよく言われます。しかし、そもそもGPにも会わなくて済むように、こういった情報を提供することによってゲートキーピングしているとも言えます。英国は財政規律の非常に厳しい国ですが、できるだけ必要な医療の質を犠牲にしないようにしています。

それでも、待ち時間が長いなどいろいろ問題は多いですが、自己負担無料の制度を保ちつつ、国民の理解を得るために政府も情報公開などに努めているのだと思います。

このサイトについて英国からの留学生に聞いてみたところ、「みんなこれを使っている」とか「自分は大学生でG Pに診てもらうことはあまりないけれども、親はいつもこれを見ている」と言っていました。また、以前オーストラリアへ行ったとき、現地のG Pが、「患者さんが、私の言うことを聞いてくれない時でも、『N H Sのサイトに書いてありますよ』と言うと『じゃ、そうしてみます』と言うので、このサイトを使っている」と話していました。

英国では、行政機関による医療機関の質の情報開示が行われています。病院だけでなく、診療所、在宅、歯科医院、コミュニティサービス、メ

ンタルヘルス、それぞれの分野に関して個別に評価を行い、ウェブサイトで公開しています。これにより患者が医療機関を公平に評価することができます。

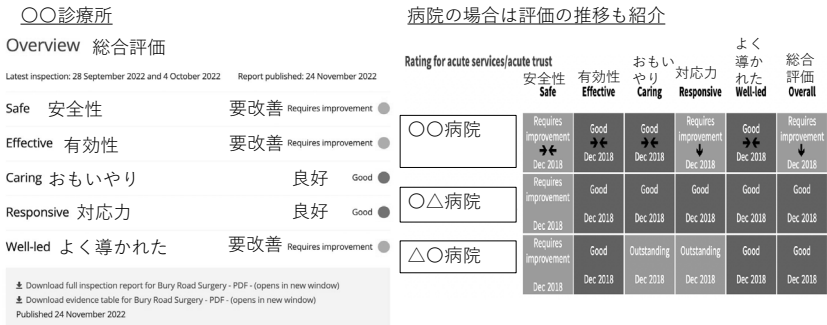
公開されているウェブサイトでは、診療所名や医師名も記載されています。Overview（総合評価）、そして「安全性(Safe)」「有効性(Effective)」「思いやり(Caring)」「対応力(Responsive)」「よく導かれた(Well-led)」という各項目に関して、「要改善」や「良好」といった評価がなされています(図表2)。より詳細な情報をダウンロードすることもできますし、アップデートされた日時も分かります。さらに、病院の場合は評価の推移を確認することができます。評価の項目は診療所と同じで、以前に比べて上がっているのか下がっているのかも分かります。

英国は医療費の自己負担が無料で、所得に関係

図表2 英国の行政機関による医療機関の質の情報開示

英国では、診療所、病院、在宅、歯科医院、コミュニティサービス、メンタルヘルス等それぞれの分野に関して、個別に評価を行い、ネット公開

→ 患者が医療機関を公平に評価できる



〔出所〕 Care Quality Commission, UK <https://www.cqc.org.uk>

なく誰もが医療にアクセスでき、平等性を非常に重視しています。皆保険やプライマリ・ケアを嫌うアメリカの政治家からは「社会主義的な医療だ」言われることもあります。実は医療機関にとっては大変な競争だと思えます。医師にもランキングがあり、名刺の肩書を見るとそれがわかるため、切磋琢磨することで質が上がります。医療機関の競争というと、私たちは自己負担を上げてお金をたくさん払わないと良い医療を受けられないと考えがちですが、英国は様々な視点から制度を作るのが上手な国です。供給者側には競争させて質を上げていくインセンティブを与えつつ、患者側は、開示された情報をもとに、自己負担なしで有効性が明らかな医療を受けられる仕組みです。日本では、英国の医療というと、ゲートキーピングをして待たされるといったことばかり強調されます。待ち時間の長さなど確かに問題はいろいろ

いろいろありますが、限られた予算のなかで患者中心の医療制度の作り方には学ぶ点があると思います。NHSのウェブサイトのよいところは、何と云っても公的なサイトなので信頼できる、そして、人々に寄り添ったサイトである、この二点です。

韓国の情報発信にも、学ぶことが多くあります。韓国健康保険審査評価院(HIRA)のウェブサイトで、医療評価情報を入力することができます。急性疾患、慢性疾患、メンタルケアなど、幾つかに分けて評価をしています。

急性疾患に関しては、例えば急性期脳卒中の評価は、「詳細を見る」をクリックすると、評価目的、評価対象、評価内容、評価結果(五段階評価)について情報を得ることができます。韓国も機能分化を進めていますので、急性期脳卒中の場合、評価対象は大学病院のような上級医療機関、

総合病院です。一方、慢性疾患では、例えば糖尿病の評価は、全ての医療機関が対象で、病院だけでなく診療所の評価もしています。こちらの評価結果は五段階ではなく二段階ですが、このようにして自分の住んでいる地域の診療所の評価を調べることができます。

実は日本にも医療情報サイトがあります。それは、厚労省のeヘルスネットです。試しに「不眠症」で検索すると、「不眠症とは……」という定義が書かれており、不眠症が心配な時は、どうしたらいいのか見てみると「専門医に診てもらいましょう」とあります。これでは役に立ちません。様々な人に聞きましたが、このページで情報を得たという人に会ったことがありませんし、そもそも存在すら知らない人がほとんどだと思います。

また、これは厚労省のサイトの一つとして、「医療情報ネット(ナビイ)」という検索システム

があります。これは医療機関を検索できるシステムで「キーワードで探す」「急いで探す」「じっくり探す」「都道府県固有の機能から探す」「薬局を探す」といった項目から検索を進めます。サイトの作りを工夫している点も感じられますが、それでも公開情報は乏しく、患者目線のわかりやすいサイトとは言い難い状況です。

#### （地域医療を担う医師とは）

今年四月から、かかりつけ医機能報告制度が開始されました。コロナ禍に自分ばかりつけ医だと思っても、その医師から「私はあなたのかかりつけ医ではありません」と言われた人がいたなど、かかりつけ医機能が有効でないことを示す様々な問題があったことを受け、厚労省で議論がされ、時間外診療の対応の有無、入退院支援の状況、在宅医療の提供や介護サービス等との連携、健診や

予防接種、地域活動への参加状況といった情報の報告が求められるようになりました。

では、地域医療を担う医師とはどういう役割を担っているのでしょうか。医療で不確実性は不可避だと思えます。デンマークの研究によると、診療所で最も多い診断はMUS (Medically Unexplained Symptoms)、すなわち医学的に説明できない症状で、全体の四分の一を占めます。これはどこの国でも大体同じです。日本の場合はレセプトに必ず診断名を入れなければならないため、こういった研究はできませんが、デンマークのように機能分化し、プライマリ・ケアが進んだ国ではこういった視点での分析も実施できます。

つまり、体調がすぐれないときはまず診療所へ行き、そこで病気の疑いがあり病院へ紹介されるとします。病院に受診してより多くの検査をしたり時間の経過などもありほぼ診断名が確定するこ

とは多いですが、最初の診療所の受診では病名が確定しないことが少なくないのです。日本は病名を確定しないと報酬をもらえない制度ですし、患者の方も医師に診てもらえば確実な病名がわかると思う傾向が強いです。皆さんよく御存じのとおり、金融の世界で「絶対に儲かる」ということはなく、現実是不確実が当たり前です。それは医療も同じです。「これなら絶対安心」と確実性を求めてしまうのが人間の性ですが、どんなに技術が進歩しても絶対確実はありません。

思い返すと、コロナ禍では偽陽性ということが話題になりました。リスクの高くない人が検査を受ける、誤って陽性と判断されてしまうことがよくあります。これはがん検診でも同じです。再検査をして違っていると判明すれば良いのですが、再検査するまでの間は大きな心配を抱えることとなります。また、がんの中には、放っておいても悪さ

をしないものもあります。しかし、今のところ、その区別をすることができないため、場合によっては不必要な手術や抗がん剤治療を行ってしまうことさえあります。つまり、検査をすることで逆に、見つけなくて良いがんまで見つけてしまうところがあるのです。プライマリ・ケアの役割は単なるゲートキーピングではなく、そこで働く医師や看護師、医療者は、このような不確実性に患者と一緒に耐えてくれる存在です。この点が抜け落ちているのが日本の医療制度の問題です。財政の議論も大切ですが、まずはこの点を議論することが必要だと思えます。

地域医療を担う医師の名称は様々です。英国、オランダ、そして英国連邦のオーストラリア、ニュージーランドでは「General Practitioner」です。General Practitioner というと、北米ではトレーニングを受けていない医師というイメージ

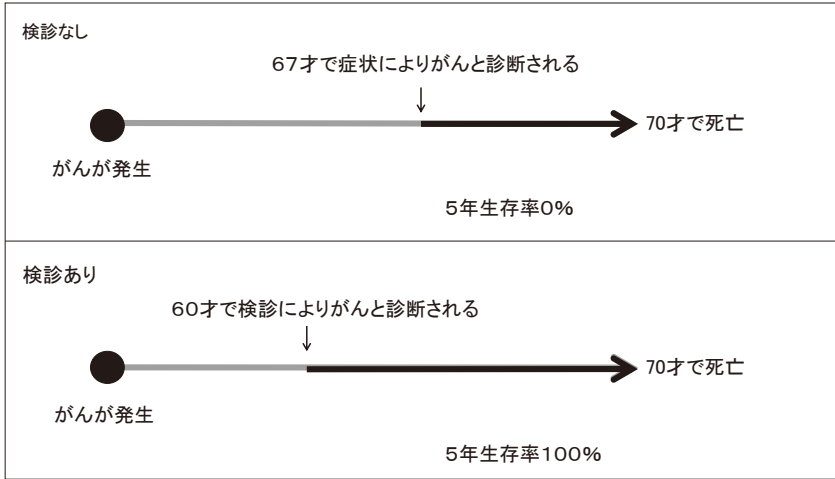
があるようで、かつては英国でもそうでしたが、一九七〇年代からは、専門のトレーニングを受けていないとプライマリ・ケアの専門医として診療できなくなりました。英国は伝統を重んじる国なので名称は変えていません。一方、カナダも英国連邦の一つですが、北米やアジアでは「Family Physician」を使っています。台湾や韓国もそうです。特に台湾では、病院や診療所に行くと「家庭医療科」と漢字で書いてあり、「家庭医療」という言葉が一般的に使われていることがわかります。国際機関であるOECDやWONCA（世界家庭医機構）では「Family Doctor」です。日本では「家庭医」が一番良いと思いますが、最近では「総合診療専門医」、日本医師会は「かかりつけ医」、自治医大は「総合医」と呼ぶなど、それぞれの立場によって名称が異なっています。

二〇〇七年のアメリカ大統領選で保険制度改革

が話題になった際、当時ニューヨーク市長だったジュリアーニ氏の、「私は五、六年前に前立腺がんになりました。おかげさまで治りましたが、アメリカで私が前立腺がんを生き延びる確率は八二％です。イギリスではどうか。社会主義的医療のもとでは、たったの四四％です」という発言は、統計を誤って理解しているケースとして、統計の授業でよく使われます。次の数値例を理解すると、ジュリアーニ氏の発言の誤りがわかります。

こちらは、検診を受けると生存率が上がることを示した図、公衆衛生の授業で習うものです（図表3）。あるときにがんが発生し、七〇歳で死亡するという単純な例ですが、六〇歳で検診によりがんが診断された場合、五年生存率は一〇〇％です。一方、六七歳で症状が出てがんが診断されると、三年しか生きていないので五年生存率はゼ

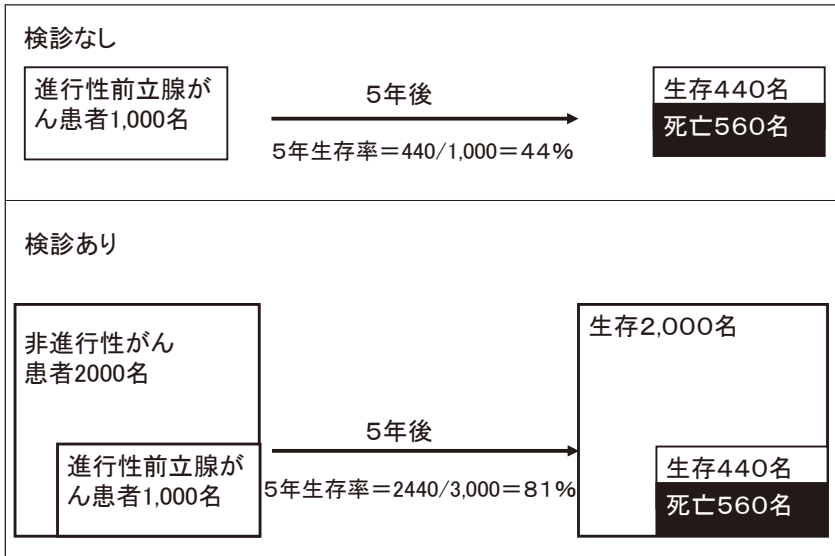
図表3



口%になります。前立腺がんや乳がんには進行性と非進行性があり、進行性前立腺がんでは検査なしの場合、五年生存率は四四%です。一方、検査ありの場合は、非進行性がんの患者もピックアップしてしまいます。この人たちは何もしなくても特に問題はなく、寿命を全うされる方が多いのですが、検診したことでピックアップされ分母が増えるため、五年生存率は八一%に上がります。つまり、実際は変わらないのに、単に検診をしただけで生存率が上がるという統計のマジックのようなものです。(図表4)

検診をした時点で進行性か非進行性が判明すれば良いのですが、今の技術ではわかりません。最新の研究では、どちらかわかるような技術が開発されていると聞いていますので、今後そういう技術進歩は出てくると思います。いずれにしても、日本人は検診のデメリットを知らずに検診を

図表 4



受け、悪い結果がでると慌ててまた検査や治療を受けるということが問題なのだと思います。

(プライマリ・ケア制度の重要な機能)

こちらの表は、OECDの報告書から抜粋したプライマリ・ケア制度の重要な機能です(図表5)。「ゲートキーピングや紹介制度は必須か」については、「はい」の国も「いいえ」の国もあります。「家庭医への登録制度は必須か」についても、「必須」と「必須でない」の両方があります。日本でかかりつけ医の議論をするときに登録制に関する議論がありました。登録制は、診療所が登録している患者の健康に責任を持つということと重要な機能ではあるものの、絶対に必要なことではなく、各国の制度に応じて行えばよいのだと思います。

「家庭医・GPになるための専門研修は必須

図表5 プライマリ・ケア制度の重要な機能

	ゲートキーピングや紹介制度は必須か	家庭医への登録制度は必須か	家庭医・GPになるための専門研修は必須か
オーストラリア	はい	選択	はい
チェコ	いいえ	必須	はい
デンマーク	はい	必須	はい
イスラエル	はい	必須でない	はい
イタリア	はい	必須	はい
日本	いいえ	必須でない	いいえ
韓国	いいえ	必須でない	はい
ノルウェー	はい	必須	はい
ポルトガル	はい	必須	はい
スウェーデン	いいえ	選択	はい
トルコ	いいえ	必須でない	はい
英国	はい	必須でない	はい

〔出所〕 OECD (2017) “Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality”

か」の質問については、日本だけが「いいえ」となっています。これは、昨日まで大学病院で糖尿病の専門医、あるいは外科の専門医だった人が、今日から診療所で地域医療の医師として働けるということなのです。先ほど申し上げたように、家庭医・GPは患者と一緒に不確実性に耐えるなど、かなり高度なトレーニングが必要なのですが、日本では専門研修が必要とされていません。

よく言われるように、自由開業医制、自由標榜制など、日本の医療提供体制は世界でも類を見ない自由放任主義的な体制であり、このままでは地域偏在や診療科偏在の問題は解決しません。幾つかの解決法がありますが、まずは各診療科の専門医の定員を決めることです。これはどの国でも行っていて、非常に市場的と言われるアメリカでさえ、人口動態や疾病の将来予測などに応じ、例えば脳外科医は何人、眼科医は何人と決めていま

す。しかし、日本にはそういうものが全くないため、近年では、医師免許取得後の初期研修を終え、直接、美容医療の分野に進む「直美（ちよくび）」や、産業医になる「直産」が問題視されています。

また、各診療科での標準化された専門医研修の必修化、そして医師の独占業務の見直しといったことも必要と考えます。先ほど申し上げたように、優秀な看護師の方が大勢いますので、看護師との役割分担を改めて考えることが重要だと思います。

### （医療の公共性）

最後に、医療の公共性についてお話しします。開設者別病院数（OECD諸国、台湾）によると、日本は公的割合が一八・五％で、韓国（五・四％）や台湾（一六・九％）より高く、ドイツ

（二五・三％）やアメリカ（二三・三％）よりやや低い状況です。英国は一〇〇％となっていますが、OECD統計では、英国は民間病院数を報告していません。イングランド、北アイルランド、スコットランド、ウェールズの四地域に分けて統計が報告される場合が多く、英国としての数字は入手困難だからです。この数字だけを見て、「日本は民間病院が多いから、コロナのときになかなか協力できなかった」と言われることがあります。日本もほかの国も、公的だから協力できる、民間だから動けないということではないと思います。

日本の医療機関が公権力によるコントロールが難しい理由として、日本の医療提供体制は地方分権的な側面が強いこと、そして、民間営利病院と民間非営利病院との法律上の区別が曖昧なことが挙げられます。診療報酬制度は全国一律で中央集権的に決まりますが、医療機関の開設や医療法人

の設立の許認可、病床数や医療提供体制の調整、保健所の運営などは都道府県が権限を握っています。本来であれば、保険医療機関として認められるときに、コロナのようなことが起きた場合には協力するという契約をすることが必要だと思えます。また、日本はコミットメントを高める予算制度改革を行っていないため、どうしても無駄な医療がなくならないということもあると思います。

特にお伝えしなかったのは、公的医療保険で運営している医療機関は財務情報を報告・開示すべきということ。厚労省においてすでにデータベース化されている「事業報告書等」と「経営情報等」を活用して、各種属性（各種医療機能の病院・診療所別など）の観点からの詳細な集計・分析結果の定期的（四半期ごとなど）な電子的公開（分析可能なエクセルデータ形式で）を、厚労省の責任においてしっかりと実施すべきです（注）。

日本の大半の医療機関は病院・診療所などの財務情報の開示が義務づけられていないことを一般の方たちは知らない、これは非常に大きな問題だと思えます。私たちが払っている保険料や税金で運営しているわけですから、報告・開示していくことが重要です。

今日のお話に関しまして、より詳しく知りたの方は、私が昨年書いた『地域医療の経済学』と、実際に家庭医として診療している方が書いている『家庭医の日常』（Wedge ONLINE）を御覧いただければと思います。

長くなりましたが、以上で終わります。

（注）現状において完全非公開である「経営情報等」については、職種別給与・賞与には個人情報保護の配慮が必要であるものの、病院・診療所単位の損益計算書については、医療法人の施設セグメント別損益計算書であって個人情報とは言い

難しい一方で医療政策上の情報ニーズは大きいことから、病院・診療所単位の損益計算書の部分については、「事業報告書等」と同様に、個別医療機関の情報を公開すべきである。その際、「事業報告書等」も「経営情報等」も、分析可能なエクセルデータ等による電子的な公開をすべきである。

○森本理事長 日本での医療制度について、非常にわかりやすい、ビビッドなお話をありがとうございます。

それでは、御意見、御質問をいただきたいと思っています。いかがでしょうか。

○質問者 日本での医療制度、そして、その中にあ  
る医療の質とコスト管理の問題点について、網羅  
的で、かつ切り口も深いお話を聞きまして、久々  
にブラッシュアップできた気がいたします。資本  
市場で働く人たちの中でも、こういう話が常識の

ように伝わっていくことが大事だと思います。

もちろん、井伊先生はこれまで厚労省や医療界でもたくさん発信されてきていますが、状況はなかなか変わっていないように思います。私も昔、日本には医療の標準化が必要だ、それには医療経済学に基づくデータ分析、すなわちレセプトが自由  
に分析できる研究対象になる必要がある、こういった意見交換を井伊先生とさせていただいたことをまざまざと思い出しますが、今日のお話でも、標準化されていないことが日本の医療の質とコスト管理に関する最大の問題だという指摘がありました。それに対して、イギリスはこんなすばらしいことをやっているという対比だったと思います。

そこで、あえて質問させていただくとしたら、なぜ日本の状況は変わらないのか。それは医療界の抵抗があるからなのか。デジタル庁も含め、医

療のデジタル化を進めていこうとしていると思いますし、マイナンバーカードが保険証として使われる時代にもなってきていますが、こういうことが今日お話しされたポイントを加速させていくのか。そのあたりも含めて、井伊先生の感想をお聞かせ願えればと思います。

○井伊 私たち研究者は海外の情報を日常的に得ていますが、そうでない人がほとんどです。研究者は研究だけしているのではなく、わかりやすく発信することも大切だという思いが、『地域医療の経済学』を書いた大きなモチベーションでした。経済学者の場合は、本を書くよりも、国際的なジャーナルに論文を書くことが優先されがちです。ただ、私もだんだん年をとって時間に余裕もできてきましたので、最近はこのような講演もできるだけ引き受けるようにしています。本当ならもっと地域の人にお話ししたいのですが、私自身

はSNSでうまく発信できるようなタイプではないので、そういうことが得意な人に手伝ってもらうのも良いかもしれません。ヘルスリテラシーに関して、今、対がん協会の方たちと一緒に、どう発信したらいいかということを考えながら活動しており、いろいろなところに少しずつつながればいいなと思っています。

ぜひ皆さんからも、こういうふうに関心したらいいのではないかとアイデアをいただきながら、みんなで考えていけたらと思います。

○森本理事長 証券界も「ディスクロージャー」や「ガバナンス」という言葉を日ごろよく使っています。国民全体の大きな問題ですので、我々もよく考えていきたいと思います。

時間も過ぎておりますので、本日の「資本市場を考える会」はこのあたりで終わりにしたいと思います。

井伊様、大変興味深いお話をありがとうございました。  
ました。(拍手)

(いい まさこ・一橋大学国際・公共政策大学院 教授)

(本稿は、令和七年四月二三日に開催した講演会での要  
旨を整理したものであり、文責は当研究所にある。)

井 伊 雅 子 氏

御 略 歴

(一橋大学 国際・公共政策大学院教授)

国際基督教大学教養学部卒業、1993年ウィスコンシン大学マディソン校経済学研究科 (Ph.D. 取得) 世界銀行調査局、横浜国立大学経済学部を経て、現職。

政府税制調査会特別委員、東京都地方独立行政法人評価委員会 (都立病院分科会) 委員、神奈川県保健医療計画推進会議、横浜市立大学理事、日本学術会議連携会員などを歴任。

主な著書

『地域医療の経済学』(慶應義塾大学出版会、2024年)

<https://www.keio-up.co.jp/np/isbn/9784766429589/>

第67回 日経・経済図書文化賞受賞、2024年「エコノミストが選ぶ経済図書ベスト10」第2位 (2024年12月28日 日経新聞)

『新医療経済学』(日本評論社2019年、共著)

『アジアの医療保障制度』(東大出版会2009年、編者)

『医療サービス需要の経済分析』(日本経済出版社2002年、共著)

『フィナンシャル・レビュー』(財務総合政策研究所)

148号「過剰医療と過少医療の実態：財政への影響」(2022)

[https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial\\_review/fr\\_list8/fr148.html](https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list8/fr148.html)

123号「地域医療・介護の費用対効果分析に向けて」(2015)

[https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial\\_review/fr\\_list7/index.htm#123](https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/index.htm#123)