

<巻頭言>

- 「医薬品の経済学」への期待と課題

小田切宏之

<第12回シンポジウム>

保険者機能の発揮—今後の方向と課題

- 座長趣旨説明
□ 保険者機能の法的側面
□ 制度補完性から見た保険者機能
□ 保険者への要望
□ 保険者機能の強化について
□ 選択の自由

大道 久
加藤 智章
遠藤 久夫
青柳 俊
下村 健
河北 博文

<委託研究論文>

- 英国製薬産業論 その戦略と構造

Jocelyn Probert

「医薬品の経済学」への期待と課題

一橋大学大学院経済学研究科教授

小田切 宏 之

唐突に経済学の話をして恐縮だが、価格は、その商品の最後の1単位の購入者がその商品から得る満足度（これを限界効用と呼ぶ）に等しいという定理がある。価格が限界効用より高ければ、購入する消費者はおらず、逆に価格が限界効用より低ければ、消費者はもっと購入しようとするからである。このように価格が消費者にとっての（限界的な）価値と一致するため、価格に生産量を掛け合わせたものである売上高は、その産業の経済的な貢献をおおむね表すものと考えられている。

ところが、この近似は医薬品産業ではあてはまりにくい。それはなぜか。第1に、購入の決定をしているのが消費者すなわち患者ではなく、医師だからである。第2に、価格の相当部分が保険によってカバーされるからである。しかも、第3に、医薬の貢献は幅広い。たとえば医薬の効果により入院しないで済むのなら、入院費の節約という形でも、入院せず日々の生活することによる金銭的利益や非金銭的な満足という形でも、医薬は貢献する。しかも、いうまでもなく、医薬により余命が伸びるのであれば、患者さんの満足度への貢献は計り知れない。

通常の商品であれば、こうした貢献が価格を上まわるからこそその商品が購入されているので、価格はこうした貢献をも反映しているはずである。しかし医薬品の場合には、以上の理由によりその価格が経済的な貢献と一致するとは考えにくい。そうだとすると、医薬品産業の社会的な貢献を測るためには、その売上高で見るだけで

はなく、何らかの方法でその幅広い効果を推定しなければならない。

アメリカのリヒテンバーグという経済学者は、こうした医薬品産業の貢献を少しでも測定しようと試みている。彼の用いたデータは医療支出パネルサーベイ（Medical Expenditure Panel Survey, MEPS）というもので、米国保健省傘下の機関によって収集されており、2万2千人にのぼる人々について医療費や医薬処方の詳細が記録されている。このデータを統計的に分析することにより、リヒテンバーグは、新薬の処方を受けた患者について、データ期間末までに亡くなる確率がどれだけ低くなるか、また病欠日数がどれだけ少なくなるかを推定しており、こうした新薬の効果を強調している。

「医薬品の経済学」でこうした研究は不可欠である。ところが残念なことに、日本には同様のデータがない。このために医薬品産業の貢献を十分に訴えることもできない。

医薬品業界の方々とお話をする、その志に打たれることが多い。それは、医薬品を開発し販売するのは、それで収益をあげるためだけではない。それで何人もの患者さんを助けてあげることができるからだ、という思いが伝わってくるからだ。それを正しく評価するためにも、より精緻な医薬品の経済学がなければならないと思う。

（参考）

Frank R. Lichtenberg “Are the Benefits of Newer Drugs Worth Their Costs?: Evidence from the 1996 MEPS,” *Health Affairs*, Vol. 20, September/October 2001, pp. 240-251.

医療と社会／Vol. 12／No. 4／目次

第12回シンポジウム特集

保険者機能の発揮－今後の方向と課題

<巻頭言>

「医薬品の経済学」への期待と課題 … /一橋大学大学院経済学研究科教授 小田切 宏之

<第12回シンポジウム>

シンポジウム講演録 …………… (1)

<委託研究論文>

英国製薬産業論 その戦略と構造 …………… (61)

Centre for Business Research, University of Cambridge/Jocelyn Probert

執筆者のプロフィール …………… (91)

「医療と社会」第12巻総目次 …………… (94)

「医療と社会」投稿規定／機関誌「医療と社会」執筆要領 …………… (96)

シンポジウム講演録

保険者機能の発揮 —今後の方向と課題



日 時 2002年10月25日
会 場 経団連会館 国際会議場
主 催 財団法人 医療科学研究所
後 援 厚生労働省

第12回シンポジウム講演録

保険者機能の発揮—今後の方向と課題

開 会 挨 拶	財団法人医療科学研究所理事長	森	亘
来 賓 挨 拶	厚生労働省医政局総務課長	榮 畑	潤
座 長 挨 拶	日本大学医学部教授	大 道	久

シンポジスト	新潟大学法学部教授	加 藤 智 章
	学習院大学経済学部教授	遠 藤 久 夫
	日本医師会副会長	青 柳 俊
	健康保険組合連合会副会長	下 村 健
	河北総合病院理事長	河 北 博 文

閉 会 挨 拶	財団法人医療科学研究所研究所長	嶋 口 充 輝
---------	-----------------	---------

司 会 進 行	財団法人医療科学研究所専務理事	山 本 平
---------	-----------------	-------



前列左より、青柳 俊先生、大道 久先生、下村 健先生
後列左より、加藤智章先生、遠藤久夫先生、河北博文先生



司会 皆様、本日は財団法人医療科学研究所のシンポジウムにご参加くださいまして、まことにありがとうございます。本日の司会進行をさせていただきます当財団の専務理事、山本でございます。どうぞよろしくお願い申し

上げます。

このシンポジウムは、平成3年以来毎年、当財団の設立の趣旨およびその目的に沿う、その時々重要な課題を取り上げて開催してまいりました。本年は、日本大学医学部大道久先生に座長をお願いいたしまして、「保険者機能の発揮—今後の方向と課題」という制度改革とともに重要な問題を取り上げて、シンポジストの先生方にご準備をお願いいたしました。なお、本日のシンポジウムの記録は、当財団の機関誌、『医療と社会』12巻4号に掲載される予定でございます。

それでは、定刻になりましたので、医療科学研究所、森亘理事長から開会のごあいさつを申し上げます。

《開会挨拶》



森 森でございます。ご指名でありますので、開会に先立って一言ごあいさつ申し上げたいと存じます。

本日は、第12回の医療科学研究所シンポジウムということでご案内を差し上げましたところ、このように多数

の方々がおいでくださいまして、まことにありが

とうございました。心から、御礼申し上げます。

今回のテーマは、今、司会が申しましたように、「保険者機能の発揮—今後の方向と課題」でございます。幸いにして、日本大学医学部の大道教授が座長をお引き受けくださいました。また、シンポジストとしては、これもすでに御承知のとおりでございますが、新潟大学の加藤教授、学習院大学の遠藤教授、日本医師会の青柳副会長、健康保険組合連合会の下村副会長、そして河北総合病院の河北理事長の5名、そうそうたる方々が、法律、経済、日本医師会、健康保険組合、病院という、いろいろな領域からお出ましいただきました。これまた私どもとしては非常にありがたいことでございます。このような方々のご発表、討論を目前に、大変大きな期待を抱いております。一生懸命伺おうと考えているところでございます。

また、厚生労働省からもご多用の中、医政局総務課長榮畑様がお出向きくださると存じております。心から御礼申し上げます。

さて、私は、今日の社会、いろいろな問題を抱えておりますが、その中で最も重要な、あるいは最も難しい事柄の一つが、個と全体と申しますか、個々と集合体という、その関係なりバランスではないかと考えております。ここで申します個と全体というのは、場合によっては個人と家庭もある意味の個と全体でありますし、個人個人と社会というのも、これもまた個と全体でございます。あるいは都道府県と国というのも、これも一つの例でありますし、また、一つの国と世界というのも、これもまた別の意味の個と全体であろうと存じます。

単位としてもこのように、いろいろな大きさのものを考えることができますし、また、そこで論じられる事柄といたしましても、例えばプライバシーに関して、いろいろところで個と全体という事柄が問題にされます。我々の領域で申し上げますと、実は病気の予防といった問題でも、しばしば個、あるいは全体ということが問題になりま

すし、恐らく税金などもそうかもしれません。そして、場合によっては、戦争すらも個と全体の問題がその根底に横たわっている可能性があるかもしれない。恐らく個々と集合、あるいは個という場合と全体という場合では、価値をはかる物差しも大変違っていることがあるのではないかと考えております。当然それらの結果として、恩恵を受ける、利益を受ける度合いも、個と全体では違う。場合によっては利害相反することすらあってしかるべきであろうと存じます。したがって、あらゆる事柄について、何とか両者間のバランスを図ることが強く求められ、そして、そこにこそ人間の英知が発揮されるべきであると、こういうことを人から伺ったことがございますし、また、私自身も時々書いたり、あるいは申したりしているところでございます。

特に医療の関係では、そのような個と全体それぞれについての価値観、あるいは価値そのものの差が激しいように感じております。理由はたくさんあると思いますが、例えば医療に関する個と全体の問題では、足して2で割るといったような解決法は難しいことがしばしばございます。また、医療に関しては、個人差というものがございまして、全体像を個人個人に反映する、あるいは還元することも非常に難しい場合が現に存在いたします。あるいはまた、統計上の値と個人にとっての価値の差が非常に大きい。例えばある疾患で致死率が20%である、30%であると申しましても、個人個人にとっては0か100ということでありまますから、統計の結果を単純に個人個人にあてはめることは困難です。そういういろいろな問題が存在しておりますために、繰り返しになりますけれども、特に医療の関連では個と全体の価値観の違いが大きく、そして、そこにいろいろな論議が行われ、解決が迫られている。そのように私は理解いたしております。

本日の課題である保険者機能、あるいはもう少し広く考えて医療保険というものについても、あ

る一面から拝見いたしますと、まさしくこのような社会全体の利益と、それからその社会を構成する個人個人の利益が衝突する場面も少なくないと考えているところでございます。本日は、先ほど申し上げましたように、大変すぐれた座長先生のもとに、東西一流の、諸方面からの方々をお迎えして、これからご発表、ご討論をいただくわけでございます。必ずやこのような個と全体の問題についても何らかのバランスを図る、あるいは考えの一致点を見つけるといった上でいい知恵をお授けくださるものと、私は個人的にも、大変期待している次第でございます。

最後に重ねて、皆様方、このように多数ご来会くださいましたことに対してお礼を申し上げ、私のごあいさつを終わりたいと存じます。どうもありがとうございます。

司会 引き続きまして、このシンポジウムにご後援をいただいております厚生労働省の医政局総務課長、榮畑潤様に、ご来賓としてのごあいさつをお願い申し上げます。

榮畑様、よろしくお願い申し上げます。

《来賓挨拶》



榮畑 ただいまご紹介をいただきました厚生労働省の医政局の総務課長を務めております、榮畑と申します。きょうのご案内には、私どもの医政局長、篠崎がごあいさつさせていただくということになってございますが、急用

ができましたものですから、かわって私が参り、開会に当たり一言ごあいさつをさせていただきます。

我が国は平均寿命の長さ一つとってみましても、

世界最高の保健医療水準に到達しております。これもきょう、お集まりの方々をはじめとする国民各層のご支援、ご努力のたまものであり、このような高い保健医療水準へ到達したことにつき、本当に心から感謝させていただきます。

ただ、一方、今まさにわが国の社会経済全体は、構造改革が強く必要とされております。それは経済社会、どの側面をとりましてもそうであり、その中でも、これからますます強まる少子高齢化の波の中で社会保障制度全体の構造改革が強く必要とされております。

このような中で、きょう、ここでご議論いただきます医療制度をとりましても、国民の健康で心豊かな暮らしにとって安定した医療制度が構築されることが不可欠なものであるだけに、この21世紀の大きな新しい波の中で医療制度も必要な構造改革を成し遂げていくことが強く必要とされておるところでございます。私どももこれから効率的で質のよい医療サービスを安定的に提供できる体制を、国を挙げてつくっていかねばならないと思っています。

私ども厚生労働省といたしましても、さきの通常国会で健康保険法案を無事通過成立させていただきましたが、これにとどまることなく、省を挙げまして厚生労働大臣のもとに医療制度の推進改革本部を設けまして、次の改革、さらに中長期的な展望に立った安定した医療制度をつくり上げられるような改革に取り組もうとしておるところでございます。

ただ、そのためには、国民各界各層との大いなる議論が必要となるところだろうと考えております。厚生労働省といたしましても、さまざまな場でいろいろな方のご意見をちょうだいしながら、医療制度の改革案を取りまとめて、それをさらに国民の方々にご議論していただくような過程を通じて、よりよい医療提供体制、医療保険制度が作られていくものだろうと思っています。

そういう点で申しますと、きょうのこのような

シンポジウム自体が時宜にかなったタイムリーなものだと思っています。これだけの方々がここにお集まりいただきまして、医療制度、医療保険制度のあるべき姿というのをご議論いただく、この熱心な思いというのを厚生労働省といたしましても大いに参考とさせていただきつつ、医療制度改革案の取りまとめに進んでまいりたいと思っています。

今後とも私どもといたしましては、よりよい医療、より質の高い医療を安定的に提供できるよう体制づくりに全力を挙げて取り組んでまいりたいと思っています。今後とも何とぞご支援、ご協力をちょうだいできればと思います。

なお、最後に、本シンポジウムの主催者である医療科学研究所の今後一層のご発展を祈念いたしまして、開会に当たりましてのごあいさつとさせていただきます。ありがとうございました。

司会 厚生労働省医政局総務課長の榮畑様からごあいさつをいただきました。ありがとうございました。

まことに僭越でございますが、大道先生をご紹介します。

大道先生は、当財団の評議員として設立以来ご指導を賜っております。先生は東京大学医学部をご卒業になり、医学博士をお受けになりました後、1979年から厚生省医務局の併任ということで、行政のご経験もお持ちでございます。1982年に日本大学医学部病院管理学教室の助教授に就任なさいました。89年には医療管理学教室の教授にご昇進なさっていらっしゃいます。そして本年度からは社会医学講座医療管理学部門の教授でいらっしゃいます。

ご専門は医療管理学でございますが、日本病院管理学会理事長をはじめ、幅広い学会でのご活動に加えて、厚生労働省、医師会、あるいは東京都などの各種の委員会、審議会の委員、あるいは委員長をお務めになっております。

それでは、先生、ひとつよろしくお願い申し上

げます。

《座長挨拶》



座長 ご紹介いただきました本日のシンポジウムの座長を務めさせていただきます大道でございます。よろしくお願いをいたします。

本日のシンポジウムは、既にご案内のように「保険者機能の発揮—

今後の方向と課題」と題しまして、関係する先生方においでをいただきました。時間は5時過ぎまででございますので、それぞれのお立場から所見をお述べいただきまして、意義のある生産的なご議論をいただけるものと、座長としても期待を申し上げておるところでございます。

開催に当たりまして、本日のシンポジウムの課題及びその背景、周辺の事項などについて、私の方から簡略にお話をさせていただきます。

今や、我が国は医療改革のただ中にあるといえると思いますが、この一連の改革の中で、きょう取り上げました保険者機能の発揮というのは重要課題の一つと位置づけてもよろしいかと思います。医療改革は、幾つかの局面を経て今日がございますが、とりわけ昨年の6月以降、現内閣になって新しい流れでの医療改革が進行中であるといっております。そのような中で、医療における規制改革を扱った総合規制改革会議という、我が国におけるさまざまな規制を緩和する、ないしは改革することによって、医療を含む諸分野についての改革を進行すると、こういうことが行われようとしている、あるいは現に行われておるわけでございます。実はこの規制改革の流れの中で、保険者機能の強化ないしは本来的な機能の発揮ということが強く打ち出されておるわけございま

す。

医療関係者から見ますと、我が国の医療の基盤を支えております医療保険制度、健康保険の仕組みであります。このすぐれた成果を遂げた健康保険制度そのものの今後の方向性がまさに改革の対象になっているわけでありまして、医療保険の仕組みの中の保険者のあり方が問われて、大きな議論になっているということがいえます。きょうの議論を進めるに当たりまして、これまでに出てきた関連する幾つかの重要な文書についてあらましをご紹介をさせていただきます。後段の各シンポジストの先生方のご発言を賜りたいと思っていますところでございます。

先ほど触れました総合規制改革会議というのは、昨年の7月に中間まとめを公表されました。この中に既に保険者機能についての言及があるわけでありまして、中間まとめとはいいいながら、骨格は既に明確でございました。さまざまな波紋を呼び、また、改革の流れを具体化する方向が明確になったわけですが、昨年の11月の末に総合規制改革会議が第1次答申を出されました。その流れを受けて、本年3月に規制改革推進3カ年計画という、閣議決定を経た、今後の規制改革に関する基本方針が出ておるわけでありまして、わずか1年足らずでございますけれども、この規制改革の具体的な方向性が、規制改革推進3カ年計画の中になんか明確に出ております。その中の医療という事項の中に、実は保険者機能の本来的な機能の発揮という部分がございまして、多くの方はご案内かもしれませんが、議論を始めるについて基本的なところを改めて確認をさせていただきたいと思っております。

さまざまな事項が並ぶ中で、医療のくだりのおおむね中段に、この記載がございまして、4つの項から書き起こされてございまして、保険者の本来機能の発揮という中に、まず最初に保険者による診療報酬請求明細書、いわゆるレセプトについての審査・支払い、これを規制改革するのだということで、早々に具体的な書き込みがございまして、

レセプトの審査・支払いというのは、本来は保険者の役割であって、保険者の自由な意思に基づいて、まずは保険者みずから行うべきである。そして、従来の審査・支払いをやってまいりました各都道府県にございます診療報酬支払基金など、これが実質的な審査・支払いの業務をやってきたわけでありましたが、これについても引き続いて認めるけれども、まずは保険者みずから行うという方向性を明確に出して、これについてしかるべき対処をすることを明確にしておるわけでございます。そして、保険者みずから行うか、あるいはむしろ外部の第三者にレセプトの審査を委託することについても、これは構わないのではないかと。むしろこのような多様な選択肢を認めることが明確に示されておるところでございます。端的に言えば、保険者みずからが保険者の立場で、加入者たる被保険者の利益を十分に受けとめた形での審査・支払いを行うということが改めて言及されておるところに、極めて重要な意味合いを読み取ることができます。

そして2番目に、保険者と医療機関の協力関係の構築という言い方で、新たな改革の方向性を示してございます。そもそも保険者と医療機関というのは、本来協力して被保険者の健康を守って傷病からの回復を手助けするという共通の目的があるはずである。したがって、効率よく医療制度を運用して被保険者の利益を確保するという上では、お互いに協力関係にあるはずである。そのためには、保健事業の推進などを通じて密接な関係を構築し、相互の協力の関係をますます強くしていくべきだと、こういう趣旨の書き込みがございます。

ただ、その中で、保険者と医療機関との協力関係、さまざまな意味合いでとれるわけですが、いわゆる皆保険制度の中で、被保険者は自由に医療機関を選択して受診することができるというフリーアクセスの問題に、実はこの保険者と医療機関の協力というのはかかわりを持つわけでありまして、後ほど議論が出てまいると思いますけ

れども、いわばフリーアクセスの確保ということと多分に整合がとれない状況があり得る。つまり、特定の保険者と特定の医療機関が特別な協力関係を持ちますと、医療を受けるについてフリーアクセス制に齟齬を来すおそれがあり得る。こういうふうなことを意味していると思いますが、このようなことに十分配慮した上で、保険者と医療機関がその提供される医療サービスや診療報酬に関しても個別の契約も締結できるようにする。何とも受け取りようによっては大変重大な事項が公式文書に書き込まれておるわけでありまして、このようなことは従来の我が国では考えられなかった。一般論は確かにあったかもしれませんが、現実には行われようがなかった事柄が書かれてあるわけでありまして。

さらに3つ目には、保険者による被保険者、医療機関に対する情報収集と、表現は一般的な表現ではありますが、内容的に見ますと、保険者というのはそもそも患者さんのエージェントとしての役割がある。エージェントという意味合いはいろいろありますけれども、代理人としての役割があるわけでありまして、この役割を十分に発揮するために、あるいは十分に果たすために、医療機関や被保険者からの必要な情報を入手する仕組みが整っている必要がある。保険者が審査・支払いについて責任を負うという立場、あるいはそういう体制をとるからには、保険者が今申し上げているエージェント機能を全うする上で必要な情報収集をすることが必要である、あるいはそのようなことができる必要があると。これは、保険者がそもそも強制力を持った権限として位置づけて行うのか、あるいはそうでないのか、検討の余地は残るけれども、被保険者と医療機関にかかわる情報の収集ということについて特段に力点が置かれた言及があるわけです。

保険者が信頼関係に基づいて、被保険者の協力を得て、被保険者のために質問あるいは調査等、これは現在でも可能である。したがって、このこ

とを改めて周知徹底して、被保険者のプライバシーの保護、あるいは保険者としての守秘義務などに十分考慮しつつ、情報の収集に当たることが必要であると。表現は十分に配慮されたような記載になっておりますが、端的に言って、保険者が被保険者及び医療機関について情報収集をよほど徹底をすると。従来の医療保険にかかわる情報の集約、これも保険者に、被保険者の病状、病態、そして、それらの傷病に保険医療機関が実際に行った医療行為、あるいはそれに関連した事項が情報として書き込まれている。直接的には先ほどのレセプトに記載されて、保険者のところに最終的には集約されているわけです。こういう状況の中で改めて情報の収集について言及しておるのが、今回の規制改革の流れの中で明文化された記載であるわけです。

最後にもう一項ございまして、これは、きょうお集まりの保険者のお立場の方から見ると大変重要なのでご紹介しておきますと、保険者の自主的な運営のために規制緩和等の措置をとるべきであるというような表現で、保険者は業務の一層の合理化、効率化を求められている中で、さまざまな保険事業活動を推進すべきであると、こういう書き込みがございました。従来、許認可の仕組みで動いているさまざまな事業の活動の規制があるけれども、これを実質的に緩和ないしは撤廃して、保険者としての自律的な運営のための措置を講ずる必要があると。要は、保険者で行う事業的な活動の幅を広げて、保険者機能を発揮する上での環境条件を整えると、こういう趣旨と思われまして。

この4項が直接的に言及された、保険者としての本来機能を発揮する必要があるという趣旨の書き込みでございます。

これだけがきょうのシンポジウムの背景になったわけではございませんが、従来から語られてきた保険者機能の強化といわれている論点の中で、現政権下で閣議決定を経た上での具体的な政策の方向性を示す、今ご紹介した文章から見ますと、

それぞれのお立場、保険者及び保険医療機関、そしてさらには被保険者、患者、住民、国民、それぞれの立場から極めて重要な事項であると、こう考えられるわけでありまして。そういうことで、きょうのシンポジウムを企画をさせていただいたわけでございます。ひとつ、今のような背景を踏まえられて、ご参集の皆様方も、このような流れの中でそれぞれのお立場からどういうご発言をいただけるか、ご注目をいただきたいと思います。

それでは、早速具体的なシンポジウムの内容に入ってまいりたいと思います。実は最初にちょっとお断りをさせていただきますが、当初ご案内のプログラムの順序と少しだけ変更させていただきました。最初に遠藤先生にご登壇をいただく予定でございましたが、加藤先生のお立場の方が総論的にご理解をいただきやすいのではないかとというご提案がありまして、最初に加藤先生にご登壇をいただいて、お話を承りたいと思います。

恒例ですので、加藤先生のご紹介を私の方からさせていただきますが、お手元のパンフレットにそれぞれのシンポジストの先生のご略歴等が掲載されております。ぜひお読みいただきたいのですが、私の方からその中から必要な事項についてご紹介をさせていただきます。

最初のご発言をいただきます加藤智章先生は、現在、新潟大学法学部の教授でいらっしゃいます。小樽商科大学商学部をご卒業で、北海道大学の法学研究科修士を終了して、同博士課程を終えられまして、新潟大学の教授というお立場で今日に至っております。ご専門は社会保障法ということでございます。そもそも保険者機能とはどういうものなのか、さらには、これまでの我が国の医療保険の歴史的な経過の中で、保険者というものの、あるいは保険者の役割、機能というものをどのように理解をしたらいいかということで、ご発言をいただくことになっております。

それでは、加藤先生、よろしく願いいたします。

《シンポジスト発表》

保険者機能の法的側面



加藤 ただいま紹介にあずかりました新潟大学法学部の加藤でございます。きょうは、このシンポジウムの最初に、やや総論的なことを踏まえた上でお話をしていきたいと思います。その際、一応簡単なレジュメを用意いた

しましたが、それに基づいて、フランスをある意味ではその補助線として考えながら、若干のお話をしていきたいと思います。

まず、本日の「保険者機能の発揮」というテーマでございますが、ここでまず2つのことを確認しておきたいと思います。まず、日本の法律、規定、さまざま各種多くありますが、その中で保険に関する定義を設けているものはございません。例えば生命保険とか損害保険の関係で商法の保険関連の規定がございますし、そういう民間の保険に関連する保険業法とかいうものもございます。保険業法については、平成7年に大きな改正がございましたが、その中でも種々議論があったように聞いておりますが、その際も、保険に関する定義規定は結局、いろいろな学説等を検討した結果、一長一短があるのであえて置かなかったということでございます。

社会保険もある意味では保険の仲間でございますが、保険に関する定義規定が存在しないことの影響を受けて、社会保険についても何をもって社会保険というかということの定義はございません。それとの関係で、保険者についても、これから簡単にご紹介していきますが、具体的な定義規定、

機能というものは、条文上これといったものを指摘することはできません。

ごくごく簡単に、保険者機能としてヒト・モノ・カネというものを挙げておきましたが（資料1）、ここでは医療保険に限ってお話をしていきます。皆さんご承知のように、医療保険の場合は大きくいって2つのタイプのものがあります。職域保険と地域保険でございます。一定の職種、業種に使用されているということに対して被保険者資格を付与して、そこで組織をするのが職域保険で、代表例が健康保険ということになります。これに対して、地域住民であることに着目して被保険者資格を付与するものが地域保険でありまして、これの代表選手は国民健康保険ということになるわけです。さらに、日本の医療保障体系を見ていく場合に、職域保険、地域保険のほかに、現在70歳以上の高齢者を対象に行われている老人保健制度がございます。大きくいうと、この3種類のもので日本の医療保障制度が形成されているといえます。職域保険の場合には、健康保険に限らず、例えば船員保険でありますとか、各種共済組合というのがこれに属するわけです。

まず、ここで触れておきたいというか、今回のシンポジウムの議論が混乱する可能性がありますので、あえてここで申し上げたいことは、健康保険法というのは1922年（大正11年）に制定されました。これは日本の社会保険制度の中では最初につくられた制度ということがいえます。このときから既に、健康保険の保険者は政府と健康保険組合という2つのものを置くのだということが前提になっております。健康保険法というのは、現在になりますと非常に珍しい法律ですが、片仮名と漢字がまじっている、いわゆる片仮名漢字まじり

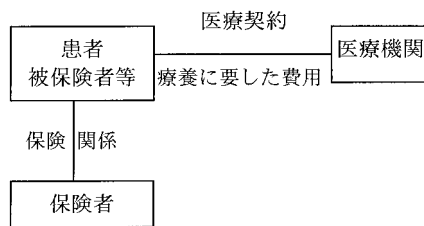
保険者機能の法的側面

新潟大学法学部 加藤智章

保険者機能：ヒト・モノ・カネ

療養に要した費用＝診療報酬＋一部負担金

＜療養費＝償還払い方式：例外＞



資料1

文になっている、現在主要な法律の中で残っている唯一のものであります（但し、2002年10月1日から、平14法102号により全面改正され、平仮名漢字まじり文となった）。つまり、1922年に制定された時点の枠組みが現在でも残っている。

大正11年のときの議論は、健康保険は基本的には健康保険組合で行こう。ある種、共済組合的なもので組織するというのを原則としよう。ただし、当時の現状からして、共済組合の伝統というのはまだ根づいてはいない。したがって、それが定着するまでの間、健康保険組合に加入できない労働者が当然出てくるから、それについては政府が保険者として組織していこう。そういう、健康保険組合のないところにいる労働者に対しては政府が保険者となって医療保険の事業を展開していくのだという立場をとったわけです。ここから、日本の特殊性というか、日本の固有の制度が発展したと思われます。

というのは、要するに、医療保険の保険集団を組織して管理運営をしていくという保険者の立場と、それから、制度設計、あるいは具体的な政策

立案を行う政府の立場というものが重複するという形になったということです。個別具体的な保険集団を形成して、被保険者を対象にいろいろなサービスを提供し、保険料を徴収するという業務を行うという仕事をする一方で、医療保険制度全体の制度設計、政策立案をしていくという、2つの立場を政府がとったということでございます。

これはある意味では非常にうまくいったという側面がございます。つまり、政府が健康保険の事業をやっているのを政管健保ということがありますが、政管健保の被保険者がある意味では交渉力の背景として、供給サイドとの交渉のテーブル、あるいは交渉の枠組みをつくった。それに乗った上で、さまざまな医療保険制度の枠組みを形成したという点では、非常に成功してきたのだろーと思ひます。

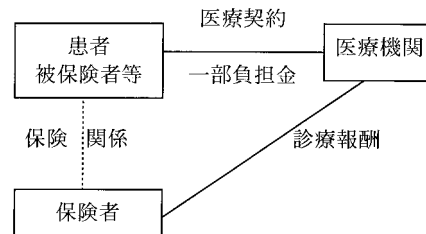
今いったような認識を歴史的にいいますと、医療保険の歴史というのは、例えば医療分野における情報の非対称性というようなことが経済学でよくいわれますが、患者と医者との間の情報のギャップを背景に、価格交渉等について医療側は圧倒的な力を持っている。それをいかにして消費者である患者側が対等な立場に立ち得るか。そのひとつのシステムが医療保険制度ということができる。医療保険制度を定着させる上では、圧倒的な患者を組織した上で、それを背景にして医療機関と価格交渉等の枠組みをつくっていくということは非常に重要だったのだろーと思ひます。

基本的に保険者機能のシステムを考えるときは、ヒト・モノ・カネということで考えていけばいいのだと思ひますが、まずヒトについては、被保険者の範囲、あるいは被扶養者の範囲をどうするかということ、これは保険集団の中である意味では基本的に設定できるはずであります。それから、モノについては、給付水準、給付内容をどうするか、あるいはそれに伴った給付水準をどの辺に設定し、どういうものを給付していくかという内容を設定することができる。カネについては、これ

は給付水準とも密接に関係しますが、診療報酬とか保険料をどうするかということについて、保険者機能、保険集団における被保険者の集合体として、その事業を運営する保険者はどういうことが決められるか、決めるべきかということを考えると、今いった集団としての範囲、それから、その中で行われるサービスの内容、それに伴ういろいろなお金の問題を、本来であれば自主的に決めることができたわけです。しかし、ある意味では1922年のときから既に護送船団方式で、中央政府が被保険者というものを背景に、どんどん護送船団の先頭に立って医療保険制度を推進してきたというのが、これまでの日本のシステムだったと思います。

ここで次に、お金の問題です。一番大きな問題だと思います。日本の医療保険制度の診療報酬については、法律上、療養に要した費用というものは診療報酬と一部負担金ということになります。一部負担金については、我々が病院の窓口で具体的に支払うもので、療養に要した費用から一部負担金を除いた費用が診療報酬ということになります。＜療養費＝償還払い方式：例外＞というふうに書いてありますが、日本の医療保険制度の場合、療養費という費目があって、これは例外的な取り扱いになっております。ところが、フランスでは、外来診療についてはこれが原則になっています。これはどういう関係かという、患者は医療機関に対して直接療養に要した費用を全額まず払う。後から患者は保険者に、これこれこういう事情でこういう医療を受けた。例えば1万円払ったのでということになると、保険者はその必要性を認めれば7,000円を患者に支払う。最終的な患者の財布から出ていったお金は3,000円だったということになります。これは日本の場合では例外すなわち療養費という保険給付であります、償還払い方式といいます。これは、まず患者と医療機関との関係があって、その後に保険者が出てくる、ある意味では保険関係が出てくるという、被保険者

＜療養の給付＝第三者支払方式：原則＞



資料2

と保険者の関係が出てくるということでもあります。

我々がふだん受けています病院を利用するものは、療養の給付といわれるものです（資料2）。これは、お金の出し入れということを考えると、ちょっと難しい言い方ですが、第三者支払い方式といい、日本はこれが原則になっています。フランスも入院診療はこの方式になっています。

ここでおもしろいのは、まず患者は一部負担金を医療機関に払って、残りの診療報酬を保険者が医療機関に直接支払うということです。先ほどの償還払い方式はまず全額を払わなければいけませんから、患者にとっては受診抑制という機能が働きます。そういうデメリットばかりかというと、私は先ほどの償還払い方式は次の1点では第三者支払い方式よりもいいと思っています。というのは、保険者が、患者すなわち被保険者の受けた医療サービスについての評価を、直接的に被保険者に知らせるという機能を果たすということです。例えば、まず1万円払いました。あなたの受けた診療行為は確かにその必要性が認められるので7,000円をバックしましょうというときに、それは正当な医療を受けたということの評価をしているということを同時に意味するわけです。ところが、あなたの受けた診療は一部不必要なものがあったので、保険者としてあなたに支給するのは8,000円のうちの7割だから5,600円しか払いませんよということになると、患者側は、私の受けた医療

というのはそういう評価を受けたのかということがわかるということです。

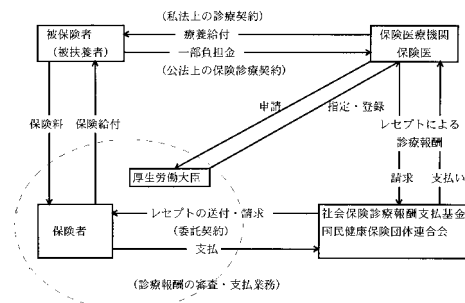
ところが、第三者支払い方式すなわち日本の「療養の給付」の場合は、一部負担金を患者は支払うけれども、保険者側はまた別途、診療報酬を支払う。診療報酬を支払うときの関係の中で審査が行われて、その審査の結果というのは基本的には患者に知らされないというデメリットがあります。つまり、患者側は、自分の受けた診療に関する評価を、保険者を通じて知り得ない立場にあるということが問題になるかと思えます。

先ほど申しましたように、日本の場合、保険及び保険者機能について明文の定義規定はない。具体的な制度の中から保険者が果たすべき機能を考えていくということになるわけです。

その場合に重要なことは、先ほど座長の大道先生からもお話がありましたように、現在の療養給付を取り巻く医療保険の枠組みというのは、資料3に示す関係になっています。被保険者である患者、保険医療機関、保険者、これは先ほどの簡単に示した療養の給付及び療養費の枠組みですが、これ以外に、支払基金、あるいは国民健康保険団体連合会という審査・支払機関というのが存在します。それから、保険医療機関の指定・登録を行う厚生労働大臣が登場し、厚生労働省の外局に社会保険庁というのがあって、この社会保険庁が具体的な政管健保の保険者としての機能を果たしているということになるわけです。厚生労働大臣がこの指定・登録権限を握っておりまして、じゃあ、保険者は一体何なのかというと、現行の枠組みでは結局、支払基金、連合会が行ったレセプトの請求を受けて報酬を基金経由で医療機関に支払うという、報酬支弁者としての機能しか果たしてこなかった。

ところが、これは国際的な動向でもありますが、医療費の増加傾向をどうにかして抑制したい。それに対して、1990年代ぐらいまでは、基本的には医療保険の保険料を引き上げるか、保険給付の内

〈療養給付（保険診療）をめぐる法的構造〉



資料3

容を削減するかということで、世界各国は対応してきました。ところが、保険料率の引き上げも限界に来る、給付の削減ももうこれ以上は認められない。行き着いた先は、医療供給、提供される医療をどうにかして抑制する手段はないものかというのが、例えばアメリカで出てきたマネージド・ケアであったり、供給サイドに着目した医療費の抑制という動きであろうかと思えます。

保険者機能も、レセプトを通じて患者の受ける情報が保険者に集約されるという情報集積機能を見直すことによってさまざまな働きかけができないものかというのが、保険者機能の見直しの大きな背景にあることができます。資料3に示したようなシステムは、1945年に支払基金法ができた段階からもう既に日本にありました。このシステムのもとで、一方では、医療費をいかに抑制するか、他方では、医療の質を担保しながら医療費の抑制にどういう貢献ができるかということが、これからの保険者にゆだねられているということです。

ただ、保険者機能という場合に注意しなければいけないのは、ひとつは被保険者のプライバシー情報を扱っているわけですから、プライバシー保護ということが非常にデリケートな問題としてあるということと、それから、ややもすればバラ色

のイメージで保険者機能の強化ということがいわれる場合が多いのですが、保険集団として見た場合、全体としての利益と患者個人の利益は必ずしも一致するとは限りませんので、その調整をどうするかということが問題となります。

しかし、そういう問題を留保しながらも、護送船団方式をまず捨てるとすれば、つまり、厚生労働大臣の対応をどうするか、位置づけをどうするかという問題を考える際に、まず一つ重要なのは、そういう個別的な保険者の機能と、それから全体としての流れ、全体としての対応関係を考えるべきだと思います。診療報酬制度全体、簡単にいいますと1点単価10円の点数単価出来高払い方式というものの決定枠組みは、個別の保険者では恐らく対応不可能であります。これは恐らく制度設計という意味では、保険者総体というか、むしろ従来の枠組みの中で決定する方が効率的だと思います

すが、それ以外の部分については規制緩和を考えて、極力患者の利益に即した、あるべき保険者の役割とは何かというのを考えていくべきではないかというふうに考えております。

ちょっと時間を超過しましたが、以上で私の報告とさせていただきます。

座長 加藤先生、ありがとうございました。

保険者機能の位置づけ、従来からの健康保険の流れの中での保険者の役割等々を、総論的にまとめいただきました。

それでは、お二方目のご発言をいただきます。遠藤久夫先生です。現在、学習院大学経済学部教授でいらっしゃいます。横浜国立大学経済学部をご卒業の後、慶應義塾大学大学院修士課程を終了されまして、現職に至っていらっしゃいます。ご専門は医療経済、医療政策でございます。

では、遠藤先生、よろしくお願いいたします。

制度補完性から見た保険者機能



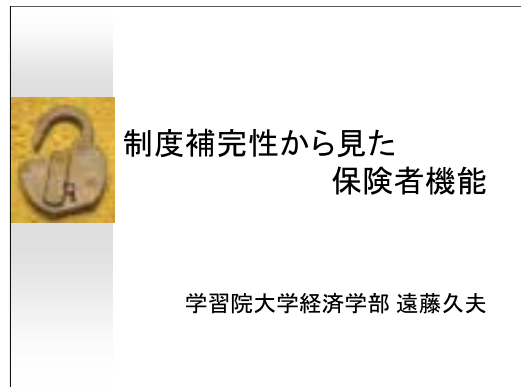
遠藤 ご紹介いただきました学習院大学経済学部
の遠藤でございます。

ただいま加藤先生から、保険者機能に関する、主に最近議論になっているテーマを中心に
ご説明いただきました。実は加藤先生と私は、

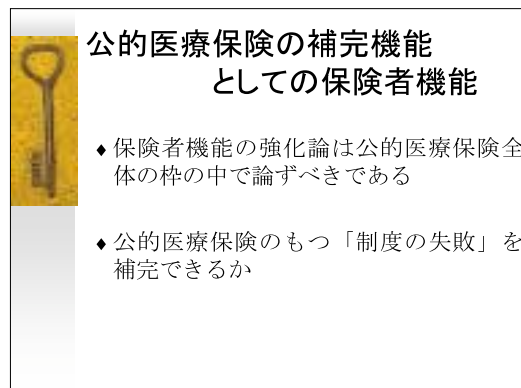
1年ぐらいでしたか、保険者機能研究会ということで同席をさせていただいたということもありまして、加藤先生はこの辺の問題は大変お詳しいということは承知しております。したがって、先ほどのご報告の中で、現在保険者機能論として議論されていることの骨格はお話しいただいたのではないかと思います。そういう意味ではメインディッシュが先に出てきてしまっているということでもありますので、私はやや視点を変えましてお話をさせていただきたいと考えております（資料4）。ただし、当然同じことをテーマにお話しするわけでもありますから、内容的にオーバーラップするものもあるわけでございます。

それでは、画面を見ながらお話しさせていただきますと思います。

保険者のあるべき機能についてはさまざまな議論があるということを背景に、私は制度補完性という視点から保険者機能を考えてみたいと思います（資料5）。一般に社会システムを形成する各制度というのは、互いにそれぞれの制度の機能を補完し合って存在しています。それを特に経済学では制度的な補完性などと呼びますけれども、この制度補完性がうまく働きますと、それぞれの制



資料4



資料5

度の機能が強化され、全体としてのパフォーマンスが向上するというのがいえるわけです。このように社会制度を制度補完性という視点から分析するということの意義は、個々の制度を単独で評価するより、各制度間の相互関係を考慮しながら評価していった方が、より効率的なシステムの設計が可能になるということでもあります。したがって、保険者機能を論ずる場合でも、私は、保険者はかくあるべしということよりも、むしろ公

的な医療保障制度全体を見ながら、公的医療保障制度を構成する重要な一つの要素としてどうあるのが望ましいのかと、このような視点から考えてみたいと思います。

話は一般的になりますけれども、医療システムの評価はおおむね所得による医療アクセスの平等をどれだけ回避できているかということと、医療資源の効率的な活用がどこまでできているか、つまり費用対効果がどれくらい高いかという、この2つの視点で行われることが多いわけです。WHOとかOECDによる我が国の医療制度の評価というのは非常に高いものでありまして、例えばWHOのワールドヘルスレポート2000では、日本の健康寿命は第1位、アクセスの平等性では第2位である。また、医療費の対GDP比がイギリスと並んで低い水準にあるということは、ご案内のとおりであります。このようなマクロ的な評価によれば、我が国の医療制度は高い公平性を維持しながら、高い費用対効果を達成していることになるわけです。

しかし、一方で、我が国の医療の質は誇れるほどには高くはないという意見も国内に根強くあることはご案内のとおりであります。例えば日本国内の地域別の医療費と平均寿命との相関が低いことから、少なくとも先進国では医療と寿命との相関は余り高くはないと考えられるので、健康寿命を医療のパフォーマンスとすることは必ずしも適当ではないという意見もあります。あるいは、病床当たりの医療従事者の数など、構造面からの国際比較で、日本の体制は不十分であり、この面から質の低さを指摘する意見もあります。また、医療に対する満足度の国際比較調査などでは、日本人の自国の医療に対する評価は芳しくない場合が多いことを指摘するものもあります。

以上のように日本の医療制度は、一定のパフォーマンスを達成していることは間違いないわけですが、さまざまな課題を抱えていることは否定できないわけでありです。

我が国は先進国の中で医療機関に対するフリーアクセスは非常に高く保証されております。かつ、診療報酬の支払い方式の中での出来高払いのウェイトが比較的高い方でありです。このような出来高払いとフリーアクセスということから出てくる帰結としては、通常医療費が高くなるわけですが、しかし、現実には我が国の医療費の対GDP比は低いわけでありです。これはなぜかということですが、私はこの理由は、医療支出に関する統制色が強いことが関係があると考えております。つまり、診療報酬の公定価格が低目に抑えられて、かつ、混合診療が禁止されている。ほかにも理由はありますけれども、恐らくこういうことが大きく影響しているのだと思います。しかし、統制色が強い制度というのは、患者のニーズに十分に対応できないといった計画経済の欠点を持っていることも否定できないわけでありです。私は、現行の公的医療保険について、次のような「制度の失敗」があると考えます（資料6）。第1が患者主権が不完全であったこと。第2が予防医療の非効率性。第3が医療の質の向上のインセンティブが不十分である。以上の3つだというふうに考えます。

このような制度の失敗を補完する主体として、保険者は最も適しているというのが私の考えであります。したがって、保険者機能の強化とは、まさにこの3つの制度の失敗を補完する方向で進められるべきだと考えます。

公的医療保険の制度の失敗の内容について、簡単に時間の許す限りお話しさせていただきたいと思います。第1の不完全な患者主権ですが、我が国の医療現場において、医療に対する患者の自己決定が不十分であることは、しばしば指摘されております。確かに我が国の医療制度では、高いフリーアクセスが保証されておりますので、患者の医療機関選択の自由度は非常に高いのですが、一たん診察室に入ると患者の選択の自由度は小さいと思われれます。



公的医療保険の制度の失敗

- ◆ 不完全な患者主権
- ◆ 予防医療の非効率性
- ◆ 不十分な医療の質向上のインセンティブ

資料6

患者主権を確立するためには2つの条件が必要です。1つは医療サイドからの情報の提供であり、もう一つは合理的な判断を行うための患者サイドの医学・医療知識の蓄積であります。我が国においては患者の自己決定権が薄弱である理由として、医療サイドからの情報提供の問題のみが議論されますが、医師・患者間の情報の非対称性を改善するためには、この2つの車輪が同時に回転しなければならないと思います。

医療関連情報の開示につきましては、最近はやまざまな動きがあります。基本的には医療関連情報というのは、患者本人の病状や治療内容にかかわる診療情報と、医師や医療機関の選択の際に必要な医師や医療機関に関する情報の2種類があるわけですが、これらの情報の開示には、これまでは抑制的な政策がとられていましたが、最近になって制度的には改善の方向に向かっていると考えられます。細かな話はカルテ開示云々の動きでありますので、省略させていただきたいと思います。

それから、自己決定の際に必要なもう一つのタイプの情報として、医師や医療機関に関する情報がありますが、これは第三者医療機能評価機関であります日本医療機能評価機構の評価対象病院は着実にふえてきておるわけであります。もっとも、この評価は、医療供給体制の評価が中心でありま

すから、患者が最も関心のある医療内容や治療成績に関する評価は必ずしも十分でないということは、ご案内のとおりであります。つまり今後の課題となっていると考えられます。

同時に、先ほど申し上げましたように患者主権の確立のためには、このような情報の開示に加えて、医療・医学に対する知識を患者自身が蓄積することが必要であります。インフォームド・コンセントというのは「説明と同意」と訳されますけれども、適切な説明が行われるかどうかは医療側の問題であります。それを判断して適切に同意するかどうかというのは患者側の問題であります。ある程度の知識がなければ、結局のところ「お任せ医療」になってしまいます。実際のところは、健康関連の書籍やテレビ・ラジオ番組は非常に豊富にありますし、インターネットを真剣に調べれば、医師向けに作成された診療ガイドラインや検査ガイドラインにアクセスすることもできるわけです。積極的に勉強すれば相応の医学知識は習得できるわけですが、しかし、国民の平均的な医学知識、医療知識が豊富であるかという点、必ずしもそうとはいえないと思います。

例えば文部科学省の科学技術政策研究所が2001年に、科学の基礎知識を問う国際調査というのを行いました。新聞報道もされましたので、ご案内の方も多いと思いますけれども、その中の「抗生物質はバクテリア同様ウイルスも殺す」という質問に対する日本人の正解率は23%です。もちろんこれはバツが正解であるわけですが、何となく日本人の抗生物質信仰の理由を暗示しているようにもうかがえるわけがあります。現代人として知っておくべき医学知識のばらつきが大きいということは、医療の自己決定に際して問題があると考えられるわけです。

次に、現行の医療制度の「制度の失敗」の2つ目ですが、これは予防医療の非効率性ということでもあります。生活習慣病におきましては予防が重要であるということは広く認められている

ところでありますが、現状において予防医療が有効かつ効率的に行われているかどうかというと、私は疑問です。

第1が私的誘因と社会的誘因の乖離でありまして、健康診断は病気の自覚症状のない人が行うものですから、健康に対して高い価値を置く人、病気に対する危険回避度の高い人は積極的に行うでしょうが、通常は、「忙しい」とか「結果が怖い」といって、それほど積極的に行わない人も大変多いわけです。さらに現行の医療保険制度では、予防医療は傷病の発生という偶発的なリスクをヘッジする医療保険制度にはなじまないとして、医療保険の給付対象になっていない。このことも、積極的な予防への誘因を低下させている一つの理由になっていると思います。また、実際に肥満や喫煙などの危険因子を除くためのライフスタイルの改善などが必要だとされておりますが、それによる効果が短期的かつ明確にあらわれることがないので、一たんプログラムに参加した人でも途中で中止してしまう人が多いわけです。このように現状では、個人が予防医療に積極的に参加しようとする動機の大きさ（私的誘因）が社会的に望ましい水準（社会的誘因）を下回っているということが観察されるわけであります。

予防医療の非効率の第2は、検診とその後の行動の不連続性というのが考えられるわけであります。現行制度では、検査後のフォローアップ体制は必ずしも十分だとは思えません。地域や職場で行われた検診の結果が適切な治療や健康増進活動へとスムーズにつながっているかという点、疑問があります。検診で異常が認められた場合でも、医療機関を受診するかという点、これは個人の意思にゆだねられるわけですから、病状が出ないために放置されて、相当悪化してから治療を受けるというケースも少なくないと思われます。検診とその後の行動との不連続性を改善しなくては、何のための早期発見かということになります。

3つ目の現行制度の「制度の失敗」は、医療の

質を向上させるインセンティブが不十分なことです。医療関連の情報開示が制限されてきたために、競争を通じて質の向上を図るというメカニズムは働きにくくなっているというのは事実であります。また、質の向上を促すインセンティブの不十分さは診療報酬体系の中にも見られます。現行の診療報酬ももちろん医療の質を向上させるインセンティブがないわけではありません。しかし、それは、人員基準など「構造」の視点からのインセンティブにすぎません。医療の中身に直接関与するものは非常に少ないわけです。また、同じ医療行為であれば医師の技術の巧拙とは無関係に同じ報酬であるといった硬直的な公定価格体系も、技術向上の有効なインセンティブとはなっていない可能性が高いわけであります。

以上、このように公的医療保険は制度上の課題として、不完全な患者主権、予防医療の非効率性、医療の質の向上の不十分なインセンティブという3つが存在することを申し上げましたけれども、保険者の機能は、これらの課題を有効に解決できる立場にあることを強調したいと思います。まず、保険者機能の特徴について簡単に整理したものがこれであります（資料7）。

第1は、傷病の発生以前及び発生後を通じて保険者と被保険者は長期的な関係にあること。さらには、これは職域保険に限定されますけれども、母体企業との雇用関係を背景として、保険者は被保険者に対して暗黙裏の影響力の行使が可能であることを意味しております。これは保険者が予防医療を効果的に推進する上で非常に重要なポジションに在るということを示していると思います。

第2は、付加給付や保険事業に代表されるように、保険者の独自の活動が限定的とはいえ可能であるということであります。公的医療保険制度では、公平性の視点から一律のルールが適用されますが、その弊害としての硬直性を補完する機能として、保険者機能が期待できる理由の一つがここにあると思うわけであります。



保険者機能の特徴

- ◆ 被保険者と傷病発生以前以後にわたる長期的な契約関係にある
- ◆ 付加給付に代表されるように公的医療保険の枠組みの中で保険者の独自の活動が可能である
- ◆ 被保険者の検診情報やレセプト情報を集約できる立場にある

資料7

第3は、保険者の検診情報やレセプト情報を集約できて、被保険者ごと、あるいは保険集団全体として健康に関する情報と医療関連の情報を有機的に関連づけて分析することができる立場にあるわけです。ある意味で唯一できる立場にあるといってもいいかもしれません。

このような特徴を保険者というのは潜在的・顕在的に持っているわけであります。そこで、保険者が行うべき保険者機能として考えられることは、まさに先ほどいいました制度の失敗の反対側でありまして、第1が患者主権の確立支援、第2が予防医療の推進、第3が質の向上のインセンティブだというふうに考えます（資料8）。

まず患者主権の確立支援ということでございますが、患者が合理的な医療選択を行えることを目的として、2つのことを行うことだと思います（資料9）。1つは、医療機関あるいは医療、あるいは医師に対する合理的な選択眼を養うためのある種の学習だと思います。もう一つは、適切な医療を行うかどうかということの選択に供するための適切な医療関連あるいは医療機関関連の情報の提供だというふうに考えます。

具体的には、これはどこまで具体性を持っているかわかりませんが、第1が被保険者をセグメント化して、特化された学習を行うというようなことはどうだろうか（資料10）。保険者は特定のリ



公的医療保険の制度の失敗を補完する保険者機能

- ◆ 患者主権の確立支援
- ◆ 予防医療の推進
- ◆ 質の向上のインセンティブ

資料8

スク要因や疾患を持つ被保険者を検診データなどからセグメントすることは可能であるわけです。彼らに最適な学習プログラムを構築して提供することが可能な立場にいるわけです。しかし、現実には保険者が行っているのは、いかがでしょうか、せいぜい健康相談であるとか、専門医による講演会の開催といった程度ではないかと思います。ここでいうセグメント化されたプログラムというのは、一般的なプログラムよりももう少し踏み込んだ内容をイメージしております。具体的には、当然医師、医療機関の協力のもとであります。例えば高血圧の被保険者に対して、あるいは高血圧の患者に対して、リスクや治療法を体系的に説明する。その中では、診療ガイドラインの解説であるとか、降圧剤の特性の解説であるとか、よい医師や医療機関の選び方、医師との接し方等々ということをお教えるわけであります。このようなことは保険者にはできるわけであります。

第2は、医療相談セクションの拡充であります。医療機関におけるセカンドオピニオンが必ずしも円滑に行われていないのであれば、保険者が医療相談セクションを拡充することは大変有益なことだと思います。医療界と協力して有効性の高いセカンドオピニオンの手法を開発するといった発展性も期待できるわけです。しかし、セカンドオピニオンがアメリカでは手術をさせないというよう



患者主権の確立支援

- ◆ 医療機関（医師）の選択眼を養うための学習
- ◆ 選択に供するための医療機関情報の提供

資料9

な、どちらかというと医療費削減のために保険者が、あるいは企業が行った手法というふうな歴史的経緯もあるわけですので、保険者によるセカンドオピニオンというのは医療費抑制を主たる目的として展開されるということは避けるべきだと思います。あくまでも患者の便益に立つて行うことが重要だというふうに考えます。

具体策の第3が、被保険者によるモニターの推進であります。医療内容の質的評価を患者が完璧に行うことは難しいことは百も承知ですが、仮に主観的な判断であったとしても、実際にその医療機関で受療経験のある患者の評価は、他の患者の医療機関選択に有益な情報となることは間違いないわけです。したがって、保険者は被保険者の受療体験から得た医師や医療機関に関する情報を整理・集約して被保険者に提供するということは、それなりの意味を持つというふうに考えます。

以上のような学習と情報提供を通じて、賢い患者を育成することは、安易なドクターズ・ショッピングが抑制されて、中長期的には医療のむだを排除して、同時に質の高い医療を提供する医療機関をふやしていくことにつながるということが期待できるわけです。特に被保険者自身はもちろんですけれども、医療需要の大きな（被保険者の）家族に対して効率的なプログラムを提供することが重要だと考えます。このようなプログラムは本



患者主権の確立支援の具体例

- ◆ 被保険者のセグメントと特化された患者教育
- ◆ 医療相談セクションの拡充
- ◆ 被保険者によるモニターの推進

資料10

来信頼できる「かかりつけ医」がいれば必要ないことなのかもしれません。しかし、平成11年の受療行動調査では、「かかりつけ医」がいると答えた人は6割にすぎません。この調査は医療機関に受診しに来た人を対象に行っている調査でありますから、国民全体では「かかりつけ医」のいる比率はもっと少ないと思います。「かかりつけ医」を持つことの重要性の啓発も含めて、被保険者に教育と情報を提供することは、被保険者と長期的な関係にある保険者が行うのが適しているというふうに考えるわけであります。

次に、予防医療の推進に保険者が適していることについてお話ししたいと思います（資料11）。現在でも保険者は検診など予防医療活動を行っていますが、より積極的な関与が必要なのではないかと考えております。現在の予防医療の課題は、私的誘因と社会的誘因の乖離と、もう一つは検診とその後の行動の不連続性ということを先ほどお話ししましたけれども、保険者による予防医療活動は、これらの課題を効果的に解決することができるというふうに考えております。その理由は以下のとおりであります。

1つが、職域保険の場合には、職場で行われる検診は暗黙裏のプレッシャーが被保険者に与えられるために、受診率の上昇が期待できます。

また、被保険者の検診データを持つ保険者は、



**予防医療の推進に適した
保険者の機能**

- ◆ 職場で行われる検診は受診率を引き上げる
- ◆ 検診データをもつ保険者は特定のリスクをもつ被保険者に対して最適のプログラムを提供することができる
- ◆ 予防医療を受けることに対して付加給付を利用して経済的なインセンティブを構築することが可能

資料11



**保険者の予防活動促進
に対する政策誘導**

- ◆ 老人保健拠出金の計算方式の特性がある種のレバレッジ効果を通じて健保組合の老人医療費削減活動の大きなインセンティブとなっている
- ◆ 保険者の行う予防や健康増進活動に対する経済的インセンティブを与えることは有効

資料12

特定のリスクや病気にかかった被保険者に対して最適なプログラムを提供することができるため、参加者のニーズと合致しまして、参加率は向上する。最近では医師などが主宰するインターネット上の禁煙プログラムなどがありますけれども、禁煙プログラム、節酒プログラムなどは、本来保険者が被保険者に対して実施するのがより効果的だというふうに私は前から考えております。にもかかわらず、実際に保険者が行っていることは喫煙の被害の啓発にとどまりまして、一部の組合などの例外はありますけれども、積極的にこのようなプログラムは展開されていないというのは、若干怠慢だったのではないかとというふうに私は考えております。少なくとも保養所の建設や健康用具の配布などよりははるかに被保険者の健康増進には有益であるというふうに私は思っております。

アメリカのHMOでは、行動科学的な手法を駆使した薬物中毒とか喫煙、節酒などの危険因子抑制プログラムや、ぜん息、腰痛などの慢性疾患管理プログラムが開発されまして、加入者に——加入者というのは被保険者ということでもありますけれども——提供されております。保険組合でも医療関連の学会や団体と協力して、特定のリスクを持った加入者を識別して、適切な予防医療サービスを提供するプログラムの開発を行うべきではないでしょうか。

3番目でありますけれども、被保険者が予防医療を受けることに対して付加給付を利用した経済的インセンティブを与えることも重要だと思います。例えば禁煙プログラムに参加して禁煙に成功した人の場合は、入院した際の差額ベッド代を補助するといったインセンティブはいささかトリッキーではありますが、意外と有効なのではないでしょうか。実験する価値はあるのではないかと思います。このような経済的インセンティブによって、予防医療に対する私的誘因と社会的誘因の乖離を埋めるということは、保険者には可能だということふうに考えております。

ただし、さらにもう少し広く考えてみますと、保険者が健康増進や予防医療活動を促進させるためのインセンティブを公的医療保険制度の中に構築するというのも重要だと思います（資料12）。老人医療に見られることでありますけれども、老人保健拠出金の計算方式の特性から、保険者は被保険者の中の老人医療費をできるだけ抑えようというさまざまな活動を積極的に行っております。これは明らかにそこでのものが何倍かになって老人保健拠出金にはね返ってくるという、そういう制度設計があるための大きな経済的インセンティブとして行われているわけではありますが、同様なことをこのような予防活動の中にインセンティブとして入れることも検討してはいかかというふ

うに思っております。保険者の中には、予防に対してかなり懐疑的な考え方をお持ちの方も多いためです。やったからといって効果は小さくコストがかかるという考えです。したがって医療保険制度の中にそういう仕組みを作るということも必要かと思えます。

また、保険者主導で検診や予防プログラムを実施するということは、ある意味でまた医学上の貢献にもつながるというふうに考えております。疫学の世界では、久山町研究という有名な研究プロジェクトがありますけれども、これは九州の福岡県の久山町の町民7,000人を対象に、40年間にわたって健康診断を継続的に行ったコホート研究でありまして、高血圧などのリスク要因と心疾患や脳疾患などの成人病との関係を克明に分析したもので、国際的にも高い評価を受けている研究だというふうに伺っております。住民の出入りが比較的少ない地域だったということも一つの大きな成功要因だったわけです。つまり、同じ人を非常に長期間観察できたということが重要だと考えられます。その点、まさに保険者と被保険者との関係は長期的な関係にあり、検診データとレセプトデータによって大規模なコホート研究を行うことが可能な立場にあるわけです。学会等々と協力して、世界中の予防医療を研究している研究者とネットワークを組んで、「日本予防医療研究センター」をつくってみるということも、非常に有益なのではないかというふうに考えておるわけです。

次に、質の向上のインセンティブと保険者機能でありますけれども（資料13）、そもそもが質の高い医療を提供していれば病院の利益は上昇するというのであるならば、それはそれでよろしいわけではありますが、実際には必ずしもそうではないということですね。

2つの理由がありまして、1つは情報の非対称性であります。高い質の医療であっても、それが患者に正しく評価をされなければ、患者がふえて収益が増加するといった流れにはつながらないわ



質の向上のインセンティブ

- ◆ レセプト情報他を活用した医療の質の評価機関の共同設置
- ◆ 質の評価の開示
- ◆ 情報開示に積極的な医療機関に対する支援

資料13

けです。これを改善するためには、医療内容を適切に評価し、患者に伝える「評価者」が必要になるわけです。

もう一つの理由は、質を向上させるインセンティブが診療報酬の体系の中に十分に組み込まれていないということもあるというふうに考えられます。ご案内のとおり、医学的に必要な医療でありまして、やればやるだけ赤字になるというような医療行為があるわけでありまして、現実には病院内の他の利益の出る医療行為からの内部補助によって賄っているというのが実態であるわけです。この問題は本来は診療報酬の適正化という形で対応させることが望ましい話ですが、実際には診療報酬をどこまで細かくつくっていくかという非常に難しい問題とぶつかるわけでありまして、もっと本質的には公定価格というものがどこまで適正に価格設定できるかという問題と絡んでくるわけでありまして。

いずれにしましても、このように患者の選択行動、あるいは診療報酬制度によって医療の質を高めていくという場合にどうしても必要なのは、医療内容を適切に評価できるかどうかということが共通の克服すべき課題になるわけです。実は保険者は、加藤先生のお話にもございましたように、この問題を解決する上で非常に有利な立場にあるわけです。これは被保険者の検診データに加えま

して、膨大なレセプト情報を利用できるわけですから、レセプトの情報を活用して医療内容を評価する方法を構築させることが、医療の質評価においては非常に重要な方法の一つだというふうに考えられるわけであります。

ただし、レセプト情報のみから「質」の評価を行うのは余りにも危険で、避けるべきであります。当然医学的な医療的な視点からの検討がされる必要があります。したがって、学会や医療団体の協力が必要となると思います。保険者と医療団体、学会等々が共同で医療の質の評価機関を設立することは、大変有意義なことだと思います。このような方法で医療の質をより客観的な基準で評価することができるになれば、費用対効果を向上させる有効な対策を進めていくことが可能になるというふうに考えられるわけです。現在は、費用対効果の効果の部分のところが極めて不確かなわけでありまして、そのところの問題をできるだけ早く解決していくということが必要である。そのためにはこのような方法が重要であるというふうに考えるわけであります。

以上示したような、患者主権の確立の支援だとか、予防医療の推進だとか、医療の質の向上のインセンティブの構築などというのは、実はよく考えてみますと、既にどこでも保険者がある程度は実践していることかもしれません。保険組合の中には、例えば私の知っているところでは松下電器の組合のように、非常に積極的に健康増進活動をされているところもあります。しかし、そうでないようなところも非常に多くあるわけです。実は私は、保険者全体がこのような活動を積極的に行うということが重要なのではないかというふうに考えておるわけであります。

以上、駆け足で述べてまいりましたが、一言でいいますと、保険者の強化すべき機能は、公的医療保険の3つの制度の失敗を補完することだというふうに考えるわけです。そのためには、保険者の自由度を高めるということは必要だというふう



保険者による直接契約は有効か

- ◆ 公平性への危惧
被保険者の保険者選択は現実的か
- ◆ 取引費用の増加
私的保険中心の米国の管理費用増大
- ◆ 不完全な質の評価
米国のマネジドケアの例

資料14

に思っております。ただ、それに関連しましては、保険者による直接契約ということが当初座長からお話がありましたけれども、私はこれについては若干否定的な考え方を持っております（資料14）。これについては私見を述べようと思いましたが、もう時間を十分超過しておりますので割愛させていただいて、また後ほどお話しする機会があればお話しさせていただきたいと思います。基本的には、私のお話し申し上げたことは、直接契約を除きますと、総合規制改革会議の主張とは同じ方向であるように、先ほどの座長のお話から判断させていただきました。

ご清聴ありがとうございます。

座長 遠藤先生、ありがとうございます。公的医療保険制度の失敗ないしは問題点を補完するという観点から、かなり具体的な保険者機能のイメージをお示しをいただきました。直接契約については、時間の関係とはおっしゃりながら、ちょっと言及をお避けになったようなところがありますので、どうぞ後段のところでご論議をいただきたいと思います。

では、次に、日本医師会副会長の青柳俊先生から、ご発言をいただきたいと思います。これは、医療を直接担う医療担当者のお立場から、保険者機能についてどのようなご所見をお持ちなのかを承るためです。

青柳先生は北海道大学医学部をご卒業で、ピッツバーグ大学あるいはマイアミ大学等々にご留学の後、日本医師会で保険あるいは介護などのご担

当の後、今、副会長の重責におられます。

それでは、青柳先生、よろしく願いをいたします。

保険者への要望



青柳 ご紹介いただきました青柳でございます。加藤先生、それから遠藤先生が全部を話してしまったようで、私は何を話したらいいかなあと迷っております。

話に入る前に、私の立場を一言申し上げたい

と思います。本日のシンポジウムの中で、確かに日本医師会という組織を背負っておりますけれども、患者さんを前にして診療をしているという立場もございますので、それをつけ加えさせていただきますと思います。実際には4月以降なかなか希望がかなわず、余り診察室に入るという時間はございませんが、これでも月2回は何とかという努力はしているところでございます。

医療を提供する側にとりまして、今回のテーマでありますけれども、私どもが提供した、あるいは提供する医療サービスに適切に対価を給付していただく、それができれば、何も申し上げることはございません。どういう制度設計になるのか、どういう仕組みが保険者機能に必要なのか、そういうことは実をいうと大したことじゃないんじゃないかなあと、医療を提供する立場として申し上げますと、そこまでいえるのではないかと思います。

ただし、昨今、医療サービスに対する適正な給付が難しい、保険財源はない、保険料も上げられないと、そういう議論がございますので、なぜなのか、なぜそういう状況になっているのだと。確かに社会構造という問題もあるわけですが、なぜなのか、本当にそれだけが理由なのかを考え

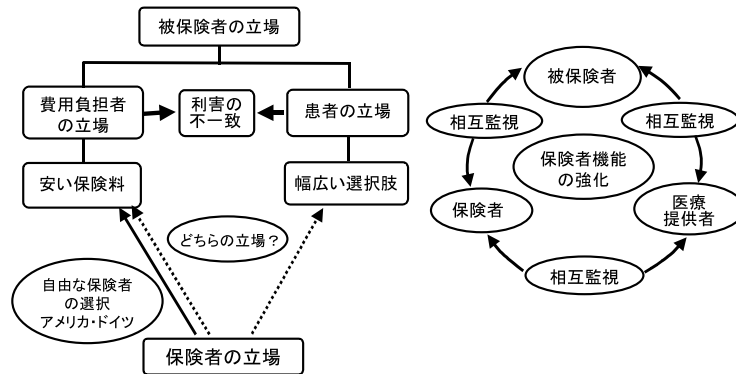
ますと、私どもとして傍観者であってはいけないのだと思うわけであります。

私どもは数年前から、各保険者ごとの収支の発表があるたびに、国がもう少し本腰を入れて医療保険全体の姿を表現するような、あるいは国民の方々が知り得るような、そういう仕事をすべきだろうと発言をしまいましたが、依然として、それぞれの保険者ごとの医療保険財政の収支状況という発表しかございません。したがって、これでは極めて縦割りの中での議論にしかすぎないだろうということで、相当努力をいたしまして、私どもとして日本における医療保険財政の全体像を数年前からとらえて、毎年決算をまっぴり更新をいたしております。最近ようやくまとまったのが、2000年度の状況であります。もちろんそれぞれの保険者ごとに財務諸表の統一性がないという問題がございます、非常に苦労しておりますので、100%明らかになっているかどうかについては不明な部分がありますが、いずれにしても、その中で幾つか問題点が浮き出て見えてまいりました。

一つの問題は、国保、あるいは政管、あるいは健保、そのほか共済、船員、いろいろございます。しかし、それごとの問題点は何となく伝わってくるのであります。しかし、ご存じのように2000年度で市町村国保は3,242という数がございますし、健保組合にしましても2000年度で1,756という組合があると伺っております。国保と健保、あるいは政管健保、成立の過程、あるいは位置づけには、少なからず相違があるということも私どもは十分理解をしているのであります、いずれにしても、保険者、あるいは保険財源に視点を当てますと、全体像をどうしても見なければならぬと思うわ

1. 保険者の立場の矛盾

2. 保険者機能の強化の視点



資料15

けであります。その中から幾つか、きょう発言をさせていただく内容のものを持ってまいりました。

これは、加藤先生の発言の中にもございまして、保険者としてどういうスタンスで物事を整理整頓しようとしているのかということでございます(資料15)。ドイツ・アメリカの場合には、保険者は選択可能なものでございますから、それぞれが選択をするというふうな、それは特殊な事情があるということは私どもも承知をいたしております。しかし、往々にして、費用を負担されている、つまり健康な被保険者の立場と、ある意味では病気を持っておられる被保険者の立場と、この部分は利害が相反するのだらうと。一方では安い保険料で何とか保険運営をしたいと。あるいは一方では幅広い選択肢を……。ここら辺の利害の不一致というのが、まさしく今アメリカにおけるHMOが相当修正を余儀なくされてきている大きな理由なんだろうと考えます。

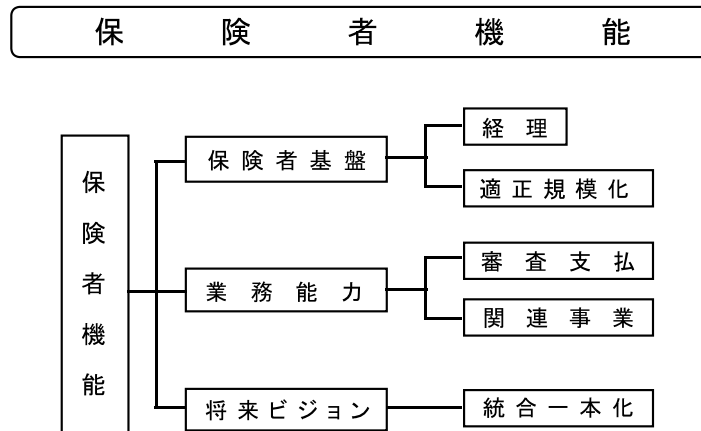
恐らく日本における保険者は非常に理性的であるといえますか、それなりの立場を心得ておられますので、よいバランスでこの利害の不一致を調整されているのだらうと思いますが、時として費用負担者の立場の意見が強くなることもあり

ますし、時として少しだけ患者の立場という意見が出てくるように私は思っております。保険者機能というのは、被保険者、保険者、医療提供者、こういうサイクルの中で、お互いに監視をする仕組みの中での役割ということになってくる。国公立病院、あるいはチェーンストアを除きまして、多くの民間医療機関は中小企業という扱いでありますので、従業員は政管健保の被保険者になっております。したがって、私どもは、医療担当者であって、なおかつ部分的には被保険者の立場で物事をいわなければならないという、それもまたご理解をいただきたいと思います。

遠藤先生は非常にたくさんの項目を立ててお話をされていました。私は限定的な項目だけを少しお話をさせていただきたいと思います。

健康保険組合に焦点を絞ったという意味ではございませんで、私の保険者というのは、それぞれの保険者全体を見渡して、何をすべきか、何をさせていただきたいか、何が問題かと、そういうふうなお話をするつもりでおりますので、保険者という名の位置づけは広い解釈をしていただければよろしいと思います。

まず保険者機能を大きく分けて3つの役割を挙



資料16

ってみました（資料16）。1つは、被保険者から保険料をお預かりして保険の給付とするという、そういう保険者基盤としての役割がある。これについては、経理状況というのは当然のことながら相当厳しく監視されなければならないのだろうと。私も、例えば社会保険庁の政管健保でありますと、今、議論になっておりますように、保険料財源をもとにして、不必要とはいいませんけれども、現時点ではもう不要になっているような財源投資をしているという部分がございますから、そういう意味においては、こちら辺は相当見直す必要があるのだろうと、それがまず1つでございます。

もう一つは、政管健保というのは大きな組織でございますけれども、市町村国保、あるいは健康保険組合という立場でもし考えますと、果たして現在のそれぞれの保険者が適正規模なのかどうか。適正規模であって、なおかつ財政上の問題を発生させているのかどうかと、そこら辺も十分考えてみなければならないだろう。適正規模が、設立当初から相当外れてしまった方向にきている可能性もあるわけですから、そういう意味においては、この部分をどうしても考えていかなければなら

ないのだろう。確かに先ほど来議論がありますように、健康保険組合の成り立ち、その後の経過、位置づけと、あるいは市町村国保との位置づけ、成立の過程は、私は十分相違はあると思っておりますが、いずれにしても、保険者として財源的にやっていけるかどうかという極めて一面的な見方でございますけれども、やはり適正規模ということも問題として挙げなければならないのだろうと思います。

保険者としての第2番目の機能として、審査・支払いという問題がございます。あるいは、過去のものでありましようが、いずれにしても関連事業をたくさんおやりになっておられます。例えば政管健保ということを取り上げますと、今年度は少し下がりましたが、300億ぐらいの関連する病院のキャピタルコストに政管健保の保険料財源が使われているという問題もあるわけです。なおかつ、加えますと、そういう病院は全くリース代もレンタル代も払わないで、土地、建物を国から借り上げた形で医業を運営しているという問題もございます。いずれにしても、そういう問題があるということも一つは知っておかなければなら

保 険 者 基 盤 ①

□ 経 理

- ・ 複式簿記化(共通)
- ・ 決算の迅速化(共通)
- ・ 未収金対策の強化(国保・政管)
- ・ 監査機能の強化(支払基金)
- ・ 財政調整の強化(共通)

資料17

審査・支払いに関しましては、後で少し私どもの考えを述べなければならないと思いますけれども、遠藤先生が避けたので、もしかするとその後のディスカッションの中のテーマになるかもわかりません。

それから将来ビジョン。機能だけではなくて、将来的にどういう方向に保険者を持っていくのかと。これも相当長い道のりになると思います。しかし、長い道のりで考えなければならないことと、超高齢社会を乗り切るために、とりあえずこの20年を目途に考えなければならないこと、これは両にらみで今から準備をしていかなければならないのだろう。これも保険者それぞれの役割としてあるのだろう。先ほど来申し上げておりますように、ピンポイントに組合健保というところに焦点を当てておりませんので、そういうことも一つは大きな課題になるのだろうと、そのように思います。

例えば保険料財源を扱っておるわけですから、そういう意味においては経理状況については幾つか問題意識を持っていただくことが必要なんだろうと、そのように思っております(資料17)。帳簿自体の問題がございます。

それから、先ほど申し上げましたように、どう

してか2年たたないと決算が出てこない。そこら辺、もう少し迅速化できないだろうかなあという問題がございます。

それから、未収金対策の問題がございます。これは市町村国保についていいますと、全国的な規模で、現在8,700億円ぐらいの未収金がございます。もちろん退職者医療制度の中でも未収金はございますけれども、これは収納率は98%を超えておりますから問題ないのでありますが、市町村国保については収納率が大体90%ぐらい。特にこの中身を見ますと、大都市の若年世代の国保保険料の未収納者が非常にふえておりますので、こちら辺、そろそろ国としてどういう未収金対策に仕組むことができるかというのも……。これがなければいいですか、ここをきちっと強化をしていかなければ、正直者がばかを見るという、ある意味においては年金の保険料を納めないという問題に匹敵する問題が出てくるのだろうと思います。政管健保もそれなりの未収金がございます、1年間で1,000億ぐらいの未収金がございます。したがって、未収金対策というのは、経理状況を改善するためにどうしても強化をしなければならない方法なのだろうと考えております。

保 険 者 基 盤 ②	
□ 適 正 規 模 化	
□ 組合健保:85/1000超組合数の割合	
組合員数	割 合
10,000人以上	38%
5,000-10,000	48%
3,000-5,000	49%
2,000-3,000	45%
1,000-2,000	53%
1,000人未満	61%

□ 市町村国保: 平均未満カバー率比	
被 保 険 者 数	割 合
10,000人以上	31%
9,000-10,000	31%
8,000-9,000	39%
7,000-8,000	32%
6,000-7,000	38%
5,000-6,000	38%
4,000-5,000	41%
3,000-4,000	49%
2,000-3,000	63%
1,000-2,000	73%
1,000人未満	87%

カバー率 = 保険料 / (総費用 - 総務費)
平均 37.5%

資料18

支払基金につきましては、今回私どもとしてあえて具体的に申し上げませんが、20兆円というお金を扱う基金としては、確かに右から左に行くのだろう、あるいは2年後の拠出金決算のための借金もしなければならぬのだろうと。いろいろな役割があるから、それなりのことをしなければならないのでありますが、いかにも支払基金に対する監査機能が不十分ではないかなあと、そういうことも指摘をさせていただきました。

それから、三千数百の市町村国保、あるいは1,750～1,760の組合健保、財政調整ということも当然のことながら必要ではないか。あるいは組合健保であれば、第2保険組織みたいなものをつくってもよろしいのではないかなあと、私はそのようにも考えているわけであります。

これは極めて一面的な見方でございます。適正規模ということをいった手前、一面的な意味でどのぐらいが適正かなあと（資料18）。単にこの場合は政管健保の85/1000という、そういう保険料の水準を切り口にして、組合員数によって切り分けをさせていただきました。85/1000以上の保険料を納めている割合、被組合員数が1,000～2,000では85/1000以上が53%、1,000人未満というの

は61%に達しております。したがって、規模としては、保険料率ということのパラメーターにしますと、このぐらいのところにあるのではないかなあと、そのように思っております。

もう一つの市町村国保の方は非常に厄介でございまして、市町村ごとに保険料の算定基準が違っていたり、あるいは50%に限らず補助金等々で公費が導入されていたり、実をいうと指標としてとらえるのは難しいということが分かりました。私どもがとらえた指標は、仮にカバー率と申しますけれども、保険料を分子にして、総費用から、総務費というのは市町村保険者ごとに非常にばらつきが多くございしますが、これをマイナスして、これを分母にして、それで割りますと、3,250幾つかの市町村国保は平均するとカバー率は37.5%という数値が出てまいります。したがって、この数値がこれ以上高ければ自立率が高いだろうと。しかし、これより低ければ自立率が低いだろうと、そういうような基準でラインを引いてみました。そうしますと、2,000～3,000ぐらいにラインを引かざるを得ない。

これは極めて一面的な見方でありまして。市町村国保の場合には、こういう保険料という視点と、

業 務 能 力 ①

- 審 査 ・ 支 払
 - ・ 現 状……支払基金へのアウトソーシング
 - ・ 流 れ……自前化(orアウトソーシング先の変更)
 - ・ 留意点…コスト(審査の質の維持、コンピュータ投資等)
リスク(情報漏洩リスク、訴訟リスク等)
- 一 部 負 担 金 の 直 接 精 算
- 保 険 診 療 に 関 す る 知 識 の 普 及 と 啓 発

資料19

その地域における医療を提供する基盤、あるいは基盤整備という視点、そういうことも必要でありますから、必ずしも財政的な面だけでの適正規模というのは当たらないわけであります。これに例えば医療基盤整備ということになりますと、私どもの考えとしては中学校区は少なくとも必要なんだろうと、そのようにも考えております。

ちなみに、設立当初700人以上おられた組合員数、現在最低で21人の組合もまだ残っています。これは2000年度レベルであります。それから、市町村では300、400という村もまだ一つの保険者として残っております。そういうことを考えますと、一面的な指標であるけれども、ある程度の適正規模は類推できるのではないだろうかあとというふうに思うわけです。

第2番目の業務に関してであります(資料19)。審査・支払いについては支払基金へ、あるいは国保連へ委託をしているということでございます。今回の議論でありますけれども、これを自前化しようと、あるいは自前でやらなくてもアウトソーシングを見つければいいではないかということでございます。しかし、私どもとしては、やはり留意点があるのだろうと。その留意点としては、審

査の問題はどうしても避けて通れない。公平な審査ができるということがどう担保されるのかということもございます。あるいはリスクとしては、情報の漏えいの問題が、守秘義務がどう担保されるかという問題はどうしても頭から離れません。あるいは、こういう場合には、医療機関もそれなりの対応をしようという意見が、非常に強うございますから、いつでも訴訟という形で審査の結果に対して対応できるような準備をしておかなければならないだろうと思っております。

第2番目の問題になります。現在の日本の健康保険法上は、保険者が医療サービスを買取って、現物を患者さんに給付するという現物給付制度になっているわけであります。もちろんそれに準ずる仕組みというのものもあるわけです。しかし、どうしてなのか、健康保険法上は医療機関が一部負担金を徴収しなければならないということでございます。まあ、いろいろな意味があるのでしょうか。しかし、私どももこれは推進をしておりますが、窓口で仮領収書、あるいは仮請求明細書というようなものを発行することによって、あえて申し上げますけれども、一部負担を医療機関で徴収する必要はないのだろうと、そのように考え始めてい

業 務 能 力 ②

□ 関 連 事 業

- ・ 既存事業の見直し(保養所、医療機関経営等)
- ・ 新規事業の立ち上げ(医薬品・医療材料購入機構等)

資料20

るところでございます。この辺は被保険者と保険者間でやはりやりとりをします。先ほど加藤先生の話にありましたように、その結果、審査が終わって、一部負担を保険者が患者さんに請求する、あるいは保険者が医療機関に給付をするという中で、審査内容を明確化することによって、その評価ができるという仕組みも当然考えられるのだろうと私は思いますので、これもぜひ保険者の業務能力の向上という中でやっていただきたい。

それから、先ほど遠藤先生のお話の中にもありました、私ども医療機関というのは、確かに診療をして、診療内容に関しての説明、あるいは理解を求める努力はもっともっと進めなければならないと思っております。と同時に、窓口において、どのぐらいかかったかと、そのかかった明細についてはこうだという説明もいたします。しかし、昨今、猫の目行政の結果、制度改革がたびたび行われます。そうしますと、私どもは何から説明をしなければならないかというと、今度の制度改革はこうであって、こういう仕組みが入りましたというところから説明をしなければなりません。ある意味においては、ここら辺は十分保険者が被保険者に対して保険診療に関する知識の普及と啓発をしていただく。これがきちっとできますと、私ども医療機関の窓口はいかに業務が効率化できる

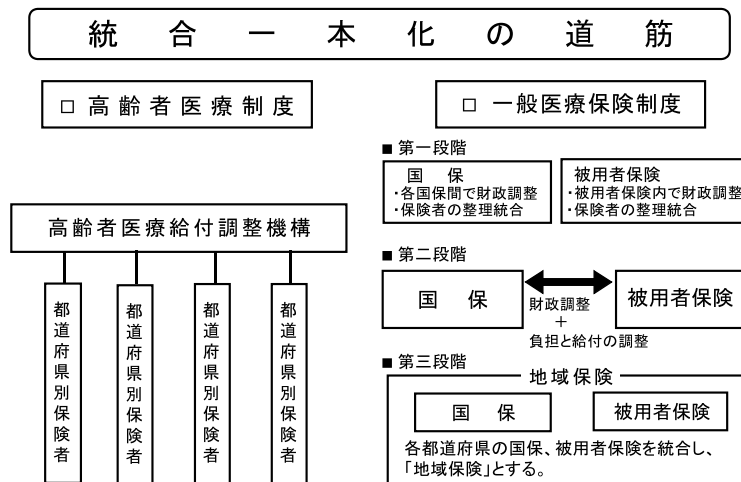
かと、コストが削減できるかと、大きな期待をしている部分でもございます。

これは先ほど少し申し上げましたが(資料20)、あえて深入りはいたしません。保険者もそれなりの対応をしようということで努力をされている姿は、私ども、決算状況を見るとわかります。今後とも努力を続けていただきたい。

以前、日本型参照価格制度なるものが提案されたときに、ぜひ保険者の機能として私たちに薬を供給してください、私たちは与えられた薬と医療材料で診療しますと、こういう提案をさせていただいたわけではありますが、日本型参照価格制度と私どもの提案が痛み分けで引きずりおろされた経緯がございます。保険者の方々がもう一度ぜひそれを事業として立ち上げたいというのであれば、医療機関としてはぜひとも協力をしていきたいと、そのように考えているところでございます。

最後のスライドになりました(資料21)。将来ビジョンでございます。私どもは従来から都道府県を保険者とした高齢者医療制度をつくっていきこうという提案をさせていただいております。これについては11月の中旬までの間に少し方向づけができるのだろうと思っております。

もう一つの方は、車の両輪でありますけれども、一般医療保険制度もやはり段階を経ながら考えて



資料21

いかなければならないのだろうと。その第一段階としては、それぞれの保険者の中での財政調整、あるいは整理統合という問題も当然避けて通れないのだろうと。その上で、ここら辺の財政調整がどううまく仕組めるか。恐らくそう簡単にはいかないと思います。それぞれの成り立ち、あるいは位置づけが違うということもあって、そこら辺は、厚生労働大臣がいうような理想論というのは最終段階なのであって、これは私どもとしては視野には入れておきますけれども、なかなか難しい取り組み内容ではないかなあと、そのように考えているわけでございます。

余り手のうちを話してしまいますと、後のディスカッションでネタがなくなりますので、私に与えられました20分という時間、ちょっとオーバーしましたでしょうか、これでひとまずご説明を終わらせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

座長 青柳先生、ありがとうございました。保険者の、今、実際にやっておられる業務の視点を踏まえつつ、最後に、保険者機能の議論というのは、今後の医療保険体制、あるいは、今、医療保険そのもののスキームの見直しが進行中でありますので、そこまで視野に入れての保険者機能の検討が必要だと、こういう趣旨のように承りました。

本日、保険者のお立場で健康保険組合連合会副会長の下村健先生をお迎えいたしております。先生は、東京大学文学部ご卒業後、厚生省に入省されまして、一連の行政職を歴任された後、現在、健康保険組合連合会副会長として、我が国の今後の医療保険の流れについて極めて重要なご発言を相次いでしておられるお立場でもございます。改めて保険者機能、その機能の発揮についてのご発言をいただきたいと思います。

下村先生、よろしくお願いいたします。

保険者機能の強化について



下村 下村でございます。各先生からいろいろな問題提起がありまして、青柳さんは後の討論のためにとっておくといわれましたけれども、とっておくまでもなく、今までの話で随分いろいろな問題が出ているのに、20分ど

うやって話をしようかと大変悩んでいるところです。一応レジュメの形で大体この順番で話していきますので（資料22）、これを見ながら聞いていただきたいと思います。

保険者機能という問題を取り上げて取り組んでいくと、我々としては当然相当の費用がかかるというふうに考えております。何をやるか、それをどの程度やるかということによってももちろん違って来るわけですが、基本的な考え方として別紙（資料23）として付けたのは、一つは、平成11年に、当時から議論されております医療保険改革について我々の提言をまとめた際の、保険者機能に関連すると思われる部分です。そこで強調しているのは、保険者機能といっても、個々の組合が取り組むには非常に問題が大きくて、また、今のようなコスト面の問題もあるわけだから、我々としては保険者間の共同事業というか、共同で取り組むという形で保険者機能を強化していくことはできないだろうかと、こう考えたということなんです。

保養所のご批判なんかもいろいろありますけれども、今、健保組合が保養所を新しく造るなんて

保険者機能の強化について

平成14年10月25日
健康保険組合連合会
副会長 下村 健

1. 基本的な考え方

（別紙1及び別紙2）

2. 厚生年金基金の考え方

受託者責任

3. 保険形態と保険者機能

- ・ドイツ、オランダ、フランス
- ・公営と民営の差
- ・一本化か、複数保険者か

4. 論点

- ・自立性
- ・選択
- ・コスト

5. 医療及び医療機関情報の提供など

資料22

いうことはないといってよく、たまに昔立てた計画が今ごろやとできるなんていうことが例外的にあるかもしれませんが、まあ、ゼロといっていいですね。むしろどんどん売りたい、売りたいけれども売れないというのが実態なんです。今どきは箱根の不動産あるいは軽井沢のものが売れるはずはないんで、「今ごろ保養所の問題をおっしゃられてもね」というふうな感じに我々の方はなるわけです。いずれにせよ、費用の問題があるわけです。

別紙 1		別紙 2	
2 1 世紀の国民の健康と医療の確保を目指して 【医療保険制度構造改革への提言】 (抜粋)		今後の制度改革に向けての考え方 (抜粋)	
平成 1 1 年 2 月 健康保険組合連合会		平成 1 3 年 4 月 1 2 日 健康保険組合連合会	
Ⅵ. 保険者機能の強化		3. 保険者機能の強化	
1. 基本的考え方		保険者機能は、本来、かなり幅広い概念を持つものであるが、わが国の医療の現状等では、なによりも患者の利益を優先して機能を発揮していくことが重要である。医療については、患者は医師に比べ医療に関する情報が圧倒的に不足しているため、保険者が、できるだけ医療情報の提供などを行うことにより、患者自らが医療機関を選択し、自己の治療方法などを決定できるように支援することで、真の患者中心の医療が実現できると考える。	
○わが国には5千を超える医療保険者が存在するが、保険者としての自主性を発揮するには規模が小さくかつ多いため、十分な機能を確保することができない。本来、医療機関の選択や事務能力面を考慮すると、かなり規模の大きい自立性のある保険者が適当と考えられる。		そのため、医療機関の診療機能などに関する情報を収集して、被保険者に伝える効率的なシステムの構築を進める。	
○健保組合についても経営規模の適正化を行っていく必要があるが、当面は、組合間の事務の共同処理等共同事業の推進による保険者機能の強化をはかっていく。具体的には、共同事業による情報・ノウハウの共有・評価の統一化により、医療機関等の選択に役立つ情報提供の共同行使等が考えられる。		さらに、次の事項の実現に取り組む。	
○組合自身の経営努力や交付金交付事業による財政支援にもかかわらず、財政的に自立不能に陥っており、かつ将来的にも再建若しくは統合の見通しがたたない健保組合に対しては、一定期間の猶予を置いて政管健保への移管が円滑に行われるよう、自主的な解散ができる途を確立すべきである。		①保険者による保険医療機関の選択や特定の医療機関との診療報酬等の契約については、地域の実情に応じ、可能な範囲で締結できるようにする。また、保険者によるレセプトの一次審査については、具体的条件やその試行を含めて検討する	
2. 保険者の権限の付与・強化		②診療報酬支払いと、確認の必要があるときは、健保組合は患者や保険医療機関などに対する調査を行えるようにする。	
○診療報酬の不当・不正請求を排除し適正な保険給付を行うためには、保険医療機関等及び患者への調査権は必要不可欠であり、保険医療機関等に対する指導・監査を強化する観点からも当然に付与されなければならない。		③健康増進・疾病予防などの保健事業について、外部化、市町村との連携を含む事業の共同化により、効率的に推進できるようにする。	
○保険者による保険医療機関の選択や特定の医療機関との診療報酬等の契約については、保険者機能の強化の観点から検討をすすめ、速やかに制度化を図るべきである。		④ITを活用し、医療に関する情報について、医療機関・保険者・患者が共有できるような統一した情報のコード化などを図り、ネットワーク化を進めていく。	
○保険者の所有する病院、保養所等の施設については、保険者として、保険者機能の強化との関連において、その機能・活用方法を検討する必要がある。		⑤厚生労働省が進めてきた健保組合事業運営基準等の見直しや規制緩和を一層進める。時代に即応した健保組合のあり方を確立していくなかで、財務会計についても合理的な方式を実現していく。これまで進められてきた施設等の整理も含めて効率化を進める。	
3. 診療報酬の審査・支払制度			
○定額払い方式を基本とする診療報酬体系の抜本的改革にあわせ、診療報酬の請求・審査・支払制度のあり方、経営形態を含めた社会保険診療報酬支払基金のあり方についての根本的な検討が必要である。			
○診療報酬の抜本改革に至る間にも、極力、請求・審査・支払制度の改善・合理化を推進すべきである。			
○社会保険診療報酬支払基金は、診療報酬の審査・支払いに関する全ての情報を保険者に開示しなければならない。			
4. 組合方式の維持・推進			
○組合方式のメリットを維持・推進していくためには、コスト面のみならず情報の共有化に重点を置いた組合間等の共同事業による事業の合理化・効率化をはかっていく必要がある。当面は、			
①レセプトの共同点検・共同管理			
②定型化している一般業務処理の共同化			
③情報処理の共同化			
④被保険者証のカード化の共同実施			
⑤印刷物の共同印刷			
等が考えられる。その実現のために、組合間等で民間活力による新たな共同事業体の設立など、効率的な保険運営ができるようにすべきである。			
5. 規制の緩和			
○健保組合は社会保障制度の一部を担っているため、基本的に統一的な規制のもとで運営されているが、組合員の自由な選択の意思を活かして効率的な運営ができるよう、規制緩和を推進すべきである。			
○具体的には、重要事項（保険料率等）以外の規約変更を届け出事項とする、重要財産の範囲を明確化しその処分を届け出事項とする等、事業運営面や資産管理面における規制の緩和を行うべきである。			
6. 被保険者等への啓発活動と情報提供の推進			
○被保険者・被扶養者が組合を構成する一員として、健保組合運営に関心を持つことが保険方式で運営される場合の原点である。医療保険制度・組合運営に対する理解と協力を求めていくとともに、被保険者等に医療情報などを積極的に提供していく。併せて提供された医療機関情報やインフォームド・コンセントも被保険者等が正しく理解できるようにしていくことも必要である。こうした活動を通じて組合の一員としての参加意識の高揚をはかり、健保組合の円滑な運営につなげていくべきである。			

財政的に健保組合がそれだけ困った状況にあるというのは、ほかならぬ、高齢者の医療費の問題が拠出金という形で膨らんでいくからなのです。これから先の問題を考えると、高齢者の医療費というのは当然合理化をしてもらわなければいけないし、どんどん今のまま伸び続けるというだけでは困る面があることは確かですけれども、お年寄りが増えてくるということも紛れもない事実ですから、高齢者医療費が膨らんでいくという事実は恐らくだれも否定できないわけです。それを考えると、健康保険組合としていうと、保険料を継続的に上げ続けていくより仕方がなくなってしまうというのが現在の展望になるわけです。

そんな中で、保険者機能は確かに大切で、我々も強化を図ることを考えていかなければいけないけれども、そういう医療費の支払いに追われている状況からすると、現在の実態としていうと、保険運営の費用、事務費のようなもの、管理費のようなものを節約し、それから予防にかける金を節約し、医療費を汗をかきながら払っているというのが現状ですから、保険者機能に取り組むということになれば、その対策としていえば、個々の組合が取り組むというよりは、共同でやっていった方がいいのではないかなと思うわけです。

そのとき、我々の方がいったのは、いろいろな企業で合併とかなんかが進んでいく過程で、共同出資子会社をつくったりと、いろいろな形で企業はやっていますけれども、我々の方も、健保組合が共同出資の子会社のようなものをつくって、そこに対して事業を一本化して、保険者機能強化の事業をやってはどうかと、例えばそんなことを考えたんですね。それに対して厚生労働省側は、いや、株式会社というのはちょっと待ってくれ、事業共同組合はどうかと、こういったんです。だから、事業共同組合というのは、会社よりちょっと非効率かなあというふうなところはあるのですが、事業共同組合ということで具体化できるかどうかというのを一つ我々としては考えているわけ

です。それが1つ。

2番目は、健保組合は患者の代理人になっているいろいろなことをやれというのが保険者機能強化論の背景にあるわけですが、健保組合は果たして患者の代理人たり得るのか、本来的に代理人なのかと、こういう問題ですね。さっき青柳さんは、健保組合と患者の利益は対立する場合があるのではないかと、こうおっしゃったわけです。これはあり得るわけですね。そのときに参考にしたのは、ここに書いてありますように、厚生年金基金の方で資金運用問題が非常に大きな問題になってくる過程で、受託者責任の問題というのが非常に議論されたわけです。それで、そこへ出てきたのは、厚生年金基金自体も受託責任があるのだという議論ですね。その前に、資金運用をやる運用の受託機関というのが何とんでも受託責任は大きくあるわけですが、厚生年金基金も受託者責任があって、組合員というか、厚年基金の加入者の利益を第一に考えてやるのだと。基金加入者に対して忠実に資金を運用する、こういうのが受託者責任ということです。

これは医師も同じなんです。医師会は厚年基金の受託者責任の議論に大変関心を持って、随分情報をとられて勉強されたようですが、医師も全く同じことなんです。これも同じく患者に対する忠実義務のようなものが存在するというのが定説になっていまして、したがって、医師は患者に対して情報提供——インフォームド・コンセントですね——というふうな義務が発生してくると、こう考えられているわけです。

したがって、青柳さんのところと私のところと犬猿の仲のようにいわれるわけですが、確かに犬猿の仲のように激しい議論はやりますけれども、でも、両方ともに患者の利益を第一に考えなければいけない立場にあるという意味では、私は接点があると思っています。それはお互いに患者を無視できないのだから、どちらが本当に患者のためを考えているかというところで、ある意味で

は競り合うところがあるし、当然我々は、一方からいうと、財政を健全に保っていくとか、安定運営の責任を持っているわけですから、両方あるでしょうけれどもね。だけど、一方からいえば、健康保険料を加入者の皆さんからちょうだいして、それはいざという場合の医療に役立つように使ってくれという前提のもとに加入者からお預かりしている金だというふうに考えれば、いざという場合に役に立たないような給付をやるということはできないわけです。

厚年基金で受託者責任なんていうのが出てくるのは、運営をやっていく過程で、例えば母体企業の方は取引先の銀行に運用させたいとか、そういうことは起こり得るわけです。だけど、そうではなくて、利益優先で考えろということだから、母体企業が取引先とつき合ってやってくれよといわれたからといって、そのとおりにできないというのが忠実原則なんです。我々も同じようなところがある。経営者の方は、まあ、そんなことをいう人もめったにないとは思いますが、とにかく人件費を下げなきゃいけないんだから保険料を下げてくれ、この範囲でやってくれ、医療機関をできるだけ値切ってくれと言ってもそれだけでは我々はやるわけにはいかないだろうというのが、我々の責任の内容だと思っているということになるわけです。そういう意味で我々は受託者責任を持っているということです。

そこで考えますと、健康保険組合というのは、組合員のいわば連帯の上に立って、それをもとにして運営していて、したがって、組合会というのは、経営者側と組合員側と双方同数の代議員が選出されてきて、それで組合会というのは最高の意思決定機関ということでやるわけです。株式会社と違うわけです。

例えば、アメリカの保険などが保険者機能の議論をするとよく出てくるわけですが、アメリカの保険会社は、営利、非営利もありますけれども、株主に対して責任を持っているわけです。アメリ

カの場合は、加入者というのはお客様です。お客様であって、確かに契約によって患者に対するある種の忠実義務みたいなものはあるかもしれないけれども、しかし、加入者の方は、保険会社の内容と条件を見て、ここは高いから入る、こっちが安いからこっちへ行こうとか、そういう選択をした上でアメリカの保険は成り立っているわけです。

我々の方はそうではなくて、法律的に強制のような形をとっていることはあるわけですが、一つの職場にいる従業員とかの連帯感をベースにして組合は成立しているわけです。それがもともとあったから、それをもとにして健康保険組合制度ができて、さらにその後国民健康保険ができて、現在の皆保険が成り立っているわけですからね。

そう考えてくると、どういう保険をつくるかということによって保険者機能に対する考え方は違ってくると思います。そういう意味では、アメリカの保険の場合は、あらかじめ保険者としてはこういうことをやりますということは決まっていて、「医療機関はここここです。それ以外のところへかかると、あなたは高い金を払ってもらいますよ」というふうな条件を決めて加入をしてもらう、こういう格好ですね。その辺が、保険のつくり方によって保険者機能の問題は大きく違ってくるだろうというふうに考えております。

ヨーロッパ大陸側の方は、イギリスとか北欧とは別で、ここに書いたドイツとかオランダとかフランスというのは、いずれも社会保険だといっている国なんです。社会保険の形を保っているわけです。日本と一番よく似ているような保険者機能論をやっているのはドイツなんです。ドイツは診療報酬なんかはかなり日本と違うのです。というのは、予算制で払っているわけですから、来年度のある病院の予算額はこれだけでやりましよう、何億ユーロでとかいうふうな形になるわけでしょうが、それを12等分して払っているというのが今の形です。ただ、それを、日本でも目下大学病院などについて検討中ですが、いずれ疾

病別の定額制、いわゆるDRGというふうな形を応用したものに变えていって、行く行くは予算統制を外したい。予算統制を外してDRGにすると、病院の診療内容がよりの確に評価できるようになるから、場合によったら保険者と病院との直接契約のようなことも考えることができるようになるかもしれない、というのが今のドイツの考え方です。

オランダは、それに比べるとちょっと違っています、やはり保険者機能をいうことはいのですが、徴収の方を一本化しているというふうなところがあります。オランダの保険者というのは、ここは営利・非営利ありますけれども、徴収を一本化した料率で取った保険料が返ってくるわけですが、それだけで足りない場合は付加保険料という、足らず分を特別の保険料として別に取っているということになっていて、そこで保険同士の差が出てくるわけです。その付加保険料の差のところで保険者は競争する、大いに競争させて保険の合理化を進めていくのだと、これがオランダの考え方ですね。ドイツとはちょっと違うわけです。

フランスにいけますと、これはかなり大幅に税のような形のものが入っているわけです。連帯税ですね。フランスでなぜ連帯税を入れたのだというふうに聞きますと、日本とよく似ているなあとと思うのですが、「サラリーマンに対する負担が非常に重くなり過ぎてきたから、したがって、それを全部連帯税という形で切りかえたんです」というふうな説明ですよ。それで、あんまり保険者機能のことはいってないのです。ただ、地方単位で、病院ごとの毎年の契約をやる場合に、保険の方の代表選手が出ていって、その代表者が契約すると、もうそれで決まりだという格好ですから、フランスはあまり競争という感じはないのです。

同じ社会保険でそれだけ違いがあります。先ほど大道さんがおっしゃったように、今ちょうど保険をどういう形にするのかという議論が出てきて

いるわけですから、それによって保険者機能の問題は違って来るわけです。それで、今の日本の保険者機能論を見ると、専ら健保組合のことをおっしゃるわけです。「まあ、結構です」と私はいっているんですけどもね。ほかに保険者機能を發揮しているようなところはないのですから、あるいは發揮できそうなところはないのだから、健保組合を代表例としておやりになるのなら、それはそれで結構ですよ。それはそうでしょう、皆さんよくご存じですけども、中医協というのがありますね。あそこへ出ていっていろいろ言うのも、健保組合の保険者機能の大きなものだとは思っていますが、政府管掌健康保険の代表者はいるけれども、今まで一遍しか発言したことがないというのだから、それでは保険者機能を發揮してないですからね。座っているのが保険者機能だろうかと、私からいえばそういうことになるわけです。

だから、保険者機能をいろいろ先生方はおっしゃるのだったら、ひとつそういう問題もぜひ考えていただきたい。健保組合のシェアからいうと、現在失業者などが増えて減っていますから、1/3弱です。政管が大体1/3ぐらいで、国保が1/3強とかいうふうな分布。まあ、共済がありますけれどもね。それで、1/3のところだけ取り上げて、保険者機能だ、保険者機能だと。それはちょっとおかしいんじゃないか、あとの保険をどうするかということも考えて保険者機能の議論はぜひやってほしい。大変申しわけありませんが、保険者機能研究会をつくっておられるというお話も出たので、我々からいえばぜひそういうことも考えてほしい。そうでないと、日本の保険全体としての保険者機能なんていうことになりませんよと。

ついでにいうと、青柳さんは先ほどカバー率という形で国保を説明されたんですけども、支出に対して保険料の占める割合が半分にもならない、こういう数字ですよ。だから、国保は保険ではないのではないかという説があるわけです。国保は本当は福祉の方なのではないのかと、こういう

ことをいう人がいるわけですね。したがって、半分は国庫負担から既に出ていて、そのほかに、老人医療の部分などについては、老人医療の制度に対する何割かの国庫負担がありますから、実際は国保に対する国庫負担の投入量というのはかなり大きいわけです。保険料は平均で1／3強ぐらいのことになるのだから、あれは保険ですかね。と、私は時々嫌みを言いたくなるわけです。

もう一つは、そういうことに絡んでいくと、保険が違うということと言うと、今いったように公営か民営かということがありましてね。国民健康保険は保険者機能が発揮できるかということ、市町村が国民健康保険を経営するというで固まったわけです。市町村が経営するということは、市町村の議会で国民健康保険の保険料などを決定する。だけれども、国保の保険者というのは、例えば東京でいくと20%ちょっとぐらいだと思いますよ。あとの80%ぐらいは、健保とか共済とかそういうサラリーマングループなんだけれども、80%の医療とか医療保険の問題は、まずほとんど東京都議会とか区議会で議論されることはないわけです。だけれども、20%ちょっとの国保の問題は都議会とか区議会で議論するわけです。おかしくないですかね。あるいは20%の人が決定するような方式を何か考えるんじゃないですかね。私はそう思っているわけです。それで、都議会でやるということになると、国民健康保険は、直接契約とかいう話もさっきから出ておりますけれども、多分医療機関の選択はできないと思います。東京都が東京都内にある病院を選別して、東京都の国保はこことここでやる、あとのところは契約しないと。そんなことは多分できないでしょうね。あるいは差をつけるということもなかなか難しいだろうなあと。地方公共団体がそんなことはできないだろうと思うと、政管もだめ、国保もだめだから、今の保険者機能論というのは1／3の保険者機能論かというふうに我々からいえば見えるところがあるわけで、そういうところはちょっと今の議論は

欠けているんですよ。まだ始まったばかりだから、これからやるのだということであれば、これから大いにやっていただきたいと思うのですけれども、我々もそれを問題にしていきたい。

もう一つは、最後のところは保険の形態に絡んで一本化か複数保険者かという話を言いましたけれども、ドイツとかフランスとかオランダとか、伝統的に健保組合型の保険というのが根っここのところであって、連帯という場合には、そういう一番末端の連帯というのが一番重きを置いて考えられているわけです。これは連帯だというわけです。ただし、それだけでうまくいかないところがあるから、ドイツはリスク構造調整のようなことをやって、リスク構造調整というと保険制度全体としての連帯ですよ。国民的な連帯ということになるのだけれども、国民的な連帯はそういう小単位での連帯を補足するものとしての連帯なんです。したがって、その連帯を生かして、ドイツの疾病金庫がそれぞれが独自性を発揮して競争をしてやっていくために、その競争条件がほっておいたら余りに差がつき過ぎるから財政調整をやるのだと。これがドイツなどの考え方ですよ。だから、財政調整は当然に限界がある。末端の連帯が生きるような、疾病金庫の独自経営が可能なような範囲で財政調整をやるのだと。そこははっきりしているわけです。

日本の今の財政調整論は、さっきの青柳さんのような形が典型的になるわけで、将来は一本化だと。つまり、将来は健保組合はつぶすけれど、一遍につぶすわけにいかないから、だんだん半殺しにして、それからだんだん本当に殺してしまうと、こうおっしゃるわけですよ。そんな案で、我々がまじめに健保組合の経営ができるでしょうか。そんなことはできないですよ。そんなことをいうのなら、いっそのこともうやめようじゃないかと、こういう話になるのでね。

それからもう一つ、我々の疑問は、一本化した場合の保険者機能はどうなるのかなと。さっきの

国保とか政管なんかの話とも共通するところが出てくるのですが、一本化した場合の保険者機能というのは国家統制のようなものになると思うのです。医師会は、いろいろなときに、医師のプロフェッショナルフリーダムというか、医療の自由を確保しよう、国家統制による医療は反対だ、EBMは国が決めるなどということは絶対認めないと、こうおっしゃっているわけです。しかし、一本化した後で保険者機能という、これは国家統制になりますよ。そう思うのだけれども、一体そこはどういうふうな割り切りになっているのだろうか。大変疑問ですよ。これはおかしいんじゃないかなあ。

そういう意味で我々からすると、これからの論点というか問題点としていうと、個々の保険者の自立性が本当は要るのではないかと。自分で自立して経営していけないようなことでは、保険者機能の発揮といったって、そうはいきませんよというのがどうしても一つありますよ。それに絡んでいくと、ドイツは先ほどのようなことでやっているわけですが、加入者の選択権というのを認めてね。加入者選択権の話は日本でもちょっと出ていますかね。加入者選択権を認めるかどうかという問題が一つありそうな気がします、それはやるのかなと。

その前提として、複数保険者でやっていくということであれば、給付と負担の公平というのがこのごろいろいろ出てきていまして、7割給付で給付は公平にした、ならしたんだから、付加給付もついでにやめたらどうだと、こんなふうな議論が結構出てきているわけですが、我々からいうと、複数の保険者が残っていくべきだと。複数の保険者が残って、程度問題はあるのだけれども、多少の差を持ちながら経営をやっていくのではないかと。給付も負担も全部同じにしてしまうのならば、別に分けて経営する必要はないので、統一保険料で統一給付で、何も健保組合一々分かれてやる必要はないですよ。ということになるのだから、

その辺が自立性等の問題が一つあって、それから差があるということになると、どの保険がいいかという選択をある程度認めるのかどうかという問題がもう一つ出てくるわけです。

ドイツは一応そういう形をやりまして、加入者の選択権があるということになっていて、毎年、日本流にいうと新学期で新しい学卒者が出るような時期には、各保険が、それぞれがいい被保険者が欲しいものだから——大学を出たてで若くて健康でというのがみんな欲しいですよ——その奪い合いをやるようですが、そういう加入者選択のようなものをやるのかと。

それからもう一つは、我々からいうとコストの問題ですね。単純に考えると、アメリカなんかは10～15%ぐらい運営コストがかかっている。健保組合は大体5%ぐらいですね。あと1割ぐらいをどこから……、1割保険料を上げなきゃいけないのかとか。やり方ですが、中身にもよりますが、何をやるかによって決まるのだけれども、そんなことが出てくるのではなからうかというふうに思っております。

以上のような問題点を考えながら、私どもとしては、とりあえずは情報の非対称性の克服とかいうような話も出ましたけれども、それを目標にしてやっていこうじゃないかと。医療機関情報を提供するというで何かできないだろうか。健保組合でそれをやろうと思うと、結局医療機関情報ということはかなり専門家が要るんですよ、医療相談のセクションとかいうふうなお話もございましたけれども、ああいうものをやろうと思うと、恐らく感じからいうと看護師さんですよ。そういう人が例えば24時間体制かなんかでいて、情報を提供したものに対していろいろ応答していくとかとなれば、これは一つ一つの組合ではとてもできないから、共同化を考えるかと。これもいづれにせよかなりコストがかかる話ですけども。

情報を提供しても、先ほど来患者教育というお話も出ていますけれども、提供しただけでは患者

は提供された情報を読み解くことは難しいだろうと、こういわれているわけです。医療情報を提供しているとか、そういう仕事をやっている方たちの意見を聞くと、患者と医療機関の間に立って、それを通訳するというか、ある程度仲介していくというふうなことをしっかりやらないと、なかなかそこはできませんよというので、私もどうもそうだなあと思っているのです。そうすると、健保組合としていえば、医療機関情報の提供を——これもやってみるとなかなか難しく、正直いってヒーヒーいっていますけれども——やって、その情報をもとにして、患者に対してその中身を解説するとか、あなたの場合にはこの情報をこう使ってというふうな援助をやっていく必要があるのではなかろうかと私たちは思っているわけで、まずそれをやっていきたい。

そういうことがまずできて、そうすると医療機関の状況がある程度わかってきて、その中から直接契約できるところは——今でも少しはあるかもしれないけれども——というふうなところに進んでいくことができるだろうかというふうに私たちは考えているわけです。

ただ、直接契約問題は、確かに現状からいうと、国民健康保険連合会とか支払基金が独占しているじゃないかと、こういわれているわけですから、それによる弊害みたいなことがあるわけだから、私はやった方がいいと思っているのです。ただ、それが主軸になるかという、そこはさっき青柳さんがおっしゃったコストとかいろいろなものを考えると、独占で一本化して審査・支払いをやって、非常に効率性が高い面があるわけですからね。仕事の中身にはちょっと問題はありますけれども。全面的に直接契約型に移っていくかという、そこはかなり疑問が残るような気がしております。そう簡単ではないのではないかと。しかし、現在出ている独占みたいなことによる弊害なんかを除いていこうと思えば、そういう方法も併用してやっていくということはいいいのではないかと、私はこ

んなふうにいるわけですね。

それに関連して、守秘義務などの問題が出ましたけれども、これは健保組合としては厳重にやっというふうに思っているのです。厚生労働省に法律で規制すべき問題じゃないかと、そういっているのですが、なかなか難しく、現在の医療に関する情報の守秘義務ということになると、医師とか歯科医師とかいう医療の専門職は職業上の秘密を守る義務として明瞭に法律で決まっているのですが、それ以外の我々のところはないんですね。あるいはレセプト点検業者なんかも当然やってもらわなければいけないのだけれども、その辺を含めて、現在は契約とか、あるいは健保組合の場合だと、内部の服務規程とか就業規則で守秘義務をやっているという格好なんで、将来問題としては、そういう法律面の問題が出てくるとは思っているのです。それをやっていかないと、さっきのような医療情報の提供とか、それをもとした医療相談をやっていくとかいうことになかなか乗れないだろうと、こんなふうにいるわけですね。

あちらこちらに話が飛びまして、先行する発言者の方に対して多少失礼があったことをお許しをいただきまして、私の発言を終わります。

ありがとうございました。

座長 下村先生、ありがとうございました。率直なところをお聞かせいただき、保険者機能の強化で一部危機感を募らせておられる向きもあるやに受けとめられているのですが、そういう向きには、もしかしたら胸をなでおろされたのではないかと思います。現状を踏まえて説得力がおりないお話でしたから、なるほどというところがありました。また後ほど論点についてはご発言をいただきたいと思います。

それでは、きょうのシンポジストの最後のご発言になりますが、河北博文先生にお願いしたいと思います。

河北先生は、慶應義塾大学医学部ご卒業、シカゴ大学ご留学の後に、また慶應義塾大学にお戻り

になりまして学位を取られました。現在、財団法人日本医療機能評価機構の理事、そのほかさまざまな役職があります。ただ、きょうは、医療法

人財団河北総合病院の理事長としてのご発言ということでお願いしました。

それでは、河北先生、よろしくお願いします。

《シンポジスト発表》

選択の自由



河北 どうもありがとうございます。シンポジスト最後の役得として、かなり勝手なことをいえるのではないかと思いますけれども、今までのご発言をお伺いしております、やはり提供者の責任、あるいは受託者責任の立場

からお話をされて、なかなか厳しいことを考えておられるなあというふうに思いました。私は、問題提起をするというような形で、先ほどの枠の中でということではなくて、枠を変える議論をしてみたいと思います。皆様方にお配りをしている資料で、実は追加の資料に基づいてお話をしたいと思っております（資料24）。余り時間がございませんので、できるだけ早く飛ばしたいと思えます。

私の立場は、裁量を民間が持つべきであるということが基本的な立場であります。公が裁量権を持つという社会ではなくて、成熟している社会というのは民間が裁量権を持つべきであるということを基本的に考えております。

その中から、最初の話でありますけれども、社会システムはバランスであるということであって、何がよくて何が悪いということ、もちろん議論はありますが、どこにそのときの社会に合わせたバランス、ポイントを置いておくかということが極めて大切なんだろうと思うのです。今、我々が2002年に入って、我々の社会をどう見ていくかということでもありますけれども、日本の社会というのは幾つかの大きなポイントでこれから変化せざるを得ないと思うのですが、1つは、少子高齢化というよりも人口が減少していく社会であるということがあります。人口が減少していく社会が、経済規模を拡大する、あるいは維持するということは極めて難しいわけでありますね。それから、情報システムが発達した結果、経済がグローバル化をした。その中で、日本の経済は、今、非常にデフレ、デフレといわれていますけれども、行き詰まってしまっている。ですから、今までの日本の社会が前提としていた右肩上がりの経済成長が続くということが崩れているということ、我々は念頭に置かなければいけないだろうと思うのです。もう一つは、社会生活の中でのニーズが多様化をしているということを念頭に置かなければいけないだろうと思います。そういう意味で、総合的な視野で議論をする必要があると思います。

次に、フェア、リーズナブル、シンプルと書きましたのは、私はやはり政策を考えるときに、フェアというのは、イコールではないと、公平ではなくて公正でありたいと思います。公正というのは、違いを認めて、その違いに対してきちっと評価をして適切に対応することなんですね。公平というのは違いがあってはいけないということであって、これは全く違う次元に立つ言葉であります。それから、リーズナブルというのは、多くの人たちが納得できる、あるいは理にかなっているということだろうと思います。シンプルというのはわかりやすいということでありながら、我が国が戦後つくってきたいろいろな社会のシステムというのは極めてわかりにくいものになってしまったので、将来に向けてはわかりやすい仕組みが必要なのではないかというふうに思います。

次にパブリック・プライベート・パートナーシップ

「選択の自由」

I. 社会システムはバランスである

- ① 総合的視野
- ② fair reasonable simple
- ③ public private partnership
- ④ ネガティブ・リストの社会

II. 制度見直しの目標

- ① 患者の選択
- ② 医療の質の向上
- ③ 医療の枠の拡大
- ④ 提供者による選択の拡大

III. 国民皆保険制度を維持することは前提である … 社会保険のみでよいか

IV. 保険とは何か

リスク・マネジメント … リスク 統計・確率 保険料率と給付 リスク軽減 顧客の

拡大

- ① 保障と保険 … 目的税か
- ② 年金保険と医療保険の整合性 … 医療貯蓄制度
- ③ 賦課方式と積立方式
- ④ 質を向上させる支払いのあり方
運営の標準化  コストの標準化

標準化されたコストに対する支払い

急性変化と慢性療養

介護保険制度（地域格差）

- ⑤ 公費負担
公共事業費
ヒル・バートン法
他会計からの繰入金
- ⑥ 患者（被保険者）の意識
健康管理 … 酒 たばこ
償還払い
フリー・アクセスは本当に必要か
- ⑦ 評価システム … 情報の流通
契約
- ⑧ 保険運営の民間委託

V. グローバル・スタンダード

- ① 制度
- ② マネジメント
- ③ 評価
- ④ 教育

資料24

プとありますけれども、プライベートの立場でパブリック・マインドを持とうということを私はここでいいたいんですね。すべてをパブリックにゆだねる。これは1872年に福沢諭吉が書き始めた「学問のすゝめ」の中で、なぜ我々は学ばなければいけないのか。あるいは独立自尊、一個人が独立をすること、国家が独立をすること。人によらない、依存をしないということだろうと思います。福沢諭吉というのは常に在野であった。しかも、実学を考えていた人でありまして、プライベートがパブリックのところまでどのように裁量権を持って肩がわりをしていくのか。もうそろそろすべてを官にゆだねるということはやめにした方がいいのではないかというふうに私は思っています。

ネガティブ・リストの社会というのはおわかりでいらっしゃいますか。ポジティブ・リストの社会の逆であります。ポジティブ・リストの社会が、今の我々の社会なんです。やっていいことをお上に聞いて、そのお上がやっていいことだけを自分の裁量で決めてリストをふやしていくのがポジティブ・リストの社会なんです。ですから、やっていいことのリストをふやしていくということは、それ以外はやってはいけないという社会です。やってはいけないことを最小限にとどめて、それ以外は自分の責任ですべて自由であるという社会がネガティブ・リストの社会だろうと思うのです。やはり成熟した社会というのは、私は、自由裁量、ネガティブ・リストをできるだけ最小限にする社会であってほしいと思っています。

そういうことを前提にして考えていきたいのですけれども、制度の見直しの目標と書きました。これは、患者さんが選択できる。あるいは医療の質の向上。それから医療の枠の拡大。分配論ではありません。決められた枠の中で分配をすることではなくて、医療の枠を拡大する。それから、提供者による選択もやはり拡大しなければいけない。ほとんどの方たちは恐らく同じ意見を持っ

ていらっしゃるだろうと思うのです。

医療の枠の拡大にちょっと触れたいと思うのですが、今、日本の経済の中で確実に需要がある。「産業」という言葉を使いますと嫌がる方もいらっしゃるのですが、産業として医療を位置づけたときに、私は、日本の経済の中で確実に需要があって、確実に伸びていい分野だというふうに思っています。そこまで縛ってしまうからこそ、日本の経済は閉塞感があるのだろうと思うのです。ですから、そういう意味で私は、今こそ医療の枠を拡大する議論をしなければいけないだろうと思います。枠を拡大するということは、いろいろな新規参入がやっぱり必要なんです。それを認めながら既存の人たちが頑張るということなんだろうと思っています。

3番目の国民皆保険制度を維持することは大前提である、これも当然のことだと私は思います。ただし、社会保険だけで国民皆保険制度を維持する必要があるのか。私の友人で、1年のうちの半分近くを海外で生活をしている人がいます。この人は、スイスの保険会社が売り出している保険を持っていて、どこの国に行ってもその人が必要だと思える医療を受けられるだけのカバーがされているんですね。それでいながら、半分以上日本にいますから、国民健康保険に参加をしなければいけない。これは大きな矛盾なわけですね。それだけの保険を持っていれば、これも皆保険の一員としてカウントをすればいいのではないかと。ですから、民間医療保険を持っていることを皆保険の中でカウントをするということがあってもいいのではないかと私は思っています。

4番目、保険とは何かということですが、先ほど加藤先生のお話で、法律的に保険という定義がない。私も今回のこのシンポジウムに合わせて、幾つかの法律を読んでみました。健康保険法、国民健康保険法等々であります。保険とは何かということが書いてありません。皆様方にお渡しをした資料（資料25）、この「保険」というのは、

ほけん【保険】①(insurance)死亡・火災などの偶発的
事故の発生が統計的方法その他によって或る
程度まで予知できる場合、共通にその事故の脅威を受
けるものが、あらかじめ一定の掛金(保険料)を互いに
拠出して、積立金を用いてその事故(保険事故)に
遇った人に一定金額(保険金)を与え、損害を補償す
る制度。組織によって相互保険と営業保険とに分け、
事業の内容によって生命保険・損害保険に大別。社会
保険に対し私保険とも呼ぶ。②物品などで、確実なこ
との保証。

資料25

「広辞苑」からとってきたものであって、法律の言葉ではないのですが、「死亡・火災などの偶発的事故的発生の蓋然性が統計的方法その他によって或る程度まで予知できる場合、共通にその事故の脅威を受けるものが、あらかじめ一定の」云々というふうに書いてあるわけですね。今までの保険者というものは、こういう機能を考えて保険者機能を維持してきたのかどうかということでもあります。

リスク・マネジメントでありますね。あるリスクを想定して、さらに給付を考えて、それに対して統計・確率論を使いながら保険料率を設定し、当然リスクを軽減するという努力がそこになけれ

ばいけないですし、被保険者の拡大をすると同時に、やはり評価をする仕組みを持たなければいけないだろうと思っている。そういうことが保険者機能を十分に発揮していくことなんだろうと思いますけれども、今の法律の中による保険者のあり方では、とてもそこまでできないと思うのです。ですから、現在の法律によつての立場としては、なかなか厳しいのではないかと思います。

保障と保険でありますけれども、日本の健康保険、特に社会保険であります。保険という名のものの目的税ではありませんか。強制加入、強制徴収でありますね。目的税——目的が定められている税金と一体どこが変わるのか。ですから、保険の機能をもともと持っていないのではないかと私は思います。

その次でありますけれども、年金保険と医療保険の整合性。これはもう昔からいわれていることであって、年金の問題もありますし、医療保険の問題もあります。ですから、ここを一つに考えていく将来的な考える場があって、将来はそれを実行していかなければいけないのではないかと思います。

もう一つ、よく東京医科歯科大学の川淵先生が言われている、シンガポールの医療貯蓄制度という、自分の健康、あるいは家族を含めての健康に対して強制的に貯蓄をさせていく。別の言い方をしますと、積立方式みたいな形なのかなあというふうに思うのですけれども。

その次の賦課方式と積立方式ということ。賦課方式というのは、もちろん皆さんご存知でいらっしゃると思います。現在払える人からお金を集めて、現在必要な人の給付に対して支払いをするというのが賦課方式であって、決してこれは自分あるいは自分の扶養者にかかわる積み立てではないということ。ですから、そのことに関して非常に不安を持つということになるのだと思うのです。やはり私は、賦課方式と積立方式をどのように組み合わせるかという議論がなければいけないのだ

ろうというふうに思っています。

質を向上させる支払いのあり方ということも、私は医療の現場におりまして、それなりに支払いを受けている立場で、非常に忸怩たる思いがあるのですが、今までの日本の医療保険の支払い制度というものは、質を向上させるインセンティブがほとんどないというふうに考えています。やはり質を向上させる支払いの方式を考えるということであって、いいか悪いかはちょっと別にしまして、一つの参考例として、1980数年に導入をされたDRG／PPSというような、アメリカのあいつたものがやはり参考になるだろうと思う。ただし、それをするためにはデータ・ベースが必要なんです。日本の医療、あるいは診療に関して、診療情報管理という観点から診療情報が電子化されて、それがデータ・ベースになって、分析をして、それを現場にフィードバックできているかどうか。これはまだまだ、本当にこれからの課題であるわけですね。早急にそういうことを我々が確立をしていかなければいけないだろうというふうに思っています。

そのためには、運営の標準化。例えばコストを考えたときに、私は細かいことはわかりませんが、今、特定機能病院——大道先生がいらっしゃいますけれども——に関して、日本的DRGと一部ではいわれているようですが、DPCというんですか、医療機関ごと、特定機能病院ごとの定額払いみたいなことをこれから導入をしようといっていますけれども、これはほとんど合理的な理論性がないというふうに思っています。というのは、運営が標準化されていない。だから、コストがばらばらなんです。運営を標準化することが極めて大切であり、運営が標準化されれば、コストも標準化される。そのコストに対してどういう支払いをするのか。当然それに対して質を向上させるインセンティブをつけるということが必要なんだろうと思います。そのためには、全国レベルのデータ・ベースが必要である。ただ、データ・

ベースというのは、ナショナル・データ・ベース——唯一である必要があるかどうかは別にしましても、そういうものが必要であるのだ。ところが、ナショナル・データ・ベースであっても、日本は国家規模でデータ・ベースをつくると、国家が独占して使用してしまうという傾向があります。やはり海外のように、国家規模でデータ・ベースをつくったときに、そこと同等の契約をした人たちが同等に使えるというような仕組みが必要なんだろうと私は思っています。

それから、急性変化と慢性療養に関して、これはDRG／PPSと、それから日本の一日定額とか、そういったものの組み合わせを、今も含めて考えなければいけないということでありまして、介護保険制度は地域格差と混合診療的な考え方が入っております。私自身、医療保険に大きな矛盾を昔から感じているのですが、そのうちの 하나가地域格差がないということでありまして。極めて少ない地域格差が診療報酬には入っていますけれども、当然コストが違う。ただし、国の制度であるということを昔からいわれていて、国というのは、北海道に住んでいようが、東京に住んでいようが、沖縄に住んでいようが、国民一人には変わりはないのだ。ですから、国の制度は一律なんだということをいわれ続けてきました。ところが、現在の国の制度としての介護保険には地域格差がかなり大きく入っているということは、国の制度でも地域格差は入れなければいけないと私は思っています。あるいはもし入れられなければ、都道府県がそこを考える責任があるのではないかというふうに考えます。

公費の負担でありますけれども、最近の数字は正確にはわかりませんが、日本の医療保険というのは恐らく32～33%が公費から支出をされているというふうにいわれています。現在、アメリカの医療費というのは、これはもう巨大でありますけれども、恐らく150兆円を超えるお金が医療費に使われていますが、これは全世界の医療費の半分

以上といわれています。それに対して、あの公に頼らないというアメリカでさえ、公費支出が半分を超えたというふうにいわれています。我が国の医療費の支出という中に、公費負担というのはまだ1/3程度であるということを我々はどうか考えるのか。公共事業費、三十数兆円といわれているこのお金を、なぜもう少しソフトの部分に使えないのかなあというふうに思います。

ヒル・パートン法とここに書きましたけれども、これはアメリカでさえ病院の建て直しの資金、先ほどキャピタルコストという言葉が出ましたが、資本的費用に関して、例えば公設民営。本当に非営利という医療機関を考えるのであれば、私は公設民営があってもいいのではないかと思いますけれども、アメリカのヒル・パートンは1946年にできた法律であります、というような公的資金の援助というものがあってもいい。ただし、現在の日本のように、病院の開設主体が二十数種類あるといわれている中で、一部の病院にだけ他会計からの繰入金が入っているという矛盾を解決しなければいけないのだと思います。

患者さんの意識をやはり変えなければいけないということでもあります、健康管理。お酒とたばこ、この2つだけをとっても、なぜ保険料に差がつけられないのか。ここから我々は保険料の格差というものを当然考えていいのではないかと思います。

償還払いも一つの考える方向ではないかと思えます。

その次に、フリー・アクセスは本当に必要であるのか。フリー・アクセスが非常にむだな医療費を生み出しているということもあるのではないかと私は、適正なアクセスさえ確保されれば、それでいいと思っています。このフリー・アクセス、なぜなかなか厳しいかといいますと、盲目的な選択である。そこには情報がないということも一つの原因なんだろうと思うので、きちんと情報を流通させるということでもあります。

評価システム。保険者は当然いろいろな意味での評価をする仕組みを持たなければいけないという意味で、被保険者、あるいは医療機関に対してきちっとした情報を流通させる必要があるのではないかと思いますし、もちろんここには契約という契約概念をお互いに、被保険者と保険者の間、それから医療機関と保険者の間の契約関係をきちっと作り出すべきなんではないかというふうに私は思っています。

それから、先ほど保険者の立場というのは健康保険組合が主であるのではないかというお話がございましたけれども、それであっても、この保険運営、民間委託というものがあってもいいのではないかと。日本にも民間の保険会社があるわけがありますよね。そういうところに運営を委託してしまうということも、私は可能ではないかと。あるいは、先ほどから申し上げているように、民間の医療保険が直接的に参加をするということがあってもいい。ちなみに、今、アメリカでメディケア、メディケイドというものが非常に拡大をしています。この運営はすべて民間の医療保険会社が担っているということです。仕組みは国がつくって、あるいは州政府がつくっても、実際の運営は民間の保険会社が行っているということでもあります。

最後、5番目のグローバル・スタンダードでありますけれども、日本特殊論というのはもうやめましょうよ。これだけ経済が大きくて、しかも生活水準がある水準まで到達をした国が、なぜ日本は特殊であるというふうにいるいろいろな国から見られているのか。私は最初に社会システムというのはバランスであるということを申し上げましたけれども、日本もグローバル・スタンダードにある程度乗っていくということが必要なんだろうと思う。ここに書いてある、この6つというのは、アメリカの医療を見たときに、制度、マネジメント、評価、医学教育、あるいは医師・看護師等、それから物、医療材料、あるいは医療機器、あるいはいろいろな医療技術を含めて、貿易財として世界

にどんどん提供するだけの力を持っている医療である。巨額なお金はかかっていますけれども、それだけのものを世界じゅうに貿易財として提供できるだけの力を持っている医療というものも、私はすばらしいのではないかと思います。

終わります。

座長 河北先生、ありがとうございました。ご案内ですが、河北先生は現在、きょうのシンポジウムの背景になっております内閣府の総合規制改革会議の専門委員のお立場でもおられます。広範にわたるお話でございましたが、後ほどまたご議論いただきたいと思います。

以上、5人のシンポジストのご発言をいただきましたので、ここで20分間休憩をさせていただきます。この間、ご参会の皆様は、配布されました質問用紙にご質問、あるいはご意見がございましたら、お早目に事務局の方にご提出いただきたいと思います。休憩の後の後段の討議の場で、適切に整理をさせていただいた上、議論をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、しばらく休憩に入りたいと思います。

(休 憩)

《総合討論》

座長 先ほどまでの5人のシンポジストの先生方のお話を受けて、会場から実は大変多くのご意見とご質問をいただきました。ざっと数えて17名の方から、一部の方は詳細なご意見の開陳もございます。ご質問とご意見とが必ずしも明確でないような向きもございますが、仕切りにやや難渋をしておるのですが、主としてご質問の向きをお名指しをしたシンポジストの先生に問いかけをして、もし必要であれば討議をお願いすると、このようなことで進めさせていただきたいと思います。本来ですと、シンポジスト間で若干のご討議をお願いするところなのですが、せっかくご熱心にお話を受けてのご質問ですので、シンポジストの先生方には、私の方から問題点をそれぞれの先生に差し上げますので、ご議論がありましたら、どうぞ適宜お願いをしたいと思います。よろしくお願いします。

それでは早速、主として議論が成り立つであろうご質問をということで始めさせていただきます。まず遠藤先生にお尋ねが来ております。「制度の失敗に関連して保険者機能を適切に機能させることについては、大変共感をする」、中でもご意見としては、「我が国ではヘルスプロモーション(健康増進)についての実現がどうも不十分だ」というようなことが強く感じられるのだけれども、改めて遠藤先生には、制度の失敗の中でヘルスプロモーションを保険者機能の中で強化するというようなことのご意見があったのですけれども、もう少し具体的にというか、強調した形で改めてご発言をいただけませんか」と、こういう要望がございます。遠藤先生には今のところを少し膨らませて、時間の関係もございますのでポイントをつけてよろしくお願いします。ご無理なお願いで恐縮ですが。

遠藤 どれほどお答えできるかわかりませんが、

手短にまとめてお答えしたいと思います。

ヘルスプロモーションということは、先ほど申し上げましたように、個人が行おうとする私的なインセンティブと社会が求める水準とが基本的に乖離している可能性もあるというところが1つと、もう一つは、保険者というのは被保険者に対して、病気が起きる前から、起きた後を通じて、長期的な関係があるという、そういうポジションにあるわけですから、ヘルスプロモーションを行う上で有利な立場にあるのだらうということをお話しました。具体的には先ほど禁煙プログラムの例などいいましたが、恐らくほかにも幾つもあるというふうには思います。

その具体的な例以上に強調しておきたいのは、先ほど下村先生のお話で、今の財政状況の中では保険組合としては、予防医療に関するコストといったようなものも削減の対象にならざるを得ないということだったわけで、私はそれはそのとおりだと思います。公的医療保険制度の失敗を、たまたま情報がそこに集約されているとか、被保険者と保険者の関係が有利だからといって、保険組合あるいは保険者が積極的に行うというのは、それは財源が何らかの形で補填されなければ、なかなかできる話ではないということであります。私がお話の中で申し上げたことを繰り返しますが、ヘルスプロモーションを進めていく上で、その努力、あるいはそのアウトカムに対して、何らかの財政的なインセンティブが保険組合そのものにも与えられるというようなことをつくっていくことが、非常に重要なのではないだろうかというふうに考えております。現実には老人保健拠出金の計算の仕方は、被保険者の老人医療費を抑えようとする強いインセンティブが保険者に働いておりますので、そのようなこともヘルスプロモーションの中で展開していくことが非常に重要だろうというふうに考えているわけです。

お答えになっているかどうかわかりませんが、相当数の質問があるというふうに聞いております

ので、とりあえず……。

座長 実はヘルスプロモーションについては3人の方からご意見がありまして、基本的に今のお答えで吸収できていると思うのですが、「限られたコストの中で被保険者の健康教育、健康増進はどう行えばよいのか」と。保険者機能の問題としてとらえることについて、やや後ろ向きというか、なかなか難しい問題で、疑問の向きがおります。元氣なときは、みんな関心の薄いものです」という、若干さめたご意見をいただいています。これはお答えをお願いしているわけでは必ずしもありません。

それから、今の関連ですが、「遠藤先生には、公的医療保険制度の失敗の補完ということはそれなりに共感するのだけれども、本当に保険者ができることと、保険者でなければできないことと、そして保険者が行うことが最も効率的であること、ニュアンスがいろいろだろう」と。なぜ制度の失敗を保険者機能で補わなければならないのかというあたりの、その説得力というか、そのあたりを、これもお時間は限りがありますがけれども、よろしくお願いします。

遠藤 実は私、時間がなかったものですから、非常に簡潔にまとめたわけなんです、もちろん我が国の公的医療保険制度の制度の失敗というのは、3つに集約したもの以外にもあるわけですし、あの3つも、当然保険者だけが最もそれを有効に克服できる主体であるということでもないわけです。しかし、保険者は比較的相対的に有利に——その理由は先ほど幾つかお話しした中に含まれているわけですが——その問題の克服ができるだろうということで挙げたわけでありまして。本来ならば、なぜそうなのかというところは、保険者の特性と、それから制度の失敗の問題点との対応関係をもう少しきっちりとしたものをお見せすればよかったのだと思いますけれども。お答えになっているかどうかわかりませんが、保険者の持っている機能の中で、被保険者と保険者との間の、疾病が発生

する前、あるいは発生した後まで連続してある長期的な関係と、それから、検診データ及びレセプトデータを集約できるということと、それから、一律の公定価格体系の中であっても、多少とも自由度がある活動ができるというようなところ、こういったようなものをもう少し発展、展開させていくと、実は保険者というのは潜在的に、今までの問題を克服するのに非常に有利な立場にあるのだということをお話し申し上げたということでもあります。

座長 いずれも当然関連するのですが、加藤先生またはほかの先生でもよろしいのだそうですがご質問です。「きょうのシンポジストの皆様方から、将来的な、かなり先行きの方向性はわかったような気はするけれども、当面の健康保険組合の業務とかアクションとか方向性について、より具体的に提起するというのは何でしょうか」ということです。歴史的な展開を少しく加藤先生はお触れになったのですが、今、あるいは当面、何をすることが保険者機能として求められているのかというあたり、もしご発言があれば加藤先生にいただきます。

加藤 独断でいわせてもらいますと、今、例えば政管健保、組合健保、市町村国保、国保組合という4つの保険者類型の中では、健保組合が基本的には一番保険者らしい機能を果していると思います。ばかなことをいっているなあといわれるのを覚悟でいわせてもらおうと、どこが自分たちの保険者としての活動として苦しんでいるのかとか、障害になっているかということを明らかにすること、あるいは、保険料率はもっと引き下げられるのに、政府の法律の規制によってできないとか、あるいは、こういう給付もやりたいのだけれども、できないとかいうことを、どんどんアピールすることではないかと思っています。それは要するに、これから大きな変革が必ず来るのだらうと思いますから、その中で自分たちの存在意義を高めるためにも、何が障害になっているのかということ

明らかにする。あるいは保険料率が高い低いということも、ちょっと話は違いますが、雇用保険は、今、財政が逼迫してきて、引き上げという動きになっていますが、好景気のときには、料率が低いということもあって、経営者側は何にも文句をいかなかったわけです。なぜいわないのか、非常に不思議です。そういうことに対してクレームをつけるというのが本来の保険者の機能なんです、どうも政府主導でやってきたということが背景にあるのではないかと思いますので、恐らく護送船団方式からの脱却ということが21世紀の一つのテーマだとすると、そこに向けて何が具体的な障害になっているかということをはっきりしていくということが、当面の課題ではないかと思っております。

座長 ありがとうございます。

ご質問の方に本当はご発言いただきたいところなんです、時間の関係で割愛させていただきます。ご了承ください。

青柳先生と下村先生には、実は少なからぬいろいろなご意見があるのですが、ちょっと大事なというか、ご関心の高い向きから入らせていただきます。

きょうのご発言の中で印象的だったものに、一部負担金の清算の話が出てまいりました。これは青柳先生からのご指摘なんです、現在、一部負担金はまさに医療機関の窓口で払われているわけです。これは医療の必要な患者さんから見ますと、直接負担をすることの痛みが医療機関の窓口で行われることによる問題というのは、医療機関は痛いほど感じているのですが、これらのご発言を受けて会場からのご意見は、「保険者の一部負担金の直接清算にすることの提案については反対です」と。「健康保険組合の立場からは、直接清算というのは膨大な窓口コストがかかるし、その費用負担をどう考えるのですか」ということで、まずは事務費の負担のことを問題とされているのですが、むしろ敷衍して、一部負担金の徴収というものを

どう考えるかというのは、保険者機能との関連は直接ではないのかもしれませんが、きょうの論点の一つのようにお見受けしますので、まずは青柳先生に、こういうご意見についてのご発言をいただきますでしょうか。

青柳 まず、保険者として、事務操作上非常に大変だと、お金もかかるしという話。じゃあ、医療機関はそういうコストをどういう形で支払っているのか。ある意味においては私どもは、制度改正のたびにいろいろ対応を考えなければならない。今回特に、ご存知のように10月1日から、言葉はちょっと悪いのでありますが、1割負担老人と2割負担老人という、高齢者の自己負担割合の、2割負担老人は12%でしょうか、いずれにしても、そういう制度も入りました。さらに前回の制度改正の中では、所得によって高額療養費制度の水準が違ってきているという制度も入っているわけがあります。しかし、ここら辺をすべて医療機関の窓口でこなせよと、今まではそれ式でありました。もちろん健康保険法上そういう規則なりルールがあるということは、私ども、十分承知の上で申し上げているわけがあります。

よくこういう議論をするときに、じゃあ、患者さんの窓口負担を徴収されるということでのコスト意識をどうするのだというのが、法律とは別に議論として出てきております。しかし、先ほど私のご説明の中で、現在、領収書を発行するなり、あるいは仮の請求明細書を発行するなり、それによって患者さんは十分、きょうはどのくらい費用がかかったと。そういう内容はお知り得るわけがありますから、そういう意味においては、コスト意識を持たせるという議論の中でたびたびいわれていることも、私は別に問題は起きないのではないかなあと。要は、皆さん方保険者として、非常に費用がかかる、事務手数料がかかるということは、だれかがやっているわけですからね。それは我々が今やっているわけで、そこら辺はお互いにどうしようかという議論はあってもしかるべきなんで

はないかと、そのように思っております。

座長 下村先生、この件は何かご所見ありますか。
下村 法律的にいきますと、現在の医療機関との関係でいえば、患者と医師との間で一応の診療契約があるのだというふうに考えているわけです。それと並行して、保険と医師との間での基本契約のようなものがあって、二本立ての契約になっているという考え方なんです。したがって、それは分けて取るのだと、制度の考え方としてはそういうことになると思うのです。

それで、今のコスト意識という話なんですけれども、これまでの定額負担だと、850円で済んでいるので、実際にどのぐらいかかっているのか知らないんですね。大概の場合、お年寄り、市町村から受給者証をもらうわけだから、市町村長が払ってくれているのだと。現役の若い世代の自分の息子や娘が自分たちの医療費を払ってくれているのだなどということは、まず知らないですよ。私たちはそういう構造に問題があると思っているので。毎回払うということになると、患者の方も、きょうは高いな、何が変わったんだろうという、医療内容についての関心を持つようになる。青柳さんがそうおっしゃるのは、医者の方からいうと、目の前で金を取るというのはなかなかつらいんですよ。今度上がってくると、今までから比べると倍ぐらい取らなければいけない。それは当然お医者さんの方にとっても負担になるところがあるので、むやみに上げないように、相手の状況も考えながら医療をやっていこうという気持ちが生まれることになるわけです。

具体的にまだ調べてないからわからないですけども、例えば今回の診療報酬改定の中では、ジェネリックというか、後発品を使うということを出したのですが、私の知っている例でいくと、先発品だけでやっていると思うと高くなるので、後発品に切り変えると、患者負担は確かに安くなるんですよ。そういうふうな動きも一部には出ていているし、そういう意味では、老人医療費の問題と

いうのは非常に大変だし、老人医療費だけではなく、医療の中身を理解して、患者が自分で選びながら医療を受けていくというふうなことをつくっていく上でも、その場で払ってもらうという制度があった方がいいという判断で、私たちは窓口で払ってもらうということを続けていくべきだというふうに考えているわけです。

座長 加藤先生のきょうのプレゼンテーションで、保険者機能とのかかわりで償還払いの例をお示しいただいて、それが2枚目（資料2）と3枚目（資料3）の図柄で、現状は3枚目ですけれども、その前の段階で、一部負担金のルートもお示しになりながらの、いわば社会保険の運用の流れとしてのご説明でしたが。今の一部負担金の支払いの流れからいきますと、償還払いともちろん違うのですけれども、先生から何かコメントありますか。
加藤 医師会はずごく頭がいいことを考えるなあと思いますが。ただ、一部負担金を保険者が直接支払うということは、結局10割給付と同じような錯覚を与えるということが、一つ政策的にどういうふうに考えるかという問題ができるということと、それから、さっきの質問と若干関係しますが、保険者が具体的に一部負担金の支払いをどういう形でやるか、それに合わせて、実際に患者が受けた医療評価を患者側に知らせるということになるでしょうから、そのシステムをどうするかというのが難しいところで、私は、今の状況は患者が自分の受けた医療に対する評価を全然知り得ない立場にあるのは問題だろうと思っていますので、その点については評価できると思います。

ただ、先ほど下村先生がおっしゃった個別契約と保険的な契約と二本立てになっているということとの関係で、一部負担金は、医師との間の直接の契約に対応するという理解も確かにありますが、保険契約の中で、ある種自分の健康管理に対する責任というか、ペナルティーというような意味合いもありますので、つまり、実際に病院の窓口に行って1割とか2割とか払うことによって、自分

の健康管理に失敗したということを理解させるといふ、そういう機能もあると思います。全く病院にお金を持っていかなくて済むというのは非常にいい形ですが、21世紀の社会の中でそれでうまくいくのか疑問に思います。

座長 医療機関にお勤めの方なら、ご経験があるかもしれませんが、レセプトで請求をして支払いを受けたときに査定減額になることがあります。そのときに、患者さんから一部負担金を既にいただいているわけですね。そのときの過誤調整の問題というの、金額の多寡にもよりますけれども、どうするのだということは、実は内部というか、事例によっては議論になるのです。しかし、既に過ぎたこともあるしというようなことで、なかなか難しい問題になっていることも事実なんです。金銭上の帳じりの合わせ方という意味では。しかし、きょうの議論は、一部負担ということの支払うことの実務的な負担感もあるのですが、むしろ患者さんがまさに経済的な負担をして医療サービスを受けるといふときの、この負担の感覚に、今ご議論があったような問題がありまして、単なる負担コストの押しつけ合いということではない意味合いがあるということもご理解いただいて、今後の保険者機能の一つの論点としてお受けとめいただく必要はあるのではないかとということで、このご意見を取り上げさせていただきました。

さて、ほかにもございますので、次へ参らせていただきます。次は、青柳先生と下村先生へのお問い合わせなんです。まず1つのご質問は、「きょうの青柳先生のお話は財政中心のお話をされたというように見受けるのですが、被保険者、国民の健康度のアップ、あるいは自立の支援についてはどのようにお考えですか」と。「現段階の医療というのは治療に偏っておって、予防や自立支援の役割は不十分ではないか。そして、そのような状況の中できょうの流れの――最後のスライドのことをおっしゃっているのでしょうか――一本化という方向には反対です。効率化はあっても、

この国のヘルスプロモーションのビジョンが見えませんか」ということです。つまり、従来の医療保険の流れの中のヘルスプロモーション（健康増進）ということについて、青柳先生のお立場ではいかがですかという、こういうご質問です。

関連で、今のことと直接かわるかどうかわかりませんが、保険者のスキームが変わる流れの中で、今、一本化の方向性を青柳先生はお示しになったわけです。その過程で保険者の適切な数をお示しなんです。考え方の区分点はわかったけれども、「具体的な数として保険者というのはどのぐらいの数が妥当なのか」、あわせて青柳先生にお尋ねします。

両方を関連させて、青柳先生からお答えいただきましたでしょうか。

青柳 今、2つ座長から申し渡された課題があるのだと思います。まず、ヘルスプロモーションという切り口で日本医師会はどう考えているのだろうという話。私ども、どう介入するかと、介入の方法が非常に難しい部分があるのだろう。これは私どもサイドの問題点だと思います。もう一つは、我々がそういうアプローチをしたときに、個人個人、患者さんなり国民の方々が、どういう受けとめ方をして、それにどう対応するのかと、今度は患者さん側の行動がどうなっていくかと。やはり私は2つの切り口が必要になってくるのだろうと。私どもが首に縄をつけてといいますか、そういう形で介入するということは不可能でありますから、ある意味においては国全体として、どうヘルスプロモーションに取り組むのか、それは結果としては個々の皆さん方にどうプラスがあるのだということを示さなければならない、それがまず1つあると思います。

もう一つは、現在のヘルスプロモーション関連の法律というのは、母子保健から始まって、学校保健から、産業保健から、老人保健と、それぞれ縦割りの中で、不連続性という形で法的に存在するわけです。こころをどう整合性をとって、

通しでやっていく仕組みをつくるかと。まずそれは制度上の問題点として、やはりクリアしていかなければならないのだろうと。

もう一つ、ちょっとつけ加えますけれども、これは恐らく下村さんもよく知っていますが、毎年3万人の人工透析の患者さんがふえているのですね。もちろん亡くなる方もおられますから、プラスマイナスすると大体1万数千人になります。これにかかる医療費というのは膨大です。しかも、その60%は糖尿病から発生してくる。こういう方々、現役世代も含めて中高年の方々が、どの程度糖尿病なり生活習慣病に対して意識を持って、ある意味では健康教育も含めた、そういうものに立ち向かっているのか、あるいは受けとめているのか。これはまさしく我々の介入の方法の改善もありますけれども、国民の方々の受けとめ方という問題も私はあるのだろうと。保険者の機能の中で、いかにそういうことを普及されていくのか。もちろん私も市民健康教育の中で各地域でやっておりますけれども、そこら辺も非常に機能としては必要になってくるのではないかと。

もう一つは保険者の規模というお話でございました。先ほどご説明の中で再三お断りをさせていただいております。これは多面的ではなくて極めて一面的な規模設定のパラメーターを使わせていただいております。しかし、財務状況という切り口からいいますと、健康保険組合を例にとりますと、2,000、3,000という規模が一つはラインかなあと。そのほかのいろいろな要素が加わるはずでございますから、先程の数値をもとに考えていくべきなんだろうと。ただ、市町村国保につきましては、財源的な意味合いのほかに、やはりサービス基盤をそれぞれの保険者が用意をしなければならない。そういう部分も実をいうとあるわけですから、単純に財務状況というか、財政状況だけでラインを引くのは難しいのであって、サービス基盤をどの程度の規模にすると効率的かということも一つは指標になるのではないかと、そういうご

説明をさせていただいたわけであります。

座長 ありがとうございます。

なかなか難しいところに切り込まれた問題提起でいらっしゃるの、ひとつご了承をお願いいたします。

次の論点は、保険者の選択の議論についての問題提起がございますので、これについて、まずは下村先生、青柳先生、お二方になろうと思います、よろしくお願いします。

「保険者側の事業に特徴を持たせた多様性を設けて、同じ保険料を支払いつつも、年齢、階級、あるいは地域、職域によって異なるニーズを満たすような、そういう保険者を選択できるようにすることはできないものか。既に生命保険等ではそうした選択肢を持っている。その方向性はどうか」と、こういうことですね。後段がございまして、「保険料負担が重くなる高齢者の負担については、若年者の年金のような形で将来への備蓄の形の積立方式をとるというのはいかがであるか」と、これはご意見だと思います。

それと、健康保険と、年金的保険と書いていらっしゃるけれども、いわゆる年金ですね、この両方の運用あるいは相互のバランスということの考慮によって、何かいい方向はないかどうかと。かなり難しいといえは難しいのですが、現在の我が国の健康保険の仕組みの画一性、単一性の中で、時代に合わせた多様性が得られないかどうかと、こういう趣旨のご質問です。

恐縮ですが、あわせて、必ずしも同じ趣旨ではないのですが、民間の保険会社に組合の運営を任せるというふうな方向。これについて河北先生もお触れになったのですが、これの現実味はともかく、民間の保険会社でやっておられる今いった保険メニュー、これと公的医療保険との関係を改めて問いかけているなあということで、ちょっとだけご紹介させていただきました。

まず、下村先生にこの件をお尋ねいたします。
下村 なかなか難しい問題ですけど、多様性で

すね。これは我々からすれば、多様性は認めていた方がいいのではないかと考えているわけです。どういう点で、どこで多様性を持たせるのかというところはまだ十分議論できていないので、具体的にどうだということはいえませんが。例えば保険予防活動とかいうふうな話がありましたけれども、さっきの議論なんかを聞いていて私が思うのは、保険料を予防分と本来の医療費分と分けて取るというふうな仕組みをつくったら、それで個人別にそれを選択させると、一体予防をつけて保険料が高い方がいいとみんながいうだろうか。保険料が安くなるように、もう予防事業は要らないというだろうか。そういうところは極めてはっきりしてくるわけですね。そういう多様性もあるし、いずれにせよ多様性という問題は我々として検討することになるだろうと。ただ、その場合に、どの程度まで差を認めたらいいかというところは非常に難しい問題だと思いますね。

もう一つは積み立てとか年金とかいう話ですね。私は、高齢者医療の問題は年金型の保険で対応した方がいいと思っているのです。というのは、健康保険の本来の姿は相互扶助ですね。みんな病気になるのだから、病気になったときのためにお互いに保険料を出し合っておいて、病気になった者は給付を受ける。それは健康保険の本来の姿です。だけど、高齢者医療費の負担というのは、お互いに患者になるのだからというのではない、現役の方から一方的に老人に向かってお金が流れるという形だから、そこは仕組みが違うのだと、財政の基本原則がね。私はそう思っているんで、本来、老人医療費というのは年金型の保険であるべきだと思います。

ドイツなんかはどうやっているかという、年金受給者の医療保険料を年金が負担しているのです。大体7%とってましたから、かなりの金額ですよ。総額では日本円で7,000億とか、そこらぐらいの金額ですがね。ドイツの年金から、年金受給者のための医療保険料は払っているわけで、

おっしゃるように年金とのリンクをすることによって高齢者医療費に対応するという考え方を、ドイツなんかはとっているわけです。

そういう点からいっても合理性があるのだけれども、それで積み立てができれば一番いいということは間違いのない事実ですが、日本の現実からいうと、積み立てがないままに既に年寄りになっている人が大勢いらっしゃるんで、それをやろうと思うと、日本の高齢化からいうと、大抵現在50～55歳ぐらいの団塊の世代ですよ。あそこが年寄りになるときが一番大変だということになっているので、その辺はサラリーマンの中堅層で結構給与も高いところにいるわけだから、保険料をしつかりいただいて。しかし今は、その中からしつかり年寄りの分の医療費を払っているという構造です。それにさらにその人たちは自分の分の積み立てをやるということになると、相当高い保険料を取らなければだめだというところがネックになってくるわけです。それは非常に難しいだろうと。

ただ、多少なりとも、その辺の階層の将来の保障に問題があるのだから何らかの備えを考えていくべきだということについては、私は当然考えなければいけないだろうと思っております。何か考えてあげないと、その世代はかわいそうだと。自分たちが70とか75になったときに後ろを振り返ってみたら、自分の医療費を払ってくれる人たちは人数が減って、とても払えないといわれたらかなりいけませんよね。今、一生懸命払っているのだから。医師会も積立方式といったこともあったのだから、その辺の理屈はよくわかりだと思います。青柳先生なんかはよくわかっておられるのだけれども、多分できないからと思ってあんまりおっしゃらないのだろうなあと考えているのですが、合理性からいえばそうなんです。明らかにそうしないと、将来は非常に大変なことになると、私はそう思っております。

座長 今の件は、介護保険を我が国は導入して、

医療保険と介護保険，ある意味では二重性を持たせた運用をして行こうとしているわけです。きょうの議論はやっぱり健康増進，ヘルスプロモーションというキーワードは3人ぐらいの方が非常に強く意識しておられて，今も下村先生はその件を前段でお触れになったんですね。

下村 民間に確かにそういう意見があることは承知しております。それで民間がどこの部分をどういうふうにしたいのかと。先ほど言いましたように，現在の運営状況からいうと，かなり運営費は切り詰めてきているという実態もあるわけですね。民間がやった場合に，それ以下のコストで健保の運営を引き受けることができるのだろうかというところは，正直いってよくわからない。できるというのならば，検討してみる余地はあるでしょうね。果たしてそれについて，民間の保険会社やなんか，今の健保組合よりも安いコストで我々は運営できるとおっしゃるのかどうか。なかなかそうはいえないのではないかなと思いますよ。民間でやるということになれば，いずれにせよ，儲けなければいけないということにはなるわけだから，赤字状態でやろうという人は多分民間会社ではないでしょうからね。

民間が引き受けた場合に，黒字でやっていくということになれば，さっきドイツで加入者の選択制をやって，いい被保険者をとりたいたいということで競争が起こっていますといったのだけれども，民間会社は当然それを健保組合よりももっと考えるはずですよ。いいのを入れて悪いのははじきたいという話は，当然何らかの形で運営に反映してくるのではないかと。そこが実質的な問題点として出てくるでしょうね。民間参入を認めるということになれば，そういうクリームスキミングといわれているようなことはやるなという規制をかけることになるでしょうけれど，しかし，民間企業として，赤字を出すわけにいかないということになれば，いい被保険者をとりたいたい，いい加入者を集めたいという動きは一層強くなるのではないかと。

なあと。そこは民間にやらせる場合の問題点でしょうね。民間が参入したいという場合に，「いい被保険者だけ私がやりますから」なんていうことはおっしゃらないとは思いますが。おっしゃらないと思うけれど，会社としていえば，「悪いのばかり引き受けます」なんていうことは絶対いわないんでね。そこら辺がどう担保できるかと，その辺が問題になっていくのかなあと，こんな気がしますね。

座長 青柳先生には先ほど申し上げかけたところですが，医師会の従来のご主張ですと，予防給付等も含めた今後の対応についてはかなり明確なおっしゃり方があるということが一つですので，先ほどの流れでご発言いただきます。それとあわせて，恐縮ですが，現実的な話なんです，保険者機能の中で審査の質の維持についてお触れになったわけですが，医療行為の内容の適切性まで審査に及ぶこと，これをつまり保険者みずからがやるということについてはどうお考えですか。そんなことは多分させないだろうという趣旨が言外にありますけれども，現在の診療報酬支払基金における審査委員会，これは専門医が委嘱された形でやっているわけですが，保険者みずからが行うときの審査の質についてお問い合わせですので，このあたりの所見もちょっといただきたいと思います。

青柳 まず，保険給付の対象に予防医療という提案を我々はしておりますけれども，これはあくまでも科学的な根拠が確立しているというものについて，我々としては対象にしていく。何が何かわからないような予防，健康増進というもののまで含めて我々が提案をしているわけではないということを，まずお断りをさせていただきます。

それから，これは先ほど下村さんの方からちょっと触れられました，アメリカにおけるメディケアのパートAというものを一応は頭の中に入れて，それで社会保障税なるもので使えるお金はある程度貯蓄をしていく，そういう考えで私どもは提案をさせていただきました。しかし，その提案は，

年率どのぐらいのパーセントの利息が加わるという前提で制度設計をいたしました。しかし、その後、今後ためたお金が運用される状況にはないと。現行ではまさしくその運用、むしろマイナスになってきているわけですから、そういう状況下ではなかなか難しいのだろうということで、賦課方式を基本的に考えたわけがあります。

それから、保険者機能の中の審査の問題であります。これは非効率的な部分があるにしても、支払基金にしても国保連でも、医療行為そのものを今だれが審査をしているかという、これは例えば公益側、それから診療側、保険者側、それぞれの三者構成で行っているわけですね。それがあからこそ、医療機関は査定をされても、あえてそれに余りクレームをつけない。私どもは再審請求に関して、個々の医療機関は頑張ってくれと、もっと対峙してくれというお願いをしているのですが、残念ながら、例えば1医療機関に2〜3枚というのが査定されてくるとしますと、それを再請求するだけのある意味でコストといえますか、それを考えるとなかなか再請求をしてくれないというのが問題である。しかし、保険者機能強化の中で直接審査という形になりますと、私たちはそうはいってられない。どういう審査体制をつくるのかは見守る必要がありますけれども、いずれにしても、保険審査に関しては厳しく、医療機関個々、できなければ医師会が音頭をとって対応していかなければならないということまでは一応考えております。しかし、原則は、私どもとしては、非効率的な部分を解消しながら現行の審査体制の方がいいのだろうと、私はそのように思っております。

座長 ありがとうございます。

河北先生にもかなりご質問というか、ご意見があって、賛否半ばなんです、とりあえずお尋ねをいたします。河北先生のレジュメの中でセーフティーネットという言葉が、新自由経済主義者が使う社会のミニマムリクワイアメントの意味で定義されていたと思いますが、最近では中流層が供与

される程度の一定のレベルのものを意味して使われることも多いと思います。すなわち、いわゆるセーフティーネットの用語論なんです、これについて河北先生の所見を承りたいということで、あんまり延々とやると大変厄介な話なんです、ひとつそのあたりを踏まえて、まず先生のお考えを……。

河北 セーフティー・ネットは絶対に必要だろうと思います。ですから、これは保険ではなくて保障の部分であって、その人のストックとフロー、両方考えたセーフティー・ネットでなければいけないだろうと思う。どうもフローの方ばかり中心で——お金の流れですけれども、そういうセーフティー・ネットではなくて、ストックの方も考える。当然ストックをそこにに入れることになれば、相続税、あるいは次の世代に何を自分は残すかというものになりますから、当然これは相続税の税金の話にもなるだろうと思います。次の世代にストックを残さなくても、次の世代が自立できるような社会ができていけば、私は十分だというふうに思っています。

座長 それでは次に、これはご質問ともご意見ともいえるところがあるのですが、「本格的な高齢社会を迎える現在、保険財源上からも、医療機関、保険者ともに民営化することが必要なのではないのでしょうか」と。保険者の民営化というのは、先ほど既に下村先生がお触れになりましたので、医療機関の民営化、場合によっては保険者の民営化について、河北先生はどちらかというとその方向でご発言ですが、補足なり、あるいはつけ加えてご発言があればいただきます。

河北 医療機関の民営化というのは、私は昔からそれをいっているのですけれども、イコール・フットィングという考え方がなければどうにもならないですね。国立病院、あるいは自治体立病院、それ以外の公立に近い病院を民営化するというのは当然だろうと思いますけれども、イコール・フットィングというのは存立基盤を同じにするという

ことであって、ここができなかったらば民営化というのは、その周辺にある民間の病院が非常に厳しくなるというふうに思っています。私は株式会社の病院経営を積極的に導入をしたいとは全く思っていない。私の病院は医療法人財団ですし、特定医療法人であって、何とか日本に非営利経済を定着させたいというふうに思っているからこそ、営利を排除しなくていい、営利が入ってくることによって非営利が頑張るというふうに思っておりまして、そういうことを含めて、医療は民営化すべきであるけれども、非営利"であってほしいというふうに思っているのが私の本音です。

座長 次に、これはご意見と合わせてのご質問ですが、むしろ反対という趣旨ですが、「社会保険をもって強制加入の保険であるところから目的税なのではないかといわれているが、それはそもそもそのような性格のものであるから、それでいいのではないか。むしろそのような流れの中で、社会保険の存在を否定するというようなことについてはいかがなものかと思う」と、こういう趣旨のご意見がございます。河北先生のご発言はある意味で刺激的なんです、「グローバルスタンダードといっても、これはアメリカのスタンダードであって、そんなようなことでいいのか」とか、「成熟社会とはいっても、何をいつているかわからん」というような、若干感情的と思われるようなご意見もあります。これは論議に活気を運びさせるというような意味で、私としては大変ありがたいと思っているのですが、ご紹介だけはさせていただきます。

さて、お時間も来ております。2／3ぐらいの方のご意見ないしはご質問をご紹介させていただきましたが、残りの方で触れることができなかったことについておわびを申し上げます。

きょうのご議論を承って、そろそろ集約をさせていただかなくてはいけないのですが、極めて直接的なご意見が出ております。これは遠藤先生がお触れになっていることなんです、レセプト情

報の集積によってレセプトの分析が可能というけれども、レセプトの情報というのは限界があるし、理解しづらいという現状もある。レセプトを分析するには、レセプトの様式そのものを変えなければならぬと思うが、いかがかと、こういうお問い合わせです。

データベースの必要性などについても複数のシンポジストがお触れになっておりますが、これは私の方から補足して申し上げますが、現行の診療報酬の請求にかかわるさまざまな実務上の流れはもう硬直的といえるほど定着しておりまして、入院と外来の審査の論理も基本的には変わらないとか、病名中心で審査をせざるを得ないとか、こういう流れの中で、きょう議論した保険者の機能の発揮、とりわけ審査・支払い、特に前段の審査の部分を保険者みずからが的確に行うことに限界があるのではないかというような、非常に的確な受けとめ方でいらっしゃると思います。私どものような研究者の立場から見ても、現在の診療報酬の流れとレセプトデータの運用で、適切な医療の保証と保険者として本当に保険者機能の発揮のために対応し得るデータになっているかどうかというのは、確かに問題があると思っております。

きょう、これ以上議論できませんが、下村先生も青柳先生も、保険者機能の議論の向こう側に、実は保険者そのものの仕組み、あるいはスキームの見直しがあると。むしろ保険者のあり方、あるいは枠組みが決まった後で、それを受けて保険者機能というのが議論されるべきではないかと、こういうふうに受けとめられるご発言が実は複数ございました。実務的な意味での保険者機能の発揮の中でもそのことがいえるわけで、今後の我が国の医療保険の枠組みの決められ方には、場合によっては保険者機能、ないしは、そういうぎらついた言葉は使わないまでも、保険者としての役割を全うできるような、そういう保険者の枠組みと、そこに集積される情報のあり方が問われている。端的に言えば、今のレセプトというのは、毎月ご

とに請求ということで、入院が複数月に分かれれば、2件のレセプト、3件のレセプトが出てきて、それらを突き合わせることはとてもできないような流れで出てきていますね。こういう問題ももう少し見直すいい機会になる可能性がある。恐縮ですが、このご質問だけ私の方から対応させていただきます。

《座長まとめ》

座長 そろそろ時間でございますので、集約といえますか、きょうの一連のご議論を承って、座長の立場としておいでになった皆さん方にもお役に立つような形でおまとめできればと思っているのですが。問題の背景は、冒頭お話ししましたように、現政権が掲げる医療改革の中で、実は医療保険の仕組み、とりわけ保険者の機能というものを非常に強く位置づけられて、言外には、医療を受ける国民の皆さん方の受療の行動も含めて、そして本当の眼目は、医療機関が行う医療内容について保険者の立場でよりしっかりとモニターをして、場合によってはそこに情報提供という形で介入する。そして、きょうは実はあえて議論をしなかったようなところもあるのですが、医療機関と保険者との間で直接的な契約を結んでまでも、医療の具体的な形に保険者として介入をすると、こういうことがもう必要な時代になったのだというようなことを強くいっているわけです。

これで、それぞれのお立場はどういうふうなお考えになっているのか、きょう、5人の先生方から、総論から始まって一わたりご意見を伺った中で、一定程度受けとめられるのは、保険者の基本的なあり方については加藤先生のお話でそれなりに確認をさせていただき、また、クリアになった部分があると思います。

遠藤先生は、ある意味では非常にナイーブに思いますか、我々研究者が素直に考える保険者機能のイメージをかなり多岐にわたってお示しにな

りました。時間の関係とはいいいながら、直接契約についてはなかなかまだ日本では意見が集約し切れないと。あえて申せば個別の保険医療機関と、個別の保険者が直接契約をして、そこに場合によっては、個々の医療サービスの対価についてある種の差をつけてまでも事を運用することも考え方としてはあるけれども、これについては各シンポジストとも前向きなご発言はむしろあえてされなかったというふうに受けとめます。

下村先生もそのところは、とてもそこまで至る状況ではないと。むしろ情報提供をしっかりとする上でも、専門家の確保とか、あるいはそれに伴うコストの問題があって、保険組合連合会の立場ないしは個々の健康保険組合の範囲ですけれども、直接契約というようなことはまだリアリティーがないというようなご発言があったと思います。

青柳先生は、現状の流れの中もあって、直接契約にはあえて言及されなかったようなところもございますが、医療機関の立場からすると、保険者と医療機関が、集積されたデータベースなどの情報をもとにある種の評価的な観点で個別契約をされるというようなことを、あえて申せば非常に警戒しているというようなところがあったのですが、そういうのがこれまでの一般的な受けとめ方だったところを、きょうの範囲では、直接契約というような話にはまだ至らないと。むしろ適切な情報を提供していく整備を、保険者のお立場でも医療機関の側でも意識しておられて、このあたりのところが当面追求されることになるのではないかと。遠藤先生もどうもそういうふうに思っておられる節がありまして、この部分はまた適切な時期が来たときに、新しい局面を受けて議論すべき課題なのかと思います。きょうはそこまで議論が行くとは、正直、私としても考えておらなかったわけですが、今の段階でのこの問題についてのおおむねの状況把握ができたものと受けとめております。

河北先生は医療機関のお立場で、このような流

れの中で病院経営とはどうなるかというようなことでお尋ねしましたが、規制改革の専門委員のお立場もあったのか、医療機関としてのつらい状況は余りお示しにならずに、むしろ、今後の基本的な方向性を承りました。議論に一つの活気を与えていただいたと思っております。

つたない集約で恐縮なんですが、きょうの保険者機能に関連したシンポジウムは以上のように集約をさせていただきたいと思います。本来ですと、シンポジストの先生方から一言ずついただくのですけれども、時間が参っておりますので、また別席でもとは思っておるのでございます。特段にどうしても追加のご発言をしたいとおっしゃる向きがございましたら、いただきますが。

特に下村先生、青柳先生、何かありましたら、どうぞご遠慮なく一言ずつ。よろしいですか。何かおっしゃってください。その方がいいと思います。

じゃあ、今度は下村先生から行きましょう。

下村 先ほど申し上げましたように、今年度中に医療改革についての基本方針を決めるという、日本の医療保険制度にとって大変大事な時期に来ていていると思っているわけです。かなり政府と与党との間の意見の差もあるし、どうなっていくだろうかということで大変注目している時期ですけれども、私どもとしていうと、先ほど申しましたように、高齢化はもう現実の問題として目の前にあって、それが医療保険にとって、あるいは日本の社会とか経済にとって最大のリスクであるということとは間違いないように思います。経済の状況がありますから、経済状況を見きわめながらやっていくという意味で、解決策を考えていくことは難しい問題だと思いますけれども、しかし、それをやらないと日本の21世紀はないので、私どもとしていうと、高齢者医療の問題をとにかく解決の道を見出していかなければならないと、非常に強く思っていますということを最後に申し上げさせていただきたいと思います。

座長 ありがとうございました。

青柳先生、どうぞ。

青柳 どうもこういう場で支払者側と意見が一致するのは異例ですが、少なくとも高齢者医療制度を早く組み立てるということについては、従来から一致した考えであります。ただ、願わくば、下村さんが厚生省の現役時代に、この超高齢社会を予測して何か新しい考えを導入しておいてくれると、今、このような状況にはならないんじゃないかなあ。ちょっと言い過ぎましたでしょうか。

座長 ありがとうございました。

下村 我々のときにはそういう意味では、およそ10年間ぐらいを考えて今の制度を構想したというようなところがありまして、おっしゃるようにそのときに恒久的な解決策というのは出せてないことは確かなんだけど、10年間程度と思っていたのが、既に20年近くにも及んでいるということは、それだけ解決が遅れているわけで、高齢化の問題というのは解決が遅れれば遅れるほど悪くなっていく——年寄りがふえるわけですしね——というふうに思っているの、今では何とか解決の道筋を考えていきたいというふうに思っているわけです。もう20年ぐらい前になるのですけれども、そのときは残念ながらできなかったんですけどね。

座長 ありがとうございました。

なかなかつらい状況でございますので、こういうふうなご発言が飛び交うのだと思いますが、ぜひご来場の皆様方も、今、我が国の置かれている医療制度、とりわけ高齢者医療制度についての難しい局面をご認識いただきまして、それぞれのお立場で引き続いて成り行きをごらんをいただくとともに、ある意味では積極的なご活動、ないしはご発言をいただきたいなあと思います。

きょうは大変大勢のご参会の皆様方が、長時間にわたり、最後までおつき合いいただきまして、ありがとうございました。以上で本シンポジウムを終了させていただきます。ご苦労さまでございました。

《閉会挨拶》

司会 それでは、ここで、医療科学研究所の嶋口所長からお礼のあいさつを申し上げます。



嶋口 きょうは本当に長い時間、シンポジストの先生方、それから参加者の皆様方、積極的に議論にコミットしていただきまして、大変ありがとうございました。医療科学研究所というのはまさに、医療の分野と経済の分野、

この接点のところで知を深めながら社会に貢献していこうという財団でございますが、今回、第12回目のシンポジウムで、本当にタイミングのよいテーマ、それについてのご意見をいただいたと思います。そういう意味では、全体をコーディネートして下さった大道先生に心から御礼申し上げます。

きょうのテーマである「保険者機能の発揮—今後の方向と課題—」というのは、今、最も重要かつ緊急な説明テーマではないかと、お話を伺っていて改めて感じた次第でございます。大道先生がおっしゃいましたように、医療の制度を大分変えていかなければいけない。その中でも保険者機能というのは非常に重要な今日の改革テーマなんだろうと。そのキーププレーヤーである保険者というものについても一回根本から考え直す、これが非常に重要な機会ではないか。そこで、保険者のもつべき機能ということ、ここをもう一回しっかりとらえてみようと、これが今回のテーマになったと思うのです。

機能という概念は、なかなか難しい概念なんで

すが、我々が保険者機能というと、保険者と不可避免的に結びついた本質的な役割とか目的をいうわけですね。つまり、保険者といったら必ず果たさなければならぬ目的や役割であって、その目的や役割を果たせなかったら保険者とはいえないよと、そういうのを機能と呼ぶわけですね。ですから、こういう難しい状況の中でもう一回バック・トゥ・ザ・ベーシックという事で、この保険者の機能というところから考えよう。さらに、そこをしっかりと発揮する形で革新的な形態が新たに出るわけですね。ですから、今回も議論がありましたけれども、果たして日本型がいいのか、あるいはフランス、ドイツ、オランダを含めた欧米型がいいのかとか、あるいは民営型がいいのか、公営型がいいのかとか、一本化か多数型かとか、こういう議論がその後具体的な形態として出てくるわけですね。これについてはいろいろな意見があると思うのですが、きょうはそういういろいろな論点をたくさん出していただいたと思うのです。シンポジウムというのは、結論を1つ出すことではなくて、我々が考える機会を提供するものですから、きょうは保険者問題の本質を考えながら非常に広がりがある論点が出たと思います。そして最後には熱気と対立で終わった。このあたりはなかなかすばらしい終わり方かなあと。そういう意味では、シンポジストの先生方、それをまとめていただいた座長の大道先生に改めて心から御礼申し上げたいと思います。

最後になりましたが、皆様方には、本日、このようなシンポジウムに参加していただきまして本当に有難うございました。皆様方のご参加がまさにこのシンポジウムを成功させたのではないかと思います。また来年も行う予定でございますので、ぜひご協力願いたいと思います。

司会 どうも大変ありがとうございました。

英国製薬産業論 その戦略と構造

Jocelyn Probert[#] 著
片岡一郎^{*} 訳

製薬産業は長期にわたり英国の代表的産業部門であった。ことに他の産業部門が達成した成果と対比するとき、1945年以降の技術進歩はダイナミックで、かつ生産高ならびに雇用双方の伸びは、少なくとも1990年代までは急速かつ一貫していた。商工省（DTI）ならびに英国製薬協（ABPI）によれば、英国はドイツに次いで世界第2位の医薬品輸出国で、国内総生産の0.6%を占め、製造業国内総生産のおよそ3%を占めていた。また製薬産業は英国総研究開発投資の40%を占め、これは他の主要医薬品産業国のそれを大きく上まわるものであった。

しかしながら20世紀末、かつて英国にベースをおいて活躍し、唯一残っていた製薬企業グラクソ・スミスクライングループ（GSK）は、2000年には合衆国へ本社を移していた。GSKは、企業としての登記は英国であり、同社株式の大部分はロンドン証券取引所に上場されており、研究開発、生産およびマーケティングの大半が行われているのが英国であるから、技術論的には依然英国企業ということになる。しかしながら経営の中心を依然英国においている巨大企業といえばアストラゼネカであり、同社は1990年代初頭に、アストラ社（スウェーデン）とゼネカ社（英国）の企業合同により誕生した会社である。1990年代初頭までは、英国生まれの製薬産業は6つの企業により支配されていて、その中のグラクソ社、スミスクライン・ビーチャム社、ゼネカ社そしてウェルカム社は明

らかに最重要企業であり、医療用医薬品を志向する企業であった。ファイソン社とブーツ社は共に医療用医薬品以外の他の重要な事業に関心を持っていた企業である。

近年 GSK の本社は大西洋の反対側に移ったとはいえ、そして同社の重要な活動が引き続き英国で行われていることもあり、本論では何回となく同社に触れることになるが、それは同社の歴史が英国製薬産業の展開に深く係わっているからである。今日の GSK グループを構成するいくつかのメンバー企業自身は製薬業界の重要なプレイヤーであるし、かつ数々の新しい製薬企業やバイオ企業がスピナウトのかたちで創業されており、あるいは以前同社に勤務していた科学者の手で創設されているのである。

本論では、その企業が始まった国の如何に関わりなく、英国で活動している製薬企業を英国製薬産業と定義することとする。その理由は、多くの多国籍企業はセールス、マーケティング組織および研究開発ならびに生産施設を作り上げており、これらが英国の製薬業界と全体としての英国経済に大きく貢献しているからである。更にいえば、その医薬品の「国籍」は国民健康保険制度の処方ではどうしてもよいことなのである。

本論は以下のように構成されている。最初の節は英国における近代医薬品産業の誕生とそこでのプレイヤーを概観する。ここではまたこの業界の今日の状況についての資料が呈示される。第2節では英国医療システムの今日の規制体系ならびに制度の全体像を扱うこととする。第3節では、企

[#] Centre for Business Research, University of Cambridge

^{*} 慶應義塾大学名誉教授

業の動向がどのようにして企業の合併合同につながったかを明らかにし、加えて株主の考え方がごく少数のジャイアンツと極めて多数からなる中小プレイヤーという英国製薬企業の二極分化をもたらしたが、この点にも触れたいと思う。バイオ技術を持つ小企業の誕生とその多国籍製薬企業との交渉は、この業界の構造および戦略のいまひとつの局面で第4節のテーマとなるが、これはまた英国製薬産業の新しい「スター」のひとつとなっている。結びの節では製薬業界が直面する課題とプレッシャーに触れ、各国製薬企業にとって投資先としての英国の位置づけについて簡単に総括したいと考えている。

1. 近代英国医薬品産業の発展と現状

英国における近代医薬品産業は第二次世界大戦後に誕生したものであるが、しかしながら特に基礎研究を目的とした最初の研究所は1890年代にまでさかのぼるが、バローズ・ウェルカム社により設立されている。なおこの会社は2人のアメリカのアントレプレナーによりロンドンで始められた会社であった (Corley, 1999)。当時技術面ではドイツがリーダーであり、小規模で家族で経営する英国の企業は、1914年から1918年に至る第一次世界大戦の間、必要な医薬品の生産だけで精一杯であった。しかしながら、この間においても消毒剤、麻酔剤そしてアスピリンの研究開発過程でいくつかの研究成果を生み出していた。ブーツ社 (当時は医薬品の販売店にすぎなかった) は、1915年にはファイン・ケミカル部門を開設し、1918年には永い歴史を持つメーカーと比肩する経営を行っていたほどである。

2つの世界大戦の間に英国製薬各社は本格的な研究活動を開始していた。アレン&ハンベリーズ社 (1797年創立された会社で、その名称は GSK の子会社として今日に受け継がれている) は、例えば1923年にインシュリンの生産を開始しているが、

他方、先のバローズ・ウェルカム社が1924年に創設したウェルカム財団はワクチンや血清の分野でイノベーションを行っていた (Corley, 1999)。メイ&ベーカー社、これはフランスのプーランク・フレール社 (Poulenc Frères) と長期にわたる関係を持っていたが、1934年同社により買収されるが、細菌性肺炎の治療において最初のスルホンアミド剤の開発により革命をもたらすこととなった。

メイ&ベーカー社は以前、1924年株式会社になるまでは同族経営の会社であったビーチャム社により、失敗に終わったとはいえ、買収の標的にされていた会社である。ビーチャム社は研究所を開設し粉末鎮痛剤を作り上げていたが、同時に生活必需品や医薬品メーカーの買収戦略を堅持していた。1930年代に入ると同社の研究開発力は大きく高められることになる。それは1937年、ロンドンにあった王立ノーザン病院のビーチャム研究所の寄進を受け、かつ1938年には若干の研究施設を所有していたマックリーズを手に入れることに成功したからである。1930年代はまたグラクソ・ラボラトリーズが、グラクソ粉末牛乳のメーカーとして知られていたジョセフ・ネイサン社 (Joseph Nathan & Co.) のひとつの事業部門として誕生し、また ICI 社が染料メーカーから医薬品メーカーへと多角化を開始した時期でもあった。しかしながら、大部分の英国の医薬品企業は小規模かつ同族経営で、業界としてはまだ未完成的な状態にとどまっており、1930年代中期でメーカー数は200社を数え、500人を超える従業員を持つ企業は13社にとどまり、トップ3社の生産高は全体のちょうど18%を占めるにすぎなかった (Corley, 1999)。

海外の製薬企業は2つの世界大戦の間に精製化学薬品に課される輸入関税を回避するため英国内に生産拠点を設立していった。スイスのメーカーが最も早く (チバが1919年、サンドは1921年であった)、これに2〜3年遅れて米国メーカーが続くことになる。戦前の米国メーカーはスイスの製薬

メーカーに比して技術的には遅れていた。しかしながら1950年代にはいと、英国で活動する米国製薬メーカーは25社を数え、英国の医薬品業界生産高のおよそ4分の1を占め、国民健康保険(NHS)への医薬品供給、これはペニシリンを除くほとんどすべての抗生物質を含むが、およそ3分の1に達していた(Corley, 1999)。一方ドイツの製薬企業は、1914年から1918年の間に彼らがこうむった戦勝国による没収が忘れられず、子会社工場によるというより、代理店網を作り上げる方式によろうとしており、英国への直接投資に対する腰の引けた姿勢は20世紀の後半にまで及ぶこととなった。

第二次世界大戦は英国製薬産業にとってひとつの転機を画するものとなった(Corley, 1999; Howells and Neary, 1995)。英国政府の緊急プロジェクトは1941年私企業部門に属する5つの代表的企業(ブーツ、プリティッシュ・ドラッグ・ハウス、グラクソ、メイ&ベーカー、ウェルカム財団、そして1942年にはICIを加えて)を統合して軍需用に必要なペニシリンの確保を求めてThe Therapeutic Research Corporationの設立を求めた。このプログラムのもとで、政府基金によりいくつかの近代的生产設備が建設され、その結果1944年には合衆国からのペニシリンの輸入は英国国内での生産の10倍というポジションにあったが、1945年には英国製ペニシリンは輸入量を大きく上まわるに至ったのである。

1944年の研究開発投資に対する税引き下げの断行は、活発な研究開発への動きを促進することになり、いくつかの英国の代表的メーカーは新たな研究施設を建設し、終戦直後の段階において既存の活動を再編成することになった。またこのことは医薬品産業構造の変革をもたらすことになった。すなわち技術的により進んだ医薬品を生産する少数のメーカーが、低い技術に甘んずるフォロワーに対し大きく水をあけることになった(Corley, 1999; Howells and Neary, 1995)。1951年にな

ると、この業界にあった192社のうち、わずかに18社のみが進んだ製品を供給することができ、しかもこれらのうちトップ3社は新薬生産量の3分の2を占めるに至っていた(この業界では全体として若干の集中化の進展があったことは確かである。なぜならトップ3社は1951年で総産出高の27%を占めていたが、1935年のそれは19%であったからである)。英国製薬協によると研究開発投資は1953年から1960年の間に2.3倍に伸び、インフレ率は低かったにもかかわらず、750万ポンドに達していたという。また英国が医薬品の主要な輸出国になったのもこの時期においてであった。

1950年代以降のこの業界の急成長は英国内への活発な投資の結果であった。1950年代には、米国企業が25社、スイスが支配権を持つ企業が3社、そしてフランスが部分的に支配権を持つメイ&ベーカー社が存在し、これら巨大な海外からの競合企業(これに遅れて参入する企業が加わる)がより確固たる地位を築くにつれ、市場集中度は初期の相対的に高いところから分散型に向かうこととなった(Redwood, 1987)。米国企業が38%、スイス企業が11%(Jones, 1977, Redwood, 1987に引用されている)のシェアを持つのに対し、国内企業がわずか36%にとどまっているほど英国市場は開放的であったわけである。英国メーカーのシェアは1983年の32%から1999年には24%にまで低下している。

グローバルな意味での1970年代以降の英国製薬企業の成功は、イタリアやフランスなどヨーロッパの諸国、あるいは日本との比較においてもはるかにすばらしいものであった。Thomas (1994)は、海外市場での市場占有率(すなわち国内市場での売上ではなく、すべての海外市場での英国企業の医薬品売上の市場占有率)を測定している。彼は1960年代の英国製薬メーカーは海外市場への参入を果たしたとは言い難い地位に低迷しており、従ってその競争力も極めて貧弱なものでしかなかったが、1980年代には米国に次ぐ世界第2位という

表1 主要国の医薬品市場統計 (1999年)

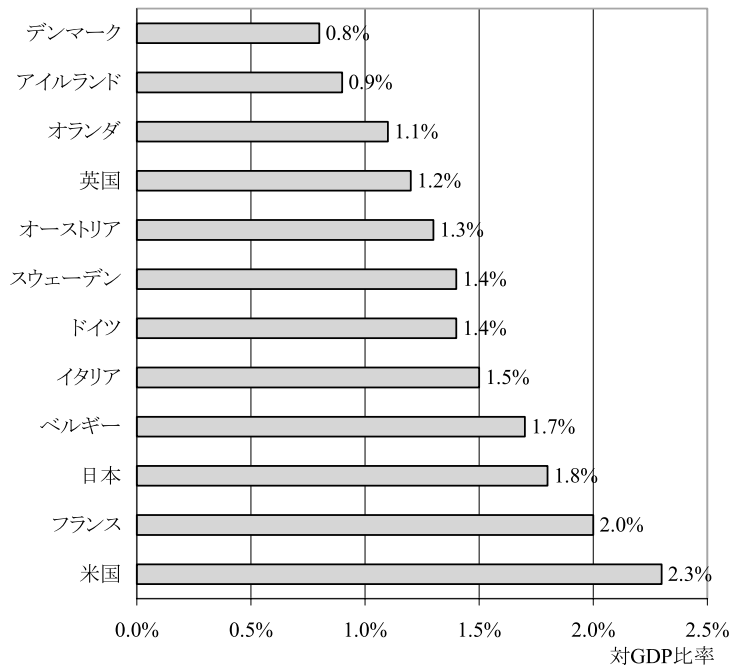
	市場サイズ 1999年	対前年伸率 1998-9年	実質成長率	企業の国籍別販売シェア			
				地域企業	米国企業	欧州企業	英国企業
	(US \$ m)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
米国	130,069	17	14	63	63	33	12
日本	53,548	23	24	78	8	13	10
ドイツ	18,500	1	1	45	22	76	6
フランス	17,751	0	-1	37	24	75	8
英国	11,029	8	6	24	32	56	24
カナダ	5,510	11	8	12	48	38	10
オーストラリア	3,143	15	13	9	40	51	15
オランダ	2,391	3	3	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
スウェーデン	2,102	7	6	21	38	61	11
スイス	1,824	6	4	30	27	71	12
ニュージーランド	471	3	3	8	30	58	20

資料：OECD；PICTF

最強の競争力を誇る国にどのようにして到達したか、この間の事情を説明しようとしている。またこのことは、海外企業の国内市場への進出は国の健康にとっても、あるいは国内医薬品企業の健康にとっても、特に後者が国際的に競争力を持つ限り決してマイナスにはならないことを示している。実際、Lake (1976)、Dunning (1978) ならびにその他の論者も英国医薬品産業に与えた海外からの直接投資は非常に好ましい効果を持つものであったと語っている。というのは海外からの投資は各国固有の技術の発展速度を加速するとともに、かつ英国の技術革新と新たな海外からの投資との間で「正しい競合関係」を生み出しているからである。産業政策と国内の制度構造は、ことに強い規制を受けている業界（安全性の観点から）や価格政策がコントロールされている業界では、上のような方向が生まれるような役割を担うべきであろう。

(1) 今日の英国製薬産業

英国市場は米国、日本、ドイツ、フランスに次いで第5位の市場である（表1）。英国自身の医薬品市場は世界市場でわずか3%を占めるにすぎないが、全世界の売上ではその7%を占めており、グローバルな意味では英国の医薬品産業は極めて強大なものである。英国市場が相対的に小さいことについてのひとつの説明としては、他の多くの先進工業国と対比して医薬品への国民1人あたりの年支出が低いことに求められよう。図1は各国の医薬品支出のGDP比率を示したものである。英国製薬協によれば、英国人は年間処方薬および病院で受け取る医薬品に平均124ポンドを支出しているが、アメリカ人は355ポンド、日本人は301ポンド、そしてフランス人は197ポンドを支出しているという。表2は英国における最大手のプレイヤーのリストで、英国にある外国の多国籍企業も含まれており、これを総マーケットシェア順にならべたもので、そこではプライマリケア市場と病院市場別の売上およびそのシェアが示されてい



資料：英国製薬協 <http://www.abpi.org.uk/statistics/> (2002年1月アクセス)

図1 各国における対GDP医薬品支出比率 (2000年)

る。他の国々においてもそうであろうが、英国の医薬品市場も細分化されているが、雇用の点から見る限り、全体的には英国の他産業ほど極端ではないといえよう (表3)。もっとも GSK は合併により成長し、13%を超えるシェアを持つに至っているが、他の大抵のプレイヤーははるかに小規模である。

製薬産業は生産ならびに輸出面から見て英国経済に極めて重要な貢献をしている産業である。輸出は2000年で総額72億4,600万ポンドに達し、「英国製薬協」の調査によれば、これを超えるのはドイツの77億1,200万ポンドのみである¹⁾。わが製薬業界の貿易収支は極めて良好で、英国を上まわる貿易余剰を享受しているのは、わずかにドイツとスイスの2国のみである。英国にあっては、貿易余剰という点で製薬産業は石油、発電機業界と

ならんでトップ3にあげられる産業セクターとなっている。またこの業界は雇用先としても重要で (表4)、研究活動に従事する従業員のおよそ3分の2を製薬業界が雇用しているのである。

英国における商業的総研究開発投資の23%は製薬産業による支出であり、これは他のいかなる国のそれよりも高い比率となっている。これに政府基金を加えると、製薬産業のシェアは全英国研究開発投資額の40%に達することになる。このことは英国の科学界がバイオメディカルの研究により深いかかわりを持っていることを示しているが、しかし説得力のある別の解釈をすれば、そのことは他の産業、例えば自動車やエレクトロニクスのような、おそらく米国、日本、ドイツ、フランスでは重要視されている分野であろうが、そうした分野への英国の研究開発投資の薄さを反映しているかもしれない。1960年代や1970年代段階の高い生産性を発揮していた頃に比して、グローバル産

¹⁾ <http://www.abpi.org.uk> より

表2 英国における主要医薬品企業売上高順位 (2000年)

		プライマリ ケア市場 売上高 (£ m)	プライマリ ケア市場 売上高 シェア (%)	病院市場 売上高 (£ m)	病院市場 売上高 シェア (%)	合計 売上高 (£ m)	合計売上高 のシェア (%)
GSK	英国	945.26	14.0	174.45	10.6	1119.72	13.3
AstraZeneca	英国	631.28	9.3	71.08	4.3	702.35	8.3
Pfizer	米国	533.13	7.9	18.83	1.1	551.97	6.6
AHP	米国	322.26	4.8	82.54	5.0	404.80	4.8
Novartis	スイス	282.78	4.2	75.43	4.6	358.21	4.3
Merck & Co	米国	333.86	4.9	17.96	1.1	351.82	4.2
Aventis	フランス	198.73	2.9	97.72	5.9	296.45	3.5
Pharmacia	米国	224.43	3.3	62.74	3.8	287.17	3.4
Lilly	米国	175.51	2.6	43.67	2.6	219.38	2.6
Roche	スイス	136.88	2.0	67.07	4.1	203.95	2.4
J & J	米国	150.62	2.2	35.15	2.1	185.77	2.2
Bayer	ドイツ	132.53	2.0	40.43	2.4	172.96	2.1
Sanofi-Synthelabo	フランス	150.84	2.2	16.74	1.0	167.58	2.0
BMS	米国	98.04	1.4	55.20	3.3	153.24	1.8
Boehringer Ingelheim	ドイツ	104.78	1.5	29.86	1.8	134.64	1.6
Abbott	米国	84.36	1.2	41.13	2.5	125.50	1.5
Novo Nordisk	デンマーク	101.04	1.5	8.84	0.5	109.88	1.3
Schering Healthcare	ドイツ	56.74	0.8	29.24	1.8	85.98	1.0
Schering-Plough	米国	65.06	1.0	19.33	1.2	84.39	1.0
Reckitt	米国	73.38	1.1	2.74	0.2	76.12	0.9
Leo	デンマーク	41.41	0.6	22.04	1.3	63.45	0.8
Mundi International	米国	56.25	0.8	4.28	0.3	60.53	0.7
Akzo Nobel	オランダ	46.77	0.7	12.82	0.8	59.60	0.7
SSL International	英国	46.87	0.7	10.53	0.6	57.40	0.7
Boots	英国	56.09	0.8	0	0.0	56.09	0.7

注：プライマリケア売上高には処方薬およびOTC薬が含まれているが、いずれも病院で処方されたものではない。
資料：英国製薬協 <http://www.abpi.org.uk/statistics/> (2002年1月アクセス)

業全体が年あたり医療関連分野 (NMEs) で十分な革新を出せなかったなかで、医薬品の開発活動は比較的生産的な方であった。

Gambardella, Orsenigo and Pammolli (2000) は、合衆国の多国籍企業による重要な革新的製品の売上は、ヨーロッパの多国籍企業のそれに比して、1990年代においては大幅な伸びを示したが、英国企業はそのなかでかなり健闘したと語ってい

る (表5)。合衆国にベースをおく企業は、1995年から1999年に至る間に新規化学物質上位50品目中24品目を発売しているが、これが1985年から1989年の間では17品目であった。他方、英国にベースをおく企業も前の段階のわずか3品目から8品目までもってゆくことで、その存在を大きく高めたのである。売上高シェアで見ると、合衆国企業が発売した新規化学物質は劇的な伸びを示してお

表3 規模別雇用機関数、医薬品および関連全領域機関

従業員数	医薬品機関		関連全領域機関	
	数	%	数	%
1－10	424	58.2	1,676,551	83.6
10－49	144	19.8	256,377	12.8
50－99	87	11.9	57,955	2.9
100－499	45	6.2	10,169	0.5
500－999	20	2.7	2,283	0.1
1000＋	9	1.2	1,160	0.1
Total	729	100.0	2,004,495	100.0

資料：Annual Employment Survey, 1997

表4 英国医薬品産業における雇用量

	従業員数 (千人)	R & D 従業員数 (千人)	全雇用に 占める R & D比率 (%)	従業員1人 あたり 粗産出高 (£)	従業員 1人あたり GDP (£)
1975年	66.5	10.0	15	12,077	
1980年	73.3	12.3	17	33,315	
1985年	66.9	14.9	22	60,239	
1990年	71.1	18.4	26	90,549	
1991年	72.8	19.1	26	96,552	
1992年	73.8	19.9	27	108,686	
1993年	68.8	20.7	30	119,709	58,117
1994年	69.4	20.0	29	134,323	63,271
1995年	61.9	17.0	27	160,242	70,872
1996年	58.8	19.0	32	163,622	71,139
1997年	54.7	20.0	37	192,980	83,821
1998年	68.0	21.0	31	152,265	65,794
1999年	69.0	n/a	n/a	172,652	70,174

資料：英国製薬協 <http://www.abpi.org.uk/statistics/> (2002年1月アクセス)

り70%近かったが、英国が発売した新規化学物質は10%以下のシェアを取ったにすぎなかった。フランス、スイスもまたこの尺度ではそれなりの成果をあげていたが、日本、ドイツはともに大きく転落していった。

世界の製薬産業のなかで重要な地位にある諸国

家と対比した場合、1990年代における英国の研究開発はすぐれた成果を維持していたということができよう。PICTFのデータ(2001a)には研究開発の生産性に関するいくつかの尺度が含まれている²⁾。特に世界の研究開発支出の%でみると、発売された医療関連分野の革新にかかわる世界で

表5 新規化学物質上位50の開発企業の国別調査

主たる生産会社の国籍	新規化学物質の数	
	1985－1989年	1995－1999年
米国	17	24
日本	20	3
スイス	3	6
EU－15カ国	10	16
英国	3	8
ドイツ	7	4
オランダ	0	1
フランス	0	3

	売上高 (%)	
	1985－1989年	1995－1999年
米国	41.49	69.12
日本	37.33	3.92
スイス	2.91	7.78
EU－15カ国	18.28	18.54
英国	6.53	9.38
ドイツ	11.75	3.33
オランダ	0	0.8
フランス	0	5.03

注：本社所在地で国籍を決定

資料：IMS データによるが Gambardella, Orsenigo and Pammolli (2000) の研究から引用

のpatent申請第1位のシェアで英国は世界最高を達成している。1978年から1997年の間に取得したpatent件数のみならずpatent引用件数の分析で Gambardella, Orsenigo and Pammolli (2000) はヨーロッパpatent局 (European Patent Office) のデータを利用していたが、ヨーロッパ諸国家のなかで、patent引用件数のシェアがpatent件数のシェアを上まわったのはひとり英国のみであった。このことは与えたインパクト、あるいは重要

性という視点から見て英国が取得したpatentは他国のそれに比してより重要なものであったことを暗示している³⁾。

科学研究論文の引用率の点から見る限り、英国は米国より若干上位にあったが、しかし、スイス、スウェーデンおよびオランダとの比較では彼等の方が英国より上位にあった (表6)。発表された人口比で見た科学論文件数では英国は第5位であっ

²⁾ PICTF (The Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force) は2000年に英国で政府と医薬品業界の協同発議で組織されたもので、それがねらいとするところは、英国は依然として各国医薬品産業にとって魅力的な投資国であることを理解させようということにある。

³⁾ Gambardella および彼の仲間は以下のように述べている。すなわち、引用率の高さは当該patentの経済価値を示すものと理解されてきたのであり、従って当該企業 (あるいは国) の革新活動の質的尺度および社会的適合性の尺度を示すものであった。引用率は発表された論文の単なる数に比して、それが持つ科学的インパクトを示すより高度な尺度である。

表6 科学的研究論文の執筆者1人あたりの被引用件数指数

	1981年	1985年	1990年	1995年	1996年	1997年	1998年
スイス	122	141	146	193	209	235	234
スウェーデン	114	134	127	141	151	155	154
オランダ	59	70	85	110	110	122	119
英国	78	79	82	96	99	104	108
米国	100	100	100	100	100	100	100
カナダ	82	86	86	94	99	95	96
オーストラリア	67	66	59	75	77	78	83
ニュージーランド	50	58	64	68	72	74	75
ドイツ	41	46	52	55	61	65	70
フランス	34	37	42	56	59	63	65
イタリア	12	16	21	34	37	40	43
日本	19	21	26	31	33	35	38
スペイン	4	7	13	25	30	32	35

注：US=100

資料：Office of Science and Technology；PICTF

た。科学力を測定するいま一つの尺度は医学における新卒者数であろう。この点からは英国はドイツ、日本そして米国に次いで第4位である。

2. 英国の医療制度：英国の医薬品産業の発展に及ぼす医療体制ならびに現在の規制管理がおよぼす影響について

国の医療制度の仕組みは全体としての健保予算の中、医薬品に支出される比率を左右することになる。英国にあっては、国の健保予算に占める医薬品のシェアは、健保制度が1948年に導入されてから今日まで、驚くほど安定的で、10～12%の水準を維持してきた。この%は他の工業国にみられる医薬品関連支出の最も低い部類に属している。それでは英国製薬企業は世界市場のなかでどのようにしてこの成功を達成しえたのであろうか。

Thomas (1994) は、開発活動を競争力を持つ少数者間に集中させるとき、やがてその製薬産業はしかるべき産業構造を持つことになるが、それらの国は各社が相対的にわずかな開発予算しか持

たない多数企業に開発を分散させる国の場合に比して、グローバル市場での高市場シェアを持つことになる、と主張している。強力な競争者にとって重要な第2の属性は彼らが追求する革新努力の内容であり、ローカル市場向けの、おそらくイミテーション的で、有効性に問題があり、ローカル市場以外では規制のハードルを越えられそうもなく、かつ安全性でも問題があり、ローカルニッチを満足させるだけの開発努力であってはならず、多くの海外市場で販売可能な正しくグローバル製品の開発でなければならない。

1960年代以降、英国製薬産業が行ったローカル市場志向からグローバル市場志向への転換は、ほとんど20年近くにおよぶ漸進的プロセスであって、1) 製品の安全性・有効性についての厳格な規制、2) 間接的薬価規制、3) 国の科学とイノベーションの振興、4) 競争環境を作り上げる上で海外直接投資制度 (FDI) の効果的活用を柱とする産業政策を通じ実現されたものであった (Thomas, 1994)。この制度面での枠組みは何年にもわたって独創的で個性豊かな企業の誕生に決定的貢献を

したのである。

英国は医薬品に対し、他の国々でも行われている通常の安全性テストに加えて有効性テストにパスすることを求めた最初の国の1つであった。医薬品安全性委員会 (The Committee on Safety of Drugs) は1964年に組織されているが (1971年医家品安全性委員会 The Committee on Safety of Medicinesに替わる)、これらは英国製薬協を代表する製薬産業界のリーダー企業の協力により実現した委員会である。しかしながら重要なことは、独立の専門家が委員会の場で業界ならびに学界双方の研究結果を述べ、すべての新薬の安全性と有効性とを約束することになる臨床治験に関する高度の技術水準を設定していることである。臨床治験で有効性基準に達していなかった医薬品は承認されることはなかった。臨床治験を通じての有効性に関する科学的立証はコストがかかり、時間を要するものであったが、それは科学的基準が高く設定されていたためである。しかしそれでも中期的には、この努力は英国における医薬品の研究開発についての指導原理として働き、やがてイノベーションの促進につながって行くこととなったのである。独立の専門家、業界代表そして大学の間での協力は、最も複雑で高度な仕事をする英国の製薬企業に英国市場が守るべき自らの基準を課すこととなったのである (Thomas, 1994)。

この規制がもたらした1つの結果は、1960年代中葉以降における新薬導入件数の急落で、年間承認件数は20件前後にまで低下した。この規制は多くの小規模で脆弱な企業の市場からの退出という結果をもたらしたが、それは一方ではより強大な企業による買収や、あるいは研究活動を続けることによる固定費高騰のため、廃業に至ったことによってである (臨床治験コストが高くつくためである)。しかしながらイノベーションを持続し、新薬を市場に導入せんとした限られた少数の企業は、外国でも十分販売可能な多数の新製品を開発していったのであり、国内市場にしか適合しない

ようなマイナー製品の数益は益々減少させる結果となったのである。言い換えれば有効性基準は、企業にハイリスク・ハイリターン戦略の採用を迫ったのである。というのはそれら企業にとってはローリスク・ローリターン戦略からはもはや利益をあげることを不可能としたのである。同時に外国からのマイナー、ないしゾロ的製品でも英国市場は受け入れていたし、また実際どこか他国で開発されたグローバル製品も受け入れていた。というのは、市場は革新に対し——そして外国からの競争に対しても道をあけていたからである。この点は例えばフランスのようなヨーロッパの国とは違っていた。例えば1970年当時であれば、英国市場へ輸入された全医薬品の60%以上はグローバル製品であった。英国における競争環境の厳しさは重要な革新を促進し、反対にゾロ化にはこれを断念させることになったが、同時に革新を身につけた企業には成功裡での海外進出を可能にしたのである。

他のすべての工業国もその後有効性基準の採用に踏み切ったが、英国の製薬企業は最初の申請から市場での販売許可に至るまでに要する時間の点で、他国のそれと対比して比較的短時間ですますことができた。例えば1996年から2000年の時期では新規分子化合物 (NMEs) を最初に市場導入するのに英国では2年以下で、スイスに比してわずかに時間を要したが、米国では申請から販売までわずか1.5年であった。このことは開発努力のもたらす利益の拡大化を求める企業にとって極めて好ましい制度面での利点であった。

(1) 価格規制

価格規制は英国における製薬産業の発展に影響を与えた一つの要因であった。自主価格規制計画 (The Voluntary Price Regulation Scheme) —1979年に医家品価格規制計画 (The Pharmaceutical Price Regulation Scheme: PPRS) に改称された—は1957年厚生省と業界双方の協力による取り決めとして出発したもので、以来折に触

れ調整はあったものの、爾来堅持されて今日に及んでいる。1957年以降8回の修正のなかで、ごく最近の修正は1999年の修正である。価格規制計画の原則は、英国の NHS に供給されるブランドを持つ処方薬の価格⁴⁾は、企業にその資本投下に対し適正な利益をもたらす水準に決定さるべきであるとしていることである。SCRIP 誌 (Sukkar, 2002) によれば、今日 NHS への医薬品売上金額ベースで80%は価格規制計画でカバーされているという⁵⁾。NHS が安全かつ有効な医薬品を適正価格で確保できるようにするというわかり易い目的とは別に、価格規制計画は1993年以降、さらに2つの明確な目的をもつに至っている。すなわち一つは、1)「将来新たな改良された医薬品の出現を可能にするため、持続的研究開発投資を可能にする強力かつ利益性のある医薬品産業が育成されねばならない」としている。そしていま一つには、2)「英国および他の諸国の医薬品市場に効率的で競争的な医薬品の供給を促進しよう」という点である (Department of Health, 2000)

この計画の名称は規制 (Regulation) となっているが、技術的には個々の製品の価格を設定するものではなく、価格算定はそれぞれの企業の全体としての利益にもとづいて決定されている。したがって製薬企業のそれぞれは発売価格決定の自由をもつことになり (その企業があげている総利益が制約条件となるが)、したがって英国は自由価格制をとっているごく少数の国家グループの仲間 (米国、スイスおよびドイツ) に入ることになる⁶⁾。現在、英国にかなりの資本ベースを持つ企業に許される最高の資本利益率は21%であるが、英国内に主要な施設を持たない企業は、即ち英国内で販売する医薬品の生産に使用する海外施設についてはより低い利益率しか要求できないよう

ある。従来認められてきた利益率は、輸出志向型企業に高かったので、「価格規制計画」は、英国内で直接革新のための努力を払わない企業を不利にすることで、外国企業の大きな直接投資を引き出そうというねらいを持っていたことは明らかである。「価格規制計画」の初期段階では、この計画は英国小企業の撤退 (上にふれた有効性についての規制結果と関係なく) をも視野にいれていた。だがこの「規制」のただ一つのねらいは、革新を行ってくれる企業の国籍の如何に関係なく、「価格規制計画」なかりせば、起こっていたであろう水準以上に、英国の医薬品産業の研究開発競争をより激烈なものにすることにあった。しかしながら英国の医薬品価格を間接的にコントロールしようとするこのメカニズムに対し、1999年新たに設立された政府機関「英国立臨床評価研究所」(The National Institute for Clinical Excellence=NICE) はある種の新薬について、コスト効率の点からは問題だと異をとらえるようになった。コスト効率についてのデータを償還価格決定の関係書類の一部として提出できる、あるいは提出を奨励する他の諸外国とは対称的に、英国では医師にこうしたデータを用いて、特定医薬品の処方をするめるのは NICE のみであった。医薬品業界は NICE は医師の処方決定に対するいま一つの影響要因になるとみていた。また英国政府の目からは NICE は革新的新薬の活用を促進するとみていた。実際、「製薬産業競争力調査特別委員会」(PICTF, 2000) によれば、政府が NICE を設立した意図の中にはコスト効率の高い医薬品の活用促進を加

⁴⁾ ゼネリック品と OTC 薬品は除かれる。

⁵⁾ 物量比率ではずっと低くなる。英国では開業医 (ドクター) はゼネリック名で処方することが期待されている。

⁶⁾ PICTF2000は、医薬品のライフサイクルの全ステージを通じて自由な価格決定が認められていることは、ひとたびそのパテント切れに至るとゼネリックセクターの活気を大きく刺激することになると指摘している。が他方このことは、発売価格決定の重圧から解放し、かつ一部市場における償還価格交渉がスムーズに進まないことによる発売の遅れ、あるいは極端なケースでは発売できなくなる事態に基づく初期価格引下げの重圧を回避できることになる。

表7 英国における海外医薬品企業

	1996年	1997年	1998年
提携海外企業数	53	56	20
(全国総企業に占める%)	10.4	11.8	37.7
提携海外企業の従業員数	30,419	29,375	19,284
(全国総従業員数の%)	46.9	43.4	35.5
提携海外企業の生産高 (100万ポンド)	5,069	5,271	n. a.
(全国総生産の%)	52.6	49.5	n. a.
提携海外企業の売上高 (100万ポンド)	5,062	5,226	4,128
(全国総売上高に占める%)	52.8	49.7	43.4
提携海外企業の付加価値 (100万ポンド)	2,634	2,775	1,706
(全国総付加価値に占める%)	n. a.	45.6	42.0

資料：OECD, Measuring Globalisation

速させたいというねらいがあったという (P. 21)。NICE の初期段階におけるネガティブな裁定の1つは、1999年 NHS に対し、インフルエンザ薬 Relenza の処方に対し、この薬品は価格に見合う価値をもたないという理由から反対であるとしたことである。グラクソ・ウエルカム社は、これを海外に移す必要に迫られることとなった⁷⁾。

(2) 競争環境の整備

先のコメントで触れたように英国では、海外直接投資の効果的活用による競争環境の整備は極めて重要であった。Thomas (1994) によれば「英国は1950年代、アメリカやスイスの巨大多国籍企業からの競争に直面した多数の小規模ローカル企業が一扫され、その大きな国内市場の大半を計画的に放棄したのである。この国内市場の喪失は永久的なものとなった」(P. 479)。表7は1990年代の英国における海外企業の存在と雇用、生産、売上および付加価値への重要な貢献についての詳細を示したものである。

弱体でイノベーションへの取り組みに欠ける英国企業は1960年代半ば以降に姿を消すことになったが、他方強力な企業は国内という土壌でこれまた強大なアメリカやスイスの企業と激しく戦うこととなった。時の経過の中で、生き残りに成功した企業は自社の研究内容を格上げし、革新的新薬を生み出すに至っただけでなく、彼等は海外から進出してきた連中の使う手法を学ぶことになった。例えば、1950年代の米国企業は大学の科学者を雇用し、その雇用を通じて英国の大学や NHS とのインフォーマルなネットワークを作り上げるという手を使っていたが、英国企業も徐々にこの手法を模倣し始めていた。このことはマーケティングの分野でも同様で、アメリカ企業は積極的に直接ドクターに対し、ディテール活動を展開するという手法を採用していたが、このやり方は最初こそ評判はよくなかったものの、やがて受け入れられるようになっていった。途方もない大成功を収めたグラクソ社の抗潰瘍剤 Zantac、これは H₂ 拮抗剤の分野でスミスクライン社の Tagamet からトップの座を奪った製品であるが、これは彼等が創薬した製品にアメリカ流のやり方でマーケティングによる大勝利を収め、中規模のグラクソ社をトップにランクさせるグローバルな製薬巨人に生まれ

⁷⁾ 2000年のスミスクラインビーチャム社との合併後、GSK の活動本部 (operational headquarters) はもはや英国にはなくなっている。

変わらせることになったものである (Angelmar and Pinson, 1992)⁸⁾

英国企業の競争力強化とプロダクトポートフォリオの拡大とは、世界主要市場の企業とのライセンスアウト協約によるよりも、1970年代英国企業をして自らの海外展開に向かわせることとなった。(確かにそうではあったが、1980年代初頭の頃ではグラクソ社が合衆国で Zantac を発売するにあたり、最初、バリウムに対する需要の激減によりその販売部隊に余裕ができていたホフマン・ラ・ロッシュを通じて販売することにした。なぜならば、グラクソ社は1978年アメリカ企業を買収していたが、同社はグラクソが考えていた電撃的販売を敢行するには小さすぎたからである)。Makhija, Kim そして Williamson の 3 人は、1970年から86年に至る業界データを用いて、英国とドイツの製薬産業は双方共に「グローバルに統合」することになると証言していた (Makhija, Kim and Williamson, 1997)。というのは、そこでの企業は地理的に分散して行われている付加価値活動に高度の調整を加えることにより、競争上の優位さを引き出すことになるからであると。他方、彼等は合衆国とフランスはそれぞれ「多数の国内産業」(multidomestic industry) をかかえてゆくことになることとみているが、というのは英仏それぞれの極めて多数の企業での付加価値活動は単一の国内か、あるいは相互につながりをもたない複数国での海外直接投資を通じて行われているためであ

る⁹⁾。

医薬品革新の中心としての英国に影響を与える第4の重要な社会的特色といえ、しっかりした「科学の土台」^{ベース}があったことである。英国の大学、私的または政府の科学的研究機関で行われている化学、薬学さらには分子生物学的研究は歴史的に非常に強力で、英国の「科学的」医療文化に貢献してきたし、またこれを強化してきたのである。Thomas (1994) は NHS の活動が学界の研究と企業の開発活動そして医療活動間の相互作用にみられる技術面のトライアングルを形成してゆく様子を論じており、彼は結果として医薬品産業は科学者をこのネットワークに引き付けることが出来ようし、かつ効率的な研究努力の方向づけが可能となると主張している。こうした学界と企業との強い結びつきは、英国の他の業界ではあまりうまく再現されることはなかった。質が高くしかも相対的に安く科学的・技術的スタッフを確保しやすかったことを反映して、世界の主要な製薬企業は、1960年代以降英国におけるそれぞれの研究拠点を設立し、研究活動を強化していった。1988年、世界のトップ3の売上をあげているのはザンタック (グラクソ社)、タガメット (スミスクラインビーチャム社)、そしてテノルミン (ICI 社) で、これらすべては最初英国で発見され、開発されたものであった。DNA の解読 (1953年) でのケンブリッジのワトソン、クリックが行った研究をふくめ、科学面での相続財産は大変大きなものがあったが、英国はブリテンの科学者の手で行われた基礎的発見を活用する点では永い失敗の歴史を持っているのである¹⁰⁾。

英国は今やリサーチベースとしての魅力という

⁸⁾ 皮肉にも、スミスクラインベックマンは抗潰瘍剤市場の主導権をめぐるグラクソとの戦いで弱体化し、1989年には英国ビーチャム社の勢いの前に完敗し、合併に同意することとなった。1970年代初頭の頃、ビーチャムはグラクソに対し敵対的な株買占めを行っており、当時のグラクソはビーチャムの半分程度で、相互に抗争対立する両社であった。ビーチャムのこの株買占めに対し、グラクソは見事に防衛に成功したが、この時指揮をとったのは Paul Girolami で、後に Zantac の開発・マーケティング戦略の指揮をとることになる男である。

⁹⁾ 合衆国市場の巨大さは (そしてその巨大さゆえに海外企業にとっては強烈な魅力となる)、米国企業がとる姿勢の説明になるが、他方フランス市場の「例外主義」(Thomas (1994) に詳細な説明がある) は、フランス市場が持つ相対的孤立性を説明することになろう。

点では20年前と比較しても、否10年前との対比においても劣るのではないかと鋭い指摘がある。Howells and Neary (1995) は1970年以降の英国のR & Dの生産性は非常に粗末で、実際下降線を描くデータを呈示している。上で触れた主要な成功は、実はずっと以前の発見と開発活動にもとづくもので、英国の幾つかの著名な製薬会社名が1990年代に消えてゆくことになったリサーチパイプラインの失敗は、サイエンスの分野における失敗を暗示しているのである。PICTF (2001b) はその最終報告の中で、業界と学界の関係は「より強力なものとなることはなかった」(P. 54) が、研究費の高騰(これは英国に特有な問題というより世界的現象であった)は、一方では企業合併、買収およびその他さまざまな形態の提携関係を通じ、またグローバル化の圧力でバリューチェーンの分解により、研究環境は急速な変化を余儀なくされたのである。2001年のWelwyn Garden Cityをベースにした研究・生産体制に終止符をうち、そのため700人は仕事を失うことになったが、ウイルス研究の全活動を合衆国に移すというロッシュ(スイス)の決定は、正しくグローバル化の圧力をまざまざと示すものである。Welwyns 研究所の科学者はInvirase 抗HIV 治療薬の発見の責任を負っていた。この医薬品は化合物のランダムスクリーニングからというより、科学的原理から予定された最初のエイズ関連治療薬であった(Firn, 2001)。この投資引上げは、ロッシュの生産施設の合理化と関連していた。というのは、このような補助金によるR & D

は、企業がグローバルな視野に立ち、世界で最高の収益が期待できる医薬品市場である合衆国に研究施設を移転しようとするにつれ、英国(およびその他の小さな国内市場)の弱点が目立つようになるのである。

3. 企業動向、合併・買収、および 英国バイオテック産業の誕生

イミテーションよりイノベーションの報酬が強調されるにつれ、主要製薬メーカー間で企業規模を追求する傾向が1990年代を通じ全世界的に強まっていたが、その背景にはR & Dコストの上昇と規模の経済についての論議の登場があった。だがこうした合併の背後にあった説明根拠としては、主要製品の patents 切れを間近にひかえたメーカー各社が、研究におけるシナジー効果を求め、そのパイプラインの補給を意図してという理由にとどまらず、研究で成功した成果を直ちに資本化する上で必要なマーケティング上の限界サイズを求めての動きでもあった。英国が受けた影響の1つは、研究および生産設備の重複の合理化で、したがって雇用の減退があった。1990年代での第二の注目すべき動向としては、株主の考え方に関するアングロ・アメリカン流の先入観が強まったことであろう。このことはやがて多角化している企業にその事業ポートフォリオを再検討させ、十分成果をあげていない、あるいはスケールに問題があるとみられた事業部ないし子会社を処分させることとなった。一部の非医薬品企業の場合、この結果ヘルスケア関連事業を売却することになり、また一部の医薬品企業では、食品、農業関連事業、動物薬または消費者向け事業からの撤退という事態に発展していったものもある。以下でやや詳細に触れることにするが、このようなポートフォリオ再評価の結果、幾つかの企業の英国医薬品業界からの退出という事態が発生したのである。

総合すると、これら2つの動向は、英国産業部

¹⁰⁾ 例えば診断における重要なイノベーションの多くは、1953年のラジオイミノロジーに始まり、1975年のモノクロナル抗体を経て、1984年のDNA フィンガープリンティング、1993年のDNA チップに及ぶ40年以上に及び、これらは英国科学者の手で行われたものである。しかしながら英国の健康診断市場は比較的英国にベースを置くことのない多国籍企業に支配されており、診断関係の英国企業はすべて極めて小企業である。

門における整理統合を導くことになった。しかしながら同時に1980年代に始まる第3の動向があった。それは急展開を示すバイオ技術の周辺領域での多数の新たな、小規模ではあるが特殊な研究を行う会社の出現であり、同時にそれぞれの起源をパブリックセクターにもつ Amersham 社や Celltech 社のような誕生もみられた。かつては医薬品研究で自社の新技術開発を目指した、各種業界での企業の多角化戦略を通じて実現された医薬品産業のダイナミズムに、近年の数多くのバイオ企業の出現は、この産業に新たなダイナミズムを与えるに至っている。このようにして1990年代は、英国医薬品業界における重要な流れを作り出した10年であった。表8は10年内外の間に生じた主要な所有の取得または移動の若干を示したものである。

前章で指摘したように、1960年代の規制環境の変化の結果、大企業の合理化と買収により、多くの英国中小製薬企業は姿を消していった。1990年代のこの業界での世界的広がりをもった統合の動きは大型企業を巻き込んだもので、例えば1999年時点でグローバルマーケットシェア3%を超える多国籍企業は10社を数えたが、1995年時点では6社であったことと対比するとよい。その中の2社、グラクソ・ウエルカムとアストラゼネカは英国にベースをおくメーカーで、スミスクライン・ビーチャムはシェア2.8%で11位にランクされていた。1988年時点で世界のトップ10の企業群は25%のシェアをもっていたが、10年後のトップ10社は40%の市場を支配していた。2001年になるとグラクソ・ウエルカム社とビーチャム社の、そしてファイザー社とワーナーランバート社の合併があり、これでグローバルマーケットシェア5%を超えるメーカーが誕生したことになる。メルク社、同社はその全組織力による成長を続けており、全世界市場の5%を超えるシェアを持った第3位のメガカンパニーになっている。この間20世紀末に至ると、英国企業と識別できるのはわずか2社が残っているのみ

であるが、10年ほど前であれば、最前列に並ぶ英国製薬会社としては（グラクソ、ウエルカム、ビーチャム、ICI、ブーツそしてファイソنز各社）6社を数えたはずである。

英国の企業は自社の技術を活用して早くから医薬品産業に参入していったが、しかしその後あのような規模での参入が起こることはなかったし、またスイス企業にみられたような長期にわたる辛抱強さ（特に株主価値観の専制ぶりを前提とする）もその後はみられなかった。この中大手のすべてはそのオリジンを染料に持っていたし、またドイツ企業の場合はその起源を化学工業に持っていたのである。ICI は最も代表的な英国の例で、現在も製薬活動が続けているという点で最も成功を収めている例であろう。1930年代に染料から多角化にのり出し、1940年代に入って抗マラリヤ薬で最高の成功を収めたのである。同社の医薬品事業の中で最も重要な成果は1960年代の世界で最初のベータ・ブロッカー、抗高血圧心臓薬の開発であった。事実、ジェームス・ブラックが1988年ノーベル賞を受賞したのはこの仕事に対してであった。合衆国では、最重要製品 Tenormin のパテント切れが間近に迫っていたにもかかわらず、研究パイプラインとの間にあったギャップのために、ICI は2つの会社に分割を余儀なくされることとなった。その結果、一方の高い価値を持つ生命科学関連分野の事業（医薬品、農業化学および特殊化学薬品）を担う「新」ゼネカ社は、今ひとつの赤字を出し続けるコモディティ的化学薬品事業を引き受けた「旧」ICI の経営的重圧から解放されることとなった。1997年におけるゼネカの医薬品事業は全世界で19位にランクされ、心臓血管とがんの領域では極めて強力な地位をもっていた。

ゼネカとは違って、ファイソنز社は同社の中核事業であった肥料事業部を含む不採算事業の処分に1980年代を通じて努力したものの、分裂を重ね、その社名は完全に消滅してしまった。ファイソنز社の医薬品事業での関心は抗アレルギー治

表8 英国における国内医薬品企業間での所有の変更

1989年	Beecham	SmithKline Beckman 社 (米国) と合併
90年1月	Medeva	Evans Healthcare 社 (グラクソのゼネリック部門の経営権を取得してできた会社) を買収
90年9月	Medeva	Thomas Kerfoot 社 (英国ゼネリック) を買収
1992年	BOC	Dalta Biotechnology 社 (英国麻酔薬会社) を買収
93年6月	ICI	Zeneca 社 (医薬品部門) と ICI (化学部門) に分割
1994年	Amerpharm	大半の株式を Merck 社 (ドイツ) に売却
95年3月	Boots	医薬品事業を BASF (ドイツ) に売却
95年3月	Fisons	R & D活動を Astra 社 (スウェーデン) に売却
95年3月	Glaxo	Wellcome (英国) を買収
95年10月	Fisons	残りの医薬品事業を RPR (フランス) に売却
95年12月	Smith & Nephew	同社の最後の医薬品事業を Synthelabo (フランス) に売却
96年5月	BOC	Dalta Biotechnology 社に売却
96年6月	Celltech	Celltech Biologics を Alusuisse-Lonza (スイス) に売却
96年7月	Johnson Matthey	生物・生理学研究から撤退し, AnorMed を新設する
96年10月	Innovex	Quintiles 社 (米国) に売却
97年6月	Amersham International	55%シェアを持つ Amersham Pharmacia Biotech を創立するために Pharmacia (スウェーデン) とライフサイエンス事業を合併
97年7月	Amersham International	Nycomed 社 (ノルウェー) と画像化事業を合併, Nycomed Amersham に社名変更
98年4月	BOC	Ohmeda を売却し, ヘルスケア事業から撤退
98年9月	Oxford Molecular	Cambridge Combinatorial 社の80%を買収するが今日は既に所有していない
99年1月	Shield Diagnostics	Axis Biochemicals 社 (ノルウェー) と合併
99年3月	Zeneca	アストラ社 (スウェーデン) と合併
99年5月	Proteus International	Therapeutics Antibodies 社 (英国) と合併
99年5月	Poly MASC	Valentis (米国) により買収さる
99年6月	Celltech	Chiroscience (英国) と合併
99年7月	Goldshield	SmithKline Beecham 社から一群の医薬品を買収
99年11月	Celltech Chiroscience	Medeva 社を買収し, 社名を Celltech Group に変更する
00年3月	Peptide Therapeutics	医薬品配送会社 Mimetrix 社を Medivir 社 (スウェーデン) に売却
00年7月	Oxford Molecular	Cambridge Combinatorial 社を Millenium Pharmaceuticals (米国) に売却
00年9月	Peptide Therapeutics	Baxter Healthcare 社に株式の20%を売却
00年9月	Celltech	同社のワクチン事業を PowderJect Pharmaceuticals 社に売却
00年12月	Glaxo Wellcome	SmithKline Beecham 社 (英国) と合併
01年2月	Xenova	Cantab Pharmaceuticals (英国) を買収
01年5月	BioFocus	Cambridge Drug Discovery 社 (英国) を買収
01年6月	Johnson Matthey	Meconic 社 (グラクソ社からスピンアウトした会社で英国上場株主名簿に載っている) を買収
01年7月	Protherics	同社の Computer-Aided Molecular Design 部門を Tularik 社 (米国) に売却
02年3月	Amersham	Pharmacia が所有する Amersham Pharmacia Biotech の45%の株式を買収

資料：新聞報道、企業記録およびウェブサイト

療薬におかれていたが、それでもその中核製品 Intal の1994年の順位はやっと5位で、グローバルのシェアは Ventolin（グラクソ社）のシェア15%—当時既にパテント切れにあったが—に対しわずか5%にすぎなかった。ファイソنز社の全 R&D 予算はグラクソ社の10%以下で、これでは独立企業として生き残ってゆくには不十分であった。同社は R&D 部門を1995年3月スウェーデンのアストラ社に売却した。またファイソنز社には、開発過程の最終段階にある医薬品の買収に専念する医薬品マーケティング会社 Medeva 社との合併構想があったが失敗に終わり、1995年10月には、英国で強力な研究活動を行っているが、マーケティング力では非力なローヌ・プーラン・ローラ社からの買収に屈することとなった。

本来の事業分野からの多角化を通じ、英国の医薬品業界に参入をはかっていた一つの企業は、工業用ガス会社の BOC であった。他のヘルスケア関連活動の中で、BOC は麻酔薬事業を開発し、合衆国とプエルトリコに生産施設をもっていた。また1992年ノッティンガムにベースをおく Delta バイオテクノロジー社を買収、1993年には Du Pont Merck 社から血圧関係薬剤を購入することで、グループ全体売上のおよそ18%を占めるところまで拡大していったが、BOC は1998年同社の Ohmeda ヘルスケア事業部門を売却している。今日となっては BOC と医薬品業界との主な接点は特殊な包装機器と専門的ガスの供給を通じてということになる。Johnson Mathey 社は英国の重要な高級原料会社であるが、同社もまた医薬品部門への多角化を試みた会社である。1990年代に自社の化学をベースにした研究活動により抗ガン剤及び抗ウイルス薬を開発したが、しかし程なく1996年 AnorMED としてバイオメディカルの分野へスピンアウトしている（スピンアウトした会社は現在バンクーバーにベースをおき、新規に株式公開を行い、1999年現在トロント証券取引所に上場されている）。Johnson Mathey 社は薬理活

性のある重要な供給業者として引き続き医薬品業界との係わりをもっている。2001年にはエンジンバラにベースをおく、アヘンアルカロイドの世界的メーカーである Meconic 社を買収している。Reckitt & Colman（現在は合衆国にベースをおく Reckitt Benckiser 社）そして Boots 社、これら両社は OTC 市場で強力な存在感をもっていたが、しかし1990年代に各々の医療用医薬品を売却してしまっている。

医薬品各社の売却・合併、その結果としての設備の合理化により失職が発生していた。表4が示すように、英国における医薬品業界の雇用がピークを打ったのは1992年であった。例えば、グラクソによるウエルカムの買収が行われた1995年では7,000人の雇用減となり、ケント州のベッケンハムにあったウエルカム中央研究所の閉鎖につながっている。また同年にはファイソنز社がローヌ・プーラン・ローラに吸収され消滅したことによる失職があったし、BASF によるブーツ医薬品会社の乗っ取りによる雇用減もあったと思われる¹¹⁾。アストラゼネカは1999年 Alderley Park と Charnwood の研究開発所で450人の失職が起こったと発表していたが、後に新たな仕事は後者で追加されたとのことである。2000年末に起こったグラクソ・ウエルカムとスミスクラインビーチャムの合併は、当然合併施設の再検討という問題を伴うことになるが、向こう2～3年にわたって英国（その他の諸国における）の各地で数百人の失職が予想されると云われている。

現存の会社で新たな工場用地が準備されるにつれ、あるいは全く新規の会社においても仕事の創造が始まった。例えばグラクソ・ウエルカム社は、1997年 Stevenage で遺伝子専任の研究開発担当役員を新設しており、ファルマシア&アップジョ

¹¹⁾ 5年後の2000年に BASF 社は英国のアボットラボラトリーズ社に医薬品ならびにヘルスケア関係の株式を売却している。

ンは両社が1995年に合併した後、グローバル本社を英国におくと意志決定したとき¹²⁾、およそ100の新しいポストを新設することにした。二つのニューカマー、Celltech と Amersham、この両社のそのルーツはパブリックセクターで、過去20年以上にわたって Celltech は成長を続け、以下で述べるように英国では最大のバイオテクノロジー会社になった。Amersham International は、分子生物学で使用されるアイソトープトレーサーや医薬品並びに産業のための放射性物質の開発を目的とする全英のセンターとして発足した組織であった。政府機関ではあったが、それはあたかも営利企業的な動きをしており、したがってそれは英国政府にとっては、1982年の第一級の理想的の民営化例となったのである。Amersham は合衆国でようやく姿をみせはじめたバイオテクノロジー産業に参加しようとする企業に供給するため、1980年代に酵素の生産を開始している。1990年代の中葉、同社の医療画像事業部はノルウエーの Nycomed 社と合併、加えて同社の生命科学事業部はファルマシア社の生命科学事業とジョイントベンチャーを組み、ファルマシア・バイオテック (Pharmacia Biotech) と名付けられた。Amersham 社は1990年代の間に合衆国での売上は、1990年の2000万ドルから2001年にはほぼ10億ドルと大きく伸ばしている。2002年3月、ファルマシアバイオテック社の株のうち、ファルマシアの持株45%を買取ると発表している。Amersham 社はヒトゲノムの解読に係わっており、かつおそらくは英国の民営化運動では最も成功したものにあげられる会社であ

るにもかかわらず、比較的地味な存在であった。

4. バイオテクノロジー産業

医薬品産業についての伝統的モデルは、その参入障壁は高いことを暗示している。ポーター学派の見方によれば¹³⁾、医薬品産業を形成するビッグリーグへの仲間入りを求める革新的企業は、既存勢力からの数々の抵抗に直面することになる。例えば彼らは規模の経済を実現し、豊かな資本を擁し、R&Dのエキスパートをそろえ、マネジメント・スキルにすぐれ、流通・原材料へのアクセスや、政府の政策に精通し、加えて特許保護の点でも優位さをエンジョイしているはずであると (Taggart, 1993)。しかしながら時間の流れの中で技術において、資金市場において、科学者並びに経営者の労働市場での変化が、小規模ながら起業家精神にとんだ研究志向型企業の誕生を容易にする条件となり、それら企業はバイオテクノロジーの基盤技術 (プロテオーム研究、遺伝子機能解析など) を開発し、あるいはこうした技術を用いることで、バイオメディカルな療法を創出することになっている。またバイオテクノロジーは、遺伝子操作を通じ、また連続発酵法での酵素の利用により (このことの結果時間とコストの節約が可能となる)、さらにはモノクローナル抗体の生産のような細胞培養の利用により、医薬品の生産方法に大きなインパクトを与えることになっている。業界の多国籍企業は、こうした新たなバイオテクノロジー企業が実現する前進により、特許利用権の取得、資本のテコ入れ、さらには他の各種戦略的提携により、それぞれの製品パイプラインをゆたかにすることになると期待している。

バイオ工業協会 (Bio Industry Association =

¹²⁾ 1998年同社はグローバル本社を米国ニュージャージーに移したが、その結果英国では若干人の余剰を生むこととなった。新聞報道は重要な経営拠点 (ここではスウェーデンと英国であるが) から遠く離れたところにグローバル本社を持つことの利便性問題は別として、合併時点においてはそうであったとしても、1998年ではロンドンではもはや戦略的拠点ではなくなったのである。

¹³⁾ Porter's Competitive Strategy (1980, Free Press, New York), および The Competitive Advantage of Nations (1990, Macmillan, Houndmills) 参照。

BIA)¹⁴⁾によれば、英国のバイオテクノロジーセクターは、ヨーロッパのバイオテクノロジー産業の4分の1近くを占め（これは合衆国バイオ産業により頭をおさえられているため）、同時にヨーロッパで広く言われているバイオサイエンス企業の半ば以上を占めている。1999年の英国のバイオサイエンス企業数は560社から600社と推定されており、これら企業は高い技術水準をもつおよそ42,000人を雇用している。協会に加盟している350社中、その3分の2は治療薬や治療法の研究開発に係わっており、残り3分の1の大半は、環境関連や、診断技術の開発に係わりをもつ会社である。大半の企業は小あるいは中規模企業に分類される会社である。即ちスタッフ500人以下を雇用する企業である。Kettler and Casper (2000) は、BIA のデータは、会社数の点でも従業員数の点でも、英国のバイオテクノロジー業界を過大視していると語っている。と云うのは、発表している数字の中には研究機関のみならず、コンサルティングやサービス会社までもふくめているからであると。Ernst & Young (2000; 2001) は英国のバイオテクノロジー業界の従業員数は、ヨーロッパの総合計数61,000人中16,000～17,000人になると言い、英国の企業数は、ヨーロッパ全体のバイオテクノロジー会社数、1999年の1,351社、そして2000年の1,570社に対し、1999年においても2000年においてもおよそ270社であったとみている。明らかに英国の場合、会社数の伸びは、企業合同もあって少々停滞しているが、ドイツの会社数は1999年の269社から2000年ではおよそ330社と伸びを続けている。図2は1999年時点で英国とドイツの会社がヨーロッパのバイオテクノロジー業界をいかに支配していたかを示すものである。

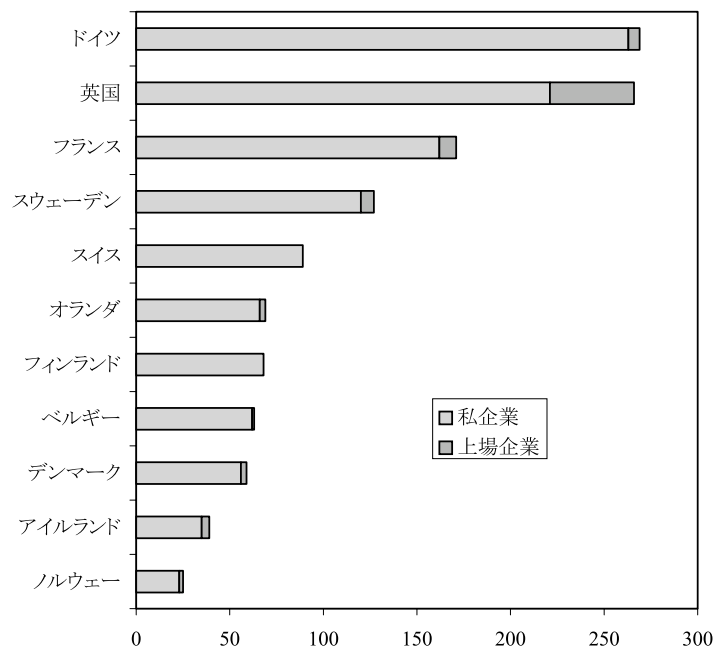
Kettler and Casper (2000) は英国のバイオテクノロジー産業はドイツのそれに比してより成長した産業になっていると記しているが、何故なら、

1998年でみると英国のプレイヤーの80%以上が在籍年数6年以上となっており（ところが1998年時点では、ドイツ企業の半数は在籍年数5年以下）かつ英国の場合100名以上を雇用する企業は40%を超えている（ドイツの場合45%は雇用者数10人以下となっている）からであると。製品開発の点では英国のバイオテクノロジー企業の方が開発から臨床治験にまでもっていく上でかなり成功を収めているように思われる（表9）。図3、これはErnst & Young (2001) により若干異なったベースに立って、2000年の上場企業についてまとめたものであるが、この資料もまた英国企業が製品パイプラインをいかに支配しているかを示しており、フェイズIIIの臨床治験段階にある新薬候補27の中13は英国企業のものであるという。英国企業は手がけた研究のできるだけ多くをその先の臨床治験段階に送り込むべく努力しているが、しかし他のヨーロッパ企業も力をつけてきており、1999年の英国の上場企業は、開発のパイプラインにある全製品の3分の2（そしてフェイズIIIにある11の全製品）を占めていたが、2000年には半分以下を占めるにとどまっている¹⁵⁾。

英国においても米国同様多くの新たに誕生したバイオテクノロジー企業は、大学および研究機関からスピニングアウトしたものである。しかしながら大抵のバイオテクノロジー会社は狭い製品ポートフォリオをもっており、コストとリソースの点からわずか1～2の製品にフォーカスをしぼらざるをえない状況にある。このことは臨床治験の結果の遅れ、ないし好ましからざる結果の場合、それら企業を失敗の危機に立たせることを意味するわけである（Kettler and Casper, 2000）。バイオテクノロジー企業間にみられる高い撤退率は、

¹⁵⁾ しかしながら新たに上場された会社——このうち数社は2000年現在ではヨーロッパ企業であった——そのパイプラインの中で非常に有望な製品であったため、市場に投入される可能性は極めて高いことは注意すべきであろう。

¹⁴⁾ <http://www.bioindustry.org>



資料：Ernst & Young, 2000年

図2 ヨーロッパのバイオテクノロジー企業 (1999年)

「創造的破壊」という言葉を作ったが、正しく的確を射た言葉である。Kettler (2000) はこの見方を支持するような各種ソースからのデータを引用しているが、その中に1980年から1998年の間にグローバルベースで開発過程にあったすべてのバイオテクノロジー関連のプロジェクトの中、82%は失敗に終わったという事実があった— この失敗率は主要製薬会社プロジェクトの場合より高い比率であった。残りのプロジェクトは依然開発過程にあるか、あるいは (少数ではあるが) 市場に到達することができたものである。これまで市場に到達できたバイオテクノロジー製品の数に限られており、大抵のバイオテクノロジーの会社は深手を負い、したがって開発資金を使い果たし、倒産かそうでなければ他社による買収というコースをたどることになりがちである。英国企業による製品失敗例が高いことの中には、British Biotech社の膵臓治療のための治験を断念した例があり、

Provalis社はMacritoninの治験を断念している (Ernst & Young, 2000)。2001年に苦境にたち至った目立つ会社としてはBioglan社とElan社がある。明るい側面では、1999年Celltech社は、その地方では永く使われ続けていた麻酔薬Chirocaineについて合衆国での市販承認を得たが、英国のバイオテクノロジー会社では承認第一号となった。そして2000年にはこの成功に続いて白血病治療薬Mylotargの市販承認を得ることができた。

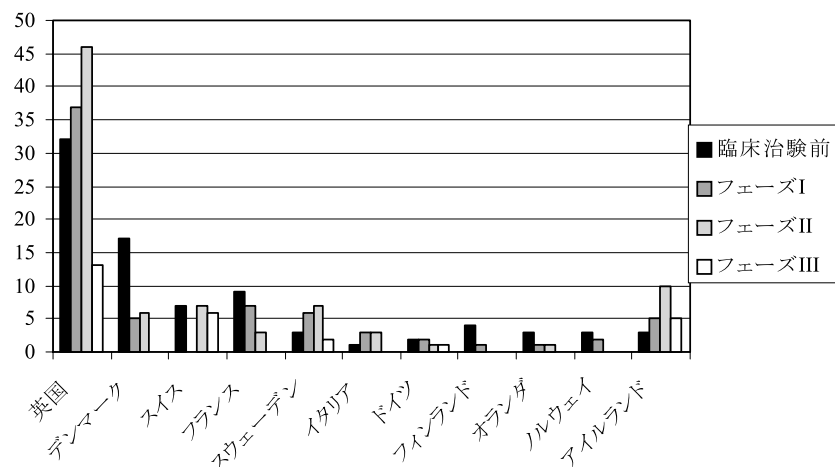
Ernst & Young (2000) はパテントや技術関係がより複雑になるにつれ提携数が急激に増加しているという事実から、1999年におけるヨーロッパバイオ事業の性格の変化についてのべている。今日の環境下ではバイオ企業が単独で存続できる余地はほとんどなくなっていると彼等はのべている (p.7)。例えば、合衆国のシェーリング・プラウ社は、British Biotech社の有望なガン治療

表9 主要市場の製品研究パイプラインの推定成長率

	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年	年平均
英国	43	58	70	78	108	119	79
フランス	35	40	44	40	54	59	45
ドイツ	16	19	24	28	36	63	31
米国	145	139	156	150	161	173	154

注：年あたりの R&D および臨床治験に入った平均医薬品・製品数

資料：バイオテクノロジー工業協会 (<http://www.bioindustry.org>, 2002年3月20日アクセス)



資料：Ernst & Young, 2001年

図3 ユーロッパのバイオテクノロジー製品のパイプライン 公企業, 2000年

薬の研究についてグローバルな権利を取得し、その見返りとして同社株式の0.7%を購入し、前払金と開発過程の経過金とロイヤリティで5,200万ユーロを限度として支払うことを約束した。もっと以前の協定であれば、Powderject Pharmaceuticals とグラクソ・ウエルカム社との間の提携があり（スミスクラインビーチャムとの合併以前の提携である）、これは HIV 治療のための DNA ワクチンについてのものである。また、Cambridge Antibody Technology とWyeth-Ayerst Laboratories（合衆国の American Home Products 社の一事業部である）との間の人間の抗体をベースにした医薬品の研究開発についての協定があり、

さらには急性腎不全予防薬をめぐる Roche と Vanguard Medica（今日では Vernalis 社として知られている）との間の協定がある（DTI, 1999）。

Ernst & Young の研究（2000年）は、最大手バイオ企業相互間の力を目指した合併に向かう動きについて報告している。即ち彼等はクリティカルマスを求め、絶望的研究の中での最後の一勝負をはったといったたぐいの合併ではなく、相手のもつ追加的資源、技術あるいは製品を期待した上での合併であった。Celltech 社の Chiroscience 社の合併や Shire's 社の Roberts 社（米国）の取得——これらの取引は1999年に起こっている——これらはバイオ企業間の前向きな合併戦略の例と

して評価されたものである。このように主要な医薬品企業は必ずしもバイオテクノロジー企業が特に好んでパートナーに選ぶ相手ではなかった。このことは、一部には小さなバイオテクノロジー会社は自分達の技術の価値を適切に評価してくれて多国籍製薬企業との間で協定に到達するのは容易ではないと恐れたためである。「伝統的」医薬品セクターがそうであったように、この合併合同のプロセスは、やがてクリティカルマスを超える限られた数の大型の英国バイオテクノロジー企業と、他方では極めて多数からなる零細企業群との二極化へと導くこととなる。

英国バイオテクノロジー産業の発展を支援することは政府の政策スタンスとなっているが、このことは1999年英国貿易産業省 (DTI) が出版した報告書 *Genome Valley: Economic Potential and Strategic Importance of Biotechnology in the UK* の中で明示されている。この報告書は多くの産業を活性化させる技術として、英国におけるバイオテクノロジー技術の開発促進は極めて重要であることを強調している。(現政府のバイオテクノロジーに対する積極的姿勢は、1980年代から1990年代の初頭に及ぶ間を通じ、関心を示さなかった保守政府とはよきコントラストをなしている。Howells and Neary (1995) は、英国のこの分野には予算をつけようといった研究予算の戦略的配分方式を、EU のバイオテクノロジー計画もこれを踏襲することが容認されようとしていると一部関係者は感じ始めているとのべている¹⁶⁾)。バイオテクノロジーの商業化に際して、1995年以

降ドイツ政府は積極的関与策をとったが、英国はドイツと異なりむしろアメリカ型の国家政策の途をとろうとしており、法・規制面ではバイオテクノロジー組織のたち上げは大学、ベンチャーキャピタルさらにはサービス会社自身になるようにインセンティブが配慮されている (Kettler and Casper, 2000)。前でもふれた Celltech 社、同社については後に詳細にとりあげるつもりであるが、同社は英国では例外的ケースであった。技術移転機関を財政的に支援できる公的資金は極めて限られている。公的基金で運営される学術的研究の利用に係わる法律は1985年に改正され、大学が知的資産を利用し保護する技術移転局を創設する責任を負うよう改められた。ライセンス収入は科学者個人と彼等が属する大学学部、そして大学自身の三者でシェアされる。しかしアメリカの大学であれば受けているであろう多額の寄附金を英国の大学は受けていないことは、技術移転局は多くのプロジェクトに投資できる十分な原資をもっていないことを意味している (Kettler and Casper, 2000)。しかしながらその他の点では英国の自由な法体系のため非常に好都合であった。例えば治療上のクローン関係法は、幹細胞研究にとっては、英国を世界の中核へと転換させることになった。英国の初期段階でのクローン治療の成功は1998年のドーリー (クローン羊) の誕生であったが、これは PPL Therapeutics とスコットランドの国営 Roslin Institute との協同研究の成果であった。

英国ではバイオテクノロジー企業群は、英国政府が第一級の研究センターと分類した大学や研究機関の周辺で発展することになったが、そこはケンブリッジ、オックスフォード及び中央スコットランドであった。その理由は生まれたばかりの新会社は彼等に次々と種を生んでくれるアカデミックな研究機関との密接なつながりを確保しておくことを望んでいたためである。BIA データは、英国のバイオテクノロジー産業のおよそ40%は南東部 (ロンドン、オックスフォードを含む) に立

¹⁶⁾ 1980年代の大半を通じ英国政府の政策は独特の R&D の研究に対し支持することはやぶさかでないが、マーケットの近くの活動には生理的嫌悪感を抱いていると彼らは見ていた。したがって政策当局は、そのことは早くから指摘されていたことであるが、うまく進んだ基礎研究と英国産業の利益のための商業的利用との間のいわゆる「開発ギャップ」にいらだちを感じていた。

地しており、さらに17%は東部地区（主としてケンブリッジ）に集まっているとしている。これら地域内の企業間の支援ネットワークや相乗作用面でのつながりは極めて重要であるが、研究所の分離新設のためのスペース問題——すなわち現存企業成長のためのスペース問題は——一部地域では深刻な問題となりつつある。しかしながら全般的には、ビジネスプランのコンサルティングに應ずるとか、テクノロジーパークの維持、さらには新たに分離独立させたブランドニューの会社に対するインキュベーター施設など、プライベートセクターのサービス会社は、支援が制度にもとづいて行われているドイツのケースと対比するとき、英国のアントレプレナーバイオ企業による支援の方がはるかに行き届いたものとなっている（Kettler and Casper, 2000）。立ち上げようとする企業に対するベンチャーキャピタルの資金援助も、ヨーロッパ大陸との比較では英国は総じてうまくいっているが、しかし合衆国との比較となると、比ぶべくもないことは確かである。

(1) セルテック株式会社概況（Celltech Plc）

ここでは英国医薬品産業にとっては比較的ニューカマーに属する企業に関する簡単なケース・スタディを行うこととする。同社は一つはバイオテクノロジーについてのパイオニア的研究を、そしていま一つには的をしぼった合併という、二つの対をなす戦略を通じ、国際的成功を収めた企業である。セルテック社はもともと英国のバイオテクノロジー企業であった。2000年時点で、同社は商工省（DTI）のデータ（表10）によると、医薬品関連の R&D 支出では7位の企業であった。同じ表をみると、売上高では全体で11位になるが、英国以外の会社を除くと売上高4位の企業であることがわかる。

セルテック社は1980年英国ナショナル・エンタープライズ・ボードからの基金で設立されており、このボードは政府のインキュベーターとして役割

を果たしていたところである。今日セルテック社は自身を次のように説明している。「当社は完全に統合された、国際的な R&D を中核とする組織体で、幅広い製薬化学並びにバイオ医薬品開発についての研究報告を世に問うており、抗体技術では指導的地位を確立している」¹⁷⁾と。

セルテック社は、メディカル・リサーチ・カウンシルの許可を得た研究を使って、最初細胞培養による蛋白製造、診断薬、抗体工学、食品加工技術、人体治療薬等々の分野で仕事をしていて、1986年アメリカン・サイナミッド社（現在アメリカン・ホーム・プロダクツ社の一部）と協定を結び、単クローン系抗体及び抗体工学製品の開発を行うこととなった。しかしながら研究の投入にもかかわらず、そこから具体的製品が出て来なかった為、セルテックとしては発見と開発活動に専念するため、コア以外のビジネスを手放さざるをえなくなった。1990年時点においても、セルテック社は依然赤字経営を続け、かつベンチャー向け資金の利用はほとんど不可能な状況にあったが、新たに英国ロッシュ社から迎えた CEO は、同社を二つの部門（医薬品の発見を目指す Celltech Therapeutics と契約生産を行う Celltech Biologics）に再編することとし、資源をリサーチプログラムに集中すると同時に、リスクを分散するべく様々の協同研究に加わることにした。例えばバイエル社とかメルク社、シェーリングプラウ社といった、いわば巨大製薬メーカーが主要な協力企業となり、これら企業はセルテック社が大いに必要としていた経営ノウハウと同時に財務面での支援を提供してくれた。大抵の若いバイオテクノロジーで発見を志向する企業同様、巨大製薬メーカーの世界であればすべて備えているはずのマーケティングスキルを、セルテック社も持っていなかったのである。

1993年12月のロンドン証券取引所（LSE）の規

¹⁷⁾ 会社ウェブサイト: <http://www.medeval.co.uk>

表10 英国医薬品産業 R&D 支出別順位表 (2000年)

	2000年 R&D支出		対売上高 R&D 支出費率 (%)	売上高 (£ m)	従業員 1人あたり R&D支出額 (£ '000)	各年 R&D 投資額		
	(£ m)	(増減率%)				1999年 (£ m)	1998年 (£ m)	1997年 (£ m)
GlaxoSmithKline	2,526	10	14.0	18,079	23.3	2,286	2,073	1,148
AstraZeneca	1,937	—1	16.0	12,119	34.0	1,957	1,656	1,453
Pfizer	373	14	39.2	952	84.3	329	261	313
Merial	95	16	8.4	1,125	14.8	81	31	n. a.
Roche	92	20	17.3	531	33.1	77	65	51
Eli Lilly	78	n. a.	7.8	1,000	22.9	n. a.	n. a.	n. a.
Celltech	70	22	29.7	236	38.9	57	20	19
Aventis	58	1	7.3	787	13.0	57	48	47
Shire Pharmaceuticals	47	47	13.8	344	49.0	32	22	5
Novartis	40	—7	7.2	560	14.7	43	40	30
BMS	35	—10	6.6	530	12.0	39	30	20
British Biotech	24	—23	802.5	3	79.5	31	42	36
Oxford Glycosciences	22	23	247.0	9	136.4	18	13	7
Powderject Pharmaceuticals	22	53	720.8	3	108.7	14	7	1
Vernalis	19	16	620.6	3	138.9	16	21	22
Cambridge Antibody	16	16	157.3	10	97.7	14	9	7
Cantab Pharmaceuticals	15	18	246.4	6	105.6	13	11	7
Amarin	14	19	107.4	13	126.9	12	12	9
SkyePharma	13	87	54.6	24	35.1	7	6	7
Acambis	13	—10	211.9	6	119.9	14	8	10
Johnson & Johnson	10	—49	1.2	789	2.0	19	21	25
PPL Therapeutics	9	—29	n. a.	0	60.2	13	14	11
ML Laboratories	9	58	77.2	12	48.8	6	8	6
Protherics	9	—8	451.5	2	48.3	10	5	5
Bioglan Pharma	8	47	8.3	101	14.7	6	5	4
Galen	8	102	9.3	86	6.7	4	3	2
Quadrant Healthcare	8	62	395.6	2	87.9	5	3	1
CeNeS Pharmaceuticals	8	58	111.2	7	70.8	5	4	4
Xenova	7	—34	n. a.	0	130.2	11	16	13
Gemini Genomics	7	25	n. a.	0	111.8	6	4	n. a.
Antisoma	6	44	323.6	2	231.1	5	2	0
Merck	6	—13	3.4	168	6.2	7	6	3
Alizyme	5	43	n. a.	0	433.3	4	4	3
Weston Medical	5	67	256.1	2	61.7	3	2	n. a.
Oxford Biomedica	5	34	503.3	1	102.7	4	3	2
Servier	5	10	67.7	7	57.1	4	4	4
Provalis	4	—76	55.7	7	31.5	17	17	12
Phytopharm	3	—30	169.7	2	117.0	5	4	3
SR Pharma	3	—1	300.1	1	125.0	3	2	2
Pharmagene	3	10	271.0	1	45.9	2	2	1

注：イタリックスで社名を示したのは海外企業が所有する英国子会社

資料：フィナンシャルタイムズ紙 R&D 投資額一覧，2001年9月27日，通産省データに基づくもの

則改定後、「科学的リサーチ志向の主要企業は、必要とされていた事業報告なしで」資金調達が可能となり（Kettler and Casper, 2000はLSEの規定を引用している）、そこでセルテック社は株式公開に踏み切った。LSEはバイオテクノロジー会社に対し過去3年間の利益報告を免除したが、しかしそれら企業は臨床治験段階にある製品を少なくとも2製品は持っていること、またそれは「立派な」投資対象物件であることの根拠の呈示、さらにその製品を市場にまで持ち込むための資金計画を求めている¹⁸⁾。セルテック社は、1株250ペニー額面で上場することにより、1,765万ポンド（およそ3,000万ドル）を調達することができ、同社の財政面での自給体制への途を切り開くことになり、英国の他のバイオテクノロジー企業とは異なっており、セルテック社は以後資金調達のため証券取引所に再び戻る必要はなかった。

セルテック社の生産部門、すなわち Celltech Biologics の Alusuisse-Lonza 社に対する1996～1997年の売上は4,200万ポンドに達し、おかげで同社を純粋に医薬品の研究企業へと変えることを可能にした。すなわち、Celltech Therapeutics 部門が具体的な成果をほとんど出せないまま開発活動が続けることが可能であったのは Biologics 部門の契約生産活動のおかげであった。確かに Celltech Therapeutics が1996年に稼ぎ出した売上高は100万ポンドに過ぎなかったが、Celltech Biologics は1,220万ポンドを売り上げていた。が、Biologics の売上は1996年総売上で急落することとなり、1999年までの間でここまで売上が低下し

たことは一度もなかったことである。臨床治験段階にあって最も期待されており、パイエル社の手で開発中の敗血症治療薬が失敗に終わったため、1997年セルテック社は大打撃を被ることになったが、同社の強力なリサーチパイプラインのおかげで白血病およびクローン病治療薬へとターゲットの転換が可能であった。

1999年の Chiroscience 社との合併であるが、カイラサイエンス社は1992年の創立で、1994年2月には株式を公開していたが、この合併により同社の長時間作用するこの地方の麻酔薬 Chirocaine がセルテック社の製品パイプラインに組み込まれることになった。（Chirocaineはずっと以前ゼネカ社がアストラ社を買収するまで、ゼネカ社で開発中の製品であったが、やがて両者の合併によりアストラ社自身の鎮痛剤とコンフリクトを起こす結果となった）。カイラサイエンス社は、1996年シアトルにベースをおく Darwin Molecular 社を買収したが、この買収により目標とする遺伝子解析の研究プログラムに加わることができることとなった。合併したセルテック・カイラサイエンス社という統一企業体は、ヨーロッパ最大のバイオ薬品の研究開発企業の1つとなり、1999年8月には Chirocaine 麻酔薬は英国のバイオテクノロジー会社が生産し、合衆国でマーケティングする承認を受けた最初の医薬品となった。

重要な第2の合併は2000年1月に行われた Medeva 社との合併で、この合併によりセルテック社に550人の強力なマーケティング部隊と一群のゼネリック薬がもたらされることになった。メデヴァ社は1990年 Medirace と Evans Medical 両社の合併でできた会社で、創立10年を迎えたことになる。ほとんど英国を中心とした企業でワクチンの開発、生産および販売にあたっている。メデヴァ社の戦略は、現在市場にある製品、開発のパイプラインにある製品、さらには販売および製造のインフラの国際的買収を通じ医薬品のポートフォリオを作り上げて行こうとしていた。

¹⁸⁾ 1995年の Alternative Investment Market (AIM) の設立はバイオテクノロジー企業にとって市場からの資本調達を容易にし、かつ個人投資家にとっては市場から退出しようとするときこれを容易にしたことになる。殊に後者は、英国のベンチャーキャピタル産業の発展にとって重要な意味を持ち、新たな英国のバイオテクノロジー企業へのその後の資金供給の機会を拡大することとなった。

同社の買収案件の中には、ウェルカム社の人体用ワクチンがあり（1991年）、加えてファイソンス社の一群の製品と合衆国にあった生産設備であるが、これら生産設備は1996年にロース・プーラン・ローラから買い取ったものである。だが合衆国進出のはしりはファイソンス社によるこの買収が最初ではなかった。メデヴァ社のヨーロッパでのインフラは英国、アイルランド、フランス、スペインそしてベルギーをカバーしていたが、2001年のセルテックの現金による Thiemann 社（ドイツ）の買収は、そのマーケティング力のおよぶ範囲をドイツにまで拡大することになり、同時に新たなリサーチプロジェクトをそのパイプラインに加えることになったのである。

セルテック社はカイラサイエンス社およびメデヴァ社の買収にあたって、その支払は現金ではなく株式をもって行っている。これら両社のポートフォリオにはコアビジネスとは見なしがたいものが含まれており、これらの売却によりセルテックの財務体質は一層強化されることになり、他方グループ全体の活動を新薬の発見と開発にいま一度焦点を絞り込むことになったのである。カイラサイエンスの子会社カイラルテック社（ChiralTech＝カイラル化学製品とサービス）およびシアトルにベースを置くラピジーン社（Rapigene＝DNA 分析）の両社はアスコット社（Ascot＝英国）およびキアジーン社（Qiagen＝ドイツ）にそれぞれ売却されたが、他方メデヴァ社のワクチンはパウダージェクト社（Powderject Plc）に6,000万ポンドで売却され、合衆国のアームストロング社（Armstrong＝吸入剤の契約生産）はアンドルクス（Andrx）に売却された。

この疾風のような吸収合併を境として、セルテック社は英国（スロウとケンブリッジ）と合衆国（シアトル）に研究施設を持ち、600人の研究スタッフ、そしておよそ9,000万ポンドの年間研究予算を持つセルテック R&D 部門と、マーケティング組織であるセルテック医薬品事業部という組織で

構成されることになった。2000年の急性骨髄性白血病薬 Mylotarg の発表は合衆国市場に参入してきた最初の抗体をターゲットにした化学療法薬であったが、これに続いたのが2001年4月 FDA の承認を受けたMetadate（注意散漫などの機能亢進疾患薬）であった。この後者製品はライバル製品の市場参入に直面し、当初予想した市場浸透速度を下回ったが、しかしながらセルテック社の2001年の年間売上高は、合併企業分を含めて29%増で3億310万ポンドに達し、税引前利益は4,780万ポンド（リストラおよび買収コスト引後では5,550万ポンドのロスとなる）となり、数少ないヨーロッパの利益をあげるバイオテクノロジー企業の1つとなっている。

2001年のリサーチ部門での重要な成功といえば売上高10億ドルと予想される「大型」新薬、リウマチ性関節炎治療薬 CDP-870の権利に関しファルマシア社の同意を取り付けたことであった。この権利をめぐる、グラクソ・スミス・クライン、ファイザー、アベンティスを向こうにまわしてのファルマシアの戦いで、同社は一時金として5,000万ドルを、目標売上高に到達したときはさらに2億3,000万ドルを、加えてすべての重要市場でのセルテック社のコプロモーションの権利を容認することで収めた勝利であった。CDP-870 が持つ競争力は大手医薬品企業がそれぞれの新薬パイプラインを補充し続ける上でバイオテクノロジー会社からの援助の必要をどう認識しているかを示していると思われる。

企業の経営サイドでは、セルテック社は大手製薬メーカーで経営の方向づけを行っていた経験豊かな一群の人々を集めており、その中にはCEO（以前は Roche にいた）、R&D ディレクター（Glaxo Wellcome）、開発ディレクター（GSK および Novo Nordisk UK）、そしてセルテック医薬事業部のCEO（Novo Nordisk UK）がセルテックに加わった連中である。若いバイオテクノロジー企業の中には、往々にして必要な経営スキルを欠

くことがあるが、しかし大手製薬メーカー間の合併により、経験豊かなマネージャークラスが労働市場に現れるようになっており、その数は増加傾向をたどっているように思われる。

新製品発売で大成功を収め、かつ同社のリサーチパイプラインには強力なものがあるにもかかわらず、2001年にはセルテック社の株価は50%も下落し、2002年3月には同社株はFTSE-100（英国株価指数）の計算から外され、セルテック社自体が企業買収のターゲットにされかねないといった投機を引き起こすに至ったのである。すなわち短期の勝負を基本スタンスとする投資家は、短期の成果のためには長期の可能性を犠牲にすべしと会社に迫り、会社批判を展開したためであった。

5. プレッシャーと挑戦

ここでは英国製薬産業の展開過程を取り上げ、英国経済にとってこの産業が持つ重要性を見ることとする。英国の科学は目覚ましい成功を実現し、グローバル市場では、英国の医薬品企業は国内市場におけるその売り上げから想像されるものに比して、はるかに大きなシェアを達成しているのである。英国のバイオテクノロジー産業は、ドイツのそれと相まって、ヨーロッパでは最も活気に満ちた産業となっている。ただ両国のそれも米国との比較ではかなりの遅れをとっているのは否めない。

英国製薬産業にとっておそらく最大の挑戦目標は合衆国の成長とパワーであろう。1990年代のニューエコノミーの下での米国の技術進歩は、他の諸国家に見られるところをはるかに凌ぐヘルスケア市場の成長と相まって、合衆国を医薬品研究およびマーケティング活動の真の中核に変えていったのである。1996年、英国政府が「欧州医薬品審査庁」（EMA=the European Agency for the Evaluation of Medical Products）のロンドンへの誘致をめぐる戦いで勝利を収めた時点では、英国は医

薬品多国籍企業にとっていぜん戦略的に重要なロケーションを占めると考えられていた。だがその地位が今脅威にさらされている。それは英国が効率的なインフラを持ち、誇るに足る環境維持に失敗したというより——いや若干問題がないわけではない、例えば基礎研究や高等教育水準を守るため、政府による助成が十分でなかったため科学水準の停滞を懸念するむきがないわけではない、——が本当の理由は、1) 1990年代の主要医薬品企業間の吸収合併の嵐に続く施設の合理化・リストラ、この要因が製薬産業で英国のように久しく多国籍企業としての歴史を重ねてきた諸国家の硬直性に大打撃を加える結果となったことである。いま一つには 2) アングロアメリカン市場での株主の価値観をあげなければならない。そこでは医薬品業界で相対的に低い利益しか実現し得ない企業からは投資を引き上げ、同時にその他方では、より一段の規模の経済の実現を目指し、新たな投資先を探索する連中を生み出していることである。いま一つは 3) 価値連鎖の細分裂で、これはそれを可能とする技術が生んだ結果であったが、すなわちその技術は価値連鎖の各要素の地理的分散と、これら各要素をインターネットや他の精密技術を介しての完全統合という、分散と統合の双方を可能にしたことである。グローバルな世界を見つめる人は当然、まず第一にアメリカ市場に目を向けることになる。GSKの医薬品事業部の売上の52%は合衆国市場から生まれたものであり、同社の全ヨーロッパ向け売上は26%であった（英国での売上は10%以下）ことと対比されるし、アストラゼネカ社も、2001年においては売上の半ば以上は米国市場で達成されたものであった。

英国ヘルスケア産業の制度的枠組みいかに国内医薬品産業の発展にとっては決定的要因であった。1999年のNICEの発足は、英国で新薬を発売しようとするものにとって、もう1つのハードルとなったことは明らかであった。というのは、コスト効率分析を求めるのは他に例がなく、従っ

て医薬品各社は市場としての英国の魅力を削ぐことになる不満を述べていた。もっとも NICE を導入せんとした政府のねらいは、NHS に入る近代的薬品は適切な価格でなければならないことを確保しようとするににあったが、しかし英国は既に新たな治療に対し低価格（他国に比して）の処置に着手しており、従ってこれ以上の改善は期待できないという見方が一般的であった。さらに悪いことには、国内当局がある医薬品のマーケティングについて承認を拒否することは、海外市場のマーケティングで支持を得ようとする夢をうち砕くことになりかねないのである。GSK の本社が英国を去った理由としては、英国のどちらかといえば厳しい制度上の枠組みと、研究面と市場サイズ双方の点から見た合衆国の魅力とを勘案した結果と思われる。

英国バイオテクノロジー企業の成長は重要な展開であり、リサーチパイプラインにあるプロジェクトで市場導入を間近に控えているその数の増加に如実に示されている。活気に満ちたバイオテクノロジー産業は英国における科学研究領域の商業化という面でも重要な役割を果たしている。またバイオテクノロジー分野での合併合同は、それら企業があるプロジェクトで失敗してもそのつまずきに耐え、また資金面でも苦境を切り抜けうるだけの、いわば発見および開発におけるクリティカルマスを追求するはずであるから、今後も続くと思われる。また合併合同においても、大手製薬メーカーはもはや大手バイオテクノロジー企業にとっての第一候補の提携相手ではないであろう。しかしながら過去にほとんど商業上の経験を持つことのなかった小規模バイオメーカーにとっては、大手製薬メーカーとの間では相互の利益はかなりのものとなるかもしれない。

最後に、最近10年間に起きた英国固有の産業における二極分化は、今後も緩やかな形で続くと思われる。というのは、セルテックとか SkyePharma のような「新」会社が英国、ヨーロッパさらには

合衆国での合併を繰り返すなかで、スケール拡大を通じ成長することになると思われるからである。しかしながら投資家は株式市場を通じて失敗の危険性を感じ取るや否や直ちに企業に罰を加えるであろうから、生き残りのカギは潤沢な在庫を持つリサーチパイプラインの維持につきると言えよう。

参考文献

- Angelmar R and Pinson C (1992) *Zantac (A) Case Study*. Fontainebleau : INSEAD.
- Corley TAB (1999) "The British Pharmaceutical Industry since 1851," University of Reading Department of Economics, Working paper No.404 : Reading.
- Department of Health (2000) PPRS Fourth Report," <http://www.doh.gov.uk/pprs/rep4-introduction.htm>. Department of Health.
- DTI (1999) *Genome Valley : The Economic Potential and Strategic Importance of Biotechnology in the UK*. London : Department of Trade and Industry.
- Dunning JH (1978) *Multinationals, Technology and Competitiveness*. London : Unwin Hyman.
- Ernst & Young (2000) *European Life Sciences 2000 : Evolution*. London : Ernst & Young International.
- Ernst & Young (2001) *European Life Sciences 2001 : Integration*. London : Ernst & Young International.
- Firn D (2001) "Bitter Pill for Aids Researchers as Roche Axes British Development Base," *Financial Times*. 1 June.
- Gambardella A, Orsenigo L and Pammolli F (2000) "Global Competitiveness in Pharmaceuticals : A European Perspective," *Report for the Directorate General Enterprise of the European Commission*.
- Howells J and Neary I (1995) *Intervention and Technological Innovation : Government and the Pharmaceutical Industry in the UK and Japan*. Houndmills : Macmillan Press.
- Jones B (1977) *The Future of the Multinational Pharmaceutical Industry to 1990*. London : Associated Business Programmes.
- Kettler HE and Casper S (2000) *The Road to Sustainability in the UK and German Biotechnology Industries*. London : Office of Health Economics.
- Lake A (1976) "Foreign Competition and the UK Pharmaceutical Industry," National Bureau of

- Economic Research, Working Paper No.155.
- Makhija MV, Kim K and Williamson SD (1997) Measuring Globalization of Industries Using a National Industry Approach: Empirical Evidence across Five Countries and Over Time," *Journal of International Business Studies*. (Fourth quarter) : 679-710.
- PICTF (2000) *Access and Competitiveness Report*. London : Pharmaceutical Industry Competitive Task Force.
- PICTF (2001a) Competitiveness and Performance Indicators 2001. London : Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force.
- PICTF (2001b) *Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force Final Report*. London : Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force.
- Redwood H (1987) *The Pharmaceutical Industry : Trends, Problems and Achievements*. Felixstowe : Oldwicks Press.
- Sukkar E (2002) UK Pricing under Scrutiny," *Scrip Magazine*. (February) : 8-9.
- Taggart J (1993) *The World Pharmaceutical Industry*. London : Routledge.
- Thomas LG (1994) Implicit Industrial Policy : the Triumph of Britain and the Failure of France in Global Pharmaceuticals. *Industrial and Corporate Change*. 3 (2) : 451-489.

執筆者のプロフィール

小田切 宏之 (おだぎり・ひろゆき)

一橋大学大学院経済学研究科教授
文部科学省科学技術政策研究所総括主任研究官

1969年 京都大学経済学部経済学科卒業
1973年 大阪大学大学院修士課程経済学研究科修了
1977年 米国ノースウェスタン大学大学院博士課程経済学
専攻修了 (Ph. D. in Economics)
1978年 筑波大学社会工学系 講師, 助教授, 教授
1998年より 一橋大学大学院経済学研究科 教授
2001年より 文部科学省 科学技術政策研究所
総括主任研究官

専門

企業経済学, 産業組織論, 技術革新の経済学

所属学会

日本経済学会, American Economic Association,
International J. A. Schumpeter Society

主要著書・論文

『新しい産業組織論』(有斐閣, 2001年)
『企業経済学』(東洋経済新報社, 2000年)
『日本の企業進化』(後藤 晃と共著, 東洋経済新報社, 1998
年)
「医薬品産業」(桑嶋健一と共著, 後藤 晃・小田切宏之編
『サイエンス型産業』, NTT出版, 2003年3月刊行予定)
「医薬研究開発における『企業の境界』」(南部鶴彦編『医薬
産業組織論』, 東京大学出版会, 2002年)

Jocelyn Probert

Research Fellow, Centre for Business Research, University
of Cambridge

1979年 Equities analyst, Citicorp Scrimgeour Vickers,
London and Tokyo (1989年まで)
1990年 Research analyst, INSEAD Euro-Asia Centre,
Fontainebleau (2000年まで)
2002年 Ph. D. in Management Studies, Judge Institute
of Management, University of Cambridge
2001年より現職

専門

Management of change, Strategy, Corporate governance,
International business

所属学会

Academy of International Business (AIB), Academy of
Management (AOM), Euro-Asia Management Studies
Association (EAMSA),
European Group for Organizational Studies (EGOS)

主要論文

Organisational Change and the Strategic Renewal Proc-
ess : Innovation, Stability and Inertia in Japanese Com-
panies" (Ph. D. thesis, University of Cambridge, 2002
年)
Leading Organisational Change in Japan" (INSEAD
Euro-Asia Centre Research Series No.68, 2001年)
Japanese Pharmaceutical Companies in Europe : Pre-
paring the Ground" (Euro-Asia Centre Research Series
No.28, 1994年)
Japanese Pharmaceutical Firms : Players in the European
Market?" (in H. Schutte ed., *The Global Competitive-
ness of the Asian Firm*, St Martin's Press, 1994年)

第12回シンポジウム

座長，シンポジストのプロフィール

座長

大道 久（おおみち・ひさし）

日本大学医学部教授

1970年 東京大学医学部卒業
1977年 東京大学大学院博士課程修了（医学博士）
国立病院医療センター（当時）
臨床研究部医用生体工学室長
1979年 厚生省医務局（当時）併任
1982年 日本大学医学部病院管理学教室助教授
1989年 日本大学医学部医療管理学教室教授
2002年 日本大学医学部社会医学講座医療管理学部門教授

専門

医療管理学

所属学会

日本病院管理学会，日本診療録管理学会，日本医療情報学会，
日本医学教育学会，日本公衆衛生学会，日本医療機器学会

主要著書

『開かれた医療と病院機能評価』（日本医療機能評価機構，
1999年）
『明日のグループ診療』（社会保険研究所，1994年）

シンポジスト

加藤 智章（かとう・ともゆき）

新潟大学法学部教授

1979年 小樽商科大学商学部卒業
1985年 北海道大学法学研究科博士課程単位取得退学
山形大学人文学部法学科講師
1991年 法学博士（北海道大学）
1992年 フランス共和国リヨン第三大学労働法社会保障
研究所に留学（1994年3月まで）
1995年 新潟大学法学部教授
吉村賞（吉村記念厚生政策研究助成基金）受賞

専門

社会保障法

所属学会

日本社会保障法学会，日本労働法学会

主要著書・論文

『医療保険と年金保険：フランス社会保障制度における自律
と平等』（北海道大学図書刊行会，1995年）
『社会保障制度における生活保障と所得保障』（日本社会保障
法学会編『講座 社会保障法 第2巻』，法律文化社，2001
年）
『生活保障体系における労働法』（日本労働法学会編『講座
21世紀の労働法 第1巻 21世紀労働法の展望』，有斐閣，
2000年）
『医療保障制度における法主体論に関する研究』（共著，医療
経済研究機構，1998年）
『医療保険法における減点査定の手続きと判例法理』（『山形
大学紀要（社会科学）』18(1)，1988年）

遠藤 久夫（えんどう・ひさお）

学習院大学経済学部教授

1980年 横浜国立大学経済学部卒業
1984年 保険会社を経て慶應義塾大学大学院修士課程修了
1987年 一橋大学大学院博士課程修了
民間シンクタンクを経て
1995年 東海大学政治経済学部助教授
1997年より現職

専門

医療経済，医療政策

所属学会

日本経済学会，病院管理学会，組織学会，計画行政学会

主要論文

『包括支払制と医療の質』（南部鶴彦編『医薬品産業組織論』，
東京大学出版会，2002年）
『PTCAカテーテルの内外格差』（『心血管インターベンシ
ョン』，日本心血管インターベンション学会，2002年）
The Relationship between Income and Access to Health
Care Services"（共著，日本カナダ社会保障円卓会議報告
論文，2001年）
『内科系医療技術の評価手法に関する研究：RBRVSの適用可
能性について』（『医療経済研究』9，2001年）
『医療費自己負担の分析：支出比率とカクワニ指数の国際比
較と時系列分析』（共著，医療経済研究機構，2001年）

青柳 俊 (あおやぎ・たかし)

社団法人日本医師会副会長

1967年 北海道大学医学部卒業
1972年 ビッツバーグ大学医学部皮膚科研究員 (1974年まで)
1976年 北海道大学医学部附属病院皮膚科科学講座講師
マイアミ大学医学部皮膚科研究員 (1978年まで)
1994年 社団法人北海道医師会常任理事 (1997年まで)
1996年 社団法人日本医師会常任理事 (2002年まで)
2002年より現職

下村 健 (しもむら・たけし)

健康保険組合連合会副会長

1956年 東京大学文学部卒業
1981年 厚生省大臣官房審議官 (医療保険担当)

1986年 厚生省保険局長
1988年 社会保険庁長官
1989年 船員保険会会長
1994年より 健康保険組合連合会副会長・専務理事
中央社会保険医療協議会委員

河北 博文 (かわきた・ひろぶみ)

医療法人財団河北総合病院理事長

1977年 慶應義塾大学医学部卒業
1983年 シカゴ大学大学院ビジネススクール修了
1984年 慶應義塾大学医学部大学院博士課程修了 (病理学)
1991年より 東京大学医学部講師
1997年より 財団法人日本医療機能評価機構理事
1999年より 東京都病院協会会長
2002年より 内閣府総合規制改革会議専門委員

『医療と社会』 第12巻総目次

巻頭言		掲載巻(号)
「新しい」時代の医療政策への課題	黒川 清	12(1)
社会保障研究への期待	江利川 毅	12(2)
経済構造改革は成長産業を作り出せるか	姉川 知史	12(3)
「医薬品の経済学」への期待と課題	小田切宏之	12(4)
特集論文		
(医療提供体制の改革)		
「医療提供体制の改革」特集にあたって	田中 滋	12(1)
わが国の医療提供体制の改革と病院経営	尾形 裕也	12(1)
医療提供体制と市場	真野 俊樹	12(1)
医療提供体制と保険者機能	松原 由美	12(1)
米国ヘルスケア・サービス提供者の統合と分化	田中 滋・他	12(1)
欧州の医療制度改革	松田 晋哉	12(1)
包括支払いに用いる疾病分類の妥当性に関する研究	野口 一重	12(1)
委託研究論文		
日本の医薬品卸売会社の株主資本価値	鈴木 貞彦	12(2)
ドイツにおける医療制度と医薬品産業	吉森 賢	12(2)
日本の医薬品産業：その成功と失敗	姉川 知史	12(2)
OECD 諸国における医療制度改革の動向	尾形 裕也	12(2)
英国製薬産業論 その戦略と構造	Jocelyn Probert	12(4)
研究論文		
医療機関におけるサービスマーケティング理論の有用性についての 実験的調査研究：Service Quality GAP Model を用いて	斎藤 実	12(1)
医療技術評価に対するCVM（Contingent Valuation Method）の 適用可能性：サーベイ・データによるWTPとWTAの乖離要因の分析	辻 正次・他	12(2)
医療費格差と診療行為の標準化：腎不全レセプトデータを用いた比較分析	細谷 圭・他	12(2)
医療事故予防対策システム（総合リスク分析システム）の開発	井上佳代子	12(3)
医療機関での電子カルテ利用とその導入行動	伊藤ゆかり	12(3)
医療扶助の実証分析	熊谷 成将	12(3)
医療連携におけるリレーションシップ・マーケティング	井上 淳子・他	12(3)
医薬品産業における人事処遇施策の導入過程	松繁 寿和・他	12(3)

研究ノート

歯科分野における経済的評価：現状と展望	佐藤 満	12(1)
診療情報開示の調査：特に経営母体の違いに着目して	真野 俊樹・他	12(2)
喫煙開始と効用パラメーターや知識との関連に関する分析	佐藤 雅代・他	12(3)
私的医療保険需要の決定要因：入院診療と医療費負担	澤野孝一朗・他	12(3)

書評

二木 立著『21世紀初頭の医療と介護－幻想の「抜本改革」を超えて』	尾形 裕也	12(1)
南部鶴彦編著『医薬品産業組織論』	鴫田 忠彦	12(2)

講演録

第12回シンポジウム		12(4)
------------	--	-------

「医療と社会」投稿規定

1. 財医療科学研究所はエーザイ株式会社の創業50周年を記念し、厚生大臣の認可によって平成2年10月に設立されました。『医療と社会』はその機関誌です。
2. 本誌は本財団の目的・事業活動に該当する研究成果を広く募集します。投稿の範囲は以下のとおりですが、独創的、実証的な研究成果を歓迎します。なお、本誌に発表する論文等は、以下の対象テーマに該当し、いずれも他に未発表のものに限ります。
 - (1)医療に関する経済学的調査研究
 - (2)医薬品および医薬品産業に関する経済学および経営学的調査研究
 - (3)医療とその周辺諸領域の学際的研究
3. 投稿者の専門分野は問いません。
4. 投稿者は、原則として原稿・抄録（和文，英文）・キーワード（和文，英文）入力済みのワードプロセッサーフロッピー1枚，審査用原稿1部を送付して下さい。なお，フロッピーおよび原稿は返却いたしません。
5. 原稿執筆の様式は執筆要領に従って下さい。
6. 投稿論文の掲載の採否は，本財団が委嘱する編集委員および査読員によるレフェリーにより決定し，その結果は原則として3か月以内に通知します。なお，レフェリーのコメントに基づき，投稿者に一部修正を求めることがあります。不採用原稿は返却いたします。
7. 採用が決定した論文等の著作権は財医療科学研究所に属するものといたしますので，事前にお含みおき下さい。
8. 原稿の送付先，連絡先は以下のとおりです。

〒107-0052 東京都港区赤坂 3-2-12 赤坂ノアビル 5 F
財医療科学研究所 機関誌『医療と社会』担当
TEL 03-5563-1791 FAX 03-5563-1795

1. 原稿種別について

- (1)研究論文：独創的理論または実証的な研究成果を内容とし、目的、方法、結論、考察について明確なもの。
- (2)研究ノート：上記に比べ自由な形式に従ったもの。
- (3)書評：事業目的に関連する領域の図書の書評。

2. 本文

(1)原稿の形式

- a. A4ワードプロセッサ入力。
- b. 1行40字×36行、横書き入力。
- c. 表紙には以下を記入；題名、執筆者の氏名、所属、肩書、電話番号、ファックス番号、提出年月日（共同執筆者に関しては氏名、所属、肩書のみ記入）。また、執筆者（共同執筆者も含む）の略歴、専門、所属学会、過去の主要論文、著書を別紙に記入し、添付する。
- d. 抄録は和文（600字程度）、英文（250語程度、和文題名、抄録の英訳）を作成の上添付する。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定し、末尾に記載する。
- e. 項目分けは、章、節を用いず、数字、英字を用いる。使用順序は以下のとおりとする。

1. (1) a. (i)

(2)原稿の長さ

- a. 研究論文・研究ノート：18,000文字以内（400字詰め原稿用紙45枚以内）、英文の場合は5,000語以内。
- b. 書評：2,000文字以内（400字詰め原稿用紙5枚以内）、英文の場合は600語以内。

3. 図表

図および表はそれぞれ通し番号を付し、表題をつけ、出所を必ず明記の上、挿入箇所を論文欄外に指定する。標準的な図・表はA4半枚程度で400字相当とする。ただし、最終掲載の大きさは編集委員会の決定による。

4. 文献

(1)文献の引用

引用文献、参考文献は引用後の句点の前に、（ ）内に執筆者の姓、発行年度を記入し、示す。

（例）

・・・である（Fuchs, 1978）。

・・・である（池上, 1992）。

なお、文の途中で引用する場合は、

池上（1992）は・・・である。

・・・についてはFuchs（1978）が・・・である。

などのように、執筆者の姓の直後に（ ）内に発行年度を記入して示す。

・執筆者が複数の場合は、3名までは全員の姓を記し、それ以上の場合は筆頭執筆者のみあげ、後は「et al.」または「他」とする。

(Folland, Goodman and Stano, 1993)

(Strosberg *et al.*, 1992)

(中西・鵜田, 1997)

(池上 他, 1998)

・ ページ, 章などを特記する場合

(Folland, Goodman and Stano, 1993, 367-368)

(池上, 1992, 1 章)

・ 引用が複数の場合

(Folland, Goodman and Stano, 1993; 池上, 1992, 1 章)

・ 引用に記述を加える場合は注を利用する

本文中は「・・・である^{注1)}。」とし,

脚注, 後注にて, 「^{注1)} ○○については (池上, 1992) を参照のこと。」と記述。

(2)参考文献表

引用文献, 参考文献は本文の末尾に一括して掲げる。欧文, 和文の文献に分け, それぞれ執筆者3名程度をアルファベット順, あいうえお順に並べる。同一執筆者の文献が複数ある場合は, 発行年の古いものより並べる。

a. 単行本の場合

【欧文文献】 執筆者名 [筆頭執筆者は姓, 名の順] (発行年) 書名 [斜体]. 出版地: 出版社.

例 Folland S, Goodman AC, and Stano M (1993) *The Economics of Health and Health Care*. New York: Macmillan Publishing Company.

(単行本中の論文の場合)

Stankiewicz R (1992) “Technology as an Autonomous Socio-Cognitive System,” in *Dynamics of Science-Based Innovation*; ed. by Grupp H. 19-72; Berlin: Springer-Verlag.

【和文文献】 執筆者名(発行年)『書名』出版社

例 池上直己 (1992)『医療の政策選択』勁草書房

(単行本中の論文の場合)

中西悟志, 鵜田忠彦 (1995)「製薬産業の経済分析」鵜田忠彦編『日本の医療経済』181-187, 東洋経済新報社

b. 雑誌掲載論文の場合

【欧文文献】 執筆者名 [筆頭執筆者は姓, 名の順] (発行年) “論文名,” 雑誌名 [斜体]. 巻(号): 頁-頁.

例 Fuchs VR (1978) “The Supply of Surgeons and the Demand for Surgical Operations,” *Journal of Human Resources*. 13 (suppl): 35-56.

【和文文献】 執筆者名(発行年)「論文名」『雑誌名』巻(号): 頁-頁

例 川渕孝一(1997)「日本の医薬品卸業の経営実態に関する研究」『医療と社会』7(3): 25-52

5. 注について

文中記述箇所に対する見解その他を文章でつけるときは, 文中の当該箇所の右肩に^{注1)}のように番号をふり, 欄外に番号順にならべる。また, 引用文献, 参考文献に記述を加える場合も注を利用する。

Contributing to *Iryo To Shakai* (Journal of Health Care and Society)

1 . The Health Care Science Institute was established in October 1990, under the authority of the Minister of Health and Welfare, in commemoration of the 50th anniversary of Eisai Co., Ltd. *Iryo To Shakai* is the official journal published by the Institute.

2 . The Journal welcomes contributions from research studies over a wide area which correspond to the aims and activities of the Institute. The area of scope of contributions includes : (1)Economic research on medical care (2)Economic and/or administrative research on drugs and/or the pharmaceutical industry. (3)Interdisciplinary research on medical care and related fields. Original and documented research is most welcome. The Journal accepts papers that have not been previously be published.

3 . There is no restriction as to the specialty of the contributor.

4 . In principle, a contributor will need to forward the manuscript, an abstract (both in Japanese and English), one word processor diskette with the keywords (both in Japanese and English) included, and a copy of manuscript for review. The diskette and manuscript are non-returnable.

5 . The form of the manuscript should follow the "Guidelines for Writing".

6 . The official review board (the editorial committee and manuscript reviews) will decide on which contributions are accepted to the Journal, and, their decision will be conveyed within 3 months to the applicant. Alterations of the original may be required based on the counsel of the editorial review. Manuscripts that are not accepted will be returned.

7 . The copyrights of all accepted papers and other materials will belong to the Health Care Science Institute.

8 . The contact address for contributions is : Manuscript Submission, *Iryo To Shakai*, The Health Care Science Institute, Akasaka Noa Bldg. 5F, 3-2-12 Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107-0052 ; Phone 03-5563-1791, FAX 03-5563-1795

Guidelines for Writing : *Iryo To Shakai*
For English Version
(Journal of Health Care and Society)

1 . Type of manuscripts :

- (1) Research papers : The contents should be original, documented and theoretical with the purpose, method, and conclusion clearly stated.
- (2) Research note : More flexible format than (1) above.
- (3) Book review : On books concerned with related areas of the Institute's activities.

2 . Text

(1) Form of manuscript

- a . A4 size by word processor
 - b . 40 letters per line × 36 lines
 - c . Coversheet should include : title, name of author(s), name of affiliate organization, phone number, fax number, filing date. For collaborator(s), name, and name of affiliate organization should be indicated. Brief personal record for all the authors including affiliated academic society, specialty, list of major paper(s) and/or books written should be attached to the manuscript.
 - d . The abstract in English (about 250 words) and in Japanese (with about 600 letters ; translation of the title and abstract) should be attached. Keywords (within 5 words) each in English and Japanese should be attached at the end of the manuscript.
 - e . Items should be shown as 1., (1), a. (i), and used in this order, instead of using chapters or sections.
- (2) Manuscript length
- a . Research papers/Research note : 5,000 words.
 - b . Book review : 600 words.

3 . Tables and Figures

The serial number and title should be attached to each table and figure with the place to be inserted specified in the margin. The standard size for tables and figures is about half A4 size. However, the final size to appear in the Journal will be decided by the editorial committee.

4 . Reference documents

(1) Quotations and references

- Quoted and referenced works should be indicated in running text or at the end of a block quotation. Author's last name and the year of publication should be indicated.
..... (Ikegami, 1992). Or Ikegami (1992) points out.....
- For works by three authors, the names of all of them should be indicated. For one by more than three, the name of the first author followed by *et al.* should be indicated.
(Folland, Goodman and Stano, 1993)

- When indicating specific chapter or page ;
(Folland, Goodman and Stano, 1993, 367-368)
(Ikegami, 1992, ch.1)
- When indicating several quotations or references ;
(Folland, Goodman and Stano, 1993 : Ikegami, 1992, ch.1)
- When adding explanation to quotations or references, use footnotes or endnotes.
Indicate a number such as ¹⁾ at the upper position of the quoted part in the text ,
add explanation in the footnotes or endnotes.
In the text,
.....has been investigated. ¹⁾
In the footnote or endnote,
¹⁾ For....., see (Ikegami, 1992).

(2) Reference list

A list of quoted works and references should be attached at the end of the manuscript. The list should be in alphabetical order. For works by the same author, chronological order should be employed. Each work should appear as the following examples :

a . Books :

Include these elements, Name of Author (Year of publication) *Title* , Place : Publisher. For a work by more than three authors , indicate the names of the first three followed by *et al.*

(Example)

Folland S, Goodman AC and Stano M (1993) *The Economics of Health and Health Care*. New York : Macmillan Publishing Company.

(Work in collective volume)

Stankiewicz R (1992) "Technology as an Autonomous Socio-Cognitive System," in *Dynamics of Science-Based Innovation* ; ed. by Grupp H. 19-72 ; Berlin : Springer-Verlag.

b . Journals

Include these elements, Name of Author (Year of publication) Article title," *Journal title*. Volume (Number) : Pages. For a work by more than three authors, indicate the names of the first three followed by *et al.*

(Example)

Fuchs VR (1978) "The Supply of Surgeons and the Demand for Surgical Operations," *Journal of Human Resources*. 13 (suppl) : 35-56.

5 . Note

In the case that there are references to opinions and/or explanations in the text to be attached, a number such as ¹⁾ should be place on the referred part in the text , and the sentences should be written in the margin in numerical order. Use notes for adding opinion and explanation to quotations and references.

財団法人 医療科学研究所からのお知らせ

第12回（平成14年度）研究助成受領者およびテーマ

第12回（平成14年度）研究助成募集は2002年10月に全国の文科系大学・大学院（経済，法学，商学，経営学，社会学など），医学部・医学系大学院，看護大学、研究所を含め総計227大学，24研究所・研究センターに募集要項を送付し，66件の応募がありました。選考委員会にて審査の結果，次の10件に研究助成，総額500万円を贈呈することになりました。受領者は以下の方々です。

1. 「薬剤性有害事象の疫学並びに発生予測モデルの開発」
森本 剛（京都大学大学院医学研究科臨床疫学 大学院生）
2. 「C型肝炎・肝癌に対する各種新規治療法の医療経済学的解析」
白鳥康史（岡山大学大学院医歯学総合研究科 教授）
3. 「高信頼性組織（HRO）研究の観点から見た救急救命センターの組織文化的研究」
福島真人（東京大学大学院総合文化研究科 助教授）
4. 「療養病床における看護職一介護職間の職業的アイデンティティ・コンフリクトの構造」
武村雪絵（東京大学大学院医学系研究科看護管理学分野 博士課程）
5. 「スウェーデンにおけるバイオバンクに関する法的研究」
千葉華月（横浜国立大学大学院国際社会科学部 博士後期課程）
6. 「子どもの医療に対する親の同意拒否と裁判所の関与についての比較法的研究」
横野 恵（早稲田大学法学部 助手）
7. 「患者団体の組織形態と運営管理に関する日米比較研究」
加藤尚子（国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科 専任講師）
8. 「特定機能病院における退院支援の医療経済効果に関する研究」
長野宏一朗（東京大学医学部附属病院医療社会福祉部 講師）
9. 「乳がん患者のセカンドオピニオン行動について」
池崎澄江（東京大学医学系研究科健康科学看護学専攻 博士課程）
10. 「医薬品の共同研究・開発および流通における契約実務」
清水真希子（東京都立大学法学部 助教授）

<編集委員会>

編集委員長	財団法人医療科学研究所 研究所長 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授	嶋口 充輝
編集委員	慶應義塾大学名誉教授 日本医科大学常務理事 横浜国立大学経営学部教授 学習院大学経済学部教授 京都大学経済学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 慶應義塾大学医学部教授	村井 俊雄 岩崎 榮 吉森 賢 南部 鶴彦 西村 周三 田中 滋 池上 直己
編集幹事	国立社会保障・人口問題研究所研究員 慶應義塾大学医学部専任講師 上智大学経済学部専任講師 東京女子医科大学看護学部教授	泉田 信行 池田 俊也 青木 研 金井 Pak 雅子

医 療 と 社 会 Vol.12 No.4 定価 2,000円 (内税)

平成15年 3 月 3 日印刷

平成15年 3 月 3 日発行

発行人 財団法人 医療科学研究所

理事長 森 亘

発行所 財団法人 医療科学研究所

〒107-0052 東京都港区赤坂 3 - 2 - 12

赤坂ノアビル 5 階

TEL 03-5563-1791 FAX 03-5563-1795

Journal of Health Care and Society
Vol.12 No.4 2003

Contents

Preface	Hiroyuki Odagiri, Ph. D.
● The 12th Symposium Document	1
● The UK Pharmaceutical Industry : Strategies and Structures	61
	Jocelyn Probert, Ph. D.
● Contributing to <i>Iryo To Shakai</i> (Journal of Health Care and Society) / Guidelines for Writing	96

The Health Care Science Institute

ISSN-0916-9202