

# ヘルスリサーチを語る

私がこの財団の助成選考委員長を拝命してから10年を経過しました。

この10年の間に、日本は大きな転換期を迎えました。バブル崩壊後の経済の立て直しの遅れや、人口構造の変化、社会的価値観の変化などから、様々な問題を抱え、あらゆる分野で制度、政策の変換が模索されるようになっていきます。そしてこの流れが、各産業界はもとより、医療でも起こっています。

医療には、もともと「いかにして患者を治すか」という基本的な研究領域がありますが、それに加えて、その研究の成果を必要とされる人にいかに効率的に適用するかという「ヘルスリサーチ」の研究の重要性が、今日、ますます大きくなってきたわけです。例えば、医療資源の最適配分のための制度・政策はどうあるべきか？ 少子高齢社会での医療は？ 新しい時代における医療の倫理はどのようなものか？ 医療のプロセスやアウトカムをどう評価するのか？ それら研究のベースとなるデータベースをいかに整理するのか？ 等々、解決すべき問題は山積しています。

私たちは、そうしたヘルスリサーチにかかわる種々の活動を続けてきたわけですが、助成開始10年を契機に、この医療の転換期におけるヘルスリサーチをもう一度見直して整理し、改めてこの時代のヘルスリサーチを理解しようと考えました。先ほど述べたように、ヘルスリサーチの研究は、経済学的側面、法学的側面、社会学的側面等、広範な分野にまたがる側面を持っており、これら各領域の学問との連携が必要不可欠です。こうした観点から、ヘルスリサーチとその関連領域で活躍される各界の先生方との対談を、本号より12回にわたるシリーズで行うことといたしました。

この企画は、私にとっても大いなる楽しみであり、同時に、現にヘルスリサーチの研究を行われている方々、並びにヘルスリサーチの研究を目指す方々に、いささかなりとも参考になれば幸いです。

第1回目のお相手は、医療経済学の分野で幅広くご活躍され、また、当財団の助成選考委員(兼 評議員)でもいらっしゃいます鶴田 忠彦 先生にお願いしました。

開原 成允



## 第1回 「10年間の足跡と新しい息吹」

鶴田 忠彦

当財団助成選考委員、評議員  
一橋大学大学院経済学研究科教授

開原 成允

当財団助成選考委員長、理事  
(財)医療情報システム開発センター 理事長

開原：ファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成も10回を迎えました。ここで改めて10年間を振り返って、この助成がどういう意味を持っていたのか、また、今後のヘルスリサーチがどういう方向に向かっていくのかということ、これからシリーズで対談させていただこうと思っています。今日はその第1回目ということで、鶴田先生にお願いをしました。

最初に、ご経歴の紹介を兼ねて、現在おやりになっていること等を、自己紹介してください。

鶴田：私は大学ではマクロ経済学理論を教えています。たまたま1984年に、イギリスのヨーク大学に行く機会がありまし

た。その頃は、理論的なことから政策的なことに関心に移りつつあり、私どもの言葉でいうと公共経済学の分野でポピュラーな大学で、優れた研究者がいるということで、ヨーク大学に行ったわけです。行ってみると、ヘルス・エコミックスが非常に盛んでした。

開原：やはりイギリスでもそうですか。

鶴田：ええ。おそらくヨーロッパの中心的な存在だったのだですね。イタリア、スペイン、ポルトガルとか、あるいは当時ポーランドなどからも研究者が集まって来ておりまして、非常に盛んでした。

## 対談：ヘルスリサーチを語る

当初、私は医療経済学にそれほど関心を持っていなかったのですけれども、せっかく来たのだからということで、セミナーなどに出て話を聞いているうちに、なかなか面白くなりました。

開原：80年代というと、まだバブルよりは前ですか。

鴫田：そうです。ちょうど「Japan as No.1」という時代で、日本の黄金時代のような時でした。国民医療費の水準もまだ低く、現在のような医療制度自体の存続が云々という時代ではありませんでした。

けれども、そこで勉強しているうちに、やはり将来の重要な政策課題になるのではないかと考えるようになりました。

そこで、日本に帰ってからは、一方でマクロ経済学の勉強をしながら、他方では医療経済学を、大学院生などと勉強するようになったわけですね。その間、平成9年(1997年)に医療保険福祉審議会ができ、私もその末席に連なりました。また、平成11年(1999年)以降、こちらの財団の評議員と研究費助成の選考委員をさせていただき、その後、さらに厚生科学研究や文部省の科研に参加するようになりました。この領域は比較的研究者が少なく、特に私のような世代の者が非常に少ないことから、研究集団の代表のようなことをあちこちでさせられています。

開原：今ちょうどイギリスの話が出たものですかからうかがっておきたいのですが、アメリカでも医療経済学が非常に盛んではないかと思うのですが、ヨーロッパの医療経済学とアメリカ流の医療経済学はかなり違った点があるのですか。

## ヨーロッパとアメリカの医療経済の違い

鴫田：ええ。経済学の観点から、非常に大きな違いがあると思います。もともと医療制度が違う。アメリカは非常に市場指向が強く、普通の市場経済をベースとした経済理論をそのまま適用できる。それに対して、イギリスの場合には、NHS(National Health Service：国民健康保健(制度))を作成し、国がすべて医療供給に責任を持つというように、その点では極めて社会主義的にやっている。そこに集まってくるヨーロッパの研究者は、ドイツやフランス流の、日本と同じような公的な社会保険制度を中心にするか、あるいはイタリアやスペインのように、イギリスに準ずるNHSに近い制度を踏襲しているということです。つまり、医療を市場的に供給した方がよいのかどうかという点が基本的に違います。よく両者の間で激しい論争があり、アメリカの医療経済学者は、英国のような制度は非常に効率が悪いと言うし、イギリスの側は、国民の間にNHSが定着しており、効率の悪さについては部分的な修正を施せばそれでよい、基本的には医療は公平性が保たれることが大前提である、という考え方が非常に強いと思えます。

開原：日本はどちら流なんですか。

鴫田：そういう意味では比較的バランスがとれていて、アメリカに留学してきた人はアメリカ流のヘルス・エコミックス

を意識しているし、逆に、イギリスに行く人もかなりおります。特にお互いにそんなに抵抗なくという感じになっております。

## 10年間の助成内容の変遷

開原：ここで、この財団の今まで助成を振り返ってみたいと思います。ちょうど10回助成を行い、鴫田先生には第8回(平成11年)から助成選考に参加いただいているのですが、どんな感想を持たれますか。

鴫田：私が参加させていただいた前後から、純粋に医学的な、開原先生の言われる「バイオメディカル」な領域から、その周辺の、いかに人々の間に医療供給をするか、そのときどういう問題が山積しているかという「ヘルスリサーチ」にウエイトを移しているのを感じます。

私が80年代半ばにイギリスに行ったときには、イギリスだけでなく、各国で医療費の問題が深刻化していました。それが日本にもまさに押し寄せてきている。いかにして質の高い医療を公平かつ効率的に配分するかという時代の要請が非常に強くなってきて、それがヘルスリサーチの中身にも反映されてきているという印象を受けています。

開原：改めて10年間に助成してきたテーマを眺めると、私も変わってきたなという感想は持ちました。ただ、私は最初から今のようなテーマを選びたいという気持ちはあったのです。ところが、ヘルスリサーチ自体がまだ理解されていなかったのです。実際に集まってきた申請書を見ると、試験管を振るような研究や動物実験をやるような研究、分子生物学的な研究が半分以上ありましたかね。それで私も大変困りました。

それ以来、毎年、ヘルスリサーチとは何なんですかという質問に答える努力をしてきたのですが、確かに、先生がお加わりになった頃からは内容的にも変わってきていますね。例えば同じ調査をやるにしても、最初は医学的な問題を調査によって疫学的に解決しようというような話が多かったのが、最近では、医療を評価しようとか、ある現象が起こってきている原因を、制度や社会的な問題に求めようといったアプローチが、医学者の間でも見えてきているような気がします。

鴫田：私もその点は非常に強く感じています。お医者さんというのは非常に有能なんですね。特に国際共同研究で採択されたテーマなどを見ると、例えば、治療の評価とか、あるいは医薬品の評価とかの研究に、お医者さん達自身が乗り出されて、経済学者が使うようなツールを使い、統計的にもきちっとした分析をされる等、非常に器用にマスターしてしまう。特にこの数年の傾向で、そういうことを強く感じています。我々が





すべきことをお医者さんがしてしまっているということで、非常に敬意を表している次第です。(笑)

開原：先生が印象に残られた助成はありますか。

鴫田：山口大学の井上先生が、米国ペイラー医科大学との共

同で行ったインターフェロン療法のアウトカムについての研究を、97年にファイザー・ヘルスリサーチ・フォーラムでやったことがあるのですが、それが非常に強く印象に残っております。(注：「日本とアメリカの診療方式の違いからみたC型慢性肝炎に対するインターフェロン療法の費用効果分析の比較」当時山口大学医学部附属病院、教授、医療情報部長井上 裕二 先生：第4回(平成7年度)国際共同研究助成研究)

医療にスタンダードがあるという認識が無かった

開原：昔は、医者というのは、プロセスとか効率性はあまり考えず、勝てば官軍みたいなもので、「直ればいいんだ」ということだったのですが、最近では、同じ治療をやっていくにしても、どういうものを使って最少の資源でやるかという辺りをだいぶ考えるようになってきたと思います。

それからもう一つ非常に違ってきたと思うのは、医療にスタンダードがあるということ認識し始めたことです。これは先生は当たり前なことだと思われるかもしれませんが、医療の世界では大変なこととして、昔は医療にスタンダードがあるなどと言うと、「とんでもないことだ」と怒られたんですね。患者というのは一人ひとりがすべて違うのだから、一人ひとり違った治療を医者が考えてあげるのが最高の医療である、そんなふうには教えられた時代もあったのです。もちろん今でも患者一人ひとりは違うのですけれども、それはバリエーションである。まん中にはスタンダードがあって、そこからのバリエーションであるという考え方が、最近では定着してきたと思いますね。

そういう意味で、私は非常に良いことだと思っているのですが、最近医療関係者の間で「どうも自分の病院と他の病院でやっていることが違う」とか「自分と他のお医者さんがやっていることが違うらしい」ということが認識され始めています。そしてその違いの幅が、日本は非常に大きいらしいということに、最近皆気が付き始めた。

#### 日本の研究の流れ

それに関して色々な研究があるのですが、1993年に卵巣癌の治療がどのようにやられているかということ各病院で調べたものが発表されています。(寺島 芳輝 他「21施設による進行卵巣癌の治療成績」日本産婦人科学会誌 45 : 363 ~ 370, 1993)すると薬の使い方から、手術のやり方から、全て随分違

っていたのです。しかも治療成績まで違う。これが公表されました。それが、医学者がそういう問題に日本でも関心を持ち始めた最初と思うのですが、しかし、その流れはなかなか定着しなかった。

ところが数年前に胃癌研究会が胃癌の治療法を各病院で調べました。そうしたらまたこれが違っている。例えば、同じタイプの癌があったとき、胃切除をどこまでやるか、切るかそれとも切らないか、バイオプシーでやるかどうかとか、そのレベルまでいくと違っているんですね。そこで胃癌研究会は、これはどうもおかしいのではないかとということで、初めて胃癌のガイドラインを作ったのです。ちょうどその頃日本に「Evidence Based Medicine(EBM)」という言葉が入ってきて、皆「EBMだ」「EBMだ」と言い出し、厚生労働省もやはりそれぞれの疾患に対してガイドラインを作らなければいけないと言い出して、ガイドラインが出てきた。現在20くらい、各学会で作っています。

こういうスタンダードができてくると、これはヘルスリサーチにとっては大変面白い。色々な病院で医療の実体がどうなっているのかということ、そのスタンダードと照らし合わせながら研究もできるし、照らし合わせながら評価ができるようになってくる。そういう意味で、私は医療の内部での評価というものは、これからはじまると思っています。

鴫田：実は、私どもも今そういう研究をしています。一つは、平成9年の北海道・長野・千葉・福岡の4道県の1年間の個々のレセプトのデータ、全部で5,000万枚くらいを国保中央会からお借りして、研究をしているものです。

すると、例えば北海道の精神分裂病での入院では、日本の治療はだいたい向精神薬を投与するという治療で定着しているらしいのにもかかわらず、1カ月の入院費が一番高い所と一番低い所と倍近く違ってしまふ。地理的な要素などを考慮しても、やはりちょっと大きすぎるのではないかと。同じことは胃癌とか腎不全についても言えます。もちろん病気の重篤度をコントロールしなければいけないのですが、それを考慮した上でも、医療機関ごとの差はやはり無視しがたいと思うわけです。

一方では、腎不全で透析をしているケースだと、ほとんどその差は無いのです。千葉のようないわゆる低医療費県と福岡とか北海道のように医療費が高いと言われていたところでも、人工透析に関してはだいたい40万円半ばくらいで、ほぼ変わらない。それは、先生が今言われたように、透析の場合には非常にスタンダードな治療法が確立しているということなんだろうと思いますが。

こういう研究は、我々からすると非常に面白いですね。

ヘルスリサーチ研究は「違い」の認識から

開原：先生のお立場から面白いと言っていたら、大変有り難いと思います。

多少大袈裟に言えば、ヘルスリサーチの研究というのはこうした「違いがある」ということの認識から出発するのではないかと思っています。同じような患者が受けている医療が場所によって違うことが認識されたら、それはなぜだろうと心配になりますよね。それはその患者がお金を持っているか持っていないかが違うのか、制度が違うのか、周辺の医療機関のサービス体制が違うのか、それとも医者との質が違うのか、ということが知りたくなりますよね。

鴫田：全く同感です。

実は今もう一つ、終末期医療費の研究をしております。例えば末期癌の患者の亡くなる前、1カ年とか2カ年の医療費をとってみます。これは国保ではなく組合健保です。組合健保の場合、幸いなことに、レセプトに患者の標準月収が入っています。そうすると、同じ終末期医療費でも、所得によって違うのです。高所得の人はそれだけ終末期医療にうんとお金をかけ、低所得の人は必ずしもそうではない。同じ終末期医療費をとってみても、色々なファクターで説明できて、地域だけではなく、所得だとか年齢、性別によっても影響を受ける。それはまさしく我々の分野である社会科学的な関心です。

開原：しかし、私はまだ医者の間では認識が足りないと思います。違いがあるらしいと思っても、「当たり前だからそんなのは気にしない」という人もいます。これが一番困るので、そもそもの出発点が無い。ただ、最近、そういう人達でも、データを見せて「こんなに違うじゃないですか」と言うと、「あれっ」と思うようですね。ですから、今までいけなかったのは、違うということをきちんとデータとして示すような研究が、ほとんど日本では無かったことです。この財団の助成でも、そうした研究がもう少し出てきてくれるといいと思っているのですが、まだあまり無いですね。

#### 遅れている Evidence Based Policy

鴫田：そういう点では、私はお医者さんの方が、我々社会科学をしている人間よりもかなり進んでいると思います。例えば先ほどの Evidence Based Medicine という言葉がありますが、一方で我々にとっては、Evidence Based Policy が必要なわけです。私は数年前に医療保険福祉審議会のメンバーになり、そこで様々な医療改革に対する提言をしたわけですが、そういう「エビデンスに則ったポリシー」を提案してきたかという点、その点は残念ながら非常に遅れています。例えば今話題になっている組合健保の本人の自己負担の2割から3割への引き上げが行われた場合に、受診がどの程度抑制されるかという研究にしても、我々医療経済学の間でも必ずしも共通の確立された定説が無い。自己負担が10%上がったら受診が何%減るかということも、1%だという人もいますし、3%だという人もいます。それによって非常に大きく政策の結果は変わってきます。

ところが厚生労働省では、戦前の厚生省の保険数理の専門

に長瀬さんという方がおられたらしいのですが、その方のいわゆる“長瀬効果”というものが今でも使い物になっています。

開原：戦前のですか。

鴫田：そうです(笑)。経験則で、要するに自己負担の変化と受診率の変化は二次関数の関係になっている。それはなぜかという理由は答えられないわけですが、とにかくその当てはまり方が非常によろしいというので、厚生労働省は今でもそれを使っているのです。遺憾ながらお医者さんのEBMから比べれば、我々の Evidence Based Policy はまだまだ端緒についたばかりであると言わざるを得ないわけです。

#### 問題はデータベースの不在とアクセシビリティの不平等

開原：恥ずかしながら医療の世界もエビデンスが無いんですよ。EBMも外国からの輸入で、言葉だけが入ってきているだけです。先生の Evidence Based Policy でも同じだと思うのですが、結局共通の問題は、データベースが無いということです。もしちゃんとしたナショナル・データベースがあって、それを皆が色々な角度から分析して、色々なことを言えるようになれば、議論ができると思うのですが、皆が小さなデータベースを自分流で作って、それで議論するものでは、データ自体が違っていたら話にならない。

鴫田：私も経済学者がアクセスできるようなデータは、特に医療の場合には、他の産業、業種と比べると非常に限定されています。それはやはり従来経済学者がなかなか接近できなかった一番大きな原因です。特にプライベートな医療機関については非常に難しく、いくつか有ることは有るのですが、それは比較的そういうことに協力して下さっている医療機関であり、全体としてのデータが果たしてどのくらいリアルなデータかという、気になるところがあるわけです。

ですから今のところはせいぜいレセプトのデータくらいしかなく、それも先ほどの例は国保中央会が非常に尽力してくれて出していただいたもので、やはり本来の科学的な研究ということ考えると、データの再現性や、誰でもアクセスできるということが前提になるわけです。研究の水準がデータのアクセシビリティで決まってしまうというのが、非常に問題だと思います。



開原：本当にその通りです。

鴫田：今私どもには国保のデータがそれだけあるので、組合健保との比較をしてみたい。サラリーマンと自営業者や無職者の人はどう違うか。例えば疾病リスト一つとっても、色々なことはよく言われているわけですが、それを実際に確認したいわけ。組合健保の方で、保険者機能というようなことは強く言われているが、いざ「データを公開して下さい、こちらでちゃんと解析してあげますから」と言っても、非常に入手するのが難しく、本当に数えるばかりの数社が協力していただけという状況です。

私もかつて、そういう分野でのデータベースを作り、若い研究者に開放したいと思っていたのですが、とても今の状況ではそこまでいっていないということで、非常に残念です。

#### 米国のデータベース；日本との違い

開原：私もそこが一番のネックと思っています。アメリカではそういうデータベースがあるのかというと、実はあるんです。



この財団で研究費助成をした中に野口晴子先生がいらっしゃいます。一昨年(2000年)のヘルスリサーチフォーラムでアメリカから McClellan 先生を呼びましたが、McClellan 先生は偶然なんです、野口晴子先生と一緒に研究していた人です。色々話を聞いてみると、アメリカではメディケア、メディケイドを全部集めたデータ

ベースが当時の HCFA(医療財政管理局。今は名前が CMS: Centers for Medicare & Medicaid Services に変わりました)にある。そこが全国のメディケア、メディケイドの日本流で言えば個表にあたるデータを持っていて、ものすごく厳しいですが、ちゃんと申請すれば研究者に誰にでもそれを提供してくれる。しかも提供してくれるだけでなく、これはこういうふうにして使えるんですよという教育まで HCFA 自身がやっているみたいです。そこで、野口先生に「アメリカにはそういうデータベースが存在していて、それがどのように使われているか」ということを、「社会保険旬報」に書いていただいたきました。

そうしたら、結構反響がありました。厚生労働省の人も読んで、もう少し詳しく説明してもらいたいと、若手の集まりなどに野口先生が呼ばれたりしました。これはいい傾向が出てきたかなと思ったのですが、そのうちだんだん下火になって消えてしまいました。非常に残念なのですが、どうして消えてしまったのかと考えると、問題があまりに難しいみたいです。レセプトのデータというのは、要するに「お金の請求

の為の書類」なんですね。ですから、データベース作りに使っているか悪いかということも誰も判断できない。そうすると、一方で個人情報保護の問題がうるさいものだから「さわらぬ神に祟りなし」で、色々な要請に対しては「ちょっと難しいです」とか言って、ぼかしてしまうというのが、どこも今の現状みたいです。

#### 高いところからの働きかけが必要？

この問題をどのように解決するか。メディケア、メディケイドはなぜデータを集められるかということ、要するに国がお金を出しているのだから当然国民の医療の向上に利用したっていいじゃないかという論理があると思うのです。そういう意味では、レセプトだって100%ではないけれども、国保にしても社会保険にしても税金が入っている。だから国がそれだけお金を出すのだから、そのデータは当然一ヶ所に集めて、日本の医療のエビデンスとして利用すべきであるということ、非常に高いレベルで言わないといけないのだと思います。最近、総合規制改革という話が随分あるのですが、これも一種の総合規制改革の問題でないかという感じもしています。こういう話はなかなか医療の世界からは言いにくいから、むしろ医療の外の世界から「こういうものをどんどん作れ」と言ってもらった方がいいという気がします。

鴫田：医療に限らず、最近は集計化されたデータではなくて、いわゆる個表の世界に入りつつあるわけですね。計量経済学の領域でも、つい数年前にノーベル賞をもらったのは、そういう個表データの扱い方についての方法論を確立したもので、まさに世界の趨勢というのは、集計化されたデータではなく、個表データからいきなりやろう、という時代なんです。ところが日本の場合だと、そういう個表データを使うのは、非常に難しい。

例えば、医療ではなくて普通の家計の消費行動を見るのに、家計調査というものがあります。あれは全国で6,000世帯をピックアップして家計簿をつけてもらっているわけですが、その個表にアクセスできるのは、どちらという役所に非常に覚えめでたいといった人に限られてしまう。役所の裁量みたいなもので、ある研究者には見せてやって、ある研究者には見せないというような状況なのです。それに類した統計にはいくつか個表データがあり、こうした個表データをきちっと集めるという点では、日本は非常に進んでいるのですが、ところが、それが有効に活かされていないというのが一番大きな問題です。だから、先生がおっしゃったように、かなり高いレベルから「国民生活に資するため」ということで働きかけて、そういう研究が可能になるようなデータベースを、色々なところで作るということが大事だと思います。

開原：「研究者がデータにアクセスする時の不平等性」という問題もありますね。そういうことが起るのはデータを分析することが国民の為になるという哲学が非常に弱いのです。

だからつい「それほどおっしゃるなら貸してあげますよ」などという個人レベルの話になってしまう。そういうデータは国民の財産であって、それを分析することが本当の意味での科学的な政策を立案する基礎になるというようなことを、もうちょっとはっきりと言わないといけないのではないかなと最近思うのです。

鴫田：それと、組合健保では健保連という上部組織があり、そこが一番そういう分析を必要としているわけですね。そうであればこそよけい、組合員を説得してデータを公開する姿勢が欲しいですね。健保連などもっと積極的に、そういう研究が長期的には被保険者の厚生の上につながるといった姿勢を持っていただきたいなと思います。健保連自体はよく政策提言をされますが、それがどの程度Evidence Based Policyに合っているかという、せつかくあれだけのデータを持っていながら、我々とあまり変わらないレベルです。もう少し科学的な政策提言をするべきではないかなと思うわけです。

健保連では「健康保険」というかなり立派な雑誌を毎月出していますので、そこにもう少しそういう研究を公開するか、あるいは研究を委託することをしたらいいと思います。

#### データベース不在のもう一つの理由と学者の責務

開原：そういうデータベースができてこないとか、健保連がデータを集約できないというもう一つの理由は、今のデータがスタンダード化されていない、それから電子化されていないということがあります。

アメリカでなぜメディケア、メディケードのあれだけの大きなファイルができるかという、アメリカの保険請求は全部電子化されていて、しかもすべてデータが標準化されていますから、ただ集めてまとめるだけでデータベースになってしまうわけです。ところが、今のレセプトというのは、紙に書いてあって、しかも言葉は全部標準化されていません。たぶん先生のところでもすごく苦労されていると思いますけれども、データを誰かが翻訳しながらデータベースを作っていかなければいけない。

鴫田：ええ、そうなんです。

開原：こうした点も日本は遅れていますね。そういう意味では日本は非常に研究がやりにくい国だという気がします。

また、最近つくづく思うのは、日本というのは、学者以外の人は正論がなかなか言いにくい国です。逆に学者はわりと正論が言えるんですね。私はあまり学者ではなくなりましたのですけれども、先生のような方が学者の立場から「是非こうあるべき」論みたいなものを、多少青臭くてもいいからおっしゃっていただくと、少しずつ日本は変わっていくのではないかなという感じがしますね。

鴫田：先生にそう言っていただくと、非常に重く責任を感じます。

今から3年くらい前でしたか、ちょうど医福審で参照価格を

導入すべきかどうかという問題がありました。そのとき私は、参照価格は確かに短期的には医療費を削減する効果があるかもしれないが、長期的にはほとんどなくなってしまうだろうし、それから一番のポイントは特許を認めないという点で、産業政策としては最悪だということを主張しました。日本の次世代の産業について考えると、医薬品は、資源が人的資源しかない日本には一番有望な産業の一つであり、周辺には非常に優れた製造業や科学技術があるわけですから、うまくいけば次世代産業として育成できる。そういう点で参照価格に対して反対するということを表明したわけです。ところが、従来日本の審議会では全員一致方式なんですね。結局最終的には、日本医師会の糸氏さんと私が、少数意見として答申書の後ろに別個に意見を二人で出したのです。それはおそらく日本の審議会の歴史の中では異例な事態だったのではないかと思います。

そういうことが可能であるのは、私達大学教授は自由業みたいなものだからです。そうした利害が無いという立場を十分に使わなければいけないし、社会に対して責務を負っているのではないかと思います。



#### 「理論信仰」から政策論議へ

開原：また雑談になるのですが、日本の学問というのは現実の社会を扱うことはあまりアカデミックではないというような、そういう不思議な「風土」があると感じませんか。

鴫田：ええ、それはもう。我々から見ると、先生のような医学の方はそういうギャップは無いのではないかなと思うのですけれども、我々の経済学の世界では「理論信仰」という言葉がついこの間まであったのですよ。要するに理論をやっている人が一番偉くて、理論をできない人が実証研究だとかあるいは政策論議だとかをするんだという序列みたいなものがありました。

開原：それは医学にもあります。基礎医学が一番偉い。あまり患者と関係のないピュア・サイエンスが一番偉くて、実際の患者を診ている方はその次、それから更に第一線で診療所を構えているのが下だというような、妙な序列がありますね。

鴫田：最近経済がこういう状況になったこともあるのでしようけれども、政策論議がいかに重要かということに、かなり修正されてきつつはあると思います。そうでないと、私なんかは大学でも非常に肩身が狭かったのではないかなと思うのですが（笑）今は幸いなことにその点のバランスがかなり回復しているのではないかなと思います。これは一つはアメリカ流のプラグマティズムの中でトレーニングを受けてきた人が多くなったということがあると思います。

開原：アメリカでは同じ経済理論であっても、例えばブラック・ショールズの数式なんかは実際の株の動きから出てきているわけですね。ああいうふうに現実の中から出てきた理論ならば非常に面白いですね。

鶴田：理論的にも優れているし、実際役に立っているという最もいい例の一つであると思います。そういう意味でも、医療改革に関して、やはり我々はもっとしっかりヘルスリサーチを勉強して、科学に裏付けされた政策をしなくてはならないということをお痛切に考えますね。

開原：その点、ファイザーのおかげで、この10年間こういうことをやってきたということは、私は大変意味があったという感じがしています。むしろこれからが、これらの研究の成果が活かしてくる時代になるのかも知れないと思って、大変期待をしています。

ところで、研究者の層もだいぶ厚くなってきましたね。

若い研究者が増えてきている

鶴田：確かに、このところ医療経済学を志す若い学者が非常に増えてきました。

これはぜひ知っておいていただきたいのですが、日本の経済学には、日本経済学会という非常に大きな組織がありまして、ほとんどの経済学者が参加しています。年に2回学会があり、秋が一番大きなものですが、そこで今から5年くらい前に、初めて医療経済学というセッションができました。一つのセッションでだいたい4本くらい論文が報告されるのですが、現在だと、少なくとも2日間の期間中に3つないし4つのセッションが、ほぼ恒常的に医療経済学に設けられています。経済学には色々な問題があって、色々なセッションがあるのですが、医療経済学は、ほぼこの数年で確立して、4つあるということは15人くらいの研究者がそこで報告しているということですから、おそらくその数倍はすでに研究者としてやっているだろうと考えられるわけです。特に若い研究者が多く、医療経済学を志しています。

開原：それは大変心強いことです。

医学の世界でも面白いことに、最近ヘルスリサーチ的なことを担う教室とか組織とかがだいぶできてきました。京都大学に大学院ができました。あれはまさに全くバイオメディカルではない大学院ですね。医科歯科大学にもできたし、それから九州大学にも医療経営・管理専攻の大学院講座ができた。それだけこういう方面に目が向いてきているようですから、これから若い研究者がだいぶ出てくれば、この分野はもっともっと盛んになってくるでしょうね。

ヘルスリサーチは学際的領域

鶴田：私は経済の話ばかりでしたが、やはりヘルスリサーチは法律とか社会学、場合によっては哲学などの典型的な学際的な領域ではないかと思うのです。法律では医事法

というような領域がもう確立していますよね。昔都立大に唄先生という非常に偉い先生がおられましたけれども、そういう方がパイオニアになって進められた。それと同じように、社会学とかあるいは哲学の領域の人でも、医療問題には関心を持たれるのではないかなと思います。終末期の医療などを考えると、哲学とか死生観というところと無縁ではないわけですね。

それぞれの分野の方が、もちろん自分の専門をきっちりやることは大事ですが、こうしたヘルスリサーチを通じて常に周辺に目を配るという姿勢が必要ではないかなと思います。

開原：私も全く賛成です。その意味で法律の方も随分この分野に入ってきていただくといいなと思っていたのですが、昨年(2001年)東大の樋口先生が応募して下さいました。樋口先生は私は個人的にも少し存じあげているのですが、あそこは倫理の問題などを、アメリカの人と交流してやっておられたのですが、なかなか面白いと思います。そういう樋口先生みたいな方が、色々法律の分野でもやってくさるといいなと思っています。

鶴田：その通りですね。

交流の場が必要

開原：次に、最近私が気になっているのは、そういう色々な方が医療に関心を持って下さっているのは大変素晴らしいことなのですが、それではその交流の場があるかどうかということです。経済学の分野では、先ほどの先生のお話の通り、ヘルス・エコノミックスのセッションができたのですが、多分そこにはなかなか医学者は行かないだろうし、法律家も行かないだろう。そうすると別のところで、法律家も哲学者も社会学者も医学者も集まって、ワイワイとやるような場がどこかに必要になるかも知れないという気がしています。これに関しては、この財団のヘルスリサーチフォーラムが、まさにそういう場だと思っています。ただし、ヘルスリサーチフォーラムも、場合によってはうまく膨らまず方法を考える必要があるのかもしれないと、そんな感じも最近はしています。

ですから、将来に向けては大変心強い色々な息吹が感じられる。我々の役目は、そういう若い人たちが生き生きと活躍するような場を作ったり、それをバックアップするような仕掛けを作ったりすることかと思っています。それとあとは、そういう若い研究者だけではできないような、例えば先ほどのナショナルデータベースを作るような、何か大きな仕掛けを作りたいなと感じております。

鶴田先生にも、これからこの分野で色々ご支援をいただいで、日本の医療を良くしていくために、ご活躍をお願いしたいと思います。

それでは大変有り難うございました。