

特集〈誌上報告〉第2回JMS (The Japan Medical Society)シンポジウム

『豊かで活力ある高齢社会をめざして～医療保険・介護保険のあるべき姿～』開催

〈主催〉菊医会/JMS(The Japan Medical Society) 〈後援〉社団法人日本醫師会 1996年10月11日(金) 虎ノ門パストラル(東京農林年金会館)



総合司会およびコーディネーター
松田 輝雄
(元NHKアナウンサー／現在NHK教育テレビ
「きょうの健康」(月～金)等で活躍)



ゼンセン同盟会長
高木 剛



日本医師会常任理事
菅谷 忍



厚生省審議官
大塚 義治



朝日新聞社論説委員
大熊 由紀子



東京大学法学部教授
佐々木 毅



日本医師会副会長
糸氏 英吉



年金福祉事業団理事長
幸田 正孝

プログラム

総合司会及びコーディネーター 松田 輝雄
(元NHKアナウンサー／現在NHK教育テレビ
「きょうの健康」(月～金)等で活躍)

■基調講演

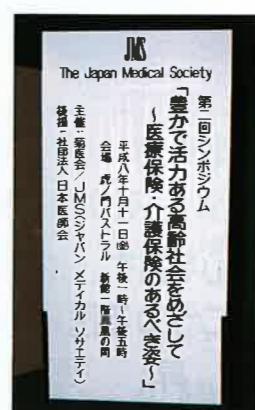
年金福祉事業団理事長 幸田 正孝
日本医師会副会長 糸氏 英吉

■パネリスト・スピーチ 及びパネルディスカッション

座長 東京大学法学部教授 佐々木 毅
パネリスト 朝日新聞社論説委員 大熊 由紀子
厚生省審議官 大塚 義治
日本医師会常任理事 菅谷 忍
ゼンセン同盟会長 高木 剛
(五十音順)

■総括講演

東京大学法学部教授 佐々木 毅



少子高齢社会の医療保険・介護保険の
るべき姿を求めて多角的に論議。
明確な方向性と指針を示す。

第二回 JMSシンポジウム『豊かで活力ある高齢社会をめざして～医療保険・介護保険のあるべき姿～』が去る十月十一日(金)、東京・虎ノ門パストラル(東京農林年金会館)において、盛大に開催された。菊医会/JMSが主催するシンポジウムは、六月に開催された『高齢社会のグループケアと在宅ケア』に引き続き、第二回目。出席者は前回を上回る三百名余を数えた。立錐の余地もない会場では、厳しい環境に直面する医療保険・介護保険をどうするのかという国民的課題を熱心に考え、答えを見出そうという雰囲気に満ちていた。今号は、同シンポジウムのあらましを誌上において紹介。密度の濃い数々の発言は、超少子・高齢社会を目前に控えた我が国の一歩一歩を見据えた医療保険・介護保険のあるべき姿をめぐり、確かな方向性と展望を示したものといえるだろう。

我が国医療政策の方向

これから日本の医療システムを探る上で

第二回JMSシンポジウム「豊かで活力ある高齢社会をめざして～医療保険・介護保険のあるべき姿～」開催の際に、日本医師会より基調講演に際して、日本の医療政策の方向について概論したい。今日の話の要点は、以下の通りである。

現在、我が国は明治維新、そして第二次世界大戦の敗戦を経て、いわば第三の、「経済社会の構造変化」の時代に来た。ところで、そのような経済社会の変化は、詰まるところ価値観の変化に根差したものである。そういう具合に、価値観の変化と経済社会の構造変化は互いに相乗作用を起こしている。そこで医療というものを考えると、医療も結局、社会システムの一つであり、また日本の文化の一つであるから、医療についての価値観がいかに変容しているのかと、いう問題が喚起されてくる。

経済社会の構造変化

政府税制調査会への大蔵省提出の資料によると、日本の経済社会の構造変化につき、五点ほどの特徴が挙げられる。

第一に少子・高齢化。老齢人口比率は一九九四年に十四・一パーセントであった。これ



幸田 正孝

年金福祉事業団理事長



総合司会・コーディネーター

松田 輝雄

豊かで活力ある高齢社会をめざして ～医療保険・介護保険のあるべき姿～

を目前に控えた今、我が国が、豊かで活力ある高齢社会をめざすためには、医療保険・介護保険はどのような在り方であらねばならないかを、年金福祉事業団幸田正孝理事長、日本医師会系氏英吉副会長の基調講演を戴いたあとで、様々に立場・意見の異なる方々からお話し・ご協議を戴きます。

本格的な高齢社会に突入しようとしている今、それぞれ意見・立場は違つても、国民すべてが豊かで健やかな社会をめざして、誰もが同じよう苦しみや悩み、そして願いを抱いております。このような現状において、医療保険制度の改革、またそれと重要な関係にある介護保険の導入は依然厳しい状況に置かれています。にもかかわらず、高齢者は毎年、年を追つて増加しています。そして私自身もそこに一步一步近付いているのです。

そうした中、日本のこれからの医療はどういうシステムがいいのか、どのような介護が望まれるのか、そしてその費用は誰がどのようなかたちで負担していくのか。論議しなければならない問題が山積しています。しかもこれはた

だ単に高齢者ばかりの問題ではなく、私たち国民の一人一人が今まさに背負わされている、そして真剣に考えなくてはいけない問題なのです。様々な報道によると、高齢者の介護は社会全體が考え、そして負担すべき問題であると考えればこそ、医療保険・介護保険の問題は時を措かず、今こそ具体的な良い知恵を絞り合い、そしてそれがただの話し合いに終わることなく実践可能な方向に向けて訴え、そして理解し合える共通点を見つけていきたいのです。

前回の第一回JMSシンポジウム「高齢社会のグループ・ケアと在宅ケア」においても、菊医会/JMSが中心となつて高齢者の介護について、各界の専門家の方々などから非常に実の意見・ご提言・ご協議を戴き、多くのご反響・ご意見・ご好評を賜りました。第二回目となる今回は、豊かで活力ある社会をめざし、その上で、いかなる医療保険・介護保険があるべき姿として最も望ましいのか、これから前に劣らず真摯に、熱意をもって話し合っていきたいと思います。

今回のシンポジウムでは、「豊かで活力ある高齢社会をめざして～医療保険・介護保険のあるべき姿～」というテーマが掲げられておりますが、これは今、国民の誰もが真剣に考えなくてはならない一番大きなテーマです。二十一世紀は

第二回目を迎えます。

菊医会/JMSが主催致しますJMSシンポジウム（後援：社団法人日本医師会）も今回で

第二回目を迎えます。

今回のシンポジウムでは、「豊かで活力ある高齢社会をめざして～医療保険・介護保険のあるべき姿～」というテーマが掲げられておりますが、これは今、国民の誰もが真剣に考えなくてはならない一番大きなテーマです。二十一世紀は

が二〇二五年には二十五・八パーセントへ上昇する。少子化についても、平成元年に合計特殊出生率一・五七という「一・五七ショック」があつたが、今日ではそれが、一・四三と更に低下している。日本は、イタリア、ドイツについて世界でももつとも少子化が進行しつつある国になっている。

第二に国際化。経済活動がボーダーレス化するとともに大競争時代、メガ・コンペティション時代に突入致した。冷戦構造が崩壊して、アセアン諸国を中心に、今後は中国やインド等との大競争が始まる時代となつた。その結果として、グローバルスタンダードが求められるようになつた。日本的なスタンダードでは通用しなくなつてきたのである。

そして第三に情報化。マルチメディア化やネットワーク化、電子商取引や電子マネーについては多言を要しない。

そうした事柄の結果として第四に、成熟経済・社会への移行ということが挙げられる。大量生産・大量消費の転換、経済機構改革、金融のデリバティブ取引、そしてベンチャーや、仕事と余暇の両立、男女共同参画社会、また社会貢献、地球環境保護、地方分権といった事柄がその具体的な要素として見える。

そして五番目に、公共部門と民間部門の役割分担。これには行財政改革や規制緩和、自己責任原則、市場原理重視、そして行政の透明化といつた事柄がその具体的な要素として挙げられるが、以上述べた経済社会の構造変化が今日の時代の特徴と言える。

最後に「保険診療と自由診療の混在の原則的な禁止」という点が挙げられる。最近十年程はやや緩和されたが、基本的には保険診療ならずつと保険診療、自由診療なら最初から最後まで自由診療という考え方が貫かれる。これは非常に特異な供給体制と言える。

そして一九八六年から、「地域医療圈と病床規制」が行われるようになつたが、必ずしも十全には機能していない。

2. 供給サイドの特徴

供給サイドの特徴として、まず「診療所については自由開業医制」という点がある。

そして「公私病院の混在競合」。アメリカなどでは色々な株式会社による経営などのケースも見られるが、日本のように公私病院が互いに競い合つているケースはそれほど多くない。結局これは日本の場合、「機能分化が不十分で、開業医と病院の相互連携がうまくいっていない、専門医制度ができるがつていいない」という問題に突き詰められる。それが、大病院の外来への患者集中という結果をも招く。これは非常に特異な供給体制と言える。

国民は現在、この「日本型医療システム」をどのように評価しているのであろうか。

厚生省の一九九四年の調査結果によると、現在の医療費保障について需要サイドの五十パーセントが「まあ評価できる」、二十六パーセントが「高く評価できる」と答え、日本



「日本型医療システム」への 国民の評価

国民は現在、この「日本型医療システム」をどのように評価しているのであろうか。

厚生省の一九九四年の調査結果によると、現在の医療費保障について需要サイドの五十パーセントが「まあ評価できる」、二十六パーセントが「高く評価できる」と答え、日本

なりの解釈だが、時代は以下のように変わりつつあるようと思われる。確かに「公平と平等」がもっとも重んじられ、健康保険等の医療の世界でも、一九六〇年代、七〇年代には給付・負担の公平と平等が重視されていた。それが今日では、十分な情報を得て、それによって選択するという「情報と選択」への価値観の変容が起りつつある。

従来の日本の社会は非常な同質社会で、そこには規制があった。とかく横ならびが好きで、行政もまた護送船団方式で左右を見ながら社会が進むという同質の社会であった。それが、現在では自由が、そして競争がいわばモットーである。規制から自由へ、そして競争へと価値観が変わってきた。

であれば、制度も多元的であるほうがよい。そして十分な情報を得て、選択をすればよいのである。

わが国医療システムの特徴

従来の日本の医療システムは、とくに「日本型医療システム」と表現してよい。

需要サイドと供給サイドに分けてその特徴を述べる。

1. 需要サイドの特徴

第一に、「国民皆保険」がその特徴のひとつとして挙げられる。

一九六一年にこの制度が成立して以来、国民は誰でもいつでも、そしてどこでも医療を受けられるようになつた。これは日本本の特徴のひとつであると同時に、この皆保険そのものが、既存制度を寄せ集め、その上に成立したということもまた非常に日本のな

システムの特徴のひとつである。

皆保険が制度として行われている国は世界で他にある。ドイツでは九十二パーセントが加入しているが、残りの八パーセントは未加入のままである。フランスは皆保険に近く、日本の場合とやや似て公務員は公務員、鉄道の職員は鉄道の職員と、いろいろな制度がある。一方、アメリカが皆保険でないことはご承知の通りである。

次に「出来高払い」という特徴がある。しかもそれが診療所、病院ともに同じような点数表で設定されている。開業医と病院が同じ方式で診療報酬の支払方式を採用していることは、世界でも特異である。ヨーロッパでも色々な制度があるが、原則としては開業医と病院の支払方式が異なっている。これは後述する医療機関の機能分化に関わることではないかと思われる。

三番目に「フリーアクセス」。どこの病院でも誰でもが行けるというフリーアクセスが、日本ほど徹底している国は恐らく世界でも珍しい。

そして「公費の投入とともに老人保健」という特徴。日本の健康保険には公費が導入され、国民が使用する医療費の約四分の一は国の税金あるいは地方の税金である。また七十歳以上の老人制度は、各健康保険から持ち寄りをしている。各健康保険からの持ち寄りがほぼ六十五・六十六パーセント、国と地方の税金がほぼ三十パーセント、残りの四・五パーセントが患者の負担になる。こうしたことも非常に特異であり、世界でもそれほど例は多くない。

次に「シングル・ペイヤー」という特徴。これをアメリカ人に説明してもなかなか理解



える程度。これに対して、「非常に不満である」「やや不満である」「どちらともいえない」といった意見を抱く人々が合わせて四十五パーセントほどになる。このギャップはいったいどこから生じているのであろうか。

次が「病気や治療等について要望する事柄を、回答は二つまでということで調査すると、以下の結果が得られた。

「病気や治療等について、納得できるまで説明してもらいたい」という要望が実際に四十九・九パーセント、ほぼ五十パーセントに迫っている。回答は二つまであるから、実数をこの半分にしても二十五パーセントとなり、四人から五人に一人が要望する事柄である。

次が「病気の正確な診断をし、それを確実に知させてほしい」という要望である。これはむしろ当然のことであるが、四十五・三パーセント。複数回答であるから実数を半分に減らすと、二十二・一・二十三パーセントとなり、四人から五人に一人が要望する事柄である。

三番目に「患者の身になつて診療してほしい」という要望がある。これは裏返せば医師がなかなか本当に患者の身になつて診療してくれるといふ。しかし、裏返せば医師がなかなか本当に患者の身になつて診療してほしい」という要望がある。これが二十九・五パーセント、三割弱で、実数が半分としても十五パーセント、六人に一人の割合である。また、同様に六人に一人の割合で「検査・投薬だけでなく、生活・健康指導をしてほしい」という要望を持つている。

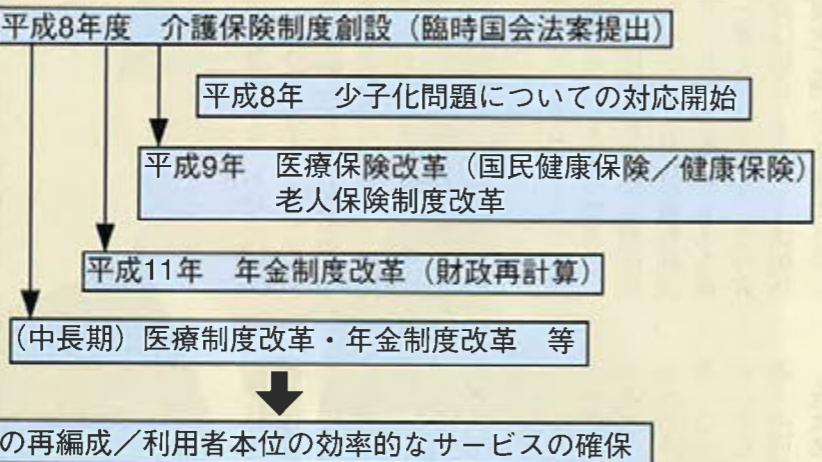
需給のそれぞれで満足度を見れば国民の八割ほどが評価し、満足しているにもかかわらず、全体的には五割程度しか評価・満足していないその理由は、以上のような諸点に問題があるからである。したがって、これから日本の医療システムを考える時には、上述の

社会保障構造改革のスケジュール

表1

介護保険制度は、21世紀に向けての社会保障構造改革具体化の第一歩
介護保険制度は、既存の社会保障制度全体に大きく影響
⇒ 制度横断的なシステム再編成として、大きなインパクト

社会経済情勢の変化に対応した社会保障構造改革のビジョンの提示
⇒ 国民経済と調和しつつ社会保障に対する国民のニーズに適切に対応

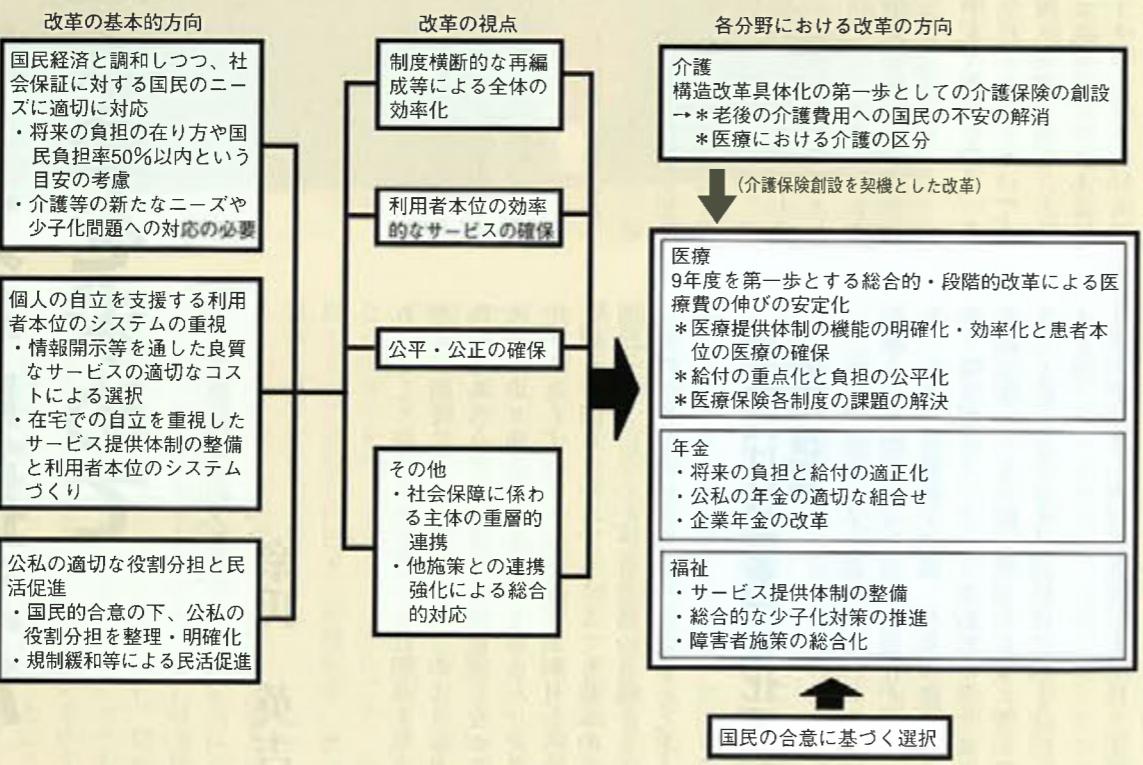


これから医療システムを考える上で、大きなポイントが五つある。

- 「かかりつけ医—地域病院—専門病院」という流れのシステムを早急に作り上げること。この場合、国民が非常に高い評価を下しているフリー・アクセスが、結果として制限されることはあり得る。その意味では従来のフリー・アクセスという日本型特徴のある程度の修正を考慮に入れながらこれからの医療システムの構築に取り掛かっていくべきである。
- 「支払方式を急性期・慢性期またはかかりつけ医・病院別等に分ける」。世界的な潮流では別個である開業医と病院の支払方式が日本の場合には同じようになっている。これは上述のような何らかの基本的変更が必要である。いわゆる社会的人院も現在の診療報酬・支払方式が原因の一端であると言える。
- 「公私混合診療」。健康保険と自費診療をいかに組み合わせていくか。これは舵取りを誤ると健康保険が実質、意味を成さなくなる場合も考えられる。また低所得者についての対策をどうするかなど、非常に難しい問題もある。しかし価値観の変化によって国民は基本的には選択を求めていた。それに応じて、健康保険システムも組み直していかねばならない。
- 「医療の質とその評価」。先ほど言つた

社会保障構造改革の考え方

表2



ように、国民は説明や検査や投薬だけでもっと問われてしかるべきである。そしてその前提にはどうしても「評価」が必要になつてゐる。例えばアメリカでは、同じような症状を呈した患者についての追跡調査がされており、入院日数や完治率につき、競争的という言葉は不適当かもしれないが、質の評価が行われている。日本でも病院機能評価機構が発足したとはい、現在までのところ、その結果は公表しないことになっている。これは非常に中途半端で、透明性を重視する時代の流れからいつでも早急に評価結果を公表すべきである。そしてその評価は機器の設置如何とか看護婦数といった物理的な面のみならず、質についても踏み込んだ評価がなされなければならない。

5. 「研究開発・科学技術振興方策」にもっと力を入れること。アメリカと日本の医療政策を比較すると、アメリカは国家目標として研究開発に力を注ぎ、世界最高最新の医療水準を誇っているが、それに対して日本は非常に公平であり、フリー・アクセスの観点から医療費保障に税金が投入されているという、非常に際立った違いが見受けられる。しかし今後は日本も国はとして医療開発あるいは医薬品開発に力を入れる必要がある。現在一年間に使用される国民医療費が二十七兆円であるのに對し、研究開発や科学技術振興に使用される費用は非常に少ない。将来の産業政策としても、情報通信とならんで生命科学を重視しなければならず、医療こそ、その中でも、もつとも基礎的な部分であると言える。

最後に厚生省が発表した社会保障構造改革のスケジュール及びその考え方を図で示す（表1及び2参照）。表1による社会保障構造化に応じた社会保障構造改革のビジョンが提示されている。国民経済と調和しつつ社会改革と老人保健制度改革を、そして平成十一年度に年金制度改革を行い、利用者本位の効率的サービスの確保のため、制度の再編成がを目指されている。ただ私の考えでは、もう少し日本の医療政策をいかに創りあげていかかという観点があつてもいいと思われる。また表2では制度横断的な再編成等による全体の効率化といった観点から介護を突破口として医療制度改革が方向づけられている。以上、概論的ではあるが、やはり医療保険改革と老人保健制度改革を、そして医療保険創設、少子化対策を、平成九年度には医療保険に対する国民のニーズに適切に対応するという観点から、平成八年度に介護保険制度（表1及び2参照）。表1による社会保障構造化に応じた社会保障構造改革のビジョンが提示されている。国民経済と調和しつつ社会改革と老人保健制度改革を、そして平成十一年度に年金制度改革を行い、利用者本位の効率的サービスの確保のため、制度の再編成がを目指されている。ただ私の考えでは、もう少し日本の医療政策をいかに創りあげていかかという観点があつてもいいと思われる。また表2では制度横断的な再編成等による全体の効率化といった観点から介護を突破口として医療制度改革が方向づけられている。以上、概論的ではあるが、やはり医療保険改革の問題については、変容する日本の社会経済に即した新たな「日本型医療システム」を構築するという観点がどうしても必要となる。それが国民サイドに立った改革の方向であり、そうでなければ国民にそっぽを向かれてしまふと強く訴えたい。



新世紀の社会と国民のニーズを見据えた 医療保険の抜本的構造改革を求めて

日本医師会副会長

糸氏
英吉

医療保険改革の問題は昨今、たびたびマスコミ等でも取り上げられるようになり、一方、医療保険審議会においてはすでにこの論点はかなり煮詰まっている。そこでそれぞれの立場からの考え方をいかに調整し、実現していくかが今一番問題になつている。

第二回 JMS シンポジウムのテーマは医療保険・介護保険のあるべき姿を探るといふものである。介護保険の創設は次期国会に提出される予定だが、それは医療保険改革の第一歩であり、しかも非常に大きな最初の一歩であると考えられている。その詳細については今回は措き、主として医療保険改革に主眼を置いて論じてみたい。

不可缺少な新世紀の展望と 国民の立場に立つ視点

日本の現行の国民皆保険制度は、経済効率からいっても保険仕様またその効果からいつても非常に優れたものであり、高い評

不可欠な新世紀の展望と 国民の立場に立つ視点

日本銀行の目標皆保険制度は絶対的
率からいっても保険仕様またその効果から
いつても非常に優れたものであり、高い評

価を得ている。かつてクリントン大統領の医療保険改革の際に、向こうの関係者と会つた時、日本はなぜこれほど安い費用で高い効果を上げられ得るのかと随分質問を受けた。

この制度は昭和三十六年に生まれ、五年、十年という月日をかけてほぼ日本全国に定着した。この事と、日本の経済成長が相俟つて、今日の超高齢社会の実現、そして老人医療費の増加という現象が起つた。ところがこの国民皆保険制度が近年のいわゆるバブルの崩壊による経済不況で支えきれなくなってきた。経済的な支えが失われたということから、医療保険改革や介護保険導入の問題が出てきたとも言えよう。

ところで、二十一世紀を目前に控え、もうすぐ少子・高齢社会に突入するわけであるが、その中で、医療・保健・福祉、とともに我々が関係している医療はいかにあるべきか、どのようにしてそれを支えていくのかが問われている。その問い合わせにはまず、「従来通りの仕組みでよいのか」が問わ

◎ 健康投資

『健康投資』
二十一世紀の少子・高齢社会においては労働人口が激減し、社会の活性化が低下する。一方で医療費・保険・福祉の財源は止めどなく増える。そして高齢者が街に溢れる国になる。その時、老後の不安に誰が応えてくれるか。多くの国民はこれを注視している。

われは全ての国民の健康を保障する政策である。とくに高齢者が元気で社会に貢献するのと寝たきりになるのとでは天地の差がある。また社会復帰はできなくとも、障害を持つたり、要介護状態になつたりしても、どのようにしてQOLを高めながら余生を生きていくかは高齢者にとって最大の関心

事であるし、そこで医療・健康・福祉の一
体的提供は不可欠である。そのためにはや
はり医療費・福祉費といった色々の財源を
投入するということが結果的に社会の活性化
をもたらし GNP の増大というかたちで
国にファイードバックされてくる。

情報の共有化によつて医師も一般国民もかなり高度なレベルの医療情報を有する環境で、新しい生命科学の進歩を取り入れた質の良い高度な医療をできるだけたくさん国民に貧富の差なく提供する、それは誰もが望むところであるし、これまで国もそれなりの努力を払ってきた。だからこそ、国民のすべてが現在の日本の医療制度に強い信頼を持つに至つたのである。

しかしながら、国が大きな赤字を抱える今、医療財源を支える肝心の国民経済はどうしようもなく低迷している。これは国民のせいでもまた患者のせいでもない。国が相次ぐ経済政策の失敗によつて起こつたものである。一般会計が七十五兆円だというのに国債残高だけで二五十兆円以上という巨大な借金が抱え込まれている。赤字は社会保障の急増のせいでは決してない。既得権を背景とした公共事業特別会計、財政投

事であるし、そこで医療・健康・福祉の一體的提供は不可欠である。そのためにはやはり医療費・福祉費といった色々の財源を投入するということが結果的に社会の活性化をもたらしG N P の増大というかたちで國にファイードバックされてくる。
かねてより、厚生省、大藏省あたりから
盛んに医療費亡國論、「枯れ木に水」などと喧伝されてきた。これから社会はそうした発想を止めるべきである。高齢社会で老人が寝たきりの場合と、元気で何らかのかたちで社会活動に参加している場合とでは、社会活性に大きく差が出てくる。その意味で、健康投資というポジティブな発想が進められなければならない。とくに情報化が進むこれからは国民すべてがより質の高いより高度な医療やQ O L を求めてくる。一方で医療の日常化も重要な問題になる。現在、保険証一枚あればいつでもどこでも誰でもフリーアクセスが可能である。早期診断早期治療は、医療費の効率化に欠かせない制度である。この制度は問題もあるが、国民の強い支持を受ける重要な制度である。情報の共有化によって医師も一般国民もかなり高度なレベルの医療情報を有する環境で、新しい生命科学の進歩を取り入れた質の良い高度な医療をできるだけたくさんのが望むところであるし、これまで国もそれなりの努力を払ってきた。だからこそ、国民のすべてが現在の日本の医療制度に強い信頼を持つに至ったのである。
しかしながら、国が大きな赤字を抱える今、医療財源を支える肝心の国民経済はどうしようもなく低迷している。これは国民のせいでもまた患者のせいでもない。国の相次ぐ経済政策の失敗によって起こったものである。一般会計が七十五兆円だというのに国債残高だけで二五十兆円以上という巨大な借金が抱え込まれている。赤字は社会保障の急増のせいでは決してない。既得権を背景とした公共事業特別会計、財政投

融資、あるいは非効率な財政運営が原因である。経済活性化の必須条件として橋本総理は国民負担率五十パーセントないし四十パーセント限界論を展開している。しかし国民負担率もそれがどのように国民にフィードバックされるかで国民の理解もかなり違ってくる。年金や医療のように負担の結果がかなり明らかで国民に還元されれば、納得も得られ、必ずしも負担限界率五十分にこだわる必要がない。現に五十パーセント以上の負担をする先進国の一例を見ても、そこで本当に経済がだめになつたか、というと必ずしもそうではない。この問題は根本的に再検討されるべきである。

医療資源の効率的配分

医療資源には限界がある。その効率的配分には当然我々にも責任がある。高齢社会における国民の医療ニーズを展望しながら、現在の医療提供体制、あるいは医療保険制度を振り返って見ると、そこに多くの改革すべき点が存在しているのは確かである。医療資源をいかに効率良く配分するか、そのための現行の保険制度の構造改革あるいは医療提供体制の合理的整備等に我々医師会も正面から取り組まねばならない。今日、切羽詰まつた断崖絶壁に立たされているという危機感が次第に全国の医師に浸透しつつある。しかし国民皆保険制度は引き続き堅持することと医療の技術革新はできる限りすべての国民に提供されるべきである。しかしこの二点は日本医師会と考へてあくまで強く主張してゆきたいと考えている。お金のある人はよりよい医

療制度は検証して直すべき点もあれば評価すべき点もたくさんある。フリーアクセスはデメリットもあるがメリットも多い。そして患者とくに低所得者の負担は現在ではミニマムである。

先日、私はドイツ医師会を訪ねた。いろいろな話をしたが、ドイツでは国の援助は一切なく、あくまでも保険者と医師によって取決められていることを聞いた。驚いたのはドイツの保険料率の高いことである。日本はここ二十年来、殆ど変わることなく千分の八十程度である。むしろ十五年前にすという付加給付までやっている。これに對してドイツの保険料率平均しては千分の百三十五と高い。高いが給付は百パーセント、自己負担はゼロで長年やつてきた。近年は保険料率の頭うちの中で、ようやく、自己負担も生じているが保険給付範囲は日本に比べてはるかに広い。例えば温泉療法、車椅子、眼鏡、そして酌酌したときのタクシーチ代でさえ保険で支払われている。

我が国は保険料は少ない。その代わり、不足分は患者の自己負担で賄い、その上のものはやこれ以上患者の負担を増やすことはできない。また、最低の保険料率平均しては千分の百三十五と高い。高いが給付は百パーセント、自己負担も生じているが保険給付範囲は日本に比べてはるかに広い。例えば温泉療法、車椅子、眼鏡、そして酌酌したときのタクシーチ代でさえ保険で支払われている。

現在の医療保険制度はかなりの高度医療も試行期間を終えた上でどんどん保険に導入しているというメリットも有しているし、

現行制度のメリット、

デメリットを押えた上で改革を

医療保険改革については今後も色々な問題が起ころうが、その中で現在の医療保険制度を直視し、そのメリット、デメリットを検証しなければならない。

現行制度は一九六一年国民皆保険制度として発足した。医療保険という考え方と社会保障の一環としての医療保障という考えがミックスされたかたちの国民皆保険制度が創設された。これは日本独特の制度である。経済基盤がしっかりとして国民経済が高度成長している時期には、老人医療の無料化、フリーアクセスの確保、自由開業医制の推進、保険への技術革新の導入が積極的になされた。その結果、高齢社会の出現、老人医療費の高騰等が起つた。これを背景として一九八〇年から国は医療政策については徹底的な抑制策を押しすすめ今日に

一方で医師のプロフェッショナル・フリーダム、自由裁量権も比較的認められている。こういった良い点は残すべきである。しかし改革すべき点もないわけではない。

ひとつは前述したフリーアクセスにおける大病院集中がある。三時間待ちの三分診療等と言われるが、今までは個々の患者さんの診療に時間を取れば、待時間が三時間が四時間、五時間になりかねない。これに対処するためには「診療所から病院へ」という流れをきちんと作らねばならない。

二点目に、反則的に病院は入院、診療所は外来・在宅と、医療機関の機能分担を明確化すること。ドイツではおよそ一般の人が外来として病院に行くことは考えられず、それは医療文化や歴史の違いからも来るところであろうし、我が国では開業医から病院になつたというケースもあるから、その辺りの整理は難しいけれども、やはり何とかしなければ悪循環を断ち切ることができない。

そして何と言つても、国民にとって医療機関や医師についての情報がまったく不足していることが問題で、これは我々もよく考えねばならない。とくに「医療機関の質」の問題は、今、医療機能評価機構が動いており、各病院の機能を第三者が評価し、その国民への情報公開をいずれ早く実行しなければならない。それによつて患者側がフリーアクセスのメリットを本当に生かすことができるよう、情報提供すべきである。そのほかまだいろいろあるが、これから改革では質というものが問われてくる時代である。量については充足されたので、医療の質に対して医師や医師会、また医療



機関はどのように情報開示をしてゆくのかが問われている。そうした意味で、我々医師もまた患者さんの立場、患者さんの言葉にもつと耳を傾けながら、これからよりよい医療をめざして可能な限りの努力を尽くしてゆかねばならないと思う。

現行の医療制度、先ほど言つた国民皆保

療サービスを受けられるが貧しい人は受けられないといった事が起らぬようにならなければならぬ。これはまさに政治的な判断にかかる極めて重要な問題である。勿論、医療費の効率的な運用は我々医師も国民も考えなくてはいけない。結局、新世紀においても高度技術革新及び国民皆保険制度を維持するためには、制度を統括する国、地方自治体、受益者であり負担者である国民、そして被保険者集団としての保険者、医療を提供する医師、医療機関などが、それぞれの役割を再検証し、これららの医療改革に当たつて、どのようにその役割を分担し合意をはかつてゆくかが、大きな問題となるであろう。

治療費の財源は保険料、公費負担、患者負担が六対三対一の比率で支えられている。不足財源はまず保険料、公費の引上げで対応するのが第一選択である。

これまでの医療保険審議会の流れは「とにかく金がなくなつた。だから患者さんに負担してもらおう」という論議が支配的であった。残念なことである。金がなくなつたのは事実だし、それで医療保険財政が動きが悪くなつてきた、各保険者が軒並み赤字に転落した、これでは診療報酬を払えぬという言い分も分かる。であればこそ、「患者さんに負担してもらおう」という安直な考えではなしに、二十一世紀の社会を客観的に把握し、国民の本当の医療に対するニーズに公平に耳を傾け、その上で抜本的な解決方法を考えるべきである。にもかかわらず議論が最初から医療費の抑制に傾き、しかも患者負担が強調され、すべての皺寄せを患者と医療機関に集中させてしまつては医師の立場といつよりも国民の立場、しかも弱者の立場から、これまでも発言してきたし、これからも発言していくつもりである。

老いても病んでも輝くために

～医療・福祉のベストミックスとは～

朝日新聞社論説委員
大阪大学客員教授

東京大学医学部非常勤講師

大熊 由紀子

五つの困った『症候群』と三つの『ing』

医療保険の論議や医療の世界の中には、五つの困った『症候群』がある。

一つ目に『米英独立崇拝症候群』。二つ目に、『あやしい薬横行症候群』。三つ目に『医療のおせつかい症候群』。四つ目に『年金・福祉・医療バラバラ症候群』。そして最後に五つ目に『言葉の魔術症候群』である。スウェーデンではQOLは

Having

Loving

Being

の三つのレベルのノーマリゼーションで考えられている。

「Havingのレベル」は、たとえ病気が重くても、要介護の身であっても、普通の着物を着、普通の食べ物を食べ、きちんととした住居で生活するということである。

「Lovingのレベル」は、病気が重くても、家族や恋人や友人を持つことができるということ。

そして「Beingのレベル」は自分自身をかけがえのない存在だと思える、つまり誇りを抱き、役割を持つことである。

生きる喜びを感じることができるために

一方、日本の医療はQOLに関してどうだろう。家族が介護や疾病的看護の負担に疲れると高齢者は老人病院に入院するが、概してその衣食住は健常者の日常生活とは異なっており、家族の愛も遠く、誇りも役割もない。そしてこれらの高齢者達に、私たちは「寝たきり老人」というレッテルを貼ってきた。これまで医療が面倒を見てきた。そうした「寝たきり老人」を、日本では海外へ視野を広げると、このように半身



コペンハーゲンのデイセンターで見た半身不随の老婦人

不随でおむつも必要な、耳も遠い高齢者が、普通の衣服で、毛髪もザンギリ頭ではない。爪にはマニキュア、そして寝たきり状態ではなく、病院でなく住みなれた家で暮らしているというのが当たり前のことである。



在宅リハビリで二ヶ月後には車椅子で外出するようになって、より晴やかになった。

私は日本と海外のこの格差を一九八五年以来、十一年間、書き続けてきた。しかし私の主張はなかなか受け入れられなかつた。例えば、寝たきりの状態で心臓が悪く、バルーンカテーテルを入れていてる方に對しては「他の国なら死んでしまうところを日本では医学の力で救つている」というのが医師側の意見であった。しかしこの高齢者は担当医師の考え方の転換と理学療法士の助けで、寝たきりの状態から脱出し、そしてやがては外出の楽しみを持つと、實に素敵なご老人に戻る事ができた。この例は医療だけでなく、生活全体を見ることが、高齢者のQOLに欠かせない証拠であり、それが日本でも可能なことを示した好例である。

日本ではまた、処遇困難の痴呆性老人とレッテルを貼られると精神病院に送られてしまう。そんな目には自分に限つて合うことはないと、とくに経済的に余裕のある人々は考える。有料老人ホームなら大丈夫だろうというわけである。しかし、歌謡界で有名なHのお母様などが入居されていた、医師の経営によるある有料老人ホームは、全額自己負担で、見た目は非常に豪華であり、ふかふかの絨毯などが敷いてあるが、夜には入居者を縛ってしまうのが実態である。QOLは極めて低いと言わざるを得ない。このことは要介護の高齢者の分野では自己負担を増やせ、選択権が働き、質が上がるという通説が神話に過ぎないことを示している。

デンマークの場合、重い痴呆のお年寄りは思い出の家具と一緒に

具を持ち込んでそこで暮らす人々は、実際に生き生きとした、よい顔をしている。



デンマークの痴呆のお年寄りは思い出の家具と一緒に

しかし、デンマークでも、かつては日本のように精神病院に痴呆病棟があり、薬や抑制帯が使われていた。それが改革により、普通の生活の中でのほうが、もっと病状が良くなると実証された。

日本でも病院でベッドに縛られていた人が通常の生活に戻つて、まさに命を吹き返している。たとえば、福岡で非営利のボランティアが、古いお寺のお屋敷に手を入れ、そこで痴呆の高齢者のお世話をしている。思い出の品々を置き、つなぎの寝間着などではなく、よく似合う着物を着せて差し上げたりした。すると極めて重症であった高齢者が、とても生き生きとした、よいお顔になつたのである。入浴もごく自然な檜の浴槽などで勧めると、自ら上機嫌に入浴さられる。



第2回 JMSシンポジウム パネリスト・ショートスピーチ



転換期の中で 社会保険全体の改革を

私どもは医療保険あるいは介護保険といった医療、福祉の問題もさる事ながら、社会保障全体の大きな改革に取り組む決意である。その内容や姿勢について簡単に述べることにしたい。

まもなく十月二十日には新しい選挙制度のもとで衆議院総選挙が行われる。これはある意味で象徴的な事柄である。現在、わが国は大きな過渡期・転換期にさしかかっていると思われるからである。

それは様々な事項について言えるが、中でも大きな点が二つある。一つは、周知の通り少子・高齢化が避け難く急速に進展していくこと。

もう一つは、経済もまた大きく変化し、これからは従来のように右肩上がりの成長が続くということは考へることができない。これが最大の変化の要素である。

これまでの社会保障制度の歩みについて

はそれぞれの立場からの評価があるうが、医療保険の分野については私はまずまずうまく運営されてきたと言つていいのではないかと考えている。しかし今後もきちんととした形で運営していくためには、まさに今、大きな見直しに取り組まなければならぬ。私たちはその瀬戸際に立つてゐる。

具体的には高齢者のケアの問題、特に介護に対するニーズの高まりにどのように対応していくかが一つの大きな柱である。

従来は福祉と医療とが、それぞれのアプローチの仕方で別個にこの問題に取り組んできた。だが相対的には福祉部門の立ち遅れは否めず、そこでここ十年ほど、高齢者のための新たなプランを作り、市町村にその基本的な役割をお願いする、そしてそのプランを再度見直して新ゴーランドプランに衣替えする、といったことを隨時やつてきた。しかしどうしてもやはり限界がある。福祉、医療、保健についてのサービスを再び編成し直す必要があり、特にそのサービスの量を思い切つて増やさなければならぬ。

厚生省審議官

新世紀の医療保障システムを考える



デンマークは自室か自室風の特養ホームで

は、高齢者を病院に長く置くことはせず、自宅に住みたい場合は自宅に、でなければ特別養護老人ホームで訪問看護婦やヘルパーが支援してきた。デンマークがスウェーデンより優っていたのは、医療と福祉、住宅の改造や街づくりが一体として提供され、その要に、かかりつけ医であるホームドクター、家庭医が大変に素晴らしい働きをしていたこと、市町村が権限と責任を持つてやつてきたことが理由であろう。

改革の精神で前進を

北欧の国々も、昔から優れていた訳ではない。

スウェーデンでも、三十年前には雑居の病院に寝かせきりだつた。まず複数部屋か

四

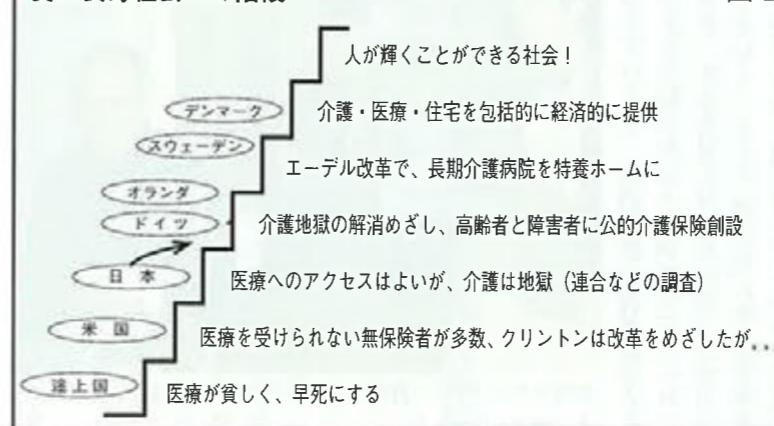


表1

	医療費	年金・福祉費	合計
デンマーク	5%	11%	16%
オランダ	7%	12%	19%
ドイツ	8%	11%	19%
日本	5%	11%	16%

* 大熊先生のスピーチに大括弧で括り、その前に括弧で括った事例
写真は、今回のシンポジウムで大熊先生がス
ライドとして使用されたものの一部です。



私が国の医療が抱える構造的問題と医療費の動向

五、六分という限られた時間の中ではとても理解され得る話はできないが、とりあえずかいつまんで申し上げたい。

我が国の医療が抱える構造的な問題については、私は先立つて基調講演、またパネリスト諸氏のお話で言及されてきた。

少子・高齢社会において高齢者の数ばかりではなく、比率も増えるという状況や、経済低迷といった現状があるということである。

そこで医療費が増えているのは高齢者の数が増加している事が最も影響している、ということになつていて。その他にも医療費増の理由は種々あり、医学の進歩と必然的に医療費増加をもたらす。あるいは社会が豊かになれば、国民はそれぞれ自らの健康あるいは医療に関心を向けるから、当然それらに対しても医療費が膨

医療保険改革についての主張

日本医師会常任理事
菅谷 忍

脹していく。そのようなわば自然的な医療費増は、今後もどんどん膨らんでいくわけである。

これは何も意識的に医療費を膨らます事では決してない。国民のニーズが、結果としてそのような事柄に頭れたということである。

従来、日本の医療費政策は低医療費政策といわれているが、その低医療費政策の中でも、毎年確実に医療費は増加している。今回の医療保険改革の始まりは、国民経済の低迷と、それによる保険財政の赤字が原因だが、国は経済が逼迫するまず一番先に社会保障費削減を言い出す。しかし医療費を伸ばしているは何も国民が意図的にそうしていいのではない。そういう意味では国家財政を考える時、まず先に手をつけるべき問題は他にも多いはずである。

例えば実効の全く上がらない行政改革、住専処理の問題等。それらの検討が先にあるべきで、それなしに社会保障費の問

新介護システムの創設から
医療制度の改革へ

まだ法律の形で提案されてはいないものの、ここ二年程、新介護システムと言われる介護保険制度が提案されている。

これは高齢者の介護、あるいはケアの部分をカバーする総合的、横断的なシステムを創つていこうということである。

これまでには実際には立ち遅れている部分を医療サービスがカバーしてきた面がある。が、新介護システムが動き出していけば、その部分が新介護システムに移っていく訳である。そして医療制度は、本当に医療を必要とする方々のための本来のシステムに

今まで直していく必要がある。

その基本は、国民のニーズ、逆に言えば不満、これらの点に焦点を当て、どのような医療を創っていくかという視点でなければならぬ。

例えは各種の調査では圧倒的に二つの不満が多い。一つは医療関係者（医師、看護婦を含めて）から、自分の病状なりについての情報が十分に与えられないという不満である。これは約五割近くを占めるもつと大きな不満である。二位が、長時間待たれて診察はわずかな時間といういわゆる三時間待ち三分診療の実態である。これらは従来から色々と議論されてきた問題である。しかし新しい今後の医療制度を考える時、この二点のみではないが、少なくともこういう点については、きつちりと対応していくという視線で、見直してみる必要がある。そうした新しい医療を、質の高い医療を創り直していく観点と、現実問題として直面するのは医療保険財政の問題である。今、医療保険財政は史上最悪と言つても過言でない赤字を抱えている。これは、政府管掌健康保険、組合健保、国保、どの制度にも共通している。経済が右肩上がりならば経済成長でカバーしていくことが可能かもしれない。しかし、もはやこれは一過性でない、構造的な問題だと見ている。当面どうするかというだけでは対応できないう。中長期的な視野に立つて、解決の方策を考えざるを得ない問題である。

私は、行政の役割は、そういうシステムを準備することであると考えている。医療の基本は、結局は、現場の医療スタッフと患者との信頼関係である。我々は両者の信頼関係を阻害しない、むしろバツクアップできるシステムを作り上げていきたい。

平成九年度には、中・長期の視点に立った総合的な改革の第一弾として、何としても、医療保険改革を実施に移さなければならぬので、広範な論議と協力をお願いしたい。



組み立て直していく必要がある。

その基本は、国民のニーズ、逆に言えば不満、これらの点に焦点を当て、どのような医療を創っていくかという視点でなければならぬ。

例えは各種の調査では圧倒的に二つの不満が多い。一つは医療関係者（医師、看護婦を含めて）から、自分の病状なりについての情報が十分に与えられないという不満である。これは約五割近くを占めるもつと大きな不満である。二位が、長時間待たれて診察はわずかな時間といういわゆる三時間待ち三分診療の実態である。これらは従来から色々と議論されてきた問題である。しかし新しい今後の医療制度を考える時、この二点のみではないが、少なくともこういう点については、きつちりと対応していくという視線で、見直してみる必要がある。そうした新しい医療を、質の高い医療を創り直していく観点と、現実問題として直面するのは医療保険財政の問題である。今、医療保険財政は史上最悪と言つても過言でない赤字を抱えている。これは、政府管掌健康保険、組合健保、国保、どの制度にも共通している。経済が右肩上がりならば経済成長でカバーしていくことが可能かもしれない。しかし、もはやこれは一過性でない、構造的な問題だと見ている。当面どうするかというだけでは対応できないう。中長期的な視野に立つて、解決の方策を考えざるを得ない問題である。

私は、行政の役割は、そういうシステムを準備することであると考えている。医療の基本は、結局は、現場の医療スタッフと患者との信頼関係である。我々は両者の信頼関係を阻害しない、むしろバツクアップできるシステムを作り上げていきたい。

平成九年度には、中・長期の視点に立った総合的な改革の第一弾として、何としても、医療保険改革を実施に移さなければならぬので、広範な論議と協力をお願いしたい。

医療費の安定化と医療保険の改革

サンサン同盟会長

高木

剛



良い医療ができるだけ効率の良いシステムの中へ受けたい、それが誰しもが共に抱く願いである。しかし、国民所得の伸びの範囲以内で、医療費の伸びを抑えていくとする政策は破綻した。日本六千数百万人のサラリーマンが得ている給与所得の総額は、毎月の給与、残業代、賞与等すべてで二百一〇二百亿円、それに対して国民医療費は二十七兆円を越えている。もちろんこの金額中に税金も公費として投入され、保険料も企業側が半額

現在の日本の医療の特徴等については、すでに幸田正孝年金福祉事業団理事長の基調講演等で言及された通り、時代の変化についていくことのできないシステムが多く残っている。また、色々な装置、仕組みがたくさんあるのだが、それらがすべて中途半端である。例えば、ケアの問題に関して介護保険の論議

それが納得できるならば払つてもよいが、その前に、情報開示をはじめ、改革しなければならない課題がたくさんある。特に情報の問題はこれから医療を議論していく上で中心に据えてもよい程、重要であると認識している。

うことだとすれば優先順位をつけ、対応可能な範囲で、ベターミックスでやっていくしかない。その意味で、私たちは今回の医療保険改革に際し、良い医療を受けることができるよう、財源の制約の中で工夫をし、色々な知恵をお互いに出し合っていくしかないと考えている。

を負担しているので、従業員側の負担は十兆円以下であろう。

を負担しているので、従業員側の負担は十兆円以下であろう。

が種々あるが、社会的入院等はキュア（治療）とケアの関係が非常に曖昧な例である。また同ジンデュアードの魚住・漫生（まんじゆう）による

サンサン同盟会長 高木剛

卷之三

۱۰۷

**患者負担増は改革を
名ばかりにする**

題、あるいは医療の改革にすぐ短絡的に行き着くのは筋が違う。

患者負担増は改革を名ばかりにする

今回の医療保険審議会の中に出されてい
る色々な報告を見ると、患者負担を課すこと
によって受診抑制を狙っている。患者負
担による受診抑制は、すでに欧米でも実施
されているが、その経済的効果は一般的に
は意味がないと言われている。結果として
弱者が医療サービスを受けにくくなつたと
いう状況をもたらしたに過ぎない。

そういう事ではなく、やはり基本的に現
在の社会的背景において国民の医療をどう
していくのかという今後の医療に対する理
念あるいは今後の医療展開についての基本



別立てどしての 老人医療

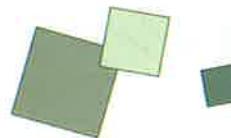
医療保険を今後どう考えるかといった場合に、高齢者数が絶対的に増加する、毎年増えていくことについては、リスクの分散といういわば保険の考え方ではなく、世代間の所得の再分配に求められるべきである。確かに今後の対応はそれに国費を投入する形でなければならないだろう。

現在の保険の中で、・若年層の一般医療については現在の老人保健に対してそれぞれの保険者が老人保険への拠出金を拠出しなくてよいことになれば各保険者でそれぞれの被保険者への医療保障が十分に可能となる。



的な考え方を検討しなければいけないでなければ全く医療保険改革とは名ばかりとなり、単なる患者の受診抑制策とかならない。

したがつて老人医療を現在の保険の仕組みから別個に取り出してしまい、別立てにして、公的介護保険を睨みつつ、老人保健を別の仕組みに変える。一般医療は従来の保険で十分対応できる状況なので、それはそれでやっていく。そうしたことの具体的検討をこれからやっていき、また主張したい。そのほか医療提供体制等の問題もあるが後のディスカッション等の機会に譲ることとする。



患者本位の根本的改革を

佐々木 幾つか焦点を絞り、ディスカッションを進めていきます。

一つ目、豊かで活力ある高齢社会を実現させるための医療保険・介護保険のありべき姿について。二番目、財政をめぐる費用負担の問題について。それから、情報化の問題にも触れたいと思います。

高木会長からお願いします。

高木 医療現場では患者本位であるか否かがよく問われます。しかし現在の日本の医療の仕組み自体、果たして患者本位かどうかは甚だ疑問です。が、患者本位でないという問題も切り口が非常に多く、それら全てを各論で議論するわけにはいきません。根本的な変革なしには結果的に、とりあえずの弥縫策に終わって



座長 佐々木毅 東京大学法学部教授



高木剛ゼンセン同盟会長



介護保険の基盤には 医療が必要

佐々木 菅谷常任理事はいかがですか。

菅谷 これから高齢社会をいかに活性化するかという問題については、高齢者がどんどん増加する中で当然社会的にい

ります。
例えば薬価差益の問題。これは一兆数千億といわれていますが、出来高払い、あるいは薬価基準等の中での必要枠といわれている面もあり、こういうものがあつて病院経営が成り立っているという論もあります。しかし、薬価差益のために国民一人当たり毎年何千円かを払う勘定になるという認識が医薬品に関わる方々にあるかどうか。このように従来の感覚とは違った見方、視点でのアプローチが必要と考へています。

また平成九年改正の問題について、長期的展望を持ち、論議をしていかなければならぬ訳ですが、問題の難しさのせいか、目先にとらわれすぎた議論に陥り入っているという批判もあります。これまで国民介護保険そのものが迷宮入りする可能性があります。

私どもはサラリーマンの視点を代弁する立場にあります。社会的な仕組みが崩壊すると、サラリーマンがスケープゴートにされがちです。ですから医療供給側も「良い医療のためにお金がいる。被保険者はいるものは出すべきだ。」というスタンスだけではなく、お互いの意見に耳を傾け合い、協調すべきです。いわば三方一両損の覚悟が必要です。

豊かで活力ある高齢社会をめざして ～医療保険・介護保険のあるべき姿～

パネルディスカッション

基調講演、そしてパネリストの方々のショートスピーチの後、佐々木毅東京大学法学部教授を座長に、パネリストの大熊由紀子朝日新聞社論説委員、大塚義治厚生省審議官、菅谷忍日本医師会常任理事、そして高木剛ゼンセン同盟会長（以上、五十音順）によるパネルディスカッションが行われた。

議論は今回のシンポジウム・テーマ『豊かで活力ある高齢社会をめざして』医療保険・介護保険のあるべき姿』をめぐり、それぞれの立場から意見・提言がなされ、充実したディスカッションとなつた。



ディスカッションに臨むパネリストの方々
左から／大熊由紀子朝日新聞社論説委員、大塚義治厚生省審議官、佐々木毅東京大学法学部教授（座長）、菅谷忍日本医師会常任理事、高木剛ゼンセン同盟会長

第2回 JMSシンポジウム パネルディスカッション

しておるべきです。逆に国がどういう負担をすべきか、費用が無ければ無いなりでしようか。

財源的な点では、医療保険の中で一番のネックが老人保健の医療です。老人保健に各保険者が相当な金額を拠出している。その拠出金を出さないとすればそれぞれの保険者は、現在の状況でも十分対応できます。

従つて、対応すべきなのは老人保健であつて、国がしつかりと面倒を見るべき問題です。老人医療費から一般の医療にも弊害が及べば少子社会の中でどのように



医療・介護のユーザーの立場から

佐々木 高木会長は医療・介護サービス

の医療費や介護費が心配で貯金します。年金額をいくら上げても不安はなくせません。その意味でも介護費用を公的に保障することは非常に有効です。「国民医療費」という言葉にはトリックがあり、当然医療費に含まれていると思われるおむつ料、差額ベッドなどは医療費に入っています。同様に「国民負担率」や自己負担と言うとき、国民の精神的、肉体的負担は含まれません。ですから、樋口恵子さんは「負担、負担と騒ぐな、男。介護は女が体で負担」とおっしゃっているわけです。

高木 誰もが良質な医療ができるだけ少ない負担で受けることが可能となるには、どうしたらよいのか、が論点になっていますが、我々はかなり大きな医療の仕組みを運営しています。そしてこれらの人達もおられるだろうと思います。ただ、そのテンポ、医療費の伸びがあまりにも急過ぎます。



情報の問題

佐々木 皆さんのお話を受けて私自身が

護問題を重要視し始めました。また医療を議論をする上でのベースになる感覚も変わってきます。医療・介護の世界も「選択」、「多元化」がキーワードになってきています。

そこで対して、ある程度までは仕方がない、あるいは拡大することによってより良いものを作ることができると思つている人達もおられるだろうと思います。ただ、そのテンポ、医療費の伸びがあまりにも急過ぎます。

昨今、医療費の「抑制」の代わりに「安定化」という耳障りの良い言葉が多用されますが、社会全体の目が医療および医療保障の実態にきちんと向けられていないければ、議論は結果的に中途半端に終ります。また、一方で社会全体が介

する人が健康で活力ある人間に育てていくかという問題に影響します。

に若い人を健康で活力ある人間に育てるか。

佐々木 大塚審議官はどう思われますか。

国の財政も含め、最後は国民の選択であることは否定しません。ただ国の財政が非常に逼迫していることをもう一度念頭に置いて考えたいのです。

例えば税収入が伸びないので歳出の財源を求めるとすれば国債になりますが、それが既に二百四十兆円。国民一人当たり、赤ちゃんまで含め、二百万円を超える借金です。一般的の政策のための経費として使われるのが約四十兆円。それも税収入だけで賄えない状況です。そのうち約三分の一が厚生省の社会保障関係予算、さらにその約半分が医療費のために使われます。それが、多いか少ないかは改めての議論が必要ですが、それだけのウェイトを占めていることを再認識していただきたい。従いまして、さらにこれを増やすのなら恐らく別途の財源を考えざるを得ません。一番大きな予算を持っているのが厚生省、二番目が文部省ですが、文部省全体の予算よりも医療費だけの国庫負担額が大きい。

そして国庫負担の問題ですが、医療費中の国庫負担は約四分の一、残りが保険料ですから、財源の主たる部分は保険料でということです。この状況でどこまでご負担をいただけるのかという議論も十分にしていかないといけませんが、国庫の国庫負担額が大きい。

そこで国庫負担の問題ですが、医療費中の国庫負担は約四分の一、残りが保険料ですから、財源の主たる部分は保険料でということです。この状況でどこまでご負担をいただけるのかという議論も十分にしていかないといけませんが、国庫の国庫負担額が大きい。

本の医療費のGNP比はあまり変わらないと言われましたが、コストの問題あるいはその有効な使い方等についての意見をお願いします。

佐々木 デンマークは、非常に医療費が安定しています。八十年代にはGNP六八%でしたが九十年代に六、一%ほどになり、ずっと安定しています。それでいて病室は広く、ベッド当たりの職員数は日本の約三倍です。これはベッドを削減したこと、在院日数が減り、必要なときにお金を投入するやり方になっていることが、大きな要因です。この間に医師の数も一割ほど増えています。自宅や特別養護老人ホームできちんと看られるので介護費用が医療費にしわ寄せされません。

大熊 デンマークは、非常に医療費が安定しています。八十年代にはGNP六八%でしたが九十年代に六、一%ほどになりました。それでいて病室は広く、ベッド当たりの職員数は日本の約三倍です。これはベッドを削減したこと、在院日数が減り、必要なときにお金を投入するやり方になっていることが、大きな要因です。この間に医師の数も一割ほど増えています。自宅や特別養護老人ホームできちんと看られるので介護費用が医療費にしわ寄せされません。

日本は今、年金をもらつても将来

例えば、現在、高齢者関係の政策経費、例えは福祉に使うお金などが急速に伸びています。それでも若干不正確かもしれないが、六兆五千億円の医療費に見合う高齢者のための経費は六千億円、約十分の一でしょう。まだまだ十分でない。そういう構造の中での選択を迫られているなかなか回せない。

例えば、現在、高齢者関係の政策経費、例えは福祉に使うお金などが急速に伸びています。それでも若干不正確かもしれないが、六兆五千億円の医療費に見合

第2回 J M S シンポジウム パネルディスカッション



かが、これから早急に対応しなければならない問題です。医療機関の連携は、從来からよく言われていますがなかなか進みません。進まない中で、この問題が起つてきています。しかし情報提供をすれば、それでうまくいくのかということとも、一方では考える必要のある問題です。患者の医療についての流れをどう整理するかがこれらの医療の効率化、あるいは限られた医療費、財源の中で、経済的なものを視野に入れ、一つの効率的な医療を完結させる観点からも、フリーアクセスがそのまま残されてよいのかということにもなる訳です。

今度の医療改革の中にも一番考えなくてはならないのは、その意味での医療を提供する立場からそのような体系化をどうするかということです。本来それも、一方では考える必要のある問題です。

佐々木 大能論説委員は、情報をめぐる問題で他の国例などを含め、どのような点が肝心なのかご指摘いただけますか。

大熊 去年の秋、インドネシアのバリ島で世界医師会総会が開催され、「患者の権利に関するリスボン宣言」を改定し、情報を対する権利という項目が新たに設けられました。そこで患者は自分で読む権利があるあらゆる医療記録を自分で読む権利が

ぞれの医療機関の機能をはつきりさせることが大事で、フリーアクセスだからといつて病院の外来に患者が集中するのは医療の効率とは全く別個の問題です。それは医療機能の低下にもつながります。量も質も下がるかもしれません。しかも医療費はかさむことになる訳です。そのような常識をいかに改革していくか。基本的に言えば病院はその本来的な機能である収容施設としての機能を十分發揮する。外来は地域で患者に密着している診療所あるいは小規模病院が対応するという形が素直な形です。患者はやはり、かかりつけ医というのをできるだけ持ち、そこからいろいろな情報を得て次のステップに進むという形です。病院は診療所ないしは小規模な地域の病院からの紹介に対応するという流れのシステム化が十分発揮されれば、それなりに情報化の意味合いが出てきます。これは我々だけが問題にしても決して成り立つ問題ではなく、国民の理解と納得が大切です。

あるという原則が採択されました。その時、大方の国が賛成だったのにもかかわらず、日本は棄権したと伝えられています。他の国と日本はどう違うかということが、日本は世界の流れとは違っている気がします。

佐々木 会場の方からご質問、ご意見など伺いますと、超高齢社会を迎え、結局いろいろな制度の工夫は考えられます。他の国と日本はどう違うかということが、国民一人一人の健康維持、及びこのサービスに対する自覚をいかに高めていくかという問題が避けて通れないのではないかというご指摘も頂きました。これは情報化や選択という問題とも密接に絡んでいます。

皆様方にはお忙しい中、今回のパネルディスカッションにご参加戴き、誠にありがとうございました。

高木 医療は普通の物やサービスの売買とは次元が若干違うのだろうと思います。診療を受け、その価格はどうですと、基本的には、公定価格のニュアンスが強起された高木会長からお願ひします。

そのようなわけで情報化という問題は、実はシステム全体に関わる事柄も含んでいるかもしれません。その観点からもシステムの実質的なチエンジというものに繋がり得る一つの切り口として皆さんからご意見を伺いたいと思います。まずショートスピーチでその問題を提

一ビジネス機関との間に出てきます。

そのようなわけで情報化という問題は、実はシステム全体に関わる事柄も含んでいるかもしれません。その観点からもビジネス機関との間に出てきます。



もう一つ、情報に関係して、かかりつけの議論があります。それぞれがかかりつけの医師を持っていれば、そのかかりつけ医が、ある種の情報発信のチャンネルになるのではと思います。よく病診連絡にてあります。また選択についても、選択とはどちらかを選ぶということであるとすれば、判断材料がなければ選択行為は成立しません。病院の前に来て看板を見ると、内科や小児科とかしか書いてありません。もっと消費者の欲求に応じた委細な情報があつてもいいはずです。



そしてフリーアクセスの議論ですが、例えば自己負担の問題で、負担を増やすというアプローチも必要なのではないでしょうか。

医がもう少し、社会的にもシステム的にも医療連鎖の中でコアの役割を担うためのインセンティブが働くという議論があります。その通りの面があると思いますが、フリーであるということは、ある部分、自立性や自己犠牲が随伴します。その意味で、フリーアクセス論も一方で情報に担保されたフリーアクセスという面がなければなりません。合わせてインフォームド・コンセントの面での情報問題あるいは医療関係情報の集積という意味でのいろいろな情報処理の問題等、これから二十一世紀に向けていかに整理されていくのか、どのような仕組みが作られていくのか、いずれにせよ今後の医療・保健・介護の一つの柱は情報化だという認識です。

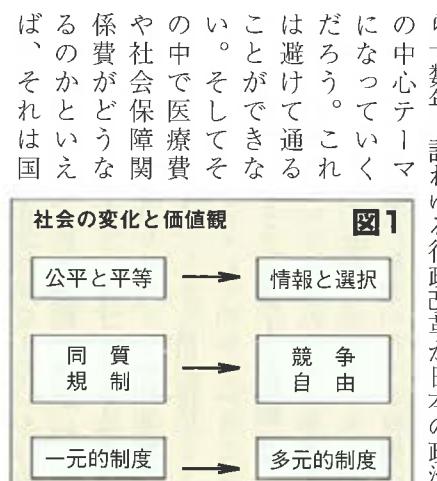
佐々木 菅谷常任理事は医師の職業集団としての医師会の立場から情報化の問題にどのように対処すべきだとお考えでしょうか。

菅谷 これから情報化社会だと言われており、この整理は確かに必要です。とにかくフリーアクセスに絡んでの情報提供は、医療提供の上で、非常に大事な問題です。いかにして医療提供を効率化する



構造転換と「並立」する医療保険改革

第二回のJMSシンポジウムのパネルディスカッションは、シンポジウム・テーマ「豊かで活力ある高齢社会をめざして～医療保険・介護保険のあるべき姿～」をめぐつて、非常に充実したご協議を戴いた。



民の選択の問題である。基調講演をされた幸田正孝年金福祉事業団理事長のレジメ岡1を引用して話すと、左に「公平と平等」「同質・規制」「二元的制度」、右に「情報と選択」「競争・自由」「多元的制度」とある。そしてたぶん私たちは今、この図の左から右への矢印の中間辺りに位置している。パネルディスカッションの中で、厚生省は色々な選択を示さなかつたとの指摘があった。実際、伝統的制度においては色々な選択を示すということは、なお十分には出来ていなかつたのである。しかし私自身の見聞では、すでに図の矢印のかなり右寄りで議論されているし、これからもその方向を辿るであろう。

主体が「行政」から 「専門家」そして「国民」へ



東京大学法学部教授

穀

システム」であり、医師ならば殆ど保険医でなかった。そして保険でそれをかなり高水準でカバーしてこなくてはいけなかつた。それは当然財政に跳ね返つた。が、總て一元的に同質で公平、平等で恐らく規制ずくの風潮の中では日本の行政システムのあらゆる領域にそういうところがあつた。

しかし今日では、もはや行政が總て細部の個々に与かる時代ではない。現場の個別の問題は、個々的に当事者同士の問題になる。が、医療で言えば医師と患者の問題になる。行政が一生懸命やらなくてはいけないことは、いわば関係のデザインを作ることにならざるを得ない。が、例えば、どの領域にもっと予算を注ぎ込むべきかは国民が決めることが厚生省が頭から、こうだ、と言える時代ではなくなってきた。その意味では行政の役割も変わつてくるし、政治が決めることだけという考え方も強まつてゐる。そのように今まで行政の色々なところに一点に集中していくいた役割が、様々なかたちで多様な主体によつて担われる方向へ、今、時代が動いている。それがキー・ポイントである。先ほどの「情報と選択」も「競争・自由」もそうであり、「多元的制度」とはまさに主体が多元化していくということである。それは結局、今、ここに列席された方々、プロフェッショナルの方々の責任が重くなるということである。今まで役所がカバーしておいたのを引き取つて、プロフェッショナルの方々が日本でどのようななかたちで責任を分担するのかが問われている。

うに、自分の権利をどんどん主張する人々が増えている。それを一つの仕組みで全部護担当の専門家の知識が、これからは高齢社会に重要な役割を果たすようになる。それは同時にその専門家たちの能力や見識あるいはアドバイスの適切さが厳しくチェックされることである。そのような形で大きな流れとして、主体が多元化していく時代に入っている。

構造転換と費用の問題

そして最終的には国民が、民間保険の利用も含めて個々人のケアプランを立てなければならぬ。そうするとプランニングのためのアドバイザーも必要になつてくる。そのようなわけで、私たちは時代が構造的に物凄い勢いで変化していく途中に、今丁度立つてゐるわけである。費用の問題とシステム転換の問題は関係はするものの、恐らく同じではない。医療費なり公的負担はそれなりに増やしていかねばならないが、しかしその事と従来のようにすべてまるごと一律に面倒見ていくという事とは論理的に明らかに違う。

一般的な話で言えばいわゆる国家が中心になつて作つた福祉国家というシステムは今世紀の産物である。そしてその中にある医療や福祉のシステムは、丁度二十世紀の國家の手による巨大な軍隊や大規模な兵器体系のように、巨大なシステムであつた。そのように巨大な力を持つた国家が、市場に力を奪われたり、地方分権の流れが出てきたりして、少しずつ権力の集中体制が変容している。医療・福祉の面でも同様である。それをどのようなテンポで、そしてどんななかでこれから実行していくべきよいか、それは国民や専門家の間で議論が進められていくべきである。大きなトレンドの中では、社会の文化と価値観を押えていくことが、個別的制度案を考える上での基準になつてくる。医療審議会小委員会でもいまだ結論めいたものは出されていないが、社会全体の動きからかけ離れた制度では、とても国民には受け入れられない。自分自身、いわばユーダイの観点から、この問題を考えていきたいものである。

ご参加者の声

第2回となったJMSシンポジウム、今回も多数の参加者の方からご意見・ご感想を頂戴した。ここでその一部をご紹介する。



◆医療の質の向上には、国民の体についての知識水準と自らの健康を守る覚悟が必須の条件と思う。いくらビデオ等の一方通行の健康教育を繰り返しても、体のカラクリが納得できない。そこで病気になつたら医師任せ、高度の機械・設備信仰となり、病院に走らざるを得ない。かかりつけ医も多忙で、説明したくても納得してくれるまで話をしている暇がない。特に難病をはじめ糖尿病等の説明には疲れる。

そこで参加型（自分の好きな時間、休日、夜間等）の体験（疑似体験）もできるような双方向の研修施設ができればよい。文盲率ゼロを生かす我が国独自のものを作ることにより、正しい健康への眼が育てば、医療供給の質の向上につながり、ムダな医療費の節減にもなる。（以下略）

（県医師会会長・男性）

◆「人命は地球より重い」と言いながら保険財政が赤字になると、ただちに患者負担や保険料を上げるには反対。菅谷先生が触れられたように、老後に備えての郵便貯金の二百六十兆から支出され、高

後援による第二回 JMS シンポジウムに、大勢の皆様がご多忙の中、ご参集戴き、またこの様に盛会裡に終了でき、誠にありがとうございました。

菊医会／JMS 主幹
野村 元久

この度は、菊医会／JMS主催、社団法人日本医師会ご活躍ある高齢社会をめざして「医療保険・介護保険のあるべき姿」という、今まさに直面する可及的なテーマで開催させて戴きました。

先日出された経済審議会の構造改革案に依ると、社会保障給付費、とその半分を占める医療・福祉費の「計画的資源分配の失敗」と取り上げていますが、日本の皆保険制度はまさに世界一素晴らしい制度で、医療環境や福祉環境も比較的恵まれてきたわけです。

しかし、その中で公的医療機関も含めて、とりわけ民間医療機関は経営努力をしているにもかかわらず、今、厳しい経営環境におかれています。本日のシンポジウムにおいての、糸氏英吉日本医師会副会長の基調講演でも言及されたように、医療費は国民の活力を高め、国の力を充実させる投資にはかなりません。

今回、時間の都合で充分ご討議戴けなかつた問題提起も多々あります。それらについてはまた日を改めてシンポジウムを開催させて戴きますので、皆様、是非ご参加の程、お願い申し上げます。

第2回 JMS シンポジウム 豊かで活力ある高齢社会をめざして ～医療保険・介護保険のあるべき姿～

閉会挨拶

菊医会／JMS 主幹

野村 元久

この度は、菊医会／JMS主催、社団法人日本医師会ご後援による第二回 JMS シンポジウムに、大勢の皆様がご多忙の中、ご参集戴き、またこの様に盛会裡に終了でき、誠にありがとうございました。

また本日ご登壇戴きました素晴らしい先生方からは、貴重なお話を聞きする機会を頂戴できまして、大変嬉しく存じます。



第二回となりました JMS シンポジウム、今回は『豊かで活力ある高齢社会をめざして「医療保険・介護保険のあるべき姿』』という、今まさに直面する可及的なテーマで開催させた戴きました。

先日出された経済審議会の構造改革案に依ると、社会保障給付費、とその半分を占める医療・福祉費の「計画的資源分配の失敗」と取り上げていますが、日本の皆保険制度はまさに世界一素晴らしい制度で、医療環境や福祉環境も比較的恵まれてきたわけです。

しかし、その中で公的医療機関も含めて、とりわけ民間医療機関は経営努力をしているにもかかわらず、今、厳しい経営環境におかれています。本日のシンポジウムにおいての、糸氏英吉日本医師会副会長の基調講演でも言及されたように、医療費は国民の活力を高め、国の力を充実させる投資にはかなりません。

今回、時間の都合で充分ご討議戴けなかつた問題提起も多々あります。それらについてはまた日を改めてシンポジウムを開催させて戴きますので、皆様、是非ご参加の程、お願い申し上げます。

本日はお忙しい中、本当にありがとうございました。



◆ 級官僚が多額の退職金を貰つて渡り歩くなど、放漫財政を敷いて老人のためになつていないので正すのが先決。

◆ フリーアクセスの問題解決には情報サービスの拡充が必要。今後の研究が望まれる。

◆ 少子・高齢社会を迎えて医療と福祉の充実の重要性について再認識した。特に福祉についての大熊先生のお話が非常に興味深く感じられた。

ただ「五つの困った症候群」についてもっと詳しく知りたかった。（同内容多数）

◆ 介護を充実させるためには医師の理解と援助は勿論必要だが、ボランティアの育成（質・量ともに）が大切。日本においてはどのようにボランティアを育てたらよいのだろうか。将来を担う若者に期待したい。北欧などではどのようにして育つか、大熊先生からお教え願いたい。

（製薬・女性）

◆ 医療保険・介護保険の国民負担は今後益々大きくなり、世界まれに見る日本の超高齢社会をお金だけで解決することは難しいと考える。国民が医療・介護に対し十分理解する心を持つ必要があり、義務教育の中でボランティア活動等、医療・介護の実態を学び、高齢社会を支える大きな戦力となるべきだ（以下略）

◆ 介護保険の実際的な話も聞きたかったが、医療の見直しの方向はよく理解できた。近く老健施設を作る予定だが、そのビジョンが見えてきた。大変参考になつた。

（製薬・男性）

◆ 高齢者介護に関する費用増加を緩和するためには、在宅介護を普及することが求められる。在宅介護を支援する地域のサポートシステムの確立が必要。この地域活動に参画している人の奉仕に対して、活動費を支え、普及することを是非検討して貰いたい。この税金面での対応は介護費用を全面的に評価して貰いたい。この税金面での対応は介護費用を大幅に削減される筈である。（匿名）