

れをとりもどす努力が、自治体において積上げられつつある。

私もささやかながら大阪で森永ミルク砒素中毒児対策の問題を中心として、地域の第一線医療機関と公的医療機関が、保険の枠からはずれたような住民の医療問題をどのように受け止めるべきかという課題に対する1つのトライアルとして、患者と自治体と医療機関が共同で取り組んでいるわけだが、これはただ単に有害食品被害者の補償問題としてではなくて、こういう住民の医療問題をいかに打開していくかという「発想の転換」として重要な意義があり、私たちは共同の姿勢でもって住民その他といっしょに語り合い、行動しているわけである。

以上、私の申したいことは、今日の国民医療問題に対する「発想の転換」であり、その中から今日問題になっているところの「抜本改正」ないしは「保険主義」の限界をつきとめると同時に、先ほどからお話のあったような政府・自治体の公的な責任を果すための医療サービスをいかにつくり上げていくかということを、追求する必要があると思う。

なお、レポーターの話の中で健康保険の「健康管理」というのがあったが、私は健康保険という社会保険の中に、健康管理という概念を入れること自体がすでに誤りであろうと思う。そういう概念を入れることによって、むしろ社会保険そのものの性格すらゆがめていくという、理論的な誤りを犯しているのではないか。具体的に申上げると、たとえば健康保険組合の「健康管理機能」というものについての論議があるが、これは「神話」に類するものではなからうかと思う。そういうような点を踏まえた上で、医療問題の論点を明確にして再出発する必要があると思う。

〈コメント〉

前 田 信 雄

皆さんがいろんなことをお話しいただいたので、私がこれからお話しすることは、だいたい重複するかと思えます。きょうレポーターが出された関心というのは、おそらく医療というものについて、誰でも必要な時に、どこにいてもすばやく受けて、早く病気を治さなければならないという点では、誰でも一致するのだけれども、医療保険、あるいは医療制度とかいろいろな細かな問題、あるいはその実現方式とかになっていくと、非常に意見が分れてくる。そこでまずその分れたほうを、もう少し詰めてみようじゃないかということではないかと思う。

私もレポーターが整理していただいた線で、そういう分け方でいいか、あるいはその分け方の上で、どんな問題があるかを、私なりにお話ししていきたいと思う。

価値前提のところでは、私は地主先生の観点でよろしいように思うが、なぜ最近特に医療の社会化、あるいは自由化が強く問題にされなければならないかという問題があると思う。この場合出された幾つかの論点と合わせて、これは小山先生もご指摘いただいたわけだが、医療費用の高価化ということがある。たとえば人工腎臓の問題などが卑近な例であるが、それから成人病に対する健康管理の問題を含めていっても、すべて科学技術の発達に対応するわけだが、医療は急速に高価になってきている。これがいろいろな社会化を推し進める底の要因になっているという点を、私は重視したい。もちろん受ける側の権利意識の問題、公平原理の問題もある。いろいろな広がり、たとえば家族の中で平等にしていける、職域の中で、あるいは職域間、あるいは年代の間でといったような、いろいろな公平上の進め方があると思うが、それを特に最近強めたのは、やはり費用の問題ではなかったかと思う。それがまた医療保険というものの役割を、強める方向に作用したのではないかと思う。

自由化の問題はこれが大切な論点なのだが、私は消極的な、伝統的な自由化の主張が1つあると思う。フランスで伝統的な関係ということがよくいわれているが、そういったものを病院医療や、いろいろな社会化された中で、どう守っていくかという、そういったような消極的な自由化があると思う。これに対し、もっと積極的な自由化——社会化の中で、その欠点というよりも、合わせて社会化自体を進めるという意味の、つまりもっと患者の意思なり、医療技術の選択の自由を広げていくという意味の自由化、与えられる医療から、籠山先生のおっしゃった論点を、もう少し積極的に、求める医療への方向への転換の可能な時点だと、私は現時点を考えるし、そういう意味の論点というのも1つあるのではないかと思う。

次に、これは皆さんがお触れにならなかったのだが、午前中の論議の中に多少出た、所得の再分配の問題、医療保険の中でそれをわれわれがやるのが妥当なのかどうか、この問題をもう1つ視点として掘えることができるかもしれないと思う。その場合、現在では所得の水準的な再分配というものは非常に微弱であるというふうに、私がやった調査でもわかるし、そもそも医療にはそういう性質があるという問題を、どう考えるか。しかし、そういう性質を前提にして、その場合でも再分配を進める

という観点に立てば、よくいわれている利潤部分から賃金部分という、垂直的再分配が1つ問題になってくるだろうと思う。

分権化と統合化の問題ですが、私は分権化というのは医療を供給するサービスの上で、もっと進めていくべきだと考える。イギリスではいまオーガニゼーションをやろうとしているのを見ても、もっと地方自治体の行政に合わせて、つまりシビルミニマムというか、その地域、地域の不公平を是正し、高めていくという、そういう面で自主的な運営ということで分権化が図られる。統合化というのは、もっとそれ全体を、いわばお金の面で、財政の面でスムーズにしていこうという上で、有効性を発揮するのではなからうか。もっとこの先論じなければならぬと思うが、そのようなことが議論としてあると思う。

その場合いつも行きつくのは、財政とサービスの両方を使って、いったいわれわれの目的である疾病の治療なり、健康の増進というのを何で計るか、ということがある。効率性ということのメルクマールがはっきりしていない。死亡率を減らしたというのが、効率を示すのか、あるいは医療にかかったというそれ自体が、1つの成果から効率性を導くということになるのか。そのへんのニードから、デマンドにいたる問題の追求が重要だと思う。断片的なアプローチとしては、やはり、たとえば、僻地あるいは老人層、さらには、特殊疾患を持っている者で、現在受診していない階層がかなりあったら、その人たちへの診療が高い効率性のサービスであるという論点でいいのではないか。常識的な線を出ないかもしれないが、そう考えるわけである。

医療保険のことは、皆さんからご指摘があったので多少省略をして、次に医療制度をめぐる問題であるが、個人開業医制をどんなふうに見るか、果して機能分化をしているか、していないか、そのことをレポーターから論点として出していただいたのであるが、その点なかなかむずかしいことがあると思う。

私はイギリス型の、ああいふ GP とスペシャリストとはっきり分れる分れ方というものは、何も一般性を持つものではなくて、イギリス特有のものだと思う。日本には日本のいままでの伝統なり、メリットがあり、それを発展させていくべきだと考える。いずれにしても医療の場合はほかの産業と違って、やはり本来的にかなり分化しているものだと思う。個人開業医を見ても、一部は病院のほうに発展をしていく形もあるが、しかし、そういうように集中化し、大規模化していくということとはな

い。系列化という面も薄く、独立的形態が医療の中心なので、私はあまりこの問題を神経質に考えなくてもいいように思う。少くとも住民の側から見てみると、個人開業医と病院の選択というのは、それなりにかかなりの程度、はっきりした基準で選択されているので、今後これの部分的な調整でいいのではないかと思う。

むしろ問題は公立病院のほうに、かかっているというように考えたい。今後これがどういう方向で、補足性の方向で動くか、中核的に動くかということであるが、少くともいえることは、ほかのコメンターからも出たが、特殊疾患、あるいは特殊なものとか、いろいろなものとのつながりのあるサービスは、やはり公立病院が中核性を持たなければならない。

その場合一般の開業医の都市集中との関係はどうなるかであるが、これについての規制の問題が実はあるわけである。これは現在あるような適正配置委員会、都市においてだけ規制をするという消極的な対処ではなくて、やはり無医地区に対する積極的な対応が裏はらとなって必要だと思う。イギリスのように地域全体を幾つかのブロックに分けて、地域的に開業を促進し、抑制するという方法もあると思うが、こういう点などは実際の方法として、いろいろ工夫さるべき問題だと思う。

総合病院の問題が今日の問題となっていて、むしろ総合病院より、専門病院という考え方が出るわけだが、この場合も現在の総合病院の欠陥から、いきなりそういう専門病院の必要性を出すというより、もう少し現在の総合病院の運営というものを財政的にも、内容的にも、ある意味では効率的に進めていった上で、出てくるべき議論のように思うし、何よりも単独の疾患でなく、複雑な疾患、多様な疾患を持つ入院患者が今後増えていくことを考えると、それから冒頭に申上げたように、医療施設そのものが高度化、高価になっていくことを考えると、やはり総合病院というのは、共用化と、施設の高度化に対応するものとして、重要な役割を占めていくようになるであろうと思う。

大変舌足らずであるが、時間もきたので、以上で終わりたいと思う。

司会 いま5人のコメントをいただいたが、だいたい問題を私なりに整理すると、大きく分けて2つの問題があるのではないかと思う。1つはレポーターが出した幾つかの判断基準、こういう問題を取扱う場合に、こういう判断基準を考えるべきではないだろうかというレポー

トがあったわけである。それに対して特に籠山さん、それから前田さんの側から多少の反論があったようである。これについてひとつレポーターから答えていただきたいと思う。もう1つの点は、大村さん、小山さん、東田さんから、こういう論点を整理して、判断基準を示すだけではなく、もっと現実問題に降りてこなければ駄目だ、そこで現状打開の方途はどうかということである。これは皆さんのだいたいのお考えでは、保険主義の限界という表現でいわれたと思うが、日本の現状を考えて、それは一定の動向があるから、その動向を承認すれば、そこに当然打開の方途があるのだということから、現状では保険主義の限界ということを考えるべきではないかということで、それについてはいろいろな、少し細かいご議論があったと思う。

そういうことで問題を、私なりに仮に2つに分けることとして、レポーターならびにコメンターの方から、もう少し補足をしていただきたい。そこで第1の点である判断基準について、2、3の疑義があったと思うので、レポーターのほうから簡単にひとつお答え願いたい。

地主 山田所長から示された第1の論点であるが、これは判断基準というか、価値前提の問題についてである。第1に籠山先生から、どうも経済学者というのは、医療のことも知らないで、大胆なことをいうというお叱りを受けた。実は私も需要・供給という言葉を使ったわけだが、一般の商品と同じような形の需要・供給をここで考えているわけではない。医療というサービスの性格から、当然一般の商品と違っており、需要なり、供給なりといったものも自ずからそういったものと違ってくるということは、当然である。特に一般の商品と違って、患者が自由に選択をするということが、非常に困難な商品、あるいはそれができないサービスであり、一方的に医療を提供する医師に万事まかせざるを得ない、これが一般の商品と根本的に性格の違うところだと思う。

それなればこそ医師と患者との信頼関係といった問題が当然起ってくる。一般の商品にそんなことをいったらおかしい。消費者が十分な資料を集めて、良い悪いを自由に選択する一般の商品とは、そういう点でまるで違うと思う。患者と医師との信頼関係ということが、本当の意味で信頼関係として成立するためには、やはり医療というサービスが、それを通して営利性につながってはならない。そういうものとつながってくると、そこから信頼関係というのは崩れてくる。だから医療の供給の仕組みを考える場合には、その点が非常に大きな問題になり

はしないかと思う。

それからもう1つは、医療の公共性という言葉がいかにもごまかしにきこえるという問題だが、これもおっしゃるように非常に曖昧である。階層性という概念をどういう意味でお使いになっているか十分承知してないが、その言葉のインプリケーションでは階層性をもつべきではない、とこういうふうに考えるわけである。したがって別の言葉でいうと限られた稀少な医療サービスが最もニーズの高いところに配分されることが必要だということである。

そういう意味での優先順位といったものが、当然あってしかるべきである。そういうようなことを現在の医療保険の中ではやることはなかなか困難だといわれているが、この点について多少意見がないわけではないが、いまのようなやり方ではそれができない。ということである。

それからもう1つは、前田先生のほうから提起された問題で、判断基準の中に所得の再分配といったものが出てこないのはどうしたことであるかということだったと思う。おっしゃることはよくわかるが、社会的公正という中に実はこれを含めているわけである。社会的な公正の中には、サービスの給付と拠出における公正その両方を考えているわけだから、当然そこには結果として再分配に対する配慮も含まれているというふうに私は考えるわけである。

それから東田先生から、だいたい判断基準というところに健康管理などというのは、これは笑止千万だということをおっしゃったのだが、これはまさにおっしゃるとおりである。ただこういうふうな形で各種公私の報告書等で議論が出されていることも事実なので、それを素直にそのまま出したままであって、これがよいということを考えているわけではない。

司会 籠山さんいかがですか。

籠山 いまわざわざお答えくださったのだが、まさにそのとおりで、私のいいたいことをそのままご理解いただいたと思う。いま地主さんがおっしゃったような供給と需要の関係にあるから、簡単にいえば、患者の側には医療機関に対する選択の力がないわけである。そこで地主さんは医者と患者の信頼関係ということをおっしゃったのだが、それだけでは曖昧なので、もう少し別のものと考えなければいけないのではないかと。というのは医者の良い悪い、要するに患者側の判断し得るような情報を社会的に出す方法はないかということである。

それで35年に書いた論文では、待遇はイギリス流に

ナショナル・サービス方式をとって、それに対してレポーターのおっしゃったようないろいろな難点があるわけだから、それを社会的に何か規制をする。たとえば日本医師会は、それを厚生省にゆだねると、医者官僚の官制になるということで、非常に反対なわけだが、私もその可能性は非常に強いと思う。あるいは東田先生のおっしゃったような地域、コミュニティの力で良医と悪い医者の判断をする、そういうようなことを考えるべきではなかろうかと思う。

なおコメントの時にも申したのだが、これは全部抽象的な議論なので、できれば社会保障研究所あたりで、モデル地区をつくって、この議論を検証する調査資料をつくっていただきたい。

司会 では前田さん。

前田 特になのですが、所得の再分配のことをいわれたので、そのことで申しますと、これの是非はまたいろいろ議論していただくとして、現在所得再分配の効果がないのは、1つは医療制度の在り方とも関係があって、施設の地域間格差と、それから一部負担が大きい時には、これは所得再分配の効果は薄いわけです。これがもっと普及していったら、医師分布の地域差がなくなって、籠山先生のおっしゃることと通ずると思うが、階層性が医療需要の上で少なくなっていった時、そうやってきた時点で、抛出面を所得比例をしていく、そういうメカニズムにすると、これは再分配効果が大きくなっていく。いったい事業主あるいは被雇用者、こういったものがどんな負担をすべきかということがあります。つまり老人医療についてもそうであるが、これを単に一般財政で負担をすればいいということではなく、長い間労働力として働いてきた人達に対する医療保障というものを、別の観点で考える場合には、抛出面の原理の上に、もっと評価すべきものがあるのではないかと。そういう意味を医療保険の現状についての評価の時に入れたらよいのではないかと考えるのです。

司会 私は勝手に問題を大きく2つに分けたのだが、そのほかの問題もあると思う。それはまたあとでご発言願うことにして、先ほど申した第2の点であるが、レポーターはもっぱら論点整理という立場で、ご自分の意見を押えて、整理をされたと思うのだが、コメントの大部分は、たとえば今日の医療の在り方というものが非常に変わってきた、あるいは保険制度そのものが、いろいろ欠陥を暴露してきた、ことに財政上いろいろ困難が出てきたという、そういう現実認識を踏まえれば、それをどうしたらいいかという、打開の問題が当然あるはずだ。そ

こで問題をその点に絞って、もう1度レポーターに、現状打開の問題についてはどう考えるかということ、補足していただきたいと思う。

地主 問題は非常に長期なものと、当面やるべきものがあると思う。まず最初に当面問題になっているような点を、何か改善する方法はないだろうかということで、ひとつ私の意見を述べさせていただきたい。

先ほど諸先生から出された問題の中に、医療保険というのはもう先が見えているというお話があったが、私も医療保険は財政的にこれから大変な時期にさしかかるだろうということを否定しない。ただ現在わが国の医療保険が持っている、いろんな制約の中に、改善しなければならぬことがあるわけだが、医療保険をやめて義務教育と同じような完全サービス方式にするほうがよいのかどうかということになるとその点では必ずしも楽観的ではない。つまり全額公費負担形式で、果して財政的に安定した、したがって供給例でも質の高い医療を大規模にかつ持続的に供給することができるであろうかという問題である。これは医療保険をどう考えるかということになると思う。

私の非常に大胆な意見を申し上げると、医療保険というのはもはや、財源調達的手段にすぎないというふうに理解したいわけである。こんなことを申し上げると、必ず反論が出るに違いないと思うが、私は長期的な安定をした財源を確保する手段として、全額一般財源から出すような租税方式がいいのか、あるいはまた保険料方式がいいのか、というふうに考えると、どうも後者のやり方のほうが、いいのではないかと思う。そういうものが果して社会保険と呼べるかどうか、異論のあることを承知の上でそういうような方式として残しておく価値はあるのではないかと思う。その理由は、きわめて簡単で、現行の医療システムの再編成がかりにできたとしても、医療費は将来ともかなり膨大なものになり、したがって、その費用を賄える安定した財源確保が最大の問題点になると考えるからである。

ただ、現在の日本の医療保険制度はいろいろな問題を持っている。これはすでに先生方から指摘されたところであるし、またすでに常識にもなっていることである。第1の問題点は制度間に大きな格差があるということである。これがやはり社会保険としては問題である。そこで制度間の格差をできるだけ調整していくということがこれからどうしても必要になってくる。先ほどいわゆる財政調整の問題が出たが、これは1つの方向であり、これで解決する問題ではないと思うが、そういうようなこ

とをやりながら、ある程度公平化の措置をとる。こういうことが考えられるのではないかと思います。

それから第2に各制度に共通した問題がある。先ほど籠山先生からもご指摘があったが、日本の医療保険制度は軽い病気には厚いけれども、重い病気になると、その効果が非常に減殺されているということがある。これは定率給付に問題があるからだと思う。定率であるから、医療費そのものが大きくなると、自己負担額も無限に大きくなっていく。こういう定率給付方式では、疾病による医療費に対する将来不安は縮減せず、したがって、公的な社会保険のような性格のものには向かない。その意味で、現在取上げられているようにやはり重い患者、重い病気はできるだけ負担を軽くするように場合によっては無料化するというようにすべきであろう。その代り軽い病気についてはある程度負担をする。こういうことが考えられる。

このような給付方式は、稀少な医療資源の配分の見地からみても当然であろう。現在の医療問題というのは、1つには医療に対するニーズというか、需要というのが非常に大きいのに、それに対応する供給が十分でないということである。この需要超過の問題が、医療の問題としては、国際的にも一番大きな問題ではないかと思う。医療の需要に対して供給が相対的に少いわけだから、それをどこに、どういうふうに配分するかということが問題になる。そこで当然考えられることは、最も医療を必要とするところに医療サービスが向くようにすることである。一種の混雑税を軽症患者に課するような方式が考えられるべきだと思う。そういう意味で重いところにまず優先的に医療サービスを向けるようにし、軽いものは場合によっては全額自己負担させる。これが限られた稀少サービスを最も効率的に、最も有効に使うという意味で優れた方法とはいえないだろうかと思う。ただ具体的にそれをどういう形でチェックするかということになるとこれは技術的に非常に問題であるし、それに対する供給側の反応にもいろいろな批判が現在あるので、具体的な方法としては問題が残るとしても、理論的にはそういうふうな医療サービスの配分というものを考えていくことが必要だと思う。

もう1つは医療制度である。これについては先ほど、医療サービスが不足しているという問題、それから偏在の問題と、機能分化の問題、大きくってこういった問題群になろうかと思う。医療サービスというのは非常に不足している、その絶対数が不足しているという問題が

あるし、同時にそれは非常に偏在をしている。それではそういう問題を解決するために今の方式がいいかということになるとどうも今のやり方では、問題の解決にはならないのではないか。どうしても公的な医療機関がはいっていかないと問題はなかなか解決しない。あるいはプランニングがこの中にはいってこないとなかなかうまくいかない。問題は非常に困難であるが、やはりそういうふうなことで徐々に問題解決に近づくということが必要ではないかと思う。

司会 ありがとうございます。では今の補足に対してコメンターからご質問なり、ご意見があったら、ごく簡単にうかがいたい。

大村 大部分のご意見に賛成であるが、ちょっといわせていただくと、医療のシステム化、これは公的なものを中心にしたシステム化ということであるが、だんだんこのシステム化ということが図られると、これは籠山先生の指摘された問題とちょっと関係するが、先ほど籠山先生が医療というのはゆがめられているのではないかと、本当に患者のニーズにしたがって診療したらどうなるか、その比較を知りたい、ニーズを基本にして問題を考えたというお話があった。だんだん情報科学が進歩して、医療機関の相互連絡、あるいは診療録のようなものがコンピューターに入れられて管理をされるようになると、昔は医者秘録というか、診療録などは人には見せるものではないということであったが、だんだんそれが第三者に批判されるということになる。たとえばその医療が実際に正しいのかどうかということは素人にはわからないが医者同士にはわかる。しかしいままでは第三者の医者が、同じ医者でもそれを批判するということは許されなかったが、だんだんシステム化が進んでくると、いわゆるメディカル・オーディットが広く行われるようになる。病院が病院の診療をある程度自主的に批判をする。あるいは医療に対する不服の申し立て機関——これは抜本改正を見ていたら、そういうものを設置するということが書いてあったが——を設けることによって、医療というものがある程度患者側の立場からの批判を受ける契機をつくる。

不服の原因をさぐることによって、医療の内容がある程度白日のもとにさらされるということが医療の質を向上するためにどうしても必要なのではないか。そこで医療システムの中に、教育と研究がサブシステムとして組込まれて、そして患者の診療の経験による成果、あるいは新しい研究成果などがたえずフィードバックされて、再び医療としてアウトプットされる。こういうようなシ

システムが必要なのではないか。公的医療機関を中心にしてといっても、こういう情報提供、教育、研究などの機能を大学病院をはじめ公的医療機関を中心に果させるということが必要なのではないかと思う。

司会 小山さんいかがですか。

小山 私のコメントの中で、社会保険主義の限界という言い方をしたのだが、考えてみると限界というよりは基礎といってもいいと思う。たとえば予防とか、あるいは社会福祉的な医療給付とか、そういうものが整っていないと保険方式がうまく動かないと考えてもいい。医療費の調達の手段としての医療保険というもののメリット、つまり動的な収支計算ができて、そこに経済性とか、効率性というものを考慮の中に入れる余地が出てくるというのは、やはり保険方式のメリットなので、その保険方式のメリットが作動しなくなっているところに現在の問題がある。

ですからわれわれがかつて議論したように、何か前提問題の不備というか、社会保険方式を基本にするのだけれど、基本にしたところで、まだまだそれがうまく動くような基盤ができていないというところに現行の問題点があるかと思う。

それからやはり社会保険方式ではどうしてもなじまない医療があるのだということはこれは明瞭なので、そのへんはやはり区別していかなければならない。マクロで見れば、税金で見ようが保険料で見ようが、同じではないかという議論もあるいは出てくるかもしれないが、ただ出す懐が違えば、医療のパターンというのも、恐ろしく変化するというのも事実である。ことに福祉サービスのものと結合した医療というものは、現在日本ではほとんど行われていない。東京都がやっと今度老人病院の中で若干試みるかに聞いているが、あの程度のものが今後大いに発展してくれると、はなはだ医療保険のためにもいいのではないかという感じである。

司会 では東田さんいかがですか。

東田 私は先ほど議論がかみ合わないことを承知の上で問題を出したのだが、短期見通しとして、当面の医療問題の解決を考えていかなければならないだろうし、今おっしゃったように社会保険というものは、医療費財源を捻出する方式として重要な役を持っているから、それ自体としてその「効率」を追求する必要があると思う。しかし社会保険の機能を過大評価すると、かえって判断を誤るのではないか。それから医療機関の問題であるが、私的医療機関がご承知のような状態であるので、おそらくこれからは公的医療機関を政府も、自治体も、医師会

の反対を押切ってもつくっていくという動きが出てくると思う。その場合、非常に重要だということはいったいどういう公的医療機関がつけられるかということである。現に計画されている公的医療機関を見ると、大きな都市での総合病院、センターになるような病院、基幹病院である。

果してそれが、住民の医療の質的な空白状態、あるいは断層、差別をなくするためのものになるかどうか、きわめて疑問がある。なかには大学病院式のものができて、そして「特殊医療」という形で上積みされてくると思う。しかしながら農村とか僻地で住民が本当に欲しがっている公的医療機関は、きわめて少い。僻地医療はまさに「不採算医療」であり、公的責任で存立する医療機関でなければ果せないが、そういうものはつくらない。問題は地域における医療機関に対する住民の要求を聞かず、住民側からのチェックをはじめから考慮されていないことである。「管理」する側からの医療機関、「効率」を追求する側の医療機関がつくられる。とりもなおさず、医療費の膨脹を抑え、医療費国庫負担を抑えるに役立つものの、私的医療機関側に流れる医療を抑え、チェックする機能としての総合病院が優先する傾向がある。

それから、診療報酬の問題についてちょっと申し上げておきたい。住民に直結する第一線医療機関、開業医まさに私的企業である、私的資本でやっている。資本の仕組みの中で営業をやっているものの、それぞれがただ利潤追求に専念しているというよりも、「医者」として患者要求に応える医療活動をやっているわけである。とすれば、そういう医療担当者の生活と技術をどういうふうに保証するかという問題をもっと真剣に取上げる必要がある。ところが診療報酬のきめ方は、もっぱら医療サービスの生産手段としての物的手段に重きを置いている。これはまさに「資本の論理」である。医療はそうであってはならないのだから、当然医療を供給すべき「人間」の問題を基に置いて考えなければならない。

そういう観点から、短期見通しとしての医療報酬制度の改善にしても、出来高払い制をなし崩しに改めて、医療担当者の身分保証に力点を置いていくという問題がある。政府も、医師会も、ほとんど多くの政党でも依然出来高払い制を抱いているが、その点を何とかしなければならない場合に、それをどの点から打開していくか。実は、医師の間にもいま階層分化が起りつつある。第一線医療機関の中でももはや資本を投下することができなくて儲けが十分でない、苦しい、という医者も出てきている。そういう医師自身の階層分化とも対応して、患者、

住民とともに、勤務医を含めて医師および看護婦その他医療担当者の身分と生活を保証するという方向のものを基本にすえて考え直すこと、これは理論の上でも考えられるが、多分に社会的な、政治力学的な問題であろうと思う。診療単位出来高払い制を再検討することについて、この体制の中で医療機関に対する報酬だけがどうして押えられなければならないかという疑問が出されている。これに応えつつ、そういう仕組みの突破口をどこに求めるか考えられていいのではないかと思う。

一 般 討 論

司会 それではこのへんで参加者の皆さんからご意見なり、ご質問なりをいただいて、それに対してレポーターなり、コメンターからお答えをするということにしたいので、ご発言をお願いします。

吉田秀夫 今回の案内状を見て、医療問題の論点を明らかにして、多分若干の方策が出るという期待もあってきたのだが、前段についてレポーターはありとあらゆる問題を提起されたが、それも時間不足で、かなり大事な点でほとんど説明がないという嫌いがあったような感じがする。それほど医療と医療制度全体がたくさんの問題を抱えているわけで、これは止むを得ないと思う。

去年の保険医総辞退のあと、国民のかかなり多くはこれでは医療制度はいいかという疑問を持っているし、私の付き合っている、たとえば労働組合なり、民主団体でも、本気になって医療の社会化ということ、若干論争しはじめている。そういう状態の中でも医療制度に非常にたくさん問題があって、いま説明はできなくても、こういう問題があるのだという点で申上げてみたいと思うのは診療報酬の体系の問題で、現実には日本の場合、医者の方技術料の評価とか、スライドの問題、これだけでもたくさん問題がある。それから包括医療の点でも予防の問題はいまコメントの中に出ていたが、たとえばリハビリテーションとなると、これは非常に不足している。さらに健康増進の問題を入れると今の医療機関、医療制度、あるいは今の保健所の姿で、いったい対応できるかどうかという問題もある。

それからいろいろな政党あるいは団体の中でも、たとえばイギリスの方式に対する若干の期待が現実にある。

それからこれはあまりそう強い意見ではないが、国営方式は日本の場合絶対不可能なのだ、という意見もある。そのへんで日本の場合イギリス方式が不可能なのか、あるいは若干実現の可能性があるのかどうかといったことも、これからの課題として整理して欲しかった点だと思う。それから医者が不足しているか、いないかという問題、これについては地主さんは非常に大胆に問題を提起しているが、たとえばこういう討論の場合でも、こういう問題が出たような場合でも、肝心の医者を養成している機関のプロフェッサー級がほとんどご存知ないという状態の中で、医者がどんどん養成されている。しかも公衆衛生にきそうな人は非常に少く、臨床関係でかなりドライな医師だけが養成されている。これはかんたんにケリのつく問題ではないと思う。

私が東京都にいろいろ関係してつくづく思ったのだが、看護婦、その他いろいろな技術者の養成が、いぜんとして各種学校扱いでまともな養成がされていない。この点は抜本問題でも、9月、10月の2つの審議会の中でも、看護婦の養成を質的に、あるいは量的にどういうふうにやっていくかということが、ほとんど触れられていない。そういうところに日本の後進的な医療技術者の養成機関の姿がいぜんとしてあるような気がする。

抜本の中で一番体系的な焦点としては、分権化と統合化というのはちょっとピンとこないが、やはり日本の医療保険のバラバラのタイプをどうするかということ、これが焦点であったわけだが、このへんももう少しレジメに欲しい問題だと思う。

あれやこれやと考えながら、これはあまり細部にわたるので何ともいえないが、今レポーターが具体的な抜本の方策として、ほんの1つを出しているが、医療保険の財政調整に対するきわめて大胆な意見、それから軽い病気と重い病気と区分けしたらどうかということは、かなり勇気のある提案ではないかと思う。

そのほか、今コメントの側からいわれているように、日本の医療制度、公衆衛生で当面こうして欲しいということが、医療保険のほかに前提条件として欲しい。あるいはこうして欲しいと思っても、ほとんど不可能なのかどうか。国民の大部分は、ほとんどまともな医療を受けられるような保証はないし、特に国立、公立の病院に働いているかなり多くの人達の意見を聞いても、自分が病気になった場合、いま働いている病院にはとても危うくかかれないという、そういう荒廃した危機感を持っている。それがここ数年、あるいは70年代にケリがつかないということになると疾病構造の非常に急激な変化や、