

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てかかれないという、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、

公害でどんどん生命や健康が侵されている状態の中では、今までのような医療機関の在り方で対応できるのかどうか。これは全般的な問題だと思うのだが、そのへんをどういうふうにやっていくのか非常に心配だと思う。

司会 抜本改正について、いろいろの意見はあると思うが、さてそのとっかかり、手がかりをどこに求めたらいいか。たとえば社会化ならば社会化というものを導入するための手がかりをどこに求めたらいいかということとなかなか困難なものだから、時には大胆になるが、時には躊躇してしまうということになる。そこでむしろこの際、吉田さんからこういう突破口があるのだからこれをやれということを示唆していただくと一番いいと思う。

吉田 東田先生がお話になっていた点だが、1つだけ申し上げたいと思う。戦後二十数年の長期の政府のやり方を見てみると、あるいは抜本の案を見ても、医療保険の財政対策というものについてはかれこれいっているが、もとなる医療制度その他については、ほとんど何も確信がない。したがって当分このままで崩壊の状態が続けるということになると、住民のために、あるいは国民のために医療を本当に確立するようなそういう基盤なり、動きは何だということを考えざるを得ない。

たとえば去年の保険医総辞退で、自分達が少くともかわり得る、あるいは若干信頼し得る医療機関は何だということを、かなりの国民は考えはじめたと思う。そうするとコメンターのかなりの人がいっているように、やはり公的なあるいは公立の医療機関ということが、かなりの部分で考えられていると思う。そういうことを含めて認識のまだ定着していない状態の中で、地方自治体、それは市町村という小さな枠でなしに、県の自治体の中だけでも、それぞれの都道府県の県民なり、住民なりが、これに取り組むような場を少くとも疾病予防、公衆衛生も含めた、その住民の住んでいる地域の医療機関の在り方をどうしたらいいかという、そういう場をどんどんつくり上げていくということが、1つの決め手になるのではないかと思う。

ただ一番問題なのは、特権的なそして若干独善的な医師会あるいは医師層というこの壁である。それを破るためにも中央段階、あるいは都道府県段階の、いろいろな主だった団体だけの話し合いだけではどうにもならないので、住民がそれを乗り越えるような自分達がそれを求めるという、そういう雰囲気や1つの決め手になるのではないかと思う。

曾田長宗 吉田さんだけが奮闘なさっているの、私もいろいろお話を進める意味で、あるいは暴論になるか

もしれないが、ちょっと発言させていただきたいと思う。

まず東田先生にうかがいたい。東田先生は一番遠慮がないから食いついてみようと思う。現在の医療保険の問題、もっと大きくは医療問題を取上げた時に、1つの活路というか、1つの方策として、これは吉田先生もおっしゃったが、公立病院というものをもう少し増やしていくということが1つの道ではないかということである。この意見については、医師会以外には非常にたくさんの人達がそれをサポートされるようだが、それには大変大きい危険性がある。とにかく今の統制、ことに医療の制限というようなことにつながってくるのではないか。それが結局国民の医療にマイナスに響くのではなからうか。こういうことを東田先生はいわれたと思う。

私はそのご懸念はよくわかると思うが、それでは先生は公立病院に反対とおっしゃるのか、あるいは賛成なのか。賛成だというならば、いまいったような心配をどうやって押えていくか。吉田先生がおっしゃったように、これは東田先生自身もおっしゃったが、国民あるいは住民がそれに参加するようというのをちょっと申されたが、それを実現されていく方法だとか、可能性だとか、こういうものについてもうちょっとお話し願いたい。また先生はどの程度その方針を進めていこうとされるのか。やることは考えられるけれどもやったって無駄だろうと考えられておられるか、そこいらをひとつうかがいたい。

東田 結論を申し上げますと、公的医療機関を増設することは絶対賛成である。これは高度に進めていかなければならない。ただ考えなければならないことは、今までは私的企業が資本投下をしてきているので、その体制の中でうまくバランスをとりながら、公的医療機関の公的性質を発揮させることに主眼を置くものでなければならぬ。今までと同じ形で独立採算でむしろ高度の営業性、企業性を持った公的医療機関なるものがつくられたとすればますます混乱するのではなからうかと思う。

そういう意味で医療機関に対する公共投資は必要であり、公的な医療機関をつくるべきである。しかしながらその運営については、ある意味においては市民性というか、そういう経営という方向をさぐっていかなければ、今の財政の中ではむしろ官僚統制というか、多分いま申しました効率を追求する方向に向っていく。そこに1つ問題があると思う。

その例として、先ほどちょっと公的医療機関というのは基幹病院だけではないので、田舎の病院も公的医療機関なので、これをどうしてほうっておくのだといったが、

そういう意味で医療機関に対する公共投資が必要だということは賛成である。しかし、その機関がいったいどうなるかについては、まさに国立にすべきか、官公立にすべきかではなくて、市民が医療を受けられるような医療機関にしなければならないということで、経営については、別の判断をしなければならないと思う。ただ現在の状況では非常に困難だと思う。

そこで自治体というものが、住民の意見を反映させ得る唯一の行政組織であるから、基幹病院をつくるのなら、自治体病院というものをつくらせる方向へ進めていく。国立病院なり、大学の二流病院でなくて、自治体病院をどんどんつくる。ただその場合自治体がどういう状態にあるかという前提がないと、これは危険である。そういうような力学的なというか、現実の社会的な情勢の中で、本当に住民が求めるような医療機関をつくっていくという方向が一番望ましいのではないか。

それからもう1つは医師層の反対であるが、これはたしかにある。しかし医師層の中にも、これはまだごく少数であるが、公的医療機関をつくるべきである、ただしその場合何をやらすかという、不採算医療をやらす。つまり救急医療であるとか、公害患者を収容するようなものとか、そういうものをやらすのだという形で、医師層の一部の人は動いている。これは住民要求と、第一線医師としての医師自体の要求があるわけである。その中で少なくとも自治体が、その医療を受け止めなければならないという責任を自覚させて、そういう医療機関をつくっていくという運動は一方で進んでいる。

実は大阪の医師会の中にそういう層がある。これは少数であり、ある地域で公的医療機関をつくるべきだといっても、ある地域ではつくるべきではないということで、ちょっと対立関係がある。しかし、その場合基礎になっているのは、住民組織とそういった医師団の結びつきで、そういうところでは公的医療機関をつくらせ、さしあたり救急医療をやらせようというこういう動きが出ている。

それから私自身も先ほども申したように若干の問題をやっている。たまたま大阪で黒田さんが知事になられたということで、大阪府の保険医協会の中で医療の問題を考えているのがいるので、それとわれわれ一部の者とが協力して、黒田府政の中で医療をどういう具合につくり上げていくかということでいま動きつつある。これはご存知のような状態なので、果してどこまでいくかわからないが、その中で一番欠けているのは、住民、患者の層と医師との話し合いである。そこにいま断層がある。

曾田 これは小山先生でも、地主先生でも結構ですがおうかがいして、その尻尾をもういっぺん東田先生のところに持ってまいりたい。簡単に申します。あるいはこれは暴論かもしれないが、先ほど小山先生がとにかく健康保険では賄い切れないのではないかと、また予防関係、あるいは健康管理という問題が出てくるということに対して、これを保険に担当させることは、無理ではないかと、いわれたと思う。そこで私もうひとつ突っ込んでいこうと、保険の医療サービスにしても、医療サービスの内容のことに、保険がそれだけはいる口があるのかどうか。もっといえば、言葉が悪いかもしれないが、保険行政というのと、保険でもって給付する医療の内容の問題は、これはそもそも引離すべきものではないのか。そして私どもからいうと、これは再三いってもなかなか聞き届けていただけないのだが、予防と治療とを分けろ、治療はこちらで引き受けてやるが、予防というのは、オレ達は少し範囲外かもしれない、別のところでやれ。こういうことをおっしゃるが、医者の方からいくと、とにかく予防と治療というのは筋が引けない。ことに慢性病、老人病になると筋が引けない。だからむしろ医療も、予防も、健康管理も、実態的なサービスの内容それ自身は、保険制度の経過というもののから、一応別に考えることができるかということである。

だから、対象別に幾つかの制度があるのがいいのか、あるいはそれをおまとめになるか、これも結構、それから保険料がどういうふうになるか、これも結構。医療サービスにどれだけのものまでそちらのほうでお考えになって賄い切れる、これ以上は今のところでは何としても必要であろうけれど、サービスはできないということは決めていただく。そして、これでもって最も効率の上がるサービスを考えてみないかというのは、専門の医療関係者におまかせになるということとはできないのか。予防とか、治療とかに分けないで、そういうことはできないかということについて、保険局の人達にはいろいろな意見があるかもしれないが、研究者、学者の先生方からひとつうかがいたい。

小山 ちょっと誤解があったように思う。保険で予防を給付するなということは、申した覚えはない。日本の医療保険は予防をやっていないけれども、ほかの国などを見ると、結構予防給付を取入れてやっているので、そのこと自体は、つまり保険方式で予防をやり、健康管理をやる費用を調達するということは結構だと思う。

それから保険のサイドから医療の中にはいれるかといえば、これは絶対はいれない。はいれないのが当たり前で

ある。当たり前というのは医療サービスの特殊性からいって、規格化が非常に困難なサービスだから、それを保険のほうで少しぐらいちびってみたところで、これは医療と保険の対立を激しくするだけの効果しかない。だから保険の守れる範囲というのを、明確にしなければいかんというのが、私の考え方である。

そういうことだが、しかし保険の守備範囲外でも、国民の健康を守るという観点からすると、やらなければならない仕事がいっぱいある。ことに最近では半病人が増えてきて、半病人というのは病気でないから保険でかからない。さりとて社会的に脱落しているわけでもないから、ソーシャル・サービスも受けられない。そういう中途半端な、病人だか、健康人だかわからんような人達がかなり増えてきている。こういう事実を、いったいどの面でカバーしていくのかというのが、非常に大きい、現実の問題だと思う。ですから保険で守れる範囲をひとつは拡大して整理をしてみる。それから保険で給付することが本来的にむずかしいという面は、別の面でやはりやるを得ないと思う。

それからもう1つは医療費負担の問題であるが、医療費負担の限界はどこにあるかという、限界だ、限界だといっても、実は限界があるようでない。つまるところは保険料拠出で皆が賛成するのか、それとも税金でなければいざというのか、それだけの話ではないかと思う。くどいようだが、逆にいうと保険料という形で出されてくる医療費の使い方と、税金という形で出てくる医療費の使い方とは、自ずから違う。さっきちょっと申上げたが、ポケットが違ふと出し方も違ふ。やはり税金のほうから出してくると、ある意味ではリジットだし、ある意味では社会サービスの形ではしか出てこない性格のものだと思う。

そのへんがどうも整理が不十分で、ただ国庫負担さえ入れればとか、あるいは国に負担さえさせれば医療問題はケリがつくと思うのは大間違いである。やはり財源負担の仕方と、医療の在り方とを引っかけ、望ましい方向に医療の制度自体を徐々に変えていく。そんなことぐらいしか今のところ私の知恵としてはない。

司会 地主さん、大村さんあたりご意見があると思うが、一般の参加者の方からご発言願ってまた、お答えしていただきたいと思う。

西三郎 今ここで議論されているように、レジメにない問題も出されているわけだが、医療というのは公共性の強い商品であるということがいわれたが、私はまず最初に商品である医療について、多少論点があってもよか

ったのではないかと思う。それから当然需要側と供給側があるのだが、需要側の問題が必ずしも最初のほうに出てきていない。それからこれは小さな問題であるが、医療はほかのものと違って、メディカル・マンパワーといわれているものが、医療をつくり出す一番もとになっている。それが医療制度の中のその他の項目の中には入っていない。地主先生はそういう点を十分ご承知の上で、このように論点を出されたのであろうが、その点の理由をちょっとお聞かせいただければと思う。

地主 医療というのは、公共性の強いサービスだと申上げたが、商品だとはいっていない。そのへん誤解のないように願いたい。つまりこれは商品と考えるべきではないということである。そういう医療という公共性の強いサービスの性格について、ここで再び議論を展開する時間がないわけだが、これは十分議論が展開されているので、ここではひとつ控えていただきたいと思います。

それから需要側からの議論の展開がなかったということであるが、これはおっしゃるとおりで、これは先ほどの籠山先生のコメントにも関連するわけだが、やはり医療を需要する側の性格といったものを、もう少し分析してみなければならないと思う。ただしこれは私のような素人ではなかなかつかみにくい、いろいろむずかしい問題があると思う。

それからメディカル・マンパワーであるが、実はこれは、優先順位を付して入れたわけではなくて、最後にメディカル・マンパワーを出したのは、むずかし過ぎて私の手に負えないという意味である。

曾田 先ほどご質問しましたが、もうちょっと問題を詰めさせていただきたい。小山先生のお話はわかりましたが、もっと具体的な問題でいうと、かつてのイギリスのように、保険局のほうから、保険医療も含んで、予防も合わせて、たとえば衛生省なら衛生省の責任において、一括した制度を考えさせるという体制はいかがなものかということ、ひとつうかがいたい。

それからもう1ついうと、医師とか、医療関係者だけにそれを考えてみるということになると、非常に専門家エゴイズムというものが、反映されてくると思う。こういうことが懸念されるので、それをチェックするにはどうしたらよいか。何かご意見があったら一言お願いしたい。

東田 保険財源に決まりがあるので、それ以上のサービスはできないというような問題があるかと思う。それから先ほどのお話の中で、保険財源、あるいは医療費そのものが、すでに国民所得の何%になっているから、

それにはすでに限界があるという問題も出ていたのではないかと思う。これは私が申上げるまでもないが、医療機関なり、医療を供給する仕組みの中で、必要経費というものがどんどん増えていって、健康保険でどの程度までそれを賄えるのかという限度というか、そういうものを見きわめる必要があるのではないか。たとえば医療機関の建物をつくるとか、あるいは物を移送するとか、あるいは特別の研究のために処置しなければならんとか、こういうような支えがあってはじめて、医療における技術革新というのは進んでいる。それにもかかわらずいぜんとして保険料というものは、賃金に対応する再配分のもはあるが、あくまでも所得に対する具合としての保険料を出しているわけだから、そこまでの必要経費は賄えないのが当然ではないか。そうすると医療、あるいは保険も含めて、医療サービスを満たすためには、保険財源ではもう不足している。とすれば当然保険財源以外から、それを補強しなければならない。これは皆さんのいわれている国庫負担であるだろうし、私が保険の限界というのは、その意味で限界があるということであるといっているのである。

そういう意味で保険というものは、財源確保については結構だけれど、こういうふうに医療が高度化した場合には、率直に言えば保険サイドで医療という問題が、犠牲になってくる危険がある。そうすると本当に保険、医療というものの関係がどうあるか、サービスがどうあらねばならないかという見地から、サービスというものの仕組みを考えていく必要がある。供給の側が考えなければならぬというような、抛出主義の限界というのは、医療の高度化、医療需要の高まるにしたがって、いま見きわめておかないと、保険財政は破綻する。これは当然であると思う。

それからもう1つ、健康管理の問題だが、私は健康管理という言葉を使うことが問題だというふうに思っている。病気にかかって、お医者さんに健康診断を受ければ、これは保険が役立つのは当然である。しかしもし管理という言葉を使うならば、当然そこに計画があり、秩序があり、組織化されるという、何らかの方向づけがあるわけである。そういうような方向づけがあってはじめて、住民の健康を守るための方向づけ、行動としてのものがあるわけである。そういうものは保険からはいっさいできない。ところが管理という言葉を使うことによって、何か予防的な機能を発揮しているかのごとき錯覚を持たす。そういう意味であくまでも医療サービス、保険サービスと、健康管理という言葉は、厳密に分けて判断しな

ければ、医療保険の限界というものを、明確に掴みにくいのではないか。

司会 先ほど曾田さんのご意見の中で、専門家エゴイズムをチェックする云々という問題があったが、これは先ほど大村さんが触れたところもこれに関係があると思うので、何か補足していただけますか。

曾田 ちょっと申上げると、専門家エゴイズムと、専門家の技術主義というものが、合せて問題になるかと思う。

大村 ただいま曾田先生からお話のあった、保険担当の省にまかして、包括医療というものをやらしたらどうかという、そういうご意見ですね。このことはヘルス担当省がある財源の下に、包括的な医療をやるということをして、そこに当然財政の枠があるわけだから、いろいろな形でコントロールをやる。そしてできるだけ能率をよくするという、いろいろな手立てが必要になる。そうすると現在の開業医制度というものを、ある程度使うということになると、そこにやはり保険が当面したと同じ問題があるのではないかということがいえる。

そこで座長がいわれた、専門家の独善というか、そういうことで計画をつくったり、実際の事業の運営をコントロールするということについては、やはり患者の立場の意見というものをいろいろな形で入れなければならない。先ほど申しました、不服の出た場合にそれを取上げて、専門家、それから専門家でない公共的な立場の人も加えて、議論をする。純粋な医学的な問題については、医者の方の公正な判断によって審議をする。そういうようなことで、まず不服というものを取上げて、そこからどういう点が国民は不満足に思っているかということを取上げていく。これが1つである。それから1つはそのほかの運営委員会というような形で、市民の参加をできるだけ求める。国のレベルでも、地方のレベルでも求める。こういうような形で物事をやる。医者からこういうことをいうとあれだが、患者の中には非常に勝手なことをいうものもある。したがってそういうのは適当にコントロールしなければいかん。そこでそういった自由と統制の妥協というものが医療制度の解決の1つのプリンスプルではないかと思う。ある人は医療機関も、医者も、患者も、完全な自由な社会というのは、健康が保たれないということをいっているが、それが真実ではないかと思う。

小倉襄二 今の隘路を打開するために、公的医療機関をつくって、その場合不採算医療を担当するということが、その不採算医療の範囲、これは救急医療などとい

うことになっているが、実は自治体病院に対しては、住民はもっと高度な医療を期待している。たとえば私の頭にあるのは横浜の神奈川県立の児童療育センターなどである。あれは開業医の手に余るような子供達の傷害を診るという1つのファンクションを持っているが、その場合ネットワークというものを考えると、先ほどいわれた健康管理を含めて、ネットワークの軸として、その拠点としての自治体病院というものを考えたい。それから不採算医療については、救急医療とか、そういう狭い範囲に考えないで、住民が開業医から受け得ないような利益を受けられるような、高度な病院にする。それに対して住民のコントロールというか、そういう1つの体制が付与され、住民の地域医療のネットワークの拠点として自治体病院というものをつくる。これは非常に困難な課題を含むと思うが、そういう形ができれば、もっと国家レベルからの助成もできるのではないか。これは医療における家庭医と専門医というか、それとの関係などが非常に大きな問題となると思うが、そういう形での自治体病院の役割の、積極的な展望というものを見なければならぬのではないのか。

東田 いまおっしゃったとおりだと思う。いまは地域の中は、ある意味でいえば、無政府的な状態であるし、それを方向づけ、ことに高度な医療を行うために、大阪とか、東京とかは別にして、中都市になるとそういうような基幹病院的なものはないので、そういう意味で当然公的医療機関は、その部分を少なくとも、いわゆる基幹として整備しなければならない。そのネットワークの中で、それぞれの地区病院なり、第一線医療機関なりを、しかるべく組織化して、組織化という言葉は悪いのだが、ネットワークの中での、それぞれの位置づけの中で活動をしてもらう。これは当然であろうと思う。

それから私は先ほど不採算医療と申しましたが、これは医師会を弁護しているわけではないが、医師会側がいます場合に、それを取上げてはじめて公的医療機関をつくり出す運動が、その名の下に行われてきている。また不採算医療ということの1つの意義は、採算のとれない医療をやるのが、公的医療機関なのだ、公的性格なのだということで、採算を度外視しても医療機関というもののは整備しなければならぬ、こういうニュアンスというか、言葉がある。しかし実際には不採算医療だけを公的医療機関にやらせるという発想だけではない。当然その地域における不足している医療を補うためのものが、まず第1であろうが、その地域の中での組織的医療を行うための基幹的なものとしての、公的な医療機関の配置、

たとえそれが民間的なものであったとしても、それを市民コントロールというか、市民的な組織によって、そういう方向へ持っていくということは、不可能ではないと思う。たとえば一部の民間の、民医連などの系統の中では、それなりに独立採算をねらいながらも、地域における不採算医療というものをやっている。やはりベースはその医療機関が、どれだけ民主化された組織の中で生れて出るかというポイントがないと、たとえ今つくられたネットワークのケルンになっても、再び専門家医療、あるいは先ほどお話のあったような、技術独占の医療機関になる危険性が多分にある。したがってネットワークするについては、これはお座なりな言葉であるが、地域における民主化ということを前提にしなければ、ネットワークというものはつくられないという危険性がある。

寺尾琢磨 きのうテレビで武見医師会長が中医協の説明をされていた。まず支払側、それから公益委員、これはまったく医療については無知である。医療のことがわかるのは医療側だけだ。こういうことをおっしゃった。実は私もかつて公益委員なるものを勤めたので、まったく発言権がないわけであるが、私医療問題でいろいろの会にまいりますと、お医者側に共通的に何かそういう考えがあるように思う。今日の情勢で医療という問題を、社会的な要因と切離して、何か議論ができるように考えているお医者さん達が非常に多い。これが私は大変な問題だろうと思う。やはりこういうことを少し是正しないと、抜本改正という言葉は立派だが、そんなことができるわけはない。もう少しここにお集りのお医者さんのように、社会的な領域についての勉強をなすっていただきたいと思う。これが私の始終考えていることである。

このいただいた刷り物の中に、大変いろいろな要点が並べられているが、特に薬のことが詳しく出ている。武見会長は何かというと、医者の所得が薬に頼るのはおかしい、医者の技術を買えと、こういわれる。これは口ぐせのよういので、私も何度いわれたかわからない。そういう方向で医療費を改正するように、中医協で働いてくれと、こんな注文がずいぶんあった。

では医者の技術を金銭的にどう評価できるのか。これはずいぶんむずかしい問題だろうと思う。診察料を値上げしたり、手術料を値上げしたりしているのは、おそらくその方向だろうと思うのだが、そういうもののいったい評価が妥当なのかどうか。何を基準としてその技術の価格になっているのかどうか。その可能性というものを私は大変疑問に思う。私は中医協の席上で、医薬分業でもやったら1つそれに近づくのではないかとか、もしそ

れが駄目なら宿屋に優、秀、可とかランクがあるが、医者にもそんなようなランクをつけて、この医者に行けば初診料は1,000円、ここは500円、ここは200円というふうにしたら、あるいはその技術の値段になるかもしれないが、しかしかそういう場合にいったい誰がランクをつけるのか、それはずいぶんむずかしい問題だろうと思う、ということをおっしゃる覚えがある。いずれにせよ技術を中心として医療費を決めるという考え方自体は、大変いいと思うのですが、薬だけでもって医療費の大部分を食ってしまうというのはおかしいと思うが、その可能性というものを、もう少し真剣に考えてみたらどうかと思う。

それからもう1つ、これも私の経験であるが、この中のホスピタル・プランニングのところで、地域偏在の解決策という項目がある。さっき地主さんはその偏在の原因と是正について考えるということをおっしゃったけれども、それがあまり出てこなかったと思う。ほかの方もあまりこの問題はおっしゃらなかったが、この医療の地域偏在というのは、国民生活から見ると、大変大きな問題である。これをどうすればいいかということであるが、これは実は私自身も関係があるのだが、私が委員をしている時にはまだ、大都市と地方と医療費が違っていた。これはおかしいことで、むしろ地方のほうが医療費は高くつくのではないか、だから地方の医療費が高いならば納得できるが、そうでないのはおかしいのだから、少くとも同じにしたほうがいいだろうということをおっしゃる覚えがある。結局その時に皆の意見として、地域差は撤廃しようということで、撤廃をしてしまったわけである。そうすれば多少地域の偏在は是正されるだろうというのが、皆の意見だった。特に医療側から地域差をなくせという意見の中で、かなり強くそれが打ち出された。ところがそれをやってもいっこうに偏在は是正されていないように思う。それはいったい何でか、ではいったいどうすればいいのか。そういうことについて、私は皆さんのご意見をうかがいたい。

大村 ただいま医者の技術をどう評価するかというお話があったのだが、これは特に異質のものを評価することになるので、同じ医者の技術にしても、内科、外科、婦人科によっていろいろな手技の問題がある。また一方では医者と弁護士ではどうかという問題がある。そこでこれは絶対的な評価というものはないと思う。それで市場のメカニズムで報酬が決まる時には、ご存知のように一応評価されるが、それは公定料金ということであるから、非常にむずかしい価格である。そこで結局技術とい

うのは、素人なりにというと、はなはだおかしいが、何か複雑なことをやっているということ、技術が必要だということに理解すると、外科の手術料というのは、どんどん高くなってしまふ。そうすると外科医の志望が多くなる。ところがほかのもの、たとえば公衆衛生などはいま非常に少いが、これは月給が安いからということになっている。しかし国民の医療計画、マンパワーという点から見ると、そういうものはやはり必要である。必要であるところに、必要な医者が行かなければいかんということになると、結局はそういう見地からも、ある程度考慮しなければいけないのではないか。

すなわち国民を守るために何が必要かという場合、それは広い意味では技術ということになるかもしれないが、個々の手技というものを技術とすると、もう少し上のレベルでものを考えると、結局技術料の集積というのが医者の待遇になるわけである。したがってあるものを決める時には、それを医者が1日にどのくらいできるかということで決めるよりしようがない。したがって技術というものを絶対的な評価で、そこから報酬を決めていくという考え方は、あまり合理的ではないというのが、私の考え方である。

寺尾 技術中心はおかしいということですか。

大村 広い意味ではいいが、細かいいわゆる手技、そういうことからミクロ的に積上げていくような方式というのはおかしいのではないか。

東田 この問題はむずかしいので、経済学の先生方におうかがいたいのだが、私どもの素朴な考え方からいくと、価格というものは計算できないと思う。ただその前提として、いま技術という場合、労働力の再生産費、技術の再生産費というものを、技術という名で呼んでいる。ところが技術という言葉になってくるととたんに、たとえば盲腸の手術をする時のうまさ、へたさというものに焦点がいく。問題として出てくるのは質の側の問題である。

先ほど私は身分保証のことを申し上げたが、これは医師、看護婦というマンパワーと称するものの、とにかくそれだけにすればこれだけ保証できるのだという考え方である。これは今の体制では夢かもしれない。イギリスの先ほど問題になった、年間100万円の年金を出して、それを人頭式グローバルな出来高とを並行させるという改正、これはある意味で身分保証体系を打ち出したのではないかという気がする。そういう意味で技術料そのものについて、労働力費、必要費として云々するということは、計算できると思う。しかしうまさ、まずさというものの

計算はできるはずがない。そういううまさ、へたさによって報酬をもらうべきものではないのではないか。医療の報酬というのはそういうものであっていいのではないか。うまい人はうまいなりに技術を提供する。へたな人はへたなままに技術を提供してチェックされる。それをいいものはいいとして考え、それぞれにいろいろの技術のものを計算する、高く計算するところに無理がある。前提としてやはり、マンパワーを保証するもの、身分保証の問題、これを基本的に考えてもらいたい。どれだけ必要経費がかかるかということですね。

司会 だいぶ時間がたちましたので、なかなか問題は尽きないようだが、このへんで終らせていただきたい。先ほども申したように、総括はいたしません。むしろき

ょうのいろいろの問題、討議を持帰って、論点整理も少し不十分なところがあるので、もっと追加しなければならぬし、またいろいろ分類を考えなければいけないところがあると思う。さらに判断基準をどう考えるかということ、非常に重要な問題であるが、判断基準からだんだん現実に移りてこなければならない、そういう段階をもう少し研究所としても追って、いったいどういうところでコンセンサスが得られるのか、得られないのか、打開の道といっても、どういう展開があるのかというようなことで、われわれも、またきょうのレポーターも、きょうのコンセンサスを持帰って、ひとつ反省してまいりたいと思う。それをご挨拶にして、終らせていただきたい。長時間ありがとうございました。

執筆者紹介(執筆順)

とみなが けんいち 富永 健一	東京大学助教授	じぬし しげよし 地主 重美	社会保障研究所研究第2部長
こやましんじろう 小山進次郎	厚生年金基金連合会理事長	おおむらじゆんしろう 大村潤四郎	社会保険審査会委員
みうら ふみお 三浦 文夫	社会保障研究所研究第3部長	かごやま たかし 籠山 京	上智大学教授
ほさか てつや 保坂 哲哉	社会保障研究所主任研究員	こやま みちお 小山 路男	横浜市立大学教授
いはら たいら 井原 平	東京都首都整備局企画部長	りがした としお 東田 敏夫	関西医科大学教授
かとう ひろし 加藤 寛	慶応義塾大学教授	まえだ のぶお 前田 信雄	国立公衆衛生院社会保障室長
えみ こういち 江見 康一	一橋大学助教授	やまだ ゆうぞう 山田 雄三	社会保障研究所所長
てらお たくま 寺尾 琢磨	慶応義塾大学名誉教授		