

医療制度改革： 6つの論点

出席者(50音順)：

日本病院会常任理事(中医協委員)——石井暎禧氏
 旭リサーチセンター会長(規制改革・民間開放推進会議委員)——鈴木良男氏
 全国保険医団体連合会副会長——竹崎三立氏
 厚生労働省医政局経済課長——武田俊彦氏
 東京医科歯科大学大学院教授——川淵孝一氏
 [司会]



1. 皆保険制度と患者負担

患者負担増による医療費抑制

川淵 本日のテーマである「医療制度改革の6つの論点」について、話を進めさせていただきます。

まず1点目の「皆保険制度と患者負担」ですが、06年の第164通常国会で成立した医療制度改革関連法案のなかに、患者自己負担増、高額療養費の自己負担限度額引上げなどがありました。武田経済課長、こうした引上げはやはりやらざるを得なかったのでしょうか。

武田 今回の医療制度改革でやらなければいけなかったのは、宿題となっていた後期高齢者医療制度を作ること、政管健保の民営化の2つです。その後、医療費の適正化が焦点となったので、具体的な法案を作るなかで、やらなければいけなかったことと、新たに付け加えた医療費適正化の両者を合わせたらとても大きな法案になってしまいました。

そのなかで、よく言われます伸び率管理制度^(※1)は、医療には悪影響を及ぼしかねない制度となりますので見送りました。今回の法改正はその意味では医療の質向上を考えながら全体の医療費の適正化をしていくために知恵を絞った結果です。

※1 医療費伸び率管理

規制改革・民間開放推進会議、経団連などが提案している医療費抑制策。具体的には、例えばある年の医療費総額の伸び率を決めておき、実際の伸び率がその予定数値を上回った場合には、その分を翌年以降の診療報酬から減額するというもので、医療界全体にペナルティを課すかたちをとる。

川淵 知恵を絞ったとのことですが、将来の医療費はこのままでは56兆円になる、それを何とか42兆円で抑えてくれと経済財政諮問会議のほうから言われ、最終的には48兆円で手を打ちました。48兆円で医療費が収まると思っていますか。

武田 医療費の定義にもよると思います。例えば大衆薬の分野を見てみますと、医薬品から医薬部外品とか特定保健用食品などまで、ニーズの多様化があります。何でも保険ということでもない。問題は保険医療費です。その時々負担や給付の水準を議論して決めるべきもので、あまり固定的に受け止められる数字ではないと思います。

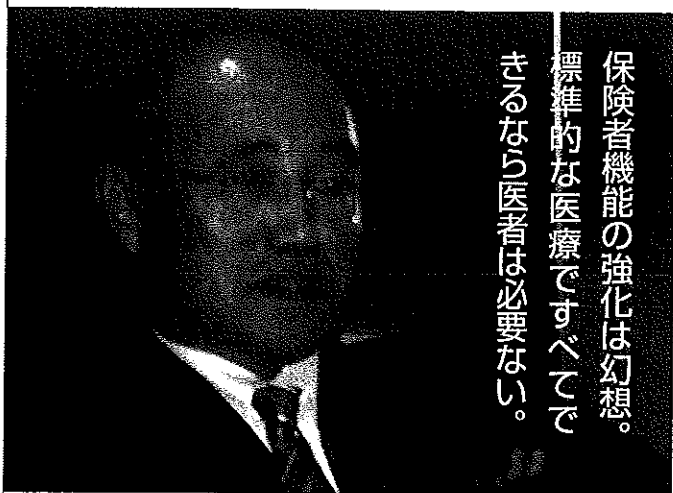
川淵 そうしますと、とにかく当座は今回の自己負担増で乗り切ったが、48兆円に収まるか収まらないかは、厚労省も具体的なビジョンはあまりないということですね。

武田 一つの試算ですから。当然、やりながら考えることになるのではないのでしょうか。

保険外併用療養費の拡大

川淵 そういうなかにあって、医療制度改革関連法がどんどん動き出しています。第一弾が06年10月の保険外併用療養費の拡大ですが、中医協の委員でもあります石井さんは今回の制度化をどう評価しておられますか。

石井 保険外併用療養費は、それぞれの人が考えている中身、内容がバラバラなわけです。患者の選択による選定療養と、保険にこれから入れる必要がある医療だがまだ開発段階の評価療養の2つですが、その境界も中身も曖昧です。



保険者機能の強化は幻想。
標準的な医療ですべてで
きるなら医者はいらない。

石井 暎禧 (いしい えいき)

1962年東京大学医学部卒業後、東京大学付属病院産婦人科入局。73年医療法人財団石心会の設立に参画、石心会川崎幸病院長を経て、74年石心会理事長就任

05年9月より、初の病院代表として意見公聴委員とともに中央社会保険医療協議会(中医協)委員となり、06年4月の診療報酬改定審議に参画、日本病院会常任理事

さらにはっきり言うと、これまでの議論は全部無駄なものです。必要な医療は保険に入れるのが原則ですから、必要のない医療をわざわざ併用療養でやる必要はない。贅沢な医療を併用できるようにということですが、認めてもいいのは今のところアメニティに関する差額室料くらいです。これまでの議論は本当にナンセンスで、例えば、ピロリ菌の除去^(*)を何回まで認めるとか、医療として必要なら入れるべきだし必要ないなら併用する必要はない。

川淵 社会的公正を欠くわけですね。

石井 医療というものは皆好き好んで受けるわけではないので、必要な医療と十分な医療の差は非常に小さいです。それが他の商品との違いであり医療の特徴なのです。みな必要があるからやるわけで、それ以上の医療をやっ

*2 ピロリ菌の除去

現在、保険診療として認められているヘリコバクター・ピロリ感染の診断、治療は、再除菌に係る費用は1回に限るとされている。06年改定にあたって、診療報酬上の制限回数が定められた技術の一つとしてピロリも議論の対象となった。結果として、現状では薬事法承認との関係で、選定療養とはされなかった。

てほしいとは誰も思っていない。それ以外のアメニティは、実は医療ではないわけです。元々医療じゃないものを、医療の保険に入るとか入れないとか、そんな議論をする必要はありません。

川淵 この問題では、中医協の議事録を拝見しますと、石井さんだけがひと言、発言しただけです。

現物給付を原則とするなかで、いわゆる混合診療というのはあってはいけないわけですよ。つまり、現物で支給すると言っておきながら、現金が介在するのはおかしいわけです。現物給付の医療制度のなかで、特定療養費制度から保険外併用療養費制度になったのですが、これでよかったのでしょうか。

石井 基本的な仕組みはよかったと思っています。ただ、その区分けがまだ曖昧で、先ほどご指摘いただいたとおり、私が中医協に問題提起をしたように、今後その内容とか定義をもっとはっきりさせるべきと考えています。

川淵 すると評価療養という項目は、安全性と有効性は問題ないが、その普及性が不十分なので、ゆくゆくは保険適用されるけれどもまだ保険収載されていないもの。これに対し選定療養は絶対に保険適用しないという位置づけでいいですか。

石井 その分け方が現実にもそのとおりいくか疑問に思っています。これはやはり国民の医療ニーズに対する水準と関係してくるので、特にアメニティの問題、例えば病気になったら個室が当たり前という時代になってしまったら、それが贅沢といえなくなるかもしれない。

川淵 そうした項目も選定療養ではなくて評価療養にいくべきだということですね。そこは時代の要請を見ながらやるべきだと。

石井 はい。必ずしも将来とも言えないかもしれませんが。それから、評価療養についても保険導入を検討するとは言うけれども、実際にコストなどの問題からそれだけ普及させるような状況かという問題もあります。例えば重粒子線治療^(**)などは確かに有効だし、評価療養の対象になりうるものです。たぶん普

及すれば保険導入の対象だと思います。しかし、評価療養だからと、普及したらそのままポンポン入れていいかというとは必ずしもそうではないと思います。

川淵 陽子線は288万円、炭素線は314万円もしますからね。これを保険適用するのかという問題ですね。

武田 保険適用しなくても300万円、400万円払っても、重粒子線治療に患者は殺到しているわけです。そういうものをあえて保険に本当に入れなければいけないのかどうか。ニコチンパッチの問題もそうです。実際に保険適用されていなくても自分で買ったり健保組合で配ったりしています。

前任が社会保険庁で、政府管掌の保険者の立場でしたので、その観点から言えば、評価療養でも将来的にもなかなか保険に入らないジャンルもあるのではないかと、必ず保険に入れるというのは納得できない。

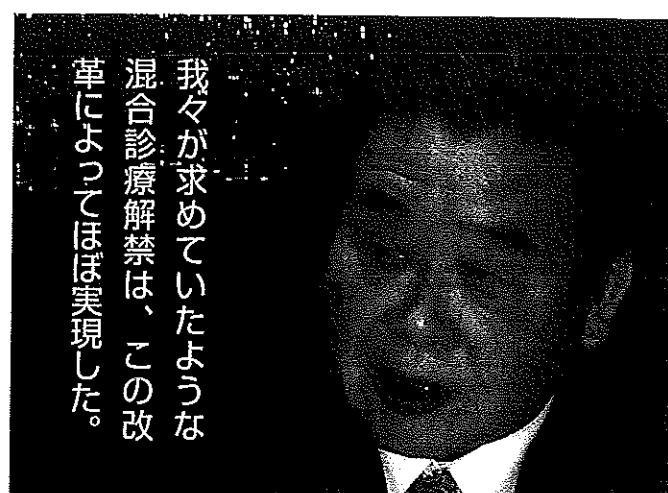
石井 中医協では、私の分類のほうがすっきりした分類だと主張したのですが(笑)、時間切れになってしまった。

武田 ピロリ菌の話で無駄な医療だと言われましたが、“必要な医療とは”について議論したときにそこが非常に曖昧さの残る部分だと思うのです。特に検査についてですが、ドクターの立場から見るとこれで十分だと言っても、患者さんがもっと検査を受けたいという場合があります。最後は結局医師が根負けして、文句を言われるくらいなら検査をやるということもあります。改定ではピロリ菌だけ問題になりましたが、実は無駄な医療はたくさん、特に検査にはあると思うのです。

石井 それをわざわざ混合診療にする必要はない。全部自費診療でやればいい。

*3 重粒子線治療

重粒子線を患部に照射する癌治療法。放射線の一種である重粒子線は、体内での線量コントロールが容易で、その集中性もきわめて良いことから、深部の癌病巣に集中的に照射できる。02年10月に中医協で高度先進医療として承認され、現在も評価療養とされている。



鈴木 良男(すずき よしお)

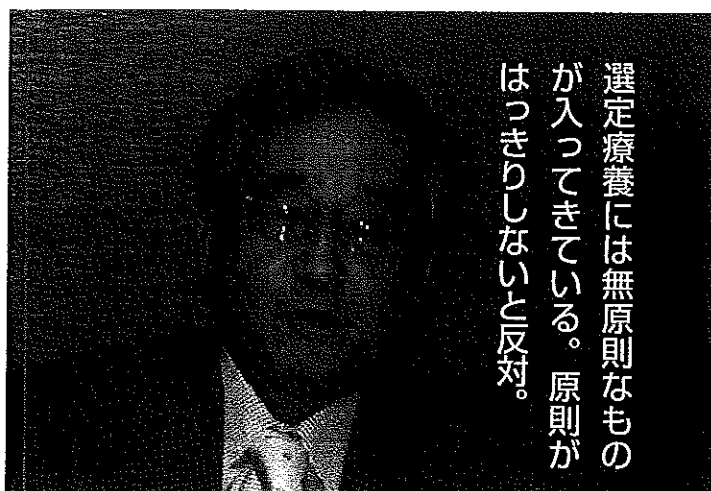
1959年東京大学法学部卒業後、旭化成に入社、対外問題対策室長を経て、89年取締役。92年、系列の旭リサーチセンター代表取締役社長を経て、現在同会長
内閣府総合規制改革会議議長代理を経て、2001年規制改革・民間開放推進会議議長代理に就任。官業民間開放ワーキンググループ(WG)、医療WGなどの主査を兼務

川淵 竹崎さんは、実際に診療をやっておられていろいろな患者さんが来られます。その立場から、例えば、禁煙指導のようなものは自費でいいという見解はどう思われますか。

竹崎 評価療養・選定療養のところでは、少なくとも考え方としては整理されたと思っています。そして、評価療養に入れるということは、それは時代の趨勢もあるだろうし患者や国民の要求もあるだろうけれど、いずれここに入った療養は一定の検証を経て保険収載されてくるものだと、そういう内容だと現場では受け止めています。

もう一つの選定療養のほうは、これは気になる問題が山ほどある。無原則なものが入ってきています。これをどのような原則で考えていくのか、そこがはっきりしないと、頭から混合診療反対と言わざるを得ない。もう少しルール化したものが見えれば、議論にも乗れるのですが。

ニコチンパッチについては、具体的には、この4月から現実にあれで禁煙に成功している患者さんがいっぱい出てきています。そのこと自体は、禁煙を徹底させるための一つの政策としてはよかったと思っています。



選定療養には無原則なものが入ってきている。原則がはきりしないという反対。

竹崎 三立（たけざき みたて）

1969年福島県立医科大学卒業、消化器外科、中野共立病院外科科長・副院長・病院長を経て法人理事長を歴任。現在、杉並区の医療法人社団健友会天沼診療所所長として、地域の在宅医療・診療所医療に従事

03年より、東京保険医協会政策部長・理事。04年より、全国保険医団体連合会理事、06年同副会長

保険外併用は混合診療の解禁か ……………

川淵 鈴木会長は、今の規制改革・民間開放推進会議の前身の総合規制改革会議のときから混合診療解禁論者ですね。医療分野の実績のなかで一番大きかったのはいわゆる混合診療の実質的解禁ではないかと思うのですが、これで解禁されたと思いますか。

鈴木 完全なかたちではないけれども、我々が求めていたようないわゆる混合診療の解禁はこの改革によってほぼ実現したと思います。そして今後それが拡大していくだろうと思っているので、点数をつけるなら合格点です。

川淵 先日、神戸の医療産業都市^(※4)へ行ったとき、こんなことを言う医師がいました。保険外併用療養費ができたことで、むしろ規制強化になったと。例えばPETはガンの診断に対してはずいぶん適用拡大になりました。と

※4 神戸医療産業都市

神戸では、臨海部にあるポートランド地区に、最先端の医療技術の研究開発の場を整備している。03年に構造改革特区として先端医療産業特区に認定された。主な施設に、先端医療センター、ゲノム解析・遺伝子治療研究センター、発生・再生科学総合研究センターなどがある。

ころが、PETでアルツハイマーの診断を行うと全額自費になります。薬事の承認を受けていないので駄目なのです。薬事承認を取るためには、日本で治験を行う必要があります、メーカーは一定の採算性が期待できないので躊躇しているそうです。

石井 今の具体例はナンセンスです。アルツハイマーの診断にPETはまず必要ありません。

川淵 すると、全部自費でいいと。

石井 全部自費がいいです。だって、アルツハイマーは治療法がないわけです。アルツハイマーになったら、それをどう介護していくかが重要なんです。

その医者がやりたいと言っているのは趣味の問題です。趣味の問題だから、そんなのは保険に収載する必要もない。

川淵 今、PET検診に関する研究を行っているのですが、自由放任主義の立場をとる日本では、PETが検診センターから導入されたせいか、「PET立国」になってしまいました。PETの有効活用を図るためにも、その適用拡大が必要だと考えるのですが。

石井 それは治験としてやればいいんです。

規制緩和の主張は医療発展のため ……………

川淵 規制緩和の目的を、鈴木さんはどのようにお考えでしょうか。

鈴木 なぜ我々が規制緩和を主張しているかといえば、医療はあきれ果てるほど古色蒼然としたまま何も変わっていませんでした（笑）。世の中はどんどん変わっているのに。例えば、紙のレセプトじゃないと受け付けない、電子申請だと厚生労働大臣の認可を必要とするなんて、今の時代に考えられますか。

そのなかの一つの問題が混合診療であり株式会社参入であり、それからITの問題であるわけです。何を目的に規制緩和しようとしているかといえば、その業界が要らざる規制によって発想と行動の自由を失ってはならない、自由をもたせて創意工夫を引き出し、内容をよくすることが目的なのです。

混合診療の問題も、保険料を払っている人が病気になって医療機関を受診したときに、

保険収載されていない医療を受けたら何もかも全部自費で払わなければいけないというのは、不条理です。医師の趣味だとおっしゃいますが(笑)、そこが問題で、私は患者の希望によるものだと思います。

少し話が飛びますが、日本の医療費は少し前で約30兆円でした。GDPの7.5%です。アメリカの13%は行き過ぎの気がします。ヨーロッパは大体10%です。だから、日本も総医療費が対GDP10%くらいに上がってもおかしくないと考えます。約40兆円です。とすると、10兆円の需要創造というニーズがあると、そう考えるのが自然です。

それが現状は抑えられている。そこで、医師がもっと知恵を出して新しい療法だとか役に立つ医療を、あるいは製薬会社なら薬を、そういう知恵を一生懸命出していくことを促進するには何が必要かということです。現状はそれを阻害している。新しい療法は、すぐには認可が下りない。認可されるまでの間それを使うと、本来保険で払ってもらふべきもので、例えばレントゲンを撮ったとか検査したというのまで自費にするのは一体何事かということです。

川淵 そのことが日本医療の質を発展させる阻害要因だというご認識ですか。

鈴木 そうです。医師会が何を言っているかといえば、要するに人間の命は平等だから金持ちだけが受けられる混合診療はけしからん、これ一点張りです。そんな問題じゃない。それ自体間違いです。貧乏人なら保険料を払わなくてもいいのかという問題にもなってきます。

そうではなくて、今言ったような新しい医療に向けて医師同士が切磋琢磨するための環境作りという認識です。現実には混合診療の解禁については、東大病院をはじめとしていくつかの病院が手を挙げてぜひやりたいと言ってきました。ニーズはあるのです。

現物給付制度をベースに議論を ……………

川淵 このように鈴木さんから問題提起があったのですが、これを受けていかがですか。

マクロでは日本の負担は低い。ミクロでは保険料は限界という声が出てくる。



武田 俊彦(たけだ としひこ)

1983年東京大学法学部卒業後、厚生労働省人省。01年1月、厚生労働省医政局総務課企画官
02年8月、保険局医療課保険医療企画調査室室長就任後には、04年4月の診療報酬±0%改定に携わる
04年7月、社会保険庁運営部医療保険課長、06年9月より厚生労働省医政局経済課長

竹崎 日本は今まで現物給付を基本にして医療制度を作り上げてきたわけですから。そのことが今の、国の経済力その他を含めて、医療費総額を保険財政だけでまかなうには難しいというところに来ていると考えます。現物給付を基本にしながら、いま鈴木さんが言ったような視点でこれを捉え直すことはできないのかと感じるんです。最初からそれを抜きにして混合診療と言う前に、もう少し検討して知恵を出せないでしょうか。

例えば、医療現場で検査機器などはものすごい勢いで進歩しました。検査にかかる費用というのは相当あるわけです。だけど本当の意味で治療に必要な費用と検査にかかっている費用を分析してみる必要がある。機器そのものにしても、今は自由にどこの病院でも買えます。本当にすべての医療機関に必要なのかという視点もあり得ると思う。

最初から混合診療しかないとして出てこられると抵抗せざるを得ない。もっと現場の声を聞きながら厚労省も検討していただけないかな、という思いが強くあります。

川淵 介護保険では上乘せ・横出し^(※5)が在宅ケアに限って認められていますが、医療はど



自己負担率5割になった
ら、これは国民皆保険と
いうのでしょうか。

川淵 孝一（かわぶち こういち）

1983年・橋大学商学部卒業後、民間企業を経て、87年シカゴ大学経営大学院修士課程修了（MBA取得）。

89年厚生省国立医療・病院管理研究所（当時）医療経済研究部勤務、95年同研究所主任研究官、98年日本福祉大学経済学部経営開発学科教授、日医総研主席研究員を経て、00年東京医科歯科大学大学院教授に就任。

うして駄目なのですか。

石井 介護は、基本は生活支援です。生活にはいろいろあるわけで、収入に応じた部分もあります。そこについてはいいわけです。

川淵 医療はそうでないということですね。

石井 医療に関しては、必要があるギリギリでやればいいし、それ以上についてやりたいならやってもいいけれど、それは医療上意味がない。意味がないことまで認めて保険を膨らませる必要があるのかということです。

また先ほどの鈴木さんのご意見に反論しますが、東大病院などが言っているのは開発途上の医療についてやらせてくれということで、それは今回認めているので問題ないのです。

*5 介護保険の上乗せ・横出し

介護保険制度では、介護給付のサービス以外にも、①介護保険の給付対象サービスのなかで支給限度額を超えた部分の「上乗せサービス」、②配食サービスなど介護保険の給付対象以外の「横出しサービス」——について、全額自己負担でサービスを受けることができる。

2. 保険財政と医療費

医療保険財政比率をどう考えるか ……………

武田 混合診療に関しては今回の法改正で枠組みはできたので、これをどう運用するかに議論をシフトしたほうがいいと思います。

そこで我々が心配するのはやはり医療保険の財政規律の問題であって、混合診療で医療費が増えないのかという議論になります。発展途上の技術を何でもかんでも混合診療にというのは、単に日本の研究費予算が少ないから保険から補助金を出してくれということとほとんどイコールになるわけです。

今の日本のライフサイエンス関係予算^(※6)は政府全体を合わせても4000億円ぐらいしかないですけど、アメリカでは3兆円使っているわけです。やはり保険なのか本来は税でやるべきなのか整理して議論したほうがいい。

川淵 財政論の話をあえて鈴木さんに振るとすれば、公民ミックス、すなわち医療保険はどこまでが官でどこまでが民で面倒を見るべきだとお考えですか。

鈴木 公的保険ですべてが賄われたらそれに越したことはない。しかしこの少子高齢化で、現在の仕組みでは払う人は段々減って高齢者が増えてくる。高齢になると自分が払う保険料よりも使う医療費が多くなるわけです。破綻するのはわかり切っている問題です。

若い人が気持ちよく老人は大切だから払いましょうと言ってくれるなら別ですが（笑）、医療費を抑制するか、それとも利用した人が負担するのか、その二つしかないわけです。

どちらか一つに決める問題ではないと思います。相当なものに関しては抑制の方向を認めざるを得ない。好きでやるのではなくやむ

*6 ライフサイエンス関係予算

日本のライフサイエンス関係予算は、2004年度に4362億円を計上した。予算には、研究開発（ゲノム、発生・再生、脳、癌、免疫・アレルギー・感染症、植物・環境・食料など）、研究開発基盤強化・環境整備（人材育成、教育の充実など）が含まれている。

を得ずです。それと同時に、何よりもさっきも言った競争の促進を入れてほしい。このようにして医療費抑制と個人負担という両方の手段をとることが現実的な解決法です。一概に抑制に賛成ということではないです。

川淵 経済財政諮問会議は42兆円なら持続可能、それ以上では持続不可能という話があります。国民所得の7.8%が42兆円です。その考え方に対しては、どうですか。

石井 日本の総医療費はむしろ少ないのであって、破綻するとは思いません。42兆円を超えても破綻しない、持続可能と思います。

世界的に、国民1人当たりのGDPと1人当たりの医療費を比べれば、ほぼ同じカーブを描いています。先進国だけでなくOECD加盟国で見てもほぼ一線上にあって、日本はむしろ平均より少し低いくらいです。アメリカ以外の先進国はほとんど公的制度のなかでやっているわけです。確かに日本で問題なのは保険財政の持続性だけです。でも、それは基本的にそれだけ税金を取らないからそうなっただけの話で、他の国のようにやっていけば問題ないし、国家財政の失敗に過ぎません。

皆保険の水準をどこに置くか ……………

川淵 日本の医療費水準は対GDP比では主要先進7カ国中で最低です。それで42兆円は駄目と言っておきながら、厚労省は48兆円で手を打ったわけです。持続不可能な水準を6兆円も超える線で手を打ったわけです。伺いたいの、財政規律とよくいわれますけど、これはどう考えたらいいんでしょう。

竹崎 例えば、病院経営でも企業経営でも貸借対照表があります。資産と借金の問題です。今、必ず出てくるのは借金の問題、これを日本のトータルの国力や財政力を見たらうで借

金と財産の関係をどう見るのかというのが一つ。現実には1人当たり借金が648万円と言われると、国民も大変だと思わされてしまう。

でもそれだけではなく、企業の総資産も含めて考えないと正しくない。国民の貯蓄率とその資金でものを言われるのですが、企業の総力量を勘案していない。そのへん偏った議論ではないかと思えて仕方ないのです。

川淵 これにはいろいろな議論があるのですが、武田さん、財政規律という名目で厚労省は線を引くんですか。

武田 伸び率管理の考え方もありますが、GDP比一定という考え方ではこれからの日本の医療はもたないというのが、厚労省が05年に発表したものです。42兆円か48兆円かはともかく、医療費は伸びざるを得ない、それをいかに抑制するか、抑制してもやっぱり伸びざるを得ない、というところが最終的な合意点になったわけです。今の医療費水準が将来的に対GDP比で増えていくということは厚労省のスタンスだし、それである程度の線でご納得いただいたものです。

川淵 すると厚労省は、決して日本の医療費は高いと思っていないのですね。

武田 平成11年の厚生白書で、日本の医療費は安いともいえるし高いともいえると書いています(笑)。

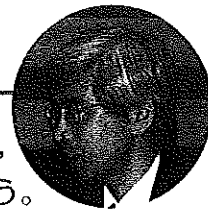
川淵 何でこんなことを聞くかというと、さっきも出ましたが、重粒子とか、画期的新薬など医療の技術進歩に合わせて、医療費は増えるべくして増える。問題はこれを誰がどう負担するか。興味深いことに民間の医療保険^(*)が売られています。死亡時のリスクを保障する生命保険は売れないのですが、ガン特約だとか医療特約といういわゆる第三分野が売れているそうです。長生きして経済的な負担が増加するリスクへの関心が高まっている。鈴木さんが国民皆保険制度は堅持されているというのは、何をもって皆保険堅持というのか。

鈴木 私も逆にそれを聞きたいんです(笑)。

川淵 例えば、自己負担率は3割まででしょうか。韓国のように5割になったら、これは国民皆保険というのでしょうか。強制保険です

*7 民間医療保険の現状

公的医療保険における患者負担割合の増加とともに、病気で入院したときには自分で備える目的で、国民の民間医療保険に対する注目が高まっている。代表的なものに「がん保険」、「入院保険」がある。02年には契約件数5977万件、支払い金額8160億円の市場規模となった。



株式会社の形態が医療に相応しい形態かという点、

そうではないと思う。

から、国民が保険料を払う以上はちゃんと診てくれるという安心感が必要です。でも、これも保険がききません、あれもききませんと言われたら、ちょっと待てとなります。

石井 患者負担は3割が限度でしょう。みなさんの感覚からいって。世界的に見ても3割を超えたら保険とは思わなくなります。

川淵 それを超えると年金保険料のようにみな滞納していく。

皆保険を支える側の意識 ……………

竹崎 武田さんに教えてもらいたいのですが、いま国保の滞納率が20%近くで約500万人が滞納していて、短期受給者と資格証明^(*)が140万人ぐらいいます。で、日本には無保険者が具体的に何人いるのかを国は把握しているのですか。

武田 厚生労働省の公式見解では、日本には無保険者は1人もいないことになっています(笑)。

竹崎 公式見解はわかりますが、現実には、もうこんな状況で保険も払わない、年金も払わない若い人がたくさんいます。その人たちが今後ますます自己負担なり保険料が上がる時代になると、もう横を向いてしまう社会になってしまう。そうすると日本も国民皆保険と言

えない時代になってしまいます。

きちんと論議をするためにも、隠れているそのへんの実態がわからないといけない。

武田 国保を払わない人には2種類います。若年層のパート・アルバイトの方で、払えるのに払わない、国民年金でも最大の問題となる人たち。それから本当に払えない人。保険料負担を上げていくと、本当に払えない人というのはどうしても出てきてしまいますが、やはり現在相当限界まできている感じですね。

石井さんが言われたように、マクロで見ると日本の負担は低い。でもミクロで見ると保険料はもう限界という声が出てくるのはなぜか。日本と同じように社会保険制度を採っているすべての国は必ずその問題に打ち当たって、それを消費税で解決してきたわけです。だから消費税を上げないで社会保険料でというのは限界があり、保険料を払わない人がどんどん増えてしまう心配がある。

川淵 そうするとまた医療費総額規制のような話が出てきやしないかと思うのですが、どうですか、今回のこの手打ちで終わりですか。

武田 厚生労働省の言った医療費適正化^(**)効果、それから今回の法律の枠組みが本当にうまく動くのかということが問われるわけです。それがうまくいかないと、やはり強制的なコントロールの仕組みを入れなければいけないという議論が出てきてしまうでしょう。

川淵 例えば何年ぐらいたしたら、適正化効果が出てくるのでしょうか。

武田 厚生労働省が今回出した法律で言えば、平成20年度から新制度がスタートして5年間で、中間評価が3年間くらいです。そういうタイムスパンですが皆さんがそこまで待ってくれるかどうか。

川淵 今回の医療費適正化プログラムでは、在院日数を短くして6兆円、疾病予防で2兆円となっていますが、実際には医療現場の感覚で実現可能性はいかがですか。

竹崎 金額に結びつけるのが問題です。予防という概念を入れたのは、今までと違った大き

*8 「短期被保険者証」と「被保険者資格証明書」

「短期被保険者証」は、保険料滞納者に交付される有効期間の短い保険証(原則3カ月)。国保の給付を受けることはできるが、更新ごとに、保険料納付を求められる。

「被保険者資格証明書」は、長期滞納者に交付される保険証の効力がなく被保険者の資格を証明するだけの証。医療機関を受診した場合、いったん全額自己負担となり、後日、医療費領収証と保険料をもって国保窓口申請すれば、保険給付分の払い戻しが受けられる。

*9 医療費適正化政策

2005年10月、厚労省は2025年に56兆円と見込まれる医療費を49兆円に抑制するとした。そのために、2015年度までに、生活習慣病有病者とその予備軍の25%減少、平均在院日数は全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小、などの目標を設定。



診療ガイドラインに照らしてDPCデータを分析すると
怪しい病院もある。

な流れで、その意味で評価したいと思います。
金に換算して何年後にいくら減るというのは、机上の空論だと思います。

3. 保険者機能の強化

保険者のレセプト直接審査は有効か ……………

竹崎 医療費適正化を担保するために、保険者に責任をもたせようとしている。保険者に担保させて、最終的にうまくいかなければペナルティを課す制度にする。何のためにそういう制度を作るのか、最終的には医療費削減のためだけということになってしまう。

川淵 産業界は、国際競争力などを考えると保険料の引上げは困る。何とか節約してくれと言っています。その一方で、今回の改革案では保険者に健診を義務づけたわけですが、この点はいかがですか。

鈴木 保険者機能の強化というのは、一つの重要なテーマです。

保険者が本来もっている権能は、審査と支払いです。それが健康保険法ができてすぐ、支払基金が審査と支払いの権能を奪ってしまっ、何十年と過ぎてきた^(※10)。だから、保険者の本来機能を復活させて、これからは最もいい保険運営、組合運営をした人たちがいわゆる経営のマネジャーとして、簡単に言えばその会社で出世できるような、そういう環境を作っていくことが重要です。保険料は企業としても大変な金額ですから。それを審査もうまく、予防もうまく考えてくれる、そういうサービスをしていく保険者が理想像です。

そういう保険者を夢見たのですが、厚労省

も悪い。何が悪いかといえば、直接審査・支払いは医師の同意が必要という通達を出した。IT化したらそんな同意は要らない。直接審査・支払いをしますとプロバイダに届けておけば、レセプトは保険者の元にそのまま行くということで、レセプトのオンライン化を提言したのです。これは何年かで実現します。

川淵 直接審査の法的な道は開けましたが。

鈴木 レセプトが紙である時期にも、私のところは直接審査しますと言ったら医師は断る権利はない。だって、審査・支払いの権能は保険者にあるから。こういう意味に理解していたら、なんと実際の運用では医師が同意を拒否権として使ってしまった、ほとんど直接審査が起こってこなかった。去年、現実にトヨタなどではシステムまで組んだのですが、最後の医師のOKが取れないから駄目でしたという話になる。そこを改めていかなければいけない。

そこで今度は保険者が成果を出してくることが大事です。互いが競うためにも環境整備が必要で、その入口はレセプトのオンライン化の貫徹です。そのシステムあたりをスタートラインとして、いま言ったような世界が開けると感じがします。

医療は標準化になじまない ……………

川淵 2010年に最終ゴールとして今回の関連法案にレセプトの電算化^(※11)を入れたわけです。これはうまくいくでしょうか。

石井 電算化とか、例えばDPCだとか、医療の標準化とかクリニカルパス、こういうのは全部賛成です。同時に、保険者機能の強化は、はっきり言って幻想だと思っています。

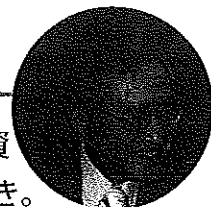
医療とは、標準的な医療に対してそこにど

※10 支払基金における審査・支払い

社会保険診療報酬支払基金は、2003年10月に民間法人化され、これまで支払基金が独占していた業務を直接保険者が行ったり、民間事業者に委託することも可能となった。また、国保と社保のレセプトを国保連合会、支払基金のどちらにでも委託できることとなった。

※11 政府の医療IT戦略

01年にスタートしたe-Japan戦略は、レセプトのオンライン化を2011年3月までに完全実施する目標を定めている。また、電子カルテなどの総合医療情報システムを、400床以上の病院は08年度まで、200床以上400床未満の病院は10年度までに導入するとしている。



1人当たり借金648万円という大変だが、企業総資

産も含めて考えるべき。

のような患者の差異があるかを考えることで
す。ガイドライン通りにやれば医療ができる
なんてそんな簡単なことではない。

川淵 医療に標準化は馴染まない。

石井 標準通りにやれば治療ができるのではなくて、この人は標準とどう違っているかという
ことを診るのが医者役割です。標準的な
医療ですべてできるなら医者は必要ない。治
り方がいい人もいれば悪い人もいる。個々の
人を診てどうするかを考えることが医者の
役割です。それは、保険者が見ても駄目です。

スタンダードとして全体の平均値を見てい
くのならいいですが、保険者が症状で患者を
振り分けるというアメリカのゲートキーパー
は、個別をそれに当てはめることをやった。
それで全面的に破綻したわけです。保険者機
能は医療そのものには組み込めない、一つの
平均値を見ていくことはできません。

武田 私も政府管掌の立場にいた当時経験があ
ります。全国53のレセプト点検センターでレ
セプト審査をやっていますが、紙でやってい
るわけです。3億枚の紙（笑）です。そこで
実際に患者が病院に行って医療を受けたもの
を後から削るのには限界がある。見れば見る
ほどそう思いました。マイクロマネジメントは
うまくいかないと実感しました。

ただ、電子データでいろいろな規制がなく
なり、支払基金は今や紙が1枚もなくとも
DVDで送る時代になっています。それで、政
府管掌は真っ先にこれを取り上げて06年8月
から、支払基金から全部DVDだけでもらい、
ゆくゆく紙は全部廃棄してしまいます。それ
で全レセプトに病名データが入ってくると、
統計処理が圧倒的にできるようになります。

そうするとマイクロ審査の問題ではなく、石
井さんがおっしゃったように平均的に見て明
らかにおかしいものというのは段々わかるよ
うになってきます。

石井 医療の透明化という意味では、DPCのデ
ータが今はインターネットで公表されていま
すが、あれを見ただけでも、病院の医療内容
が推定されます。

次の医療法改正で診療記録に絡んで病院か

らの何十項目のデータを全部出すことになる。
そうすると、全部透明化され、それで十
分にできる。保険者機能と言って中途半端な
ことをやっても実際の効果はない。

川淵 診療ガイドラインと照らし合わせてDPC
データを分析すると非常に怪しい病院もある。
ただ、そうした病院は一部です。日本の
医師は自主規制をもっていて、たいしたもの
という思いもある。

竹崎 DPCは今のところまだまだ大病院中心で
す。自主規制にしてもコントロールにしても
比較的やりやすい構造です。日本の医療は、
開業医も含めて小さな医療機関もいっぱいあ
る。そこまで含めた自主規制とコントロール
ができるシステムをどう考えるかを同時にや
らないといけない。

レセプト電子化は診療所閉鎖につながるか …

竹崎 そういう意味でレセプトオンライン化の
問題もそうです。レセプト電子化はもう避け
られない問題とは思いますが、そのときにオン
ライン化していなければ支払いません、とい
う制度を導入するのは大きな問題がある。韓
国の例で言えば、大半の医療機関がレセプト
をオンライン化しているけれども、紙媒体に
よる請求もまた認めている。

武田 だから、紙で出して第三者が電子化して
くればよい。

竹崎 制度としては、最後にはそういう論議に
なるかもしれませんが、それは別です。今、
例えば地域のなかで小さな商店やお風呂屋さ
んなどがどんどん潰れている。その構造を医
療界で作ろうとしている。

武田 そんなことない。開業医は別だ。

竹崎 その認識も違ってきていると思います。
レセプトのオンライン化、IT化は基本的に
賛成ですが、全員義務化は、例えば高齢の医
者はついていけない。鈴木さんに言わせると
切磋琢磨して落ちる奴は落ちろと（笑）……。

鈴木 そこまでは言っていないです（笑）。

竹崎 ただ、お年寄りの先生も含めて地域で本



DPC自体も少しずつ洗練されてきたが、
目標はDRG/PPS。

当に家庭医として頑張っているような方たちのうち、我々の統計調査では、約1割の方から、2011年になったら俺はもう辞めるっていう声が出ています。というのは、設備投資もしなければいけないし、勉強もしなきゃいけない、それだったら俺はもう辞める、これは意図しなくてもそういうことになる。

川淵 10%の方たちがもしこれを契機に辞めま
すと言ったとき、厚労省は、はいそうですね
と言うのですか。

武田 仕方がないから電子カルテ作成代行機関
のようなものを作るでしょう。

竹崎 おそらくそういう論議になりますよね。

鈴木 10%というのはちょっと言い過ぎじゃな
いかな（笑）。

竹崎 現実に統計をとるとそういうことになり
ます。ただ、これは今の現状だから、それは
みなさん一生懸命努力しますよ。今の数字が
そのまま抜けるとは思わないけれど、現状は
認識してスタートしてほしいと思います。

鈴木 例えば1カ月の請求枚数がきわめて少な
い場合に紙を認める例外措置はありますが、
やはりそういうことをサポートするような職
業ができて、そこに頼んでもらうということ
も一つの方法でしょうね。電子化以外は、ま
ず受け付けないという原則にしないと、これ
はもう我々の長年の主張として通したんです。

石井 私は対応できていると思っています。私の
ところは電子カルテにして全部医者が打ち
込みます、パート医にも全部やらせていま
す。医事課的な業務は紙レセプトを誰かが
代行入力すればいいわけです。あれは我々
がやるのと比べたらスピードが全然違いま
すから。

4. 後期高齢者医療制度

高齢者医療を別建てにする理由があるか ……

川淵 75歳以上の後期高齢者医療制度に伴う後
期高齢者の診療報酬の在り方について議論が
あります^(※12)。これは包括制になるのですか。

石井 高齢者医療を区別する必要はないと思
い、前からずっとそう主張してきました。

急性期の医療と慢性期の医療について、入
院に関してはこの2つがはっきりと扱いが変
わってきました。今、問題にすべきは、外来
についても検討しなければならないというこ
とです。これは別に高齢者に限った問題では
ありません。あまり高齢者の部分を強調する
と変なことになる。

そうではなく慢性期の医療はむしろ健康管
理の側面が強いわけですから、健康管理がき
ちんとできることに対する評価を基本に考え
なければいけない。包括か出来高かというの
は結果の問題で、その状態では医療に対して
どういう報酬制度が最も適合性があるかとい
う形で問題にしていきたい。例えば、高
血圧の管理をするのに毎日来させるほうが高
いというのは確におかしいわけで、あまり
患者さんに来てもらわないで適正に管理でき
るほうがいいに決まっているわけです。

川淵 ただもう、75歳以上の点数をどうするか
という新しい特別部会ができたはずではない
ですか。

石井 きっかけとして検討するのは結構ですが、
例えば糖尿病のコントロールで言えば、年寄
りも若い人も単純な出来高払制が正しいかど
うかというのはまた別の問題です。今までも、
慢性疾患について外来総合診療料などを作っ
た時代もありました。いろいろな指導管理料
もそのあたり少し整合的にやるべきです。

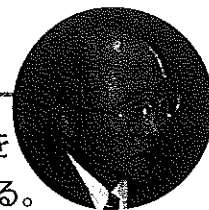
川淵 竹崎さんはどう思いますか。

竹崎 原則出来高払い、我々は現実に今そこに
いる。ただし、将来に渡ってこれが絶対に曲
げられないと言っているわけではない。

確かに、これほど包括化の問題が出てきて
おり、外来診療でも包括化が出てくるとは思

*12 後期高齢者の診療報酬審議

08年4月より独立した医療制度が創設される75歳
以上の後期高齢者について、独自の診療報酬体系
を審議するため、06年9月、厚労省に「後期高齢者
医療の在り方に関する特別部会」が設置された。
同部会は、後期高齢者の心身の特性などを勘案し
07年3月をめどに基本的な考え方をまとめる予定。



高齢者医療を区別する必要はない。あまりそこを

強調すると変なことになる。

います。問題は現物給付という医療のスタイル、保険制度、診療報酬体系からスタートした現状を急激に切り換えるのはまずい。患者さんも国民もそれに慣れているわけです。そこも考えながら議論を進めてもらいたい。診療報酬体系そのものも様々に政策誘導的に歪められたものになっています。

はじめから包括化ありきでない議論を ………

川淵 武田さんが保険局医療課にはおられたのは、16年改定でしたか。プラスマイナスゼロの小泉裁断改定のときですね。

武田 いえいえ、中医協の裁断改定です（笑）。

出来高か包括かという議論で、我々としては出来高払いの弊害がずいぶん出てきているので、それを包括にもっていくほうが医療のためという基本的な問題意識はもっています。

川淵 出来高払いより包括払いのほうがよいですか。

武田 包括化の恐さというのは、きちんとコストに見合った包括を設定しないとうまくいかないということです。コストに見合った包括化をすれば出来高と包括化のいいところを取り込める。これが入院については、急性期では病名、慢性期では患者の状態像というところまで来ている。

ところが、外来ではどういう像を設定すればいいか技術的なむずかしさがあります。医療区分の話もそうですが、うまくいかない、今までの療養病棟では手のかかる患者をなるべく入院させない、今度の点数だと手のかからない患者を追い出さないと病院が潰れる（笑）、となる。きちんとコスト調査をして区分をしっかりと決めてやるべきだと思っています。

後期高齢者医療として、できれば頑張った人が報われる、そうでない人は報われないという仕組みにしないと不公平だと思う。結果的に重症にならずに済んだ患者を受け持っていた主治医が、今の出来高では報われない。逆に薬を5種類10種類出したほうが報われる制度はやはり変えないといけない。

単純に包括化の是非という哲学論争になってしまうので、もっと具体的に議論したほ

うがいい。私は石井さんとは違って高齢者は区分して（笑）、というのは報酬体系全部をいっぺんに変えると大変なことになりますから、高齢者にターゲットを絞ってあるべき姿を議論したほうがいいと思います。

竹崎 今の論でいきますと、フリーアクセスそのものができない制度にしないとそれがむずかしい。例えば、患者さんを1人の決まった主治医のところずっとコントロールしていかなければ駄目。患者さんが自由に選べるかたちでは、今言われたことはできないですね。

武田 おっしゃるとおりです。

川淵 すると、イギリスのGP（ゼネラル・プラクティス＝一般開業医）みたいなかたちで何かフリーアクセスに制限をかけるのですか。

石井 あまり現実離れした議論をしても意味ない（笑）。診療報酬体系に関して老人からやるというのは、きっかけとして議論するのはいいですが、やはり老人と若人の診療報酬体系が全然違うということ、実際上は変な構造が作られてしまう可能性があります。

川淵 老人というのは75歳以上のお年寄りですね。そこで線を引いた。

石井 だから、その点が私は非常に危険だと思うのです。昔は90歳になったら手術などしなかった。でも、今はちゃんとできる。実際に調査してみても、90歳以上の人だけに金がかかっているわけでもない。そういう人たちのほうが元々弱いから、病気になれば死ぬまでの治療期間は短いわけです。

75歳以上の人だけ別にして医療費の問題を考える必要はない。例えば人口が全体的に高齢化したって全体の医療費はそれほど変わらない、生涯医療費に関して言えば。お金がかかるのが上にずれるだけの話です。平均寿命が延びれば健康寿命も延びますから。

DPCかDRG/PPSか……………

武田 医療費だけの問題でもないのです。今の医療供給体制を画期的に増やせない、むしろ病院を集約化していかなければならないなか

で、1年間に100万人死んでいるのが170万人の時代になったときに、今の医療供給体制で大丈夫だろうか。やはり、主治医にまず相談して判断してもらうべきで、いきなり救急車を呼んで救命センターに行くようなことのないような体制作りが必要です。

石井 今の主治医がそんなことできるわけなし、救急で助かるかどうかを判断できるようなGPもいない。救急に来てから診てみないと判断できないです。

川淵 ターミナルケアを医療費抑制の一つのターゲットにしている人もいます。ここで医療費を多く使うから増えるという話ですが。

石井 ターミナルかどうかはわからないし、死んで退院する人と生きて退院する人の医療費は変わらないので、その論はナンセンスです。

鈴木 我々のスタンスは、いまのDPCがなるべく早くDRG/PPS^(*)に到達してほしいということです。厚労省もそれで行きますと言っています。言っていますが、いつだということがなかなか決定しない。DPCという制度自体も少しずつ洗練されてきましたからそれなりの意味はありますが、目標はDRG/PPSです。

理想像として、病気についてはカルテにすべての情報が集中しており、カルテからレセプトができるというシステムがある。カルテ情報は、個人情報問題は別として、地域で共有できるシステムを作る。そのなかから標準的な医療というものを作り、標準的な医療ができれば、それに対し標準的な点数がつけられる。そのシステムが実現すれば、最後にはDRG/PPSで標準的なお金を払っていく。そんなイメージです。

川淵 包括支払い方式では、常にいわゆる粗診粗療の問題が指摘されますが。

鈴木 それは防ぐ方法があります。どういう内

容の医療行為を行ったかをディスクローズさせればいいのです。包括では同じ報酬で何も治療せず患者を放っておくケースが出ると言いますが、それはディスクローズの問題です。

100人入院して100人死んでも、それが事実なら事実としてそのまま出せばいい、それによって病院の評価が変わるわけじゃないと、私は言っているのですが。そこまで医療の情報開示を進める。そこで粗診粗療が明らかになれば、そんな金儲けだけ考える人たちをつまみ出すシステムを作ればいい。

石井 経営者の立場から言うと、DRG/PPSとDPCはそんなに違いはない。実体的に今の出来高払いからの移行の問題で、DPCのほうが現実に即しているだけです。日本の場合は疾患別の原価データがないですから。

日本の出来高払いは、今まで改定を重ねるなかで延々と個別の原価を作ってきただけです。ですから日本では、これに準拠するかたちで方式を決めたほうが、移行が楽だったということがまずある。

現実にあれだけのボリュームのデータを適用して、たいしたものと思ったのは、やる前にうちの病院でDPCでいくらになるかシミュレーションをして、出来高と比較したら、いろいろな疾患を合わせるとほとんど差がなかった。

川淵 調整係数があるからじゃないですか。

石井 調整係数なしの1でやってみたんです。

川淵 そういう意味では石井さんの病院は日本の標準（笑）……。

石井 いや、そんなことはない。やってみるとほとんどぴったりなのです。さすがに膨大なデータでやると、全体としてはこんなものかと思ってびっくりしたわけです。

5. 医療・介護の機能分化

急性期病院の位置づけをどう考えるか ………

川淵 DPCの話に関連して、急性期病院と後方病院の機能分化の話題に移ります。急性期病院は定義可能でしょうか。DPC算定病院イコール急性期病院と言えるでしょうか。

*13 DPCとDRG/PPS

03年4月から導入された1日当たりの定額払い方式であるDPCは、現在、DPC対象病院360病院、DPC準備病院371病院まで普及した。1日当たりでは完全な包括化でないとして、厚労省では、1入院当たりの定額払方式のDRG/PPSへの移行を画策している。

石井 急性期をやっている病院は徐々にDPCに移行すると思います。急性期を定義づけてもしょうがない。諸外国を見ても病院といえば急性期であり、それ以外は一括してナーシングホームです。そのほうがすっきりする。問題は、介護施設でも医療は必要だし、介護が医療かではないということです。

川淵 療養38万床を15万床に減床するという点はいかがですか。

石井 その議論もナンセンスです。政策的に潰したりできないのですから。それは自ずとそうになっていくものです。ただ、日本では介護施設での医療提供システムが確立されていない。そこが問題で、すべての要介護者が必要な医療を受けられるシステムができればいい。何床必要かという数字はそこから出てくるものです。

川淵 武田さんは医政局で今回の医療法改正のたたき台を作ったと思うのですが。

武田 急性期病院かそうでない病院かというのは、医療法では区別できないので、やはり診療報酬とか医療提供体制とかセットで考えなければいけないと思います。急性期病院がどういう病院かを議論する際に、いわゆる亜急性期病院のジャンルの議論がまだ十分にできてないと思います。まず亜急性期病院の位置づけを決めるべきだと思います。亜急性期病院には、在宅とかターミナルについて、急性増悪の場合のバックアップも含めて機能を発揮してほしい。

川淵 すると急性期病院以外はナーシングホームという分け方は日本の場合には当てはまらない……。

石井 いや現状は当てはまる。例えば今度の療養病床の医療とADLのマトリックスもケースミックスで分類していこうということです。これは本質的にはDRGと同じです。病態や疾病によって分けて、それぞれに報酬を払うものですから。

だから、今までは療養病床はむしろナーシングホームとして作ってきたのだけど、今回の診療報酬改定ではっきりと病院になったと思っています。その場合の病院の位置づけと

して、今回の療養病床の疾患規定からいうと急性期まで含んでいる。機能が急性期か亜急性期ではなくて、具体的に地域でどういう役割を果たすかという問題として現実的に再編成されていくと思います。

政策誘導による療養病床削減 ……………

竹崎 今回の療養病床に対する考え方というのは、考え方としては大変理解できます。問題は、あまりにも政策誘導が強くと、医療必要度1の点数をものすごく低くした。もう15万床ありきのための診療報酬という感じになってしまった。慢性期の患者さんを将来の日本の医療のイメージのなかにきちんと位置づけたうえで、分類の仕方、疾病のあり方も含めて、医療分類を決めるべきです。そうでないと政策誘導だけのための点数になってしまう。

改定後4カ月で1万床くらい療養病床が減っています^(※14)。これだけ政策誘導されてしまうと急速にやめていくことになる。

武田 いつもの議論になってしまいますが、医療の場というより生活の場みたいなものであれば、やはりそれに相応しい施設でなければいけないと思います。病院という形態にこだわる必要はない。病院だから存続させなければいけないという理由はありません。ただ、ニーズがあるのは事実なので、それをどう受け止めるか、患者さんがいてそれにどう対応するかについては、きちんと受け止めなければいけないことです。

※14 一般病床数と療養病床数

一般病床と療養病床の推移をみると、下表のように改定後6カ月で一般病床は約5000床増、療養病床は約8500床減となっている（各月末現在）。

	一般病床	療養病床 (病院+診療所)
4月	905,739	381,262
5月	906,994	380,270
6月	906,888	379,956
7月	908,789	376,462
8月	909,892	374,620
9月	910,542	372,803

川淵 医療区分1についても、後出しでコスト調査結果が出てきて、保険者の代表すらこれはひどすぎると言っていますね。

石井 どこまで下げるかについては、老健と平準化していく方向ですと言うから、それは病態像がそうならやむを得ないということで、中医協の議論はその点で曖昧なところがあった。きちんと出してくれると思っていたのですが、データが出てこない。老健とのコスト比較データは出せるのかと聞いたら、それは中医協の範疇ではないと言うのです。

ただ歴史的にみると、元々介護保険を作るときに本来はそこで社会的入院解消という話になっていたのが、何となく医療療養病床に残っているということがあるので、流れとしてはやむを得なかった面もある。本当は介護保険の導入時にわかっていた話だとは思っています。

在宅での看取りは増えるのか

川淵 在宅医療ですが、今回のマイナス改定のなかで在宅だけ高い点数がついた。例えば、在宅看取りに1万点とか。

竹崎 私も現実には在宅の患者さんを診ていますが、4月以降、3人ほど看取りました。しかし、看取りの1万点は、患者さんや家族にとってあまりにも大きい。確かに医師も一生懸命やっているので遺族はクレームをつけたりはしませんが、これも在宅での看取りに対する誘導が強過ぎると感じます。

ただ、診療報酬の議論とは別に、患者さんや国民の思いが病院で死ぬことに対して段々と反省期になっているのは間違いない。自宅で家族に看取られながら死にたいと思っている人が増えているのは事実です^(※15)。これは死生観も含めた国民の意識の変化もありますし、病院がますます入院しにくくなっていることもあります。

最近、救急車でお願いすると、新たに発見されたガンはどこでも受けてくれます。ところが再発例では大病院、特に大学病院では駄目です。患者さんからみれば、今までは急変時に救急車を呼んで病院に行けましたが、段々その受け皿がなくなってきた。それも含めて在宅が増えてくることは間違いない。

川淵 病院死は減ってきていますか。

石井 むしろ増えると思っています。うちでも在宅でずいぶん看取りをやっていますが、川崎市の居住状況からいうと在宅死はむしろ減っています。

竹崎 石井さんの病院のように、末期の患者さんや救急を積極的に受け入れる病院がある地域は増えるわけです。私は在宅で亡くなる方はいずれ増えると思います。ただ、東京は特にそうですが、居住環境を含めてなかなかきびしい都市部では、また違った要素があるかもしれませんね。

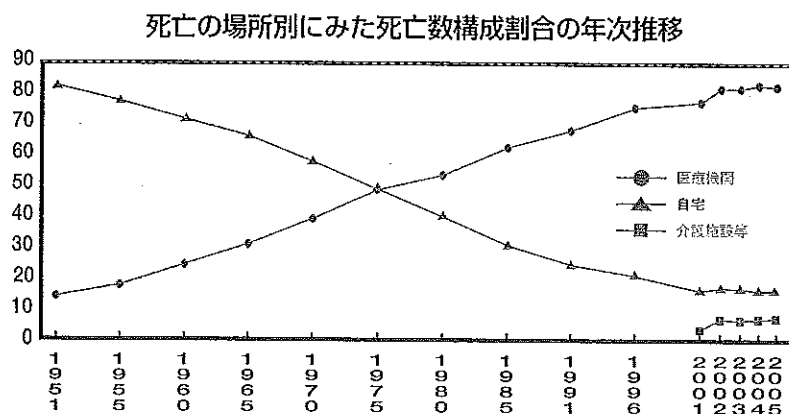
6. 株式会社の医業経営参入

株式会社でやりたい人がいる

川淵 最後に株式会社参入の話をしたのですが、鈴木さんは依然として株式会社の医業経営参入を求めるお立場ですね。

鈴木 医療法人をすべて株式会社にするわけではなく、現実には株式会社という形態で病院経営をしたいという人がいます。それを認めることがなぜ悪

※15 在宅死と病院死の比率



いのか、これに尽きます。

川淵 こんなに儲からないのに株式会社でやりたいと言う人がいますか。

鈴木 います。現に私のところに相談してくる人もいます。儲かるかどうかは、経営のやり方次第です。

我々がイメージしている株式会社は、ある程度の規模、イメージは株式上場規模です。経営内容をオープンにすることが必須で、上場企業と同等のディスクロージャーができる会社ならば認めていい。

株式会社になると利潤を私的に使うと言われますが、株式会社もその規模になったらそんなことできません。利益のなかから税金や配当を払って、残ったものから役員は報酬をもらい、さらに残ったものを将来の投資のために積み立てているんです。

川淵 今の医療法改正で、社会医療法人の制度ができましたが、その形態はいかがですか。

鈴木 あれは株式会社に対して厚労省が反発して作っただけのものです。もっと株式会社の問題を虚心坦懐に考えるべきです。一番言いたいのは、株式会社参入がそんなに悪いものではないとわかってくれたときに、医療人が本当の近代化に目覚めるとき、宗教の改宗みたいなものです（笑）。

株式会社は医療にふさわしい形態か ……………

武田 株式会社参入論に対していつも同じ反論になってしまうのですが、株式会社の形態が医療に相応しい形態かという点、そうではないと思っています。

投げかけられている問題はポイントを突いているのです。マネジメントの問題や競争がないということはおっしゃるとおりです。ただ、今の医療法人制度でも、株式会社の心配な部分を抑えつつ株式会社並みに民間式の経

営を導入できる仕組みになっていると思うのです。マネジメントの問題は、現に優秀な人がいる病院は経営的によくなります。

民間経営の特徴はニーズがあるところには素早く対応する、しかしニーズがない採算がとれないところからは素早く手を引くというのが核心部分です。その意味で、医療の根幹部分に関して株式会社参入の完全解禁には心配があるということです。

鈴木 それは普通の医療法人でも同じです。だから、法人の形態で議論する問題ではない。

石井 これは神学論争だと思っています。組織形態論として株式会社がなぜ有利なのかということが全然わからない。オープンにしたって意味ない。マネジメントや資金調達なんて今でもできる。抱えている問題は医療法人だって同じです。株式会社だってディスクロージャーしないところはいっぱいある。

鈴木 ある人が株式会社の形態でやりたいと言ったときにそれを断る理由がどこにあるのでしょうか。大きなお世話です。

川淵 この議論はどちらが先にカードを切るかがポイントです。株式会社形態を保険診療も含めて、特区^(※16)でやらせてみるのはどうですか。

石井 競争は今でもあるし、少なくとも今の病床規制のなかでそれを前提にすると、新たな参入はあり得ないわけです。あり得るのは、今の医療法人が組織変更するだけです。

鈴木 だから私はどうしても株式会社にしなければいけないと言っているのではなく、選択肢をもたせろと言っているだけです。

武田 やりたい人にはやらせるとしたときに、株式会社のほうが医療法人よりやりやすいですよ。そうすると、非上場の中小企業の病院が続々とできる。それでは医療はよくなりません。そうはならないと言われても、現実としてそうなる心配があるのです。

川淵 いずれにしてもディベートは大事です。立場は違いますが、もう少しエビデンスカードを出し合って、何が不都合で、何がいいのかまで踏み込んで話し合う必要があると思います。本日はありがとうございました。 

※16 神奈川県立医療機関

神奈川県が申請した「かながわバイオ医療産業特区」では、06年7月、株式会社バイオマスターが開設する高度美容医療を行う医療機関として「セルポートクリニック横浜」が許可された。構造改革特区法に基づく、全国初の株式会社立診療所。