



幸田 厚生事務次官の講演と当局側の見解

—初の医療動向国際シンポジウムから—

第一回医療動向国際シンポジウム (International Symposium on Health Care Direction) が「高齢化社会の医療と民間企業の役割—その各論的戦略を探る—」をテーマに十一月十、十一の両日、東京・西新宿の東京医科大学病院で開かれた。主催は(財)国際厚生事業団とヘルスケアパースペクティブで後援は厚生省、アメリカ大使館、日病。氾濫するアメリカからの医療情報を前に、わが国が二十一世紀の超高齢社会に向けて何を学びどう対応していくかを医療政策と企業の役割の面から考えていこうとするのがこのシンポジウムのねらい。

日米両国から最新の医療情報と今後の動向について報告があり、「日米両国とも医療の現状と今後の方向について、増加する情報を整理し、お互いに理解を深めることが不可欠」(西村周三京大教授)であることを確認し合った。二日間にわたる報告のテーマと報告者は下記のとおりだが、本誌では幸田正孝厚生事務次官の開会特別講演「国民医療総合対策本部と今後の医療制度」、二日目に行われた代表質問会の模様を再録してみた。

幸田事務次官の講演

皆保険後、第三の転換期 「中間報告」と厚生省の課題

(一)二十一世紀の超高齢社会に向けて、日本はさまざまな医療問題を抱えている。その問題を提起し、解決策につ

六十五歳以上の老年人口割合はアメリカは現在一二％であるのに対し日本は一〇％だが、二〇〇〇年にはアメリカ一二％と横ばい状態であるのに対し日本は一六％と大幅な増加が予測される。一九九〇年には高齢化の度合いがアメリカを追い抜くであろう。

第二に、長寿社会の中で老人医療の意味をどう考えていくかという点である。「人生八十年時代」といわれるが、高齢者の中でも「オールド・オールド」と呼ばれる七十五歳以上の人口割合が急速に増加している。昭和六十年に五百万人弱であったものが、今世紀末には八百四十万人になり、その増加率は八〇％近い。オールド・オールドの増加は、痴呆や寝たきり老人の増加という問題につながる。

(一)以上の二点からみても、日本の医療問題は第三の転換期を迎えているといえる。すなわち、昭和三十六年には国民皆保険が達成され、四十八年には老

△一日目▽

▽幸田次官の講演▽ジョセフ・カリファノ(元米国厚生省長官)「高齢化社会に向かって今後の医療と医療財政はいかにあるべきか」▽サムエル・シアー・M・D(国立科学アカデミー医学研究所長)「変革期における医療の公私の役割分担」▽田中滋(慶大大学院ビジネス・スクール助教)「日米医療システムの構造比較」▽パネルディスカッション「高齢化社会に向けて激変する医療」

△二日目▽

▽アラン・エントローベン(スタンフォード大学院ビジネス・スクール教授)「米国における競争原理にもとづく新しい医療供給システム—HMO・PPO・CMP」▽ロナルド・マーストン(HCA国際事業部社長)「医療抑制期の民間セクターのイニシアティブ」▽紀伊国献三(筑波大社会医学系教授)「日本の病院医療の特長と今後の展開」▽代表質問会▽西村周三「医療・消費者は何を選択することを望んでいるか—介入と選択の自由・個人の自立と家族、老人の健康に関する諸要因」。

いて考えてみたい。

(一)第一に、高齢者と若年者の人数格差による医療費増大の問題である。現時点での高齢者人口は約千二百万人だが、二〇〇〇年には二千万人に増加すると推測される。これは、年金など保険料を負担する働き手六人につき高齢者一人の割合が、働き手四人に一人の割合になることを意味する。一方、

人医療無料化や給付率引き上げ、高額療養費制度が実施されて「福祉元年」といわれるなど、三十年から四十年代は第一期で拡張期といえる。その後の昭和五十年代は第二期で調整期と考えられ、五十八年には老人保健法が施行されて一部負担が導入された。そして現在、医療問題は第三の転換期を迎えており、それは同時に改革期であり調整期でもある。

(一)現在はまだ造成期でもあり、量から質へ、統一・均一・統制・画一の傾向から自由化へとといった転換も図られている。国民生活水準の向上により、「グオリティ・オブ・ライフ」が迫及されているが、医療に関しても質を考えるようになったといえよう。

(二)このような状況の中で、国民のニーズや社会経済情勢に即した医療を考へることを目的に今年一月に「国民医療総合対策本部」を厚生省に設置し六月に中間報告をまとめた。これは単に医療の改革ばかりでなく、頭の切り換えも必要だからで、それは行政側にもいえることである。たとえば、医師の広告規制が医療法で定められているが、そろそろ緩和してもいいのではないかという意見もある。医療関連ビジネスの参入も近年進んでおり、その早急な整備も望まれる。患者側の意識改革も不可欠で、「親(老人)」を病院に入れ

るのは孝行」という考えがある限り、医療の向上は期待できないであろう。

(三)対策本部は、質のよい医療サービスに効率的に供給していくことを基本的テーマとして検討した。老人医療についても今後十分に検討する必要がある、とくに在宅ケアは現在最も注目を浴びている。訪問看護についても拡充していききたい。老人医療そのものについても、早急にガイドラインづくりを進めたい。老人診療報酬の見直しは、老人の特性に即した医療を提供するという観点から推進していく。長期入院では、日本は地域格差が著しいので是正していききたい。大病院の医療についても、医大卒後の二割は大学に残ってしまうという問題があり、検査料なども大病院の実態にあった診療報酬のあり方を検討したい。「早い、冷たい、おいしくない」といわれる病院給食の改善や情報提供の拡大など、患者に対するサービス向上も重要だ。

中間報告へ批判に広がる

日本の風土にあった医療を

(一)この中間報告には批判や問題点も指摘されている。その一つは、国民医療費の抑制につながる、医療費のムダを排除するだけでなく、必要な部分まで押えこんでしまうのではないかとという批判である。しかし、厚生省は医療費

の適正化は進めていく方針だが、必要なものまで削除するつもりはない。医療従事者側も意識の改革を図ってもらいたい。老人診療報酬の見直しについても、「老人の病院からの追い出しにつながる」との批判があるが、ケアつき施設や在宅ケアを推進し、老人の特性や病状に合った方法でサービスを提供する形にしていきたい。

中間報告の内容についても、「関係者の意見をよくきけ」という批判があるが、老人医療のガイドラインやリハビリテーション・マニュアルについては関係者の意見をよくきいている。六十三年度の予算要求では、訪問看護を組み込んでいる。

(二)医療関連ビジネスについても、検討を進めている。医療経営コンサルタントは今まで税理士が担当していた分野だが、ニーズが高まってきており、建設会社が医療施設の建設とあわせてコンサルタントをする例もある。科学性・専門性をどう確保していくかが今後のポイントである。医療関連ビジネスの業務代行には、次のようにさまざまなものがある。

(1)給食 昨年三月の通知で緩和されたが、既存の病院には問題のあるところもある。七千億円の市場であるが、その中で外部委託されているのは三百億円程度である。

(2)クリーニング 七百億円ほどの市場だが、リネンサプライという形で普及している。全体的に伸び悩んでいる。

(3)清掃 百〇百五十億円の市場である。全外注は約半数で、新規参入の余地はある。

(4)カルテ管理 ソフトの開発は五年前から大きな動きがある。

(5)検体検査 検査センターが三〇四億円を占めている。精度管理を十分に行っているかどうかが問題である。

(6)在宅医療 サービス業種の参入が相次いでいる。おむつ、車いすなどのレンタルは五十〇百億円市場であるし、宅配老人食はもつとひんばんにできないかという要望もでてくる。在宅訪問看護も今後ニーズが高まろう。そのうち健保が使えるようになるかもしれない。厚生省としても、進めていくべき大きな課題である。会員制医療クラブも、会社や大組織の利用が多く、コンピュータによる健康診断も地方や会社単位での利用が増えている。損保の参入も多くなりつつある。

(三)医療関連ビジネスの分野はまだ未成熟の段階であり、創世紀でもある。その理由としては、①病院側に経営管理や診療などの戦略がなく、意識が足りない②安全性・質的管理がはつきりしていないなどがあげられる。

医療関連ビジネスを法でがんじがらめにするのはよくないと思っっているので、規制から誘導へと進めていきたい。

(-)今後の医療関連ビジネスの課題は、①公私の適正な役割分担②競争原理を順守し、かつ科学的管理を行うの二点である。

(-)医療の営利追求は日本の風土にそぐわないし、一昨年の暮れに報告・検討されたM.O.S.S協議も日米で理解しきれない点もある。今後も日本の風土にあった医療を進めていきたい。

当局側の主な見解

出来高払いと定額払い併用

二日目に行われた「代表質問会」では、アメリカからのベネラー四名のほか日本からは厚生省の大田晋(保険局)、阿曾沼氏(健康政策局)、西村周三、田中滋の四氏が回答した。当局側の主な見解をみると、次のとおり。

問 医療費の効率性を高めるために、医療情報の公開が要求されているが、行政・供給側・患者の対応はどうか。

阿曾沼氏 医療費の効率性については、①医師と患者の関係を改善する②カルテの閲覧③医療機関の情報を国民に公開するなどが望まれている。この

うち①については、「インフォームド・コンセント」の考え方を進め、医師・患者間の情報公開を普及させたい。

②については、カルテは医師サイドのメモという考え方から現在は認められていない。③については、医療法で広告制限が定めてあり制約されているが、個人的には時代にマッチしているならば一部のPRを考えてもいいのではないかと思う。

問 支払制度の評価をめぐって、診療報酬制度はどのような点を改善するのか。とくに慢性疾患についてはどうか。

大田氏 支払いシステムそのものの違いが日米の医療のもっとも大きな違いではないかと思う。その違いに注目すると、保険システムの違いにいきつく。日本の診療報酬は昭和三十三年から出来高払い方式をとっているが、当時と比べると共通認識も変化してきている。まず出来高払いは医師性善説の上になつていて、社会状況の変化で医師の意識が変化するのも無理はない。医師の収入もサラリーマンとの差が徐々に小さくなってきた。厚生省は出来高払いシステムの根幹を残したいが、問題はある。解決するには出来高払いを逆用する方法もある。現在の仕組みでは、必要なケアを施す医師ほど収入が悪いという結果になり、これは

出来高払い制度の欠陥を物語っている。医療に一生懸命従事する医師を助けるために、出来高払いの基本は残しながら改善をすすめていきたい。

老人診療報酬の支払い方式の問題もある。もともと出来高払いは、働いてもとをとるというサラリーマン向けの制度であり、高齢者にはなじまない。現行制度のよいところは残しながら、改善していきたい。今のところ、定額払いと出来高払いの併用が考えられる。

問 日本では医療の非営利原則が定められているが、第三者による経営の保持についてはどう思うか。

阿曾沼氏 営利・非営利に関して、日本ではモラルの問題だ。「配当の禁止」も医療法で規定されているので、病院としての営利追求は考えられない。しかし、営利目的の企業の参入は考えられる。

問 病院経営に対する関心が高まっているが、経営コンサルタント役としての事務長の資格制度は考えているか。

阿曾沼氏 厚生省としては、検定などを実施するつもりはない。

問 十九床以下の診療所の医療をどう考えているか。

阿曾沼氏 厚生省は、診療所の役割は病院と違った意味で大きいと考えて

いる。日常生活の中で今後どのような機能を生かしていくかが焦点になる。患者の意識を診療所に戻すためには、複合的な対策が必要と思われる。

問 日本でH.M.O.のような医療保険の民活化はあり得るのか。また、民間保険と公的保険との兼合いはどのようなか。

大田氏 日本でもすでにH.M.O.のような保険が二、三社から出ている。H.M.O.の特徴は、①定額制②前払い制③グループ診療制であるが、視点をかえると、日本の健保が③になったら、民営ではないがH.M.O.といえるのではないか。いずれにしても競争が始まるのは目に見えているし、日本にも新しいシステムができるかもしれない。

