

報告

平成19年度医政講演会

医療立国論

崩壊する医療制度に歯止めをかける！

帝京大学医学部名誉教授・前医学部長
大村 昭人 講師

平成19年11月17日(土)午後4時から北海道医師会館8階会議室において、大村昭人講師をお招きしてご講演を聴講した。

大村講師は1983年に当時の吉村仁厚生省保険局長が述べた「医療費亡国論」の呪縛から抜けられず、24年間継続して医療費抑制策が採られ続けたと分析。国力に反して、OECD加盟国と比較しても医師数、医療費、社会保障負担率などいずれも低い。医療や介護・健康産業に力を入れることで経済活性化が可能であると強調された。

会場からは混合診療の弊害、何故国は間違った判断である医療費抑制策にこだわったか、国民に医療に関する情報が伝わらない原因などについて質問があり、熱心に意見交換した。

当会およびテレビ中継した小樽市医師会ほか4会場の出席者は合計71名であった。

以下にご講演の要旨をご紹介します。

(医療政策部長 直江 寿一郎)

長瀬会長が空知ブロック会議で不在のため、宮本副会長が代わって挨拶。「経済学者が医療政策に口を出すおかしな時代になった。診療報酬改定が近づき、話がそこに向かいがちであるが、国の政策に深く関わる医療政策は、医療に携わる私たちが真剣に考えていかなければならない」と述べた。

座長として、引き続いて大村講師を紹介した。



1. すべての誤りは1983年から始まった！

大村講師は「最近、医療の崩壊、あるいは危機という言葉が飛び交っているが、これは厚労省が誤った政策を実行していることによる」と断言。

「すべての誤りは1983年から始まった！」として、当時の吉村保険局長が『社会保険旬報』の中で述べた①医療費亡国論：このまま租税・社会保障負担が



大村昭人講師

増大すれば日本社会の活性が失われる。②医療費効率逡減論：治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導に重点をおく必要がある。③医療費需給過剰論：近い将来医師過剰が憂えられる。病床数、高額医療機器導入も世界一であるという論文の趣旨に以下のように反論された。

①2025年の医療費予測が1994年には141兆円とされていたにもかかわらず、2007年には65兆円に下方修正されている。②対GDP医療費は、OECD30カ国中、2000年は18位であったものが、2004年には23位と後退。③医師過剰どころか、絶対数で10数万人不足④予防医療で医療費を削減することは難しい。⑤医療は国家の負債ではなく、経済活性化の鍵（EU諸国の例）

その上、医療費抑制策を至上命令としたために病院倒産が急増、療養病床の大幅削減方針で、多数の医療・介護難民を生み出す現状無視、深刻な医師の絶対数不足の現実を否定、新看護師配置基準（7:1）により現場が混乱、アメリカの表面だけを真似た臨床研修必修化で、地域医療は崩壊、相次ぐ自治体病

大村昭人講師のご略歴

1942年東京都生まれ。東京大学医学部卒。

米ユタ州立大学麻酔科助教授、帝京大学医学部麻酔科助教授、同大学溝口病院麻酔科教授、同病院副院長、同大学医学部長を歴任後、2007年4月より同大学名誉教授。医療技術学部臨床検査科主任教授。日本麻酔学会理事などを務める。専門は麻酔・蘇生学

〔主な著書〕

「医療立国論－崩壊する医療制度に歯止めをかける！」(日刊工業新聞社 2007.5刊)

「麻酔・集中治療管理と長期予後－炎症反応との関連性について」(共著 真興交易医書出版部 2006.8)

院の閉鎖、サービス縮小、改正薬事法により、日本の医療産業は崩壊など、厚労省の相次ぐ失政を挙げた。

2. 医療費削減・市場原理主義の導入では医療改革は成功しない

大村講師は、レーガン大統領が、民間医療保険(HMO)の自由化と市場原理を導入した結果、4,700万人の医療保険未加入者を出したことから、1980年代に、サッチャー首相が、医療費抑制策と市場原理導入により医療を荒廃させたことから、規制改革民間開放推進会議が要求する市場原理化案に、「民間会社の医療ビジネスの拡大と公的保険医療縮小の意図が強く感じられる」と反発した。

3. 混合診療は魅力的な落とし穴 国民皆保険制度の崩壊につながる！

混合診療については、公的保険でみるべき医療を民間保険や患者に押し付けることにより、収入により受けることのできる医療に格差が生ずる。民間保険会社は健康な被保険者ばかりを集めることになり、公的保険は財政危機に陥り、国民皆保険制度の崩壊につながると示唆。11月7日に、東京地裁が、腎臓がん治療のため、保険適用のインターフェロンとともに、適用外の活性化自己リンパ球移入療法を併用した原告に下した判決に対して、患者の苦境と法律論からはもっともだが、誤った問題解決法を招くことを危惧された。

欧米ではすでに認められている医療機器や抗がん剤が日本ではなかなか承認されない現状に対しては、特定療養費制度で対応するという分かりにくい制度は廃止して、欧米で承認され安全が確立されている新薬や先進医療は一括承認すべき、予期せぬ副作用は、欧米のように監視と迅速な対応システムの構築で解決できると述べられた。

4. アメリカとイギリスの失敗から何を学ぶか

大村講師は、7年間滞在したアメリカを取り上げ、総医療費について、日本の6倍の200兆円(人口は2.4倍)であるが、国民皆保険制度ではなく、国民の5割が企業を通じて民間保険(HMO)、3割弱がメディケア、メディケイドなどの公的保険に加入している。しかし、4,700万人が医療保険未加入者。中間層が置き去りにされている。

この民間医療保険と管理医療(マネジドケア)が、医療提供者の裁量権と、患者の診療へのアクセスを大きく制限していると、弊害を指摘。

医療保険の問題は大統領選にも影響を及ぼすと、地下鉄に置き忘れられたことから図らずも明るみに出たホワイトハウスの機密文書を示して説明された。

イギリスにはNHS(National Health Service)の

制度があり、医療費の88%が税で賄われているが、1980年代にサッチャー首相が、医療費総枠規制を行った結果、入院、手術待ち1年以上が当たり前の悲惨な状態となった。医師の40%、毎年新雇用の看護師の半数が外国人である。ブレア首相が、2000年に公費を50%増大させ立て直しを図ったが、実効を上げるには時間がかかる。

不用意な総医療費抑制、市場原理化は医療の荒廃を招く。一度荒廃すると、回復には莫大な費用、時間を要する。公的保険を縮小し、民間保険で肩代わりさせ、医療費を削減させようという考え方は幻想であり、かえって公的保険の財政を悪化させると強調された。

5. 日本の医療制度の問題点

日本では、国民皆保険制度が行き渡り、医療費も安く、現物支給であり、フリーアクセスが保障されている。1回当りの医療費はアメリカの6万2千円に比べて日本は7千円であると、日本の医療の良い点を評価する一方、問題点として、医師数が欧米の三分の二、医療の質を客観的に評価するシステムの欠如、施設、個人により提供する医療の質の格差が大きく、情報が十分に開示されていない、小児医療、救急医療体制が不十分な点を指摘された。

諸外国に比べて、国民1人が年平均14回と、圧倒的に医者に通うその日本の医師数は、OECD29カ国中26位と極めて少なく、病院勤務医師は過重労働で疲労困憊している。欧米では医師の指導監督の下、コメディカル各職種に認められている医療行為があるが、医師法17条により、“医師でなければ、医業をなしてはならない”とあるので、日本では、医療行為=医業と解釈している。アメリカでは、呼吸療法士に、気道確保、気管挿管、動脈採血、喀痰の採取などが認められている。日本における常識が世界においては非常識になる。

これらの問題点には、全国の医師が会員となっている日本医師会が中心になって取り組めば説得力があると述べられた。

6. 社会保障給付費と国内総生産比率

OECD諸国の社会保障・租税に対する国民負担率は高いが、経済競争力は世界トップレベルである。国民に還元される社会保障給付費も大きい。将来の安心を手に入れることができ、政府に対する信頼が大きいからこそ、国民負担率が高いことも受け入れられている。

それに比べ国内総生産比率(GDP)に対する日本の社会保障費還元率はOECD諸国中、最低レベルであり、年金給付率を例に挙げるとドイツは80%、フランスとイタリアは70%、EU平均が69%に対して、日本は58%である。日本は欧米に比べて弱者が守られていない国であるといえる。むしろアメリカの方が弱者

には手厚い国である。

日本においては、社会保障費を含む一般会計が80兆円強であるのに対して、特別会計が220兆円強と矛盾している。また、日本の事業主の社会保障費負担は少ないと説明された。

7. 医療市場への投資は大きな経済波及効果！

EU諸国では、医療への投資が経済成長率の16～27%を占めている、また、EU15カ国における医療制度の経済効果はGDPの7%に相当する。ちなみに金融は5%である。EU圏の貿易バランスでは、製薬産業は2003年度は第1位で、3兆6,000億円の黒字であり、2位の動力機械産業の1兆4,000億円を大きく上回った。

日本においても、財団法人医療経済研究・社会福祉協会 医療経済研究機構が、平成16年12月に『医療と福祉の産業関連に関する分析研究報告書』を作成し、社会保障の波及効果は全産業平均よりも高いと報告している。

社会保障分野における就業者数（推計数）が、1970年には196万人であったのが2002年には549万人となったと説明された。

8. 医療立国にこそ日本の将来がある！

大村講師は発想の転換が必要と明言。EU諸国の例

からも、医療は確実な成長産業、経済活性化の鍵を握ることは明らかである。医療分野は大きな雇用を生み出す母体であり、高齢化社会では、医療・介護分野、健康産業の需要がますます大きくなる。

医療費は国の負債ではなく投資である。国民皆保険制度は国家のインフラである。定年の延長により高齢者が健康で生きがいを持って働ける社会環境の整備が求められるが、高齢化社会を支えるための財源の捻出は工夫次第で十分可能である。

「医療費亡国論」の呪縛から抜けられず、市場原理主義の導入と医療費の抑制を推し進めようとするところこそ医療崩壊を招くと強調。

最後に、ご自身が上梓された「医療立国論」を紹介し、「機会があったならば読んでいただきたい」と述べられ、「医療立国にこそ日本の将来がある！」と結ばれた。

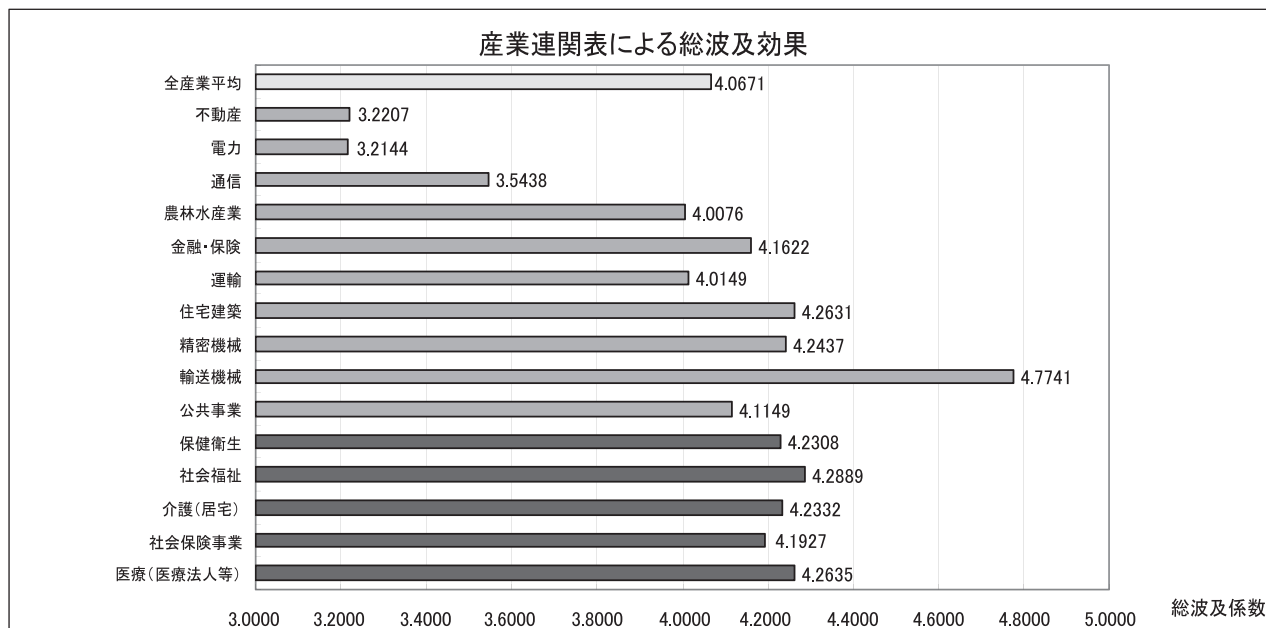


マスコミは、医療問題に関して、国民が興味を引くことばかり取り上げ、真実が伝わりにくい。

大村先生にはぜひともご持論を遍く展開していただき、私どもを先導していただきたいとお願い申し上げます、感謝の気持ちとともにご報告を終えさせていただきます。

社会保障分野の総波及効果について

社会保障の総波及効果は、全産業平均よりも高い。



注：総波及効果…ある産業に生じた最終需要がその産業の生産を増加させ、それにより原材料の購入等を通じて次々と各産業の生産が誘発されることを表したものが「生産誘発係数（一次波及効果）」。さらに、この生産増が所得増を呼び、その所得増が消費を増大させ、消費増が更なる生産を増加させることから生じる波及効果を表したものが「追加波及係数（追加波及効果）」であり、両者を勘案して算出したものが、「拡大総波及係数（総波及効果）」。

出典：「医療と福祉の産業関連に関する分析研究報告書」（H16.12 財団法人医療経済研究・社会福祉協会 医療経済研究機構）より、厚生労働省社会保障担当参事官室にて作成。