

医療費増嵩の現状と課題

—医療の需要・ニードと供給の分析—

地主重美*

内 容

- I 医療費増嵩の現状
 - II 医療需要の特徴
 - III 医療費を増やす供給側の要因
 - IV 医療費は高すぎるか
— 医療資源の適正配分 —
 - V 医療費の将来動向
 - VI 今後の対策
- 質疑・討論

はじめに

きょうの課題は、医療保障の行財政問題といったことになっておりますが、私の専門は経済ですのでその点ご了承下さい。現在医療は多くの複雑な問題を抱えているわけですので、きょうお集まりのみなさんは、看護の問題で私に話をしろということですが、ここではっきり告白いたしますと、私は看護について知識がありませんので、この機会にいろいろ教えていただきたいと思っております。

きょう私が申し上げたいことは、現在医療費が非常に上がっているというけれども、一体この費用が本当に望ましい使い方とされているかどうかということです。

医療サービスを提供する人的、物的資源が、本当に必要なところに必要度に応じて配分されているのだろうか。そういった問題を考えてみななければいけないと思います。

* じぬし・しげよし／千葉大学人文学部

I 医療費増嵩の現状

1 成長産業としての医療

そこで私の話の取っかかりといたしまして、医療費が急速に上がっているということからまず申しあげたいと思います。

医療費の増大は、特にここ10年ほどの動きを見てみますとはっきりとわかると思います。ことにこのところ経済の動きがあまりかんばしくないという困難な状況にありますのに、医療費だけは非常なスピードで伸びており、だからこそ一般の関心を引いているわけです。

表1は、1955年（昭和30年）以降の医療費の動きがどうなっているかを示しております。指数の欄でわかるように大変

表1 日本の医療費

年次	国民医療費	指数	対国民所得比	国民1人当たり医療費
年	億円		%	千円
1955	2,152	100.0	3.27	2.7
1960	4,095	190.3	3.09	4.4
1965	11,224	521.6	4.28	11.4
1970	24,962	1,159.9	4.10	24.1
1975	64,779	3,010.2	5.22	57.9
1977	85,686	3,981.7	5.59	75.1
1983*	202,800	9,423.8	6.40	
2015**	1,150,000			

* 厚生省予測

** 統計研究会予測

資料：厚生省「昭和52年度国民医療費」

急テンポな動きになっております。ここには公表された計数は1977年までのものしかありませんが、1978年の計数も大体見当がつき、10兆円前後のところになったと思われまふ。そういう推計がわれわれのところになされております。よく10

兆円産業（国民医療費が10兆円台にのり、先発の成長産業の仲間に入ったということ — 編集部註）ということが言われますが、その10兆円の大台にすでにのっているわけでありまふ。

それで1955年を100といたしますと、すでに40倍に近いわけです。これは名目金額にしてのはなしですが、その間の物価上昇を考慮した実質額でみても20倍といたことになるのでしょうか、いずれにしても大変な増加率であります。

厚生省のやった予測によると、1983年に20兆円くらいになるといえます。1978年の推計数が10兆円くらいですから5年で2倍になるという勘定になるわけです。年率にして大体16～17%の伸びに当たると思われます。

さらに統計研究会（経済問題を中心に、国内の研究者を組織している集団。理事長篠原三佐平 — 編集部註）の予測というのがあります。それによると2015年、つまりこれから35年くらい先ですが、115兆円になるかもしれないということなんです。

さて、現在の10兆円の医療費というのがどれくらいなものかというのは、数字を見ただけではちょっと見当がつかませんが、日本の第1次産業である農林水産業全体で、年間につくられる純益の生産額が大体10兆円くらいなんです。

ですからいまでは医療というもの、医療産業というように、「産業」という

言葉を冠して考えられるほど産業界では非常に魅力のある分野になっております。みなさんはこれをどういうふうにお考えになりますか。

現在日本でいちばん成長する部門というのは、医療と教育だと言われております。医療費と教育費はぐんぐん増えており、伸び率がいちばん高いわけです。

医療も教育もサービスを提供するもので、サービスに対する需要が大変に伸び、供給も増えているわけです。しかし、それに付帯してモノも増えています。教育ではいろんな教育機器とか材料が増えております。同様に、医療費の増大というものの中にも、あとで申しあげますように、大型の機械を導入するなどの影響も無視できません。医療費の増大はこれに関係のある周辺の産業を伸ばしています。その伸びがまた医療費にはね返っています。大型機器の時代・機械化の時代というこれからの医療の状況の中で、そういった傾向がますますエスカレートしてくるといことが考えられます。

2 医療費の配分—入院医療費の増大—

では医療費が、どんなところに向けられているのでしょうか。

これをここで詳しく申しあげる余裕はありませんけれども、おおよそのところは表2をごらんいただきたいと思ひます。医療費の国際比較ですが、これは医療費がどういった分野に配分されているかということを示しております。

病院というのは入院外来を含めたものですが、51.4%と半分以上が病院に使われております。あとが診療所とかその他のところに使われています。ただこの医療費の使われ方というのは、現在日本の資料で分析することは大変困難です。たとえばここでは病院と、医師、歯科という区分になっておりますけれども、こういうやり方は、実態をつかむのにあまり便利なやり方ではないのです。

表2 医療費の国際比較

	単位：%				
	日本	イギリス	アメリカ	カナダ	フランス
対 G N P	4.5	5.4	6.4	5.3	6.0
病 院	51.4	80.1	53.3	64.1	41.1
医 師	39.9	6.4	25.4	21.1	23.4
歯 科	8.6	4.5	8.3	5.7	9.4
処方箋薬剤	0.6	9.0	10.7	6.4	23.7
そ の 他	0.2	—	2.3	2.3	2.4

資料：「昭和53年国民衛生の動向」

医療費配分の別のつかみ方として、人的サービスにどのくらい使われ、あるいは施設とか何とかのモノにどのくらい使われており、人的サービスの方でも医師がどのくらい、看護婦がどのくらいといったように、サービスの種類に応じてどのくらいの金が配分されているかということがわかれば日本の医療費の使われ方の特徴、適正な配分の方法等についての分析ができますが、現在の資料ではなかなかむずかしいわけです。

いずれにせよ、これまでは診療所などにわりあいに多くの金が流れていたといわれていますが、最近の資料では病院医

療費の割合が着実に増えております。たとえばさっきの国民医療費の統計を使って調べてみますと、1975年に病院で55.8%です。1977年にはそれが57.0%になっています。

ですから診療所のほうへの配分比率はだんだん下がっておりますし、病院でも外来よりは入院のウェイトがだんだん高くなっております。1975年に入院が39.3%、外来が60.7%だったのが、2年後になりますと入院が40%を越えています。こういうふうに傾向としては、病院のほうに、しかも入院のほうに医療費がだんだん流れていく傾向にあります。

これは日本の今後の医療費を考えていく場合大変重要な点であろうと思います。こういう傾向は先進国ではかなり前から現われております。医療費の増大する原

因の大きな1つが、病院の医療費が非常に上がっていることにあるということだろうと思います。

3 諸外国の状況

ところでこうした医療費の増大は日本だけかということ、そうではなくて先進諸国に共通した現象なんです。いずれの国も医療費の増大に大きな悩みを抱えており、まさに悩みという言葉が適切かと思うような状態です。どこの先進国でも、医療費は非常に速い速度で伸びているわけです。

表2をごらんいただきますと、医療費の対GNPの割合は、いずれの国も5~6%という状況でこれはさらに上昇してきております。こういうふうに医療費の増大は先進国に共通した現象であります。

II 医療需要の特徴

そこで医療費は一体なぜこういうふうに急増しなければならないか、ということを考えてみたいと思います。医療費というのは経済的に考えてみますと、医療に対する需要と供給が行なわれて初めて出てくるわけです。したがって医療費が増大する場合は、需要の側に原因があるだろうし、他方では供給の側にもやはりそれが増大するといった要因が働いてきます。

医療費が上がるということは、そのこと自体で価値判断すべき問題ではないと

私は思います。医療費が上がったということは即悪いこと、ではない。さっき言ったように使われ方が問題だと思うわけです。そういったことを初めに申しあげたいと思います。

1 需要とニードのズレ

医療の需要といった場合には、たとえば教育サービスを需要するとか、あるいはレクリエーションのサービスを需要するということとは、需要の意味がまるで違います。言い換えると需要の決定に關す

る判断の仕方が違います。

どういふことかという、ほかのサービスは大體個人の判断で需要が決まりますが、医療のサービスは個人の判断もありますけれども、それが決定的ではない、ということです。

よく乱診乱療ということをやいますが、ちょっと調子が悪いということで医者に行くと、そのあとどれくらい通院しなければいけないか、あるいは入院しなくてはいけないかということ判断するのは医師なんです。病人が入院すべきかどうかということ勝手に決めるわけにはいかなないので、これがほかのサービスとは大きく違います。

自分で違う医者に行ってみるとか、あるいは医者にかかるよりは死んだほうがましだといったような判断を下すことが個人としてあるかもしれませんし、そういうような個人判断の入る余地がないとは言えないにしても、これは一般的ではないわけです。自分が患者であるかもしれないという判断も個人だけではできないということです。

そこで需要というものを考える場合に、こちらでは看護のニードという言葉が使われると思いますが、ニードと需要ということが一体どのような関係にあるかを考えておきたいと思ひます。これは一筋縄ではいかなない問題を含んでおりまして、医療機関に診断を受けるために個人が向うこと（需要）によって具体的にサービスを受けるわけですが、そういうこと

と、この人間は医療サービスを受ける必要（ニード）があるかどうかとは、一応別のことなんです。

そういうことで、医療のニードがあるけれども需要のない場合があり、逆に需要されているけれども、実はニードはないというのがあります。ですから需要とニードの関係はそう簡単ではないんです。医療への需要は医療の利用（use）にはかならない、と言う医学者もいるくらいです。一般的にはニードは需要になっていかなければいけないというふうに考えますけれども、必ずしもそうとは限らないというところが、医療ではむずかしいところなんです。

実際に需要はあるけれども、それは必要でない需要の場合もあり、下手をすると乱診乱療ということになります。具体的にどこでニードが誕生し、それがどこで需要に転化していくかということは、そう簡単に決めかねるところもあるわけです。たしか厚生省の調査だったと思ひますけれども、ニードがあるのに医療を受けていないのが全体の30%ぐらいで、逆に医療を受けているけれども、医学的に見ればその必要がないというのがやはり同じくらいあったと記憶しています。

しかし医療費に直接かかわってくるのはニードそのものじゃなくて需要なんです。ですから本当は需要されるのは必要な医療であるということになってくれば、医療資源の使い方としては非常に望ましいのですけれども、果たしてそうなる

いるかどうかを判定するのはかなりむずかしいようです。

2 需要増加の要因

1) 人口の老齢化

最近大変需要が増えている医療への需要の要因としてどういうものがあるかと言うと、第1には人口の老齢化があります。人口が老齢化すると医療費が上がるという点については表3に載せております。4つの年齢階層に分けて、全体の医療費がどのようにその年齢階層に配分されたかと言うと、65歳以上というのは全人口の8.2%くらいですから、8.2%の人間が全医療費の26%近くを使っているということになります。

表3 年齢別にみた医療費

年 齢	国民医療費の配分	1人当たり医療費	1人当たり医療費指数
総 数	100.0%	67.6千円	100.0
0～14歳	10.5	29.3	43.3
15～44	33.9	48.8	72.2
45～64	29.9	98.5	145.7
65歳以上	25.7	207.4	306.8

資料：厚生省「昭和52年度国民医療費」

それから1人当たりの平均医療費のほうで見ましても、65歳以上の人たちは大変高く、全年齢階層を平均した指数を100とすると、大体その3倍くらいを使っている形です。こういう年齢階層が絶対的にも相対的にも増えてきますと、医療費というのは増大し

てくるわけです。特にこういう年齢階層というのは疾病構造から見ても長期慢性型ですから、そのこと自体が病院の医療費を高める原因になっていくわけです。

2) 生活水準の向上

第2番目の要因としては生活水準の向上ということがあります。生活水準の向上はプラス・マイナス2つの面から医療費を高める要因になっています。まず生活水準がだんだん上がってまいりますと健康を考えるようになり、予防医療に対する需要がだんだん上がってくる傾向があります。たとえば経済的に非常に厳しい条件の中で生活していると、ちょっとした体の不調は病気と思わないわけです。けれども生活水準が上がってきますとちょっとした不調でも、すぐ病気だということを出すわけです。

これも各国共そういう傾向があります。ですからそのためにも大病せずにすみ、それだけ医療費を節約させることも期待されます。これがプラスの要因です。

ところで生活水準が上がってきますと食生活が変わってきます。それは西洋式の食生活にだんだん移っていきましますし、西洋式の食生活というのは大体肉食で、肉食では欧米の疾病構造を見てもわかりますように心臓疾患が非常に多いわけで、それが日本にも高いスピードで増えています。これが典型的な医療費増大のタイプで、これはマイナスの要因です。

それから生活水準が上がるということ、経済がどんどん成長してきたことに

よるものですから、経済の成長がたとえば環境を破壊し、各種の公害物質をたくさん排出し、これがまた健康に大きな影響を与えると。生活水準の向上にはそういうようにプラス・マイナスの要因が考えられるわけです。

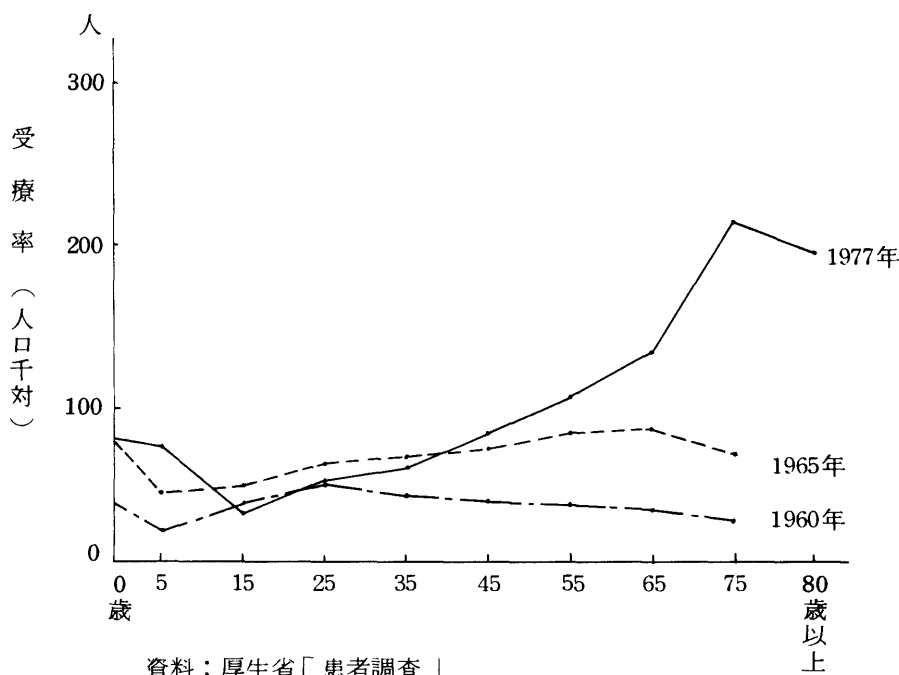
3) 医療保険の拡大・改善

それから第3番目には医療保険の拡大・改善で、日本の場合には何とんでもこれがいちばん大きいわけですが、健康保険制度なんです。1960年に国民皆保険ということになって、東京の場合を見ましてもこの社会保険による医療費の増大というのが非常に速いスピードで上昇しております。またその医療保険の拡大・改善というのが、国民の大きな救いになったことは事実です。

ニードが需要に転化していく場合に、これを阻む1つの原因というのは、経済的な要素なんです。医者に診てもらわなければいけないけれども、しかし金がかかるのでそれができないということがかつてはあったわけですが、そういった経済的な障害が医療保険の普及拡大によってだんだんなくなってきた。いわば、貧困と病気の悪循環というのは、完全に日本から姿を消したわけではございませんけれども、ほとんどなくなったということです。これは医療保険によるものだとしても過言ではないでありましょう。

特にこの医療保険というのは、医療の需要にどういうふうにかかわってきたかという点で、例の老人医療の無料化の影響というのが考えられます。つまり3割

図1 年齢別にみた受療率の推移



の自己負担を公費で肩代わりする制度です。これをやった1973年を境にして、高年齢階層の受診率がぐんと上がるわけでは

図1をごらん下さい。1977年、1965年、1955年の3年度をとってあり、いわゆる無料化を行なった年度の前後、1965年と1977年を大まかに比べますと、高齢者の受療率が非常に急速に大きく伸びているわけですが、したがってこれは老人医療無料化政策の影響によるものであることは明らかであります。

これは保険の給付率が非常に上がったということで、現に国民健康保険なんかは制度開設当時の給付率は5割であったものが、1967年以降は7割になっています。それからさらに1973年に老人医療の

無料化が行なわれ、そのころにサラリーマンの被用者保険の家族の給付率が5割から7割に引き上げられました。そういったことがあって1973年を境に受療率が非常に大幅に増えたわけであり

そしていったん増えてきますと大体その高水準に落ちつく傾向があります。1973年から1975～76年ごろまでの統計をずっと見ますと、受療率がぐっと上がるわけですが、それが数年でなだらかになり、いわゆる高位の水準で安定します。いままでの医療保険の歴史をたどってみますと、すべてそういう結果になっております。

需要の要因としてはまだほかにもいろいろあると思いますが、大きなものとしては以上のような点があげられると思います。

Ⅲ 医療費を増やす供給側の要因

ところが先ほども言ったように、需要だけで医療費が増大するのではなくて、供給側の対応の仕方も増大の重要な要因になってまいります。たとえば医療の提供者側も健保の給付率が上がったことによって、医療サービスの必要性そのものに対して非常に寛大な判断をする。本人の医療費の負担が大きかった時期には、患者の負担を考えて、これ以上医療を継続させなくてもよからうということで、退院とか通院の打ち切りというようなことを早めにやっていたのが、給付率が上がって患者の負担が軽くなると

もう少し入院あるいは通院を続けさせようというように、非常に寛大になってくるわけです。

1 専門職の二重性

医療提供の専門職には二重の役割があります。専門職というのは医療サービスの供給者であるわけで、これが1つの役割であります。ところがもう1つの役割として、この患者が医療を受けたりそれを継続したり、あるいはもっと高度の医療を受ける必要があるかといったことについて、最終的な判断を下すのが専門職

であります。つまり需要者に代わって判断する代理者としての役割で、医療の専門職にはこういう2つの役割があります。

医療サービスを供給する役割は、患者をできるだけ早く治すという専門職としての本来的な機能に重点が置かれているわけですが、需要者の代理人として判断する役割は、なるべく早く患者を治したいという立場ではありますけれども、言葉は悪いんですが同時に医療を売る人間としての要素がそこに入ってくるわけです。ですから場合によっては、これ以上あまり医療が必要とは思えないがもう少し通ったらとか、この薬はもう必要はないがやろうとか、あるいは必要性のない検査もやるといったように、経済的な経営者の考慮というものが入ってきがちです。

こういうように専門職の社会的本来的な役割と、もう1つはサービスを供給し、報酬を受け取る経済的な利害というものと、2つの立場が一緒に入ってくるわけです。しかも需要者に代わって判断するという役割は、その判断を第三者が判断するわけにはいかないのです、その判断が同時にサービスの供給量の判断につながっていくわけです。これが専門職の二重性という意味であります。

この二重性を切り離すことはなかなかむずかしいわけですが、1つの方法としては完全に医療を国営化するということです。医療に対して提供者の経済的な利害が入り込むということがないと

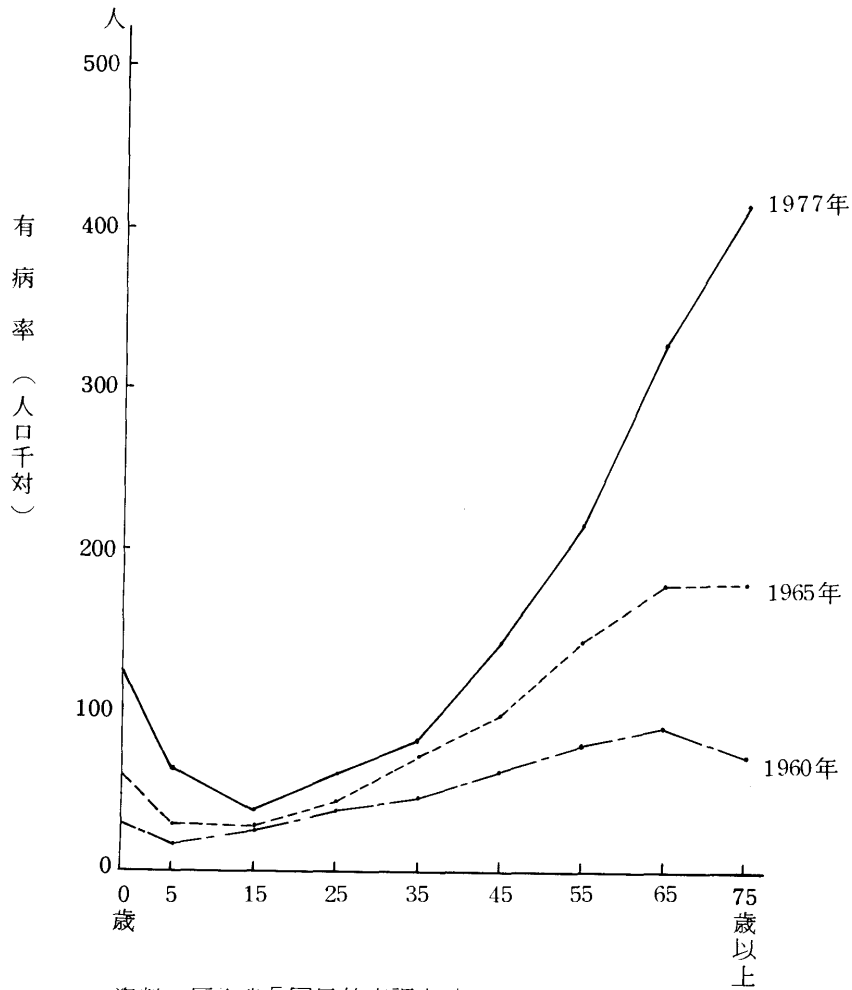
いうことであれば、必要でない薬をたくさん出さなくてもいいわけで、2つの役割の間にギャップはなくなります。しかし日本のように民間医療経営の自由な国では、2つを切り離すということはむずかしいわけで、専門職が自己規律を強めるということに多くがかかっています。

2 医学・医術・薬学の進歩

こういうことを前提にして、供給側にどういう要因があるかということを中心に申しあげてみたいと思います。1つは医学・医術・薬学の進歩という点があります。医療における科学技術の進歩というのは、一方においては死亡率を減らします。死亡率の低下はもちろん生活環境とか栄養といった、もろもろのものが左右しているわけですが、医学・医術・薬学の進歩といったことも否定できない事実であります。

しかしながら死亡率は減ったけれども、それとは逆に有病率が非常に増えてまいりました。図2を見ても有病率は大変なスピードで伸びています。経済が成長して生活水準が上がっているはずなのに有病率が増えるということは、古い医療技術のもとでは死亡したかもしれない人も、技術の進歩によって生き残ったということにもよるわけで、これが有病率増大の要因になっておることは否定できません。

図2 年齢別にみた有病率の推移



資料：厚生省「国民健康調査」

3 医療機関の増加

続いて医療サービス供給の人的，物的増加があります。これもやっぱり医療費の増大につながってきます。

病床密度 — たとえば人口10万人あたりの病床数 — と、平均在院日数というものは非常に密接な関係があります。病床密度の高い都道府県では、在院日数も長いわけでありまして。例外も多少ありますが、大体そういった傾向になっております。

表4 入院の国際比較

国名	年次	病床利用率	平均在院日数
日本	1978	76.6	43.0
アメリカ	1975	74.7	8.1
西ドイツ	1975	81.9	16.7
イタリア	1971	76.6	13.5
スウェーデン	1974	78.2	12.9
イギリス	1972	79.0	13.1

資料：WHO 1977 World Health Statistics
日本は厚生省「病院報告」

つまり病床に余裕があるから、長く在院しても他の患者の収容に困らないということもあるだろうし、あるいはできるだけベッドを空けないようにしようという、経営的な配慮も当然出てくると思います。したがって在院日数が長くなることにつながってきます。

表4を見ていただきますと、日本の場合は平均在院日数が43日となっております。日本の在院日数は他の国に比べて異常といえるほど長いわけです。

また病気かどうかの専門職の判定がどうなるかも状況によって違い、それは地域比較をしてみると非常にはっきり出てきます。つまり医療機関が少なく人口当たりの専門職の密度の非常に低いところではちょっとした不調ぐらいでは病気だと判定しませんが、密度の高いところではちょっとした不調を訴えても病気だという判定になるわけです。

それともう1つは、医療機関の人口当たり密度と、外来の受診率との相関関係を見ますと、これもまた非常にはっきりした関係になっております。病院や診療所の密度が高いほど受診率も高いわけで、そこに病院があり、そこに診療所があるからということで、気楽に行けるということですね。アクセシビリティが高くなるのです。

これも一概に悪いとはいえないので、気楽に行けるから重い病気にならないですむということもあります。在院日数の場合は問題もありますが、あまり単純に

考え過ぎてはまずいということが言えるわけでありまして、いま言ったような相関関係からこれは在院日数の長いのをただちにまずいという結論を下すということとは必ずしもよくないだろうと思います。それによってどんな利益があるかも考えなければいけないでしょう。

しかしそれが医療費の増加になるということだけは間違いない事実であります。

4 医療の高度化・機械化

次は医療の高度化・機械化といった問題があります。いままで行なわれなかった高度医療が実施されるようになったということでもあります。この高度医療は多くの場合機械化を伴うという傾向があり、たとえばよく引き合いに出されるものにCT（コンピューター断層撮影）があります。非常に威力を発揮するわけですが、何しろこれは高い機械なんです。2～3年前の値段で1億円ぐらいだったと思いますから、いまでは2億円くらいになっているんじゃないかと思います。

それが日本に最初に入ったのが1975年です。そして1978年現在で日本全国で390台入っております。これはヨーロッパ先進国全体の設置台数を越えております。これで見ても日本はいかにこういったものに飛びつきやすい国であるか、ということがよくわかります。(笑)ただ不幸なことにこういった効率の高い機械も、利用されないことが多いわけです。このような高い機械が利用されないままで完

全にだめになった、といったような例はみなさんもご存知だろうと思います。特に地方の病院等で医師を引き寄せるために機械を入れ、その医師がいなくなるとあとは使いきれないという場合があります。また逆に、そのような機械を入れたために、必要でもないのに、これを多用するという場合もあって、これまた医療費増嵩の原因にもなります。

それから軽電機の産業界が国際競争がきびしくなり、海外では日本の輸出が多過ぎるといふ批判も強いものですから、方向を変えて医療機械のほうに手を出してきたんです。こういったところは小型のものもつくりますが、かなり大型のものをどんどんつくっています。医師のいないへき地の医療にはかえって都合がいいということで、最近ではエレクトロニクスを利用した医療システムもあります。

日本人の医師はへき地になかなか行かないものですから、電子工学的なシステムを導入して、へき地医療の問題を解決していこうということですが、これは1つのシステムですからかなり金がかかります。こういったものの開発に、いま通産省がいちばん熱心に取り組んでおりますから、これからどんどん導入されるようになっていくと思います。

高額な機械が導入されても、公立病院ではそれによって医療費からの収入を勝手に上げるわけにはいきませんのでそのために赤字を出しており、これが経営上の大きな負担になっております。他方で私

立病院では、その費用を回収するためにあの手この手を使うということになるわけですね。

いずれにしてもそういう機械を活用する能力がないのにどんどん入れるとか、必要度があまりないのに入れるとか、そういった現象があるわけですが、しかし入れた以上その費用を回収しなければいけないという経営上の問題が出てくるわけで、結果的にはそれが医療費の増大になっていくわけですね。

ですけれども、この場合にも1つ申しあげなければならないのは、こういった大型機械も積極的な効果があるわけですね。これによって命が救われるという例もたくさんありますので、それを入れること自体が悪いとはいえません。ただ、入れ方に問題があると思いますので、それについての意見をあとでお聞かせ願いたいと思います。

5 診療価格出来高払いによる増加—薬と検査—

最後に、現在の社会保険診療価格（点数）と支払い方法についてであります。つまり出来高払い制ということが、供給側にとっては医療費を高める非常に大きな原因となっているわけですね。診療価格を大ざっぱに分けると診察、投薬、注射、入院その他いろいろあります。表5の投薬を見ますと1960年には全体の24%だったのが1970年には40%となっていますけれども、そのころ43%ぐらいになったの

表5 診療行為別点数の配分

	1960年	1970年	1977年
診 察	8.2 %	10.5 %	16.3 %
投 薬	24.0	39.6	31.8
注 射	20.2	17.3	12.1
検 査	2.8	6.6	9.0
入 院	26.3	14.3	18.2

資料：厚生省「社会医療調査」

がピークで、それからだんだん下がっていています。現在では31%ぐらいに落ちているわけで、これには薬害問題ということもあります。ところが検査だけは非常に伸びており、大体この10年ぐらいで3倍以上になっております。こういったものに点数の配分が偏っていること理由は、これもまたご承知の通りであります。

しかし薬の伸びが下がっているとはいっても、依然として薬価基準と実勢価格のギャップが非常に大きく、使えば使うほど利益が上がるわけで、こういうパーセンテージになっています。薬の副作用の問題がやかましくなって使用を規制していると言いますけれども、東京都の場合を調べてみても必ずしもそうとは思われませんし、点数全体の中で薬の割合が高いのはどういうわけかを調べてみますと、薬効が同じものでも点数単価の低いものから高いものへと入れ替わっていることがわかります。と言いますのは診療報酬の引き上げのときに、薬価の点数単価は平均値は低く抑えていますがその次の年に

は実際に薬の点数の占める割合はぐんと上がっています。これは新しい薬は点数単価が高いものだから、それを使ったほうがマージンが多いのでその薬のほうへ移っているわけです。そういう傾向がはっきりしてしまっていて、これも医療費負担の増大要因として働いていると考えられます。

それから検査がどうしてもこんなに高い割合になったかということではありますが、表6に日赤、厚生連病院の部門別利益率というのがあげてあります。これを見ま

表6 日赤・厚生連病院の部門別利益率

		1977年
部 門		利益率
検 査		45.6 %
人 口 透 析		37.8
薬 剤		22.5
入 院		8.9
放 射 線		5.2
外 来		△52.9
理 学 療 法		△62.0

資料：全国公私病院連盟「病院部門別原価計算調査報告」

すと検査の場合は利益率が45.6%です。こういう状態がずっと続いているかどうかはよく調べてみないとわかりませんが、1977年ではそういう利益率になっており、検査報酬を100としますとその中で原価は54.4%で、あとは利益になるわけです。

医療機関に聞きますと、検査というのは意外に重要なものだとしばしば言われますが、検査が重要であることは理解できるし、それによって何かの障害が発

見できればこれに越したことはないわけですけれども、しかし検査のやり過ぎとすることがあります。医療機関の間の相互関連がうまくいってれば、カルテにあるわけですから、重複して検査をするようなむだは避けられるはずで。

それからもう1つは医療過誤といった紛争が最近をよくあって、医療側が訴訟に負けるケースも多くなってきました。そこで証拠資料として検査をたくさんやっておこうという考慮もあると思われます。いわば防衛医療として検査をやるわけで、アメリカでは非常に神経質にそういうことを徹底的にやっており、それが日本にも伝染してきたのではないかと思われま。

しかし医事紛争の頻度はアメリカほど多いわけではありませんし、また検査の証拠能力が、ケースを正当化するほど信頼度があるとも言えません。やはり検査の頻度はマージンが多いということによって増加したというのが実情だと思います。

また最近では民間の検査屋さんというのが増えております。これは医療機関とタイアップして、病人づくりをやっているというケースがあるわけです。予防に名を借りた病人づくりである、と現に高名な医者がそう指摘しています。ですから検査の横行というものはやっぱり問題で、そのコントロールを行なう必要があると私は思います。

IV 医療費は高すぎるか 一医療資源の適正配分一

医療費を増嵩させるような需要・供給側の要因が日本の場合にはあるわけで、それを1つ1つ地ならしをしないと、一体この医療費の増嵩が妥当なのかそうでないのかという判断はつかないわけでありま。しかしその判断というのはなかなか厄介でありまして、私がここで結論が出せるほど容易なものではありません。

そこでそれを別の方面から考えてみたいのでありますが、それは医療資源の配分ということでありま。いまのような医療費構造の中で、医療資源がうまく配分されていて、人々の医療に対するニーズに十分応えているということであれば

大きな問題にはならないかもしれませんが、一体そうなっているのかというのが問題であります。

1 地域的配分

まず第1点は医療資源の地域配分であります。日本ではどうもそれがうまくいっておらず、その典型的なのが無医地区であります。これまで無医地区に専門職を配置するためのいろんな努力がありましたけれども、現在のところそれがむずかしいということでありま。それでさっき言った電子工学の力を借りてやろうというわけですが、こういう地域では看

護婦の力というものが非常に大きいわけです。看護婦とか保健婦のやった検査の結果などが、システムに乗って病院に情報としてどんどん入って、病院からまた指令が出るといったやり方でありませう。医療の機械化の1つのいき方でありませう。そうは言ってもこのやり方というのは、それ自身についてもいろいろ問題があるということも、指摘される通りであります。

2 疾病構造の変化への対応

それから第2点としては専門職としてのサービス職種の配分がこれでいいかという問題が提起されます。たとえば医師と看護婦という2つの職種をとって見ても、その配分がこれでいいのかという問題があろうかと思ひます。

人口構成が高齢化しておりますので、そういう中で発生する疾病構造に対して、いままでのやり方では効果的に対応できなくなっています。一方では資源のむだがあり、一方ではその不足が生じる。特に高齢化社会でのナースの役割というのが、非常に重要になってくるだろとう思ひます。そういった点については医師とナースの配分の仕方も変わってこなければいけないと思ひますが、日本の場合はその辺の配慮があまりなされないうで、従

来のままの考え方が踏襲されております。

そういう意味でサービスについてのマンパワーの配分を考えていかないと、必要なサービスが十分に提供されないうことになります。

3 医療と福祉の連動

第3番目には施設の配分という問題があります。施設の配分というのは病院や診療所の配分だけではなく、もう1つこれから考えなければいけないのは、医療施設と福祉施設相互間、あるいは医療施設と福祉施設の中間的な施設といったものについての配分であります。日本には中間施設というものはほとんどありませんが、たとえば高齢者で障害が起きたが医療の立場では症状が安定してきたとうような人を、そこに収容するための施設であります。

日本では医療は医療、福祉は福祉といったやり方で、両者の関連はあまり考えられておりません。したがって専門の医療機関ではある程度症状が安定してこれ以上医療の必要がないとか、あるいは別の施設のほうが望ましいとう人まで、ずっと病院で抱えているわけです。リハビリテーションの施設もそうですが、そういう中間施設があればかなり在院日数も下がっていくのではないかと思ひられます。

V 医療費の将来動向

そこでこれから医療費は一体どうい

ふうになっていくかとうことになりま

すと、これから医療に対する需要や供給がどういうふうになるかという予測に対して、対策を立てていくということです。

1 予防医療需要の増加

その1つは、需要の側で予防に対する需要がかなり増えていくだろうということがあります。このことは現在の制度からいっても大変な医療費の増大になると思われまます。たとえば先ほどの検査屋さんが横行するということも含めて、「病人づくり」が盛んになっていくということになりますと、ちょっと困った問題であります。「患者調査」によりますと、日本全国の患者数は800万人ですが、診療間隔等を考慮に入れると3,000万人を越え、3人に1人が病人ということにもなっています。生きている人間ですから、ましてや検査の数を増やせば増やすほど、大部分の人は何らかの形で病気の要素を持っていますから、1億人全部病人ということにもなりかねません。

2 大型機械化による医療費の増加

次には、供給側で大型化が非常に進むわけで、これは避けられない現象だと思えます。良きにせよ悪きにせよ、機械化は必ず進みます。そうなりますとどうということが起こってくるかということ、これは見込みですけれども、大型機械だと非常に効果があるから、どこの医療機関でもその導入を考えるとします。しか

し高価な大型機械ですから、導入できる所とできない所とがあり、大型病院は導入するけれども中小病院は導入できない。これがキッカケで日本の医療機関が機能分化され、これが医療制度の体系化にとってプラスになる可能性も出てきましょう。

3 看護の費用の増大

それから第3番目には、さっき言ったように疾病構造が非常に変わってきます。長期慢性疾病が増えてきます。そうすると看護の役割というものが量的にも質的にも非常に重要になります。看護というのは人間が行なうわけですから、これだけの専門職をそろえるためにはどうしても金がかかります。ヨーロッパやアメリカで病院の費用がぐんぐん上がっているのも、看護に金がかかるというのが1つの要因になっています。それだけ看護婦の社会的地位が高いとも言えるわけですが、看護の費用が非常に上昇しております。

最近向こうの専門誌なんかを読みますと、これからアメリカの医療費が上がるのは看護の費用だということです。医師の収入というのはかなり伸びていますけれども、看護はその伸びを上回って伸びてきていることがはっきりわかります。しかも人口の高齢化によって、これからのアメリカの医療費の相当大きな鍵になるということが述べられております。

そういう傾向は日本でも出てきており

ます。現在看護は非常に重労働になっていると言われていまして、必要なマンパワーの十分な供給ができないわけです。ですからそういう専門職に対する処遇の改善がなされなければいけないわけで、

これは生活権としても必要だけれども、だんだんそういうふうになっていくと思います。経済法則からしてもそうになっていかざるを得ないだろうと思われま

Ⅵ 今後の対策

最後に、以上申し述べましたようなことに対して、これからどのように対応していくべきかということを中心に申し上げて結びとしたいと思います。

1 医療費抑制策の限界

1つはこれからの医療費の増嵩に対して、あえて言うならば、どうやってそれを抑えていくかということにあります。

1) 需要抑制—自己負担増—

そこでこの医療費を抑えるためにはおよそ3つのことが考えられます。

まず第1に医療費が増大する国は、健康保険制度をもっている国です。イギリスはほかの先進諸国に比べて医療費の増嵩がやや鈍っています。イギリスは国民保健サービスというのがあり、義務教育と同じように医療サービスというものを国で提供しています。ということは政府が完全に供給をコントロールしているわけです。そのためにイギリスの医療費の増大率が他の先進諸国に比べてやや低いのだらうと思います。

日本人がイギリスに行きますと、非常に医療の不親切な国だと言いますけれど

も、それは日本の医療を見ているからそのように言うわけで、不親切かどうかは専門職から見れば別な判断があります。いずれにしても医療の供給をコントロールしているから医療費が抑えられるわけです。

医療費の増大に対処するためには、医療保険制度をとっているところでは保険の給付率を下げるとか、あるいは自己負担を増やすというようなことをやります。日本でも国会で大きな議論を呼ぶことになるとは思いますが、例の医療保険制度の改革という問題が提起されております。結局それは何らかの形で自己負担を増やそうとしているわけです。

こういうことは医療費の増大を需要の抑制で対処しようという考え方で、日本ではこれが伝統的な考え方です。しかしこの自己負担を増やして需要を抑えるということは、考えるほどの効果はないように思われます。日本のように生活水準がかなり高く、諸経費が出せるところで自己負担を増やすというのは、かなりの額の負担にしないと需要を抑える効果がありません。低い負担はその当座

はブレーキになるかもしれませんが、あとは慣れてしまってあまり効果はないと思います。

高額負担にすれば、非常に低所得者にとって重圧になりますから受診の機会を制約できるかもしれませんが、そのデメリットが大きすぎて、そういうことはできないから中途半端に終わってしまうことになります。自己負担で医療費を抑えることは限界があるわけです。

2) 予防サービス態勢の整備

第2番目には長期政策として予防を重視するということがあります。ナショナル・ヘルス・サービス（イギリスの国営医療）方式をもう少し日本の医療に取り入れてはどうか。予防の問題についてよく引き合いに出されますのは、長野県八千穂村における佐久総合病院と、その村当局、それに村の住民の三位一体の態勢であります。それであれだけの成果を挙げております。

もちろどこでもこのやり方がそう簡単にできることではありません。しかしその思想と方式を地域内で取り入れていかなければだめだろうという気がいたします。

よく予防を医療保険の給付対象にすべきだという話がありますが、私は必ずしもそうなるとは思えません。そう主張する人たちは、西ドイツの例を持ち出します。西ドイツでは確かに14歳以下の児童については、健康保険で予防給付がされております。それから女性では35歳以上、

男性では45歳以上になりますと、年1回医療保険で健康の診査が受けられます。

しかしこれは医療保険だけで独走しているのではなくて、それを受けて立つ供給側の医療機関がうまく対応しております。ですから西ドイツではこれが医療費の増大にすぐにはならないわけです。医療保険に予防給付を入れるということの利益を強調するのはよろしいのですが、それだけでは所期の目的を達成することはできないのであって、日本では大体において医療費の増大を招く結果に終わってしまうということになりそうです。ですから供給体制そのものにメスを入れ、予防に十分対応できるように、システム上でも報酬決定の上でも改革していかなければならないわけです。

岩手県沢内村にしる長野県八千穂村にしる医療費そのものが絶対的にとはいませんが相対的に下がっています。そういうことをやっていない地域に比べると、かなり低い水準になっております。そういうわけですから、予防供給体制を本格的にやれば、長い目で見れば医療費を抑えることができる“はずだ”と考えます。

ところがこの方策はかなり長期的な展望と対応ができるような政府でないとだめだと思います。数年間はかえって医療費が上がりますから、その負担に耐えられるような政府でないとできないわけです。日本の現状ではそれはかなりむずかしいと思われます。

3) 医療機関の増加の抑制

そうなると最後には諸外国がやっているように、供給を制限するということになります。これは何かというと、ベッド数を増やすのを抑え、病院を増やすのを抑え、マンパワーの供給を抑えるということになるわけです。先進国はそういうことをいま懸命にやっております。アメリカなどではベッド数をかなり抑えており、従来よりもベッド数が絶対的に減ったところもあります。そのくらい大手術をしないと医療費は下がらないんです。

それができるのは国や自治体が医療の供給をコントロールできる国であります。日本のように民間医療主導型の国ではなかなかできません。

ただ大型機械の導入につれて医療機関が分化してくる可能性はあると思います。だれもかれも大型機械を導入するがそれを十分に活用しないような傾向がなくなり、導入できない医療機関とできるそれとがあったほうがいいわけです。機械が必要なときにそれを共同利用すればいいんです。そのかわりだれでもそれを自由に使えるように、その大型機のある医療機関はオープンシステムとして開放しなければいけない。

現在の診療体制の中ではそれができません。けれども、将来医療費の抑制対策としてそういうことは当然考えなければいけないと思います。

この意味で病院の機能分担が必要になってきます。機能分担といえ、しばし

ばそれを医療機関の格付けのように思い、1級病院だとか2級の病院だというふうには考えがちですけれども、それは間違いであって、機能を分担して1つのまとまった地域全体の医療を行なえばいいわけです。

では、診療所のようなところはどうか。いままでは使える使えないは別として大型機を導入したところもありますけれども、これからはあまりに巨額になってそれができない。それでどういう方向に進むかということ、中型の機器なんかを導入するために診療所間で、あるいは医師間でグループ化をしなければいけない。

つまり診療所同士で何人かの医者と何人かの看護婦が一緒になって集団診療を行なう方式であります。そういう方向に移っていく可能性があります。いままでのように単独ではなくてグループになることで、お互いの診断を相互にチェックすることができ非常にプラスも出てくるわけです。また二重投資をしないですむことにもなります。

それにしても、あっちを向いてもこっちを向いても壁ばかりというのが日本の現状であります。しかしこういったものを少しずつ組み合わせていかないと、今の危機を乗り切ることにはできないわけです。

2 医療資源の適切な配分

そうは言っても医療費の抑制というこ

とばかりやっても困るわけです。各省が予算獲得のために重点施策を打ち出していますが、全体の政策の優先性というものを見ないで各省がバラバラにやっており、医療費の削減もそういう角度でやられたのではだめだと思います。

本当に必要なところに資源が回るような配分について、政策が展開されなければいけないというのが第2の問題で、これは言うべくしてなかなか困難な問題だろうと思いますけれども、医療費対策というのは同時に資源配分対策と合わせて行なわないと、かえってマイナスになるということです。

3 保険制度の抜本的改革

それから第3番目には医療保険の改革があります。その改革というのは最も医療が必要なときに、最も必要な人に給付をするという形になることであります。

要するに乱診乱療を防止できるような制度にしなければならないわけでありまして。被用者保険では本人が元気で働いている期間に10割の医療給付をし、一方退職後の国民健康保険では3割は自己負担だということもおかしいわけで、こういうことも調整する必要があると思います。

また現在、入院をすると付添婦の費用も給付することになっていますが、およそ付添婦の費用の給付をするという例はほかの国ではあまりないと思います。付添婦というのは、いってみれば医療の部外者なんです。そういう人が医療チームの中に入り込むのはおかしな話で、これはやはり看護に対する十分な費用の負担がなされていないからであります。そういうことも含めていろいろの対策が立てられなければいけないということでもあります。

質疑・討論

1 医療費伸び率の推計

質問 表1の日本の医療費というのを見ますと、医療費の伸び方が1970年から1975年の5年間で3倍ぐらいになっているんですが、それ以降は、伸び率が鈍化しているように見えるんですけど……。

地主 1973年に老人医療の無料化があり、それから被用者保険の被扶養者の給付率の改善がありましたね。それが大きく作用してここでぐんと伸びたわけです。

将来の動きはどうなるかわかりませんが、予測としての1983年の数字を見る限りでは、かなり緩やかになるということは言えますね。どうしてこうなるかという、大幅な給付の改善はこれからは行なわれないだろうという予想に立っているわけです。

高齢者が増えることに伴う上昇はあるかもしれませんが、健康保険の財政が苦しいので、かえって抑制する気配があり

ますから、政府のほうから医療費の伸びを促進させるような政策はないだろうということなんです。

質問 入院に要する費用の動きがよくわからないんですが、表5で見ますと1960年には医療費の中で入院費が率としていちばん大きかったわけですね。26.3%なんですけど、それが1970年に14.3%と大きく下がり、まただんだん増えて1977年に18.2%となっています。ほかのほうは診療費にしても検査にしても増え続けていますし、投薬は非常に伸びてきてそれが落ちついている状態であることがわかります。

医療費が上がっていくのは、各病院で入院に要する費用が増えるのも理由の1つだということ、一方では入院の費用は利益率が特に低いというお話もありましたので、矛盾している感じもうけました。この辺の関係を詳しくお願いします。

地主 これはなかなかむずかしいですね。

とにかく日本の場合には1960(昭和35年)にはこのくらいだったんです。というのはほかの分野がわりに低く、特に診療なんかのサービス費用が少なかったんです。1960年というのは国民皆保険といわれた当時で、そのころは入院サービスへの報酬改善がいちばん悪かったんです。点数の改善を見ますとよくわかりますが、入院サービスが点数の改善の中でいちばん率が悪いんです。日本では入院に対する認識が薄かったわけですね。そういう

ことで1960年代の終わりまで入院以外が上がり、入院がだんだん下がってきたんですが、それからまた上がり出したんです。ここでは純粋な医療サービス以外に、たとえば看護サービスなども含めてありますので入院の利益率が低くなるわけですね。にもかかわらず全体の点数の配分で入院のほうはどうして上がっていくかということ、第1にはベッド数が多くなり、看護サービスの点数なども上がって、入院に対する配分の割合がだんだん増えてきたわけですね。ベッドも増えるし、入院しなくてはいけない患者もどんどん増えるということですね。

第2にやはり大型機器の導入だと思えます。これが費用の増大につながったことは前にも述べた通りです。

2 予防サービスの意義と財源

質問 生活水準が向上して健康意識が上がり、ちょっとした体の不調でも受診するから医療費の増加につながるというお話があったと思います。そのことについてなんですけれども、社会保険庁の発表を見ますと、政管健保は赤字だと言われていたけれども53年度はインフルエンザの流行がなかったということと、被保険者とその家族の健康管理がかなり良くなったので黒字に転化したということなんです。その推計表を見ますと健康管理によって、医療費が大体200億円減少したということだったと思います。それと、この間の新聞を見ますと、医療費がどん

どん上がって健康保険組合の財政が苦しいので、ある曜日を病院に行かない日と決めたらしいんです。1年間の統計をとって見ると、それによって確かに医療費が下がったという記事が出ていました。そうすると生活水準が上がって健康意識が高まると、医者に行くことも減少するのではないかと思うんですが。

地主 健康教育によって予防に対する認識が高まるということもありましょうし、自分でコントロールできれば必ずしも医者に行くとは限らないわけです。そういった意味での健康教育が本当は必要なんですね。いずれにしても健康教育や健康管理によって医者に行く回数が減り、その結果医療費が減るということはあると思います。

質問 予防医療のところでは長野県八千穂村の例をとってお話なさいましたが、予防のための費用はどこからもってくるのですか。予防サービスを税金でまかなわずに保険でやることになりますか。

地主 そうです。我国では保険が予防給付をしていないんですから、まずは今まで通り自治体などが税金を使って行ない、次の段階で保険にとり入れるというのがよろしいでしょう。しかし税金でやろうが保険料でやろうが同じ財布(国民)から出るわけですね。ですからどちらでみようが同じことだと思うんですけれども、保険で出すということになると、現在の出来高払い制のもとでは費用が急増し、医療保険財政を危うくするという問

題があるでしょうね。しかし費用節約策としても予防が効果的だということになってくれば、それでは保険給付の中でみましょうということになるかもしれません。

西ドイツあたりがそうなんです。西ドイツでも初めから予防給付があったのではなくてつまり予防医療が非常に効果的だということが実際の例でわかったので、それなら保険給付に入れようということになったわけです。

質問 現状ではそこまでいかないから、税金でやったほうが良いということですね。

地主 そうですね。現状ではぼくは公費でやったほうが良いと思います。そのためにまず、予防を十分行なうことができるような体制を計画的に整えていく必要があります。

3 医療費政策—健康教育と医療コントロールの方法 —

質問 最後におっしゃった政策のところですが、お金との関係ではなく、国民の健康に対する教育の面が欠けているのではないかと思います。そのところは先生はどういうふうにごらんになりますか。

地主 それはまったくおっしゃる通りですね。ぼくはそれがいちばん大事な要素だと思うんです。きょうは経済的側面のことを中心だったのでその点を抜かしましたけれども、国民が健康に対する認

識をもっと強め、自治体などが率先してこのような教育の場を多くしていくことにならないとだめですね。

日本だけではないんですけれども医療に対する一種の過信が人々の間にあって、人命は地球よりも重いから医療こそは絶対だ、とおっしゃる人がよくいるんです。

言われる意味はよくわかるんですけれども、絶対だったら健康に対して自らも十分にわきまのある行動をとらなければいけないはずで、平素は不健康な不摂生な生活をして、病気になってから絶対だというのでは説得力がない。普段の健康に対する教育が十分でないものですから、逆に医療絶対主義に陥るわけです。ですからおっしゃる通り健康教育に今こそ力を入れていくべきで、その点で看護協会の役割に限りない期待をいただいています。

ぼくはまたもっと小学校とかその他の学校教育の中に健康教育を盛っていけないものか、という考えがあるんです。家庭でやるといってもいまの家庭ではそういう役割を十分果たせる状況ではありませんので、学校教育でもう少しそれをやってほしいと思いますね。

質問 やはり政策のところなんですけれども、医療費を増大させないために国が医療統制をやるということは、自由診療を建て前としている国では不可能なことなんでしょうか。

地主 ぼくは不可能とは思いません。というのはアメリカの例ばかりで恐縮で

すが、アメリカというのは一見非常に医療が自由のようだけれども、医療の供給ということについてはものすごく公的コントロールが強いんです。日本で言われているように地域医療計画というものを作るために、そのメンバーには医療機関も入ります、もちろん民間の医療機関も入ります、行政も入るし、一般の住民も入るというように医療計画には徹底的に介入しますので、その点はかなりの統制になりますね。

日本は反対で、一見いろんな形の拘束というのがありながら、こと医療の供給についてはまったく野放しなんです。だから日本ではコントロールしようとしてもできやしないではないかということになるかもしれませんが、たとえば医療金融公庫（特殊法人）というのがありますね。金融公庫は医療機関の新增設に非常に低利で融資しているんです。

あれは公的にコントロールできる金融機関ですから、たとえば地域の医療供給計画がないところには金を貸さないというふうにすれば、病院の数が無計画に増えるということにはならないかもしれない。

それに、もし公的機関がそれをやると、はたして民間の金融機関がそれを無視して大っぴらに貸付をするかどうか、その辺の影響も出てくるような気がいたします。

4 医療機関の過当競争のツケ

質問 医療費を増やさないという状況の中で供給者側の競争がものすごく激しくなってきたような気がするんです。一方ではどんどん発展し、片方では切り捨てられるおそれを感じているのもあると思うんです。

地主 分配というのはどうしても利害の対立を生みますからね。経済が高度成長をしているときなら—経済問題ですが—多少格差があっても、みんなが成長の成果にあずかることができるので、あまり問題になりませんが、経済が停滞してくると、増えもしないパイの分捕り合戦になるんですね。最後にその尻ぬぐいをするのは一般市民ですから、過当競争は好ましくないわけですね。

質問 大型機械を導入できる大病院と、それができない中小病院とに分化して、病院の機能の分化というのが始まるとおっしゃいましたが、病院の機能の分化ということが私のイメージとしてよくわからないんです。私自身看護婦という立場から、病院の性格によって働き方がちょっとずつ違って来るように思いますので、その辺のところをもう一つ詳しくお願いします。

地主 ぼくが言ったのは人的物的装備からみて非常に高度の医療をやり得る病院と、それが必ずしもできない病院に分かれる“可能性がある”という意味で言ったんです。

これは病院にとっていいとか悪いとか

ということではないんです。みんなが質的能力を考えずに同じように大型機器を持つということは、医療資源のむだになるということです。患者にしてもその必要が生じたときにあまり機械の使いこなせない病院よりも、それを使いこなせるような病院でやってもらうほうがいいわけです。そういう意味のことを申しあげたんです。

5 医療問題についての 意志表明を

質問 日本の医療を改善する政策についての意思決定のことなんですが、医療を改善するのにどういうサービスがあったらいいかということは、現場では看護婦なら看護婦、栄養士なら栄養士として、いろんな立場でああいうふうにしたらいという意見があったら、そういう方向に世の中は進んでいきますよね。

ですから医療の制度を改善する場合でもそれをどういうふうにしてほしいという意思決定の場が必要ではないかと思いますが、今はそれがないので医者意見といったものがいちばん優先することになってしまうのではないかと思うんです。

地主 1つはマスコミを利用することでしょうね。マスコミを利用して意見を出していく必要があると思います。

教育問題なんかで大新聞が大きな紙面をさいていますが、中には一生懸命勉強したいというのもあるわけですから、そういった新聞を利用するのがいいような気がしますね。そして世論を教育していく。

医療費増高の現状と課題

もっと大事なことは、健康・医療・福祉について地域がかかえる問題をこういう職能集団がもっと発掘し、積極的に取り組んでいくことです。健康問題が高齢化

社会の中で一般市民の最大の関心事になっていることを考えますと、協会の役割はいよいよ重いといっても過言ではありません。

(1980年1月17日 医療行財政研究交流会にて)

Problems Related to the High Cost of Health Care

Shigeyoshi Jinushi
The Faculty of Humanity, Chiba University

The cost of medical service has risen considerably during the past 10 years. Particularly, the cost of hospitalization has become alarmingly high.

The high cost of health care is caused by both demand and supply factors. Demand-side factors include :

1. Increasing number of patients with chronic diseases as a result of increased proportion of old people in the population.
2. Increasing number of patients with heart diseases by higher standard of living, particularly improvements in eating habit.
3. Higher rate of people receiving health care as a result of the spread of medical insurance and higher benefits.

Supply-side factors include :

1. Medical practitioners create unnecessary demands in order to make a profit.
2. In contrast to the drop in the mortality rate, the proportion of people with disorders has increased as a result of advances in medical science and pharmacy.
3. Increasing number of hospitals and clinics.
4. Introduction of large, expensive medical instruments and their extensive use to make them profitable.
5. Under the existing system of health care, fees from for each medical examination and treatment. As a result, doctors prescribe medicine and examine their patients thoughtlessly.

Although these factors have caused to go up medical expenses, the increases are not necessarily harmful. However, from the viewpoint whether or not medical expenses are being applied appropriately, we must resolve the problem of regional maldistribution of medical institutes and the lack of intermediate facilities that link health care to welfare. In order to curb the upward trend in medical expenses, hospitals, clinics and medical personnel must be properly distributed to places where they are needed. In addition, drastic measures must be taken to reform the existing medical insurance system.

January 17, 1980