

700500057A

研究報告書

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

国民皆保険制度不在下における無保険者・慈善医療の研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 石川義弘

平成18(2006)年 3月

## 目 次

### I. 総括研究報告

国民皆保険制度不在下における無保険者・慈善医療の研究 -----	1
石川 義弘	

### II. 分担研究報告

1. 非国民皆保険制度不在下における無保険者・慈善医療の研究----	3
井伊 雅子	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	5
---------------------------	---

IV. 研究成果の刊行物・別刷 -----	6
-----------------------	---

## 研究報告書

厚生労働省科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
（総括）研究報告書

国民皆保険制度不在下における無保険者・慈善医療の研究  
主任研究者 石川義弘 横浜市立大学大学院医学研究科 教授

### 研究要旨

本申請は、日米において医師資格を有し、とりわけ米国において慈善医療の現場に携わる経験をもつ医師である研究代表者が、米国医療における無保険者および慈善医療の存在・診療の実態を、わが国の医療制度との比較論を中心とした観点から、検証したものである。とりわけ医療株式会社の参入などにより、米国型の市場主義的な医療保険制度が導入された場合、わが国でも想定されうる無保険者の出現が、日本の国情下ではどのようなインパクトを国民生活に及ぼしうるのかを検討した。わが国の皆保険制度を、今後どのような形で維持していくのか、あるいは皆保険制度を廃止した場合どのようなインパクトが国民全体の医療に及ぼすことになるのかを、米国における無保険者を具体例に取ることによって検証した。

石川 義弘

横浜市立大学大学院 医学研究科 教授

### A. 研究目的

本申請の目的は、わが国には存在しない無保険者を、米国州立大学医学部付属病院にて実際に診療に当たったことのある研究代表者が、無保険者の診療実態を中心に、とりわけ慈善医療といわれる無保険者向けの医療の実態を、わが国の医療現場の実際と比較検討しながら、研究していくことである。申請者は日米両国の医師免許を有するために、このような比較検討が可能である。実地の医療家と公共医療経済の専門家（分担研究者の井伊雅子）の共同作業により、単なる医療見聞の研究にとどまらず、日米の国際比較を基にした客観性の高い比較研究が可能になると考えられた。本研究によって得られる成果を、今後わが国が皆保険制度を存続させるか、あるいは放棄するのかの客観的判断材料として提供することを目的とした。

### B. 研究方法

#### 診療供給体制の検討

申請者が客員教授をつとめるNJ州立大学病院をケースモデルとし、外来部門における無保険者向けクリニック（慈善外来）と、有保険者向けクリニック（一般外来）において、診療供給体制の違いを中心に検討した。これは医療現場における建物および診察室などのハード部門の比較にはじまり、診察に当たる医師の専門性の違い、診療経験の違い、あるいは医師をふくめた医療従事者に対する診療報酬のちがいなどソフト部門の比較検討へ拡大した。

#### 無保険者の医療受信体制の調査

上記と同様のケースにおいて、受診者側のプロフィールをおこなった。受診者の疾患別頻度分類、長期ないし短期のフォローアップの状況、投薬内容に対するコンプライアンスの問題、生活指導上の課題、家庭ないし社会環境の違い、疾患に対する理解度など、疾病の発生と予後を規定する因子を複数にわたってサンプリングし、有保険者および無保険者で比較検討した。

### C. 研究結果

#### 診療供給体制の検討

一般に無保険者と有保険者とは、クリニックの所在が異なり、無保険者は有保険者向けのクリニックにかかることができない。有保険者向けクリニック（一般外来）において診察医師は教員クラスに限られ、研修医あるいは専門研修生が診療に直接かかわることはない。一方において無保険者向けクリニック（慈善外来）では、診療の主体は研修医ないし専門研修生であり、教員は自ら診察に当たるよりも、研修医ないし専門研修生の診療指導を主体とする。

#### 無保険者の医療受信体制の調査

受信者の疾患分類においては、有保険者向けクリニック（一般外来）も無保険者向けクリニック（慈善外来）も同様であり、虚血性心疾患を中心として、高脂血症、高血圧症などが多い。しかるに疾患の重症度あるいはコントロール状態においては、一般的に慈善外来における患者群に重症例が多い。これは疾患がある程度進行してから病院を受診する患者の割合が、慈善外来において多いためと考えられる。さらに一般的に、肥満症の頻度および内服状態不良者の頻度が慈善外来において多い。

#### D. 考察

米国においてはわが国のような国民皆保険制度が存在しないため、生活保護者向け医療保険（メディケイド）の対象にまで至らない貧困階層は医療保険を持たないことが多い。このため受診において経済的な理由が原因と考えられる抑制が生じ、そのため疾患の進行程度が高度になってしまう場合が考えられる。あるいは行動様式における違いが原因で、無保険者となるような経済状態に陥ってしまうものが多いことも考えられる。無保険者が研修医ないし専門研修医主体のクリニックにて診察をうけることは、研修医にとってもトレーニングの機会の提供となり、無保険者にとっても治療の機会の提供となり、ともに相補的な機会提供になると考えられるが、治療の質に関しては、劣ることも考えられる。

#### E. 結論

国民皆保険制度はすべての国民が廉価で医療に平等にアクセスできることを保障するものであり、今後ともその維持が望まれる。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. 石川義弘 国民皆保険制度を守ろう, 市民集会わが国の医療制度はアメリカを目指すべきか. アメリカ医療の光と陰. 横浜市医師会報748号, 35-43, 2005年
2. 石川義弘 米国における新しい医療安全管理の潮流—医療経営と安全管理、21世紀の安心安全の医療の目指す研究・活動への助成報告書 89-91, 2005
3. 世界一の医療制度がなくなる日 神奈川県保険医協会発行冊子, 2005年10月15日

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

# 研究報告書

厚生労働省科学研究費補助金（行政政策研究事業）  
（分担）研究報告書

非国民皆保険制度に下における無保険者・慈善医療の研究  
（分担）研究者 井伊 雅子 一橋大学 教授

## 研究要旨

本研究では、眼科手術における在院日数を離散型の比例ハザードモデルを用いて分析した。対象としたのは主に白内障患者を対象とする水晶体の手術における在院日数である。どのような要因が病院ごとの在院日数に影響しているかを分析する。た。子供ダミー、退院先、処置・手術のタイプが在院期間に影響していることが求められた。また、患者の属性などを考慮しても病院ごとに在院日数に大きな差が認められた。さらに、どのような要因が病院ごとの在院日数に影響しているかを分析した。利益率が高いほど、また、地域的には北海道・東北の寒冷地の退院率が低く、在院日数が長くなる傾向が認められた。

## A. 研究目的

我が国においては、長期入院の解消による平均在院日数の短縮化が国の大きな政策的課題になっている。在院日数の分析は今後の医療政策を考える上で必要不可欠となっている。在院日数の分析にはただ単に患者の在院日数を比較するだけでは不十分であり、年齢・性別等の患者の属性を考慮した分析が必要である。さらに、病院ごとの在院日数に差があるかどうか、差がある場合はどのような要因（病院の規模、医療の質、経営状態、地域性など）が影響しているかを知ることが重要である。本論文では、眼科手術における在院日数を離散型の比例ハザードモデルを用いて分析した。対象としたのは水晶体の手術における在院日数である。また、在院日数の分布のパターンをタイプ XII のバー分布システムを使って分析した。さらに、どのような要因が病院ごとの在院日数に影響しているかを分析した。

## B. 研究方法

眼科手術における在院日数を離散型の比例ハザードモデルを用いて分析した。また、在院日数の分布のパターンをタイプ XII のバー分布システムを使って分析した。

## C. 研究結果

子供ダミー、退院先、処置・手術のタイプが在院期間に影響していることが求められた。また、患者の属性などを考慮しても病院ごとに在院日数に大きな差が認められた。さらに、どのような要因が病院ごとの在院日数に影響しているかを分

分析した。利益率が高いほど、また、地域的には北海道・東北の寒冷地の退院率が低く、在院日数が長くなる傾向が認められた。

## D. 考察

白内障手術は標準化されたものであるのにこのような大きな差があるのは驚きである。タイプ XII のバー分布の単一分布と混合分布による当てはめを行ったが、両者にはほとんど差がなく、患者が短期入院、長期入院といった、2つのグループに分かれているといったことはなく、患者が比較的均一であることが示唆された。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 縄田和満, 石黒彩, 井伊雅子, 川渕孝一「眼科手術における在院日数の離散型比例ハザード・モデルによる分析」, 2006, 医療経済研究に掲載予定。
- 2) 両角良子, 井伊雅子” The impact of Smoke-free workplace policies on Behavior in Japan” , *Applied Economics Letters*.

### 2. 学会発表

日本経済学会 2005 年度秋季大会  
(2005 年 9 月)

タイトル: 水晶体の単眼・両眼手術における在院日数の比較分析

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
石川義弘	米国における新しい医療安全管理の潮流—医療経営と安全管理	横浜市大医学部	21世紀の安心安全の医療の目指す研究・活動への助成報告書	横浜市大医学部	神奈川県	2005年	89~91
石川義弘	世界一の医療制度がなくなる日、2005年10月15日	神奈川県保健医協会	神奈川県保険医協会発行冊子	神奈川県保健医協会	神奈川県	2005年	30~35

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
石川義弘	国民皆保険制度を守ろう、市民集会わが国の医療制度はアメリカを目指すべきか、アメリカ医療の光と陰	横浜市医師会報	748号	35~43	2005年
井伊 雅子	保険者の役割高めよ	日本経済新聞	2005年7月6日号		2005年
井伊 雅子	眼科手術における在院日数の離散型比例ハザード・モデルによる分析	医療経済研究			2006年
井伊 雅子	The impact of Smoke-free workplace policies on Behavior in Japan	Applied Economics Letters			

国際的な動向に関する領域

# 米国における新しい医療安全管理の潮流

—医療経営と安全管理—

横浜市立大学医学部

創立60周年記念事業実行委員会



# 米国における新しい医療安全管理の潮流—医療経営と安全管理

石川 義弘

横浜市立大学大学院医学研究科循環制御医学

## 【目的】

米国は医療安全管理の先進国である。しかしながら米国を安全管理の先進国たらしめたものは、頻発する医療事故であり、医療事故に伴う巨額の賠償金の存在である。米国における医療安全管理の現実、いかにして医療事故の発生を防ぐことによって、損害賠償金の支払いを少なくするかという点にかかっている。今回の調査の対象は、具体的に米国における医療訴訟の実情はどのようなものであり、それが病院あるいは医師自身の経済的な状況にどのようなインパクトを及ぼしているのかを、実地調査を含めて検討することである。

## 【方法】

具体的に米国大学医学部付属病院において、医療安全管理の実情を検分するとともに、医師賠償の実情が、米国の医療社会にどのような影響を及ぼしているのかを検討した。とりわけ、ニュージャージー州立大学付属病院における現状を調査するとともに、同じくニュージャージー医師会における医療損害補償に対する取り組みを中心として、各種の文献調査をあわせておこなった。

## 【結果】

米国大学医学部付属病院においては、医師の医療損害賠償保健への加入は強制であり、病院において一括して保険加入がなされる。これは医療訴訟となった場合に、病院はもとより、医師個人が訴訟の対象となるからである。一般的に、米国における損害賠償額は巨額であり、とりわけ実被害額よりも慰謝料の支払額がおおきい。しかも訴訟の確率がわが国に比して圧倒的に高い（参考資料1）。このことは損保会社への保険料の支払いを青天井で上昇させた。統計的には、たとえば全米の産婦人科医が年間に支払う保険料は600万円近くになっている。訴訟多発地区のマイアミでは2000万円を越える。ちなみに脳外科医にいたっては全米平均で850万円、シカゴでは3400万円となっている。ニュージャージー州では過去2年で保険料は2-3倍にふくれあがった。おかげで産婦人科医と脳外科医の4人に1人が同州における診療活動を中止せざるを得なくなった。このような医療過誤が全米的には危機的状況にある（参考資料2）。

これに対して、医師会を中心にせめて慰謝料の賠償額

に上限を設けようという運動が高まり、ニュージャージー州のみならず全米規模での運動となっている（上院法案第50号、参考資料3）。ニュージャージー医師会においてもこの法案を通過させることが最大の懸念であり、医師会としても最大限の努力をおしなかつた。その実例として懇願の手紙が会員に配布されたことからもうかがい知れる。

NJ 州立大学病院においても、専門の安全管理部門の指導下にて、各種の安全管理活動が繰り広げられている。端的な例がカルテの電子化であり、ロジシャンと呼ばれる基本ソフトにより、患者の情報がどの端末からも、医師ならば自由にアクセスできるようになっており、患者の内服処方状態から、各種診療科での診察結果、さらにはMRの検査結果や採血検査のデータなどが、取り出せるようになっている。これは患者データの共有化により、投薬禁忌などの医療ミスを防止するのに効果的であると考えられる。さらにはCCUなどにおける劇薬物は、すべてコンピュータ管理の格納庫に保管され、誰でもがアクセスできないようになっている。このような方法は、薬剤ミスの発生防止に有効であると考えられた。さらには、わが国でも最近概念的に導入されつつある略語の統一や、カルテの書き方指導なども徹底されている。これらは、安全管理委員会の査察はもとより、研修医および学生への医学教育の一環としておこなわれている。これら複数の手段を組み合わせることにより、学生実習の段階から看護にいたるまで、医療事故を防止しようとする試みがおこなわれている。

## 【考察】

米国の実情を調査して判明したことは、医療訴訟がもたらす莫大なマイナスの経済効果であり、患者側にとっても病院側にとっても、エネルギーを消耗することになりかねない。また、医療賠償額の高額化によって、損害賠償保険の掛け金の高騰をひきおこし、結果的に病院側の経営を圧迫し、医療設備投資をする際の足かせとなっている現状がある。医療事故は患者・病院の双方にとって、不利益をもたらすものであり、このような観点から考えると、医療事故防止のために、電子カルテの導入など、高コストの設備投資をおこなっている背景が存在すると考えられる。

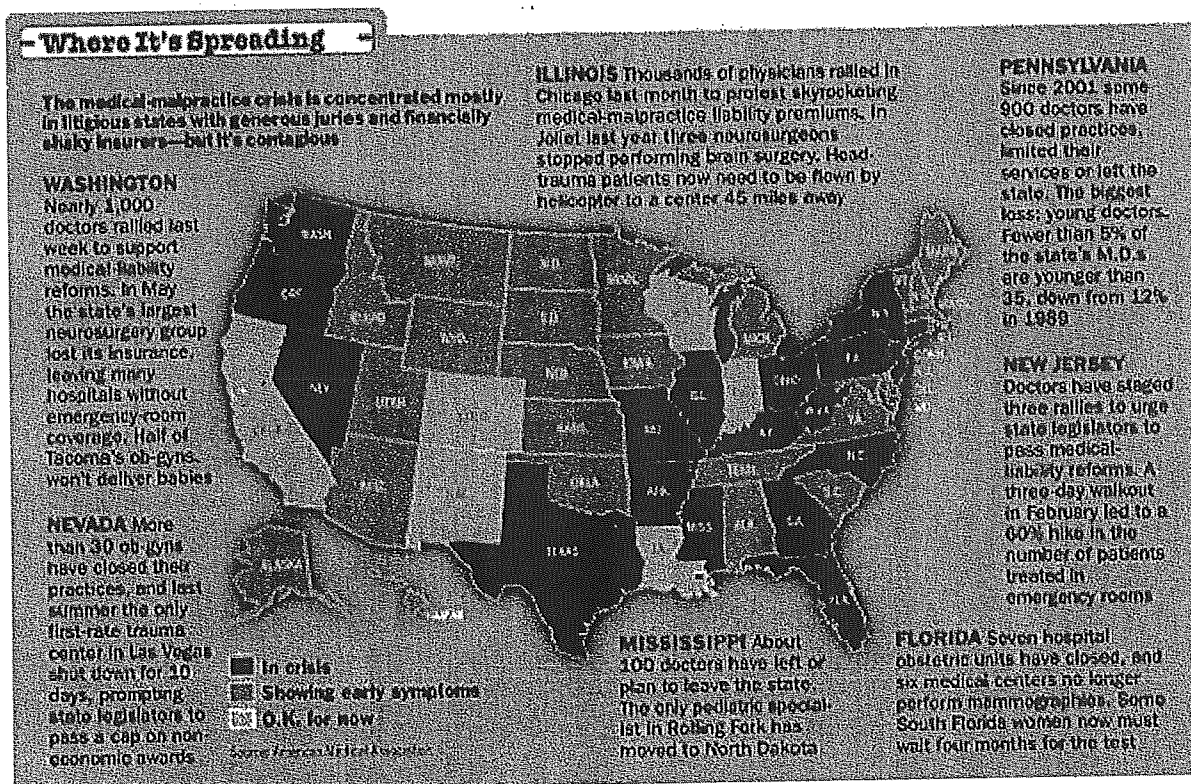
わが国においても医療過誤が注目されつつあるが、まだその数は米国に比べれば少なく、また医療訴訟の件数も少なく、米国並みの社会問題になっているとはいえない。逆に考えるのなら、米国のような医療訴訟社会になってしまえば、患者・病院ともに及ぼすマイナスの影響が大きすぎるものと考えられる。今後わが国の医療安全をどのように進め、米国のような医療訴訟社会にしないようにするのが、わが国の医療関係者の最大の義務ではないかと考えられる。

参考資料 1

## 各科別 医療訴訟の頻度

Category	Physicians sued at least once during their career
All Physicians	37.8 (%)
General/Family Practice	40.5
Internal Medicine	28.0
Surgery	52.0
Pediatrics	24.9
Obstetrics/Gynecology	60.0
Radiology	35.1
Psychiatry	22.2
Anesthesiology	32.8

参考資料 2

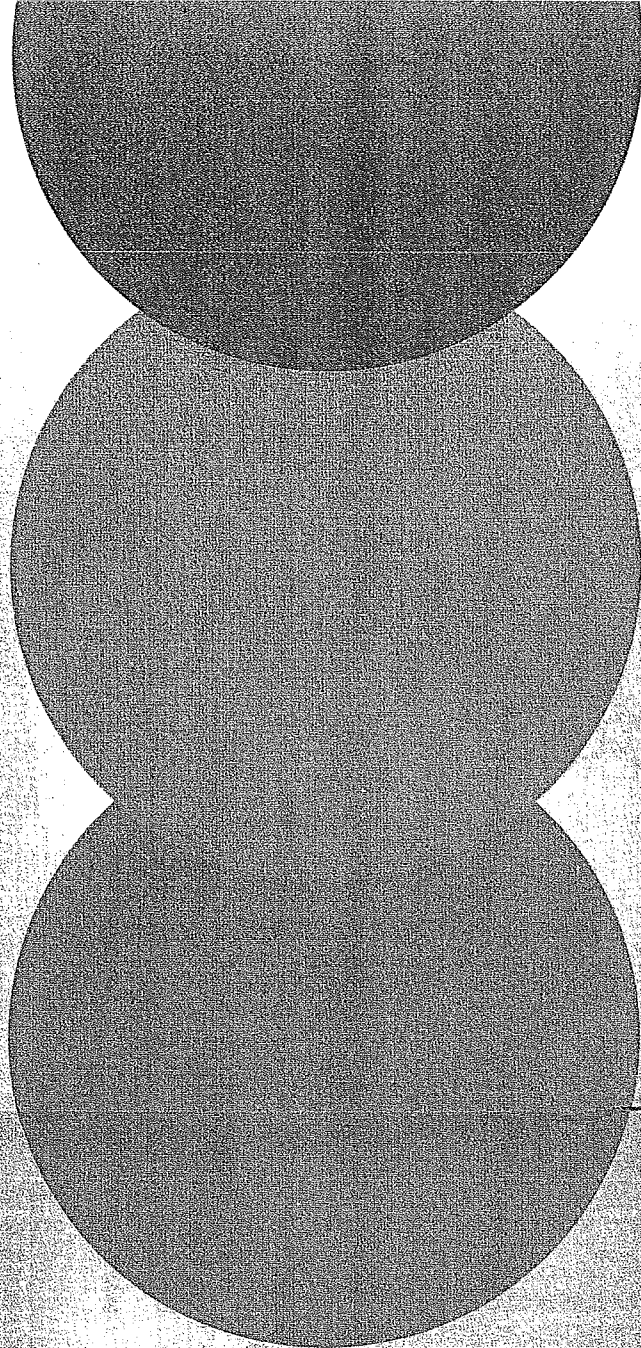


### 参考資料 3

- ・要約：上院第50番法案について
- ・経済外的損害賠償：医師／保険会社の経済外的損害賠償に30万ドルの上限を設ける。
- ・過剰責任基金：30万ドルを越える賠償金は、過剰責任基金によって70万ドルまで支払われる。
- ・責任の総上限：医師に契約範囲を越える経済外的賠償の責任はない。
- ・契約範囲を超える責任：現在、保険会社は特約がない限り、契約範囲を越える支払いを強制されるかもしれない、それが主要なコスト推進要因である。法案は契約範囲を上限としている。
- ・法文の発効日：まだ裁判にかけられていないものを含め、すべてのケースに適用される。
- ・時効：すべての幼年期の傷害の出訴期限は20年から13年に短縮される。また現行の「傷害を知った時点から」がなくなる。
- ・賠償額の縮減と追加：裁判官には、賠償額を下げるか、または増加させる、より大きい権限が与えられる。
- ・鑑定人：鑑定供述書にサインまたは証言する医師は、被告と同じ専門か、または準専門でなければならない。
- ・意見規則：専門家からの意見は単なる意見ではなく、教科書や手術記録など具体的な出版物に基づかなければならない。
- ・保険会社の規制：保険会社の監視を拡大し、医師が高すぎる保険料を支払わずにすむようにする。
- ・非関与の宣誓供述書：医師が訴訟で指名され、医師がその患者の治療と無関係ならば、訴訟からすぐ除かれるために非関与宣誓供述書を提出することができる。
- ・患者の安全：医療施設は、医療事故減少を目的とした患者保護計画と委員会を設置しなければならない。
- ・良きサマリア人：緊急時の医療を補助する医師は免責される。
- ・特別委員会：MSNJ が参加する特別委員会は不法行為改革と還付問題を調査する。

# 世界一の医療制度がなくなる日

混合診療と株式会社病院の危険なワナ



町の開業医・開業歯科医5,400人の団体  
**神奈川県保険医協会**  
横浜市神奈川区金港町5-36東ビル2階 TEL:045-453-2411



## 世界一の医療制度がなくなる日

発行日 2005年10月15日  
発行所 神奈川県保険医協会  
〒221 横浜市神奈川区金港町5-36  
-0056 (東ビル)  
電話 045 (435) 2411番  
発行人 平尾 敏一

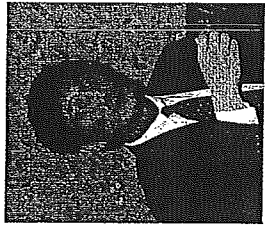
▷禁断転載<

町の開業医・開業歯科医5,400人の団体

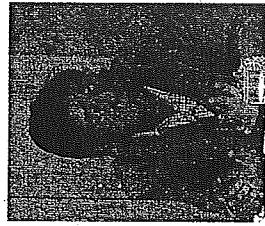


**神奈川県保険医協会**

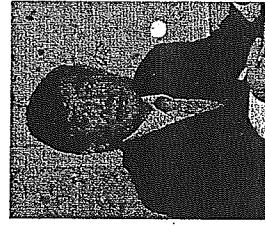
# 混合診療解禁で皆保険制度は崩壊



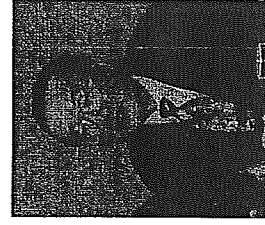
石川 義弘氏  
ニュージャーニー州立  
大学医学部付属  
病院指導医・客員教授



平尾 弘一氏  
神奈川県保険医協会・  
理事長



花沢 秀美氏  
神奈川県保険医協会・  
歯科部長



池川 明氏  
神奈川県保険医協会・  
医療運動部長

大幅解禁となった混合診療の「基本合意」は、「療養の給付」（＝現物給付）原則に大きな風穴を開けた。保険医協会では05年2月11日、三浦ジャシーニ州立大学医学部付属病院内で、客員教授（横浜市大教授）の石川先生をお招きし、平尾理事長、花沢歯科部長と混合診療問題の座談会を開催した。司会を、池川医療運動部長（＝現物給付）の原則にP39の用語解説を参照）

## 今回の合意は、皆保険制度を崩すためのピンポイント（池川）

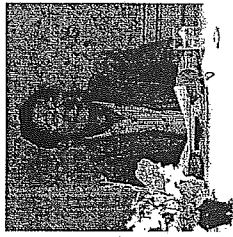
（池川）混合診療の昨年合意は、「無条件の解禁」ではなく、「条件」付きとなっております。しかし、小泉首相は「解禁」と表明し、厚生労働省の課長は、「実質解禁」と明言しています。合意内容は、当面特定療養費の拡充を図り、「国内未承認薬」、「中度先進医療」（必ずしも高度でない先進技術）、「保険診療の制限回数を超える医療行為」の3分野を新たに追加し、06年に特定療養費を廃止し法改正するとなっています。本来、日本の医療制度は療養の給付（＝現物給付）が原則ですから、すべての医療行為は保険給付すべきです。今回の「合意」は、明らかに「療養の給付」の崩壊になるといえます。

（平尾）「混合診療」解禁の議論の中で、がん患者団体から、国内未承認薬（抗がん剤）の解禁が主張されました。しかし、解禁され

ば、抗がん剤以外の薬剤、例えば、「抗肥満薬」も混合診療になる可能性があります。

今年の保険医協会の新年会では、解禁された後の未来図をマンガ（注：P3）で紹介しました。やや肥満の患者が、A病院に受診し、指名料として教授5万円、助教授3万円、講師1万円が自費徴収される。外国では承認され、マスコミでも話題になっているので、やや肥満の患者は、5万円の教授指名料を払い、「夢の痩せ薬」の治療を受けるストーリーです。さらに、次回以降の予約は、急行コース（2時間待ちで1000円）・特急コース（30分待ちで2000円）・スーパー特急コース（待ち時間なしで1万円）などが提示され、患者は仕方なく1万円で購入し、「夢の痩せ薬」の治療を受け続けました。しかし、この「夢の痩せ薬」を使用した患者さんは、50万人に1人に起きる副作用で死亡してしまつたのです。未承認薬は、医薬品副作用被害救済制度の適用になりません。また、本人の希望で受けた治療なので、病院も責任を問われないことから、裁判でも取訴したという結末です。

（石川）新年会で披露された「混合診療解禁のマンガ」を見ながら苦笑していますが、これは米国型医療の現状をうまくまとめています。例えば、同じ病気の診療でも、極端に言うと、医師の診察を受けると、どの医師の診察を受けるかで金額が違います。日本は、皆保険制度で、公的に診療報酬が決定されていますので、医師の初診料・再診料は同一金額です。横丁のおいちゃんもトヨタの社長も料金は同じです。ところが、米国型医療は、皆保険制度ではないので、個々の民間保険で保障内容が違います。「保障内容が充実している医療保険」に入っている方は、医療保険の料金は高く設定されています。ですから、「保障内容が充実している医療保険」に入っている患者しか診察しない医師も存在します。また、「劣悪な医療保険」に加入している患者は一切受け付けません」という医師もいます。「メデイケア」、「メデイケイイド」の患者を一切診ない医師もいます。



（池川）混合診療について、マンガ化した理由は、患者さんに理解を広げる活動の一環です。この間、医療の実像を知らせるためにフリーペーパー（「TOKYO HEADLINE」発行部数35万部）で「クイズで知る日本の医療キャンペーン」を実施しました。回答者は、若いOLが比較的多く、今まで私達があまり接触のない層が回答を寄せてきました。運動をどう広げるかという議論の中で、若い層に理解を広げるのであれば、文字よりも「マンガ」と思い、今後シリーズ化していく予定です。

（花沢）混合診療の解禁では、歯科の差額問題の歴史的経緯を振り返る必要があります。昭和30年、厚生省（当時）から「合金金を使用した場合、患者から特例的に差額を徴収して良い」という局長通達が出されました。当時は、

## 「差額徴収」時代の遺物 歯科の低点数を固定化（花沢）

（花沢）混合診療の解禁では、歯科の差額問題の歴史的経緯を振り返る必要があります。昭和30年、厚生省（当時）から「合金金を使用した場合、患者から特例的に差額を徴収して良い」という局長通達が出されました。当時は、

情報が正確に伝達できる状況ではなく、歯科医師の理解もあり、患者さんとトラブルが生じました。歯科材料は、ゴム床、レジン床、金属床と徐々に良質の材料が開発・製造され、歯科医療界に広がりました。また虫歯の充填の分野では、アマルガム合金、レジン、合成樹脂へと進歩し、インレーという鑄造技術も発達しました。

また、インレー、クラウン、ブリッジは優れた技術であることは、歯科医学会や大学では共通の認識でしたが、保険点数には導入されず、保険診療は認められない状況でした。診療の現場で「差額徴収」とし、基準も明確にされていなかったので、価格は「青天井」です。当時の武見日本医師会会長は、中医師協で「歯科の差額徴収は違法ではないか」という指摘をした経緯もあります。その後、国民世論の反発もあり、厚生省（当時）は「差額徴収」を原則認めない旨の通知を出しました。しかし、「材料差額」のみは、歯科の特例として現在も認められています。

## 「軽医療」の保険外負担は、仏・独で実施済み（平尾）

（平尾）今後、風邪薬などは、病院ではなく薬局でOTC薬として販売することも予想されます。混合診療が解禁になれば、医療機関で風邪薬を処方しても、保険外負担となる可能性があります。この方法は、既にフランス・ドイツで実施され、軽医療は保険外です。肝臓癌を予防するための「強ミノC」の2日に1回の投与は、上限を10回までと制限することも予想されます。そうなれば、10回以上の投与は、自費で徴収することになります。今後、マンガ等で解説し理解を広げる活動をしていきたいと思っています。

（花沢）歯科診療報酬は低点数のまま、ここ数年推移しています。現在の歯科の初診料は180点（1,800円）、再診料88点（880円）です。また、歯科の再診料が認められていない時期が長く続いていました。これは、個別技術料の点数の引き上げを重点的に行ってきた結果です。保団連・保険医協会は、基本診療料の「初・再診料」の引き上げを重点的に運動を強化していき、削ったり、詰めたりの技術だけではなく、

患者さんへの病状説明や治療計画を評価し、その対価としての「初・再診料」を引き上げる要求です。歯を残す根管治療（神経を抜いて歯を保存する方法）の貼薬処置は11点（110円）です。つまり、保険診療だけでは、経営を維持できないとの声があることも事実です。

(池川) 歯科の現状をみると、混合診療解禁後の医科の世界を垣間見ることができ、結果として、点数が切り下げられ、保険だけでは経営維持が困難となり、公的保険の拡充ではなく、患者さんに負担を強いることになることにはつきり見えてきます。

(花沢) 歯科治療では、「予防」や金属床が「特定療養費」として導入されています。小児歯科分野で、軽度な齲蝕（うしよく）治療は終了しているが、長期的な管理が必要な患者は「C治療」として導入されています。一方、重症な齲蝕多発者の管理は「継続的歯科口腔衛生指導料」として保険診療で算定されています（「C管理」）。歯科治療の現場では、自由診療・特定療養費・保険診療の3本立てで医療を提供しているのが実態です。

保険診療や自由診療、特定療養費の診療が混在している中で、新しい技術を保険導入する運動が遅れたのは事実です。この矛盾の中で、特に「回数制限」が混合診療で自費徴収が可能になれば、惹かれる歯科医師もいることは事実です。しかし、最近では審査・指導は厳しくなっており、査定・返戻が増加しています。安易に混合診療の解禁に乗ることで、審査で厳しく査定される可能性もあります。

(石川) 米国で実際に患者さんを診療した立場から、日本の医療がどのように進むのか、私見を含めて述べさせていただきます。日本がアメリカ型の医療制度を目指したところで、日本と米国は、文化・歴史的な背景が違いますが、

で、米国と全く同じにはならないと思います。恐らく日本の医療制度のある部分を残し、米国型医療に向かうのではないのでしょうか。日本の歯科医療は、比較的米国の医療に近いものがあります。人口10万人の歯科医師数は、日本と米国ではほぼ同じです。現在、歯科医師の現場で起きていることは、10年後、医科でも起きる可能性があります。私は新宿に住んでいます。15年前は、近所の歯科医療機関は2軒か3軒でした。今は、1ブロックに1軒は歯科医療機関があります。以前は、診療時間が5時で終了していましたが、最近では土日診療する歯科医療機関が増加しています。日本の医療の未来を想像した場合、歯科医療の現状が身近なモデルです。

(池川) 米国は、企業の保険料負担が多いようです。日本は、労使折半が普通ですが。

(石川) 米国は、企業の前額負担もかなりあります。企業が大規模化すれば、医療保険料の負担は非常に多くなります。最近でも、「車1台の生産につき、フォード社が1,000ドル健康保険料を支払っている」ことが報道されています。このような状況で、アメリカで大改革が起き、現在に至っています。ところが日本ではまだそのような危機的状況ではありません。トヨタの健保組合が赤字になったからといって、トヨタの医療が「HMO」や「DRG/PPS」を導入した背景には、医療保険の負担増で会社の経営が危機的状況となり、社会不安を防止するためにも医療費を削減せざるを得なかったという社会的背景があります。しかし、規制改革会議の主張は、日本の経済が不況になっているので、足並みを揃えるために医療の支出も抑えようと主張しています。「混合診療」を解禁して、公的医療の支出を抑えようとしています。

(花沢) 「混合診療」が解禁され、医師・歯科医師の診療報酬引き上げ要求が停滞し、皆保険制度の理念が空洞化していくことが懸念されます。

## 米国民が求めているのは日本の皆保険制度（石川）

(石川) 実は、米国民が一番求めているのは、日本のような国民皆保険制度です。かつてのクリントン政権下のヒラリー氏は、米国の医療改革を政策として掲げました。そのモデルとしたのが、日本の皆保険制度です。実際、クリントン政権の政策スタッフが大挙して日本に視察にきています。現在でも、米国医師会とは別に、コーネル大学の副学長が理事長になっている団体は「米国にどうしたら国民皆保険制度を導入できるか」など熱心に活動しています。

(池川) 米国では、「無保険者」が4,300万人と言われていますが、実態はどうなのですか。

(石川) 米国では、「保険」に加入している患者は、「特別外来」に、「無保険」の患者は、「無保険者専用外来」に振り分けられます。私は、「無保険」の患者は直接診察しません。研修医が診察し、診察した内容を私が書面でチェックし、形式的に私が責任を持つシステムになっています。

日本では、米国の「無保険」患者は、薬物患者や犯罪者など、社会の規範からはみ出した人と誤解されがちですが、決してそうではありません。米国の人口の2割が「無保険者」です。中小企業の労働者で会社が民間の保険料を支払うことができない層が中心です。商店の経営者やタクシードライバーなど、従業員に対する保険を提供できない会社の労働者が多数です。勿論、リストラや失業で無保険になっている人もいますが、多数ではありません。「無保険者」は、真面目に仕事をしている人なのです。むしろ日本の国民の患者を思い浮かべれば、いいでしょう。

(池川) 日本では、医療費増に対して、政府や財界だけではなく、マスコミでも「無駄使い論」のキャンペーンがはられます。日本のマスコミの報道にも問題があると思います。

(石川) マスコミは、米国の「無保険」の患者がどう扱うかを受けているかの報道はしていません。また、株式会社医療が医療に参入すると効率的な医療が提供できることを強調し、「医療に競争原理が働き、トヨタ・ホンダの車のように、患者により廉価で質の高い医療が提供できるモチベーションが働く」と主張しています。確かに、株式会社病院は、より廉価でより質の高い医療を消費者（患者）に提供する努力をすべしとします。これが患者側から見れば市場原理です。ところが市場原理は、株式会社側から見ただけで存在するのです。この視点から国では見落とされています。患者さんが病院を選択するのなら、病院だつて患者さんを選択したつていいことになりました。これが市場原理です。「A」「B」「C」の患者の中で、誰が一番お金を支払ってくれるかを判断するので、どの病院も「健康」な「心筋梗塞」患者の入院治療を選択します。「チェリーピッキング」といわれ、一番リスクの少ない患者を掴むことです。一方、糖尿病を併発し、動脈硬化があり、感染症もあるコントロールされていない、おまけに貧乏な患者は、株式会社病院は嫌がり、他の病院へ送ろうとします。

(平尾) 他の病院とは具体的に、どんな病院ですか。

(石川) 地方公共団体に所属する「慈善病院」で、教会が運営する病院が主です。ニューヨークにある「チャリティホスピタル」が有名で、ほとんどが「無保険」の患者です。

(池川) 治療は誰がやるのですか。また、裁判などのトラブルはないのですか。

(石川) 「慈善病院」では、研修医が喜んで治療します。患者さんは、普通の病院では、満足に診てもらえないことを長く知っています。裁判になることは少ないです。むしろ、裁判回数が多いのは、お金持ちが集まる大病院の方です。

(平尾) 以前、サンフランシスコの病院を訪れた時に、病棟毎で患者の写真を撮っていた所と駄目な所に振り分けられています。やばい、加入している保険で、患者を選別したのではないかと思えます。研修医は、「無保険」の患者がたたくさんいる病院にいはけは、毎日「重症患者」に対してのトレーニングができる。そして、技術が向上すれば、大病院へ移ることができる訳ですね。

(池川) 米国の医療は、「お金を儲ける」ことが前提なのですか。その意識が日本と違うと思うのですが。

(石川) 「金儲けをしても構わない」という考えです。私は、研修医を教育する立場でもありますが、「なぜ医師になつたか」を問う機会があります。驚くほど多くの学生や研修医が「金持ちになるため」と答えます。全員が答えるわけではありませんが、「金持ちになるために医師になる」と回答することが、米国では恥ずかしいことではありません。日本の医学生は、少なくとも「奉仕の精神」が必要であることを医学教育の中で強調します。

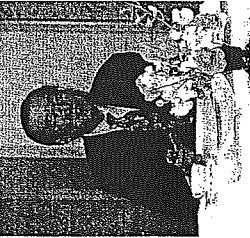
(平尾) 米国では、治療中の薬を「金持ち」が使用し、「お金がない人」は治療の被験者となる傾向はないのですか。

(石川) 必ずしも、社会経済的に恵まれない階層の住民が、治療の被験者になるとは限りません。治療に伴う検査や薬剤は無料ですので、「お金がない人」がジョイントする傾向はあります。明らかに「大金持ち」は、治療の被験者として参加しません。

(池川) 混合診療解禁の背景に、米国の保険会社の参入があると言われています。

(石川) 外資系の民間保険会社は興味を持って当然だと思います。日本全体の医療市場は、世界第2位です。製薬市場は、米国が40%、日本は15%程度占めています。マーケットとして

の売り上げは莫大なものです。



(池川) 製薬メーカーとしては、競争の原理で価格が安くなることは困る。日本の混合診療の解禁により、患者の自己負担増で価格を維持したいのではありませんか。

規制改革会議の議長はオリックス生命会長です。米国の生命保険会社と日本の生命保険会社が混合診療解禁に対して同時に賛成しているのは意図を感じるのであります。

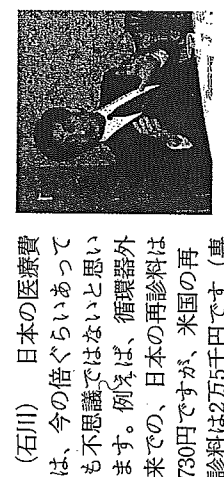
(石川) 日本の生命保険の掛け金は、アメリカと比較して高いといえます。生命保険会社は、1億円の保険金に対して、還元率を設定します。この還元率は、生命保険を支払う料率と販売経費で設定します。この還元率の比率を高く設定した結果、保険料も高くなる仕組みです。同じ1億円の生命保険に加入した場合、米国の方が保険料はかなり安い。生命保険料(たとえば40代で1億円の生命保険)は、円換算で年間10数万程度です。日本国内は、年間その程度の保険料がかかります。日本の生命保険の土壌は儲け幅が大きいのので、米国の生命保険会社にとっては魅力的なのでしょう。さらに日本人は、米国人に比べて、必要以上に生命保険に加入する傾向が強いのです。この日本人の国民性を上手く利用すれば、生命保険会社は、今後の医療保険でもかなり利益が期待できます。当然、外国資本は、日本の生命保険加入者の状況を把握していますので、米国の生命保険会社と情報交換し、新たな生命保険を売り出していくでしょう。つまりこういった、日本人の国民性を利用して、混合診療で医療保険の市場を拡大することは可能であるということです。

(平尾) 米国の生命保険会社が、日本に参入する場合は、現在米国で販売している商品をそのまま販売するわけではないと思います。日本にあった利益率で商品開発して販売するでしよう。

う。

(石川) 外国の生命保険会社が、混合診療の解禁を主張し、医療保険の市場を拡大する理由はそこにあると言われている仕方ないかもしれませんね。

(池川) 患者は、連続する負担増やマスコミの影響で、日本の医療費が高いと思っています。



(石川) 日本の医療費は、今の倍ぐらいあっても不思議ではないと思います。例えば、循環器外来での、日本の再診料は730円ですが、米国の再診料は2万5千円です(専門医が30分から40分かけて診察した場合)。米国では、患者さんをどんな医者か、どの程度詳細に見たかによって再診料は異なりますが、最も低い再診料は、医師は診ないで看護婦のみで数分間診察で800円です。つまり、日本の再診料と米国で最も低いランクの診察料と同じ価格なのです。おまけにこの診察料では米国では医者は診ません。いかにわが国の診療報酬が低く設定されているかということの象徴だと思えます。

しかし、マスコミは、日本では医療費を「無駄使い」しているとの報道が多い。CTの台数も米国の人口比の3倍もあって無駄だと報道します。この数字は事実です。しかし、これを米国側から見ると、日本の国民は、低コストでCT検査を米国民の3倍の頻度で受けられているのです。CTの方が一般撮影より医療情報を多く得ることができるので、これは「無駄使い」ではなく、患者さんにとっては利益と考えることができます。

(池川) 混合診療に関しては、与野党反対です。今回は首相の一言で強行しているのが実態です。医師の中にも賛成派があり、歯科医の一部には期待感があるのも事実です。導入される

と、さらに医療機関の経営も苦しくなることが理解されていないことの反映です。

(石川) 賛成している医師は、混合診療の解禁で一部分だけが変わり、それ以外の部分は未だ永劫変わらないうと受け止めていると思えます。混合診療の解禁は、ピンポイントで風穴が開けられ、結果的に皆保険制度の崩壊につながるかもしれません。

(池川) 他を変えたいためのピンポイントであることを我々医師も理解すべきですね。

(石川) 日本は、皆保険制度という財産を持っています。皆保険をなくしたら、「お金持ちの患者」は金持ち専用病院に受診し、「お金のない患者」は公的病院の「研修医」が診るスタイルになりかねません。皆保険制度が昭和36年に発足し40年余りです。私は、これは戦後の貧困の復興から日本国民が勝ち取った国民全体の貴重な財産であると思っています。芋粥や麦飯をみんなで食べあつた背景があるからこそできたのです。お金持ちはビバリー・ヒルズの豪邸に住み、貧乏人のホームレスは地下鉄構内で寝泊りする国には、決して真似のできない制度です。これを壊すことは絶対すべきではありません。米国民型医療の実態を知らなければ知るほど切実にそう願います。

# 横浜市医師会報

平成十七年二月二十日発行（毎月一回二十日発行）  
昭和三十三年七月二十五日 第三種郵便物認



2

2005

No. 748



<http://www.yokohama.kanagawa.med.or.jp/>



通夜、葬儀に参加した。

1996年夏に医師会のグループでスイスを旅したことがある。先生は単身で参加なさった。マッターホルンの真っ白な世界を子供のよう

に晴れやかな目で楽しみ、カメラを覗いていた姿が思い出される。

心からご冥福をお祈り致します。

## 田中慎一先生、思い出を有難う

広報部員  
伊東 亨

「生者必滅、会者定離」と申しますが、先生にお目にかかってから早や18年余となりました。私が広報部に属してからですから思えば随分長い間、教えを受けました。先生の広報の企画は押し付けがましい所が無く、自由に発言させておいて、エッセンスを上手に引き出す方法でした。ですから新入りの部員でも遠慮せず意見を言え、突拍子も無い発言も面白がって採用して頂いた事も有りました。「みんなの健康」に「臨死体験」や「胎児からのメッセージ」或いは「臍帯血の利用」など直ぐさま取り上げて座談会を開いてくれた記憶は鮮明です。

今回は田中先生の医師会に於ける業績や、地域医療への貢献といったものはどなたかが書いて下さっているでしょうから、私は先生のお人柄についての思い出を一つだけ述べたいと思います。市医師会報の連載で最近まで「われら同好同士」というシリーズを続けておりました。或る時の部会で“温泉大好き”を集めて座談会をしたいと発言した事が有りました。話が段々とエスカレートして県下で秘湯と云われる中川温泉の露天風呂で行うとの段取りになりました。所が先立つものが無い、医師は自腹で座談会に出してくれることになりましたが、事務局やライターは前例が無いから医師会からはお金は出せないと言う。会報の締切の日程は迫って来るし、ヤキモキしていたら田中先生の一言、「何とかするか

ら先ず始めよう」で予定通り決行。無事会報に間に合わせる事が出来ました。後で知ったのですが、ライターの宿泊代を始め余分な費用は一切田中先生お一人が背負われたとか。当先生はその様な事をする立場では無かったにも関わらず黙って事を進められたお人柄と、上に立つ者の心の在り方について深く感じ入った次第です。

先生が医師会に入会された頃は、瀬谷はまだ旧戸塚区だったので、私の父が医師会長をしていた戸塚へ入会届を出したのだそうです。“何か因縁を感じちゃってね”と後日私が先生の下で働く様になった時に申されました。

今、私が先生の人懐っこい顔を思い浮かべながらこの様な文を書いているのもまた“縁”と言うものでしょうか。ご冥福をお祈りいたします。



# 国民皆保険制度を守ろう！ 市民集会

～混合診療導入阻止を目指して～

日 時：平成16年12月6日（月）午後7時～

会 場：横浜市健康福祉総合センター4階ホール

出席者：150名

演題及び講師

『わが国の医療制度はアメリカをめざすべきか？』

— アメリカ医療の光と影 —

横浜市立大学大学院医学研究科循環制御医学

教授 石川 義 弘 先生

## 【講演内容】

はじめに  
本日はお招きくださりましてありがとうございます。しかしながら、今日は日本の医師としてではなく、アメリカの医師の立場で、アメリカの医療の実態を紹介させていただきます。おそらく今日私がお話する中ではまだ、日本に紹介されていない内容も多々あるのではないかと思います。その内容を皆様方がご覧になって、アメリカの医療がどれだけ良いのか悪いのか、そういったご判断を、各自していただければ幸いです。

アメリカの医療費はどうして高いのか？

日本では医療費が高沸しておりますが、実はアメリカではもっと高沸しております。アメリカでは医療費の支払いが日本のような出来高払制ではないのです。日本と同じような制度を80年代くらいまではとっていたのですが、医療費が高沸してしまったものから、健康保険の掛金がどんどん上がってしまったわけです。毎年2割近く上がってしまい、これは非常に由々しき事であったわけです。その結果どうなったかと申しますと、アメリカ



では医療保険の大半を雇用者側、つまり企業が負担しておりますので、会社負担が増えてしまいました。皆さんご記憶にあるかと思いますが、1983年頃クライスラーは倒産しそうになっていたんです。当時の名物社長のアイアコッカが、わが社が倒産しそうなのは三つの理由がある。ひとつは日本車によるアメリカ市場への攻勢と、健康保険であると。つまりどういうことかと申しますと、1980年代の医療保険の高沸というものがアメリカの産業界を脅かすまでになっていた。クライスラー社をしても、健康保険のせいでわが社の経営は傾きかけている、というコメントを出すまで医療費が高沸していたという事が言えるわ

けです。

ではどうしてそんなに高沸してしまったの  
でしょうか。まず、医者の数が増えすぎてしま  
ったのです。1950年～60年位までは、人口  
10万人当たり140人程度だったものが、新設  
医大をたくさん造ったのです。それから外国  
人の医者をどんどん入れたのです。2000年  
には10万人当たり300人近いところまでい  
ってしまったのです。医療というものは面白い、  
医者ひとりを創ることによって医療費がいく  
らか上がるという傾向があります。つまり需  
要が供給を呼ぶのではなくて、供給が需要を  
呼ぶという面白い説がありまして、日本が今  
10万人当たり200人弱で、丁度アメリカの20  
年程前の姿が今の日本に非常によく似てい  
る。医師数の増加の結果、一日あたりの平均  
的な入院費用がうなぎのぼりに上がってしま  
い、国の成長であるGDPの成長率を上回る  
スピードで医療費が上がっていってしまう。  
その結果1990年～2000年にかけては13～4%  
まで上がってしまっている。それに対して、  
日本は丁度20年程遅れているというか、また、  
そこまで悪くなっていないというか、そうい  
う事なのです。

#### アメリカの医療費の高沸の社会背景

アメリカの医療がどういうふうにして上が  
ってきたのか、これはやはり法律が基本にな  
っております。法律が制定されると、それに  
ついた形で医療というのはどんどん変わって  
いきますから、アメリカでも日本でも一緒で  
すね。1946年にヒル・バートン法が出来まし  
て病院建設整備に連邦政府が助成金を支給す  
る制度が出来て、医療の供給が拡大した訳で  
す。1965年にメディケア・メディケイドとし  
て公的保険（老人医療・生活保護）ができ医  
療の需要が拡大した。1968年にはHCAとい  
われている、アメリカの医療株式会社が設立、  
アメリカの医療株式会社は随分早くから出来  
ていますね。それから1983年DRGの導入、

いわゆる入院患者さん側での医療のまるめ制  
度の事ですね。日本では去年入りましたね。  
その点でも約20年遅れていますね。丁度この  
頃からアメリカの医療費がどんどん高沸して  
いったわけですね。そこでアメリカはどうい  
う方策を執ってそれを抑えようとしたかとい  
いますと、いわゆるHMOというものを導入  
したわけです。

実はもうひとつ大きなドライビングファ  
クターがございました。やはりアメリカの医  
療保険を拡大させたのはアメリカの企業であ  
るということですね。実はアメリカは皆さん  
よくご存知のように、国民皆保険制度とい  
うものはないのです。そのかわり企業が医療  
保険を民間保険の会社に払うお金を肩代わり  
して払っているのです。どうして肩代わりす  
るかといいますと、第二次世界大戦中に給料を  
上げてはいけないという法律が出来たので  
す。それを補うために、給料でお金として渡  
せないのならば、福利厚生で上げようとい  
う事を会社は考えて、医療保険を払っていた  
わけです。その結果、民間の医療保険に加入  
している人口が増加し、医療給付内容が充実  
すると同時に医療市場が活性化していった  
という歴史的な経過がございます。そういう  
意味でも企業即ち産業界がイニシアチブを執  
っていった。20年経っていますが、日本ではト  
ヨタ等が社員の健康保険組合費が赤字になる  
から倒産しそうだという話はまだないです  
ね。

#### 日米の医療保険制度の違い

ここで日米の医療保険制度を簡単におさ  
らしておきます。この辺は最近日本のマス  
コミでも知られるようになりましたので、よく  
皆様ご存知だとは思いますが、日本は今、  
いわゆる健康保険（5.5割）と言われて  
いるものと国民保険（3.5割）といわれて  
いるもの、それから老人保健（0.8割）とい  
うものに加入しております。これに生活保護  
等の方々を全部足すと10割になるということ

で、どのような方であっても日本では医療保険に入っている訳です。

アメリカは大いに違います。一番のメインになっているのは、民間の医療保険なのです。これが6~7割位入っています。これは会社側と従業員が併せて払っているものですが、殆ど事業者が払っているようなものです。メディケイドと言われている生活保護、それからメディケアと言われている老人福祉がありますが、合計するとわかりますが10割にならない8割ちょっとですね。つまり残りの約2割の方は、この3つのどの保険カテゴリにも入らない、いわゆる無保険者という存在がアメリカにはあるのです。2割弱ですから大変な数になります。日本でいいますと約2千万人位に相当しますから。

その結果どういう事が起こるかといいますと、どの保険に加入しているかによりその人が負担する医療費が変わってくるのです。たとえばある抗アレルギー剤を一月分購入した場合、メディケア老人医療(8,000円)だと外来処方箋はカバーされません。最近されるようになりましたが、無保険者の場合は全額負担(8,900円)、生活保護(200円)ですとごく僅かですみますし、保険加入者です(1,000~2,500円)と何割かを払うようになっているわけです。つまり皆保険制度がない状態ではそれぞれ皆が別々の保険に加入しているわけですから、それぞれ支払う金額も変わってくるわけです。

### HMOとは何か

そんな中でも、ともかくアメリカの医療費は高沸したわけです。それは間違いのないことです。そこで何を入れたかという、H.M.O. (ヘルス・メインテナンス・オーガナイゼーション) というものを取り入れました。これはどんなものかといいますと、最近日本のマスコミでも紹介されるようになりましたが、平たく言うとどうやって医療費を抑

えようか、医療費抑制を目的とした保険会社です。実は歴史的には古く今から80年位前に出来ているのですが、昔は数十社だったものが今では千を超えるほどに増えています。最近では統廃合を繰り返していますが、その大半が営利追求型つまりお金を儲けて良い株式会社形態HMOですね。HMOによるマネジド・ケア(アメリカ人はこのマネジド・ケア(管理医療)を皮肉を込めて言います)とは具体的には何かといいますと、まず、どうして医療費がかかるのかを考えてみてください。患者さんが医療機関を受診するからいけないのです。ですから、まずは患者さんが医療機関を受診出来ないようにする(患者の自由受診の制限)。二番目に患者さんがそれでも医療機関を受診してしまった場合、費用がかかりますから医者が患者さんを診れないようにする(医者の自由裁量の制限)。三番目に、それでは誰が診たら良いのかというと、看護師が診れば良いわけです(個別患者指導の強化)。どうしてか? 医者ではないので単価が安いわけですね。

日本では当たり前となっているシステム。患者さんが居ます。お婆ちゃんです。普段内科のA先生にかかりつけています。目が悪く白内障なので眼科のB先生にも通っています。また、腰も痛いので整形外科のC先生にも診てもらいます。今度は腹痛があまりにひどいので病院に行きます。このお婆ちゃんはお医者さんにも、いつでも好きな時にかかれるわけです。眼科に通うのにA先生にことわる必要もないし、骨折したからといってA先生に承諾を得てC先生に診てもらわなければならないわけです。つまり、このお婆ちゃんは、いつでも何処でも好きな診療科の先生に診てもらうことが出来るわけです。

ところがアメリカのシステムは、まず、患者さんが医師に自由にかかれないようにするわけです。つまり、患者さん1人につき1人のかかりつけの医師(我々はゲートキーパ