特集

第30回
大阪の医療と福祉を考える公開討論会

「高齢者医療の現状と展望」

司会進行	毎日放送アナウンサー	加藤 康裕
パネリスト	マスコミの立場から――毎日新聞社大阪本社論説委員	池田 知隆
	府民の立場から――(財)大阪府老人クラブ連合会長	越智 秋夫
	医療提供者の立場から――(医)晃和会北田医院院長	北田 正治
	コメンテーター――日本医師会常任理事(大阪府医師会理事)	三上 裕司

この記事は、平成20年11月29日に開催された「第30回大阪の医療と福祉を考える公開討論会」での模様をまとめたものです。

○司会（加藤康裕・毎日放送アナウンサー）

本日は、「第30回大阪の医療と福祉を考える公開討論会『高齢者医療の現状と展望』」にご来場いただきまして、誠にありがとうございます。司会進行をさせていただきます、毎日放送アナウンサー・加藤康裕でございます。この公開討論会は、大阪府医師会の主催、大阪府・大阪市・毎日新聞社・毎日放送・大阪府地域医療推進協議会の後援で開催いたします。では、討論会に先立ちまして、主催者の大阪府医師会長・酒井國男よりごあいさつ申し上げます。

高齢者は「健康弱者」

○酒井國男・大阪府医師会長　皆さん、こんにちは。お忙しい中、多くの方々にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。本日は「高齢者医療の現状と展望」をテーマに公開討論会を行います。パネリストには、マスコミ関係の方、医療を受けておられる府民の方、医療を提供する方をお招きして、それぞれの意見を述べていただきます。そして、コメンテーターとして、日本医師会でも尽力している本会理事の三上裕司先生を交えてお話ししてまいります。

平成20年４月より後期高齢者医療制度がスタートしましたが、ご承知のように、非常に評判が悪いものとなっています。まず、その名称です。「後期高齢者」という名前を付けられると、「もう後がないのではないか」という感じがします。もちろん保険料の増加や年金からの天引きなどの問題もあり、改めるべきところは早急に改めなければならないと思っています。

本日の講演会は、高齢者が安心して適切で安全な医療が受けられる制度になることを願って開催いたしました。金銭的には裕福な方もいらっしゃいますが、高齢者すべてに間違いなく言えることは、「健康弱者」であるということです。高齢者が負担を心配せず、安心な医療を受けられることを願って討論会を行いますので、最後までお聞きくださいますことをお願い申し上げまして、開会のごあいさつとさせていただきます。

○司会　ありがとうございました。それでは公開討論会に移りたいと思います。長年にわたる政府の医療費抑制策は、国民が気軽に医療機関にかかることを困難にし、更には医療崩壊をも引き起こしました。特に高齢社会を迎えたことが国民医療費の高騰につながったとの指摘があり、高齢者医療費の自己負担も増大しています。20年４月から後期高齢者医療制度がスタートし、高齢者を取り巻く医療環境はかつてないほど厳しくなっています。今回の討論会では、医療の現状に不安を抱えていらっしゃる府民、また高齢者医療を積極的に行っている現場の医師、更にはそれを伝えるマスコミの立場からそれぞれ意見を述べていただき、高齢者医療の明るい展望を探るべく、府民の方々と一緒に考えていきたいと思っています。

まずマスコミの立場から、毎日新聞社大阪本社論説委員・池田知隆さんにお話を伺います。医療の抱えている現状、特に高齢者医療の変遷、後期高齢者医療制度をどのように見てきたのかを中心にお話しいただきたく思います。

マスコミと医療とのかかわり

○池田知隆・毎日新聞社大阪本社論説委員

現在、マスコミが医療に対して非常に厳しく、そして、医師バッシングにかなりかかわっていたのではないかということで、報道の在り方そのものが問われています。マスコミは、医師をバッシングしたり、医療のシステムに対して告発したりするだけではなく、もっときちんとした全体的な見通しを示さなければなりません。その意味での反省を私自身もしておりますし、マスコミ全体にも問われているのではないかと思います。

今日のテーマは「高齢者医療の現状と展望」です。20年４月に後期高齢者医療制度が始まりましたが、これは18年６月に既に決まっていたことです。しかし、いよいよ４月に実施するという段階になって国民の多くがその内容についてほとんど分かっていませんでした。どうして75歳で区切るのか、また、年金の中から保険料がどんどん天引きされていく――これらを知らないまま、制度がスタートし、大変な騒ぎになりました。では、この２年間、マスコミはきちんとその中身を伝えて報道していたのかがまさに問われているのです。

政局に翻弄される後期高齢者医療制度

18年６月の法案の可決は、小泉政権がその前年の郵政選挙で大勝ちしたため、その勢いに乗じて強行的になされたものです。しか

し、強行採決が「非常にけしからん」ということばかりに焦点が当たって、その内容についての論議が欠けていました。それが実施の段階になって、大変な問題となりました。国民がその実態についてよく分からなかったため、大騒ぎになり、自民党が揺れに揺れたのです。廃止法案を民主党が提出して、野党が多い参議院では可決されました。そして、衆議院で議論という時になって総選挙ムードが高まってきたのです。これは大変だと、舛添要一厚生労働大臣が大幅な見直しに言及しました。そして、それに、麻生太郎総理大臣も一時的に乗ったのです。

しかし、民主党も民主党で、廃止法案を通過させた後にどうするのか、本当の意味での腰の据わった取り組みがあったのかよく分かりません。廃止法案は、衆議院が解散されてしまえばそれこそ消えてしまう訳です。とにかく自民党をさんざん攻撃して、自民党の票をある程度奪えばそれでいい、この問題はそれで“おじゃん”になってしまうかもしれない、それはそれでいいかもしれない――と、この問題は政局の中に消えてしまうかもしれなかったのです。

つまり、この間、具体的な論議をしないまま、政局に翻弄されてしまったのです。しかし、衆議院議員選挙が延期になり、やっと高齢者医療制度についての民主党の廃止法案を巡っての論議が先日から始まりました。それについて自民党がどう対応していくかですが、まだぶれるだろうと思います。麻生総理も軸足がぶれにぶれ続けていますから、本当にこの問題に対してどこまで踏み込むのかが注目されますが、当面、この1年は見直し論

議で時間を重ねていこうとの形で流れていく気がします。現在は大部分が凍結された形になっていますが、本当によく議論しなければならないと思います。また、そのことについて、マスコミもほとんど詳しい報道をしてこなかったと反省しています。

小泉改革の光と影

結局、これは、明らかに小泉改革の「光と影」の問題なのです。13年、小泉政権となってから、財政再建を柱に構造改革が推進されました。「聖域なき改革」によって全般的な見直しがなされ、社会保障費にまで踏み込んでいったのです。

これから高齢者がどんどん増えていきます。私自身、団塊の世代で、まもなく60歳になります。これまで自分の健康についてあまり考えてきませんでしたが、それを本当に自分の問題と捉えなければならないと思っています。

国民皆保険制度が発足したのは昭和36年ですが、当時の65歳以上の人口構成は全体の約5～6％でした。しかし、今の65歳以上の人口構成は22％です。更にこれから10～15年経って、団塊の世代が70～75歳を迎えた時には高齢者がこれまで以上にどんどんあふれていくのです。その時の医療費をどうするのか。医療費の抑制についても当然考慮しなければなりませんが、これは基本的に国民の生活の基盤に属するものです。医療と健康は、「日本人がこれから生きていく上で、希望を持たせるような社会にするのか」という基本にかかわる問題です。その辺についての議論をしなければなりません。

医療崩壊が非常に進んでいます。毎年、自然増として年間8,000億円の社会保障費が増えています。これは人口の動態から見て、注ぎ込まなければならない自然増の分です。しかし、それをどうしても抑えなければならないとして、毎年2,200億円を抑制していく方針が出されたのです。2,200億円を抑制するため、患者の負担、健康保険組合の負担の引き上げと医療機関の診療報酬の引き下げを行いましたが、これによって現在、医療はがたがたになってきています。大阪府内でも市立松原病院が20年度中での閉院を決定しましたし、病院の経営そのものが非常に苦しくなっています。それから、勤務医の労働環境が非常に厳しく、「立ち去り型サボタージュ」といいますか、疲れ切って過労死寸前で現場を去っていく医療従事者がたくさん出てきています。このように、ぼろぼろに崩れ去っている現状を国民がどう捉えればいいのかが問われています。

告発型の医療報道に限界

私自身の反省もありますが、では、マスコミはこの問題について一体どこまで報道してきたのでしょうか。この間、医療事故も増加しました。最近は少し減りましたが、それはあえて訴訟につながるような治療を避けるといった病院側の対応の変化もあったのでしょう。医療事故について、これまでマスコミは“けしからん”というスタンスで、「医師はもっとまじめに仕事をしてくれ」と、ある意味では告発型の報道をやってきました。しか

し、それではもう済まないと痛感しています。

先日、麻生総理の発言が話題になりました。「医師には非常識な人が多い」というもので、医師会などの医療団体が厳重に抗議を申し入れましたが、麻生総理にあのような発言をさせたのも、結局はマスコミの責任ではないかと言う医師が結構多くいらっしゃいます。つまり、医師がさぼっている、病院がまじめに仕事をしてないとのイメージを一般的に広げてしまったのもマスコミではないのか、ということです。そういった批判もきちんと受け止めなければならないと思います。

マスコミは、ある意味では「弱者の味方」といいますか、弱者に寄り添う報道をしようとして、どうしても弱者である患者さんの立場に立って、様々な医療事故の問題を見ようとしてきました。しかし、本当の意味での弱者は患者さんだけではなく、病院の勤務医もその立場にいるのではないかと最近思い知らされたのです。先日の毎日新聞「時代の風」（20年11月23日付）に、精神科医の斎藤環さんがそのことについて厳しく指摘され、麻生総理があのような発言をするのは、マスコミの偏向報道が最大の要因であると述べておられました。つまり、医師の非常識や医師のモラルの低下などのイメージは、これまでマスコミが医療をバッシングしてきた影響下にあるのではないか、というのです。

医療事故にまつわる言葉について言えば、救急搬送であちこちの病院で断られ、結局、手遅れになった出来事がたくさんありました。しかし、「『たらい回し』『受け入れ拒否』『診療拒否』などの言葉があるが、そのような言葉をマスコミが使うのはけしからん」というのです。これは、正しくは「病院側の受け入れ不能」であって、病院がそこまで立ち至って、もう受け入れることができない現状にある。だから、「たらい回し」などとマスコミは言うが、そうではなくて、医療はかなりのところまで追い込まれている――と指摘されていました。

医療への国民的なコンセンサスが必要

医療の現場がかなり深刻な事態になっていることをきちんと見ないと、マスコミは医師からも信頼されないし、一方的に医療の現在のシステムを破壊していくことになりかねない、そういった指摘を受けるような段階になってきています。その意味で、もう一段深い医療報道を心がけなければならないと痛感しています。

その時にこれからの医療、福祉のビジョンをどう描いていけばいいのでしょうか。医療費はどんどん抑えられて、今、日本の国民医療費は年間約33兆円となっています。一例を挙げますと、パチンコ産業が年間30兆円と言われていますから、ほぼ同じ規模で日本の医療費が動いているのです。日本の医療費は国民総生産から比較すると、OECD先進国の中では最下位になりました。これまで一番ひどいと言われていたイギリスは、ブレア前首相が医療改革に乗り出してかなりの額を医療費に投入しました。

日本医師会は「医療費を42兆円程度にしなければならない」との試算も出しています。その額はさておき、医療費の削減・抑制の問題をある程度方針転換しなければならない時

議で時間を重ねていこうとの形で流れていく気がします。現在は大部分が凍結された形になっていますが、本当によく議論しなければならないと思います。また、そのことについて、マスコミもほとんど詳しい報道をしてこなかったと反省しています。

小泉改革の光と影

結局、これは、明らかに小泉改革の「光と影」の問題なのです。13年、小泉政権となってから、財政再建を柱に構造改革が推進されました。「聖域なき改革」によって全般的な見直しがなされ、社会保障費にまで踏み込んでいったのです。

これから高齢者がどんどん増えていきます。私自身、団塊の世代で、まもなく60歳になります。これまで自分の健康についてあまり考えてきませんでしたが、それを本当に自分の問題と捉えなければならないと思っています。

国民皆保険制度が発足したのは昭和36年ですが、当時の65歳以上の人口構成は全体の約５～６％でした。しかし、今の65歳以上の人口構成は22％です。更にこれから10～15年経って、団塊の世代が70～75歳を迎えた時には高齢者がこれまで以上にどんどんあふれていくのです。その時の医療費をどうするのか。医療費の抑制についても当然考慮しなければなりませんが、これは基本的に国民の生活の基盤に属するものです。医療と健康は、「日本人がこれから生きていく上で、希望を持たせるような社会にするのか」という基本にかかわる問題です。その辺についての議論をしなければなりません。

医療崩壊が非常に進んでいます。毎年、自然増として年間8,000億円の社会保障費が増えています。これは人口の動態から見て、注ぎ込まなければならない自然増の分です。しかし、それをどうしても抑えなければならないとして、毎年2,200億円を抑制していく方針が出されたのです。2,200億円を抑制するため、患者の負担、健康保険組合の負担の引き上げと医療機関の診療報酬の引き下げを行いましたが、これによって現在、医療はがたがたになってきています。大阪府内でも市立松原病院が20年度中での閉院を決定しましたし、病院の経営そのものが非常に苦しくなっています。それから、勤務医の労働環境が非常に厳しく、「立ち去り型サボタージュ」といいますか、疲れ切って過労死寸前で現場を去っていく医療従事者がたくさん出てきています。このように、ぼろぼろに崩れ去っている現状を国民がどう捉えればいいのかが問われています。

告発型の医療報道に限界

私自身の反省もありますが、では、マスコミはこの問題について一体どこまで報道してきたのでしょうか。この間、医療事故も増加しました。最近は少し減りましたが、それはあえて訴訟につながるような治療を避けるといった病院側の対応の変化もあったのでしょう。医療事故について、これまでマスコミは“けしからん”というスタンスで、「医師はもっとまじめに仕事をしてくれ」と、ある意味では告発型の報道をやってきました。しか

期に来ています。日本社会の要は、健康と介護の問題であり、人生の最後を快適に暮らしていくことが国民の望みだろうと思います。「医療は日本の一番の要である、そこに大きな金を注いでいかなければ基本的な生活の安全の問題が崩れてしまう」という、国民的なコンセンサスを築く段階に来ている気がします。

「医療臨調」の創設を

医師の養成は文部科学省、病院の管理運営は厚労省、都道府県への伝達は総務省、と医療の問題は役所の縦割りで分断されています。かつて「教育臨調」がありましたが、「医療臨調」のような形で――日本の国民生活の基盤そのものを徹底的に議論して、新しいビジョンを打ち出して、そこから考えていかないといけないと思います。高齢者医療の問題だけではなくて、もっと大きな広い視野から見なくてはいけない段階に来ています。

○司会　マスコミの立場から池田知隆さんに意見を述べていただきました。次に、府民の立場からご意見を頂戴します。財団法人大阪府老人クラブ連合会長・越智秋夫さんに、近年の医療制度についてご自身や周囲の方が感じていらっしゃること、また後期高齢者医療制度の問題点や改善してほしい点などをお話しいただきます。

○越智秋夫・㈶大阪府老人クラブ連合会長

先程から後期高齢者医療制度について様々なお話がありましたが、私も府民の立場から感じていることを意見として申し上げたいと思います。

後期高齢者医療制度への要望

後期高齢者医療制度は20年４月１日からスタートしました。法案の成立から実施まで約２年もの長い準備期間があったにもかかわらず、事前の説明や周知不足などから大きな混乱を来しました。我々高齢者が尊厳まで傷つけられたようなことも少なくありません。そのような中で政府もいろいろ検討されて、ある程度の軽減措置が講じられましたのは一歩前進したのではないかと思います。高齢者が長寿をことほぎ、喜び合うことができる社会を築くために、私は次の事項について要望したいと思います。

まず第一点は、「十分な説明ができなかった」ことですが、大阪府老人クラブ連合会ではこの制度について、機関紙である「ねんりん大阪」１月号に掲載し、35万人の会員に周知しました。しかし、それもどの程度ご覧いただけたのかは分かりません。広域連合や地方自治体に問い合わせてほしい、と考えて発

行したのですが、会場の皆さんも制度についてのお話を聞かれたかどうか――おそらく詳しくご存じない方が多かったのではないかと思います。このような制度が発足する場合は、事前に我々高齢者に向けて十分に説明してほしいと考えます。

それから、高齢者の尊厳に配慮していただきたいと思います。後期高齢者医療制度に「終末期」という言語が入っています。「後期高齢者はもう人生の終末を迎える」とも解釈でき、これは非常に尊厳を害するのではないでしょうか。そのような字句は挿入しないようにしていただきたいです。

３番目に、公平な制度に配慮することです。例えば、サラリーマンの方で74歳までの親を扶養される場合は扶養家族扱いになりますが、75歳以上の後期高齢者の扶養家族がおられる場合は適用されません。74歳と75歳では、あまり変わらないのではないでしょうか。これは公平を欠くのではないかという点がございます。

もうひとつ、公平性の見地から申し上げます。これまでの基本健診から健康診査に変わりましたが、74歳までは「受診しなさい」という義務になっていますが、75歳以上の我々高齢者には「受診することができます」となっています。つまり、努力義務といいますか、「受診しなくてもよろしい」とも解釈できるわけです。こういう面でも公平性を害するのではないかと思います。

それから、70歳から74歳までの窓口負担は２割で、後期高齢者は１割になっています。74歳と75歳で区切っていますが、生活の実態もあまり変わらないのに負担が変わる――これも公平といえないのではないでしょうか。

改正点の要望事項は以上ですが、今後このような制度や施策を実施する場合は、事前に高齢者団体などを通じて高齢者に十分に分かるように説明してほしいと思います。これらが後期高齢者医療制度に対しての改正の要望点です。見直しを検討されることになっていますが、どのように改正されるか、今後の検討課題であると思います。

老人クラブ連合会の活動

私たち老人クラブ連合会は、“健康づくり”・“友愛活動”・“社会奉仕活動”の「全国三大運動」を展開しています。

健康づくりにつきましては、平成４年より大阪府医師会から、健康づくりに対する各先生方のご意見を、毎号発行の機関誌に掲載しまして、会員にお知らせしています。

また、これらの記事をまとめた「健康づくり読本」を19年２月に発刊し、大阪府管内の市町村老連に配布したところです。２番目の友愛活動ですが、これは高齢者の地域における見守り活動です。声かけ運動などによって高齢者同士がお互いに支え合います。そして３番目が社会奉仕活動です。社会奉仕活動では、安心安全なまちづくり、高齢者の見守り、子どもの登下校時の見守り、それから花のあるゴミのない美しいまちづくりなどに取り組んでいます。

健康で高齢者が相互に支え合い、地域社会のために尽くしていく、このことを老人クラブでは「三大運動」として推進しています。特に最近では、体力づくりなどの介護予防事業を重点に実施しています。

今後も地域を豊かにする活動の担い手としての役割を果たしていきたいと思っています。

○司会　ありがとうございました。続きまして、医療提供者の立場から、医療法人晃和会北田医院院長の北田正治さんに、日常診療におけるご高齢の患者さんの訴え、在宅医療先でのご家族の声とともに、高齢者医療の問題点についてお話しいただこうと思います。

○北田正治・（医）晃和会北田医院院長

私からは、開業医の立場で今回の高齢者医療についてお話ししたいと思います。私は、花の万博が開催された大阪市鶴見区放出（はなてん）で医院を開業しています。母親も開業していましたので２代目になりますが、大好きな鶴見区で母親の跡を継いで開業できることを誇りに思っています。

鶴見区の人口は増加傾向にあります。工場の跡地にマンション等が建設されて若い世代の方の転入が増え、20年７月の推計人口では11万人を超えました。そのうち65歳以上の人口割合は約19%、因みに大阪市では22%になっています。若い家族の流入で子どもの人口の増加が見られ、小学校が増設されるとの話も聞いていますが、それが他の地域と少し違うところかと思います。

高齢者の声を受けるのは医療関係者

最近、ご高齢の患者さんが当院の外来に来られますと、「何の楽しみもない。あまりにも長生きしすぎた。早く“お迎え”に来てくれへんかな」といった話をよくされるようになりました。しかし、そうした方々はまだ比較的お元気です。ひとり住まいで、ご自身で歩いて通院されています。私が小さい時、周囲には木造の棟続きの平屋が多くあり、隣近所で助け合って生活されるのを目の当たりにしていました。しかし、最近はマンションや公団住宅で生活されている方が多く、近所との付き合いも希薄になってきているように思われます。

医療費の問題ですが、高齢になるとあちこち体調を崩されたり、病気も複数持っておられたりする方が多くなります。このため、今後も高齢者人口が増えれば、医療費がかかることは容易に想像がつきます。また、認知症の方も徐々に増えてきています。特にひとり住まい、また、ご家族が仕事のため日中はおひとりの方もおられますから、社会生活を送る上でいろいろな問題を抱えていらっしゃいます。

20年４月に高齢者医療制度がスタートしました。しかし、ほとんどの高齢者の方はこの制度を理解されておられず、「75歳になると一般の患者さんとは別扱いになるのか」「保険料が増えるのか」などの質問をよく受けま

した。この制度は医療費削減の政策だと考えます。高齢者をはじめ、国民に制度改革の目的、内容についての説明もなく、当事者である高齢者にとってはまさに寝耳に水の話でした。今回の医療制度改革は、今までの老人自己負担率の変更などとは違ったものであり、もう少し時間をかけて討論していただきたかったと思います。というのも、この制度について矢面で説明を迫られるのは、私たち医療関係者です。保険料の天引きなど、年金生活者にとっては死活問題です。また、ご高齢の夫婦２人暮らしのケースでは、扶養家族から外されるなど大きな問題でした。

外来診療、在宅医療の問題点

高齢者の多くは、我々地域の開業医（かかりつけ医）に身の上話や家族のことについて話をされることがよくあります。このような話からしばしば診療に役立つ情報を得ることができます。しかし、最近では、「薬を１～２カ月分欲しい」、「ジェネリック医薬品に変えてほしい」と言われることが多くなりました。これも医療費を気にされているためではないかと思います。ご高齢の患者さんは長く診療しないでいると、次回来院される時に重篤な状態に陥っておられるケースもあります。かかりつけ医にとっては、ご高齢の患者さんがある程度の間隔で定期的に来院されることが望ましいと考えております。

私は在宅医療を積極的に推進しています。24時間体制を組んで複数の協力医療機関で診ることになっていますが、午前は外来診療、午後は往診、夜は外来診療をしている開業医の労働形態からして、深夜に在宅で診療することはなかなか困難であると実感しています。最近ではターミナルケアにも力を入れていますが、高齢者のみならず30歳代の患者さんもいらっしゃいます。しかし、自宅で高齢者の最期を看取ることは、家族構成の問題とともにご家族の考え方などもあり、患者さんだけでなくご家族との話し合いが必要となってきます。当然、以前からかかりつけ医として接しているご家族とは、初めて担当するご家族よりもうまく話し合いが持てるものです。特にターミナルケアに関して、病院・介護サービスとの連携が重要であることは申すまでもありません。

医療･介護スタッフの職場環境の充実も必要

医療との関連から、介護についても少しお話しさせていただきます。高齢者の医療は、介護保険制度と一緒に考えなければ成り立たない場合が多いと思います。特に身体障害、認知症の方には必要条件です。しかし、現在の介護認定では、認知症の判定が十分に反映されておらず、そのため動くことができる認知症の方は介護サービスが十分に受けられず、ご家族や介護者の方々の苦労は大変なものです。また、外来の通院介護を受けておられる方、特に寝たきりや車いすの方には通院の時間のみ介護保険が認められるため、診察時間は報酬なしで待っているしかない状態です。本当に理にかなわない机上の空論だと思います。

最近、介護スタッフになろうとする若者が減っています。「介護の仕事にあこがれて介

護スタッフになったが、このままでは結婚することもできない」と、仕事から離れていく若者が増えています。いま一度、仕事内容についてよく検討し、プライドを持って働けるように、報酬を含め考え直さなければなりません。

まとめますと、①高齢者人口の増加に伴い、複数の疾病を抱えた高齢者の方が多くなり、高齢者医療費の増加につながっている。②高齢者は生きる希望を失いつつある。生きる希望のある社会をつくってほしい。③後期高齢者医療制度は、目的や内容の説明不足から、制度自体に不安が広がっている。④高齢者の医療は、病診連携、診診連携、公的介護サービスとの連携が重要である。⑤高齢者にとって介護保険は、医療保険とともに必要である。⑥医療崩壊が叫ばれているが、介護に関しても崩壊してきている。⑦今後、高福祉高負担か、低福祉低負担か、みんなで考える時期が来ているのではないか――以上、私の考えを述べさせていただきました。

○司会　パネルディスカッションにあたり、ここでコメンテーターの方にご参加いただきましょう。日本医師会常任理事・大阪府医師会理事の三上裕司さんです。パネリストの皆さんからご意見をいただきましたが、お聞きになられて、率直な感想はいかがでしょうか。

○三上裕司・日本医師会常任理事／大阪府医師会理事　いずれのご意見とも、ごもっともな話であると聞いておりました。特にメディアの立場で池田さんからおっしゃっていただきました。今まで医師バッシングが非常に強くて、それがいろいろな影響を及ぼしたとして反省されているとお話しいただいたこと、それから小泉改革の「光と影」という部分で、影の部分についても堂々とお話をいただいたこと、非常にうれしく感じました。

後期高齢者医療制度成立の経緯

6年間の小泉政権下では様々な改革が行われました。医療制度改革はその最後でしたが、17年のいわゆる郵政選挙での自民党圧勝の勢いを借りて、その翌年、最終的に医療制度改革関連法案が出されました。日医としましても、社会保障を守るため構造改革への反対運動を展開しましたが、押し切られてしまい、現在のような状態になったのです。

後期高齢者医療制度につきましては、10年以上前から検討が重ねられ、日医でも研究をしておりました。当初は、現行の“独立型”の高齢者医療制度以外に、“突き抜け型”、“リスク構造調整型”、あるいは国保中央会などが支持した“一本化”と、4つの方式について検討されましたが、結果的には日本経

済団体連合会（経団連）、健康保険組合連合会（健保連）、日医が賛成する独立型の高齢者医療制度となりました。15年３月の閣議決定を経て、17年10月に厚労省に提出した医療制度構造改革試案の中で、運営の方法、負担の方法、年金からの天引きなどの事項も決まり、18年６月に法案が成立しました。

政府見解との食い違い

18年に法案が通過してから施行までの２年間に、周知徹底がなされなかったことで大きく混乱したのは事実ですし、後期高齢者医療制度そのものは賛成だとしても、中身については非常に問題が多く、我々が主張していたものとはかなり違った形になりました。ひどい制度だと一般の方に思われたのには多くの原因があります。政府は、高齢者の負担が少なく、平均的に保険料の負担が少なくなり、医療も変わらないとの説明をしていましたが、現実には、今まで扶養家族で負担がなかった人が新たに被保険者となって保険料を支払わなくてはならないケースが非常に増えました。以前の老人保健法の時には、高齢者が支払う保険料は全体の7.3％でしたが、後期高齢者医療制度では10％で、2.7％増えています。

財源構成には公費がかなり入っていますが、現役世代の保険からの支援金と直接の公費負担を合わせ、老人保健制度では全体に占める公費の割合は59.2％でした。しかし、後期高齢者医療制度では約５割ですから、約９％公費負担が少なくなった一方、高齢者の保険料は３％弱増え、なおかつ、現役世代の保険料負担が大きくなりました。痛みを感じたのは現役世代の被保険者と高齢者、患者さんであって、得をしたのは国だけということになりました。これは説明不足というより、むしろ「説明できなかった」との表現が正しいのかもしれません。このことがあまり明らかになっていなかったために混乱が起きたのです。

越智さんからもご意見がありましたが、それと同時に、後期高齢者終末期相談支援料や後期高齢者診療料などのように、後期高齢者のみ別の診療報酬体系をつくることによって差別をする、医療は少し薄くてもいいといった体制をつくったことで、高齢者の方からの反発を余計受けたのだろうと思います。

若年者においても終末期を迎える方はいらっしゃいますから、終末期の相談支援について評価することは別に悪いことではありません。しかし、後期高齢者のみを対象としたことで、「高齢者にはもう医療が要らない」「健診も努力義務になったことで健診は不要なのではないか」といった差別的な考え方が底辺に流れていることに不評があったのだろうと思います。

療養病床の再編問題と高齢者人口の激増

介護についての問題は北田先生からご指摘いただきました。ひとつは療養病床の再編問題です。24年に介護療養病床が廃止されるとの発表を受け、介護難民の問題がたくさん報道されました。現在、何らかの介助が必要な「要介護２」以上の高齢者は、高齢者全体の8.8％と言われています。しかし、特別養護老人ホームや老人保健施設、有料老人ホームやグループホームなどの施設系を合わせても、4.4％相当の居住定員しかありません。欧米を見ると、スウェーデンでは高齢者に対して6.5％、デンマークでは10.7％、イギリスでは11.7％の施設が用意されています。我が国では、残りの4.4％をご家族が苦労されて介護しているという状況にあると思います。

今後も高齢者の数は増加しますが、それと同時に、介護ができる現役世代の人たちの数も減少する事態が発生します。2025年には現役世代は現在の約80％、一方で後期高齢者は約180％となり、高齢者に対する現役世代の数が半分になると想定されているのです。このことを踏まえて、そういった部分の手当ても十分していく必要があるでしょう。

医療費増大には高福祉高負担も視野に

医療崩壊について池田さんが述べられましたが、いわゆる“たらい回し”といった表現で非常に批判的な報道もされました。一方で、救急医療の現場をはじめとした勤務医の過重労働や医師不足、偏在の問題が非常に顕著になったと報道されました。基本的に「医療の不足」とは病院医療の不足であり、それも深夜や休日など平日の昼間以外の時間的な偏在、不足であろうと思います。365日24時間安心して医療を受けられ、国民の方々が安心して生活できる体制にするには医療費が必要です。財源的な担保があれば、勤務医の確保をはじめ、医療を支えていくことができます。

北田先生がおっしゃいましたように、これから高福祉・高負担でいくのか、低福祉・低負担でいくのかは、やはり国民的なコンセンサスを得ないと政治も動かないと考えます。本当は社会保障を考えれば、義務的経費ですので、負担を求めなければ達成できないのは当然のことです。その辺りは皆さんも考えていただいて、我々と一緒に闘っていただきたいと思います。

パネルディスカッション

○司会　これからの時間はパネルディスカッションを進めてまいりたいと思います。高齢者医療を明るい展望に変えるためには何をなすべきなのか、医療側、患者側それぞれが果たすべき役割について議論を進めていきたいと思います。

高齢者医療制度についての問題点は皆さんからご指摘をいただきました。では、今後、高齢者医療制度はどう在るべきなのかとの視点でご意見を頂戴できればと思います。

75歳以上とした根拠は？

○越智　75歳以上は後期高齢者、65歳以上が前期高齢者となっていますが、今回、後期高齢者だけ新たな保険医療制度でくくられたわけです。どの範囲にしていただくのが妥当か私も判断に迷いますが、前期高齢者を含めますと広い範囲になると思います。70歳ぐらいが適当かと思いますが、どこで区切るかはなかなか難しい問題だと思います。

○三上　75歳で区切る明確な根拠はありませんが、①75歳で入院率が高まる、②脳血管障害が悪性腫瘍を上回ってくる、③平均在院日数が100日を超える――など、様々な意味で受療率が高くなることが理由のひとつとされています。また、仕事をリタイアされて収入がなくなった段階で財源、保険料徴収をどうするかといった問題があります。それ以外に窓口負担の問題もありますので、病気にかかりやすく医療費が非常に高くなる75歳以上を特別な制度にして、その負担を下げていくのが本来の目的です。私たち医師会は、今回の制度のように負担が大きくなることを想定して制度の創設を提唱したのではありません。75歳以上になれば負担がほとんどなく、保険料も払わなくていい、公費９割の保障制度を主張していたのですが、制度創設にのみ利用されたのが現状だと思います。

死生観にも大きく影響

○池田　75歳以上では入院率が高くなり病気も多発するから別の制度をつくる、ということですが、結局それは「75歳になったらそろそろ人生おしまい時だから、きちんと心構えをしろよ」と上から言われているような気がします。これは、安楽死の問題や尊厳死の問題にも影響を与えるかなり深刻な問題だと思います。「75歳になったら別の医療制度を受けなさい」と、国民を分けてしまっていいものでしょうか。国民皆保険は、すべての国民が負担し合って社会を維持していこうと発足したものです。しかし、後期高齢者医療制度は、罹患率が高い人だけ別会計にして、ハイリスクの人は相応の負担をしてもらって医療費を抑えましょう、ということですね。しかし、現実には高齢者にそんな負担は耐えられないので、結局、75歳以上の人の医療費が削減されていくのです。そういった見地から

考えれば、安楽死の問題を含め、国民全体にこれからの老後についての覚悟を迫る問題です。

医療に対するリスクが少ない人とは別のグループをつくって、ハイリスクの人だけで独立した制度をつくるのですから、その精神的、理念的な在り方をきちんと考え直さなければなりません。貧しい人は貧しい人なりの制度をつくるといった形につながらないか、国民の連帯感を分断する形になっていくのではないか――その辺の危険性を見極めないと、社会を一緒に築いていく連帯感そのものがどこかで崩れてしまいます。国民の連帯感を分断するようなものになりはしないか、という危険性を感じます。私自身は、そんなに問題が多いのであれば、もう一度老人保健制度に戻し、そこからきちんと議論をやり直さなければならないとさえ思います。

地域住民の健康をサポートするのが開業医

○司会　北田さん、高齢者医療の制度はどうあるべきでしょうか。支え合いには、患者さんだけの問題ではなく、医師と患者も連帯する、という意味もあると思うのですが。

○北田　私は町医者ですが、常々感じているのは、患者さんの健康を助ける役割を持っているということです。それは、住環境を整える町の大工さんと一緒のようなもので、要するに「健康」という意味合いにおいて、助けたりサポートをしたりするのが医師だと考えています。医療は日々非常に進歩していますので、研究を深めることも当然重要ですが、あくまでも開業医としての意見を述べさせてもらうとそういうことです。

いわゆる“5分間ルール”をご存じでしょうか。診療を丁寧に行うとの名目で、国から「5分間は患者さんを診なさい」という指示がありました。医師は、定期的に来院されている患者さんの健康状態や症状、悩みも十分把握しています。私は、時間単位で診療を区切られることに、非常に不愉快な思いをいたしました。また、待ち時間が非常に長くなったとおっしゃる患者さんも増えました。

○司会　そのほか、診察に来られるご高齢の患者さんから、負担が増えたなどの厳しい声をお聞きになられますか。

○北田　そうですね。年金問題などもいろいろ絡んで、皆さんかなり神経質になっておられるので、非常にきつい声が上がっています。

○司会　三上さんにも伺いたいのですが、独立した制度にせず、国民すべてで支えるべきではないかとの池田さんのご意見もありました。75歳以上にすると、「切り離された」と感じる方もいるのではないかといった指摘もありましたが。

○三上　以前の老人保健法でも年齢で区切っていました。私たち医師会としては、75歳でも74歳でも受けられる医療は全く違わない、同じ医療制度、診療報酬体系の中でやっていくことを主張しています。今回、後期高齢者終末期相談支援料などが出てきたために、高齢者の方は非常に不愉快な思いをされました。また、私たちも制度内容が意図に反したものとなり、不快に感じています。年齢にかかわらず同じ医療が受けられて負担が少ない状態こそが、高齢になった時に安心して暮らしていける、本来の国の在り方として望んでいるものです。

質疑応答

プライドを持って働ける職場を

○会場　大阪の医療と福祉における目的や目標について、情報や将来の展望をもう少し具体的にお話ししてください。

○北田　救急医療体制は比較的整備されていましたが、最近ではそれも難しくなってきました。これをいかに改善するかですが、医師不足や医師の偏在の解消も大切です。しかし、医療スタッフがプライドを持って仕事に取り組める環境をつくることが先決だと思います。具体的な話となるとなかなか難しいですが、今、医療関係者がプライドを持って働ける現場がないように感じます。このことが一番の問題ではないかと思います。

○会場　まず、今日のメンバーに後期高齢者医療制度を創設した側の方が来ていません。医療を受ける側と医療を提供する側が来ていて、国や広域連合からは参加されておらず、何をもってこの討論会をされたか分からないということです。もうひとつは、75歳を境に後期高齢者を区切っています。年金も国民皆年金にして全部一本化すれば公平ですが、医療関係も75歳で区切っているところが問題です。なぜ75歳なのか、いまひとつ分かりませんので、その辺りをお話しいただきたいと思います。

○司会　２つご質問いただきました。まず、この討論会の在り方についてですが、行政の方に参加いただき丁々発止ディスカッションする方法もあります。しかし、本日は医療を受ける側、提供する側がともにどういう現状認識を持っているのか理解し合って、行政側に言うべき意見を次の機会に持っていく第一段階としての討論会ではないかと私は理解しております。２つ目の質問ですが、年金の問題も指摘されましたが、医療についても一元化した方がいいのではないかとのご意見でしたが。

○池田　私もそうだと思います。若い世代と年老いた世代、両方の負担の問題が出ていますが、職場を超えた医療保険の見直しがどうしても必要です。国民健康保険と企業の健康保険、共済を横断的に一元化しないと本当に維持できないでしょう。しかし、「働かない人たちの保険料まで負担する必要はない」と、企業や経団連が強硬に反対しています。今後は、それではもう維持できないでしょうし、いずれは一元化を考えなければならないと思います。

医療財源としての消費税増税

○三上　当然、一元化するのが一番分かりやすいと私も思います。ただ、医療保険制度という“保険”の概念か、いわゆる“保障”の概念でやるのかで大きく異なります。医療制度で公費の割合をどんどん拡大していけば、“保険”の色合いが薄くなる可能性があ

りますし、換言すれば医療に関して政府の関与が非常に強くなります。保険に重点を置くと、保険をかけた側の意向がかなり強くなりますが、その辺のバランスがあります。私たちとしては、公費を徐々に増やしていくことで、安定した医療財源を獲得したいと思います。

年齢で区切ることは非常に分かりにくいとは理解していますが、財源を得る方式は様々で、現在は保険、公費、一部負担の組み合わせになっています。今後、例えば、消費税を引き上げ、福祉目的税として恒久的な財源としていくことが実現できれば、医療制度全体が大きく変わる可能性はあるのではないかと考えています。

終わりに

○司会　最後に、パネリストの皆さんに本日のまとめをお願いいたします。

○池田　介護の問題をどうするか――インドネシアやフィリピンからも多くの看護師さんを受け入れるようになります。介護のお世話をしていただいた外国人の老後は、将来的には日本人が見なければならないようになるわけです。そうした問題についてどう考えていくのか、これも大きな問題だろうと思います。現在、介護の職場の給与平均は一般の職業の７割です。また、離職率は約22％と、ほかの職業よりも約６ポイント高くなっています。介護の職場から日本人が去っていく中で、本当の意味での助け合いという社会構造

が崩れつつあるのではないでしょうか。私も団塊の世代で、これまでは自分とは別個の問題であると高齢者医療を捉えていましたが、身近なテーマとして皆さんと一緒に考えていきたいと思います。

○越智　介護施設を訪問すると、入所者の方から「家に帰りたい」という声を聞きます。訪問したらその話ばかりで、そのことが頭から離れません。住み慣れた地域、住み慣れた家で生涯を終えたいとの希望が多いと思います。今後は、在宅での医療と介護の問題が非常に大きくなるでしょう。できるだけ住み慣れた地域で生涯を終える体制にしていただければと願っています。

○北田　私も在宅医療をしていますが、地域の医療に目を向けますと、お元気な高齢者もたくさんいらっしゃいます。だから、もっと高齢者同士が助け合える社会づくりが大事ではないかと思いますし、医師をその中に入れていただければお役に立てると思います。皆さんが笑顔で過ごせる社会づくりの一助となるよう、今後とも頑張りたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○三上　今日起きている問題として、医療費や介護費用を抑え過ぎていることが一番大きな原因だと思います。日本はOECDの先進国の中でも一番少ない医療費ですが、それで今までよくやってこれたと感じています。また、65歳以上の世帯のうち、かなりの割合で独居の方、高齢者お２人で住んでおられるケースが見られます。今後の高齢者の人口増を含め、在宅で看ていくには非常に手厚い支援が必要です。そのためには多くの財源が必要なことを十分に理解いただき、また、高福祉・高負担の時代が来るかもしれないことも視野に入れていただきながら、ともに運動を展開していきたいと思います。

○司会　ありがとうございました。４人の皆さんのディスカッション、そしてご意見をいただいてまいりました。日本の国民皆保険制度は、すべての国民が安心して医療を受けられるものと理解しています。しかし、現状としてそうではない実情もあります。国民皆保険の原点に立ち返って、どうすれば維持できるのか、医療側、医療を受ける側ともに、世代を超えて議論をしながら手を携えていけるようにしたいと考えます。本日の討論会がその機会になればと思います。

（文責：広報委員会）

レポート 高齢者の声を政策に反映させよ

第30回にあたる「大阪の医療と福祉を考える公開討論会」は高齢者医療がテーマでした。平成20年４月から発足した後期高齢者医療制度、問題点と矛盾に満ちたこの制度に翻弄され、不安を抱える高齢者の方々が多数参加されたのが印象的でした。司会は毎日放送の加藤康裕さん、パネリスト３名、コメンテーター１名の構成で行われました。酒井國男・府医会長のあいさつの後、まず池田知隆さん（毎日新聞社）が、小泉政権の「聖域なき改革」の医療費抑制政策が医療崩壊を招いたと指摘し、これまでのマスコミの報道の在り方についても、率直にお話しされました。弱者に寄り添う姿勢を強調するあまり、過剰になった医師・医療界に対する告発型報道の在り方からの脱却の必要性、また高齢者医療制度についての法案の内容についての論議不足などに触れられ、今後は“医療にはお金がいるという国民的合意”を形成していく重要性に言及されました。

次に府民の立場から、越智秋夫さん（大阪府老人クラブ連合会長）が、20年４月から実施された後期高齢者医療制度は、制度について十分な説明・周知を欠いており、高齢者の間に不安を煽ることになり、大きな混乱が招いたこと、「後期高齢者」や「終末期」などの用語は高齢者の心情にそぐわず、75歳での線引きがある種の不公平感や差別を感じさせたことなどを話され、今後は高齢者医療制度にかかわる制度・施策を創設・改正する際には事前に高齢者の意見をよく聞いてほしい、と訴えました。

医療提供者の立場からは北田正治さん（晃和会北田医院）が、実際の診療の場である鶴見区の例をひきながら、複数の疾病をもつ高齢者が増加しつつあること、動くことのできる認知症の患者さんに対しては介護サービスが不十分で、更に介護職の人材確保も難しくなっている現状を示されました。また、高齢者は生きる希望を失いつつあり、後期高齢者医療制度に対する不安が広がっていること、高齢者の医療では地域連携が必須であるが、介護もまた重要であること、今後は高福祉・高負担か、低福祉・低負担かをみんなで考える時期に来ていると述べました。

以上の発言を受けて、コメンテーターの三上裕司・日本医師会常任理事は、安心して老後を暮らしていくには、年齢によって受ける医療に差が生じることがないようにすべきであり、今後は高齢独居世帯の増加は避けられず、家族介護に頼る政策ではなく、相応の手当てが必要だとして、福祉と負担についての国民的議論の重要性を強調されました。

会場には熱心に聞き入る高齢者の方々が多くみられ、この問題に対する関心の高さがうかがわれました。府医会員にとって、高齢者医療・介護については、常に当事者である高齢者と対話を重ね、その声を医療福祉政策に反映させる努力を続ける必要性を再認識した公開討論会でした。

広報委員　片桐　修一

表紙写真

「トルコ カッパドキアの奇岩群」

大正区医師会　荘田　静

トルコ共和国は、日本の２倍ある国土の97%はアジアに、残り３%がバルカン半島のヨーロッパに属している。人口は約７千万人で９割がイスラム教徒だが、戒律は緩やかで、モスクからのコーランの祈りでイスラム圏だと気付く程度である。親日派が多いのが特徴。

世界遺産カッパドキアは、アナトリア高原の中央部にある。数億年前のエンジェス山噴火で火山灰と溶岩の層が数百ｍずつ積み重なり、その後の風雨で浸食が進み、固い部分が残って不思議な形の岩になったと言われる。４世紀頃からキリスト教修道士が洞窟を掘って住み着き、信仰を守り続けた。洞窟教会では見事なフレスコ画を見ることができる。

OSAKA MEDICAL ASSOCIATION

大阪府医師会報

平成21年４月号 Vol. 361

contents

2	巻頭言	医師会は変われるか	大阪府医師会 理事 山本 時彦
3	特集	第30回大阪の医療と福祉を考える公開討論会 「高齢者医療の現状と展望」	毎日新聞社大阪本社 論説委員 池田 知隆 ㈶大阪府老人クラブ連合会長 越智 秋夫 （医）晃和会北田医院 院長 北田 正治 日本医師会 常任理事（大阪府医師会 理事） 三上 裕司
22	ジャーナリストからの直言	子どもの医療費助成に、なぜ格差	朝日新聞大阪本社 科学医療グループエディター 臼倉 恒介
24	識者の眼	映画雑感――映画の「大人」と「子ども」は案外怖い	立命館大学映像学部 教授 北野 圭介
26	コラム 忙中閑	裁判員制度と二千円札	広報委員 播村 佳昭
28	コラム 医界サロン	夢	広報委員 大野 良興
30	東西南北	爽快！ウオーキング人生	八尾市医師会 森 透
		上田電鉄 ちょっとだけ紀行	西区医師会 姜 裕
		アメリカ一人旅	豊中市医師会 平山 方哉
36	投稿 医療崩壊	地域一般病院における救急医療と医事紛争	平野区医師会 梁瀬 義章
		特別会計廃止・一般財源化への署名運動を	豊中市医師会 前田 壮二郎
40	会員投稿	愚医の呟き～遠慮の勧め／身の丈の生活	高槻市医師会 彦坂 寛
44	医政・医師会活動の動き	平成20年12月～平成21年２月	広報委員会 副委員長 辻川 覚志
48	理事会記録	第37回～第51回	
82	答申	診療報酬改定（平成20年４月）の評価について	医療保険委員会
		医療IT化施策に対する医師会の対応 ――レセプトのオンライン請求義務化を見据えて（中間答申）	医療情報委員会
96	医事紛争特別委員会だより	第６回　注射行為と医事紛争――関節内注射、ブロックおよびトリガーポイント注射	
100	部会だより	産業医・学校医	
104	あとがき		広報担当理事 中川 やよい

発行　大阪府医師会
大阪市天王寺区上本町2-1-22　TEL 06-6763-7013