

## 特別対談 動き出した民主党政権の医療改革



長尾クリニック院長 長尾和宏氏

参議院議員 梅村 聡氏

# 健康保険は100万人単位の 地域保険に再編

—公平性を確保し地域主権の医療提供体制を実現—

民主党政権が誕生して4カ月。中医協人事の刷新は、医療界に衝撃とともに大改革の始まりを感じさせた。マニフェストに記載した医療崩壊阻止や後期高齢者医療制度廃止後の健康保険一元化に向けたデザインは描けているのだろうか。医師で民主党の「医療・介護改革作業チーム」事務局長を務める梅村聡参議院議員に、開業医の立場で長尾和宏氏が切り込んだ。

(編集部)

## 中医協の改革 医療現場に近い委員を選出 日医のチェンジを期待

長尾 中医協委員から日本医師会の代表が外れましたが、誤解を恐れずに言えば「良かったな」というのが率直な感想です。こういうことでもなければ、日本医師会は変わらないのではないかと感じていました。

政権も変わったので、中医協の構成メンバーを原点に戻って考えるのは当然だと思います。私のような医師会の末端会員から見れば、都道府県医師会という現場の医師会の先生が入ったことで、むしろ良くなるという期待があります。あのような人事を行った真意はどこにありますか。

梅村 日本医師会から「報復人事だ」と批判されていますが、民主党はそのようなつもりはありません。

われわれが従来の中医協の問題点として捉えていたのは、中医協の場で議論されている内容が、現場の声と乖離しているということでした。それを埋めるために、地方の声やもっと医療現場に近い人の声を入れていこうとしたわけです。

1つの例として、山形大学の嘉山孝正医学部長が委員に入りました。日本の先端医療を支えている大学病院の代表が1人も入っていない従来の構成こそ、いびつな形であったといえます。現場の声を反映させる人選をした結果が、あのような形になったわけで、最初から人事を決めていたわけではありません。

また、従来と同じ枠組みで人だけ入れ替えるのなら、政権交代をした意味もありません。これで失敗すれば批判されても当然ですが、報復人事と決め付けられたのは心外です。長尾 日医は現場からの声を吸い上げて、堂々と正論を吐ける団体であるべきです。そうなるには、このような試験を経なければならないでしょう。

茨城県医師会の鈴木邦彦先生や京都府医師会の安達秀樹先生が入れたことは、中医協をどのような位置付けにするのかわかりませんが、現場の開業医として大歓迎です。また、嘉山先生は大学院の改革に積極的に取り組んでおられます。「医療崩壊は実は大学崩壊」とも言われていますから、嘉山先生が入った意味は非常に大きい。

梅村 日本医師会の執行部が初めて長妻厚生労働大臣を訪問したのは、政権交代から1カ月たった9月末になってからです。それも、新型インフルエンザワクチン予防接種の価格についてという実務的な話で来られました。

本来、政権が変わったら、「われわれの考える医療はこうです。民主党の考えはどうですか」と真っ先に意見交換すべきではないかと思えます。日本の医療を支える最大の組織なので。60年間、自民党だけを応援してきたので、思考停止してしまったのでしょうか。内部の危機管理体制という意味でも問題があると思わざるを得ません。

長尾 確かに、ここ何カ月かの日医

の対応には歯痒い思いをしました。私は自分の著書のなかで「日医こそチェンジを」と書きましたが、多くの開業医の本音を書いたつもりです。

梅村 長尾先生も日医の会長選に立候補すればいいじゃないですか。

長尾 そう思いましたが、(茨城県医師会会長の)原中先生をはじめ、何人も出られると聞いて止めました(笑)。

しかし、いまこそ多くの先生が立候補して、党首討論のように討論会をやって、これからの日医を、日本の医療をどうしていくのか、堂々と考えを医師全員のみならず広く国民に披露したら良いのです。私は、日本医師会が医師全員が加入して投票権を持つ、真の公益法人になるべきだと思います。

## 厚生労働省の改革

### 政治家がまず現場の声を聞く 公聴会等で傾聴を实践

長尾 次は厚生労働省をどう変えていくのか。厚生労働省には現場の声が届いていないと実感することが多々あります。どうすれば届くようになるかと考えていますか。

梅村 2段階あると思います。第1に政治家が変わること。

小沢幹事長が「若い議員は選挙しろ、中堅以上が政策を作れ」と言ったことが、新聞やTVでネガティブに報道されています。ところが、選挙活動をするには地元の有権者の声を聞くことが最も大事です。ただ、チラシを配って「お願いします」と



言うだけではどうしようもない。小沢戦略の基本は「政治家が現場の声を聞け」なんです。

長尾 「傾聴」ですね。そこは民主党政権になって各地で公聴会のようなものが開かれるようになり、全然違いますね。今日もこの収録の後で、地域の介護関係者の話を梅村議員に聞いてもらいます。

梅村 自民政権の時代は、団体を通じて意見を聞いていたわけですが、政治家個人が問題意識を持って聞いていたわけではありません。これからは政治家1人ひとりが、活動の一環として現場の声を聞こうとします。

また、政治家が話を聞いて現場の状況がわかったとしましょう。ただ、いままでは族議員のドンがいて、その人が承諾しなければ、政策に反映されることはなかった。ドンなどと呼ばれるくらいの大物政治家は、ご高齢で現場の意識とは乖離がある。自民政権の時代は、政治家も最前線の声が聞きにくい形になっていたと思います。長尾先生だって政治家と医療の話なんてしたことはなかったでしょう。

長尾 見たことも、話したこともなかったですよ。そこは民主党政権になって、厚労行政が変わる下地ができたと思います。

梅村 たとえば、事業仕分けで民間の仕分け人が「医師の給料は、開業医が高く勤務医が低い」といった発言をしていました。あれを聞いて、民間の仕分け人のほうが政治家より

10年から15年遅れた認識だと感じました。

いまのクリニックは、昔のクリニックと経営の形が違います。長尾先生のように在宅医療を多く手がけようと思えば、医師や看護師を多数雇わなければなりません。医療機器にかかる設備投資も相当なものが必要になっています。開業の初期投資、運営のランニングコストが10年、15年前とは違っています。

しかし、その間の診療報酬は抑えられています。医師不足のなかで、勤務医の給料は少しずつですが上がってきています。開業医は横ばいです。それを考えると、一概に開業医が高いと言いきれないのですが、民間の仕分け人はマスコミの情報しか見ていないから、そう思うわけです。医療現場を歩いている民主党政権議員は「相当古い認識で話しているな」と感じていますよ。

#### 厚生労働省の改革

#### 医系技官は使い方次第 政治主導で官僚を現場に

長尾 なるほど。医療現場のなかにいけば感覚としてわかるはずなのに、民間の方には認識されないわけですね。そこは梅村先生のような政治家が官僚や仕分け人に伝えて下さい。

次に、厚生官僚についてですが、医系技官という存在について、TVで木村盛世さんが痛烈に批判されていました。「現場からの医療改革推進会議」でも個人名を挙げて「辞めさせろ」とシュプレヒコールをあげ

ていましたが、医系技官にそんな問題があるのでしょうか。

梅村 これは、木村盛世さんから見たら医系技官自身の問題なのですが、私から見れば政治の問題に思えます。まず、医系技官が「要る」か「要らないか」という議論があります。長尾 「要らない」という考え方もあるのです。

梅村 そうです。でも、私は「要る」という立場です。医療現場の経験がないとはいえ、医学部を卒業して医療の勉強をしたことがあるというのとはかなりのアドバンテージです。

聞いたことがない話でも、ある程度理解は早い。ただ、医系技官は医師免許を持つだけでなく、いまの医療を見て判断することが必要です。それをいままでは、霞が関から半径5kmくらいの現場だけ見て判断したから問題なのです。

医系技官だけではなく、厚生官僚全体がそうだと思いますが、「3次救急」といえば、東京女子医大とか都立墨東病院とか、そのあたりまで。町のクリニックといっても、新宿や渋谷の駅前しかイメージできないでしょう。

しかし、私は全国を行脚して、地域差がいかに大きいか分かりました。先進的モデルとされる「尾道方式」の片山壽先生のような地域連携に熱心な先生にも出会います。地方に行ったら「診療報酬を少々上積みされたところで、患者がいなくなっている」とも言われました。地域の事情を知らないと、医療政策は作れないと実感しました。そのためには、

政治家が官僚を現場に連れ出さなければいけない。

長尾 去年、梅村議員が官僚を何人も連れて、ここに来られましたね。

梅村 現場の実態を医系技官が知れば力を発揮できるのに、いままでは使い方が間違っていたと思います。同じ刃物でも料理に使えば役に立ちますが、間違った使い方をすれば人も殺せます。木村さんから見たら、危ないもののように見えるのかもしれませんが、私から見れば料理を作っていない、と見えるわけです。長尾 官僚も現場の声を傾聴すべき。それを政治主導でやっていくということですね。

梅村 場合によっては、医療現場におられる内科部長や救急医療センター長、あるいは地域で在宅医療に取り組んでおられる先生方に、3年間なら3年間、厚生労働省に来ていただいて、政策立案に携わってもら。そして仕事が終われば、臨床現場に戻っていただく。そんな仕組みも作れたらいいなと思っています。

#### 医療崩壊阻止に向けた改革

#### 医師絶対数不足の解消が第一 顔の見える医療連携も重要

長尾 では、医療崩壊を防ぐにはどうすればいいのか。私は、3つの取り組みが必要だと思っています。

1つは勤務医の労働環境問題。2つめは、非常に難しいテーマではありますが、医師法21条（異状死の届出義務）の問題、そして最後に地域の医療連携です。

梅村 医師法21条の問題は本誌10



月号「医療を元気に」でも書きましたが、警察への異状死届出義務化が医療者の刑事事件数激増を招きました。民主党は院内事故調査委員会や医療安全支援センター等を通じた医療側と患者側の対話、さらには医療行為と業務上過失致死傷罪との関係の整理をめざしています。

「医療連携」と医療崩壊阻止はどうつながりますか。  
長尾 病院が外来で患者を抱え込んでしまっ、忙しい忙しいと独り相撲を取っている面もあると思います。たとえば、糖尿病でインスリンを打っている患者でも、地域の開業医に紹介してきちんと連携すれば、病院は6カ月に1回診れば良いわけです。

私は「併診」という言葉を使っていますが、病院の専門医と地域の総合医がうまく役割分担して、1人の患者さんを診ていくことで、勤務医の負担が減らせると考えます。

一方で、医師の偏在といった難しい問題もありますが、梅村議員はどう考えますか。

梅村 医師の絶対数不足を解消しなければ偏在もなくなるので、まずこれを解決するのが基本的な考えです(43頁「医療を元気に」参照)。

「併診」について言えば、機能分化は制度を作ることで可能なのですが、いまの医療現場で一番問題なのは、病院医師は開業医をあまり信用していないし、開業医は病院医師を融通が利かなくと思っていることです。「急に患者を入院させようとしたら、何だかんだと文句を言われる」と。これを解決するには、病院の先生と地域の先生が月1回、飲み会をすれば良いのです(笑)。

長尾 それは良い。  
梅村 そうすれば、「あの先生は頑固だ」、「あの先生は慎重な言い方をする」といったニュアンスがわかって、地域連携が本当に進み始めると思います。

長尾 「顔の見える医療連携」とは、まさにそんなイメージですね。病院では飲み会は開けないから、地域連携の会はここ(長尾クリニック)で開かなければ(笑)。





ながおかしひろ  
長尾和弘氏

1984年東京医科大学卒業後、大阪大学医学部附属病院第二内科入局、病院勤務の後、1995年兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業。現在、医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長として外来診療と在宅医療に従事。「町医者力」など著書多数。  
尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会委員長。

し、「どれか選んで下さい」と問いかけると、多くは施設を選ばれます。ここが日本特有なのですが、「息子に悪い」「嫁に迷惑をかけたくない」という理由です。本音を言えば家に帰りたいのですが、子どもや孫にも生活があるから、それを氣遣って施設を選んでいるのです。

在宅至上主義者は「国民はみな、在宅を望んでいる」と言われます。それはその通りですが、患者さんは家族の事情であって施設を選んでおられるのです。これも日本人の美徳ではないかと思えます。だから、いまは在宅と施設をどちらでも選択できるようにしなければならぬのです。長尾 それはよくわかります。

梅村 また、厚生労働省が言うように、療養の場を在宅に移行していくとするなら、施設を選んだ患者さんの言葉に表れていますが、介護力の強化、即ち介護保険を財政的に大きくしない限り、これ以上に在宅療養を増やしていくことは難しいでしょう。

長尾 いま、医療保険（健康保険）財政が33兆円で、介護保険が7兆円です。その比率を変えられるのですか。どのくらい？

梅村 2：1くらいでしょうね。2

が医療保険、1が介護保険です。そのくらいのイメージにしていきたいと思います。

長尾 私も長年、在宅医療を手がけてきましたから、そのバランスには賛成です。やはり、誘導型の在宅医療には問題があります。施設も在宅もどちらでも満足できて、患者、家族の希望により、行き来できるような体制をめざすべきだと思います。

在宅専門クリニックもでき始めていますが、普通の開業医の先生も、患者さんが通院できなくなったら往診して、「先生、最期まで診てくれや」と頼まれたら「よっしゃ」と応じる。そういった「おおらかな看取り」を国は保証してくれています。死というものを必要以上に恐れないよう、国民全体に死生観を育み、終末期を在宅と施設の両方で考えられるようにしていきたいと思います。

梅村 そうです。そのなかで療養病床を含めた施設は、日本の死の文化として必要であると考えています。

#### 医療保険制度改革

##### 後期高齢者医療制度は人頭払いか医療の質低下が懸念

長尾 後期高齢者医療制度では、後期高齢者という名称や天引きの問題がマスコミで批判的となりました。しかし、開業医の医療経営的な視点で見ると、包括化の導入という側面が大きいですね。入院医療のDPCが本当に医療の質やコストを改善するのかもしれない議論があるように、外来診療を包括化することが良いのかどうか。これは国民に聞いて

みないとわかりませんね。

包括化により想定できる問題点として、混合診療の問題があります。包括だからこれ以上検査できないと言っても、「検査料は自分で出すから私だけやって下さい」という患者さんが出てきかねません。

さらに、かかりつけ医の登録制が導入される予定でした。かかりつけ医を1人に決めることは、事実上、英国の人頭払い制度に近いのではないかと懸念があります。開業医は収入が抑えられるから当然抵抗しますが、これが本当に良いことなら仕方がないでしょう。しかし、医療の質の低下、国民皆保険の破壊につながるのではと心配します。

民主党もこうした問題を考慮して、後期高齢者医療制度撤廃をマニフェストに掲げたわけではありませんか。梅村 ご指摘の通りです。後期高齢者医療制度を立案したとき、厚生労働省の頭には英国型医療モデルがあったのだと思います。

人頭払いにして、どんな病気で何人来ようが定額制、つまり医療費は増えないという構想です。しかし、英国で現実にならなかったように、人頭払いは医療の質が下がります。努力しなくても、毎年、患者さんが確保されているわけですから。これは悪意に満ちた見方と批判されるかもしれませんが、厚生労働省は開業医の医療の質が落ちたほうが良いと思っていたのかもしれない。

長尾 なぜですか。

梅村 積極的な医療が行われなくなると、医療費は抑制できますから。

うめむらたし  
梅村 聡氏

2001年大阪大学医学部卒業後、同附属病院第二内科入局。真面目立病院、阪大病院で勤務した後、2007年参議院選挙に大阪選挙区から立候補し、128万票で当選。民主党参議院政策委員会副委員長、同「医療・介護改革作業チーム」事務局長、日本内科学会認定医。



後期高齢者医療制度が、医療の質や患者さんの健康価値を第一義に考えた制度にはとても思えません。

また、英国と日本の土壌の違いもあります。英国のGPは医師6～7人のグループ診療が多く、その開業資金は国が優遇融資するような制度もあります。医師が6～7人もいれば、交代で研修にも比較的自由に行けます。日本では大多数の診療所が医師1人、看護師1～2人程度で運営していますから研修にも行けません。

だから、日本の厚生労働省が英国を手本に、日本型GP制度を考えていたとしても、そこに行き着くまでに、まだ2ステップくらい必要なのです。厚生省はそうした問題点や懸念を全く説明しませんでした。

長尾 拙速ですね。ステップを踏まないという現実がわかっていない。

梅村 日本でも英国型のGP制度を支持する声が高くなるかもしれませんが、10年くらいはかかりますよ。だから、時間をかけて議論していくということです。

#### 医療保険制度改革

##### 座視できない健保間の保険料格差 医療提供体制を地域で考える

長尾 最後に、医療保険一元化につ

いてお聞きします。われわれから見れば、いま健康保険は偏ってきて、また複雑化して事務処理も大変です。ICチップのようなものが付いていれば良いと思うこともしばしばです。

民主党のマニフェストでは後期高齢者医療制度を廃止して、最終的には医療保険一元化をめざしていますが、どういうことですか。

梅村 まず、保険を一元化するメリットを説明しましょう。

いま、保険者間で健康保険の差が大きくなり過ぎました。一流企業の健保組合は非常に保険料も安く、健康診断なども充実しています。何日に健康診断と決まれば、仕事を休んで一斉に受けます。余力のある大企業だから健診に予算も割け、若い加入者が多いから保険料も安い。高額医療費も、月額53万円以下なら自己負担8万円が上限ですが、豊かな組合健保は上限3万円、4万円です。

一方で国民健康保険は、元々は農家や自営業者の保険という位置付け





でしたが、いまや高齢者が集まる保険になってしまいました。その保険料は市町村によって4倍くらいの差になっています。高額所得者に対しては国民健康保険の保険料に上限があります。受ける医療サービスは同じなのに、払う保険料に差がありすぎる。しかも、景気が悪化して今後もどんどん差は開くと予測されます。そう考えると、日本で約4,000の健保がありますが、放置しておけない問題です。

反論は当然あります。大企業の健保組合は、「うちは努力して全員に健診を受けさせたから、健康な組合員が多くて保険料も安い。努力していない健保は高くても当然だ」と。ただ、健診に注力するといった努力ができるのは、豊かであったからで

す。健康保険を1本に統合するには、利害関係の調整に時間がかかります。長妻大臣が後期高齢者医療制度の廃止と、新制度への移行を2013年度と言ったのは、実はその利害調整の時間なのだとは私

考えています。

長尾 それで、民主党が描く医療保険制度はどんな形ですか。

梅村 地域ごとの医療保険です。たとえば、大阪の医療保険、徳島の医療保険です。

保険を地域制にするのは、「医療の提供体制も地域ごとに考えて下さい」ということです。だいたい、人口100万人ごとに1つの医療保険にする構想です。

たとえば、尼崎市は人口44万人、西宮市と芦屋市、神戸市の一部まで入ると100万人ですね。このくらいの地域で医療提供体制を考えてほしいと思います。地域によって、大きな救急病院を新設する地域もあれば、もっと在宅医療にシフトする考え方の地域も出てくるでしょう。一

元化の裏側には、地域で保険料と同時に医療提供体制を考えて下さいという狙いがあります。

長尾 それくらい地域により事情が違うということですね。

梅村 前に東京の官僚を尼崎に連れてきたとき、長屋を見て驚いていたでしょう。

長尾 そうそう。霞が関には貧乏長屋はないのでしょうか。

梅村 だから、霞が関に尼崎の地域にマッチした医療保険は作れないのです。医療保険一元化は「地域主権」を実現しようということなのです。

長尾 わかりました。私は「友愛」の精神が貫かれていると感じました。

医療保険一元化は、強者が弱者を助けるわけですから。これができるかどうかは政権の大きな試金石となるでしょう。医療の地域主権という考え方もマニフェストと連動しています。それが、医療者と住民に本当に理解してもらえるのかどうか。現場の声を反映した政策を、梅村議員の力で成功させていただきたいと思っています。



### 閲覧保証

期間やサービス内容にかかわらず、閲覧数分だけ料金を支払い。



### 1万円で掲載

1万円のポイント購入からスタート。1人見ると80ポイント消費。



### サポート

専門チームによる、親切・丁寧なサポート。

医師、看護師、薬剤師、理学療法士、放射線技師、視能訓練士、管理栄養士、ケアマネジャー、看護助手、医療事務...

医療の人材募集なら

**GUPPY.jp**

グッピー

検索

株式会社グッピーズ

お客様サポートセンター:0120-57-3881