

# ヘルスリサーチを語る

第10回

患者主体の医療の実現に向けて

大竹 美喜 (おおたけ よしき)  
アフラック 創業者・最高顧問

開原 成允  
当財団助成選考委員長、理事  
(財)医療情報システム開発センター 理事長  
国際医療福祉大学 副学長

経済同友会を基点として日本の医療についてご発言をなさっておられるとともに、アメリカンファミリー生命保険会社 創業者・最高顧問というお仕事自体も医療とご関係があるということで、本日は大竹美喜さんにお越し願いました。

大竹さんご自身、前立腺癌のためアメリカで治療を受けた経験がおり、患者の立場からも、日本の医療にいろいろご意見をお持ちのようです。

今日は思いのたけを語っていただきたいと思います。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：大竹さんはもう皆さんご存知だろうと思いますが、最初に、改めて自己紹介をしていただけますでしょうか。

大竹：私は日本初のがん保険を発売したアフラックを30年前に日本で設立して以来、今日までその経営一筋で参りました。しかし、32歳でアフラックと出会うまでは、世のため人のためになる仕事したいと思い、天職探しを続けていました。25、6歳の頃は国会議員の秘書をやっていました。私が仕えた先生は厚生族の永山忠則先生で、戦前からの国会議員でした。ずっと医療行政などをサポートされた先生だったため、その頃から私は厚生省との繋がりができました。

年金よりも医療問題の方が深刻

そうした経歴もあって、私は医療というものに対して興味を持ちました。特に皆保険制度について興味を持ち、制度ができてからずっと今日まで、私は何度も厚生省に「今が改訂のチャンスだ」と言ってきましたが、結局よいときに改訂できないまま、公的皆保険制度はここまできてしまいました。公的皆保険は国民

公的医療保険は現在かなり深刻な状況にあると考えている。

医療は「只だ」と錯覚しているところに問題がある。最低限のことを国がやり、そこから先は自己責任という「公と民の相互乗り入れ」が必要。

的な財産ですから、何度も何度も見直しされて、大事に大事にしなければいけないところが、ここに至って、今大問題になっています。

開原：大竹さんがアフラックを創業した30年前にも保険制度についての論議があったのではないですか？

大竹：はい。その頃田中角栄さんが総理大臣で、当時の主計局長と3人でお話をしたときに、「もう、日本の公的医療保険制度は崩壊する」とおっしゃっていました。これが30年前の話です。崩壊しないでここまで持っているのですが、綱渡りしているわけです。この綱渡りがどこまでもつのか、かなりシリアスな問題だと思います。“公的皆保険制度無かりせば”という議論を一度やってみたらよいと思うのです。

教育と医療は、社会的規制で結局残ってしまった。義務教育は無償ですし、医療は皆保険制度で、水や空気みたいな感じで、皆さん「只だ」と錯覚していらっしゃるところに、すごく問題があるのではないかと思うのです。

結論から言えば「公と民の相互乗り入れ」しかないだろうと思います。公的な皆保険制度は維持した方がよいに決まっている。これを無くしてしまえと言っているのではなく、最低限のことは国がやり、そこから先は自己責任で、自分が自分に投資しなければいけない。医療というのは投資すべきものだ、私は思っているのです。

開原：そうですね。自己責任でやらなければいけない部分があるというのは私もその通りだと思います。

大竹：そして、自由に選択できる。そこで初めて満足できる医療

が受けられるのではないのでしょうか。

開原：今は、公的な皆保険制度で大変よいのだけれども、それがある意味で、医療全体を支配してしまっているものですから、いろいろな規制でがんじがらめになってしまっているところもありますね。自由度が非常に無くなってきている。

今の世の中は、患者さん自体が選択を求める時代になってきていますから、これだけ強い規制の中では、だんだん満足しなくなっている人が出てきているのではないかという感じですね。

日本での診断病理のバラツキが不安にさせた

大竹：その一人が私なのです。4年前に前立腺癌を見つけていただいたときに、セカンドオピニオンのみならず、サードオピニオンまでやり、最終的にはアメリカのハーバード大学のオピニオンを取りました。

その結果、診断確定がいずれも異なっていたのです。

開原：そうだったのですか。

大竹：そこで私は不安に陥りました。

最良の治療法を選択するのに本当に悩みました。日本では「全摘」ということだったのですが、「全摘しなくても助かる方法がある」とアメリカの先生に言われました。結局、日本では受けられないけれど、アメリカではポピュラーな治療法である“永久留置法による小線源療法”を受けるために渡米しました。その後、日本に帰ってから都内の病院でピンポイントの外部照射を20日間受けたのです。

その治療法は当時はまだ放射線の規制が厳しい日本では認められていなかったわけです。

開原：もう少しその辺のところを詳しく教えていただけますか。要するに日本で複数の診断を受けたらその結果がそれぞれ違った。主治医には「手術を受けなさい」と勧められたが、最終的には当時は日本では認められていなかった“永久留置法による小線源療法”を受けにアメリカに渡ったということですね。

大竹：そうです。

“永久留置法による小線源療法”はやっと昨年からは日本でも受けられるようになりましたが、施設が整っていないのと、技術者が育っていないため、この治療を日本人のどなたでも受けられるようになるのは、もう少し先だと言われています。

開原：大竹さんが最終的にアメリカに行き治療することを選ばれた理由をお話いただけますか？

大竹：うちの会社はアメリカの企業ですから、アメリカ本社の最高経営責任者から「絶対アメリカに来て、アメリカの治療を受けなさい」と、強く勧められたのです。最初はそれに躊躇しました。できれば日本で治療を受けたいと思っていました。やはり、どうしても日本人の医師の方が安心感がありましたから。

ところが、先ほどお話しした診断確定で、あれだけバラツキがありますと、不安になってしまい、いろいろ調べていくうちに、日

本でまだ認められていない治療法を私自身がアメリカで受けてみることの意義に気が付きました。

私は医者ではないのでよくわからないのですが、外科や内科は日の当たる場所なので、志願者が多いけれども、基礎的な研究には、日本では先生方もなかなか手を上げて行かないと聞いています。アメリカだったら、各種のインセンティブがありますから、魅力があるようです。日本とアメリカでは、仕組、制度の違いがあるのではないかなと思います。

私が治療を受けたボストンの病院(Lahey Clinic)は、放射線治療を専門に行う病院で、いくつかの病院から依頼を受けて治療を行っています。いわば病院の機能分化と医療資源の適正配置が行われているのです。

また、アメリカの場合は、放射線科の医師が熟練した技術を持って治療にあたっています。技師ではなくてお医者さんです。すごい数が揃っています。ああいう方が日本でもぐんと増えていかないと、たぶん私が受けたような治療、あるいは女性の卵巣癌の治療はできないと思います。放射線科のお医者様がもっと日の当たる場所で大活躍できる環境を作ってあげる必要があるかも知れません。

開原：そうですね。

大竹：日本は、医療機器はすごく発達しているのですが、それを使う環境が整っていない。それを医療消費者もわかっていないのです。

開原：確かに、病理や放射線や麻酔が日本はなかなか日の目を見ないところがあって、従ってお医者さんも足りない。そうするとレベルもなかなか維持するのが難しいという、悪循環に陥っている可能性があると思います。

医師から「あなたがお客様なのだ」と言われた

ところで、大竹さんはアメリカへいらっしゃって、そこで治療を受けられて、向こうの病院を患者として経験されたわけですが、日本の病院とはかなり違いましたか。

大竹：まず、入院はせずに、外来で治療していただきました。

開原：アメリカで入院されたわけではないのですか。

アフラック 創業者・最高顧問。  
1939年(昭和14)広島生まれ。  
広島県立農業短期大学(現・広島県立大学)卒。  
1974年に日本にアフラック(アメリカンファミリー生命保険会社)を設立、2003年より現職。  
経済審議会「次代を担う人材小委員会」委員、「ヘルスフォーラム21」幹事などを歴任。著書に「これぞいいのがニッポン」「医療ビッグバンのすすめ」など。





大竹：ええ。アメリカに行く前に日本で診断確定していただいたデータを全部お借りして、向こうに送りました。それを参考資料としてもう一度向こうで手術前の検査をやっていただきました。それから手術当日の朝も、チーム医療の8名の先生がまたチェックしてくださいました。

医師団がチームワークを発揮してくださいるので、横の連携

がものすごく良かったです。医師、看護師共に本当に親切でカスタマーサービス精神に溢れていたことに感動いたしました。

開原：その8名は、専門の違った人達だということですね。

大竹：全部違う先生方です。

それから、後でわかったことですが、ボストンで開業している日本人医師が、その病院の放射線科医と協同で治療に当たってくれていました。日本では、開業医が病院の治療に直接参加することなどほとんどありませんよね。アメリカでは、必要な場合には開業医が大きな病院の施設を使用して患者の治療にあたることも可能なのです。

また、行ったときにお医者様から言われたのは「そんなに頭を下げなくていい」ということです。「あなたの方がお客様なのだから、医者の方が頭を下げるべきなのだ」と言われました。

開原：医者自身から言われたのですか。なるほど。

大竹：とにかく至れり尽くせりでした。車から降りたら、迎えに出てくださいし、見送りもしてください。全くのサービス産業ですね。

日本では「3時間待ちの3分診療」といわれるほどですから、同じことを医師に求めるのは無理だと思います。先ほどの皆保険制度の話に戻ってしまうのですが、結局、制度そのものがお医者様たちがじっくりと患者と向かうことができない仕組みになってしまっているわけで、医師が悪いのでもなければ、病院が悪いのでもない、看護師が悪いのでもないのです。

しかし患者が「患者本位の医療」を求めている以上、日本独自のものを、新たな制度を開発していくことが必要ではないか

アメリカの医療は、徹底的な患者主体のサービス。日本との違いは、結局、制度の違いによるものであり、日本でも新たな制度の開発が求められる。アメリカでは医師や医療機関についての情報を、インターネットなどでいくらでも調べられる。日本からの患者流出はかなりの数に上る。

と思います。

また、アメリカでの治療の日、麻酔が切れて急に寒くなってきた時に通りかかった看護師に「毛布をくれ」と言ったら、与えられたのが温かい毛布でした。温めてあるのですよ。びっくりしましたね。あんな毛布を用意してあるなんて。ちょっとしたデリカシーと言うのでしょうか、こうしたところにも感謝しました。

アメリカではインターネットでいくらでも調べられる

開原：大竹さんの場合には、アメリカでは入院もなさらないで、朝行って、日帰りで治療を受けて戻られたということですね。

大竹：麻酔をされて、終わるまで、半日くらいでした。

病院は朝6時ごろから開いていて、全員勤務態勢にあるのには驚きました。行ってから何時間が待たされるかと思っていたら、すぐに検査されて、麻酔を打たれて、終わったのが昼過ぎの1時頃ですから、たぶん5～6時間くらいということでしょう。

開原：日本で手術をしていたら何日間も入院しなければならなかったかもしれませんね。

大竹：そうですね。私は、初期ではなく末期でもない、中間だったのです。日本の主治医の先生には手術を勧められたのですが、アメリカの場合、慎重に検討をしてくださった結果、「切ってもすぐに再発する可能性がかなり高いから、手術をやめなさい」ということで、手術ではない治療法を勧められました。最終的に私はアメリカでの治療を選んだわけですが、どちらが正しかったかは、私が生きている間はわかりません。

ただし、それまでに会ったことのないアメリカの医師に命を預けるわけですから、正直言いますと、やはりあまり気持ちの良いものではありませんでした。普段からお付き合いさせていただいている先生にお願いするのが普通の医療だと思いますし、そのための掛かり付け医です。

しかし、私はその先生を信頼しました。というのは、その医療機関とその先生をあらゆるところで調べたのです。インターネットでもいくらでもデータが引き出せました。そうしたら、まことに素晴らしい病院だということと、先生はアメリカでも屈指の医師だということがわかりましたから、もう、これは賭けるしかないと思ったわけです。

開原：アメリカの場合は本当に簡単に調べられますね。

大竹：手術以後、先生からは、ずっと連絡をいただいています。「何かあったらアメリカから飛んできてやる」というぐらいに、アフターケアが行き届いているのです。私が特別扱いかと思ったらずうではないようで、やはり先生が診た患者にはずっと関心を持って、見守ってくださる。心強いものです。

ところで、アメリカでは、医療を含めたアメリカの技術発展史についてレポートを作っています。日本にも無ければおかしいのではないかと、先日ある大臣に話したのですが、「日本にはそんなものは無い」と言われました。やはり日本の医療も100年間

の間にどういう歴史を経てきたか、どんなに進化したか、といったものをインターネット上で公開して、世界との比較などができるようになれば、どれほど私たちの役に立つでしょうか。

開原：そうですね。

大竹：これからは情報を皆で共有できる時代になるでしょうし、そうなれば、先生の方も楽だと思うのです。患者が勉強してきてくれば、説明が容易で、説明するところも非常に的確に説明できると思います。

かなりの数の患者流出がある

開原：大竹さんのお話は、日本の医療に携わる立場からすれば、ある意味では大変ショッキングな話なのです。日本の医療が駄目だと言われているような・・・

大竹：いえ、駄目だとは言っていません。

開原：そうではないにしても、今の大竹さんのような例が特別なものではなくて、日本人で同じことをなさる方がだいが出てきたのではないかという感じが、最近しているのです。

大竹：確かに数は思いのほか多いようです。私の知り合いでも私みたいに発表しないだけで、密かにアメリカで治療を受けた人がいます。アメリカの病院やアメリカの医師が、日本の患者をどんどんアメリカに迎え入れようという動きもあるようです。

開原：私は、昔、ジョンズホプキンス病院にいたのですが、あそこには「Johns Hopkins International」という名前の部署があるのです。私は、医学上の交流をやるころだろうと思っていたのですが、この間その人が来て「会いたい」というので、会ったら、「日本の患者を集めてくれ」と言うのですよ。ここは日本語のホームページもあるので関心のある方は見ることもできます。

([www.jhintl.net/English/index.asp](http://www.jhintl.net/English/index.asp))

しかも、そうした話はアメリカだけではないみたいです。

大竹：オーストラリアとかシンガポールでも聞きますね。

彼らはビジネスと同様、医療でも、戦略的に、いろいろなものを構築します。統計学的にピンポイント、医療消費者に十分に説明できるようわかりやすい物を用意します。私が得た情報もそうでした。だから、私は行く気になったのです。曖昧ではなく、きちっとして、説得力があるのです。

すごいですよ。全米の最高の病院と最高の医師を全部紹介してくれるのです。

開原：日本の場合は、周りが海で囲まれているから、外国へ行くというのは非常に特殊な感じがしますが、ヨーロッパなどは最近EUになってしまったから、国境を越えて、もうずいぶん患者が移動しているみたいです。

日本の医療に欠けているものの理由とは

開原：アメリカでの治療を実際に体験なさったこともあって、大竹さんは、日本の医療に対して今のままではいけないというこ

とを、いろいろなところでご提言なさっておられます。経済同友会の中でも文章をおまとめになったともうかがっております。

大竹さんのお話からは、どうも日本の医療には何かが欠けているところがあるらしいと言わざるを得ないのですが、それは何故なのだろうかということをお話しいただければ。

大竹：私が申し上げているのは、皆保険制度そのものが妨げになっている部分があるだろうということです。もっと言えば、日本は今、「行きすぎた自由」と「行きすぎた平等」が「悪平等」を招いているということです。

1999年12月、小淵内閣のときに日本の経済戦略会議が行われ、アサヒビールの樋口さんが「樋口レポート」を出しました。そこで3つの事を言っています。まず、「結果の平等」はもうやめようということ。これからはどなたにもチャンスを与えて、「結果の平等」から「機会の平等」へということ。2つ目には努力した人は報われる社会にしようということ。3つ目はリスクへの挑戦です。

それに基づいて小泉さんはどんどん日本を変えようとしているわけです。

開原：その3つのルールは大変良いことですね。

大竹：特に2番目ですが、現在、お医者様が一生懸命努力して、報われる、あるいはインセンティブがあるかと言えば、無いですね。

開原：他のセクターでは、今の3つの原則はかなり実現し始めていると思うのですが、こと医療の世界では・・・

大竹：教育の世界もそうなのです。農業もそうなのですが、それは別として、教育の方は文科省がかなり真剣に考え始めていますから、残ったのは医療なのです。

医療には社会的規制がありますね。かつての銀行もそうでした。護送船団行政で、一番スピードのないところに合わせて、一行も潰さないという保護政策をとってきたのです。同じことが医療にあるのではないかと思います。保護政策で競争させない。しかし、それによって誰が被害を受けるのかというと、医療消費者なのです。選択もできないのですから。

黒船が来る前に

開原：一方で今の話をすれば、必ず出てくる反論は、「金持ちだけが良い医療を受けることになる」という話です。

大竹：他の分野を見れば、飛行機にもファーストクラスもあるし、エグゼクティブもある。何故医療にこれが駄目なのかというのは、全然理に適っていない



と思います。

米国政府は、教育と医療の分野で日本のマーケットをオープンせよと、突きつけている。私はこれがどんどん進むと思っています。恐らく日本の国内で自分たちの力で何とか切り開かなければ、黒船は来ますね。そうなった時には遅すぎるのではないかと。日本の金融ビッグバンだってさんざん荒らされて、もうどうしようもない状況になっているのですから。

開原：この場合は黒船が来るのか、患者さんが逃げ出す場合もあるのではないかと心配になっているのです。結局同じなのかもしれません。

大竹：しかし、日本の先生方は優秀でいらっしゃるし、素晴らしい医療ができるはずですから、私は黒船の力を借りることなく、制度だけを変えればよいのではないかと思います。アメリカのお医者様も日本に来て、日本のお医者様を指導してくれることがあってもよい。日本の先生ももっと海外に学びに行き、帰ってきてもらえばよい。

開原：こういう制度を作った人は、それが良い制度だと思い、平等が良いと信じてやっている



と思うのです。私も医療提供者側の人間ですから正直いってその意見に賛成な部分もあります。ですから、提供者側から変えろと言っても、難しい話でしょう。医療を受ける側が「今の日本の社会は平等すぎるため、我々が受けられるべき医療を十分受けられないではないか」という意見を強く言ってもらわないと、日本社会はなかなか変わらないという感じがするのです。

日本の医療消費者が目覚めるためには

大竹：ただ、一般の国民は「こんなものだ、これ以上のことは望めないのだ」とあきらめている人が大多数ではないでしょうか。患者やその家族の立場というのはただでさえ不安だし、弱者ですから、お医者様に対等な立場で意見することはなかなか難しい。むしろ「逆らったらえらい目に遭うかもしれない」というぐら

日本は「行き過ぎた自由」と「行き過ぎた平等」が「悪平等」を招いている。

黒船が来る前に制度を変えるべき。

医療を受ける側からの「本当に良い医療が欲しい」という声が高まらないと、日本の社会は変わらない。その為の「環境」作りが必要である。

いの気持ちを抱きがちなのではないのでしょうか。

そうすると、開原先生が望んでいらっしゃるように、医療消費者を目覚めさせ、「本当に良い医療が欲しい」と言わせしめるには、“環境”をどう作るかということなのです。そのためには、正しい情報を提供して、患者サイドに築かせる環境、インフラ作りが不可欠になります。

どこを切り口に始めたらよいかというと、だいがマスコミが騒ぎ始めていますが、医療過誤の問題も一つでしょう。アメリカでは法廷で医師同士で討論をやります(カンファレンス方式)。日本の場合にはあれがどこまで進んだのかわかりませんが、やはり医師でないと、ミスかどうかというのはわからない。わからないまま闇の中に葬り去られてしまう。

開原：最近、医学関係者でも、そういう証言に立とうという人は、だいが増えてきていますね。

大竹：そういうことが行われて、患者も信頼して、納得することができる。社会がそこまで育たないといけないと思うのです。

#### 経済同友会の提言 - 3つの柱

開原：しかし、世の中を変えるというのは本当に難しいものだなと思いますね。

大竹：変わるのは国民全体の責任なのです。国民が本気にならない限り、改革は進みません。

今回こういう対談のチャンスを与えていただき、もちろん読んでくださる方は相当良いヒントを得ていただくに相違ないのですが、一億数千万人全員がこれを見てくださるわけではないので、そういう人にどうやって伝えていくかが課題ですね。

開原：そこで、現在、経済同友会でいろいろ議論をされているということを漏れうかがっています。そこでは、変えていくためにはどうするべきだとおっしゃっているのですか。

大竹：私は今年の提言作成にあたって座長を務めました。今年は正式に医療制度改革委員会を設置し、これにはファイザー株式会社の岩崎壽務にも副委員長をやっていただき、座長の竹川節男さんを中心にまとめていただきました。

そこでは、改革の方向性というものが示されているのと、医療先進国にならなければいけないということが強く訴えられています。医療はものすごいスピードで進んでいますので、今回はお医者さんも入っていただき、医療提供者の立場と受ける側の立場の双方から、活発な議論を重ねていただいております。

その提言書では供給体制の改革には3つの柱があると、整理されています。

第一に、「多様で質の高い医療サービスの提供を努力した医療機関が、適正に評価される環境整備」で、医療の規制緩和による競争促進をやるということ。

第二点は、「規制緩和による弊害の発生を防ぎ、患者の安全を守るための体制作り」です。優れた技能を有する医療従事者

を十分に確保し、患者の権利を守る制度的枠組みを整備することが、国民の医療に対する不信を払拭することになる。ところが、この「良い医師を確保する」あるいは「良い看護師を確保する」ということは、大変なことらしいのです。大都市でも不足していると言われていて、ましてや地方ではなおさらではないでしょうか。

第三に「世界先端の医療サービスが、日本の国内で受けられ、ひいては世界にも送り出せることを目的とした、医療周辺産業の振興」です。例えば東京のお台場に「医療機関がコアになって、その周辺の産業の振興をやるのではないか」ということで、議論もありますが、実際にこれを実現するためには、相当な年数を要するだろうと思います。しかし、世界の方が、あるいはアジアの方が東京に来て最高の医療を受けるということは、立派な外交だと思うのです。日本で治療を受けたその国の指導者が日本員になりませぬ。

開原：この前、李登輝さん(元台湾総統)元、わざわざ日本へ来て治療を受けて帰られましたね。

大竹：提言書には、「医療事故紛争の裁定を行う第三者機関の設置」ということも言っています。医療訴訟を起こしても、結局、裁定する人がいない。裁判官の中にはいませんし、弁護士でも多少そういう専門の方が始まったところなんです。結局は殆ど示談になってしまう。こんなことでよいのだろうかということです。

#### “アメリカンホスピタル”

提言書作成に当たっては、日本人で、アメリカの医療現場で活躍している方々のレクチャーも受けているようです。この方は2カ国を見ており、別にアメリカを賞賛なさるわけではないのですが、アメリカから日本を見て、先ほど開原先生がおっしゃったような問題点を、非常に残念に思っているようです。

日米の医療サービスの質の差というもの考えた場合に、私はやはり論理的且つ統計的な意味のある明確なメッセージを出していくことがすごく大事だと思うのです。

開原：教育の世界で私が非常に面白いと思っているのが、日本人でありながら子どもをわざわざ日本にあるアメリカンスクールに入れる人達がいることです。ですから、医療の世界も「アメリカンホスピタル」みたいなものを、日本で作ったらよいのではないかなと思うのです。それは結局は「特区」の考え方になるのだろうと思うのですが、それで、患者さんがどちらを選択するかを見る。アメリカの方がいいと思う人もいるかもしれないし、日本がいいと思う人もいるかもしれない。選択の幅を広げるためには情報が重要ですが、「アメリカンホスピタル」であればアメリカはこうなんだというのがわかるわけです。何かそういう仕掛けができると、すごく良い啓発になるという気がしています。

大竹：日本の医療法ができたのは昭和23年ですが、それから根本的に見直されていないということが問題ではないでしょうか。憲法だって今議論されているのに、どうして医療法が議論されないのかが、不思議ですね。

#### 国民が自立することが大事

開原：私はインターンを、日本にあるアメリカの基地の中の病院でやったのです。立川に、その頃エアホースホスピタル(空軍病院)というものがありました。軍の病院で、それほど程度が高かったとは思えませんが、そこで私はアメリカの医療を経験しました。同時に日本の病院とも少なくともインターン制度を比較できるような立場にあったもので、非常によかったと思います。

やはりアメリカの基地の中の病院の方を「なかなかよい」と思いましたね。軍の病院ではありましたが、大竹さんが言われるように、患者には親切でし、医者はよく説明していました。

大竹：結局、「人間愛」と言うのでしょうか、このあたりが違うのではないかと思います。

医療に関しても、アメリカでは、ホームレスで医療費が払えなくても、病院に担ぎ込んで医療を行っています。非営利団体でもそれだけの資金が積んであって、そういった方々に手厚い医療を施しています。このあたりは全然日本で発表されていなくて、「アメリカでは、保険が無いから見捨てられている」「アメリカは金持ちしか受けられない医療だ」などと言っているのは間違いなのです。

開原：確かに、向こうはお金を取りっぱぐれるということを見込んで、その分の予算を取っていますね。

大竹：銀行の貸し倒れと一緒にですね。

開原：私はアメリカの病院の予算を調べてみたことがあるのですが、日本と大変違っているのは、まず寄付が収入の面ではすごく大きいことです。

大竹：そこが日本で必要なのです。国が財政で行き詰まったのだったら、金持ちが病院や学校にどんどん寄付できるように、税制を見直さないとイケない。医療費が厳しくなっている中で、国民は「もっと出せ」とわがままを言うが、無いものは出せない。国民が金持ちなのだから、今度は国民が国を助ける、病院を助ける、学校を助けるという番になっていると思うのです。

開原：また、アメリカの病院の予算では、先ほど言ったような「取りっぱぐれ」の部分が、大きな値としてちゃんと出てくるのです。不思議なもので、ああいう非常に合理的な国であるにもかかわらず



らず、そういう、ある意味ではボランティア的なものが、収入にも支出にも出てくるわけです。

大竹：だから、国民が自立する、大人になるということが大事なのではないでしょうか。対談の始めにも言ったように、「自分の責任は自分にある」「国ができることは限界がある、だから、あとは自分で始末する」という国民性にならないと、良い関係が構築できないのではないかと思います。

開原：結局、やはりそこに行き着くのかもかもしれませんね。

大竹：ええ。健康というものは、自分自身で努力して維持するということでしょう。

そして一方で、生まれてくる前から母親教育をきちんとおいて、生活習慣病に罹らないようにする。そうした予防医学というものもどんどん発達させなければなりませんね。

#### 公的保険と民間保険の補完

開原：そういう意味では、公的保険は7割になったわけですが、私は、8割まで保険が負担することにして、その代わり内容を限定する。自己負担が安くなった部分を個人が使って私的保険に入るというのも一つの考え方ではないかと思うのです。自己努力で、私的保険を払っておいて、カテゴリーによっては多少は選択の幅の広い医療を受けることを認める。もちろん、保険料を払えない人に対しては、アメリカのMEDICARE、MEDICAIDのような別のシステムは必要ですが。

大竹：やはり国と民間が双方で補い合うというのが一番望ましいことですね。

開原：そうすると今の保険財政も、ずいぶん助かるはずですよ。公的保険の支給に差を作ることはできませんが、私的保険にいろいろなカテゴリーを作り、金持ちには喜んでたくさんお金を払ってもらって仕組みを作る。そうやっておいて、公的保険の方はベースのところをがっちり守るといことは、私はあなたがち人間性に反することではないような気がします。

大竹：私は、西洋医学、東洋医学など、あらゆる医療を日本の医療消費者がもっと受けられるような国にするべきではないかと

思います。また、どんなに医療が発達しても、必ず限界があると思いますから、患者もそれを知るべきです。その上で、お互いに納得できる本音の話し合いができないと、この問題はお互いに被害者意識を持ってしまって、収まらないと思うのです。

そうした中でどのような組立をするべきかということが問われるのではないのでしょうか。そこには、社会正義とか倫理感覚というものが、当然必要になってくるでしょう。双方がきちんと納得いくように、開原先生を始め諸先生方にリードしてもらいたいです。それだけに、開原先生のご専門の「情報」が、できるだけ素人分かりするようなものであることが望ましいと思います。

#### 情報化社会は権威の崩壊

開原：そうですね、患者さんに納得させるという意味でも情報は大切だし、それからアメリカの医療はこのようになってきているという情報がある程度分かることも非常に大事ですね。そういうことが、遠回りのようだけれども、この問題を少しずつ変えていくことは確かだと思います。

大竹：私は情報は押さえられないと思うのです。全世界の情報が何でも検索できて、全部取れる時代です。だから、隠しようがない。それだったら、正直に全部出す方が、むしろ信頼関係が成り立つのではないのでしょうか。

開原：東ドイツを崩壊させたのは、ベルリンのテレビ塔だと言われています。東ベルリンの人たちはベルリンのテレビ塔から西ドイツのテレビ番組が見られるものだから、情報がどんどん入ってきてしまって、「これはおかしい」とみんな思い始めたということです。

大竹：日本は語学のハンディがあるからまだ救われているのですが、たぶん近年のうちに、5ヶ国語くらいは自動翻訳できる機能がテレビの中にセットされると思います。そうすると、誰でも語学のハンディが無くなってしまい、もっと情報が身近なものになってくる。そうすると権威で生きていた人間は権威を失い、実力のある人だけが評価され尊敬される時代になってくるわけです。

お医者様ももっと自己投資なさって、もっと腕を上げることが当然必要になってくる。そのためには、勉強できるような、ある程度余裕がある時間を先生に与えないと、先生方は腕を上げられない。そうするとまた仕組みの問題になってしまうわけですね。

開原：時間になりました。今のところをまとめていただいて、今回の対談を終わらせていただきます。

今は国民が国を救うべき時代。その為には、国民が大人になり、「国のすることには限界があり、それ以上は自己責任である」という自立した国民性になることが必要。

素人分かりする形で医療消費者に情報を提供していくことが、少しずつ問題を解決していく。

本対談に関するご質問、ご意見を付けております。ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)

FAX番号: 03-5309-9882

いただいたご質問・ご意見は、対談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)