

平成20年度第1回マスコミとの懇談会 「後期高齢者医療制度」について

理事 玉井 修



平成20年5月21日、那覇市医師会館において、マスコミ関係者10名を迎えてマスコミとの懇談会が開催されました。「後期高齢者医療制度について」というテーマはかなり社会の関心が高く、マスコミからの発言も非常に活発でした。今回の懇談会の内容は後期高齢者医療制度に関して、さらに後期高齢者診療料、後期高齢者終末期医療相談支援料、在宅医療に関して、かなり幅が広がり、懇談の内容も濃密であったと思います。生きること、老いること、そしてやがて死にゆくことといった人の生き方の本質に迫る問題は医療関係者、マスコミ関係者の垣根を越えた人本来の存在への問いかけです。まさしくお互いの立場を越えた議論が出来たと思います。今回の懇談会は出来るだけ発言者の言葉をそのままお伝えしようと思います。少々長くなりますが、現在耳目を集める社会問題であり、沖縄では特に深刻な問題であります

のでじっくり読んで頂きたいと思います。そして、今現在社会全体に重くのしかかっている閉塞感をどう理解し、少しでも良い方向に導いていけるのかを考えてみたいと思います。格差社会と言われる現代、社会の中に沈みはじめたらもう浮き上がってはこれないとしたら、この漠然とした不安感は社会不安となってあちらこちらに悲惨な現実となって露呈していきます。社会的弱者をいたわる社会、努力が報われる社会、懸命に生きようと努力している人に対して素直に賞賛を与える社会であってほしい。人の温かさが失われ、冷え冷えとして、ギスギスした世の中です。モンスター〇〇などといった自己中心的な生き方が幅をきかせて、社会を席卷するのは何かが狂っています。今回の懇談会の様な意見交換があらゆるチャンネルで活発に行われる事が大切だと思います。人に許されたのは、他人を許す事だけだと強く思います。

懇談内容

マスコミとの懇談会出席者

1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大城勝太	エフエム沖縄アナウンサー	
2	米吉奈名子	ラジオ沖縄制作報道部副部長待遇	
3	本橋亜希子	沖縄テレビ報道部主任	
4	黒島美奈子	沖縄タイムス社社会部記者	
5	上原綾子	沖縄タイムス社社会部記者	
6	島知子	週刊レキオ社営業部副部長	
7	玉城江梨子	琉球新報社社会部記者	
8	高良由加利	琉球新報社文化部記者	
9	友利久子	タイムス住宅新聞社編集部記者	
10	島袋彩子	琉球放送記者兼リポーター	

2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	宮城信雄	沖縄県医師会会長	沖縄第一病院
2	玉城信光	沖縄県医師会副会長	那覇西クリニックまかび
3	小渡敬	沖縄県医師会副会長	平和病院
4	源河圭一郎	中部地区医師会	あいわクリニック
5	山里将進	浦添市医師会理事	かじまやークリニック
6	喜久村徳清	那覇市医師会理事	三原内科クリニック
7	當銘正彦	広報委員会委員	県立南部医療センター・ こども医療センター
8	石川清和	ふれあい広報委員会委員	今帰仁診療所
9	中田安彦	ふれあい広報委員会委員	愛聖クリニック
10	下地克佳	ふれあい広報委員会委員	下地内科
11	野原薫	ふれあい広報委員会委員	のはら小児科医院
12	照屋勉	ふれあい広報委員会委員	てるや整形外科
13	増田昌人	ふれあい広報委員会委員	琉球大学医学部 附属病院がんセンター
14	玉井修	ふれあい広報委員会委員	曙クリニック

開会

○司会(玉井) まず、本会を代表いたしまして、宮城信雄会長よりご挨拶をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

挨拶

○沖縄県医師会会長 宮城信雄



皆さん、本日は非常にお忙しい中、当懇談会に出席をしていただきましてありがとうございます。

今回は、非常に皆さん関心がある後期高齢者医療制度について懇

談をさせていただきたいと思っております。

この制度は4月からスタートしております。しかし、「消えた年金問題」と絡めて年金から保険料を天引きするというような問題で、非常に世の中が騒然としてきております。この不満が渦巻いているという状態にあります。そういうことを受けて、中央でもこの制度の見直しをしようとする話が出てきております。

この後期高齢者医療制度は、実は日本医師会が提案をした制度です。後期高齢者医療制度というのは別立てで新たな制度を創設すべきだというのは、8年前の日医のグランドデザインの中に書き込まれているわけです。

ただ、中身は日本医師会が提案したものと随分変わってきているということで、そのことについては医師会の案に沿った見直しを求めていくべきだと考えております。そういう意味で、後期高齢者医療制度はどういうものか、皆さんと一緒に考えていきたいと思っております。

甚だ簡単ですけども、挨拶にしたいと思います。ありがとうございました。

○司会(玉井) ぜひ県民のためにポジティブな何らかの活動ができるように協力させていただきたいと思っております。

では、宮城会長に後期高齢者医療制度について詳しくお話しさせていただきたいと思っております。よろしくをお願いいたします。

懇談

後期高齢者医療制度について

平成20年5月21日
 沖縄県医師会長 宮城信雄

スライド1

後期高齢者医療制度について 宮城信雄会長

この後期高齢者医療制度ができた背景について、なぜ日本医師会は別立てで後期高齢者だけの保険制度を創設すべきだという提案をしたかということをお話したいと思います。

平成12年8月に日本医師会は、グランドデザインというのを示しております。きょうここにお示しする資料というのは8年前の資料ですから、非常に古いものです。ご了解をさせていただきたいと思います。

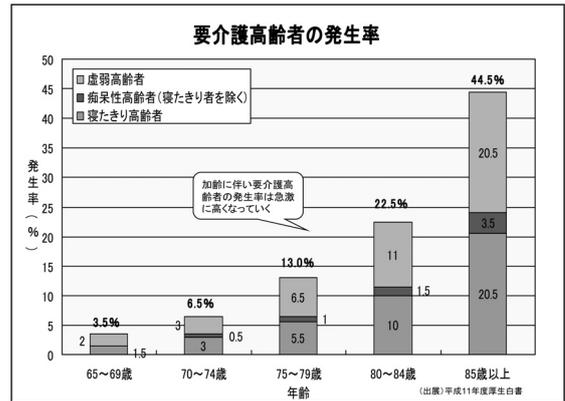


スライド2

これは年齢区分別人口の年次推移です。これでもわかるように高齢者の比率が急速に増え続けるということです。2007年をピークに人口が減っていくにもかかわらず、高齢者は増え続けるという予測です。その中でも75歳以上のいわゆる後期高齢者の人口が増え続けるということです。若年者は逆に減ってくるということです。こういうことが日本の国で起こりますよ

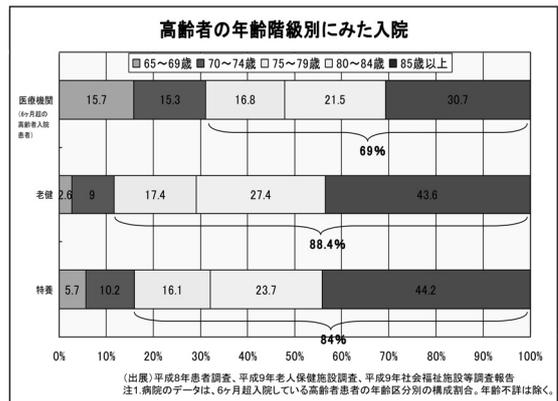
ということです。

皆さん、後期高齢者を、なぜ75歳で分けるのかという疑問があるのですが、いわゆるいろんな統計を出してくるたびに、これは随分前から75歳以上という形でやっているわけですね。ですから75歳以上が突然出てきたというものではないということです。



スライド3

これは要介護高齢者の発生率です。これを見てもわかりますように、75歳以上になると急激に寝たきりの高齢者が増えるということです。それまでと比べて倍近くに突然増えるということです。それは年齢と共に増え続けていくということです。こういうデータがあるわけです。



スライド4

高齢者の年齢別階層別にみた入院です。これは医療機関です。老人保健施設、あるいは特養の割合ですけれども、医療機関でも75歳以上の入院の比率というのが7割ぐらいあるということです。特養、老健であればもう8割、9割。老健も特養も入所している方、ある

いは長期入院している方の大半が75歳以上という実態があるわけです。

(スライド5)

この資料の中に「OECD諸国の1人当たりのGDP比と65歳以上の人口比」というのがあります。日本は4番目のところにあります。こういう比率になっているということです。

図表2-2-1 -OECD諸国の1人当たりGDPと65歳以上人口比-

国	一人当たりGDP		対GDP比総医療費				65歳以上人口比	
	1997年		1995年		1996年		1997年	
	順位	(米\$)	順位	(%)	順位	(%)	順位	(%)
ルクセンブルグ	1	37,346	25	6.7	23	6.8	22	7.0
スイス	2	35,897	4	9.6	3	10.1	3	10.0
ノルウェー	3	34,815	13	8.0	14	7.8	17	7.5
日本	4	33,212	21	7.2	21	7.1	20	7.2
デンマーク	5	32,179	12	8.1	12	8.1	11	8.0
アメリカ	6	29,326	1	14.1	1	14.1	1	13.9
アイスランド	7	27,292	11	8.2	11	8.2	12	7.9
スウェーデン	8	25,746	7	8.5	7	8.6	6	8.6
オーストリア	9	25,549	8	8.0	7	8.6	9	8.4
ドイツ	10	25,470	2	10.4	2	10.8	2	10.7
ベルギー	11	23,820	14	7.9	14	7.8	14	7.6
フランス	12	23,789	3	9.8	4	9.8	4	9.6
フィンランド	13	23,314	16	7.7	14	7.8	18	7.4
オランダ	14	23,280	6	8.8	6	8.7	8	8.5
イギリス	15	21,740	24	6.9	22	6.9	23	6.8
オーストラリア	16	21,202	8	8.4	7	8.6	9	8.4
アイルランド	17	21,104	22	7.0	25	6.4	25	6.3
カナダ	18	20,064	5	9.4	5	9.3	5	9.2
イタリア	19	19,913	16	7.7	14	7.8	14	7.6
ニュージーランド	20	17,272	19	7.3	19	7.3	14	7.6
スペイン	21	13,530	19	7.3	18	7.4	18	7.4
ポリシャ	22	11,438	8	8.4	10	8.4	6	8.6
ポルトガル	23	10,184	15	7.8	13	7.9	12	7.9
韓国	24	9,622	26	5.4	26	5.9	26	6.0
チェコ	25	5,050	18	7.5	20	7.2	20	7.2
ハンガリー	26	4,461	22	7.0	24	6.6	24	6.5
メキシコ	27	4,298	27	4.9	28	4.6	28	4.7
ポーランド	28	3,509	28	4.5	27	4.9	27	5.2
トルコ	29	2,979	29	3.3	29	3.8	29	4.0

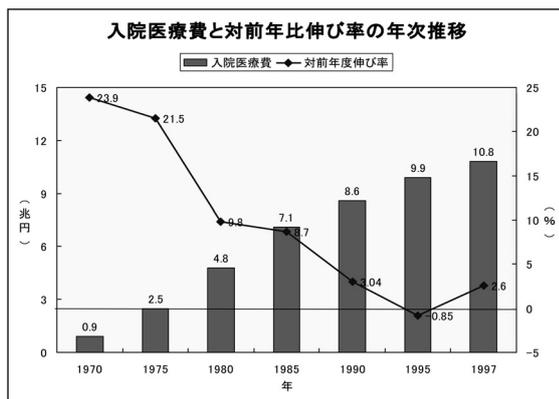
*日本は1人当たりGDP、65歳以上人口比が高いにもかかわらず、対GDP比医療費は極めて低い水準にある。(29か国中20位)

資料：OECD HEALTH DATA '99

スライド5

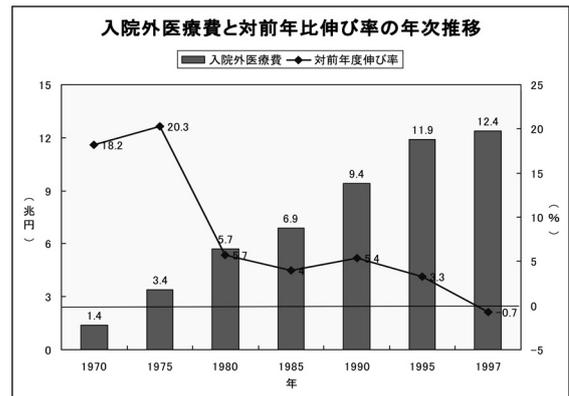
人口が高齢化するに伴って当然、医療費というのは増え続けていくわけですが、日本という国は、高齢化率では非常に高いにもかかわらず医療費というのは低く抑えられているということです。ですから高齢化が進んでいるにもかかわらずGDPあたりでは日本の医療費は安いということです。

いう国は医療費をずっと抑制してきました。ですから伸び率で言うと、20%以上伸びていた時期もあるんですけども、最近は伸び率は限りなくゼロに近い。対前年比で言うと伸び率はほとんど伸びていない。これはいろんな制度改革をして医療費を抑制してきた結果なんです。



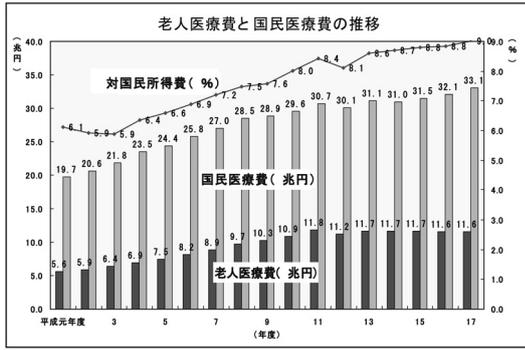
スライド6

それから、入院医療費と対前年比伸び率の年次推移ということですが、入院医療費が増え続けているように見えているんですが、対前年比でいうと、そんなに伸びてないわけです。これは医療費を抑制してきた結果なんです。日本と



スライド7

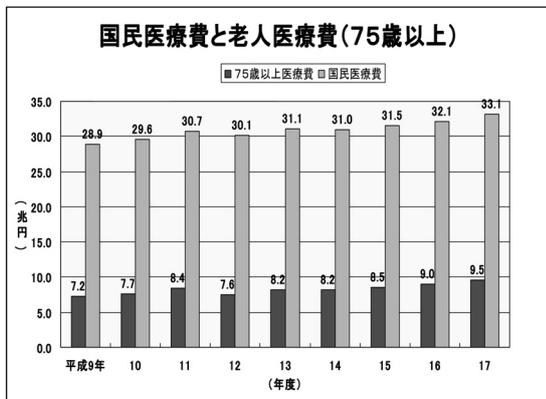
これは外来の医療費の伸び率です。これも一緒です。伸び率に関して言えばマイナスになった時期もあるということです。これもずっとこの傾向は続いているということです。入院についても外来についても医療費を抑制してきた結果、伸び率はかなり抑えられてきています。



(注) 1. 国民医療費は厚生労働省大臣官房統計情報部「平成17年度 国民医療費」による。
 2. 国民所得は、平成20年度以前は内閣府「国民経済計算年報 平成17年版」、平成20年度以降は内閣府「国民経済計算年報 平成20年版」による。
 3. 老人医療費は、昭和58年1月以前は旧老人医療費支給制度の対象者に係るものであり、昭和58年2月以降は老人保健法による医療の対象者に係るものである。老人保健制度の創設に伴う対象者の拡大のため56年度と57年度、57年度と58年度は単純に比較できない。

スライド8

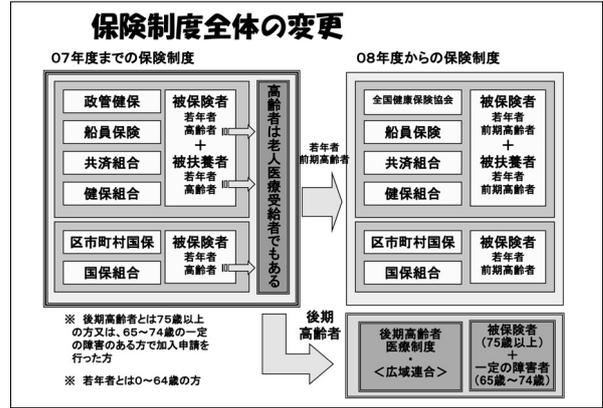
老人医療費と国民医療費の推移ですけれども、これははっきりしないのですが、下のほうが老人医療費です。全体も伸びていっているんですけども、老人医療費の伸びというのが非常に大きい。特に75歳以上の医療費というのが急激に増えてきているという傾向があります。これでははっきりしないんですけども、75歳以上に分けるとそういう傾向がはっきりするという事です。



スライド9

国民医療費と老人医療費、これもそうですね。8.5、9.0、9.5ということで75歳以上の医療費が増え続ける。平成17年までですけど、この傾向はもっともっと続いていく。75歳以上の高齢者の人口が増え続けているという資料をお見せしましたら、この傾向がもっと加速度的に増え続けるだろうという予測がされております。

どういう形で制度が変更したかということですが、高齢者は老人医療というのがあったんですけども、75歳以上は別立ての保険制度に

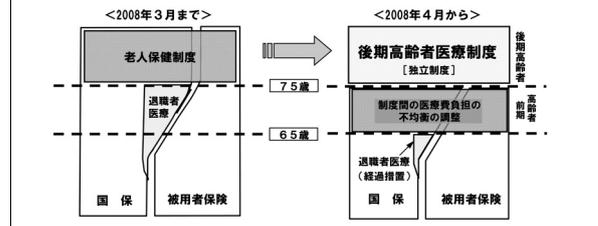


スライド10

もってくると。これが新しいいわゆる後期高齢者医療制度ということです。ほかの保険はそのままということです。

『後期高齢者医療制度』とは

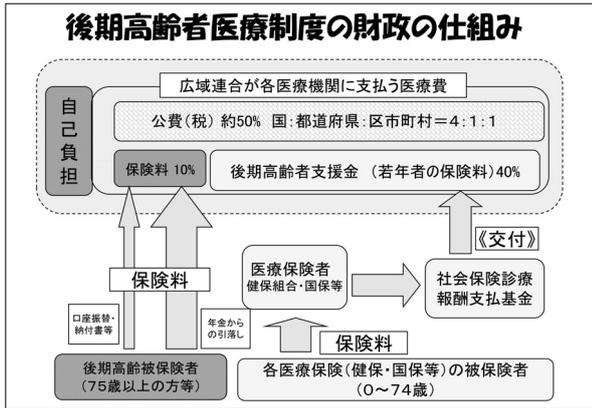
高齢者の医療費が増大する中、現役世代と高齢者世代の負担を明確にし、公平でわかりやすい制度とするため75歳以上の高齢者を対象に、その心身の特性や生活実態などをふまえて新たに創設された制度です。



スライド11

これが今年の3月までは老人医療制度というのが、ここの中に組み込まれてあったんですけど、75歳以上は別立てにしますよということです。これが現在の後期高齢者医療制度ですけれども、日本医師会がこれを別立ての制度にすべきだという提案をしたのは、先ほども言ったように、医療費がずーっと増え続けていく。75歳というのはほとんどの方が病気になる。病気をもっているということから、保険制度ということではなくて、社会保障、「保障」という形でとらえるべきだということで、日医は提案をしたときには、公費を9割入れるようにということを言っているわけです。

ただ、実際に国が出してきた制度はどうなっているかということ、日医が9割公費で持つよという提案をしたにもかかわらず、国は5割



スライド12

しか持たないということですね。自己負担というのは保険料は10%、ここにあるように公費、税金は50%、その区分というのは国が4、都道府県が1、市町村が1ということでこの割合で50%は税金で持ちますよと。1割は保険料、4割はどこから持ってくるかということ、保険者、医療保険者、健保組合、国保組合から4割をここへ支援金として出すということになっているわけです。ですからこの保険者というのは若年者ですよ。いわゆる65歳以下の方たちが医療保険を出しているんですけども、そこから上にあげていくということです。ですから若年者のほうにも負担を強いているということです。これは65歳じゃなくて74歳の方たちから上へあげるといいます。これが後期高齢者の費用の4割をここで持つということになっております。

これは日医が提案していることですが、まず後期高齢者医療制度というのはどうあるべきかということで日医は出しております。

- 1.目的：国民が「格差」に苦しむことなく安心して高齢期を迎えることができるよう、公平な医療を受けられることを約束する。
- 2.対象：75歳以上。(以下、75歳以上を「後期高齢者」という)。
- 3.保険者：保険者は都道府県を単位とする。
- 4.理念：後期高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は後期高齢者にとって大きな負担になる。したがって、後期高齢者が所得格差の不安

なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

5.財源：「保障」の理念の下、給付割合を高め、財源には公費を重点的（医療費の9割）に投入する。公費は原則国庫が負担し、財源の地域間格差が生じないようにする。

「高齢者の医療の確保に関する法律」により、2008年4月の公費負担割合は給付費の5割でスタートするが、これを段階的に引き上げる。また、これに伴い後期高齢者支援金（従来の老人保健拠出金）は廃止する。

保険料と患者一部負担は合わせて医療費の1割とする。保険料の一部は所得に応じた負担とし、極力地域間格差が生じないような対策を講じる。患者一部負担割合は所得によらず一律とし、さらに将来の引き下げを検討する。

6.診療報酬：外来は出来高払いとする。入院も原則出来高払いとし、慢性期の一部を選択性の包括払いとする。いずれの場合も、個々の病態に配慮しない画一的な支払い方式に陥らないよう柔軟な対応を行う。

地域間格差を助長しかねない都道府県単位の特例診療報酬の設定は認めない。

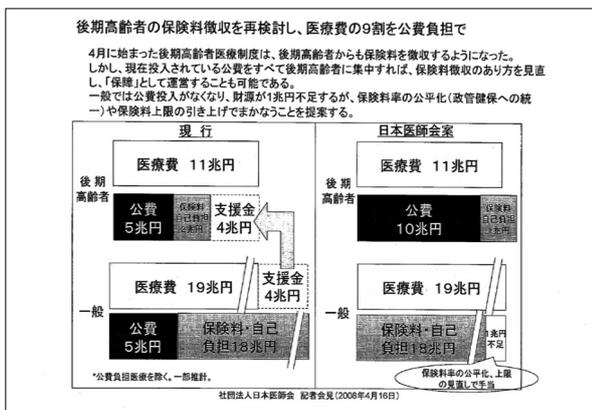
2年前にこの法律はできているんですが、残念ながら衆議院で論議をしたときに日医はほとんど意見を言っていないんです。2年前はどういう状況だったかといいますと、ちょうど会長選挙があったときなんです。植松前執行部の対立候補として東京都医師会の会長が1月に立候補を表明したわけです。1月に立候補を表明して4月の選挙まで日医は選挙運動、会長選挙をやっている。こういう重要な法案というのが、国会、衆議院で論議をされているときに、医師会としてはこういう考え方をもっているにもかかわらず、あまり法案の見直しを言わなかったという経緯があります。

ただ、日医の選挙が4月に終わり、衆議院から法案が参議院に送付されたときに、やっぱりこの関連法案というのはいろいろ問題があるからということで、21項目の付帯決議を付けさせている。その中身は、今、予測されるような

事態が起こらないような付帯決議になっているんですね。激変緩和とか、それから制度を十分説明するようとか。そういう付帯決議をつけているわけです。

ただ、残念ながら医師会が主張したような法案にはなっていません。新しく後期高齢者医療制度というのは別立てで創設すべきだという提案は、日本医師会はやったわけですが、これはなぜかと言いますと、医療費がどんどん増え続けていって皆保険制度の維持が難しくなることが予測される。特に75歳以上の高齢者は、先ほど言いましたように、ほとんどが病人です。ほとんどが病人というのは、これは保険というのには馴染まないだろうということです。保険というのとは何か起こったときにお互いに助け合って保障するというのが保険ですけども、全員がほとんどが病人であれば、これはもう保険では成り立ちません。ですから日医としては保障制度という考えで、国の公費を別立てで9割入れるべきだという提案をしているわけです。

実際に9割税金で賄うことができるのかということで、日医は具体的に提案をしております。



スライド13

日医としては11兆円のうち、公費は10兆円公費で持つ、税金で持つようにと。保険料の自己負担は1兆円ということを言っているわけです。この保険料自己負担18兆円というのがあるわけですが、19兆円に医療費があるわけですけども、日医の案でいきますと、1兆円足りなくなるわけですね。下のほうに書いてあるように、保険料率の公平化。それから上限の見直しで1

兆円は出てくるだろうということを言っております。

もし、医師会の提案どおりにこの保険制度が出来上がっていたら、こんな大きな問題は起こってないというふうに考えております。

それともう1つ、75歳以上の後期高齢者に入った方は医療が制限されるのではないかということや姥捨山とか、もう治療は打ち切りだとか、いろんなことが言われておりますが、これは診療報酬制度との関連なんですね。後期高齢者の診療報酬の内容が決まったのは今年に入ってからですが、保険料はもう2年前から決まっていたわけです。どういう形で徴収するかというのは決まっていたわけですけども、医療費はどうなるのか、診療報酬がどうなるかというのは、ほんのつい最近わかったことなんです。診療報酬が改定され、公になったのは3月なんです。ですからどういう中身になるかというのは3月までわからなかったということです。

みんなが問題にしているような「後期高齢者管理料」というのがあります。これはいわゆる「かかりつけ医」というのを1人決めて、そこへ行って管理料を算定すると、ほかの医療機関へ行った場合はそこでは管理料は算定できないというような、非常に受診が制限されるような管理料になっているんです。

それについてはいろんな医師会が反対を出しております。これは受診抑制になるし、診療の制限になるということです。これは後期高齢者医療制度とは関係なく、中医協で決まってきた診療報酬です。

それともう1つあります。末期について本人の意思確認をしたときに2,000円という、これも診療報酬点数がついているんですけども、これも「早く死ぬ」ということなのかと言われているんですけども、これも本当はそういうことではなくて、死をどういう形で迎えるかというのは、これは非常に大きな問題なんですね。死をどういう形で迎えるかというのは、生をどう生きているかと同じぐらいですけども、助からない方に対してもあらゆる治療をや

っている。はたしてそれでいいのだろうか、それを本人が望んでいるのだろうかということ、具体的に亡くなる時に自分はこういう形で亡くなりたい、人工呼吸器も付けてほしくない等、いろんな考え方があるはずなんです。それは診療報酬とは関係なく本来は医療の現場で論議をされなければいけなかったんですね。それに点数がついてきたということで、「早く死ぬ」というのを誘導しているという誤解につながってきているわけです。本来はそういう意味ではなかったということです。

質疑応答

○司会（玉井） 宮城会長、どうもありがとうございました。

マスコミの方に1つお聞きしたいんですけれども、この後期高齢者医療制度に関して皆さんが現場とか、また、取材の現場で感じられている、例えば社会不安、渦巻いているいろんな不満、不安、そういうものは75歳以上の方たちが制度的に区分されるということの疎外感なんですか。それとも年金から差し引きされる経済的な問題なんですか。こういうところは実際、現場でどういうふうな感覚をお持ちなのか。もし、よかったらそのあたりを聞かせていただけないかなと思っておりますけれども、マスコミの方から何かご発言ないですか。

○玉城（琉球新報）



今の取材で感じる不安や不満ということですが、実際75歳以上の高齢者がこの制度を理解できるのかということ、ところがまず問題で、この制度が始まる前後ぐ

らい、特に保険料が決まってからなんです、その後からマスコミ報道も負担が増えるだとかというのが出てきて、高齢者としては制度に関してはよくわからないが、マスコミが騒いでいて負担が増えるらしいぞ、自分たちは「姥捨山」のように扱われるんじゃないかという、何

となく不安をあおられているというのがまず1点です。

実際、経済的な問題としては、特に低所得者、これは後期高齢者医療制度だけの問題ではないかもしれないんですが、実際、今、生活が大変なのにこれから負担を強いられた場合にどうなるのかという不安の2点になるのかなと思います。75歳以上に関してはですね。私取材してみた感想です。

○司会（玉井） ほかに何か違うご感想を持っていらっしゃる方はいらっしゃいますか。いかがでしょうか。

タイムスの黒島さん。玉城先生を取材されたんじゃないですか。そのへんはどうなのでしょう。

○黒島（沖縄タイムス）



「きのうまで74歳、きょうから75歳、私の何が変わったんだ」というのはあるようです。病を持っている人は続けて病を持っているわけですし、健康な方は

続けて健康なわけですね。皆さん相対的に徐々に体力が衰えていくということは、老いを重ねるごとに感じていますがけれども、それにも個人差があるという中で、やっぱり区切られるということに1つの拒絶反応というのは大きくあると思うんです。それは自分が例えば75歳になったとしても今の状況はやっぱり疑問には感じるんだろうなという気はします。

○司会（玉井） 漠然とした不安があると。

○黒島（沖縄タイムス） はい。漠然としたと言えば漠然としているんですけれども、多分意識として根源的なところの不安だと思えます。そういうことというのは、例えば日本医師会が説明したように、75歳からは例えばよくなるというような説明でなければ誰も納得はできないんじゃないでしょうか。

○司会（玉井） 社会保障という考え方ですよ。

病院の先生方から何かありますか。現場では

どういふ混乱がありますか。また、いかがでしょう。ご苦勞もされているとは思いますがいかがでしょうか。

○山里 (医師会)



うちの診療所で実は4月の診療報酬のあてはめ作業をやってみたんですよ。実際に外来で診ている後期高齢者の方の診療報酬を今まで

の出来高払いでやったときと、後期高齢の診療料で算定したときとどうなるかということをやってみたら、まちまちなんです。出来高払いに必要な医療、検査とかいろいろやる人は、後期高齢者の診療料をやると、患者さんのほうの負担が減ってしまうんです。医療機関は逆に持ち出しになってしまう。逆に割と落ち着いていて特別なことをやらなくてもいい方は、逆に患者さんの負担が増えて、診療所の収入が増えるということで、患者にとっても医療を提供する側にとってもどうも出来高じゃないということの矛盾が非常に大きいんじゃないかなというのが実感ですね。

ですから日医のほうは社会保障としてこの制度を見直しをして、公費をもっと入れて患者の医療費の負担を減らして、しかも基本的には出来高でというような提案をしていますよね。そのとおりにやられたら、多分こういう大きな問題は起こらなかったと思うんですけども。どうもこの制度の当初の狙いが医療費の適正化、要するに医療費を抑えたいというのがやっぱり厚生労働省の本音じゃないかなと思いますね。ですからその延長線上にこの診療報酬の設定がされて、点数の設定が多分600点という形になったものですから、一人一人に合ったきめの細かい医療の提供が現場では非常に難しくなって、必要だが検査を控えてしまうとか、逆に患者さんから「大したことやってないのに、なんでこんなに点数上がるの」という形で、医療を受ける側からも、提供する側からも、納得がしづらいような制度じゃないかなというのが実際

にあてはめ作業をやってきたの私の実感なんです。日本の医療というのは、これまでそれぞれの専門の分野で実績を積んで、それが外来をやって、その専門性のところで患者さんに医療サービスを提供して、必要な医療をやって、出来高によって診療報酬が決まるということでしたら、これをいきなりこういう制度で変えていくのは、私は相当無理があるんじゃないかなと思っているんですよ。

ですから、将来、包括的に高齢者の医療を担うような医者を教育して、そういう時代を経た後であればまだ矛盾はないんでしょうけれども、今までの制度にいきなりこういうものを持ち込むというのは、相当現場は混乱しています。患者と医者との信頼が壊れていく危険性、医師同士の連携も非常にまずくなるんじゃないかなというように気がしております。そういう点では、今、宮城会長から説明があった日医の提案とは似ても似つかないような制度になっていますし、全国的にも医師会でその廃止を含めて見直しというような声が相当広がってきていますから、やっぱり私はこれはもう少し日医の提案が真面目に検討されて、本当に国民のためになるような医療制度に変えていくことをやらないと、医者も患者も大変困るんじゃないかなというのが率直な感想です。

○司会 (玉井) ご発言、ご質問ありませんでしょうか。

○黒島 (沖縄タイムス) 日医の提案の中で、一般は保険料と自己負担19兆円とあります。保険料と自己負担については一般は公費をなくしてということですが、これは例えば保険料がそのときは一般の方はどのぐらい上がりそうとか、例えばここの中で上がってくるのはこれまでに国が下げてきた企業の負担になるんです。企業の負担がどのぐらい上がるのかというような詳しい試算とかというのはないんですか。

○宮城会長 今、一般のほうに公費が5兆円入ってきているんですよ。しかし、そのうち4兆円は後期高齢者のほうに支援金という形で出

ているわけです。と言うことは、一般のほうには1兆円しか入ってない。4兆円を後期高齢者の支援金として出す代わりに、日医としては一般の公費負担分5兆円をそのまま後期高齢者へまわして公費を10兆円に増やすということです。そのかわり一般には公費は入れない。公費を入れなければ差額の1兆円が不足するわけです。その1兆円を生み出す方法として、先ほど言った料率の公平化。保険者間の保険料ですね。保険料には非常に大きな差があるんですよ。

皆さん、どの保険に入っていますかね。

○黒島（沖縄タイムス） 政管健保です。

○宮城会長 政管健保。政管健保は非常に料率が高いんですよ。ただ、大きな組合の料率は低く抑えられているんですね。ですからそれをならしていけば、1兆円は出てくるという計算です。

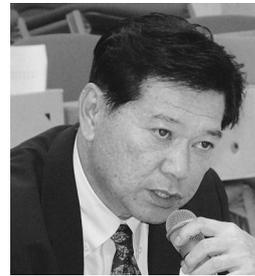
それだけではなくて、先ほど言ったように、例えばある一定の所得がある人は保険料というのは頭打ちになるわけですから、それを少し上げるということです。頭打ちの額を例えば、年間所得が1億円あっても、2億円あっても、1,000万円あったとしても保険料というのは上限があるわけですから問題がある。ですから多く所得がある人については少し上限をアップすることによって、この1兆円が生み出されるということなんです。

ですから公費、税金を9割入れたとしても、この制度は成り立ちます。今までわりと優遇されているところから保険料を徴収することによってできるということなんです。

先ほど山里先生が言った保険制度と診療報酬というのは、また少し別なんです。日医が警戒をしているのは、診療料というのは後期高齢者管理料という形で診療報酬で点数が決まったんですけども、これは導入されてすべてに波及していったら非常に困る。一般にもすべて。と言うことは、外来は診療所でしか見れないという登録制にして、そこでしか診療は受けられないという方に移行しようとするのに非常に警戒しているわけです。ですから基本的には後

期高齢者医療制度であったとしても、医療の提供に関しては制限をしないようにということをずっと言っているわけです。

○小渡副会長



宮城会長から説明があったように、財源をどのように確保するか、負担の在り方をどのようにするかが問題です。負担のあり方に応益負担と応能負担がありま

す。応能負担はその人の能力（所得）に応じて負担する、例えば所得の高い人は高いなりに負担するという方法です。現在は応益負担の形を取っていますが、これは自己責任という形をとるので、どの人も負担して下さいという形になります。小泉改革の基本は、アメリカ型の自己責任型で小さな政府を目指したので応益負担になっているわけです。そうすると今回のように、年金の少ない人からもそれ相当の金額を天引きすることになり、今、社会問題になっているわけです。今後はその応能負担か応益負担でやるかについては、十分な議論をして検討する必要があると思います。

それからこの制度についてマスコミは、何故75歳で区切るのか、それはまるで姥捨山ではないか、何故年金から天引きするのかという点ばかりを強調して議論をしているように思います。75歳というのは、老人保健の統計的な数字から出てきた一つの区切りです。これは、何故成人が20歳からか、定年が60歳からかということも議論していることに似ており、あまり意味があるとは思えません。また年金からの天引きは、集めやすく、確実性があり、集める経費も少なく済むという理由で、全国の市町村でも国に要望しています。すでに介護保険でも、我々の社会保険も天引きがされています。ただし、今回これがクローズアップされ、高齢者から不満が多く出たのは、失われた年金問題で年金の支払いもきちんと整理がつかないままに、天引きの話がでたのが大きいと思

います。また、少ない年金で生活している人からも、先ほど話した応益負担の考え方で天引きすることに不満が爆発したと思われます。さらに今まで扶養家族が支払っていた人も、今後75歳になると保険が別立てになるという家族を分断するようなイメージを与えたことが問題だと思います。しかしこれらは、この後期高齢者医療制度を作らなければいけない理由としては本質的な議論ではないように思います。マスコミはもっとこの制度が必要かどうかの本質的な部分を取り上げて、国民的な議論にしたいと思っています。

この制度が出来た背景は先ほど会長から説明があったように、総医療費33兆円のうち約11兆円が65歳以上の老人医療費であり、そのうち75歳以上の人々が9.5兆円を使っているということです。その内訳は殆どが入院による医療費です。このような状況を勘案して、国は2年前にこの制度を含めた医療制度改革を行いました。そして療養病床の削減を行い在宅医療への転換を図っています。これは高齢社会の医療のあり方を議論するというより、単に高齢者の医療費を抑制する一つ的手段として在宅医療型を持ち出して来たようにも見えます。国は高齢者の医療の制限を行うというものではないと主張しているが、この辺はマスコミも国民もしっかり見極めて行く必要があると思います。この制度に伴って在宅医療型が良いのかどうかを、マスコミは国民にもっと問うべきだと思います。後期高齢者医療制度はそういう意味でこれからの医療のあり方について、国民が関心を持つ大きなきっかけになったと思います。マスコミもその点に着眼して報道をして頂きたいと思っています。

○宮城会長 制度がスタートしたというのは今年の4月ですけれども、これはすべて予測しているわけですよ。医師会はこの考え方をもっているんですよ。もう1年以上前にこうすべきだということは言っているわけですよ。ただなかなかそのときはマスコミも取り上げていないわけですよ。こういう事態になる

だろうということを言っているわけです。

先ほど小渡先生が言ったように、後期高齢者医療イコール在宅医療、これから脱却すべきだと。そういう考え方で国は進めているけれども、そうあってはいけません。みんな家で亡くなりたいというのは理想かもしれないんですけど、現実にはそうじゃないということです。すべて医療費抑制のほうへ抑制のほうへという形で政策が組まれていっているものですから、問題が非常に大きいということです。それについてはきちっとあるべき姿、基本的な考え方というのは述べてありますので、その中から今の制度というのを検証して、どうすべきかというのは出てくると思います。

○司会 (玉井) 見えにくい話もあったかもしれませんが、マスコミの方、非常にいい機会ですので率直な質問をどうぞぶつけてみてください。

○玉城副会長



75歳以上の線引きが今悪いほうへ向いているような雰囲気があります。75歳になりましたね、おめでとうございます。これからあなたの方の保障は国が責任

をもって医療費も全部面倒を見るから心配しないで長生きしてくださいという設計ができたなら、75歳の線引きをみんな喜んでですよ。ではそういう方向にはどうしてもっていくか。今、お金がないから医療費を減らそうということにもっていったんだけど、年金にしてもすべて75歳までお国のために、日本のために皆さん大変頑張ってくださいましたと。これから後の老後は心配しないで生きられるように国が責任をもって皆さんの面倒を見ますという設計ができるかどうかですね。

だから今回のこの話はちょうどいい機会ですから、そういうふうにするためにはどうしたらいいかという議論に変えていったらいい。先ほど言われたように75歳の線引きからばら色の

老後が待っているという設計ができるかどうかにかかっていると思うんですね。

○石川（医師会）



今婦仁診療所の石川と申します。

この制度の問題は、2点あると思います。違う視点からですが、1つは実際に聞いた声なんですけれども、

国のやっていることは非常に無駄が多いんですよ。いらないところにお金を使っている。そういう省庁の無駄とか、国会議員の数の削減とか、そういうところでもっと国家予算を浮かせることもできるんじゃないのか。それをやった上でこういうことをするのであればまだ話はわかります。それでもちょっとやっぱり高齢者の負担というのはかなり、年金天引きというのはかなり問題があると思うんですけど、それが1つです。

それから、この後期高齢者の問題をつくり出したのはどちらにしても5年、10年後には高齢者がかなり増えてくる。その中で若い世代が高齢者の医療費、年金をすべて負担できるかという、それは絶対にできないわけですね。そのために何か手を打たなければいけないということなんですけれども、その中で定年が今のままだったら絶対無理なわけです。実際には仕事ができる状態なのに仕事が終わってしまう。そういうふうな社会の仕組みから変えていかなければいけないですね。もっともっとお年寄りに元気になってもらうというのが一番いいだろうと思うんです。

「葉っぱで2億円稼ぐおばあちゃんたち」という本があります。この本の帯には「時給に換算したら銀座のお姉ちゃんよりも稼いでいるよ」と書かれてあります。徳島のある村で料亭で使用するつまの葉っぱを出すことで、それを生き甲斐におばあちゃんたちが非常に元気になるといことです。

各地域、地域にできることはいっぱいあると

思うんです。お年寄りが元気になるいろんな方法ですね。

実際に今婦仁でもおじい、おばあたちは野菜をつくっているんですけども、無農薬でつくるんですね。それも旬の野菜をみんな同じように無農薬でつくるものですから、つくっても余ってしまうんです。子供たちはアメリカナイズされた食文化で野菜を食べない。どこに行くかという畑で腐ってしまうんですね。結局はつくる意欲がなくなって野菜づくりもしない。それで元気がなくなっていく。都会のおじい、おばあたちはまた別の方法で元気になる方法はあると思うんですけども、そういうふうにも実際に、おじい、おばあだけではなくて若い世代も含めてなんですけれども、もっともっと元気になる方法というのはあると思うんですけども、そういうふうなところを変えていかないと、なかなかこの問題は50年先には非常に深刻な問題になると思うんですね。

○照屋（医師会）



てるや整形外科の照屋と申します。ご存知の事とは思いますがけれども、今年の4月から「後期高齢者診療料」を算定するか否かという大きな問題が起こって

おります。もし仮にA診療所で算定するとB診療所では算定できないということになります。しかし、「診療計画書の作成」・「定期的検査の実施」・「指定研修の受講」など算定要件が煩雑であること、同一月内は出来高算定が不可であること（ただし、丁寧に説明を行い、患者さんの同意があれば算定も可能！）、包括した点数が600点と低いこと、1人の患者を1つの医療機関が診るということで「フリーアクセス」が制限されるということ・・・。このような難しい問題点が指摘されています。各県によって「後期高齢者診療料」届出状況にかなりの温度差があるようですが、このままでは、病診連携、病病連携、診診連携、つまり医療機関同

士の連携の崩壊につながるのではないかと危惧しております。あそこで「後期高齢者診療料」取ってしまうと、こっちで取れない。こっちで取れないから診療できないのか・・・？と、いう事になりかねません。患者さんとドクターとの関係も重要ですが、医療機関同士の関係がとても心配になりうる制度であることを、ぜひ県民にもわかってほしいと思いますし、マスコミの方々にもこの問題をもっと前面に出してアピールして頂きたいと思います。

ところで、青森市の大竹整形外科の大竹進先生から面白い川柳がメールで送られてきていましたので、本日、持ってまいりました。例えば、「病院が消えて立派な道路でき」、「終末期計画一体誰のため」、「楽しみを1つ我慢で医療費へ」、「この国は老人長生き喜べない」、「天引き後通帳確認負担増」、「団塊の命がじゃまな厚労省」・・・。国家予算の特別会計の中の、公共事業や天下り問題などに使われている部分のほんの数パーセントを、社会保障というどんぶりの中に持ってくるだけで、いろいろな問題は解決できるということは周知の事と思います。75歳以上を後期高齢者とする定義の問題や、公費負担・自己負担・支援金の問題などが先行して、根本的な社会保障の問題がないがしろにされているような気がいたしますので、そのところを少なからず強調しておきたいと思えます。

○當銘（医師会）



後期高齢者医療制度、細かい制度上の問題がいろいろあると思うんですけれども、ただ、1つ大きな問題点は何なのかというと、日本医師会は国民皆保険制度

というのを一生懸命守ろうとしているわけですね。その国民皆保険制度を守るという立場と、国民皆保険制度はもういいんだと。もっと自由診療制度にもっていくべきだという考え方がぶつかり合っているわけですね。そのぶつかり

合いの中で、今の自民党や厚生労働省というのは一貫した低医療費政策をやっていることで、自由診療制度というのを導入したいという、非常に大きな動きをもっているわけです。後期高齢者医療制度というのも本来、医師会の提案というのはこれはもう保険制度ということではなくて、社会保障だという考えで提案したにもかかわらず、これを保険制度として皆保険制度を突き崩す1つのとっかかりになるような問題として、逆に出してきているというのが一番大きな問題だと思うんですね。

ちょっと細かい年度は忘れましたが、閣議決定というのが医療制度のことに関して非常に大きな問題が2つあると。1つは1980年代に出ている医者の数はもう増やすなという閣議決定。それから2000年前後に出た構造改革で医療費は-2,200億円のマイナス改定をして、医療費の膨張を抑えるという閣議決定をやることによって、政府の試算では膨大に膨らんでいく医療費を抑えようとしています。

後期高齢者医療制度もそうですけれども、医療崩壊ということが今言われていて、本当に病院が潰れて道路ができるというふうなことがあるんですけれども、今一番問われているのは国民皆保険制度を守っていくようなファクターで進んでいくのか、それともアメリカのような自由診療制度、あるいは医療に株式市場を開放して、そういうふうな医療制度を目指すのか、この大きな2つの選択を迫られているような状況になっていると思います。

○黒島（沖縄タイムス） 国はそういう意味ではものすごくプロパガンダが上手なんです。マスコミもその一翼を担っているというのか、医療費が年々上がるというのは毎年発表もので、今年もこれだけ老人医療費が上がりました、これだけ医療費が上がりました、将来の予測としてこうなります。という不安を国民に何十年も流してきた結果だと思うんです。国はそこで上手に誘導してきていると思うんですね。けれども、先ほど言ったように諸外国と比べたりとか、あとは75歳以上の後期高齢者の医療

費の伸びにしたって、人数が増えているわけですから、人数が増えていることと医療費の伸びと、いったいどの程度増しているのかということをもっと厳密に調べないといけないはずなのに、人数が増えているということと、医療費が伸びているということを同時に出すんだけどもこれとの関連性というのはどこでも説明されていないというような状況がある。だからイメージだけ、75歳以上というのはものすごく医療費がかかるというのはある。

そのプロパガンダというのは、市町村の役場とか、一人一人の課長さんとかのお話を聞く中でも、ものすごく浸透している。だから医療費を抑えなければいけないと大変だと。このままだと地方自治も立ちいかなくなると。それをまた患者も言うんですね。患者の皆さんも申しわけない。自分の医療費がかかっている。だから減らさないといけないと思うから、しょうがないのかなという人のほうが大半なんです。新聞で取り上げているように声を挙げているという人というのは、自分の権利に目覚めて声を挙げているという人というのは、ごく一部というところに根本的な問題が、認識のあり方に根本的な問題があるということ。

もう一つ、年金天引きがなぜこれだけ注目されるかということ、年金は社会保障だからだと思っただけなんです。そこから自己責任として応益の益の部分が取られているという矛盾に、世の中の方たちは怒っている。だから給料から天引きされるのとはちょっと意味が違うのかなと。高齢者が年金天引きに怒るというのは、私はやっぱり当然だと思います。

もう一つ、在宅医療なんですけれども、理想かもしれませんが、やっぱり私たち個人個人みんなどこで死にたいかといったら、最終的には自分の家でとか、自宅というふうなことをだれしも考えていると思うんですね。今の例えば医者数とか、もちろんマンパワーも含めてお金とか、そういうことでは日本では今実現はなかなか難しいところではあると思います。ただ、患者の究極のニーズではある。患者と医療

が例えば究極のニーズに向かって共存していったときに、初めて国が医療費の方向とかというプロパガンダを打ち破ることができるのかな、患者も本当に医療のために道路を削ってでも病院はつくったほうがいいだろうとか、ほかの財政はやらなくてもここにはこう公費を投入したほうがいいだろうというような意識をもっていくのかなという気がしましたけれども。

○喜久村（医師会）



問題点が2つあって、年金から引かれる保険料の問題とか、そういうことが今盛んに話されていますけど、最初にもどって、なぜ75歳以上とか、また、そ

う議論もいらないという話もありましたけれども、後期高齢者という言い方、これは専門用語だと思うんです。「日本老年医学会」がずっと言っていて、昭和50年頃からそういうことを言い出していて、それをそのまま取ったんですね。後期高齢者、年をとるというのは40代、50代、60代ずっといきますけど、年代ごとに症状が重くなっていくんですね。例えば目が悪くなるのは50代。60代になったら耳。臓器ごとにどんどん悪くなっていくんです。各科ごと、整形外科、外科、耳鼻科、皮膚科等の病気が重なって、そういうのをまとめてどういうふうにみるかということで老年症候群という言葉、術語まであるんですね。そういう歴史がありますし、最近、長寿医療制度とかいう言い方をしていますけれども、もともとは後期高齢者は専門用語だと思います。

あと、「廃用症候群」というのは聞いたことがあると思うんですけど、寝たきりでずっと放っておくといろいろ障害が重くなってきて、本当に動けなくなってくる。そういうものをどうするかとか、そういう講習会があるということも現在小耳にはさんでいます。

今、見直し、廃止を含めてとか、そういう話もありましたけれども、私はそれは必要だと思

うんです。時期尚早で混乱があって、医療費の裏づけもないとか、そういう問題はありますけれども、将来的には先ほど玉城先生が言われた「75歳になったらご苦労様、ばら色の人生が～」と、そういう感じで私たちは期待してたんなんです。老年医学会の方は、でも実際出来上がったものはアクセスを阻害するとか、いろいろな問題があって、そういうのはダメだということもありますが、日本医師会が提案したというのはそういうバックグラウンドの意味があると思いますし、少し時間をかけてでもいい方向にもって行ってほしいと思います。

大きな問題は、先ほど出ました国の予算の抑制政策、それは医療の限界というものを越えて現場の医師がすごく熱心にやっていますよね。そういうところを認めてほしい。厚生労働省とかそういう方たちは分かりはいいと思いますが、問題は財政諮問会議、財務省の関係のところ、予算の改善、行動が起こせたらいいという感じはします。医師会をバックアップする体制が必要だと思いますけど、沖縄県医師会は、そういう大きな目で、少し長い時間はかかるかもしれませんが、粘り強くやっていただきたい、そういうふうに思います。

○司会（玉井） 源河先生、終末期医療の話がちょっと出たんですけど、先生のお考えの在宅、または終末期医療ということでお話してください。

○源河（医師会）



実は終末期医療について丁度今、私の真向かいにお座りの高良記者の取材を先日、受けたところです（琉球新報5月11日朝刊掲載）。その時にも申し上げた

のですが、今回の後期高齢者医療制度の中で、先ほどから話題になっている「後期高齢者診療料」（600点）と並んで問題になっているのが「後期高齢者終末期相談支援料」（200点）なんですね。終末期を迎えるのは50歳、60歳でも、

もっと若い人達にもいるのに、なぜ75歳以上の方に対してだけ終末期相談支援料を設定したのか、先ずこの点に納得いかないという意見が多く出ています。この「終末期相談支援料」というのは、医師・看護師と患者本人あるいは家族が「終末期になったらこういう医療をお願いします」ということを話し合って相談し、同意して文書にしたら、2,000円が医療機関に入るという制度です。この場合、こういった終末期になって初めて相談をして、果たして患者さんが自分の本当の気持ちを言えるのかどうか、大いに疑問があります。「きっと家族に迷惑をかけるから、もう何もしないでほしい」という患者さんもいると思います。このようなりビング・ウイル（生前発効の遺書）は心身ともに健全な状態の時に表明すべきであると考えます。なぜなら、このリビング・ウイルは状況に応じて常に変化するものです。健康な時はもっと長生きしたいと思うし、病気になると家族にも迷惑をかけ、介護負担もかかるから早く人生を終わりたいと思う人だっておられます。

私は尊厳死運動に関心をもっている者の一人として、その観点から申し上げますと、「尊厳死の宣言書」を持っている方が全国的に次第に増えていますが、彼等は尊厳死を1回宣言したら、その効力が生涯持続するのではなく、1年に1度くらい、見直すことになっています。心身の状態で人の意思は変わりますので、それを終末期になって相談しても本当の気持ちを表明できるかどうかという問題があります。

日本尊厳死協会では後期高齢者終末期相談支援料の導入によって、リビング・ウイル普及の追い風になることは評価できるとしていますが、その運用面では慎重な配慮が必要であるとして、舛添厚生労働大臣に要望書を提出しています。また75歳以上に限って終末期相談支援料を設定した点について、これは「医療費削減のために高齢者は早く死ぬ」という制度ではないかという批判が国民の間から出ています。

このような医療現場の混乱をみて慌てた厚生労働省はその後、後期高齢者終末期相談支援料

の算定に当たっては、患者の意思を尊重して意思の決定を迫ってはならず、患者の希望が確認できない場合は「不明」、「未定」等とすることで差し支えないと言っています。しかし終末期相談支援料の設定が、終末期の高齢の患者さんに早くあの世に逝かせることを強制する事になるのではないかと懸念を拭い去ることが出来ません。

関連して申し上げますが、厚生労働省は在宅でのターミナルケアや在宅での看取りを誘導しています。平成20年4月1日に改定された診療報酬点数によると、「在宅患者訪問診療料」の中で在宅ターミナルケア加算として、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合は2,000点、さらに死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った（死亡診断を行なった）場合は10,000点という非常に高い点数が設定されました。これによって今後、在宅で終末期を迎える患者さんが増えるかどうか、よく判りませんが注目したいと思います。

繰り返し申し上げますが、終末期を迎えるのは後期高齢者に限らず、どの年齢にも起こり得ることで、命の重みに老若の差はない筈です。後期高齢者の医療費が嵩むからといって、後期高齢者だけに終末期の延命治療の中止、不開始を押し付ける危険性がある今回の終末期相談支援料は、高齢者の気持ちを無視したものであると言わざるを得ず、大多数の国民の同意が得られないのは当たり前であると私は思います。以上です。

○司会（玉井） ありがとうございます。

何かご意見、またはご質問ございますか。

○中田（医師会）



先ほど会長もおっしゃったように、今一番問題なのは何かというのは、国にお金がないことなんですね。お金があれば医療費を抑えるという話はないんですけどね。お金がないのはなぜかというと、税

金がないからだと思いますね。みんなどうして税金を上げるのを嫌かといったら、国が無駄遣いしているからじゃないかというのが一番多いと思います。だけど今まで道路とか、いろんな年金とか、無駄が出てきたということですが、医療費で本当に無駄というのが今まであったでしょうか。私が思うには医療費はほとんど無駄は実際なかった。医療費のほとんどは人件費になっているんですね。

そういう意味でイメージを変えてほしいんですが、医師会は基本的に格差を小さい社会にしたい。それから社会保障を守っていきたいというのが医師会のスタンスだと僕は思います。日本医師会自体もそういうことを考えて、後期高齢者に関しては保険という考えではなくて社会保障という考えでやろうとといったんですが、ところがいろんな道路族の人たちなどが骨抜きにってしまったのではないかと思います。

社会保障制度が非常に整備されていけば、貧乏な人は税金が上がったら生活できないだろうというんだけど、実際には社会保障があれば財産がなくても生きていけます。

先ほど在宅でみんな亡くなりたいと患者さんは思っていますよという話がありました。私のほうも在宅のほうで看取りをしたりとかいろいろやっているんですが、在宅で本当にできる人たちの条件というのは4つあるんですね。1つは介護されているご家族の方が死を看取る心がある人たち。それと時間、空間、お金なんですよ。

現実には並みの人たちが在宅をするというのはなかなか難しいです。

だからそういう意味で本当に、今、日本政府が在宅を進める、病棟をなくすといっているんですが、今、受け皿がないまま在宅をやっているだけで、受け皿がないまま在宅をやっているだけで、本当に大阪じゃないけど病院の職員が公園に捨てていかないといけないことがあるかもしれない。

それと、皆さん、政府は情報が多くて、だれに聞いたらと言うんですが、ぜひこういう会議に出て聞いてくれていると非常に有難いんですが、日医のホームページを見たり、あるいは県

医師会に問い合わせただければ、おそらく今の資料をどんどん出してくれます。そういうことをやりますので、ぜひマスコミの皆さん、政府の話ばかり聞いて載せないで、後期高齢者の問題が出たら枝葉の問題も含めて追いかけてくれると非常に有難いです。

ほとんどの先生は自分たちの利益の前に、やっぱり自分の目の前の患者さんが苦しくないのを望むんですね。心があるから。心がないと医者になれないと僕は思っております。それを知ってほしいなと思ってこの発言をさせていただきました。ありがとうございました。

○喜久村（医師会） 今のお話、全部賛成です。そういう立場ですけど、付け加えます。先ほど政府はプロパガンダがうまいとか、誘導しているとか言っていますが、後期高齢者医療制度というのは評判が悪いですよ。ね。「長寿医療制度」とかそういう言い方をしているけど、そういうのはまたおかしいですよ。ね。

きのう県医師会で理事会があったということ、今朝の新聞で見ましたけれども、ああいう報道をしてほしいし、あなた方の見出しのつけ方がすごくアトラクティブでいいんですよ。後期高齢者はどういう言い回しがいいかとか、あなた方が考えてほしい。その前に「後期」に対して「前期」というのがあるんです。前期高齢者65歳以上の人ですね。その人たちをどう呼ぶのか、あと、医師会でよく使われているのが「症例検討会」とかあるのですが、そういう「症例検討会」とか、「剖検する」とか、「解剖する」とか、そういう冷たい言葉がたくさん出てくるんですよ。そういうのが一般的にマスコミに出たときに、非常に反発をくうのではないかというのがちょっと私のささやかな心配です。医者は患者さんを冷静にみる、死と向かい合っている患者さんをみる時冷静に診断、治療をする。患者さんを診終わってから「症例検討

会」、「剖検」、「解剖」をするのです。

そういうのがあるということ、皆さんは報道のプロだと思うので、ネーミング等を考えてほしい。もうちょっと社会をよくしていくため、医療制度が崩壊の危機にあると言われてますから、マスコミの協力も得ていかなければいけないし、その力も大切ですよ。ね。県医師会先頭に立ってやっていますから、ぜひサポートはしていただきたい。

○司会（玉井） 時間が押してまいりましたので、きのう取材を受けた玉城先生にまとめていただきたいと思います。

○玉城副会長

私の両親、女房のほうも含めて4名亡くなりましたけど、2人はかなり介護の世話になった。2人はがんでスッと死んでいった。最後はがんで死んだほうが楽なんですよ。ね。すぐ死ぬから。介護になると延々と何年も生きていく。だから沖縄の中でも、僕ももうそろそろお互いが終末はどういう生き方をして、どうして死んでいくかということの本気になって議論すれば、今言われたように「あなたどうしますか」なんて変な紙を出して2,000円もらうとか、何千円もらうとかケチなことはしないで済むんじゃないか。それも含めて今回ちょうどいい機会なので、この機会に皆さんも相当勉強をしていただいて、我々もよりよい制度はどうかということでこれからも提言をしたり、日本医師会を通じながら議論が起こると思うし、沖縄県でも考えていきますので。沖縄県の高齢者が豊かに過ごせる方法を探していければと思っております。みんなで頑張らないとできませんので、そういう方向を求めて、また、次の会もあると思いますので、本日は本当にありがとうございました。

○司会（玉井）

それでは、この場はこれでお開きといたします。どうもお疲れ様でございました。