

特集

医療



千葉大学法経学部教授

NPO法人ささえあい医療人権
センターCOML事務局長

広井 良典 | 山口 育子

対談

転機の中かの医療

世界一の長寿国—— 日本の医療を評価する前に

広井 WHO（世界保健機構）が2000年に発表した*World Health Report*には、各国の健康水準と医療システムの評価ランキングが掲載されています。その中で、日本は寿命が世界一長いだけでなく、健康状態を加味した「健康寿命」でも1位になっています（74.5歳）。また、医療費についてみると、アメリカが突出して高くGDPの13%を占めています。日本は7.8%で、ドイツ、フランス、スウェーデンを下回り、先進国の中ではイギリスと並んで低くなっています。これだけを見ると、日本は低い医療費にもかかわらず、高い健康水準を実現していることになります。

しかし、健康水準が高いからといって、その理由がすべて医療にあるとは限りません。例えば日本では、食生活その他の要因もあってアメリカなどに比べると生活習慣病などの有病率自体が大変低い。医療によって健康水準を高めているのではなく、それ以外のさまざまな要因が考えられます。

山口 そうですね。生活の工夫、食生活への配慮など健康志向の高まりも水準を上げているのでしょうね。

広井 社会的な要因がある場合も考えられます。たとえば、アメリカで医療費が高いことの背景には、犯罪率が高く死因の上位に殺人などが位置していること、貧富の差の大きさといった要因があります。したがって、医療の問題というのは社会全体との関わりの中で見ることがありますね。

日本の医療費は少ないのか—— 統計に含まれない費用の問題

広井 これまでの日本の医療は、先進諸国の中では医療機関の数が際立って多く、受診率が高いという特徴があります。これはいわば、量とアクセスを重視した「途上国型の医療構造」です。しかし、低経済成長の時代に、これからの社会のあり方や方向性を考えると、質とコストという面

をより重視する「成熟経済型の医療構造」への転換が求められているように思います。費用対効果つまりコストや効率を考えながら質を上げていくことは、これからの重要な課題の一つになると思います。

山口 日本の医療費が低いという話がありましたが、日本では医療費というと、診療報酬でいくらかかっているかでとらえようとします。診療報酬とは国が定めた公定価格で、例えば患者が3割を負担すると、残りの7割は医療保険から医療機関に支払われます。しかし、患者が実際に支払う費用はそれにとどまりません。

例えば、入院時に個室や特別室を利用した際に発生する差額ベッド料やオムツ代などの実費は、診療報酬の点数ではないので、日本の医療費に含まれていません。また、謝礼金も——COML¹⁾のアンケート結果から試算すると、日本全体で年間3200億円にも達するようですが——やはり医療費に計上されていません。いま日本の医療政策は医療費の削減に必死ですが、保険外の負担は増やす方向に進んでいます。差額ベッド料や謝礼金のような水面下の費用の存在を考慮せずに進められていくのは少しおかしいと思っています。

広井 現在、日本の医療費は約31兆円といわれますが、差額ベッド料などの保険外負担をはじめ、計上されていない費用や、不透明で内容がはっきりしていない費用の総額は、おそらく公表されている数字の10～15%の規模になるのではないかと推測しています。

一見すると低いようにみえる日本の医療費も、患者自己負担が3割になったことや、特定療養費などのさまざまな保険外の支払いまで考えると、患者の負担がかなり大きくなったのは確かです。WHOのデータでみると、日本の医療費全体に占める患者自己負担部分は19.3%です。それに対してドイツは10.6%、フランスは10.2%、イギリスは10.6%と、ヨーロッパの国々の患者負担率は半分近くの低さです。民間保険中心のアメリカでも15.3%にとどまっておらず、日本の医療費の自己負担は大きくなりすぎているように思います。

ある国の医療をどう位置づけるかは、その国の社会保障全体をどうするかという議論になると思いますが、私は「医療・福祉重点型の社会保障」というあり方が望ましいと考えています。医療や福祉の分野はできるだけ公的にカバーし、年金はもう少しスリム化してもいいと思っています。医療費の予測は個人レベルでは困難ですし、個人差も非常に大きいので、医療費は現在の日本人にとって最も大きな経済的不安となっているのではないのでしょうか。

山口 ただ、例えば「何年もかけて磨いた技術に基づく治療なので、このくらいお金がかかる」とか、「10数人の医療チームが10数時間かけてする手術だからこれだけかかる」というように、理由が明確に説明される医療費であれば、患者の側も支払う意識を持っている人も少なくないと思います。しかし、明確な説明がないまま保険外の費用が請求されたり、どのような説明があれば請求できるかの基準がない指導料など、請求に曖昧な部分がある場合には、患者も敏感に反応するようになりつつあります。消費者としてのコスト意識が高くなったように感じています。

さまざまな内容の医療相談—— コスト意識の高まりと医療不信

広井 COMLは、14年前の設立以来、消費者の医療相談の窓口として活動されています。現在、相談の内容はどういうものが多くなっていますか。

山口 現在一番多い相談は、医療不信にまつわる内容で、相談全体の30%にのぼります。二番目は、ドクターの説明不足で、20%です。三番目は実際に法的解決を求めたいとか示談交渉のトラブルなどについての相談で、12%です。四番目が医療費に関する相談（10%）、五番目が薬剤に関する相談（6%）です。ただ、これは一件の相談をどれか一つに分類しているのではなく、例えば、不信感を持っていて、その原因にはドクターの説明不足があって、それが納得できないので訴えたいという場合は、三つすべてにあてはま

るとした集計です。

医療費の相談のうち、6割は差額ベッド料についてです。それ以外の相談内容も実にさまざまですが、年々確実に相談件数は増えています。活動がスタートして5～6年は医療費の相談は皆無だったのですが、1997年に医療費の患者自己負担率がアップした時期から医療費の相談が届くようになり、今では非常に細かい相談も寄せられています。

広井 今うかがった相談内容の上位5位は、一般の方々が医療について現在何を感じているのかを集約しているような印象ですね。

山口 これまでの相談内容の推移をみると、患者側の意識の変遷が如実にあらわれています。特に、最近突出しているのは医療不信です。同じような相談内容でも、その際に語られる表現が変わってきたと感じています。例えば、医師からあまり説明されない場合、以前は「なかなか説明してもらえないんです」という言い方をされていたのが、最近は「何か隠されているような気がします」と変化してきました。思ったとおりに治らなければ「病院に行っても治らないなんて、ミスがあったのでは」とおっしゃる方もいます。

広井 それは、ある意味では患者側の意識が成熟してきたことのあらわれかもしれません。アメリカのように頻繁に訴訟を起こすのが必ずしもいいわけではありませんが、これまでおとなしかった日本の患者も、積極的に主張するようになりつつあるのではないのでしょうか。

山口 ただ、実際に何か問題が起こって医療機関に不信感を抱くのなら理解できますが、受診する前から不信感を抱いている方も多いことは、少し気にかかります。不信感を抱きながら患者が診察を受けると、医師にもその不信感が伝わって身構えるでしょう。患者の医療不信はよく言われますが、医療側も患者不信にならないかと私は危惧を抱いています。お互いに不信感を持った者同士で、信頼関係や人間関係が本当に築けるのだろうかと不安に思います。

広井 患者の主張や権利意識がよくも悪くも強くなったことにも、日本の医療が大きな変化の時

期を迎えていることが表れているように思います。

多様な医療相談の窓口としてのCOML

広井 医療には、政策や制度などのマクロの面と、医師と患者の関係、あるいは医療機関と患者の関係といった具体的なミクロの面があります。当然両者はつながっていますので、マクロな次元と個々のミクロな次元を両方視野に入れて、どう全体として理解するかがいまの課題ではないでしょうか。そうした中で、医療消費者団体としてのCOMLは、非常に重要な位置にあるように思います。

山口 COMLは、患者対医療者といった対立姿勢をとらず、あくまでも患者と医療者の間のより良いコミュニケーションの構築を活動の柱に捉えてきました。COMLが注目されているとすれば、その理由はたくさんの患者・家族の生の声が集まることだと思います。現在、月に300～350件の相談があり、去年は初めて年間4,000件を超えました。設立以来の相談の総数は、2003年12月末時点で2万8,646件です。患者の意識の変化がわかるのも、10年以上生の声を聞いてきたことが大きいと思います。

医療関連の相談を受けているところでも、相談内容を限定していたり、受付時間が短い場合が多いようです。これからは、各地に相談窓口が増えることが理想ですね。

医療費をどう配分するか—— 配分の決定プロセスと患者の声

広井 医療費について考えるとき、診療報酬も、これからの日本の医療にとって大きな課題であると思います。診療報酬は、どの部分に医療費を重点的に配分するかということに関係しますが、現状は、約31兆円もの医療費が、本来医療費を十分にまわさなくてはいけないところに行き渡らず、そうでないところに多く配分されているのではないのでしょうか。

その理由の一つは、診療報酬の決定プロセスに

あると考えています。現在、中央社会保険医療協議会（中医協）が医療費の配分を決めていますが、中医協のメンバー構成は、20名の委員のうち、診療側の代表が8名、健康保険組合連合会などの支払い側代表が8名、学者などの公益委員が4名となっています。診療側の8名は、日本医師会の医師代表が5名、歯科医師2名、薬剤師1名という構成です。事実上開業医の代表ともいべき日本医師会が診療側の過半数を占めているため、診療所をモデルにした医療費の配分がなされる傾向があり、結果的に入院医療や看護・ケア、高次医療などの部分への配分が不十分になっています。

また、この20名の中には、医療の受け手側の代表が出ていません。健康保険組合連合会は、医療費に関心が強く、医療の内容にはあまり立ち入りません。医療費の配分のあり方や診療報酬の決定プロセスは固定的な面があり、これから見直していく必要がある部分だと思います。

山口 医療費の患者負担はますます増えていますが、患者が意見を述べる場がありません。医療費の配分の決定に、医療の受け手であり、支払う立場の患者の声が届かないことは問題だと思います。特定療養費による患者負担がますます増えているのも、患者の立場が参加せずに決められていることが背景にあるのではないのでしょうか。

ただ一方で、仮に医療費の配分を決定する場に患者側の声を持ち込めるとしても、患者の立場、消費者の立場できちんとした意見がいえるかというと、簡単ではありません。医療費は大変複雑で、一般の患者には理解しづらい仕組みになっていることも、患者が意見を主張できない理由の一つだと思います。

医療費の配分がもたらす帰結と課題

山口 転院に関する相談も多く寄せられています。国は在宅医療を推進していますが、在宅医療を簡単に行える家庭は多くありません。しかし、現在、70歳以上の患者の入院が3ヵ月(90日)を超えると、医療機関に入る入院医療費が低く

なり、また年齢を問わず入院が合計180日を超えると入院基本料の一部は患者の自己負担になるという制度になっています。転院を繰り返しても、3ヵ月以上退院しているか福祉施設に入所しないと入院日数はリセットされないで、長期入院をせざるをえない方の受け皿がないという深刻な状況もみられます。また、診療報酬が改訂されるたびに政策誘導がなされ、国の推進する医療が優遇されます。とくに、いまは入院期間が短縮する方向性なので、入院2週間ぐらいで転院や退院を促されることが増えています。でもその理由が患者や家族にきちんと説明されないで、不信感につながっていることもあります。こうした事態も、やはり診療報酬制度がもつ方向性の一つの帰結だと思います。

広井 先ほど申しましたように、日本の診療報酬は、診療所ないし開業医をモデルとしたもので、病院への配分、特に入院部門が手薄になっています。その結果、今の診療報酬制度のもとでは、入院部門のスタッフをできるだけ減らし、薬剤投与や検査を行うことで入院部門の赤字を補填するという構造ができてしまっています。

山口 私たちの消費生活の常識では、一般の客が集中するところはある程度安くて質がいいところですよ。ところが、国の医療費の決め方は逆で、患者に集まってほしいところは高くなるように設定しています。患者の側からすると、開業医の方が大きな病院よりも説明が十分で手厚いとは限らないので、それなら多少待ち時間は長くても、多くの診療科目がある総合病院の方が安いしそちらに行こう、という結果になっているのではないのでしょうか。

広井 昭和50年代半ば頃までは、勤務医よりも開業医の方が多数派でしたが、今では日本の医師の7割が勤務医、3割が開業医です。医療の実態が病院医療中心になっているのに、それでも開業医をモデルとした医療費の配分が続いていることは、議論されるべき時期に来ていると思います。スウェーデンでは、1990年代半ばに医療費のプライオリティー委員会というものをつくりました。これは、専門家だけが議論するのではなく、

国民全体を巻き込んだ大規模なヒアリングを行い、医療費のどの部分に優先的に重点配分していくかという議論をし、報告書をまとめています。こうした試みを、日本でも行う必要があるのではないのでしょうか。中医協だけで議論していたのでは、現実とのギャップが非常に大きくなってしまふ感じがします。

医師と患者の関係—— 医療の不確実性と限界を知ること

広井 医師と患者の関係を考えるとき、医師から患者への情報提供が重要であることは間違いありません。しかし、強調したいことですが、そもそも大前提として、「医療の不確実性」ということを医療者側も受け手側も理解しておくことが重要だと思います。というのも、「情報提供」というと、医師がまるで患者の病気や治療法について確たる情報を持っていて、ただそれを提供するという響きがありますが、実際はそうではありません。現代の病いは、簡単に診断できることは少なく、どういう治療経過をたどるかまで、医師が完全に判断できることはむしろ稀です。つまり、診断から経過の予測までは極めて不確実です。最近、診断中の医療を第三者の目で評価するセカンドオピニオンが注目されているのも、そうした背景があるからです。このような医療の不確実性ということをしっかり踏まえた上で、医師と患者の関係を考える必要があるのではないのでしょうか。

山口 COMLでも、医療における不確実性と限界を患者もきちんと受け止めようと呼びかけています。1998年に当時の厚生省の研究班に加わり、小冊子『医者にかかる10箇条』をつくり、その9番目に、「医療にも不確実なことや限界がある」と掲げています。現在は一冊100円で発行していますが、注文は途切れることなく、これまでの発行部数は当初の4万冊と合わせ、18万冊を超えています。

広井 それはすごいですね。

山口 「伝えたいことはメモして準備」「対話の始まりはあいさつから」などといった、ごく基本

的な心構えを載せた小冊子なのですが、反響は大きいですね。

再生医療や遺伝子治療など、先端の治療が報道されたり注目されたりするので、患者も自分の病気ぐらいは簡単に治せるだろうと過度に期待してしまうことがあります。でも、思い通りに治らないと、今度は医療に不信感を募らせる。でも、そもそもすべての病気が治るのであれば、人は死なないはずです。実際には、医療の力をもってしてもできないこと、医師に質問しても答えられないことがあります。医療の不確実性や限界と言うと否定的にとらえる方もいるかもしれませんが、そうではなく、不確実性と限界を患者が知ることによって、逆に冷静に治療を受けることができるのではないのでしょうか。

「患者塾」という取り組み

山口 COMLでは、「賢い患者になりましょう」を合言葉に「患者塾」というセミナーを開催しています。その中で、「知っておきたい医療の限界・不確実性」をシリーズ化して、病理や救急、麻酔、経営や法的解決などの限界などについて、体験者や実践者に話題を提供してもらい、そのあとグループに分かれてディスカッションをしています。

例えば、実際に細胞をスライドで見て、これが悪性で、これが炎症性と説明をしてもらいます。一般の私たちの目からも、正常と悪性の違いは見てわかりますが、悪性と炎症性の違いになるとどこがどう違うのか区別がつきません。そこから、白黒がはっきりするわけではない診断の難しさがあることや、医療の不確実性について、患者側の認識を深めてもらおうとしています。

広井 興味深い試みですね。COMLが目指しているのは、医療の不確実性や限界も十分理解した上で、医療機関にすべて依存するのではなく、必要なときに援助を受けていくという方向なのではないでしょうか。

山口 そうですね。患者側がすべてを治してほしいと期待ばかりしても、医療者側は困ります。た

だ、こうした過度の期待は、治せないものまで任せておきなさいという感じで医師の側が言ったり態度で現してきた産物かもしれません。

広井 やや話が飛躍しますが、日本には従来東洋医学的な健康観、病気観がありました。自分自身もつ癒癒力を重視し、長い時間をかけて生活全体を大切にしていくな結果として、心身の状況にも影響が及ぶというものです。一種の「複雑系」的な見方です。しかし、近代医学が普及していく中で、そうした見方は重視されなくなりました。しかし慢性疾患や生活習慣病などの場合は、多様な要因が無数にからみあって病いが生じるため、西洋医学よりも東洋医学的な観点が有効な場合があるように思います。過剰な期待はできないとしても、東洋医学の有効性や、医療が自然癒癒力をサポートするという認識は再評価してもいいと考えています。

山口 私も、西洋医学と東洋医学や代替医療がうまく融合すればいいなと思っています。しかし、西洋医学でうまくいかなかった患者の中には、逆に西洋医学の治療すべてを拒否して、東洋医学や漢方だけで治療しようとする方や、漢方ですべてが治ると考える方もみられます。もう少し柔軟に受け入れることができればいいのですが。

医療を評価する第三者機関の役割——「病院探検隊」の活動

広井 1980年代、90年代から欧米でいろいろな医療改革が行われています。そこで一つの流れとしてあったのは、医療にできるだけいい意味での競争原理や市場原理を導入することでした。ただし、市場原理や競争原理が働くためには、患者側と医療者側とは持っている情報量が異なる以上、情報の公開が前提になります。一方、そもそも患者側が医療者側を評価すること自体が、専門的な面になると決して簡単ではありません。

そこで、患者と医療機関の間に、評価をサポートする第三者が入ることが重要になります。日本でも日本医療機能評価機構などがありますが、患者団体やCOMLのような医療消費者団体もそ

うした役割を担えるのではないのでしょうか。

山口 COMLでは、1994年から「病院探検隊」という活動をしています。病気になったときにどのような医療を受けたいか、医療消費者の視点を養うことを目的にしています。見学のときに気づいたこと、感じたことは病院側のスタッフに届け、改善に役立ててもらっています。

日本医療機能評価機構が発足したのは1995年。病院医療機能評価をはじめたのは、さらに2年後の1997年です。COMLの場合は、患者の視点から主観的にどう感じるか、どうあってほしいかを具体的に提案する形をとっています。患者一人ひとり感じ方は異なりますから、10人ぐらいで役割分担をしながら見ることにしています。それぞれの目で感じたこと、気づいたことを言語化して伝える方法をとっていますので、あらかじめ医療機関側にも、数値化した相対評価はできない立場であることを伝えていきます。

広井 「病院探検隊」は病院側のリクエストがあって行くのですか。

山口 はい。こちらから突然うかがうものではありません。病院側からの依頼をもとに、事前に役割分担や勉強した上で行きます。ただ、病院の現場の方々には、探検隊が来ることは知っていても、どの人が探検隊のメンバーかは知りません。さらに、病院側の要望があれば、他の患者に混じって実際に診察を受けることもあります。その場合は、嘘がないように実際の症状や持病を使っています。

COMLでは、協働作業で治療をしていくことが大事だと常に訴えています。例えば「病院探検隊」にしても、病院が患者の意見を聞いて、その改善のために協働作業をしているということもできます。「評価」というと患者側・医療側と分けて対立的にみるように聞こえるかもしれませんが、患者の立場での視点を有効に利用できたり、両者の協働につながる部分があったりすると思っています。

医療評価の諸側面—— 医療機関の情報提供の現状

広井 医療の評価ということ、1990年代以降、医療政策全体の主要なテーマになっています。ただ、評価といっても医療には多くのレベルがあり、まず医療技術のレベルとサービスのレベルがあります。医療技術の中でも、投薬や検査など、個々の医療技術の部分もあれば、特定の病気に対してトータルでどのような診療方法で行うか、病気ごとの技術総体という部分もあります。またサービスには、入院から退院までの管理などの医療サービスの部分や、窓口の印象や待ち時間といった、いわゆるホテル・サービスの部分もあります。

このように医療の評価には、医療技術に関する部分と、一般のサービスと同等に論じられる部分があります。患者が直接評価できるのは、後者の一般サービスです。前者の技術的な部分を直接患者が評価することは非常に難しいので、第三者機関がかかわる必要が出てきます。

山口 患者はむしろ、自分自身で評価するというよりも、技術面の評価の情報公開を求めている人のほうが多いのではないのでしょうか。

広井 生存率や治療そのものにかかわる部分での評価ですね。

山口 ただ、単純に生存率で比べられる問題ではないのが難しいところです。例えば、病院としては何度も手術していても、自分を執刀する医師にとってははじめての手術かもしれないです。

広井 医療者側からすれば、患者は大勢のうち一人にすぎないかもしれませんが、しかし、医療技術の立ち入った部分であっても、最終的に評価するのは、突き詰めればやはり患者になると思います。もう少し、医療評価の活動や環境を広げていく必要性を感じています。

山口 情報公開の必要という観点もあって、医療関係の広告規制が緩和されましたが、それによって患者の相談内容が変わったかと質問されることがあります。しかし、特に変化はないんです。広告の規制緩和は情報提供の推進とイコールで

はありません。患者が病院を選択するためには、同じ内容について各病院が情報公開していかなければ、比較選択をするための情報として意味がないのではないかと思います。

広井 広告規制の緩和は、意義が強調されることもあります。私もあまり評価していません。広告は、医療機関側が患者に来てもらうために有利な情報の開示にとどまる傾向があるため、やはり第三者が評価することが重要なのではないのでしょうか。

患者への心理的・社会的サポート—— ケアをどう実現するか

広井 以前、患者に対する心理的・社会的サポートを調査するため、COMLの会員の方々にアンケートをしたことがあります。その中で、日本の病院の現状についてたずねたところ、患者に対する心理的・社会的な面でのサポートは「きわめて不十分である」という回答が58.3%、「あまり十分には行われていない」が38.1%で、あわせると96.4%に達しました。ではどのような心理的・社会的な面でのサポートの充実がはかられるべきかという質問には、「患者の心理的な不安などに関するサポート」(79.4%)、「医師などへの要望や苦情を問に立って聞いてくれる者の存在」(63.3%)、「家族に対するサポート」(47.4%)と回答されています。

慢性疾患の場合、1回の手術や投薬で治癒することは稀です。患者は心理的な面や不安も含め、いかに病いとつき合っていくかが大切で、こうした面でのサポートはこれからますます重要になってくるように思います。

山口 そうしたサポートは非常に重要ですが、ではどういう立場の人がケアすればいいのでしょうか。今の医療機関のスタッフに、これ以上の兼務を求めることは無理だと感じています。

患者のサポートをしたいという思いから、社会福祉士の資格をとって、ソーシャルワーカーを目指す人はたくさんいます。しかし、実際に患者のサポートをしようとしても、その目的に沿った仕

事ができる医療機関を探すことは難しい。残念ながら、医療機関の医療ソーシャルワーカーへの期待は、患者の転院や退院を円滑におこなうことになってしまっていることがしばしばです。

ケアをする立場の人をどのように位置づけるかは、これから考えなくてはいけない課題でしょう。

広井 そうですね。突き詰めれば医療職はすべてケアにかかわる仕事です。しかし、看護職の方にゆっくり患者と話す時間を求めるのは、多忙なこともあり難しいのが実状です。医師や看護師がケアにかかわることはもちろんですが、ソーシャルワーカーや臨床心理士などのサポーティングスタッフも必要になってくると思います。

ドイツでは、患者の心理的なサポートをする臨床心理の専門家に関して、医療保険の保険点数が評価の対象になるという政策を1998年に開始しています。これまで周辺的なサービスとされていたものを、医療保険の中に位置づけることによって、医療機関は患者のケアに携わるスタッフを雇う経済的な後ろ盾ができ、同時にそうしたスタッフの養成にもつながるというわけです。こうした例は、日本にも参考になるのではないのでしょうか。

展望と課題—— 教育、制度、医療観

山口 COMLがずっと大切にしてきた活動は、医療者と患者のコミュニケーションを円滑にするということです。10年以上にわたり、医療者のコミュニケーション能力向上のため模擬患者を派遣し、私自身も実際に「病院探検隊」に参加しています。最近、探検隊で受診したときに私をCOMLの人間とは知らない若い医師から、診察前にきちんと挨拶や自己紹介をされることもあり、少しずつ状況が変わってきたかもしれないと感じています。コミュニケーションの重要性が、認められつつあるのかもしれない。

ただ、コミュニケーションは双方向性の問題です。片方だけが努力しても成り立ちません。日本人の多くは、気持ちを言葉にして伝えること

は得意ではありませんので、患者の側もコミュニケーション能力を高める必要があると考え、COMLでは「患者のためのコミュニケーション講座」を始めています。

しかし、既に患者である人たちにコミュニケーションの改善を求めるのは、なかなか難しいのも事実です。むしろ小学生くらいから、いのちや医療にまつわることを教育に組み込んでいく必要を感じています。症状の伝え方や痛みの表現の仕方、自分で伝えなければいけないことは何か、医師の説明がわからないときはどうすればいいのかなど、身につけておくべきことはたくさんあります。また、現在の医療には契約の概念が次々と入ってきているので、サインをすることの意味なども、教育の中に組み込むことはできればと思います。

日常で自己決定できない人が、病院に行って突然、自己決定できるようになるわけではありませんし、日常のコミュニケーションが十分にできていない人が、医師とうまくコミュニケーションできることもあり得ないでしょう。やはり、将来を見据えた教育が必要なのではないのでしょうか。

広井 山口さんのお話をうかがうと、今の医療をめぐるあらゆる問題がCOMLに入ってきているように思います。

医療の問題は、制度面でいうと、社会保障全体のあり方として議論すべきだと私は考えてお

り、既に述べた「医療・福祉重点型の社会保障」の実現が課題になっていると思います。その中で、患者の負担の問題や医療費の配分のあり方についても、正面から議論されていく必要があるでしょう。

それと同時に、医療の不確実性や限界を知ることや、心理的・社会的なサポートの必要性など、現在の医療の問題は、従来の医療観や病気観ではとらえきれない部分を多く含みこんでいます。制度面の議論に加えて、医療や病気というものに対する見方を根本から考え直していくことも必要な時期になっているのではないのでしょうか。

※この対談は、2004年1月26日に行われたものです。

注

- 1) NPO法人ささえあい医療人権センターCOML。1990年9月に活動を開始した医療消費者団体。詳細は、本誌p.76掲載の「活動紹介」を参照。

ひろい・よしのり 千葉大学法経学部教授。主な著書に『生命の政治学——福祉国家・エコロジー・生命倫理』（岩波書店、2003）。医療経済・社会保障論、科学哲学専攻。

やまぐち・いくこ NPO法人ささえあい医療人権センターCOML事務局長。1992年よりCOMLスタッフとなり、相談・編集・渉外を中心に活動している。関連文献に『差額ベッド料Q&A』（ささえあい医療人権センターCOML編、岩波書店、2001）。
(<http://www.coml.gr.jp/>)