

---

## [医療保険]

# 医療と医療保険の「改革」について

---

## 阿部正俊

司会 お手許の資料に阿部正俊先生のプロフィールが書いてございます。厚生省の局長職を投げ打っての政界進出でございました。本日はいろいろご教示いただきたいと思っておりますので、よろしく願い致します。

阿部 皆様、阿部正俊でございます。

現在、参議院の厚生労働委員会の委員長を任せていただいております。本日は透析関係のお仕事をしている皆さん方のお集まりと承知しておりますが、あまり格式張った話をするのも面白くないと思いますし、「あのときお前、こう言ったではないか」と言われるようなことを気にしながらやるというのも、どうかかなと思いますので、そのへんはひとつお許しいただいて、私も私見、あるいはあえて議論をしていただく意味で刺激的なことを申し上げることもあろうかと思えます。ときには気に食わないことがあるかもしれませんが、そこはどうかひとつご理解をいただきますようお願いいたします。

鈴木 満先生には、厚生省の現役時代に保険局の審議官をしていた頃から、あるいはそれ以前から、透析療法を中心とした患者さん達の QOL、あるいは生活といいたいでしょうか、そのようなことをどういうふうにしていったら良いのだろうかという話を中心に、いろいろなことを議論させていただいてきました。

山形にも、透析医会がございますし、その中心になる方々も一生懸命頑張っております。クライアントと、それからそれを支える医療人としての皆様方との関係を良いような形になんとか持っていけるよう心砕いているつもりでございます。

私はもう役人はやっていませんので、「私はこう考

えます」ということは厚生労働省の方針と同じではありませんし、あるいは皆さん方にとってもあまり面白くないなという部分もあるかもしれませんが、私は個人個人が、あるいは分野ごとに立場立場でものを言い張ってぶつけて、あとは適当にやってくれという時代はもう過ぎたと思うのです。これからは、5年・10年・20年、100年とまでは言いませんが、長続きする医療というものを「ビシッ」とここで構築しておかないと駄目なんではないか。いままでの考え方というのは、一言で言いますと、負担はできるだけ少なくする、保険料もできるだけ少ないほうが良いというふうな議論が横行していた時代でもあったと思います。この辺のところについて、やはりなかなか勇気がいるのですが、「一定の筋論」と、「全体が成り立つためにはどうなければいけないのか」ということを追求していかなければいけない。同時に、「良い QOL のサービス享受する」とするならば、そのコストはどうするか、そのコストをどうやって分担していくか、ということ、やはり公開の場で、「制度論」としてもう一度組み立て直す時期に来ているという気がします。そんなところについて、私の考えを2、3お話し上げたいと思っております。

## 1 医療保険改革の状況

最初にお話し上げたいのですが、いま所謂「医療保険の改革」と称されるいろんな議論が出ています。

医療保険改革の目下の状況ですが、まさに構造改革と言いたいでしょうか、システム全体を組替えないといけない時代に来ている気がします。今の厚生労働省案にしろ、医師会さんのご主張になっている案にしろ、健

康保険組合連合会案にしる、各々の立場の枠内でなんと言うか、押し合い圧し合いみたいなことになっているのではないかというふうに思います。もうそういう既存の医療保険の枠の中での出入りじゃなくて、「医療」と「医療保険」を分けて考えて、その接合をどのようにするのかという議論が絶対に必要です。そこを議論しないで、まさに統制経済で、一步もそこから出ないで議論すると、これからの自由経済国家日本として、もう限度というか、医療そのものの進歩を抑制し、水準の低下につながる恐れがないかと思うのです。

「金の切れ目が命の切れ目」につながることは避けなければなりません、もっとハイレベルといいたいでしょうか、今日までの医療、医療保険の歴史を踏まえ、それを評価したうえで、将来につながる改革をする視点が必要です。

私は第2ステージだと言っているのですが、いままでのように手取り足取りする一方で、手足を縛って泳ぎみたいなことはないのか、日本の医療保険というのは、いってみれば統制経済だと思います。誤解しないでいただきたいのですが、だから公的保険は廃止しようというわけではありません。それは絶対必要です。しかし、公的保険の枠内で、一律平等の観点からだけ物を考えていては先が見えてこないのではないかと思うのです。もしかしたら「平等の不平等」みたいな現象が起きていないか。今日の直接の問題ではありませんが、わが国は入院期間が世界一長いのですが、入院するかしないかの選択が患者さんとお医者さんの裁量に任されていて、その裁量に対して一律平等に徴収される保険料と国庫負担で賄うというのは、ある意味では健全なかなという見方もある訳です。このようなことをもう一度考えてみる時期に来ているのではないのでしょうか。

全体のコスト、医療費30兆と言いますがけれども、私は30兆が40兆になっても結構だと思います。けれどもこれを全部、強制的に徴収する保険料なり、国庫負担で、それと公定価格として一律に定められた患者負担で賄えというのは無理があると思います。

「医療」というのは本来自由なのです。患者さんとの間の約束ごととなり、医の倫理なりでやっていけば良い。一方で「保険」というのは一定の限度の中でやるというのは、当り前の話です。ということで、わたしはそれをどのように接合するのかという議論を一度、

どうしてもしなければいけないと思います。

### 1) 患者負担の問題

患者負担は2割の人もいれば3割の場合もあります。あるいは高額療養費で返ってくるケースと返ってこないケースがあります。それも所得などに応じていろいろあり、ものすごく複雑になっているというのが現実でございます。

とりあえず一番問題になりますのは、被用者保険本人の8割給付の2割負担というのを、3割負担にしようということですが、これについては与党自民党の中でいろいろな議論がされました。最初は平成14年度からやりましょうということだったのですが、それを「必要なときに」と直しました。それでは「必要なとき」とは何時なのか。保険料率の改定とのからみもあって、15年度からかどうなのかまだ決まっておりません。

一方、「薬剤の負担」については、定率3割負担と関連してくることになります。2割負担のままだったら薬剤負担は残し、3割負担なら止めるということになると思われます。

### 2) 保険料負担の問題

政管健保、組合健保、国保も保険によって負担額が違いますが、保険料増になると思います。特に国民健康保険につきましては、いろんな意味でしんどい状況が続いております。潰れないでなんとか続けられるのではないかという見通しですが、それは老人医療の問題との絡みが出てきます。

### 3) 老人医療の問題

老人医療については、対象年齢を70から75歳に引き上げるということですが、給付のほうは70も75歳以降も変わりません。定率1割負担、9割給付となるでしょう。そして一定の所得のある人、これは未定でございますが、大体サラリーマンの平均年収ぐらいの所得がある人は少し多く負担していただくことになるのではないのでしょうか。それは1割ぐらいの人ではないかと思いますが、その方々については給付率が9割ではなくて、8割になると思います。それがどのぐらいの範囲の人なのかについては「所得の負担能力に応じて」という表現になっておりますので、未

定でございます。平均年収で言いますと5~600万以上にはなるのではないのでしょうか。こうした老人医療についての改正のポイントは、給付は変わらないわけですが、いわゆる拠出金の対象を、75歳以上に限定しましょうということにあります。

老人医療費は各制度からの拠出金で賄われているのですが。たとえば、健康保険組合でいえば、保険料は自分たちの保険料として出しているのに、半分も自分たちの組合員でない老人のための拠出金として取られる、という発想になってくるわけですね。高齢者の医療費というのは各制度の老人の加入率の如何にかかわらず、皆さんの所得に応じて負担してもらいましょうということでおかしくはないのですが、健康保険組合にとりましては、保険料は自分たちの医療を賄うために出し合うという制度ですので、昔の50%調整の時代だったらいざ知らず、100%調整ですので、出した保険料の半分ぐらいを老人医療のために出さなければならんということは、どうしても納得できない。そんなこともあって70から75歳まで対象を延ばしたわけです。

#### 4) 拠出金の問題

国庫負担は、75歳以降について現在3割公費負担ですね。県、市町村を入れて3割ですが、これを75歳以降については、公費負担を5割にしましょう。拠出金のつき込み方を軽くするということです。従来は公費負担のほうから見れば70歳以上の人たちに3割出していたのが無くなり、75歳以上の人たちに5割出し、言わばツーペイみたいな格好になるわけです。これを段階的にやっていくこととなります。

##### ① 年齢引き上げの影響

70歳以上の人たちを全部、拠出金なりなんなりで賄っていたのが、70~75歳までは、国民健康保険に残ることになるので、これは国保にとっては、非常な負担増になります。ただこれについて、一つは30%加入率上限の撤廃という技術的な方法で減らせるかもしれません。

##### ② 30%加入率調整上限の撤廃

従来の老人医療というのは、建前上70歳以上の人については保険集団の加入率の如何にかかわらず平均的な加入率を基準にして、それより加入率が少なければ、その差分を拠出し、逆に上回っていれば拠出金は

入るほうが多くなるというように平均加入率を基準にして、全体で賄うのが原則なのですが、しかし、これには例外があって、市町村毎の国民健康保険の中で、老人の加入率が30%を超えた分は調整の対象にしませんよという仕組みがあるので、30%の加入率を超えたら、そこは調整対象からはずしましょう、自分の保険料でやってくださいと、こうなっていたのを、それを止めます。

全部100%調整にいたしましょうということになりますと、そこは国民健康保険にとっては負担が減りますが、逆に健康保険組合、被用者保険のほうでは負担が増えるということになります。だから被用者保険のほうからしますと、従来70から75歳までのものも拠出金の対象になっておりましたが、今度は75歳以上が対象となりますので、そっちは負担が減るという格好になります。なんとかかんとか辻褄が合うような形になりそうでございます。

そんなことで少なくとも来年は、国保も含めて保険料の若干の引き上げがありますが、国保負担増も一定の割合で抑え込まれています。なんとか運営されていくかなと、こんなふうに言われています。

#### 5) 薬剤費の引き下げについて

薬価改定は2年に一回ずつやっていて、従来それが診療報酬改定の財源になったのです。しかし、だんだん薬価差というものがなくなってきていますので、もう限度に来ているように思います。

今回も、若干薬価改定で引き下げがあると思いますが、そう大きなものにならないでしょう。また、老人医療についての患者負担の増とか、保険料の引上げとかもやるという、ある種の危急存亡のときみたいな対策を打ちますので、薬剤費の引き下げ分を診療報酬の増にまわすということは、到底許されないだろうと思います。

#### 6) 診療報酬のマイナス改定問題について

同時に診療報酬についても、マイナス改定ということが言われております。これは未決定でございます。これからの12月24、5日だと思いますが、来年度の予算の中で、大きなテーマの一つになってくるであろうと思います。

財務省なんかには言わせると、今の経済状態からすれ

ば、5%から6%近いマイナス改定ができるはずだという人いますし、一方、医師会などからはせめて据え置きにしてくれというような議論があります。国庫負担の上限と言いましょか、シーリング、夏の時点で国庫負担の上限はここまでと、政府としても決めていますので、その範囲に収めるためにはどうなのか、さっき言った薬価改定の影響だとかということも勘案した上で、マイナス改定の幅というのは、1%、2%、3%か？これはいま値を言うことは差し控えたいと思いますが、若干の引き下げは避け難いのではないでしょか。

医療経済実態調査を中医協がやることになっていて、その結果が先だって発表されました。医療機関はマイナスにならずに、プラスになっているという結果も出ています。そんなことから、支払い側は大幅な引き下げをやるべきである！という議論をいま展開しております。そのへんの決着はどこにするかというのは、あまり建設的な議論ではないのですが、いわば理屈なしの「三方一両損」との小泉さんの言にあるように、若干のマイナス改定は避け難い面があると思っています。

## 2 質問事項について

### 1) 公的保険と民間保険の扱い方について

鈴木 満先生からいただいた、「混合診療の禁止の解除時期と解除の形態について（公的保険と民間保険と自由診療との3階立、または、日医のいう一般型と特定型とにわけ特定型のみ解除する方法等）」「すでに平成13年10月1日よりガン対象の自由診療保険メディコムが70の医療機関を協定病院として発足しています」という質問に対してです。

これについては、今回の改定の中で議論されている問題について、似たような対応を申し上げますと、いきなり公的保険を活用して組み合わせたりしようというような本格的な形にはなりません。そこまで踏み込んで議論されていません。

私は別の意見を持っています。今の特定診療費は、室料だとか、あるいは予約診療だとか、大きな病院の紹介なしの初診だとか、あるいは歯科の一部だとかに限定されているわけですが、このへんについて少し拡大できないだろうか？たとえば初診の自己負担の特定診療機関を受診するとき患者さんは払うわけです。紹介状なしで来たときには大型の病院の場合には払っ

て貰うというかたちになりますが、それは初診だけに限らず、再診も対象にできないだろうかということなことです。予約診療などにつきましても、たとえばこのお医者さんに見て貰いたいというときには、どういうふうに考えるべきなのかという議論。いわゆる特定療養費対等の病室につきましても、今は5割までとなっているが、これもある一定の条件下においては6割、7割でもいいのではないかという議論をする。特定療養費制度を活用して、患者の意向に沿ったかたちで選択されるときには、患者さんにも然るべき額を負担して貰いましょうというのを、拡大していったらどうかというような議論が、今行われつつあるようです。

あと鈴木 満先生からいただきましたメディコムがやっています自由保険ですね。これについては厚生労働省の考え方はあくまでも、これはいわば根っこから自由診療だから、われわれの関知するところではないという態度です。だから、まさに健康診断だとか人間ドックと同じで、これは自分で選んでやるのだから、保険とは関係ありません、こういう考え方でしょう。したがって、特定療養費にもならない。

現在のところ厚生労働省では、それは自由診療の範囲に属する問題だということのようです。

### 2) DRG, PPSの導入問題について

「高齢者医療保険へのDRG/PPSの導入時期について。伸び率目標 $\leq$ 高齢者数の増加 $\times$ 1当りGDPの伸びを達成するには、導入せざるを得ないと思いますが」という質問について。

これについて言いますと、いわば高齢者医療についての「まるめ」と言いましょか包括払いと言いましょか、1日幾らとかいうふうな形では、いままでも行われてきておりますし、さらに進められる面があるだろうというふうに思います。

ただ、より狭くDRG, PPSを考えますと、急性期入院医療についても疾病群をメルクマールにした定額制ということも考えないといけません。疾病群を代表にして、一定の額の範囲でやってくれというようなことの契約と言いましょか、これがDRGなりPPSというふうにいわれているものだというふうに理解していいのでしょうか。これについては現在国立病院その他で、実験、施行中であるということで、その結果を見た上で、今年、来年という意味ではなくて、もう少

し長い目で検討していかれるのではないのでしょうか。

DRG や PPS とちょっと違いますが、今 EBM ということが言われます。これから先、やはり疾病ごとにもうちょっと治療方法なりを、ある程度絞り込んでいくというような意味で、また医療の進歩のためにも、EBM の考え方は私は必要なことではないかなと思います。患者さんにとりましても、日本の医療にとりましても、皆さん共通のマニュアルみたいなものがなにもない状態ではどうでしょうか。それは医学部の教育がやっているといわれればそれまででしょうが、実践的な形でもう少しいろんな対応というのは、私はできるのではないかと思います。これはまさに国民皆保険で、ものすごいデータというのがあるはずなのです、疾病ごとに、そういうものをまとめて皆さん方の診療の指針なりにしていくことによって、全体の医療資源の効率的な配分なり、患者さんの QOL の向上なり、あるいは治療効果も上がるようになるかもしれません。そういうことに活用できるのではないかと考えます。私は診療費を安くするか安くしないかということではなくて、もう少し、それらの集計をして、まさに IT 時代ですからできる範囲のなかでやろうではないかという気を、もうちょっと盛んにしていかなければいけないと思います。そのような試みは、これから医療情報の IT 化と平行して、ぜひ検討していかなければならない時代であろうというふうに思います。

同時に、いま IT 化とか、電子カルテとかいう議論がされていますが、私は特に事務処理上の無駄というのでしょうか、効率化をしていかなければいけないと思います。診療報酬の請求支払いなどがそのいい例です。他の世界では常識化しているものが、医療保険の世界では非常に昔風で、古色蒼然たる状態の部分ではないだろうかと思います。これはやはり改善していかなければいけません。たとえば、被保険者証もカード化してもいいのに、依然として紙です。またレセプトの電算処理も余り進んでいません。もちろん審査支払いはどうするのだろうという議論にすぐなってきますが、なんとか工夫しなければなりません。そういう事務費コストというの、バカにならないと思います。うっかりすると 1 割近くになっているのではないかと思います。

今後、社会保険診療報酬支払基金も民間法人化いたします。そうしますと、そのへんの関係、状況という

のが、大いに変わっていくような気がします。そうなりますと、そこには大量の情報が集積されるわけですから、DRG なり PPS なりのアメリカ方式を導入するかどうかという問題ではなくて、やはりもう少し科学的な根拠に基づく医療 (EBM) データを上手に使っていくような時代にしていかないといけないのではないかと思います。

### 3) 老人医療費の総枠管理について

老人医療費の総枠管理方式についてですが、これは厚生労働省の案があまりにも乱暴すぎたものですから、先送りになりました。私もこの方式は無茶だと思います。ある一定の目標を決めて、翌々年度にそれを診療報酬全体の改定幅に反映させるというわけですね。そうしますと変な話になります。私は山形ですが、山形の医療費と医療費の高い県の医療費はぜんぜん違うわけですから、それをこっちが多くなったというので同じ割合で、山形とか長野なんて低いほうなのですが、それも同じように削られる。それでは合理性はまったくないだろうと思います。むしろ私は医療機関ごとにやるというのなら、ある意味では正当なものもあるだろうと思いますが、それがまったくなしに、自動的に各医療機関の共同連帯責任みたいでやれというようなことは、あまりに無茶苦茶な話です。そういう意味ではないことになりました。今回の改定案の中でも消えました。ただ表現として、診療報酬改定の際一つの指標としましょう、あるいは改定の際一つの参考にするべきメドとして、「医療費の伸びと、それから国民所得なり、国民生産なりの伸びと、バランスを取っていくようにしなければいけないのではないか」、そのように努力しましょうというような、そんな表現が入っています。そのへんはやはり考えていかなければいけない時代にきているというふうに思います。ただ具体的に実行される法律上の仕組みとして、14 年度なり、15 年度から導入されるものは、あのような案ではないと思います。

フランスは実施して違法だったということなのですが、フランスの場合は逆に、翌年度の医療項目で差し引くというやり方をしたのです。これはやはり憲法違反だったという判定になりました。これは如何にも駄目になると思います。実際にサービスして契約した値段で支払っておいて、それはサービスがあったわけで

すから、その支払った値段を、お前はちょっと行き過ぎたから、翌年度切るよというのは、ちょっと無茶なのです。これはさすがに厚生労働省は採らなかったのです。

でもこれは目標を上回ると、個別医療機関から引くのではなくて、トータルの医療機関として、翌年度の改定にマイナス改定します、という話ですから、これはやはり全体的責任でありますけれども似たような傾向があります。乱暴すぎますので、たぶん無いと思います。これからも無いと思います。

ただ、国家財政だけではなくて、国家経済的に医療費にどういう形で合わせていくのかというときの指標としては、老人医療は伸び率目標などの論議を深めていかなければいけない。お年寄りの支払いの仕方なりについても、もう少し深めていかなければならない。

私も先だって、父親を亡くしましたけれども、いまお袋が似たような状態になっております。個別の問題をあまり申し上げるのはどうかと思いますけれども、86で父は亡くなりましたが、今、お袋は86になります。経管栄養になっていますが、この状態をどのように考えるべきなのかと、正直いろいろ考えさせられます。うちの父親、お袋なんかは昔型ですから自分で自分の意思決定なんかほとんどしないわけです。これから先、医療の有り様というものを考えたときに、本人の意思みたいなものによって実施するのか、本当の意味でQOLというのはなんなのか、ただ心臓の鼓動だけを長持ちさせるということが医療なのか、というようなことを、正直考えさせられます。そうかと言って、止めてくれみたいなことはなかなか言いにくいし、お医者さんの判断だけで、すべてお任せしますというのも無責任ですし……。

結局そうしますと、一般論でございますが、これから年をとるであろうわれわれ以降の世代は、自分の意思しかないのではないかと、決め手は、家族に任せますということもある意味では無責任な話なので、自分の意思を表明して、その意思を尊重して、周りの者も協力していくことがもう少し一般化しないといけないのではないかなというように私は思います。

そんなこともあって、私は介護保険の実施と同時にいわゆる「成年後見制度」という仕組みを民法上、法務省と話を法律にしましたが、まだあまり使用されておられません。せめてこれからの日本の高齢社会と

いうのは、お金の問題だけでなく、一人一人高齢期の人生の送り方、フルマラソンでいいますと、ゴールインするときの姿、あるいは35キロを過ぎたら42.195キロまでの過ごし方についての覚悟と自分の意思というのを、できるだけ65歳になったらちゃんとどっかにメモしてもらおう。良いのかどうかは別にいたしまして、どちらかと言うとそういう時代が本当に来ないと、なにか皆さん無責任体制になって、おかしくなってくるのではないかという感じが正直します。そこがこれからの高齢社会の一番心配なところなのです。だってコストは誰かが払わなければいけない。それには限度がある。連帯というのは逆に言うと、利用する人も払うということではじめて成立するのではないのでしょうか。無限の連帯というのはあり得ないのではないのでしょうか。それが医療保険なのです。そんな状況下で医療の世界と医療保険の世界をどう接合するのか。両者の原理の違いを念頭におきながら、なんとか調和が成立するような状態というのを冷静に、ある意味では冷徹に考えていかなければいけない。建前論あるいは自分の立場論だけで意見を投げつけあっても前は開けない。負担が少ないほうが良い、給付は多いほうが良いみたいな議論が罷り通るようでは、先々心配です。もっと自立と連帯というのをうまくバランスさせた上で、組み立てていく医療なり医療保険でなければいけないのではないかと、そうでないと長続きはしないと思います。

#### 4) 地域較差と医療保険について

「来年度の診療報酬改定における大幅な保険点数引き下げは必至とみております。ただ、毎回不思議に思うのですが「なぜ全国一律なのか」ということです。賃金、賃借料を始めとする固定費についての地域差は歴然としており、診療報酬についても差があってしかるべきかと考えますが」という質問について。

これについては地域間の差、特に固定費だけではなくて、一番ちがうのは人件費だと思います。看護婦さんの給料一つとりましても、山形と東京とではだいぶ違うのだと思います。それは東京の看護料を高くして、山形はその3割減ぐらいにするかということをやるとすれば、それはものすごい差になると思います。つまり保険料はどうなるのかということになる。県単位ごとに独立しましょう。たとえば政府管掌健康保険で同

じ給料ならば、山形におろうが、東京におろうが、高知におろうが、北海道におろうが、皆さん同じ保険料率なのです。診療報酬に地域差を設けるなら保険料のほうはどうするのかということを考えなければいけないということになってきます。

それから同時に、いわゆる同じサービスを得るように、地域差を考えてそれぞれ配分しましょうというのは、従来の生活保護的な福祉の世界の考え方でもありました。

サービスは同じ。その価格は国が配分するという考えです。従来の福祉はそれでやってきた。それはもう配給の世界なのです。ということはこれから取るべき道だとは思えない。むしろ地価なり人件費の差があるならば、そのコスト負担はそこに住む人達に出していただくというのもあるのではないかと、むしろそんな気がします。

私はもっと本格的な形で、あとで申し上げますが、特にお部屋代とか、食事代だとかいうふうな部分については、むしろ保険からはずして、もっと考えるべき時代に来ているのではないかと思います。そういう意味では、地域差を反映させた診療報酬改定というのは、多分ないのだらうと思います。一部それにつきまして、入院料について、一部地域加算というのを、ほんの僅かですけれどもあります。

でも、これ以上本格的にやっていく、マーケット・バスケットみたいな考え方にするのでしたら、もう一度社会保険の基本に立ち返って検討してみなければならぬでしょう。

### 5) 人工透析の包括化について

「人工腎臓の包括化の拡大の可能性はないでしょうか？ たとえばエリスロポエチン、抗凝固剤（ナファモスタット、低分子ヘパリン）、ダイアライザーなど」という質問について。

これについては私もあまり詳細にわかりませんが、厚生労働省にいろいろ聞いてみました。もともと「出来高払い」ですと、ある部分ものすごく過剰投与、あるいは過剰診療になる可能性のある部分について、できるだけ合理的な形でやって貰おうと「包括化する」わけですから、そういう視点から見ると、人工透析については、あまり意味がないのではないかと思います。今のところあまり拡大する必要性はないのでは

ないかというのが、保険局あたりの認識のようです。人工透析のような定型化した治療、あるいは一人の人にダイアライザーを5回も6回も沢山使うなんてことはまず有り得ないことだから、これについては包括化していくということはないのではないのでしょうか。

エリスロポエチンとか、抗凝固剤とか、ダイアライザーとかを例に挙げてご質問があったのですが、それらについて使用量はほぼ決まっております。過剰に使用される可能性はほとんどないので、今のところ包括化をする必要性は低いと思っています。

### 3 私の提案について

#### 1) 医療費全体のあり方

最後に、私の提案にちょっと触れてみたいと思います。

または、これからの日本のあり方として、社会的にも、経済的にも、医療や、福祉や介護にかかる経費を大きくしていいのではないかと考えています。そうすることが成熟社会に入った日本経済のあり方でもあると考えます。そのためには無駄なところとか、非効率なところは直していかなければ駄目ですし、良いサービスには良いコストもかかる訳で、そのコストを国民皆で出してもらわなければなりません。ただ、「額が大きくなったから削る」という発想では対応できない時に来ており、より良いサービスを確保するために、そのコストをどういう形でシェアしていくのかという考え方で将来を考えることが大切だと思います。

医療費についても、今30兆円といわれていて、額の大きさをみて目くじらをたてている人もいますが、無駄や非効率なところは直すにしても、額そのものについていえば、仮に40兆円になってもいいのではないかと思います。ギャンブルやゴルフなどにもそれぞれ数十兆円使っているのですから、本当に必要な医療なり、介護のところはなんとしても一定枠におし込めようというのは筋が通らないし、これからの成熟した日本経済のたどる道ではありません。もう少し全体のコストというのは増えてもよいのではないかと。それについては一人一人がもう少し拠出するなり、サービスを受ける人も支払うなり、連帯を成り立たせて、なんとか工夫して、もう少し大きくてもいいのではないかと。

ただそのためには、あらかじめ決まった料金を有無

をいわず負担させられるということではなくて、自分で納得した上で、提示された料金でのサービスを選択するという部分を導入しなければどうにもならないのではないのでしょうか。そういう意味で、予防給付も含めて、医療費全体についてもう一度、保険が適用される範囲を国民全体で考えてもよいのではないかと思います。

もちろん、医療というのは、生命に直結するものですから、他のサービスと違って慎重に扱わなければなりません。アメリカのように、一部を除いて、自由診療と私的保険でというのはわが国にはありません。

福祉について言えば、たとえば北欧型は、完全に地方自治体の税金でやっています。しかし、福祉や介護について国庫負担は出ていません。いわゆる福祉については全部地方自治体の負担です。それは日本という税金とはまったく違います。地方自治体の中で、自分たちのサービスは自分たちでやったほうがより合理的だから、利用者負担とのバランスを考えながら金を出しましょうということをやっています。

日本のようになんでも最後は国庫負担でと言う論議はそこではありません。スウェーデンなどの北欧型は基礎自治体といって、20万（人）から30万（人）ぐらいに全部再編成して、一連のサービスが提供できるような体制に組んでいます。逆にいいますと、そのような住民福祉ということをやするためにできたのが自治体なのです。だってコンミュンの予算を見てください。本当にびっくりされると思います。80%は福祉予算なのです。皆さんが出しているのです。ドイツの介護保険も国庫負担は入っていません。日本は5割も入れている。

わが国では、最後は国庫負担にもってきて、それが多量に医療や福祉が進んでいるのだという見方がありますが、私はそう思いません。それぞれのお国柄がありますが、どういう形でコストシェアリングをするのが国民意識にあうのかを考えてみるべきだと思います。そういう視点で考えれば、日本はスウェーデン型でもないし、アメリカ型でもない。中間型でしょう。したがってベーシックに、一定の範囲で皆さん共通に負担してカバーしましょうという型でしょう。しかし、それを超える部分については、自由選択を許容していくことで、初めて日本らしい型ができていくのではないかと思います。

今の日本の医療は誤解を恐れずに言えば、統制経済です。かつて、お米も配給制でそうだったのですが、自主流通米ができてから10数年になります。

配給制で統制経済は、量が足りなくて、その少ないものを分け合うときの仕組みです。これ程物も豊かで、他にお金も使っている時に、依然として医療だけが昔のままでいいのだろうかと思いませんか。医療というものはもう少し拡大してよいのではないかと。福祉もそうだし、それについては自分で選択して払うという部分を増やすことを避けては通れないでしょう。お金を払うということは一つの評価なのです。評価を受けることについて、たじろいではいけないと思います。逆に一律平等というのは、評価を受けなくてよい世界です。役人の評価は気にしなければいけないかもしれないが、役人の評価は、どうせ帳面づらの評価だけになりがちです。本当の意味の評価はまた違うと思います。利用者が評価できる部分については、自分で払っていただくということを通して、全体のパイを大きくしていくことは医療・福祉の分野では、一向にかまわないのではないかと思います。

5、6年前に、現役のときにデンマークの福祉改革をやった厚生大臣に言われたことがあります。ある町で、二人で講演したときですが、「阿部さん不思議ですね。日本人は元気なときには皆さん大変お金を使いますね。けれども病気になったとか、介護が必要になったときには、皆さんは貧しいですね」と言うのです。「貧しい」でなく「質素ですね」と言ったかな、ちょっとショックでした。日本人の医療は確かにフリーアクセスであることは世界一かもしれませんが、実現できている医療レベルは、むしろこれからが心配です。統制経済の中で窒息しかかっているのではないかとこの感じもしないでもない。もっと医療というのは規模も大きくてよいし、現実に皆さんお金を持っているのですから、出して貰ってよいのではないかと、もっと自由さがあって良いのではないかと。

かといって、市場原理にすべてまかせろとっているわけではありません。医療には慎重でなければいけません。ある手術を受けるについて、個別のフリーマーケットで、あなた50万円出すのかね、100万円出すのかね、という交渉次第で、手術をするしないを決めるようなことは、日本的な仕組みとしては適さないと思います。これはやはり医の倫理を基本にして、誰で

も同じようにみるとか、あるいは外部の評価だとかで、適切さを担保としておかなければならない。

では、医療のすべてがそうなのかについて考えると、たとえば私が提案しているのは、お部屋代とお食事代は公的保険から外して、自分で支払うことにしたらどうだろうかということです。

今、医療保険では、強制的に集めた保険料から、1日それぞれ2,000円位のお部屋代と食事代を払っています。総額はそれぞれ約1兆円余りで、計2兆になります。決して少ない額ではありません。

元気な時には一食で数千円の食事をし、1万円を超えるホテルを利用している時に、何故病気の時には一律にそれぞれ2,000円でなければならないのか。お部屋の良し悪し、あるいは食事の良し悪しは自分でわかるのですから、なにも一律でなくてもいいのではないか。自分で選ぶのが普通なのではないか。もちろん、医療食は別です。あるいは、救急医療でかつぎ込まれて、ICUに入った人の部屋代を取れるとはいいません。これは別です。

ということで、むしろこれらを一律な公的保険からはずし、その分をどうしても必要で、選択の余地のない医療にあてるようにできないかを考えたい。

ただし、ぜひ考えておかなければならないことがあります。それはお部屋代やお食事代をどうしても払えない人の場合どうするかということ。入院医療を受けるためには、お部屋に寝泊りしなければいけない。それを自分で払えない人は入院できないかということ、それは困ります。そのとき保険から一旦はずしますが、どうしても払えない方については、個別収入の有無を個別審査して、とりあえず払ってあげる仕組みを作ったらどうでしょうか。代替支払基金制度みたいなものを各保険者ごとにつくりまして、個別審査で決めることにする。但し、それはあくまでもたてかえ払いですから、将来その方がゴールインされたとき、お亡くなりになって、遺産があったならば、そこからお返し下さい、というふうな仕組みをこれからつくっていくのはどうでしょうか。冷たいようですが、そうしたことをやっていると社会保険の公正さというのは保たれないだろうという気がいたします。

介護の分野でも同じなのですが、特養或いは老健施設に入所したときに、そして年金などが支給されますと、資産が結構溜まる。100万円、200万円、1,000

万円などといった例も少なくありません。そうして亡くなると、そのお金は何処へ行くかということ、自分の息子さん、娘さんへいくわけでしょう。その入所した経費や年金は、自分の子供さん以外の国民の誰かが背負っているわけでしょう。そうしたらご自分の息子さん、娘さんが遺産を相続する前に、同じ世代の他の息子さんや娘さんへお返ししたほうがより公正なのではないかというふうに思います。それがこれから先の少子高齢化社会へ対応する、一つの方法になるのではないかと思います。こういうと冷たいね、お年寄りの枕金まで取っていくのかねと言われかねないのですが、そういう情緒的な論理を超えた社会のシステムの在り方を考えていかなければならない時代なのではないかと思うのです。

財政対策として金がないから、自己負担を増やすという発想ではなくて、むしろ社会的な良いサービスをどうコスト分担をしていけば、実現できるのかということを考えますと、お部屋代とかお食事代とかは皆さんから強制的に集めた保険料、国庫負担の中で賄っていくよりも、利用者がお互いにコストを負担するほうがより良いサービスに繋がっていくのじゃないか。結局は誰かが払うのですからそういう提案を申し上げたい。そうした議論を、これからもう少しみっちりしていかないと、なにか決まった分量の中の取り合いみたいなことだけでものが決まるのでは、むしろ医療が窒息するのではないかと思います。

## 2) 医療と医療保険の接合の仕方

もともと保険料というのは、良い医療を享受するためにできたものですから、誰のものでもなく、国民のものなのですね。それをお支払いする人達の支払いの仕方として、ある部分にどういう支払い方をするのか？医療と医療保険の接合というのはそういうことなのです。他の分野でも類似のサービスが行われている分野については、私はモラルハザードというのを防ぐ意味でも、利用する人がお支払いになるというのも、検討の重要なポイントと思います。

時間も参りましたので、以上で私の話は終りにしたいと思います。(拍手)

**司会** どうもありがとうございました。先ほど4つの質問に阿部先生から答えていただきましたが、それ

はここに参加しておられる先生方から事前に質問をいただき、事務局で整理させていただいたものでございます。

それでは、どなたか阿部先生にご質問がございますでしょうか？

**山崎** ありがとうございます。

今回、急遽先生をお呼びいたしまして、お話をお聞きしたかったことが実は一点あるのです。自民党のワーキング・グループで、人工透析を名指しで「適正な技術料の評価」という結論を一つ公表されました。他のものはともかく人工腎臓に限って技術料のかせをかけるねらいが、自民党のワーキング・グループの中にあるものか。また、あれがどれほど大きな意味を持つものなのか。それはおそらく、たとえば透析1兆円だとか、20万人だとか、どんどん患者さんが増えているのだとかということで、耳に入りやすい部分だろうというふうには考えてはいるのですけれども、名指しであったというところが、非常に気になるのです。もっと言うならば、多分背景には、たしかに透析医療といえますのは後ろ指を指されて、「精一老一透」ですか、精神科と老人医療と透析というのが……。

**阿部** それは初めて聞いた。

**山崎** 背景的にそういうお話を聞いたことがあります。そういう時代もありました。しかしいま、本当に皆さんが頑張っておアウトカムで考えるとしたら、それは同年代で言いますと、米国で受ける方の3倍から4倍ぐらいの生存率でありますので、そういう中で自民党の中であれが出てきたのは本当になんというのでしょうか。先ほど先生もおっしゃったように、もう止むに止まれないところになると、もしかすると暴力的になにかあるかもしれないというぐらいの部分で出てきたものなのか、そのへんのニュアンスをちょっとお話していただきたいのですが。

**阿部** 正面きって議論されたことはないと思います。透析については今おっしゃられたように、1兆円に近い額だとか、あるいは月額1万円しか払わないとか、あるいはだんだん増えているとか、というようなあたりが念頭にあるので、医療保険の議論をするならば、細かい1,000円、2,000円という話ではなくて、そのへんの大所をちょっと考えるべきじゃないかというような、「感想」めいたことではないでしょうか。これは、なんというかな、一面からみた感情論としては有

り得る話かなと思います。一方において3割負担だなんだとしている人もいるわけですから。だから、医療保険として、透析についての取扱いが、どうしてこうなっているのか、より公正な制度はどうあるべきなのかという議論を、いつも引き受けていかなければいけないことなのではないのだろうかという気がいたします。ということですが、一方で人工透析については、社会的なQOLということを考えますと、ぜひ必要なことであると思います。

昔、イギリスでサッチャー政権のとき、人工透析を70歳以上はダメということがありました。実際やったのです。というようなことを聞きますが、日本は非常にウェットな社会ですから、それはムチャだと思います。

ちょっと話はそれますが、いわゆる腎移植です。この問題について、むしろ透析医会の皆さん方はどう取り組んでおられるのか。もう少し前向きの形で問題を考えていただけないだろうかという気がします。

腎移植のほうが患者さんのQOLにおいても、或いはコストの上においても、ベターであるということではないかと思うのです。これについてももっとアクティブな行動を、日本全体として、採っていかねばいけないのではないかと思います。

大変だから面倒を見ますという、どっちかと言うとマイナス思考と言うとなんですけれども、そうではなくて、より良いレベルのQOLを維持するにはどうするかということについて、むしろお金を使い、保険料も出して行きましようというところを考えるのと、透析療法についてはやはり、腎移植との関連というものを、もう少し積極的に考えないといけないのだろうかという気がいたします。

**司会** 腎移植に関するコメントを簡単に、会長お話をどうでしょうか。

**山崎** 実際にはいま移植ネットワークは移植施設など会員の会費と、それから患者さんのほうの登録料で成り立っていて、来年は1億3,800万円ぐらいの赤字がでる予算しか組めません。透析医会が推薦した正会員というのが、一応移植のネットワークの会員として入っていて、会費を納めながら支えているという状況です。

移植につきましては、僕なんかはおっしゃられるとおりで、たぶんQOLはいいのではないかという気も

しますし、それから安定している状態では、とても経済的にも優れてると思うのです。ただ問題と言いますのは、そういった成績の問題というよりも、むしろ、たとえば脳死の問題であるとか、そういう社会的な問題が、あまりにも複雑にさせ過ぎてしまったものですから、透析のお医者さんにとってみると、ちょっと実は身を引くと申しますか、積極的に関与したくないと思うのです。でも心情的にやっぱり移植はいいという思いはございます。しかし、積極的に取り組もう、どんどんやろうではないか、というような動きは、まだそうは多くない。ネットワークがああいう問題になったから、運営上の問題もございますからね。いまでも問題とか、そういうのがありまして、ちょっとなんと言いますか、傍観しているというのが、われわれ透析医の考え方かなと思います。

もう少しスマートな運営をされますと、厚生労働省の思惑通りかもしれませんし、それはきっと厚生労働省の望んでいるところじゃないかと思えます。

**阿部** 役所でも、なにか国民向けにもっとアピールできないかなという感じがします。

**太田** たしかに腎移植が日本では非常に少ない。しかも最近どんどん減ってきている。一番多かったのが脳死臨調の法案が通るころで相当あったのですけれども、それから減りまして、去年は149、今年の11月は少し数があったのですけれども、それと同じになるか、それより低くなるというぐらいです。日本の特徴的なのはやはり、臓器を提供しようということのなんと言いますか、脳死の問題ですけれども、もっと強力な周囲の協力をえながらやらなければいけないのです。救急医療の先生方にもっとご協力をいただかないといけません。

そんなこともありまして、私たちとしましてはやはり、透析の医師と、移植の医師とそれから救急の医師と、もう少し連携していかなければいけない。それは、全国的にいうのではなくて、各地域、地域の中で救急病院の先生方とそれから地域の透析関係の先生、それから移植の医師、そういった人達がやはり連携をとって、どうしていったらいいかということ、それぞれの地域でディスカッションして、協力病院をつくっていかないといけない。どの病院の脳死はどのくらい出るのか、その場合どのくらいの人が、どういう状況でたずさわったのかという調査から先ずは始める。その

調査を集めていって、どうすればよかったかということを考える。そういった具体的なことを、それぞれの県で、地域でやって欲しいと思って、私も及ばずながら協力させていただいております。

**司会** ありがとうございます。他には？

**鈴木（正）** 私は実は、先生のご略歴をうかがうと、先生は山形でいらっしゃいますね。

**阿部** そうです。

**鈴木（正）** 私も山形なのです。大学は東北大学で学部は違いますが同じ。そんなことで非常に身近に感じておりますが、いま移植のネットワークについてどう考えておられるのですか。というのはネットワークに対すというより、ネットワーク自身にお金がかかっているところがございますけれども、ネットワークが来年になりますと、もう赤字になるということで、現在もだいぶ大慌てで、赤字をどうやって乗り切るかというようなことで、内部改革みたいなことで動いているわけです。そういう状況においてまた、内部からの評価が、ガタッとまた落ちてしまうのですね。

ですから、ネットワークならネットワークの、その枠組みが良いのか悪いのかという、その資格を本当に持っているのかどうかという見方も若干、見ていて疑問があるのですが、どうも国がだんだんその金を絞っていって、なおかつ一方では移植を進めなさいといっても、あそこしか今のところ受け皿はないのですね。

そうすると、あそこの予算を絞っていくのと、一方移植を進めるということは実際には相反することです。あそこの中ではリストラが始まっているのですね。スタッフを半分に減らしているのです。予算も半分に減らすとかですね。要するに首を切るわけです。というようなことで、どうやって赤字の辻褄を合わせるかという話になっているようです。

そういうことを考えると、今のネットワークがそういう状況なので、移植はまず伸びる状況はしばらくはないと思うのですね。いまの状況は、厚生労働省は、ではどうしたらよいかというようなことを、政治家の立場でよろしいのですが、うかがいたいと思います。

**阿部** 私は人の善意とか、或いは寄付だとかということを前提にして、なんとなく成り立ってきた世界というのは、もう少しシステムというのでしょうか、そのコストをどうやって賄うかという議論をきちんとして、

再構築しなければいけない時代ではないかと考えます。そのための医療保険の適用の仕方も見直すべきだと思います。これは別な問題ですが、似たような話をする、それは骨髄バンクです。同じような問題が起きていて、もっと深刻みたいなのですが、今のところそのコストを国庫負担という補助金に頼るとのこと自体が、どうなのかなということですね。

やはり私は保険なら保険ということで、もうちょっとカバー域を広げてやっていくべきではないのか。たとえば、今いった骨髄バンク、少なくとも骨髄液というか、血液と同じようなことではないのか。もちろん提供のときの売買、それは駄目ですよ。だけどそのあとの付加価値といいたいでしょうか、移送だとか、あるいはコーディネーターだとかというのは、コストがかかるわけです。それを全部国の補助金なり給付金に頼るといって話ではなくて保険でもっとカバーできないかと思えます。

**鈴木** 眼球、眼も……。

**阿部** ああ眼もそうですね。というようなことをやはり考えていくべきではないのか。そのためにコストというのは、それはある意味では、個人の負担をきちんと選択、すべてを賄いきれるかどうかはそれは別にして、やはり自分の払う部分があっても良いのですが、一定程度までは保険で考えましょうということを考えるべきではないかと考えます。そのようなことを国民に見えるように出していきたいと思いますよという方向になんとかしていかないと、国庫負担頼りでは限度だと思います。正直言って。

消費税というと皆高い高い、できるだけ少ないほうが良い。税金というとなんかみんな負けろ負けろ、予算は多いほうが良いという話になる。こんな社会というのは、アメリカの誰かではないけれど、日本の民主主義というのはまだ幼稚だなということになるかもしれません。

私は医療については、もっと自立的にやっていくべきだと思います。保険というのは自立であろうと思うのです。自治というかな。国庫負担ですべて決まるような、シーリングですべて医療費がコントロールされるような時代は、もうおさらばしなければ駄目だと思う。国民が医療のためにはこれだけの拠出をしましょうみたいなことをやるのが保険でしょう。拠出するためには利用する人もある程度払ってよ、というのが正直な皆さんの気持ちではないでしょうか。お年寄り

の今の状況を見ましてもですね。これは一切負担を増やしてはいけないということをやったら、やっぱり成り立たないわけですから。そのところを5年、10年と成り立つような仕組みにするためには、考えなければいけない気がします。

**司会** 最後に川島先生。

**川島** 大変素晴らしいお話ありがとうございました。私は徳島から参りました川島と申しますけれども、いまのお話の中で「日本の医療は窒息している」というのは、まさしく私たちも感じております。私の感じではその大きな原因というのは二つあると思うのです。一つは地域医療計画で、厚生労働省が全国の民間病院、そういうものに対する規制がかなり強いということ。それともう一つは国公立病院の存在なのですけれども、私はこんなふうを考えております。小泉首相が民間でできるものは民にということをおっしゃっていますが、ああいうふうな発想でいくなれば、国立病院でしかできなかった医療というものは、今のところないわけですね。国立病院の非常に高い給料というのが、民間病院をかなり圧迫しているとか、いろいろなことが言えるのではないかと思います。ですから、地域医療計画と国公立病院の存在、あれを取っ払っていただいたら、民間医療機関は本当に楽に、よい方向で仕事ができると私は思っております。

最後に非常にささやかな私の自慢で申し訳ないのですけれども、うちは透析が主体でして、700人ぐらいの透析患者さんをお世話しておりますけれども、徳島県で太田先生にご指導いただきまして、今まで徳島県で33例の腎移植が行われておりますが、そのうちの30例が私ども民間のところで施行しております。民間の所でもそういう移植を頑張っているところもあるということ、少しだけでもわかっていただければと思っております。

**阿部** 所謂医療計画というのは、端的にいえば病床規制みたいなのところがあるのです。昨年ですが、医療法を改正いたしまして、各県の独自性を、裁量の範囲を広げました。今までの病床規制と言いますと、いわゆるブロックの平均値を標準にして、それに至っていないところは増床を認め、オーバーなところは駄目だということ、山形なんかはいつも不足地域なのです。不足とか過剰という表現もやめるようにしました。今まで県は、自分のところで判断したくないもの

ですから、平均値でやるしかない。ブロックの平均病床数、人口当たりの。それに達していれば、それは許可し、超えていけばダメという話になる。

医療というのは、正直言いまして、保険が今の仕掛けである以上、ある程度の病床のコントロールというのはやむを得ないのではないかと、しかし、県の地域医療としての独立性をもっともっと発揮していく。

国公立病院も含めて、どういったふうな中身であるべきなのかというのを、県民総意の問題として、地方自治体が裁量を持ってしかるべきなのではないかなと思います。同時にそのときに保険の賄うべき範囲というのはどこまでかということも議論していただかないといけないのではないかと思います。一方で病床だけは増床をどんどんやっていて、一方で保険は金の支払機関として、どこまでも付いていかなければいけないというのも変な話です。それは保険で払うのはここまでという中で、一定の範囲を超えた病床は自由診療ということでやりましょうということも併せて考えるべきだと思うのです。

それから国立病院ですけれども、今度、国立病院は独立法人になって、「赤字だから国が補てんする」ということは許されなくなります。補助を出すならより積極的な理由がなければ出せなくなります。国公立医療機関の職員組合の賃金を上げるために出しているのではもちろんありません。県立病院なども同じで、県民の医療で一定の果たすべき機能、これはどうしても民間では駄目だから税金を注ぎ込む、という理屈が立たなければいけない、と思いますね。

医療施設も福祉施設も「損だ得だ」ということではなくて、イコール・フィッティングということを考え、公正な競い合いというのをやってもらう。税金をつぎ込むならば、それなりの理由がなければいけない。教育についても、大学も、各大学一律ではなくて、独立行政法人になりますね。それが問われる。税金をつぎ込むのはけっこうだけれども、その税金をつぎ込んだ理由はなんであり、その効果はどうなったのかということを問うていかなければならない。せめて県立病院あたりも、むしろ独立法人のような形を取ったらよい

のではないかと思います。なにかそういうふうな理由があったら税金を、県民全体の税金ですから、つぎ込むのだらうと思うのです。そんなところを民間そのほかでも、より論議してってもらいたい。それが自治というものではないかという気がします。

**司会** どうもありがとうございました。われわれいろいろ教えていただいた者を代表しまして山崎会長から一言謝辞をお願いいたします。

**山崎** ありがとうございます。阿部先生が言われたことは『社会保険旬報』なんかで読まさせていただいたのですが、先生の持論は、国会議員になられまして、やっぱりいろいろな他の仕事があるものですから、しばらく聞いたことがなかったのです。けれども久方振りにお聞きしました。

かなりいま問題になっております、医療制度改革の中の問題点とか、3割負担云々という話だとか、そういうところに対しまして、落としどころについて明確に聞かせていただいたかなというふうに思います。

ただわれわれの非常に狭い分野、透析の分野で言いますと、今までの診療報酬の改定の度に、ほとんど最近はダイアライザーの価格だけが下がって、あとは皆据え置かれる。そういった中で、たとえば質をどう担保しようか、安全対策をどうしましょうかということで、悩みながら透析医療を続けています。自ら工夫をもちろんやっていかなければいけないと思いますけれども、単に全体が捕捉しやすいからというだけで、なんというのですか、透析そのものが簡単にいرونなところできられるというのは、非常に気になる話なのです。

ましてやわれわれの後ろにいます患者さん達ですら、国の保障はもう無理とみているのではないかという気がします。われわれも頑張っって本当によい透析医療をこれからも続けていきたいと思います。ぜひそういうところで今後ともご指導をいただけますと、大変ありがたいと思います。

本日は会員になり代わりましてお礼申し上げます。

**阿部** ありがとうございます。(拍手)

**司会** では、これでこの会は終了させていただきます。

(平成13年12月13日)