【皆保険制度は万能ではない】

国民も医療費無駄遣いの自覚を

Interview

黒川 清

●内閣府特別顧問

医療制度や医療そのものに対する国民の不信は根強い。現在の医療水準が維持できるかも国民は懸念している。東大医学部教授などを歴任し、日本の医療行政にも深くかかわってきた黒川清氏に聞いた。

1936年生まれ。62年東大医学部卒。同大学助手を経て米国留学、79年UCLA医学部内科教授。在米経験は69～84年と長い。89年東大第1内科教授。96年東海大医学部長。2003～06年日本学術会議会長。この10月に内閣府特別顧問（科学担当）に。

Yusuke Nakanishi/AFLO

――医療への信頼が揺らいでいます。日本の医療制度はどこが問題なのでしょう。

日本の医療制度は大きな変革期を迎えています。国民皆保険が始まったのが1961年で、基本的にこのときの仕組みをずっと維持していることから、さまざまな面で実態と合わないところが出てきています。61年当時の死亡率のトップは脳溢血で、2番目が結核でした。脳溢血を防ぐために血圧を下げようにも、いくつも薬はありませんでした。当時の日本の医療行政の大きな課題は、国民の栄養状態をよくすること、結核を減らすことでした。誰でもどこでも自己負担が少なく、医者にかかることができる。医療技術が進む一方でこの制度がこれまで続いてきたのは、日本の経済の成長が続いてきたからです。しかし、それは限界を迎えています。

メタボリックは自己管理の問題

――制度が社会の変化に追いついていないと。

誰もが病院に行けるようになった結果として、ちょっと具合が悪いからと簡単に病院にかかるようになった。診察だけで検査をしない、薬も少ししか出さないと、患者は不満に思って別の病院に行きます。病院の「ハシゴ」です。しかし大学病院であっても、薬は最初にかかった病院と変わりありません。こんな無駄が日本中で起きているわけです。

メタボリックシンドロームが話題になっています。これは生活習慣からくる太りすぎですから、食べる量を減らし運動をするのが大事です。50年前、糖尿病患者は日本に10万人しかいませんでした。今は800万人です。要は栄養過多なのです。豊かなうえに都市化、高齢化が進み、生活習慣病対策が今後の課題です。医療は進歩していきますが、これまでのようにすべてに国がおカネを出せるわけではありません。

――フリーアクセスも見直しの時期でしょうか。

生活習慣病では、まずは患者のセルフコントロールが大事です。都合のいいときに大学病院に自由にかかれるなんていう公的医療制度はどこの国にもありません。それを許しているのは、ある意味で甘えの構造です。

――医療制度が現実に追いついていないということですが、具体的にどう変えればいいでしょうか。

都道府県単位での医療計画の見直し論議の中で、その地域の実態を踏まえた医療計画を策定し、基本的な公的医療サービスを保障し、そこに参加するのです。

――診療科によっては医師が足りないところがあります。

医師のなり手が少なくて困っている小児科も、夜間の体制は地域の基幹病院に輪番制で小児科医が参加したらどうでしょう。昔は、小児科医はその地域に住んで医院を開業している方も多かったのですが、今は自宅は別の場所です。だから夜間にはそこにはいない。それならば基幹病院に交替で詰めて、そこを使ってもらえばいいのです。

メディカルスクールにして大学医局と臨床を切り離せ

さまざまな機能をネットワーク化していくことを言っています。公的医療は誰でも、いつでも必要なときに受けられる。しかし、病院を勝手にハシゴするのは困ります。

病院の機能分化も必要です。たとえば県庁所在地には、国立病院、国立大学附属病院、県立や市立病院そのほかにも社会保険や厚生年金などの公的な病院があり、人員、診療科や医療機器がかなり重複しています。24時間対応の救急や、脳外科や心臓外科のような専門性の高い医療は1カ所に集中させることです。その地域の医師や看護師もいろいろな形でそこに参加するのです。

――患者の自助努力が必要なところは絞る。公的サービスでやらなければいけないところはきっちりやると。

医療を考えるうえで大事なのは、アクセスと質とコストです。そのバランスをどうするかという視点が必要です。日本は医療制度全体としては、そんなに悪いわけではない。寿命も健康寿命も長く、乳児死亡率もいちばん低い。G7の中でGDPに占める医療費の割合は最も低い。

公的医療ではアクセスは必ず保障する、24時間。私は自己負担が3割は重いと思うから、財源との相談ですが1割かその前後にして、しかしアクセスポイントの基本は制限しますよと。公的ミニマムは保障したうえで、それ以外はさまざまな選択肢があってもよいでしょう。

――選択肢というのは競争原理を働かすということですか。

医療の質を上げるためにも、必要なコストを負担するということを考えるべきです。ただし、まずすべての人を対象にした公的医療システムがしっかり整備されなくてはいけません。そのうえで一部の医療にはおカネを払ってもよいという選択肢を増やすべきでしょう。健全で質のよい医療制度のためにも、情報の開示を進めて、公的な医療保険以外ではマーケット原理を入れる選択肢です。

医師不足は大学病院のエゴ なぜ外来診療をやめない

――新任医師の臨床研修制度が始まって2年。大学病院から派遣される医師が減り、地方の病院では医師不足が深刻になっています。制度の旗振り役としてどう見ますか。

全国医学部・病院長会議は失敗だと言っていますね。でもそれは、今までの制度を前提にしているからです。現状は、大学病院が医局に医師を吸い上げてしまっています。しかし、たとえば、なぜ東大や京大、阪大の附属病院が外来診療をやらなくてはいけないのか。大学附属病院の機能はもっと別のところにある。東京でいえば卒業後の臨床研修は、虎の門病院でも三井記念病院でも、いくらでもいいところがあります。

もともと北海道、東北の医師の充足率は50％くらいでした。それをこれまでほおかぶりして、今ごろ、医師が足りないと行政も大学病院も声高に主張するのは、筋違いです。

――しかし現実の医師不足の解決にはどうすればいいのでしょう。

医師の絶対数は、OECD加盟国の中でも日本は少なすぎる。そして、医学部教育はカナダや米国のように大学を出た人が入る4年制メディカルスクールにすべきです。臨床系大学院がその役割を担ってもいい。無医村への派遣も、たとえば臨床研修2年のうち3カ月を義務化する。当然、財源も確保する。国も奨学金制度で優秀な若者に資金援助する代わりに卒業後の勤務を義務化する。いくつも支援の方策はあります。