

転換期の日本の医療——何が問題か

文＝黒川 清 [日本学術会議会長,日本医療政策機構代表理事]

内閣府の国民意識調査でも医療制度問題は日本人にとって雇用より経済より高い一番の関心事であり、しかも国民の不満は先進国でもかなり高い。しかし、世界保健機構(WHO)の調査では現在日本は世界一の長寿国であり、医療費の対GDP比は先進国で一番低い。なぜこのような一見矛盾するような問題があるのか。一方で、誰でもいつ病気になるかわからない、だからこそ医療は国家政策の基本であり、国家の責任で関与すべきなのである。しかし、「国民」医療費のすべてが「公的」であるのは無理なのである。なぜなのか。

疾病構造の変化

日本で国民皆保険制度が導入されたのは1961年、それまでは大学病院を受診できるのはごく一部の人がたっただけで、誰でもどこでも医療を受けることが出来るようになった。40年前の医療はどんなものだったろう。一番多い病気は結核であり、死因では脳溢血、減ってはきたが結核、増えつつあるガンの順であった。当時の予防は栄養増進、結核対策、予防接種であり、学校検診、職場検診であった。主として保健所の機能なのであった。死ぬ場所が病院などの医療機関の人は30%にも満たなかった。

このような様子は40年ですっかり変わった。栄養状態は格段に向上した。都市生活、交通手段も格段に便利になり、日常的に歩く距離が減り、消費するエネルギーは激減した。しかし空腹でなくても習慣的に毎日3回食事をとり、脂肪分摂取が増え、食事の内容も変わり、いわゆる生活習慣病が増えた。糖尿病、肥満、高脂血症などである。そのために心臓や脳の血管病による死亡が増えるようになった。予防は生活習慣の改善の必要性へとシフトしている。また日本は世界一の長寿国、高齢社会になり、疾病構造も変化し、アルツハイマーや認知障害が増える、ガンでも胃がんが減る一方で大腸、肺、乳腺、前立腺等のガンが増えている。

医療の枠組みの見直し

この40年、経済成長とともに、公的、私的医療機関は増え、県庁所在地等では国立病院、国立大学付属病院、県立病院、市民病院などが生まれた。ほかにも労災病院、厚生年金病院等々、増え続けてきた。それぞれの病院がすべての主な診療科をそろえ、自己完結型の病院を目指す。地域社会全体から見れば診療科目の不必要な重複は明らかだ。しかし、誰も疑問を持たなかった、便利だから良いではないかと。自己負担費用が同じだからブランド志向で大病院へ患者が集まる。大学病院は毎日外来患者が殺到し、

検査項目の希望も多く、3時間待ちの3分診療、という不満が出る。普段は近所の診療所で十分なのに、大病院受診が当然と考えるようになってきたからだ。

医療が社会の重要なインフラであることは、どの時代も不変である。しかしこのような状況の変化とともに、その枠組みは常に適切に変えていく必要がある。50年前までは感染症の研究と診療が主たる対象であった。しかしライフスタイルも疾病構造も変化し、予防のあり方、医療供給体制のあり方、保険制度、医療教育、高齢社会に向けた対応など、医療制度について新たな課題を根本的に検討していかなければならない。

健康への自助努力

いまや生活習慣の改善、喫煙・肥満等の軽減こそが予防の中心である。40年前の、結核等の感染症予防対策と予防接種、栄養指導等の保健所機能による予防とは違ってきている。なぜ日常のビタミン剤までも保険医療で面倒をみなくてはいけないのか。生活習慣病の定期検査は1、2ヶ月に1回程度は公的医療でみても、それ以上は私的保険でも良いのではないかと。自分でできる健康管理こそが第一に必要であり、生活習慣の改善こそが予防の基本である。予防への対策のないままで、これらの生活習慣病医療のすべてを公的医療費でみる必要があるのか。一部に私的保険という選択があっても良いのではないかと。若い健康な人は救急、外傷などだけの医療保険という選択もありうる。薬剤費も、例えば年間3万円までは自己負担にすれば保険の掛け金が安くなるというような選択肢もあるのではないかと。これらの私的保険は1年ごとに契約更新し、医療費を使わなければ次年度の掛け金は安くなるとか。公的医療コストはどのように負担するかを見直す必要がある。

医療供給体制の再構築

地域ごとに医療供給体制を見直す時期がきた。地域ごとに人口構成、年齢構成、基幹病院の数も病床数も違う。昔と違って都市のほとんどの開業医の自宅と診療所は別の場所にあり、診療所は昼間しか開いていない。であれば夜の時間帯は地域の基幹病院を共通の資源として地域の医師も医療人も共同利用すべきであろう。そして救急は基幹病院で行い、例えば人口5～10万人に1箇所程度を整備して、地域の医師が交代で診療に参加すればいいのである。病院単位ではなく、地域というもっと広い視点で考え、風邪などの通常の診療は近くの診療所でみてもらい、基幹病院には公的資金

を投入して必要な高額医療機器等を導入し、地域で共同利用する。多くの外来患者が大病院や大学病院に殺到することは公的医療費の無駄であろう。地域住民のための医療という視点で公的医療費と医療資源を再構築計画することが急務である。

こうした中、医療改革が徐々に進められている。昨年末、厚生労働省の医療計画制度の改正案がまとめられ、平成18年度から、医療機関の病床数が過剰に多い地域について都道府県が弾力的に調整できるようにするなど、独自に医療計画を立てることになった。地域に適切な医療供給体制の再構築計画を任せるのである。地域の状況は自治体が一番よく知っている。そのいくつかのモデルが動き始めている。大学等の医療制度や経済・経営の専門家グループが地域医療政策の立案に関わり、対応することも出来るようにする。政策担当者たちともデータを持ち寄って分析し、議論し、政策の選択肢を提示する。この分野の政策立案への人材も育成でき、シンクタンク機能を発揮できるようになるだろう。

医師の教育と育成

大学の臨床教育は十分なのか、あまりに研究偏重ではないかとの声は従来から多くあった。明治時代からの制度であり、現在の大学制度は行き詰っている。しかし、情報技術の進歩による社会の意識の変革の波は防げない。変動する社会に対して医療人、医学教育と研修に関わる人たちの社会的責任は重い。

歴史的、社会的背景は違うが、米国、カナダ等の医学教育には学ぶべき点が多い。私自身の経験からも医師の教育、育成の制度は最も優れているといえる。2年前から日本でも医師の卒後臨床研修が義務化された。これは大きな制度改革への第一歩に過ぎないのである。次は、4年制大学卒業者を対象にした「4年制 Medical school」へと早急に移行すべきなのである。大学卒業後、基本的には違う大学の医学部へ進んで4年学び、その間に少なくとも2年は臨床研修を行う。基礎科目も含めて実践的臨床中心の、自から学ぶ教育が中心となる。米国やカナダ、オーストラリア(一部)の制度であり、明らかな利点がある。研修先は全国規模のコンピュータマッチングによって決定される。

このように医師になるプロセスで常に「他と混ざり」、外の目に曝されることにより、大学や病院、教員や指導医の相互評価(Peer Review)が行われ、医学教育の質が向上し、そのレベルが確保され、よりよい医師の育成が可能となる。医師の育成は重要な課題だから、公的資源を投入し、その見返りとして辺地、地域医療への参加などの義務も課すべきであろう。国立大学の法人化により授

業料を上げる可能性が高まり(既に始まっている大学もある)私立大学の財務状況の実情を見れば、経済的に恵まれた人しか医師になれないような社会の将来は不幸である、極めて暗い。

日本人の精神的基盤とみどりの場

現在、死亡者の85%が医療機関で亡くなる。このような死を迎えることが今の高齢社会の中で満足なことだろうか。どこまで終末医療を提供するのか。高齢社会とともに対応する各種施設は増えたが、では日本人の死生観、精神的支柱は何なのか。仏教か、神社か。千葉大学法経学部教授の広井良典氏によれば、義務教育の場としての中学校は全国に1万箇所、一方で神社仏閣は17万箇所という。神社は「杜(もり)」ともいわれ日本人の自然観を表しているのかも知れない。家族とは何か、地域社会とは何かを考える中で、これらの場を地域社会の中心と考えることは出来ないか。神社や寺は高度成長期には幼稚園など経営していたところもあるだろう。このような場所がそれぞれの地域で連携の核となり、終末期をみとる、心の問題にも対応できる場とはならないか。家族も、住民も、医師も、看護師、仲間たちも、世代を超えて集う場所となりはしないか。一考に値する考えだろう。世界一の高齢社会であるからこそ、世界に先駆けたモデルを提示できるのも日本ではないだろうか。

GDP500兆円、医療費32兆円、パチンコ30兆円、葬式15兆円。何かおかしくはないか。世界第2位GDPの日本の経済活動の中で、医療費がこのようなバランスで良いのか。選択肢の少ない公的医療保険制度。一方で、いつでも誰でも診療を受けられる「ぜいたく」な公的医療制度は、先進国でも日本ぐらいのものなのである。この40年は経済成長と医療技術や機器の進歩がペースを合わせていたので、誰も不都合と認識しなかつただけのことである。これを当然と国民が広く認識しているところにも問題がある。

「公的」医療費と「国民」医療費は違うのであり、どこまでを公的医療として、社会基盤として構築するのか。どの部分を私的保険制度等で選択できるのか。これこそが医療政策、制度設計の大課題なのである。社会構造、疾病構造、医療の進歩、価値観等すべてが急速に変化している。対応は急務である。国家政策として10～20年の視野で大きなビジョンを示し、進むべき方向を明示した上で、たとえば3～4次にわたる5年計画のように制度設計を国民に問い、改革を進めていくべきなのである。これが国家政策というものである。公的医療は国民と社会の信頼と安心への最低条件であり、これを満たせない社会は、そして国民は不幸であり、国家の信頼は崩壊するだろう。