

よくわかる医療経済学入門（16）

- 「医療経済フォーラム・ジャパン」実況中継 -

## 21世紀の医療制度と医学教育への提言（下）

東海大学医学部教授・東海大学総合医学研究所所長 黒川 清

### アメリカの医療費はGDPの4%が公費、日本は2%

アメリカの場合は医学部の学生が毎年1万6千人卒業しますが、脳外科医になるポジションは70程度しかありません。なりたい人はそこを目掛けて申請するわけですが、その70人に入ったら7年間の研修をやらなければならない。その7年のうちにどんな手術を何例すると決まっています。それだけやらせることができない病院は研修医を採れないわけです。その代わり研修医の養成費用は国が出しています。

医療提供者の側は、外科では5年研修やったらこれだけの水準の医師を出しますということのパブリックに知らせるわけです。ただし研修医が2人でやった手術はカウントされない。それぞれの研修医が指導医と一緒にやった手術がレジスターされ、1人の研修医について腹部は75例とかindex例と数が決まって、総数500例、それをクリアできない病院は研修医を採れない。

そして、その十分な症例が集まらないところは研修医を雇えないわけです。もしその病院がそれだけの症例をクリアするのに6年かかるとしたら、研修医からすれば、こんな安い給料で6年はたまらないうと、行く人がいなくなってしまう。

このquality assurance(品質管理)が病院と研修医の両方作用しているということがすごいことです。それだけパブリックに対して質を保証していることになります。このようにプロフェッショナル・コミュニティが常に自立して機能しているからこそ国民の支持があり、国がお金を出すわけです。研修医1人につき10万ドル出し、そのうち研修医の給料が約4万ドルで、あとは病院の費用になっています。

いまアメリカはGDPの15%が医療費で大騒ぎになっていますが、実はそのうちの4%強は公的なお金です。これは高齢者と低所得者のメディケア、メディケイド、退役軍人病院等のお金がそれだけ出ているということですが、そのほかにも研修医1人10万ドルもそこから出ています。それは研修医をそれだけの質で養成しているというプロフェッショナル・コミュニティの約束があるから国民も出しているわけです。日本は、医療費としての公的な資金はGDPの2%しか出していない。ものすごく少ない。少なすぎる。

日本は省庁の縦割りという問題があり、たとえば厚生省関係では20年ほど前にナショナルセンターとして国立循環器病センターをつくりました。大阪の千里に立派な設備でいいお医者さんがたくさん集まっています。患者さんもあそこに行けば安心です。しかし、循環器の患者さんが手術をしたりカテーテルをやるとストレスになりますから、なかにはそのストレスで胃潰瘍になる人もいて出血します。ところが、そこにいるお医者さんは循環器の専門ばかりだからそれが分からないかも知れない。もし内視鏡をすればよかったら、わざわざ中之島の阪大病院まで連れていかなければなりません。

10年ぐらい後に文部省が阪大病院を千里にもってきたからいいのですが、専門病院というのは総合病院のすぐ横にこっぴつて機能していることが大切なわけで、専門病院だけで建っているということはあり得ないのです。これなど省庁の縦割りの非常にまずいところ。総合病院と専門病院が距離的に

も人的にも連携していることがすごく大事なわけです。そこを人が行ったり来たりして常に一緒に診療も教育もしているというのが重要で、それによって患者さんも安心なわけです。

## 大学教育をプロダクトで検証する

アメリカやイギリスでは専門医になるためにはトレーニングの間にどのようなことをし、何例手術をしなければいけないということが定まっています。そのかわり、それが終わった人は普通の人と給料が違う。そうしないかぎり、一生懸命がんばるはずはありません。

次に、患者ニーズの多様化に対応した保証制度の整備(ナショナルミニマムとしての健康保険制度)ですが、これはセーフティーネットとしての健康保険制度の拡充です。それが国の医療政策の基本であり、そのためにはまず公的な病院の無駄を排して再整備するということが重要です。

その上で自由診療部分は導入してもいいのではないかと思います。それによって公的医療提供の効率化へ向けた再編をしていく一方、ビタミン剤も自分で払うのは嫌、糖尿病の薬も全部払うのは嫌、ヘルスクラブにお金を払って行くのも嫌だという人のためには、民間保険があってもいいと思います。自己責任です。

いま大学進学率が50%になってきて、ロースクールなどが話題になっています。アメリカでは同じ出身大学には進学させないというのがロースクール、メディカルスクール等の大学院や高等教育の理念であり見識です。

ハーバードのメディカルスクールは定員が150人ぐらいですが、そのうちでハーバード大学を出た人は25%以上はとらない。意識していろいろな大学から来た人が混ざるようにしています。あの大学はすごくいい卒業生を出しているという話を大学の教育のプロダクト、つまり卒業生で評価できるようになっている。しかも卒業すると研修医は全国に散らばって、コンピューターでのマッチングで、あそこの医学部は本当に良いお医者さんを育てているということがすぐに分かるようになっていく。あのプログラムはいいということ全国からの卒業した人が評価してくれるプロバイダーとパイヤーが双方で評価し合えることになってフィードバックがあり、双方向で向上させるシステムが非常にうまくいっています。

ですから、日本でも4年の大学を出た後に4年制のメディカルスクールにすべきだと私は思っています。なかなかこれはみんな経験がないので、ヘジテイト(躊躇)しますが、オーストラリアのように臨床教育がイギリス式でよくできている国でも、4年前に10ある医学部のうち3つがアメリカ式のメディカルスクール方式にして、大学を出た人しかとらないようにしました。やはりこれからの複雑な社会にあっては、お医者さんは十分な教養と経験を積んださらなる成熟が必要で、しかも自分でもっと勉強しようという意欲が大事だということから、4年の大学を出た人しかとらないようにしています。

卒後の臨床研修の必修化については、同じ大学の人は少数派にしようというようにならなくてはと思います。特に日本のような「タテ」の「ムラ」社会ではこれを制度として導入すべきです。全国規模の研修のマッチングを進めて、プロダクトを比べるようにしようということです。専門医の資格も心臓の手術の下手な心臓医をたくさん養成しても仕方がないので、自分だったら誰に手術してほしいかと考えて政策を医師側が自発的に進めるべきだと私は思います。

いままでの研修のカリキュラム、医学教育もすべて「供給側の論理」でいっているだけの話です。しかし、いまのグローバリゼーションの時代ではこうした論理では動かない。むしろ「受益者の論理」で供給側が変わっていかなければならない。このことに十分に気がついていないのではないかと思います。

この臨床研修にはやはり公費を投入すべきです。これについては政治的な決断ですから、われわれは厚生労働省の応援団として、厚生省がいかに財務省から予算を取れるようにするかと努力しているわけです。このためもっと国民の支持を得られるように社会に説得力のある医療制度にしなければいけないと思います。

その1つとして、私は医師会の主導による医師免許の更新制度を提唱しています。これは厚生労働省が行うような性質のものではなく、医師会が自分たちの論理で行うべきものです。たとえば5年に1回の医師の免許証の更新制を自ら言うべきです。はじめはシーリングの低いものでも構いません。たとえば医師会の生涯教育を1年間に20時間受講しなさい、地方の人だったらテレビとかビデオでもいいといったようなことです。

私はカリフォルニア州の医師免許を持っていますが、5年に1回更新しなければいけません。そのため1年に25時間程度の研修を行わなければいけないし、そのほか毎年、半日の心肺蘇生術の実習を受けなければならないことになっています。

## GDPの3倍の借金がある土建国家ニッポン

いま日本のGDPは500兆円です。一方、日本の国の借金はいま690兆円でGDPの140%あります。特殊法人の借金も300兆円ありますから、両方を合わせて1,000兆円の借金です。GDPの2倍の借金を抱えています。そのほかに不良債券は銀行で30兆円とか50兆円とか言っていました、本当は300兆円から500兆円あり、アングラの方にもかなり流れていますから、合計するとGDPの約3倍程度の借金があるということを世界の人は皆知っています。

GDP500兆円のうち、先進国では異質と言える日本の一番際立った特徴は、土木建築です。ここに、96年で81兆円と書いてありますが(表)、このうちの35兆円が公的な土木建築、高速道路やダムです。いま日本はどのくらいのダムを建設しているかというと、まだ100はやっています。一級河川でダムのない川は1つしかなくて、釧路川です。これはあまり平らすぎてダムができないという話なのでしょうか。つまり、ありとあらゆるところにコンクリートを流し込んでいこうというのが日本のいままでの政策です。

表 建設投資対GDP比(1996年)

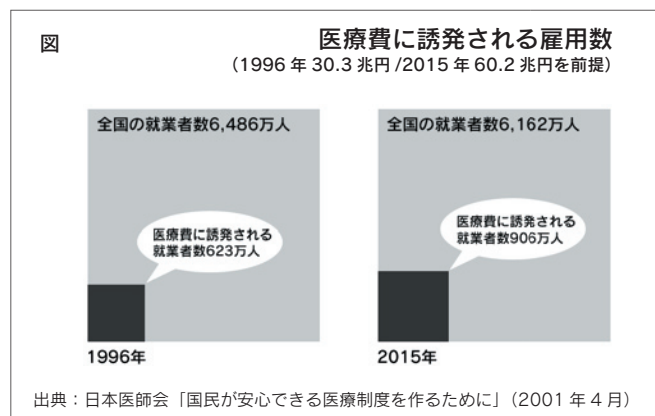
国	建設投資額(兆円)	対GDP比(%)
フランス	7.9	4.7
ドイツ	22.1	8.6
日本	81.4	16.2
イギリス	5.5	4.4
アメリカ	59.5	7.2

出典：日建連ハンドブック'98

この日本の35兆円の公的な土木建設に対して先進G7ではどのくらいかというと、日本を除いたG6を全部足しても30兆円です。日本は1国で35兆円ですが、それが全部毎年の赤字になっているわけです。無駄な建物をたくさん建てて、あと10年もするとみんな収益が上がらず新たに不良債権化するだけです。どうしてこれをやめられないのか。一つには土木建築に従事している労働人口が日本の総労働人口の10.5%いるからです。一方、健康関連の雇用は医薬や保健その他いろいろ入れて労働人

口の5.5%です。この土木建築の雇用部分をもっと医療のほうに移すべきです。

アメリカやイギリスの病院ではレントゲンを撮りに行くのに日本のように看護師さんがベッドを押したりしていません。オーダーリーという白衣を着た男の人たちもいろいろやってくれる。看護師さんは看護の業務に専念し、看護師さんはしょっちゅう病室に来てくれます。日本は看護師さんが人手不足ですから横浜市立大学付属病院のような問題が起こる。土木建設の人たちの雇用はこうした健康関連で吸収できるでしょう(図)。



日本は戦後の復興期のころと同じようなパターンでやっている。この土建国家をどうやって変えるかというのが一番大きな課題ではないかと思います。

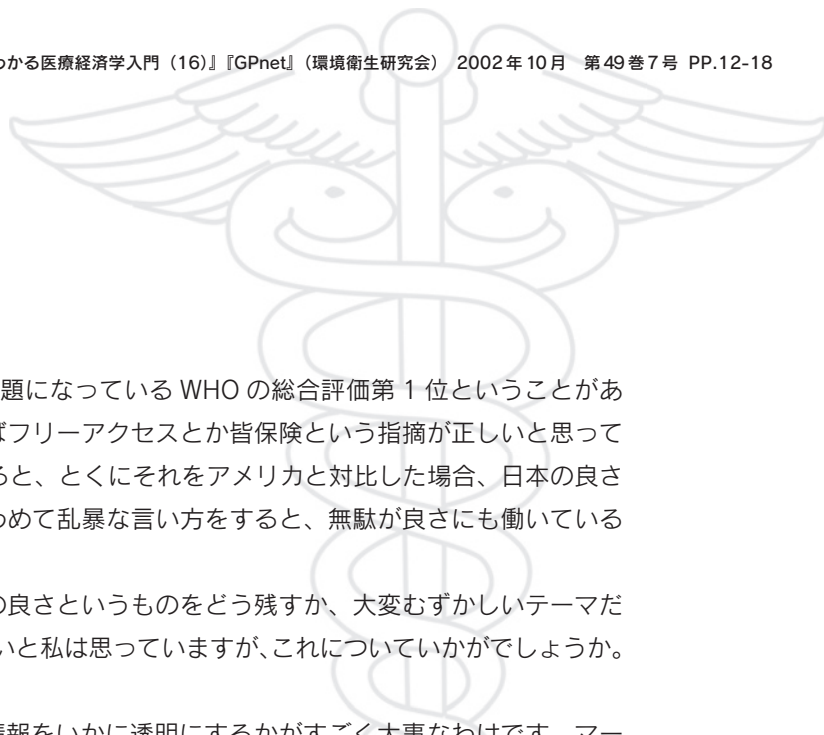
アメリカでは、総労働人口の11%が日本で言っている医療関係従事者です。もちろん保険会社の雇用も多いのですが、日本では総労働人口の5.5%にすぎません。土建にすごく労働人口が集まって、国のお金をどんどん注ぎ込んでいる。この異常な日本をどうするかです。

国民は決してそんなことを望んでいませんから、これを変えるのは政治の力です。したがって、どういふ政治家を選ぶかですが、皆さんが望んでいる健康で安心できる社会にしようという政治家をみんなが選ばなければいけないのです。これが“ムネオ現象”等の背景にあるわけです。それは決してお役所から直ってはいきません。これはやはり政治を動かす。それは国民が動かさなければいけないし、そのためには国民に私たちがしょっちゅう話をしなければいけない。

したがって、国民の意識調査と実際に国が投資している部分とがまったく違うところにあるということに問題があるのです。私はどちらかという厚生労働省や文部科学省に比較的近いせいもあるけれども、いかに財務省から予算をとるかというのは政治的な決断ですから、それは国民がどういふ政治家を選ぶかで決まってきます。

全部隠しているわけではないけれども、マスコミも悪いのです。ある大新聞では、社長の意向に逆らったことは書けない。一番ニュートラルだと思われるある大新聞でさえ、社長の意向に逆らったことを書いた論説委員がとばされた。これが日本の社会の大きな問題の一つだと思います。

ありがとうございました。(拍手)



## コミュニティが育てるかかりつけ医

渡辺俊介氏(日経新聞社論説委員): 最近話題になっている WHO の総合評価第 1 位ということがあります。私自身もこの理由としては、たとえばフリーアクセスとか皆保険という指摘が正しいと思っていますが、この 1 位の背景、別な言い方をすると、とくにそれをアメリカと対比した場合、日本の良さというのはどこにあるのか。ある意味で、きわめて乱暴な言い方をすると、無駄が良さにも働いているのではないかという気がします。

医療改革を進めるのは結構なんですが、この良さというものをどう残すか、大変むずかしいテーマだと思います。相当緻密に対応しないとむずかしいと私は思っていますが、これについていかがでしょうか。

黒川: そのとおりだと思います。1 つは、情報をいかに透明にするかがすごく大事なわけです。マーケットの導入というのは、必ず情報の透明化ということと一体でなければできません。もう 1 つは、日本の場合は CT や MRI が対人口比で一番多いということです。これは、ある意味では非常にいいことです。なぜかという急性期の診断に非常に役に立つからで、先ほど言った結石破碎装置などと全然違った意味があります。

この間もあるテレビに出たときに、視聴者からの投書ということで、風邪をこじらせたか何かで大学病院へ行ったら 2 時間待たされてちょっとしか診てくれなかった。非常にけしからんと文句がありました。私はそのとき、「なんでそんなことで大学病院に行ったのか」と言いました。そこに問題があるわけです。かかりつけ医がいなくてよく言うけれども、病気になってから探そうとするから、いわゆる弱みを握られたような気になってしまう。皆さん一人ひとりが住んでいるコミュニティで、お医者さんもそこに住んでいるのだから、普段健康なときにお医者さんと付き合う。そうすれば地域の皆も家族も含めてどうしてお医者さんか分かる。コミュニティでお医者さんの評判というのを共有すべきです。コミュニティでお医者さんを育てることもすごく大事だと思うのです。それによってかかりつけ医と病院の機能をもっと分離できるわけです。

私が東海大学に行ったときもそうですが、市長さんやその主婦の集まり等に会いに行くと、皆さん病院でボランティアしませんかと言います。病院というと自分が病気のとときか身内が入院したときしか行くことないでしょう。普段元気なときに病院の中で働いてみると看護師さんや僕らがどんなことしているかが分かるし、そうすればどんなことをしたらいいのかお互いに理解しあつて、もっといいコミュニティと医療供給システムがつくれますという話をするのです。そういう話をもっとパブリックにすべきだと思っています。それをしないと、いくら広告規制の緩和といっても意味がないのです。

だから、いいお医者さんは自分たちで育てるとするのが大事で、そういうのをもう少しやりたいなと思っています。そうでないと社会にも患者さんのほうも無駄なことが多いし甘えの構造があるのです。

## ウソをつく顔に出るから政治家にはなれない

谷修一氏(国際医療福祉大学学長): 先生がおっしゃったことに、全体としては異論はないのですが、結局最後は政治の話で、それもそうだと思います。しかし日本の政治家というのはたしかにいろいろ悪い人もいます。ただ、悪い政治家というのはどの国にもいると思うのです。日本で今一番問題なのは、良い政治家がいなことなんじゃないかと思っています。将来を託せると思うような政治家です。

1年ほど前に先生が選挙に出るのではないかというわさがあつて、私は大いに期待していましたが、それでもないようだし、ますます将来は暗いのではないかと思います。

黒川：たとえば野茂やイチロー、ワールドカップのサッカーもライブで見せるテレビがあるから、皆が世界と日本のレベルを比較し評価できるようになっているわけです。つまり、テレビ等は放送側の価値判断なしに広く見せているわけです。そういう意味では、マスコミもそうだけれどもいろんなところに、これが良い悪いではなく、こういうのがあるという話をしょっちゅう投げてもらわないと、民意は変わってこないと思います。

いま日本で異常なのは、衆議院、参議院入れて50%ぐらいが2世、3世等の議員です。要するに、政治家そのものが世襲になっている。これは非常に異常なことであつて、利権がその地域とくっついていからです。アメリカの場合は大統領選挙を争ったブッシュとゴアがたまたま両方とも2世議員だから、いかにもアメリカでも2世が多いように思うかもしれないが、そうではないのです。上院、下院入れて2世議員は多分10%もいないのです。

この間、ケンブリッジ大学でどういふ学生をとるかという話で、9割は成績が良いとかいふ人をとるけれども、1割は必ず「クレージー」な人を入れる。何をしでかすか分からないような人です。そういう人たちが世の中を変えていくエネルギーと可能性を生むと言っていました。たとえばアラビアのロレンスはオックスフォード大学卒です。ああいうエリートの一部が何かやるというオブリゲーション(任務性)を持っているわけです。そういう意味では、いまの日本の政治家でも「ローリスク・ハイリターン」のキャリアを捨てて何かをやる人たちが将来を担うと思うのです。

そういう人たちをもっとプレスがパブリックに対してボンボン言うことが大事で、最近では民主党のFさん。東大法学部、大蔵省と一番いいところにいたわけで、まだ36歳です。彼は大蔵省からコロンビア大学に留学させてもらつて、何かのパーティで誇らしく自信をもって「I am a bureaucrat」(私は官僚です)と言つたらみんなに笑われた。それで、はたと気がついたということです。その後、大蔵省を辞めて民主党から選挙に出たというのは大したものだと思います。

今度横浜の市長になつた中田君なども衆議院を3期やっているのに、市長の3選は絶対反対だと主張したが、誰も出ない。仕方がないからと自分が出た。前の市長は実績のあつた人ですから、相当のリスクですね。彼もまだ37歳ですが、そういう人を育てていくのにメディアの役割というのはものすごく大事だと思っています。そういう意味では、あまり悲観はしていないんです。

私は政治にあまり興味はないし向いていません。やはりウソをつけないのです。ウソをつくと顔に出してしまうから政治家にはなれないと思います。