

21世紀の医療の方向

黒川 清

はじめに

21世紀を迎えて、日本の医療制度は大きな転換期を迎えている。問題は何か、なぜ問題なのか、そして解決策への課題は何か。しかし、医療は国の基本的な制度の1つであり、日本の制度そのものの問題という認識と改革なくしては、医療制度改革は不可能であろう。これらを踏まえて、21世紀を迎えて日本の医療制度改革へのいくつかの具体的な提案を試みよう。

従来の医療制度

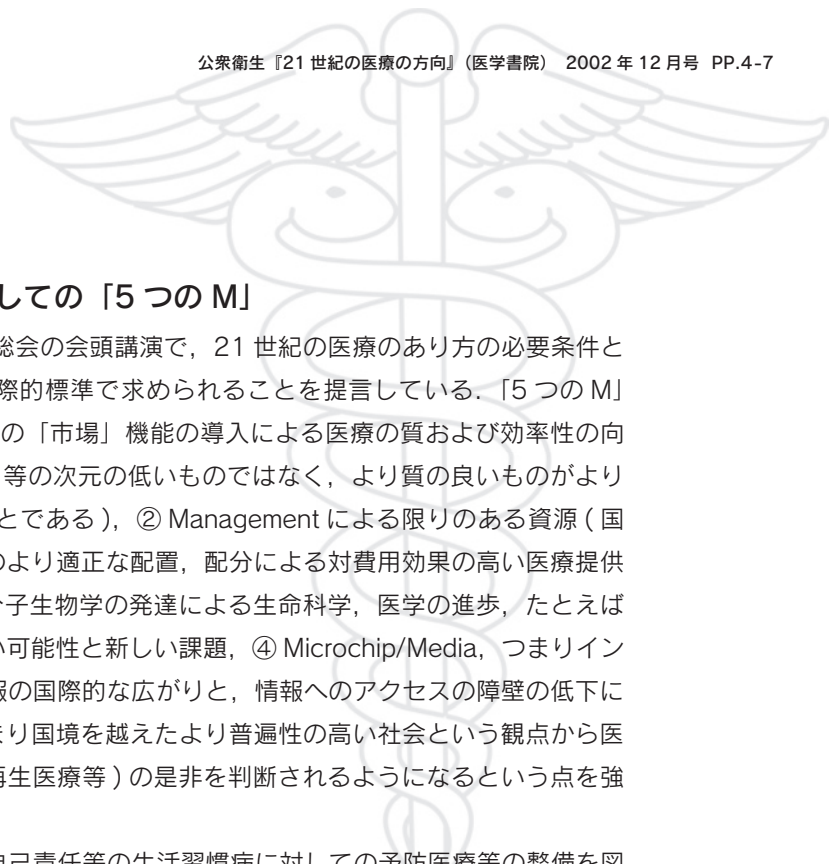
昭和36年に導入された国民健康保険制度は、低コストで比較的「質の良い」医療を提供してきたと言える。さらに日本での公衆衛生政策の効果もあって、日本は世界一の長寿社会を構築した。わが国の医療制度の特徴は「フリーアクセス、現物給付方式、点数制出来高払い方式」で、「誰でも、どこでも」、「自己負担費用が少なく」、「制限を受けることなく受診が可能」という理想的なものであったと言えよう。しかも、患者はどこかの医療機関も「自分の判断で」選択できるのである（これは珍しいことで、一方では無責任でもあるのだが）。しかし、診療報酬点数制度による統一的で一律な規制のもとで、総医療費を政府が管理していた。

この医療制度を支えた社会・経済的背景には「右肩上がり」の経済成長、比較的少ない高齢者層という人口構成、医療に関する情報障壁の高さと医療訴訟が少ない社会情勢、感染症や急性疾患等の普遍的医療中心の疾病構造にあったと言える。

この医療制度では、患者は自己負担が少なく医師の「はしご」が自由にできるので、自分で自分の健康を守り、日ごろから医師を選ぶことに真剣になるという観念を植え付けてこなかったとも言えよう。一方で医師も多くは病院勤務医となり、その専門性や臨床経験に基づいた「腕前」にかかわらず、年功序列、横並びの給与体系であり、医師個人の臨床の技能やがんばりが報われるようなシステムを構築できなかった。つまり患者・国民、そして医師の両サイドに、医療の質を高めようというインセンティブが作用していなかったのである。さらに、明治以来の「タテ社会」で「他流試合」を避けてきた大学医局に医師の派遣等を支配されてきたという、「護送船団的」、「ムラ社会」が当然と考えてきた、従来の日本人の価値観と日本社会の典型例の1つが、医師社会であったとも言えよう。

医療を取り巻く環境の急激な変化

20世紀の終わりを迎えて、日本の従来の医療制度を支えた社会・経済環境が大きく変化した。すなわち、①急速な少子高齢化社会への進展による国民医療費の増大、医療の受益者と費用の負担者の不公平が拡大したこと、②長引く経済の低迷による医療費の国民負担の増大、③国際化・情報化の進展による社会と患者の権利意識の変化、④医療技術、生命科学の進歩と医療に対する患者の選択肢の拡大、⑤医療・生命倫理に関する新たな問題の発生、⑥生活習慣や高齢による慢性疾患中心の疾病構造への変化、⑦生活習慣に対応する新たな体制（自分の責任でライフスタイルを変えること）の必要性の増大、等が挙げられる。



21世紀の医療のあり方の必要条件としての「5つのM」

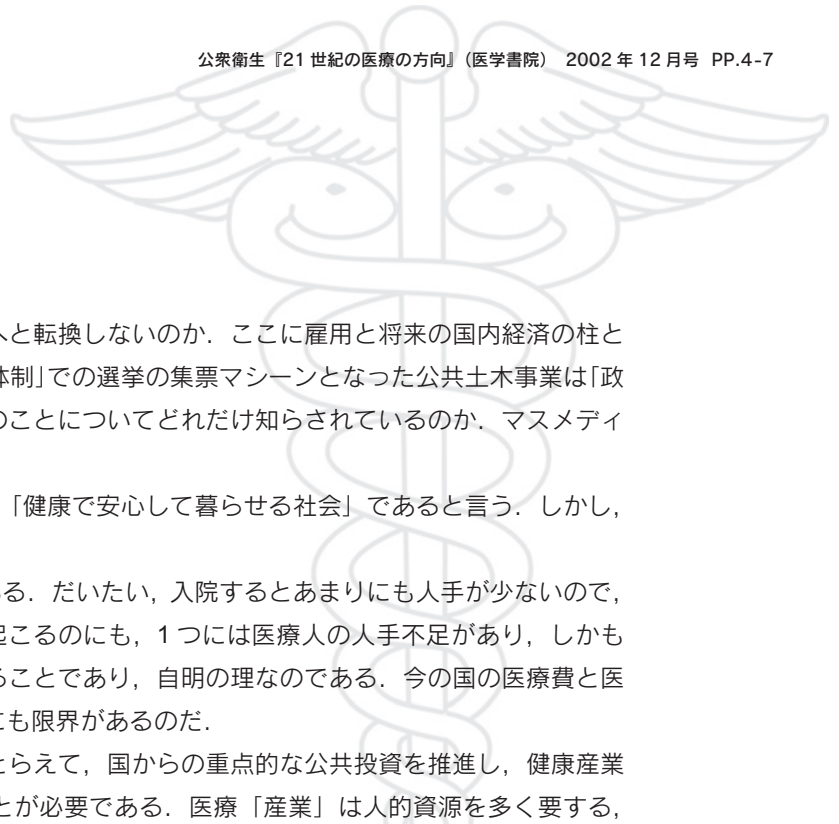
筆者はすでに、平成7年度の日本内科学会総会の会頭講演で、21世紀の医療のあり方の必要条件としての「5つのM」と、これらの整合性が国際的標準で求められることを提言している。「5つのM」とはすなわち、① Market, つまり医療制度への「市場」機能の導入による医療の質および効率性の向上であり(「市場」原理は病院の「株式会社」等の次元の低いものではなく、より質の良いものがより適正な低価格で得られるというシステムのことであり)、② Managementによる限りのある資源(国の財源、医療機器、専門医のマンパワー等)のより適正な配置、配分による対費用効果の高い医療提供体制の構築、③ Molecular Biology, つまり分子生物学の発達による生命科学、医学の進歩、たとえばクローニング技術、生命科学と倫理等の新しい可能性と新しい課題、④ Microchip/Media, つまりインターネット等の情報技術の発達による医療情報の国際的な広がり、情報へのアクセスの障壁の低下による国民と患者の選択の拡大、⑤ Moral, つまり国境を越えたより普遍性の高い社会という観点から医療(生殖医療、遺伝子診断や治療、安楽死、再生医療等)の是非を判断されるようになるという点を強調した。

さらに、国民・患者サイドにも自助努力、自己責任等の生活習慣病に対する予防医療等の整備を図るとともに、経済成長を果たしたこれからの医療制度では、自己責任と自己選択としての「自由診療」部分を医療制度に導入すること、私的医療保険の導入等の複数の選択肢を考慮する必要がある。ただし、この「自由診療」と「混合診療」、「特定医療費」、「公私ミックス」等の用語が同じ、あるいは違った意味で使われているので、これらについては開かれた、広い範囲にわたる論議が必要である。

21世紀の医療制度と国内経済の中心としての「健康産業」へのシフト

では、どのような政策転換が可能であろうか。医療制度について言えば、まずは「グローバルスタンダード」の内容を伴った医療を提供できる医療制度への転換が基本的な目標であろう。だいたい「G7経済先進国」では、医療制度は国の歴史や文化によって異なるとはいえ、ヨーロッパでは主として日本と同じような社会保障制度の一環として機能している。米国の制度は市場に駆動されて、民間がより強い医療制度であり、それはそれで多くの問題を抱えている。しかし、日本がこれらのG7でも対GDP比では医療費は英国と並んでもっとも低い約7%である。米国の約13%とまでは行かなくても、日本は高齢化率もG7経済先進国中最高であることから、医療費はもっと増やすべきであろう。事実、英国では医療費への国の投資が少なすぎるとして、本年度から何年かにわたって国の医療費投資を急速に増やす政策がとられた。これが国民の要望なのであり、政策に反映されているのである。

特に筆者が強調したいのは、国の投資としての公共投資についての国民的議論が必要であるということである。20世紀後半の日本は、戦後の国土復興を目指した土木建築を中心として公共投資がなされた。これは1960年代までの開発途上国としての日本の政策としては当然であった。しかし、このパターンはその後40年にわたって維持され、21世紀になってもいわゆる「55体制」(事実は戦時に形成された国民総動員法による体制の「1940年体制」であるが)のもとで基本的に変わっていない。今でも、GDP比16%の80兆円の国内経済が土木建築であり、そのうち公的投資は35兆円であり、これは毎年借金となって国の負債を増やしているのである。日本の国の負債額は対GDP比(500兆円)で140%(約700兆円)の公的債務、さらに特殊法人の借金300兆円、そしてその他の不良債権(300兆円程度ではないかと推測されている—国内の発表ではもっと少ないが、海外での推測ではこの程度の額の不良債権があると発表されている)を入れれば、世界最悪の借金王国である。にもかかわらず、土木建築への公共投資への借金を増やし続ける。同じ土木建築の公共投資は先進G6国を合算してせいぜい年間30兆円であり、国土面積にして日本はG6の80倍の土木建築への公共投資が毎年なされるという「土建大国」



なのである。

なぜ、この一部を徐々に「医療健康産業」へと転換しないのか。ここに雇用と将来の国内経済の柱とする政策転換が必要なのである。しかし、「55体制」での選挙の集票マシンとなった公共土木事業は「政治家と業界」を巻き込んで抵抗する。国民はこのことについてどれだけ知らされているのか。マスメディアは国民に何を伝えているのか。

一方で、国民の世論調査では、一番の希望は「健康で安心して暮らせる社会」であると言う。しかし、今のままではまだ遠い。

日本の政策は何か、どこかがおかしいのである。だいたい、入院するとあまりにも人手が少ないので、患者は怖くなるのではないか？ 医療事故が起こるのにも、1つには医療人の人手不足があり、しかもオーバーワークがあることは誰でも感じていることであり、自明の理なのである。今の国の医療費と医療制度のもとでは、良質な医療を提供しようにも限界があるのだ。

これからは、医療を健康「産業」の一部ととらえて、国からの重点的な公共投資を推進し、健康産業を国内経済活性化の「目玉」と位置づけることが必要である。医療「産業」は人的資源を多く要する、雇用を増やすのに有効な「産業」分野であり、雇用吸収面からも効果的な投資となることは明らかである。さらに「バイオ」は知的付加価値の高い「21世紀型」成長産業なのである。このような「産業」に対して、すべてを「規制」し、「総量」も制限していたのでは、産業などとして「健康産業」が成長するわけがない。「健康関連国内経済」と位置づけて、「医療費」は対GDP比10～15%を目指すべきであろう。

今、私たちは土木建築産業重視から医療・福祉産業重視の投資政策へシフトし、産業転換を推進すべきなのである。そして、この「純増」分はできるだけ「規制」の少ないシステムへと誘導すべきなのである。

日本では労働人口の11%が土木建築である。しかし日本を除く先進G6国ではたかだか4～7%なのである。一方で医療関係業種は米国では雇用の11%を占めるのに対して、日本ではせいぜい5.5%であり、日本は米国に比べれば産業と雇用の分布と構造がまったく逆なのである。日本の産業構造と雇用は、開発途上国型と言えよう。

疾病構造と社会の変化に対応した 医療提供体制の再構築

もちろん、その一方では余分な構造を廃した医療提供体制の再構築が必要である。いくつものプランがある。問題はいわゆる「抵抗勢力」となる分野があり、人々がいるということである。21世紀に向けて、痛みは少ないに越したことはないが、構造変革は免れない。診療所と病院の役割を明確化し、役割分担と機能連携を図るべきである。かかりつけ医と専門医の機能分化と連携の推進も、この線上にある施策である。

さらに、病院は急性疾患と慢性疾患等の疾病の特性に応じた病床の機能分化の推進を行う一方で、変化する疾病構造に対して、特に生活習慣病と言われる自分での努力が有効な疾患群へは、国民への疾病教育等を含めた予防医療の充実と、これへ向けたインセンティブの構築、たとえば「喫煙者の死亡保険料値上げ」のようなシステムを医療保険にも構築することを考えるべきであり、自分で加入するかどうかを決める「私的保険」への加入も可能にすべきであろう。同様のことは「がん保険」のようにすでに民間レベルで始まっている。

また、医療の質の向上を目指した医療制度への「市場」原理導入も考慮すべきである。「市場」というと毛嫌いする人たちがいないわけでもないが、情報の公開とあわせれば、結局は必ず「より質の良いもの」が安く手に入るようになる。これは、株式会社の医療参入のような「低次元」の問題とは違うのである。現在は、病院等への規制緩和、経営形態の多様化、情報の公開、医師や病院の評価の推進が検

討, 導入されつつあるが, それぞれをよく考える必要がある。

また, 専門医の技術評価と技術料の一部自由化も避けて通れない。今までは, どんな医師でも同じ料金という, ほとんど理解しがたい, 医師の努力と「やる気」をそぐようなことで済んできた。国全体が経済成長してきたからこそ, 何となくみんな「黙って」いたのであろうか。

さらに, 患者ニーズの多様化に対応した「医療保障制度」としての医療提供施設の整備を, ナショナルミニマムとしての健康保険制度とともに整備, 再編を考慮すべきであろう。一部での自由診療(これは特定医療費, 混合診療, 公私ミックス等と呼ばれるものもあり, 意味合いや解釈が人によって少しずつ違うようである)の部分的導入, 公的医療提供の効率化へ向けた再編, 民間医療保険の活用により, 患者の自助努力と医療設備, 医療保険への選択肢拡大の支援等が考えられよう。たとえば, 国立病院, 国立大学付属病院, 県立病院, 市民病院, 厚生年金病院, 労災病院等の公的病院は, なぜ, すべての病院に消化器内科, 血液内科, 皮膚科, 眼科等々をそろえている必要があるだろうか。その費用は税金・その他の公的資金で賄われている。それぞれ自前ですべての診療科をそろえることは, ずいぶん無駄があると言えよう。

医学教育, 医学研究体制への提言

これらの制度改革には, 医師の教育と研修をとおして, 医師の「質」の保障を国民にわかるように整備することが前提であろう。まず, 医学教育では基本的臨床能力が必要であり, さらに, 専門的技術を持ち, しかも幅広い知見, 人間性を持つ医師の育成が欠かせない。具体的には, 筆者がすでに何度も述べているように, 医学部教育は学士入学制度の導入により4年生の「Medical School」方式へ移行すること, そしてこのプロセスで必ず「混ぜる」こと, 卒後の臨床研修でも全国規模で「混ぜる」研修を推進し, 国民の信頼を得て公費負担を理解してもらうこと, 専門医への資格を強化するために毎年専門医の数を制限すること等をとおして, 社会への責任を医療界が明確に示すことが必須の要件として必要であろう。

さらには, 医師が自ら自発的に医師免許更新制度を導入すべきであり, このようなことが行政主導で導入されるようでは, 医師の社会的信頼は失墜するであろう。このことを医師が自覚し, 実行に移す時が待たなして目の前に来ている。「プロ」集団の社会的責任というものを, 国民は見ている, そして世界は見ているのである。

文 献

これらの文献は, 筆者のホームページ (<<http://www.kiyoshikurokawa.com>>) で読むことができます。

- 1) 黒川 清: 内科医への期待. 第93回日本内科学会講演会会頭講演, 日内会誌 85: 1369-1378, 1996
- 2) 黒川 清: 「21世紀へのチャレンジ」—21世紀国際化時代; 「プロ」内科医師育成. 日内会誌 90(臨増): 53-57, 2001
- 3) 黒川 清: 21世紀の「プロ」内科医育成への課題(第98回日本内科学会講演会特別講演). 日内会誌 90(9): 12-24, 2001
- 4) 黒川 清: 医療政策と21世紀の課題. 第1回製薬協フォーラム, 平成12年12月11日
- 5) 黒川 清: 日本の医学, 医療の構造改革(第81回北海道医学大会総会イブニング・レクチャー). 北海道医誌 77(2): 123-132, 2002

くろかわ きよし: 日本学術会議副会長, 東海大学教授, 東海大学総合医学研究所長, 東京大学名誉教授

連絡先: 東海大学 ・259-1193 神奈川県伊勢原市望星台

ホームページ <http://www.kiyoshikurokawa.com>