

特別寄稿

わが国における医療の将来

(日本学術会議会長・東海大学医学部教授)

黒川 清



1. 日本の医療制度

日本の医療は、低い医療費の対GDPパーセントで高齢化社会に達したということで、OECD(経済協力開発機構)その他では、非常に良いシステムに違いないと思われています。にもかかわらず、どうして日本の医療問題が起こってくるのかという問題であります。今までの医療については、昭和36年の国民皆保険制度、この時の死亡率の1番は脳溢血で、2番目に下がってきたとはいえども結核であります。それから段々とガンが増えてきたという社会的背景がある。脳溢血で死ぬといっても、血圧のよい薬が無い頃の話をしているわけで、その頃の血圧の薬はセルバシル、ハイドララジン、そんな程度です。ようやく利尿剤が入ってきたという時代で、そういう時に出来た国民皆保険制度が基本的には変わらないでいます。誰でもどこでも自己負担が比較的少なくて、しかも制限を受けなくて医療の受診が可能であったというシステムで、みなさんこれをエンジョイしてきたというのが今までのシステムだということです。

2. 自分の健康への責任感の欠如

そこには弊害があります。誰でもどこでも自己負担が少なくて、かつ制限を受けなくて行けるとなれば、ちょっとお腹の具合が悪くてもすぐに近所のお医者に行く。そのお医者さんは何も「高級な検査」もしてくれなかった。する必要ないからしないわけですが、「様子を見ましょう」と言って薬をくれます。ところが二日経ってもちっとも良くなったように思えないから、自分でそれではもう少し大きな病院に行きます。前のお医者には何も言わないです。次の大きな病院でも外来に行って前に何が起こったか一切話をしないで、採血をして検査をしてくれます。レントゲンも撮ってくれます。何か「高級な」ことをしてもらったような気がして、また薬をもらって家へ帰ります。3日ぐらいいてからまだちっとも変わらないから、今度は金沢大学附属病院へ行きます(笑)。前に何をしたかということ全然説明しないで来ます。もちろん、金沢大学の外来に来て馬淵先生に診てもらうわけにはいきません。外来担当の若いお医者さんです。何もよく分からないから沢山の検査を注文するというところもある。CTも予約してくれます。エコーも予約してくれます。どっさり検査をオーダーして薬もくれます。何かハッピーな気持ちになって帰って行きますが、ちっとも良くならない。来週の予約をしたといわれているのですが、帰ってきて薬を見たら、前のお医者さんや病院からのとみんな同じ薬だった。余ったから捨てちゃおうということになります。こういう医療制度でいいんでしょうか。というのが一つ。つまり、患者さんの方に自分の健康に対する普段からの管理と責任感を全く植えつけてこなかったということです。

3. 質の高い医療へのインセンティブの欠如

2番目に、診療報酬点数制度による規制。統一的な一律の報酬体系には、医療する側に、より質の良い医療を築いて行こうというインセンティブが組み込まれてなかったということです。それでも済んだ理由は、右肩上がりの経済成長があったからです。比較的低い高齢者人口、比較的雇用も多くて、生産人

口が比較的維持されていた。医療に対する情報障壁が高かった。だから、医療訴訟が少なかった。医療事故が突然起こりだしたわけではなくて、増えてきた要因もあるかもしれないが、元々あったのが「バレなかった」ということもある。

4. 情報化社会、少子高齢化、そして社会状況の変化

感染症、急性疾患などの普遍的医療中心の疾患構造があった。これが大きく変わってきて、日本は一番高齢化が進んだ。特殊出生率が下がって急激に高齢化社会となる。イタリアと日本が一番高齢化が進んでいるというのは、そういうところにある。だから、今までの日本を支えてきた右肩上がりの成長してきたと言うことで出来てきた、社会システムが全部うまく行かなくなった上に、情報の格差が無くなってきた。ライブのテレビでメジャーリーグなどの外国の様子を見せるとか、インターネットとか、情報がどんどん公開されて、今まで一部の人がしかアクセス出来なかった情報に、一般市民がアクセス出来るようになった。しかも国内だけでなく国境を越えてアクセス出来るようになってきた。今まで情報を持っていた少数の人達に対してすごくプレッシャーがかかってきたということです。そうすると、独特の論理で動いてきた「日本の国の有様」そのものがうまく行かないことがあるということで、いわゆるグローバリゼーションでこの10年間日本の経済はうまく行かなくなり、製造業は中国がどんどん伸びてきているということです。どうしたらいいか、と言っている内に山一証券がつぶれる。うまく行かないなと思っても、ゴーンさんみたいな「外」の社長がやってくると、「さっ」とやることをやってしまう。「なぜやらないの?」と言われると、出来ない理由ばかり沢山言う。だけどやるという責任を取らない。そういう人達が上にいるわけで、メガバンクなんて一番大きいと言っている所があっという間に不始末をしないで済めども、何となく言い訳をして責任を取らない「リーダー」ということになっているのです。

そうしている間に医療を取り巻く環境はどんどん変わってきて、従来の医療制度を支えた社会経済環境が大きく変化してきた。少子高齢化で医療費はだんだん増えてきます。お年寄りになれば、ある程度病気になる率は高い。それから長引く経済低迷ということがあって、その理由はここでは言いませんが、皆さんが知っているとおりです。そうすると、どうするかというところになっているわけで、保険料の徴収もままならぬ。と言うことで、小泉首相が「三方一両損」と思いついたように言うのがまずいのです。それから国際化、情報化の進展でより社会がプロアクティブになって、より良いものを求めたいということは言うけれども、そのためにどういう仕組みがなくちゃいけないのかということまで考えないと。医療技術もどんどん進歩していますから、特に高度先進医療や大学病院のような所では、ある程度リスクの高い医療をしなくてはならない。だけど、そんなリスクの高い医療をするだけのトレーニングがそこに集中されているかということ、どこも横並びで文部省に陳情して順番に高度の医療の予算を付けていただく。出来れば、文部省は東大、京大と順番で付けてくるので、なかなか金沢にはおいてこないよ、と言うことになる。すると、岡田前学長の様な実力

者が陳情にいて強引に(笑い),と言うところもあったのではないかということです。

5. 生活習慣病の問題

そうやっていく内に、疾病構造の変化がどんどん来て、いわゆる馬淵先生のお話にもあったような生活習慣病に対応する課題が大きくなってきた。確かにそうです。都市化の生活で何をしてきたか。50年前、日本の糖尿病患者さんは10万人しかいませんでしたが、今は700万人と言われてます。ではどうしたらいいか。薬によっては食物の栄養を吸収できないようにするとか、何という贅沢なことしているのでしょうか。大体、人類は長い間、飢えと闘ってきたのに、食べ過ぎたから何とか吸収されないようにしようという薬を開発するとか。しかもコレステロールを下げるスタチンは全世界で1兆円の売り上げだといわれていますが、そんな贅沢しているからいけない。にもかかわらず、医療費の自己負担を2割から3割にすることに反対と言いますが、そういう病気には自分でコントロールすれば良くなる部分があります。確かに馬淵先生も食事療法をまずしよう。私のコレステロールも高いですよ、だから食事療法をすると下がってくる。私のコレステロールは食事療法では限界があり240 mg/dlまでしか下がりません。1週間に卵の黄身は1個しか食べないという生活をずっとしていましたが、スタチンが出てから卵を2,3個食べるようになりました。完璧ですね。ただそれは、もし自己負担が高いのであればどっちを選ぶかというのは、家族との相談です。それをしないというところに問題があるわけで、良い生活はしたい、ただお金は払いたくないと言う人は困るわけで、例えば糖尿病やコレステロールの薬の自己負担は10割だ、としたとします。馬淵先生が有り難い薬を処方してくれるのだけど、家にいると「お父さん毎月の薬代がこんなにかかっているのだからもっと食事に注意して運動をしない。散歩をしない。」と言われないうえに、医療費は限りなくわがままの増減についていけなくなります。ということも考えに入れなければいけないということです。昔は、結核のように行かないが良くて死んでしまうという病気が死因の第1位を占めた時代に、今の医療制度が入ってきたということです。

6. 5つの「M」

そこで21世紀に何をするか、21世紀の医療の考え方については「5つのM」と言うのを、1996年の内科学会(横浜)で会長講演しました。「5つのM」と言った理由は、何か「キーワード」を言わないとみんな忘れるからです。「5つのM」とは、まずMarketのMです。つまりマーケットはより質の良い物が結局安く入る。これには情報を開示するということが凄く大事なことです。今はかなり情報が開示されています。つまりそれだけのトレーニングを受けて非常に腕が良いというのであればその先生の診察料を別に払ってもいいではないか、という考えであります。

それからManagementです。Managementというのは、ある限られた資源をどう配分するかということです。これもやはり情報を公開する。日本は人口当たりCTとMRは一番普及しています。これは良いことです。というのは急性期の診断に非常に大事だからです。だけど、結石破砕機が500台というのはいいとは思われません。これは急性の疾患ではありません。落ち着いてからすればいいのです。どうしてそんな物を沢山の病院が買うかと言えば、これがある方が良い病院に違いないとみんなが思っているからです。というわけで、そんな高い機械を買えばそれを回収するために余計なことを沢山する、やる人は経験は多くはないから下手くそかもしれません。つまり、石川県には結石破砕機があるセンターが数箇所程度あれば十分だと言うことが簡単な理屈で分かるわけですが、それをしない。

それでトレーニングを受けたい人はそこに行けば良いわけですが、各大学の医局に入ったならよその医局とは付き合っちゃいけないという「こちら側」の勝手な理屈を言っているから国民から信用されなくなる、ということです。

3番目はMolecular Biologyで、これはもう馬淵先生が言うように新しいメカニズムが遺伝子レベル、分子レベルで分かれば新しい診断、リスクの回避、あるいは新しい創薬のターゲットが設定されるということ、これがどんどんサイエンスを引っ張っていきます。しかし、サイエンスが引っ張ったからといってトータルに医療費が下がるわけではありません。

4番目は、Microchip / Mediaですが、インターネット等による情報が国境を越えて共有されるということで、例えばアメリカで「ベストドクターズ」とか「ベストホスピタル」とか色々なデータが出てきます。最近はお金のある人はアメリカの医療保険に入っていて何かあったらアメリカに行くよなんて言う人が結構出てきたというのが、実際にある。サッカーもそうです。日本でやっているよりはヨーロッパに行くという人も出てくるし、メジャーリーグでやる人がどんどん出てくる。野茂に始まって、石井も活躍するし、佐々木も活躍するし、ただ読売ジャイアンツの選手がなぜか今まで1人も行かないというのはなぜかと言うことを考える必要があります。今年から松井が行くと、やたらと細かく放送する。別扱いです。日本が皆んな「過保護ママ」の心理なのです。

それからMoralもそうですが、日本が今までそうだったからという言い訳はたちません。医療事故でも、学内の調査委員会はあるけれど、どうやってマネージするかという判断の基準がやはり問われているわけで、これは医療提供側の今までの慣習だったなということでは言い訳が立たなくなっている。つまりこの5つの「M」とも「グローバルな価値観」で共有された価値観でいかないと国民は納得しないだろうということです。

7. 健康への自助努力

それから自助努力というのはこれから大事です。これは疾病構造が変わっているの、例えば生活習慣病が増大している。高齢化になればボケとかアルツハイマー病が増えるのは当たり前です。生活習慣病による血管の疾患が死因として多くなってくるのは当然です。毎年100万人の人が死んでいますが30万人が悪性腫瘍、30万人が血管の病気、残りの3分の1が色々な理由で死ぬということです。そうなると自助努力も必要で、例えば生命保険はタバコを吸う人では掛金が高くなるのと同じように、今の日本で何で病院に行ってもビタミン剤まで2割負担なのかということは理解出来ません。ビタミン剤なんか自分で買ってくれと言えば良いわけですが、例えば、肥満が大問題と言いますが、肥満の薬が開発されたとしたら、自分で払ってくれと言えば良いわけですね。それがマーケットと自由なマーケットのバリューをつけられればたくさん払いたい人は払うかな。多分払わないでしょうね。ただ自分でリスクを回避するように努力をする人の方が、つまり行いの良い人にご褒美をあげるのか、行いの悪い人にペナルティをあげるのかという判断を、どっちが有効なのかというのはちょっと分かりませんが、毎月の薬代が増えてくるから、「お父さん、そんなに病院まで行ってお金払ってないで少しは散歩したら、どう？」と周りが言うようにすれば、それが家計との相談ということになるわけです。つまり糖尿病が増えたのもだいたい皆、車に乗って、エレベーターにのって、階段上り下りしなくて、電車にのって、お母さん達は何をしているかという、水くみは行かない、薪も取りに行かない、洗濯もしない、ただ一日3回飯を食っているというのはどういうわけだと言わなくてはならないわけです。

自由診療部分もそうで、うんと頑張った人には別のチョイスをあげてもいいのではないかと。つまり、馬淵(学部長)先生が

外来をやっていますと、先生がやっても研修医がやっても初診料は同じです。では先生が外来をやるといのは、時間としてはかなりコストが無駄かもしれない。先生の外来にお客さんが集まるということもあるのかもしれない。これは金沢大学病院のポリシーの問題。とすることを情報を公開しながら選択肢をあげるといことは大事なことだと思います。

8. G7で異質な土建国家ニッポン

さて、医療制度については、ここでは医学教育、研究はお話されました。私は医療制度を30兆円で去年の暮れに1.3%で切ったということを怒っています。何故かというそれは間違っているからです。G7のいわゆる先進工業国、あるいは先進国の中で際違った違いを日本だけが見せている部分があります。それは日本のGDPの500兆円の中の何と80兆円、14~5%が土木建築に使われているという異常な国内経済のあり方です。つまり他のG7の内のG6は土木建築というのはGDPの内の大体4~6%です。日本だけ14~15%です。その14~15%の内の30兆円が公共投資です。つまり橋を作ったり、飛行場を作ったりという、とんかちとんかちやるのがお得意だと、そこに国債の30兆円余の金が入ってくる。この30兆円、色んなことに使っています。日本でまだダムは300箇所以上やっています。長野県はやめようって言っている。30兆円ですが同じカテゴリーの国の投資はG6では、6カ国あわせて28兆円しか使っていません。1カ国で30兆円、凄いですね。しかも国の面積を比べてみたらもっと小さい。1平方キロあたり日本が国土にG6の80倍のお金をつぎ込んでとんかちとんかちやっている。それをみんな黙っていいのか。

これは変わらない。何故かという、その今までの利権のある政治家のグループと官庁と企業がある。そこが選挙の集票マシンになっている。ということで、「ムネオ」現象みたいなことが起こってくるわけです。しかしこれからの日本は製造業で生きていけるだろうか。この構造をどう変えて行くというのは「リーダー」が大事。政治家にしてみれば、選挙で落ちるのが一番怖い。日本の国民の世論調査をすれば、「健康で安心して暮らせる社会」と言うのが一番多い。7割の人がそう言っています。だったらこういうところにお金を使ったらいいというべきですね。ところがそれを出来ない理由は、政治家としては票が取れるところになるので、そういう方向にキャンペーンをして国民の理解を得て、政治を変えなくてはならない。

9. 医療制度改革：問題の本質を見すえた政策を

日本の場合、アメリカと対比するのは必ずしも正しくないけれど、一つの極端なマーケットで支配されているエコノミーの、アメリカの医療費は大体GDPの1000兆円の15%。日本は7%。ただアメリカの総労働人口の11%が健康関連産業、介護、製薬、医療の分野にいるからです。その内の60%が人件費です。いかにマンパワーをそこに投入して国内経済の一番大きなセクターになっているかということです。日本は同じ健康関連産業に総労働人口の5.5%しかいません。そこで、人件費率はさらに低いということで、いかに安い人件費でこの長寿社会を達成したかというのは、いかに医療関係者の安い人件費で、沢山働かして、我々医療人の善意にすがっていたか、ということをもっとアピールすべきだと思います。G6では、土木建築の総労働人口に占める割合は大体4~5%です。日本は10.5%です。つまり土木建築関係の人が多いのでその人達はお金が無くなると失職するといいますが、病院で沢山雇ってあげれば良いのです。そして、看護婦さんは看護には専念してもらえばいいのです。つまり、健康関連産業はこれからの大きな国内産業の牽引車になり得るので、そのためには、医療費はGDPの10%から15%を目指す。そのときに、「真水分」はで

きるだけ規制をしないということが大事な考え方です。

二番目は疾病構造の変化に対して、医療提供制度の再構築。これも今までの利権とかで難しいのですが、かかりつけ医とか専門医の問題とか我々自身で色々やれることがある。国民への疾病教育を含めた予後医療の充実というのも大事ですし、更に医療の質の向上を目指した医療制度へのマーケット原理を取り入れる。これは何も株式会社をしるというのではなくて、良いものは少しぐらいお金を払っても買ってほしいという、選択肢を増やすということです。こうすると、「金持ちしか受けられないんだな」と言う人が必ずいます。

そこでそうじゃないということ言わなくてはいけない。自由診療部分、例えば馬淵先生に診てもらいたかったらちゃんと予約して30分時間を取りましょう、初診はね。30分取るけど、馬淵先生の腕を信じて2万円と。馬淵先生の時間を買うというわけです。2万円にしたらそんなに患者さん来なくなったら、1万円にしようかと思うわけです。マーケットの価値とより質のいい物が安く手に入るようになります。情報の開示が大事です。

それから、公的医療機関。これがまた大きな問題で、前から医療審議会に言っているんですが、例えば金沢市だとどのくらい人口がありますか。44万人くらいです。石川県は120万くらい。例えば、金沢市は45万だとすると、こういう大都市には国立病院がある。国立大学附属病院がある。県立中央病院がある。市民病院がある。その他にも公的な病院、社保とか、厚生年金とか、色々あるわけです。ダブっているんで、そこが全部税金の無駄使いになる。例えば皮膚科は一箇所でもいいやと、救急はどこでもやると。専門的な作業は一箇所にまとめられるということをする、まず公的なセクターをきちんと効率よく整理する。これが省庁の縦割りで出来ないというのでは困ると。そこで無駄を省くのは国民の方の無駄を省くことばかり役所は言うけど、自分達の省庁間の無駄をまず第一に省いてくれと言いたいわけです。公的なところをきちんと整理すれば、そこは全部保険でやって、その自由診療は入れないとすればいいわけで、自己負担も少ないと。民間の病院は自由診療はやってもいいよと言って、競争させれば質が維持できる。これからは、その自助努力も大事で、自分の分を払うのは嫌だという人は民間の私的な保険で入っていれば良いわけで、それを全部公的な保険でやる必要はないということもアピールすべきです。

日本の医療費は年間30兆円、そのうち国が出しているのは10兆円ちょっとです。つまりこれはGDPの2%弱強ですけども、アメリカの場合は医療費が全部で150兆円、そのうち50兆円が国から出ているお金です。つまりアメリカはGDPの4%強を実は公的なところで医療のメディケイド、メディケア、退役軍人病院、研修医の給料などは、全部国が出しています。やはりメリハリをつけてやるべきで、この辺を今までの医療保険とは違ったやり方でなくてはならない。これからは、僕ら医療関係者だけが話していてもいけないわけで、むしろ一般国民がいかに情報を提供して、どういうチョイスをしたいんだということを確かめながら医療制度を改革して行くべきです。

(本稿は、平成14年7月23日に金沢において開催された、平成14年度日本学術会議公開シンポジウム「わが国における医学と医療の将来」の中で発表された御講演の内容であります。本来ならば4名の講演者全員の御講演内容を掲載すべきところではありますが、紙面の都合により、日本学術会議副会長として、日本の医学・医療のみならず、日本のサイエンス全般にわたり、オピニオンリーダーとして幅広く御活躍され、大きな影響力をお持ちの、黒川 清先生の御提言を、特に本誌の読者の方々にも是非お読み頂きたいと思い、御本人のお許しを得て、「特別寄稿」として、ここに掲載させて頂きました。なお：黒川先生のホームページは<http://www.kiyoshikurokawa.com/>です。文責：十全医学会会長 山下純宏)