

研究の窓

望ましい医療制度のあり方

日本は、ドイツの健康保険制度をモデルに、昭和36年(1961)には国民皆保険制度を採用して今日に至った。それ以来、日本のあらゆる層の国民にこれが適用され、今日に至っているが大別すると、政府管掌の健康保険と、民間企業に属する健康保険と、それらに属さない一般国民のための国民保険とがある。

日本国民は、すべて、いずれかの健康保険に加入し、一定の保険料を払っているのだから、国民は、若干の自己負担があるものの、すべてこの保険制度により、病気に罹った者は、その恩典に浴している。

その他に老人には昭和61年(1986)より老健法が適用され、諸種の検診も受けられる。以上のように国民はすべて貧富の差なく、すべての年代層が、必要時に医療機関に掛ることができて、それで全国民の健康が保障されているのである。

ところが、物価上昇と共に、全国民の医療費は年々増し、さらに人口も高齢化の傾向が日本では急速に進み、高齢者が医療機関に掛る頻度が増し、かつ人は高齢になるにつれて体の臓器のいくつかが同時に病むことから、日本人の総医療費は平成3年には29兆円に達するようになったのである。

急速な高齢化を頭に入れて計算すると、今からあと10年後、即ち、平成22年には国民総医療費は88兆円という莫大な額に達することが強く危惧されるのである。したがって、ここに日本の健康保険制度は、抜本的な改革をしないと、日本政府はその赤字累積のために、国家予算は収拾がつかなくなることは明白である。では、どのような方向に向かって改革がなされるべきかというテーマについて、本誌では、それぞれの立場の専門家から改革の行われるべき方向についての論議がなされることになったのである。

私は、その方向付けを考える基底にあるいくつかの大きな問題を以下に提示したいと思う。

まず、国民一人一人が、まず自分の健康は自分が守る努力をすべことを考えるべきだと思う。日本のように高等学校進学者が全人口の96.9%を占めている高学歴国家では、国民の一般教育の中にもっと、自分の健康は自分で守ることの重要性を説き、そのためのよき生活習慣の実践こそは、日本が直面するこの経済的危機を逃れる上での最重要なことであることを国民に自覚させることが大切である。

日本の環境衛生が非常によくなったことと、そのうえに少子化により、日本の乳児死亡率は世界では最低のランキングにはいっていることは、日本の医療財政上非常によいことである。しかし、日本の壮年期、または中年期にある者が、たとえ生まれつきの遺伝子による疾病発現の危険をもつ者でも、そしてそのような遺伝子をもたないものはことさらに、もし若い時からの生活習慣が適正であれば、壮年期または中年期に無駄な慢性疾患、つまり在来成人病と呼ばれてきた慢性疾患に、成人になってから罹るといふ頻度は激減するはずである。

特に中年期から始まる成人の慢性疾患——それを私たちは今日生活習慣病と呼んでいるが、——を予防し、または、それらの疾病を subclinical なレベルに抑えることができれば、そのための壮年期または中年期の慢性疾患の治療費は激減し、その節約された金額は高齢者により医療を提供するための資源として多いに活用できるのである。

日本が直面している健康保険制度の崩壊危機を救済する手段としては、この生活習慣病の予防、すなわち疾病の一次予防こそは、国民の間に、行動科学的効率的な習慣変容運動として展開されることが急務である。これによって将来の日本の財的破綻を防止することができるものと私は考えている。

このことについては、日本の各年代層での健康教育の方法論の大改革がなされなくてはならず、これには医学に行動科学的戦略を早期に備える必要があると思う。

さて、次に問題にすべきことは、疾病の診断や治療のために、日本の医療費が、ひどく無駄に使われてきたことを医師が反省することである。その上での抜本的な健康保険の改正が早急になされなくてはならない。

その内容は、次のものである。

1. 日本での病院入院日数をできるだけ短縮すること。

米国では、急性処置を要する疾患をもつ患者の平均在院日数は5日前後にまでに短縮されているのに、日本では平均在院日数は、その4倍を越える病院が絶対多数である。これには病院機構の改革と、医師の努力と、国民の了承により実現されるべき内容のものである。

なぜ入院期間が長過ぎるか。その原因の一つは、病院は看護要員数がアメリカの3分の1以下であること、日本の住宅環境が日本の文明の近代化のレベルに比して遙かに遅れていること、救急医療を扱う公的施設が少ないことなどである。

2. 日本の多数の病院の入院並びに外来患者は、また公私の外来診療所では、診療のための時間がいわゆる3分診療と外国から批判されるほど短すぎることに、その代わりに過剰な検査が繰り返され、同時に過剰な薬物が処方されていることなどが問題とされる。

もし日本に、プライマリ・ケア医学が医学校や卒後研修にもっと早く効果的にとりいれられておれば、日本での無駄な医療費は遙かに節約されたと思う。一方、日本の健康保険制度は十分な監査なしの出来高払いであったことも大いに影響してきた。

それに対して日本の進むべき方向は、すでに政府がその制度に向かって動き始めているように、適正な監査システムの下に、米国、カナダ、英国で行われているある程度の Managed care が行われる方向に向かうべきものと思う。

この医療費の適切な振り分けと、その合理的な治療方針の決定には、最近やっと日本に紹介されはじめた臨床疫学または Evidence Based Medicine (EBM) が大いに介入して臨床医の医療行

動の decision making を正しくする必要があると思う。

国民が治療を受ける疾患の少なくとも3分の2は、いわゆる Common disease と呼ばれるものであり、その診断の3分の2は問診で解決することができるという事実から、もっと問診と簡単なテストを中心とし、そうするためには今日の3分診療をどうすればなくすることができるか、それへの対策が早急にとられなければならないと思う。

今日、過剰な診療が日本に行われている理由は、新患に対する診察料が日本では余りに少なく、また誰が診ても同額であること、医師の収入は多くの患者を短時間で診るという数で稼ぐという悪い考え方が実地臨床の中に広がっているためである。

米国では、HMO (Health Maintenance Organization) と呼ばれる保険システムの急速な進出のために、今日マネージド・ケアが行われ、かつてのように出来高払いではなくなっていることが医療費の削減に大いに役立っている。しかし、これが米国におけるように行きすぎると、それはまた良心的な意味での国民の健康を守ることが制限されるという別の問題を生じるのである。そこで日本は前者の轍を見て、その制度の取り入れに考慮を要する。

日本の医療では、一般の診察がほとんどされず、検査が無責任に行われる(米国では網を無雑作に広げて魚を収獲するという意味で fishing expedite と呼ぶ)。そのための医療費の無駄と、薬剤の過剰処方とが合わさって日本の健康保険制度を危機に陥れているものと思う。

ドイツでは、薬剤の処方箋は1枚の処方箋に1剤しか書けず、国民は処方箋1枚に対して10マルクの自費を払うことが義務化されていると聞く。何枚もの処方箋を出す医師にかかる患者の払う自己負担が増すというシステムをとり、多剤処方が抑制される仕掛けが作られている。

日本では老人は複数の疾患を持ち、欧米のようなプライマリ・ケアのできる医師が少ないので、いきなりそれぞれの専門医に掛る傾向が強すぎ、1人で3~4科の専門医を受診することが数多い。しかもそれぞれの専門医の処方が次に診る専門医によく理解されていない。そこで、1人の老人が10数種類の薬を服用し、その薬害のために新たな病気が作られていることが決して少なくないのである。

3. 日本の保険制度では患者は何処にでも自由に出かけて診療を受けることができるという特権がことを悪い方向に向けている事実気づくべきである。

患者を診察する医師は、その患者の問題解決を自分が行える能力があるかということとまず考え、自分のできる範囲で行い難い者は、他の医療機関に回すという referral の訓練に欠けていることが問題である。一方、患者は医師の掲げる標榜科名を鵜呑みに信じ、適切な医師を探す訓練に欠く。

日本では、標榜科目は医師国家試験をパスして医師免許証を得た者は、自分の好む何科でも標榜できるという制度が悪用されている。日本では、医師国家試験にパスした者で、2年間の卒後

研修を受けない者は、医師国家試験にパスした者の2割ありと言われる。即ち、8000人が毎年医師の資格を得るとなると、1600人が卒後研修を受けず、我流で実地診療についているわけで、この事実は危険なことである。早く厚生省が目指す研修制度の義務化が法律化されなくてはならないと思う。

4. 日本の医療の交通整理をし、無駄な診療、検査、治療をなくするための専門医または認定医の資格が公示されるべきである。受診者が医師選びを適正に行えるために医師の専門の認定が公示できる制度が早くとられることが必要である。

認定医または専門医の学会認定医制協議会は、日本では1981年から発足しているが、この資格認定を公示することに対して日本医師会側は全面的に賛成していないことが問題である。

早く開業医のための資格として、プライマリ・ケア医としての資格認定を開業医にもとらせて、開業医の専門性を一般人に示すと共に、専門医の公示が早くなされることは、医師を選択する側の国民には非常に大切なことと考える。

以上、私は今日の日本医療制度を変革させる上での根本的諸問題を取り上げ、ご参考に供した次第である。

日野原 重 明

(ひのはら・しげあき 聖路加国際病院理事長)