

求められる日本の医療システムの枠組みを再設計するための国民的議論

永井良三氏 東京大学医学部附属病院長

超高齢社会を迎えようとしている今、医療制度は国民的な関心事になっている。その中で重要でありながら、ほとんど問われることのない日本の医療システムの構造が抱える問題について東京大学医学部附属病院長・永井良三氏にうかがった。

聞き手 株式会社東京リーガルマインド代表取締役 反町勝夫

日米の三角形

反町 今春の法人化を機に東京大学附属病院(以下、東大病院)は、診療科の運営の見直しなど開学以来とも言われる組織改革¹を実現されましたが、「有力大学が系列病院の人事権を掌握し、教授に権限が集中している」など、いわゆる医局講座制への批判についてはいかがお考えですか。

永井 ややステレオタイプな議論が多いようです。医局といってもさまざまで、旧来のイメージの医局から、教授がコントロールできない個人主義の医局まであります。実際、医局によっては、教授、助教授、講師を医局から排除しているところもあります。医局における議決権、人事異動の権限なども医局によって異なります。また、医局制度が崩壊しつつあるために、かえって地域医療への医師派遣ができなくなったという声もあります。ただ、医局は本来、私的な機関ですから、これが病院運営に介入するのは望ましいことではありません。

一方、個々の医師の自由な意思に任せるとき日本の地域医療が成り立つのかについて冷静な議論が必要です。医局に限らず、日本の医療システムに関する議論は断片的であり、大きな枠組みについての議論が欠けている印象があります。

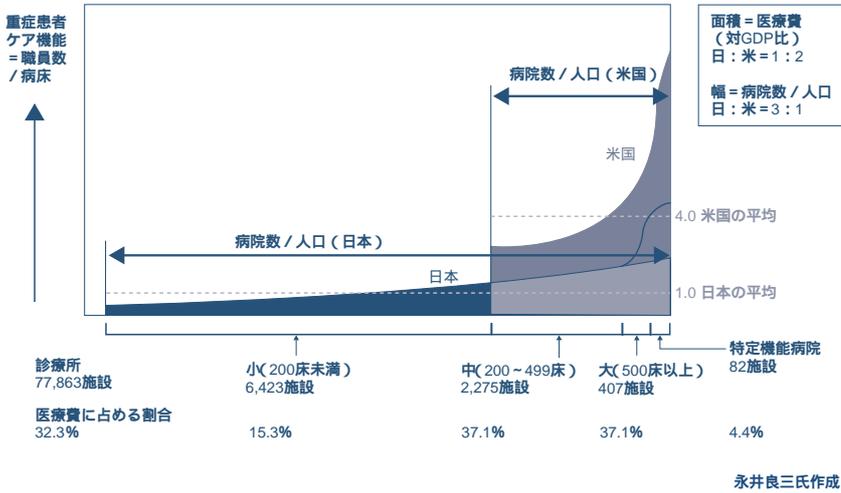
反町 日本の医療システムは、どのような構造的問題を抱えているのでしょうか。

永井 まず医師の不足です。人口1,000人当たりの医師の数は日本が1.8人に対して米国は2.6人です²。絶対数はやや少ないのですが、問題は何より病院や診療所の数が極めて多いことです(2頁・

資料3参照)。米国は人口が日本の約2倍、国土は約25倍ですが、その巨大な国より日本の方が病院の数が多い³。人口1人当たりの病院数は米国の約3倍、人口1人当たりのベッド数も約3倍に達します。裏を返せば、ベッド数当たりの職

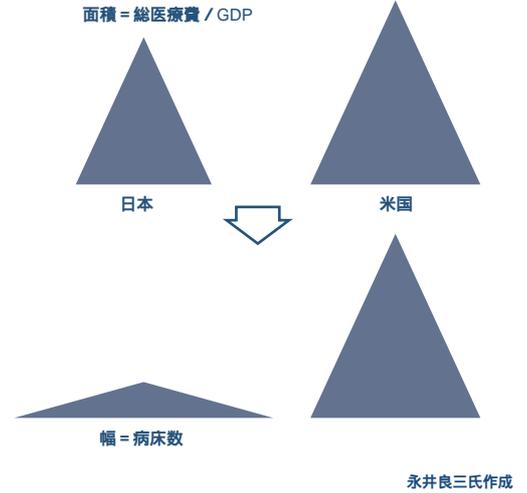
1 これまで教授が診療科長を兼任し、診療科長は強力な権限を持っていた。病院長は組織の調整役であったが、今春より診療科長の任期を1年とし、人事権を病院長に移した。

資料1 病床数・病院機能・医療費の関係(日米の比較)



永井良三氏作成

資料2 概念図



永井良三氏作成

員数が少ないということであり、米国の4分の1ほどでしかない。簡単に言えば、日本は医療機関があまりに多いため、どこでも医師が不足しているということです。日本では病院数があまり減っていませんが、米国では過去20年間に病院数が大きく減少しました(3頁・資料4参照)。病院が減れば、アクセスは悪くなりますが、施設当たりの職員は増えます。それは医療の質の向上に結び付きます。

反町 人や金などの資源が集約され、医療の質が向上するということですね。

永井 日本はベッド数19床以下の診療所が約7万8,000もありますから、医療へのアクセスという点では米国より各段に優れています。ただし、1ベッド当たりの職員数ははるかに少ない。また、米国だけでなく、ヨーロッパ各国も在院日数(入院している日数)を減らしていますが、日本は、この40年間、平均在院日数があまり変わっていません。

反町 その差は医療の質だけでは説明がつかないように思われますが。

永井 米国では国民がそのようにルールを決めているということでしょう。効率よく医療機関を使おう。ある程度は自己負担で賄おう。ひと言で言えば、合理主義です。在院日数が長いことが、すなわち悪ではありません。ゆっくり養生してい

ただくのはよいことですが、それには人手やコストがかかります。それに見合う医療費を誰が負担するのか、短い入院日数で自分が耐えるのか、その社会的選択が必要であるということです。

反町 医療システムが抱える問題はかなり構造的なものであり、グランドデザインから考え直す必要がありますね。

永井 問題の本質を明確にするため、一つのグラフをつくってみました(資料1参照)。横軸には、右から大きな病院を並べます。縦軸は、一ベッド当たりの職員数とし、幅は人口当たりの病院数を反映します。すなわち、このグラフの横幅は医療へのアクセスを示し、高さは医療の質が示されます。面積はGDP当たりの医療費を反映します。概念図にすれば、日本は底辺が広く頂点の低い三角形であり、米国は底辺が狭く頂点の高い三角形です(資料2参照)。もし米国のような質の高い医療を提供せよ、という場合、人材も予算も限りがあることから、幅が広く頂点の高い巨大な三角形にはできません。幅を狭めるしかない。つまり、医療のアクセスが悪くなることを受け入れなければならないということです。三角形の幅や面積、傾斜をどのように設計するのか。社会的合意を形成するための議論が必要です。

反町 これまでは三角形の高さ、つまり医療の質が犠牲にされていたということですね。

永井 医療の質は、1ベッド当たりの職員数で規定されてきます。これは夜間、1人の医師や看護師が何人の患者さんのケアをしなければならぬかが決まってくるからです。日本の病院の職員数は米国に比べて圧倒的に少ないのですが、人も医療費も足りない中、医師や看護師、技師の力を借りながら必死に医療の質を引き上げているのです。大学病院は高度医療を行っていますが、ベッド当たりの職員数は国内の民間病院とさほど変わりません。それを支えているのは職員の過重労働です、その日本の医療についてWHO(世界保健機関)は、低医療費でバランスがよい、と世界一の評価を与えています。しかし、ヒラリー・クリントンは「日本の医療は医療スタッフの自己犠牲によって成立している」と本質を見抜いています。

反町 日米では病院のマンパワーが全く異なると。

永井 未だに竹槍とB29の違いがあるということですね。同規模の代表的な総合病院を日米で比較したところ、職員も医師も日本の約3~4倍でした。また、ベッド当たりの看護職員の数が病院の機能

2 OECD「Health Data 1998」より。
 3 日本では病床数20以上の施設が病院と定義されているが、米国にはそうした基準はなく、5病床以上の施設が病院統計に計上されており、クリニックは原則として無床。したがって、日本については10床以上有している有床診療所11,032施設

を米国並みに病院と見なして加えると、日本の病院総数は20,365と米国の3倍以上となる。ただし、この病院数は施設の数であって、日米ともに同一の開設者が複数の施設を運営しているケースも多い。

を決定的に左右するのですが、日本の場合、0.5人程度ですが、米国は少なくとも約4倍を投入しています。それだけスタッフがいれば、手厚い看護が可能となり、医師も専門的な仕事に専念できます。しかし、日本ではそれができないため、ベテランの医師も含めて労働基準法を無視して働かなければならない。それが実情です。大学病院は、「研究に比重が置かれ、教育、臨床という三つの機能がしっかりできていない」という批判があります。しかし国内では最も恵まれている東京大学医学部の内科でも教授は9人、助教授6人、講師18人、助手83人、合計116人です。ハーバード大学の病院は教授だけで93人、合計1,480人もいます。つまり、同じ大学病院についても日米では全く異なるものをつくってきたということです。

極めて重症な心不全のケアなど、不採算医療をするのがわれわれに課せられたミッションのひとつです。これまで公的病院では税金により赤字が補填されてきましたが、今後は運営費交付金が病院収入の2%カットされるという財政的に厳しい時代になりました。

若手医師の開業志向

反町 限られた資源を配分するという観点からして、医療費の使われ方に問題があるのでは。

永井 日本の医療費はGDPの約7%ちょっとです。これは世界20位で先進国のうちで、そう高い方ではありません(3頁・資料5参照)では、その多いとは言えない医療費がどう分配されているのか。医療機関の規模ごとに日本の総医療費に占める割合を見ると(前頁・資料1参照)、高度医療を担う特定機能病院には4%少し。診療所に30%以上配分されている。しかもその割合は固定されています。つまり、そのように政治が決めているとい

うことでしょう。そして医療機関は規模が大きいほど赤字になる傾向がありま

す。診療所は黒字、小さい病院はほとんど、特定機能病院は苦しい。個人診療所は医業収支率(経費に対する収入)が約150%です。大病院の努力が足りないという面もありますが、構造的な理由もあるのです。

反町 つまり開業医は、保険制度と出来高払いによって高度医療をせずとも、黒字経営ができるようになってい

る。そして難しいケースは大学病院に回す。

永井 大病院はアクティビティーが高いだけにリスクも高いのです。個人診療所はローリスク・ハイリターンであることは否定できません。これが影響を与えている可能性がありますが、ただし今後の医療政策がどのような変化をもたらすか、予想できません。

反町 医療政策に影響を与える中央社会保険医療協議会⁴の委員の構成はどのようになっているのでしょうか。

永井 医師会代表の医師は参加していますが、自治体病院や大学病院の医師は出席できません。

反町 医師会の政治的発言力が強かったため、開業医に有利な制度になりがちだったという側面がある。

永井 日本は全国津々浦々に中小の病院や診療所があるという世界に例のない優れたシステムをつくり上げました。これは、医療現場だけでなく、行政関係者の努力の成果です。そのため、医療のアクセスの面では文句なく世界のレベルとなりました。しかしながら人手のかかる高次医療や救急医療、小児医療には十分な医療費が配分されていません。例えば白内障の手術は20万円程度ですが、はるかに技術もコストも労力も必要な生体肝臓移植の技術料は70万円ほどです。日本は医療費をできるだけ抑制し、公平に全国に幅広く、という米国と対照

的な政策をとってきたということです。

反町 広大な国土を有しながら診療機関は少ない米国は、どのようにして医療体制を成立させているのでしょうか。

永井 一つは、看護師が薬を処方できるなど、医者でない人にさまざまな医療行為を認めていることがあります。例えばオステオパチスト(Osteopathist)が約4万7,000人いて、州によってはドクターとして地域医療を担っています。そのほか検眼士(Optomist)や看護士麻酔師(Nurse Anesthesiologist)などさまざまな医療関連業務者がいます。医師補助者(Physician Assistant)などは約63万人もいますが、これは衛生兵から始まったもので、外科医の監督の下、薬の処方や手術の補助をしています。また1991年に僻地医療のため、処方や小手術ができる看護士診療士(Nurse Practitioner)がつくられましたが、1997年のメディケア改革(医療保健制度改革)で、全国どこでも診療できるよう規制が緩和されました。米国の地域医療は、そのような人たちが支えているという現実があります。

反町 弁護士にも業務独占がありました。司法制度改革で他の土業に開放されています。医療の世界でも、そのようなかたちでの規制緩和が必要であると思われ

ます。規制ということでは、それが日本の医療の高コスト体質の要因にもなっているのでは。

永井 医師の技術料は極端に低く抑制されています。虫垂炎で比較すると、ニューヨークでは240万円ですが、日本は30万円くらい。これはベトナムのホーチミン市より安いほどです。ただし、技術料以外は高コストです。薬剤や医療機器の内外価格差も問題です。輸入代理店が海外の医療機器を日本に持ってきただけで価格が倍以上になる。その背景にあるのが薬事法です。すべての輸入医療器具は機種ごとに承認番号が付

4 中央社会保険医療協議会：厚生労働省関係審議会(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/chuo.html>)の1つ。日本の病院数・病床数・職員数および医療費の配分については、平成14年「医療施設調査」(厚生労働省)、平成14年「医療経済実態調査(医療機関等調査)」(中央社会保険医療協議会)。

いているのですが、だいたい1機種1業者1承認番号というかたちです。韓国や台湾では安く売っていても、それを日本国内で使おうとすれば、いちいち承認を得なければならず、膨大な書類を書かされる。そのため事実上の独占状態で、一度決まった価格はなかなか下がりません。おおよそ3倍の価格差があるようです。

医師不足の理由

反町 さまざまな矛盾を抱えながら、関係者の尽力でどうにか日本の医療システムは保たれてきたということだと思いますが、このままでは高齢化の進行によって早晚行き詰まることは必至ですね。

永井 日本社会は猛烈な勢いで高齢化が進みますが、既に医療保険制度(2頁・資料1参照)は、老人保険が約1兆円にものぼり、一般の保険制度から資金を回しています。その一方、高齢者医療ではどんなにかかっても、自己負担は1カ月に4~7万円程度です。若い人たちは、高齢者の医療費を支えているため割高感を持ち、世代間の不公平感が急速に強まっています。このため抜本的な改革が急がれます。まず、いかに効率化を図るか。戦後の一時期、たくさんの病院が必要な時代がありました。現在でも、典型的な県庁所在地には、県立病院、市立病院、労災病院、厚生年金病院、社会保険病院、済生会、日赤、大学病院と八つのうち四つくらい総合病院があります。総合病院にあらゆる診療科をそろえ、多くの科に当直が必要です。さらに、大学病院は診療も教育も研究も行うとなれば、どうしても人手が足りなくなります。

反町 病院を整理統合し、あるものは高度化、専門化していくことで効率性を高め、機能分担すべきであると。

永井 そうすることで、医療の質も上げ

ることができますが、果たしてそれがスムーズに進められるのか、簡単ではないと思います。打開できるのは政治の力ですが、病院を減らすと言えば、首長選挙に影響が出るでしょう。また、市立病院が統廃合されれば、住民の反対も予想されます。

反町 老人医療費などで経営が保証されているため、極端に言えば、医師さえいれば、どうにか病院経営が成り立つということですね。

永井 国民皆保険によって医療に対する大変なニーズが生まれました。医師も大量に必要になることが予想され、一県一医大というように、医師の増員を行いました。しかし、高齢者社会の急速な進行によって、まだ足りない状態です。厚生労働省は「医師過剰時代がくる」と言っていますが、なぜ医師が足りないのか、まだ分析が十分でないように思います。

反町 さらに医療が高度になり、MRI(磁気共鳴画像診断装置)やPET(陽電子放射断層撮影装置)を使う。あるいはインフォームドコンセントが求められるなど医療に手間も時間もかかるようになってきているようです。

永井 現在の医療をめぐる問題の背景に、医師の需給のミスマッチという構造的な問題があります。自治体が公立病院を設立しようとするれば、地元の大学に医師の派遣を頼まざるを得ない。逆に言えば、有力な大学の医局の系列に入ることができた病院はコンスタントに医師を派遣してもらえるから発展する。そのとき、需給のミスマッチがあれば、医局側の立場が強くなることもあるかもしれません。系列の病院は、放っておいても人材が継続的に供給される、という意識から労働環境などの改善を怠るかもしれない。大学は、とにかく地方からの医師派遣の求めに応じなければならないために若手を勧誘し、入局させる。いきおい

教育は総花的になり、コアカリキュラムや実践的教育の点で立ち遅れる。そこで育つ若手医師は、引く手あまたで勉強不足になり、「病院勤務は割に合わない」と開業志向を持つ。人材が流れ、病院は医師・コメディカルが慢性的に足りない。そこから勤務医の過重労働、医師が足りない病院による「若い医師の名義借り」といった問題が生じる。あるいは、「大学病院は医師を派遣してくれない」という話が出てくる。情報化時代になり、米国の情報に触れた国民は、高い質の医療を求めます。いずれの立場からの発言も真実を含んでいますが、議論は断片的です。そのため、医療問題の全体像もあるべき医療改革の方向性も見えてこない。それが日本の医療システムの議論の実態ではないでしょうか。

反町 本日は、わが国の医療システムにつき、国際比較も含めて、本質的な視点から問題の本質をご教示いただき、目の開かれた思いです。ご多忙のところ誠にありがとうございました。

東京大学医学部附属病院長

永井 良三(ながいりょうぞう)

1974年東京大学医学部医学科卒業。1983年~1987年米国 University of Vermont, Visiting Assistant Professor。1988年7月東京大学医学部附属病院検査部講師。1991年4月東京大学医学部第三内科講師。1993年3月東京大学医学部第三内科助教授。1995年4月群馬大学医学部第二内科教授。1999年2月群馬大学医学部附属病院臨床試験部部長兼任。同年5月 東京大学大学院医学系研究科循環器内科教授。2001年4月東京大学医学部附属病院副院長。2003年4月東京大学医学部附属病院長(現職)。主な著書に『血管の分子生物学』(編集/中外医学社・1992)、『FOCUS循環器4』(編集/中山書店・1993)、『研修医ノート ベッドサイドの手技と診察』(責任編集/診断と治療社・1994)、『レニン・アンジオテンシン系と心臓 Save the heart No.1』(シナジー・1995)、『心臓病』(編集/中外医学社・1998)、『循環器疾患』(編集/中山書店・2000)、『看護のための最新医学講座 第3巻』(中山書店・2000)、『新・治療薬便覧2001』(編集/メディカルレビュー社・2001)、『循環器診療二頁の秘訣』(編集/金原出版・2002)、『治療薬Up-to-Date2004』(編集/メディカルレビュー社・2004)、『Case records of the Massachusetts General Hospital collection From The New England journal of medicine』(訳/南江堂・2004)、『心房細動-予防・管理・治療』(編集/南江堂・2004)、『心臓病 診断と治療の最前線』(監修/先端医療技術研究所・2004)など。

読者の皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

h-bunka@lec-jp.com

医療改革最前線
~改革者たちの提言~