

□第2回国際医療福祉大学学会学術大会 特別講演口

これからの医学・医療—超高齢社会への挑戦と応戦

矢崎 義雄\*

I. はじめに

本日は、わが国の医学・医療が厳しい状況にあり、これをどう打開して行くべきかをお話しさせていただきます。

大震災と原発事故で、わが国は経済的にも社会的にも、あるいは政治的にも大きな混乱を引き起こしました。これにどう対応するかは、われわれ、医学・医療に携わる者の極めて大きな使命であり、叡智を絞って対応していかなければならないわけです。

II. わが国の医療を取りまく環境の変化

震災による大きな被害に加えて、今、わが国の医療を取り巻く環境は非常に厳しくなっています(表1)。まず少子高齢化で医療と介護のシステムを再構築しないとイケない。疾病構造の変化で、急性期の疾患は医療で治るようになりましたが、生活習慣病に基づいた慢性に経過する病気が主になって、これは一度なったら治らない。患者さんは病気と共に日常生活を送らなければならない。そこで治療だけではなくてケア、すなわち日常生活をサポートしなければいけない時代に

表1

わが国の医療を取り巻く環境の変化

- 人口の少子高齢化
  - 医療と介護システムの再構築
- 疾病構造の変化
- 医学・医療の進歩
  - 治療法の多様化と成果主義
  - EBMと個別医療
- 自己決定という患者の意識改革
- 医療のグローバリズム
  - 市場原理主義の導入

なっていること。それから、医学、医療の進歩により、治療法が多様化しました。手術でも、内視鏡手術があり、また化学療法、放射線治療が大変進歩しています。その結果、治療法の選択肢が多様化しています。そして、多くの患者が治るようになったので医療の成果主義も問題になっています。つまり、治療すれば必ず治るとの医療への過信が生じた。EBM、根拠に基づいた医療が注目されていますが、その根拠は群間比較で得た結果ですので、患者さん一人一人、年齢も性別も違う、あるいは他の病気を持っているかどうかでも違います。そこで個々の患者さんに適応した個別医療も大切な課題になっています。それから患者さんの自己決定、価値観を反映した医療を受けたいという意識と医療のグローバリズムがあります。このように、わが国の医療を取りまく環境は非常に厳しくなっております。

III. わが国の医療提供体制の現状と課題

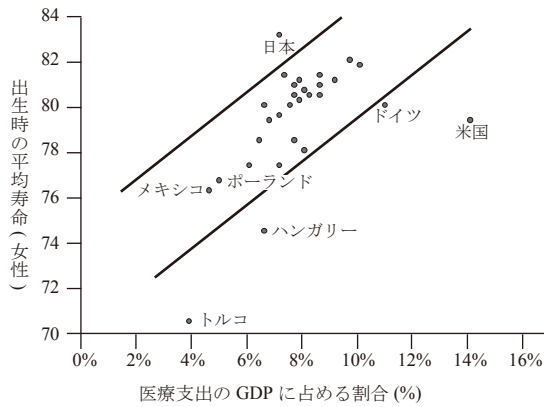
医療提供体制の現状は、今、医師不足ということが言われて、地域医療の崩壊ということがよく言われていますが、見方を変えますと、日本は突出して長寿国でありながら国民の医療費の負担が少ない(図1)。これは医療が極めて効率的に行われていることを表しています。2000年のWHOの評価でも、日本の医療は世界一であるとされています。最近のカナダ政府の報告でも、日本の医療は高く評価されています。しかし、人口の高齢化に医療費がどんどん上がる、特に高齢者医療費が上がって、これを何とかしなければいけないとされています。ところが、日本は急速に高齢化していますが、医療費はどうかというと、そんなに上がっていません。特にアメリカなどは、高齢化が進んでいるといっても、日本と比べてはるかに少ないが、医療

\* 国際医療福祉大学 総長

費は著しく上がっています。他国も高齢化社会で高齢化とともにどんどん医療費が上がっています。日本は、

高齢化はすごく進んでいるのだけれども医療費はそんなに上がっていないのです(図2)。高齢化で医療費が危機的状態だとされますが、国際的に見ると日本はまだまだそんな不安を煽るようなことを言わなくても、医療はしっかり提供していると思います。ところがわが国は国民皆保険制度で、医療機関へのフリーアクセスが保障されているにも関わらず、国民の意識調査によりますと、90%近い人が、医療に対してある程度の不満といますか、変えてほしいと思っています。外国と比べて圧倒的に多いのです。2011年11月に出た国民意識調査では、国民側の医療に対する満足度は、以前と、10年たった今でもほとんど変わりません。われわれが一生懸命努力しても、医療を受ける国民側の要求レベルがどんどん高まって、なかなか差が縮まってきました。どういうところが不満かという、私ど

OECD 加盟国 29 カ国の医療支出と平均寿命の関係 (1996 年)



出典：Porter M.E. & Teisberg E.O. Redefining Health Care (2009) より(山本雄士訳)

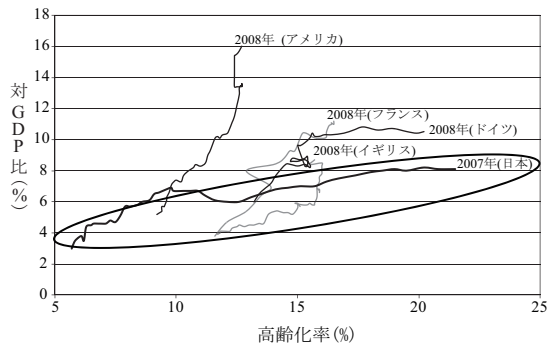
図 1

### 医療費の動向

○日本は諸外国よりも高齢化率は高いが、医療費は低い状況にある。ただし、高齢化の進展や、医療の高度化に伴い、医療費は今後とも増大していく見込みである。

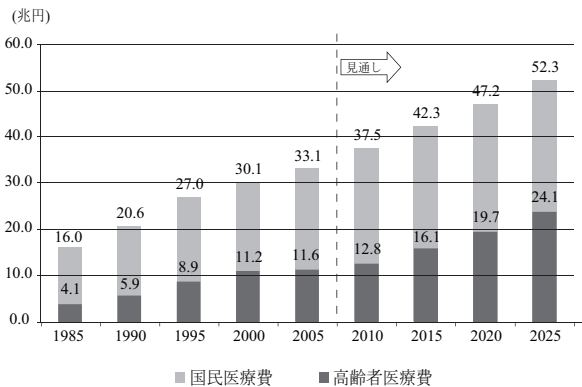
#### 医療費全体の伸びの要因 ～高齢化率との相関～

高齢化率と医療費の対 GDP 比との関係について  
(1960年以降(ドイツは1970年以降))



出典：「OECD HEALTH DATA 2010」

#### 医療費の動向・今後の見通し



注：高齢者医療費は、①2000年度以前は70歳以上の医療費、②2005年度は9月までは73歳以上、10月以降は74歳以上の医療費、③2010年度以降は75歳以上の医療費(第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算)

#### ○医療技術の進歩、高額な医療の登場

- ・左心補助人工心臓システム(平成23年4月保険適用)：1810万円
- ・ジェイス(人工皮膚)(平成21年1月保険適用)：1枚 30万6千円×20枚(算定上限)=612万円
- ・ソリリス(発作性夜間ヘモグロビン尿症の新薬)(平成22年6月保険適用)：1瓶 57万7229円、年間治療費約4500万円
- ・慢性腎不全による人工透析：1人月額医療費約40万円、年間医療費総額約1.4兆円(平成21年)

人工透析の患者数は毎年約1万人増加。平成元年：約8万人→平成11年：約20万人→平成21年：約29万人

出典：「図説 我が国の慢性透析療法の現況(日本透析学会)」, 「第13回透析医療費実態調査報告(日本透析医会)」

図 2

もの国立病院機構でのアンケート調査も、健保組合の国民意識調査も全く同じで、一番は待ち時間を短くしてほしい。これがいつもトップです。それから、病気の状態や治療法をよく説明してほしい、インフォームドコンセントをきちんとやってほしい。いまだにその2つが1番、2番です。1999年、九大の杉町先生がインフォームドコンセントの調査をした時に、医師側が外科の手術についてきちんと説明したというのが90%以上、しかし患者さんにとっては、情報の乖離といいますか、理解度の乖離がありますので、半数以下の人が、きちんとした説明を受けていないということを行っている結果となっています。その後、大学も、病院も、先ほどの綱領にもありますように、きちんと説明しましょうという努力をずっとしてきたのです。ところが、国民側から見ると、このように、病気の情報とか、望ましいと考える治療方法の選択の情報などを100%説明してほしい、情報提供してほしいと言っている。一体どうすれば、わが国の国民が医療を誇りに思ってくれるようになるのか。とてもわれわれの努力だけではやっていきません。国民が医療に求める課題、待ち時間を短くしてほしい、放射線の検査は待ち時間をなくしてほしい、そういう不満がすごく多い。それから、説明を十分にしてほしい、それがいまだに大きい。このように、外国ではみられない、医療サービスの視点からの不満は、私は、国民皆保険によるフリーアクセスによる医療提供の結果ではないかと思えます。わが国は国民皆保険で、世界で唯一フリーアクセス、自分の必要な時に、必要と思われる医療機関に、病院だろうが診療所だろうがどこでも訪ねていくことができる。これは日本だけの制度です。英国は医療は国営方式ですから、医療費はただですが、病気になったらまずゲートキーパーのお医者さんに行って、私はA病院に行きたいと言っても、日本では当然のことですが、それはかないません。その他のヨーロッパの国でも、病気になった時に病院にかかろうと思っていったら断られます。まず診療所に行かなければならない。診療所でいくら訴えてもなかなか病院に行けない。そういう不満があります。これを体験した方は、日本の

医療は皆さん素晴らしいとされています(図3)。

IV. 国民皆保険制度の課題—病院の医師不足を招いた

1961年に国民皆保険ができました。私が大学で実際にインターンなどを始めた時には、まだ国民皆保険が確立していませんでした。その時には、大学病院は難病の患者さんしかいませんでした。ところが最近では、難病どころか高齢者の患者さん、生活習慣病の患者さんが大部分を占めています。なぜかという、大学病院でも、患者さんが行きたいと思えば直接行ける。つまり国民皆保険制度により、だれでも医療機関にかかれるからです。さらに重要なのは、国民皆保険制度ができる前は、人口当たりのベッド数は日本もアメリカも、同じだったのです。その後どうことが起こったかという、治療法が発達して平均在院日数が減っていくために病床がどんどんアメリカでは減ってきました(図4)。

医療評価の国際比較

	医療の質	アクセス	コスト		病院運営
日本	レベルが高く均一	フリーアクセス	低	保険料・公費 定率自己負担	私>公
英国	均一	アクセス制限 (ゲートキーパー方式)	低	公費 (税方式)	公
ドイツ	均一	アクセス制限	中	公費 (保険料)	公
米国	レベルに格差	アクセス制限 (保険者による規制)	高	民間保険 (低所得者のみ 税方式)	公・私

図3

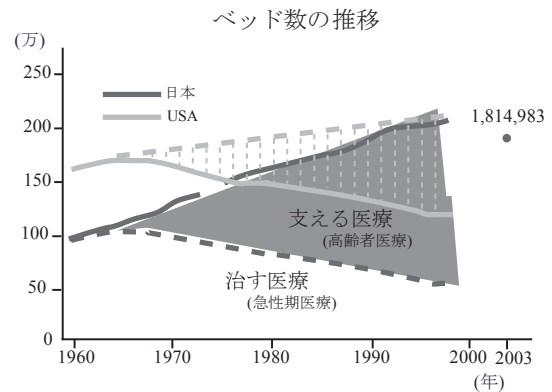


図4

日本は皆保険後、低負担で入院治療ができるということで、どんどんベッド数が増えました。特に民間病院のベッド数が増えました。増えた病床は何に使われているかという、一時「社会的入院」という言葉が言われて、これは差別用語だということで、今、使われておりませんが、主に高齢者の医療を支えるためのベッド数がわが国では増えているのです。大学病院でさえも、病室に行ってみるとほとんど高齢者です。大きな公的病院では、本当の急性期の患者さん、すぐ治療しなければならない患者さんを入れなければいけないのに、長期の療養を必要とするような方々がたくさん入っています。アメリカはベッド数を少なくする。一方、確かに支える医療を行う施設をつくっています。それは、病院ではなくていろいろな施設です。福祉系あるいはナーシングハウスなどです。日本はどうしてそういう医療ができないかという、これは日本の社会の特徴で、高齢者の方をそういうナーシングハウスのようなところに入れると、「あのうちは高齢者、親を大切にしない」というようなことも言われて、ともかく家ではみられないが、施設に送るということに対して世間体を考え、病院に入れば名分が立つということで、わが国では福祉系施設が今まで育たなく、医療で賄ってきたところがあるのではないかと思います。そういう意味で圧倒的にベッド数が多い。ベッド当たりの医師数、看護師数が極めて少ない。外国に比べて数分の1です。

最近では医者が足りないということで、どんどん医学部の定員を増やし、現在では一番少ない時に比べると、1,366人の定員を増加させました。一部の方々は、これでは将来、人口が減少した場合には医師が余ってどうしようもなくなるということを心配しております。しかし、例えばOECDで、10万人当たり医師は300人、日本はまだ220人ぐらいで少ない。だから、入学定員を1.2倍まで増やしました。ただ、今、10万人に300人といっていますが、これから人口の高齢化や医療の高度化、その他を入れると医師が足りなくて、OECDもどんどん医師を増やしています。ですから、OECDが今、10万人当たり300人ですが、日本は

300人になるといった時にはOECDの医師数も増えていく。だから医師の不足、過剰というのは複雑なファクターがあって、一概に言えないということを申し上げたいと思います。それから、病床数は厚労省が必死になって減らそうとしていますが、余り減らない。ようやく一般病床を急性期病床と慢性の病床に分けようということで、徐々にそれが効果を持ち始めています。従って、外国は、ベッドは、支える医療の部分は外出しして、治す医療をやっているから平均在院日数が低いのです。厚労省も必死に、経済的な誘導をして、どんどん在院日数を減らしています。しかし、ここで大きな問題があります。外国では、在院日数を下げるために職員を増やしているのですが、日本は、急速に在院日数を激減させていますが、その間に医療スタッフの数を全然増やしていません。その結果、在院日数を減らしたために、医療人が大変忙しくなっています。あらゆる職種がそうです。医師も極めて過酷な状態で働かされています。それでは医者だけ増やせばよいでしょうか。医者は足りない、だけど増やすにはそれだけ国がお金を出さないといけない。従って、医療者全体の数を増やすとともに、役割分担をもう少し考えた直した方がいいと言っています。

在院日数を減らす一方、医学の進歩は高い専門性を必要とする上に、さらに複雑化を呼んでいるのです。不確実性も高まっているわけです。従って、国民は、医学が進歩すればするほど確実に病気が治っていくのではないか、医療の無膠性への過信と、期待と結果の落差への感情的な葛藤が生じます。ひどい場合には、医療ミスではないかという感覚を持たれます。

## V. 病院の運営を円滑にするチーム医療

医療事故に対する報道数がすごく増えました。私どもが医療安全を保つには、医療を行う仕事の大部分は医者に負わせているのですが、その中に事務系ができる仕事もあるのではないかと、あるいは看護職を中心として医療職が協働すること、分担することによって、医療安全もさらに保てるのではないかとことを主張して、ようやく厚労省もチーム医療ということを打

ち出すようになりました。医療を持続可能な社会システムとするために、政府が行うべきことは、確かに政府はグランドデザインを描いてわが国の医療の方向性を示す必要がありますけれども、医療というのは、地域で生まれて地域で育むものです。行政は、きれいなデザインを描いて成功と言っているのですが、そうではありません。地域の特性で、地域で医療計画をつくって、それをボトムアップしたものと全体像を調整する必要があります。それから、急性期から在宅まで、不安のないシームレスな構造をつくらないといけません。在宅医療の推進といっていますが、今の家族構成では、在宅医療はこれ以上なかなか進みにくい、ですから、国民は自宅で死にたいという思いがありますから、準自宅的なシステムをつくるべきではないか、自宅ですべての方が最期を迎えるようにするには、とても今の状況では不可能ではないかということです。それと、医師がやるべきことを分担する、チーム医療の促進がこれからの医療を進める上で大事ではないかと思えます。

## VI. 医療を持続可能なシステムにするための国民の理解

今までドクターがピラミッドの上に立っていましたが、これからの医療はプラットホーム型で、皆で協力して支えない限り、医療の質の向上にはつながらないのではないかと思います。

最後に、国民の皆さんに、日本の医療のあり方をもう少し知っていただきたい。日本では、待ち時間が長いとか、そういうのが不満のトップです。ところが外国では、待ち時間などという概念はないのです。医療が受けられればいい。骨折で救急に入っても3時間待たされるのは普通です。日本でそんなことをしたら訴えられてしまいます。私が医療を始めた頃はまだそういう時代で、医療を受けただけで物すごく感謝されました。ところが今は、医療は空気と水みたいなもので、国民は、当然安く手に入るものだと思っています。ですから、震災の時に、国立病院機構で、若い医師を中心に看護職あるいは事務職も含めて被災地に送

りました。帰ってくると皆、あんなに感謝されたことはない、病院では感謝されたことはほとんどないが、あそこはみてあげただけですごく感謝された。非常に生きがい得られたと言っていました。医療人を元気づけるには、国民が医療をよく理解しないとイケない。私は乱暴な言い方をして、国民皆保険を10年間ぐらいやめてしまったらどうか、そうすれば国民の目が覚めるのではないかということを行っています。例えば、フリーアクセスということで、夜中にちょっとしたことで小児科にいらっしゃる。私も、国際医療センターで救急などをやっていた時に、若いお母さんが来て、「何科ですか」と聞くのです。「私はもうベテランの内科ですから何でも見られます」と言ったら、「小児科じゃないのですか、じゃあやめます」と言うのです。そういうコンビニみたいな受診行動はやめてほしい、やはり医療の適正使用をやっていただきたい、そうしない限り、日本の医療は、もう医療人を増やす段階ではなくて、国民の意識を変えてもらわないと持続することができない。そういうことも言っているのですが、なかなか難しいです。国民の皆さんに地域の医療がどうなっているかということ、冷静によく見ていただきたい。コンビニ受診みたいに、便利な病院がなくなったら私たちは大変だといって、公的病院を集約すると市長さんがリコールされたりします。しかし、その病院が本当に必要なかどうか、本当に医療を効率的に行うにはそういうところまでやっていかなければいけないと思います。それから、やはり医療の負担と給付をちゃんと国民に理解してもらわないといけません(図5)。医療には大変お金がかかること、社会保障にそれだけお金がかかることこの理解が必要です。小泉さんに、あんなに衆議院で大勝した方に、私たちが消費税を上げたらと申し上げた時に、それをやる前にやることあるからといって上げなかったのです。だからあの時にやっていたら、日本はこんなひどい目に遭ってなくて、小泉さんは名宰相として誉れ高いものになったと思います。今まで問題解決を先延ばしにしていたことから、わが国のこういう状況をつくってしまったということです。

最後に、国民の皆さんにお願いしたいのは、生活習慣病というのは、一度かかったらなかなか治せないし、高齢者のQOLを悪くします。ですから、自己責任です。セルフマネジメントで、これから活力ある高齢化社会をつくるには、食生活に気をつけていただき、先生方がますますお元気で、これからも医療のために活躍していただくことをお願いしたいと思います。

医学・医療と社会との相互理解のために  
 —国民がすべきこと—

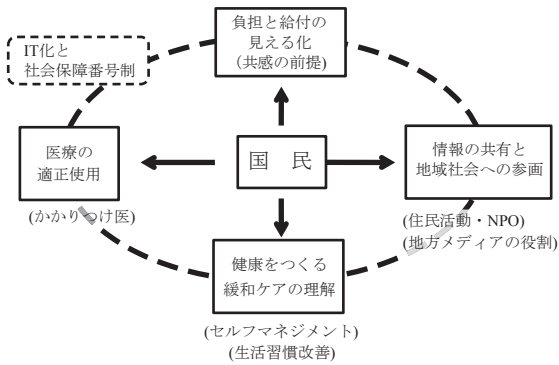


図 5