

特別講演 1

「肝硬変治療のガイドライン」

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科
環境社会医歯科学系専攻 医療政策学講座 政策科学分野 教授
河原 和夫 先生

医師不足、産科の休診、病院閉鎖、医療事故、医療崩壊、後期高齢者医療制度の見直しなど医療を取り巻く国民の関心はかつてない高まりを見せている。

ご承知のようにわが国は人類史上例を見ない速さで少子高齢化が進行している。高齢化の入り口である 65 歳以上の人口が全人口に占める割合が 7%を超えたのは、大阪万国博覧会という世紀のイベントを挙行した昭和 45 年であった。問題はその後の高齢化のスピードである。2 倍の 14%になるまでわずか 24 年しか要していない。これは欧米先進国の 2~4 倍の速さである。つまり、わが国はほかの先進国と同等のペースで高齢社会の姿を描いていたら遅すぎるのである。

昨今の医療問題に戻ってみよう。財源不足からの医療費を含めた社会保障費の圧縮、医師不足や地域医療の崩壊を食い止めるための医学部定員の増加、医療安全の確保と事故防止、75 歳以上の高齢者を被保険者とした後期高齢者医療制度の創設、メタボリック症候群対策としての特定健診・特定保健指導の実施など目まぐるしい動きを見せている。これらは財源問題とも深く関わっている。

社会保障費の自然増部分の 2,200 億円圧縮の影響は医療にもきている。診療報酬の見直し、後発医薬品の導入促進、予防による病気への進展の防止、供給者誘発需要仮説の観点から病院・病床削減を医療計画や診療報酬によって誘導し、医師数も減らして医療費を抑制しようとしてきた。ただ、供給者誘発需用仮説については近年、否定的な研究も出てきている。もちろんこの仮説が成り立つ医療分野もある。そして医療費増高の最大の要因として高齢者の増加を意識してきた。その結果、高齢者と医療費、財源の問題のみが骨格を形成して政策論議が行われることとなった。果たしてこれだけで良いのか。

米国での医療費の増加要因は、高齢化などの要因より医療技術の進歩の寄与が大きいのではないかと言う意見も出てきている。現在のがん、心臓病、脳卒中などの生活

習慣病に対する診断・治療技術は、光学や電子工学技術を基盤としており完成途上の技術である。しかも高コストであり医療費増大型の技術である。しかるにかつての主たる疾患であった感染症に対する抗生物質や輸液、ワクチンといった技術は短期間のうちに完成した技術となり、大量生産ができ、かつ安価である。これらの技術は入院を不要にして職場復帰を早め、子供や青壮年の死亡率を大幅に下げるなど医療費等の社会的費用を削減する技術であった。また、筆者は血液事業政策も研究対象としている。先日話題になっていた血液製剤の一種であるフィブリノーゲン製剤を用いたためにC型肝炎に感染した事例や薬害エイズ事件に見られるように、血液製剤を介して輸血後の感染症に感染する事例もある。特に輸血による感染が問題になるB型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、そしてエイズウイルスの血液製剤への混入を防ぐために最新の検査である核酸増幅検査（NATという）が平成11年から安全対策として導入されている。従来の検査方法でもこれら3つのウイルスが製剤に混入し輸血によって感染する確率は非常に軽減されている。しかしより一層の安全性を追求するためにNATの特許を持つロッシュ社に日本赤十字社が支払っている費用は年間80～90億円とも言われている。その一方で、この検査を導入したことにより防ぎ得た前述の3つのウイルス感染症の便益は、筆者の計算では直接医療費、休業損失、早世による遺失利益合わせて年間4～5千万円に過ぎない。事実、米国での赤血球製剤の価格は、安全性向上のために技術革新で導入した各種検査のコストのために20年間で約4倍になっている。事情はわが国でも同様である。最新技術は生活習慣病に対しては、治療の不確実性があるにもかかわらず高コストであり医療費を押し上げる要因でもある。

医師の労働環境を見てみよう。医師の労働環境や処遇であるが、病院の産科、小児科、麻酔科、外科系診療科に属する医師を中心に退職し、クリニックを開業するケースが報告されている。そのため医師が抜けた診療科や病院は休診や廃止され、地域医療の崩壊が叫ばれている。開業の背景には、長時間労働などの過酷な勤務条件、特に公的病院を中心に安い給与の問題がある。医師給与は世間一般の常識として高いという印象があるが訴訟リスクも孕んでいる職種に対する額としては必ずしも高くはない。医療制度改革の議論の中で、医師給与や労働環境についての正面切った議論が行われていない。医師をはじめ多くの医療従事者の自己犠牲の精神により日本の医療はかろうじて成り立っていると言いたい。

医学部の定員を増やして現在の医師の負担の軽減を図る考えだが、効果が出るのは早くても10年先である。そしてその定員の増分は現在の医学部定員（約7,800人）

の 1.097 倍 (8,560 人) で、約 1 割の増加に過ぎない。医師がライフスタイルを変え、人並の労働時間を選択すればその増分はたちどころに消え去ってしまう。それに医学部定員増の目的は特に疲弊している病院医師の増員であるが、増分がこのターゲットに到達せずにクリニック開業などの道を選択すれば、問題の解決にはならない。

狭義の医療、医療政策、そして医療経済などについて述べてきたが、医療問題は周辺の医療と関わる医薬品・医療機器産業などの動向や将来像を抜きにして語るわけにはいかない。国際的に巨大製薬企業が存在する中、多くの研究開発投資が必要で、世界ランキング 10 位以内、市場占有率 5%以上が生き残ることができる条件とされているが、わが国首位の武田薬品でさえ売上高は世界ランキング 15 位あたりである。医療機器産業でもかつて世界最先端を走っていた内視鏡技術も諸外国の後塵を拝するようになってきた。問題はわが国の新薬や医療機器に対する承認審査の遅さと高コスト、産業政策の失敗にある。医療の質の均一化や事務処理の合理化に必要なレセプトの完全電子化、電子カルテの導入なども遅れが目立つ。韓国はいち早くレセプトの電子化を実現し、医療費分析や医療行為の標準化に対する貴重な資料を提供している。

シンガポール、タイ、インドなど東南アジアの国々は、欧米、アラブ、そしてアジアの富裕層向けの医療サービスを提供する医療産業が勃興してきている。これはヘルス（あるいはメディカル）ツーリズムと呼ばれている。開発途上国とは言え、首都圏にある医療機関の医療水準は先進国と同等である。たとえば、米国で心臓バイパス手術を受ける場合の 1/3 の価格でホテル並みの病室に宿泊して先進国に伍する医療サービスを楽しむことが可能である。水準は高いもののわが国では医療単価が高いためこうした国際的な医療産業は根を生やしていない。もちろん医療制度の差異のためにできない面もある。

欧米諸国の医療制度改革にも遅れること 10~20 年、内閣が次々変わって抜本改革のための議論ができないことである。世代間の負担についても一部の高齢者の意見に迎合的な政党や政治家のためにまともな政策を提示できない。しかし、医療問題を語るには後期高齢者医療制度など新聞紙上を賑わしている論点だけでは不十分である。医師の処遇、医療安全、医療の質は言うに及ばず医療産業政策も含めて質の高い、深い、より広範な議論を行いつつ制度を設計していかねばならない。