

「医療経済」と「医学的正義」のバランスが時代に相応しい医療を構築

科学的問題解決手法の修得、情報の正確な伝達能力、Professionalism の育成が日本の医学教育の課題



津田 武 アルフレッド・デュボン小児病院循環器専門医
トーマス・ジェファーソン大学医学部小児科准教授
米国財団法人 野口医学研究所 常務理事

アメリカの医療の現状

民間保険の無分別な台頭を許した医療政策

アメリカには医療保険を持っていない人が5,000万人近くも存在し(2009年)、それが現代のアメリカの重大な社会問題となっている。これは、全人口のおおよそ6人に1人の割合に当たり、実に驚嘆すべき数字である。

アメリカにも、収入もなく医療保険も持てない貧困層に対しては、Medicaid という公的福祉制度は存在する(貧困家庭の子供たちには Children's Health Insurance Program という制度もある)。

問題なのは、未保険の人たちの多くは、必ずしも貧困層の人たちでなく、仕事を持つ中産階級もしくは中産階級予備軍に属する人たちであるという点である。実際、未保険者の約4割弱は、年間収入が5万ドル以上の所得世帯と言われている。

なぜこうなるのか? 個人加入の場合、保険料があまりに高すぎるからである。

日本では考えられないことだが、自己破産の原因の半分弱が、医療費の支払い不能によるものと報告されている(2001年)。25人以上の従業員のいる企業は、離職者に対しても1年間、働いている時と同じ保険料で同じ医療保険を提供しなければならない(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act、略して COBRA と呼ぶ)が、小企業の場合はこの限りではない。

American Dream の本質は、努力した者が出自の如何にかかわらず、最終的に報われるという実に単純明解な哲学である。5,000万人もの未保険者の存在は、アメリカ合衆国という国家の存在意義にも関わる重大な問題なのである。

もともとアメリカは自由競争・弱肉強食の社会で、特にレーガン大統領以降のアメリカ連邦政府(特に共和党政府)は、常に「小さな政府」を目指し、余分な税金を

取らない代わりに、国民の自助努力で自分の健康を管理することを期待した。アメリカの医療は、全くの自由市場経済の下に運営され、供給者(医師、病院など)も消費者(患者)も伝統的に政府からの規制を極端に嫌う。

この自由市場主義に基づいた競争により、アメリカの医療が進んだのは事実であるが、一方、政府の規制が存在しない状況で、知らぬ間に民間保険会社がアメリカの医療を牛耳るようになった。この民間保険会社は、あくまでも営利第一主義のサービス業で、国民の健康増進や疾病予防や医療費削減に、関心があるとは思えない。この民間保険会社の無分別な台頭を許したアメリカの市場主義にこそ、アメリカ医療政策の最大の不幸がある。まさに「寄生虫(民間保険会社)」が「宿主(患者と医療機関・医療従事者)」を生かさず殺さず、うまく操っている状況と言えよう。

公正を期して言うならば、医師もこのシステムのお陰で世界一高い給料を貰っていると言えるし、

アメリカ国民もこのシステムをそれほど嫌ってはいない。社会主義的な「社会福祉」という制度は、伝統的アメリカ人にとって、最も馴染まない概念なのかもしれない。

一方、国家や地方自治政府が福祉にあまり責任を持たない分、民間レベルの Charity 活動は非常に活発である。アメリカ社会の本当の「温もり」「優しさ」は、一般市民の心の中にごそ存在し、ここにアメリカ社会の「美しさ」がある。

しかし昨今の医療費の継続的な高騰は、このパラダイムに大きな疑問符を投げかけた。ただでさえ医療費が高いのに、未保険者に対しては有保険者に課される割引料金よりも恐ろしく高価な自由診療料金(定価: "Sticker Price") が課される。

お金がないから保険に入れないのに、保険を持たない人間には保険診療での料金よりも、はるかに高い料金が課されるのである。これほど大きな矛盾はない。

また総医療費の約半分は、全体の人口の約5%の重篤患者に使われると言う。アメリカの医療には、日本の国民健康保険に相当する「手頃な」医療保険は存在しない。企業に属さず個人で健康保険に加入しようと思えば、その月々の支払いは恐ろしく高価になる。

したがって、中途半端に資産がある未保険者は、大きな病気になってしまったら、もう為すべき選択肢は限られてくる。誇りある真面目なアメリカ人の多くは、福祉に頼ることをあまり潔しとしない。それは American Dream の終焉を意味するからである。

ここにこの国の大きな苦悩があり、それゆえ Obama 政権は何とか国民皆保険制度を導入しようと奮闘しているのである。

昨年、Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)

という法案が可決され、今後、アメリカ市民は何らかの医療保険に加入することが義務付けられるようだ。これは一般のアメリカ人に

増高するアメリカの医療費の背景

医療保険さえあれば世界最新の医療が享受可能

それでは、なぜアメリカの医療費はこれほど高価になってしまったのであろうか?

まずアメリカの医療は、日本や多くのヨーロッパ諸国と違い、ホテル産業や航空産業と同じように、サービス業のひとつとして位置づけられている。自由市場経済においては、商品の価格を決めるのはあくまで市場であり、基本的に消費者の購買欲と供給者の供給量のバランスにより決められる。不思議なのは、自由競争なのに価格が一向に下がらないという点である。

連邦政府は、生命科学の領域では National Institute of Health (NIH)などを介して莫大な医学研究費(Grant)を提供するが、その一方、疾病の予防や社会啓発運動、公的健康保険や社会福祉の援助には、それほど積極的ではない。新しい医学研究の成果により、新しい治療法が開発され、それが新しいより魅力的な商品となって市場に売り出される。病気の人たちは自らいろいろの情報を集めて、自分の病気にどの治療法が最も相応しいか追求する。

ここでは、ただ「より健康に生きたい」という人間の生の願望が何にも優先する。実際、自分が生きるか死ぬかという状況になれば、アメリカに住んでいれば、世界で最も進んだ医療が受けられるだろうし、そのため死ななくてもすむかもしれない。重篤な心不全患者でも、アメリカにいれば心臓移植を受けて存命できる可能性は

とっては「革命的出来事」であり、これからどうなるのか、我々医療業界人にも全く想像もつかない。

十分高い。日本では受けられないがんの最新の治療も、アメリカでは受けられる。医療保険さえあれば、世界で最も進んだ最新医療を享受できるのだ。医療費が高いのも当然である。

アメリカの医療費が他の先進国に比べて高い原因として、他にもいくつかの理由が考えられる。

まず医療訴訟の多さであろう。医療訴訟による賠償金も、世界最高峰と言えよう。したがって医師が参加する医療訴訟保険 Malpractice Insurance の費用も馬鹿高い。これが医療費に跳ね返ってくる。

またアメリカには概して不健康な人間が多い。もっと直接的に言うならば、驚くべき肥満人口の多さである(州や人種により異なるが、人口の3~4人に1人は肥満だと言われる)。肥満は、高血圧・糖尿病・動脈硬化・脳卒中・心筋梗塞などのあらゆる慢性疾患・生活習慣病の重要因子であり、肥満の数だけ病人は増え、病人が多ければ当然、医療費も高くなる。

アメリカはあくまで個人の自由を尊ぶ社会である。「自由を尊ぶ」と「その責任を全うする」ことは表裏一体とされる。こどもの頃から何を食べるのか、何を食べないのかの選択の自由を与えられるが、その結果に関しては個人の責任が問われる。しかし肥満人口の異常な多さは、既に個人の責任レベルを逸脱し、近年アメリカ社会全体の責任として捉えられるに至った。

医師や医療スタッフの個人的努力・犠牲で成立

現代の日本の医療は、WHO などの国際機関による評価では、先進諸国の中でも「超優等生」だと考えられている。その国の保健衛生レベルの指標ともなるべき乳児死亡率、平均寿命などは世界最高のレベルを維持している。一方、国民1人当たりの年間医療費は、先進国の中でも最低である（日本2,581ドル、イギリス2,992ドル、ドイツ3,558ドル、フランス3,601ドル、アメリカ7,290ドル：2007年統計）。これほど効率的で優秀な医療システムがありながら、なぜ「医療崩壊」とか「医療の疲弊」とか「国民不在の医療」と非難されるのであろうか？ この「憂鬱な優等生」の悩みの原因は、どこにあるのだろうか？

21世紀の日本の医学界・医療を取り囲む混乱は、「情報革命」に象徴される時代の流れによって、起こるべくして起きた現象である。インターネットの普及に伴う情報の公開・共有化、生命科学の著しい進歩、世界のグローバリゼーションに伴う多様な価値観の出現、さらにあらゆる産業における競争原理の導入という荒波が、閉鎖的な医学・医療の世界にも押し寄せてきた当然の結果であろう。

医学界は総じて、その変化に対してあまりに関心・無策・無防備でありすぎた。そして閉鎖社会ゆえ、「外」からは何も積極的に学ぼうとしなかった。アメリカの医療の世界で問題になったことは、不幸にも10年ほどの時期を経て日本でもほとんど必ず起きている。例えば、病院での医療過誤の問題、小児虐待の問題、AIDSの問題、終末期医療の問題などが挙げられる。これらの諸問題は、老朽化した

医療システムの軋みから生まれてきた必然の産物と捉えるべきである。「現代医療」が包括する対象は、20年前にくらべ膨大な量になってきている。医学界のリーダーたる大学病院に、30年前と同じスタッフ数でこれらの新しい問題を対処させることからして、所詮無理なのである。真面目で責任感の強い人間ほど疲弊して、現場を去っていく構造がここにある。日本の医療現場は、医師や医療スタッフの個人的な努力や犠牲の上に成り立っている部分がかかなりある。彼らの努力を認識しないで、医療費削減だけを推進するのは大きな間違いである。

医療の効率化を図り無駄を排除することは、極めて重要な課題である。この重要課題に対して、日本では政府・官僚主導の下で「医療改革」が推し進められたが、残念ながら医学界には、内部から自主的かつ積極的に改革を進めようとする気風は生まれなかった。

この外部から強制された変革の中で、医学界の対応は全ての局面で後手後手にまわり、そのため実際の医療現場では数多くの混乱と軋轢が引き起こされた。仕事量は確実に増えているのに、どうやってより少ない人員・費用で、これに対処しようというのか？ 無理を強制したところで問題解決は得られない。新しい医療秩序の構築は、それぞれの分野のリーダー達との理解と協力なくしてはありえない。

新しい医学教育導入の必然性

「医療経済」「医学的正義」の正しい教育が不可欠

今後のあるべき医療の姿を模索していく上で「医療経済」と「医

学的正義」という二つの概念の正しい理解は、ますます重要になってくるだろう。これからの医学教育の中には、この二つが正しく教えられなければならない。医師や医療従事者に無理や自己犠牲を強いる制度は、早急に改める必要がある。そのためには、60年前の医師法で定められている医師の役割から、更に進化した新しい医師の役割を定義すべきであろう。それは、リーダーとしての医師であり、現場監督者としての医師であり、教育者としての医師である。医師に雑用をさせて、彼らの本来の機能を妨害してはならない。

第一に「国民皆保険」の制度は、政府・行政のコミットメントなくしては維持できない。この制度を世界に冠たる恒久の「是」として認めるならば、これは尊重すべきであろう。幸いなことに、日本の厚生労働省は、アメリカの民間医療保険会社と異なり、金儲けではなく国民の疾病予防と健康増進を第一の目的としている。一方、医療における「正義」は、医師が主導していかなければならず、これは経済原則に左右されてはならない。この医師による正義の発現には、生命科学と生命倫理の正しい理解が不可欠である。

「医療経済」と「医学的正義」のほど良いバランスが、その時代に相応しい妥当な医療を形成すると考えられる。国民は、この変革に積極的に参加していくためには、国民は、生命科学や生命倫理の重要性を正しく理解し、医療における経済原則の存在を認めなくてはならない。そのためには三者間でもっと多くの意思疎通が必要であり、この重要な機能こそが「メディア」の本来の存在意義であろう。正しく、公正で、明解な記述が求められる。残念ながら現在の日本のジャーナリズムは、この機能を果たすレベルに、まだ達していない。この情報革命の時代において、信頼に足るジャーナリズムを育てるのは、我々国民の大切な任務である。

学的正義」という二つの概念の正しい理解は、ますます重要になっ

てくるだろう。これからの医学教育の中には、この二つが正しく教えられなければならない。医師や医療従事者に無理や自己犠牲を強いる制度は、早急に改める必要がある。そのためには、60年前の医師法で定められている医師の役割から、更に進化した新しい医師の役割を定義すべきであろう。それは、リーダーとしての医師であり、現場監督者としての医師であり、教育者としての医師である。医師に雑用をさせて、彼らの本来の機能を妨害してはならない。

そして医師を補佐すべき本来の意味でのCo-Medical Staffを育てていく必要がある。アメリカでのNurse Practitioner や Physician Assistant さらに Clinical Pharmacist の例を挙げて、我々日本人でも到達可能なモデルを提示したつもりである。そのためには、まず手始めにチーム医療のリーダーシップを取れる医師を養成していく必要がある。

教育は「国家百年の計」と言われる。医学教育の改革は火急の懸案である。医師の立場から医学界の改革を提唱するならば、まず医師をプロフェッショナルとして育てることのできる医学教育制度を作り上げる必要がある。

第一に、医学知識や医療手技だけでなく、あらゆる問題解決に際して科学的問題解決方法を教える必要がある。そのためには各人が分からないことに対して常に「なぜ？」と質問する用意をする必要がある。個人の「経験」の有無は重要である。しかし、常に科学的問題解決手法が尊重される環境における「経験」と、過去の経験が大部分の決定過程の第一義とされる環境での「経験」とでは、自ずからその重みは異なってくる。現在、日本でも盛んに Evidence-Based Medicine という概念が議



第2回 Noguchi Summer Medical School。2010年7月に順天堂大学本郷キャンパスにて開催

論されるが、これは必ずしも個人の経験を否定するための道具ではない。

第二に、チーム医療の実践のためには情報を正しく明確に、そして分かりやすく伝える能力が必要である。Communication Skills の獲得は、アメリカの医学教育でも重要修得事項と認識されている。物事を正確に分かりやすく伝えられなければ、リーダーは務まらない。物事を分かりやすく説明するためには、その本質の深い理解が不可欠である。

第三に、チーム・リーダーとして尊敬されるための Professionalism の獲得である。医師は、時には行動でチームに模範を示すことが要求される。

上記三要件は、アメリカの教育病院で教育を務めている者に求められるごく普通の資質である。

時代は確実に変わりつつある。2009年より米国財団法人野口医学

研究所では、夏に3日間の医学教育セミナーを行い、全国から医学生・研修医を集めて新しい医学教育の紹介をしている（Noguchi Summer Medical School。詳細は、http://www.noguchi-net.com/seminar/report_20100717.html参照のこと）。当財団では今後、臨床薬剤師の養成にも力を入れていく計画である。若い薬剤師の皆様は、ただ目の前にある仕事に取り組むだけでなく、勇気を持って自分の目指すものに挑戦して欲しい。困難は同時に大きなチャンスでもある。若いからこそ、時代が求めているものを、より敏感に感じられるのだと思う。

Ask and it will be given to you ; Seek and you will find ; Knock and the door will be opened to you. (Matthew 7 : 7)

(終わり)

津田 武 Takeshi Tsuda, MD, FAAP, FACC. ●小児循環器専門医。米国デラウェア州ウィルミントン市にあるアルフレッド・デュボン小児病院勤務（トーマス・ジェファーソン大学の小児科本部）。現在トーマス・ジェファーソン大学医学部小児科准教授。米国財団法人野口医学研究所常務理事。1984年信州大学医学部卒業。母校の小児科学教室に5年間在籍後、臨床留学のため渡米。フィラデルフィア小児病院で小児科レジデンシー、小児循環器科フェローシップを修了、1993年米国小児科専門医、1996年小児循環器科専門医資格を取得。その後、フィラデルフィア小児病院、トーマス・ジェファーソン大学で心臓の基礎研究に従事。現在、小児病院でスタッフ循環器医として臨床、教育、基礎研究に携わる。ペンシルベニア州、デラウェア州、ニュージャージー州の3州での医師免許を持つ。Email : ttsuda@nemours.org