

健康文化

医療の経済性や制度に関する教育の必要性を考えよう

猪田 邦雄

65歳以上の高齢者の割合は平成15年にはすでに20%に達しようとしており、今後益々増え続け、いわゆる団塊の世代が65歳を迎える平成25年には25%を越える日が近いと予想されている。これに伴い、国民総医療費も増加の一途を辿り、31兆円を越えた。なかでも高齢者に関する医療費は増加が著しく、11兆円以上となり全体の36%余を占めている。このような背景の中で、社会保障の重要な柱ともいえる日本の国民皆保険制度は危機を迎え、平成12年には高齢者に関わる新たな保険制度として、介護保険が開始された。これにより総医療費は幾分下がったものの、介護保険のサービス給付が毎年10%ずつ増え続け、平成15年度には6兆円を越え、平成25年には20兆円を越すと予測されるに至り、5年毎の改定に当たる今年度は、施設入所者の食費を中心に約3万円を越える大幅な自己負担の増加が決定的となった。

医療費に関する診療報酬（レセプト）の点数は、中央社会保険医療協議会（中医協）で2年毎に改定されてきている。2年前の改定では理学療法や整形外科関連の点数は大幅に減額された。新聞などでは医療保険の赤字が報道され、厚生労働省は常に健康保険や介護保険制度の危機を訴え、その切捨てや改正に躍起となっている。救急医療を始め、第一線の医療を支えてきている市民病院などの公的病院や地域の基幹病院は赤字が問題視されており、高度先進医療を柱とする大学病院でも在院日数の短縮や収益性を上げることが先決事項となっている。考えてみると、私の周りを見ても医師を始め多くの医療従事者は一生懸命働いているといえる現状である。しかしながら、患者の側からの医療や従事者への要求は限りなく増えつつあり、診療報酬の改定や支払基金の審査は医療側に厳しさを増すばかりである。なぜかいつも医療の側が悪いように言われ続けているような気がしてならない。その原因はどこにあるのであろうか。

日本の医療制度は世界保健機関（WHO）のランクでも常にトップ3に入り、医療そのもののレベルも高く、なかでも皆保険制度に基づく公平性の点では世界でもNo.1といえる。日本では皆保険制度のもとで、医療は社会保障の基本として位置づけられて来た。このため昭和36年には法制化され、お金が無いから良い医療が受けられないということは無かった。しかし、国民総生産（GDP）当りの国民医療費は世界ではこの数年は16位前後であり、所得から見れば医療予算は必ずしも高くはない。アメリカはWHOのランクでは10位以内にさえ入れないばかりか、医療費の多くは民間の任意保険で賄われ、富裕層は良い医療が受けられるという社会保障とはかけ離れた状況を作り出している。経済学者や官僚は根拠に基づく医療（EBM）や経済的数字による効率の良い医療を提言しており、それを基にした医療費抑制政策により、日本の医療の良い点は失われつつあるといえよう。特に入院期間の短縮に伴う点数改定により、多くの病院ではクリニカルパスに基づく効率化の波が押し寄せている。パスはもちろん良い点も多数あり、ことにチーム医療の実現やインフォームドコンセント、医療の効率化などには大いに役立っている。しかし、医療従事者の個々の能力は無視される傾向にあり、料理におけるレシピの感がする。レシピを見れば料理の内容がわかり、同じ材料を用いて作れば一定の料理ができるであろう。ところが実際には同じ材料でレシピにしたがって作っても、作る人が違えば味は同じにはならない。しかも食べる側の好みや感じ方は違っているため、ある人にはおいしくても、ある人にはそうでないこともある。つまり、クリニカルパスは治療の一覧表とも言える便利なレシピではあるが、料理ではその時々や一人ひとりの好みなどに合わせた料理が要求される。患者に合わせた医療こそが真の医療であり、おいしい料理を作ることと同じであろう。パスではこのような能力を持った医療従事者が能力を発揮できない可能性が高い。現実には、忙しいなかではパスにしたがって日数で医療が進められ、決められた期間内に退院させたりすることも行われている。経営上は点数も高く都合が良いが、医療従事者の多忙は目に余るものがある。何よりも患者の満足が得られているかも問題である。

私の周りでも、いわゆる「良いとこ取り」の状態が始まっている。人工関節手術を例に挙げると理解し易い。人工関節は膝と股関節がほとんどを占める。しかも多くは女性であり、膝では70歳以上が大部分を占めている。全手術のうちで、人工膝関節手術の深部静脈血栓症（DVT）の発生率は約40%、股関節では

約30%といわれ、ワースト1、2位を占めている。その上、女性では高脂血症の率や肥満度も高い。これだけで静脈血栓学会のDVT予防のガイドラインにおける危険因子は重度となり、駆血帯を使用することや下腿の静脈瘤も多く見られ、手術に際しては低分子ヘパリンを使用することとなり、術後出血も覚悟しなければならない。したがって多くの施設ではリスクが高くなならないうちに、早めの手術を行うことが主流となりつつある。股関節でも、その耐用年数が15~20年とされているので、50歳前後ではもう少しがんばってこのままりハビリテーションを続け、もう少し年をとってから手術ということが一般的であった。しかし、あまりがんばると関節は拘縮し、可動域は減少し、筋萎縮は進む。こうなってから手術では、筋の解離や関節包の切除が必要となる。つまり、手術は難しくなる。しかも手術後の筋力などの回復には時間がかかる。したがって入院期間は長くなる。日本では技術料はアメリカの半分以下と極めて低く、難易度による差や技術による差はない。このように考えるともっと早く手術したほうがリスクは減り、パスにしたがって早く退院できることとなり、経営上も、医療過誤の点からも有利となる。人工関節の点数は年間手術件数が50例以下の病院では30%減点されることも大きな要因となり、痛いといって受診するとリハビリテーションのような手間のかかる治療は行わず、早めに手術することとなる。

日本では、膝では高位脛骨切り術が、股関節でも転子間骨切り術や寛骨臼回転骨切り術、骨頭回転骨切り術などの適応や効果がほぼ確立された優れた方法がある。しかし、これらの骨切り術には技術が必要であり、入院期間やリハビリテーションの期間も長い。一方、人工関節手術は除痛効果に優れ、入院期間も短いため、近年増加の一途辿っている。しかも、皮膚切開を小さくした小侵襲手術(MIS:minimally invasive surgery)といわれる手術が行われ始めている。小さな切開で手術するには、可動域も良く、拘縮が無いほうがやりやすい。つまり早く手術するほうが入院期間も短く、回復も早いこととなる。しかもリスクは低いという大きなメリットもある。まさにアメリカ式といえよう。米国では骨切り術はほとんどというより、行われていないと言ったほうが良いであろう。日本は何でもアメリカの真似をする傾向があり、手術をしなくなることにより、多くの若い整形外科医は骨切り術のノウハウを知らなくなってきたおり、人工関節しか選択肢を持たなくなりつつある。日本の医療制度にあった治療法が選択できる余地を残す必要があるだろう。

このような背景の中で、日本の医療は、治療を受ける側は良くなっていないからと不払いや訴訟を起こしたりする。その上、完全を要求する。この強い圧力と支払い側の節減という強い圧力とに挟まれて、医療の側ばかりが一方的にパンチを浴びているようにさえ感じるのは、私だけでしょうか。

このように感じてきたなかで、自分にできることは何かを考えてきた。ひとつの結論は、医療従事者があまりにも医療の経済性や保険制度について無知であるということであった。もっと医療を受ける人にも自分たちの理解者になってもらうことが必要であろう。そして医療の仕組みや問題点などの情報を開示する必要もあろう。そのためには、医学・医療の教育に医療の仕組みや経済性に関する講義を取り入れることが重要と考えた。概論では医療保険制度を、学部生には医療の経済性を学べるように医療経済入門を、院生には介護保険や医療保険制度の問題点などを学べるように医療経済学概論を開講した。

毎年講義の始めに、「医療の財源は何か」という質問をすると、驚くことに、学部生のほとんどは税金と答える。大学病院で働く看護師や病院で働く検査技師、診療放射線技師、理学・作業療法士などの社会人の院生になると、さすがに半数が税金に加え、給料から引かれる保険料と答えるが、半数に過ぎない。しかも、雇用者側がそれと同じ金額を払っていることは誰も知らない。また、「自分の医療保険はなんと言う保険か」という質問には30%の学生が健康保険か国民保険ということは知っていたが、自分の保険の種類はほとんどの学生は答えられない。病気をしたときには3割を自己負担するということは、全員が知っていたが、残りの7割を病院はどこからもらうのかという質問には、院生もまったく答えられなかった。支払い基金やレセプトについても知らないと答えた。さらに、日本は皆保険制であることは多くの学生が知っていたが、「お金を払わないときの罰則があるかどうか」という質問には、40人の院生のうち一人だけが「病院にかかると全額自己負担しなければならず、お金がかかる」と答えた。

大学病院の患者サービス委員会で、入院患者800人に食事に関するアンケートを行った結果が報告された。80%がまずいと答えたという。作る側は1050ベッドの給食業務だけで年間3000万円の赤字という。「入院にかかわる給食は一日いくらでやらなければならないか」を委員長の本教授に質問してみた。一般食は1920円であることや食堂があれば50円、選択できるメニューがあればさ

らに50円加算でき、一日当たり2020円であることなど知る由も無かった。ましてやそのうちの自己負担が780円であることも知らなかった。もっと驚くことは、入院患者の食事が療養に必要なものとして、診療報酬で「入院時食事療養費」として決められていることさえ知らなかったことである。毎日、食事の状態を点検し、カルテにも記載している大学病院の看護師の院生もまったく知らなかった。私自身は、回診で食事を残している患者に、「どうしました？具合がわるいのですか？」と聞いている。多くの患者は「おいしくないから」という。保険で一日の額が決められていることを話すと、それならこの程度でしょうという。つまり、3食で1920円（2020円）と知れば、「まずい」という患者は半減するであろう。1万円出してレストランで食事をして、味が良くないと満足できないし、480円のコンビニ弁当なら、こんなものでしょうというであろう。日本では医療を受ける側は情報を知らされていないことが良くわかる。皆保険制度のなかで良質で、公平性の高い医療に慣れてきた人には、窓口で払う自己負担は大きく感じるかもしれないが、自動車の修理より安い日本の医療を知ってもらえない。

学生に「一日の食費が2020円は安いかわいいか」と聞くと、多くの学生は自分の一日の食費より良いという。朝は食べないし、昼はコンビニ弁当で、夜はバイト先で残り物を貰うので、2020円なら上等と考えるようだ。しかし、病院での食事にかかる費用（必要経費）について聞くと、多くの学生は野菜などの材料費は答えられるが、食事を運ぶ人、食器を洗う人、準備する人、栄養士の人件費のほか、配膳車（3分の2は暖め、3分の1は冷やす装置、充電式のバッテリーで動く装置、音楽が鳴る装置などがあり、高級車が1台買える）や配膳する人の費用、水道・光熱費などは思いもよらない。つまり、医療における費用対効果などは考えたことがないという。他にも、食事はおにぎりにしたり、おかゆにしたり、小児や糖尿病や高血圧など多くの特別食（料金は高い）も準備しなければならず、効率が極めて悪いことも知っている必要がある。

一方、医療費の抑制政策のみでは医療の質は低下し、一部自己負担する混合診療の導入などでは公平性は損なわれる。そのうえ、医療従事者のやりがいに対する意欲や働く意欲を低下させることはイギリスの例でも明らかである。イギリスではサッチャー政権時代の医療費抑制政策が影響し、医師や医療従事者の数は減少し、海外へも流出した。何よりも医療の質が低下し、医師になりた

い人は激減した。ブレア政権ではこれを改革すべく努力がされているが、急に取り返せるものでは無かろう。

多くの学生は講義の評価で、このような講義は必要であると認識している。日本の保険制度は出来高払いが原則であるが、理学・作業療法（言語療法も含む）は保険点数上出来高払いではない。一日の上限が個別では18単位（1単位20分）と決められているため、それ以上働いても保険請求できない。このため、理学・作業療法士は点数制度や自分の年間の稼ぎ高や稼働率なども良く知っている。看護師や他のコメディカルは、自分の給料はどこから来るのかを知らない。

以上述べたことは、ほんの一部に過ぎないが、如何に医療従事者が医療の仕組みや制度について教育されていないかをうかがい知ることができよう。これでクリニカルパスを使いこなすことやEBMなどの研究ができるのであろうか。費用対効果などという難しいことはさておいても、高齢社会のなかで医療の厳しさは増すばかりであり、介護保険の仕組みや問題点などを知らずして、患者の側に立った医療ができるのであろうか。病院で忙しく働くばかりでなく、患者の退院後の在宅での生活や地域での生活に関する経済性や制度を知り、生活習慣病の予防や高齢者の生活不活発に基づく生命の質（人生の質）（QOL）の低下などにも配慮できるようになるには、医療の経済性についての知識が必要と考えている。はかない抵抗かもしれないが、一方的に医療の側のみが打たれることは避けたいし、医療を受ける側を味方にすることも重要であろう。そのための教育が充実することを願ってやまない。

（名古屋大学医学部教授・保健学科理学療法学専攻）