

日本の医療を考える

兵頭一之介

人間総合科学研究科教授

表題のことを思いつくまま書いてみる。

を招くに違いない。

医療改革

世は小泉改革の渦中にある。先の選挙では郵政改革が争点とされ、抵抗勢力に対する刺客に見られるような劇場型選挙が席卷した。しかし政治改革、経済改革、年金改革、医療改革などの様々な問題は等閑にされた感が否めない。医療制度改革は医療費削減が優先され、診療報酬改定率は全体で、1.36%、薬価・材料費1.8%、合計3.16%のマイナス、所得のある高齢者の患者負担を3割に引き上げるという内容である。さらに医療の質や安全性の向上が求められ、医療機関の負担はさらに増大する一方である。わが国は世界的にも医療費は低く抑えられている。より良質の医療を実現するには、それに見合った財政的措置が必要であり、それを国民が納得するかどうかである。このままでは、おそらく次第に医療の荒廃

医療の現場

私は平成17年9月に筑波大学消化器内科教授に就任した。まだ新米である。今、一番頭が痛いのは医師派遣問題である。消化器内科で専門的研修を終えた多くの医師が茨城県内の多くの病院へ赴任し、お世話になっている。しかし、病院医師の欠員が出た場合、容易に後任の医師を派遣できないのが現状である。誤解を招かないように、先に述べておくが大学は決して医師斡旋をしているのではない。優秀な医師が、母校としてあるいは研修を受けた病院として適切なポジションで大学に残りたいと望むのは、まったく持って理解できるところであるが、残念ながら採用人員には限りがある。医師同士の連帯感から、大学卒業後にあるいは研修後に、大学と関連する病院へと就職を希望するのは自然の流れである。診療

グループの統率を図るということでは無く、このような関連性から仲間として相談に乗りたいという気持ちのほうが、むしろ強い。大学は地域医療に大きな影響力を持ち、社会的期待も大きく、個人と社会のバランスを常に考慮する必要に迫られている。

今、日本全国、勤務医は重労働を強いられている。消化器内科医を例にとると、多くの場合、医師一人当たり一日何十人という外来患者を診療し、病棟でも10人以上の入院患者の治療に当たっている。十分なインフォームド・コンセントを実施することが求められ、高度な診断と治療を提供し、多くのカンファレンスに出席し、チーム医療を担い、医療紛争が生じないよう神経をすり減らしている。また急速な医学の進歩に追いつくため勤務時間外に夜中まで勉強している。このままでは、勤務医はなり手が無くなり、病院の医療は崩壊し、大きく医療が後退するのではないかという危惧を強くしている。私は昭和56年に岡山大学を卒業し昭和60年に同大学院を終了後、香川県立中央病院を経て、平成3年国立病院四国がんセンター内科に移った。一貫して臨床現場に身を投じてきたので、このような現状が良くわかっているつもりである。先に挙げたことをもう20年以上続けてきた。私の専門は、がんの化学療法であるので、進行したがん患者さんを対象としている。

これまでに1,000人以上の患者さんとともにがんと戦い、400人以上の最期を看取ってきた。就寝中も何度も起こされ病室へ駆けつける生活であった。それが医師の責務といえ、それまでだが、こんなことが長続きするわけが無いことは自明の理であろう。勤務医の過大な身体的労力と精神的疲弊は十分理解できる。これを解決するには何より人員を増やす必要があることは明らかである。病院経営には優秀な医師の確保が最も重要であることはわかっているが、特に公的病院では、すぐに待遇を改善しようということにはならない。状況改善のためには、優秀な勤務医を確保するための物心両面の投資やコメディカル役割の見直しなどが必要であり、国民の理解と国・政府の強いリーダーシップが必要である。

今、医師の都市部への集中と地方の医師の減少が続いている。先日、県立病院の職員医師を必要とされる過疎地域へ派遣する権限を県に持たせる方向の政策が発表された。これは、うまくいくはずは無い。中心都市での勤務を望む医師は多く、地方への派遣を強いられれば、先に述べたような勤務医の過剰労働もあり、容易に開業してしまう。また中核病院の医師数もぎりぎりであり、他に人員を割く余裕があるわけではない。そこで住民数と年齢構成に応じた医療機関の役割分担やセンター化あるいは統廃合の

話が出てくるが、たちまち予算が必要となるし、不利をこうむる地域住民の様々な要望などが生じ、これも現実には遅々として進まない。まさに八方塞りの状態である。

高齢化による医療費の伸びが急速となる中、医療費の適正化の施策が叫ばれている。政策目標は「生活習慣病の予防」と「在院日数の短縮」の2点である。後者と関係して効率的な医療の提供のためクリニカルパスの定着や包括医療の導入が進められることになる。当面の勤務医の負担は増すばかりであるが、これを取り切った時に適正な人員配置と待遇が実現していることを祈るばかりである。

卒後研修にもやや気になることがある。本制度が導入され2年が経過しようとしている。2年間の初期研修が義務付けられているが、この2年間で医師としての基本的な知識と技術を習得することが目的とされている。さらに一方で、医学教育は早期から臨床医育成を意識した方向性が強くなっている。卒後研修で習得するような内容は、医学部教育期間内で十分可能ではないかとも思われる。今後の見直しに期待したい。この研修制度が開始されてから多くの学生は、卒業後、いわゆる有名大病院での研修を希望し、先に述べた医師の都市部への集中に拍車をかけている。研修修了後、地方へ向かう医師が、どの程度の割合であるの

か興味深い。医療界だけでなく日本社会全体で様々な格差が大きくなっている。

がん医療

男性の二人に一人、女性の三人に一人ががんで死亡する。がんは今や国民病の様相を呈し、きわめて一般の関心が高い。先日、NHKで「わが国のがん医療を問う」というタイトルの番組が放映されていた。厚生労働省の担当者、国立がんセンター総長をはじめとしたがん医療の専門医、がん患者や家族が一堂に会してNHKの調査資料を基に日本のがん医療の問題点を討論する形式であった。この番組の内容を一言で述べると、海外の先進国に比べわが国では患者の（国民と換言できるかどうかはわからない）ニーズに医療が追いついていないということである。がん医療における信頼できる情報公開の不備、科別の縦割り診療、有効な薬剤承認の遅れ、がん専門医の育成の遅れ、緩和医療の導入の遅れなどが論点であった。大学で十分ながん医学教育が行われていないことや、さらには大学の治療成績は一般的に良好ではないとまで報道されていた。大学からの出演者が少なかったこともあるが、特別な反論は無く周知の事実のごとく番組は進んだ。大学は優れた人材を育成し優れた研究成果を世に出すことが使命である。社会もその点で存在意義を認

めてきた。しかし、どちらに関しても、最近、
どうも社会の評価は、それほど芳しくない
ようである。確かに、このような状況を招
いた責任の一端は大学にもあろう。これま
で大学経営や研究は大きく国の予算に依存
していた。独立行政法人化した今、大学は、
いち早く社会のニーズを把握し積極的に社
会貢献することをアピール必要がある。

がん臨床試験、EBM (Evidence Based
Medicine) と CPG (Clinical Practice Guideline)、
がん新規薬剤の開発、未確立のがん遺伝子
治療や免疫治療、基礎研究を臨床応用へと
導くトランスレーショナル・リサーチなど
気になることは多いが、またの機会として
筆を擱く。

(ひょうどう いちのすけ／消化器病態医学)