

ローマから学ぶ医療政策の視点

川淵孝一*

Standpoint of Health Care Policy We should Learn from Rome

Koichi KAWABUCHI*

* 東京医科歯科大学大学院教授 Professor, Healthcare Economics, Graduate School of Tokyo Medical and Dental University
原稿受理 2004年5月27日
1959年富山県生まれ。一橋大学商学部卒。86年シカゴ大学経営大学院でMBA取得。民間企業勤務の後、国立医療・病院管理研究所（現国立保健医療科学院）、国立社会保障・人口問題研究所勤務、日本福祉大学経済学部教授、日医総研主席研究員、経済産業研究所ファカルティ・フェローなどを経て現職。主な研究テーマは医療経済、医療政策など。著書に『医療改革 - 痛みを感じない制度設計を』（東洋経済新報社）などがある。

『すべての道はローマに通ず ローマ人の物語X』
「医療」を読んで、わが国の医療インフラ政策に参考になるのは、次の二点である。

「専門医」より「プライマリケア医」重視

一つは、ローマには長く専門医が存在せず、いわゆる“プライマリケア医師”が中心だったことである。そのため、古代ローマの医療は専ら、アロマセラピーや温泉療法などを広く含む「相補・代替医療」が中心だったと考えられる。

広辞苑によれば「医療とは医術で病気を治すこと」とある。いわゆる生活習慣病が増える中、「治す(治療)」という言葉は一般的に二通りに使われる。一つは元気なときのもとの状態と変わらなくなったことをいい、もう一つは不完全ではあっても生を保つに必要な機能にまで回復したことを治った(治療)といっている。

さらに病気にも三種類ある。一つは患者の自己回復力、個人的な経験やいわゆる民間薬・まじないなどで治る「気の病」までを含めた病い(Illness)。第二は西洋医学でいう疾病(Disease)である。これはいわゆる五感に感じ取られ、患者が医師のところに訪れなければならないほどの苦痛を伴い、その苦痛は測定可能である。そして第三は政治・社会制度・経済などを考慮に入れ、臨床疫学的成果を基礎において、個人の経験としての病が社会化された病気(Sickness)の三つである。

病気の90%は「病い」(Illness)であると言われていた。したがって、病人のほとんどは疾病の当初から医療機関や治療者のもとを訪れることなく自分の

方法で「病い」を治療しようと試みる。そして悪化して初めて医師のもとを訪れるのが通常のプロセスである。ここに「癒す人」「癒される人」関係、医療者 患者関係が生まれるわけである。医師はあくまでも患者の病いを「癒す人」と機能しており、一般医と専門医の区別は存在しなかった。そのため、古代ローマでは、研究医、家庭医、開業医、軍医の境界は明確ではなかったという。

これに対して、ドイツの医師養成制度を採用したわが国では、医師は「癒す人」というよりは教育・研究者として養成された。そもそもドイツの教育制度は英米諸国と違い、一つの特徴を持っていた。現在でもそうであるが、英米各国は、医学教育と臨床教育と分かれており、それぞれ担当者が異なる。これに対してドイツでは、臨床各科ごとに主任教授があり、教授は学生に対する講義を行う一方、自分の診療科の患者の医療を担当し、同時に研究実験室をもって研究をも主宰していた。そのため病院長はもちろん各科の科長も医師であり、フルタイムで雇用され、教育、臨床、研究の3分野を一人で独裁する。科長の下には医師はもちろん看護師、技術者、実験研究者、事務員まで隷属している。各診療科ごとに専用の器械をもち、図書室、講義室すらもつものがあった。同じ外科でも教室が違えば、手術の方式も器具のデザインまで違おうし、検査法でもそれぞれ独自の手技で行っていたのである。

この制度は、少ない専門家、少ない施設を能率的に利用するという点ではすぐれており、わが国の実情には合っていたが、「医療サービス」という面で大きな欠陥をもっていた。というのは教育優先、実

験研究重視の風潮が強く、患者は教材や実験材料のような扱い方をされる傾向があったからである。医学者としての功名心、教育者としての熱情は、ともすれば患者の利益を無視し、医師中心の社会を構成しかねない。この制度の採用は、医学の進歩、医師の養成に大きな功績を残したが、反面、患者への配慮を欠いた。人間不在の技術教育という欠陥を招いたのである。こうした環境で教育され、そうした組織体こそが病院だと信じ込まされてきた医師は、自らで開業するとき、大学病院にそのままならつたのである。

試みに、臨床の大家である医科大学の教員に、「大学病院の目的は何か」と聞いてみるとよい。即座にかえってくる回答は、「大学病院は医師を養成する施設です」というはずである。開口一番「患者を治すところ」と答える人は、少ないであろう。もちろん一般病院の場合はそんなことはないはずだが、恐ろしいのはわが国の医師は、こうした施設で医師になり、医療はこういうものとして体験してきている事実である。

「公」の支配より「民」の活用

いま一つは、古代ローマ、特にカエサルに習うべきは医療を「公」の担当分野とせず、「私」が活躍できる基盤を整えるにとどめたことである。より具体的には、医師にはローマ市民権が与えられてきた。これによって、医師は直接税が免除され、月に約30キロの小麦配給権（ミールクーポン）とコロッセウム鑑賞券が付与されたのである。この他、開業医や家庭医には自らの診療に対する価格決定権も与えられたようである。つまり、医師を自由市場に放り出し、税制面や経済面で優遇することで、医師数の増加を図つたのである。これはわが国の近代政府が採用した政策に近似する。

そもそも、わが国の医療機関の最初のものと思われるのは、6世紀頃、聖徳太子が大阪の四天王寺に、難民救済のために開いた療病院、悲田院、施薬院、敬田院であろうといわれている。これらは身寄りのない病人を収容した施設である。その後は仏教とともに導入された唐医方（漢方医学）によって、僧医が民間医療にあたり、温泉を開いたりした。しかし欧米のような形のものはない。漢方医であるから手術もなく、在宅で投薬と家族看護ですんだわけである。もちろん室町時代以降、キリスト教とともに、キリスト教病院がわずかながらいくつかできたが、

布教禁止のために続かなかった。また、蘭学とともに西洋医術が導入され、手術も行われ、各藩に医学学校がつくられたが、病院とまではいかなかった。五代將軍吉宗が窮民のために立てた小石川養生所（現在の東大小石川分院の前身）や、オランダ軍医ポンベの努力で、長崎に建てられたのが洋式のはじめての病院といわれている程度である。

医療制度の近代化は明治維新によってもたらされた。明治7年に新たな医療制度を定めた〈医制〉が公布され、従来の漢方医学を廃止し、西洋医学に改めることになった。当時開業医は2万8,262人であったが、西洋医は5,274人にすぎず、残りはすべて漢方医であった。わが国の場合、医制を改めても、病院らしいものは皆無といってよかった。資金に窮した明治政府は、とても病院までは手が廻らない。地方自治体も金はないし、ずば抜けた金持ちもない。またそうした施設をつくるだけの見識も思想もない。したがって医師は自分で資金調達するしかなかった。

すなわち財政基盤が軟弱な明治政府にできたことは、自由開業医制を通じて医師の保有する私的資本の自由な導入を許容することだけだった。

自由開業医制とは、「医師がどこに診療所を開こうが自由であり、許可はいらず、届出だけでよい」という制度である。一方、医師でない者が診療所を開設する場合には、許可が必要とした。営利を目的に診療所、病院を開設しようという時は、許可を与えないことができるとして医師の権利を保護している。開設も自由だし運営にも統制はない。資金の調達も利潤の留保にも条件はない。まさに自由放任である。そのため、医師の多くは自宅を改造して診察室、待合室をつくり、家族に手伝わせた。自宅に帰せない重症患者ができれば、部屋を与えて寝かさなければならぬ。患者が増えてくれば増築しなければならぬ。こうして医師の家が、次第に病院へと成長していったのである。

開業のために自らで資金を調達し、家族で手が足りなければ他人を雇い入れ、患者がつき繁盛してくると、増築増床して、しまいには病院になったのである。当時の医師は診療もやるけれども、資本家であり経営者でもあった。そしてさらに患者がふえ規模が大きくなると、診療に手が廻らなくなり、医師を雇い入れて診療させ、自分は病院経営者に専念することになる。

このことは医業が個人企業そのものであり、市場原理に支配されていることを意味する。さらに、戦

後は、租税特別措置法が改正されたことによって個人病院・診療所については、社会保険診療報酬の72%を必要経費として控除することが認められた。これは、その後25年間存続し、個人開業医の資本蓄積と経営の安定に大きく貢献したと言える。

このようにカエサル政策は、わが国の近代政府の政策に近似するわけだが、大きな相違点もある。それは、医師に付与されたローマ市民権は「一代限り」のもので、取得後もいわゆる免許の更新制があったことである。つまり、医師には一定の収入と地位を約束する代わりに、高度な職業的専門家としての「努力義務」を課したのである。この点が、一旦、医師の免許をとれば未来永劫、診療を継続でき、子弟にも自由に事業継承が可能なのと大きく異なる点である。

求められる「自助」の考え方

その後、キリスト教の国教化によってローマ人は「タダ」で医療を享受できるようになり、医療は国の「管理(コントロール)」下におかれる。つまり、医療を「公」が担当する時代がやってきたわけである。これは、わが国で言えば、1961年の国民皆保険制度の実施とこれに続く「老人医療費の無料化」に相当する。

こうした政策によって、わが国の国民は、医療機関へのフリーアクセスが保障され、医療需要の飛躍的拡大につながった。しかしながらその一方で、わが国は医療費の高騰に直面することになる。医学・医療の進歩と少子・高齢化、経済成長率1~2%という現実によって、今後医療費は確実に増加する。厚生労働省は、2025年には国民医療費は現在の2倍以上の69兆円に達すると予測している。特に、老人

医療費の伸び率は大きく、半分のシェアを占めるといふ。

そこで、国は、2008年度を目標に高齢者医療制度を創設し、若者には「連帯保険料」を課すとしているが、作業は難航している。その理由は、“儒教の精神”に基づいて若者に拠出金を課す、現行の老人保健制度と何ら変わりがないからだ。

また、医療保険制度は保険料を払うからには元を取りたいという発想(モラル・ハザード)につながりがちで、過剰診療を助長する傾向がある。

そこで、今後は国の管理下にあっても「努力する者が報われる」ようなインフラ政策が求められる。より具体的には「10年以上医師にかかっている人」の公的医療保険料を引き下げ、逆に、急速に増加している肺がんの危険因子であるタバコを吸う人の保険料を上げるなど、健康管理に努力している人にメリットを与えるような仕組みをつくっていくことが必要である。

これまで、わが国の医療保障は、「共助」「公助」の考えを原則として整備されてきた。そうした伝統の上に、古代ローマに見習って個人をベースとした「自助」という考え方を付加する 때가来た と考える。

参考文献

- 1) グループ診療研究会編『明日のグループ診療』社会保険研究所、P 51、1994年
- 2) 川淵孝一『これからの病院マネジメント』医学書院、P 77、1993年
- 3) 川淵孝一「持続可能な医療保険制度の改革をめざして」『経済Trend』第52巻、pp 24 25、2004年