

【ワークショップ報告 第28回】
2018年12月6日(木)

持続可能な医療—科学・ケア・政策の視点から

広井 良典

京都大学こころの未来研究センター 教授

1. 「持続可能な医療」への視点と課題

「持続可能な医療」への基本的視点

日本の医療費42.1兆円(2016年度)の内、老人医療費(65歳以上)が占める割合は59.7%であり、高齢化がピークを迎える2060年頃には、医療費全体の7割以上が老人医療費(65歳以上)となる見通しである。また、債務残高の国際比較(対GDP)によると、日本の債務残高が突出している。すなわち、日本では、医療や社会保障の費用の増加に対して、人々が保険料や税金として賄うことを将来世代に先送りしているのである。これらが持続可能性という問題のひとつの側面である。

アメリカでは、アメリカ連邦政府が研究開発予算として80年代以降、医療費への投資の優先順位を高くしており、現在国防費とともに研究開発予算の大きな割合を占めている。アメリカと日本の医療政策は対照的で、日本では国民による医療へのアクセスの保障が目標とされているのに対し、アメリカでは、最高の医療の実現を目標としている。しかし、日本では相対的に低い医療費で高い平均寿命を実現しているのに対し、アメリカでは医療費が高いにもかかわらず平均寿命は低く、パフォーマンスは低い。その要因は、アメリカの食生活であり、肥満率も高く、虚血性心疾患の死亡率も高い。アメリカの例をみてもわかる通り、持続可能な医療を考える上で重要なのは、「多資源投入型医療」は必ずしも cost-effective ではないということである。大量生産・大量消費・大量廃棄は一体であり、例えば、栄養過多が肥満等につながり、さらに高有病率、高治療費につながることがみられる。「欠乏による病」ではなく「過剰による病」である。

「持続可能な医療」と「持続可能な社会」は不可分なものであり、より大きな視点で医療を考えなければならない。持続可能性という問題は、国連の環境と開発に関する世界委員会により、1987年に発表した報告書「Our Common Future」(ブルントラント委員会)で最初に提起されたものである。それによると、「持続可能な発展」とは、「将来世代のニーズを満たす能力を損なうことなく、今日の世代のニーズを満たすような発展」のことである。先程の日本の状況の危うさは、この持続可能性の問題に関わるものであり、医療においても同様の視点が求められるのである。そして、その基本にあるのは資源の「有限性」の認識である。

医療技術革新と医療費

医療における技術進歩は、医療費を増加させるのか、むしろ医療費の減少につながるのか。盛んに議論されてきたこの問いについて、2つの典型的な議論がある。(A) 逆U字カーブ仮説と (B) 効果遞減説である。

(A) 逆U字カーブ仮説とは、1970年代に医学研究者ルイス・トマスが提出した医療技術の発展段階と医療費の関係を示すモデルにみられるものである。ルイス・トマスは、医療技術の発展段階を、非技術 (non technology)、途上の技術 (halfway technology)、純粋技術 (genuine technology) に区分する。非技術とは、いわゆる通常の意味の医療技術とは異なるものである。そして、途上の技術とは、その病気のメカニズムまでは解明されていないような、いわば対処療法的な医療技術であり、ルイス・トマスは人工臓器や臓器移植を例に挙げている。最後に、純粋技術とは、病気のメカニズムがある程度解明されたものであり、例えば、感染症に対する各種ワクチンや抗生物質にあたる。ルイス・トマスによれば、医療費は、非技術から途上の技術へ移行する段階では増加し、途上の技術から純粋技術に移行する段階では減少する。このようにグラフが逆U字の形を示すのは、途上の技術には医療費がかかるが、純粋技術に達すれば病気そのものが根治されるからである。この逆U字カーブ仮説は、基礎研究の重要性を示すものであるが、費用対効果の問題もある。また、医療費を薬剤費と医療技術料の間でどう分配するかという論点や、日常的診療と革新的医療の間でどのように優先順位を考えるかという論点もあり、公共的に議論していく必要がある。

(B) 効果逓減説とは、次のようなものである。感染症に対するワクチンや抗生物質など初期の医療技術革新は大きな費用対効果を有するが、慢性疾患や老人退行性疾患になると、医療技術革新の効果は著しく減少する。これは世界銀行報告書でも同様の報告がなされており、一面の真理をついてるように思われる。このような観点からは、医療費の資源配分も予防やケア、福祉サービスなどの充実が優先される。

このような2つの見解が生じる背景には視点の相違がある。すなわち、シーズからの視点とニーズからの視点である。「シーズ」からの視点というのは、研究・技術開発の視点であり、生命科学がいろいろな意味で科学の最前線となり、様々なブレイクスルーが期待される。他方で、「ニーズ」からの視点、すなわち、患者の視点で言えば、疾病構造は大きく変化して、高齢者中心の医療となり、いわゆる「医療モデル biomedical model」の有効性が相対的に低下している。現代の病とは「複雑系」としての病といえるものであり、病の原因は身体内部の要因のみならず、心理的要因、環境との関わり、社会的要因（労働時間、経済格差等）を広く含む。そのような様々なケア・モデルを統合した包括的なアプローチの必要がある。さらに、こうしたアプローチは、そもそも「科学(的)」とは何か、「病氣」とは、「健康」とはといった根本的なテーマにもつながるものである。

医療費の配分

以上の視点を踏まえると、医療費の配分について次の2つの問題を確認できる。一つ目の問題は、医療のどの分野に資源を優先配分するかという問題である。医療費は、介護保険が9.4兆円、医療の本体部分（診断・治療・リハビリ等）が42.1兆円、研究開発・保険給付以外の高度医療に3000億円が配分されている。これに対して、今後は、①研究開発、②予防・健康増進、③介護・福祉、④生活サービス・アメニティなど、これまで医療の「周辺」分野とされてきた領域に一層の資源配分を行い、そのことを通じて診断・治療本体分野への「負荷」を減らし、医療全体としての費用対効果を高めるという方向を目指すべきである。ただし、そこにおける費用負担の「公私の役割分担」については、特に診断・治療分野との関わりのできる領域ほど、公的な保障を十分に行うべきではないか。というのも、医療分野は生命・健康に関わるものであり、最も「平等」という価値が求められるからであり（①公平性の観点）、さらに、医療においては「情報の非

対称性」からくる「市場の失敗」が生じやすく、実際、アメリカのように医療を市場に委ねている度合いの大きい国ほど医療費が高騰してしまうからである（②効率性の観点）。そのため、近年進められつつある「混合診療の拡大」、プライベートな領域の拡大の方向に報告者は大きな疑問をもっている。

医療費の配分に関する二つ目の問題は、病院と診療所をめぐる配分についてである。医療施設の収益率をみると、中小病院の利潤率が高く、開業医はさらに収益率が高い。この背景には、

次の4つの問題がある。（1）「病院、とりわけ入院部門」への評価と（2）「高次医療」への評価が薄く、（3）患者に対する心理的・社会的サポートを含む「チーム医療」の評価という視点が弱く、（4）「医療の質」の評価という視点が弱い。これらの問題には、さらに、医師会が開業医中心のものであるという政治的な背景もあり、診療報酬において病院に対する評価が不十分なものとなっている。今後は、病院（特に高次機能・ケア的機能）への十分な評価、配分の拡大が必要であり、これによって医師等の勤務条件の改善、「医療崩壊」の是正をもたらすことができる。また、診療所に何らかの総枠規制を設け、病院に再配分することで、様々な面での病院医療の質の改善や、勤務医や病院医療従事者の過重労働の緩和、医療システム全体としての費用対効果の改善が期待できる。

診療報酬のあり方を審議する中医協（中央社会保険医療協議会）の議論などは、いささか細部のテクニカルな「(利害)調整」が中心で、医療費の配分に関する大きな枠組みでの根本的な論議が不足している。低成長そして人口減少時代となる中で、医療費の規模や配分の基本的なあり方を、透明性・公共性の高い形で議論する場や方法を考える必要がある。

2. ケアとしての科学「サイエンス」と「ケア」の分裂と再融合

17世紀の科学革命以降、科学（サイエンス）では、人間と自然をはっきりと分けた上で、人間が自然をコントロールするものとされるが、ケアは、対象との相互作用や対象のもつ機械論的ではない内発性を重視する。また、科学（サイエンス）においては、個と全体との関係は、帰納的な合理性・普遍性を重視する要素還元主義をとるのに対して、ケアは、むしろ、対象や出来事の個別性・一回生（再現可能ではないこと）、そして、関係性・全体性への視点が重視される。このように分裂したサイエンスとケアをもう一度融合させることが重要ではないか。

近年の諸科学の展開では、「個体を越えたモデル」や人間の関係性・利他性・協調行動への関心が高まっており、近代科学のモデルと異なるモデルが提示されている。例えば、脳研究の領域では、ソーシャル・ブレインやミラー・ニューロン等の研究である。このような展開を視野に入れつつ、「ケアとしての科学」が次の3つを柱とするものとして展望される。まず社会的関係性やコミュニティ、人間・自然の相互作用、世代間への継承性などに注目する「関係性の科学」である。次に、対象の個性・一回生や地球上のローカルな環境・文化の多様性に注目する「個性・多様性の科学」である。最後に、自己治癒力などの主体のもつ内発的な力を対象とする「内発性の科学」である。こうした近代科学の枠とは異なるケアとしての科学がこれからのイノベーションからみても重要となる。また、近年、特に生命科学などの分野で「再現可能性 (reproducibility)」の問題が指摘されているが、その背景は次のように考えることができる。17世紀の科学革命以降、科学の frontline は物理的現象から生命現象、そして人間へと、より複雑で、しかも「個性」を多分にもった減少へと歩みを進めてきた。言い換えれば近代科学は、一つの数式に還元できるような、普遍性そして再現性がより高い領域から順次取り上げていき、次第に探求の対象を広げてきた。そうした過程で、「科学」の探求が生命現象や人間など、複雑かつ個性性の高い領域に及べば及ぶほど、「再現性」の問題が一筋縄ではいかなくなるのは、ある意味で当然のことである。事象の「個性」や「多様性」に十分な関心を払いつつ、そうした個性や多様性がいかにして生じるかという、その構造の全体を俯瞰的に把握するような科学のあり方が、「個性・多様性の科学」としての「ケアとしての科学」に求められる。

3. 「拡大・成長」型の科学と経済社会を越えて

ホモ・サピエンスが生まれて以降、世界人口は、急速に増加しその後定常化するということを人類は3度経験してきた(狩猟採集段階、農耕の段階、工業化の段階)。経済の領域では長期停滞論ということも言われており、定常化成熟化の時代になっていくということが認識され始めている。それとともに、GDPに代わる経済指標や幸福度指標に関する議論も活発になっている。地球や人間の有限性を踏まえた上での、定常型の新たな「豊かさ」あるいは「持続可能な福祉社会」の構想、「限りない拡大・成長」に代わる価値と新たな科学・社会構想の必要性がある。(丸山栄治 要約)