

2011 年度名古屋大学学生論文コンテスト

優秀賞（附属図書館長賞）受賞

なぜ日本人は世界一素晴らしい医療に世界一不満を持つのか？

医学部 1 年 田中 健一

1. はじめに

1.1. 研究の内容・方法

日本人の医療満足度は他国との比較で低い結果を出すことが多い。しかし、日本の医療制度は国際的にしばしば称賛されている。この論文では、文献や世論調査などからの情報を用いて、日本人の医療満足度が他国と比べて低いこと、日本の医療制度が国際的に優れていることを示す。その後、文献や世論調査などからの情報を参考に、この不自然な状況の原因を分析して、そこから導かれる解決策を提言する。

1.2. 研究の背景・意義

日本の医療制度の優秀性は医療側の奉仕の精神に寄与する部分が多い。それにも拘わらず、患者側は医療に対して不満を持っている。医療側にとってこれほど報われないことはない。医療側の負担が減り、患者側の満足度が上がる、最高の解決策を見つけたいと考えたのがこの研究の動機である。

1.3. 結論

家庭医の増加、診察時間の延長と予約制の徹底、医療現場と医学部教育でのコミュニケーションの重視が私の考える解決策である。この方法によって医療側の負担は減り、患者側の医療満足度は上がるであろう。しかし、この解決策に副作用が間違いなくあることも、この論文では指摘してある。

2. 日本の医療

2.1. 日本人の医療に対する低い満足度

「日本、医療の満足度 15%、新興 22 か国で最低レベル」とロイター通信が 2010 年に「報道」して¹、日本の医療界に衝撃を与えた¹。

慌てた日本医師会はその報道がなされた翌月の定例記者会見で、下のような発表をして、日本の医療満足度が 15%で他国より低い事実はないと否定した²。

- ① これは医療満足度を調査したものではない。「あなたの家族が重篤な病気になったと想定してください。その場合、手ごろで良質な医療を受けることはどれくらい難しいと思われますか」という質問に対して、「容易」と答えた割合が15%だけである。このような一つの事例の質問の結果が、その国全体の医療の満足度をはかる資料にはなりえない。

- ② 厚生労働省が2008年に実施した「平成20年受療行動調査」によると「病院に対する全体的な満足度」では、外来患者の58.3%、入院患者の66.3%が満足と回答している³。また、アメリカのGallup社が2006年から2008年にかけて実施した「OECD加盟国における地域医療の満足度および医療制度の信頼度調査」によれば、日本は「地域の医療における質と利便性に対する満足度」が64%、「医療制度に対する信頼度」は57%であった⁴。これらの調査から、日本の医療満足度が15%であるとは考えられない。

確かに、日本の医療満足度が世界で最も低いという結果はこの調査からは導かれないかもしれない。しかし、日本の医療満足度が他国と比べて低いことは他の資料からも読み取れる。たとえば、2004年に日本医師会総合政策研究機構（以下日医総研）が発表した資料では、受けている医療全般の満足度はフランスが95.3%、アメリカが91.4%であるのに対して、日本が68.5%と韓国の58.5%に次いで低い⁵。直接医療満足度を調査した結果ではないが、健康状態良好と解答した成人の割合がアメリカ88.1%、スウェーデン75.9%、フランス75.7%、韓国47.4%、日本32.7%となっていて、日本はOECD加盟国で最下位である⁶。

日本の医療満足度が低いのなら、日本の医療は劣悪であることが予想される。しかし、次の節で、実際には日本の医療が優れていることを示す。

2.2. 日本の医療の優秀性

Newsweekは2010年、世界の成長力・幸福度ランキングの健康部門で、日本を世界一だと判定した⁷。また、2000年のWHOのThe World Health Reportでは、日本の医療制度は世界191か国で1位となっている⁸。WHOはその後、各国の医療制度のランキングを作っていないので、現段階では2000年のデータが最新となる。

世界共通の医療政策の目標としては「質の高い医療をできるだけ最少のコストで国民誰もが公平に受けられるようにすること」がある⁹。要素に分けると、医療の質、アクセス、医療費となる¹⁰。これら3点について注目することで、日本の医療が優れていることを示したい。

① 医療の質

日本人の平均寿命は82.6才と世界最長である⁶。健康寿命も平均75・0才と日本が世界最高となっている¹¹。NewsweekとWHOの調査で「日本の医療が世界一」となっている主な理由はこの日本の平均寿命の長さにある^{7,8}。その国の平均寿命は政治的安定、公衆衛生、食生活などとも密接に関係しているが、その一つの要因に医療の質の高さがあることは間違いないだろう。なお、日本の乳幼児死亡率はOECD加盟国で3番目に低く、15才以上の慢性閉塞性肺疾患の入院率はOECD加盟国で最低で、結腸直腸がん5年相対生存率がOECD加盟国で最高など、日本の医療の質の高さを示すデータは他にもある⁶。無駄に多いとの批判はあるものの、医療機器の点でも日本は恵まれている。人口1000人当たりのCTの台数は、日本が92.6台となっており、アメリカの34.3台、イギリスの7.6台よりも段違

いに多い⁶。MRIにおいても人口1000人当たり日本40.1台、アメリカ25.9台、イギリス8.2台、ドイツ8.2台で、同様に日本がOECD加盟国で最も多くなっている⁶。

② アクセス

日本が世界に誇る医療システムは、国民皆保険とフリーアクセスである。名目上は国民全員が健康保険に加入していてⁱⁱ、どの病院でもかかることができる。アメリカのように保険に入っていないため受診を躊躇してしまうことがなく、フランス、カナダのように紹介状があって始めて大病院に行けるということがなく、イギリスやスウェーデンのように診察・入院待機患者が社会問題化してもいない⁹。その恩恵が端的に表れているのが一人あたりの年間外来受診回数である。日本は13.6回と、ドイツ7.5回、フランス6.3回、アメリカ3.8回、スウェーデン2.8回と他の先進国を突き放して多い⁶。Newsweekにあるように他の国がうらやむほど、日本の医療アクセスが恵まれているのは確かである⁷。

③ 医療費

日本の1人当たりの総保険医療支出は、アメリカ7290ドル、スイス4417ドル、ドイツ3588ドル、イギリス2992ドル、日本2581ドルとなって、日本はOECD平均の2984ドルよりも低い⁶。経済規模も勘案して、総保険医療支出のGDPに占める割合にしても、アメリカ16.0%、フランス11.0%、ドイツ10.4%、イギリス8.4%、日本8.1%となって、やはり日本はOECD平均の8.9%よりも低い⁶。

一般に、医療の質、アクセス、医療費の三つの目標を同時に達成することは不可能とされている⁹。しかし、ここで示したように日本はその三つを全て満たす医療が実現できているようだ。医療に関したら、まさに夢のような国のようにも思えるが、やはり負の側面はある。次の章では、日本の医療の影を観ていく。

3. 日本の医療の問題点

3.1. 医師不足

人口1000人当たりの臨床医数はドイツ3.5人、フランス3.4人、イギリス2.5人、アメリカ2.4人、日本2.1人で、主要先進国で日本が一番低い⁶。医師がほとんどいないか、あるいは全くいない地域も存在し、さらに産婦人科、小児科医の不足は都市部でも発生している¹²。2.2節で日本の医療アクセスの良さをあげたが、必ずしも全ての地域、全ての診療科でそれが享受できているわけではない。また、医療の質、アクセス、医療費の三つの条件を満たす日本の医療は、必然的に医療側の奉仕の精神によって成り立っている¹²。しかし、高齢者がさらに増加する日本で、この状態がいつまでも続けられるはずがない。たとえ日本の総医療費が上がったとしても、医師の数を増やし、各医師の負担を減らすべきだろう。医師の負担が増えると、医療ミスにつながり、医療の質の低下を招くことも考えられる¹²。

3.2. 社会的入院

人口1000人当たりの急性期医療病床数は日本8.2、ドイツ5.7、フランス3.6、アメリカ2.7となっており、日本は世界最高である⁶。また平均在院日数は日本34.1日、フランス13.2日、ドイツ10.1日、アメリカ6.3日、スウェーデン5.8日と、他を圧倒して日本が多い⁹。この病床数の多さと入院日数の長さは医療の質の高さを示してはいない。社会的入院、つまり、その必要はないが家族が受け入れてくれないなどの理由による入院が多いことを示している。本来なら、この人たちは医療ではなく、福祉・介護が担うべきである⁹。このために、医療費が増大すると同時に、本当に医療が必要な人への供給が妨げられている⁹。

3.3. 待ち時間の長さと言察時間の短さ

2005年に厚生労働省が行った調査によると、外来患者の不満足として「診療までの待ち時間が長い」が30.7%で最高となった¹³。これは確かに日本の医療の短所であるが、日本の抜群の医療アクセスの良さの副産物でもある。診療までの待ち時間の長さは、要は各患者の診断時間が予想できないことによる。紹介状もなく初診の患者が来るので、それはやむを得ない。予約制にすれば解決するし、そうしている病院、診療科も存在する。ただし、それを採用していない場合がほとんどである。仮に全ての病院、診療科で予約制を取り入れたとしたら、現在のように待ち時間は長くてもその日に診察してもらえるシステムにはならず、何日か待って診察ということになるだろう。

また、同じ調査で「診察時間」への不満は9.3%と3番目に多くなっている¹³。つまり、実際に診察や説明を受ける時間が短いということである。これも医療アクセスの良さの副産物と考えられるだろう。というのも、日本人の年間外来受診回数は2.2節で示したように非常に高いが、これは多くの患者を短時間で診ているからである。もし診察時間を長くしたとしたら、医師数の相対的に少ない日本で1日に診察できる患者数は限られ、国民の誰もが体調に異常を感じたらすぐに病院に行けるような現システムは成り立たなくなるだろう。

もっとも、待ち時間の長さと言察時間の短さは必ずしもアクセスの良さの副産物とは限らない。それを解決する妙案はある。これについては、また後で論じる。

以上、日本の医療の欠点を三つ挙げたが、他の国と比べると、これらが大きな問題であるとは思えない。50万人以上が入院待機しているイギリス¹⁴、手術まで1ヵ月待ちが当たり前のスウェーデン⁹、無保険者が15%以上いるアメリカ¹⁴、GDPに対する総保険医療支出割合がOECD加盟国でそれぞれ2番目と4番目に高いフランスとドイツなどと比べると⁶、患者の負担は小さなものである。3.1節でも述べたように、むしろ医師の労働負担を減らすなどして、医療側の優遇政策を考えるべきであろう。そのような事実があるため、なおさら、日本人の医療満足度の低さが不可解となる。次では、その理由について考察していく。

4. 理由考察

4.1. 日本人の国民性

Gallup社が2005年～2009年に調査した世界幸福度ランキングがある¹⁵。日本は155か国中81位と、半分より下の順位である。これは42位のホンジュラス、53位のコソボ、63位のマラウイの順位を下回る。しかし、戦争が起こらず、犯罪率が低く¹⁶、世界第3位のGDPを誇る日本がそれらの国より不幸な社会に住んでいるとは考えにくい。日本人は恵まれている環境にいらながらも、幸せであると肯定しない国民性があるようだ。このような国民性のために、優秀な医療制度に浴していながらも、日本人が医療に満足していないのではないだろうか。つまり、医師が誠心誠意働いても患者側が悲観的であるために満足してくれないということである。この国民性こそが、医療の優秀な社会で医療に対する不満が高いという矛盾を生じさせていると考える。

4.2. 家庭医の少なさ

日本の医療の大きな特徴として、専門医が多く、総合医が少ないことがあげられる⁹。このため、気軽にどんな病気についても相談できる医師、つまり家庭医の数が少ない。日医総研の2004年の調査によると⁵、家庭医がいる日本人で医療に満足している割合が81.1%なのに対し、家庭医のいない日本人で医療に満足している割合が54.5%と明確な差が現れていたⁱⁱⁱ。他のアメリカ、フランス、韓国でも同様に、家庭医のいる人ほど医療満足度は高くなっている⁵。

4.3. 医師と患者間のコミュニケーション不足

多くの医療訴訟を考慮していくと、どこの国でも医師と患者間の軋轢はコミュニケーション不足によって生じているようだ¹²。たとえ医療ミスが生じていたとしても、医師と患者間で十分なコミュニケーションがとれていれば、患者側が医療側を訴えることはまずない。だが、日本では外来患者も入院患者も多いため、一人当たりの患者に医師が割く時間は非常に少ない。医師が患者と和やかな会話をしないどころか、患者に伝えるべき情報を提供していないことさえある。日本の健康保険制度で患者との対話、患者への情報提供に医療費が請求できないことに原因がある⁹。また、日本の医学部教育では入試から卒業まで、コミュニケーションを重視していないことも原因である¹⁷。

次の章では、この理由から導かれる解決策について考える。

5. 解決策

5.1. 家庭医の増加

4.2. 節で考えたように、家庭医の増加は医療満足度を上げる。それだけでなく、家庭医の診断を元に大病院に紹介するシステムを採用すれば、3.3. 節で述べた待ち時間の長さや診察時間の短さの問題が解決される。現在の日本では、大病院にかかっている大半の患者は、そもそも大病院にあるような設備の治療が必要ない人たちである⁹。患者が家庭医をまず受診し、軽い病気なら家庭医がそこで処置し、本当に深刻な病気の患者のみ大病院に送るシステム（家庭医制）を構築すれば、時間的にも経済的にも大きな節約ができる。さらに、増えた家庭医が在宅医療を担当すれば、社会的入院も減らせる。まさに、家庭医の増加は現在の日本医療への万能な対策である。早急な実施が望まれる。

5.2. 診察時間の延長と予約制の徹底

家庭医制の実現を前提とすれば、診察時間の延長と予約制の徹底が可能となる。3.3 節で述べた日本の医療に対する最大の不満点はこれによって解決される。また、4.3 節で述べたように、医師と患者間のコミュニケーション不足の原因の一つは診察時間の短さにあるので、こちらも大きく改善されるであろう。さらに、医師は順番待ちの患者を気にせず、時間に余裕を持って診察できるので、医師の負担も軽減できる。

5.3. 医療現場と医学部教育でのコミュニケーションの重視

医療側と患者側の信頼関係がなければ医療が成り立たないことを考えると、現在の日本で医師と患者のコミュニケーションが十分に行われていないのは問題である。高額な医療機器を多く使ってより高い医療費を請求するシステムではなく、医師と患者との対話に適正な医療費が請求できるシステムに変更すべきである。これにより、医師は患者に必要以上の検査を受けさせたりはせず、患者の問診に耳をより傾けるようになるだろう。

また、欧米先進国と比べて日本の医学教育では、コミュニケーション能力の強化が軽視されている。アメリカの医学部では入学時に最も重視されるのが面接であるのに対し、日本では面接よりも学力試験が圧倒的に重視されている¹⁷。アメリカでは入学後も臨床現場でコミュニケーション能力を高めるための機会が何度もあるが¹⁷、日本では10年ほど前にOSCE という臨床能力試験が導入された程度である。日本でも医学生に臨床現場でコミュニケーション能力を磨く機会がより多く与えられるべきである。

6. この解決策の問題点

6.1. 家庭医制の実現性

日本で家庭医制の提案は50年も前から出されている⁹。2004年の初期研修医のスーパーローテーションの導入はまさに家庭医制を目指したものだ。しかし、今日に到るまで家庭医制は実現されていない。医学部に家庭医を養成するカリキュラムが存在しないためだ。日本の医学部では家庭医に対する関心や評価が低いのである。養成する機関がなければ、いくらその必要性が分かっても、家庭医が増えるはずもない。家庭医制の実現のためには、大学の医局制度の強制的解体など、思い切った改革が必要になるだろう。ただ、それが容易でないことは、この50年間の家庭医制普及の失敗という結果に如実に現れている。

6.2. アクセスの悪化

医療アクセスの悪化は、上の解決策を実現させれば確実に起こることである。家庭医制が普及すればするほど、日本のフリーアクセス制度は損なわれていくであろう。とはいえ、必要のない診察を減らすだけで、必要のある診察を減らすわけではない。気軽にかかれる医師が増えることで、むしろアクセスがよくなる可能性もある。ただし、診察時間の延長と予約制の導入により、診療待機患者が多かれ少なかれ発生するだろう。これは待ち時間の短縮や診察時間の延長と引き換えに、どうしても起こるアクセスの悪化である。

7. おわりに

現在の日本の医療制度は欠点があるものの、世界の他の国と比べると素晴らしいものである。医療の質、アクセス、医療費ともに高い水準を保っている。このシステムは医療側の善意によって支えられている。しかし、根源的な問題として、国民の医療満足度の低さがある。この現状に対処するために、医療満足度を高め、かつ医療側の負担を減らす解決策を提案した。この副作用として医療アクセスの悪化はあるが、この解決策にはそれを上回るメリットがあると私は信じている。家庭医制の実現などハードルが高い課題もあるが、これらの解決策の実施により、患者の満足度を高めるだけでなく、医療者の満足度も高められると確信する。抵抗はあるだろうが、患者側にも、医療側にもメリットがあることを双方が知り、断固として実施していくべきである。

4.1節で日本人の国民性として、悲観的であることを指摘した。健康は全ての生活の基礎である。自分の健康について自信を持ち、自国の医療を信頼できるようになれば、自然と悲観的な国民性も楽観的な方向に変わることが期待される。そうなれば、4.1節で見たように世界幸福度ランキングで日本が155か国中81位という結果にはならず、多くの日本人が健康で幸せだと胸を張って言えるようになり、社会全体が明るくなっていくに違いない。

注

- ¹ 2010年4月15日共同通信
 - ² 社団法人日本医師会 2010年5月26日 定例記者会見
 - ³ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成20年 受療行動調査の概況
 - ⁴ Gallup 2009 Perceptions of Local and National Healthcare Among OECD Countries
 - ⁵ 日医総研ワーキングペーパー医療に関する意識の国際比較-4 カ国の地方都市において
- No.105 平成16年10月22日
 - ⁶ OECD編著 鐘ヶ江葉子訳 2010 『図表でみる世界の保健医療 OECDインディケーター
(2009年版)』明石書店
 - ⁷ Newsweek 2010 April 16 (日本語版は9月1日)
 - ⁸ WHO 2000 The WORLD HEALTH REPORT 2000 Health Systems: Improving Performance
 - ⁹ 島崎謙治著 2011 『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会
 - ¹⁰ 兪炳匡著 2006 『「改革」のための医療経済学』メディカ出版
 - ¹¹ WHO 2004 The WORLD HEALTH REPORT 2004 changing history
 - ¹² 吉田あつし著 2009 『日本の医療のなにかが問題か』NTT出版
 - ¹³ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成17年 受療行動調査の概要(確定)
 - ¹⁴ 長坂健二郎著 2010 『日本の医療制度 その病理と処方箋』東洋経済
 - ¹⁵ Gallup 2010 Global Wellbeing The Behavioral Economics of GDP Growth
 - ¹⁶ OECD Factbook 2009 Victimization by type of crime and fear of crime
 - ¹⁷ 北浜昭夫著 2008 『よみがえれ医療 アメリカの経験から学ぶもの』みみずく舎
- i ロイター通信は「日本、医療の満足度15%、新興22か国で最低レベル」とは伝えていない。ロイター通信からの情報を日本のマスコミがそのような見出しをつけて報道した。
- ii 「日本の医療制度 その病理と処方箋(東洋経済)」に、日本にも約100万人が保険料を納めない無保険者になっているという長坂健二郎の指摘もある。
- iii 日医総研は家庭医ではなく、かかりつけ医という単語を使っている。日本では、大病院の専門医でもいつもかかっていたらかかりつけ医と呼ばれることがある。この論文ではそのような医師を示したいのではない。どんな病気であっても気軽にかかれて、大抵の病気ならそこで直し、対応できない病気なら適切な医療機関に送れる医師という意味を示したいため、家庭医という単語を使っている。

参考文献

- 北浜昭夫著、2008、『よみがえれ医療 アメリカの経験から学ぶもの』みみずく舎
島崎謙治著、2011、『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会
竹内和久・竹之下泰志、2009、『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』集英社新書

長坂健二郎著、2010、『日本の医療制度 その病理と処方箋』東洋経済
真野俊樹、2008、『医療経済学で読み解く 医療のモンダイ』医学書院
兪炳匡著、2006、『「改革」のための医療経済学』メディカ出版
吉田あつし著、2009、『日本の医療のなにが問題か』NTT出版
OECD編著、鐘ヶ江葉子訳、2010、『図表でみる世界の保健医療 OECDインディケーター(2009
年版)』明石書店