

〔論説〕

## 医療制度改革がもたらした現状と課題

渡部 一郎<sup>1)</sup>

キーワード：医療制度改革、リハビリテーション、コスト

### I. はじめに

わが国では国民皆保険制度の恩恵により誰もが最高の先端医療を享受でき、65歳以上の老年人口は2006年に21%を超え、世界第1位の平均寿命、WHO健康達成度指数を示している。高齢化社会（7%）から高齢社会（14%）に要した年数は、スウェーデンが84年、ドイツが42年で達したのに比べ、わが国は僅か24年で達成している。またわが国は、これらの優れた医療を少ない医療スタッフと、低コスト（GNP比では世界21位/30先進国）で提供しており、世界の範として注目を集めている（図1、2）。一方将来の少子化・高齢社会に対応し、2000年からの介護保険制度、回復期病棟、国立大学・国立病院の法人化、DPCによる包括医療、地域連携など矢継ぎ早の医療制度改革が進められており、医療の現状に問題点や課題は多い。

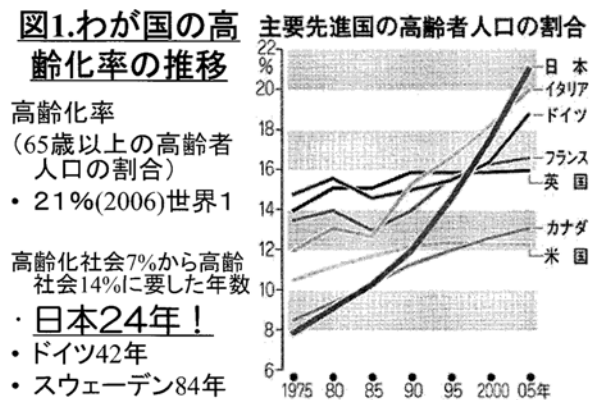


図1 わが国の高齢化率の推移

### II. 現状と課題：医療の細分化・専門科

医療の細分化・専門化は、難病の原因解明や高度医療の発展に貢献したが医師不足の原因となった。たとえば現在内科は、循環器、呼吸器、神経、消化器、糖尿病、内分泌、腎、血液、リウマチ科など専門科に分割されている。医学情報も簡単に入手できるようになり、患者は複数の専門医を受診しむしろ不便をこうむり、また医師も地方

病院でのあらゆる疾患の診察を避けるようになった。

数年前から行われた卒後研修制度変革では、医師の専門性・局在を改善するため大学医局での卒後研修を抑制し、大学外の地域医療を義務付けしたが、逆に専門性の高い都市型医療をめざす医師が増え、現時点では、医療の混乱、特に地域医療では一部崩壊に近い状況となっている。

図2.急性期医療提供体制の各国比較  
OECD Health Data 2005

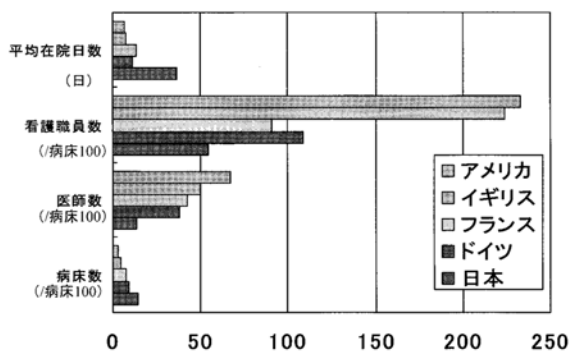


図2 急性期医療提供体制の各国比較

### III. 現状と課題：医療費の抑制

医療費抑制政策が次々と導入されている。2000年から始まった介護保険は、福祉（措置）と医療費の削減に大きく貢献する。同じく2000年に始まった回復期リハビリテーション病床では、発症日からの入院適応制限と在院日数制限を示し、薬物・検査を包括払い（リハビリテーションを除く）としてこれまでの出来高払いを抑制した。2003年6月には、DPCによる包括医療を国公立大学病院（その後一般病院にも）に導入し、入院日数による1日当たり医療費削減により在院日数を制限し、医療報酬改訂も継続的に行われており、現在治療を受けている利用者に混乱を生じている。

### IV. 展望：リハビリテーション

従来の医学が、疾病の診断（検査や放射線機器など）

1) 青森県立保健大学理学療法学科

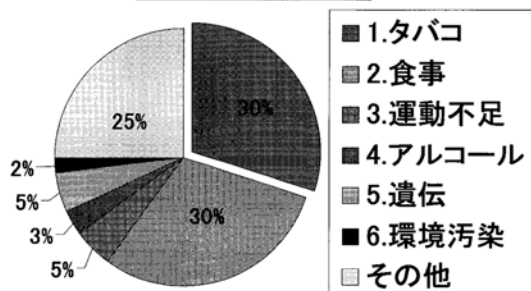
Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

と治療（薬物・手術）により病理の除去をめざすのに対し、リハビリテーションは、障害（機能障害や日常生活活動や社会参加の制約）の評価とアプローチ（訓練や代償）によりQOLの向上、人権の回復を目指す広い概念である。厚生労働省（当時厚生省）令で、1996年8月から標榜科となってちょうど10年となる。急性期リハ（病院）、回復期リハ（回復期病床）、維持期リハ（在宅・施設:介護保険）と、病院から地域社会、医師から看護師・療法士・社会福祉士・介護士へとリハビリテーションの場もシフトしている。

## V. コメディカル医療の時代へ

2003年の健康増進法により、健康と医療の考え方もシフトさせた。ハーバード大学の報告では、発癌要因として生活習慣である、喫煙30%、食事30%、運動5%が、従来の発癌要因、遺伝5%、環境化学物質3%を凌ぐことが示された（図3）。胃がんは、わが国で最も高率な癌であったが、減塩や検診などで減少した（図4）。僅か10

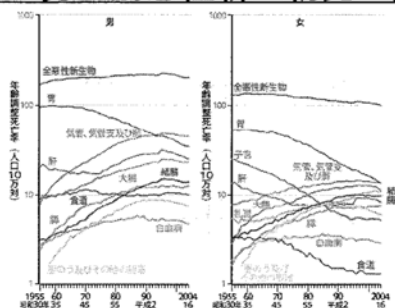
図3.がんの原因



遺伝(5%)や環境性発癌物質(2%)より、喫煙(30%)・食事(30%)・運動(5%)の生活習慣(68%)が発癌に影響する

図3 がんの原因

図4. 男女別悪性新生物発生頻度



・ 胃がんは減少(が抗がん剤、手術の進歩より検診、減塩の効果が示される)  
 ・ 男性は肺がん、女性は結腸癌

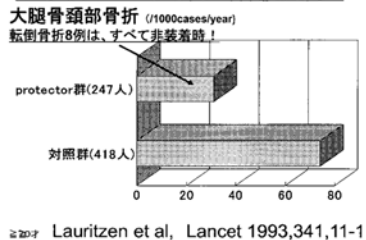
図4 男女別悪性新生物発生頻度

年前、癌や糖尿病などの医学研究は、原因の除去（遺伝子）、病理の除去（血糖低下）が主であったが、早期発見、さらには生活習慣病として食事・運動による積極的

な健康増進活動・行動変容など、臨床の中心は、医師から、コメディカルスタッフや地域活動へ移りつつある。

2003年から文部省科学研究費に「リハビリテーション科学・福祉工学」が設定され、当大学を含め、療法士養成・研究が盛んになり、薬物・検査・手術などの高度医療から医学研究もシフトした。リハビリテーション研究では、医師・医学者にそれほど多い研究実績はなく、Evidenced based medicine (EBM, EBR (rehabilitation)) に示される新しい臨床研究手法も、randomized control study を用いれば、介入・効果の機序に関する実験や基礎的研究が多少乏しくても評価は極めて高い(図5. ヒッププロテクターの例)。

図5. 転倒・骨折予防  
ヒッププロテクタの有用性



2007 Lauritzen et al, Lancet 1993,341,11-1

医学的基礎研究より、実践的な研究が重視

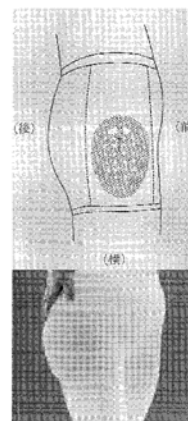


図5 転倒・骨折予防ヒッププロテクタの有用性

健康医学領域においては、看護師・療法士・工学士・栄養士などのコメディカルスタッフがそれぞれの立場で細かな評価やアプローチ（訓練・システムの構築など）で各専門分野の職能を発揮でき、これまでどの国もどの研究者も試みていない研究が残されている。

青森県はわが国で最低の平均寿命であるが、喫煙・肥満・飲酒が全国1位と報告されており、我々にとって最も研究活動しやすい地域である。医療改革による混乱と課題は多いが、逆に力を発揮できるときでもある。課題をひとつひとつ克服していこう。

## VI. 文献

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向2006, 厚生指標（臨時増刊）53（9）, 2006
- 2) 渡部一郎：リハビリテーション医療の10年、第10日バイオフィリアリハビリテーション学会予稿集（青森）、p 5-6, 2006
- 3) 渡部一郎：RAのリハビリテーションの20年、日本RAのリハビリ研究会誌20、p 1-5, 2006
- 4) 渡部一郎：日本のRAリハの10年、作業療法ジャーナル40（6）、503-508, 2006