



目からウロコ！



「医療のしく



～医療は政策の鏡～

星 多絵子

私たちは患者として、普段なにげなく医療機関（病院・診療所）にかかっています。実は、日本の医療は多くの課題を抱えながら、現在の制度を何とか維持しているのです。今のしくみ、非常に便利です。保険証があれば全国どこの医療機関でも受診できて、窓口の負担もそれほど高くなくて済みます。もし、この保険証の制度がなくなってしまうたら、どうなるでしょう。

医療のしくみはどのようなものかご存知ですか？

医療について、どのような課題があるかご存知でしょうか？

医療のしくみと課題を知ることは、現在の医療を守ることに繋がります。国会議員や厚生労働省などの関係省庁、医療機関だけでは課題解決が難しい。医療は医療機関と患者の二者によって成り立っています。課題解決のためには、患者の皆様の正しい理解と行動も必要になります。

こちらでは、複雑でわかりにくい医療のしくみを噛み砕いてわかりやすく解説します。皆様が医療に関心を持ち、しくみを理解していただくのが目的です。こちらはまず、皆様になじみ深い「保険証」のお話から、保険医療制度まで掘り下げ、医療全体を把握していただく構成となっております。

医療は「政策の鏡」です。

医療機関の経営は医療政策によって変わってきます。5回の医療法（医療機関設立・経営の基礎となる法律）改正、2年ごとの診療報酬（病院収入の基礎となるメニュー表。金額が法定される）改定によって、医療機関の経営が規制されたり、収入を増減されたりします。医療機関にとって政策は経営の根幹にかかわる、目の離せないものです。

私は支持政党がありません。中立的な立場で事実を述べ、医療の課題に一石を投じます。このような前提で、お話を進めます。

(1) 保険医療のしくみ

「保険証」(正式には「被保険者証」と言います)は患者の皆様だけではなく、医療機関(病院・診療所)にとっても重要なものです。「この患者は保険に入っている」という証明書だからです。この章では「保険証」をめぐる保険医療のしくみを解説します。

①患者側から

「保険証」がないと、「保険による治療」が受けられなくなり全額自費となります。「保険証」はとても大切なものです。「保険証」を提示すれば、窓口の負担が一般の方3割、後期高齢者1割で済みます。「保険による治療」とは、厚生労働省が病気やケガの治療に必要なだと認める行為を決め、この治療行為を法定された値段(診療報酬)で医療を受けられるしくみです。
なお、「保険による治療」以外のもの(保険がきかないもの)として、美容整形が挙げられます。厚生労働省は医療行為として認めていませんし、医療機関によって値段を自由に決めることができます。

皆様は医療機関(病院・診療所)の受付で毎月「保険証」を確認されます。なぜでしょうか。それは皆様が1月ごとに保険料を支払うため、1月ごとに医療機関で治療を受けることができる権利者(被保険者)であることを確認する必要があるからです。(図1)

図1 保険医療制度とは？

保険医療制度とは？

～複雑な収入の仕組み～

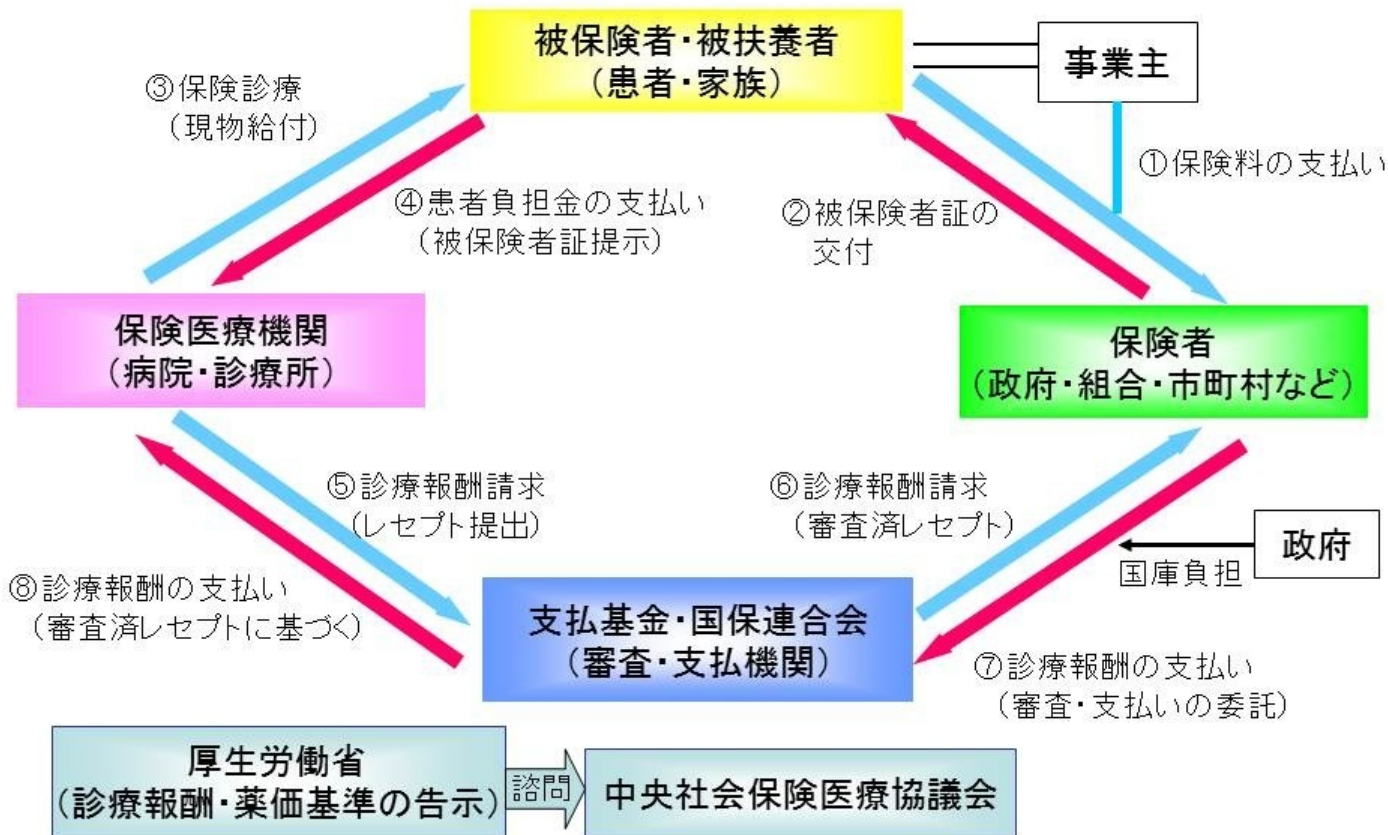


図1のとおり、保険医療は当事者の患者と医療機関の二者だけではなく、治療時には見えない審査・支払機関と保険者の合わせて四者で成り立っています。

サラリーマンの方ですと、給与から保険料として天引きされ(①)、健保組合から「保険証」が渡されます(②)。保険料を払った人「被保険者」が保険医療を受けられます。

患者が窓口で負担するのはかかった医療費の3割（後期高齢者は1割）ですが、残りの7割（後期高齢者は9割）は保険者（市町村・健保組合など）の負担になります。このように日本ののしくみは社会保険制度によって成り立っています。

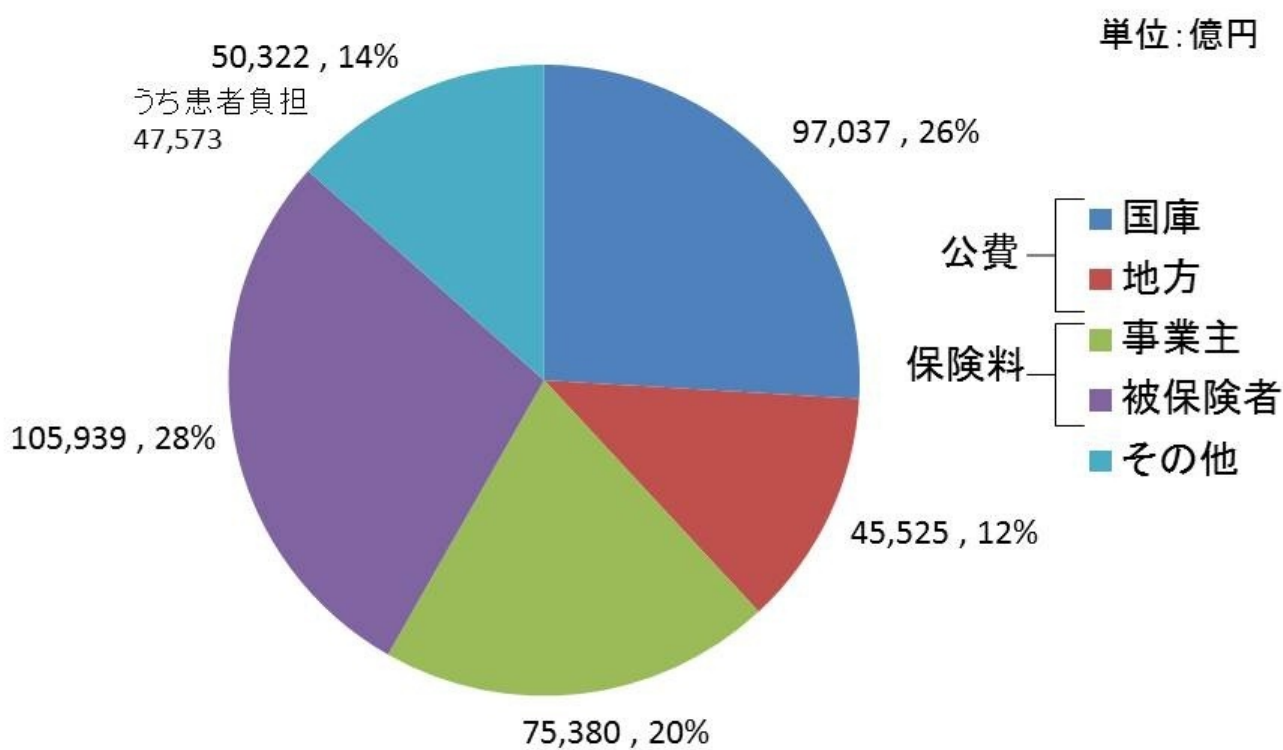
【社会保険制度の認識】

ある医師は高齢の患者からあれもこれもと必要以上の薬を要求されたとき、「保険医療は相互扶助なうえ、公費も使われているのだから、治療に必要でないお薬を出すのは問題だ」と論じていました。患者が保険医療のしくみについて正しく理解できていない現状があります。

参照までに平成22年度の財源別国民医療費を挙げます。全体の約38%が公費であり、適切に使うことが求められます。

図2 平成22年度 財源別国民医療費

平成22年度 財源別国民医療費



出典：厚生労働省 平成22年度 国民医療費の概況

話を「保険証」に戻しましょう。

「保険証」を持っていなければ、医療機関で保険診療を受けることができません。つまり、かかった医療費の全額（10割）を自分で払わなければなりません。後から加入して「保険証」が届いた場合、医療機関の窓口で提示することで保険者の負担分（一般の方7割、後期高齢者9割）を返還してもらえます。

②医療機関側から

こちらでは医療機関の収入という視点で保険医療制度を説明します。医療機関は経営を始める前に地元の厚生局に「保険診療を行う」との申請を行っています。このような医療機関を「保険医療機関」といいます。「保険証」があれば日本全国どこの「保険医療機関」でも「保険による治療」

を受けられます。

医療機関は治療後、窓口で患者負担分を患者からもらいます。現金でもらうことが多いのですが、医療機関によってはデビットカードやクレジットカードが使えるところもあります。

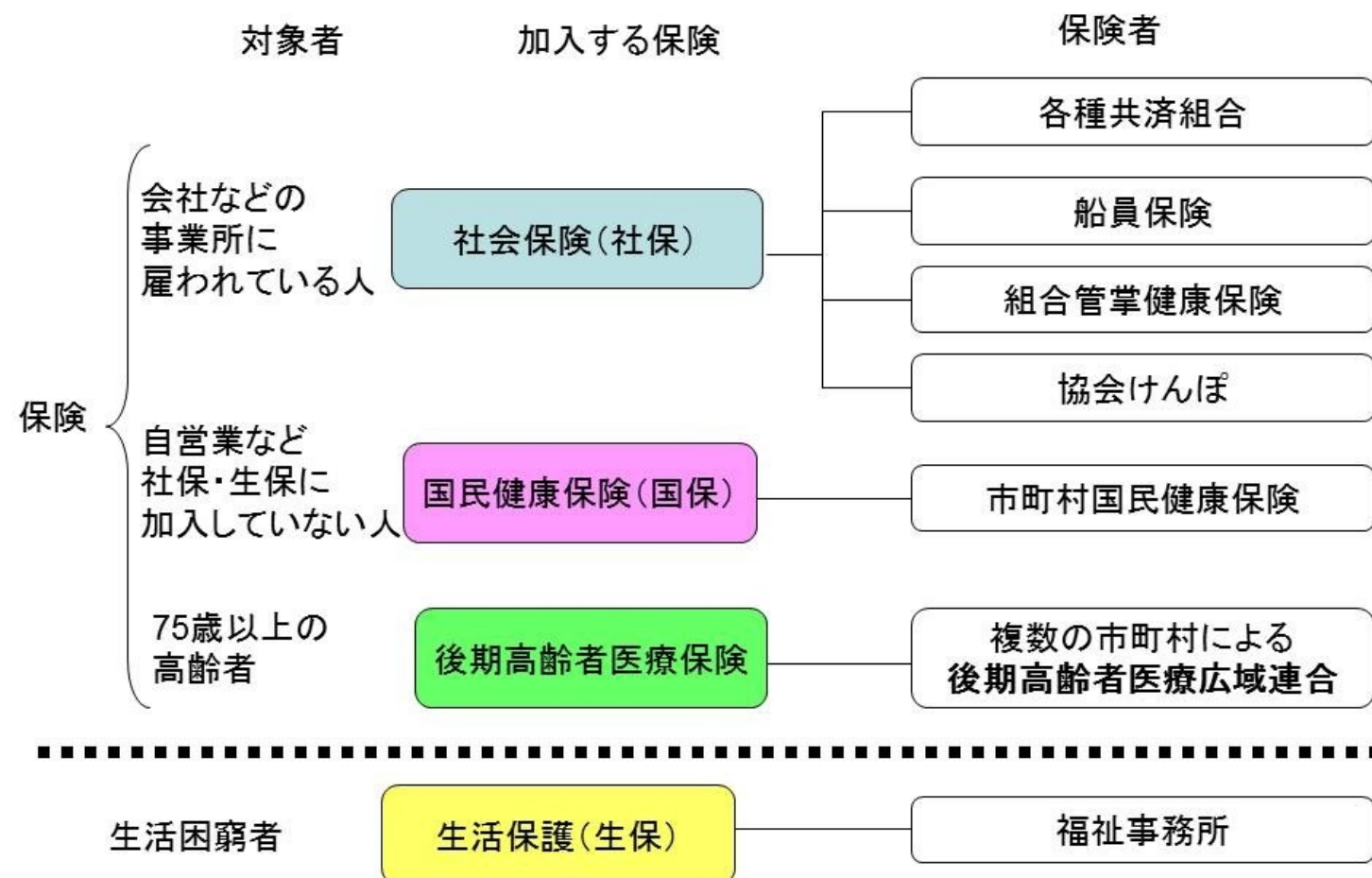
残りの保険者への請求分（7割ないし9割）を1月単位でまとめて審査・支払機関である支払基金（会社の保険の場合）や国保連合会（市町村国保や後期高齢者の場合）に提出します。請求書を見て、支払基金や国保連合会は治療の内容が病名に対して適切かどうかを審査し、保険者にこの患者が被保険者であるか確認します。患者が被保険者であり、治療の内容も適切との判断を得てはじめて保険者分が医療機関の収入となります。

「保険証」が変わったにもかかわらず、患者が新しい「保険証」を提示しないと患者が「保険による治療」を受けられないだけでなく、医療機関も収入が入らないことになります。

「保険証」は重要なものです。患者・医療機関の双方に。

図3 国民皆保険制度

国民皆保険制度



日本は国民皆保険です。生活保護の受給者を除き、日本国内に住所を有する全国民、および1年以上の在留資格がある日本の外国人は何らかの形で健康保険に加入するように定められています。もし、医療費が自由診療となると、低所得者は任意の民間保険に入ることができず、高額でより良い医療を受けられません。また、長期にわたる治療が必要な場合、断られる可能性もあります。国民皆保険はこれらの問題点を解消するため、1961年にこの制度が導入されました。保険は大きく3つに分かれます。

①社会保険(社保)

サラリーマンのように会社などの事業者には雇用されている人が入る保険です。公務員や教職員などが入る共済組合、船員保険、大企業や大規模グループが入る組合管掌健康保険、中小企業が入る協会けんぽなどがあります。

社保の特徴は下記のとおりです。

- ・基本的に厚生年金保険とセット
- ・保険料の半分は勤務先が負担
- ・給料に応じて保険料が増額
- ・扶養家族がある一定の年収を超えると その扶養家族は加入できない

→この場合の扶養家族は国保に

・扶養家族が何人いても保険料は給料に比例するのみで 人数は関係なし

②国民健康保険（国保）

社保や生活保護に加入していない自営業などの人が入る保険です。保険者は市町村です。

国保の特徴は下記のとおりです。

- ・年金は国民年金に加入
- ・保険料全額自己負担

→負担感は重い

- ・所得にかかわらず世帯加入ができる（いくら年収があってもひとつの保険証が可能）
- ・保険料は世帯ごと（平等割）・加入人数（均等割）・世帯の総収入（所得割）で計算される

なお、国保は社保と違って出産手当金、傷病手当金などの手当がありません。

③後期高齢者医療保険（2008年より施行）

75歳以上の後期高齢者全員、65歳以上74歳未満で障害のある前期高齢者が対象となります。後期高齢者医療保険は他の社保や国保とは独立した保険制度です。保険者は後期高齢者医療広域連合という特別地方公共団体（各都道府県内で全市町村が集まって運営する組織）です。

高齢者医療費がなおも増え続ける状況にあつて、後期高齢者にかかる医療費の把握と、財政負担を抑制することがこの制度創設の主目的とされています。

後期高齢者医療制度では75歳以上になると、現在加入している社保や国保を脱退させられ、後期高齢者だけの独立した保険に組み入れられます。

また、個人単位での保険料の計算となり、自分で保険料を納めます。

こちらでは、フリーアクセスから生じる問題点とその解決方法としての政策誘導について説明します。どこの病院・診療所が良いか選ぶことができるのは日本ならではのしくみだからです。

日本では「保健医療機関」であればどの医療機関を受診しても良い「フリーアクセス」となっています。イギリスでは地域ごとに家庭医が決まっており、家庭医が紹介状を書かなければ患者は専門科にかかることができないしくみになっています。このため、イギリスではドクターショッピング（気に入る医師が見つかるまで同じ病気で多くの医療機関を受診すること）がありえません。

フリーアクセスはより良い医療を受けたいという患者の要望に沿うものです。しかし、あまりに度が過ぎるとドクターショッピングや治療の重複から国民医療費の増大につながります。

また、多くの患者が病院の外来を受診することで、病院に勤務する医師（以下、勤務医と略します）が疲弊するという問題点もあります。勤務医は外来→手術→入院患者の診察→当直→翌日の外来というハードスケジュールをこなしています。さらに、医療事故を起こせない緊張感が伴います。このように休めない状態が続くと勤務医の負担が増え、病院を辞めることにつながりかねません。

病院には本来、急性期医療を担う機能があります。急性期医療とは、具合の悪い患者を「早く治療して早く地域に帰す」と医療を提供します。

診療所はあらゆる患者の初期診断にあたります。例えば、風邪のように軽症の患者であれば、診療所での診断後治療を行うのが本来機能です。（図4）

図4 病院の本来機能と現実

病院の本来機能と現実



診療所での診断の結果、急性期の治療が必要で重症と判断された患者に紹介状を持たせて、病院に紹介。病院での治療が済み、症状が安定した患者を病院から診療所へ戻す（これを「逆紹介」といいます）ことで、先述の病院機能を確保できるはずでした。

しかし、現実には「フリーアクセス」であるため、患者は安心感を求めて200床以上のベッドを持つ大病院に直行してしまいます。検査機器が整備されていること、主治医が大病院の医師であることなどが大病院に集まる理由として挙げられます。その結果、大病院の外来業務が増え、病院勤務医の負担が増加しました。また、本来大病院で治療を受けるべき重症患者とそうでない軽症患者が混在し、医療の現場で混乱するものになっています。

さらに、医師法第19条による応召義務（余程の理由がなければ患者を診なければならない）があるため、「フリーアクセス」で来院した患者を断ることが難しいのが現状です。

この状態を是正するため、初診時選定療養費（病院により金額は異なる）が設定されました。初診時選定療養費とは、初めて200床以上の大病院にかかる場合、診療所の医師が書いた紹介状を持っていなければ、保険による治療のほかに別料金を実費で患者に請求するものです。5,000円前後のところが多いです。それでも患者の「大病院志向」は収まりません。

さらなる一手として、2012年度の診療報酬（医療機関の治療行為の法定価格、収入源となります）改定で初診料・外来診療料ともに引き下げ、選定療養費で患者の経済的負担を増やすことで大病院への受診抑制を図っています。（図5）図5の特定機能病院とは大学病院のこと、地域医療支援病

院とはその地域で救急医療を行い入院させて患者を診る病院のことです。厚生労働省の狙いは、軽症患者の外来受診を減らすことで大病院の勤務医の負担を減らすことにあります。

図5 初診料 患者負担分

初診料 患者負担分

紹介率・逆紹介率の
基準を満たす大病院の場合

特定機能病院又は一般病床
500床以上の地域医療支援
病院であって紹介率40%未満
かつ逆紹介率30%未満の場合



保険点数270点
= 2,700円

保険点数200点
= 2,000円

病院収入2,700円



患者負担
一般: 1,300円
後期: 900円

病院収入2,700円

厚生労働省は医療政策を実現する手段として、
診療報酬（医療機関の収入源）による誘導を行います。
医療機関の経営は医療政策に左右されます。

3. 社会保障費の現状 (1) 社会保障政策の流れ

こちらでは、マクロの視点から医療政策をとりあげます。ニュースで聞かれる社会保障費の上昇とはどのようなものでしょうか。概要を説明します。

(1) 社会保障費政策の流れ

社会保障費とは、国全体でかかる年金・医療・福祉（介護を含む）の費用を総称したものです。

社会保障費は少子高齢化に伴い、上昇の一途をたどりました。国民生活に医療は欠かせないものであるため、政策によって大きく左右されます。医療政策を制すれば選挙で勝つことができたため、政策に一貫性がないという問題点があります。限られた財源でどう適正な社会保障を行うか、難しい舵取りを迫られています。このため、政策は今なお大きくうねり続けています。この章では大きな影響を与えた政策にポイントを絞り、説明します。（図6）

図6 社会保障費の推移

社会保障費の推移



①老人医療費無料化「福祉元年」（1973年）

かつては加入する医療保険によって保険給付率が異なっており、市町村国保に加入することとなる高齢者は複数の疾患を抱えて長期の療養生活を送ることも多いため、高齢者の医療費負担を減らすことが大きな課題となっていました。各地で行われていた高齢者の医療費無料化を、1972年老人福祉法を改正し国策として1973年から実施しました。

施行後、高齢者の医療機関の受療率は1.8倍に増加しましたが、同時に「病院のサロン化」「社会的入院の増加」（※）といった問題も生じました。

※社会的入院とは、病院本来の治療目的ではなく、家で患者を見ることのできないなどの理由に

より、患者が長期入院を続けている状態のことです。

②医療費亡国論（1983年）

厚生省保険局長 吉村仁が「医療費増大は国を滅ぼす」という主張を紹介しました。この主張が大きくとりあげられ、医学部の定員減少（1986年）など、1980年代半ばからの医療費抑制といった医療政策に大きな影響を及ぼしました。

主張の内容は下記の3点です。

- ・国民の医療・福祉の負担が増えると、国民の消費行動が抑制されて経済に影響が出る。
- ・病気の治療よりも予防に力を入れる方が医療費抑制に効果的である。
- ・「1県1医大」政策により将来医師過剰となる。

→医師過剰となることは医療機関の競争が増えることにつながると危惧されたため、大学医学部の定員を制限しました。この政策が後々、医師不足という問題を引き起こします。

③小泉政権下の社会保障改革（2001～2006）

1980年代半ばからの医療費抑制政策は、医療崩壊が現実味を帯びた2000年代に入っても変わることなく、特に小泉政権下では「骨太の方針」により、社会保障費の削減が大幅になされました。それは、5年間で1兆1000億円、1年につき2200億円を抑制するというものでした。

医療機関の収入源である診療報酬のマイナス改定が続き、提供する医療について自由に値決めをすることができない医療機関の経営者にとって大変な時期でした。

④政権交代（2009年）

自公政権から民主党政権に交代し、「骨太の方針」を継続しないことを公約にしました。このため、前述の社会保障費の削減目標がなくなり、診療報酬が10年ぶりにプラス改定となりました。

⑤社会保障・税一体改革（2011年～）

このままのペースで社会保障費が上昇すると財源が持たないことから、民主党政権は消費税率を10%まで増額し、増額した分で社会保障の充実・安定化と財政健全化を同時に図ろうとしています。

⑥政権交代ふたたび（2012年～）

2012年12月の衆議院総選挙で、自民党・公明党が圧倒的勝利をしました。これは医療政策がまた変わることを意味します。自民党マニフェストによれば、「消費税を中心財源として保険料の上昇を抑え、国民皆保険を維持する」としています。消費税増税分をどのように社会保障に配分するのか、国民はきちんと見る必要があります。

大学医学部定員の確保もうたっています。医師不足は数を増やただけでは解決できないのが現状です。なぜなら、一人前の医師になるには臨床研修を経て約10年かかるからです。医師の質にも踏み込む必要があります。

医療は国民の生命・健康にかかわるため、医療政策にはぶれない中長期的視点が必要なのではないでしょうか。厚生労働省は医療政策を端々に取り入れながら、2025年に向け自分たちの進めたい施策を盛り込んでいます。

医療は政策に左右されます。

政局の行方を視野に入れつつ、厚生労働省の意図をつかむこと。

患者である国民は今後の動向をきちんと確認することが求められます。

2) 少子高齢化が及ぼす影響

少子高齢化がニュースで取り上げられています。なぜ、問題視されるのでしょうか？少子高齢化が医療政策に与える影響について説明します。

現在、高齢化によって、医療費が上昇しつづけています。また、少子化によって多くの高齢者を少ない人数で支えることとなります。このように、医療費の上昇だけでなく、人口構造の変化を伴います。少子高齢化は、保険医療制度そのものを変えるほどの強い影響力を及ぼします。

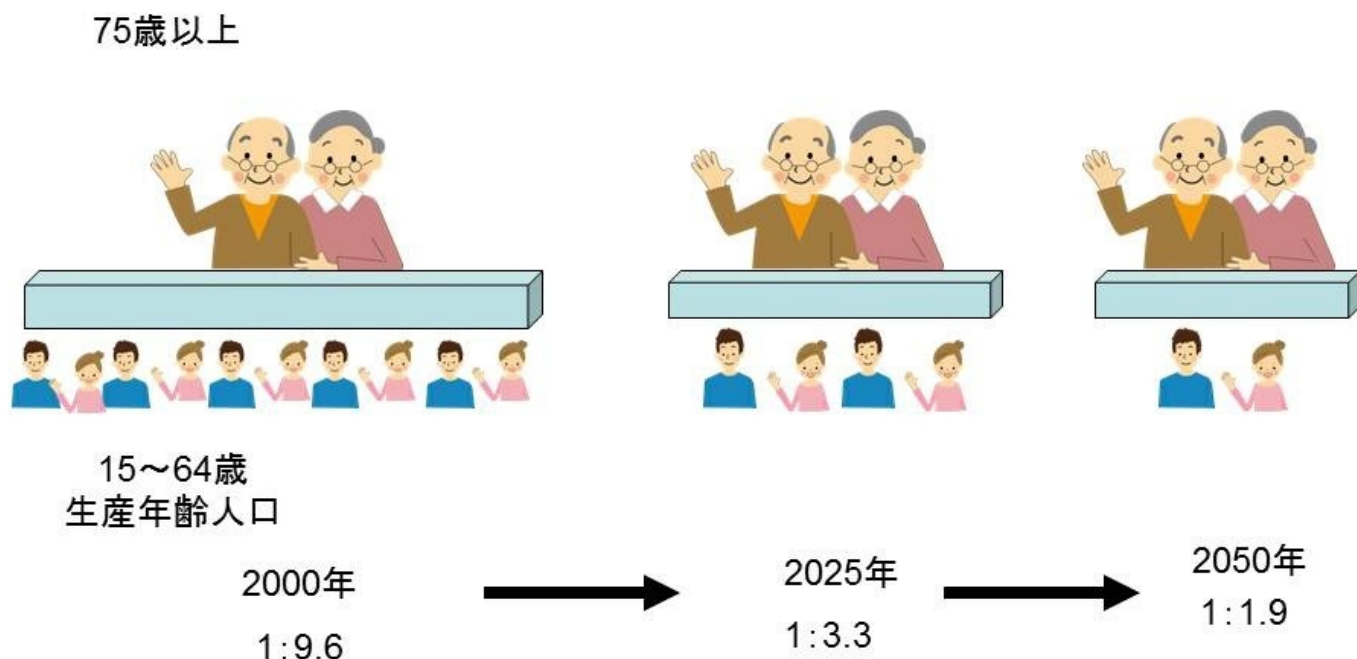
①少子高齢化の問題点とその影響

少子高齢化とは、出生率の低下により子供の数が減ると同時に、平均寿命の伸びが原因で、人口全体に占める子供の割合が減り、65歳以上の高齢者の割合が高まることをいいます。先進国に共通する現象です。我が国の65歳以上の高齢者人口は、過去最高の2,958万人となり、高齢化率も23.1%と超高齢社会となりました。（平成23年度「高齢社会白書」より）

高齢者は何らかの病気を持つことが多く、複数の病気を抱え、長期にわたって治療が必要な人が増えます。また、寝たきりや認知症など、高齢者特有の問題も重なり、医療費を含む社会保障費が上昇するのです。（平成22年度36.6兆円 厚生労働省「医療費の動向」より）医療費を支えるのは生産年齢層（15～64歳）であり、高齢者は医療費の負担能力が総じて低いです。生産年齢人口は減り、医療費は多くかかるのに負担能力が低い高齢者が増える。つまり、少子高齢化により、生産年齢人口への負担が重くなり、相互扶助で成り立っている保険医療制度そのものの存続を危うくすることが問題となります。（図7）

図7 少子高齢化の影響 イメージ

少子高齢化の影響 イメージ



②少子高齢化への対応策（医療編）

i 後期高齢者医療制度（図8）

2008年4月から始まった制度です。後期高齢者医療制度とは、75歳以上（障害をもつ65歳以上75歳未満も含む）を一定の年齢層として独立させて、新しい保険システムのもとに組み入れます。運営主体は複数の市町村が加入する「広域連合」です。

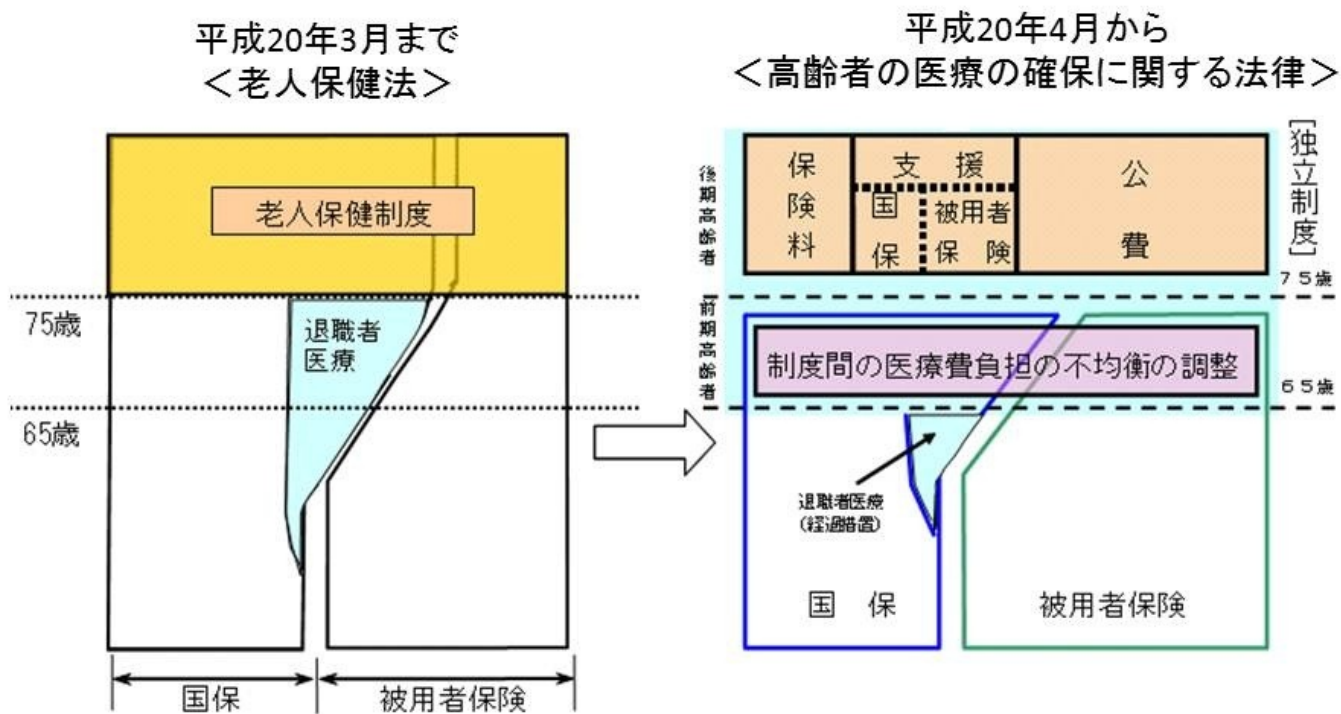
国民健康保険が世帯単位で保険料が計算されるのに対し、こちらは「個人単位」で保険料が計算されます。保険料を後期高齢者自らが納めることが大きな特徴です。

従来、後期高齢者の医療費が、生産年齢層と混在していました、このため負担関係がわかりにくくなっており、医療費の抑制が行いにくい状況が続いていました。また、超高齢社会が進む現況から、安定的で持続可能な保険医療制度をつくらない限り、小手先の手直しだけでは財源に限りがくるとの意見が取り入れられました。

少子高齢化が制度をも変えたのです。

図8 後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度



出典：厚生労働省「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会の設置について」より抜粋

ii 健康長寿の推進

厚生労働省は健康寿命を推進しています。健康寿命とは一生のうち、健康で支障なく日常生活を送ることができる期間のことです。こちらは医療費抑制だけではなく、本人の尊厳にもかかわります。

いかに健康寿命を伸ばすか、高齢者自身の問題であり、今後の政策課題です。

高齢者は身体能力・精神面で個人差が大きい。
個々の状態に合わせた柔軟な施策があっても良いのでは。

4. 日本の医療の現状～世界レベルでの比較～

日本の医療の現状を知るために、世界各国と医師数・看護師数・病床数・平均在院日数を比較します。データはOECDのものを使用します。OECDとは、経済協力開発機構のことで、ヨーロッパ諸国を中心に日・米を含め34ヶ国の先進国が加盟する国際機関です。

①医師数 人口1000人当たり (図9)

2010年のデータによれば、日本は2.2人(34ヶ国中29位)と少なくなっています。OECD平均は3.1人です。日本では産科・小児科・外科という過酷で手間のかかる診療科での医師が減少しています。女性医師が医師数全体の約1/3を占めていますが、仕事と出産・育児を両立できずやむなく辞めることが多くなっています。

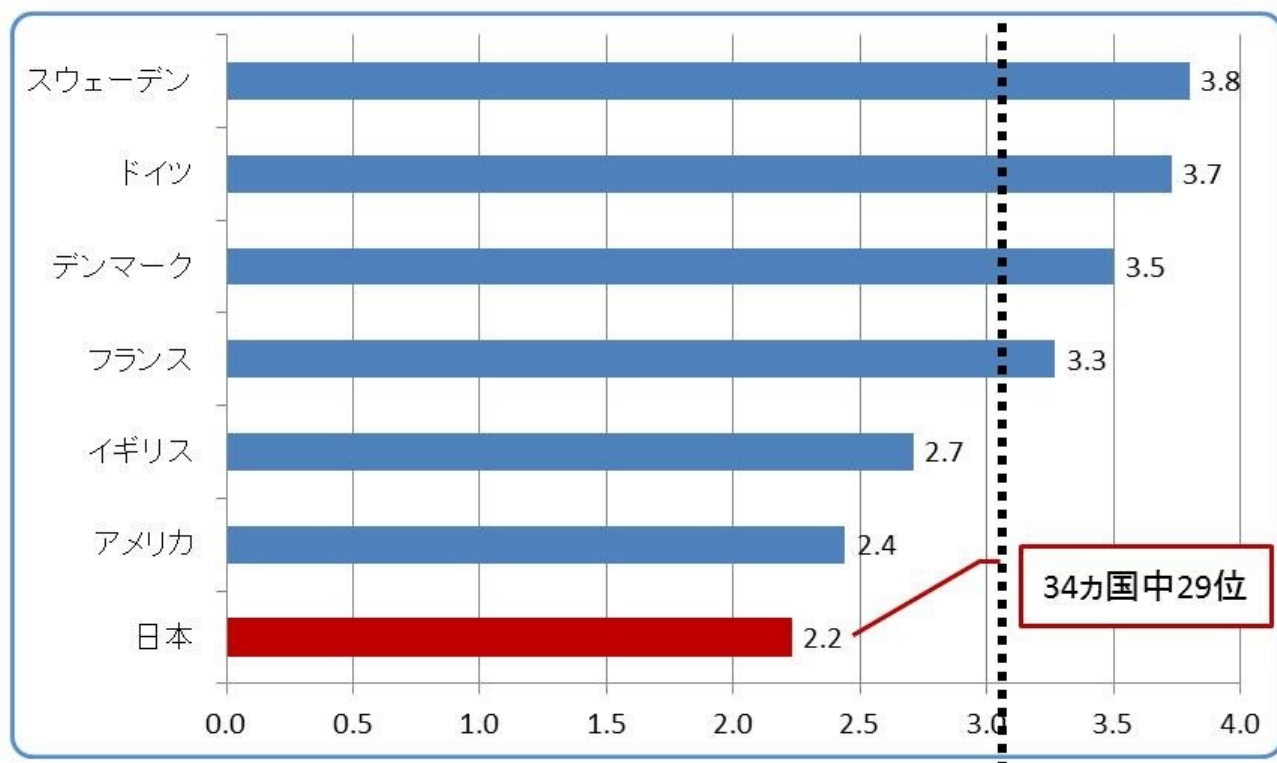
医療のしくみが各国によってバラバラなので一概には言えないのですが、医師の絶対数が各国よりも少ないのは事実です。

従来、厚生労働省は医師不足を地域や診療科の偏在を理由にしていました。これらも理由の一つですが、やはり、医師の絶対数が少ないことが原因です。1986年からの大学医学部定員制限が影響しています。

なお、OECDデータの医師数は医師として登録している人が数えられています。高齢で現場に立つことが難しい人も医師として数えられているので、現場では数字よりも不足していると痛感しています。

図9 医師数 人口1000人当たり

医師数 人口1000人当たり 2010年 OECD平均3.1人



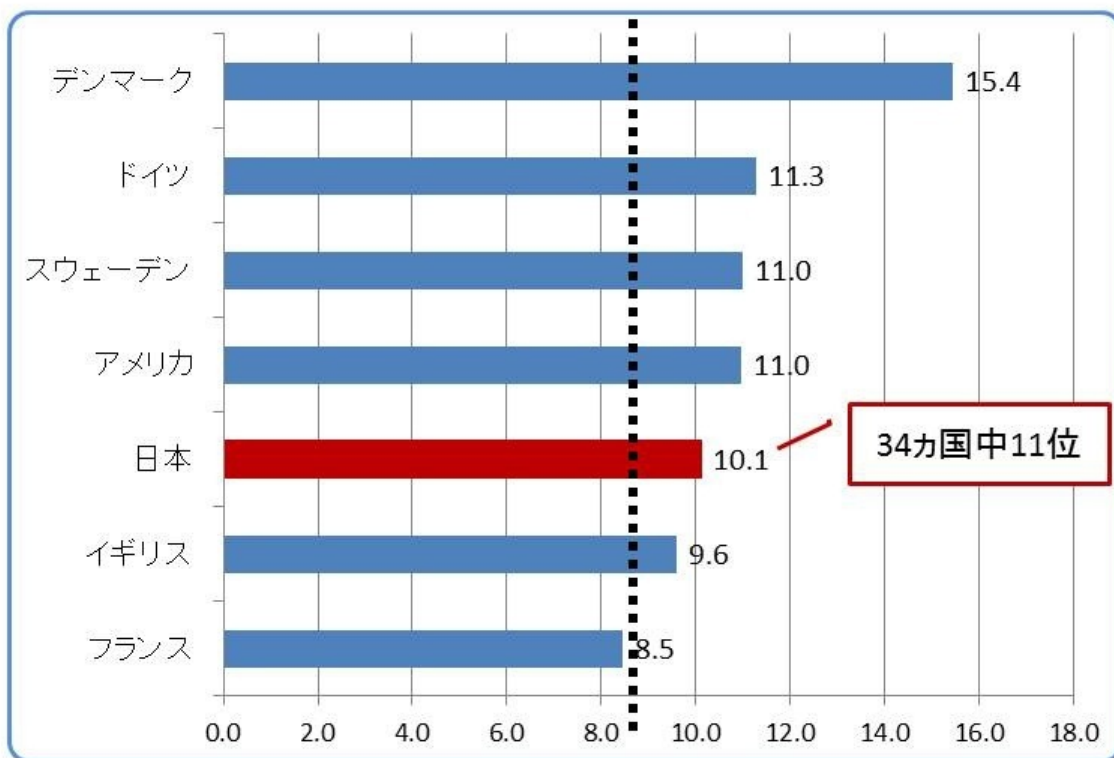
出典: OECD Health Date 2012より作成

②看護師数 人口1000人当たり (図10)

2010年のデータによれば、日本は10.1人(34ヶ国中11位)と中位にいます。OECD平均は8.7人です。

図10 看護師数 人口1000人当たり

看護師数 人口1000人当たり 2010年 OECD平均8.7人



出典: OECD Health Date 2012より作成

看護師数が増えても、医療の現場では不足と感じています。病棟内での注射液の混合やベッドメイキングなど、誰もしない仕事を看護師が引き受けて病棟が運営されているからです。

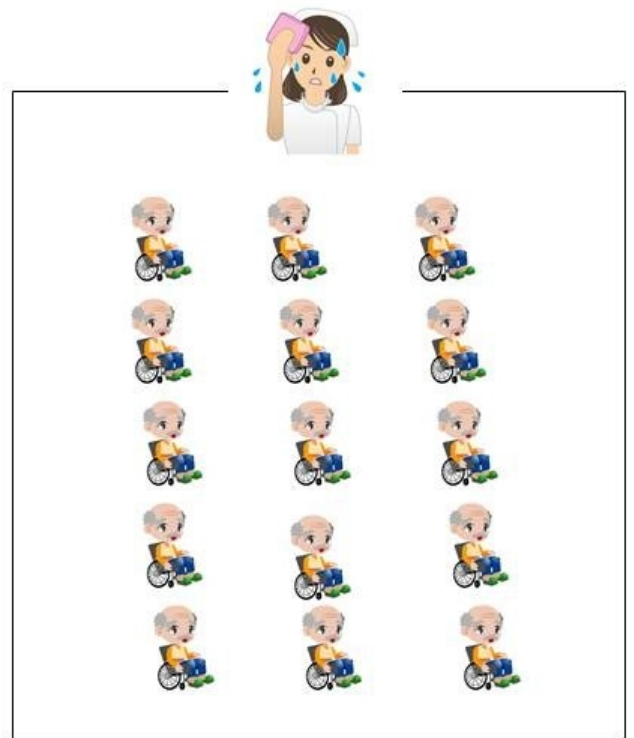
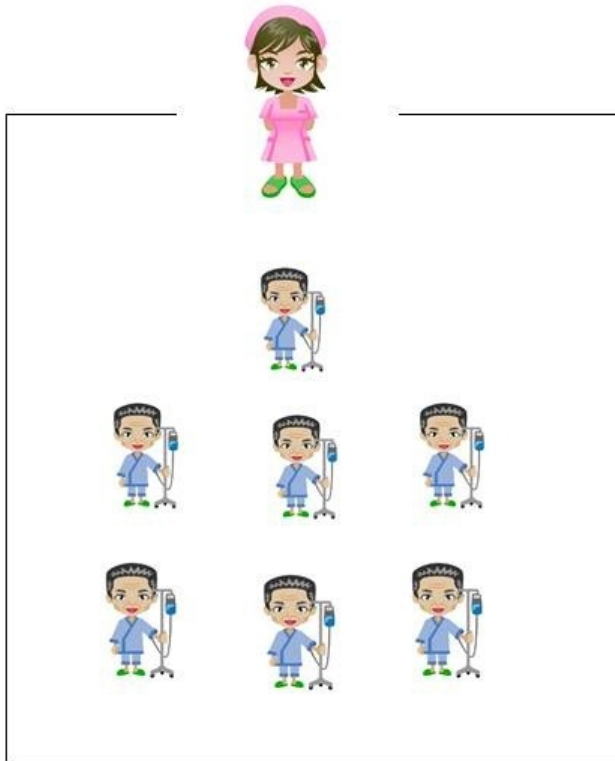
看護師の配置人数によって入院にかかわる診療報酬が決められています。病院収入の約7割が入院の収入です。現在、患者7人に対して看護師1人を配置する7対1看護配置が一番高い病院の収入となります。(図11) 病院は収入を多く得たいので、この7対1看護配置を狙います。結果、地域での看護師の絶対数は大きく変わらないので、この小さなパイをめぐる看護師争奪戦となります。大病院が看護師を確保するため、相対的に看護師が少なくなり、地方の中小病院は看護師を集めるのに大変苦労します。

図11 看護配置のイメージ

看護配置のイメージ

7対1看護：診療報酬一番高い
急性期医療を担うとみなされる

15対1看護：診療報酬一番低い
急性期医療？療養に近い



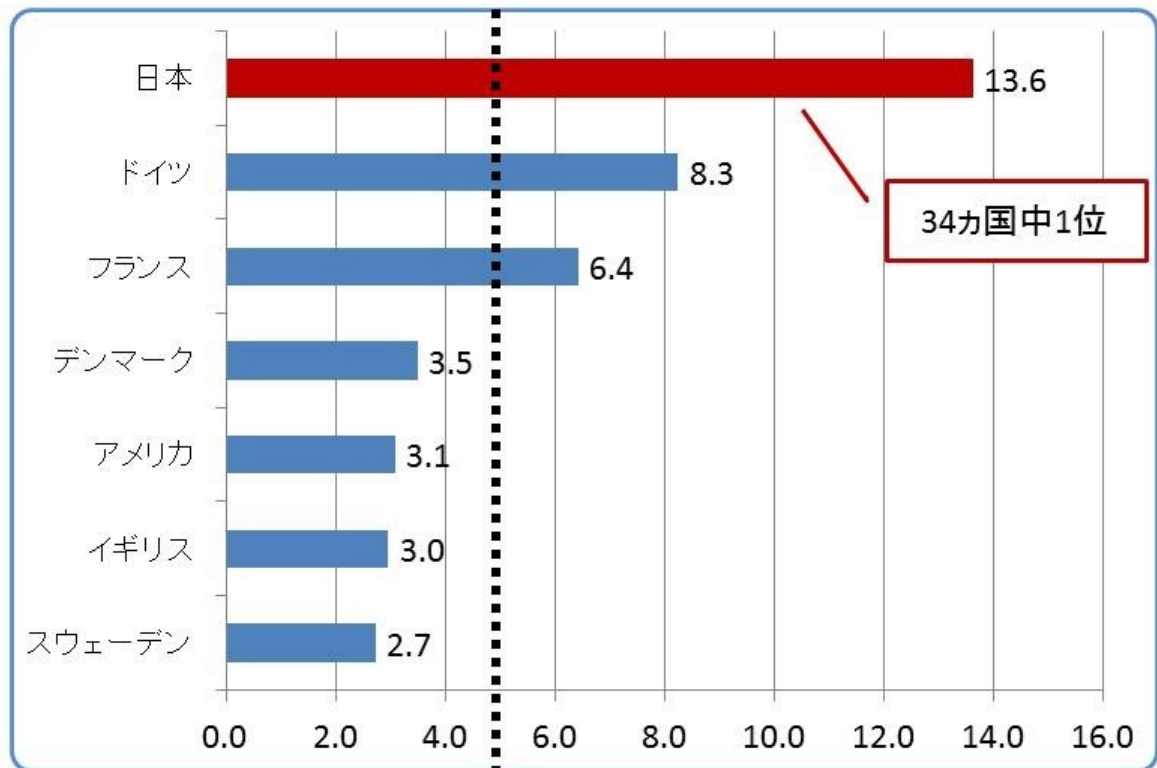
③病床数 人口1000人当たり（図12）

2010年のデータによれば、日本は13.6床（34ヶ国中1位）とトップにいます。OECD平均は4.9床です。

病床とは、病気を治療するためのベッドのことであり、健診センターなどのベッドはカウントされません。医療機関は経営を始めるときに管轄の厚生局に届け出ています。日本では19床までが診療所、20床以上が病院と決められています。

図12 病床数 人口1000人当たり

病床数 人口1000人当たり 2010年 OECD平均4.9床



出典: OECD Health Date 2012より作成

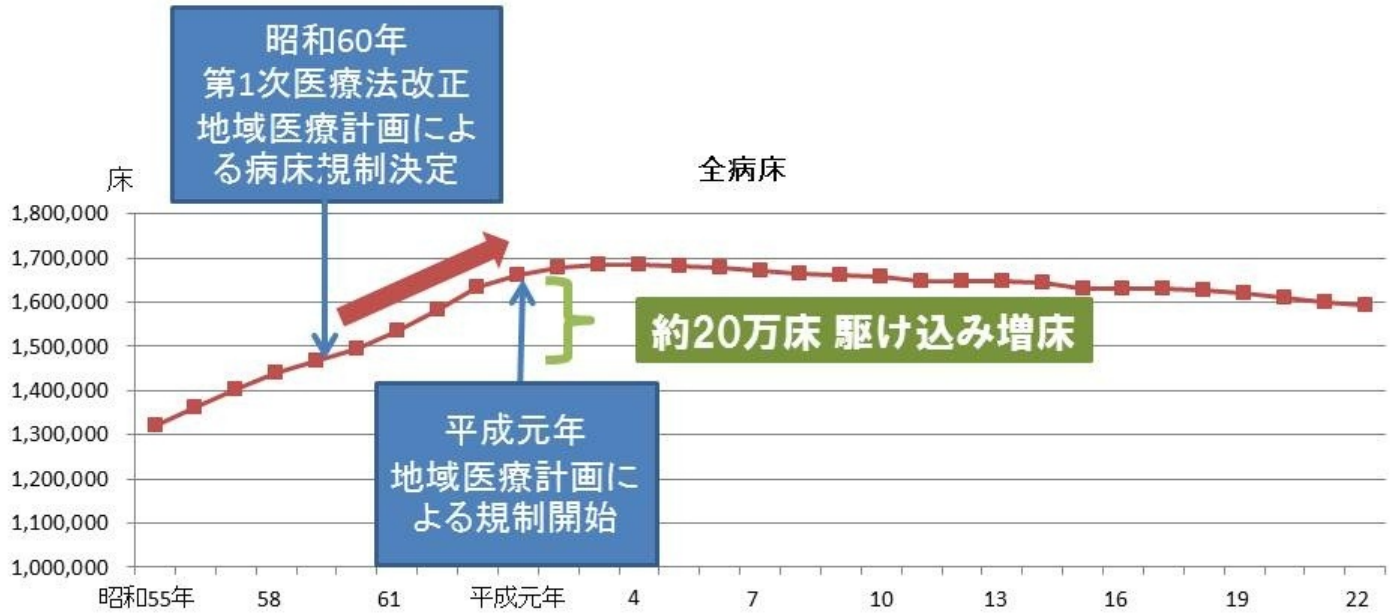
1985（昭和60）年以前は、病院は自由に開業できました。必然的に患者の集まりやすい地域に集中し、病床も増えました。病床が多ければ患者を多く入院させることができ、多くの診療報酬を得られたからです。

しかし、地域によっては医療過疎の問題が生じました。この問題を是正するため、国は1985（昭和60）年に医療法（医療機関設立・経営の基礎となる法律）を改正し、都道府県ごとに作成する地域医療計画によって開業できる場所や病床数を規制しました。ところが、1989（平成元）年の医療計画実行までの間に約20万床が駆け込みで増床されました。（図13）その後、全国の病床数はほぼ横ばいですが、微減しています。

OECDデータはこの影響を受けた結果といえるでしょう。

図13 全国病床数推移（全病床）

全国病床数推移(全病床)



出典:厚生労働省 医療施設(動態)調査・病院報告の概況より作成

④平均在院日数 全病床 (図14)

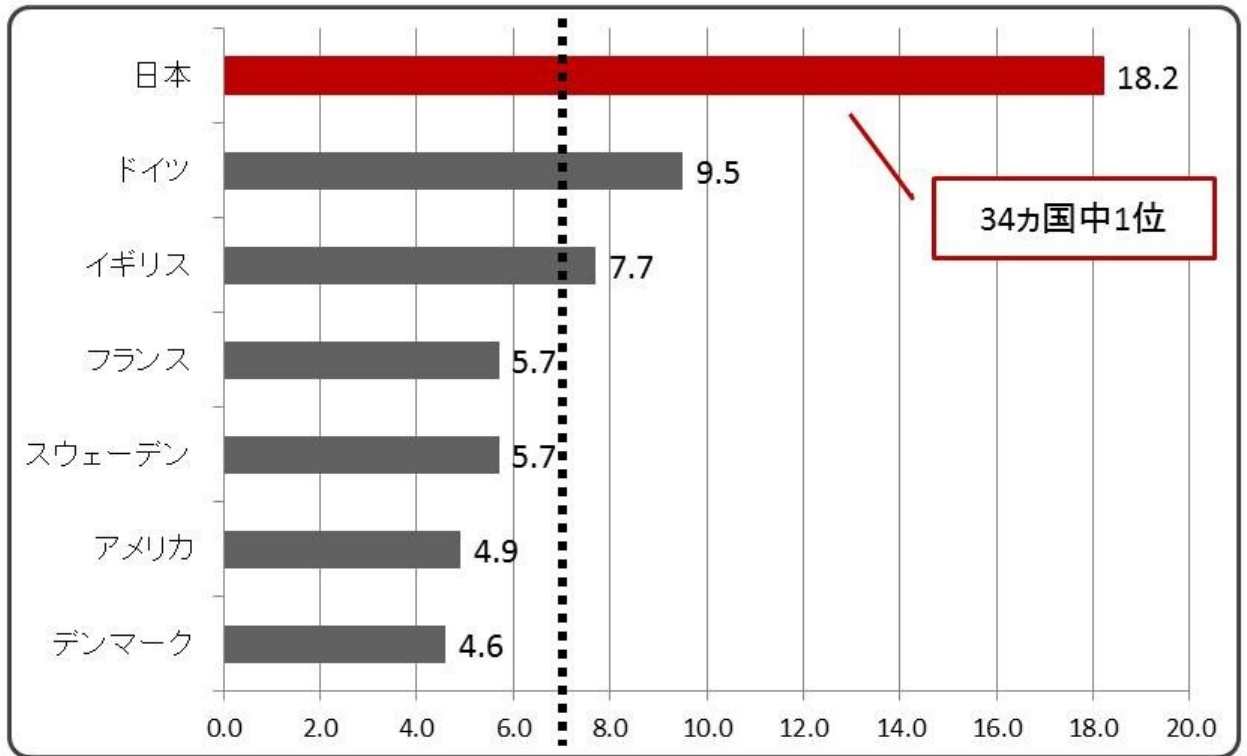
平均在院日数とは、病院の入院治療機能を見るための指標です。入院してから退院するまでの期間が平均どのくらいか見るものです。急性期医療においてどれだけ短い期間で濃厚な医療を提供し、症状の改善という結果を出せたかを重視します。急性期医療は14日を基本として診療報酬が設定されています。

医療政策上、急性期医療を担う一般病床に長く患者を置くことは好ましくないこととされています。

2010年のデータによれば、日本は18.2日(34ヶ国中1位)とトップにいます。OECD平均は7.1日です。

図14 平均在院日数 全病床

平均在院日数 全病床 2010年 OECD平均7.1日



出典: OECD Health Data 2012より作成

日本では急性期病床に長期療養の必要な患者を受け入れている現状があります。アメリカでは長期療養が必要な患者はナーシングホーム（日本の特養のような施設）に入所します。

医療・介護・福祉にわたるしくみの違いもありますが、長期療養の患者を受け入れざるを得ない背景にも配慮した医療政策が求められます。

日本の医療をOECDデータで見ると

少ない医療者で

多くの病床を持ち

患者を長く入院させている

現状で成り立っているといえます。

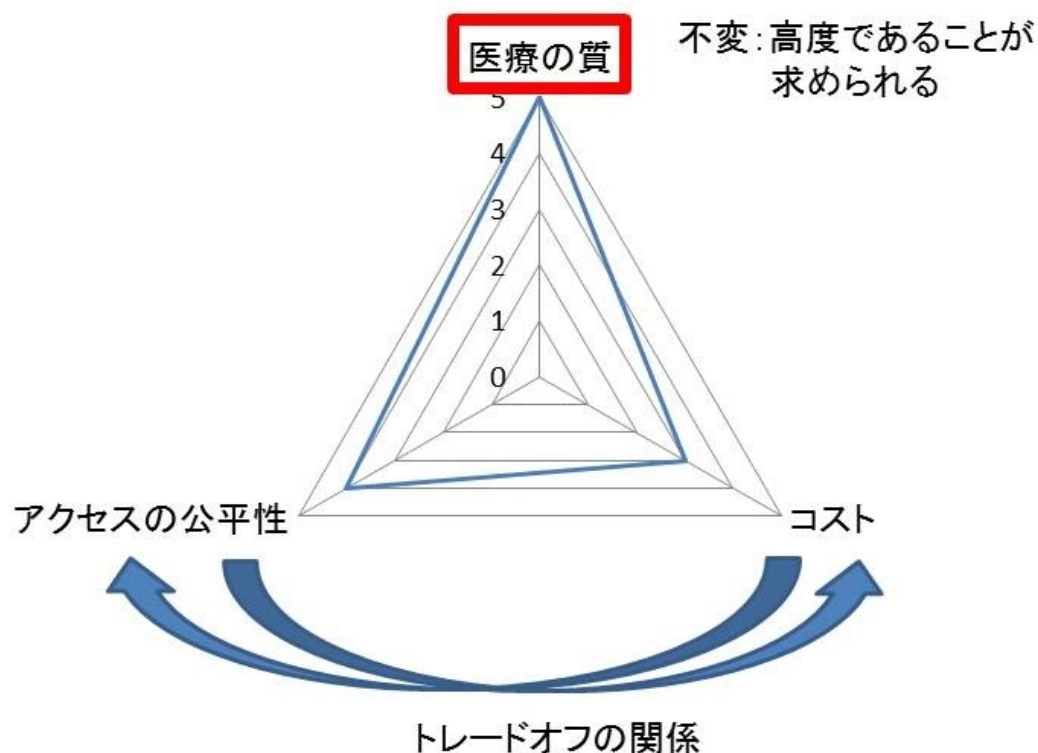
日本の医療政策の課題は、高いレベルの医療を維持しつつ、患者の医療機関へのかかりやすさ（フリーアクセス）と医療費の抑制という2つのバランスをどうとるかに集約されています。（

図15）

フリーアクセスはアクセスの公平性に、医療費抑制はコストに対応し、両者はトレードオフ（一方を追求すれば他方を犠牲にせざるを得ない二律背反）の関係にあります。

図15 日本の医療政策イメージ

日本の医療政策イメージ



医療政策の課題は以下の5点です。

- ・医療の質を保つこと。（大前提）
- ・医療費を抑制すること。ただし、急性期医療は重点的に診療報酬を高くすること。
→矛盾をどう調整するかが課題。
- ・フリーアクセスを維持すること。ただし、大病院への集中を避けること。
→矛盾をどう調整するかが課題。
- ・絶対数が少ない医師を増やすこと。
- ・病床と平均在院日数を少なくすること。

これらのバランスをとる医療政策が求められます。これまでのように政治が絡み、ぶれる政策では実現が難しくなります。医療政策に中長期的の視点が必要です。

医療費抑制として、社会的入院がこれからもあげられるでしょう。受け皿がない現状をどこまで打開できるのか、医療・介護・福祉にわたる施策を注視し続けることが大切です。

6. 患者としてどう医療に向き合うか

日本の医療は政策上の課題が複雑に絡み合っています。課題を抱えながらも、医療現場の努力によって医療機関は経営しています。患者としてどう医療に向き合えばよいか、2点に絞って書きます。

(1) 大病院から身近な診療所へ

患者の「大病院志向」は続いています。先日、喫茶店で糖尿病の低血糖発作を起こした人（60代男性）を応急手当したのですが、話を聞くと彼も大学病院がかかりつけでした。

医療は検査機器や医師の多さではなく、医師の診立ての良し悪しで決まります。診療所の医師も診立てが良い方が多くいらっしゃいます。大病院の場合、医師も異動があるので、今年A先生に診てもらっても来年はA先生に診てもらえないということもあります。

また、診療所は「病診連携」といって、地域の大病院とつながりを持っています。検査が必要であったり、診療所の医師では手に負えなかったりしたときは大病院に紹介します。紹介状があれば、余計な実費（初診時選定療養費）を支払わなくても大病院にかかることができます。

病院・診療所ともに患者を抱え込むと、収入面だけでなく、「地域連携」という面でも医療機関同士の共存しにくくなり、経営が難しくなる仕組みになっています。

診療所はホームページを持っていないこともあるので、信頼できる人から紹介してもらおうのがおすすめです。診療所の医師で信頼できる人を見つけられたら、長く診てもらえるか、万一の場合、大病院に紹介してもらえるか確認しましょう。医師に質問するのが難しければ、受付に訊いてみてください。

(2) 救急医療を正しく知る

救急は本当に必要なときに使ってください。

仕事が忙しいからと診療時間外で診てもらおうとするとかえって待たされます。時間外では医師をはじめとする医療者が少なく、患者が多く駆けつけるため、トリアージされます。トリアージとは患者の症状に合わせて、治療する順番を決めることで、重症な患者ほど早く診ます。軽症と判断されれば、来院した順位が早くても後順位になります。これは限られた医療資源（医師・看護師などの医療者がかけられる手間）を有効に使うためやむを得ない手段です。

診療時間内に診察を受ければ、十分治療してもらえます。

救急車をタクシー代わりに使うこともやめましょう。

救急は重症な患者で早く治療しなければならず、やむなく時間外の治療を受けるものだからです。救急車の台数も限られています。タクシー代わりに使えば、重症で緊急の患者に救急車が回りません。本来、救急車は重症で緊急の患者を運ぶためのものです。

地域医療は患者や地域住民の理解で守ることができます。

7. 2025年問題の予想と対策～政権交代によっても変えない医療政策～

最後に厚生労働省が政権交代によっても変えない医療政策を書きます。厚生労働省が目論む医療政策の基である2025年問題とはどのようなものでしょうか。

少子高齢化が進み、社会保障費は、2012年度109.5兆円（GDP比22.8% ※）となり、100兆円を超えました。2025年度には148.9兆円（同24.4%）にまで増加する見込みです（出典：厚生労働省 社会保障審議会 12年4月25日「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」より抜粋）。

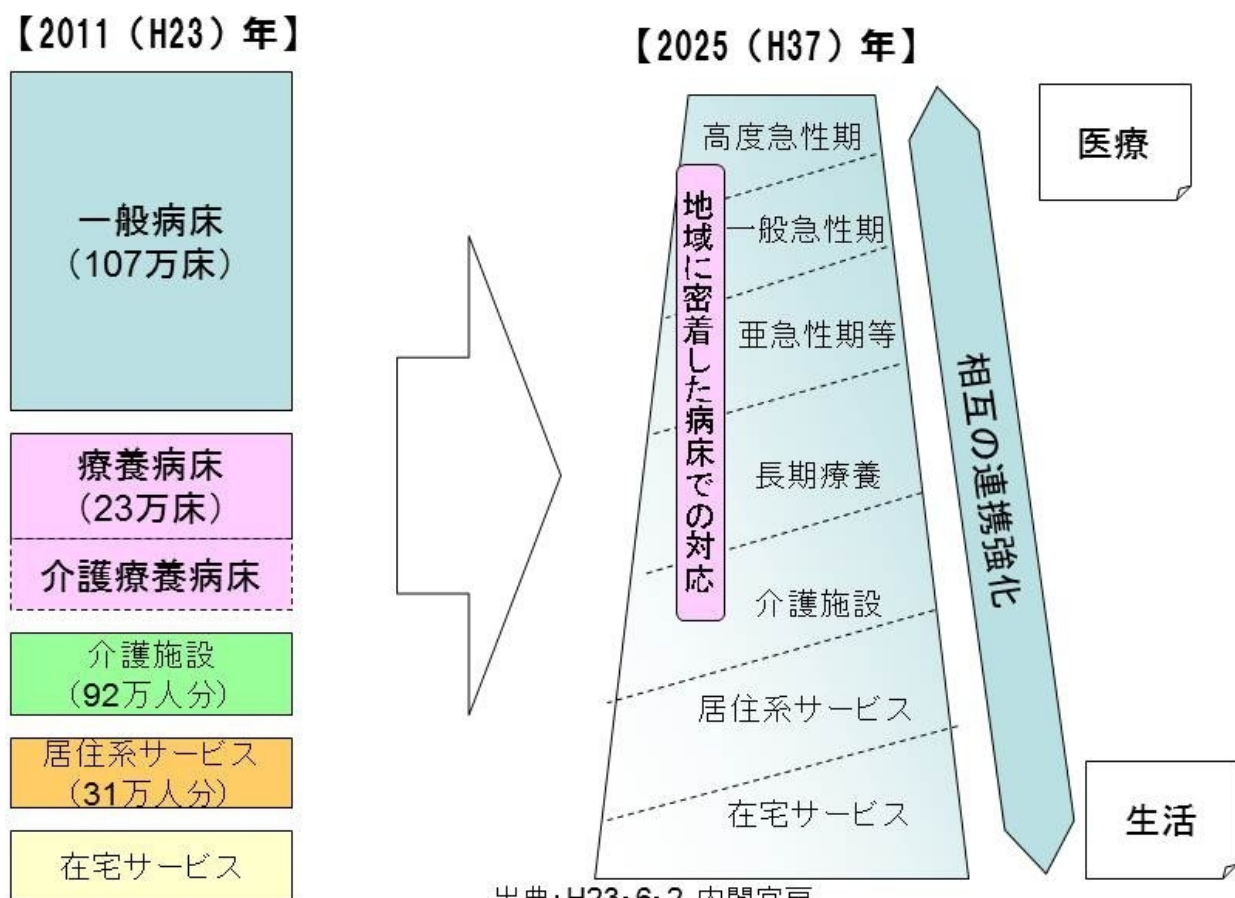
※GDPとは国内総生産のこと。国力にふさわしい社会保障の充実ができていないかが医療政策での課題。

2025年には、団塊世代が75歳以上の後期高齢者となります。その一部は社会的入院患者や要介護者になり、団塊世代の年齢が上がるごとにその比率は高まっていき、負担がさらに増えると予想されています。このような状況のもと、限られた財源で現状のまま社会保障を維持し続けることは困難です。そこで、厚生労働省は2025年を1つの区切りとして、医療・介護における改革を行っています。

その1つが2012年度診療報酬・介護報酬同時改定でした。このような診療報酬による政策誘導が今後も続くでしょう。（図16）

図16 医療・介護機能再編のイメージ

医療・介護機能再編のイメージ



出典：H23・6・2 内閣官房
「社会保障改革に関する集中検討会議の配布資料」等より改変

医療機関は地域における役割を明確にし、他の医療機関や介護施設等との連携をすること求められています。在宅医療（自宅で医師や看護師に訪問され治療を受ける）も推進されます。

今後、病院から在宅医療へと診療報酬による政策誘導があるでしょう。少子高齢化により、病院や介護施設が足りず、看取りまで患者を看ることができないからです。不足分47万人の看取りをどうするかという大きな課題が残されています。

また、厚生労働省の予想以上に増えてしまった7対1看護配置の病床を減らし、7対1を高度急性期を担う病床にしたい意向もあります。

特に看取りについては、高齢者自身の価値観を確認しておく必要があります。在宅医療で対応できるのか、ご家族と話しておくことが必要です。

2025年に向けて、医療政策の方向性を見定めることが大切です。

◆まとめ◆

医療政策は医療機関（病院・診療所）だけではなく、患者にとっても重要なものです。医療は「政策を映し出す鏡」だからです。政策が変わるたびに医療機関は経営の難しいかじ取りをしてきました。これからは目先の変化だけではなく、2025年に向けて中長期的視点で医療政策をに注目し続けることが求められます。

私たちは医療政策に関心を持ち、自分だけではなく後の世代に今の皆保険制度を引き継ぐことができるかをきちんと見極めることが大切です。日本の医療制度は相互扶助によって成り立っており、財源が限られているからです。

政策に無関心であったり、政策をそのまま鵜呑みにしたりするのでは、自分たちの首を絞めることとなります。これを防ぐためには、患者である国民の皆様ひとりひとりが政策に関心を持ち、将来性のない政策立案や方針に「No!」という態度を示すことがときに求められます。

患者として医療の現状を知り、ご自身の病気やけがの状態に合わせて適切に医療機関を受診することが、医療崩壊を防ぐことにつながります。日本の医療レベルは非常に高いのですが、少ない医療者（医師）でまかなっているのが現状です。特に病院で働く医師の負担が重くなっています。今いる医療者を大切にすることが、巡り巡って患者が良い医療を受けることにつながります。

社会的入院には地域に「介護施設や介護福祉士などの他者にゆだねることへの抵抗感」が根強く残っている現状をも考慮した政策が必要です。病院に入っていることにすれば、患者家族への近隣からの非難が減少するという問題があります。また、在宅で患者を見るにも核家族化、家族の高齢化が進み、家族での介護が難しい現状もあります。これらの根本的な問題を解決しなければ、退院促進や在宅医療を診療報酬で政策誘導しても思惑どおりはいかないでしょう。

将来を見据えたぶれない医療政策を実現するためには、

私たちが医療のしくみや現状をきちんと理解することが大切です。

医療機関は、患者の理解と協力が良い医療を継続することにつながるからです。

患者が症状に合った適切な医療を受けられ、医療機関が安定した経営ができることが理想です。これらを実現できるか、政権交代後の医療政策を見極めることが重要です。

少しでも医療への理解でお役に立てれば幸いです。

ご質問・ご要望はブログ (<http://blog.livedoor.jp/zvezdahoshi/>) の左側メールフォームからお願いいたします。

すぐに対応いたします。

ご感想もお寄せいただけると励みになります。

より良い医療環境になることを心から願っております。

目からウロコ！「医療のしくみ」～医療は政策の鏡～

<http://p.booklog.jp/book/63920>

著者：星 多絵子

著者プロフィール：<http://p.booklog.jp/users/hoshi-taeko/profile>

感想はこちらのコメントへ

<http://p.booklog.jp/book/63920>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/63920>

電子書籍プラットフォーム：ブックログのpapier (<http://p.booklog.jp/>)

運営会社：株式会社ブックログ