

日本の医療制度の実態

国民皆保険制度

日本の医療システムは、安心して医療を受けられるように国民全員が公的医療保険に加入し、一人ひとりが保険料を出し合い、助け合うことによって支えられています。1961年に現在の「国民皆保険制度」が制定されました。

患者さんは保険証1枚さえあれば医療機関を自由に選ぶことができ、窓口負担だけで診療や薬の給付など、必要な医療サービスを平等に受けることができます。

国民皆保険制度はWHO（世界保健機関）から、健康の到達度と均一性、費用負担の公正さなどを理由に高い評価を受けています。

公的医療保険は会社などに勤めている人が加入する「被用者保険」、地域保険とも呼ばれ、農家やフリーランス、非正規雇用者、会社を退職した人などが加入する「国民健康保険」、75歳以上を全員対象とする「後期高齢者医療制度」の大きく3つに分けることができます。

診療所や病院で治療を受けた時、保険証を持っていれば、窓口で支払う金額は負担割合に応じてかかった医療費の一部で済みます。原則として自己負担は3割です。残りの7割は、毎月、「保険者」と呼ばれている機関へ納めている保険料が使われます。会社員の健康保険料は、従業員(加入者本人)だけではなく、事業主も折半で負担しています。医療機関は7割分のお金を「審査支払機関」に請求することで、この仕組みが成り立っています。

厚生労働省の実態

2020年に発行された厚労省職員名簿によると、厚生労働省本省職員31,819名、課長以上の幹部職員466名中、医師は僅かに18名に過ぎません。更にこれらの医師の中には、当初から日本の医療制度の向上といった高い問題意識をもって入省した人は少なく、地方の保健所長を経て任官した人が多く、医師として最も大切な臨床経験を持っていない人が大部分です。従って、結果として日本の医療行政は、医療に関する素人同然の人たちによって、医学的見解を無視した、もっぱら財政的、効率的見解を重視した政策で進められていることとなります。

今回の新型コロナウイルスに際しても、厚労省の発言力は弱く、もっぱら第三者委員会によって、その対策が進められていることから明白です。

医療費抑制政策

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年代に入ってから続けられ、とりわけ、小泉政権下では、診療報酬もマイナス改定が続き、2006年度には-3.16%という史上最大のマイナス改定となりました。

しかし技術料を低く抑え、薬価差益により支えられていた医療は、厚生労働省・財務省・マスコミの思い込みにより薬価差益を失ったままであり、多くの手技は経済的になりたたないまま放置されているため、外科系の医師はその経済状況のため、年々減り続けていきました。その後消費税が5%、8%、10%に上がりましたが、診療報酬は基本据え置きになり、実質的な引き下げとなりました。

新しい医療器具が次々と開発され、そのほとんどがコンピューターと連動した高価な医療器具に変化しました。昔は心電計とX線装置だけで済んだ内科も、エコーやCT、MRIが必要となり、眼科においては、全ての検査機器がコンピューター化されて、それに白内障手術装置を加えれば、初期投資額は5000万円を超えるといわれています。

医師不足

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
臨床医数 1000人当たり	2.4	2.8	4.1	3.3	2.6
女性医師	20.3	45.9	45.7	44.3	34.6
看護師数 1000人当たり	11.3	7.9	12.9	10.2	11.6

医師の絶対数は欧米各国で最低であり、特に女性の医師は極端に少ない現状です。終戦直後は2年間で短期養成された医専卒業の軍医によって増加しました。医師数抑制政策の始まりは、第二次臨時行政調査会が1982年7月にまとめた「医師については過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する」と提言されて、1984年以降、医学部の定員が最大時に比べて7%減らされています。

医師養成には少なくとも10年かかるため、勤務医の労働環境は改善されるには至っておらず、労働災害としての過労死を医師にも適応させる事例も見られるようになりました。

団塊世代の医師が急速に退職する一方で、新しく医師になる人数は年々減少しています。国家資格取得の難易度上昇や医学部の定員数限定により、相対的に減少していることが考えられます。

看護師数は欧米諸国と同等数が確保されていますが、その報酬は先進国の中で最低です。

今回の新型コロナウイルスにおけるマンパワー不足も医療従事者の養成を怠ってきた結果です。

病院経営における赤字

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
入院日数	28.5	7.1	8.9	1.01	6.1
人口一人当たり外来診察回数	12.7	10.0	6.3	4.0	6.9
病床数 1000人当たり	13.2	3.3	9.4	7.0	3.0
ICU 病床数	17034	4114	23890	7540	77809
CT 台数 100万人当たり	107.2	9.5	35.2	16.9	41.8
CT 検査数 1000人当たり	230.8	84.7	143.1	204.4	253.6
MRI 台数 100万人当たり	51.7	7.2	34.5	13.56	36.7
MRI 検査数 1000人当たり	2	3.8	3.4	3.7	3.5

全日本病院協会の調査によると、経常利益で赤字となっている病院は53.8%、医業利益で赤字となっている病院が59.7%と、ともに半数以上が赤字という結果となっています。

病院経営が赤字に陥る背景には国の医療政策に根本的な問題があります。医療費の設定や医療制度、病院経営の現実に則さない施策が多い点が非常に大きな問題を生んでいます。

外来診療回数、病床数、入院日数共に世界一多いのは、国民皆保険によって、安い料金で受診や入院できるためだと思われます。病院側としても、空床があればそれを埋めなければ、経営が成り立たないため、長期入院を是認する傾向にあります。これが医療費全体を高騰させる原因になると共に、今回の新型コロナウイルス感染症に当たって病床不足の潜在的な原因になっていることは確かです。

CT、MRI等の高価な医療機器は医療水準を高めるために大きな効果を発揮しますが、機器単位あたりの利用率は低く、高額な機器の使用効率が低い結果となっています。

日本では営利目的で医療機関を経営することは認められていません。アメリカでは当然とされている病院の株式会社化は認められていませんから、個人開業医が病院を開設する場合、経営の知識や経験が乏しくて、非効率な病院経営となり、赤字経営に陥るケースも少なくありません。

開業医

病気になって、まず訪れるのが町の開業医です。適切な開業医を選んでかかりつけ医になってもらうことです。日本医師会では「健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと」をかかりつけ医と呼んでいます。

いざという時に困らないためにも、健康診断などに行く機会を利用して、自宅や職場の近くに、かかりつけ医を見つけておきましょう。

日頃のみなさんの健康状態を知っていて、気軽に何でも相談できる、かかりつけ医がいれば、体調などに関して何でも相談できるので、必要なら医療面で早めの対策がとれますし、専門家を的確に紹介できます。かかりつけ医がない場合、一般の方々が自己判断で受診を手控えたり、延期したり、あるいは、間違った対応策をとっているうちに重症化してしまうといったことが起きることがありますが、それも防ぐことができます。

平成30年1月現在、全国に一般診療所は102,096施設あり増加が継続しています。施設総数のうちに個人事業の占める割合は年々減少しており、平成30年1月時点では医療法人の運営数が個人事業の運営数を上回っています。近年の税制や施設の円滑な医業承継等を考慮すると、医療法人で運営する開設者が増えていることがわかります。

1970年代には開業医の経営が非常に潤っていましたが、1980年代に入って医師への逆風は強くなり、診療報酬や税法の改定が相次ぎました。

2017年6月に厚生労働省が実施した「医療経済実態調査報告」では病院勤務医の平均年収は1,488万円です。一方、開業医の平均年収は2,748万円となっています。病院勤務医については、低賃金で働く研修医が数多くいるために低くなっていますが、専門性の高い技術を持った医師は、かなりの収入を得ている模様です。

少子高齢化に伴って、診療科別の医師も大きく変わりました。小児科、産科、外科は減少しました。これは少子高齢化と共に、医療過誤による訴訟の急増にあるといわれています。内科、眼科は増加の傾向にあります。なお最近では、高齢者の訪問診療に特化した医師が増えている模様です。

開業医のメリットは、病院経営が順調であれば収入が大きく増える可能性があることです。自分の方針に従う人材を採用できるため、院内の人間関係に悩まされることも少ないでしょう。さらに、勤務先のルールに束縛されず、自分が理想とする治療ができることも開業医の魅力です。治療方針や治療費から診療日や診療時間まで、すべてを自分の考えに基づいて決定できます。

その反面、予想に反して患者数が増えず経営がうまくいかない場合は、開業時の借金返済や運転資金調達で大変な思いをするかもしれません。さらに、万が一、医療事故などが発生した場合は、経営者として責任を問われることになるでしょう。

開業医が失敗するケースの一例です。

- 開業コンサルタントや薬卸業者に頼りすぎた。
- 物件選びや医療機器に開業資金をかけすぎた。
- 場所の選定が悪く、患者が増加しない。
- スタッフが定住しない。

医療費の現況

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
医療費 \$	4717	4246	5726	4902	10209
医療費の増加率	1.8	0.9	1.8	0.9	1.4

2019年度の医療費は43.6兆円に達しました。診療種類別の内訳は、入院が総額17.6兆円(前年比0.34兆円増)、入院外が14.9兆円(0.29兆円増)、歯科が3.0兆円(0.06兆円増)、調剤が7.7兆円(0.27兆円増)、訪問看護療養が0.3兆円(0.04兆円増)となっています。

日本では、10%、30%の自己負担で医療が受けられるために受診率が高く、高齢者の増加も加わって、医療

費の近年の伸びは他国よりも比較的急になっています。

総論

日本には、国、自治体、企業、患者が一体となった国民皆保険制度があります。この制度が広く、国民全体に広がって国は、世界中で日本だけです。しかし高齢者が増え、それを支える若年者が減少し続ける将来を展望すると、この制度を抜本的に改革する必要があります。

今回の新型コロナウイルスに関連して、医療崩壊の危険性が心配されていますが、以上述べたように、すでに日本の医療は崩壊に近い状態に陥りつつあり、それが新型コロナウイルスにおけるマンパワーと重症者用病床の不足によって顕在化したに過ぎません。

医療従事者に感謝の念を捧げるのはよいことです。しかしその前に病院協会、医師会、大学医学部等の専門団体の意見を聴いて、厚生省を医療関係者のキャリアで固めると共に、医療従事者の養成、医療費の合理的な配分と増額、新薬承認の迅速化、医療機器と薬価の適正化等、日本の医療行政の抜本的改革を行う必要があります。

さらに、特殊な専門医を除く町の開業医は、かかりつけ医を兼ねた総合診療医を目指すべきです。増え続ける高齢者医療を専門とする訪問看護も需要が増えていくことでしょう。