

医療を取り巻く現状と課題

Current Situation and Challenges in Healthcare

小森 成

Akira KOMORI



(こもり・あきら)

ICDフェロー

I. はじめに

日本の医療保険制度は世界的にも稀な国民皆保険を実現し、医療アクセスの公平性において優れた成果を上げてきたが多くの問題を抱えている。制度の限界は明らかであり、歯科医療を含め、すべての医療提供者がこの現実を直視する必要がある。本稿では、日本の医療保険制度が直面する複合的課題について考察する。

II. 医療の供給体制と保険制度の歩み

日本の近代医療体制は、1874年の「医制」公布に始まる。国家が医師資格を統制し、近代的な医療供給の枠組みを整備したこの制度により、医師が個人事業主として地域に根ざす開業医制度が定着した。しかし、この制度は医療資源の都市部偏在や低所得層の受診困難という課題も抱えていた。

1922年の「健康保険法」制定は、工場労働者を対象とする初の近代的社会保険制度である。当初は医療保障というよりも労働力の再生産を志向する制度設計であり、富国強兵政策を反映していた。

しかし、自営業者や農民といった非被用者層が対象外であったため、1938年には「国民健康保険法（旧法）」が制定され、自治体単位の地域保険制度として位置づけられた。1941年の健康保険法改正により、制度の主眼は労働者の福利厚生から国家による国民の健康管理へと大きく転換し、1961年についに国民に対する国民皆保険が実現した。

III. 財政的持続性の危機

国民皆保険制度は医療アクセスの公平性を確保し、先進国の中でも際立った成果を上げてきたが、その成功がゆえに潜在的な構造問題は長らく見過ごされてきた。高度経済成長期には財政的余裕もあり、医療費の伸びが問題化することは少なかった。しかし今日では、高齢化による患者数の増加、医療技術の高度化、高額薬剤の登場等の要因により制度疲労に直面している。

2022年度の国民医療費は46兆円に達し、財源確保、給付と負担のバランス、持続可能性の確保が重大な政策課題となっている。

Ⅳ. 医療者の構造変化

医療者の供給体制も大きく変化している。新臨床研修制度の導入により、全国統一のマッチングに基づく初期研修が義務化され、医局による囲い込み構造は解体へと向かった。その結果、若手医師のキャリア選択は多様化した。同時に地方への医師派遣が滞り、地域医療の担い手不足が深刻化している。

特に深刻なのは、研修終了直後に美容外科などの自由診療領域に進む若手医師の増加である。俗に直美（ちよくび）と呼ばれるこの傾向は年間150～200人規模と推計されているが、他の診療科でキャリアを積んだ医師の転向も含めると、保険診療の担い手が毎年医科大学2校分流出している計算になる。

2024年からは医師の「働き方改革」として時間外労働の上限が導入され、タスク・シフティングや医療チームの再構築が求められているが、人的資源の不足や都市への偏在といった構造的課題はむしろ顕在化している。

Ⅴ. 社会と患者の意識

国民皆保険制度の下、患者は比較的安価に高度な医療を享受してきたが、同時に「医療は高くない」「誰でも最高の治療を受けられる」という意識も助長された。新型コロナウイルス感染症対策においては、多くの医療費が公費で負担され、患者が費用を意識する機会はさらに減った。

1人あたり数千万円に達するような高額薬剤に対しても、社会的な議論が十分に行われているとはいえない。同じ疾患であっても、若年者と高齢者に等しく高額治療を施すことの是非を問う声も出始めているが、医療は聖域としてタブー視され、踏み込んだ制度的議論が封じられている空気は依然として強い。

医療が未発達な時期においては養生が重んじられて健康に対する意識が高かったが、現在では養生という意識そのものが風化しつつある。

Ⅵ. 制度設計の矛盾と変質

現代医療体制の構築にあたって、行政は医療の供給を保険制度により社会化し、医療国営を意図して保険医制度を設けた。国民皆保険の下では患者は保険患者

であり、保険医にならないという選択肢はあっても経済的に保険医にならざるを得ない。保険医になると療負担規則を守り、点数表に決められた点数を過不足なく請求する必要がある。保険医は公務員ではないが、医療国営を実現する執行者として機能する。社会主義的な医療国営を資本主義的な開業医制度により運用する「民有国営」は文字通り無理な制度であるが、長らく続いた開業医制度を利用した苦肉の策と考えられる。実際、医療機関が不足する当初において民有国営は良好に機能した。

この制度には美容医療に代表される自由診療（保険医にならないという選択肢）という小さな穴があった。最近のように多くの医療者が自由診療に流出する事態に至ると、地方における人的資源が不足して医療アクセスの公平性が崩れる。しかし、職業選択の自由と財産権が憲法で保障されているため、開業医を強制的に移動させることはできない。小さな穴とされていた自由診療は大きくなって多くの医療者が流出し、本流が枯渇しようとしている。

当初の医療制度は救療事業や軽費診療事業といった基本的な医療を想定していたが、医療技術の進歩や先進的な薬剤の開発、医療に対する要望の高度化により、高度な医療を安価で受けられる制度へと変質してしまった。国の歳入の多くを医療に費やし、医療者という有能な人材の相当数が自由診療に流れる姿は尋常ではない。

Ⅶ. まとめ

日本の医療は制度に無理があるにも関わらず、医療者の献身的熱意や郷里回帰型地域貢献、情報が限定することによる国民の現状肯定、人口構成、経済成長等に支えられて良好に機能した。“世界に冠たる医療制度”という成功神話が制度上の問題に対する議論を封じてきたが、その持続には限界が見え始めている。

高齢化と医療費の増大、医療者の自由診療への流出、地域医療の空洞化、患者を取り巻く情報過多に伴う医療に対する要求の増大、価値観の多様化による収束不能な要望、といった複合的要因が絡み合い、制度疲労だけではないところに根の深さがある。制度の変革が予想される今、制度をとりまく環境を理解することが医療の次世代のかたちを考える糧となる。