



まちいしゃ
**町医者で
行こう!!**

第135回
〈最終回〉

国民皆保険制度が持続可能であるために

八方塞がりに強烈な逆風

円安が止まらない。物価上昇が止まらない。しかし所得は増えない。診療報酬も増えない。経済の低迷も止まらない。少子化は止まらない。高齢化も止まらない。人口減少も止まらない……。そこにコロナ禍で国は莫大な代償を払っている最中だ。日本はまさに八方塞がりの状況にある。社会保障制度もほとんど余裕がなくなり、もはや姑息的ではなく抜本的な改革を迫られていると感じる。

政府や日銀がいくらでもお札を刷ってくれるから大丈夫だ、という専門家もいる。しかしこの国の財政逼迫の深刻さは素人でも想像できる。私事だがレセプトの返戻を見るたびに情けなくなる。たとえば酸化マグネシウム3錠は「過剰」だから2錠に、と10円にも満たない下剤まで容赦なく査定される。査定作業にかかるコストのほうが高くつくのだが、「ああ、ここまで追い詰められているんだ」とため息が出る。世界に誇る国民皆保険制度の逼迫度は勤務医よりも町医者のほうが感じているはずだ。

一方、医療情報の氾濫に伴い患者さんからの薬や検査の要求は年々、肥大化している。それに対応できないとドクターショッピングをして離れていく患者さんもいる。医学会の数は増え、診療ガイドラインも増え、推奨薬剤数も増えている。いくらポリファーマシーの弊害やその解消法やそれぞれの薬の止めどきを説いたところで、アゲンストの風があまりにも強すぎる。八方塞がりの上に強烈な逆風。そんな状況の中で現在の医療システムはどこまで持続できるのだろうか。

国民皆保険制度と若い医師

当院には10名ほどの常勤医がいるが、ほとんどが

病院勤務から診療所勤務への転向組である。3カ月程度のプライマリケアや在宅医療の研修を経てから現場の一員としてデビューすることになっている。新入職した医師への研修の中で筆者は必ず国民皆保険制度について質問する。

「国民皆保険制度とは何か?」「だいたいいつ頃からある制度なのか?」「日本以外のどの国にあるのか?」など聞いてみる。すると返ってくる答えは「単なる保険ですよ」とか「かなり昔からあるんじゃないですか」とか「どこの国にもあるものでしょう」という程度である。国民皆保険制度について興味がない、あるいはあまり知らないという医師が大半である。確かに、水や空気みたいに当たり前のようにこれを享受した上に現代医療が成り立っている。その割には制度の概要や変遷を知る機会はほとんどない。ましてや、オバマ元米国大統領がこの制度を羨ましがっていたことや、世界的にも珍しく世界遺産と呼ばれるほどよってきた制度であることは、若い医師たちは知らない。

自由診療だけの診療所であればまだしも、保険医療機関においては国民皆保険制度や療養担当規則についての基礎知識を学んでからでないといふと実地診療としてはいけない。もし、日々の診療の土台である国民皆保険制度が年々逼迫しているのであれば、それを回避することを意識した診療をするしかない。

「かかりつけ医」とは?

国民皆保険制度の根幹のひとつはフリーアクセスだが、これが多重受診や多重投薬、ドクターショッピングを生む土台にもなっている。これらの課題を解決するために、英国のGP制度のような主治医固定制ではなく、日本独自の「かかりつけ医」構想が厚生労働省や

日本医師会から発案され、広く啓発されてきた。しかし市民から見て分かりやすい定義はまだない、と言っていいだろう。誰がどのように決めるのか、複数いてもいいのか、病院勤務医はかかりつけ医になれるのか、にどう答えたらいいのか。また「発熱患者は診るのか」とか「在宅医療もやるのか」という単純な命題に対しても明言を避けている。実際、コロナ禍において保健所や行政は「熱があればまずかかりつけ医に電話で相談を」と言ってきたが、実際には診療を拒否した診療所が多くあった。保健所とかかりつけ医の「たらい回し」現象に多くの市民が不信感を抱いている。

地元、尼崎市医師会の地域包括ケア委員会では「かかりつけ医とは何か」という根源的な命題に対して1年間にわたって議論を重ねてきた。このプロジェクトの特徴は医師会員だけでなく、病院の地域連携室や訪問看護師やケアマネなどの多職種にこの質問を投げかけたことだ。興味深い回答を得たので早晩公開されるはずだ。かかりつけ医は国や医師会が決めるものではなく、患者側が決めるものであろう。

折しも日本医師会の会長や執行部が新体制に変わったばかりだが、かかりつけ医の在り方をより明確にするための議論を早急に進めて欲しい。たとえば、専門診療だけを提供する診療所とかかりつけ医機能も持つ診療所に明確に色分けしたほうが市民には分かりやすいのではないかな。

選択と集中しかない

優れたシステムを持続可能なものにするためには、リーダーが決断しないといけない時がある。国民皆保険制度を持続させるためには、コロナ禍が終わろうとしている今こそ、選択と集中が避けられない。具体的には必要な医療とあまり必要ではない医療の区分や医療機能の明確化であろう。今後20年間、多死社会が進行する。亡くなる方に85歳以上が占める割合は今後急増する。85歳以上の方の医療や介護をどうするのが日本の社会保障制度に突き付けられている最大の課題だ。そもそも85歳以上の方に濃厚な医療がどれほど必要なのか、広い議論が必要だ。情緒論だけではなく、各種データを基に国民に問うべきだろう。

介護施設における医療はコロナ禍の今、まだ問われている最中だ。救世主として登場した小規模多機

能や看護小規模多機能にはさらに手当てをすべきだ。増加中の介護医療院は基礎自治体の首長に理解を求め、さらに充実させるべきだ。総合医やプライマリケア医やかかりつけ医を増やすことは、一医学会ではなく国家の課題である。在宅医療の充実と言うまでもない。良質な在宅医療は増え続ける救急搬送を減らし、救急医の負担を軽減できることを悠翔会の佐々木淳先生が証明されている。さらに、地域包括ケアや認知症啓発や人生会議の啓発の意義については前回(No.5121)、詳しく書いたとおりだ。鉄は熱いうちに打てということで、医学部1年生からその教育に力を入れたいといけな。そのためには財務省と厚生労働省と文部科学省の霞が関内連携は必須だ。

国民への啓発も急務だ。フリーアクセスの乱用で超高齢者自身が苦しみかねないことや、大病院とかかりつけ医を使い分ける両刀使いをテレビで政府広報として毎日、流すべきだ。ポリファーマシー対策など薬の適正化の啓発も週刊誌等のメディアに任せるのではなく、国が主導すべきだ。健康保険の正しい使い方を市民が知らないは無駄を省けない。終末期医療や緩和医療や尊厳死・平穏死の啓発もテレビを活用すべきだ。コロナ禍で失われた2年半は、テレビの影響力で取り戻せるのではないかな。さらに6月30日に出版されたばかりの拙書『ひとりも、死なせへん 2 コロナと闘う尼崎の町医者、ワクチン葛藤日記』(ブックマン社、販売サイトは右記QRコード)も活用して頂ければ幸いです。各界の識者を集め忌憚のない議論を今すぐ始めて欲しい。いずれにせよ、待たなしの状況であろう。あの手この手で世界に誇る国民皆保険制度を少しでも長く維持して欲しい。

◆ ◆ ◆ ◆ ◆
本連載は、今号で最終回となります。2011年4月23日号の連載開始以来、10年以上の長きにわたり独断と偏見に溢れた一町医者の戯言を掲載して頂いた日本医事新報社の社長様、歴代編集者の皆様、そして何よりも読んで頂いた読者の皆様に心から感謝を申し上げ、本連載を終了いたします。ありがとうございました!

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『ひとりも、死なせへん 2 コロナと闘う尼崎の町医者、ワクチン葛藤日記』(ブックマン社)

18 特集

抗菌薬長期投与時の副作用対策

浦上宗治

01 キーフレーズで読み解く 外来診断学

発熱と左傍脊柱筋に圧痛を認めた88歳女性
生坂政臣 ほか

06 Dr.ヒロの学び直し！心電図塾

心房ペーシング/Atrial pacing
杉山裕章

12 プライマリ・ケアの理論と実践

【LGBTQの人々と医療】医療者が個人でできること
坂井雄貴

14 まとめてみました 最近気になること

第7波到来に備え、医療機関向け
ワクチン接種補助が9月まで期間延長

30 緊急寄稿

COVID-19は空気感染対策に注力を
向野賢治 ほか

58 長尾和宏の町医者で行こう！

国民皆保険制度が持続可能であるために
長尾和宏

03 プラタナス

10 難渋症例から学ぶ診療のエッセンス

16 感染症発生動向調査

43 私の治療

54 プロからプロへ

68 NEWS DIGEST

72 学会・研究会・セミナー情報

74 ドクター求NAVI

77 ドクター掲示板

60 医療界を読み解く【識者の眼】

草場鉄周	有識者会議を終えて
西條政幸	COVID-19と抗ウイルス薬(2)
北村明彦	予防と医療の体制整備
川村英樹	COVID-19に対する認識ギャップ
小豆畑丈夫	病院の家族面会(前編)
武久洋三	急性期充実体制加算
和田耕治	働き方改革の「手段」と「目的」
重見大介	妊娠中の薬剤使用
谷口恭	婦人科の臨床経験は必要