

週刊 日本医事新報

Japan Medical Journal

No.4579

2012年
(平成24年)

1月28日

[緊急対談]

医学界の歴史的変革に臨む

高久史磨 × 池田康夫

プライマリケア・マスターコース

その場の1分、その日の5分—インフルエンザ検査希望の患者

学術

乳幼児RSウイルス感染症への対応……成相昭吉

NEWS

どうなる? 診療報酬改定 「改定の骨子」重要事項解説



尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

第11回

町医者と生活保護問題

生活保護費が3兆円を突破!

1995年に88万人だった生活保護(生保)受給者が全国で200万人を超えた。これは全就労者の3%に相当する数字だ。生活保護費も3兆円を突破し増加の一途を辿っている。

このうち医療給付の支出総額は1兆4515億円で、生活保護費全体の47.5%に上る(2009年)。先日の橋下徹大阪市長の「保護費の半分はどうせ医者に行く」との発言は、あながち間違いではない。

生保受給者の医療費は全額が公費負担である。医療扶助は憲法第25条に基づいた生活、住宅、教育など8種類の扶助の1つで、国が4分の3を、市町村が残りを負担する。外来患者数は128万人と10年前の2倍に増加。受給者1人当たりの年間医療費は81万5千円で、1日平均では約7500円となる。受給者1人あたりの通院医療費は、高齢者を含む一般患者の1.3倍である。

こうした生保受給者の頻回受診が問題になっている。最近の厚労省の調査によると2割が過剰受診とみなされた。在宅医療に関するデータは知らないが、自分自身の経験ではこの数年、生保の在宅患者さんも急増している。

マスコミでは連日、消費税増税の議論がなされている。社会保障政策の継続には消費税財源が必要だと政府は主張している。我々医療者は、まず生保に関するこれらの数字、現

実を直視することから始めたい。

生保費の半分占める医療費の増大要因

なぜここまで生保医療費が増大したのか。私は患者、医療者、制度の3者にそれぞれの原因があると考えている。

患者側の要因としては、有病率、重症率が高いため、どうしても頻回受診、多重受診が増えるという問題がある。これは仕方ない部分もあるが、一方で、窓口負担がゼロのため、軽症であっても、安易に頻回受診、多重受診に走る傾向の方がいるのも事実だ。

また大変残念なことだが、医療者側にも原因がある。いわゆる「貧困ビジネス」に手を貸す医療者がごく一部であるが存在する。患者負担がゼロであることは、自然な医療需要以上の過剰医療に陥り易い。

さらに、窓口負担ゼロを継続している行政にも責任の一端があるのではないか。かつての老人医療費無料化政策は、現在にも禍根を残している。生保制度も同じ轍を踏まぬよう速やかな方向転換を望む。生保受給者の医療費増大への取り組みは、患者さんのモラルハザード、医療機関のモラルハザード、そして行政の知恵と勇気、という3方向から対策を練る必要がある。

生保問題にメスが入り始めた

大阪市は全国最多の14万人もの生保受給

者を抱えている。生活保護費は、2975億円(市の歳出の17%)にも及ぶ。同市では生保患者のレセプト点検が強化されているが、当然のことだろう。

大阪府選出の参議院議員、梅村聡氏は昨年から生保問題に取り組まれている。その後大阪市長に就任された橋下徹氏も、生保問題に積極的に取り組み始めた。大阪の生保問題は、全国の生保問題のさきがけとなる。

こうした勇気ある政治家の活動を支援するとともに、我々医師は生保行政の知恵袋になるべきだろう。話はそれるが、東北の被災地では震災後に生活保護になった方は決して多くないと聞いた。福島県相馬市ではたった1人しかいないと、この正月に立谷秀清市長に伺い驚いた。東北の方は本当に我慢強い。我慢強すぎて、むしろうつや自殺が心配になったが、大阪では考えられない数字だ。

最後のセーフティネットと言われる生保制度だが、今後、いわゆる年金問題、ワーキングプア問題の解決策として期待されている「ベーシックインカム」構想を含めた議論への修正を期待したい。

受給資格確認のための資産調査の支障になっている個人情報保護法の見直しも必須だろう。不況の影響で病気があっても受診を控える人が増えている中、生保受給者の頻回受診は増加の一途だ。この「逆格差」は社会保障制度の根幹に関わる重要課題だと思う。

医師のモラルの試金石に

生保受給者にコスト意識を持っていただくためには、多少の窓口負担は必要ではないか。あるいは1割負担など一般の患者さんと同様に定率負担とし、自己負担限度額を定めて後で償還するというシステムも考えるべきではないか。この不景気の中、真面目に働き保険料を納め、窓口で3割負担している方とあまりに公平性を欠く現状に大きな疑問を感じる。

診療所経営者にとって生保問題は、もはや看過できない課題だ。

さらに、生保受給者の中には、若年者で「働けるけれど働かない」方も含まれているのが現実だ。政治・行政にも当然頑張っていたかなければならないし、我々医療者も、彼らにとっての「イネイブラー」とならぬよう気をつける必要がある。毎日多くの生保受給者を診ている町医者として、この問題は医師のモラルを計る試金石のように感じる。

現在、大阪では生活保護の方の医療機関を指定しようという動きがある。生保の方の就労支援を強化するなら、生保受給者の診療にもある程度の、「社会的専門性」が求められる時代なのかもしれない。

町医者こそ就労支援に協力すべき

生保受給者増加の一方で、昨年末の介護職の有効求人倍率は1.53倍。探せば仕事はある。

高齢者でも障害者でもない「就労可能な生活保護受給世帯」が、保護世帯全体の16%(22万世帯)もあるそうだ。また全国の75万世帯の母子家庭のうち、10万世帯が生活保護を受けている。働けるけど仕事に就かない現実に政治はどう対峙しようとしているのか。

一昨年、就労支援に成功した人は埼玉県では83人、大阪市では27人しかいない。大変厳しい数字だ。いかに就労支援が難しい作業かが分かる。しかしこれに取り組まないと、日本の社会保障の将来はない。当院では地域の医療・介護職が集まり、生保行政の担当者を招いて勉強会を開催したり、日々の診療の中でも就労支援に積極的に関わっている。町医者こそ、就労支援に協力しやすい立場にいると思う。

ながお 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『蘭学医・関寛斎 平成に学ぶ医の魂』(エピック)など。