

# 社会保障制度の行き詰まりと医療システムの欠陥 ～コロナ禍下での露呈を基に改革方策を展望～

2023年6月19日（月）

日本工業倶楽部・コーヒーブレークの会

元住友銀行専務取締役・元広島国際大学教授 岡部陽二

URL ; <http://www.y-okabe.org>

E-Mail; [tho@bp.iij4u.or.jp](mailto:tho@bp.iij4u.or.jp)

# 目次

## I. 社会保障制度の行き詰まり

- 1、社会保障理念再認識の必要性
- 2、社会保障費負担の重圧
- 3、社会保障費に充当するための国債に替わる税財源
- 4、社会保険制度の改革 (1) 年金改革、(2) 医療保険改革、(3) 介護保険会改革

## II. コロナ禍下で露呈した医療システムの欠陥

- 1、新型コロナ患者の他国比少ない日本
- 2、許せない大病院のコロナ焼け太り
- 3、集中治療病床 (ICU) への投資不足
- 4、医療ヘリコプターの導入～米独に30年の遅れ
- 5、ドイツのコロナ対策から何を学べるか
- 6、中小病院の乱立 ① 感染症対応、生産性、デジタル化を阻害 ② 病院開設主体の多様性が連携欠如の主因  
③ 病院の株式会社化とIHN連携を積極推進すべし ④ 病床規制は即時全廃を
- 7、一人クリニックの非効率 ① 集約化、かかりつけ医制度導入が先進国の潮流  
② 「かかりつけ医」制度化の前提として、クリニックの集約化が急務

# I. 社会保障制度の行き詰まり

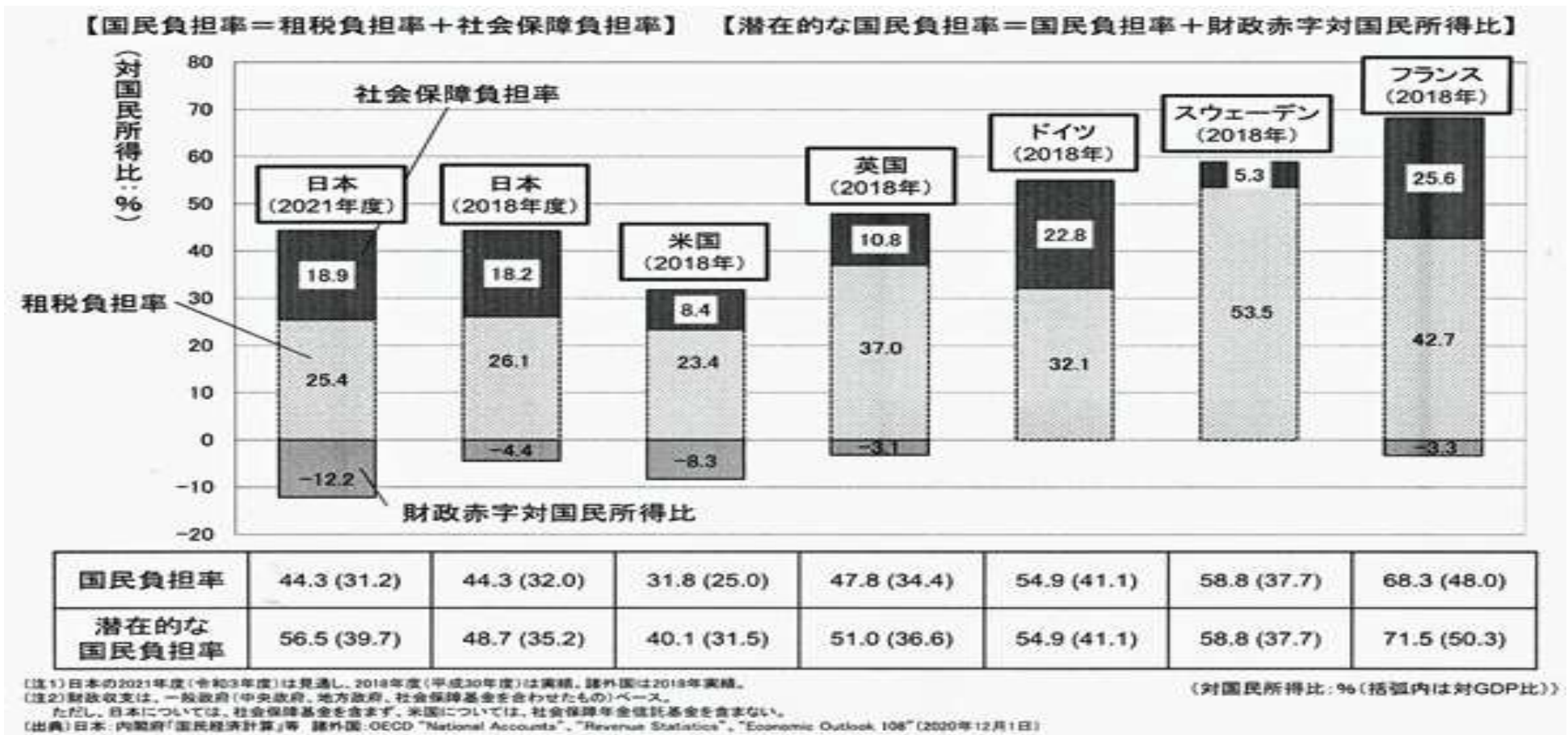
## 1、社会保障理念の再確認が必要

- 社会保障の本義である社会での「共助」を離れて、今や「公助=財政問題に転化～公助は民間では対応できない「大きなリスク」に限定すべき。
- 人倫のルールとしての「自助」→「共助」→「公助」の原則に立ち戻るべし。
  - 自らが自らを弱いと思う者は自力再生、人を頼らず精進する気概が必要。
  - 一方、自らが自らを強いと思う者は周囲に配慮、出来る限り、他者を助けてあげなければならない。然るに現実の人間社会はむしろその正反対、弱い者は他人の支援を求め、強い者は弱い者を足蹴にする。
- 「今払う金は今払う」原則の徹底～社会保障給付の財源は赤字国債ではなく社会保険料と目的税に限定すべき。一般会計の1/3を超える約40兆円の税金負担は余りにも異常。国防、教育や科学技術振興予算を極端に圧迫している。
- 「支える側」と「支えられる側」のバランスの改善が重要。70歳で区切るのが妥当か。
- 日本の社会保障は、年金・医療・介護ともに積立方式ではなく、原則「賦課方式」：成人勤労所帯から高齢者所帯への所得移転；この所得移転額を減らす努力が必要。

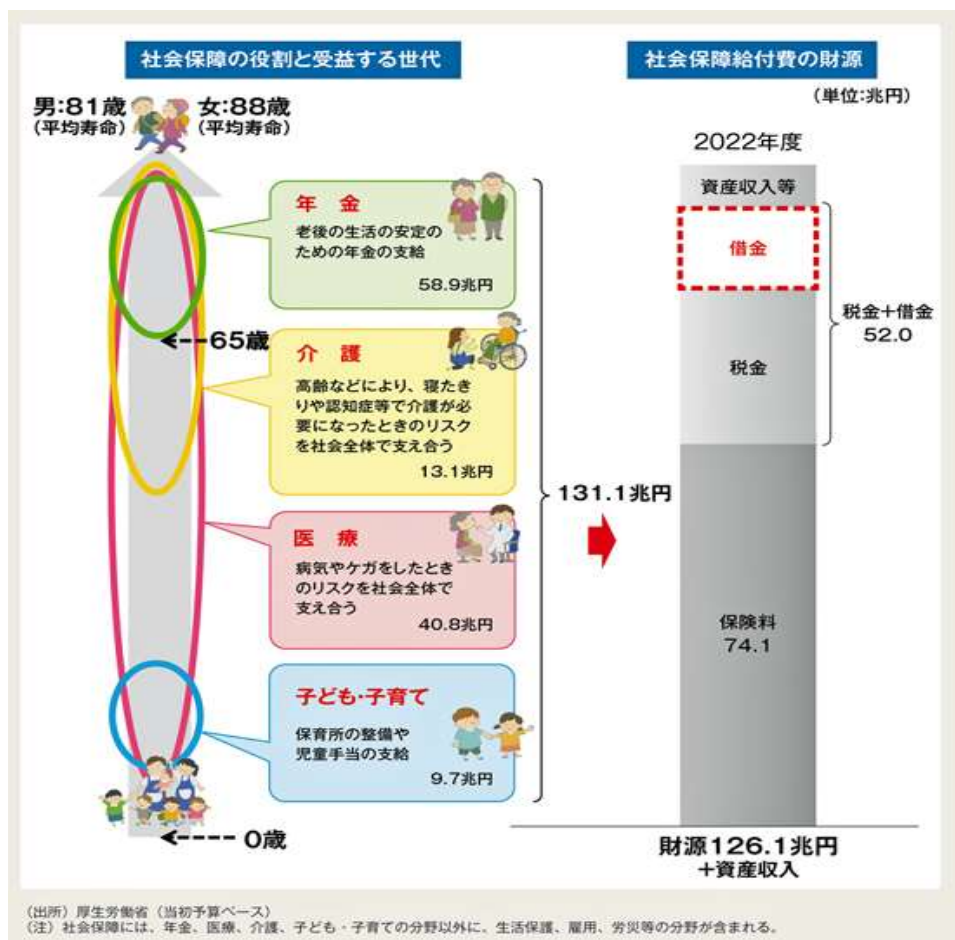
## 2、社会保障費負担の重圧

- 租税と社会保障費負担を合計した「国民負担率」は対国民所得比で44.3%に達する。これに財政赤字の国債償還負担を加えた「潜在的な国民負担率」は56.5%。この負担率は米・英・独を上回り、フランス、スウェーデンに次いで高い。(図表1)
- 租税と社会保険料負担の割合を個人ベースで見ると、平均的なサラリーマンの月収；535千円に対し、所得税；42千円、社会保険料；58千円と社会保険料負担の方が大きくなっている。(2022年、家計調査)
- 社会保障費用の総額(2022年度)は年131兆円、うち年金；59兆円、医療・介護；54兆円、医療費の7割は高齢者が費消しているので、101兆円は高齢者向けとなっている。そのも、高齢者向けの社会保障費には、公費が52兆円(うち国債依存が30兆円程度)投入されている。(図表2)
- 社会保障費は公定価格であり、GDPの3割近くが市場原理の働かない社会主義経済体制下にある。これが、給与水準を押し下げ、デフレ・経済低成長の一因となっている。
- 国民の社会保険料負担は2000年には20%強であったが、2023年には30%に迫っている。社会保障の給付は、個人金融資産の7割を保有している高齢者層は享受、負担は所得・資産ともに低い60歳以下の勤労世代に偏重している。(図表3&4)
- 社会保障費の国債依存を無くすには、給付の圧縮と増税しかない。増税は金融資産の多く保有している高齢者に焦点を絞った「富裕税」の創設が最適。(図表5)

# 図表 1、国民所得比の租税・社会保険料国民負担率の国際比較

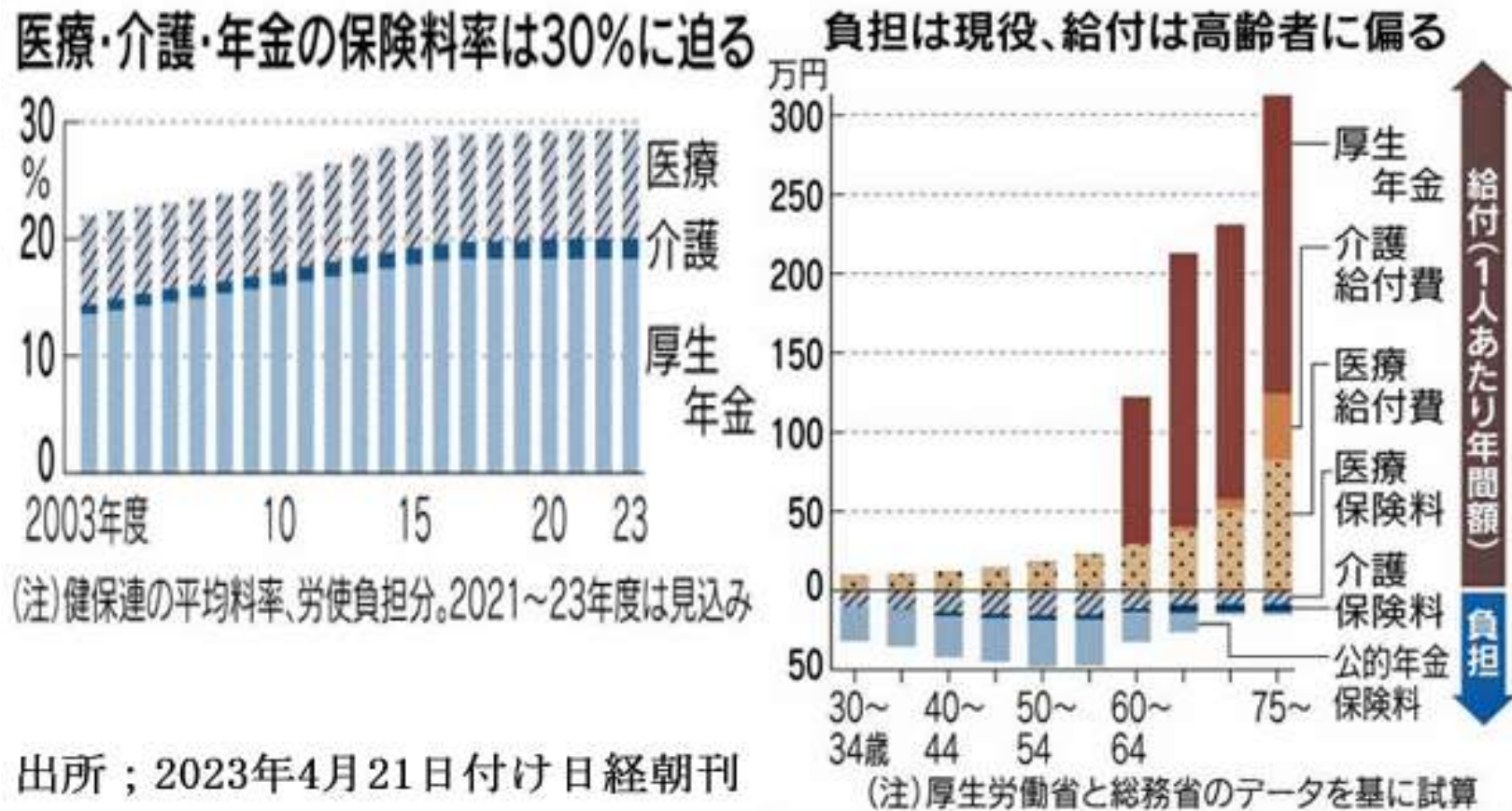


## 図表 2、社会保障費の内訳（2022年予算ベース）と財源の問題点

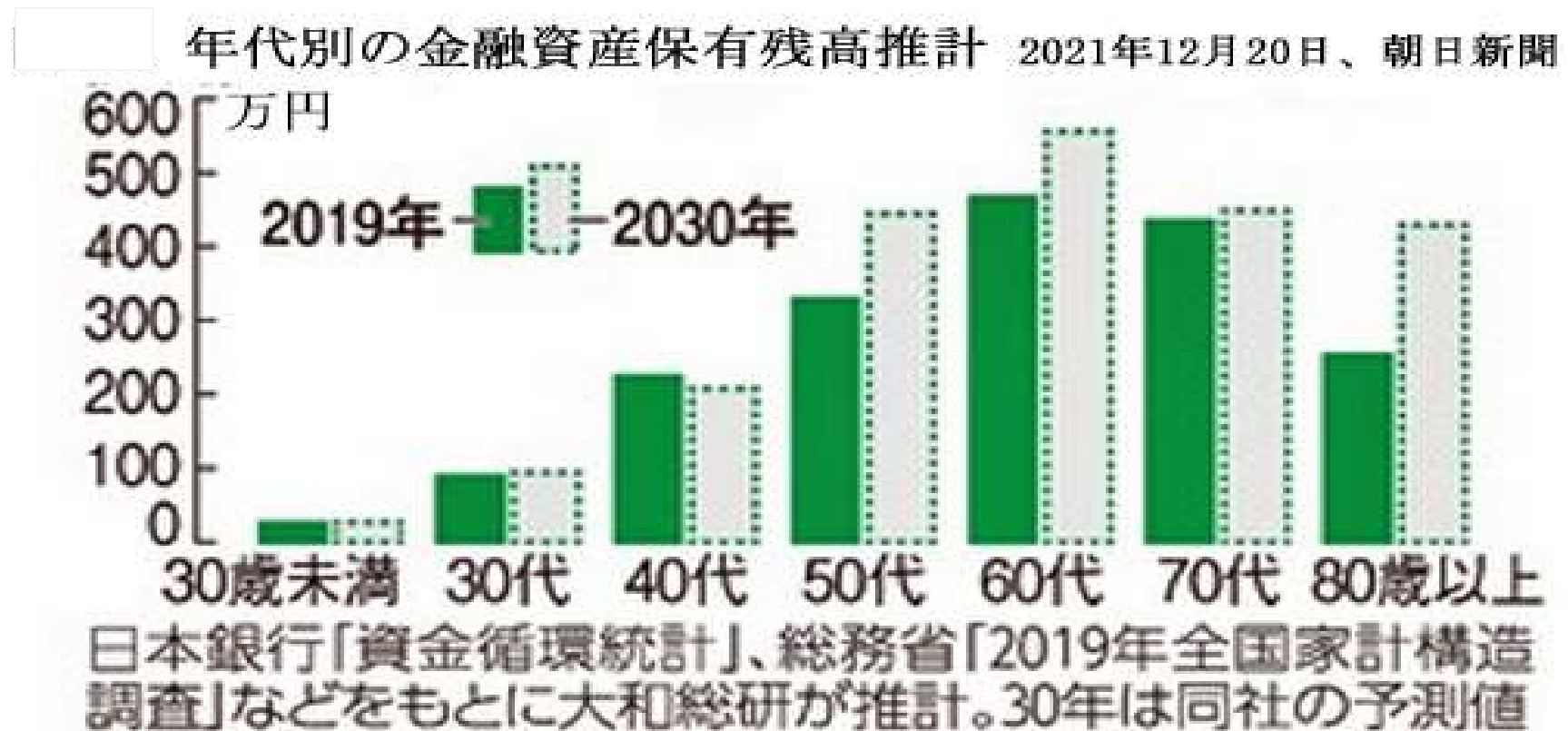


- 年金・医療・介護にかかる社会保障費は年間合計131兆円、子育て関連にはその1/10も使われていない。(左の図)
- 労使合計の社会保険料負担は、給与の30%となり、現役世代にこれ以上の負担を強いるのは困難となっている。(次葉左の図)
- 大企業健保の赤字も本年には5,600兆円を超え、企業の負担も限界に達している。
- 年金・医療・介護ともに公的システムに過剰に依存する「大きな政府」は、官営による非効率の蔓延、民間保険の参入阻害を招来し、経済成長の足を引っ張っている。
- 給付は高齢者、負担は若年層に極端に偏っている。(次葉図表3、右の図)
- 毎年、本来は社会保険として設計された医療保険に18兆円、社会保障全体では30兆円もの公費を投入、それがすべて国債発行で賄われてきた財政規律の弛緩は度を超えている。

図表3、社会保険料の推移とその負担・給付の年齢階層別比率



図表4、80歳代の金融資産保有額は30歳代の4倍





### 3、社会保障費に充当するための国債に替わる税財源

- 30兆円を捻出するには、給付の抑制に加えて、あらゆる税財源を活用する必要がある。
- もっとも、社会保障費の給付は高齢者に偏っているので、金融資産を多く持っている高齢者主体の富裕層から資産額に応じた累進ベースでの課税が望ましい。
- 醍醐聡東大名誉教授(会計学専攻)は、純金融資産5,000万円以上を保有する富裕層475万世帯を対象に金融資産保有額を3つの階層ごとに、1.5%、2.5%、4%の富裕税を毎年徴収する試案を発表されている。この新税導入による税収額は年間約7.3兆円と見込まれる。税率を倍にすれば15兆円程度まで新富裕税で賄える。

図表5、富裕税の試案（醍醐聡東大名誉教授の提案）

	純金融資産保有額	世帯数	保有額合計	1世帯平均保有額	富裕税による税収見込み*
超富裕層	5億円以上	8.7万	97兆円	11.1億円	2.95兆円
富裕層	1億円以上5億円未満	124万	236兆円	1.9億円	3.1兆円
準富裕層	5000万円以上1億円未満	341.8万	255兆円	7461万円	1.26兆円

注；\*は醍醐聡東大名誉教授の試算、保有額の3つのブラケットごとに、1.5%、2.5%、4%の税率を適用した合計税額。野村総合研究所の「日本の富裕層推計」（2020年12月）をもとに作成。  
出所；2021年3月1日、自治体問題研究所発行「住民と自治」2021年3月号

## 4、社会保険制度の改革

### (1) 年金改革～支給開始年齢の70歳への引上げと私的年金活用

- 65歳支給開始となっても、平均受給期間は19.3歳と、米国より8歳、英・独より5歳近く長い。超々高齢化先進国の日本は早急に70歳への引上げを実現すべきである。(図表6)
- フランスのマクロン大統領は国民の大反対を振り切って、64歳への引上げを断行。平均寿命が日本より11歳も短いロシアも2019年に65歳への引上げを行なっている。
- 「揺りかごから墓場まで」政府が面倒を看るとしてきた英国が、180度方針転換して、2018年までにすべての企業に私的年金への自動加入を義務化した公的年金への全面依存からの脱却に学ぶべきである。

図表6、年金支給開始年齢、平均受給期間、保険料率の日・米・英・独・仏比較 (2023年4月現在)

	日本	米国	英国	ドイツ	フランス
年金支給 開始年齢 (A)	65歳 2026年4月以降、 全面的に移行	66歳 2027年までに67 歳へ引上げ	65歳 202年までに66 歳、2046年までに 68歳に引上げ	65歳4ヵ月 2029年までに67 歳に引上げ	62歳 2030年までに64 歳に引上げ
平均寿命 (B)	84.3歳	78.5歳	81.4歳	81.7歳	82.5歳
平均受給期間 (B-A)	19.3歳	11.5歳	13.4歳	14.7歳	18.5歳
保険料率	厚生年金；18.35 (労使折半) 国民年金；月額 16,410(定額)	12.4% (労使折半)	25.8% (本人；12.0% 事業主；13.8%) 年金以外にも充当	17.75% (本人；7.30% 事業主；10.45%)	16.55% (本人；6.65% 事業主；9.9%)

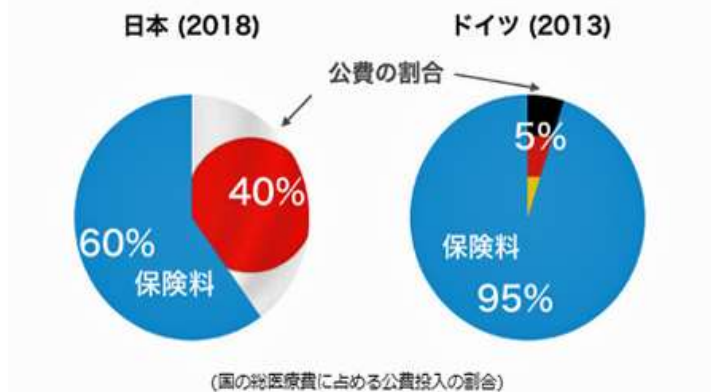
注：①平均受給期間は年金支給開始年齢引上げ後、②男女別に差がある国については男性 出所：厚労省資料などより筆者作成

## (2) 医療保険改革～①公費投入の縮減と給付範囲の縮小

- 日本が手本としたドイツの医療保険と比べると、次のような違いが顕著に指摘できる。

- ①財源の40%を日本は公費(国債発行)に依存、ドイツの公費投入は5%と少ない。(図表7)
- ②日本では発売後10年未満の新薬の割合が50%、ドイツでは約10%。これは「混合診療」の禁止による弊害。
- ③ジェネリック薬の使用比率も日本；25%に対し、ドイツは85%。
- ④日本はフリーアクセス、ドイツはかかりつけ医経由が原則。
- ④日本は国民皆保険に対し、ドイツでは公務員・企業の役員・自由業者などは民間保険に加入。

図表7,  
医療保険財源の日・独比較～公費投入；日本；40%、ドイツ；9%



出所；2019年6月7日付け「ドイツニュースダイジェスト、馬場恒春元福島医大助教授による解説

- 国民医療費支出に占める患者負担の割合は、2011年以降12%を下回っている。「原則；3割負担」が実体的には「1割強負担」となっているのは、①高額療養費制度による月間の医療費上限設定、②高齢者の1～2割負担への減免によるところが大。(次葉；図表8)

## ②国民医療費支出に占める患者負担

当初の設計通り、個人負担3割に戻すには、①高額療養費制度の廃止、②混合診療の全面自由化に加え、③韓国に見倣って病院種別により、患者負担を3～6割まで引上げる、④フランスに見倣って薬剤の自己負担を0～100%とする、といった方策を採るべき。

図表8、  
国民医療費・負担者別構成割合の推移（1954年～2020年）（単位：％）

年次	国民医療費	公費	保険料 事業主負担	保険料 個人負担	医療費 個人負担
1954年	0.2兆円	16.0	24.0	21.8	38.2
1960年	0.4兆円	19.6	24.6	25.7	30.0
1970年	2.4兆円	27.6	25.6	27.4	19.3
1980年	11.9兆円	35.5	24.0	29.2	11.0
1990年	20.6兆円	31.4	24.5	31.9	12.1
2000年	30.1兆円	33.5	22.7	30.7	13.4
2010年	37.4兆円	38.1	20.1	28.3	12.7
2015年	42.3兆円	38.9	20.6	28.2	11.6
2020年	43.0兆円	38.4	21.3	28.2	11.5

1960以降は公費等に係る原因者負担があり、合計が100%を若干下回る 出所：厚生労働省 HP 資料より筆者作成

### ③医療保険制度の受益と負担の不均衡是正

～混合診療の全面自由化を、ファストドクターは医療改革の先兵となるか

- 公的医療保険でカバーされる医療行為は、なぜそのカバー範囲が縮小できないのか。要因の一つに「混合診療の原則禁止」規制がある。
- 混合診療とは、公的医療保険が適用できる保険診療に、保険が効かない未承認薬や治療法を併用することである。この混合診療全面禁止規制が、公的医療費の際限のない増嵩に歯止めが掛からない大きな要因。混合診療の原則禁止規制撤廃の議論は避けては通れない。
- 2016年に超高齢社会のニーズに応えるべく菊池亮医師が創業し、最近急速に普及してきた往診サービスである「ファストドクター」に注目したい。
- ファストドクターは夜間・休日の即時往診に加え、オンライン診療や入院あっせんなどの支援をする「プラットフォーム」を提供する株式会社である。全国の医療機関と連携する時間外救急の総合窓口として機能する。全国で総勢1,500名を超える医師と契約し、365日休むことなく、全国の都市部はほぼカバーすべく目指している。
- 患者と医療機関を有機的に繋ぐ往診救急プラットフォーム自体は医療行為ではないので、混合診療には該当せず、医療法人ではなく、株式会社で営業ができる。このような新業態は、実体的には、まさに「株式会社による混合診療」そのものであり、これからの医療体制の向かうべき時代の要請に合致している。

### (3) 介護保険改革～大幅縮減と民間介護保険への移行促進

- 1994年に介護保険を独立した公的社会保険制度として初めて導入したドイツに倣って、日本も2000年に介護保険を導入、2005年には韓国も追随した。
- 他の先進国はこれら3か国の実施状況を見て介護支援は社会保険方式には馴染まず、地域行政に委ねるべきとの判断をし、その後追随する国は出てこない。
- 日本の介護保険給付額は、13兆円とGDPの2%を超えて上昇を続けているが、ドイツでは1%強、韓国では1%以下に抑えられている。
- ドイツの介護保険財源は、全額、企業と従業員の折半負担で、公費は投入されていない。これに対し、日本は当初から財源の1/2は公費負担としており、純粹の社会保険ではない。
- ドイツの介護保険給付は、現物給付(主に介護サービスの給付)と現金給付の選択制となっており、7割の受給者が現金給付を選択している。家族介護で休職する場合の所得補償に重点を置いた方式である。これに対し、日本は100%現物給付である。
- 介護のように質に依存するサービスを時間当たりの報酬で定めることはそもそもできない。現に富裕な高齢者が入居している高級老人ホームほど、有能なケアマネジャーを雇って、介護保険をフルに活用するという不条理が目立っている。
- 公的介護保険は、対象者を無資産・無所得の貧困者に絞り、それ以外は民間の介護保険でカバーするような制度への変更が不可欠である。

## Ⅱ. コロナ禍下で露呈した医療システムの欠陥

### 1、新型コロナ死者数～欧米比では少ないがアジアでは多い

- 日本の新型コロナの感染者数・死亡者数は欧米主要国に比べると、1桁少ないが、アジア主要国の中ではむしろ多い。（図表9）
- 病床数など日本の医療提供体制は、先進国の中でも充実しているものと思われてきた。しかしながら、3年間に緊急事態宣言やまん延防止等重点措置が6回も発出されたのは、医療現場の逼迫によるものであり、医療体制の脆弱性を顕わにした。

図表9、  
アジア主要国の新型コロナによる死亡者数

国名	人口	2000年1月から2023年 4月1日までの累積死者数	人口百万人当たり 年平均死者数
韓国	51.6 百万人	34,217 人	203.9 人
日本	125.2 百万人	73,725 人	181.2 人
インドネシア	274.9 百万人	157,787 人	176.6 人
タイ	70.1 百万人	33,911 人	148.8 人
ベトナム	99.5 百万人	43,186 人	133.6 人
インド	1423.3 百万人	530,824 人	114.8 人
中国	1412.6 百万人	120,896 人	26.3 人

出所：WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard

## 2、許せない大病院のコロナ焼け太り

- 感染者数・死亡者数が少ないにもかかわらず、行動制限や出入国規制の解除は医療逼迫の怖れを理由に遷延し、他国に比し正常復帰に1年以上も遅れをとった。
- 「司令塔」機能の強化だけでは、将来のパンデミック再来に対応できない。医師のコロナ患者受け入れ忌避の倫理性欠如も由々しい問題。
- 日本医師会は日本人の長寿は優れた医療提供システムの成果と喧伝しているが、コロナ対応の拙さの結果露呈したのは、わが国の医療システムの遅れ・劣悪さが主因である。
- コロナのような感染症対応としては、重症患者を少数の高度先進病院で集中的に受け入れて、効率的な治療を行うべきである。しかし、現実には多数分散が定着している。
- 一方で、国立の大病院や大学病院は「コロナ補助金バブル」で潤った。～図表10  
尾身茂氏が理事長を務める地域医療推進機構（JCHO）は昨夏、816床のコロナ受け入れ病床の指定を受け補助金を受け取りながら、受け入れ率は42%に過ぎなかった。国立病院機構も37%で多くの幽霊病床を抱える。コロナ補助金を巡る不祥事も多発している。
- 首都圏に存在する20の大学病院のうち国立を除く私立大学付属の14病院が受け取った補助金の総額は1,743億円で、前年度比956億円増、大学収入の6.2%を占める。～図表11  
中には、慶応大学病院などコロナ患者受け入れに積極協力した病院もあるが、病院ごとの受け入れ率の公表・開示はされていない。他の先進国とは対称的に大病院の重症患者受け入れは驚くほど少ないのが実情であった。



図表10、国立医療機関の補助金詐取が増悪

■ 補助金を受けて「内部留保」が増加				
	2021年度 補助金額	2021年度内部留保		前年比 内部留保増加額
		現預金	有価証券	
地域医療 機能推進機構	569億円 (+245億円)	971億円 (+283億円)	910億円 (+225億円)	508億円 (補助金総額の89%)
国立病院機構	1317億円 (+288億円)	1632.6億円 (+499.1億円)	700億円 (+100億円)	599億円 (同45.5%)
国立国際 医療研究センター	51億円 (+3億円)	162.6億円 (+43.6億円)	—	43.6億円 (同85.5%)

編集部にて作成。2021年度補助金額の下のカッコ内は前年度比の増加額。国立国際医療研究センターは報告書で有価証券が確認できないため空欄。 出所；2022年10月号「選択」p103「医療機関・補助金詐取が増悪」

図表11、首都圏医科大学の補助金増（2020年度、前年比）

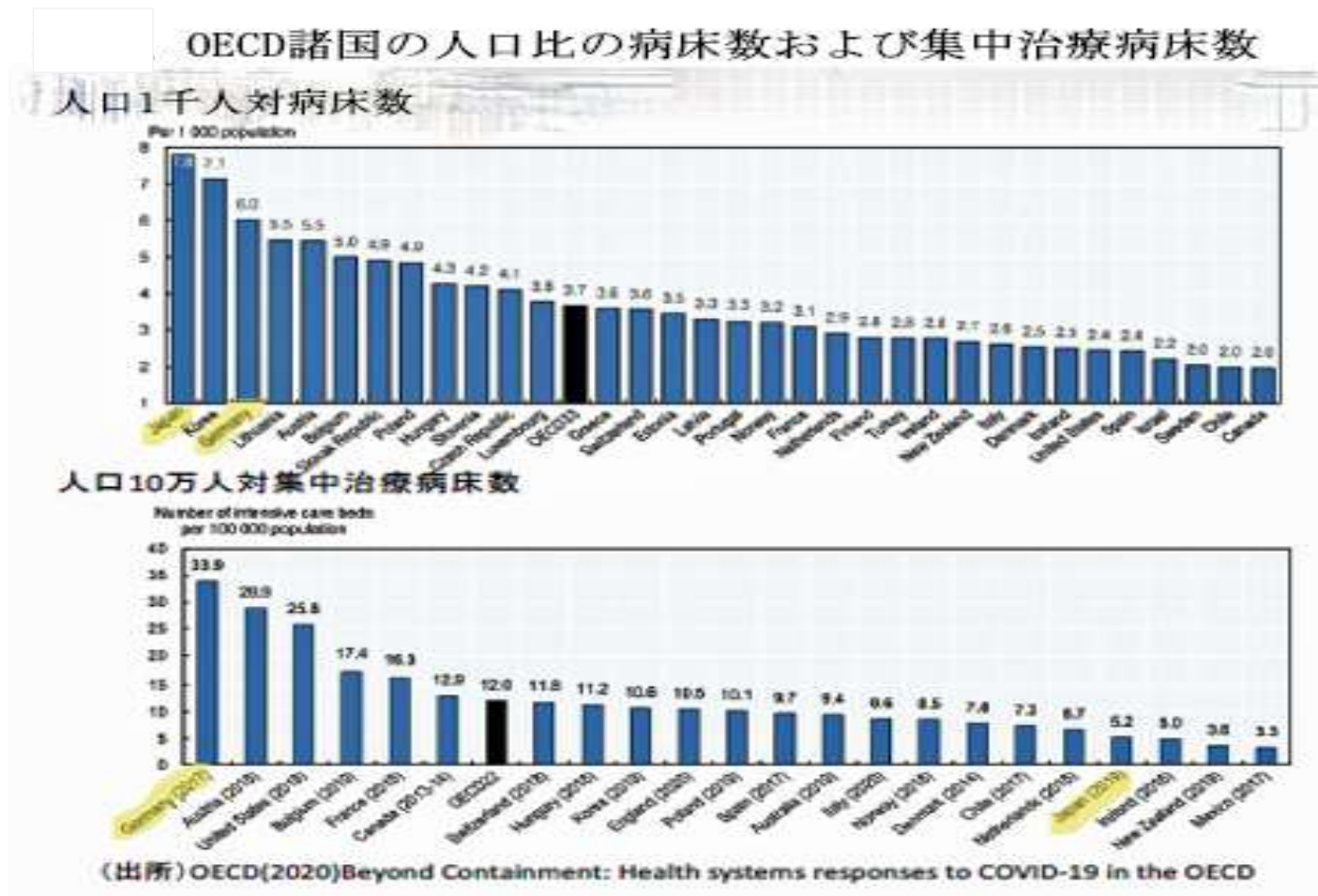
順	大学名	補助金			総収入			経常収支		
		202年度	前年年度 比増加額	総収入比 の割合	2019 年度	2020 年度	増加額	2019 年度	2020年度	増加額
1	慈恵医大	148	11億円	13.3%	1105億円	1115億円	9億円	36億円	57億円	57.8%
2	東海大学	220	96億円	15.4%	1402億円	1435億円	33億円	42億円	113億円	163.5%
3	聖マリアンナ大	120	93億円	16.5%	682億円	731億円	49億円	▲2億円	65億円	-
4	東京女子医大	127	92億円	13.3%	944億円	958億円	14億円	14億円	64億円	336.1%
5	昭和大学	154	91億円	12.3%	1209億円	1252億円	42億円	49億円	94億円	91.0%
6	北里大学	133	88億円	12.6%	1001億円	1056億円	55億円	▲11億円	47億円	-
7	東京医大	72	67億円	7.5%	922億円	9.70億円	47億円	▲65億円	1億円	-
14大学合計		1743	956億円	11.3%	1兆 4986億円	1兆 5476億円	480億円	394億円	931億円	136.4%
14大学平均		124	68億円	-	1070億円	1104億円	34億円	28億円	66億円	-

出所；「選択」誌 2021年8月号「大学病院コロナ補助金バブル」p101、p102の2表より筆者作成

### 3、集中治療病床（ICU）への投資不足

- 集中治療とは「生命の危機に瀕した重症患者を、集中的に治療する」こと。24時間を通じた濃密な観察のもとに、先進医療技術を駆使した治療が行われる。
- 集中治療室（ICU）では、濃密な診療体制とモニタリング用機器、また生命維持装置などの高度診療機器を整備。新型コロナでは、重篤な呼吸器疾患でエクモ（ECMO、体外式膜型人工肺）などによる集中治療を要する患者が激増した。
- 日本の一般病床数（2020年）は、OECD加盟34カ国中最も多い。人口1千人あたり7.8床である。ドイツは6.0床、米国は2.4床。米国に比べると日本の病床数は3倍も多い。（図表12上段）
- これに対してICU病床数は、人口10万人あたりドイツの33.5床、米国の25.4床に対し、日本は5.3床と極端に少ない。ドイツの1/6、米国の1/5である。（図表12下段）
- ドイツでも米国でも、平時のICU使用率はきわめて低い。多くのICUは新型コロナのような有事のために準備されている予備的な存在である。日本では、平時でもICUは不足気味であり、緊急時に備えた予防的な設備増強は考慮されてこなかった。
- 新型コロナ対応に当たっての医療マンパワーの不足は米国も同様で、感染拡大のピーク時には集中治療医療スタッフが不足、この集中医療スタッフ不足を効果的に補う方策として、eICUという新方式を開発した。eICUでは、一人の専門医が10～100のICUを集中管理し、それぞれのICUに適切な指示を出す。

図表12、日本ICU病床数はOECD諸国比極端に少ない



## 4、医療ヘリコプターの導入～米独に30年の遅れ

- 医療ヘリは、救急救命士が搭乗しているヘリコプター。人工呼吸器などの医療機器や医薬品を装備している。今回の新型コロナ対応で、ドイツや米国では重症患者の移送に医療ヘリや小型機が頻繁に使われた。イタリアなど国外からの患者受け入れにも頻繁に活用された。
- 医療ヘリの配備・利用状況を日・独・米3カ国で比較すると、日本の利用回数はドイツ・米国に比して1/5程度と少ない。（図表13）
- ドイツの医療ヘリ導入は早く、1970年初頭である。連邦政府主導でへき地の救急や都市部での交通渋滞回避を図るべく、救急車の補完としての医療ヘリ導入が開始された。
- 米国では、民間のヘリ運行会社が林立し、費用の過半は公的医療保障の枠外。民間保険活用による原則自己負担で医療ヘリの利用が拡大している。
- いっぽう、日本では阪神・淡路大震災を契機に特措法が制定され、2001年から導入が進められ、ようやく本年4月に全都道府県での運航が実現した。
- ただし、日本の現状には、①都道府県単位で自治体の財政負担となっているため、1機の運行に最低年間5億円を要するヘリの複数配備は難しい、②大災害時には県境を超えた出動も行われているが、平時の都道府県単位での運営は非効率も甚だしい、③安全重視の観点から夜間飛行は認められていない、など多くの問題を抱えている。

図表13、医療ヘリの稼働は米・独の1/5

医療ヘリコプター稼働状況の日・独・米比較

国名	医療ヘリ配備機数	年間累計出動回数	人口10万人当たり回数
日本(2021年)	53機	26,480回	2.1回
ドイツ(2015年)	78機	106,414回	13.0回
米国(2015年推計)	364機	約300,000回	9.3回

出所：救急ヘリ病院ネットワーク（HEMネット）調べから筆者作成

## 5、ドイツのコロナ対策から何を学べるか ～パンデミックがあらわにした「国のかたち」

- 充実した集中医療体制とICU使用状況の「見える化」；日本の6倍以上のICU整備は、ドイツでも医療コスト高の要因として問題視されてきたが、これで医療崩壊の危機を回避、EU諸国からも多くの重症者を受け容れた。人口比の医師数も日本の1.7倍と多いが、ICUの専門医数は7倍と多い。しかも、全国のICU使用状況が毎日公開されていた。
- 専門家による事前準備とインセンティブを活用した機動的対応；ドイツのPCR検査数はEUでも最も多く、日本の約10倍と多かった。「検査、検査、検査」が標語となっていた。
- 科学者の知見の重視；2012年にロベルト・コッホ研究所（RKI）が取りまとめたパンデミック対応の提言を政府が全面的に取り入れて対策を講じていた。日本でも2009年に尾身茂氏ほかの専門家が同様の提言書を政府に提出したが、すべて無視された。
- 連邦レベルで自治体間の連携と地方自治の両立を企図；ドイツでは日本以上に州の権限が強いが、コロナ対応ではメルケル首相が強力な指導力を発揮した。
- 平時の健全な財政運営の必要性 2020～2022年にはGDPの7割に達する国債の大量発行でコロナ対策費を賄ったが、2023年以降20年間で全額償還する財政計画をすでに決定済。

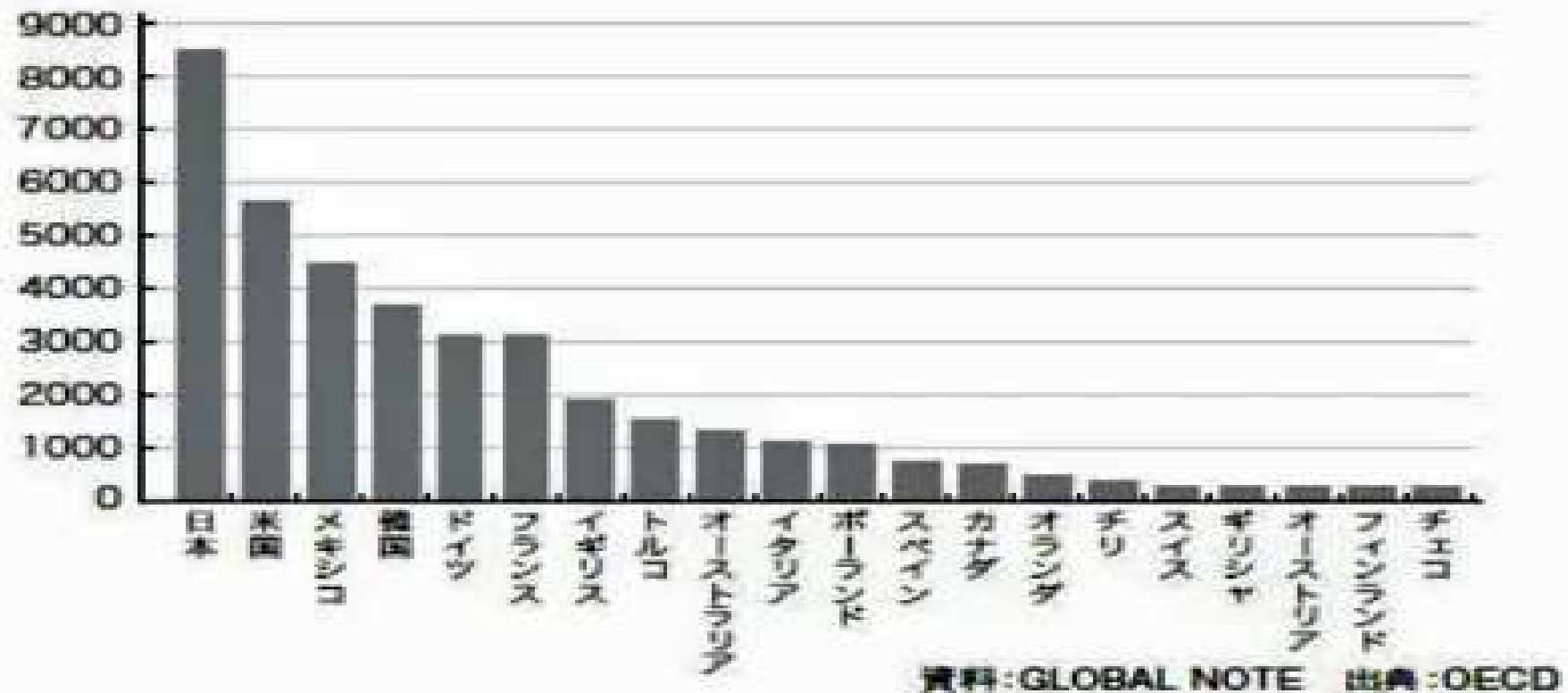
## 6、 中小病院の乱立① ～感染症対応、生産性、デジタル化を阻害

- 日本の病院数は8,300と先進国ではもっとも多く、人口比の病床数も世界一多い。(図表14)  
日本では20床以上の施設のみが病院と定められているが、6,644の有床診療所も実体は病院である。
- 病床規模別の構成比を日・独・米で比較すると、日本は200床未満の中小病院が7割を占めている。ドイツでは、500床以上の大規模病院の比率が格段に高い。(図表15)
- 人口が日本の3倍近く、国土面積は26倍も大きい米国には病院が約5,000施設しか存在しない。しかしながら、医療サービスの質は日本よりはるかに高い。
- 米国も日本同様に100床未満の小規模病院が多いように見えるが、米国では6床以上を病院としており、有床のクリニックは存在しない。
- 米国では、2009年に電子カルテを採用していない医療機関は公的保険の取扱資格を失うと定められ、2019年には電子カルテ普及率が85%を超えている。日本の普及率は30%に留まっている。
- 将来に向けた感染症対策として、「危機管理庁」の新設、知事の病院への指示権限法制化といったガバナンス強化の政策が打ち出されている。それ以前に平時における医療インフラへの投資の抜本増と病院の集約化による効率化が喫緊の急務である。
- そもそも厚労大臣が国立病院へ、都知事が都立病院へ、「直ちに病床の半分をコロナ専用とすべし」と指示できないという現行法の建付けがおかしい。



図表14、日本の病院数は人口比で極端に多い

世界の病院数（2018年、OECD加盟主要国）



図表15、日本の病院の7割は200床以下の中小病院

病床規模別の病院数の日・独・米比較

病床規模別	日本 (2019年)	ドイツ (2018年)	米国 (2015年)
99床以下	2,945(35.5%)	648(33.7%)	2,561(52.7%)
100床以上 199床以下	2,824(34.0%)	438(22.8%)	983(20.2%)
200床以上 499床以下	2,130(25.7%)	559(29.0%)	1,034(21.3%)
500床以上	401(4.8%)	280(14.5%)	284(5.8%)
病院総数	8,300(100%)	1,925(100%)	4,862(100%)
人口100万人当たり病院数	65病院	24病院	15病院

注： ①日本にはほかに病床数20床未満の有床診療所；6,644施設あり、②米国にはほかに連邦立の軍事病院；212病院あり  
 出所：日本は厚生省・病院報告、ドイツはStatistisches Bundesamt (2020)、米国はAHA・Hospital Statisticsより筆者作成

## 6、 中小病院の乱立② ～病院開設主体の多様性が連携欠如の主因

- 新型コロナに適切に対応できず、医療逼迫の怖れをいまだに抱えている根因は、中小病院が乱立し、医療スタッフが少数ずつ多くの病院に分散しているという非効率な医療提供体制にある。
- この課題解決には、医療機関の集約化と役割分担の明確化が重要となる。すなわち、①病院の開設主体がばらばらで、かつ公益重視の経営ガバナンスが欠如している制度の改革、②実体的には営利法人でありながら、「非営利」を謳っている経営姿勢の民間病院の集約化。この2方向に医療政策の舵を切るべきである。
- 最大の問題は、病院開設者の種別が26種以上と多岐にわたり、それぞれが準拠する法律も会計規則もばらばらであること。(図表16&17)
- 病院を統括する「病院法」は存在しない。国が開設者であっても、国立病院は厚労省、大学病院は文部科学省、自治医科大病院は総務省と所管が異なり、厚労相は大学付属病院や自治医科大病院に直接指示できない。国立大学の付属病院は独法化ないしは株式会社化して、厚労省の所管とすべき。

## 図表16、個人所有（持分の定めのない社団）が過半

開設者別の病院数～過去50年間の推移

開設者の種別 (年次)	病院数			病床数 (%)
	(1970年)	(2000年)	(2020年)	(2020年)
国	444	359	321	125,219床(8.3%)
公的医療機関	1,389	1,373	1,199	309,255床(20.5%)
社会保険関係団体	156	131	49	15,264床(1.0%)
医療法人	2,089	5,387	5,687	840,312床(55.7%)
（うち持ち分の定めのある社団）		(4,679)	(4675)	
（うち持ち分の定めのない社団）		(278)	(299)	
（財団）		(401)	(370)	
（特定医療法人）		(299)	(343)	
個人	3,167	1,173	126	14,545床(0.9%)
社会福祉法人その他の法人	729	843	826	202,931床(13.6%)
総計	7,974	9,266	8,238	1,507,526床(100%)

注：2020年の医療法人の4区分中、持分有社団、持分無社団については厚労省公表統計なく、2000年の計数と同比率として推計

出所：厚労省大臣官房統計情報部編「医療施設調査・病院報告」

## 図表17、病院開設主体は26種の法人と個人

病院開設主体法人の種別（厚生労働省作成）

国立	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国）
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合
その他の法人	公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

## 6、中小病院の乱立③ ～病院の株式会社化とIHN連携を積極推進すべし

- 全病床の過半を占める医療法人は、図表8のとおり、持分の定めによって4種の法人に分類される。医療法人は普通法人同様に課税対象の範疇にあり、社員持分の相続時には相続税賦課の対象ともなっている。
- オーナーが出資持分を放棄して、「持分無社団」に転換しても、経営権は通常個人ないしは親族だけが握っているため、実態は「持分有社団」とほとんど変わらない。
- 米国の病院総数は日本の2/3に過ぎないが、一段と集約化が進み、減少傾向にある。総数5,139病院（2020年10月現在）のうち、民間非営利が2,960（58%）、州立など公的非営利が951（18%）、営利の株式会社が1,228（24%）である。
- さらに、全病院の68%を占める3,483病院が経営主体を一本化したIHS（Integrated Healthcare System）と言われるシステム統合に参加、経営主体が一本化している。全米最大の医療システムであるHCAヘルスケアは184の病院を一体運営している。
- 日本でも実質営利目的で運営されている中小病院を医療法人から株式会社に転換するだけで集約化が進み、大病院であっても株式会社病院の優れたガバナンスを活用して経営効率を上げることができる。
- 株式会社病院を排除している国は世界でも日本と韓国だけである。

## 6、 中小病院の乱立④ ～病床規制は即時全廃を

- 病院の集約化を阻んでいる要因には、株式会社病院の参入が事実上不可能な現状に加えて、「病床規制」がある。
- この規制は全国を348に分けた地域ごとに必要病床数の総量を定め、地域内の病院に割り振る制度で、当初は増嵩する医療費の抑制を目的として導入されたものであるが、現状では現存する病院の既得権益を保護し、新規参入を排除する競争制限政策と化している。
- このような競争制約的な規制は、公取委から独占禁止法に抵触すると指摘されているが、厚労省は耳を貸さない。
- 日本の病床規制が当初意図された医療費抑制とは逆に、病床数・医療費ともに高止まりの要因として働いているメカニズムを解明した研究は見当たらないが、規制の弊害実証には、規制撤廃で店舗数が激減した銀行の例が参考となる。
- 地域住民にも、病院が近くにないと困るという意識は捨てさせるべきである。身近に必要なのは、いつでも相談できる「かかりつけ医」のいるクリニック（診療所）であって、病院は救急以外の外来は廃止して入院治療に専念させるのが筋である。高度な先端医療を提供できる病院は、全国に少数存在すれば、足りる。
- 米国では、メイヨ・クリニックなどの有名病院は結構不便なところに立地している。 31

## 7、一人クリニックの非効率① ～集約化、かかりつけ医制度導入が先進国の潮流

- 新型コロナ禍では発熱患者を拒む内科系のクリニックが続出し、医療へのアクセスが閉ざされて自宅で死亡する患者も相次いだ。
- このような無責任体制に起因する医療逼迫の解決策として、にわかに「かかりつけ医」機能の充実が必要といった議論が噴出した。そこで、本年6月に岸田政権の医療保障見直し政策の骨太方針には「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記されたもの、実現はしない。
- 「患者のフリーアクセス」は「医療の責任不在」の裏返しであり、加入が義務化されている医療保険の理念とも相容れない。
- 英国などで制度化されたGP「かかりつけ医」制度が確立されれば、1人の医師が特定の患者を継続的・全人的に診るので、医療の質が向上し、患者・家族の安心感が増す。
- 高齢化のさらなる進展や新たな感染症、大規模災害の多発などを考えたとき、少なくとも高齢者については、担当医をあらかじめ決めておいて、地域のクリニックがすべての初期医療に責任を持つ医療体制の構築が必要。
- 日本医師会が真っ向から導入に反対している無責任体質が、この問題の根底にあり、コロナ禍下での医療逼迫はその矛盾が赤裸々に露呈したものである。



## 7、一人クリニックの非効率②

～「かかりつけ医」制度化の前提として、クリニックの集約化が急務

- 日本のクリニックの生産性の低さ・非効率ぶりは度を越えている。GP先進国である英国やオーストラリアとクリニックの施設数を比較すると、はっきりとわかる。(図表18)
- 図表18から明らかな事実は、
  - ① 同一人口比で見て、日本のクリニック数は英国の4倍、国土面積が日本の21倍と広いオーストラリアの2.5倍と多い、
  - ② 1クリニック当たりの常勤医師数は、両国の1/3ないしは1/4程度と少ない、の2点。この非効率の結果、患者の外来受診回数は両国の2倍にもなる。
- 英国のGP一人あたりの患者数は平均約1,000人。一つのGPクリニックに5～10名ほどの医師が常勤、緊急時には24時間対応ができています。
- 病院が救急患者以外の外来診療を併営している国は先進国では日本以外に見当たらない。
- 効率無視で診療科目別に自由開業が認められているクリニックの総数が、コンビニや郵便局の軒数よりも多いというのは、どう考えてもおかしい。開業医の既得権益擁護のみに軸足を置いてきた地域医療政策の怠慢と断ぜざるを得ない。

図表18、クリニック常勤医師数は英・豪の1/3～1/4

クリニック施設数・クリニック医師数の日・英・豪 推計値比較 (2020年)

国名		施設数	人口10万人 当たり施設数	クリニック 医師数	1施設当たり 医師数	年間平均 受診回数
日本	クリニック	102,612	82	141,860人	1.38人	12.5回
	病院外来	8,238	6	64,942人	7.88人	
	計	110,850	88	206,102人	1.86人	
英国		12,200	18	64,900人	5.32人	5.0回
オーストラリア		8,147	31	37,000人	4.54人	7.3回

出所：①日本の施設数；厚労省、種類別に見た施設数令和2年10月1日現在、②1施設当たり医師数；2022年6月16日、日医総研、前田由美子「かかりつけ医整備について思うこと」表4.1の日本：1.38人、England：5.32より算出、③オーストラリア；General Practice Statistics；<https://www.mdpi.com/journal/ijerph>、④年間平均受診回数；OECD Health Data 2021、英国は2009年