

日本の医療～現状と課題

2012年6月13日(水)

日本コーポレート・ガバナンス・ネットワーク
自主研究会

医療経済研究機構 副所長 岡部 陽二

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

E-Mail; y-okabe@hh.ij4u.or.jp

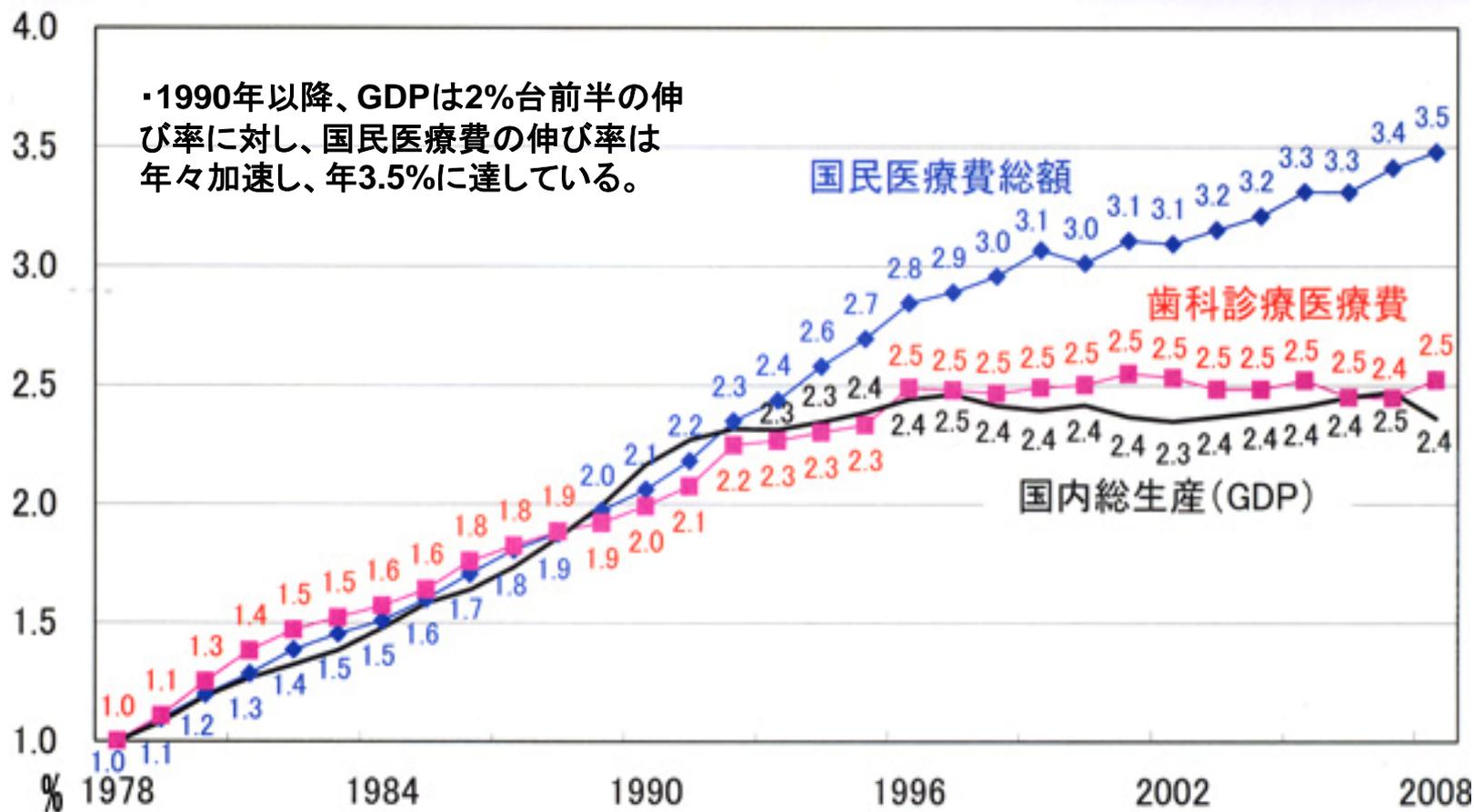
目次

- 1、医療ビジネスの特質と対応
- 2、わが国社会保障の持続可能性
- 3、20世紀日本の医療供給システムの特徴
- 4、病院の世紀の終焉
～医学モデルから生活モデルへ～
- 5、ヘルスケアの目標転換
- 6、21世紀の病院像

1、医療ビジネスの特質と対応

- 高齢者増により顧客の増え続ける成長産業(図表1~4)
 - ~強い経営力があれば、収益確保は容易
 - ~経営と財務・労務管理のプロが必須
- 労働集約的で、雇用創出効果大
 - ~医師・看護師・コンメディカルの労働生産性向上が鍵
- 制度ビジネス
 - ~医療保険の将来見通し、診療報酬詳細の細部まで理解すべき
 - ~予防など自由診療分野の拡大
- 価格は公定
 - ~サービスの質で競争
- オーナー・シップの強い産業
 - ~持ち分のない社会医療法人などへの転換促進
- 地域との共存
 - ~地域密着の経営姿勢貫徹

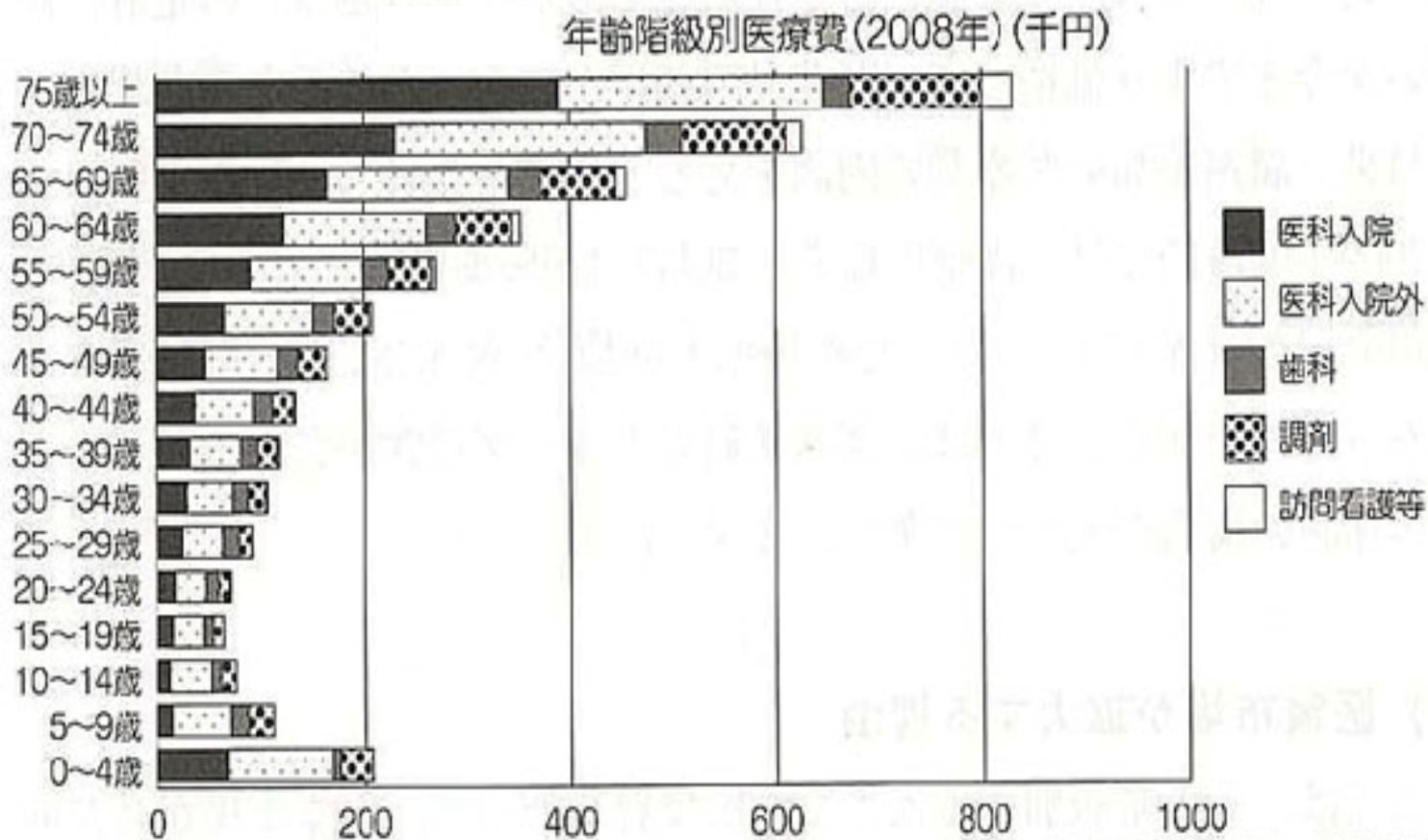
図表1、名目GDPと国民医療費の伸び率対比 (1978年～2008年)



(資料)厚生労働省「国民医療費」

図表2、医療ビジネスの成長性(1)

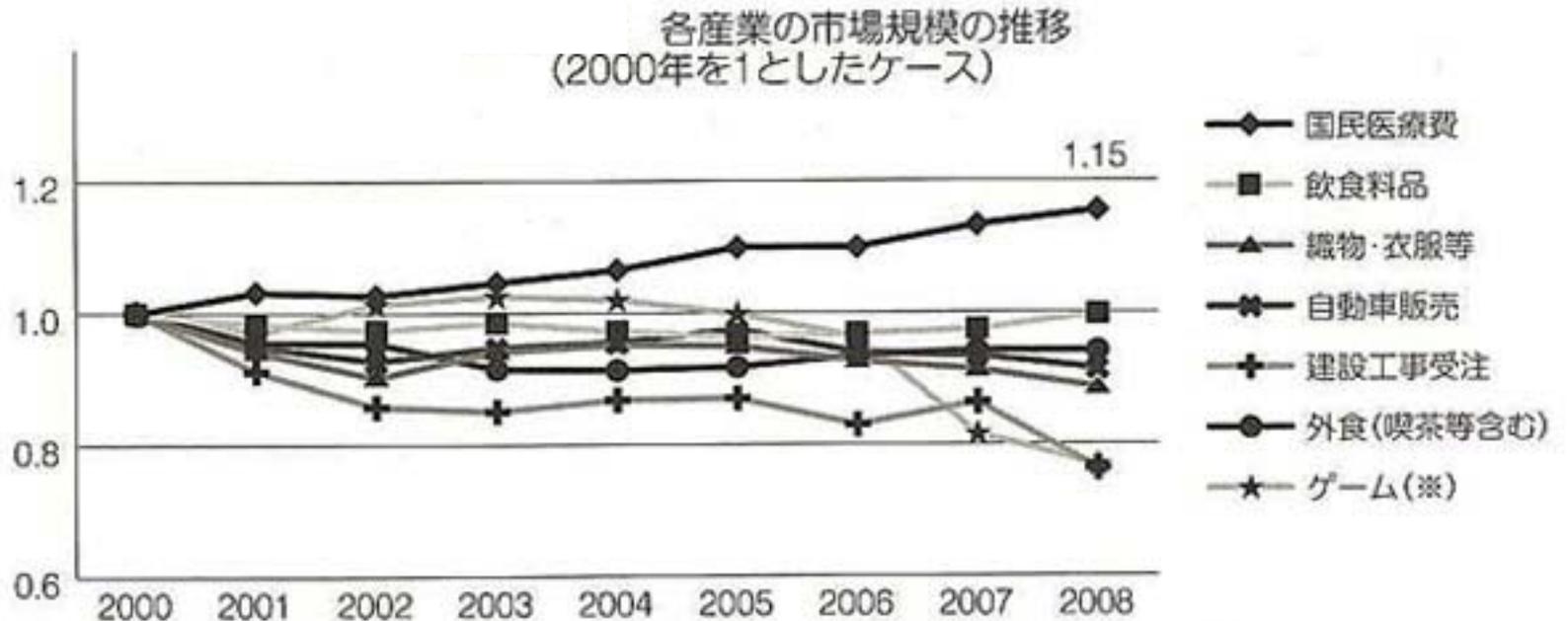
- 75歳以上の医療費は年間80万円超と50歳台の4倍



出典 国民医療費 (厚生労働省)

図表3、医療ビジネスの成長性(2)

- 医療費のみ増加、医療費以外の消費支出は横這いか漸減

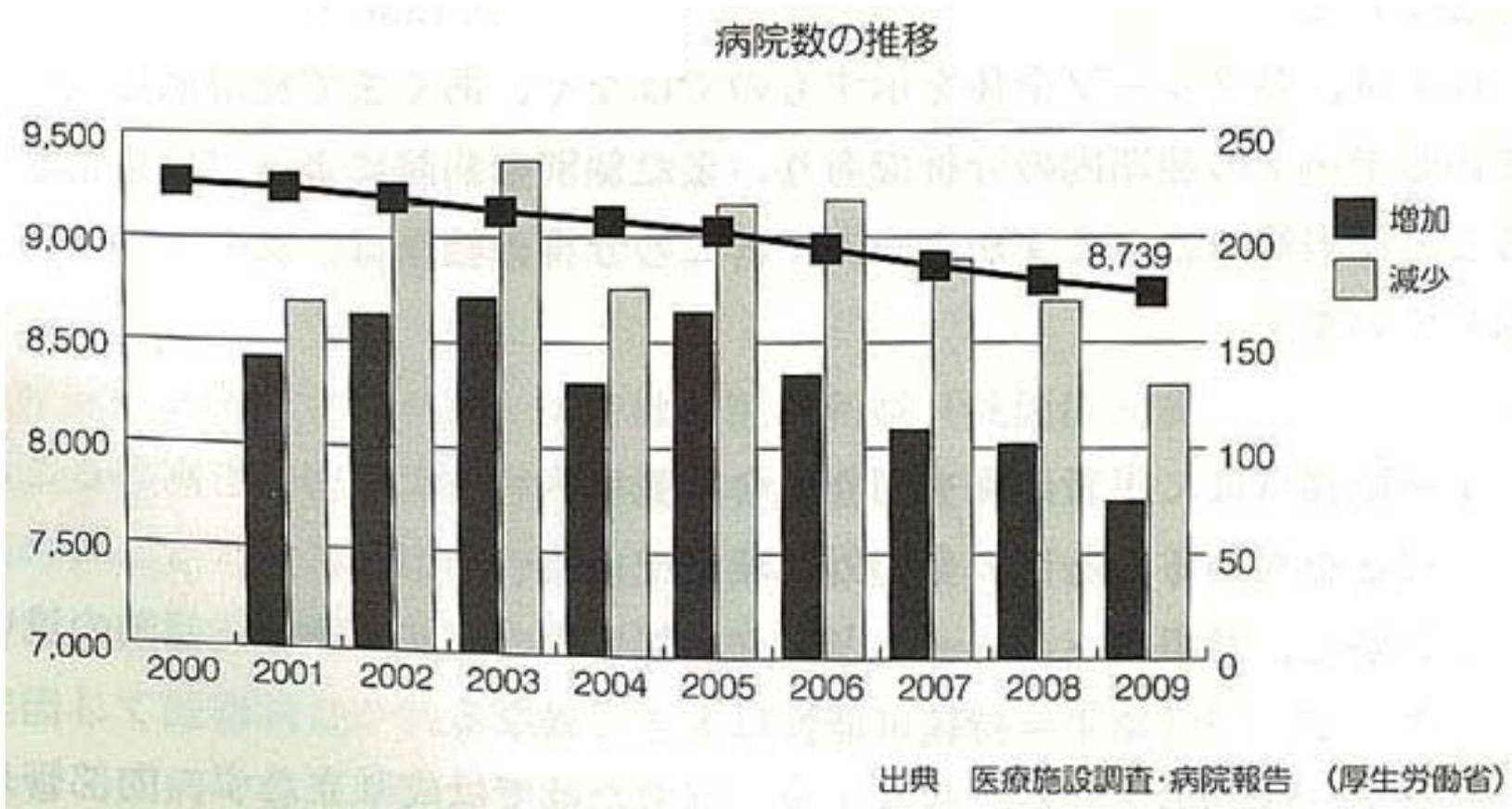


出典 国民医療費 (厚生労働省)
 商業販売統計年報 (経済産業省)
 建設工事受注動態統計調査報告 (国土交通省)
 レジャー白書2010 (日本生産性本部)

※パチンコ、ゲームセンター、TVゲーム(ソフト含む)等の合計。

図表4、医療ビジネスの成長性(3)

病院の総数は漸減しているが、新規開業も100件を超え、高水準



2-1、わが国社会保障の持続可能性

- 多様な年齢構成・職業構成の保険集団間で財政調整を行い、保険料不足額約10兆円を公費で補給している現行の医療保険制度はいずれ破綻する。公費が税金投入であれば問題ないが、現状は次世代に負担を先送りする国債による調達が1/2を占めている。(図表5~9)
- 本来、所得移転は高所得者から低所得者へ行なわれるべきところ、実情は生産人口層から高齢者層への移転となっている。その結果、働かない高齢者の平均所得が生産年齢人口の平均所得を上回っているのは異常。(図表10~11)
- 皆保険を持続させるには、保険料の賦課は全国民共通の所得ベースとし、医療給付は保険料収入の範囲内で賄うように給付範囲を限定するしかない。
- 逆に、増え続ける年金・医療費を現行の公的制度で賄うには、現在43%の国民負担率(総所得に対する税金+社会保険料の割合)を70%にまで引上げる必要がある。

2-2、国民皆保険制度の問題点

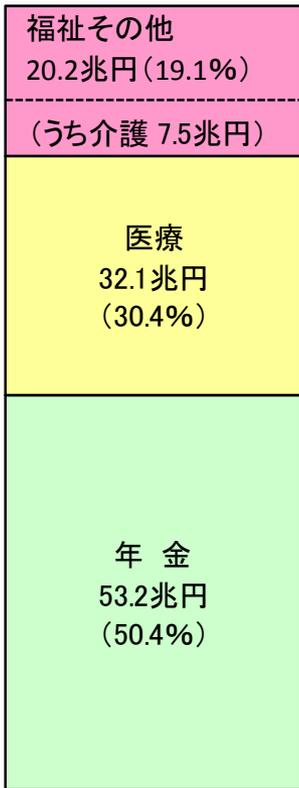
- 有効な医療サービスはすべて保険給付の対象→保険料の引上げ、増税、自己負担増で財源も無限に増やすのか
(薬剤についても、製造販売が承認された新薬のすべてを公的保険の対象として保険収載しているのは日本のみ)
- 「一般医療」と「技術進歩による高度先進医療」の医療費格差の拡大 →生活習慣病などについての国民の公平感？
- 高度先進医療の発達と一般医療需要の増大→両者のバランスはとれるのか、共倒れの危険性
→軽医療免責性、費用対効果の経済性評価導入、混合診療の全面自由化

図表5、社会保障の給付と負担の全体像

- 社会保障給付費は約105.5兆円(年金が約5割、医療が約3割)
- この給付(105.5兆円)を保険料(約6割)と公費(国・地方)(約3割)などの組合せにより賄う
- 社会保障に対する国庫負担は27兆円を超え、一般歳出の51%を占めている

社会保障給付費(平成22年度予算ベース)

給付費 105.5兆円



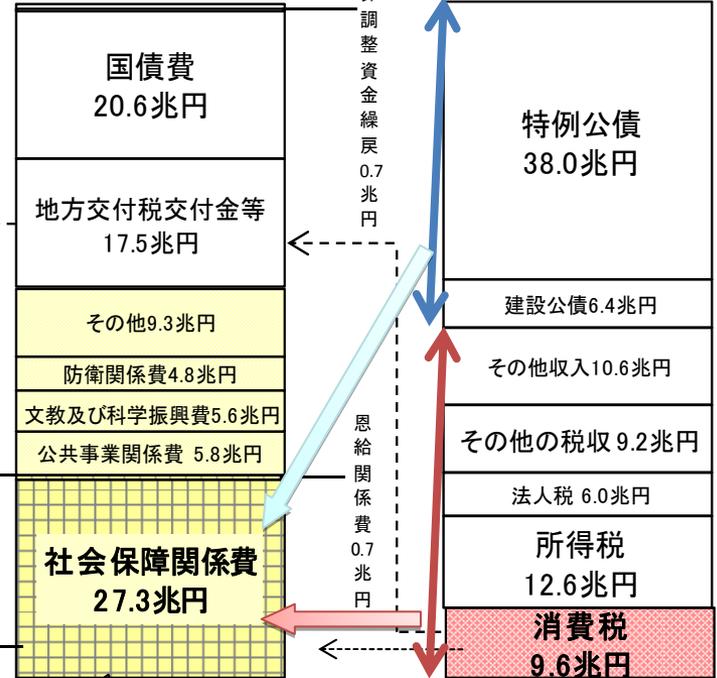
財源 96.1兆円+資産収入



国 一般会計(平成22年度予算)

歳出 92.3兆円

歳入 92.3兆円

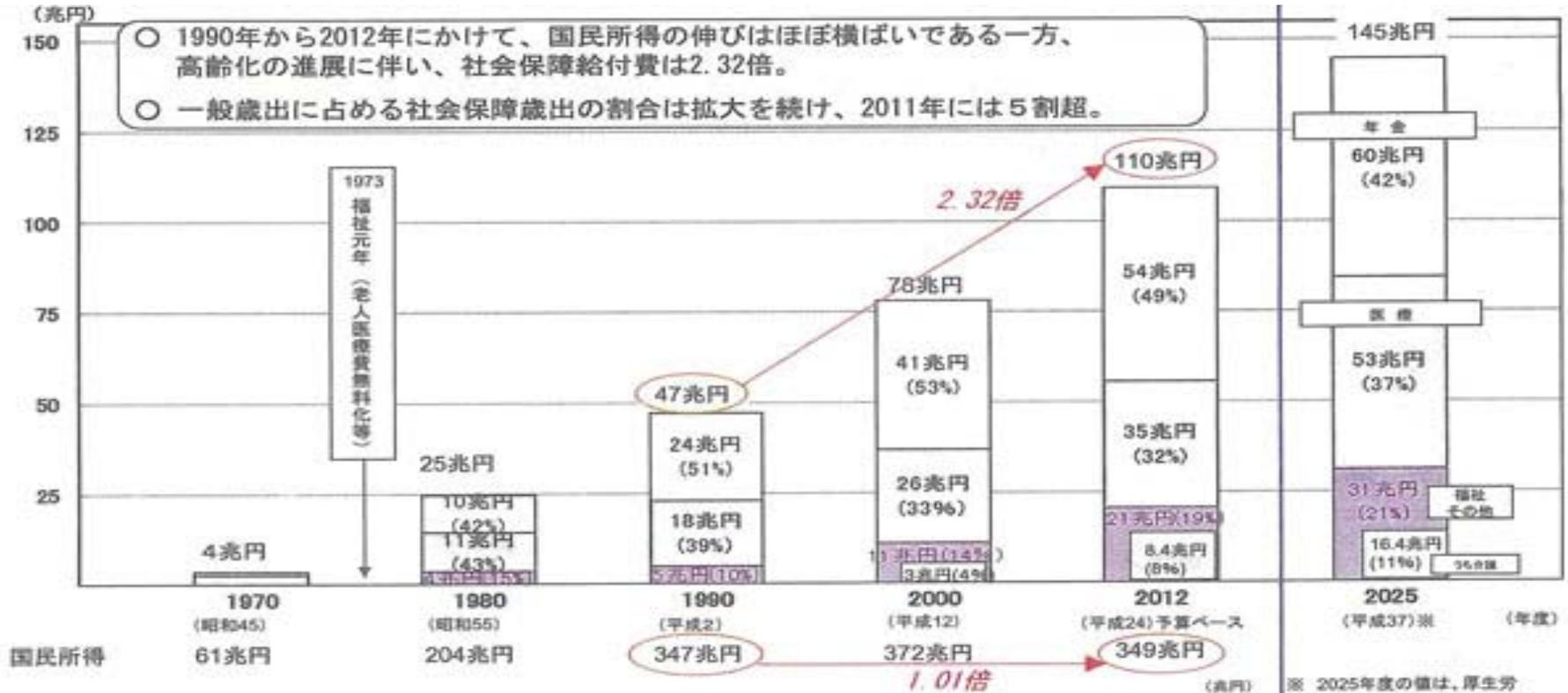


直近の実績値(平成20年度)

- ・ 社会保障給付費 94.1兆円(NI比26.8%)
- ・ 財源構成 保険料 57.4兆円、公費32.7兆円 (ほか資産収入など)

一般会計歳出の29.5%
一般歳出の51.0%

図表6：社会保障給付費の推移（1970年～2012年）



	1970	1980	1990	2000	2012
一般歳出(A)	6.0	30.7	35.4	48.1	51.7
社会保障歳出(B)	1.1	8.2	11.6	16.8	26.4
B/A	19.0%	26.7%	32.8%	34.9%	51.0%

※ 2025年度の値は、厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」（平成24年3月）による。医療介護について充実と重点化・効率化を行わない場合の計数。

（注1） 社会保障給付費とは、公的な社会保障制度の給付総額を示すものである。

（注2） 2000年度以前は「平成21年度 社会保障給付費」（平成23年11月 国立社会保障・人口問題研究所）

（注3） 一般歳出（一般会計歳出から国債費及び地方交付税交付金等を除いた額）及び社会保障歳出は当初予算ベース。

（注4） 国民所得は、2000年度以前は内閣府「平成21年度国民経済計算確報」、2012年度は「平成24年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」（平成24年1月24日閣議決定）における見通し。

図表7、社会保障関係費の増加ペースと赤字国債依存度

注

表 1、国の社会保障関係費の財源内訳推移(予算ベース、単位：兆円)

年度	1980	1990	2000	2010	2011
年金医療介護保険給付費	5.1	7.2	10.9	20.3	21.0
社会福祉費	1.4	2.4	3.7	3.9	4.4
生活保護費ほか	1.7	2.0	2.2	3.0	3.3
合計	8.2	11.6	16.8	27.2	28.7
一般歳出に占める構成比	26.7%	32.8%	34.9%	53.5%	53.1%

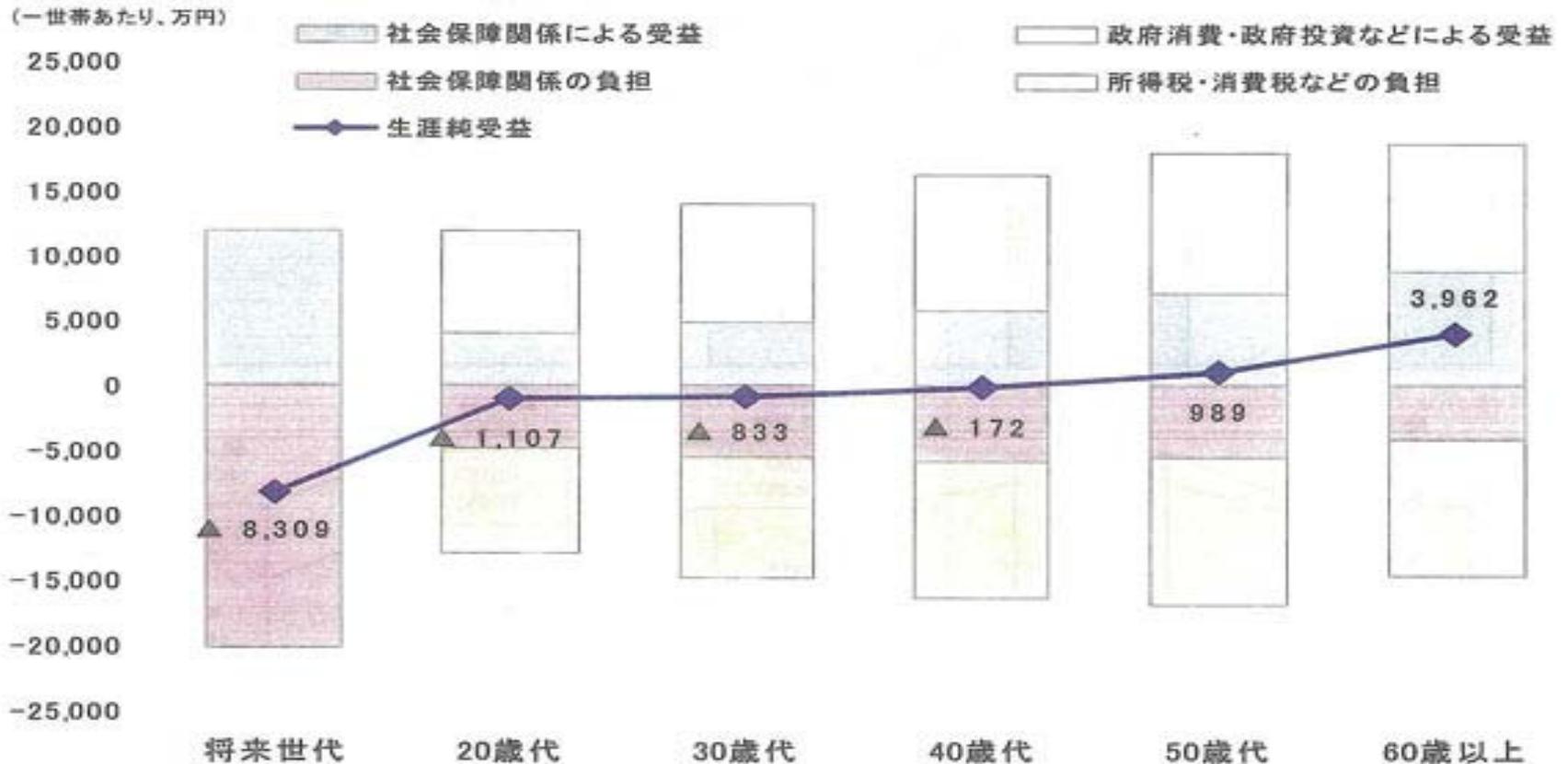
出所：平成 23 年度版「厚生労働白書」資料編

表 2、国の社会保障関係費の財源内訳の試算結果(2009 年度決算ベース、単位：兆円)

財源別	税収	税外収入等	建設国債	赤字国債	合計
年金医療介護保険給付費	9.2	3.2	0	7.3	19.7
社会福祉費	0.7	0.9	0.4	2.1	4.1
生活保護費ほか	0.9	1.1	0.2	2.6	4.8
合計	10.8	5.3	0.6	12.0	28.7
構成比	37.6%	18.6%	2.1%	41.7%	100.0%

出所：2009 年 9 月 6 日付け、日本経済新聞、上村敏之関西学院大学教授「経済教室、増え続ける高齢者社会保障費」

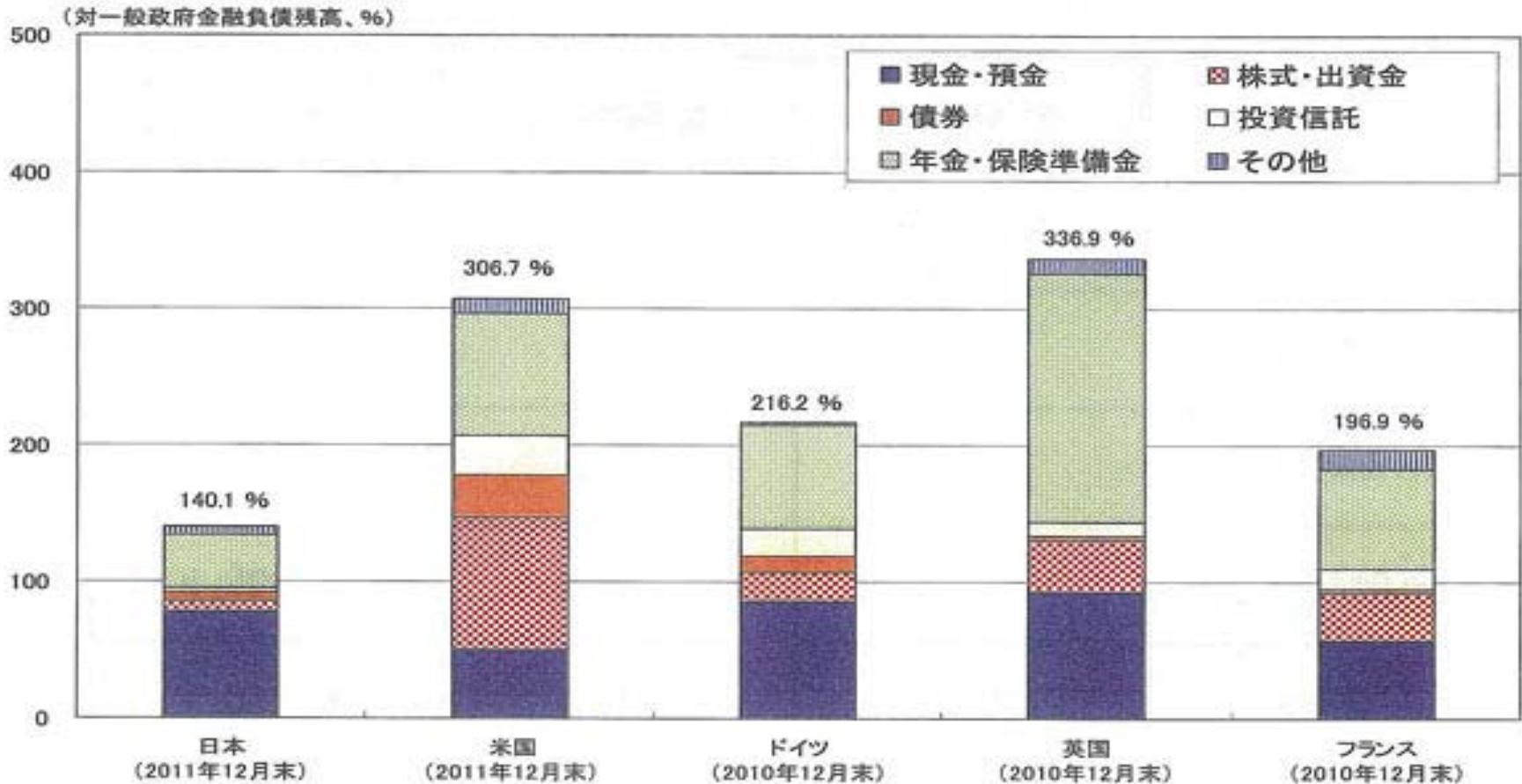
図表8、世代ごとの生涯を通じた受益と負担 (基準年;2008年、有識者試算)



(注) 現在世代(20歳代以上)については、2008年を基準年とし、その時点の受益と負担の構造が将来に渡って続くと仮定して生涯を通じた受益と負担を試算。

(出所) 小黒一正准教授(一橋大学経済研究所)作成資料

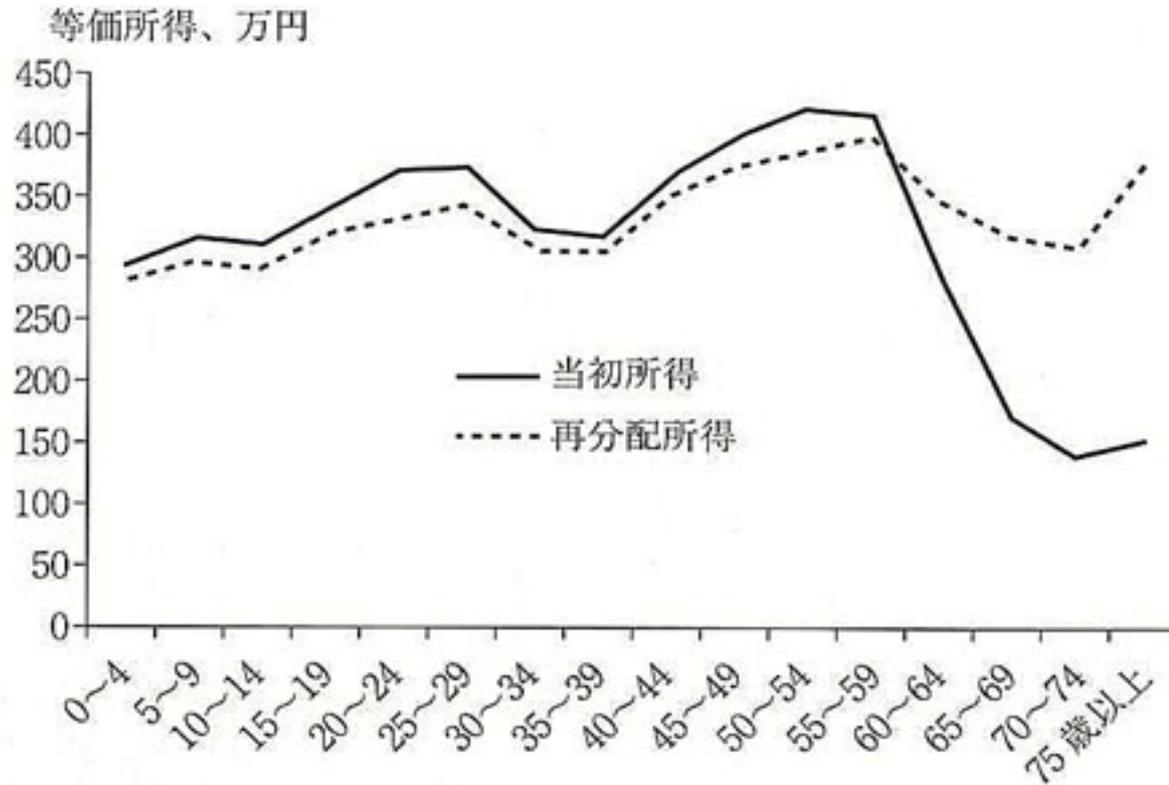
図表9、家計等の金融資産残高の各国比較 (対一般政府金融負債残高、グロス)



(出所) 日本: 日本銀行「資金循環統計」、米国: FRB * Flow of Funds Accounts of the United States*、その他各国: Eurostat
 (注) 各国ともに、「家計」+「民間非営利団体」ベース

図表10、年齢階層別に見た平均所得

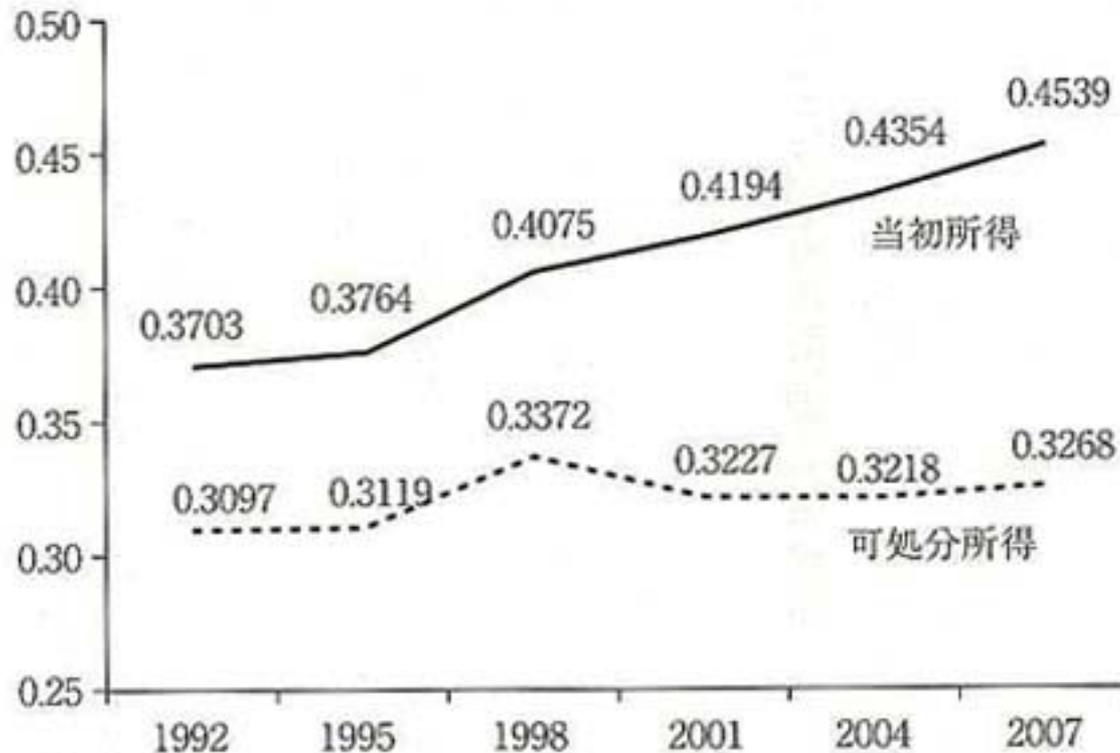
年齢階級別に見た平均所得（等価所得）



(出所) 厚生労働省「所得再分配調査」(2008年)

出所:小塩隆士著「効率と公平を問う」p71

図表11、所得格差を示すジニ係数の推移



(注) 等価所得・世帯員ベースでみたもの
(出所) 厚生労働省「所得再分配調査」より筆者作成

出所;小塩隆士著「効率と公平を問う」p61

3、20世紀日本の医療供給システムの特徴

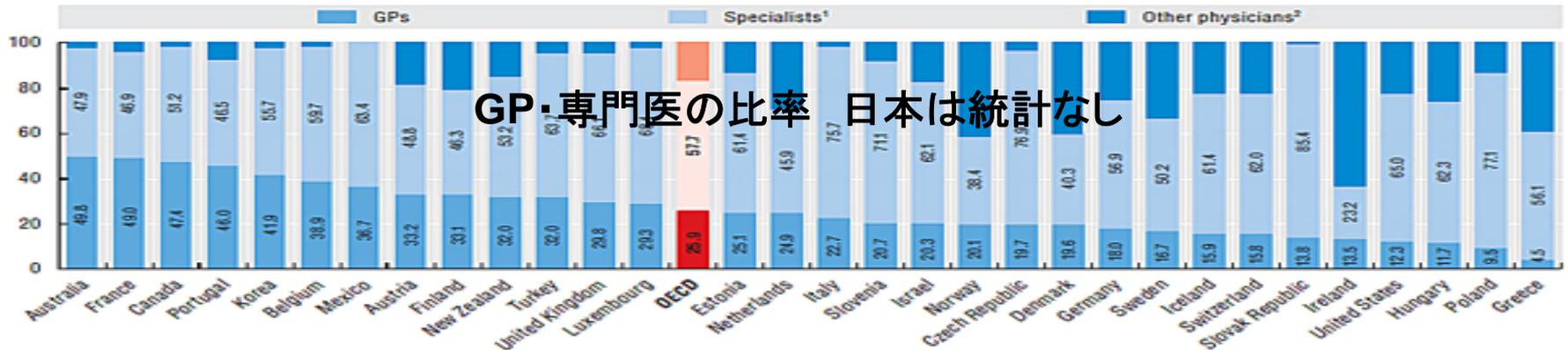
	日本	英国	米国
医療の利用	①アクセスの自由度、受診頻度の高さ(図表12)	×	△
	②診療時間の短さ(いわゆる「3時間待ちの3分診療」)	×	×
	③一般病院による高齢者受入れ(いわゆる「社会的入院」)	×	×
医療機関	④病院と診療所の競合的關係	×	×
	⑤大きな病院外来部門の存在	×	×
	⑥病院による医師の直接雇用と外部者への閉鎖性	○	×
	⑦民間病院・病床ストックの比率の高さ(図表13&14)	×	×
	⑧病床の施設間における分散的分布	×	×
	⑨高額医療機器の分散的配置および保有台数合計の大きさ	×	×
医療職	⑩開業医の高い専門性(総合医の絶対的不足)	×	○
	⑪かかりつけ医(GP)が未確立(図表12)	×	×
	⑫看護職における正・准構造	×	△
	⑬医局制度における平等主義的人事(戦後)	×	×

図表12、年間受診回数とGP・専門医の国際比較

4.1.2 Estimated number of consultations per doctor, 2009 (or nearest year)

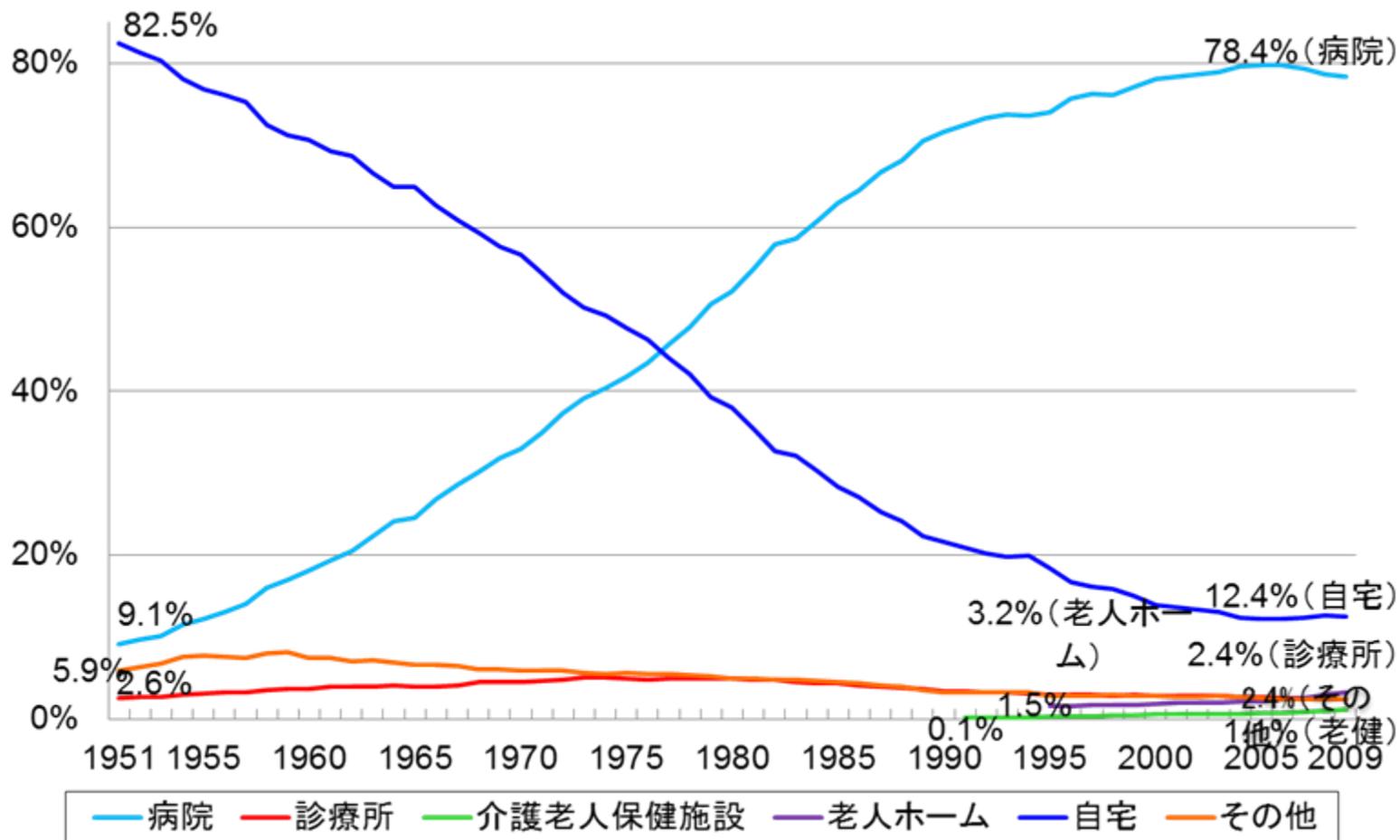


3.2.2 General practitioners, specialists and other doctors as a share of total doctors, 2009 (or nearest year)



注; 下図GPと専門医区分統計に日本の計数はなし、出所; Health at a glance OECD 2011 p63 & P81

図表13、死亡場所の推移



出所:厚生労働省「人口動態統計」

図表14、日・米・蘭における死亡場所の構成比

	病院	高齢者施設	自宅など	がんの病院 死亡割合
日本	79%	4%	13%	91%
アメリカ	41%	22%	31%	37%
オランダ	35%	33%	31%	28%

・日本では自宅で最期を迎えられない理由；

- ①介護してくれる家族に負担； 80%
- ②病状が急変した時に不安； 54%
- ③経済的に負担が大きい； 33%
- ④往診してくれる医師がいない； 32%

出所；厚生労働省「終末期医療に関する調査、2008年

4、病院の世紀の終焉 ～医学モデルから生活モデルへ～

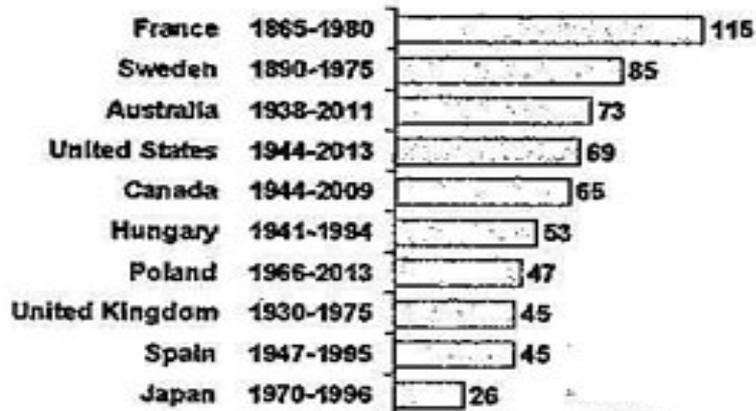
- 背景

- ・治療； 医学モデルでの対応に限界のある高齢者の増大(図表13,15)
- ・生活習慣病中心の疾病構造への変化
- ・障害者福祉や介護分野で発達した諸概念の浸透
- ・消費者(患者)ニーズへの包括的・一元的対処の必要性認識

- 「生活モデル」

- ・保健(予防)・医療・介護・生活支援の機能が人々の生活の質(QOL)を高めるといふ一つの目標の下に統合される
- ・医療や病院の機能は、従来の特権的な位置づけから生活を支援するための多様な社会サービスの一要素へと後退、他の機能との連携が重視される

図表15、高齢化のスピードの国際比較



高齢化のスピード=全人口に占める
65歳以上の高齢者の比率が7%から
14%に増加する間に要した期間(年)

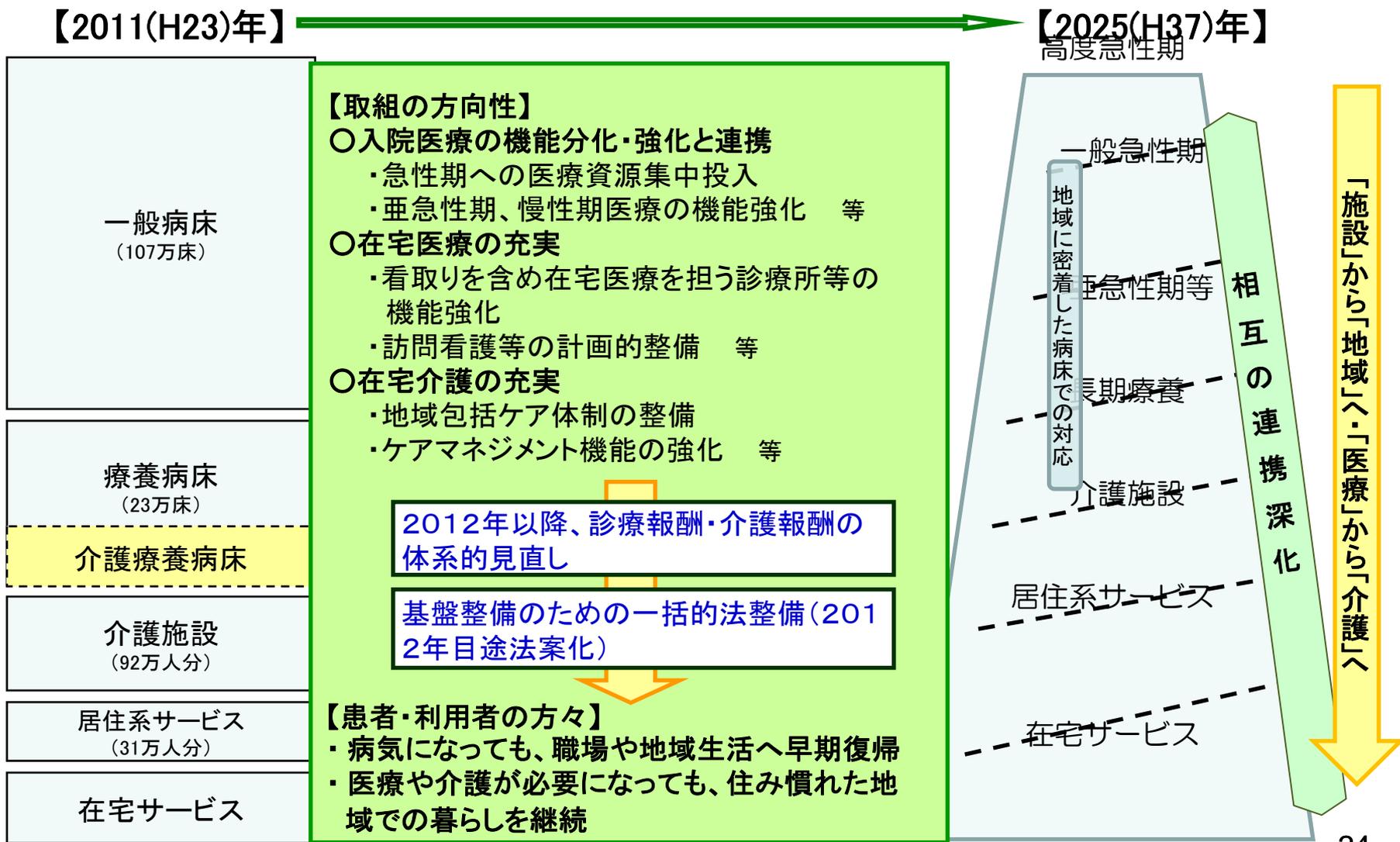
日本	1970	1996	26
中国	2001	2026	25
韓国	1999	2017	18
香港	1983	2014	31
シンガポール	2000	2016	16
タイ	2001	2023	22
マレーシア	2019	2043	24
インドネシア	2017	2037	20
フィリピン	2028	2050	22
ベトナム	2020	2038	18

(出所)大泉啓一郎氏
作成資料

5、ヘルスケアの目標転換

- 地域包括ケア化への必然性
 - ①ヘルスケアシステムの包括化 ～図表16
保健・医療・福祉が生活の質向上という目標を共有
→高齢者の生活支援は医療だけでは対応できない
 - ②ヘルスケアシステムの地域化
→患者の生活環境を引き継ぐことが重要
→サービス主体も地域的に展開する方式が有効
 - ③病院は救命救急・高度先進治療を中心とした急性期医療に特化
- 地域包括ケアの問題点
 - ①異職種間の分業・スムーズな連携をいかにして実現するか
→中間施設(特養・老健・社会的入院など)が弊害となる懸念大
 - ②治療と生活支援の混合化・一体化をいかに進めるか
 - ③連携の中核となる機関・役割・責任体制の明確化
 - ④医療を担う職種の多様化が必須(医師の権限縮小への抵抗感)

図表16、将来像に向けての医療・介護機能再編のイメージ



出所：厚生労働省政策統括官付・武田俊彦社会保障担当参事官室長「将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ」

6、21世紀の病院像

- 急性期医療、ことに救命救急、高度先進医療に特化
→慢性期、高齢者医療は介護施設などへ分散
- 保健・医療・福祉を一体化した「地域包括ケアシステム」連系の一つの核として調整機能を果たす
- そのための具体策
 - ①病床数の大幅削減
 - ②医師の生産性向上　～図表17～19
 - ③経営のプロによるマネジメント
 - ④地域に根差した医療福祉事業複合体
 - ⑤一般医(かかりつけ医)と専門医の機能分化
 - ⑥患者中心の医療

図表17、日米独豪の病院関連指標・国際比較

	日本	米国	ドイツ	オーストラリア
人口10万人対病院数 (2004年)	7.0病院	2.0病院	2.6病院	6.6病院
人口1,000人対病床数 (2009年)	13.7床	3.1床	6.2床	3.6床
人口1,000人対臨床医数 (2009年)	2.2人	2.4人	3.6人	3.0人
1病床当たり職員数(常勤換算) (2004年)	1.0人	4.9人	1.3人	n.a
高齢者介護・看護職の65歳以上 人口に占める割合 (2009年)	5.4%	11.9%	3.8%	7.0%
平均在院日数 (2009年)	18.5日	4.9日	9.7日	6.0日

図表18、日米病院の労働生産性比較

		日本	米国	米国/日本
医業収入	入院	14.4兆円	407.4十億ドル (39.3兆円)	2.7倍
	外来	5.4兆円	283.1十億ドル (27.3兆円)	5.1倍
	総収入	19.8兆円	690.5十億ドル (64.6兆円)	3.3倍
従業員数	医師	147千人	131千人	0.9倍
	総職員数	1,736千人	5,178千人	3.0倍
一人当り 医業収入	医師一人当り	134.1百万円	5,266千ドル (493.2百万円)	3.7倍
	総従業員 一人当たり	11.4百万円	133千ドル (12.8百万円)	1.1倍

注；日本は2007年度、米国は2009年、換算レート：93.65円/1ドル

出所；日本；OECDのSHA統計および病院報告、米国；AHA Annual Report

図表19、同規模病院の国際比較

	日本(800～899 床の一般病院平均(平成18年))	マサチューセツ ツ総合病院(米 国ボストン市)	ハーラツヒング 病院(独ミュン ヘン私立病院)	ストックホル ム南病院(ス ウェーデン)
病床数	836床	899床	864床	560床
医師数	253名 (常勤211名、 非常勤42名)	4,065名 (常勤;1,374名、 協力医;2,691名)	349名	650名
看護職員数	531名	3,409名	684名	2,350名
総従業員数	1,184名	20,477名	1,969名	3,900名
病床当たり の医師数	0.25名(常勤のみ)	1.52名(常勤のみ)	0.40名	1.16名
病床当たり の看護師数	0.63名	3.79名	0.79名	4.20名

出所; 本田宏医師主宰医療制度研究会資料、2008.7.4、病院報告ならびに各病院の年次報告より作成、日本は精神病院を含む