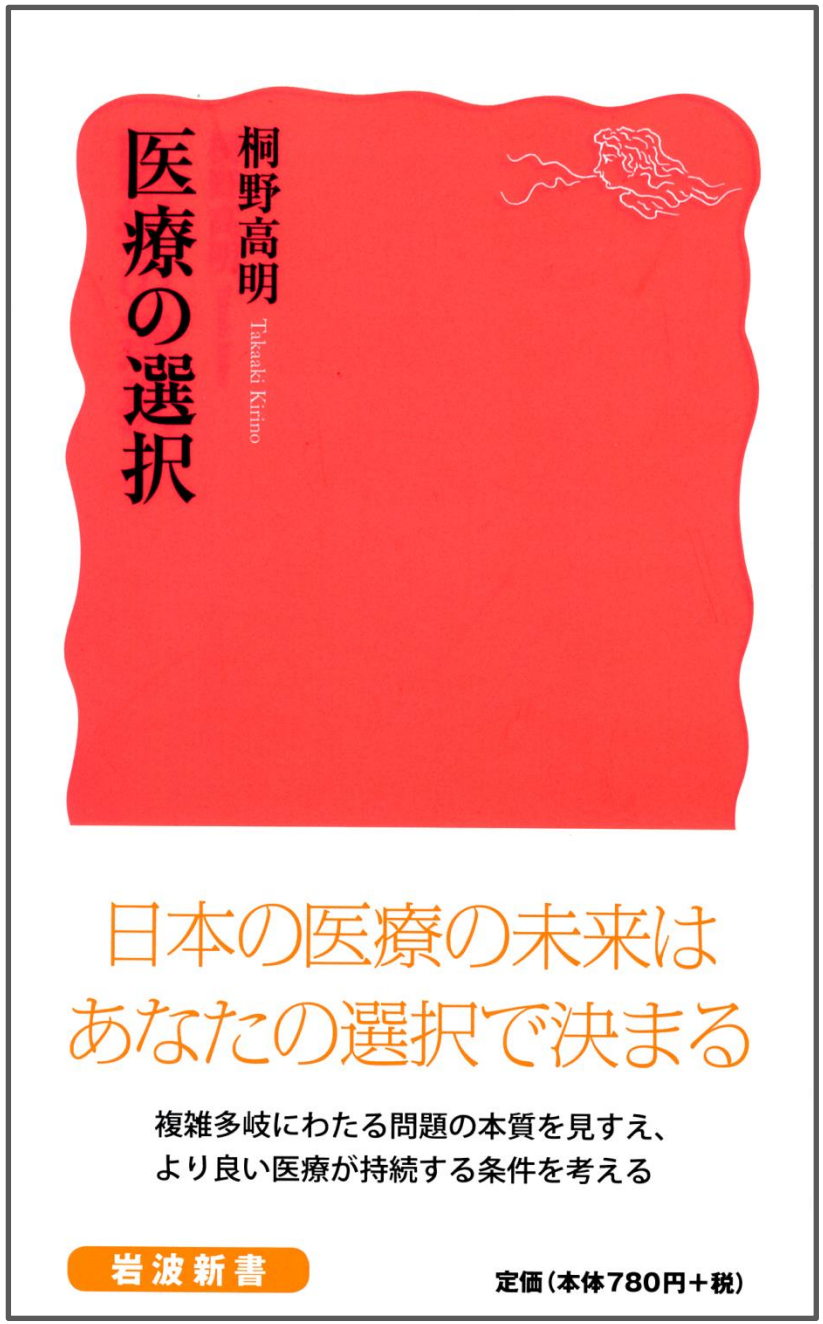
医療の選択

国立病院機構
桐　野　高　明

医療介護福祉政策研究フォーラム　2015年2月19日

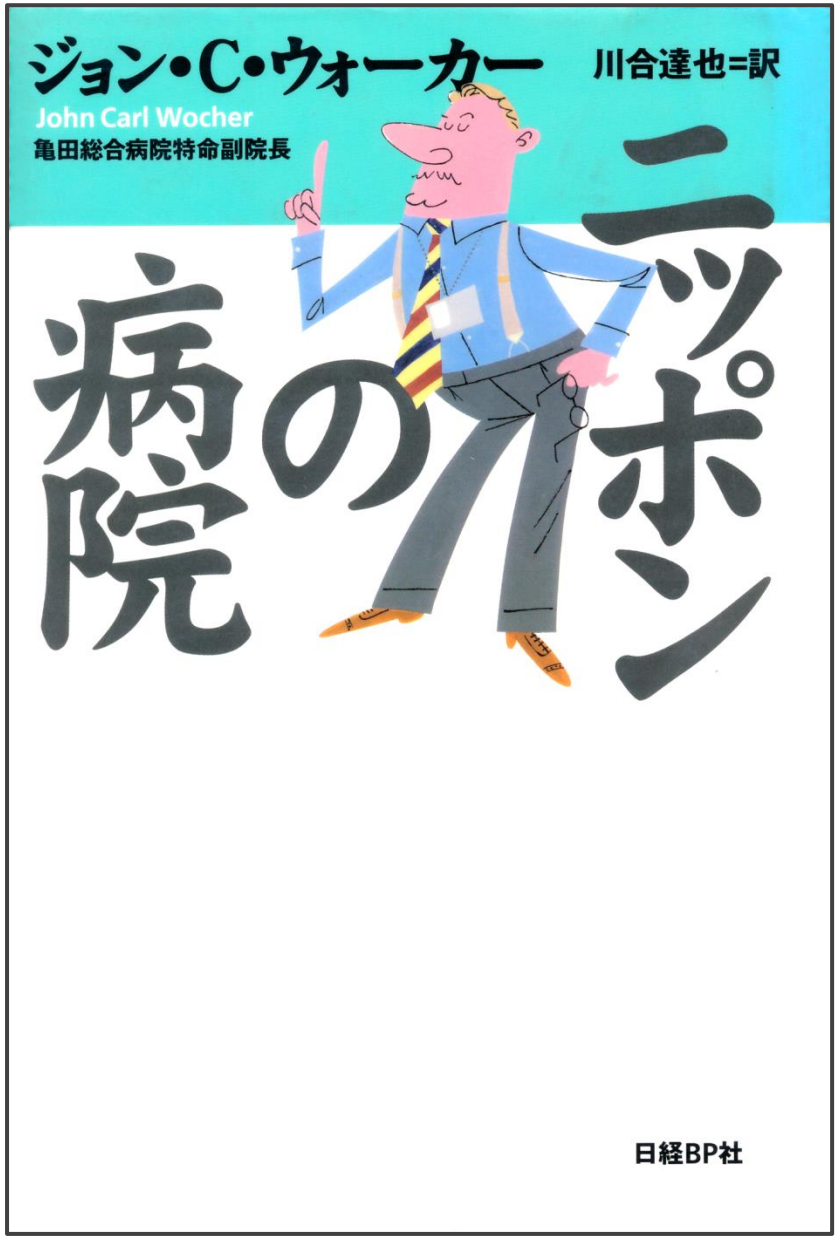


医療制度の選択は、どの制度が経済的に効率が良いか、医療の質がより向上するか、医薬品や医療機器の開発がより効率的にできるか、あるいは政府の負担分を少なくできるか、というような単純な問題意識をはるかに超えている。それは、一国の国民が、何をもって自分たちの生きる価値と考えているか、何をもって共有するべき価値観とするかに関係している。

本日のお話しのポイント

- 日本の医療のこれからの課題は何か
- 医療の産業化とは何か

日本の医療のこれからの課題は何か



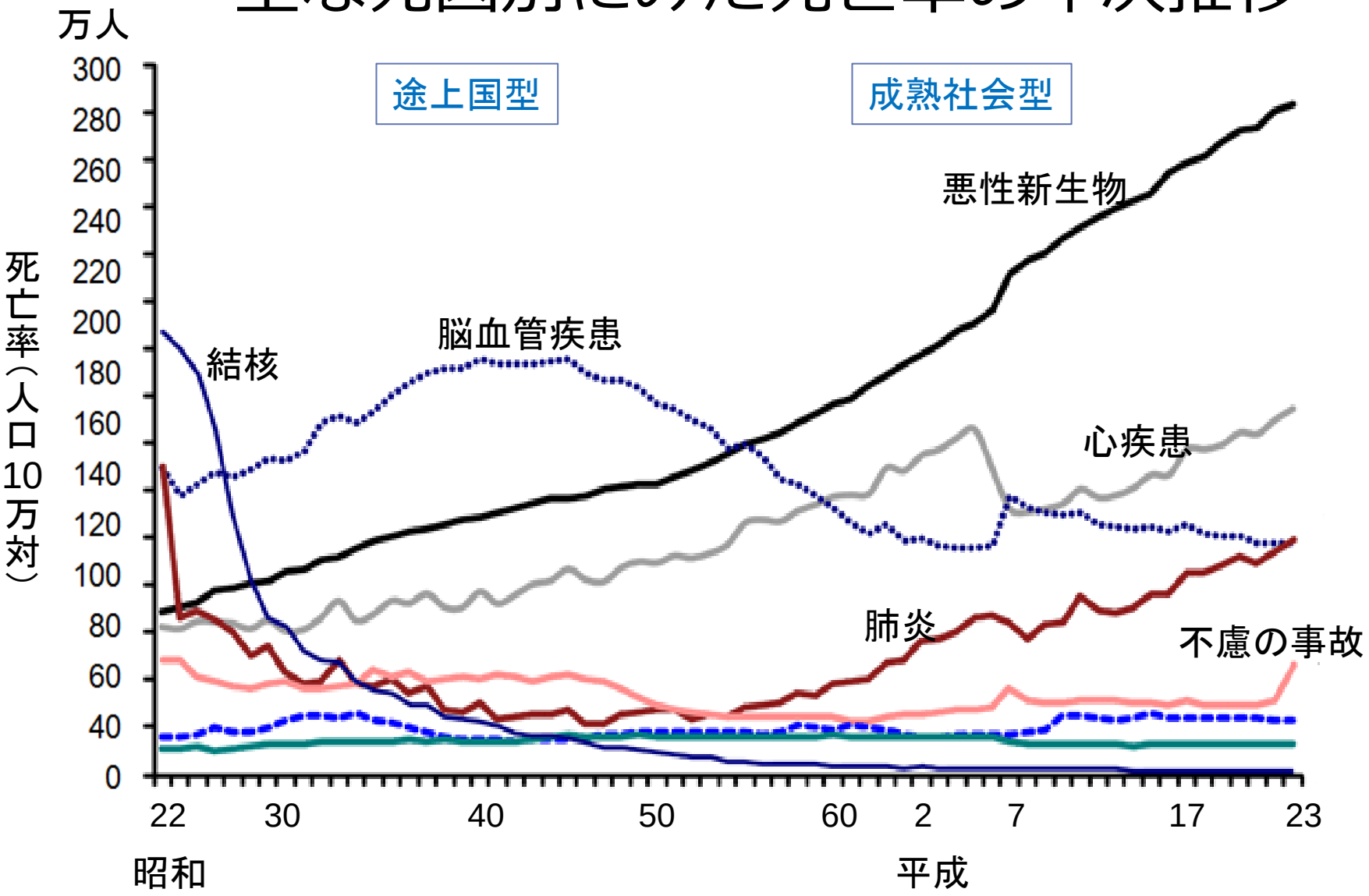
2000年10月発行　日経BP社

ジョン・C・ウォーカー
医療法人鉄蕉会亀田総合病院特命副院長
1943年 オハイオ州生まれ
1978年 メリーランド大学卒業（政治学士）
1982年 ベイラー大学MHA（病院管理学修士）
米海軍横須賀基地医療サービス部管理部長より
1991年 医療法人鉄蕉会亀田総合病院管理部長
統括管理副院長を経て1996年より現職

第一章　外国人が体験した怖い話
第二章　日本の医療は遅れている
第三章　「患者不在」の日本の病院
第四章　病院はけっして安全じゃない
第五章　日本の医者は信頼できるか
第六章　「よい病院」の見分け方

日本の病院は患者権利尊重のしくみ、医師の資質、治療のレベル、医療安全の管理、院内感染防止、病院の環境、患者のアメニティーなど、あらゆる観点で問題ばかりで、非常に劣っている。

主な死因別にみた死亡率の年次推移



厚生労働省人口動態統計

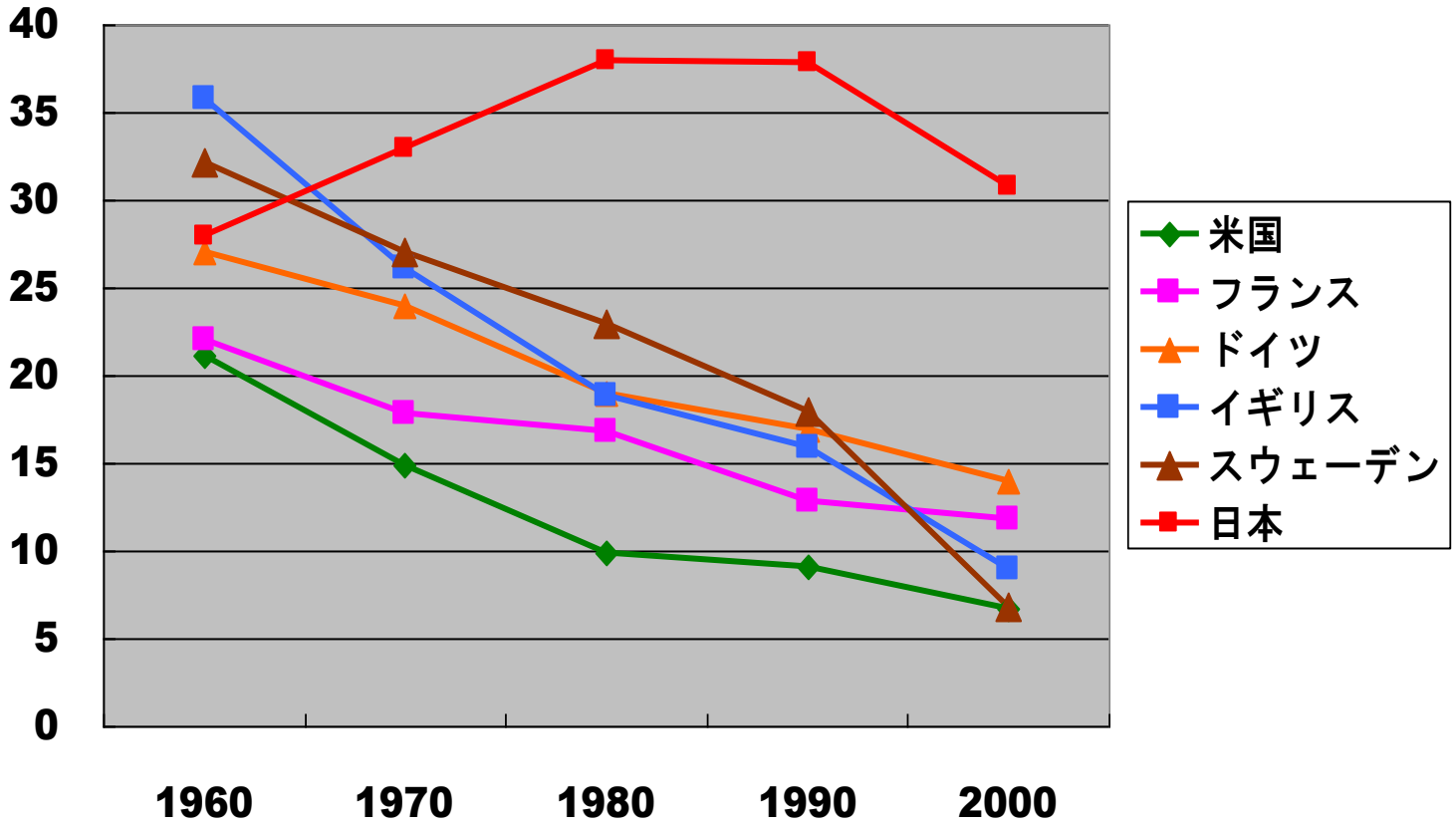
医療システムの比較

	イギリス	ドイツ	フランス	日本	アメリカ
供給	公	公	公	私	私
公的病院の割合	ほぼ全て	約90%	約70%	約20%	約25%
財政	公	公	公	公	私
	税	保険料	保険料	保険料+税	-

広井良典　「日本の社会保障」

日本の医療制度では、財政（ファイナンス）は公的に管理されている一方で、提供体制（デリバリー）の大部分は民間の医療機関によって担われている。

平均在院日数の推移



OECD Health Data 2003

第二次世界大戦の1960年当時、人口あたりの医師数、看護師数、平均在院日数には大きな違いは無かった。その後、日本は他の先進諸国とは異なり、成熟社会型の医療体制に移行する時期が、およそ30年遅れた。

戦後の医療提供体制の変化

途上国型

① 医療基盤の整備と量的拡充の時代
　　1945年から1985年まで

② 病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代
　　1985年からおおむね1994年まで

成熟社会型

③ 医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代
　　おおむね1992年以降

厚生労働白書　平成19年度版より

成熟社会型医療の特徴

成熟社会型医療とは、医療の質、医療レベルの評価、患者の権利尊重、情報の開示などのキーワードで語られる次のような特徴を持つ医療体制である

- 充実した教育体制と厳格な専門医認定制度
- 病院機能の集中化・集約化
- 病院と診療所の密接な連携体制
- チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直し
- 医療安全と患者権利尊重のためのシステム

さまざまな制度の導入や、社会情勢の変化にともなって、成熟社会型医療への変換が急速に進められてきた

• 特定機能病院	1992年
• 患者権利の尊重（インフォームドコンセント）	1997年
• 医療安全への国民的不満（患者取り違え事件）	1999年
• 初期臨床研修制度	2004年
• 7対1看護体制の導入	2006年

医療の改革を進めるには

- 市場の力に委ねる　－　米国
- 政府の力に委ねる　－　西ヨーロッパ

市場主義的な医療の改革

- 医療は各人が購入するサービスであり、他の商品やサービスと同様に、個人が自由に選択できる幅を広げるべきだ。
- 万人に行きわたるべき基本的医療と、個人の自由な選択によりおこなわれる医療とは別に考えるべきだ。
- 医療を市場に委ねれば、競争が促進され、医療の質が向上し、同時に医療の価格が低下するはずだ。

この考えを推し進めて行けば、医療費が爆発的に増大し、格差の大きな米国型の医療になる。そのような医療をわれわれは受け入れるのか？

医療の選択
桐野高明
Takaaki Kirino
日本の医療の未来は
あなたの選択で決まる
複雑多岐にわたる問題の本質を見すえ、
より良い医療が持続する条件を考える
岩波新書
定価（本体780円＋税）

沈みゆく大国
アメリカ
堤 未果
Tsutsumi Mika
a pilot of wisdom
「1%の超・富裕層（スーパー・リッチ）」が
仕掛けた“オバマケア”で、
アメリカ医療は完全崩壊！
次なる
ターゲットは、
日本だ！
推薦！横倉義武氏（日本医師会長） 鎌田 實氏（医師・作家）
落合恵子氏（作家） 藤原帰一氏（国際政治学者）
集英社新書 0763A

日本の医療のこれからの課題は何か（まとめ）

- 1990年代末頃から、日本の医療システムが成熟社会型に急速に変化して来た
- 医療費を抑制しながら急激に進行したことにより、一時医療システムが「医療崩壊」と呼ばれる状態となった
- 成熟社会型への変化は、急性期大型病院の「成熟社会型病院」への変化ではあっても、「成熟社会型医療」にはなっていない
- 病院完結型（Cure中心）から地域完結型（Care中心）への転換が必須となった
- プライマリ・ケアの重視、業務を担当するマンパワーの充実、診療データの集積（IT化）が焦点となる

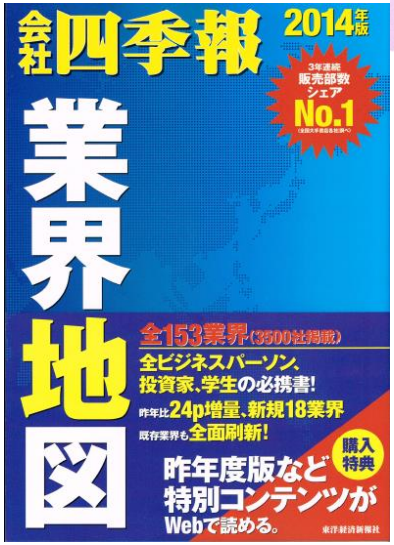
Care から Cure へ

Cureに向かう医療
— 高度な医療、最新の知識、最高の技術

Careに向かう医療
— 医療・看護・介護を包括する知識、技術と心

日本の医療の国際評価

- 2000年のWHO World Health Reportでは、健康の到達度と公平性、人権の尊重などの点で、わが国は加盟191ヶ国中一位となった
- 2008年に米国の医療経済・政策専門誌Health Affairsに掲載された、先進19ヶ国を対象に行った「回避可能な死に関する調査結果」によると、一位はフランス、二位は日本。米国は最下位
- 2009年にカナダの非営利調査機関コンファレンス・ボード・オブ・カナダは先進諸国の医療制度ランキングを発表し、日本は16ヶ国中で一位、米国は最下位となった
- 2010年のOECD Health Dataで、加入国の保健医療の現状を評価し、日本の医療は世界トップレベルであるとした
- 2010年にニューズウィークは国別ランキングの記事を掲載し、その中で医療部門では日本を一位とした
- 2011年Lancet誌は日本の保険医療制度を高く評価し、皆保険制度50周年を期して特集を刊行した



業界規模 国内 37兆4,202億円(国民医療費、2010年度、厚生労働省)

国公立・公的病院

労災病院
労働者健康福祉機構が運営。スタッフ約1万4000人
病院数 34施設
病床数 13,067床

社会保険病院
健康保険制度の福祉施設として設置
病院数 51施設
病床数 14,049床

国立病院機構
旧陸海軍病院が発祥、現在は独立行政法人
病院数 144施設
病床数 55,362床

自治体病院
開設者別で見た時、赤字の病院の割合がほかと比べ高い
病院数 959施設
病床数 230,851床

私立学校法人
私立大学の付属病院。慶應義塾大学病院など
病院数 108施設
病床数 54,838床

国立大学病院
医学教育・研究、高度医療の中心
病院数 48施設
病床数 32,663床

JA厚生連
農協系で約半分が人口5万人未満の市町村に立地
病院数 110施設
病床数 35,085床

済生会
明治天皇の済生勅語により設立
病院数 80施設
病床数 22,308床

赤十字病院
日本赤十字社が運営。災害時に医療チーム派遣
病院数 92施設
病床数 36,862床

主な民間病院

上尾中央医科グループ
病院数 27施設
病床数 6,236床

IMS(イムス)グループ
病院数 34施設
病床数 8,932床

徳洲会グループ
病院数 66施設
病床数 15,890床

国際医療福祉大学・高邦会グループ
病院数 10施設
病床数 2,562床

地域医療振興協会
病院数 18施設
病床数 5,073床

戸田中央医科グループ
病院数 25施設
病床数 4,552床

日本の医療施設

病院	
施設数	8500
病床数	157万
一般病床	90万
精神病床	34万
結核病床	6600
療養病床	33万
診療所	
施設数	10万
病床数	12万
歯科診療所	
施設数	7万

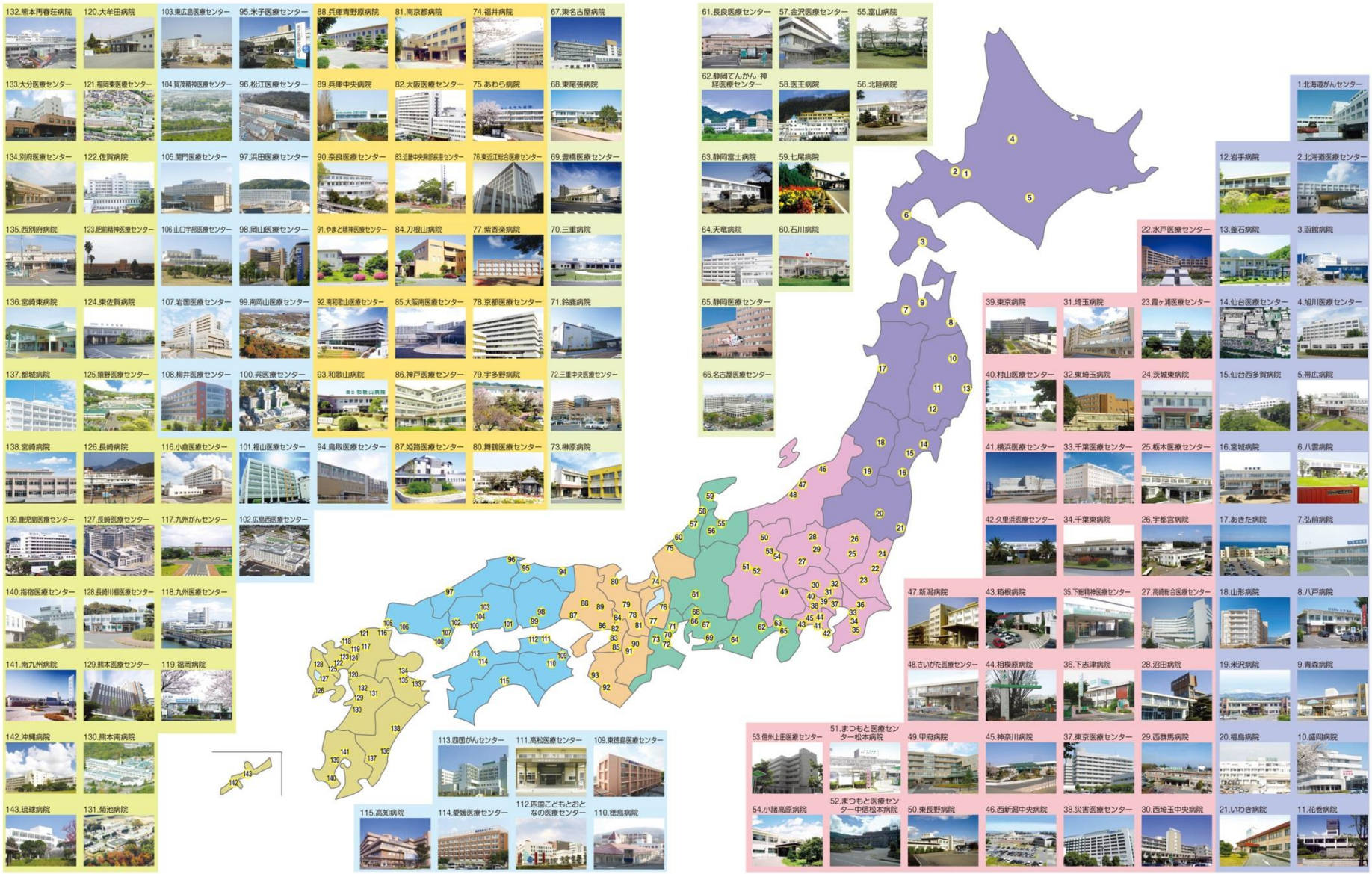
平成25年度医療施設調査

国立病院機構

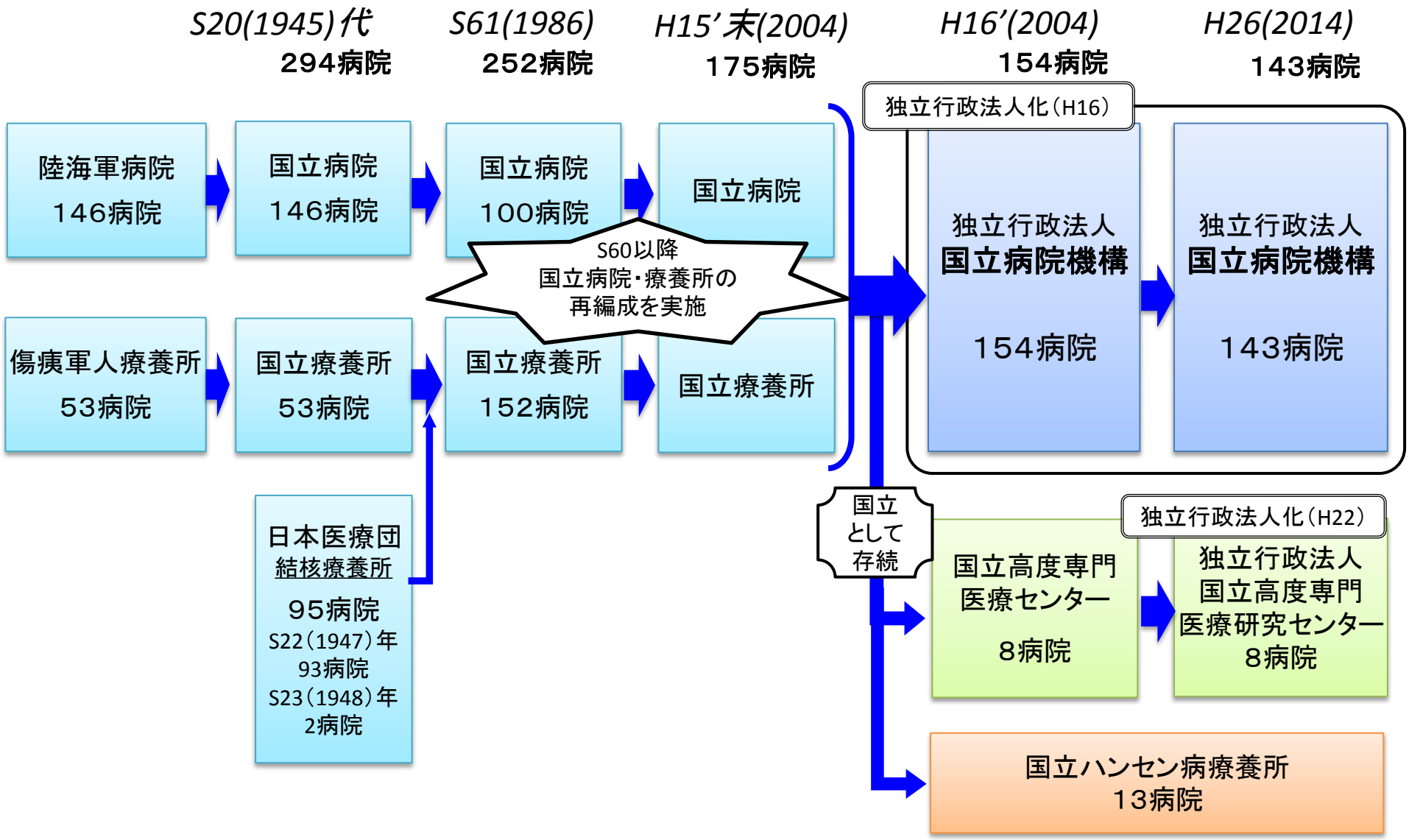
国立病院機構

全国143の病院 ネットワーク

独立行政法人 国立病院機構
National Hospital Organization



国立病院・療養所の変遷


S20(1945)代
294病院
S61(1986)
252病院
H15'末(2004)
175病院
H16'(2004)
154病院
H26(2014)
143病院
陸海軍病院
146病院
国立病院
146病院
国立病院
100病院
国立病院
傷痍軍人療養所
53病院
国立療養所
53病院
国立療養所
152病院
国立療養所
S60以降
国立病院・療養所の
再編成を実施
日本医療団
結核療養所
95病院
S22(1947)年
93病院
S23(1948)年
2病院
独立行政法人化(H16)
独立行政法人
国立病院機構
154病院
独立行政法人
国立病院機構
143病院
国立
として
存続
国立高度専門
医療センター
8病院
独立行政法人化(H22)
独立行政法人
国立高度専門
医療研究センター
8病院
国立ハンセン病療養所
13病院

国立病院機構発足時の不安

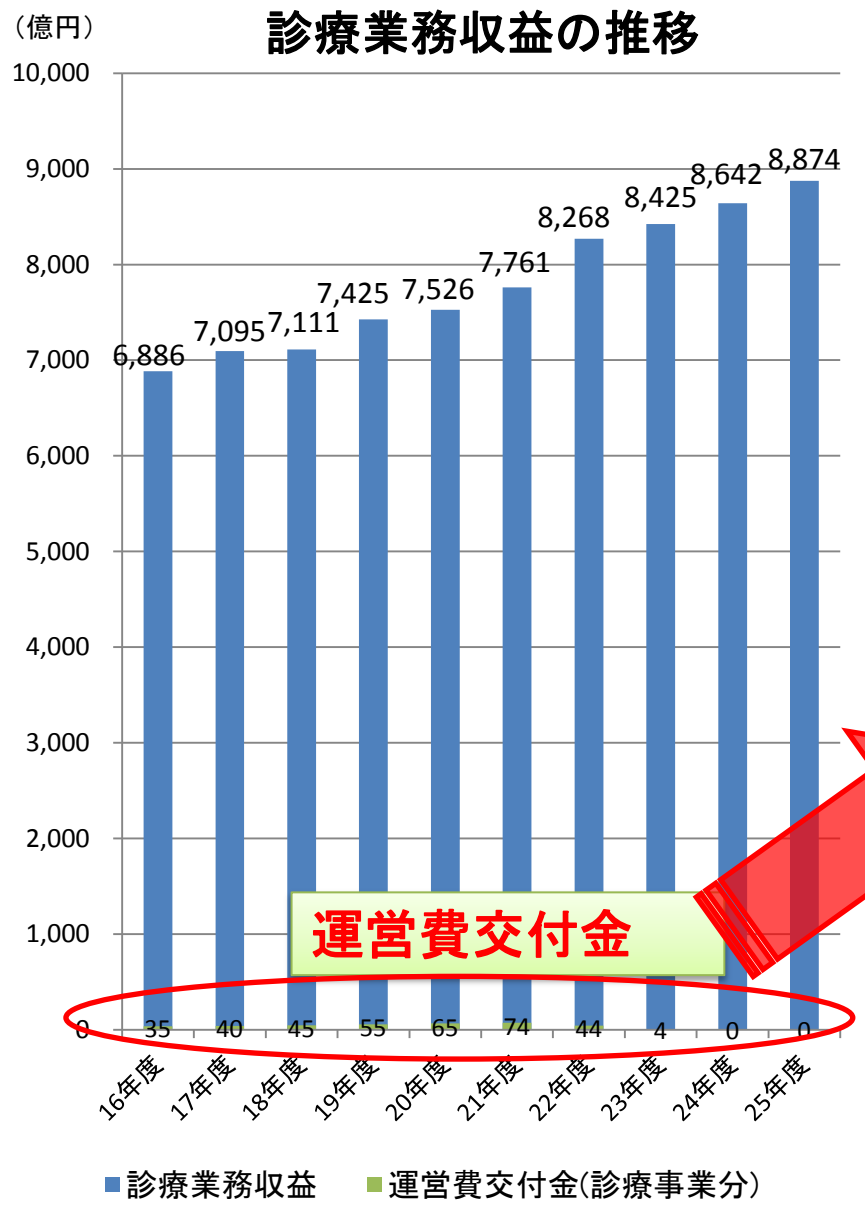
- ○ 国時代には500億円超の赤字補填を必要としていた財務体質
- ○ 7，500億円にも及ぶ長期債務の返済
  （毎年、500億円の元本返済と200億円の利子支払）
- ○ 他独法にはほとんど例をみない負担義務
  公務員OBの年金（整理資源）、基礎年金の国庫負担分（公経済負担）
- ○ 職員の親方日の丸意識

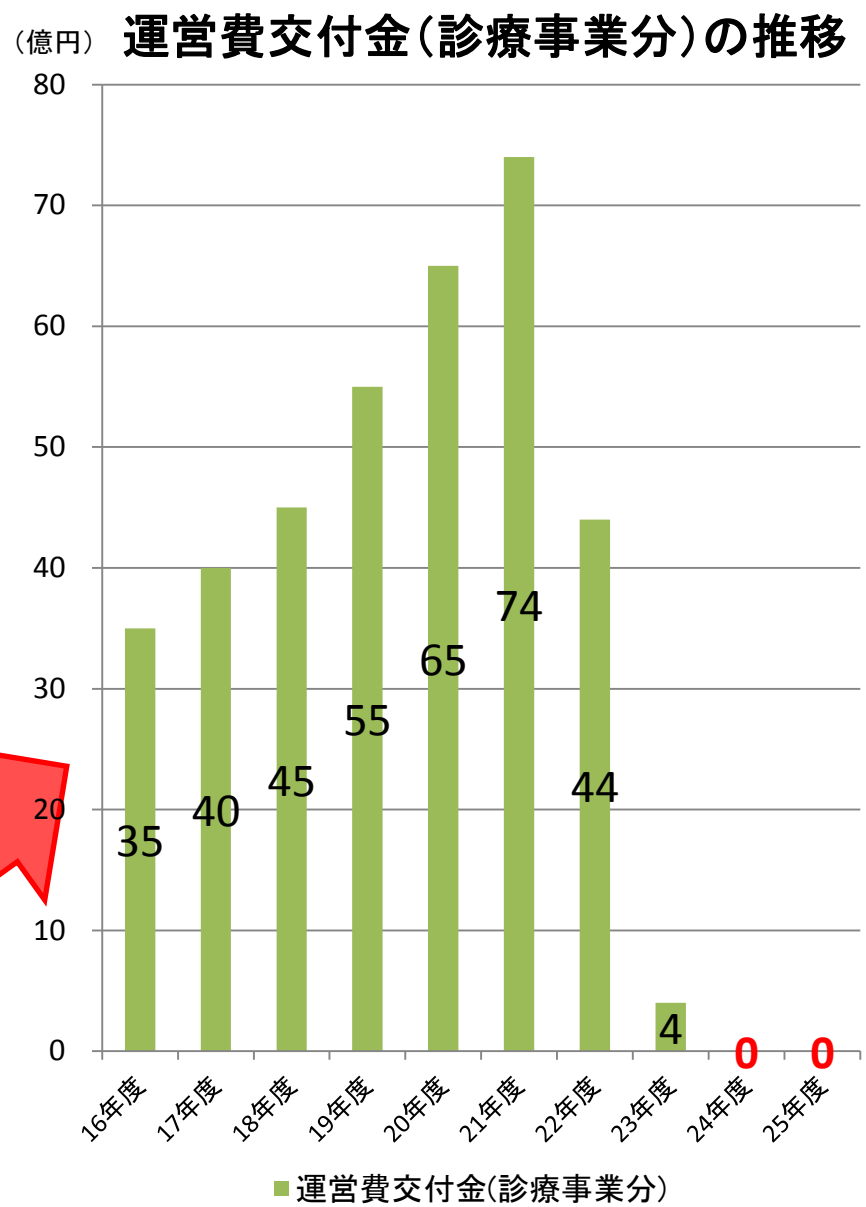
↓

厳しい医療環境の下、職員の意識改革・安定経営が果たして可能なのか

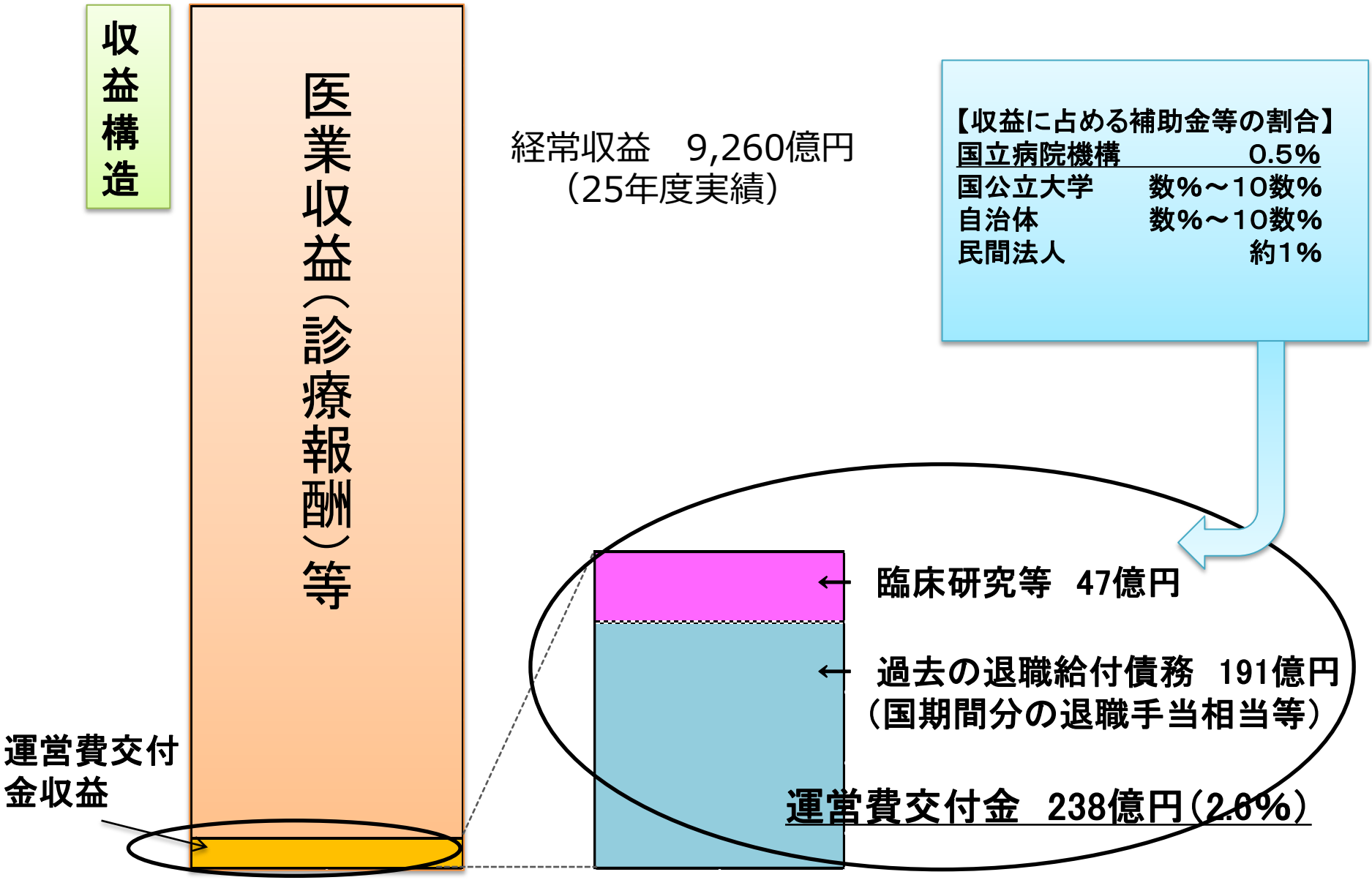
出典：矢崎義雄「国立病院機構の挑戦と応戦」

診療業務収益と運営費交付金（診療事業分）の推移





国立病院機構の収益構造



公的病院との財政支援における比較

	運営費交付金	赤字補填
NHO	×※	×
労災	×※	×
JCHO	×	×
厚生連	―	×
日赤	―	×
済生会	―	×

※NHO及び労災は、診療事業への運営費交付金の措置はされていない。
（教育、研究事業等についての措置のみ）
※日赤、済生会、厚生連は独立行政法人ではないため運営費交付金の対象外

基幹的病院は設置形態にかかわらず、同様の公的役割を果たしている

災害医療、国際支援など

結核、障害者医療、医療観察法など

感染症対策など

5疾患・5事業
救急、周産期医療、へき地医療、災害支援、小児医療

地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域救命救急センター

医療の産業化とは何か

医療制度の矛盾を一言でいってしまうと、それは、医療的最適性と経営的最適性の乖離ということではなかろうか。

宇沢弘文 「社会的共通資本」 岩波新書696

医学・医療の成功とは

病気の原因を確定し、その病気にならないような対策を講じ、また病気になっても軽症のうちに治療する方法を開発する。結果として、患者が非常に少ないか、患者がいなくなることが究極の医学・医療の成功である。

医療の経営の成功とは

病院間の競争に打ち勝って、患者に選ばれる病院となり、大勢の患者がやってきて、病床の回転がよく、患者一人当たりの診療単価も高い。結果として、すばらしい環境の病院を維持しながら、最高の医療スタッフも集まってくる。病院は毎年多額の黒字であり、年々発展していく。

貿易赤字「陰の主役」は薬 輸入超過、10年前の5倍

開発競争で後手に

2012/5/14 0:04 | 日本経済新聞 電子版

(1/2ページ)

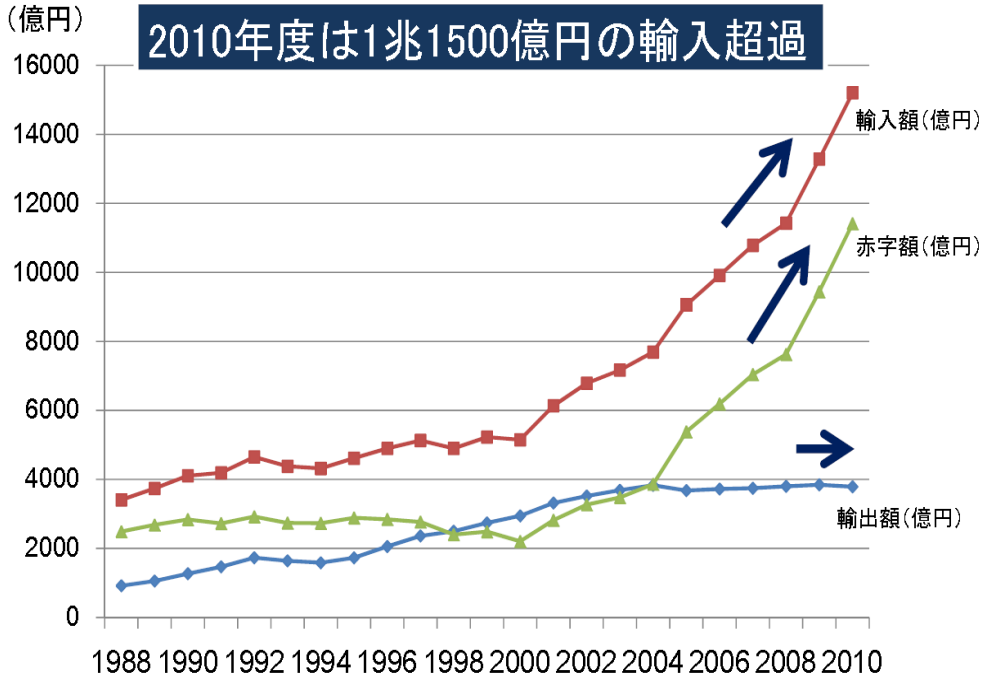
小 中 大 保存 リプリント

医薬品の輸入が拡大している。新薬開発で米欧の後手に回り、海外から高額な抗がん剤などを買う必要があるためだ。輸入が輸出を上回った額(輸入超過額)は2011年には10年前の5倍の1兆3660億円で、日本の貿易赤字(2.5兆円)の隠れた主役になっている。40兆円規模に膨らんだ日本の医療費を支える税金と保険料は、海外に流れ出ているのが現状だ。(石川潤、柳瀬和央)

■研究成果流出

慢性骨髄性白血病治療薬のグ…

関連キーワード 医薬品、ハーセプチン、グリベック、長谷川閑史、日本離れ、古川元久、武田薬品



主要国の医薬品の輸出入額（2010年）

百万ドル

	輸出額	輸入額	輸出－輸入
スイス	50,036	18,845	31,191
アイルランド	32,095	4,535	27,560
ドイツ	65,834	47,300	18,534
英国	33,866	23,586	10,280
ベルギー	51,441	42,346	9,095
フランス	34,353	28,389	5,964
カナダ	5,703	12,321	△ 6,618
日本	4,324	17,338	△ 13,014
米国	44,397	65,563	△ 21,166

OECD International Trade by Commodity Statistics

日本の製薬企業は生産を伸ばしている

- 日本の医薬品は貿易赤字の影の主役である

  実際には、鉱物性燃料のように20兆円の輸入超過品目や、機械類のように25兆円の輸出超過の品目があって、その総計が2.6兆円の輸入超過総額となったのであって、その額と医薬品の輸入超過額との比較をしても意味がない。医薬品は全ての輸入超過額の中の3.7%を占めているのみ。

- 国内の製薬産業は赤字産業であり、国際競争力も日本経済への貢献も乏しい

  日本の製薬企業が海外で生産して、海外で販売している額や、それが逆輸入される額は考慮されていない。日本の製薬企業は海外での生産を大きく伸ばしている。

- 輸入超過により日本の医療費を支える税金と保険料が海外に流出している

  日本の製薬企業が国内外で獲得した収益の多くは利益の形で日本国内に還流されているが、貿易統計には表れていない。

日本の法人税が割高であること、抗体医薬品を中心とするバイオ医薬品の国内基盤の整備が遅れたことは、日本の医薬品メーカーの空洞化の大きな要因。

長澤優：医薬品の輸入超過の実態 JPMA News Letter No.154(2031/03) 6-9

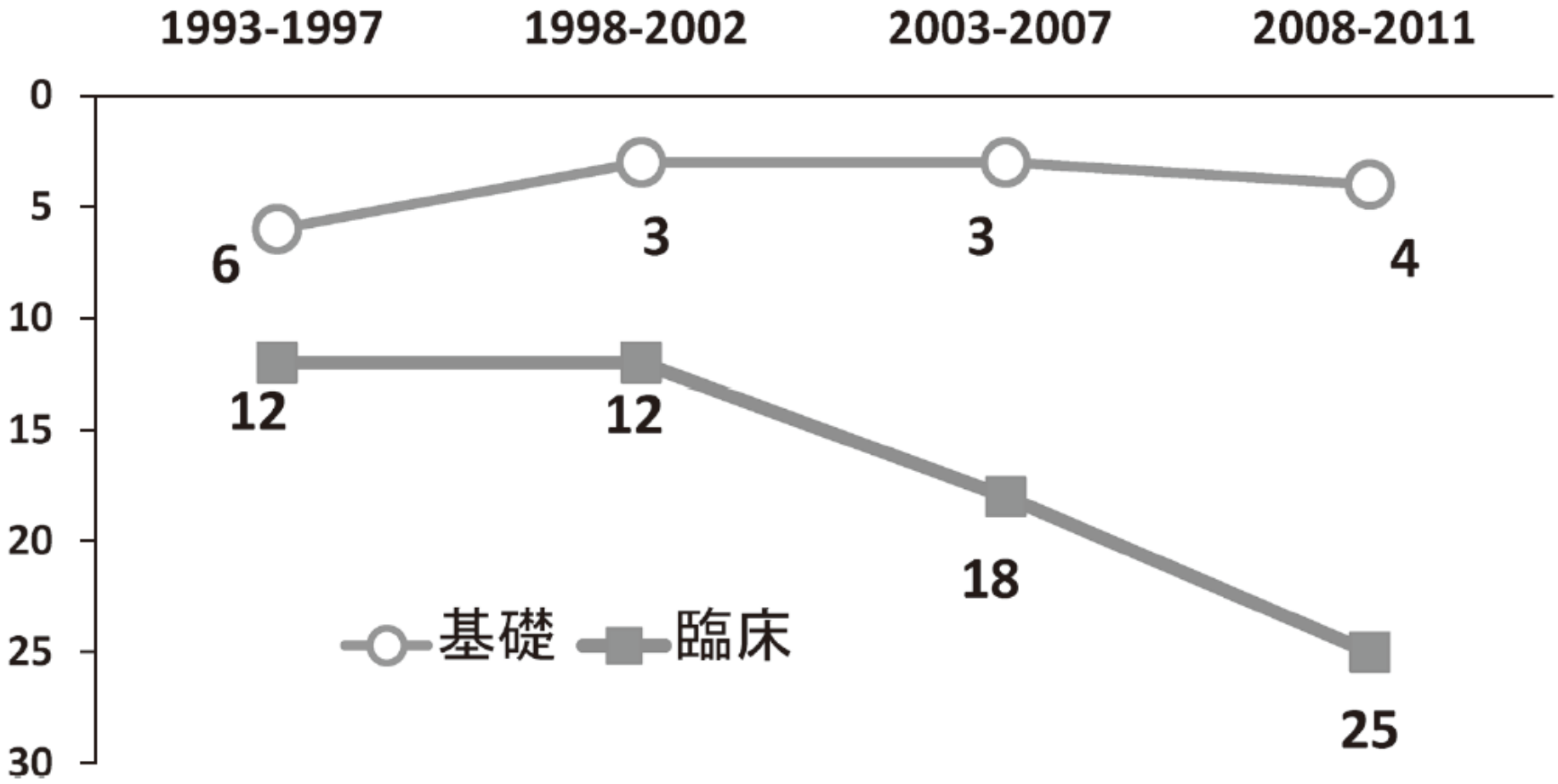
医療産業を促進するために
医療制度を根本的に改める必要があるか？

- **混合診療**を全面解禁して、自由な価格設定の医薬品、医療機器の導入を容易にし、開発研究を促進したい
- 皆保険制度に加えて**民間医療保険制度**を導入して拡充したい
- **株式会社による病院経営**を認可し、病院の運営資金を確保して経営を効率化できるようにしたい

市場原理主義的医療改革は公平で良質の医療を壊す

我々は平等性を犠牲として自由と快適さを選択したのだ。医療費を管理する必要性を大義名分として、社会的格差を拡大させ、医療費全体を膨張させる恐れのあることがわかっている改革手法を選択するとは奇妙ではないか」。（ブルーノ・パリエ『医療制度改革――先進国の実情とその課題』白水社、文庫クセジュ、二〇一〇年）

主要な基礎・臨床医学論文掲載数の国際順位の推移



基礎研究雑誌: Nature Medicine, Cell, J Exp Med
臨床研究雑誌: New Engl J Med, Lancet, JAMA　2008年より2011年の比較

辰巳邦彦　政策研ニュース No. 35, p48-49, 2012年3月

米国の大病院の職員数

	MGH	MC	JHH	CHP	VUH
ベッド数	875	1,951	892	1,334	658
職員数	16,000	26,209	7,889	11,117	5,872
1ベッドあたりの職員数	18.3	13.4	8.8	8.3	8.9

MGH: Massachusetts General Hospital
MC: Mayo Clinic, St. Mary's Hspital and Rochester Methodist Hospital
JHH: Johnes Hopkins Hospital
CHP: Clarian Health Partners (IU & Methodist Hospitals)
VHU: Vanderbilt University Hospital

米国の大病院はベッド数から見た規模は同じでも、職員数では圧倒的な差がある。ベッドあたりの職員数は5倍以上である。

永井良三「日本の医療提供体制の構造的問題」学術の動向 5:8-14, 2007
http://www.h4.dion.ne.jp/~jssf/text/doukousp/pdf/200705/0705_0814.pdf

NIH

1887年創設

27のInstitute

職員18,000人

年間予算約320億ドル

その内11%は内部予算

(約3170億円)

ベッド数（合計）	509
医師数	1200
看護師数	620
コメディカルスタッフ	450
入院　（年間）	6000
外来　（年間）	9.5万

NIH Medical Center

The Warren Grant Magnuson Clinical Center	267 beds	入院は東大の約1/8
Mark O. Hatfield Research Center	242 beds	外来は東大の約1/6

まとめ

- 皆保険制度に支えられた日本の医療は、さまざまな問題をかかえつつも、国際比較では非常に良好なレベルにある。
- 成熟社会型への病院の変化は進んだと言っても、成熟社会型の地域医療への改革はそのスタートラインに着いたばかり。
- 保険財政が苦しいという理由に基づいて、個人の医療費窓口負担を増大させる方向には大きな困難がある。
- 医療が現実の社会の中で必要とされている以上、実際に持続可能な仕組みを考えて行くことが必須である。
- 医薬品・医療機器の開発は重要であるが、研究と教育に優れているという理由で米国の医療制度を無批判に模倣すると誤る。

ご清聴ありがとうございました