

公的医療のあり方

－ 国立病院機構の現状から －

独立行政法人国立病院機構理事長

桐野 高明

今回の諮問事項では、西ヨーロッパの医療制度と日本の医療制度を対比して論じることが役割だと思うが、私自身それほど医療制度に詳しいわけではないので、国立病院機構の現状から対比し、私自身が感じた公的医療のあり方について述べる。ただしこれは国立病院機構という組織の公的見解ではなく、私の個人の意見である。

これは田中先生の受け売りにほとんど近いと思うが、「良質な医療を受けることは国民の基本的な権利の一つであって、医療を各人が個人的に購入しなければならないサービスとはみなさない」という立場に立ち、なおかつ医療を国民の権利とみなしてきた西ヨーロッパ諸国とは異なり、医療の大部分が私的医療機関によって提供される日本の現状を前提とすると、まず、医療を営利的な事業として拡大し、通常の営利企業と同様に利益の最大化を医療提供の第一の目的とする制度は、第一の前提に反する。2番目に、一方、第二の前提のまま、第一の前提を堅持とするならば、私的な設置形態の医療機関も公的役割を担うことが、本来公的な側面の非常に強い事業である医療の特性からいって避けることはできない。3つ目、以上より、その設置形態に依らず、公的病院と民間の病院との役割は必然的にかなり類似したものとならざるを得ない。さまざまな設置形態の病院が同じような公的役割を担いながら、それぞれの周辺地域を担当するということになるのは、日本のような考え方だと必然の方向だ。4つ目、一方、病院は医療の質の向上と患者サービスの改善のために競争することは避けられない。公的設置形態の病院が一方向的に公的資金援助を受ける体制であるとするならば、フェアな競争はできない。したがって、公的資金を受ける場合には公的設置形態の病院であっても明瞭な説明責任を伴う。最後に、公的病院はその診療業務の大部分において、民間の病院と全く同じ共通の基盤に立って良質な医療の提供に努めることになっている。一方、その根幹においては公的な役割、例えば研究事業や教育事業、危険を伴う感染症制御、災害支援などの医療、民間だけに委ねると必ずしも実施されないような医療を、その設置目的に沿って提供する義務がある（図表1）。

こうした状況にあるのが日本の公的な医療の現状だ。図表2は毎年発行される『業界地図』という本の一部であるが、上に公的と言われる病院が

図表1

「良質な医療を受けることは国民の基本的な権利の一つであって、医療を各人が個人的に購入しなければならないサービスとはみなさない」という立場に立ち、

医療を国民の権利とみなしてきた西ヨーロッパ諸国と異なり、医療の大部分が私的医療機関によって提供されている日本の現状を前提にすれば、

- 医療を営利的な事業として拡大し、通常の営利企業と同様に、利益の最大化を医療提供の第一の目的とする制度は第一の前提に反する。
- 一方、第二の前提のまま、第一の前提を堅持するならば、私的な設置形態の医療機関も公的役割を担うことが、本来公的な側面の非常に強い事業である医療の特性からいって避けることができない。
- 以上より、その設置形態に依らず、公的病院と民間の病院との役割は必然的にかなり類似したものとならざるを得ない。さまざまな設置形態の病院が同じような公的役割を担いながら、それぞれの周辺地域を担当することになることは必然である。
- 一方、病院は医療の質の向上と患者サービスの改善のために競争を避けることはできない。公的な設置形態の病院が一方的に公的資金援助を受ける体制であれば、フェアな競争はできない。公的資金を受ける場合には明瞭な説明責任を伴う。
- 公的病院はその診療業務の大部分において、民間の病院と全く共通の基盤に立って良質な医療の提供に努めることになる。一方、その根幹においては公的な役割、例えば研究事業、教育事業、危険を伴う感染症制御、災害支援などの医療、民間だけに委ねると必ずしも実施されない医療を、その設置目的に従って、提供する義務がある。

1

図表2

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	社会保険病院 健康保険制度の福祉施設として設置	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 34 病床数 13,225	病院数 51 病床数 14,082	病院数 144 病床数 55,996
自治体病院 赤字の病院の割合が4年連続で7割超	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	国立大学病院 医学教育・研究、高度医療の中心
病院数 985 病床数 235,894	病院数 108 病床数 54,687	病院数 48 病床数 32,779
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	済生会 明治天皇の済生勅諭により設立	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 111 病床数 35,832	病院数 80 病床数 22,200	病院数 92 病床数 37,264
主な民間病院		
上尾中央医療グループ	IMS(イムス)グループ	徳洲会グループ
病院数 26 病床数 6,094	病院数 32 病床数 8,604	病院数 67 病床数 16,529
国際医療福祉大学・高松会グループ	地域医療振興協会	戸田中央医療グループ
病院数 10 病床数 2,562	病院数 20 病床数 4,225	病院数 24 病床数 4,216

平成24年1月
一日平均
入院患者
43,696人
一日平均
外来患者数
49,158人

2

並び、下に民間の病院グループが並んでいる。大きなグループの病院を取り上げたのだろう。編集方針はわからない。しかし、上には労災、社会保険、国立病院機構云々となっていて、国立病院機構は、現在、1個だけ統合したので143病院となっている。約56,000床のベッドを持っていて、入院患者は約44,000人、外来が約50,000人である。国立病院機構のところに、「旧陸・海軍病院が発祥で、現在は独立行政法人」となっているのは、昔陸・海軍の病院で、昭和20年11月30日に日本帝国陸海軍が消滅したが、その翌日に病院だけは厚生省（当時）に移管になって普通の病院になったという意味である。

公的医療機関という言葉が医療法第31条に定めてあって、公的医療機関なるものの名前は都道府県・市町村の開設する病院または診療所、そし

図表3

<p>公的医療機関（医療法第31条）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県、市町村の開設する病院又は診療所 ● 厚生労働大臣が定める者の開設する病院又は診療所 <p>地方公共団体の組合 国民健康保険団体連合会・普通国民健康保険組合 日本赤十字社 社会福祉法人恩賜財団済生会 厚生（医療）農業協同組合連合会 社会福祉法人北海道社会事業協会</p>	<p>NC 国立病院 労災病院 社会保険病院 国立大学病院 私立大学病院 は入らない？</p>	3
---	---	---

図表4

<p>国立病院、国立療養所の創設</p> <p>昭和20年12月旧陸海軍所属の病院および傷痍軍人療養所などをもとに発足</p> <table border="0"> <tr> <td>陸軍病院</td> <td>102</td> <td>分院</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>海軍病院</td> <td>17</td> <td>分院</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>昭和22年4月日本医療団の結核療養施設を移管し、国立療養所として運営</p> <p>診療実施に関する注意事項 昭和20年12月</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 国立病院は国民の病院にして国民は我等の患者なり。この際軍服と階級的、官僚的意識とを一擲し、患者並びに地方民に対しては温情と熱意をもて接すること極めて大切なるべし。 ● 我等は本邦医療体系の画期的前進の第一歩を踏み出したる国立病院職員として、理想的指導的国立病院の完成に全員一丸となりて邁進するの気魄を以て完務に当られたし。 	陸軍病院	102	分院	22	海軍病院	17	分院	5	4
陸軍病院	102	分院	22						
海軍病院	17	分院	5						

て地方公共団体の組合、健保連、日赤、済生会、厚生連、こういうものを公的病院と言うそう（図表3）。したがって、ナショナルセンターや国立病院、労災病院、社会保険病院、国立大学病院、私立大学病院は入らないということになり、この定めのために県によっては、国立病院機構の病院は公的医療機関ではないので、例えば地域枠の奨学金を受けていた方が勤務する権利がないとする県がある。しかしこれは間違いで、医療法31条で決めたのは、国がもともと厚生省（当時）が直接制御できないが、病床数の制限をするときに必要であるために定めた法規であるということだそう。

昭和20年に陸軍病院が102、海軍病院が17、その他傷痍軍人療養所などが軍の病院から国民の病院としてスタートした（図表4）。その後、昭

和 22 年には日本医療団にあった結核療養所が移管され、250 ぐらいの国立病院・国立療養所ができた。もちろん、傷痍軍人療養所や結核療養所などなので、かなりの病院は本当に山の奥のほうにあるのが通例である。軍医と軍の看護師がそのまま続けて国立病院を運営することになったので、厚生省（当時）としては心配し、昭和 20 年 12 月に、「国立病院は国民の病院にして国民は我等の患者なり。この際軍服と階級的、官僚的意識とを一擲し、患者並びに地方民に対しては温情と熱意をもて接すること極めて大切なるべし。我等は本邦医療体系の画期的前進の第一歩を踏み出したる国立病院職員として、理想的指導的国立病院の完成に全員一丸となりて邁進するの気魄を以て完務に当たられたし」。という布告を公布し、注意を喚起した。

その後はごく普通の地域病院として国立病院はスタートしたが、昭和 60 年ころになって高度経済成長が進んでいくと、決して国立病院だけに頼らなければいけないという状況ではなくなってきた。場合によっては、国立病院機構は無駄であるとも言われた。なぜなら、この当時は、最大時で、250 の国立病院に対して国は 2,000 億の財政支援をしていたからだ。国立病院機構が法人化をする前には 500 億ぐらいまでに減っていたが、そのような財政注入をして運営していた。そこまでするのであれば、国立病院・療養所は役割を高度先駆的医療等の政策医療に絞っていけといわれた。高度先駆的医療って何かよくわかりにくい、少し難しい医療をやいなさいということなのであろう。それで、国立病院・療養所を、ナショナルセンター、基幹施設、高度総合診療施設、専門医療施設、総合診療施設などに類型化してそれ以外のものは統廃合しなさいということが決まり、

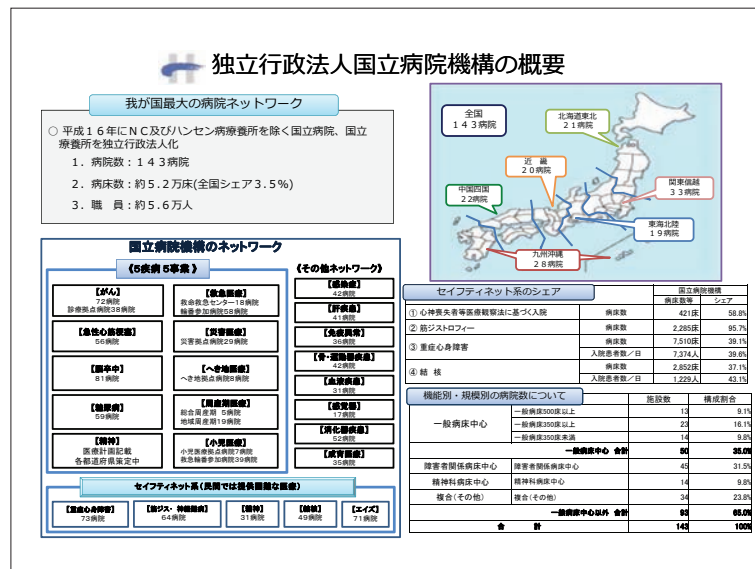
図表5

<p>昭和60年3月28日『国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針』</p> <p>一、国立病院・療養所の役割を高度先駆的医療等の政策医療に必要な臨床研究、教育研修等に専門化し、地域における一般医療の提供は基本的には、私的医療機関および地方公共団体等の公的医療機関に委ねること。</p> <p>二、国立病院・療養所を①ナショナルセンター、②基幹施設、③高度総合診療施設、④専門医療施設、⑤総合診療施設の五つに類型化し整備すること。</p> <p>三、統廃合を行うものは、①近隣に類似機能をもった相当規模の医療機関があり、病床数等からみて国立病院・療養所としての機能をはたすことが難しいもの、②近接して国立病院・療養所があり、統合した方がより機能充実がはかられるものとする。</p> <p>四、経営委譲を行うものは、地域住民の一般的医療の確保の役割は果たしているが、病床数、診療機能、診療圏等を総合的に勘案して国が直営するよりも他の経営主体が経営することが適切と考えられるものとする。</p>	5
---	---

この時期に250ぐらいあった国立病院を100統廃合して約150までスリム化した(図表5)。これは結構大変なことだったらしい。

現状をみると、平成16年に独立行政法人化したのが、普通の場合は民間型のはずなのだが、国立病院機構は不思議なことに公務員型の独法(特定独法)で、143病院、5.2万床、職員が56,000人ということで、がん・救急医療等を行っている。セイフティネット系のシェアとあるが、心身喪失者等医療観察法に基づく入院が全国の患者の約60%、筋ジストロフィーは96%、重症心身障害は約40%、結核は40%ぐらいを国立病院機構が診ている(図表6)。したがって、病院には非常にいろいろなバリエーションがあって、500床以上の大きな病院が約13あるが逆に小さな国立病院機構の病院も多い。

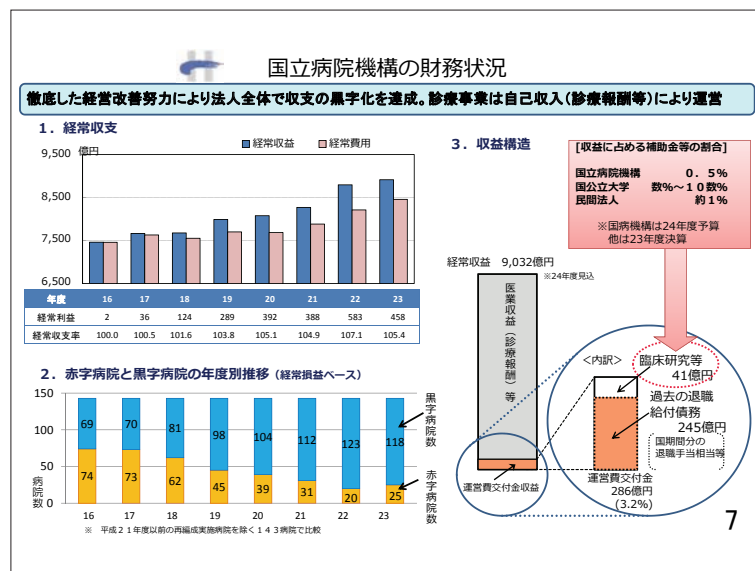
図表6



財務状況を見ると、最初は半分以上が赤字病院であったが、それぞれの病院の院長に権限を付与して、かつ建物整備を含めて独立採算でやっていくというやり方を採用した結果、現在は118が黒字で、25が赤字という状態だ（図表7）。それを全部合わせると、全体として約500億の黒字であるが、全体が9,000億ぐらいの医療収益であり、500億の黒字は減価償却、つまり建物の償却分が非常に少ないことにもよっている。つまり、古い建物が多く減価償却分が少ないので、利益が非常に大きく出る傾向にある。

収入の内訳を見ると、ほぼ医業収益であり、運営費交付金も受けているが、これは過去債務、つまり国が本来は引当をするべきであった退職金分を後で積んでくるといってお金だけで、純然としてもらっているものは臨床

図表7



図表8

公的医療の非市場主義的な運営は可能

- 皆保険制度のもとに医療が運営されている西ヨーロッパの諸国では、公的設置形態の病院が大部分である。
- 米国の中でも、完全に公費で運営され、かつては「悪い病院」の見本のように思われていたVA Hospitalsが、全国共通の診療情報システムVistAを導入して以来、その診療実績はアメリカの有名病院とならんで高く評価されている。
- 社会主義国のキューバでは、プライマリケアに重点を置いた医療が国の事業として推進されていて、安い医療費にもかかわらず、高い健康達成度を示している。
- 日本では、公的設置形態の病院に加えて、多くの私的な団体の設置による病院も公的な医療という意味では、大きな役割を果たし、非営利の原則で運営されている。

8

研究等の経費 41 億だけである。診療に関しては 1 円も国から受けていないし、建物整備も我々が独力でやっている。

ここで、公的医療の非市場主義的な運営をやっているのが多くの国の常識であり、皆保険制度の下に医療が運営されている西ヨーロッパの諸国では公的設置形態の病院が大部分である（図表 8）。米国の中でも、完全に公費で運営され、かつては「悪い病院」の見本のように映画などで扱われていた VA Hospitals（米国退役軍人病院）は、全国共通の診療情報システム VistA を導入して以来、その診療実績はアメリカの有名病院と並んで高く評価され、そのランキングは、Johnes Hopkins や MGH と並ぶぐらゐの高さにある。それから、日本とは全く異なるが、社会主義国のキューバでは、プライマリ・ケアに非常に重点を置いた医療が国の本格的な事業として推進されていて、安い医療費にもかかわらず、高い健康達成度を示している。ちなみに、乳児死亡率などは米国よりキューバのほうが圧倒的に上である。日本では、先ほど述べたように、公的設置形態の病院に加えて、多くの私的な団体の設置による病院も公的な医療という意味では、大きな役割を果たし、非営利の原則で運営されている。

図表 9 は VistA というアメリカの退役軍人病院を紹介したスライドである。電子カルテが全国どこの VA Hospital でも見られる状況で、日本の大病院の電子カルテに比べると、決してそれほどいいものではないにもかかわらず、電子情報の利用により医療内容が非常によくなっているということで、『BEST CARE ANYWHERE』という本で紹介されている。

図表 9

Vista
(Veterans Health Information System and Technology Architecture)

米国VA病院（800万人を超える退役軍人と18万人の職員、163病院、800以上のクリニックおよび135のナーシングホーム）で用いられている電子カルテ

実績

- VistaAは毎年約6%効率性を向上させた。
- 薬剤の処方正確率は99.997%となり、公的病院の様々な基準でVA病院が高い水準であることを示した。

患者はどこからでも自分の情報を見ることができる

患者ポータル

医師入力画面

図表 10、11 はキューバの医療を紹介している。下に書いてある文字の説明の部分は在外公館、日本の外務省の紹介文である。キューバ医療は、確かに大変充実した医療の内容で、政府自身による標準的医療情報の提供と電子カルテ、それからワクチンを自ら開発して予防医療に努めているなどの非常に成果を上げている。ただこれは、日本の医療に比べるとプライマリ・ケア中心で、急性期医療についてどの程度なのかちょっとわからない面もある。したがって、米国でも VA Hospitals のような成功モデルはあるし、途上国でも成功モデルはある。そこでは医療情報の IT 化とプライマリ・ケアの重視、それから業務を担当する職種が非常に充実しているという特徴がある。

図表 10

カリブ海最大の島国で、面積は日本の本州の半分に当たる約110,922平方キロメートル。人口は1,124万人。言語はスペイン語。

LinuxベースのSimpleなシステムでもここまでできる

政府による標準的医療情報の電子的提供

ワクチンをはじめとした予防医療

「医師」・ワクチンなどを輸出

1959年の革命以降、予防医療に積極的に取り組み、母子保健や高齢者事業およびワクチン接種による疾病予防を徹底し、乳幼児死亡率 4.8、平均寿命77歳、医学校24、医師76,506名(医師1人当たり住民147人)、歯科医師数12,144名(歯科医師1人当たり住民925人)、病院215、ポリクリニック488、ファミリードクター診療所11,456、薬局2,117、血液銀行26など中南米諸国の中では医療先進国に位置づけられます。キューバ国民の医療費は無料。
(在外公館医務官情報)

10

図表 11

米国でも途上国でも、成功モデルはある

- 医療情報のIT化
- プライマリ・ケアの重視
- 業務を担当する職種の充実

11

図表12



図表13

基幹的大病院だけでは医療は完結しない

- 基幹的な急性期病院については、集約化・集中化の方向が各地で進んでいる。異種間の統合の動き、自治体病院の地方独立化などの動きも進んでいる。
- 一方、小規模病院の人材確保が非常に困難になっている。医師不足は、都市部と地方との奪い合いというよりは、大規模急性期病院の急速な拡大による面も大きい。
- 地域の医療+介護を推進できる人材を今後十分に確保できるかどうか重要なポイント。

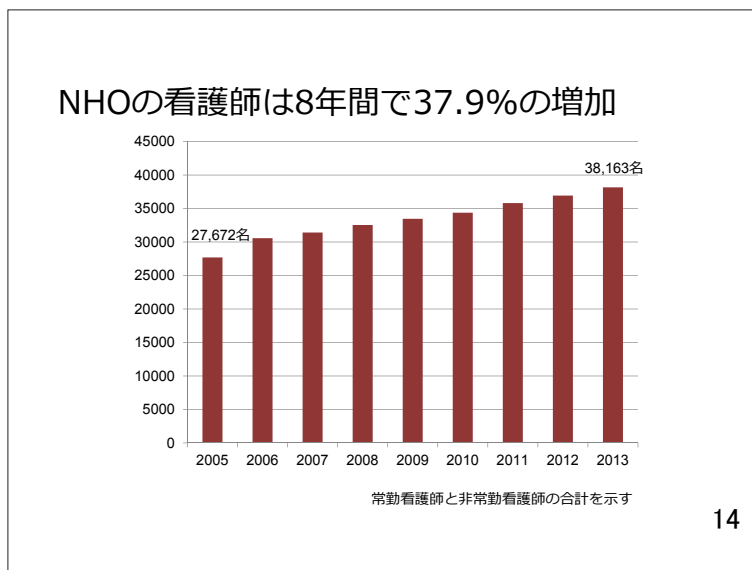
13

図表12、13は、例えば二次医療圏が3つあり、北は日赤が基幹的な病院、西は国立病院機構の病院が基幹的病院、東は県立病院が基幹的であるとすると、設置形態が全然違うが、例えば5疾患・5事業をどの病院もやっているし、それから地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域救命救急センター、それぞれが担当していて全く同じようなことをやっている。そういう県が幾つもある。こうなると、設置形態というようなことは余り関係なく、例えば一部の県では、この県の病院の代わりに個人の医療法人がやっている病院が担っているという県もある。こういう基幹的な病院のあり方を実現するために、異種統合などもなされている。例えば市の病院と県の病院が比較的近くにあった場合に、県の病院のほうを急性期型の大きな病院にして、もともとあった市の病院は療養型に変えるというよ

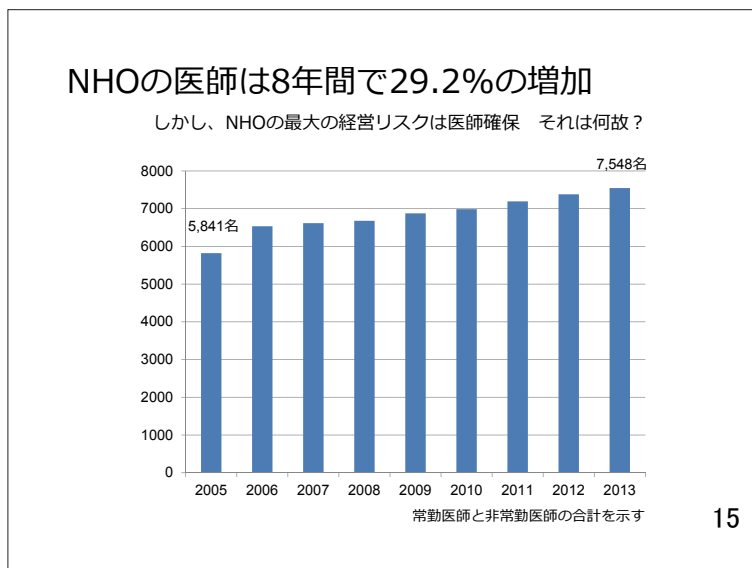
うな異種統合をやっているところもある。徐々にそうした形になっていて、今後はまるで設置形態の違うところが統合することもあるだろう。もちろん医療の質の向上のための競争はするとしても、生き残りをかけた競争というのは、病院の間では余り有益ではないので、統合するというインセンティブが、恐らく医師不足ということもあって進んでくるのではないかと思う。基幹的な急性期病院については集約化・集中化の方向が各地で進んでいる。異種間の統合の大きい自治体病院の地方独法化などの動きも進んでいる。一方、小規模病院の人材確保が非常に困難になっていて、医師不足は都市部と地方との奪い合いというよりは、大規模急性期病院の急速な拡大によるという面も非常に大きい。地域の医療と介護を推進できる人材を今後十分に確保できるかどうか重要なポイントだと思う。

国立病院機構の人材は、2004年（平成16年）に法人化してから非常に増えており、例えば看護師は2005年から2013年までの8年間で約40%の増加をしている（図表14）。もちろん、これには7対1の影響があるが、どこの病院も、特に大きな急性期病院では非常に増やしている。医師も、やはりこの8年間で30%増加しており、2013年にはNHO（国立病院機構）の医師は7,548名となっている（図表15）。しかし、国立病院機構の最大の経営リスクは、医師確保ができないということであって、医師の確保ができさえすればうまくいく病院が大部分だ。さきほどのグラフで示したように、二十幾つの病院がまだ赤字であって、その原因の大部分は十分な医師が確保できないことによるものだ。

図表14

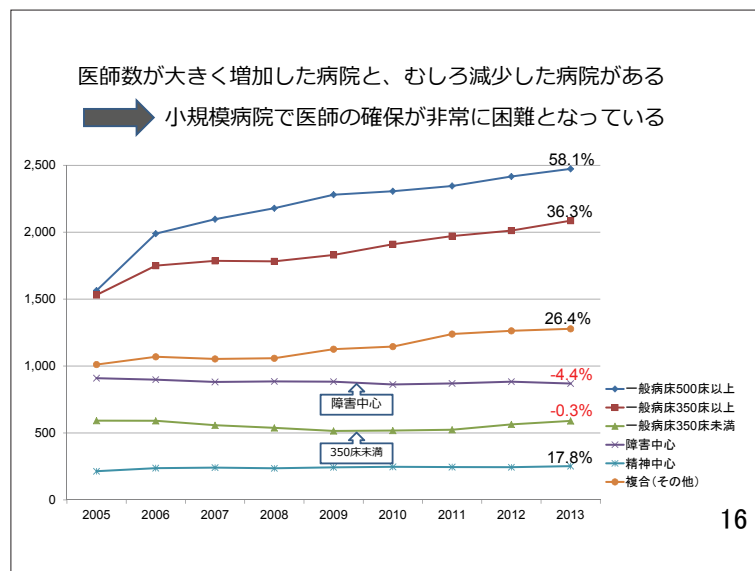


図表15

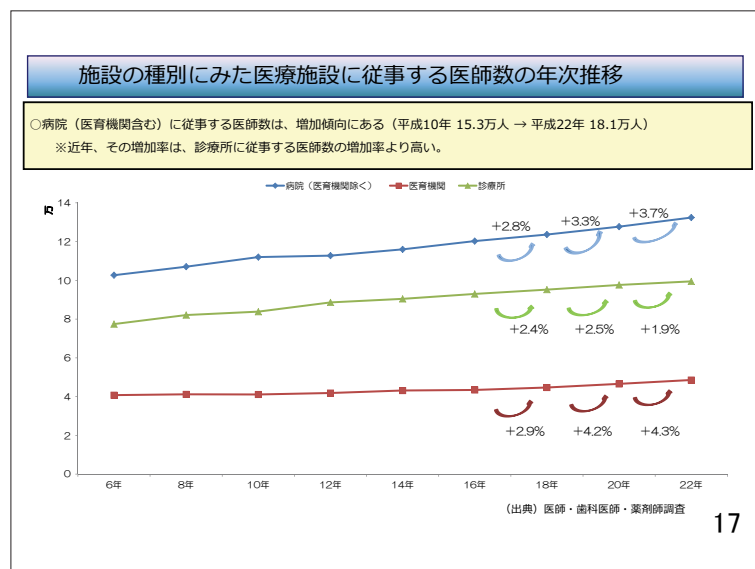


どのような病院で医師が増えていてどのような病院で医師が増えていないのか（図表16）。国立病院機構のなかには500床以上の急性期病院、350床以上の一般急性期病院があり、どちらも医師数を増やしているが、特に500床以上の急性期病院は60%も医師を増やしている。しかし、障害中心、つまり筋ジストロフィーや難病あるいは重症心身障害のような医療を主にやっている病院はむしろ医師を減らしているし、小型の病院は医師の確保に非常に苦労している。これを国立病院機構だけの問題かと思い、日本全国で見ても、病院に従事する医師は増加傾向にある（図表17）。診療所も徐々に増えているが、上昇のカーブは病院のほうが大きい。したがって、かつて心配されたような、病院の医師がどんどん減って診療所の医師がどんどん増えるというような、いわゆる立ち去り型の移動は起きていない。

図表16

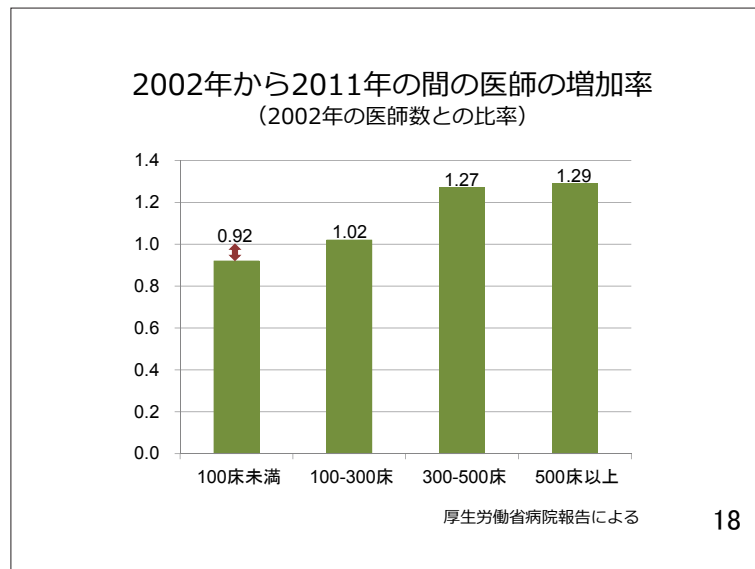


図表17



全国の病院でも、2002～2011年の間の医師の増加は500床以上では約30%で、300～500床でもやはり似たような傾向にある（図表18）。ところが、100床未満はむしろ減っている。さらに詳しく見ると、2000年と2011年の各病床規模別の医師の総数では、図表19の通り。900床以上はもう飽和してしまったためか、さほど増えていないが、大体400床ぐらいのところから899床までは非常に医師を増やしていて、小さな病院は減っている。減っているというのは、この100床ぐらいから移動したというよりは、多分補充できないからであろう。つまり定年でお辞めになった後を補充できないという状況がある。

図表18



図表19

病床規模別医師数（常勤+非常勤）

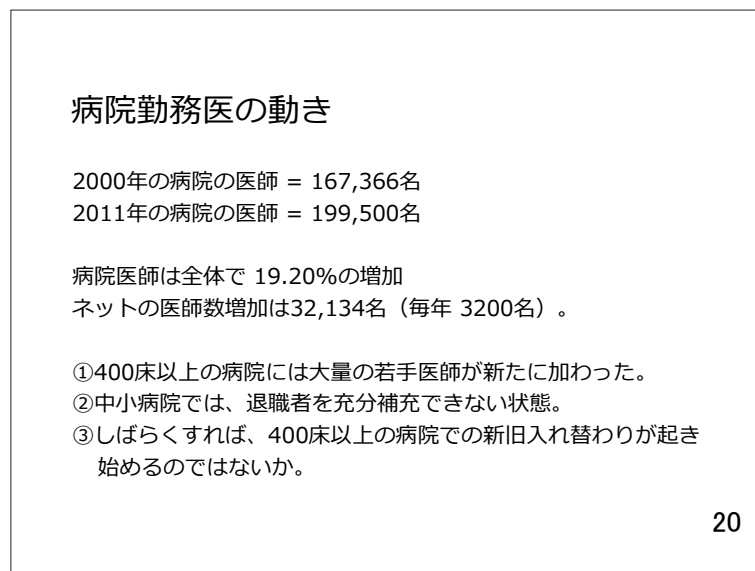
病床数	2000年	2011年	変化率
100床未満	21,306	19,613	-7.9%
100-199床	26,853	31,088	15.8%
200-299床	19,005	20,532	8.0%
300-399床	21,884	25,494	16.5%
400-499床	15,360	21,672	41.1%
500-599床	12,380	18,388	48.5%
600-699床	14,198	18,870	32.9%
700-799床	7,624	10,475	37.4%
800-899床	6,197	8,943	44.3%
900床以上	22,559	24,425	8.3%

厚生労働省 病院報告 **19**

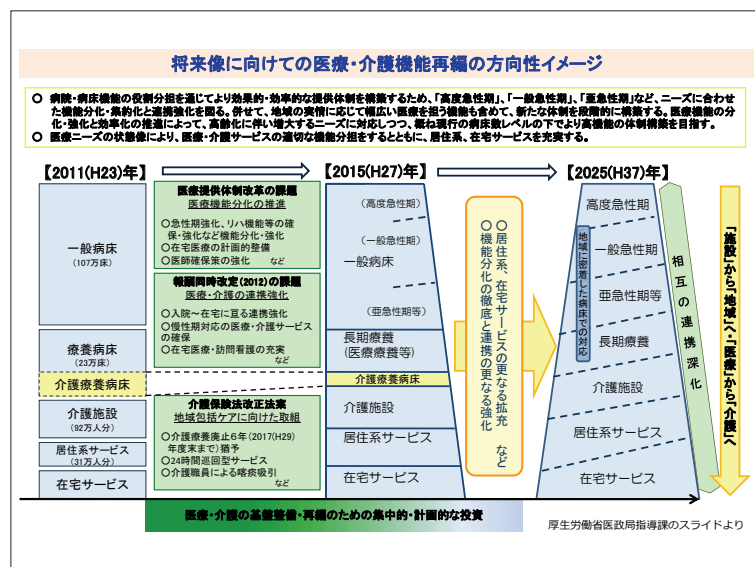
2000年の病院の医師数は167,366名であるが、2011年は199,500人、約20万人で、病院全体としては20%の増加をしている（図表20）。ネットの医師数の増加は毎年3,200人、400床以上の病院には大量の若手医師が新たに加わっている。中小病院では退職者を充分補充できない状態だ。ただ、このまま行くと、大病院でも補充した大量の若手はだんだん上級になって外の病院に流れていくので、もうあと5年ぐらいすれば400床以上の病院での新旧入れ替わりが起き始めるという可能性があると思う。

図表21は厚労省のスライドである。図表21のとおり、高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期療養、介護、居住系、在宅サービスと、こういう病床の分類で仮に行くとすれば、どう見ても下のほうに人数が多くなっているということに注意する必要がある。

図表20



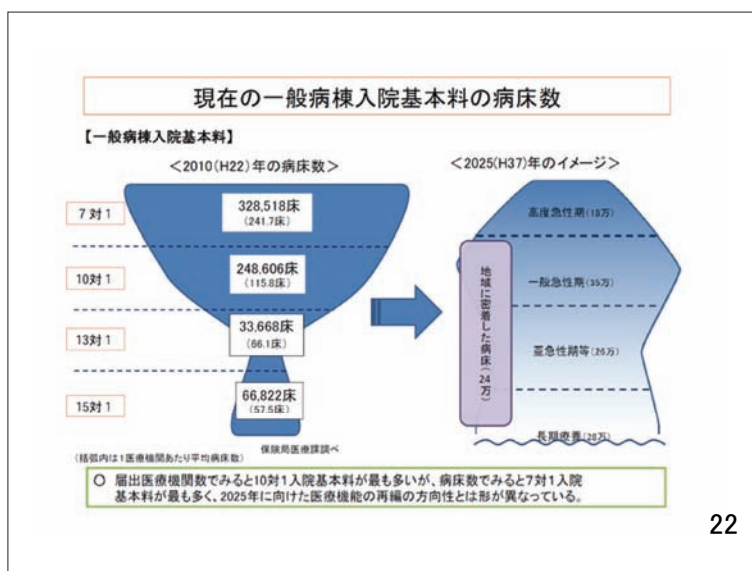
図表21



現状は図表 22 のような状態であって、本当に一番必要なところは、亜急性期、長期療養の医療機関であるがそこは充分できていない。我々としても公的医療機関がここをどうするかというのはとても難しく、これは日本全体及び医師会の先生方は提言をしていただいてお考えいただくのが良いと思う（図表 23）。

急性期医療の充実に加えて地域医療の能力を飛躍的に拡大し、医療と介護をシームレスにつなげる地域包括ケアを充実させることが喫緊の課題というふうに言われており、そのためには、大量のマンパワーの充実が必要で、特にいわゆる総合診療医（かかりつけ医）やチーム医療を担当できる看護師の養成が急務だと思う。しかしそのためには、医師の側から言えば、総合診療医のアイデンティティーの確立が必須で、その担当する領域は他

図表22



図表23

これからの医療に何が必要とされるのか

- 急性期医療の充実に加えて、地域医療の能力を飛躍的に拡大し、医療と介護をシームレスにつなげる「地域包括ケア」を充実させることが喫緊の課題
- そのためには、大量のマンパワーの充実が必須。特に総合診療医とチーム医療を担当できる看護師の養成が急務
- しかし、そのためには、総合診療医のアイデンティティーの確立が必須。その担当する領域は他の診療科と同じ専門性の高い専門領域であり、医師が生涯誇りを持って仕事をするべき一流の領域である、という共通認識が必須
- 日本では明治維新より、医学においては「治療有効性」によって優劣を決める基本的考え方が貫徹しており、意識の変革のためには、多大の努力が要求される
- この急性期重視、専門性の重視を否定するのではなく、総合的な診療能力の高さもそれと全く同等のものとして評価する仕組みが必要

23

の診療科と同じ専門性の高い専門領域であって、医師が生涯誇りを持って仕事をするべき一流の領域であるという共通認識が必須である。日本では、明治維新より、医学においては治療有効性によって優劣を決めるという基本的考え方が貫徹しており、意識変革のためには多大な努力が要求される。この急性期重視、専門性の重視を否定するのではなく、総合的な診療能力の高さもそれと全く同等のものとして評価する仕組みが必要である。

ここから先は余談であるが、明治期までは漢方医が大部分であった。華岡青洲は純然たる漢方医で、教育の仕方もまるで伝統的で一子相伝門外不出型、人には教えるなよという言い方である。大阪に華岡青洲の塾はあったが、同じく大阪で緒方洪庵が開いた適塾はまるで異なり、日本全国から様々な質問が手紙という形でやってくるのに対して、緒方洪庵はほとんどお金も取らずに完全にオープンで教えていた（図表24）。そのとき一番西洋医学を漢方よりも優れたものと認定させた最大の要因は、種痘である。緒方洪庵は種痘の専門家であり、日本全国を渡り歩いて種痘を広げた。種痘は、人類が開発した最高の治療法であり、安いうえに簡単で有効性も抜群で、かつその原因疾患を駆逐したわけなので、これほど優れた医療はない。それは東京でも盛んになり、お玉ヶ池種痘所ができて、ここが中心になって関東から北は種痘が行われるようになった（図表25）。一部の医師は北海道まで行ってアイヌの人たちにこの種痘を施したと言われている。大槻俊斎が手塚良仙と一緒に、江戸の開業医80名が発起人となってお玉ヶ池種痘所をつくったというふうに言われている（図表26）。

図表24



図表25



図表26



東日本大震災のころは新宿の国立国際医療センターにいたが、救援隊で石巻まで行った。東松島の矢本というところで、矢本の保健相談センターを根城に支援活動をしていが、その庭にひっくり返った銅像があった（図表 27）。近くに寄ってみたら、驚いたことにこの銅像は大槻俊斎の銅像で、碑文にいわく、「大槻俊斎先生は文化元年矢本町、つまりこの近くで生まれた人である。向学の熱情に燃え江戸に出て手塚良仙先生に蘭学による医学を学んだ。」ずっと読んでいくと、「安政5年神田お玉ヶ池に種痘所を創設し、以後、その実績が認められ、官立に昇格、さらに西洋医学所、医学校を経て、今日の東京大学医学部へと発展したものであり、まさに我が国近代医学の草分け的存在であります」と書いてある。これは東大の卒業生はみんな知っていることだが、東京大学医学部というのは80人の開業医の先生がつくった大学なので、もともとは決して官立ではない。

公的病院は、人材育成の役割を今後担っていかねばいけない（図表 28）。総合診療医の担当する領域は他の診療科と同じ専門性の高い領域であり、医師が誇りを持って仕事をするべきである。これは非常に重要で、こうした基本的な考え方で出発しない限り、今後が難しいのではないだろうか。総合診療医、これは今までのような大学の総合診療科というようなやり方でいけるかどうかかわからないが、総合診療医の希望者も大学や公的病院を最初のキャリアの場として選ぶことが多いので、大学や公的病院には総合診療医の教育、そのキャリアにつながるトレーニング・システムを今後備えていく必要があると思う。大学や公的病院だけでは総合診療医の教育を完結させられないのは当然であろう。

図表27



さらに、公的と称するところには臨床研究を推進する役割があり、公的病院では医薬品や医療機器の開発のための研究や医学的エビデンスを確立するための研究を推進することは期待されている（図表29）。ただ、「やたらと医薬品の貿易赤字があるからちゃんとやれ」と煽るのは問題だ。正面から「産業としての医療」に向き合うのでなければ、新薬や医療機器の開発に本気で取り組むほかはない。それから、医薬品や医療機器の開発をするとすると、アメリカの開発システムが合理的なので、そのシステムをコピーして日本に入れようという、つまりわかりやすく言うと医薬品価格の自由化や株式会社の病院経営、混合診療の解禁というようなことになるが、そうしたやり方では保険医療制度は壊れるので、国民にとって広く受け入れられる開発方式を同時に工夫することが必要だ。

図表28

公的病院は人材育成の役割も大きい

- 総合診療医の担当する領域は他の診療科と同じ専門性の高い専門領域であり、医師が生涯誇りを持って仕事をするべき一流の領域である、という共通認識が必須
- 総合診療医の希望者も大学や公的病院をキャリアの最初の場所として選ぶことが多い
- 大学や公的病院には、総合診療医の教育、そのキャリアに繋がるトレーニング・システムが必要
- しかし、大学や公的病院だけでは、総合診療医の教育を完結させることはできない

28

図表29

公的病院と臨床研究の推進

- 公的病院では、医薬品や医療機器の開発のための研究や、医学的エビデンスを確立するための研究を推進することが期待されている。
- やたらと「医薬品の貿易赤字」をあおるのは問題だ。
- 正面から「産業としての医療」に向き合うのであれば、新薬や医療機器の開発に本気で取り組む他はない。
- それも保険医療制度を破壊せずに、国民にとって広く受け入れられる開発方式を工夫することが必須である。

29

これは日経が2012年に出した、日本の医薬品の貿易赤字は大きいという記事である（図表30）。日本は医薬品の開発をしないと大変だと書いてある。もちろん、そういう面もある。ここでは医薬品の輸入が拡大していて、新規開発で欧米の後手に回っており、海外から高価な抗がん剤などを買う必要があるために輸入が一層上回っている。2011年には10年前の5倍の1兆3,600億円で、日本の貿易赤字の隠れた主役になっていることを日本経済新聞がいった。ところが図表31ではOECDの2010年の主要国医薬品輸出入額であるが、スイスが第1位なのはわかるが、2番目はアイルランドだ。アイルランドは薬の開発なんてしていない。続いて、ドイツ、英国、ベルギー、フランスとなっている。赤字の大きい国は、日本よりアメリカである。アメリカが最大の薬の輸入国で、日本も相当輸入

図表30



図表31

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

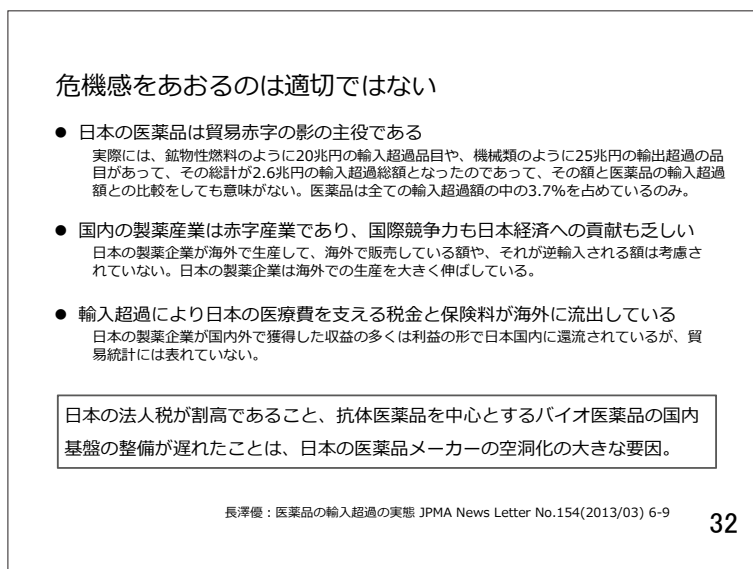
OECD International Trade by Commodity Statistics 31

している。これはなぜなのか。

長澤優氏が書いた論文の受け売りであるが、日本の医薬品は貿易赤字の「陰の主役」であるというのは、完全な誤り（図表 32）。実際には、鉱物性燃料、つまり石油のように 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はない。医薬品はすべての輸入超過額累積の 3.7% を占めているのみである。それから、国内の製薬産業は赤字産業であって、国際競争力も日本経済への貢献も乏しいというのは、これもうそであって、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。だから、アメリカはあれだけ大きな赤字国になる。日本の製薬企業は海外の生産は大きく伸ばしている。それから 3 番目に、輸入超過による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。これも必ずしも本当ではなく、日本の製薬企業は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。ただし、長澤氏が言うことは、日本の法人税が割高であるために生産拠点が海外に行くこと、それから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ていること、これが日本の医薬品メーカーの空洞化の大きな要因であると言っているが、これは本当だろうと思う。

それから、もう 1 つ、大学や研究機関のパワーが落ちているということは大問題である。これは 1 つの統計にしかすぎないが、2012 年に基礎研究と臨床研究の主要なプロダクトの国際順位を見たものである

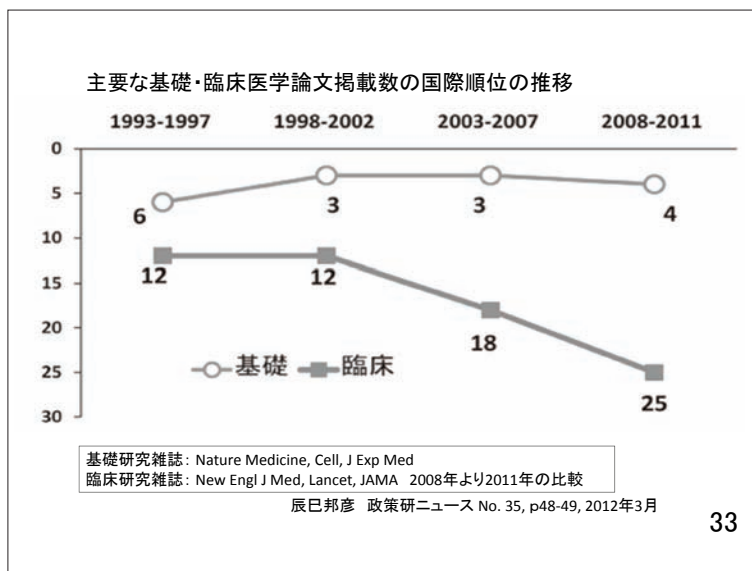
図表32



(図表 33)。日本は基礎研究はかなり高く、臨床研究はそれほどないと言われていたが、基礎研究はそれほど落ちていないのに、臨床研究はどんどん落ちている。この原因の1つは、中国を初めとする新興国が追いついて追い抜いているということがあるだろうし、その背景には、やはり投下される資金に相当違いがあるということもある。

それから、アメリカの大学が頑張っているから日本の大学も頑張れと言われても、同じ組織でないので、そこを比較されるのは非常に困る。例えばアメリカの大病院である、Massachusetts General Hospital (MGH)、Mayo Clinic、Johnes Hopkins をみると、ベッド数は 875、1,951、892 と、極端に多くはない (図表 34)。しかし米国の大病院は、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り、ベッド当たりの職員数は

図表33



図表34

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 Hospital and Rochester Methodist Hospital
JHH: Johns 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課題」学術の動向 5:8-14, 2007
http://www.h4.dion.ne.jp/~jsst/text/doukouusp/pdf/200705/0705_0814.pdf

34

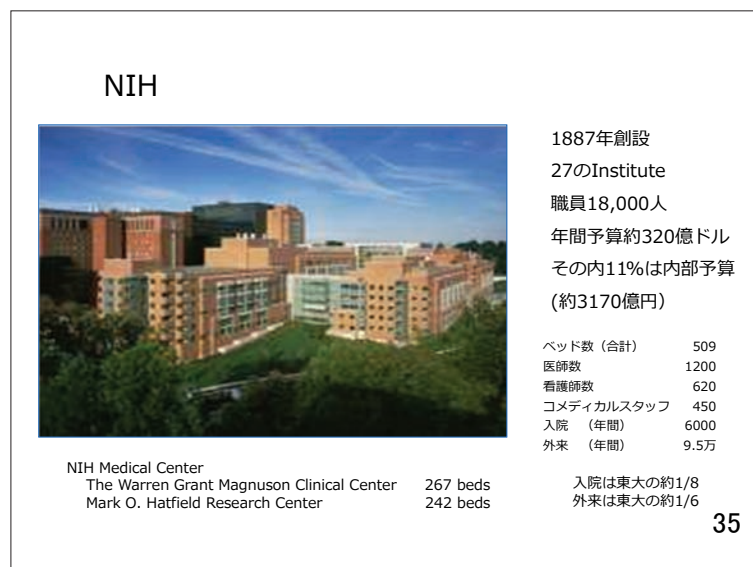
大体5倍になっている。

図表35はアメリカのNIHのメディカルセンターの写真であるが、メディカルセンターはベッド数が約500で、医師数は1,200人、看護師は620人で、入院も外来も少ない。入院は東大の8分の1、外来は約6分の1で、基本的にはすべて治験病院だ。創設が1887年で、日本のがんセンターや循環器病センターに当たるインスティテュートが27、職員は全部で18,000人、年間予算は320億ドルで、そのうち11%、約3,170億円がNIH固有の予算だ。だから、日本版NIHという用語を使っても良いが、違いを理解する必要はある。

ただ、やはり公的病院は、先ほど述べたように、民間の病院と似たような役割を背負って、同じように医療をやっていて地域を担当しているので、国から公的予算を投入される場合は、教育や研究に予算を投入しているといった説明責任がある。またそれは、今後の日本の医療にとっても重要なので、そこを強化していく必要があると思う。公的病院の経営効率が悪いために、一時的ではなく恒常的に多額のお金を受け取らなければならないという時代は終わったと思う。現に、例えば昔、国の病院であった労災も、診療部門については収支が相償する状態になっているし、国立病院機構はすでに10年前からそうなっている。その辺りは今後の自治体病院などの大きな課題ではないかと思う。

ただ、日本の医療は優れた面が多い。確かに、アメリカ型の市場主義的な競争の激しいやり方も1つであるが、欠陥があることは明らかだ。それから、ほとんどの設置形態が公的なものである西ヨーロッパの医療も優れているが、欠陥があることも事実である。だから日本のやり方は、歴史的

図表35



なものであって、頭から良いとか悪いとかと言うのはなかなか難しい。

医療の評価は国際的には2000年のWHOのWorld Health Reportで1位になったのは有名であるが、その後も繰り返し良い結果を取っている(図表36)。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、1位はフランス、2位は日本、米国は最下位であった。また、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か国中で1位、米国は最下位となった。2010年のOECDの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1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。

TIMEが今年の3月4日に特集号を出した(図表37)。これは日本語訳をされていないが、有名なジャーナリストであるブリルという方が、Bitter Pillと題する記事を書いた。かなり長い記事で、いろいろな実例が挙げてある。

例えば非ホジキン性リンパ腫の42歳の男性が、MD アンダーソンがんセンターの初診料4万8,900ドル、初回治療3万5,000ドルを即金で用意しなければ受け付けないと言われた。胸痛で運び込まれた64歳の女性ももう少し待てばメディケアに入れるところだったが救急外来を受診し、単なる消化不良で大したことがなかったために帰宅させられたが、2万1,000ドルの請求が来た。転倒した外傷の62歳の女性が救急外来を受

図表36

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。

診しただけで9,418ドル請求された。腰痛日帰り手術を受けた30代の男性が電気刺激装置の植え込み手術で8万6,951ドル、装置が4万9,237ドル（仕入れ価格は1万9,000ドル）請求された。肺がんの男性が、診断の11ヶ月後に死亡するまでに請求総額90万2,452ドル、ICU室料1万3,225ドル／日、重症患者用室料7,315ドル／日請求された。肺炎の50代の男性は肺炎で32日間入院して、47万4,064ドル、161ページに及ぶ請求書が来た。

2004年に「シッコ」というアメリカの医療の状況を書いた映画があり、それは相当誇張されてアメリカの制度を揶揄するように書いているので真実ではないと言う人がいっぱいいた。しかし実際に何が困ったことかという、アメリカではごく普通の医療保険を持っている人たちが高額な医療費をカバーしないということで、破産に追い込まれるということが多いということだそうだ。このブリルの記事の内容自体は、ここに書いてあるように、医学界新聞の3021号に李啓充先生が相当詳しく書いているので、ご参考にお読みになればと思う。日本には高額療養費制度があり、ある額以上は保険が払ってくれる。ある額以上に閾値があって、それ以上は日本では保険が払ってくれる。アメリカでも保険制度のなかに閾値があって、ある額以上は保険は一切払わない。だから、例えば日本の高額療養制度のように、月額例えば15万とか20万になれば、日本はそれ以上は払わなくて良いが、アメリカはそれ以上を払わなければならないという制度で、裏返しになっている。

日本の制度は欠陥が多く、今後の高齢社会に対抗する方策を日本の医療は十分用意していないと言われている。本当にそこをやっていないとい

図表37



2013年3月4日号のTIME誌(増刊号)
「苦い薬」(Bitter Pill)と題する特集記事
堅実に暮らしてきた中流家庭のアメリカ人でも、しばしば治療をあきらめなければならないほど医療費が高くなっている実例を紹介。

非ホジキンリンパ腫の42歳男性
MDアンダーソンがんセンターの初診料4万8900ドル、初回治療3万5000ドルなど。

胸痛の64歳女性
救急外来を受診、単なる「消化不良」で帰宅。2万1000ドルの請求。もう少しでメディケアの年齢だった(メディケアでは55ドル)。

転倒による外傷の62歳女性
救急外来を受診しただけで9418ドル。

腰痛日帰り手術を受けた30代男性
慢性疼痛に対する電気刺激装置の埋め込み手術で8万6951ドル。装置が4万9237ドルだったが、仕入れ価格は1万9000ドル以下。

肺がんの男性(年齢不詳)
診断の11ヶ月後に死亡するまでの請求総額は90万2452ドル。ICU室料1万3225ドル/日、重症患者用室料7315ドル/日。

肺炎の50代男性
肺炎で32日間入院して、47万4064ドル。161ページに及ぶ請求書。

米国のごく普通の人々にとっても、米国の医療制度はかなりの苦痛を伴うものになっている。(李啓充 週刊医学界新聞第3021号参照)。

37

けない。私自身は専門がどちらかと言えは急性期医療だったので、急性期医療の心配ばかりしてきたが、急性期医療の日本のレベルは決して悪くない。例えば心臓移植は、日本の治療成績は驚異的で、ほかの国とは比較にならないほど圧倒的に良い。日本はいい面がかなりあるという前提で今後のことを考え、変えるべきところは変えていければと思う。