

医療立国論：崩壊から再生へ  
地方分権改革と社会保障への投資で生活大国  
を目指せ！

帝京大学医療技術学部

大村 昭人

# 社会保障基盤の脆弱化と医療崩壊は日本の国家的危機である！

- 経済的格差が教育格差を拡大、女性の社会進出の遅れ
- 医療へのアクセスが急速に縮小
- 地域基幹病院の疲弊、地方自治体病院の医師不足と赤字が深刻で相次ぐ診療縮小(救急医療、産科、小児科医療)と病院閉鎖
- 医師、看護師数の深刻な不足(絶対数、偏在)と医療の質、量の変化(高齢化、医療の進歩、社会的要求の増大)
- 医療崩壊のきっかけとなったのは新卒後研修制度(医師養成に2官庁が関与するため無駄な重複。医学部が6年から8年になったに等しい！)
- **二次医療圏構想は完全に破綻！**

# 日米医療施設のマンパワー比較(例)

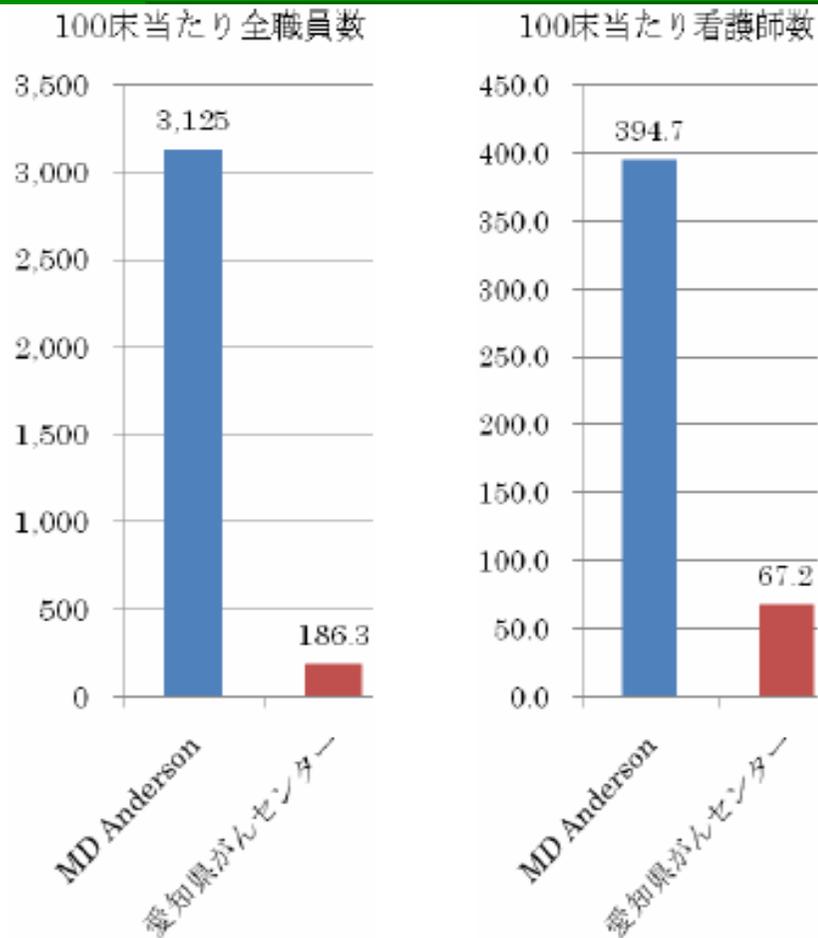
- ・アイオワ大学付属病院(830床) 7,200人
  - ・某国立大学付属病院(980床) 1,200人
- 教育スタッフ数も欧米の1/3~1/5

メリーランド大学救急部のスタッフ数:75名+研修医30名以上

日本の典型的救命救急センター:10名前後+数名の後期研修医

|      |      |       |        |       |
|------|------|-------|--------|-------|
| ・病院数 | アメリカ | 5,500 | 日本     | 8,900 |
| 28人口 | 3億人  |       | 1.27億人 |       |

日本の医療制度下では米国並みの医療は不可能 M.D. Anderson Cancer Center(512床、16000人の医療スタッフで年間79000人の患者を扱う)と愛知県がんセンター(500床、医療スタッフ、950名前後)の比較 愛知県がんセンター総長 大野竜三 全国自治体病院協議会雑誌第44巻第2号



# ホワイトハウスの機密文書

アメリカでは医療問題を避けては大統領になれない

THE WHITE HOUSE  
Washington, D.C.

SECRET TASK FORCE ON THE REELECTION  
OF THE PFLOTUS (STFRPF)

TOP SECRET

TO: Hicky  
FROM: Cajun  
SUBJECT: Reelection of the PFLOTUS in '96  
DATE: January 21, 1993

---

At its first meeting on January 20, 1993, the STFRPF concluded that the President and First Lady of the United States (PFLOTUS) are unlikely to be reelected in November 1996 if, in the meantime, the Administration succeeds at major health-reform.

The reasons for this prognosis are straightforward. First, to do the right thing in American health care will require constraints on the future growth of health spending, which is to say constraints on the growth of the incomes of the very peo-

# 医療費削減・市場原理主義の導入では医療改革は成功しない

民間医療保険の自由化と市場原理の導入で4700万人の医療保険未加入者を出したレーガン大統領(巨大な民間医療保険が医療へのアクセスを制限するMichael Mooreの映画“Sicko”の世界)

医療費抑制政策と市場原理によってイギリスの医療を荒廃させたサッチャー首相



2010年3月22日に成立したオバマの医療制度改革法は100年ぶりの快挙だが成果は10年見ないと分からない。保険未加入者のうち3200万人が新規に加入。共和党の激しい反対、新茶会運動、議員への殺害予告、脅迫は政府の関与を嫌う米国人のDNA



# イギリスの医療制度(1)

- ・NHS(National Health Service)が医療を統括し、医療費の**88%**は**税**で賄われている。
- ・対GDP比では**8%強**で日本を超えた。
- ・患者は**一般医を選び登録**する。予約制で一般医に受診しないと病院にはかかれない。
- ・WHOの医療制度総合評価は**世界18位**、国民の健康度は**14位**。
- ・サッチャーの**医療費総枠規制**の結果、**入院手術待ち1年以上**は当たり前になって医療過誤も増加した。

## イギリスの医療制度(2)

- ・多くの患者が政府の援助でフランスで手術。
- ・数年前のインフルエンザ流行時には多くの高齢者が入院できず死亡。
- ・看護師のなり手が少なく、毎年新雇用2万1千人のうち1万1千人が外国人(主に南ア)。
- ・医師の40%が外国人(インド、中東出身)。
- ・Blairが2000年に公的支出の50%増大、民間資金も導入して新病院、外来手術センター新設、医学部定員の50%増と新政策に着手。



大幅な支出増にもかかわらず実効は上がらず、国民の評価は改善せず、成果をあげるには時間を要する。

# 両国の失敗から何を学ぶか

- ・不用意な総医療費抑制、市場原理化は医療の荒廃を招く。
- ・医療制度は一度荒廃すると回復には莫大な支出、エネルギー、時間を要する。
- ・公的保険を縮小し、民間保険で肩代わりさせて医療費を削減する考え方は幻想で、かえって公的保険の財政を悪化させる。
- ・小さな政府がすべてよいわけではない！

# 謙虚さを忘れた資本主義経済 市場原理主義が医療崩壊と格差社会を招いた

- “民主主義政府は最悪の選択だが、今まで試された他のどのシステムよりはましである”  
(ウィンストン・チャーチル: 1947年11月の総選挙で大敗後のコメント)
- “資本主義経済の安定的発展には社会保障の強化が必須である(レスター・サロー: 資本主義の将来、1996)”
- “資本主義経済は最悪の選択だが、今まで試された他のどのシステムよりはましにすぎない!”

# 日本の医療制度の良い点

- 国民皆保険制度であり、医療費も安く現物支給である(OECD各国中22位、2005年)。
- フリーアクセスが保障されている。
- 新生児、乳児死亡率は世界最低かつ最長寿国
- 安い医療費にもかかわらずWHOの医療制度評価は世界第10位、国民の健康度は1位

# 同時に3つは満たせない！ (オレゴン州と医療経済学者たちの結論)

財務省、規制改革・民間解放推進会議の主張通り  
公的保険医療費を抑制すれば当然、アクセス  
は制限され、質が低下しかねない

|          | 日本 | イギリス | アメリカ |
|----------|----|------|------|
| アクセス(公平) | ●  | ▲    | ▲    |
| コスト(効率)  | ●  | ●    | ×    |
| 質(効果)    | ▲  | ▲    | ●    |

# 日本の医療制度の問題点 I

- ・医療に4省庁が関わる縦割りの弊害（救急医療に総務省と厚労省、医師養成に文科省と厚労省 etc）
- ・医師養成制度の不備（欧米の1/3~1/5と少ない医学部教育スタッフ、低い医学生の実臨床能力、2省庁関与で一貫性の欠如と重複の無駄、医師法17条の硬直した解釈）
- ・医師絶対数の不足と偏在（欧米の2/3）→医学部新設よりも医師偏在対策、既存の医学部の充実、教育スタッフの増員、医学生の実臨床能力改善が焦眉の急！
- ・医療の質（診療成績）の客観的評価システムがない→施設、個人によって提供する医療の質の格差が大

# 日本の医療制度の問題点Ⅱ

- ・多い**医療施設数**、少ない症例数、医療従事者の分散、自治体病院の運営も細切れ(県立、市立、町立)
- ・**女性医療従事者**の働く環境の不備(保育所待機児童:公称4万6千、実質100万以上。公的教育支援は先進国中最低、男女格差91位)
- ・**専門家庭医**養成制度がない(開業時期の若年化でかかりつけ医の役割低下→**重複受診**、大病院志向の要因)
- ・長すぎる**新薬(特に抗がん剤)**、**新医療機器導入の遅れ**(平均4年、実質6年以上→混合診療が叫ばれる背景)
- ・**保険者が細切れ過ぎる**(国保と被用者保険の再編統合による財政基盤の強化が必要)

Key Wordsは**3つ**の再編統合！

**保険者**(国保と被用者保険)、**医療提供施設**、医療に関わる  
**4省庁**(厚労省、文科省、総務省、経産省)の再編統合は避けて通れない



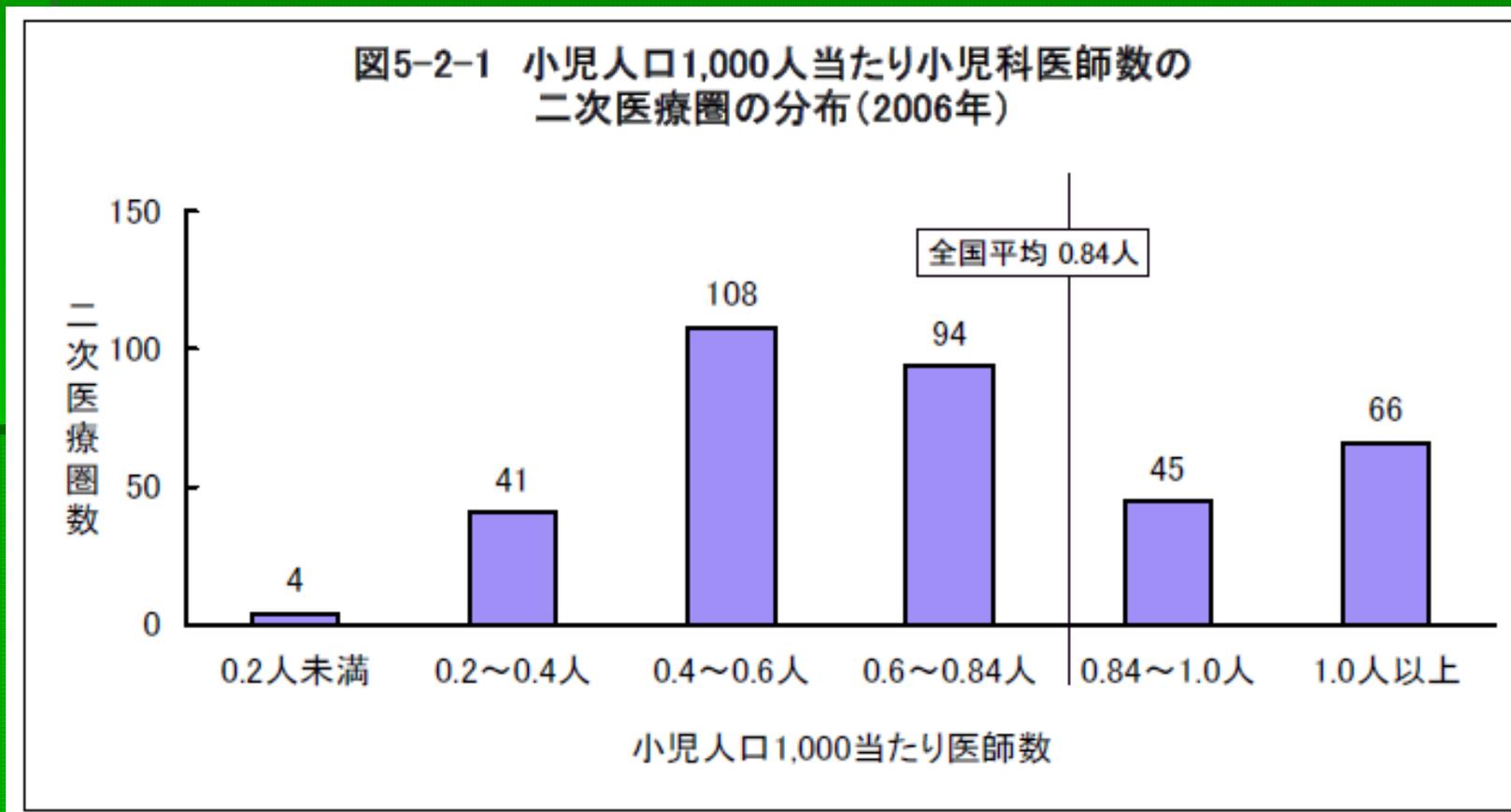
# 長い承認期間解決策は混合診療ではない！

対策：現、保険外診療併用制度を廃止→欧米で承認され、安全が  
確立されたものは一括承認

- ・混合診療は国民皆保険制度の崩壊につながる危険！（公的保険と民間保険の境決定は難しく、公的保険縮小のインセンティブが働く→収入による医療格差を招く！また医療の質と安全の担保が難しい）
- ・民族差によるリスクの強調は承認権限、省益維持目的の言い訳に過ぎず、新薬、先進医療の計り知れない恩恵を無視している（一方で個人輸入は野放し！）。
- ・PMSの重要性：予期せぬ副作用(サリドマイド、Vioxx、Avandia等々)に対して欧米のように迅速な対応システムを構築して国民へのリスク開示が重要（エイズ、薬害肝炎の過ちを繰り返すな）

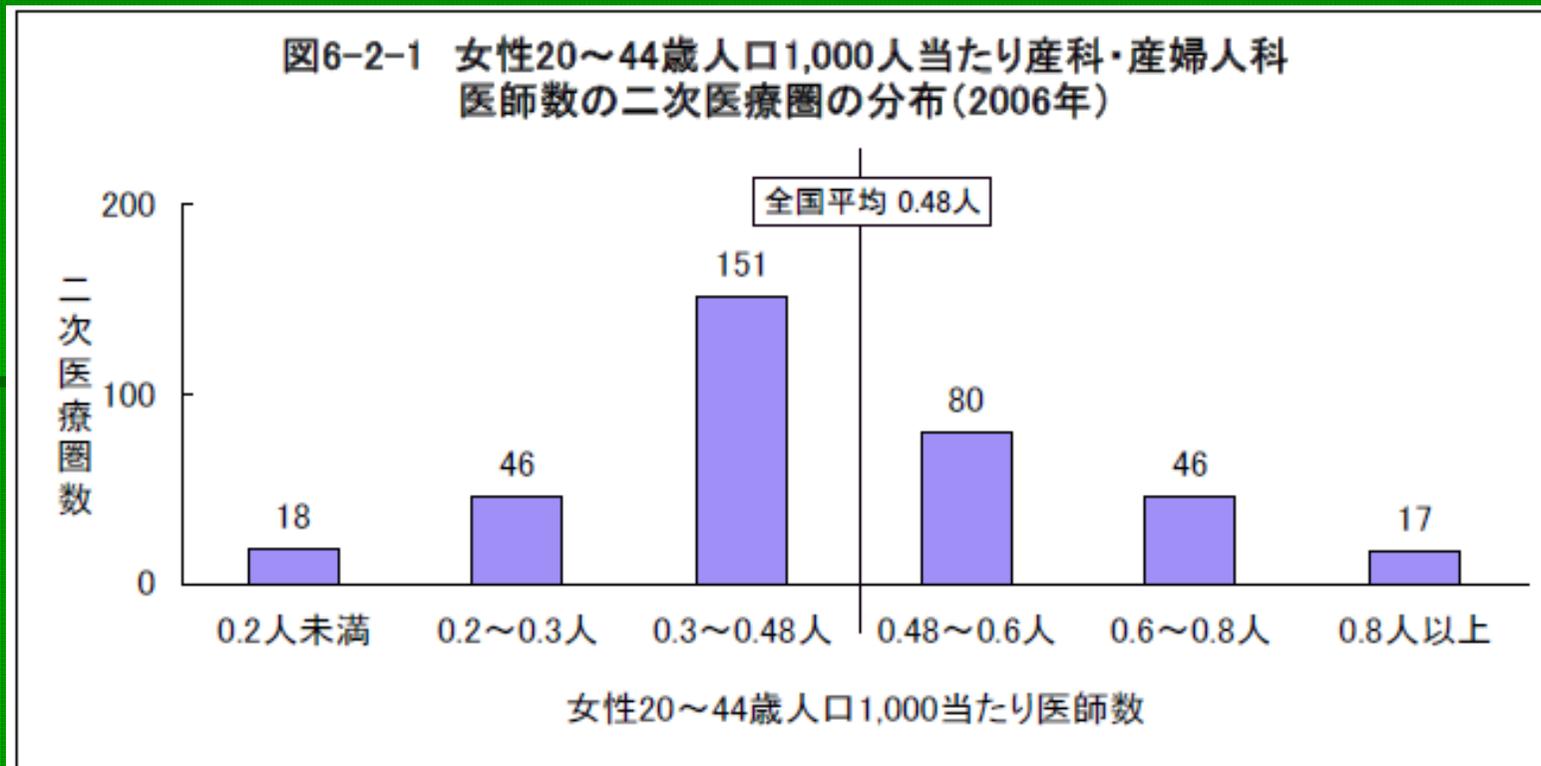
## 二次医療圏の破綻①

小児科医は最低でも人口1000人当たり1人必要。実際には1人未満の二次医療圏は282で全体の81.6% (前田由美子:日医総研ワーキングペーパー 2008年8月20日)



## 二次医療圏の破綻②

産婦人科医師不足も極めて深刻  
(前田由美子:日医総研ワーキングペーパー—2008年8月20日)



## 医師法 17条と医行為

“医師でなければ、医業をなしてはならない”

医師会と厚生労働省の解釈は

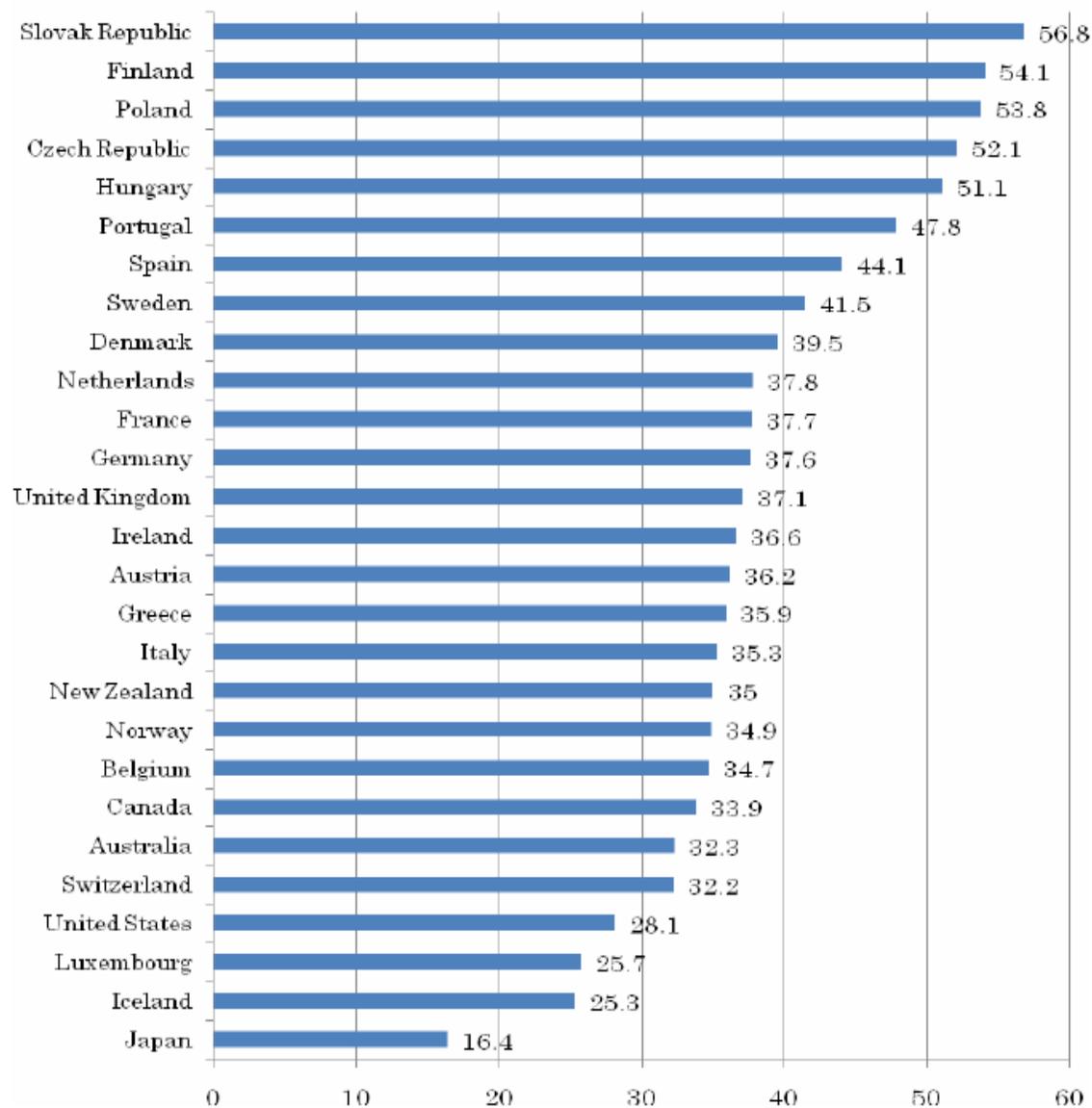
医行為 = 医業

(日本の常識 = 世界の非常識)

- ・ 欧米ではこのような硬直した解釈はしておらず、コメディカル各職種によって必要な医行為が医師の指導監督のもとでポジティブリストで許されている ( **Respiratory Therapist, Nurse Practitioner, Physician's Assistant** )。
- ・ 多忙な医師にはコメディカルのサポートが必要。
- ・ この解釈では医学生にも医行為は教えられない。  
( 厚労省は侵襲的な医行為を指導することは医師法違反と警告して文科省を牽制してきた )

図 82

女性医師割合% (2004年)

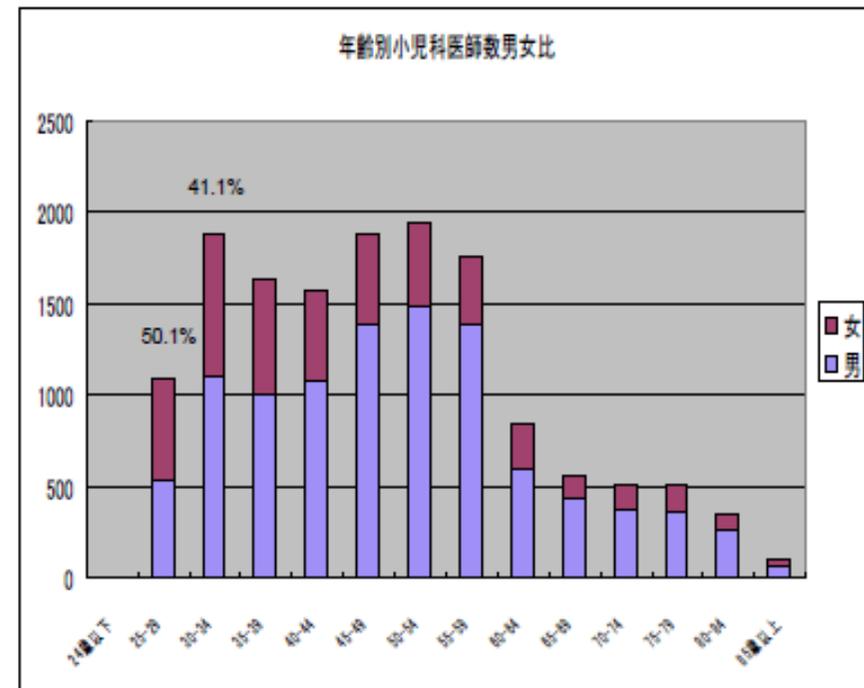
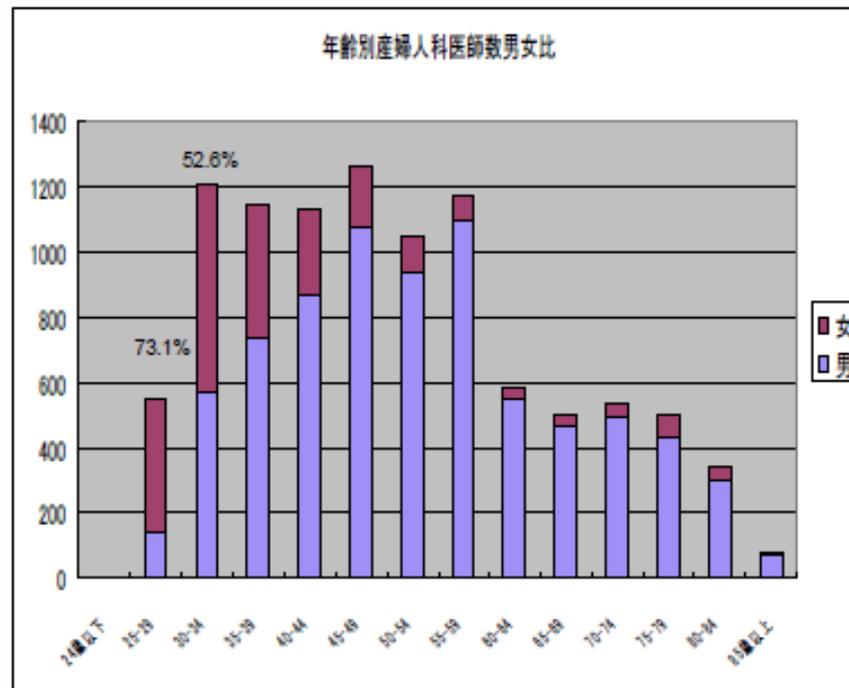


[OECD Health Data 2007]

日本の女性医師の割合は非常に少ないが過去10年の女性の医学部入学者は急速に増えている(20代は35%)。一方、育児、教育への国の支援が〇〇〇〇各国のなかで最低であるために結婚後非常勤へ移行、あるいは開業、退職する女性医師が後を立たない(世界経済フォーラムによる男女格差調査では128カ国中91位)

# 女性医師数の急増と55万人の未就労看護師の現状：働く女性の支援が必須！

- 全医師数に占める女性医師の割合は17.2%、全小児科医師数に占める女性の割合は31.2%、全産婦人科医師数に占める女性の割合は23.0%となっている。  
特に、若年層における女性医師の増加が著しい。



(出典)平成18年大臣官房統計情報部 医師・歯科医師・薬剤師調査

# 女性国会議員比率国際ランキング

| ランク | 国名     | 国会議員定数 | 女性議員 |       |
|-----|--------|--------|------|-------|
|     |        |        | 人数   | 比率    |
| 1   | スウェーデン | 349    | 165  | 47.3% |
| 3   | フィンランド | 200    | 84   | 42.0% |
| 5   | ノルウェー  | 169    | 64   | 37.9% |
| 6   | デンマーク  | 179    | 66   | 36.9% |
| 14  | 独      | 683    | 209  | 30.6% |
| 53  | 英国     | 1397   | 269  | 19.3% |
| 58  | 仏      | 908    | 163  | 18.0% |
| 68  | 米国     | 535    | 87   | 16.3% |
| 99  | 日本     | 722    | 87   | 12.0% |

IPU(列国議会同盟)の発表データ

# 2007年度男女格差世界ランキング。政治、経済、保健衛生、教育での総合評価(世界経済フォーラム、ダボス会議の主催者による)

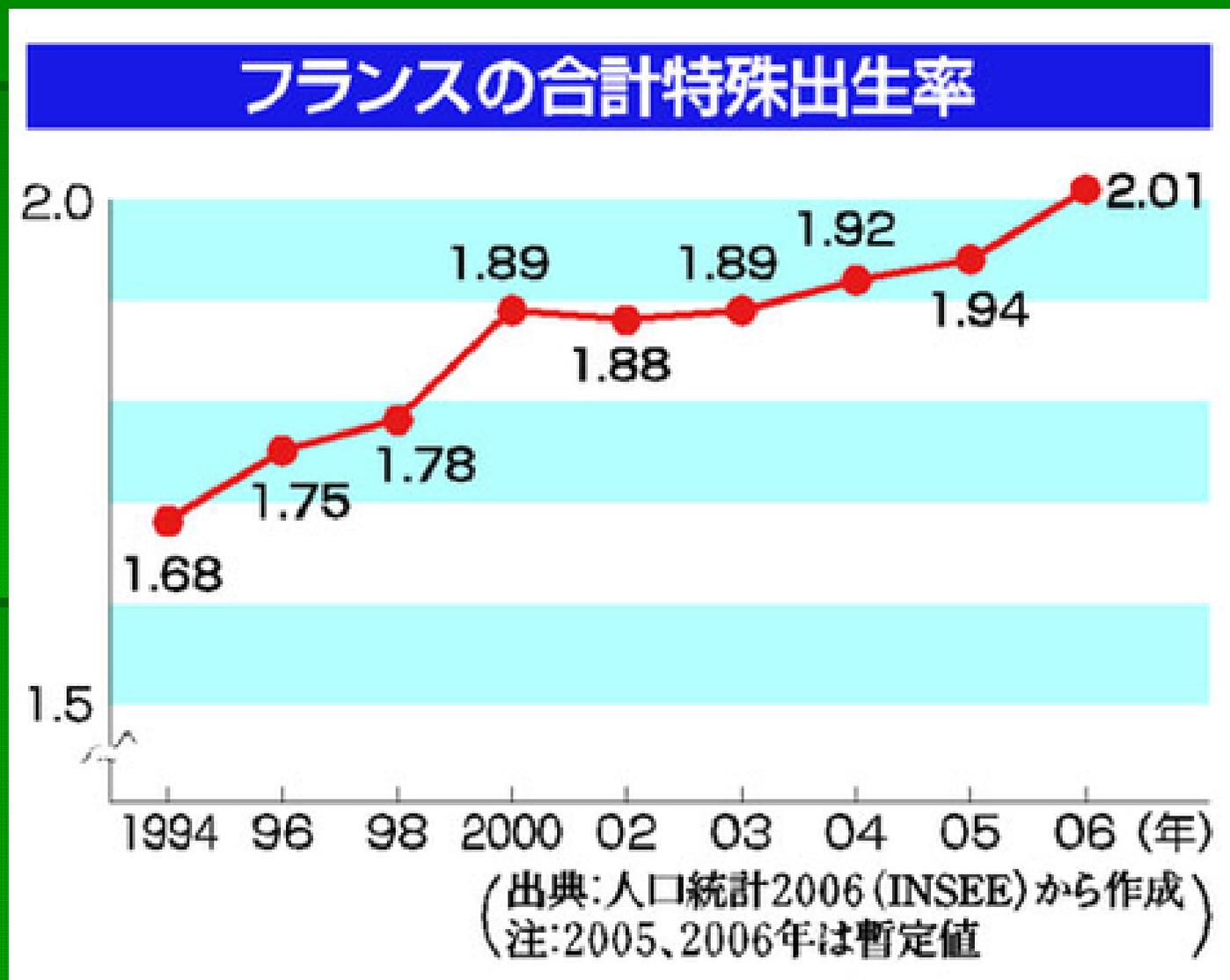
|     |          |
|-----|----------|
| 1位  | スウェーデン   |
| 2位  | ノルウエー    |
| 3位  | フィンランド   |
| 4位  | アイスランド   |
| 5位  | ニュージーランド |
| 6位  | フィリッピン   |
| 7位  | ドイツ      |
| 8位  | デンマーク    |
| 9位  | アイルランド   |
| 10位 | スペイン     |
| 11位 | イギリス     |
| 91位 | 日本       |

# 日本の出生率が低いのは働く女性への支援が先進国の中で最低であることに原因がある

図3 合計特殊出生率(2003)



フランスは少子化対策として育児、教育など決めの細かい女性支援を行って出生率を回復させた

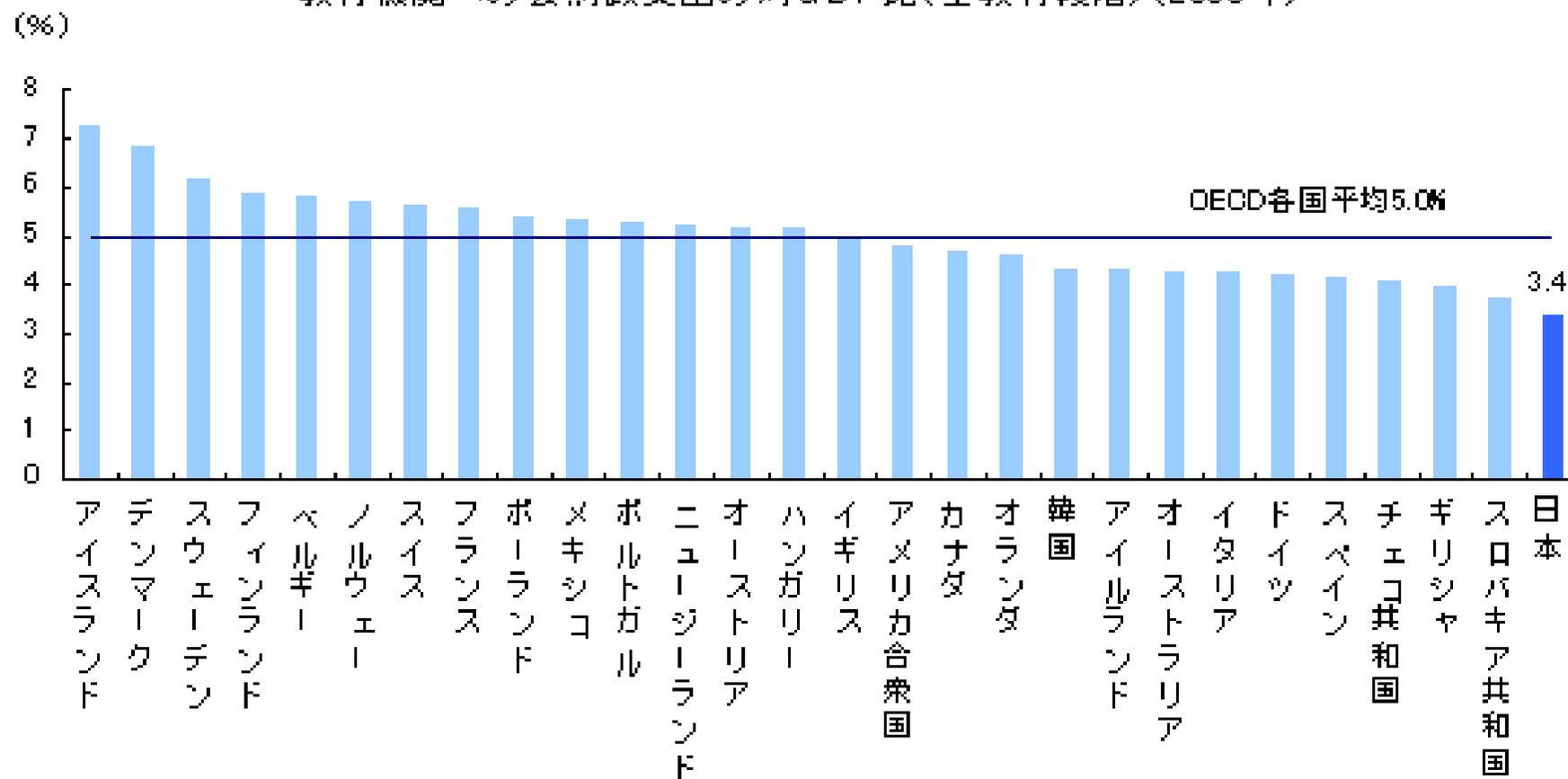


保育室不足と景気の悪化で待機児童は公称4万6千人(2009年10月1日現在)、実質は100万人を超えている！



# 日本の公的教育支出は先進国の中で最低

教育機関への公財政支出の対GDP比(全教育段階)(2005年)

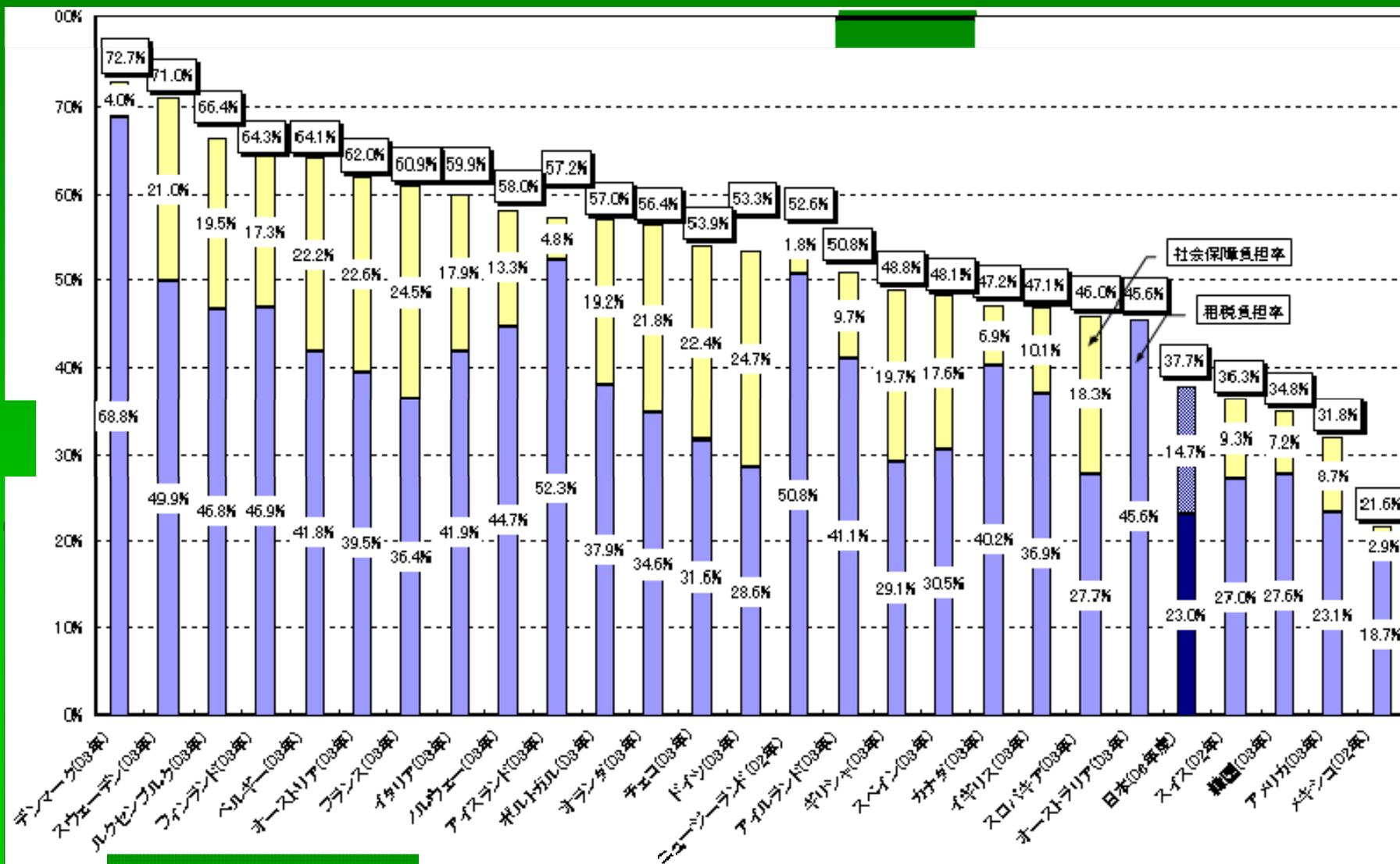


# 地域医療再生のポイント

- 360の二次医療圏に於ける救急、産婦人科、小児科サービスの自己完結は完全に破綻→もっと広い単位での医療計画と医療施設の再編統合は避けて通れない
- 卒後研修制度で破壊された大学の新たな医師派遣機能再建が必須！ 地域基幹病院(自治体、民間)との連携
- 自治体病院運営母体が細切れすぎる(県立、市立、町立) 運営母体の統一と再編統合と民間病院との機能分担
- 基幹病院の大学付属病院化も選択肢(富山、福島)
- 財源と権限の地方自治体委譲による独自の医療再建プランの作成(地域枠、専門枠、医療施設の再編統合など)
- 専門医の配置には学会と自治体が主導的役割を果たせ！

# OECD諸国の社会保障・租税の国民負担率は高い(国家への信頼の大きさ)。

(対国民所得比:財務省ホームページより)



# 医療市場への投資は大きな経済波及効果！何故ユーロはドル、円に対して9割も上昇したか？

- EU諸国では医療への投資が経済成長率の16～27%を占めている(European Commission 2005年8月報告書)
- EU15カ国での医療制度の経済効果はGDPの7%に相当(金融は5%)
- EU圏の貿易バランスでは製薬産業は2003年度第1位で、3兆6000億円の黒字、2位の動力機械産業の1兆4000億円を大きく上回っている(欧州製薬産業協会2005年11月報告書)
- EU、特に北欧の国々は医療・福祉・教育へ大きな投資を行い、これを国の活性化に生かしている(女性、高齢者、障害者の社会進出支援、高い所得の再分配、働く意欲の増進と技術継承)
- 独では'05に最低生活保障制度が施行されて格差縮小政策が始まった(求職者の基礎保障と公費による職業訓練)

**格差なき経済成長の実現！**

## OECD諸国の租税・社会保障に対する国民負担率は高いが経済競争力は世界トップレベル(05-06年、世界経済フォーラム)

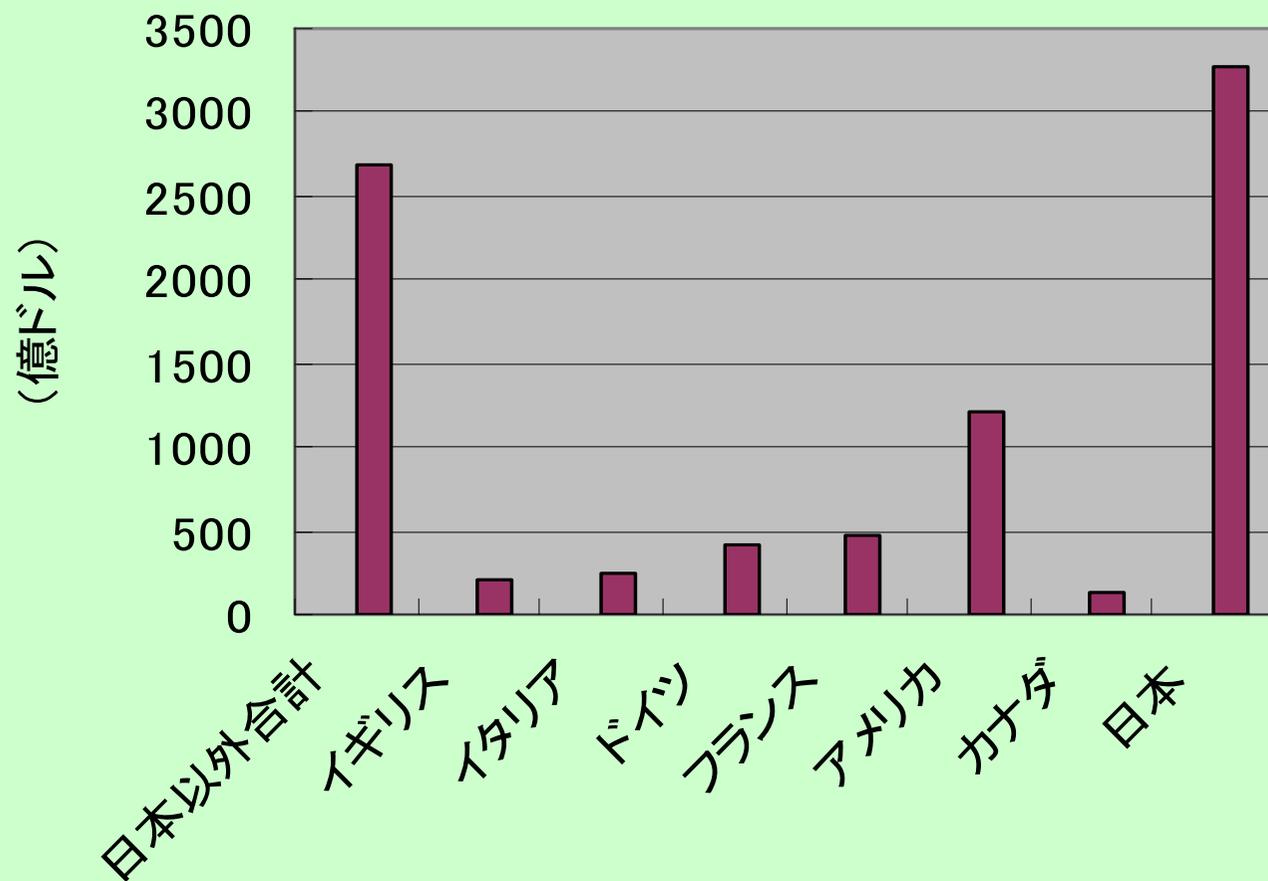
日本はビジネスの洗練が3位、技術革新が4位と高評価だが、マクロ経済の安定が98位、農業政策のコストが130位(ワースト5位)、政府債務の水準が129位(ワースト6位)となり、日本の非効率な官僚主義や税制などが民間の足を引っ張っていると指摘

GCIスコアによる順位

| 順位       | 国名        | GCIスコア      | 前年度順位     |
|----------|-----------|-------------|-----------|
| 1        | フィンランド    | 5.95        | 1         |
| 2        | アメリカ      | 5.82        | 2         |
| 3        | スウェーデン    | 5.72        | 3         |
| 4        | 台湾        | 5.69        | 5         |
| 5        | デンマーク     | 5.66        | 4         |
| 6        | ノルウェー     | 5.56        | 9         |
| 7        | シンガポール    | 5.56        | 6         |
| 8        | スイス       | 5.49        | 7         |
| <b>9</b> | <b>日本</b> | <b>5.48</b> | <b>11</b> |
| 10       | アイスランド    | 5.44        | 8         |
| 11       | イギリス      | 5.30        | 15        |
| 12       | オランダ      | 5.30        | 12        |
| 13       | ドイツ       | 5.28        | 13        |
| 14       | オーストラリア   | 5.25        | 10        |
| 15       | カナダ       | 5.23        | 16        |
| 16       | アラブ首長国連邦  | 5.21        | -         |
| 17       | オーストリア    | 5.20        | 17        |
| 18       | ニュージーランド  | 5.18        | 14        |
| 19       | イスラエル     | 5.09        | 20        |
| 20       | エストニア     | 5.08        | 22        |

注：GCI (=Growth Competitiveness Index) …経済の将来成長に貢献すると考えられる項目（技術水準、公的機関の質、マクロ経済環境等）をベースに計測したもの。

# 公共事業費の各国比較(1995土地代を除く) 一般会計80兆円強、特別会計220兆円強の矛盾



## 【社会保険料率の国際比較（勤労者）、平成11年厚生白書】

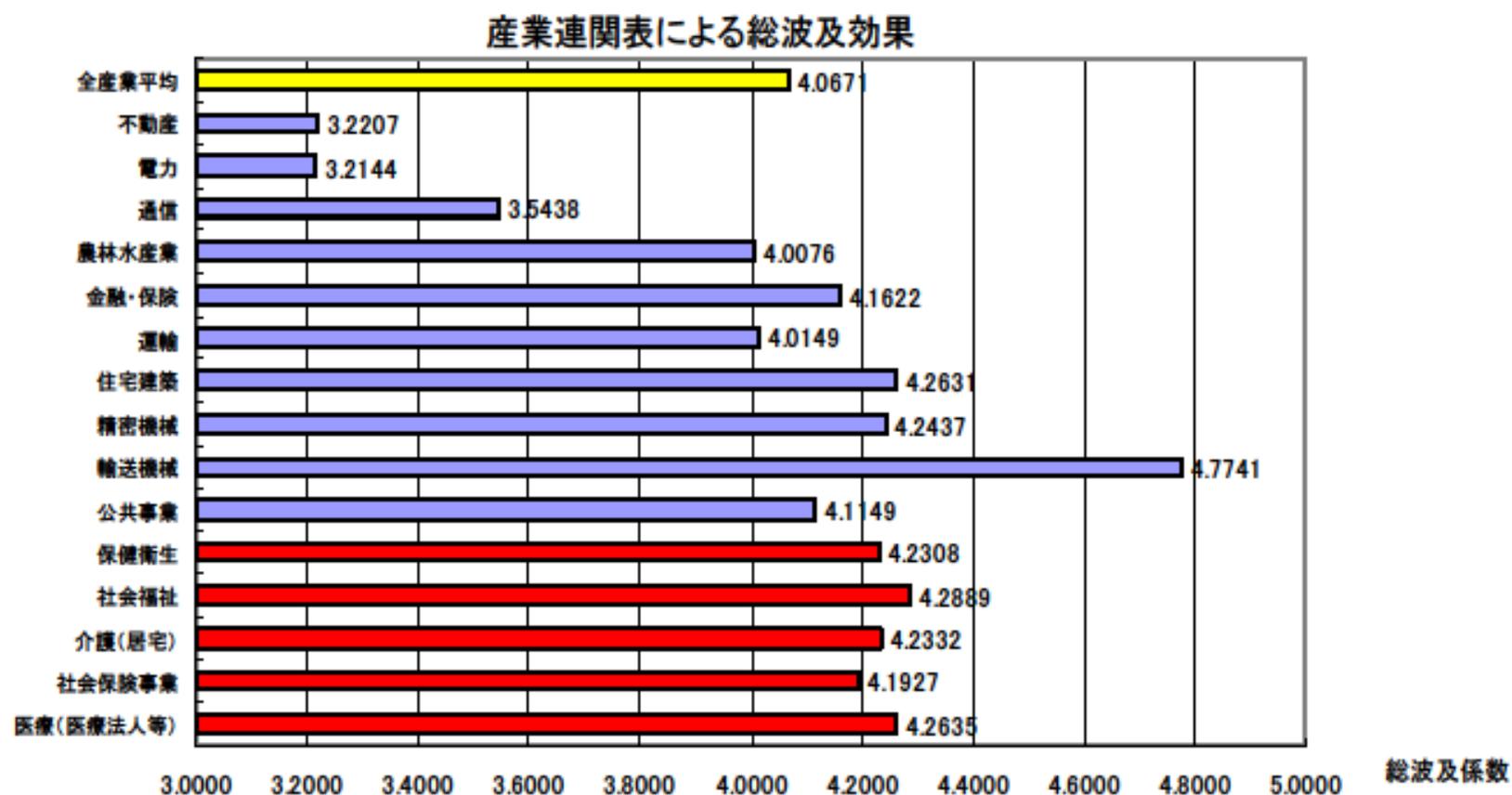
日本の企業負担率は低い！

|                | 保険料率   | うち本人負担 | うち事業主負担 | 内訳   |
|----------------|--------|--------|---------|--|
| 日本<br>(99.4)   | 22.16% | 10.89% | 11.27%  | 医療保険(政管健保)7.43%(標準報酬月額分8.5%、ボーナス分0.8%)、年金保険(厚生年金)13.58%(標準報酬月額分17.35%、ボーナス分1%)、雇用保険1.15%<br><b>法人税 40.69%</b>                |
| フランス<br>(98.1) | 41.58% | 9.61%  | 31.97%  | 疾病保険13.55%、年金保険16.35%、寡婦保険0.1%、家族給付5.4%、失業保険6.18%<br><b>法人税 33.33%</b>   |
| ドイツ<br>(98)    | 42.2%  | 20.95% | 21.25%  | 年金保険20.3%、疾病保険(平均)13.6%、介護保険1.5%、災害保険0.3%(平均)、失業保険6.5%<br><b>法人税 29.83%</b>  |
| スウェーデン<br>(98) | 35.53% | 6.95%  | 28.58%  | 年金保険20.38%、医療保険(傷病手当、両親手当等)7.93%、労災保険1.38%、失業保険5.42%、その他0.42%<br><b>法人税 28%</b>  |
| イギリス<br>(97.4) | 最大20%  | 最大10%  | 最大10%   | 国民保険(退職者年金、休職者給付、労働不能給付等)<br>医療は88%が税金で賄われている<br><b>法人税 28%</b>  |
| アメリカ<br>(99)   | 15.3%  | 7.65%  | 7.65%   | 老齢・遺族・障害年金(OASDI)12.4%、メディケア2.9%<br><b>法人税 40.75% (カリフォルニア州)</b><br>注:アメリカの企業はこの他に多額の私的年金、私的医療保険を支払っており、日本企業より大きな負担を引き受けている。 |

## 社会保障分野の総波及効果について

(参考4)

社会保障の総波及効果は、全産業平均よりも高い。

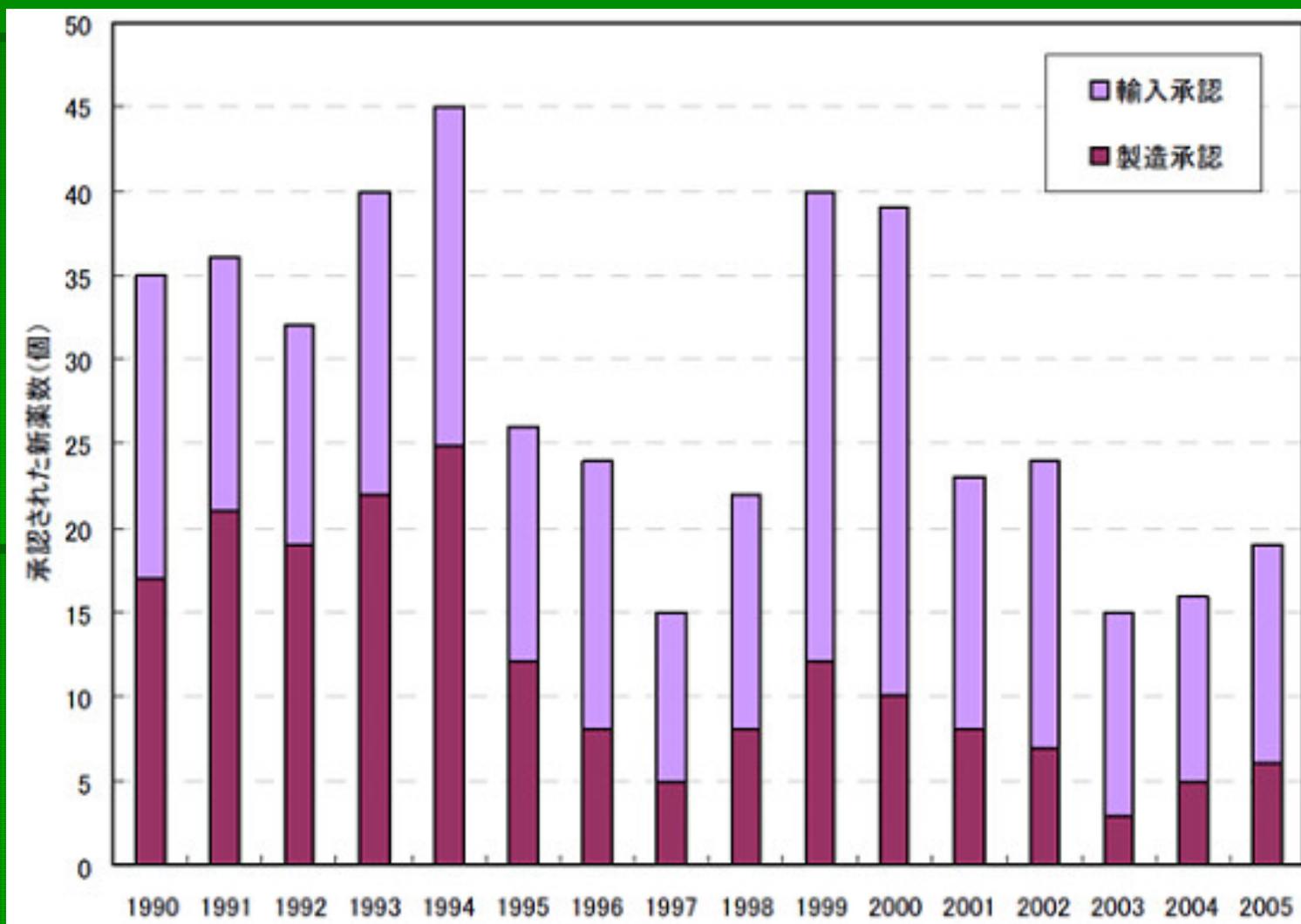


注：総波及効果・・・ある産業に生じた最終需要がその産業の生産を増加させ、それにより原材料の購入等を通じて次々と各産業の生産が誘発されることを表したものが「生産誘発係数（一次波及効果）」。さらに、この生産増が所得増を呼び、その所得増が消費を増大させ、消費増が更なる生産を増加させることから生じる波及効果を表したものが「追加波及係数（追加波及効果）」であり、両者を勘案して算出したものが、「拡大総波及係数（総波及効果）」。

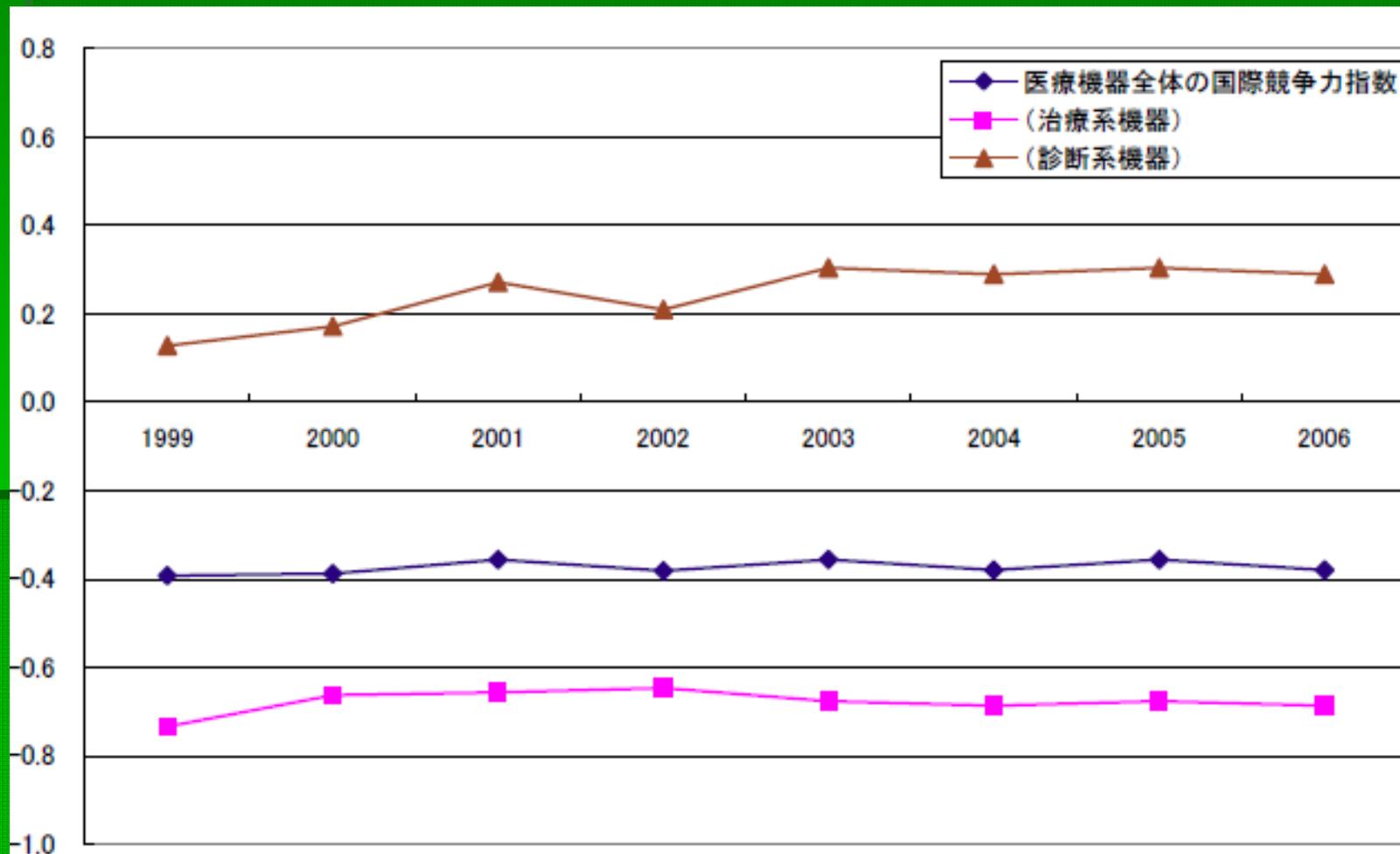
出典：「医療と福祉の産業関連に関する分析研究報告書」（H16.12 財団法人医療経済研究・社会福祉協会 医療経済研究機構）より、厚生労働省社会保障担当参事官室にて作成。

# 国内新有効成分含有医薬品の承認状況

'01年以降は海外オリジン(輸入承認)が一貫して4分の3近くを占める(日本製薬工業協会 DATA BOOK 2007より)

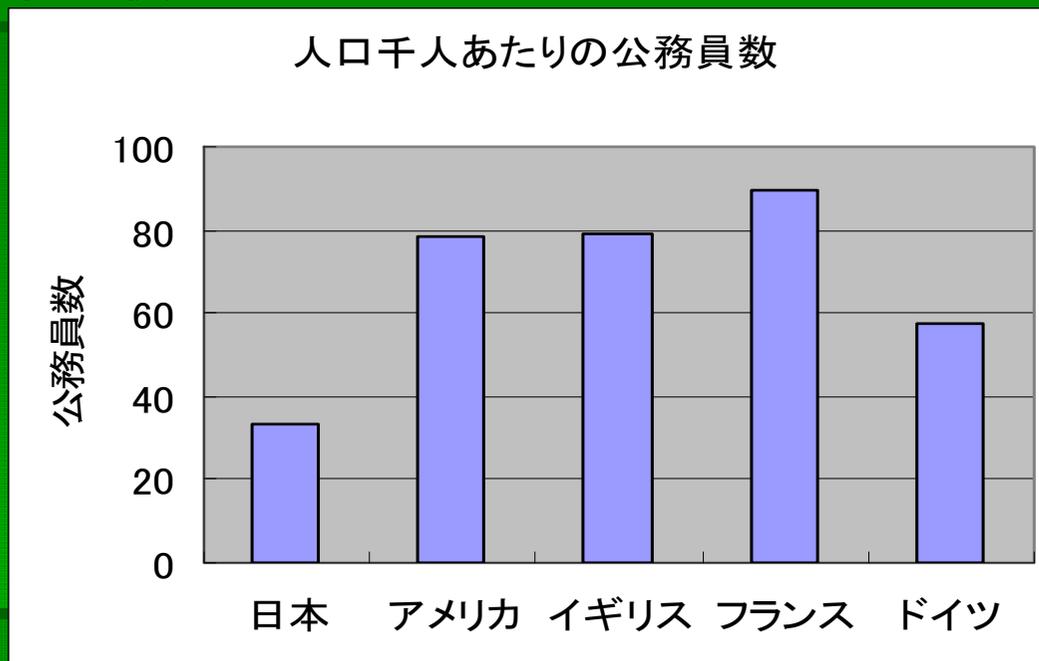


医療機器の国際競争力指数 = (輸出額 - 輸入額) / (輸出額 + 輸入額) (出典) 厚生労働省「薬事工業労働生産統計」、(独) 医薬品医療機器総合機構 (PMDA) はデバイスラグ、ドラッグラグの元凶！



# 日本の公務員数は少なく分野によって増員が必要！人口千人あたりの公務員数(OECDデータ)

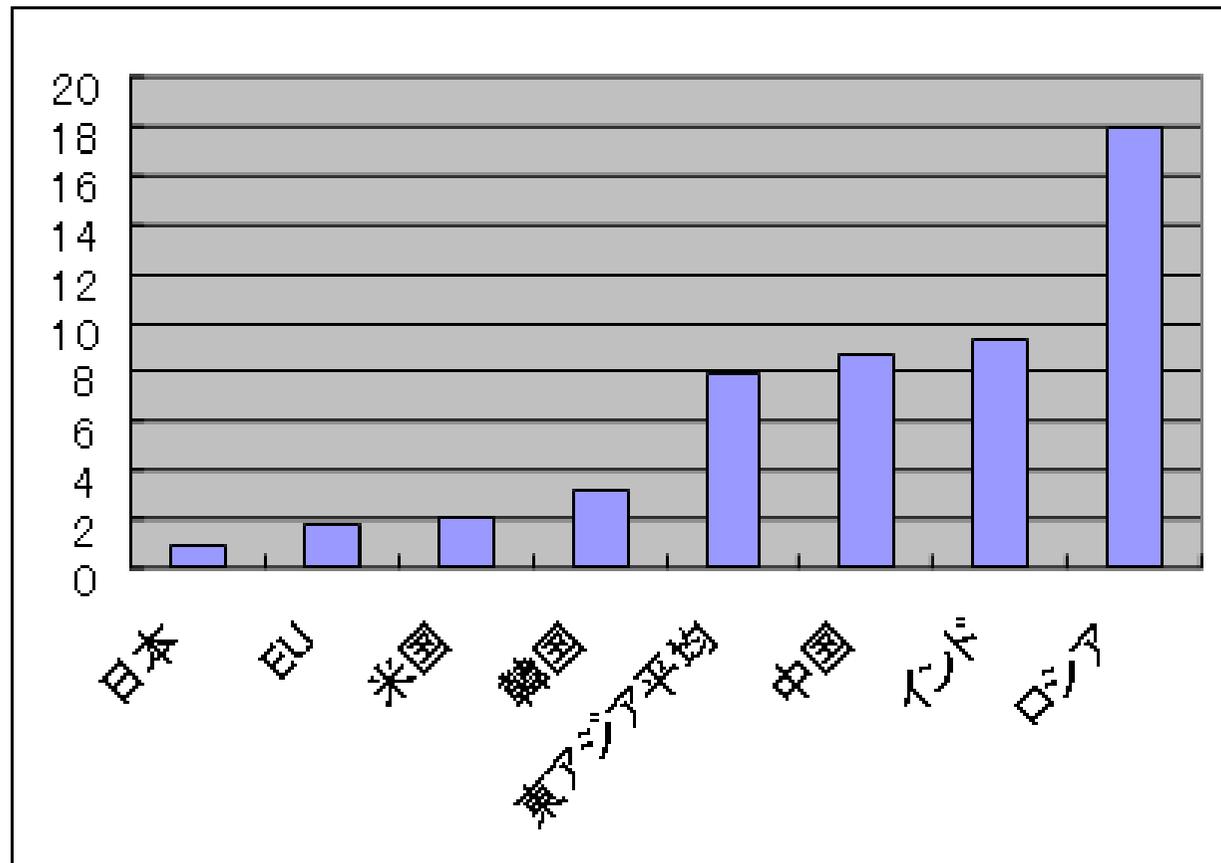
一方では31万人の国家公務員のうち、21万人が地方に配置されて、自治体行政に口出し、また4696法人へ12兆5千億円の国費支出と天下る2万6千人の“影の役人たち”



**医療機器審査担当:**日本 35名(5年で104名まで増員予定だが審査基準も明確でなくデバイスラグ改善の兆しなし)、アメリカ(FDA) 1000名以上(EUでは第3者認証が主で、行政は安全にのみ関与)

**新薬審査承認担当:**日本 200名弱、アメリカ 2200名、ドイツ 1100名、イギリス 700名(EUでは規正は一定の安全を確認できれば、細部は製造者の自己責任として過剰な規制を避けているために承認審査が短期間ですむ)

# エネルギー効率の国際比較: 単位GDPに必要なエネルギー消費量を日本を1として比較(IEA資料)



# 経済産業省成長戦略基本方針(平成21年12月30日) しかし厚労省との連携が欠如!

## 日本の強みを活かした成長

### 環境・エネルギー



#### 【2020年までの目標】

- 新規市場50兆円超、新規雇用140万人
- 日本の技術で世界の排出13億トンを削減

#### 【主な施策】

- 固定価格買取制度拡充等による再生可能エネルギー拡大支援
- 住宅・オフィス等のゼロエミッション化
- 革新的技術開発の前倒し
- エコ社会形成に向けた集中投資事業

### 健康(医療・介護)



#### 【2020年までの目標】

- 需要に見合った産業育成と雇用の創出
- 新規市場約45兆円、新規雇用約280万人

#### 【主な施策】

- 医療・介護・健康関連産業の成長産業化(民間事業者等の参入促進など)
- 革新的な医療技術、医薬品、機器の研究開発・実用化推進
- アジア等海外市場への展開促進
- バリアフリー住宅の供給促進

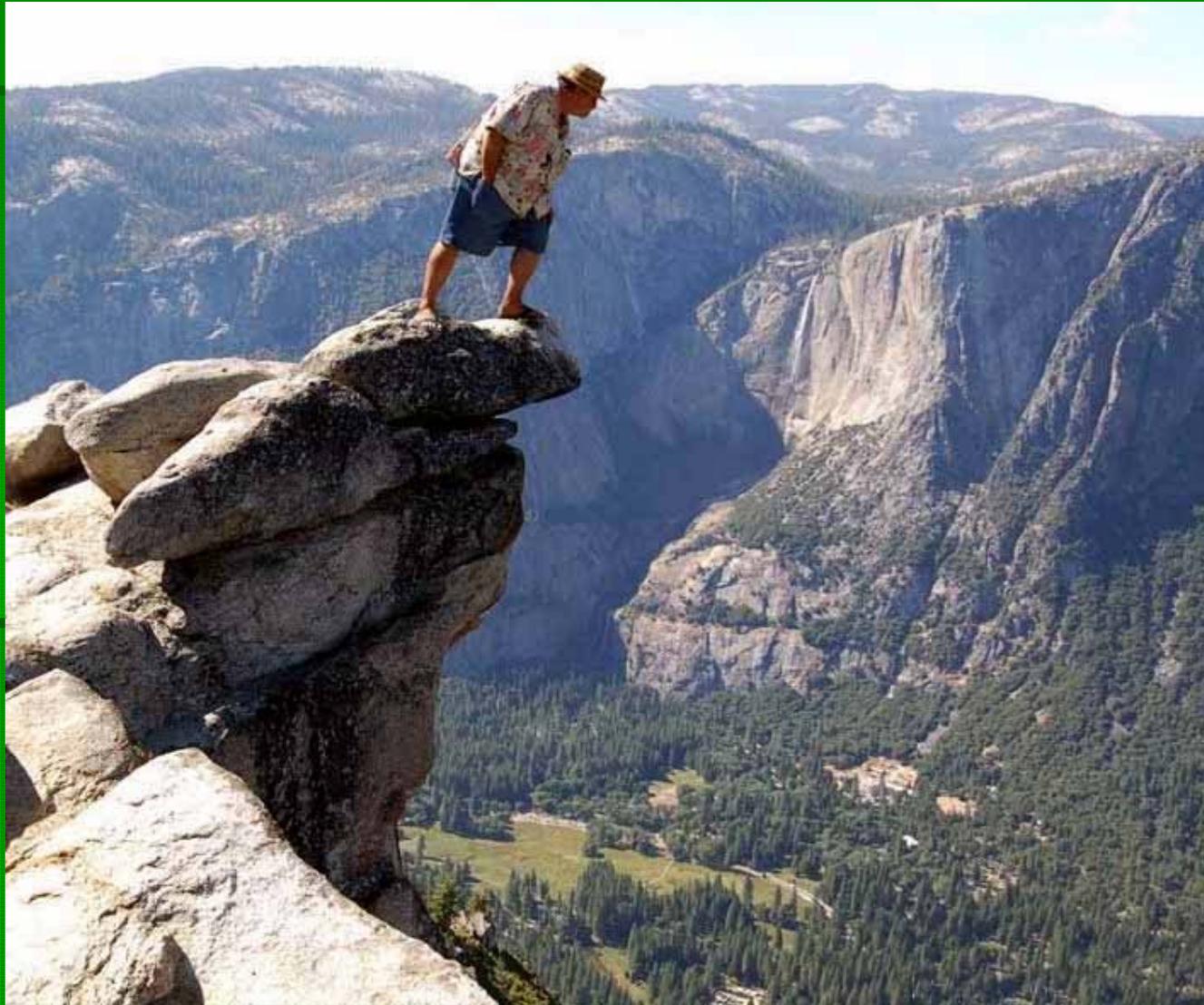
# 結論

## 発想の転換が必要！

1. 安易な市場原理主義導入と医療費の抑制は制度崩壊を招く(米、英の犯した過ちから学べ！)
2. 医療は負債ではなく投資、確実な成長産業、経済活性化の鍵、日本の高い技術力を医療に集中せよ(EU諸国の例)  
高齢者や女性が健康で生きがいを持って働ける社会基盤の強化によって生活大国を目指せ！格差なき経済成長は可能だ(北欧やEU諸国の例)
3. 医療・介護分野は大きな雇用母体。世界的な高齢化で医療・介護、健康産業の需要は益々拡大する。
4. 国民皆保険制度は国家の重要なインフラ、国保と被用者保険の再編統合で財政基盤を強化せよ

医療立国にこそ日本の将来がある！医療に関わる4省庁を再編統合して医療庁(省)を創設して医療立国を実現！

**リスクを恐れては道は開けない！**



# 医療・介護再生政策会議の主要メンバー

古川元久：国家戦略局副大臣・事務局長

足立信也：厚生労働省政務官

前原誠司：国土交通相

逢沢一郎：元外務副大臣

丹羽宇一郎：伊藤忠会長、地方分権改革推進委員長

黒川 清：日本医療政策機構代表理事

杉田亮毅：日本経済新聞社代表取締役会長

内山 齊：読売新聞社代表取締役社長

長谷川閑史：武田薬品工業(株)代表取締役社長

大村昭人：帝京大学医療技術学部長

その他、民主党、自民党議員、マスコミ、財界関係者等

崩壊する医療制度に歯止めをかける！

# 医療

大村昭人 著

# 立国論

医療改革は成功しない！

医療費の削減・市場原理主義の導入では

日刊工業新聞社

大村昭人 著

# 医療立国論Ⅱ

厚生労働省解体

# 医療庁を 設置せよ！

医療政策に関わる  
●省庁の再編統合なくして、  
医療制度改革は実現しない。

日刊工業新聞社

大村昭人 著

# 医療立国論Ⅲ

# 民主党政権で 医療制度は こう変わる

地方分権改革と社会保障への投資で

# 医療再生と 生活大国を目指せ！