

医療の構造改革、変わるのは今だ

鈴木 康裕 (厚生労働省医務技監)

厚生労働省の鈴木康裕医務技監は昨年11月3日、東京女子医大で開かれた第17回日本医療経営学会で『医療の構造改革、変わるのは今だ』のテーマで講演した。各種のデータをもとに日本の医療の特徴を明らかにするとともに、中長期的な観点から医療の動向を展望。診療報酬の評価のあり方や医師の働き方改革など、幅広い観点から2040年に向けた医療政策の課題を論じた。その講演要旨を掲載する。



レコーダ

高齢化のフェイズ変わり 医療ニーズは減少へ

今日は、2018年度の診療報酬・介護報酬の同時改定を踏まえ、団塊の世代が全員75歳以上になる2025年までの医療制度の動向について述べる。さらに、高齢者の数がピークを迎える2040年に向けて、中長期的な話をしたい。医療の動向は、4つの要因によって規定されると思う。1つは人口と医療ニーズである。2つ目は財政である。3つ目は技術。4

つ目は医師の働き方改革である。

医師の働き方改革は今年3月までにまとまり、医師に許される残業時間をどのくらいに設定するかが決まる。

短視眼的に言えば医師の働き方のものだが、諸外国に比べて多いと言われる日本の病床数をどうするか、専門医をどういう形で考えるかに大きく関係する問題である。

人口構成の推移から考えると、人口減少が進む中で、これまでの高齢化とこれから的高齢化はフェ

イズが違う。

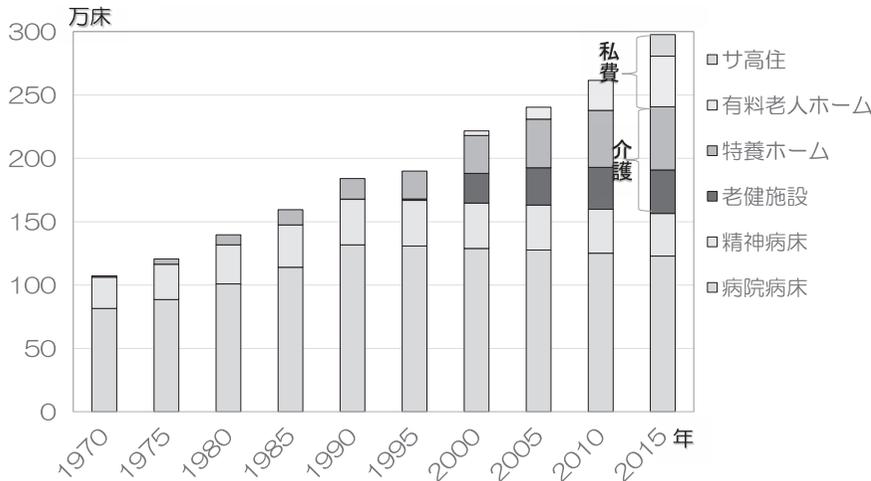
これまでの高齢化は高齢者が増えることにより、実需が増えていた。絶対的な高齢化である。この時代の最大の眼目は、サービスの供給量をいかに増やすことにある。

ところが、これからの高齢化は、後期高齢者は増えるが、65歳以上の人口を見るとそう大きく増えることはない。2040年以降はむしろ実需は減っていく。

この時代で目立つのは労働人口が減っていくことである。

この時代に起こることは、2つである。1つは税金や保険料を払う人がどんどん減っていくので、財政がより厳しくなる。もう1つは医療界・介護界にとってより深刻だと思うが、働く人が減っていくことである。2010年に比べて2060年は約40%労働人口が減ると言われる。海外からの労働者の受け入れか、機械化か、新しいイノベーションか、いろいろなことで乗り越えないとかなり厳しい状態が労働市場では続くことになる。

図表1 病院と施設等の合計数の推移



※ 現在、病院+施設+特定施設等 = 約300万床
(病院は施設の肩代わりをする必要がなくなった)

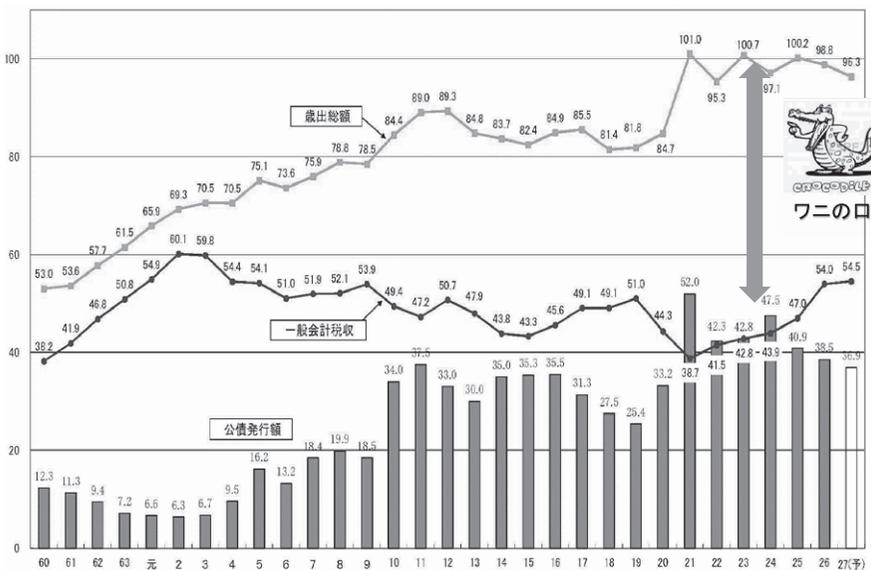
図表1から、日本は、家庭では
面倒を見られなくなった高齢者を

**病院病床が増加して
高齢者を受け止めた**

どこで処遇してきたのかを考えた
い。歴史的に見て3つのフェーズ
に分かれると思う。
1つ目は、病床規制が始まる
1990年頃までのフェーズで、

家庭で面倒をみられない人を病院
病床が増加して受け止めた。戦後、
有床診療所から中小病院になって
それが大きな病院になっていく、
という病院のサクセスストーリー

図表2 一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移



次に財政である(図表2)。歳
入と歳出はバブルが弾けるまでそ
れなりにバランスしていたが、バ
ブル崩壊後は収支差が広がり、こ
れを「ワニの口」と呼んでいる。
最近では税収が増えてワニの口は少
し閉じている。これを歳出と歳入
に分けてみる。

2つ目は、2000年の介護保
険導入以降で、介護保険が始まる
ことよって、特別養護老人ホー
ムや老人保健施設といった介護関
係の施設のキャパシティが大きく
くなり、ここが高齢者の増加を吸
収していった。
3つ目は、2010年以降で、
何が起ったかというところ、さすが
に介護保険料が地域によっては
1万円近くになって大幅には上げ
られなくなったので、私費の部分
で有料老人ホーム、サービス付き
高齢者向け住宅が増え、高齢者増
を吸収してきた。病院は施設の肩
代わりをする必要がなくなった。

(2000年)を100とした時に17年後の平成29年(2017年)にどう変化したかという点、例えば公共事業は3分の2になっている。教育は2割減になっている。これは子供の数が減ってきたと言う要因もある。それに比べると社会保障は94%の増となっている。

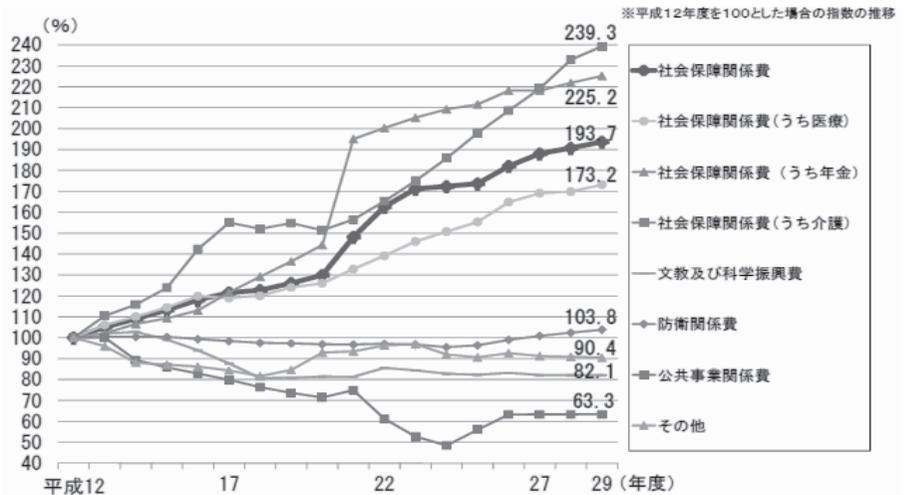
高齢化により年金、医療費が増えているので、当然の帰結とも言えるが、減少しているセクターから見ると、なぜ社会保障だけが增えるのかと言われる。

ただし、中身は一樣ではない。年金は、125%の伸びとなっているが、マクロ経済スライド制によって、生産年齢人口の収入の伸び以上に給付が増えないようになっているので伸びは比較的抑えられている。

医療は、73%の伸びとなっている。かつて医療費亡国論と言われ、医療費の増加が国を減ぼすと言われた。医療費の伸びは歯止めがないように思っている人も多いが、2年ごとの診療報酬改定を通じて、一定のコントロールが働くメカニズムがある。

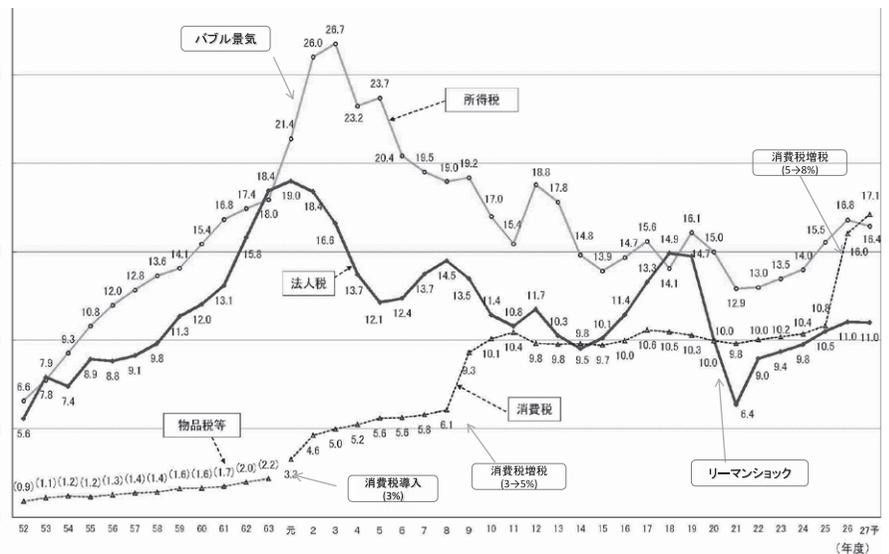
介護は高齢者の増加が直接反映

図表3 一般歳出に占める項目別 指数推移 (平成12年度～29年度)



してしまっているので、139%の伸びとなっている。なかなかコントロールができない。図表4は税収の推移である。所得税を見るとバブル景気のときに

図表4 主要税目の税収(一般会計分)の推移



は27兆円に迫ったが、リーマンショックの時に13兆円となり、半分以下になった。法人税はバブル時が19兆円だが、リーマンショックで6・4兆円になり3分の1以下に落ちている。

景気が変動する中で、社会保障の財源確保が問題となる。今年は景気が悪いので、医療は半分

悪くないということである。

高齢化と社会保障支出が関連するという前提に立てば、日本の社会保障のコストパフォーマンスは

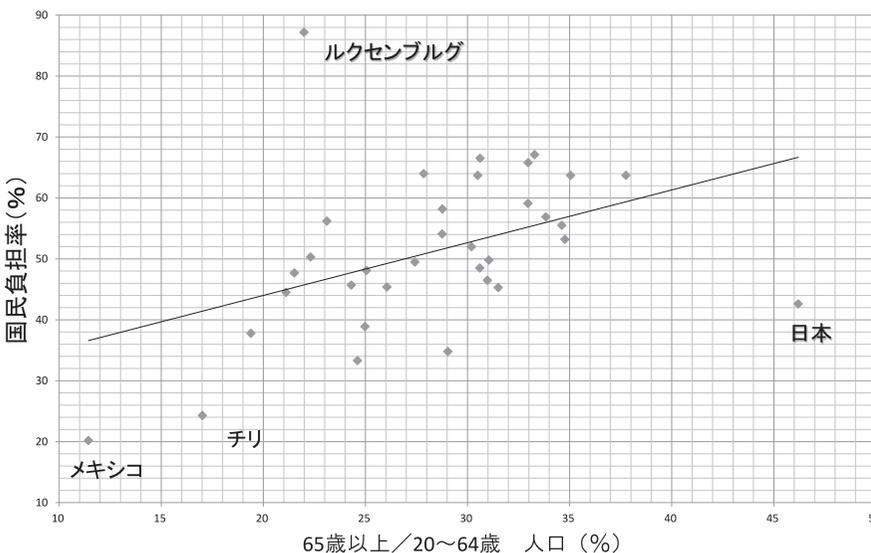
高い。このために消費税を導入して5%から8%に引き上げてきた。今年10月には10%になる予定だが、税収の安定性の面から考えて社会保障は消費税に依拠せざるをえないのではないか。

コストパフォーマンスがよい日本の社会保障

社会保障費について国際比較をしてみる。図表5から最新のOECDのデータを見てみたい。横軸は労働者人口分の高齢者人口で、高齢化率とほぼ同義である。縦軸は国民負担率で、国民所得に対する年金や医療の支出である。常識的に考えると高齢化すれば右肩あがりになっていくので、高齢化率と国民負担率は相関関係があり、ほとんどが回帰直線の線上に位置するが、日本は少し離れたところにある。つまり圧倒的に高齢化しているのに、国民負担率はOECD諸国の中で下から3分の1に位置している。

コストパフォーマンスがよい日本の社会保障

図表5 OECD各国の高齢化と国民負担率



図表6は、所得再分配の状況を見ている。裕福な人からそうでない人に所得を回して格差を小さくしようということだが、ジニ係数の改善度を社会保障と税で比較するとどの年でも税による格差の是

正より、社会保障による格差の是正の方が5倍くらい大きいことがわかる。社会保障を乱暴に切ると、格差の拡大につながることを心配しなければ

図表6 所得再分配による所得格差是正効果 (ジニ係数、等価所得)

調査年	ジニ係数				ジニ係数の改善度		
	等価当初所得 ①	①+ 社会保障給付金 - 社会保障料 ②	等価可処分所得 (②-税金) ③	等価再分配所得 (③+現物給付) ④	再分配による改善度 ※1	社会保障による改善度	税による改善度
						※2	※3
平成11年	0.4075	0.3501	0.3372	0.3326	18.4%	15.3%	3.7%
平成14年	0.4194	0.3371	0.3227	0.3217	23.3%	19.9%	4.3%
平成17年	0.4354	0.3355	0.3218	0.3225	25.9%	22.8%	4.1%
平成20年	0.4539	0.3429	0.3268	0.3192	29.7%	26.2%	4.7%
平成23年	0.4703	0.3418	0.3219	0.3162	32.8%	28.6%	5.8%

※1 再分配による改善度 = 1 - ④ / ①
 ※2 社会保障による改善度 = 1 - ② / ① × ④ / ③
 ※3 税による改善度 = 1 - ③ / ②
 注：平成11年の現物給付は医療のみであり、平成14年以降については医療、介護、保育である。

ばならない。

患者の半分は 高血圧、糖尿病、高脂血症

日本の医療の特徴について何点か述べる。

図表7は、患者調査から、どうい
う病気で医療機関に来ているか
を示したものである。

驚くべきことに患者の半分は3
つの病気で医療機関を受診してい
る。高血圧、糖尿病、高脂血症で
ある。この3つの病気は2つの特
徴がある。1つは放っておくと大
変なことになる。脳卒中になつた
り、心臓病になつたり失明したり
する。もう1つの特徴は最初は自
覚症状がないことで、検査の数値
のみに現れるということだ。

医療費をコントロールできるか
どうかについては、この3つの疾
病をいかに早く見つけて悪くさせ
ないかにかかっていると思う。

図表8は、世界の外来の1人当
たりの年間の受診回数と1回あた
りの医療費を見たものである。ア
メリカは特異なのではなくして考
える。日本は、OEC Dの平均と比
較して外来の受診回数は2倍くら

いで、1回当たりのコストは半分
以下である。言葉は悪いが、日本
の外来は「薄利多売」と言える。
しかし、総コストで見ると日本も
OEC Dもあまり変わらない。ア
クセスが良いという面はあるが、
1人当たりの外来の時間は短くな
る。

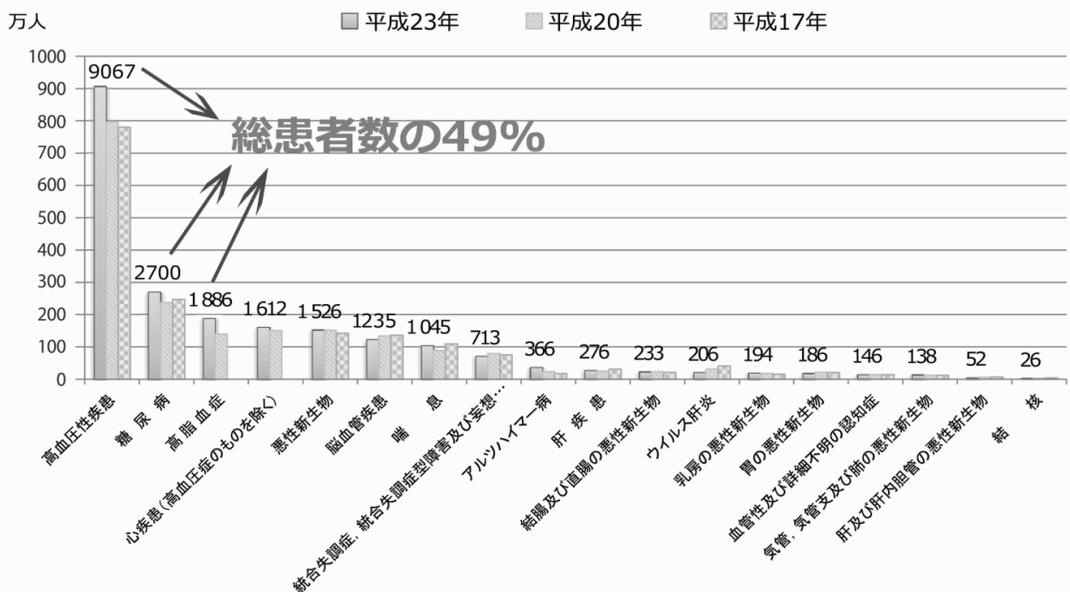
病床の多さが 医師の忙しさの原因

図表9は、日本、ドイツ、フラ
ンスの公的と民間の施設数、病床
数の比率を見たものである。

ドイツは公的病院が施設数で7
割、病床数で8割を占める。日本
は公的病院の施設数で2割、病床
数で3割である。これは、良い悪
いではなく歴史的な経緯による違
いである。病気の人が、家庭で見ら
れない高齢者をどうやって吸収し
てきたかということ。私は、これ
が地域医療構想を実現していく際
の大きな要因になると考えてい
る。

公的病院が多ければ、労働組合
の問題などはあるが、知事や大臣
が方針を示せば、ある程度は吸収・
合併等がやりやすい。しかし、民

図表7 主な傷病の総患者数



※ 高脂血症は平成17年は調査対象とっていない
※ 平成17年では心疾患(高血圧症のものを除く)は虚血性心疾患という分類を行っている

出典) 患者調査をもとに厚生労働省保険局医療課で作成したものを改変

や陽子線、ダヴィンチ問題は、重粒子線

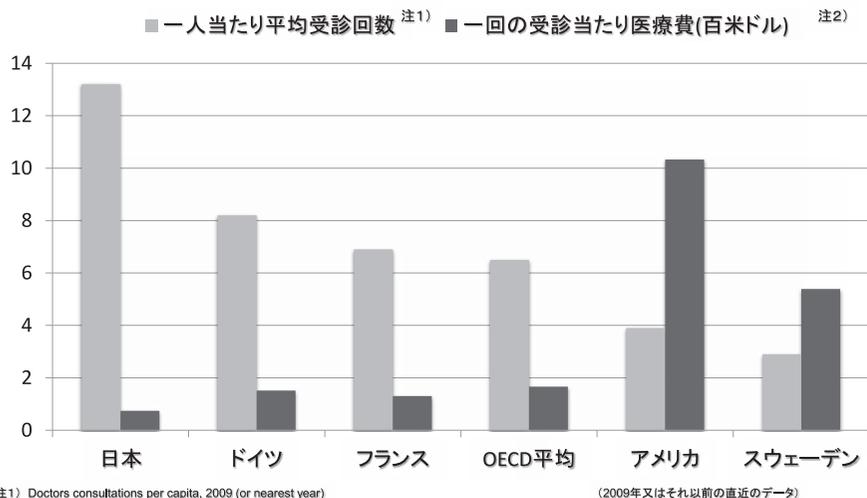
間病院はそれぞれの理事長が借金をして病院を立てて自分のリスクで職員を雇用している。「明日からこうして欲しい」と知事に言われても「はいそうですか」とはすぐにはならない。つまり理事長が、自分の病院はこのままではダメだということをおわかっていたただかない限り、日本の地域医療は変わらないということである。

もう一つの日本の医療の特徴は、医療機器が多いことである。人口当たりのCT、MRIの台数で見ると、日本は圧倒的に多い。共同利用が進まないことや民間病院が多いので設置競争になるといった理由はあるが、こ

うなつてしまったものをいままさら減らすことはできない。

チなど、これから広がっていくと予想される医療機器をMRI、CTと同じように増やしていくことは医療財政からみて無理であるということだ。何らかの形で共同利

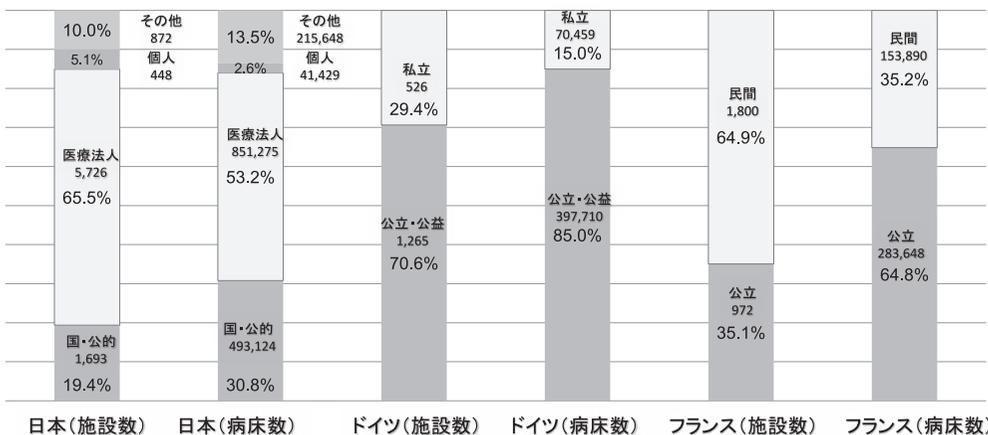
図表8 【外来】 一人当たり平均受診回数と一回の受診当たり医療費の比較



注1) Doctors consultations per capita, 2009 (or nearest year)
 注2) Total health expenditure per capita(public and private) × Outpatient care (%) ※
 ※Current health expenditure by function of health care, 2009 (or nearest year)
 出典: OECD Health Data 2011を基に保険局医療課作成

図表9 病院における開設者別にみた施設・病床数

- 我が国では、個人及び民間医療機関(医療法人)が病院数で5,726と65.5%、病床数で851,275と53.2%を占めており、日本の医療の中核を担っている。
- しかしながら、施設数と病床数のシェアの違いからわかるように中小病院が多い。
- 大規模病院においては、公的病院が多い。
- 独・仏では、公的セクターが大きな割合を占めている。



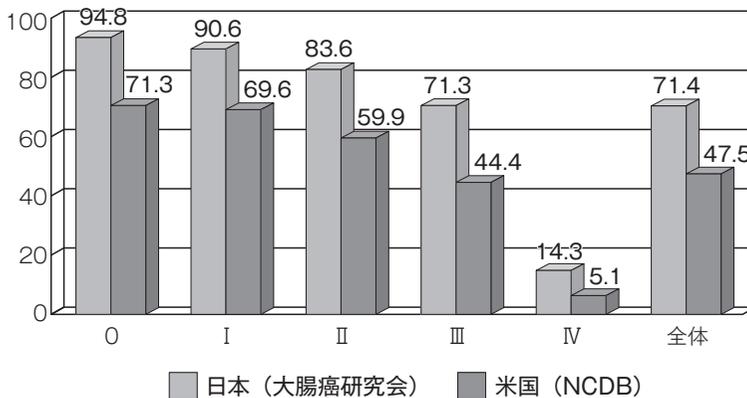
注: 日本の「国・公的」は、国立、公立、日赤、済生会、共済組合等。「その他」は、民法法人、学校法人、社会福祉法人等。
 ドイツの「公益」とは教会系等の社会奉仕団体、フランスの「公的」は公立病院。
 (出所)平成21年医療施設調査(厚生労働省統計情報部)。フランス医療関連データ集【2009年版】、ドイツ医療関連データ集【2009年版】(医療経済研究機構)

図表 10 医療提供体制の各国比較 (2010年)

◇ 「人口当たりの医師・看護師数」は欧米並みだが、病床数が多いため
「病床当たりの医師・看護師数」は欧米に比べ1/3～1/4程度

国名	平均在院日数	人口千人当たり 病床数	病床百床当たり 臨床医師数	人口千人当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数
日本	18.2	13.5	16.4	2.2	74.3	10.0
ドイツ	9.5	8.3	45.2	3.7	135.3	11.2
フランス	5.7	6.4	50.9	3.3	131.4	8.5
イギリス	7.4	3.0	92.0	2.8	324.7	9.7
アメリカ	4.8	3.1	79.7	2.4	358.7	10.9

図表 11 大腸癌手術成績の日米比較 (5年生存率、%)



図表 12 平成30年度診療報酬改定の概要

団塊の世代が75歳以上となる2025年とそれ以降の社会経済の変化への対応に向けて、平成30年度診療報酬改定により、質が高く効率的な医療提供体制の整備とともに、新しいニーズにも対応できる質の高い医療の実現を目指す。

診療報酬本体 +0.55%

各科改定率 医科 +0.63%
 歯科 +0.69%
 調剤 +0.19%

薬価等

①薬価 ▲1.65%

※うち、実勢価等改定 ▲1.36%
 薬価制度の抜本改革 ▲0.29%

②材料価格 ▲0.09%

なお、上記のほか、いわゆる大型専門薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

用を進めないと高額の治療機器は普及させられないだろう。

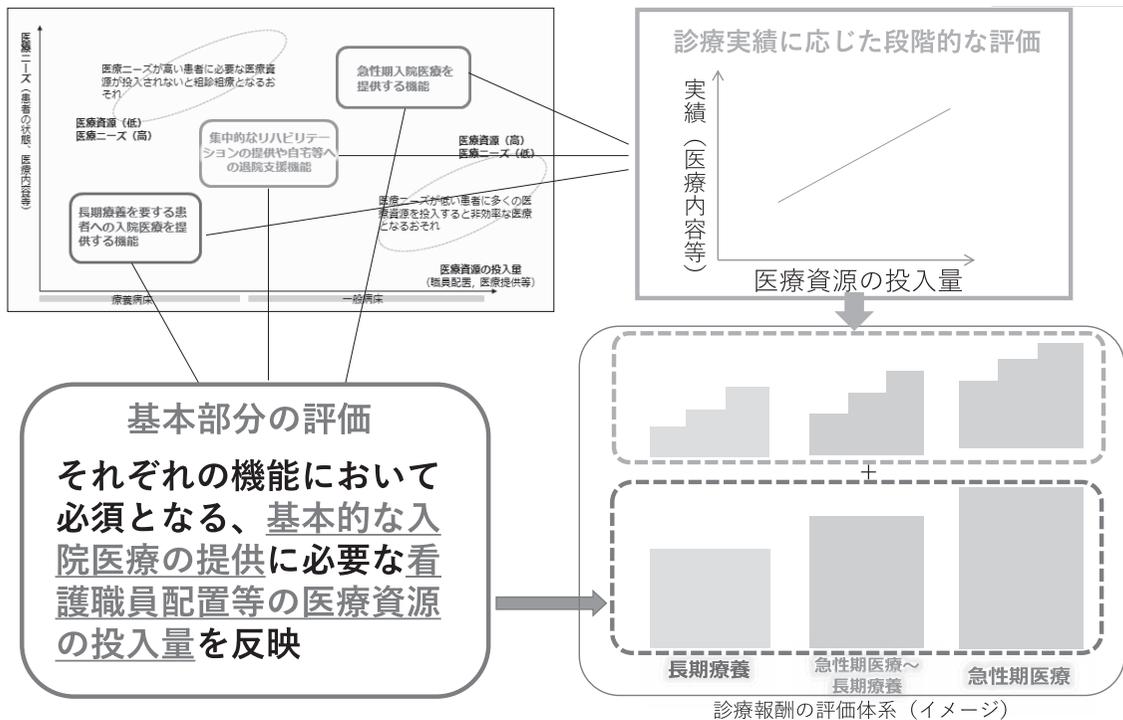
図表10は、各国の医療提供体制

の比較である。人口千人当たりの臨床医数を見ると、日本は1番低いが他の先進国と大きな差があ

るわけではない。しかし、病床100床当たりの医師数で見ると、日本はアメリカの5分の1くらいである。これがおそらく日本の医師が非常に忙しい根本的原因の1つとなっている。

これは人口当たりの病床がアメリカより4倍多いからである。その結果、入院はしやすいが、医師、看護師を薄く配置することになる。労働はきつくなるし、医療事故も起きやすくなる。患者に接

図表 13 二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系の考え方（イメージ）



する時間も短くなるので満足度が低くなる。しかし日本の医療の質が悪いのかというと、決してそんなことはない。図表11は、大腸がんの各ステージごとの5年生生存率を日米で比較したものである。いずれのステージでも日本の方が5年生生存率が高い。単純比較はできないが、大腸がんになったら日本で手術を受けた方がよいと思われる(笑)。

30年度診療報酬改定の意味を考える

診療報酬改定の話をしたい。図表12は、平成30年度改定の概要である。

現場感覚としては、プラスなのかマイナスなのかわからない数字になっているが、因数分解してみると、まず薬価の改定のうち、実勢価格改定という医療機関に響くもの(▲1・36%)と、抜本改革という蔵出し価格に響くもの(▲0・29%)に分かれる。抜本改革の▲0・29%はそれほど、医療機関に影響はないだろう。また、実勢価格改定の▲1・36%もすべてが医療機関に響くわけではない。

院外処方が進んでいるので、医療機関で使われる医薬品は4割以下である。6割程度は調剤薬局で使われている。実勢価格改定の影響の6割は医療機関ではなく、調剤薬局になる。したがって実勢価格改定の4割程度と材料価格の改定(▲0・09%)を足したものと、医科の0・63%を比べてどうかというの、皮膚感覚の診療報酬の改定率ということになる。いろいろ議論はあったが、最終的には概ねプラスマイナスゼロに落ち着いたということではないか。

平成30年度の改定をどんなスタンスで行ったか。改定説明会で説明されているので細かいことは述べないが、3つの点が重要であり今後の改定の背骨になるであろう。

1つは入院医療の支払いを整理したことである(図表13)。医療資源の投入量と医療ニーズを考えると、医療ニーズが低いのに医療資源を投入すると過剰診療になる。医療ニーズが高いのに医療資源が投入されないと粗診粗療となる。我々が目指すべきは医療ニーズと医療資源の投入量がマッチした

院外処方が進んでいるので、医療機関で使われる医薬品は4割以下である。6割程度は調剤薬局で使われている。実勢価格改定の影響の6割は医療機関ではなく、調剤薬局になる。したがって実勢価格改定の4割程度と材料価格の改定(▲0・09%)を足したものと、医科の0・63%を比べてどうかというの、皮膚感覚の診療報酬の改定率ということになる。いろいろ議論はあったが、最終的には概ねプラスマイナスゼロに落ち着いたということではないか。

平成30年度の改定をどんなスタンスで行ったか。改定説明会で説明されているので細かいことは述べないが、3つの点が重要であり今後の改定の背骨になるであろう。

ストライクゾーンであり、それを急性期、回復期、慢性期でそれぞれ考えることになる、

私はさらにその中の支払いを固定費部分と変動費部分で分けるべきであると考えている。固定費部分は、それぞれに下支えとなる定額の支払いとした上で、変動費の部分は入院している患者の「重症度、医療・看護必要度」に応じて段階を作ってプラスとして支払うということである。

従来的一般病棟入院基本料では、7対1と10対1に大きな段差があり、10対1になると二度と帰れないので必死に7対1にしがみついていた。30年度改定で完全な形にはならなかったが、なだらかな階段状にした。人数だけで7対1にこだわるのではなくて、入院患者とのバランスで人員を考えていくことだと思ふ。地域で看護師の需給が少し緩んできたという声も聞いている。

図表14は、ダヴィンチの話である。これまでの診療報酬の支払いでは、ダヴィンチの機械がいくらであり、何年で減価償却するか、年間の施術回数が何回であるか、

したがって1回当たりいくらかなのかという形でコストに基づく支払いを

していた。ダヴィンチが腹腔鏡手術に有効という前提に立った上で、既存の技術を上回る支払いにしていた。

ところが今回は、発想の転換をして、コストに基づく値付けから、患者にとつての価値に基づく支払い、バリュー・ペースト・プライスになった。

つまり、腹腔鏡手術に比べて明らかにダヴィンチのコストは高いけれども、患者にとつての価値が同じだったら同じ額しか支払わない。コストに基づく言い値ではなく、患者にどれくらいの利益をもたらすことができるかというアウトカムに基づく支払いに今回踏み出したことになる。

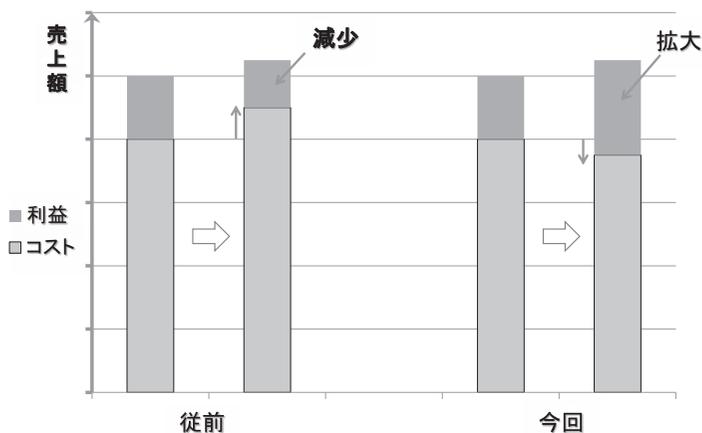
図表 14 ロボット支援下内視鏡手術

○「コスト」ではなく、既存技術（内視鏡手術）との「有効性」の比較に基づき診療報酬点数を設定。

既存技術を上回る評価		既存技術と同程度の評価	
・前立腺がん	95,280点 (77,430点)	・胃がん	64,120点 (64,120点)
・腎がん	70,730点 (64,720点)	・肺がん	92,000点 (92,000点)
		・膀胱がん	76,880点 (76,880点)

※ () 内は既存技術（内視鏡手術）の診療報酬

図表 15 売上拡大至上主義から 利幅最大化へ



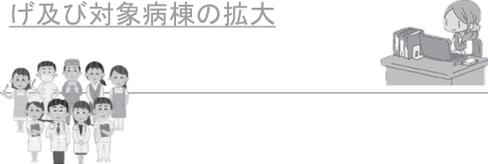
3つ目は、売上拡大至上主義から利益最大化と言うことである(図表15)。

今までは診療報酬で点数をつけるときに、これは官僚の性であるが、無制限につけるのではなく、例えば専門医の配置や機械の配置、部屋の広さ等の要件をつけるが、その要件がコスト高になって

いる。売り上げは上がるが、それ以上にコストが上がってしまったために実際の利益が減ってしまうということが起こる。

もちろん最低限の要件は満たしてもらわなければいけないが、なるべくコストを減らすことを今回考えた。全体の売上増はさほど期待できないかもしれないが、コス

図表 16 チーム医療等の推進等の勤務環境の改善

<p>これまでの取組の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 医師事務作業補助体制加算の<u>評価の引き上げ</u> ➤ 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する<u>評価の引き上げ及び対象病棟の拡大</u> 	<p>常勤要件・専従要件の緩和</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 医師、リハビリ専門職等について、一定の領域に関して<u>常勤配置に関する要件を緩和</u> ➤ 医療従事者の<u>専従要件*</u>について、チームで担当する患者数が一定程度以下の場合には<u>専任*</u>で可能とするなど、<u>より弾力的な運用が可能</u>となるよう見直し <p><small>*専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能</small></p> 
<p>医療機関の勤務環境改善の取組の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 総合入院体制加算の要件である病院勤務医の負担軽減等の体制について、<u>対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大</u> ➤ 医師事務作業補助体制加算等について、<u>病院勤務医等の負担軽減策として効果がある複数の取組を計画に盛り込むことを要件化</u> 	<p>勤務場所の要件の緩和</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 画像診断、病理診断について、一定の条件の下で、<u>ICTを活用した自宅等での読影を可能に</u> ➤ 対面でのカンファレンスを求めている評価について、一定の条件の下で、<u>ICTを用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう要件の見直し</u>

ト減によって十分な利幅を確保する。こういうシグナルを病院が受け取ってもらえるかどうかで病院の利益の確保につながると思う。

具体的にいうと、例えば図表16のように、常勤に関する要件を緩和した。今まで常勤医は、1週間勤務する医師を常勤と考えていたが、週2〜3日で働く医師も多いので、組み合わせ常勤でよいことにした。

病理診断や放射線の画像診断ではICTを使って自宅等での読影を可能にしたほか、病院にいなくてもICTを使って、自宅から感染症の予防会議に参加しても認めることにした。また、書類の数も減らした。

これも我々だけでは進めることはできない。現場から「こんな書類は要らない」「こんな要件は意味がない」ということがあれば、ぜひ知らせてほしい。

将来の診療報酬改定は どうあるべきか

将来の診療報酬改定について、私見を述べたい。

1つは、アウトカムに基づく評価である。これまでは、看護師が何人いるか、病室の広さはどれくらいか、ということとで基本的にストラクチャーに基づいた評価だったが、よりアウトカムに基づく評価に変えていく。糖尿病の管理にしても、今は血糖を測り、薬を処方して、1回いくらという支払い方をしている。

異論があるかもしれないが、本来であれば、一定の期間に血圧や血糖値をこれぐらいの範囲におさめるとい管理に対する報酬として支払うことも考えられる。その人の特性や病気のステージによっては簡単ではないと思うが、そういう支払いも併用していく必要があると思う。

2つ目は、医師や看護師は、医師でなければできないこと、看護師でなければできないことに集中し、業務内容に応じた適正配置を進めることである。リネンの交換や配膳も全部看護師が行うのは高コスト構造ではないか。

3つ目は、遺伝子に基づく診断治療を進めていかなければいけない。ゲノム医療の進歩により、慢性疾患も遺伝子型により、重症化

や合併症発現リスクに応じた疾病管理が可能となっている。

4つ目は、ICT・AIの推進により、診療状況をリアルタイムで把握し、データに基づく診療支援システムを提供し、診療内容を標準化していくことである。

公的医療保険を重点化する

2025年に団塊の世代が全員75歳を超え、さらに2040年を過ぎると、医療・介護のニーズはピークアウトして、実際に医療費が減少する時代もあり得る。高齢者の減少と医療の高度化のバランスであると思う。そういう中で、

少くとも、保険料や税金を支払う人が減っていくここ10〜20年は、必ず財源不足に直面することになる。お金があれば、すべての医療を給付できるが、お金が一定以上限られてきたら、公的医療保険はどこに重点を置くべきか考えることも必要になるかもしれない。

1つの考え方は、「カタストロフィック医療保険」と呼ばれる考え方である。例えば、オプジーボとか、CAR-T細胞療法など、

非常に高額だが、有効だという手が出てきた場合に、個人では払えないが、保険料財源はそういう時にこそ使うということである。そのかわり風邪薬など、ドラッグストアで買えるものは、自分で買っていただく必要も出てくるかもしれない。

2つ目は、「混合診療」である、オプジーボやCAR-Tは全員が必要になるわけではない。非常に限られた人たちには申し訳ないが、自分のお金が民間保険で払っていただく。公的医療保険の給付は、毎日使うような医療に当るといふ立場に立つ。

これは、どちらかしかないということではないと思う。その中間の手法として、フランスで実施している可変給付率があるのではないか。これは、医師の処方権は侵害しない。ビタミン剤であろうと、抗がん剤であろうと、医師の処方には認めるが、その上で、ビタミン剤に対する給付率はゼロ%とし、患者が全額を払う。しかし、抗がん剤の給付率は100%にして、患者の自己負担をなくす。

どのグループに入るかはたいへん

んな争いになると思うが、1つの考え方としては、生命予後に与える影響や個人の支払い能力から考えて、いくつかのグループピングをして、給付率を変えていくというやり方もあり得るのではないかと思う。

医療の技術革新を担う医薬品産業

少し話を変えて、技術の話をした。

図表17は、どの産業が法人税を払っているかを見たものである。例えば、自動車産業は、リーマンショックの前まで1兆円くらいの法人税を払っていたが、リーマンショックで2000億円くらい急落した。電気や情報通信、鉄鋼もガクつと落ちている。その中で、医薬品産業だけが安定して法人税を払っている。2011年では、産業界でトップの法人税を払っている。それはなぜかという点、景気が悪いからと

図表 17 製薬産業は「安定した金の卵」



いって、病気にならないわけではないからである。ニーズがそれほど変化しないし、価格弾性も高くない。そういう産業を国としてどう考えるか。ただ、絞ればいいのかということである。

図表 18 バイオ医薬品の躍進

- 抗体関連の技術等の進展に伴い、個別化医療に有効なバイオ医薬品の売り上げが急増している。

大型医薬品世界売上ランキング（色つき部分：バイオ医薬品）

	2000年実績	2015年実績	2015年売上 (単位：百万ドル)	企業名
1	ロゼック/オメプラール（抗潰瘍剤）	ヒュミラ（リウマチ）	14,351	米Abbvie社/エーザイ
2	ゾコール（リボパス）（高脂血症）	ハーボニー（C型肝炎）	13,864	米Gilead Sciences社
3	リビートル（高脂血症）	エンブレル（リウマチ）	9,902	米Amgen社/米Pfizer社/ 武田薬品工業
4	ルバスク（降圧剤）	レミケード（リウマチ）	9,067	米J&J社/米Merck社/ 田辺三菱製薬
5	マバロチン/ブラバコール（高脂血症）	マブセラ/リツキサン（癌・リウマチ）	7,327	米Biogen社/スイスRoche社
6	クラリチン（抗アレルギー剤）	ランタス（糖尿病）	7,093	フランス Sanofi社
7	タケロン（抗潰瘍剤）	アバステン（癌）	6,951	スイスRoche社
8	プロクリット（EPO-α）（腎性貧血治療剤）	ハーセプチン（癌）	6,799	スイスRoche社
9	セレブレックス（抗炎症剤）	レプラミド（多発性骨髄腫）	5,801	米Celgene社
10	プロザック（抗うつ剤）	アドエア/セレタイド	5,628	英GlaxoSmithKline社

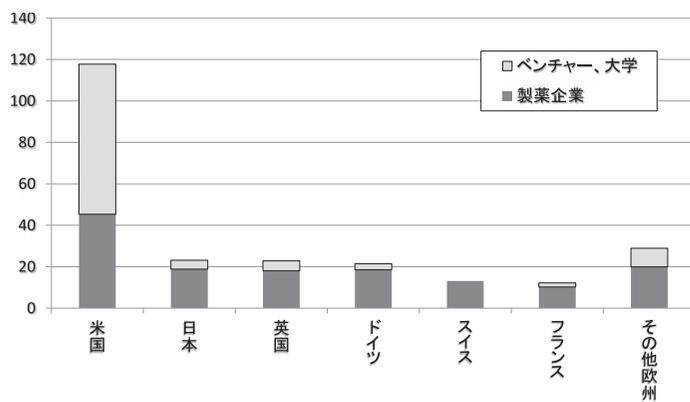
太字 第1世代バイオ医薬品

第2世代バイオ医薬品

出典：大型医薬品世界売上ランキング（2000年） ユートプレーン社
日経バイオテック資料（2015年）

※ 経産省作成

図表 19 新薬開発のオリジン



出典：Robert Kneller, Nature Reviews Drug Discovery (November 2010)から作成

※ 経産省作成

図表 18 は、2000年と2015年の世界の医薬品の売上トップ10である。いわゆるバイオ医薬品が増えているのがわかる。低分子の化合物とバイオ医薬品は、明らかにビジネスモデルが違う。低分子化合物は、大きなケミカルライブラリーの中から、作用部位を特定した上で、効くか効かないかのトライアンドエラーを

やっつけていくので、ビッグファーマモデルである。要するに、大きな製薬企業でないとならない。しかし、バイオ医薬品は、そうではなくて、臨床の医師がベッドサイドで、ある酵素のレセプターをどのように阻害するかどうかなどという発想から来ているので、ベンチャーやアカデミアから出てくる例が非常に多い。

製薬企業がそういうニーズをくみ上げられているのか。図表 19 は、新薬開発のオリジンをみたものである。創業能力がある国は、世界に6カ国くらいしかないが、薄い色は、ベンチャーや大学からきているもので、濃い色は、製薬企業の研究所から開発されたものである。私これを内製型研究といっているが、アメリカを除いて内製型研究が圧倒的である。つまり、アメリカだけが、ベンチャーやアカデミアに対応する機敏な力を持っている。これに向けて各国はうまくギアチェンジしていく必要がある。アメリカの製薬会社は、研究者の会社というより、目利きの投資顧問会社とも形容されているように、よいシーズにどれだけ投資

できるかにかかっている。

イレッサという肺がんの薬があるが、2002年に承認されたときは、すべての肺がんを対象にしていた。

この場合、イレッサが効く人は4人に1人で、しかも年間の薬剤性障害による死亡が900人以上あった。ところが、2011年に効能・効果を変更して、EGFR遺伝子の異常がある肺がんに限定したところ、4人に3人は効くようになり、薬剤性障害の死亡は184人に減った。

なぜそうなったか。2001年の段階で、肺がんがどういう遺伝子変異が起因しておこるかまわったくわかっていなかった。2011年の段階で、肺がんの起因となる遺伝子変異の4分の3がわかっている。そのうち、EGFRとALK、ROS1については、日本で承認され、販売されている薬があるが、そのほかの明らかになっている遺伝子異常をみると、治療薬が欧米では承認されているが、日本では承認されていない、若しくは適応外となっているものがある。こういう薬は、早く患者

に届きたい。

医師の働き方改革の影響

医師の働き方改革について話したい。私は、医師の需給、働き方、偏在対策は三位一体であると思っている。

1つは、大学でどれだけの医師をつくるかという医師の需給である。もう1つは、医師にだけだけの残業を認めるかという医師の働き方の問題。最後は、医師の地域や診療科の偏在である。この3つの問題をそれぞれ単独で解決しようと思っても無理であり、3つとも解決しないといけない。どれだけ医師をつくったとしても、ある地域でお産をとりあげる産科医がいなければ、その地域の人たちにとっては医師不足だからである。日程的にいうとこの3月までに残業がどれくらいできるかを決めて、5年後にその規定が適用される。

この話をするとき多くの医師から、「私たちは一般の労働者ではない。患者の具合が悪くなれば深夜でも病院にかけつける。労働時

間を一般的に規制されるのは心外である」という話をされる。法律的には、医師はこれまでも労働者とされているので、新しい規定を作らない限り、変えることはできない。「裁量労働制や高度プロフェッショナルという制度でできないか」という質問も受ける。弁護士や会計士がこれらの制度の対象となるが、医師の場合にネットワークになるのは患者が来たら基本的には診療しなければ命に関わるということの重大性である。

医師法で、医師は正当な理由なく、診療を拒否してはならないと書いてある。自分の目の前に患者が来たら、基本的には診なければいけない。したがって、自分で労働時間を完全にコントロールできない。したがって、裁量労働制はできないということになるのだろう。

もう1つは、あまり厳しい残業規制を適用してしまうと、地方では救急も当直も回せなくなってしまう。日本の医療が崩壊してしまうという問題がある。

医局で文献を読んでいる時間など、管理者に命じられた労働なの

か、それとも自ら進んで行う研修なのか、わからないところがある。当直については管理当直として起きている間だけを勤務とするか、それともすべての当直時間を労働時間とするのか、という整理（または線引き）も必要になる。

1つ覚えておいて欲しいことは、病院の若手の医師から自分たちの残業代が支払われていないと告発があったら、担当行政機関としては動かないと行政の不作為となってしまうことだ。ぜひ、若い医師と給与や残業について、率直に話し合ってもらいたい。

労働時間規制は、従来の規制も新しい規制もいずれも2段階になっている。なぜかというところ、一般労働者は忙しい時期と暇な時期が極端に分かれているからだ。たとえば、決算期は忙しいが、夏や正月は暇だ。しかし、医療はそんなことはない。インフルエンザが流行ると忙しくなるなどはあるかもしれないが。

労働時間の上限を超えて働かせた場合でも、今までは実質上医師が監督者から指導を受けることは少なかったし、その遵守も努力義

務であった。しかし、改正により、懲役を含む罰則が適用される。理事長があまりひどい働かせ方をすると、懲役刑を受けることになる。懲役刑を受けると、医道審議会で処分されることもありうる。病院の存立にも影響を及ぼす事態となる。

そもそも労働基準法36条の規定では、労使で協定を結ばないと残業をさせてはいけないことになっている。しかし、36協定を締結していない病院が15%ある。36協定で特別条項を結べば、従来の規定では、半年間は無制限で残業させることができる。しかし、特別条項を結んでいない病院も34%ある。36協定に関する病院の理解は必ずしも十分ではないように思う。

応召義務は、医師法において、正当な事由なく、診療を拒んではいけないとされているが、むかしの規定を現在にそのまま生かすことに少し疑問を感じる。この規定は、昭和23年に制定されたが、当時、医師の7割は診療所において、ほとんどが裏に自宅があつて住んでいた。応召義務とは何かという

と、患者が来たときには真夜中でも起きてこなければいけないということだったのではないか。

今はどうかというところ、診療所の医師は3割であり、大多数はビル診で、住んでいない。したがって応召義務を従来の解釈のままで個人に課するのは時代に合っていない。患者が診てもらう権利をきちんと規定する方が時代に合っているのではないか。

労働時間とは、管理者の指揮命令下におかれている時間である。よく言われるのは、CPCのような勉強会は、労働時間なのかという点である。これは、判例が出ていて、強制であつたら労働時間である。ただし、自由参加であつたら労働時間ではない。

医師が腹腔鏡手術の練習している時間は労働時間なのかという裁判があつた。これは、職務との関係や上司からの指示を総合的に勘案はされるものの、判例では労働時間ということになった。患者の医療のために研修することは、今までの医師の感覚的には明らかに「自己研鑽」と思われるような時間でも労働時間と整理されている

可能性は高い。

この点については現在議論が進められている「医師の働き方改革検討委員会」でも問題となっており、指示がなく、自己の自由な意思を確認した上で、きちんと労働時間管理がなされていけば、研鑽の自身によつては（例えば自由意志でやっている論文の輪読会や、直接職務と関係のない研究の学会発表の準備など）、在院して研鑽していても労働時間とならないものもあるのではないかという方向性で議論が進んでいる。

医師の当直については、一方で法律に縛られていながら（医療法では病院には医師を当直させなければいけないと規定されている）、一方で過剰な長時間労働になれば将来は罰せられるという状況である。

当直とみなされるのは、本当に軽い業務の場合である。現在の基準では、一晩に2〜3人の救急患者が来て、診療した場合は当直ではなくて全時間超過勤務という扱いであるとき。

いわゆる寝当直で頻繁に起きない場合には当直とみなされ、1日

の平均額の3分の1くらい払えばよいが、それは週に1回くらいだとして。

年収1200万円の医師が月に80時間くらい働いているとする。この人が土曜日に寝当直（あまり起きない当直）をした場合に、いくら払えばよいかというと、2万円弱である。起きて診療した時間だけ労働時間に含める。

しかし、患者を頻繁に診る場合は、全てが労働時間となり、夜間の割増も含めて一晩に8万5000円を払わなければならない。したがって、頻繁に診療する当直はシフト制にして、そうでない場合は、原則担当患者が急変した場合やかかりつけの患者の状態変化に対応するなどにしか起きない当直にしないと病院はやっていけないだろう。

月80時間を超える残業をいわゆる過労死の水準とされている。その水準以上に働いている医師がどれくらいいるかというと、41.8%である。これは全医師の平均なので、病理や放射線科、精神科などで、あまり残業をしない医師も入っているの、救急や産科は8〜9割

の若い医師が、過労死水準の残業をしているのではないか。看護師は5%である。看護師は、2交代、3交代のシフト制であり、シフト制にすることが残業を防ぐ手段である。

医療現場にお願いしたいことは、医師の労働時間の管理をしっかりしていただきたいということである。いまだに医師の出退勤管理をきちんとしていない病院があるが、いつ出勤して、いつ帰るのがわからなければ、どのぐらい働かせているのかわからない。

印鑑で出勤簿に押印している病院があるが、これはあまり証拠能力が高い方法とはいえない。医師のパソコンがログイン・ログアウトした時間で労働時間を管理することも考えられるが、ログアウトしないで帰ったりすると、一晩中働いていたことになるので、注意する必要がある。

専門医の技量を高めるにはサポート体制が必要

最後に専門医の養成について、問題提起したい。人口10万人当たりの脳外科医の数をみると、日本

は非常に多い。一方、脳外科1人当たりの手術数をみると、日本はアメリカの20分の1以下である。これは、日本の脳外科が怠けているからではない。アメリカの脳外科は開頭された患者のオペをするだけでよい。オペ記録も、口頭で録音し、秘書に入力させて、自分サインだけすればよい。外来もやらないし、院内の委員会も出ない。つまり手術だけに没頭できる体制ができています。

日本の脳外科はそんなことではなくて、神経内科の仕事もしているし、外来や当直や病棟の診療も行う、院内の委員会も出て、脳外科の手術をする。

専門医が技量を磨き、症例数を増やしていくためのサポート体制もあわせて整備していかないと日本の専門医の医療技術のレベルを上げることが難しいのではないかと。

おわりに

私は、今の医療は、変わらないといけないと思っている。女性医や若い医師が増えて、「病院に泊

まって覚えろ」という医療はもはや成り立たない。タスクシフトや当直制の見直しなど、様々なことを含めてやらなければならない。それから、諸外国に比べて人口当たりで4〜5倍多い病床をなんとかしないと、医師の長時間勤務という構造的問題は長期的には解決できない。

さらに国民の理解が大事だと思っている。ある病院が医師の残業時間短縮の問題に直面した時、夜8時以降、患者の家族が病状の説明を求めても説明しない、土曜日の外来はやめる、という方針を導入した。その結果、医師の残業時間は減ったが、患者や家族から多くの不満があったという。

これは独り医師だけの問題ではないし、病院だけの問題でもない。地域で患者や国民とともに、医師をどう守って、地域医療を守っていくかという問題ではないかと思う。

人口、技術、財政、医師の働き方が大きく医療の構造や医療費を規定する。ぜひ、ご理解いただきたいと思う。

診療報酬算定のための

施設基準等の事務手引

平成30年4月版 好評発売中! 定価 本体4,800円+税/B5判 1,456頁

人員や設備・施設などの基準をまとめました 施設基準と定められた疾患等を網羅しています

●診療報酬には、一定の基準(施設基準)を満たし、届け出ることによって、はじめて点数が算定できる項目があります。本書は、この施設基準の全内容(医科・歯科・調剤の施設基準)を収載しました。

施設基準等の事務手引



商品No.13513

株式会社 社会保険研究所

〒101-8522

東京都千代田区内神田 2-15-9 The Kanda 282

☎ (03)3252-7901 FAX (03)3252-7977