

日本の医療を考える

関東労災病院特任副院長

関西ろうさい病院特任副院長

清谷 哲朗

内容

- 社会の側面
- 行政の側面
- 医療機関の側面
- 医療そのものは：国際比較も
- まとめ
- (おまけ) 医療機関経営

現在の社会状況のトレンド

- 社会構造の変化：家族の崩壊
- 産業構造の変化：不景気、物価低迷と低賃金
- 雇用構造の変化：生涯雇用制の崩壊
- 人口構造の変化：超高齢化
- 消費行動の変化：「過剰」品質要求
 - 「何が足りないといえ、顧客が足りない」
- 政治構造の変化：与党の流動化
- 行政行動の変化：殖産興業から環境行政

医療行政の変化

- ヒト: 人的資源
 - 医師数と病院の医師需要のミスマッチ
 - 医療費制御の要
 - 薄利多売で疲弊
- モノ: 物的資源
 - 地域医療計画で制御→実態はカネで制御
 - 病床過剰・病院過剰と地域住民意識のギャップ
 - 総務省は本腰で自治体病院を整理する？

医療行政の変化その2

- カネ：診療報酬
 - 最も効果的で即効性のある介入
 - 公平が結構難しい
 - プライシングを忘れた医療機関
 - コストダウンより重要だった取り漏れ
 - DPC(入院費日額定額)の決定的影響
 - 診療所から病院重視へ

医療行政の変化その3

- 情報：市場原理と選択というドグマ
 - ウェブサイトの利用による情報提供
 - デジタルディバイドの明確化
 - 実態は思い込みや過大な期待の醸成へ
 - 飲食業界の変化
 - 演出
 - フードコーディネーター
 - チェーン展開
 - 素人による個人経営は困難な状況へ

医療の変化

- DPCの影響は甚大
 - ジェネリックへの抵抗感の減弱化
 - 最低限の処方へ
 - 「エビデンス」
 - ベンチマーク(処方最低化へ)の普及
 - パッケージ化と高次医療の切り分け
- 後期高齢者保険制度のインパクト
 - シンプルな医療へ

医療の変化その2

- GENOMICSとGENOM医療のインパクト
 - 北欧は実現へ向けて着々と準備
 - 個人の経験では太刀打ち不能
 - GENOMICS対応はCTやMRIのような存在へ
 - 意味論的な標準化への対応
 - 個人のユニークID付与は
 - セキュリティ
 - 革命的、でもいつそうなるのか？

国際比較：長寿で

Chart 1.3. Life expectancy at birth and GDP per capita, 2003

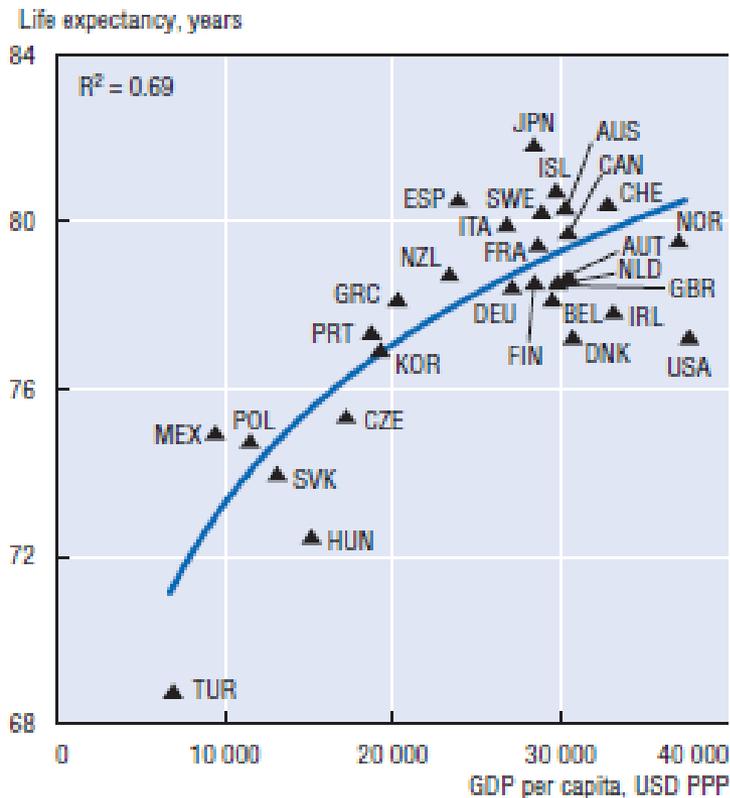
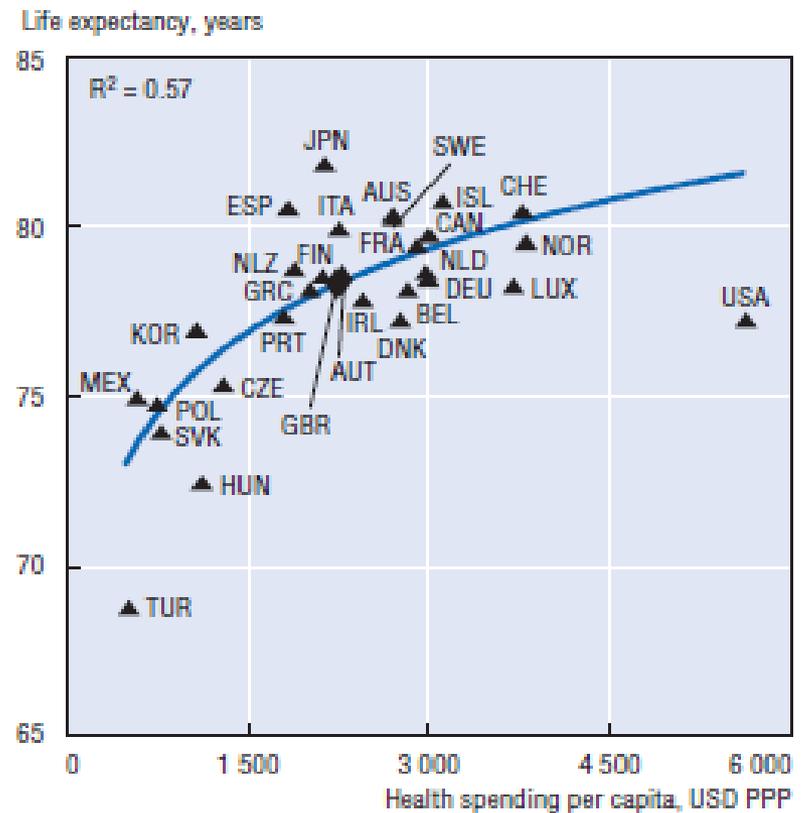


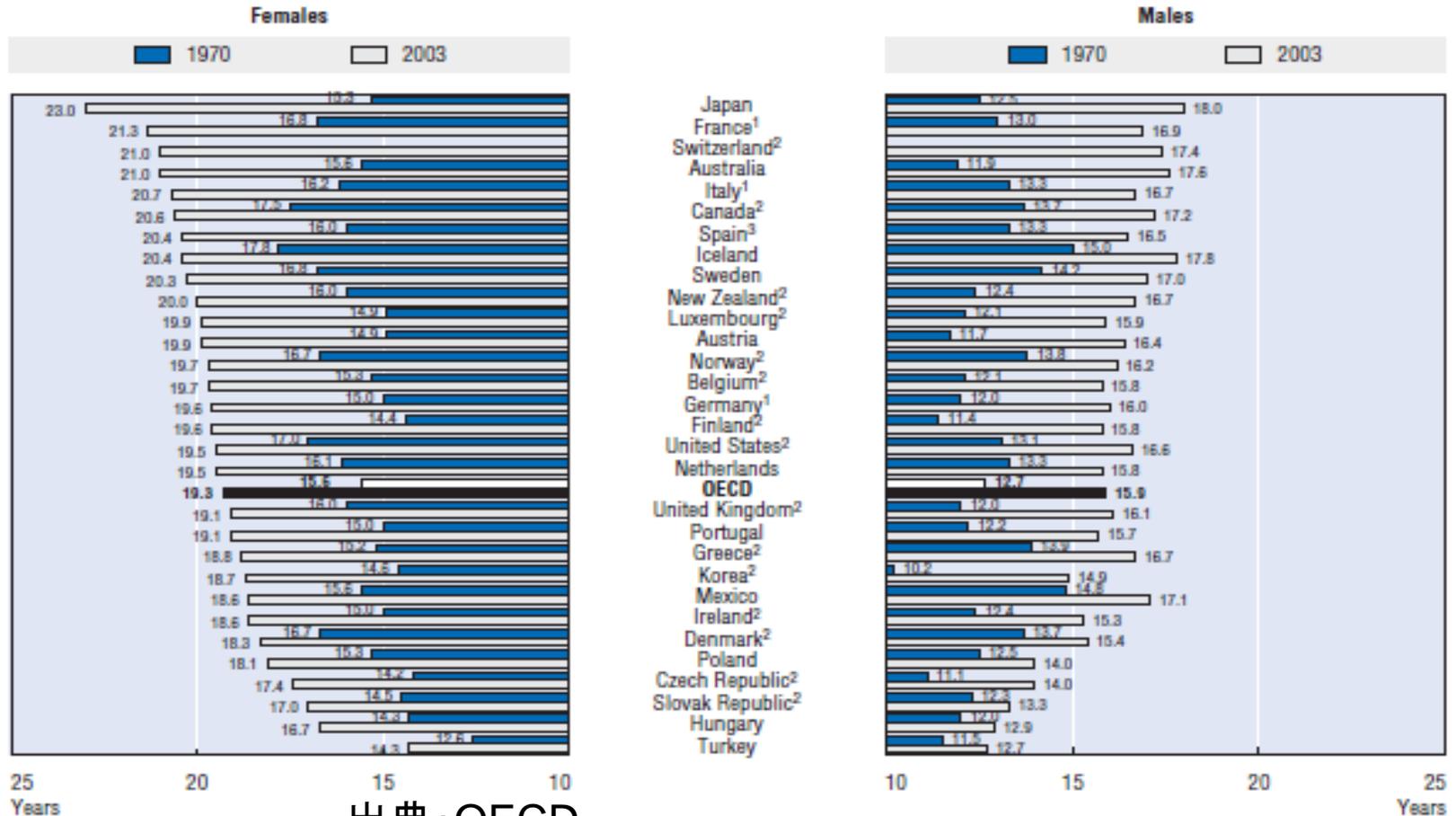
Chart 1.4. Life expectancy at birth and health spending per capita, 2003



出典：OECD

超高齢化へ

Chart 1.5. Life expectancy at age 65 by gender, 1970 and 2003



出典:OECD

1. 2001.
2. 2002.
3. 2000.

医師は少なめ

Chart 2.1. Practising physicians per 1 000 population, 2003

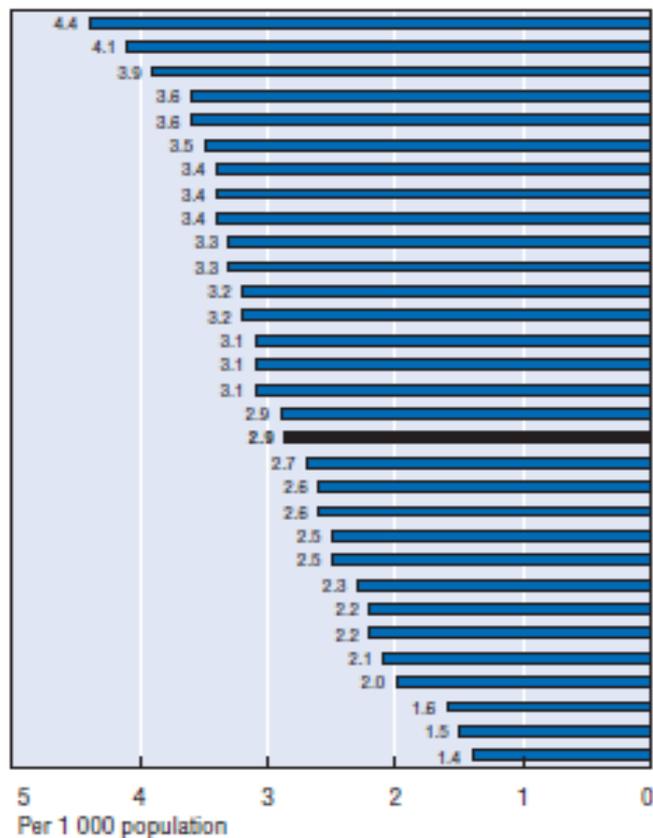
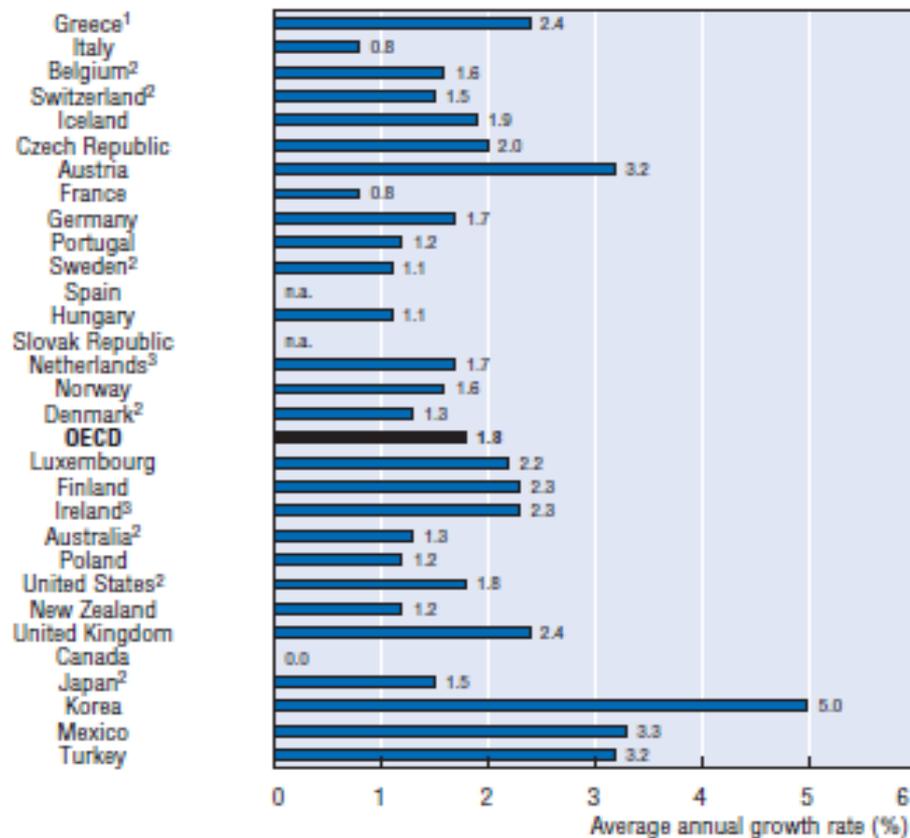


Chart 2.2. Average annual growth rate in number of practising physicians per 1 000 population, 1990 to 2003



1. 2001. 2. 2002.

3. Data for Ireland and the Netherlands refer to physicians entitled to practise rather than actually practising.

看護師は増加中

Chart 2.5. Practising nurses per 1 000 population, 2003

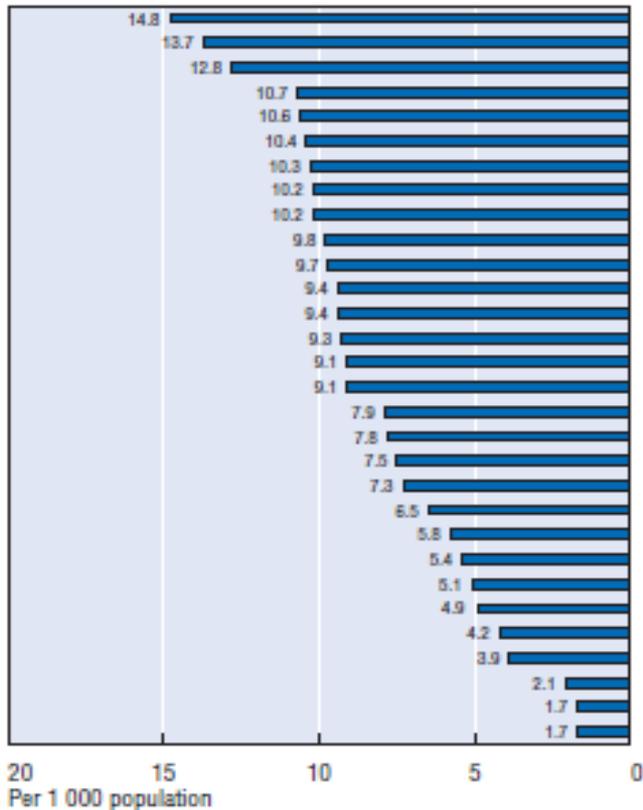
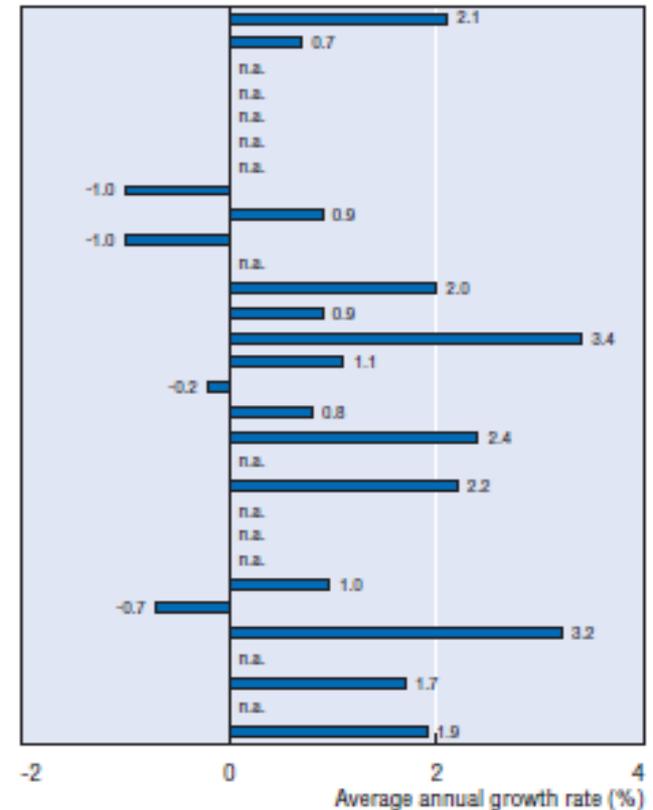


Chart 2.6. Change in the number of practising nurses per 1 000 population, 1990 to 2003

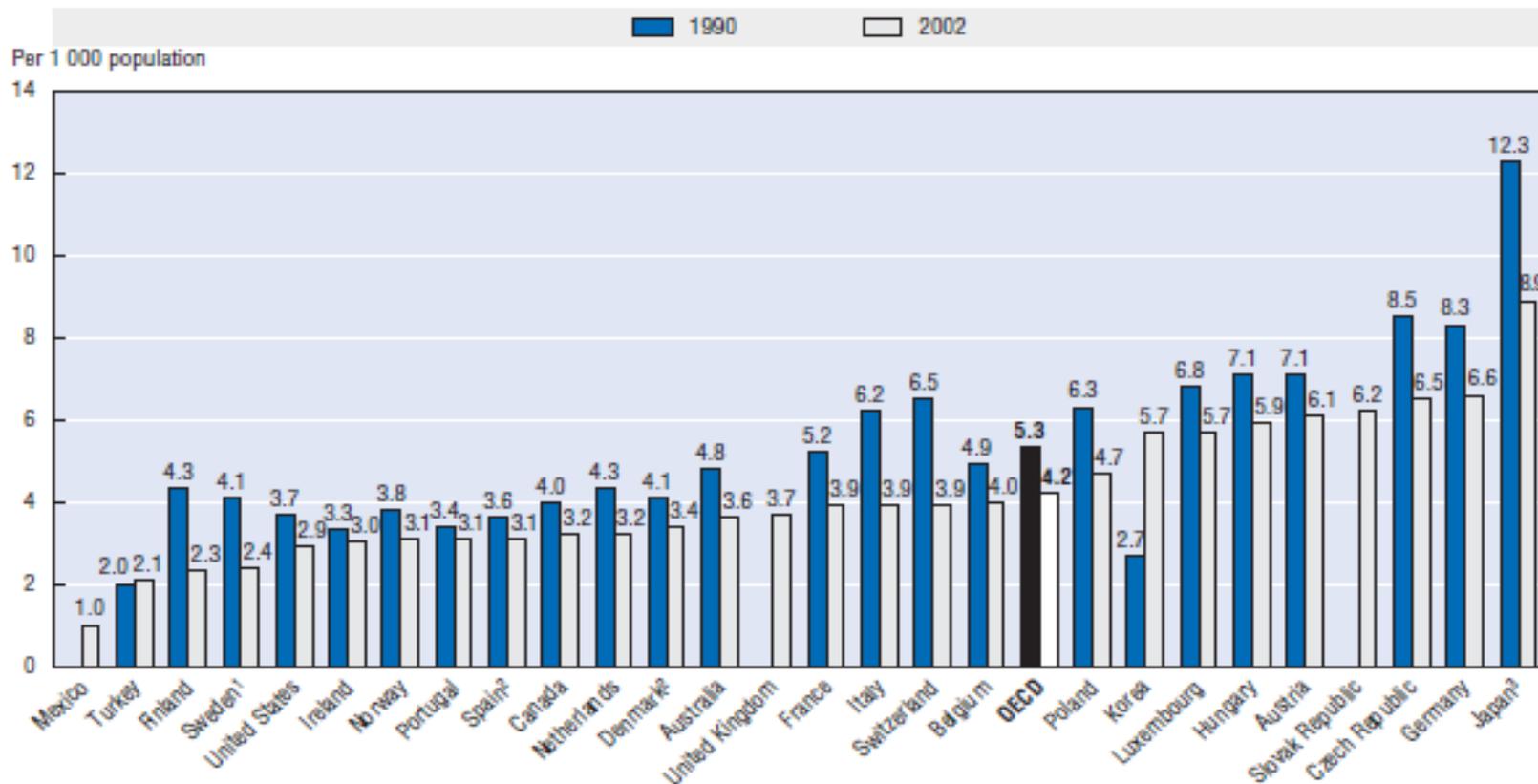


1. Hungary, Norway and Mexico report full-time equivalents rather than head counts (under-estimation).
2. Austria and Italy report only nurses employed in hospitals (under-estimation).
3. France and Norway do not include auxiliary/practical nurses (under-estimation).

出典:OECD

病床数が多すぎる

Chart 2.12. Acute care hospital beds per 1 000 population, 1990 and 2002



Note: The definition of "acute care" beds may vary from one country to the other. In Japan, many "acute care" beds are devoted to long-term care. Cross-country variations should therefore be interpreted with caution.

1. 2000.
2. 2001.
3. 1993.

CTやMRIはケタ違い

Chart 2.14. MRI units, number per million population, 2002

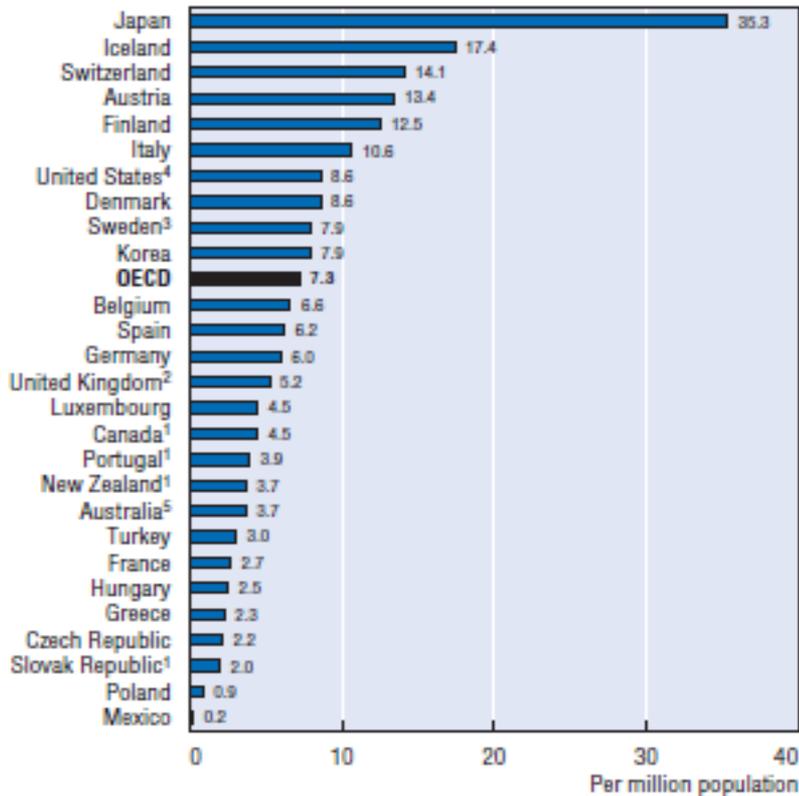
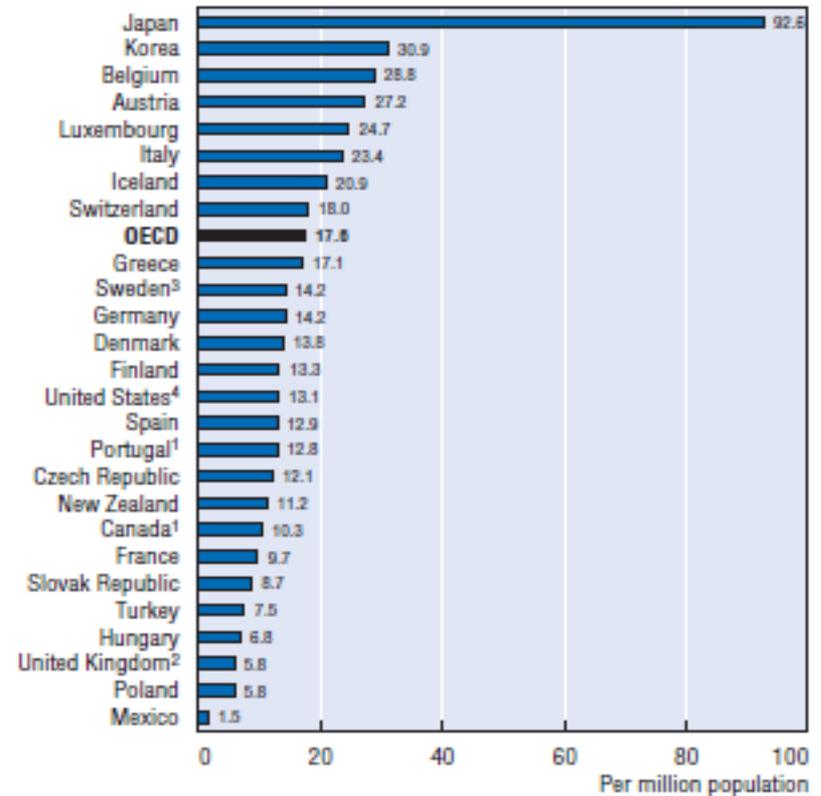


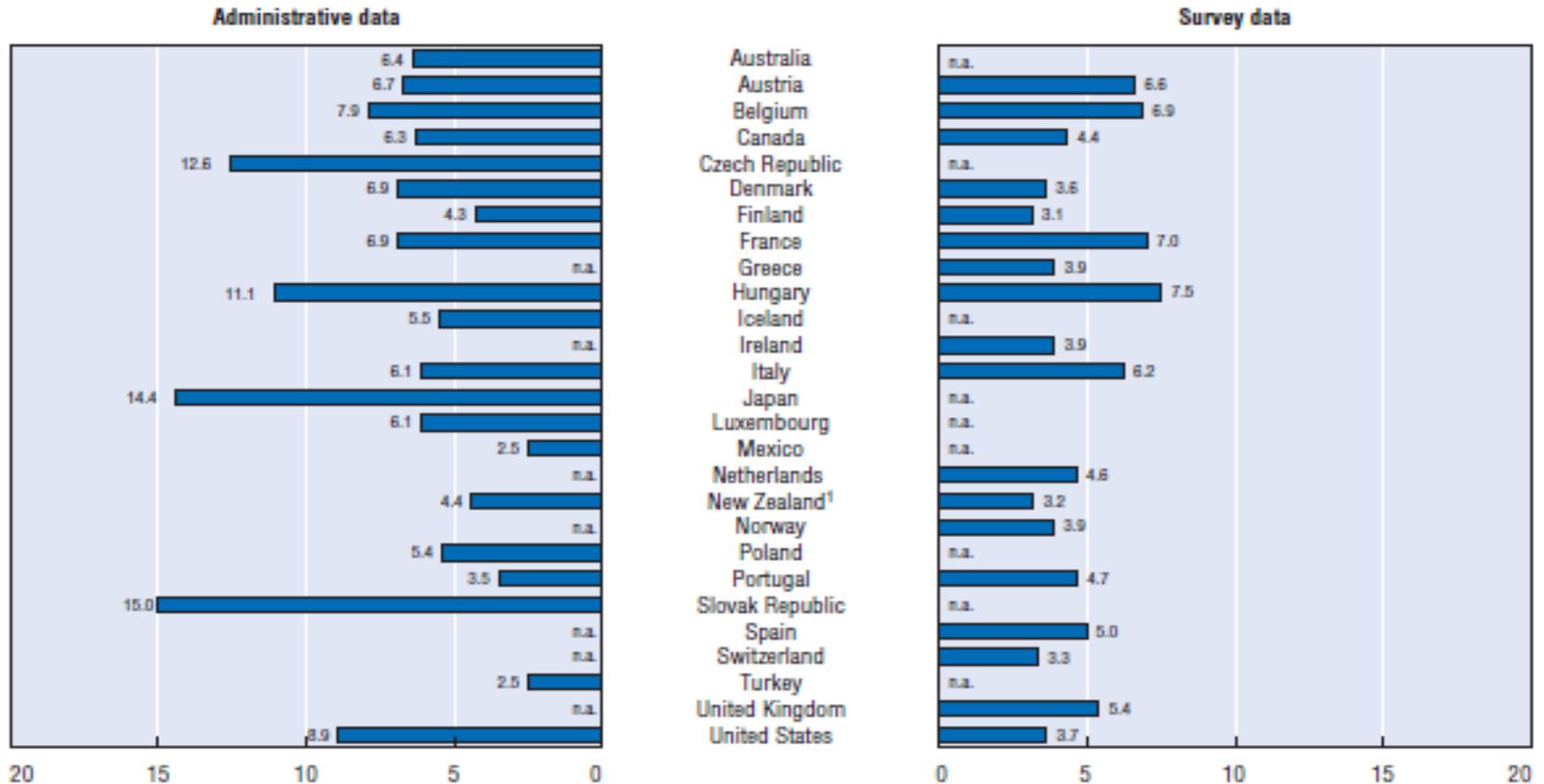
Chart 2.15. CT scanners, number per million population, 2002



出典: OECD

外来にはこんなに

Chart 2.18. Doctors consultations per capita, estimates from administrative data and health interview surveys, 2000

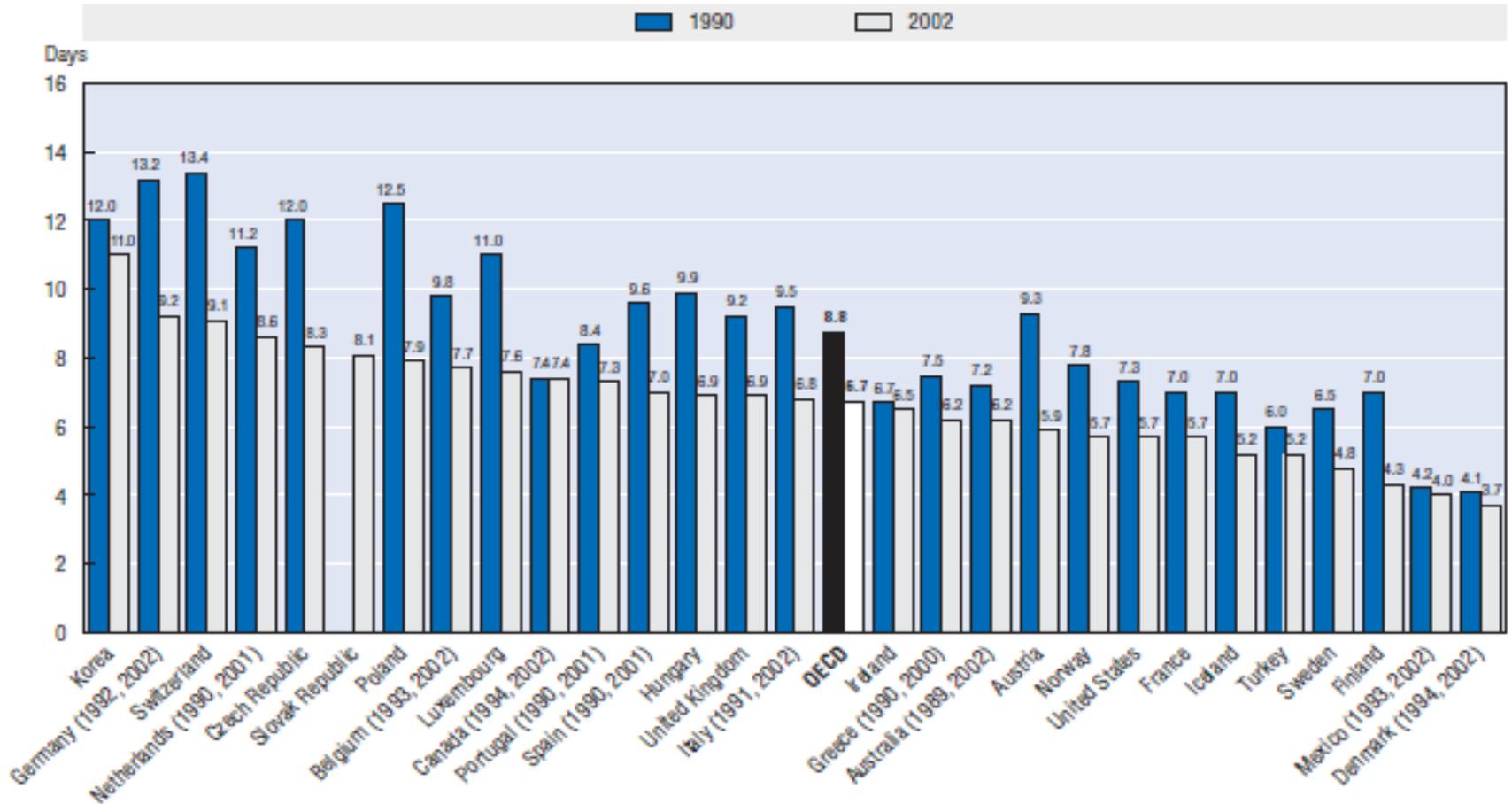


1. For New Zealand, administrative data refer to 2001 and survey data to 2003

Source: OECD Health Data 2005 and Van Doorslaer et al. (2004).

長い入院期間

Chart 2.30. Average length of stay for acute care, 1990 and 2002

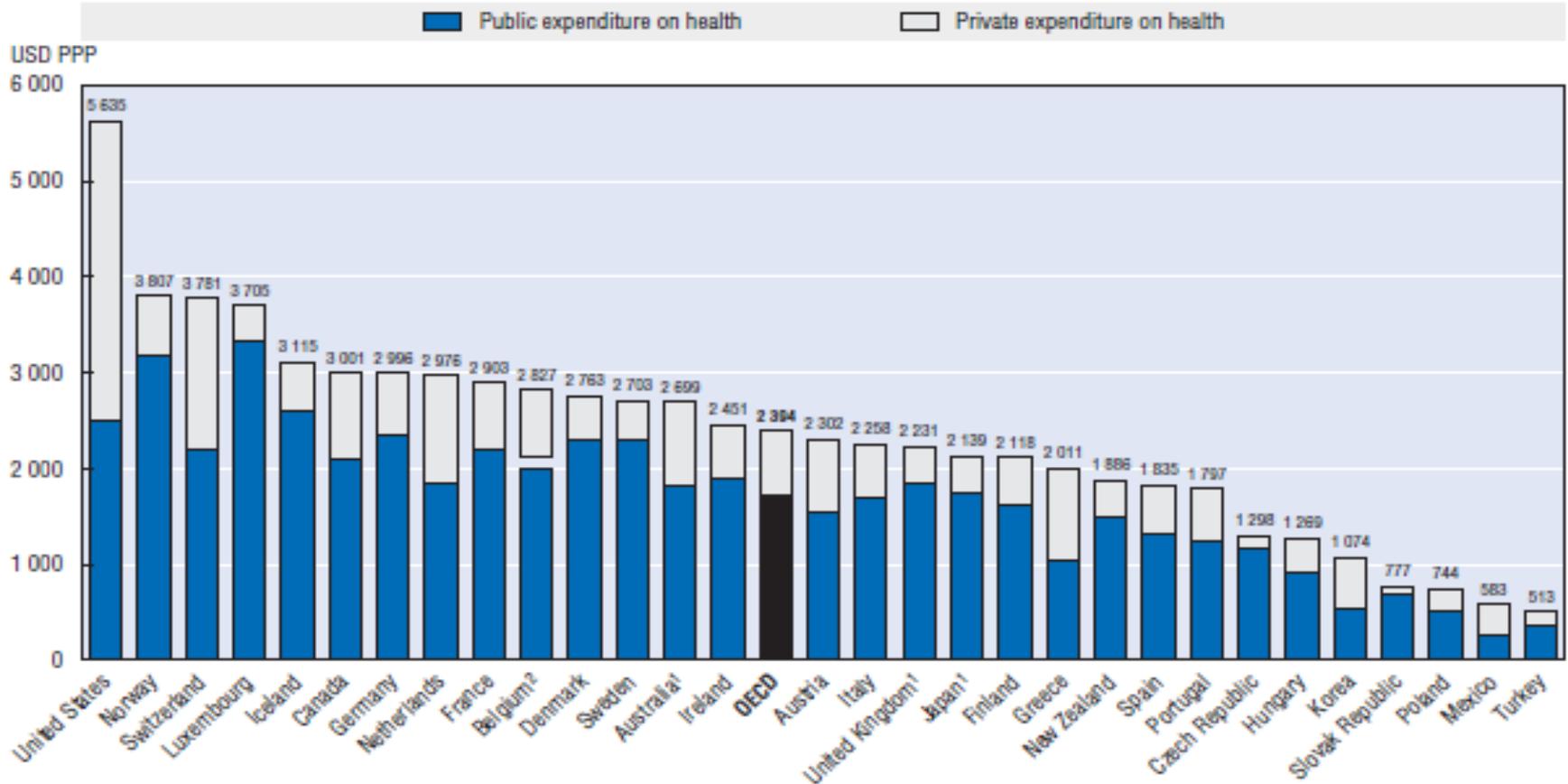


ここには日本のデータはありません

出典: OECD

お安く

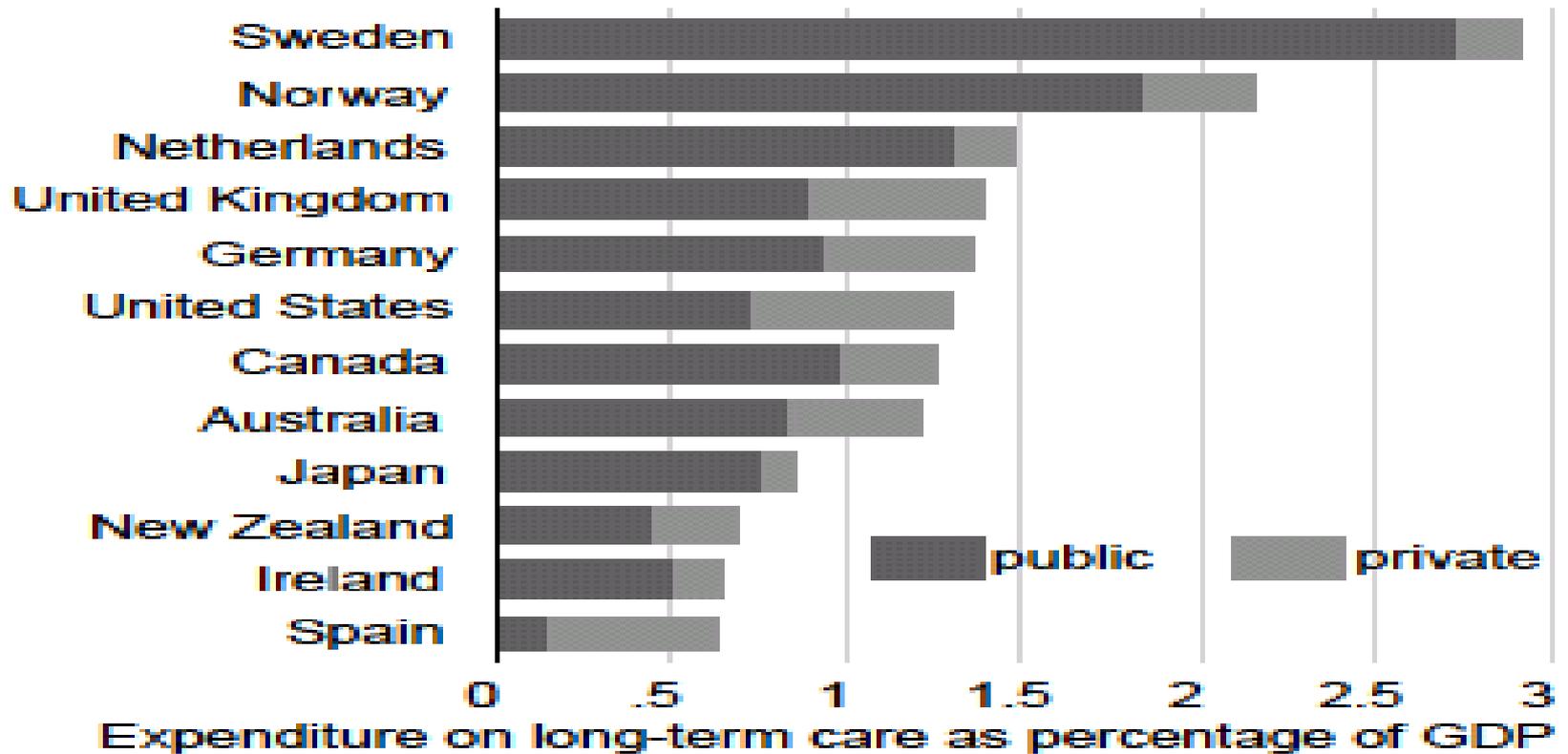
Chart 3.1. Health expenditure, per capita, public and private expenditure, 2003



1. 2002.
2. For Belgium, current public and private expenditure on health are presented, although the figure is total expenditure on health i.e. including investment.

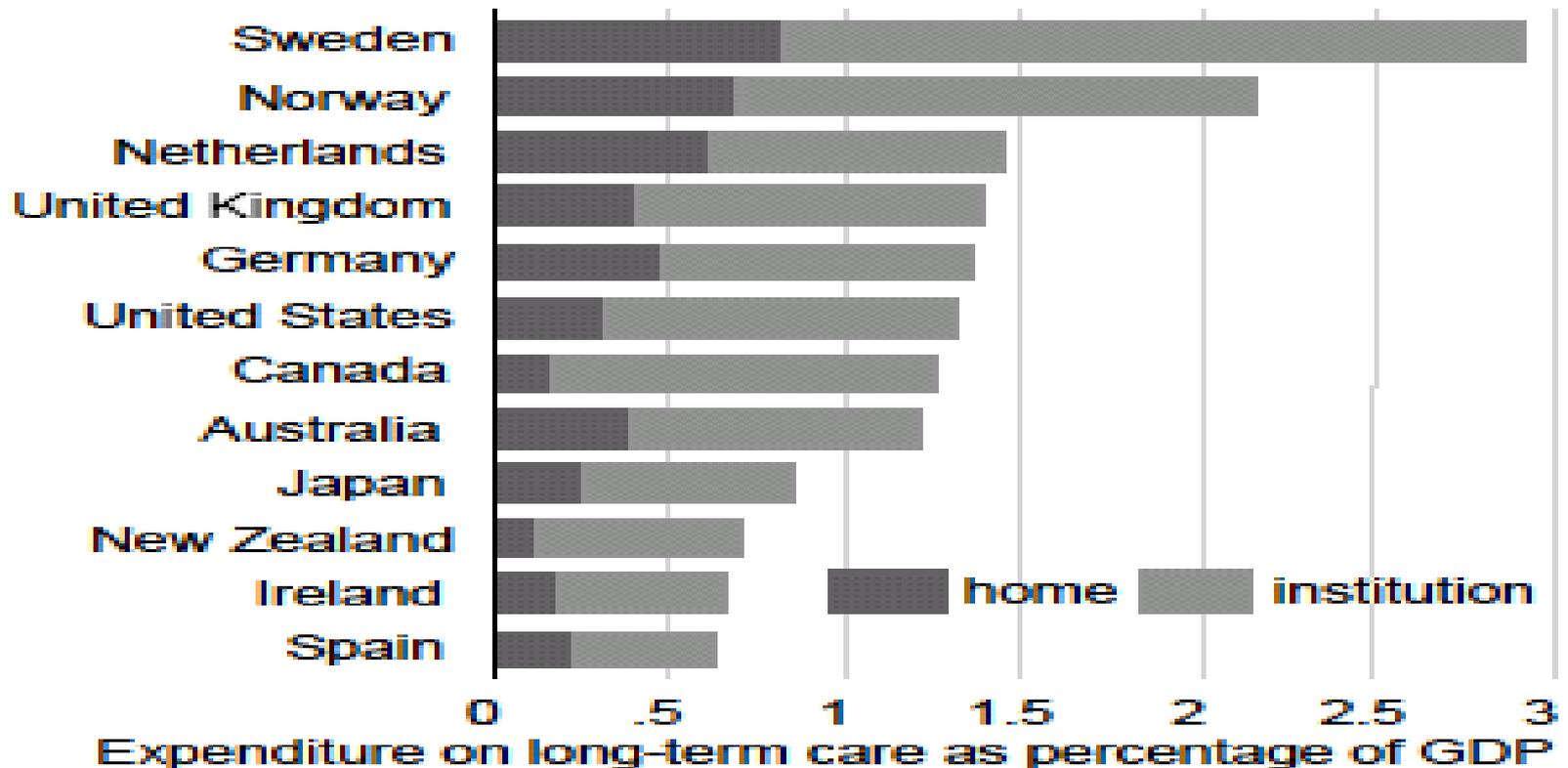
慢性期医療も

Public and private spending on long-term care, 2000



慢性期医療も(その2)

Long-term care in the home and institutions, 2000



つまり、結局日本の医療は

- 高い生産性→安い価格
- 過剰生産
- 定数化された病床数→病床の資産化
- 平均在院日数↓→労働負荷↑
- 病床利用率↓
- 医師需要↑
- 病院間競争↑ 公的・公立医療機関の退場は増加しつつあるが。
- 中堅医師が抜け、急性期病院の総合力低下

さらに、現在の医療が抱える問題

- 医療への信頼性：信頼という罨
 - 高い専門性と狭い守備範囲
- 不確実な意志決定：経験という罨
- 出来高払い制：救命という罨
- 社会的入院：治癒という罨

解決策は

- 医師数を増やす→がんばり始めました
- アクセス、コスト、品質では→アクセス制限？
- どうやって→国際的には登録制：長寿医療に
- エージェントは必要なのでは？
- 診療情報の一元化→情報の海で溺れる？
- 病院の整理統合は？→ $1 + 1 = 0$. 7
- 医療の確保に必要なのは署名ではなく、資源
- 住民のエンパワメントは

事例：県立柏原病院の小児科を守る会

- 子供を守ろう お医者さんを守ろう
- 3つのスローガン
 - コンビニ受診を控えよう
 - かかりつけ医を持とう
 - お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう
- 勉強：現状の理解、救急法、受診が必要な状況
- 相談窓口

日本の医療は

- 確かに、崩壊しかけています。
- 特に、急性期病院から撤退する中堅医師が増加
- 「近頃の若いもんは」
- 入院期間が短縮され、患者は多く、医師需要は増えるばかりです。
- 医師を育てるには、患者が要ります。
- しゃっきりした専門医が24時間要るのなら、少なくとも、200人の医師が必要です
- 200人の医師が働く病院には、20万人が

悲劇的だが、ありうるシナリオとして

- 新型インフルエンザなどの新型感染症
- 数十万人～数百万人の死亡者
- 数万人の医療従事者死亡
- こうなると、医療改革も納得できるのでは？
- 地域医療の確立、急性期医療の集中化・統合化
、人口と交通状況を踏まえた再配置
- 明治維新の裏側に、大地震とコレラの流行が