

コロナ禍下で露呈した医療システムの欠陥 ～将来を展望しての改革方策～

2023年2月6日（月）

「私の履歴書研究会」
東京グリーンパレス・ホテル

元住友銀行専務取締役・元広島国際大学教授 岡部 陽二

URL ; <http://www.y-okabe.org>

E-Mail; tho@bp.iij4u.or.jp

目次

1. 新型コロナ患者の他国比少ない日本～許せない大病院のコロナ焼け太り
2. 集中治療病床（ICU）への投資不足
3. 医療ヘリコプターの導入～米独に30年の遅れ
4. 中小病院の乱立
 - ① 感染症対応、生産性、デジタル化を阻害
 - ② 病院開設主体の多様性が連携欠如の主因
 - ③ 病院の株式会社化とIHN連携を積極推進すべし
 - ④ 病床規制は即時全廃を
5. 一人クリニックの非効率
 - ① 集約化、かかりつけ医制度導入が先進国の潮流
 - ② 「かかりつけ医」制度化の前提として、クリニックの集約化が急務
6. 医療保険制度の受益と負担の不均衡是正
 - ① 公的医療の財源問題は税と社会保障の一体改革で
 - ② 公的医療保険の給付抑制、高齢者の医療費自己負担増、平均3割負担が急務
 - ③ 混合診療の全面自由化を、ファストドクターは医療改革の先兵となるか

1、新型コロナ患者の他国比少ない日本 ～許せない大病院のコロナ焼け太り

- 日本の新型コロナ感染者数は欧米の1/5程度、死亡者数は1/10程度と少ない。～図表 1
- 感染者数・死亡者数が少ないにもかかわらず、行動制限や出入国規制の解除は医療逼迫の怖れを理由に遷延し、欧米に1年以上も正常復帰に遅れをとった。
- 「司令塔」機能の強化だけでは、将来のパンデミック再来に対応できない。医師のコロナ患者受け入れ忌避の倫理性欠如も由々しい問題。
- 日本医師会は日本人の長寿は優れた医療提供システムの成果と喧伝しているが、コロナ対応の拙さの結果露呈したのは、わが国の医療システムの遅れ・劣悪さが主因である。
- コロナのような感染症対応としては、重症患者を少数の高度先進病院で集中的に受け入れて、効率的な治療を行うべきである。しかし、現実には多数分散でそうはなっていない。
- 一方で、国立の大病院や大学病院は「コロナ補助金バブル」で潤った。～図表 2
尾身茂氏が理事長を務める地域医療推進機構（JCHO）は昨夏、816床のコロナ受け入れ病床の指定を受け補助金を受け取りながら、受け入れ率は42%に過ぎなかった。国立病院機構も37%で多くの幽霊病床を抱える。コロナ補助金を巡る不祥事も多発している。
- 首都圏に存在する20の大学病院のうち国立を除く私立大学付属の14病院が受け取った補助金の総額は1,743億円で、前年度比956億円増、大学収入の6.2%を占める。～図表 3
中には、慶応大学病院などコロナ患者受け入れに積極協力した病院もあるが、病院ごとの受け入れ率の公表・開示はされていない。他の先進国とは対称的に大病院の重症患者受け入れは驚くほど少ないのが実情であった。

図表1、日本の新型コロナ感染者数・死者数 ～欧米先進国比一桁少ない～

新型コロナウイルスの年間平均感染者数・死者数の国別比較 (単位；千人)

国名	総人口	年間平均 感染者数	(人口1万 人当たり)	年間平均 死者数	(人口1万 人当たり)	感染者比 死亡率	総人口比 死亡率
日本	127,749	3,539.7	237.1	12.3	1.0	0.35%	0.01%
米国	322,180	33,772.3	1,048.2	403.1	12.5	1.19%	0.13%
ドイツ	81,915	10,544.4	1,287.4	55.6	6.8	0.53%	0.07%
フランス	64,721	11,895.5	1,837.9	59.8	9.2	0.50%	0.09%
英国	65,739	8,996.9	1,367.5	71.8	10.9	0.80%	0.11%
イタリア	59,430	6,976.1	1,173.8	66.7	11.2	0.96%	0.11%
ブラジル	207,653	12,424.0	598.3	266.7	12.8	2.15%	0.13%
韓国	50,792	7,247.8	1,426.9	9.7	1.9	0.13%	0.025
インド	1,352,610	17,264.4	127.6	209.8	1.6	1.22%	0.02%
中国	1,411,415	971.9	68.9	9.7	0.1	1.00%	0.0001%
世界全体	7,700,000	212,235.7	275.6	2,517.7	3.3	1.19%	0.03%

注；年間平均は、感染者数・死者ともに、2019年12月から2022年5月末まで2.5年間の累計数を2.5で除したもの

出所；ジョンス・ホプキンス大学調べの累積統計より筆者作成

図表 2、国立医療機関の補助金詐取が増悪

■ 補助金を受けて「内部留保」が増加				
	2021年度 補助金額	2021年度内部留保		前年比 内部留保増加額
		現預金	有価証券	
地域医療 機能推進機構	569億円 (+245億円)	971億円 (+283億円)	910億円 (+225億円)	508億円 (補助金総額の89%)
国立病院機構	1317億円 (+288億円)	1632.6億円 (+499.1億円)	700億円 (+100億円)	599億円 (同45.5%)
国立国際 医療研究センター	51億円 (+3億円)	162.6億円 (+43.6億円)	—	43.6億円 (同85.5%)

編集部にて作成。2021年度補助金額の下のカッコ内は前年度比の増加額。国立国際医療研究センターは報告書で有価証券が確認できないため空欄。 出所；2022年10月号「選択」p103「医療機関・補助金詐取が増悪」

図表 3、首都圏医科大学の補助金増（2020年度、前年比）

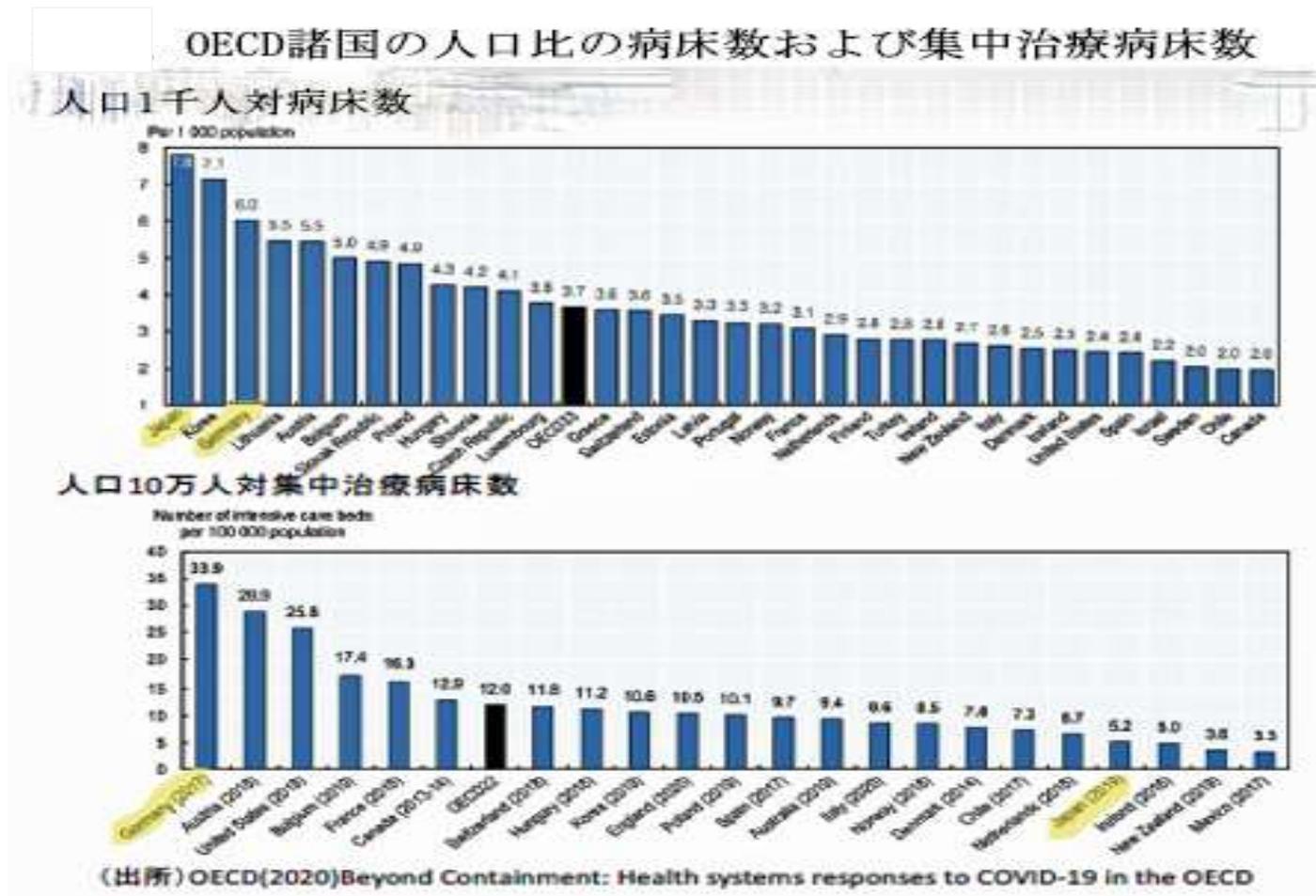
順	大学名	補助金			総収入			経常収支		
		202年度	前年年度 比増加額	総収入比 の割合	2019 年度	2020 年度	増加額	2019 年度	2020年度	増加額
1	慈恵医大	148	11億円	13.3%	1105億円	1115億円	9億円	36億円	57億円	57.8%
2	東海大学	220	96億円	15.4%	1402億円	1435億円	33億円	42億円	113億円	163.5%
3	聖マリアンナ大	120	93億円	16.5%	682億円	731億円	49億円	▲2億円	65億円	-
4	東京女子医大	127	92億円	13.3%	944億円	958億円	14億円	14億円	64億円	336.1%
5	昭和大学	154	91億円	12.3%	1209億円	1252億円	42億円	49億円	94億円	91.0%
6	北里大学	133	88億円	12.6%	1001億円	1056億円	55億円	▲11億円	47億円	-
7	東京医大	72	67億円	7.5%	922億円	9.70億円	47億円	▲65億円	1億円	-
14大学合計		1743	956億円	11.3%	1兆 4986億円	1兆 5476億円	480億円	394億円	931億円	136.4%
14大学平均		124	68億円	-	1070億円	1104億円	34億円	28億円	66億円	-

出所；「選択」誌 2021年8月号「大学病院コロナ補助金バブル」p101、p102の2表より筆者作成

2、集中治療病床（ICU）への投資不足

- 集中治療とは「生命の危機に瀕した重症患者を、集中的に治療する」こと。24時間を通じた濃密な観察のもとに、先進医療技術を駆使した治療が行われる。
- 集中治療室（ICU）では、濃密な診療体制とモニタリング用機器、また生命維持装置などの高度診療機器を整備。新型コロナでは、重篤な呼吸器疾患でエクモ（ECMO、体外式膜型人工肺）などによる集中治療を要する患者が激増した。
- 日本の一般病床数（2020年）は、OECD加盟34カ国中最も多い。人口1千人あたり7.8床である。ドイツは6.0床、米国は2.4床。米国に比べると日本の病床数は3倍も多い。（図表4上段）
- これに対してICU病床数は、人口10万人あたりドイツの33.5床、米国の25.4床に対し、日本は5.3床と極端に少ない。ドイツの1/6、米国の1/5である。（図表4下段）
- ドイツでも米国でも、平時のICU使用率はきわめて低い。多くのICUは新型コロナのような有事のために準備されている予備的な存在である。日本では、平時でもICUは不足気味であり、緊急時に備えた予防的な設備増強は考慮されてこなかった。
- 新型コロナ対応に当たっての医療マンパワーの不足は米国も同様で、感染拡大のピーク時には集中治療医療スタッフが不足、この集中医療スタッフ不足を効果的に補う方策として、eICUという新方式を開発した。eICUでは、一人の専門医が10～100のICUを集中管理し、それぞれのICUに適切な指示を出す。

図表 4、日本ICU病床数はOECD諸国比極端に少ない



3、医療ヘリコプターの導入～米独に30年の遅れ

- 医療ヘリは、救急救命士が搭乗しているヘリコプター。人工呼吸器などの医療機器や医薬品を装備している。今回の新型コロナ対応で、ドイツや米国では重症患者の移送に医療ヘリや小型機が頻繁に使われた。イタリアなど国外からの患者受け入れにも頻繁に活用された。
- 医療ヘリの配備・利用状況を日・独・米3カ国で比較すると、日本の利用回数はドイツ・米国に比して1/5程度と少ない。（図表5）
- ドイツの医療ヘリ導入は早く、1970年初頭である。連邦政府主導でへき地の救急や都市部での交通渋滞回避を図るべく、救急車の補完としての医療ヘリ導入が開始された。
- 米国では、民間のヘリ運行会社が林立し、費用の過半は公的医療保障の枠外。民間保険活用による原則自己負担で医療ヘリの利用が拡大している。
- いっぽう、日本では阪神・淡路大震災を契機に特措法が制定され、2001年から導入が進められ、ようやく本年4月に全都道府県での運航が実現した。
- ただし、日本の現状には、①都道府県単位で自治体の財政負担となっているため、1機の運行に最低年間5億円を要するヘリの複数配備は難しい、②大災害時には県境を超えた出動も行われているが、平時の都道府県単位での運営は非効率も甚だしい、③安全重視の観点から夜間飛行は認められていない、など多くの問題を抱えている。

図表 5、医療ヘリの稼働は米・独の1/5

医療ヘリコプター稼働状況の日・独・米比較

国名	医療ヘリ配備機数	年間累計出動回数	人口10万人当たり回数
日本(2021年)	53機	26,480回	2.1回
ドイツ(2015年)	78機	106,414回	13.0回
米国(2015年推計)	364機	約300,000回	9.3回

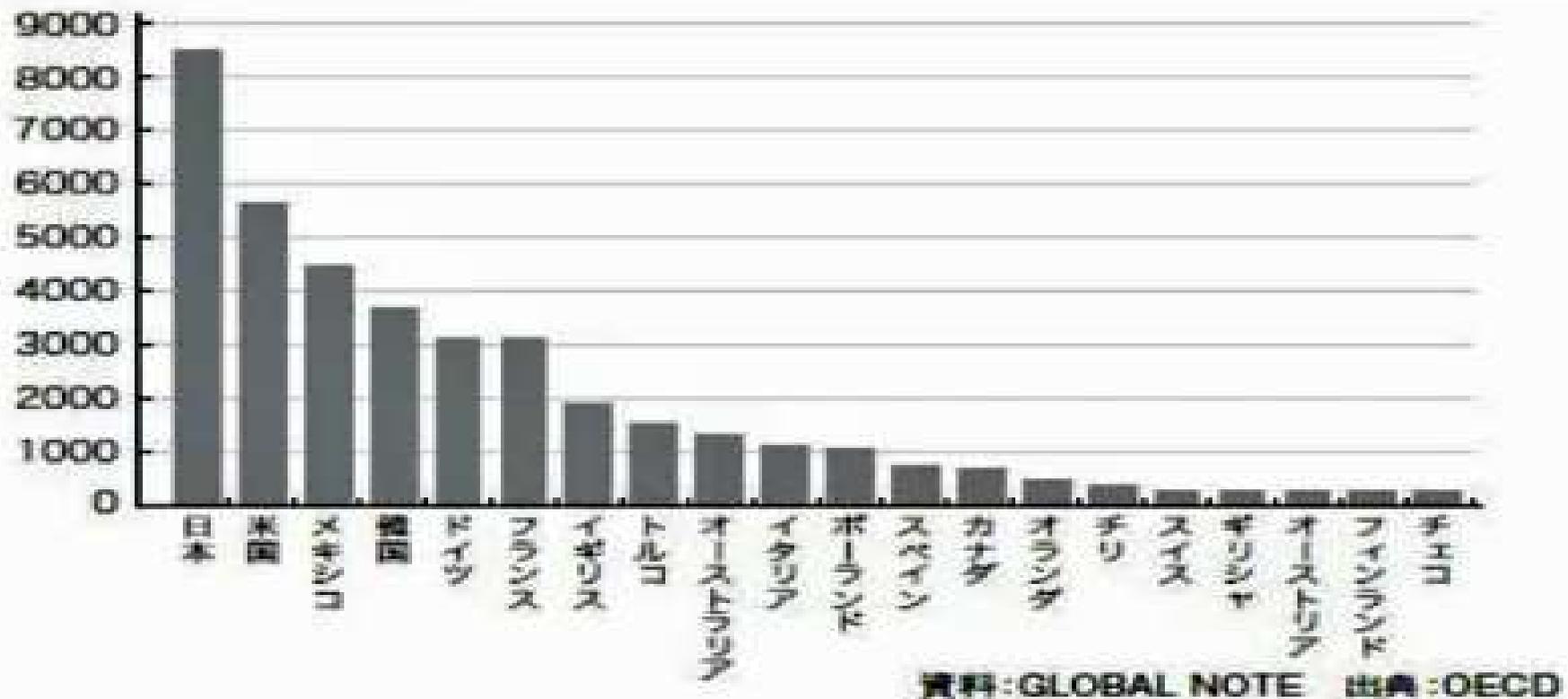
出所：救急ヘリ病院ネットワーク（HEMネット）調べから筆者作成

4、中小病院の乱立① ～感染症対応、生産性、デジタル化を阻害

- 日本の病院数は8,300と先進国ではもっとも多く、人口比の病床数も世界一多い。(図表6)
日本では20床以上の施設のみが病院と定められているが、6,644の有床診療所も実体は病院である。
- 病床規模別の構成比を日・独・米で比較すると、日本は200床未満の中小病院が7割を占めている。ドイツでは、500床以上の大規模病院の比率が格段に高い。(図表7)
- 人口が日本の3倍近く、国土面積は26倍も大きい米国には病院が約5,000施設しか存在しない。しかしながら、医療サービスの質は日本よりはるかに高い。
- 米国も日本同様に100床未満の小規模病院が多いように見えるが、米国では6床以上を病院としており、有床のクリニックは存在しない。
- 米国では、2009年に電子カルテを採用していない医療機関は公的保険の取扱資格を失うと定められ、2019年には電子カルテ普及率が85%を超えている。日本の普及率は30%に留まっている。
- 将来に向けた感染症対策として、「危機管理庁」の新設、知事の病院への指示権限法制化といったガバナンス強化の政策が打ち出されている。それ以前に平時における医療インフラへの投資の抜本増と病院の集約化による効率化が喫緊の急務である。
- そもそも厚労大臣が国立病院へ、都知事が都立病院へ、「直ちに病床の半分をコロナ専用とすべし」と指示できないという現行法の建付けがおかしい。

図表 6、日本の病院数は人口比で極端に多い

世界の病院数（2018年、OECD加盟主要国）



図表 7、日本の病院の7割は200床以下の中小病院

病床規模別の病院数の日・独・米比較

病床規模別	日本 (2019年)	ドイツ (2018年)	米国 (2015年)
99床以下	2,945(35.5%)	648(33.7%)	2,561(52.7%)
100床以上 199床以下	2,824(34.0%)	438(22.8%)	983(20.2%)
200床以上 499床以下	2,130(25.7%)	559(29.0%)	1,034(21.3%)
500床以上	401(4.8%)	280(14.5%)	284(5.8%)
病院総数	8,300(100%)	1,925(100%)	4,862(100%)
人口100万人当たり病院数	65病院	24病院	15病院

注： ①日本にはほかに病床数20床未満の有床診療所；6,644施設あり、②米国にはほかに連邦立の軍事病院；212病院あり
出所：日本は厚生省・病院報告、ドイツはStatistisches Bundesamt (2020)、米国はAHA・Hospital Statisticsより筆者作成

4、 中小病院の乱立② ～病院開設主体の多様性が連携欠如の主因

- 新型コロナに適切に対応できず、医療逼迫の怖れをいまだに抱えている根因は、中小病院が乱立し、医療スタッフが少数ずつ多くの病院に分散しているという非効率な医療提供体制にある。
- この課題解決には、医療機関の集約化と役割分担の明確化が重要となる。すなわち、①病院の開設主体がばらばらで、かつ公益重視の経営ガバナンスが欠如している制度の改革、②実体的には営利法人でありながら、「非営利」を謳っている経営姿勢の民間病院の集約化。この2方向に医療政策の舵を切るべきである。
- 最大の問題は、病院開設者の種別が26種以上と多岐にわたり、それぞれが準拠する法律も会計規則もばらばらであること。(図表8&9)
- 病院を統括する「病院法」は存在しない。国が開設者であっても、国立病院は厚労省、大学病院は文部科学省、自治医科大病院は総務省と所管が異なり、厚労相は大学付属病院や自治医科大病院に直接指示できない。国立大学の付属病院は独法化ないしは株式会社化して、厚労省の所管とすべき。

図表 8、個人所有（持分の定めのない社団）が過半

開設者別の病院数～過去 50 年間の推移

開設者の種別 (年次)	病院数			病床数 (%)
	(1970 年)	(2000 年)	(2020 年)	(2020 年)
国	444	359	321	125,219 床(8.3%)
公的医療機関	1,389	1,373	1,199	309,255 床(20.5%)
社会保険関係団体	156	131	49	15,264 床(1.0%)
医療法人	2,089	5,387	5,687	840,312 床(55.7%)
（うち持ち分の定めのある社団）		(4,679)	(4675)	
（うち持ち分の定めのない社団）		(278)	(299)	
（財団）		(401)	(370)	
（特定医療法人）		(299)	(343)	
個人	3,167	1,173	126	14,545 床(0.9%)
社会福祉法人その他の法人	729	843	826	202,931 床(13.6%)
総計	7,974	9,266	8,238	1,507,526 床(100%)

注：2020 年の医療法人の 4 区分中、持分有社団、持分無社団については厚労省公表統計なく、2000 年の計数と同比率として推計
出所：厚労省大臣官房統計情報部編「医療施設調査・病院報告」

図表 9、病院開設主体は26種の法人と個人

病院開設主体法人の種別（厚生労働省作成）

国立	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他（国）
公立	都道府県、市町村、地方独立行政法人
公的	日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会、国民健康保険組合
その他の法人	公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

4、中小病院の乱立③ ～病院の株式会社化とIHN連携を積極推進すべし

- 全病床の過半を占める医療法人は、図表8のとおり、持分の定めによって4種の法人に分類される。医療法人は普通法人同様に課税対象の範疇にあり、社員持分の相続時には相続税賦課の対象ともなっている。
- オーナーが出資持分を放棄して、「持分無社団」に転換しても、経営権は通常個人ないしは親族だけが握っているため、実態は「持分有社団」とほとんど変わらない。
- 米国の病院総数は日本の2/3に過ぎないが、一段と集約化が進み、減少傾向にある。総数5,139病院（2020年10月現在）のうち、民間非営利が2,960（58%）、州立など公的営利が951（18%）、営利の株式会社が1,228（24%）である。
- さらに、全病院の68%を占める3,483病院が経営主体を一本化したIHS（Integrated Healthcare System）と言われるシステム統合に参加、経営主体が一本化している。全米最大の医療システムであるHCAヘルスケアは184の病院を一体運営している。
- 日本でも実質営利目的で運営されている中小病院を医療法人から株式会社に転換するだけで集約化が進み、大病院であっても株式会社病院の優れたガバナンスを活用して経営効率を上げることができる。
- 株式会社病院を排除している国は世界でも日本と韓国だけである。

4、 中小病院の乱立④ ～病床規制は即時全廃を

- 病院の集約化を阻んでいる要因には、株式会社病院の参入が事実上不可能な現状に加えて、「病床規制」がある。
- この規制は全国を348に分けた地域ごとに必要病床数の総量を定め、地域内の病院に割り振る制度で、当初は増嵩する医療費の抑制を目的として導入されたものであるが、現状では現存する病院の既得権益を保護し、新規参入を排除する競争制限政策と化している。
- このような競争制約的な規制は、公取委から独占禁止法に抵触すると指摘されているが、厚労省は耳を貸さない。
- 日本の病床規制が当初意図された医療費抑制とは逆に、病床数・医療費ともに高止まりの要因として働いているメカニズムを解明した研究は見当たらないが、規制の弊害実証には、規制撤廃で店舗数が激減した銀行の例が参考となる。
- 地域住民にも、病院が近くにないと困るという意識は捨てさせるべきである。身近に必要なのは、いつでも相談できる「かかりつけ医」のいるクリニック（診療所）であって、病院は救急以外の外来は廃止して入院治療に専念させるのが筋である。高度な先端医療を提供できる病院は、全国に少数存在すれば、足りる。
- 米国では、メイヨ・クリニックなどの有名病院は結構不便なところに立地している。 18

5、一人クリニックの非効率① ～集約化、かかりつけ医制度導入が先進国の潮流

- 新型コロナ禍では発熱患者を拒む内科系のクリニックが続出し、医療へのアクセスが閉ざされて自宅で死亡する患者も相次いだ。
- このような無責任体制に起因する医療逼迫の解決策として、にわかに「かかりつけ医」機能の充実が必要といった議論が噴出した。そこで、本年6月に岸田政権の医療保障見直し政策の骨太方針には「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記されたもの、実現はしない。
- 「患者のフリーアクセス」は「医療の責任不在」の裏返しであり、加入が義務化されている医療保険の理念とも相容れない。
- 英国などで制度化されたGP「かかりつけ医」制度が確立されれば、1人の医師が特定の患者を継続的・全人的に診るので、医療の質が向上し、患者・家族の安心感が増す。
- 高齢化のさらなる進展や新たな感染症、大規模災害の多発などを考えたとき、少なくとも高齢者については、担当医をあらかじめ決めておいて、地域のクリニックがすべての初期医療に責任を持つ医療体制の構築が必要。
- 日本医師会が真っ向から導入に反対している無責任体質が、この問題の根底にあり、コロナ禍下での医療逼迫はその矛盾が赤裸々に露呈したものである。

5、一人クリニックの非効率②

～「かかりつけ医」制度化の前提として、クリニックの集約化が急務

- 日本のクリニックの生産性の低さ・非効率ぶりは度を越えている。GP先進国である英国やオーストラリアとクリニックの施設数を比較すると、はっきりとわかる。(図表9)
- 図表9から明らかな事実は、
 - ① 同一人口比で見て、日本のクリニック数は英国の4倍、国土面積が日本の21倍と広いオーストラリアの2.5倍と多い、
 - ② 1クリニック当たりの常勤医師数は、両国の1/3ないしは1/4程度と少ない、の2点。
この非効率の結果、患者の外来受診回数は両国の2倍にもなる。
- 英国のGP一人あたりの患者数は平均約1,000人。一つのGPクリニックに5～10名ほどの医師が常勤、緊急時には24時間対応ができています。
- 病院が救急患者以外の外来診療を併営している国は先進国では日本以外に見当たらない。
- 効率無視で診療科目別に自由開業が認められているクリニックの総数が、コンビニや郵便局の軒数よりも多いというのは、どう考えてもおかしい。開業医の既得権益擁護のみに軸足を置いてきた地域医療政策の怠慢と断ぜざるを得ない。

図表10、クリニック常勤医師数は英・豪の1/3～1/4

クリニック施設数・クリニック医師数の日・英・豪 推計値比較 (2020年)

国名		施設数	人口10万人 当たり施設数	クリニック 医師数	1施設当たり 医師数	年間平均 受診回数
日本	クリニック	102,612	82	141,860人	1.38人	12.5回
	病院外来	8,238	6	64,942人	7.88人	
	計	110,850	88	206,102人	1.86人	
英国		12,200	18	64,900人	5.32人	5.0回
オーストラリア		8,147	31	37,000人	4.54人	7.3回

出所：①日本の施設数：厚労省、種類別に見た施設数令和2年10月1日現在、②1施設当たり医師数：2022年6月16日、日医総研、前田由美子「かかりつけ医整備について思うこと」表4.1の日本：1.38人、England：5.32より算出、③オーストラリア：General Practice Statistics；<https://www.mdpi.com/journal/ijerph>、④年間平均受診回数：OECD Health Data 2021、英国は2009年

6、医療保険制度の受益と負担の不均衡是正①

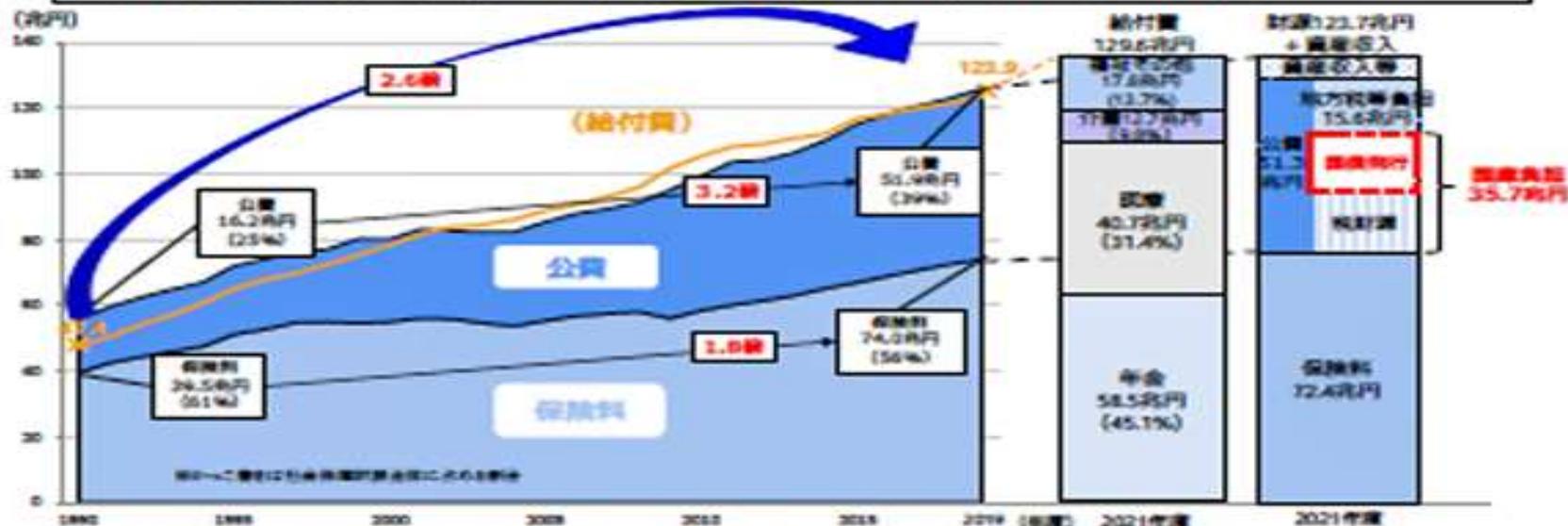
～公的医療の財源問題は税と社会保障の一体改革で

- 2020年度補正後の予算は112.5兆円の赤字、2021年度は65.7兆円というとんでもない額の財政赤字となっている。
- バブル崩壊後以降30年間にわたり毎年30～40兆円の赤字を続け、2022年3月末の国債発行残高は1,105兆円(うち赤字国債991兆円)に達している。対GDP比の財政赤字は260%、米国のちょうど2倍となっている。その主因は年金・医療保険・介護保険への公費負担増にある。
- この赤字を解消して財政収支を均衡させるには消費税率を20%に引き上げても無理であり、給付の抑制と富裕税といった資産課税の新設や法人税などの大幅引上げ不可避となっている。
- 財務省も「受益(給付)と負担の対応関係が断ち切られたまま、受益の増嵩が続いている社会保障制度の現状を早急に改めなければならない」としている。(図表11)
- 経済成長がなければ財源が確保できず、社会保障の公費負担が持続可能でないのは、理の当然。現実には、過去30年間、GDPはまったく増えていないにもかかわらず、社会保障の公費負担は年間約16兆円から約52兆円へ3.2倍に増えている。社会保障費、とりわけ、医療・介護費の公的負担を削減する以外に財政健全化の方策はない。

図11、社会保障費公費負担のうち36兆円を国債発行調達 ～医療費と介護費の公費負担が最大に

社会保障における受益（給付）と財政負担の関係 2022年4月作成

- 我が国の社会保障制度は、受益（給付）と負担の対応関係が本来明確な社会保険方式を取りながら、後期高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。その結果、近年、公費の比重大きい後期高齢者医療・介護給付費の増に伴い、公費負担への依存度が著しく増加している。
- その際、本来税財源により賄われるべき公費の財源について特別公債を通じて将来世代へ負担が先送りされているため、負担増を伴わないままに受益（給付）が先行する形となっており、受益（給付）と負担の対応関係が断ち切られている。負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェックする牽制作用を期待できないまま、受益（給付）の増量が続いている（＝我が国財政悪化の最大要因）。



(出典) 厚生労働省「人口総数949万人」社会保障審議会「2021年度厚生労働省 社会保障費の推移」(資料番号一三) 22頁

6、医療保険制度の受益と負担の不均衡是正②

～公的医療保険の給付抑制、高齢者の医療費自己負担増、平均3割負担が急務

- 公的医療保険の仕組みの欠陥は、公的保険でカバーされている範囲が広過ぎ、受益者である国民の保険料・自己負担が少な過ぎる1点に尽きる。健全化のためには、公的医療保険の給付を抑制するしかない。制度自体の枠組み改変にまで踏み込む必要がある。
- 依然として「自然増」は国債発行で先送りすれば良しとされており、先送りを前提とした議論しか行われていないのは空恐ろしい。
- 1961年に発足した公的医療保険制度では、受診時の窓口負担は一律に3割と定められていた。ところが、最近10年間の個人の窓口負担は、平均1.2割を下回っている。(図表12)
- 自己負担は全世代平均3割を徹底し、保険料は上限の引き上げるべき。年齢階層別にみた世代間の負担と受益の関係が歪となっている事態は由々しい。(図表13)
- 80歳代では、一人当たり平均年間約100万円の医療費を費消しながら、負担は保険料と窓口負担を合わせて、15%に過ぎない。いっぽう、30歳代の働き盛りは医療費支出の2.5倍もの保険料・窓口負担を支払っている。
- ところが、保有する金融資産の額は、80歳代では1人あたり平均400万円近くに達しているのに対し、30歳代では100万円に満たない。(図表14)

図表12、医療費の自己負担は3割ではなく、1割強

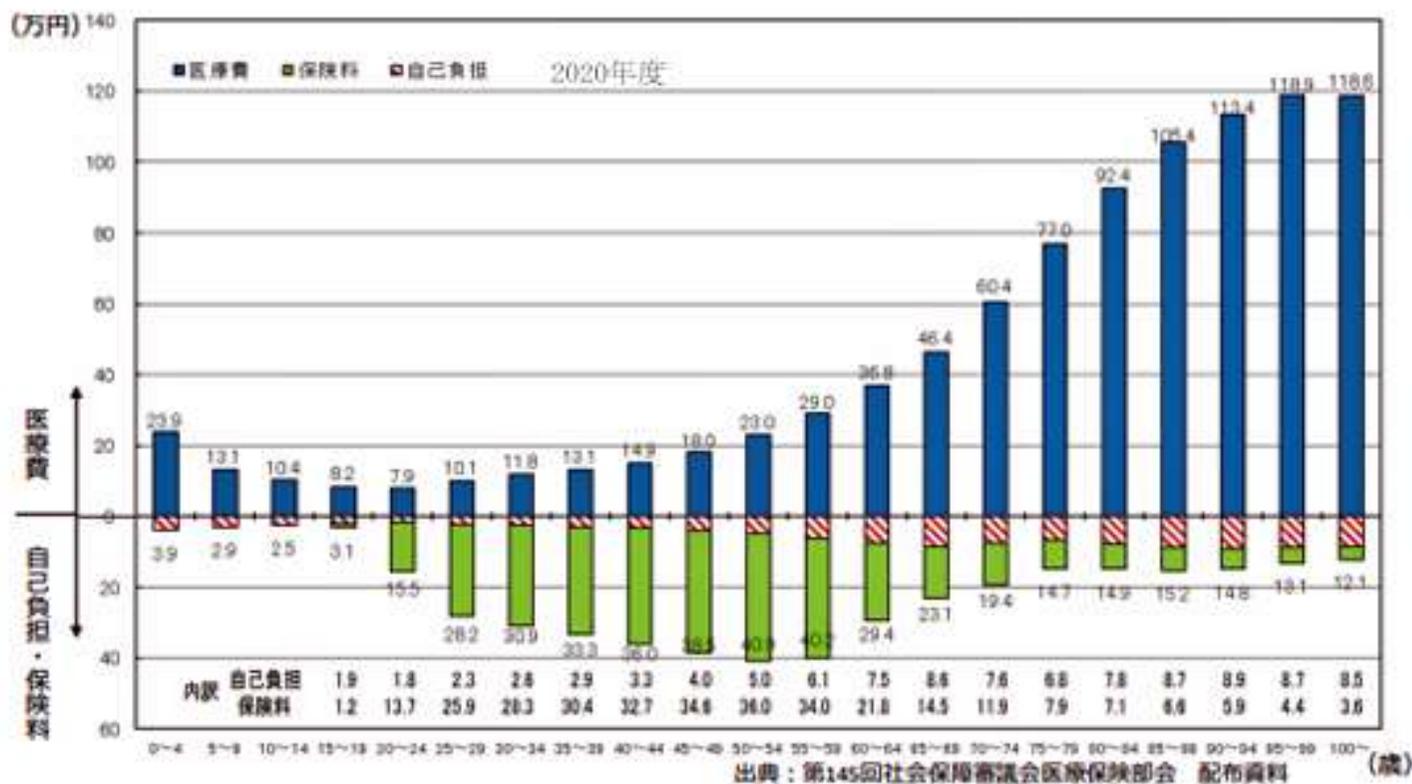
国民医療費構成割合の推移（1954～2018年度）

（単位；％）

年次	国民医療費総額	公費	保険料事業主負担	保険料個人負担	医療費個人負担
1954	0.2兆円	16.0	24.0	21.8	38.2
1960	0.8兆円	19.6	24.6	25.7	30.0
1970	3.0兆円	27.6	25.6	27.4	19.3
1980	13.0兆円	35.5	24.0	29.2	11.0
1990	20.6兆円	31.4	24.5	31.9	12.1
2000	30.1兆円	33.5	22.7	30.7	13.4
2010	37.4兆円	38.1	20.1	28.3	12.7
2015	42.4兆円	38.9	20.6	28.2	11.6
2018	43.4兆円	38.1	21.2	28.8	11.8

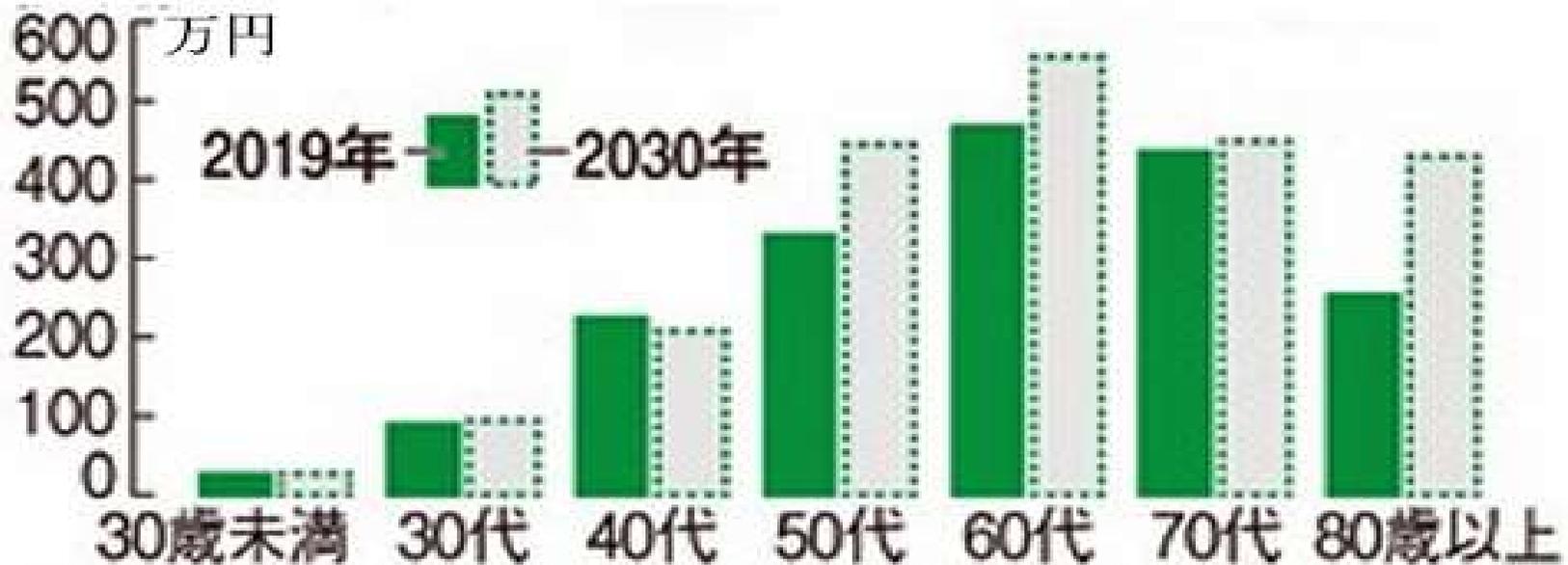
図表13、80歳代の負担は給付の15%、30歳代の負担は2.5倍

医療保険における年齢階層別の自己負担・保険料(負担)と医療費(受益)の関係



図表14、80歳代の金融資産保有額は30歳代の4倍

年代別の金融資産保有残高推計 2021年12月20日、朝日新聞



日本銀行「資金循環統計」、総務省「2019年全国家計構造調査」などをもとに大和総研が推計。30年は同社の予測値

6、医療保険制度の受益と負担の不均衡是正③

～混合診療の全面自由化を、ファストドクターは医療改革の先兵となるか

- 公的医療保険でカバーされる医療行為は、なぜそのカバー範囲が縮小できないのか。要因の一つに「混合診療の原則禁止」規制がある。
- 混合診療とは、公的医療保険が適用できる保険診療に、保険が効かない未承認薬や治療法を併用することである。この混合診療全面禁止規制が、公的医療費の際限のない増嵩に歯止めが掛からない大きな要因。混合診療の原則禁止規制撤廃の議論は避けては通れない。
- 2016年に超高齢社会のニーズに応えるべく菊池亮医師が創業し、最近急速に普及してきた往診サービスである「ファストドクター」に注目したい。
- ファストドクターは夜間・休日の即時往診に加え、オンライン診療や入院あっせんなどの支援をする「プラットフォーム」を提供する株式会社である。全国の医療機関と連携する時間外救急の総合窓口として機能する。全国で総勢1,500名を超える医師と契約し、365日休むことなく、全国の都市部はほぼカバーすべく目指している。
- 患者と医療機関を有機的に繋ぐ往診救急プラットフォーム自体は医療行為ではないので、混合診療には該当せず、医療法人ではなく、株式会社で営業ができる。このような新業態は、実体的には、まさに「株式会社による混合診療」そのものであり、これからの医療体制の向かうべき時代の要請に合致している。

追補；コロナ禍下で急増した関連死

- 図表1で示した「日本の新型コロナ感染者数・死者数は欧米先進国比一桁少ない」という感染症学者の説明には疑義がある。
- 医療ガバナンス研究所の分析では、日本ではコロナに罹って死んだ人よりも、感染症対策や自粛によって体調を崩して亡くなった死者数が2～3倍と多い。(図表15)
- 人口10万人当たりの総死亡者数は、2019年対比で、2020年には7人減少したが、2021年には48人増、2022年推計では109人増と急増。
- 2021年の老衰・誤嚥性肺炎・アルツハイマー病による死亡者数は、2019年比で34人増、コロナによる死亡者数増14人の3.4倍。
- 2022年については、3死因の死亡者数増の推計は49人、コロナによる死亡者増24人の2倍強。
- 米ワシントン大学の研究チームが「ランセット」誌に発表した論文では、20年1月から21年12月までの日本の超過死亡数は、11.1万人でコロナによる死亡者数1.8万人の6.0倍であった。

図表15、死因別死亡数の2019年～2022年4年間の推移
 (人口10万人当たりの死因別死者数、2022年は推定値)

■【死因別】人口10万人あたり死亡数のパンデミック以前との比較

2022年12月23日現在

死因	2019年	2020年	2021年	2022年 1-7月	2022年 (推計) [※]	2019年対21年 増加率	2019年と21年の 死亡数の差分	2019年と22年の 死亡数の差分
総死亡数	1,126	1,119	1,174	721	1,235	4.3%	48	109
老衰	99	108	124	80	137	24.8%	25	37
新型コロナウイルス感染症	0	3	14	14	24	—	14	24
誤嚥性肺炎	33	35	40	25	43	22.5%	7	10
心疾患(高血圧性を除く)	169	168	175	111	190	3.4%	6	21
悪性新生物<腫瘍>	307	308	311	180	309	1.3%	4	2
アルツハイマー病	17	17	19	11	19	10.8%	2	2
腎不全	22	22	23	15	25	7.7%	2	3
血管性及び詳細不明の認知症	17	17	18	11	19	4.4%	1	2
不慮の事故	32	31	31	20	35	-2.1%	-1	3
脳血管疾患	87	84	85	51	87	-1.8%	-2	0.1
肺炎	78	64	60	35	59	-23.4%	-18	-19

参照：厚生労働省（人口動態調査） ※7月までの平均×12

医療ガバナンス研究所 山下えりか