

～ 第12回勉強会「新生児医療から医療の限界を考える」議事録 その1 ～

主催:医師のキャリアパスを考える医学生の手紙

講師:熊田 理恵 氏(記者・医療フリーマガジン「それゆけ!メディカル」編集長)

鈴木 真 先生(医師・亀田総合病院 総合周産期母子医療センター長)

場所:順天堂大学 8号館1階3番教室(大学院教室)

日時:平成23年5月15日(日)

～ 医師のキャリアパスを考える医学生の手紙 スタッフ発表 ～

「日本の医療費問題について」

注)この発表は医療経済の知識のない学生を念頭に置いており、本勉強会で熊田氏・鈴木先生の講演を聴くための基礎知識の補充を目的としております。時間的な制約や、上記の目的を鑑み、一般論を述べるにとどまっていることを予めご承知おきください。

<スライド1>

では、これから日本の医療費問題について発表させていただきます。

東京女子医科大学医学部4年の笹尾怜子です。よろしくお願い致します。

途中、スライドの図やグラフが小さく、見づらい部分がありますが、お手元のレジュメをご覧ください。

<スライド2>

現在、日本の医療費は増加しています。

その理由として、人口増加、高齢者数の増加、医療技術の進歩などが挙げられます。

こちらのグラフは、棒グラフが国民医療費、折れ線グラフが対国民所得比を示しており、国民医療費が約50年の間に35兆円増加していることが分かります。

<スライド3>

このグラフは、日本の人口と年齢割合の推移を示したものです。

1920年から2010年にかけて人口は2倍に増加しており、また高齢者の割合は約2%から10%程度増加していることがわかります。

今後、日本の人口は減少していくと思われませんが、高齢者の割合はどんどん増加傾向にあります。

<スライド4>

また、医療費が増加している日本特有の理由として、病床数の多さや在院日数が長いこと、薬剤価格や医療材料価格が高いことも挙げられます。検査が多く、一人当たりの受診回数が多いことも一因です。

左の図は医療費に占める薬剤比率、右の表は医療機器の値段の比較で、いずれも日本は極めて高いことが分かります。

<スライド 5>

では、「日本の医療費」は本当に高いのでしょうか。

<スライド 6>

実は、世界水準で見ると、日本の医療費は極めて低いことがわかります。

グラフは医療費対 GDP 比＝国内総生産(GDP)に占める各国の医療費割合を示しています。

日本の GDP 比は 8.1%で、アメリカの 16.0%と比べても、日本は主要国の中でも極めて低くなっています。

<スライド 7>

その一方で、日本の医療の質は最高レベルの評価を得ています。

乳児死亡率の低さや平均寿命の長さから、WHO の健康達成度は世界 1 位となっています。

<スライド 8>

つまり、日本は安い医療費で世界 NO.1 の医療を提供しているのです。

<スライド 9>

では、日本はどうしてそんなに医療費が低いのでしょうか？

<スライド 10>

日本の医療費が低い理由には、吉村仁氏による医療費亡国論があります。

医療費亡国論は

- ①国民の医療・福祉の負担が増えると、国民の消費行動が抑制されて経済に影響が出る
- ②病気の治療よりも予防に力を入れる方が医療費抑制に効果的である
- ③「一県一医大」政策により、将来、医師が過剰となる

という理由により、医療費削減を主張したものです。これが、日本の低医療費政策の始まりです。

<スライド 11>

低医療費政策は、その後も続きました。2006 年の小泉政権・骨太の方針では、

- ・医師数は満たされているが偏在しているだけである
- ・医療機関は利益を十分得ている

といった考えに基づき、大幅な社会保障費削減方針がとられました。

<スライド 12>

しかし実際には、低医療費政策の結果＝医療崩壊が生じています。

具体的には、「診療報酬引き下げによる医療機関の経営難」が起こり、最近 10 年間に医療機関の倒産件数が約 3.5 倍増えています。

<スライド 13>

そして、医師や看護師の雇用が削減されました。

このグラフは人口 1000 人あたりの医師・看護師数の国際比較です。

日本は人口 1000 人あたり医師 2.1 人、看護師 9.4 人で、特に医師数は各国に比べて極めて少なくなっています。

<スライド 14>

また、雇用削減による医師不足、それによって残った医師が過重労働となるという悪循環が起きています。

この図は医師の 1 週間の労働時間を示したもので、特に 49～56 時間以上働く医師が多いことがわかります。

<スライド 15>

医師の労災認定件数の増加を見ても、過酷な現状がうかがえます。

<スライド 16>

また、医師不足により、救急医療の限界、妊婦受け入れ不能などの問題も生じています。

こちらのグラフでは、最近 10 年間の救急病院数、救急搬送人数を示しており、病院数が 1 割減っているのに対し、搬送人数は約 5 万人増加していることがわかります。

<スライド 17>

妊婦の受け入れ不能件数は最近 2 年間で約 2.5 倍増えています。

<スライド 18>

これらの問題に対し、政府は「医学部の定員数増加・各診療科の診療報酬引き上げ・補助金制度」などを実施しました。

しかし現在に至るまで、医師不足は一向に解決されていません。

<スライド 19>

<スライド 20>

最後に、日本の医療崩壊の問題点についてまとめますと、医療崩壊が起きているにも関わらず、政府が医療費削減を続けたことは問題です。

しかし、現在、医療技術の進歩により、多くの命が救えるようになりました。

最先端の治療や、高度な手術にかかる医療費は超多額であり、国が負担できる医療費に限界があるのもまた事実です。

この先さらに医療技術が進歩すれば、ますます医療費が増加することが予想されます。

よって、医療費を削減する方針が決して間違っていたとは言えません。

今回のテーマである「新生児医療問題」では、倫理的問題だけではなく、こうした日本の医療費問題が背景にあることも理解しておく必要があるのではないのでしょうか。

<スライド 21>

以上で発表を終わります。

ご清聴ありがとうございました。

以上