

医療機関の構造的要因と診療特性並びにその費用関連の日米比較



池上 直己 先生
慶応義塾大学総合政策学部教授

私の研究はスタンフォード大学との共同プロジェクトで、そこのアラン・M・ガーバー先生および当時スタンフォード大学に留学しておりました厚生省の技官であります新木一弘先生および国立公衆衛生院の中原俊隆先生と共同で行なった研究です。

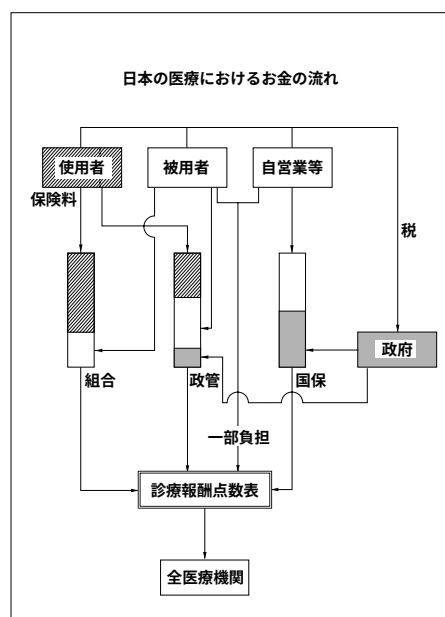
これまでご発表をされた先生方のように、自ら実験や調査をしてデータを作るという研究ではなく、既存のデータベースをいかに日米でリンクしていくことによって比較できるようにするか、ということが目的ですので、なにぶんその既存データベースを入手して、それをうまく比較可能な形に整えるというところで非常に時間を取られてしまいまして、まだこの研究は進行途中でございます。それで今日お話し申し上げるのは、これまで解析した内容の一部であり、しかもその途中の一端をご紹介させていただいて、今後逐次まとまり次第改めてまた発表させていただきたいと思えます。

残念ながら今日ご発表させていただく内容は、必ずしも私が当初考えていた仮説を裏付けるものではなく、むしろ結論から先に申せば、日米における医療費格差の原因として考えていた仮説とは、逆の事実をご提示することになってしまいました。そのうち一つは、手術率であり、もう一つは長期ケアのコストであります。

先ず手術率ですが、スライド1をご覧ください。日本の医療システムをシェーマ的にお金の流れとして、基本的には使用者（つまり会社）と被用者（つまり勤めている人）、それから自営業の方が保険料を納めて、被用者保険の場合はそれぞれ使用者と被用者で折半しています。その中で医療の公平性をきたすために、足りない分は政府が補っているわけです。補う分は、所得が低くて病気にかかりやすい国保の方は半分、政管では約14%補助を行っています。

このように日本の医療費全体の4分の1は政府が出している関係上、補助金を少なくするためには、どうしても医療費全体を少なくしなければいけないという政府の課題がございます。診療報酬点数表では、量は必ずしも十分コントロールできないけれども価格をコントロールしているということで、診療報酬点数に対して厳しい抑制策がとられています。

スライド1



スライド2

入院率及び手術入院率の日米比較

	日本	アメリカ	日本/アメリカ
1984年（総計）	94.4	156.8	0.60
（手術）	22.9	71.0	0.32
1990年（統計）	100.5	123.8	0.81
（手術）	26.8	58.6	0.46

（長谷川、1995年）

（出典） 日本 : 1984年及び1990年医療施設調査9月値×12
アメリカ : National Hospital Discharge Survey (1984, 1990)

全てのお金の流れというのは、最終的にはこの点数表の価格に基づいて流れていくというのが日本の特徴であるわけです。

そしてこの点数表の構造としては、どちらかというとハイテク医療であるとか、今日中心になります手術などは、比較的低い点数となっていて、実際にハイテク医療だの手術を行うと、病院にとってはむしろ赤字になる体質をはらんでいる。これが、医療機関の手術などのハイテク医療に対して、一定の歯止めがかかっているのではないかと考えて、それを分析するためにいろいろな資料を用いました。

スライド2は手術率および入院率を比較したのですが、1990年で見ますと、手術率は日本はアメリカの約半分であるわけですが、実はこの1990年時点ではアメリカはDRGの影響もあって、外来手術に約半分以上の手術がシフトしてしまったわけで、むしろそのDRGが移行する前の1984年における手術率の対比を見た方がより正確ですので、これを見ますと、やはり日本はアメリカの3分の1しか手術をしていないことがわかります。

それは先ほど申しましたように、日本の診療報酬点数表が手術に対して抑制的に働いてるということが一つの原因ではないかと考えられます。

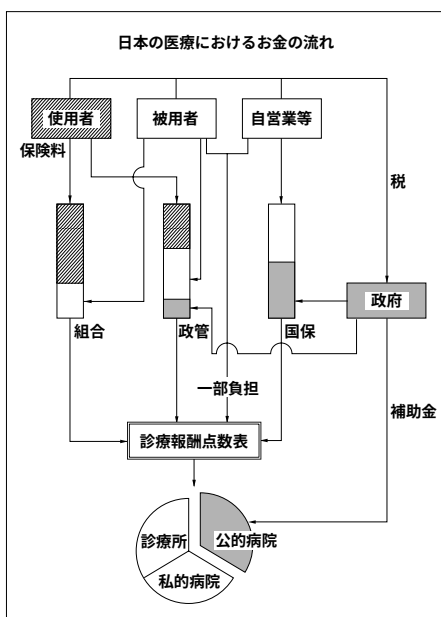
先ほど診療報酬点数表を介して、全ての医療にお金が行っているというお話をしましたが、実はそれは不十分な説明でして、スライド3のように、公的病院に対しては政府の方から補助金という形で直接の助成が行っているわけです。この直接の助成が行く公的病院において、点数表では十分に保障されていない手術が実施しやすい状況にあるのではないかと、ということが一つの仮説であったわけです。

これを裏付けるために、日本のデータで、全身麻酔の手術を比較しますと、スライド4のように、病床数では私的病院の方が圧倒的に多いにもかかわらず、公的が私的の2倍以上となっています。病床で約7割くらいを占めているのですが、逆に全身麻酔の手術件数を比べますと、公的病院が私的病院の2倍以上の割合となっています。

同じように悪性腫瘍についてみますと、スライド5のように、やはり2倍以上公的病院で行われています。

つまり補助金という形で入って、その点数の採算

スライド3



スライド4

全身麻酔件数の公私病院別割合		
	件数	割合 (%)
公的病院	55,936	55.2
私的病院	26,688	26.3
医育機関	18,746	18.5
合計	101,370	100.0

(出典) 1990年医療施設調査(厚生省)

スライド5

悪性腫瘍手術件数の公私病院別割合		
	件数	割合 (%)
公的病院	12,714	61.6
私的病院	4,948	24.0
医育機関	2,983	14.4
合計	20,645	100.0

(出典) 1990年医療施設調査(厚生省)

割れをしていることに対して補助されている医療機関でないと、手術を十分に行うことができないので、これが医療費の違いの一つの大きな原因になっているのではないかと、ということが推測できるわけです。

そこで、この手術率が約3倍違う日米の違いを、なんとか直接的に見ることができないものかと、これについて色々調べたわけです。ただし当然ながら、日米で疾病構造が違いますので、有病率あるいは死亡率まで比較できた上で、本当に手術率、手術件数が違うかどうかを言わなければなりません、残念ながらその疫学データや手術のデータの入手は非常に限られておりまして、現時点において可能であったのは、乳がんに限られたわけです。乳がんもスタンフォード大学が所在するカリフォルニア州との間だけでの比較です。

スライド6をご覧ください。カリフォルニア州の方が、もちろん乳がんの罹患率・有病率が高いものですから、手術件数そのものを人口当たりで見ますと、カリフォルニア州の方が倍ぐらいよく手術しています。ところが乳がんでの死亡件数は、人口当たりで見るとカリフォルニア州の方が約3倍高いものですから、この影響を考慮して、乳がん死亡数当たりの乳がん手術件数の比を見ますと、逆に日本のほうが約6.18に対してカリフォルニア州は3.44と、日本の方がむしろ乳がん手術件数は多い。

これについてはどう考えるべきか。むしろ、乳がんと言っても色々な性質がございますし、それから放射線治療などとの併用ということもありますけれど、この結果は、案に相違して、乳癌に関しては日本の手術率はアメリカの倍ぐらい高いという現実の状況があるということであり、これが最初に申し上げたように、当初意図した結果と違う結果が出てしまったということとして、これをどう解釈していいか、今検討しているところです。

もっとも知りたいのが、一番アメリカで手術件数が多い冠状動脈バイパスについて、アメリカの方が多いことを裏付けるデータですが、残念ながらハードな形での疫学データとして、どのくらい有病率があるかということ把握することはできませんので、相対的にどの位手術しているかということ、言うことができなかったわけです。

さて、もう一つ比較しましたのは、長期ケアのコストでこれからの介護保険という話が色々言われていますが、現時点では日米とも基本的に高齢者の長期ケアは、医療の枠組で捉えています。医療の枠組みで捉えていますので、そのままこれは医療費の違いとして出てくるのですが、日米でその施設に在院する65歳以上の人口に占める施設、入所者、在院者、在所者の割合を見ますと、日本は100人に対して5.9であり、アメリカは5.7ということで、結局その施設にいる高齢者の割合というのは、ほとんど変わらないということが言えるわけです。

次に、彼らにかかる医療費をみますと、スライド7のようになります。カリフォルニア州だけしかこういう詳細のデータを入手できませんでしたが、カリフォルニア州のナースিংホームの百床当りの職員数を見ると53.6人という数値が出ています。日本はご存知のように、老人病院とか老健施設、特養という色々な施設

スライド6

乳がん手術件数等の日本とカリフォルニアの比較

	日本	加州	日本/加州
乳がん手術数/人口10万	29.4	50.7	0.58
乳がん死亡数/人口10万	4.8	14.7	0.33
手術後/乳がん死亡率	6.18	3.44	

(出典) 日本：1990年医療施設調査, 1990年人口動態統計
加州：California Hospital Discharge Survey (1990), Vital Statistics in the USA (1990)

スライド7

日本とカリフォルニアの老人長期収容施設の職員数の比較 (100床あたり職員数比較)					
	日本			総計	加州
	老人病院	老健施設	特養		
医師数	4.0	1.3	2.0	2.9	-
看護婦RN	7.9	2.9	4.0	5.8	3.2
准看護婦LPN	15.1	5.9	0.0	7.8	6.3
看護補助者Aides	12.7	21.3	26.8	19.4	23.9
全看護職員	35.6	30.2	30.8	33.1	33.5
全職員	57.0	45.9	50.6	53.4	53.6

(出典)
 日本：病院報告(1990年), 老人保健施設調査(1990年), 社会福祉施設調査(1990年)
 (注) 特別養護老人ホームの准看護婦は、全職員の欄にのみ計上されている。
 加州：Annual Report Of Long-Term Care Facilities(1989)
 Long-Term Care Facility Integrated Disclosure And Medical Cost Report(1990)

スライド8

平均時給, 月間労働時間, 月給の日米比較								
	平均時給			月間労働時間		平均月給		
	日	本	米	日本	米	日	本	米
	為替	PPP				為替	PPP	
	レート	レート				レート	レート	
看護婦(RN)	14.54	10.25	12.50	175.0	137.6	2,543	1,796	1,720
准看護婦(LP)	11.89	8.38	9.38	179.0	137.6	2,127	1,500	1,290
看護補助者(Aides)	8.73	6.16	6.25	176.0	137.6	1,536	1,083	860
全体	10.50	7.43	7.52	176.6	137.6	1,860	1,311	1,035

(出典) 日本：労働省,年賃金センサス(1992)
 米国：Donham,C.S.et.al.:Health care indicators for the United States,
 Health Care Financing Review 13(4),173-799,1992

がありますが、それぞれに在院、在所している入所者の割合に案分して職員数を見ますと53.4人ということで、職員配置というのはほとんど変わらないということが言えると思います。

長期ケアの場合、人件費が一番大きな比重を占めていますので、その平均の時給を見てみます。

スライド8は、カリフォルニアだけでなく全米と日本の比較であり、為替換算だけでなく実際にそのお金でどの位買えるかということを見るPPPレートで平均時給を見ますと、日本は看護婦、准看護婦、看護助手を平均すると7.43ドルで、アメリカの7.52よりわずかに少ないのですが、日本の月間労働時間が177時間であるのに対して、アメリカは137.6時間。そういうことを考えますと最終的には月給で見ると、アメリカより日本の方が高い収入になっています。原因はどこにあるかというと、やはりアメリカと比べて長期ケアにおいて、日本は看護婦、准看護婦の占める比重が高く、それに反して助手の比重が日本の場合少ない上に、その給与も相対的に高い水準にあるということが言えると思います。

というわけで、日米の医療費の違いということを色々まだ分析途中ですが、その範囲で分りましたことは、乳がんに関して言えばむしろ日本の方が手術率が高いという、予想に反した結果だったということ。また、長期ケアに関しては、配置されている人員全体をみると日米ともほぼ同じだけれど、日本の方がよりお金がかかっているという点です。

今まだ分析途中でして、また機会がありましたらご報告させていただきたいと思っています。