

## わが国の医療供給の現状と展望

尾形 裕也  
泉田 信行<sup>1)</sup>

### I はじめに

医療サービスの供給を経済学的に見れば、さまざまな財・サービスをインプットとして使用し、さまざまなアウトプットを産み出すという一般的な生産活動の一環としてとらえることができる。この場合、インプットとしては、資本、土地、労働といった第一次生産要素のほか医薬品、医療材料等の原材料、エネルギーなどが含まれる。一方、アウトプットは、言うまでもなく、それらの投入によって産み出される各種の医療サービスである。医療機関は、一定の医療技術（生産関数）のもとで、各種の生産要素を投入し、医療サービスというアウトプットを産出していると考えることができる<sup>2)</sup>。

ここでは、こうした医療サービスの供給を規定する基本的な生産要素である資本（医療施設・医療機器）及び労働（医師、看護婦等の医療スタッフ）投入のわが国における現状を整理するとともに、今後の課題、展望等について概観する。

### II 資本（医療施設・医療機器）

#### 1 医療施設

##### (1) 医療施設体系の現状及び課題（制度論）

日本の医療施設の体系については、基本的に医療法等の法令において規定されている。病院と診療所は、病床数20床以上（病院）、19床以下（診療所）で区分され、開設に当たっての取り扱い等が異なっている<sup>3)</sup>。また、いわゆる中間施設とし

ての老人保健施設は、老人保健法において規定されている。

日本の医療施設の体系については、その機能分担と連携が十分でないことが問題点として指摘されてきている。特定機能病院と療養型病床群という、いわば両端の機能を担う病院については区分されているが、日本の病院の大部分を占めるその他の中間部分については何の区分もなかったというのが、これまでの実態であった<sup>4)</sup>。

こうした事態に対応するため、1997年の医療法改正において、「地域医療支援病院」制度が導入された。地域医療支援病院は、「地域に必要な医療を確保する観点から、地域の医療機関が提供する医療への支援、救急医療の実施、地域の医療従事者の研修等を行う病院」として医療法上位置づけられたものであるとされている<sup>5)</sup>。

地域医療支援病院については、かかりつけ医への支援等を含め、日本の医療供給システムに欠けていた医療機関相互の機能分担と連携を促進する役割が期待されている。しかしながら、その承認要件（特に紹介率の基準）が厳しいことから、地域医療支援病院の承認を得た病院は現在までのところ極めて少数にとどまっており（1999年5月末現在全国で9病院）、今後その拡大に向けた要件の再検討等が必要であろう。

また、1992年のいわゆる第二次医療法改正において、医療提供の理念規定（第1条の2）が整備された。そこでは、病院、診療所、老人保健施設といった医療提供施設に加え、「医療を受ける者の居宅等」という表現で、いわゆる在宅医療についても、医療法の視野に入れられてきた。この

ことは、伝統的に「ハコもの」法として、医療施設に対する規制を中心に据えてきた医療法の基本性格を勘案すれば、画期的なことであると言える。しかしながら、在宅医療に関しては、医療法ではこれ以上の規定はなく、たとえば、訪問看護については、指定老人訪問看護事業者についての規定が事業法としての性格を有する老人保健法において規定されているにすぎない<sup>6)</sup>。高齢化にともなう疾病構造の変化等により、在宅医療の重要性が増大していく中で、その(医療法上の)基本的な位置づけ等については、今後のひとつの課題であると言える。

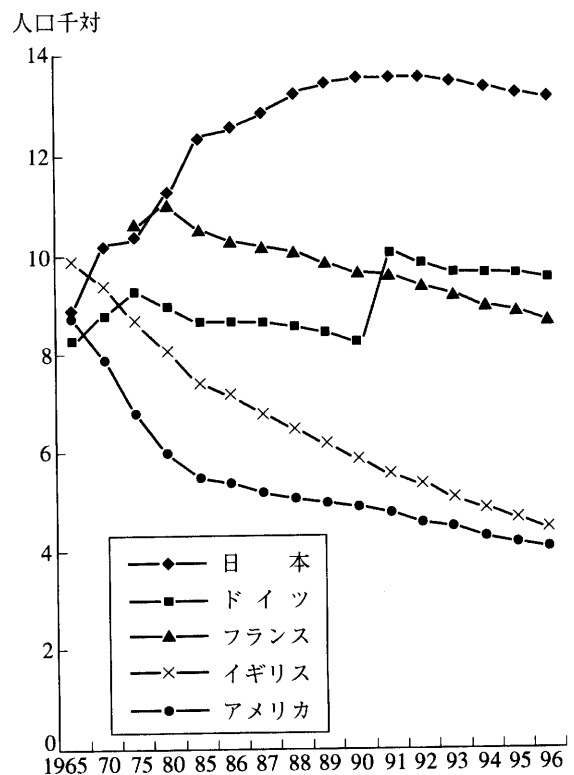
## (2) 医療施設の現状及び課題(実態論)

日本の医療施設の現状を数字で見ると、1997年現在、病院は総数で9,413、その9割弱を一般病院が占めている<sup>7)</sup>。また、一般診療所は89,292であり、その4分の3以上を無床診療所が占めている。さらに歯科診療所は60,579であるが、その大部分は無床である。病院は1990年(10,096施設)をピークに減少を続けており、1992年からは1万の大病を割り込んだ水準となっている。これに対し、無床の一般診療所及び歯科診療所は増加を続けている。

一方、病床については、病院病床は、1997年現在166万床であり、1992年(168万6千床)をピークに減少し続けており、医療計画による病床規制等の効果が出てきている。このうち、精神病床、伝染病床、結核病床を除いた一般病床は126万2千床となっており、全病床の約4分の3を占めている。表1に病床規模別の施設数を示したが、これを見ると、日本の病院の多くはいわゆる中小病院であることがわかる。(300床未満の病院は全体の83%、500床未満の病院は95%を占めている。)しかしながら、近年100床未満を中心とした中小規模の病院及び有床診療所の顕著な減少が見られる。300床以上の大規模病院の施設数は増加しないしは横ばい傾向にあること、また、前述の通り無床の診療所数は明らかな増加を続けていることから、全体としては、(大規模病院と無床のクリニックへの)一種の二極化の傾向が見てとれると言える<sup>8)</sup>。

表2に、開設主体別の医療機関数の推移を示した。これを見ると、第二次大戦後、日本の医療供給は、民間部門を中心に担われてきていることがわかる。(たとえば、1950年には、病院総数3,408のうち、医療法人、個人等の私的病院は、2,453で、72.0%を占めていた。これが1995年には、82.0%となっている。また、一般診療所及び歯科診療所の大部分は私的医療機関であるから、全体として日本の医療供給の大宗は、民間部門によって担われていると言える。)

次に、こうしたわが国の医療供給の状況を諸外国と比べてみよう。図1には病床数の推移に関する国際比較を示した。「病床」の内容、定義は国によって異なるため、単純な比較はできないが、少なくともOECDの統計で見える限り、1980年代以降、日本の人口当たりの病床数は、諸外国に比



厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査・病院報告」及びOECD, HEALTH DATA '98より作成。

図1 病床数の国際比較

表1 病床の規模別にみた施設数

(各年10月1日現在)

	施設数				対平成8年		構成割合(%)	
	平成6年 (’94)	平成7年 (’95)	平成8年 (’96)	平成9年 (’97)	増減数	増減率(%)	平成8年 (’96)	平成9年 (’97)
病院	9731	9606	9490	9413	△77	△0.8	100	100
20～29床	351	323	296	271	△25	△8.4	3.1	2.9
30～39床	580	544	528	509	△19	△3.6	5.6	5.4
40～49床	756	741	710	695	△15	△2.1	7.5	7.4
50～99床	2491	2478	2458	2438	△20	△0.8	25.9	25.9
100～149床	1574	1548	1541	1528	△13	△0.8	16.2	16.2
150～199床	1063	1075	1064	1086	22	2.1	11.2	11.5
200～299床	1325	1295	1278	1274	△4	△0.3	13.5	13.5
300～399床	733	743	750	749	△1	△0.1	7.9	8
400～499床	350	350	356	353	△3	△0.8	3.8	3.8
500～599床	198	202	200	205	5	2.5	2.1	2.2
600～699床	132	131	132	130	△2	△1.5	1.4	1.4
700～799床	68	67	70	69	△1	△1.4	0.7	0.7
800～899床	34	32	31	29	△2	△6.5	0.3	0.3
900床以上	76	77	76	77	1	1.3	0.8	0.8
(再掲)								
20～99床	4178	4086	3992	3913	△79	△2	42.1	41.6
100床以上	5553	5520	5498	5500	2	0	57.9	58.4
200床以上	2916	2897	2893	2886	△7	△0.2	30.5	30.7
300床以上	1591	1602	1615	1612	△3	△0.2	17	17.1
500床以上	508	509	509	510	1	0.2	5.4	5.4
一般診療所	85588	87069	87909	89292	1383	1.6		
有床	22082	21764	20452	19796	△656	△3.2	100	100
1～9床	9495	9290	8479	8123	△356	△4.2	41.5	41
10床以上	12587	12474	11973	11673	△300	△2.5	58.5	59

厚生省大臣官房統計情報部、「平成9年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」より引用。

べ、相当高い水準にあることが見てとれる。一方、図2には平均在院日数の国際比較を示した。これを見ると、1970年代以降一貫してわが国の平均在院日数は、諸外国に比べ、高水準にあることがわかる。

こうした病床数の多さと在院日数の長さということが、国際的に見たわが国の医療供給の大きな特徴のひとつであるが、容易にわかるように、両者は相互に密接に関連した事象である。単純化して言えば、他の条件を一定とすれば、在院日数が半減すれば、病床数は半分で足りるということになる。こうした長い在院日数の背景には、医療施

設の機能分化が不十分であること、長期ケア関連施設が慢性的に不足していること、在宅ケアが不十分であること等の供給サイドの要因に加え、国民の側も(施設間の利用者負担の不均衡の問題もあり)長期ケアを医療機関に求める傾向があったという需要サイドの要因があると考えられる。いわゆる社会的入院を含め、本来在宅や長期ケア施設で対応することが適当であると考えられる部分まで医療施設が引き受けてきたというのが、わが国の医療供給の実態であると言えよう。

次に、医療法における医療提供施設ではないが、在宅医療、在宅ケア供給において重要な役割を果

表2 医療施設数の推移

年次	病院				一般診療所	歯科診療所
	総数	国立	公的	私的		
明治 10 年	159	12	112	35		
15 年	625	(330)		296		
25 年	576	(198)		378		
30 年	624	3	156	465		
35 年	746	4	151	591		
40 年	807	5	101	691		
大正 15 年	3429	(1680)		1749		
昭和 5 年	3716	(1683)		2033		
10 年	4625	(1814)		2811	35772	18066
15 年	4732	(1647)		3085	36416	20290
20 年	645	(297)		348	6607	3660
25 年	3408	383	572	2453	43827	21380
30 年	5119	425	1337	3357	51349	24773
35 年	6094	452	1442	4200	59008	27020
40 年	7047	448	1466	5133	64524	28602
45 年	7974	444	1389	6141	68997	29911
50 年	8294	439	1366	6489	73114	32565
55 年	9055	453	1369	7233	77611	38834
60 年	9608	411	1369	7828	78927	45540
平成 2 年	10096	399	1371	8326	80852	52216
7 年	9606	388	1372	7846	87069	58407

カッコ内は公的病院の総数。

内務省「衛生局年報」、厚生省「衛生年報」、厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査」より作成。

たしているいわゆる「訪問看護ステーション」について概観する。「平成10年訪問看護統計調査」によれば、1998年現在活動中の訪問看護ステーションは全国で2,756事業所あり、前年に比べ34.6%増という高い増加率となっている。しかしながら、ステーションのない市区町村は全体の62.5%にのぼり、また、65歳以上人口10万対(常勤換算)ステーション従事者数については、都道府県間で3.6倍の格差があるなど、大きな地域格差が存在する。今後、介護保険法の施行にともない、訪問看護ステーションがさらに普及していく中で、こうした格差が縮小していくことが期待される。

### (3) 医療施設体系の展望

以上見てきたようなわが国の医療供給の現状を踏まえ、今後の医療施設体系のあり方について展望してみよう。

まず、病院と診療所の関係については、既に述べたとおり、わが国においては、両者の区分は単に病床数の多寡(20床以上か未満か)によっており、病診の機能の分化という発想は極めて弱いものとなっている。このことは、「医師が開設する診療所が大きくなって(日本特有の“有床診療所”という外国にはない形態を経て)病院となる」<sup>9)</sup>というわが国医療機関の独特の成長のパターンに対応しているものと考えられる。単純化して言えば、要するに「診療所が大きくなったものが病院」ということである。このことは、たとえば、本来入院機能が中心であるはずの病院において、「外来が入院と同じくらい大きな比重を占めており、外来の専門性も必ずしも高くなく、大学病院でも紹介なしで初めて訪れる患者の割合のほうが多い」<sup>10)</sup>といった結果をもたらしている。

一方、平均在院日数や紹介率等医療機関の機能

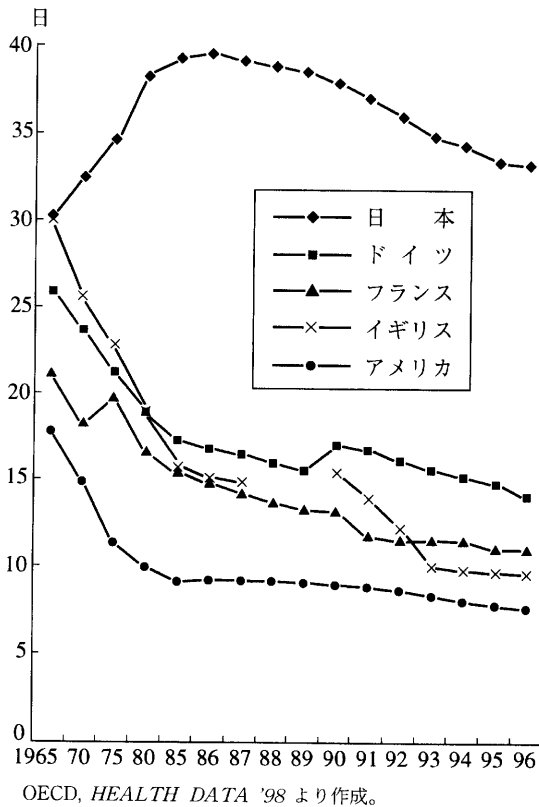


図2 平均在院日数の国際比較

を重視した最近の診療報酬改定の影響もあり、こうした状況は徐々に変化しつつある。中には、紹介率を高め、在院日数を短縮することによって、高い入院時医学管理料を取得し、「診療所的病院」からの脱皮を図るような事例も出てきている。1997年8月に打ち出された与党協及び厚生省の制度改革案においても、大病院は入院機能を重視し、中小病院及び診療所は外来のプライマリーケアを重視する方向を打ち出している<sup>11)</sup>。医療機関への事実上のフリーアクセスというわが国医療の基本的な特長とのバランスを図りつつ、病院・診療所の機能分担のあり方を、地域医療支援病院の普及拡大も含め、今後さらに具体的に検討していく必要があるだろう。

また、病院の機能分化・連携に関しては、いわゆる急性期医療と慢性期医療の区分の問題が中心的な課題である。既に述べたような諸外国と比べたわが国の医療供給の特徴である病床数の多さと

在院日数の長さという現象の背景には、こうした病院の機能の未分化、連携不足という問題があると考えられる。長期ケア施設の慢性的不足という状況の中で、患者のニーズに即した適切な医療サービスを提供していくためには、今後、急性期医療と慢性期医療を区分するとともに、在宅医療、在宅ケアを拡大する方向で、医療計画や人員配置基準、診療報酬のあり方等を見直していく必要があるだろう。

## 2 医療機器

### (1) 医療機器普及の現状と課題

医療機関は、さまざまな種類の機器を利用して、各種の医療サービスを生産している。「医療施設調査」においては、病院、診療所の各種ファイバースコープ、CT、MRI、骨塩量測定装置等さまざまな診療機器の保有状況が示されている。ここでは、それらのうち、特に現代の代表的な診療機器であるCTとMRIについて検討してみよう<sup>12)</sup>。

病院が保有する全身用X線CTの台数は、1996年には6,929台となっており、1981年(664台)と比べて10倍以上に増加している。保有病院数は6,310施設であるから、実に全病院(9,490)の約3分の2(66.5%)がCTを保有していることになる。また、核磁気共鳴診断装置(MRI)の台数は2,360台となっており、1987年(119台)と比べて約20倍に増加している。

こうした保有状況を諸外国と比較したのが表3である。これを見ると、CT、MRIともわが国は世界でも最高水準の保有状況にあることがわかる。

いわゆる高額医療機器については、病床規制のような量的規制が存在しない中で、病院間の競争意識もあり、急速に普及してきた。こうした状況については、患者のアクセスの容易さという大きなメリットがある一方で、過剰診療が行われている可能性も指摘されている<sup>13)</sup>。

### (2) 医療機器の今後の展望

以上のような医療機器の普及状況を踏まえ、わが国の今後の医療機器のあり方について展望してみよう<sup>14)</sup>。

上記のように、わが国の高度医療機器は、国際

表3 高度医療機器の普及状況の国際比較

(100万人あたり台数)

	1990		1993	
	CT	MRI	CT	MRI
日本	55.2	6.1	63.8	12.5
フランス	6.7	0.8	7.5	1.4
ドイツ	8	1.5	12.9	3.6
イギリス	4.3	1	6.3	2.3
アメリカ	26.2	8.1	26.9	13.1

OECD, HEALTH DATA '98 より作成。

的に見ても、最高水準の普及状況にある。これは、わが国が、技術進歩を比較的スムーズに取り入れやすいと言われる出来高払いを基本とする診療報酬体系をとってきたことのひとつの成果であると考えられる。

今後とも、こうした特長は生かしつつも、医療機器に関しては、あくまで患者の疾病や重傷の程度を基本として、適切かつ有効な利用が行われることが望まれる。そのためには、まず、医療技術に関する適切なテクノロジーアセスメントが実施されることが基本であろう。医療の成果指標 (outcome measures) については、なお克服すべき諸問題があるとされているが<sup>15)</sup>、こうした医療のアウトプットを重視し、それによって医学的介入の有効性についての評価を行うという考え方は、今後の医療政策の基本的な方向であると思われる。さらに、実際に実施されている各種の臨床検査については、その質の管理ということも重要な課題になってくる。診療報酬による評価における工夫も含め、検査の質を改善、向上する方向での対応が望まれる<sup>16)</sup>。

### III 労働 (医師・看護職員)

#### 1 医師の需給

##### (1) 医師の需給問題の経緯

医療サービスの供給において、中心的な役割を果たしているのは、医師・歯科医師である。ここでは、そのうち、医師の需給問題について考察する。

医師の養成は大学の医学部において行われている。医学部の定員数は、国によるコントロールを受けていることから、医師の養成数は全体として国の一定のコントロール下にあることになる。

医師数については、医療施設の従事者数が、1955年の8万6千人から1996年には23万人を越えるに至っている。そのうち、病院で医療に従事する者は3万4千人から14万8千人に、診療所で医療に従事する者は5万2千人から8万2千人に増加している<sup>17)</sup>。この間の医師数の増加は、病院で医療に従事する者の増加がその大宗 (73.6%) を占めていることがわかる。

医師の需給の問題は、当初は、医師の不足問題という形でとらえられていた。1969年の自民党の「国民医療対策大綱」においては、1985年までに人口10万対150人の医師を養成することが目標として打ち出された。あわせて、医師養成数の増加目標達成のため、いわゆる一県一医科大学構想が推進された。

こうした努力の結果、人口10万対150人という医師数の目標は1984年には達成されたが、同時に早くも医師の過剰が問題となってきた。厚生省は1984年に「将来の医師需給に関する検討委員会」を設置し、医師の需給について幅広い検討を行った。1986年の同委員会の意見書においては、昭和70年(1995年)を目途に医師の新規参入を10%削減する必要があることが打ち出された。この意見を踏まえて、医学部入学定員の削減が実施されたが、特に公立・私立大学の入学定員削減が進まず、1994年度までの削減率は全体として7.7%に留まっている。(1996年現在、人口10万対医師数は191人となっている。)

こうした状況を踏まえて、1993年に「医師需給の見直し等に関する検討委員会」が設置された。同委員会は1994年に意見書を公表したが、ここでは、マクロの供給医師数及び必要医師数について、3種類の仮定に基づく推計(上位・中位・下位)を行っている。このうち、中位推計によれば、1998年頃から供給医師数が必要医師数を上回り、2015年には約2万3千人、2025年には約2万6千人の医師が過剰となることが見込まれている。

同委員会意見書では、1986年に設定された医学部入学定員10%削減目標の達成を引き続き求めている。

このような医師数削減をめぐる議論の背景には、2つの問題が存在する。ひとつは、医師サイドから見た問題である。医師数の増加は、一般に医師1人当たりの患者数の減少を意味することから、医業収益が低下するとの懸念を医師に抱かせる。特に個人経営者である開業医にとっては、医師数の増加は経営的に好ましいことではない。

もうひとつは、いわゆる「医師誘発需要」の問題である。医師1人当たりの患者数が減少した場合、医師はより濃厚な診療を行うことによって医業収益を維持しようとする経済的なインセンティブに直面することになる。このため、医師数の増加は、こうした需要の誘発を通じて医療費を必要以上に増大させる可能性がある。

医師誘発需要論はひとつの仮説であり、欧米においては膨大な実証研究の蓄積があるが、いまだに確定的な結論は得られていない。日本での研究は、西村(1987)、山田(1990)、鈴木(1998)、泉田・中西・漆(1998)などがあるが、ここでも結論は確定していないように思われる。

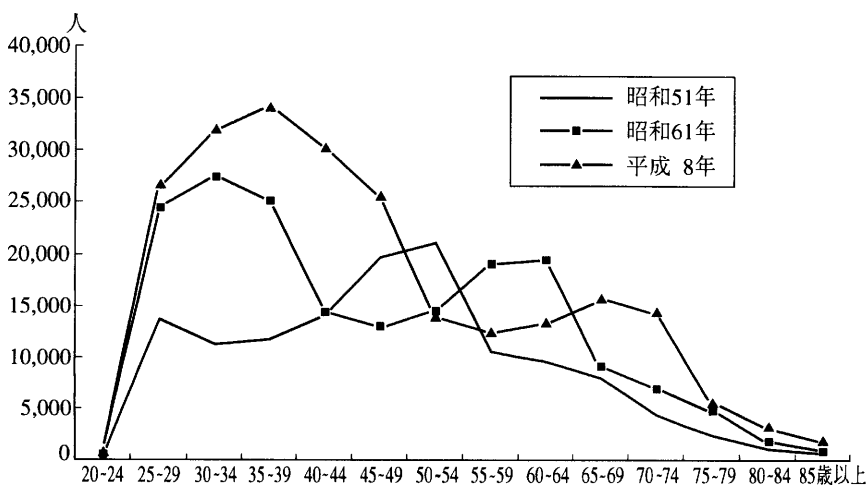
## (2) 医師需給をめぐるその他の問題

(1)では、医師数を中心に医師の需給問題を

考察してきたが、問題は、こうしたいわば量(総量)的な問題にとどまらない。医師の地域間や専門分野間の配分の問題、勤務医と開業医の配分の問題、さらには女性医師数の増大といった現象等も劣らず重要である<sup>18)</sup>。ここでは、そのうち、医師の年齢構成の問題を取り上げて分析する。

図3は、医療施設に従事する医師総数を年齢階級別に区分してその分布を示したものである。各折れ線グラフは、昭和51年、昭和61年、平成8年の10年ごとに作成されている。この図を見ると、昭和51年には50-54歳の医師が最も多く、かつ年齢階級別になだらかな分布となっていることがわかる。これが昭和61年になると、30-34歳の医師が最も多く、次いで60-64歳のところが多いという、分布の頂点が2つ存在する形になっている。この分布の形は、基本的に平成8年においても維持されており、35-39歳の医師が最も多く、次いで65-69歳の医師となっている。

次に、診療所を開設している医師について同様の分布を見たのが図4である。これを見ると、分布の頂点が昭和51年の50-54歳から、昭和61年には60-64歳に、さらに平成8年には65-69歳へと移っているのがわかる。また、平成8年にはもうひとつ45-49歳に小さな山ができていたのが見てとれる<sup>19)</sup>。



厚生省大臣官房統計情報部「医療施設調査」各年版より作成。

図3 医療施設に従事する医師総数

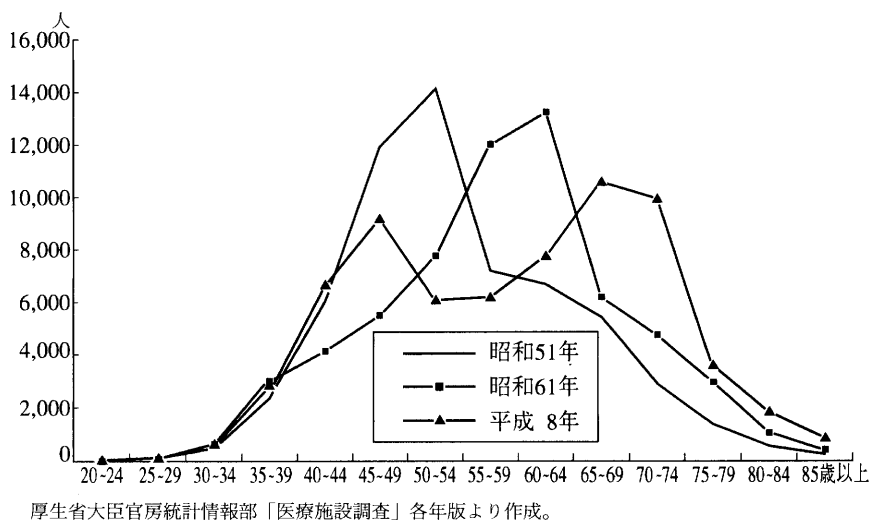


図4 診療所を開設している医師数

図3と図4を併せて見ると、図3の高年齢層の部分の「山」が、図4の診療所を開設する医師の高年齢層の部分で構成されていることがわかる。平成8年度の医師の平均年齢は医療施設に従事する医師総数では47.0歳であるのに対し、診療所の開設者又は法人の代表者だけを取り出してみると59.7歳となっている。医師の高齢化問題は特に診療所において深刻になってきている状況がわかる。

## 2 看護職員の需給<sup>20)</sup>

### (1) 「看護職員需給見通し」策定の経緯及び達成状況

看護職員の需給については、1989年に「看護職員需給見通し」が策定された。その後、いわゆるゴールドプランの策定等を踏まえ、1991年に見直しが行われ、新たに2000年までの10年間を対象期間とする見通しに衣替えをされ、現在に至っている。

需給見通し策定当時の看護職員の需給をめぐる状況は、現在とはかなり異なったものであったことに留意する必要がある。医療計画による病床規制の導入に伴い、1987年から88年を中心いわゆる「駆け込み増床」と呼ばれる一時的な病床増加現象がおこった。その結果、病院の医療スタッ

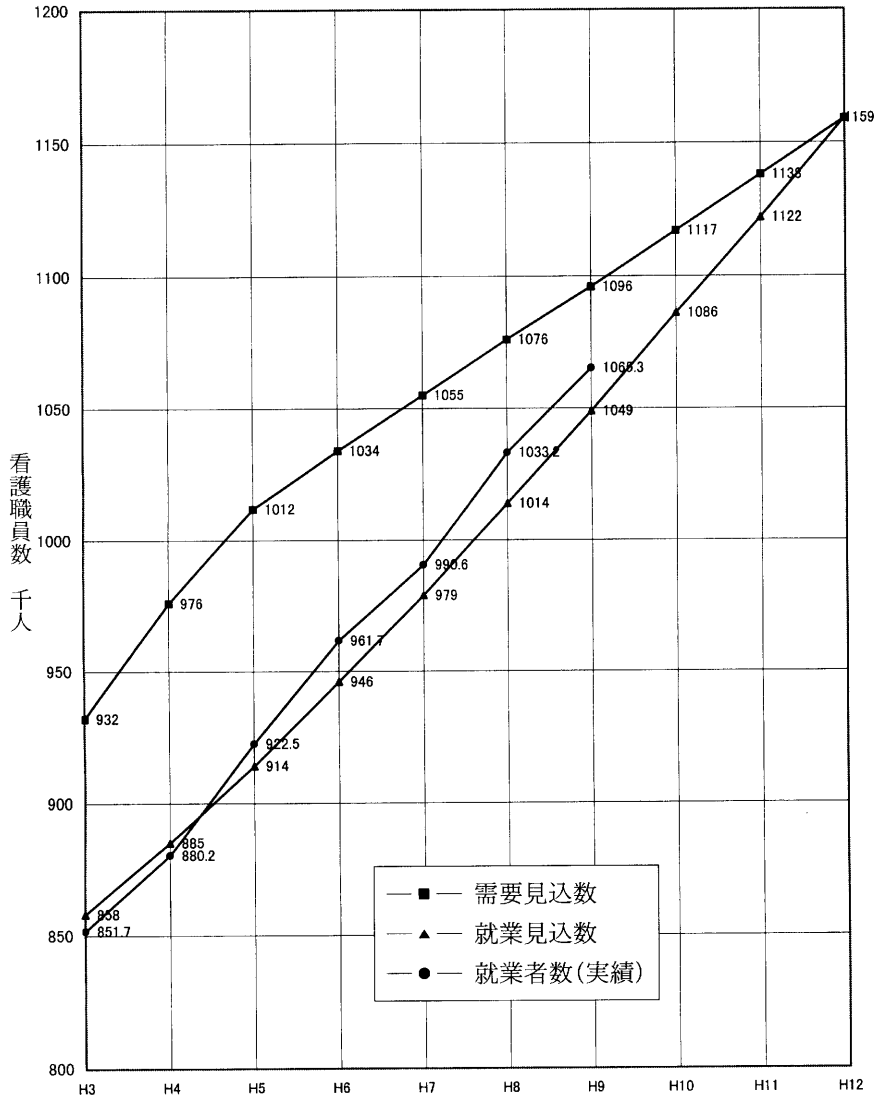
フ、なかでも、最大の集団であり、病床数の増加が直接的に影響してくる看護職員に対する需要は大きく増加した。こうした需要増に供給が即応することは困難なことから、深刻な「看護婦不足」と呼ばれる状況がおこってきた。

こうして、看護職員の人材確保が大きな社会問題となり、1992年には、「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」(いわゆる人材確保法)が成立し、施行されている。現在の「看護職員需給見通し」は、こうした大きな流れの中に位置づけて考える必要がある。

現行の「看護職員需給見通し」の達成状況を、図5に示した。この見通しにおける看護職員の需数及び供給数については、基本的に次のように設定されている。

まず、看護職員の需要については、病院及び診療所における需要がその大宗(9割前後)を占めるものと考えられている。なかでも病院の需要が決定的に重要(約7割前後)である。この病院における需要を推計するに当たっては、病床数と100床当たりの看護職員数についてそれぞれ推計を行っている。病床数については、基本的に各都道府県が地域の医療計画を踏まえて見通した病床数を積み上げた結果、目標年次である2000年には173万床程度(1990年の3.3%増)になるもの





小山 (1999) より引用・作成した。

図5 看護職員需給見通し (平成3年12月策定)

と推計している。また、100床当たりの看護職員数については、夜勤等種々の勤務条件の改善の結果、1990年の35.9人から2000年には48.2人に増加するものと見込んでいる。

一方、病院・診療所以外の分野における需要は、1990年において総就業者数の約6% (5万人) 程度であるのが、2000年には約12% (14万人) 程

度まで増加するものと見込んでいる。この中には、ゴールドプランに伴う需要増約5万人や在宅ケアの進展に伴う訪問看護職員の需要増約2万人が含まれている。以上の結果、看護職員の需要数は、2000年において約116万人に達するものと見込まれている。

次に、看護職員の供給については、基本的に、

年当初の就業者数に新卒就業者数及び再就業者数を加え、そこから退職等による減少数を差し引く形で見込んでいる。このうち、看護婦学校、養成所等の新卒就業者数については、現在の養成所の開設・整備に伴う入学状況や今後の新設予定等を踏まえて見込んでいる。また、再就業者数については、各都道府県のナースバンクによる再就業促進事業の見通しを基に、今後の事業の強化に伴う分を考慮して推計している。さらに、退職等による減少数については、過去の実績を踏まえるとともに、今後の就業環境の改善等を考慮して見込んでいる。

以上の結果、看護職員の供給数は、2000年において約116万人に達するものと見込まれ、この時点で全国的には看護職員のマクロの需給が一致することとなる。

図5を見ると、計画期間のうち最初の2年間で

除き、実績の就業者数が就業見込数、つまり上記の供給見込数を上回り続けている状況が見てとれる。平成8,9年には、実績が供給を2万人近く上回っており、このペースでいくと、目標年次である2000年より前の時点でマクロの需給バランスが一致することが予想される。ひところの「看護婦不足」から見れば、大きく様変わりしつつある状況にあるといえよう<sup>21)</sup>。

(2) 「看護職員需給見通し」の評価

現行の「看護職員需給見通し」は、全体としては、結果的に見ても、よくできた推計であると考えられる。図5は、わかりやすくするため、ことさら差分の縮尺が強調して示されているが、この需給曲線は実は100万人前後の水準のものであることに留意する必要がある。両曲線間の需給の不均衡は、最大値でも9.8万人、率にして1割に満たない水準(9.7%)である。この見通しは、も

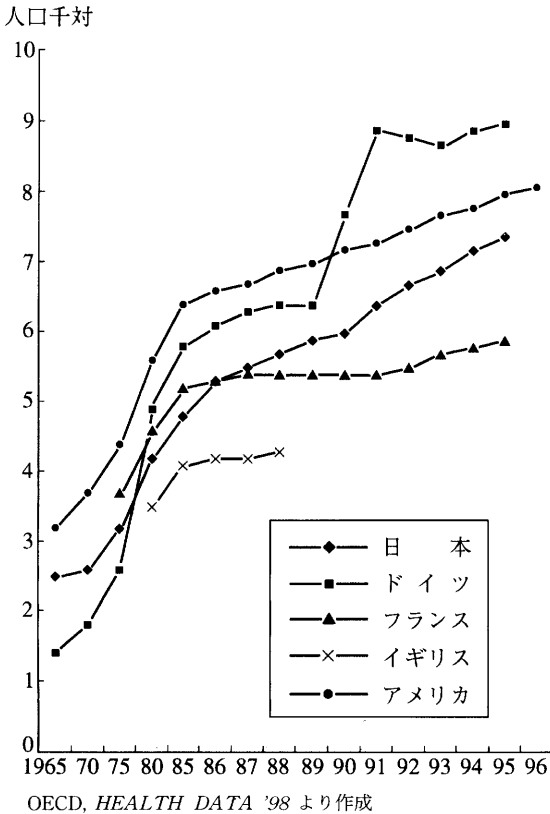


図6 看護職員数(人口千対)の国際比較

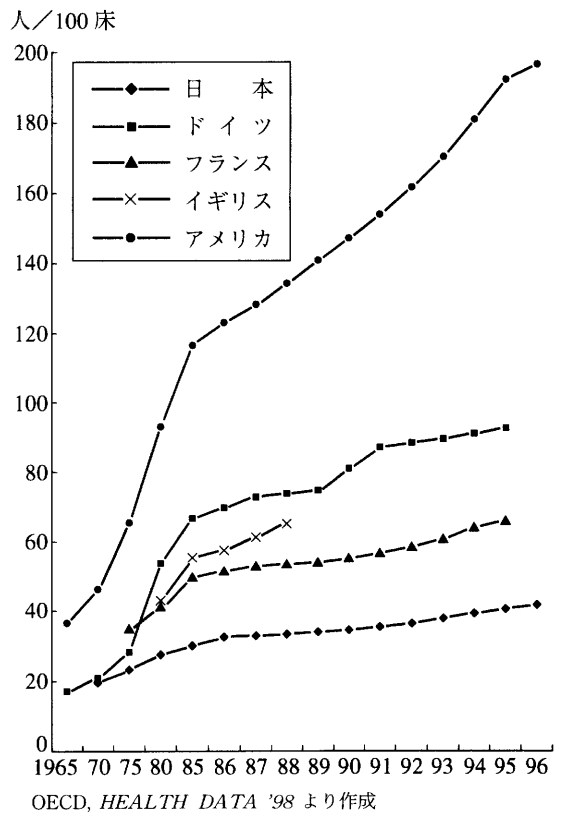


図7 100床あたり看護職員数の国際比較

とも、1割未満の需給のアンバランスを10年間かけて毎年少しずつ解消していくという、かなり高度な、「微調整」(fine tuning)ともいうべき調整計画なのである。そうした中で、少なくともこれまでのところ、概ね見通した需要曲線と供給曲線の間にある実際の就業者実績値がおさまっているという結果は、政府の見通しとしては、十分満足できるものであると言えよう。

こうした「好成績」となった最大の原因は、需給両面にわたって、その主要な係数の推計に都道府県の推計値の積み上げを使っているという点に求められる<sup>22)</sup>。地域の需給の実態をよりよく把握していると考えられる都道府県のデータを基礎として、これに国としての一定の政策判断を加味して全体をまとめ上げるという手法は現実的であり、手堅い推計方法であると言える。

しかしながら、こうした「積み上げ手法」には、従来の前提諸条件を大きく変えるような変動があった場合には、限界がある。現行の需給見通しの計画対象期間は、たまたま、あまり大きな制度的変更のない、相対的な安定期とも言うべき時期であった。しかしながら、2000年以降については、介護保険制度の施行を皮切りに、医療保険制度及び医療提供体制の両面にわたって大きな改革が行われる可能性がある。こうした変革期にあつては、保健医療サービス全体の需給の動向や保健医療政策の動向等を踏まえた需給見通しの策定が求められることになろう<sup>23)</sup>。

### (3) 看護職員数の国際比較

図6には、人口千対で比較したOECD主要各国の看護職員数の推移を示した。これを見ると、(もちろん看護職員の定義は国によって異なるので単純な比較はできないとはいえ)各国と比べて、わが国が特に看護職員が多かったり、少なかったりするという状況にはないように見える。

一方、図7には、病床100床当たりの看護職員数の推移を同じ国々について見たものを示している。これを見ると、図6とは異なって、各国(特に米国)と比べて場合のわが国における看護職員数の少なさは際立っている。人口当たりの看護職員数では各国と比べて一応遜色のない水準にある

のに対し、病床当たりの看護職員配置で見ると、かなり見劣りがする状況にあるわけである。

このことは、先の図1とあわせて考えた場合、わが国の病床数の相対的過剰、及びその結果としての病院におけるマンパワーの相対的に貧弱な配置という問題を示していると言える。経済学的に言えば、日本の医療サービスの生産は、諸外国に比べ、相対的に資本集約的(労働節約的)に行われている、ということになろう。看護職員の長期的な需給問題を考えるに当たっては、こうした全体的な「生産方式」の是非を含めた検討を行っていく必要がある<sup>24)</sup>。

### 注

- 1) 本稿はあくまで筆者たちの個人的な見解であり、筆者たちの所属する組織等の見解ではないことは言うまでもない。
- 2) 医療経済学におけるこうした考え方については、たとえば、Folland他(1997)第13章、濤(1998)第6章などを参照。
- 3) 病院は開設に当たって、都道府県知事等の許可を受けなければならないのに対し、診療所は、原則的に開設の届出で足りる(医療法第7条)。また、医療計画におけるいわゆる病床規制は、(療養型病床群を除き)病院病床についてのものである。
- 4) 厳密に言えば、100床以上の病院は一定の要件を満たせば「総合病院」を名乗ることができたが、機能的にはほとんど有名無実化しており、1997年の医療法改正において、地域医療支援病院の制度化とともに、名称独占としての総合病院制度は廃止された。
- 5) 「医療法の一部を改正する法律案提案理由説明」による。
- 6) 2000年4月から施行される介護保険法においては、「指定居宅サービス事業者」に関する諸規定がある。
- 7) 厚生省大臣官房統計情報部「平成9年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」による。本文の以下の病院施設等に関するデータも同様である。
- 8) この他、最近における顕著な事実として、介護保険法の施行をにらんだ療養型病床群の急増という現象がある。厚生省の「医療施設動態調査(概数)」によれば、1999年5月末現在、療養型病床群の病床数は14万1千床を超えている。療養型病床群を有する病院の大多数は300床未満の中小規模のものであり、全般的な二極分化傾向の中で、中間層が新たな展開を図ろうとし

- ているものと見ることが出来る。療養型病床群の急増は、今後、介護保険と医療保険の適用について、むづかしい問題を惹起するおそれがある。
- 9) 広井(1994)による。
- 10) 池上, キャンベル(1996)による。
- 11) これらの改革提案については、大病院については、入院機能重視というかなり具体的なイメージが示されているが、中小病院については、診療所と同じ扱いにしており、十分イメージが描ききれていないくらいがあるように思われる。
- 12) 本文の以下の記述は、物価構造政策委員会中間報告書(1998)に基づく。
- 13) 上記報告書P.18。これに対し、二木(1995)は、日米のMRI導入・利用の比較研究により、わが国は、医療費抑制とMRIの広範な普及とが「共存」する「日本モデル」とも呼ぶべき状況にある、としている。
- 14) 二木(1995)は、わが国のMRI普及の問題点として、①少ない人員配置による超過労働、②質の管理の欠如、③汚職・収賄事件の発生、④テクノロジーアセスメントや厳密な収支計算の欠如、といった点を挙げている。
- 15) 医療の成果指標の活用とその限界については、OECD(1999)等を参照。
- 16) 西村(1987)は、1回ごとの検査の質の評価がむづかしいことから、次善の方法として、専門医のいる診療施設にのみ高度医療機器の利用を認めることを提案している。
- 17) ここで、「病院で医療に従事する者」とは、「医師・歯科医師・薬剤師調査」における病院の開設者、病院の勤務者及び医育機関付属の病院の勤務者を合計したものである。同様に、「診療所で医療に従事する者」とは、診療所の開設者及び診療所の勤務者の合計である。
- 18) 西村(1987)は、医師マンパワー問題のうち、質的な側面を重視し、特にプライマリケアと専門医療の医師の配分問題について、日、英、米3国を比較した分析を展開している。
- 19) この比較的若い方の「山」については、おそらく最近における無床診療所の増加及びいわゆる診療所の「代替わり」を反映しているものと思われる。
- 20) 本節の記述は、小山(1999)所収の尾形論文(II章)に基づく。なお、「看護職員」とは、看護婦(士)、保健婦(士)、助産婦及び准看護婦(士)の合計を指す。
- 21) もちろん、図5は、全国的なマクロの看護職員需給状況を示しているにすぎず、このことは、ミクロの(たとえば、中小病院や地域的な)需給ギャップの存在を否定するものではないことは

言うまでもない。

- 22) 需要面については、病床数は明らかな過大見積もりであるのに対し、100床当たり看護職員数については、かなり正確な予測となっている。また、供給面については、新卒の労働力供給については過大見積もり、再就業者数から退職による減少を除いた分については、過少見積もりとなっている。
- 23) 2000年以降の需給見通しについては、小山(1999)が、一定の前提の下に試算を行っている。
- 24) また、医師の需給問題のところでも言及したように、こうした量的な問題だけでなく、質的な問題も重要である。ここでは触れることができなかったが、その中には、専門看護婦の問題や准看護婦の問題、さらには一般的な看護職員の高学歴化の問題等が含まれる。

#### 参考文献

- 池上直己, J.C. キャンベル(1996)『日本の医療』中公新書。
- 泉田信行・中西悟志・漆 博雄(1998)「医師誘発需要仮説の実証分析—支出関数アプローチによる老人医療費の分析—」,『季刊社会保障研究』33巻4号, pp.374-381。
- 漆 博雄編(1998)『医療経済学』, 東京大学出版会。
- 小山真理子(1999)『18歳女子の進学に対する意識の急激な変化と看護・介護職員の安定的な確保に関する研究』(平成10年度厚生省政策科学推進研究事業研究報告書)。
- 診療報酬体系見直し作業委員会報告書(1998)。
- 鈴木玲子(1998)「医療資源と受診・診療行動との関係」, 郡司篤晃編著『老人医療費の研究』第6章。
- 二木 立(1995)『日本の医療費/国際比較の視点から』, 医学書院。
- 西村周三(1987)『医療の経済分析』, 東洋経済新報社。
- 広井良典(1994)『医療の経済学』, 日本経済新聞社。
- 物価構造政策委員会・医療価格に関する作業委員会中間報告書(1998)。
- 山田 武(1990)「高齢者歯科サービス市場の不均衡分析」,『医療と社会』4巻1号, pp.114-138。
- Folland, Goodman, Stano(1997) *The Economics of Health and Health Care*, (2nd), Prentice Hall.
- OECD(1999) *A Caring World, The New Social Policy Agenda*, OECD, Paris.
- (おがた・ひろや 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長)
- (いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所研究員)