

医療提供体制の各国比較(2006年)

参考資料①

国名	平均在院日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 医師数	人口千人 当たり 医師数	病床百床 当たり 看護職員数	人口千人 当たり 看護職員数
日本	34.7	14.0	14.9	2.1	66.8	9.3
ドイツ	10.1	8.3	41.6	3.5	117.8	9.8
フランス	13.2	7.2	46.7	3.4	105.8	7.6
イギリス	8.7	3.6	69.0	2.5	335.9	11.9
アメリカ	6.4	3.2	76.3	2.4	331.2	10.5

(出典):「OECD Health Data 2008」

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

※ 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)

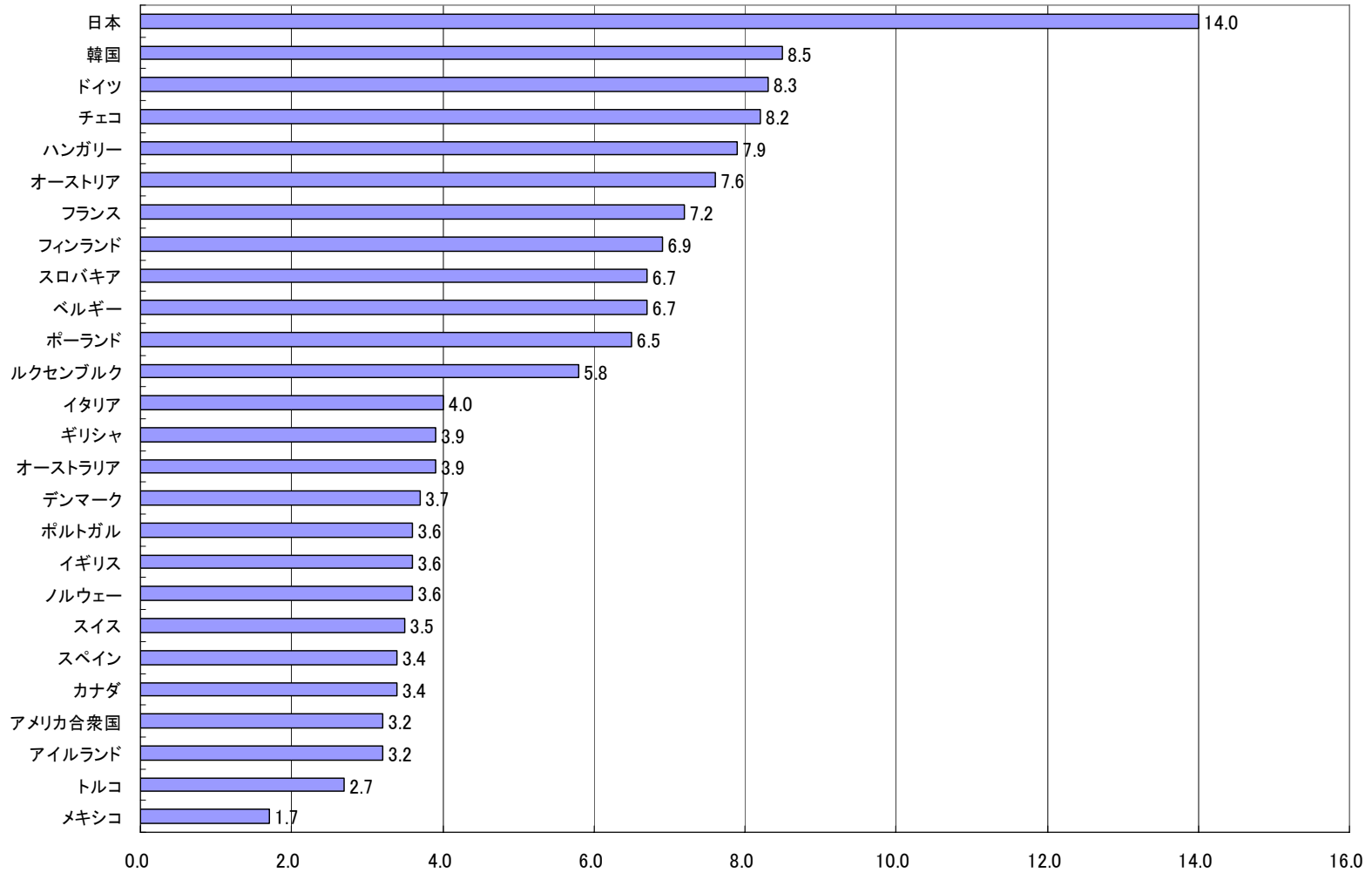
フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

OECD諸国の病床数について(2006年)

人口1000人当たりの病床数は14.0と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。

OECD諸国の人口1000人当たり病床数(2006年)



出典:「OECD HEALTH DATA 2008」

G7諸国の人口1000人当たりの医療従事者の国際比較について(2006年)

○ 日本は人口当たりの医師数は他のG7諸国と比較して少ない状況にあるが、一方で、看護師を加えた数や病院職員では、概ね同程度の水準にある。

	診療医師数 (注1)	看護職員数 (注2)	医師＋ 看護職員数	病院職員数 (常勤換算)
アメリカ合衆国	2.4	10.5	12.9	16.4
イギリス	2.5	11.9	14.4	—
イタリア	3.7	7.1	10.8	12.3
カナダ	2.1	8.8	10.9	—
ドイツ	3.5	9.8	13.3	10.7
フランス	3.4	7.6	11.0	17.3
日本	2.1	9.3	11.4	13.4

出典: OECD Health Data 2008

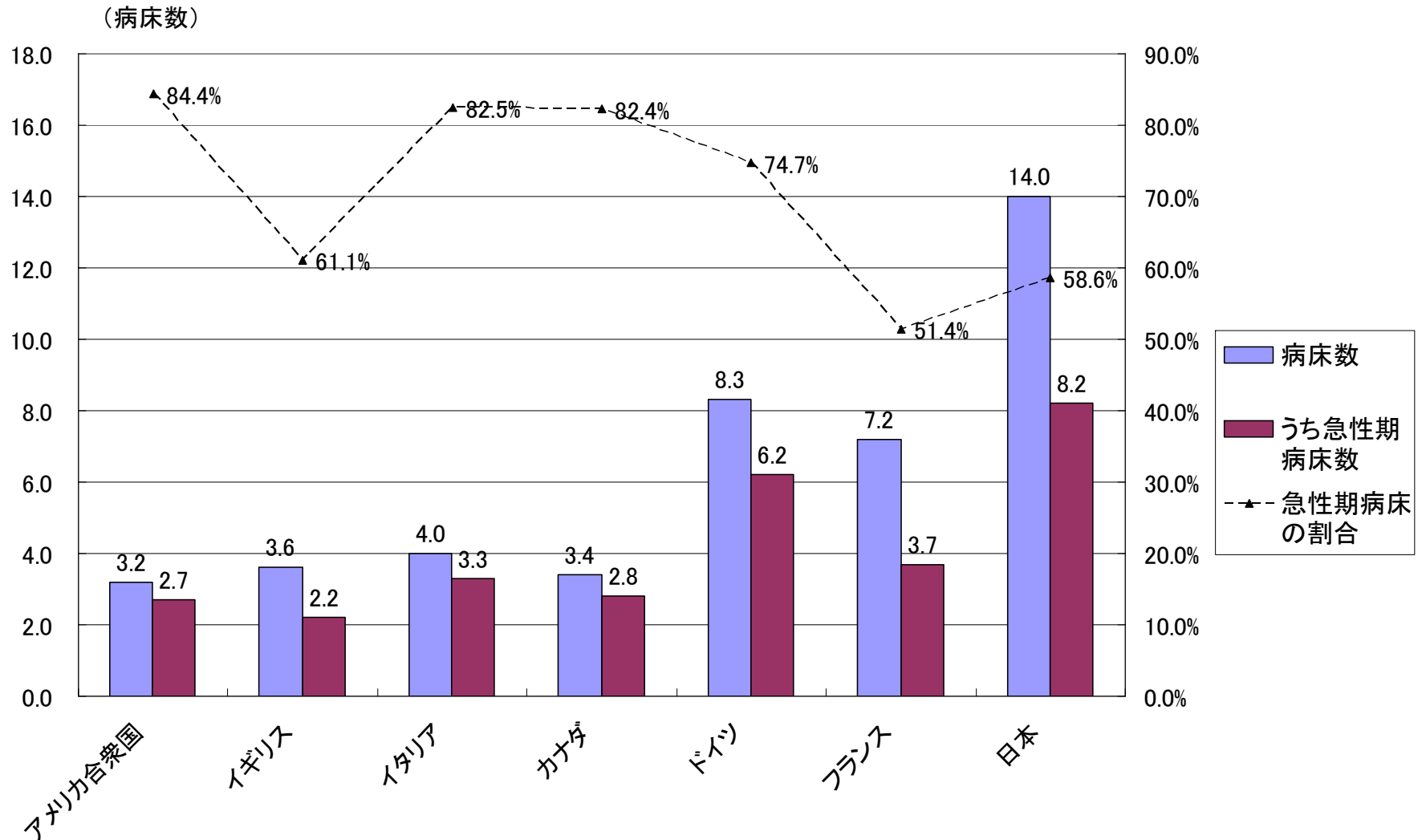
注1: 診療に従事している医師数で算定している。

注2: 看護業務に従事している看護師等の数で算定している。

G7諸国の人口1000人当たりの病床数の国際比較について

○ 病床数で見ると、約1.7~4倍強の数となっている。

人口1000当たり病院病床数と急性期病床の占める比率(2004年)



出典: OECD Health Data 2007

G7諸国の病床当たり病院職員数、平均在院日数、退院数の国際比較について(2006年)

- 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない状況にある。
- 平均在院日数及び外来診察回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い状況となっている。

	100床 当たり 医師数	100床 当たり 看護職員数	100床 当たり 病院職員数 (常勤換算)	急性期1病床 当たりの 年間退院数	平均在院 日数 (急性期)	人口1人 当たり 外来診察回数
アメリカ合衆国	76.3	331.2	517.9	43.2	5.6	4.0
イギリス	69.0	335.9	—	74.1	7.5	5.0
イタリア	92.6	177.9	309.7	46.5	—	7.0
カナダ	63.1	257.0	382.6	30.2	7.2	5.9
ドイツ	41.6	117.8	129.1	31.5	8.5	—
フランス	46.7	105.8	—	70.5	5.4	6.6
日本	14.9	66.8	104.6	12.6	19.2	13.7

出典: OECD Health Data 2008

注1: カナダは全ての項目において、2005年の数字を用いている。

注2: 「急性期1病床当たりの年間退院数」及び「人口1人当たり外来診察回数」は、2005年の数字を用いている

日本と欧米諸国の病院の国際比較について

	病院数	人口10万 対病院数	1 病院当たり 病院職員数 (常勤換算)	病院病床数	一病床当たり 職員数 (常勤換算)
アメリカ	5,756	1.9	832.3	946,997	5.1
フランス	2,890	4.8	-	456,452	-
ドイツ	2,166	2.6	419.1	707,806	1.3
日本	8,943	7.0	191.0	1,626,589	1.0

出典：OECD Health Data 2008、医療経済研究機構「アメリカ医療関連データ集【2007年版】」医療経済研究機構「フランス医療関連データ集【2007年版】」、医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2007年版】」、「平成18年 医療施設調査」「平成18年 病院報告」厚生労働省大臣官房統計情報部

注：2005年の数字である。ただしドイツは2004年、日本は2006年の数字

OECD加盟国の医療費の状況(2006年)

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	15.3	1	6,714	1	
スイス	11.3	2	4,311	3	
フランス	11.1	3	3,449	8	
ドイツ	10.6	4	3,371	10	
ベルギー	10.4	5	3,488	7	
ポルトガル	10.2	6	2,120	23	
オーストリア	10.1	7	3,606	6	
カナダ	10.0	8	3,678	5	
デンマーク	9.5	9	3,349	11	
オランダ	9.3	10	3,391	9	
ニュージーランド	9.3	10	2,448	22	
スウェーデン	9.2	12	3,202	13	
アイスランド	9.1	13	3,340	12	
ギリシャ	9.1	13	2,483	19	
イタリア	9.0	15	2,614	18	

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
		順位		順位	
オーストラリア	8.8	16	2,999	15	※
ノルウェー	8.7	17	4,520	2	*
イギリス	8.4	18	2,760	16	
スペイン	8.4	18	2,458	21	
ハンガリー	8.3	20	1,504	24	
日本	8.2	21	2,474	20	259,770円※
フィンランド	8.2	21	2,668	17	
アイルランド	7.5	23	3,082	14	
ルクセンブルク	7.3	24	4,303	4	
スロバキア	7.1	25	1,130	27	※
チェコ	6.8	26	1,490	25	
メキシコ	6.6	27	794	29	*
韓国	6.4	28	1,480	26	
ポーランド	6.2	29	910	28	
トルコ	5.7	30	591	30	※

【出典】「OECD HEALTH DATA 2008」

(注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

(注2) ※の数値は2005年のデータ

(注3) *の数値は予測値

(注4) 日本円については、日本銀行「基準外国為替相場」により算出

医療提供体制の各国比較(2006年)

国名	病床百床当 たり医師数	人口千人当 たり医師数	病床百床当 たり看護 職員数	人口千人当 たり看護 職員数
日本	14.9	2.1	66.8	9.3
ドイツ	41.6	3.5	117.8	9.8
フランス	46.7	3.4	105.8	7.6
イギリス	69.0	2.5	335.9	11.9
アメリカ	76.3	2.4	331.2	10.5

(出典):「OECD Health Data 2008」

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

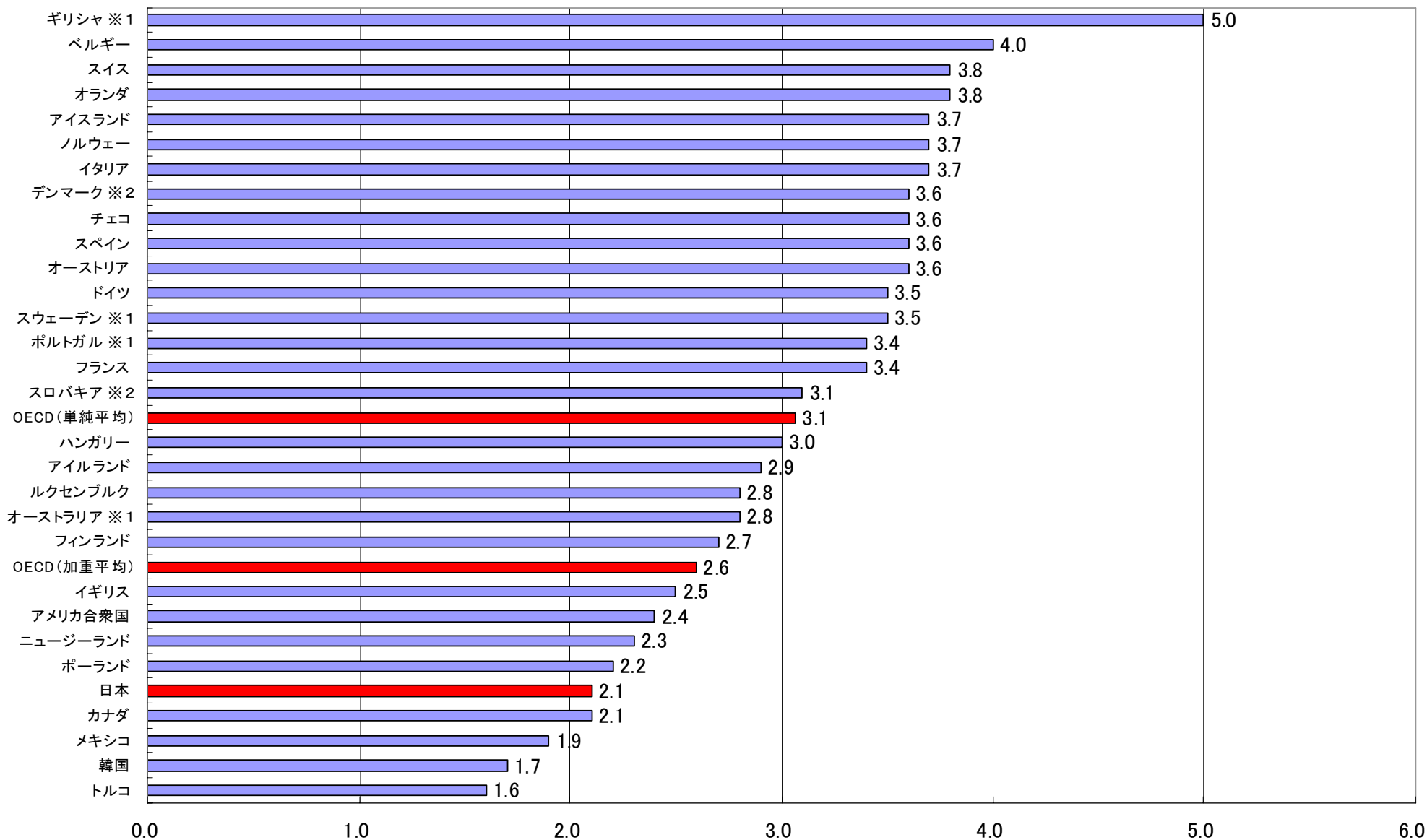
※ 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)

フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2006年(平成18年))



※1 2005 ※2 2004

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

注3 一部の国では、臨床医数ではなく総医師数を用いている。

G7諸国の人口1000人当たりの医療従事者の国際比較について(2006年)

○ 日本は人口当たりの医師数は他のG7諸国と比較して少ない状況にあるが、一方で、看護師を加えた数や病院職員では、概ね同程度の水準にある。

	診療医師数 (注1)	看護職員数 (注2)	医師＋ 看護職員数	病院職員数 (常勤換算)
アメリカ合衆国	2.4	10.5	12.9	16.4
イギリス	2.5	11.9	14.4	—
イタリア	3.7	7.1	10.8	12.3
カナダ	2.1	8.8	10.9	—
ドイツ	3.5	9.8	13.3	10.7
フランス	3.4	7.6	11.0	17.3
日本	2.1	9.3	11.4	13.4

出典: OECD Health Data 2008

注1: 診療に従事している医師数で算定している。

注2: 看護業務に従事している看護師等の数で算定している。

G7諸国の病床当たり病院職員数の国際比較について(2006年)

- 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない状況にある。
- 平均在院日数及び外来診察回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い状況となっている。

	100床当たり医師数	100床当たり看護職員数
アメリカ合衆国	76.3	331.2
イギリス	69.0	335.9
イタリア	92.6	177.9
カナダ	63.1	257.0
ドイツ	41.6	117.8
フランス	46.7	105.8
日本	14.9	66.8

出典: OECD Health Data 2008

注1: カナダの看護職員数・医師数は、2005年の数字を用いている。

注2: 日本の年間退院数は、2005年の数字を用いている

標榜診療科別の医師の偏在解消のための 諸外国の医療政策

平成14年度 厚生労働科学特別研究事業
「標榜診療科別の医師の偏在解消のための諸外国の医療政策に関する研究」
(主任研究者 岩崎榮 日本医科大学常務理事)より引用

■ 調査対象国

カナダ(ケベック州)・アメリカ・イギリス・フランス・ドイツ

■ 調査内容

1. 国別の政策の概要
2. 専門領域別の医師数の調整に関する政策
3. 医師不足している地域に対する誘導策

1. 国別の政策の概要

① カナダ（ケベック州）

カナダでは、保健医療政策は各州が医師数の政策の立案および調整を行っている。

医師の基本統計はCollege des Medecinsが把握し、将来の予測に関する統計を元に医師数政策をケベック州政府に対して提案している。

現在は医師数、特に一般医が不足しているとの認識を持っているが、それは

1. 以前医師過剰といわれた時期の政策により、医師の早期引退を誘導した。
2. 女医の増加に伴う医師の労働時間の減少。
3. 遠隔地の医師の不足などが挙げられる。

これに対する政策は、医学部の増設、一般医の増加への誘導、不足する診療科の地域別の4段階の認定、医学生に対する不足する診療科の卒後研修への誘導、医師が不足している地域の医師への診療報酬の増額、再教育機会の付与、引退後の都市部の住宅確保への補助等がある。

② アメリカ

医師数の調整に対する政策は連邦政府の政策と各州政府が取っている政策の2つに分かれる。

医師の基本統計は各州のCollege of Physiciansの情報を元に、連邦の医師会がMaster fileを作成している。また、Social Security Numberを用いた医師数の把握も可能である。その他、National Center for Health Statisticsに対する届出が義務づけられている。医師数は過剰であるという認識を持っているが、一般医は不足していると考えられている。

連邦政府は主に2つの政策を行っている。ひとつは、一般医を養成している卒後教育機関に対する競争的補助金であり、もう一つはNational Health Service Corpsによる医学生やその他医療関連職に対する奨学金である。

一方各州政府の政策は、

1. 過疎地出身の医学生の優遇、
2. 過疎地で診療する医師への教育機会の充実
3. 診療施設開設時の補助金、
4. 医療事故損害保険金の補助、
5. 休暇時の代診医の派遣
6. ボランティアとしての無償診療時に発生した医療事故に対する免責
7. ボーナス(一時金)の提供
8. 遠隔診療を行った際のmedicaidからの支払い
9. 租税の軽減 等様々である。

③ イギリス

イギリス（イングランド）では医師数の基本政策は保健省が作成するが、実施するのは住民に対して医療を提供している国民健康サービス（NHS）である。

イギリスの医師数特に病理医、精神科医は不足していると考えられている。特に近年の女医の増加と、今後適用されるEUにおける医師の35時間労働の規定による医師の生産性の低下の影響がある。

医師数に関する統計情報はRoyal College of Physiciansが把握するが、人員の政策においては医師数ばかりでなく、関連医療職すべてを考慮に入れた計画が小児、慢性期、救急等7つの部門ごとに作成される。

また、イギリス外の医学部の卒業生も考慮に入れた人員計画がなされている。医師が比較的少ない地域においては医学部の新設及び定員の拡大もおこなわれていた。

④ フランス

保健省は医学部2年次に進級する学生数を制限（Numerus Clausus）することにより、医師の増加に伴う医療費の抑制を行ってきた。

しかし医師の35時間労働、ベビーブーマー世代の医師の引退、女医の増加、住民の高齢化等に伴い将来の医師数は不足すると考えられている。特に一般医の不足が危惧されている。

医師数に関する統計は主にCollege des Medecinsが作成するが、その他疾病金庫のデータ、保健省（DREES）の調査もある。将来の医師の不足についてはCollege des Medecinsが政府に対してNumerus Claususの緩和が必要であると勧告している。近年Numerus Claususは緩和されており、増加分は医師が不足している地域の医学部に重点的に割り当てられる。

⑤ ドイツ

地域医療の医師数の調整は各州の保険医協会と疾病金庫の代表者からなる”Landesauschusses der Arzte”が作成する医師開業計画に基づいて行われる。

保健省は保険医協会、疾病金庫、Landesauschusses等自己決定組織についての枠組み法を作成する。

医師統計はArztekammerにより作成される。ArztekammerはCollege of Physicianと同様の機能に加え、専門医の教育プログラムの作成を各学会と共同で行い、専門医資格試験を実施する自己決定組織である。

ドイツにおいて一般的に医師は過剰である。これは医学部の入学者数が憲法の学問及び教育の自由により制限が困難であったためである。医師開業計画は、地域をその医師数の特性から9つに区分した上で、地域の専門医別の医師数が1990年の基準より10%を上回る場合は新たに開業が出来ないという仕組みである。この仕組みにより、旧西独で新規の開業は困難で、開業を行いたい医師は空席が出るまで待つ必要がある。

2. 専門領域別の医師数の調整に関する政策

カナダ(ケベック州) アメリカ イギリス フランス ドイツ

① 医学部における調整

全ての各国において一般医及び家庭医の優遇政策が取られており、医学部生が専門領域を選択する際に影響を与えている。アメリカ合衆国においては、Medical Service Corps において、将来医療過疎地において診療する医師に対する奨学金が行われていた他、過疎地でのGPを育てる研修プログラムに対しては補助金が提供されていた。なお、この補助金は科学研究費をNIH等から得ることができるより専門性の高い診療科と比較して、GP育成プログラムは研究予算が乏しいため、それを補う目的であり、必ずしも研修医が将来医療過疎地でGPとして診療することを求めるものではない。

より詳細な不足する診療科への医学部生の誘導はケベックにおいて行われていた。すなわち、専門領域をその不足の度合いから4段階に区分し、もっとも不足する診療科における診療報酬は高く設定されていた。

② 開業時の調整

ドイツにおいては、地域別、専門領域別の医師開業計画が作成されていた。すなわち、地域別に1990年の全国平均よりも10%を超過する場合は新たに開業ができない。旧西独地域においては、ほとんどの地域で新規開業は困難な状況にある。従って新たに開業を希望する場合は旧東独の医師過疎地で行えば制限がない。現実には旧西独における新たな専門医としての開業は困難である。

またケベックにおいては専門領域を不足の程度に応じて4段階に区別され、それぞれ地域別に診療報酬の償還点数が異なっていた。またケベック、ドイツともに医療費の予算性があるため、医師過剰地における新規開業は同じパイをさらに細かく分割することとなるため、抑制策となっていた。このほかドイツ・フランスでは、地域病院計画が病院計画内で診療科のばらつきの抑制を行っていた。

イギリスでは、医師のみの調整では不十分と考えられており7領域の Care Group Workforce Team で、医師、看護師を含むすべての医療関係職の人員計画が作成されていた。7領域とは、1. 小児・若年者・妊婦・婦人科、2. 高齢者、3. 癌、4. 心疾患、5. 精神疾患、6. 慢性期疾患(糖尿病と腎障害を含む)、7. 医療アクセス(一般外来医療および救急医療)である。それぞれの領域ごとに、重点目標が定められていた。さらにGP数の増加を目標として、補助金や定年退職の遅延に対する補助や、パートタイム医師のポストの増加、家族手当、育児休業、保育園利用の優遇策がとられていた。

3. 医師不足している地域に対する誘導策

カナダ(ケベック州) アメリカ イギリス フランス ドイツ

① 医学部レベルでの調整

医師が不足するという認識から医学部の定員を増加させる政策は、イギリス、フランス、カナダで取られていた。いずれの国でも定員増加分は主として医師が不足する地域に割り当てられていた。またアメリカ各州では過疎地出身の医学生を優遇していた。また連邦政府は過疎地での診療を条件とした奨学金プログラムを提供していた。

② 卒後教育レベルでの調整

卒後教育のポストを医師が不足している地域に割り当てるという政策は、フランスにおいて間接的に行われていた。これは研修医のポストが病床数に連動しているため、医療計画を通じて地域間の均衡を得ることが期待されていた。アメリカでは、卒後研修において過疎地で診療を行うような家庭医養成の卒後研修プログラムに対する競争的補助金がある。これらのプログラム修了者は、他プログラムより医師過疎地域における診療を行う率が高かった。

③ 開業医レベルでの調整

開業医に対して金銭的インセンティブを与える政策はケベックにおいて行われていた。すなわち医師が不足する地域において診療報酬が高い。その他にも様々なインセンティブが与えられていた。アメリカにおいては州によって様々であるが、過疎地で診療する医師への教育機会の充実、診療施設開設時の補助金、医療事故損害保険金の補助、休暇時の代診医の派遣、ボランティアとしての無償診療時に発生した医療事故に対する免責、ボーナス(一時金)の提供、遠隔診療を行った際の medicaid からの支払い、租税の軽減等様々である。

一方ドイツでは、開業計画に基づいて開業の許可がなされる。すなわち、専門領域別医師数が過剰な地域では新たな開業が困難である。また金銭的なデメリットも発生する。すなわち固定予算に基づいて支払いを受ける各地域の保険医協会の各医師への予算配分が小さくなるため、医師過剰地域において償還額は低くなる。カナダにおいても、地域ごとの予算があるため、医師過剰地域における新規開業は困難である。 6