

医薬品等研究会

日本の医療改革 を考える

- 日・米・英の比較から -

2011年5月13日

MarkeTech Consulting

www.marketech.jp

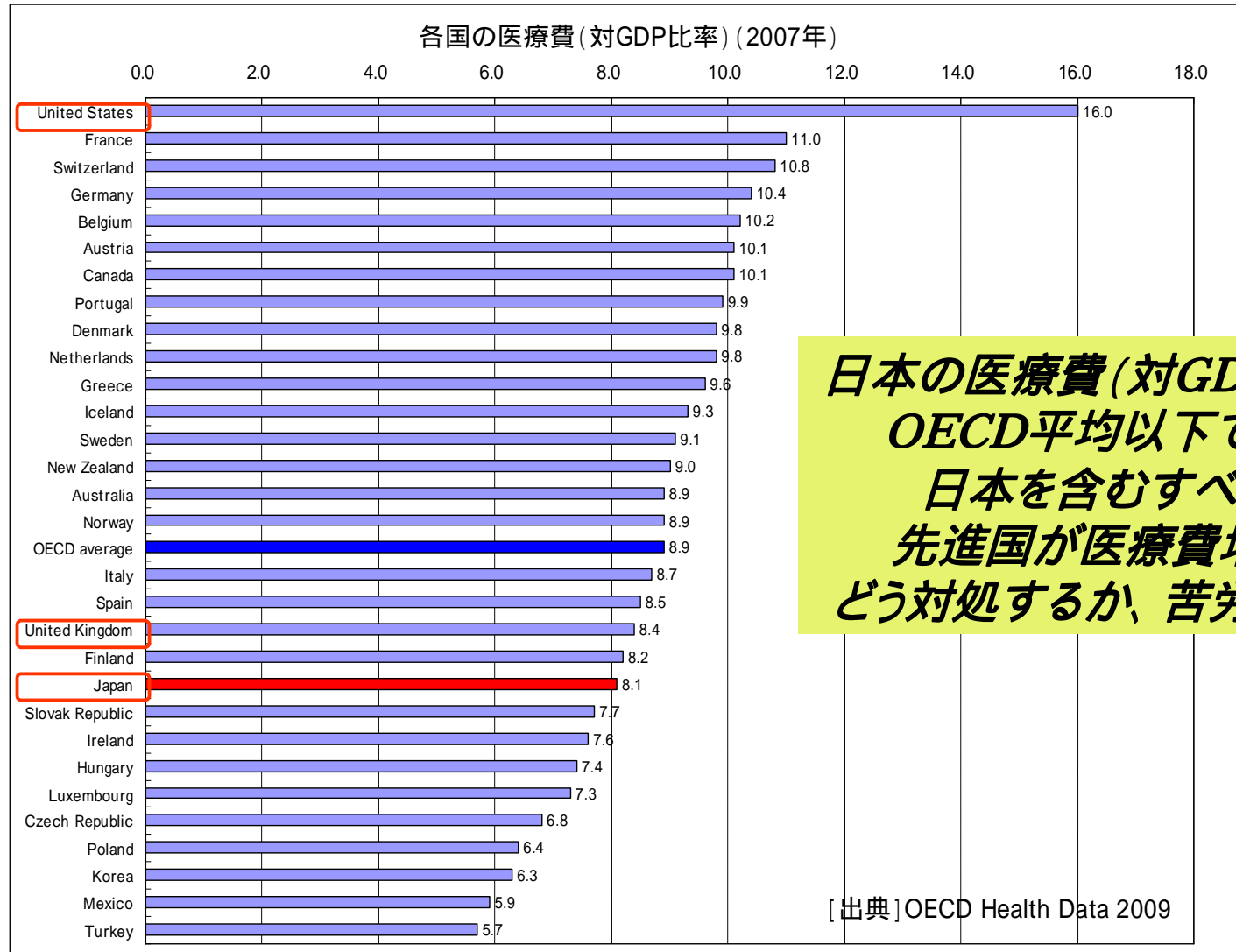
代表 武藤 猛

tko_muto@yahoo.co.jp

1. 国際比較から見た日本の医療
2. 医療改革に関するモデルの整理
3. イギリスの医療改革
4. アメリカの医療改革
5. 日本の医療改革

1. 国際比較から見た日本の医療

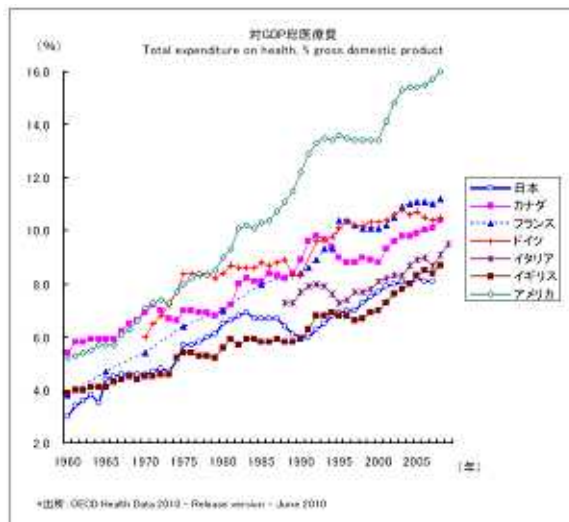
[1] OECD各国の医療費(対GDP比)



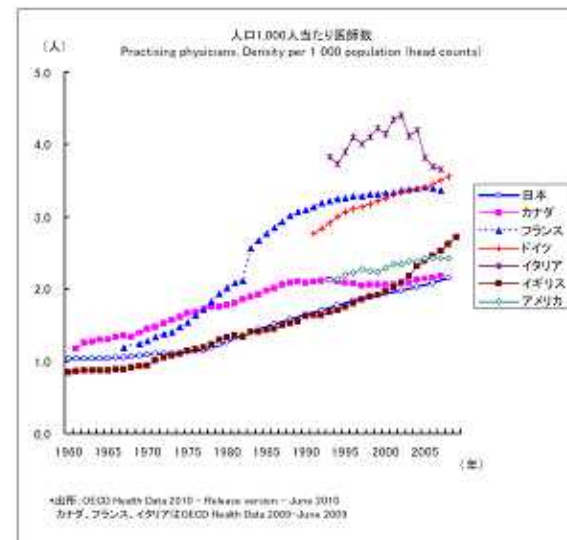
1. 国際比較から見た日本の医療

[2] 先進諸国の医療に関する指標

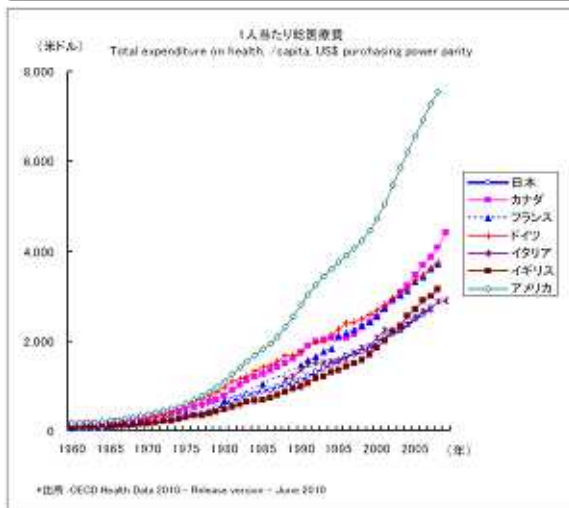
対GDP
総医療費



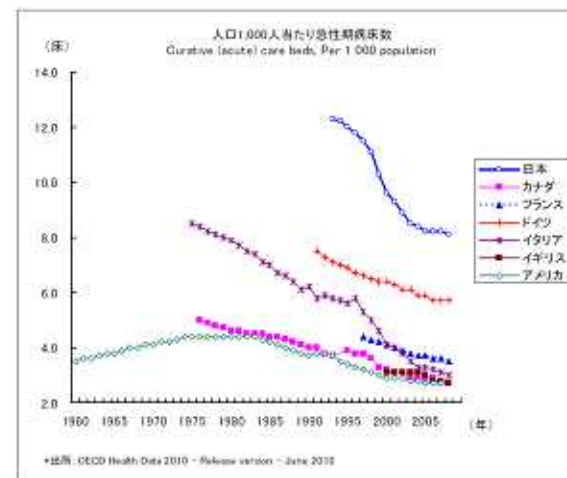
人口
1000人
当たり
医師数



1人当たり
総医療費



人口
1000人
急性
病床数



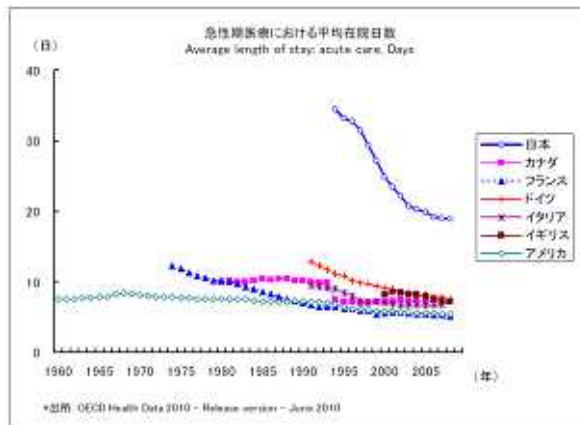
[出典] 前田由美子: 医療関連データの国際比較 - OECD Health Data 2010 より、日医総研リワーキングペーパーNo.223(2010年9月)

Copyright 2011 © by MarkeTech Consulting. All Rights Reserved.

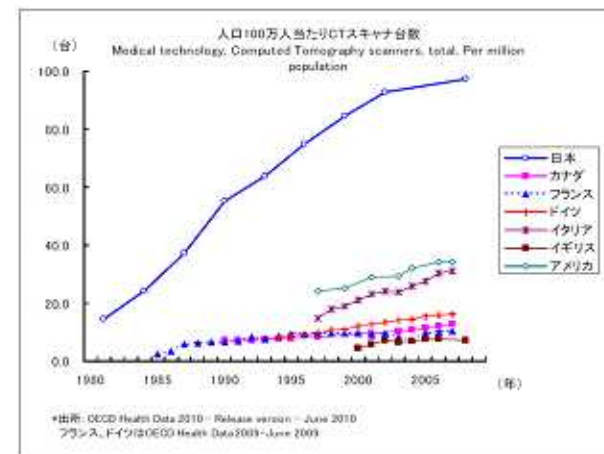
1. 国際比較から見た日本の医療

[2] 先進諸国の医療に関する指標

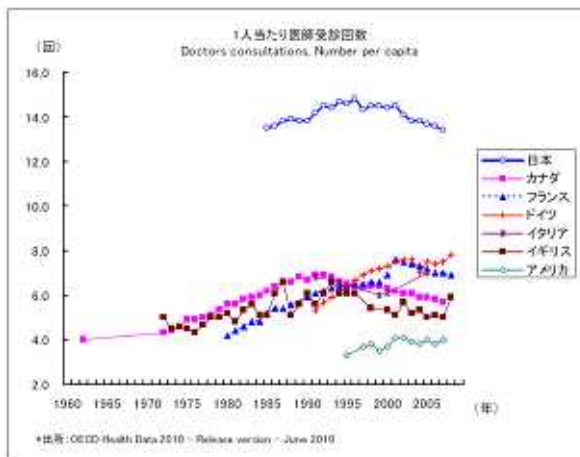
急性医療
における
平均
在院日数



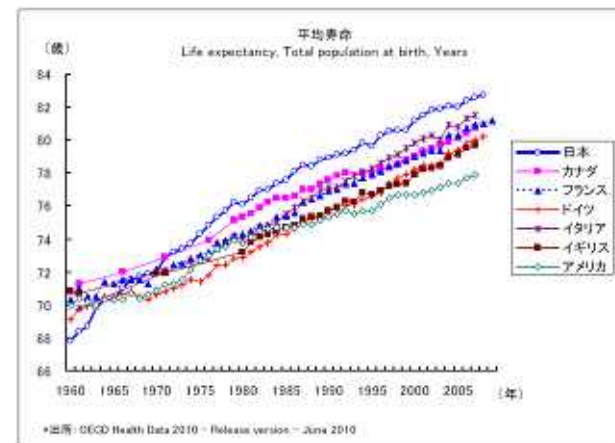
人口
100万人
当たり
CTスキャナ
台数



1人当たり
医師
受診回数



平均
寿命



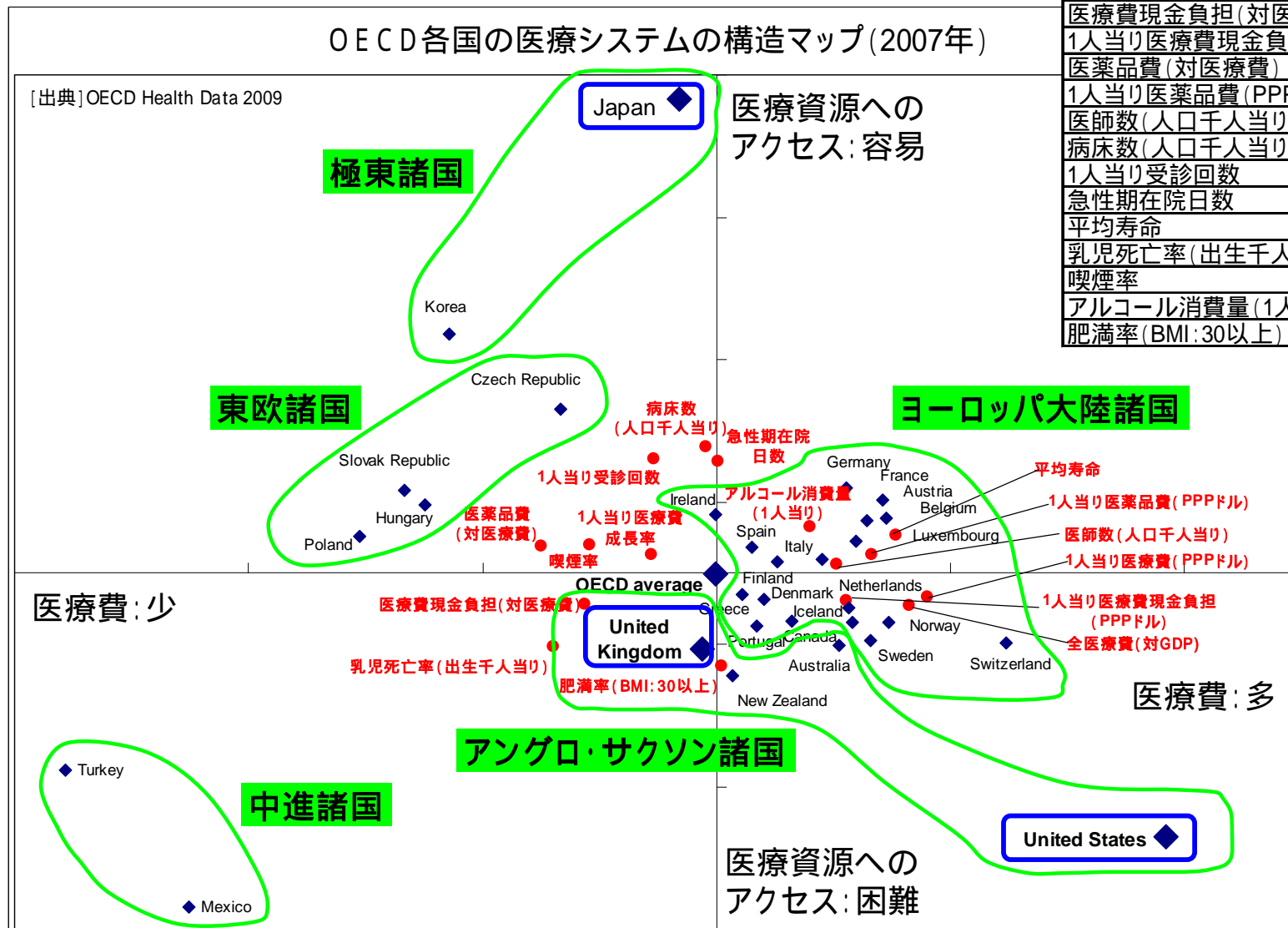
[出典] 前田由美子: 医療関連データの国際比較 - OECD Health Data 2010 より、日医総研リワーキングペーパーNo.223(2010年9月)

1. 国際比較から見た日本の医療

[3] OECD各国の医療システム構造マップ

[因子分析で用いた変数(16変数)]

全医療費(対GDP)
1人当り医療費(PPPドル)
1人当り医療費成長率
医療費現金負担(対医療費)
1人当り医療費現金負担(PPPドル)
医薬品費(対医療費)
1人当り医薬品費(PPPドル)
医師数(人口千人当り)
病床数(人口千人当り)
1人当り受診回数
急性期在院日数
平均寿命
乳児死亡率(出生千人当り)
喫煙率
アルコール消費量(1人当り)
肥満率(BMI:30以上)



1. 国際比較から見た日本の医療

[4] 主要国の医療制度比較

国名	制度の種類 (財政方式)	公的医療の 適用人口(1)	公的医療費支出 の対総医療 費支出比(1)	私的医療費支出 の対総医療 費支出比(1)	供給方式	患者一部負 担(一般開業 医)	患者一部負 担(薬)	患者一部負 担(入院治 療)	政府の関与 の強さ
日本	社会保険方式	100.0%	78.3%	0.3%	公私ミックス	30%	30%	30%	中
ドイツ	社会保険方式	90.9%	75.0%	12.6%	公私ミックス	四半期あたり10 ユーロ(当該期 間の全診察が 対象)	患者負担は価 格の10%(下限 が5ユーロ~上 限が10ユーロ)	患者負担は1日 10ユーロ(上限 は1年で28日 分)	中
フランス	社会保険方式	99.9%	75.8%	12.7%	公私ミックス	30%	35%	1日当たり11 ユーロ+全コス トの20%(最初 の30日間。上限 200ユーロ)	中
スウェーデン	保健サービス (入院・診療給 付)+社会保険 方式(現金給 付)	100.0%	85.0%	0.0%	公私ミックス	診察1件当たり 13~20ドル(上 限は年間120ド ル)	120ドルまでは 100%、それ以 上は3段階で軽 減、上限は1年 で240ドル	診察1件当たり 13~20ドル(上 限は年間120ド ル)	中
イギリス	保健サービス (診療給付)+ 社会保険方式 (現金給付)	100.0%	80.9%	3.3%	公営	無し	1処方当たり9 ドル	無し	強
アメリカ	社会保険方式 (高齢者障害者 医療保険のみ)	24.7%	44.2%	35.1%	公私ミックス	100ドルまでは 全額自己負担 + 超えた部分 の20%	100%	最初の60日は 876ドルまでは 全額自己負担、 以降は軽減	弱

(1)OECD Health Data 2003

(2)OECD編著:世界の医療制度改革、明石書店(2005)

[出典]田中滋・二木立:医療制度改革の国際比較(講座 医療経済・政策学 第6巻)、勁草書房(2007)

1. 国際比較から見た日本の医療

[5] 国際比較から見た日本の医療システムの特徴

データから見た日本の医療システムの特徴:

- 日本の対GDP総医療費は8.1%(2007年)、OECD31カ国中22位である；OECD平均8.9%に比べても低い
- 急性期医療における病床数および平均在院日数が飛び抜けて多い
- 1人当たり医師受診回数が飛び抜けて多い
- 人口当たりの高額医療機器(CTなど)が飛び抜けて多い
- 平均寿命は世界のトップクラスである

日本の医療システムについていえること:

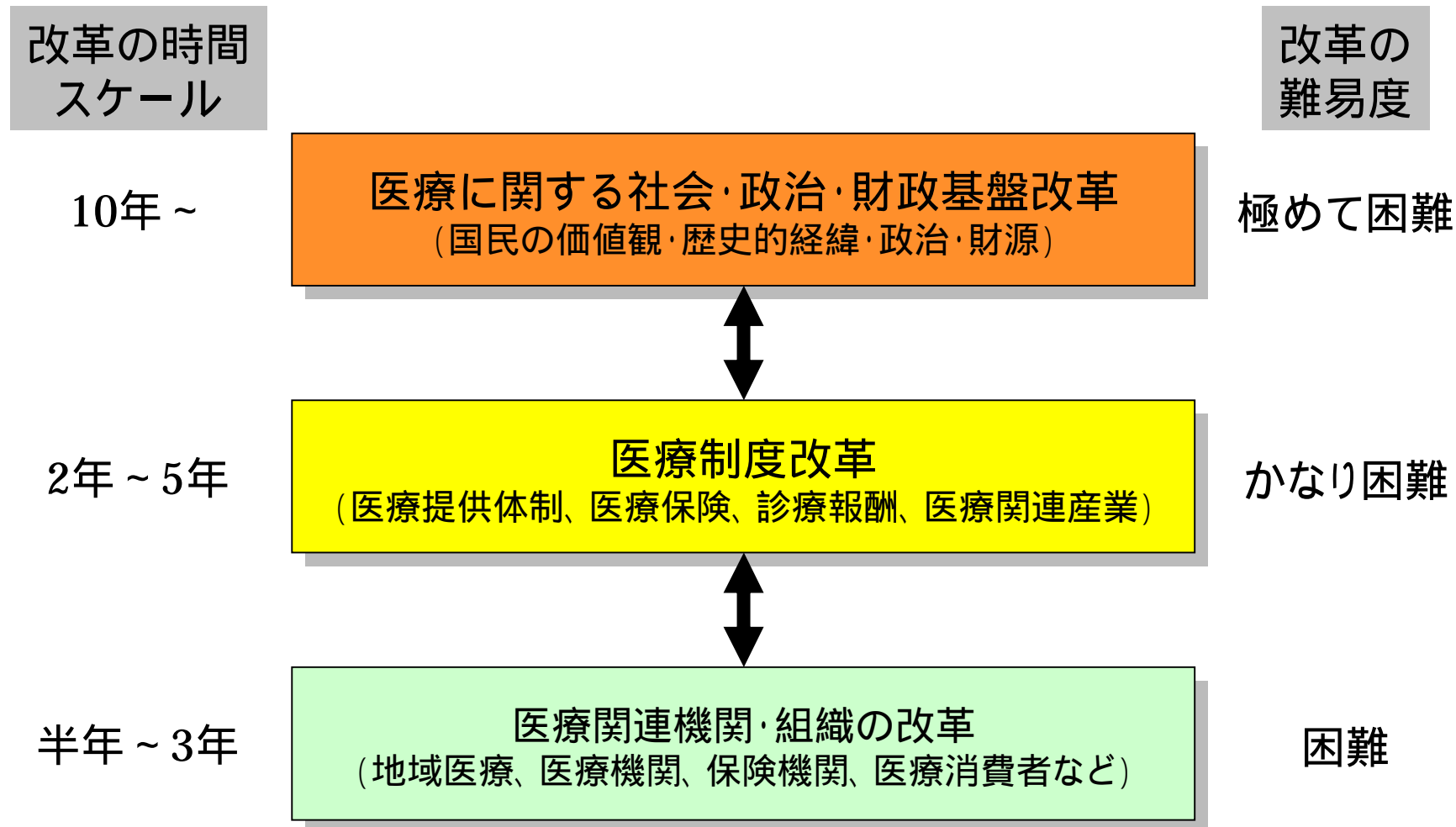
- 対GDP比医療費は、OECD平均よりも少なく、先進国中最下位である
- 医療資源の無駄遣いの可能性がある(受診回数、高額医療機器など)
- 人口当たり医師数は、決して多くはないが、極端に少ない訳ではない
- 平均寿命がトップクラスであること喜ばしいことである

ただし、平均寿命に及ぼす影響は医療だけでなく、栄養状態や社会心理的状态(経済・社会格差の大きさ)の要因も大きい

2. 医療改革に関するモデルの整理

全体モデル

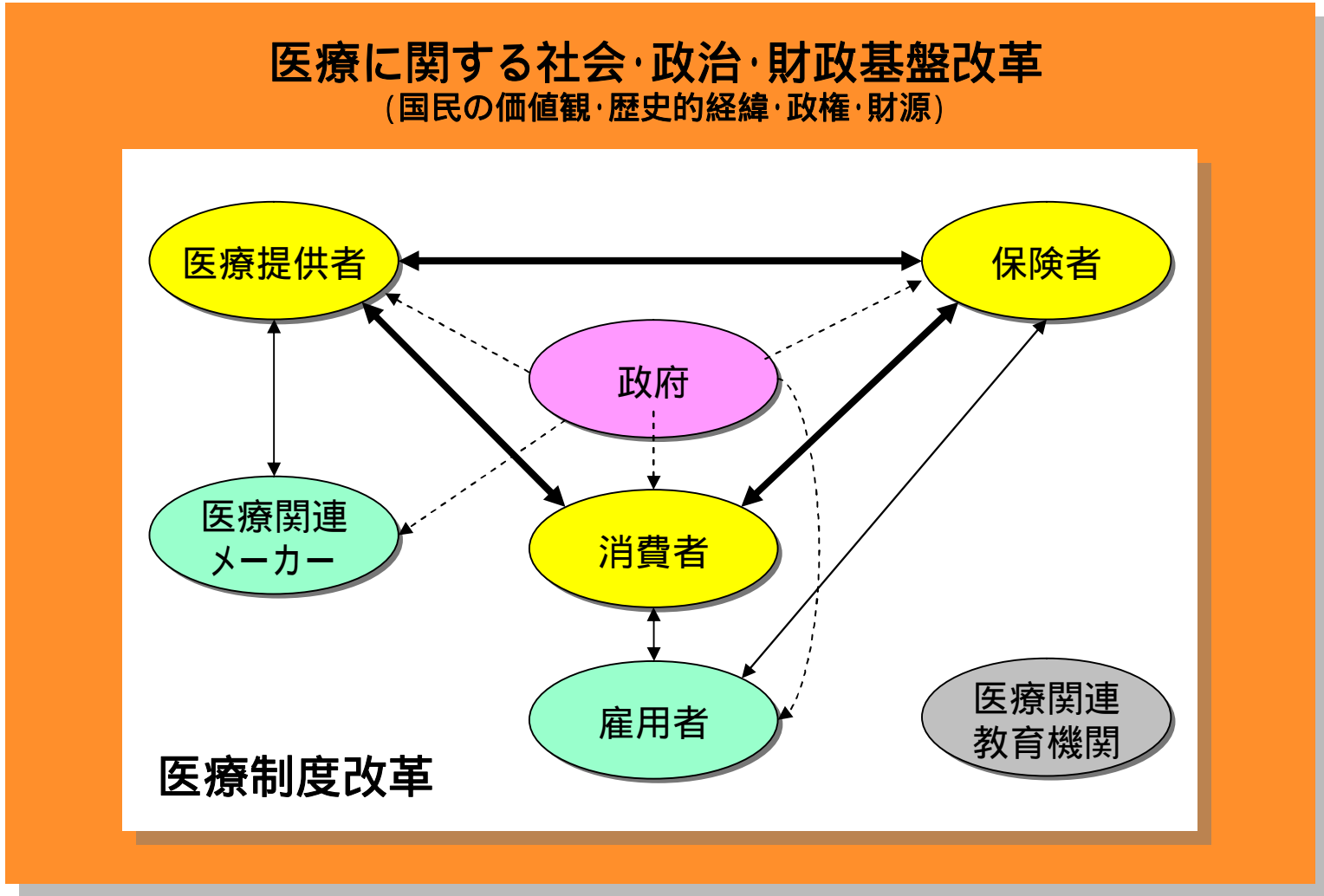
[1] 医療改革に関する視点の種類(レベル)



2. 医療改革に関するモデルの整理

[2] 医療改革の全体モデル

全体モデル

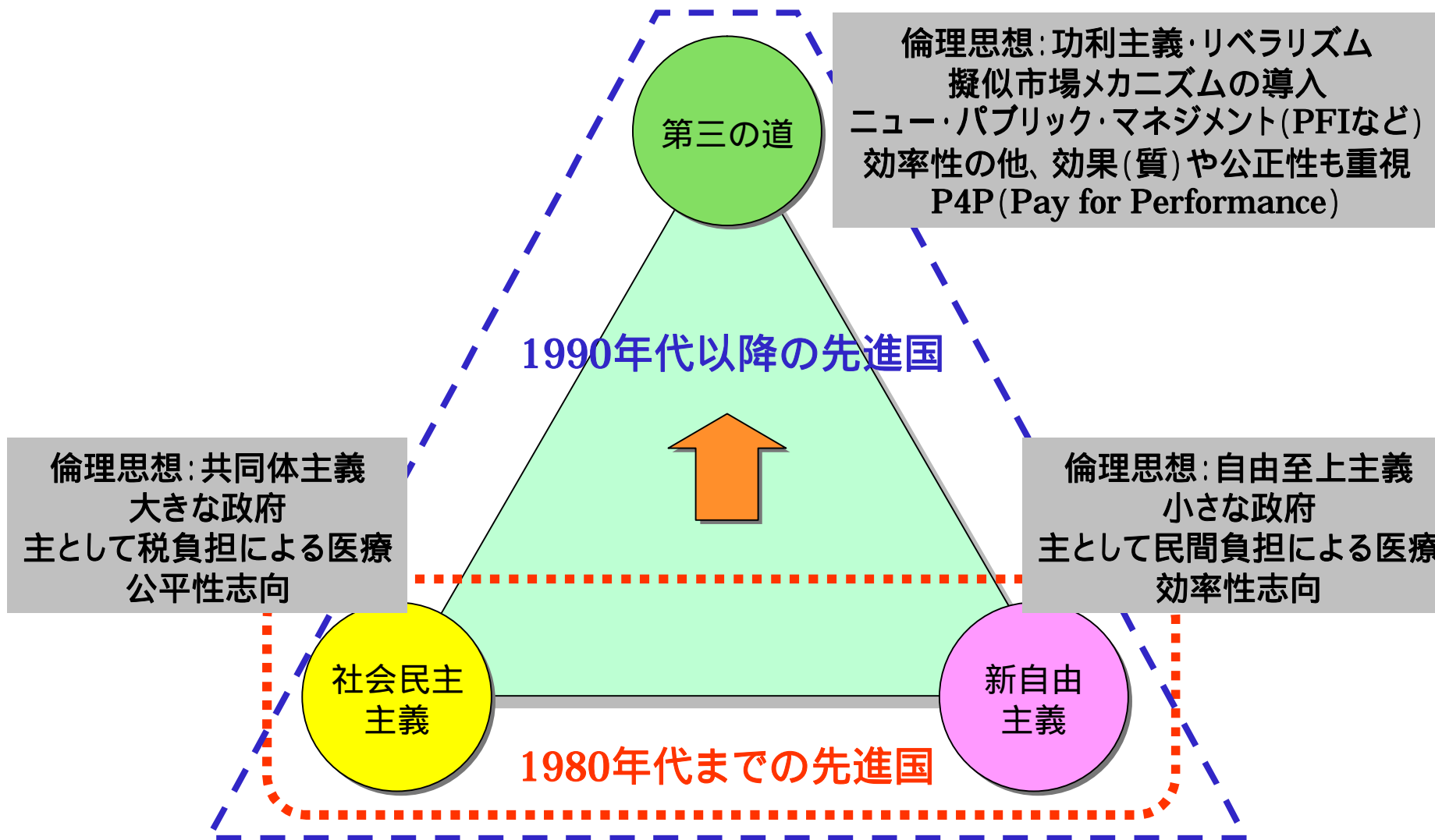


[出典] マイケル・E・ポーター & エリザベス・O・テイスバーク: 医療戦略の本質 - 価値を向上させる競争、日経BP社(2009)を一部、参考にした

2. 医療改革に関するモデルの整理

社会基盤レベル

[3] 医療改革をめぐる政治モデル



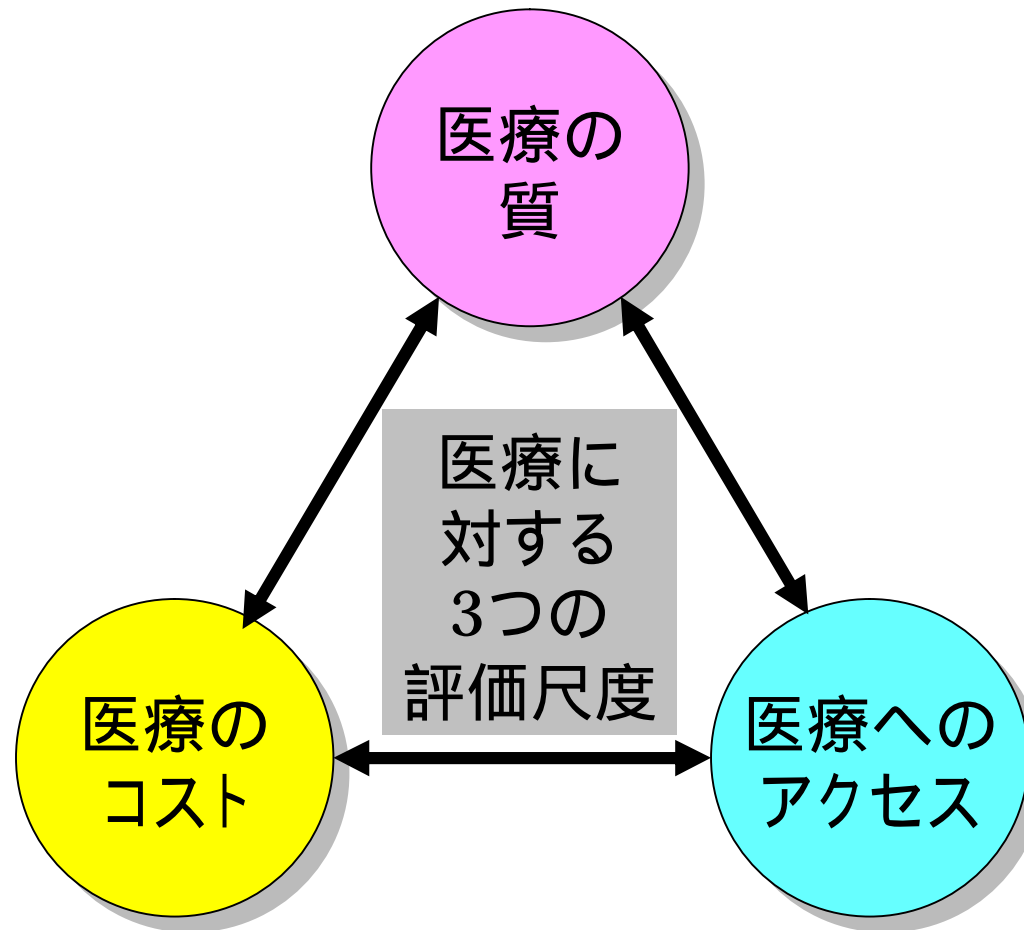
2. 医療改革に関するモデルの整理

[4] 医療改革のソリューションモデル

医療制度レベル

医療機関レベル

医療に対する3つの評価尺度



2. 医療改革に関するモデルの整理

[4] 医療改革のソリューションモデル

医療制度レベル

医療機関レベル

医療の質の評価手法

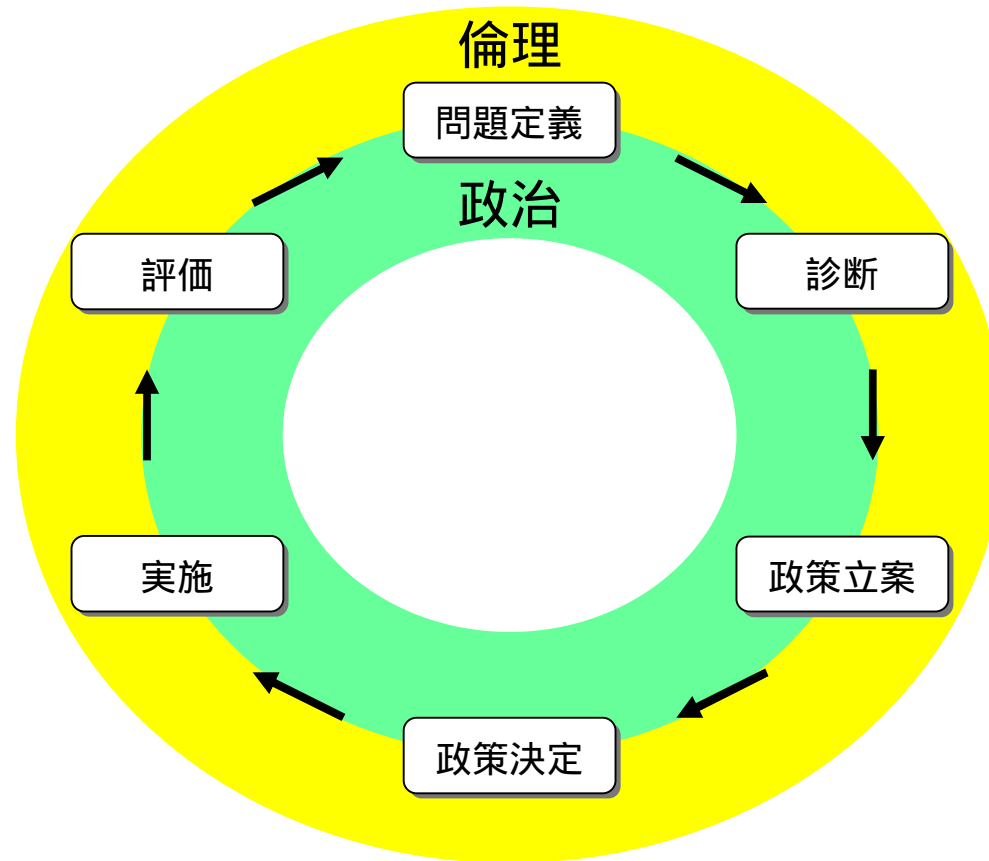


[出典] Avedis Donabedian (Milbank Memorial Fund Quartely, 1966)

2. 医療改革に関するモデルの整理

[5] 医療改革のプロセスモデル

医療改革の政策サイクル



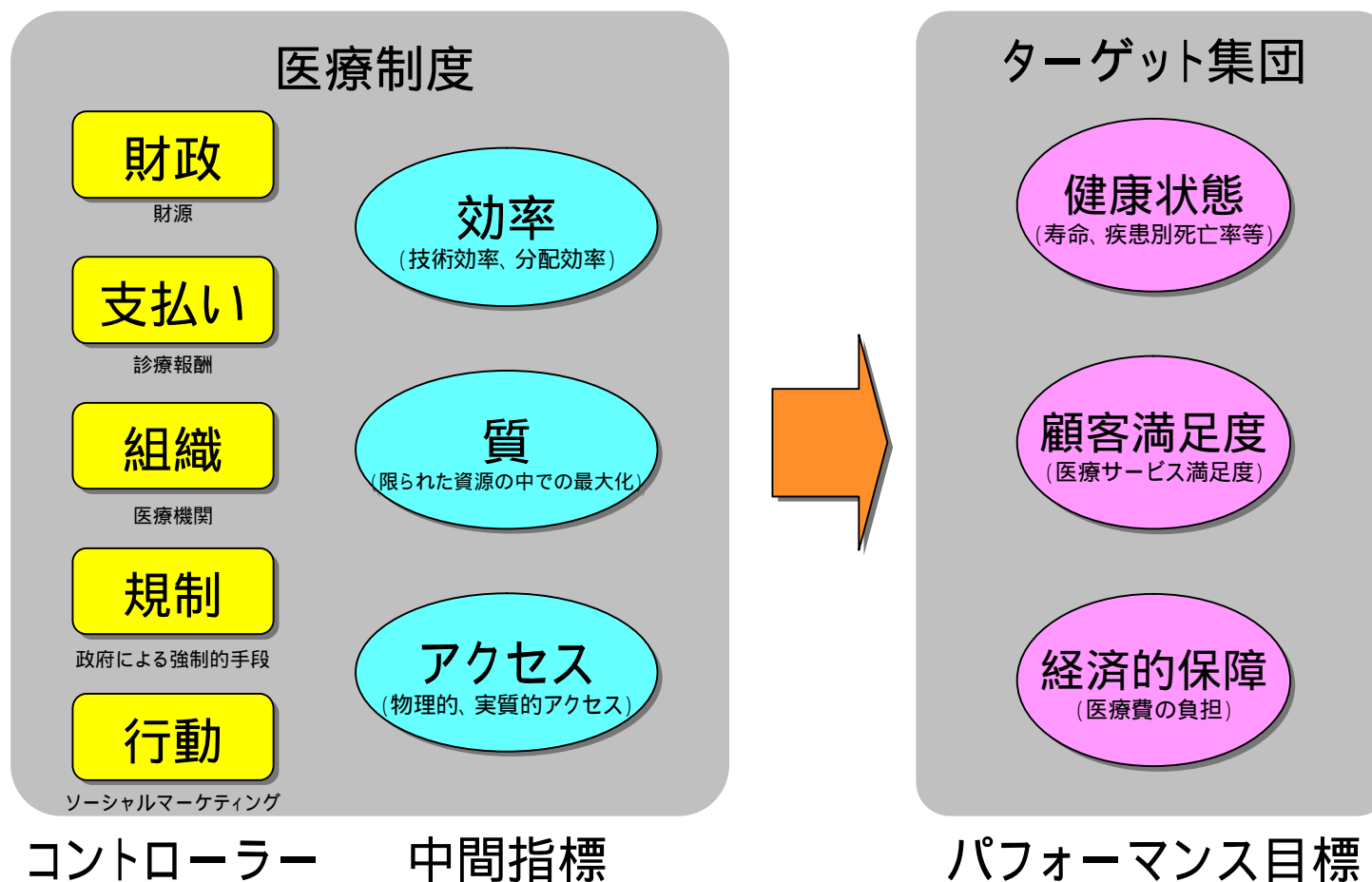
[出典]マーク・ロバーツ、他:実践ガイド 医療改革をどう実現すべきか、日本経済新聞社(2010年2月)

2. 医療改革に関するモデルの整理

[5] 医療改革のプロセスモデル

医療制度レベル

医療改革の5つのコントローラーとパフォーマンス目標



[出典] マーク・ロバーツ, 他: 実践ガイド 医療改革をどう実現すべきか, 日本経済新聞社 (2010年2月)

2. 医療改革に関するモデルの整理

[6] 「プロセス」対「ソリューション」

医療制度レベル

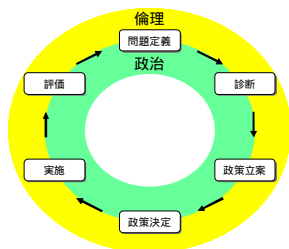
医療改革への
「プロセス」
アプローチ

VS

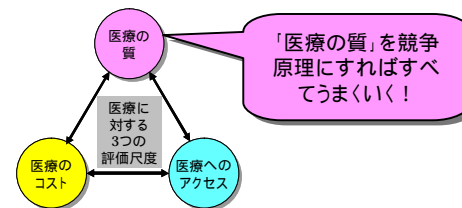
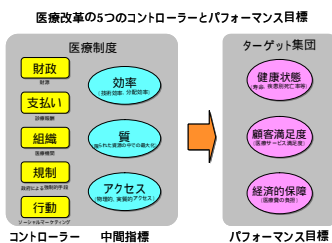
医療改革への
「ソリューション」
アプローチ

「政策サイクル」+ 「5つのコントローラー」
提唱者: マーク・ロバーツ等「医療改革をどう実現すべきか」
(ハーバード大学公衆衛生大学院)

「価値(医療の質)に基づく競争」
提唱者: マイケル・ポーター「医療戦略の本質」
(ハーバード大学経営大学院)



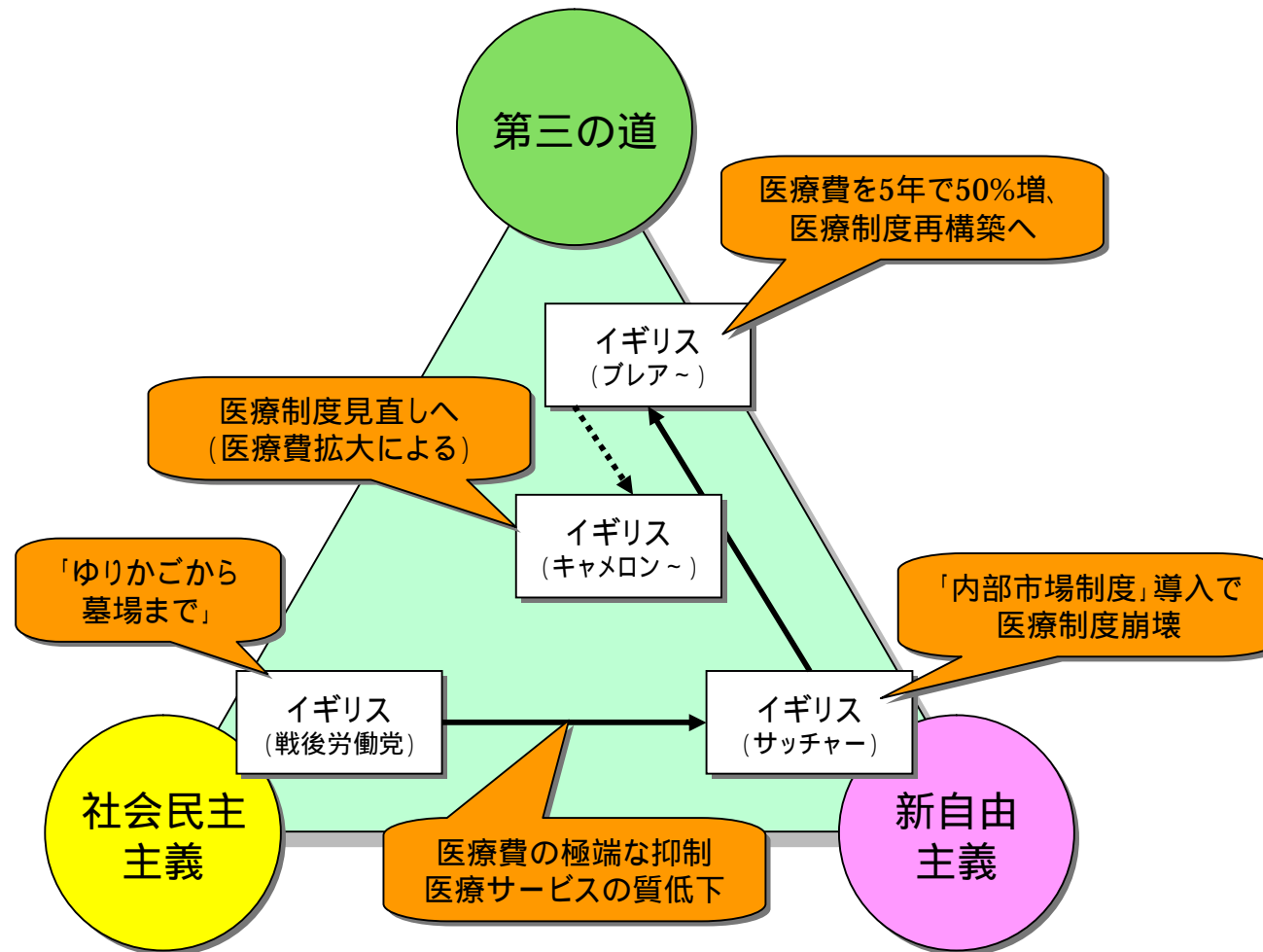
+



「医療の質」は、医療改革の多くの側面(指標)の一つにすぎない
実践への適用可能性は、「プロセス」アプローチが圧倒的に優れている

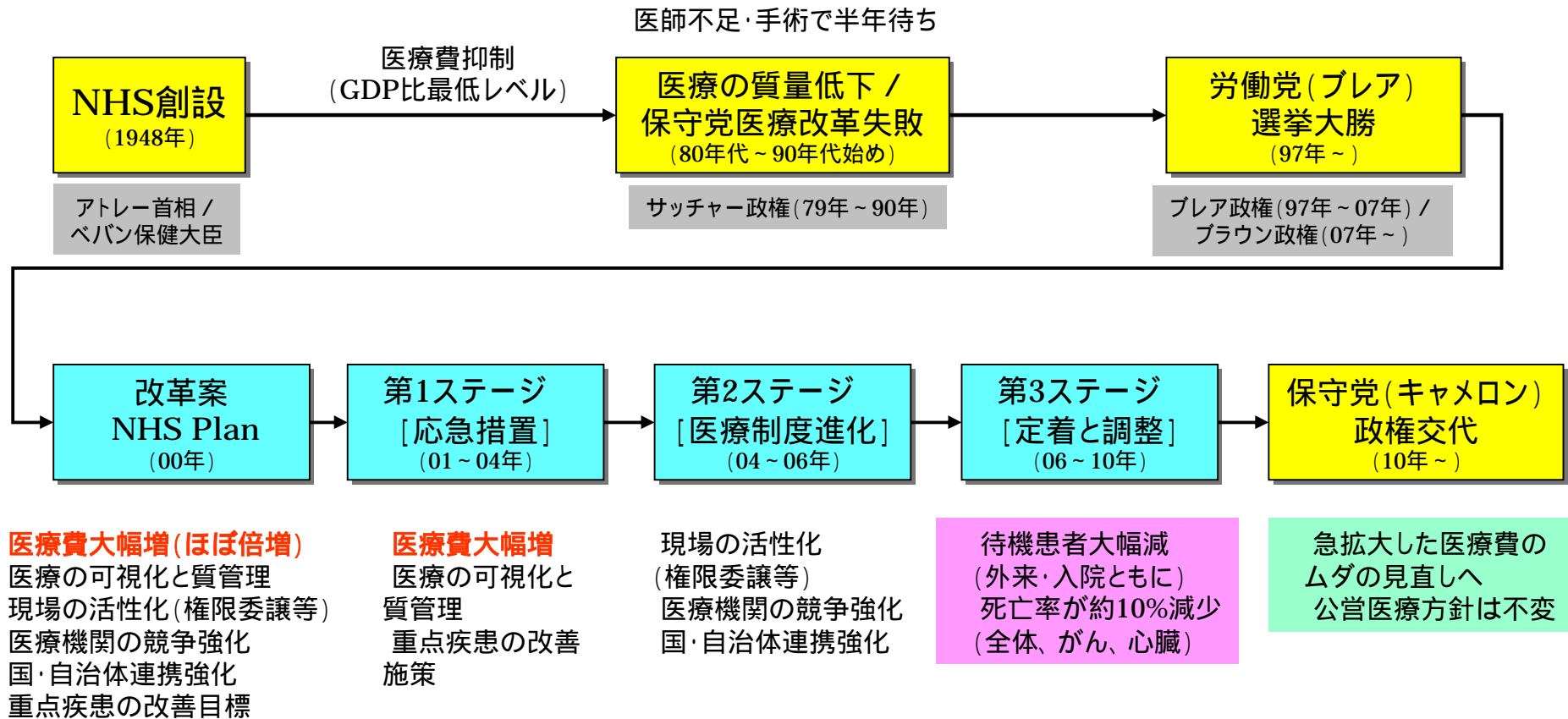
3. イギリスの医療改革

[1] イギリスの医療改革の全体モデル



3. イギリスの医療改革

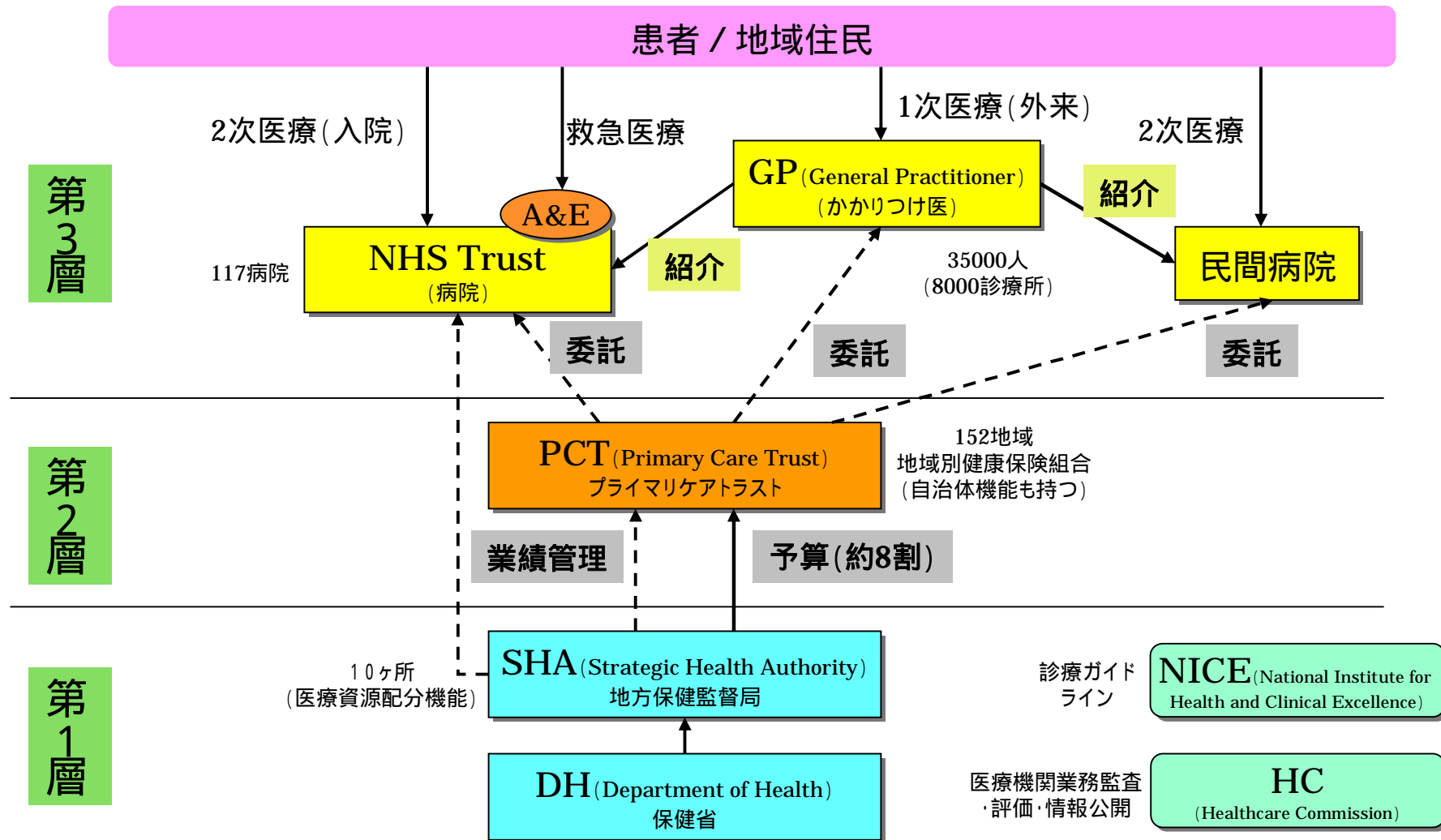
[2] 医療改革の経緯



[出典] 武内和久・竹之下泰志: 公平・無料・国営を貫く英国の医療改革、集英社新書(2009)

3. イギリスの医療改革

[3] 国営医療サービスNHS (National Health Service) 概要



[出典] 武内和久・竹之下泰志: 公平・無料・国営を貫く英国の医療改革、集英社新書(2009)

3. イギリスの医療改革

[4] イギリスの医療改革の特徴

政治家のリーダーシップ ブレア政権

患者参加の仕組み

患者啓発の専門組織 National Social Marketing Centre、徹底した情報公開、
地域住民のNHSへの参加

地域医療の推進 PCTへの権限委譲(医療計画、資源配分)

健康格差解決への目配り 地域間・社会階層間の健康状態の格差対策

質の高い医師の確保対策 教育・研修システム、自己規制の伝統、外人活用

医療の可視化による質と効率の両立

ガイドライン、達成状況のモニタリング、医薬品コストの抑制(NICE)

3. イギリスの医療改革

[5] イギリスの医療改革の課題と新政権の動き

労働党政権(1997年～2010年)下の医療改革が残した課題:

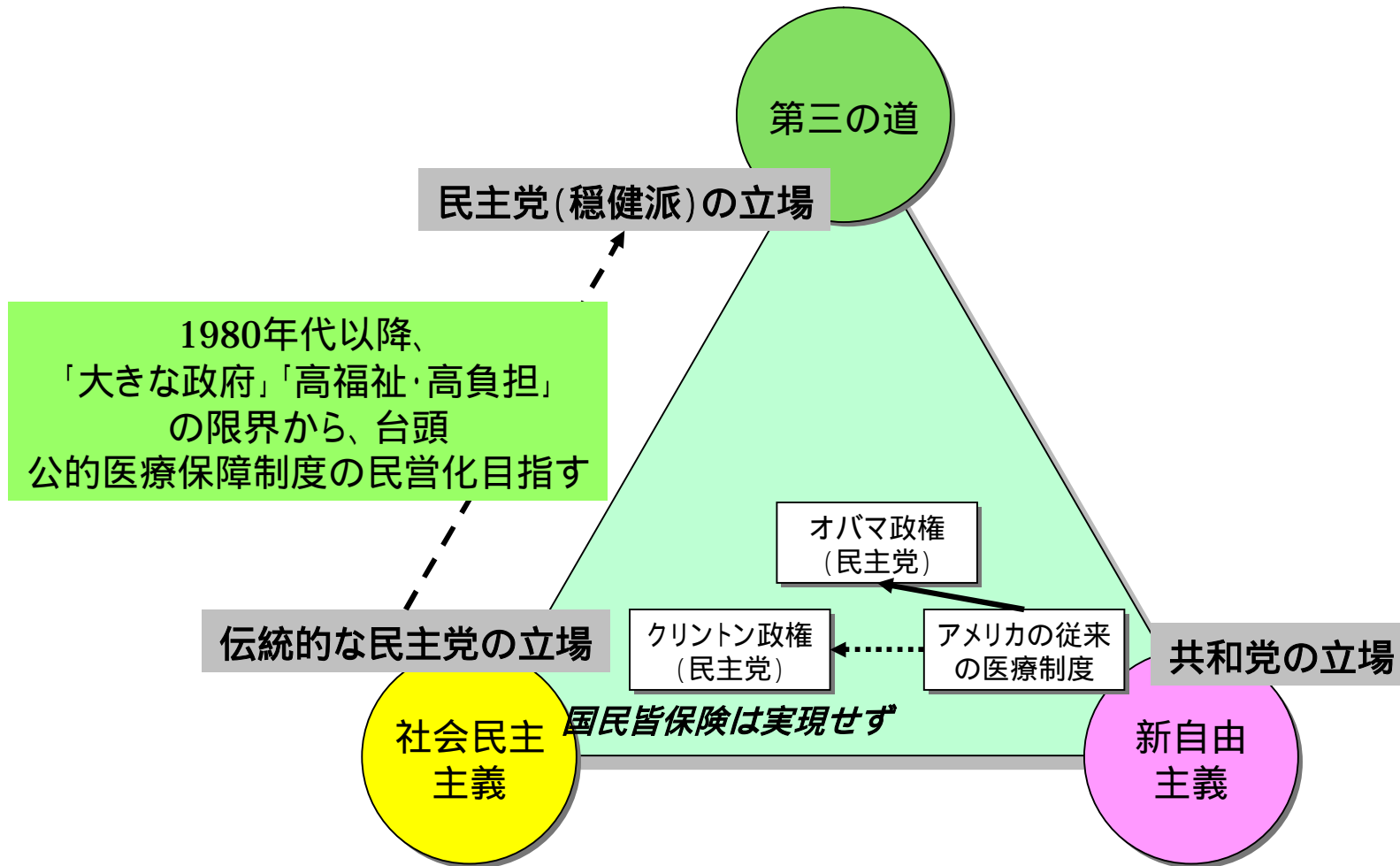
- 大幅に増加した医療費の使い方(ムダ)への批判
- 医療費のコントロール これまでのような医療費増加は困難
- 改革の定着と加速 効率志向への医師の反発への対応
- 高齢者ケアへの取り組み 遅れている
- 保健施策の強化 喫煙・肥満・飲酒対策
- 患者の啓発 情報提供と患者自身の選択の推進

保守党・自由民主党連立キャメロン政権(2010年～)の動き:

- 2011年1月19日、保健省が「保健・社会保障法案」を発表
- NHSの近代化による医療費節減効果を期待
2014/15年度50億£(6600億円)、それ以降毎年50億£(2200億円)
- 批判者:NHSの安定運営を脅かす
- 改革内容:
NHSの委託・購入権限を、プライマリ・ケアトラストから一般医へ委譲
- 医療サービスの民営化がどのような影響を及ぼすか

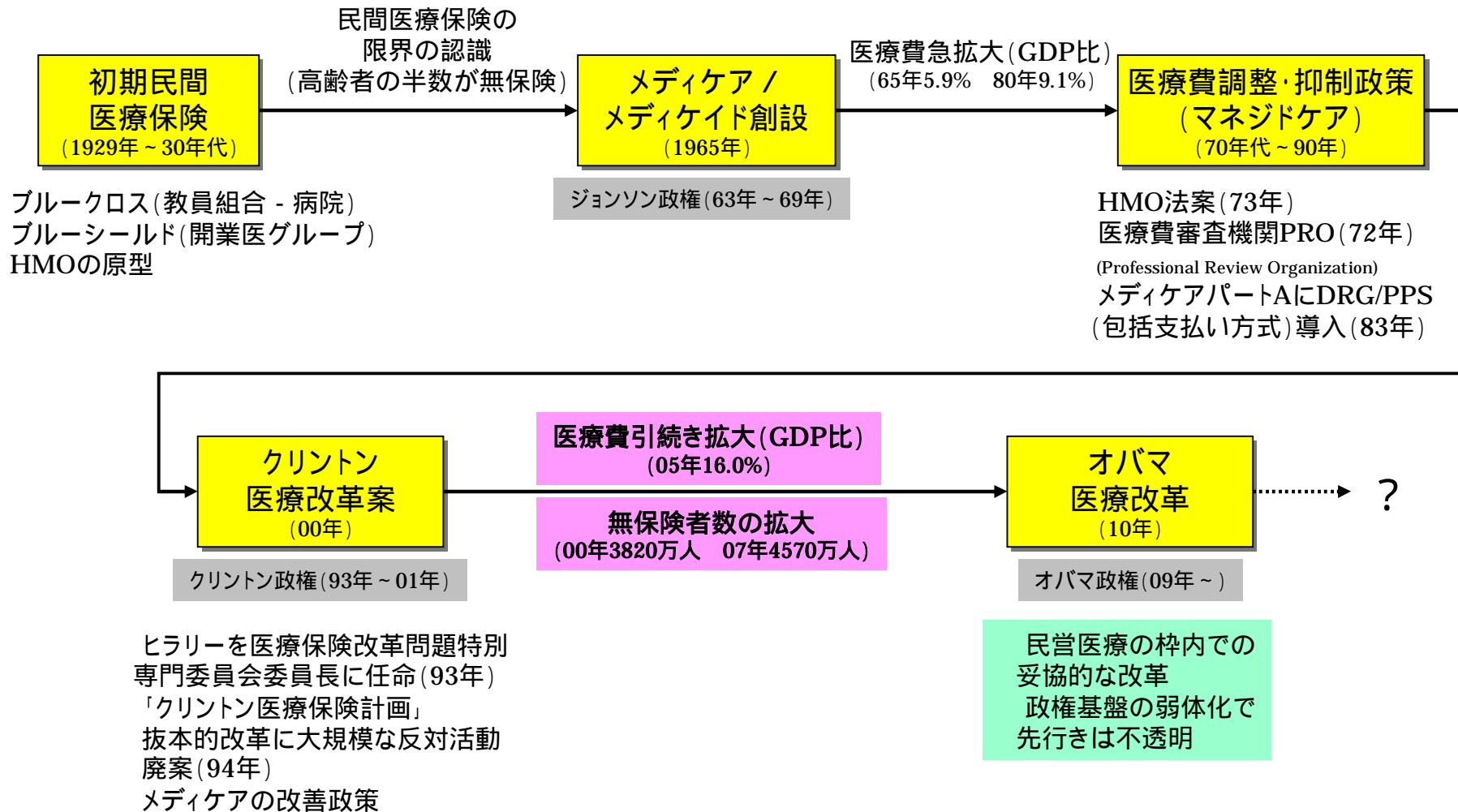
4. アメリカの医療改革

[1] アメリカの医療改革の全体モデル



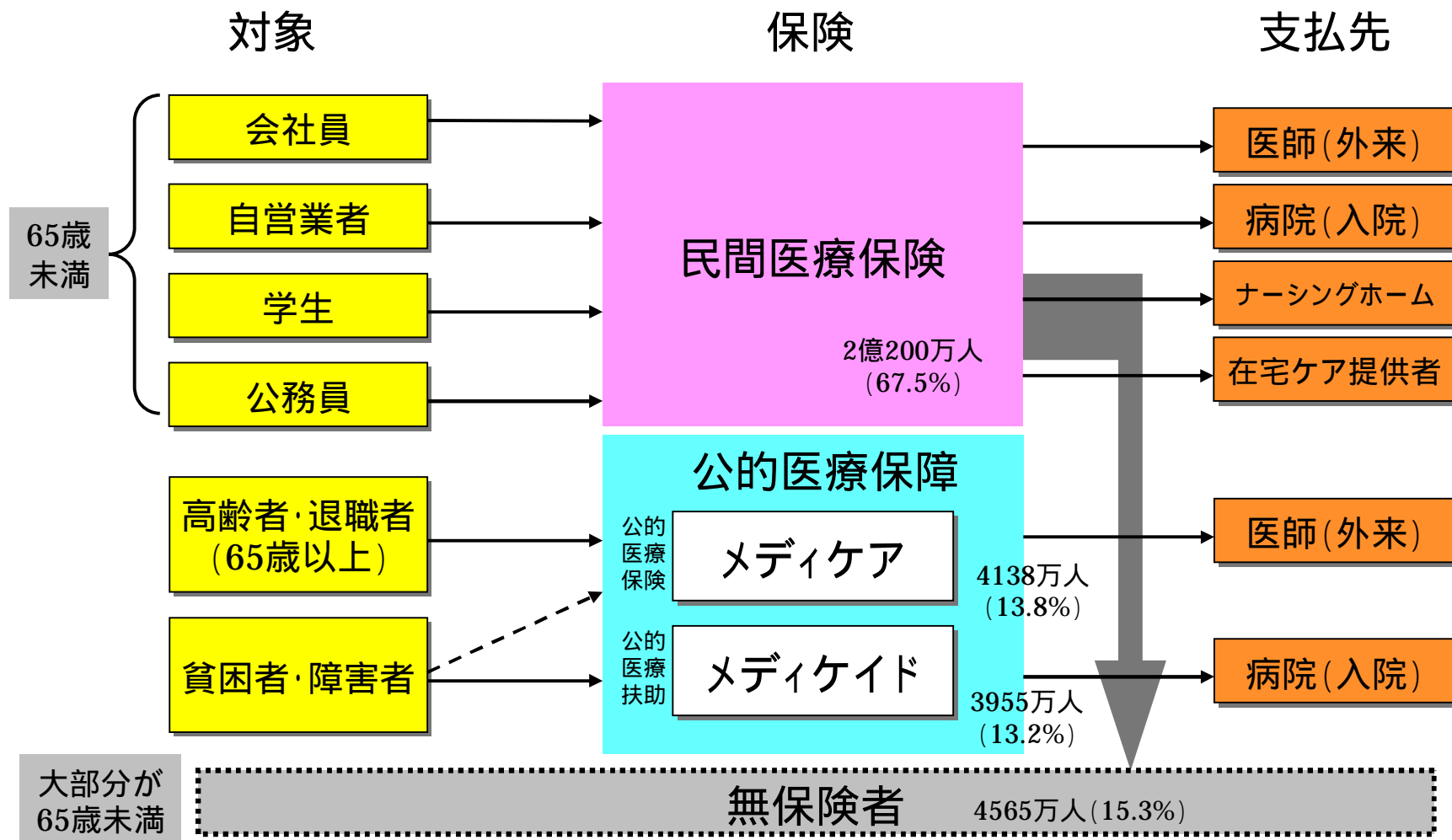
4. アメリカの医療改革

[2] アメリカの医療改革の経緯



4. アメリカの医療改革

[3] アメリカの医療保障の仕組み



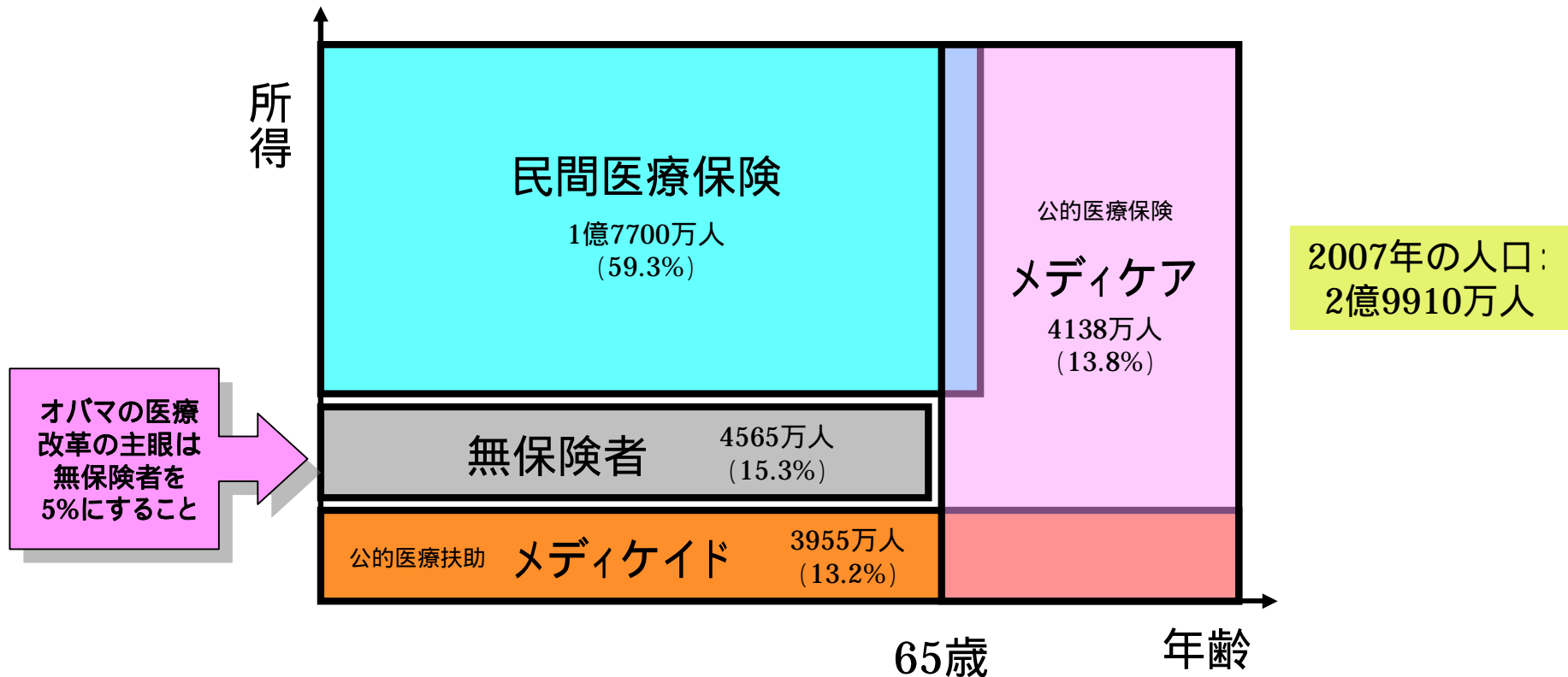
[注1]メディケイドの補完的な仕組みとして、1997年に無保険者児童を対象とする州児童医療保険プログラムSCHIP (State Child Health Insurance Program) が創設された。加入基準は州により異なる。

[出典]堤未果：ルポ貧困大国アメリカ、岩波新書(2010)を参考にして改変

4. アメリカの医療改革

[3] アメリカの医療保障の仕組み

アメリカの医療制度の枠組みとオバマ医療改革の位置付け



[注1] メディケイドの補完的な仕組みとして、1997年に無保険者児童を対象とする州児童医療保険プログラムSCHIP (State Child Health Insurance Program) が創設された。加入基準は州により異なる。

[出典] 財務省財務総合政策研究所研究部医療制度研究班: 海外の医療制度を訪ねて < 第1回 アメリカとEU編 >、ファイナンス (2009年10月)

4. アメリカの医療改革

[4] 民間医療保険の概要

各種プラン	特徴	保険者と医療サービス提供者の契約関係	診療報酬支払方法	医療サービス提供者へのアクセス	その他の特徴
従来型出来高払いプラン (Fee-for-service)		契約関係なし	事後的・出来高払い制	患者の自由選択	医療保険者による医療提供に関する介入なし
マネジドケア・プラン	PPO (Preferred Provider Organization)	医師・病院と契約関係、ネットワークを形成	事後的・出来高払い制(値引き・割引あり)	患者の自由選択、ただしネットワーク外だと給付率が低く、自己負担額が大きくなる	医療保険者による医療提供に関する介入なし
	HMO (Health Maintenance Organization)	医師・病院を直接保有あるいは契約関係、ネットワークを形成	事前人头請負払い制あるいは給与制	担当プライマリーケア医あり。ネットワーク外だと保険からの給付なし	医療保険者による医療提供に関する介入あり
	POS (Point of Service)	医師・病院を直接保有あるいは契約関係、ネットワークを形成	事前人头請負払い制あるいは給与制	担当プライマリーケア医あり。ネットワーク外だと給付率が低く、自己負担額が多くなる	医療保険者による医療提供に関する介入あり

マネジドケア (Managed Care) とは、医療費の削減のために支払いやアクセスを制限する仕組みである。メディケアにも、各種のマネジドケア・プランが組み込まれている。実際には、マネジドケアが医療費抑制効果を発揮したのは、一時期だけだった (1990年代)

[出典] 長谷川千春: アメリカの医療保障 - グローバル化と企業保障のゆくえ、昭和堂 (2010年2月)

4. アメリカの医療改革

[5] アメリカの医療に関する3大疑問

アメリカには、先進国で唯一、なぜ**国民皆保険がない**のか？

政府不信の長い伝統、人種・民族構成の異質性(差別意識)

慈善団体(NPO、NGO)の発達

機会の平等を重視(「所得は個人の能力と努力の結果」)

アメリカの**医療費はなぜ高い**のか(GDP比率17.6%は先進国平均の2倍)？

高度医療の積極的な導入、医療過誤保険料の高騰

複雑な保険の管理コスト高騰

医療保険に入らない「フリーライダー」増加で、救急医療費の踏倒しが増大

アメリカにはなぜ**無保険者が多い**のか？

医療における市場原理(雇用主の医療保険提供、従業員の加入は自由)

医療保険料率が増大し、企業負担と共に個人負担も増大

民間保険に入れない低所得層(ただし、貧困層ほどでない)の増加

産業構造の変化(雇用主提供医療保険がないサービス業労働者の増加)

移民が毎年100万人増え、そのかなりの部分が低所得で無保険者

4. アメリカの医療改革

[6] オバマの医療改革 (2010年3月30日大統領署名)

当初の公的医療保険制度からは後退、民間医療保険中心の改革へ

オバマの医療改革の概要:

保険加入率の引上げ

医療保険への加入義務化・罰金、メディケイド適用条件緩和

保険加入者保護

既往症・健康状態による加入拒否、割高保険料禁止

医療コストの削減

アウトカムに基づく診療報酬、不正支払い監視、予防医療拡充

財源

メディケイド支出抑制、高額所得者増税、医薬品メーカー等への増税

医療改革 (2014年完全実施) の影響:

- 保険加入率増加による経済成長へのプラス効果期待
- 医療費抑制効果は未知数

4. アメリカの医療改革

[6] オバマの医療改革 (2010年3月30日大統領署名)

製薬業界への影響:

- ブランド薬産業は、今後10年間に850億ドルの薬剤費削減に貢献
処方薬売上高予想3兆6000億ドルの2%
- メディケア・パートDの「ドーナツの穴」の解消へ
保険カバー限度額(2,830ドル)と高額薬剤費のカバー下限(6,440ドル)の
ギャップが2011年から解消
- バイオシミラー(後発生物製剤)の承認手続きの創設(簡略化)
バイオ医薬品のデータ保護期間は12年に延長
- 製薬企業が医師・病院へ10ドル以上支払った場合は開示が義務化

PhRMAの見方:

- 慎重な姿勢を崩さず
- 「公正中立支払い諮問委員会(IPAB)」の創設と、薬価設定への関与に懸念

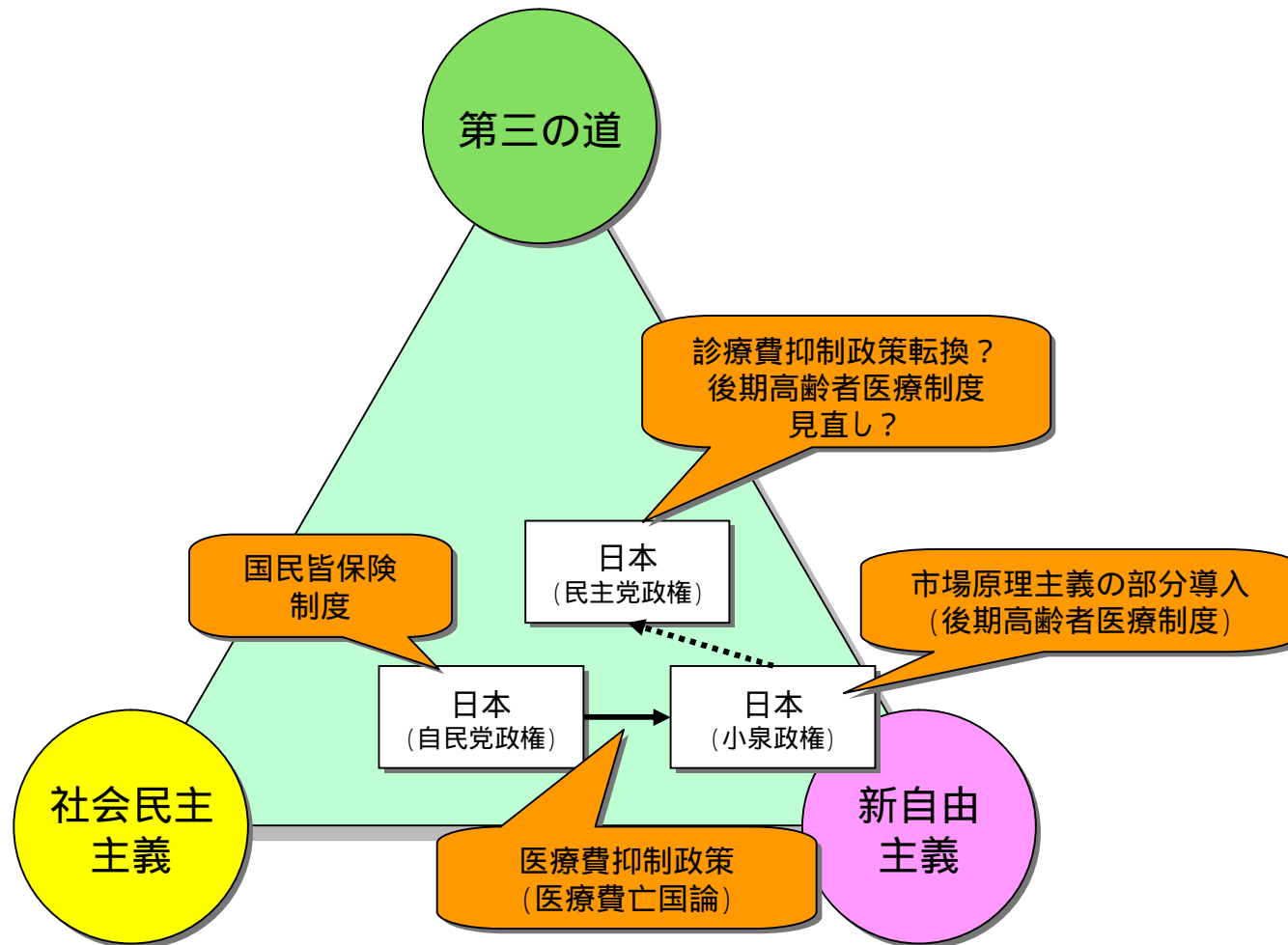
医療改革実施の見通し:

- オバマ大統領の弱体化でやや不透明(中間選挙の結果次第)

[出典]三枝治:米国ヘルスケア改革、ついに実現、国際医薬品情報(2010年4月12日)

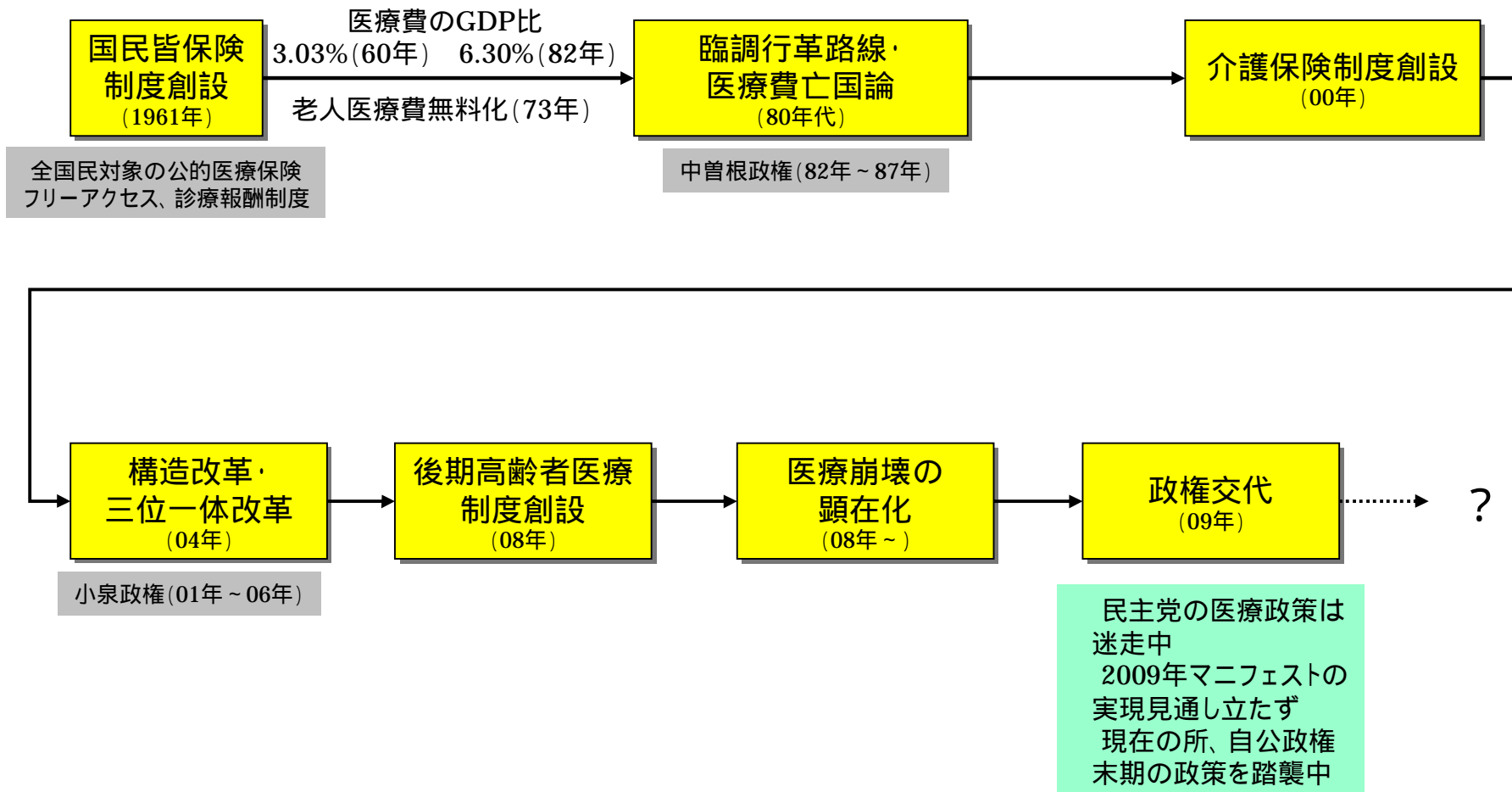
5. 日本の医療改革

[1] 日本の医療改革の全体モデル



5. 日本の医療改革

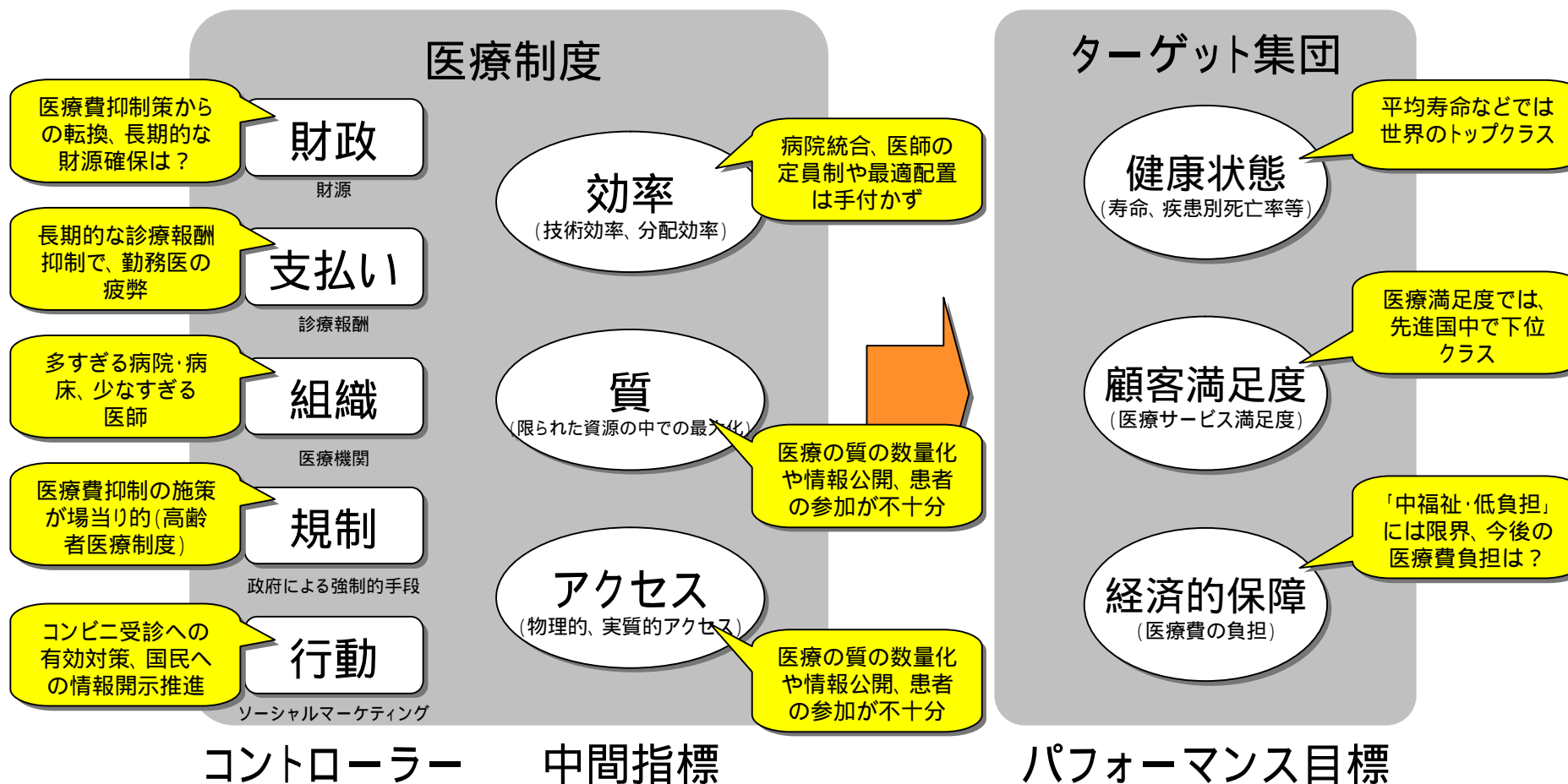
[2] 医療改革の経緯



5. 日本の医療改革

[3] 医療に関する問題点のマップ

医療改革の5つのコントローラーとパフォーマンス目標



[出典] マーク・ロバーツ、他: 実践ガイド 医療改革をどう実現すべきか、日本経済新聞社(2010年2月)をベースに、問題点を書き加えた

5. 日本の医療改革

[4] 日本の医療改革を考えるキーポイント

日本の医療改革

医療提供体制・効率・質の改革

医療提供体制の改革:

- 病院の再編・機能分化と地域ネットワーク化
- 医師の配置の適正化(地域、勤務医、診療科)
- 救急医療、産婦人科・小児科の再生
- 診療報酬配分(診療所偏重)の是正

効率の改革:

- コンビニ受診抑制、ゲートキーパー機能(かかりつけ医)

質の改革:

- 「医療の質」の指標化と情報公開の徹底
- 治療から予防へ(メタボ健診の失敗を活かす):
- 「長野モデル」による地域ぐるみの健康づくり

医療費の妥当性・財源確保

「中福祉・低負担」の限界:

- 国際的には「低負担」なのに、特に病院関係者の奮闘で辛うじて成り立っている「中福祉」を当然と考えていないか？
- 国民医療費34.8兆円の財源構成と今後の確保方法は？
- 公費・社会保険料・自己負担のうちどれを財源とするか？

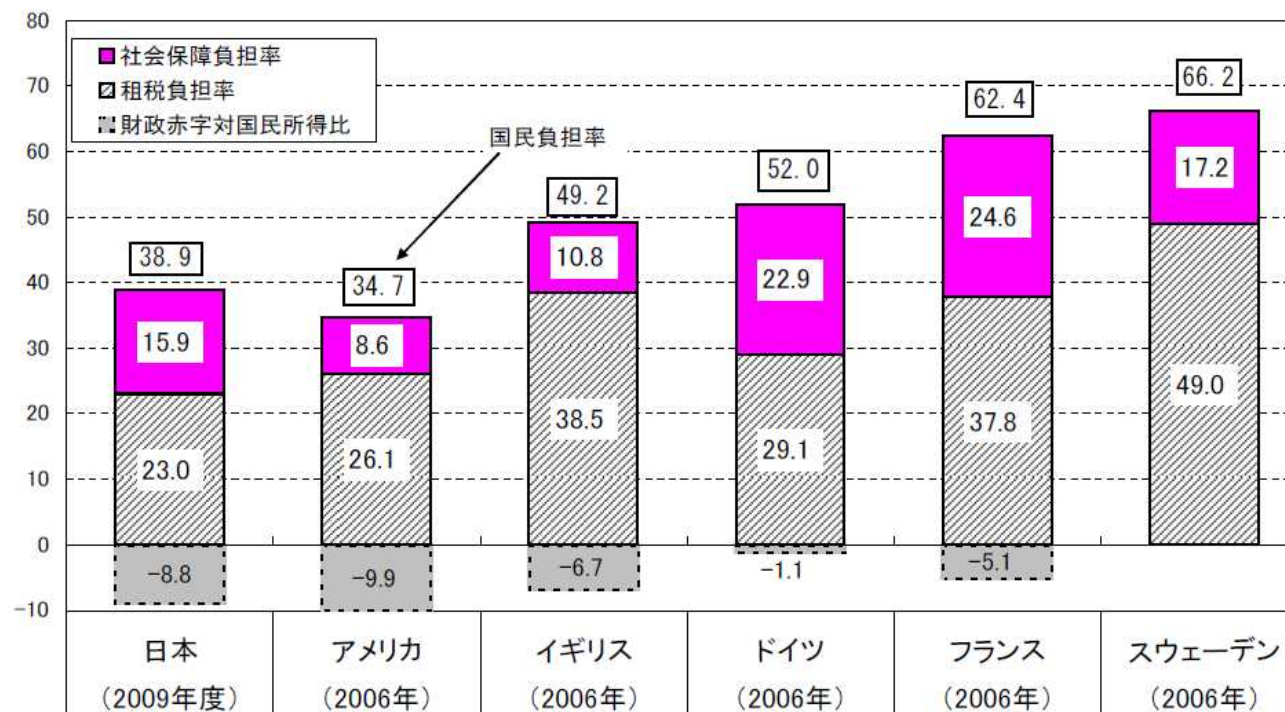
5. 日本の医療改革

[5] 国民負担率の国際比較

国民負担率の国際比較

[国民負担率＝租税負担率＋社会保障負担率]

(%)



(注) 1. 日本は2009年度（平成21年度）見通し。諸外国は2006年実績。
 ただし、諸外国の財政赤字対国民所得比は、「Economic Outlook 84」(OECD)における2009年の財政赤字対GDP比に、「National Accounts 2008」(OECD)における直近の国民所得対GDP比の実績値(2006年)を乗じて算出した2009年の推計値。

2. 財政赤字対国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。

【諸外国出典】“National Accounts”(OECD)、“Revenue Statistics”(OECD)等

[出典]財務省ホームページ

5. 日本の医療改革

[6] 医療費の財源について

財源の種類	構成比率 (2008年度)	特徴	今後の財源としての可能性	補足説明
公費 (税金)	37.1%	<p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> 徴収のコストは安い <p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> 負担と給付の関係が明確でないので、浪費につながるリスクがある 	<ul style="list-style-type: none"> これ以上の増額には、増税が必要となる 消費税を充てる場合には、国民の納得が必要である(ただし、目的税化には、消費税率の際限のないアップが行われるリスクがある) 	<ul style="list-style-type: none"> 経済学者が主張する場合が多い(例: 橘木俊詔、鈴木亘)
社会保険料	48.8%	<p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> 負担と給付の関係が明確なので、安心感がある <p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険の場合、保険料が定額なので、低所得層の負担が重い このため未納率が高く、無保険者が増えている 	<ul style="list-style-type: none"> 制度の統合も視野に入れる必要がある 組合健保の場合、所得の上限をアップし、増収につなげる余地がある 	<ul style="list-style-type: none"> 社会保険料のうち、41.9%は事業主の負担である 医療関係者が主張する場合が多い(例: 二木立)
自己負担	14.1%	<p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> ある程度の自己負担は、サービスの過剰利用を抑制する <p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none"> 低所得層の受診を過剰に抑制するので、免除措置が必要となる 	<ul style="list-style-type: none"> 自己負担30%は、国際的に見ても限界であるので、更なる増額は困難である ただし、高齢者の高所得者の場合は、負担を増やす方向で近年、制度改定が行われている 	

5 . 日本の医療改革

[7] 日本の医療改革はどうあるべきか (私見)

日本の医療は、救急医療・産婦人科・小児科を中心に、**危機**に瀕しており、また、「国民皆保険」が崩壊しかけている

緊急的な対策が必要である (診療報酬手当、財政補助、医師再配置など)

医療危機の対策として「**医療費増額**」が叫ばれている。そのことは妥当であるが、**医療提供体制・効率・質の改革を並行**しないと、真の「改革」にならない
さもなければ、既得権益層が変わらず、非効率さが続く

医療危機 (もっと広くは社会保障の危機) は、**財政危機と表裏一体**である。
たとえば消費税の増税で財源確保を行うには、政府と国民の信頼関係が前提となる。国民の負担を増すには、その前に政治家や官僚がムダを減らし、その上で国民への丁寧な説明が必要である

政府・厚生労働省は、客観的なデータを公開し、広範囲な議論の下に、財源問題に道筋をつけるべきである

5 . 日本の医療改革

[8] 東日本大震災と医療改革のゆくえ

短期的な影響:

- 一部地域の医療インフラに対する壊滅的な影響
- 被災地の医療者と各地の医療者・ボランティアの皆さんの献身的な努力
- 非常時における各種規制の柔軟的な運用の必要性
- 製薬企業の生産・流通施設への影響

中長期的な影響:

- 何もしなければ、医療危機が加速されることが懸念される
- 医療制度の根本に立ち返った改革の必要性が強まる
 - 医療提供体制・効率・質の改革
 - 医療費の財源確保
- 全体像の確立と改革テーマの優先順位付けが不可欠である