

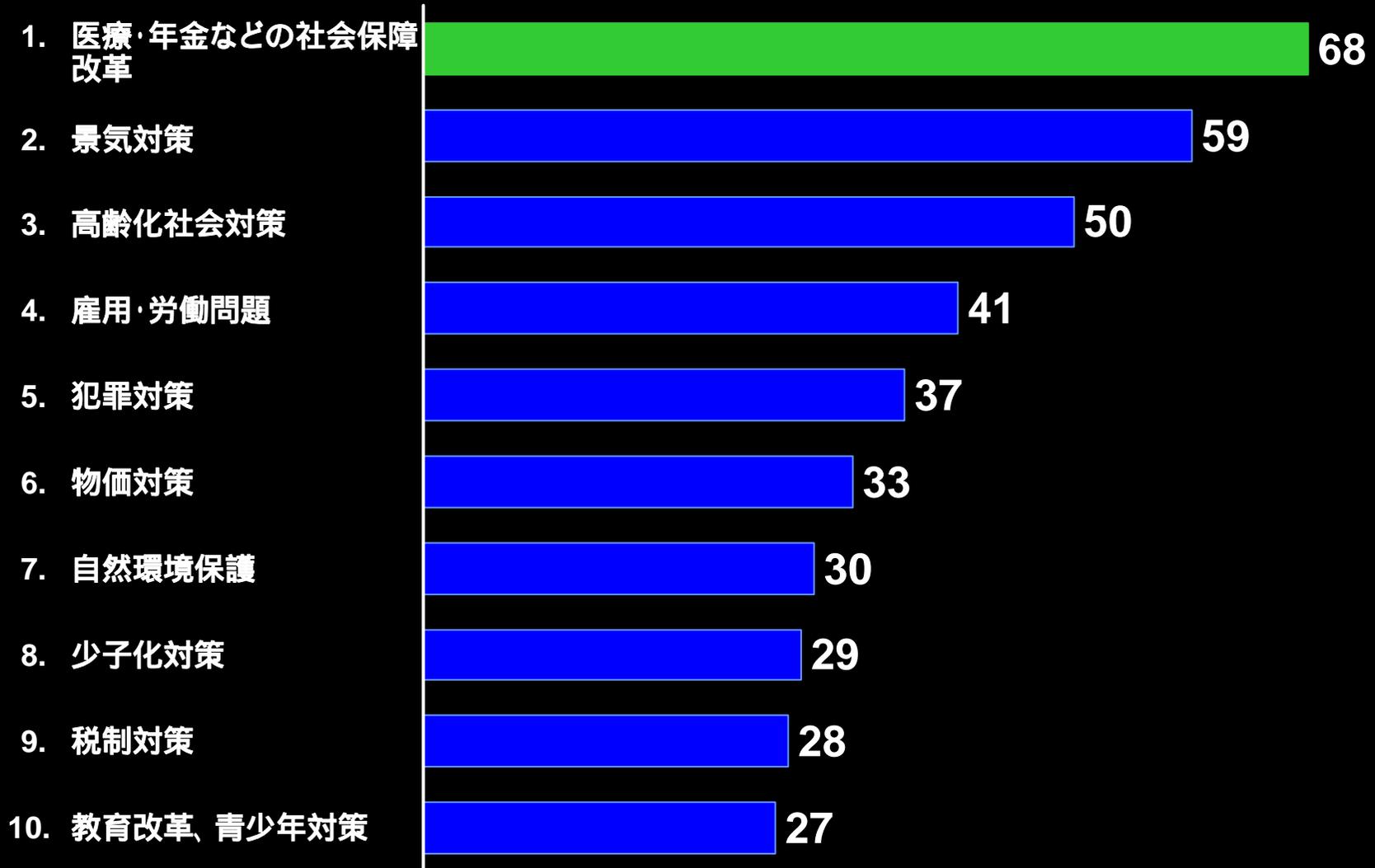
混合診療について考える際の 3つの大局的な視点

東京大学 先端科学技術研究センター
近藤正晃ジェームス

2004年11月17日

国民の政府に対する要望： 医療における本質的な取り組みの必要性

(%)



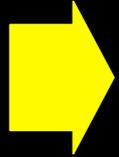
3つの視点

1. 効率性：日本経済と医療分野の生産性

2. 平等性：真の弱者への救済のあり方

3. 持続可能性：慢性疾患のコストの負担方法

内 容



1. 効率性：日本経済と医療分野の生産性

1. 効率性：日本経済と医療分野の生産性

2. 平等性：真の弱者への救済のあり方

3. 持続可能性：慢性疾患のコストの負担方法

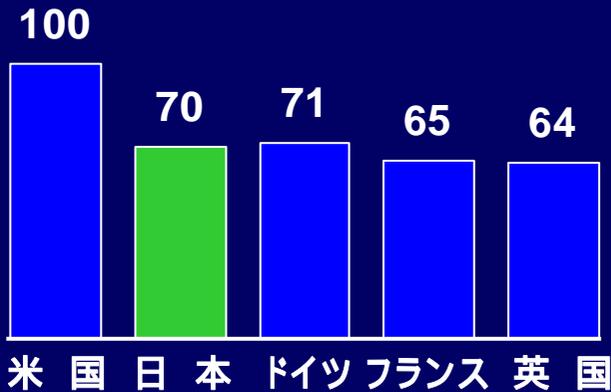
[効率性] GDP、雇用、生産性の成長分野としての医療の実現を

- ・日本の一人当たりのGDPは、雇用が減少する中、生産性が向上しなければもはや成長しない
- ・雇用の6割以上を占め、生産性は欧米の6割水準のサービス産業を伸ばすことが成長の鍵
- ・生産性を上げると雇用が減少する物流・卸・小売などの分野と異なり、医療・介護・個人サービス・事業サービスなどは日本経済の成長を支える重点分野
- ・日本の医療は、低い対GDP比で長い平均寿命を達成しており効率的だと言われているが、詳細に分析すると生産性は米国の75%水準
- ・費用が低いのは、人件費・薬価などの単価が低く、そもそも日本人の疾病度合いが米国などに比べて3割程度低いため。この疾患度合いの違いは、社会構造に起因するものが大半
- ・課題は、いかに無駄を排した上で、サービス水準・雇用に向上させるか。しかし、無駄を排しても、医療費は高齢化と技術進歩で上昇する。これを全て公費で賄うのか、それとも成長部分を公費以外で賄うのかが大きな国民選択
- ・全てを公費で賄うということも一つの選択肢としてはありうるが、その場合、全てを消費税で賄った場合、2025年には社会保障全体で30%程度の税率となり、国民にその覚悟が必要
- ・混合診療との関係で述べると、生産性を向上させ、雇用を拡大する医療サービス(例、入院日数を削減する治療法、新たな治療法、付加的なサービス、技術のある医師、費用対効果が低いQOLは高い治療法など)を、どのような公民ミックスで提供するかが問題

日本の労働生産性の海外主要国との比較

(指数; 米国 = 100; 2000)

国民1人当たりGDP



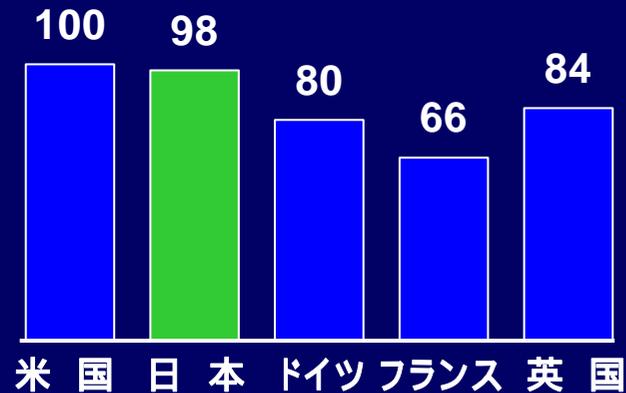
労働生産性



日本の国民1人
当たりの実質
GDPのギャップ
の主要因は労
働生産性にある

×

国民1人当たりの労働時間

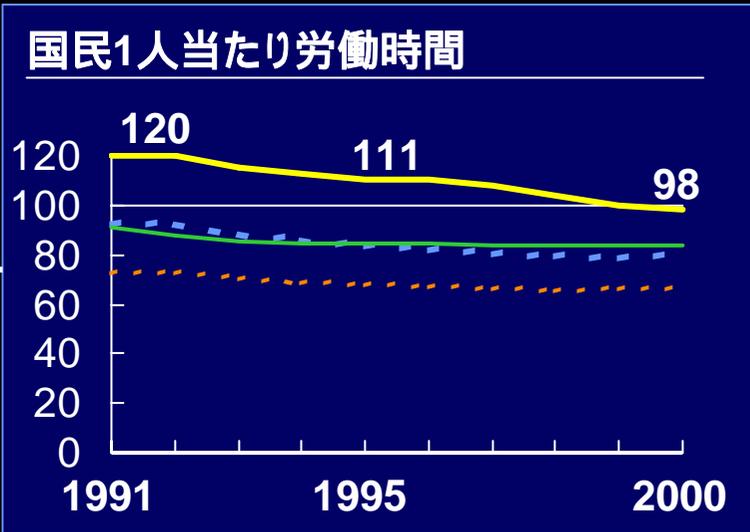
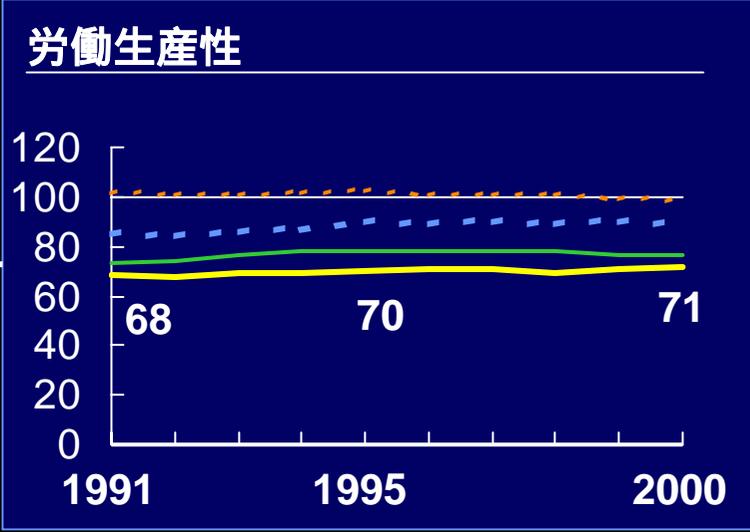
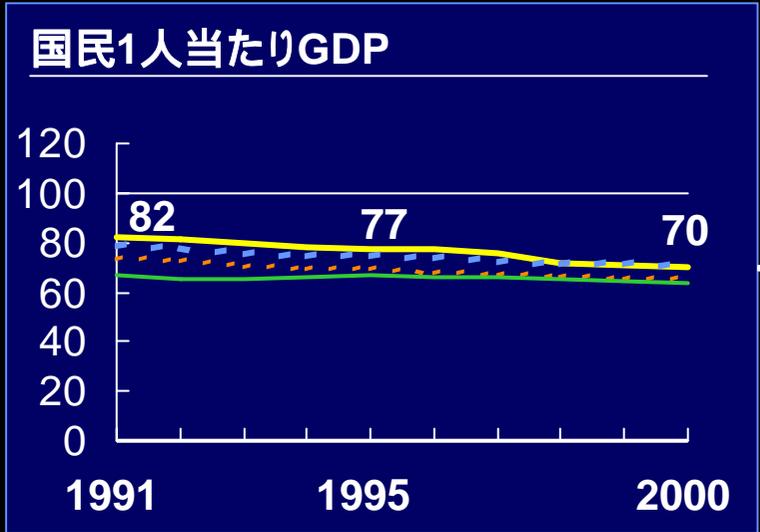


米国と同水準

各国の労働生産性の推移

(指数; 米国 = 100)

- 米 国
- 日 本
- - ドイツ
- - フランス
- 英 国

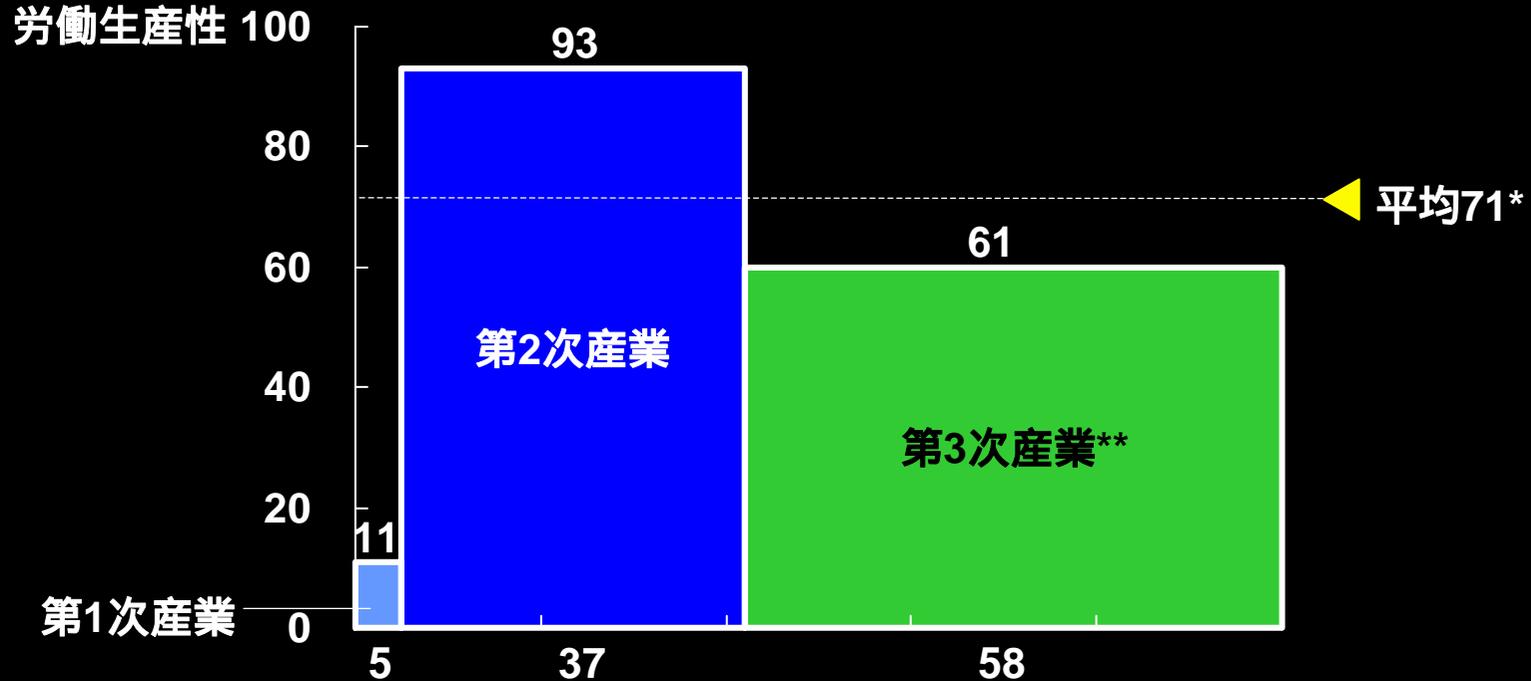


×

今後
高齢化
で更に
減少

日本の産業別労働生産性比較

(指数; 米国 = 100; 1999)



参 考

	労働生産性 (指数)	労働投入量時間 (%)
ドイツ	27	84
フランス	55	88
英国	53	72

* 非民間経済部門を含む

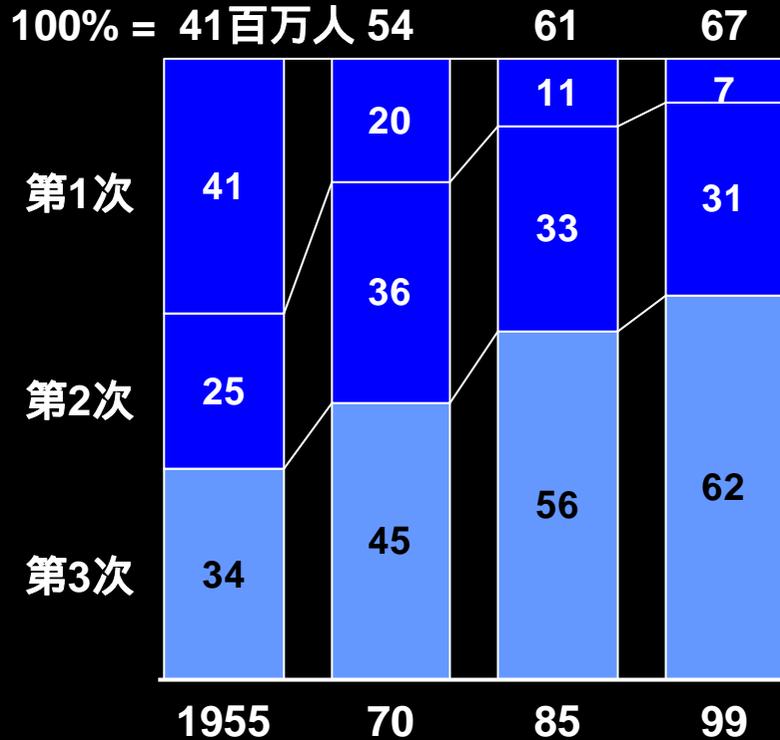
** 非民間経済部門を除く

資料: 付属資料参考、O'Mahony、マッキンゼー分析

日本の各産業の就業者数と生産性の推移

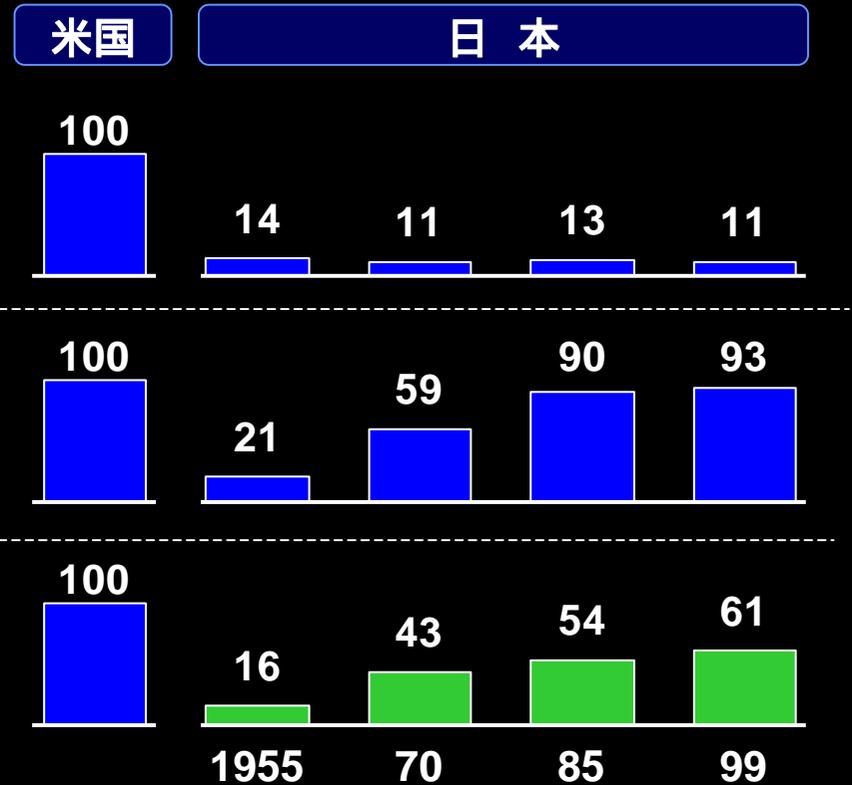
就業者数の産業別割合の推移

(%)



労働生産性の推移*

(指数; 米国=100)

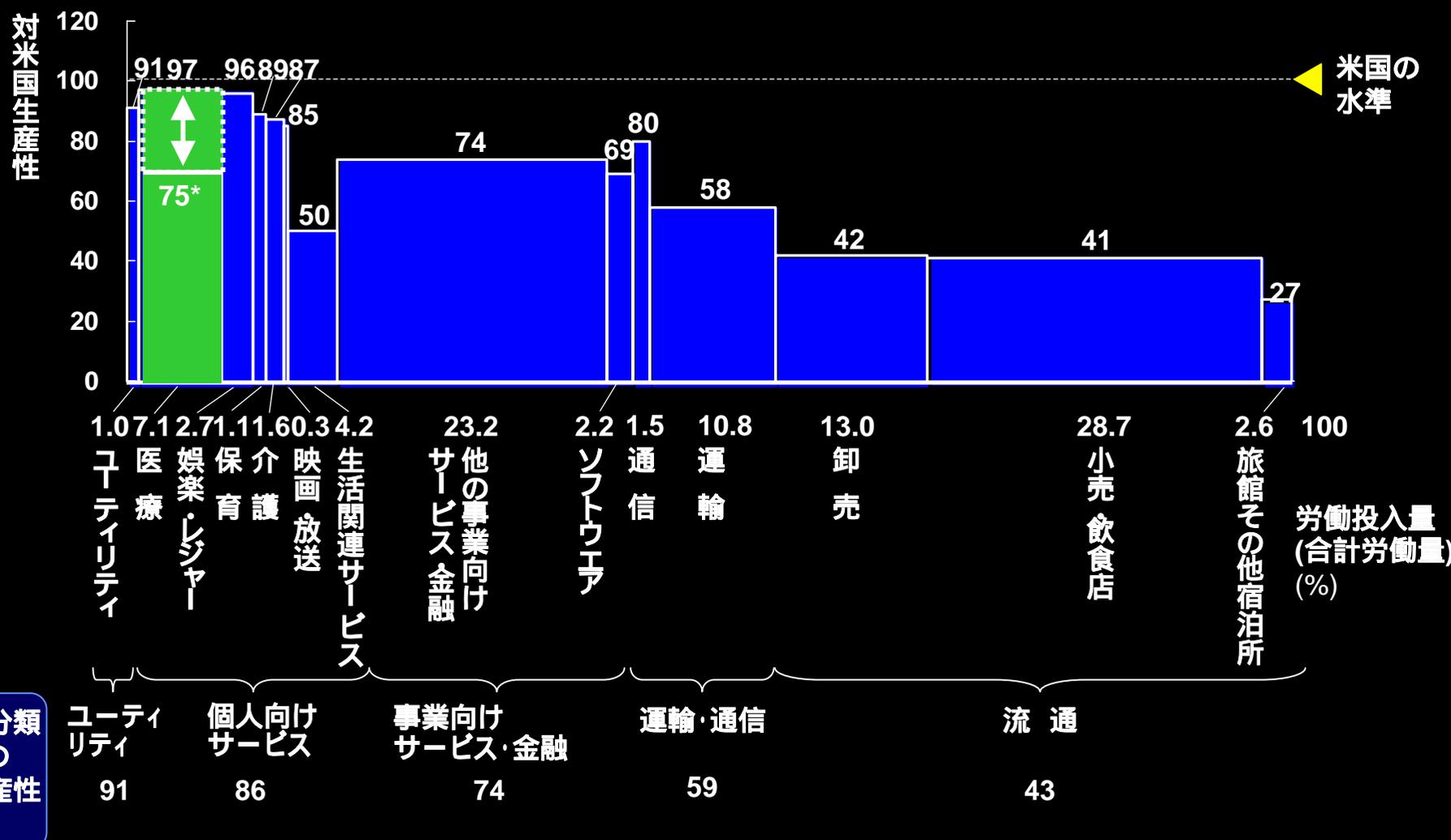


* 第3次産業において非民間経済部門は除く

資料: 付属資料参照、O'Mahony、マッキンゼー分析

サービス業の労働生産性 - 中分類

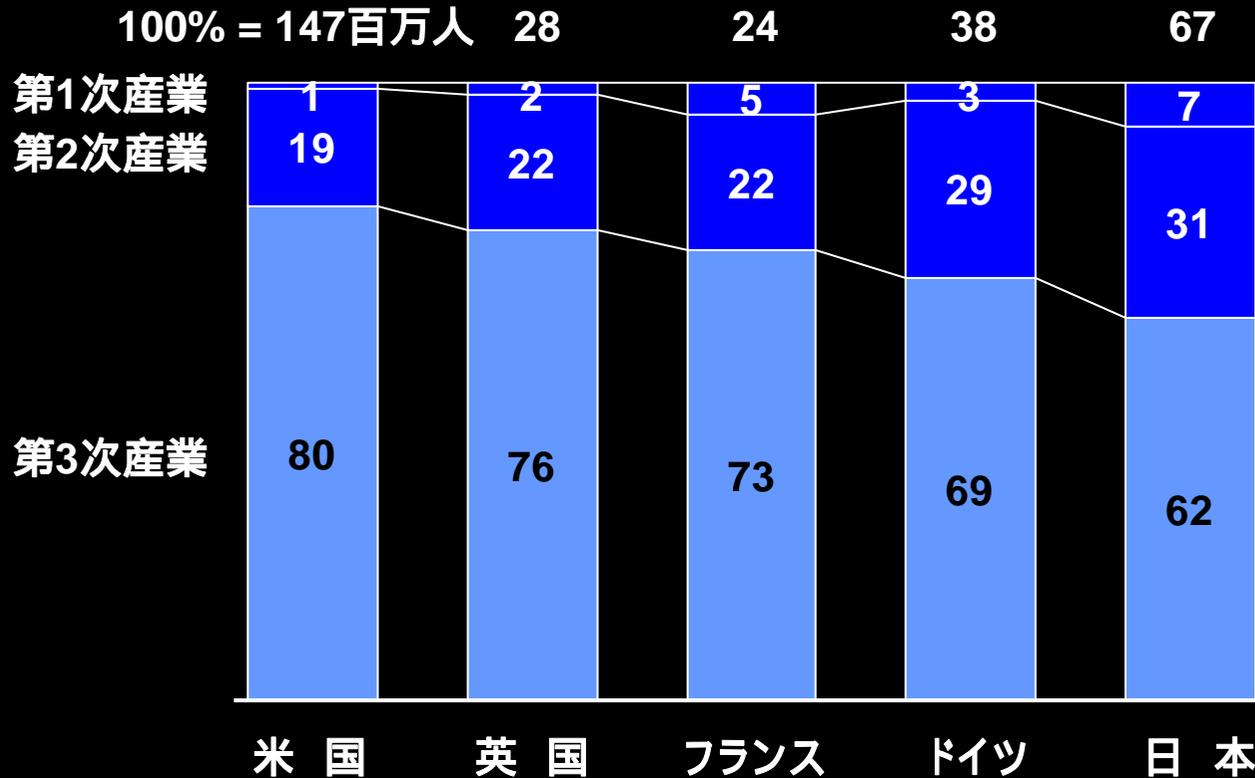
(指数; 米国 = 100; 1999)



*: 総要素生産性
資料: マッキンゼー分析

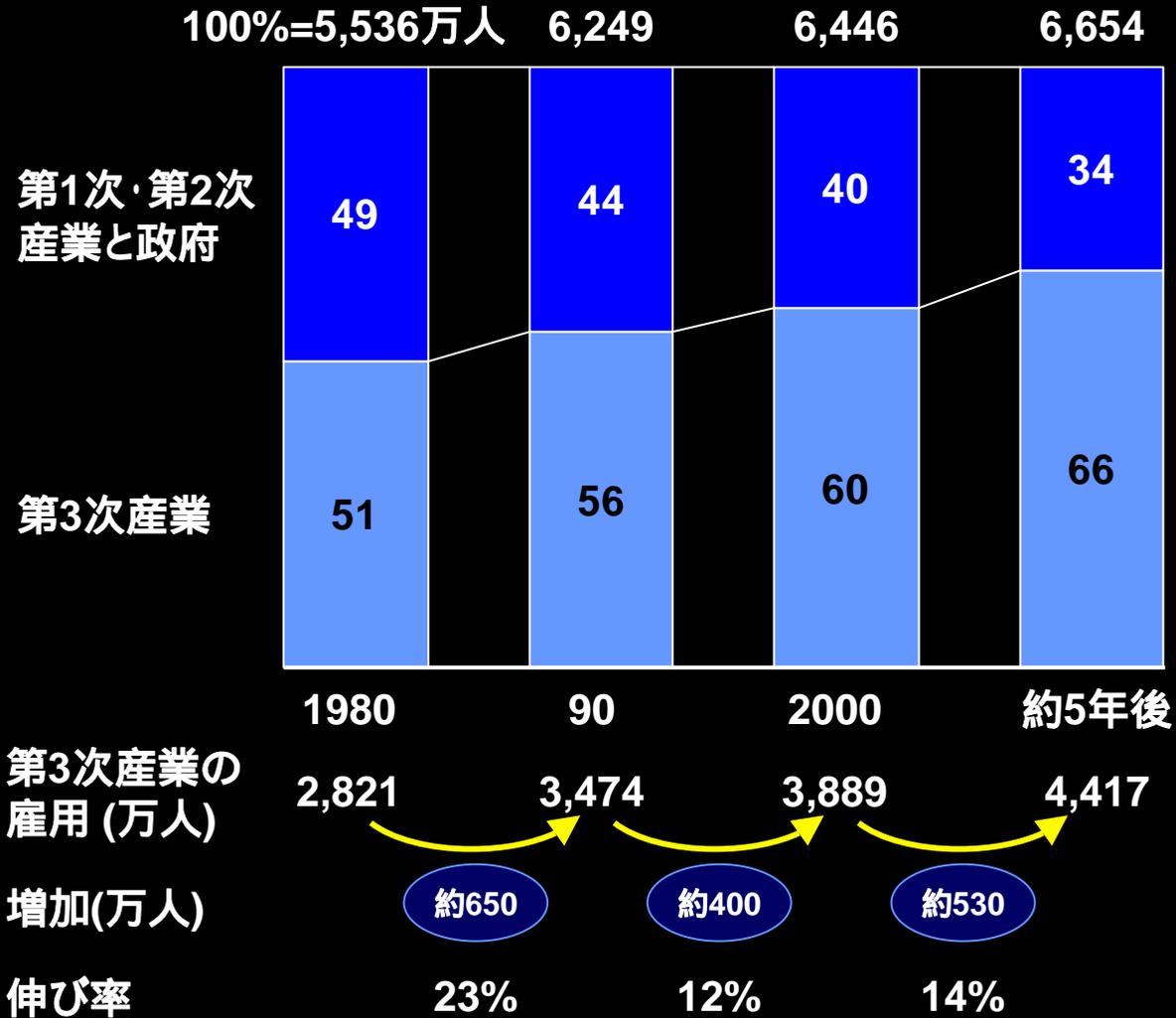
産業別就業者の国際比較

(%; 1999)



日本の産業構造の変化

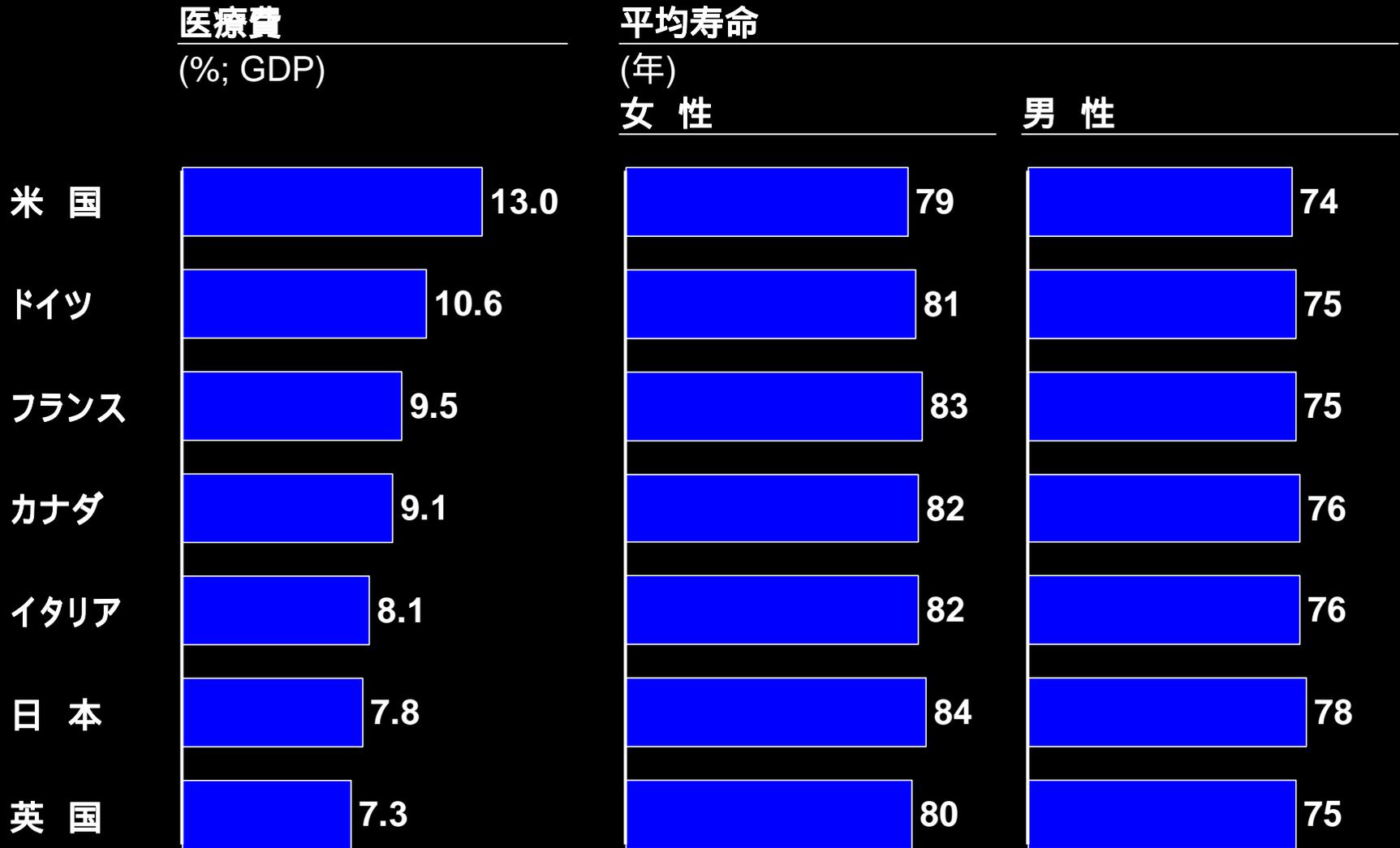
(%)



日本の医療分野: 現状の見立て

- 一見、世界最高水準にある日本の医療
- しかし、詳細に分析すると生産性は米国の75%水準
- その鍵はそもそも疾病度合いが低く、医療システムへの負荷が低い、健康な日本人
- 大きな生産性改善と雇用拡大のポテンシャル

一見、日本の医療システムは効率的に機能 (2000)



DALY*が採り上げた上位15位の死亡原因 - 日米の比較

(年)

日本

(1993)

死亡の原因	人口千人 当たりのDALY
• 脳血管性の疾患	8.6
• 一極性鬱病	8.2
• アルコール中毒症	5.4
• 虚血性心疾患	4.3
• 胃 癌	4.0
• 骨関節炎	3.7
• 自動車事故	3.5
• ALRI	3.4
• 自殺/自ら自分に加えた傷害	3.4
• 気管・気管支、肺癌	3.1
• 結腸/直腸癌	2.6
• 精神分裂症	2.6
• 肝臓癌	2.3
• 肝硬変	2.0
• 双極性心身の疾患	2.0

上位15位の原因の合計

59.1

全原因の合計

103.0

米国

(1996)

死亡の原因	人口千人 当たりのDALY
• 虚血性心疾患	11.0
• 一極性鬱病	8.3
• アルコール中毒症	6.0
• 気管・気管支、肺癌	5.5
• 自動車事故	5.2
• 糖尿病	4.7
• 脳血管性の疾患	4.2
• 骨関節炎	4.1
• 慢性閉塞性肺疾患	3.8
• エイズウイルス	3.6
• アルツハイマー	3.5
• 殺人、暴力	2.9
• 精神分裂症	2.7
• 自殺・自ら自分に加えた傷害	2.7
• 火器の偶然な暴発による傷害	2.4

上位15位の原因の合計

71.4

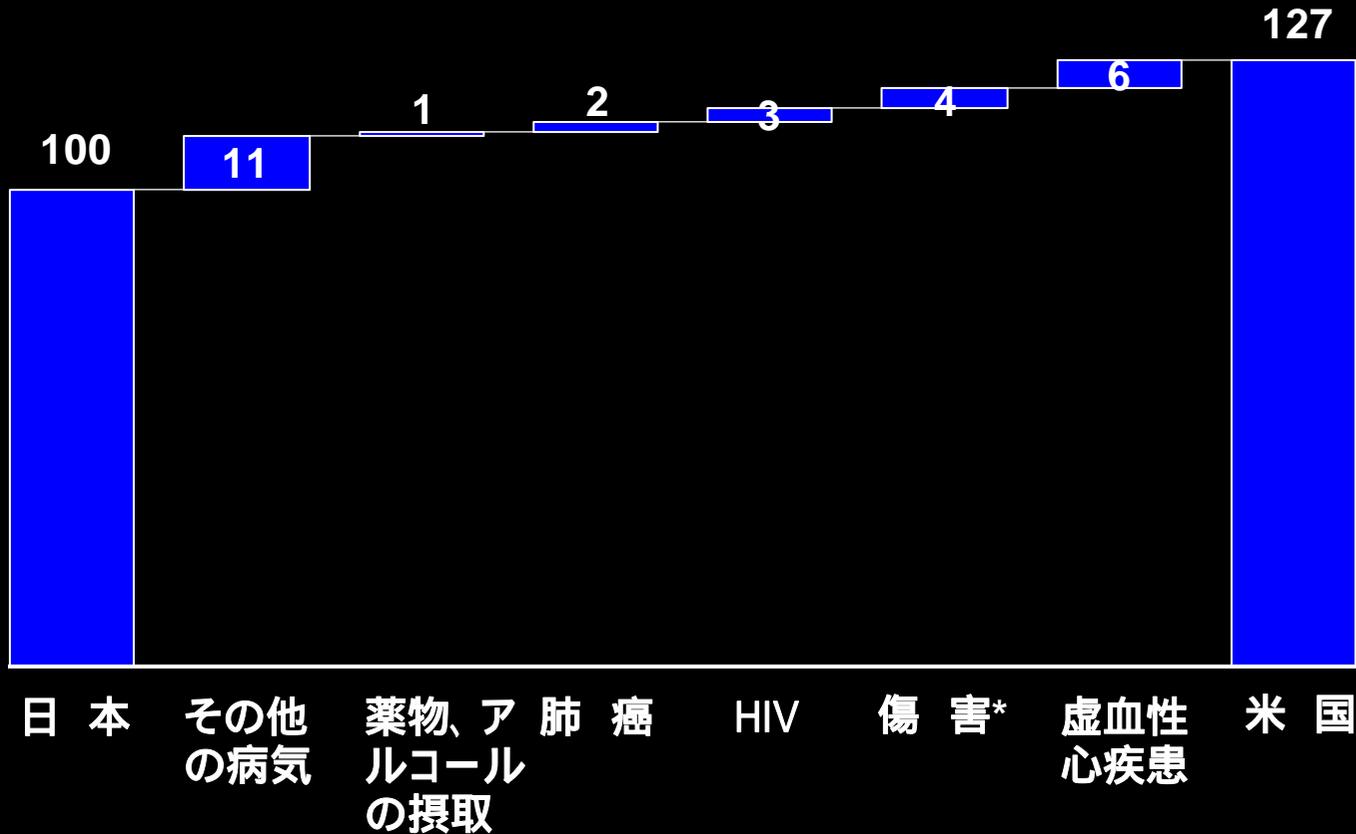
全原因の合計

131.0

* Disability Adjusted Life Years: 早期の死亡によって失われた時間と病気による障害を持ったまま生活する時間を年単位で表したものの資料: 米国疾病管理予防センター、ハーバード大学公衆衛生学校、日本保健経営研究所(長谷川)

日米間のDALYギャップが存在する原因

(指数; 日本=100)



DALYギャップの大半は日常の飲食物、文化、生活様式による疾病、傷害の原因によって説明される

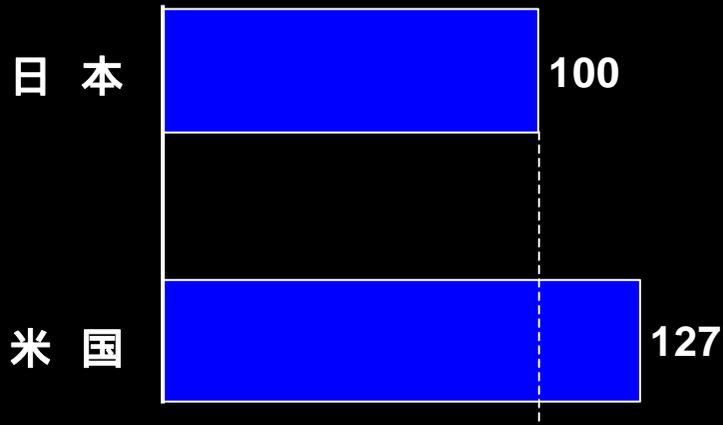
* 殺人、暴力、自動車事故、転倒、溺れ、火災などが含まれる

資料: 米国疾病管理予防センター、ハーバード大学公衆衛生学校、日本保健経営研究所(長谷川)、健保連および国民保険

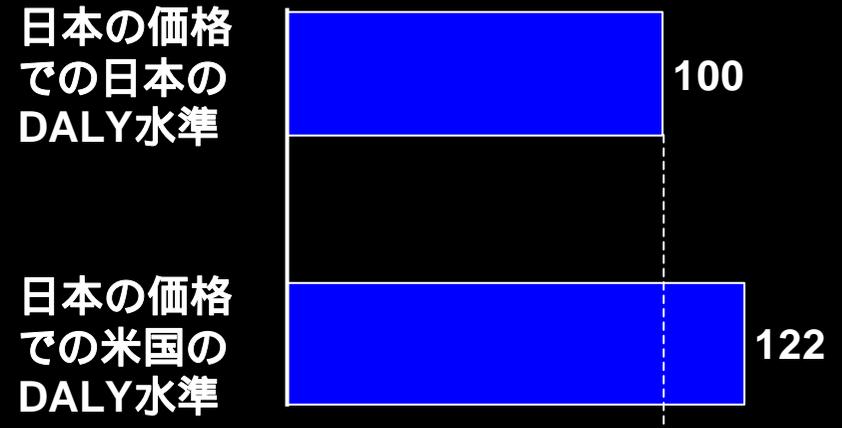
日米間疾病度合いの比較

(指数; 日本=100)

DALY/人口千人*



DALYがコストに与える影響**



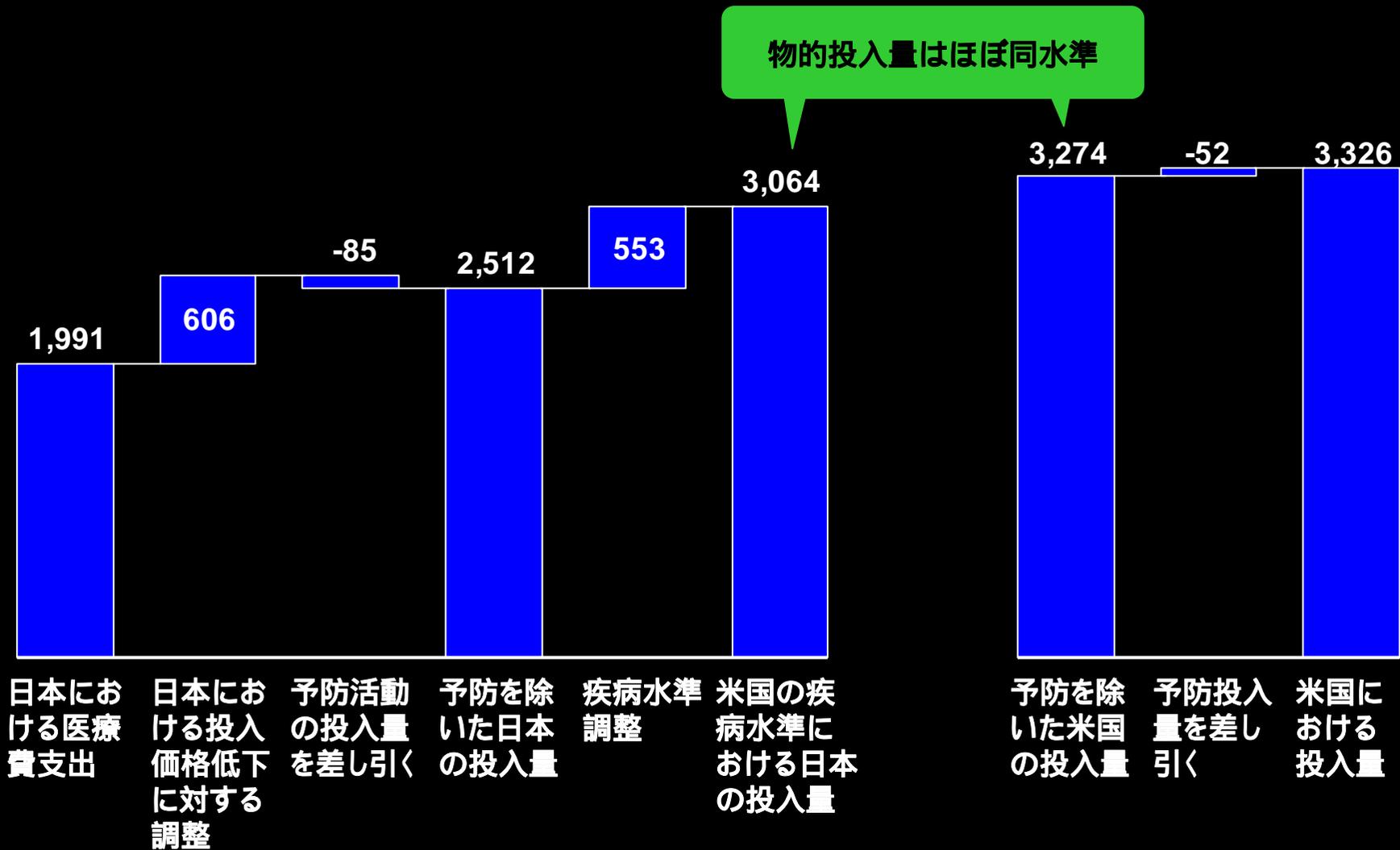
* 80以上の死亡および傷害の原因に対して

** 日本の健康保険のコスト・データが利用できる死亡と傷害の、50の原因のサンプルに基づく

資料: 米国疾病管理予防センター、ハーバード大学公衆衛生学校、日本保健経営研究所(長谷川)、健保連および国民保険

米国の病気・傷害の水準*における日本の医療に対する要素投入量

(国民1人当たりPPPドル; 1996年)

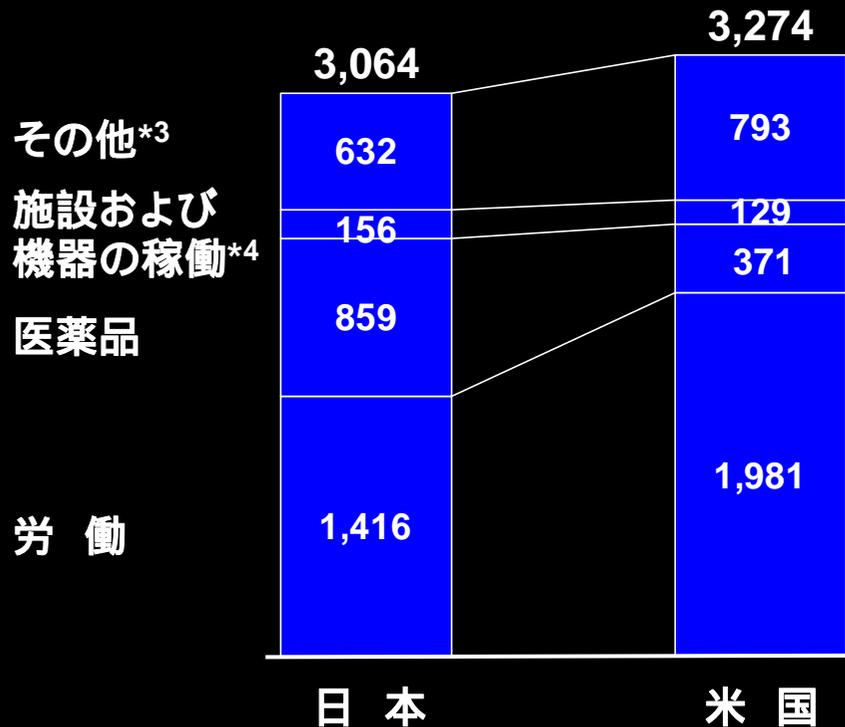


* 日本に比べて高い米国の疾患率の要素をのぞくため、同レベルに調整

資料: 厚生省、KatsumataYukiko「Containing Health Care Costs in Japan」(池上およびCambell編集)、OECD、NHS外来患者調査、マッキンゼー分析

国民1人当たりの医療サービスの量の日米比較(疾病水準調整後)*1

(PPP*2ドル; 1996年)



*1 予防を除く

*2 Purchasing Power Parity(購買力平価)

*3 賃借料、利息、保険料、食品、資材、消耗品を含む

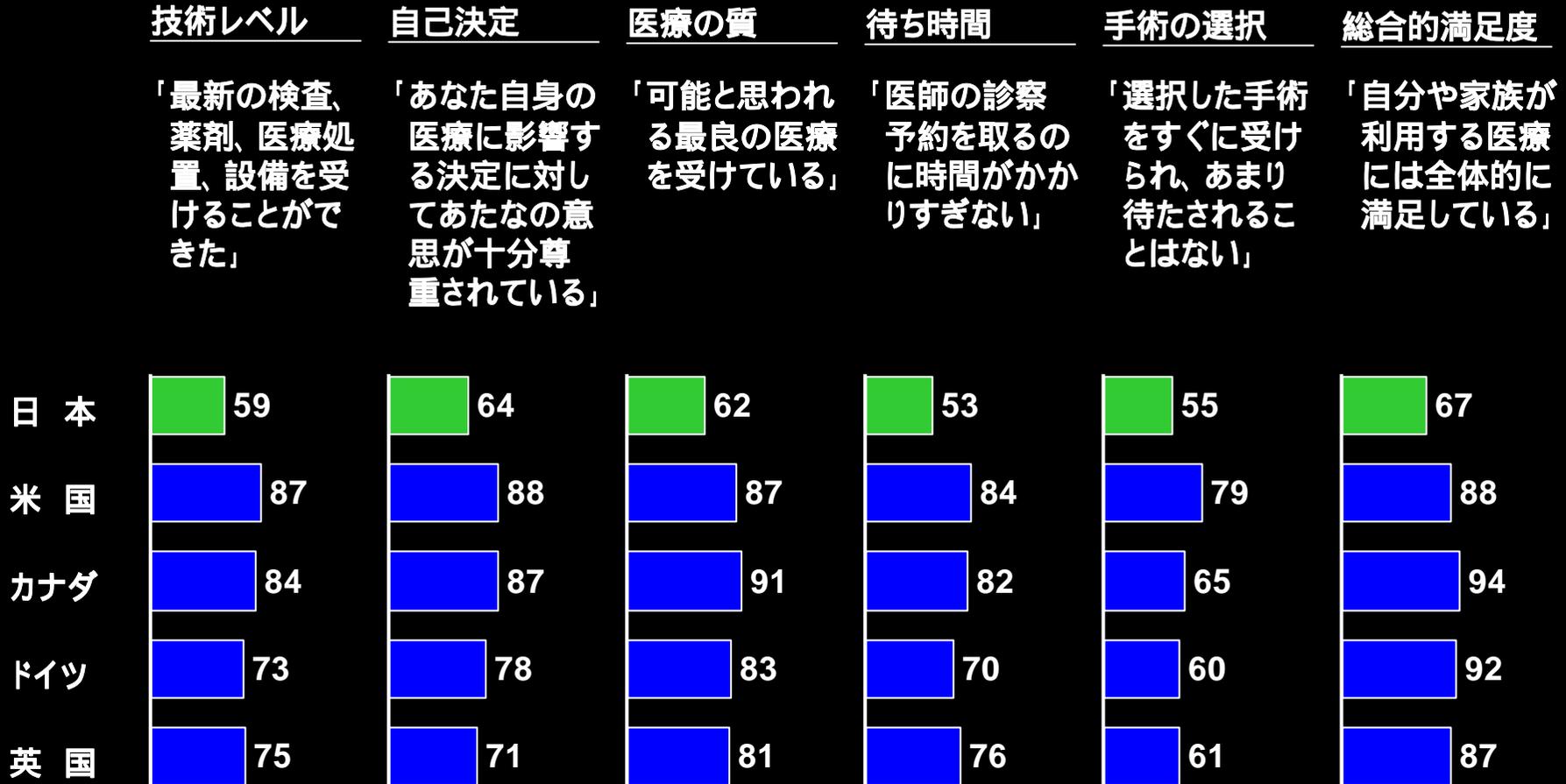
*4 施設、および機器の減価償却を適用した推計値

注) 院外薬局、ならびに市販薬を販売する小売薬局の投入量はすべて除く

資料: 総務庁産業連関表、OECD、Census of Service Industries、マッキンゼー分析

国際的な患者満足度調査の結果

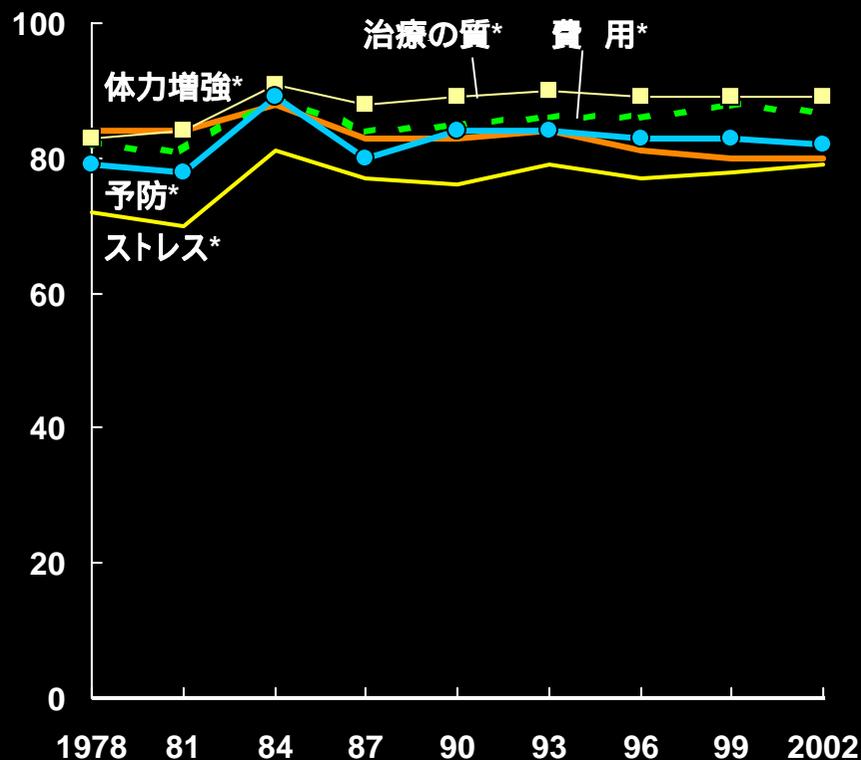
(満足したという回答者の%; 1990年)



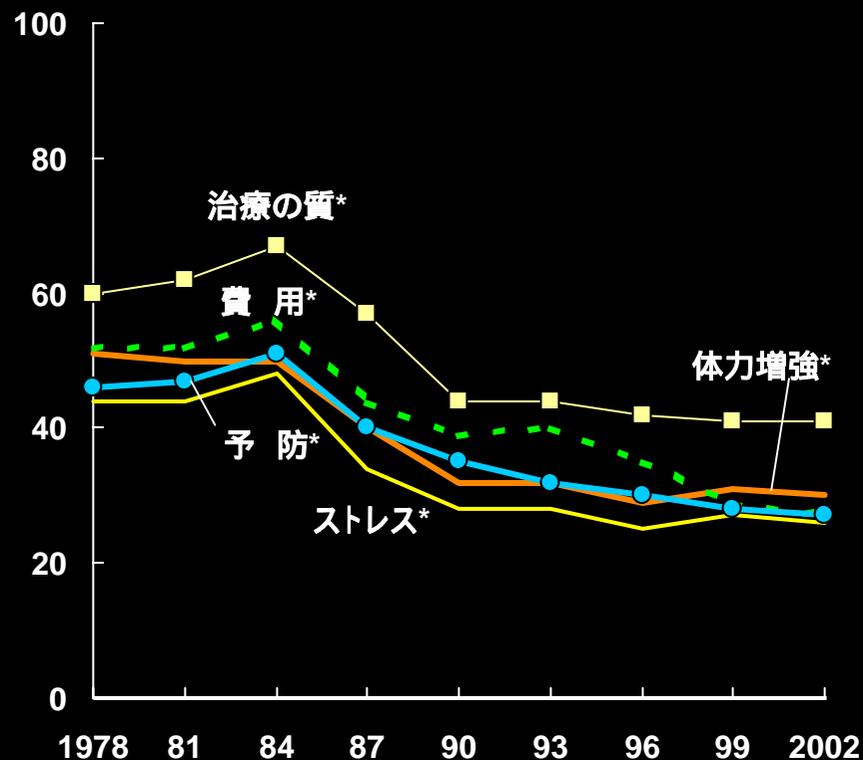
医療*の諸要素に対する重視度と満足度

(%)

生活にとっての重要度
(「きわめて重要」と「かなり重要」の合計)



現在の充足度
(「十分満たされている」と「かなり満たされている」の合計)

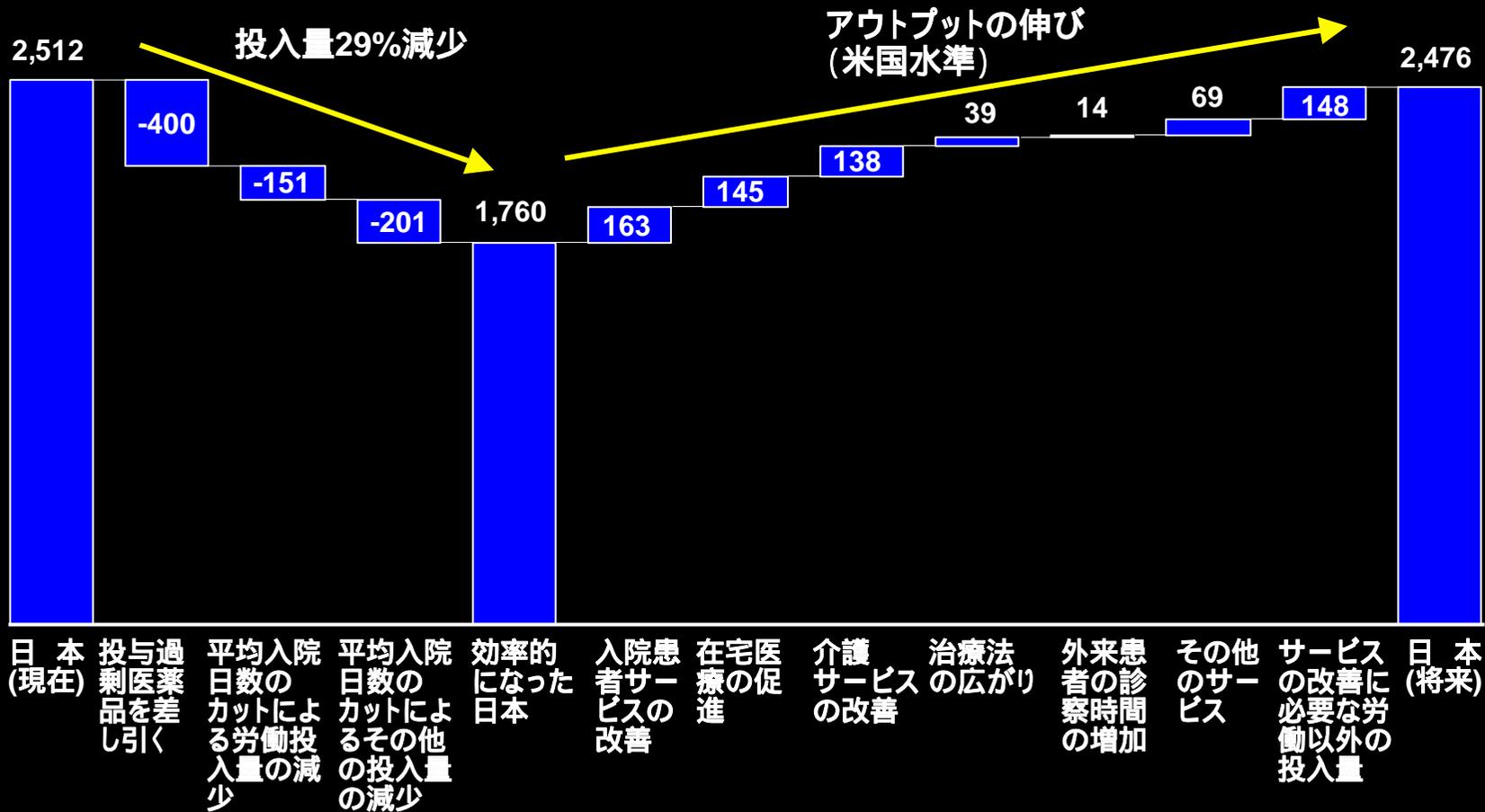


* それぞれ、「体力の維持や増強に努めること」「いろいろやストレスなど精神的緊張が少ないこと」「適切な(良質な)診断や治療が受けられること」「費用の心配をあまりせずに診療が受けられること」「病気の予防や健康の相談・指導が容易に受けられること」

資料: 内閣府国民生活局「平成14年度国民選好度調査」

日本の医療部門における生産性と産出量の伸び

(PPPドル; 国民1人当たり; 1996年)



生産性
(潜在力を
100とする)

75

100

100

医療部門
の雇用

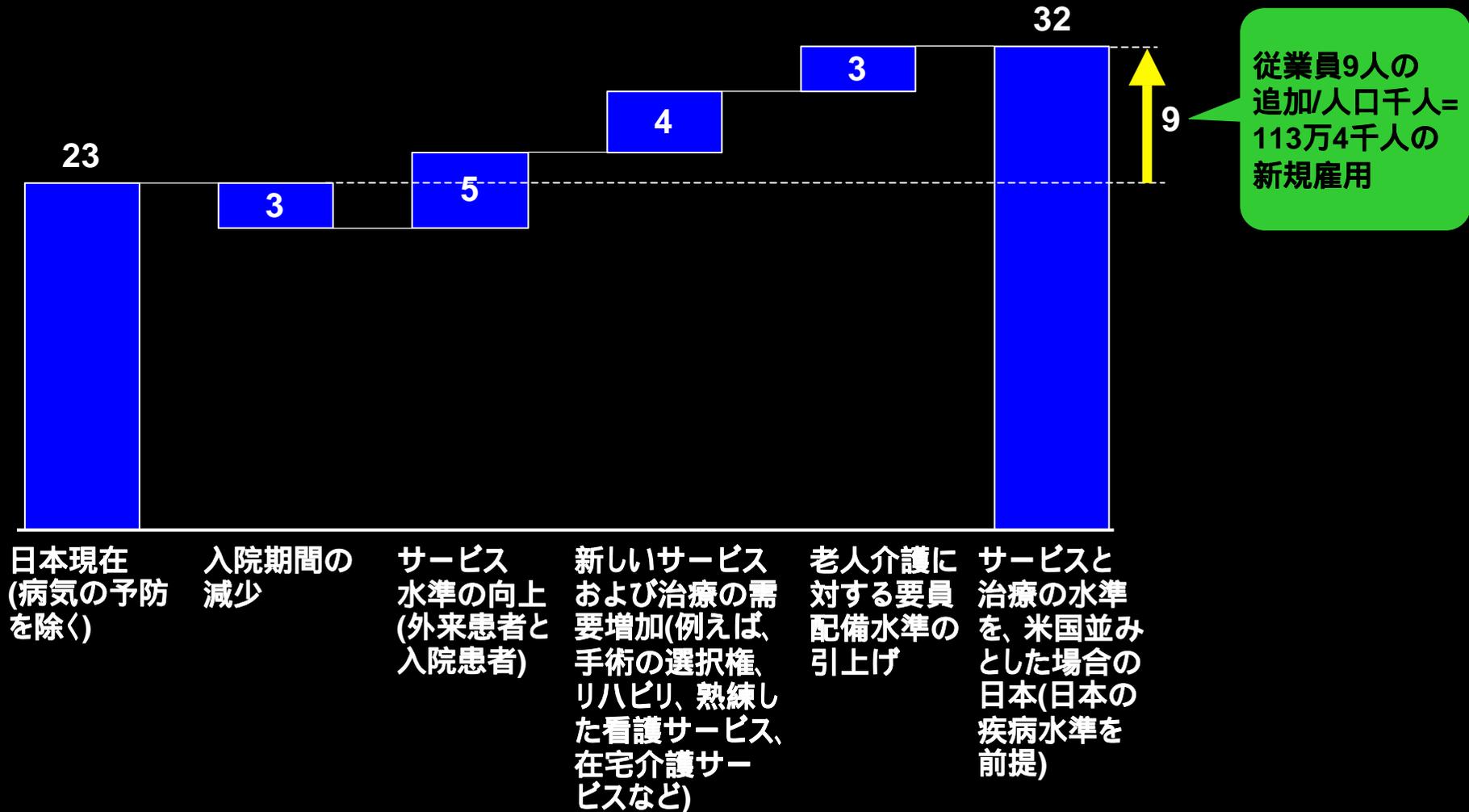
23

20

32

日本の医療制度における雇用の潜在力

(人; 人口千人当たりの雇用数)



混合診療を検討する上での視点

- ・無駄を排しても、医療費は高齢化と技術進歩で上昇する。これを全て公費で賄うのか、それとも成長部分を公費以外で賄うのかが大きな国民選択
- ・全てを公費で賄うということも一つの選択肢としてはありうるが、その場合、全てを消費税で賄った場合、2025年には社会保障全体で30%程度の税率となり、国民にその覚悟が必要
- ・混合診療との関係で述べると、生産性を向上させ、雇用を拡大する医療サービス(例、入院日数を削減する治療法、新たな治療法、付加的なサービス、技術のある医師、費用対効果が低いが高QOLは高い治療法など)を、どのような公民ミックスで提供するかが問題
- ・その際に、治療法の効果として、QOL対円で幾らまでの治療法を公費でカバーするのか、という医療経済学的な議論が不可欠

公的負担を検討する際に重要な「価値(費用対効果)」判定

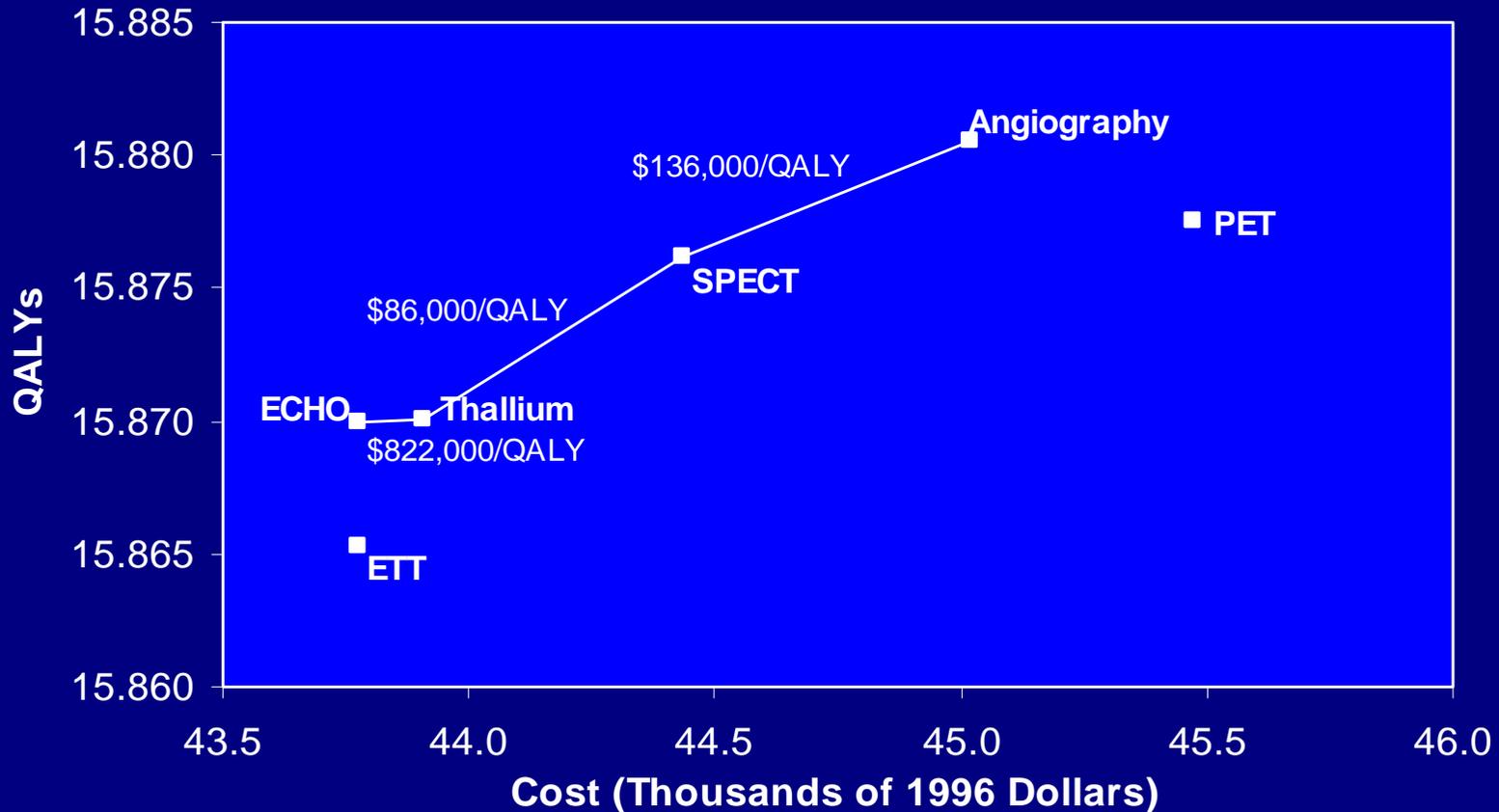


Figure 2. Costs and QALYs with alternative test strategies for coronary artery disease in men, 45 years of age. Reproduced with permission from Garber and Solomon (1999).

治療の費用対効果の例示

Study Year	Treatment or management strategy and alternative	\$/QALY, 2002
2001	Short-term treatment (2 to 8 days) with Enoxaparin vs. Unfractionated heparin in patients with unstable coronary artery disease	Cost saving
2001	A diet that includes enriched grain products projected to increase folic acid intake by 100mg/day including Cyanocobalamin supplementation vs. Same diet with folic acid fortification alone in women aged 35-84 years (Secondary prevention)	\$1,300
1999	Low molecular weight heparin vs. Unfractionated heparin in 60-year-old men with acute deep venous thrombosis	8,700
2000	Angioplasty with selective stent placement vs. Angioplasty alone in 60-year-old patients with intermittent claudication caused by iliac artery stenosis.	8,400
1998	Combination antiretroviral therapy with lamivudine and zidovudine vs. Antiretroviral therapy with zidovudine alone in infected-infected patients with >500 CD4 cells/cubic-mm when antiretroviral therapy is initiated	16,000
1999	Transthoracic echocardiogram (TTE) followed by transesophageal echocardiogram (TEE) vs. transesophageal echocardiogram (TEE) in 45yo patients with bacteremia and a pre-test probability of endocarditis of 20%	1,100,000
2000	Varicella vaccination without testing vs. Varicella antibody testing followed by vaccination if negative in 30 year-old and older adults with no history of chickenpox	18,000,000

内 容

1. 効率性： 日本経済と医療分野の生産性



2. 平等性： 真の弱者への救済のあり方

3. 持続可能性： 慢性疾患のコストの負担方法

[平等性] 「真の弱者」の救済を

- ・ 混合診療導入の大きな問題点として、金持ち優遇となり、弱者が必要な医療を入手できなくなるという問題点が指摘されている
- ・ 現在の制度では、保険収載されていない医療が含まれる場合、全体が自由診療となるため、弱者への負担は極めて大きい。混合診療は、保険収載部分のコストを下げするため、弱者への負担がより小さい制度といえる
- ・ このように混合診療は自由診療に比べて弱者への負担は小さいが、現在よりも負担が小さくなったとしても、その負担を負えない患者に対しては、「真の弱者」に絞り込んだ救済措置を検討すべきである
- ・ まず、「真の弱者は誰なのか」という議論が、日本の社会保障改革には必要である。日本のような先進国ではフローのみならずストックの差が資力の違いを規定しており、日本のストックは医療需要が多い高齢者に集中しているため、フローで弱者と見なされがちな高齢者は必ずしも「真の弱者」とは言えない
- ・ 具体的な救済措置としては、フランスにあるような、社会保障費の相続時の返還制度が検討に値する。この方法は、相続時に資力検定を行うため、通常困難な資力の捕捉が可能となる
- ・ このような「真の弱者」の救済を行うことにより、国民が安心し、成長と平等を同時に担保する混合診療のあり方が見えてくる

フランスにおける社会保障では当事者拠出の原則により、1946年に給付費を返済する返還制度が導入された

第L-132-8条 1946制度化、新規施行 1/2002

以下に対する回収請求は、それぞれの場合に応じて、国あるいは県がこれを行う：

1. 資産状況が回復した受益者、あるいは受益者の遺産に対し、
2. 贈与が社会扶助申請以降に行われた場合あるいは贈与が当申請から遡ること10年以内に行われた場合には、その受贈者に対し、
3. 受遺者に対し

在宅援助の社会補助給付金、第L-111-2条に規定される市の介護給付金、および、日当規定料金の費用負担については、回収請求が行われる際の諸条件が行政規則によって定められ、必要な場合には社会扶助機関が負担する支出の上限額の存在を予見し、それ以下の部分については回収請求を行わない

在宅援助社会補助の受益者、あるいは日当規定料金の費用負担受益者の遺産に対する回収は、普通法の規定に従い定義された純相続資産について、行政規則により定められた上限額を超える部分に対して行われる

- 受益者が積み立てを行っていない社会保障給付については、原則返還を要求する
- しかし、2000年以降は、自動的に原則が適用されなくなった

社会保障給付費への返還制度導入の考え方

基本思想

- 無拋出の社会保障給付は、本来資力がない人を対象とすべきであり、資力がある人が給付を受けた場合は社会に返還すべきである

そして、又は、

- 国庫負担の社会保障給付は社会全体からの個人に対する支援であって、その支援により財産が残った場合は、個人が相続するよりもまず社会が相続すべきである、という原則

方策

厳格な収入・資産検査を事前に行い、給付対象を絞り込む。収入の向上時(例、相続・贈与)には給付費を返還

資産検査の困難を考慮

収入検査のみを行い、収入の向上(例:相続・贈与)時、または一定以上の相続財産を残した際は給付費を返還

収入検査の困難を考慮

検査は行なわず、一定以上の相続財産を残した際に給付費を返還

返還制度導入の困難を考慮

国庫負担相当の相続税(贈与税)の引き上げ

大

思想適用の厳格性

小

内 容

1. 効率性：日本経済と医療分野の生産性

2. 平等性：真の弱者への救済のあり方

3. 持続可能性：慢性疾患のコストの負担方法

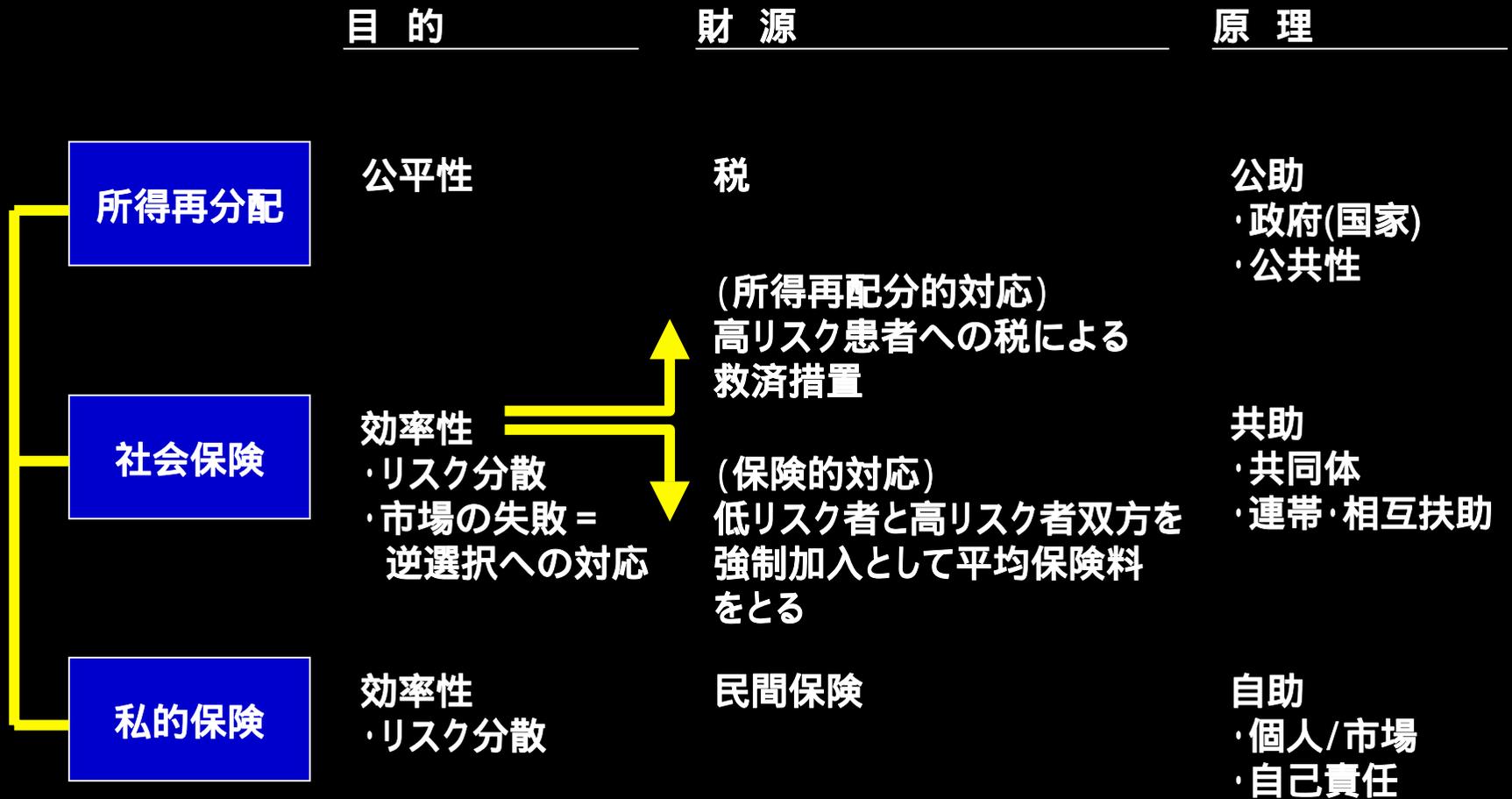
3. 持続可能性：慢性疾患のコストの負担方法



[長期的持続可能性] 慢性疾患に対する自助努力を促す保険・リスク管理制度への転換を

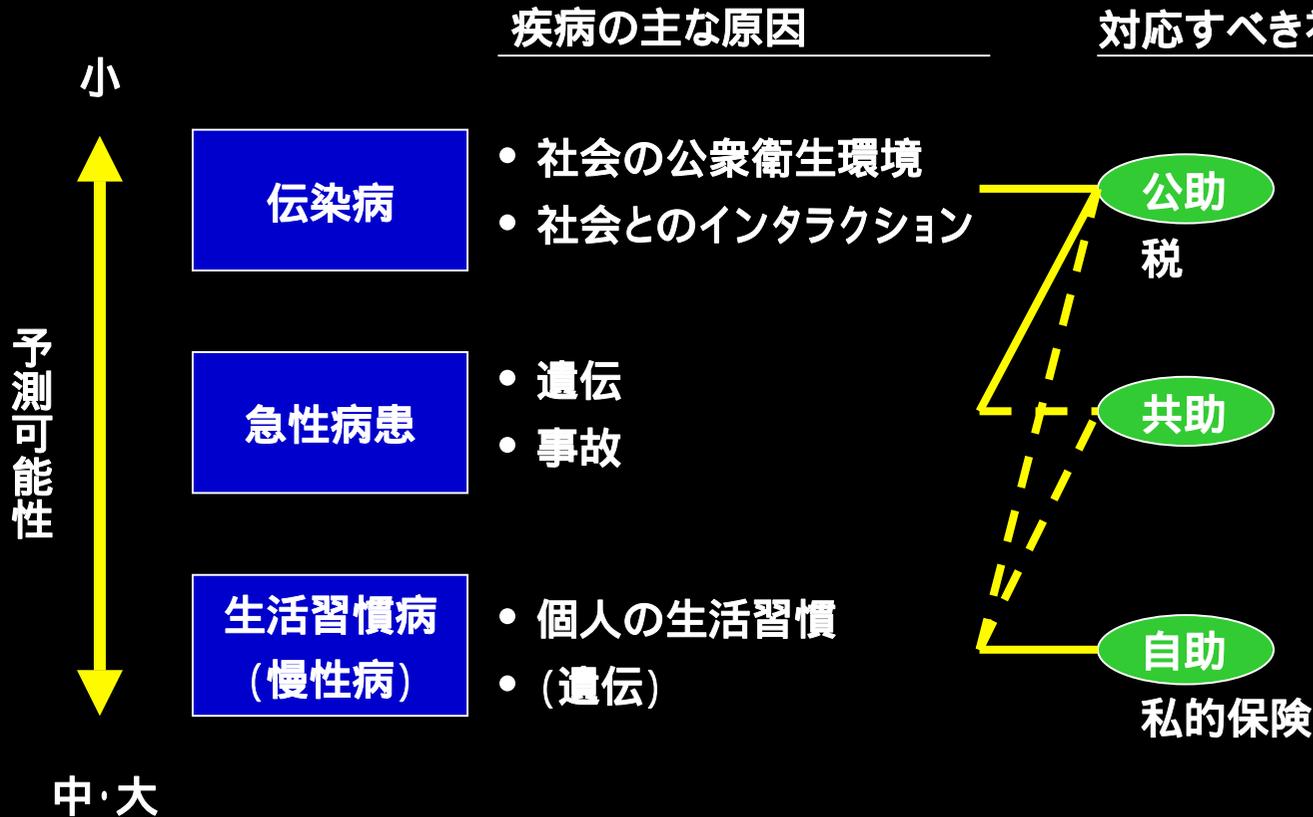
- ・ 保険の原理は、そのリスクの性質と予測可能性によって、公助、互助、自助に分けられるが、現在は互助(社会保険)に集中
- ・ 救急や感染症対策などは、予測が困難な領域における、「社会的な安全・安心のインフラ・サービス」であり、これは公助(税方式)でも良いので提供すべき
- ・ 急患についても、予測可能性が低いという前提で、公助(税)または互助(社会保険)の採用は適当だと思われる
- ・ しかし、現在の医療の大半を占め、今後の伸びの中心となる慢性疾患は、遺伝子による違いもあるが、予測可能性は比較的高く、自助的なリスク管理が求められている
- ・ 国民の健康と医療費の観点から先進国共通の課題は、この自助努力によって大きく異なる慢性疾患のコストをどのように負担するかであり、そこにおいて自助努力を促す私的保険等の役割がより重要になる
- ・ 混合診療は、社会保険以外の負担のあり方の一つであるが、慢性疾患の負担のあり方のオプションの一つとして検討することが長期的には不可欠

医療保険制度のオプションと組み合わせ



疾病タイプと社会保障システムとの対応

—— 主な対応関係
 - - 副次的対応関係



医療保険制度のオプションと組み合わせ

I. 所得再分配

- A. 資力のない人のみに(一定レベル)公助
- B. 全員に(一定レベル)公助し、資力のある人からは相続時に返還
- C. 全員に(一定レベル)公助

II. 社会保障

- A. 感染症と救急は公助、急患は公助・互助
- B. (すべての疾病について) 高リスク患者への税による救済措置
- C. (すべての疾病について) 低リスク者と高リスク者双方を強制加入し、平均保険料をとる

III. 私的保険・自助

- A. 一部の周辺サービスと高度な医療を中心に特定療養費制度で対応
- B. 一定の基準を満たした医療機関では原則解禁
- C. 生活習慣病対応に厚めに自助的な制度の導入

現在のシステムは: IIC + IIIA
 経済界の一部は: IC + IIIB
 疾病構造対応型は: (IB +) IIA + IIIC

まとめ：弱者救済の制度を導入した上で、医療分野の生産性向上と成長に寄与する領域、そして慢性疾患の自助努力を促進する領域を中心に、混合診療の導入を検討すべき

効率性

医療分野の生産性・雇用・GDPの拡大は、国民経済的に重要な課題である。その費用を全て長期的に保険・税金で賄う国民的な合意がないのであれば、重点領域（入院日数を削減する治療法、新たな治療法、付加的なサービス、技術のある医師、費用対効果が低いが高QOLは高い治療法など）を混合診療で負担することも検討すべき

平等性

混合診療は自由診療と比べて、弱者にとっての負担は小さい。現在よりも負担が小さくなったとしても、その負担を負えない「真の弱者」に対しては、混合診療費の「相続時の返還制度」などの救済措置を検討すべきである。留意すべきは、高齢者を中心とした医療の受け手が必ずしも「真の弱者」ではないことである。「真の弱者」へ焦点を絞った救済措置を導入することで、成長と平等を両立できる

持続可能性

感染症・救急・急患が中心であった時代には、リスク管理の方法として社会保険と公助の組み合わせは合理性を持っていた。しかし、自助努力が医療費に大きな影響を与える慢性疾患が中心となっている今日、自助努力を促すインセンティブを導入することが保険の考え方として適切である。そうした私的保険・自助の要素を強化する打ち手の一つが混合診療の導入である