

「2025 年を見据えた医療・介護制度の在り方」

調査情報担当室

2017 年 1 月 24 日、「2025 年問題」のうち、「2025 年を見据えた医療・介護制度の在り方」について、講演会が開催されたので、その内容を紹介する。

なお、本稿に掲載されているデータ等は、講演会開催時点のものである。また、講演会の資料（スライド）は末尾に添付している。

基調講演

井伊 雅子 氏（一橋大学大学院経済学研究科教授）

コーディネーター 兼 コメントーター

神田 慶司 氏（大和総研シニアエコノミスト、企画調整室客員調査員）

○神田氏（以下、敬称略） 今回、「2025 年問題」ということで、全 5 回にわたり、様々な問題を取り上げていきたいと考えております。第 1 回は、医療・介護制度をどのように変えていくべきかについて取り上げます。

2025 年問題とは、言うまでもないと思いますが、団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年までに、超高齢社会にふさわしい社会保障制度や経済・財政構造を構築しなければならないということです。私たちに残されている時間は非常に短く、急激な改革は現実的に難しいですが、できる限り進めなければなりません。

この問題を乗り越えるための視点として、少なくとも四つほどあるのではないかと思います。

一つ目は、社会保障単体で考えるのではなく、その裏にある財政や、社会保障制度を支える経済の成長を、一体的に捉えていく視点が必要だということです。社会保障の給付の一部を民間に委ねるなど、民間の力を活かす発想がいつそう求められます。

二つ目は、2025 年問題とはいえ、その視野は、より先に置く必要があります。特に、2030 年代は高齢化の厳しい時期にあたります。高齢化を表す指標の一つに、65 歳以上人口を生産年齢人口で割った「老年人口指数」がありますが、この指数が 2030 年代に急速に上昇していくと見込まれています。団塊ジュニア世代と呼ばれる 1970 年代前半生まれの人々が高齢者になるからですが、これに乗

り越えていくための制度改革を、これから5年、10年で行っていく必要があります。

三つ目は、社会保障の給付と負担の将来のバランスについてどのように考えるかです。日本は他の先進国に比べて国民負担率が非常に低いですが、福祉はそれなりに提供されていますので、中福祉・低負担といえます。これに対し、将来は負担をどこまで増やしていくか、その際の給付はどの程度の水準にするかなど、最適なバランスというのは各国で異なりますので、国民的議論が必要ではないかと思います。

最後に、これは非常に重要な点ですが、マクロの視点だけで議論しますと、結局は話が進まないということです。社会保障給付の抑制、財政健全化といった話はよく出ますが、そこからミクロの議論に落とし込んでいかないと改革が頓挫してしまいます。その意味で、医療・介護制度の課題について井伊先生に具体的な御説明をいただけるのは非常に重要なことだと思います。

社会保障制度改革や財政健全化、制度・規制改革に関する議論は、政治が安定していないと十分に進められません。海外に目を向けますと、トランプ新政権の誕生やイギリスのEU離脱問題、また、今年は欧州で選挙が行われるなど、政治の先行き不透明感が強いです。それに比べますと、日本は政治だけでなく経済も安定しており、安倍内閣は2016年から財政健全化に取り組んでいます。2017年はさらに前進させる大切な時期ですので、これから10年、どう進めていくかということを、積極的に議論できればと思っています。

それでは、井伊先生に医療・介護制度の在り方について御説明をいただきたいと思います。先生、よろしくお願いいたします。

○井伊 一橋大学の井伊と申します。一橋大学では昨年（平成28年）、医療政策・経済研究センターを設立し、同年12月にフォーラムを実施しました。現在いろいろなプロジェクトを始めているところです。政策に結び付けた経済研究を続けていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

1. 情報過多の時代における医療の質の向上・コスト削減策 （予防の重要性とその誤解）

私の専門は、医療を費用と効果から考えるという、当たり前と言えば当たり前のテーマですが、いまだに医療界では、「人の命は地球より重いだから、財政や経済の論議で進めていくのはいけない」という話を聞くことがあります。その際、経済の論理とはどういうことなのか、よく分からずに使っている人も

いるようです。

一方で、私たち国民も、医療とはお金を掛ければ掛けるほど質が高いと思ってしまいがちですが、実はそれほど医療費を増やさなくても、特に高齢化社会の中では、医療の質を上げることは可能で、世界ではこの10年、20年、そういう視点から、医療制度改革がかなり進んできました。日本では、残念ながら、日本の医療制度は世界一だとか、平均余命が長いので良い制度だということで改革が進みません。その間、日本が最も高齢化が進んでいるにもかかわらず、他の国から遅れてしまったのではないかと危惧しています。

最近、オプジーボ（抗がん剤）などの価格設定が問題になっています。費用対効果という場合、個々の医療機器や医薬品の費用対効果に注目しがちです。医療システム、正確にはヘルスシステムとは、医療だけではなく予防や介護も含んだものです。そのヘルスシステムの観点から、費用対効果を考えてみたいと思います。

最近、医療介護費が増えており、予防医療の推進が言われています。新聞などを見ると、例えば、健保組合が組合員を対象としたがん検診の費用を一部補助する、自治体もがん検診の受診率の目標を50%や60%に設定する、健康診断を徹底し、早い時期から予防に取り組んだ人には自己負担を安くして、自助を促すインセンティブを強化することなどが提案されています。産業界などからは、「出生前診断や遺伝子審査などの価格も下がってきているので、それらを国民に受けてもらおう、予防市場を成長させるためには、やはりインセンティブが必要だろう」ということが言われています。

予防とは本当に大切なことで、糖尿病や高血圧を防ぐなどの予防、禁煙を徹底するという予防は重要だと思うのですが、よく誤解されているのは、がん検診などの検診の分野です。

（5年生存率の意味）

最近も、「国立がん研究センターから、5年生存率が62%になったと発表がありました」というようなニュースを目にしました。医療の進歩によって、治癒の目安となる5年生存率（診断から5年生きる割合）が上がってきているということですが、この生存率という統計は、最も誤解をされる統計の一つだと言われています。生存率が上がったからといって、必ず死亡が減るわけではありません。

BMJ（British Medical Journal）という、世界の医療分野でトップのジャーナルで2016年、「なぜ、がん検診は命を救うことができなかったのか、われ

われは何をすべきなのか」という論文が出ています。

元ニューヨーク市長のジュリアーニ氏が、前々回の大統領選挙に出た際、「私は、5、6年前に前立腺がんになりましたが、おかげさまで治りました。アメリカでは生存率82%だけど、イギリスは社会主義的な医療なのでたったの44%です」と述べました。この発言は、オバマケアが導入される前で、医療保険制度が大統領選で議論になっていたときの発言ですが、これは、統計を解釈していない例として、よく取り上げられます。

前立腺がんの生存率はアメリカではイギリスの2倍だと言っているのですが、実は、前立腺がんでは死亡する男性の割合は両国で、ほとんど同じです。生存率がこのように違うのは、イギリスでは、症状がない限り検診をしません。アメリカでは、日本もそうですが、ある年齢になると検診をするためです。70歳でがんが亡くなる人の例で考えてみますと、検診をしない場合、67歳で症状が出て、がんが診断されて70歳で亡くなるので、5年生存率で見ると0%です。その一方で、同じ人が、症状が全くなくても60歳で検診をしてがんが見つかり、70歳で亡くなると、この人の5年生存率は100%です。生存率というのは、検診をすれば上がってくるということです。

また、前立腺がんには、進行性と非進行性があります。乳がんなども同様ですが、不必要な検診をすると非進行性がんも見つかってしまいます。症状が出て進行性がんが分かって5年後、そのうち440名が助かり、死亡者が560名、つまり生存率は44%です。検診をすることで、非進行性がんの人が分母に入ります。そのため、進行性がんの人たちについては生存率は上記と同じでも、全体としての生存率は81%となるということです。

全てのがん検診にメリットとデメリットがありますが、このような仮想例でなく実際の検診でも、双方が正しく評価されていないことが多いのです。検診で、陽性結果が出ることによる心理的な不安やその後のさらなる検査のコスト、また、必要でない治療や手術を行うということも起きてきます。

（早期発見と予防の違い）

がん検診の受診率を上げるといったときの注意点は、早期発見と予防とは違うということを理解していないことです。早期発見したときには、がんになってるわけであり、検診を何回も受けても、がんになる確率が下がるわけではありません。逆に、必要以上に何度も検診を受けて、特にCT（コンピュータ断層撮影）やPET（陽電子放射断層撮影）などを受けることでがんが引き起こされる危険性もあります。

検査をして早期に病気を発見して治療などの医療的な介入をすることが、当人にとって質の高い医療であり、医療費も抑えられると多くの場合誤解しているのです。もちろん必要に応じての受診は必要ですが、日本では検診のメリットのみが強調されて、デメリットが正しく伝えられていません。

（マンモグラフィーのコスト）

乳がんの早期発見のため、特定の年齢に達した女性は、自覚症状がなくても定期的に検診を受けるように勧められます。症状がない50歳の女性がマンモグラフィーによる定期検査を受けると、陽性反応が出る場合があります。これは、病気に罹患していなくても陽性反応が出る偽陽性というものです。検査では、こうした偽陽性は避けられません。（以下は、年齢・人種などにより差がありますが、イメージしやすいおおよその数字で話しています）女性の1人が乳がんである確率（有病率）は、50歳の場合、1%です。そして、乳がんであれば、検査結果が陽性になる確率は90%です。ところが、乳がんでも陽性となる確率、偽陽性が9%です。実際に乳がんになっている確率はどのくらいかは、ベイズの定理など使えば計算できますが。おおよそ、10人のうち1人が実際にがんになっていて、残りの9割が間違ったシグナル警報を受けるということになります。

マンモグラフィーのコストとは偽陽性、乳がんでないのに検査で陽性とするコストですが、女性のうち2人に1人は、10回以上検査をすれば1回以上は偽陽性を経験することになります。飛行機に乗るときに荷物検査を受けますが、何回かに1回は、何もなくても引っかかることがあります。乳がん検診でも同様なことが起きるのです。ところが、がん検診で陽性が出てしまうと、結果として偽陽性だったとしても、次に検査を受けるまでの心理的な不安は大きく、場合によっては組織の摘出ということもあります。また、非進行性がんの場合は、前立腺がんが多いのですが、生涯、異常細胞に気づかず、死亡後に解剖したら実はがんだった、ということもあります。

（過剰医療と過少医療）

医師が最善の治療をしてくれるのかどうかですが、多くの医師は、訴訟の問題などもあるので、患者に害を与えるリスクを冒しても、不必要な検査や薬、手術を指示する場合があります。これは日本だけでなく、世界共通です。

過剰医療が起きる背景としては、日本では、出来高払いのため、必要以上に検査をしたり、薬を出すことが起きがちだということが言われています。ただ、

日本だけではなく、Defensive medicine という防衛的な医療は起きます。防衛的な医療は、保身的な医療という言い方もしますが、CT、MRI（磁気共鳴画像）、レントゲンといった高度な医療機器の使用として起きがちです。反対に、過少医療の問題もあり、高リスクの手術、分娩、高リスクの治療というものを避けることも起きてきています。

他の国の医療制度改革を見ていますと、こういった過少医療や過剰医療の問題を少しでも軽減できるように工夫した支払い制度が導入されてきています。

（出生前健診の偽陽性）

最近、インターネットなどで、出生前診断を、比較的、気軽にできるようになっています。ある妊婦さんが陽性と判定をされたとします。その妊婦さんの年齢の女性が産む場合に胎児の約1%はダウン症候群とします。胎児がダウン症候群の場合、検査で陽性と判定される確率は90%、胎児がダウン症候群でない場合でも陽性と判定される偽陽性の確率が5%とします。実際に胎児がダウン症候群にかかっている確率は、陽性と判定された人の6～7人に1人で、残りの5～6人は正常なわけですが、うまく情報が医師や看護師から伝わっていないことが多いです。インターネットなどで安いかからと、医者に相談しないで出生前診断をしてみたら陽性になったという場合、カウンセリングを受ける仕組みもありません。どのような技術革新がなされても、不確実性が100%なくなることはありません。

このように多くの情報がある場合、どのように情報を解釈し、うまく患者に伝えるか、そういった教育も重要です。日本では、そうしたことを考慮せず、遺伝子検査などが産業につながれば良いという風潮がります。結局、医療の質を低め、余計な医療費も掛かることになります。インターネットの出生前診断で陽性が出た場合、中絶を選ぶ夫婦もいるかもしれません。

出生前診断で偽陽性の判定を受けた子どもの親と、正常と判定された子どもの親を比較した研究があります。偽陽性という判定を受けた母親は、何か子どもに悪いところがあるから1回でも陽性と出たのではないかと、産まれてから3、4年近く経った後も不安に思います。それを子どもが察し、子どもの半数が不安行動を起こすということで、親の不安が自己実現的に成就してしまうというように、後々の親子関係にも影響を及ぼしています。検査の誤判定の可能性を正確に知らされていれば、親のストレスは大幅に減少しますが、そうしたケアはあまり行われていません。

（かかりつけ医の役割とリスクリテラシー）

医師も検査結果を正しく理解して伝える訓練を受けていない場合が多いのですが、製薬会社も、誤解を招くような統計の出し方をします。例えば、1,000人のうち2人助かっていたのが、1,000人のうち3人助かるようになるとうなします。「助かる確率が1.5倍に増えました」と統計を出すことがあります。出生前診断や遺伝子検査の技術革新には、企業などが率先して多くの資源を投入していますが、そうした統計や情報を理解するための資源投入は多くありません。

がん検診をはじめとする検査を受けるべきかどうかなどのカウンセリングは、本来、専門のトレーニングを受けたかかりつけ医（正確にはG P（総合診療医）、家庭医）が行うべきことです。例えば、イギリス、オランダ、北欧、カナダなどの国々では、健康な時から、かかりつけ医を登録しておきます。アジアでもタイ、インドネシア、ベトナムなどで、かかりつけ制度を導入したり整備しようとしています。WHOなども、そうした改革を提言してきました。多くの国で、地域医療の2割から3割程度はうつ病などの軽い精神疾患ですが、病気になってから初めて医者に行くと、医者はその人が元気なときを知りません。医者も初めて患者を診る場合は判断が難しいと思います。諸外国では、軽いうつ病の場合は、精神科医には行かず、かかりつけ医を受診します。日本でも専門のトレーニングを受けたかかりつけ医を育成していかない限り、今のように情報が溢れ、慢性疾患が多い時代には、医療の質を高めながらコストを削減するのは難しいのではないかと思います。

情報は、多ければ多いほど良いわけではありません。良い医療には必ずお金が掛かるというわけではなく、例えば、健康に対する不確実性の下での情報の理解の仕方を知ることにより、少ない費用でより良い医療が受けられると思います。

2. 日本の医療制度の特徴

（自由放任主義的な医療提供体制）

日本の医療制度と農業は、岩盤規制がある二つの分野だと言われています。日本の医療制度には、中医協（中央社会保険医療協議会）で決めた診療報酬によって、手術用の糸1本まで点数が決まっているというように、ファイナンスには非常に厳しい規制があります。これに対し、医療提供体制は、世界に類を見ない自由放任主義的な提供体制です。市場的なアメリカの医療でさえ、地域に病院を建てる場合や高額な医療機器を導入する場合には規制がありますが、日本では、患者も高額な医療機器があるのが質が良いと思っているので、診療

所でも競って高額な医療機器を導入し、供給が需要を生んでいることがあると思います。

もう一つ、自由放任主義というのは、日本では医療の現場でどういう診療をするか、医師の裁量に任されていることです。日本の医師は質の担保された専門分野の研修を受けなくても診察をすることが許されているので、診療の質にばらつきがあります。日本では、医学部を出て国家試験を受けたあと、初期研修が必修になりましたが、専門医研修は必修ではありません。自由開業医制、自由標榜制と言われているように、専門医研修を受けなくても自由に、その分野の診療に携わることができます。医師の質を担保する仕組みがないということです。

平成 29 年 4 月から専門医研修が導入される予定でしたが、多方面から反対があり、延期されることになりました。広く医療界、国民の合意を得る必要がありますが、誰もが納得をする完璧な制度を作るまで導入を見送っては、いつまでも医師の質の改善は進まず弊害のほうが大きいのです。

（日本の医療制度に対する評価）

日本の医療制度の評価については、乳幼児死亡率・平均余命などの指標は、確かに世界でも最高水準にあり、WHO の 2000 年のレポートでも世界一と、大きく報道されました。日本の医療制度は、低い費用で世界水準の医療を達成した、非常に効率性の高い制度と言われていますが、それは正しい評価なのでしょうか。平均余命や乳幼児死亡率は、医療そのものより、公衆衛生や経済成長なども関係していると思います。

GDP に占める医療費の割合に関しては、日本の医療費は以前から、低いと言われてきました。2016 年夏の OECD の発表では、日本の総保健医療支出の対 GDP 比が、アメリカ、スイスに次いで世界第 3 位になりました。

OECD の health expenditure を読むときの注意点が幾つかあります。日本でよく医療費と訳される health expenditure は、OECD では医療だけではなく予防や介護も含むものとして定義されており、正確には、総保健医療支出のように訳すべきものです。ところが、日本が報告している総医療費（総保健医療支出）には、医療費や介護費の一部しか含まれていません。日本総研の西沢和彦主席研究員の研究に詳しいです。GDP の値にも影響を受けますので、GDP に占める医療費の国際比較の数字は気をつけて取り扱う必要があります。

（介護費用の推計に係る問題）

OECDは2006年、介護費用の推計が国によって異なるため、総保健医療支出で10%前後まで誤差を起こす可能性があるというガイドラインを出しています。オランダなどは統計局がしっかりデータを把握しており、このガイドラインが出た後、すぐにデータをアップデートしました。ところが、日本では、介護費用9兆円のうち、6兆円は居宅サービス、3兆円は施設サービスに分かれるのですが、居宅サービスのほとんど、施設サービスの約半分が総保健医療支出に計上されておらず、過小推計の可能性があります。

（OECDの提言）

日本の医療制度に関するOECDのレビュー（2014年）は、非常に良くできたレポートです。OECDの医療費推計を基にしているため、日本は医療費が低い割には質が高いという指摘には正確性に欠けますが。

この中で、OECDは、日本の医療の質を改善するための提言を行っています。それは、①日本の医療は、量的にはかなり満足できるものであるが、医療の質の管理に全般的に問題があること、②プライマリ・ケアの分野を明確な専門分野として確立すべきこと、③病院部門における質の管理、④精神疾患に関してのケアが非常に問題であるということです。日本では、自殺率が高い割には精神疾患のケアに関する指標が整備されていません。日本では精神疾患になると精神科医にかかりますが、多くのOECD諸国では、精神疾患の9割は、主にかかりつけ医（GP、家庭医）、そして心理士、カウンセラーが診て、残りの1割の重い精神疾患は、専門の精神科医で診るという仕組みになっています。日本では、患者が元気なときを知らない精神科医にかかるため、薬や入院といった治療が中心になるのではないかと思います。

（日本の医療制度と地域医療費）

日本の医療制度は世界に類を見ない自由放任主義で、供給が需要を生んでいると思います。例えば、後期高齢者の医療費分析をすると、予防可能で高度医療の必要がない病気が上位を占めています。高度医療機関が多い地域では1人当たりの入院医療費が高く、高度医療機関がない地域では1人当たりの入院医療費が安くなっています。高度医療機関がないために必要な医療が受けられないということも考えられるため、これだけで結論付けることはできませんが、やはり高度医療機関が多いところでは、必要以上の入院があるのではないかと思います。

地方自治体の長や議員に、その地域で医療費が多い疾患は何と思うかを尋ね

てみると、がんと答える人が多いです。しかし、多くの地域で医療費が多い疾患は、高血圧、慢性腎不全、脂質異常、糖尿病などの生活習慣病です。

国民健康保健の医療費について、ある地方都市（人口 3 万 1,000 人、高齢化率 35%。被保険者 7,860 人）での状況を分析してみると、同様の結果でした。

諸外国のように、3、4 年、かかりつけ医としてのトレーニングを受けている専門医（G P、家庭医）が、高血圧、糖尿病、認知症など、よくある慢性疾患を総合的に判断し、症状が悪化しないようにコントロールをすることが重要なのですが、日本はそれぞれの疾患に関してそれぞれの専門医に行くので、医師は自分の専門しか診ません。そのため、幾つも疾患を持っている患者のケアには適していないということが起こります。

（受診回数が多くなりがちな診療所の医療体制）

協会けんぽの 4 か月間のデータで、二次医療圏間で一人当たりの外来医療費の最小と最大の差を調べました。高血圧では診療所で 3 万 3,000 円、病院で 5 万 5,000 円ですので、1 年で見ると、この差は 3 倍となります。これは年齢や他の疾病等をコントロールした上での違いです。平均処方日数、受診間隔については、診療所は病院より受診間隔が短くなっています。

（医薬品に係る課題）

薬の売り上げ金額の推移を見ると、抗がん剤が一位を占めると思う人が多いかもしれませんが、実は 2011 年まで、一位は、レニン-アンジオテンシン系作動薬（A R B）と言われる降圧薬でした。A R B は、降圧薬の中では非常に高価なものなので、他の国では降圧薬のうち、1、2 割程度です。ところが、日本では圧倒的に A R B が多く、8 割程度となっています。ただ、最近では、A R B など降圧薬の伸び率は減ってきています。代わって増えてきているのは、糖尿病治療薬、抗血栓症薬、免疫抑制剤などです。日本では、新薬が出ると、そちらにシフトする傾向があり、医療費を抑えるためにジェネリックを増やせばよいとよく言われますが、ジェネリックにするだけが解決策ではないように思います。

糖尿病は、悪化して透析が必要になったりすると非常にお金が掛かるので、糖尿病を防いで医療費を抑制しようという活動が最近盛んになっています。生活改善の提言・助言はよいと思いますが、日本では、検査をして糖尿病が分かると必要以上に非常に高い薬を出され、結局、医療費が増えてくるのではないかと思います。

たまたまNHKの「きょうの健康」というテキストを読んで驚いたことがあります。この時は糖尿病の特集でしたが、DPP-4阻害薬やSGLT2阻害薬など、非常に高価な新薬ばかりが紹介されていました。公共放送が発信する情報ですので、国民への影響が大きいと心配になりました。

（医療分野における規制改革の難しさ）

農業と医療は、二つの岩盤の分野などと言われていますが、医学部や大学病院の仕組みに改革の難しさがあると思います。「医学部を増やすことでロースクールのように競争させ、質の低い学部を退室させる仕組みにしなければならない、そのために医学部を増やそう」という議論もありますが、医師の場合は、弁護士とは異なり、市場での競争はなく、ほとんど診療報酬で支払われています。

また、日本では、医学部だけが独立しているのではなく、付属の大学病院がの存在があります。大学病院は地域医療に組み込まれています。今の状況で医学部が競争をすることで、「医学」は良くなるかもしれませんが、「医療」は多分良くなりません。特に日本の「医学研究」は遺伝子、DNAなどの基礎基礎の研究が特に重視され、プライマリ・ケア（地域医療）の研究は軽視されています。

（医療サービス提供の仕組み）

私たちの医療や健康問題の8割～9割はプライマリ・ケアの問題だと言われています。二次医療とは、プライマリ・ケアで解決できないが、三次医療、つまり大学病院に行くほどではないもので、盲腸や白内障の手術などです。二次医療ではカバーできない問題を持った患者は、三次医療の大学病院などに行くことになります。ところが、日本では、軽症なのに大学病院に行ったり、大学病院に行くべき人が中小病院に来てしまったりということが頻繁に起きています。プライマリ・ケアは、主に診療所で、医師だけではなく看護師、理学療法士、薬剤師などを含めたチーム医療で対応されます。日本の特徴は、医療の現場において、医師の権限が非常に強いことです。

オランダやイギリスでは、看護師が家庭医（GP）と同じ行為をした場合には同じような診療報酬が支払われています。オランダは最も効率的な医療制度を持っている国の一つだと思いますが、医療や健康問題の95～96%がプライマリ・ケアの部分で解決し、そこで使っている医療費は5～6%だと言われています。残りの95～96%は、三次医療に集中して使っており、国として、ヘルス・

セクターを成長産業として位置づけています。日本では、大学病院などでもプライマリ・ケアを行っているので、専門分野や最先端のことに集中できず、非常に忙しくなります。医療崩壊などと言われるのは、こうした機能分化ができていないことにも大きな理由があると思います。タイも日本と同じような病院中心の制度でしたが、現在、プライマリ・ケアをより重視した制度に移行しようとしています。日本政府は、皆保険制度を海外に輸出すると言いますが、実はアジアの国では、日本よりも先に改革を進めている国が結構多いのではないかと思います。

（プライマリ・ケアの思想的背景）

1978 年、プライマリ・ヘルス・ケアに関するWHOの会議でアルマ・アタ宣言が採択されました。これは、「すべての人々に健康を」というWHOの提言であり、これを基に医療政策を作ってきている国は多くあります。

それから 30 年後、WHOが報告書を出しました。この 2008 年の報告書は、日本のマスコミは取り上げませんが、オランダやオーストラリアなど、海外の医療政策関係者の話でよく出てきます。アルマ・アタ宣言から 30 年を経て、医療制度がどうなったかという報告書で、病院中心主義を批判しています。この報告書によれば、「20 世紀を通して、病院やテクノロジーが進歩し、専門分野が分科し、世界中の医療制度に浸透していった」とされ、技術進歩それ自体は良いことだろうと思うのですが、「病院や（臓器別の）専門分野に特化した医療というものは、非効率性と不平等の大きな要因（major source of inefficiency and inequality）となっている」と指摘しています。公平性の高い医療制度を実現するためには、病院中心主義からプライマリ・ケア中心にすることが必要だと言っているのです。

（アンガス・ディートンの主張）

アンガス・ディートンは、2015 年にノーベル経済学賞を取ったプリンストン大学の経済学者ですが、2014 年の著作（『大脱出：健康、お金、格差の起源』）で、まさに私が言いたいことを述べているので、簡単に紹介します。

「1978 年の有名なアルマ・アタ宣言は、『すべての人々に健康を』ということで、プライマリ・ケアの重要性を訴えた」。プライマリには、一次や初期という意味だけでなく、重要やメインという意味があります。「アメリカの医療制度の特徴の一つが、イノベーションは非常に早く導入される傾向があつて、中には効果が疑わしいものも数多く含まれる。」

「イギリスには政府が管理をする資金の限られた国民医療サービスがあつて、医療革新の導入はもっと遅いし慎重だ。1999年にはNICE（国立医療技術評価機構）という医療の費用対効果分析をする機関が世界で初めて導入され、今、世界各国に広がっている。」そのNICEは「製薬業界や医療機器メーカーから強い反発を受けている。ある不利な決定を受けて少なくとも一社の製薬会社がイギリスから撤退すると脅しをかけたが、ブレア首相が一步も引かなかった。」

所得と健康は、私たちが生きていく上で重要な要素の一つであり、際限なく増えていく医療費によって脅かされることがないように、NICEのような機関が、単に効率化や合理化のためではなく、費用対効果分析に基づき、質を落とすことなく医療費を削減することが重要になります。

3. 日本の医療制度改革に向けての提言

（費用対効果分析の重要性）

提言としては、医薬品や医療機器の費用対効果分析をする。また、診療ガイドラインの導入時に、薬の有効性ととともに、費用対効果を重視する視点が必要です。

治療の品質のばらつきについては、専門医研修が日本では努力義務で、必修ではないということがあります。これは自由標榜制と言われるものですが、専門医研修は必修化するべきであろうと思います。必修化は、2017年度から始まる予定でしたが、既に1年延期されています。「大きな病院に行かないと専門医研修ができないため、地域に医者がいなくなる」という反対意見もあります。大学病院の仕組みをどうするかは議論すべきですが、それが専門医研修を行わないことには結びつかないと思います。国民が質を担保された医療を受けるためにも、専門医研修制度不可欠と思います。

2018年度には19番目の基本領域として、「総合診療専門医」が導入されることになっています。総合診療専門医とは、世界的には家庭医（family physician）やGPと言われるプライマリ・ケアの専門医です。高いコスト意識をもって、優れた費用対効果を目指します。

（病院・病床の再編の必要性）

二つ目の提言として、病院・病床の再編は必要です。病院の再編と言うと、要介護度の高い人を家族が疲弊しながら自宅介護するイメージと重なるかもしれませんが、高齢者の場合は入院することで、ますます医療・介護が必要になったり、認知症が進んだりということがあります。

また、質の担保された専門医研修の必修化、特にプライマリ・ケアの専門医は重要です。「プライマリ・ケアは離島や僻地に必要だが都市部には要らない」と言う人もいますが、都市部にも必要だと思います。

（健全な財政運営を義務づける法的枠組み）

費用対効果分析は、これから進むと思いますが、医療制度の議論だけをしていても、なかなか改革はできません。イギリスは費用対効果を進めている国の一つですが、独立した財政機関があります。日本では概算要求基準（シーリング）がありますが、一般会計の当初予算を対象としており、例外も多いです。また、補正予算や特別会計により、個々の政策の有効性が低くても予算が付き、歳出が非常に膨れやすい構造になっているいます。しっかりした検証をして、これまで予算が厳しすぎたところに予算を付けるのであれば良いのですが、日本では、政府や国会から独立した財政機関や拘束力のある支出ルールといった、財政運営を規律する法的枠組みがありません。そのため、医療制度だけの議論で、いくら費用対効果が重要だと話していても、解決できない点も多いのではないかと危惧しています。

○神田 どうもありがとうございました。これより、質問の時間とさせていただきます。

まずは、私から一つ、安倍内閣の政策に対する評価について質問させていただきます。2012年から社会保障・税一体改革が始まり、2013年12月には社会保障改革プログラム法が施行されました。こうした改革の流れに沿う形で、安倍内閣は経済・財政一体改革を推進しています。先生のお話に関連するところでは、2016年度診療報酬改定で「かかりつけ医」の報酬が上げられたことや、2016年12月に薬価制度の抜本改革が決定されたことが挙げられます。さらに、医療の提供体制についてもさまざまな改革が進められています。井伊先生は、こうした改革についてどのようにお考えでしょうか。改革がまだまだ足りないという御指摘がありましたが、その辺りをぜひ御説明いただければと思います。

○井伊 日本のかかりつけ医は、自己申告制のため、教育や研修を受けていなくても「かかりつけ医」と名乗れるので、費用対効果には結びつかないのではないのでしょうか。オーストラリアは、日本と同じようにフリーアクセスなので、地域住民は病院に行こうと思えば行けますが、プライマリ・ケアや家庭医のレベルが高いので、ほとんどの人は、最初に病院には行かないで、自分のかかり

つけ医（家庭医）を受診します。日本の場合は、病院の方がレベルが高いであろうということで、高いお金を払っても病院に行こうとする人がいます。医療の質を担保せず、お金だけで誘導しようとする、お金がある人は良い医療を受けられるが、そうでない人は低い医療に甘んじるということも起こりかねません。医療の質の担保なしに、財政や診療報酬だけで行動を変ようとしても、限界があるのではと思います。

○質問者 1 私は普段、財政分野を担当しており、財政の方から医療・介護を見ているのですが、医療制度の改正になると、ミクロの個人に関わる問題ということで、財政学者の言う財政の立場や観点からの必要性和、ミクロでの利害関係、医療が問題ですから生命に関する利害関係が対立する構図になっているような気がします。寿命が延びている中で、例えば、がんを治療できたとしても、何らかの慢性疾患になって、そちらの方にコストが掛かかってしまうというような場合、ミクロで見れば当然処置しなければならないのですが、これはマクロで見れば費用になっていきます。そういう中で、多くの日本国民は、ミクロの個人として考えると、高価な薬が良い薬であるということで、今ある良い薬を、軽度な慢性疾患にも使うことを継続してしまい、そのため、今後は財政的により厳しい状況になっていくのではないかと考えています。これに対し、どういう対策を講じ得るのか、日本国民の性質との関係で、お話をいただければと思います。

○井伊 イギリスでは、費用対効果の指標としてクオリー（QALY）を定義していますが、日本でも何らかの形で費用対効果を考えなければならないと思います。

○質問者 1 拡大解釈かと思いますが、費用対効果という場合、多くの人は、それを延命されることの効果として考えているところもあるように思います。マクロで見た本来の費用対効果と、人々がミクロで捉えている費用対効果のギャップを縮めていく必要があるのではないのでしょうか。

○井伊 ギャップとは、政策としてはそうなっているとしても、自分の立場になつたらどうかということだと思います。

日本で費用対効果の議論をするときには、非常に稀な疾患や、それほど事例のない疾患について議論をしてしまっていますが、まずは、糖尿病や高血圧のよう

に、薬の他に運動や食べ物など代替的な介入の仕方のあるもので議論すべきではないかと思います。イギリスでは、がん治療や抗がん剤でも、認められたものは自己負担はほぼ無料です。その代わり、糖尿病や高血圧の治療では徹底的に費用対効果を重視しています。日本人から見ると、風邪を引いても抗生物質を出してくれないなど、不満の多い医療かもしれませんが、費用対効果を徹底しているから、必要の場合は抗がん剤でも無料（もしくは低価格）で出してくれます。だから費用対効果の分析が重要なのです。

日本の医療制度で最も欠けているのは、基本的にはパブリック・マネーで賄われていると意識することがほとんどないことです。公共性が高いサービスとして、保険料や税金を、どのように無駄なく使うかを議論せざるを得ないのだと思います。医療の多くはパブリック・マネーでファイナンスされている以上、そこはやはり議論せざるを得ないということだと思います。

○質問者 2 二つの点につき、伺います。一つは、数年前に地域医療介護総合確保基金というものが各都道府県で設けられ、それは、基金により医療提供体制の再編を促すということですが、この基金の効果について、先生はどのように考えているのかということです。

もう一つは、医療や介護の負担増、あるいは給付減に関して合意をどのように調達するのかということです。冒頭でコーディネーターから政治の安定が必要という話がありましたが、実際には、参議院選挙が3年に1回あり、衆議院の任期が平均2～3年とすれば、その間に衆議院選挙も入り、加えて都議選や地方選も入ってきます。そういう中で、選挙にあまり影響されずに負担増や給付減を政府として提案できる機会は、ほとんどないように思われます。2017年は参院選の次の年で、そうしたこともチャンスかとも思いましたが、昨年末の医療保険や介護保険の改革の議論のときに解散風が吹いた影響があって、提案もややマイルドになっているような感覚を受けています。また、安倍政権は支持率も安定していますが、逆に言うと、利害関係者が固定してきているというような、そういう難しさもあると思っています。このような中で、どのように給付減、負担増の合意を調達していくのか、御提言の中で、政府や国会から独立した機関の設立などもありましたが、最終的には政治の場で決定していかなければいけないという中で、こういった手法が有効とお考えなのか、見解を伺いたいと思います。

○井伊 基金については、都道府県の中には評価できるところもあるかもしれ

ませんが、全体的にどうであったかについては、私自身、それほど注視してはいませんでした。日本の場合、そういう制度の評価をしないことが問題点としてあるのですが、この基金に関しては、有識者が評価をして全国を回ったという話も聞いていますので、そのうち何かの評価が出てくるのかもしれませんが。

二点目については、日本は選挙が他の国に比べて非常に多いので、その影響も大きいと思います。提言として掲げた法的枠組みや機関も必要ですが、国民への教育も重要だろうと思います。日本人は国民性として病院や医療機関が好きなのかというと、そういうことはなく、制度が人々の行動を作ってきたということもあると思います。日本の地域医療の現場を見ると、例えば、町に小さい病院があつて、しかし、その町の住民は、車で15分程度の隣の大きな病院に通っていたりしますが、自分たちの町の病院が無くなるというと大騒ぎします。その時に、病院が要るか要らないかを尋ねると、誰もが、無いよりも有る方が良いので、要ると答えます。ただ、例えば地方税を倍にしても病院は残しますか、病院は無くしますが地方税は増やさず今までどおり隣の大きな病院に行きますか、という政策の選択肢の議論はしません。このような財源と結びつけた選択肢があれば、皆が考えて、高齢者や車を運転できない人も多いし、地方税を倍にしてもよいので病院は欲しいという考えが出てくるのかもしれませんが。地域医療は、そういう民主主義を練習する良い機会だと思うのですが、そうしたことがないのが問題かと思っています。

国政については、参議院議員や衆議院議員は職業政治家でなければいけないと思いますが、地方議会は、サラリーマンのような普通の人たちが平日の夜や週末に参加できるようになるとよいと思います。「保育園を作るのであれば、住民税を上げてよい」、「こんな無駄なことことはやめて住民税を下げて欲しい」など議論できる仕組みになればと思います。理想かもしれませんが、「費用と負担がはっきり分かるような仕組みにして欲しい」と住民が声を出すことで、税制の仕組みを変えることも可能かもしれません。費用対効果についても、そういう形で国民が考えていくようなことがないと、難しいのではないかと、また、政治を変えるとは、こういうことではないでしょうか。

○神田 最後に、私から二点、質問をさせていただきたいと思います。一つは、パブリック・マネーで多くが賄われている医療保険制度ですが、利用者からすると、それに対する意識は必ずしも高くなく、病気にかかればすぐ病院に、診療所よりも大病院に行ってしまうところがあります。そのため、供給側と同時に、需要側の行動を変えることも重要だと思います。経済学的には、インセン

タイプをどう設計するのかということになりますが、例えば、軽い病気の自己負担割合を引き上げる一方、重い病気の自己負担割合は引き下げるといった制度設計や、ドラッグストアでも購入できる薬であれば、病院で処方されたとしても 100%自分で負担するといった形で価格意識を高めることが考えられます。この点について御意見をいただければと思います。

もう一つ、医療費抑制の課題として、「医療は費用の多寡よりも人を助けることが重要」という意見がある一方、「パブリック・マネーで費用の多くが賄われている以上、制度の持続性を確保するためにも重点化や適正化、効率化を進めなければならない」という公的要請があります。両者を結ぶ一つのツールとしては、客観的なデータを示すことだと思います。誰でも分かるようなデータが示されれば、非合理や非効率がどこにあるのか分かるようになり、改革が進みやすくなると思いますが、現実では改革がなかなか進んでおりません。その要因はどのようなところにあるとお考えでしょうか。

○井伊 疾患が軽いか重いか、例えば、小さい赤ちゃんが高熱を出した時、1日放っておいても良いのか、放っておくと悪くなるのかはほとんどのお母さんには分かりません。そこで気軽に医者や看護師などに相談できるのは、非常に良い制度だと思います。本来であれば診療所、かかりつけ医の役割なので、まずは診療所の質を良くすることです。診療所の質を良くするには、専門医制度を導入し、3年から4年の専門トレーニングを受けて総合診療専門医の資格を持った人でなければ診療所を開けないようにすることです。そうすると、確実に診療所の質は良くなり、患者の多くが病院ではなく診療所に行くようになると思います。医師への支払い方式も、出来高払いだけでなく、人頭払いや成果払いなどを上手に組み合わせることで、予防をするインセンティブを医療者側に持たせることが重要です。また、イギリスのように厳格に、最初は診療所にしか行けない制度にするのではなく、オーストラリアのように緩やかに、自由に選ばせるのでもよいと思います。高い値段を払って病院に行きたいという人は病院に行けば良いのです。これからは、4～5人の総合診療専門医が集まって、グループ・プラクティスで働く診療所が増えると思います。

課題は、国民への衆知です。NHKで『総合診療医ドクターG』という番組があり、総合診療専門医の存在を広く国民に知ってもらうには良い番組だと思います。問題は、非常に珍しい疾患を取り上げ、病名を当てる推理クイズのようになっていることです。総合診療専門医（かかりつけ医）とは、患者と長く付き合って、よくある疾患、よくある症状を治すというものです。

客観的なデータについては、D P C（包括医療費支払い制度）の下での入院医療のデータ分析は、比較的容易にできます。例えば、入院して、胃がんで手術して、こういうお金をこれだけ使って、こういうふうに治りましたなど、分析結果を出しやすいです。D P CはI C D 10 という死亡統計を基にしており、生死に直接関わる疾患にはふさわしいコードです。一方、地域医療では、初期症状だったり病状が未分化だったりして入院医療のような疾病分類が難しい場合がほとんどです。

オランダでは、70 年代から、全ての地域住民のデータが蓄積されています。例えば、10 代の時によく頭痛で受診した人が将来どういう病気になったか、本当に脳の疾患に結びついたのか、10 代の時の症状が 30 代、40 代にはどうなったかなど、電子化する前から、70 年代からデータの蓄積があります。それは、生まれた時から死ぬまで地域住民の健康に責任をもつかかりつけ医（家庭医）の制度があり、プライマリ・ケアに適した統計分類のコードがあるからです。

日本でも数少ないですが、総合診療専門医を育てる仕組みを作っている大学や地域があり、過疎地でも若い研修医が集まります。一方で残念なことに自治医大などは、地域医療の研修プログラム（総合診療専門医になるためのトレーニング）もなく卒業後（時には一人で）僻地に 9 年間行くことが義務付けられているだけです。これでは、地域医療の専門家になることは難しく、地域で働く喜びややりがいも感じにくいでしょう。

日本では、大学病院に残らないと研究できない場合が多いですが、カナダ、オーストラリア、オランダやデンマークを始め多くの国々では、大学教授が地域の診療所で地域住民を診療をしながら論文を書いたり、若い医師や医学部生を教育したりしています。そこでの研究成果が診療ガイドラインに活かされたりと地域医療の質の向上に貢献する仕組みにもなっています。

○神田　さまざまな観点から医療介護の提供体制についての深いお話をいただきました。どうもありがとうございました。（拍手）

医療・介護制度改革の課題

「2025年を見据えた医療・介護制度の在り方」

参議院事務局

2017年1月24日

一橋大学 国際・公共政策大学院

井伊雅子

masako@econ.hit-u.ac.jp

増える続ける医療・介護費のために 予防の重要性が言われるが、、、

予防医療の推進

- 社員を対象にがん検診費用 一部補助
- 自治体 がん検診の受診率の目標設定
「50%以上に」など
- 健康診断を徹底し、早い段階から保健指導を。健康維持に取り組んできた人が病気になった場合は、自己負担を低くすることで、自助を促すインセンティブを強化。
- 遺伝子審査も価格はかなり下がってきている。予防市場を成長させるためには行動変容を促すために、インセンティブが必要。

増える結果、医療費のために
予防の

予防医療の

- ・ 社員を対象
- ・ 自治体 力
「50%以
- ・ 健康診断を
健康維持に
自己負担を
づを強化。
- ・ 遺伝子審
市場を成
インセンテ



助
定

健康指導を。健
なった場合は、
すインセンティ

きている。予防
を促すために、

このようなニュースを目にすることが
あります。

「国立がん研究センターが7月に公表した5年生
存率は62%に達した。

医療の進歩により治癒の目安となる「5年生存
率」(診断から5年生きる割合)は上がってい
る。」

???

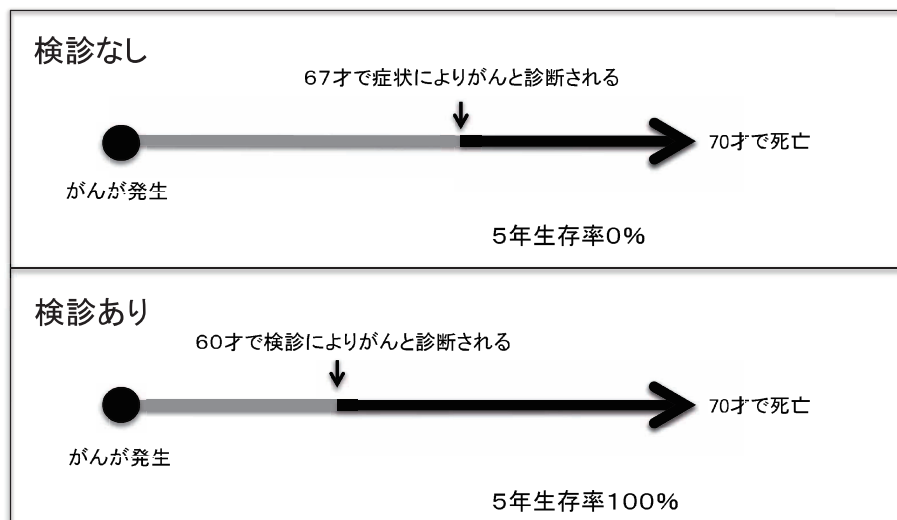
最近話題の論文の紹介

- Why cancer screening has never been shown to “save lives” – and what we can do about it

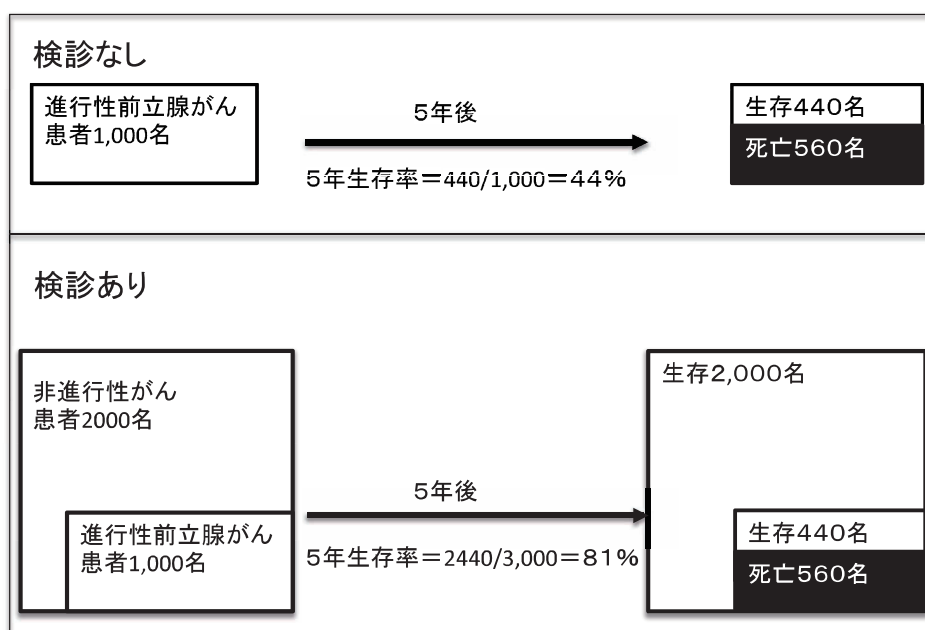
BMJ (British Medical Journal) January 2016

元NY市長 ジュリアーニ 2007年の大統領選で

「私は5,6年前に前立腺がんになりました。おかげさまで私は治りましたが、アメリカで私が前立腺がんを生き延びる確率は？82パーセントです。イギリスではどうか？ 社会主義的医療のもとでは、たったの44パーセントです」



出典：Gigerenzer (2014) *Risk Savvy:How to Make Good Decisions*



出典：Gigerenzer (2014) *Risk Savvy:How to Make Good Decisions*

早期発見と予防は違う

検診で乳がんや前立腺がんの発生率は下がらない。

検診を受けてもがんにかかる確率は下がらない。さらに、検診を何回も受ければ病気が治ると勘違いしている人も多い。

がん検診の中ではメリットよりもデメリットの大きいものがある。

乳がんの早期発見のために、特定の年齢に達した女性は自覚症状がなくても定期的に検診を受けるように勧められる

- ・ 症状のない50歳の女性がマンモグラフィーによる定期検査を受けたところ、陽性判定。
- ・ 女性の1人が乳がんである確率(有病率)は1%。また乳がんであれば、検査結果が陽性になる確率(感度)は90%。乳がんでなくても、陽性と出る確率(偽陽性)は9%。
- ・ 実際に乳がんにかかっている確率はどのくらいか。

マモグラフィーのコスト

1. 偽陽性(乳がんでないのに検査で陽性とする)のコスト。女性の2人に1人は(10回の検査で)1回以上偽陽性を経験し、その診断と治療の結果、乳房組織の摘出や不安の増大といった身体的、心理的な損傷を負う可能性がある。
2. 非進行性乳がん(あるいは進行の遅い乳がん)の大半は、検診を受けなければがんになっていても生涯異常細胞に気づかない。
3. 乳がんでなかった1万人の女性のうちほぼ2人から4人は、放射線で引き起こされる乳がんになり、そのうち1人は死亡する。

医師は最善の治療してくれるのか？

多くの医師が、患者に害を与えるリスクを冒してでも、不必要な検査や薬や手術を指示するしかない、と感じている。

なぜ過剰医療は起きるのか

Defensive medicine(防衛的医療、保身的医療)

主として訴訟に対する恐れから、臨床的に必要でなく、場合によっては患者に害を与える可能性もある検査や治療を医師が指示する。

不必要な検査として最もよく行われるのは、
CT, MRI,レントゲン

過少医療の問題も

高リスクの手術、分娩、高リスクの治療を避ける医師も少なからずいる。

医師と患者は同じ目標を共有していない

- 訴訟を起こすことで、患者が保身的医療を生み出している場合もある。
- 我々は何ができるか。
- 情報はあればあるほど良いのか？

出生前検診

- 40歳の妊婦が陽性と判定された。
- 胎児の約1%がダウン症候群。胎児がダウン症候群の場合、検査で陽性と判定される確率は90%。胎児がダウン症候群でない場合、検査で陽性と判定される確率は5%。
- 実際に胎児がダウン症候群にかかっている確率は？

技術進歩で不確実性は減るのか？

- 遺伝子検査も確実ではない。
- 陽性判定が大幅に増えるかもしれないが、偽陽性の判定も増えるだろう。
- 出生前検診の結果、子供との間で精神的な関係を損ねる結果になるかもしれない。

新生児検診で偽陽性の判定を受けた子供の親と、正常と判定された子供の親を比較

偽陽性の判定を受けた子供に 何が起きたか？

- 偽陽性の判定を受けた母親は我が子に何か異常があるのではと不安に思い、子供がそれを察知して、子供の半数が、検査の4年後に不安行動を起こしていた。
- つまり、親の不安が自己実現的に成就。
- 検査の誤判定について、親が知らされていれば、親のストレスは大幅に減少

医師も検査結果を正しく理解し、
親に伝える訓練は受けていない場合が多い

- 出生前診断や遺伝子検査の技術進歩には、多くの資源が(企業などが率先して)投入。
- しかし、医師や患者がそうした検査を理解するための資源(医学教育を始め)はとても少ない。
- 検査後だけでなく、検査を受けるか受けないかのカウンセリングもない。

情報は多ければ多いほど良いのか？

より良い医療はお金がかかる？ 医療費高騰化のため合理化をしないとならない？

医師と患者のリスクリテラシーを高めれば、少ない費用でより良い医療が受けられる。

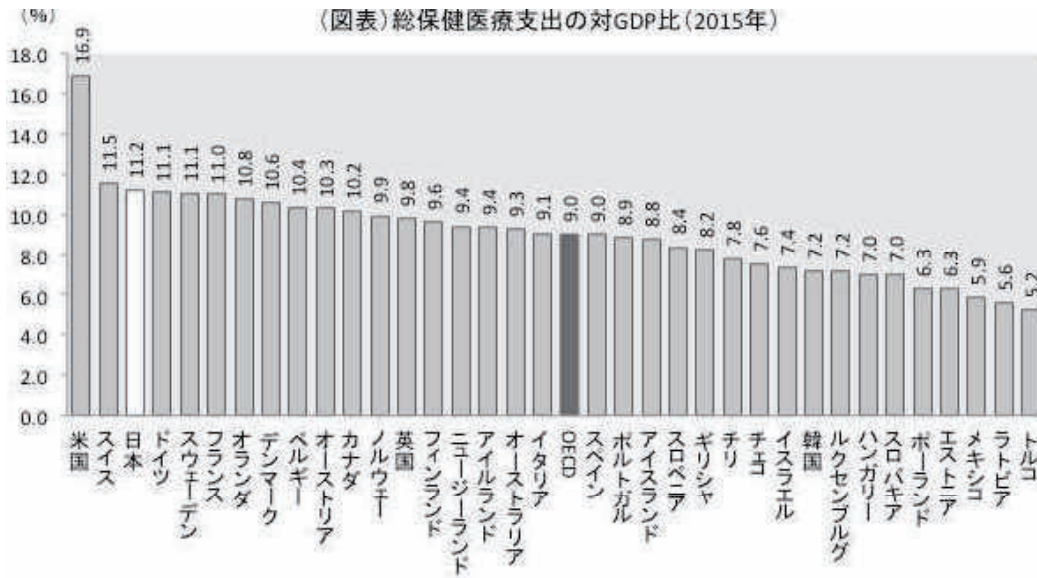
不確実性のもとで、賢い意思決定のためには、情報は多ければ多いほど良いわけでない。

日本の医療制度の特徴

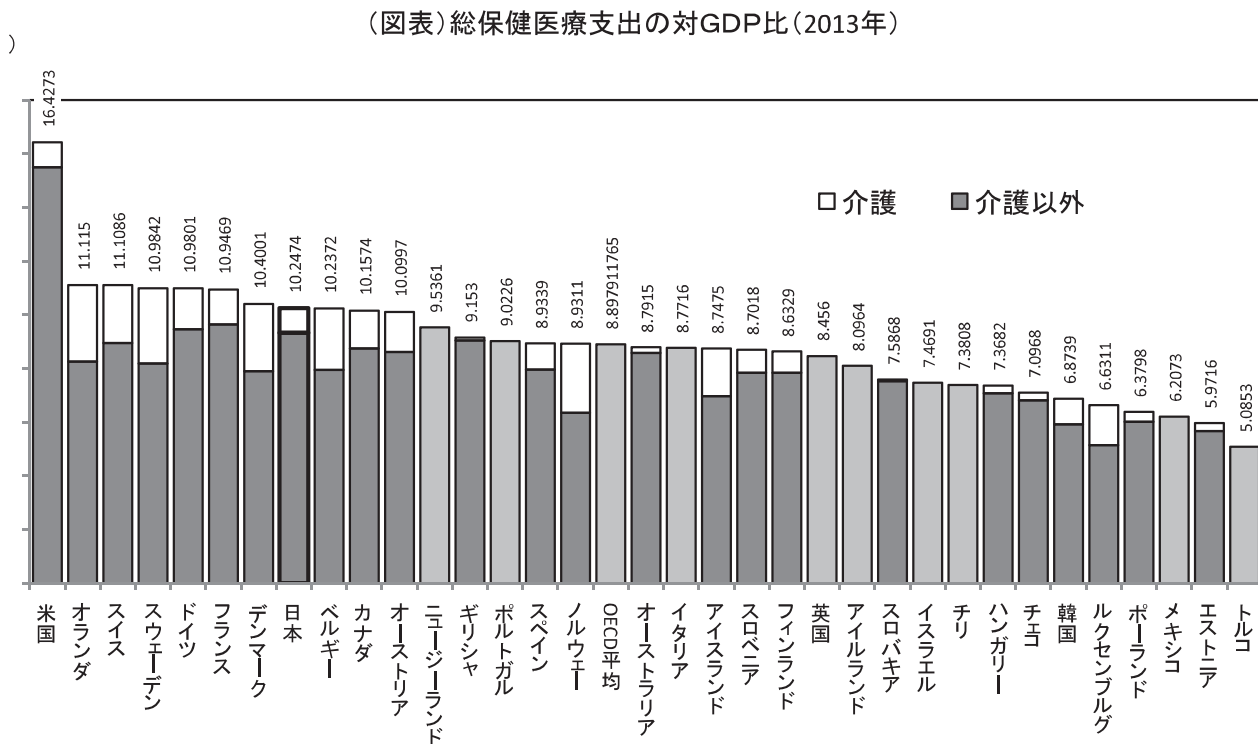
- 1.日本の医療制度は世界に類を見ない自由放任主義的な医療提供体制
→ 供給が需要を生んでいる。
- 2.日本は医療の現場でどのような診療をするのか、医師の裁量に任されている。
- 3.日本の医師は質の担保された専門分野の研修を受けなくても診療することが許されているため、診療の質にはばらつきがある。
→ 通常、質の低い方に偏る
→ 不必要な検査・処方を自ら制限する能力の欠如
→ 標準化を促す制度的な枠組みも乏しい

日本の医療制度に対する評価

- 乳幼児死亡率・平均余命などの指標は世界最高水準
- WHO World Health Report 2000で、総合ランキング世界一(以来マスコミ等で大きく報道)
→ 医療制度に関するランキングは10位
- GDPに占める医療費の割合は低いと云われている → ? 過少推計の問題



(資料) OECD Health Statistics 2016より日本総研西沢和彦氏作成



(資料) OECD.Statより日本総合研究所西沢和彦氏作成

※1) *を付した国は2012年のデータ。

※2) 保健医療提供機関の資本形成は含んでいない。

※3) HC.3はLong-term care (Health) であり、概ね介護に相当。日本の2013年のHC.3の数値は未公表のため、2012年の公表値を用いた。

※4) ニュージーランド、イタリアなど内訳未公表の国がある。

日本は「低医療費国家」か

OECDのhealth dataを読む時の注意：
日本の「総医療費（総保健医療支出）」には
医療費や介護費の一部しか含まれていない

歯科医療は、公的保険の対象分のみ
資本形成の推計法などにも問題点
地方自治体の行っている公衆衛生や保健サービス
（西沢和彦氏 JRIレビュー 2016年）、
地域医療再生基金のような補助金が反映されていない

25

総保健医療支出(health expenditure)における 日本の介護費用は過少推計の可能性

[OECD Guidelines for Estimating Long-term Care Expenditure in the
Joint 2006 SHA Data Questionnaire]

“介護費用の推計は国によって異なるため、総保健医療
支出は10%前後までの誤差を起こす可能性がある”

日本の介護費用の推計の問題点：

（西沢和彦氏 JRI レビュー 2015年）

日本の9兆円の介護費用は、6兆円の居宅サービス、3兆円の施設サービスに分かれる。6兆円の居宅サービスのほとんど、および、施設の約半分の特別養護老人ホームは、総保健医療支出に計上されていない。ちなみに、居宅のうち計上されているのは、

訪問看護と介護療養病床・老健のショートステイ。

（2012年：5兆7,649億円，対GDP比1.22%）



日本の医療の質を改善するための提言

1. 医療の質の管理と提供の全般的に強化する
2. プライマリ・ケアの明確な専門分野を確立する
3. 病院部門における質の監視と改善を向上させる
4. 質の高い精神医療を確保するよう努力する

[OECD Reviews of Health Care Quality: Japan – Assessment and Recommendations (2014)]

日本の医療制度の特徴

- 1.日本の医療制度は世界に類を見ない自由放任主義的な医療提供体制

→ 供給が需要を生んでいる。

後期高齢者の医療費分析

予防可能で高度医療の必要はない病気が上位を占めている。高度医療機関が多い地域では一人当たりの入院医療費が高く、高度医療機関がない地域は一人当たりの入院医療費が安くなっている

日本の医療制度の特徴

- 2.日本は医療の現場でどのような診療をするのか、
医師の裁量に任されている。
- 3.日本の医師は質の担保された専門分野の研修
を受けなくても診療することが許されているため、
診療の質にばらつきがある。
 - 通常、質の低い方に偏る
 - unnecessary 検査・処方 を自ら制限する能力の欠如
 - 標準化を促す制度的な枠組みも乏しい

どのくらい医師の裁量に任されているのか、、、

(フィナンシャル・レビュー 井伊・関本論文 表19 (41ページ))

平成25年4月から7月の4か月間

二次医療圏間

一人当たり外来医療費の最小値と最大値の差

高血圧:診療所で33,000円、病院で55,000円

糖尿病:診療所で40,200円、病院で72,200円

平均処方日数/受診間隔(分散)は、

高血圧:診療所35.4日(14.4日)、病院52.4日(21.6日)

糖尿病:診療所33.9日(12.9日)、病院47.9日(19日)

自己負担率
の増加

保険料の引き上げ

受診時定額負担

日本の医療制度改革の特徴

財源の話が主（財政のつじつま合わせ）

医薬品
の患者
負担の
見直し

国保組合の国庫補助
の見直し



後発医薬品
の更なる
使用促進

高齢者医療制度
の見直し

混合診療？

株式会社の
の参入？

糖尿病防ぎ医療費抑制

首領の自治体出身の幹部が、東京都足立区瑞玉町にある調剤薬局に、調剤の簡易検査を受け、処方された薬を飲む。横ばい病の悪化で人工透析治療を受けている、高血圧の患者が、生活習慣の改善に努める。高血圧の悪化で人工透析治療を受けている、高血圧の患者が、生活習慣の改善に努める。高血圧の悪化で人工透析治療を受けている、高血圧の患者が、生活習慣の改善に努める。

足立区 薬局で簡易検査
横浜市 生活改善へ助言

埼玉県行田市の簡易検査は1カ月間で約100人が利用（行田市内の薬局）

[illegible]

同区は東京23区の中でも糖尿病関連の医療費が清水区で推定している11.2自治体の計約20%局で行い、2000人規模の検査を想定している。

[illegible]

1都3県の慢性透析患者数は増加傾向

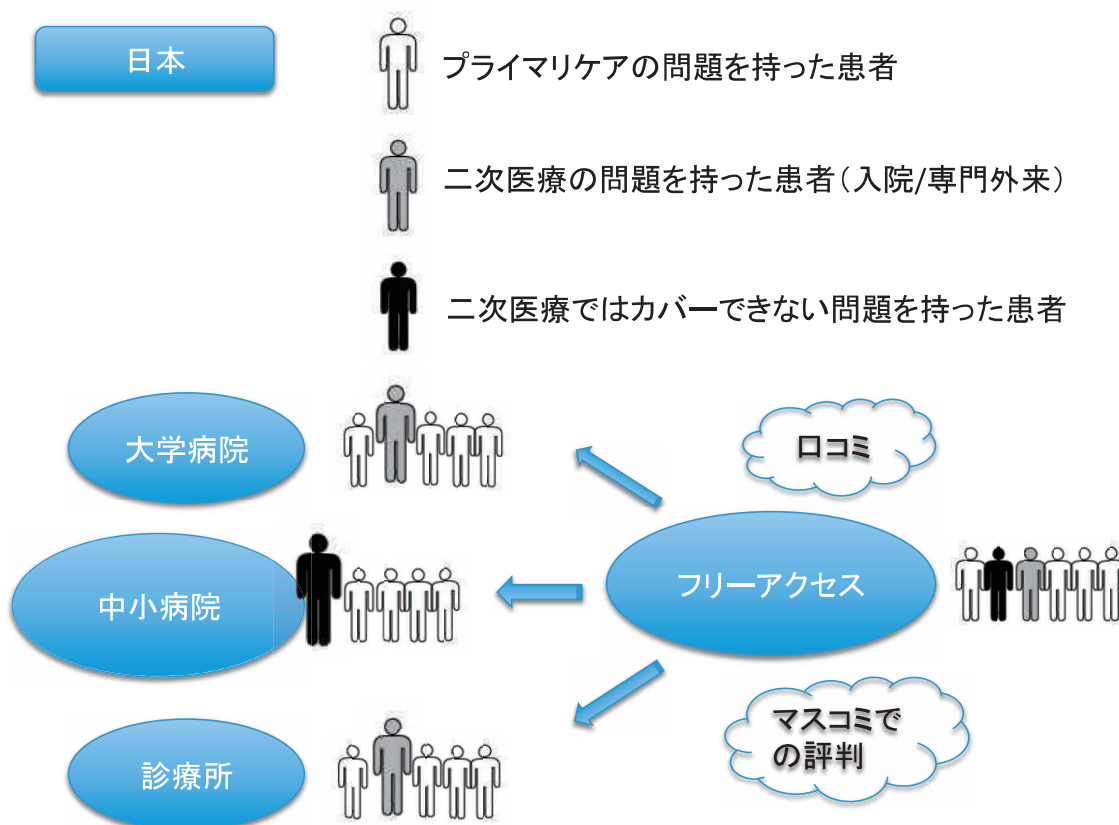
Year	Number of Patients (万人)
2009年末	7.25
10	7.5
11	7.65
12	7.8
13	8.0

(注)日本透析医学会の資料から作成

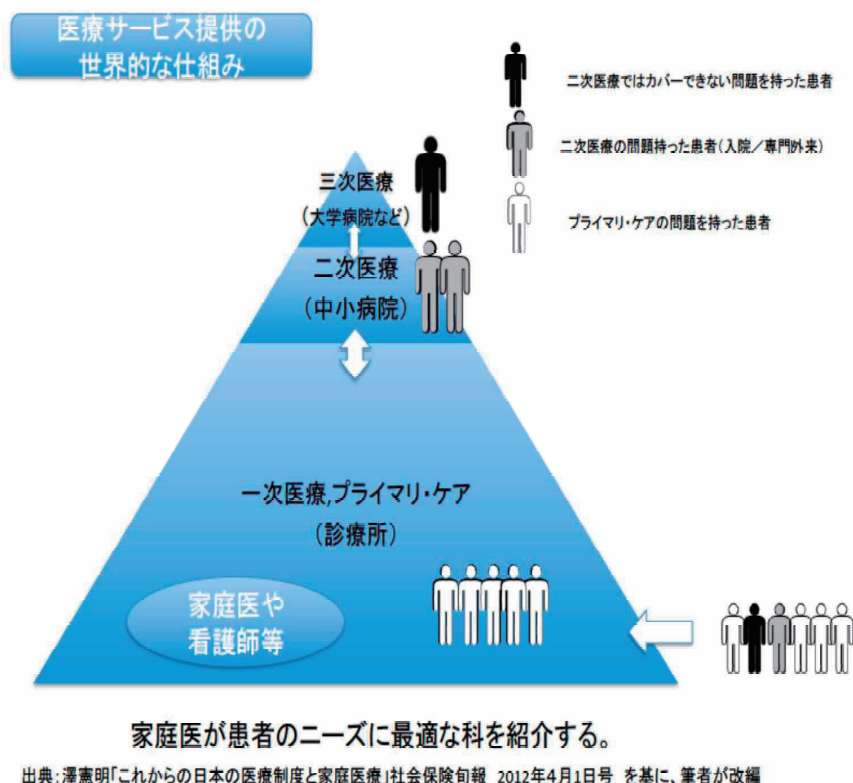
掲載日 2015年5月12日 日本経済新聞 朝刊 31ページ ©日本経済新聞社 無断複製転載を禁じます

NHKテレビテキスト「きょうの健康」

2型糖尿病の新しい治療薬					
分類名	一般名	製品名	通常の用法	発売時期	特徴
DPP-4阻害薬	シタグリブチン	グラクティブ、ジャヌビア	1日1回服用	2009年12月	主に腎排泄
	ビルダグリブチン	エクア	1日2回服用	2010年4月	全身で分解
	アログリブチン	ネシーノ	1日1回服用	2010年6月	主に腎排泄
	リナグリブチン	トラゼンタ	1日1回服用	2011年9月	主に便中排泄
	テネリグリブチン	テネリア	1日1回服用	2012年9月	肝・腎代謝、腎排泄
	アナグリブチン	スイニー	1日2回服用	2012年11月	主に腎排泄
	サキサグリブチン	オングリザ	1日1回服用	2013年7月	主に腎排泄
SGLT2阻害薬	イブラグリフロジン	スーグラ	1日1回服用	2014年4月	発売から1年間は、一度に2週間分までしか処方できない
	ダバグリフロジン	フォシーガ	1日1回服用	2014年5月	
	ルセオグリフロジン	ルセフィ	1日1回服用	2014年5月	
	トホグリフロジン	アブルウェイ、デベルザ	1日1回服用	2014年5月	
	カナグリフロジン	カナグル	1日1回服用	2014年9月	
	エンバグリフロジン	ジャディアンス	1日1回服用	2015年2月	
配合剤	アログリブチン・ビオグリタゾン	リオベル	1日1回服用	2011年9月	DPP-4阻害薬とチアゾリジン薬を配合
GLP-1受容体作動薬 (GLP-1アナログ)	リラグルチド	ビクトーザ	1日1回注射	2010年6月	単独でも使用可能
	エキセナチド	バイエッタ	1日2回注射	2010年12月	粉末の薬を専用の液に溶いて使う
		ビデュリオン	週1回注射	2013年5月	
	リキシセナチド	リクスミア	1日1回注射	2013年9月	



出典: 澤憲明「これからの日本の医療制度と家庭医療」社会保険旬報 2012年4月1日号



Primary Health Care “Declaration of Alma-Ata”

*International Conference on Primary Health Care
Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*

- Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

Hospital-centrism: health systems built around hospitals and specialists

For most of the 20th century, hospitals, with their technology and sub-specialists have gained a pivotal role in most health systems throughout the world.

Today, the disproportionate focus on hospitals and sub-specialization has become a major source of inefficiency and inequality.

“Primary Health Care: Now More Than Ever”, WHO (2008)

39

Deaton, Angus (2013) “The Great Escape: health, wealth, and the origins of inequality” Princeton University Press

アンガス・ディートン(2014)
『大脱出：健康、お金、格差の起源』 みすず書房

「1978年の有名なアルマ・アタ宣言は、「すべての人々に健康を」届けることの重要性と、それを実現する手段としての一次医療の重要性を訴えた。」

40

アンガス・ディートン(2014)
『大脱出：健康、お金、格差の起源』 みすず書房

「アメリカの医療制度の特徴の一つが、イノベーションが非常に素早く導入される傾向があることだ。効果が疑わしいものも数多く含まれる。

イギリスには政府が管理する資金の限られた国民医療サービスがあって、医療革新の導入はもっと遅いし、慎重だ。今はNICEという組織ができ、新製品や新たな手法を試験して推薦する仕組みがある。」

41

アンガス・ディートン(2014)
『大脱出：健康、お金、格差の起源』 みすず書房

「(NICEは)機関は製薬業界や医療機器メーカーから強い反発を受けている。ある不利な決定を受けて少なくとも一社の製薬会社がイギリスから撤退すると脅しをかけたのだが、当時首相だったトニー・ブレアは一步も引かなかった。」

42

アンガス・ディートン(2014)
『大脱出：健康、お金、格差の起源』 みすず書房

「所得と健康は幸福の最も重要な要素のうちの二つ。
医療サービスが今のように高額だが効果的である
場合、取捨選択が求められる。幸福は全体的
な視野で見る必要がある。そのための意見を総
合的に集めることが出来る何らかのプロセスがな
ければならず、イギリスのNICEのような機関が
まず間違いなく必要だ。制限なく増え続ける医療
費によって脅かされる他の幸福の要素について、
一般市民がもっと広く深く理解することも重要とな
る。」

43

日本の医療の最大の問題点の一つ

治療の品質がばらついている。

その理由は、専門医研修が単なる努力義務で必修でないため。

専門医研修を受けずに専門医療に従事できる
(自由標榜制)

新たな専門医に関する仕組みが 2018年度から始まる予定(すでに1年 延期されている)

- 日本専門医制度評価・認定機構が認定する
18の基本領域の専門医
「総合内科専門医」「精神科専門医」
「産婦人科専門医」「泌尿器科専門医」
「麻酔科専門医」「救急科専門医」「小児科専門医」
「外科専門医」「眼科専門医」「脳神経外科専門医」
「病理専門医」「形成外科専門医」「皮膚科専門医」
「整形外科専門医」「耳鼻咽喉科専門医」
「放射線科専門医」「臨床検査専門医」
「リハビリテーション専門医」

45

2018年度から始まる専門医に関する 仕組み

- 日本専門医機構が認定する
18の基本領域の専門医 19番目の基本領域専門医
「総合内科専門医」「精神科専門医」
「産婦人科専門医」「泌尿器科専門医」
「麻酔科専門医」「救急科専門医」「小児科専門医」
「外科専門医」「眼科専門医」「脳神経外科専門医」
「病理専門医」「形成外科専門医」「皮膚科専門医」
「整形外科専門医」「耳鼻咽喉科専門医」
「放射線科専門医」「臨床検査専門医」
「リハビリテーション専門医」「総合診療専門医」

46

自由標榜制度の見直し

2018年から、新たな専門医制度
認定された後期研修を修了した上で
専門医試験に合格して各科の専門医になる

19番目の専門医「総合診療専門医」
世界では、家庭医(family physician または
general practitioner)と呼ばれているプライマ
リ・ケアの専門医
＜高いコスト意識をもって、優れた費用対効果を目指す＞

47

提言

1. 病院/病床の再編
2. 質の担保された専門医研修の必修化
(プライマリ・ケアの専門医として2018年度から
導入される「総合診療専門医」の役割が特に重
要)

日曜に考える 社会保障改革 実行へ何を

「社会保障は、社会の安全網であり、国民の生活の基盤である。しかし、現在の社会保障制度は、持続可能性に課題を抱えている。これをどう改革していくか、が我々の大きな課題である。」

一橋大学大学院教授 井伊 雅子氏

「社会保障は、社会の安全網であり、国民の生活の基盤である。しかし、現在の社会保障制度は、持続可能性に課題を抱えている。これをどう改革していくか、が我々の大きな課題である。」

「社会保障は、社会の安全網であり、国民の生活の基盤である。しかし、現在の社会保障制度は、持続可能性に課題を抱えている。これをどう改革していくか、が我々の大きな課題である。」



病院再編し医療費抑制

「医療費抑制は、社会保障改革の重要な課題である。病院の再編や効率化を進める必要がある。」



国民の理解あってこそ

「社会保障改革は、国民の理解と協力が不可欠である。透明性の高い説明と対話が必要である。」

田村 憲久氏

「社会保障改革は、国民の理解と協力が不可欠である。透明性の高い説明と対話が必要である。」



負担増 一律ではムリ

「負担増は一律では無理である。世代や所得に応じた負担の公平性を確保する必要がある。」

政策コメンテーター委員会・総会

2016年7月20日
一橋大学 国際・公共政策大学院
井伊雅子
masako@econ.hit-u.ac.jp

政策提言1: 医療費統計

日本の医療費(総保健医療費)がGDPに占める割合は、米国、スイスに次いで3位 (OECD 2016)
介護費用の定義の改訂があり、多くの国のHealth expenditureの推計値に変更があった

例えば、特に変更の大きかった日本と英国の2か国についての比較 (2013年)

	SHA2011準拠前	SHA2011準拠後
日本 (¥, millions)	49,200,524.70	54,300,668.60
英国 (£, millions)	144,859.40	172,162.70

英国では、Office for National Statisticsがその理由を詳細に説明している

<http://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2014>

Appendix 3 - Reconciliation between health accounts and "Expenditure on Healthcare in the UK"

一方、わが国の政府からは、そうした説明が一切ない

政策提言: 2011年の医療費統計の整備に関する検討会では、公的統計化にならなかった。OECDが毎年公表するhealth expenditureはわが国の医療政策にも重要な統計なので、公的統計化すべき

政策提言2: 医療・介護

1. 新専門医制度の導入を急げ

医師会・病院団体・知事会などからの反対で、2017年度導入の延期が取りざたされている⇒医療費の無駄を省くためには、医師の質の担保が必須

2. 主に医師の診療行為に支払われる診療報酬を、多職種連携を促進する支払方式へ

3. 保険者への財政支援を、現行の医療給付の一定割合を公費として事後的に負担するのではなく、個人の負担能力を厳正に判断して低所得者へ直接補助

参考文献: 財務総合政策研究所「医療・介護に関する研究会」報告書 (2016)

<http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk104.htm>

研究報告・政策提言

1. 財総研「医療・介護に関する研究会」

<https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk104.htm>

2. 財総研、フィナンシャル・レビュー123号： 「地域医療・介護の費用対効果分析に向けて」 (井伊雅子 責任編集) 2015年

http://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/fr123.htm

研究報告・政策提言

3. NIRA(総合研究開発機構)研究報告書：

「社会保障改革しか道はない
ー2025年度に向けた7つの目標」 2015年
第1章「医療分野の改革の方向性」(井伊雅子)

<http://www.nira.or.jp/pdf/1501report.pdf#page=14>

4. 医療経済学会が10周年記念誌: 6ページからです。

<http://www.ihep.jp/jhea/img/10th.pdf>

- 「地域包括ケアシステムにおける プライマリ・ケアの役割と課題」 医療経済研究 Vol.26 No.1 2014、葛西龍樹

<https://www.ihep.jp/publications/study/search.php?y=2014>

- 「医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命」 ちくま新書、2013、葛西龍樹

狭義の費用対効果

1. 医薬品や医療機器等の保険収載、価格決定へ費用対効果分析・評価を導入
2. 費用対効果を重視した診療ガイドラインの導入（外来診療）

医療制度の議論だけをしていても 改革できない

健全な財政運営を義務づける法的な枠組みがない

1. 政府や国会から独立した財政機関の設置
2. 拘束力のある中期財政計画と支出ルールに基づき毎年の予算を編成
3. 財政運営の枠組みを規定する財政責任法の制定