

特別講演会「これからの医療を考える」

講演要旨

(※本講演会は大阪大学大学院医学系研究科医療経済・経営学寄附講座との共催によるものです)

財団法人 関西社会経済研究所

<日時> 2010年11月4日(木) 午後6時~8時

<会場> 大阪大学中之島センター10階 佐治敬三メモリアルホール

<講師>

- 講演者 藪本 雅巳 錦秀会グループ CEO
 吉田 あつし 筑波大学システム情報工学研究科教授
 跡田 直澄 大阪大学大学院医学系研究科
 医療経済・経営学寄附講座特任教授

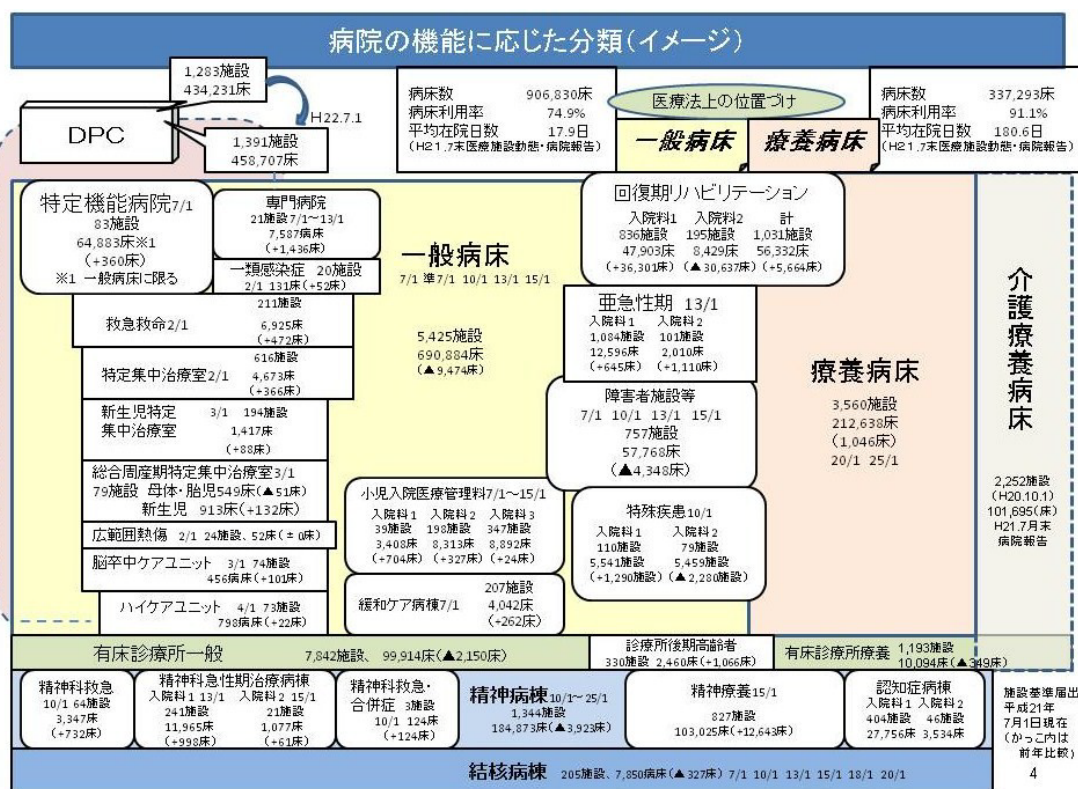


(1) 「医療提供体制の展望とこれからの病院経営」

【藪本氏】

医療供給体制の課題は、①医療介護提携体制の循環構造・病院の再編、②フリーアクセス、③診療所の在り方、④地方包括ケアシステムの構築、の4つを挙げる。

診療報酬は2年に1回、介護報酬は3年に1回の改定があるので、大改定は6年に1回行われる。2年後がその大改定の年にあたる。これに向け今後の2年間でいわゆる社会的入院を減らすべく、病院の環境を改善するか、患者の回復期、亜急性期、緩和ケア等々に移行させる必要があると考えられる。



病院の再編は、都市の規模や実情に合わせる必要がある。また、病床の7割が民間病床というわが国の特色を活用する一方で、医療機関の経営戦略を確立する必要がある。

健康水準世界一の要因の一つに、フリーアクセスがあげられる。しかし、乱用されると提供側は疲弊し、資源の非効率化の問題にもつながる。

医療費を示すデータとして、日本の保健医療支出はGDP比8%強であり、アメリカの約16%に比べ低いことがわかる。しかし、医療費の一部負担割合が上昇する度に、医療費が高いと感じる人がいる。一方で、サプリメントに多額を費やす人もおり、きちんとした情報が国民に伝わっているのかが疑問である。

主要国の保健衛生をとりまく状況

	人口千人当たり 臨床医数 (2006)※1	一人当たり 外来受診回数 (2005)※1	乳児死亡率 (2004)※1	平均寿命		健康寿命		WHO総合評価 (2000)※3
				男性 (2005)※1	女性 (2005)※1	男性 (2005)※1	女性 (2005)※1	
日本	2.1人	1位	1位	3位	1位	1位	1位	1位
イタリア	3.7人	7位	11位	-	-	6位	5位	11位
フランス	3.4人	9位	8位	14位	3位	13位	5位	6位
ドイツ	3.5人	-	11位	14位	13位	11位	8位	14位
アメリカ	2.4人	18位	25位	21位	23位	22位	22位	15位
イギリス	2.5人	16位	21位	11位	21位	16位	19位	9位
カナダ	2.1人	14位	22位	6位	8位	8位	8位	7位

出典：※1 OECD Health Data 2008、男性の平均寿命1位はアイスランド
 ※2 WHO
 ※3 WHO「世界保健報告2000」による保健衛生システムの目標達成度の評価

医療費が増加する要因として、医学の進歩による高齢化・長寿化が挙げられる。一般に高齢者の医療費は若い人のその5倍かかると言われている。また、かつての問診の見立てとは違い、最近ではエビデンスが求められ、検査機器の発達が医療費を押し上げるひとつの原因ともなっている。日本の高齢化のスピードは世界に類を見ない。それに経済成長や診療・介護報酬がついていけないことが問題である。

日本の高齢者医療の歴史 ①

	高齢化率7%に 到達する年数	高齢化率14%に 到達する年数
フランス	120年	更に115年
日本	50年	更に25年

高齢化社会とは……人口に占める65歳以上の人口比率が7%以上の社会
日本は非常な急ピッチで高齢化が進んでいる。

高齢化社会 = 高齢化率 7%～14%
 高齢社会 = 高齢化率 14%～21%
 超高齢社会 = 高齢化率 21%～

日本の高齢化率の推移

1950年	昭和25	4.9%	2005年	平成17	19.9%
1955年	昭和30	5.3%	2010年	平成22	22.5%
1960年	昭和35	5.7%	2015年	平成27	26.0%
1965年	昭和40	6.3%	2020年	平成32	27.8%
1970年	昭和45	7.1%	2025年	平成37	28.7%
1975年	昭和50	7.9%	2030年	平成42	29.6%
1980年	昭和55	9.1%	2035年	平成47	30.9%
1985年	昭和60	10.3%	2040年	平成52	33.2%
1990年	平成2	12.0%	2045年	平成57	34.7%
1995年	平成7	14.5%	2050年	平成62	35.7%
2000年	平成12	17.3%			

日本では1970年(昭和45)に高齢化率が7%を超えて高齢化社会に、
1994年(平成6)に高齢化率が14%を超え高齢社会に、
2007年(平成19)に高齢化率が21%を超えて超高齢社会になった

東アジア各国の高齢化の推移					
	到達年			期間	
	高齢化 社会化 (7%→)	高齢 社会化 (14%→)	超高齢 社会化 (21%→)	高齢化 社会	高齢 社会
	年	年	年	年間	年間
中国	2002	2027	2037	25	10
韓国	2000	2020	2029	20	9
日本	1970	1994	2007	24	13
シンガ ポール	1999	2017	2023	18	6

国連人口推計中位による
各年次は毎5年を直線で中間補完して求める

東アジア各国も高齢化が進んでいるが、日本はそのスピード
が群を抜いており、各国が日本の高齢化に対する政策に注
目している

診療報酬は点数・単価方式により決定される。昭和30年代に1点10円に固定化された。潜在的技術料という名目で薬価差益により補填をしてきたが、今ではその補填もかつての半分以下になった。実際に自分たちで診療を自己判定し、どの程度の値段が妥当であるか調査をすべきである。

医療費を削減すべく、政府は介護療養型の廃止やジェネリック医薬品への移行に取り組んでいるところである。現在の製薬会社で世界のトップ10に入っている日本企業は武田薬品だけで、その他はすべて外資である。基礎的研究のみ日本で行い、外資が臨床研究をして売り出すことが、良いのだろうか。

病院やクリニックを建設するための資金調達方法は、非常に限定的である。一般企業等と違い、直接調達ができないからだ。医療は周辺産業の方が、ビジネスチャンスがある。医療機器を町工場などで作ることができれば、より安価で調達することができるのではないだろうか。

1961年から実施された国民皆年金・皆保険制度は、高度経済成長を背景としてきた。しかし、かつてのような経済成長が見込めない中での現在のような少子高齢化の進展は、医療費高騰による国家財政の破たんを招きかねない。抜本的な制度改革が不可欠である。

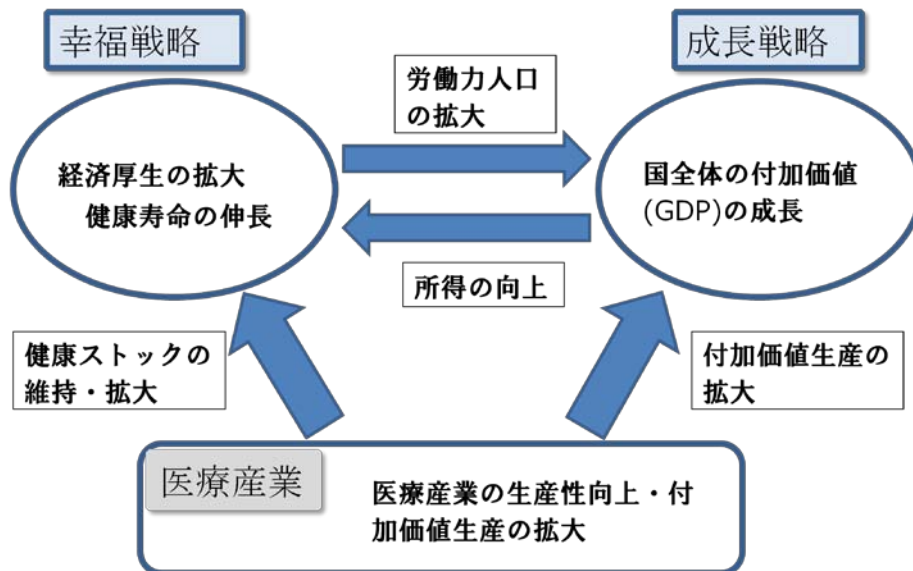
(2) 「マクロ経済から見た医療 —成長戦略と幸福戦略—」

【吉田氏】

マクロ経済では、「産業」と「価値」という二つの視点から医療を捉える。前者では生産された付加価値の拡大、後者では健康寿命の伸長に着目する。

医療産業が成長するためには、資本や労働の投入増、生産性向上が必要。これらは付加価値の拡大をもたらす。成長戦略とはこのことである。一方、医療産業の成長は、健康寿命の伸長と生涯所得の上昇をもたらす、経済厚生を拡大させる。満足感や幸福感の拡大も、医療が創造するもう一つの価値である。これを幸福戦略と呼ぼう。

幸福戦略により長く働けるようになる結果労働力人口が増加すれば、人口減少社会でも国全体の付加価値（GDP）の成長を実現（成長戦略）し、成長戦略により所得が向上すれば経済厚生を拡大（幸福戦略）させるといった正のスパイラル関係が生まれる。このような理由から、医療を考察する際、医療産業が国全体の GDP を成長させることに貢献する成長戦略と、人々の幸せの拡大に貢献する幸福戦略について考える必要がある。



医療経済学の観点から、成長戦略と幸福戦略を位置づけてみよう。

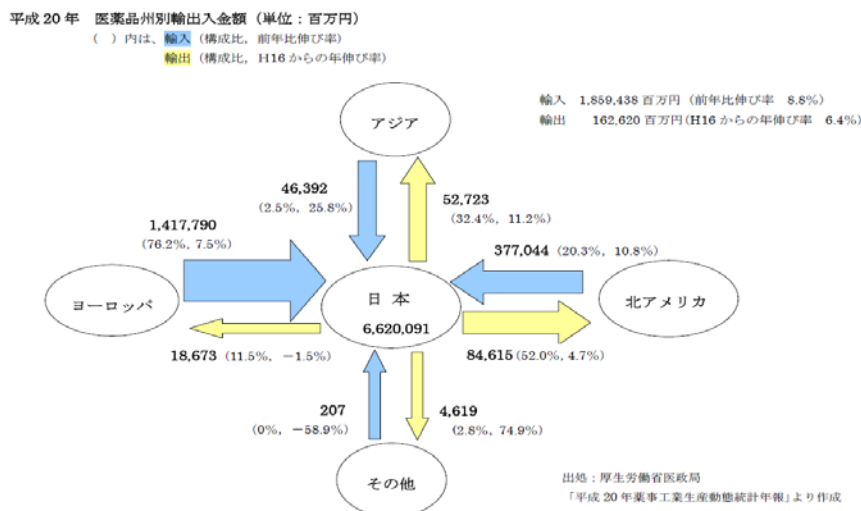
経済学の基本的な視点として、供給サイド・需要サイド・市場の3つに着目する。医療経済学で着目すべき視点は、供給サイドにある。これは低コストで質の高い医療サービスの提供というように、成長戦略と深く結びついている。

また、ミクロとマクロの視点からも捉えられるが、医療経済学では、第2の視点として、医療システムの維持による社会全体のコスト負担と、その対価として便益を享受する社会的効率性を考えるマクロの視点が重要になる。これから幸福戦略を考えることができる。

それでは、成長戦略や幸福戦略を具体的に考える上での論点を示そう。

成長戦略では、医療産業への投資拡大（資本）、医師の治療能力の向上（労働）、診療機器・医療情報システムの導入による生産の効率化（生産性）が必要である。しかしながら、病院経営においてはファイナンス手法が限られているため借入金利が高く、また医療サービス価格の統制といった問題がある。一方で、製薬産業の生産性の伸びは他産業と比べ相対的に高いにもかかわらず、輸入（1.9兆円）が輸

出（0.2 兆円）をはるかに上回っており、国内でしか通用しない薬が多すぎる可能性もある。これらが成長を妨げる要素になっている。



幸福戦略では、医療支出の増加によりどれだけ便益を得てきたのか、費用に対して便益が最大になる医療分野はどこかを考えなければならない。経済厚生は、「支払意志額」によって金銭評価される。1年生き延びることができるなら、どれだけコストを負担していいかを評価したものである。幸福戦略を議論する前提として、これが正しく測られなければならない。

過去 15 年ほどの間、日本は医療費を抑制してきたかのように言われるが、成長率と比べると、実際にはそれほど抑制されてこなかった。現状では医療費の抑制や削減が強調されすぎているきらいがある。しかし、うまく制度設計を行い、価値を評価することができれば、患者や納税者は医療費という負担を増やし、その結果として医療産業の成長が望めるであろう。

(3) 「経済学からみた医療政策について」

【跡田氏】

現在、政府がおこなっている医療政策の解説、各政策の経済学からみた位置づけ、そして政策上の問題点を指摘した。

まず、社会保障のなかでの医療政策を市場化政策と再分配政策という政府の二つの役割という視点から整理する。

医療保険は、昭和 35 (1960) 年当時では、市場がないところに政府が関与する必要があった。また、医療サービスには経済学的に保険が必要であり、しかも逆選択の問題（保険会社と被保険者間で情報量の格差があり、保険の条件設定により、加入者に偏りが生じること）があるため、政府が関わる必要がある。他の国々では、民間の疾病保険があるのに対し、日本にはそれが全くないという不思議さがある。

高齢者医療は、再分配政策と位置付けるべきである。日本では生活保護の中に医療扶助があるものの、これは高齢者をシステムの中に押し込めるという点で尊厳を無視することになる。世代間扶養の社会化という再分配政策と位置付けるべきであろう。

公的医療保険政策については、供給・需要・市場という三つの側面にわけて課題を整理した。

供給側では多様な政策が実施されており、政府がサービスの範囲、内容をすべて決めていることが問

題である。すなわち、診療報酬制度の決定プロセスが不明確である点が指摘できる。また、多くの関係者が不満を抱いている状況でもある。

供給側の供給内容については、社会保険診療報酬支払基金でレセプトのチェックを実施しているが、しかしこれは供給側の自主規制にすぎない。一方で、需要側からのチェックも不十分である。また、サービス供給の質という点では、どこの国よりも良質が保たれている。ところが、政策の変更が混乱を引き起こしている問題点もある。

次に需要側の政策として、現在は患者教育の強化、医療受給履歴管理などを試み始めている。また、自己負担の引き上げ政策も実施されている。高齢者の自己負担水準が課題として残っている。

最後に、市場に対する政策としては、需要側に医療に関する知識がないために、それを補うべく保険者の機能を強化する必要があると考えられる。

政策上の最大の問題は、政府が価格を決定することの弊害にある。また、価格付けの失敗に対して誰も責任を取らないことにも問題がある。透明な制度の確立のためには、緩やかな包括払い方式を早く取り入れることが必要であると思われる。

医療政策上のもう一つの問題点は、高齢者医療制度をどのように設計するかという点にある。後期高齢者の医療は、国が最低限保障するものと位置付けても良いのではないかと考える。それに伴い、75歳以上の保険料を取らないことも一つの考え方である。一方で、受診時には3割の自己負担は必要であると思われる。給付については、終末期医療と掛かり付け医制度など、今一度きちんと作り直すことが必要である。

老人医療費の推移

