

大阪府私立病院協会講演

平成17年3月25日(金) 大阪府病院年金会館

わが国医療改革の方向

～国際比較の観点から～

- 1、レジナ・E・ヘルツリンガー著「消費者が動かす医療サービス市場」
- 2、わが国における医療規制・慣行の特異性
- 3、わが国医療制度改革の必要性
- 4、オーストラリアの医療・介護制度—わが国への示唆を求めて

広島国際大学 医療福祉学部 教授 岡部 陽二

E-mail; y-okabe@hh.ij4u.or.jp、URL;<http://www.okabe.org>

1-1 消費者が動かす医療サービス市場

—著者レジナ・E・ヘルツリンガー教授の現状分析—

1、医療サービス市場

- ①本来、医療機関と患者の二者間の交渉により成立すべき
- ②現実には、第三者である専門家集団(医療保険団体、政府)が主導

2、マネジドケア

- ①医療保険団体と医療機関が提携して、患者へのサービス提供を「とにかくノーという方針」で出し渋るシステム(DRG/PPSによる包括定額払い、ゲートキーパー医など)
- ②市場原理を導入したマネジドケア(管理医療)は論理矛盾

3、情報の非対称性

- ①医療のみに存在する現象ではない(消費者は自動車やパソコンの知識を有しない)
- ②医師のパターナリズムによって克服されるべき問題ではなく、患者が強くなり賢くなることによって、対等の立場で交渉できることが肝要

4、医療サービスの生産性向上

- ①サービス現場(生産段階)でのイノベーションが原動力
- ②小売・金融分野では消費者重視の競争により、高生産性を実現

1-2 消費者が動かす医療サービス市場 —ヘルツリンガー教授の主唱する実現への道—

1、変革の原動力;雇用主企業(政府の保険機関)⇒401k型医療保険

- ①豊富な選択肢の設定—従業員のニーズに合致した真に差別化された給付内容・期間・医療機関の選択・保険料支払方式の保険品揃え(標準化からの脱却)
- ②適確な情報の提供—被保険者の意思決定を支援

2、変革の推進者;医療機関と医療保険組織⇒良質で低コストのサービス提供

- ①医療機関;フォーカスト・ファクトリー、異分野間・地域での提携・組織化、個別化された医療技術の提供など
- ②医療保険組織;真に差別化された医療保険商品のラインアップ

3、変革への財源拠出者;消費者(患者)

- ①セーフティー・ネットの拡大に協力
- ②サービスの質に見合った価格の受入れ

4、変革の監督者;政府

- ①医療機関・医療保険の評価情報の提供
- ②非良心的な医療機関・医療保険団体の規制強化と排除

1-3 消費者が動かす医療サービス市場

—ヘルツリンガー教授提唱の医療サービス生産性向上方策—

●フォーカスト・ファクトリー（総合病院から専門病院へ）

- ①診療科別の細分化;慢性病患者に壊滅的な影響(医師も病院も最終責任を負わない)
- ②保険診療報酬の細分化;フォーカスト・ファクトリー医療に経済的に合わない
- ③消費者のニーズを中心に据えた医療システムへの転換が必要

●症状に即した個別性の強い医療技術

- ①ゲノムに基づく診断、遺伝子の差に応じた薬剤、身体の働きをモニターできる医療機器
- ②薬剤費や医療機器利用料の増加;結果的に入院費用抑制効果の方が大

●診療情報記録の一元管理

- ①一元管理の欠如が医療過誤多発の一因(医師間の医師の不疎通)
- ②消費者自らが自分の検診暦・病歴管理する一元管理システムへの転換が急務
—個別性の強い医療技術は運動選手にとっての進んだ運動用具に相当、
一元化された診療記録は運動選手にとっての栄養改善の医療サービス版—

1-4 消費者が動かす医療サービス市場

—ヘルツリンガー教授からのわが国医療システムへの助言—

● 評価すべき点

- ①健康で長寿、米国に比して少ない肥満・糖尿病・心臓血管系疾病患者
- ②国民皆保険、GDP8%の低い医療費(米国は14%)

● 医療システムの問題点

1、非効率性

- ①長い待ち時間、短い診療時間)、顧客軽視の姿勢、
- ②病院の構造的特性—病院総数が米国の1.5倍と多く、スケール・メリットが働かない
- ③患者一人当りの医療従事者数の少なさ(米国;全雇用の8%、日本;4%)
- ④サービス提供体制の均一性—競争の欠如が生産性向上と顧客満足度アップを阻害
- ⑤海外で開発された新薬・新技術導入の著しい立ち遅れ

2、ゲノムやオーダーメイド医療分野の立ち遅れ

—硬直的な診療報酬制度が起業家のイノベーション意欲を阻害

3、他の経済分野における生産性向上の足かせ

● 有効な方策

- 1、消費者への選択肢賦与
- 2、自由価格診療の拡大

1-5 マネジメントの質を左右する六つの“C”

◎ 成功の鍵となる三つの“C”

- Customer (顧客)
- Competition (競争)
- Change (変革)

◎ 失敗の共通要因としての三つの“C”

- Complacency (自己満足)
- Conservation (保守的)
- Conceit (思い上がり)

出所;上:MITマイケル・ハーマー元教授、下:クリーブランド大学ハートレー教授、
J・アートレストラン・システムズ社長望月広愛氏の講演より借用

1-6 米国に学ぶわが国医療改革のヒント

- ① 米国の無保険者も医療サービスを享受している
 - 慈善医療の額;年間6763億ドル(2003年、AHA)、総医療費の約4.5%(?)
- ② 「確定給付」型の保険は医療保険としても成り立たない
 - 「確定拠出」型(401k)への転換しかない、日米ともに年金では転換が加速
- ③ 消費者の意見が反映できる医療サービスの質と価格決定の仕組が不可欠
 - マネジドケア破綻の教訓、中医協改革の重要性
- ④ サービス産業として育成する国家戦略
 - バイオ産業、高齢者への生活サービス産業が経済成長の牽引車

1-7 米国の病院の収支構造

Revenue and Expenses—Totals (Includes Inpatient and Outpatient)

Year	2003	2002
Total Gross Revenue	\$1,113,979,147.750	\$961,148,535.559
Deductions from Revenue	676,289,161.428	553,855,167.351
Net Patient Revenue	437,689,986.322	407,293,368.208
Other Operating Revenue	27,914,540.848	25,253,169.830
Other Nonoperating Revenue	7,094,210.853	3,333,738.368
Total Net Revenue	472,698,738.023	435,880,276.406
Total Expenses	450,124,257,375	416,591,058,927

出所: American Hospital Association, "AHA Hospital Statistics 2005", Table 3 US Registered Community Hospitals

2-1 わが国の医療規制・慣行の特異性

1、混合医療の原則禁止

- ・米国はもとより、皆保険の国でも保険診療と自由診療の併用は原則的に自由
(ただし、英国は国営診療か私的自由診療かの選択制で、混合は認められていない)

2、株式会社病院の新規設立禁止

- ・欧米諸国では、例外なく、営利組織の病院設立は自由
(ただし、非営利組織が圧倒的に多数で、営利は伸びていない)

3、医療機関へのフリーアクセス容認

- ・ゲートキーパー医(家庭医)を経由して、専門医にかかる制度が一般的
(病院は、救急以外の外来患者を受け付けない)

4、医師のパターナリズム、情報開示に消極的

- ・伝染病などに対する行政措置の名残
- ・情報の非対称性を医療の特異性と考える誤解

2-2 医療提供体制の主要各国比較(1998年)

国名	人口千人当たり 病床数	病床百床当 たりの医師数	病床百床当 たりの看護職員数	平均在院日数	外来受診率 (1996)
日本	13.1	12.5	43.5	31.8	16.0
ドイツ	9.3	37.6	99.8	12.3	6.5
フランス	8.5	35.2	69.7 (1997)	10.7	6.5
イギリス	4.2	40.7	120	9.8 (1996)	6.1
アメリカ	3.7	71.6	221	7.1	5.8

2-3 総医療費増加率の日米比較

(単位:10億ドル)

年度	日本			米国		
	GDP	総医療費	GDPに占める割合	GDP	総医療費	GDPに占める割合
1980	1,008	66	6.5%	2,772	241	8.7%
1990	2,302	136	5.9%	5,751	684	11.9%
2000	3,286	248	7.6%	9,762	1,279	13.1%
過去10年の 増加倍率	1.43倍	1.82倍		1.70倍	1.87倍	
過去20年の 増加倍率	3.26倍	3.76倍		3.52倍	5.31倍	

2-4 医療サービスの日米比較(1998年)

	日本	米国	日本／米国倍率
総病院数	9,333施設	6,021施設	3.3倍
総病床数	1,656千床	1,012千床	3.5倍
病院従事の医師数	174千人	192千人	2.0倍
看護師・准看護師数	727千人	1,179千人	1.3倍
一般病院平均在院日数	31.5日	6.0日	5.3倍
外来患者年間延数	64.6百万人	54.5百万人	2.5倍
年間手術件数	3,3百万件	26,1百万件	0.3倍
一稼動病床当り年間医業収入	12百万円	82百万円	0.2倍

注； 日本／米国倍率は両国の人口(日本;126百万人、米国;270百万人)比率を勘案、調整後の倍率

2-5 医療費の各国比較

～ 一人当たり医療費、総医療費の対GDP比、高齢化率 ～

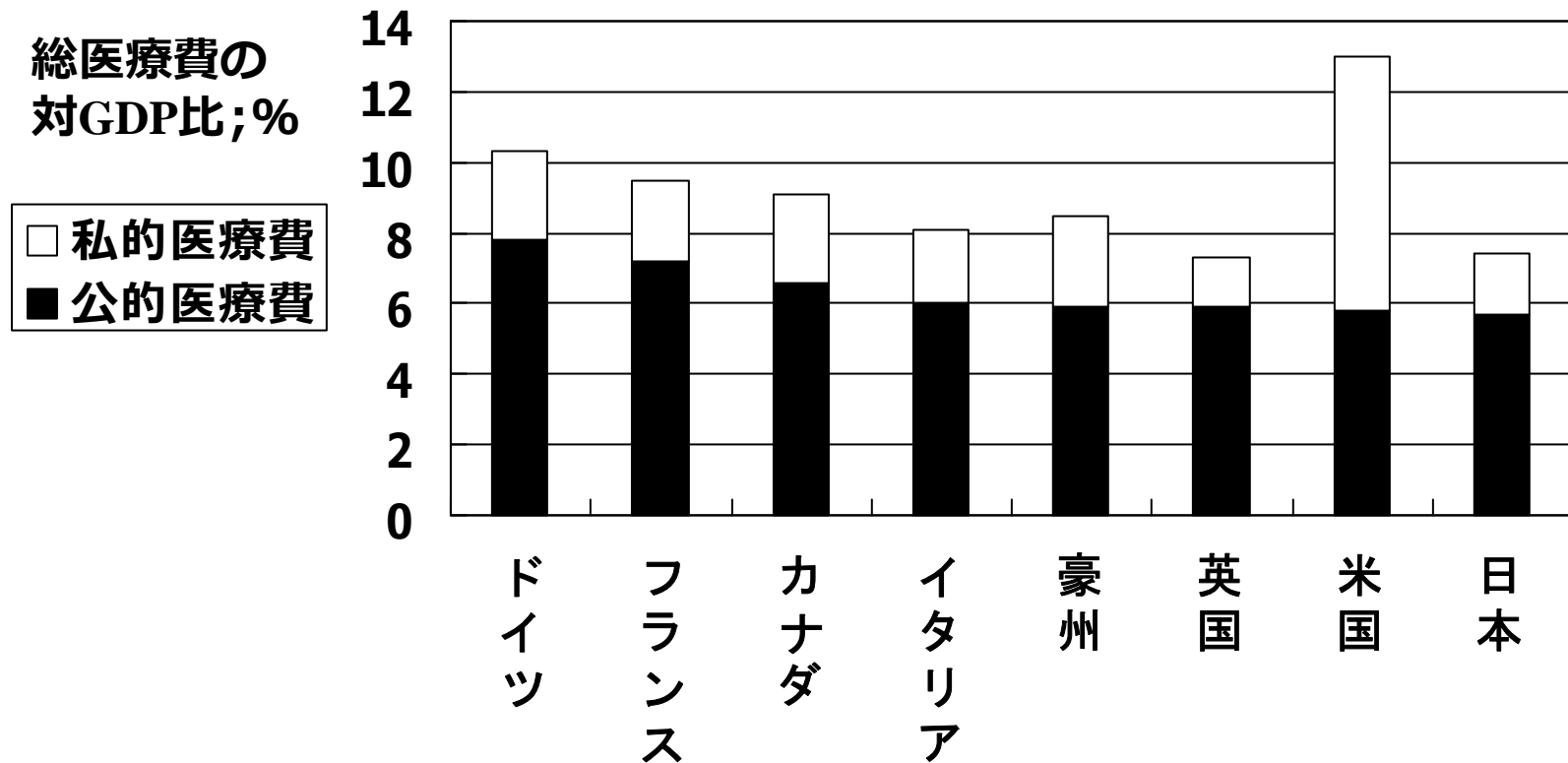
国名	一人当たり医療費(千円) (2001年)		総医療費の対GDP費(%) (2001年)		高齢化率(%)	
		順位		順位	2000年	2025年
日本	319	13	8.0	16	17.2	27.4
ドイツ	421	3	10.7	3	16.4	23.4
フランス	383	8	9.5	4	15.9	21.7
イギリス	298	17	7.6	19	16.0	21.2
アメリカ	732	1	13.9	1	12.5	18.8

出所; OECD Health Data 2003年版

注; 順位は、OECD加入国間におけるもの、高齢化率は、65歳以上人口の割合

2-6 医療費の国際比較

— 公的医療費と私的医療費との分担割合 —



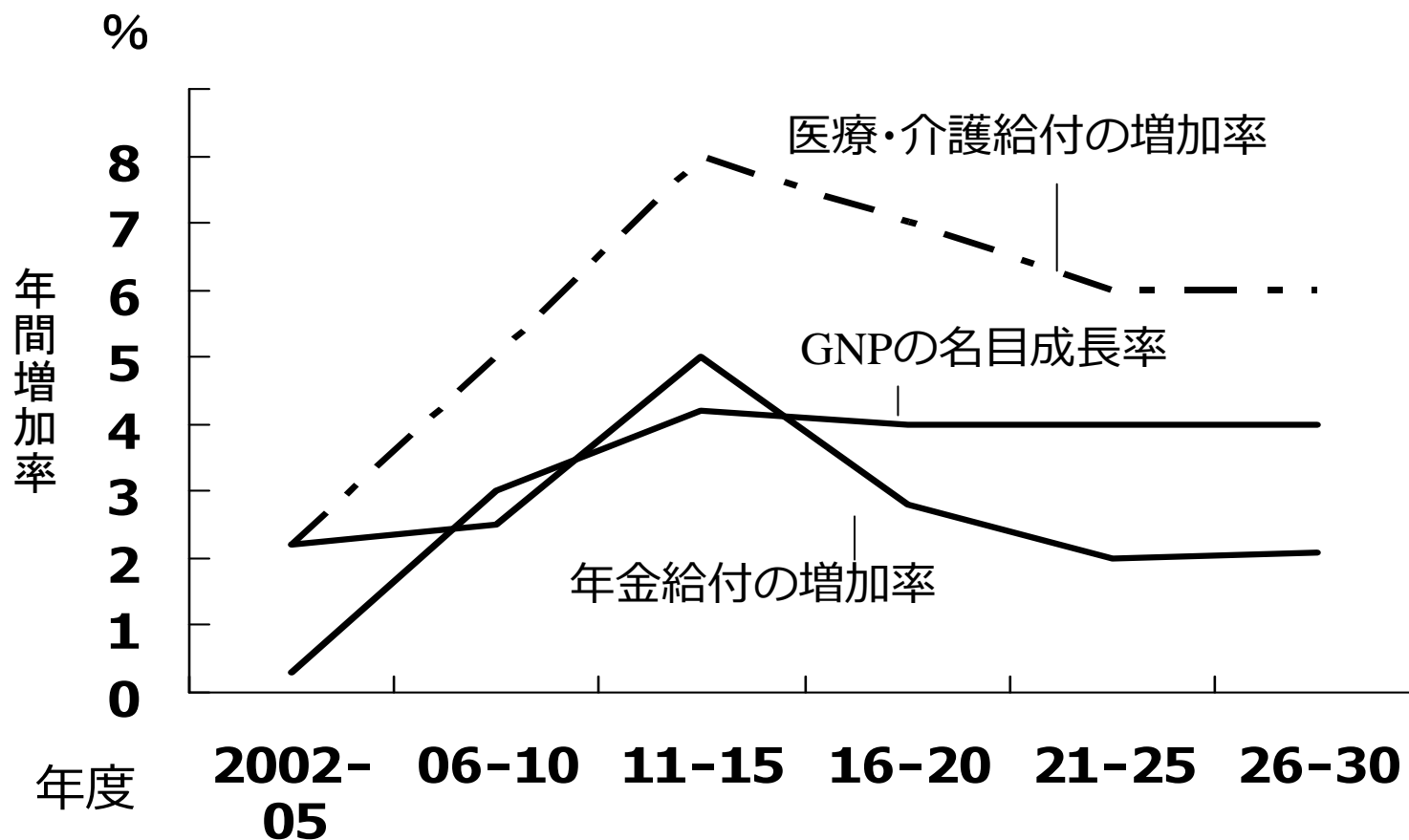
出所; OECD Health Data、各国とも2000年度

2-7 主要先進国の全保健支出に占める 公的医療費支出の割合(2001年)

1	英国	82.2%	6	スペイン	71.4%
2	日本	77.9%	7	カナダ	70.8%
3	フランス	76.0%	8	豪州	67.9%
4	イタリア	75.3%	9	オランダ	63.3%
5	ドイツ	74.9%	10	米国	44.4%

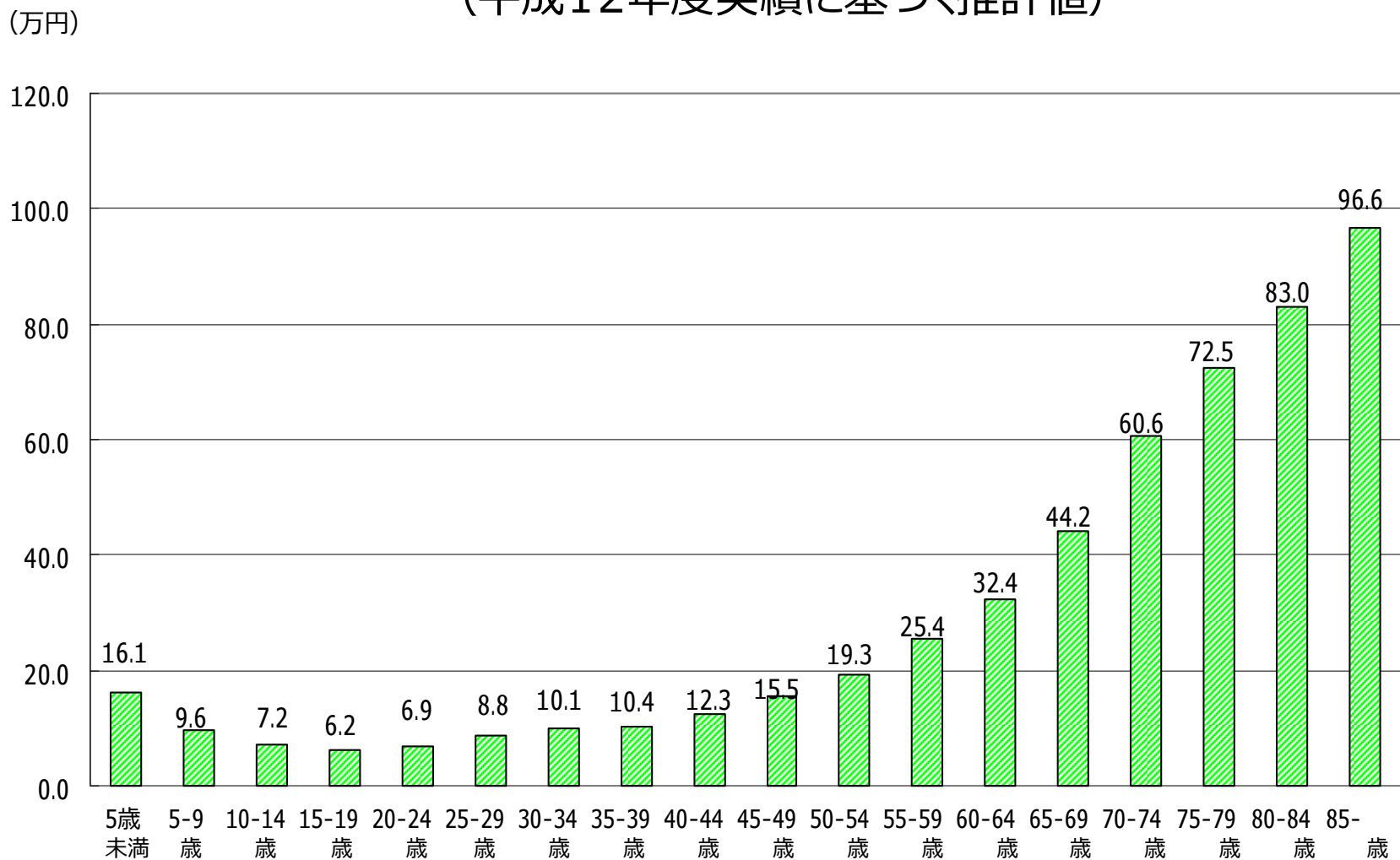
出所; WHO "World Health Report 2003"

3-1 医療・介護給付、年金給付の増加率と名目成長率の予測



注; 2012年度までは「改革と展望¥2004年度改定」の内閣府参考試算による。2013年度以降は内閣府において暫定的にしさんしたもの
出所; 平成7年3月6日付け「日本経済深新聞第一面記事」

3-2 年齢階級別1人当たり医療費(年額) (平成12年度実績に基づく推計値)



(注) 加入者の年齢階級別医療費をその年齢階級の加入者数で割ったものである。

3-3 年齢階層別の一所帯当たり資産保有額

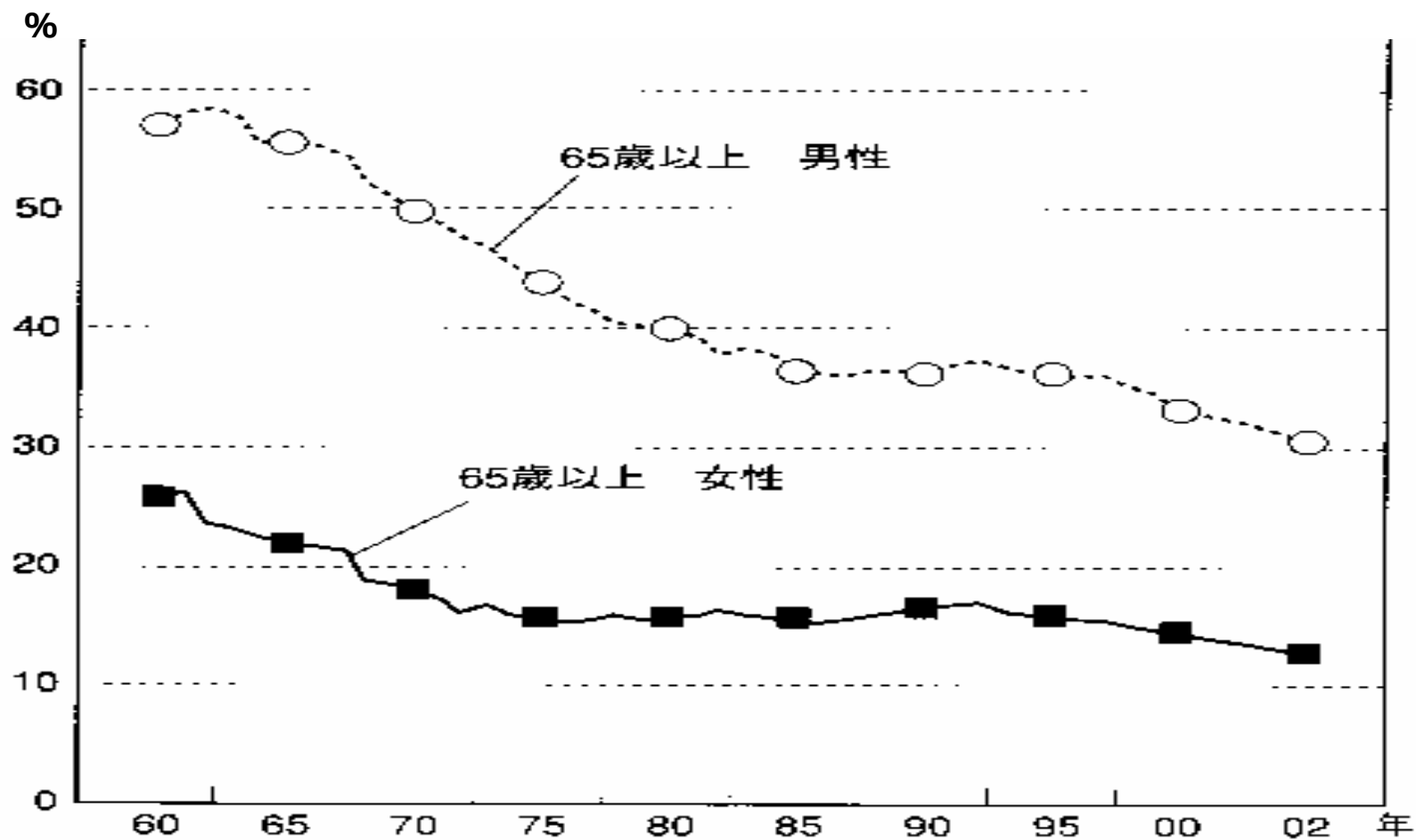
(単位;千円)

年齢階層 (歳)	～30	30～39	40～49	50～59	60～69	70～	平均
ネット 金融資産	599	▲590	2,788	10,495	19,199	20,517	8,953
実物資産	9,760	21,025	31,426	39,460	44,378	48,955	34,912
資産合計	10,359	20,435	34,215	49,954	63,578	69,473	43,865

注; ①ネット金融資産は貯蓄額から住宅ローンなどの負債額を差し引いた純金融資産額

②実物資産の約94%は住宅・宅地資産であるが、残余は自動車などの耐久消費財とゴルフ場会員権などの資産出所; 平成11年度総理府統計局「全国消費実態調査」二人以上の一般所帯主の年齢階層別一帯当たり資産額

3-4 わが国の高齢者就業率推移(1960年~2002年)



出典：総務省統計局「労働力調査年報」

3-5 医療分野での規制改革リスト

(規制改革会議の主な指摘項目)

- 質の高い病院についての混合診療の容認
- IT化の推進による診療・医療事務の効率化
- レセプト・データの集積を通じた医療機関評価
- 診療報酬の出来高払い方式を包括払い方式へ
- 医師報酬と医療機関の設備費用等との区別明確化
- 保険者機能の強化; 保険者と病院等との自由契約容認
- 医療機関の資金調達自由化(病院債・株式会社病院)
- 医療特区の活用(次のスライド)

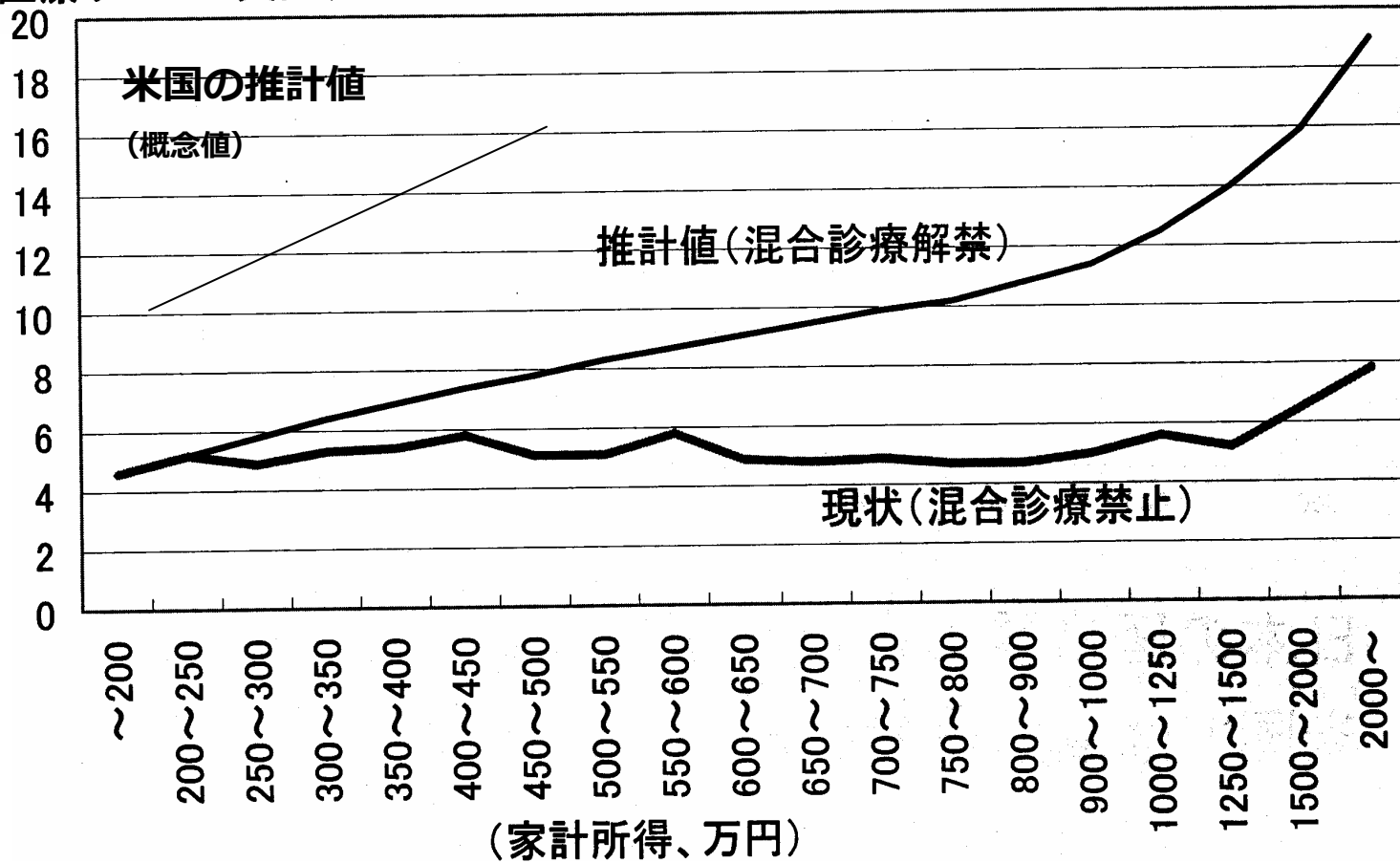
3-6 規制改革による経済効果の例

規制改革の内容	効果	金額
混合診療の解禁による医療需要増加		3.8兆円
特別養護老人ホーム待機人員の解消	11.3万人	0.7兆円
公営保育所の民営化と潜在的待機児童の解消	151.3万人	1.9兆円
容積率引上げによる老朽高層住宅建て替え促進(東京都区部、築30年以上)	8万戸	2.4兆円

出所;日本経済研究センター

3-7 混合診療解禁による医療サービス支出増加

(医療サービス支出、万円)



出所; 日本経済研究センター

注; 医療サービス支出 = 医療費の自己負担額

4-1 オーストラリアの医療保険制度

	公的医療保険 (Medicare、PBS)	民間医療保険
入院医療費	公的病院での公的治療;急性期に限り全額カバー (皆保険)	公的・民間病院での私的治療をカバー
入院中の医師医療費	同上、公的・民間病院での私的治療についてもMBSレートの75%をカバー	MBSレートの25%ならびにMBSレートと実際の支払額との差額をカバー
診療所・外来での医師医療費	MBSレートの85%をカバー、ドクター・フィーの規制はなく、超過額は患者負担	民間医療保険でのカバーは認められていない
処方薬剤費	PBSの指定薬につきカバー、ただし、一部自己負担が条件	同上
その他	財源は税金、医師の選択、個室などは不可	保険料の30%を政府が負担

PBS; Pharmaceutical Benefit Scheme(薬剤給付保障制度)、 MBS; Medical Benefit Schedule (政府が診療行為ごとに定めたMedicareからの償還額)

4-2 オーストラリア・モデルに学ぶ

- ① 公的保険は急性期に限定(平均在院日数;4.6日)
—ACAT(Aged Care Assessment Team、高齢者ケア判定チーム)が
病院まで出向いて退院後の受入れ先を決定する方式
- ② 混合診療とドクター・フィーの自由設定を前提に自由診療を勧奨
—民間医療保険料の30%を政府が給付
- ③ 年金・医療保険・介護ともに財源は税金に一本化
- ④ 施設介護者には、厳しいミーンズ・テスト(所得・資産とも)を実施