

福島医発第 438 号 (総)

平成 19 年 6 月 8 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 横 倉 義 武

(公印省略)

日医総研創立 10 周年記念市民公開講座記録集

「日本の医療の未来像－世界から見た日本の医療－」の送付について

この度、日本医師会より、平成 19 年 4 月 13 日に開催されました標記公開講座の
記録集が送られてまいりましたので、ご参考までに 3 部お送りいたします。

なお、本記録集は日本医師会のホームページにも掲載されております。

URL : <http://www.med.or.jp/nichikara/jmaril0/index.html>

小郡三井医師会より

担当理事 廣瀬真恵



日本の医療の 未来像

世界から見た
日本の医療

日医総研創立10周年記念市民公開講座 記録集



日本の医療の未来像

—世界から見た日本の医療—

日医総研創立10周年記念市民公開講座 記録集

日時：平成19年 4 月13日（金） 18時30分～20時15分

場所：日本医師会館 大講堂

巻 頭 言

本書は平成19年4月13日、日本医師会が日医総研創立10周年記念事業の一環として開催いたしました「市民公開講座」の当日の内容をまとめたものです。テーマは「日本の医療の未来像―世界から見た日本の医療―」です。

今、日本の医療は危機的状況を迎えつつあり、まさしく曲がり角にあると言えます。いわゆる団塊世代の定年退職とともにこれからさらに本格化する高齢社会において、国家財政再建という観点から、社会保障費、特に医療費を抑制すべきという主張が高まり、その一環として高齢者のための長期入院施設が削減されたり、地域の病院等の中には診療報酬の削減により医療施設の運営に必要な費用を確保できないため、医師をはじめ看護職の確保が困難となり、縮小または閉鎖を余儀なくされるなど診療への影響が日ごとに大きくなっています。国民は必要とする良質で安全な医療を受けられなくなっているのです。

これまで、日常生活の中で当たり前のことと思われてきた、わが国の社会制度のひとつに、すべての国民が加入し、保険証1枚と多少の一部負担金を払うことで、いつでも、どこでも医療機関にかかることのできる公的医療保険制度があります。今、この「国民皆保険制度」の根幹が揺らいでいるのです。患者や国民が当然のように思い、受け入れてきたわが国の医療制度が世界的な観点から見るといかに優れた制度であるかを改めて検証し、これを堅持していくことが医療提供者としての私たち日本医師会の責務であると考えます。

今後、どのような舵取りが国の医療政策においてなされるかによって、国民、特に高齢者の暮らしは大きく変わっていくことになります。今回の市民公開講座では、世界から見た日本の医療の現状と未来像について率直なご意見をいただき、後半では熱のこもったディスカッションをしていただきました。関係者諸氏の医療改革の行方に対するご理解とご関心に役立てていただければ幸いです。

最後に、市民公開講座の趣旨をご理解され、遠路アメリカから来日いただき、ご講演を賜りました、マイケル・R・ライシュ ハーバード大学教授、ならびに極めてご多忙なご公務の合間を縫ってご出席いただき、日本の医療を動かす政策の最高責任者としてのお立場からご高説を賜りました、武見 敬三 厚生労働副大臣に心から感謝申し上げます。

平成19年 5 月

日医総研所長 竹嶋 康弘

目 次

巻頭言

挨拶	1
日本医師会長 唐澤 祥人	

講演	3
----------	---

I 日本の医療制度のパフォーマンス ―ハーバード式医療制度分析― 3

ハーバード大学公衆衛生大学院教授 マイケル・R・ライシュ

II 国民誰もが健康に過ごせる社会を目指して 21

厚生労働副大臣 武見 敬三

討 論	29
-----------	----

日本の医療の未来像 ―世界から見た日本の医療―

ハーバード大学公衆衛生大学院教授	マイケル・R・ライシュ
厚生労働副大臣	武見 敬三
日本医師会長	唐澤 祥人
(司会) 順天堂大学医学部教授	丸井 英二

挨拶

日本医師会長
唐澤 祥人



本日は、全国から大勢の皆様にご参加をいただきましたことを主催者として心より御礼を申し上げます。

さて、わが国には270機関に及ぶ多様なシンクタンクがあるそうです。シンクタンクの定義は、広義には「政策に関する調査研究を行う団体」、狭義には「非営利の民間の独立した政策研究団体で、政策形成に影響力を持つもの」とされています。

私ども日本医師会のシンクタンクである日本医師会総合政策研究機構（日医総研）は、組織的にはいまだ発展途上であり、研究成果の点でも十分に国民の皆様の期待に応えきれていない部分も多いとは思いますが、徐々にその力を蓄えてまいりました。

平成9年からこれまで10年間の日医総研の活動成果を1つ挙げるとするならば、政策決定過程において「医療政策形成論議を活性化させる原動力になったこと」でしょう。

旧来の政策形成過程は、行政と政治の間で

進められ、政党間や政党内の話し合いで決定されることが多かったと言えます。

しかし、日本医師会は日医総研の研究成果を活用して、医療政策の節目ごとに中央社会保険医療協議会（中医協）、行政あるいは政治の各場面で医療分野を代表して適切な意見を述べ、必要な行動を起こし、国民が安心して医療を受けることができる社会の実現のために努力してまいりました。

このように、日本医師会が国民の医療について説得力ある政策を堂々と提言していくためには、日医総研の確かな研究が欠かせません。今後も、日医総研は基礎的な中・長期的研究に取り組むとともに、医療が直面する課題に際しては、そのつど迅速に地域医療現場の実態を踏まえた緻密な調査・分析を行い、医療政策の企画立案に資する信頼できる成果を上げることが求められています。日常業務を支える事務局とも密接な連携をとり、日医総研がさらにその機能を高めていくことを念

願しております。

本日は、日医総研創立10周年にあたりハーバード大学公衆衛生大学院のライシュ教授と武見厚生労働副大臣という、東西の医療政策分野で最も活力あるお二人をお迎えすることができました。

最初に、「日本の医療の未来像―世界から見た日本の医療―」について、それぞれのお立場からご講演いただき、その後私も加わって討論形式でお話を伺います。

武見厚生労働副大臣におかれましては国会開催中でご多忙な折り、参加をお引き受けいただきました。また、討論のコーディネーター役をお引き受けいただきました順天堂大学医学部の丸井教授にはひとかたならぬご協力を賜りました。厚く御礼申し上げます。

本講座が意義あるものになることを祈念いたしまして、開会の挨拶とさせていただきます。



唐澤 祥人
日本医師会長

武見 敬三
厚生労働副大臣

マイケル・R・ライシュ
ハーバード大学公衆衛生大学院教授

日本の医療制度のパフォーマンス —ハーバード式医療制度分析—

ハーバード大学公衆衛生大学院教授

マイケル・R・ライシュ※



ハーバード式 医療制度分析とは

本日は、「医療制度のパフォーマンスについて、どう考えるべきか」について、簡単に説明させていただきます。

医療制度を考える際には、次の2点を念頭に置きましょう。医療制度はend（目的）ではなく、means（手段）ということ。つまり、医療制度は、いくつかの目的を達成するために実施するものであることです。もうひとつ、医療制度は特定の者のための制度ではなく、多分野の人たちが関係しているために、複雑なものであるということです。

このように複雑な医療制度のパフォーマンスを分析することは非常に困難です。国際的

に統一された評価指標ありません。そこで、われわれハーバード大学公衆衛生大学院の4名の教授と世界銀行の研究所は共同で、「ハーバード式医療制度分析」（以下、ハーバード方式）を考案しました。

ハーバード方式は、「技術」「倫理」「政治」の側面から、医療制度のパフォーマンス目標である「健康指標」「満足度」「財政保障（患者の経済面の保証）」の3項目を評価するものです。

ハーバード方式では、パフォーマンス向上につなげるための「コントローラー」として「財政」「支払」「組織」「規制」「行動（患者、医師、医薬品メーカーなど）」の5つの要素を用いることを提案しています。これらに関する「中間目標」には「効率」「質」「アクセス」の3点を設定し、「パフォーマンス目標

※ ハーバード大学公衆衛生大学院・武見プログラム担当教授。1981年エール大学政治博士号を得たほか、同大にて東アジア研究で修士号、分子生物物理学・分子生化学で学士号を取得。1983年からハーバード大学教授。国際医療政策に造けいが深く、日本の医療にも精通。

医療制度とは？

- 医療制度は目的のための手段
- 医療制度は複雑で、多くの関係者を含む：
 - ・ 医療提供者—個人と施設
 - ・ 保健サービス提供者
 - ・ Financial intermediaries 財政仲介者
 - ・ Input producers 医薬品・医療機器メーカー
 - ・ Planners, administrators, and regulators
行政担当者
 - ・ Other actors producing system outcomes
その他、制度のアウトカムに寄与する者

3

図表1

パフォーマンスをどう測定するか？

- ・ 医療制度の測定方法は多種多様
- ・ 国際的に統一された指標はない
- ・ ハーバード大学公衆衛生大学院の教授陣が
世界銀行と共同で開発した方法

4

図表2

ハーバード式 医療制度分析

From: Marc Roberts, William Hsiao, Peter Berman, and Michael R. Reich: *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford University Press, New York, 2004.



5

図表3

ハーバード式 医療制度分析

From: Marc Roberts, William Hsiao, Peter Berman, and Michael R. Reich: *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford University Press, New York, 2004, p. 27



図表4

ハーバード式 医療制度分析

From: Marc Roberts, William Hsiao, Peter Berman, and Michael R. Reich: *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford University Press, New York, 2004, p. 27

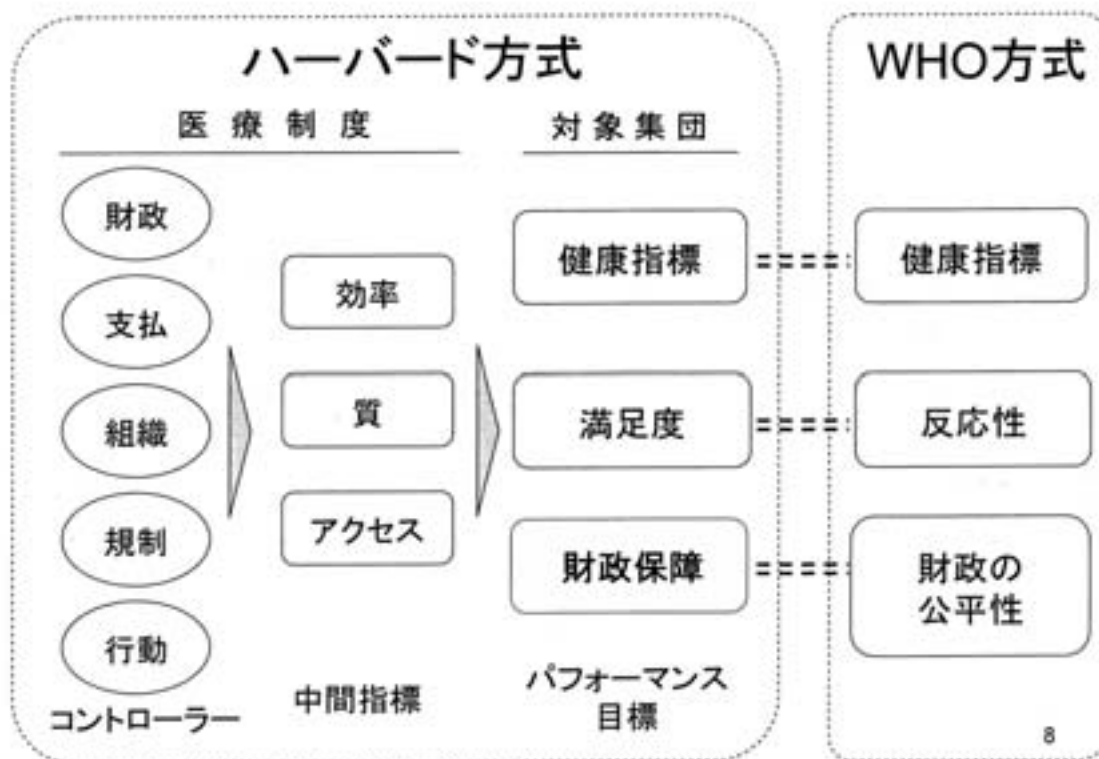
医療制度改革の決断のために

3種類の分析が必要:

- 技術的分析
- 倫理的分析
- 政治的分析

7

図表5



図表6

がどのような状況にあるのか」を分析します。

他に医療制度を評価する方式としては世界保健機関（WHO）方式があり、「健康指標」「反応性」「財政の公平性」の3項目を指標としています。これらは、それぞれハーバード方式の「健康指標」「満足度」「財政保障」に対応するものですが、ハーバード方式はパフォーマンス目標をどうやって達成するかについての「方法論」を提案する点で、WHO方式とは異なっています。

日本の医療制度を分析する：強みは何か？

ハーバード方式で日本の医療制度を分析するにあたって、まずは「健康指標」を見てみ

ましょう。経済協力開発機構（OECD）の2005年の統計では、平均寿命が最も長かったのは日本であり、乳幼児死亡率も最も低くなっています。WHOの『ワールド・ヘルス・レポート2000』でも健康水準は世界一で「すばらしい」結果です。

日本の医療制度を分析する：何が問題か？

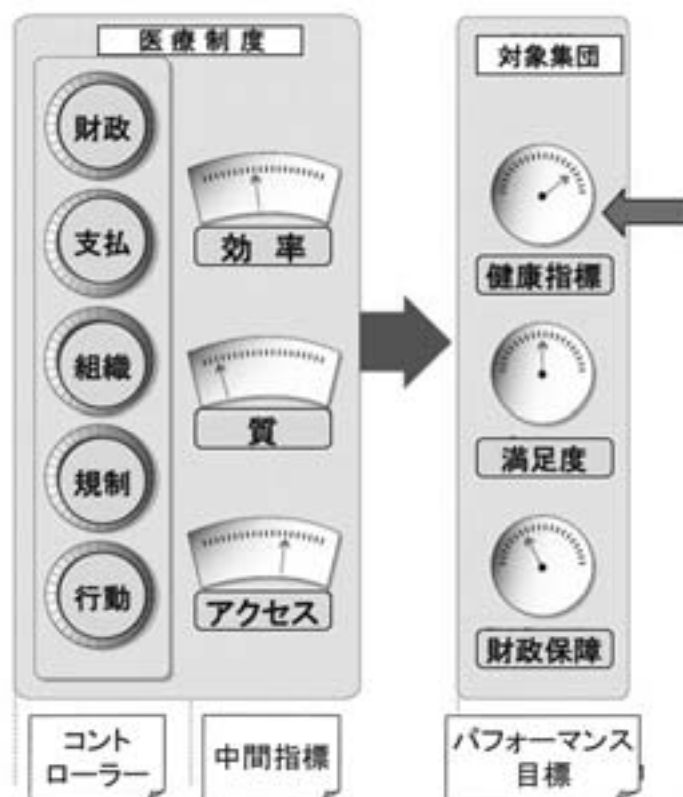
「財政保障」についても、国民皆保険、医療機関へのフリーアクセス、広範囲の公的保険、高額療養費制度により、他国よりもずっと財政保障が高く、「とてもよい」と言えるべきです。

日本の総医療費については、OECD2005の

ハーバード方式で日本を分析する

- 日本の医療制度のパフォーマンスについて何が言えるか？
- 日本の医療改革の方向性について何が言えるか？

まず、医療制度
の目標として、
健康指標を見て
みましょう



図表8

目標 1：健康指標： すばらしい Excellent

	Japan	Canada	UK	Germany	US
平均余命 (2003)	81.8	79.7	78.5	78.4	77.2
乳幼児死亡率 (2003)	3.0	5.4	5.3	4.2	7.0

(OECD 2005)

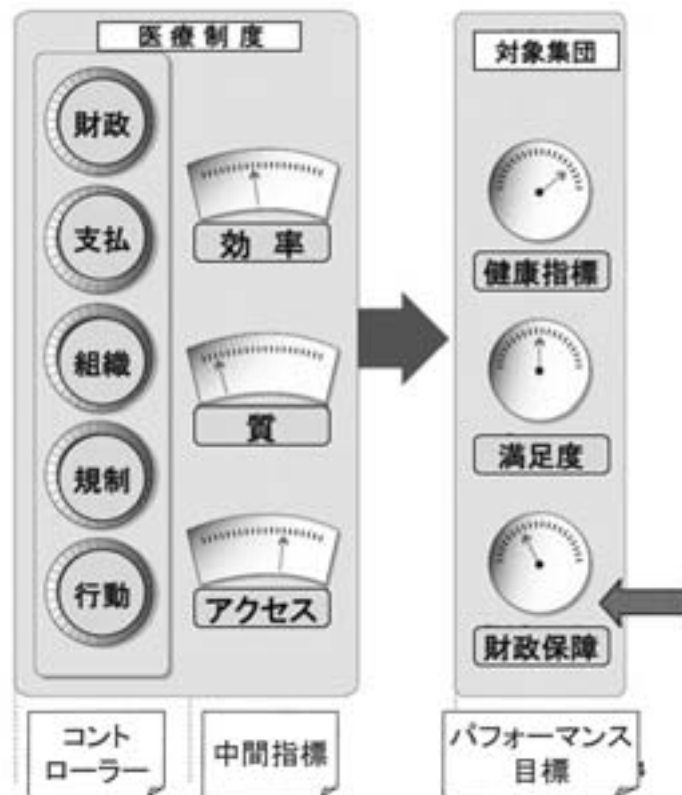
図表9

WHO The World Health Report 2000

	目標達成度						パフォーマンス	
	目標達成度の総合評価 Overall goal attainment	健康水準 Health Level (DALE)	地域格差 Health Distribution	人権尊重 Responsiveness Level	差別の少なさ Responsiveness Distribution	費用負担の公平性 Fairness in financial contribution	健康水準達成の効率 On level of health	医療制度の効率の総合評価 Overall health system performance
Japan	1	1	3	6	3-38	8-11	9	10
France	6	3	12	16-17	3-38	26-29	4	1
Canada	7	12	18	7-8	3-38	17-19	35	30
UK	9	14	2	26-27	3-38	8-11	24	18
Italy	11	6	14	22-23	3-38	45-47	3	2
Australia	12	2	17	12-13	3-38	26-29	39	32
Germany	14	22	20	5	3-38	6-7	41	25
US	15	24	32	1	3-38	54-55	72	37

図表10

次に、医療制度の目標として、財政保障を見てみましょう



図表11

目標 2：財政保障: とてもよい Very Good

- 国民皆保険
- フリーアクセス
- 広範囲の公的保険
- 高額療養費制度

15

図表12

総医療費 (2003)

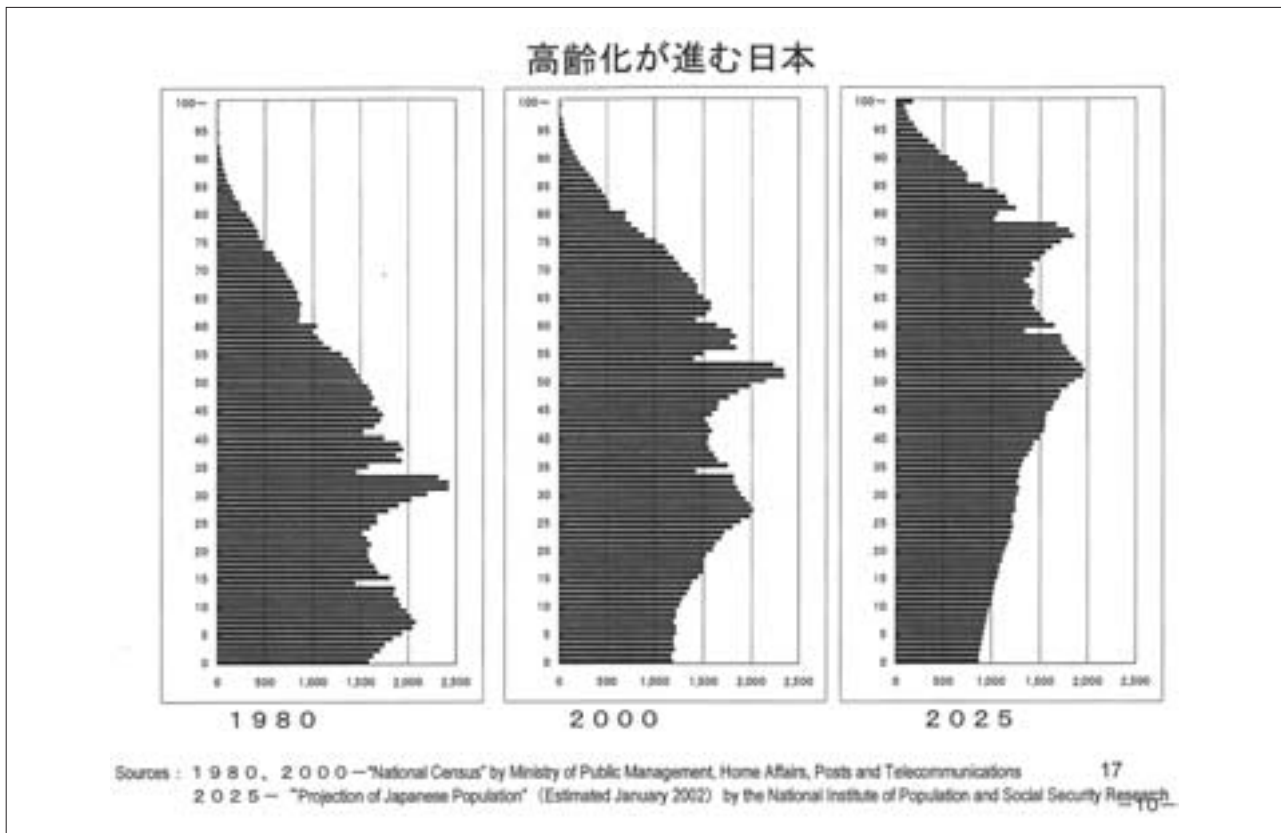
	US	GERMANY	CANADA	JAPAN	UK
% of GDP	15.0	11.1	9.9	7.9	7.7
一人当たり Per capita (ppp)	\$5,635	\$2,996	\$3,001	\$2,139	\$2,231

(OECD 2005)

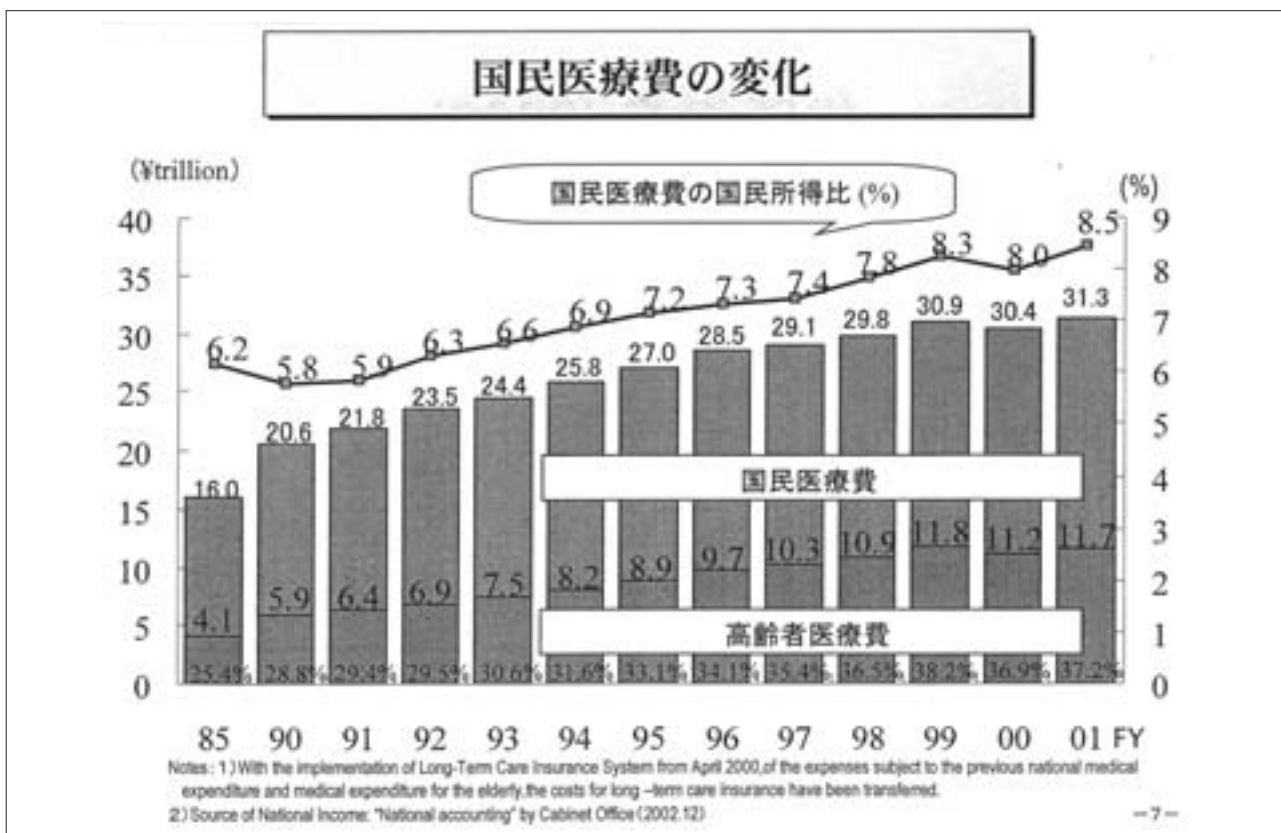
将来の持続可能性は不確か、なぜなら……

16

図表13



図表14



図表15

データを見ると、医療費の対国民総生産費（対GDP比）が最も高い米国と比べると約半分、欧米で最も低いイギリスと同じくらい低く、1人当たりの支出も低い結果です。しかし、1980年代に入ってから急速に人口構成の高齢化が進み、国民医療費も増加し続けていることから、「将来の持続可能性は不確か」という問題点が挙げられます。

最後に、「満足度」を見てみましょう。各調査によって異なる結果（19～82.4%）ではありますが、主要先進国の中での順位はかなり低いことから「ちょっと問題」と言えます。評価が低い理由として、説明責任と透明性の不足、先進的医療へのアクセス不足が挙げられています。

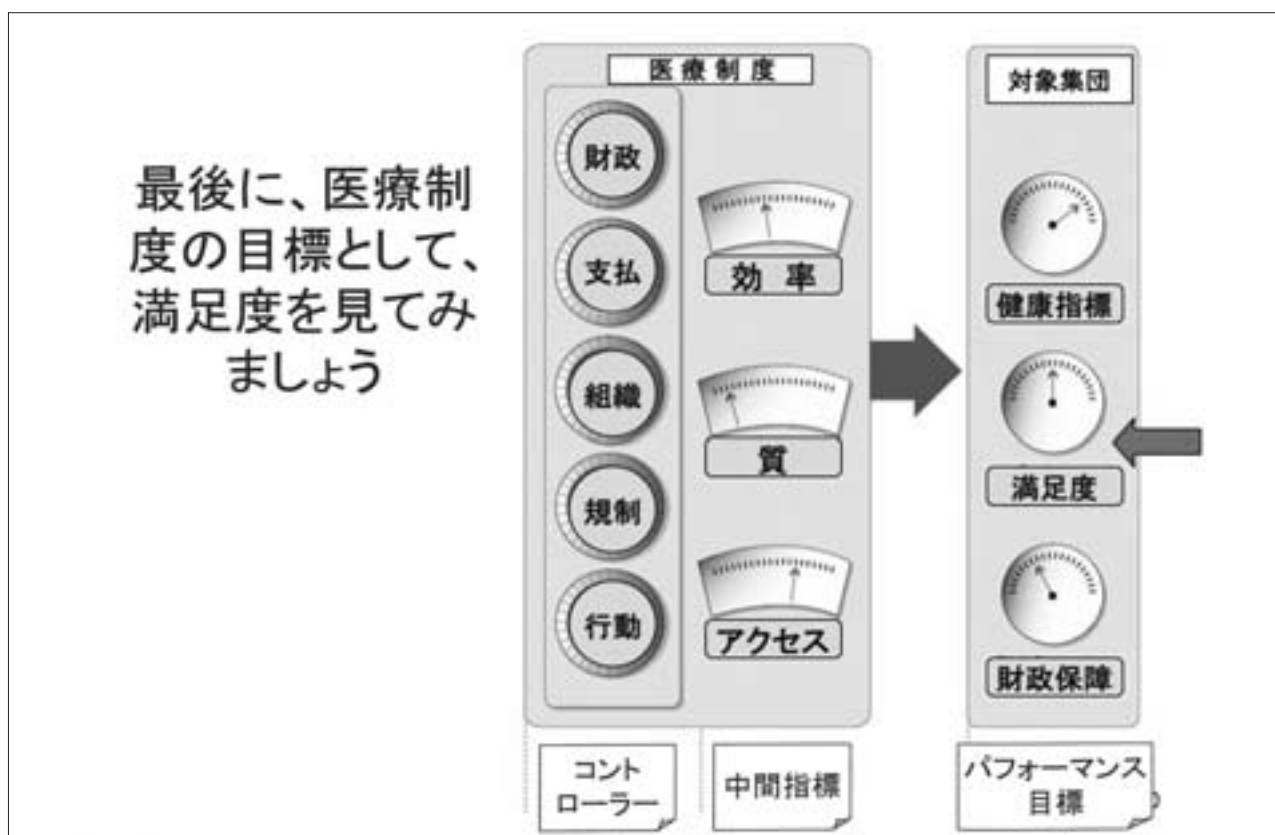
処方せん： 問題点をどうすべきか？

前述したように、ハーバード方式は、処方せんを導くための大枠となる「方法論」を提案するところにその特徴があります。

方法論は2つ。（1）医療改革にはパフォーマンス向上のためにコントローラーの調整が必要、（2）問題点からコントローラーを導くための診断樹を使う、です。

それでは早速、「低い患者満足度」と「生活習慣病の増加」の2つの事例に対しての処方せんを提案してみましょう。これらの処方せんは、あくまでも例であることに注意してください。

まず、「低い患者満足度」の診断樹を作り



図表16

目標 3: 満足度: ちよつと問題 Fair to Poor

- 満足度は調査によって異なる^{*1, *2, *3,}
19% - 82.4%
- ただし、主要先進国で順位はかなり低い^{*1, *4}
- 不満の例:
説明責任と透明性の不足
先進的医療へのアクセス不足

^{*1}Niki 2007, ^{*2}JMA 2004, ^{*3}Nikkei 2002, ^{*4}Mckinsey 2000

図表17

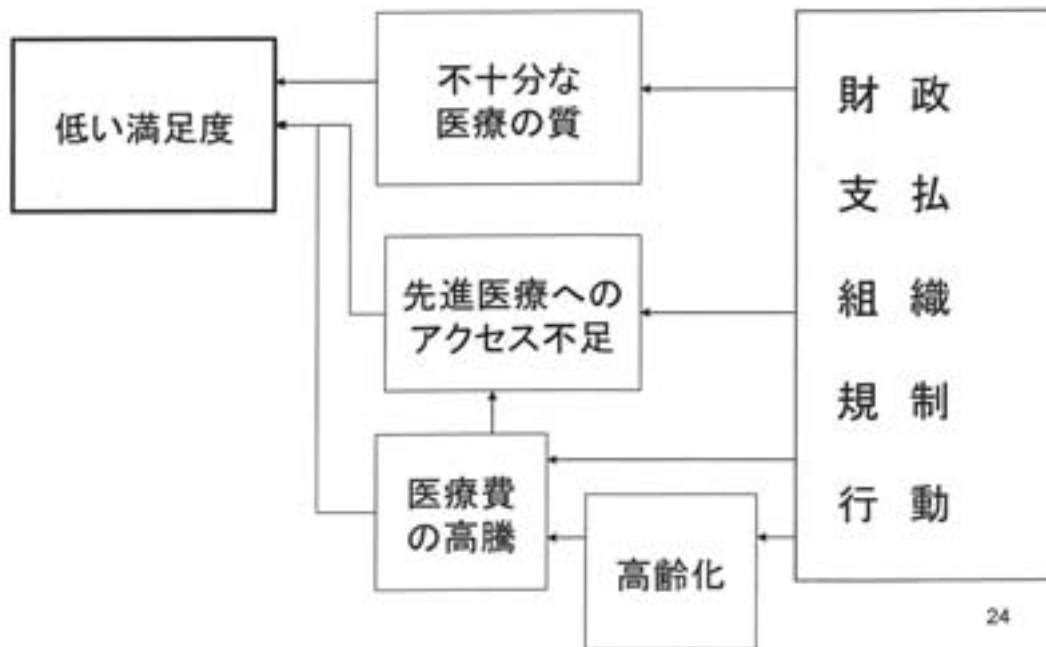
どうすべきか？

- 医療改革にはパフォーマンス向上のためにコントローラーの調整が必要
- ハーバード方式では問題からコントローラーを導くため診断樹を使う
- 簡単な二つの例: 患者満足度と生活習慣病

23

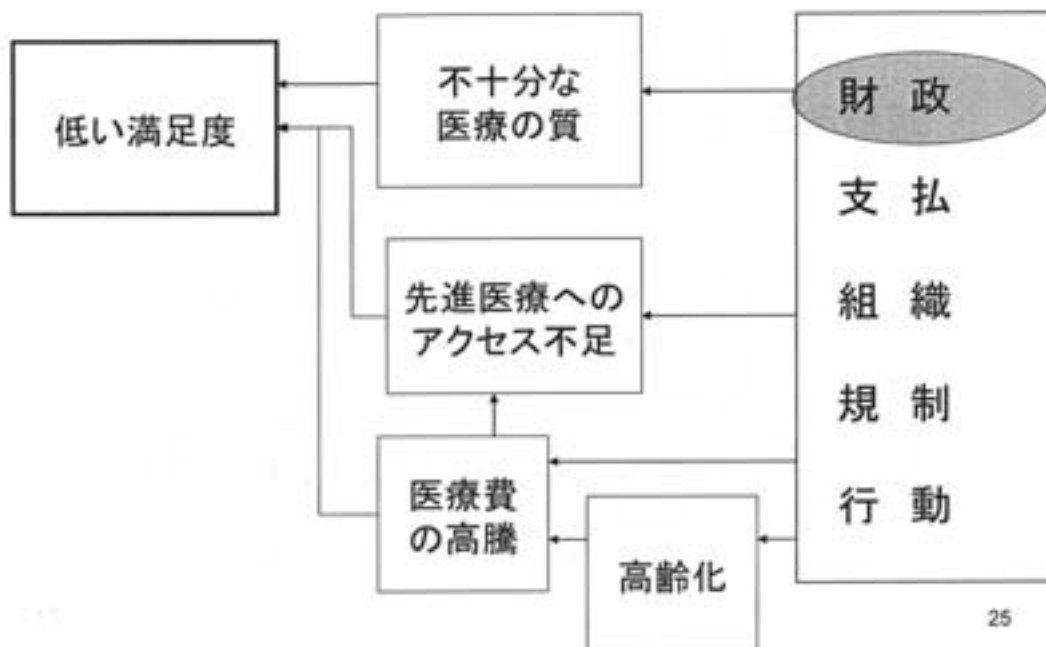
図表18

まず低い満足度の診断樹を作る



図表19

そしてコントローラーを考える



図表20

財政 コントローラーの使用例

- ・ 公的保険への部分的な自費診療／民間医療保険の導入の検討
- ・ 診療の選択増加
- ・ 医療の質向上
- ・ 患者満足度の向上
- ・ ただし、公平性の問題と民間保険会社の政治性に要注意

26

図表21

ます。評価が低い要因として、不十分な医療の質、先進医療へのアクセス不足、医療費の高騰を設定します。また、医療費の高騰の要因として高齢化も設定します。これらの要因はすべて、5つのコントローラー（財政・支払・組織・規制・行動）の影響を受けます。

財政コントローラーの調整を行う場合、1つの具体例としては「公的保険への部分的な自費診療／民間医療保険の導入の検討」を提案できるでしょう。そして、これにより①診療の選択増加、②医療の質の向上、③患者満足度の向上が期待できます。ただし、倫理的な側面からは④公平性の問題と民間保険会社の政治性に十分に注意しなければなりません。民間医療保険の導入により、政治バランスが変わり得るということです。実際、アメリカの保険業界は、アメリカでも屈指の政治

力を誇っています。

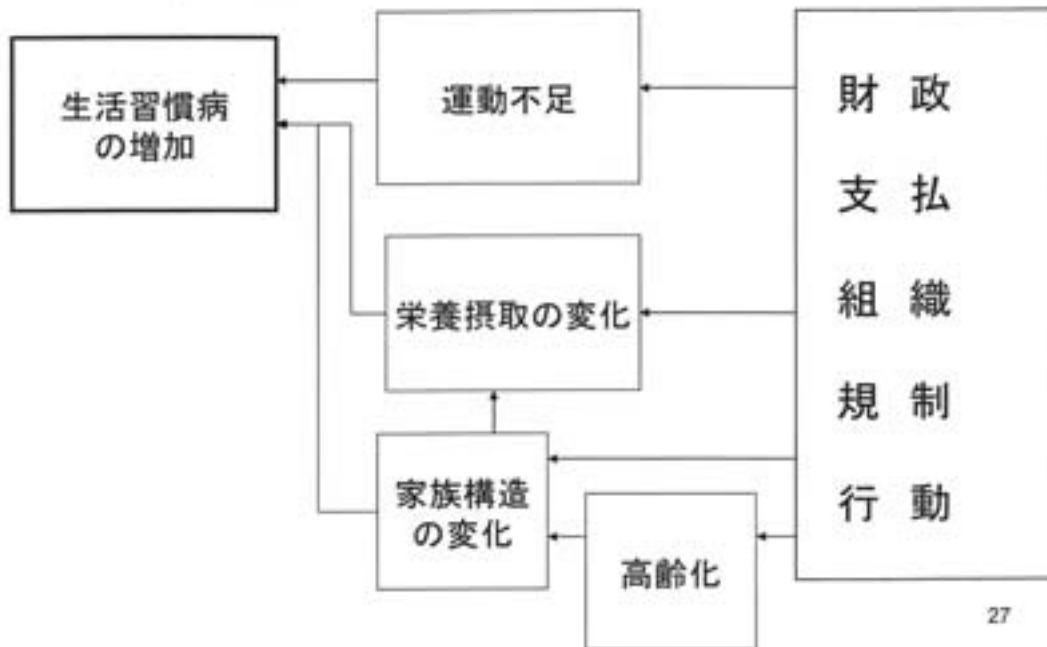
次に、「生活習慣病の増加」の診断樹を作ります。増加の要因として、運動不足、栄養摂取の変化、家族構造の変化を設定します。また、家族構造の変化の要因として高齢化も設定します。これらの要因はすべて、5つのコントローラー（財政・支払・組織・規制・行動）の影響を受けます。

ここでは、行動コントローラーの調節例を考えましょう。「日本を含め、国際的にも生活習慣病の問題の多くは、2つの行動変容に関連している」ことを提示しました。

2つの行動変容とは、1つは個人の栄養摂取の変化、もう1つは個人の運動習慣の変化です。

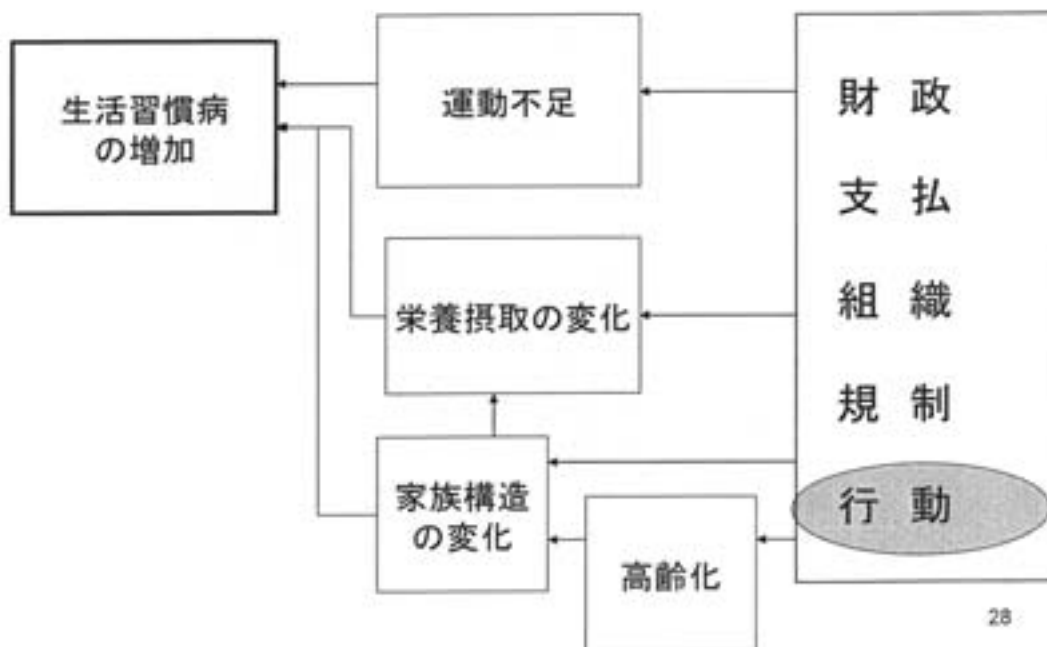
実際、厚生労働省ではお二人の副大臣がダイエットに取り組んでおられ、これは行動コ

まず生活習慣病の診断樹を作る



図表22

そしてコントローラーを考える



図表23

行動 コントローラーの使用例

- 日本を含め、国際的に生活習慣病の問題の多くは下記などの行動変容に関連:
- 個人の栄養摂取の変化
- 個人の運動習慣の変化

29

図表24

行動 コントローラー実例

- *Japanese Diet members go on Public Diet*



- 行動変容は容易ではない

30

図表25

ントローラーの具体的な調節例の1つと言えます。

武見先生は、4か月で4キログラムの減量に成功したそうです。しかし、日本の国民全体の行動変容を実現することは容易ではありません。

ハーバード方式を 日本の医療改革のツールに

結論を3つ申し上げます。

第1に、やはり医療制度改革は簡単ではありません。技術的、倫理的、政治的側面において決断を要する複雑なプロセスです。そのプロセスを、「誰が、どうやって作るのか」

を考える必要があります。

第2に、ハーバード方式の5つのコントローラーは日本の医療制度改革の政策選択にも役立ちます。3つのパフォーマンス目標のどれを重視し、どういう社会を作りたいのか、自らの考え方をシステムティックに整理し、民主的議論を行うために、ハーバード方式は有用です。

第3に、医療制度改革も個人の体型改革も容易ではありませんが、不可能でもありません。武見先生の例でもお分かりのように。

最後に、日本医師会の皆様、武見敬三先生、ハーバード大学の江副聡氏に感謝申し上げ、私の話を終わらせていただきます。

結論 #1

- 医療改革は技術的、倫理的、政治的決断を要する複雑なプロセス

図表26

結論 #2

- ・ハーバード方式における5つのコントローラーは日本の医療改革の政策選択に役立つ

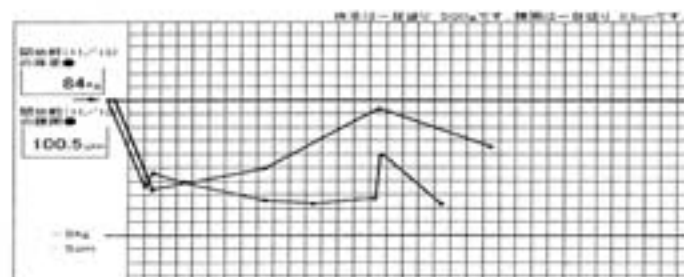
33

図表27

結論 #3

- ・医療改革も個人の体型改革も容易ではないが不可能ではない

武見副大臣 体重・腹囲の変化記録



34

図表28

国民誰もが健康に過ごせる 社会を目指して

厚生労働副大臣

武見 敬三※



予防医療の視点から 実現した特定検診

参議院議員、現在、厚生労働副大臣を拝命しております武見敬三でございます。

皆さんはライシュ先生のお話を聞かれて、日本語と英語で「医療」の意味するところに違いがあることに、お気づきになったのではないのでしょうか。

英語で医療政策を議論するときには、「medical reform」という観点よりも、より広い意味の「health reform」という観点で議論されることのほうが多い。すなわち、「疾患治療」という観点に加えて「予防医療」の観点が、アメリカの医療の概念には組み込まれているということです。

そこで、ハーバード方式を用いて日本の医療政策を議論する際には、私は中間指標である「アクセス」「質」「効率」に、さらに「予防」を加えたいと考えました。今、わが国は「予防」という視点を加えて包括的に医療制度をとらえることが必要な時期を迎えているからです。

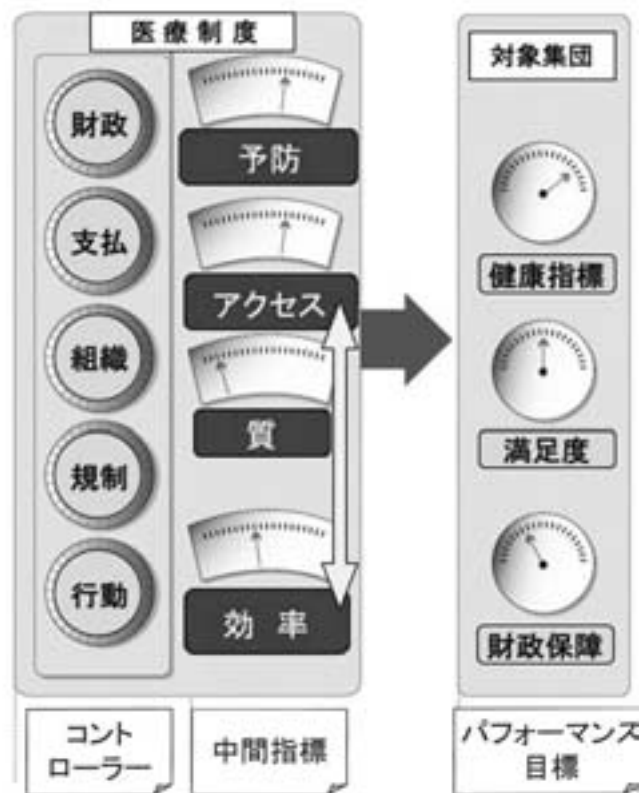
実際、わが国で進められようとしている医療制度改革は図表2のとおり、健康増進・特定疾患予防が新たに大きな柱となってきました。

戦後の復興期から高度経済成長期くらいまでは、結核のような感染症が猛威をふるっていましたが、成熟し安定した社会となり、恵まれた食事ができる状態になった現在、高血圧症や糖尿病といった生活習慣病が疾病構造の重要な位置を占めるようになってきました。

※ 昭和26年生まれ。昭和49年 慶応義塾大学法学部政治学科卒。昭和51年 同大学法学研究科修士課程政治学専攻修了。東海大学教授、ハーバード大学東アジア研究所客員研究員を経て、平成7年 参議院議員初当選。現在二期目。安倍内閣で厚生労働副大臣。

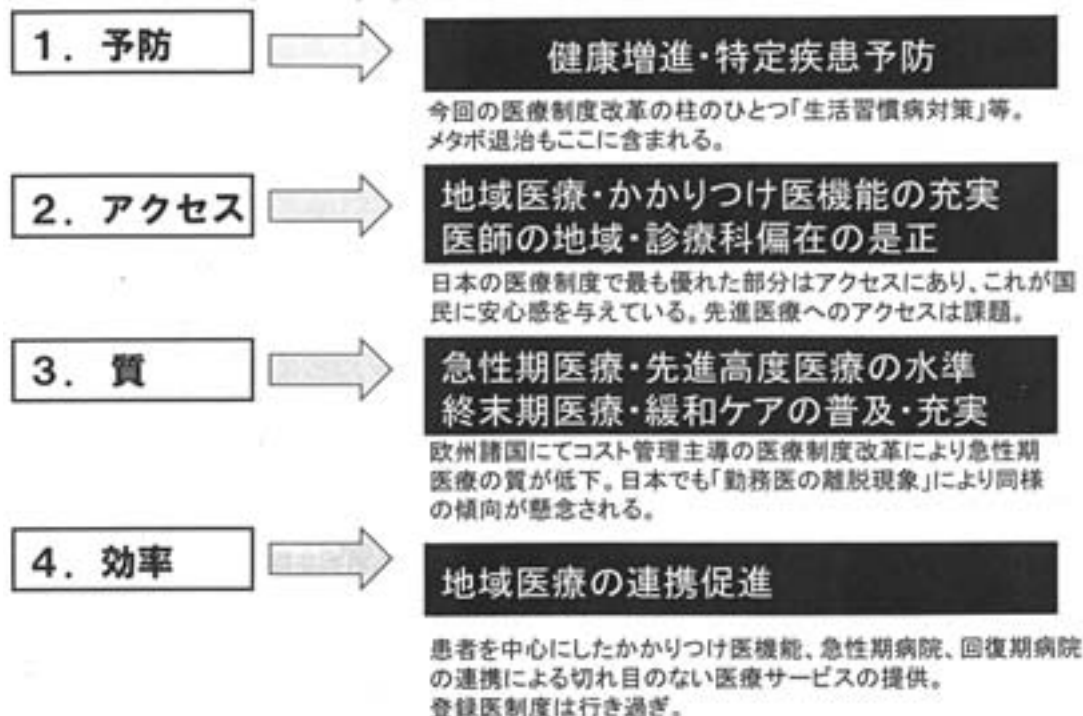
ハーバード式 医療制度分析 武見の見解

From: Marc Roberts, William Hsiao,
Peter Berman, and Michael R. Reich:
*Getting Health Reform Right: A Guide
to Improving Performance and Equity*.
Oxford University Press, New York,
2004, p. 27



図表1

医療制度の中間指標について



図表2

た。生活習慣病という特定疾患をいかに予防するかという観点で、他の先進諸国と同様、わが国の医療政策の中でも新しくプライオリティを与えられることになったわけです。

したがって、2008年4月1日からは、すべての医療保険の保険者が個人の健康に責任を持つことを目的として、40歳以上のすべての被保険者を対象として特定健康診査・特定保健指導が実施されることになりました。その財源は、従来は認められていなかった医療保険の保険料です。予防に関わるサービスが国民に対して提供されるのは、初めてのことです。

効率より アクセスの重視を

ライシュ先生の分析図では、中間指標は「効率」「質」「アクセス」の順に配置されていました。しかし、私は「効率」よりも上に「アクセス」を置きたい。なぜなら、わが国の医療政策を議論するときにはアクセスの優先順位は極めて高いからです。

わが国の医療制度の最も優れた部分は「アクセス」にあります。今日、地域による医師・診療科の偏在がきわめて深刻な事態となっています。地域医療、かかりつけ医機能の充実を通じて、アクセスを常に確保する努力が必要です。

次に、「質」の問題です。欧米先進諸国では、コスト管理主導の医療制度改革がおおよそ一段落しました。しかし、急性期医療の質の低下が深刻な課題として浮上してきました。コスト管理の観点から効率性を求めた結果、急性期医療の質、アクセスが低下したためです。

わが国の場合でも、日本の医療制度について「イギリス型のコスト管理が進行する過程で、急性期医療の質が低下していくだろう」と、多くの医療関係者が見ているのが実情のようです。しかし、私は日本の政治家の1人として、医療制度改革によって急性期医療の質の低下、患者さんのアクセスが低下してしまうようなことはあってはならないと痛感しています。

「効率」では、あくまでも患者さんを中心に、かかりつけ医、急性期病院、回復期病院などが連携し、効率的に医療を提供することが求められてきます。

ただ、この効率をいすぎたコスト管理の観点から考えてしまうと、かかりつけ医以外へのアクセスを大きく阻害してしまい、地域医療システムに混乱をもたらすのではないかと懸念されます。

後期高齢者に対する 財源確保について

ライシュ先生のご講演で、人口構成の高齢化が進むことにより財政保障の「持続可能性は不確か」との指摘を受けました。図表3によりますと、わが国の死亡数は2040年にピークを迎えると予想されます。このことは、今後30年間で高齢者医療のニーズが急激に高まることを示すと同時に、終末期医療のニーズが大きく膨れ上がっていくことを端的に示しています。

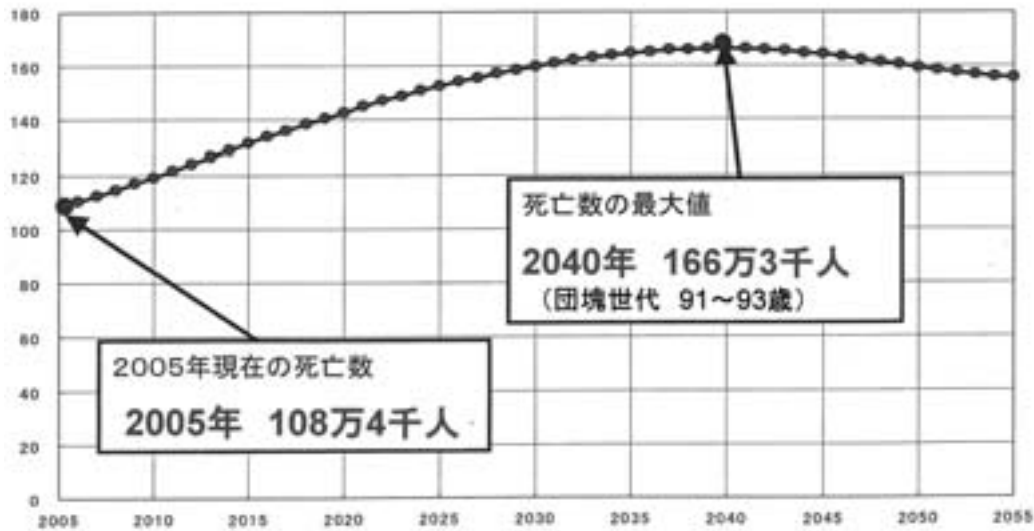
こういった時代状況、人口構成の変化に合わせて、わが国の医療保険制度をいかにして持続可能なものにしていくのか。こういう観点から、75歳以上、65歳から74歳までの寝たきりの者を対象として、後期高齢者医療制度

人口構造の急激な変化

厚生労働省資料

死亡数の将来推計（平成18年推計）

将来推計人口（平成18年中位推計）によると、我が国の死亡数は、団塊世代の高齢化とともに増加し、2040年に最大となり、166万3千人となる見通し。



図表3

後期高齢者医療制度の導入

国が負担していかなないと、国の保険制度そのものの持続可能性が崩壊する危険性。
平成20年4月導入。

後期高齢者医療費（75歳以上）				「公費」の内訳		
	老人医療費	給付費	公費	国	都道府県	市町村
2008年度	11.4兆	10.3兆	4.7兆	3.1兆	0.8兆	0.8兆
2015年度	16.4兆	14.8兆	6.8兆	4.5兆	1.1兆	1.1兆
2025年度	24.9兆	22.6兆	10.4兆	6.9兆	1.7兆	1.7兆

単位：円

財源

- 患者負担：1割
（現役並み所得のある高齢者は3割）※以下の数値は患者負担を除いた数値
- 公費負担：約5割（約46%）
- 後期高齢者支援金（現役世代からの支援）：約4割
- 保険料：1割

図表4

厚生労働省資料

国民医療費、医療給付費、老人医療費の将来見通し

(医療制度改革ベース、平成18年1月)

年 度		平成18 予算ベース (2006)	平成27 (2015)	平成37 (2025)
改革後				
	国民医療費(兆円)	33.0	44	56
	老人医療費(兆円)	10.8	16	25
	医療給付費(兆円)	27.5	37	48
改革実施前				
	国民医療費(兆円)	34.0	47	65
	老人医療費(兆円)	11.1	18	30
	医療給付費(兆円)	28.5	40	56

(注) 平成18年度の老人医療費は74歳以上の高齢者が対象、平成27年度、平成37年度は75歳以上が対象。

図表5

を2008年4月1日に発足させることになりました。

この制度の財政構造を見てみますと、患者さん本人が1割負担、残り9割のうち公費負担が給付費の約5割(約46%)ということで、国民の税金によって賄われるという形になります。これは他の医療保険制度と根本的に違う点です。これだけの税金を投入しなければ、高齢者医療に関わる持続可能な制度を確保することはできないからです。そして、残り約4割分については現役世代からの支援金、最後の1割は保険料を財源としています。

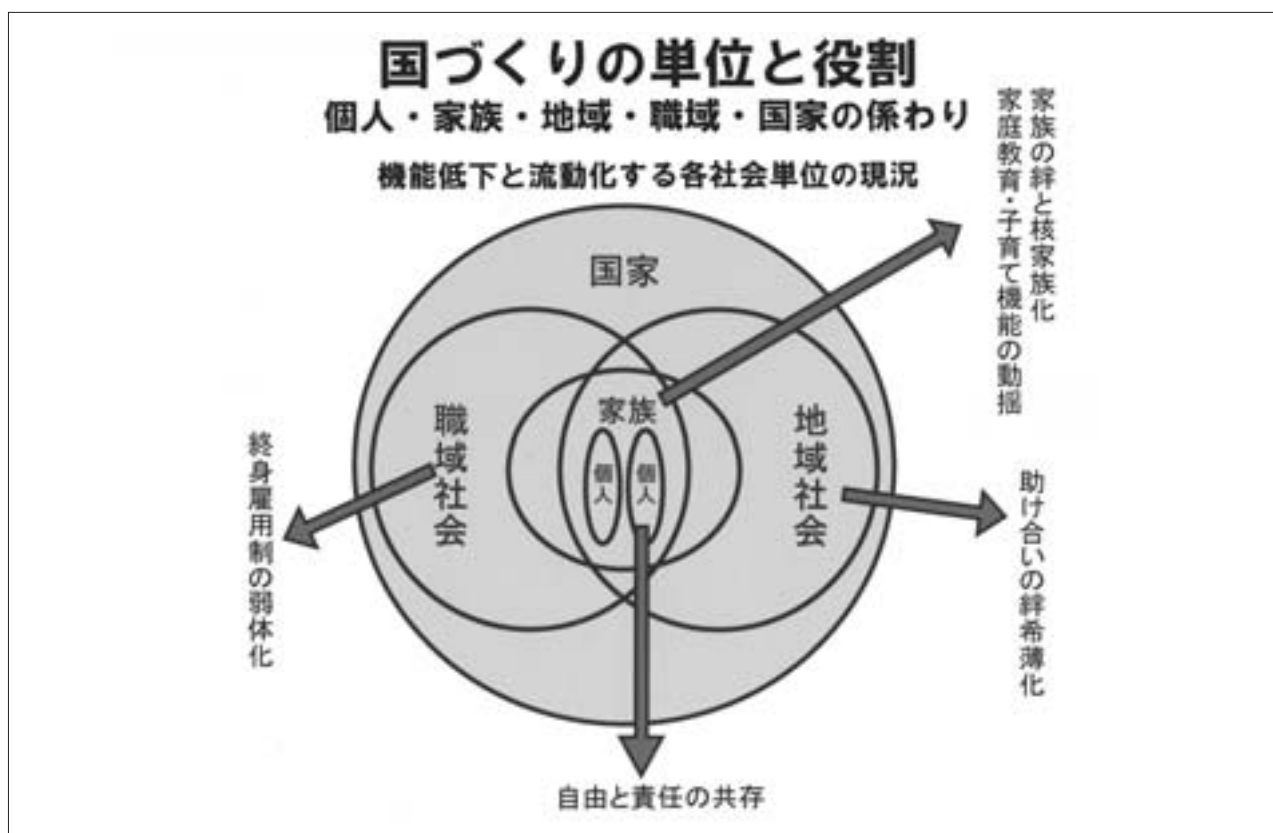
公費部分を2008年度で見てもみますと約4.7兆円、国の負担分がそのうち3.1兆円、都道府県が0.8兆円、市町村が0.8兆円。これだけの負担が当初予測されています。2015年度になりますと、高齢者の数の増加に伴い、公費

負担は6.8兆円、その内訳は国が4.5兆円、都道府県が1.1兆円、市町村が1.1兆円という形で、確実に膨れ上がっていくということになるわけです。

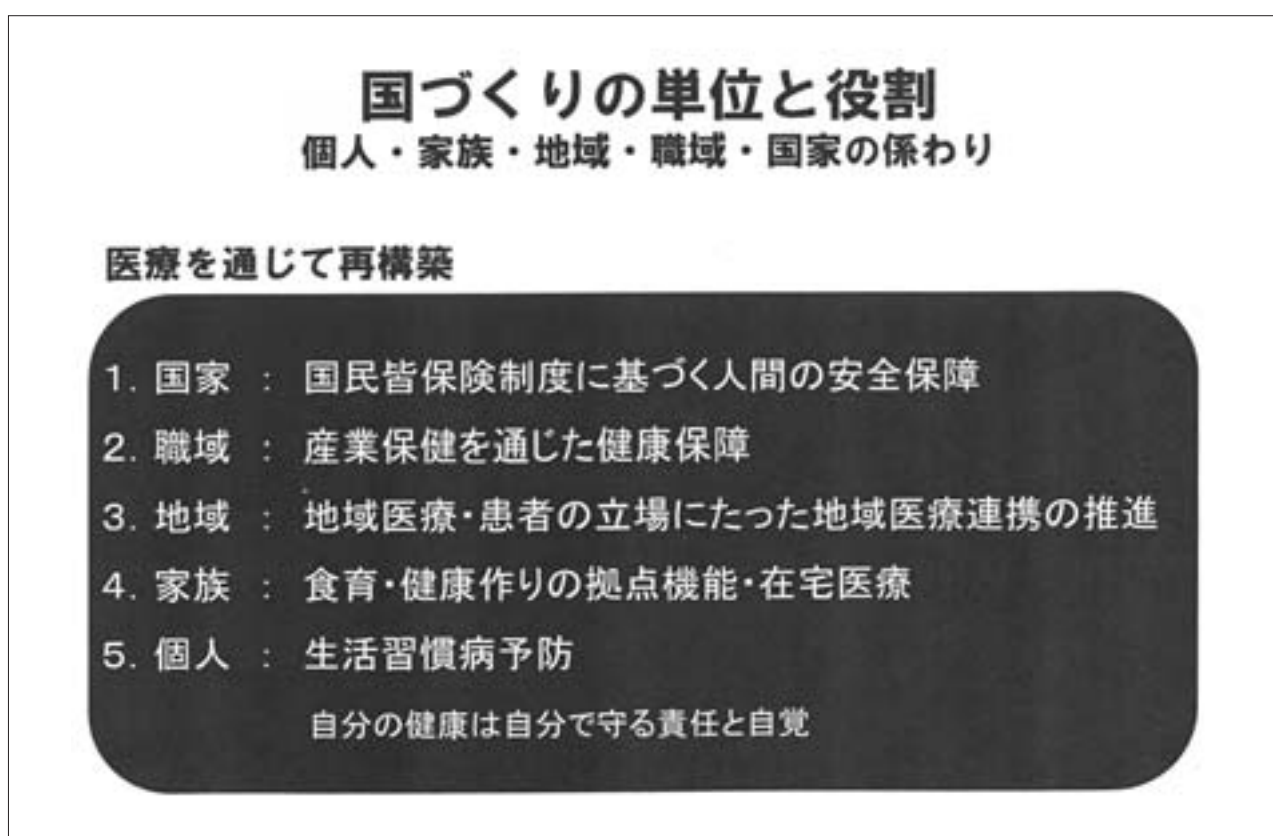
私は、安定した財源確保の議論は、消費税を含む税制の抜本改革の議論と確実に結びついてくだろうと考えています。

医療制度改革を 国づくりの議論の場に

図表6をご覧ください。私が日の丸を模して作りました。健康とか医療といった議論をするとき、医療の枠の中だけで議論しようとしてもなかなか解決の糸口をつかめないのは、わが国の社会構造が複雑なものになった



図表6



図表7

ためです。

日本という国家社会の中に、働く場である職域社会、生活の場である地域社会がある。そして、この両者にまたがる形で家族があり、その家族の中にそれぞれ家族の一員である、個人が存在している。

将来の医療のあり方を考えるときには、それぞれの社会的な要素が担う役割について議論しなければならないと思います。

「国家」の果たす役割は何か。国民皆保険制度は、国家と国民との契約による制度ですが、国の役割についての国民のコンセンサスというものが揺らいできたように思います。

「職域社会」は、かつては終身雇用制が安定していたため、国民は産業保健により健康と医療が保障されていました。しかし、今や終身雇用制は弱体化し、パートタイムは1,200万人を超えています。国会で非正規社員の報酬条件の整備が議論されていますが、これとは別に職域社会がいったいどこまで健康保障の役割を維持し、発展させていくことができるか。改めて考え直さなければならない課題と言えます。

「地域社会」ですが、隣近所の付き合いが希薄となり、助け合いの絆が弱体化したことが、保険・医療の問題にも影響を及ぼすようになってきています。このような社会状況では、国が地域医療を推進しようにも、なかなか難しい課題となっています。

「家族」の健康と医療は、家族の形のあり方と密接に関係しています。核家族化や共働

き家庭が増加する中で、食育や在宅医療の受け入れ体制というものが、家庭の中にどの程度あるのでしょうか。在宅医療の充実を推進する場合には、わが国の家族の機能について改めて議論をしなければなりません。

最後に、「個人」としての国民一人ひとりを考えてみたいと思います。

私自身がメタボリックシンドローム対策としてのダイエットをやってつくづく実感したことは、国が予防給付の観点から特定健康診査・特定保健指導の制度を作って国民にサービスを提供したとしても、サービスを受ける側に「自分の健康は自分で守る」という自覚と責任がなければ、効果は上がらないだろうということです。したがって、予防医療は政策論では効果は期待できず、国民運動にしていかなければならないでしょう。

誰もが健康に過ごせる社会を作るために、「国家」「職域社会」「地域社会」「家族」「個人」の果たす役割について、もう一度国民の皆さん方としっかり議論をする。次に、その役割を国民の中に定着をさせていく。こうすることで、社会は好ましい形に安定化し、国民は将来に対しての安心感を持つことができるようになるでしょう。

このように考えますと、医療政策はまさに「21世紀の日本の国の形を整えていく仕事」であるため、より包括的な視点を持って医療制度改革を進めていく必要があると認識せずにはられません。ご清聴ありがとうございました。

日本の医療の未来像

—世界から見た日本の医療—

討論者

ハーバード大学公衆衛生大学院教授

厚生労働副大臣

日本医師会長

マイケル・R・ライシュ

武見 敬三

唐澤 祥人

司 会

順天堂大学医学部教授

丸井 英二

日本の医療は 曲がり角に来ているのか？



丸井 司会を務めさせていただきます順天堂大学医学部公衆衛生の丸井です。討論に先立ちまして、ライシュ先生には、ハーバード式医療分析によって、外から日本の医療を見る視点を提示していただきました。武見先生からは、日本の中から見た日本の医療、また医療を通して社会全体の再構築を考えるとのお話がありました。

「子は親を映す鏡」という諺がありますが、ある意味で「医療は社会を映す鏡」でしょう。それゆえ、医療を通じて社会全体を理解していくことができるのかもしれない

と思います。

現在、「日本の医療は曲がり角に来ている」という指摘が聞かれますが、唐澤先生、この点についてはいかがでしょうか。

『グランドデザイン2007』を 提言



唐澤 私は、お二人のご講演を拝聴しながら、医療を提供している側の気持ちと医療を受けている側、患者さんの気持ちが違うのはなぜか、とずっと感じておりました。

地域医療に携わる皆さんが本当に献身的に努力されているにもかかわらず、医療を受けている患者さんは満足されていない。

「根本的に何かある」と考える必要があります。

このほど日本医師会が配布した『グランドデザイン2007』には、国民の皆さんの気持ちと、医療を受けておられる皆さんの気持ちをアンケート調査した結果を掲載しました。これにより、国民が必要とする量に対し、提供する医療の量が非常に不足していることが分かりました。

「医療の効率化」を図るべきだと言われますが、実際は、高効率で回転しているのです。ライシュ先生のお話にもありましたが、日本の医療従事者は非常に時間の制約を受けながらも、世界的に見ても高レベルの医療を提供しています。日本では、患者1人についてアメリカの10分の1の医療従事者数で医療が提供されています。また、総医療費についてはアメリカの対GDP比が15%であるのに比べ、日本は約7.9%、

英国は7.7%ですが、いずれ9%で日本を超えます。

「このような状況で、本当に国民に満足していただける医療を提供できるのか」、つまり医療の質と量に関して、日本医師会は数字上で明確にしていく考えです。

武見先生のお話にもあったように、今後日本の死亡者数は団塊世代の高齢化とともに増加し、2040年には最大166万人を看取らなくてはならない時代を迎えることになり、これを支える社会保障制度の充実が重要です。なかでも、命、健康を支える医療の充実が国民に一番の安心感をもたらすことから、追求していかなければなりません。

以上の状況を踏まえたうえで、日本医師会は学術団体として「国民にとっては、医療がどういう形で提供されることが一番必要なのか」の視点に立ち、現場の地域医療の状況を調査、数値化し、エビデンスに基



づいた医療政策を提案していきます。2007年夏には、がん予防、終末期医療、在宅医療、小児医療、産科医療など山積する課題についての調査・分析を行った『グランドデザイン2007』の第2弾の各論を発表する予定です。

曲がり角の 舵取り役は誰か？

丸井 ライシュ先生のお話では、わが国の健康指標については「非常によい」という結果でした。その背景には、国民皆保険制度がわれわれ国民を守ってきたことがあると思います。にもかかわらず、「満足度が低い」というご指摘もありました。これは、「非常によい」状況に慣れてしまったために、「もっともっと」と要求基準が高くなっていて、仮に今以上の医療が提供されたとしても満足できないのではないのでしょうか。ライシュ先生、いかがでしょう。



ライシュ 官僚は統計上の数字で満足と感じるかもしれませんが、国民や患者さんは違います。自らの健康寿命や生活の質を考えた結果、また病院での実体験によって不満を感じているのです。「満足」や「不満」は、客観的にではなく主観的に感じた結果なのです。

丸井 もう1つ、武見先生から、わが国の場合には「予防」という中間指標を入れたほうがよい、そして「効率」より「アクセス」

を重視したいというお話がありました。

ライシュ 私も非常に面白い指摘だと思いました。他にも、武見先生から「健康政策」という言葉は日本語では使われないとお聞きしましたが、なぜでしょうか。単なる言葉の問題だけではない気がします。

「日本の医療制度は曲がり角に来ている」と言われていることに関しては、その曲がり角は誰が定義するのか。もっと重要なのは「どのようにして上手に曲がるのか？ 舵取り役は誰なのか？」。

武見先生の作成された国づくりの図がありましたが、では、「誰が何をするのか？ どうやってその役割を決めるのか？ どんな国を作るのか？」。医療を通じての国づくりの過程には価値観の異なる多くの人、政治も関係してきます。日本医師会は大きな役割を果たすべきあり、また新たな役割も担っていかなければならないでしょう。

丸井 武見先生、ライシュ先生から3つのチャレンジが挙げられました。

健康政策の視点を取り入れた 医療政策



武見 health policy（健康政策）という言葉は、日本では政策論の場ではあまり使われず、「医療政策」です。もっぱら、「疾患治療」の観点から議論されてきました。しかし、生活習慣病が猛威をふるう時代となり、「疾患治療」の観点のみで議論することに

は限界が出てきました。

そこで、今わが国では、健康政策の観点を取り入れて医療政策を統合していくことが求められています。例えば、2008年4月1日から始まる特定健康診査・特定保健指導ですが、どのように地域医療の「早期診断→早期治療、リハビリ→社会復帰、あるいは介護→ターミナルケア」のシステムの中にシームレスに結び付けるのか。予防（健診・生活指導）をより効果的に実施するための医療制度の設計が問われています。

国民医療の 崩壊が危惧される



唐澤 「曲がり角」について述べさせていた

だきたいと思います。

医師会は、国民医療を守ることを提言しています。国民医療とは、「地域医療提供体制」と「国民皆保険制度」を指します。この2つの柱が、相互に関係しながら、日本の国民医療を支えてきました。

しかし、『グランドデザイン2007』を見ても、今後の医療費の増加は間違いありません。このような状況の中、ライシュ先生もご指摘されていたように「国民皆保険制度をどのように持続可能にしていくか」が最大の課題になっています。

地域医療提供体制についても、今、地域の勤務医が退いていっていることから、維持できないだろうと思っています。

これらの状況が続けば、日本の医療は必ず数年のうちに崩壊すると思われます。その先にあるのは、医療がすべての国民に平等に提供されない不平等社会でしょう。

国民の皆さんにここのところを分かっていたくために、日本医師会は何をすることかということです。舵取りは誰がするか。

舵を取る人は、政治家。そして、日本医



師会の役割は、日本の医療の危機を認識し国民医療を守っていくように、政治への働きかけを強めていくことだと思っています。

このように考えますと、日本医師会をはじめとし、日医総研などのシンクタンク、各関係団体の役割も自ずと明確になってくるように思います。

国民一人ひとりの声を いかに政策決定プロセスに 反映させるか



丸井 舵取り役のお一人である武見先生から、医療政策の方向性についてお話しただけですでしょうか。

武見 まずマクロの視点では、国民すべてが常に安心して医療を受けられる国民皆保険制度を維持していくことが、国民の総意だと思います。維持するためには、どのような医療政策が必要なのか、実施する際に想定される課題は何なのかを政治の場でしっかり議論する。そして、国民の皆さんに理解いただけるよう努力し、その結果としての支持・不支持で、政策の方向を確定していくべきだと思います。

さらに、マクロな政策を行うためには、ライシュ先生が言われたように、国民一人ひとりの主観をきちんと受け止めるというミクロの視点が欠かせません。

具体的には、地域医療の現場で、実際に国民と向き合っている医師、看護師、保健師、その他さまざまな医療従事者の声を政策に反映していくことが、非常に重要となってくるわけです。

議論のあり方は 簡単ではないが、 よい過程の議論を作るべき



ライシュ 医療制度改革や一国の国民の健康を改善することは、簡単な問題ではありません。国家的な議論、答えが出せるような議論のあり方は簡単ではないでしょう。

しかし、日本は新しい時代に入ってきたのです。議論のやり方も変わらなければいけないときを迎えました。

政治、日本医師会、マスコミ、国民一人ひとり、あらゆる議論の参加者が、「正しい」ということだけでなく、「よい過程」の議論を作るためにチャレンジすることになります。

丸井 合意を形成していく過程が変わってきているのではないかというご指摘でしたが、武見先生、唐澤先生、いかがでしょう。



武見 日本では医療政策に「予防」という観点が深く入り込んできたことによって、

国民個人の自己責任、自律が問われることになってきました。これが、1つの大きな国民のチャレンジになるでしょう。

唐澤 これまで医師は「疾患治療」に専念してきましたが、武見先生やライシュ先生もおっしゃっている「health reform」の観点からの予防医療や健康づくりに、新たにチャレンジしていくことになります。

予防医療は、まさしくこれからの少子高齢社会における医療の新分野であると思います。また、終末期医療への意識改革も必要であると思っています。ある先生が「町医者 of 復権」とおっしゃっていましたが、かつての医療のよいところをもう1回学び直す必要があるのかなと思っています。

武見 唐澤先生のおっしゃったように、医療を提供する際には、人として患者さんの気持ちに寄り添うことで築かれる医師と患者の人間関係を土台にするという考え方は、今後も変えてはならない価値観だと思います。

す。

また、昨今では家族の絆が希薄化していますが、家庭の中で助け合いの気持ちを育むことが大切です。そういう家族のあり方を、健康と医療という分野を通じてもう一度取り戻したいと私は思います。

丸井 制度は変わるものですが、医療の現場では、制度に振り回されることなく、地道に本来あるべき医療を続けていく必要があります。

私は、日本在宅医学会の事務局をしていますが、在宅医療がうまくいっている地域は、開業医の先生や病院の先生が、地域の中で人や資源をつなぐハブのような役割を担って活動してくださっていますし、家族の協力もあります。このような現場でのミクロの取り組みを、マクロの医療政策に反映させていっていただきたいと思います。

ライシュ先生、武見先生、どうもありがとうございました。





日本の医療の 未来像

世界から見た
日本の医療

