

中医協 診 - 1  
16. 11. 17

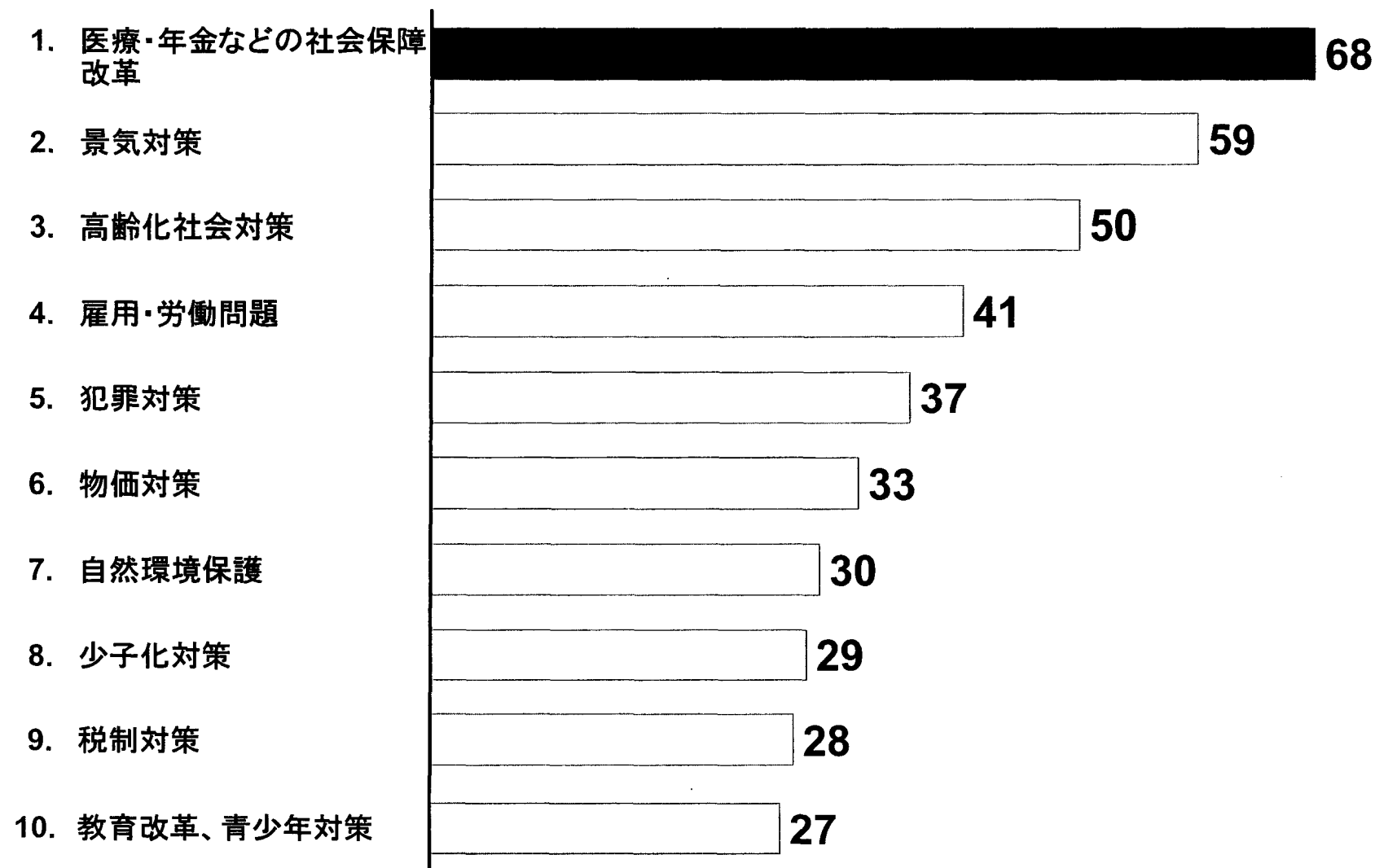
# 混合診療について考える際の 3つの大局的な視点

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

(%)



資料：内閣府「国民生活に関する世論調査」(2004年6月)

## 3つの視点

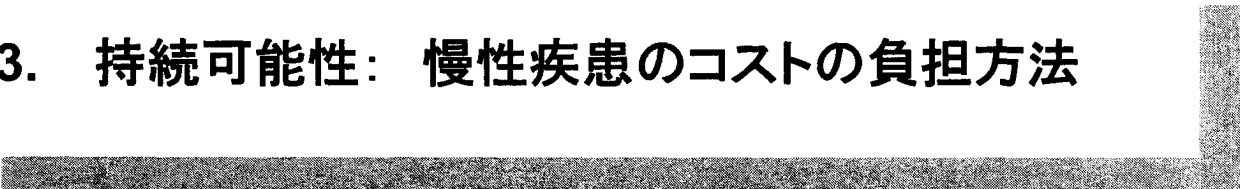
**1. 効率性： 日本経済と医療分野の生産性**



**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**

**2. 平等性： 真の弱者への救済のあり方**

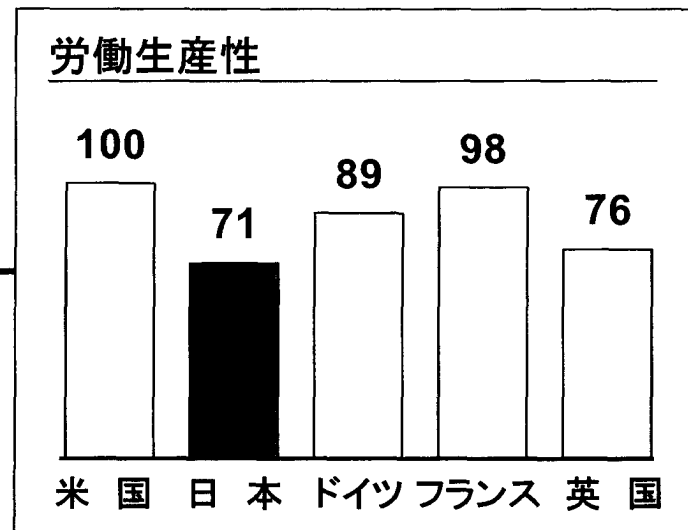
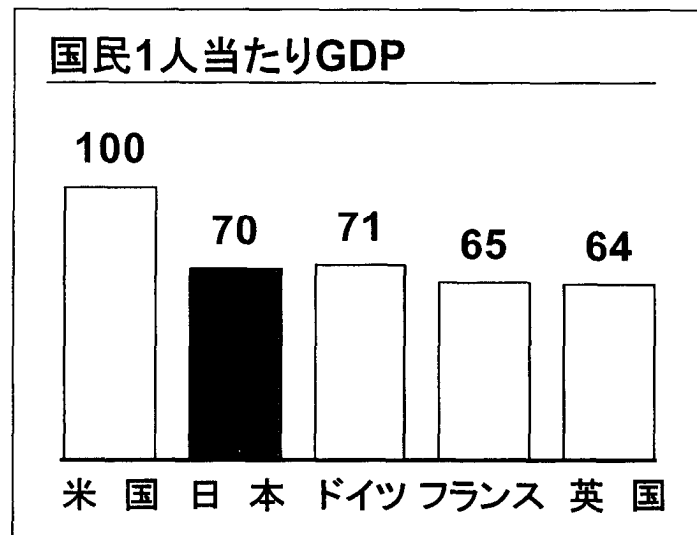
**3. 持続可能性： 慢性疾患のコストの負担方法**

## [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・雇用を向上させるか。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、費用対効果が低いが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

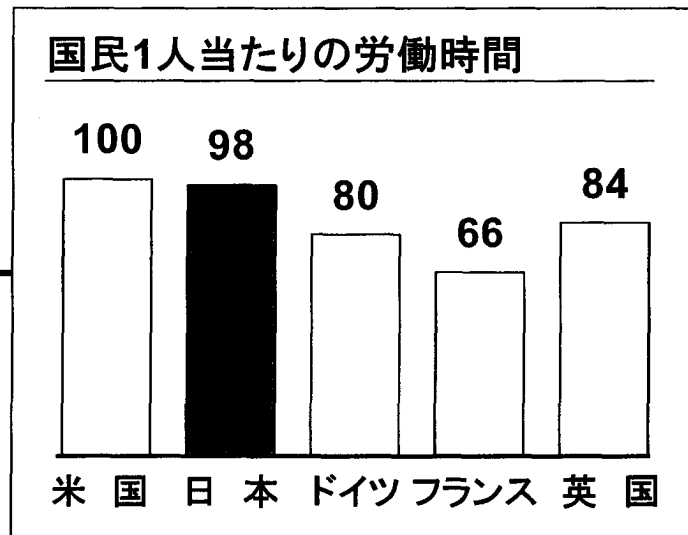
# 日本の労働生産性の海外主要国との比較

(指数; 米国 = 100; 2000)



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

×

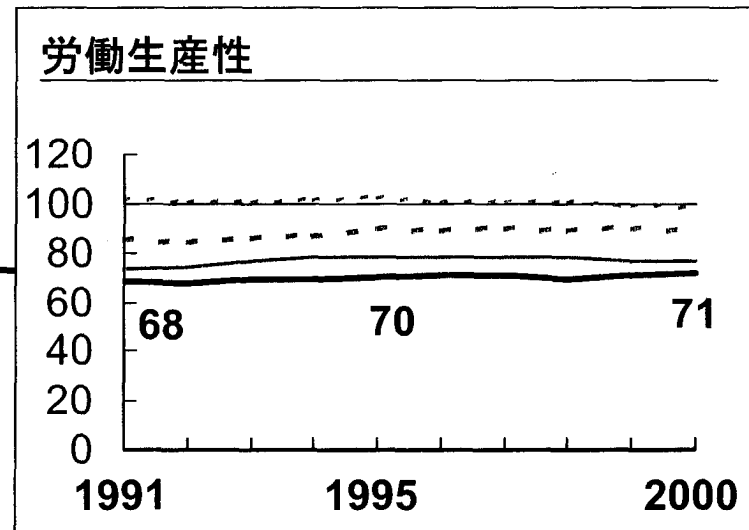
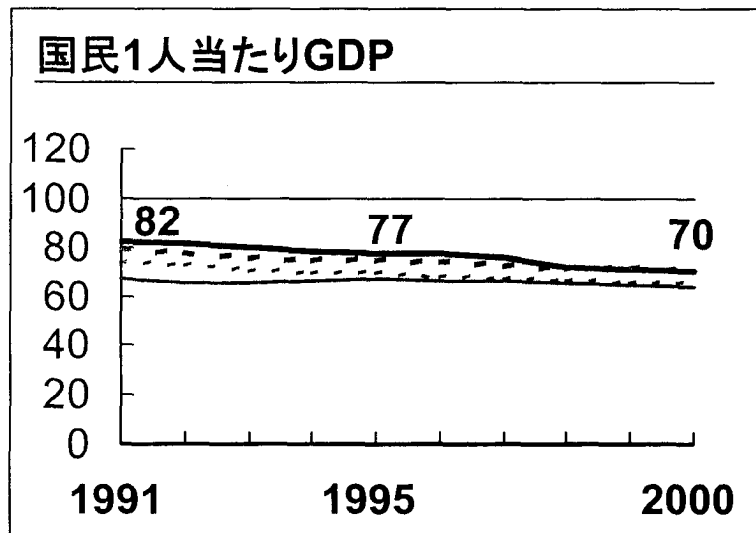


米国と同水準

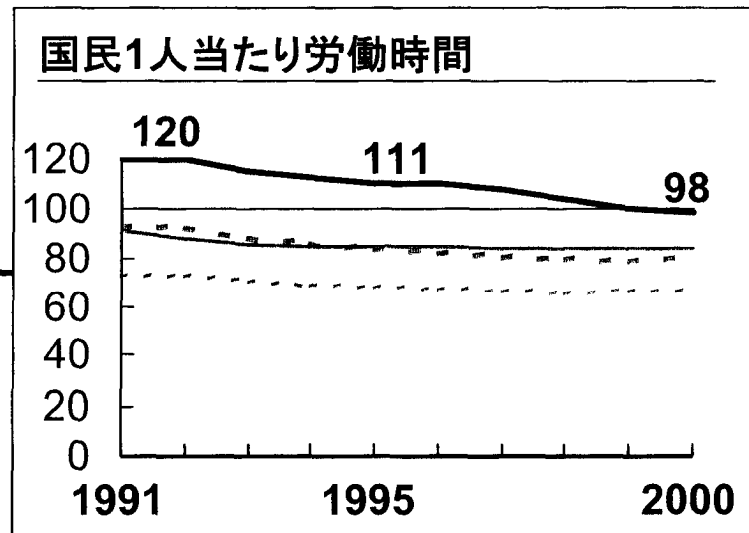
# 各国の労働生産性の推移

(指数; 米国 = 100)

- 米 国
- 日 本
- - - ドイツ
- · - フランス
- 英 国



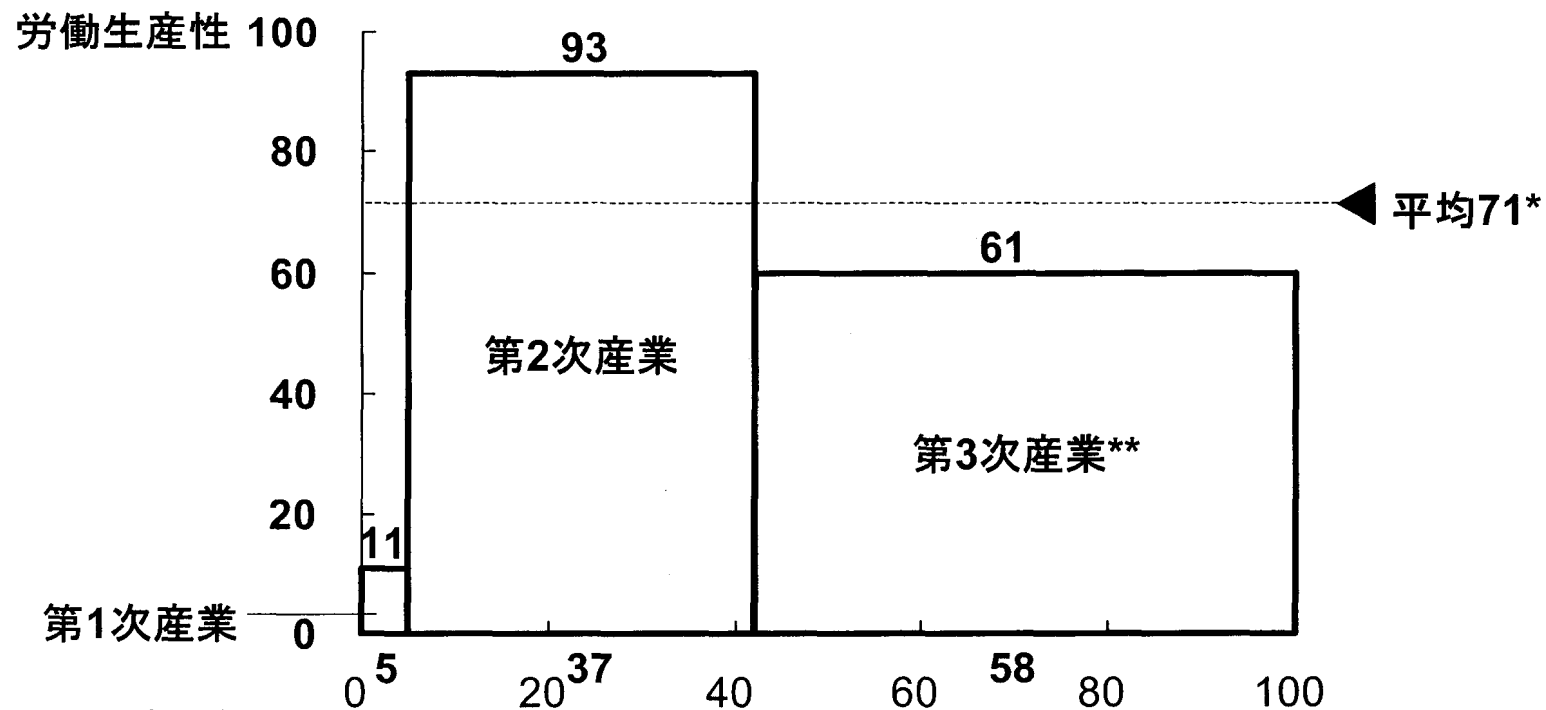
×



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

ドイツ	27	37	58	93
フランス	55	37	58	89
英 国	53	37	58	72

労働投入量時間  
(%)

\* 非民間経済部門を含む

\*\* 非民間経済部門を除く

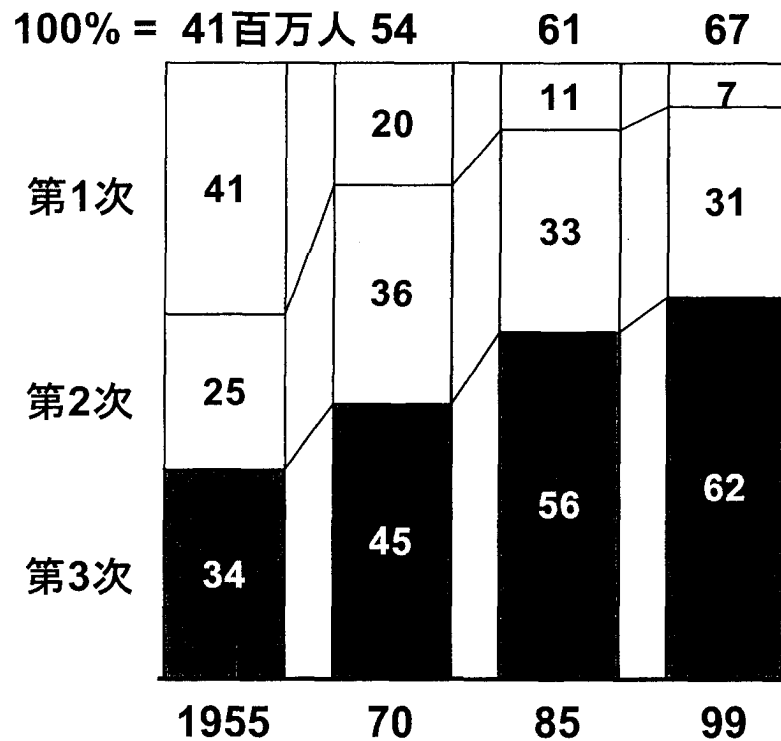
資料: 付属資料参考、O'Mahony、マッキンゼー分析



# 日本の各産業の就業者数と生産性の推移

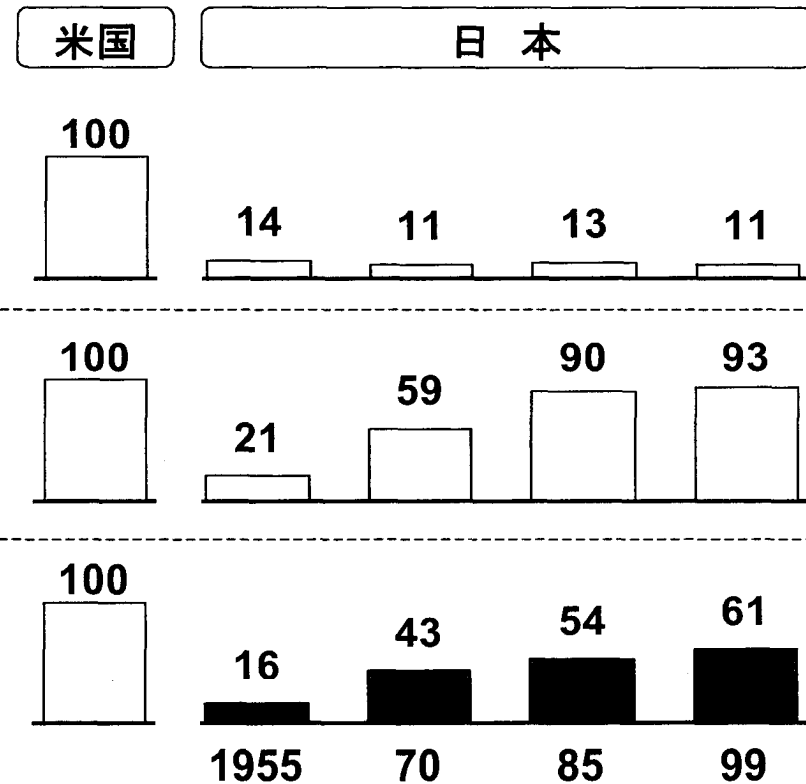
就業者数の産業別割合の推移

(%)



労働生産性の推移\*

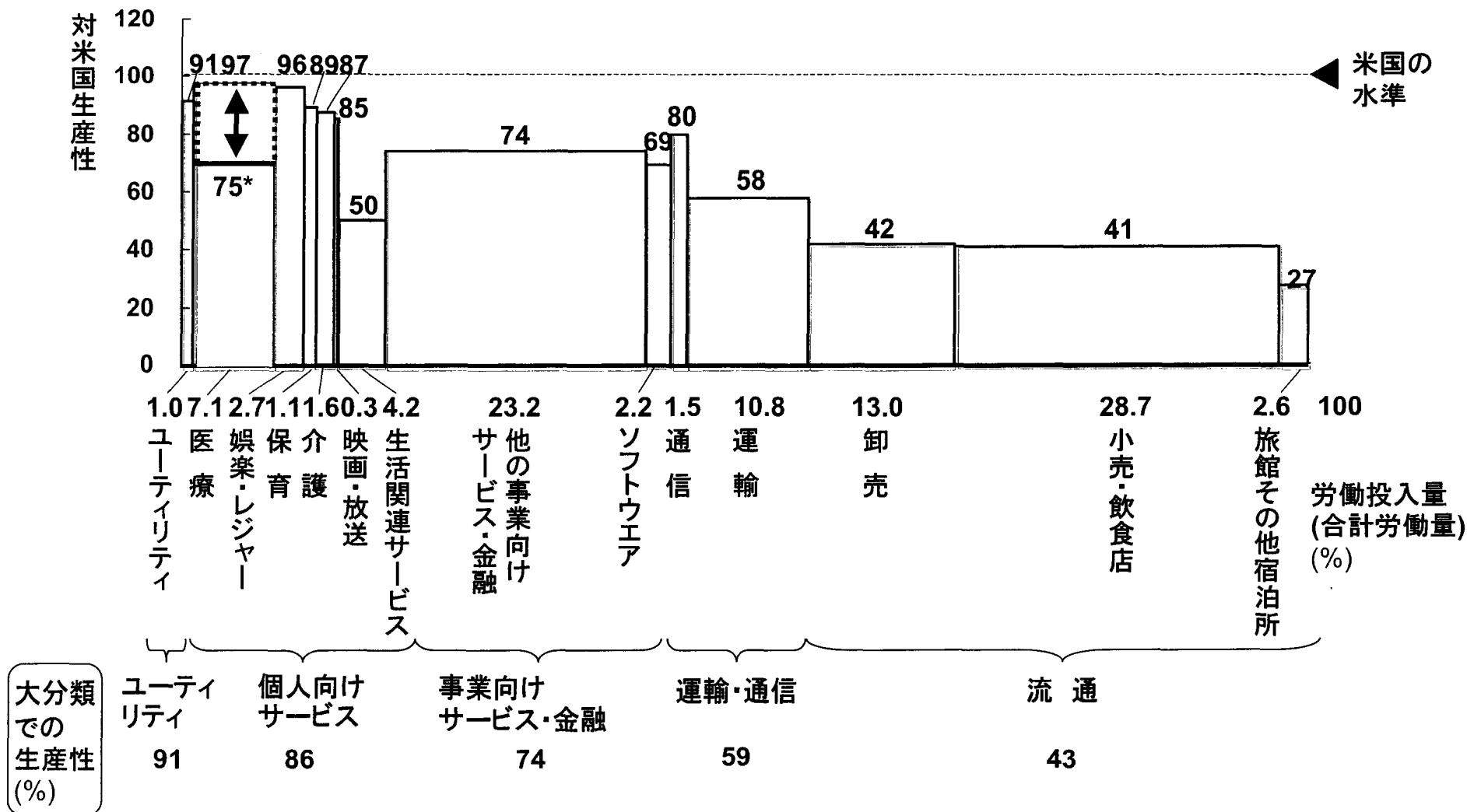
(指数; 米国=100)



\* 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

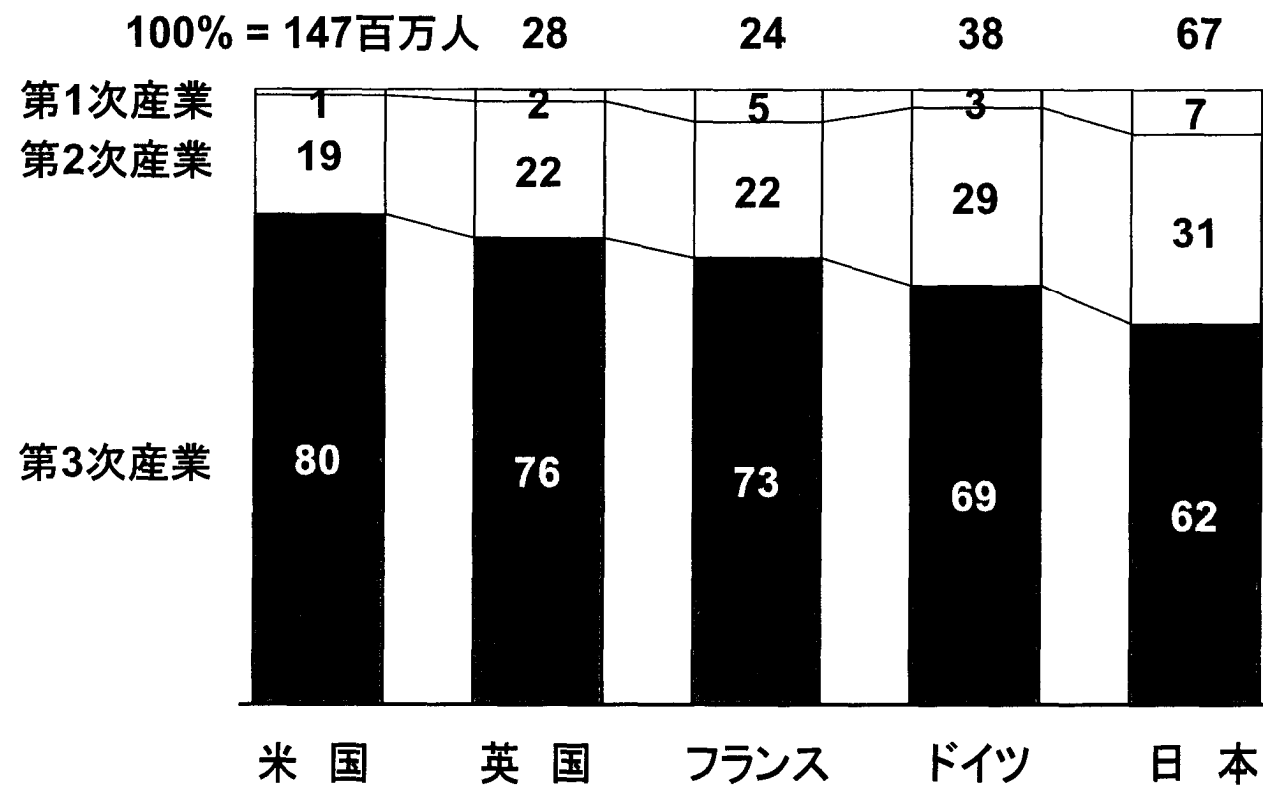
(指数; 米国 = 100; 1999)



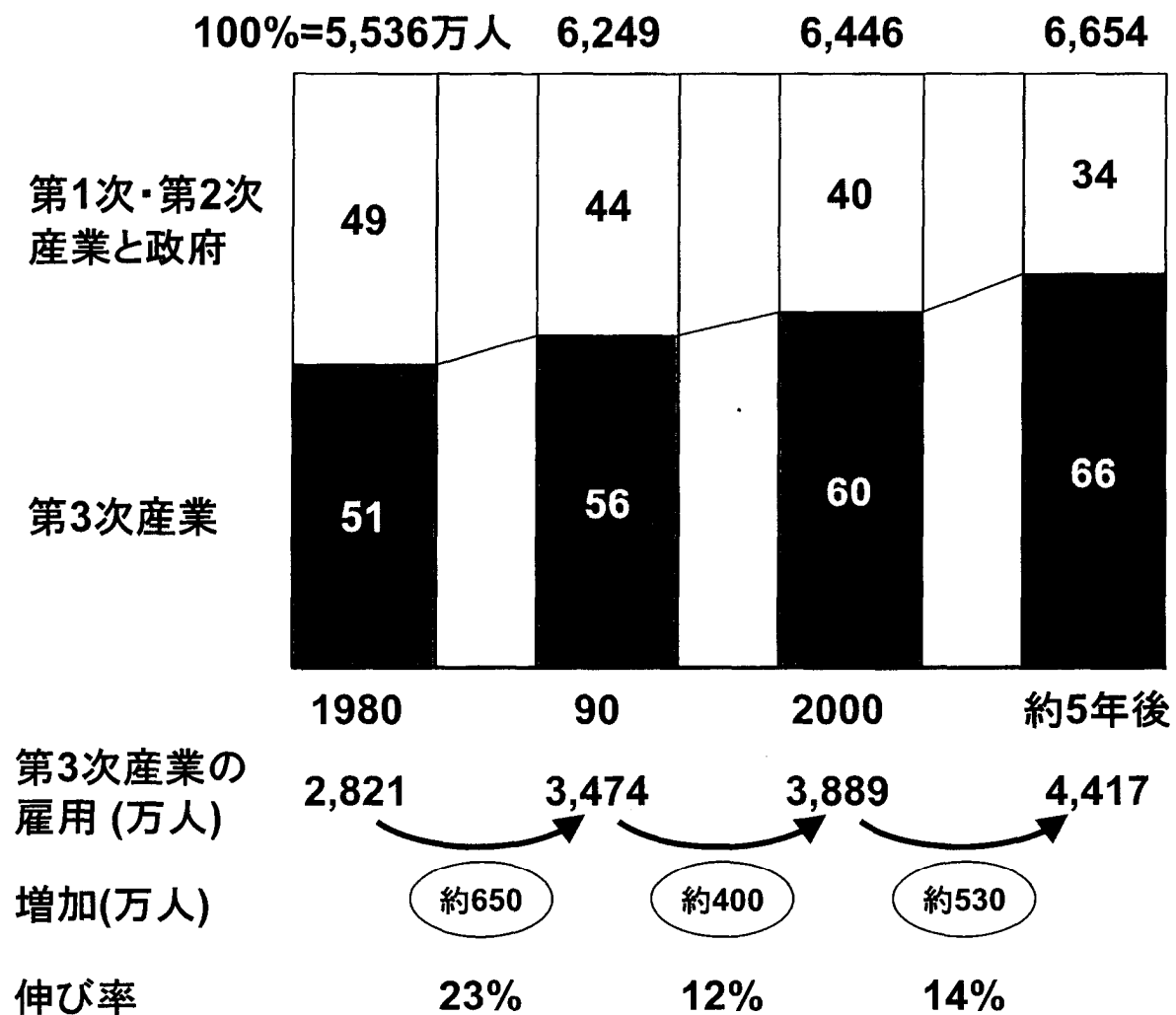
\*: 総要素生産性  
資料: マッキンゼー分析

# 産業別就業者の国際比較

(%; 1999)



# 日本の産業構造の変化 (%)

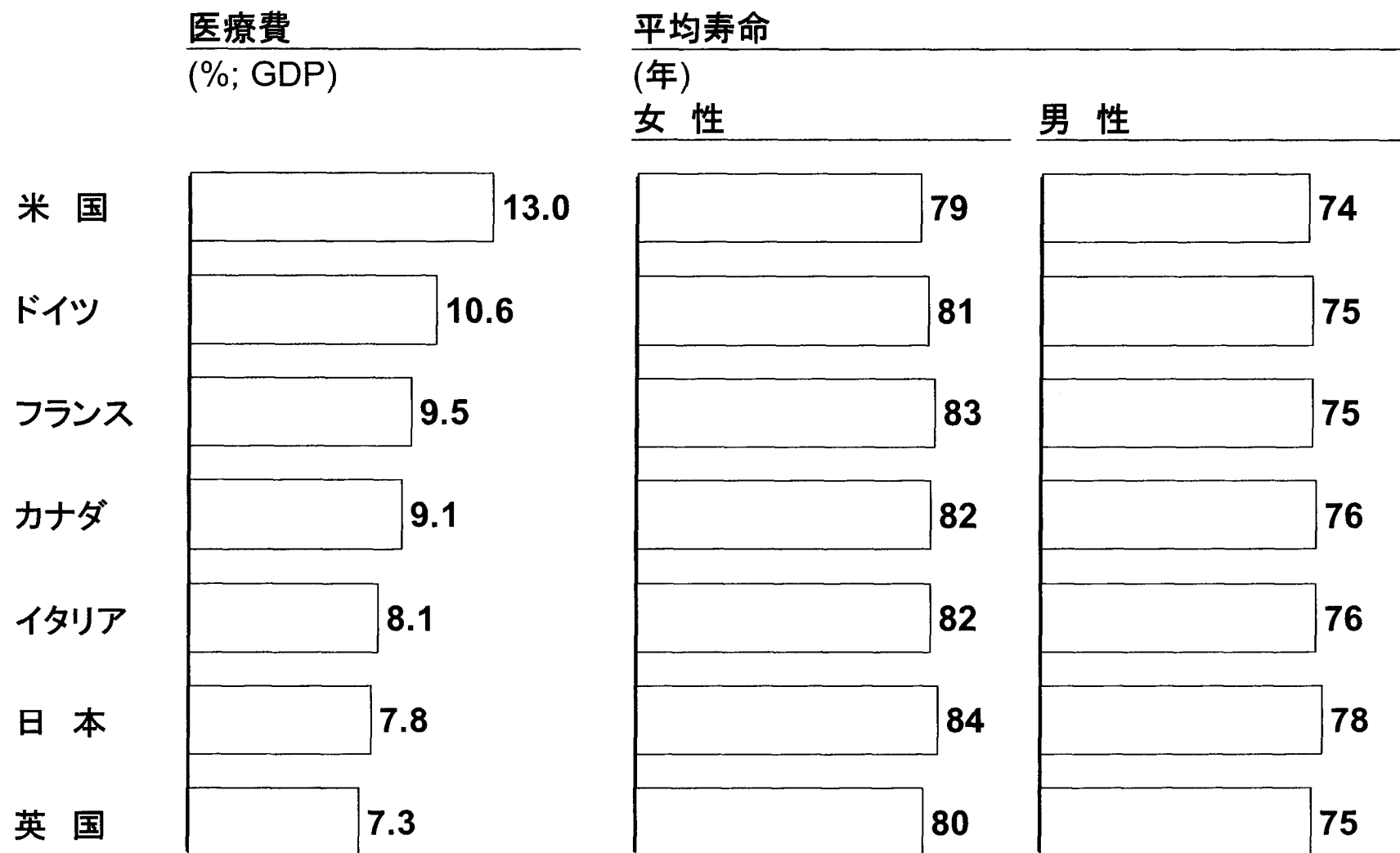


資料: 総務庁統計局「労働力調査年報」(2000)、マッキンゼー分析

## 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)



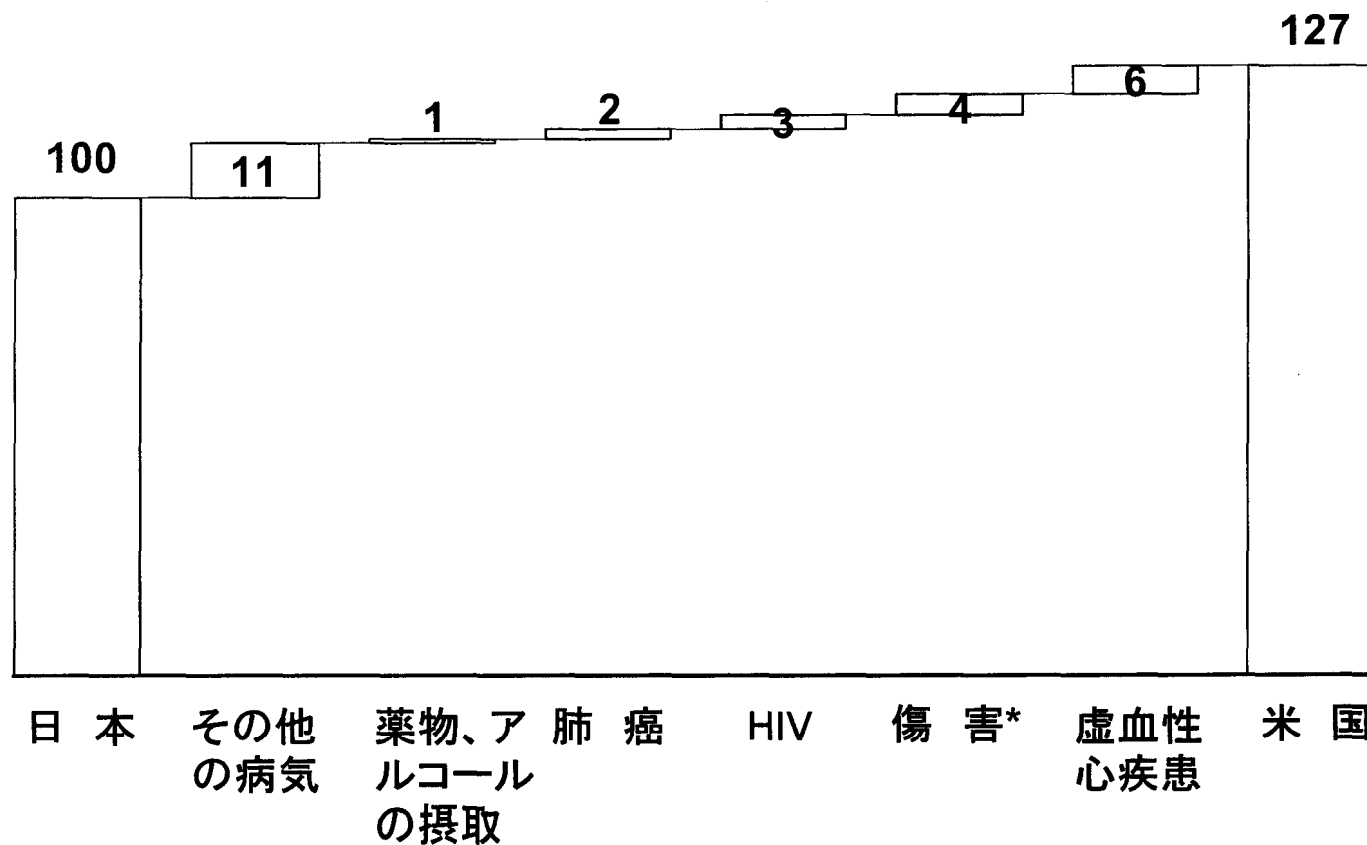
## DALY\*が採り上げた上位15位の死亡原因－日米の比較 (年)

日本		米国	
(1993)		(1996)	
死亡の原因	人口千人 当たりのDALY	死亡の原因	人口千人 当たりのDALY
• 脳血管性の疾患	8.6	• 虚血性心疾患	11.0
• 一極性鬱病	8.2	• 一極性鬱病	8.3
• アルコール中毒症	5.4	• アルコール中毒症	6.0
• 虚血性心疾患	4.3	• 気管・気管支、肺癌	5.5
• 胃 癌	4.0	• 自動車事故	5.2
• 骨関節炎	3.7	• 糖尿病	4.7
• 自動車事故	3.5	• 脳血管性の疾患	4.2
• ALRI	3.4	• 骨関節炎	4.1
• 自殺/自ら自分に加えた傷害	3.4	• 慢性閉塞性肺疾患	3.8
• 気管・気管支、肺癌	3.1	• エイズウイルス	3.6
• 結腸/直腸癌	2.6	• アルツハイマー	3.5
• 精神分裂症	2.6	• 殺人、暴力	2.9
• 肝臓癌	2.3	• 精神分裂症	2.7
• 肝硬変	2.0	• 自殺・自ら自分に加えた傷害	2.7
• 双極性心身の疾患	2.0	• 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	59.1	上位15位の原因の合計	71.4
全原因の合計	103.0	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  
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

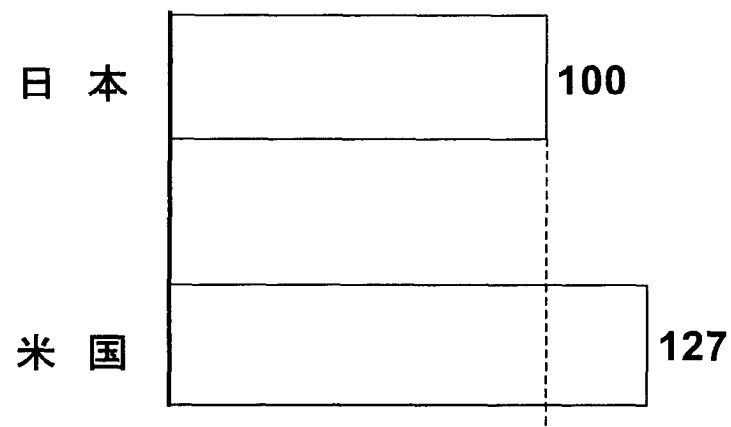
資料: 米国疾病管理予防センター、ハーバード大学公衆衛生学校、日本保健経営研究所(長谷川)、健保連および国民保険



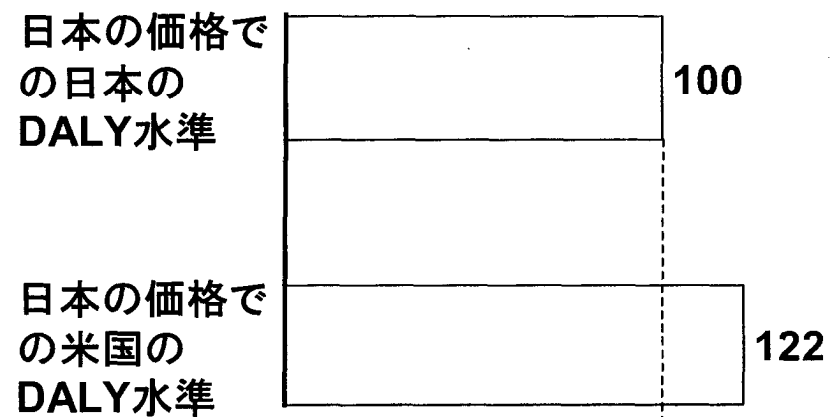
# 日米間疾病度合いの比較

(指数; 日本=100)

DALY/人口千人\*



DALYがコストに与える影響\*\*

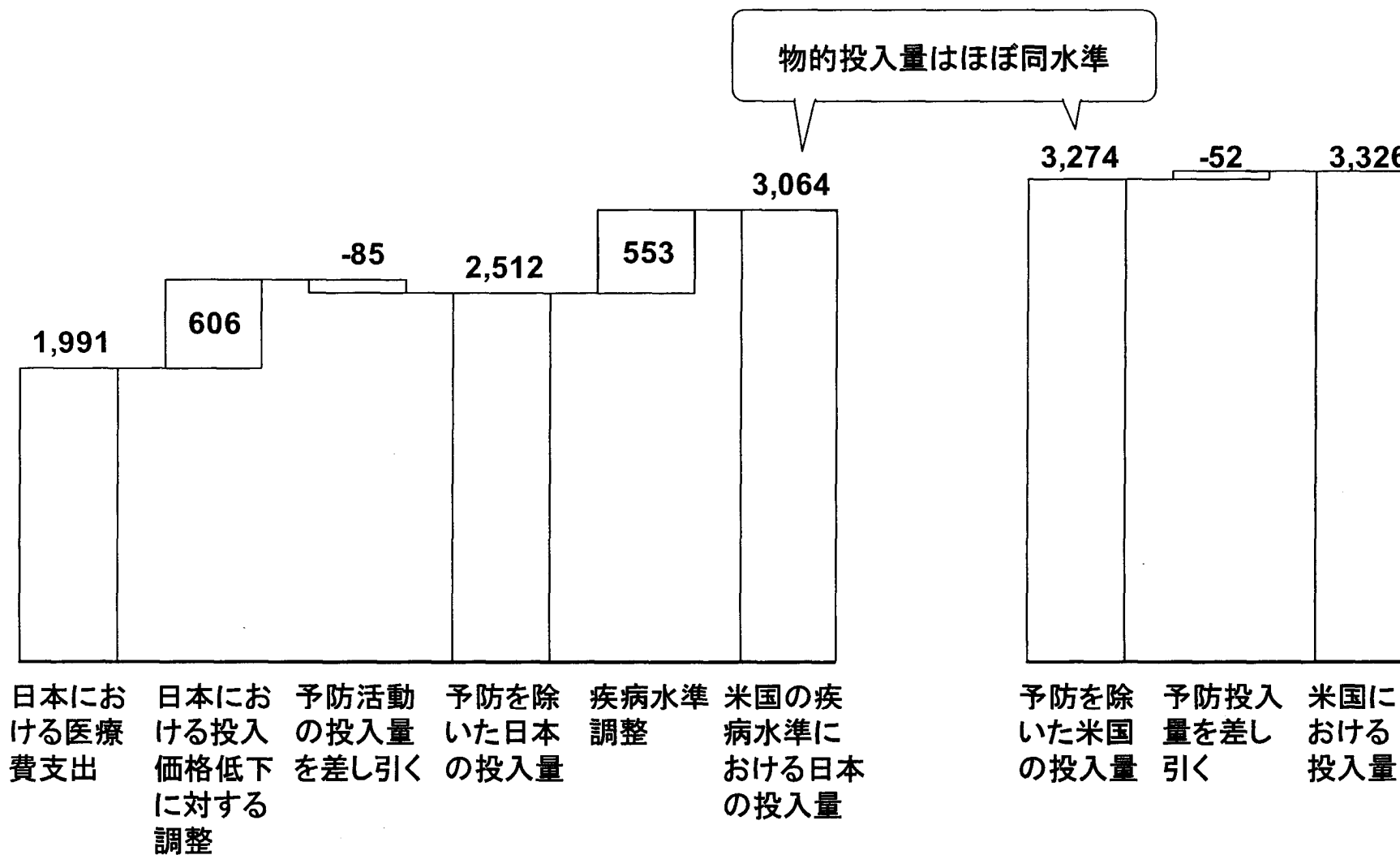


\* 80以上の死亡および傷害の原因に対して

\*\* 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

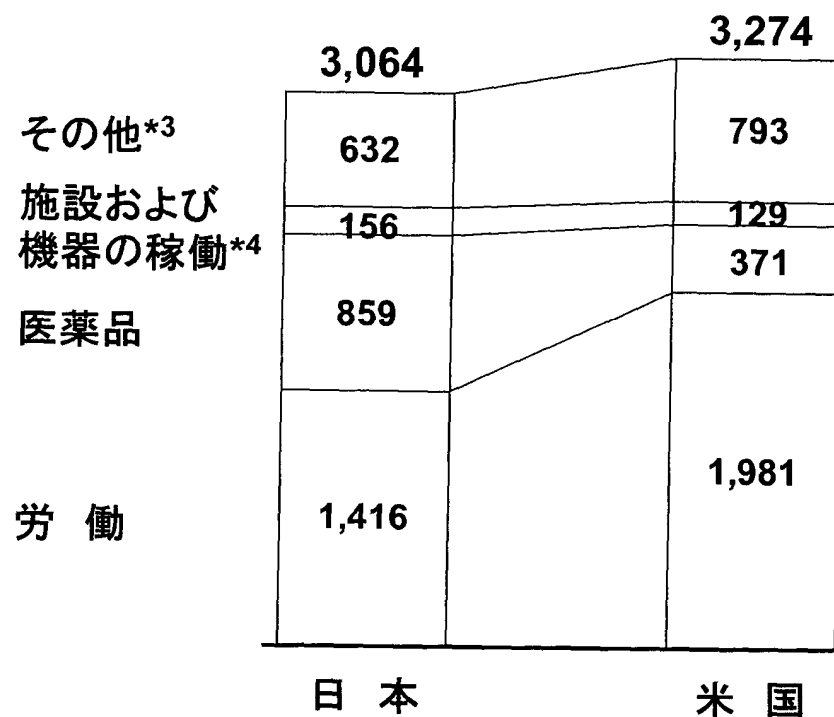
# 米国の病気・傷害の水準\*における日本の医療に対する要素投入量 (国民1人当たりPPPドル; 1996年)



\* 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、Katsumata Yukiko「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 17

# 国民1人当たりの医療サービス量の日米比較(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)

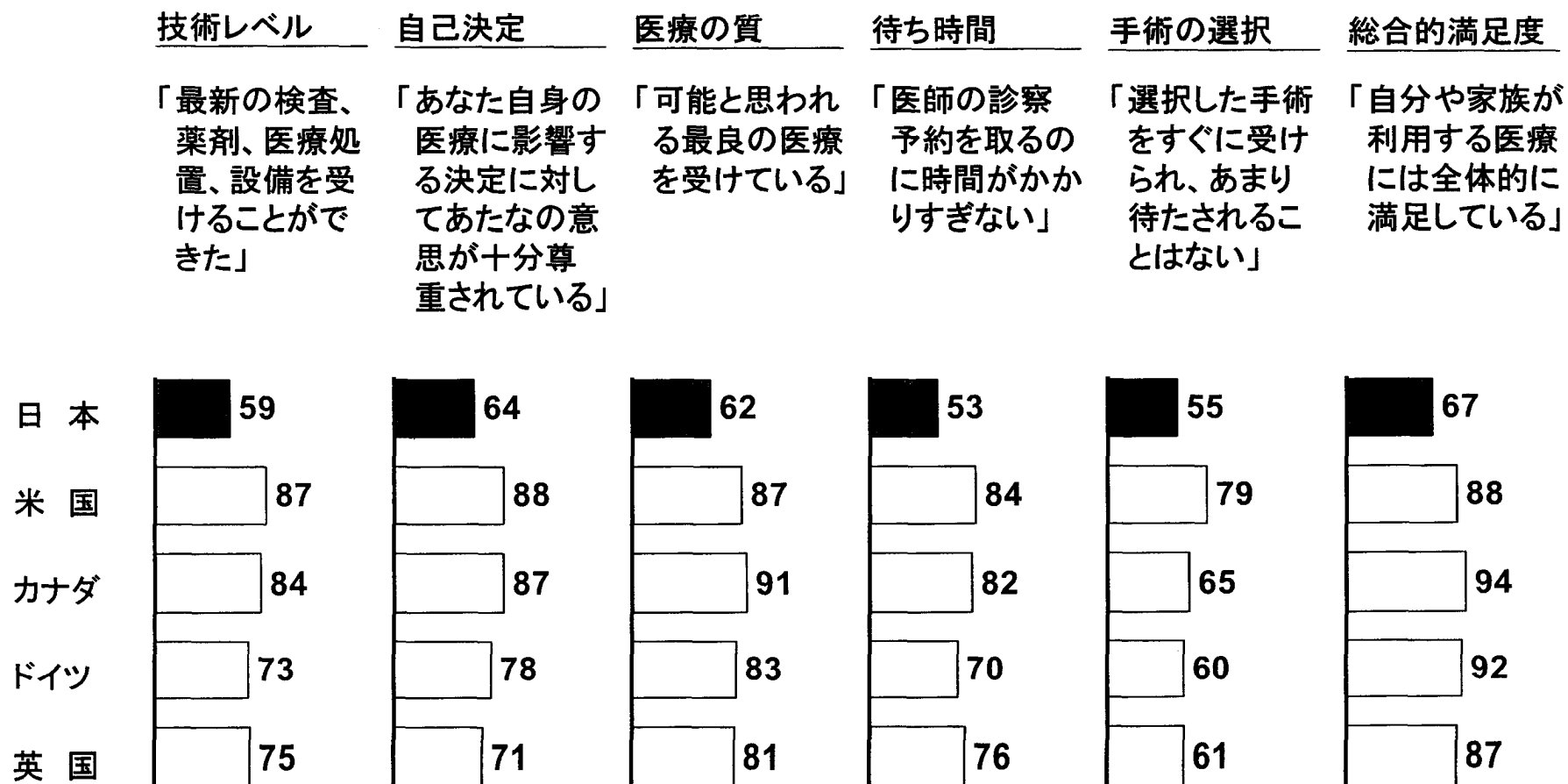
\*3 賃借料、利息、保険料、食品、資材、消耗品を含む

\*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)



資料：ハーバード・コミュニティ・ヘルス・プランのLouis Harris and Associatesが実施した各国の患者1,000人についての調査、マッキンゼー分析