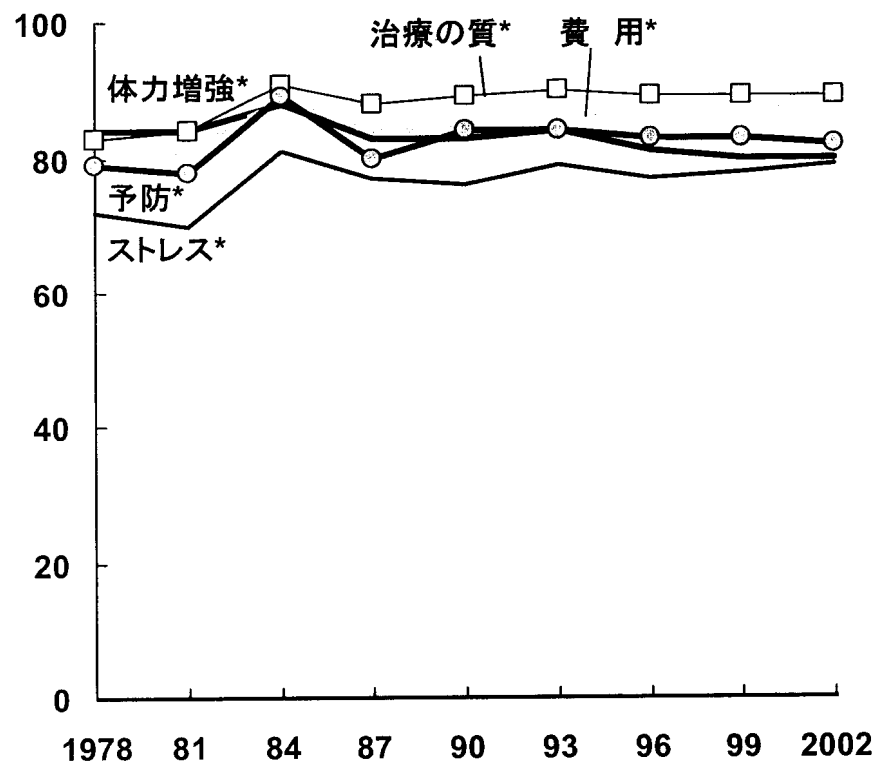


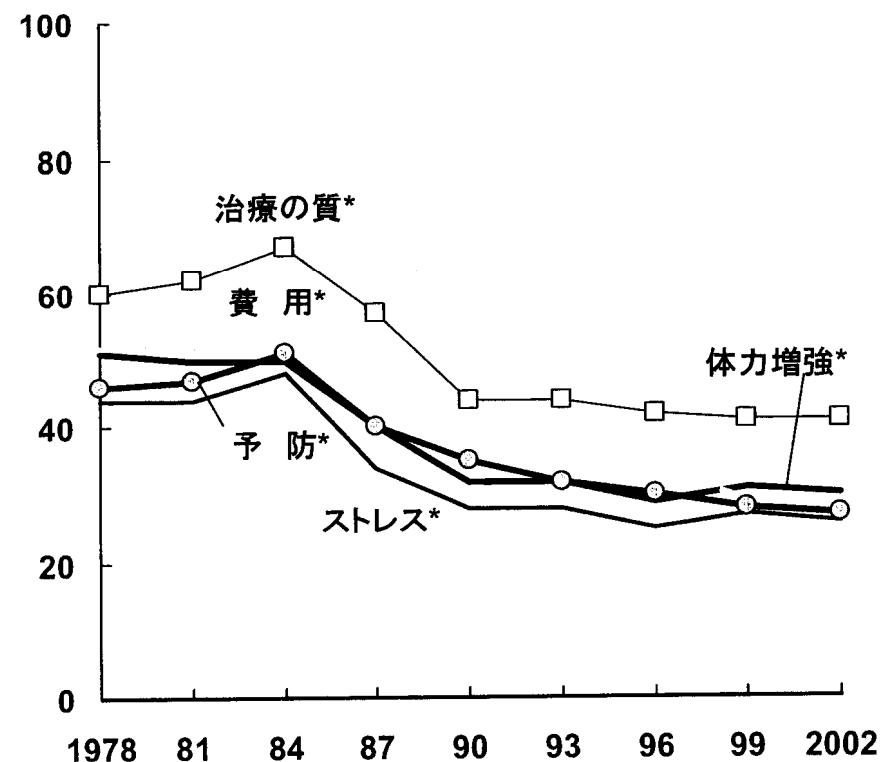
医療*の諸要素に対する重視度と満足度

(%)

生活にとっての重要度
(「きわめて重要」と「かなり重要」の合計)



現在の充足度
(「十分満たされている」と「かなり満たされている」の合計)

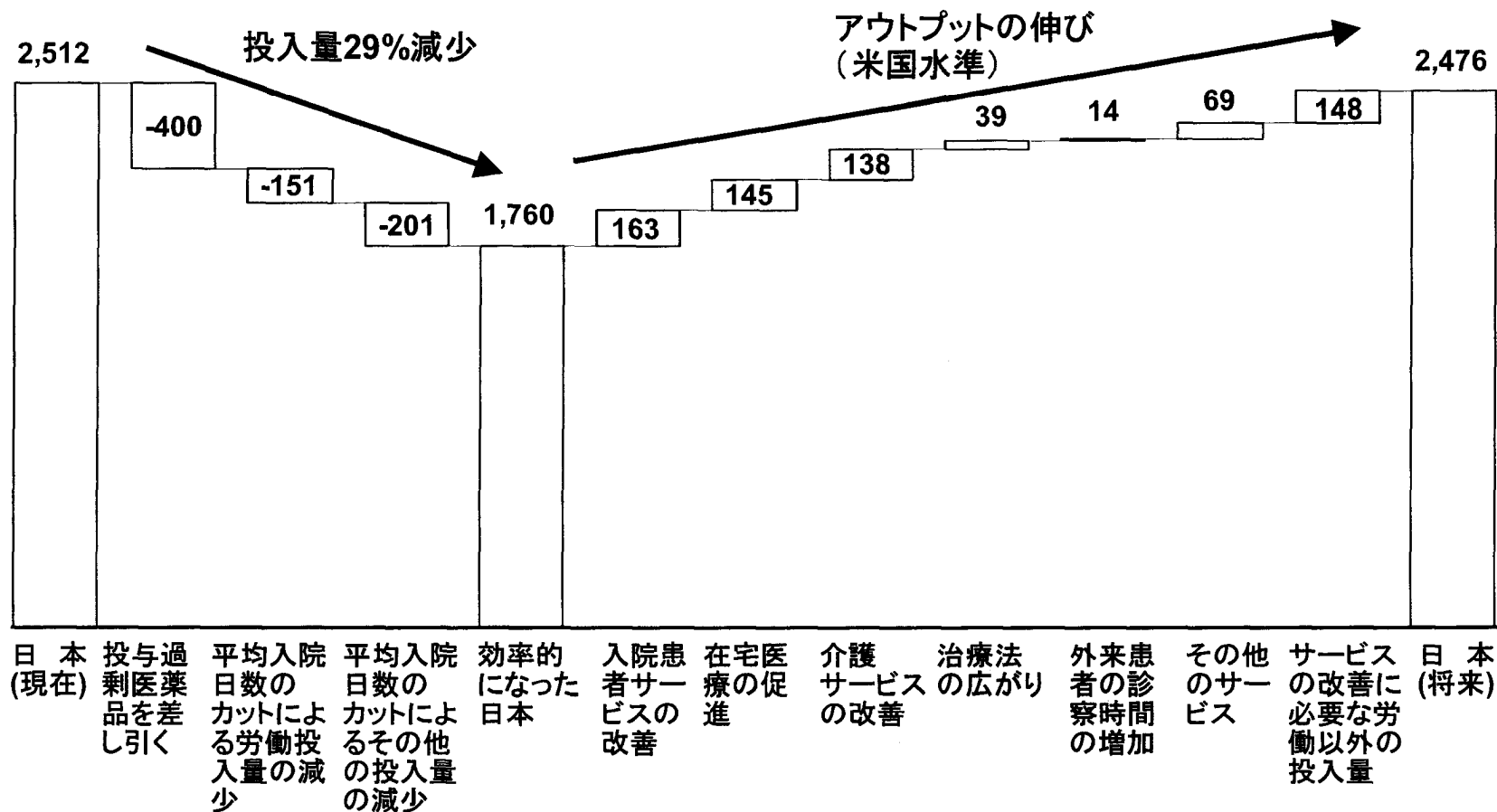


* それぞれ、「体力の維持や増強に努めること」「いろいろなストレスなど精神的緊張が少ないこと」「適切な(良質な)診断や治療が受けられること」
「費用の心配をあまりせずに診療が受けられること」「病気の予防や健康の相談・指導が容易に受けられること」

資料: 内閣府国民生活局「平成14年度国民選好度調査」

日本の医療部門における生産性と産出量の伸び

(PPPドル; 国民1人当たり; 1996年)



生産性
(潜在力を
100とする) **75**

医療部門
の雇用 **23**

100

20

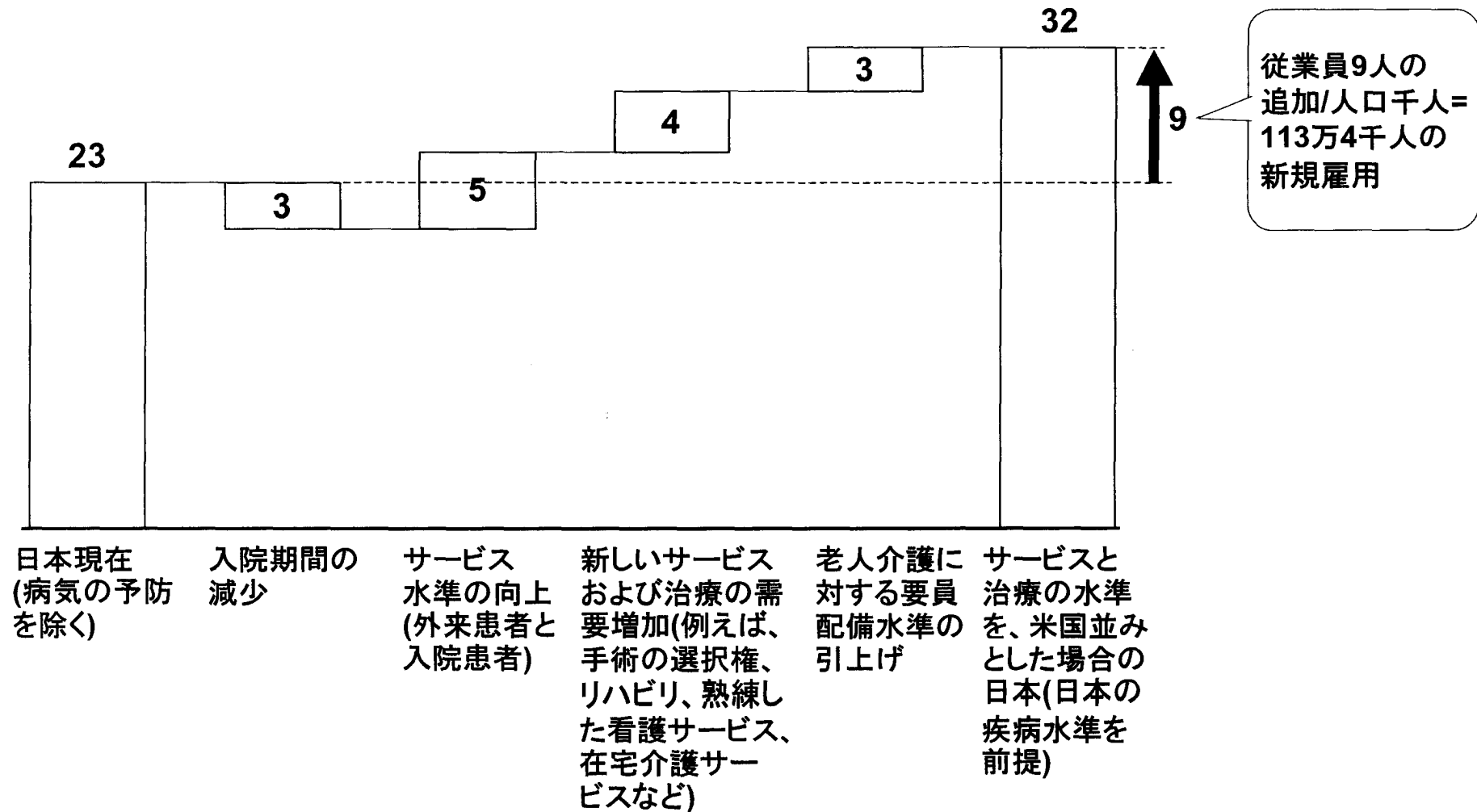
100

32

資料: マッキンゼー分析

日本の医療制度における雇用の潜在力

(人; 人口千人当たりの雇用数)



混合診療を検討する上での視点

- ・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
- ・その際に、治療法の効果として、QOL対円で幾らまでの治療法を公費でカバーするのか、という医療経済学的な議論が不可欠

公的負担を検討する際に重要な「価値(費用対効果)」判定

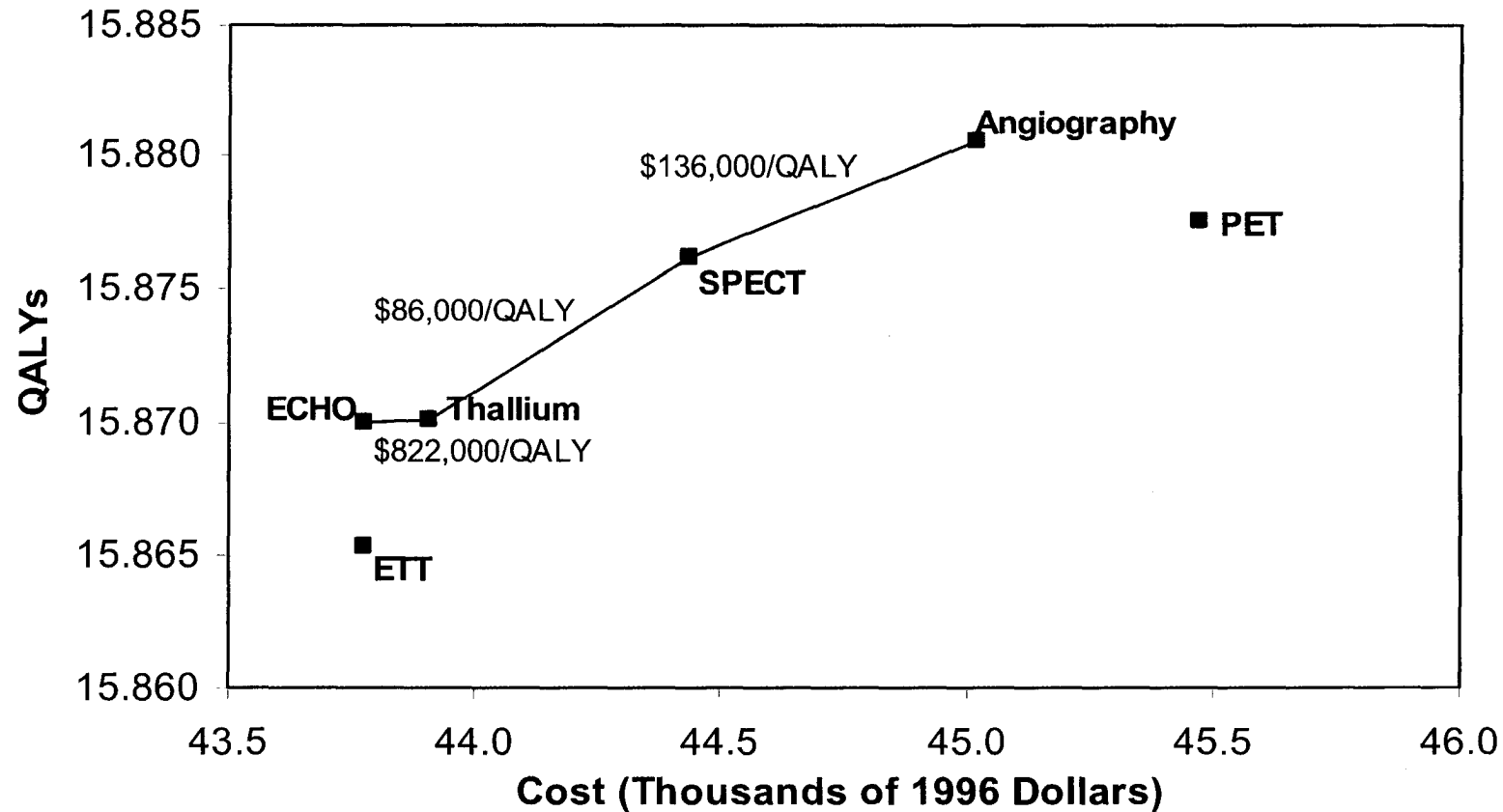


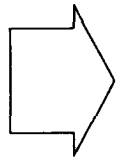
Figure 2. Costs and QALYs with alternative test strategies for coronary artery disease in men, 45 years of age. Reproduced with permission from Garber and Solomon (1999).

治療の費用対効果の例示

Study Year	Treatment or management strategy and alternative	\$/QALY, 2002
2001	Short-term treatment (2 to 8 days) with Enoxaparin vs. Unfractionated heparin in patients with unstable coronary artery disease	Cost saving
2001	A diet that includes enriched grain products projected to increase folic acid intake by 100mg/day including Cyanocobalamin supplementation vs. Same diet with folic acid fortification alone in women aged 35-84 years (Secondary prevention)	\$1,300
1999	Low molecular weight heparin vs. Unfractionated heparin in 60-year-old men with acute deep venous thrombosis	8,700
2000	Angioplasty with selective stent placement vs. Angioplasty alone in 60-year-old patients with intermittent claudication caused by iliac artery stenosis.	8,400
1998	Combination antiretroviral therapy with lamivudine and zidovudine vs. Antiretroviral therapy with zidovudine alone in infected-infected patients with >500 CD4 cells/cubic-mm when antiretroviral therapy is initiated	16,000
1999	Transthoracic echocardiogram (TTE) followed by transesophageal echocardiogram (TEE) vs. transesophageal echocardiogram (TEE) in 45yo patients with bacteremia and a pre-test probability of endocarditis of 20%	1,100,000
2000	Varicella vaccination without testing vs. Varicella antibody testing followed by vaccination if negative in 30 year-old and older adults with no history of chickenpox	18,000,000

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

[平等性] 「真の弱者」の救済を

- ・ 混合診療導入の大きな問題点として、金持ち優遇となり、弱者が必要な医療を入手できなくなるという問題点が指摘されている
- ・ 現在の制度では、保険収載されていない医療が含まれる場合、全体が自由診療となるため、弱者への負担は極めて大きい。混合診療は、保険収載部分のコストを下げするため、弱者への負担がより小さい制度といえる
- ・ このように混合診療は自由診療に比べて弱者への負担は小さいが、現在よりも負担が小さくなったとしても、その負担を負えない患者に対しては、「真の弱者」に絞り込んだ救済措置を検討すべきである
- ・ まず、「真の弱者は誰なのか」という議論が、日本の社会保障改革には必要である。日本のような先進国ではフローのみならずストックの差が資力の違いを規定しており、日本のストックは医療需要が多い高齢者に集中しているため、フローで弱者と見なされがちな高齢者は必ずしも「真の弱者」とは言えない
- ・ 具体的な救済措置としては、フランスにあるような、社会保障費の相続時の返還制度が検討に値する。この方法は、相続時に資力検定を行うため、通常困難な資力の捕捉が可能となる
- ・ このような「真の弱者」の救済を行うことにより、国民が安心し、成長と平等を同時に担保する混合診療のあり方が見えてくる

フランスにおける社会保障では当事者拠出の原則により、1946年に給付費を返済する返還制度が導入された

第L-132-8条 1946制度化、新規施行 1/2002

以下に対する回収請求は、それぞれの場合に応じて、国あるいは県がこれを行う:

1. 資産状況が回復した受益者、あるいは受益者の遺産に対し、
2. 贈与が社会扶助申請以降に行われた場合あるいは贈与が当申請から遡ること10年以内に行われた場合には、その受贈者に対し、
3. 受遺者に対し

在宅援助の社会補助給付金、第L-111-2条に規定される市の介護給付金、および、日当規定料金の費用負担については、回収請求が行われる際の諸条件が行政規則によって定められ、必要な場合には社会扶助機関が負担する支出の上限額の存在を予見し、それ以下の部分については回収請求を行わない

在宅援助社会補助の受益者、あるいは日当規定料金の費用負担受益者の遺産に対する回収は、普通法の規定に従い定義された純相続資産について、行政規則により定められた上限額を超える部分に対して行われる

- 受益者が積み立てを行っていない社会保障給付については、原則返還を要求する
- しかし、2000年以降は、自動的に原則が適用されなくなった

社会保障給付費への返還制度導入の考え方

基本思想

- 無拠出の社会保障給付は、本来資力がない人を対象とすべきであり、資力がある人が給付を受けた場合は社会に返還すべきである

そして、又は、

- 国庫負担の社会保障給付は社会全体からの個人に対する支援であって、その支援により財産が残った場合は、個人が相続するよりもまず社会が相続すべきである、という原則

方策

厳格な収入・資産検査を事前に行い、給付対象を絞り込む。収入の向上時(例、相続・贈与)には給付費を返還

↓ 資産検査の困難を考慮

収入検査のみを行い、収入の向上(例: 相続・贈与)時、または一定以上の相続財産を残した際は給付費を返還

↓ 収入検査の困難を考慮

検査は行なわず、一定以上の相続財産を残した際に給付費を返還

↓ 返還制度導入の困難を考慮

国庫負担相当の相続税(贈与税)の引き上げ

大

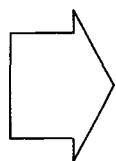
思想適用の厳格性

小

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

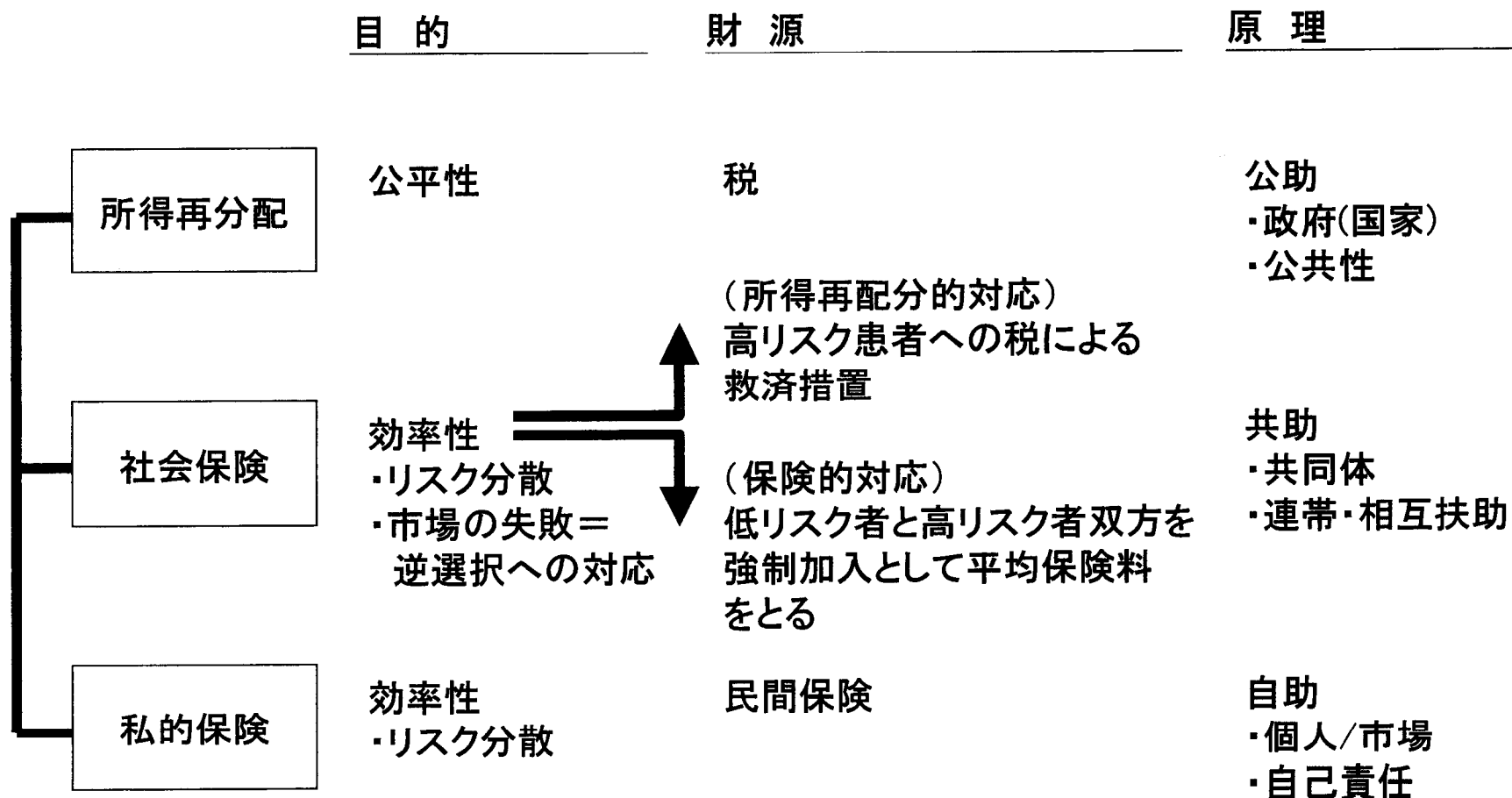


3. 持続可能性： 慢性疾患のコストの負担方法

[長期的持続可能性] 慢性疾患に対する自助努力を促す保険・リスク管理制度への転換を

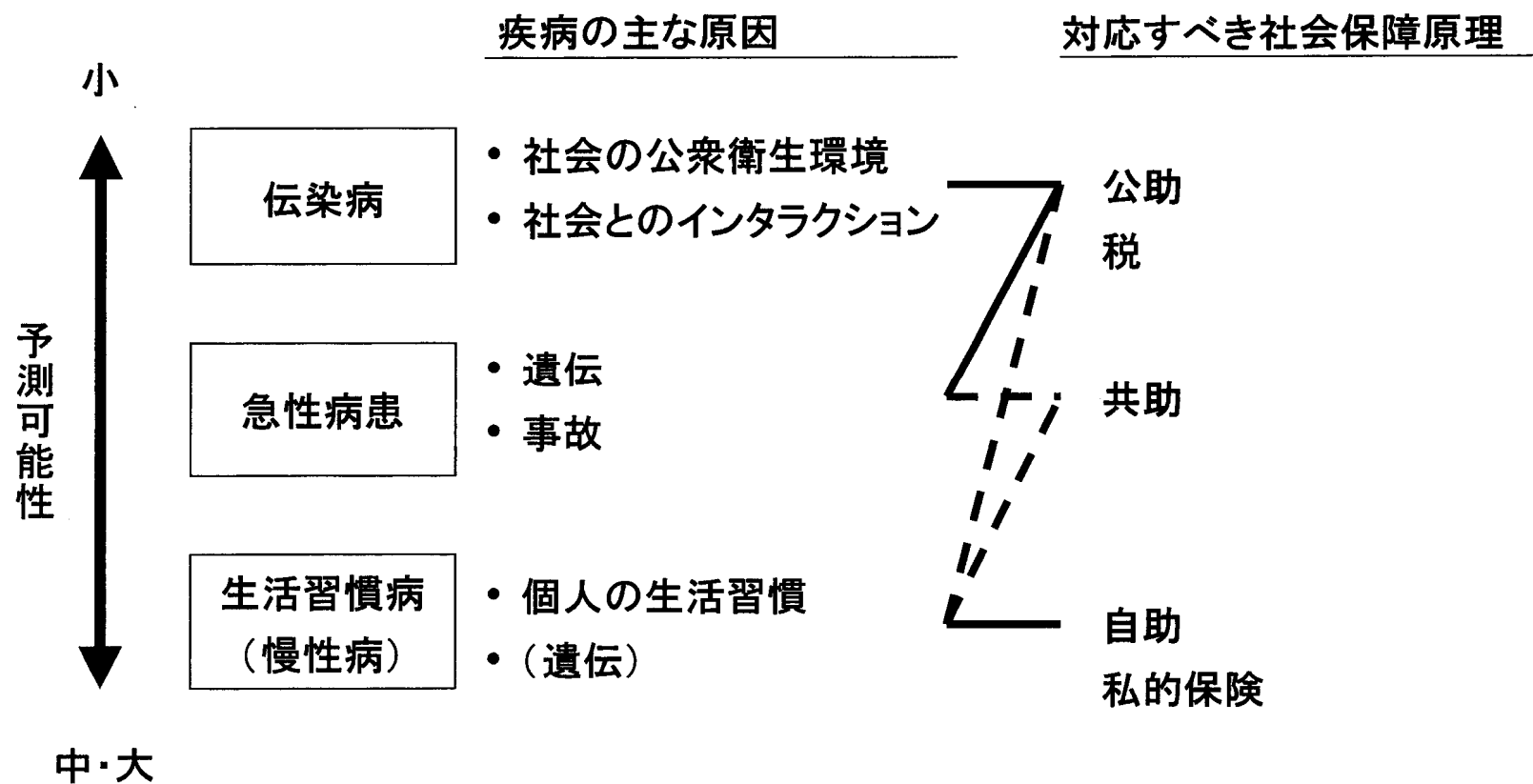
- ・ 保険の原理は、そのリスクの性質と予測可能性によって、公助、互助、自助に分けられるが、現在は互助(社会保険)に集中
- ・ 救急や感染症対策などは、予測が困難な領域における、「社会的な安全・安心のインフラ・サービス」であり、これは公助(税方式)でも良いので提供すべき
- ・ 急患についても、予測可能性が低いという前提で、公助(税)または互助(社会保険)の採用は適当だと思われる
- ・ しかし、現在の医療の大半を占め、今後の伸びの中心となる慢性疾患は、遺伝子による違いもあるが、予測可能性は比較的高く、自助的なリスク管理が求められている
- ・ 国民の健康と医療費の観点から先進国共通の課題は、この自助努力によって大きく異なる慢性疾患のコストをどのように負担するかであり、そこにおいて自助努力を促す私的保険等の役割がより重要になる
- ・ 混合診療は、社会保険以外の負担のあり方の一つであるが、慢性疾患の負担のあり方のオプションの一つとして検討することが長期的には不可欠

医療保険制度のオプションと組み合わせ



疾病タイプと社会保障システムとの対応

—— 主な対応関係
 - - 副次的対応関係



医療保険制度のオプションと組み合わせ

I. 所得再分配

- A. 資力のない人のみに(一定レベル)公助
- B. 全員に(一定レベル)公助し、資力のある人からは相続時に返還
- C. 全員に(一定レベル)公助

II. 社会保障

- A. 感染症と救急は公助、急患は公助・互助
- B. (すべての疾病について) 高リスク患者への税による救済措置
- C. (すべての疾病について) 低リスク者と高リスク者双方を強制加入し、平均保険料をとる

III. 私的保険・自助

- A. 一部の周辺サービスと高度な医療を中心に特定療養費制度で対応
- B. 一定の基準を満たした医療機関では原則解禁
- C. 生活習慣病対応に厚めに自助的な制度の導入

現在のシステムは: IIC + IIIA
 経済界の一部は: IC + IIIB
 疾病構造対応型は: (IB +) IIA + IIIC

まとめ：弱者救済の制度を導入した上で、医療分野の生産性向上と成長に寄与する領域、そして慢性疾患の自助努力を促進する領域を中心に、混合診療の導入を検討すべき

効率性

医療分野の生産性・雇用・GDPの拡大は、国民経済的に重要な課題である。その費用を全て長期的に保険・税金で賄う国民的な合意がないのであれば、重点領域（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高QOLは高い治療法など）を混合診療で負担することも検討すべき

平等性

混合診療は自由診療と比べて、弱者にとっての負担は小さい。現在よりも負担が小さくなったとしても、その負担を負えない「真の弱者」に対しては、混合診療費の「相続時の返還制度」などの救済措置を検討すべきである。留意すべきは、高齢者を中心とした医療の受け手が必ずしも「真の弱者」ではないことである。「真の弱者」へ焦点を絞った救済措置を導入することで、成長と平等を両立できる

持続可能性

感染症・救急・急患が中心であった時代には、リスク管理の方法として社会保険と公助の組み合わせは合理性を持っていた。しかし、自助努力が医療費に大きな影響を与える慢性疾患が中心となっている今日、自助努力を促すインセンティブを導入することが保険の考え方として適切である。そうした私的保険・自助の要素を強化する打ち手の一つが混合診療の導入である