

幸せな日常を守るための 医療制度改革 ～医療経済の視点から～

今後の経済財政動向等についての集中点検会合

2013年8月28日

一橋大学 国際・公共政策大学院

井伊雅子

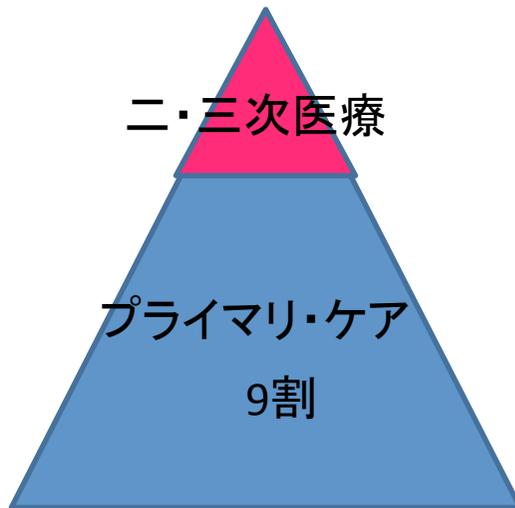
消費税増税は予定通りに

- 増税は短期的な景気にはマイナス。しかし、増税分を社会保障の質的充実（費用対効果の改善）に生かせば、中長期的に大きなプラス
- 国民が消費税増税の必要性を理解し、安心感を持って生活を送るための医療制度とは どうあるべきなのか

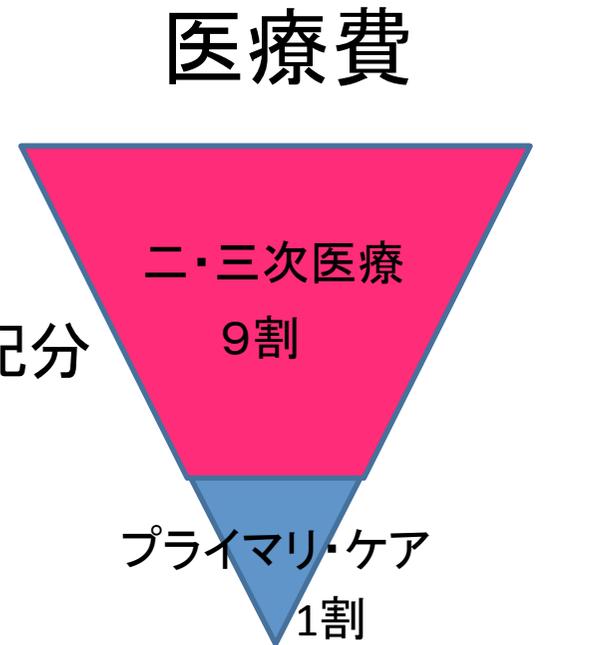
持続可能な医療・介護制度を どのようにつくるのか

- 費用対効果の高い医療制度は実現できる
- 解決の鍵はプライマリ・ケア制度の整備
 - 質の高い家庭医の養成
 - 二・三次ケアとの良い連携
 - 地域を基盤とした多職種連携

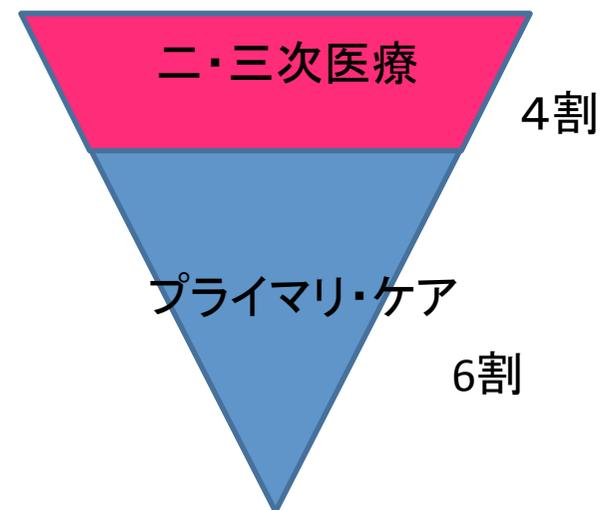
患者数



理想的な配分



現在



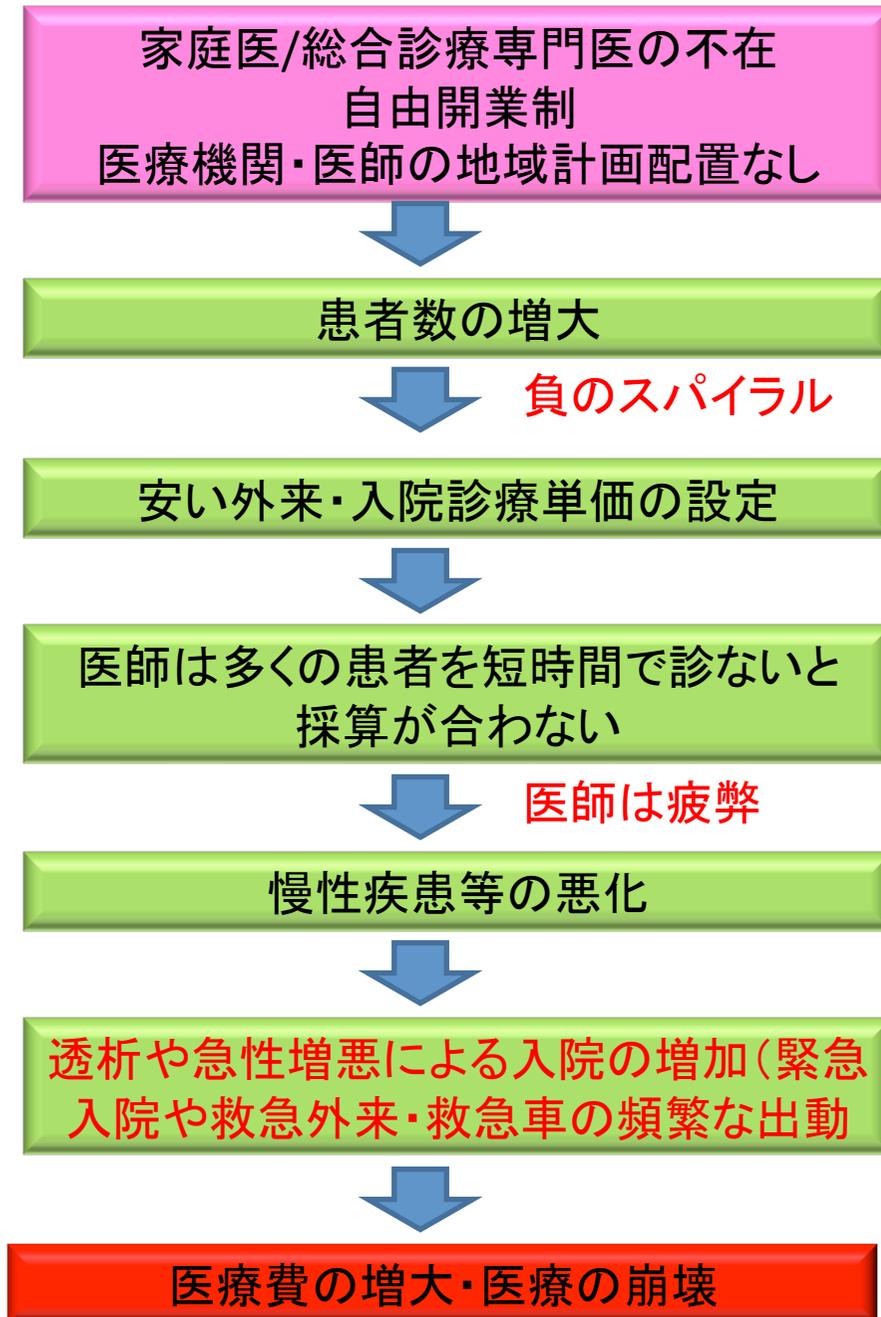
生活習慣病にこんなに医療費が使われています

ある地方都市の国保医療費の分析

人口31,000人、高齢化率35%, 被保険者 7,862人

順位	傷病名	人数	合計金額	累積割合
1	高血圧症	2,832	186,611,804	11.4%
2	慢性腎不全	114	108,637,579	18.0%
3	糖尿病	2,704	103,360,656	24.4%
4	脂質異常症	3,482	84,860,333	29.5%
5	胃潰瘍／慢性胃炎	2,592	39,685,233	36.3%
6	統合失調症	279	32,841,039	38.3%
7	関節リウマチ	228	27,418,750	40.0%
8	骨粗鬆症	774	21,675,398	42.8%

日本の医療の特徴が医療費を押し上げる



- ・診療科の偏在
- ・地域の偏在(医療過疎地域の出現)
- ・医療機関の機能未分化

- ・簡単な病気で頻繁に受診・重複受診
- ・簡単な病気で大病院を受診
- ・十分な診察や患者指導ができない
- ・病院ショッピング
- ・高度診断機器に簡単に頼る
(ヨーロッパ: 高度診断機器の台数は地域で決められている)
- ・待ち時間が長いので、働いている人は必要な受診を控える

- ・病気を正しく理解できない、自己管理不足になる

- ・医師や看護師の疲弊・病院を去る
- ・救急車受け入れの拒否

制度を勇気をもって見直せば

家庭医/総合診療専門医の配置
受診間隔の延長
高度診療機器の配置の計画化



時間をかけて一人の患者を診る
外来・入院診療費(診療報酬)を上げる
時間をかけて慢性疾患患者の指導ができる



悪化する人が減る
急性増悪による救急車使用、緊急入院が減る



本当に必要な人への治療や看護に専念できる



透析導入や重症化する人が減る



医療費が下がる・医療の崩壊を防げる

受診間隔

ヨーロッパの例

高血圧:1年に1回

心不全:6ヶ月に1回

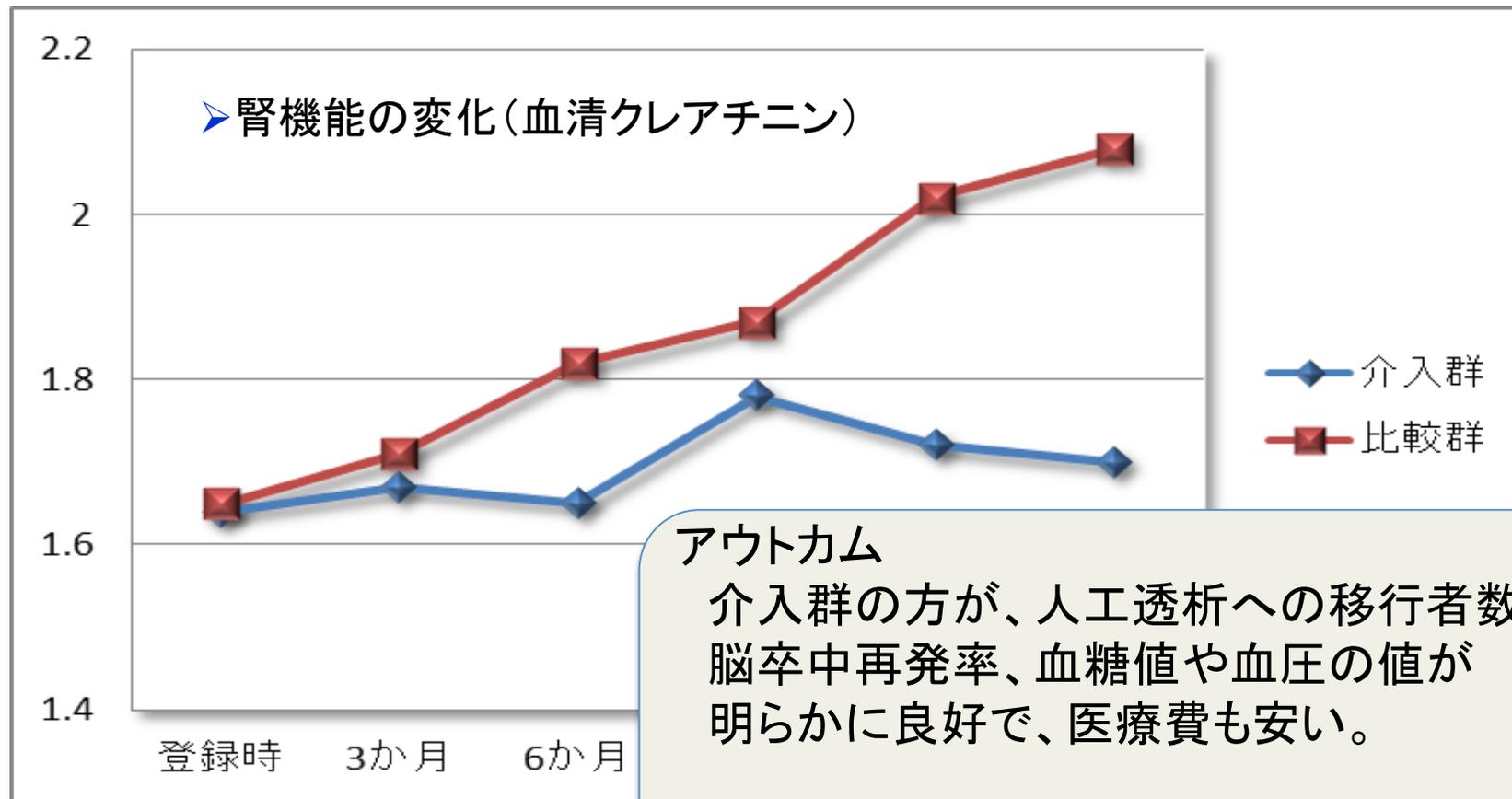
糖尿病:3ヶ月に1回

- ・費用対効果が高まる
- ・患者満足度も上昇する

医者が毎回診なくても、看護師が細やかな指導や管理をすることで、血糖値や血圧をコントロールし、重症化を防げる

比較群：病院の専門医

介入群：一般開業医と看護師の共同管理



アウトカム

介入群の方が、人工透析への移行者数や脳卒中再発率、血糖値や血圧の値が明らかに良好で、医療費も安い。

(広島大学の森山美知子研究室の研究結果)

自由標榜制度の見直し

2017年から、新たな専門医制度
認定された後期研修を修了した上で
専門医試験に合格して各科の専門医になる

19番目の専門医 「総合診療専門医」

世界では、家庭医 (family physician または
general practitioner) と呼ばれている専門医
〈高いコスト意識をもって、優れた費用対効果を目指す〉

フリーアクセスと支払い制度

- フリーアクセスを制限することにならない
- 日本の実情にあった支払い制度を創出する