

Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project

Summary in Japanese

医療システムのパフォーマンス向上に向けて：OECD 医療プロジェクト

日本語要約

OECD 諸国には、健康促進における自国の成果を誇りに思うべき正当な理由がある。2000年にOECD諸国で生まれた子供は、1960年生まれの子供と比べ、寿命が平均して9年長くなると予測される。また現在の乳児死亡率は当時より5倍低くなっている。過去40年間に、早死（70歳までの死亡により失われた年数によって測る）は半減した。

国民の健康が向上したのは、経済発展と教育水準の向上が基盤にあったことだが、医療の改善もある程度これに寄与しているといえる。近年、心疾患、癌、脳卒中、早産をはじめとするさまざまな症状の予防及び治療は、飛躍的な進歩を遂げた。新たな薬剤や医療機器、処置により、以前より十分な治療が可能となっている。例えば、侵襲性が低い新たな手術法によって、患者はより少ない痛みで、迅速に回復できるようになり、かつては手術は無理と考えられていた患者も、現在では治療することができる。

殆どの国では、公的保険あるいは民間保険による国民皆保険制度によって、重度の疾患にかかった時の費用が保証されているだけでなく、最新の治療法や予防医療へのアクセスが促されている。2001年までには、OECD諸国の3分の2以上において、小児のはしか予防接種率が90%以上となった。10年前は、この数字を達成していた国はOECD諸国の僅か3分の1であった。医療制度及び医療そのものがこのように向上した結果として、現在、人々は昔より健康に、より長く生きることができるようになった。

当然ながら、こうした成果は安くつくものではない。最新のデータによれば、OECD諸国の医療関連支出は平均してGDPの8%以上にのぼり、米国、スイス、ドイツでは10%を超えている。一方、1970年のOECD諸国の平均医療支出はGDPの5%であった。このような支出増は、医学の進歩と、それに伴う医療への期待の高まりによるものと考えられる。つまり、技術が進歩すればより多くのことが可能になり、期待も大きくなるが、その分かかる費用も増えるというわけである。

費用の増大は必ずしも問題となるわけではない。特に、増えた費用を上回るだけのメリットがあればなお更である。しかし、OECD諸国の医療費の4分の3は

公的財源で賄われているため、政府の予算が逼迫しつつある。民間部門が資金面で著しく大きな役割を担っている米国でさえ、公的部門の医療費支出は GDP の 6% であり、これは OECD 諸国の平均的な政府医療費支出とあまり変わらない。

問題は、絶え間ない医療の進歩と高齢者人口の需要増加のため、医療費に対し強い上向きの圧力がかかっていることだ。同時に、労働人口の割合も減少していくと見られ、これが政府の財政を更に苦しめている。

豊かな国ほど医療費支出が増える傾向にあるが、たとえ所得レベルは同じでも、医療費は国によって大きく異なる。更に重要なことに、支出額が最も多い国が必ずしもパフォーマンス目標を最も達成している国とは限らない。

費用と財政面の課題はさておき、医療制度のパフォーマンス改善が進められる可能性についての一般大衆の認識はますます高まっている。OECD 諸国の政策立案者は、消費者や患者の声を反映した医療制度を実現し、健康や治療へのアクセスにおける格差の是正を求める大きな要求に直面しており、この要求は高まる一方である。費用を増加させずに、医療制度を改善することは可能だろうか。

医療制度の構造は国によって異なり、資金の額や種類、健康面の成果等医療制度がもたらす結果もさまざまである。だが、医療政策立案者には共通の目標があり、医療制度のパフォーマンス改善に向けて変革を行うには何が効果的で何がそうでないか、互いの経験を通じて学ぶことができる。OECD は三年間の保健プロジェクトを通じて、科学的根拠を積み上げ、政策立案者に医療制度のパフォーマンス改善に向けた取り組みの中で自国の環境に適用できるような指針を提供しようと努めてきた。

質の高い医療と予防

平均余命やそれ以外の健康に関する指標には、国によって大きな差が見られるため、（全てではないにせよ）多くの国において、今以上に健康を促進することが可能と思われる。各国間の差から将来に向けて期待が持てる一方、数々の疑問も発生する。例えば、1999 年の乳児死亡率は、スウェーデンと日本では出生数 1000 当たり僅か 3.4 人なのに、ニュージーランドと米国ではなぜ二倍以上高い数字（それぞれ 7.2 人と 7.7 人）が報告されているのだろうか。2000 年における 65 歳女性の平均余命は、アイルランドやポーランドでは 18 年未満なのに、日本、スイス、フランスではそれより三年以上長いのはなぜなのだろうか。

また、同じ国の中でも、人口集団によって健康状態に大きな差がある。これは一つには、必要なサービスへのアクセス障壁によって、恵まれない人々が不当に不利な立場に立たされているからかもしれない。

医療政策立案者の従来の範疇を越えるような政策手段を通じて、健康を促進できる可能性があることを見落としてはならない。例えば、環境要素や危険要素による怪我や病気が、健康に大きな影響を与えていることを考えると、健康の促進は、暴力・事故の予防、労働者の安全、交通行政、薬物服用・飲酒・喫煙といった要素への取り組みを意味することとなる。

更に、病気の治療を中心とする今日の医療制度では、将来の疾患や障害を予防することが難しい。実際、健康を維持するためのイニシアチブに使われている費用は、医療費 1 ドル当たり僅か 5 セントである。にもかかわらず、一般大衆に対する啓発運動、法的規制や課税（たばこの場合等）といった予防手段のおかげで、

集団の健康は改善しつつある。注目すべきは、1960年代以降、殆どのOECD諸国で喫煙率が劇的に減少したことで、肺癌の発生率低下につながった点である。しかし、近年、肥満の急激な増加が特に問題となる等、新たな脅威も出現している。肥満は、糖尿病や痴呆といったさまざまな慢性疾患のリスクを高めるため、成人における肥満率の急激な増加は、将来健康上の問題が生じることを予測させる。肥満の治療は困難なため、予防戦略の強化が強く望まれる。

ここ10年間の医療における最大の変化の一つは、一般大衆が医療の質の問題を意識し始めたことだ。事実、OECD諸国全般において、非常に深刻な医療の質の低下により、不必要な死や障害、健康悪化がもたらされた、あるいは費用が増大したという証拠が増えつつある。この問題は三つのタイプに分けられる。第一は、医学的基準からして行うべきではない医療サービスを提供した場合。冠動脈バイパス術等の待機手術を対象とした研究では、手術に適していない患者に特定の処置を行っている事例が、ごく少数だが確認されている。これによって、患者は健康上不必要なリスクにさらされ、資源の浪費にもつながることとなる。二番目のタイプは、基本的な医療サービスで効果が得られるのに、必ずしもそのサービスが提供されていない場合だ。例えば、高血圧を薬で管理する必要があるのに、処方されていないことが多く、その結果、将来的な予後の悪化と費用増大をもたらしている。心臓発作患者へのアスピリンの処方も、再発リスクを減らす低コストで効果的な手段であるにもかかわらず、十分に実施されていない。三番目は、治療の技術レベルが低い、あるいは誤った方法で治療が行われているといった場合だ。例としては、部位取り違い手術、薬剤の誤投与等が挙げられる。

脳卒中、心臓発作、乳癌といった疾患の予後が国によって異なるのは、治療の強度、技術的水準、治療の構成と調整、及び医療制度以外の影響によるものかもしれない。こうした可能性を探るため、予防やスクリーニングといった想定される要因について更なるデータが必要となる。

OECD諸国の多くは、医療制度の効率を調査し、改善するという広大な取り組みの一環として、しばしばベンチマークを設定する目的で、医療の質を示す指標をモニターし始めている。殆どの国では、病院医療の質がまず重視されているが、それ以外の医療施設、長期介護施設の評価に向けたイニシアチブも進行中である。こうした取り組みは、臨床指針や、科学的根拠に基づく医療（EBM）の実践を促す実施基準等のツールを作成することで強化することができる。

医療の質を飛躍的に高めるには、患者、健康、医療に関するデータを記録・追跡する優れたシステムが必要となる。紙による診療記録、処方箋、検査報告書では、情報の正確性や、情報へのアクセス、あるいは共有化を保証することができない。自動医療情報システムが実施されているところでは、医療の質と費用の双方に好ましい影響が見られる。例えば、オーストラリアと米国の病院では、投薬指示の自動システム化により、薬剤の誤投与やそれに伴う患者の被害が著しく減少し、一定程度の医療の質の改善と入院期間の短縮がもたらされた。

自動データシステムへの投資費用を負担して、医師と病院にインセンティブを与えるとともに、医療の質を高めるため、それ以外にもさまざまな手段をとる必要がある。実際、現在実施されている経済面・行政面のインセンティブが、医療従事者を最高の医療サービス提供から遠ざけている場合もある。例えば一部の国では、医療過誤責任制度によって定められたインセンティブのため、数多くの不必要かつ不適切な検査が実施されている。質の高い医療を促すには、こうした不適

切なインセンティブを正し、EBM の実践を奨励するようなものに変えることが重要となる。

医療へのアクセス

幾つかの OECD 諸国は、医師及び看護師の需要と供給に格差が生じているのではないかと懸念している。実際、一部の OECD 諸国は既に人材不足に陥っている。医療サービスに対する需要は増大しているにもかかわらず、供給の方は低下か、せいぜい僅かな増加が見込まれるのみで、対抗手段もとられてない。このような供給不足は、労働時間減少や早期退職の傾向が社会的に見られること、医師人口の高齢化、他の職業と比べ看護師の人気の低下していることが原因と考えられる。

中には、医師と看護師の数を増やし、生産性を高めようと既に努力を始めている国もある。医師の数を増やすため、教育訓練、人材の定着、外国からの人材募集等の戦略がとられているが、その成果はまちまちである。看護師の増加は困難であることが明かとなっているものの、給与の引き上げ、労働条件や看護師教育訓練プログラムの改善といった方法を試みる余地はある。

誰もが公平に医療サービスを受けられるようにするには、中核的な医療サービスへの完全な保険適用を保証し、経済面やその他のアクセス障壁を最小限に抑えるのが効果的であることが明らかとなる中、一部の国では、依然として医療サービスの利用に不平等が存在する。これには、低所得層には利用者負担が影響を与えること、人によって保険適用範囲が異なること等が関係している。その結果、健康状態が悪化し、更なる経済的孤立と社会的排除を招く可能性がある。医療サービスの提供の早さにおける不平等、その他の不平等は、消費者の選択の幅を広げようとした政策の副産物であるとも言える。

恵まれない一部の人々の健康面の格差が、貧困や社会的排除といった問題の結果であるかぎり、医療政策を変えただけでは、こうした格差を縮めることはできないだろう。だが、収入による医療へのアクセス格差がある場合も、（費用はかかるが）政策的介入によってこれを緩和できることが経験上証明されている。例えばフランスでは、専門医療サービスの利用が富裕層に偏っていたが、低所得層の一部負担金を政府が助成することによって、このような格差が大幅に減少した。

医学の進歩は、患者の治療や健康面の予後を改善する可能性をもたらすが、それに伴って総費用も増大し得る。また、費用対効果ははっきりしないことが多いため、政策立案者はジレンマに陥る。新しい医療関連技術の採用や、それに対する保険適用を決定する方法は国によって大きく異なり、こうした決定は結果として、その技術の普及に影響を与える。遺伝子治療等の新技術は倫理的問題も提起するため、意思決定が更に難しくなる可能性もある。こうした不確実性に対処するには、詳しい研究を行った上でという条件付きで有望な技術を承認する、厳格な技術評価を実施する、意思決定プロセスを透明化するという方法が役立つと思われる。

患者と消費者の声を反映した医療制度

更なる努力によって、医療に関する患者と消費者の期待や嗜好に合致するような医療制度を実現することができる。OECD の作業は、OECD 諸国で最大の不満

の種となっている二点——待機手術の待ち時間減少と、長期的介護の改善——に資する政策を見つけ出している。また、保険適用範囲に選択の幅を持たせることも、より消費者の声に対応した医療制度の実現につながる。

少なくとも 12 カ国において、待機手術の待ち時間があまりに長すぎると考えられている。待ち時間が多少長くても健康には影響ないように思われるかもしれないが、生活の質に影響が及び、また、患者は不快症状をかかえながら待つことによって、仕事の生産性が低下する。

一般に、待機時間を減少させるには、医療制度の規模、あるいは生産性を増大させる必要がある。だが、待ち時間が長い国は医療費支出が少なく、救急病床が少ない傾向にあるため、おそらく費用の増加を招くことになるであろう。またこうした国々は、医師に対して出来高払い制度、病院に対して包括払い制度を適用していない傾向がある（これらは、生産性を向上させる支払方法である）。更に、一人当たりの医師数が少ない国ほど、待ち時間が長くなる傾向もある。とはいえ、手術の供給量が適切とみなされる場合も、患者のニーズが基準値を越えない限り（あるいは超えるまでは）待ちリストに載せず、同時にニーズが最も高い患者には時宜にかなった医療サービスの提供を保証すれば、待ち時間を減らすことができる。

現在、幾つかの国は、長期的介護サービスに関して消費者により広い選択肢を与え、可能であれば、患者が病院でなく自宅で治療を受けられるようにするという政策を実験的に実施している。保険が適用される通常の医療費とは別に、そうした介護に当てる資金を提供している国も存在し、この資金は殆どの場合、家族による介護の支援にも使われる。これにより、より柔軟に自らのコントロールによって医療サービスを利用できるようになり、依存感が減少する。だが、消費者志向の支出政策は、従来の方法より高くつく可能性が大きい。

健康保険を公的保険にするか民間保険にするか選ぶことができれば、自ずと、消費者の選択の幅が広がる。更に、複数の保険会社が自由に新機軸を打ち出せば、消費者の嗜好に合わせて医療制度が進化していく。だが他の方法と同様、この政策も費用がかかる。医療費を単一の機関が負担する制度や、医療費の調達と治療の提供をともに行う統合型制度と比べ、複数の保険会社による医療制度では費用圧力が高まり、平等なアクセスや資金調達を維持するのが困難となる可能性がある。

持続可能な費用と資金調達

就労人口の負担金に依存した医療保険制度では、高齢化が進み、労働人口の割合が減少するにつれて財政が逼迫する。一般税収を使って増大する医療費をまかなえば、納税者の負担が増えるか、あるいは、政府の他のサービス・プログラムの予算が削られる。将来的な公的部門の資金逼迫を軽減するため、国民に、これまで以上の医療費負担を求めることも考えられる。

医療サービスの利用者が費用の一部を負担すれば、公的保険制度の負担を減らすことができる。だが、利用者負担金は大きな財源となるものではない。なぜなら、特に低所得層については、医療サービスへのアクセスが制限され、その結果、長期的にかえって費用がかかることがないよう、一部負担を免除しなければならないからだ。このような免除措置により、行政面の費用が生じる。加えて消費者は、特にインセンティブを与えられなければ、予防医療や適切な治療の費用を切

り詰めがちだ。費用負担の必要性が大きい場合、民間保険を補足的に用いて、治療へのアクセスを保証することができる。しかし、これは消費者の需要と全体的なコストの両方を同時に増加させる。

公的部門が負担すべき費用の一部を、民間保険に肩代わりさせることもできる。だが、時には保険加入を促すため助成金が必要となることもあり、公的保険と民間保険双方に入っている加入者に、民間保険が適用される医療サービスを利用するよう促すためには、それ以外の介入が必要となることもある。国民のかなりの割合が民間保険に加入している国でさえ、医療費総額に占める民間保険の割合は比較的低い傾向にある。これは、民間保険が費用のかかる症例や治療ではなく、軽度のリスクを対象としていることが多いことによる。

民間保険の保険料は、所得に基づく課税や社会保険料に比べ、逆進的な資金調達法である。加入者の健康状態を加味して保険料が設定されている場合、自費で支払うのと同じくらい逆進的かもしれない。とはいえ、民間保険は、医療リスクに備えて共同で出資し、莫大な出費を避けるための手段を提供してくれる。政府が、危険選択の制限や特定の助成金交付を通じて、民間保険への加入を促すよう努力すれば、資金調達面、治療へのアクセス面の双方で、民間保険市場の公平性を向上させることができる。だが、これにも費用がかかる。

民間保険市場が医療費調達において一定の役割を果たしている国では、政策立案者は、政策目標が達成されるよう、法的規制や財政的インセンティブを慎重に立案しなければならない。こうした介入がなければ、民間保険市場では、慢性疾患患者やその他のハイリスク集団、低所得層への保険適用を促すことができないだろう。保険商品の標準化や、消費者が保険の費用と効果を理解するのに役立つようなその他の手段等、追加的な介入によって、民間保険市場の可能性を進展させ、医療制度の効率改善に寄与することができる。

救急治療や障害と同様、長期的介護により多額の費用が発生するリスクから国民を守る必要がある。これには、強制加入の公的保険（ルクセンブルグ、オランダ、日本）、公的保険と強制加入の民間保険の2本立て（ドイツ）、介護手当の公的給付（オーストリア）、公的資金によるサービス給付（スウェーデン、ノルウェー）等さまざまな方法がある。民間の長期介護市場は小さいが、適切な政策的支援によって拡大する可能性がある。

各国は、医療サービスの支払、価格、供給量を予算面、行政面で管理することによって、費用の増大を抑制してきた。高度な医療費支払制度は、実際に採用するのが技術的に難しいこともあるが、弊害をもたらすことなく生産性を向上できる支払制度の例も、数多く存在する（病院に対する包括払い制度等）。他方、医療部門の人件費や価格を意図的に低く抑えようとする、医療の質が落ちる、医療従事者の募集・定着が難しくなる、医療サービスや画期的な医薬品の提供が不足する等、最終的に問題が起こることが多くなる。

同じ費用で最も価値が高いサービスを提供する

最終的には、医療需要の増大と政府の財源逼迫の折り合いをつけるには、効率を改善するしかないと思われる。各国のデータを見るかぎり、医療制度の費用対効果を改善できる見通しがある。医療部門は一般に、市場の失敗と大幅な公的介入を特徴とし、この二つによって、過剰な出費や誤った費用配分が生じている可能性があるからだ。その結果、資源が浪費され、健康を促進する機会が失われて

いる。言い換えれば、高い価値を生み出すには、単なる費用削減ではなく、医療費の使い方を変えることが重要となる。

OECD 諸国全般において、病院、その他の医療従事者に対する支払制度は、非効率を助長する実費償還法から、生産性を向上させる活動基準法へと移行しつつある。だがこの制度も、一部の領域における過度のサービス量増大、限界利益の低下といったリスクをもたらしている。この方法では、将来費用がかかる介入を行う必要を無くすための、予防的なサービス・治療が軽視される可能性がある。それよりは、適切なタイミングで適切な医療サービスを提供するためのインセンティブを与え、健康面の予後を向上させる等して効率目標の達成に貢献した医療従事者・機関に報酬を与えるような支払方法が望ましいといえる。一部の政府や民間保険会社は、例えば一定の品質基準を満たした医療従事者にボーナス給付を与える等して、インセンティブ向上の試みに着手している。

資金調達と治療の提供をともに公的部門が行っている国では、一般に、市場原理が機能して競争による効率化がもたらされるよう、費用負担者と医療従事者の役割を明確に区別することが効果的である。また、いかなる種類の医療制度においても、医療管理の責務を委譲することによって、無駄を減らし、生産性を向上させることができる。例えば、安全かつ適切であれば、医師が行っている特定の業務を、一定の資格をもつ看護師が引き受けることも可能と思われる。

看護師や一般開業医がゲートキーパーの役割を果たし、治療の必要性を評価して、患者を最も適切な医療従事者にまわすこともできる。またインターネットを使えば、患者は治療の費用、リスク、予想される予後について情報を得ることが可能となる。だが、情報が増えることによって需要が減少する場合もあれば、逆に増える場合もある。価値を高めるため、患者の費用負担の差別化を進め、患者が費用対効果の高い治療法を選択することによって経済的恩恵を受けることも可能である。

理論上、複数の保険者（民間部門あるいは公的部門）による競争を特徴とする医療保険制度においては、効率的な医療制度が促されるはずだ。だが実際は、保険者側に、保険費用があまりかからないより健康な加入者を集めようとする傾向があるため、複数の保険者に価値競争を行わせるのは難しい。これに対処するには、加入時の差別を禁止する、保険者間で経験に基づくリスク補償制度を実施する、といった政策措置が考えられるが、しかしこれらの措置は同時に保険者の費用管理に対するインセンティブを低下させるものともなる。

単純な費用抑制手段では、短期的な費用対効果のみに焦点がしばられてしまい、新たな医療関連技術への投資により長期的に価値が高まる可能性が考慮されない場合がある。価値を重視した技術管理とは、技術評価プログラムを活用し、患者の予後と費用面に対する新技術の影響を考慮して、購入者と製造元の間に「価値と費用に関する合意」のようなメカニズムを採用することを意味する。

医療制度の効率改善に向けて

OECD 諸国の医療政策立案者は、政府の支出増の抑制、治療への平等なアクセスの保証、健康促進、疾病予防、医療サービスや長期的介護サービスに向けた公平で持続可能な資金調達法の確立といった主要な政策目標を達成するための手段・方法についてかなりの知識を持っている。これらの手段・方法は過去数十年間にわたる医療制度改革において実際に活用され、その成果はまちまちだが、成

功した場合も失敗した場合も、そこから豊富な経験を引き出すことができる。今後、取り組みを進めるに当たっては、過去の改善努力から学び、改革が成功するまでには、数々の大きな障害が待ち受けていることを知る必要がある。

主要目標それぞれの重要度や、大きな不確実性のため、医療政策の決定においては、トレードオフのバランスを慎重に図ることが求められる。確かに、最終的な目標は人々の健康の確立だが、健康の増進だけを考慮すればよいわけではない。医療部門は OECD 諸国の経済において重要な位置を占め、大きな雇用と収益性の高い産業を生み出しているため、医療政策の決定は経済に多大な影響を与える。たとえ厳しい選択をしたとしても、効率改善に向けた制度改革は決して容易ではない。さまざまな利害関係者が提案された改革に進んで取り組むかどうかによって、改革の成否が変わってくる可能性がある。急速な医学の発達と医療目標の変化を考えると、医療制度の改革は継続的、反復的なプロセスにならざるをえず、一度で解決したり、即座に問題が解消したりすることは殆どない。

OECD の近年の努力により、数々の知識の差が埋められた。だが、解決されていない重要な政策上の問題は、まだ無数に存在する。最も差し迫った問題としては、次のようなものが挙げられる。どうすれば、公的財源を責任をもって管理しつつ、医療技術の継続的な進歩を促し、時宜にかなったアクセスを保証することができるのか。医療ニーズや優先順位に沿った方向で、改革を進めるにはどうすればよいのか。医療従事者の供給を将来的に確保するには、どのような手段が最適なのか。どうすれば、費用効果が高い医療の提供という目標と、医療従事者の経済的動機付けとを結びつけることができるのか。医療制度の効率を改善するには、競争する市場勢力をどのように活用すればよいのか。医療専門家の責任については、どのような方法をとれば過失を避け、被害者に補償を行い、医療サービスの適切な利用を促すことができるのか。

費用に対して得られる価値は、常に変わり続ける。価値を高めるには、実験と、実用的で具体的な指標を用いた地道な効率評価が必要となる。各国国内及び諸国間でのベンチマークの設定や、情報の共有が役に立つと思われる。相互に観察し、効果的な実施例や、それらがどのような状況で効を奏したかを明らかにすることが重要である。国際レベルでの更なる取り組みによって、各国の経験、証拠、新たなアイデアを総合すれば、それは政策立案者が直面する課題に対処する上で有用となるであろう。

© OECD 2004

This summary is not an official OECD translation.

Reproduction of this summary is allowed provided the OECD copyright and the title of the original publication are mentioned.

他言語版要約は、英語と仏語で発表された **OECD** 出版物の抄録を翻訳したものです。

OECD オンライン・ブックショップから無料で入手できます。

www.oecd.org/bookshop/

お問い合わせは OECD 広報局権利・翻訳部にお願いいたします。

rights@oecd.org

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
France

ウェブサイト www.oecd.org/rights/

