

CONFIDENTIAL



海外医療制度シリーズ  
第7弾日本医療制度  
ver1.0

2019/10/23

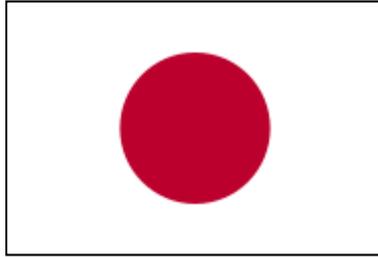
# 海外医療制度シリーズ開催にあたって

今回は「日本」です。  
 海外と比較するにも、日本が分からないと比較できないとの事。  
 まあ、下を見たら、だいたいOKかな、と。

国	制度の種類	対象
日本	社会保険型	国民全員
アメリカ	民間保険主導型	国民全員でない
イギリス	税方式(ビバレッジ)	国民全員
ドイツ	社会保険型	国民の9割は公的医療保険 1割は民間保険でカバー
フランス	社会保険型	国民全員
デンマーク	税方式(ビバレッジ)	国民全員
オランダ	民間保険主導型	国民全員
オーストラリア	税方式(ビバレッジ) (民間保険積極活用)	国民全員
韓国	社会保険型	国民全員
台湾	社会保険型	国民全員

# 日本ってどんな国？

---



国旗は江戸時代末期に船舶の国籍標識として導入。紅白の色にはそれぞれ意味があり「紅色」は博愛と活力と、「白色」は神聖と純潔を意味します。

面積：377,974.17km<sup>2</sup> (世界61位)

人口：1億2631万人 (世界11位)

首都：東京 (1392万人)

宗教：無宗教 (51.8%)、仏教 (34.9%)

GDP：世界第3位

## アジアの経済大国・日本

ネットユーザーの間では毎日のように終わったり始まったりしている国。

よく沈没したり、真っ二つになったり、怪獣に襲われたり、宇宙人に侵略されたりもするが、意外に大丈夫な国。特に、宇宙人や悪の組織が地球征服を目指す際、世界は広いというのに態々日本を第一目標に選び、作戦行動を開始する事が多いが、その被害がなければ、とうに日本は世界一の経済大国になっていたと思われる。

# 海外の医療制度

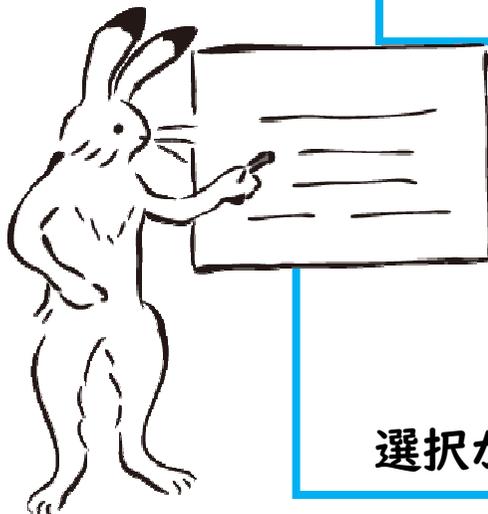
# 120分で医療制度の理解だと？

☆医療政策の理解☆  
「医療に関する政策」の事。

。

☆医療制度の理解☆

- 1) 医療サービスの提供 (delivery) の仕組み
  - 2) 医療費用の調達・決済 (finance) の仕組み、
  - 3) 医学が根底にある (academic)
- 「医療は医学の社会的適用である」という言葉がある)  
上記の3つから構成されている。



☆医療制度は国により大きく異なる  
が、医療制度の目標・評価基準は共通=CAQ。

- ①低コスト
- ②アクセス
- ③医療の質

この3つの同時達成は困難。

選択が求められる ※Cost, access, quality –pick any two.

# 主要国の医療支出額の比較

<2018年>

順位	国名	単位：百万US\$	
1	 米国	3,471,091	民間保険
2	 中国	965,612	国家管理
3	 日本	601,369	社会保険
4	 ドイツ	495,631	社会保険
5	 フランス	332,269	社会保険
6	 インド	276,450	
7	 イギリス	269,705	租税方式
8	 ブラジル	262,932	
9	 ロシア	222,271	
10	 イタリア	207,327	
11	 カナダ	183,751	
12	 韓国	164,797	
13	 スペイン	155,028	
14	 メキシコ	140,436	
15	 オーストラリア	125,212	
16	 トルコ	99,121	
17	 オランダ	90,861	競争管理
18	 ポーランド	78,094	
19	 インドネシア	77,753	
20	 スイス	62,075	



上位20か国のうち、7か国は勉強会の開催済。

この順位で行くと、次はインドかブラジルですな。大きく医療費を伸ばす中国に抜かれはしましたが、日本は医療費という観点からも医療大国。

上位陣がいずれも医療改革をしている中で日本の医療改革を知るのは大事なかな、と思う次第ですな。

世界的には「社会保険方式」が有利とされており、「租税方式」は効率性で問題視されているケースが多いです。

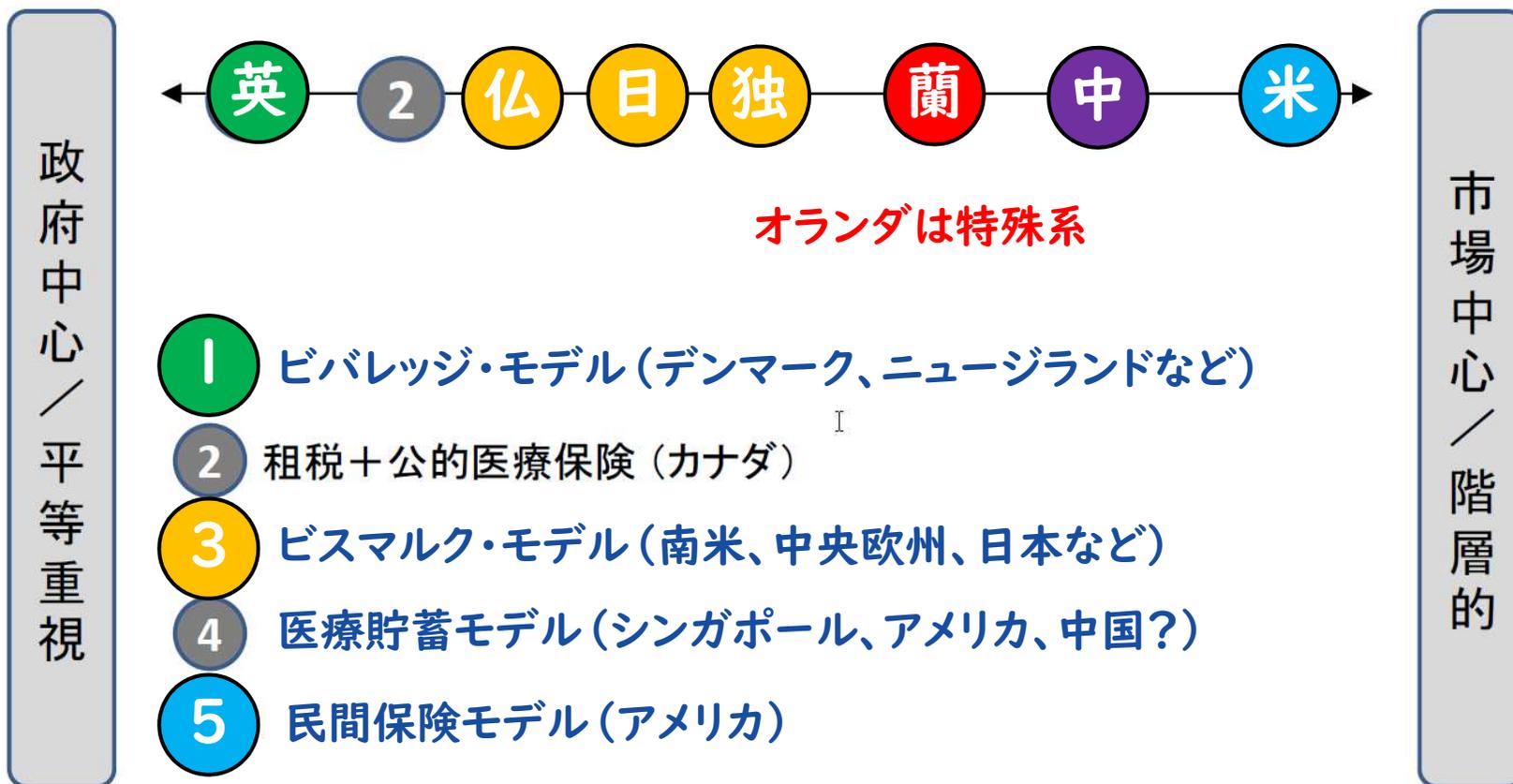
民間保険はかなり特殊ですね。

オランダやスイスは「競争管理方式」という民間保険を絡めた手法で、かなりアグレッシブで、注目を集めています。

あとは中国ですが、これは特殊過ぎます。

# 各国の医療制度からヒントはないか？

## ‘Five types’ of Health system



## 医療制度の潮流（英仏独）を学んで

---

ビスマルク・モデルとは医療保険提供者の間に競争認められており、医療提供者と保険業者が分けられている国。  
・・・ドイツ医療制度が代表格（フランスや日本も）

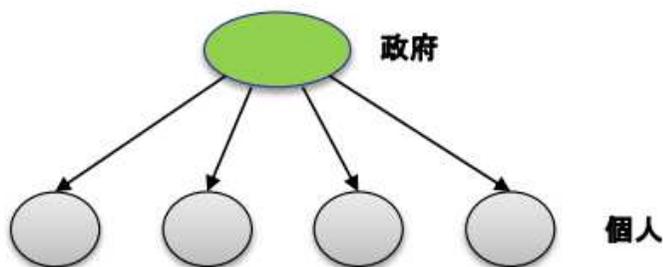
ビバレッジ・モデルとは医療提供者と保険提供者が分けられておらず、保険業者の選択がない制度  
・・・イギリス医療制度は代表格

1883年にビスマルクが構築した医療保険制度の正統後継であるドイツ医療制度を下地に日本の医療制度はスタートしていますが、GHQ占領を得て、まったくの別の医療システムへと進化しています。

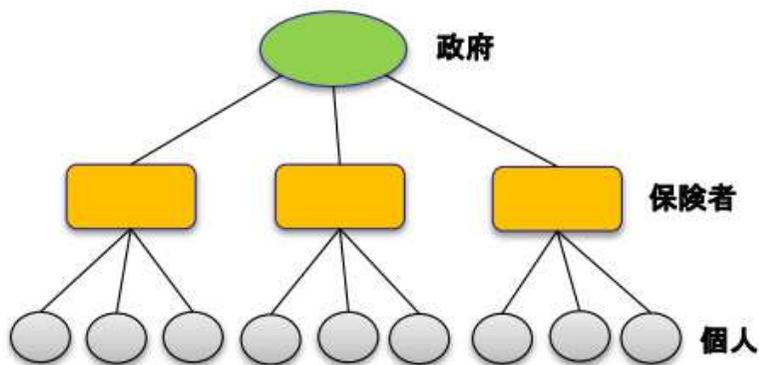
# 各国の医療制度からヒントはないか？

## 医療のファイナンス方式の類型

### 1. 税方式（ビバレッジ方式）



### 2. 社会保険方式



両者の相違は、単に財源が税か社会保険料かの違いではない。

◇税方式は政府がサービスのデリバリーとファイナンスを一体的に行う仕組。

※イギリス、オーストラリア、イタリア、北欧など

社会保険方式は政府と個人の間には保険者が挟まる仕組。

※日本、ドイツ、フランス、中南米など

この選択は、国家（政府）と個人のあり方に関わる問題。

王様がいる国とかが、租税方式の傾向があるような気がする。

## オレゴンルール

---

**“Cost, Access, Quality  
--- Pick Any Two.”**

**Oregon Health Plan  
Administration Office**

世界各国の医療制度は「低価格」「利便性」「高品質」のうち2つを選べるという通称「オレゴンルール」の考え方で、医療制度改革を行っている。またヘルスケアの課題の多くも、この3つの課題に属する。普遍的な課題として、デジタルヘルスの課題を分類しても面白いです。

# 世界の医療制度と何を比較するのか？

## [図表1] 統計指標

※筆者作成 ※OECDのデータ(アドレスは、<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>)を、グラフ化して表示する。  
※CTはComputerized Tomography(コンピューター断層撮影法)、MRIはMagnetic Resonance Imaging(磁気共鳴映像法)の略。

評価要素	統計指標
医療制度	クオリティー
	① 平均寿命 ② 乳児死亡率(出生千人あたり)
	コスト
	③ 対GDP医療費割合 ④ 1人あたり医療費
	アクセス
	⑤ 1人あたり受診回数 ⑥ 入院患者の平均在院日数
医療資源	医療スタッフ
	⑦ 医師数(人口千人あたり) ⑧ 看護師数・薬剤師数(人口千人あたり)
	医療施設
	⑨ 病院数(人口百万人あたり) ⑩ 病床数(人口千人あたり)
	医療設備
	⑪ CT台数(人口百万人あたり) ⑫ MRI台数(人口百万人あたり)

基礎研REPORT(冊子版)  
2016年4月号より

## 世界の医制度改革の潮流は？

医療制度の評価はQuality、Cost、Access  
の3要素で評価されます。  
日本の医療制度が世界でも屈指であるというのも  
これらの3要素の評価で高評価なのが理由です。



国が違って、制度が違うんだから、比較しても意味なくね？という指摘もあるかと思いますが、Quality、Cost、Accessの指標を中心に、勉強していければと思います。臨床内容については、制度と云えば制度ですが、その中身より外枠を中心にやりたいと思います(≧▽≦)

# 日本の医療制度の基本



## 日本

財源

社会保険方式

Quality

医師の自主管理

Cost

3割負担

Access

フリーアクセスから制限

提供体制

病診混合？

情報提供

玉石混合

# 本日の構成

---

- 1) 日本の医療制度の歴史
- 2) 日本医療制度の概要
- 3) 日本の医療提供体制の概要
- 4) 日本の医師の養成について
- 5) 結語

日本医療制度改革の歴史

---

# 日本の医療制度改革 歴史

# 1945年～1950年代 GHQ占領から解放

1945年～ 陸海軍病院を国立病院として、一般人に開放

1948年～ 都道府県や市町村の公立病院に国庫による補助金規定（医療法）

1951年～ 上記の補助金対象を日本赤十字社や厚生連にも拡大

1950年代後半

GHQからの補助金をあてにした、公立病院の濫立が問題に。  
私立病院の重要性が指摘される。

1962年 医療法の改正

公立病院の病床規制の導入

医療不足地域の自治体に対する、病院や診療所の設置の努力規定

当初、GHQは公立病院を中心とした医療体制構築を構想していたけど、ドッジラインによる、日本の自立した経済体制構築を重視。補助金を打ち切ったために、日本は、1950年代後半から、方向性を見失ってしまうんだね



# 1960~70年代の医療拡充期

1950~1953

朝鮮特需による、急速な経済回復。

1954~1973

高度経済成長期

「神武景気」「岩戸景気」「オリンピック景気」「いざなぎ景気」「列島改造景気」

## 《日本の黄金期》

1961年 老人福祉法など、医療福祉の拡充

民間医療機関、ばこばこ、病医院を作る

1973年 日本の「福祉元年」宣言。老人医療の無料化

一県一医学部構想のスタート

1973年 第一次オイルショック（日本の高度経済の終了）

1979年 第二次オイルショック（日本の好景気、終了のお知らせ）

1960年代~1973年は、日本のボーナス期間。

老人は少ない、生産人口は多い、経済も伸びまくりと。

アリとキリギリスといえは、キリギリスな感じで、色々やっていた。

世界各国の医療制度改革は、全部二度のオイルショックからスタート。

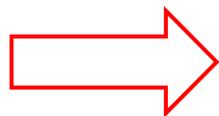


# 1985年 第一医療法改正

## 日本の医療制度改革、事始め

1983年 老人医療の無料化の終了

1985年 病床の総量規制の開始(都道府県単位での「医療計画」策定)  
医師数の抑制政策の開始  
一人医療法人の認可



提供する医療の総量を減らせば  
医療費、減るんじゃない?  
医師と病床を減らそうぜ!

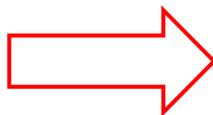
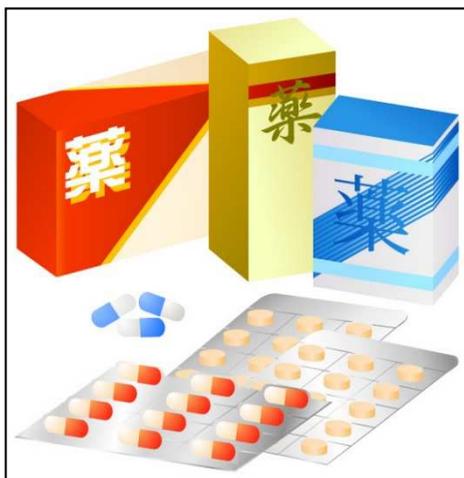


日本の医療制度改革が、世界各国と違うのは「中心人物がない事」が挙げられます。つまり、確固たる意志や哲学がなく、場当たりの(?)な改革というか、非常に官僚的な制度改革が中心になります。医療費亡国論然り、国民を重視していない事がポイントです。

# 1992年 高齢者医療対策の開始

## 第2次医療法改正

1992年 特定機能病院（今でいう、大学病院。高度急性期を担う）  
療養病床群（慢性期病床、長期入院を担う）  
「薬剤師」が医療職として、明記されるようになる。



出来高医療を止める  
薬漬け医療を止める  
プロパーの接待もダメ  
医療機関の広告規制緩和



公立病院から民間病院中心の医療提供体制を構築した影響もあり、日本の医療機関は儲けに関して、非常にアグレッシブ。出来高払いをよい事に過剰医療が常態化していたので、慢性期病院の入院単価を下げる事で調整をしようとなりました。

# 1997年 第三次医療法改正

## 患者を意識した医療制度への転換

### 1997年 第三次医療法改正

- ・地域医療支援病院制度の創設
- ・地域医療の中核病院を設定する
- ・医療提供時の患者への説明と理解・承諾（インフォームド・コンセント?）
- ・診療所への療養型病床群の設置
- ・医療法人制度の改正
- ・さらなる広告規制の緩和



地域医療の概念の登場  
患者に適切な医療を  
とりあえず、入院をやめよ

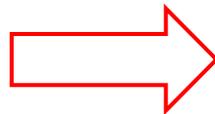


患者さんを病院から地域へ、という感じの改革に着手。  
急性期も二次医療圏に一つ、地域中核病院を作って管理しよう的な。  
あとは社会的入院患者をどうにかしようという方向に。  
ドラスティックな改革ではなく、徐々に水位を上げるイメージですな。

# 2001年 介護保険制度のスタート 包括払い制度や臨床研修制度改革も

## 2001年 第四次医療法改正

- ・療養病床&一般病床の創設、入院医療体制の強化
- ・介護療養病床の登場（2000年から、介護保険のスタート）
- ・医療計画の見直し
- ・研修医制度の必修化を決定（2004年からスタート）
- ・DPCの導入（2003年からスタート）



医療の国家統制への第一歩  
DPC（包括払い制度）開始  
15年ぶりに医療計画見直し  
社会的入院対策の本格化



医師の配置の権限を、大学医局から自治体へ、という取組は失敗。  
DPCのデータ提出は、医師の発言権の低下への布石。  
医療&介護の療養病床の登場により、社会的入院の明瞭化。  
医師中心の医療から、行政が大きく介入する医療への転換点。

# 2006年 国家統制型医療への布石 地域で患者を診る社会への布石

## 2006年 第五次医療法改正

- 都道府県単位で医療情報提供制度が創設
- 医療機関は一定情報を知事へ報告するのが義務化
- 都道府県へ医療対策協議会が制度化される
- 医療安全支援センターの制度化、二次医療圏へ一つ設置され苦情や相談に対応
- 社会医療法人制度が創設され、より公益的な法人運営がスタート
- クリティカルパス

## 第5次医療法改正は、自治体の医療に対する権利の強化



医局制度の崩壊の影響が顕著に。  
「患者のたらいまわし」と言われる、救急体制の崩壊が全国各地で。  
中央から自治体に権限を強化して、そっちでどうにかして方式に。  
地域医療を意識したシステム構築の開始。

# 2014年 入院医療から在宅医療へ 新しい医療提供体制の構築へ

## 2014年 第六次医療法改正

- ・**病床機能報告制度の制定、病床機能の分化と連携強化**
- ・在宅医療の推進
- ・医療従事者の勤務環境改善
- ・特定機能病院の更新制の導入
- ・**医療事故調査の仕組みを制定**
- ・地域医療支援センターの設置
- ・持ち分なし医療法人への移行促進



現在の医療提供体制ができる。  
診療報酬による誘導策もあり、2010年くらいから徐々に形を作り、2014年に外枠で固めた感じ。  
また、地域包括ケアといった地域での医療介護の連携についても言及。地域社会での高齢者対応といった方向性が明確に。  
さらに医療者の長時間労働などが問題に。  
加えて、診療所の継承問題などについても着手。  
医療制度の継続性を重視した制度改革となっている。  
が、抜本的な部分には手つかず。

# 2016年 医療法人の管理強化

## 2017年 色々と細かい調整

---

### 2016年 第七次医療法改正

- ・地域医療連携推進法人の創設
- ・医療法人に財務諸表監査を義務付ける（一定以上の規模法人）

### 2017年 第八次医療法改正

- ・遺伝子関連検査等の品質・精度の確保
- ・特定機能病院のガバナンス改革
- ・持分なし医療法人への移行促進策の延長
- ・医療機関を開設する者に対する監督規定の整備
- ・妊産婦の異状の対応等に関する説明の義務化
- ・看護師に対する行政処分に関する調査規定の創設
- ・医療機関のウェブサイト等の取扱い

第5次医療法改正は、自治体に医療に対する権利の強化

# 制度改革の歴史

1985~

社会的入院  
問題

出来高払い

大学医局が  
偉い

薬剤師  
地位向上

2001~

入院医療  
慢性期

DPC  
包括払い

医局制度  
破壊

チーム医療

2014~

在宅医療へ  
医介連携

データ重視  
包括払い

都道府県に  
権限移譲

多職種連携

# 日本の医療制度 概要

# 日本の医療制度のKeyword

---

## 「国民皆保険」

国民健康保険、被用者保険、協会けんぽ（全国健康保険協会）などの健康保険が併存。  
75歳以上については、後期高齢者医療制度の対象になります。  
保険料だけでなく、税金（公費負担）、患者の窓口負担で医療費は賄われてる。

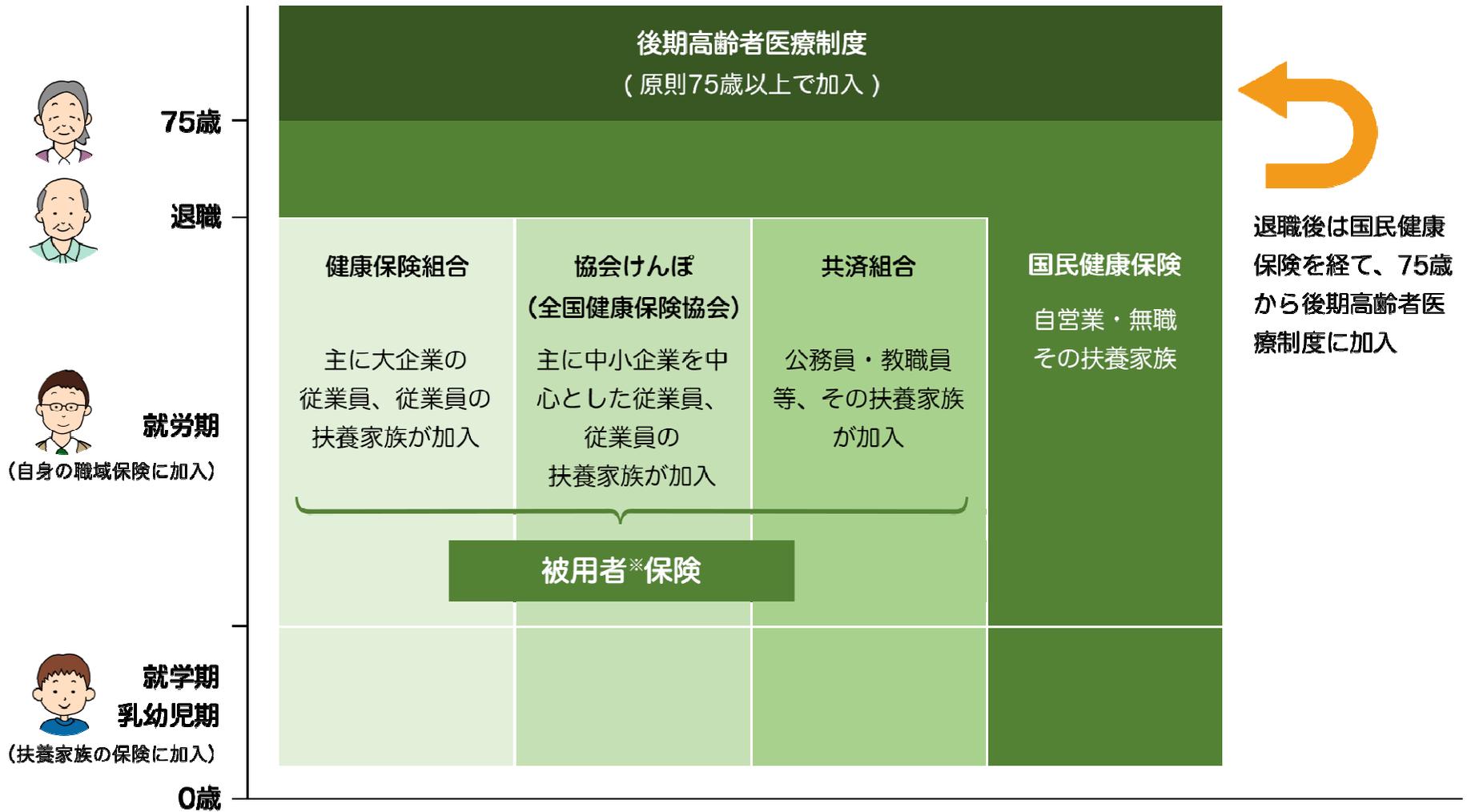
## 「フリーアクセス」

原則として患者が自分で医療機関を選ぶ仕組みです。  
紹介状なしで一定規模以上の病院（特定機能病院と、許可病床400床以上の地域医療支援病院）にかかる際には選定療養費を徴収することが義務付けられ、一部制限。

## 「自由開業・標榜制」

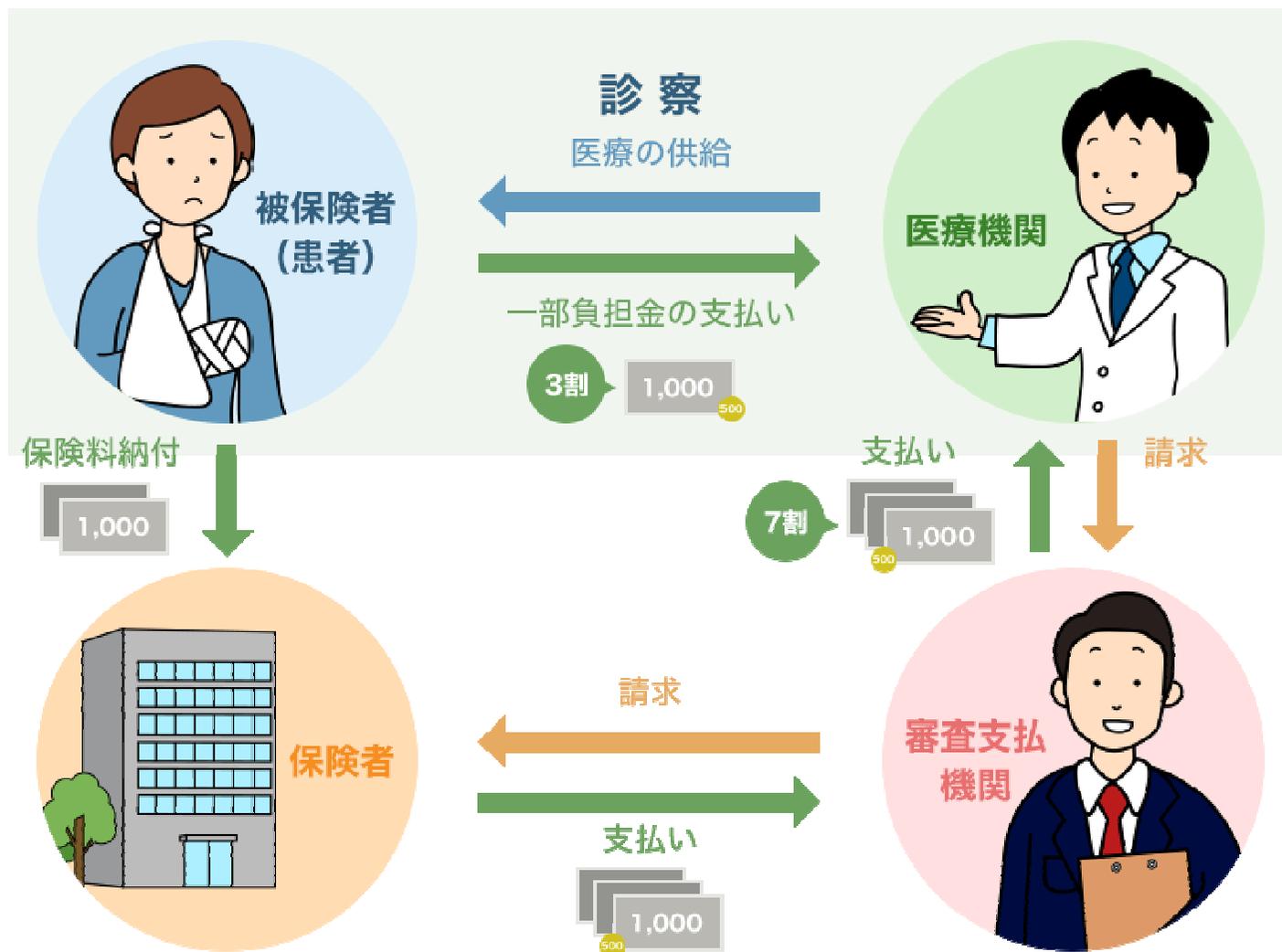
医師は原則として、自由に開業、専門科を標榜してOK！  
病院は、地域医療計画があり、既存の病床数が必要病床数を上回る場合には、新規に病院を開設したり、増床することは原則NG。  
診療所については、現時点では開業規制はありませんが、厚生労働省は、「規制強化」を進める方針。

# 日本の医療保険制度の仕組み



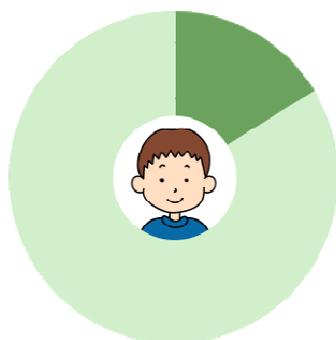
※被用者とは雇われている労働者を指す。

# 患者の窓口負担は原則3割



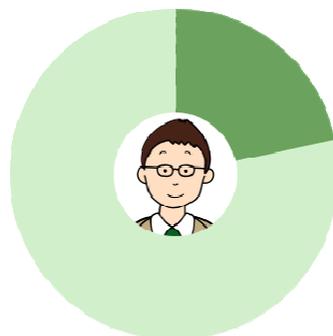
# 患者の窓口負担は年齢で変わります

小学校入学まで  
2割負担※



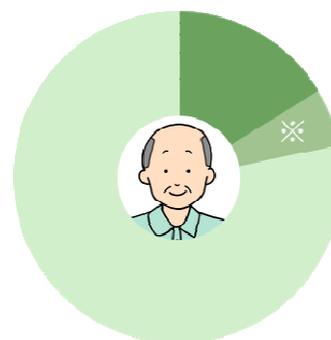
※自治体により  
負担が異なる

小学校入学後※から69歳まで  
3割負担



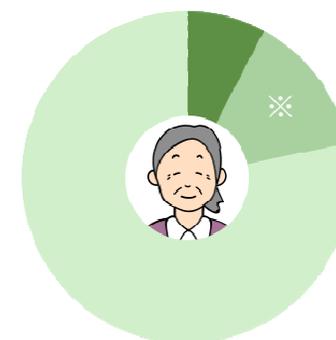
※小学校入学後でも自治体により  
医療費の助成が行われています

70歳から74歳まで  
2割負担



※現役並みの所得が  
ある人は3割負担

75歳以上  
1割負担

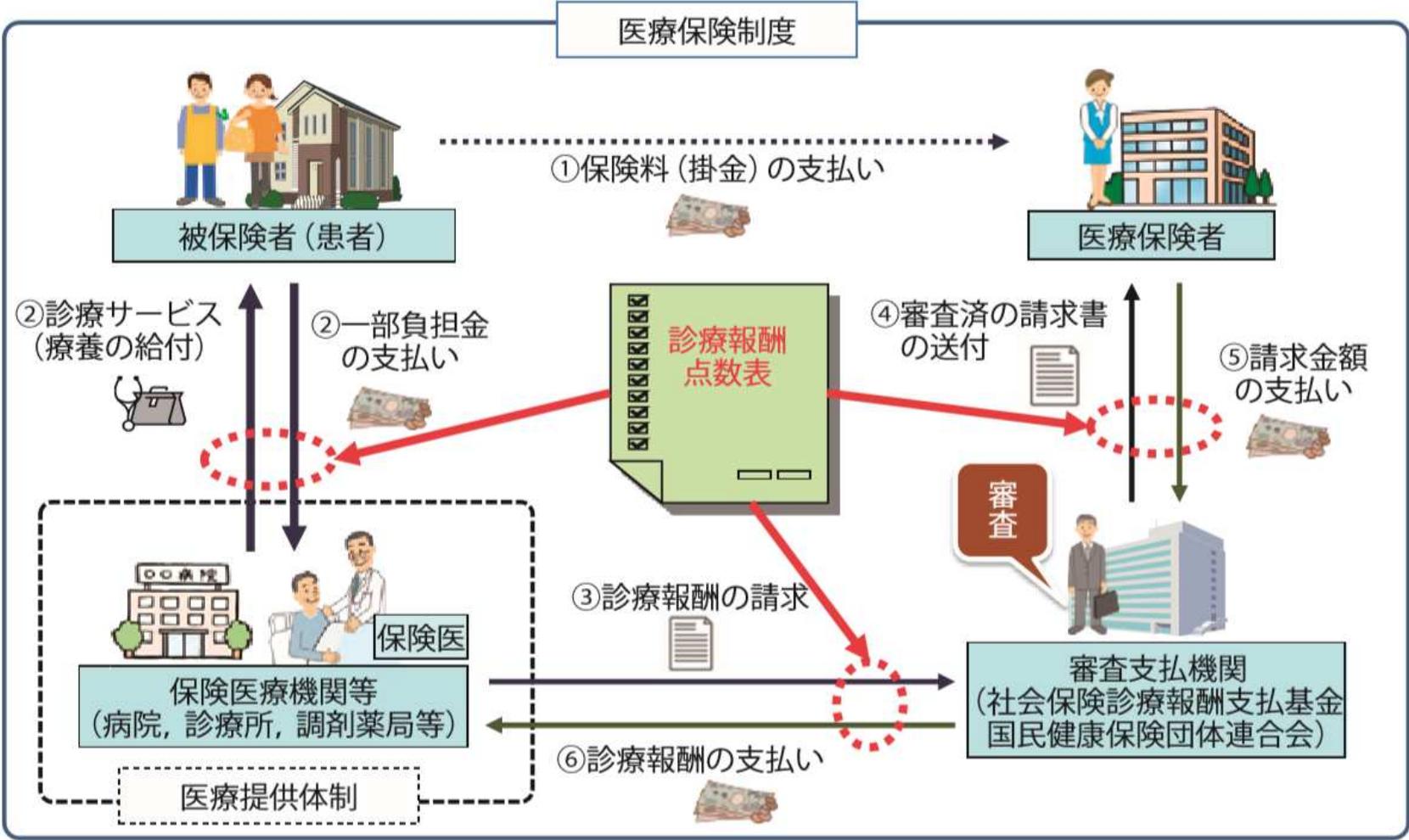


※現役並みの所得が  
ある人は3割負担

## 【余談】

国の制度は子供の受診時の自己負担は原則、就学前が2割、小学生以上が3割。ただ自治体は「子ども医療費助成」「小児医療費助成」などを独自に設けている。横浜市は現在、通院は小学6年まで、入院は中学3年まで無料となる。ただし扶養親族が2人の場合で年間所得が616万円未満など、所得制限がある。一方、東京23区はいずれも中学3年（一部は高3）まで無料で所得制限もない。

# 医療保険制度の流れ



# 診療報酬とは？

## (1) 診療報酬とは

- 保険医療機関・保険薬局が保険医療サービスの対価として受け取る報酬
- 全ての保険医療機関・保険薬局に一律に適用される（全国一律）
- 厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ、決定（厚生労働大臣告示）

## (2) 診療報酬の機能（点数表と関連する運用ルールなどの機能を含む）

- ①個々の診療行為の**価格**を定める（**価格表**としての性格）  
※技術、サービスを点数化して評価（1点10円）
  - ②保険診療の**範囲・内容**を定める（**品目表**としての性格）  
※点数表に掲載されていない診療行為は保険診療として認められない
- 技術・サービスの評価（約5,000項目）
  - 物の価格評価（医薬品については薬価基準で価格を定める 約17,000項目）

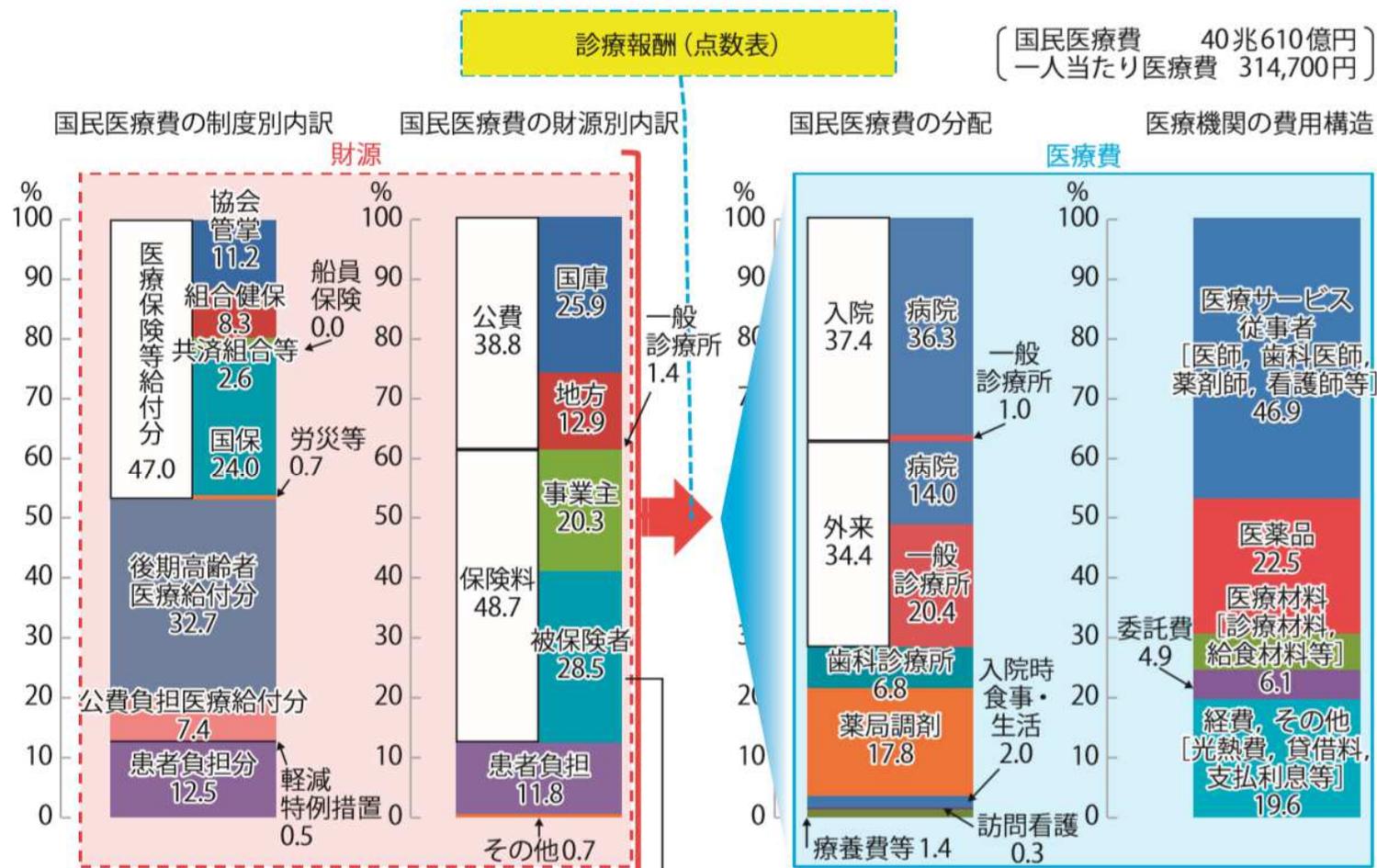
## (3) 診療報酬の主な役割・影響

- ①医療サービスごとの報酬を規定→**医療サービスの質・量**に影響
- ②保険医療機関の医業収入を規定→**保険医療機関の経営**に影響
- ③医療費（医療資源）を配分→**医療提供体制の構築**に影響
- ④サービス供給量と合わせて国民医療費を決定→**国の予算（財政）**に影響

## 【余談】

日本の医療制度の特徴は、厚生労働省による2年に1回の「診療報酬改定」に特徴があり、法律をいじらなくとも、診療報酬をいじる事で、医療提供体制をいじってきた歴史がある。その為、医療制度改革は官僚主導での国家統制型医療というべき方向に近づいてきたといえる。

# 医療の中身について



●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●平成25年度国民医療費、医療経済実態調査 (平成25年)の結果等に基づき推計

今日はここで質問タイム!!

---

何か質問ありますか？

# 日本の医療制度

提供体制

Access

Quality

Cost

# Access I 利便性など

---

## 「フリーアクセス」

原則論としては、フリーアクセス。

行きたい医療機関に自由に行けます。その日の朝に予約してもOK。

ただし、紹介状なしに一定規模以上の病院（特定機能病院と、許可病床400床以上の地域医療支援病院）にかかる際には選定療養費を徴収することが義務付けられています。

風邪程度でも、日本人はすぐに外来に通院します。

医師も、抗生物質など、風邪に効かないのを承知で処方したりもします。

日本では、開業医は時間外は基本診察しません。（そもそも、帰っていない）

土日や平日夜間は、開業医（医師会）が輪番で救急当番に当たる地域もある。

### 《長期休暇》

夏休みは、1週間くらい、診療所をお盆時期に休むことが多い。

冬休みは、年末年始1週間くらい。



# QUALITY

# 医療の質

# Quality I 医療の質



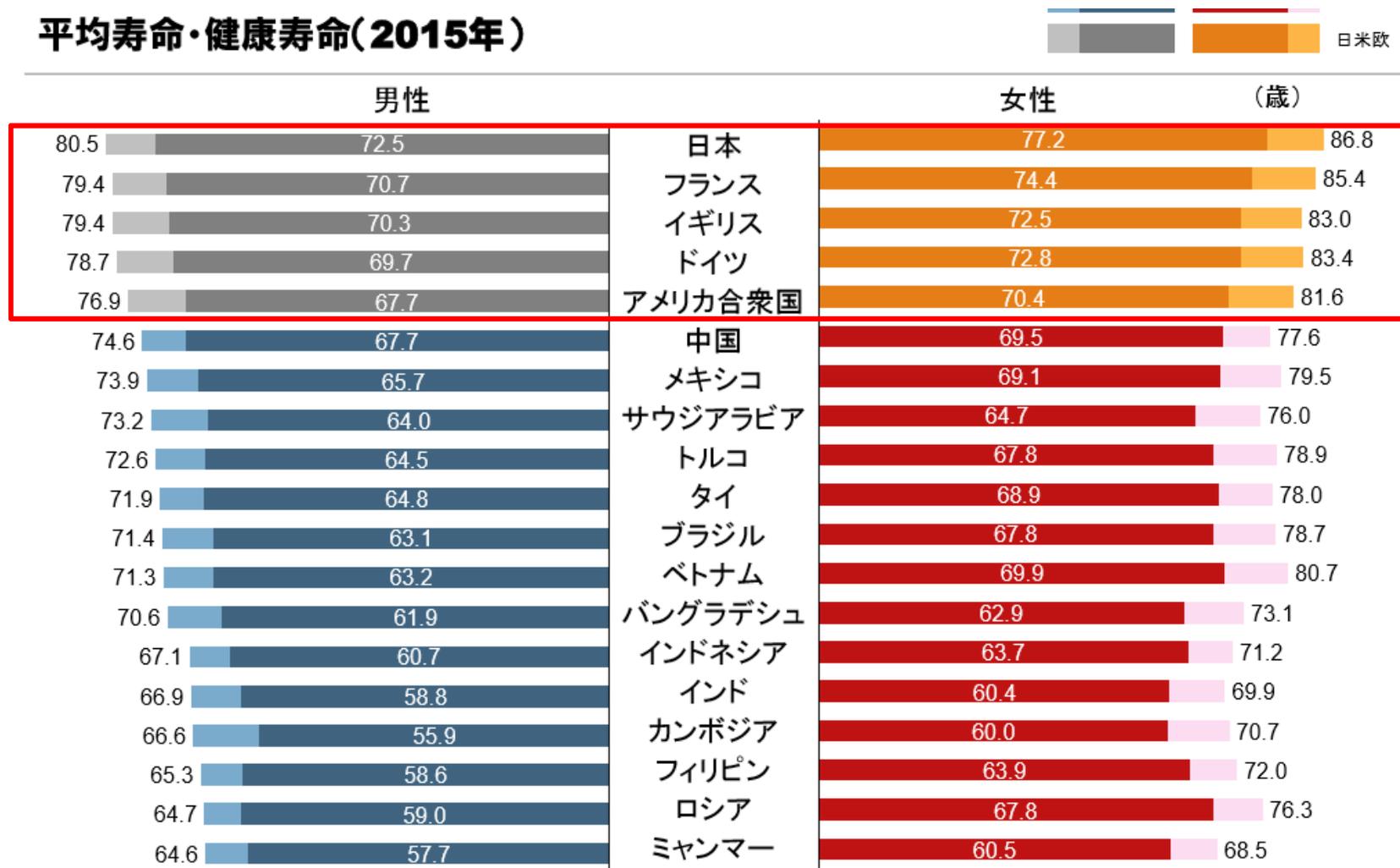
《臨床指標は2種類》  
提供する医療のプロセスを評価する指標  
事後的に検証するアウトカム指標

日本では、  
・DPC  
・医療機器の臨床評価  
なんかがある

欧米諸国に比べると、基本的には臨床医の自主的な努力に任せており、特段、公的に医療の質を担保するものはない。医療裁判などになった場合も、基本的には学会のガイドラインが標準医療の目安となる。

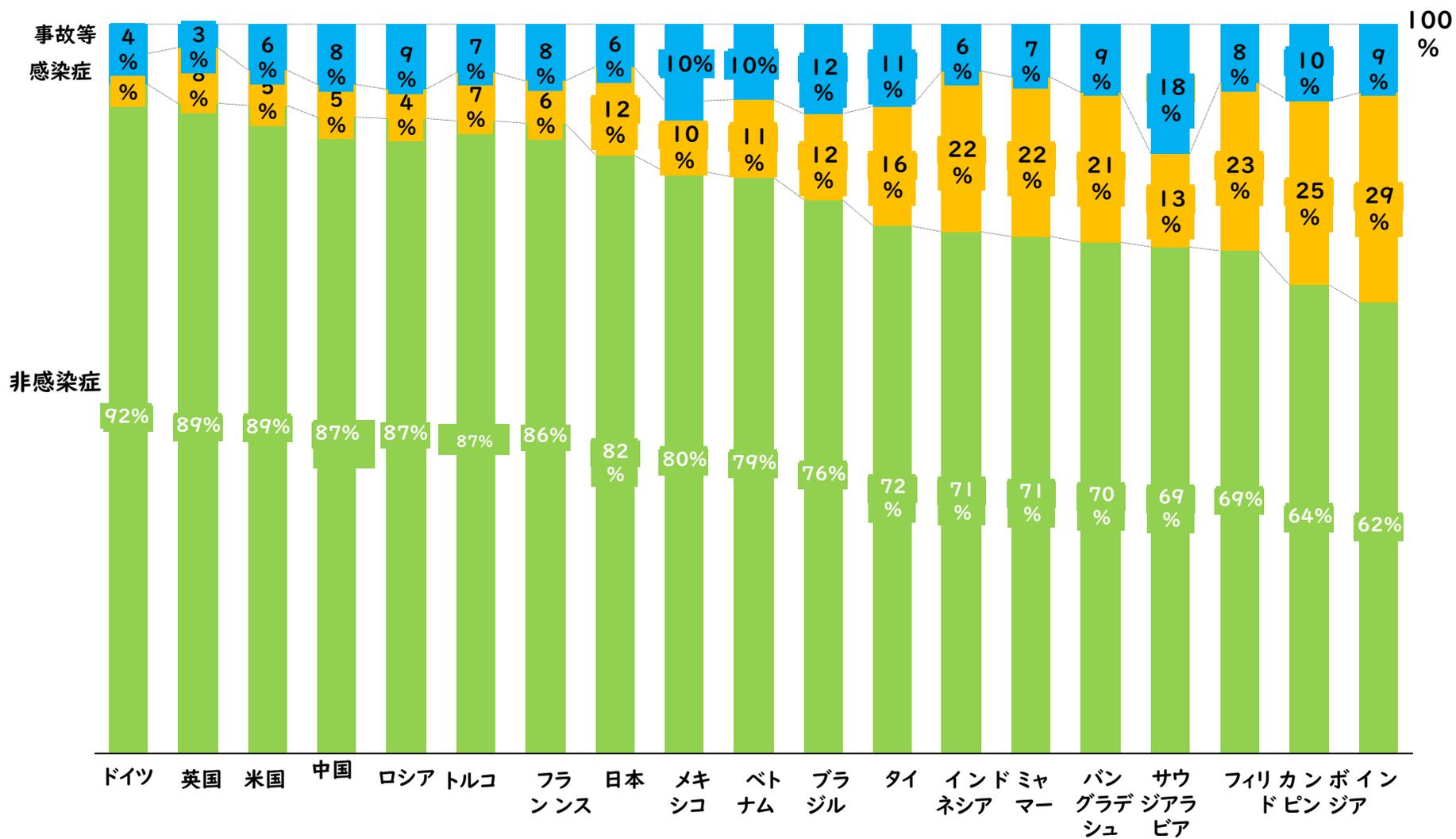
# 医療制度：クオリティ（健康寿命）

## 平均寿命・健康寿命(2015年)



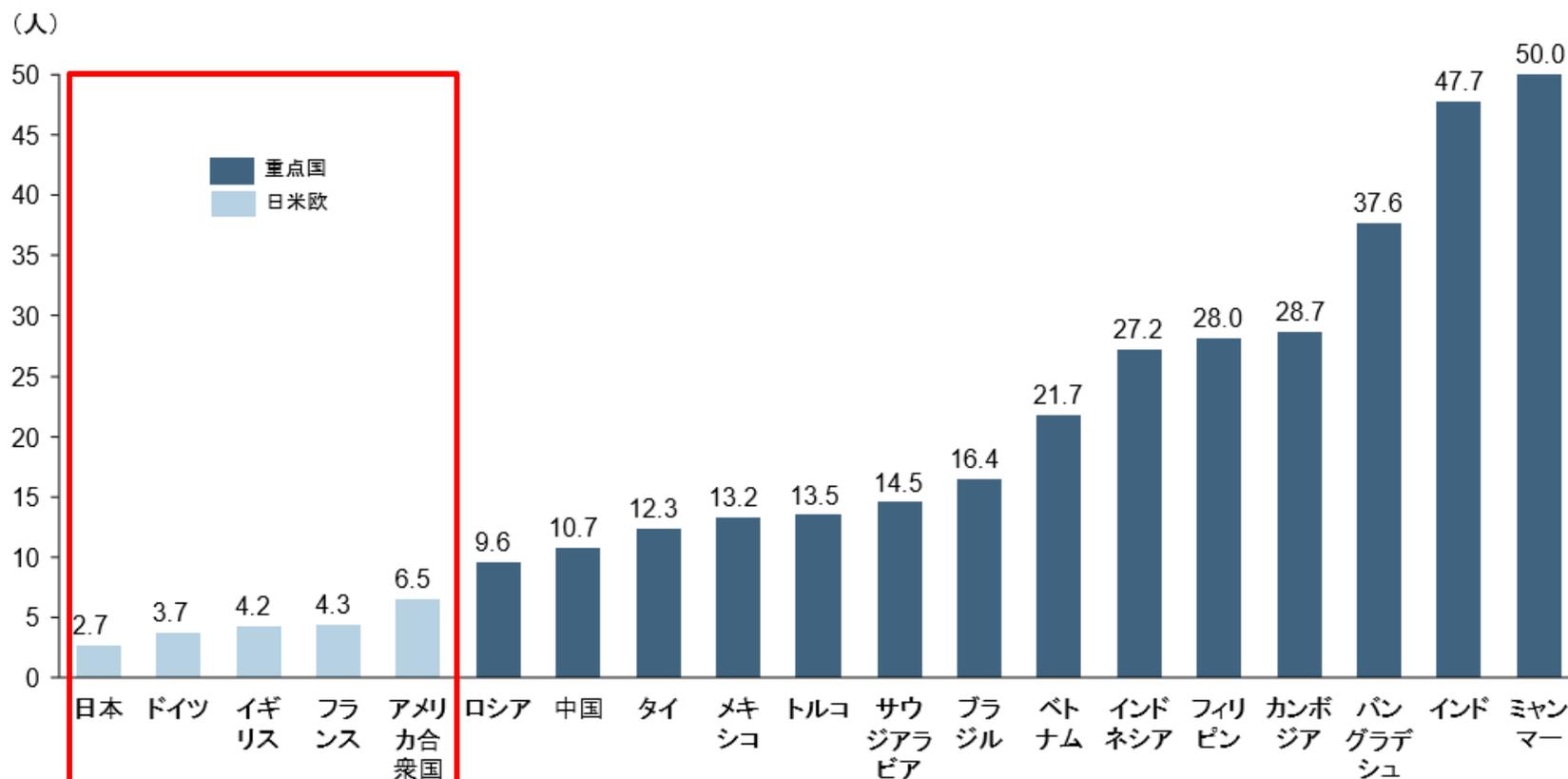
(出所) 世界保健機関(WHO)「Global Health Observatory (GHO) data」

# 医療制度：クオリティ：死亡要因（2015年）



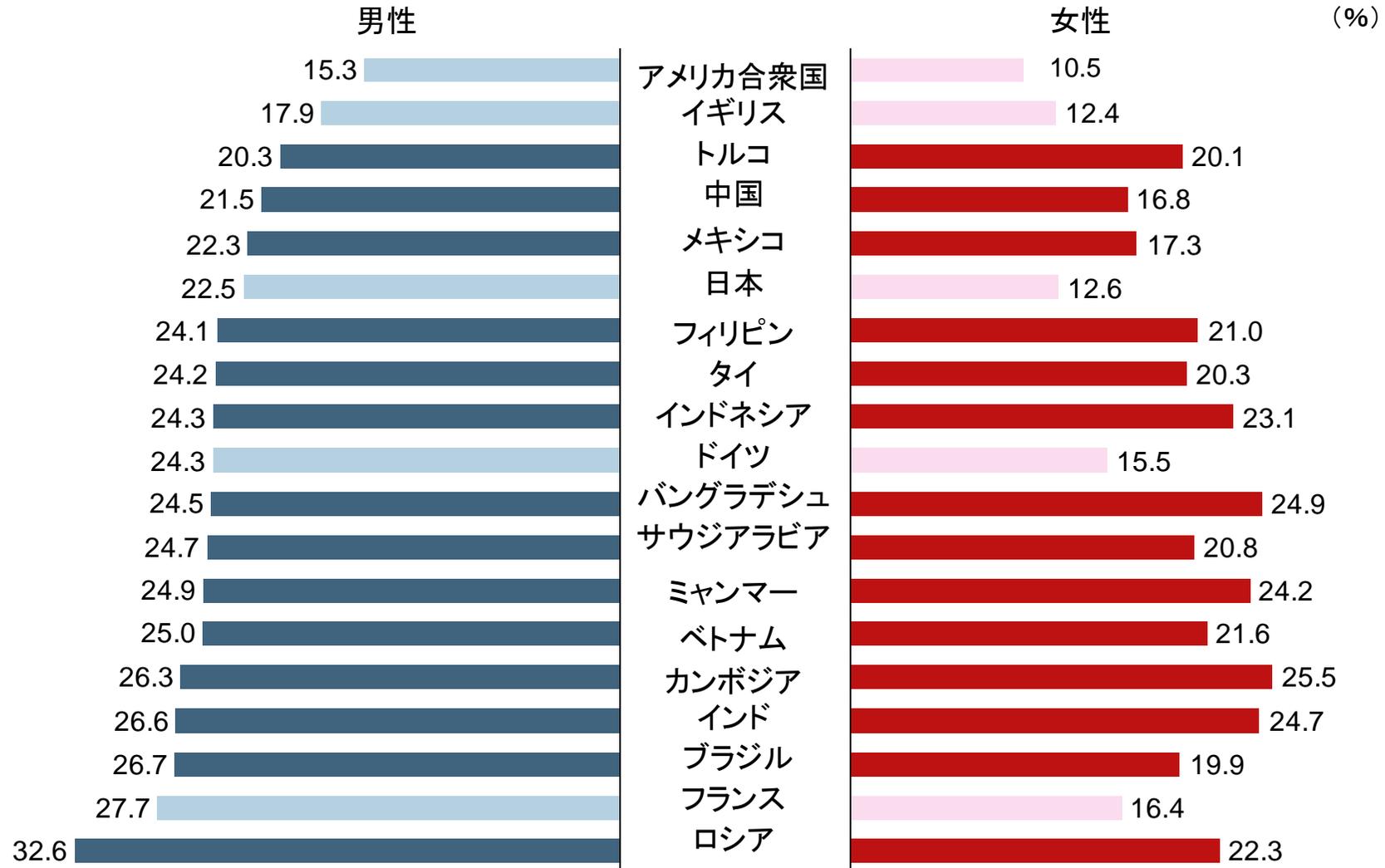
# 医療制度：クオリティ（乳児死亡率）

## 5歳以下の乳幼児死亡率 1,000人あたり（2015年）



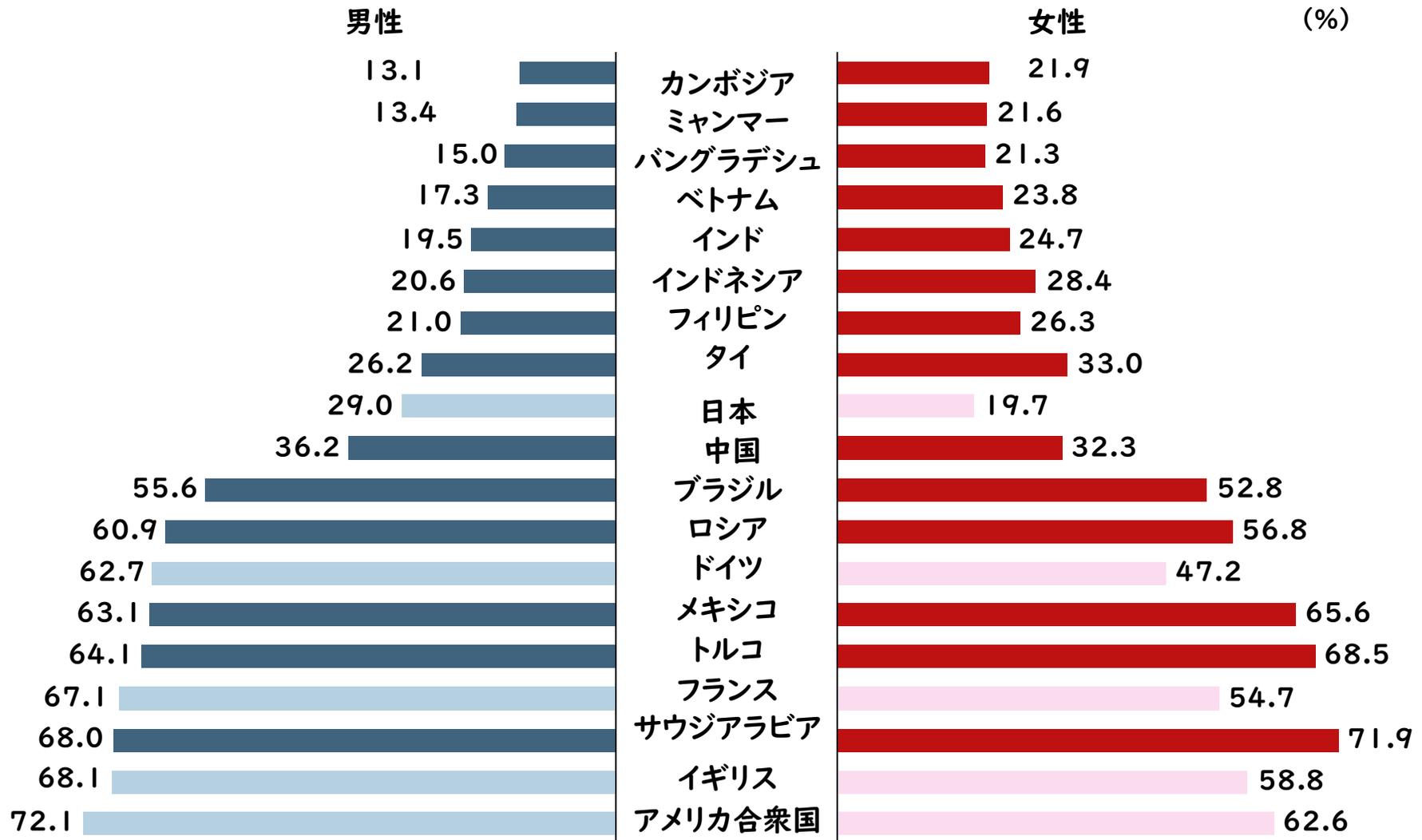
※ 収縮期血圧(SBP)140以上もしくは拡張期血圧(DBP)90以上

# 医療制度：クオリティ（高血圧：2015年）

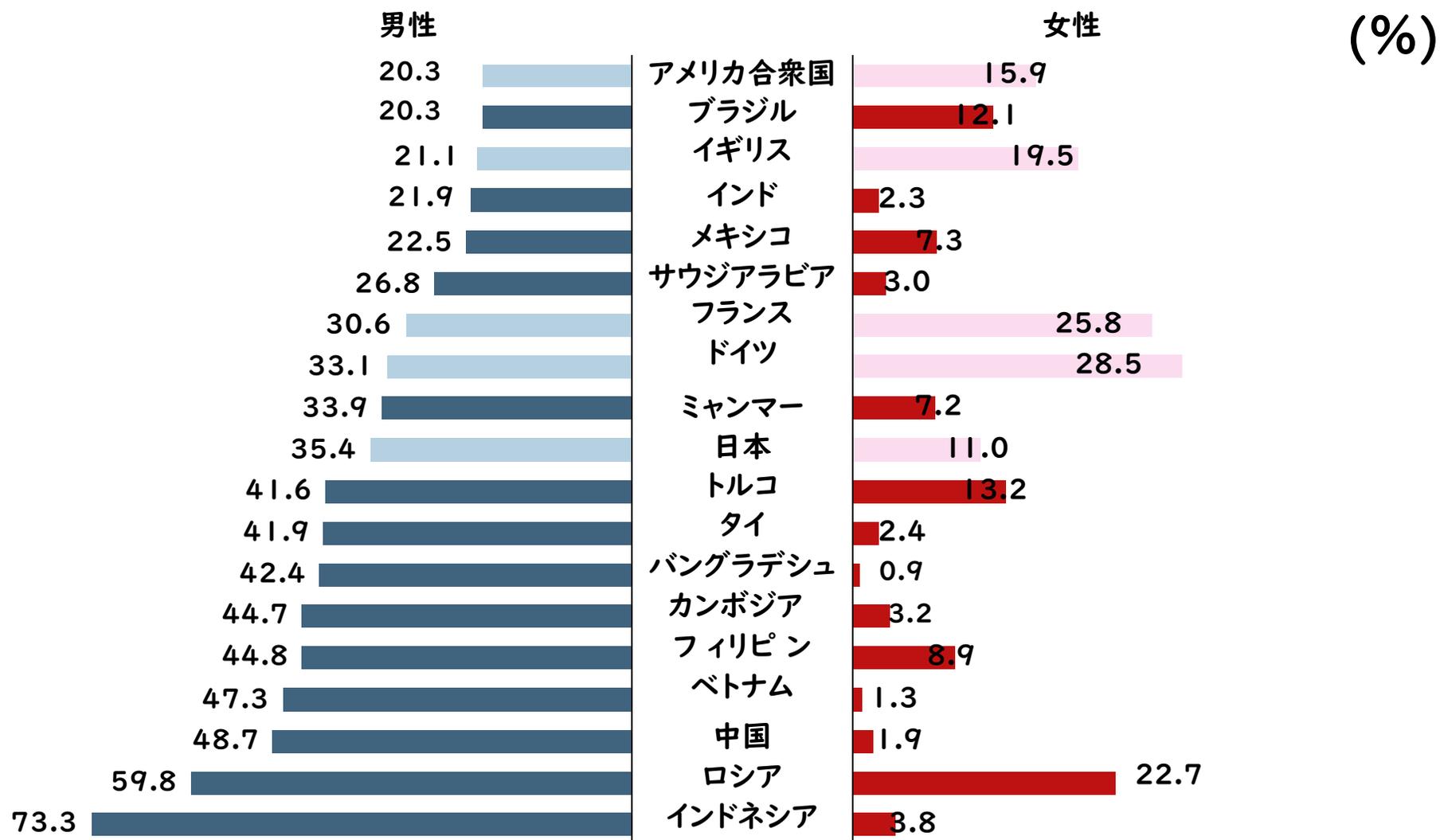


※ BMI25以上。BMIは「体重(kg)÷(身長(m)×身長(m))」で算出

## 医療制度：クオリティ（肥満：2014）



# 医療制度：クオリティ（喫煙率：2013）



REPORT CARD

Health Indicators

	平均余命	自身の健康管理意識	早死	がんによる死亡率	循環器疾患死亡率	呼吸器疾患死亡率	糖尿病による死亡率	筋骨格系疾患による死亡率	精神疾患による死亡率	乳児死亡率	医療事故による死亡率
Australia	B	A	A	A	A	A	B	C	B	B	D
Austria	C	A	B	B	D	A	D	A	A	B	D
Belgium	C	A	B	B	C	D	A	B	C	A	n.a.
Canada	B	A	A	C	A	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	A	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	C	A	A
France	B	B	B	B	A	A	A	C	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	B	C	D	D	B	D	B	A	C
Italy	A	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	B	A	A	D	B	C	B	C	D	B	A
Norway	B	A	A	B	B	C	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	C	C	C	C	C	D	C

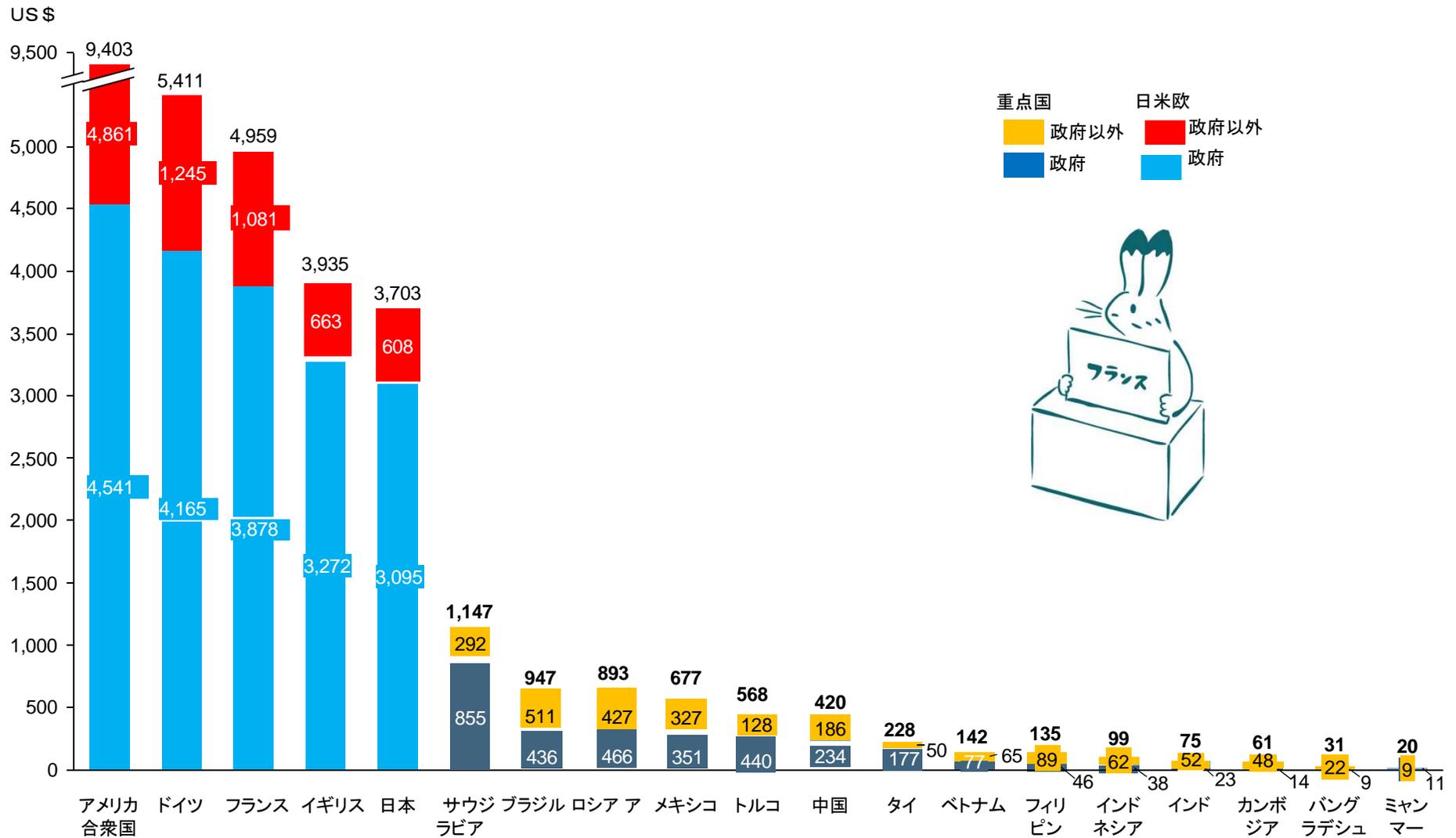
Note: Data for the most recent year available were used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.  
Source: The Conference Board of Canada.

# COST

# 医療費

# 医療制度：コスト

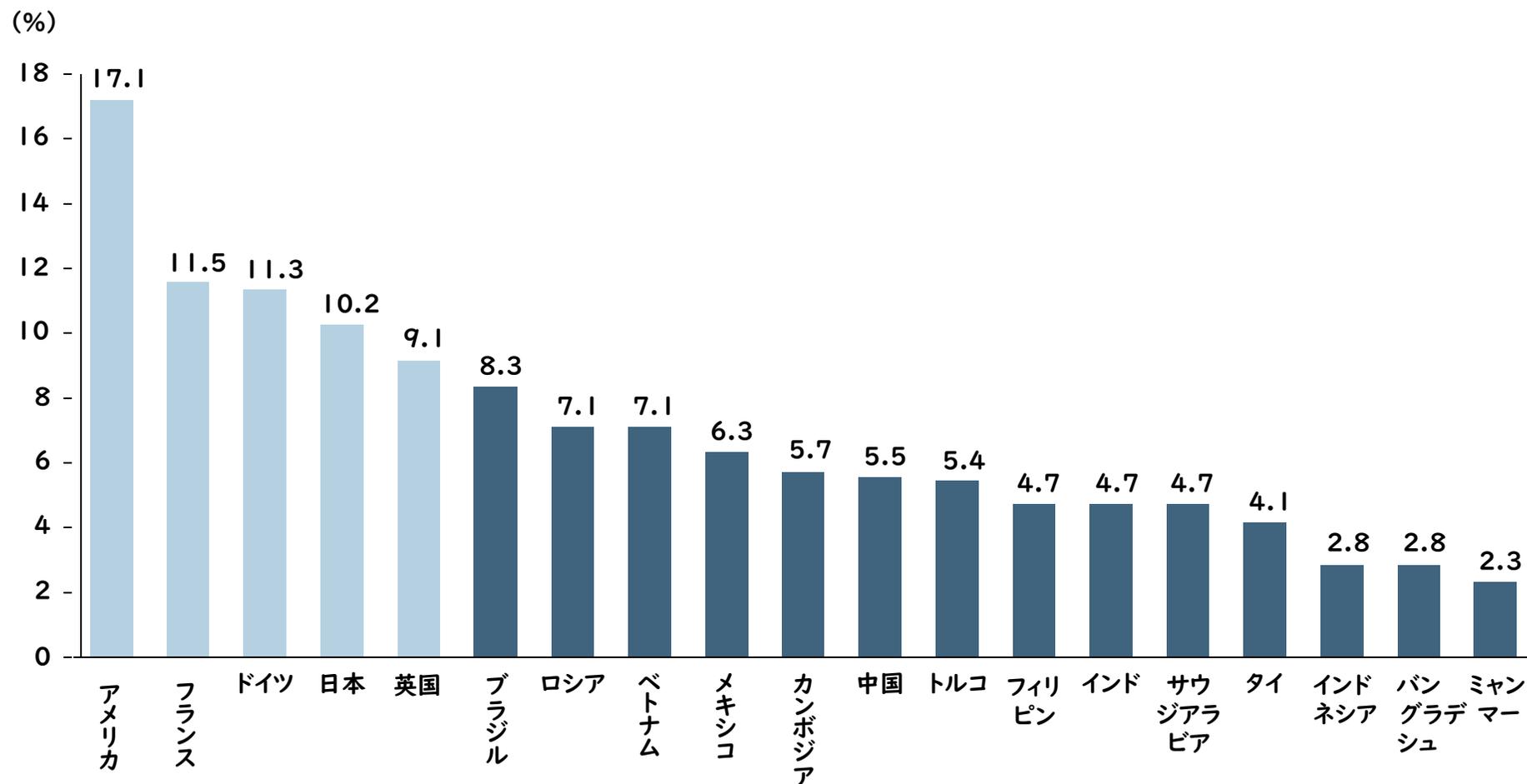
## 1人あたり医療費（2014年）



(出所)世界保健機関(WHO)「Global Health Expenditure Database」

# 医療制度：コスト

## 医療費対GDP比率 (2014年)



# Cost I 患者負担について

---

1) 外来診療

原則3割負担。

2) 歯科外来

原則3割負担。

3) 処方箋

原則3割負担。

4) 入院治療

原則3割負担。

5) 在宅医療

原則3割負担だが、基本的に高齢者なので、1～2割負担。

わかりやすい

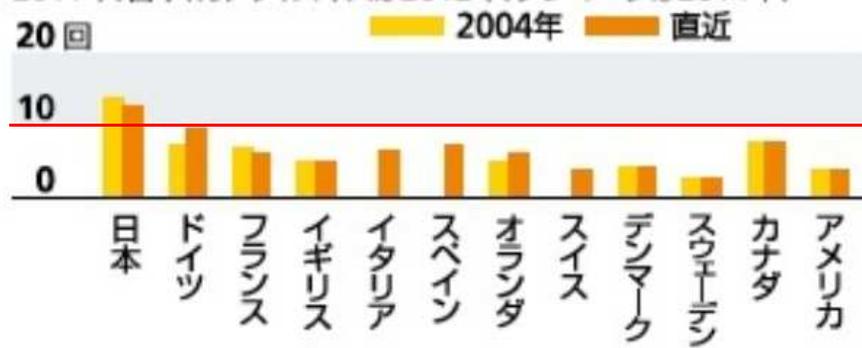
# ACCESS

## 利用しやすさ

# 医療制度：アクセス

[図表6] 1人あたり受診回数

注：2013年。ただしイギリスは2009年。アメリカは2010年。スペインは2011年。日本、カナダ、スイスは2012年。デンマークは2014年。



[図表7] 入院患者の平均在院日数

注：直近は、2013年。ただしアメリカは2011年。フランス、スウェーデンは2012年。

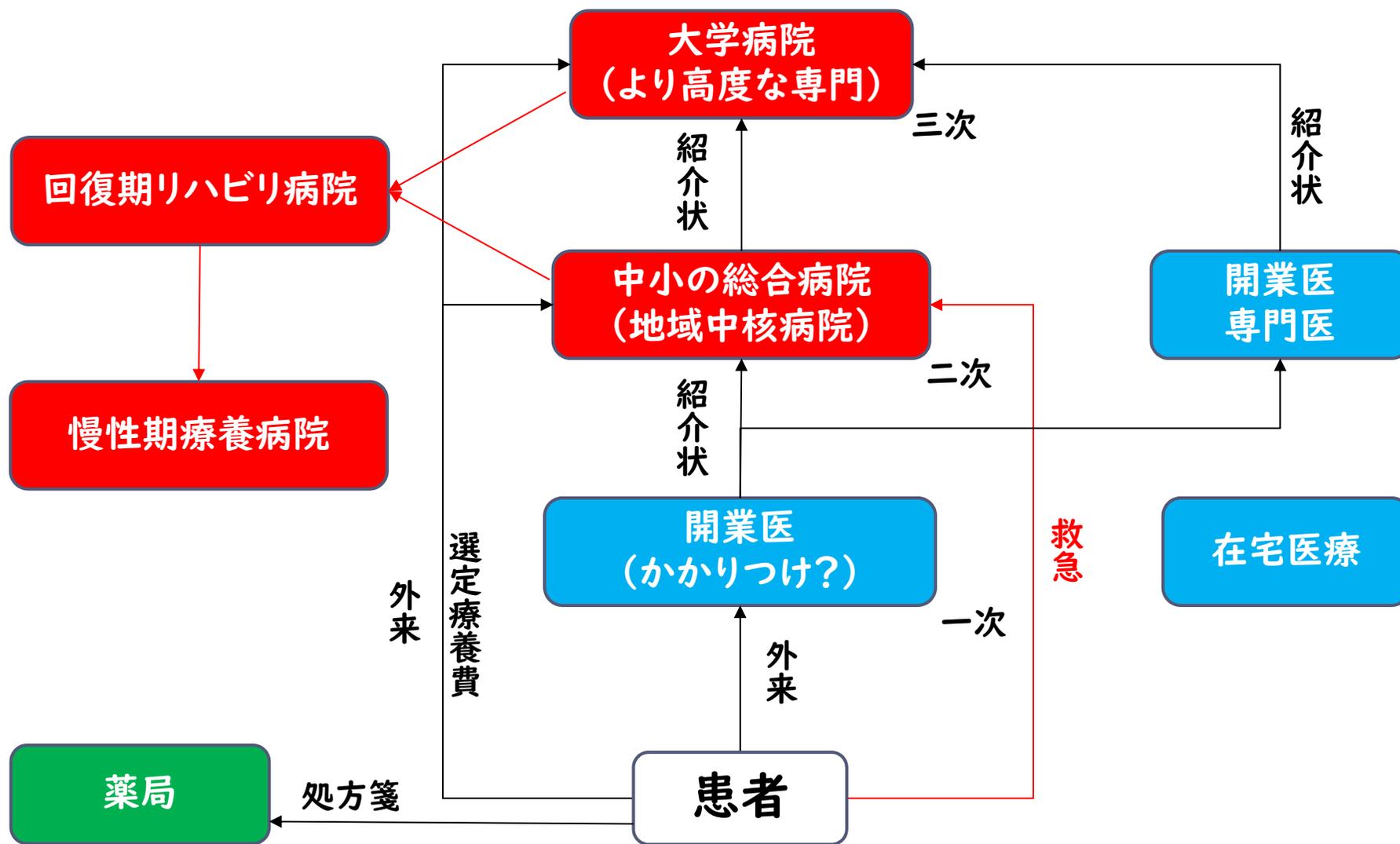


外来受診回数と  
入院日数の長さ

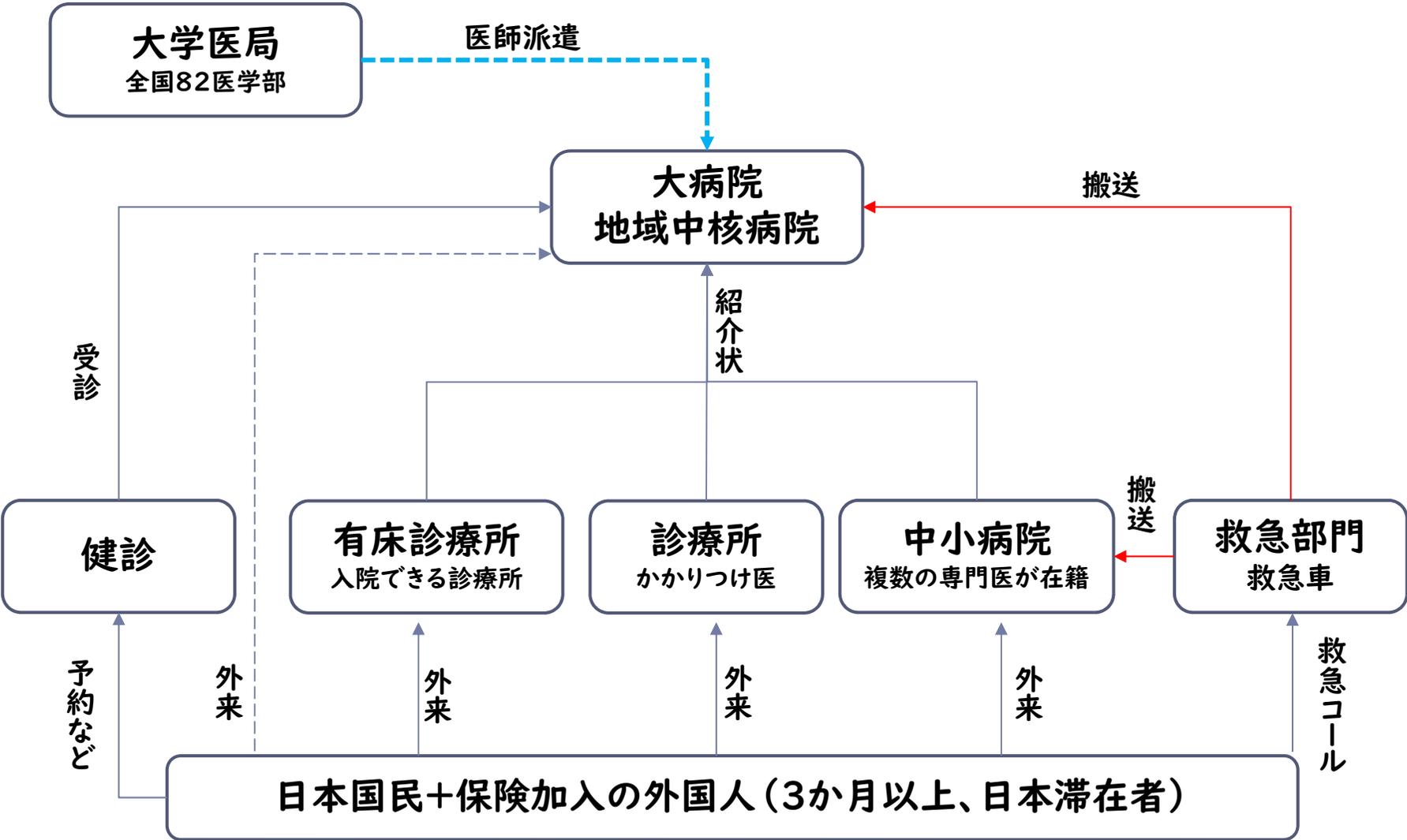
これが指標なんだって

日本はアクセス  
最優の国  
なんですな

# 日本の医療提供体制



# 日本の医療提供体制 その2



# 救急の場合

## ◇救急車「119」

日本の救急車は、無料です。

救急車や救急医療は、緊急で医療を必要とする方のための限りある資源です。「便利だから」「交通手段がないから」「病院で待つのが嫌だから」といった理由で呼ぶべきものではありません。

成人の場合、「#7119」で救急相談窓口があります。

小児の場合、「#8000」で小児救急相談ができます。



# 日本の薬局事情

＜日本と海外での薬剤師の社会的地位の違い＞

まず初めに日本と欧米諸国など医療先進国では薬剤師の社会的地位が大きく異なります。

欧米諸国では薬剤師の社会的地位は非常に高く、それに比べると日本では薬剤師の社会的地位は低いというのが現状です。



## ① 薬剤師の権限が少ない

薬剤師は薬物療法のプロです。が、患者さんの薬物治療に関する決定権には欧米と日本では大きな違いがあります。

その主たる制度が「リフィル処方箋制度」の有無です。リフィル処方箋制度とは多くの場合、病状が安定した患者において医師が期限を決めて処方箋を書き、期限内であれば薬剤師のモニタリングの元に、その都度繰り返し調剤が行われる制度です。

## ② 医療費（社会保険）や文化の違い

日本では医療費がとても安く、それに比べて海外では医療費が高かったり、受診しにくかったりするので、軽い病状では安易に病院に行かず、薬局の薬剤師に相談をして病状に合った薬を提案してもらう機会がとても多いです。

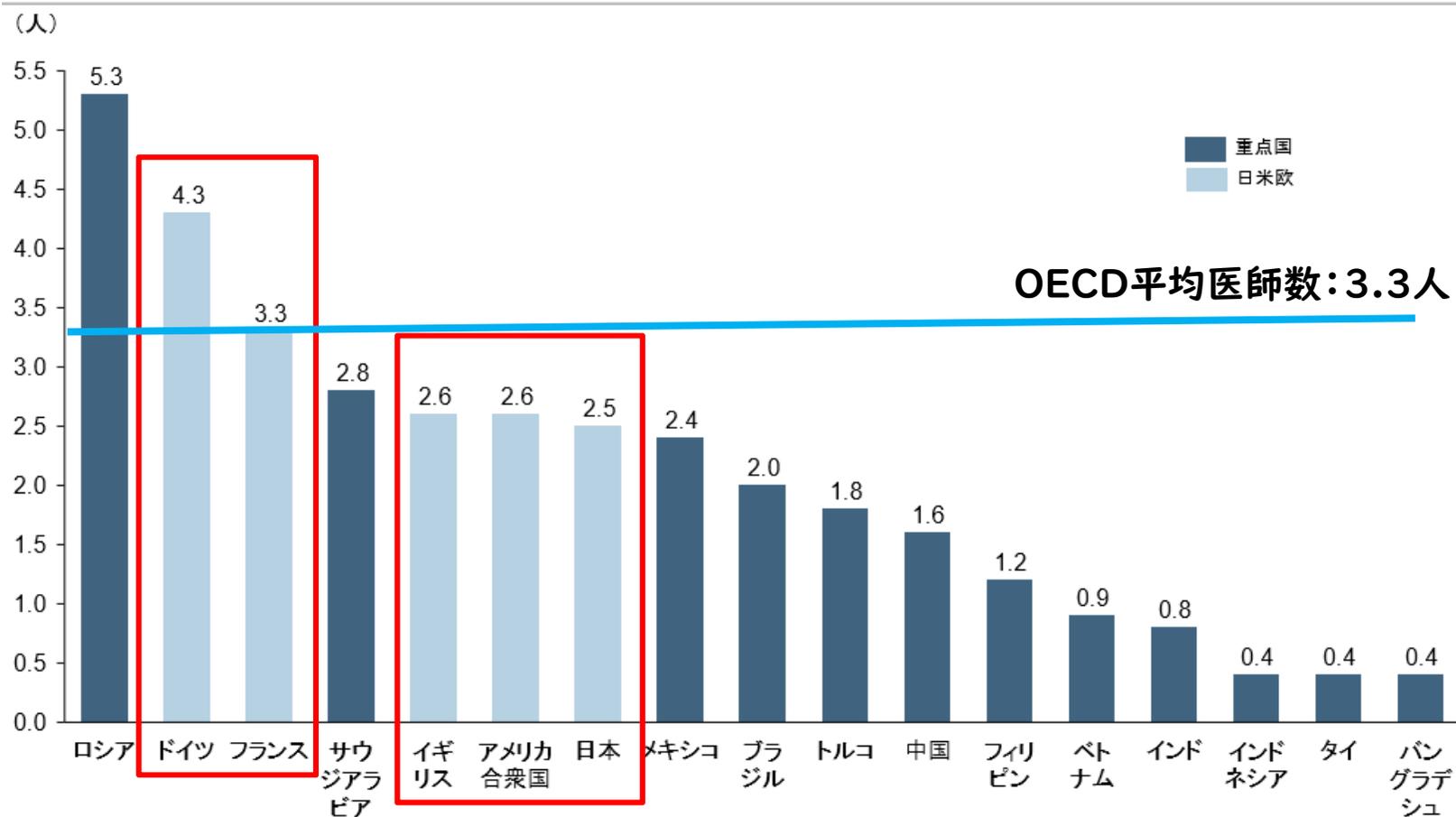
要は同じ症状が発症した場合、海外では薬剤師に相談するところが、日本では医師に相談をするケースが多いということです。よって日本では欧米ほど日頃より薬剤師に相談をする文化が定着していないとも言えます。

# RESOURCE

## 医療資源（ヒト）

# 医療資源：医療スタッフ（医師）

## 1,000人あたり医師数(2014年)



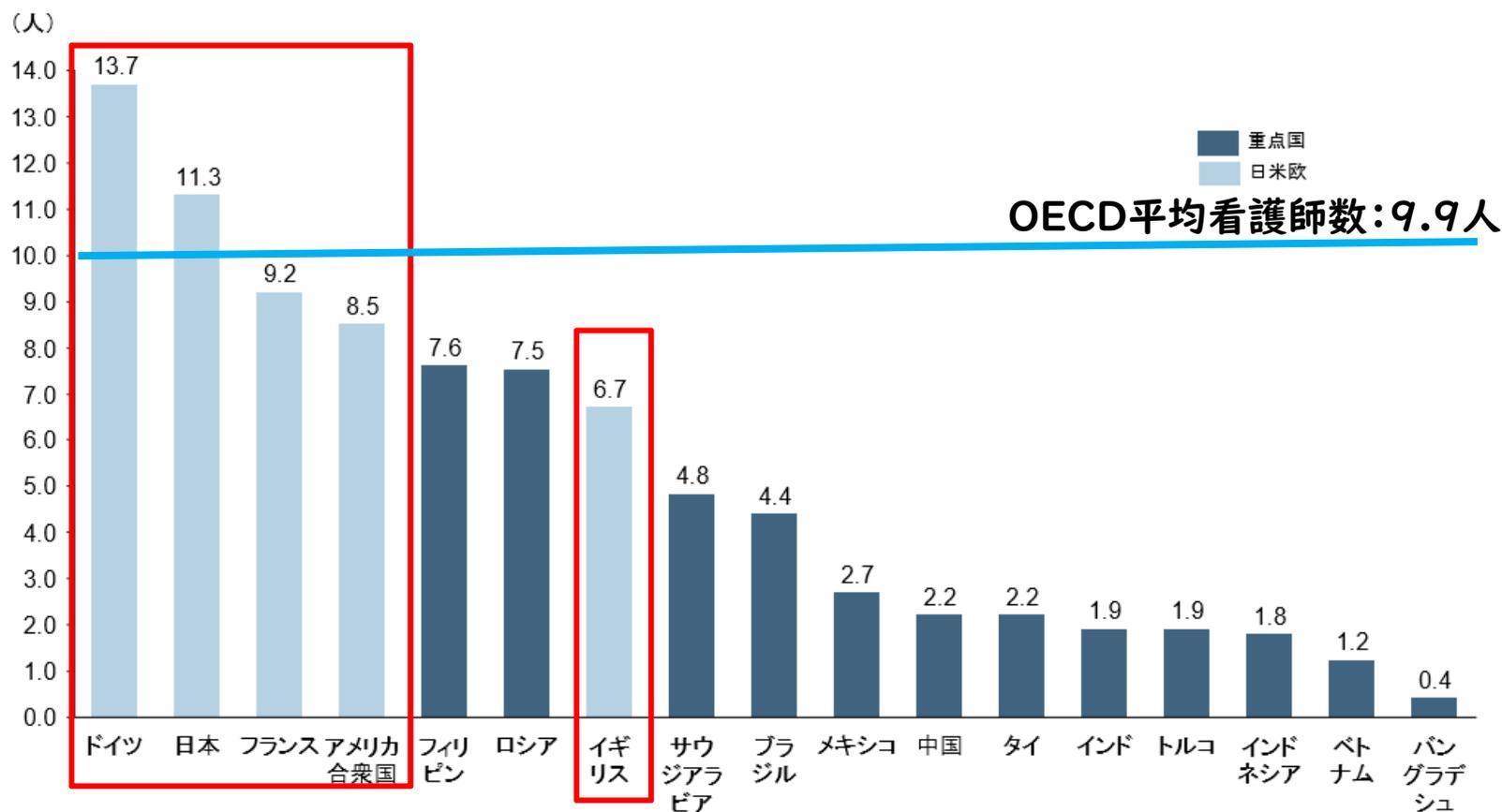
(出所) Espicom「World Medical Markets Fact Book 2014」

注) カンボジア、ミャンマーはデータなし

18

# 医療資源：医療スタッフ（看護師）

## 1,000人あたり看護師数(2014年)



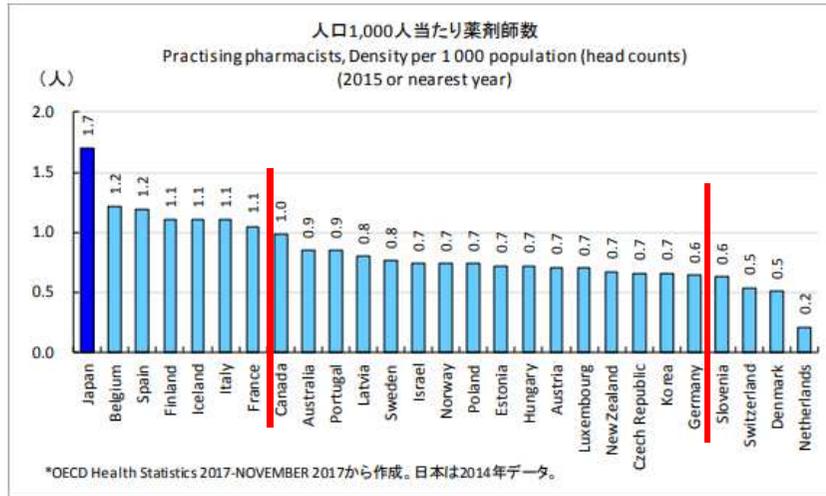
(出所) Espicom 「World Medical Markets Fact Book 2014」

注) カンボジア、ミャンマーはデータなし

19

# 医療資源：医療スタッフ（薬剤師）

図 2.3.1 人口1,000人当たり薬剤師数



## 《トレビア》

英国：薬学教育4年＋必須実務1年

仏国：大学6年＋大学院3年（※）

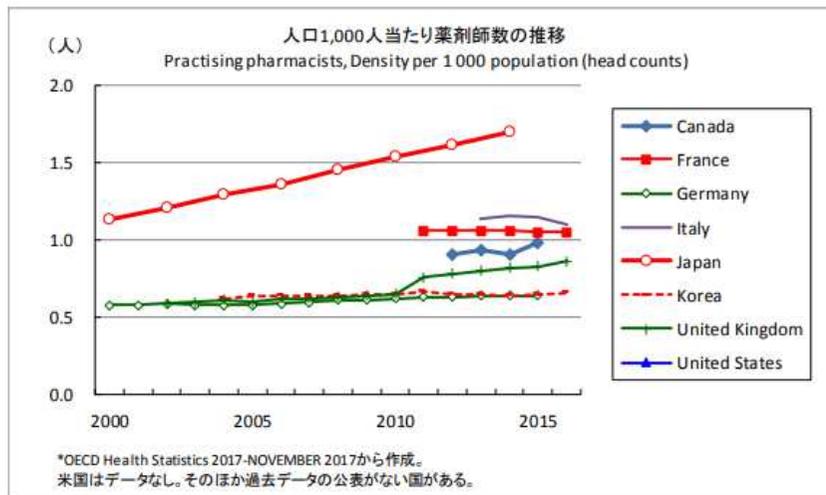
※病院薬剤師や研究者になるのに必要

※基本、学費無料

米国：大学4年＋必須実習2年

州単位で資格認可、高給取り（平均11万ドル）

図 2.3.2 人口1,000人当たり薬剤師数の推移

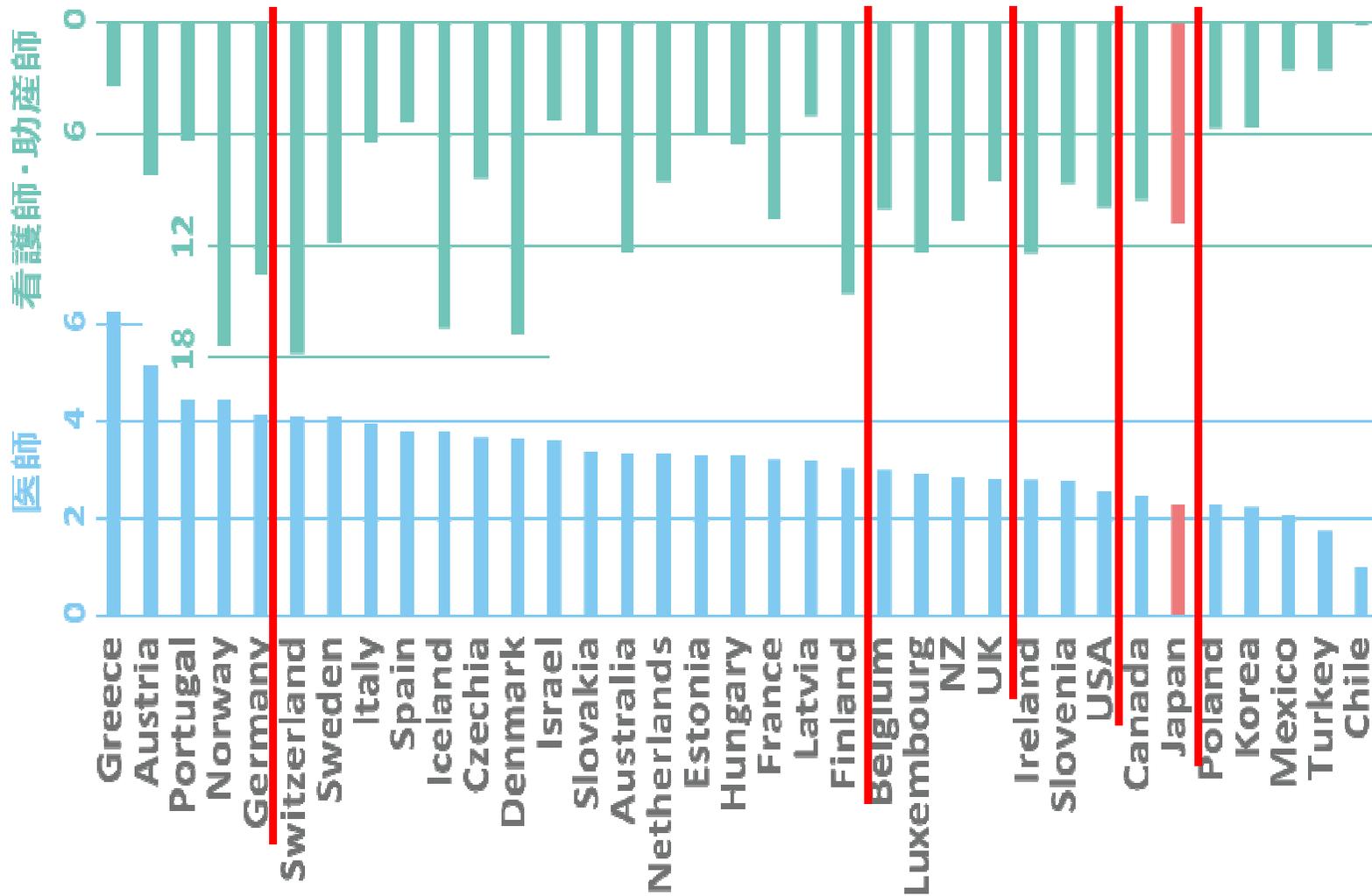


日本：大学6年

わっさわっさ

# 首を傾けてみるがいい

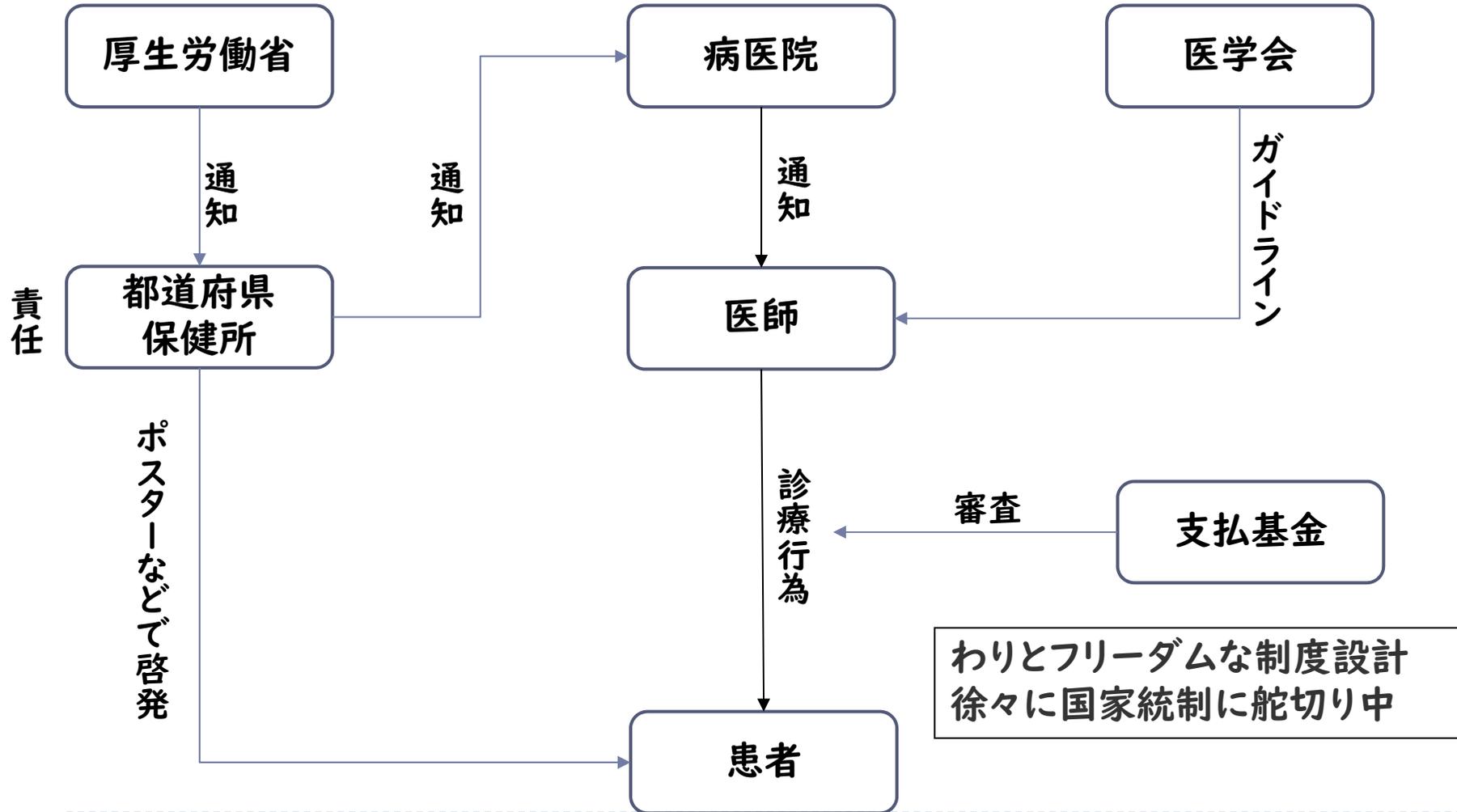
人口1000人あたりの医療従事者数  
(OECD加盟国)



WHO, GHO data repository (2017) データを基に作成

# まとめ 医療の質について

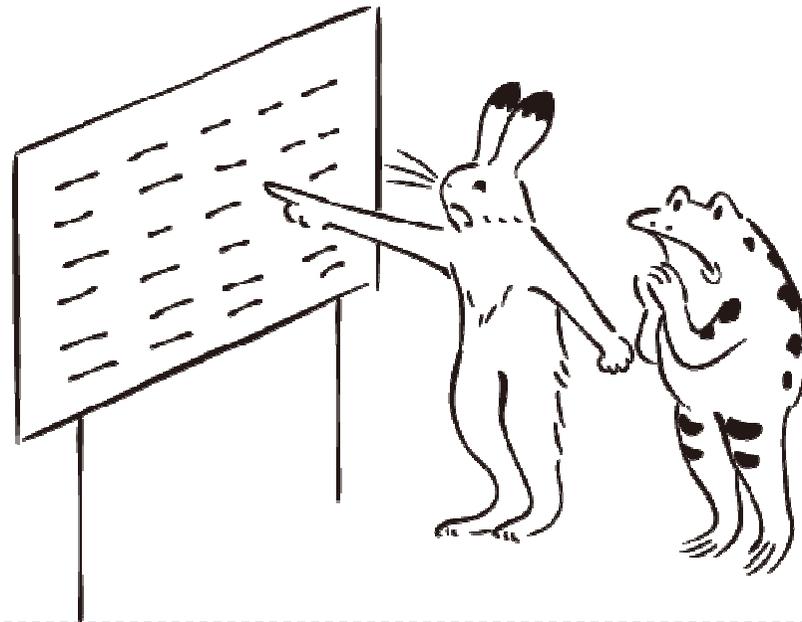
法律は変えない



1 回目の相談タイム

---

# 質疑応答と グループ話し合い



最後に

---

# 日本の医師養成

# 日本の医師養成

指導医

サブスペシャリティ  
専門医研修

専門医試験

後期研修  
3～5年

特になし

初期研修医  
2年

医師国家試験

医学部  
6年

日本の医学部は82医学部。(最近2つできた)

医師国家試験は年1回、合格率は90%。

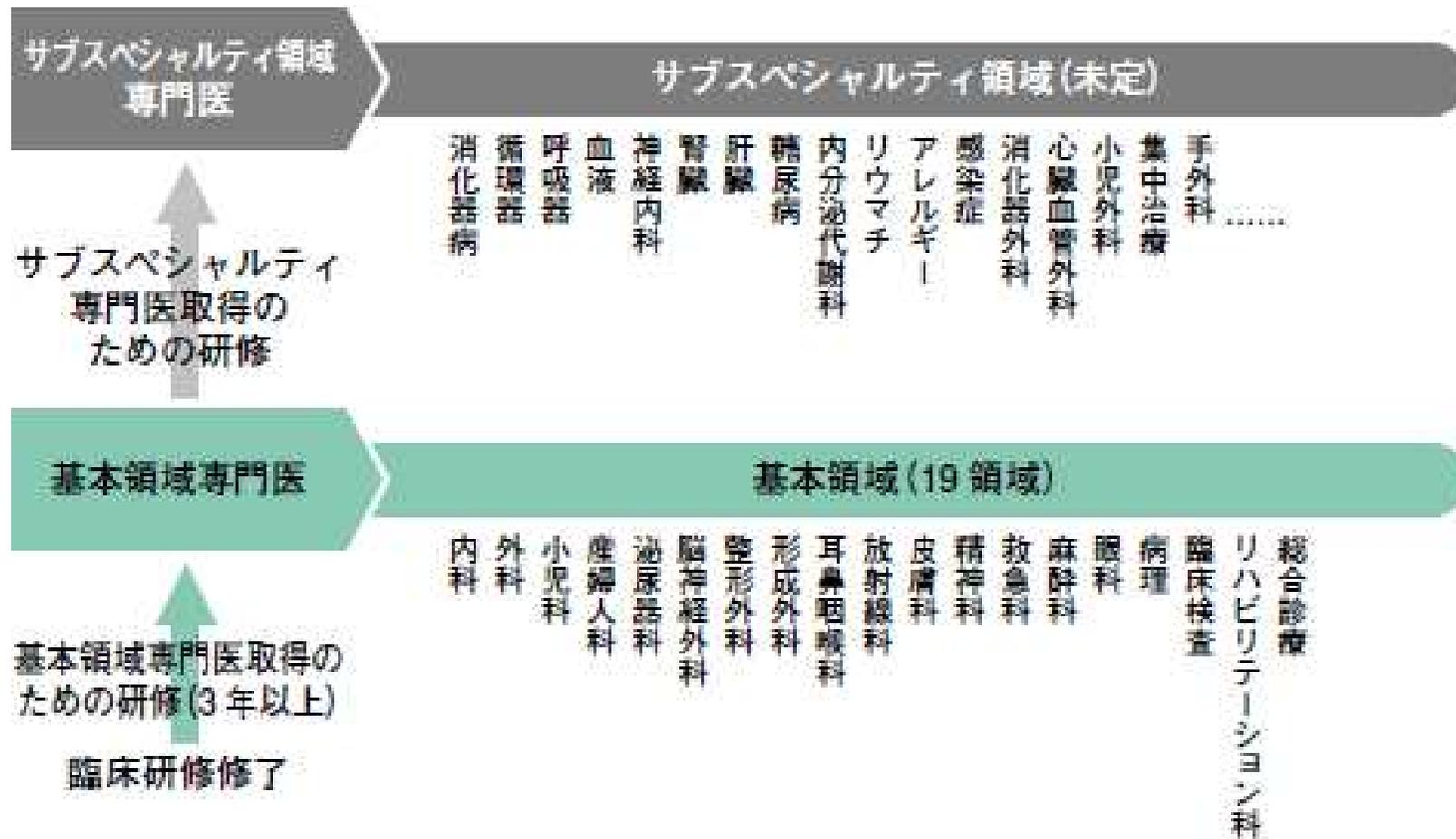
マッチング(前期研修先の病院決め)をして、2年の前期研修。  
大学医局3割、民間病院7割くらいの比率。

後期研修は19診療科(基本診療科)で専門医取得を目指す。

専門医取得後は、サブスペシャリティ専門医の取得が可能。

その上に、指導医資格もある。

# 専門医制度



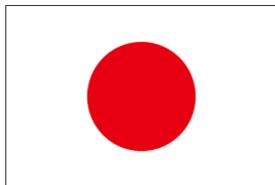
最後に

---

# 日独英仏 医療制度 簡単比較表



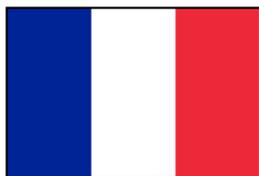
## 諸外国と日本の違い: Access



フリーアクセス。特に制限なし。  
診療所も病院もどっちも患者が好きに、どこでも選べる。  
大病院に関しては、紹介状がないと追加料金発生。



初診は登録しているGP以外での診察は不可。  
病診分離が明確であり、診療所からの紹介状なくして受診なし。  
いくつか、受診待機解消の為の独自の医療施設がある。



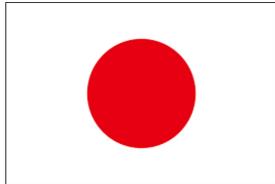
16歳以上は全員かかりつけ医登録が義務化。  
フリーアクセスだが、かかりつけ医以外の医師への初診診察の場合は自己負担額増。(3割⇒7割)



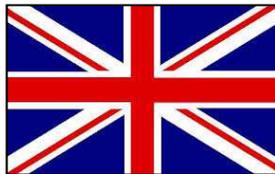
フリーアクセス。  
任意による、家庭医中心の受診制度。(保険制度で縛っている)  
疾病金庫と被保険者による選択制。  
紹介状なしで専門医受診時は10€自己負担。



# 諸外国と日本の違い: Quality



ランキング本、病院評価機能、口コミサイトなど。  
医療機関単位の情報公表はなし。  
医療行為の評価も微妙。各医師の良心によって担保される。



第三者機関主体 (NHS+地域住民+専門機関)  
医療機関単位での調査結果の公表 (WEB)  
医療行為についてもアウトカムと費用で、厳密に審査される



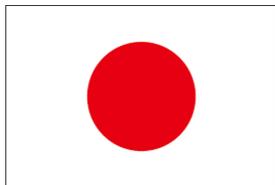
第三者機関主体 (専門機関HAS+地域保健省)  
医療機関単位での調査結果の公表 (WEB)  
医療行為の有用性、必要性、経済性を評価。



第三者機関主体 (保険者、医師会)  
医療機関単位での調査結果の公表 (WEB)  
医療については、必要性、有用性、経済性で判断し、診療報酬に反映



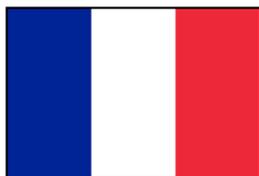
## 諸外国と日本の違い: Cost



窓口で3割負担。  
ほか、給料から保険料(労使折半)を負担。  
老人と子供は医療費負担が軽減される。



税金で運営。  
原則無料。



窓口負担が3割。ただし、民間保険に加入する事で、実質無料。  
最低1€の受診料が掛かる。(入院なら18€/日)  
保険料負担あり(雇用者側の負担が大きい)  
老人こどもは基本無料。

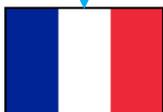


疾病金庫による保険料で運営。  
外来であれば、四半期10€。  
保険料負担あり。(被用者側の負担が大きい)  
負担については、老若男女容赦なし。

# 5か国の医療制度の潮流：かかりつけ医



GP (平均1診療所に5名在籍)  
プライマリーケアによる重症化予防



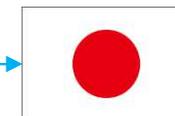
2005年より「かかりつけ医」制度導入  
利用は強制ではないが、自己負担増  
プライマリーケアによる重症化予防



保険プランで「家庭医」を推奨  
医療費が安くなる  
家庭医による適切な医療コントロール

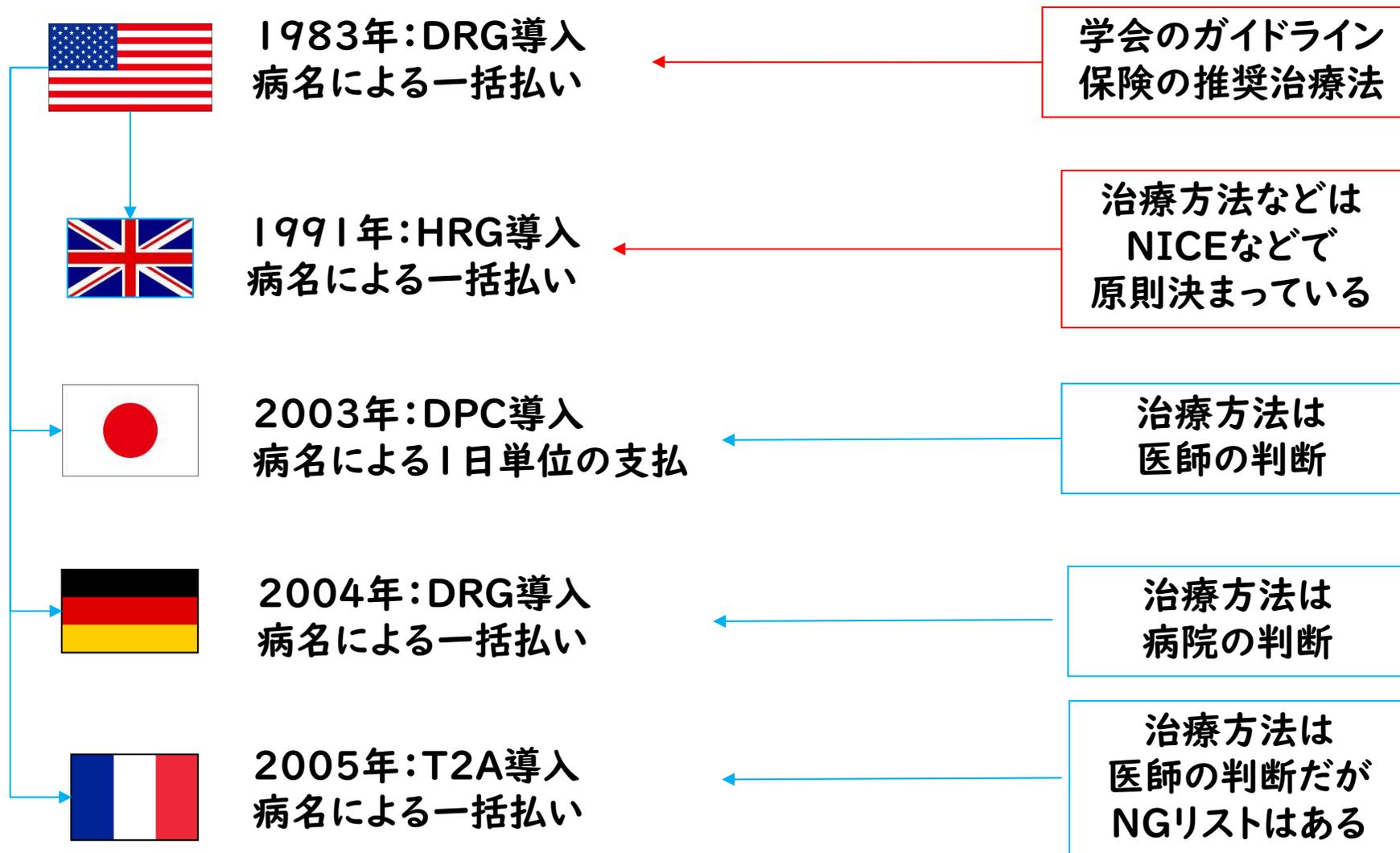


1970年代にHMO制度の導入  
予防に対するインセンティブ  
プライマリーケアによる重症化予防  
2006年より、ACOもスタート



かかりつけ医？  
総合診療医？  
制度として機能せず？  
地域包括ケア？

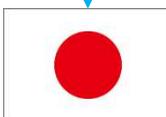
# 5か国の医療制度の潮流：入院医療



## 5か国の医療制度の潮流：救急医療（救急車）



**SARU**  
有料だが補助保険で  
実質無料（35%自己負担）



MCと救命センターの運用  
無料  
近年、出動増加が悩み  
国民の啓発活動中



救急車は医師による処方が原則  
自己負担は最大10€  
あんまり呼ばれない



直接徴収型の有料救急車  
低所得者、高齢者は公的補助あり  
馬鹿みたいに高い訳ではない



無料  
近年、出動増加が悩み  
国民の啓発活動中

### 救急車利用 価格比較表

日：無料  
英：無料  
独：医師処方：最大1,200円  
処方なし：12,000～48,000円  
仏：約40,000円（自己負担は35%）  
米：84,000～155,000円くらい

# 5か国の医療制度の潮流：在宅ケア



在宅入院制度、往診とは別  
処方制：1回28日まで（延長可）  
介護は含まれない



日常的な往診で対応  
訪問看護との連携が密  
介護も含まれるが、優先度は低い



基本的に訪問看護で対応  
必要に応じて、GPによる往診を実施  
介護は含まれない



100回／年まで対応（往診含む）  
介護は含まれない



期間は無制限、往診とは別  
訪問看護とも連携  
介護も含めて在宅サービス

介護との連携強化中

介護人材不足

高齢者対策という点では日本は進んでいるといえるが、中身はけっこう雑。  
他国では効果的な対策を検討しているが、実行する人材不足が目下の課題になっている。

## 5か国の医療制度の潮流：医療の質

---



NICE：政府による診療ガイドライン（強制力あり）  
NHS：NHS Choice（病診の診療実績と口コミ評価）



ANAES：政府による診療ガイドライン（NGリスト）  
HAS：保険者団体による医療行為の評価（病院のみ公表）



IQWiG：政府による診療ガイドライン（推奨）  
疾病金庫：全国病院の評価（病院のみ公表）



民間保険会社：適切な医療行為が行われているかの調査実施  
米国医師会：診療ガイドライン（保険関係もあり、ほぼ強制）



各医系学会：診療ガイドライン（推奨）  
厚生労働省：診療ガイドライン（推奨）

今日はここまで

---

質問や疑問点は  
ありますか？