

# 持続可能な医療の実現に向けて

新たな構造改革のビジョン



## 目次

エグゼクティブ・サマリー	2
本報告書について	4
調査結果と新型コロナウイルス感染症がもたらす影響	5
はじめに	6
持続可能な医療制度とは	6
1. 医療制度の持続可能性スコアカード	9
2. 日本における医療制度の現状	11
3. 医療財政と診療報酬制度改革の必要性	13
診療報酬制度の課題	13
4. 構造的課題：プライマリケア・セカンダリケア・ 長期ケアとインセンティブ見直しの必要性	15
プライマリケアに対する“歪んだ”インセンティブ	15
高度医療が直面する課題	15
長期ケア	16
革新的医療と政策	17
5. 医療制度改革の行方：	
長期的持続可能性の向上に向けた政策的取り組み	20
価値・効率性評価の重要性	20
エビデンスに基づく政策	20
おわりに	22
付録：スコアカードの方法論・対象国スコア	23

## エグゼクティブ・サマリー

過去60年、日本は比較的小規模な制度改革により、優れた医療サービスを提供している。国民皆保険制度を通じ、手ごろな価格で最先端の医療サービスを受けられる、つまり高いレベルのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を実現してきた。

日本の医療制度の適用範囲が非常に広いために、政策立案者らによる痛みを伴う改革の先延ばしを招いた面もある。先進医療の高額化が進む現在、需給バランス調整メカニズムの欠如、人口の高齢化がもたらす負荷、医療経済性の検討といった大きな課題が浮上している。こうした現状は医療制度、ひいては社会・経済全体の持続可能性に大きな影響を及ぼす可能性が高い。

日本が医療保険制度におけるインセンティブ強化を今進めなければ、先進イノベーションの活用や質の高いUHCの維持が困難になる恐れがある。ザ・エコノミスト・インテリジェンス・ユニット（EIU）が今回作成したスコアカードの結果も、抜本的改革の必要性を示唆している。

日本の医療には、治療費が高額で医療格差が目立つ米国と比較すれば優れた面が多い。しかし制度的な持続可能性を左右する5つの要因のうち4つで英国・フランスに大きな差をつけられており、韓国にも後れを取っているのが現状だ。

特に包括医療・研究開発制度の領域では取り組みの遅れが目立ち、適切な人員体制や説明責任のレベル、患者中心の医療の推進といった面でも改善の余地は大きい。ただし、長期ケア体制の確立については高い評価を獲得している。今回の調査で明らかとなった主要な論点は次ページの通り。

## 主要な論点：

### 医療財政の持続可能性は急速に低下しつつある

日本の医療制度はその広範な適用範囲など優れた点が多い。しかし、医療費全体に占める保険料収入の割合は半分を下回り、残りの大部分を国庫・地方負担に頼るなど、財政面では深刻な課題を抱えている。高齢者ケアに欠かせない先進医療の高額化が進む中、イノベーション・医療の質・財政という3要素のバランスをとった戦略的アプローチが求められている。

### 現行の診療報酬制度は抜本的構造改革の足かせとなっている

約60年前に現行制度が設立されて以来、2年ごとの診療報酬改定は医療の安定的運営に大きく貢献してきた。しかし、改定にまつわる意思決定プロセスが、抜本的改革の足かせとなっているのも事実だ。イノベーション・医療の質・財政という3要素のバランスを確保するため、“価値に基づく医療”の概念を取り入れた方向性見直しの必要性が高まっている。

### 医療資源の効率的活用に向けたインセンティブの見直しが求められている

安価だが無制限に提供されるサービスを通じ、これまで医療費抑制に寄与してきた現行制度は、抜本的な改革を迫られている。特にサービスの需給バランス調整に向けた取り組みの遅れは、過剰医療を助長する要因となっており、医療従事者への負荷増大とサービスの質低下を招く恐れがある。また他の先進国と比べ、医療費削減策として有効なジェネリック医薬品・バイオシミラーの活用も進んでいない。

### 日本の長期ケア制度は世界的にも優れているが、プライマリケアとの連携強化は大きな課題

世界有数の長寿国である日本の長期ケア体制には、他国のモデルとなるような優れた点が多い。しかし障害を抱える高齢者の増加が見込まれる今後、医療資源の効果的活用に向けたプライマリケアとの連携強化が不可欠となる。

### 日本の研究開発体制は他の先進国に後れを取っている

日本では民間機関による研究開発が他の先進国よりも遅れており、投資効果の高い治療法の見極めが十分行われていない。高齢者医療に欠かせない革新的治療法・テクノロジーへの投資拡大に向け、医療経済学的知見の蓄積、医療製品・サービスの効果・効率性を評価する仕組みの導入や、コスト削減領域の特定を進める必要がある。

## 本報告書について

『持続可能な医療の実現に向けて：新たな構造改革のビジョン』はファイザーによる協賛の下、ザ・エコノミスト・インテリジェンス・ユニット（EIU）が作成した報告書で、日本の医療が直面する機会・課題、他の先進国との比較を通じた既存制度の持続可能性について検証を行っている。

本報告書の作成にあたっては、財政・費用対効果分析・人員体制・医療研究・長期ケアなどの分野について、先進国との比較調査を実施。日本における医療体制の現状を評価するスコアカードを作成した。

ご協力をいただいた下記の皆様（姓のアルファベット順に掲載・敬称略）には、この場を借りて感謝の意を表する：

- ミシガン大学政治学部 名誉教授 John Campbell
- 国立がん研究センター 呼吸器腫瘍担当 後藤 悌
- 京都大学 名誉教授・高等研究院副研究院長 本庶 佑
- キングス・カレッジ・ロンドン  
教授・公衆衛生研究所 ディレクター 渋谷健司
- カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）  
医学部（内科）・公衆衛生大学院（医療政策学）助教授 津川友介

スコアカードの作成はEIU ヘルスケア部門のRohini Omkar、報告書の執筆はAndrea Chapman、編集はJesse Quigley Jonesが担当した。

本報告書はファイザーによる協賛の下、EIUが独立した立場で作成したものであり、その内容・見解は必ずしも協賛企業の見方を反映するものではない。

2020年9月

## 調査結果と新型コロナウイルス感染症がもたらす影響

日本では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者が2020年1月中旬に初めて確認された。感染患者数は7月までに17000人以上、死亡者数も900人以上に達している<sup>1</sup>。

この未曾有の事態により、日本の医療制度が抱える様々な課題が明らかになっている。例えば、国民1人あたりの病床数は高い水準にあるが、集中治療の受け皿が大規模医療機関に限られ、患者の搬送先が見つからないケースが続出した<sup>2</sup>。またある地域で病床確保のために不急の手術が延期される一方、他の地域では余剰病床が生じるなど、受け入れ態勢の偏りも目立った<sup>3</sup>。こうした事態を受け、日本臨床救急医学会・日本救急医学界は4月10日に緊急声明を発表。「救急医療体制の崩壊を実感している」と危機感をあらわにしている<sup>4</sup>。

この深刻な危機により、長期的持続可能性の向上や高齢者への適切なケア・革新的治療の提供体制の強化に向けた抜本的制度改革の必要性が改めて浮き彫りとなった。

- 
- 1 厚生労働省 『新型コロナウイルスに関連した患者等の発生について（6月各自治体公表資料集計分）』：[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_11871.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11871.html)（2020年7月にアクセス）
  - 2 Financial Times. "Japan's health system exposed as empty hospitals reject Covid-19 patients"：<https://ft.com/content/b0245aa6-871d-4acf-bce0-80a5aac163d6>（2020年5月にアクセス）
  - 3 Japan Times. "Japan's health care system teeters on the brink as coronavirus takes a toll on hospitals"：[https://www.japantimes.co.jp/news/2020/04/29/national/japans-health-care-system-teeters-brink-coronavirus-takes-toll-hospitals/#.Xrjk\\_WgzaUI](https://www.japantimes.co.jp/news/2020/04/29/national/japans-health-care-system-teeters-brink-coronavirus-takes-toll-hospitals/#.Xrjk_WgzaUI)（2020年5月にアクセス）
  - 4 日本臨床救急医学会 『【代表理事声明】新型コロナウイルス感染症に対応する学会員、救急医療関係者の皆様へ』：[https://jsem.me/news/post\\_2.html](https://jsem.me/news/post_2.html)（2020年5月にアクセス）

## はじめに

日本の医療は重要な岐路にさしかかっている。1961年の設立以来、現行制度の根幹は大きく変わっていない。しかし現在、人口の高齢化や医療需要の高まりを背景として、抜本的改革の必要性が高まっている。

これまで日本の医療は、国民皆保険とサービスの質で高い評価を確立してきた。医療資源のひっ迫は先進国共通の課題だが、日本は質の高い医療の持続的提供という意味でとりわけ大きな問題を抱えている。特に深刻なのは社会保険料・一般税収に頼った医療財政のあり方だ。高齢者医療に不可欠な最先端の医療・治療・医療機器のコスト増加が見込まれる中、保健医療制度の持続可能性が懸念されている。日本では診療報酬制度を通じ、医療サービス・医薬品・

医療機器の価格が定期的に見直されるが、こうした仕組みだけでは将来的変化への対応が困難だ。

英国キングス・カレッジ・ロンドン 公衆衛生研究所 ディレクターの渋谷健司教授によると、「全てが制度のおかげというわけではないが、日本は比較的安価なサービスと高い平均寿命の実現という意味で世界最高レベルの医療を実現してきた。」しかし、日本の医療費は2018年時点でGDPの10.7%と、OECD平均値の8.8%をはるかに上回っており、加盟国中6番目に高い水準にある（表1参照）<sup>5</sup>。「アウトカム・アクセス・費用対効果・効率性という面でも高いレベルを実現しているが、今後もこの水準を維持していくのは決して容易でない。」

### 持続可能な医療制度とは？

持続可能な医療制度の実現には、医療資源の効率的活用だけでなく、環境変化への適応と課題克服に向けた取り組みが欠かせない<sup>6</sup>。直面する問題への適切な対応と、革新的医療制度の模索・実現のために求められるのは政治的リーダーシップだ<sup>7</sup>。

日本では人口の高齢化と医療財政のひっ迫が特に大きな課題となっている。本報告書が示すように、世界有数の医療水準を維持し、国民皆保険・サービスの質・財政の持続可能性を高いレベルで実現させるための政策ビジョンはこれまで以上に重要となる<sup>8</sup>。

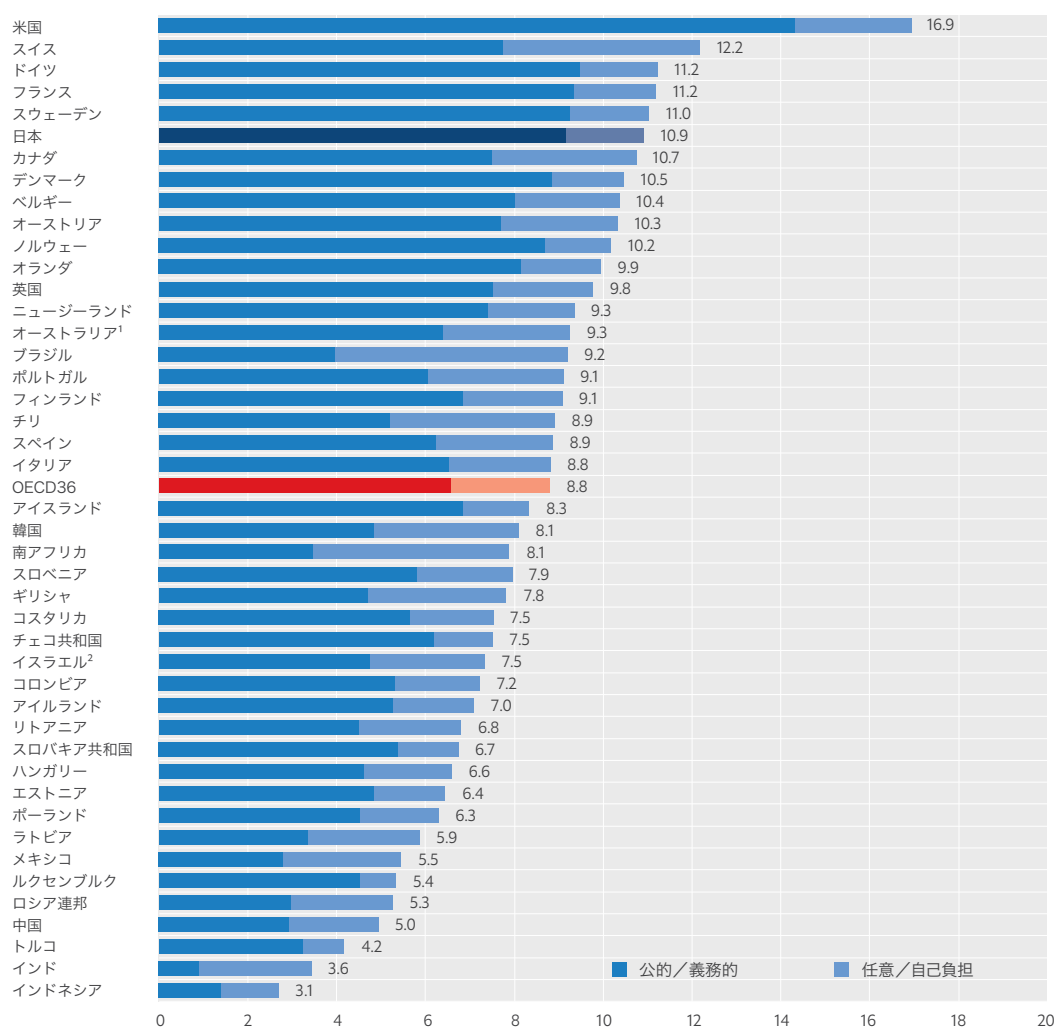
5 OECD. "Health at a glance 2019": <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/d58d7923-en.pdf> (2020年5月にアクセス)

6 Braithwaite J et al. "Built to last? The sustainability of health system improvements, interventions and change strategies: a study protocol for a systematic review". BMJ Open, 2017.

7 Coiera E & Hovenga EJ. "Building a sustainable health system". Yearb Med Inform, 2007.

8 World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. "Japan health system review". Health systems in transition, 2018.

表1：医療費の対GDP比（2018年もしくは直近年）



注：記載のない場合は投資を含まず

1. オーストラリアの値には、福祉（社会）サービス分野の高齢者介護施設が含まれていない

2. 投資を含む

資料：OECD医療統計2019年版・WHO世界医療費データベース



近年は踏み込んだ取り組みが行われているものの、日本ではジェネリック医薬品の普及推進といった医療費削減策がこれまで必ずしも大きな効果を上げてこなかった<sup>9</sup>。医療費削減を進め、革新的治療法への投資を拡大するためには、バイオシミラーの利用拡大も不可欠だ。コンサルティング企業マッキンゼー・アンド・カンパニーが最近発表した報告書で、同市場の高い成長可能性に言及している理由もそこにある<sup>10</sup>。日本は民間医療研究でも多くの先進国に後れを取っており、遺伝子治療・免疫療法から最も恩恵を受ける患者を対象とした研究が不足している。

包括医療の推進も、制度効率化・医療費削減の方策として有効だろう。2025年を目処に地域包括ケアシステムの整備を進めるなど、政府は様々な戦略的取り組みを行っているが、重要な鍵となる診療記録の電子化・一元管理化は進んでいない。またプライマリケアの確立という意味でも、制度・財政上の問題を抱えている。診療報酬を通じたインセンティブの仕組みは、（セカンダリケアよりも）プライ

マリケアを主眼として設計されたものだ。予防医療体制の基盤整備といった利点もあるが、年間の外来受診回数が世界的にも多いなど、過剰医療を招く要因となっている。

一方日本は、介護保険制度を通じた高齢者ケア・自立支援という面で、欧米諸国に先んじた革新的アプローチを推進している。

医療制度の持続可能性を高めるためには、質の高いサービスと手ごろな価格という強みを活かしながら、優先領域で先進医療を推進するという難しい舵取りが必要だ。特に後者は、多臓器腫瘍・神経疾患などを抱える高齢者の治療ニーズへ応えるために欠かせない。日本の医療費に占めるスペシャルティ薬（例：革新的抗がん剤）の割合は2018年時点で30%程度だが、2023年には41%まで拡大することが予測されている<sup>11</sup>。こうした医薬品の研究開発・アクセス向上に向けた財源を確保するためには、イノベーション・サービスの質・コスト削減という3要素のバランスを考慮した医療費削減策を戦略的に進める必要がある。

9 同上

10 M Kim, et al, "Understanding the Opportunity in Japan's Biosimilar Market," McKinsey & Company, September 20, 2019.

11 Iqvia. "The Global Use of Medicines in 2019 and Outlook to 2023". Available from: <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/the-global-use-of-medicine-in-2019-and-outlook-to-2023>, (2020年5月にアクセス)

## 1. 医療制度の持続可能性スコアカード

本報告書の作成にあたり、EIUは日本の医療制度の現状をOECD加盟国5カ国（米国・英国・韓国・フランス・ドイツ）と比較するスコアカードを作成した。

本スコアカードでは、『長期戦略的視点』、『予防医療・保健医療インフラ』、『包括医療モデル』、『説明責任・患者中心の医療』、『研究開発体制』という5つのメインカテゴリについて、日本を含む対象国のスコアを算出。各カテゴリには、幾つかのサブカテゴリも設けられた。

総合スコアを見ると、日本の医療制度は6つの対象国の下位半分にとどまっている（スコアカードの概要については表2、詳細については

付録1を参照）。一方、『予防医療・保健医療インフラ』と『説明責任・患者中心の医療』のカテゴリでは、最高スコアを獲得している。しかしバイオシミラー普及に向けた包括的政策が存在せず、『長期戦略的視点』のカテゴリではスコアが低調だった。

またプライマリケアの整備が進まない現状を背景に、日本は『包括医療モデル』が全カテゴリの中で最も低調だった。電子カルテの導入という面でも、他の対象国に後れを取っているのが現状だ。国レベルの計画・政策、政策的意思決定への市民参加、患者中心の医療推進に向けた政策の有無といった指標を評価する『説明責任・患者中心の医療』のカテゴリでも、スコアは比較的低调だった。

表2：医療制度の持続可能性 - スコアカードのカテゴリ別結果

カテゴリ	フランス	ドイツ	日本	韓国	英国	米国
長期戦略的視点	■	■	■	■	■	■
疾病予防・健康医療インフラ	■	■	■	■	■	■
包括医療モデル	■	■	■	■	■	■
説明責任・患者中心の医療	■	■	■	■	■	■

スコア： 低い ■ ■ ■ ■ ■ 高い

注：メインカテゴリの1つである『研究開発体制』は質的指標に基づいており、スコア算出の対象となっていないため、同表には含まれていない。詳細については付録（22ページ〜）を参照。

資料：The Economist Intelligence Unit

スコアカード作成の方法論と国別スコアの  
 詳細については付録1に記載されている。スコ  
 アカードの結果を正しく理解するため、以下の  
 制約については留意いただきたい。

- 各カテゴリーでは、対象国の現状を正確に  
 反映するため、入手可能な最大限のデー  
 タが収集された。しかしスコアカード全体の  
 標準化・比較を可能にするため、各国特有  
 の事情・背景が考慮されていない場合も  
 ある。
- データは可能な限り政府などの公的機関  
 から収集した。しかし各データポイントの  
 定義が情報ソースによって異なる場合も  
 あり、比較可能性には一定の限界がある。
- スコアカードでは、カテゴリーごと、ある  
 いは総合スコアの算出を通じた国別の  
 ランク付けを行っていない。複数の指標を  
 またいでスコア比較を行う際は、この点に  
 留意が必要だ。

## 2. 日本における医療制度の現状

日本の国民皆保険は世界に誇るべき制度と言ってよい。平等と繁栄という理念に基づき1961年に設立された現行医療制度<sup>12</sup>は、比較的軽い患者負担で幅広い医療サービスを受けられるなど、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを高いレベルで実現している。OECD加盟国中最高の長寿国（2017年時点で84才以上）という日本の立場に、医療制度が大きく寄与してきたことは間違いない<sup>13</sup>。しかしテクノロジーが急速に進化し、医療サービスのあり方も変わる中、抜本的改革の必要性が高まっているのも事実だ。

スコアカードの結果を見ると、日本の医療はサービス提供体制・長期戦略的視点といった面で高い評価を得ている。しかしさらに分析を進めると、財政面で不安を抱える現状が浮き彫りとなる。カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）医学部（内科）・公衆衛生大学院（医療政策学）助教授の津川友介氏は、「日本の医療財政の基礎は終戦直後に築かれ、その後段階的に改正が行われてきたが、構造改革を断行することは政治的に難しい」と指摘する。ミシガン大学政治学部 名誉教授のJohn Campbell氏によると、日本で現在行われている医療制度改革の議論は1970年代と大きく変わらないという。

厚生労働省によって2015年に設置された懇談会は『保健医療2035提言書』を公表。『リーン・ヘルスケア：保健医療の価値向上』、

『ライフデザイン：主体的選択の社会による支援』、『グローバル・ヘルス・リーダー：世界の保健医療を牽引』という3つの原則に基づく医療制度改革を提唱している<sup>14</sup>。

また同提言書では、イノベーションへの投資拡大（治験・臨床試験プラットフォームや研究財源確保の仕組み作りなど）、医療ネットワーク・疾病管理・政策評価体制の充実に向けたデータ活用の推進、より持続可能な医療財政と医療従事者の研修体制強化といった取り組みも謳われている<sup>15</sup>。

しかしその後実施された制度改正では、こうしたビジョンが必ずしも反映されていない。そして医療財政の現状を考えると、提言を実行するのは困難だ。ノーベル生理学・医学賞の受賞者で、京都大学名誉教授・高等研究院副院長の本庶佑氏によると、ユニバーサル・アクセスを重視し、新薬の多くを支払い可能な費用で提供するなど、日本の医療制度には「非常に社会主義的な」面がある。また終末期医療で延命治療の線引きがタブー視されるなどの、「文化・価値観も財政に負荷をかけている」という。

「医療保険」と呼ばれてはいるが、社会保険料だけで制度維持が不可能な現実を考えれば、「保険」という呼び名は正確でない」と同氏は指摘する。医療費が国家予算の大きな割合を占める状況は、憂慮すべき事態だという。

12 World Health Organization. "Japan Health System Review". Health Systems In Transition, 2018.

13 脚注8を参照

14 厚生労働省『保健医療2035提言書』2015年：[https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf)（2020年5月に英語版へアクセス）

15 同上

今回聞き取り調査を行った専門家が特に懸念を抱いているのは、医療制度がその他の経済領域と密接に結びつき、金融危機などの影響を受けやすい構造になっていることだ。

「日本の医療制度は経済全体と密接にリンクしている。医療財政が危機に陥れば、経済自体の崩壊リスクも高まるだろう」と指摘するのは、国立がん研究センターで呼吸器腫瘍を担当する後藤 倓<sup>やすし</sup>氏。「医療費が増加の一途を辿る中、先進医療に対する需要も拡大しており、様々なステークホルダー間の摩擦を引き起こしている。現状に問題があることは明らかだが、誰もその解決に乗り出そうとはしない。あらゆるステークホルダーがあおりを受けるからだ。」

### 3. 医療財政と診療報酬制度改革の必要性

日本の社会保険制度では、被保険者・事業主が負担する保険料、患者の窓口負担、国・地方自治体の負担金という3つの財源が医療を支えている。

後藤氏によると、国・地方自治体の負担金は医療費全体の40%（約40兆円）を占めるが、「予算の不足分は一般会計からの繰入で補填している」のが実状だ。「そのため医療費増加で直接的な影響が市民に及ぶことはなく、社会保障費や診察料の患者負担が増えることもない。」

日本では医療保険財政の赤字が常態化しており、医療費削減策の一環として診療報酬改定が2年に1度実施されているが、国民の間では過大な負担を強いられているという考え方が根強い。「1960年代以降、診療費の負担割合や診療報酬の見直しなど段階的に制度改正を進めてきたが、抜本的改革は行われていない。政府は保険適用対象となる医療費のあらゆる側面を事細かに管理している。診療報酬の改定に力が注がれ、医療需給バランスの管理が基本的に行われていないのは問題だ」と津川氏は指摘する。

また今回聞き取り調査の対象となった専門家によると、現行制度のあり方は制度設計・管理に対する国の影響力を必要以上に強めているという。例えば津川氏は、「政府は医療全体に影響力を及ぼす手段として診療報酬制度を活用してきた。今までこのやり方が一定の効果を上げてきたため、改革の推進力が生じにくくなっている」と指摘する。「この状況が変わら

なければ、今後も現行制度の焼き直しが繰り返される可能性が高い。」

#### 診療報酬制度の課題

日本の医療制度では、2年ごとに診療報酬が改定される。Campbell氏によると、「診療報酬改定では、医療にまつわるあらゆる側面から保険制度から支払われる料金が見直される。例えて言えば、多くの水道管がつながれた1つの蛇口のような役割を果たしている」という。政府は2021年度から薬価改定を毎年実施することを決定したが、実務上の負荷が増大する可能性もあり、懸念の声が上がっている<sup>16</sup>。

診療報酬改定は2年ごとに行われてきたため、医療需要の動向が必ずしも正確に反映されない。出来高払い方式が基本となっている日本では、医師が過剰診療によって採算確保を試みるという悪循環につながりがちだ。定期的な診療報酬の引き下げは病院経営悪化の一因ともなっており、近年廃業・休止に追い込まれる医療機関が増加している。

「診療報酬改定は、日本の医療制度の中で極めて重要な意味を持つプロセスだ。審議には6~8ヶ月という長い時間が費やされ、メディアでも大々的に報道される」と指摘するのはCampbell氏。改定では保険給付の範囲・内容が見直される。

これまで政府は、医療費削減圧力の“調整弁”として、診療報酬制度を効果的に活用

16 PHARMA JAPAN. "Japan Govt Adopts 2020 Honebuto Policy, Drug Price Survey to Be Conducted This Autumn". Available from: <https://pj.jiho.jp/article/242537> (2020年7月にアクセス)

してきた。しかし、こうした仕組みの存在そのものが、抜本的改革を阻む要因となっているのも事実だ。「過去30年間、抜本的改革を求める声は何度も上がったが、政治的エネルギーの多くが診療報酬改定に費やされてしまっている」とCampbell氏は指摘する。

しかし同氏によると、基本的枠組みをほとんど変えずに新たなテクノロジーやイノベーションを取り入れるという特性は、日本の医療制度の強みでもある。日本では過去数十年にわたって安定した制度運営が行われてきた結果、医療の高い効率性と比較的安価なサービスが維持され、（健康的な食・生活習慣も相まって）高い健康水準の実現に大きく寄与してきた。ただし、こうした強みが今後も変わらず効果を発揮するとは限らない。『保健医療2035』が指摘するように、「負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、保健医療の在り方の転換をしなければならない時期を迎えている。」<sup>17</sup>

---

17 脚注14を参照

## 4. 構造的課題：プライマリケア・セカンダリケア・ 長期ケアとインセンティブ見直しの必要性

今回聞き取り調査を行った専門家によると、現行の診療報酬制度は“意図せぬ”インセンティブによって構造的歪みを生み出しているという。

### プライマリケアに対する“歪んだ” インセンティブ

現行制度では、医療サービスの需給バランスを調整することなく価格の引き下げが頻繁に行われる。医療機関は、診療報酬改定に伴う収益減を埋め合わせるため、様々な対応を余儀なくされているのが現状だ。検査や基礎的医薬品の処方医師の裁量で行えるプライマリケアでは、過剰な医療行為により採算を確保するケースも見られる。日本における患者の年間平均受診回数は約13回と、OECD加盟国の中で2番目に高く（1位は韓国）、高齢者では年間20～30回と特に多い<sup>18</sup>。

「診療報酬引き下げによる収入減を補うため、医療関係者は過剰ともいえるサービス提供によって採算を確保しているのが実態だ」と指摘するのは津川氏。例えば、1回あたり720点と極めて低いレベルに抑えられている往診料を、血液検査や薬の処方といった追加的医療行為で補うことも珍しくない。「病院や診療所の運営には多額の費用がかかるため、経営悪化を避けるためには何らかの方法で利益を確保する必要がある。」

こうした問題を背景に、日本では一部医療機関を対象とし、包括医療費支払制度（DPC）が2003年から導入されている。しかし、過剰医療の抑制や予防医療の推進という面での効果が限られていることもあり、対象病院数は近年大きく増えていない。また専門家によると、専門医療へのアクセスを管理する仕組みがないことも、制度的非効率やリソースの無駄につながっているという。

「厳格な管理の仕組みがある英国と違い、日本では医療サービスへのアクセスが制限されていない。そのため大規模病院に患者が殺到し、リソースの無駄が生じている」と指摘するのは渋谷氏。人頭払い制度の導入を今議論すれば、医療関係者の反対に直面する見込みが大きい。しかし同氏は、地域包括ケアシステムの整備が進む2025年以降、実現可能性が高まっていくと考えている。

### 高度医療が直面する課題

渋谷氏をはじめとする聞き取り調査対象者によると、日本は世界的に見ても過剰な慢性期病床を抱えている。政府は病床数の削減を目指し、長期ケア施設・リハビリテーション施設などの受け皿拡充を進めているが、取り組みは依然として道半ばだ。

18 OECD Data, Doctors' Consultations per capita 2018: <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>  
(2020年5月にアクセス)



専門家によると医療現場への負荷も軽減されておらず、医師・看護師は依然として過重労働や過労死の大きなリスクに直面しているという。また医療現場の人手不足も深刻化しつつある。人口の高齢化とともに医療・介護ニーズが高まる今後、看護師の不足は特に大きな影響を及ぼす可能性が高い。

一方Campbell氏は、「（プライマリケアなどで）過剰サービスやリソースの無駄が生じていることは間違いない。しかし手術費用が国際的水準よりも安いなど、高額医療の利益率が低いことも問題だ」と指摘する。日本では勤務医の平均収入が開業医よりも低い傾向がある。これは他の先進国では見られない特徴だという。

大学病院・公立病院は診療所と比べて利益率が低く、採算性の確保に苦しむケースが多い。勤務医は常に過剰労働・過労のリスクへさらされているのが実状だ。人口10万人あたり2.4人と、多くのOECD加盟国と比べて医師が少ない現状も、こうした傾向に拍車をかけている<sup>19</sup>。

渋谷氏によると、現在政府は医療分野における働き方改革を進めている。2019年4月から順次施行されている関連法では、勤務医の残業時間が月100時間未満・年960時間へ段階的に制限される予定だ（実施は2024年以降）。しかし年間残業時間が2000時間に達することもある救急医療機関・一部の高度医療機関については、2035年までの特例措置として、上限が年間1860時間に設定されている<sup>20</sup>。今後改革を加速させるためには、医療機関の役割分担の

明確化、包括医療・予防医療の推進といった抜本的な構造改革が必要だ。

こうした現状からは、医療財政の深刻な状況が改めて浮き彫りとなる。「国・自治体が医療サービスのどの程度までカバーすべきか、税金などの補填によって成立する現行制度を維持すべきか、あるいは民間保険を部分的に導入すべきか、といった制度の根源的部分について議論すべき時期にさしかかっている」と指摘するのは渋谷氏。最先端の高額治療（特にがん治療）が急速に進歩しつつある今、公的医療保険の適用範囲について新たな議論が巻き起きている。「現行の保険制度は、全ての医療を対象にしようとするものだ。しかし高額な先端医療の進化により、こうした仕組みの持続可能性に懸念が生じている」という。

本庶氏は、全ての先進医療を保険対象とするのではなく、生活習慣改善を通じた慢性疾患のリスク軽減へ財源を優先的に振り向けるべきだと考えている。またOTC医薬品の存在する保険収載医薬品を公的保険適用対象とせず、民間の薬剤治療保険の活用を推進すべきだというのが同氏の考えだ。

## 長期ケア

人口の高齢化が、日本の直面する難問の1つであることに異論の余地はない。渋谷氏は、高齢患者の増加に伴う財政負荷や、コミュニティレベルの自立支援の必要性、患者ニーズの多様化などにより、日本の医療体制がさらに大きな課題に直面すると考えている。今回EIUが作成

19 脚注18を参照

20 Japan Times. "Effort needed to reduce doctors' working house": <https://www.japantimes.co.jp/opinion/2019/01/31/editorials/efforts-needed-reduce-doctors-working-hours> (2020年5月にアクセス)

したスコアカードでは、介護保険制度を評価するカテゴリーで日本が満点を獲得した。

津川氏が指摘するように、日本の高齢者は比較的健康的な生活習慣を身に付けているが、加齢とともに医療ニーズが高まることは避けられない。特に日本では（他の東アジア諸国と同様に）高齢者の喫煙率が高く、脳卒中患者も多いため、長期介護の需要が大きいという。

「脳卒中・糖尿病などの主要疾患を除いても、医療制度にかかる将来的な負荷の大きさは変わらない。日本人の健康水準はすでに高いレベルにあり、改善の余地はほとんど見当たらないからだ」と同氏は指摘する。

日本では介護保険料の支払いが義務化されている。Campbell氏は、「日本では40才以上のほぼ全国民が介護保険料を負担しており、60才を超えると例外なく適用対象となる。スカンジナビア諸国を除けば、世界で最も自立支援を重視した仕組みとあっていい」と指摘する。同制度では、病院・介護施設でのケアや、在宅介護・コミュニティケアなど様々なサービスが保険適用対象に含まれている。

日本の高齢者は、日常生活活動度（Activities of Daily Living = ADL）評価に基づき、在宅ケアよりもデイケア・サービスを利用することが多い。Campbell氏によると、日本はこの分野で革新的な取り組みを実施し、成功を収めている。「日本では過去5～6年でソーシャルケアと医療ケアの連携が加速し、地域包括ケアシステムの整備に向けた政策的取り組みも行われている。政府は在宅介護へのさらなるシフトを目指しており、在宅患者の訪問

診療を行う医師に診療報酬上のインセンティブを設けている」という。

人口縮小と65才以上の人口増加が加速する今後に向け、さらなる財源確保の必要性が高まっている。これは、『保健医療2035』の作成に携わった専門家にとっても重要な問題だ。

日本は高齢者向け包括医療の推進だけでなく、介護支援ロボット・AIをはじめとするテクノロジー活用の領域でも先進的取り組みを行っている。本庶氏はサイバーダインや東北大学須川・黒田研究室などの先進例を挙げ、「日本は高齢者の介護支援に向けてロボティクスの活用をさらに進める必要がある」という見方を示している。

高齢者医療の財源確保に向けた取り組みは、医療イノベーションの支援と両立させることが重要となる。そしてそのためには、（聞き取り調査対象者も指摘するように）投資から最大限の価値を引き出すための慎重な分析が必要だ。

## 革新的医療と政策

厚生労働省は2010～15年にかけて、海外で標準的に使用されている医薬品の国内使用が遅れる（未承認の）状態、つまり“ドラッグラグ”の解消に向けた様々な取り組みを行っている。その柱の1つとなっているのは、『先駆けパッケージ戦略』など革新的医薬品等の実用化を促進する施策だ。その結果、新薬の薬事承認から薬価収載までの期間は2011年までに平均60日へと短縮された。

21 Ryosuke Kuribayashi, et al. "Current Japanese Regulatory Systems for Generics and Biosimilars". Journal of Pharmaceutical Sciences, 2018.

22 Japan Generic Medicine Association. "Generic Share (%) investigated by JGA and IQVIA Japan": <https://www.jga.gr.jp/library/pdf/media/120326152352.pdf> (2020年6月にアクセス)

2015年に厚生労働省が数量シェア目標を掲げるまで、日本におけるジェネリック医薬品の利用は低迷してきた<sup>21</sup>。しかし日本ジェネリック製薬協会によると、2013年時点で50%以下だったシェアは2019年までに約77%へと増加<sup>22</sup>。2019年時点で1兆3987億円の医療費削減効果を実現している。一方、バイオシミュラーによる削減効果は146億円程度と、現在のところ限定的だ。

日本におけるバイオ医薬品のシェアは、2015年時点で10%程度にとどまっている（世界平均は約30%）<sup>23</sup>。日本の市場が2019年に世界第2位の成長率を記録したことは、この現状を考えれば驚きに値しない<sup>24</sup>。しかし、一般名処方加算の対象となるフィルグラスチム・エポエチンアルファなどの低分子医薬品を除けば、バイオシミュラーの普及は依然として進んでいない。マッキンゼー・アンド・カンパニーが2019年に作成した報告書によると、日本ではこれら2つの薬とインスリングルルギンが2017年の売上の80%を占めている（世界平均は約55%）<sup>25</sup>。バイオシミュラーも国による利用促進策の対象となっているが、現在のところ大きな効果は上がっていない。その一因となっているのは、目標が（コスト・価値よりも）純粋な数量シェアベースで目標が定められ、普及の進むジェネリック医薬品が優先されている現状だ。比較利用頻度が低く

高額なバイオ医薬品の普及はこれまで必ずしも重視されてこなかった。しかし現在、政府は新たな方策を打ち出している。今年初めには、中央社会保険医療協議会（中医協）も薬価制度のさらなる改革を提言し、年内に具体的な対象品目を設定する意向を示した。厚生労働省はこれを受け、2020年3月時点で226億円規模にとどまるバイオシミュラーの利用拡大を目的としたインセンティブの導入など、新たな診療報酬改定を発表している<sup>26</sup>。2020年度の改定では、在宅自己注射指導管理料に150点のバイオ後続品導入初期加算が新設され、インスリン・ヒト成長ホルモン・テリパラチド・エタネルセプトなどのバイオシミュラーに対象が限定された<sup>27</sup>。こうした限定的な政策がジェネリック医薬品と同様の効果を上げられるかは不明だが、全てのバイオシミュラーへ対象を拡大するといった追加策が必要となる可能性もある。

また欧州医薬品庁（EMA）や米国食品医薬品局（FDA）が2017年に実施した取り組みに倣い、バイオシミュラーの科学・規制面に関する医師・患者向けの研修実施も検討すべきだ。

厚生労働省は2018年以降、革新的新薬の高額化への政策的対応について検討を進めている。2019年度から導入された費用対効果制度はその一例だ。しかしこうした方策は、患者による新薬へのアクセスを遅らせ、治療の選択肢

23 JETRO. "Market report biopharmaceuticals and biosimilars, December 2017": [https://www.jetro.go.jp/ext\\_images/en/invest/attract/pdf/mr\\_bio\\_en201712.pdf](https://www.jetro.go.jp/ext_images/en/invest/attract/pdf/mr_bio_en201712.pdf) (2020年5月にアクセス)

24 The Pharma Letter. "Japan looks to open doors to healthcare innovation": <https://www.thepharmaletter.com/article/japan-looks-to-open-doors-to-healthcare-innovation> (2020年5月にアクセス)

25 McKinsey & Company. "Understanding the Opportunity in Japan's Biosimilar Market": <https://www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/understanding-the-opportunity-in-japans-biosimilar-market> (2020年5月にアクセス)

26 Japan Ministry of Health, Labor and Welfare. "Overview of NHI price revision" Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000613996.pdf> (2020年5月にアクセス)

27 Pharma Japan. "Chuikyo Issues Recommendation for 2020 Reimbursement Reform; Biosimilar Premium Set at 1,500 Yen per Month": <https://pj.jiho.jp/article/241502> (2020年5月にアクセス)

を狭める恐れがあり、価値に基づく価格設定・保険償還の新たな考え方・仕組みが求められているが、現在のところ取り組みは進展していない。

## 5. 医療制度改革の行方： 長期的持続可能性の向上に向けた政策的取り組み

今回の聞き取り調査を行った専門家によると、“歪んだ”インセンティブのあり方を見直せば、医療制度の効率性やサービスの質低下を招く恐れがあるという。津川氏は、医療サービスの需要管理を厳格化すれば、経営悪化に直面する病院が急増しかねないと考えている。「ケアの質を効果的に管理するためにも、外来診療で人頭払いと業績に基づく支払方式（P4P）を併用する仕組みを導入すべきだ。」

同氏によると、今後現状維持が続いたとしても、2025年に急速な医療崩壊が起こることは考えにくい。しかし医療従事者の過剰労働など、現行制度が抱える問題がさらに深刻化する可能性は高く、病院の効率性やサービスの質の低下につながる恐れもある。

### 価値・効率性評価の重要性

日本では医療経済学評価の活用、そしてアウトカムに基づく価格決定など、医療における価値の概念の導入に向けた取り組みが依然として黎明期にある。また価値の定義に用いる評価指標、効率化推進に向けたインセンティブの価値定量化といった点についても不明な点が多い。

量的評価から質的評価に基づく医療制度への移行を実現するためには、政府がケアの質に対する評価指標を確立させる必要がある。

また医療需要の急速な高まりが予測される中、政府は医療財政への新たなアプローチを模索し、革新的医療へのアクセス維持・拡大に向けた財源確保にも取り組む必要がある。医療費の窓口負担割合の引き上げや“相対的価値の

低い”医薬品・サービスへのアクセス制限といった方策は大きな反発を招く可能性が高い。しかし日本では、リスクベース、サブスクリプション（定額制）ベース、あるいは定期償還（amortization）といった価格決定・財政の先進モデルが依然として選択肢となっていないのが現状だ。

こうした新たな仕組みの模索と導入を進めるためには、政策担当者・医療関係者・患者がコスト・価値に対する既存の考え方を根本的に見直すことも求められる。

### エビデンスに基づく政策

「日本の医療は、抜本的改革の必要性について真剣に議論する時期に差しかかっている。だが政府は新たな制度設計に必要な科学的エビデンスを持ち合わせていない。理論・エビデンスに精通する政策・医療経済専門家の助言が不可欠だが、現在の日本にはこうした役割を担える専門家がほとんどいない」と津川氏は指摘する。

また日本では、エビデンスに基づく医療の確立に不可欠なデータ収集の取り組みが十分行われていない。医療政策研究よりも、政治的要因が制度変更の推進力となってきたからだ。政策担当者は、サービスの質を保ちながら医療費全体を削減する新たな方策を模索しなければならない。そのためには保険請求データの収集と、保険適用対象となる領域の精査が必要となる。

“超高齢社会”の本格的幕開けとなる2025年は目前まで迫りつつある。そして、医療経済評価

の仕組み構築・導入には一定の時間が必要となる。しかし津川氏が指摘するように、次世代の政治家はエビデンスに基づく政策決定に関心を高めており、「医療の将来を見据えながら、政策研究の取り組みを加速させ、エビデンスに基づく改革ビジョンを模索」している。

また政府により昨年9月設置された全世代型社会保障検討会議も、今年末を目処に最終報告を明らかにする予定だ。こうした政治的リーダーシップや政策的イニシアティブの加速が楽観材料であることは間違いない。

## おわりに

人口の高齢化が加速する中、医療需要の拡大は既存インフラ・財政の持続可能性に大きな影響を及ぼしつつある。日本の医療制度は、今まさに岐路に差しかかっている。

日本の医療はこれまで半世紀以上にわたり、国民皆保険で質の高い医療を手頃な価格で国民に提供してきた。しかし今、世界的にも優れたこの制度を未来の世代に残すための新たな方策が求められている。

医療システムをより安定させるための第一歩となるのは、診療報酬改定の仕組みとそれが引き起こす意図しない非効率性（歪み）を見直すことだ。ジェネリック医薬品の利用をさらに拡大し、低いレベルにとどまるバイオシミラーの普及率を向上させるなど、既存リソースをより効果的に活用し、制度の長期的な財政バランスを改善することも求められる。コロナ危機が医療財政に大きな負荷をもたらしている今、こうしたアプローチの重要性はさらに高まっている。医療費を抑制し、限られたリソースの効果を最大化するためには、エビデンスに基づく分析を効率的に活用する仕組みが不可欠となる。また介護・医療体制を強化し、医療従事者の負担を軽減するために、包括医療のさらなる推進も求められている。

## 付録：スコアカードの方法論・対象国スコア

カテゴリー	指標	目的/理由
1. 長期戦略的視点	1.1.1 公的医療支出	公的医療支出の評価
	1.1.2 公的医療保険対象となる人口の範囲	保険適用対象となる国民の割合評価
	1.1.2 公的医療保険対象となる人口の範囲	保険適用対象となる国民の割合評価
	1.1.2 公的医療保険対象となる人口の範囲	保険適用対象となる国民の割合評価
	1.1.3 費用効果の高い医療資源・財源の活用	財政管理に向けた政府の医療費抑制策評価
	1.1.3 費用効果の高い医療資源・財源の活用	財政管理に向けた政府の医療政策評価
	1.1.4 医療費削減策	財政管理に向けた政府の医療政策評価
	1.1.4 医療費削減策	財政管理に向けた政府の医療費抑制策評価
	1.2.1 薬剤経済学的評価	医療技術評価に関する政策の評価
	1.2.2 規制政策	革新的技術に関する規制・政策の評価
	1.2.1 長期戦略的政策の有無	健康医療に関する長期的戦略の評価
	2. 予防医療・健康医療インフラ	2.1.1 国レベルの予防プログラムの有無
2.2.1 適切な人員体制		国民の健康水準維持には適正数の医師が必要
2.2.2 医療従事者の生涯学習体制		将来的な医療ケアに向け、医師による知識・スキルの継続的向上が必要
3. 包括医療モデル	3.1.1 プライマリケア制度	効果的なプライマリケア制度は持続可能な医療体制の実現に不可欠
	3.1.2 プライマリケア制度	効果的なプライマリケア制度は持続可能な医療体制の実現に不可欠
	3.1.3 包括医療	包括医療サービスに関する政策の評価
	3.2.1 電子カルテ	電子カルテは持続可能な医療体制の実現に不可欠
	3.3.1 不要な偏差の削減	医療制度の安全性・質の評価
4. 説明責任・患者中心の医療	4.1.1 国レベルのプログラム・政策の有無	医療計画・戦略策定プロセスの透明性を評価
	4.1.1 国レベルのプログラム・政策の有無	医療計画・戦略策定プロセスの透明性を評価
	4.2.1 意思決定への市民参加	医療政策上の意思決定への市民参加のレベルを評価
	4.3.1 患者中心の医療政策	患者中心の医療の推進度を評価
5. 研究開発体制	5.1.1 公的研究開発投資	公的研究開発投資の評価
	5.1.2 公的研究開発投資	公的研究開発投資の重点領域を評価
	5.2.1 公的研究機関	最先端研究を行う公的研究機関の数を評価



カテゴリー	設問	スコア算出方法	フランス	ドイツ	日本	韓国	英国	米国
1. 長期戦略的視点	公的医療支出がGDPに占める割合 (%)	量的データ	9.3%	9.5%	9.2%	4.8%	7.6%	14.3%
	公的医療保険対象となる人口の割合	量的データ	99.9%	89.4%	100%	100%	100%	34.4%
	民間医療保険に加入する人口の割合	量的データ	0.1%	10.6%	0%	68%	10%	67.3%
	任意民間医療保険に加入する人口の割合	量的データ	96%	24%	90%	68%	10%	8%
	ジェネリック医薬品に関わる国家政策が存在する	有る = 1 ない = 0	1	1	1	1	1	0
	改良型医薬品の導入促進策がある	有る = 1 ない = 0	1	1	1	0	0	0
	薬価を段階的に引き下げる政策が存在する	有る = 1 ない = 0	1	1	1	1	1	0
	健康保険制度から独立した介護保険制度が存在する	有る = 1 ない = 0	0	1	1	1	0	0
	新薬承認時に薬剤経済学的評価が義務化されている	有る = 1 ない = 0	1	0	0	1	1	0
	バイオシミラーに関する規制・政策が存在する	規制メカニズムが存在しない = 0 規制メカニズムは有るが普及していない = +1 規制メカニズムが有り、普及が進んでいる = +2	2	2	1	2	2	2
過去5年間に健康医療戦略・政策が発表されている	過去5年に戦略・政策が改正された = +2 政策が過去5~10年に改正された = +1 政策がない/10年以上更新されていない = 0	2	0	1	2	2	1	
2. 予防医療・健康医療インフラ	国レベルの予防プログラムが存在する a) 高血圧・糖尿病・心不全・脳卒中 b) がん c) 精神疾患	ある場合 a) = +1 b) = +1 c) = +1 ない場合 a/b/c = 0	3	1	3	3	3	3
	人口あたりの医師数 (OECD平均との比較)	看護師数がOECD平均値以上 = +1 医師数がOECD平均値以上 = +1 医師・看護師数がOECD平均値以下 = 0	1	2	1	0	0	1
	質の高い医療従事者向け研修のエビデンス	有る = 1 ない = 0	1	1	1	1	1	1
3. 包括医療モデル	独立したプライマリケア制度が存在する	有る = 1 ない = 0	1	1	0	0	1	0
	公的医療支出に占めるプライマリケアの割合	量的データ	データ 入手不可能	データ 入手不可能	データ 入手不可能	データ 入手不可能	6.00%	データ 入手不可能
	包括医療の実現に向けた政策・戦略が存在する	有る = 1 ない = 0	0	0	1	0	1	0
	国レベルの電子医療記録データベースが存在する	有る = 1 ない = 0	2	0	0	1	2	1
	医療制度・サービスの改善のため、国が不要な偏差*に関する図表集・統計を公開している	有る = 1 ない = 0	1	1	1	0	1	1
4. 説明責任・患者中心の医療	国レベルのプログラム・政策がウェブサイトなどの媒体で公開されているか	有る = 1 ない = 0	1	1	1	1	1	1
	国レベルのプログラム・政策には、達成期限・工程表がある、または年次報告書が公開されている	明確な達成期限・工程表がある = +1 年次報告書を公開 = +1 どちらもない = 0	2	1	2	2	2	1
	意思決定あるいは医療技術評価への市民参加のエビデンスがある	有る = 1 ない = 0	1	1	1	1	1	1
	共有意思決定あるいは患者中心の医療実現に向けた政策がある	共有意思決定の政策がある = +1 患者中心の医療実現に向けた政策がある = +1 どちらもない = 0	1	1	1	0	2	2
5. 研究開発体制	GDPに占める医療研究費の割合	量的データ	2.2%	0.35%	0.50%	0.13%	0.08%	0.21%
	医療研究開発投資に占める基礎科学研究・橋渡し研究の割合	量的データ	データ 入手不可能	データ 入手不可能	データ 入手不可能	35.72%	データ 入手不可能	データ 入手不可能
	公的研究機関の数	量的データ	34	40	29	5	19	42

\*不要な偏差 = 病気・医療需要・医療行為に基づくエビデンスでは説明の難しい医療行為のパターンに関する偏差

## スコアカード：カテゴリ別加重値

カテゴリ	スコアレンジ					
長期戦略的視点	0-9	0	1-3	4-6	7	8-9
予防医療・ 健康医療インフラ	0-6	0	1-2	3-4	5	6
包括医療モデル	0-5	0	1	2-3	4	5
説明責任・ 患者中心の医療	0-6	0	1-2	3-4	5	6

本報告書に記載された情報の正確を期すために、あらゆる努力を行っていますが、ザ・エコノミスト・インテリジェンス・ユニットとスポンサー企業は第三者が本報告書の情報・見解・調査結果に依拠することによって生じる損害に関して一切の責任を負わないものとします。また本報告書の中で明らかにされた調査結果・見解は必ずしもスポンサー企業の見方を反映するものではありません。

### **ロンドン**

20 Cabot Square  
London, E14 4QW  
United Kingdom  
Tel: (44.20) 7576 8000  
Fax: (44.20) 7576 8500  
Email: london@eiu.com

### **ジュネーブ**

Rue de l'Athénée 32  
1206 Geneva  
Switzerland  
Tel: (41) 22 566 2470  
Fax: (41) 22 346 93 47  
Email: geneva@eiu.com

### **ニューヨーク**

750 Third Avenue  
5th Floor  
New York, NY 10017  
United States  
Tel: (1.212) 554 0600  
Fax: (1.212) 586 1181/2  
Email: americas@eiu.com

### **ドバイ**

Office 1301a  
Aurora Tower  
Dubai Media City  
Dubai  
Tel: (971) 4 433 4202  
Fax: (971) 4 438 0224  
Email: dubai@eiu.com

### **香港**

1301  
12 Taikoo Wan Road  
Taikoo Shing  
Hong Kong  
Tel: (852) 2585 3888  
Fax: (852) 2802 7638  
Email: asia@eiu.com

### **シンガポール**

8 Cross Street  
#23-01 Manulife Tower  
Singapore  
048424  
Tel: (65) 6534 5177  
Fax: (65) 6534 5077  
Email: asia@eiu.com