

鈴木先生どうもありがとうございました。経営管理研究科の後藤と申します。

本日はまず、医療経済学の枠組みの話をしてします。

医療経済学といっても、実は医療費の分析だけをするわけではありません。医療経済学の分野はかなり広範囲にわたっておりまして、何が健康に影響するのか、例えば所得なのか、働いている状況が健康に影響するのか、逆に健康が働いている状況や所得にどのように影響するのかというふうな関連を見るようなもの、健康とは何か、測るとしたらどのように測れるのか、その価値はどこにあるのかというふうなものか。そういった指標を使って治療に関して費用対効果などのマイクロ経済学的な評価などをする。あとはそのヘルスケアのマーケットの需要や供給やその合わさった市場均衡を分析する。もうちょっと大きなマクロの視点で制度レベルの評価やその評価に応じた政策決定を研究する方もいらっしゃいます。かなりマイクロの臨床医学の分野に近いものもあれば大きなマクロに近い分野もあります。私は当初、やはり医師がどんなことをするのかということに興味があったので、最初これは修士論文を論文化したものなのですが、「医師の薬剤処方に関する実証分析」という研究を行いました。

現在も医療経済学を研究する人はまだまだ少ないものですから、京大の大学院にいるとき、それから甲南大学にいるとき、慶應大学に来るといふときにかかなりいろいろなことをやっている状態で、ほかの大学との共同研究もやっております。

次に、医療費の話と医療費の経済効果の話をしていただきたいと思います。

医療費ってどれくらいの額で、それが他の国に比べてどれくらい大きいか少ないかなんてあまりご存じないかもしれませんけれども、今まで日本の医療費っていうのは実は先進国の中でも高いとは認識されてい wasn't でした。ただ、2015年から2016年にかけてこの統計のデータで日本の医療費というのがすごく上がりまして、今までそんなに費用をかけずに日本人は健康でいられたというふうなイメージが崩されてしまいました。

一年で日本の医療費が急に多くなるということはありませんので、やはりこれは統計上の問題というのが出てくるわけです。各国比較ができる医療費のデータはOECDの作成する総保険医療支出（THE）というデータなのですが、この定義が変更した点が非常に大きなポイントでした。

結果的に、日本の医療そのものが変わったわけではないのですが、医療費適正化、抑制していくべきなんじゃないかというふうな流れが加速しました。

医療費の支払いが、患者本人だけではなくて税や社会保険などの公共支出を使っていることがもう一つ背景にあります。

皆さんよくご存じかもしれませんが、アメリカは医療費のGDPに占める割合が非常に高いんですけれども、実は税と社会保険の比率も結構高いんです。実は半分くらい公的支出が占めています。つまり、民間保険が中心だといわれますけれども、決してそうではないということになります。

医療費全体の額が大きいので、実は税や社会保険によってヘルスケアにどれくらい

のお金が GDP の中で占められるかという数字も、アメリカは 8.4% と他の社会保障を中心に行われている国とそんなに変わりはありません。

日本は税と社会保険で賄う比率が結構高い国ですが、ドイツやフランスと同様に税と社会保険を通して医療にお金が回ってくるところが多いんですけれども、それでも他の国と大きく違うというわけではないです。アメリカも含めて公共支出をどのように医療に使っていくのが世界的な問題になっているということになります。

医療費のコントロールの方法というのは、どの国でもおおまかには五つのコントロール方法があるということになります。大きく分けると、一方は需要側つまり患者側、もう一つは供給側、医療機関側になります。

患者さん側の方法として、一番昔から使われている患者自己負担の増加です。1980 年代は被扶養者の人たちはゼロ。それから高齢者の人たちもゼロ。無料で医療費が受けられる時代というものがありましたけれども、今では高齢者を除いては本人家族も含めて 3 割負担になってきています。今後は高齢者に関しても自己負担を現役世代並みにしていくという政策がとられるということが予想されますし、それからこれも皆さんご存じかもしれませんが 1000 万円の医療費がかかった時に 3 割で 300 万円を負担するということはしていませんので、たかだか 10 万円前後の負担で済みます。そういった補助の制度を高額療養費制度というんですけれどもこれに関してもちょっと見直していくという方向が今打ち出されています。

2 番目の民間医療保険への免税措置の削減というのは、日本ではあまり大きく、今のところ関係ないです。ちょっと省略します。

供給側に対しては、まず診療報酬のコントロール。つまりその一つ一つの医療技術、診療の単価をコントロールすることで医療費を抑えるという方法です。自己負担の増加と公的価格をコントロールすることで医療費をコントロールするというのが日本の伝統的な医療費コントロール政策の二つでした。

海外では、費用効果分析の利用とそれと対になるんですけれども公的医療保険給付の対象範囲を縮小していこうというふうな動きもありまして、今後は 1, 3 だけではなく 4, 5 も行われるようになるということも予想されることです。

医療費の高騰なんですけれども、その原因はいろんな分析をしますと高齢化ももちろん影響の一つなんですけれども医療の技術革新というのが非常に大きいとされています。それはなぜかという、需要が高齢化で大きくなりますので、医療サービスが技術への投資を引きつけるというところが結構大きいということなんです。したがって、医療費というのは公共支出をコントロールするという意味で、コントロールの対象になるという側面と、もうひとつは医療を通じた技術革新を含めた経済成長をどういうふう to 実現するかということがある種トレードオフの関係になっていると言えます。

今の日本の政策でも医療やヘルスケアの技術を通じて経済成長しようというふうな目標もありますけれども、一方では医療費抑制ということも政策目標になっていますのでどう

いうふうにこの二つのバランスを取るかということが非常に重要になってきます。

もちろん公共支出をコントロールする前に入ってくるお金を増やそうというふうな動きももちろんあります。なかなかそれだけでは国民の理解は難しいのでその間で社会的に納得いくような形で必要なのが公的支出でどれくらい支えるのかという範囲を決めること。これに関しては、やはり冷静な議論を進めていくために科学的な根拠に基づいた議論で厳しい政策的な意思決定を助けることが重要になっていくように思われます。

まずはこれまでの伝統的な診療報酬のコントロールの話をさせていただいて、その後、先ほどの4つの図でいうところの費用効果の分析の利用と、それから公的医療保険給付の対象範囲の縮小というか整理という意話をさせていただきます。

日本の診療の単価というのは、実は全国一律に決まっています。こういう本がありまして、だいたい千ページくらいあるんですけども、その診療報酬の一つ一つのサービスの価格を2年に一度改定しています。どの価格を上げて、どういどの価格を下げるかという、それはヘルスアウトカムがどれくらい改善するのかとか、これは効かないから下げるとか効果の大きさによって決まっているわけではありません。

これはもう先ほど最初のほうで申し上げました通りトップダウンで決まられていまして、国が供給を増やしてほしいと判断した技術に対しては価格を上げて医療機関にインセンティブを付与してたくさん供給してもらおうようにするというのが基本です。逆は、多すぎるなと思ったら価格を下げるというふうなことで調整しています。例えば、平成24年の制度変更ですが、この当時社会的に救急車のたらいまわし問題などが非常に問題になりまして、その背景に小児向けの救急医療というのがあまり評価されてないからやる人がいないと。参入する病院も少ない。そのた供給が足りず救急車がたらいまわしになってしまうのではないかと考えられました。そこで、小児の救急医療の評価をしましょう。特定集中治療室管理料という集中治療に入った小児に関して一日当たりそれまで円だった報酬を2万円にする。要介助がずっといる場合は1万円だった報酬を1万5千円にするということをして、そうしますとなるほどなるほど、こういうのは手厚く国も評価してくれるんだなということも医療機関も感じ取ってそういうところに参入する。というふうなことをしていくわけです。

逆に価格減少は供給量の増加が過大と判断された場合に行われますので、それも一つの例を申し上げますと、MRIです。MRIの診療報酬というのは1994年当時は頭部のMRIを1枚とったら2万1千円かかりました。

それが現在2020年は9千5百円と半分以下になっています。半分以下になっているんですけども、解像度がいいものに関してはちょっと下げ止まりということも併せて行っています。このように診療報酬は下がり続けているわけです。

実際に、こういう価格低下の政策誘導に対して供給は減ったのかどうかを見てみると、供給が減ることにはならないんですね。これは人口100万人当たりのMR台数を見ていられるんですけども、ドイツまでは大体人口100万人当たり5台程度です。例えば横浜市の

ような 350 万人の市で 20 台くらいということになります。日本はどうかというとトータルで 100 万人当たり 40 台以上ありますので先ほどの数字、350 万の都市だと 150 台位あるということになります。かなりたくさんある。診療報酬を下げても増え続けているのは、政策的には誘導は失敗ということになります。

これは計算の上ではこういった MRI のような資本財に関していうと、やはり減価償却というのが重くのしかかりますので、限界的に利益が 1 円でももし得られたら供給量を増やし続けるインセンティブを持ちます。ですので先ほど半額になってもまだ儲かるといいますか、利益があるという状態になっているのでそれでもやり続けるところが医療機関にはあるということです。さらにそれに対して患者さん側は全く止めるというすべを持っていませんので供給は依然として増え続けるというふうな状態になっています。

このような診療報酬による医療費コントロールが今まで日本では中心になって行われてきたわけですが、診療報酬を上げて足りないと考えられている医療の供給を増やすのは得意なんですけれども、診療報酬を下げて過剰と考えられている医療の供給を増やすのは全く実は不得意なんです。

それでは、需要側の自己負担の増加についてはどうでしょうか。自己負担を上げたり下げたりすることは最終的に人々の健康にどのようにかかわっているか、それに応じて最適な負担制度というものを作っていくというふうにはあまりなっていません。

乳幼児に関しては自治体が独自に医療費の窓口負担を助成しています。これは批判されることが多です。つまり、患者さんにとっての価格は下がりますので安易な受診が行われているのではないかということです。

しかしこのような批判は、あまり実際にデータに基づいて検証されたわけではありません。

確かに財政は圧迫される可能性はありますけども健康がそれ以上に改善していれば別にそんなに問題ないわけですから、そういったものにデータに基づいた議論が必要だと思われるのですが、あんまりそういうものは無いということになります。

外来の助成を拡大すると外来患者さんが増えるというのは、これはある種当たり前です。これが無駄だといわれると、これが普通の商品でももちろんそういうふうな行動を取りますのでこれだけで無駄だといわれてもなかなか、じゃあどうしたらいいの？って話になります。本当にそれが社会のためになっているかというのを見るためには、助成拡大をして外来が増えたときに、本来一番健康アウトカムに直結する入院治療が予防できているのかどうかというのが重要になります。

入院が増える場合もありますし減る場合もあって、減る場合というの最終的には健康が改善している可能性が高いということになります。ということで、入院が減っているのであれば健康改善の可能性があり同じ患者数であれば、外来のほうが入院よりも医療費が安くて済みますので、医療費の減少の可能性があるとということになります。

もう一つ、医療の分析で重要なことというのはトータルで見るとなかなかわからない効果もいろんな病気の区分で見ると違うということが結構重要です。例えば、入院が減るとい

っても緊急入院が減るのであれば健康の改善の可能性は大きいです。だけど、予定入院といって、軽い病気に対して予定で予約して入院するというのは、もともと緊急性がありませんので、小児の場合は特にそうなんですけれども、それが健康の改善をするという可能性はそれほど大きくないかもしれません。

あとは疾病区分というのも重要です。ちょっと専門的になりますが、ある疾病区分がありまして、これは開業医さんのようなプライマリケアと呼ばれる基本的な診療をしっかりとすれば、そんなに入院するまで重症化することはないという病気の一群です。

ですので、そんな病気の入院が外来に助成をすることで減ればですね、外来がもともとはあまり患者さんが行ってなくて助成をすることで外来に適切に治療を受けるようになって、その結果こういう外来でしっかり診てたら入院しなくて済むのにねという病気の入院が減るということになります。

結果どんなふうになるかという、外来助成を拡大させると入院に対する影響は低所得地域では、実は入院が減ります。高所得地域では逆に入院が増えます。どんな入院が減ったり増えたりするかという、低所得地域では先ほど申し上げた緊急入院や、それから外来でしっかり診てたら治るであろう感染症みたいなものの入院が減ります。ですので、こういった地域では外来がもともと過少に需要されている。過少に使われていて、外来できっちり助成をして診ることで、外来がきっちりサービスをすることで入院を防止している可能性があるということになります。

したがって、この研究の政策的な示唆としては、所得に応じた政策の反応の違いというのをしっかりと吟味して、優先するとすれば低所得世帯に対する助成をきっちりしていくべきではないかという話になります。

これまでお話ししたの方法は、新しい医療技術が出てきたときの医療費のコントロールの方法としてトータルの医療費をコントロールするために、価格を増えたら下げる。そうするとトータルの医療費は、まあそれなりにコントロールできるという考え方だったので、そもそもその医療が意味があるのかどうかとはあまり関係ないわけですね。

費用対効果が高いものはきっちり選んでいこう。であるとか、それから費用対効果を判断して費用対効果に見合っていないのであれば価格は下げる。というふうに、この診療報酬のコントロールに関しても単に医療費を事後的にコントロールするのではなくて費用対効果に応じた対応をしようということが、日本ではあまり行われてきませんでした。

最近日本でこういう医療経済評価、費用対効果の政策利用というのが本格的に導入されました。年間43兆円の公定価格を決めるのでかなりその、いろんな会議体で合意形成を注意深くして行っているということを示しています。

一番主な審議会というのが中央社会保険医療協議会、略して中医協というのですが、これが主になっていて、その中で薬価に関してとか医療機器に関してとか診療の技術に関してとか、いろんな分科会があったりしてですね、これでこういう合意形成を積み上げて進んでいます。

ただ問題なのは、この専門組織というのは非公開のものが多く、報道も活発にされていて社会的に注目されるような高い薬の薬価がどのように決まっているんだということは全く外から分かりません。個別の議論は全く非公開で、この辺の専門組織というのは、メンバーさえも非公開です。なので、透明性という面では非常に問題がある政策、意思決定になっています。

じゃあ、この費用対効果をどのように入れていくかということの関しても従前の薬の値段の決め方にちょっとだけ費用対効果という要素をちょっと入れてくということで行われていまして、企業側がまず費用対効果の分析をして、それをアカデミアの立場の人たちが中立的にそれを吟味してそのレポートを先ほどの審議会のいろんな組織の中の一つのところに報告をして最終的には薬価が調整されるというふうな、先ほどの積み上げ方の合意形成の中に費用対効果も入れ込まれているということになるわけです。

実際には薬剤とか医療機器の費用対効果の分析ができる人というのは多くありません。ですので、年間10品目位やることが目標になっていまして、どういうものを選ぶかというところと年間の売上が大きいものなどを優先して費用対効果を計算して、必要があれば薬価を調整するというをやっています。

こういうところにアカデミアがどういうふうに関わっているかというところ、まずは、経済評価に関してどのような方法で行われていくかという経済評価をするための方法論やガイドラインを作るというのもします。こういったことを先ほどの中医協と審議会とコミュニケーション取りながらやっていくことが医療経済学の中の医療技術評価という分野の人の仕事です。

さきほど申し上げたようにこうした医療技術評価の人材育成をしなければいけないということになりまして、事業委託を受けて慶大の健康マネジメント研究科に医療経済評価コースというものを作って、人材育成をする予定にしています。

こうした人材育成が今後どんな研究につながるかということこれまた一つ一つ話すとこれもまた長くなりすぎるような気がしますので、まずはここで私のお話は終わりにして、質問があればぜひ伺いたいと思います。

どうもありがとうございました。