

## 社会保障と経済行動に関するセミナー

### セッション1：医療費の地域的バラつきと技術波及 議事概要

#### 1. スキナー教授によるプレゼンテーション概要

(医療費増加の原因)

高齢化が医療費増加の主因であると良く言われるが、国際比較した場合、高齢化率と医療費が GDP に占める割合の間にはほとんど関係ないことが分かる。一方、医療技術の普及過程を見ると、地域格差が存在する。明確な地域パターンが存在するわけではないが、最も効果的な手段、最も安価な手段を患者とともに模索しようとしている地域では医療費が他の地域に比べて低くなっている。このことから、医療技術の導入に関する各地域の医療提供者の裁量が医療費の増減に重要な役割を果たしていることがわかる。

医療費抑制の例として、池上教授の 2014 年の MRI（核磁気共鳴）に関する研究を見てみよう。日本の MRI 撮影回数の推移をみると、短期間に急激に増加している。日本では、この期間に政府が撮影回数に対する診療報酬の価格調整を行った結果、驚くべきことに、撮影回数が増加する中で、MRI 経費を抑えることができています。

対照的にアメリカの公的医療制度では、価格は専門家による委員会で決められているので、このような価格調整を行う場合、長い年月を要するだろう。しかし、価格調整をしている日本においても、地域によって MRI の撮影容量が異なっている。百万人あたりの MRI 台数を各地域の人口ごとにプロットしてみると、日本には実際にはほとんど使わないのに台数の多い地域がある。このように、価格調整をしても地域格差は生まれるので、価格調整と量的規制の両方が必要であることがわかる。

新しい医療技術の中には、非常に効果的なものもあり、このような技術は速やかに普及すべきであるところ、必ずしもそうになっていない。一方、明らかに劣った技術は、イノベーションならぬエクスノベーションにより捨てていくことで、新しい医療技術のための余地を空ける必要がある。しかし、エクスノベーションも緩やかにしか起こっておらず、これがコスト高につながっている。今後、エクスノベーションは重要な研究テーマになっていくと考えられる。

(医療費増加の抑制方策)

一つ目は、医療機関と医師に対し、医療技術の普及とエクスノベーションの状況をモニタリングし、リアルタイムの迅速なデータフィードバックを行うことである。これは日本の MRI において行われていることだが、どの医療システムでも改善しうるものである。

二つ目は、患者が本当にその新技術を求めているのか、『共同意思決定』をすることである。例えば高齢の患者に対して頸動脈血管内膜切除術を採用するかどうかについては、実際にその患者に話して、本当に必要かどうか聞いてみるべきである。しばしば患者は「もしこの手術を受ければ生き残り、受けなければ死ぬ」という先入観を持っているがそれは誤りで

ある。『共同意思決定』では患者にインタラクティブなビデオなどで、異なる選択肢について示し、理解してもらう。

三つめは、価格調整である。これは新技術が収益に与えるインパクトを緩和する。日本のMRIの例は、世界で最も優れた例である。この例ではすぐに結果が出て、医療費と技術波及のスピードを抑えた。

四つ目は、量的規制である。私は地域間の医師数の調整のため、「メダリオン（免許）・アプローチ」を提案する。この方法は、「もしビバリーヒルズに引っ越して形成外科医になりたいと思えば、退職した形成外科医の免許を買わなければならない」というものである。富裕層が多いビバリーヒルズの免許には相当の市場価格がつくだろう。一方、ウェストバージニアのような貧困地域の免許はかなり低価格であることが想定されるが、これにより、再建手術のような手術にほとんどアクセスできない貧困地域の人々を助けることに役立つ。量的規制により、医療ケアの資源をより効率的に分配し、よりよい医療へのアクセスを実現できよう。

## 2. 池上教授による討論概要

### （高齢化と医療費の関係）

高齢化が医療費に与える影響であるが、国別比較と時系列比較は区別すべきである。時系列でみると高齢者の割合が高まれば医療費も相対的に高額になる。また、対GDP比ではなく、医療費総額でみるべきである。対GDP比でみると、分母は経済成長率で規定されるので、高齢化による影響を見えにくくする。

日本では、予算編成上、次年度の医療費額を推計する際、診療報酬の改定分と、過去のデータに基づく自然増分によって行われる。自然増は、高齢化分と技術革新等の他の要因で決定されており、高齢化の進展によって、より多くの医療費が発生することになる。

但し、人は年を取るにつれ、積極的な医療を好まない傾向になるので、高齢化が進展しても、終末期医療費は必ずしも増えない。

### （日本における地域格差と診療報酬体系）

日本における病床数以外の地理的データについての関心が乏しい理由は、「診療報酬体系による費用統制の結果、病床数以外は地域差が発生しにくい」という点にある。診療報酬体系では、報酬額だけでなく、支払い条件も厳格に規制しており、監査や、遵守しない場合の罰則もある。民間部門が優位を占めている点等において日本とアメリカは類似しているけれども、日本の場合、単一の診療報酬体系によって価格と支払い条件が規定されている。95%以上の医療サービス提供者の報酬は、診療報酬体系によって価格が定められたサービスによって賄われている。

では、どうやって医療費増加を抑えているか。例えば、MRIの撮影料ではなく、購入価格に着目すると、新型のMRI発売後の旧式のMRIの購入価格は大幅に下がる。日本では病院

が値引きを求めるので、MRI 購入価格は 90%以下である。

日本の地域格差への関心は、各地域の病床数と医療費の関係に集中しているが、スキナー博士が言及したように、政策立案者は、実際に地域的バラつきに寄与した要因に着目すべきだ。

### 3. 両者によるやりとり

スキナー教授：日本政府による価格調整の様に、以前アメリカにおいて、医療サービス提供回数の増加に対して、医師への支払い価格を制限しようとしたことがあった。しかし、政府の誰もがその施策を実行しようとはせず、完全に失敗に終わった。

池上教授：アメリカで必要なのは単一の支払いシステムである。価格だけではなく、報酬の要件と、要件の順守が鍵であろう。

### 4. フロアを交えた意見交換の概要

- アニル・カシャプ シカゴ大学教授：地域ごとの文化的規範の違いが治療法等に影響し、医療費削減の取組みを阻害するのではないか。
- スキナー教授：それについては、現在調査を進めている。ある研究によれば、患者は、その地域の医療制度をすぐに受け入れるということだ。
- 亀坂安紀子 青山学院大学教授：日本でも一部の高齢者が過度に医療サービスを受けすぎている様に思う。
- スキナー教授：ナース・プラクティショナーや看護師によるプライマリ・ケアを重視すべきだ。
- 池上教授：日本ではナース・プラクティショナーの資格は設けられていない。
- チャールズ・ユウジ・ホリオカ アジア成長研究所副所長・主任研究員：日本の医療保険制度は、素晴らしい制度であるが、「先進医療が保険適用外であること」「混合医療が認められていないこと」の2つの欠点がある。
- 池上教授：新しい医療技術に効果があり、安全だと認められれば、診療報酬に収載される。混合診療支持者は、『新しい技術は常に効果的かつ安全』と信じている。
- エドワード・ラジャー スタンフォード大学教授：医療費高騰だけでなく、医療教育費の高騰についてはどう考えているか。
- スキナー教授：日本や他の国では、抑制的な価格設定をしてはいるが、ご懸念の点は正しいと思う。医療費の60%が人件費であり、雇用面でのコストカットができなくなっている。「手術1回に対する平均的な給料はいくらか」と問うことは重要だ。
- 池上教授：手術時間が短くなるなら、手術報酬も減額されるべきではないのか。これが実現したのは白内障だけだと思う。
- スキナー教授：アメリカでは料金体系を適切に調整できていないことが原因であろう。

- ジェームズ・ポターバ MIT 教授：エクスポージャーによる技術の変化が、医師の雇用を奪うのではないか。人材を再訓練に着目し、別の仕事を見つけさせる方法はどのようなものがあるか。
- スキナー教授：一種の副業のような方法が考えられる。製造業に比べ、技術の変化による医師の雇用への影響は、もう少し穏やかだとは思いますが、ご指摘いただいた点は、エクスポージャーの副作用と言えるだろう。
- 池上教授：エストニアでは、ソビエト連邦崩壊後に独立し、その際、全病院勤務医師の半数がプライマリケア医として再訓練された。一方、日本では、在宅での看取りを促進するために、医師が患者を自宅で看取った場合には、1000 ドルのボーナスが支払われるという診療報酬の改定を行っている。このように新しい取組を始める医師に報酬を出すというのも、ひとつの方法だと言える。
- オリビア・ミッチェル ペンシルベニア大学教授：『共同意思決定』によってコストが下がったというデータはあるのか。
- スキナー教授：何百人分の統計データによれば、意思決定のマッチング等を行うことで、情報の共有により医療費が低減できることが示されている。しかし、実際にどれくらいのコスト削減になるのか、についてはまだ議論がある。
- ミッチェル教授：終末期医療では、概ね死まで6か月の期間があるが、この期間にある人々は『共同意思決定』をできないのではないか。
- スキナー教授：最後の6か月における医療費は概ね全体の10%であり、支配的な要素ではない。しかし、情報を持たない患者の家族の判断によって、患者が集中治療室へ送られ、栄養管で生かされるということを考えると、『共同意思決定』は代理人や子どもも含めて行われるべきだと思う。
- 池上教授：終末期医療に関する会話を適切なタイミングで始められるべきである。これにより、患者本人が十分認知できずに終末期に入ってしまう状況を克服できるだろう。
- 新見陽子 アジア成長研究所主任研究員：2001年と2010年の比較で高齢者の医療費が減少した理由として健康診断における改善などが挙げられるのではないか。また、各地方自治体が健康診断を推進するなかで、地域間の温度差がみられるのか、またそういった違いによっても医療費の地域間格差を説明することができるのか。
- 池上教授：日本の特定健康診断後の「特定保健指導」の実施率が概ね15%以下であるなど、検査をすることに主要な努力がなされるだけで、役に立っていないと個人的には思う。
- 飯塚敏晃 東京大学教授：地域的バラつきに関して、どのような反応があったか。
- スキナー教授：今回の分析の結果は近年の医療改革の間、オバマ政権に参照されることが多かった。
- 伊藤由希子 東京学芸大学准教授：エクスポージャーで医療費を抑制するにあたり、2つの障害があると思う。1つ目は、むしろより高価な医療技術に移って行くのではな

いか、ということ。2つ目は、一旦保険適用対象になった治療法は古くなっても保険から外れないので、患者が金銭上の理由から希望するのではないか、ということだ。

- スキナー教授：より高額な技術に移る可能性もあり、ご指摘は正しい面がある。基本的に廉価な代替技術に着目する、ということが重要だ。
- 埴岡健一 国際医療福祉大学大学院教授：私もダートマス・アトラス・プロジェクトの日本版のようなものを行った。結果として、大きな地域的バラつきがあることを発見し、ホットスポットをつかむためにより小さい地域を見ることがとても重要だとわかった。コストの構造に関する指標と、アウトカムの指標を同時に見ることは重要だと思うが、ダートマス・アトラス・プロジェクトでは、アウトプットとアウトカムの関係についてどのように分析を行い、それをどのように示しているか。
- スキナー教授：それはまさに今行っていることだ。日本の地域データに関しては切望しているところなので、後でぜひ会いたい。我々の論文では、いかに低コストで高いアウトカムを出したか、という生産性を散布図で示したことがあった。

以上