

「再考・医療費適正化 — 削る医療から守る医療へ —」

平成30年7月9日(月) 15:00~17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

印南 一路

(いんなみ いちろ)

慶應義塾大学 総合政策学部 教授

講師略歴

■ 学歴

1982年 東京大学 法学部

1988年 ハーバード大学 行政大学院

1992年 シカゴ大学 経営大学院

■ 学位

1992年 博士(シカゴ大学 経営大学院)

■ 専門分野

- ・意思決定論・交渉論・組織論
- ・医療福祉政策

■ 略歴

1982年～1986年 株式会社富士銀行

1984年～1986年 旧厚生省保険局企画課

1993年～1994年 シカゴ大学経営大学院助教授

1998年～1999年 スタンフォード大学客員研究員

2001年～2015年 株式会社キングジム社外取締役

2001年～ 現職

■ 主要な著作・論文等

〔意思決定論〕

- ・「人生が輝く選択力」(中公新書ラクレ、2017年)
- ・「意思決定トレーニング」(ちくま新書、2014年)
- ・「すぐれたゴルフの意思決定」(東洋経済新報社、2012年)
- ・「新ハーバード流交渉術 論理と感情をどう生かすか」(講談社、2006年 翻訳)
- ・「ビジネス交渉と意思決定」(日本経済新聞社、2001年)
- ・「すぐれた組織の意思決定」(中央公論新社、1999年)
- ・「すぐれた意思決定」(中央公論社、1997年)

"Determinants of the quality of group decisions and the effect of the Consensual Conflict Resolution Intervention technique." Academy of Management Best Papers Proceedings (1992年) (米国経営学会組織論部門最優秀博士論文賞)

〔医療政策〕

- ・「再考・医療費適正化—実証分析と理念に基づく政策案」(有斐閣編著、2016年)
- ・「生命と自由を守る医療政策」(東洋経済新報社、2011年)
- ・「『社会的入院』の研究」(東洋経済新報社、2009年 第52回日経・経済図書文化賞、2010年 第1回政策分析ネットワーク賞本章、義塾賞)
- ・「人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築」(厚生労働科学研究、2010年)
- ・「国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究」(厚生労働科学研究、2008-2010)
- ・「寝たきり老人発現率の地域格差と環境要因構造に関する探索的データ分析」(医療と社会、1999年)
- ・「医薬品の研究開発と情報共有・知識創造」(医療と社会、1997年)
- ・「医療費の決定構造と地域格差」(医療と社会、1997年)
- ・「日本の医薬品産業に対する研究開発政策の可能性」(医療と社会、1996年)
- ・「日米の医療費の支払方式」(日本製薬工業協会、1991年) (吉村賞)
- ・「医療政策の形成に関する研究—ネットワーク間闘争による政策形成」(日本製薬工業協会、1990年)
- ・「米国の医療費保障—変わる政策態度と産業構造」(日本医療文化センター、1987年)

■ 主な兼職

- ・ 医療経済研究機構研究部長
- ・ 経済財政諮問会議一体改革推進委員会評価・分析 WG 特別委員
- ・ 高齢者医薬品適正使用検討会委員(座長)
- ・ 政策評価にかかる有識者会議委員(医療・公衆衛生 WG 座長)
- ・ 中央社会保険医療協議会公益委員(2011-2017)

慶應義塾大学総合政策学部教授の印南と申します。2009年から、医療経済研究機構という厚生労働省系シンクタンクの研究部長も兼務しています。また2011年から去年まで、中医協の公益委員を務めていました。現在は、経済財政諮問会議の一体改革推進委員会の下部組織、評価分析ワーキンググループの委員を務めています。また高齢者医薬品適正使用検討会といういわゆるポリファーマシーの検討会の委員(座長)をしています。

■ 議論の流れと結論

今日の議論の流れです。基本的には、右下に書いてある、『再考・医療費適正化』という本で議論をした内容を中心にしたいと思います。この本を出したのはもう一昨年になりますが、その後経済財政諮問会議の下働きの関係で、考えを追加しています。今年の2月に行われた自民党の「財政構造のあり方検討小委員会(構造小委)」という財政構造に関する検討会の提案のためにまとめたものを中心に、今日はお話をさせていただきます。

そこでは5つの提案をしました。そのうちのいくつかは、構造小委の親会議の報告書に残り、この前の骨太の方針にも反映されましたそれらを踏まえて、今日は少しお話をさせていただこうかと思っています。(資料1)

資料1
資料1

議論の流れと結論

総論

- 医療費適正化政策の流れ(歴史的展望)
- 医療費はなぜ増えるのか(医療費分析)

提供体制

- 医師不足問題⇒保険医定員制の導入
- 高額医療機器⇒配置規制と保険外併用療養費の拡大

保険制度

- 機会主義的行動の防止⇒給付率の柔軟化・給付範囲の見直し
- 保険者努力の支援⇒支援制度の拡充
- 診療報酬⇒都道府県係数(1点単価可変制度)の導入

2つの総論

5つの提案



- 私は今回の演題に関連して、開示すべき利益相反はありません。
- 本発表の一部は医療経済研究機構の自主研究によって賄われました。
- 見解の部分は、発表者の個人的なものであり、医療経済研究機構や慶應義塾大学、ないし特定の会議体のものではありません。

■ 前提の話

内容に入る前に前提の話をしておきます。まず、国民皆保険を維持しなくていいという方は、この分野ではほとんどいないと思います。1961年に、早くも日本では国民皆保険が実施されましたが加入者資格、給付範囲、給付率の3つで比較検討しても、日本の皆保険は先進国の中で最も充実しているのではないかと思います。

国民医療費の方は、年間42兆円を超えています。その財源は、保険料が60%ぐらいで、残り40%は一般の税金と国債によって賄っています。社会保険

資料2
前提の話

国民皆保険 ⇒維持するのが、ほぼ国民全員のコンセンサス

- 1961年に早くも実施され、先進国の中でも最も充実している(加入者資格、給付範囲、給付率の点で)。
- 年間42兆円を超える国民医療費の財源は、保険料(現役世代の負担)60%と税(一部は国債=将来世代の負担)40%。もはや純粋な社会保険ではない。加えて、1000兆円を超える債務残高の問題がある。医療費適正化は国の重要課題。
- 財源は天から降ってこない(ある経済学者の弁「孫のクレジットカードを祖父母が使っている状態」)。

機会主義的行動 ⇒制度全体のことを考えず自己中心的に振る舞う

- オプジーボ(抗がん剤)問題=超高額薬剤の登場と製薬会社の合理的な利益最大化行動
- ヘルドイド問題・湿布薬問題=一部患者と医師の自己中心的行動
- 未就学児・就学児医療費無料化=ポピュリズムに基づく自治体の行動(健康改善のエビデンスなく医療費は増加)
- その他 在宅医療の乱用、柔道整復療養費の不正請求、生活保護医療の乱用

医療費適正化 ⇒必要な医療費の財源を確保し、効率的に使う

- 医療費適正化=必要で良質な医療を国民にあまねく提供しつつ、医療費の伸びを経済の伸びの範囲内にとどめること
- 利害が複雑で関係団体が多いため、多くの医療費適正化政策は合意形成が難しい

資料2

の国というように分類されていますが、実質的には、もう社会保険と税に基づくシステムの混合形態であると理解したほうがいいと思います。

日本には、1,000兆円を超える債務残高の問題があります。この債務残高は何でもないという論者も最近はいます。それについて深くは議論をしません。3つほど論点が出されていますが、いずれも他の経済学者によって論破されていると私は見えています。債務残高が日本にとって何でもなければ、医療費適正化を考える必要もなく、単純にどんどん医療費を増やしていけばいいということになってしまいます。しかし、実際にはそうはいかないのが議論の出発点だと、私は思っています。

財源は天から降ってきません。ある経済学者は、孫のクレジットカードを祖父母が使っている状態だと表現していますが、私もその通りだと思います。

一方、医療は、国民の生命に関わる非常に重要なサービスです。いたずらに削ればいいという話ではありません。そこでどうするかという話になるわけで、それが議論の核心だと思っています。

2番目の前提の話ですが、機会主義的な行動がやはり存在します。制度全体のことを考えずに、自己中心的にふるまうというプレイヤーが一部います。

オプジーボの問題を取り上げると、製薬会社の方は反発されるかもしれません。丁寧にしてみると、やはり超高額薬剤を巡る製薬企業には合理的な行動だと思いますが、それが非常に大きな問題になったので、薬価制度抜本改革が行われたのだと見えています。

最近では、保湿剤のヒルドイドが問題になりました。一部の患者と医師が制度全体のことなどを考えずに行動すれば大きな問題になります。一人一人にとってはすごく少額であっても、国全体で見ると、400億、500億の問題になるということです。

問題は、製薬会社や医療提供者、患者だけではなくありません。地方公共団体が、未就学児・就学児童の医療費を無料化したりしていますが、ポピュリズムに基づく自治体のエゴイステックな行動ではないかと私は思います。

自治体の人にとっては、若者に対する社会保障を充実させるという面で、無料というのは選挙でも一番訴えやすいものです。過去に老人医療費を無料化したことで、どれだけいろいろな問題が生じたかということから少しも学んでいないのではないかと思います。未就学児・就学児の医療費を無料化したところで、子供の健康が改善をしたというエビデンスはありません。医療費はむしろ増加しているというエビデンスがアカデミクスからは出ています。

医療費を助成することには反対ではありませんが、ただ無料化はよくありません。無料化すると性質が全く変わってしまいます。患者もコスト意識がゼロになり、医師も気兼ねなく過剰気味な医療を提供することになります。

数年前に診療報酬改定でも手当てをしましたが、在宅医療の乱用もありました柔道整復療養費は、正確なパーセントはいろいろ問題があるかもしれませんが、不正請求が相当あります。それが国全体では年間4,000億円というすごい金額になっています。ポリマーファーマシーが問題にされていること自体から分かるように、多剤処方に伴う問題もあります。

こういう機会主義的な行動が別に存在して、このようなものが国民皆保険の持続可能性にそれなりの影響を与えているのではないのでしょうか。これも前提として扱います。

第三は、医療費適正化の意味です。医療費適正化という言葉は、最初に登場したときには、必要な医療費の財源を確保し、効率的に使うという意味でした。必ずしも医療費の抑制とか、医療費削減ではありませんでした。実際には、その後の政策で、厚生省自ら打ち出した政策の医療費適正化という項目の下には、

医療費の抑制策ばかり並んでいたものですから、世間的にも誤解を受けました。適正化という言葉イコールもう抑制、場合によっては削減と取られました。削減というのは、絶対金額を縮小することだと思いますが、そのようなことは起きたことはありません。厚労省も財務省も問題にしているのは、伸び率の抑制です。後でお示しするように、ほとんどが経済の伸びを上回って伸びてきたという事実があるわけです。ですから伸びの話だということです。(資料2)

総論 1

医療と経済

国民医療費の図は厚生労働省から発表されています。右肩上がりの棒グラフがよく出てきますが、すごい勢いで増えているとしか分かりません。少し経済との関係を考えるには、医療費比率というものを試してみます。

国民医療費を国民所得で割った比率を考えます。経済に対する医療産業の規模だと簡単に考えてもいいと思います。これは赤いギザギザの線になります。ここが1961年、国民皆保険の達成です。ここが73年、老人医療費無料化です。そして、ここが81年、後で申し上げますように、医療費適正化が始まった年だと思います。2000年ですが、私はここから第2次医療費適正化が始まったと考えています。

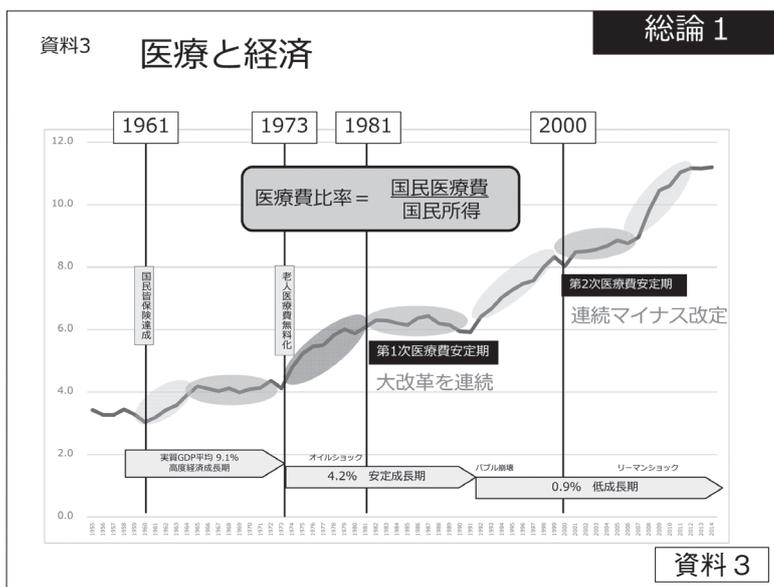
このようにプロットしてみると、全体としては明らかに右上がりなわけです。

ところが、よく見ると、伸び率がぐっと上がっている時期と比較的横ばいの時期があります。中期のトレンドで見ると、急激な伸びと緩やかな伸びが交互に来ているという感じです。

これは実は経済と医療費適正化政策の大きな流れは、少し時間差を伴いながら連動しているということを示します。経済のほうを見てみると、戦後の復興から始まり61年には国民皆保険を達成し、73年、この時期、実質のGDP平均伸び率は9.1%でした。中国のように日本経済が非常に伸びていた時期です。

基本的に、皆保険を達成して、需要が当然増えて医療費が伸びていきますが、経済の伸びがそれを吸収していて、比率としては横ばいだったわけです。73年、福祉元年と呼ばれた年ですが、ちょうど先ほどの未就学児・就学児の医療費助成制度のように、全国の自治体で老人医療費を次々と無料化した時代でした。田中角栄内閣が、政治的に決断し、国全体で老人医療費を無料化しました。極めて皮肉なことに、この年にオイルショックが起きました。もう一度のオイルショックと、ニクソンショック、この3つのせい、日本経済はふた桁成長がなくなりました。後で見れば明らかなのですが、構造的に転換したのです。

しかしわれわれの意識は追い付いていきません。バブル崩壊、リーマン・ショックのときもそうでした。戻るのではないかという願望志向と一緒にいるので、数年たたないとなかなか認識が共有できません。



この時期、老人医療費を中心に爆発していったのですが、経済は停滞していますから、当然医療費比率は急上昇します。手をこまねいていたわけではなく、いろいろな政策的努力は行われましたが、またふた桁成長が来るのではないかと、福祉元年と言ったばかりでいきなり逆に制限するのかといろいろなことがあり、なかなか思い切った政策が成立しませんでした。その間にどんどん比率が上がってしまうわけです。

国際的にも、この時期は社会保障の見直しが行われた時期です。サッチャー政権とか、レーガン政権とか、世界的な潮流がありました。ここできっかけになるのが第2次臨時行政調査会(以下、臨調という。)の第3次報告書です。それを契機として、老人保健法を導入し、それまで議論してきた老人医療費の無料化に終止符を打ったのです。さらに健康保険法を改正して、それまで無料だった被用者保険の本人に1割負担を導入しました。さらに供給体制にも手を付けました。医学部の定員を削減し、医療法を改正し、地域医療計画を作り、病床の総量規制を始めました。たて続けにいろいろな政策が打たれ、第1次医療費適正化時代が始まるわけです。(資料3)

医療費適正化政策の展開

1980年代の後半はバブル経済になります。医療費を抑制し、経済が伸びたので、比率は横ばいないし、少し下がるぐらいでした。

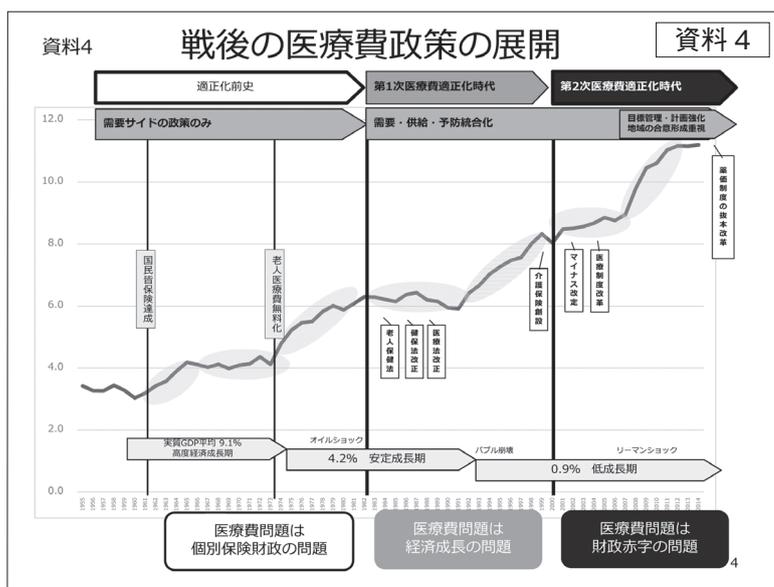
長い目で見てみると、1981年以前は医療費適正化とは言っていないのです。ですから、私は医療費適正化前史時代と呼んでいます。政策は需要サイドの政策で、どちらかという、給付率を上げるとか、統一するとかという方向での政策が主だったわけです。ほぼ需要サイドの政策だけで、この間医療法は1回も改正されません。厚生省内部を見ると、医系技官の数も少なく、そういう体制ではありませんでした。

81年をきっかけに大きく変わります。需要と供給、予防を統合した政策が行われ、現在まで続いています。一時うまくいったのですが、ここでバブル崩壊が起きます。公式では91年5月となっています。私もこの時期になるとよく覚えています、本当に崩壊したのかどうかその時点ではよく分かりませんでした。おそらく銀行などの認識では、きっと92～93年だと思います。この91年5月というのは、後で認定したもので、その時々世論とか、認識ではそこにまだ追いついていませんでした。

しかし実質的にはもう91年5月にバブルは崩壊し、成長率は一段と低下しました。0から非常に低い低成長時代を迎えました。

そのせいで再び急に医療費比率が上がっていくということになります。

第2の転換時期は、今度は行財政改革です。これをきっかけに、各官庁、審議会が再編成されました。医療政策を巡る政策決定過程がかなり変化しました。ここから私は第2次医療費適正化時代と呼んで



います。

経済財政諮問会会議を作ったのは森内閣ですが、小泉内閣がそれを活用しました。活用の仕方も細かく見れば現在に至るまでいろいろなのですが、しかし基本的には諮問会議を活用して、医療費の大枠は厚生省と医師会が議論するのではなく、政府と政党が議論するということになりました。改定率を内閣が決定するという仕組みに変えたわけです。

小泉内閣が特にマイナス改定を連続して実施し、その結果医療費はかなり抑制されました。しかしそこにリーマン・ショックが起き、経済のほうは戦後初の2年連続マイナス成長となりました。また医療費が急増し、現在に至っています。直近では、去年薬価制度の抜本改革をやりました。ここ数年は経済のほう結構調子がいいので、圧力はこのような転換点の時期ほどは強くはないと見てもいいと思います。

(資料4)

ポイント

医療費問題は昔から存在していました。ご記憶ある方もいらっしゃると思いますが、協会けんぽの前身の政管健保は大赤字で、国鉄問題と並び、当時の日本の3K問題の1つでした。だから医療費の問題は当然あったわけですし、老人医療費の爆発は当然問題視されていたわけです。しかしこの時期の医療費問題は個別保険財政の問題でした。

それが臨調をきっかけに医療費問題は経済成長と結び付けられました。覚えていらっしゃる方もいらっしゃると思いますが、社会保障費が伸びると国が活力を失うと言われました。先進国病という言葉が使われ、スウェーデンとかイギリスのような活力のない国になると言われました。

本当でしょうか。これは結構大事な論点です。なぜかという、医師会は今、正反対のことを言っています。社会保障を充実させると安心して消費が伸び、経済が好転すると主張しています。

財務省は、これに租税負担率を加え、潜在国民負担率という概念を持ち出し、やはり医療費が増えると、経済成長が阻害されるというふうに主張しています。どちらが正しいかは、後になってちゃんと検証してみないと分からないのでしょうか。2000年からは、さらに医療費問題は財政赤字の問題として位置付けられています。財政赤字は問題ではないと言う学者もいるし、評論家もいます。どちらを信じるかは自由ですが、どちらがリスクかといえば、「何でもない」というほうがはるかにリスクです。多くの国で財政破綻が起きていますが、その原因は実ははっきりしていないものが多いからです。ですから、財政赤字の問題だと捉えてもいいと思います。(資料5)

資料5

ポイント

- ◆直近約40年間の医療政策の中心課題は医療費問題
- ◆1981年から医療費適正化時代が始まる
- ◆医療費適正化＝必要で良質な医療を国民にあまねく提供しつつ（国民皆保険を維持しながら）、同時に医療費の伸びを経済の伸びの範囲内に収めること
- ◆しかし、過去これを実現できたのは、1980年代中頃と2000年代中頃の数年間だけ
- ◆現在は、医療費問題は個別の保険財政の問題ではなく、日本全体の財政赤字と絡む大問題。しかも、経済成長との両立が求められる

対策を考えるためには、医療費がなぜ増えるのかの分析が不可欠

資料5

医療費適正化のことを考えるのですから、医療費がなぜ増えるのかというごく当たり前のことをちゃんと確認ないし、分析しておく必要があるだろうと考えます。(資料略)

総論 2

医療費はなぜ増えるのか

厚生労働省は、私が勝手に「分解アプローチ」と呼んでいる手法を好んで使います。それは国民医療費を年齢階級別とか、あるいは疾患別とか、都道府県別、あるいは2次医療圏別でもいいのですが、保険区分、診療区分、入院医療費、入院外とか調剤費まで含めて、あるいは人口数と、1人当たり医療費とかに分けて分析します。

これはあらかじめデータを全部集めてこないとできません。やると双方に重なる部分がほとんどないので、そういう意味では正しいです。国民に説明しやすいし、ビジュアルなので、審議会の委員の理解も容易になります。

増えている部分は明らかになります。しかし増えている「原因」は明らかにはなりません。ですから要素は分かっても本当の原因は分からないと言ってもいいのです。

なぜかという医療費はいろいろな要因が複雑に絡み合っていて、相互に関連して、医療費に影響を与えています。ですから本当は相関を取り除いてきちんと分析をしなければ駄目なのですが、なかなかこれは難しいです。(資料6)

ターゲットングをする上では、どこが増えているかということが重要ですが、対策を考える場合には、何が最も重要な要因かが重要になります。政策的に対応可能な要因を抽出しないと意味がありません。例えば人口の高齢化が原因と言ったところで、人口高齢化自体はなかなか操作の対象にはなりません。しかも健康寿命が伸びて社会全体が高齢化をする分には、望ましいことなのです。そこは手を付けられません。

資料6
医療費はなぜ増えるのか
総論 2

従来の方法 = 分解アプローチ

国民医療費	⇒	0-9歳	+	10-19歳	...	90歳以上
	⇒	悪性新生物	+	循環器系疾患	...	消化器系疾患
	⇒	北海道	+	青森県	...	沖縄県
	⇒	入院医療費	+	入院外医療費	...	調剤費
	⇒	人口数	×	一人当たり医療費		

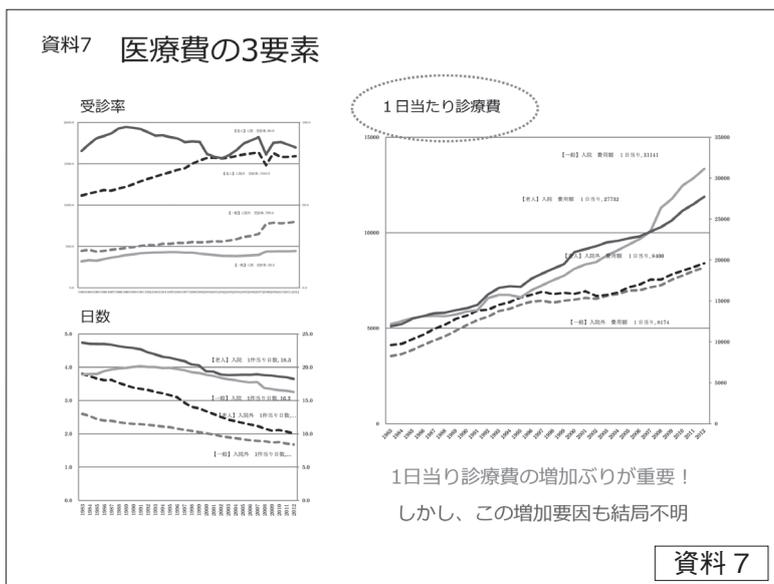
- 国民には説明しやすい
- 特に増えている部分を明らかにするという意味で有用だが、増えている部分がわかるだけで、なぜ増えるのかは分からない
- ターゲットは判明しても、対策・政策はどうすればよいのか？
- 増加要因は多数で相互に関連している (相関を取り除きたい)
- 何が最も重要な要因か知りたい (比較したい)
- 特に政策的に対応可能な要因を抽出したい
- 過去の政策を評価したい

⇒多変量解析アプローチへ

資料 6

医療費の3要素と呼ばれている部分の推移を単純に見ても、受診率は最近はほとんど横ばいです。ですから医療機関を経営している方は患者数が増えない、むしろ減っているかもしれないという危惧を持つわけです。

また、入院も外来も全部日数は減ってきています。しかし総医療費は増えているわけです。どうしてかということ、1日当たり診療費がずっと伸びているからです。(資料7)



一人当たり医療費増加の最大要因は医師数だった

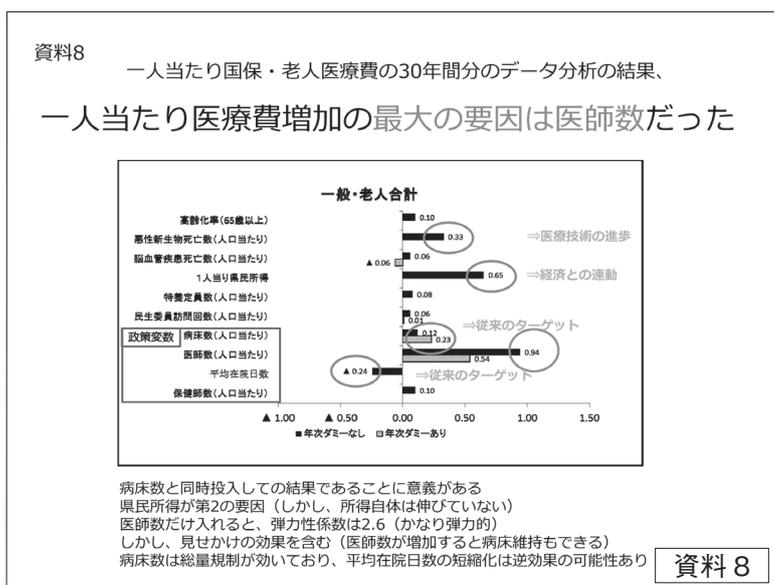
1人当たり医療費や1日当たり診療費が、なぜ増えるのかという原因を探るには、多変量解析が必要です。それを実際行ったのですが、ここでは数式とかは全部省略しました。この辺にご関心のある方は、私の本に全部書いてあります。何が違うのかということ、このアプローチは分解アプローチと違い、相関を相互に除去してそれだけの効果を比較できるように出している点です。

説明変数は、病床と日数とか単位が違います。単位からフリーになり比較可能にするために「弾力性」という概念を使

います。弾力性というのは、他の変数が変化しないとして、興味ある変数が1%増えたら医療費が何%増えるのかという比率のことです。同時にたくさん変数を入れると、他の変数を媒介するものが全部消えますので、単独の効果だということになります。他の変数を經由して増える分は、全部除いてあります。

もちろん単独といっても、入れている変数の間の中での単独の意味です。未知・未投入の変数の相関は除外されません。ただ、ほぼ関係する変数は40とか50ぐらいはありますが、いろいろな分析を行い、変数を10に絞りました。お互いに調整されているということになります。ただ、弾力性という概念は、国民にとっては易しい概念ではありません。だから分析方法自体が一般には普及しないのだと思います。

分析したモデルは1000を超えます。一番代表的な分析結果をお示しします。データは1983年から2012年までの30年間分の1人当たり国保医療費・老人医療費です。国保医療費であって、国民医療費で



はないのですが、別の分析で同じ結果がほぼ当てはまることが確認されています。

分析結果を見ると、実は医療費の伸びに一番寄与しているのは医師数だということです。政府がメンテナンスにしている病床はすでに実質的にコントロールされています。総量規制でコントロールされていますし、いろいろな診療報酬上の政策が効果を上げ、少しずつ病床数は減ってきています。非常に過剰だったので、少しずつ減っているという状態です。次には県民所得です。医療費の6割が人件費であることを考えると、説明がつきます。ちなみに診療報酬改定等の影響は全て除去してあります。年次ダミーを入れることによって、診療報酬だけでなく、制度改正とか、全ての影響力を消すことができます。ただ、過剰に消してしまう傾向があるので、ダミー変数を入れる前の状態を中心にお話しします。

ちなみに年次ダミーを入れると、県民所得の影響は0になってしまいます。つまり全国的に同じように所得が増えているということです。所得の図を見ると、水準は東京都のほうが圧倒的に高いのですが、増え方は全国ほぼ一緒なのです。悪性新生物、これはがんの死亡率ですが、それが結構影響しています。医療技術の高度化を表すとみえています。また、政府が一生懸命やっている病床対策と、平均在院日数の影響を見てください。病床の係数はプラスです。これは、病床が減れば医療費が減る方向にちゃんといっているということです。

ところが平均在院日数を見ると、係数はマイナスです。平均在院日数を減らすと医療費が増えるのです。これはおそらく当初意図したものとは違うのではないかと思います。ここでは詳しい議論は省略します。

当時、1981年に医療費適正化を始めた時代には、こういう多変量解析はできずに、せいぜい散布図を描いていただけです。その前に駆け込み増床で病床数が著しく増えていました。また老人病院の建設ラッシュがありました。だから当時の厚生省が医療費増加の最大の要因は病床数だと考えたことは間違っていないと思います。ただ賢いことに、同時に医学部の定員も削減しました。

ところがその後、医学部定員のほうは、いろいろな紆余曲折を経て、定員が増えて現在に至って、この3月になってようやく定員削減の方向で話がまとまってきている状態です。(資料8)

なぜ医師が増えただけで一人当たり医療費が増えるのか？

もう少し詳しく説明します。なぜ医師が増えただけで1人当たり医療費が増えるのでしょうか。増えるのは地域の医療費ではありません。医師が増えたらその地域の医療費が増えるのは当たり前なのですが、1人当たり医療費が増えるのです。

一つの考え方は、医師が増えると、医療へのアクセスが増えて、需要が掘り起こされるということです。

医師をなぜ増やすのかというと、そこには前年度収入を確保できるように、つまり病院もクリニックもみんなそうだと思いますが、毎月の月次報告みたいなものをちゃんと見ているわけです。去年と比べて病院収入が下がると、危険信号みたいに感じて、何が去年より少ないのかを調べます。

検査が少ない、投薬が少ないなどいろいろなことを考えるわけです。

今、実際の経営はもっと複雑で、DPCデータを使ったりしてもっといろいろなことをやっていますが、基本的には前年度並み以上の医業収入が確保できるように頑張るわけです。かといってでたらめなことをやっているわけではなく、倫理的に許容される範囲で医療密度を上げているのです。医師には裁量権がありますから、医師の判断1つで、例えば5日分の薬の処方方で済むところを、10日分出すことも簡単に

できます。それを見て保険者が返戻することはないわけです。

ですからこうやって細かいところでいくらでも密度を操作できます。つまり、目標所得獲得のための医師の裁量権の活用です。「乱用」とか書かず、「活用」と書きましたが、供給誘導需要といってよいと思います。その原動力が医師なので、その数が問題になるのです。経営が苦しい病院は、医師を確保すれば、外来患者が増え、それにつれ入院患者も増えます。だから、医師不足を訴えるのです。

病院は医師を引き寄せるために高額医療機器を購入します。この間まではPETスキャンだったと思いますが、今ですと、da Vinciでしょうか。その投資を回収するために、当然利用を増やします。

医療技術の高度化とももちろん関連します。先ほどの図では、一応この需要サイドの原因として悪性新生物を入れてあります。悪性新生物は特に医療技術の高度化、しかも値段の高騰と関連します。主として、がんの治療方法とか、抗がん剤が医療の高度化を表しています。こちらを調整に入れているということなので、これを考えても、実は医師数がこれだけ効くということなのです。医療技術の高度化は、この分析結果に対する有力な反論にはならないということです。

■ 提案 1

医師不足問題(偏在対策の推進)

ここから提案の部分に入ります。医師数が非常に問題となっています。しかしこの間、医学部定員を増やしたばかりです。その前には医療崩壊の議論がありました。いまだに医療崩壊の再燃とかいっていますが、私は当時から医療崩壊とは何かと疑問に思ってきました。すごく情緒的な表現で、新聞の報道における使われ方を分析してみました。

当初医療崩壊という言葉は、何となく医療現場が危ないという意味で使われていました。実際病院の勤務医等中心に非常に大変だったというのは事実だと思います。現場が疲弊しているということについて認識が共有されました。

次に報道内容を分析していくと、それが医師不足問題と低医療費問題になぜか収れんしていくわけです。専門家はどちらも関係ないと言っていました。低医療費だから現場が疲弊するというのは、医療費を上げてほしいからそう言っているだけの話であって、それに対する論拠の1つにしているというだけなのです。

医師不足問題は、医学部定員を増やしたから解決できるような問題ではないのです。それはもうここ10年間の動きを見れば証明されています。ただOECD諸国対比ではあまり医師数が多くないのは事実で、この部分があるので強力に反論はできませんでした。

資料9提案 1

医師不足問題（偏在対策の推進）

- 医学部定員政策は紆余曲折
OECD諸国平均対比医師数（人口比）は多くはないが、…
- 「医療崩壊」の議論を受け、2006年に定員増を行い10年経過
9262人に医学部定員数を増やしても（さらに多様な政策を打っても）
医師不足問題は解決していないし、今後も解決する見込みは小
- 地方における「医師不足問題（地域偏在）」は経営問題
都市部では、勤務医の過重労働問題、診療科偏在問題
- 医師には定年がない（保険医定年制の導入もありえるが）
今後は深刻な医師過剰問題・医療費増加問題に直面する
- 医学部定員を直ちに減らし、医師の偏在問題を解決するために、
地域別、診療科（専門）別の**保険医定員制度**を導入すべき

資料 9

医療崩壊の議論を受けて、定員増をして、10年、今、9,262人に医学部定員を増やしました。他にも政策をたくさん打っています。地域枠とか、いろいろな政策です。解決はしたでしょうか。地域の偏在は解決していないし、専門医もさんざん議論しましたが、診療科別の問題が解決したかということ、この10年間、やはり解決していません。今後、本当に解決するのでしょうか。私はネガティブです。今のやり方を見ても解決はしないのではないかと思います。(資料9)

医学部定員増の問題点

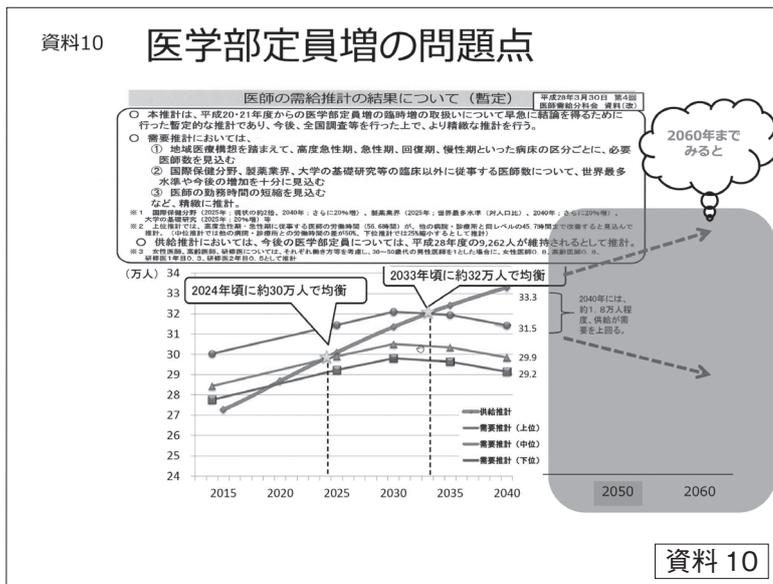
ではどうしたらいいのでしょうか。医師には定年がありません。私は、医学部定員を直ちに減らして、地域別、診療科別の定員制度を設けたらどうかと提案します。就業するのは自由で、自由に開業地を選んでください、しかし保険医にはなれないかもしれないという仕組みです。

これはかなりラディカルな案で、骨太方針には生き残りませんでした。

ちなみに、資料10は厚労省が1年ぐらい前から出しているものに私が手を加えたものです。この直近の3月で確認されましたが、データは同じです。赤が医師数です。定年がないですから、今の定員のままだでも増えていってしまうのです。

需要は3つのシナリオでやっていて、一番楽観的な見込みでも2035年、ほぼ17年後には過剰になるわけです。これは何よりも医師にとって大変なことです。

だから医学部定員は直ちに削減したほうが医師のためにもいいということになります。先ほど言ったように、医師は裁量権を持っていますから、こういう状況になってくると、医療収入を確保するために、医療密度をどんどん上げていくと思います。医療費の予測がそんなに増えないというのは、本当かどうかよく分かりません。本気で医師がみんな裁量権を使うようになったら、減らないのではないかと私は思います。(資料10)



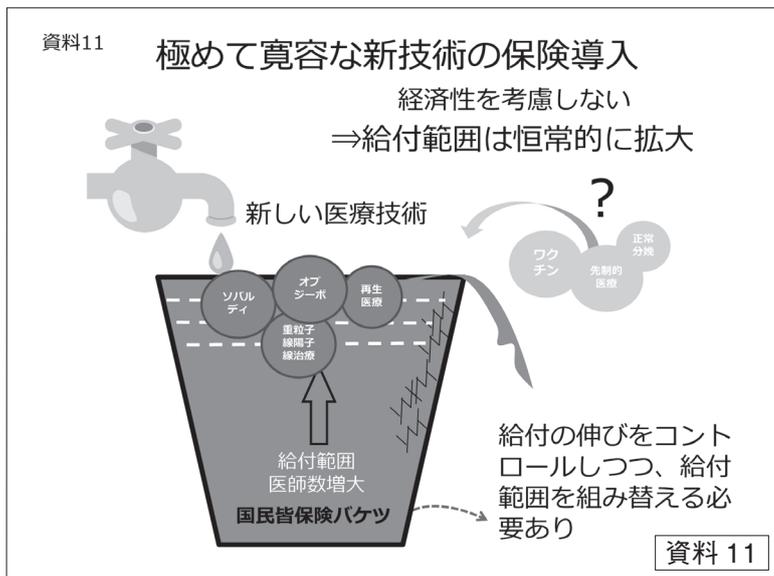
極めて寛容な新技術の保険導入

もう1つ考えなければならないのは、非常に高額な新しい医療技術が目白押しなことです。ソバルディ、オブジーボ、その前に重粒子線治療施設があり、再生医療、ハートシートがあり、また今、新しいものが出てきています。

日本の国民皆保険の素晴らしいことの1つは、新しい医療技術に極めて寛容だということです。経済性を考慮しません。他の国はみんな費用対効果評価で、償還の可否を決めるのに、日本はこれだけ議論しても、償還の可否には使いません。

給付範囲を縮小する話はしていないのです。給付範囲はずっと一方的に拡大してきています。それを少し再考するというだけの話をしているわけですが、給付範囲の組み替えに関する議論をすると、給付範囲の縮小にすぐ結び付けられ、大反対されてしまいます。

先ほど言ったように、国民皆保険をバケツに例えると、どこかに限界があるでしょう。給付範囲もどんどん広がっていくし、医師数も増えていきます。これで本当に持つのでしょうか。私は危惧しています。(資料11)



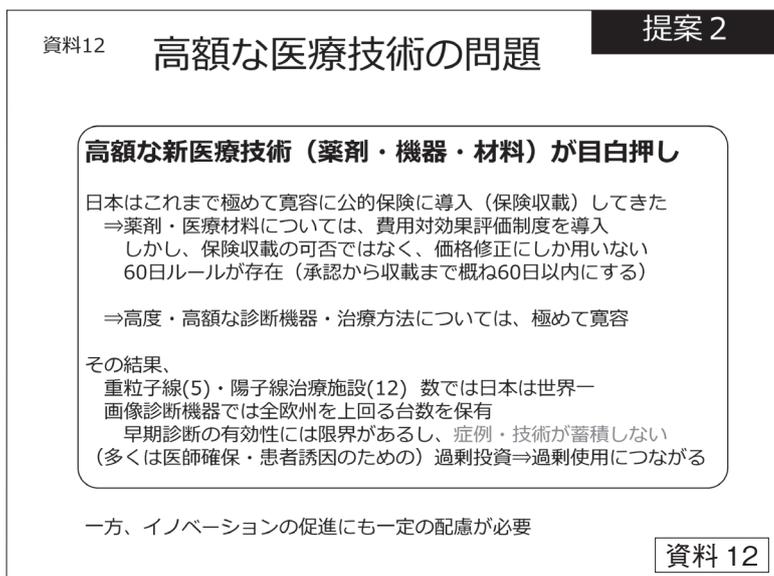
提案2

高額な医療技術の問題

提案の2つ目が、高度な医療技術についてどう考えるのかです。日本は費用対効果評価制度を最近試行的に導入しました。保険収載の可否には使わないことになっています。ですから、問題解決にはなりません。

ちなみに、重粒子線治療施設は世界に11台しか今のところないのですが、そのうち5台が日本にあるのです。ヨーロッパに2台、アメリカに2台、中国に1台、しかし日本には5台もあります。

たくさんあるのはいいいという議論も



できます。例えばCTとか、PETスキャンなどは事実上そうかもしれません。たくさん普及すると価格も下がります。必ずしも否定しているものではありません。アクセスは改善されます。

しかし重粒子線施設はそんなに必要ですか。たくさんあるとかえって症例や技術が蓄積しません。こういうものは医療の質にも問題が生じます。過剰な設備投資を行えば、必ず使って回収するしかないというのが現実ですから、医療費の高騰を招くのではないのでしょうか。もちろん、イノベーションの促進は当然必要ですから、そこは否定しているわけではありません。(資料12)

考えられる対策(選択肢)

高度な医療技術については、いろいろなことが言われています。まず、これは私の案ではありませんが、そもそも保険導入をしない、民間保険に任せる、費用対効果評価を拡張導入するということがあります。これは経済系の会議等では皆さんがこれを言います。しかし実際に、中医協で議論している費用対効果評価制度の詳細を知っている人は、そんな簡単な話ではないということは分かっているわけです。これについて、私は少し別の考え方を持っていますが、今日は省略します。

あとは最適使用ガイドラインみたいなものを設定するという事です。これはオプジーボみたいな超高額薬剤については行われ、一定程度効果があると思いますが、決定的にはなりません。保険者はチェックできませんし、確信的に乱用しようと思えばできてしまいます。(資料13)

地域別の配置規制みたいなものは必要ではないかという案があります。アメリカには、CON(Certificate of Need: 必要証明制度)という制度があります。最近調べ直してみましたが、1960年に導入されて、現在も州法で生きています。

ちなみにアメリカでは、病床規制は撤廃されてしまいました。もう十分減ってしまっているということです。超高額な医療技術に関しては、配置規制が必要ではないかと提案しました。

あとは保険外併用療養費をもう少し拡大して使うという手があるのではな

資料13

考えられる対策 (選択肢)

1. 保険導入せず (国民全員が入れるわけではない) 民間保険に任せる
2. 「費用対効果評価制度」の拡張導入 (皆期待するが)
 - ✓ 薬剤より困難 (医師側の習熟の問題あり)
 - ✓ 世界的に例が少ない、しばしば計算不可能
 - ✓ 評価できる人材が不足
 - ✓ インセンティブを転換しないと (価格引き上げに使わないと) メーカーからデータが迅速に出てこない
3. 超高額薬剤類似の最適使用ガイドラインの設定
制限回数を超えて利用を希望する患者⇒選定療養 (保険外併用) で対応 (自由診療患者には適用しない) ⇒保険者がチェックする仕組みが難しい

資料 13

資料14

3. 地域別の配置規制の導入 (公的保険適用を念頭においた場合)
 - ✓ 米国のCON制度(Certificate Of Need)=病院・高度診断機器センターの新規設立に州政府の許可を求める (1964~現在)
 - ✓ 人口当たり台数で制限するか、特定の病院に制限するか
4. 保険外併用療養費制度の活用 (公的保険適用規制)
現在の原則 = 「有効性・安全性」の確認⇒直ちに保険導入 or 評価療養
 - (1) この原則を「有効性・安全性・経済性」の確認に変えるか
 - (2) 新たなカテゴリー (保険導入を目的としない高額な治療技術) を設ける
 - ⇒経済性と有効性・安全性のバランスを考える
 - ⇒「費用対効果評価制度」よりも簡易で迅速な方法が必要
 - 患者自己負担部分が高止まりする可能性がある
 - ⇒「費用対効果評価」は価格引き上げに使う

資料 14

いかというものです。現在の原則では、「有効性・安全性」を確認したら、直ちに保険導入するということになっていますが、「有効性・安全性・経済性」を例えば薬事・食品衛生審議会でも検討するとかです。それがなじまないというのであれば、経済性の部分はやはり中医協の下部組織で検討しますが、それを受け皿として、保険導入を目的としない高額な治療技術というカテゴリーを作って、そこで面倒を見るようにすれば、一応保険導入の道は開けつつ、しかし保険財政には少し優しい仕組みになるのではないのでしょうか。(資料14)

■ 提案3

国民皆保険を維持するために

私自身は、新しい医療技術が高額だという理由で保険導入をしないということには反対しています。他に何か良い方法はないでしょうか。

薬剤については、特にフランスのような段階的給付率という仕組みを導入することが可能ではないかと思います。これを言うと必ず表面給付率に関する平成14年改正の附則2条という、7割以下にはしないというものがあるのですが、それは平均給付率で考えればいいだけの話であり、そんなに大きな障害ではないと思います。日本の公的保険の実効給

付率は85%ぐらいですから、実質7割ではありません。表面給付率を変えても、実効給付率は8割をキープできると思います。

あるいは現物給付に代わる償還給付というものがあります。柔道整復師の療養費は受領委任という仕組みを使って、本来償還給付なのに、現物給付化しているわけですが、それを戻すべきではないかというものです。

生活保護の例えば外来医療などは無料ではなく、ごく少額の自己負担を1回導入して償還給付する仕組みにすればいいのではないかとか、いろいろやり方があるのではないかと思います。(資料15)

提案3

資料15

国民皆保険を維持するために

- 高額な医療技術の相次ぐ導入（既に議論）
- 機会主義的行動の続発
薬剤における「小さく生んで大きく育てる」オブジーボ問題は、今回の薬価制度の抜本改革で解決
ヒルドイド問題、湿布薬問題などは今後も繰り返し起きる
国民（患者）にコスト意識があまりに希薄

➤

- 理念に基づく医療分類に基づく給付範囲の見直しと給付率の柔軟化が必要（特に薬剤）
日本公的保険の実効給付率は約85%
表面給付率に関する平成14年改正附則2条は、平均給付率で考えるべき
- 現物給付に代る償還給付の積極導入（生活保護外来医療など）
- 保険外併用療養費（選定療養の拡大）

資料15

理念と政策案の導入方法

それには、強力な理念が必要です。誤解してほしくないのですが、医療費適正化のために理念を作ったのではないのです。医療政策全般を考えるために、理念の話をまず検討して、その後の応用として、医療費適正化にも使えるという形で議論をしています。それは『再考・医療費適正化』の本の前に、『生命と自由を守る医療政策』という本を実は出しており、そちらで議論しています。

なかなか面白いやり方をしました。「無知のヴェール」というのはご存じでしょうか。公共哲学とかを勉強された方は知っていると思います。現代正義論という、ジョン・ロールズという人が使った理論装置、要するに考え方です。

制度の知識を完全に持った人間が、自分の立場のみを知らずに、理性的に議論した結果を採用するという、組織的利益や個人観から解放された状態を仮想的に頭で作り議論をするのです。

ジョン・ロールズは、別に医療政策に限らず、全問題について、基本財は平等に配分されるべきだという平等原理と、最も不遇な集団に最恵待遇を行うという格差原理の2つを提案しています。

このような考え方を医療保険に使ったらどうなるかというのを実は数年前にやりました。私の弟子である社会系の学者2人と、臨床経験のある医師3人で、全部議論した結果、憲法論とかも考えてこういう結果が出ました。(資料16)

資料16

理念と政策案の導出方法

無知のヴェール

(現代正義論の父=ジョン・ロールズの理論装置)

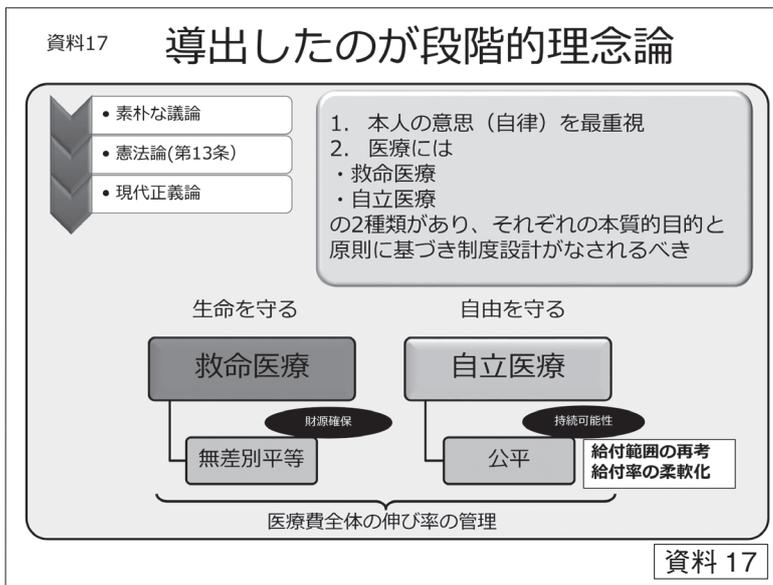
- 制度の知識を完全に持った人間が、自分の立場のみは知らずに、理性的に議論した結果を採用するという方法 (組織的利益や個人観から解放する)
- 基本財は平等に配分されるべきという平等原理と、最も不遇な集団に最恵待遇を行うという格差原理の2つからなる
- 現代社会に圧倒的な影響力を持つ功利主義へのアンチテーゼ
- 個人観から離れて (圧殺して) 公的制度はどうあるべきかを社会学系者3人と10年以上臨床経験のある医師3人で議論した

(前著「生命と自由を守る医療政策」2011年)

資料 16

導出したのが段階的理念論

簡単に言えば、命を救う救命医療と、そうではない自立を支援する医療とに分け、こちらは非常に高額であってもなるべく保険導入し、国民に平等に給付したいとしました。しかしそうすると医療費は爆発しますから、どこかで調整弁がないといけません。それを自立医療のほうでやるのです。給付範囲を変えたり、あるいは給付率を変えることによって調整します。(資料17)



医療分類(私案)

資料18のように医療分類をしてみました。別に細かいところにこだわっているわけではなく、いくらでも議論可能ですが、大枠このような感じになるのではないのでしょうか。現在の建前は、必要にして適切な医療が公的医療保険の給付範囲に入っている、逆を言うと、現在の給付範囲に入っているものは、全部必要で適切だというものです。

医療保険の歴史は長くて、戦前、厚生省ができる前から、実はあるのです。まだ内務省のときに無理やり入ったのが、柔道整復師のサービスですし、他にもい

ろいろいろあります。子細に見ると、本当に現在の医療保険の給付範囲が合理的かということ、議論の余地がたくさんあります。そういうところをちゃんと議論して、こういうものを調整弁にしようということ。そうすればかなり高額な治療技術を保険導入していても、保険財政は守れるのではないかというのが、私の議論です。

ですから高いからという理由で拒否するのではなく、調整弁を作りましょう、そのために給付範囲とか、給付率をタブー視するのではなく、もう少し柔軟に考えたらいかがですかということ。

他の国を見ると、7割で入院も外来も統一している国など他にありません。大概入院と外来で分けています。フランスはすでに話したように、薬剤は別扱いしています。基本的には、保険制度間で給付率が違っ

資料18 医療分類(私案)

	大分類	主な傷病
救命医療	A: 緊急かつ致命的	腸管感染症、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、肺炎、ぜんそく、胆石症及び胆のう炎、肺疾患、流産、頭蓋内損傷及び内臓の損傷、熱傷及び廣食、中毒など
	B: 緊急でないが致命的	各種悪性新生物、甲状腺機能障害、糖尿病、高血圧、肝炎、肝硬変、腎不全、単体自然分娩、骨折など
高い給付率の維持	C: 感染・危害	結核、性感染症、皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患、中耳炎、真菌症、急性鼻咽喉炎など
	D: 機能障害	認知症、統合失調症、てんかん、脳性麻痺、白内障、う蝕、腎機能障害、慢性閉塞性肺疾患、月経障害及び閉経期周辺障害など
自立医療	E: 苦痛緩和	痔核、胃炎及び十二指腸炎、皮膚炎及び遺尿、尿路結石症など
	F: その他	アルコール性肝疾患 ※基本分類ではないが、肩関節周囲炎、脂肪肝、鉄欠乏性貧血などが考えられる。

給付から除外?

a: 慢性期か急性期によって病態が大きく異なるため、実際に分類する際には十分な検討が必要になる。
b: 分娩や流産は、母子ともに生命に関わるリスクが高いことから、救命医療に入れてある。
c: 適切な治療を受けていけば致命的になる可能性が低い疾患は、新たに分類を設けて自立医療(重症化予防医療)とすることも可能である。
d: 予防可能性が高い疾病や、対症療法的治療しかできず医療保障の必要性が低いものをFに分類している。

※基本分類を区分したが、各基本分類に含まれる詳細な傷病分類では、区分が異なる可能性がある。
実際の運用にあたっては、医学上、実務上の観点から、専門家からなる委員会が決定することが必要である。
患者の発生状況や医学の進歩等に合わせて、定期的見直しが必要である。

資料18

てしまうのは、国民の間の不公平になりますから、それは統一されるべきですが、入院と外来の間、医療内容によって給付率を変えること自体は別に構わないのではないのでしょうか。問題にすべきは平均給付率の話であって、個々の給付率は、いろいろなことを言ったら、国民の間にいろいろな不公平が実際には存在するので問題にはならないのではないかというのが、私の議論です。政治的には当然反対されてしまいます。(資料18)

薬剤自己負担率の引き上げ

これは財政審の資料です。私がいろいろ言ったせいもあって、財政制度等審議会のほうにはこれが入っています。それまで財政審はスウェーデン型の受診時外来負担だけだったのですが、こういうものもあり得ると、少しずつ変わってきました。(資料19)

資料19 薬剤自己負担の引き上げ 2

【論点】
○ 高額・有効な医薬品を公的保険に取り込みつつ、持続可能性を確保していく必要。
○ 市販品と同一の有効成分の医薬品でも、医療機関で処方されれば、自ら市販品を求めるよりも大幅に低い負担で入手が可能。セルフレディーステーションの推進に逆行し、公平性も損ねている。
○ なお、諸外国では、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や、一定額までの全額自己負担など、薬剤の負担については技術料とは異なる仕組みが設けられている。

美容クリームより処方薬？
美容には、何万円もする高級クリームよりも、医療用医薬品「ヒルドイド」がいい。
ここ数年、女性誌やウェブに、こんな特集記事が頻々と出る。保通効果があるヒルドイドは、医師が必要だと判断した場合のみ処方されるが、雑誌には「毎に処方してもらったものを自分で塗ったらしっとり」といった体験談も載る。ソフト軟膏タイプの50g入りで1185円。保険がきくので、患者負担は現役世代なら3割の350円余り、子どもなら自治体によっては無料になる。東京都内の4代目調剤薬局は「患者に『多めに出して欲しい』と言われれば、出さざるを得ない」と話す。(朝日新聞 29年8月31日 朝刊)

【改革の方向性】(案)
○ 薬剤自己負担の引き上げについて、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や一定額までの全額自己負担といった諸外国の例も参考としつつ、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、速やかに具体的内容を検討し、実施すべき。

20171108経済財政諮問会議社会保障WG財務省提出資料

資料19

薬剤自己負担の国際比較

日本	原則3割+高額療養費制度(技術料も含む実効負担率:15%) (義務教育就学前:2割、70~74歳:2割、75歳以上:1割)
ドイツ	10%定率負担(各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ) (注) 参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担
フランス	薬剤の種類別自己負担割合を設定(加重平均した自己負担率34%) 抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品:0% 一般薬剤:35% 胃薬等:70% 有用度の低いと判断された薬剤:85% ビタミン剤や強壮剤:100% (注) 参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担
スウェーデン	90クローナまでは全額自己負担、より高額の薬剤についても一定の自己負担割合を設定 (注) 上限は年間2,200クローナ

市販品(OTC医薬品)と医療用医薬品の比較

種類	医療費	医療用医薬品		OTC医薬品			
		銘柄	薬価	3割負担(場合)	1割負担(価格)	銘柄	価格
湿布	1,500億円程度	AA	120円	36円	12円	A	1,008円
ビタミン剤	1,100億円程度	BB	300円	90円	30円	B	1,620円
凍方薬	800億円程度	CC	170円	51円	17円	C	1,296円
応急保通剤	500億円程度	DD	1,180円	354円	118円	D	2,634円

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販品であっても、製薬会社や商品名、包装や剤形・用量・用法に違いがある場合には比較対象外とする。
※2 医薬品の価格は、メーカー希望小売価格とする。
※3 医療用医薬品は、処方箋に基づいて調剤薬局で処方される。OTC医薬品は、薬局で購入した場合の価格であるが、別途送料、処方料、調剤料等がかかる。
※4 医療費の金額は、平成29年度における、各薬品区分の入院、外来の処方品目別の売上金額である。

提案4

保険者努力の支援

あとは保険者努力を支援する仕組みをもっと作るということです。今回医療法が改正されて、都道府県知事にいろいろな権限が与えられました。よく見ると、民間に対しては要請するだけで、権限はないのです。公立病院に対して権限を持っていますが、知事が権限を行使するかというと、私は知事が行使するインセンティブはまるでないと思います。選挙に不利になるだけで、医療提供者からは不評ですし、知事がそこまで頑張る理由がありません。だから頑張る理由を与えなければいけないというのが私の

資料20 保険者努力の支援 提案4

現在、地域の合意形成を通じた医療費適正化の動きが加速
しかし、民間主体の医療機関へ働きかける強力なインセンティブがない

予防活動は医療・介護双方に極めて重要だが、短期的に効果が出ない
医師の意識改革・患者・住民の啓発・審査の適正化等も効果があるはず

地域の努力を積極的に活用するのが有効

保険者・医療者の努力評価指標を開発し、
普通調整交付金・医療介護総合確保基金と連動させる

資料20

議論です。保険者努力をちゃんとしてもらって、それを反映させる仕組みを作らなければならないと思います。(資料20)

■ 提案5

より効果を上げるためには

これは少し最近問題になっているかもしれません。地域別の診療報酬制度です。基本料そのものは変えることはせず、都道府県係数を1点単価十円にかけ、全国統一的な体系は維持するというものです。都道府県係数はもっと細かくしてもいいのですが、頑張っている都道府県、頑張らない都道府県に差を付けようというものです。

やる気のある都道府県で予防活動などを一生懸命やっているところは、それを評価して、1.01のような係数を単価の前にかませるのです。逆に、病床も削減

せず、医師数も過剰なのに減らそうともせず、予防活動にも不熱心な県は1人当たり医療費が全国で均等になるように0.998のような係数をかけて操作します。そうすると全国どこの県に行っても、1人当たり医療費は同一になります。もちろん年齢構造は調整します。

すると何がいかというと、もちろん医療費のコントロールができるだけでなく、1人当たり医療費が均等になりますから、保険料の公平化にもなるわけです。

私の趣旨は、地域にもっとインセンティブを与えるということになると思います。(資料21)

提案5

資料21 **より効果を上げるためには**

現在の地域医療構想、病院機能分化、病床数の調整等は2025年問題の解決に間に合うか、長期的に見て本当に効果があるのか保証がない

医療費の地域差の可視化、地域差の半減という経済財政諮問会議で採られている手法には、強力なバックアップ（インセンティブ）が必要

地域別1点単価可変制度（都道府県係数）の導入

一定期間待ち、それでも一人当たり医療費（年齢構造調整後）が過剰な地域に対しては、都道府県係数を導入し、

現行の1点＝10円の診療報酬単価を切り下げる（1点＝9.98円等）

一人当たり医療費が均一化すれば、保険料の格差問題も解決する

資料21

同じ医療サービスを受けても、地域によって患者負担が違ってしまわないかという批判が可能ですが、そうであれば患者負担は一緒にすればいいわけでは。つまり償還だけ係数を掛ければということもできるので、問題にはなりません。その他、細かく考えればいろいろなことができます。

DPCはもっと複雑なことをしています。ちなみにさっきの医療分類も、こういうことができるのかというと、できます。日本の診療報酬は6,000の医療行為に個別に点数をつけ、DPCの分岐は4,000もあるのです。それを全部ちゃんとカテゴリー化して、点数を付けているわけです。だからできるというのが私の見方です。(資料22)

資料22

イメージ

現在

診療報酬 = 点数単価1点 (10円) × 個別点数

診療報酬 = 点数単価1点 (10円) × 都道府県係数 × 個別点数

- 病院完結型医療から地域完結型医療に向かうのに、現在の点数単価では、個別医療機関への誘導のみ
- 1点10円は物価差を無視することによって誘因を与えているはずであるが、都市部に医療機関が集中
- 地域性を考慮した政策誘導が行いにくい
- 1点 = 10円に法的根拠なし

- 年齢構造調整後の一人当り医療費均等化係数 (0.998等) + 地域 (保険者・医療者) 努力評価係数
- 地域全体の努力を評価できる (体系自体は全国統一)
- 2次医療圏単位で行ってもよい (県内の調整)
- 複雑化する? ⇒ DPCではもっと複雑なことをしている

資料 22

ちょうど時間になりました。ご清聴、どうもありがとうございました。