

4. 政策課題と「次の一手」

これまでの医療政策評価のインプリケーション及び本分析で触れた点以外の論点を補完するため、今後の医療費適正化を図る際の政策課題と「次の一手」についてタスクフォース委員の意見を整理した。

(委員のコメント)

(井伊委員)

平均在院日数短縮策は単価上昇を伴うため、医療費抑制効果は限定的

- 平均在院日数短縮策は大きな抑制効果が見込まれているが、日数を短縮させればケア密度が上昇するので人件費等の単価上昇につながり、結果として抑制効果は限定的ではないか。

無駄な医療を減らすには、受診者のインセンティブに直接働きかける施策の導入が重要

- 受診者のインセンティブに直接働きかける施策の候補として、保険免責制導入を検討することは意義がある。必要度が高くない受診が抑制されると共に、長期的にも生活習慣病予防意識が向上する等の効果が見込める。
- 財政再建方策として消費税率引上げが議論されているが、誰もに一律に全ての消費について追加負担を課す消費税よりも、自らの健康管理で受診頻度を減らすことが可能な保険免責制導入は、患者のインセンティブに直接の影響を及ぼすことにより医療費削減に直接の大きな効果を持つ施策として、今後も議論の俎上に載せていくべきではないか。
- 必要な医療サービス利用の制限への懸念が強調されているが、各種増税など財政再建に同レベルの効果を持つ複数の施策を提示して、国民に選んでもらったら納得のいく選択肢といえるのではないか。

社会保障制度においては、積立方式のような個人会計的発想が必要

- 社会保険料と税負担の問題については、どういう割合が最適かは経済学的には言えない。日本では、社会保険料と税とがほとんど区別されず両方とも税負担のように認識されており、両者の区別を明確にするには、積立方式のような個人会計的な発想が必要。

質に基づく支払いへの移行のために、電子レセプト化は必須

- 診療報酬の将来の方向として、質に基づく支払いへの移行を目指すべきで、そ

のためにも電子レセプト化は必須。医療機関へのインセンティブだけでなく、支払機関から保険者への電子化のインセンティブも不可欠。

電子化により、一次審査は基本的には機械で行い、二次審査は医学的な判断が必要となるような精緻な審査を人間が行うことになるだろう。IT化により、支払機関の役割も変わると思うが、どのような役割を担うようになるのか、議論する必要がある。

(池上委員)

平均在院日数短縮対策による医療費削減額の見積りには、入院期間中の 1 日当たり入院費の変化、病床種別に留意すべき

- 1 日当たりの入院医療費については、入院期間中に変化する。例えば、手術を目的とした入院の場合、通常入院した翌日に手術が行われ、それに関連して実施される検査・処置・投薬・注射等のため、その後数日間は 1 日当たりの入院医療費は高くなるが、退院に向けて 1 日当たりの入院医療費は下がっていく。また、DPC でも在院期間が長くなるに従って包括報酬額は 3 段階に低下していく。
- このため在院期間を短縮した場合には、退院近くの 1 日当たりの入院医療費の低い部分が短縮される、短くなった在院期間に必要な医療サービスが凝縮されるため、1 日当たりの入院医療費は高くなる。
- この結果、平均在院日数が短縮しても、その分だけ医療費が削減されるわけではなく、むしろ 1 回の入院に要する費用はほとんど変化しない可能性がある。少なくとも、1 日当たりの平均入院医療費×短縮日数という単純な計算では医療費の削減効果を算出できない。だが、厚生労働省の改革試案の算出に当たっては、この点に関する考慮がなされていないようである。
- また、一般病床と療養病床では単価・在院期間が大幅に異なるため、両者を分けて算出する必要がある。両病床を一緒にして、全国と長野県の在院期間の差を半分にするという改革試案では、この点が配慮されていない。

生活習慣病対策による大幅な医療費削減は実効性に疑問がある

- 生活習慣病の患者 25% 減少による大きな額の医療費適正化を行うという目標は、各個人の生活習慣を改めることは難しいので実効性に疑問がある。また、仮に生活習慣病を予防し、罹病期間の短縮によって医療費を削減できたとしても、他の疾患に罹患し、いずれは死亡することになる。その際、死亡前医療費は一般に高額であるので、医療費の削減が試算通りに進むかは疑問である。
- 都道府県における医療費適正化計画に、健康増進計画が連動することが改革試案に提示されている。健康増進計画における数値目標として、生活習慣の改善度を測定することは難しいので、健診受診率、事後指導実施率等が選ばれる可能性が高い。そうなると、健診受診率等が目標値を下回った場合、あるいは全国値より下回った場合には、国保や高齢者医療保険制度に対する国の交付金が削減されることになる。しかし、これらの数値目標が、生活習慣病の予防にどこまで効果があるかは疑問であり、さらに医療費を適正化する上での効果につ

いては一層疑問である。

地域間医療サービスの格差是正は重要で効果のある施策

- 医学的には、同じ病態の患者に対して、同じ基準に従って医療サービスが提供されるべきであり、地域によって入院する基準、手術を受ける基準が異なるべきではない。ところが、手術や処置を受ける割合には地域格差が大きいと考えられる。
- カナダでは手術の実施の地域格差の状況を公表しただけで地域格差が縮小した。日本においても、結果として発生した医療費及び医療費を構成する薬剤費や検査費における都道府県格差だけではなく、手術や処置内容における地域格差にも着目するべきである。

（岩本委員）

保険制度のリスク分散機能の評価が十分ではない

- これまで財政支出削減とモラルハザード抑制の観点のみが強調され、患者負担増がおこなわれてきたが、リスク分散機能の低下による影響も考慮した政策評価と意思決定が行われるべきである。そもそも望ましい患者負担の水準は、モラルハザード防止の便益とリスク分散低下の費用を考量して決められるべきものである。

レセプトデータの電算化など、医療の透明化が改革のポイント

- 医療費抑制策として平均在院日数短縮と生活習慣病対策が提案されているが、さらに医療費抑制のための個別施策の積上げが必要ではないか。個別抑制策の積上げでは、患者の代理人としての保険者が予防により積極的に取り組んだり、医療サービス利用を評価することが重要な役割を担う。その活動の基盤として、保険者機能の発揮のためにレセプトデータの電算化を図り、医療の透明性を高めることが必要。電算化の早期実現のためには、今までの取組みでなぜ電算化が進まなかったかを公開の場で検証して、実効性のある施策を見つけ出すという作業をしてはどうか。

高齢化の進展に伴い、事前積立型保険制度の検討も

- 諮問会議では 2025 年の医療費が議論の対象にされ、医療保険財政の議論で今まであまり取り上げられなかった長期的な視点を導入したことは評価できる。そのような長期を視野に入れて制度改革を考えるのなら、事前積立型保険制度の創設も考えてはどうか。今後の人口構成の変化により、現役世代の拠出で高齢者の医療費を支えるという現行制度の維持が困難になることは避けられない。

市場が機能する価格体系への転換と患者本位の選択を実現するメカニズムが必要

- これまで診療報酬での評価による政策誘導が多用されてきたが、出来高払いで定率自己負担の報酬体系の下では、政策指導は効果的ではなく、適切でもない。通常の市場では、財の消費量を増やしたい場合は価格を下げるよう誘導するが、診療報酬による誘導では価格を上げようとする。これは供給側により多くのサービス提供を行わせるインセンティブを与えるものの、需要側の利用インセンティブを損なわせ、効果が相殺される。診療報酬の評価では、市場メカニズムが働けば実現されるであろう価格体系にできるだけ近づけることを基本とすべ

きで、原価を反映した価格体系にするのが原則である（ただし、研究開発費の回収が必要な新薬の評価等は除く）。患者のQOLを高める医療サービスを普及させたいならば、まず情報の周知を図ることで患者がそれを選択することを促す施策をとり、消費者主権の原則と整合的であるべきである。いたずらに価格体系を歪めることなく、患者本位で医療サービスの選択ができる診療報酬制度を目指すべきである。

(川淵委員)

医療費適正化には、まず、Pay for Performance への移行が必要

- 世界的に医療費適正化は、Pay for Performance を重視する方向にある。
- 一般的に医療にかかるコストと死亡率（リスク調整済み。以下同じ）とはトレードオフにある。しかし、現実には同じコストでも死亡率にばらつきがある。逆に同じ死亡率を達成するのに要するコストにもばらつきがある。例えば、図表 4-1 で示すように、B 病院は死亡率・コストとも優れる一方、C 病院は死亡率・コストとも劣っている場合がある。この場合、B 病院のような病院には高い経済評価を、C 病院には低い経済評価を行なう体系に改め、C 病院の経済評価を下げた財源で、B 病院の高い経済評価を行えば、財源問題をクリアできる。
- これらの体系は、特に急性期医療を実施する病院に入れていくべきである。現在我が国では DPC が一部の急性期病院に導入され、様々なデータ蓄積が進みつつある。これらのデータ蓄積を生かしながら、医療の質とコストの評価を行い Pay for Performance の体系へと移行すべきである。
- また、医療の質の担保については、中立的な第三者機関が質とコストの評価を行うべきである。例えば、米国では公的医療保険であるメディケアにメディケア支払諮問委員会 (MedPAC) があるが、このような組織が我が国も整備されることが望ましい。
- 質に対する評価をコストの評価と共に行い、その評価に必要な情報基盤とそれによるデータを蓄積し、成果に応じて経済評価を行うことが、現場のインセンティブを維持しながら医療費適正化を行う道である。また、前述の B 病院のように医療の質とコストに優れた病院名は公表するようにしていくことが、今後望ましい。

生活習慣病対策にはインセンティブを

- 予防医療については、健康診断、事後指導といったこれまでの対策以外に、個人のインセンティブを活かした対策が必要である。
- 例えば、税金の医療費控除制度であるが、現在、薬局で買った治療薬代や病院へ行くために使った交通費も含めて申告できるのに、人間ドックや予防医療は控除の対象外である。国が予防医療に力を入れるのであれば、こういった分野こそ控除の対象とすべきである。

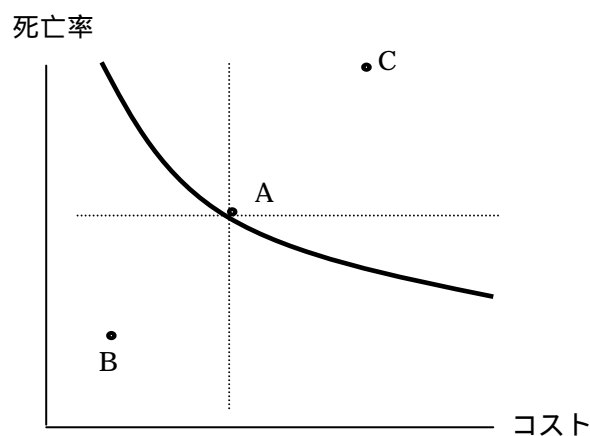
レセプトの電子請求や電子カルテ普及にはインセンティブ付与が必須

- レセプトの電子請求や電子カルテも、現在、経済的インセンティブがないので

当初目標通りに進んでいない。例えば、今後 1～2 年の間に電子請求への早期対応を行った医療機関については、診療報酬の 1 点単位を期限付きで上げ、3 年後になっても依然として未対応のところは減点するなどのインセンティブの付与が必要である。

- また、電子化で省力化できるところ（チェック、支払期間短縮）で浮いた費用を電子化投資へのインセンティブに振り向けないと医療機関にとっては減少になるので、目標通りに進んでいないだろう。

図表 4-1 医療成果とコストのトレードオフ



(備考) 川淵・杉原「DPC データを使った医療の質の可視化の試み(上)」社会保険旬報 No.2259 2005 年 10 月 21 日

（松田委員）

我が国の医療の特徴として、高額医療機器の台数が多いことがある。

- 我が国の医療の特徴として、国際的にみても病床及び在院日数が多く、病床当たりの医療従事者が少ないといわれているが、それに加えて、高額医療機器の台数が多い点が指摘できる。

平均在院日数短縮は医療・介護機関の機能分担と病床転換の実施が前提

- 平均在院日数の短縮を可能とするためには、「出口」をつくる必要がある。
- このため、平均在院日数の短縮が目標通り実施できるためには、退院後の機能分担と病床転換、在宅医療・在宅介護の推進が必要である。
- 急性期医療については、症状別の必要病床数から算出した例では約 30～40 万床との試算がある。急性期医療については、病床を現在の一般病床から更に絞ると共に、そこに医療従事者を厚く配置する。
- 一方、急性期を脱した亜急性期医療については、在宅への移行を支援する回復期リハ機能と位置付け、残りの一般病床を転換する。
- 老人保健施設は、亜急性期医療と在宅医療との中間の維持期のリハ機能と位置付ける。
- 特別養護老人施設は、居住機能に在宅ケアを組み合わせたものと再定義し、居住機能は年金からの支出。ケア機能については介護保険からの居宅サービスとしての提供を行う。その際、低所得者については別途対策を行う。
- 以上から、一般病床、療養病床における医療管理が不要な患者の滞留を防ぎ、全体として社会的入院を減らしながら医療費を削減する。

レセプトの電子請求を増やし医療の質とコスト評価の体制を整えるべき

- 今後、医療の質とコストの評価のために、レセプトの電子請求は必須としていく必要がある。
- DPC の適応拡大のためにはレセプトの電子請求は必須である。なお、DPC の目的は支払い方式だけでなく、むしろ、その本質は医療情報の標準化と透明化、そしてその情報管理に基づく病院管理並びに医療の質の管理の改善活動にある。
- そのため、医療の質とコストの評価の利便性のために、レセプトの情報については、一部行われているイメージ・データでの保存ではなく、数値・文字データによる保存とすべきである。