

医療経済学会 第8回研究大会

医療政策に対する医療経済学の貢献  
- 医療経済学は役に立っているか -

学習院大学 遠藤久夫

# 要旨

○社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月)に「データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立が望まれる」という記述があるが、実はここ10年くらいの中に、医療政策の決定が多くの調査データを基に行われるようになってきている。

○このような傾向は、医療政策決定の合理性、透明性の向上に貢献しているが、医療経済学の視点から、この現状を検討する。

○具体的には

- (1)医療政策決定過程におけるエビデンス重視の状況
  - (2)審議会等で使用されるデータおよび分析手法の特徴
  - (3)医療経済学の視点から評価と課題
- について報告する。

# 中央社会保険医療協議会（中医協）に見る調査・分析

## 1. 中医協での審議でエビデンスが重視される背景

- 利害対立が鮮明なため根拠が薄弱では議論が進まない
- 中医協の下部組織として調査専門組織が5つ設置されている
- 中医協自体も7つの小委員会・部会で構成され、その中には調査をミッションとして持つものもある。
- 中医協の審議は不透明だと言われてきたが、H17年度の中医協改革で透明性の向上が図られた。
- 「検証部会」が設置され、改定結果の検証調査が義務付けられた

## 2. 中医協で用いられる分析調査の対象

- 診療報酬（薬価）改定の根拠
  - ・現状の把握と問題の把握
- 診療報酬（薬価）改定の影響把握
  - ・改定結果の検証

## 中央社会保険医療協議会

総会(最高決定機関)

診療報酬基本問題小委員会  
(診療報酬制度に関する審議)

調査実施小委員会  
(医療経済実態調査を審議)

診療報酬改定結果検証部会  
(改定の結果が目的を達成しているかを検証)

薬価専門部会  
(薬価制度に関する審議)

保険医療材料専門部会  
(保険医療材料基準価格制度に関する審議)

費用対効果評価専門部会  
(技術、医薬品、機器の費用対効果の方法を検討する)

薬価専門組織(新薬の薬価案を作成)

保険医療材料専門組織(特定保険医療材料の価格案を作成)

診療報酬調査専門組織

(重要テーマを専門的に審議し  
中医協原案を作成)

○入院医療等の調査・評価分科会  
(入院基本料の在り方等を検討)

○医療技術評価分科会  
(新技術の保険収載案の作成)

○医療機関のコスト調査分科会  
(病院の診療科別収益率の調査検討)

○DPC評価分科会  
(DPC包括制の制度の検討)

○医療機関等における消費税負担に  
関する分科会  
(消費税引上げに伴う診療報酬上の  
課題を検討)

# 中医協で使われる調査データおよび分析の特徴

## (1) 調査データの特徴

### [中医協以外の調査データの再利用の例]

○MEDIAS(保険局)

- ・レセプト(ほぼ)全数データ
- ・医療費の速報

○社会医療診療行為別調査(統計情報部)

- ・レセプトのサンプリング・データ
- ・改定の際の基本データとなる

# (1) 調査データの特徴

[中医協で実施する調査の例]

## ① 従来から行っている調査

○ 医療経済実態調査(医療機関の収入構造、費用構造、医療従事者の給与等)

- ・ 医療機関の収支状況の把握

○ 薬価調査(医薬品の実勢価格等)

- ・ 既収載品の薬価算定の基礎とする

○ 特定保険医療材料価格調査(特定保険医療材料の実勢価格等)

- ・ 特定保険医療材料の償還価格算定の基礎とする

## (1) 調査データの特性

### ② 中医協調査専門組織が行う調査

#### ○ 療養病棟のコスト・レセプト等調査

- ・ 療養病棟のコスト、患者像等の把握

#### ○ 一般病棟入院基本料等の見直しについての影響等の調査

- ・ 入院患者の属性、退院先等の把握

#### ○ DPC 導入の影響評価にかかる調査

- ・ 患者の転帰、再入院、在院日数、後発品使用状況等の把握

#### ○ 医療機関の部門別収支に関する調査

- ・ 病院の診療部門別収支の把握

## (1) 調査データの特徴

### ③ 診療報酬結果検証部会(平成24年度改定)(その1)

#### ○ 救急医療調査

- ・ 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査

#### ○ 病院勤務医の負担の軽減の状況調査

- ・ 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置についての効果の影響調査
- ・ チーム医療に関する評価後の役割分担の状況や医療内容の変化の状況調査

#### ○ 歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査

#### ○ 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方支援に関する調査

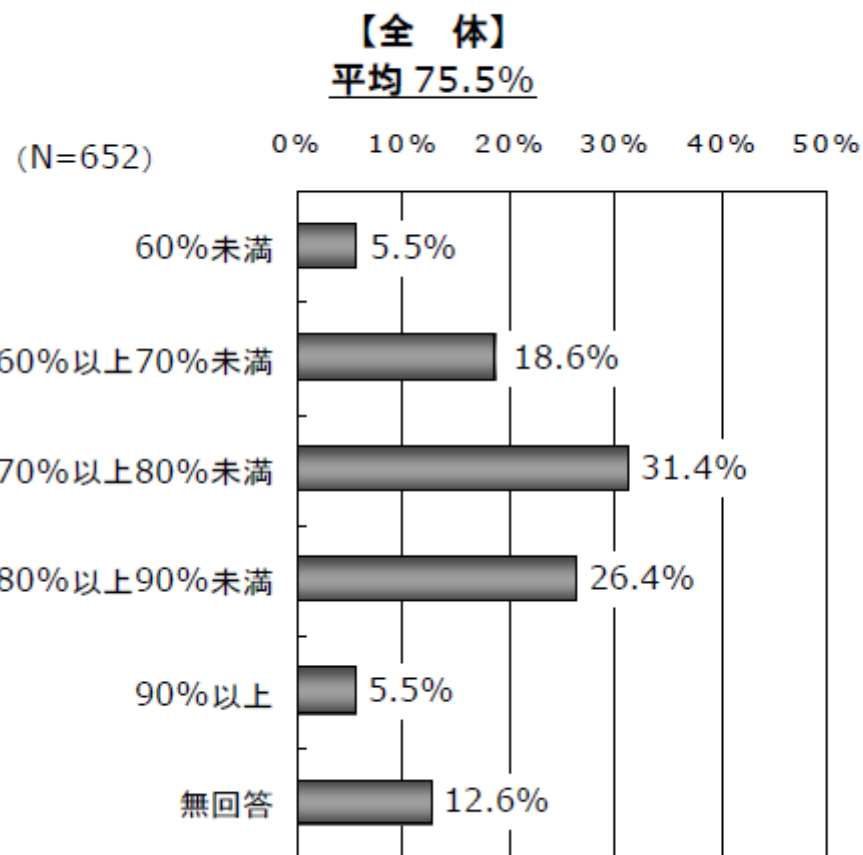


### ③診療報酬結果検証部会(平成24年度改定)(その2)

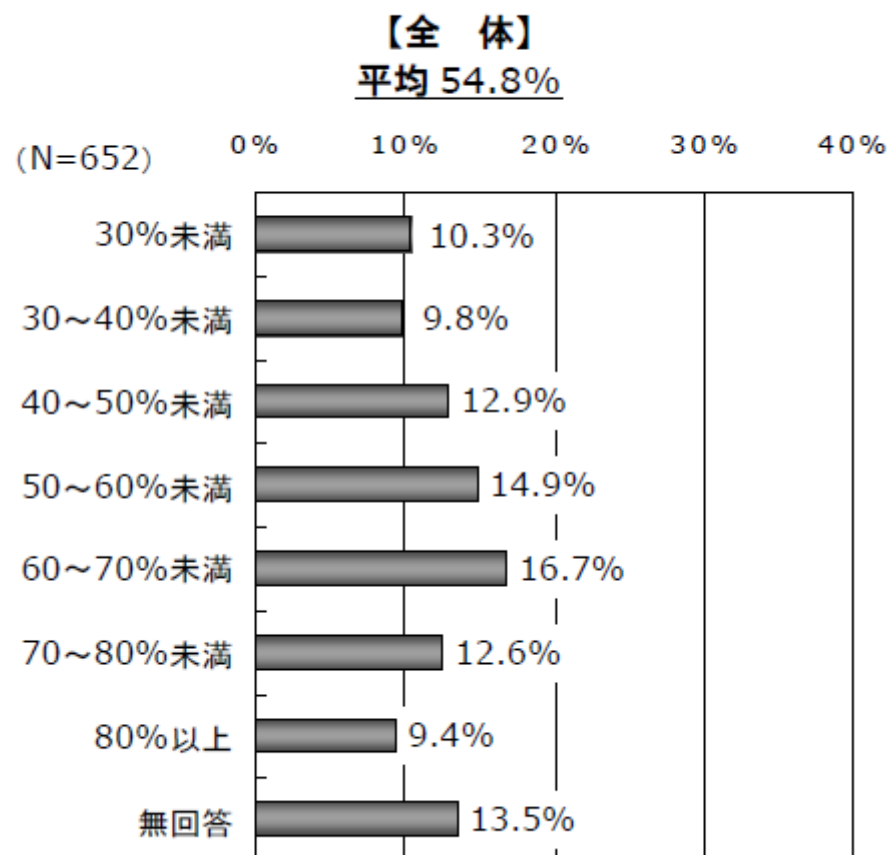
- 病床機能の評価についての影響調査及び在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査
- 訪問看護の見直し及び評価についての影響調査
- 慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況調査
- 在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査
- 廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションなど疾患別リハビリテーションに関する実施状況調査
- 医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果の調査
- 一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況調査

# 平成20年度導入された回復期リハビリテーション病棟入院料に係る「質の評価」に関する検証

図表 3-20 在宅復帰率 [H21.1~6月]



図表 3-21 重症患者回復率 [H21.1~6月]



重症患者回復率の計算方法は以下の通りである。

$$\text{重症患者回復率} = \frac{\text{1月～6月の6カ月間に退棟した重症の患者（入院期間が通算される再入院の患者を除く）であって、入棟時と比較し日常生活機能評価が3点以上改善した患者数}}{\text{1月～6月の6カ月間に貴棟に入棟していた重症の患者数}}$$

## 社会保障審議会医療保険部会で用いられる分析調査の対象

- 基本的には保険制度改革が医療費へ及ぼす影響の把握を目的とする。
- 中医協と異なり、制度改革の結果の検証は義務付けられていない。
- 主として、保険制度改革が公費負担、保険料負担に及ぼす影響の把握がポイント。特に、各保険者（健保組合、協会けんぽ、国保）に及ぼす影響が重要。
- 例 受診時定額負担（100円）を導入を前提とした高額療養費制度の改革（所得区分の細分化）に伴う財政影響  
（平成23年 医療保険部会）

## 高額療養費の見直しのイメージ（案）

一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模（※）の見直しを想定したもの（一般所得者の区分の細分化と年間上限の設定）であり、低所得者の軽減の規模によって内容は変わる。

（※）一体改革成案の工程表では、「受診時定額負担等（高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、公費1300億円）ただし、低所得者に配慮」としている。

	[現行]	[見直しのイメージ案]
70歳未満	<<上位所得者>> 当初3ヶ月： <u>150,000円</u> 4月目～： <u>83,400円</u> + (医療費 - 500,000) × 1%	<<上位所得者>> 当初3ヶ月： <u>150,000円</u> 4月目～： <u>83,000円</u> 年間上限： <u>996,000円</u> (※1)
	<<一般所得者>> 当初3ヶ月： <u>80,100円</u> + (医療費 - 267,000) × 1%  4月目～： <u>44,400円</u>	<<年収600万円以上（一般所得者）>> 当初3ヶ月： <u>80,000円</u> 4月目～： <u>44,000円</u> 年間上限： <u>501,000円</u> (※5)  <<年収300万円～600万円（一般所得者）>> 当初3ヶ月： <u>62,000円</u> (※4) 4月目～： <u>44,000円</u> 年間上限： <u>501,000円</u> (※5)
		<<年収300万円以下（一般所得者）>> 当初3ヶ月： <u>44,000円</u> (※2) 4月目～： <u>35,000円</u> (※3) 年間上限： <u>378,000円</u> (※6)
	<<低所得者（住民税非課税）>> 当初3ヶ月： <u>35,400円</u> 4月目～： <u>24,600円</u>	<<低所得者（住民税非課税）>> 当初3ヶ月： <u>35,000円</u> 4月目～： <u>24,000円</u> 年間上限： <u>259,000円</u> (※7)

(※1) 83,000円 × 12月

(※2) 現行の4月目以降とほぼ同じ額 (※3) 低所得者の当初3カ月とほぼ同じ額  
 (※4) 年収600万円以上と300万円以下の中間の額 (※5) 44,000円 × 12月 × 95% (※6) 35,000円 × 12月 × 90%

(※7) 24,000円 × 12月 × 90%

## 高額療養費の見直しと受診時定額負担の財政影響（2015年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しを想定。
- 市町村国保は、低所得者が多く、財政影響が大きい（健保組合、共済、協会けんぽも、前期高齢者等の財政調整を通じて、市町村国保の給付増の一部を負担）。財政中立とするため、受診時定額負担に加えて、さらに公費の支援も必要だが、その分の財政影響は加えていない。

	(イ) 高額療養費の見直し (P 8の財政影響)	(ロ) 受診時定額負担 (P 19の財政影響)	(イ) + (ロ)
①保険料負担への影響	約2500億円	▲約2700億円	▲約200億円
協会けんぽ	約900億円	▲約900億円	▲約30億円
健保組合	約700億円	▲約900億円	▲約300億円
共済組合	約200億円	▲約300億円	▲約70億円
市町村国保	約500億円	▲約300億円	約200億円
後期高齢者医療	約50億円	▲約60億円	▲約10億円
②公費負担への影響	約1200億円	▲約1100億円	約90億円
給付費への影響 (①+②)	約3600億円増	▲約3700億円	▲約90億円

(注1) 100億円未満の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

(注2) 「受診時定額負担」の財政影響は、平成23年度予算ベース。受診回数は、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

○行政では自己負担の変更が医療費に及ぼす影響は、一貫して[長瀬式]を用いて推計される。

### 長瀬式

長瀬効果は、医療費水準  $y$  を給付率  $x$  の関数として示す式(長瀬式)で表現される。給付率の変化による医療費への影響を推定するときには、過去の実績値を基礎としてこの長瀬式を推定し、推定した長瀬式に見込まれる給付率の変化を代入して影響を算出している。

平成14年および平成18年の医療制度改革においては、一般制度では平成9年9月改正の実績、老人保健は昭和58年2月改正～平成9年9月改正の実績を基礎に次の長瀬式を推定している。

$$\begin{array}{ll} \text{一般制度} & y=0.475x^2+0.525 \\ \text{老人保健} & y=0.499x^2+0.501 \end{array}$$

## (2) 調査分析方法の特徴

① 調査目的ごとに調査設計される場合がほとんど。

○ 合目的な調査設計ができるが、一方で調査設計の過程で利害関係が反映する可能性もある。

② 当然であるが学術的な視点より政策的な視点が重視される。

③ 定期的に行われる調査と単発的な調査が混在する。

・ 定期的: 医療経済実態調査、DPC調査等

・ 単発的: 改定結果検証部会が実施する調査等

④ 分析において異なる調査のデータを組み合わせることはほとんどない。

○ 他の調査との組み合わせ方で結果が変わることを回避するためなのか、調査と分析は自己完結的。

○ 分析の視座は狭くなることは否めない

⑤分析手法はクロス分析が中心で、統計的解析を行うことはほとんどない

○分析モデルや解析方法によって結果が変わることを回避するためか。

○複合要因が関係する場合はクロス分析では物足りない場合が多い。

○例外的に統計解析を行う例もある。

- ・事務局が特定のテーマで厚生労働科学研究費を付けて研究者に依頼するケース

例：平成18年度「外科手術のアウトカム要因に関する解析と評価方法に関する研究」主任研究者 大江和彦（中医協「診療報酬調査専門組織・手術に係る施設基準等調査分科会」）



## 5. 子宮頸癌に対する広汎子宮全摘除術

### アウトカムに関連する要因

表中の矢印は、それぞれのアウトカムのリスクを上げる（↑）、あるいは下げる（↓）方向に5%水準で有意差があったことを意味する。

要因		アウトカム			
		排尿障害	排便障害	出血量	手術時間
年間手術件数	20 例以上			↓	
主たる術者・責任者の術者経験数	200 例以上	↓			↓
患者の年齢	高齢				
ステージ	Ⅲ以上	↑	↑	↑	↑
糖尿病の有無	有			↑	↑
開腹手術の既往	有				↑
リンパ節郭清(大動脈周囲)	有				↑

平成18年度「外科手術のアウトカム要因に関する解析と評価方法に関する研究」主任研究者 大江和彦

## 5. 人工股関節置換術 (THA) アウトカムに関連する要因のまとめ

表中の矢印は、それぞれのアウトカムのリスクを上げる (↑)、あるいは下げる (↓) 方向に有意差があったことを意味する。

要因		早期合併症 (術後1ヵ月未満)	後期合併症 (術後1ヵ月以上)	術中出血量	手術時間
年間手術件数の増加	100 例以上		↓		
主たる術者・チーム責任者の術者経験数の増加	500 例以上	↓		↓	↓
患者の性別	男			↑	↑
患者の年齢	高齢				
<b>BMI の増加</b>					
基礎疾患	変形性股関節症以外		↑	↑	↑
骨粗鬆症の有無	有	↑	↑		
ステロイド服用歴	有				
高血圧症	有				
糖尿病の有無	有				
慢性閉塞性呼吸器疾患の有無	有				
脳血管障害の既往	有				
心疾患の有無	有				
初回・再手術の別	再手術			↑	↑
患側	左				
術式	Conventional THA				↑
コンピュータナビゲーションの併用の有無	有				↑
人工股関節固定法 (大腿骨ステム)	セメンテッド				
人工股関節固定法 (臼蓋形成用カップ)	セメンテッド				
骨移植の有無	有			↑	↑
輸血の有無	有			↑	↑
術前の JOA スコア					

#### ④大胆(大雑把?)な分析

○政策を進めなくてはならないため、精緻な分析より方向が明らかになれば利用するケースも多い。

例:自治体に対して生活習慣病対策等による医療費削減効果の計算方法を指示したケース

「平成29年度の各都道府県におけるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少者数にメタボ該当者・予備群と非該当者との平均年間点数の差(平均して8,000~10,000点であることから、将来における点数差を9,000点と仮定)を用い、減少者数×9,000(点)×H23~推計年度までの1人当たり医療費の伸び率により算定する。」

(社会保障審議会医療保険部会)

# 医療経済学の視点から評価と課題

エビデンスベースの政策決定は進んでいるといえるが、医療経済学の視点から見た課題もある。

## 1. 分析方法

○課題によっては分析手法の改善が必要

○従来のクロス分析＋外部の専門家に分析依頼、というスタイル定着すべきでは

## 2. 重要な政策でも根拠が不確かなものもあり、検証対象とすべきではないか

○例

・病院の機能分化と在宅シフトは医療費の削減につながるのか

・特定健診は生涯医療費を低下させるのか

・自己負担の引き上げは中長期的には医療費を増やすのか減らすのか

## 3. データの利活用の促進

○行政データの利活用の促進

○「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」⇒利用制限の緩和の動き

## 4. 医療政策とアカデミアとの関係

### (1)現状

#### ○行政

- ・自己完結的でアカデミアとの関係は希薄

#### ○アカデミア

- ・分析の厳密性は高いが、政策的視点が欠如しがち

### (2)相互交流の重要性

#### ○学問的厳密さを強調しすぎれば政策が進まないのは事実

#### ○しかし行政とアカデミアの適切な緊張関係の構築は必要

- ・ある時は協力、ある時は牽制

#### ○行政情報の利活用の推進等体制整備が重要