

医療経済学セミナー 特別シンポジウム

【基調講演】 兪 炳匡 55
(医師、医療経済学博士)

【パネリストからのコメント】

小椋 正立 68
(法政大学大学院エイジング総合研究所教授)

井伊 雅子 73
(一橋大学国際・公共政策大学院教授)

松田 晋哉 81
(産業医科大学公衆衛生学教室教授)

【総合ディスカッション】

[基調講演]

医療経済学は医療改革に どのように貢献できるか

兪 炳匡 (医師、医療経済学博士)

Byung-Kwang Yoo, MD, MSc, PhD

ニューヨーク州ロチェスター大学助教授

スタンフォード大学医療政策センター非常勤研究員

(著書・研究) 「改革」のための医療経済学

総括

最初に総括 (医療費高騰の犯人探し・予防医療は効率が良いか?・公的皆保険か民間保険か?・日本の医療経済学への期待)を説明してポイントを整理し、その後、4つのトピックについて詳細をお話します。

総括 1. 医療費高騰の犯人探し

医療政策でしばしば問題になるのが医療費高騰です。この医療費高騰の犯人探しという問題について、小物格の犯人を追い回しても政策上の医療費抑制のメリットは軽微であることに、異論はないかと思えます。欧米の一連の研究によると、日本でしばしば指摘されています人口の高齢化、医療保険の普及、国民所得の増大は、実はいずれも「小物格」であると示唆されています。米国の実証研究によれば、医療費上昇率の半分ないしそれ以上に寄与する最大の黒幕としては、『医療技術の進歩』が有力とされています。有力と言いますが、実ははっきりこれを結論づけるようなエビデンス・根拠が無いからです。別な言い方をすれば、医療費上昇率の半分以上を占める犯人を特定できていないことを示した、有名な実証研究について後で詳しく説明します。

また、医療費高騰の議論をする際に最初に考慮すべき点は、急性期医療費と長期介護医療費という2つのタイプを区別することだと考えています。実際にこれら2つのタイプの医療費を厳密に区別するのは容易ではないのですが、理論的にも予想されるだけでなく、実証研究でも、医療費高騰に寄与する要因の影響度の大きさは、これら2つのタイプで明らかな違いが示されています。また、日本に限りませんが、無償の介護、家族介護の経済的価値は、通常医療費の計算に含まれていません。この計算方法により、長期介護コストは過小評価される傾向がありますので、やはり急性期医療費と長期介護医療費は可能な限り区別すべきであると考えています。更に留意すべき点を挙げると、日本の医療政策に具体的な提言を行うためには、日本国内の個票データを分析する必要があります。個票データとは、個人を1単位とする分析が可能であるデータを意味します。このようなデータを大規模かつ頻回に収集し、分析を行わない限り、具体的な政策立案は非常に難しいと思います。今回、紹介する研究のうち、分析単位が国家であるマクロ分析、とりわけ国際比較というのは相対的な情報、または今後行うべきマイクロ研究のテーマを示唆するに

過ぎない点を強調したいと思います。

このテーマの最後に、仮に過去の医療費の動向を詳細に説明できるモデルがあり、それと同じモデルを使ったとしても医療費の将来推計というのは非常に難しいこともお話しします。

総括2. 予防医療は効率が良いか？

日本での通説に反し、二次予防に含まれる検診（スクリーニング）は、実は治療よりも効率の悪いものが多いという実証研究を紹介します。効率はどのような期間において測るかに因って、結論がしばしば変化します。例えば5年という期間において効率が良い医療であっても、より長期である20年間の医療費を増大させる可能性があります。例としては禁煙指導、高齢者の健康促進などがあり、これらについて具体的なエビデンスをご紹介します。

また、費用対効果分析は日本でも大変ポピュラーになりましたが、特定の条件下で配分効率を改善することが本来の目的で、コスト削減とは理論上まったく無縁であることは、意外と知られていないようです。

総括3. 公的皆保険か民間保険か？

(1) 公的部門が大きな役割を担う皆保険制度か、(2) 民間保険が主たる役割を担い、公的部門の役割を最小にする医療保険制度か、という2つの保険制度改革案については、米国でも長らく論争が続いています。数多くある効率改善を図る基準の中で、論争収束のために私が最も重要と考える5つの基準は以下の通りです。

①医療保険のリスク分散機能を通じた効率の改善、②金銭的・人的資源を浪費する「政府の規制」を減らすことを通じた効率の改善、③医療保険の給付対象決定を通じた効率の改善、④医療費に占める事務経費の最小化（実際の医療に使われる費用の最大化）を通じた効率の改善、⑤病院（診療所）間の競争を通じた効率の改善。

これら5つの効率の基準のうち民間営利企業導入によって改善したものは、私の知る限り、米国を含めた諸外国の例ではありません。もちろん他のいくつかの効率の基準に関しては、改善した例もあります。しかし、社会全体の経済厚生に与えた負の影響がより深刻であるという点で、上記5つの効率の基準について注目しました。

公的皆保険制度か、民間保険制度か、どちらを選択するかという政策上の問題についても、まず理念を選択する必要があります。仮に社会が「最低限の医療を政府が保障する」という理念を選択した場合、たとえ医療保険（市場）の民営化を推進しても、政府は「規制の義務」からは解放されません。場合によっては民営化すればするほど規制の必要が増えるという、ある種のパラドックスが起こることは強調し過ぎることがない程重要な点です。

総括4. 日本の医療経済学への期待

意外に思われるかも知れませんが、「理念、価値観」に関する問題は、医療政策・経済学とは切っても切れない関係です。まず理念を明らかにしない限り、「複数」の選択肢から選ぶということが、事実上不可能である政策上の問題が多くあるからです。更に強調したい点は、政策は誤る可能性が非常に高いというこ

とを前提にした、政策のチェックアンドバランス機構やインフラの整備が重要であるということです。具体的な例としては、1960年代に米国のジョンソン大統領が、全ての政府事業予算額の1%を、お手盛り評価ではない中立的な第三者評価に使うことを義務化しました。この1%枠を日本でも制度化できれば、医療費が概算で30兆円ですから、その1%に当る3000億円をかけて、果たして医療政策が、本来の目的通りに機能しているかを評価できることになります。仮にこの額に相当する政策評価予算が、日本で将来的に確保できれば、米国の様に「政策産業」が生まれる可能性が十分にあると思います。

米国では、政府だけでなく非営利組織（NPO）や、民間慈善財団などの組織も盛んに医療政策研究を行ったり、研究費を支援しています。しかし、残念ながら日本の場合には、政府以外の組織において活発な医療政策研究が行われていません。その理由の1つは、税控除の制限が米国に比べて非常に厳しいのが一因で、一般の市民からNPOや財団への寄付金が非常に少ないことです。この問題については、今後税控除の法整備が必要かと思います。

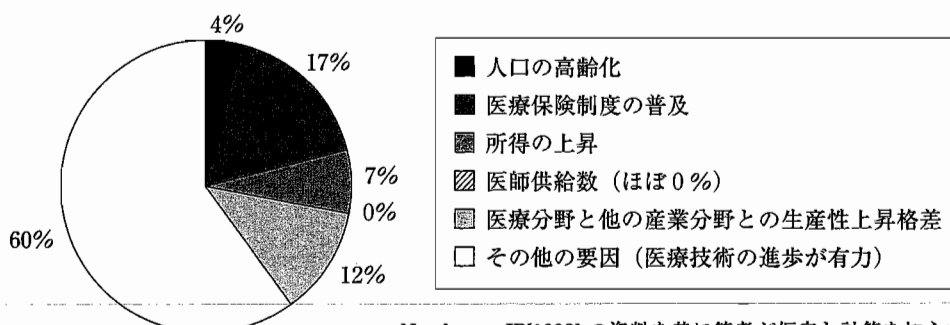
先にも申し上げましたが、具体的な政策提言に繋がる実証研究を今後蓄積していくためには、先ず政府による個票データの収集・公開が必要になります。しかし、そのためのデータ収集には計画から収集まで少なくとも5年程度の時間と、最低でも100億円単位の費用がかかると考えてよいかと思います。そして、データを収集・公開する際の中立性・個人情報の保護を確保するためにも、政府による個票データの収集・公開が前提条件として大変重要になります。

1. 医療費高騰の犯人探し

以下のパイチャート（図1）は、ハーバード大学のニューハウス教授の研究で、どのような要因が医療費上昇に寄与しているかを表しています。インフレーション（物価上昇率）を補正した後、1940年から1990年までの50年間に増加した医療費の上昇率を100として、医療費上昇に寄与している要因ごとの寄与率を示しています。なおこれらの数値はニューハウス教授の許可を得て、追加の前提条件の下に計算したものです。この計算方法の詳細に興味のある方は拙著を参照して下さい。

全人口に占める65歳以上の割合、すなわち人口の高齢化が医療費上昇に寄与した割合は、この研究ではわずか4%となっています。米国でも1964年に高齢者・低所得者に対する公的医療保険制度が成立し、そ

図1 米国に於ける『総』医療費上昇の5つの要因（1940～1990年）



Newhouse JP[1992] の資料を基に筆者が仮定と計算を加えて作成

れ以前から65歳未満の人口においても民間の医療保険が普及していました。医療保険の普及という要因が、自己負担軽減を通じて医療費を上昇させたことは十分予想でき、その寄与度は約17%でした。また、所得の上昇による医療費の増大は7%でした。医師の供給数の影響に関しては、実はほぼゼロという結果になりました。仮に、医療分野が他の産業分野と比べて経時的に生産性の上昇が低かった場合、相対的に医療コストが上がっていきます。しかし、医療分野全体の生産性を1つの数字で表すのは技術的に非常に難しく、ニューハウス教授の「予想」では約12%となっています。その他の要因に、実証分析に基づかない「予想」値であるこの12%を含めると、説明のつかない部分が70%近くもあります。この70%のうち、医療技術の進歩がかなり大きな割合を占めているのではないかとニューハウス教授は推測しています。

医療技術の進歩も生産性上昇格差と同じで、30年前に比べて高血圧の治療がどう変わったかを1つ数値に換算するのは非常に困難であり、ましてや医療全体の技術進歩を1つの数値で測ることは限りなく不可能です。したがって、医療技術の進歩に因る医療費上昇への寄与度も、正確には測れていません。

次に「ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン」に掲載された研究を紹介します。研究対象は米国の65歳以上の公的皆保険であるメディケアの加入者です。非常に興味深い3つの結果を紹介します。1つ目は、高額な医療費を要する病弱（高齢）者は早期に死亡するという結果です。そして2つ目、仮に健康であっても医療費は65歳以降の期間で、死亡直前に上昇・集中するという結果です。最後に、これら2つの結果から、65歳以降の生涯医療費は健康であっても、病弱であっても、すなわち、健康状態に因らずあまり変化しないという3つ目の結果が導かれました。

表1は1996年のデータを分析した結果の一部です。この研究では65歳から死亡時（70、80、90、100歳）までの総医療費、急性期医療費、施設介護費、在宅介護費を死亡時の年齢別に計算しています。

米国のメディケアは、日本の公的医療保険と同じで、給付対象の大部分は急性期医療サービスです。施設・在宅介護サービスもメディケアの給付対象に含まれますが、給付が極めて限定的ですので、データも限られています。従って、表1の4つの医療費の項目の中では、急性期医療費が最も信頼性が高いと思われれます。

この表の3列目にあるように、比較し易くするため、65歳から15年間生きて80歳で亡くなったグループの15年間の急性期医療費を100とします。70歳で亡くなったグループの、5年間の急性期医療費は、80歳で死亡したグループに比べて3分の1の期間しか生きておられないので、総医療費も3分の1かと思うと、

表1 高齢化の影響 米国の個人データ研究 (Spillman and Lubitz 2000)

死亡時年齢 (医療費支出期間)	総医療費	急性期 医療費	施設介護 ・費用	在宅介護 ・費用
70 (5 yrs)	55.2%	64.1%	25.9%	41.1%
80 (15 yrs)	100	100	100	100
90 (25 yrs)	149.1%	115.2%	287%	224.7%
100 (35 yrs)	226.8%	116%	726%	420.7%
Ave. 65+	104.2%	93.3%	151.8%	128.3%

65歳から死亡時までの医療費 in US in 1996

80歳で死亡が基準=100% (列・縦)

寿命が延長しても、生涯『急性期』医療費は殆ど同じ

実は64%になります。この64%という値は70歳で亡くなったグループの方が病弱で、生存期間から単純計算した3分の1の値の約2倍に相当する医療費を使ったことを示しています。しかし、70歳という早い時期に亡くなられていますので、80歳で亡くなる健康なグループよりも、死亡時までの総医療費は相対的に低くなります。更に興味深いのは、100歳まで生きたグループの医療費です。65歳から100歳までの35年間で使った急性期医療費は、80歳まで生きられて15年間で使った急性期医療費に比べて、わずか16%しか増えていません。100歳で亡くなる方というのは非常に健康なので、毎年の医療費はかなり低いのですが、長期間生存する上、死亡直前に医療費が集中・上昇する結果、死亡時までの総医療費は他のグループと近い額になります。

次に、急性期医療費と異なる長期介護医療費の決定要因について、私がスタンフォード大学で行った研究を紹介します。この研究では、先進諸国15カ国の1970年から2000年までの、長期介護医療費の増加要因のマクロ分析(分析単位=国家)を行いました。結果のうち介護医療費の伸び率の非常に大きな決定要因として示唆された、家族介護者・配偶者の有無について説明します。

家族介護者、とりわけ配偶者の有無を近似的に測定するために、寿命延長の速度について男性と女性の差に注目しました。男性と女性を比べますと、日本に限らず世界的に男性よりも女性のほうが長生きし、通常、毎年わずかずつ寿命が延長しています。この寿命延長のスピードにも男女差があり、女性の方が速く、男女差が大きくなる程、女性が配偶者に先立たれる確率が高くなります。この近似を用い、配偶者の有無による影響を数値化したところ、非常に大きな寄与度が認められました。具体的には、米国では1980年代に施設介護費の伸び率が1970年代に比べて150ポイント低下しましたが、その3分の1に寄与したのが配偶者の有無でした。米国に限らず他のヨーロッパ諸国についても過去の変化率のかなり大きな部分が配偶者の有無で説明可能でした。図1で急性期医療費の上昇のうち約30%しか、経済モデルを用いても説明できなかったのに比べると、施設介護費というのはかなり多くの部分、50~80%を説明が可能でした。

日本の医療費分析研究については、最初に小椋先生と鈴木先生の研究をご紹介します(“Concentration and Persistence of Health Care Costs for the Aged”, NBER, 2001)。この日本の個票データを使った厳密な研究では、日本の高齢者の中で高額医療費を使う上位5%を抽出しました。そして、この最も医療費がかかった高齢者グループのうち80%を、長期入院(90日以上)の患者が占めていました。また、長期入院の患者数が、都道府県ないし市町村における医療費の地域格差の主因の1つであると、この研究は指摘しています。

次の、二木先生が「日本の医療費」(医学書院1995年)と「現代日本医療の実証分析」(医学書院1990年)に発表した実証研究においても、欧米での実証研究と同様に、人口の高齢化が医療費増加に与えた影響は実は小さいという結果が得られています。

将来的な医療費推計について簡単に説明すると、一般にマクロデータよりも個人(ミクロ)データを用いた推計のほうが、より精度の高い推計が可能になると考えられています。リスク・アジャストメントと呼ばれる分析手法の中でも精度の高いモデルを用い、なおかつ大規模で詳細データがあれば、1年「前」の医療費の個人間の差(ばらつき)のうち60から80%まで説明可能です。ただし、同じモデルを使っても1年「後」を予想するとなると、説明できるのは20%以下になります。通説では、年齢という要因が、医療費の個人間の差(ばらつき)のかなりの割合を説明できるのではないかと考えられています。しかし、

実際にはモデルの説明変数として年齢と性別という2つの要因(変数)を加えてもばらつきの5%以下しか説明できない場合が多いのです。この5%以下という数値は、高齢化が医療費増加に直接大きな影響を与えて「いない」ことを示唆していると考えられます。精度の高いモデルを用いても1年後の医療費で予想できるのが20%以下ですから、10年後の予想値は極めて低くなりますので、長期的な政策立案に使えるとは考えられません。

別のタイプの将来の医療費推計の手法としては、国家(マクロ)データでの推計(10年単位)があります。例えば、過去30年の日本の医療費を基に、これから30年後の医療費を予想するということですが、これも実はかなり予測困難です。

先進諸国の多くでは総医療費のうち急性期医療費の割合が80%以上を占めています。日本の場合、厳密に測定すればこの急性期医療費の割合は、他の諸国より低くなるでしょう。過去の研究では、医療費上昇率の全てを100%とすると、経済モデルで説明できた寄与率は、総医療費で30%以下、先ほど紹介した長期介護医療費のモデルでも50~80%です。しかし、これらはいずれも「過去」の医療費上昇の寄与率を説明しているだけであって、「将来」を予測するというのは非常に困難です。配偶者の有無によって過去の介護医療費の変化率の多くが説明できましたが、この配偶者の有無という1つの要因だけをとりても将来推計が非常に難しいのです。個人レベルで考えてもらおうと思いますが、高齢者の夫婦が暮らしていて、来年どちらかが病気になるかを予想する、さらに一緒に同居している成人した子供が来年転勤になるかどうかを予想する事は容易ではありません。しかし、このような要因を考慮しない限り、正確な医療費の将来推計というのは期待できないのです。

2. 予防医療は効率が良いか?

表2は、ハーバード大学の研究者グループによる費用対効果分析の結果の一部です。

インフルエンザの予防接種は、最も費用対効果が高い医療の1つで、1人の人間の寿命を1年延長するために約1万4000円かかります。それに比べて白血病患者の感染予防のための免疫グロブリン投与は、同

表2 Tengsらによる費用対効果分析(CEA)の結果(一部のみ抜粋)

小分類	医療介入の種類	指標:(CER) 1年寿命を延長するための追加的費用	優先順位
1次 予防医療	全住民対象のインフルエンザ予防接種	\$ 140 (1万4千円)	1
2次 予防医療	強度の頭痛患者へのCTスキャン	\$ 4,800 (48万円)	4
	乳癌スクリーニング (Mammography) (i) 50歳の女性に1回のみ施行 (ii) 55~64歳の女性に毎年施行	(i) \$ 810 (8万1千円) (ii) \$ 1,100,000 (1千百万円)	(i) 2 (ii) 7
3次 予防医療	乳癌治療(閉経前の女性、外科手術後の化学療法)	\$ 18,000 (180万円)	6
	白血病患者の感染予防のための経静脈から免疫グロブリン投与	\$ 7,100,000 (7億1千万円)	8

通貨は1993年現在の米ドル(1ドル100円)で概算

じ1年間の寿命延長に約7億円かかります。もちろん1人の患者の投与に7億円かかる訳ではないのですが、免疫グロブリンによって寿命が1年延びる確率が0.1ポイントとしか上がらなければ、一人当たりの投与の額が70万円でも費用対効果比（CER）の値は1000倍の7億円になってしまいます。

さらに興味深いのが、乳がんのスクリーニングです。全く同じスクリーニングでも、実施する頻度によって経済効率が著しく変わります。50歳の女性に1回のみ施行しますと、乳がんで死亡する女性1人の寿命を1年延長するために8万円しかかかりません。スクリーニングの頻度を2倍3倍に増やしても、早期発見できる患者さんの数は、頻度と同じ割合で増えていきません。例えば、スクリーニングの頻度（回数）を2倍に増やしても、早期発見できる患者さんというのは1.5倍以下にしか増えません。頻度を3倍にしても3倍からははるかに低い、通常2倍以下の患者さんしか見つかりません。その結果、乳がんで死亡する女性1人の寿命を1年延長するための費用対効果比は、1回のみ施行で8万円であったのに比べて、55歳以上の女性に毎年施行すると約1000万円にもなります。

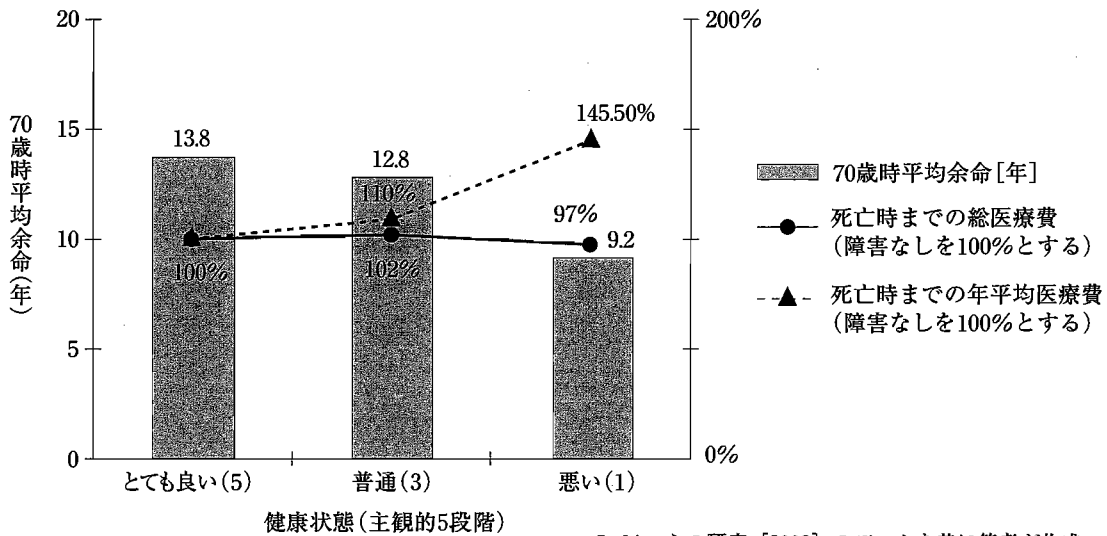
費用対効果分析は日本でも大変ポピュラーですが、いくつか留意点があります。1つ目は、方法論的にはいまだ未確立である点です。逆に言えば未確立である分、今後研究の余地があるということで方法論上の研究が大変盛んです。留意すべき2つ目の点は、費用対効果分析は理論上、コスト削減とはまったく無関係であり、事前に厳密に決められた総医療費のもとで配分効率（allocative efficiency）を改善する可能性があるに過ぎません。

効率のよい予防医療も、その視点をより長い期間に注目すると逆の結果が出ることもあり、これについても欧米諸国で様々な研究が行われております。興味深い例としては、禁煙指導を行うと、短期的には喫煙量が減るのに伴い肺がんになる確率が減り、肺がんの治療費・医療費の削減効果があります。しかし、長期的には肺がんは罹らなくとも、別の病気に罹ることになり、禁煙のお陰で長生きして死ぬまでの間に使う、生涯総医療費が増加してしまうという、パラドックスが生じ得ることを欧米の一連の実証研究が示唆しています。つまり、医療費を削減し財政負担を軽減するためには、たばこを「奨励」する方が良いという、皮肉な研究結果とも言えます。

図2は別の例で、米国の65歳以上の高齢者を対象とした研究です。健康で長生きすると、実は生涯医療費が上昇してしまう可能性があることを示しています。70歳時の健康状態（5段階の自己評価）が、平均余命と総医療費に与える影響を見てみましょう。

横軸は主観的な健康状態を表し、5は『とても良い』、1は『悪い』ことを示しています。棒グラフは、70歳時の平均余命、すなわちあと何年生きられるか、を表しています。主観的な評価ですが、自分はとても健康であると思っているグループは約14年間（84歳まで）生きられ、自分の健康状態が悪いというグループに比べて、平均して約4.5年長生きしています。これは通説・直感と矛盾しません。次に、死亡時までの1年あたり平均医療費ですが、主観的に健康状態が『とても良い』グループと健康状態の『悪い』グループを比較しますと、健康状態が悪いグループは約50%余計に医療費を使っていることも驚く結果ではありません。しかし、平均余命で比べると後者のグループの方が平均として早死にしています。その結果、死亡するまでの総医療費を比較すると、直感に反するようですが、後者の健康状態の悪いグループの方が低く（前者のグループの97%）なります。仮に高齢者に対して健康推進事業を実施し健康状態が改善する

図2 健康で長生きすると、総（生涯）医療費が上昇する可能性
 米国における70歳時の健康状態（5段階自己評価）の平均余命と総医療費に対する影響



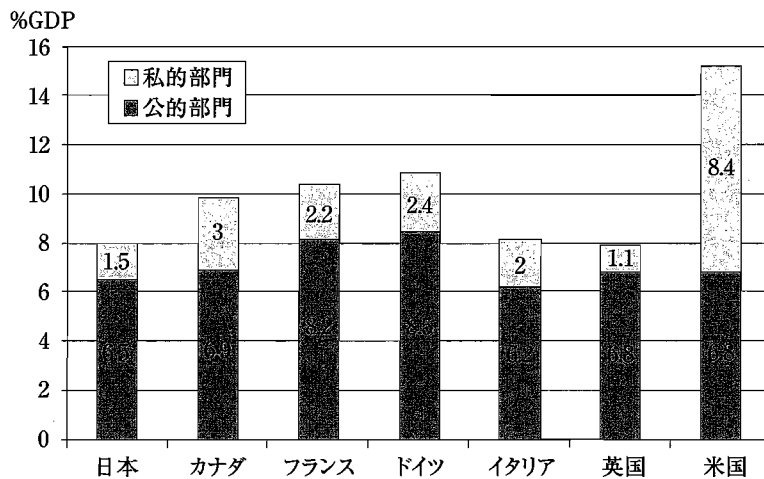
Lubits らの研究 [2003] のデータを基に筆者が作成

と、死亡時までの総医療が最初の97%に比べ102%（5ポイント）または100%（3ポイント）まで上昇してしまう可能性をこの研究（図2）は示唆しています。したがって、高齢者に対する予防促進がただちに医療費削減につながるかどうかは、日本においても慎重に分析する必要があります。

3. 公的皆保険か民間保険か？

制度的な問題を論じる前に、その背景としてまず、主要先進諸国（G7）における総医療費の部門別内訳を説明します（図3）。

図3 主要先進諸国（G7）における総医療費部門別内訳

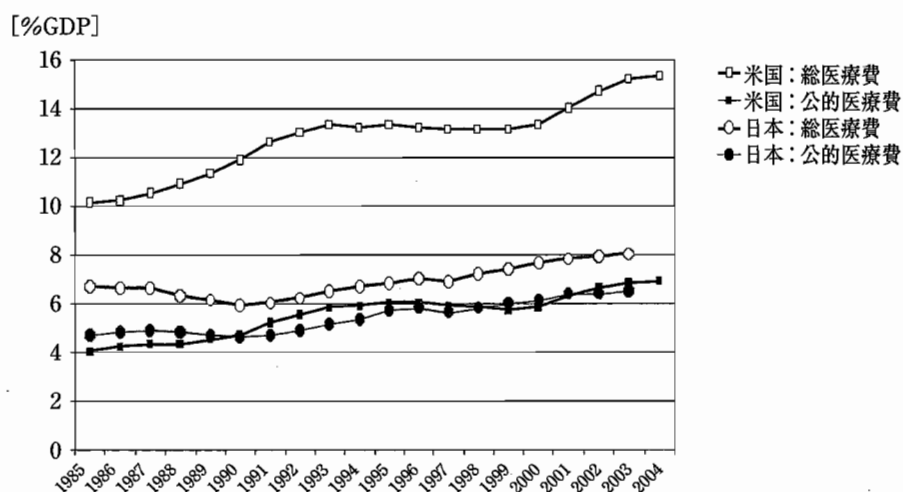


(資料) OECD Health Data 2006を基に筆者が図表を作成

米国の総医療費は突出しており、対GDP比で約15%です。日本と英国がかなり低くて約8%です。この総医療費を私的部門と公的部門に分けて見ると、米国は民間医療が主体との通説から想像し難い程、公的部門がかなり大きいことが分かります。GDP比で見ると6.8%ですから米国の公的部門は、日本の公的部門より大きいのです。また、米国の公的部門は6.8%よりも遥かに大きいという別の試算もあります。米国では民間の医療保険に支払う掛け金は税控除の対象になります。つまり、政府にしてみれば民間医療保険の控除分の税収が減ってしまいます。したがって、その税控除になっている分を加えると、ある研究の計算では、米国の公的部門の医療費というのはカナダの10%に近くなり、米国においても公的部門の医療費は、非常に大きな割合を占めていることがわかります。しかし、米国の公的部門が対象にしている人口比は、かなり小さいのです。日本は公的医療費はGDPの6.5%ですが、皆保険ということで全人口の100%を網羅しています。一方、米国の場合、人口の約25%しか公的部門が医療費をカバーしていません。その25%の内訳としては、皆保険の対象者にあたる65歳以上（メディケア加入者）が約15%、低所得者が対象の福祉プログラム（メディケイド加入者）が約10%となっています。米国の全人口の25%が、対GDP比で日本の全人口100%と同じぐらいの医療費を使っていることがわかります。

図4は、より詳しい日本と米国の総医療費・公的部門医療費の推移です。

図4 日本・米国の総医療費・公的部門医療費の推移（1985年～2004年） [%GDP]



(資料) OECD Health Data 2006を基に筆者が図表を作成

公的部門の医療費の対GDP比は、1990年頃まで米国よりも日本の方が若干高かったのですが、それ以降は米国が殆どの期間で上回っています。

次に、公的部門が主体である皆保険制度か、民間保険が主体になる保険制度かという政策上の選択肢を議論する際に必要な2つの概念についてお話しします。最初の概念は危険選択と呼ばれるもので、民間保険会社が医療費が低いと予想される健康な人のみに加入を認め、更に、加入を認めた後でも一旦病気になると、加入者を保険から締め出す傾向を意味します。例えば、病気になった個人にだけ掛金を突然大幅に引き上げて、民間保険から離れざるを得ない状況にするというケースが、米国では数多く起こっています。

もう1つの重要な概念は逆選択と呼ばれ、任意保険では病弱な人ほど保険に加入し、強制加入でも選択肢があれば保険対象領域の広い（支払いの寛大な）保険に加入する傾向を意味します。保険会社が、加入希望者の健康状態を詳細に「事前審査」した上で、保険料を設定すれば、この逆選択の問題は「ある程度」緩和されます。しかし、このような事前審査は、上述の危険選択につながりますので、現在、米国では民間保険加入時に事前審査を行い、それを理由に加入を拒否することは法律で厳しく制限されています。しかし、このように事前審査による情報が制限され、仮に病弱な人ばかりが加入し、保険料収入以上の医療費を支払うことになれば民間保険会社は破産してしまい、保険市場が崩壊、すなわち無くなる可能性が出てきます。

次に、医療費の偏在についても、常に考慮すべき問題であると考えます。保険加入者を医療費の最も高額な人から順番に並べると、加入者の上位1%を占める重症・病弱な加入者が、全加入者の医療費の30%を使い、同様に上位10%で全医療費の70%を使っていることを米国の一連の研究が報告しています。ハーバード大学のシャオ教授によると、この医療費偏在の分布は非常に普遍性が高く、医療技術、所得水準が異なる国、例えば中国でもほとんど同じような分布を示しているようです。

それでは、医療費の偏在がなぜ問題になるのでしょうか。仮に民間保険会社が、危険選択によって利潤の最大化を目指すとしたら、民間保険会社が利潤を最大化するのは当然の企業行動であり、これ自体を非難するということは筋違いかと思えます。しかし、米国の例が示すように、民間保険会社から加入（支払い）を拒絶され、高額な医療費のため破産した人は、公的医療制度（社会福祉制度）に全面的に依存せざるを得ません。これは最悪のシナリオですが、仮に全国民の1%だけが社会福祉制度に入っているとしても、その医療費が国民全体の医療費の30%という巨額になる可能性があります。全国民の99%が民間保険会社に保険料を支払っているにも関わらず、全国民医療費の30%を、保険料収入がゼロである公的制度が支払うことは不可能です。従って、大幅な増税を通じて国民が負担せざるを得なくなります。

日本と米国の医療保険制度は異なると言われてはいますが、高齢者に関しては日米両国は非常に似ていると思います。なぜなら両国は共に公的皆保険があり、窓口での自己負担率も、他のヨーロッパ諸国に比べて高い負担率になっており、給付対象の範囲も似ています。したがって、仮に日本が米国から何か学ぶという場合、高齢者対象の皆保険制度であるメディケアが最もよい先事例になると思います。

1980年代以降、65歳未満を対象とする民間の医療保険分野では、マネージドケアと呼ばれる民間営利保険会社が急速に加入者を増やしました。その当時の研究では、民間保険市場において医療費が大幅に削減できると示唆されたので、公的部門に同様なコスト削減を期待して試験的に民間保険会社を一部に導入しました。その結果、典型的な危険選択が起きました。民間営利保険会社が一人当たりの医療費の低い健康な高齢者のみを対象にした勧誘・宣伝を行い、民間保険会社のプランに加入させようとした。この民間営利保険会社による危険選択が生んだメディケアの損失額が、約2兆4000億円（1997年）という莫大な額に上ったと、米国の連邦政府の報告書が推定しています。

なぜこのような莫大な損失額が生じたのでしょうか？民間営利保険会社を導入した地域の高齢者は、民間営利保険会社の保険プランないし、従来のメディケア・プランのいずれかに加入する選択肢がありました。保険者であるメディケアからの支払額は、これらの2つのプランの加入者の健康状態が同じという前提で決められました。しかし、民間営利保険会社が一人当たりの医療費の低い健康な高齢者のみを対象に

した勧誘・宣伝を行い、民間保険会社のプランに加入させようとしてきました。この様な危険選択の結果、民間営利保険会社の保険プラン加入者が、従来のメディケア・プラン加入者よりも健康であれば、先前提条件に基づく支払額では、民間営利保険会社に対して「払い過ぎ」になります。この「払い過ぎ」た額が2兆4000億円と「推定」されました。「推定」と表現したのは、民間営利保険会社が、保険プラン加入者の健康状態についてのデータを政府に提出することを拒否したため、正確な損失額が計算できなかったからです。民間営利保険会社を導入した後、従来のメディケア・プラン加入者の健康状態が、不自然なほど悪化した事実を基に、政府がこの損失額を推定しました。この莫大な額の医療費の過払いは、メディケアの収入源である保険料と一般税の「無駄遣い」とも言えます。

公的皆保険制度と民間保険を効率の点から比較します。具体的には、米国メディケアの先例から、公的皆保険制度に民間営利保険会社のプランを部分的に導入する場合、次の5つの効率の基準が改善したか否かを慎重に評価すべきであると、私は考えています。なぜなら、米国を含めた諸外国の先例では、これら5つの効率の基準においては、民間営利保険を導入する「以前の」公的皆保険制度の方が効率が高いことが示唆されたからです。これら5つの基準とは、①医療保険のリスク分散機能を通じた効率の改善、②医療費に占める事務経費の最小化（実際の医療に使われる費用の最大化）を通じた効率の改善、③金銭的・人的資源を浪費する「政府の規制」を減らすことを通じた効率の改善、④医療保険の給付対象決定を通じた効率の改善、⑤病院（診療所）間の競争を通じた効率の改善です。

①の医療保険のリスク分散機能を通じた効率については、一般にリスクプール（保険加入者）が大きいほど医療費予測が容易になり、保険の負担と受益の差額を小さくでき、リスク分散機能を改善できます。危険選択と逆選択が原因で保険市場から民間保険会社だけでなく政府までも退出し、保険市場が崩壊する可能性が無いという意味では、強制加入で複数の保険プランの選択肢がない皆保険制度において、この1つ目の効率が最大化されます。

②の医療費に占める事務経費の最小化（実際の医療に使われる費用の最大化）という効率基準においても、過去の実績から、公的保険の方が高い効率を持つといえます。この事務経費の割合は、米国の公的医療保険制度で3%以下、カナダの公的皆保険では5%であることと比較すると、米国民間保険会社の約15%という非効率ぶりは際立っています。もっとも、民間保険会社が事務経費に総医療費の約15%を使っても、総医療費が低ければ、この高い事務経費の割合は正当化できます。しかし、これだけ高い事務経費を使う上、総医療費、個々のサービスに対する医療費、個々の患者に対する医療費は、民間保険会社の方が、一般に公的保険よりも高いため、事務経費の高い割合を効率のよいマネジメントの費用として正当化することはできないでしょう。更に非効率な例である、公的保険を民営化したフィリピンでは、総医療費の約30%を事務経費に費やしています。

社会が最低限の医療は政府が保障すべきとの理念を選択する限り、医療保険（市場）を民営化した後も、より一層強力かつ複雑な規制を政府が行う必要があるということをプリンストン大学のラインハルト教授が指摘しています（Health Affairs 1999）。この民営化した後の規制というのはかなり複雑で、米国の例のように数千の保険プランの全てが、最低限レベルの給付を行っているか、保険の支払いが契約通り行われているかを政府が評価するだけで、膨大な事務コストがかかり、このコストを税金で払わなければなりません。この民営化に伴う膨大な事務コストは、公的皆保険下ではゼロです。社会が最低限の医療は政府が

保障すべきとの理念を選択する限り、医療費によって破産した家族を福祉制度で支える必要がありますので、公的皆保険制度を100%民営化しても、福祉制度による医療への政府の関与はなくなりません。これらの理由に因り③の金銭的・人的資源を浪費する「政府の規制」を減らすことを通じた効率においても、通説に反し、公的皆保険制度の方が効率が高いと考えられるのです。

4. 日本の医療経済学への期待

日本における政策研究を通じて国際貢献ができる1つ目の領域は、医療費高騰の最大の要因の1つと考えられている新規の医療技術を、どこまで保険給付の対象範囲にするかという問題です。この問題については、他の諸国も非常に悩んでおり、現在最もポピュラーな対策は費用対効果分析です。英国は、G7諸国の中で日本と並んで医療費が最低レベルですが、実は国際的な医療政策への影響が絶大です。一例を挙げると、新規の医療技術が開発されるたびに、既存の医療技術との比較を含めて費用対効果分析を行い、その分析結果を無料でウェブサイト上に公開しています。この英国のウェブサイトには1日何千件というアクセスが世界中の国からあり、新しい技術をその国で導入する際の参考資料にしていますので、国際的影響力は非常に大きいと言えます。日本においても同様な研究とその研究成果の公表は可能です。更に、費用対効果分析の範囲内であれ、別の経済学的分析方法であれ、独創的な基準・対策を日本が政策として実行し、望ましい効果をあげることができれば、国際的なレベルでも医療制度改革への貢献ができるかと思えます。

国際貢献ができる2つ目の領域は高齢者長期介護と小児です。実は研究大国の米国でも、高齢者長期介護と小児の領域での実証分析が遅れています。先ほど申し上げましたように、米国で公的皆保険制度があるのは高齢者のみですが、日本のように長期介護を給付対象とする介護保険は、皆保険としてはありません。それ故、日本が現在実施している介護保険と医療保険のデータをリンクさせれば、更に可能であれば長期間の追跡研究を行えば、研究大国である米国にも真似のできない研究も可能ですので、国際的な貢献ができるかと思えます。

また、発症率が非常に低い先天性疾患、いわゆる奇病・難病と呼ばれている疾患患者の治療費が非常に高額であることが、近年米国では注目を集めています。しかし、米国は小児の実証研究用のデータが非常に不足しております。従って、この領域での日本の医療経済学からの実証研究があれば、国際的なインパクトが大きいと考えられます。

次に日本の医療経済学への期待として、日本の医療改革への貢献について申し上げます。理念や価値観には正解が存在しないことを明らかにした上で、個々の理念に基づく複数の政策の選択肢を提示することが期待されます。例えば最低限の医療を政府が保障すべきかどうか。これはエコノミストが決められる問題ではないこと、また、国民がこれを決めない限り、ある意味選択肢の幅が狭まらないことをエコノミストは明らかにすべきです。

政府が最低限の医療を保障すべきとの選択を国民がする場合、政府支出をどの程度医療に割くべきかという問題があります。対GDP比で8%、10%にするか、12%にするかについても実証研究があります。しかし、これらの実証研究をもとに何%のGDP比が、現在の日本にとって最適かどうかという問題に結論を下すのは技術的に非常に難しいかと思えます。従って、この比率も理念によって決めるしかない問題であ

ると、エコノミストは国民に明らかにすべきかと思います。国民が対GDP比で10%ないし8%と決めた中で、配分効率をより高めるために費用対効果分析等を医療経済学は行っていくべきでしょう。

5. 結語

最後になりますが、抜本的制度改革の為に具体的な政策提言は何かという質問をよく受けます。しかし、このような質問に答えるには時期早尚であると思います。政策提言をする前に、政策のチェックアンドバランス機構や政策インフラの整備から始めるべきかと思います。すなわち具体的な政策提言を行う為に必要なデータも、データを分析する研究者も少な過ぎる日本の現状をまず改善すべきです。個票レベルのデータの収集・公開・共有については、政府だけでなく、日本の研究者たち自身も、大変閉鎖的です。公的科学研究費を用いて収集した「公共財産」ともいえるデータが、収集した民間の研究者グループによって「私物化」されている例が多いのは深刻な問題です。この現状を改めるため、研究費を授与する立場にある政府は早急に、収集後に直ちにデータを公開・共有できるようなルールを作成すべきでしょう。政策志向の実証分析に従事できる研究者の育成も5年、10年という単位の期間が必要です。

米国に比べて絶対的に少ない日本の医療政策分野の研究費を大幅に増やせば、この現状を最も効果的に改善し得ると思います。日本でも今後質の高い実証研究を十分蓄積することができれば、米国や英国のような医療経済の実証研究に基づく具体的な政策提言ができると思います。

特別シンポジウム

医療費高騰の真の原因は何か？

小椋 正立（法政大学大学院エイジング総合研究所教授）

私も Yoo 先生の『「改革」のための医療経済学』という本のほとんどの部分については、賛成でございます。そのことを最初に申し上げておきたいと思います。

ただ、この本の中で Yoo 先生が医療費の増大の要因は何かということを扱っていらっしゃる第 4 章についてだけは、残念ながらあまり賛成できません。この第 4 章については、医療経済学でも、どちらかと言えば、経済学のウエイトが大きい研究者には、抵抗を感じる部分が多いのではないのでしょうか。この部分の著述は、他の部分に比べると少し慎重さが欠けていて、そのことがこの本の全体のテーマを読者に理解してもらおうのには、かえってマイナスになっているように感じました。

以下、私にとっては、それが具体的にどの部分だったのかをご説明させていただきたいと思いますが、それを抽象的にまとめると次のような 4 点になろうかと思います。

まず第 1 点は、基本的に Yoo 先生が依拠されている研究結果の普遍性についての問題点です。先ほど Yoo 先生は、シャオ先生のいろんな国際比較の研究成果をご説明されましたが、私はそれについて少し考えていただきたいところがあると思います。

第 2 点は、技術的な点ですが、とくに計量経済学的手法は、最近は非常に精緻になってきているので、1990 年代の前半にされた研究は、非常に高名な研究者が行ったものも含めて、現代の水準から見るといろいろ問題がある、ということをお話したいと思います。

第 3 点は、政策の果たす役割、あるいは政府の果たす役割についての欧米の考え方と、日本の政策観とは少し違うのではないだろうかということをお話したいと思います。

第 4 点は、こうした国際比較研究から、政策的なインプリケーションを出すことについては、非常に慎重であるべきだ、ということをお話したいと思います。もちろん、先ほど Yoo 先生も、具体的な政策提言というのはそんなに簡単にするものではない、とおっしゃってるわけですから、そのことを改めて確認してみたいと思います。

医療費高騰の 5 つの要因

Yoo 先生の基本的なご主張は、国際的な医療経済学者の間では、医療費高騰の犯人捜しはもうすでに終

わっている、という点です。ここでニューハウス先生や、ルービッツ先生などの研究結果を引用されています。さらに一般的に医療費高騰の原因としてよく挙げられる次のような要因は、実は小物の犯人にしかすぎない、ということも主張されています。その第1番目が人口の高齢化、第2番目が医療保険制度、それから第3番目が所得、第4番目が医師供給数の増加、第5番目がいわゆる生産性格差です。最後の点は、医療は他の分野に比べると生産性を上げることが難しいため、この生産性の格差が価格上昇に反映されてしまう、というものです。

国際的な医療経済学者が、医療費の増大はこれらの要因に基づくものでないかということで、いろいろ分析をしてみたけれども、結局、これらはさほど大きな要因とは認められなかった。それで結局、消去法によって、何が一番大きな要因かという、どうも医療技術の進歩らしい、と言っておられるわけです。

この議論については、まず、こういう医療経済学者がどのような分析によってこういう結論を得たか、ということの説明が必要があると思います。具体的には、アメリカを始めとして、先進国の一人当たり医療費を被説明変数として、それを各国の5つの要因のデータを用いて、線形の回帰式を推計をするというケースが多いのです。人口の高齢化の係数がどれぐらいで、保険制度の普及率や給付率(の上昇)の係数がどれぐらい、あるいは医師数(の増加)の係数がどれぐらい、所得(の増加)の係数がどれぐらい、と言う結果が得られますから、それに各要因の変化量を掛け合わせて、それぞれの要因の寄与度を計算するわけです。この他にも、統計的な要因分解という方法もありますが、結果的には線形推計とほとんど変わりません。

推計式が日本に良く当てはまっているか？

こうして得られた式は統計学的には、国際的なパネルデータにもっとも良く当てはまることは間違いのないわけです。しかし、この中で、われわれが一番関心があるのは日本です。日本についてこの式がどれぐらいよく当てはまるのか、ということと、その式が先進国全体にどれぐらい良く当てはまっているか、ということとは別の問題です。つまりその式は、先進国全体のいわば平均の経験にはよく当てはまるかもしれないが、ひょっとしたら日本はその先進国の経験の中では外れ値かもしれない、という可能性もあるわけです。こうした先進国全体の経験式に基づいて日本についての結論を出すためには、まずその式が日本に良く当てはまった式であることを確かめなければならないわけです。

政策ショックは誤差なのか？

例えば、日本では1960年代以降の医療費だけを見ましても、1973年の終わりぐらいに例の老人医療の無料化政策が導入され、その後3年ぐらい老人医療が非常に速い速度で上昇した。あっと言う間に、たぶん3年ぐらいの間に、実質で見ても老人医療費は2倍ぐらいに増加した。こうした日本の医療を決めた1970年代の半ばのごく短い期間のエピソードは、1940年から1990年という超長期の期間を対象とした要因分解のどれに相当しているのでしょうか？ 常識的には、老人医療の無料化というのは保険制度の変更ですから、この間の医療費の増加要因は医療保険となるはずですが、しかし、上に述べたような計量手法で超長期の国際比較統計を処理すると、重要な政策変更は単なる誤差として処理されている可能性が非常に高い。しかも、もし政策ショックによって一旦ある年の日本の医療費の水準が上がってしまうと、たとえそのあとの

伸びが緩やかであっても、その後も日本の医療費の水準は上がったままになる。したがって、現実には、その後しばらく医療費を押さえ込もうという制度改正が行われることになる。つまり日本の医療費は決して先進国の平均の周りを毎年、ランダムに動いてきたわけではない。もちろんパネルデータとして日本の固有の誤差を前提とした推計もありますが、政策ショックの定式化については、計量経済学の多変量時系列分析でようやく実用化され始めたばかりですが、医療経済学でどの程度、応用できるかはまだ未知数です。

普遍的な法則性に対する疑問

また、先ほどYoo先生がルービッツ教授の研究を引用されて、生涯医療費にはあまり個人差がない、つまりどれぐらい丈夫だとかどれぐらい病弱かということに左右されない、というお話をされました。ルービッツ教授によれば、個人差があるのは介護費用の部分だということです。介護費用については、とくに日本でも、10年、20年寝たきりで介護を受ける人も居れば、あっという間に亡くなる方もいますから、個人差が非常に大きいというのはその通りだと思います。ただ、現状では、実際に日本の医療費から、介護的な要因というのを完全に抜き去るとするのは、ほとんど不可能に近い。そうすると、介護要因によってconfoundされている日本のデータを用いて分析する時に、犯人探しは終わったという結論になるのかどうか。この点だけでも、私は非常に慎重であるべきだと思います。

さらに、実はルービッツ教授たちの結果がどれくらい普遍的かどうかについて、日本のデータを見てきた私は強い疑問を持っています。このような結論はやはりアメリカ特有のものではないのか、という気がします。アメリカの医療制度は基本的には私的な保険市場がベースになっているわけです。すると、当然、保険リスクの高い人、つまり医療リスクの高い人には給付が小さいはずで、反対に医療リスクの小さい人には給付が厚いはずで、このために統計的に見て、生涯医療費一定というような結果が出やすいのではないかと。日本のように皆保険で、しかもどんな方でも亡くなるまでずっと給付をし続けなければならない国のデータを分析すれば、そのような結果が得られないはずだ、とさえ思います。つまり、健康の度合いと生涯医療費の関係は単純な線形関係ではないと思いますが、無関係だとは言えないだろうと思います。

医療費の説明式の残差と技術進歩の寄与とは異なる

また、こうした研究から技術進歩が医療費高騰の最大の要因だと主張するとすれば、その主張そのものにも論理的な欠陥がある。つまり、ある方法を推計してみた。そして解っている要因については寄与度が小さい、と言っても、その式の説明力そのものが、先ほどYoo先生からもお話がありましたが、実は非常に小さい。本来は、そこからある特定の結論を断言できるような式ではない。それでは、医療技術について、考えられるベストの推計をしてみたらどうなるか？私たちは医療経済研究機構が出来て間もなく、機構の研究プロジェクトとして、医療技術の波及が、医療費にどのような影響を及ぼしたか、ということを経済学的方法で推計してみました。医療費の範囲を狭く取れば取るほど、そして時期を短く取れば取るほど、そうした技術革新の影響は大きく出ますが、日本の保険医療費全体で、しかも10年くらいのタームで見ると、やっぱりそんなに大きなものではない。そうすると本当に医療技術の進歩がそんなに大きな貢

献をしたと言えるのかどうか。例えば90年代の初めぐらいにやったデータですけど、だいたい医療費全体でだいたい年率2%ぐらいの自然増。これは慶応の池上先生とご一緒にやらせていただいた研究ですけども、まあ、そんなもんだと。したがって、とてもその当時の総医療費の増加の割合からいくと、やはり小さいものというのがあります。

技術進歩も経済的なインセンティブに依存する

それからもう1つ、技術進歩と医療保険要因をどうやって区別するのかについても理念的な問題があります。公的な医療保険経済の中では、医療技術といっても医療現場に導入されるかどうかは、それがどれぐらいの経済インセンティブを伴っているか、ということにかかっているわけです。そうすると、それはやはり先ほど言ったような所得要因であるとか、あるいは保険要因であるとか、そういうところと結びつかざるを得ない。また、医師がどういう行動をとるのかということも、それと結びつかざるを得ない。最近、デフュージョン（技術伝播）に関する実証研究が医療にもありますが、やはり教育制度、保険制度、政策というものと非常に深く結びついているという結果が挙がってきています。私たちのグループも、過去にCTとかMRIの普及とか、新薬や抗生物質の使用について、実は経済的なインセンティブが大きな役割を果たしたことを確かめた研究をしております。最近では白内障の日帰り手術が爆発的に増えています。やはり日本の医療制度というのはそういう医療経済の政策変数に非常によく反応する、というのが私の実感です。

規制経済の政策効果

最初に申し上げましたけれども、アメリカは私的な医療保険をベースにした医療制度と考えられる。新しい医療技術が導入されるかどうかはやっぱりマーケットテストで決まる。つまり、医療保険の競争の中で、新しい医療技術の給付を認めるかがいわば消費者によって決められることになる。そのような医療保険がたくさんあれば、結果的にその技術が採択されることになる。もちろん、新しい技術の安全性とか有効性の確認は政府が行わなければならないが、しかし市場ベースの世界と規制ベースの世界とでは、医療費を決定するメカニズムというカレジームが違う。したがって分析もやはり違うはずだと私は思っています。

政策と途上国へのインプリケーション

それから、医療費高騰の犯人捜しは終わった。高齢化は大した要因ではない、と断言するとする。すると、本当にこれからの超高齢化社会で、日本では医療技術の導入をコントロールしさえすれば医療費の高騰はあまり心配しなくていいのかどうか。あるいは、自己負担を10%から20%、場合によっては30%に上げてきましたけれども、そういうことは本当に不必要だったのか。こうした政策評価について、私はこうした宣言がミスリーディングな結果になるのではないかと思います。

また、中国とか韓国とか、これから何十年か後に、急速に高齢化していくことが解っています。韓国も中国も、そういう中で医療制度、とくに高齢者のための医療制度、あるいは介護制度を整備していかなければならない。そういうときに、高齢化とか医療保険の在り方とか、自己負担率等はあまり問題ではない、

と断言することにも、やはり非常に問題だと思います。

科学的な知見

これまでの研究結果について、慎重な解釈が必要だと言うことを申し上げてきました。その最大の原因は、現在のいろんな先端的な分野の研究に用いられるデータに比べると、医療経済学者が用いることができる現実のデータはやっぱり非常に「汚い」ことに尽きるわけです。いろんなものが混ざっている。しかも現実の制度というのは非常に複雑である。とても単純な回帰計算に合うような制度ではないわけですね。こういうことをやると何点、こういう条件の下では何点、こういう人がやると何点。そういう条件付きのステートメントがいっぱいある。それから去年がどうだったから、今年はいくらというものもある。その中でどうやれば明確な結論が出せるのか。というと、それはデータをクリーンにするしかないわけなんです。そのためには何が必要かという、やっぱり大量に、非常に統御された条件の中でデータをそろえていく。それに基づいて科学的な分析をして、研究者が競争をして、結果を出していくというのが私は必要なことだろうと。その点についてはYoo先生に大賛成です。ちょっと言葉が足りないところもあったかもしれませんが、コメントをさせていただきました。ご清聴、ありがとうございました。

特別シンポジウム

消費者の視点、消費者行動や選択、 そして政策との接点について

井伊 雅子（一橋大学 国際・公共政策大学院教授）

私に与えられたテーマは消費者の視点ということですが、Yoo先生のご著書を拝読いたしまして、先ほど小椋先生も強調されましたけれども、医療制度というのはその国の歴史や文化などに非常に依存したものですので、国際比較をしながら日本の医療制度を分析していく上での問題点、疑問点というものをいくつか感じましたので、そうした点を提示しながらコメントをしていきたいと思っております。

まず、医療費高騰化の要因については、高齢化、医療保険、こうしたものが取り上げられています。しかし医療技術の進歩が人口の高齢化に寄与した面というのも多くあると思っております。Yoo先生が大物、小物と分けたこの医療技術の進歩の分析、貢献度というのは、正確に測るのがむずかしいのではないかと。また、医師数ですが、医師の役割の違いも考慮に入れるべきではないか。日本のお医者さんたちがよく忙しすぎると言われていますが、日本の国以外では普通医者がするまでもないこと、看護師やら事務職がすることを、日本では医師がやっている。卑近な例では、今ちょうど入試の季節ですが、センター入試の監督をすとか、そういうことも入るかもしれません。看護師に関しても普通であれば看護だけで、介護士の役割であるとか、本来は看護師がやらないような仕事も看護師がやるなど、日本の場合、役割分担がはっきりしていませんので、数だけで議論するというのは、日本の分析をするときに適切でない場合があるかもしれません。医療技術に関して、これは大物の要因なのか小物の要因なのかというのは別の議論としましても、いずれにしても今後医療技術が医療費の高騰化に与える影響というのは大きくなると思っております。そのときに医療技術の適正な導入をどう考えるか。先ほど小椋先生がアメリカではマーケットメカニズムによってある程度入口のところでスクリーニングがあるというお話をされましたが、高価な医療機器の購入というのは政府が管理をし、資金の大部分を負担するのは、例えばカナダでは州政府、フランスは中央政府というように政府が管理をしている。アメリカでもヘルスシステムエージェンシーというところが技術の導入に関して認可をしていると聞いております。日本ではCTやMRIなどを、医療機関がそうした高額な技術を持つことによって質が高いという宣伝にもなるということで、競って入れている。例えばPETなどを医療機関が競って入れ、これからそのようなことが原因で撤退しなければならない医療機関なども増えてくると思いますが、医療技術の適正な導入に関しては政府がある程度管理をすることは必要なので

はないかと思えます。

そもそも適正コストとは何かと考えたときに、Yoo先生の著書の中では医療経済の所期の主要テーマとして、コストを抑制するための有効な解決方法は何かということが議論になっていたと指摘されていますが、日本の病院経営というのはかなりコストを抑制しつづけてきた歴史があるのではないかと思います。では自治体病院はどうかといった場合に、公務員制度の下でのいろいろな人事的な非効率性などはあったかもしれませんが、もしかしたら自治体病院の病院経営というのが適正コストなのかもしれない。ただ、これはデータに基づいて議論をしなければいけないわけです。データがない限り、その適正コストというのはなかなか議論できないのではないかと。ただ開業医に関しては本来の任務であるプライマリケアを担っていない、ちょっと気をつけなければいけない言い方かもしれませんが、もしかしたら看護師にもできるようなスクリーニング程度しか担っていない場合もあるのではないかと。いずれにしても、プライマリケアを担っていないという非効率性が、日本の場合にはあるように思います。

日本の社会保障の支出が対GDP比で欧州諸国より低いという指摘、これはよくされることですが、一方で日本人はあまり税金を払っていない、所得税をあまり払っていない人が多いとか、消費税が低いといった議論、課税最低限が欧米諸国と比較して高いといった、そういった議論もしなければ、支出だけで議論していると片落ちになってしまうのではないかと思います。

医療分野の生産性について議論をする点ですけれども、一般的に医療分野はアウトプットをどう計測するかというのがむずかしいので、医療分野の生産性というのは非常に計測がむずかしいのです。とくに日本の場合には公定料金で医療価格というのは決まっております、自由に価格設定ができない下で生産性を議論する意味は、私はあまりないと思っております。

それから死亡直前に集中する急性期医療費は削減可能かどうか。先ほどYoo先生の16ページ目の資料のところにも具体的な数字が出てきますが、メディケアの加入者全員を、1人あたり年間医療費の高い順に並べると、上位8%の加入者が年間医療費の65%を使っているのです。この少数の人が多くの医療費を使うというのは保険の原理から言えばまったく正しいことで、保険というのはまさにこういうためにある。たまたま大きな事故にあってしまったとか、大病をした場合に高額な医療費というのは賄えませんが、これは保険の役割として正しいものであります。一方、学芸大の鈴木先生がされた、日本の111の組合健保のデータを使った分析によると、日本とアメリカと比べて大きく違う点があると。それは米国に比べて医療費分布の持続性が高い。つまりこの8%の加入者がアメリカの場合には次の年、その次の年と入れ替わっているのですが、日本の場合には上位の数%の人がずっと持続している。とくにこの傾向が高齢者ほど高い。そうすると、日本の場合には保険機能、保険原理が働いていないということが言えるので、そこがこの議論に関しての日米の大きな違いであると思えます。

あと、ホスピスによる医療費削減効果はあまりないというのが、Yoo先生の著書の中で指摘されていますが、日本でもこういう研究をしたら、たぶんないであろうと。それは日本では相対的にホスピスの費用が高い。人件費がかかるからですけれども、一方で手術の費用が不当に安いという私の主観的な意見も入っているのですが、ホスピスの費用が相対的に高いので、日本でホスピスによる医療費削減効果というもの进行分析したら、アメリカとは違った意味で削減効果というのは少なく出てくると思います。

そもそも医療費は削減しなければいけないのかどうか。ただ、このときに医療であれば何でも予算を増

やせばいいとか、費用を増やせばいいとなりますと、たぶん医療分野は第二の公共事業というような批判をされてしまいますし、先ほどYoo先生や小椋先生から指摘があったような、データに基づいて、どこに足りないのか、どこにはある程度十分医療費があるのかといったことを議論しなければならないと思います。

本来、日本の社会保障の基本理念とは何でしょうか。イギリスの場合は社会全体の公正、ドイツの社会保険制度は社会の連帯である、とYoo先生が著書の中で指摘されています。日本では社会保障の基本理念は何か、これを議論しないで医療改革を議論しても空回りをしてしまうと思います。役所流にいうと国民皆保険なのだと思いますが、皆保険というのは矛盾した言い方で、どういう世の中でも保険料を払えない人というのはいますので、皆保険というのは論理的ではない言い方なのではないかと思います。英語ではユニバーサルインシュランスですが、ユニバーサルとなれば財源は税金ですので、そのあたりがなかなか日本の社会保障の基本理念をはっきり打ち出しにくいところではないでしょうか。

次に、病院や診療所間の競争を通じた効率の改善というのはほとんどないと、Yoo先生の著書の中でアメリカの研究を主に引用されながら議論されています。ここで、日本語でいう競争と、経済学、これは英語のコンペティションもそういう意味で使われていると思いますが、日本では実は違う概念で使われているところに、いろいろな混乱を生み出していると思うのです。日本語で競争というと、漢字からそうなのですが、勝負、優劣を互いに競い争うというようなイメージがあるのですが、経済学で英語のコンペティションというのは単なる優劣の競い合いではなくて、フェアで平等なルールの下で他人が獲得しようとするものを同時に獲得する行為や行動であるというふうに定義をされています。そう考えるとアメリカの場合はある程度技術の標準化が達成された環境の中での競争がされていると思うのですが、日本では医療の標準化というものがされていないところで競い合っている。高くて質のよい医療、安くて質の劣る医療。もしかしたら高くても質の劣る医療というのも入ってくるかもしれないし、安くて質の高い医療というのも入ってくるかもしれない。土壌が異なる中で競争を通じた効率の改善というのは、議論できない思っております。

あと、イコールフットイングの問題が日本は非常に大きく、同じ地域に国立病院、国立大学病院、民間病院、補助金は受けていないけど税金を払わないですむ赤十字であるとか済生会。あとはあらゆる官庁ともうしませんが、通信病院であるとか、NTT病院であるとか、警察病院であるとか、いろいろな設立母体の病院が混在している。そうしたイコールフットイングのされていないところでの競争というのは、やはりあまり議論しても意味がないのではないかと思います。

入院日数を減らすことによって総入院支出の抑制はされていないということが、Yoo先生の本の中で指摘されていますが、そもそも入院日数というのは減らすべきなのか。総入院支出を抑制するために入院日数を減らすのではないと思います。効率的、効果的に資源を集中して投下した結果、在院日数が短縮されるというのが、たぶん順序ではないでしょうか。

民間の非営利組織（NPO）の役割強化ということが指摘されていて、これはとても大切な視点で、寄付金の税控除を、Yoo先生が政策として提言されています。しかし、そもそも日本人は税金を支払っている人が少ないので、今の税体系の下ではどの程度効果があるのかなというのが私の意見です。

診療報酬の一律カットがコスト上昇になる理由、これはまったく同意でして、コスト抑制に役に立たな

いばかりか、資源の浪費とコスト上昇につながる医師誘発需要の可能性がある、という先生の指摘に賛成です。それでは、その代わりにどのような制度が必要なのかと考えたときに、私はやはり免責制度の導入の是非というのは議論すべきであると思います。免責制度を導入しないで済めばそれに越したことはないわけですが、これから社会保障の財源として消費税率を上げるということが必ず政策的な議論になってくると思います。そのときに一律に全員に課せられる税金と、自分の行動を変えることによって自分の支出をある程度コントロールすることができる免責制と比べた場合に、例えば月に1000円までは全額を支払って、1000円以上の医療費に関しては公的な保険が適用されて今まで通り2割、3割の保険料を払う。そうすることによって例えば消費税が15%に上がるところが10%で済む。あなたはどちらの政策を選びますかというような、政策の選択肢を提示するということは必要なのではないかと考えております。

まとめとして、そもそも総医療費を抑制する必要があるのかどうか。これはデータに基づいて議論をしなければならぬと思います。もしこの中にマスコミ関係者の方がいらしたらぜひお願いしたいことですが、レセプトの電子化や定額制の導入といったときに、必ず医療費抑制の手段というように書かれるのですが、もちろん、結果としてはそうなるのかもしれませんが、レセプトを電子化するとか定額制を導入するということは、医療の質に見合った診療報酬、医療報酬の体系を作るために実際不可欠ですので、その医療の質の向上のためにも不可欠だということを最初に持ってこないで、ただ抑制、抑制というような意味で言われますと、こうした政策というのは非常に否定的に取られてしまうと思います。最低限の医療というのは政府が保障すべきであると思います。他の国を見た場合、GDPのせめて10%ぐらいの産業にはなるべきではないかなと、私は個人的には思っております。あと、医療扶助、生活保護の問題は、今格差社会といわれて、格差の問題の中で非常に大きな議論になっていますが、このあたりは非常に日本独自の問題ですが、やはり避けては通れない話ではないかと思っております。

以上、私のコメントです。

特別シンポジウム

健康づくりの経済効果 ～健康づくりは医療費を高めるのか？～

松田 晋哉（産業医科大学公衆衛生学教室教授）

健康づくりの経済効果、健康づくりは医療費を高めるのか・低めるのかということ、経済学者でない私が話をしなければいけないということで、何かちょっとつらいものがあります。一応、今、少しこれに関連する仕事をしていますので、考えているところを話してみたいと思います。でも、1人の先生に対して3人で責めるというのが、本当にこれが公平なイコールフットイングなのかと、何かちょっと違和感も覚えています（笑）。でも、一応立場上少し反論をしなければいけないということですので、あえてお話をさせていただきますと思います。

これは北九州市の国民健康保険の支出増加の要因分析の結果です。非常に稚拙な分析ですが、これは何をやっているかということ、北九州市の高齢者医療費の伸びを100%として、これを被保険者数の伸びと1人あたり医療費の伸びに分解していきます。そうすると、実は被保険者数の伸びの寄与率が110%、1人あたり医療費の寄与率はマイナス10%となります。これは10年というスパンでやっても同じような結果が出てきています。ただ一方で、こちらのほうの1日あたり費用額というのを見てみると、確かに1日あたり費用額は増えています。この結果をどのように考えるかということですが、高齢者が増えるということと、医療技術の進歩ということに分けて考えるというのは、あまり適切ではないかと考えています。要するに高齢者が増えるということは、医療を必要とする人が増えるということの意味しています。しかも社会の成熟化に伴ってより高度な医療を要求する人たちが増えているというふうに考えるのが妥当ではないかなというふうに考えています。

さて、私に与えられたテーマは健康づくりが医療費や介護給付費の適正化に有効なのかというものです。これに関しては、私自身今までいろいろな分析をしています。老人保健法の諸事業のデータ分析をやってみますと、健診で異常を見つければ見つけるほど、確かに医療費は高くなってしまいます。これはどういうことかということ、今日は製薬メーカーの方がいっぱいいらっしゃるのじゃべりにくいのですが、健診で見つかる病気、高脂血症、高血圧、高血糖などの生活習慣病は、実はいま製薬メーカーが一生懸命新薬を開発している対象疾患です。すなわち、見つければ見つけるほど高い新薬が使われてしまうという傾向があるのは否めないだろうと思います。その過程には適切な、いわゆる生活習慣病に対する、まずはその

生活習慣の改善からという、井伊先生の言葉でいうと、それはプライマリケアということなのかもしれませんが、そういうのがない状態で薬を中心として医療が行われてきたということに1つは問題があるように思います。

ただ、このことは単純に医療費の額を比較するべき問題ではないだろうと思っています。もし仮にこの健診というものがなかった場合にどのくらいの医療費がかかったのかという、いわゆるプレディクションモデルによる予想医療費がなければ議論が出来ないだろうと思います。アメリカではこの目的でACGとかCRGが開発されています。健診がなかった場合にどのくらい医療費がかかったであろうか、それを推計した上でその効果を評価するというをやったりしなければいけないだろうと思います。

あともう1つの視点は、健康づくりの目的というのは本当に直接的な医療費の適正化だけなのかという問題があるだろうと思います。人生の後半において最も重要なものは何なのかということと、日本人にとって働くということの意味は何なのかということを考えることが必要です。厚生労働省の推計はいつもオーバーエスティメーションだという話がありましたけれども、ただ傾向としてはやはり間違っていないだろうと思います。すなわち将来的に人口の3割を占めるに過ぎない高齢者が約7割の医療費を消費するという傾向はかなり妥当性のある予測だろうと思います。ではこの問題を解決する特効薬は何でしょうか。これは簡単で、高齢者の定義を変えてしまうことです。具体的には、65歳以上から75歳以上に変えるということです。私はこれは日本では可能だろうと思います。私の大学は定年が65歳ですがけれども、65歳で辞めていく臨床の先生方、まだまだ臨床できます。そうすると、このような力のある先生たちが65歳になったからといって、もう患者を診ないということが本当に正しいことなのでしょうか。そうではないと思います。日本の前期高齢者というのは十分働けると思います。すなわち、日本をエイジレス社会にして、年齢差別をやめるということが高齢社会における社会保障を考える上で重要だろうと思います。

これは慶應大学の清家先生の研究成果です。高齢者が労働を継続できる条件を3つ指摘されています。第一は専門的機能を持っていることです。これは営業職とか接客とかそういうことを含めてです。それから第二に職住近接であること。最後に健康であることです。軽い高血圧は持っているかもしれないけれども、仕事を続けるには支障がないレベルの健康度です。そう考えてくると、この年齢に関係なく、自己実現をしつづけることができる社会を作っていくことが重要になります。それを可能にするためには健康であることが必要であり、ここに健康づくりの意味があるのではないかと考えます。要するに年齢に関係なく働くことができる環境を整備することで、社会保障の支出だけでなく、その収支という観点で適正化を図るということをやらなければいけないだろうというふうに思います。

私は、日本の高齢者というのは諸外国に比べて十分生産的であり得るだろうというふうに考えています。

今回このような特定健診・特定保健事業というのを導入するわけで、私も実はこのプログラムづくりの研究のお手伝いをしています。平成20年から40歳以上の国民がメタボリックシンドロームを対象とした健診を受けるといって、そういうしくみが導入されます。それによって、あるリスクが高い人たちに対しては標準的な保健指導が導入される。ただ、このプログラムで一番大事なこと、これは強調しておきたいと思うのですが、これを契機として電子レセプトが一般化されるということです。国レベルで健診から含めて、医療費の分析もやらないといけませんので、要するにレセプトが標準される。それが電子的に整理される。要するにYoo先生が主張されている医療費のいろんな分析をできるためのしくみができるとい

うことになります。日本は国民皆保険ですので、国一本でこういうデータベースが出てくるしくみが作れるということは、仮にこの事業が失敗したとしても非常に大きな財産が残せるのではないかと考えています。

さて、今回、メタボリックシンドローム対策をこのような形でやっていくわけですが、この特定健診に対してはいろいろな批判があります。例えば大阪大学教授で、前の社会保険庁の長官である堤先生はこういう批判をされています。健康という個人の価値観に強く関係するものを医療費適正化という経済的動機で律していいのか。これはいけないだろうと私は思います。ただし、日本の社会保険というのは基本的にやはり社会連帯をベースにしたしくみだろうと思います。したがって、保険料を払うということの見返りとしてサービスを受けることができる。でも、それは払ったからいくら使ってもいいかという、モラルハザードの問題もあります。やはり、適切な利用といえますか、慎ましい利用というのも考えなければいけないでしょう。健康づくりに励むということは実はその社会連帯の1つの表現方法ではないかなというふうに私自身は考えているわけです。

次の健康づくりに励まないものは「穀つぶしという差別を受ける」という話はなかなか微妙な問題です。私は、個人レベルではそうはならないだろうと思っているんですけども、ただ保険者レベルではあり得ると考えています。これは実際介護保険で起こりました。介護保険で市町村合併のときに、あそこ一緒になると保険料が高くなるからいやだということが実際に起こりました。今、国民健康保険、市町村の合併で国保の保険料の問題が起こっていますけれども、そういう問題は確かにあり得るのかもしれない。

そもそも健康づくりが医療費適正化に有効であるという証拠はあるのかという批判もあります。大規模なものではやはりないというのが現状だろうと思います。これに対しては私達社会医学をやっている人間の怠慢だと言われたら、その通りだと思います。ただ、実は私の所属する産業医科大学は産業医をたくさん養成していますので、そこの企業のデータを使っているんな分析をしています。実際に7万人規模の従業員の20年レベルでのデータというのが5つぐらいの企業で取れますので。そうするとだいたい35万人の20年分のデータが分析できます。これはある大企業の数万人規模のデータを示したものです。この企業で担当の産業医の先生が何をやっているかという、実は彼は放射線科医なのですが、CT 1枚撮って、実際内臓脂肪を測っています。その実際の内臓脂肪の面積と、この4つの疾患の数を調べてみると、確かに内臓脂肪が増えると疾患は増えていきます。これは42歳男性で境界型糖尿病の事例です。この人にこのCTを見せて、あなたの現在の状況はこうですよという説明を具体的に行っています。彼の開発したプログラムではCTで内臓脂肪が赤く写るようになっていきます。彼はこれをアカハラと呼んでいるようです。これをもとに彼らは何をやっているかという、対象者にこの写真を返すんですね。返して、自分の家の一番目立つところに貼りなさいと指導をします。だいたいみんなトイレに貼ります。座ったら毎回見られるわけです。そして、次に何をやらせるかという、朝と晩必ず体重計に乗りなさいという指導をします。また、太った場合には何が起こったのか、必ずメモを取るように指示をします。そうすることによって、要するにどういうことをやると太っちゃうのか、どういうことをすると痩せることができるのかということをも自分自身で自覚することで、行動変容を起こさせるわけです。これはかなり良い成果が出ているようです。

このような介入をすることである程度、オーバーウェイトに関する医療費の削減というのが理論的には

可能ではないでしょうか。

これは私達が健診正常者を5年間追跡した結果ですけれども、太るだけで確かにいろんな疾患が出てきます。これは全社連のデータですが、異常項目の数と、その10年後の医療費を比較してみると、異常のなかった人に対して、4項目とも異常のあった人は3.2倍の医療費を平均で使っています。

私自身はオーバーウェイトへの介入というのは、それなりに医療費適正化に効果があると考えています。とくにこの40代、50代という中年期と前期高齢者に関しては効果があると考えています。実際、アメリカのCDC自体も2003年で、いわゆる肥満関連メディカルコストというのが750億ドルであるという、こういうデータを出しています。その半分を税金でやっているという話です。この部分に対して少し介入するということができるだけで、ある程度医療費の適正化ということはできるのではないかという印象を持っています。ただ、そのためには医療費適正化の効果を評価するために、やはり医療費のACGのようなプレディクションツールが必要です。日本にはまだこのツールはありません。ただし、これはそんなに大した話じゃなくて、橋本先生が研究されている分野ですけれども、日本の場合レセプトデータがありますので、それが電子化されればプレディクションモデルのためのツールができるだろうと考えています。そういうものを用いて、介入の効果ということをこれから検証していくということが私たちに課せられた使命じゃないかなというふうに考えています。

その上で、ディジーズマネジメントの日本版プログラムの効果を検証していくことが必要だろうと思います。そして、その結果に基づいて、今日Yoo先生が提示された問題意識に対して答えていくということが、私たちに課せられた使命じゃないかなと考えています。そういう意味でYoo先生のいろんな疑問に対して十分に回答できるだけのエビデンスを今は持っていませんけれども、それに答えるための社会実験をこれからやっていくというのが今の日本の状況ではないかなというふうに考えております。以上でございます。

総合ディスカッション※

医療費高騰の要因に関する実証研究の結果としてYoo先生が取り上げた、「高齢化が医療費に及ぼす影響は少ない」と「医療技術の進歩が医療費増大の主要因である」という2つの命題について、小椋先生の問題提起を経てやり取りが行われた。年齢・性別構造の変化で表現される「高齢化」と医療費の関係をマクロに見れば、4～5%程度しか医療費増大を説明できないことについては、制度の異なる国家間のマクロデータをプールして解析した古いタイプの研究の限界が指摘された。一方で、現象としては高齢者医療費が若年者に比して高額で、年々総医療費にしめる比率も高まっていることが確認されている。この一見した矛盾を統合的に捉えるには、個人の健康状態・疾病罹患の有無など疾病構造を考慮したマイクロレベルでの検討が不可欠である。高齢になるにつれて疾病罹患率も自然と高くなる。また医療制度のおかげで疾病をコントロールし、高齢になっても快適で生産的な余命を送ることができるようになり、寿命の延長・高齢化に寄与している。最近のデューク大学の研究者らの研究によれば、10年前に比べて同じ年齢で高齢者の健康状態は良くなってきているが、スタンフォード大学の同様の研究では45歳では逆に健康状態の悪化がここ10年で見られているという。近年のより進んだ個票データを用いた解析では、疾病構造やその変化の影響を考慮することで、医療費推計の説明力も向上している。そうしたものをすべてコントロールした後では、「純粹の高齢化」というものの影響を検討してもあまり意味がないだろうということで両先生は一致を見た。一方、技術進歩による医療費増大影響については、人口構造や疾病構造で説明できない残差としてしか技術影響を捉えられていない問題があり、直接の証明がなされていない点についても一致が見られた。その上で、医療技術の進歩をどう数値化するかが課題であり、今後冠動脈バイパス術など数量が確保できている個別の医療技術について、経時的に医療費への影響を検討していくことが必要であるとYoo先生は答えた。

次に井伊先生の問題提起を踏まえて、Yoo先生はまず「日本の社会保障支出の対GDP比が欧州に比べて低いこと」を指摘されたうえで、日本で現在議論されている社会保障の担い手として公・政府か、民間かという2者択一論議について、第3の選択肢として非営利組織（NPO）を検討することの必要性を主張された。井伊先生も、北欧が「高福祉高負担」、米国が「低福祉低負担」であるのに対して、日本は「高福祉

※本稿は特別シンポジウムにて行われたパネルディスカッションを要約したものです。

低負担」に近い社会であることを認識することが必要であり、どのような社会を目指すのかについて合意形成が必要であることを主張された。またNPOについては、それを育成していくのに、現状の寄付行為に対する税控除に変わる仕組みも検討する必要があるとコメントされた。

松田先生が、医療技術と高齢化の影響を峻別することは困難ではないかと指摘したことについて、Yoo先生もそれを認めたとうえで、これまでの欧米の長期医療費推計研究では、高齢者の健康状態、または医療の技術水準が今後も一定であるという強い仮定をおいたものであること、その前提条件が現実的ではないことに触れられた。日本の平均寿命が現在世界一長いのは、戦争などの自然選択によるバイアスの影響を受けている可能性もあり、今後平均寿命が今の水準を保てるかという見方は楽観的かもしれないとコメントされた。次に健康づくりによる医療・介護給付の適正化の可能性について、血清コレステロール値のコントロールによる医療費影響を検討したスタンフォード大学とロチェスター大学の2つの研究で相反する結果が出ていることに触れられ、予防的給付が医療給付に与える影響を厳密に明らかにすることの困難さを指摘された。肥満の影響については、若年者では健康弊害が明らかにされているが、高齢者ではむしろ骨折の予防など健康保持的な結果が日米ともに得られていることが確認された。その上で、松田先生は長寿で知られる沖縄県などでは30～50代の肥満者割合が国内で最も高く、これらの世代が高齢化していく過程で日本の平均寿命が現行水準を保つには、若年者に対する早期予防的介入が必要であると主張された。さらにこうした若年世代で問題となるワーキングプアなどの非正規就労者・非就労者や無保険者などの社会格差の影響に触れられ、単に特定健診などにとどまらない、ソーシャルマーケティング的な取り組みの必要性についても述べられた。

その前提として松田先生は、Yoo先生がご著書で強調されていた理念論の重要性について、フランスにおけるシラク・バラジュール論争を例に挙げて触れられた。市場経済主義か連帯主義かなど、理念論を議論できる素地が国民の間に初等教育の過程などを通じて出来上がっていたことについて紹介され、日本でも同様の社会的仕組みを作ることが必要と主張された。これを受けてYoo先生も、理念論に基づく選択が必要であり、もし民営化がよいというのであれば、そもそも医療について公的関与のあり方や効率化をめぐる議論をするまでもないことになってしまうと述べられた。

コメントが一巡したところで、小椋先生から松田先生に対して、職場における特定健診制度が、職場における差別などにつながる可能性はないかという危惧が示された。これについて松田先生は、現行の労働安全衛生法に基づく健診はすでに生活習慣病健診化しており、その過程でそうした傾向は見られていないことから楽観的見方を示されたが、今後非正規雇用者の比率が高まるなか、問題化する可能性があることについて否定されなかった。

以上の議論を受けて、政策的提言が科学的エビデンスをベースにしてなされるべきであり、そのために医療経済学的な実証分析が重要な役割を果たすであろうということ、そしてそのためには正確なデータへのアクセスが保証されなくてはならない点で4先生が一致していることがまず総括された。そのうえで、

日米の現状についてパネラーからの意見を求めた。米国の現状についてYoo先生は、大規模・代表性の高いデータが複数米国には存在し、しかも研究者に対して研究目的使用が開かれており、コスト的にも、技術的にもサポートが充実してアクセスが確保されていることを紹介され、日本もその点を見習う必要があると述べられた。これに対して小椋先生は、日本の指定・承認統計ほか公的統計の個票レベルでの目的外使用は、アクセスがごく一部の研究者に限られ、手続きなども煩雑で時間がかかることについて自身の経験をもとに紹介され、こうした使用申請のあり方について見直しが必要であることを主張された。データをより広く開示し、科学者間での相互検証に耐えるような仕組みが、研究・分析の科学性・質の担保に必要であることでパネラーは意見が一致していた。さらに井伊先生は、医療の質に見合った医療費体系を構築していく上で、データ開示による幅広い分析が不可欠であり、医療費抑制の手段としてのみデータを用いることは望ましくないと述べられた。松田先生は、日本の医療機関レベルでは情報化は世界的にも進んでおり、全国レベルでひとたび標準化の枠組みさえできれば、大規模・詳細な全国データを構築できる可能性が高いことを指摘し、そのための組織作りが早急に求められると主張された。またそうしたデータを学術的研究だけでなく、政策的研究を通じて積極的に社会還元していく姿勢が、研究者側には求められていると加えられた。

その後会場からの質問にYoo先生が答えられた。最初の質問は医療費増大要因として高齢化・技術進歩ほか、独立して捉えることはできないのではないかと、技術進歩が根底にあって、それが寿命の延長、受診機会の増大などに波及しているのではないかと、というものであった。これについてYoo先生は、すでに小椋先生のコメントでも指摘された内因性の問題であり、これを克服できる十分な統計モデルは現存しないことから、むしろ教訓として、高齢化・技術進歩とターゲットをしばって極端な政策を行えるだけの強いエビデンスはないということを伝えるのが意図であったと述べられた。次に、健診後指導が現状では不備であるために、予防的介入による医療費適正化は困難ではないかと、また死亡前医療費について、末期医療のあり方についてコメントを求める質問が出された。これについて、Yoo先生もスクリーニングと治療の間をつなぐリエゾンがそれぞれ予防介入の費用対効果に与える影響を検討してみる価値はあるとコメントされた。また死亡前医療については、これまでも死亡確率の高い患者を予測することで医療費の適正化を図ろうとする試みはあったものの、ICU入院患者を対象にして膨大な数の変数を含んだマイクロデータでさえ、予測は困難であったことから、治療打ち切りを予測式で決定することは困難であると述べられた。訴訟不安なども死亡前医療の過剰集中の要因となっていると考えられることから、治療方針のガイドラインなどが国レベルで示されるのは一つの選択になると述べられた。