

教育講演 2

今後の医療経済と透析治療

田倉智之・東京大学大学院医学系研究科

医療経済政策学教授



えているということになる。

実体経済である国民総生産について見ると、1980〜2000年始めまでは伸びが続け、医療費の伸びとのバランスがよかったが、2000年以降国民総生産は伸びていないのに、医療費は需要が増えて伸びている。このアンバランスの構造を踏まえてどのような解決策を図るべきかが議論の焦点となっていく。

このような社会情勢を踏まえると、国民の皆様には日本の医療に少しでも投資していかねばならないという話を丁寧に行い、財源の確保に努めていかねばならない。また医療に投資するからにはそれなりの見返りもきちんとするということをもッセージとして定量的に示していかなければならない。

診療報酬体系ができて半世紀以上たつが、このシステムでは国民は社会保障費という形で投資しており、このシステムが循環するのは病気になった人が医療を受けて社会復帰をし、現場の労働生産を上げて、将来の医療財源となる税金や保険料をきちんと納めるといった第一のパスウェイと製薬メーカーや医療機器メーカーなどがよい製品を作り、それを海外で販売し、その事業税で保険財源を作っていくという第二のパスウェイがバランスよく機能していく必要がある。2012年を例にして見ると一年間に社会保障費として国民は36・6兆円投資をして、現役世代を治療して社会復帰させた分が

6・7兆円、産業界からの収入は6・5兆円で合計すると約13兆円となり、3分の1はその年にキャッシュという形でリターンされることになるが、残りの3分の2がどこに消えているかは不明だ。このように医療費は1年間で3割くらいが還元されるという観点から全体の1年間にかかる医療費の3割を財務省が公費としてカバーしているということは帳尻が合うこととも言えるだろう。しかし、医療費をこれ以上公費から取っていくことは難しいと思われる。医療の需要に耐えるだけの原資を作るには医療者が医療の価値をより積極的に定量的に示していくなどの手法が必要になってくる。

このようなアプローチの必要性が高まっている背景として2025年問題がある。ご存じの通り、支える側だった団塊世代が完全に支えられる側になることで、現役世代の負担がいつそう高まることになる。透析で見ると1990年には1人の透析患者を556人の労働者で支えていたが、最近ではこれが234人になっており、2020年から25年にかけては148人で支えなくてはいけない計算になる。このようにわが国の地域医療システムが支え手不足に直面している中、介護と連携しながら再構築することをねらう地域包括ケアがわが国の医療システムを持続的に発展させるための施策として提唱されている。

また、国民に向けて医療の価値を知らしめて

ここ10年の医療経済を見ていくと、国内総生産の伸び率が10%前後であるのに対して、国民総医療費は20%を超えている。透析治療はさらに伸び率が大きく50%程度まで増えている。医療経済は実体経済との乖離が大きくなってきており、医療費の受益と負担のバランスが崩れてきている。財源というパイが増えない中、そのパイをトレードオフしながら価格と数量の調整を行ってやり繰りしている状態であり、過去6回の診療報酬改訂は厳しい内容が続いている。急性期医療における診療報酬の財源を見てみると、公費が36%、公的保険が48%、私費が14%、民間保険が2%という内訳になっている。また36%を占める公費の3割くらいは国債から拠出されており、日本の医療の1〜2割が借金で支

いくにはどうすればよいか。一つのアプローチとして、経済的な面で優れている医療技術を積極的に活用し、これを国民に伝え、国民がアクセスしやすいようにする方法が挙げられる。

一般生活者である国民は1人1人何にお金を投じるかの優先順位が違う。ある人は教育だったり、ある人は趣味だったりする。その中で元気な人もいつ患者として支えられ、医療が必要になるかわからない点などについてご理解いただき、日常生活でお金を投じる必要のあると思われる諸々の項目の中で医療の優先順位を上げていくことが求められる。この役割を誰が担うかは議論を要するが、少なくとも説明のために必要な材料や手段は医療現場の中からしか出てこない。診療報酬は患者を臨床現場に誘導するような仕掛け作りに利用することもでき、この点については行政当局も理解していると思うので、いいアイデアがあれば積極的に提案していくことが大切だと思う。

近年の医療を取り巻く社会情勢から医療の生産性を評価するために、費用対効果を測る動きが強くなってきている。私が厚生労働省の費用対効果評価専門組織委員長を拝命して数カ月経過しているが、臨床現場の先生方のご理解をいただくために具体的に解決しなくてはならないことが多々ある。現在、委員会では医療の費用対効果について試行的に検証を進めている中で高額な医薬品や医療材料がまず課題となってい

る。今、診療報酬は費用の変化に対して非常に感度が高くなっており、過去10年間で2倍くらい伸びている医療材料の費用が注視されている。医療機器も材料費が5倍くらい伸びている。こうしたことから医療材料に対する価格のプレッシャーが大きくなってきている。

では、費用対効果を日本の政策にどう取り入れていくべきか？現時点では供給する医療が保険に入るかどうか、保険に入れたあとの価格をどうすればよいか、ということを検討する際に使う方向で進められている。ここで留意すべきは元来、費用対効果は合理的な意思決定を行うための指標であるということ。日本のように医療財源の負担者が国、社会保険、個人という形でステークホルダーが入り混じると、視座が定まらず意思決定がままならないという危惧がある。意思決定のためのしくみをしっかり構築することで費用対効果の検討がより合理的なものになっていくと考える。そこで委員会ではガイドラインを作り、医薬品、医療材料、個別の医療技術について合理的な意思決定のためのしくみ作りを行っている。

医療技術の費用対効果を可視化していく取り組みにも着手している。費用対効果を評価する方法としては「費用便益分析」が挙げられる。これは生命や健康などの成果を金銭に換算して評価するのでわかりやすいのだが、健康を金銭に換算することは臨床現場では強い抵抗感があ

り、なじまないと言われる。

現在主に使われている「費用効果分析」という方法は、余命延長や罹病率の低下などを指標とする。この方法の欠点は血圧やコレステロールなど臓器や疾患に特異的な臨床指標を用いることが多く、異なった疾患や技術を横断的に評価することが難しく、医療費の財源配分を検討していくような評価指標としては適さない。

これからの導入が期待される評価方法として「費用効用分析」がある。これは生存期間と生活の質の両方を同時に評価できる質調整年生存年(QALY)などの健康評価尺度を利用するもので、疾病領域を横断的に評価できるというメリットがある。

この方法で日本の透析医療を評価していくと、糖尿病性腎症患者への透析導入は、糸球体腎炎からの透析患者よりも費用対効果が悪くなる結果であった。したがって医療経済的な観点からは糖尿病の指導管理は経済効果が高いことを示すことができる。費用対効果は診療報酬を適正化する目的で行われるものであり、報酬単価を削減することが目的ではない。技術革新により費用対効果を上げる治療方法や薬剤については薬価を上げるべきだと考える。医療スタッフの方々も有効性を示す統計的な数値を構築していただき、それを国民や行政に情報提供されることで日本の医療の発展を推し進めていきたいと考える。