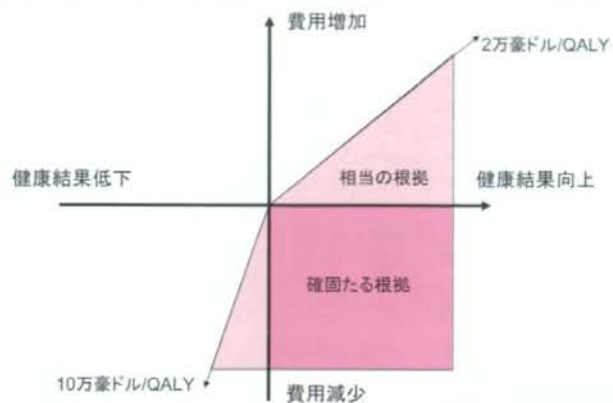


新技術導入・適正利用に関する基準(一つの考え方)



出展: Laupacis et al. 1992

オーストラリアにおける政策判断(95-96年)

ケース	増分費用/LY (Aus\$)	政策決定	ケース	増分費用/LY (Aus\$)	政策決定
1	5,050	希望価格通り	14	39,864	拒否
2	7,685	希望価格通り	15	39,864	希望価格通り
3	8,000	希望価格通り	16	51,420	拒否
4	15,915	希望価格通り	17	53,000	希望価格通り
5	17,174	希望価格通り	18	58,371	拒否
6	17,376	希望価格通り	19	65,523	希望価格通り
7	18,130	希望より低い価格	20	68,913	希望価格通り
8	20,371	希望価格通り	21	78,157	希望より低い価格
9	24,531	希望価格通り	22	81,343	拒否
10	35,000	希望価格通り	23	90,000	拒否
11	36,450	希望価格通り	24	209,674	希望より低い価格
12	39,083	拒否	25	212,041	拒否
13	39,864	拒否	26	235,200	拒否

英国NICEの医療技術指針における政策判断

医療技術の種類	増分費用効果比 (ポンド/QALY)	政策判断
□ O型肝炎に対するRibavirin及び α -インターフェロンの使用	5,625	推奨
□ 注意欠陥多動性障害(ADHD)に対するMethylphenidateの使用	16,500	推奨
□ インフルエンザの治療におけるZanamivirの使用(ハイリスク患者)	20,400	推奨
□ 成人肥満に対するSibutramineの使用	22,500	推奨(条件付)
□ 成人肥満に対するOrlistatの使用	25,000	推奨せず
□ インフルエンザの治療におけるZanamivirの使用(対象者限定せず)	38,000	推奨せず
□ 筋萎縮性側索硬化症(ALS)に対するRiluzoleの使用	38,750	推奨(条件付)
□ 鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡下手術(対象者限定せず)	50,000	推奨せず
□ 多発性硬化症(MS)に対する β -インターフェロンとGlatirameracetate	69,500	推奨せず

* NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) は、健康増進と疾病の予防・治療に関する国としての指針をNHSの活動、保健医療の専門家、患者、産業、学術社会等に提供する独立機関。初の勧告例は、イギリス最大の医薬品会社グラクソ・ウェルカム社のインフルエンザ治療薬ザナミビルに対するもので、効果は存在するものの高い薬価に見合った有用性は見られないというもので、大きな衝撃をもたらしたNICEを世界的に有名にした。

英国NICEにおける政策判断の基本

- 増分費用対高価比の予測値が20,000ポンド/QALY未満の場合：NHS資源の効率的利用の観点から当該医療技術を受容するかどうかの判断は、主として費用対効果推計に基づく。
- 増分費用対高価比の予測値が20,000ポンド/QALY超の場合：次のような要素を追加的に考慮して判断することとなる。
 - * 増分費用対効果比の算出に関連する不確実性の要素
 - * 当該医療技術の革新性
 - * 当該医療技術を受ける病態や患者の特徴
 - * より広い社会的費用や便益(当てはまる場合)
- 増分費用対高価比の予測値が30,000ポンド/QALY超の場合：上記の要素がより重要となる。

参考資料2：3健康保険加入者の割合と全
国・通年への変換の精度確認

3健康保険加入者の割合(平成2年版)

健康保険名	加入者総数 (平成2年3月)	一般医療 (平成2年3月)	老人医療 (平成2年3月)
政府管掌健康保険(A)	3,569万人	3,405万人 (95.4%)	164万人 (4.6%)
組合管掌健康保険(B)	3,146万人	3,055万人 (97.1%)	91万人 (2.9%)
国民健康保険(C)	4,379万人	3,722万人 (85.0%)	657万人 (15.0%)
その他の健康保険	1,249万人	1,211万人 (97.0%)	38万人 (3.0%)
健康保険加入者総数(D)	12,343万人	11,393万人 (92.3%)	950万人 (7.7%)
3健康保険加入者の割合 ((A)+(C))/(D)	0.64	0.63	0.86

3健康保険加入者の割合(平成7年版)

健康保険名	加入者総数 (平成7年3月)	一般医療 (平成7年3月)	老人医療 (平成7年3月)
政府管掌健康保険(A)	3,761万人		
組合管掌健康保険(B)	3,247万人		
国民健康保険(C)	4,281万人		
その他の健康保険	1,221万人		
健康保険加入者総数(D)	12,510万人	11,349万人	1,161万人
3健康保険加入者の割合 ((A)+(C))/(D)	0.64		

3健康保険加入者の割合(平成12年版)

健康保険名	加入者総数 (平成12年3月)	一般医療 (平成12年3月)	老人医療 (平成12年3月)
政府管掌健康保険(A)	3,732万人	3,519万人 (94.3%)	231万人 (5.7%)
組合管掌健康保険(B)	3,212万人	3,122万人 (97.2%)	90万人 (2.8%)
国民健康保険(C)	4,658万人	3,554万人 (76.3%)	1,104万人 (23.7%)
その他の健康保険	1,038万人	1,004万人 (96.7%)	34万人 (3.3%)
健康保険加入者総数(D)	12,640万人	11,199万人 (88.6%)	1,441万人 (11.4%)
3健康保険加入者の割合 ((A)+(B)+(C))/(D)	0.92	0.91	0.98

3健康保険加入者の割合(平成17年版)

健康保険名	加入者総数 (平成17年3月)	一般医療 (平成17年3月)	老人医療 (平成17年3月)
政府管掌健康保険(A)	3,562万人	3,398万人 (95.4%)	164万人 (4.6%)
組管掌健康保険(B)	2,990万人	2,927万人 (97.9%)	63万人 (2.1%)
国民健康保険(C)	5,158万人	3,977万人 (77.1%)	1,181万人 (22.9%)
その他の健康保険	1,000万人	955万人 (95.5%)	45万人 (4.5%)
健康保険加入者総数(D)	12,710万人	11,261万人 (88.6%)	1,453万人 (11.4%)
3健康保険加入者の割合 ((A)+(B)+(C))/(D)	0.92	0.91	0.97

全国通年ベースへの換算の精度確認(1)

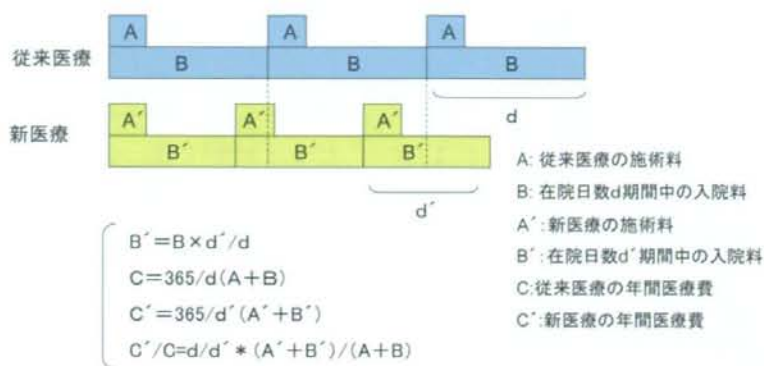
事 項	医科診療費 (平成17年)	医科診療費 (平成12年)
社会医療診療行為別調査データ ・糸球体疾患・腎原細管間質疾患 ・腎不全	609,218,588点 11,803,308,156点	602,480,382点 7,363,509,564点
換算による通年ベースの医療費(A) (上記の和を0.92で除し、12を掛け、 10を掛ける)	16,190億円	10,390億円
国民医療費データ(B) ・腎炎、ネフローゼ及び腎不全	15,682億円	9,859億円
(A)/(B)	1.03	1.06

全国通年ベースへの換算の精度確認(2)

事 項	医科診療費 (平成17年)	医科診療費 (平成12年)
社会医療診療行為別調査データ ・虚血性心疾患	4,298,991,753点	5,274,513,095点
換算による通年ベースの医療費(A) (上記の和を0.92で除し、12を掛け、 10を掛ける)	5.607億円	6.880億円
国民医療費データ(B) ・虚血性心疾患	6.635億円	7.339億円
(A)/(B)	0.845	0.937

参考資料3 平均在院日数短縮の視点だけから見た新医療技術の点数評価の方法

平均在院日数の短縮は医療費の低減に貢献するか



新旧医療費が同等となる条件

□パラメータ α , β , β' , δ を導入して、新旧医療費の比 C'/C を書き替える

$$C'/C = d/d' * (A' + B') / (A + B) = \alpha / \delta * (1 + \beta') / (1 + \beta) = (\alpha / \delta + \beta) / (1 + \beta)$$

$$[\text{ここに } \alpha = A'/A, \beta = B/A, \beta' = B'/A', \delta = d'/d]$$

□新旧医療費が同じとなる条件は、 $C'/C = 1$ でこれは当然の事ながら $\alpha = \delta$ を与える。即ち在院日数の短縮された分だけ施術料が安価になれば、新旧医療費は年間で変わらないこととなる。

□病院の経営の観点からは、経済面だけを考えれば新医療の導入によって収益が向上することを期待するが、その条件は $\alpha > \delta$ で与えられる。

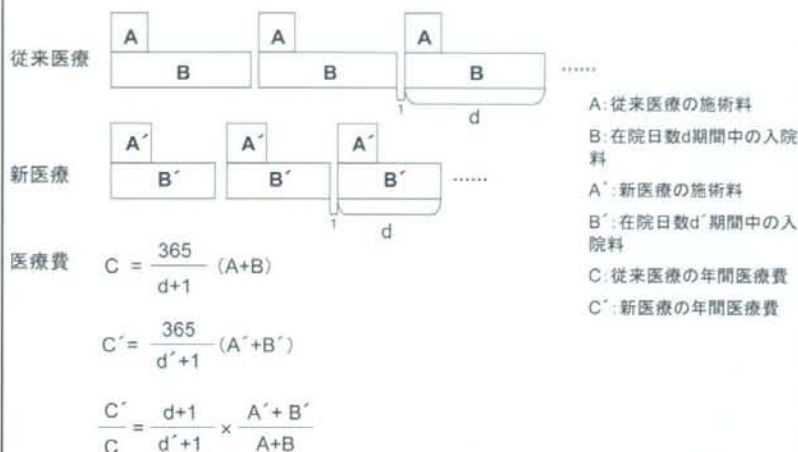
他方、医療費を抑制する立場から見れば、新医療の導入によって医療費が削減されることを期待する。その条件は $\alpha < \delta$ で与えられる。

新医療の導入に伴う実際の医療費の増減(C'/C) (平成17年度)				
	冠動脈形成術 (CABG)	経皮的冠動脈形成術 (PTCA)	肺切除術	胸腔鏡下肺切除術
施術料 (A, A')	90,622点	23,263点	22,195点	31,707点
入院料 (B, B')	1,620点 × 30.5日	1,620点 × 9.42日	1,641点 × 25.2日	1,641点 × 9.8日
平均在院日 数(d, d')	30.5日	9.42日	25.2日	9.8日
$\alpha = A'/A$	0.257		1.43	
$\beta = B'/B$	0.545	(0.656)	1.86	(0.507)
$\delta = d'/d$	0.309		0.389	
実際の C'/C	0.891		1.94	
C'=Cを与 えるA'	28,019点		8,631点	

考察

- 経皮的冠動脈形成術と胸腔鏡下肺切除術という2つの新医療手法について、施術料、入院料、平均在院日数といった医療関係パラメータのみを用いて、新医療手法の導入に伴う年間医療費の増減の評価を行った。
- 結果は、経皮的冠動脈形成術については、従来技術と比して新医療技術の導入に伴って年間医療費は0.89となり11%の削減となっている。これは経皮的冠動脈形成術に対する診療報酬面での評価が低くおさえられているためである。また胸腔鏡下肺切除術については従来技術と比して新医療技術の導入に伴って年間医療費は1.94となり94%の増となっている。これは胸腔鏡下肺切除術に対する診療報酬面において肺の全摘術と同等の高い水準に評価されているからである。
- 以上の年間医療費の増減の評価は、新医療技術の適切な診療報酬を求める際の参考とはなるが、C'/Cが1になれば良いというものではないことに留意が必要である。なぜなら、この評価においては患者QOL向上の効用や早期社会復帰に伴う経済効果が全く反映されていないからである。

(参考) 平均在院日数の短縮は医療費の低減に貢献するか
(入院期間に1日の間隔のある場合)



(参考) 新旧医療費が同等となる条件

□ 新旧医療費が同じとなる条件は、 $C'/C=1$ で、これは

$$\frac{A'+B'}{d'+1} = \frac{A+B}{d+1} \quad \text{あるいは、}$$

$$\frac{d+1}{d'+1} = \frac{A+B}{A'+B'} \quad \text{を与える。}$$

これに $B' = B \times \frac{d'}{d}$ の関係を考慮して、 A' で解くと

$$A' = A \frac{d'+1}{d+1} + B(d-d') \left[\frac{1}{d} - \frac{1}{d+1} \right] \quad \text{が得られる。}$$

もし入院期間にn日間の間隔のある場合には、

$$A' = A \frac{d'+n}{d+n} + B(d-d') \left[\frac{1}{d} - \frac{1}{d+n} \right] \quad \text{となる。}$$

□ 医療費を抑制する立場から見れば、新施術料 A' がこの値よりも安価であれば、新医療費は年間で節約されることになる。

□ 病院の経営の観点からは、経済面だけを考えれば、新医療法の導入によって収益が向上することを期待するが、その条件は新施術料 A' が式が与える価格よりも高額となることとして与えられることになる。

(参考) 新医療費の導入に伴う実際の医療費の増減と
増減を与えない新施術料の理論値
(入院期間に1日の間隔のある場合) (平成17年度)

	冠動脈形成術 (CABG)	経皮的冠動脈形成術 (PTCA)	肺切除術	胸腔鏡下肺切除術
施術料 (A, A')	90,622点	23,263点	22,195点	31,707点
入院料 (B, B')	1,620点 × 30.5日	1,620点 × 9.42日	1,641点 × 25.2日	1,641点 × 9.8日
平均在院日数 (d, d')	30.5日	9.42日	25.2日	9.8日
実際のC'/C	0.832		1.83	
新旧医療費に 増減を与えない 新施術料A'	31,060点		10,111点	

4. 医療における費用効果分析の重要性を踏まえた政策評価・政策提言

分担研究者・研究協力者 中西 章 (東京医科歯科大学難治疾患研究所 科学・科学政策論分野 教授(平成20年7月まで)/科学技術振興機構参事役・地球規模課題国際協力室長(平成20年8月より))

研究要旨

本研究事業は、医療経済における新医療技術の貢献を費用効果の観点から正しく認識すること、医療費への投資を積極的に医療政策の中に組み込む理論的、実証的根拠を得ること、質とコストとのバランスの取れた医療政策特に保健医療制度の実現を通じて、国民の福祉の向上に資することを目的として行う。このため、本分担研究は、医療費と新医療技術に関する費用効果分析の重要性という視点を踏まえて、医療の費用効果の観点からの政策評価・政策提言を行う。

A. 研究目的

本分担研究は、平成19年度に行ったこの15年間(平成2年度～平成15年度)に投入された医療費の費用効果に関するマクロ及びミクロな分析と平成20年度に実施した慢性6疾患に着目した医療費の効用分析、新医療技術が国民医療経済にもたらす費用効果のミクロな分析とその成果を通じて明らかとなった費用効果分析の重要性という視点を踏まえて、医療の政策評価、政策提言を行うことを目的としている。

B. 研究方法

本分担研究の目的を達成するために、本年度はまず始めに、保健医療制度の目指すべき目標と評価についての基本的考え方を整理する(4-1. 保健医療制度の目標と評価)。具体的には、医療のパフォーマンス評価の重要性を確認する。その上で、①医療政策の理念、長期的なビジョン、当面の目標を国民的なコンセンサスのもとに確立すること、②目標を実現するために医療政策を再構築すること、③合理的な評価の方法を開発・導入し、PDCAサイクルを医療政策に導入・定着させること、の重要性を指摘した上で、医療費の費用効果を踏まえた具体的な提言を行った(4-2. 国民医療に関する提言)。

C. 研究結果

保健医療制度の目指すべき目標と評価についての基本的考え方を整理し、今後の保健医療制度に対する提言を検討する上で、①「共助」+「公助」+「自助」の原則、②パフォ

ーマンスの評価と改善へのインセンティブ付与、③選択に自由の拡大、④医療の質の向上という基本的な視点に立つことの必要性を確認し、投入資源（医療費、医療人材等）に対するアウトカムさらにはその経済的な表現である便益を定量的に評価して保健医療制度改革の方向性を打ち出すことの重要性を指摘した（図4-1、今後の保健医療制度改革の基本的視点）。

平成19年度に実施した国民医療費に経済効果に関する評価は、最近15年間の疾患ごとの追加医療費に対する経済的利益の増加を評価したものである。評価は、医療費の増加額に対する便益の増加額を算出するという方法によって行われ、追加的な医療費の投資に対してどのくらいの効用が得られたのかについて分析を行った。結果は、医療費全体のこの15年間の効用は16程度（1の追加的な医療費の投入に対して、16倍のリターンが得られる）という大変に大きなものであった。

平成20年度に実施した慢性6疾患に着目した医療費の効用分析では、主として死亡率の減少を評価する米国の先行研究を改良し、受診・死亡年齢の変化やその消費・生産への貢献、外来患者と入院患者の平均的なQOLを考慮した保守的な評価においても、糖尿病3程度、慢性腎臓疾患5程度、高血圧性疾患7程度、悪性新生物8程度の費用効果があり、脳血管疾患や虚血性心疾患においては300/600もの費用効果もたらされることが明らかとなった。さらに患者のQOLと平均余命による評価値の低減効果を考慮した一層保守的な評価によっても、高血圧性疾患を除いて、悪性新生物、糖尿病及び慢性腎臓疾患は2程度、脳血管疾患と虚血性心疾患は40/80程度という高い費用効果を保っていることが判明した。

同じく平成20年度に実施した新医療技術が国民医療経済にもたらす費用効果のミクロな分析によって、冠動脈形成術（CABG）が経皮的冠動脈形成術（PTCA等）に移行したことによって、平成12年には5年前と比較して約1,300億円、平成17年度には5年前と比較して約850億円の経済効果が得られる等の結果が得られている。

このように、マクロ、ミクロの様々な視点から医療費のもたらす経済的效果あるいは医療の効用というものを定量的に導く方法論を提示するとともに、実際に評価を実践してその高さを示してきたところであるが、本分担研究においては、医療費の効用などの定量的な指標に基づいて、政策やその手法について合理的な評価を行い、目標の達成度合いを不断にチェックしつつ施策を遂行することが重要である旨の指摘を行っている。この考え方は、徒に医療費の削減、抑制を目指す現在の保健医療行政に対する警鐘となっている。この10年間65歳以上の人口の割合は年率4～3%程度で増大しているにもかかわらず、同じ期間の医療費の年間伸び率が2～1%であるという不合理な医療費抑制政策が、国民の求める安全安心な暮らしと反するものであることは明白である。そして将来の保健医療ビジョン達成に必要で、医療費の増加にも増して高い効用が期待できる政策の遂行のためには医療費の増大を避けてはならないと考える。

具体的に医療費の充実について考えれば、我が国の保健医療給付の対GDPに占める割合は、6.3%程度であり、英、独、仏、瑞の平均である7.2%の水準に達するように1%程度充実

させる必要がある。このために必要な原資は 5.1 兆円であり、これは消費税の税率の 2% 程度のアップに相当する。賢明な国民は効用の明確な医療費の充実に必要な原資の確保のために、一定の税負担の増を受け入れるだけの合理的な選択を支持するものとする。

また、医療費への投資の充実にの関連で、社会保障全体の公費による給付水準についても、欧米（2001 年の米、英、独、仏、瑞の平均水準は 25%）に比較して著しく低い現在の我が国の水準（2025 年時点で 19%；厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」2006 年）を向上させるべきことを提言している。その財源としては福祉目的税化した消費税の税率アップと欧米諸国に比して格段に大きな政府社会固定資本形成への投資を米、英、独、仏 4 カ国の平均レベルに減額することで得られることを示している。

D. 考察

医療の費用対効果向上に向けた政策評価・政策提言については、昨今の医療保健制度をめぐる活発な議論に込めるものとするため、政策評価・政策提言は医療保健制度全体に対する包括的なものとなっている。その中で、本研究で明らかになった様々な費用効果分析とその成果を通じて明らかとなった費用効果分析の重要性という観点から、費用効果分析に基づいた意思決定、資源の投資配分（ポートフォリオ形成）や医療政策の企画立案の重要性についての提言がなされている。

また、効用に基づく評価の考え方は、資源の投資配分（ポートフォリオ形成）だけでなく、先端医療技術や革新的医薬品の導入、診療報酬や薬価の設定、医療施設設備やシステムの高度化、診療所と病院の役割分担と資源配分の見直しなど保健医療制度に関する意思決定を行う際に常に尊重されなければならない重要な視点であるべきである。即ち、既存の医療技術に比して大きな優位性を持つ新医療技術は、既存の医療技術を代替して国民医療の高度化に寄与するものであるが、同時に国民医療の費用対効果を向上するものであることが求められる。費用対効果は投入した費用に対して得られる便益がどの程度であるのかの指標であって、単純に費用の低減を意味しないことはもちろんのことである。新医療技術の場合、その活用によって、取り止められた命や寿命の延長、さらにこれらに伴って生じる経済的なプラスの効果を得られる利益として定量的に評価し、この利益に基づいて新医療技術の導入の可否を判断し、さらに診療報酬、薬価等の価格を合理的に設定することが重要であることを明確にした。

E. 結論

本研究事業における数々の分析とその成果を通じて明らかとなった費用効果分析の重要性という観点から、持続可能でパフォーマンスの高い保健医療制度を如何に構築するかという点について具体的な政策評価・政策提言を行っている。その内容が、我が国の医療政策、特に①高度先進医療技術の導入・活用の促進方策、②医療技術の研究開発への投資促進、③対症医療への投資、予防医療への投資への資源配分のあり方、④如何に限られた公

的財政資源を医療の分野への投資に結び付けられるのかというシナリオを探る手がかりと
していただけるものと期待している。

F. 研究発表

1. 論文発表 本研究の成果は研究終了の段階で適切な論文誌に投稿する予定である。従って、平成20年度末の研究終了時点まで本報告書は公表しない取扱とされたい。
2. 学会発表 本研究の成果は研究終了の段階で適切な学会等において発表する予定である。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

4-1. 保健医療制度の目標と評価

図4-1. 今後の保健医療制度改革の基本的視点

- 「共助」から「共助」+「公助」、そして「共助」+「公助」+「自助」へ
 - ①「共助」: 被保険者の相互救済を基本とした本来の保険システム
 - ②「公助」: 国保、政管健保等に対する公的資金の投入により組合型保険から国が補償する社会インフラ的要素が拡大
 - ③「自助」: 健康維持、検診等による国民レベルでの疾病予防努力
 - ④以上の三要素が一体となった保険医療制度構築を目指す
- パフォーマンスの評価と改善へのインセンティブ付与
 - ①医療の質・効率性と患者の満足度の定量的表現と定期的評価
 - ②評価結果によるリターン導入メカニズムの構築
 - ③被保険者の生活改善等の努力が保険料等に反映するメカニズム
- 選択の自由の拡大
 - ①患者の医療機関選択に自由の確保と適切な選択のための情報の開示
 - ②患者の受けたい診療の選択の自由(特に終末期医療について)
 - ③保険者による医療機関との選択的契約
- 医療の質の向上の促進
 - ①医療機関の近代化、効率化、安全性向上への投資を医療費に組み込むメカニズム
 - ②医療サービスの質の鍵となる医療人材パワーの質の向上とやる気の出るシステム

保健医療制度の目標と評価についての考え方

□評価すべきこと:

- ① 保険医療システムのパフォーマンス
- ② 医療機関のパフォーマンス
- ③ 治療やケアの方法の効果

□評価方法:

- ① 社会や国民の期待に沿って(即ちアウトカムベースで)予め設定しておいた目標が達成されているかどうか
- ② 投入した資本やマンパワーに見合ったアウトカムベースの効果が上がっているかどうか

□評価の指標:

- ① 質あるいは量に関する目標
- ② 費用効果の貨幣的表現

具体的提案:保健医療に関するアウトカム評価の方法 (費用効果の場合)

	制度評価	医療機関評価	新治療・診断法の評価
投入資源	<ul style="list-style-type: none"> - 国民医療費の増 - 医療人材の育成コストの増 - 医療機関整備費の増 	<ul style="list-style-type: none"> - 医療機関における医療費の増 - 医療スタッフコストの増 - 施設設備投資の増 	<ul style="list-style-type: none"> - 特定疾患治療に投入された新治療・診断法の適用に伴う医療費の増 - 新治療・診断法の開発費
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> - 平均寿命の増加 - 疾病死亡率の低下 - 平均在院日数の低下 - 身体障害率の低下 	<ul style="list-style-type: none"> - 医療機関における在院日数の低下 - 受診サービスの向上(主として診療所外来)(診療の質と説明、待ち時間、診療回数、時間外診療、患者紹介に示される病院との連携、患者満足度等) - 入院治療サービスの向上(主として病院)(医療の質と説明、看護の質と説明、病室、食事等の入院環境の質、患者紹介に示される病院との連携、患者満足度等) 	<ul style="list-style-type: none"> - 従来法に比べた特定疾患死亡率の低下 - 従来法に比べた特定疾患に係わる患者QoLの向上(身体障害率、認知程度の向上) - 従来法に比べた特定疾患に係わる平均在院日数の低下 - 従来法に比べた特定疾患の診断率の向上

4-2. 国民医療費に関する提言

日本の医療の未来に向けた提言(1)

【医療費の充実に関すること】

1. **医療費抑制の誤り**: 医療費全体のマクロな効用は、追加医療費に対するリターンの価値という意味で16倍以上という高い水準にある。他方我が国の一般会計予算の大きな支出項目である公共事業費全体の費用便益(B/C)は、道路、治山治水、港湾、空港等の事業全体の効用と平成18年度予算とを活用して計算すると2.0であり、医療費に比してかなり低い水準にあることがわかる。また保健医療支出や医療スタッフの充実度等から見た我が国の医療の現状は、社会インフラとしての重要性にもかかわらず脆弱な状態に置かれている。これらはこれまでの**医療費抑制政策、効用を無視した一律圧縮の財政政策の誤り**を示している。医療費は国民所得やGDPの伸びの範囲内に抑制するのではなく、例えば人口の高齢化率(65歳以上人口の割合の増加率)に連動して伸びることが当然であると理解すべきである。

日本の医療の未来に向けた提言(2)

【医療費の充実に関すること】

2. **医療費の充実**:医療費に着目して考えれば、我が国の保健医療給付の対GDPに占める割合は、6.3%程度であり、英、独、仏、瑞の平均である7.2%の水準に達するように1%程度充実させる必要がある。このために必要な原資は5.1兆円であるが、平成18年度の医療費の負担の構造(公費負担割合41%、国費負担割合76%)が変わらないとすれば、公費負担は2.1兆円、そのうち国庫負担は1.6兆円となる。この原資の確保は、社会保障給付財源の確保のところで述べるように、福祉目的税化した消費税率の増と一般会計公共事業予算の削減によることとなる。(消費税の配分が国80%、地方20%となっていることを考えると、医療費の公費負担分の確保には消費税率アップによるのが簡明である。実は社会保障給付費全体の公費負担における国費割合は77%であり消費税の国と地方の配分と同じ構造をしている。)【平成19年度ベースでの計算】

日本の医療の未来に向けた提言(3)

【医療費の充実に関すること】

3. **効用評価の重要性**:効用に基づく評価の考え方は、資源の投資配分(ポートフォリオ形成)だけでなく、先端医療技術や革新的医薬品の導入、診療報酬や薬価の設定、医療施設設備やシステムの高度化、診療所と病院の役割分担と資源配分の見直しなど保健医療制度に関する意思決定を行う際に常に尊重されなければならない。例えば、新医療技術の場合、その活用によって、取り止められた命や寿命の延長、さらにこれらに伴って生じる経済的なプラスの効果を得られる利益として定量的に評価し、この利益に基づいて新医療技術の導入の可否を判断し、さらに診療報酬、薬価等の価格を合理的に設定することが重要である。

4. **医療費の算定方法の変革**:良い医療を適切な価格で提供するためには、原価計算方式を導入し必要な医療費を算出した上で、それに応じた診療報酬を決めるべき。その際、施設・設備の近代化、医療安全確保、システムの効率化等のための再投資経費を原価に含めることが肝要。さらに診療分野毎の効用を価格の算定に反映させ、効用の高い療法について高い診療報酬が与えられる仕組みを導入して、高度医療を提供する病院の医療サービスが報われるように措置すべきである(ドクター技術料や病院の診察料を高く設定することについてもこの考え方に立って見直しを行うべき)。

日本の医療の未来に向けた提言(4)

【社会保障給付の財源に関すること】

1. **消費税の目的課税**:厚生労働省が平成18年5月に示した「社会保障の給付と負担の見直し」によれば、2015年度(平成27年度)における社会保障に係る公費負担(国と地方府県の負担)は平成18年度の28.8兆円から41兆円に12.2兆円増加し、2025年度(平成37年度)には49.7兆円に20.9兆円増加する。これを福祉目的化した消費税で賄うとすると、2015年度までに4.6%アップの9.6%程度に、2025年度までに7.9%アップの12.9%程度に税率を上げる必要があることになる(税率1%当たり2.65兆円の税収(平成19年度))。【平成19年度ベースでの計算】

日本の医療の未来に向けた提言(5)

【社会保障給付の財源に関すること】

2. **財政資源の再配分**:しかしこの見直しは現在の制度を前提とした自然増の見込みを示したもので、OECD諸国との比較において著しく見劣りする現在の社会保障給付水準の向上は見込まれていない。社会保障給付の対GDP比は、2015年度(平成27年度)においても18.4%であり、2025年度(平成37年度)においてもなお19.0%に過ぎない。これは米、英、独、仏、瑞5ヶ国の平均水準が2001年ベースで25%程度であるのと比較して、甚だ低い水準といわざるを得ない。わが国の社会保障給付の水準を平成27年の時点で、英国並みの対GDP比22%のレベルに向上させた時、社会保障負担の総額は166兆円であり、公費負担は(平成18年度の公費負担割合34.8%を前提として)29兆円増の57.8兆円となる。このうち21兆円は上記の通り福祉目的化した消費税で賄うとしてあと8兆円の原資を確保しなければならない。その最も適切は候補は一般会計の公共事業予算6.7兆円(平成20年度予算)である。政府固定資本形成への投資を米、英、独、仏4ヶ国の平均レベルに調整する(約35%に削減することによって、一般会計公共事業予算は2.3兆円となり、一般会計の公共事業予算の減4.4兆円と補助率50%として地方負担分4.4兆円の削減が可能となる。これらを合算して約8.8兆円というほぼ見合った原資が得られる計算になる。【平成19年度ベースでの計算】

福祉目的税化した消費税率の増と一般会計公共事業予算の削減はどちらが先という事ではなく、両者同時に進めて平成27年までに欧米先進国並みの社会保障給付水準を達成することが重要である。

参考資料 公共事業関係費と社会保障
関係費の構造

平成20年度一般歳出概算(政府予算案)				単位:億円		
	平成19年度予算			平成20年度予算		
		増減額(率)	歳出割合		増減額(率)	歳出割合
社会保障関係費	211,409	5,670(2.8)	45.0	217,824	6,415(3.0)	46.1
文教・科学振興費	52,856	72(0.1)	11.3	53,122	266(0.5)	11.2
内 科学技術振興費	13,477	150(1.1)	2.9	13,628	151(1.1)	2.9
恩給関係費	9,235	▲754(▲7.5)	2.0	8,522	▲713(▲7.7)	1.8
防衛関係費	48,013	▲123(▲0.3)	10.2	47,796	▲217(▲0.5)	10.1
公共事業関係費	69,473	▲2,542 (▲3.5)	14.8	67,352	▲2,121 (▲3.1)	14.2
経済協力費	6,913	▲305(▲4.2)	1.5	6,660	▲253(▲3.7)	14.1
(参考)ODA	7,293	▲304(▲4.0)	1.6	7,002	▲291(▲4.0)	1.5
中小企業対策費	1,640	9(0.6)	0.3	1,761	121(7.3)	0.4
エネルギー対策費	8,643	3,938(83.6)	1.8	8,655	12(0.1)	1.8
食料安定供給関係費	8,555	▲287(▲4.5)	1.8	8,582	27(0.3)	1.8
産業投資特別会計繰入	203	▲278 (▲57.8)	0.0	—	▲203(—)	—
その他の経費	49,344	724(1.4)	10.5	49,071	▲273 (▲0.6)	10.4
予備費	3,500	0(0.0)	0.7	3,500	0(0.0)	0.7
一般歳出計	469,784	6,124(1.3)	100.0	472,845	3,061(0.7)	100.0