

連載

臨床経済学の基礎(5)

筑波大学大学院人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻
保健医療政策学分野 教授（社会医学系）

大久保一郎

今回は分析視点について解説することとする。前回、費用の種類について説明した時に、以下のような例示をあげた（一部省略）。思い出してみよう。

「AとBの2つの治療方法があり、どちらも効果では差がないとする。一定の効果を得るのにAは直接医療費用が2万円であり、Bは3万円である。どちらを保険適用にすべきかと考える人の立場であると、当然Aを選択する。ところが、Aの治療方法は外来を3回受診する必要があるが、Bは1回の受診でよい。外来を受診するのに片道1,000円の交通費がかかる患者の立場から再度分析すると、医療費の自己負担は3割なので直接医療費用はA、Bそれぞれ6,000円、9,000円であり、さらに交通費である直接非医療費用はA、Bそれぞれ6,000円、2,000円である。これらを合計するとA、Bはそれぞれ、12,000円、11,000円となり、国民医療費を所管する部局の判断と患者である国民の判断とは逆となってしまう。

上記の具体例では、もう一つの費用の種類を考えるよい機会を与えてくれている。それは交通費が片道1000円もかからない人でも、通常、Aを選択したいという人はいないであろう。それはなぜであろうか。外来を受診するという事は、医療機関までの時間、受付をしてから医師の診察までの待ち時間、診察時間、会計までの時間、さらに院外の調剤薬局で薬を受けるまでの時間等、多くの時間を要する。このように時間がかかる受診を、いくら窓口で払う金額が低いからといって、3回も行きたいと思う患者はいないであろう。」

上記の例では、費用の計算において、誰の立場をとるかによって、計算すべき費用が異なり、これが選択の判断に大きな影響を及ぼすことが理解できたと思う。つまり、臨床経済学的研究を行う

際には、研究の目的と分析視点が乖離していなく、また臨床経済学的研究論文を読む際には、誰の視点から分析されているかに、十分に留意する必要がある。

分析視点には通常、表に記載したような種類がある。つまり、社会全体、支払い者、医療提供者、患者である。あるものを見るときに、同じものでもどの角度からみるかということで、場合によっては全く異なる像を示すことがある。たとえば、各面に異なる色が塗られた四角錐があったとする。右からみた人はそれを青い三角形、左からみた人は赤い三角形、正面からでは青い三角形、背面からは黄の三角形、下からは白い四角形、上からは赤、青、黄、緑の4つの三角形で構成される4角形と言うであろう。同じものでも別々の角度でみると全く異なるもののように見える。分析視点もこれと同じである。真の実態は全ての角度からみることによって、初めてわかる場合がある。医療におけるより良い具体例として、心電図がある。それぞれの誘導はその方向に対する電気信号をキャッチするが、正確な診断名と異状部位の同定は12誘導全てをとることによって可能となる。従って、臨床経済学的研究においても可能な限り広い視点での分析が望ましいが、時間や予算に限界があり、少なくともリサーチエッションに比べられる視点でないといけない。以下、それぞれの視点について解説する。

1. 社会全体

社会全体の視点とはまさしく社会全体からの視点であり、支払い者、医療提供者、患者等のすべての視点を含む概念である。多くの論文では社会の視点とされていても、よく読むと支払い者の視点であることも多い。社会的視点の場合、私もど

表 分析視点の種類

1. 社会全体 (Society)
2. 支払者 (Payor)
3. 医療提供者 (Provider)
4. 患者 (Patient)

の範囲まで費用の計算をするのかと聞かれると、正直明確には答えられない。下記の支払い者ほど単純ではない。しかし、一般的には、直接医療費のみでなく、患者が罹患し仕事を休む、または死亡することは社会全体に大きな損失を与えることになるので、これらの労働生産性の損失である間接費用を含めるべきと考えている。

たとえば、高齢者の医療を在宅で行うか、医療機関で入院して行うかの2つの方法があって、その費用を計算することとする。国は医療費の適正化からの在宅医療の推進を訴えている。社会全体で考えると、在宅医療で計算すべき費用は、在宅医療により発生する直接医療費用以外に、家族の介護に要する時間（場合によっては介護のために有職者が仕事を休むこともある）、介護のための購入した機器等の費用が発生していて、これらは医療費より高くなることが多い。一方、入院の場合、直接医療費用以外の費用はそれほど大きくない。では在宅か病院かどちらが安いかと答えを出すと、もちろん正確な費用計算が必要であるが、社会全体の視点では在宅医療の方が高くなるであろう。一方、支払い者の視点ではその逆に在宅医療が安くなる。この例では視点により結果が異なる可能性を示唆した。在宅医療は、確かに医療費の削減は可能であるが、社会全体では医療費の削減分以上の費用がかかることが推測される。

少し話が今回の本題からそれるが、ではなぜ在宅医療を多くの国民が支持するのであろうか。それは費用がかかっても、患者の尊厳の維持、QOLの向上等を考えると、安いと考えている人が多いからである。つまり費用の負担が増えても、それ以上の価値、便益があると判断しているのである。また、上記の例で丹念に費用を積み上げることにより、在宅医療をより推進させるためには、患者家族にどのような助成を行うことが効果的かといった議論も可能となる。

なお、社会的視点からの分析で、直接医療費用

を診療報酬点数で計算することは、厳密に言うとも明らかに不適切である。診療報酬点数が社会的視点からの費用である機会費用と一致していないからである。医療行為を原価計算により正確に機会費用の概念で計算すると、一致しないことは、医療従事者であれば常識的に感じる場所である。診療報酬点数には多くの政策的意図が含まれ、採算がとれるものや、不採算のものがある。また、全国一律に同じ費用というのも、社会の視点からみればおかしなことである。従って、診療報酬点数をそのまま使用することは誤りである。しかし、現実的には個々の医療行為を原価計算で計算することは時間的にも労力的にも困難であるので、診療報酬点数を社会的な費用の近似値としてみなすことが多い。

2. 支払い者

医療費を支払う者という意味である。日本では患者の自己負担以外に、国や地方自治体および保険者が支払っている（これらの財源は税金や保険料であり、究極的には国民が全てを払っていることとなる）。多くの場合、これらの支払い者を個別に分離するのではなく、これら全てを含めて支払い者の立場としている。この場合、費用の種類は直接医療費用であり、保険診療内の医療行為であれば、診療報酬点数をそのまま使うことができる。つまり、ある行為を実施すれば診療報酬点数に基づき、医療機関等から請求されるので、その額がそのまま支払い者にとっての費用となる。上記の社会の視点から比べると単純である。そのため、多くの研究はこの支払い者の立場からのものである。

従来より、医療費の適正化の1つの手段として検診があげられている。これは早期発見早期治療という観点から、ある疾病を早期の段階で治療することにかかる医療費は、重症になってからの医療費よりも安く、その差によって医療費の節約ができるという発想である。確かに医療費を所管する厚生労働省の保険局では費用の節約の可能性はあるが、検診を所管する健康局では費用の増加となる。両者を加えた厚生労働省全体の立場では費用の節約ができるか否かはしっかり計算しないとわからない。このように研究目的によっては支払い者という視点であっても、それを細分化して分

析することも必要である。

今回の医療制度改革の重要な柱の一つに保険者による特定健診の実施がある。これには大きな意義がある。検診により発生する費用と、医療費の削減といった検診による恩恵を受ける者が同一であることである。従来はこれらが別々であったので、検診を実施する側は、検診受診率の向上には関心があったが、医療費がどうなろうとある意味興味がなかった。また医療費を支払う側は、検診に関して口が出せず、受身であった。今回これが一致するので、保険者は検診を行うと本当に医療費が節約できるのか、また検診で医療費を削減するにはどのような検診を実施すればよいのかということが、自身の問題として捉えることができるようになる。検診が医療費にどのような影響を及ぼすか、個人的には大変関心を持っており、その分析が実証データにより明らかになることを期待している。

3. 医療提供者

これは医療を提供する立場からの視点であり、医療機関の立場である。この視点からの論文はあまり多くはないかと思うが、上記、1, 2で述べたように、個々の医療行為は診療報酬点数がそのまま病院の費用となるわけではないので、別途費用の計算をする必要がある。たとえば、ある治療に使用した薬剤は薬価を使用するのはなく、購入価格を使用することになる。またある手術であれば、それに要する医療従事者の人件費、手術室の使用料、光熱料、手術器具代、医療材料費等を、病院の原価で計算する必要がある。しかし、個々のミクロレベルでは診療報酬点数と乖離するが、多くの医療行為の費用を包括的に計算する場合は、診療報酬点数をその近似値として使用できる場合もある。

前述の在宅医療と入院医療の例では、在宅の患者に対しては医師や看護師が患者まで行き、診療や看護を行う。一日で訪問できる患者数は限られている。一方、入院であれば、より多くの患者に同様な医療を提供できるであろう。つまり医療提供者の視点からは、一人当たりの費用は在宅患者の方が高くなるのが推測できる。在宅医療が確

実に安くなるのは支払い者であり、医療提供者からは高くなる。このような現状から、在宅医療を推進させるためには、医療提供者に対して費用に見合った診療報酬点数を付けたり、補助金等、他の経済的インセンティブを付与させる必要がある。

4. 患者

これは患者やその家族の立場からの視点であり、患者や家族に発生する費用を計算することとなる。医療費であれば、医療費全額ではなく自己負担分となる。そのため、直接医療費用より、交通費等の直接非医療費や受診に要する時間等の間接費用がより大きな負担となることが多い。社会全体や支払い者の視点よりはミクロ的な視点であるが、ある政策で実際に患者の行動を変えなければ、その目的が達成できないのであれば、この視点からの分析は重要であり、患者の直接医療費用の負担の軽減のみでは、期待した以上の成果をあげることはできない。

最後に余談であるが、表中の「payer」というのは通常「payer」であり、スペルチェックをすると必ず引っかかる。しかし、私はこのスペルをあえて使用することにしている。それは、私が臨床経済学を学んだのは、ペンシルベニア大学医学部 Section of General Internal Medicine であり、1987-1989年の2年間リサーチフェロー（厚生省プライマリケア留学制度）として、その Section の責任者である John M. Eisenberg (MD, MBA) から直接指導を受けたからである。残念ながら2002年に脳腫瘍のため亡くなった。まだ55歳であった。米国の臨床経済学の第一人者であり、最後は AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) の初代長官として、米国ひいては世界の保健医療制度や政策に大きな影響を与えてきた。留学中、家族ぐるみでのお付き合いを通じて、公私共にお世話になった。学問的には当然であるが、それ以上に人間的に素晴らしい人であり、私が最も尊敬する人である。その彼が何故か payer でなく payor を使用していたので、私も彼にならってあえて使っている。今回この原稿を書くことにより、Eisenberg のことを思い出す幸せを感じています。