

医療費問題と薬価 ———— 二木 立



研究者（医療経済学、医療政策）

1972年、東京医科歯科大学医学部卒業。東京の地域病院で脳卒中の早期リハビリテーションに従事した後、1985年から日本福祉大学社会福祉学部教授。主著『日本の医療費』『保健・医療・福祉複合体』（ともに医学書院）

今改革案では真の医療改革に結びつかない
——公的医療費の総枠拡大が不可欠——

はじめに

私はスライドは使いません。形式第一、内容第二、時間だけは守るという人間ですので、20分でレジュメプラスアルファをお話しまして、そのあと5分間質疑応答をします（編集部：謙遜です。時間を守りつつ、内容も豊富です）。午前中から参加させていただいて、白熱した議論を聞かせていただいたのですが、私なんか場違いなんじゃないかと思いました。なぜかと申しますと、司会者から紹介がありましたように私に与えられた問題はマクロから、日本全体から見た医療の問題であって、薬だけではないからです。8月末に発表された政府与党の医療保険の抜本改革案に対する批判です。この抜本改革の柱の一つに薬の問題がありますから、全く関係ないわけではないのですが、きょうは敢えて薬の問題に限定しないでこの改革全体について私の意見を述べたいと思います。

政府案の3つの柱

ご存じのように、今月（1997年9月）から健康保険の改革が実施されました。それによる患者負担増は、今までの医療保険改革の歴史で一番大きい、史上最大の患者負担増です。しかし、

こんなに大きな患者負担をしても、平年度ベースで1兆から2兆円しか財政効果はない。そこで抜本的な構造改革案を与党はまとめたわけです。細かく見ると5つの柱ですが、大きく3つの柱でできています。

1つは薬価制度の改革。現行の公的薬価制度を廃止して、薬効が同じグループ毎に市場価格制に基づいて医療保険から支払われる基準額の上限を定める。いわゆる参照価格制度ですが、どうも分かりにくいので給付上限制度と表現すると思います。ただし、後で述べますけれど、これはあくまでも一般の薬でして、特別に効果があると認められた画期的新薬は別枠で自由価格にすることになっています。

2番目は新しい診療報酬体系の構築で、慢性期はすべて、急性期医療も一定期間を過ぎた場合は、定額払い、正確に言うと1日当たりの定額払いを導入する、ということです。

3番目は、現行の老人医療制度を廃止して、高齢者も全員が保険料を負担する、自己負担も定率1割または2割の高齢者医療保険制度を創設する、という案になっています。

与党案が発表される直前の8月に厚生省案が出まして、新聞でも大きく報道されましたが、患者負担を一律3割にするとか、大病院の外來は5割にするとか、思わず目を剥いてしまうような、ある新聞の社説の言葉を借りますと、「過激な」

案で、非常に大きい患者負担になっておりました。しかし、さすがに与党案ではこれを引っ込めまして、とりあえず大幅な患者負担増はにおいて、3つの改革をすべしとなりました。

政府案への批判

私はこの案に対して2つの視点から批判を持っています。

1つは、この案では医療費を抑制することが絶対条件で、その枠内での論議なのですが、日本の医療費はこのセミナーでも報告がありますようにいろんな無駄遣いがあるのは事実だとしても、全体としてはイギリスと並んで先進国では一番低い水準です。特に対人サービスという点では目も当てられないくらい低い水準ですから、医療費の総枠を増やすという案があってもいいんじゃないか。それが抜けて、初めに医療費抑制ありきというのはおかしいという批判をしています。

もう1つは、医療費抑制ということも前提としても、今述べました3つの改革案による医療費抑制効果は、少なくとも与党や厚生省によってそのまま実行され、しかも透明に実行され、裏取引などが無い限りは、医療費抑制の効果は全然ないか、ごく一部だと批判しております。

参照価格制は医療費抑制につながらない

私が、今出されている改革案が医療費抑制につながらないと考えている理由を述べていきます。

まず1番目に薬価制度の改革です。大部分の薬に給付上限制度を導入して、プラスアルファは全額自費、画期的新薬については自由価格にするという案です。この場合の焦点は、今日あとで保険医協会の方などからの報告がありますが、日本の薬価が高い、ということですね。この問題が薬価差の問題にすり替えられている。薬価差さえなくせばなんとかなる、のようなイメージになりましたが、薬価差に関しては少なくとも現時点では日本医師会を含めて原則廃止の方向になっています。ただ、医療関係者の方はよ

くご存じだと思いますが、薬価差は何も医療機関にとっての濡れ手に泡ではない。技術料の低さを補填するものです。具体的に言いますと、病院に関しては、薬価差を含めて医業収支利益率は1%です。だから単純に薬価差を廃止すると殆どの医療機関の経営がアウトになるため、全部はともかく、相当部分は技術料に振り替えざるを得ないわけです。小泉厚生大臣はいつだって言っています、多分それは通らないでしょう。そうすると薬価差を廃止することによる医療費抑制効果はそれほど大きくない。

参照価格制あるいは給付上限制度については、あくまでも一般的な薬が対象であって、画期的新薬については自由価格になります。画期的新薬というのは常識的に考えて市場競争力が強いですから、医療機関に対してもメーカーのほうが強気になると考えられますから価格は今よりは上がると考えるほうが常識的でしょう。それ以外の薬、給付上限に引っ掛かる薬はどうなるかは、どういう価格設定をするかによって変わってくる。薬効が似た薬をプールして比較的薬の値段を高めにする、と、当然ながら医療費の抑制効果はほとんどありません。むしろゾロと言われている薬は今よりも高くなる可能性がある。薬価差が目玉の敵のように言われておりますが、覚めた目で見ますと、薬価差があるから医療機関の側が購入者として、薬屋さんと商取引をするときに、薬の購入価格を下げようとするのです。薬価差がなくなりますと良い悪いは抜きにしてそのような誘因がなくなりますから、今まで安かった薬が参照価格、上限価格まで上がる可能性があります。

逆に医療費抑制を絶対条件にして、参照価格をガツーンと低くするとどういふことが起きるか。同じグループの中でもちょっといい薬は自己負担が付かないと処方できないため、患者の支払い能力によって薬が変わる、二段階医療になりうるわけです。しかもグルーピングは大変な手間がかかるのです。しかし手間がかかるわりには効果がない。実はこれの先輩、一番初めに参照価格制を取り入れたドイツでも薬剤費総

近藤：（医師、放射線科）ちょっと同意できないところがあるのですが。（二木：どなたでしょう）あ、う、慶応大学の近藤です。（二木：ああ、これはどうも。私愛読者です）イギリスとの比較を出されましたが、イギリスと日本との薬の使い方は断然違うわけで、薬剤費の中で、現在日本は8兆円くらい使っていますが、イギリスのような使い方をすれば2兆円くらいで済むのではないかとみているのですが。そこで浮いた部分を他に振り向ければ、医療はもっと合理化できるわけです。そういうことをした上で、医療費の総枠拡大を考えるのであれば。

全体の議論が、二木さんだけではなく、医療費のことにかかずにわっているけども、肝心の医療の中身について議論されていない。医療費の問題ではなくて、医療の問題だと思う。まず医療の合理化を考える、その上でもしも医療費を抑制することが必要ならば考えていかなければならないのではないかと思います。

二木：実は、先ほど昼休みに浜さんたちと打合せしていて、私は場違いなんじゃないかと思いましたがその点なのです。説明させてください。

私は9割くらい近藤さんの主張に賛成しております。次の久繁さんのお話に出てくると思います医療の合理化にも100%賛成しております。ただし、それはミクロの部分に關してです。と同時に、経済学でよく使われる表現に、合成の誤謬というのがあります。個々には正しくても、その通りでも、全体に積み重ねたときには必ずしも正しくなくなる。近藤さんがおっしゃったように、日本の薬の使い方をイギリスのようにすれば無駄使いが減ると思います。しかし、言い方を換えればそれだけ薬に使っているのに、日本の総医療費

間の保険に入らない人は最低レベルの医療、自己負担できる人はその支払い能力に応じて受けられる医療が変わる、となる危険が大きい。

となりますと、この改革の3本柱、薬の給付上限制（参照価格制）や慢性期医療における定額払い制の意味がわかる。一般の新聞報道ですと、それで医療費全体を抑制しようとしているかのように言われていますが、そうではない。保険から給付するのはそこまでですよ、それ以上は自己負担なのです、ということが読めてくる。

日本の医療は、今日の午前中のセミナーを聞いていると悲しくなりますが、それでもいい面もある。医療機関へのかかりやすさは世界一です。そういう良い面を破壊して、貧富の差によって受けられる医療が変わるようになるのではないかと思います。

堂々と公的医療費の総枠拡大を

以上は医療費の抑制を絶対条件としてお話ししてきましたが、私は冒頭にも申しましたように、医療費は全体としては増やさざるを得ないと思います。その理由は、1つは繰返しになりますが、日本の医療費の水準、GDPとかGNPに対する割合は先進国の中でイギリスと並んでもっとも低いのです。1番目は、日本の患者負担は実質1割だ、福祉先進国よりも安いと言われているのですが、老人病院のお世話料だとか差額ベッド代だとか歯科の金歯だとか、いろいろ足しますと、患者の実際の負担は2割を超えている。3番目に、人口高齢化で医療費が増えるから負担増をと言われていますが、科学的に計算しますと、『厚生白書』も実は認めています、人口高齢化そのものによる医療費増加は年率で今が1番高く1.6%。私が老人になる2020年頃には0.6%くらいになります。ですから人口高齢化そのものによる医療費の増加圧力は意外と小さい。

医療に関する情報公開をきちんとする、医療者自身による自浄努力をきちんとする、ということ前提にして、堂々と医療者の側は公的医療費の総枠を増やすことを言うべきだと思っています。

人病院の診療報酬がすごく下げられました。その結果一方で患者追い出し、他方で保険外負担の増加がおきました。

3番目の高齢者医療保険制度は、医療費抑制と何の関係もない。今まで、公費や保険料で支払っていたのを患者負担に移すというもので、これはコストシフトと言います。これによって医療費が抑制されるものではない。

改革案の狙いは患者負担引き上げ

以上のように、今回の改革案の目玉にされている3本柱の医療費抑制政策は、フェアにやれば、公正で透明にやれば、医療費抑制効果はあまりないのです。

じゃあその次に何が起こるか。ここが大事です。与党の方針にもはっきり書いています。患者負担増をしないというのではなく、取り敢えずはこの3本柱の改革を実行して、それを見て考える、と。考えるということは患者負担を引き上げるといことです。

一般に報道されていますのは、患者の法定自己負担率の引き上げです。あともう1つ大事な深刻な自己負担があります。保険給付範囲の縮小というか、生活の豊かさの上昇に伴って保険給付を拡大しない、ということです。今度の厚生省案にも与党案にもはっきりと書いてあることです。

まず、医者診察料は保険給付の上限だけを定める。約2000円です。俺は名医だと思っている人がいたら例えば1万円請求してよろしい。その代わり、その差額の8000円は自費になる。もう1つは、今の病室を基準にしてそれより広い病室は自由料金にする。今の病室は狭いです。医療法の規定により1人当たり4.3㎡です。車椅子も入らないくらい狭い病室です。それは保険給付で見ましょう。しかしそれより広い病室は原則自由料金。ということを打ち出しています。これに関してはまるで報道されていません。私はこちらのほうが大事だと思っています。

これが実施されてしまいますと、患者さんの貧富の差によって受けられる医療が変わる、民

額が抑制されたのは1年限りだったのです。しかも、ある薬がグルーピングに入れられるか画期的新薬に入れられるかは、薬屋さんにとっては一番の決め手ですから、今以上に癒着や汚職が起こることになります。

定額払いに医療費抑制効果はない

2番目の定額払い。これは笑ってしまいます。次にお話なさる久繁さんとか私のような医療経済を専門にしている者から見ますと、定額払いを導入したから即医療費が下がるなんてあり得ないということは学問的常識です。出来高払いにせよ定額払いにせよ、どういうふうな個々のサービスの価格を決めて、それをどのくらいの期間固定するかで医療費の抑制効果は全然違うのです。

1980年代、日本の医療費は世界一厳しく抑制されました。診療報酬を十数年ほとんど固定してきました。物価・人件費その他が3~4割どんどん上がっているのに、ほとんど上げなかった。逆に90年代の現実を見ますと、今、病院で一番利益率が高いのは、定額払いの老人病院と老人保健施設。なぜか、定額が比較的高く設定されたからです。利益率で言いますと、病院は1%と先ほど言いましたが、老人保健施設は10%を超えています。

これでお分かりいただけるとと思いますが、定額払いをやったから即医療費が抑制できるわけではない。

さらに、定額払いの場合は出来高払いと違って、日本でも、国際的にも、物価とか人件費にスライドさせて上げるのがルールになっている。日本の場合ですと、福祉施設、特別養護老人ホームなどがそうです。そういうことをきちんとしますと、確実に今よりも医療費は高くなります。逆に言いますと、物価・人件費のスライドのルールを破壊して、ガツーンと定額の水準を下げれば、確かに公的医療費は下がります。しかしその結果起こるのは何か。保険外の患者負担増です。

1983年、老人病院制度が導入されたときに老

はイギリスに次いで低いのです。アメリカと比べて2分の1。イギリス以外のヨーロッパ諸国と比べると6、7割。ですから、それで浮いた分を人件費とかに振り分けるとかえって高くつくと思います。きょうの午前中でしたか、患者の方が、もっと情報をとかもっと説明をとかおっしゃっていた、その通りです。ただ大事なことは、イギリスの有名な臨床医が言っていることですが、今の世の中で一番高つくのは人件費なんです。説明というのは、人件費なんです。ただじゃない、ということ。薬を減らす以上に医療者は増える。国際的に見てそうなると思います。

違う例を出しますと、老人病院への定額払いの導入で医療費が下がったという報道があ

りましたが、よく読むと違うのです。老人病院に定額払いが導入されて薬の使用量は半分とかそれ以下に減ったことを、早とちりして、定額払いの実施で総医療費が下がった、と誤解したのです。実態はどうかと言うと、今まで使い過ぎていた薬を対人サービスに向けた、つまり介護職員とか看護職員を増やしたということです。その結果、トータルには定額払いの老人病院の医療費は増えているのです。定額払いの老人病院の利益率は5%くらいで、一般の病院よりはるかに高いのです。近藤さんのミクロの主張には賛成しますが、ミクロの積み重ねがマクロではない、ということをお知らせします。

技術評価と経済評価

ひさしげあきのり
久繁哲徳

徳島大学医学部衛生学、研究者



医療テクノロジー・アセスメント、根拠に基づく保健医療機関(EBHC)、根拠に基づく健康政策(EBHP)、医療経済学について検討を進めている。著書に、『最新医療経済学入門』(医学通信社)、『臨床情報のチェックポイント』(医歯薬出版)、『根拠に基づく医療』(サケットら著を監訳、薬業時報社)

はじめに

わたしのほうは医療制度全体というよりは、少し医療の中身に立ち込んだ、いわゆるミクロの改革から少しお話ししてみたいと思います。

こうした動きが世界的にも非常に盛んになってきたというのは、マクロの財政的な医療費抑制策がなかなかうまくいけなくなり、ほとんどの先進諸国で失敗したことが理由です。ですからもう一度医療の中身に立ち返って検討して、それからマクロとミクロの改革を組み合わせる、という課題が目立ってきたのです。

医療技術の発展

医療は基本的にさまざまな医療技術を使いますが、それがどのように発展してきたかということを最初に歴史的にお話します。きょうは時間がないので、個別の事例についてはお話ししません。

検査や治療の医療技術の急速な進歩はだいたい20世紀に入ってからです。検査技術を見ると(図-1)、最近では、1970年代のコンピューター断層(CT)が代表です。放射線の曝露という問題はありますが、体に手を加えなくても中身が見えるという画期的な検査です。1980年代は、それと競合するMRIです。

治療技術も同じように(図-2)20世紀に入って急速に開発が進んできました。高度の医療技術が日常茶飯事のように臨床の場を塗り替えています。最近では遺伝子治療も話題となっています。

それに伴って研究のほうも加速されます。今では、数えるのも大変なので情報誌を目方で計らないといけません、それでもその伸びは大変です。これほど高度な治療技術が現場に導入され、なおかつ研究も進んでいる。ということで非常に幸せな時代を迎えている、ということ

になるのですが。

しかしながら、このように高度の医療技術を使って、患者の管理をうまくやっているつもりなのに、なぜかだんだんだん悪くなる。医療の非人間性も出てくるし、医療被害も増えてくる。そこで、もう一度、医療という

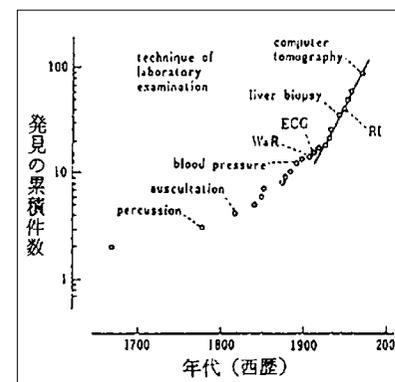


図-1 検査技術、診断技術の成長曲線

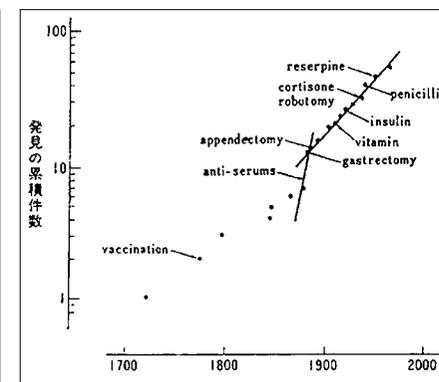


図-2 治療技術の成長曲線