

データに基づいた 政策議論の重要性

一橋大学 教授
井伊 雅子



いい まさこ

●一橋大学政策大学院アジア公共政策プログラム教授。1986年国際基督教大学教養学部卒業、93年米国ウィスコンシン大学マディソン校経済学部博士課程修了 (Ph.D in Economics)。世界銀行、横浜国立大学経済学部助教授などを経て現職。東京都出身。厚生労働省社会保障審議会医療保険部会委員、独立行政法人評価委員会 (国立病院部会) などを歴任。現在、政府税制調査会特別委員、地方分権改革推進委員会委員、統計委員会委員。日本医療機能評価機構理事。専門：医療経済学、公共経済学

◎歯科医療の問題点

日本の歯科医療の問題点は予防が保険適用でないことです。最近医療における予防行動の大切さが言われていますが、歯科は一度抜いた歯が自然治癒で生えてくることもなく、とくに予防が重要な医療分野といえます。

もう20年近く前のことですが、ワシントンDCに住んでいた時に、通院していた歯科医師に、「ワシントンDCには、大使館や国際機関も多く、世界各国からの患者を治療しているが、日本人の治療をして驚くことがある。自分たちが使っている歯科関連の機器は日本製のものが多く、最先端の歯科技術は日本が世界一だと思うが、患者として接する日本人の歯の状態は本当にひどい人たちがほとんどだ。一般の人たちはなぜ日本の高い技術の恩恵をほとんど受けていないのだろうか」。

日本の歯科医療のもう一つの問題点は、歯科診療を安く受けられることは良いのですが、保険診療があまりにも安すぎることです。安すぎるために診療時間は短くなり、治療の質の低下することが大きな問題です。対人口比で明らかに歯科医師は過剰なのですが、高い技術を十分に時間をかけて患者に提供してくれる歯科医師を探すのは大変難しいのです。私は仕事関係で医師や病院関係者と話すことが多いのですが、そうした歯科医師はなかなか見つけることができないと医療関係者も口をそろえて言っています。腕の良い歯科医師が評価されるようなシステム作りをしないと、歯科医師が技術を磨くインセンティブは少ないと思います。

◎保険点数と評価

日本の歯科の保険医療は、先進国平均価格の約4分の1から約10分の1というたいへん低い料金に設定されています。医科の方でも眼科の手術に比べて心臓手術などが低く評価されているなどの問題も多いのですが、特に歯科の方は、直接的には命に関わることは少なく、また義歯やクラウンなどが自費診療で行われることもあり、自費診療に頼ることにより保険点数を

診療行為に見合うものにするような政策がとられてこなかったように思います。

また、医科・歯科に共通している日本の医療制度の大きな問題点として、現在、直面している医療問題の実態を正確に把握するためのデータが入手できないということです。

◎実態把握のためのデータが入手できない

たとえば、OECDのヘルスデータからは、OECDに加盟している国のさまざまな医療関係のデータが入手できますが、日本の欄には空欄が多くなっています。厚生労働省の白書などのデータと比較しても、定義の違いなどが多く、国際比較が大変難しくなっています。

日本の医療保険制度は危機的な状態で、国民が安心して質の高い医療を受けるためには医療費が足りないという議論は正しいと思います。問題は、医療の実態を正確に把握するデータがなかなか入手できず、どの分野にどのくらい医療費が足りなくて、どのように深刻な状況なのか、客観的に判断することができないということです。

保険請求のためのレセプトデータは行政記録ということで、このデータを分析して政策に生かすために使用する仕組みにはなっていません。韓国や台湾は日本の皆保険制度を参考に公的な医療保険制度を導入しましたが、すでにレセプトを100%電子化して、レセプトのデータの分析をもとに疾病管理の分析や医療の質の評価などを行っています。

ワシントンDCに本部のある世界銀行ではこの十数年途上国の家計調査のデータなどのマイクロデータの収集に力を入れています。途上国でも医療制度改革をはじめ、さまざまな制度改革分析にはマイクロデータの分析結果に基づいた議論が不可欠になっています。

こうしたデータ収集や分析においては、米国の一番進んでいます。米国の高い医療費は批判されることが多く、私も米国のような民間主体の保険制度には問題が多いと思います。一方で、薬や技術の開発につながる臨床的な医学研

究だけではなくて、マイクロデータ（レセプトデータもマイクロデータの一つです）に基づいた医療の質の計測や、医療へのアクセスや公平性、国民の健康状態の分析といった医療サービスに関する研究にも多くの資金を提供しており、少なくとも年間10億ドル以上はこうした研究に投資がされています。

情報も選択肢も限られている状態で、税金や社会保険料、自己負担がどんどん上がっていくという状況に国民の不満は募るばかりです。医療にどれだけの資源が必要なのか、という客観的な情報が与えられて、多くの選択肢の中から自分の責任で医療機関や治療方法を選ぶことができれば、医療費の負担増に対する国民の理解をかなり得られるのではないかと思います。

◎データを活用しない日本では

データを活用しない日本では、どのように医療政策が決まるのでしょうか。私は今まで社会保障審議会の医療保険部会での議論などに参加してきましたが、各団体の利益を代表している人たちがそれぞれ自分たちの立場から発言し、最後のまとめは、いつの間にか厚生労働省から出ているという感じでした。

データを分析して、経済学的視点に立って医療を考えると、多くの方たちは医療費の抑制のために使われるのではと思われるかもしれませんが、医療の質の評価や医療政策の立案のために活用されるべきです。

歯科に関しては、80歳で20本以上の自分の歯を持つ人たちが、医療機関の受診が減り全体の医療費を引き下げる傾向にあるという研究を聞いたことがあります。こうした分析が一部の地域や限られた健保組合のレセプトだけでなく、国全体のレセプト分析から導くことができるのであれば、予防を保険適用にする説得的な資料になるはずですが、定期的な検査やクリーニングを受けていないと治療の自己負担が増えるというような仕組みを保険診療に取り入れることも、国民の歯だけでなく、全身の健康を保つために必要な医療保険の在り方なのではないでしょうか。（次号へつづく）

政策の選択

一橋大学 教授
井伊 雅子



いい まさこ

●一橋大学政策大学院アジア公共政策プログラム教授。1986年国際基督教大学教養学部卒業、93年米国ウィスコンシン大学マディソン校経済学部博士課程修了 (Ph.D in Economics)。世界銀行、横浜国立大学経済学部助教授などを経て現職。東京都出身。厚生労働省社会保障審議会医療保険部会委員、独立行政法人評価委員会 (国立病院部会) などを歴任。現在、政府税制調査会特別委員、地方分権改革推進委員会委員、統計委員会委員。日本医療機能評価機構理事。専門：医療経済学、公共経済学

◎国民医療費の推計

現在、日本の公的統計制度は60年ぶりの大改正中です。昨年5月に全面的に統計法が改正され、10月には公的統計整備の司令塔として統計委員会が発足しました。私は委員の一人として、医療や介護、健康といった統計を新統計法の下でどのように整備、体系化していくべきか、議論に参加しています (詳しくは内閣府統計委員会のHPをご覧ください)。

毎年厚生労働省が、日本の国民医療費を発表します。毎年1兆円ずつ位増えていると言われていて、平成17年 (2005年) 度は約33兆円です。この数値は皆さんもよく耳にされると思います。この国民医療費の値を元に、10年後、20年後の医療費を推計し、国民の負担の在り方が議論されています。たとえば、消費税を何パーセントにするか、などの議論も国民医療費の推計値が重要な根拠となります。それではこの国民医療費とはどのように推計されたものなのでしょう。まず、現在入手可能な最新の国民医療費のデータは平成17年度のもので、2年以上かかります。これは韓国をはじめ、OECDの加盟国の中でも一番遅いと言われていています。

国民医療費の推計に関しては、いろいろな問題が指摘されています (ご関心のある方は、医療経済学会の学会誌/機関誌「医療経済研究」2008年 Vol. 20No. 1の拙稿をご参照ください)。歯科と関係する点としては、この国民医療費は公的医療保険でカバーされているものを対象としていますので、歯科の自由診療費部分はまったく含まれていません。健診などの費用も含まれていません。

◎医療統計の国際基準

2000年にOECDが国民保健計算の国際基準として、SHA (System of Health Accounts) を発表しており、先進国では、SHAを基幹として医療統計を整備し直しています。2004年度の国民医療費は32兆円ですが、SHAの基準で日本の医療費を推計しますと、40兆円を超えています。国際比較を行う時は40兆円の方を日本の医療費として使う方が適切です。ちなみにこの40兆円のなかに、歯科の自由診療は入ってい

ませんが、それは日本にはこの統計データが存在しないからです。

日本の医療保険制度を参考に1989年に公的皆保険制度を導入した韓国も、2004年ごろから、SHA 推計に基づいた新しい推計方法を構築し、かつては現在の日本のように国民医療費とSHA にはかい離がありましたが、いまではSHA 基準を用いています。韓国は歯科の自由診療分を推計して国民医療費に入れています。

保険外の医療費が経年的に増えていけば、国民が自由診療分を受容している結果とも考えられ、将来の給付の範囲を決める上でも重要なデータとなりますが、日本の国民医療費の議論では歯科の自由診療分に関しては全く把握していない状態です。

歯科治療をはじめ、医療機関は施設ごとの治療に大きな差異があると思われま。医科では、包括払い制 (DPC) の導入で、治療の標準化が進みつつあります。包括払い制に対する現場の批判としては、医師の診療行為における裁量権に関するものがあります。自由に診療行為ができず、パターン化されるといった批判です。けれども診療の標準化とは、根拠のない自由裁量を認めず、最新最良かつ確立された医療を実践することです。そうした標準化が、患者にとっても医療の質の向上に繋がると思われま。

また、前回指摘したように、日本の歯科の保険医療は、先進国平均価格の約4分の1～約10分の1というたいへん低い料金に設定されており、保険点数が診療行為に見合うような政策がとられてきませんでした。これからの歯科医療の政策には、正確なデータの収集と良質な分析が不可欠です。日本医療機能評価機構のような第三者評価への取り組みも必要になります。

◎社会保障の財源

日本の一人あたり医療費は OECD の中でも16, 7位と低い方です。医療の安全性や質を確保するためにも、財源は必要です。最近の社会保障、特に医療への財源を抑えようとする経済政策や効率性や生産性重視の議論には、経済学者の私も疑問を持つことがあります。一方で、無駄と思える医療費の使い方も多く散見されま

す。たとえば、人口20数万人の市内に、ともに数百病床をもつ県立病院と市立病院が、同時期に改築工事をするようなことは珍しいことではありません。どうしてこのようなことが起こるのででしょうか。

今後増え続けるであろう社会保障の財源として、消費税率を増加することが議論されています。現在5%の消費税ですが、そのうち1%は地方消費税として地方自治体の財源になる仕組みになっています。その上、地方交付税として地方自治体の財源になっている分を考慮すると、私たちが支払う消費税のうち44%が、自動的に地方自治体の財源になっているのです。このようにして、地域の住民が受ける公共サービスと、住民が支払う住民税や固定資産税とが連動していないため、毎日の生活には不必要と思われる道路、公民館などが住民のニーズとは関係なく建設され、たとえば立派な病院ができて肝心の医師が集まらないというようなことが起きてしまうのです。

◎これからの国民負担は

日本の国民負担率 (国民所得に占める税と社会保障の割合) は米国と並んで低いのですが、米国では公的医療保険が充実していませんので民間保険の負担を含めると高くなります。ヨーロッパは押し並べて高い国民負担率です。日本の実態は、「低負担・中福祉」と言ってもいいと思います。これでは国の財政がもちません。今後欧州型を目指して、「高負担・高福祉」になるのか。その場合は消費税などの税負担が現在の何倍になることを選ぶのか、それとも、税負担はこのまま低負担のまま、そのかわり、国民医療費も現状のままできるだけ抑える政策を支持するのか、どちらかの政策を選択しなければなりません。

医療や介護で予防の比重が高まるなか、口腔ケアの重要性はますます高まります。歯科医療は身体的な病状を軽減することはもとより、精神的なケアにも関わっており、個人の生活の質 (QOL) を高める役割を担っています。そのためには提供者側は、政府に使われることだけでなく国民を説得できるように自らデータを集め示すことが期待されています。