

日米医療費をめぐる真剣な討議

武藤博道

日本経済研究センターと NBER (全米経済研究所) は昨年12月9～10日にハワイにおいて「医療の経済学」をテーマとする合同コンファレンスを開催した。これは1992年以来、国際交流基金日米センターの研究助成をうけて進めてきた NBER との共同研究「高齢化の経済学」の第2ラウンドの成果を集約する場である (なお、第1ラウンドは年金と社会保障をテーマに1993年9月に箱根で開かれた)。周知のように、日米両国は21世紀に向けて医療費負担の増大にいかに対処するかという共通の課題に直面しているが、その一方でいくつかの相違もある。例えば1990年現在 GDP に占める国民医療費の割合をみると、米国は12.1%とすでに高い負担に苦しんでいるのに対し、日本は6.5%とそれほど高くない。加えて、日本の乳児死亡率は低く、平均寿命も長い。これには日本の国民皆保険の徹底が寄与しているとの声がある。しかし、今後の高齢化のテンポは日本の方が速く、医療費の急速な増加が予想されるうえ、臓器移植など高度医療技術の面では米国の方がはるかに進んでいるとの見方が多い。つまり、日米両国は共通の課題を抱えながらも制度やパフォーマンスにおいてきわめて異質な面を持ち合わせているのである。従って、こうした両国の経験を比較考察することは自国の特徴と問題点を明らかにするだけでなく、今後の政策にとっての重要なヒントを与えてくれるであろう。コンファレンス

においては10篇の論文が報告され、そのほかにデータ利用の現状に関するパネル討論が行われた。以下、同一テーマで日米双方から報告された論文を中心に会議の概要を紹介したい。

1. 経済的インセンティブの役割

日米双方がとりあげた同一テーマの1つは、帝王切開を行う割合が高まっている要因の究明である。両国ともに出生数は減少しているが、帝王切開による出産は横ばいないし増加傾向にある。この点について、J. グルーバー (マサチューセッツ工科大) の報告「70年代の帝王切開—医療過誤訴訟回避と医師誘発需要」は、医療技術の進歩のほかに、2つの経済的インセンティブがどの程度働いているかについて吟味したものである。1つは異常出産への対応を誤ったとして訴訟される危険性を回避しようとする動機であり、もう1つは出生数の減少に伴う収入源を埋め合わせるため産科医がコストの高い手段を選ぶという動機である。結論的には、第1の動機については否定的だが、第2の動機については肯定的である。計測結果によれば、出生率10%の低下は帝王切開を0.96ポイント増やす傾向がある。

他方、小椋正立 (法政大&日本経済研究センター)・河村真 (日本経済研究センター) 「手術と経済的インセンティブ—日本における帝王切開のケース」は病院種類別の動向に注目する。医

療施設静態調査によると、1987～90年において医療機関での帝王切開の件数が増加しているが、その傾向は特に公立医療機関で著しい。もちろん、帝王切開を要する患者はもともと分娩のリスクが高く、設備やスタッフの充実している公立病院に行く確率も大きい。しかし、そうした影響を除去しても、なお、大規模または公立医療機関で帝王切開が実施されやすいというのがこの報告のファインディングである。

両者を比較すると、米国では産科医という医療を供給する側のインセンティブが強く現れるのに対し、日本においては患者の病院に対する信頼度の強さの方が反映されやすいようである。

2. 高齢者医療費の増加要因

同一テーマの2番目は高齢者向け医療費である。これに取り組んだ米国側の報告はA. ガーバー&T. マカーディー（共にスタンフォード大）の「高齢者医療費支出の増大：コーホート効果と時間効果」であり、メディケア（高齢者医療保険制度）の対象者に関し、医療費の増大が特定の年齢層の増加によるものか、すべての年齢層を通して最近になるほど高まっているかを分析している。分析結果によれば、医療費の増大は特定の層には帰せられず、医療単価の最も高い患者グループにも限られていない。従って、特定の層をターゲットにした医療費削減策は成功しないだろうと結論付けている。

これに対して、府川哲夫（国立公衆衛生院）・首藤健治（厚生省）・鈴木玲子（日本経済研究センター）「日本の終末医療の性格と費用について」は、12府県の老人医療レセプトデータから、死亡前12カ月間の医療費は老人医療費全体の約11.7%と推計している。米国における同様の推

計値（28%）の半分以下であり、原因として(1)死亡前の医療費高騰の度合いが小さい、(2)高騰するのは一部の患者だけである、の2つをあげる。また、社会医療診療行為別調査をもとに死亡当月の医療費は生存者の2.3倍であることを見出だし、延命医療が医療費の増大に結びついていると指摘している。

特定層に医療費高騰の原因を求めにくい米国と終末医療の延命行為が医療費を高めている日本、両者は一見対照的に見えるが、日本では患者1人当たり終末医療費は60～70代前半が高く、死亡者数は80代が多いことから、年代だけで医療費を比較すると、米国のパターンに近づくかもしれない。日本の病院はナーシングホームの役割も担っており、単純に比較できないが、さらに詳細なデータ分析にまつ必要がある。

3. 日本におけるその他の影響要因

残る6つの報告も上の4つに劣らず興味深いものであった。まず日本側からとりあげると、池上直己（慶応大）「日本における公共・民間部門の役割の見直し」は公立医療機関における出来高払いから包括払いへの転換を提案した意欲的な報告である。また、池上直己・河井啓希（日本経済研究センター）・小椋正立「外来患者向け投薬の経済的誘因」は医療費増の要因分析を行っている。報告によれば、薬価の引き下げにもかかわらず医療費が伸びたのは医療高度化や投薬・検査の乱用による“自然増”が大きな役割を果たしているという。さらに、小椋正立・大石亜希子（日本経済研究センター）「日本における規制と高齢者の長期ケア」は病院が提供する医療のタイプと量に及ぼす経済的インセンティブの影響について考察している。分析結果によれば、1) 最近の健康保険制度の改革は患者の病

院選択を正常化し、2) 新しいインセンティブは病院の投薬と診療の選択に大きな影響もたらす可能性があり、3) 入院期間について定額制の老人病院が長期的に不足しかねない、ことを明らかにしている。

このほか中馬宏之（一橋大）・山田武（医療科学研究所）・安川文朗（同）「日本における高齢者の長期ケア需要」は高齢者の在宅ケア対施設ケア、および福祉施設ケア対非福祉施設ケアの間の選択行動を分析している。彼等の実証研究によると、前者の選択に際しては男子の実質賃金、高齢者の実質公的年金、高齢者死亡率などが有意な説明要因であり、後者の選択では病院や特養および老健施設の収容能力が説明力を持つ。

4. 米国側のそのほかの研究

他方、NBER側では、M. マクレラン&D. ワイズ(共にハーバード大)「どこにお金が流れているか：大企業の医療支出」はフォーチュン上位500社に含まれる某社の医療保険支払いのデ

ータから次のような結果を見出している。すなわち、a. 医療費は性、年齢、就労形態によって差がある、b. 医療費の大きな割合を薬物濫用および精神障害が占めている、c. 個人の医療費支出は尾をひく傾向がある。また、D. カトラー「米国は医療費を使い過ぎているか」は所得水準の割に米国の医療費が多いが、OECD加盟19カ国のデータを見る限り医療費と平均寿命の関係は薄いことを明らかにしている。

以上の報告に加えて、R. サズマン(全米高齢化研究所)、首藤健治の両氏から両国におけるデータ利用の現状が紹介され、それをめぐる全体の討論が行われた。近年の米国における実証研究は大半がマイクロデータを利用しており、それにともなって統計的手法も発達し、政策決定の基礎資料を提供するようになっている。データベースの確立はわが国における医療経済学の進歩に欠かせない条件であるといえる。

(むとう・ひろみち

日本経済研究センター首席研究員)