

## 【特設コラム】 No. 1

### 「医療改革：新型コロナ問題の指し示す道筋」

2020年5月19日執筆  
機械振興協会経済研究所長 林 良造

※本コラムの内容や意見は、執筆者個人に属し、機械振興協会経済研究所の公式見解を示すものではありません。

#### 1.はじめに

現在世界の200か国以上で総力を挙げた新型コロナとの戦いが行われ、その様子は日々テレビなどで紹介されている。例えば、新薬・新医療機器の開発、PCR検査体制、医療崩壊、医師・病院・ベッド・ICUなどの医療資源の問題などは、毎日のごとくメディアで取り上げられている。その結果、国際的な比較が進むとともに、データに基づく合理性の追求も身近なものとなっている。

各国の医療サービス水準の比較は容易ではない。個々の医療行為のレベルは、医師等のスキル・モラル、医薬・医療機器などで決まるが、一国全体の医療サービスの水準は多くの関係者の活動の総和として現れる。

通常サービスでは、市場における切磋琢磨の結果、価格と供給量が決定され、その総額の大きさが意味を持ってくる。しかし医療サービスの場合には、情報の非対称性が極めて大きいことなどから、価格は市場ではなく政府が決定している。

医療関係者は様々な制度から出るシグナルを受けながら行動している。

医師は厳選され、卒業大学の医局の影響下で分野や働き方を決めていく。

病院や診療所は、建前上、利益を追求することは抑制されているが、診療報酬制度や病床規制が採算に大きな影響を与え、競争環境下で事業拡大を目指している。また、これらの民間病院とは異なり、診療報酬以外からも補填がなされる公的病院なども多い。そして医療圏ごとに地域医療計画が立てられその中に位置付けられているが、その実効性は必ずしも担保されているわけではない。

医薬・医療機器産業は、薬機法により製品の開発・生産・販売に厳しい安全規制がかけられている。また、公定の薬価の水準が経営計画の基礎となる。開発戦略では、各国の安全規制の質や開発コストの中核を占める治験環境が大きな影響を与える。

保険者の代表は診療報酬の決定プロセスに参画するが、各保険者は受け身である。患者自身は医療費の多くの部分は保険から支払われることを前提に、利便性や評判をもとに、自由かつ頻

繁に診療所・病院で受診している。

## 2. 日本の医療サービス提供システムの問題の背景

日本の医療サービス提供システムを、質・コスト・アクセスを軸に主要先進国と比較してみると、1990年代までは日本は優れたパフォーマンスを示している。しかしながら近年、新薬・新医療機器の承認の遅さ、医師の医療現場からの退出、財政依存と財政赤字の拡大による制度の持続可能性への懸念などの課題が明らかになってきていた。

これらの問題が顕在化してきた背景には、90年代以降の急速な環境変化がある。IT・バイオなどの技術革新、生活習慣病対策へのシフト、患者のQOL志向が強まったことなどが、バイオ医薬品・遺伝子解析・個別化医療・ステントのような低侵襲性医療・高度な手術ロボットなどを生み出していった。これは、最新医療の高コスト化にもつながり、高齢化と合わせて医療費の増加圧力となっていた。またグローバル化の進展により関係者がより良い環境に向けて国境を超えることが可能になり、既存制度に対し退出圧力をかけ始めた。日本はこのような変化への対応が遅れたことが、今回露呈した課題を噴出させた大きな要因となった。

## 3. 日本の改革に向けた3つの論点

改革の論点の第一は、新薬・新医療機器の開発や承認の遅れである。これは抗がん剤の承認の遅れで死ぬこととなったがん患者が患者団体の会長として厚生労働大臣に直訴したことから、大きな社会問題となった。その後、科学的規制を目指して専門的機関としてPMDA(独立行政法人医薬品医療機器総合機構)が設立され、審査・承認の迅速化がすすめられたものの、いまだに欧米のようなオープンな規制文化、人的・質的な基盤、開発側と規制側の健全な緊張関係と協力関係の基礎ができていない状況にある。また独特の刑事法制のもと、薬害訴訟で審査官が刑事訴追の対象となったことが強いトラウマとなり、承認に消極的になりがちでもある。薬事規制以外にも阻害要因は多い。開発コストの大部分を占める治験の時間やコストの大きさ、革新的製品に対する薬価算定の不確実性と不安定性などがそれである。薬価算定の安定は開発の基本であり、HTA(医療技術評価(Health Technology Assessment))のような客観的に計測可能な手法を価値に見合った価格の実現のための中立的な核的手法へと育てていく流れを、加速する必要がある。

基礎研究から事業化への橋渡し研究をめぐっては、縦割りでかつ少ない予算、医工連携に取り組む医師が少ないことなどが指摘されていた。研究予算については、統合機関としてAMED(国立研究開発法人日本医療研究開発機構)をつくったものの米国のNIH(国立衛生研究所)と比較するとあまりにも小さい予算規模であり、その配分がより少数の官僚や政治家にゆだねられる結果かえって不安定なものとなっている。

次に、産科や救急医療をはじめとした重要分野での医師の不足である。福島県立大野病院

における極めてまれな出産異常における死亡事故に関し、医療過誤に対して業務上過失致死傷を適用する日本独特の法制により産科の医師が逮捕され、全国の医師から抗議の声が上がるとともに産科からの医師の撤退が始まった。その後、再発防止に主眼を置く事故調査委員会制度が設けられたが、従来の刑事罰を基本とする考え方と再発防止に主眼を置いた制度設計との間で長く不協和音が続いたことはよく知られている。

基本的には、日本では国民の受診回数が極めて多い一方で人口当たりの医師数が少ないうえ、医師社会の閉ざされた環境の中で若手に過酷な労働環境での勤務を強いるという構造に由来している。そして女性医師はそのような労働環境の過酷なところは出産・育児に伴い避けるようになった。また救急医療のように、訴訟リスク・労働環境と診療報酬のアンバランスが目立つ分野では、医師の減少と労働環境の悪化の悪循環が続くこととなる。その際にも、医師不足という客観的な数字と、それは医師の偏在によるものとする厚生労働省の主張は平行線をたどっていた。さらには医学部入試における女性の排除まで、病根が広がっていることが明らかになった。その一方で、病院の集約は進まず病院と医師の数のアンバランスは継続している。今回の新型コロナ禍の経験も踏まえ、医師の不足感、医師と病院数のアンバランス、重要分野における劣悪な労働環境という根本的問題を直視し、医療過誤を引き起こしやすい環境の是正に焦点を当てた国際標準への転換が急務である。

第三に、増え続ける医療費とその財政依存の拡大に現わされる制度の持続可能性への懸念である。現段階では新型コロナ対策の強化が最優先事項となっているが、現在の制度の下で医療費は約 40 兆円と膨らみ、財政依存度は 40%に拡大している。今後状況がそれなりに定常化し新型コロナ対策の充実が一段落した段階では、財政的持続可能性とその中での効率的な配分メカニズム問題への対処は避けて通れない。それらの問題の中で最も重要と思われるのが、いくつかの国で大きな成功を収めている保険者と医療提供体が一体運営されるシステムの構築である。そこでは合理的な医療と母集団の健康の増進による医療費の減少は、保険料の引き下げと医療提供体の予算増加として報われるものとなっている。そこには適切な医療水準と予防活動に向かつて、多くのプレイヤーの知恵が結集されるインセンティブがそろっている。またこれは同時に、患者のデータが加盟医療機関間でプライバシー問題を引き起こすことなく共有され、より適切な医療サービスや健康増進活動に利用されることを可能とする。さらに、このようにできた大規模共同体内では専門分化も進み、新薬などの開発のネックとなってきた治験コスト引き下げにつながることを期待される。

他方、安易にその財源に薄く広い負担の消費税を充てることは、医療費の増大と国民の負担感の関係を希薄なものとし、診療報酬制度に適切なインセンティブを埋め込んでいくことから社会的関心をそらせる結果にもなるので、留意が必要である。

#### 4. おわりに

また、今回の新型コロナ問題は、制度設計の基本的アプローチについても大きな教訓を与

えている。例えば PCR 検査について政権が号令をかけても一向に増えず、他方で民間からは様々な知恵が示されたところからもわかるように、現在の医療の様に多層的なシステムにおいては、多くの参加者の知恵を結集するインセンティブ構造と柔軟なシステムが極めて重要となっている。それにもかかわらず、従来の上意下達型の執行の容易さや形式的公平性に基づいた制度設計や政策を続けることは、状況に対する柔軟な対応を困難にする。

最後に、医療行政の組織問題も避けて通れない。医療行政を司る厚生労働省は、労働・年金・医療と異なる重要問題を専門的に追求しなければならない機関が混在しているうえ、医療分野の中で多くの職種ごとに情報流通の悪い集団を形成している。これを共通の目的に向かう一体感のある組織にするには、医療分野については専門分野にとらわれず適材適所を徹底した一体的な人事体系にかじを切ることが期待される。

【了】