

平成 20 年 5 月 15 日現在

研究種目： 若手研究 (B)
 研究期間： 2007 ~ 2008
 課題番号： 19790424
 研究課題名 (和文) DPC による包括支払い方式を事例とした科学的知識と医療政策の形成に関する実証研究
 研究課題名 (英文) Empirical studies on relationships between scientific knowledge and health policy making processes
 研究代表者
 井出 博生 (IDE HIROO)
 東京大学・医学部附属病院・助教
 研究者番号 80361484

研究成果の概要：本研究では、なぜ科学的な研究の成果が政策に反映されないかについて、政策形成のプロセスを理解し、政策が決定された後のモニタリングについて分析することを目的とした。定量的な分析と定性的な分析を行った結果、医療政策における政策形成と実施について5つの特徴（制度創設への偏重、政府の外縁組織の活用、政策規模の監視への影響、専門家と市民の利益相反、官僚の規範的態度の継続）が抽出された。しかしながら、わが国における制度的、歴史的な文脈が背景となっている特徴もあると考えられ、各国内での政策形成等が一貫しているわけではないことが示唆された。

交付額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2007 年度	1,600,000	0	1,600,000
2008 年度	1,200,000	360,000	1,560,000
年度			
年度			
年度			
総計	2,800,000	360,000	3,116,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：社会医学、公衆衛生学・健康科学

キーワード：保健医療行政、医療政策

1. 研究開始当初の背景

(1)本研究の目的は、申請者がこれまでに行った理論的、実証的な研究成果を発展させ、医療施設レベルでの生産性変化を定量的に計測し、定性的な分析を行うことで、医療政策を批判的に検討することである。

(2)医療政策には、しばしば科学的根拠が反映されない。本研究の研究者らは、これまでに「DPC (Diagnosis Procedure Combination) に基づく包括支払方式」が、厚生労働省が意図した結果をもたらさないことを理論的に示した。

(3)その上で、理論で示した現象が確認されることを実証するために、施設単位の生産性変化を計測するためのパイロットスタディを行った。その結果は国際学会 (Academy Health Annual Research Meeting, Seattle USA, 2006) で発表している。パイロットスタディでは、ノンパラメトリックな生産性の推計方法である DEA (Data Envelopment Analysis) を用い、その結果から次のようなことがわかっていく。第一に、DPC が導入された病院と導入されなかった病院を比較すると、政策の意図に反して前者の方が生産性は有意に低下していた。つまり、政策目標は達成されて

いない可能性が高いといえる。この結果は他の DRG/PPS (Diagnostic Related Groups / Prospective Payment System) が導入された諸外国で観察された現象と同様であった。

2. 研究の目的

(1)本研究では、これまでの研究成果と追加して行う定量的な分析を受けて、なぜ科学的な研究の成果が政策に反映されないのかについて、政策形成のプロセスを理解し、政策が決定された後のモニタリングシステムの効率性とあり方について検討することを目的とした。

(2)更に、これまでに行った研究を発展させ、諸外国との医療材料の市場価格の実態調査を行い、最初にわが国との間での価格差の実態を把握し、その上で価格差の発生理由を理論的な面から検討し、医療政策のあり方について国際比較の中で検討することも目的とした。

3. 研究の方法

(1)定量的な分析方法に関しては、パイロットスタディの手法に加え、パラメトリックな推計方法を導入した。

(2)政策形成のプロセスを理解するために、文献、新聞記事を定性的に分析するという手法を採用した。

(3)諸外国との間の医療材料価格の実態調査にあたっては、文献調査と当該国における研究協力者による情報収集によって具体的なデータを収集した。

4. 研究成果

(1)分析事例の一つとして産科無過失補償制度を取り上げたが、この制度は出生時の事故が疑われる脳性麻痺児に対して、20歳までの間に合計3000万円が給付される私的な保険制度である。この保険を取り扱うのは、厚生労働省の外郭団体である財団法人日本医療評価機構であり、妊婦は各医療機関を通じて加入する。保険料は3万円であるが、この保険制度が導入されるにあたり、保険料に相当する分だけの出産一時金が増額された。

一般に医療過誤訴訟は司法的な判断の難しさ、原告側の立証の困難さなどがあり、解決に長期の時間が必要である。係争期間中も健康被害を受けた患者と家族は費用を負担しなければならない。脳性麻痺の場合には、特にそれが医療行為を原因とするのか、そうではないのかの判断が難しく、家族の費用負

担も大きいことから、他先進国でもこの部分に限って保険制度を持つ国もある。日本の医療過誤民事訴訟のうち約3分の1が産科関連であり、産科医は最も訴訟に敏感である。

医師会、助産師会をはじめとして、産科をめぐる専門家集団は制度創設に賛成であり、2006年4月に制度の検討が開始されてから、わずか1年半で制度創設、関連法案の改正が行われたが、この制度にはいくつかの問題がある。第一に、年間の総保険料収入が300億円程度になると見込まれるが、補償が平年度化されたとして事務費がかからないとすれば、この額は20歳までの1000人の脳性麻痺児への補償に相当する。補償の除外基準を考慮する必要があるが、日本の脳性麻痺児の発生数から考えれば、20歳までの脳性麻痺児数に補償するには少なく、制度導入当初の保険財源としては過大である。第二に、審議会での検討は2008年の夏から秋にわずか2回しか行われなかった。また、保険導入によるモラルハザードの発生の有無が十分に検討されず、無過失補償制度そのものの是非について議論が行われなかった。第三に、制度の運営が半官半民的な団体に任せられ、監視が及ぶづらいということである。

更に、専門家と市民の関係にも検討すべき点がある。市民社会の中で監視システムである fire alarm 機能を担うことが期待されている専門家、専門家集団は、同時に利益集団としての側面も持つ。一般市民には出産に関連した不安を取り除くという点で、この制度は社会的に望ましいものだと思われられるだろう。しかし、制度の対象となるのはこれから出産を行う妊婦と家族であり、彼らが脳性麻痺の発生率をリスクとして正しく認識することは難しい。このような場合には一般人は著しくリスク回避型になり、市民は制度導入を前提に考えるものの、十分な監視はできないと考えられる。一方で、無過失補償制度は一般市民にのみ利益がある制度ではない。直接的に補償を受けるのは脳性麻痺児であるが、間接的には産科医も訴訟および賠償等の負担を回避することができ、産科医等の専門家にも望ましい制度であるという。このような場合には、専門家による世論や一般人の誘導ということも起きうる。つまり、専門家を市民社会の忠実なエージェントであると直ちに考えることはできないのである。したがって、実際は市民と専門家(集団)の両者の利益は一部で相反することになる。

本事例の他にも先進医療制度を検討した結果、医療政策の形成と実施における問題点は次のようにまとめることができる。第一に、日本の社会システムの中では未だに制度を作るというところに大きな関心が寄せられており、制度の運用を監視するという意識が低いということである。先進医療の場合には

当時の規制緩和の議論の最大の争点であったにも関わらず、合意後の監視がなかったために制度の趣旨は結果的に歪められてしまった。第二に、ある条件の下では政府の外縁にある組織が活用されるということである。産科無過失補償保険の場合には、民間保険という形態をとることで、監視が難しい制度になってしまったが、行政側としては政府が保険制度を運用するよりも早期に開始でき、人員等の措置も考えなくてよい制度は、他省庁との調整が少なく済むというメリットがあり、表向きは民間の制度であるが実際には厚生労働省がコントロールできる範囲は大きい。第三に、小規模な制度改革では、対象の専門性も高い故に、監視自体が困難であるということである。半官半民の団体により運営される産科無過失補償制度では、相手が行政の場合よりも監視を行うことの法的あるいは制度的な根拠は薄く、監視自体が一層困難であるという問題がある。第四に、能力、利益の相反という点を考慮した時に、専門家は必ずしも市民の代弁者とはならないということである。このことは、例えば産科無過失補償制度における市民と専門家の間の利益相反に見られたことである。また別の面から言えば、診療報酬等の利益配分が問題とならない時、医療そのもののあり方、倫理が問題になるような場合には、組織化されていない専門家個人の意見は容易に行政側から無視される。結果として、専門家の監視の影響力は限定されたものにならざるをえない。第五に医療政策では必ずしも産業政策のように利益配分が問題になることばかりではないので、官僚の規範的態度に対しては修正が入らない。つまり、官僚の態度は市場や政治的な交渉から影響を受ける度合いが低いということである。

これらの医療政策に見られる特徴は、わが国における他政策分野と一致するものではない。また、例えば次項で見るように医療材料の価格設定を取り上げた時には、経済の発展度だけでは説明ができない価格差が発生しており、国際間で直接的に一般化できるものでもないことに注意が必要である。

(2)米国とわが国の間で医療材料の内外価格差が発生しており、約10年間のうちに両国で価格の下落は起きているものの、米国における価格の下落幅の方がより大きかったために、むしろ価格差自体は拡大していることをこれまでの研究で示した。しかし、このことはあくまでも2カ国間の問題でしかなかった。

本研究では日本、アメリカ、韓国、トルコ、

タイを取り上げ、5カ国で同一の機能を有する医療材料の市場価格を比較した。表に結果を示すように、アメリカ以外の4カ国では一人当たりGDPが大きいなど、経済力が価格に反映されているような結果であったが、個々の材料の種別には価格差は一定していなかった。また、医療サービスの提供体制がより集約的であり、政府が規制をかけやすい状況にある国では、米国との間における価格差が小さい傾向があった。

ここで行った国際比較から類推すれば、医療政策の範囲において各国内での政策形成等が一貫しているわけではないことが示唆され、それは制度的、歴史的な文脈に依存すると考えられた。

表 医療材料の市場価格の国際比較

ドルによる比較				
	日本	韓国	トルコ	タイ
薬剤溶出性ステント	1.4	1.2	1.4	0.6
ステント	2.1	1.7	0.8	0.5
PTCA カテーテル	4.9	4	1.2	1.3

購買力平価による比較				
	日本	韓国	トルコ	タイ
薬剤溶出性ステント	1.4	1.5	1.5	2.5
ステント	1.9	2.2	0.9	2.1
PTCA カテーテル	4.6	5.1	1.3	5.5

一人当たりGDPによる比較				
	日本	韓国	トルコ	タイ
薬剤溶出性ステント	2	2.3	7	9.8
ステント	2.8	3.3	4.2	8.4
PTCA カテーテル	6.7	7.7	5.8	21.6

いずれもアメリカにおける価格を1とした時の比率

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計 2件)

(1) Ide H., Mollahaliloglu S. How firms set prices for medical materials: A multi-country study. Health Policy 2009 in press (査読有)

(2) 井出博生, 康永秀生, 今村知明. 高度先進医療への規制強化. 病院, 2007; 66(4):339 (査読無)

〔学会発表〕(計 0件)

〔図書〕(計 0件)

〔産業財産権〕

出願状況(計 0件)

取得状況(計 0件)

〔その他〕

6. 研究組織

(1)研究代表者

井出 博生 (IDE HIROO)

東京大学・医学部附属病院・助教

研究者番号：80361484

(2)研究分担者

なし

(3)連携研究者

なし