

鎌江 伊三夫

東京大学特任教授

ポイント

- 改定通じ医療や介護のシステム改善促せ
- 医療技術が延命にもたらす価値知る必要
- 対象集団の特性に応じた分化価格検討を

医療の公定価格である診療報酬は、厚生労働省の中央社会保険医療協議会（中医協）での議論に基づき2年ごとに改定される。2018年度は3年ごとに改定される介護報酬との6年に一度の同時改定となる。次の同時改定である24年度は、団塊世代が75歳以上となる25年の直前となるため、実質的には18年度の同時改定が医療と介護の一体改革にとって重要な意味を持つ。

16年度の概算医療費は4兆3千億円で、前年度に比べて0・4%（約2千億円）減った。減少するのは診療報酬が大幅マイナス改定となった02年度以来14年ぶりだが、厚労省は一時的とみている。今後も医療費の膨張圧力は続き、その管理は常に難しい問題だ。そのため診療報酬は一期の若干のプラス改定を例外として、ほぼマイナス改定で推移してきた（図参照）。

診療報酬改定の第1の目的は社会保障関係費の調整だ。「経済財政運営と改革の基本方針2015（骨太方針）」によると、16～18年度の社会保障関係費の伸びは年5千億

診療報酬改定の論点 ①

医療技術の価値を基準に

縮が必要となる。診療報酬の全体改定率をマイナス1%にすれば、1千億円程度を削減できるとされる。これに対し日本医師会は大規模なマイナス改定に反対しており、年末に向けて政治的攻防が激しくなると予想される。

診療報酬改定の第2の目的は医療や介護のシステム改善を促すことだ。医療・介護の各分野について政策的な必要

「節約」へ費用対効果を重視

性を検証し、社会的ニーズに合った医療供給体制が実現できる方向に報酬のメリハリをつける。それには社会的変化をとらえる視点が不可欠だ。16年12月の中医協総会では

7人に対して常時看護師1人療提供の推進④持続可能性を高める効果的・効率的な医療への対応①の4つだ。例えば①では急性期病床数の適正化のために、入院患者

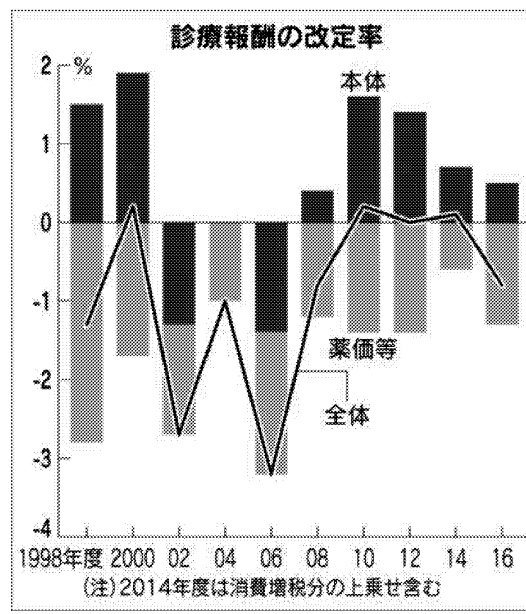
患者の状態評価を含んだ入院支援、維持期リハビリの介護保険への移行など、医療・地域医療構想、医療計画、医療費適正化などの整合性を図るため、レセプト（診療報酬明細書）様式に患者の居住地郵便番号が加えられる見通しだ。都道府県をまたいだ患者動向を把握でき、地域の医療需要の予測にも役立つ。

この試行的制度は18年度から本格導入され、対象範囲も一定の新規品目まで拡大される予定だ。厚労省の意図は、薬価の切り下げによる節約分を、診療報酬本体部分に回す調整メカニズムの強化だ。

これは個別の医療技術の価格決定や複数の医療技術間の優先順位づけに役立つ。例えばある病状に対する治療の費用対効果が、1年の延命あたりA薬で60万円、B薬で30万円、手術で50万円とすると、優先順位はB薬、手術、A薬の順となる。そうした情報を活用すれば、限られた予算の範囲内で最大の効果を上げられる。このアプローチは「価値に基づく医療」と呼ばれる。

費用対効果を考える第2の理由は医療費の「削減」から「節約」への発想の転換を促すことだ。医療費が増加してもできるだけ節約することを目標とする。つまり「価値に基づく効率化」だ。例えば国民医療費の国民所得比が年々上昇しているが、一定水準に保つことを目標とする。多くの医療技術の費用対効果データを蓄積し、優先すべき医療技術への費用配分を調整することで達成を目指す。

円に収めなければならぬ。しかし厚労省は今回の診療報酬改定で、高齢化や人口構成の影響を加味した「自然増」を約6300億円と見込んでおり、差額1300億円の圧



既に厚労省は16年度から試行的に、医薬品や医療機器の費用対効果を考える新しい薬価制度をスタートさせた。C型肝炎治療薬など、財政的な影響や革新性・有用性の大きい既存の医薬品7品目、医療機器6品目が評価の対象だ。メーカーが中協に提出した経済評価データは第三者の専門家グループによる再分析を経て、費用対効果評価専門組織で審議される。

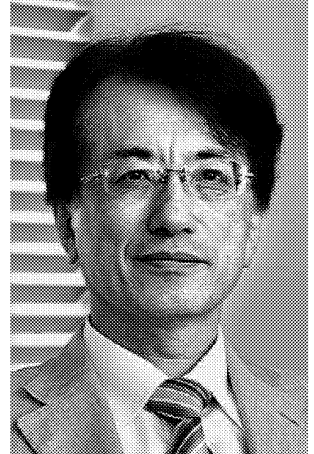
今後専門組織は科学的、倫理的、社会的観点から総合的に判断して、費用対効果の良否を3段階で評価し、その結果が改定薬価に反映される。1年の延命に必要な費用が500万円を超えれば費用対効果が良くないと判断され、値下げが求められる。さらに費用が1千万円を超える場合には、最大幅の切り下げ率が一律に適用されることが示唆されている。

それでは、なぜ費用対効果を考える必要があるのだろうか。第1は「価格」ではなく、医療技術が患者の延命にもたらす「価値」を知るためだ。すなわち1年の延命を図るために追加的に必要となる金額を、医療技術の社会的な価値とみなす。いわば医学的な効果を物差しとして、医療技術を値づけるのである。

筆者が都道府県別の平均寿命と1人あたり平均収入のデータを使って重みづけし、それらを傾斜配分して都道府県別の診療報酬点数を作成したところ、国民医療費を約12兆円節約できるという結果が得られた。あくまで試算だが、分化価格により新技術導入の余地ができる可能性を示す。

一方、政府内では都道府県別診療報酬を巡る論議が進行中だ。今でも医療費適正化のために合理的な必要性があれば診療報酬は都道府県別に定められる。地域医療構想と財源に対する都道府県の体制を強化するのが目的で、医療費削減のための地域の責任体制づくりの色彩が強い。都道府県別の診療報酬という点では似ているが、分化価格は地域の権限とは無関係に費用対効果を考慮してイノベーション導入を意図する点で異なる。

診療報酬改定は収支の帳尻合わせで終わらせてはならない。診療報酬改革をさらに進めるには「価値に基づく医療」へのアプローチが不可欠だ。



かまえ・いさお 51年生まれ。ハーバード大公衆衛生学博士。医師。専門は医療政策

その点で、④は注目に値する。これまでにない費用対効果の評価に基づく薬価制度の抜本的改革といった新プランが提起されたからだ。

グリーン車は費用対効果が良いとしても、追加料金が必要となるので費用は減らない。「費用対効果が良い」イコール「安く良い」ではない。

さらに費用対効果による評価は、薬価切り下げの手段だけに終わらせず、医療費適正化とイノベーション（技術革新）促進を両立させる鍵とすることが大切だ。例えば今後の検討課題として「価値に基づく医療」では、ディフェレンシャルプライス（分化価格）の考え方がある。対象集団（県や保険者など）の特性（健康水準や所得水準）に応じた、同じ医薬品でも異なる公定価格を設定する方法だ。