



M I G A コラム

「世界診断」

2017年7月28日

ヘルスケア制度のあれこれ

大西 昭 郎

明治大学国際総合研究所 客員研究員



ヘルスケア分野のイノベーション、技術評価や規制、保険などについての制度や政策が専門。東京大学工学部、ペンシルバニア大学ウォートンスクール（MBA）卒。通商産業省、マッキンゼー・アンド・カンパニー、経済協力開発機構（OECD）、通信・ITベンチャーの経営等を経て、2003年から日本メトロニック株式会社にて取締役副社長（～2012）。2011年から東京大学公共政策大学院特任教授（現任）。2012年から2013年にかけて内閣官房医療イノベーション推進室次長。2013年5月から株式会社ソラストの常務執行役員。総務省政策評価・独立行政法人評価委員会臨時委員、（独）産業技術総合研究所 研究ユニット評価委員、（独）科学技術振興機構センターオブイノベーションビジョナリーチチームメンバー、（一財）医薬品・医療機器レギュラーサイエンス財団評議員、なども務める。

米国では、トランプ大統領のもとで、2010年3月に成立した医療保険制度改革法（オバマケア）の見直しや廃止をするのか、しないのか、するとすればどう進めるのか、についての話題がメディアを賑わせている。皆保険制度がなかった米国では、オバマケアの導入前、医療保険に加入していない層（主に失業者や貧困層など）が国民の6人に1人というところまで増加していたが、政府の補助が付いた医療保険を導入し、全国民の加入を義務付け、2013年から導入が進められた。その結果として、保険でカバーされる人口も増えたが、一方で、財政的な負担は増加したことも事実である。トランプ政権は、成立時に反対していた共和党に属しており、減税政策を標榜していることもあり、オバマケアの撤回や見直しを掲げている。今後議会を舞台に議論が進むようだが、2018年度に関しては、保険を提供する会社やそれらのサービスを受ける市民の側はどのような変化があるのかないのかを心配しているという。保険提供者側にとっては、政府の補助があるのかどうか、市民にとっては自分たちが加入できる保険がどうなるのかは大変気になるところだろう。

米国の事情はさておき、国内では、医療保険制度は2年に一回、見直しがされている。直近では、2016年

に実質的に診療報酬がマイナスとなる改定が行われた。マイナスというのは、その前の年に病院や

クリニックに支払われていた診療報酬が、2016年4月から減額される、ということだ。入院費や診療費の一部が見直されたためにそうなったわけである。また、そのほかに、診療報酬が高い急性期の病床の算定ルールや基準の見直しも行われ、病院の経営は大きく影響を受けていると聞いている。次回の改定は2018年度、来年の4月である。今回は3年に一回改訂される介護保険制度の見直しも同時に行われる。すでに議論は始まっており、秋から冬にかけて山場を迎えることになる。

日本の制度とアメリカの制度はその組み立てが異なり、それぞれ長短がある。例えば、日本は Fee for Service という仕組みが制度の根幹になっている。つまり、診療の行為（検査、診断、治療、リハビリ）、それに使用される医薬品や医療機器のそれぞれの技術や方法、薬剤や医療機器に診療報酬の根拠となる点数が設定されており、病院やクリニックはそれらを個別に実行または使用し、それらを積み上げることで、患者一人一人の医療費を算出し、支払い額を本人負担分については患者に請求し、残りを支払う保険者に請求する。

米国では、外来診療などでは、この仕組みと同じように請求することもあるが、入院治療などは、診断された疾病や傷病の分類に応じて包括的に報酬額が定められる支払い制度（DRG¹）が一般的である。

こうした制度の内容紹介はここでは割愛するが、一つの共通点を上げておきたい。国民や医療機関さらには医薬品や医療機器を提供する事業者の側は、制度がどのようなものなるのか、また、その影響がどうなるのかを予測することが容易ではないということだろう。

今回の米国の状況では、先にも触れた通り、来年は加入できる保険があるのかないのか、またあったとしてもこれまでに比べて費用がどのくらい増えるのか見通しがつけにくい。保険を設計して販売する会社の側や医療機器メーカーなども同様だ。メーカーは追加の税を課せられるのではないかと懸念しており、どのくらいの金額か、収益や株価にどう影響するかを心配している。

国内では、昨年問題になった高額な医薬品の薬価を制度改定の途中の時期に急遽引き下げを求められる事例もあった。来年度からは、こうした事例が増えるのではないかとの声もあるし、薬価の改定がこれまで2年に1度だったのが毎年になるのではとの懸念もある。

米国では法案を議論しているが、国内では、診療報酬の改定は必ずしも法律改正を伴わないことも多いので、来年春になって突然新しい事態に直面することもある。前回の診療報酬の改定では、改定直後に在宅医療の報酬が何分の一かに激減するクリニックなどが出現し、国会を巻き込んだ騒ぎになったことがあった。また前回の介護報酬改定では、報酬単価の引き下げが組み込まれていた

¹ 正確には DRG/PPS（Diagnosis Related Groups／Prospective Payment System）の略。病名や治療内容による国際的な分類コードである DRG（診断郡別分類）を包括支払い方式である PPS に結びつけたものの。

ため、ふたを開けてみると、介護事業者の一部では収入が一気に10%パーセント近くも減ってしまった事例もあった。

医療財政は今や、大方すべての国で厳しい状況にある。先進国では高齢化や医療技術進歩と財政負担の増大に直面し、医療の質をどう維持していくのかに悩んでいる。途上国では皆保険制度の導入に舵を切っている国が多いが、収支のバランスを維持しながら制度をどの程度の速さで充実させていくのかに苦勞をしている。1980年代から2000年代にかけては、優等生と言われていた我が国の制度も、今や財政負担の厳しさでは、先進国の中のトップを走っている。

医療や健康の市場は明るいのではとの期待もあるが、実は、不透明感も大変大きい。よく知られているように新しい技術やサービスが新たに参入する上で、制度の中にどう位置づけられるかということも透明ではないが、一旦参入しても、その制度がどう変わっていくかが見通しにくくなってきている。市場原理に任せてはおけないとの考えから、制度の見直しを政策的に議論することで調整されてきたわけだが、制度の安定性が中長期的に見込めないというのも困りものだ。市場が大きくなり、事業者やサービス提供者への制度変更が大きくなることについて、どう対応していくかという点は、大きな課題になりつつある。ただ、医療に限らず、市場の力に頼らないところでの資源の配分や行動様式の変化は大変時間がかかる。医療技術の研究開発をリードしてきた、人類の英知に匹敵する、制度改革のためのもう一つの英知を期待してやまない。