



日本の医療費支払い方式の将来像

日本版Value Based Careの実現に向けて

シリーズ “Be ready for new paradigms” 第2回

要旨

日本の医療保険制度は優れていると言われる。それは「フリーアクセス」「国民皆保険」が維持され、高い水準の医療が全国民に平等に提供されていることに由来する。一方で、高齢化に伴う医療費の増加が予測される中、様々な打ち手が示されているものの、財源不足を補うだけの医療費抑制に繋がるとは考え難い。

昨今「Value Based Care(価値に基づく医療)」というキーワードをよく耳にするようになった。しかし、日本の社会保障制度の前提、現場のインセンティブを踏まえた「日本にとってのValue Based Care」を実現する医療費支払いの仕組みについて、具体的な議論はあまり進んでいない。

本稿では日本の社会保障制度の優れた点を保持しつつも、その継続性を担保するために選択し得る「日本にとってのValue Based Care」について考察していきたい。

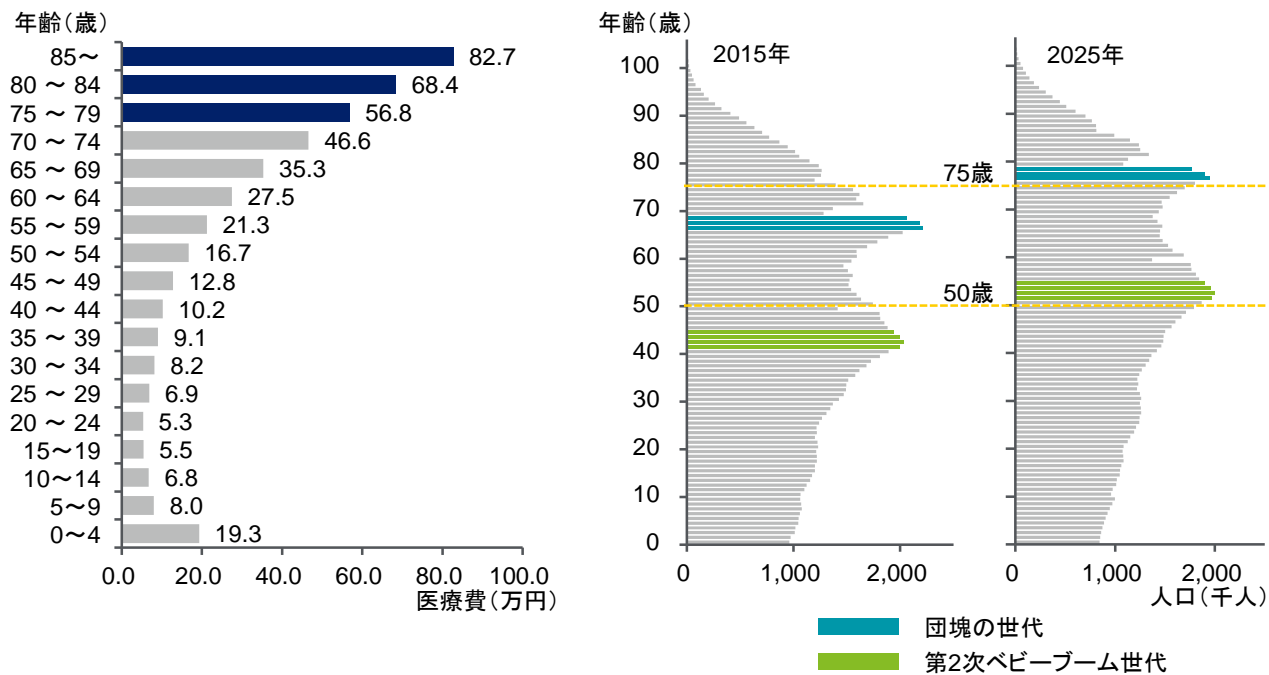
はじめに

2018年末時点の日本の国債発行額はGDPの236%に上り、先進国の中では突出した水準にある。また、GDP成長率は、1%程度で推移しており、少子高齢化の中で一人当たりGDPの大幅な伸びも期待出来ない状況のもと、支出の削減に焦点があたっている。

勿論、国債の引受先の94%以上が、日本に本社を置く銀行、企業、日本国籍をもつ個人であるため、デフォルトリスクは低いという指摘に一定の説得力はあるが、収益を大幅に上回る負債を負っていることは紛れもない事実であり、国民の不安という政治的観点、また、資本の国際化という経済的観点からも、財政健全化を通じた国債発行額の削減に対する政府の関心は高い。

2016年度の国内GDPに占める医療費の割合は約7.8%、一人当たり医療費は332,000円/年と、先進諸国の中で突出した水準にはないが、高齢化に伴う医療費の増加が予測されるため、内閣府、財務省、厚生労働省ともに、その抑制、削減に向けた検討を行っている。

図1: 年齢階級別国民一人当たり医療費(2016年)と人口ピラミッドの推移予測



出所: 厚生労働省、国立社会保障・人口問題研究所

具体策として、病床機能の分化・連携や、後発医薬品の使用促進、薬価制度の抜本改革、予防医療の強化など様々な方針が示されているものの、急速な少子高齢化に伴う財源不足を補うだけの医療費抑制に繋がるとは考え難い。

昨年「Value Based Care (価値に基づく医療)」というキーワードをよく耳にするようになった。しかし、日本の社会保障制度の前提、現場のインセンティブを踏まえた「日本にとってのValue Based Care」を実現する医療費支払いの仕組みについて、具体的な議論はあまり進んでいない。

日本の医療費支払い方式の論点

日本の医療保険制度は優れていると言われる。それは「フリーアクセス」「国民皆保険」が維持され、高い水準の医療が全国民に平等に提供されていることに由来する。そしてそれを支えてきたのは「出来高払い」(Fee for Service)という医療費支払い方式で、一部の入院医療を除いては、提供した診療行為の点数の積み上げにより医療費が算定されている。

ところが、この支払いの仕組みでは日本の医療費増大に歯止めをかけることは難しい。なぜなら、この仕組みのもとでは、個人の予防に対するインセンティブが小さく、かつ、医療提供側の医療効率化のインセンティブも小さいためである。

個人については、本人が予防に取り組んでいたか否かに依らず、結果として病気になってしまった場合は国がその医療費の大部分を補償する仕組みであるがゆえ、個人の予防に対するインセンティブは限定的である。

また、医療従事者については、「目の前の患者に良くなってもらいたい」という思いから、「必要最低限」というよりは、「念のため考えられる全ての」医療サービスを提供することが想定される。さらに、「地域医療の最適化には連携・分担が必要」と言われても、「自分の患者は最後まで自分で診てあげたい」という気持ちが働くこともあるだろう。どのような状況においても、基本的には「Pay for Service」、すなわち医療機関には提供した医療サービス全てに対して診療報酬という対価が支払われるため、やはり効率化という観点ではインセンティブが小さいと言わざるを得ない。

冒頭で述べたように、日本が抱える財政的な制限を踏まえると、我々が直面しているのは、「フリーアクセス」「国民皆保険」を維持しながらも、いかに個人・医療従事者にとって正しいインセンティブが働くような仕組みを構築していくか、という問題である。

医療費支払いの考え方

医療費支払いの考え方には、現在国内で行われている「出来高払い=Fee for Service」「包括払い(DPC)*」の他に、主に「Personal Health Account」「Pay for Performance」「Capitation」が考えられる。本章ではそれぞれの考え方・具体事例を紹介する。

Personal Health Account

Personal Health Accountとは、文字通り、個人が「医療口座」を持つという考え方である。この制度下では一定の金額枠の中で個人が医療支出の用途を決め、節約した場合に、自身にとって経済的なメリットがもたらされる。

具体的には、シンガポールの医療制度がそれに該当する。

シンガポール政府による医療保障制度は主にMedisave, Medishield, Medifundという3つの方式がとられている。

* DPC=Diagnosis Procedure Combinationの略で、診断分類群ごとに設定される1日あたり点数に在院日数と医療機関ごとの係数を乗じて診療報酬を算定する支払い方式。

図2:シンガポールの基本的な医療保障制度

	【第1段階(強制)】 Medisave	【第2段階(強制)】 MediShield Life	【第3段階(任意)】 Integrated Shield Plan	Medifund
概要	<ul style="list-style-type: none"> 中央積立基金庁(CPF)の医療口座に積み立てられる貯蓄 本人または家族に対する上位段階の医療保険料にも利用可能 	<ul style="list-style-type: none"> Medisaveではカバーできない医療費を賄う仕組み Medisave加入者は原則として加入 	<ul style="list-style-type: none"> MediShield Lifeの補償範囲を拡大した民間保険 保健省が指定する民間保険会社を通じて加入 	<ul style="list-style-type: none"> Medisave、MediShield Lifeで医療費が支払えない低所得者向けセーフティネット
保険料	給与額に応じた拠出割合を、雇用者と被雇用者が折半	年齢に応じた年間保険料が設定される	保険会社、年齢によって異なる	Medifund委員会
給付対象	本人および家族 ^{*1}	本人	本人	本人
給付内容	入院費用、慢性疾患の治療費、予防接種、出産費用の一部など	Medisaveではカバーできない高額な入院費用、人工透析などの高額医療費	私立医療機関での医療費や、公立医療機関入院時の高額な個室や少人数部屋などの病室料	入院費、外来診療費、介護費用

出所:厚生労働省、JETRO資料よりデロイト作成

*1:配偶者・子供・両親・祖父母が対象

Medisaveは、CPF(中央積立基金)という政府による強制積立貯金制度である。この制度は、すべての被雇用者に適用され、雇用者と被雇用者が、月々給与の6~8%に相当する金額を拠出する。そして、その積立金は、自身及びその家族の医療費に充てることができる。しかし、重病や難病を患い、高額な治療が必要な場合、Medisave だけでは治療費や入院費をカバーしきれない。

その場合はMedishield Lifeが適用される。Medishield Lifeは高額医療費を対象とした保険制度であり、Medisave加入者すべてが対象となる強制的な制度である。さらに、任意の民間保険として、Medishield Lifeの補償範囲を拡大した「Integrated Shield Plan」も存在する。

Medifundは、政府が出資して立ち上げた医療基金である。その主な目的はMedisaveやMedishield Lifeを使用しても医療費が支払えない低所得者への支援である。

またシンガポールでは、診療報酬が一律ではなく、市場原理に任されているため、安価な政府経営のクリニック(Polyclinic)もあれば、費用は高くとも質の高いサービスを売りにしている民間のクリニックに行くことも可能である。

このような状況において、個人としては「ちゃんと予防をして、医療費を積み立てておけば、いざというときに質の高いサービスを受けることができる」もしくは「家族が病気のときに質の高いサービスを受けさせてあげることができる」と、予防のインセンティブが働く、という構図が成立している。

Pay for Performance

Pay for Performanceとは、一定の治療効果が見込まれる一連の診療行為全体に対して、その効果・クオリティに応じた医療費を支払うという考え方である。

但し、「効果」の尺度を患者の治療アウトカムに求めるのは現時点では難しく、この支払い方式の対象はごく一部の薬剤に限られている。治療アウトカムが評価できるのは、医療行為を実施してからかなり時間が必要となるうえ、全ての医療行為の治療アウトカムを厳密に測っていくというのは現実離れしているからだ。結果、治療アウトカムを評価しやすいものを除いては、「いかに一般的に良いとされている医療行為を効率的に提供したか」(例えば、治療ガイドラインとの整合性)を評価して支払いが実施される形が想定される。これもPay for Performanceの1つの形だ。

図3: 薬剤の条件つき償還の例

製薬企業	対象製品 (適応症)	保険者	概要
Amgen	Repatha (高脂血症)	Harvard Pilgrim	投薬した患者のコレステロール値が、ターゲットまで下がらなかった場合、製薬企業は保険者に対して、追加のリポートを支払う
Novartis	Entresto (心不全)	Cigna Aetna	投与した外来患者数のうち、その後、入院が必要になった患者の割合によって、リポートの金額を変動させる
Janssen	Olysio (C型肝炎)	NHS (England)	- 12週間で有効性が確認された場合のみ償還 - 有効性が確認できなかった場合、Janssenは薬剤費を返還
Gilead	Harvoni (C型肝炎)	Cigna	C型肝炎ウイルスの除去の成功率により、薬剤の価格を変動させる
Novartis	Kymriah (小児・若年成人B細胞性急性リンパ芽球性白血病)	CMS	治療後1か月間効果が持続した患者についてのみ、償還対象とする

出所: 各社公開情報をもとにデロイト作成

同じ考え方の延長線に、疾病・創傷に応じて「償還される医療費にキャップをかけることで、医師にコスト効率性を考慮した判断を促す」という考え方も存在する。

米国のDRG/PPS(Diagnosis Related Group / Prospective Payment System)という「1入院あたり」の包括支払い方式がその1つである。

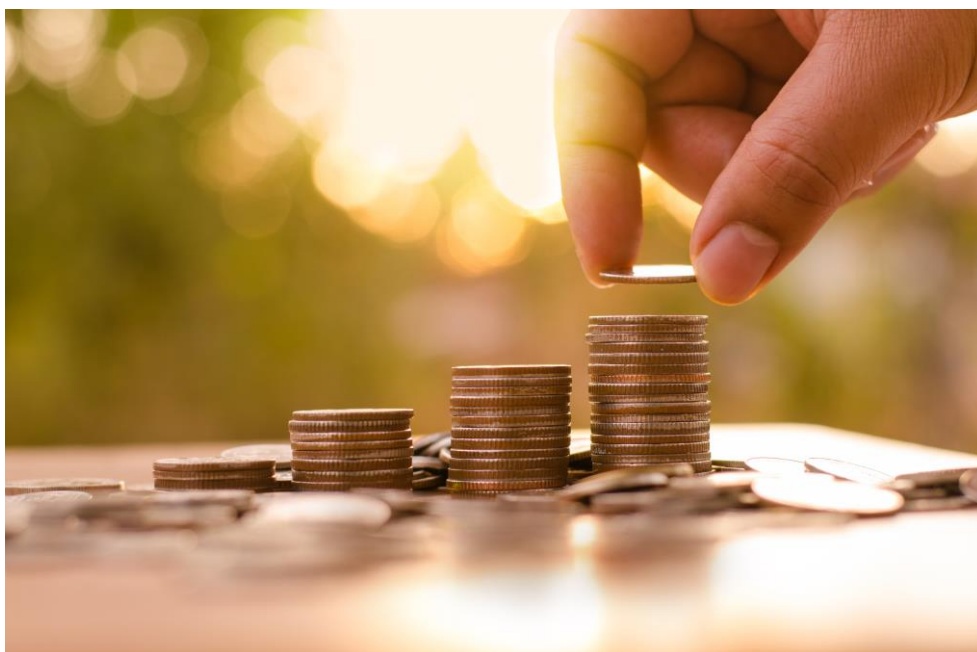
日本のDPC支払方式もこれに近いが、DPCではあくまで「1日あたり」である点が異なっている。同じ疾病・創傷であっても、患者個々の状態によって必要となる医療行為やその手厚さが異なることが「1入院あたり」ではなく「1日あたり」である理由であろうが、それでは過剰サービスの抑制効果が薄れてしまう。将来的には「必要となる医療行為やその手厚さ」が定められるよう疾病・創傷を詳細に分類することに挑戦することが求められると考えられる。

Capitation

Capitationとは、医療を提供する対象集団の人口やその年齢構成に応じて予め医療費を設定し、その予算内で医療を完結するという考え方である。また、「予算に対して消費した費用が少なければ、その差額が医療提供側に還元される」とすることによって、効率性の追求に対するインセンティブを強く働かせることも可能である。

例えば、米国では多くのHMO(Health Maintenance Organization)、一部のPPO(Preferred Provider Organization)でCapitationが採用されている。

また、英国のNHS下での家庭医GPの受け取る報酬は、登録された住民の数に応じたCapitationの仕組みによって定められている。



医療費支払い方式の『トリレンマ』

これまで述べてきたように、日本の新しい医療費支払い方を論じるうえで、必要となる要件が3つ存在する。「フリーアクセス・国民皆保険の維持」「個人の予防推進」「医療提供側の効率化推進」である。ところが、先に示した3つの医療費支払い方式は上記3つを達成するものではなく、「あちらを立てればこちらが立たず」というトリレンマの構図にある。

まず、Personal Health Accountでは、「個人の予防推進」は個人にとって非常に強いインセンティブによって達成される一方、公定価格に基づく「Fee for Service」による報酬額の算定が維持される限りにおいては、医療提供側にとっては受け取る報酬の出所が変わるだけで、「医療提供側の効率化推進」は進まない。

Pay for Performance (Pay for Bundled Service)においては、「医療提供側の効率化推進」は進む一方、個人にとってはこれまでの状態と特に変化がないため、「個人の予防推進」は進まない。

Capitationは、医療従事者にとって「効率化推進」はもちろん、個人への予防指導に対するインセンティブも強く働く。更に、個人としても、所属する小さな組織(地域)単位の財政に直結するので、現状より「医療提供側の効率化推進」「個人の予防推進」のいずれも強く進められることが期待できる。ただ、この仕組みの大前提として、特定の個人の医療サービスに対して責任を負う、小さな医療提供の単位(英国であればかかりつけ医、米国であればHMOやPPO)が必要となる。そして、その医療提供者以外へのアクセスを制限しなければならない。すなわち、Capitationの下での「フリーアクセスの維持」は難しいと言える。

図4: 医療費支払い方式の『トリレンマ』

	フリーアクセスの維持	医療の質・公平性の担保	個人の予防インセンティブ	医療提供側の効率化インセンティブ
Pay for Service	現状通り、フリーアクセスは維持可能	過剰サービスとなる懸念はあるが、質は十分に担保される	インセンティブは特に働かない	自院で完結させるインセンティブが働き、医療機関間の分担・連携は起こりにくい
Personal Health Account	フリーアクセスの維持には影響しない	医療の質は担保されると考えられるが、公平性は毀損される	罹患後の治療費が直接個人の資産に影響するため、強くインセンティブが働く	自院で完結させるインセンティブが働き、医療機関間の分担・連携は起こりにくい
Pay for Performance	フリーアクセスの維持には影響しない	少ない労力・費用での医療が優先されるが、アウトカムへのコミットは求められる	インセンティブは特に働かない	一定レベルのアウトカム(報酬)を最低限の労力・費用で創出する工夫がなされる
Capitation	医療圏単位での財務運用となるため、アクセスは医療圏内に限定される	医療の質以上に、費用が優先される懸念がある	より狭い地域・医療圏の財政(影響)するため、現状よりはインセンティブが働く	できる限り医療の費用を抑えるようインセンティブが働く

出所: デロイト分析

日本の医療費支払い方式の将来像

前章で述べた医療費支払い方式のトリレンマを踏まえると、日本の医療費支払い方式を1つの方式で論じることは難しい。そこで、「Personal Health Account」と「Pay for Performance (Pay for Bundled Service)」の組み合わせを提案したい。

まず、「フリーアクセスの維持」は堅持すべきとの考え方に基くと、Capitationはやはり採用しづらい。「個人の予防」と「医療提供側の効率化」の優先度に応じて「Personal Health Account」と「Pay for Performance (Pay for Bundled Service)」を使い分けるのが得策である。

今後、更に高齢化が進む中、生活習慣や年齢など、複合的な要素を抱えた患者が増えていく。日常的な医療へのアクセスについては、医師と患者との適切なコミュニケーションのうえ、患者側にも自覚をもった行動を促す仕組みが必要となる。よって、日常的な医療へのアクセス、すなわち、診療所の医療費は「Personal Health Account」に基づくものにする。

一方、深刻な疾患を抱えた患者には、過度な経済負担を強えず、医療提供側が責任をもって効率的な医療を促す仕組みが求められる。よって、病院の医療費は「Pay for Performance」に基づくものにする。上記ほど極端に支払い方式が変化していくことは、現時点ではイメージしづらいかもしれない。ところが、日本の医療制度においても少しずつその萌芽は見られつつある。

日本での萌芽

前述したような劇的な変化ではないものの、既に日本でもValue Based Careの実現に向けて、それぞれの要素が取り入れられつつあると解釈することもできる。

最もわかりやすい例がフォーミュラの導入によって医療費を大幅に削減しようとする取り組みである。これは日本でPay for Performanceのコンセプトを導入した一例と言える。フォーミュラの導入は地域単位で進んでおり、協会けんぽ静岡支部のように保険者が主導する例も出現してきている。

また、「働き方改革」の流行で同時にクローズアップされ易い「健康経営」はCapitationの考え方に近いものがある。健康保険は労使折半で賄われるため、単一健保を持つ大企業であれば、その企業のコミュニティで従業員の疾患予防・医療費削減に対して直接的な経済インセンティブを持つ。例えば、産業医の役割が拡大して、当該コミュニティの医療の司令塔のような形になれば、医療提供側も巻き込まれ、よりCapitationモデルに近いものになり、更なる医療費削減が期待できると考えられる。

まとめ

日本の窮状を考慮すると、今の医療費支払い制度のままでは立ち行かず、Value Based Careの考え方、すなわち、「Personal Health Account」「Pay for Performance」「Capitation」の要素を取り入れて行かざるを得ない。そして、実際既にその動きは始まりつつある。

ライフサイエンス企業には、その時代を先読みして先手を打っていくことはもちろん、更に時代を築き上げていくような取り組みを期待したい。

コンタクト

長川 知太郎
パートナー
ライフサイエンス & ヘルスケア
デロイトトーマツ コンサルティング 合同会社
080 2003 8638
tnagakawa@tohatsu.co.jp

立岡 徹之
パートナー
ライフサイエンス & ヘルスケア
デロイトトーマツ コンサルティング 合同会社
080 4597 4237
ttatsuoka@tohatsu.co.jp

高瀬 宏文
シニアマネジャー
ライフサイエンス & ヘルスケア
デロイトトーマツ コンサルティング 合同会社
080 4362 7139
hitakase@tohatsu.co.jp

企画・編集

嶋崎 美津子
シニアマネジャー
ライフサイエンス & ヘルスケア
デロイトトーマツ コーポレート ソリューション 合同会社

デロイトトーマツ コンサルティング 合同会社

ライフサイエンス&ヘルスケア グループ
〒100-8361 東京都千代田区丸の内3-2-3 丸の内二重橋ビルディング
Tel 03-5220-8600 Fax 03-5220-8601
www.deloitte.com/jp/dtc

デロイト トーマツ グループは日本におけるデロイト アジア パシフィック リミテッドおよびデロイトネットワークのメンバーであるデロイト トーマツ 合同会社 およびそのグループ法人(有限責任監査法人トーマツ、デロイト トーマツ コンサルティング 合同会社、デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー 合同会社、デロイト トーマツ 税理士法人、DT弁護士法人およびデロイト トーマツ コーポレート ソリューション 合同会社を含む)の総称です。デロイト トーマツ グループは日本で最大級のビジネスプロフェッショナルグループのひとつであり、各法人がそれぞれの適用法令に従い、監査・保証業務、リスクアドバイザー、コンサルティング、ファイナンシャルアドバイザー、税務、法務等を提供しています。また、国内約40都市に1万名以上の専門家を擁し、多国籍企業や主要な日本企業をクライアントとしています。詳細はデロイトトーマツグループWebサイト(www.deloitte.com/jp)をご覧ください。

Deloitte (デロイト)は、監査・保証業務、コンサルティング、ファイナンシャルアドバイザー、リスクアドバイザー、税務およびこれらに関連する第一級のサービスを全世界で行っています。150を超える国・地域のメンバーファームのネットワークを通じFortune Global 500® の8割の企業に対してサービス提供を行っています。“Making an impact that matters”を自らの使命とするデロイトの約286,000名の専門家については、(www.deloitte.com)をご覧ください。

Deloitte (デロイト)とは、英国の法令に基づく保証有限責任会社であるデロイト トウシュ トーマツ リミテッド (“DTTL”)ならびにそのネットワーク組織を構成するメンバーファームおよびそれらの提携法人のひとつまたは複数を指します。DTTLおよび各メンバーファーム並びにそれらの関係法人はそれぞれ法的に独立した別個の組織体です。DTTL (または“Deloitte Global”)はクライアントへのサービス提供を行いません。Deloitteのメンバーファームによるグローバルネットワークの詳細は www.deloitte.com/jp/about をご覧ください。

デロイト アジア パシフィック リミテッドはDTTLのメンバーファームであり、保証有限責任会社です。デロイト アジア パシフィック リミテッドのメンバーおよびそれらの提携法人は、オーストラリア、ブルネイ、カンボジア、東ティモール、ミクロネシア連邦、グアム、インドネシア、日本、ラオス、マレーシア、モンゴル、ミャンマー、ニュージーランド、パラオ、バプアニューギニア、シンガポール、タイ、マーシャル諸島、北マリアナ諸島、中国(香港およびマカオを含む)、フィリピンおよびベトナムでサービスを提供しており、これらの各国および地域における運営はそれぞれ法的に独立した別個の組織体により行われています。

本資料は皆様への情報提供として一般的な情報を掲載するのみであり、その性質上、特定の個人や事業体に具体的に適用される個別の事情に対応するものではありません。また、本資料の作成または発行後に、関連する制度その他の適用の前提となる状況について、変動を生じる可能性もあります。個別の事業に適用するためには、当該時点で有効とされる内容により結論等を異にする可能性があることをご留意いただき、本資料の記載のみに依拠して意思決定・行動をされることなく、適用に関する具体的事案をもとに適切な専門家にご相談ください。

Member of
Deloitte Touche Tohmatsu Limited

© 2019. For information, contact Deloitte Tohmatsu Consulting LLC.



IS 669126 / ISO 27001