



コスパ

中央区西支部 竹田 眞純

今年の4月に診療報酬改定があったばかりですが、中医協では改定直後から早くも次に向けて動いています。次期改定に向けて新規に4つ検討項目を設けて議論を進めています。その4つとは①医療技術評価における費用対効果の評価の導入、②基本診療料のあり方、③長期収載品の薬価のあり方、④診療報酬における消費税の取り扱いです。政策委員になってから少し言葉慣れしたので、いつも採めて結論が出ない項目が並んでいるなどと思います。しかし、私の中でなんだかしっくり来ない言葉が一つありました。それは①にある費用対効果です。

「費用対効果」と漢字で書くと議論の題材として仰々しく感じますが、コスパです。念のためここでのコスパはコスプレダンスパーティーではなく（こんな略があるとは知りませんでした）、コストパフォーマンスの略です。膨らんでいく医療費のため、医療に対するコスパの概念が出てきてもおかしくはないのですが、舵取りが難しそうです。コスパの評価対象は医療技術となっていますが、この医療技術という言葉の中に「医療技術（医師の技術）」と「薬価」と「保険医療材料」が含まれます。薬価と材料に関しては評価対象がモノなのでまだ評価しやすいかと思いますが、それでも一歩進んでいる諸外国でも評価方法についての問題が山積しています。そのうえで医療技術の評価は一体どうやるのか？と思います。外科系の技術評価は使ったモノと投入した労力－人数や時間－といった少しは算出するための係数がありますが、それでも新米医と熟練医の手術技術差はどうやるのでしょうか。さらに内科系はどうやって評価するのでしょうか。診察室に入ってきただけで診断できてしまうような大医の技術評価はどう

やって出来るのでしょうか！

ちょっと先走りしましたが、議論は始まったばかりで、薬価や材料ですら次期改定に間に合わないとの見解です。8月の時点では対象となる技術について①稀少疾患は対象としていない、②代替性のある他の医療技術が存在する、③代替する医療技術と比べ財政影響が大きい可能性がある、④安全性や有効性などが一定程度確立している、ということで何でもかんでも対象にはならないと了承されています。とはいえ、この議論の進み具合は注視していかなければなりません。いま厚労省が考えている具体的な検討対象は保険収載を見送られてきた粒子線治療のコスパです。あくまで議論のたたき台として名指しされていますが、コスパの評価は特に新規の保険収載にかかわる技術に導入しやすく、評価方法によってはまったく採用されない可能性もあります。その評価方法をどのようにするか、先にも述べた諸外国は進んでいるとはいえ、英、独、仏など評価方法は各国バラバラです。日本特有の皆保険システムにコスパの評価をどうやって入れるかは難問だと思います。各国の医療コスパ評価を調べてみると、効果の指標にQALY（質調整生存年：Quality Adjusted Life Year）というのが使われたりします。生存年数とQOLを考慮した分析で、単純な小数点以下の数値で表され、異なる疾患での比較ができる指標です。良さそうな指標ではありますが、問題としてはQALY算出の前提として面倒なQOLの評価が必要です。QALYは指標の1例ですが、良いか悪いか別として、各国こういった評価の指標を使ってコスパの良い医療をしようとしています。財政がひっ迫しているため日本でも医療コスパ検討が始まったのですが、

日本特有の制度や文化に当てはめるには時間がかかりそうです。

今年の夏はロンドン五輪でおおいに盛り上がりましたので、ややこじつけ気味に、英国の医療技術のコスパ評価について取り上げたいと思います。専門ではないので、間違いはご了承ください。ご存知のように英国ではフォークランド紛争後の財政危機から80年代に医療崩壊が起きて、国民が満足な医療を受けられない状態が起きました。民間施設は金があれば医療を受けられましたが、国営医療サービスでは地域によっては癌でも手術は半年から1年待ちという日本では考えられない状態が起きていたことは皆さんの記憶にあると思います。日本とは健康保険制度が違うので一概には比較できませんが、今日進行している日本の医療情勢のさらに先を進んでいた状態でした。引き金となったのは言うまでもなくサッチャー政権時の医療費抑制政策です。その英国が何とか医療を立て直すのに使った手段のひとつが費用対効果、つまり医療のコスパ評価です。1999年にブレア政権のもとNICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) という組織が設立されました。NICEは英国の保健省NHS (National Health Service) の下部に位置していましたが、強制力を持った組織です。患者の医療へのアクセスを保障するのと医療資源の効率的利用の促進を目的に、QALY等を使用して医療技術の評価ガイダンスを出しています。コスパだけでなく医療技術の有効性や安全性についても評価されます。それをNHSが使って提供する医療に組み入れる判断をしていました。効果の悪い医療を淘汰し、効率のよい医療行政ができるというのが理想です。しかしやっぱりというか、医療経済をコントロールするのは複雑で、NICEの10年後の評価でも制度の歪が指摘されています。評価ガイダンスは高価な新薬に対するものが多く、評価が出るまでは予算制約が厳しいので医療機関は新薬を処方しないということが起きます。また推奨しないと評価されると

医療機関は処方しなくなり、その結果患者の医薬品に対する使用制限が出てきてしまいます。薬を使いたくても使えないという状況が起こり、例えば「推奨しない」抗癌剤に対する使用制限は大きな問題となりました。後に改革があり患者側からの医薬品へのアクセスは少し改善されたようですが、代わりに薬価の決定にも影響力を強めるようになりました。簡単に言うと、医薬品の価格を薬の効果によって調整しました。薬価に対して企業が値引きやNHSへの払い戻しをしたり、期待通りの効果が出なければ価格を下げ、効果が出れば上げるとか、NICEガイダンス評価後に価格調整することがあります。また余命などによってQALYで使用する効用値を変えて再計算し、推奨する医薬品にもっていくこともできるよう。単純に薬価を下げればコスパが良くなりますから、使えるようになるというのは経済的にはOKというのはわかりますが、健康よりもお金ありきを感じます。それでも英国がこの制度をしなければならぬのは、医療が崩壊していた過去があるからです。

英国とは違って日本のやり方というのがそのうち出てくると思いますが、コスパの概念は確実に診療報酬に入ってくると思います。診療報酬改定での試行的な導入は次の次くらいとみています。それまでに2回消費税増税の波がありますので、今よりもっとコスパの必要性が浸透していて、NICEが比較にならないほど厳しく強力な制度ができているかもしれません。あるいはTPP参加によるISD条項縛りで薬価制度が壊れていて、コスパを考えなくてよくなっているかもしれません。悲観的な予想をしてしまいましたが、医者も患者も「治したい」と思った時にコスパが頭を過ぎるのでしょうか？将来、「あなたにはこの薬は効くんだけど、推奨されていないから使えないんです」という情けないムンテラをしているのでしょうか。

(竹田眼科)