

高橋教授の
この人に
会いたい

Vol.5
ゲスト 阿久澤 孝氏

「義務的支出」の医療費 給付の適正化にどう取り組むか



阿久澤 孝 Takashi Akuzawa

財務省主計局主計官(厚生労働第一担当)
あくざわ・たかし●1991年、大蔵省入省。2006年3月、財務省主計局厚生労働第3係(医療)主査。11年7月、主税局税制第二課主税企画官(石川県総務部長)。12年8月、大臣官房付主税局税制第二課主税企画官。15年7月、主計局主計企画官大臣官房付兼内閣官房内閣参事官兼社会保障改革担当室参事官兼健康・医療戦略室参事官兼まち・ひと・しごと創生本部事務局参事官兼内閣府本府国立研究開発法人日本医療研究開発機構担当室参事官。16年6月、主計局主計官(厚生労働係第一担当)。

高橋 泰 Tai Takahashi

国際医療福祉大学医療福祉学部長・教授

たかはし・たい●1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学部慧大学員医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月、国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2009年から同大学院教授、16年より同大学医療福祉学部長・教授。

医療をはじめとする社会保障政策にかかる費用は一般会
課題の一つと言ってもいい状況だが、このテーマについ
厚生労働関係の予算を担当する阿久澤孝主計官を訪ね、

計予算の33%を占め、さらに年々膨れ上がっている。財政における最大の
て国の予算を預かる財務省はどう考えているのか。今回は財務省主計局で
聞いてみた。

る作業をしているのでしょうか。
阿久澤 予算編成は基本的に財務
省と各省のなかで積み上げ、最終
的に内閣として承認する形で進め
ますが、診療報酬の改定率もその
一つです。ですから「内閣で決める」
というのは「内閣全体の予算編成
で決める」という意味で、内閣官
房の一部門が決めるわけではあり
ません。

社会保障審議会医療保険部会で基
本方針を定め、中医協で具体的な
診療報酬点数を設定するという順
序になります。このうち改定率は、
予算編成の一つとして決めていき
ます。社会保障全体の予算を厚労
省からの要求と財務省の査定を突
き合わせつつ、厚労省と財務省が
話をしながら、最終的に総理を中
心とした閣議で決定するのです。
高橋 取りまとめについて、いろ
いろな省庁が一堂に会するような
会議体があるわけではない。

阿久澤 そうです。予算は最終的
には各省大臣と財務大臣が協議し
て決定し、それを閣議で承認する
わけです。
高橋 診療報酬は厚労省では保険
局医療課、財務省は主計局厚生労
働係が中心を担っていると思いま
すが、両者でデータを出しあつて
落としどころを探り、それが閣議
で承認される。その枠組みのなか
で、診療報酬の内容もつめていく
わけですね。
阿久澤 改定率は医療保険財源の

診療報酬改定率は 予算編成のなかで決まる

高橋 現在、さまざまな医療制度
改革が進展していますが、やはり
注目は2018年度診療報酬改定
です。近年は財務省も医療政策に
積極的にかかわるようになってい
ますが、診療報酬改定についてはど
のような見解をお持ちですか。

阿久澤 具体的に点数をどう設定
していくかは、厚生労働省の中央
社会保障医療協議会(中医協)で
議論していただくこととなります
が、今課題になっている医療提供
体制の見直しにおける機能連携・
分化や地域包括ケアシステムの構
築は、介護ともあわせて進めてい
かなければいけません。改定率も
もちろんですが、診療報酬改定で
は分野横断的な課題への対応を後
押しする役割も期待できます。そ
うした面を意識した改定にしてい
きたいと思っています。

高橋 診療報酬改定の大枠である
改定率は「内閣で決める」という
形になっています。これは、内閣
府のどこかの部門が改定率を決め
るという形です。また、年齢、性
別、所得、職業、地域などによって
異なるように改定率を決めるという
形は、医療費の適正化という観点
から、むしろ望ましいと思います。
阿久澤 そうですね。医療費の適正
化は、医療費の適正化という観点
から、むしろ望ましいと思います。
阿久澤 そうですね。医療費の適正
化は、医療費の適正化という観点
から、むしろ望ましいと思います。

医療費は「義務的支出」 予算を上回る際は追加措置

高橋 医療費で悩ましいのは、「予
算どおりに進まない」という問題
があることです。診療報酬改定で
それぞれの医療行為の単価は決め
られても、供給量は決まれません。
支出が予算どおりに推移しなかつ
た場合はどうしているのでしょうか。
供給量が下回った場合はともかく、
上回った場合の対応が特に問題で
す。フランスは年度末になると「こ

医療費で悩ましいのは「予算どおりに進まない」という問題——高橋

の注射薬を使った治療はできない」といった事態が起こることがありますが、日本ではそうした事態が起きたという話は聞いたことがありません。たとえばC型肝炎治療薬のハーボニーが出てきた際も、使用に対して制限がかかることはありませんでした。とても高価で、予算超過になるのではないかと心配していたのですが、何も起きずにすぎました。何とかやりくりするの、それとも予備費のようなものを用意しておくのでしょうか。

阿久澤 基本的には「義務的支出」と法律で決められていますから、「予算の限度を迎えたから国費は出しません」とはならず、追加的支出が発生します。診療報酬改定や制度改正を議論するうえでも、そうした実績の動きを分析し、その要因を突きつめて、次の改定や制度改正で見直しを図ることになります。微調整しながら対応していくのです。

高橋 長期的に見ると、患者の高齢化はある程度予測できるでしょうけれど、医療の高度化は予測しにくい面があります。しかも高度化とそれに伴う価格の上昇は加速する傾向にあります。

阿久澤 医療費の伸びの要因は、大きく「人口要因」と「その他要因」に分解して考えることができます。前者は人口増減や高齢化の影響、後者は医療の高度化や残薬問題などがありますが、後発品使用や予防等の取り組みなど抑制効果を持つものも含まれます。

この10年あまりの推移を見ると、人口要因は1・0〜1・6%で推移していますが、その他要因は、14年度は0・4%、15年度は2・7%と、年度によって凹凸があります。さらに12〜14年は、その他要因は実はそれほど大きくはありませんでしたが、15年は一気に伸びたといったことも起きています。これは薬剤費の影響が大きいよう

です。特に近年は高額薬剤が医療費全体の動向に影響を及ぼすようになっていています。医療保険制度を考えるうえで、薬剤の算定基準の見直しは必要でしょう。昨年末、薬価制度の抜本的見直しが提示されたのはご案内のとおりです。

日々の診療を見直すことも医療費の適正化につながる

高橋 一方、予算の総額は「単価×供給量」で決まります。単価のほうは中医協で議論されていますが、供給量のコントロールについての議論はあまり目立ちません。具体的な施策はどのように進んでいるのでしょうか。

阿久澤 財政制度等審議会などで

は給付の重点化に関する考え方の一つとして「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」を示しています。自分でリスクをコントロールする部分と、共助によって支える部分の線引きを議論していく必要があるという問題意識に基づいたものです。

高橋 確かに湿布薬やOTCなど、すでに自助で賄っているものが、時と場合によって共助の対象になっているものもあります。共助と自助の線引きは見直しが必要かもしれません。

踏まえながら、適正化を進めていただけるとい期待があります。

高橋 DPCデータを使うと、入院中にどういった治療が行われているかがよく見えますが、同じ疾患に関しての地域差は見えていますか。

阿久澤 そこまではできていませんが、いろいろと地域差だけでなく標準的な医療の設定など、行為に関する分析の余地が出てきていることは確かです。

高橋 ありがとうございます。

ればならないのか、見直してもいいのではないかと——という意見も聞きます。薬剤の適正使用を進める観点から、処方ルールを設定するといったアイデアもあるでしょう。日々の診療を見直すことで、より効率的な医療提供を実現していくことも考えるべきです。

高橋 イギリスでは高血圧薬の使用について、55歳以上に対してはARB系の約半値のCa拮抗剤を使用するよう、NHSがガイドラインを定めています。さらにそれに沿った診療を行っているかを評価し、それによって支払いも決まるといって徹底したコントロール体制を敷いています。医師としてはあまり働きやすい国ではないなと思います(笑)、日本は逆にあまりにもガイドライン的な枠組みがなさすぎる気がします。

そうした議論を進めるならば診療過程の見える化が必須ですが、財務省からは見える化の進捗はど

う映っていますか。

阿久澤 かなり進んでいると思います。地域ごとに診療の自身が違うといったこともわかってきました。絶対的な水準を設定することは簡単ではないでしょうけれど、少なくとも議論のきっかけにはなると思います。

同じことは医療費にもあてはまります。地域差があると言われてきましたが、その理由を探ることで医療費の適正化につながる可能性はあります。現在は医療費適正化計画のなかで地域差縮減に向けた取り組みが進もうとしていますけれど、一律に全国共通の取り組みだけではなくて、提供されている医療行為というミクロの分析も

れません。サービス給付でも、介護保険では要支援を市区町村による「介護予防・日常生活支援総合事業」に切り替えています。

阿久澤 市販類似薬にかかる保険給付のあり方は18年度末、軽度者に対する生活援助サービスのあり方についても19年度末までに見直していくことになっています。

医療の高度化についても公的保険で対応していく必要がありますが、その際の値決めの考え方や技術料の設定についても、今起きている状況を踏まえながら考えていくこととなります。給付の適正化にあたって単に保険適用から外すというだけでなく、現在の治療行為の効率化など検討の切り口はいろいろあるでしょう。

たとえば高血圧薬は、日本では高価なARB系が多く処方されています。こうした課題は医療界内での議論を待ちたいのですが、すべての患者にARB系を用いなく

給付の適正化にあたっては治療行為の効率化など検討の切り口はいろいろある

——阿久澤

