

先進的な海外事例と、現在の日本の医療環境

バリューベースを紐解く「3つの観点」

2025年度より「電子カルテ情報共有サービス」の標準化開始が予定されるなど、医療を取り巻く環境は変化の中にある。バリューベース・ヘルスケアへの注目もその変化の1つだが、認識に差があるのが現状だ。そこでAMDD医療技術政策研究所所長の田村誠氏にその本質や今後の展開について聞いた。

多様な定義のなかで「3つの観点」を示唆

先進的な医療技術の導入やイノベーションの評価、医療費の適切な配分の実現等を目指し、中長期的な視点で研究および政策提案を行う一般社団法人米国医療機器・IVD工業会（AMDD）医療技術政策研究所所長の田村誠氏は、「バリューベース・ヘルスケア」の概念について「治療効果（アウトカム）だけを見るのではなく、アウトカムとコストの両方を同時に見る。また、医学や臨床に限定するのではなく患者の満足度や生活の質なども考慮すること」と説明する。

現在も多様な解釈や定義があるなかで、田村氏は3つの観点から整理を行う。それは「技術レベル」、「システムレベル」、そして「個人の価値観を考慮すること」だ。

「技術レベルは、医療技術や機器、薬などの価値を評価し、それに基づいて保険の償還額を決めるなど医療技術に反映させることを指します。システムレベルについては、医療システムにおける医療提供体制と医療保険をどのようにデザインするかが重要で、バリューが向上するようなインセンティ

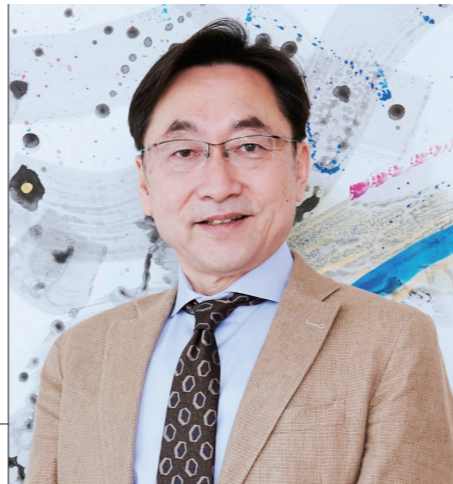
田村誠（たむら まこと）

一般社団法人米国医療機器・IVD工業会（AMDD）医療技術政策研究所 所長、一般社団法人医療システムプランニング 代表理事、国際医療福祉大学大学院 特任教授

1984年に明治生命保険相互会社に入社し、保険商品開発等を行った後、1995年から東京大学、国際医療福祉大学において医療経済・政策等の研究に従事。2004年より日本ガイダント、ボストン・サイエンティフィック、アボットにおいて、バイスプレジデントとして保険償還・渉外関係の業務につく。2017年に独立し、一般社団法人医療システムプランニングを立ち上げ、AMDD医療技術政策研究所 所長のほか、医療機器センター医療機器産業研究所 上級研究員、国際医療福祉大学大学院 特任教授等を兼務。東京大学医学部保健学科で学士、医学系研究科で修士・博士を取得。ノースウェスタン大学経営大学院修了。

ブがそれらのポリシーに含まれているかどうか、を指標とします。個人の価値観とは、もともとパターン化されていた医療から、エビデンスに基づく医療が重視されるようになり、患者の価値観に基づいて診療方針を選ぶ傾向になりました。やや逆説的ですが、エビデンスが増えるほど個人の価値観を考慮したバリューベース・ヘルスケアにすべきという議論があります」

バリューベース・ヘルスケアという言葉がよく使われるようになったのは、2000年代半ばにハーバード大学ビジネススクール教授であるマイケル・ポーター氏による提言が大きいと田村氏。その背景には1983年からアメリカに導入された、疾病ごとに定額で診



療報酬が定められた「包括支払い方式（DRG）」の存在がある。

「DRGでは、病院が得られる報酬は一定の金額のため、コスト抑制だけを考え、いかに早く退院させるか、に重点を置くということが起こります。しかし、早く退院させると在宅医療のコストが上がるなどトータル面では問題が生じます。このようにコスト抑制だけを指向するポリシーの問題をポーター氏が指摘して、アウトカムとコストの両方を見るべき、すなわちバリューを根幹において医療改革をすべき、と提言したことから、こうした潮流が生まれました」

アメリカをはじめとした海外のヘルスケア状況

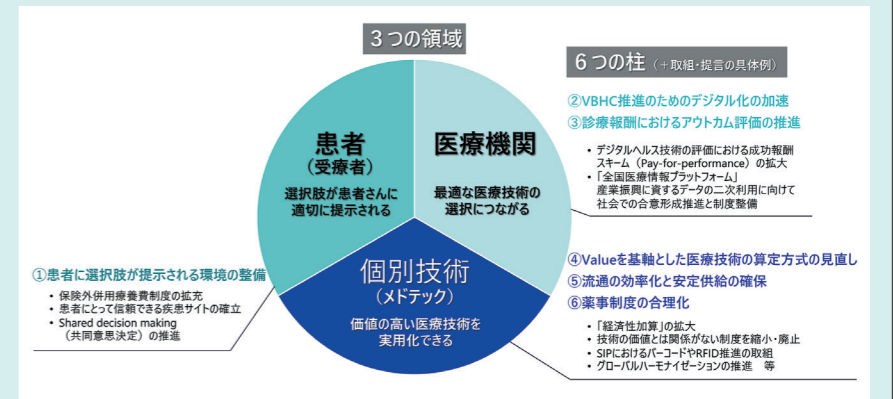
アメリカでは医療制度の問題点に対して、その後はバリューをベースとした制度が生まれたと田村氏。入院中の治療だけでなく退院後の在宅医療など一連の医療に対して包括払いをする「BPCI」、病院や在宅医療機関など医療ネットワーク全体でアウトカムや質を保障し、それによって生まれた医療費の削減分を報酬としてネットワークに還元する「ACO」などがある。

また、他の国でもバリューベース・ヘルスケアの流れは広まり、その先進的事例として田村氏はオランダとノルウェーを挙げる。オランダは国全体で「アウトカム測定プロジェクト」に取り組んでいるという。これは日本が現在進める医療DXの先にあるデータ基盤による評価システムであり、病院ごとの癌手術の生存率などアウトカムのデータを集めて世の中に公表するものだ。さらに、アウトカムの成績により病院が受け取る診療報酬が上下する。

「アウトカムを測定する時の最も大きな問題は患者リスクの調整です。重症患者が多く来る病院と軽症患者が多い病院では手術の成功率や死亡率などのアウトカムが異なるので、それをどう調整するかは検討すべき点です。その点に対してオランダは患者の年齢や合併症、病状の重症度などを考慮した統計モデルをつくり調整を行っており、2022年時点では医療成果全体の50%をカバーすることを目指しています」

ノルウェーもオランダ同様にデータを基盤として、2014年から「クオリティベースドファイナンス」をはじめ、アウトカムをデータ化して評価するとともに、治療のプロセス（適切な治療が行われたか）も病院ごとにポイント

図 AMDDによる「6つの柱」による提言



出典:AMDD

制にして評価を行い、アウトカムとプロセスの両面を診療報酬に反映しているという。

「病院に与えられるポイントの割合はアウトカムが50%、プロセスが20%、患者満足度が30%です。これに基づいて病院を評価して診療報酬を配分しますが、支払われるのは医療予算全体の0.5パーセント程度にすぎません。将来的にはこれが上がっていくのだと思います」

日本の現状と6つの柱による提言

田村氏は世界の情勢を俯瞰し、「バリューベース・ヘルスケアを目指すことに否定的な見方はほとんどない」と話す。日本の現状については「加速的に進んでいるわけではないが、厚生労働省も重視しており、少しずつ前進している状況」としたうえで、前述した3つの観点から次のように分析する。

「技術レベルに関しては、以前から厚生労働省が行ってきた医療機器や薬に対する定性的評価に加え、2019年からは定量的評価である費用対効果評価制度が導入されてバリューの評価が進んでいます。システムレベルは、市町村や道府県に対して検診の実施率やジェネリック医薬品の使用率などを評価して交付金を支払う保険者努力支

援制度などがありますが、国民健康保険の給付費9兆円に対して予算は1,000億円と約1%なので限定的です。ノルウェー同様に割合が増えていけば、より強力なバリューベースに基づく制度になると期待します。個人に対しては病院ごとのデータ収集や公開が進んでいないので、これからという状況です」

こうした現状に対して、AMDDは次の6つの柱による提言を行っていると田村氏は説明する。

「患者、医療機関、個別の医療技術の3つの領域で、患者に検査や治療の選択肢が提示される環境の整備、医療機関におけるデジタル化の加速、診療報酬におけるアウトカム評価の推進、個別技術に対してバリューを基軸とした医療技術、即ち機器や検査の算定方式の見直し、流通の効率化と安定供給の確保、薬事制度の合理化の6つを押し進めることでバリューベース・ヘルスケアが実現できると考えています。バリューベースが進むと、簡単に言えば、質の高い医療機器や薬がより使われるようになるので、結果として日本のためになります。今はまだ全てのアウトカムが価格に反映されているわけではないので、質の低い医療機器などが市場を席捲するようにならないためにもバリューベース・ヘルスケアの構築は必要だと考えています」