

### 3-1. 高度医療の最近の伸び

#### 3-1-1. 高度施術の最近の伸び

### 高度施術の実施件数は大幅に伸びている

□保険病院の基準に掲げられた高度施術の件数は、この15年間(平成2年から17年)に大幅(肺・子宮付属器の悪性腫瘍摘出術については5倍以上、膀胱悪性腫瘍手術については15倍以上等)に伸びている。また、1件当たりの点数も1.4～3.0倍に増加しているため、施術総数の診療点数はさらに大きく伸張している。

□但し、経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント残置術は、この10年間に出現した施術法で、急激にその実施件数を伸ばしたが、最近では経皮的冠動脈形成術が経皮的冠動脈ステント残置術に移行している状況にある。

□なお、本章における診療行為別の件数・点数データや疾患分類別の件数・点数データは社会医療診療行為別調査によっている。本調査は、各年の6月分の政府管掌、組合管掌健康保険(平成11年以降)と国民健康保険の加入者のレセプトデータを抜き取りによって調査し、全数データとして評価したもの。この調査データをもとに全健康保険組合の加入者についての通年の全数データを得るためには、調査データを3健保加入者の全体に対する割合(0.9(0.64(平成2年及び平成7年)))で除し、12を掛けることによるのが簡便である(厚労省医療課)。さらに国民医療費データと比較して12を補正することにより、正確なデータとなるが、本プレゼンにおいては参考においてその方法を示すにとどめ、試算においては簡便な方法を採用することとした。

表3-1. 高度施術の回数と総点数(6月分と年間分)(1)

保険手術	平成2年		平成7年		平成12年		平成14年	
	回数	点数(千点)	回数	点数(千点)	回数	点数(千点)	回数	点数(千点)
頰室内腫瘍摘出術	490	15,680	589	40,052	521	36,456	381	25,352
	9,186	294,000	11,044	750,975	6,947	486,080	5,080	338,027
経皮的冠動脈形成術	—	—	—	—	8,742	179,219	3,337	74,996
	—	—	—	—	116,560	2,389,587	44,493	999,947
経皮的冠動脈ステント残置術	—	—	20	310	2,275	45,265	2,646	57,802
	—	—	375	5,813	30,333	603,533	35,280	770,693
肺悪性腫瘍手術+胸腔鏡下肺悪性腫瘍術	210	3,230	440	13,970	1,411	55,493	1,088	38,158
	3,938	60,563	8,250	261,938	18,813	739,907	14,507	508,773
膀胱悪性腫瘍手術	181	1,852	1,095	11,241	2,988	38,954	4,079	54,648
	3,394	34,725	20,531	210,769	39,840	487,387	54,387	728,840
子宮付属器腫瘍手術(両側)	505	2,943	1,789	14,390	2,541	28,951	2,572	38,389
	9,469	55,181	32,981	269,813	33,880	354,680	34,293	511,587
増殖性卵巣体顆粒産手術	—	—	500	24,360	1,068	52,787	1,420	49,562
	—	—	10,875	456,750	14,213	703,827	18,933	860,827
人工関節置換術	458	5,496	1,911	39,176	1,828	48,861	2,573	49,014
	8,588	103,050	38,831	734,550	24,373	851,480	34,307	853,520

水色の欄の数字は3保険者の6月審査分、黄色の欄の数字は全保険者の年間審査分(推定値)

**表3-1. 高度施術の回数と総点数(6月分と年間分)(2)**

保険手術	平成15年		平成16年		平成17年		平成18年	
	総数		総数		総数		総数	
	回数	点数(千点)	回数	点数(千点)	回数	点数(千点)	回数	点数(千点)
頭蓋内腫瘍摘出術	714	54,421	783	65,793	1,019	84,048	492	40,319
	9,520	725,613	10,573	877,240	13,587	1,120,640	6,560	537,587
経皮的冠動脈形成術	3,969	81,268	4,006	95,236	2,623	65,974	3,176	88,879
	47,587	1,062,573	53,413	1,269,840	37,640	879,653	42,347	931,720
経皮的冠動脈ステント残置術	4,206	96,554	5,128	121,866	5,916	139,354	8,735	148,170
	58,080	1,287,387	68,347	1,624,880	78,307	1,844,720	69,800	1,975,600
肺悪性腫瘍手術+胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	1,228	43,254	673	28,839	1,588	68,640	1,700	75,870
	16,373	576,770	8,973	357,853	21,173	928,533	22,667	1,011,600
膀胱悪性腫瘍手術	5,193	56,461	3,592	54,225	3,904	54,088	7,116	88,897
	69,240	752,813	47,893	723,000	52,053	721,173	94,880	1,198,827
子宮付属器腫瘍手術(両側)	3,456	50,188	2,861	45,034	3,798	65,328	2,741	47,142
	46,080	669,173	38,147	600,453	50,653	871,053	36,547	628,560
増殖性硝子体網膜症手術	1,395	53,632	1,078	40,028	1,892	70,604	2,438	94,115
	16,600	715,093	14,332	533,667	25,227	941,387	32,507	1,254,667
人工関節置換術	3,181	87,298	2,311	52,746	2,741	63,813	3,770	82,628
	42,413	897,173	30,813	703,280	36,547	850,840	50,267	1,101,720

水色の欄の数字は3保険者の6月審査分、黄色色の欄の数字は全保険者の年間審査分

**表3-2. 高度施術の最近の伸び**

平成2年から平成17年にかけての変化

保険施術	件数の伸び(倍)	点数の伸び(倍)	施術単価の伸び(倍)	備考
頭蓋内腫瘍摘出術	1.5	3.8	2.5	
経皮的冠動脈形成術	0.32	0.37	1.1	H12→H17
経皮的冠動脈ステント残置術	210.4	317.3	1.5	H7→H17
肺悪性腫瘍手術+胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	5.4	15.3	2.8	
膀胱悪性腫瘍手術	15.3	20.8	1.4	
子宮付属器腫瘍手術(両側)	5.3	15.8	3.0	
増殖性硝子体網膜症手術	2.3	2.1	0.9	H7→H17
人工関節置換術	4.3	8.3	1.9	

(参考) 最近の東京医科歯科大学のハイテク手術実績

	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
頭蓋内腫瘍摘出術等	127件	146件	161件	157件	167件
肺悪性腫瘍手術等 (含む胸腔鏡下手術)	73件	82件	81件	84件	107件
経皮的カテーテル心 筋焼灼術	36件	53件	66件	95件	182件
食道切除再建術等 (含む胸腔鏡下・横隔 鏡下手術)	36件	47件	52件	56件	71件
同種腎移植術	2件	0件	0件	2件	3件
人工関節置換術	153件	180件	209件	255件	252件
冠動脈・大動脈バイパス 移植術(CABG)	167件	178件	186件	200件	245件
経皮的冠動脈形成手 術(PTCA)等	82件	117件	132件	131件	174件

### 3-1-2. 虚血性心疾患関連施術の推移

### 虚血性心疾患関連の施術の状況

□ 虚血性心疾患治療のための冠動脈形成は、かつては冠動脈・大動脈バイパス移植術が主流であったが、近年経皮的冠動脈形成術が導入されて以降術例が顕著に増加するとともに、最近では経皮的冠動脈ステント留置術に比重が移っている状況となっている。

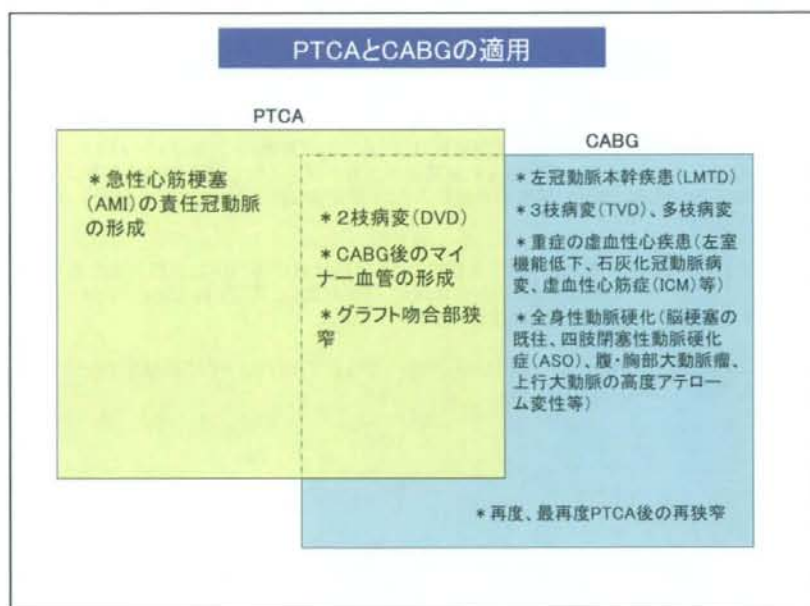
□ PTCAの利点は、急性期対応、低侵襲による早期社会復帰、さらに低医療費にあるが、他方でPTCA後の再狭窄の発生率は40～50%に及び、再度、再々度のPTCAが行われるケースが多いという問題点も指摘されている。

□ このような批判に基づいて、PTCAもステントを残置する方法、さらに薬剤を組み込んだ方法へと進化している状況。

表3-3. 虚血性心疾患関連施術の推移

施術名	平成2年6月	平成7年6月	平成12年6月	平成17年6月
冠動脈・大動脈バイパス移植術 (冠動脈形成)	330	400	761	237
体外ペースメーカー	—	1,568	964	1,901
経皮的心肺補助法	—	—	61	159
人工心臓	571	810	1,365	1,241
大動脈バルーンパンピング法	1,043	2,040	2,115	710
補助人工心臓(埋め込み型を含む)	—	120	—	40
経皮的冠動脈形成術	—	—	8,742	2,823
経皮的冠動脈血栓切除術	—	—	244	71
経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮管アテレクトミーカテーテル)	—	—	162	45
経皮的冠動脈ステント留置術	—	20	2,275	5,918

## PTCAとCABGの適用



### PTCAとCABGの適応が重複し、PTCAに偏りすぎることの問題点

□PTCAとCABGの施術数の比は、米国2.6:1、英国1.8:1、独国3.1:1、OECD平均で2.1:1 (いずれも平成15年)であるのに対して、日本は37:1 (平成17年)とPTCAに偏りすぎ、CABGの適応の現状は、PTCA禁忌例、不可能例、不成功・失敗例になったともいえる状況。

□現状でのPTCAの適応決定は治療後の長期予後、遠隔成績を反映したものとなっていない。

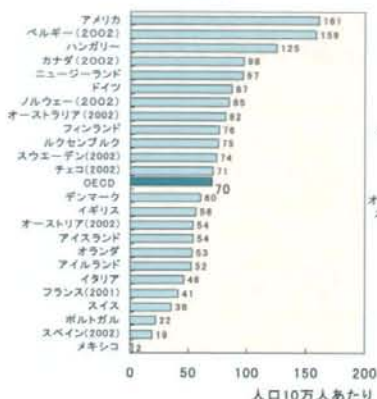
□PTCAの利点は、急性期対応、低侵襲による早期社会復帰、さらに低医療費にあるが、PTCA後の再狭窄の発生率は40~50%に及び、再度、再々度のPTCAが行われるケースが多い。

□3回のPTCAには数回のカテーテル検査施行が伴い、CABGと在院日数やコスト面で同等となる。また、多数回のPTCAでワイヤー、カテーテル類が血管内を反復通過することによって内膜損傷が生じ、急速な狭窄病変が進行する場合もある。

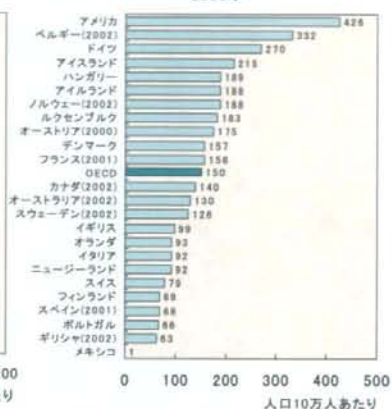
北村惣一郎医師 (奈良県立医科大学外科学) の指摘事項

## CABG及びPTCAの件数

人口10万人あたり冠動脈バイパス手術数、  
2003年



人口10万人あたり冠動脈血管形成手術数  
2003年

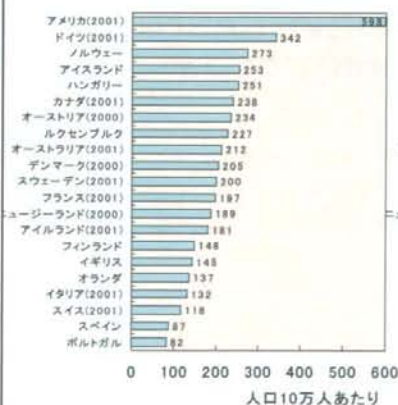


出典: OECDヘルスデータ 2005

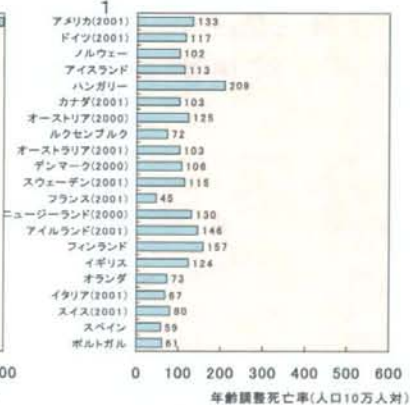
## 冠動脈血管再生手術数<sup>1</sup>及び虚血性心疾患死亡率(2002年)

1. 冠動脈バイパス移植術(CABG)及び冠動脈血管形成術(PTCA)

冠動脈血管再生手術数



虚血性心疾患死亡率



出典: OECDヘルスデータ 2005

### 3-2. 経皮的冠動脈形成術等の費用効果

#### 3-2-1. 冠動脈形成術(CABG)と 経皮的冠動脈形成術(PTCA)



### 冠動脈形成関連施術の費用効果

□ 虚血性心疾患患者の平均在院日数は、この15年間で19日から11日へと大幅に短縮されている。この短縮に貢献しているのは冠動脈形成術適用患者の平均在院日数が31日であるのに対して、経皮的冠動脈形成術の適用患者の平均在院日数が9日であることが貢献しているものと考えられる(ある病院H15-18年度のDPC実績平均)。

□ この短縮された平均在院日数に着目して、①虚血性心疾患に関わる入院料の節約効果、②冠動脈形成術から経皮的冠動脈形成術への施術方式の主流が移行したことに伴う入院料や施術料の節約効果が評価できる。

□ ①虚血性心疾患に関わる入院料の節約効果については、全国レベルのレセプト調査結果(社会医療診療行為別調査)を活用して平成17年において5年前と比較して250億円と見積もられる。

□ ②冠動脈形成術から経皮的冠動脈形成術への施術方式の主流が移行したことに伴う入院料の節約効果については、より正確を期すため在院日数を特定の病院の実績値を活用することによって、平成12年には5年前と比較して40億円と見積もられる。但し、平成17年度には経皮的冠動脈形成術件数が高止まりしていることから、15億円程度に留まっている。

### 平均在院日数の短縮によって節約された入院料の評価法(統計活用法)

虚血性心疾患 入院データ	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
・件数	48,231	54,186	60,321	53,496
・日数	911,111	828,636	802,303	594,410
・点数	1,815,425,731点	2,182,524,950点	3,125,288,199点	2,744,344,708点
日数/件数	18.9	15.3	13.3	11.1
入院料	753,901,433点	806,341,651点	1,093,253,152点	962,947,222点
入院料/日数	872点	973点	1,363点	1,620点
入院日数の短縮に伴う節約された入院料(5年前との比較)	—	$3.6 \times 973 \times 54,186 = 189,802,721$ 点	$2.0 \times 1,363 \times 60,321 = 164,435,046$ 点	$2.2 \times 1,620 \times 53,496 = 190,659,744$ 点
年間の総節約入院料(百万円)	—	35,588百万円	21,925百万円	25,421百万円

PTCA等の導入によって節約された入院料の評価法(実績活用法)

	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
冠動脈形成術件数	330	400	761	237
経皮的冠動脈形成(ステント留置術等を含む)件数	0	20	11,423	8,857
冠動脈形成術適用患者の平均在院日数(ある病院H15-18年度のDPC実績平均)	30.5	30.5	30.5	30.5
経皮的冠動脈形成術適用患者の平均在院日数(ある病院H15-18年度のDPC実績平均)	—	9.42	9.42	9.42
件数を考慮した平均在院日数	30.5	29.5	10.74	9.97
入院日数の短縮に伴う節約された入院料(5年前との比較)	—	1,0X973X420=408,660点	18.76X1,363X12,184=311,543,418点	0.77X1,620X9,094=11,343,856点
年間の総節約入院料(百万円)	—	77百万円	4,154百万円	1,513百万円

PTCA等の導入によって節約された施術料の評価法(統計活用法)

総数(入院+外来)	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
冠動脈形成術				
・件数	330	400	761	237
・点数	14,190,000	21,972,000	58,379,900	21,477,438
・平均点数	43,000	54,930	76,715	90,622
経皮的冠動脈形成(ステント留置術等を含む。PTCA等)				
・件数	0	20	11,423	8,857
・点数	0	310,000	232,506,340	206,037,330
・平均点数	0	15,500	20,354	23,263
PTCA等の導入によって節約された施術点数	—	20X39,430=788,600点	11,423X56,361=643,811,703点	8,857X67,359=596,598,663点
年間の総節約施術料*(百万円)	—	147百万円	85,842百万円	79,546百万円

\*本施術料は、投薬代、入院料等を合算した医療費とは異なるだけでなく、本施術に伴う他の診療行為(例えば人工心臓、体外ペースメーカー等)の点数を含まない数字である。

PTCA等の導入による生産への貢献の評価法(実績活用法)

	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
冠動脈形成術件数	330	400	761	237
経皮的冠動脈形成(ステント留置術等を含む)件数	0	20	11,423	8,857
冠動脈形成術適用患者の平均在院日数(ある病院H15-18年度のDPC実績平均)	30.5	30.5	30.5	30.5
経皮的冠動脈形成術適用患者の平均在院日数(ある病院H15-18年度のDPC実績平均)	—	9.42	9.42	9.42
件数を考慮した平均在院日数	30.5	29.5	10.74	9.97
入院日数の短縮に伴う生産への貢献:1.64万円/日(5年前との比較)	—	1.0X1.64X420=689万円	18.76X1.64X12,184=374,858万円	0.77X1.64X9,094=11,484万円
年間の総生産への貢献額(百万円)	—	129百万円	40,485百万円	1,531百万円

### 3-2-2. 肺切除術と胸腔鏡下肺切除術

### 肺切除関連施術の費用効果

□ 気管支・肺の悪性腫瘍患者の平均在院日数は、この15年間で21日から17日へと短縮されている。この短縮に貢献しているのは肺切除術適用患者の平均在院日数が25日であるのに対して、胸腔鏡下肺切除術の適用患者の平均在院日数が10日であることが貢献しているものと考えられる(ある病院の実績平均)。

□ この短縮された平均在院日数に着目して、①気管支・肺の悪性腫瘍に関わる入院料の節約効果、②肺切除術から胸腔鏡下肺切除術への施術方式が代替したことに伴う入院料や施術料の節約効果が評価できる。

□ ①気管支・肺の悪性腫瘍に関わる入院料の節約効果については、全国レベルのレセプト調査結果(社会医療診療行為別調査)を活用して平成12年において5年前と比較して100億円、平成17年には5年前と比較して16億円と見積もられる(平成17年に節約効果が小さくなっているのは平均在院日数の短縮がほぼ止まったからである)。

□ ②肺切除術から胸腔鏡下肺切除術への施術方式が代替したことに伴う入院料の節約効果については、より正確を期すために在院日数を特定の病院の実績値を活用することによって、平成12年には5年前と比較して22億円、平成17年には5年前と比較して17億円と見積もられる。

### 平均在院日数の短縮によって節約された入院料の評価法

気管支・肺の悪性腫瘍入院データ	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
・件数	15,971	22,195	28,051	35,964
・日数	334,080	415,861	472,642	597,850
・点数	点	1,188,205,980点	1,859,624,978点	2,189,486,627点
日数/件数	20.9	18.7	16.8	16.6
入院料	302,458,091点	429,592,107点	682,345,797点	1,011,078,060点
入院料/日数	905点	1,033点	1,444点	1,641点
入院日数の短縮に伴う節約された入院料(5年前との比較)	—	2.2X1,033X22,195 =50,440,357点	1.9X1,444X28,051 =76,960,724点	0.2X1,641X35,964 =11,803,385点
年間の総節約入院料(百万円)	—	9,458百万円	10,261百万円	1,574百万円

胸腔鏡下施術の導入によって節約された入院料の評価法(実績活用法)

	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
肺切除術件数	1090	572	412	49
胸腔鏡下肺切除術件数	0	140	988	1,799
肺切除術適用患者の平均在院日数(ある病院の実績平均)	25.2	25.2	25.2	25.2
胸腔鏡下肺切除術適用患者の平均在院日数(ある病院の実績平均)	0	9.8	9.8	9.8
件数を考慮した平均在院日数	25.2	22.2	14.3	10.2
入院日数の短縮に伴う節約された入院料(5年前との比較)	—	3.0X1,033X712=2,206,488点	7.9X1,444X1,400=15,970,640点	4.1X1,641X1,848=312,433,528点
年間の総節約入院料(百万円)	—	413百万円	2,129百万円	1,658百万円

胸腔鏡下施術の導入によって節約された施術料の評価法(統計活用法)

総数(入院+外来)	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
肺切除術				
・件数	1090	572	412	49
・点数	12,260,000	10,520,800	8,285,540	1,087,560
・平均点数	11,248	18,393	20,111	22,195
胸腔鏡下肺切除術				
・件数	0	140	988	1,799
・点数	0	3,752,000	35,970,480	57,040,980
・平均点数	0	26,800	36,407	31,707
胸腔鏡下肺切除術の導入によって節約された医療費点数	—	-140X8,407=-1,176,980点	-988X16,296=-16,100,448点	-1,799X9,512=-17,112,088点
年間の総節約施術料(百万円)*	—	-221百万円	-2,147百万円	-2,282百万円

\*本施術料は、投薬代、入院料等を合算した医療費とは異なるだけでなく、本施術に伴う他の診療行為(例えば人工心肺、体外ペースメーカー等)の点数を含まない数字である。

胸腔鏡下施術の導入による生産への貢献の評価法(実績活用法)

	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
肺切除術件数	1090	572	412	49
胸腔鏡下肺切除術件数	0	140	988	1,799
肺切除術適用患者の平均在院日数(ある病院の実績平均)	25.2	25.2	25.2	25.2
胸腔鏡下肺切除術適用患者の平均在院日数(ある病院の実績平均)	0	9.8	9.8	9.8
件数を考慮した平均在院日数	25.2	22.2	14.3	10.2
入院日数の短縮に伴う生産への貢献: 1.64万円/日(5年前との比較)	—	$3.0 \times 1.64 \times 712 = 3,503$ 万円	$7.9 \times 1.64 \times 1,400 = 18,138$ 万円	$4.1 \times 1.64 \times 1,848 = 10,608$ 万円
年間の総節約入院料(百万円)	—	657百万円	2,418百万円	1,414百万円

(参考) 胸腔鏡下施術の導入による効用の評価法(患者QOLの考慮)

	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
肺切除術 ・件数	1090	572	412	49
胸腔鏡下肺切除術 ・件数	0	140	988	1,799
胸腔鏡下肺切除術の導入によって改善した術後の患者QOLの評価額(肺切除術との比較)	—	140X患者QOL改善度の評価額=A7	988X患者QOL改善度の評価額=A12	1,799X患者QOL改善度の評価額=A17
効用の年間の総額	—	A7/0.54*12円	A12/0.9*12円	A17/0.9*12円

### 3-3. 高度医療を考える

#### 3-3-1. 高度医療の適切な評価

## 高度施術の効用の評価法と診療報酬への反映

□高度施術の効用の評価法としては、平均在院日数の短縮効果を用いるのが有効な場合と、高度施術の適用後の患者QOLの改善の程度によるのが有効な場合がある。

□平均在院日数の短縮効果を用いるのが有効な場合は、主として高度施術が従来施術を代替しつつある場合(胸腔鏡下肺摘出術)が考えられるが、従来施術と高度施術との適用について重複がある場合にも有効である(経皮的冠動脈ステント残置術等)。

□患者QOLの改善の程度によるのが有効な場合は、適切な従来施術が存在しなかった場合(人工関節置換術等)、従来施術と高度施術との適用について重複がない場合等が考えられる。

□経皮的冠動脈形成術(経皮的冠動脈ステント残置術等を含む)及び胸腔鏡下肺摘出術について、平均在院日数の短縮の効果を、入院料の減、施術料の減、生産への貢献について評価して合計する。経皮的冠動脈形成術は平成17年において平成12年に比して826億円の経済的効果があり、胸腔鏡下肺摘出術は平成17年において平成12年に比して8億円の経済的効果があるという結果となる。

□一つの試算として、この経済効果分を施術1件あたりに換算して、従来の経皮的冠動脈形成術あるいは胸腔鏡下肺摘出術の診療報酬点数に上乘せすることによって、効用評価に基づいた適正な診療報酬点数を算出する。

## 高度施術の効用の評価法

施 術	評価法の例
経皮的冠動脈形成術	平均在院日数の短縮効果
経皮的冠動脈ステント残置術	平均在院日数の短縮効果 (患者QOL比較)
胸腔鏡下肺摘出術	平均在院日数の短縮効果 患者QOL比較
増殖性硝子体網膜症手術	患者QOL比較
人工関節置換術	患者QOL比較



表3-4. 平均在院日数の短縮による高度施術の費用効果の評価

単位：百万円

費用効果 (通年・全保険者ベース)	平成7年までの 5年間 (H2→H7)	平成12年までの 5年間 (H7→H12)	平成17年までの 5年間 (H12→H17)
PTCA等の導入に係る 費用効果	353	130,481	82,590
・入院料の減	77	4,154	1,513
・施術料の減	147	85,842	79,546
・生産への貢献	129	40,485	1,531
胸腔鏡下肺摘出術の導入 に係る費用効果	849	2,398	790
・入院料の減	413	2,127	1,658
・施術料の減	-221	-2,147	-2,282
・生産への貢献	657	2,418	1,414

PTCA等と胸腔鏡下肺摘出術の診療報酬点数評価①

施 術	導入された新施 術法の件数 (通年・全保険 者ベース)	入院料・施術料の 節減効果と生産 への経済効果を 勘案した効用 (百万円)	従来価格への 加算額 (百万円)	新点数(入院 料・施術料の節 減効果と生産へ の経済効果分を 従来価格へ上 乗せ)
経皮的冠動脈形成 (ステント残置術等 を含む)	118,093	82,580	82,580/118,093 =0.699	23,000+69,900 =92,900
胸腔鏡下肺摘出術	23,987	790	790/23,987= 0.0329	37,500+3,290 =40,790

(参考)冠動脈・大動脈バイパス手術51,000～78,000点、肺切除術18,000～37,600点  
経皮的冠動脈形成術23,000点、胸腔鏡下肺摘出術37,500点

表3-5. PTCA等と胸腔鏡下肺摘出術の診療報酬点数評価②

施 術	平均在院日数の短縮効果(日)	生産への経済効果のみを勘案した効用*(万円)	従来価格への加算点数	新点数(生産への経済効果分を従来価格へ上乘せ)
経皮的冠動脈形成(ステント残置術等を含む)	21.1	$21.1 \times 1.6 = 33.8$	33,800	$23,000 + 33,800 = 56,800$
胸腔鏡下肺摘出術	15.4	$15.4 \times 1.6 = 24.6$	24,600	$37,500 + 24,600 = 62,100$

\*効用評価は一人当たりのGDP約600万円を一日あたりに換算した価値を活用  
 (参考)冠動脈・大動脈バイパス手術51,000～78,000点、肺切除術18,000～37,600点  
 経皮的冠動脈形成術23,000点、胸腔鏡下肺摘出術37,500点

### 3-3-2. 高度医療に関する考察

## 高度医療の効用の適正評価と診療報酬への反映

### □ 高度医療の効用評価の実施

- ・高度医療の承認審査に際して適切な方法による効用評価データを求め、承認・不承認の審査の基準に取り込む(既存医療以上の経済合理的な効用を求める)。
- ・高度医療の承認後も適切な方法により効用評価を継続的に実施し、導入された高度医療の効用を実証する(承認時の効用データが確認できない時には適切な対応を要する)。

### □ 確認された高度医療の効用の診療報酬への反映

- ・医療・薬剤の診療報酬をその効用に基づいて設定する価格決定方式に転換する。
- ・効用の確認された高度医療の診療報酬を適切な水準に改定する。

### □ 高度医療の効用評価と診療報酬への反映の方法論の確立

- ・医薬品の効用については、英国のNICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) やオーストラリアの医薬品審査におけるQALYの活用が先行事例として重要。
- ・技術料の効用については、臨床試験、治験時における患者QOLによる評価と在院日数の短縮による評価が中心になると考えられるが、更なる研究が求められる。

## 参考資料1 政策決定における医療技術の経済評価の活用例

## 政策決定における医療技術の経済評価の利用例

### □オーストラリア

\*PBAC(医薬品効用諮問委員会)における医薬品収載の可否の判断根拠

### □英国

\*NHS(国民保健サービス)における使用推奨の判断根拠

### □日本

\*何かに活用？

\*豪州ではPBACが製薬会社からの申請に基づいて医薬品の効用(費用効果)について評価し、政府に医薬品のリストに収載する(または収載しない)ことを推薦する。PBACの推薦は政府の医薬品に対する年間40億豪州ドルの助成金の提供に直接影響を与える。

## オーストラリア政府への申請書335件における 経済評価手法の内訳(1991~96年)

□費用対効果分析	125件(35%)
□費用対効用分析(類似分析も含む)	95件(27%)
□費用最小化分析	98件(28%)
□費用対便益分析	1件(0%)
□未分析	36件(10%)