

次期診療報酬改定に向けた医療技術の評価・再評価に係る 評価方法等について（案）

概要

次期診療報酬改定に向けた新規医療技術の評価及び既存技術の再評価を実施するにあたり、当分科会において評価方法等について検討する。

医療技術評価分科会においては、平成15年度より学会等に技術評価希望書の提出を求め、医療技術評価の参考にしてきたところであるが、平成20年度改定においては、臨床医を中心としたワーキンググループによる一次評価及び当分科会における二次評価を行い、中央社会医療協議会基本問題小委員会へ報告した。次期改定においても、平成20年度改定と同様に下記のとおり実施してはどうか。

1. 分科会における評価対象技術

分科会における評価対象技術は、原則、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断）、又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第14部（病理診断）に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術とする。

2. 分科会において評価対象とする評価提案書

以下の学会から提出された評価提案書（別紙）について評価を実施する。

- 日本医学会分科会、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合、日本歯科医学会分科会（認定分科会含む）の何れかに属する学会、日本薬学会、並びに看護系学会等社会保険連合

3. 評価方法

評価は2段階で実施する。

- (1次評価) 臨床医を中心としたワーキンググループを設置し、専門的観点から当該技術に係る評価を実施。技術評価分科会の委員はいずれかのワーキンググループに属する。ワーキンググループは原則非公開とする。
- (2次評価) 1次評価結果において高く評価された一定数以上の技術を対象に、医療技術評価分科会全体会合において、より幅広い観点から評価を実施。

4. 評価結果の取り扱い

評価結果は中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告する。

5. 実施スケジュール

平成21年3月上旬	提案書配布
6月19日	提出締め切り、重複・薬事法などの確認
7～9月	ワーキンググループによる評価
10月以降	1次評価終了、医療技術評価分科会にて2次評価 評価結果を中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【概要版】

申請団体名 _____
 代表者名 _____
 提出年月日 平成 21 年 月 日

※ 概要版にはポイントのみを、本紙に既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。欄外には記載しないこと。
 ※ 保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に係る評価である場合は、本用紙を用いること。
 ※ 技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	
技術の概要	
対象疾患名	
保険収載の必要性のポイント	
【評価項目】	
①有効性 ・治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベルの明確化	エビデンスレベル: I II III IV V VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	
③普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	年間対象患者数 _____ 人 年間実施回数 (1人当たり) _____ 回
④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度 (専門性・施設基準等)	
⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	
⑥妥当と思われる診療報酬の区分 (1つに○) 妥当と思われる点数及びその根拠 (新設の場合)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他 点数 _____ 点
⑦代替する保険既収載技術との比較	当該技術の導入より代替される既収載技術 _____ 無・有 (区分番号と技術名)
・効果 (安全性等を含む) の比較	
・費用の比較	
⑧予想される医療費への影響 (年間) (影響計算の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	予想影響額 _____ 円 増・減 *増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない
⑨その他	

医療技術評価提案書（保険未収載技術用）【詳細版】

申請団体名 _____
 代表者名 _____
 提出年月日 平成 21 年 月 日

※ 概要版に記載した内容の背景、根拠、算術方式等について4枚を上限として記載する。
 ※ 本紙に既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載すること。欄外には記載しないこと。
 ※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

技術名	
技術の概要	
対象疾患名	
保険収載の必要性のポイント	
【評価項目】	
①有効性 ・治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベルの明確化	エビデンスレベル: I II III IV V VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	
③普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	年間対象患者数 _____ 人 年間実施回数 _____ 回
④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度 (専門性・施設基準等)	
⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	
⑥妥当と思われる診療報酬の区分 (1つに○) 妥当と思われる点数及びその根拠 (新設の場合)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他 点数 _____ 点
⑦代替する保険既収載技術との比較	当該技術の導入より代替される既収載技術 _____ 無・有 (当該技術の導入により代替することが予想される既収載技術) (区分番号と技術名)
・効果 (安全性等を含む) の比較	
・費用の比較	

⑨予想される医療費への影響(年間)	予想影響額 円 増・減 *増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	
⑩当該技術の海外における公的医療保険(医療保障)への収載状況	
⑪当該技術の先進医療としての取扱い	当該技術は先進医療として a. 承認を受けている b. 届出されたが承認されなかった c. 届出中 d. 届出はしていない e. 把握していない
その他	
関係学会、代表的研究者等	
担当者、連絡先(住所、電話番号、ファックス番号、E-MAIL)	

⑪当該技術に医薬品を用いる場合、その主なものの内容を記載
* 薬事法内容等不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に問い合わせること。

名称(販売名、一般名)	薬事法の承認の有無	薬事法の「使用目的、効能又は効果」	薬価収載(保険収載)の有無
	有・無 (承認番号)		有・無
	有・無 (承認番号)		有・無
	有・無 (承認番号)		有・無
	有・無 (承認番号)		有・無

⑫当該技術に医療機器を用いる場合、その主なものの内容を記載
* 薬事法内容等不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に問い合わせること。

名称(販売名、一般名)	薬事法の承認の有無	薬事法の「使用目的、効能又は効果」	保険収載の有無	特定保険医療材料
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号: 名称: 価格:
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号: 名称: 価格:
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号: 名称: 価格:
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号: 名称: 価格:

医療技術再評価提案書（保険既収載技術用）

中医協 診-2-4
2 1 . 2 . 2 5

診調組 技-5
2 1 . 2 . 1 3

申請団体名

代表者名

提出年月日 平成 21 年 月 日

- ※ 本紙に既に記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に納めること。欄外には記載しないこと。
- ※ 技術そのものが施設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、本用紙を用いること。
- ※ 必要があれば趣外のデータを用いることも可。

技術名	
診療報酬区分：(1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
診療報酬番号	
技術の概要	
再評価区分	1. 算定要件の見直し（施設基準、回数制限等） 2. 点数の見直し（増点） 3. 点数の見直し（減点） 4. 保険収載の廃止 5. その他（ ）
具体的な内容	
【評価項目】	
①再評価の理由	
②普及性の変化 ・年間対象患者数の変化 ・年間実施回数の変化等	年間対象患者数の変化：現在 人 → 人 増・減・変化無し 年間実施回数の変化：現在 人 → 人 増・減・変化無し
③予想される医療費へ影響（年間）	予想影響額 円 増・減
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術の医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少すると予想される医療費	
④算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品医療機器（未採用技術の例にならって記載）	
その他	
関係学会、代表的研究者等	
担当者 連絡先（住所、電話番号、ファックス番号、E-MAIL）	

保険未収載技術 一次評価 評価票

番号：
評価対象技術：
評価者：
評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1. 技術の有効性・成熟度（含むデータの質・信頼度）について	1 2 3 4 5 (低 ⇨ 高)		
2. 安全性・倫理性・社会的妥当性の観点から見た、保険収載の適切性について	問題あり 問題なし		
3. 普及性に係るデータ等の妥当性について	低 中 高		
4. 実施施設の限定について	1. 先進医療とすべき 2. 施設基準を設けるべき 3. 必要なし		


(評価上の留意事項)

- ・「1. 技術の有効性・成熟度について」は、提案書①有効性及び④技術の成熟度に記載された内容を、エビデンスレベル等のデータの質・信頼度も含め総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。
- ・「2. 安全性・倫理性・社会的妥当性の観点から見た、保険収載の適切性について」は、提案書②安全性及び⑤倫理性・社会的妥当性に記載された事項を評価し、保険収載の適切性について問題あり・なしを判断すること。
- ・「3. 普及性に係るデータの妥当性について」は、提案書③普及性に記載された内容等について、臨床的観点からその妥当性を3段階（低、中、高）で評価し、該当項目を○で囲むこと。
- ・「4. 実施施設の限定について」は、提案書④技術の成熟度等を踏まえ、当該技術は保険収載に至るにはまだ十分普及していないため先進医療としての取扱いが妥当である、又は保険収載するにあたり施設基準等を用いた実施施設の限定が必要である、と判断した場合は、それぞれ1. 又は2. (それ以外は3.) を○で囲むこと。
- ・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

保険未収載技術 二次評価 評価票

番号：
 評価対象技術：
 評価者：
 評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1. 当該技術の保険収載に係る必要性・妥当性について	1 2 3 4 5 (低  高)		
2. 実施施設の限定について	1. 先進医療とすべき 2. 施設基準を設けるべき 3. 必要なし		


(評価上の留意事項)

- ・「1. 当該技術の保険収載の必要性・妥当性について」は、一次評価の結果及び提案書に記載された内容を総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。
- ・特に、提案書⑩予想される医療費への影響については、影響額の多寡のみだけでなく、当該技術が保険収載されることにより国民の健康、保険財政等へもたらす影響を総合的に勘案し、評価を実施すること。
- ・「2. 実施施設の限定について」は、一次評価結果、提案書③普及性、④技術の成熟度、⑤倫理性・社会的妥当性及び⑥予想される医療費への影響等を踏まえ、当該技術は先進医療としての取扱いが妥当である、又は保険収載するにあたり施設基準等を用いた実施施設の限定が必要である、と判断した場合は、それぞれ1. 又は2. (それ以外は3.) を○で囲むこと。
- ・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

保険既収載技術 一次評価 評価票

番号：
 評価対象技術：
 評価者：
 評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1. 再評価の必要性・妥当性について	1 2 3 4 5 (低  高)		
2. 普及性に係るデータの妥当性について	低 中 高		

(評価上の留意事項)

- ・「1. 再評価の必要性・妥当性について」は、提案書⑪再評価の理由を、データの質・信頼度も含め総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。
- ・「2. 普及性に係るデータの妥当性について」は、提案書⑫普及性の変化に記載された内容等について、臨床的観点からその妥当性を3段階(低、中、高)で評価し、該当項目を○で囲むこと。
- ・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。


保険既収載技術 二次評価 評価票

番号：

評価対象技術：

評価者：

評価結果

評価項目	評価結果	コメント	事務局記載欄
1. 再評価の必要性・ 妥当性について	1 2 3 4 5 (低  高)		

(評価上の留意事項)

- ・「1. 再評価の必要性・妥当性について」は、一次評価の結果及び提案書に記載された内容を総合的に評価し、該当点数を○で囲むこと。
- ・特に、提案書⑩予想される医療費への影響については、影響額の多寡のみだけでなく、当該技術が再評価されることにより国民の健康、保険財政等へもたらす影響を総合的に勘案し、評価を実施すること。
- ・必要に応じて「コメント」欄にコメントを記載すること。

なお、「事務局記載欄」は、事務局が提案書記載内容の確認を行った際等に気づいた点について記載するものであり、評価に際しては参考として用いること。

医師の技術料 ～米国のRBRVSの場合～

中央社会保険医療協議会

委員・嘉山 孝正
(山形大学医学部長)

Yamagata University
T. Kayama



米国の多様な健康保険制度

三つのM(MANAGED CARE, MEDICARE, MEDICAID)

民間保険
(70%)

- ・マネージドケア(管理医療、58%)
- ・出来高払い保険(12%)

公的保険
(25%)

- ・メディケア(高齢者保険、13%)
- ・メディケイド(低所得者保険、12%)
- ・現役・退役軍人保険(0.1%)

無保険
(16%)

- ・約4,700万人
(米国民7人に1人)

※ %は対人口比

3

Yamagata University
T. Kayama



医療費と技術料 日本と米国の違い

経常的費用 operating cost

- ・医師の人件費(=技術料)
- ・医師以外の人件費
- ・材料費
- ・経費、教育費、研究費

資本的費用 capital cost

- ・土地、建て替え費
- ・減価償却費、賃貸料、利息
- ・保険料、租税



● 病院の経常的費用に含まれる

(欧州では勤務医は一種の固定財)

- ・国民医療費に計上されていない
- ・補助金・借入金

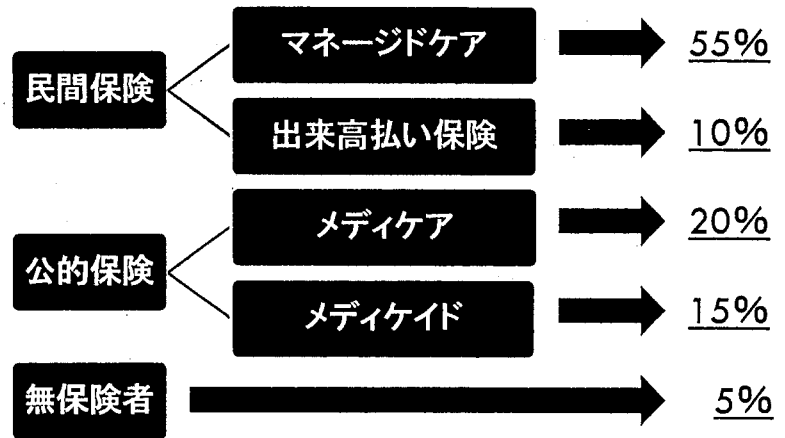
Yamagata University
T. Kayama



※順天堂大学・伊藤昌徳先生資料を改変

2

ドクターフィー(医師収入)の保険別内訳



民間保険の支払いもメディケアに準じている。

※順天堂大学・伊藤昌徳先生資料を改変

4

Yamagata University
T. Kayama



米国ワフター・ローイー評価システム

RBRVS (RESOURCE-BASED RELATIVE VALUE SYSTEM)

- 医師の技術料の系統的定量化を行うシステム (1992年からメディケアPart Bの支払いに導入※)

※ Part Aがホスピタルフィー、Part Bがドクターフィー。

- 手技・処置ごとに3つの相対値(RVU)を設定

○ Work RVU

(狭義の医師技術料): RVU全体の約52%

○ Practice expense RVU

(医師以外の人件費、材料費、間接費用): RVU全体の約44%

○ Professional liability insurance RVU

(医事訴訟保険額): RVU全体の約4%

- 支払額 = $\sum(RVU_i \times \text{地域補正係数}_i) \times \text{転換係数}$

5

Yamagata University
T. Kayama



なぜRBRVSが導入されたのか

従来のMedicare Part Bは、各医師が慣習的に
妥当と思われる額(CPR charge)を請求
(地域や診療科、医師によるばらつきが大きかった)

ばらつきに対する不満が政府側・医師側から上がった
(同じ外科手術でも2~3倍の差!)

行為ごとの出来高払いを堅持し、資源投入量を反映
させた支払額を決定する方式を医師会側が提示し(1985年)、
政府側もこれを採択

6

Yamagata University
T. Kayama



WORK RVU(狭義の医師技術料)の構成 (ハーバード大学公衆衛生学教室の研究)

1. 技術提供にかかる時間
2. 技能や身体的な労力
3. 判断に伴う精神的労力
4. 医療事故に対する心理的ストレス

7

Yamagata University
T. Kayama



WORK RVUの具体的な算定方法

- 基準となる診療内容を1.0とした場合に、その診療内容が総合的にみて何倍負担になるかを医師パネルに尋ね※、その回答結果を平均して相対的な負担度を算出
- 異なる専門領域間の調整: 10名程度の医師からなる医師パネルが協議によって、異なる領域間で仕事量がほぼ同じである医療行為を同定し、共通尺度化

例: 子宮摘出術は精神療法(45分間)の4.99倍の仕事量

1. 技術提供にかかる時間: 2倍
2. 技能や身体的な労力: 4.47倍
3. 判断に伴う精神的労力: 3.8倍
4. 医療事故に対する心理的ストレス: 4.24倍

※当初の段階では、約2,000名の医師に個別に電話インタビューを実施。 Yamagata University

8

T. Kayama



RBRVSによるドクターフィーの例(2009年)

術式	Work 技術料	PE 諸費用	PLI 保険料	Total RVUs	支払額
腰椎椎間板手術 CPT 63030 (整形外科)	13.03	8.69	3.01	24.73	\$891.93
脳動脈瘤手術 CPT 61698 (脳神経外科)	69.45	31.19	12.54	113.18	\$4,082.02
冠動脈ステント留置術 CPT 92980 (1本) (循環器科)	14.82	7.66	1.03	23.51	\$847.93
CABG(1本) CPT 33510 (心臓血管外科)	34.87	14.49	4.41	53.77	\$1,939.30

※地域補正係数は省略、転換係数は\$36.0666

[出所] AMA, Medicare RBRVS 2009: The Physicians' Guide, 2009

Yamagata University
T. Kayama



米国の専門医の平均年収と平均就業時間

専門領域	総収入(円)	週就業時間(時間)
脳神経外科医	5,356万6,340	60
心臓内科医	5,248万0,290	68
整形外科医	5,123万3,740	66
心臓外科医	4,426万6,970	74
一般外科医	3,753万2,390	72
一般内科医	1,926万0,000	60
小児科医	1,797万0,650	68
家庭医	1,712万0,000	68
全国医師平均	3,210万0,000	60

参考(日本)	総収入(円)	週就業時間(時間)
大学勤務医(全職位平均)	701万1,337	74
公立病院勤務医	1,496万4,504	66

[出所] AMA news 2000, \$1=107円、大学勤務医は、山形大学・タイムスタディ調査(2009年1月24日~30日、n=156)による。公立病院の総収入は、17回医療経済実態調査。週就業時間は、「医師需給に係る医師の勤務状況調査」による常勤病院勤務医の平均値。

順天堂大学・伊藤昌徳先生資料を改変 10

Yamagata University
T. Kayama

