

# 受保連NEWS 第5号

一般社団法人受療者医療保険学術連合会広報誌

2017年1月4日 発行

## 法人化がよい契機に 受保連の強みをより活かす体制づくりを

一般社団法人となり初めての総会および公開シンポジウムが開催され、新たな一步を踏み出すことができました。受保連は、設立当初から一貫して掲げるねらいを実現するため、受保連の趣旨に賛同する同志が力を合

わせて地道に活動を続けていく、その基盤固めの重要な段階にあると考えます。今後の受保連のさらなる発展に向け、「受保連の強みとは何か」を再考し、強みを活かしながら積極的に取り組むべきことを検討してみます。

### 受保連の強みとは何か

過去一年間に開催したセミナーの様子を振り返ると、日本の医療経済や公的医療保険制度における問題を考えるための話題提供がなされ、また、口演後の質疑応答や意見交換が以前と比べて活発になり、受保連のセミナーが「本質的な議論を交わす場」へと成長しつつあることを感じます。これはまさに、受保連を設立したねらいでもあり、「日本の公的医療保険制度の課題について真っ向から議論する機会を提供すること」こそが、受保連の一番の強みと言えるのではないのでしょうか。

また、医療福祉や医療経済の専門職者だけが参加する場ではなく、「様々な社会的立場や役割をもつ人々が一堂に会す場であること」も、受保連だからこそ実現できる強みであると考えます。それ故に、共に学び、公的医療保険制度に対する互いの理想や価値観を知り、議論に繋げることができているのだと思います。

受保連あるいは個人として公的医療保険制度の存続に向けた具体的な活動に繋がられるよう、前述の受保連の強みをさらに強化していく必要があると感じます。

### 強みをさらに活かすために今できることは何か

日本の公的医療保険制度の存続に向けて、山積する課題を一から論じられる場を受保連が提供し、具体的な活動に繋げるため、シンポジウムやセミナーの開催、研究活動等をより活発かつ円滑に継続していくよう事務局機能を充実させる努力が欠かせないことは言うまでもありません。また、幅広い視点から議論を重ねるためにも、受保連の趣旨に賛同する会員を募る工夫も重要になります。

受保連の目的を実現するため、広報委員会としては、受保連の趣旨を正しく広く伝える役割を担っていることを再認識し、公式サイトや広報誌「受保連NEWS」のみならず、Facebook等のソーシャルネットワークサービスを積極的に活用することで、受保連の活動を周知する機会の拡大を図ります。また、受保連に参加

する糸口としてセミナーは重要であり、定期的を開催するということに加え、各セミナーのテーマや内容を検討する際には論点がより明確になるよう工夫する必要があります。そして、セミナーや公開シンポジウムの内容、各委員会の活動内容の情報発信においては、様々な社会的背景の方にとって読みやすく、かつ問題の核心を突くような興味深い内容となるよう一層努めてまいります。

試行錯誤を重ねながら少しずつ歩みを進めてきた受保連は、今なお発展途上にあります。受保連の強みを活かし、公的医療保険制度の存続に向けた具体的な活動に繋げるため、今できることは何か、会員ひとりひとりが考え、その思いと努力と協力を最大限活かしていくことが今後の受保連にとって大切ではないのでしょうか。

(一般社団法人受療者医療保険学術連合会 広報委員 川本祐子)

# 活動報告

## 平成28年度受保連総会・公開シンポジウムの開催

日時：2016年8月27日（土）15:00-17:00

場所：エムプラス カンファレンスホール サクセス

内容：社会経済と調和した持続的な医療制度を考える

公開シンポジウムでは、3つの大テーマについて4名の方より話題提供していただきました。

### 1. 高度先端医療機器（ロボット手術）の医療経済を考える

松本純夫氏（東京医療センター）より、ロボット手術の医療機器として日本での導入が進む、ダビンチサージカルシステム（以下、ダビンチ）について、具体的な価格や研究結果を含めてご紹介いただきました。

日本におけるダビンチ手術は、薬事承認された2009年に始まります。開発国である米国に続き、日本は世界第二位のダビンチ保有国です。近年にダビンチ販売価格が下げられ、開発国であるアメリカでの販売価格との差（本体価格は1.3倍、必要小物価格は1.5倍ほど日本の方が高い）が縮められたものの、ダビンチが高額医療機器であることに変わりはなく、その運用のための諸経費も加わります。日本の公的医療保険制度の存続が危ぶまれるなか、他の医療技術と同様に費用対効果評価（増分費用効果比など）は、ダビンチにおいても重要性を増しています。しかしながら、ダビンチのようなロボット手術の経済評価を行った研究は、国内外問わず少ないという現状があります。機器本体の償還のほか、消耗品費用や医師、看護師、臨床工学技士などの人件費等を考慮すると、既に保険適用されている手術以外へ適用拡大するのは難しいと

#### ➤ フロアとの意見交換

- ・内視鏡手術の実績が無いにもかかわらず、ダビンチ手術を始めたいという医師たちもいる。しかし、ダビンチ手術は視覚でも補正できるとはいえ触覚がないため、トレーニングは必須である。
- ・ロボット手術は外科医師としての寿命を延ばすことにも有用である。
- ・ダビンチ手術が保険適用になった手術は、その有効性

#### ダビンチ手術の諸費用例

《胃がん手術の場合》

ダビンチ以外の消耗品・小物類  
＜例＞ 649,186円/1回\*

《前立腺手術の場合》

ダビンチ以外の消耗品・小物類  
＜例＞ 219,615円/1回\*

ダビンチシステムの消耗品

＜例＞ 2,772,800円/10回使用 = 277,280円/1回\*

機器本体への償還

＜例＞ ダビンチシステムの本体価格（メーカー希望小売価格）：

「Si-Single」248,000,000円、「Si-Dual」311,000,000円、「Si-E」170,000,000円

人件費、その他の間接経費など

\* 都内施設での事例を元に松本氏らが試算した額

図1 1回のダビンチ手術を行う際の諸費用の一例  
（松本氏の資料をもとに受保連が作図）

言われています。

松本氏は、ロボット手術の導入による外科医の負担軽減の視点などを例に挙げながら、ロボット手術導入による有用性を多角的に評価することが必要であると述べられました。

を示す研究成果を豊富に蓄積したのに対し、非適用の手術は、その有効性の研究成果がまだ乏しいという側面もある。費用対効果評価は確かに重要であるが、年間一千万円以上の費用がかかる薬を継続的に使用する治療と比べれば、1回のロボット手術でかかる費用は安いと感じる。外科医師の負担軽減等の効果を考慮しつつ保険適用を議論してはどうか。

## 2. 高額医薬品（肝炎治療薬）の医療保険のあり方を考える

四柳宏氏（東京大学医科学研究所先端医療研究センター）より、C型肝炎の新旧治療法について、その歴史観や世界の動向、最新のエビデンスも示しながらご紹介いただきました。

日本でのC型肝炎は、太平洋戦争後の社会不安の中、麻薬の使用を通じて拡散しました。現在のC型肝炎感染者数は100万人以上いる（感染を知らないまま潜在しているキャリア30万人、感染を知ったが継続受診していないキャリア25万人、継続受診中のキャリア50万人）と言われています。ただし、全例登録されるがんとは異なり、ウイルス感染症の場合は、症例登録が義務付けられる感染症法が存在していてもその遵守率は10%程度であるため、疫学的情報はあくまで「推定」として捉える必要があります。

2014年9月から日本でも高額医薬品を用いる経口型治療が受けられるようになりました。それ以前は、インターフェロン治療が行われていましたが、長期間の通院を余儀なくされ、かつ副作用が必発すること、自覚症状が軽くその必要性を感じないなどの理由から、通院中のうちインターフェロン治療を受けたのは1割に過ぎないという報告があります。インターフェロンを使用しない新治療は、一日一回の内服で従来の治療法と効果が変わらず、慢性肝炎の自覚症状が改善され、とりわけ初期の肝硬変がある方のQOLの改善が良いことが研究によって示されています。こうしてC型肝炎が治癒した方は、心身両面で活動意欲が向上し、社会参加の機会が増えるなどの副次的効果も期待できます。薬自体は高価であっても、障害に要する医療費や生産性低下が補填できるということや世界で年間40万人がC型肝炎で亡くなっている現状を考慮し、新治療法はWHOでも推奨されています。

四柳氏は、C型肝炎などのウイルス感染症の治療と

### ➤ フロアとの意見交換

・費用対効果が良い医薬品とはいえ、潜在患者数が多い場合には、医療財源にも限りがあるためシステムが回らなくなる可能性も考えられる。この点について

## WHO HCV guideline (2014年9月)

### Recommendations on treatment of HCV infection

8. *Treatment with sofosbuvir*: Sofosbuvir, given in combination with ribavirin with or without pegylated interferon (depending on the HCV genotype), is recommended in genotypes 1, 2, 3 and 4 HCV infection rather than pegylated interferon and ribavirin alone (or no treatment for persons who cannot tolerate interferon). (Strong recommendation, high quality of evidence)

### Price of medicines

HCV treatment is expensive. Prices range from US\$ 2 000 in Egypt for 48-weeks of PEG/IFN RBV to as much as US\$84 000 in the US for a single 12-week course of sofosbuvir. At these prices, these treatments will remain unaffordable for most persons who need treatment. A concerted effort is needed to reduce the price of HCV medicines. The experience with HIV, where the price of antiretrovirals was

- ・ SofosbuvirあるいはSimeprevirを使うことが推奨されている。
- ・ この時点ではIFN併用の可能性が残されている。
- ・ ガイドラインに“price down”が明記されている。



2016. HY

Institute of Medical Science, Univ. Tokyo

## WHOはなぜDAAによる治療を推奨したのか

- 現在でも年間40万人がC型肝炎細胞癌で亡くなっている。
- 12-24週間の治療でウイルスが排除できる。
- ハーボニ (Harvoni: Genotype 1, 4) に対する標準治療による治療は一日一回の経口投与である。
- 副反応も軽い。
- 薬は高価だが、生涯に要する医療費や生産性低下を補填することができる。

2016. HY

Institute of Medical Science, Univ. Tokyo

図2 日本では高額な肝炎治療薬に対するWHOの見解 (四柳氏の資料より抜粋)

がんの治療は、疾患の自然経過が異なるため、異なる考え方をしなければならないと述べられました。C型肝炎を無治療で放置した場合に肝がんになるのは4人に1人程であり、肝がんになるリスクが高いのは高齢者です。高額医薬品を用いた新治療の時期や適用は検討する必要がありますことも述べられました。

は、優先順位をどのように考えて治療するかという点が最も大切であると感じる。肝臓がんが迫っている進行したC型肝炎の方をスクリーニング（例えば、血小板の

検査など)して医薬品の適用を検討するのが良いのではないかと考える。

- まさにこうしたシステム論を臨床現場の医師と受療者と行政当局が連携して議論をしながら検討することが大切であると感じた。
- 製薬メーカーは、より良い医薬品を受療者に届け、現状の治療を少しでも改善できるのではないかという望みをもって医薬品の開発に臨む。医薬品の開発のシーズを見つけて、臨床治験をして、承認を取得し

### 3. 医療の持続的な発展に向けた給付と負担の調和を考える

近藤太郎氏(東京都医師会副会長)より、「より良い医療を提供するために」というテーマのもと、医療情報提供のあり方やMindsでの取り組み、Choosing wiselyの考え方などについてご紹介いただきました。

近藤氏は、個々の患者が、一回のサイト閲覧で必要な情報に辿り着くことは容易ではない点を指摘しています。そして、患者や家族にとっては正しい情報源となり、医療者にとっては説明用資料や生涯学習資料としても活用できる、情報のプラットフォームを構築する必要性についても述べられました。その取り組み例として挙げられた公益社団法人日本医療機能評価機構が運営するMindsは、患者と医療者が、十分に科学的合理性が高いと考えられる診療方法の選択肢について情報を共有し、最善の診療方法を選択できるよう情報面から支援するためのサイトです。Mindsでは、診療ガイドラインや解説等を無料で閲覧することができます。

こうしたガイドライン等の活用に関連して、近藤氏はポリファーマシーの問題を例示しながら、「医療における賢明な選択 Choosing wisely」の重要性について強調しました。近年、複数の診療科にかかり多剤処方される患者の薬剤を、かかりつけ医が一元管理しようという流れがあります。ポリファーマシーとは、単に処方される薬の数が多いことを問題視するものではなく、多剤処方による有害事象を減らすことを重要視します。たとえ種類が多くても、その処方内容が適切であればポリファーマシーではありません。患者にとって過不足のない医療を提供するよう、かかりつけ医が必要な薬剤を厳

て、世の中に出すまでには数千億ほどの経費が掛かる。また、開発のシーズを見つけてから世の中に出すまでの過程で、シーズは千分の一以下に絞られる。受療者にできるだけ安い価格で医薬品を提供したいという思いはあるが、こうした背景も踏まえると、少しでも良い薬を世に出すために、適正な価格設定が必要であると感じる。この「適正」をどのように考えるかは、議論が必要だと思う。

The screenshot shows the Minds website interface. At the top, it says '病気と診断された時の不安や心配を、情報面からサポートします。【診療ガイドライン】や【一般の方に向けた解説】を無料でご覧いただけます。' Below this, it lists search results for 'Minds 一般向け解説情報' with 30 items, 'Minds版ガイドライン解説' with 17 items, and 'Minds版やさしい解説' with 47 items. There is also a section for '医療提供者向け情報'. The Minds logo and URL 'http://minds.jcqh.or.jp/' are visible. A search bar with the text 'minds' and a search button is at the bottom.

図3 Mindsについて(近藤氏の資料より抜粋)

選して処方する判断を下すことが大切ですが、患者や家族がそれを望まないこともあります。この状況を解決するためには、専門家を代表する学会の後ろ盾が不可欠であり、また、診療に関する知識を若い医師や一般向けに公表する役割を学会が担うことも重要であると述べられました。こうした役割を学会が担うこと自体がChoosing wiselyの始まりであり、かかりつけ医は学会等で推奨されたガイドライン等の活用の仕方を患者と一緒に考えながら助言する役割を担うことが望まれます。

最後に近藤氏は、地域包括ケアの要としてかかりつけ医の役割がますます多様化している点を挙げました。そして、東京都医師会として、中高生を対象に国民皆保険制度や医療機関へのかかり方について啓蒙活動することなどを通じて、国民皆保険制度を守る機運を高めたいと述べられました。

齊藤幸枝氏（一般社団法人全国心臓病の子どもを守る会）より、「患者の望む医療—こども医療を中心として—」について、小児医療における医療費負担を例に挙げながらお話しいただきました。

2016年現在の日本の公的な医療費助成制度について、その要件や助成内容、自己負担額などを具体的に紹介いただきました。国の助成制度としては高額療養費制度のほか、指定難病や小児の特定疾病に対する助成制度などがありますが、自治体によっては乳幼児や重度心身障害者などを対象とした医療費助成制度があります。

こうした公的な医療費助成制度を利用することで自己負担額を減らすことはできるものの、長期にわたり治療を継続する方やそのご家族には、経済的および社会的な負担が重くのしかかることを齊藤氏は示されました。例えば、小児が手術および手術前後の検査を目的として入院した場合、医療費以外の経費として、差額室料やリネン費、交通費、付添家族の宿泊費などが挙げられ、また、仕事を休んだり患児の兄弟姉妹を周囲の人に預けたりするための調整や費用負担なども必要になります。

齊藤氏は、患者の望む医療として、日本の公的医療保険制度を堅持することを切に訴えられ、特に未来

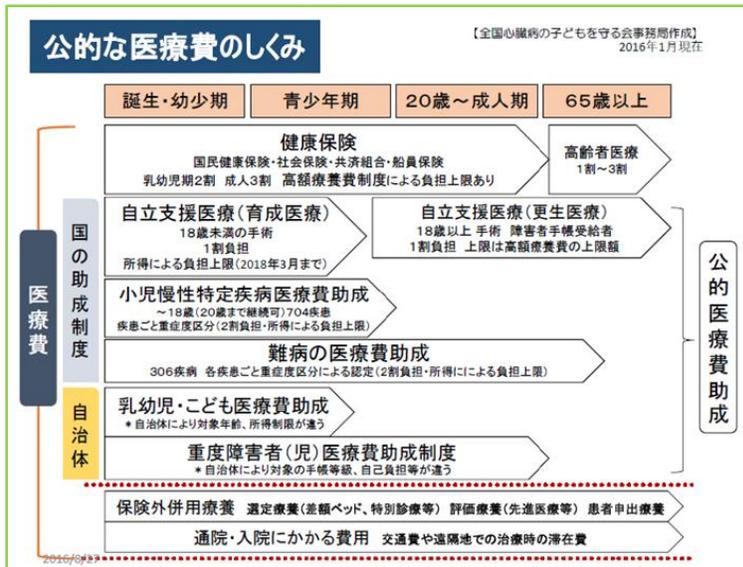


図4 公的医療費助成について (齊藤氏の資料より抜粋)

を担う子供の医療費は社会が負担することによって適切な時期に適切な医療が受けられるようにすることを強調されました。

最後に、齊藤氏は「支え合い、幸福を共有できる社会」を目指すため、社会全体として健康増進や疾病予防施策を強化する、延命のみの治療希望者への高負担を検討する、自己決定しながら健康管理する患者が増加するよう患者会の役割と必要性を述べられました。

## 受保連第七回セミナーの開催

日時：2016年6月16日(木) 18:30-20:30

場所：ヘルサール神保町 ルームC

講師：高橋 和久氏 (順天堂大学)

内容：内科系医師の技術評価と高額医薬品の現状と問題点

高橋和久氏より、内科医師の技術評価と診療報酬に関する話題と高額医薬品の現状と課題に関する2つの話題提供がなされました。

### 1. 内科医師の技術評価と診療報酬

高橋氏は、現行診療報酬体系における内科系技術評価の問題点として、問診や身体診察、さらに疾患・

病期・重症度を診断して治療方針を決定する過程が評価されていないこと、患者や家族への説明と同意



(意思決定支援)が評価されていないこと、内科系治療の中核である薬物療法において処方技術が十分に評価されていないことなどを挙げています。また、診療報酬体系では薬物等の「物」を使用する医療行為を評価する傾向にあり、「人(医師の専門的技術)」に対する評価が不十分である点も、従来から指摘されています。平成28年度診療報酬改定においては、内科系学会社会保険連合(内保連)の基本方針として、従来の「物(薬剤、材料、機器類)評価」から「人(専門的技術)評価」への転換を目指していることが強調されました。具体的には、薬物療法における「処方技術」評価や「説明と同意」の評価などが例示されました。

## 2. 高額医薬品の現状と課題

1回の投与で130万円程の費用がかかる肺がんの新治療薬を例に挙げながら、高額医薬品の現状と課題について情報提供がなされました。

肺がんに対する安価な既存治療薬と比べて、この高額な新薬は統計学的に有意に無増悪生存期間を延長するという結果が出ましたが、この新薬を使用しても奏功率(効果のある症例の割合)は20%に過ぎない(生存に対するメリットが少ない)という点が問題となっています。また、有効な患者群を選択するためのバイオマーカーが必要ですが、現状では適当な指標が存在しません。

実際にこの新薬を使用する場合には、高額療養費制度によって受療者の自己負担額はある一定金額以下に抑えられますが、今後の適応拡大ならびに併用療法が進むと、医療費をさらに圧迫することが予測されます。そのため、高額医薬品を公的医療保険で償還してよいのか、十分な検討が必要といえます。しかしながら、「効果は明らかである」とはいえ、費用対効果の検証が

### ➤ フロアとの意見交換

- ・学会でも費用対効果について考えるようになり、多くの医師が問題視するようになってきた。現状では、医学教育でこうした医療経済に関する内容は扱っておらず、卒後教育、とりわけ大学院などの講義に医療経済の内容を盛り込む方向性は必要だと思ふ。
- ・価格のコンセンサスを得るために重要なのは、薬価の

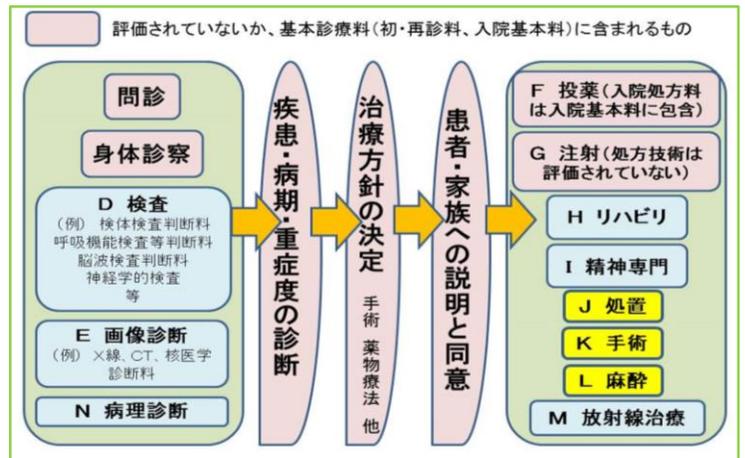


図5 現行診療報酬体系における医師技術評価 (高橋氏の資料より抜粋)

進んでいないという課題があることも指摘されました。

一つの新規医薬品が市場に出るまでには、莫大な開発費用が注ぎ込まれていますが、毎年のように行われる薬価改定等により薬価が下げられることで、新薬開発への投資が妨げられ、先端的な医療技術への受療者のアクセスが抑制される可能性もあります。高橋氏は、日本と英国との保険償還制度の違いを図示すると共に、英国のThe National Institute for Clinical Excellence (NICE)における医療技術評価に基づく薬価の見直しや払い戻し等についても紹介されました。そして、「省くべきは高価のあるものより、ないもの」であり、科学的な費用対効果により省くべき検査や治療薬を判断する必要があることを強調されました。

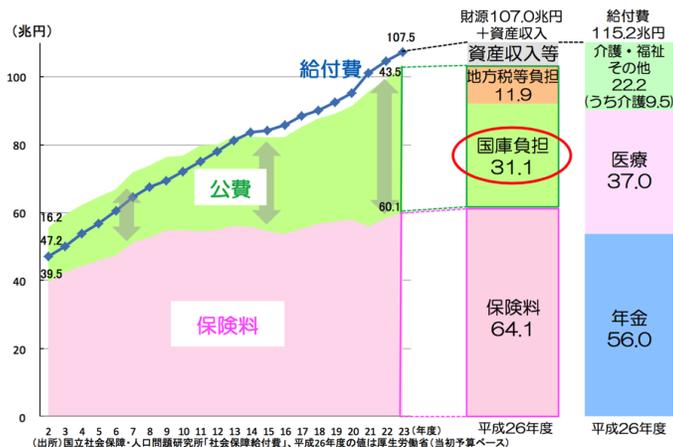
最後に、高橋氏は治癒を目指した国内薬剤開発の推進を保持しながら、薬剤承認や保険償還のあり方について国民みなで考え、後世に負担をかけない医療を実現することが大切であると述べられました。

決め方自体を見直すということと保険償還をどのようなものに適用すべきかを検討することであると思う。前者の薬価の決め方を見直す動きは何も始まっていない状況であると思われ、具体的にどのようにすべきか、現状では良い答えが見つからない。後者については、厚労省や中医協の中で既に議論が進められている。

# 患者選択

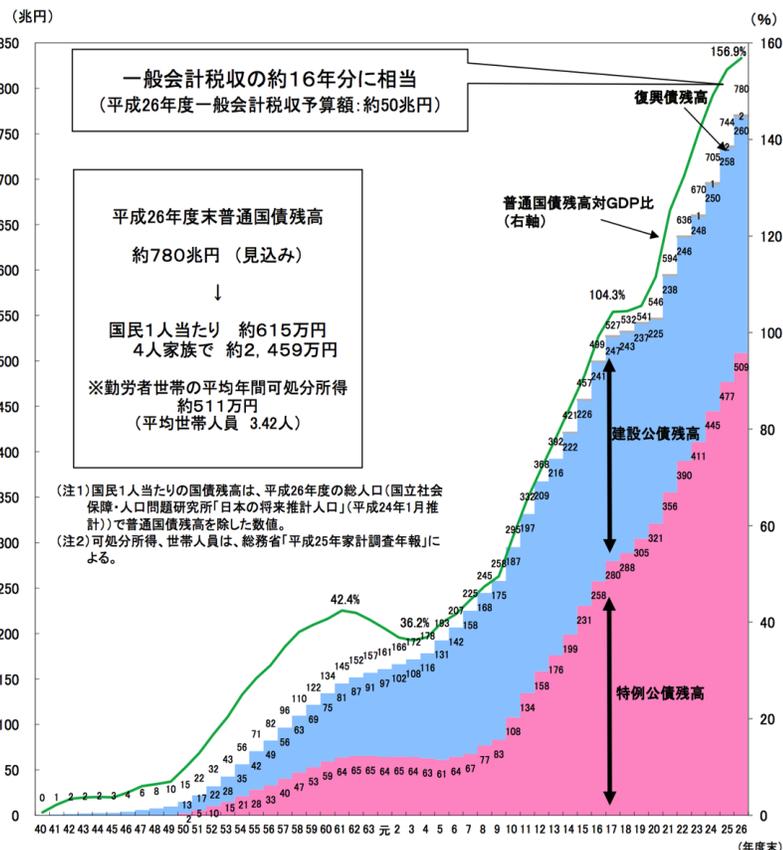
## 7. 高齢化の進行と社会保障給付費の増

高齢者人口の増加に伴い社会保障給付費が増加していますが、デフレ状況下で雇用者報酬が伸び悩んだため、保険料収入は近年、横ばいで推移しています。このため、給付費が増え続けることに伴い公費負担が増え続け、特別国債等の発行を通じて将来世代に負担を先送りしています。



## 3. 国債残高の累増

我が国の普通国債残高は、年々増加の一途をたどっています。平成26年度末の普通国債残高は780兆円に上ると見込まれていますが、これは税収約16年分に相当し、将来世代に大きな負担を残すこととなります。



## 高齢化の進行

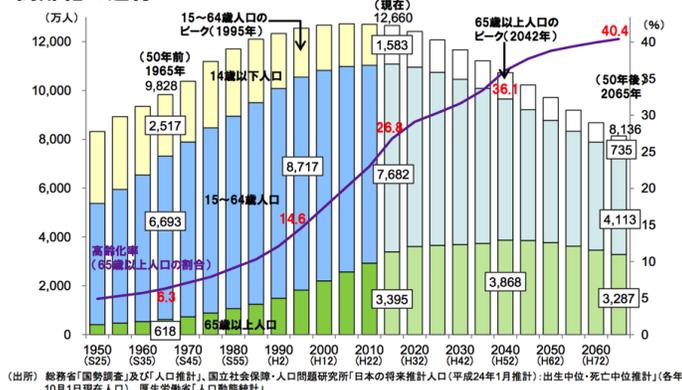


図6 高額治療薬を使用するにあたり患者選択を必要とする社会的背景について (高橋氏の資料より抜粋)

- ・企業は開発に要した費用を回収したいという思いもあるだろうし、受療者はぜひ使いたいという思いもあるだろう。医療者や行政はその中間の橋渡し役として板ばさみにあうこともあるかもしれないが、無駄な薬や類似薬など治療薬の費用対効果を厳しい目で科学的に評価し、適切な価格をつけるようにすべきであるということを実感した。
- ・企業と医療者では、エンドポイントが違うと思われる。企業は、株主のためにそれなりの薬価を治療薬につけなければならないという事情もある。医療者は、国民皆保険であることもあり、受療者にやさしく、受療者に望まれたら治療薬を使用してしまうこともあるだろう。国民皆保険を守るためにも、保険償還のところ調整すると共に、薬価の算定方式の思い切った見直しが必要だと思う。

- ・2016年から患者申出療養制度が導入され、国内未承認あるいは保険適用外の医薬品や医療機器であっても全額自己負担すれば、保険適用のものと併用できる仕組みができた。今後、効果があっても高額なため保険適用から外される状況が生じると、患者側に医療アクセスの格差が生じる恐れもある。こうした懸念を考慮しても、ヨーロッパで多くみられるように、日本でも費用対効果をみるのが良い方法であり、それ以外にも方法はあると思われる。
- ・保険医は公的医療資源を使い、国民の健康福祉を改善していく使命があるが、現状では国民皆保険を守るために医療経済を意識して処方する医師はあまりいないと思われる。少しでも効果がよく出るならば、高

額であっても使ってあげたいという医師が多いと思われるし、受療者も様々な情報を入手し、エビデンスが明らかになっていない薬であっても使ってほしいと頼まれることもある。

- ・「医療費」を単純に表現すると、医療者が提供する医療を患者が購入するかどうかというものであろう。医療提供時にかかる費用として、医療機器・薬・医療材料等の値段など、企業の利害に関わることが医療費に影響する。また、外保連や内保連などで検討される医療技術料や検査費用、人件費など、医療者側の要求も医療費に影響する。これまで医療者側の要求に対して触れることはあっても、企業の利害が医療費に影響する点についてあまり触れられてこなかったため、今後は、医療者側の問題、企業の利害の問題、患者側の問題について整理されていくとよいと思われる。
- ・これまで医療機器や医薬品など（もの）はアンタッチャブルな領域であったため、それ以外の部分で医療費が検討されてきた。医療技術を正当に評価してほしいという医療者側の要求が増え、企業も開発費用を回収しようと活動しており、いずれも医療費の総和を増やす方向に働いている。国全体のことを考えると、全ての総和によって成り立つ医療費を抑えるためには、一方だけを抑えるのではなく、問題意識を共有して、どこを減らしていくかという話し合いを皆でする機会が必要である。しかしながら、これまで各々の立場が一緒に考える機会がなかった。
- ・内科治療に関わる薬や技術料の総和も示すことも大切であるが、現状は有効でない技術や医療費を高騰させる検査の見直しを図り、保険適用の取り下げを申請するような活動を行っている。
- ・限られた財源の中でやりくりすることを考えると、一方を増やせば一方を減らさなければならない。しかし、限られた財源でやりくりするという前提が最良であるのかという点も議論しなければならない。需要に合った適切な財源を獲得しなければならないのではないか。医療の場合、医療を享受した者と費用を負担する者が直結していないため、財源を広げることが難しい。この現状を鑑みると、しばらくは限られた財源の中での配分を検

討する議論にならざるを得ないとも思う。

- ・一つの省庁だけでは財源を操作することなどできず、限られた財源の中で価格を下げることはできない。省庁を超えた議論をしなければならないと思う。また、国民全体が社会負担を問題として認識し、国民皆で議論することが大切である。
- ・「寝たきり10年よりもピンピン3年の方が良い」という若者の意見もある。こうした人たちの意見も吸い上げるためにも、広く意見を求め、議論する必要があると考える。持続可能な公的医療保険制度を守るため、いくらまで払うかという上限の額がポイントになると思うが、患者団体としてもしっかりと考えていきたい。
- ・イギリスでの薬価の決め方が必ずしも上手くいっているわけではなく、日本のやり方も悪いわけではない。単にイギリスのNICEを日本に導入するのではなく、日本バージョンのやり方でなければならないと思う。
- ・製薬会社としては、適正使用・適正薬価を求めたい。
- ・問題意識をもつ医師は思う以上に存在し、費用対効果を検討するエビデンスを個人的研究として取り組もうとする医師はいる。
- ・医療経済的視点を持つべきであるという点はコンセンサスが得られていると思う。費用対効果を検討する会を始めて、実績を重ねていくことも大切であると思う。
- ・限られた財源を抑える一つの方法として、治療薬を適正使用することが挙げられる。しかし、添付文書が曖昧な表現になっていることが多く、拡大解釈で使われているケースも少なくない。臨床試験をきちんと行い、エビデンスに基づき使用することが大切であると思う。

#### <問い合わせ先>

一般社団法人受療者医療保険学術連合会  
(受保連)

Japan Socioeconomics Association of Patient and Provider  
(SAPP)

〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1  
東京女子医科大学

医療・病院管理学教室内「受保連」事務局

TEL : 03-5269-7445

Email : sapp0901@gmail.com

ホームページ : <http://www.sapph.jp/>



## 会員コラム

### 看護サービスの値段

井部 俊子

国民健康保険など公的医療保険が適用されるサービスの価格を「診療報酬」といいます。診療報酬には「内科診療報酬」「歯科診療法報酬」「調剤報酬」の3種類があり、医療行為のひとつひとつに価格が設定されています。それらの価格の一覧表が「診療報酬点数表」で、1点が10円です。保険診療の中身と範囲を決めているのは中央社会保険医療協議会（中医協）で2年に1回改定しています。

診療報酬には「基本診療料」と「特掲診療料」の他に薬剤や医療機器、材料など「もの」の価格が加わります。外来受診や入院時の基本的な診療、看護などを一括して評価する点数は基本診療料に含まれる基本メニューです。入院基本料の算定には病院として備えるべき5つの条件があります。それらは、①入院診療計画を作り説明すること、②院内感染防止対策を取ること、③医療安全管理体制が整えられていること、④褥瘡対策を取ること、⑤栄養管理体制を整えることです。

看護サービスの対価は、主としてこの入院基本料に含まれます。入院基本料は病棟や医療機関の種類に応じて点数が設定されています。入院基本料は「看護配置」によっても点数が違います。看護配置とは、患者の数に対する看護師や准看護師など看護職員の比率と配置人数のことで、一人が受け持つ患者数が少ない

ほど、入院基本料は高くなります。看護職員1人が平均7人の入院患者を受けもっている場合を「7対1入院基本料」といいます。他にも「10対1」「13対1」「15対1」という設定があり、この情報は病棟に掲示することになっています。つまり、同じ病気でも入院した医療機関やどんな病棟に入るかによって費用は違います。ちなみに一般病棟7対1入院基本料は1591点/日/人です。

7対1入院基本料をとるには重症度の高い患者が一定の割合以上、入院している必要があります。そのため「重症度、医療・看護必要度」を用いた測定を病棟の看護師は、毎日行っています。平成28年度診療報酬改定では、A項目には2項目の追加、B項目には新たに「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」の2項目が追加され、さらに「C項目」として「手術等の医学的状況」に関する7項目が追加されました。基準を満たす患者割合が15%から25%に引き上げられ、現場に波紋をもたらしています。

私は、病院看護師が毎日せつせと当局に報告しているビッグデータが、当該病棟のサービスや経営に資するようフィードバックされるとよいと思うのです。

井部 俊子（いべ・としこ）

1969年聖路加看護大学卒業。聖路加国際病院勤務を経て87年より日本赤十字看護大学講師。聖路加国際病院に復職し看護部長・副院長を歴任。2003年より聖路加看護大学教授、04年より16年3月まで学長。2016年4月より特任教授。博士（看護学）