

外保連ニュース

第4号 2006年2月発行 外科系学会社会保険委員会連合 広報委員会

適正で合理的な診療報酬体系を
基盤とした医療制度改革を
外保連会長 出月康夫

1967年に9学会が集まって設立された外保連も、昨年度末現在で72学会の社会保険診療委員会が加盟する大きな連合になりました。社会保険による国民皆保険医療を実現したわが国の医療制度は、患者さんにとって本当に素晴らしい制度だと思います。医療費の増加が財務省によって喧伝されていますが、OECDの発表によれば医療費の対GDP比は米国の半分で、先進国の中では17番目という低い水準に留まっています。一方WHOなどの調査では、健康寿命達成度、平均寿命は男女ともに世界一で、乳幼児死亡率も世界で2番目に低いとされており、少ない医療費でどうして国民の健康が守られているのか、世界中から羨望の眼差しで見られています。病床当りの医師数、看護師数の国際比較では、わが国は米国の1/5以下であり、先進国の中では最も少ないことが明らかにされています。

病院に入院された経験のある方はおわかりと思いますが、病院の医師や看護師は苛酷な労働を強いられており、医師は労働基準法を無視した長時間労働で病院の医療を支えているのです。

医師は高給をとり、病院は儲かっていると考えておられる方が未だ多いと思いますが、ある銀行の2003年度の調査では、自治体病院で経営が黒字であったのは僅かに8%しかなく、90%以上の病院が赤字であったと言います。自治体病院の場合には、自治体や国から補助金が出るので何とかまかかっています。補助金収入を加えてもなお60%以上の病院が赤字のままで、病院の統廃合や身売りの話が出ていることはご存知の方も多いと思います。病院の勤務医は給料生活者です。病院経営が成り立たなければ、従業員の給与を上げることも出来なければ、人を増やすことも出来ません。労働だけが強化されてきたのが実態で、その結果、病院を辞めて開業する医師が増えています。ある病院団体の調査では1年に3000名以上の病院勤務医が辞めていくそうです。小児医療、産科医療、麻酔、救急医療などの分野で医療が危機的状況にあることは、マスコミもこの頃ようやく報道するようになりましたが、医療の危機はこれらの分野だけではありません。医療費がこれ以上削減されれば、危機は他の診療科にも波及するのは目に見えています。

病院の収入は診療報酬しかありません。診療報酬が適正に定められ、診療報酬で病院経営が成り立つようにすべきなのです。

昨今のように医療制度構造改革、医療費の適正化のスローガンの下に医療費を削減するために診療報酬がさらに引き下げられれば、病院経営、診療所経営がさらに苦しくなることは明かです。

そもそも診療報酬は、人件費、使用する機器の原価償却費、医用材料費、技術の難易度に応じた技術料などの直接経費、さらには病院の建設費・維持費や地代、租税公課などの間接経費などをも考慮して算定されるべきものなのです。このような原価計算に基づいた価格の決定はどのような企業にとっても当り前のことで、当然のこととして行われています。ところが医療における診療報酬に関しては、このような価格決定のプロセスが全く無視され、政策誘導価格が優先されてきたため、全く不合理で不適正な価格設定がなされ、そのために病院経営が危機的状況にあるというのが現状なのです。

本連合は、設立当初からこのような矛盾を是正すべく、きちんとした原価計算に基づいた合理的で適正な診療報酬体系の構築を提唱してきました。昨年12月には各委員会の御努力で診療報酬に関する外保連試案が改訂され公開されています。(手術第6版、処置第3版、生体検査第3版)

医療制度の抜本的改革では、適正で合理的な診療報酬体系が基盤とならなければならぬと考えています。本連合はそのために努力を続けています。皆様の御支援と御協力をお願い致します。

外保連手術委員会活動報告
手術委員長 山口 俊晴

2005年はいろいろな意味で激動の年であったといえる。診療報酬制度についても、包括医療、施設基準、医療技術評価、混合診療、中央社会保険医療協議会(以下、中医協)の見直しなど、どれひとつとっても大きな問題が次々に話題になり、2006年の診療報酬改定につながろうとしている。これらの諸問題と手術委員会がどのようなかわりを持ってきたのかを概説し、今後の活動方針を決める上の材料としたい。

包括医療制度は、技術評価という点ではこれを無視し、コストという観点から医療をまとめようとするものであり、われわれが強く主張したように、高度の技術を伴う手術は包括からはずした形で試行されたのは成功であった。一方、たとえば癌治療において手術や放射線と並んで大きな力を持つ化学療法の技術がほとんど評価されないまま包括化された結果、当然ではあるが高額の抗癌剤を使用する化学療法は入院では行えない状況に追い込まれてしまった。これは胃癌の手術でも部分切除から胃全摘出までいろいろの技術レベルのものがあり、それぞれのレベルに応じて評価されるように外保連試案が提示されているわけであるが、胃癌の化学療法はひとくくりになされて、どのようなレジメであっても同一の評価しかなかったところに大きな矛盾が生じたのである。特に顕著だったのは悪性リンパ

腫の抗体治療で、担当官の「包括医療であるから少々の凹凸は我慢いただきたい」という言葉がまったく無責任なものであることを露呈した。各方面からの抗議で一部改正されたが、基本的に癌の化学療法にかかわる費用は出来高払いにするべきと考えられる。出来高にしたところで、利益を上げるために抗癌剤を倍量投与するものなど、この世の中には存在しないからである。包括制度については、大学付属病院を中心とした特定機能病院に導入され、それなりに合理化が進んだものと評価できるが、それは単に効率に無関心であった施設が世間並みになったと解釈すべきである。今後は、一部の模範的（？）病院に包括医療を広げると同時に、施設別の係数をコントロールする（引き下げる）ことで医療費の本格的な抑制が始まる可能性があり、嚴重にこれを監視する必要がある。

施設基準はその設定がそもそも非科学的で、単に症例数の少ない施設の手術料を引き下げようと、海外の一部のデータをもとに安易に作られた愚策であったと総括できよう。本来の施設基準設定の目的は、症例を集中することによる効率化とレベルアップにあると考えられるが、単に症例数によるランキングに利用されただけで、これだけでは肝心の患者には本当のところはわからないのである。中途半端な施設基準を設定するより、基本となるデータ、診療体制の情報開示のルールを設定し、積極的な国民への情報提供を行うことで、自然に「良い病院」が残るような仕組みを構築するこ

とこそが正しい施策である。現行の施設基準はその科学的不合理性が明らかにされたために、形骸化あるいは廃止されるものと考えられるが、これから学会などの学術団体に要求されるのは、施設評価のための基準や目安をわかりやすく国民に提供することと考えられる。医療費を支払う国民にわかりやすくその説明ができない限り、医療者への不信を払拭することはできない。外保連の広報委員会を中心に、医師会や厚生労働省はもちろん、医療ジャーナリストや国民にわかりやすい情報を提供することが重要になろう。2005年に行われた、症例数とアウトカムに関する外保連調査は大きな反響を呼んだが、本当に科学的なデータを集めこれを解析できるのは専門家集団である学会だけであることを再認識し、今後できるだけ速やかに医療改革に必要なデータを出せる体制を維持することが求められている。

医療技術評価は、手術に関しては以前より外保連試算で主張してきたように、診療行為を客観的に評価し提示することが求められるようになった。診療報酬改定の申請書のフォーマットはほとんど外保連の技術評価フォーマットに則ったものである。18年度改定に向けての新規技術や既存技術の見直しはこれらのフォーマットにしたがって提出されたデータを、中医協の下部組織の診療報酬基本問題小委員会に設けられた診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会で検討するという、今までより格段に透明性の高まったシステムで検討された。細

部にわたっては、完全に透明とはいえないが進歩として評価したい。ここで問題になるのは、新技術にしても既存技術の改正にしても、その重要度をどのように決定するかというルールである。外保連も参加学会が一律に一定数の要求を提出できるというスタイルに拘泥している限りは、同じような決まり方しかしない可能性が高い。やはり、優先度について真剣に話し合うべき時が来ているように思われるが、これは手術委員会というより実務委員会の責務になるものと思われる。

混合診療に関しては、その内容の解釈が人によって異なったため、かなりの混乱を招いたが、無制限の混合診療の導入は国民皆保険制度を根幹から破壊することは、理解されてきたように思われる。本当に必要な医療費は、本来保険でカバーされるべきであるという基本線はずれ、安易に払える能力のある患者から直接取ろうとするのは避けるべきであろう。昨年日本臨床外科学会の特別シンポジウム「混合診療における諸問題」では、混合診療に関してその争点と実態が明らかにされ、論点が整理された。

中医協の改革については、病院代表者が参加するようになり、良い方向で改革が進んでいると思われるが、医師会と密な連絡の元に共同して支払い者側と折衝しなければ、むしろ医療者の発言力は弱くなると考えられる。もちろん、開業医、勤務医、病院開設者はそれぞれの立場があるが、患者のための最良の医療の実現をいずれもが

求めているのであり、3者が共同して医療改革に取り組まなければ、真に国民のための医療制度の構築は困難である。学会や外保連は医療改革に必要な、科学的なデータを提供するとともに、社会に向けて直接アピールする姿勢も求められている。そのような意味で、外保連の各委員会の任務はますます重要になるものと考えられる。

以上かなり私見を交えて、手術委員会の活動を振り返ってみた。末筆ながら、委員各位には診療など多忙の合間を縫って、積極的に手術委員会に参加いただき、時には迅速にデータ集積にご協力いただき心から感謝申し上げます。

平成17年度総括及び平成18年度の活動について
処置委員会 関口 順輔

外保連処置委員会は処置報酬に関する外保連試案の第3版を作るべく活動して参りました。本試案は平成10年に初版、14年に第2版を出版し、その後平成15年には追補版を出版しております。新版発行にあたって2版より更に実際原価に近い数値を出したい、という考えから処置にあたる医師、看護師、技師(士)等それぞれの関与時間を個別に算出し、その人件費は本会の総務委員長佐藤裕俊氏のご尽力による平成16年度国家公務員給与に準じた方法により算出しました。この人件費は外保連各委員会で採用していますが今回は外部にも参照しやすいように処置試案の表題に「外保連に

よる人件費の算出について」を加えて算出方法の詳細を第1章に掲載しました。また処置にあたって処置報酬額より材料費の方が高いものがかなりあり、しかも現行では薬剤以外の材料費は処置料に含まれることが多いことが指摘されています。すなわち処置をする度に人件費はおろか材料費すらも満足に請求できないことがあることから委員会では実際的な材料費を検討して頂きました。この材料費は定価ではなく、病院協会の資料による購入価や、委員会に出席した病院における購入価などを参考にしました。そして実質処置料がわかりやすいように技術料が主体の処置報酬額と医療材料料を並記し、両者を合算することで真の処置料を算出し易いようにしました。このようにして処置委員各位のご協力により平成17年11月「処置報酬に関する外保連試案〔第3版〕および外保連による人件費の算出について」という表題の試案が完成しました。完成した試案は肝心な部分が細かすぎて見にくく、皆様にご迷惑をおかけすることとなりましたこととお詫び申し上げます。

平成18年度の活動方針としては新設希望項目の検討は勿論ですがこれまでの討議の中での疑問点を中心に検討したいと思います。具体的には処置項目名がどの段階を呈示しているのかわかりづらいというものや、処置項目より手術項目とした方が良いのではないかというもの等について再検討したいと思います。

なお外保連に永らく甚大な努力をされ、

我々の生き字引であった中村純次先生は数々の学会で健康保険制度の神髄を広めるべく招待講演を重ねておりましたが平成17年5月12日急逝されました。氏は「医師ばかりでなく誰が見ても納得できるものでなければ信用されない。」ということが口癖でした。本試案も氏の遺志を継いで作成した所存です。ここに氏のご冥福をお祈りするとともに本誌を捧げたいと思います。

合掌

検査委員会の平成17年度総括
及びこれからの活動について
検査委員会 土器屋 卓志

平成14年10月の第2版発行から3年を経過して、平成17年12月に生体検査試案第3版を発行しました。

第三版での改定の概要は次のとおりです。

- 1、内保連検査委員会との合同検討会で内科系学会の意見を取り入れて検査項目内容の見直しと新しい検査項目を追加しました。
- 2、人件費の算定は総務委員会で調査した平成16年度の国家公務員俸給表を基礎として、技術度指数を区分(A~E)が上昇するごとに0.167を加算する方法を採用しました。これは処置試案と同様です。
- 3、生体検査に使われる機器、器具の使用料を再検討し、この中で機器の管理修理費を実勢にあわせて購入価格の15%としました(第1,2版では22%)。

- 4、内視鏡検査機器・器具の洗浄・消毒に関わる負荷費用の算定については、WGで検討し、検査ごとに100点(1,000円)を要望することとしました。
- 5、今回から既存技術には現行の保険記号を記載しました。

第3版は第2版と比べて115項目増えて全1394項目となりました。

生体検査に関わる診療報酬を考える時に問題となることは検査技術が使われる医療機器・器具の性能に大きく依存していることです。その医療機器・器具の経済評価の方法がわが国ではまだ確立されておりません。生体検査に使用される高額機器・器具の購入価格を如何に診療報酬に組み込んで行くかは大いなる関心事であり、これからの生体検査委員会での大事な検討課題です。

さらに人件費の算定は外保連として国家公務員医療職俸給表にとらわれずに、再検討される予定ですので、その結論を待って検査料を見直すこととなります。

手術、処置試案との整合性を重要視するとともに、生体検査特有の課題を検討して、次の改訂試案をさらに精緻なものにしたいと思えます。

実務委員会の平成17年度総括
及び平成18年度の活動について
実務委員会 木村 泰三

平成17年度の社会保険診療報酬に関する改正要望は、近年の改定で要望項目のほ

とんどが保険収載されなかったことを反映して、319項目(新設160、改正118、材料新設38、材料改正3)の多数に達した。また、厚生労働省の要望にしたがって、安全性、有効性や経済性についても詳しく記載したため、大変分厚いものになった。最新医療を患者の皆様提供したいという諸先生の熱意の現われと思う。

しかし、2005年12月19日付けの新聞発表によると、平成18年度の改定で、診療報酬の3.16%下げ(医師の人件費を含む本体部分は1.36%下げ)が決定したということである。配分見直しで診療報酬上げる主なポイントは、産科小児科麻酔科の報酬、IT化の推進、急性期医療への看護師の配置の3項目であった。厚生労働省は各学会とのヒアリングで、「技術料を重くみます」「手術費の適正化を計ります」と約束したが、はたして実現されるのだろうか。各学会への厚生労働省からの通知では、「医療技術評価分科会で検討すべきとされた技術」は、新設では、内視鏡下手術と臓器移植、改正では内視鏡下手術の再評価と同一手術野における手術の再評価が主なものであった。その他の要望は受け入れられなかったということである。

全体の診療報酬下げが決まっているなかで、我々の満足できる改定は望み薄という情勢であるが、平成18年度の実務委員会活動をどうするかは、平成18年度の診療報酬改定を見てからにしたい。また、いわゆる「特定療養費による先進医療」の項目がどのようなものに適用されるかも見てみたい。

外保連の根本主張は、「有効性や安全性が認められた医療は、適正な診療報酬で保険収載する」というものであるから、それを実現すべく今後も努力を続ける所存である。

総務委員会の平成 17 年度総括
及び平成 18 年度の活動について
総務委員会 岩中 督

本年度は、佐藤裕俊先生が総務委員長より退かれ、7月より日本小児外科学会の岩中が新総務委員長に就任した。平成 17 年度の主な活動は以下の 2 点であった。

1) 外保連試案における人件費の検討
前総務委員長の指導のもと、基準となる国家公務員医療職俸給表をもとに作業が行われた。昨年末に発刊された手術試案第 6 版は従来通り平成 12 年度の人件費で、処置試案第 3 版、検査試案第 3 版は今回検討された平成 16 年度人件費をもとにその技術料が算定されたが、国家公務員の給与は年々減少していること、医師の技術料が実際よりかなり低く見積もられていること、などの問題があり、今後国家公務員以外の給与表も視野に入れて再検討の必要に迫られている。

2) 小児診療報酬表新設に向けての技術料の再評価

平成 18 年度の診療報酬制度の大きな改正の一つとして小児診療報酬表の新設があげられる。これは「骨太の方針」の「少子化への対応」を具現化するもので、小児医療の不採算性を解消し、医師の過重

労働などの構造的問題を解決するための小児診療報酬制度の見直しである。厚生労働省からその技術部分の取りまとめを委嘱された日本小児期外科系関連学会協議会からさらに依頼を受け、小児を扱う各外科系学会の委員に参集していただき、7月から約 1 ヶ月間で手術、処置、検査などの技術部分を再評価した。このニュースが発行される 2 月時点では、その詳細はまだ公表されていないと思われるが、厚生労働省が主張する診療報酬表の単純化に合わせ、できる限り加算のない報酬表、小児で実施されるすべての技術の抜粋、外保連試案に基づいた学会希望点数の明記、につとめ約千数百項目の整理を行った。

平成 18 年度の活動予定としては、次回の試案に向けた人件費の再検討、小児診療報酬表の評価があげられる。人件費に関しては、様々な形態の病院における人件費の調査から開始する予定である。小児診療報酬表は、どのような結果になっても基本的に外保連試案の考え方(技術度、協力者数、所用時間で算定)と異なるものである。また内科系に手厚い診療報酬表である可能性が高く、特に技術部分が実質減点された場合には厚生労働省に対して何らかの意見を述べる必要があり、状況に応じてその資料を準備する予定である。本来総務委員会は Ad-Hoc 的性格を有する委員会であり、来年度以降も状況に応じて臨機応変な活動を予定している。

外保連広報委員会活動報告
広報委員長 松下 隆

外保連ニュース第4号をお届けします。広報委員会のメンバーは(出口修宏(泌尿器科)、金子剛(形成外科)、河野匡(内視鏡外科)、水沼仁孝(IVR)、西井修(産婦人科)、竹中洋(耳鼻咽喉科)、山口俊晴(外科、胃癌)、松下隆(整形外科))と変わりありません。副委員長が未定でしたが、昨年12月から河野匡先生に務めていただくことになりました。外保連ニュースは年4回の発行を目指しておりますが、現在のところ年2回の発行がやっとの状況です。ホームページは少しずつ充実しつつあり、ホームページのある加盟学会とのリンクも完成しました。外保連のホームページにアクセスすれば外科系のほぼすべての学会のホームページにアクセスできますのでどうぞご利用ください。診療報酬改正要望書をWeb上から登録し自動的に書式を整えて申請書を作成するシステムを開発して、今回の要望に使用したのは皆さんご存知の通りです。ご不便をおかけした点もありますが、事務局の作業が大幅に減少し、短時間で正確な要望書を完成することが出来たのではないかと思います。皆さんからの要望に従ってソフトウェアを修正し、次回の申請時には更に使いやすいものにする予定ですので、どうぞご期待ください。今年度の活動予定は以下の通りです。1. 本号と8月とに外保連ニュースを発行す

ること、2.日本の医療費が先進国間で最も安いことを国民に周知させるよう、広報活動を行うこと、3.要望書のWeb登録システムを改良すること、4.外保連試案の新項目申請や改正をWeb上で行ない、各委員会時には紙を使用せずスクリーン上で検討し確定するシステムを開発すること(様々なソーティングでの項目間比較が容易になり、委員会終了後の事務局の作業量が減少し、資源の節約になります。また、要望書作成時の入力作業が軽減します。)以上4点です。

このニュースの掲載内容やホームページ、web登録システム等について、ご意見がありましたら外保連事務局

<office@gaihoren.jp>宛にお寄せ下さい。

<外保連事務局連絡先>

〒105-6108 東京都港区浜松町2-4-1

世界貿易センタービル8階

日本外科学会事務局内

TEL:03-3459-1455 FAX:03-3459-1456

E-mail:office@gaihoren.jp

外保連試案のご注文について

この度、外保連試案(手術6版、処置3版、生体検査3版)が改訂されましたのでご通知致します。

外保連試案ですが、保険診療報酬の改定の際には、改定を要求する側ばかりでなく、厚生労働省等にとっても本書(CD-ROM版はPDF形式)は重要な資料となっております。

ご希望の方は事務局までお申し込み下さ

い。

外保連常任委員会メンバー

会長：出月康夫 会長補佐：山口俊晴
手術委員長：山口俊晴
処置委員長：関口順輔
検査委員長：土器屋卓志
実務委員長：木村泰三
規約委員長：出口修宏
広報委員長：松下隆
総務委員長：岩中督
竹中洋 西井修 金子剛 岩中督 河野匡
水沼仁孝 里見進 西田博 土田敬明
監事：佐藤裕俊 田中雅夫

名誉会長：三島好雄 比企能樹
顧問：勝俣慶三 日下部輝夫 高橋英世
松田静治

外保連加盟学会 (2006年1月現在)

日本外科学会、日本整形外科学会、日本麻酔科学会、日本眼科学会、日本泌尿器科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本産科婦人科学会、日本口腔科学会、日本形成外科学会、日本消化器外科学会、日本脳神経外科学会、日本胸部外科学会、日本救急医学会、日本小児外科学会、日本移植学会、日本人工臓器学会、日本大腸肛門病学会、日本癌治療学会、日本医学放射線学会、日本乳癌学会、日本臨床外科学会、日本超音波医学会、日本自己血輸血学会、日本内視鏡外科学会、日本手の外科学会、日本ストーマリハビリテーション学会、日本インターベンショナルラジオロジー学会、日本脊椎脊髄病学会、日本集中治療医学会、日本腹部救急医学会、日本皮膚科学会、日本内分泌外科学会、日本 Endourology・ESWL 学会、日本血管外科

学会、日本臨床整形外科医会、日本リハビリテーション医学会、日本消化器内視鏡学会、日本病院脳神経外科学会、日本静脈学会、日本臨床神経生理学会、日本呼吸器外科学会、日本胃癌学会、日本リウマチ学会、日本理学診療医学会、日本血管内治療学会、日本医工学治療学会、日本関節鏡学会、日本門脈圧亢進症学会、日本レーザー医学会、日本整形外科勤務医会、日本外科代謝栄養学会、日本病理学会、日本婦人科腫瘍学会、日本心臓血管外科学会、日本整形外科スポーツ医学会、日本熱傷学会、日本脊髄障害医学会、日本中毒学会、日本ペインクリニック学会、日本褥瘡学会、日本肝胆膵外科学会、日本病院学会、日本静脈経腸栄養学会、日本脳卒中学会、日本脳神経血管内治療学会、日本心血管インターベンション学会、日本骨折治療学会、日本産婦人科手術学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本心臓血管麻酔学会、日本食道学会、日本眼科医会

全 72 学会