

一般社団法人 日本歯学系学会協議会 特別講演会

# 「適正な技術評価に基づく診療報酬を求めて —外保連の取り組み—」

講演者

外科系学会社会保険委員会連合(外保連)会長  
癌研究会有明病院副院長

山口 俊晴 先生

平成 21 年 3 月 21 日(土)  
16 時～ 17 時 30 分

昭和大学歯科病院 1 号棟 6 階 第 2 臨床講堂

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

一般社団法人  
日本歯学系学会協議会

特別講演会

「適正な技術評価に基づく診療報酬を求めて  
—外保連の取り組み—」

講演者

外科系学会社会保険委員会連合（外保連）会長

癌研究会有明病院副院長

山口 俊晴 先生

【開催日】平成21年3月21日（土）16時～17時30分

【会場】昭和大学歯科病院 1号棟6階 第2臨床講堂

## 講演者略歴

氏名：山口 俊晴（やまぐち としはる）  
昭和23年8月1日生

本籍地：北海道旭川市

勤務先等：財団法人癌研究会有明病院 〒135-8550 東京都江東区有明3-10-6

大学等：昭和48年3月15日 京都府立医科大学卒業

### 学歴、職歴、研究歴

昭和 48年 4月 京都府立医科大学 研修医  
昭和 52年 2月 秋田大学医学部 文部教官助手  
昭和 57年 11月 米国テキサス大学（ヒューストン）留学〔NIH 奨励研究員〕  
平成 7年 5月 京都府立医科大学 助教授（第一外科）  
平成 13年 10月 癌研究会附属病院 消化器外科部長  
平成 17年 3月 癌研究会有明病院 消化器センター長、消化器外科部長  
平成 19年 2月 癌研究会有明病院 院長補佐  
平成 20年 11月 癌研究会有明病院 副院長

### 学会役員

日本臨床外科学会 評議員 常任幹事  
日本消化器外科学会 評議員  
日本 DDS 学会 理事、評議員  
日本内視鏡外科学会 評議員  
日本胃癌学会 理事、評議員、ガイドライン作成委員会委員長  
企画広報委員会委員、保険診療委員会委員  
日本外科学会 保険診療委員、外保連代表委員  
日本医学会 用語管理委員会委員  
国際胃癌学会（IGCA） 事務総長（Secretary General）

その他「Drug Delivery System」編集委員、「コンセンサス癌治療」編集委員、  
「Mebio Oncology」常任編集委員、「消化器外科ナーシング」編集委員、  
Editorial Board, Langenbeck's Archives of Surgery

外科系学会保険委員会連合（外保連） 会長  
厚生労働省 診療報酬調査組織委員会（医療技術評価分科会， DPC 評価分科会）委員  
高度医療評価会議委員（座長代理）  
東京都成人病検診管理指導協議会がん部会委員  
日本がん臨床試験推進機構 理事、事務局長、日本がん治療認定医機構 監事

○赤川理事長 本日は大変お忙しい中を、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）の会長でいらっしゃる山口先生にお見えいただきましたこと、まことにありがとうございます。

山口先生はちょうど胃がん学会の総会長をなされ、大変にお忙しいお仕事をされていらっしゃる中で、本日はわざわざ私たちのためにお見えいただいたわけです。先生には、日本歯学系学会協議会（歯学協）を代表して心から感謝を申し上げます。

さて、歯学協の会員の皆さんにはご案内しているように、私たち歯学協がやらなければならないことの1つとして、エビデンスに基づいた国民のための保険医療の提言があります。そこで、40年前からなされている外保連の活動を何回か勉強してきたわけですが、いよいよ会長の山口先生に、外保連の現在の活動、問題点、将来の展望についてしっかりお話をお聞きしようと、本日の特別講演会を企画しました。先生方たくさん質問がおありだろうと思います。ご講演の後、山口先生に質問いただいて、フロントランナーとしてすでにたくさんのお仕事をされている外保連の活動を私たちみんながよく理解して、私たちが歯科の中でどういうふうな形を作っていかなければならないのかということをおみんなで一緒に考えていきたいと願っています。そのためにも、まず、しっかりお聞きいただきたいと思います。山口先生、何とぞよろしく願いいたします。

○山根副理事長 それでは簡単に先生をご紹介いたします。お手元にすでにご略歴を配布してございますので、先生からお許しをいただいております。ここでは詳しい話は省略させていただきます。昭和48年に京都府立医科大学をご卒業の後に、現在は癌研究会有明病院の副院長、そのほか学会の役員をたくさんされていらっしゃいます。今回はその中で、外科系学会社会保険委員会連合、いわゆる外保連の会長をされているというお立場でお話を伺うことになっております。それでは山口先生、よろしく願いいたします。

○山口 ただいまご紹介いただきました山口でございます。

今日はこういう席にお招きいただきまして、ありがとうございます。必ずしもここのお話が適切かどうかわかりませんが、私のわかっている範囲でお話しさせていただきたいと思います。階段教室へ行きますとつい居眠りしたくなります。学生時代を思い出して、そこに座った途端に眠くなりましたが、いま赤川先生のお話を聞いてまた目が覚めました。

外保連というと何か主婦連みたいな名前ですが、私も最初外保連というのは何をやるどころかよくわからなかったのです。私は9年前まで京都におりまして、そのときに社会保険支払い基金の委員をしておりました。そういう縁でこの外保連の委員になれと、先々代の会長に言われて、お手伝いしたのが始まりです。ですから、私はこういうことに関してプロでも何でもなく、いまだにわからなくて右往左往しているというのが実情です。けれども、約10年ほど外保連にいて何となくこういう立場になりましたので、むしろ昔からわかっている先生よりは私の話のほうが少しはわかりやすいかもしれません。私は私なりの理解でお話しさせていただきたいと思います。

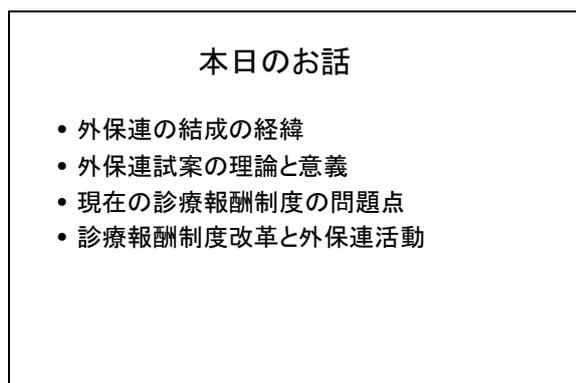


図 1

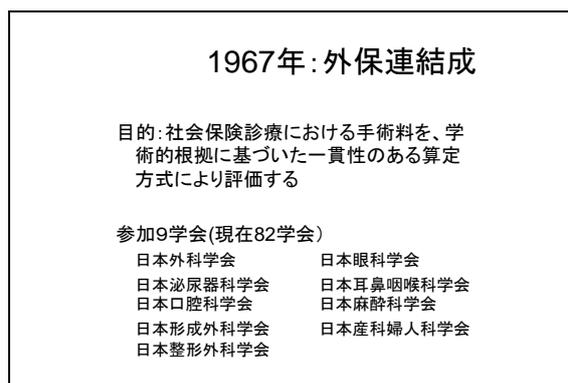


図 2

本日は、外保連がどうやって結成されたかという経緯をお話しして、外保連の試案というのがあるのですけれども、これはどういうことか。それから、現在の診療報酬制度の問題点にどういう具合に我々は対応してきたかということをお話しさせていただいて、そういう中で外保連というのはどういうものかご理解いただきたいと思います。これから外保連はどういう方向に向かって行っているかということも、簡単にお話ししたいと思います(図 1)。

外保連が結成されたのは 1967 年で、9 つの学会が参加して作られました。その主体になったのは日本外科学会です。眼科学会、耳鼻科、麻酔科、それから日本口腔科学会も入っています。それから泌尿器科学会、形成外科、整形外科、産婦人科。こういう学会の社会保険委員会の先生方が集まって、各学会がばらばらに言っているのはだめではないか。つまり厚生労働省に各団体があちこちからいろんなことを言っても、あまり信用されないのではないか。我々は学問をやっているわけだから、手術料を学術的な根拠に基づいてちゃんと計算して要求しようではないかということになりました(図 2)。

厚生労働省における診療報酬の根拠というのはいまだにないのです。医療費は、歯科もそうだと思いますけれども、実は公定料金なのです。我々が勝手に決められない中でやっているわけです。ガス代にしても電気代にしても、たとえばロシアで情勢が変わってオイルが上がったら、電気代も上がります。そういうちゃんと根拠があるのですけれども、医療費については皆無に近いのです。それは医者の方にも問題があって、たとえば税制で優遇されたらそれでいいのだとか、科学的に対価のものと交換するという形でなくて、全体として収支が合えばよいという、そういうスタンスが悪かったと思います。ですから、今の診療報酬の本を見たらわかりますけれども、あれを全部理解している人はだれもいません。厚生労働省にもおそらくいないですね。いろいろな加算だとかいろんな通達で複雑になっています。学会から要求が出てきたときにその都度これ付けてやれという形で、何も整合性のないものになってしまっているわけです。その中で、これらの学会がそういうことに気が付いて、科学的な案を作ろうとしたのは大変素晴らしいことだと思います。

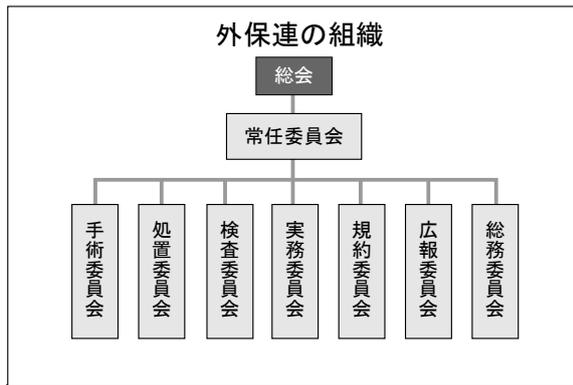


図 3

・実務委員会	診療報酬改定要求
・手術委員会	手術試案の作成
・生体検査委員会	生体検査試案の作成
・処置委員会	処置試案の作成
・総務委員会	総務
・広報委員会	外保連ニュース作成、HP管理
・会則委員会	会則改定

図 4

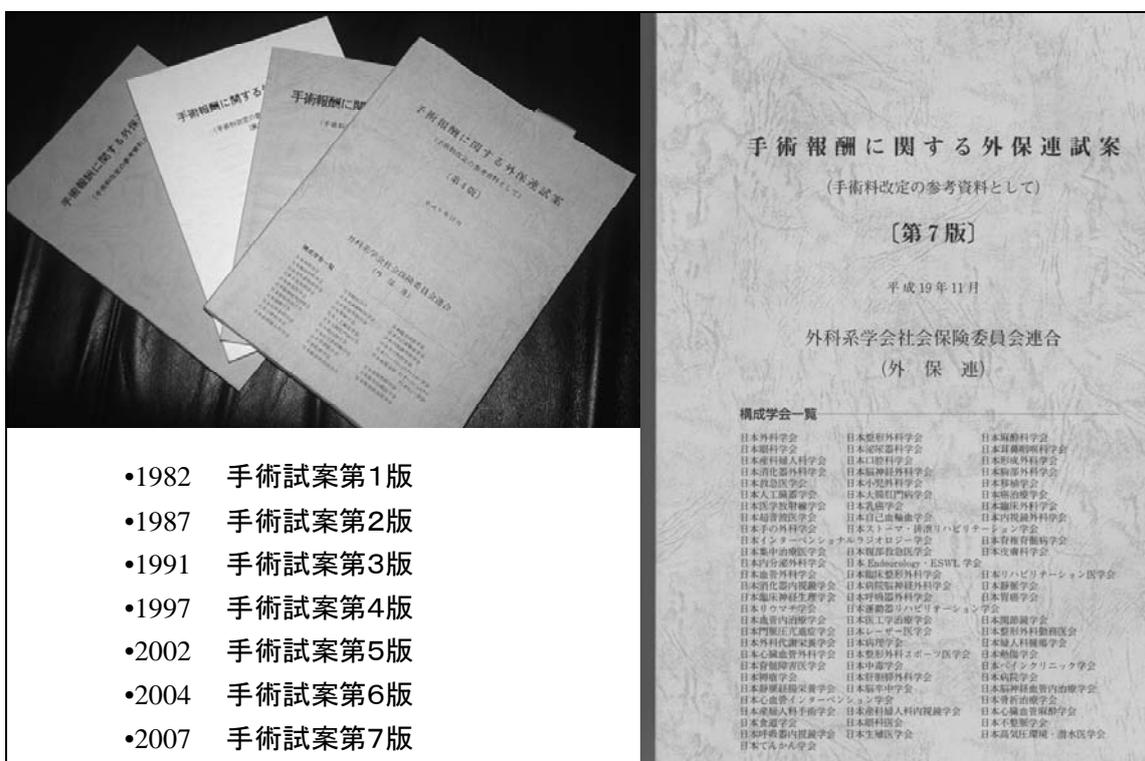
外保連は7つの委員会からなっています（図 3）。もともとは手術委員会が主体だったのです。この手術委員会というところで、手術料はいくらであるべきかを議論して決めていました。その後、処置とか検査の委員会もできました。三島先生が会長るとき（2代目の会長ですが）実務委員会を作りました。それまでは外保連というのは、これら3つの委員会で、こういう処置はいくら、こういう外科の手術はいくらということを、本当はこうあるべきだということを本にして示した学会なのですね。ところがそれではなかなか埒があかなくて、そういうきれいごとばかり言っていられない。こういうちゃんとしたデータがあるのだから、それを実際に診療報酬に反映させるための委員会を作ろうということになり、実務委員会を作りました。ですから、診療報酬のときに活躍するのは、この実務委員会です。ただし、実務委員会がきちっと動くためには、その前に手術委員会、処置委員会、検査委員会で問題のあるものについては十分に議論が尽されて、その技術について評価が十分にされていなくてははいけません。逆さまに言えば、手術委員会できちっと討議されたものでなければ、実務委員会を通して要求することはできません。最後に総会を開催して、要するに全学会の同意を得て提出する、そういう仕組みになっています（図 3、4）。

外保連は、実はこの手術試案の第1版を作るまでに10数年かかっています。また、始めた方は医者だけではなくて企業の経理の専門家も入りました。徹底してやったのですね。つまり、ある病院を作って、手術室を作って大きさがこれぐらいで、課税がいくらぐらいかかっている、光熱費がこれぐらいで、おおよそこれぐらいお金がかかりますと。それに対して人件費はこうこうということで、その人件費の評価はこうするのだというのを、いわゆる経済のプロも参加して10年ちょっと議論して作ったのです。ですから、今の試案は割とシンプルになっていますけれども、第5版までの試案は、私が何回読んでもよく理解できない部分があります。直接経費も間接経費も全部入っていて、大変わかりにくい内容でした（図 5）。

外保連の試案というのは今7版までできているのですけれども、5版のときにそういう非常に複雑な計算をやめました。というのは、間接経費というのは地域によっても異なり

外保連試案の発行	
• 1982	手術試案第1版
• 1987	手術試案第2版
• 1991	手術試案第3版
• 1994	手術試案第3版追補版
• 1997	手術試案第4版
• 2000	手術試案第4版追補版 処置、生体検査試案(第1版)
• 2002	手術試案第5版 処置、生体検査試案(第2版)
• 2003	追補版(3試案)
• 2005	手術試案第6版, 処置、生体検査試案(第3版)

図 5



- 1982 手術試案第1版
- 1987 手術試案第2版
- 1991 手術試案第3版
- 1997 手術試案第4版
- 2002 手術試案第5版
- 2004 手術試案第6版
- 2007 手術試案第7版

図 6

ますので説得力を持たないのです。そういう数字が混在していると、結局何を言っているのかわからないと、厚生労働省からも指摘されました。たとえば、東京の土地の値段と九州と違うじゃないか、それを同じように計算してできるのかと言われたら、まさにそのとおりです。我々が把握できないものはやめて、我々が把握できるもの、つまり後で言いますけれども、技術と人数と時間、この3つをきちっと決めようというところに落ち着いたのが今の状況です。

これが第7版です(図6)。今外保連には82の学会が入ってきています。内科系学会社会保険委員会連合(内保連)というのもあるのですが、これを見たらわかりますが、内科系の学会も外保連に入ってきているのです。もちろん、たとえば、癌治療学会のよう

### 手術料算定のための3要素

- ・ 技術度区分
  - どれくらい難しいか
- ・ 直接協力者数
  - どのような資格の人が何人必要か
- ・ 所要時間
  - 何時間くらいでできるか

図 7

に両方に関与しているところは両方に入っていますけれども、手術だけではなくて特にリハビリ関係の人たちが随分入ってきています。というのは、リハビリも1つの技術と見れば、外保連に参加して、そこで技術の評価をして欲しいという要求が随分と多いのです。というのは、昔のように厚生労働省の係官も、自分がたまたま知っている教授のところへ電話して、今度こういう要求が出ているけれども、どれが妥当ですかと2～3人に聞いて決めることが難しくなりました。あるいはどこかの国会議員に何か言われて、これ通そうかとか、そういうことができない状況になっています。

と申しますのは、今は外保連と内保連、それから看保連とか、いくつかの団体を通して要求は出すことになっています。出されたものは一次評価と言って、きちっと細かいフォーマットができていて、それを評価してもらい、その一次評価が通ったものが中医協の下部組織の委員会で検討されます。そこで検討されて二次評価が行われ、最終的に中医協に上がります。ですから、その間には変なものが入る余地はあまりないのです。透明性がかなり高まっていますから、そこで全くだめなものは振り落とされますし、いくら横から入れようと思っても全部見えていますから、これはおかしいなということがすぐわかるわけです。ですから、その評価に耐えるだけのデータを持っていないとだめなのです。たとえば、手術については、さきほど申し上げましたように、外保連のこの手術試案に載っていないと、それは評価しないということになっています。

もともと、その評価のフォーマットというのは、手術委員会で作っている新しい術式を登録するときのものをベースに作ったのです。厚生労働省もそれを見て、たとえば経済効果はどうだとか、そういうことを足して、それをフォーマットにしているのです。ですから、外保連が手術の評価をしていたのをもとにそれにいくつか足して作られているのが、今の二次評価の実態なのです。

先ほど申しましたが、手術料算定の要素は3つです(図7)。まず技術度区分、これは、その手術がどれくらい難しいかということで、実はこれが一番決めるのが難しいのです。それから、直接協力者数です。つまり、手術に何人が、たとえば看護師さんが何人、レントゲン技師が何人、医者が何人必要かということです。それから、所要時間です。何時間

ぐらいかかるか。これらの 3 つを調べて、人件費にかかわる部分を出したわけです。ある学会は 3 時間でできるというし、ある学会は 2 時間という場合もありました。そこで、みんなで集まって、このあたりが妥当ではないかとか、そういうことでやったわけです。

初期のころは、なかなか決着がつかないときは、麻酔学会の先生がおられますので、麻酔科の先生の意見を参考にしたこともありました。というのは、麻酔科の先生は手術をよく見て知っていますから、大体そんなに長くかかることはないでしょうとか意見を述べることができます。時間はものすごく大きくて、要するに単位時間当たりの料金でいきますから、1 時間の手術が 2 時間になれば倍になるわけです。ですから賢い学会は、なるべく長く言うわけです。外科学会なんかは、たとえば胃がんの手術は 3 時間でできまうと言ったら、いや、おれは 2 時間でやるよ、そんなにかからないよと主張してしまうわけです。でもある科の先生は、そんな 20 分ではとてもできません、2 時間ぐらいかかりますと言うわけです。そうやって主張したほうが、だんだん得をするのですね。そういうゆがみが後で出てくるのですが、いずれにしても、これら 3 つを基本にしました。

それから人数も、いろんな提案を見ると結構多めに出してきたりする学会もあって、これもなかなか厄介なのですけれども、それをすべての術式について、みんなでこれでいいよね、ということを決めて納得していただきます。というのは、たとえば整形だと、骨折に関連した学会はいくつもありますし、いろんな学会のコンセンサスを得られないと困るわけです。実は厚生労働省も、いろいろな学会の動きを聞くよりも、そうやって決めてもらったほうが非常に助かるわけです。

技術度ですけれども、これが非常に難しく、なかなか決着がつかない問題です。今でも決着がついていません。最初はトレーニングの期間だろう、つまり 1 年たったらできるようになる手術、2 年になったらできる手術ということで、1 年から 13 年まで分けたのです。僕が最初外保連に参加したときは、何年目だったらできる手術というスタイルだったのです。しかし、どう考えても、ある手術が、これは 5 年目なのか 6 年目なのか、どうやってイメージしていいのかわからないのですね。それで、第 5 版のときに、これを A、B、C、D、E とクラス分けしました。研修医ぐらいだろうとか、レジデントぐらいだろうとか、チーフレジデント、専門医、指導医だとか、そういうイメージがあったのですけれども、このときに A、B、C、D、E にしちゃえばよかったのですけれども、抵抗があって、年々上がるのだということで細かいまま残っていましたけれども、7 版からは A、B、C、D、E とシンプルになりました (図 8)。

というのは、たとえば、臨床研修医は 1 つの資格です。修了して、それから基本領域の専門医になる、そういう資格ですよ。スペシャリティの専門医など、実際に腕に見合った資格がとれたときから次のステップに行くまでを 1 つにしようということで、それはそれなりに合理的なことだったと思うのです。そうでないと、どう考えても難しいのですね、この C1、C2、C3 なんてどのようにイメージしていいかわからないので、およそこのイメージでいこうということで今はやっています。ちょっとずれてはいますが、

技術度の評価(第5版・第7版)				
修練 期間	第5版 技術度	対応する身分	第7版 技術度	対応する身分
1年	A-1	研修医1年目	A	初期臨床研修医
2年	A-2	研修医2年目		
3年	B-1	レジデント1年		
4年	B-2	レジデント2年		
5年	B-3	レジデント3年	B	初期臨床研修終了
6年	C-1	チーフレジデント1年		
7年	C-2	チーフレジデント2年		
8年	C-3	チーフレジデント3年		
9年	D-1	専門医クラス	C	基本領域の専門医
10年	D-2			
11年	D-3			
12年	E-1	指導医クラス		
13年	E-2		D	Subspeciality 領域の専門医 専門医更新者、指導医
15年			E	特殊技術を有する専門医

図 8

技術度比較の難しさ	
• 膵頭十二指腸切除	胃全摘 胆嚢摘出術
• 弁置換術	房室弁直視下切開 心膜切開術
• 角膜移植術	白内障手術(嚢内摘出) 麦粒腫切開術
• 副腎悪性腫瘍手術	前立腺被膜下摘出 陰嚢水腫手術
• 舌悪性腫瘍手術	顎・口蓋裂手術 抜歯術(乳歯)

図 9

これが少しずつこっちにシフトしましたがけれども、一番新しいのでは A、B、C、D、E しかありません。

この E クラスというのは、本来は日本でもあまり数多く行われてないような手術で、本当に特殊な手術だけにしようと言ったのですけれども、みんなおれの手術は難しい、難しいと言って、E ばかりになりました。最初 E は 1 つだったのが、E1 だとか 2 だとかとなって、どんどんどんどん屋上の上に屋上を重ねてしまうのですね。これは客観性がないからです。ただ、年をとったら本当にうまくなるのかどうかわかりませんよね。ですから、きちっとしたトレーニングに裏付けられた専門医制度というのは非常に大事なのです。なぜこれが難しかったかという、学会によって専門医の長さが違うからです。それから制度自体も違います。2 段階のところもあれば、最初からのところもあります。すべての学会が同じ専門医制度があればいいのですけれども、そうではないところが難しいところなんです。ですからこれも、おおよそこういうものに対応するという、つまり目安であって、これがきちっと分けられるものではないのです。

技術度比較の難しさですが、たとえば、膵頭十二指腸切除ですね。これは膵臓がんの手術です。胃の全摘、胆嚢をとるなどと比較してもこれは難しそうですね。胃全摘が中ぐらいで、胆摘がやさしい。心臓の弁置換、直視下切開、心膜切開、これも難しさは大体わかります。目の手術にしても角膜移植、白内障、麦粒腫と言えば、この順番で難しいということがわかります。舌の悪性腫瘍、これは難しい、顎・口蓋裂手術は中くらい、抜歯はそれよりは少しやさしい(図 9)。こういうことは大体だれでもわかるのです。おそらく厚生労働省の人でも、素人の人でも、ある程度の知識があればわかるのです。

では、たとえば、膵頭十二指腸は E、胃の全摘は E ですね。角膜の移植も E です。でも白内障も E になっているのです(図 10、11)。このあたりになると、ちょっと首を傾げますよね。というのは、E というのはそもそも非常にまれな疾患で、本当の専門家でなければできないというはずなのです。おそらく実態を調べたら、5~6 年の人でやっているのではないかと思うのです。ですから、このあたりの評価は甘いように感じます。

問題は、縦に比較したときにどれが難しいかよくわからないのですね。我々がわからな

技術度比較の難しさ	
•	膵頭十二指腸切除(E) 胃全摘(E) 胆嚢摘出(D)
•	弁置換(E) 房室弁直視下切開(D) 心膜切開(C)
•	角膜移植(E) 白内障手術(嚢内摘出)(E) 麦粒腫切開(B)
•	副腎悪性腫瘍(E) 前立腺被膜下摘出(C) 陰嚢水腫手術(B)
•	舌悪性腫瘍手術(E) 顎・口蓋裂手術(D) 抜歯術(乳歯)(B)

図 10

技術度比較の難しさ	
•	胃全摘(E)
•	弁置換術(E)
•	白内障手術(嚢内摘出)(E)
•	副腎悪性腫瘍手術(E)
•	舌悪性腫瘍手術(E)

図 11

外保連手術試案											
連番	臓器	行為	術式名	技術度	協力医師	協力看護師	協力技師等	時間数	手術料(円)	医療材料(ディスプレイ製品、特定保険医療材料を含む、薬剤は除く)	医療器具、医療機器
1734	48	33	胃切除術	D	2	2	0	3	361,710		
1732	48	33	胃局所切除術 1. 開腹による	C	2	2	0	2	123,680	自動縫合器1個、 カートリッジ2個	
1733	48	33	胃局所切除術 2. 腹腔鏡下	C	3	2	0	2	131,980	自動縫合器1個、 カートリッジ2個	
1737	48	34	胃全摘術	E	3	2	0	4	859,560	自動吻合器1個、 自動縫合器(カートリッジ1個)	
1738	48	33	噴門側胃切除術	D	3	2	0	6	768,320	自動吻合器1個、 自動縫合器(カートリッジ1個)	
1026	26	34	抜歯術3臼歯	B	0	1	0	0.5	9,155		

図 12

いのですから、厚生労働省の人がわかるはずがないのですね。たとえば、前立腺被膜下摘出と白内障の手術、どっちが難しいのだろうといったときに、わからないのですね。ですから、厚生労働省はこの外保連試案ができたときは、うまく利用していたわけです。学会の先生が集まって決めたのだから、これはみんなで同意の得られたものなのだなということになったわけです。ですから、こういう案というのは非常に尊重されたのです。

具体的には、外保連の試案というのは、たとえば、胃切除術であれば技術度は D で、協力医師が 2 名、これは術者のほかに 2 名ということです。看護師さんが 2 名、技師は要らない。時間は 3 時間。縮めて 36 万 1,710 円 (図 12)。あと、たとえば、自動縫合器を使うのであれば、1 個、2 個とか。特別にこの手術にかかわって使う機器があればそれを使うということで、今きちっとできているのはこの部分だけなのです。臓器別のコーディングとかも行われていますけれども、これはなかなか難しい。こっちはまだ空いているところがあったり、学会によってまだまだ十分でないところがあります。でも、実は今こ

### 手術試案の意義

- 診療報酬を、はじめて学問的・合理的に決めようとした画期的試みだった
- 多数の学会のコンセンサスを得た評価である
- 厚生労働省が診療報酬を算定する際に、試案を極めて重視している

図 13

こが非常に重要で、ここを強化しようとして一生懸命作業を進めています。

我々はこれを手術料として要求するわけですが、厚生労働省は診療報酬として出す分については、必ずしもこれだけではなくて、いろいろな消耗費を含んだ値段になっています。ですから、そこを明快に我々が分けないと、この技術料のほかにもいろいろな消耗品が必要だということをはっきり示して、それがいくらになるということを言わないといけません。実は、見かけ上これとほとんど同じでも、そのうち 15 万円は材料代にとられているものもあり、一体技術料って何だろうということになるわけですね。しかも最近の高いディスポの製品が多いのです。糸だっていい糸が増えれば増えるほど患者さんにとってはいいわけですが、自分たちの技術料は減っていくという変な仕組みになっているわけです。だったらもう患者さんには、少し感染してもいいから絹糸でやろうかということにもなるわけです。しかし、そういうことはやはり医者良心としてはどうしてもできないし、いいものを使いたいしと思ってやると、だんだんだんだんだん赤字になってくるという実態があるわけです。特に難しい手術ほどこうなります。

診療報酬を初めて試算した試みだったということは画期的だったと思います。それから、多数の学会のコンセンサスを得たということが重要だと思います。最初は 9 学会でしたけれども、今 82 ありますから、まずほとんど外科系の学会を網羅していると言えます。最初のこの 9 学会も、メジャーの学会はほとんど参加していました。そのフィールドでは指導的な学会ばかりですから、そこが一応 OK ということであれば、他の学会も従うということで、そういうところからスタートしたこともよかったのではないかと思います。厚生労働省がそれを活用して、予算がたとえば 1,000 億円あったらこれをこういうぐあいに振り分けようというときに、試案のバランスに従って分けるということになるわけです(図 13)。

これは、実際の診療報酬と外保連の試案が相関しているかどうかを見たものです。相関係数 0.789 で、非常に高い相関が見られました。つまり、外保連の試案が大体割合としては認められているということです。外保連で、ある手術がこの倍難しいと言えれば、そのとおりになっているわけです(図 14)。

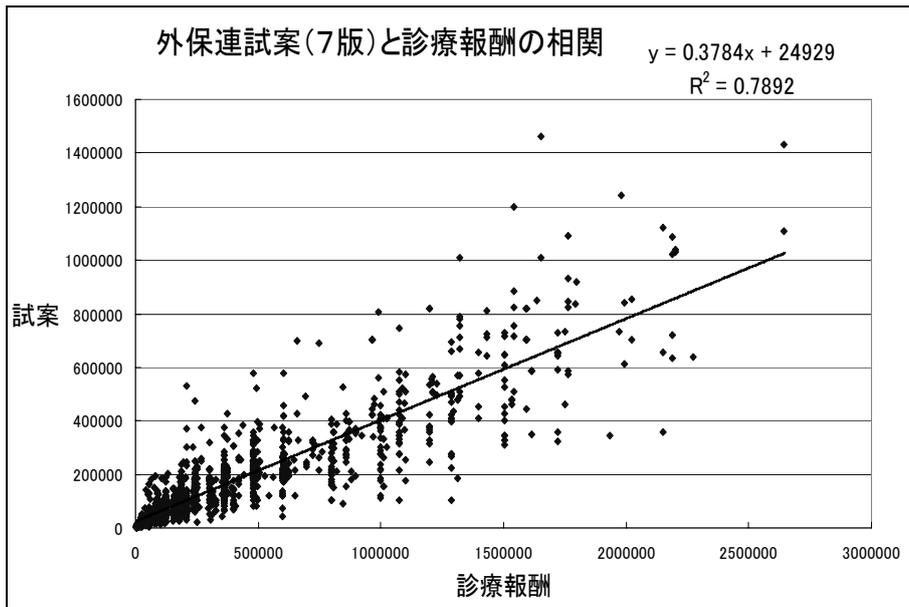


図 14

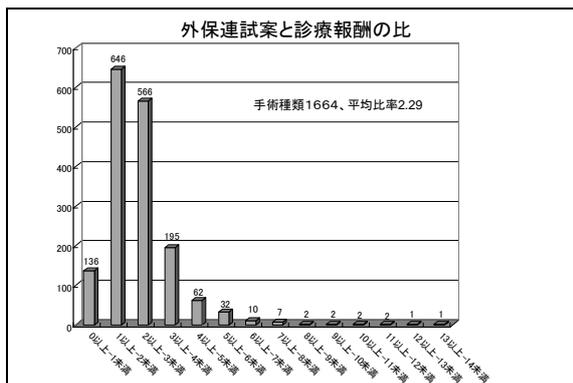


図 15

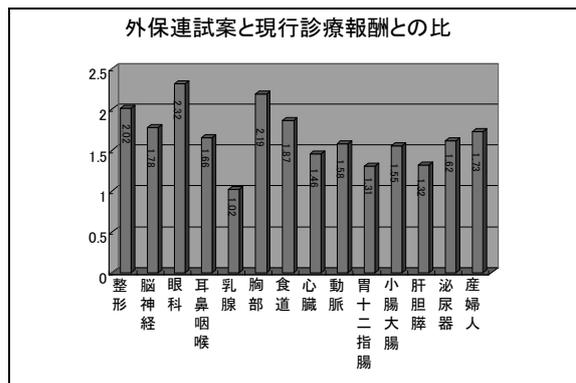


図 16

これは、外保連試算と診療報酬の比を見たものです（図 15）。ただ、外保連試算をフルに払ってくれているわけではなくて、ほとんどは外保連試算のほうが倍以上高いのです。平均すると 4 倍ぐらいですね。ですから、まだまだ技術料としても十分に認めてもらっていないのです。でも中には、それよりも高い分認めてもらっているものもあります。

これはフィールドによって倍率が全然違ってきます。たとえば、乳腺は 1.02 ですから、要するにほぼ外保連試算に沿った額を出ているのですね（図 16）。それは乳腺がもともと主張する評価が低いのです。というのは、乳腺の学会は最近できたばかりで、それまで代表が外保連に参加していなかったわけです。そういう手術というのは、主張する人があまりいませんでした。ところが、最近乳腺の患者がたくさん増えて学会もできましたから、だんだん主張が強くなってきて、簡単な手技ではないよということで、たとえばセンチネルを認めなさいとか、いろんなことが要求されてきており、これは改善されていくのではないかと思います。

### 手術試案の課題

- 時間、人数が実態と乖離
  - 定期的実態調査が必要
- 技術度評価のあいまいさ
  - 診療科間のアンバランス
  - 専門医制度との整合性が必要
- 技術と物の分離
  - 消耗品や特殊機器の算定

図 17

時間と人数のことを言いましたが、コンセンサスが大切なので、みんなで集まってこれでどうだ、はい賛成、と決まったわけです。ただし、実態がどうか、薄々は知っていたわけです。たまたま、私が手術委員長にさせられたのですけれども、そのときにみんなで話し合っと思ったのは、どう見てもこれは長い手術だと思っても、だれかがおかしいと言わないと決まらないのです。ほかの学会がそう言っているものを長いとか短いとかいうのは、なかなか発言しにくいのです。さっき言ったように、麻酔科の先生にちょっと水を向けて、先生どうでしょうかと言ったら、いや、ちょっと3時間は……2時間半ぐらいでしょうかということでやっていたのです。そのときに思ったのは、やはり実態調査して調整しなければだめだということです。よく今エビデンス・ベースド・メディスンと言われていますが、こういう活動も一緒に、きちっと調査してそれを裏付けるデータを示さないとだめなのですね。それで、後で言いますが、これを解決するために実態調査をやりました。

それから技術度評価がまだあいまいなのです。一部の領域の先生なんかは、どうしてもすべてが難しいと言いたがるのです。たとえば、結構やさしい手術を E クラスと言いたがったり。一方、非常に抑制的な学会もありますし、そのあたりが問題ですね。ですから、これはやはり実態に裏付けられた専門医制度との整合性を最終的には持つ必要があると思います。

それと一番大きな問題は、とにかく医療費というのは物と技術料の分離が全然できていないということです。技術料は、外保連の試案にのっとってある程度評価しても、あと物のほうはほとんど把握されてない。実際にデータが出てきていないのです。しかも難しいことに、同じ手術でも人によって使うものがかなり違います。学会によっても、そのあたりの見解が一致しないのです。でも一致しないでは済まされないで、ある程度みんなのコンセンサスを得て、これぐらいのものが要る、これぐらいのものが必要だということを出して主張しない限り、なかなか難しいと思うのです（図 17）。

厚生労働省がある手術に 40 万円払っているのではないかと言ったときに、いや、40 万円と言うけれども、実際にそのうち消耗品で 20 万円はなくなっているのです。我々 4 人で、

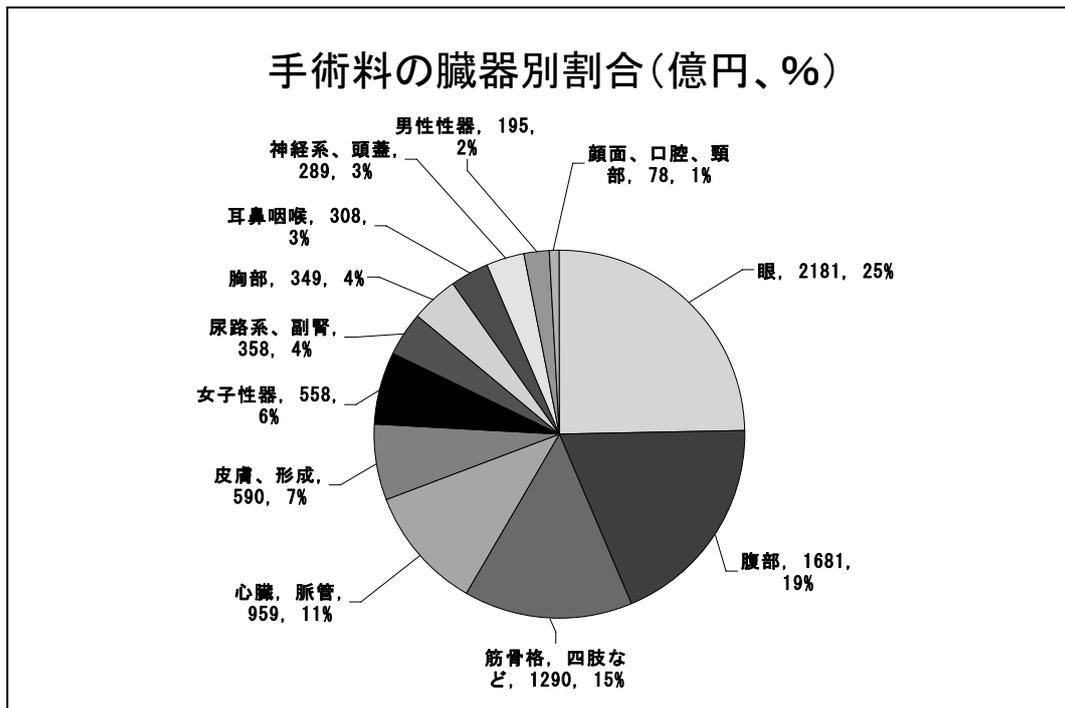


図 18

4 時間働いて、わずかそれだけしかもらってないのだということを示さないでだめですね。そうでないと国民は、そんなに払っているのだったらいいではないかと思ってしまうわけです。国民は十分もらっていると思っています。

この古い試案のバランスにのっとりた結果、手術料の割合にフィールド別にかなりアンバランスが出てきました。これは少し古いデータですがけれども、手術料のうちの 4 分の 1 が一部の領域に支払われています。一方で、心臓外科なんてわずか 11%です。これは別に秘密のデータではないのですけれども、これを見るとおかしいと思います (図 18)。

そのときに私が思ったのは、実態調査して説得しなくてはいけないということです。手術委員長になった途端に、ある学会の先生から脇腹を突かれて、ある科は高過ぎる、低くしろと言われました。そんなことはあなたが発言してくださいよ、と申し上げました。しかし、ちゃんと相手を論破するだけの根拠なしにこの手術は長過ぎると言えますか。そんなことなかなか言えません。でも、時間というのは非常に大事な要素で、調査したらわかるわけですから、それを調査しようということで、それをやったわけです。

実は米国でも、この外保連試案とちょっと似たような **Resource Based Relative Value Scale (RBRVS)** というのがあるのです。外保連は技術度と協力者と所要時間でやっていますけれども、米国は医師の仕事量というのを推定して、診療費用、これは診療所の費用ですね、それからおもしろいのは医療過誤保険があります。これはきつとべらぼうに高いからです。この 3 つを足して、これと同じようなことをやっているのです。それで技術料を評価している。つまりドクター・フィーですね。医者の手に入るお金です (図 19)。

診療報酬と今の RBRVS というのが相関するかを調べてみました。そうしたら、消化器

- 外保連試案とRBRVS (Resource Based Relative Value Scale)の構成要素
- 外保連試案
    - 技術度
    - 協力者数
    - 所要時間
  - RBRVS
    - 医師の仕事量 ( work-rvu )
    - 診療費用 ( practice expense-rvu )
    - 医療過誤保険 ( malpractice-rvu )

図 19

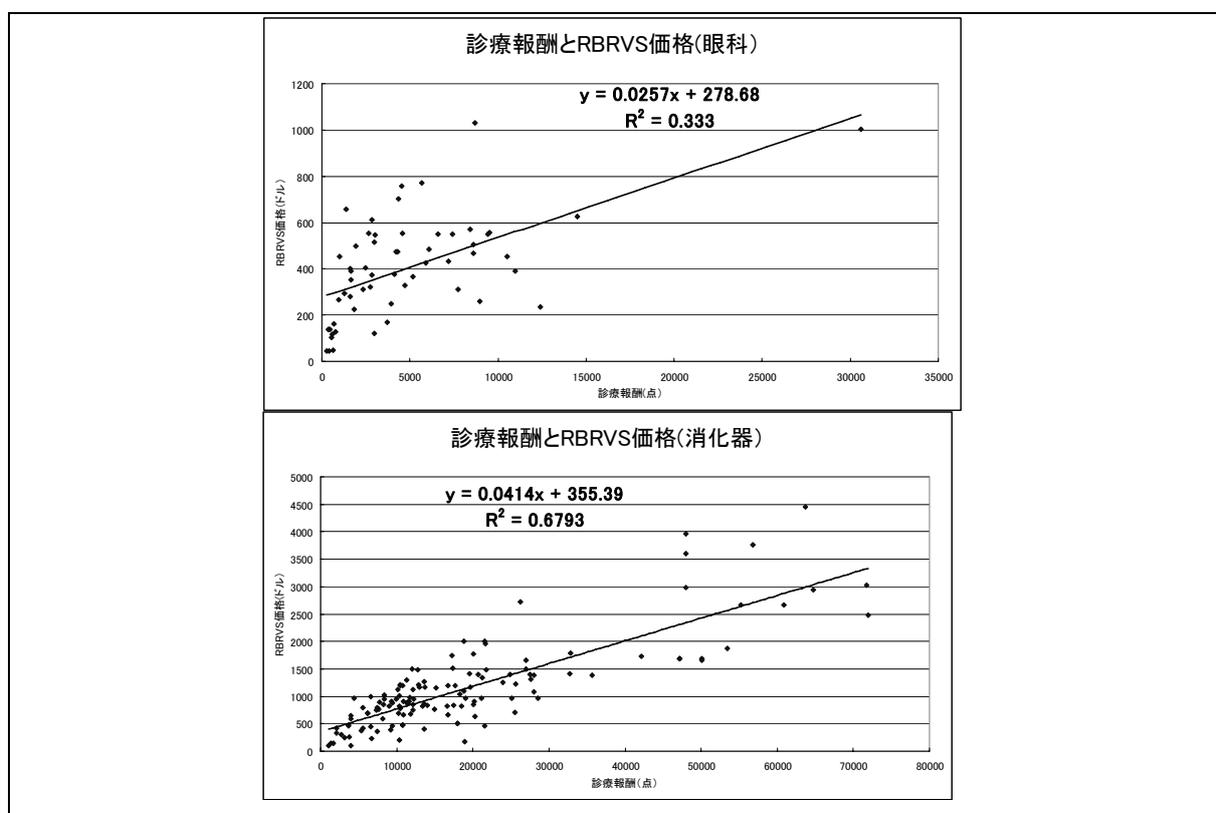


図 20

外科の手術については 0.679 と高い相関がありました。つまり、消化器外科の手術に関しては米国も日本もほぼ同じような評価なのです。ところが、上は眼科なのですけれども、相関係数 0.3 しかない (図 20)。ですから、この点に関してはアメリカの評価と比べても日本はちょっと異質なのです。実態に即していないということがわかります。ですから、我々が試案ができたと威張っていますけれども、その試案は完全なものではないのです。エビデンスに裏付けられたものではないからです。

そこで、外保連試案と実態との比較を行うことになり、日本外科学会が協力してくれて大規模な調査を行いました。外科学会だけでなく、ほかの関連学会が推薦する病院に全部

### 外保連試案適正化のための実地調査

日本外科学会認定施設を中心とした大規模調査

22万件(3ヶ月)のデータを集積、解析

外保連試案と実態との比較を行う

図 21

### 調査の目的、期間、回答状況

- 目的:外保連試案の精緻化のため、手術術式ごとの人数、時間について調査
- 期間: 3カ月間(平成16年11月1日から平成17年1月31日)
- 回答施設数: 723施設(回答率20%)
  - (日本外科学会関連603施設、その他の学会関連120施設)
  - 集積データ数: 22万件

図 22

### 外保連試案精緻化調査《723施設、22万件》 手術時間、麻酔時間、参加人数を調査

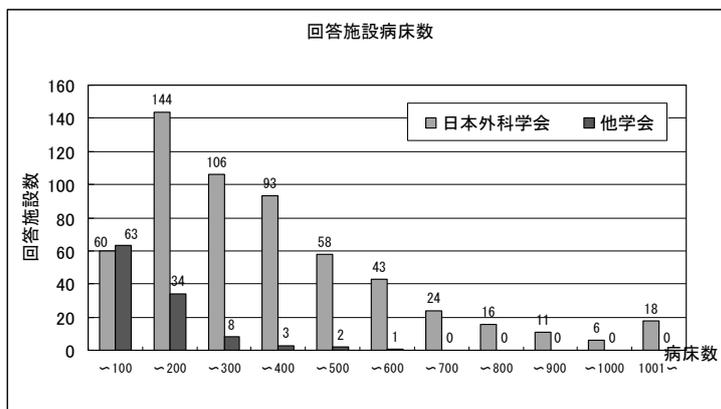


図 23

問い合わせました。いくつかの学会が、ここも調べてくれということで、22 万件のデータを 3 カ月間で集めて解析しました (図 21)。

平成 16 年の 11 月～平成 17 年の 1 月にかけて、723 施設で回答率 20%ですけれども、回答がありました (図 22)。これはフルに回答されたら、とてもお金がかかって解析できなかったのではないかと思います。実際そんなにたくさんのデータを集める必要はありません。たとえば、急性期 1 万件集めてもあまり意味がない。100 件ぐらい調べたらわかるはずですが、でも、そのときそういう知恵がなかったもので、全部調べようと思ってやったら、これだけ集まって大変苦労しました。

日本外科学会の施設でこれぐらい。あとほかの学会でこれぐらいの回答です (図 23)。

そうしたら、外保連の試案よりも実際の手術時間が 30%以上長いのは、いろいろありました。たとえば、脳動脈奇形摘出です。

他に、実際に我々が調査して調べた平均値が試案では 30 分になっている例があります。

## 外保連試案より実測時間の長い術式(30%以上)

行番号	Kコード	手術名称	件数	実測値(分)		試案		C/実測時間B	
				中央値	平均B	A	差C	比	%
220	K0752	2 非親血の関節授動術(胸鎖, 肘, 手, 足)	10	36.5	84	30	-54	2.81	-64%
728	K3942	2 喉頭悪性腫瘍手術(全摘)	86	331	357	180	-177	1.98	-50%
480	K222	結膜下異物除去術	14	16	29	15	-14	1.96	-49%
391	K172	脳動静脈奇形摘出術	52	413	455	240	-215	1.90	-47%
769	K4152	2 舌悪性腫瘍手術(亜全摘)	26	520	549	300	-249	1.83	-45%
1353	K696	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	24	261	305	180	-125	1.70	-41%
5	K0004	4 創傷処理(筋肉, 臓器に達しないもの(長径5cm未満))	840	20	23	15	-8	1.56	-36%
1167	K6065	5 動脈形成術, 吻合術(その他の動脈)	1783	82	93	60	-33	1.55	-36%
559	K278	硝子体吸引術	21	20	46	30	-16	1.54	-35%
112	K0441	1 骨折非親血の整復術(肩甲骨, 上腕, 大腿)	49	27	45	30	-15	1.50	-33%
171	K0591	1 骨移植術(自家骨移植)／軟骨移植術を含む	387	165	178	120	-58	1.48	-33%
109	K0432	2 骨搔爬術(前腕, 下腿)	32	92.5	133	90	-43	1.47	-32%
1369	K7022	2 膝尾部腫瘍切除術(リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合)	48	240	262	180	-82	1.46	-31%
1247	K636	試験開腹術	422	70	87	60	-27	1.45	-31%
1394	K7152	2 腸重積症整復術(親血的なもの)	24	68.5	87	60	-27	1.45	-31%
1250	K6372	2 限局性腹腔膿瘍手術(ダグラス窩膿瘍)	22	75	85	60	-25	1.42	-30%

図 24

## 試案より調査値が短い術式(200%以上)

行番号	Kコード	手術名称	件数	実測値(分)		試案		C/実測時間B	
				中央値	平均B	A	差C	比	%
532	K259	角膜移植術	188	70	80	240	160	0.33	201%
1677	K8722	2 子宮筋腫核手術(腔式)	65	45	58	180	122	0.32	212%
1518	K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	125	39	58	180	122	0.32	213%
557	K277	網膜冷凍凝固術	11	25	38	120	82	0.32	214%
1410	K7212	2 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術(その他のポリープ・粘膜切除術)	310	30	37	120	83	0.31	221%
1721	K8982	2 帝王切開術(選択帝王切開)	2913	50	54	180	126	0.30	231%
569	K2822	2 白内障手術(嚢内摘出術)	32	25.5	36	120	84	0.30	233%
1720	K8981	1 帝王切開術(緊急帝王切開)	1754	47	53	180	127	0.29	241%
570	K2823	3 白内障手術(吸引術)	17	15	17	60	43	0.29	246%
1742	K911	胞状奇胎除去術	26	14.5	17	60	43	0.29	251%
450	K197	神経移行術	172	55	66	240	174	0.27	264%
447	K1962	2 交感神経節切除術(胸部)	51	37	49	180	131	0.27	265%
571	K2824	4 白内障手術(超音波摘出術)	1695	20	31	120	89	0.26	285%
1500	K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術／一連につき	629	44	46	180	134	0.26	289%
1551	K8036	6 膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)	2379	35	43	180	137	0.24	320%
1577	K821	尿道狭窄内視鏡手術	209	30	40	180	140	0.22	346%
379	K1642	2 頭蓋内血腫除去術(硬膜下)／開頭して行うもの	1258	40	54	240	186	0.22	347%
555	K2761	1 網膜光凝固術(通常のもの(一連につき))	46	10	14	60	46	0.23	335%

図 25

ところがちゃんと調べたら 84 分かかっている、マイナス 54 分、つまり 1 時間ほど短く見積もっているわけです。ですから、この術式に関しては損しているわけです。非常に抑制的なのです（図 24）。

そういう手術がある一方で、逆もあります。逆さまに、試案よりも調査値が短いものです。試案では何時間もかかると書いてあるのに、実際に測ってみたら短いというのがたくさんありました。これはあまり多過ぎて、200%以上のものだけここに挙げました（図 25）。つまり、それだけ多いということなのです。やはりみんな長めに言っているのです。たとえば、これは白内障の手術ですが、84 分の差があるのです。ですから、1 時間半ぐらいの差があって、233%になっているわけです。これは補正しなくては行けない。では調査のとおりにするかという、そういうわけにもいかない、50%補正にしましょう。100%多いのだったら 50%補正しようというのです。というのは、1 回の調査ではわからないと言われたらそうかもしれませんし、今現実にそれで診療報酬を受け取っているのに、急に下げられるのはまずいという配慮ですね。これはやむを得ないと思うのです。また定期的に調査して、また 50%引いたらいいのです。ところが、やはりすごい反対を受けて、私ども大変困って、いろんな質問状をいただいたりしました。そしたらたまたまそのときに、私は手術委員長を首になって会長になり、その後、岩中先生が手術委員長を担当されました。今東大の小児外科の教授ですけれども、岩中先生は大変調整が上手な方で、とにかく 50%補正するが調査に不備があると感じる学会はちょっと保留しましょうということになりました。ただし、その場合は 1 年以内に自分たちで調査した結果を出してください、そういう条件付きです。それで一応納得していただいて、ついこの間調査の結果が出て、ほぼこれと変わらないということでご納得いただきました。納得していただいた学会は大変立派だったと思います。特に各学会の代表委員の先生はやはり学会を背負って来ていますから、自分が出て行って、今現実にとっているものを 50%引いてしまうよと言われて、OK と言う人はいません。ですから、いくら理論で攻められても、その中でうんと言えない苦境にあったと思うのです。そういう先生には申しわけなかったと思いますけれども、正しい方向に動いたのです。

こういうことをやるのが、実はこういうデータの信頼性を増すと思うのです。つまり、厚生労働省もちょっとおかしいなと思っているところが、こうやって直されていくということ、そのデータが公開されるということ、これらが非常に重要だと思います。そうすれば、外保連というのは単に圧力団体ではなくて、一応まじめにやっているのではないか、ちゃんと公正なルールにのっとってやっているのではないかということは理解されると思います。

改定の際に、このマニュアルにその調査結果を反映させました。そして再調査するということをやっています（図 26）。

現行の診療報酬制度はいろいろ不備な点がたくさんあります。たとえば、そもそも技術評価が低過ぎるということです。それから、複数の手術をすると 50%引かれるとか、ち

**精緻化調査結果**

- 試案より実態の時間が短い術式、反対に長い術式が認められた(試案2時間→実態20分など)
- 試案の改定に調査結果を反映する
- 調査結果の不十分な例については、再調査し次回の改定に利用する

図 26

**現行の診療報酬制度の問題点**

- 不十分な技術評価
- 複数手術の問題点
- 技術料と材料費が混在
- DPCの拡大に伴う問題点
- 施設基準
- 専門医制度

図 27

**不適切な技術評価: 症例数に基づく手術の施設基準**

**DPCの問題点**

図 28

**手術施設基準の設定と廃止に至る経緯**

- 2001年: 119の手術術式毎に施設基準設定、基準を満たせない施設で診療報酬の30%削減
- 2002年: 施設基準の緩和策
- 2004年: 施設基準の改正
- 2006年: 施設基準の廃止

図 29

よっと信じられません。小売店で1つ1つ買えば100%払わなくてはいけないけれども、デパートに入って3つぐらい買ったなら2つ目から50%引いてくれる、そんなはずはないですよ。そんなことはあり得ないのに、そういうことが平気で行われています。

それから、先ほど言った技術料と材料費が混在していること、これが一番大きな問題です。DPCもいろんな問題があります。それから、施設基準についてもいろんな問題があって、これはもうすったもんだのやりとりがあります。専門医制度がきちりしていないということも問題だろうと思います(図27)。

不適切な技術評価ということにつながるのですけれども、症例数に基づいて施設を評価して値下げしようということをやったのです(図28)。つまり、基準を満たさないところは手術料を引いてしまうのです。それはどうやって決めるかといったら、症例数の少ないところは引いてしまうのです。これはだれが聞いてもおかしなことですが、これをやったのです。

2001年に119の手術について、規定数に達しなかったら30%、それでなくても安い手術料を30%カットするわけで、これはもうむちゃくちゃなことです。これについては、すぐに反論したりしていろいろやって、最後に廃止になりました(図29)。でもこの間5年ぐらいかかっているのです。いくら明らかにおかしなことでも、覆させるためにはすご

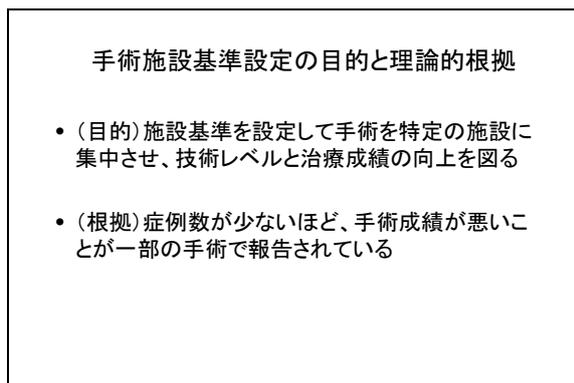


図 30

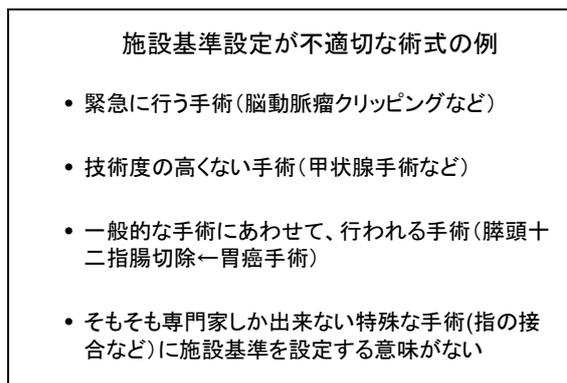


図 31

いエネルギーと時間が要するということがわかります。

ただし、これは全く理由なくやったのではなくて、そうすることで特定の施設に手術を集中させることができる。つまり少ないところはあきらめてやめるだろうということです。みんな自分のところでやろうと思ってたくさん症例を集めるだろうということです。症例数が少ないほど手術成績が悪いということが、米国で一部の手術について報告されています。これを全部拡大解釈して、119 の手術でそうであるということで、我が国でもそうだと、根拠なく拡大解釈した人がいて、アメリカのその論文を頼りにやったのですね (図 30)。これはもう明らかな間違いなのです。たとえば、500 床の病院と 1,000 床の病院だと、症例数は違います。スケールの大きい病院ほど、ではいい治療をしているのかといったら、そうとは限りません。

それから、技術というのは実は病院に付くものではありません、術者に付くものです。たとえば A という先生が大変心臓の手術がうまくて、ある病院で 1,000 例ぐらいやっていて、そのときは評価される。その先生が 300 例しかない病院に移った途端に評価が下がるというのはおかしいですね。技術は一緒に移るわけですから。ですから、多ければいいというものではない。確かに言わんとするところは一部わかります。たとえば、移植とか心臓外科の一部なんかは、やはり限られた施設でやるべきです。というのは、リソースも限られていますし、そういういろんな技術を拡散させることは合理的ではありません。それはまずいと思いますけれども、ただ症例数にすごく重きを置いてしまって、症例数でかちかちと区切って、しかもそれでカットしてしまうところが非常にまずいのです。

それから、緊急に行う手術も、症例数がなくてはだめだとか、それから技術が高いのかなと思うような手術が入ったり、胃がんのときにも臍頭十二指腸をやることがあるわけですが、そういうときには全然評価されないということもあったり、いろんな矛盾があるのですね (図 31)。

2002 年に改定が行われました。さっきの 119 例でなくて、それを 19 の手術群に分類して、あと専門医がいたら少し緩和するとか、要するに少しまけてやるからやれよということです (図 32)。

**2002年の手術施設基準改正**

2002年の施設基準の緩和策：  
19の手術群に分類、専門医による緩和など

図 32

**施設基準の実際**

- 区分1:年間50例以上(専門医の場合30例以上)  
- 頭蓋内腫瘍摘出術等ほか5群
- 区分2:年間10例以上(専門医の場合6例以上)  
- 水頭症手術等ほか7群
- 区分3:年間5例以上(専門医の場合3例以上)  
- パセドウ甲状腺全摘等、母指化手術等ほか7群
- その他  
- 人工関節置換術、乳児外科施設基準、ペースメーカー移植術等、冠動脈大動脈バイパス移植等、経皮的冠動脈形成術等

図 33

小児外科関連施設症例数

手術総数	一般小児外科手術	小児心臓手術	施設基準
24	24	0	○
23	8	15	○
22	11	11	○
20	12	8	○
20	20	0	○
19	19	0	×
19	6	13	×

図 34

**2004年の施設基準見直しの実態**

- 基準を満たした施設を優遇(5%増)するとしたが、その前に手術報酬を5%下げたので実質的増加なし
- 基準を満たさない施設は相変わらず30%引き
- 施設基準を満たした施設を優遇するといいながら、実質的には何の改正もなし

図 35

これも全くポリシーのないやり方ですね。区分1は50例以上、区分2は10例以上、区分3は5例以上(図33)。この数は全く根拠がないのです。適当なのです。少し緩くしてあげるから、それで堪忍してくれということなのです。また、こういう数字が出てきていますけれども、この数字の根拠は何もないのです。それでまた、みんなで反対したわけです。

たとえば、小児外科がありますね。主に小児の腹部の外科です。それと、小児の心臓の手術をやっているところです。これを足した数が20以上ないとだめなのです、施設基準を満たさないのです。けれども、これは必ずしも一緒にやっている手術ではありません。一緒に施設にはないですから。ですから、小児外科で非常にアクティビティが高くても、その半分しかないところは認定があるのに、こっちは30%カットされる。この切り分け方にすごい矛盾があるのです(図34)。

それで、あまりにもひどい反対の声が上がったので今度はどうしたかという、基準を満たした施設は、そのままではなくて上げてやる。つまり基準を満たさない施設を30%下げるのではなくて、症例数の多いところは5%上げてやるから、これでどうだということです(図35)。これはいい話ですよ。症例数をたくさん集めたところはよく集めたなどいうことで5%上げる。これはいい話だなどと思って、それだったらいいよと言ったのです。

### 手術症例数と成績に関する外保連調査

- ・「症例数と成績が比例するという証拠がない」と主張するだけでなく、症例数と成績が比例しないことを学問的に証明する
- ・施設基準の設定された術式ごとにアウトカムを設定
- ・学会の関連施設で調査

図 36

### 症例数と手術アウトカムの相関の検証

- ・ 日本産科婦人科学会、女子外性器悪性腫瘍手術ほか
- ・ 日本耳鼻咽喉科学会、鼓室形成術(成功率)
- ・ 日本胸部外科学会、初回待機的CABG(死亡率)
- ・ 日本脳神経外科学会、脳動脈瘤クリッピング(死亡率、機能的予後)
- ・ 日本胸部外科学会、日本呼吸器外科学会、肺癌(予後)
- ・ 日本整形外科学会、股関節人工関節置換(機能)

図 37

そうしたら、次に改定のときに、手術報酬を 5%あらかじめ下げたおいてから、5%上げるということを行いました。確かに、その前に下げないとは言わなかったということなのですけれども、要するにマッチポンプですよ。上げる前に下げたわけですね。でも基本的には、いい施設を優遇するということの言質をとったという点ではプラスなのですが、大した成果ではありません。

そこで、手術の症例数と成績（アウトカム）がそもそも関係するのかどうか調べようということになったわけです。つまり、最終的に論破するためには、日本にはそういうデータがまだないではないかと言うのではなくて、日本の手術について我々が調べた、そうしたらこういう状況だということを示せばいいのだということになりました。これが一番最終的な方法ですよ。各学会に集まってもらって、調査しようとしたんですが、意外に成績をきちっと出すというのが難しいのです。それと、どういう手術についてはどういうアウトカム、つまりたとえば、がんであれば 5 年生存率とか、心臓であれば直死率だとかいろいろ評価の仕方がありますね。それから、整形外科であれば歩けるようになったとか、耳であれば機能が回復したとか。いろいろなアウトカムがありますから、それを一応設定してもらって、調査をお願いしました（図 36）。たくさんの学会が非常によく協力してくれました。

産婦人科学会は外性器悪性腫瘍とか、耳鼻科が鼓室形成の成功率。それから、胸部外科学会が死亡率。脳神経外科も死亡率。胸部外科や呼吸器外科は予後です。それから、日本整形外科学会が股関節置換をやっております（図 37）。これは結構メジャーな手術で、快く協力してもらいました。そうしたら、調べた手術のほとんどは必ずしも相関しないということがわかりました。相関したのは 1 つだけで、股関節の人工関節の置換。これはある程度相関するという結果が出ました。

これは相関のデータですけれども、50 件以上やっているところが 85 施設、49 件以下が 816 と、圧倒的にこういうところが多いのです。手術の検査は 7,500 とか 9,300 集めて、改善したのが、50 件以上のところは 99.7%で、49 件以下のところは 98.3%、悪化したのは 0.3 と 1.7 で、これは有意差があるということです（図 38）。これはほとんど意味

## 日本整形外科学会調査 人工関節置換(股関節)

	50件以上		49件以下	
医療機関数	85		816	
手術例数(件)	7,578		9,386	
改善 (例/全症例に対する%)	7,558	99.7%	9,227	98.3%
不変・悪化 (例/全症例に対する%)	20	0.3%	159	1.7%

図 38

がない数字だと思います。統計学的に有意の差があるということと、実際に意味があるということは全く別です。これを見て、だれがどう見ても 99.7 対 98.3 で、成績に差があるなんてとても言えないですよ。これはたまたま母数がすごく大きくなったので、0.3 対 1.7 でも有意の差が出たわけですが、統計学的に有意の差があるということと臨床的に意味があるということは全然違います。統計の先生によると、そこで差があるかどうかということは、臨床家の皆さんが判断してくださいというわけです。そのところを、これは一応出たので正直に言ったわけですね。これは中医協に報告されて、手術数による施設基準は最終的には廃止されたのです。しかし、その前にやはり抵抗があって、その生データを解析されてくれというのです。

それはいいでしょうということになりました。では、提供できる学会は提供してくださいと言って協力していただいて、東京大学の松山先生、大江先生らが、この先生たちは厚生労働省の研究班とかいろいろやっているのですけれども、学会の代表も一緒に、もう一回解析してもらいましょうということでやりました。

結論は、統計学的に先ほど言ったような有意の差があるものもあるけれども、臨床的に意味のある差ではないということでした。つまり、データを第三者の学者に渡して、一緒に解析したその結果です。さらに彼らが言ってくれたのは、リスク調整がされてないので、それをちゃんとしたらもっと差は出なくなるかもしれないよということです(図 39)。ですから、このデータよりも悪くなることはないということですから、これで結局ぎゃふんです。そうしたらもう取り下げざるを得なくなったということで、めでたく先ほどの施設基準はなくなりました(図 40)。でも、まだやろうとして未練を持っている人がまだいます。

残念なことに、その間に向こうはちゃんと手術料を減額して、結局 1 年間にこれぐらい

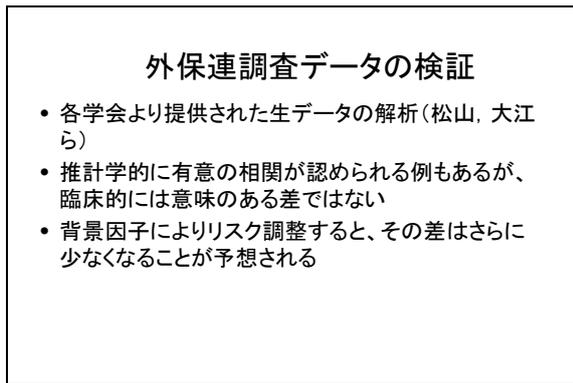


図 39



図 40

### 施設基準による減額(19手術群)

基準を満たした手術数 100%支払い	262,917件
基準を満たさない手術数 30%減額	30,612件
減額分(円)	83億円

図 41

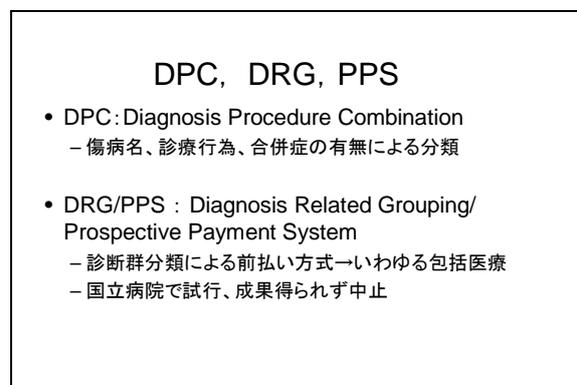


図 42

は手術料を削ったのです(図 41)。何でこんなことをやったかという、医療費抑制策がずっと続いたものですから手術料をなかなか上げられません。でも、一部上げた場合どこからお金を取ってこなくてはいけないのです。内科から取ってくるわけにいかないということで、おそらくここに目をつけたのではないかと思います。邪推すれば、それは帳じり合わせではないかな、と思います。3割削りたかったのです。屁理屈をつけて、もういいかということで引っ込めたのではないかと思います。黙っていたらいつまでもやっていたかもしれません。結局 5~6 年にわたってこれだけ取られているわけですから、膨大な額が削減されているわけです。えらい迷惑ですね。しかも、専門施設で比較的難易度の高い手術をやっているところがそういう目に遭っているわけです。

今 DPC のことが問題になっていますけれども、これも病院でなければあまり関心がないかもしれませんけれども、これは要するに丸めなのです。診断名ごとに、入院したときに料金を決めて、1日いくらと決めてしまう方式なのです(図 42)。

この目的は医療費を削減することです。要するに、厚生労働省は病院がむだなことをたくさんやっているのではないかと考えています。患者さんの言うとおりに、こういうふうに全部やっているからお金が高くつくので、たとえば風邪の人は1日いくらとか、胃がんの人は1日いくらと決めてしまえば、医者も余計な検査はしないだろうということです。

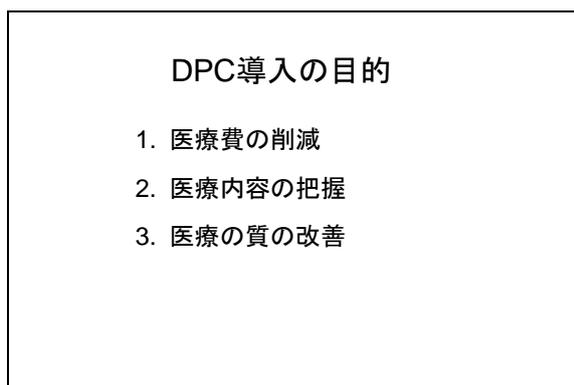


図 43

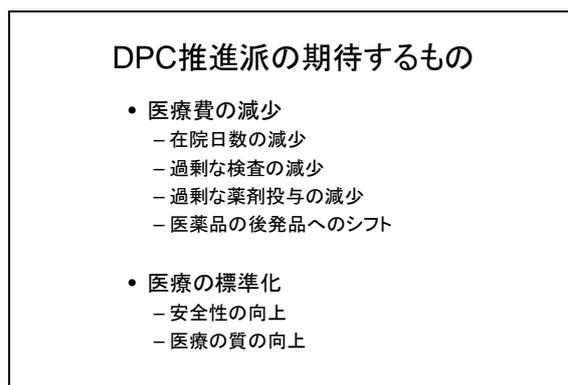


図 44

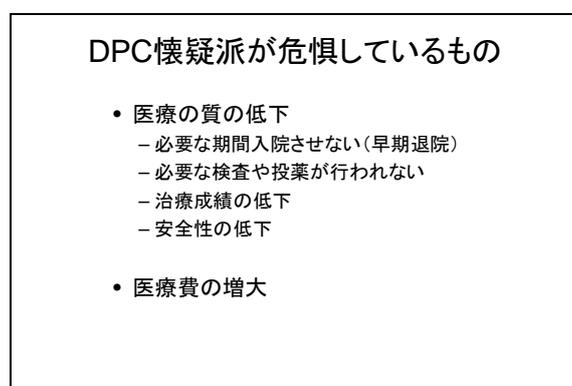


図 45

逆さまに言えば、医療の質が落ちる可能性もあるわけです。やるべき検査をやらなくなる可能性もあるわけです。でも彼らは、医療費が削減できて医療の内容がちゃんと自分たちがわかって、しかも医療の質が改善すると主張しているわけです（図 43）。

推進派の人は、DPC という丸めにすると医療費が減るといいます。在院日数がまず減るだろう。それから過剰な検査が減る。薬剤の投与も減る。それから、医薬品もゼロですね、後発品にかわるだろう。医療が標準化されて安全性が上がって医療の質が向上して、めでたし、めでたしというわけです（図 44）。

反対する人は、医療の質が低下するのではないかと。つまり、必要な期間入院させない、早期に退院させなきゃいけない。それから、必要な検査や投薬が行われない。治療成績が下がったり安全性が下がることを懸念しています。それと、医療費は上がるのではないかとという意見もあります（図 45）。なぜ上がるかという、DPC のこの制度自体はまだ完全なものではないのです。米国では DRG-PPS といって別な形の 1 入院当たりの包括医療が行われました。これは失敗に終わった、よくない制度なのです。非常に厳しい診療状況になっている。失敗しているのはわかっているけれども、日本ではやろうとしています。

実は先ほどの推進派の方は、いろんなデータがちゃんと把握できるということを言いました。確かに、自分の病院の経営を解析するのにもいいのですけれども、今厚生労働省は

### 特定機能病院における入院医療の 包括評価(DPC)

1. 対象病院: 大学病院, 国立がんセンター, 国立循環器病院(82病院)
2. 平成15年4月より実施
3. 診断群分類(591疾患、3074分類 \* )  
(\* 平成16年より)

図 46

参加しているすべての病院の収支をちゃんと把握していますから、どこでどのくらい儲かっているか、どこでどれくらい損しているか、全部把握しています。丸裸になっているわけです。ですから、あなたのところこれだけ儲かっているから、DPC 高過ぎるね。少し下げようよ。もっと下げられる。薬をたたいても、またもっと下げますと、どんどんどんどん下げられるわけです。みんな苦しい状況になるのは目に見えているのです。

在院日数は確かに短くなりましたけれども、これはどうしてかということ、最初にこういうものを導入したのは特定機能病院が中心なのです。主に大学病院です。大学病院は、皆さんご存じのように、在院期間がもともと長いのです。プライベートの病院と違って、効率性に関してちょっと後進的などころがあります。のんびりやっている、そういう病院については確かに効果があり、そういう病院の在院日数は短くなったのですが、それは短くなったのではなくて、実は一般の病院並みになっただけなのです。というのは、その時点でほかの民間の病院というのは、もうすでに短くなっているのです。別に DPC が導入されたから短くなったのではなくて、すでにそういう流れになっているのです。クリニカルパスが入ったりいろんなことで、もう時代はそういう流れに入っているわけで、必ずしも関係ないのです。

こういう国立病院とか(図 46)、そういう病院が少しよくなったよということに尽きるわけです。

再入院が実は増えています。たとえば、これは同じ疾患で、退院してから 6 週間以内に再入院したのが 3.94%だったのが、16 年には 5.93%まで上がっています。増えています。その間、調査協力病院、これはまだ DPC に入っていない病院ですけれども、そこはずっと 3.8%ぐらいで変わらないわけです。ほかの病院が変わっていないのに、DPC に参加している病院だけは再入院が増えているのです(図 47)。これはいろんな理由付けがされています。化学療法を後でやるためだとか、放射線をやるためだとか言うけれども、それだけの可能性は必ずしも高くないですね。ひょっとしたら、診療の内容が変わっている可能性があるのです。つまり、できるだけ早く退院させようというインセンティブを与えていますから、そのために診療の質が落ちている可能性があります。でも、一応今のとこ

## 再入院率の変化

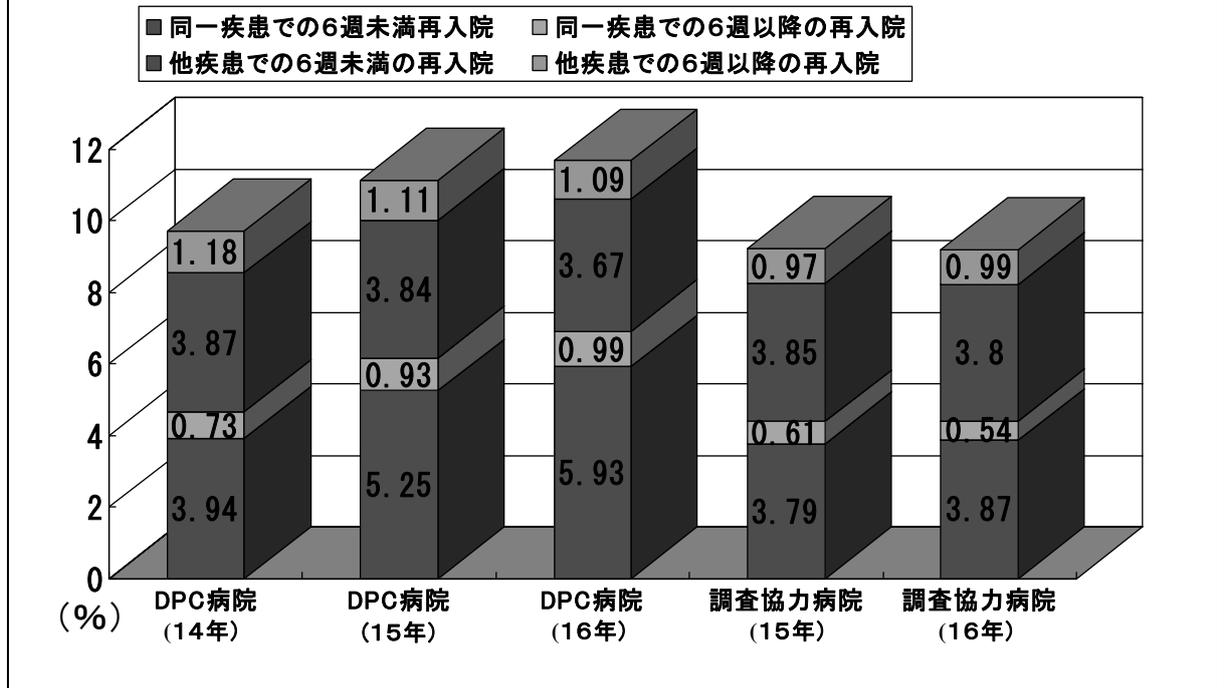


図 47

### 診断群分類出現頻度の変化(増加)

診断群分類	14年度 件数	15年度 件数	増減
DIC	196	447	+251
骨髄異形成症候群	134	249	+115
上肢等の皮膚悪性腫瘍	585	1063	+478
前立腺の悪性腫瘍	2859	4933	+2074
黄斑、後極変性	808	1293	+485
睡眠時無呼吸	1532	2336	+804
肺の悪性腫瘍	6849	8886	+2037

図 48

### 診断群分類出現頻度の変化(減少)

診断群分類	14年度 件数	15年度 件数	増減
慢性C型肝炎	1854	952	-902
非裂孔原性網膜剥離	1018	568	-450
頭頸部悪性腫瘍	631	372	-259
皮膚の良性新生物	717	498	-219
転移性頸部悪性腫瘍	319	248	-71
小腸の悪性腫瘍	435	347	-88
前立腺肥大症	928	760	-168

図 49

ろはこれはやむを得ない事情ということになっていきますけれども、やはり嚴重に見ないと、早く帰しないと儲からないぞということになって、ちょっとおかしい医療になってくる可能性があるわけですね。

それから、この診断群というのが非常に曲者で、つけ方によってどうにでもなるところがあるわけです。つまり、評価の高い診断群に分類をコーディングしたら儲かるわけです。ですから、おかしいのは14年には196件しかなかったDICが15年には447になっていることです(図48)。これはおそらく学習したのでしょうか。DICつけたほうが儲かるよということなのです。そういう病気がたくさんあるのです。

逆さまに、これは減ってしまった例です。たとえば、慢性 C 型肝炎というのは 1,854 件あったのだけれども、半減したのです（図 49）。これはこんな病名よりも、たとえば肝不全だとか何かそういう名前をつけた方がいいということになってしまったわけです。ですから、たとえば特定機能病院みたいにお行儀のいい病院ばかりだったら、そんなにひどいことが起きないかもしれないけれども、最近はまだ急性期病院のうち半分ぐらいの病院が参加していますから、中にはなかなか苦しい病院もあって、何をやるかわからないところもあるわけです。これは羊たちを集めたときのグループです。今はオオカミも入ってきているかもしれない、ということです（笑声）。

それで、実は今たくさん応募していますけれども、応募までの準備期間を 2 年にしたり、今厚生労働省がストップをかけようとしているように見えます。つまり、振り分けができてないからなのです。本当に DPC に適した病院とそうでない病院が共通でやれるルールかどうかということは、非常に疑問がある。大学病院の病院長というのは大体 4 年ぐらいでやめますから、その間だけよければいいのだという考えにもなりやすいのです。というのは、これに参加した病院は前年度の収入は担保されています。調整係数というのがついていて、前年度並みの収入は担保されているのです。ですから損はしないわけです。それは暫定的な処置ですよと、最初から言っている。最初に参加したところへのご褒美だと。それは時期が来たらやめます、とも言っています。

それから、今は 1 日いくらという額なのです。それだとあまり早く帰そうというインセンティブが強くないので、1 つの病名で、1 入院でいくらという米国式の DRG-PPS にしようということも考えられています。実際ついこの間まで、調整係数という係数はもう廃止してはと言っていました。釣った魚に餌は要らないということです。入院についても、ヘルニアについてはもう 1 入院当たりいくらの試行をしているのです。でも、昨年からは病院が倒産したりいろんな医療危機が叫ばれ始めまして、そのときからトーンががたっと変わって、急には廃止できないということになりました。つまり、急にやったら倒産する病院がたくさんあるので、段階的にやめるということをお願い始めたのです。2 段階か 3 段階、かわりに機能係数というのを付けるとか、いろんなことを言っています。

それから、1 入院当たりの丸めにするのではないかと聞いたら、全然そんなことは考えていませんと明言したのです。それはやはり政治的な配慮ではないかと思えますけれどもね。今病院がどんどん倒れていって医療の環境が悪くなると政治がもたないということではないかと思えます。方針は転換されました。それはいいことかもしれません。

こういうぐあいに、なかなか難しい状態です。DPC 実施のときに、外保連が主張したのは、手術料は DPC から外してくれということです。というのは、包括医療の中に手術料を入れられてしまうと、自分たちの技術がどういうものか全然見えなくなってくるわけです。手術の技術評価なんて全然関係ないということになってしまっていて、自分たちのアイデンティティというのがなくなる。あと放射線治療ですね。それもやはり技術を伴うものだというので、それは外してもらいました。ですから、言うなれば米国のホスピタル・

### DPCの今後

- DPC導入で医療費は削減できるか？
  - DPC病院では医療費は増加
  - 日割り計算から1入院包括へ
- DPC導入で医療の質は上がるか？
  - 導入していない病院でもクリニカルパスなどにより改善している
  - DPCでは医療内容のチェックが困難
- DPCはどのように変わるか？
  - 病院別係数の廃止(釣った魚に餌はいらない)
  - 日割り包括から1入院包括へ？

図 50

### 技術評価適正化のための4つのキーワード 調査、情報公開、専門医制度、国民の理解

- 調査:各学会は担当する医療技術に関するデータを調査把握する
- 情報公開:科学的で正確な情報を、わかりやすく公開する
- 専門医制度:専門医制度のよりいっそうの充実と、適正な数の専門医育成
- 厚生労働省だけでなく、広く国民の理解と支持を得る努力が必要

図 51

フィーにかかわるところは包括でよいが、ドクター・フィーはやはり我々がコントロールするのだと、そういう強いメッセージを出したわけです。でも、すきがあれば、手術料も包括しようとしているかもしれませんから、油断してはいけないわけです。そのときは大反対しなくてはいけません。ストライキしてでもやめなければいけないかもしれません。でないと、自分たちの評価というのは病院の経営の中に埋没してしまいます。

そもそも外保連というのは、開業医の代表でもありませんし、病院の代表でも実はありません。病院の代表のような感じではありますけれども、実は勤務医の利害と病院の利害は必ずしも一致しないのです。病院は、やはり病院としての利害を追求しますから、別に外科医の給料が上がっても下がっても、むしろ安いほうがいいのですから、ある意味では敵対している部分もあるわけです。日本はドクター・フィーの制度がありませんから、病院からいただくというふうになっていますけれども、そのときに自分たちがどれぐらいの価値があるかということを示せないようでは困ります。だから、丸めから外すということは非常に重要な作業なのです。ただし、厚生労働省もそのところはよくわかっていて、技術を伴うものについては評価しようという姿勢はあります(図 50)。

技術が適正に評価されるためには、私は4つのことが必要だと思います(図 51)。

1つは、調査です。何かあったときに、それに対抗できるデータを迅速に集める能力です。それは参加している各学会の能力と熱意によると思います。そこに非常に熱心な先生がいたら、よく考えてくれて、こういうアウトカムを調べたらいいとか、いろいろ知恵を貸してくれます。また、ここにこういうデータベースがあるからこれを使ったらいいのではないとか、教えていただけます。そういうものを迅速に出せるというのは学会しかないのです。特に、この技術の細部については学会にしかわからないところがたくさんありますし、それを聞こうという姿勢は厚生労働省にちゃんとあります。ただし、ちゃんとまともなものでなくてはいけません。また、一部の人が自分のやっている技術だけを言うというのはまずいので、みんなでたたき台を作って、みんなの前で議論して、その技術の評価をするというシステムを作ることは、信頼性を増すうえでは非常に大事です。

情報公開、これはみんなの前で討論するということです。つまり、一部のグループが集

まってやると必ず文句が出ますから、たとえば、心臓外科の技術は耳鼻科には全然関係ないですけども、外科を志す人が一緒に見ていて妥当かどうか、妥当な議論かどうかというのを見る、そういうことが非常に重要だと思います。

それから、先ほど言いました専門医制度です。これは非常に重要で、先ほどの技術度評価のときにそれを裏打ちする専門医制度がきちっとしていないとまずいと思います。

それから、今までは厚生労働省だけにいろいろ言っていましたけれども、それだけではだめですね。広く国民の理解と支持を得る努力が必要だろうと思うのです。というのは、お医者さんはみんな儲かっていると思っているのです。歯科医の先生も儲かっている人っている人かもしかかもしれません。儲かっている方もおられるでしょうけれども、つらい方もおられる。特に勤務医は、はっきり言って、そんなに年俸の高い人はいません。でも、開業の先生で一部裕福な方もおられて、みんなよく言われるのは、医療費を上げて、どうせ開業医の奥さんの毛皮になったり宝石になったりするんじゃないか（笑声）、そういう見方をしている人もいるわけです。当然僕なんかベンツか何かに乗っているのだろうと思っている人がたくさんいるかもしかかもしれませんが、そんなことは1回もありません。別に金持ちになりたいわけではないですけども、そんなに我々の技術が認められていないということを国民に言わないとまずいと思います。

ただしその前に、まず自分たちのやっている技術のレベルが世界的に見ても高いということを示すべきだと思うのです。歯科も多分そうだと思うのですけれども、日本人の技術のレベルというのは非常に高い。さっき調査した、いろいろなアウトカムを見たときに欧米の文献とかといろいろ照らし合わせてみました。たとえば、大変失礼な話でしたけれども、心臓外科なんか日本はちょっとまずいのではないかと、外科医が多過ぎて症例数が少ないからあまり成績はよくないのではないかと、思っていました。ドイツとかアメリカに比べるとちょっとまずいのではないかと、思っていましたけれども、意外に日本のほうがいいのです。これは大変失礼だったなと思います。医者でもそうなのですから、患者さんは皆そうだと思うのです。移植でみんなアメリカへ行ってしまう。すると、日本ではきっとできないのだと思ってしまう。難しい手術はアメリカが進んでいていいな、使える薬が日本は少ないとか、いろいろなことが流布されていて、マスコミもそれに乗って日本の医療は非常にレベルが低いような誤解を招いていますよね。

最終的に、国民の支持がないと医療費は上がりませんから、国民に、あなたたちはこんなにいい医療をしてもらっているのだということを、言いにくいけれどももっと言わなければだめですね。日本人というのは自分のことを良く言うことは大変不得意です。自分たちのやっていることは素晴らしいことだと自慢するのは恥ずかしいですね。でも、それを言わなければだめな時代なのです。厚生労働省にしても、そういう後押しがないと実現しないと思います。

肝臓とか膵臓の手術における特殊縫合糸というのがあります。たとえば、吸収糸とか、アトラウマティックの針付きの糸ですね。昔は糸代というのは実は別に取れていたの

### 肝胆膵手術における特殊縫合糸経費の手術料に占める割合 (%)

(国土ら、日本臨床外科学会雑誌、68より)

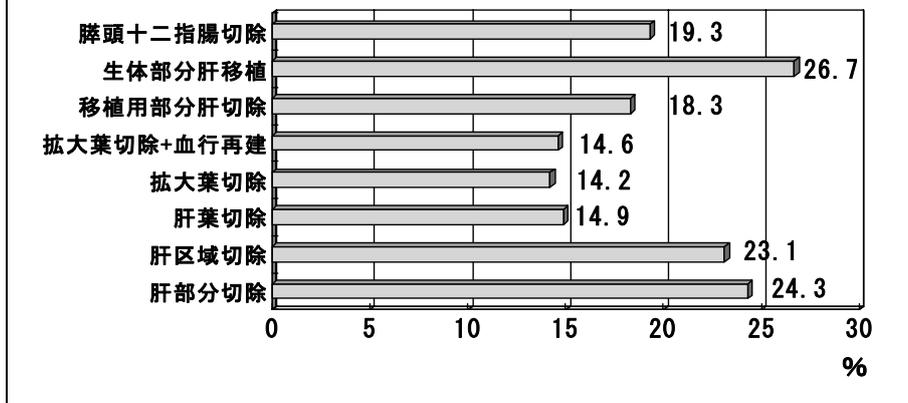


図 52

す。5,000 円ルールというのがあって、一定以上の額になったら請求できたのです。ところがあるとき、それを外されたのです。その後、それが全然取れなくなって、糸代がどれぐらい手術料に占めているかを調べたのです。そうしたら、驚くほど要る。たとえば、生体部分肝移植では手術料の 4 分の 1 が糸代なのです。技術料のうちの 4 分の 1 が糸代でなくなっているのです。肝の部分切除でもやはり 4 分の 1 ぐらいです (図 52)。ですから、我々が手術料だと思っているのは、実は糸代で、どんどんどんどん削られている。だから、本当はあまりいい糸を使ってはだめなのですよ。だけど、やはりいい糸を使いたいですよ。合併症が起きたら嫌ですから、みんな使うのですよ。いいものが出てきているわけで、そういう進歩が利用できないでは困るのです。

心臓外科とかいくつかのグループが糸に関するデータを出しました。2 年前の改定の際にこれを出して、一部 3 割ぐらい手術料が上がったのです。それは大体こういうデータがあった術式が多かったのです。全部ではないですけども。厚生労働省もすべての術式をばっと上げるということは到底財政的にも無理ですから、わずかに上げられると思ったら、どこに上げたいかなということを考えるわけです。どこが本当に認められていないのかな、どこが本当に困っているのかな、ということを知りたいわけです。その知りたいデータを出しているのです。こういうことを一生懸命出したところは得したわけです。説得力がありますからね。ここはそんなに糸代がかかっているの、ということになるわけです。ですから、こういうデータを出すということも非常に重要だと思います。

それから、日本の治療成績ですけども、1999 年の胃がん学会のときに 5 年生存率などいろいろなデータを示しました。鹿児島から東京からずっと。ステージ II を見ていただいたら 47% から 81% まであります (図 53)。これはすごい差ですよ。毎日新聞に取り上げられて、日本はとんでもない医療をやっているところがあるというふうになったので

進行度	I a	I b	II	IIIa	IIIb	IVa	IVb
A病院	88	64	47	32	18	17	7
B病院	93	83	49	44	23	21	5
C病院	92	84	74	47	21	2	0
D病院	99	91	81	65	42	22	8
E病院	96	91	77	59	39	23	6

図 53

試験	手術死亡率	5年生存率
JCOG-D2(日本)	0.8%	70%
JCOG-D3(日本)	0.8%	70%
MRC-D1(英国)	6.5%	35%
MRC-D2(英国)	13%	33%
Dutch-D1(オランダ)	4%	45%
Dutch-D2(オランダ)	10%	47%

図 54

す。これは実は裏があって、その鹿児島の上の分は高齢者がすごく多いのです。80を超えたような人ばかりなのです。ですから、5年後に生きている確率がそもそも低いのです。でも、そういうバックグラウンドを全く言わないでセンセーショナルに報道してきて、日本の医療はむちゃくちゃだというような、そういう論調になっているのです。8割のところは偉いのではなくて、そんないいかげんな県があるのだという論調なのです。

これは、ちょっとずれますけれども、胃がんの手術を国際的に比較してみました。これは日本の研究、全部論文になったものです。日本の研究者が出している。それから、これは英国のトライアル。これはオランダのトライアル。手術死亡率では日本は0.8%、大体1%弱だと思います。胃がんの死亡率ですよ。胃がんの手術をして亡くなる方は、大体100人に1人です。英国は6.5%、13%、オランダは4%、10%。このD2というのは日本ではスタンダードの治療です。つまり、リンパ腺をきちんと取るのです。D1というのはあまり取らないでやる。日本はもちろんD2を基本的にやっています。高い技術の手術をやっているわけです。向こうは高度の手術をやらなくても6.5%とか4%死んでしまうわけです(図54)。日本式の手術をやったら10%死ぬ。これだけやったら、日本ではとてもやっていけません。皆さんも、外国で胃がんが見つかって絶対にもそこでやらないでください。這ってでも帰ってきて、日本でやってください。多分そのほうが助かる確率は高い。

しかも、そんなにたくさん死んだ挙げ句に、5年生存率が日本のほうが倍ぐらいいいのです。ですから、日本のレベルというのは非常に高いのです。そもそも、外国のやり方というのは、大まかに取って、あとはレントゲンをかけたり抗がん剤をやっておけよという考えなのです。ですから、日本人みたいにきちっと治そうとか、細かく分けてここを取ろう、そういうことはあまり考えていない。そんなことをやるとまた合併症がさらに増えるからやめよう。だって5%が13%に、倍ぐらい死ぬことになったらやめますよね。

これは大腸がんをやっている先生に、大腸がんはアメリカは多いから、大腸がんは日本のほうが技術的に悪いんじゃないのと言ったら、そんなことはない、このデータをくれました。これは日本の大腸がん研究会のデータです。こっちは、アメリカの2つのデー

Observed 5-year Survival Rates for Colon Cancer			
Stage	● Japan	🇺🇸 USA	
	JSCCR 1991-94	NCDB 1995-96	SEER 1994
0	94.8	71.3	77.3
I	90.6	69.6	75.7
II	83.6	59.9	63.5
III	71.3	44.4	45.2
IV	14.3	5.1	4.3
Overall	71.4	47.5	47.6

NCDB=National Cancer Database; SEER=Surveillance Epidemiology and End Results

図 55

データベースです。National Cancer Database (NCDB) と SEER とあって、これを見てステージ別にならべて比較してみました。ステージ 0 というのは本当の早期ですね。日本は 94.8% の 5 年生存がありますけれども、米国ではこれでさえ 70% ですからね。それから、ステージ 3 でも 71%、日本では助かるのに、米国では 44%、45%。全体でも 71% と 47%。胃がんと似たような状況ですね (図 55)。ですから、日本は手術のクオリティは極めて高いということなのです。自慢するだけのことはあるのですよ。私は大腸がんの先生には失礼しましたと謝りましたけれども、こういうことをもう少し言ったほうがいいと思うのです。多分皆さんも、こんなに差があると思われませんか。こういう人に抗がん剤をやったらどれだけよくなるか、悪くなるかというスタディをやっているわけです。ですから、アメリカ人はもともとあまりとる気がないのですね。それを抗がん剤でごまかして少しよくしようということなのです。しかも 1 年間に 1,000 万円かかるとか 2,000 万円かかるとか、そういう治療をやるでしょう。これは製薬会社が儲かっているだけなのです。それと同じことを日本でやれという圧力をかけて、それがいかにも進歩のようなことを言っている人もいます。そうではなくて、もうちょっと根本のところをちゃんと見ないと、大いに誤ると思うのです。こういう報道なしに、薬が使えないとか使えるという論争になって、新聞をにぎわせますけれども、こっちのほうがよほどセンセーショナルなことだと私は思うのです。

ですから、胃がんでたまたまに癌研にアメリカ人が来ます。この前も 1 人ネットで見て、腹腔鏡の手術ってありますね、今。王選手のやった手術です、あれは日本と韓国がダントツに進んでいるのですね。それを見て手術を受けに来ました。日本の保険がありませんから 3 倍取るので。ですから、胃癌治療は大体 150 万円ぐらいかかりますから、450 万円になります。保険会社から前金で取ったわけです。その人は年間 300 万円ぐらいからの保険に入っていますね。そうしたらフルにカバーされるからいいのです。保険会社の人が言ったのは、安いと言うのですよ、450 万円は。私はびっくりしました。同じことをや

って日本人一人治して 150 万円しかももらえない。アメリカ人を治すと 450 万円もらえる。これだけで医療問題は解決ですよ。それぐらい医療の格差があるのです、実は。だから、案外いい技術があれば、世界中からお客さんが来るという可能性は十分あるのです。価値があるのです。どの領域でも、技術がちゃんとあれば、そういうものはアピールできると思います。

外保連は、さらに調査をやろうとしています。さっきの時間と人数の問題です。まだ完全には解決していません。もう 1 つ強調したいのは、技術というのは時間とともに変わります。たとえば、腹腔鏡の手術は、最初胆嚢の手術なんか 5 時間か 6 時間かかると言われました。今は 1 時間か 2 時間で終わります。技術というのは常に変わっていくのです。ですから、時間とかいろんな使うものがどんどん変わっていくので、評価を定期的にやらなければだめです。特に今は手術材料の調査に力を入れています。細かく分けて、みんなに大変な負担をかけています。

それから、手術のコーディングというのも非常に重要です。手術のコーディングというのは実は学会の協力なしには絶対できないですね。これからコンピューター化されていくときに、手術のコーディングがちゃんとできていないと非常に困るのです。これも世界中見てもいいものがないので、外保連でそれを作ってやろうとしています。そんなことは厚生労働省のやるべきことで、協力しないほうがいいという意見もありますが、今協力しておいて著作権をちゃんととっておいて、勝手に使わせないという具合にしたほうが、私はいいのではないかと思うのです。

それから、広報活動として今やっているキャンペーンは、日本の手術の技術レベルは高いというものです。いろいろな学会の先生に、ぜひ外保連のホームページを見ていただきたいのですが、いろいろな手術をここで書いてくれましたけれども、日本の成績は大変すばらしいものです。私も大変誇りに思いまして、そういうことを常々言ってほしいということなんです。

今後の課題としては、日本医師会と内保連と看保連の協力があります。これがそれぞれいろいろ問題があって、医師会には大きな責任があると思うのです。開業医の先生だけのスタンスで日本の医療改革を進めてきた。看護師さんとは仲が悪いし、勤務医は無視されているしというところがあるので。中医協に病院団体が入ったのはよかったですけれども、勤務医の代表はいないのです。ですから、医師会のほうの少し自己改革がないとなかなか難しいのではないかなと思います（図 56）。

看保連の動きは素早いかもしれません。いろんなことを学び始めて、かなり発言力が強くなってきています。何しろ看護師さんは数が多いので、仲よくしてけんかをしないということが大事です。外保連のこともよく知っていて、そういうことをお手本にしてやりたいということです。実行力があって、システムもうまく回っていて、そういう意味では今後発展する組織だと思います。

もしも歯科系にこういう連合ができるとしたら、学術団体としての活動をしていただき

### 外保連の今後

- 試案の更なる精緻化
- 手術材料の調査
- 手術のコーディング
- 広報活動の強化
  - 厚生労働省、マスコミ、国民
- 日本医師会、内保連、看保連と協力

図 56

### おわりに: 歯科系学会社会保険委員会連 合ができるとしたら

- 学術団体として活動
- 透明性を高める
- 共通のルール作り
- 調査によるエビデンス作り
  
- 連携、協力、議論

図 57

たいというのが希望です。圧力団体ではない。ただし、その深い底には、日本の医療を良くしようと、そのために適切な診療報酬がないと、どんな医療技術も診療技術もだめになってしまう、必ずお粗末なものになる。ですから、たとえば実務委員会とかそういう活動は必要ですけれども、それを裏付けるデータを作るということです。透明性を高めることで、参加した学会がみんな納得できるような議論をしないとだめだと思います。どんな小さな学会でも意見はありますから、それは一応言わせる、そういうシチュエーションを作るということは必要だと思います。

共通のルール作りですね。外保連は、人数、時間、率、これをやりましょうというわかりやすいところに集中したところはよかったと思います。それが相変わらず土地代だとか手術室の広さがどうだとか、そういうことにずっと拘泥しているとなかなかまとまりません。

それと、あと、調査によるエビデンスづくりを迅速にやるということ。そういう体制を整える。こういう調査というのは、やればやるほど各学会も慣れてきて、たとえば、自分たちの研修指定病院にそういうことを義務付けるとか、そういうことをやらせたいのです。材料の調査をするときに義務付けるとか。そういう活動をしてくれないと、たとえば認定施設にしないとかですね。

連携と協力と議論がないとだめだ、ということを強調したいと思います（図 57）。

ご清聴どうもありがとうございました。

○山根副理事長 山口先生、非常にわかりやすくありがとうございました。お許しをいただいておりますので、この後、野口先生に司会を替わっていただきましてディスカッションをしてみようと思っております。

○野口常任理事（司会） 山口先生、本日のご講演では詳細に外保連の歴史から始まりまして問題点、さらには歯科への提言までいただき、本当にありがとうございました。今日参加した先生方には大変参考になったものと思います。参加の先生方の中でご質問があれ

ば、先生はお受けしていただくということでしたのでお願いします。

○会場 山口先生、詳細な話をしていただきましてありがとうございました。日本口腔外科学会の福田でございます。一点、先生のお考えを聞きたいのですが、実は先生も途中でおっしゃっていましたが、外保連の場合には医科の開業医の先生の入らないところで、大学病院それから大きな病院が主となってこのデータを出しているのだと思います。歯科の場合には85%が開業医でございます。歯を削るという操作からしても、外科系の領域になるわけですが、歯科の学会の場合には大学が主体になりますが、85%もいる開業医の先生の思いをどのようにこのような中に入れられるのか。先ほど日本医師会とは別行動をとってということをお聞きしたのですけれども、そういう意味で言いますと、日本歯科医師会とはある部分何らかの連携がないと、いわゆる開業医の先生がやっているようなところのデータに続かないように思うものですから、外保連の中で開業の先生とはどのように連携をとられているか、教えていただけたらと思います。

○山口先生 1つは外保連がやりやすかったのは、勤務医中心でやれたということですね。ですから、病院中心でやれたということでもやりやすかったということではあります。ただ、臨床外科学会なんかは昔外科で開業していましたから、そういう方の意見も入っていることは入っているのですけれども、声は小さいです。内保連がなかなか動きにくい原因は、1つは技術を伴うものが少ないと言うと大変語弊がありますがけれども、診断して検査を進めて、所見をとって診断をして処方して管理すると、そういうプロセスがうまく評価する試みをやり遂げられなかったというところがあったと思うのです。

ただ歯科の場合には、すべてが技術者だと私は理解しています。割と外科的なので、そういう意味では技術評価というのは皆さんの命だと思っています。要するに、やっておられる作業というのはたとえば処置とか手術とか、そういうことが中心になるわけですね。内科系とはまたちょっと違った、内科の開業医の先生とはちょっと違ったスタンスであって、そういう見方は、歯科医全体が持たなくてはいけないところだと思います。

歯科というのはすごくいろんな技術が進歩してきているのに、相変わらず保険採用されていないものがたくさんあって、国民は本当は保険採用の促進を望んでいるのではないかと思うのです。それを提供できる能力もあるのに、それがなぜ、どこでストップされているのかよくわからないというのが、私個人的には不満なのです。そのあたりのクオリティコントロールがきちんと技術的にできて、こういう値段で提供できて、国民は健康保険で採用されたらこれぐらい負担は増えますけれどもどうでしょう、ということをやっていたら、大変うれしいです。私はもともと歯が大変悪くて苦労していますので、ぜひそういう皆さんの高度の技術を特にアピールして、それを認めさせるということをやりたいと思っています。

○野口常任理事（司会） ありがとうございます。そのほかに何かご質問、ございますでしょうか。

○会場 日本小児歯科学会の朝田と申します。きょうは貴重な講演をありがとうございました。

した。実は2つほど伺いたいことがあります。先生の外保連の活動の中で、1つが試案を作成するという、そういうシチュエーションのときに、学会から社会保険委員が選ばれて、先生がさきほどおっしゃったようにその人が学会を背負って、いわゆる50%削減をするという議論があったときに学会でどのように説明をしたらいいかという問題です。社会保険委員が外保連に出てくるときに、選出されて出てきたその委員が、もともとの学会、自分の母体となる学会とどういう連携をとっているかという、いわゆる学会との位置関係を教えていただければありがたいのですが。

○山口先生 学会における各代表委員のスタンスは、少しずつ学会によって違うかもしれませんが、基本的には、各学会の保険診療委員会では会員の声をずっと集めて、次に新設するなり改正するなりそういう要望を決めて、それで理事会を通して、通ったものを外保連に出します。たとえば、そういう重大な改定がある場合には、我々のほうから提案して、外保連全体でそれは議論されたときに、そういう状況をたとえば理事会にお話しして、また意見という形で出していただきます。1回で決まることはもちろんありませんから、こういう理由でこうだということで、基本的にはこういうルールに乗っていただかないとやめてもらうしかないと思います。

私は、こじれたとき、もう脱退してもらっても結構ですと思いました、それは言いませんでしたけれども、そのぐらいの覚悟がないとだめなのです。自分たちの言うことが聞き入れられなければおれたちはルールを別に作るというのなら、最初から脱退してもらったほうがよろしい。参加する人もそういう覚悟が必要ではないかなと思います。そうでないと、物は決まりませんよ。削られることはみんな嫌だったと思うのですが、みんな痛みを分かち合わなくてはいけないということをご理解いただいたのだと思います。

○会場（朝田先生） あともう一点よろしいですか。先ほどアウトカムでさまざまな実態調査をするということ、これは非常に重要なことだと思うのですが、当然経費がかなりかさむと思います。そのアウトカムに対して議論をするというときの会議の費用ですね、こういったものも相当実費として各学会が負担ということになるのでしょうか、小さい学会からも同じように費用を負担していただくことになると思うのですが、そのへんでトラブルはないものなのでしょうか。

○山口先生 今1学会20万円ですか、いただいていますけれども、今回のアウトカムの調査に関しては各学会の責任でやっていただきました。ただ、その前に言った時間の調査とかそういうのは、外保連のお金でやりました。

○会場（朝田先生） それは分けてやっているということですか。

○山口先生 そうです。会費の中でですね。

○会場（朝田先生） わかりました。ありがとうございます。

○野口常任理事（司会） そのほかに何かご質問ございますでしょうか。

○会場 ありがとうございます。私は、内保連並びに看保連のスタートから毎回出させていただいて、先生のお話は随分聞かせていただいています。今、急性期病院、介護でも

後方支援の病院が役割を担っていると思うのですね。議論の中でそれぞれの代表とそこにマスメディアが入り、国民代表、患者代表が入って、非常にいいディスカッションだと思うのですが、いかんせん、財政的な問題は非常に大きな問題であります。総務省あたりも県単位で調査を進めながら有識者会議を開いて、病院の統廃合、その中に病院歯科なんか当然収益性が悪いですから、廃科だとか病院の場合にはのみ込まれるところもいっぱいございますし、医科のほうも研修医制度を少し直して、人数制限をしながらいろんなところに行こうというようなこともされているようであります。それから、病院の独法化というのですか、その中でドクターの給与なども個人的に決められるような方向に県病院あたりで少し動き始めているようなところもございますけれども、大きな動きの中で、今後医療はどういう方向に向かうのか。特に今保険分野では、トヨタがああいうふうになっておまして、保険分野はどんどん赤字から脱退するようなところも出てきておますし、厚生労働省はどちらかという今まで平等に見ていたのが、今保険者が引き上げてもらっては困るので、折衝の中でどうも保険者に目を向けている部分がございますので、そのあたり、将来の暗雲を払拭したいなと思うところで、先生の展望を聞かせていただいて、希望につなげたいと思います。よろしく申し上げます。

○山口先生 私も暗雲の中にいるので、どっちが北か南かわからないところなのですが、はっきりしているのは、雲があるということです。何かというと、医療費の枠が全体のものが少な過ぎますね。完全なガソリン不足だと思います。たとえば、後方支援だとか在宅だとかいろいろやっていますけれども、連携だとか言葉はいいのですが、それに伴うお金はほとんど出さない。ですから「連携」というマジックですべてが解決するようになるというが、それを裏づけるお金がないので、実際に連携を一生懸命やろうという人はすごく苦勞するのです。連携というけれども、本当はものすごいお金がかかる。たとえば、在宅で診ようといいますけれども、本当は病院に集めてまとめて診たほうがよほど経済的なのです。それを、では開業医の先生と連携してやろうという、そんなに開業医の先生は暇ではないのですから、そんなわずかのお金で動いたら自分のところがつぶれてしまいますからできないです。その間に立つ看護師さんとか連携を信じてやっている人は、皆さらに苦勞するわけです。要するに、昔の日本軍と一緒に、上陸させて補給はなし、なのです。そういうことがあちこちで起きてきていますね。

日本は確かにベッド数が多過ぎますから、急性期病院のベッド数を減らすのはいいのですが、それが担ってきた後方支援的な役割が今度ばさっと切れてしまったら大変なことになるということもわかっているのですけれども、要するにお金の問題です。そこをサポートするお金をつくるのが暗雲を吹き払う一番の良薬でしょう。それを拡大してくれる政党に投票すべきだと私は思っています。それを明確に言ってくれるところに、いったん変わったほうが私はいいような気がします。

○会場 それともう1つだけお聞きします。先ほど、歯科の場合には開業医の方が多くてということが述べられたのですが、確かに第3回か何かのときに、原医療課長も

来られて、歯科の抱えている問題は医科とは次元が違うのだ、特に将来の診療の展望、それから歯科医師の数の問題とか、その時いろいろと指摘をされました。医学の進歩、歯科医学の進歩と歯科国民医療、それから保険医療の間に一番暗雲としているのが、混合診療の部分です。それを払拭するのは歯学協の1つの仕事でもあろうかと思っておりますので、また今後ご指導を賜ることがございましたら相談に上がりますので、どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○山口先生 混合診療のことは全くそのとおりでと思います。かなり保険で適用されるべきものをたくさんお持ちなのに、評価ができていないところが非常に問題だと思います。特に高額の治療ほど本当は保険でサポートしておかないとだめなので、そここのところは要するに高いからだめという感じでみんなカットされていますよね。医療の技術もそうですけれども、薬なんかもそうなのだけれども、それはでも一度国民に聞いてもらって、それでもいいよと言うか言わないかやっていただきたいと思うのですよね。ですから、アピールはもっともっと必要だと思います。ありがとうございました。

○野口常任理事（司会） そのほかにございますでしょうか。

○会場 歯学協理事長の赤川です。大変ありがとうございました。きょうは外保連の歴史から現在先生方がなされている活動、そしてまた今後ということが本当によくわかりました。一番最後に、歯科における連合をしっかりと作る場合のポイントのことも話していただきまして、本当にありがとうございました。

1つだけ聞かせてください。先生が先ほど広報活動の強化ということで、国民に多くを訴えないといけないと言われましたが、実際、具体的に、外保連として国民にどのようなメッセージをどんなふうを送っていらっしゃるのか、教えてください。

○山口先生 今、外保連ニュースというのを出しているのですけれども、それに何回か連載して、かなりの術式についてそういうデータが出てきたので、そういう先生に集まってもらって、市民向けにシンポジウムをやろうかと。それから、各学会で公開市民講座をやっていますけれども、そのときにそういうことを強調してくれと。また、そんな控え目なことを言っていないで、あなたたち本当に世界一の医療を受けられてよかったねと、そういうデータをどんどん出してくれ、ということを行っています。それとマスコミの説得ですね。ですから、マスコミの方が来られたときには、外保連の手術のこんなに差があるという資料を渡して、こんなに違うのを知っているかいと言うと、みんなびっくりしますよね。そういう努力をするしかないのではないのでしょうか。驚くと思うのですよね。びっくりですよ。こんなに差があるのかと。

○会場（赤川先生） 私たちもあまりよく知りませんでした。

○山口先生 私たちでさえ、ちょっとフィールドが違ったらわからないのです。心臓外科なんかだめだろうと思ったら、そうではないのですよね。大腸がんなんかだめではないかと思ったら、そうじゃなくて大変怒られましたけれども。そうではないのです。だから日本の気質なのではないでしょうか。技術者のまじめさというのはどこでもそうなのではないかと思

うのですね。歯科でそういう比較があるのかどうかわかりませんが、どうなんでしょう。

○野口常任理事（司会） そのほかにありませんか。

○会場 東京医科歯科大学の須田です。山口先生にはいつも医療技術評価分科会でご指導いただきまして、ありがとうございます。82 もの学会を預かって動かすのは大変な作業量、事務量だと思うのですが、後方支援としての事務方の作業もかなりあるのではないかと思うのですが、事務局員のスタッフとかあるいは育成について、どういうふうに配慮すべきか、ご指導いただければと思います。

○山口先生 それは非常に重要なポイントで、ご存じのように外科学会がそこを非常にサポートしてくれています。人材が重要で、篠原君という人がやってくれているのですが、実は先日外科学会のほうから申し入れがあって、篠原さんの、外科学会の事務局ですけれども、労働時間の 70%は外保連のことをやっているのです、その分払ってくれということです。それはもっともなことで、夜中の 12 時でもいてちゃんとやってくれますし、膨大なデータを作っているのです。外科医は人使いの荒い人ばかりなのですね。もともとそれは出すべきだという意見があったのですが、外科学会の職員ですから出せなかったのですけれども、学会のほうから今度言ってきたのでぜひ協力したいと考えています。僕が一番心配しているのは、彼は非常に優秀な人材で、将来は外科学会の事務局を背負って立つ人間なのです。それが 70%も外保連のことをやっていると、外保連の人間になってしまっはまずいので、1 人常勤を雇って、それをスーパーバイズしてもらって人を育ててもらい、なるべくインディペンデントにやるようにしたい。ただし、やはり外科学会のサポートが大きいと思っています。広いスペースが浜松町にあり、そこで会議を自由にやらせていただいています。もともと外科学会が主導して作った学会なので、協力いただいているのは本当に感謝しています。ですから、資金的なことは非常に重要で、そういうサポートなしにはできません。

○会場（須田先生） どうもありがとうございます。

○野口常任理事（司会） そろそろ時間なのですから、そのほかにありませんか。

それでは私のほうからお聞きいたします。外保連は 40 年以上かけて、準備期間もかけてでき上がったということで、いろんな問題をクリアしたと思うのですが、歯保連をつくるに関しては、もっとおそらく医科以上に問題が山積していると思います。たとえば、外保連では手術という 1 つの柱があって、それに皆さんが協力できる場所があったわけです。歯科の場合は手術という分野もありますけれども、歯を削るだとかいろんな分野があって、なかなか難しいところがあると思います。ただ、お聞きしますと、構成する学会員の方々が直接外保連の仕事に深く関与していると思います。また、関与している先生方の多くは勤務医ですね。ところが歯科の場合には、開業医の先生方がメインで、その開業医の先生方が学会のメンバーでないとすると、その部分も難しいところがあって、その他にも賛同した先生方から指摘もありましたように船出するのに非常に大きな問題が存在し

ているということも事実だと思います。また、先生にはいろいろご相談に参ると思いますが、ぜひよろしくご指導をお願いしたいと思います。

○山口先生　ただ内科よりはよろしいのではないかと思うのですね。やはり技術者ですから。これは外科と一緒にベースだと思います。ですから、技術者としての気持ちはみんな一緒なので、そこで話し合えば、僕は割とやりやすいのではないかとむしろ思います。みんなが技術者ですから。そういう意味では内科の先生は、いろいろな人がいて、なかなか難しいのですね。歯科はむしろやりやすいのではないのでしょうか。

○野口常任理事（司会）　大変力強いエールをいただきましたので、ぜひ歯保連を国民の健康に役立つ連合体として発展させていきたいと思っています。本日は山口先生ご多忙の折、誠にありがとうございました。



山口先生講演風景(1) 司会 野口常任理事



山口先生講演風景(2)



山口先生講演風景(3)



山口先生講演風景(4)



山口先生講演風景(5)



会場風景



質問 福田先生



質問 福田先生

特別講演会  
「適正な技術評価に基づく診療報酬を求めて  
—外保連の取り組み—」

---

平成 21 年 5 月 25 日 印刷  
平成 21 年 5 月 27 日 発行

編集者 一般社団法人 日本歯学系学会協議会  
発行者 一般社団法人 日本歯学系学会協議会  
発行所 〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 T S ビル  
(財) 口腔保健協会内  
一般社団法人 日本歯学系学会協議会

---

