

# 内保連の歩みと課題

司会 工藤 翔二 (公益財団法人結核予防会)

藤原 康弘 (国立がん研究センター企画戦略局)

齊藤 寿一 (東京山手メディカルセンター内科)

蝶名林直彦 (聖路加国際病院呼吸器センター内科)

小林 弘祐 (北里大学大学院医療系研究科)

高橋 和久 (順天堂大学大学院医学研究科呼吸器内科) ※誌上のみでご参加いただいております。

(発言順)

平成26年8月12日(火)収録

工藤 本日はお集まりいただき、ありがとうございます。内科学会雑誌12月号では内科系学会社会保険連合(内保連)の診療報酬に関する特集が取り上げられることになりました。内科学会雑誌としては初めてのことだと思います。

これは「内科系診療における技術評価—『もの』から『技術』への転換をめざして」という大きなタイトルのもとにご執筆をお願いしているわけですが、そのイントロダクションとなればと考えると、この座談会を開催しました。本日は、「内保連の歩みと課題」というテーマのもとで、過去を振り返りながら現在の課題を考えていきたいということで、齊藤先生、小林先生、蝶名林先生、藤原先生、高橋先生(誌上参加)にご参加いただいています。

## 内保連の2つの役割

そもそも内保連というのは、内科系の学会の

社会保険連合であり、診療報酬が上がろうと下がろうと、直接関わっている会員にとって収入が上がる、下がるといった問題にはなりません。基本的には、学術的な立場から新しい医療技術を診療報酬の改定のたびに提案をしていくことが、本来的な役割です。内保連の提案は2年に1度の改定に向けての通年的な作業ですが、ここにいくつかの問題があります。1つはその時々重点課題といいますが、国全体としての重点課題に極めて大きく左右されるところがあります。

例えば、平成22年度の改定の際は、「病院崩壊」が大きな社会問題になって、外科系学会社会保険委員会連合(外保連)による外保連試案を使った手術料の引き上げが大幅に行われたということがありました。今回、26年度改定では2025年問題ということで、地域医療の仕組みも含めた医療と介護の再編成の流れの中で診療報酬改定が行われたということがあります。そう

---

Discussion Meeting on Past steps and challenges today of the social insurance union of societies related to internal medicine.

Shoji Kudoh : Japan Anti-Tuberculosis Association, Japan.

Yasuhiro Fujiwara : Strategic Planning Bureau, National Cancer Center, Japan.

Toshikazu Saito : Department of Medicine, Tokyo Yamate Medical Center, Japan.

Naohiko Chohnabayashi : Division of Pulmonary Medicine in Thoracic Center, St. Luke's International Hospital, Japan.

Hirosuke Kobayashi : Kitasato University Graduate School of Medical Sciences, Japan.

Kazuhisa Takahashi : Division of Respiratory Medicine, Juntendo University, Graduate School of Medicine, Japan.

いった、ただ技術を提案し続けるというだけではどうにもならない大きな影響を受けることになります。

これについては、後ほどまた議論しますが、もう1つは、2年に1度の改定どころか、50年、60年かかって改革しなければならない、とんでもなく大きなテーマ、内科系技術の評価法の確立のようなテーマが横たわっているわけです。これを同時的に進めているのが内保連だと思っています。

### 内保連からみた26年度改定

話は戻りますが、今回の26年度改定を少し振り返ると、一言でいうと誠に悲惨なものであったといえると思います。技術提案という立場においてです。具体的には、未収載技術を140件提案していますが、承認されたのは31件です。それから、既収載技術は225件提案していますが、承認されたのはたったの7件ということになりました。これは先ほど申し上げた大きな流れの中で、これまでずっと財源として確保されていた薬価切り下げの部分、通常は4,000億円、5,000億円とあったわけですが、それが財務省に召し上げられてしまいました。それが、消費税が8%になることに対応するために使われたということがあります。そのため、医科本体の増額分はわずか400億円ほどで、過去2回の改定に比べ10分の1以下にとどまりました。そのため、今回は私たち内保連としてはがっかりする内容だったと思っています。

全体としてはそのような改定だったと思いますが、藤原先生、がんなどでは結構認められた部分もありましたか。

藤原 そうですね、がんについていえば、少し例外的に、がん患者指導料や、昔のがんカウンセリング指導料が少し変わって緩和化されたというのがありますし、外来の化療加算も少し



工藤翔二氏

よい具合になってきています。

工藤 がんには結構、全体が緊縮されている中でも光が当たったということですね。

藤原 がん対策基本法があり、政府、厚労省としてがんの診療を支えていかないといけないという使命があります。基本に法律があるからというところがあって、政治的にも重要な課題でもあることから、がん患者指導料という形で新設されたのだと思います。

工藤 24年度改定の際に、ヘッドアップティルト試験など医師が多大な労力を要するものについては適切な認定をするよう求めたところ、それは承認されました。これは非常に大きな成果で、考え方としても成果があったと思います。今回、採血料160円はいくらなんでも低価格すぎるだろうということで、実際に検査関係の4学会が調査を行うと、コストとして490円はかかるという結果があったので、それを提出したところ、4点、40円上がりました。個人的には、それによって40億円程度かかるのかと思ったのですが、70億円かかったという話も聞きました。400億円の財源しかないところで70億円かかってしまった、その煽りなのかかわかりませんが、検体検査に関しては約700項目あるうちの250

## 座談会



藤原康弘氏

項目以上で減点されています。このあたりは悩ましいところですが、齊藤先生、いかがですか。

齊藤 やはり医療費にも一定のパイがあり、それを各診療科や各検査に分けていくという形にならざるを得ません。ですから、あるものを強調すると、減らされる部分が出てくるとというのが宿命です。ただ、この座談会で議題になるような内科系の技術といったものについては、現状としてほとんど評価されていません。国の医療を歪めることにもなりかねないので、他の部分を減らせばよいということにはなりません。やはり内保連としてはしっかりと声を挙げていかなければいけない部分だと思います。

工藤 先ほど申し上げた、薬価切り下げによる財源を全て財務省に取り上げられてしまったことに関しては、私たちの考え方としては、もの-薬の価格を引き下げた分で生じた財源は、人と技術の方に振り向けるべきだと思います。したがって、従来の在り方が間違っているとは思いません。それがなくなってしまうと、いったい原資はどこにあるのかという話になりますよね。

蝶名林 呼吸器領域に関していえば、前回の診療報酬改定で、時間内歩行試験について内保

連で強力に推していただいたこともあり、無事に要望が通りました。ただ、厚生労働省との意見の違いから、医師を中心に行わなければいけないということが算定要件として定められました。ですが、今回の改定では、いわゆるチーム医療を重視し、医師が必ずしもいなくてもコメディカルで行えば算定されるということになりました。ただ、現場では多くの施設で理学療法士がこの試験を行っている施設が多く、「理学療法士」に関して認めていただけなかったのは残念ですが、時間内歩行試験は人の力しか必要とせず、費用もかからないというえに、リハビリテーションにも非常に有用だということで、循環器領域の協力もあり、よい方向に向かってきたと思います。

工藤 先ほど検体検査の減点について触れましたが、今回の改定では生体検査や内視鏡検査に関しては減点が全くありません。そのあたりは、財源が限られている中でも工夫された点として評価できると思います。ですが、あまりにも要望が取り入れられたものが少なかったので、苦勞して一生懸命まとめた学会の元気がなくなってしまわないかと心配しています。各学会からの様々な提案をまとめていく内保連のプロセスについては、私なりにかなりすっきりしつつあると思うのですが、齊藤先生は長い間携わってこられていかがですか。

齊藤 やはり、学会の生の意見を吸い上げるということとはとても重要だと思います。私が内保連の代表を務めていたときはヒアリング活動を行っていました。これは工藤先生が代表になられてしっかりした形で展開していただきましたが、内保連としても全体を理解しやすいし、学会としても意見を発信しやすいということで評価されたと思います。その中で、これだけは逃すことができないものが自然と浮上してくるわけですね。先ほどお話にあったようなヘッドアップティルト試験や時間内歩行試験など、医者あ

るいは医療従事者がいろいろ苦勞して検査しても、「もの」でないために適切な対価が認められてこなかった部分があり、そういうものをしっかり見るうえで、内保連はこれからも非常に重要な役割を担っていくのではないかと思いますね。

蝶名林 最近、内保連で内科系の各領域別、例えば消化器、循環器・神経内科などの1つの領域別委員会以外に栄養関連委員会、リハビリテーション関連委員会、在宅医療関連委員会などをつくっていただきました。各学会から別々に言いたいことを言うだけではいけないので、横糸でそれぞれが言いたいことの近いところをまとめて、その担当となる委員会から発信していただけるという横のつながりは、今年はまだ完成したばかりでそれほど機能しなかった委員会などもありましたが、将来的にはかなり強い推進力になっていくのではないかと思います。そういう意味で、内保連の必要性を強く感じています。

工藤 今、領域別の委員会は病理関連委員会が加わって22になっており、ほとんど全領域をカバーしていると思います。蝶名林先生が今おっしゃったように、横のいろいろな連絡、学会同士の交流は非常に重要な課題ですが、問題は、技術提案がそれぞれの学会では順位を付けられるのですが、領域で順位を付けることがまだできていません。最終的にはそのあたりまで内保連としての能力を高める必要があると思います。

## 内科系技術評価をめぐる挑戦の歴史

齊藤 私が代表をしていたときにある程度要望が通ったのが神経診察です。元をたどれば、初診診察の技術料に関して、報徳会宇都宮病院の茅野眞男先生がなされた内科系の初診外来のタイムスタディがあるわけですが、そこで圧倒的に手がかかっていて報酬がついていないとい



齊藤寿一氏

うのは神経診察、神経の患者さんの初診でした。神経診察はハンマーとライトを使い、長い時間をかけて行って、やっと診断がつかますが、それは茅野先生のタイムスタディで顕著に出ていました。そして、内保連の場で日本神経学会や日本神経治療学会などの神経関連のいろいろな学会から繰り返しご指摘をいただき、これだけはどうしても通してもらわなければ困るということ、最終的に平成20年度の診療報酬改定の際に厚労省に伝え、額は必ずしも十分ではありませんでしたが、認められるに至りました。ですが、これには、点数が検査の部分に入ってしまったということがありました。もちろん、神経診察というものについて診療報酬がしっかり計上されたという点については、神経領域の先生方から評価していただいたという部分であり、内保連として学会に対する寄与ができたのではないと思うわけですが、そこでも、点数が診察ではなく、検査の方に入れられたという点からみると、診療報酬の体系に、ものではなく、技術に対する評価の受け皿がないということになります。厚労省の方々も、「点は付けてあげたいけれども置き場所がない。仕方がないから神経検査の中に入れよう」ということで、これは

## 座談会



蝶名林直彦氏

今の診療報酬体系の在り方を如実に反映していると思います。

工藤 まさに齊藤先生が今おっしゃった神経診察は、「検査」の中に入れてしまったとはいえ、内保連としては内科系技術評価の最初の挑戦とってよいのではないのでしょうか。昔もそういうのは、内保連の歴史の中にあっただのですか。

齊藤 それこそ国民皆保険制度がおよそ50年前に始まったときから、底流としては内科系、あるいは外科系の手術以外の技術を診療報酬に反映させるべきだという意見はありました。私の前の代表の五島雄一郎先生もそれを重視しておられ、インフォームドコンセントに絞って、これに診療報酬をつけたいと最後までおっしゃっていました。五島先生のところで一緒に作業を進めておられた茅野先生が、初診の診察の時間の調査、タイムスタディに取り組んで厚生労働科学研究の一環としてまとめられました。思いは連綿と続いているわけですね。五島先生のときは必ずしも診療報酬の承認につながりませんでしたが、私が代表のときに、数は少ないけれども、神経診察やヘッドアップティルト試験、時間内歩行試験といった形で理解を得ることが

できたという部分はあります。

工藤 そもそもそういった技術評価の問題は、昭和33年に「新点数表」が導入されたことに始まり、それが現在の診療報酬体系の基本となっています。そこでは「もの」と「技術」の分離が中心的なテーマで、「もの」である薬価基準と「技術」としての「新点数表」の分離です。処方料は、ものではなく技術ですが、外来投薬における処方料/処方箋料が医薬分業の中で実体化するには何十年もかかっています。

医師の技術評価の方法論の確立という面からみると、突破口は外保連試案だったのではないかと思います。小林先生、外保連試案の構造、それから定量化の手法というのを簡単にご説明いただけますか。

## 「外保連試案」にみる定量化の手法

小林 理解している限りでお話ししたいと思います。外保連ができたのは昭和42(1967)年ですが、外保連試案の初版はその後15年ほどかかります。昭和57(1982)年に公表されました。当初は特にはっきりとした調査なども行わず、コンセンサスペースで行われていたようです。それが徐々に科学的に作成しなければいけないという反省から、様々な調査も行われ始め、改訂も重ねながら、2010年に初めて診療報酬体系の中で外保連試案が基礎資料として参考にされ、いろいろな診療報酬の中に落とし込まれています。

俗に外保連試案といってもいろいろな部分から成り立っており、一般的に有名なのが手術試案、今すでに8.2版までになっています。あと、処置試案、それから生体検査試案というのが6版にまでなっており、2014年の最新のものでは、麻酔試案の1.2版が加えられています。外保連試案はどれも全てのものを網羅し、その中でそれぞれの位置を決めるというやり方で進めていま

すので、内科系の学会などからすると非常にうらやましいですね。つまり、内科系の疾患というのは、例えば病名だけでも25,000近くあり、ICDでも20,000件を超えていますので、それらを全て網羅することは物理的に不可能ですが、外保連試案は外科系のそれらを全て網羅することが可能であり、そこに非常に大きな強みがあります。

ただ、現在使用されている作成方法としては、まず技術の難易度をABCDEにランク分けし、そのランクに関係した医師の年数という対応付けをし、その年数についての時間あたりの人件費を計算し、関係する人たちの人数、それから手術に要する時間を使うことによって人件費ベースのコストを計算するという方法であり、難易度の高いものほどコストはかかるということになっています。それ以外にも、もちろん材料費といったものも加わりますが、基本的にはコストベースです。技術を正當に評価するというよりは、その技術をコストに置き換えて、つまり人件費に置き換えて、難易度の高いものは人件費の高い人が行うものとして計算しているという形です。

最も問題になるのはE評価というものをどのように決めていくかということです。当初は500項目ぐらいE評価があったようですが、それは多すぎるだろうということで、かなり強力なリーダーシップのもと、それを削減し、現在の形になっています。難易度というものも基本的にはコンセンサスベースで決められているというところが1つポイントであって、今内保連で考えている特定内科診療のEランクというのも基本的にコンセンサスベースで決めていきますので、その意味では外保連と近いのではないかと思います。

あと、他の処置試案、生体検査試案については、連携が必要な部分については内保連とも協力し、特に内視鏡に関しては連携を密にして行っており、考え方としては非常によい方法だと思っ



小林弘祐氏

ています。

工藤 小林先生のお話で、外保連は、手術に関して1人の患者にどのくらいのキャリアの医師が付き、ナースが何人必要で、麻酔医が何人必要で、どのくらい時間がかかるかと計算しているということでした。手術に関しては非常に定量化しやすい側面がありますが、これが内科の入院患者に対する診療ということになると、とんでもなく難しいことですよ。

### 内科系技術の定量化の難しさ

齊藤 やはり、手術は難しいとはいっても1つの独立した作業ですので、その点で経験何年の医者がどのくらい時間をかけて行うという計算をしやすい、つまりエビデンスを掴みやすい領域であるわけです。ですが、内科の、中でも入院患者の診療ということになると、多くの担当医が同時進行的にいわば「くさび形」に複数の患者に対して、またいろいろな病気について患者を診るということで、たとえ医師に付き添ってストップウォッチで計ろうと思っても、どこまでがその患者のある病態の診療行為なのかという線引きは極めて難しいです。つまり、外科

## 座談会



高橋和久氏

系に比べ、構造的にエビデンスを掴みにくい状況にあります。それともう1つ、内科系の場合はいわゆる臨床推論による診断など、知識あるいは判断などのインサイドワークがベースとなることが多く、その医師が診療行為にどのくらいの時間を割いたのかということに換算し、タイムスタディという形で把握するのはかなり困難な構造にあるわけです。

工藤 先ほどお話しにあった、外来の初診でのタイムスタディとは事情が異なるわけですね。

齊藤 おっしゃるとおり、外来患者とは違い、入院患者については今申し上げたような構造があります。そういうことで、私たちは全国社会保険協会連合会（全社連）の51病院で、専門領域の先生たちにどの病気の入院患者の診療でどのくらいの負荷がかかるか、あるいはどの病気の診療によって患者にどのくらい貢献できたかということをも1から5まででランク付けしてもらいました。

工藤 コンセンサスですね。

齊藤 コンセンサスです。ですが、そういう方法でつくったコンセンサスは、今回、小林先生が26疾患について学会のレベルで調査されたものともとてもよく合致しています。例えば、貢

献度と負荷度というのは相関があるわけですが、内科系の学会で調べた貢献度と負荷度については、全社連の調査での相関直線の上にとっちり乗っています。今後は学会レベルにおける十分な議論を経たうえでの評価で、いろいろな疾患の診療負荷を決めていくことが現実的ではないかと思います。病室などの現場でのタイムスタディはないものねだりというか、玉ねぎの芯のように剥けども剥けども出てこないという感じでしょうか。エビデンスをどんなに求めても、構造的に困難だと思いますね。

工藤 まさに齊藤先生が代表をなさっていたときの特定内科診療の提案ですが、ようやく「内保連グリーンブックver.1」としてまとめられ、実を結びました。これをどう活かすかということに関連して、小林先生、本書の内容を説明していただけますか。

## 「特定内科診療」とグリーンブック

小林 本書は3部構成になっており、Part.1の構成は、特定内科診療の位置付けと、それがどのようにして最終的に選ばれていったかという内容です。Part.2は、それをもとにして、実際に患者への負荷や成果、あるいは申告ベースでの所要時間と介入頻度、それから必要医師数の調査を行いました。最終的に755の回答があり、それを分析しました。そして、この特定内科診療をどういう形で保険診療の中に落とし込むかという議論があり、その結果としていくつか提案はあるのですが、中でも最も現実的であろうという提案が、II群病院の実績要件3に特定内科診療の対象疾患も入れていただきたいという内容で、これがPart.3にあたります。それぞれのパートの最初のページにそれぞれの内容のまとめが書かれていますので、読んでいただければ伝えたいことがほぼわかると思います。

Part.1「特定内科診療」については、最初のま

とめの部分に「治療が生死を分ける急性疾患であり、極めて稀有な疾患は除き、「外したことへの批判」よりは「加えたことへの疑念」を避け」と書かれています。絶対的に重い急性疾患を優先し、記載にあるように「軽症例が含まれないようにし、外来で治療可能な疾患を特定内科診療対象として入院加療させるなどといったモラルハザードが起きないように留意」して検討しました。一次調査として、各学会から領域別委員会を通じて挙げていただいた結果、重複を除いて62疾患が候補となりました。その後、各領域の代表者をお呼びし、皆で選定ロジックを決め、そのコンセンサスを得た後で選定作業を行い、最終的に26疾患が特定内科診療の対象疾患となったわけです。

この26疾患に関しては精選作業、二次調査を行い、外科でいうABCDEランクの中で誰が見てもEランクであろうというもののうちのエッセンスとしてこの26疾患を選びました。それぞれの内容について、各学会からガイドラインなど詳細資料を出していただき、それをまずPart.1の中で記載しています。

この二次調査の中では、最終的に2疾患が除外されました。具体的な疾患名は申し上げませんが、1つは調査が難しく、調査の内容の提出がなかったもの、もう1つは調査もかなり行っていたのですが、入院日数が他と比べて極端に長く、具体的にいうと平均で321日にもなるということから、急性疾患とするには問題が多いということになり、当該学会の先生にもご了解をいただいたうえで外させていただきました。

その後、各項目についての詳しい分析を行い、さらに全社連の解析データがほぼ同じ調査表を用いていたので、それと対比することが可能でした。この全社連の解析は、84疾患とかなり多く、軽い病気もかなり含まれており、しかも特定内科診療の疾患は全て含まれていたため、各

疾患の位置付けも解析することが可能となりました。結論的には、この特定内科疾患はかなり負荷度も貢献度も非常に大きい疾患であるという認識が、違う集団ではありますが、そこでも検証することができました。

## 「特定内科診療」の診療報酬への落とし込み

最後に、このような特定内科診療の対象疾患を、診療報酬の中でどう落とし込むかについて、入院基本料に付け加える形で入れるか、あるいはDPCの中でもどこに入れるかということで、検討を重ねたところ、やはり近々に必要なのはII群病院の実績要件3に入れるのが妥当ではないかということになりました。つまり、現状のII群病院の実績要件3は、外科系の指標しかありません。例えば、3aは手術1件あたりの外保連手術指数、3bはDPC算定病床あたりの外保連の同指数、3cは手術実施件数ということで、外科系が高度な医療をしていればよい病院だということになります。つまり、I群に相当する病院だという評価をしているのが現状です。しかし、これを放置していると、内科系の高度な技術を要する疾患に関しては、診ても診なくてもこの実績要件3には全く影響を与えないということになってしまいます。時間が経っていくと、全て外科系の病院になってしまう、また、難しい内科疾患は診なくてもよいということになりかねません。こういう歪みが生じてしまうということがまず1つの問題点です。

それからもう1つは、外科系の技術が優れている病院は当然、内科系技術も優れているという仮説がないと、この外科系の実績要件3は生きてこないと思いますが、これは必ずしもまだ検証されていないという状況もあり、特定内科疾患を診ていることを実績要件に加えていただきたいということを提案しました。1つは、どれ



## 座談会

だけの数の症例を月間で診ているか、そして、特に100床あたりでそういった症例数がどれくらいあるか、それから、対象の症例数を入院症例数で割って、その割合がどれくらい多いかという指標をもって、実際にできるだけ多くのデータで分析をしてシミュレーションをしました。598病院の協力を得て内科要件の分析をし、さらに実績要件3a, 3b, 3cに加えて1とか4もわかっている病院は398病院で、データを得られる限りの病院についての検討を行った結果、外科系の要件と内科系の要件、合わせて6条件を満たす病院となると、どうしても厳しい基準になるため、2~3割、多く見積もって4割程度減ってしまうかもしれないという結果が出ました。一方、その6条件のうち5条件を満たすという条件にすると少し条件が緩和され、数だけ見ると、だいたい2~3割増えるのではないかと予想ができます。そうすることによって、内科系の難しい疾患を扱っている病院も、外科系の難しい疾患を扱っている病院も、どちらでもII群病院として高い機能をもった病院としてみていただくことができるのではないかと考えました。

工藤 特定内科診療と名付けたものを、最終的には25疾患としてDPCで扱うことにしたわけですが、これは当時の121学会のコンセンサスとして選び抜かれたものですので、恐らくこれを超えるような、今日考えられる手法というのはあまりないのではないかと思います。内科系で非常に重篤な負荷のかかる、重症肺炎や劇症肝炎といったような疾患を診ている病院というのは、それなりに評価する必要があるということで、それらの疾患の保険診療への落とし込みについても、II群病院の実績要件3へ反映させていこうという方向性を打ち出しているわけです。

そもそも、特定内科診療にかかる患者さんはどのくらいいるかという点、このグリーンブックにも書かれていますが、私どもが依頼したデータベースでは350万症例のうち約50,000症例で、

およそ1.5%に相当します。これは実績要件3の中に落とし込むということのほかに、昨日ちょうど厚労省に行って要請をしてきました。病院機能区分として、高度急性期、急性期、回復期、慢性期となりますが、高度急性期の指標案に、やはり外保連試案ver.8の難しい手術を行っているというのが1つの指標案として入っていますし、抗がん剤を使っている化学療法、あるいは放射線治療も入っています。やはり特定内科診療をどの程度行っているのかというのを、内科系の評価指標として入れていただいた方がよいのではないかとということで要望を伝えてきました。

蝶名林先生のいらっしゃる聖路加国際病院は、今度II群になったのですか。

蝶名林 はい、ようやく今回はII群になることができました。当院の事情を少し話しますと、前回2012年の改定では医療機関群決定の要素の1つとして外保連の手術指数による各病院の点数が採用されており、「高度な医療技術」実施の指標である【実績要件3a】の手術実施症例1件あたりの外保連指数が、当院ではわずかに基準値を下回っていたため、それだけでII群になれなかったというわけです。

工藤 “なぜ天下の聖路加国際病院がIII群なんだ”と言っていたのですが。

蝶名林 当院では白内障やヘルニアの手術等1件あたりの外保連指数が比較的低い手術が多くて、全体として平均値で下がったということです。

工藤 一番割を食ったのは聖路加国際病院ではないかと思っていました。

小林 でも、聖路加国際病院は今度、外科系を上手く重点的に評価したおかげでII群病院になったのですが、逆にいうと、内科の評価は相対的に下がってしまうのではないかと心配してしまいます。つまり、外科系に力を入れなければII群病院になれないという現状がある限りは、

内科が今後、評価されていくというのがますます難しくなってきましたよね。

蝶名林 その通りです。前回の医療機関群決定に際して、当院では外保連指数以外の「診療密度」や「医師研修の実施」・「重症患者に対する診療実施基準」などは全てクリアしていたにも関わらず、あのような結果になったわけですから。

今回の改定では、1回の入院あたり複数の手術があった場合、外保連指数の最も高い手術に絞って評価するという体系となったため、ようやくII群病院となりました。今回のこの特定内科疾患の評価基準が適応になりますと、当院は余裕を持ってII群病院に該当してしかるべきと思いますが、他の新たにII群病院に昇格した病院の中には、高度な内科系診療よりも手術を優先したところもあったかもしれませんね。

工藤 今回、特定内科診療をグリーンブックという形でまとめ、これはこれからの内科系の技術評価を診療報酬体系の中に落とし込んでいく突破口といえると思います。現在の診療報酬体系が昭和33年に出発し、今日までおよそ60年は経つわけで、その中で内科系技術評価はどういうふうに捉えられているのかというのが、私たちの考える出発点ではないかと私自身は思ってきました。

## 現行診療報酬体系における内科系技術の評価

というのは、DPCであれ何であれ、いきなり包括ということはありません。やはり基本的には出来高があり、それを、いろいろな手法を使いながら統計的に簡素化していくという方法をとっているわけですので、そもそも診療報酬の点数表の中にない技術、評価されていないものはやはり評価されないわけですね。そういう目で見ると、特に内科系ではかなり大きな問題

点があるのではないかと考えています。私は3つの問題点があるということを上申してきました。以下はそのへんのところのご意見を出していただきたいのですが、

そもそも、疾患や病態の診断がどうやって技術評価されているのかというと、これは全くありません。画像診断料や病理診断料、検体検査判断料、生体検査判断料というのがありますが、総合してどういう病気や病態なのか、臨床推論を働かせて考えるという行為については、どこにも評価されていません。もう1つは、診断をして治療方針を決定していくプロセスがありますが、この約20年間、「説明と同意」というのは非常に重要な医療の構成要素になってきて、これにかかる時間は相当程度、医師の負担になってきています。このあたりがどう評価されているのか。また、内科系の治療ということになると基本は薬物療法だと思いますが、この薬物療法のうち、内科系技術は何かといえば処方だと思います。処方料、処方箋料は外来の投薬にしか存在しません。注射に至っては、処方に関する評価そのものが全く影も形もないという問題点がこの60年間、横たわっています。

これを突き崩すのは大変ですが、現在、順天堂大学の高橋和久先生が各疾患の診断と治療法決定の難易度をA~E+Fで、それから病態を含めた総合負荷評価A~Eについて、2つの作業を進めていただいています。高橋先生、その作業についてお話しいただけますか。

高橋 内保連では、DPC診断群分類を用いて各疾患の病名・治療方針決定難易度と処置を含めた医療行為の総合負荷の決定作業に入ったところです。実際の作業は、内保連の領域別委員会の委員長に依頼し、参加学会間で意見調整を行っていただき、ご提出いただくことにしています。一方、内科疾患でない疾患(MDC02は眼科疾患、MDC03は耳鼻科疾患など)に関しては外保連に調査を依頼する予定です。私が呼吸器

## 座談会

内科医のため、まずはMDC04(呼吸器疾患)から作業を着手しました。具体的には病名と治療方針決定の難易度についてはDPCの6ケタの診断群分類について調査を行います。病名と治療方針決定の難易度の割り振りは、内保連難易度を使用して行います。この難易度は、医療行為に関わる医師の経験年数、専門医資格などから難易度が低いAランクから最も難易度が高いEランクに分類されます。また、多職種でのカンファレンスを必要とするものを特別にFランクとしました。一方、処置を含めた医療行為の総合負荷は疾患+病態に対して調査をすべきため、DPCの14ケタ分類に対して総合負荷AからE(Eが最も総合負荷が高い)をつけていただくことにしています。DPC14ケタ分類は手術・処置2(人工呼吸器等)、副傷病名も加わりより病態を反映した分類となっており、これらの総合負荷度を評価したいと考えています。具体的には特定内科診療の1つであるCOPDの増悪は、DPC治療方針コード14ケタである458040120xx9901xxに該当し、この総合負荷度はEとなります。今後、調整後、全ての疾患(MDC01からMDC17まで)に対して調査を依頼する予定です。

### “診断”の評価と難易度、総合負荷度 “説明と同意”はどう評価されるべきか

蝶名林先生、「説明と同意」は現在の診療報酬体系の中でもある程度は評価されているという考えもあるのですよね。

蝶名林 先ほど齊藤先生から初めて聞いたのですが、60年前から技術評価をしようとしていたというお話があり、やはり誰もが気付きながら正面からは手つかずのままであったわけですね。ただ、確かに今の診療報酬体系の中にも少しずつではありますが、説明や同意に対する診療報酬対価が入ってはいますね。

工藤 算定要件ですね。

蝶名林 はっきりしているのが、例えば本年春のがん診療に関する診療報酬改定で、医師やコメディカルが、がんの診療方針を説明した場合「がん患者指導管理料」が制定されました。医師が看護師と共同で行った場合、1回500点、看護師や薬剤師が行うとそれぞれ200点ということが指導管理料の中にあります。

工藤 がんに関しては算定要件ではなく、独立しているのではなかったでしょうか。

蝶名林 そのとおりで、「特定疾患指導管理料」としてできたわけですが、それも保険医が看護師と共同して患者に十分説明して文書などにより提供するという内容が算定要件に入っています。もう1つ緩和医療の分野で、「入院基本料加算」として、緩和ケア診療加算400点が算定されています。これは患者の疼痛や不安に対して緩和ケアチームで診療した場合で、一定の緩和ケアに関する研修を受けた医師が行うことが算定要件に入ってきており、その分点数も取れるということになります。

そこで次のステップとして「説明と同意」をどう診療報酬に入れ込むかということに関して、現在の診療報酬で「説明と同意」に類するもの、例えば「指導」や「情報提供」、「掲示」なども含む文言がどのくらい入っているかということ、内保連ではこの半年ぐらいかかって、診療報酬点数表(平成24年度版)で調査したところ、その文言の入っているものが777件ありました。この数字は決して多いものではなくて、例えば「指導管理料」や「リハビリテーション」の章の中には当然説明することが多くあるはずですが、実際にはほんの少ししか含まれていませんでした。

また、私の所属する聖路加国際病院でも毎年5,000~7,000ぐらいのテンプレートを用いて患者説明の記録をとっていますが、それで見ても、2011年では平日の時間内に行った「説明と同意」と同程度の頻度で時間外にも行っているという

結果がありました。医師、コメディカルにかなり負担がかかっていることがわかってきました。

さらに現在、各学会において、それぞれ難しい疾患・病態を現場でどう患者さんに説明しているかということ、アンケートで調べてみようということになり、進行中です。具体的には、今、内保連を中心に120ほどある学会にアンケート調査をして、6割ぐらいの学会から回答をいただいている状況です。検査に関する説明、治療に関する説明の2つに分けています。もちろん重複はありますが、検査・治療ともそれぞれ500～550件の項目をいただいています。

それに関しては、やはり15～30分程度、場合によると30分以上かかるような説明がかなり多いという結果です。30分以上を要すると考えられる検査では、カテーテル検査、各種の生検による検査、内視鏡関連の検査、それからやはり遺伝子や染色体検査などがありました。治療では腎代替療法として、透析をやめる・やめないといった問題や終末期医療の選択に関してもかなりの負荷がかかっているという結果でした。また、人工呼吸ですね。これは現在の診療報酬体系には全くないところで、人工呼吸を始める際の説明や気管切開の適応ということが非常に問題になります。その他、胃ろうや消化器内視鏡的治療、各種悪性腫瘍に対する化学療法などが30分以上かけて行うべき治療と考えられています。また、どういう職種の医療従事者の方がやっているのかをみると、医師のみでやっている場合以外に、重大な説明では看護師、臨床工学技士、場合によっては心理療法士、理学療法士といった複数のコメディカルの方々を含むようなケースもあるという結果も今出つつありますから、医師のみならず広くチーム医療としても関係した問題であり、看保連との連携も必要です。さらに、内科系だけでなく、外科系でも手術前には必ず説明をしなければいけないわけですので、外保連とも連携が必要です。

「説明と同意」に関して現在いろいろな問題が出てきていますが、最近では医療が複雑化してくる中でますますその意義が問われるということ、やはり治療や検査の選択には患者の「自己決定権」ということが大事なので、それを確実にするのは患者への説明であるということ、この2つによって、さらに「説明と同意」という価値が高まってくると思います。

法律的な裁判や訴訟でも、「説明と同意」を行っていなかったために、あるいはもっと詳しく説明しなかったために敗訴になっている事例もあります。そういうことも拍車をかけ、さらにその必要性は高まっていくでしょう。

工藤 医療の在り方が、かつての「黙って医師の言うことを聞きなさい」というパターンリズム的な医療から、患者の自己決定権を大切にしたい医療へと転換していく中で、説明と同意はますます重要になってきます。昨日、厚労省に伺った際にもお話にありましたが、医師の負担軽減という方向でもってくるのか、それとも診療報酬という評価の中に落とし込む形になるのかということ、今後の方向性として決めていかなければいけません。

蝶名林 具体的な作業として、「説明と同意」を診療報酬の枠の中にはめていくうえで、技術が評価されるということになると、説明の内容がどのようなものなのか、すなわち、どう説明すれば最も効果があるかということが大切で、そのために説明する医療者の資格や、説明内容の標準的マニュアルなどが必要になってきて、それが算定基準になる可能性があります。また、医療者にどのぐらいの負荷がかかっているかということも重要な指標になりますので、その負荷度を測るには「説明と同意」にかかる時間を実際に測定して、人件費などとの関連を調査しなければいけないと思っています。

## 座談会

## 薬物療法における“処方技術”の評価

工藤 こういった説明と同意を経て、最終的には内科系治療としては薬物療法に行き着くわけですが先ほども申し上げたように、この診療報酬の体系の中で処方の評価には基本的な欠点があります。なぜ外来の「投薬」にだけ処方料、処方箋料があるのか考えてみましたが、これはそもそも1874（明治7）年の医制の中で「医師たる者は自ら薬をひさぐことを禁ず」という提言に始まります。当時は、薬剤師もいるわけではないし、薬局もないし、これは到底実現不可能なものでした。手本にしたヨーロッパのようにはいかず、医師は自ら薬を売っていたわけです。その後の医薬分業の長い長い歴史ですよ。薬剤師会と医師会の対立や妥協、処方料・処方箋料の大幅引き上げなどいろいろなことを経て、医薬分業が進んでいく過程で、処方料、処方箋料は「投薬」に関してはできてきたのだと思いますが、「注射」については全くない。なぜなのかということ。これは恐らく、注射が医療の中に取り入れられていく過程で、病院の医師が何も言わなかったのだらうと思います。今、注射は外来で行うよりも入院で行っている方が多いのではないかと思います。皮下注射、筋肉注射、静脈注射とありますが、そういう手技料と、いわゆる調剤に関わる費用と薬代だけで、病棟で「明日の点滴はどうしようか」、「どういう抗がん剤を使おうか」と検討するようなことに対しては、全く評価の落としどころがありません。藤原先生、抗がん剤についてはそれなりにあるのですかね。

藤原 診療報酬上のサポートですか。

工藤 例えば、抗がん剤については外来処方に関しても月700円とか、安いですが一応ありますね。外来化学療法などでは、はっきり処方料とは書かれていませんが、何かしら処方技術

評価があるのですか。

藤原 そうですね。それを参考に、内科系の特定疾患の診療報酬や内科系のいろいろな技術料に広がっていけばよいと思います。ですが、診療をしている側からすると、外来化学療法計算でも少ないですし、それから多職種が関わって患者さんの診療にあたるので、そのときの経費が全部出るかというとなかなか難しいところがあるのが現状です。昔は、補液や抗生剤など非常にシンプルな注射が多かったですが、今だと、どういった抗がん剤を選択し、どういった支持療法を使えばよいのか、それから投与間隔は1週間に1度がよいのか、3週間に1度がよいのか、投与量も体重や身長に応じて変化しますし、そのときの体調に応じて7割5分にしたり半分にしたり、また、腎機能や肝機能に応じて変わってきたりと、様々な状況を考慮したうえで判断をし、投与量、投与スケジュールを決定して処方するわけです。非常に複雑化しているので、そこを診療報酬はカバーしきれていないと思います。

工藤 受け皿がないのでしょうか。そもそも処方料というものが、注射に関してはないのでよね。だから、例えば、抗がん剤でも特定の名前を出す必要もないかもしれませんが、アリムタ<sup>®</sup>、アバスタチン<sup>®</sup>、ハーセプチン<sup>®</sup>のような非常に高額な医薬品がどんどん出てくると、薬の価値の高さに比べて技術が見えづらくなってしまっていて、ほとんど薬代になってしまっているのではないかという危惧も持っています。

藤原 がんの薬物療法を整理すると、患者さんが受診してこられ、症状の把握をする、そのうえで病名と病気の拡がり、それから病理学的な診断をしっかりと決める、また、その際の患者さんの臓器の機能を評価したり、糖尿病や高血圧などの合併症を把握したりして、そのうえで患者さんにどういった治療をしていくかを検討する段階に入ると思います。さらに、その際、患

者さんにどのくらいの余命があるか、つまり、残された時間はどのくらいか、また、経済状況はどうか、家庭環境、介護の状況はどうかといったことも踏まえ、最終的にその人が治療によって得られる利益、不利益を患者さんやその家族と相談して決定し、初めて抗がん剤の投与に至ります。その長いプロセスというのが、現時点では全く評価されていないというのが現状です。

そして、さらに、投与後には今度は副作用が出てきます。10日程度、だいたい1~2週間でいろいろな副作用が出てきますが、その副作用がどのタイミングで出てくるか、出てきたらどのくらいの重篤度となるか、さらに、副作用が出てきたらどう対応するか、回復の度合いはどうかということのみたうえで、次のコースの治療を開始します。長くて半年ぐらいの期間、このような判断と対処を繰り返していきますし、最終的に治療を終わるのか、中断・休止するのか、あるいは緩和ケアに完全に移行するのかという判断も必要となります。このように、抗がん剤を投与してしまえば診療は終わりというわけではなく、投与後にも様々な判断プロセスがあります。そこを単純に外来化学療法加算、初診料、再診料、がん患者指導管理料だけで算定してしまうとなかなか辛いです。最近の薬はよく効きます。例えば乳がんの患者さんでも、転移があってもほとんどの方は3~4年は元気に過ごされます。それが6回の算定ではなかなか難しいですし、将来もっと長生きして、担がんで天寿を全うする方も結構出ていらっしゃると思いますので、それに向けての制度設計というのにも必要になってくるのではないかと思います。

工藤 今のお話を伺っていると、評価すべきものが評価されていないというところが膨大に存在しているということですね。そういう意味ではやはり薬価を削減した部分の4,000億円、5,000億円は、今おっしゃったようなところにこそあてがってほしいですね。

藤原 あと、最近の高い抗がんの分子標的薬でも、がんの種類によって非常によい効果が出るものと、そこそこの効果しか出ないものがあります。例えばレゴラフェニブという薬は、大腸がんではそこそこしか効かないのだけれども、GIST (gastrointestinal stromal tumor) という稀な肉腫には非常に劇的な改善効果をもたらし、倍以上に生存期間を延ばすこともあります。処方される患者さんからすると、受ける恩恵の大きさが全く異なるのに、薬が各々のがんで同じ薬価であるという現状は改善の余地ありだと思います。がん種別に薬価を設定することで、医療費の削減につながるのではないかと思います。

### これからの方向

工藤 ここまではこれまでや現在の診療報酬体系など内保連の歩みの部分についてお話を伺ってきました。これからの方向としては、外保連や看保連との協力、共同で進めるという機運がだんだん高まってきていると思います。ちなみに、今年9月9日には、看保連が担当し、「医療と介護の連携」というテーマのもと、聖路加国際大学で内保連・外保連・看保連による三保連合同シンポジウムが行われます。今回で第13回を迎えますが、それぞれ共通しているものを話し合っただけで連携して解決や向上を図っていくというスタイルも、だんだん互いの顔も見える関係になってきて大変すばらしいことだと思います。

外保連との関係でいえば、昨年1月にスタートした「内視鏡検査の適正な診療報酬評価に関するワーキンググループ」というのが外保連との合同でスタートをしています。したがって、今回の26年度改定に関しては、内視鏡関係は要望を基本的に出していません。これは28年度改定に向けてまとめ上げていくということで作業が進んでおり、一体的に進めるために、内保連

## 座談会

と外保連で足並みを揃えたというわけです。新しい動きかと思います。

他に何かありますか。

蝶名林 先ほど藤原先生からお話があった「がん患者指導管理料」ですが、昨今、肺がんの化学療法は外来で行うことが7~8割ぐらいになってきています。そういうときに、外来で1人のがん患者さんの治療薬剤をどう決めていくかということに関して、医師1人で非常に悩むということが多々あります。その場合、私どもは、東京都のがん拠点病院でオンコロジー・カンファレンスという多職種カンファレンスを行っていますが、そういうところでその患者さんのディスカッションをします。ですが、全症例について議論できるわけではありませんし、全国的にみても、そういうカンファレンスがあるところはまだしも、行われていないところも恐らくたくさんあると思います。医師個人にとっても非常に負荷も大きいですね。そのような外来での治療方針の説明については、実際には指導管理料は十分カバーできているのでしょうか。

藤原 がん患者指導料は外来でも取れ、講習を受けた医師の他に、認定を持っている看護師さんや薬剤師さんでも取れますが、まだまだ数的には多くないのが現状で、そのあたりがハードルかとは思いますが。

齊藤 先ほどお話しした全社連の調査では、内科系の医師と外科系の医師がちょうど半々の構成です。全体が約700人で、約350人ずつの構成となっています。そこで、今の診療報酬についての意見を尋ねますと、手術以外の技術評価について問題があるという意見は、内科系の医師も外科系の医師もほとんど同じです。外保連との話し合いの中でも、「手術は自分たちでやるけれども、それ以外のいわゆる医療技術の評価はぜひ内保連が中心に取り進めてほしい」ということを繰り返し外保連の先生方から言われており、今後、その部分の共同歩調が求められる

かと思います。

それから、最近読んだ本で、米国から来た日本の臨床教授の先生が言われる言葉に「日本の医学生は手術の名前や薬の名前、検査の名前はよく知っているけれども、臨床推論の力が諸外国に比べても弱い」というものがありました。それはなぜかという、やはり1つは、診療報酬体系が臨床推論といったインサイドワークを評価する仕組みになっていないことが原因ではないかと思います。その結果、厚労省は今、重要視している総合診療医を日本で育もうとしているわけですが、土壌としては未成熟です。総合診療医は臨床推論や説明と同意という部分を重視するわけですが、その診療報酬が欠落した状態というのは日本の将来の健全な医療を育てるうえで不足している部分であると思われます。総合診療医について全社連が卒後10年未満の若手医師に対して行った調査では、生涯、領域を特化した専門医とならず総合診療医のままでよいと考えている者は10%に達していません。

小林 米国のRBRVs(resource based relative value scale)だと、狭義の医師の技術料が全体の報酬の52%で、半分以上を技術料に割いています。あとは、プラクティカル・エクスペンシティという、いわゆる人件費、材料費、間接経費といったコストが44%で、残り4%が訴訟費用、保険料といったものになっていますので、もともと米国は技術というものにそれだけ重きを置いているということになります。

齊藤 そうですね。総合診療医の数に関するOECDのデータによると、加盟している先進諸外国の中で全く名前が挙がらないのは日本だけです。日本では国が認めた総合診療医というものがないわけですし、だから統計の取りようがないわけです。他の国では専門医と総合診療医はおおよそ半々なのですが、それに対して日本は完全にノーデータと1行書かれているだけです。それは、それを育む診療報酬上の土壌が、過去

60年間全く欠落していたことに由来するのではないかと、そう思わざるを得ません。

蝶名林 先ほどの「説明と同意」についても、外科系の先生方からは「外保連試案による点数は技術料のみであり、手術についての説明と同意に対する対価については、内保連の先生方と一緒にやりましょう」というようなご意見をいただいている状況です。

齊藤 そうです。特に、先ほどの全社連のスタディでは、手術以外の医療技術の評価について、診察や問診、診断など様々なことについて、40% ぐらいの医師は内科系も外科系も一致して不十分だと言っていますが、説明と同意については内科系も外科系も80% ぐらいの医師が、著しく診療報酬上の取扱いが不適切だと考えています。

蝶名林 ただ、この「説明と同意」の評価は非常に難しく、いわゆるコスト・エフェクティブネスという尺度ではなくて、最終的な患者の

満足度、あるいは医療訴訟案件が少し減るといったこともあるのですが、その評価が非常に難しいと思います。

齊藤 だから、アウトカムを経済指標に直そうなどと思ったらかなり困難ですね。

蝶名林 ただ、そこはある程度はないといけません。場合により、医師の負担軽減というところにも関係しますし、あくまでも「法」と「医」の間で、患者の視点に立って考えなければなりません。

工藤 先生方、本日はありがとうございます。内保連の歩みと課題というテーマで議論していただきましたが、本日の座談会が会員の皆様が診療報酬を考える一助となれば幸いです。本日は誠にありがとうございました。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：藤原康弘：研究費・助成金(サノフィ、大鵬薬品工業、武田バイオ開発センター、中外製薬、日本化薬)