

# 12月11日中医協基本問題小委員会 外科ヒアリング

## 外科医療の現状と医療技術の適正評価 の必要性

### その他

山口 俊晴 癌研有明病院 副院長  
(外科系学会社会保険委員会連合 会長)

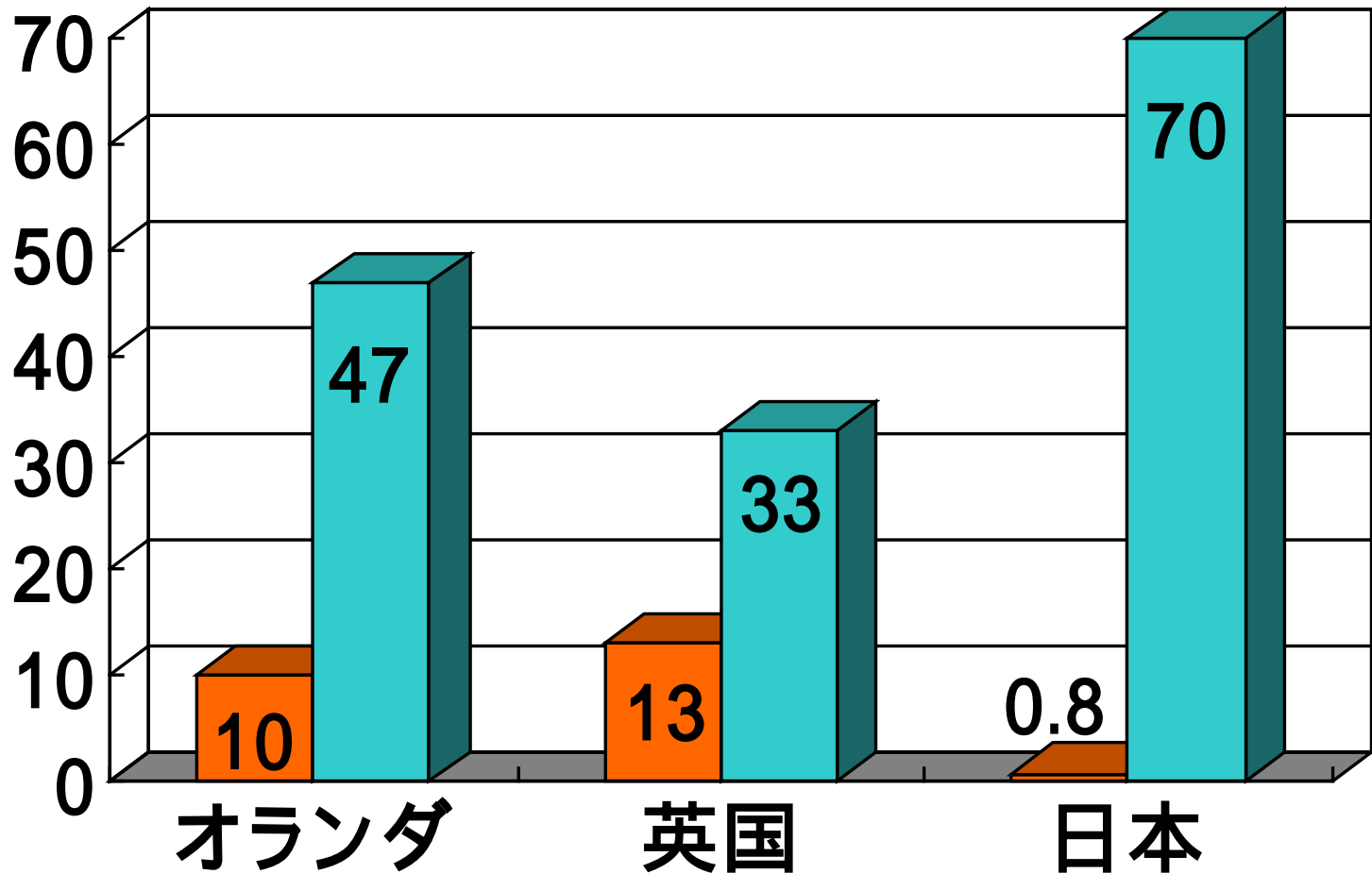
岩中 督 東京大学大学院医学系研究科小児外科教授  
(外科系学会社会保険委員会連合 会長補佐、手術委員長)

# 外科医療の現状

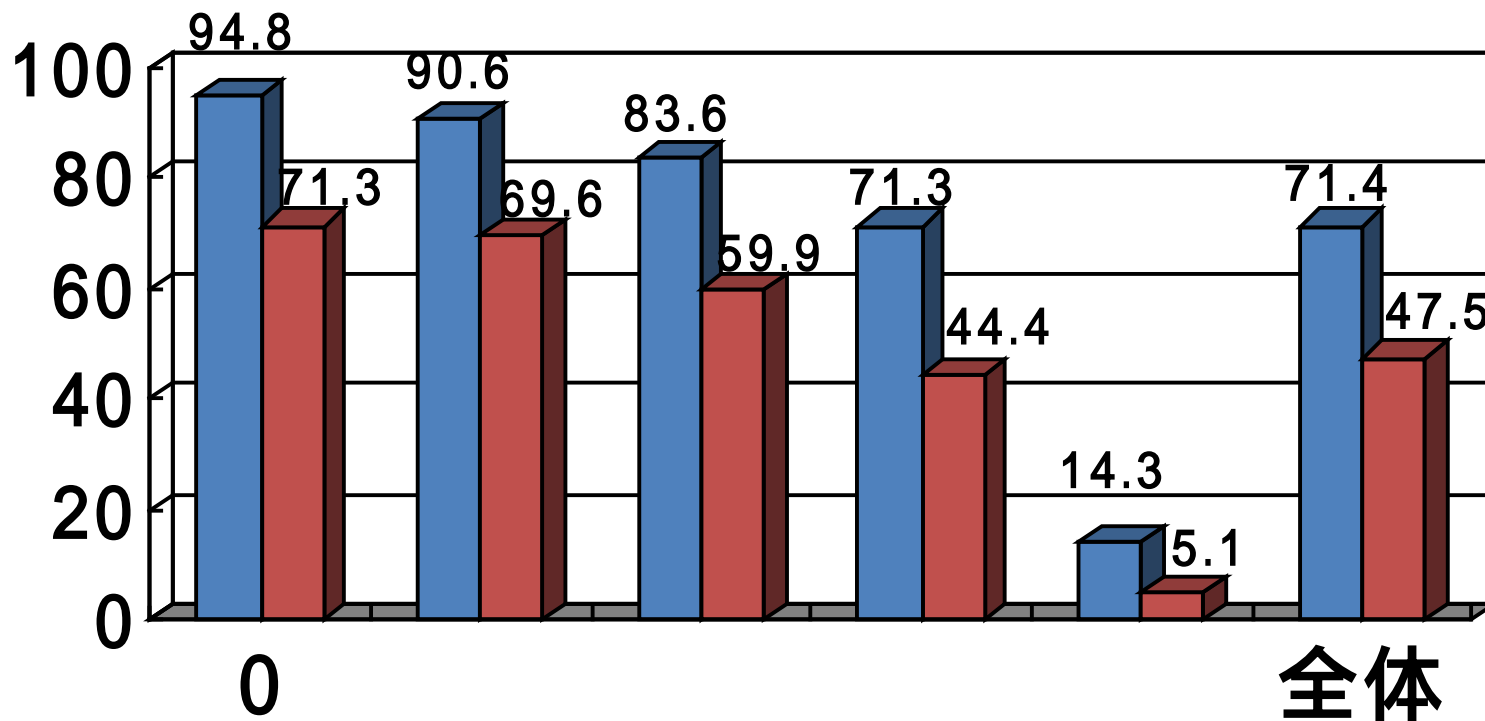
- わが国の外科手術の技術レベル(国際比較)
- 減少する外科医数
- 増加する負担(労働時間、当直、手術数など)
- 適切な医療評価が外科医の減少を防ぐ
- 外保連試案の問題点と今後の展望

# 胃癌手術成績の国際比較

■ 手術死亡率% ■ 5年生存率%



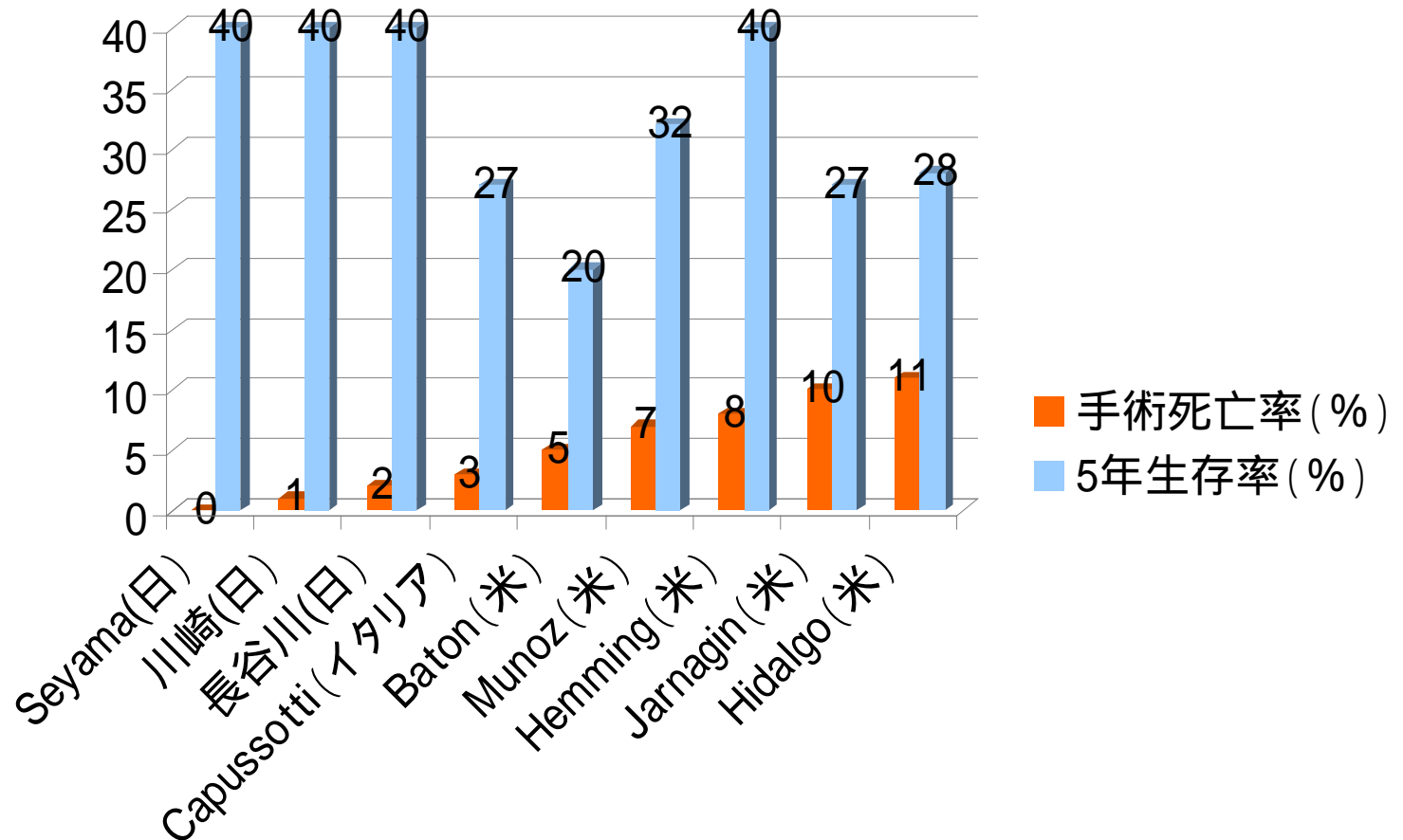
# 大腸癌手術成績の日米比較 (5年生存率%)



■ 日本 (大腸癌研究会) ■ 米国 (NCDB)

# 「肝門部胆管癌の手術成績」

北大腫瘍外科 近藤 哲(外保連ニュース10号2008年11月より抜粋)



# 「わが国における腹部大動脈瘤の手術成績」

日本血管外科学会 東京医科大学外科学第2 講座 小櫃由樹生  
(外保連ニュース11号2009年3月より)

表1. 待機手術成績

	観察期間	症例数	年齢	手術 死亡率 (%)
単施設				
Zarins and Harris	1987-1992	2,162		2.1
Nomans R. et al.	1989-1998	1,135	71 ± 7.2	1.2
多施設				
EVAR trial (英国:41施設)	1999-2003	516	74 ± 6	4.7
DREAM trial (オランダ、ベルギー:28施設)	2000-2003	174	70 ± 6.8	4.6
CIHI (カナダ)	1992-2001	13,701		4.5
NHDS (米国)	1994-1996	16,450		4.2
Medicare Population (米国)	2001-2004	22,830	76	4.8
JSVS (日本)	2006	5,383		0.98

# 外科医療の崩壊

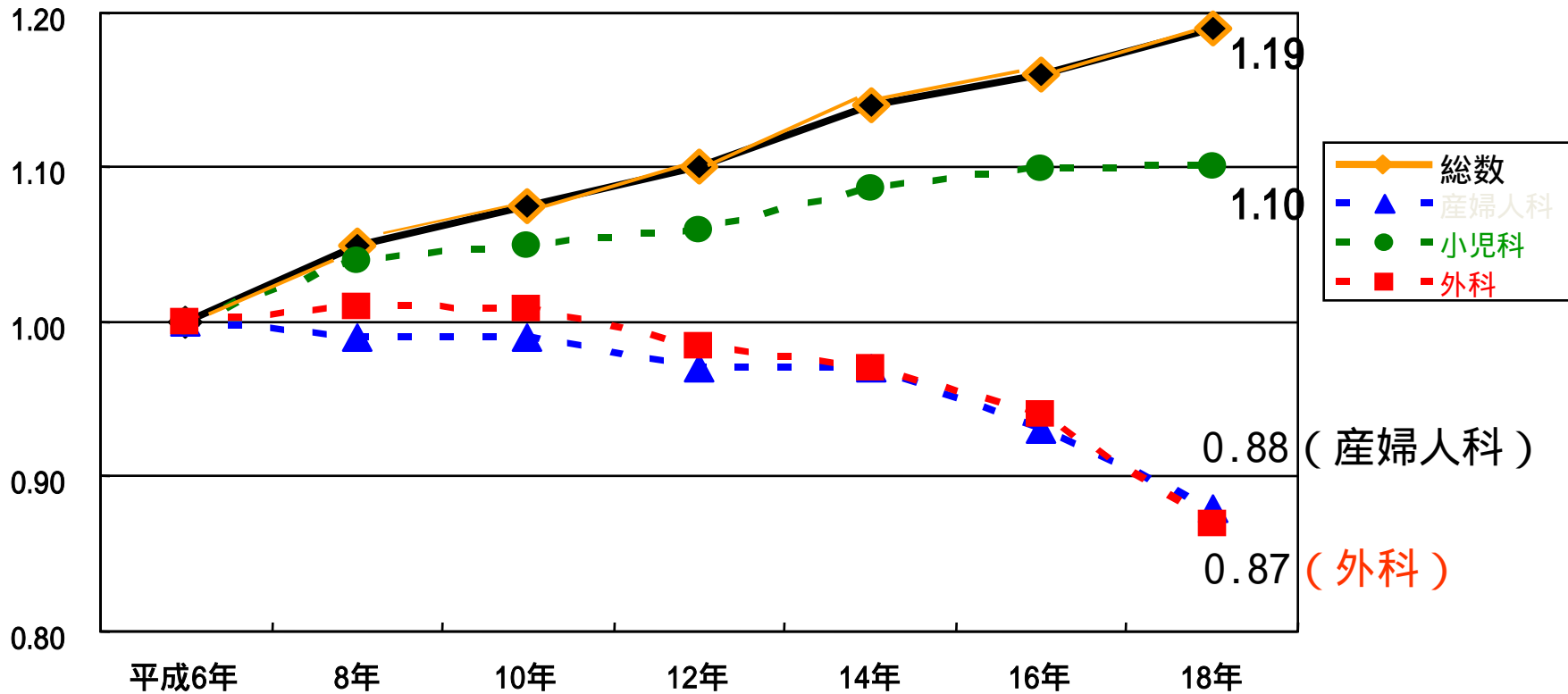
- 外科志望者の減少
- 救急医療の崩壊
- 病院医療の崩壊
- 医療の質の低下?

# 診療科別医師数の推移

医師の総数は増加しているものの、医師が減少傾向にある診療科もある。

診療科別医師数の推移（平成6年～18年）

医師数（平成6年を1とした場合）



出典「医師・歯科医師・薬剤師調査」

平成18年より研修医の分類が創設され、従来の独立した診療科から移行した医師もいるため、それ以前との単純な比較はできない。

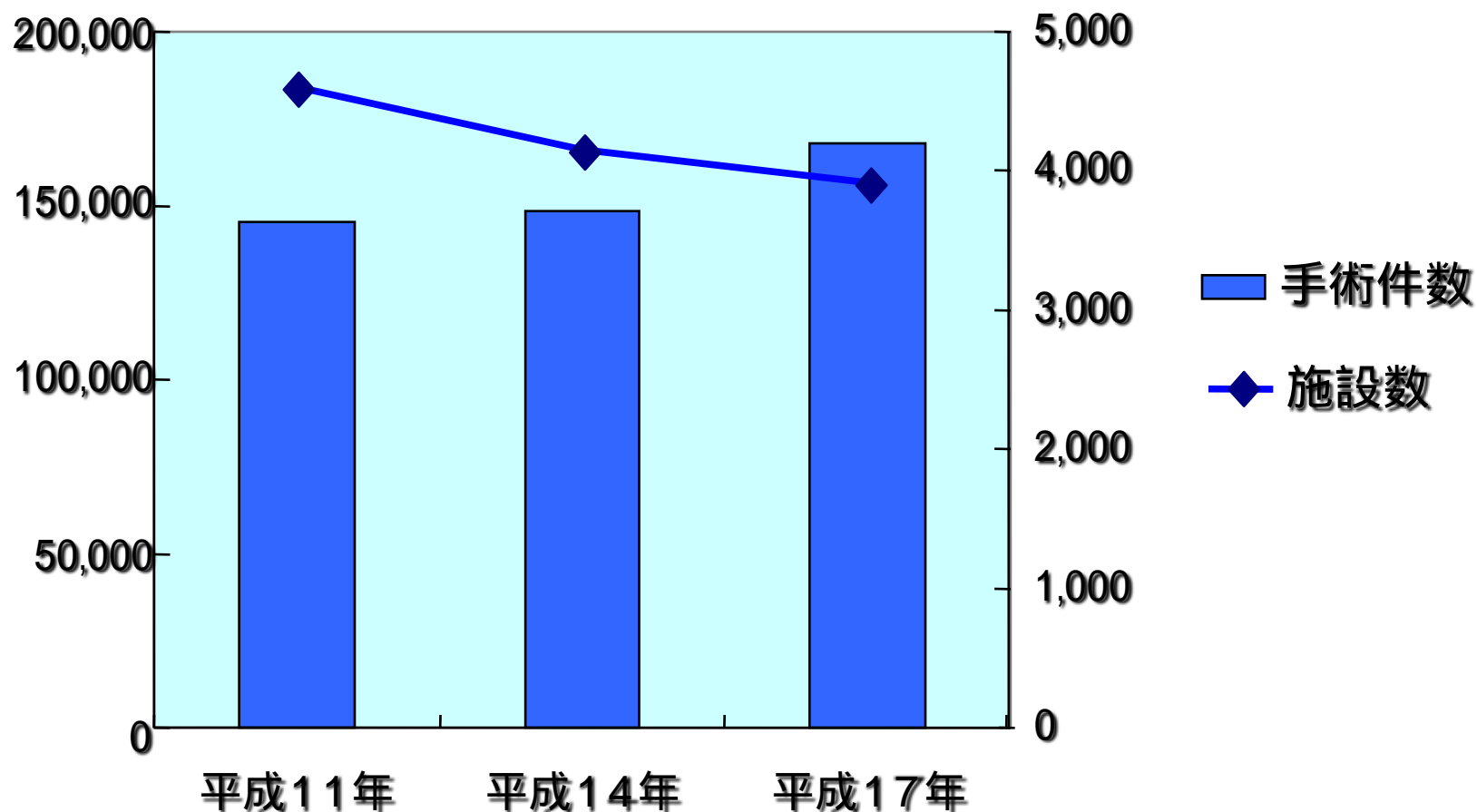


# 外科志望者減少の理由

日本外科学会 アンケート調査 より

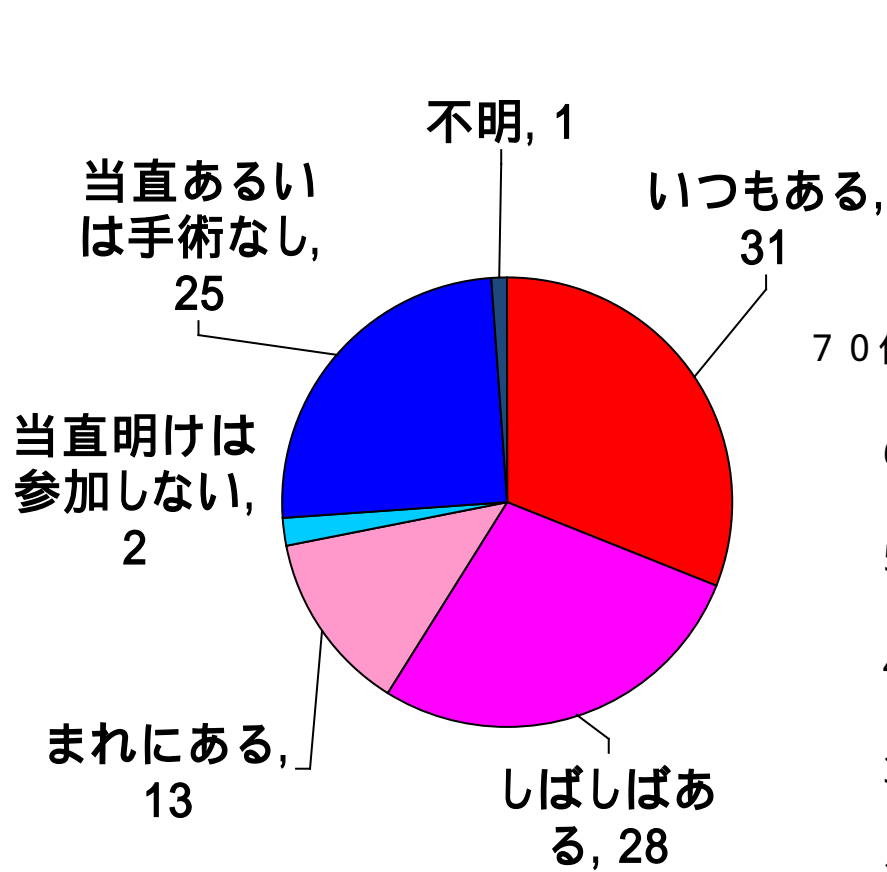
労働時間が長い	( 72 % )
時間外勤務が多い	( 72 % )
医療事故のリスクが高い	( 68 % )
訴訟のリスクが高い	( 67 % )
賃金が少ない	( 67 % )

# 全国の手術施設数と手術件数

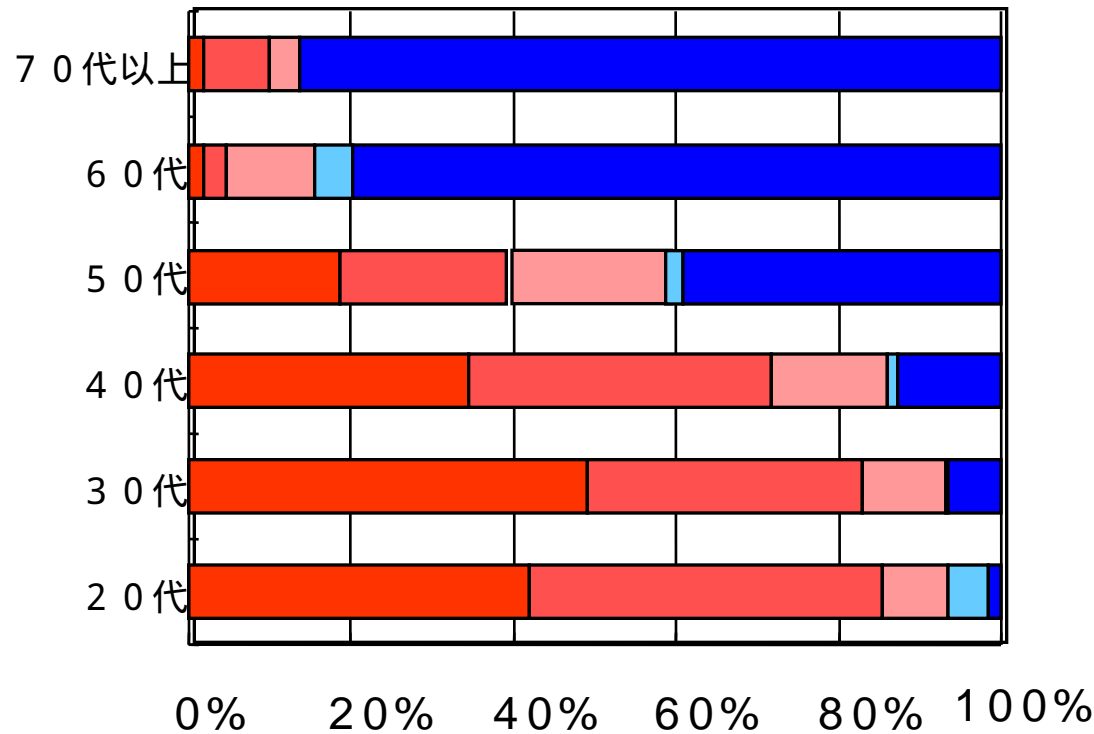


( 厚生労働省 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況 より )

# 当直明けの手術参加



- いつもある
- しばしばある
- まれにある
- 当直明けは参加しない
- 当直あるいは手術なし

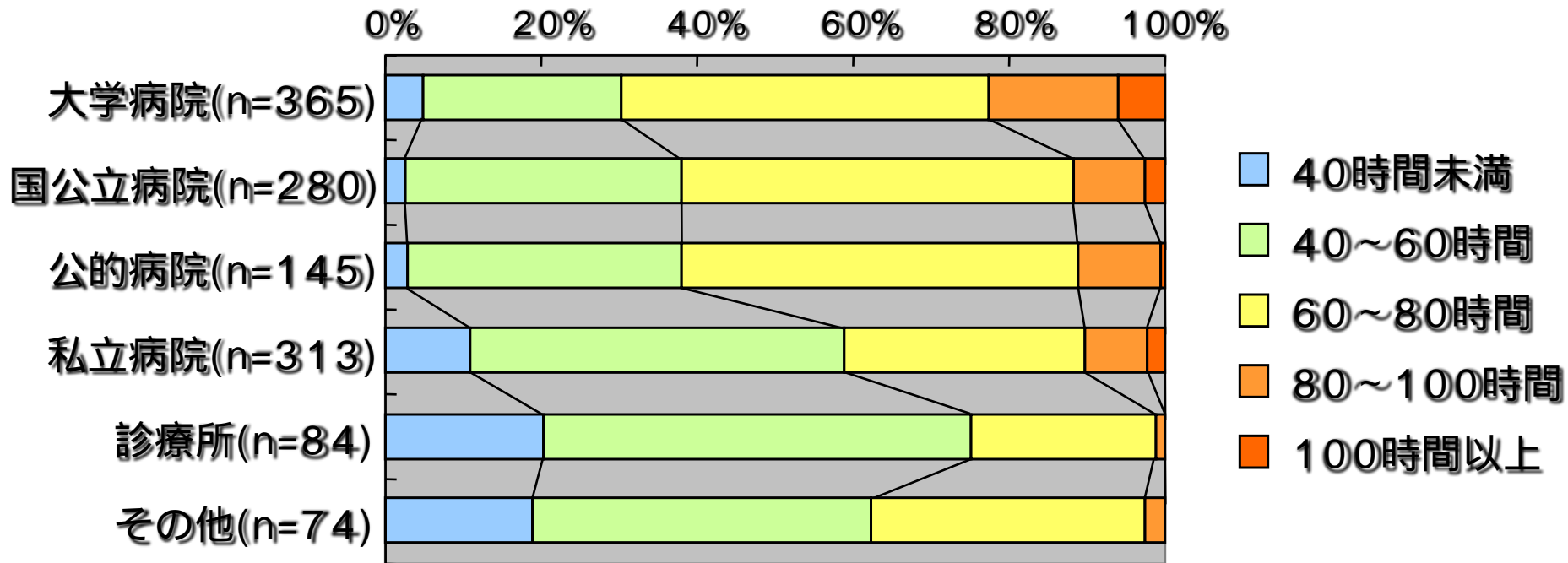


(日本外科学会 アンケート調査 11より)

# 施設と勤務時間

外科医の週平均勤務時間は59.5時間、診療所勤務者が47.7時間、病院勤務者が68.8時間

各施設別の勤務時間



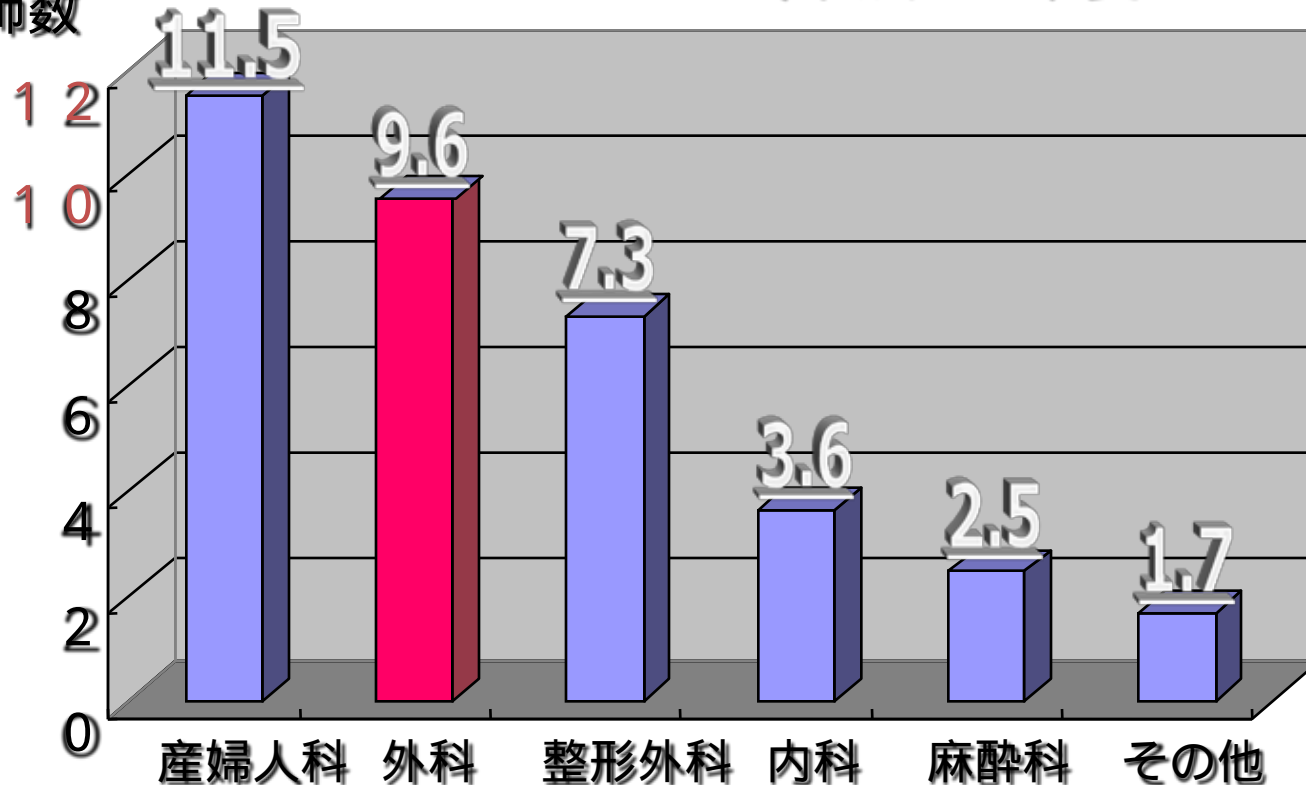
# 医療訴訟

## 診療科別新受件数（医師千人あたり）

件数/1000

（平成17年度：1032件）

医師数



# 外科医が現場から居なくなる理由

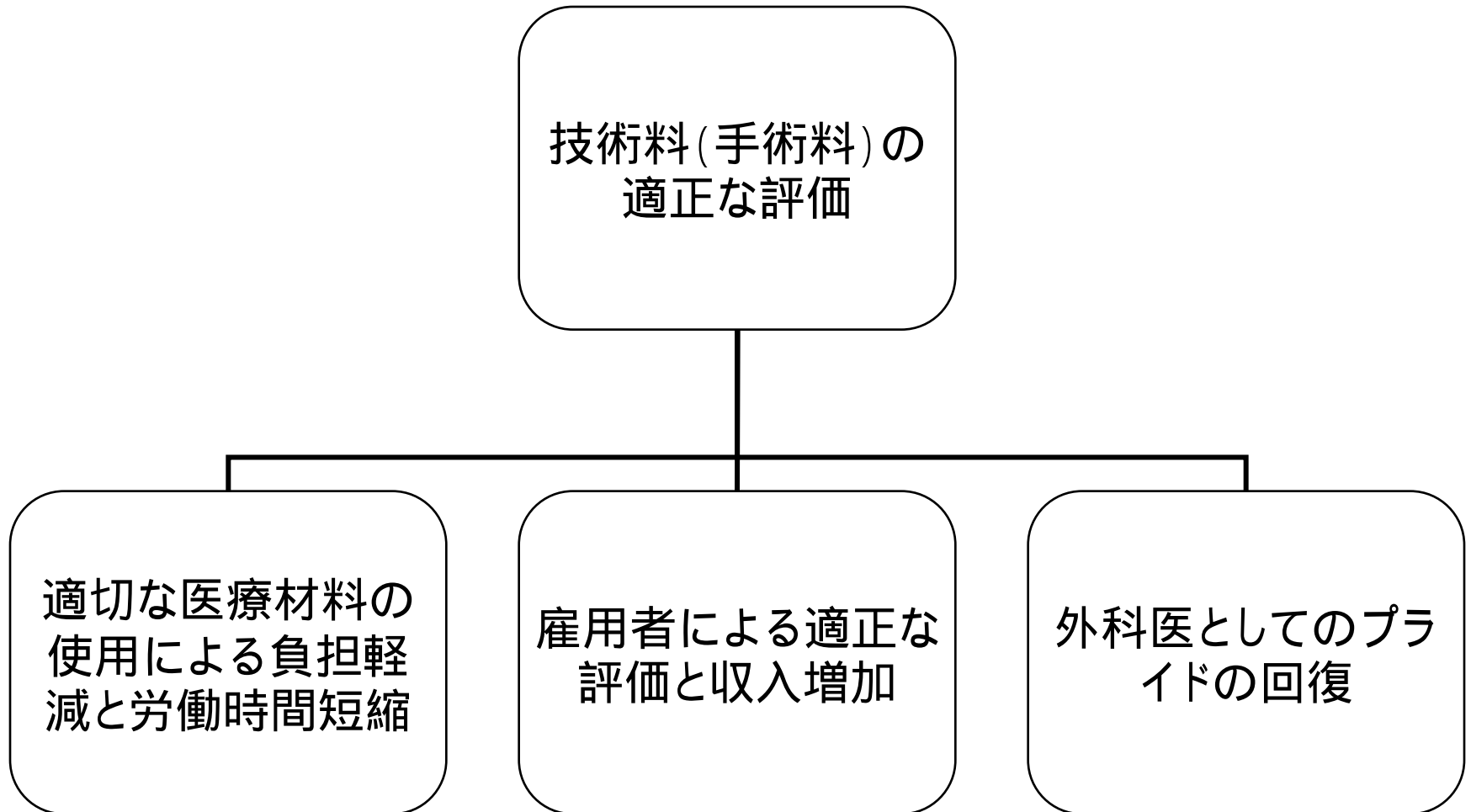
激務、低収入、訴訟？

1. 社会的な評価の低下
2. 家族の評価の低下
3. 診療におけるジレンマ

# 自己努力で改善できること

1. 社会的評価(患者の評価) **改善可能**
  - 親切できめ細かい対応、技術力の向上
2. 家族の評価 **改善可能**
  - 家族との会話、主治医制からチーム医療へ
3. 診療におけるジレンマ **改善不能**
  - 時間外勤務は減らし、手術は迅速に、手術には便利でも保険で償還されない材料は使用禁止

# 外科医のジレンマを解決する方法





# 外科系学会社会保険委員会連合 (1967年結成)

目的:手術料を、学術的根拠に基づいた一貫性のある算定方式により評価する

加盟学会数 87学会

日本外科学会、日本眼科学会、日本泌尿器科学会

日本耳鼻咽喉科学会、日本口腔科学会、日本麻酔科学会

日本産科婦人科学会、日本整形外科学会 ほか

# 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

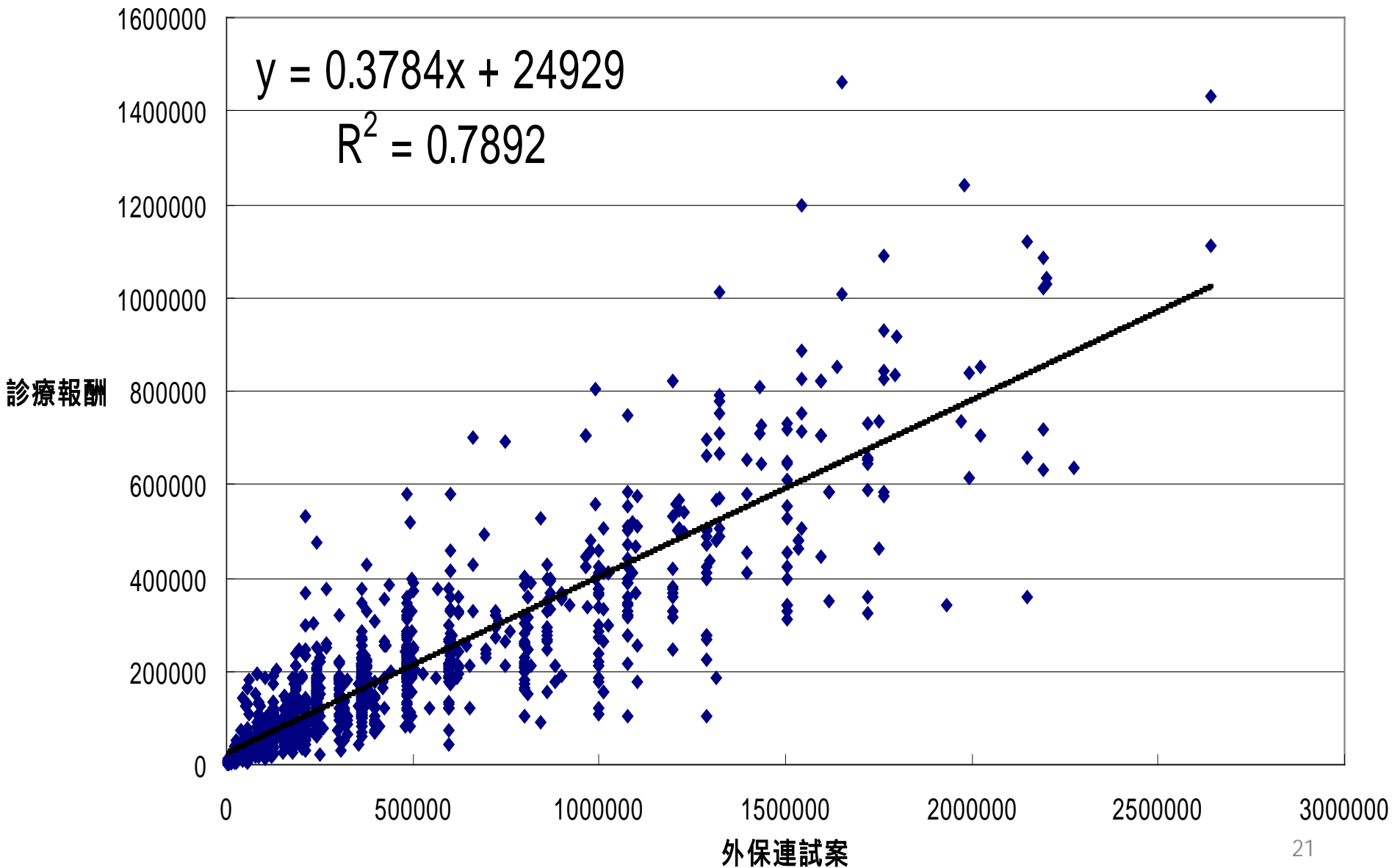
# 7版の技術評価区分

7版分類	7版経験年数	対応する身分
A	1	初期臨床研修医
B	5	初期臨床研修修了者
C	10	基本領域の専門医
D	15	Subspecialty領域の専門医もしくは基本領域の専門医更新者や指導医取得者
E	15	特殊技術を有する専門医

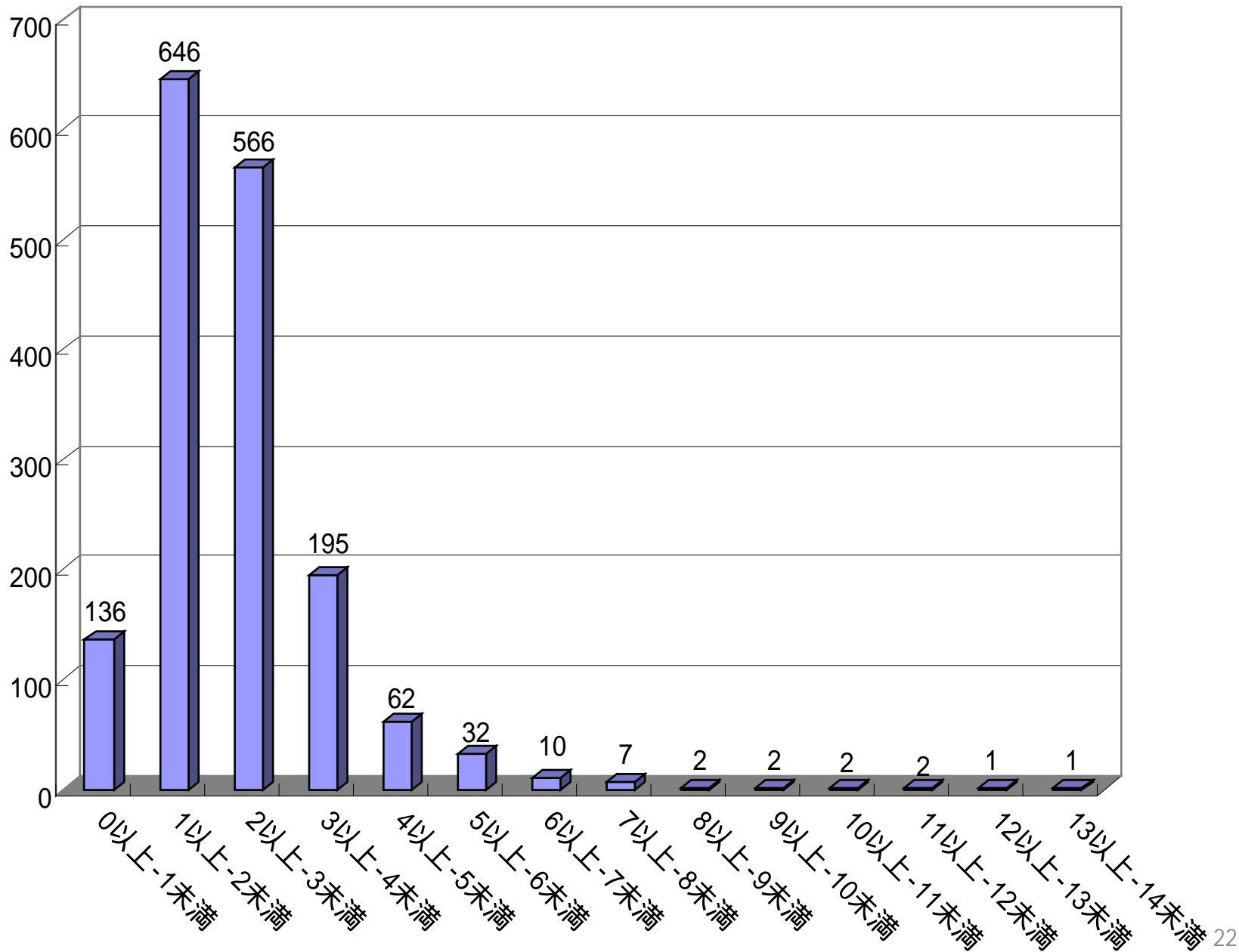
# 医療技術再評価の提案(外保連試案)

保険記号	術式・技術名	現行点数	外保連試案点数
K529	食道悪性腫瘍手術		
	1 頸部,胸部,腹部の操作によるもの	88,200点	175,230点
	2 胸部,腹部の操作によるもの	77,600点	150,420点
	3 腹部の操作によるもの	61,200点	107,450点
K560	大動脈瘤切除術(上行大動脈,弓部大動脈,下行大動脈,腹部大動脈等)	52,000点 ~143,000点	176,170点 その外特殊縫合系の別途請求 に係る経費の加算 8,000点
K697-5	生体部分肝移植術(レシピエント)	63,700点	236,340点

# 外保連試算(7版)と診療報酬の相関



# 外保連試案と診療報酬の比



# 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

# 手術試案の課題

- より正確な時間、人件費の算定
  - 定期的実態調査
- より適切な技術度評価
  - 診療科間のバランス
  - 専門医制度との整合性
- 技術と物との分離評価
- 技術度、時間、人数、以外の評価



# 外保連試案の精緻化

## コンセンサスからEvidence Based Dataへ

- 目的:手術術式ごとの人数、時間を調査し、外保連試案を精緻化
- 調査期間:平成16年11月1日～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

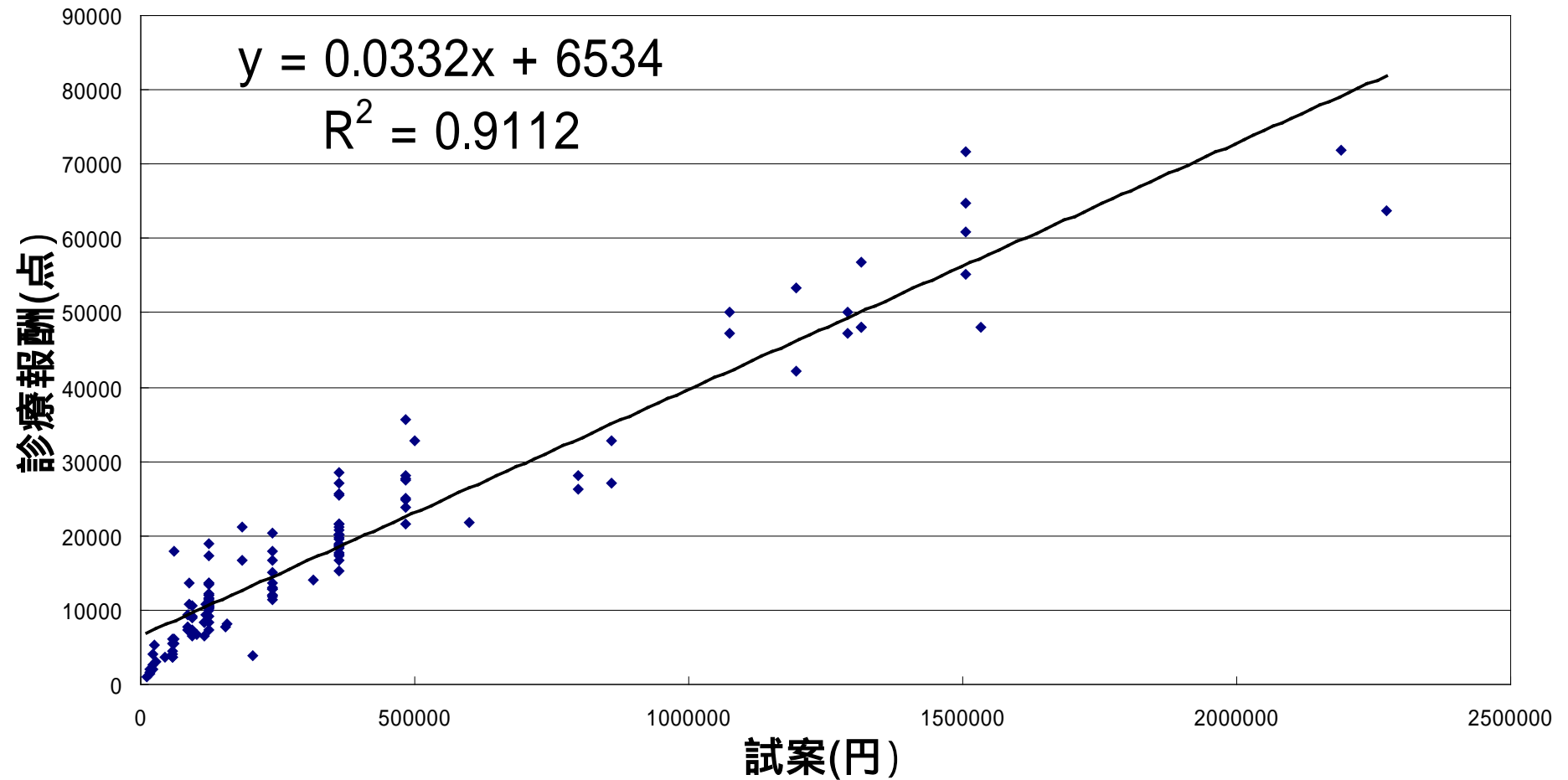
# 精緻化調査の結果と対応

- 一部の術式で試案と実態の乖離が認められた 《試案2時間→実態20分など》
- 基本的に調査結果にしたがって試案を改定
- 調査内容の不十分な例については、再調査し次回の改定で対応する

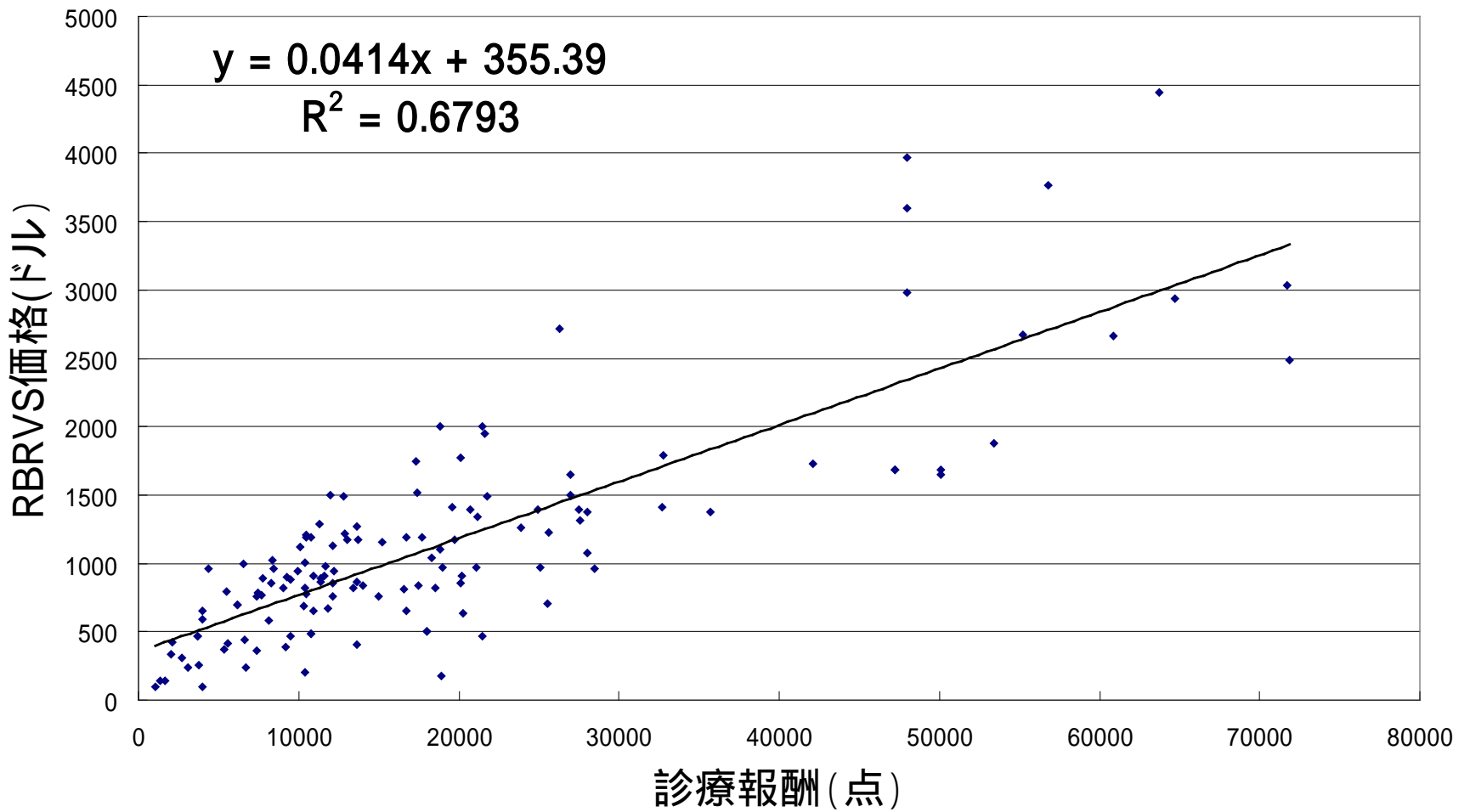
# 外保連試算とRBRVS (Resource Based Relative Value Scale)の構成要素

- 外保連試算
  - 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 )

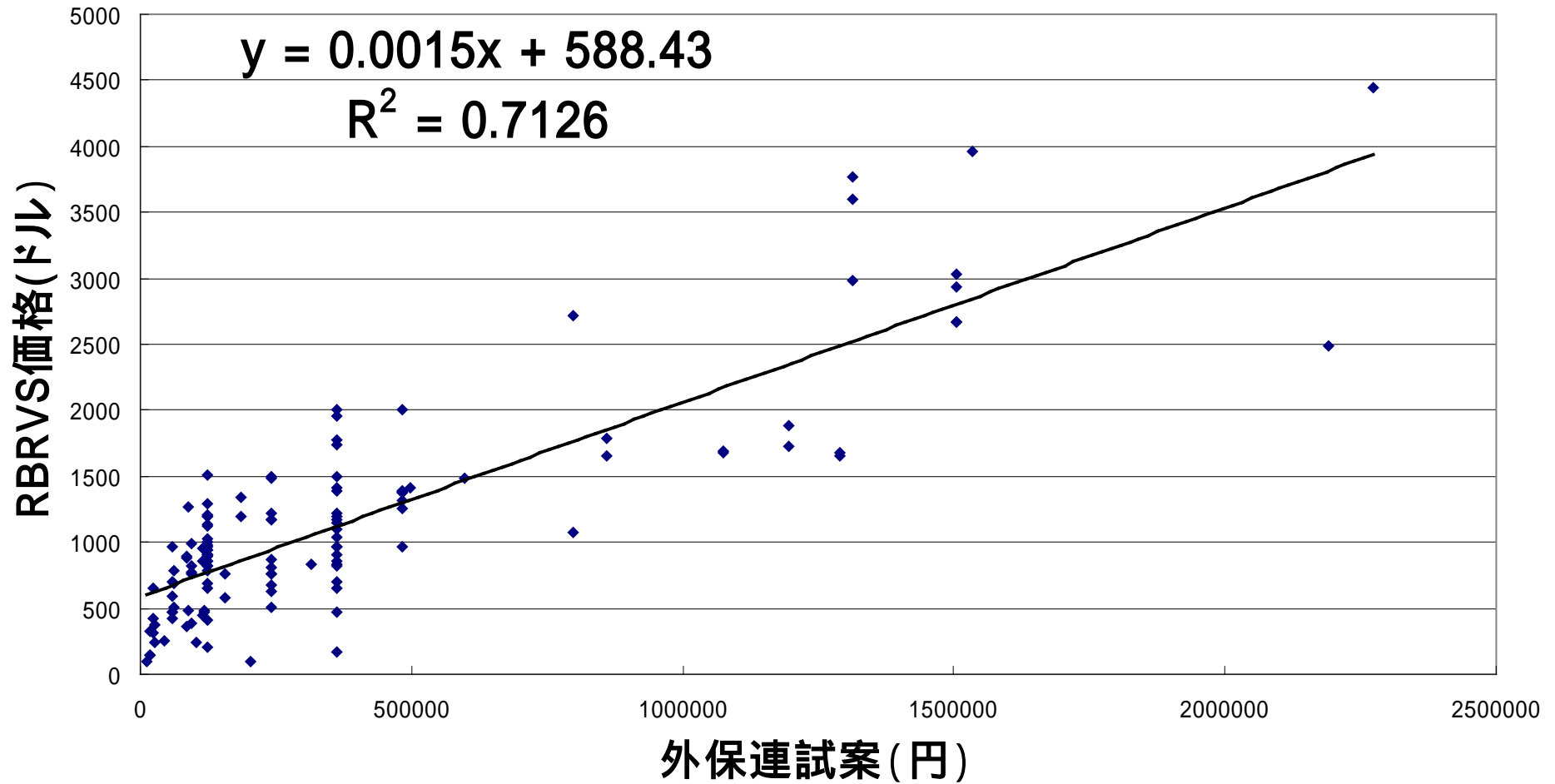
# 試案と診療報酬の相関(消化器)



# 診療報酬とRBRVS価格(消化器)



# 外保連試算とRBRVS価格の相関(消化器)



# 米国との比較から

- RBRVSによる手術料は外保連試案と比較的高い相関を示した
- 外保連試案は少なくとも相対的評価指標としては国際的にも妥当なものと考えられる
- 今後は技術料と材料費を明確に分離評価する必要がある

# 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）

