

# 「平成20年度診療報酬改定とその影響」 — 心臓血管外科 —

## 学官共同による科学的根拠に基づいた抜本的見直しと検証を!

西田 博

Hiroshi NISHIDA, MD, FJCC

東京女子医科大学心臓血管外科

J Cardiol Jpn Ed 2009; 3: 71-74

### “勤務医対策”は正しく行われたか

平成20年度診療報酬改定は8年振りのプラス改定（ただし、医科+0.42%=1,100億円と極めて小幅）であり、中医協の決定では診療所からの400億円を加えた1,500億円が、緊急課題である“産科・小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減”の原資であった。そのうち600-800億円が“医師負担の大きい技術の評価（手術料の引上げ）”，つまり“既存の手術の技術料の引上げ”に用いられるはずであった。この基本方針を念頭に今回の改定における外科医対策について検証する。

#### 1. “手術72項目を平均30%引上げ”を検証する

中医協答申日（平成20年2月13日）に新しい診療報酬点数とともに厚生労働省から傍聴者に配布されたサマリーには“手術72項目を平均30%引上げ”と記載されている。このサマリーを読み違え平成20年2月14日の日本経済新聞朝刊には20年度改定の概要を示す表の中で“72項目”のところを書き漏らして，“医師不足対策，勤務医の待遇改善”の項で“手術の報酬を平均3割上げ”という大誤報につながっているのである。この記載“手術72項目を平均30%引上げ”は公式な資料としてその後も各所で用いられてきた。

表1は外保連で改定手術項目に関して改定率と単価についてまとめたものであるが、これでどうして“手術72項目を平均30%引上げ”と言えるのであろうか？30%以上のアップはわずか9項目。しかも単価の低い手術に集中している。原徳壽前保険局医療課長は3月の循環器学会で30%以上のアップ率の手術が少なくともそれが単価の高い手術ばかりであればと述べていたが、そうした計算も成り立たない事

が一目瞭然である。

あとは30%以上アップの手術の症例数が圧倒的に多ければ、手術全体で平均30%アップと言えるのであろうか、どうであろうか。#をつけた30%以上のアップ率の9項目の手術は表2に示すとおりであるが、症例数が圧倒的に多い手術とはとても思えないものばかりである。

そればかりか、K 597-2とK 598-2は、18年度改定時に大幅ダウンした点数が一部回復したもののみである。このように、前回改定で大幅に引き下げたものを少しだけ戻したものが、数少ない30%以上アップの中に入っている、それも循環器内科領域としては唯一と言うのはいかにも寂しいものがある。

こうしたトリックは18年度改定で廃止された手術数による施設基準でも用いられていた。つまり心臓手術100例を超える施設では5%加算が認められたが、そもそもの点数を4.95%ほど下げた上での加算であったので、手術数による施設基準としては相変わらず大幅な減算なのであった。税率を5%上げておいて定率減税3%と声高に宣伝しているのと同じであり、pay for performanceによる勤務医対策としては勤務医をバカにしたものであった。

#### 2. アップの総額は？

たとえ平均30%アップとしても全手術項目の3.5%（72項目/2,068項目）に過ぎず、全手術料の合計（年間約1兆円弱）の1.05%アップ（30%×3.5%）という事で約100億円のアップに過ぎないことになる。600-800億円が“医師負担の大きい技術の評価（手術料の引上げ）”に用いられるという大方針との差額の500-700億円はどこに消えたのであろうか？手術の技術料のアップがこのような小幅なものであったとすると、勤務医対策費は勤務医の技術料のどこの技術料に用いられたのであろうか？

東京女子医科大学心臓血管外科  
162-8666 東京都新宿区河田町 8-1  
E-mail: snishida@hij.twmu.ac.jp

表1 改定手術項目に関して改定率と単価.

改定前の手技料	マイナス	<+10%	<+20%	<+30%	≥+30%#
<20万円	6	13	14	2	6
20-50万円	0	8	3	1	3
50-80万円	0	3	1	2	0
80万円≥	0	1	4	1	0
全体	6	25	22	6	9 (12.5%)

表2 30%以上のアップ率の9項目の手術.

K 061	関節脱臼非観血的整復術： 肩鎖，指（手，足），小児肘内障
K 149	減圧開頭術：キアリ奇形，脊髓空洞症の場合
K 259	角膜移植術
K 369	咽頭異物摘出術：複雑なもの
K 597-2	ペースメーカー交換術
K 598-2	両心室ペースメーカー交換術
K 719	結腸切除術：小範囲切除
K 719	結腸切除術：結腸半側切除
K 931	超音波凝固切開装置等加算

厚生労働省は施行症例数，アップ率，増減点数から一応それなりの計算をしているのであろうし，臨床の現場もそこに間違いはない，インチキはないであろうと思いついてきたのであるが，そうではないという事が明らかとなった。今回の改定のように，中医協が“これにいくら，あれにいくら”と大枠でも振り分けを示してくれていると，臨床の現場でもある程度の検証，つまり確かめ算ができるわけである。学会は改定を詳しくレビューする姿勢が重要で，そのためのデータ，つまり手術などの施行数を持ち合わせている必要がある。外保連でも2年に一度の要求作業の根幹はデータ，エビデンスに基づいた要求であるべきであり，これらのデータ，エビデンスは要求時のみならず検証作業にも必須であるという事を肝に銘じたい。学会でしか持ち得ない質および網羅性の高いデータが最大の根拠，武器となるのである。

### 心臓血管外科領域の改定はどうであったか？

毎年全症例の症例数と成績の調査を回答率95%前後で行っている心臓血管外科領域<sup>1)</sup>では実際の増収分が計算できる。主に内科医が行うペースメーカー関連を除いたアップ

表3 内科医が行うペースメーカー関連を除いたアップ項目.

弁置換術	要求点数
2弁のもの：71,500点→80,500点 (+12.6%)	90,000点
3弁のもの：84,500点→93,500点 (+10.7%)	
上行大動脈瘤（その他のもの）	
75,300点→84,300点 (+12.0%)	80,000点

項目は表3に示す3項目である。

いずれもアップ額は一律9,000点=90,000円であった。これら3項目は，日本心臓血管外科学会の要望枠を用いた要望であったが，その要望理由としては，“〇〇には，針付非吸収性合成縫合糸，創閉鎖に吸収性縫合糸が不可欠であり手術料に占める比率が高い。これらは高価で使用量が多く，**特殊縫合糸加算が必要**”との理由であった。特殊縫合糸加算，が技術料本体の増点にすり替わったわけであり，技術料本体が増点されたのではないのである。因みに特殊縫合糸の定価を3,000円とし，30本分の値段を技術料本体の増点の根拠としたとのことである。

この特殊縫合糸問題は，現在の診療報酬体系において技術料の中にヒトの労働に対する対価と使用するモノの費用が混在してしまっているという根本的な大問題を解消するとかかりの問題として外保連を中心に活動を行ってきたことに対する現時点での対応といえるのである。図1に示すように手術の手技料には平均して20%前後，モノの費用が侵食をしているのである。言い換えるとけなしの技術料から20%前後が保険償還されないモノの費用への支払いに消えているわけである。様々なモノの中で長年の懸案としてあげられるものが広く外科領域で用いられている特殊縫合糸（針つきの糸）である。定価が3,000円の糸が使ったら使った分だけ持ち出しになるのでは，いくら安く納入してもらいにしても困るのである。保険償還を何度要求しても認められ

### 日本病院協会調査

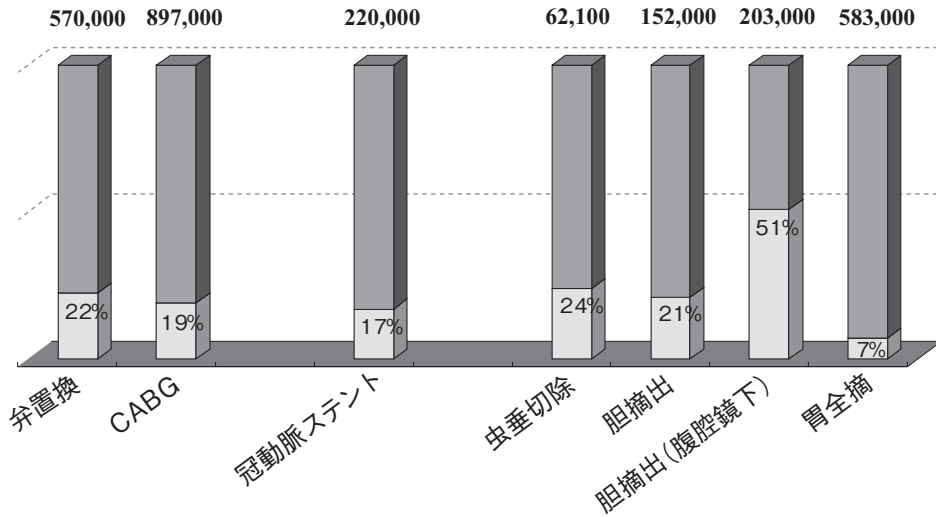


図1 保険請求できない材料費の割合.

### 手術料比

数値は平均値、箱の下端は25パーセンタイル値

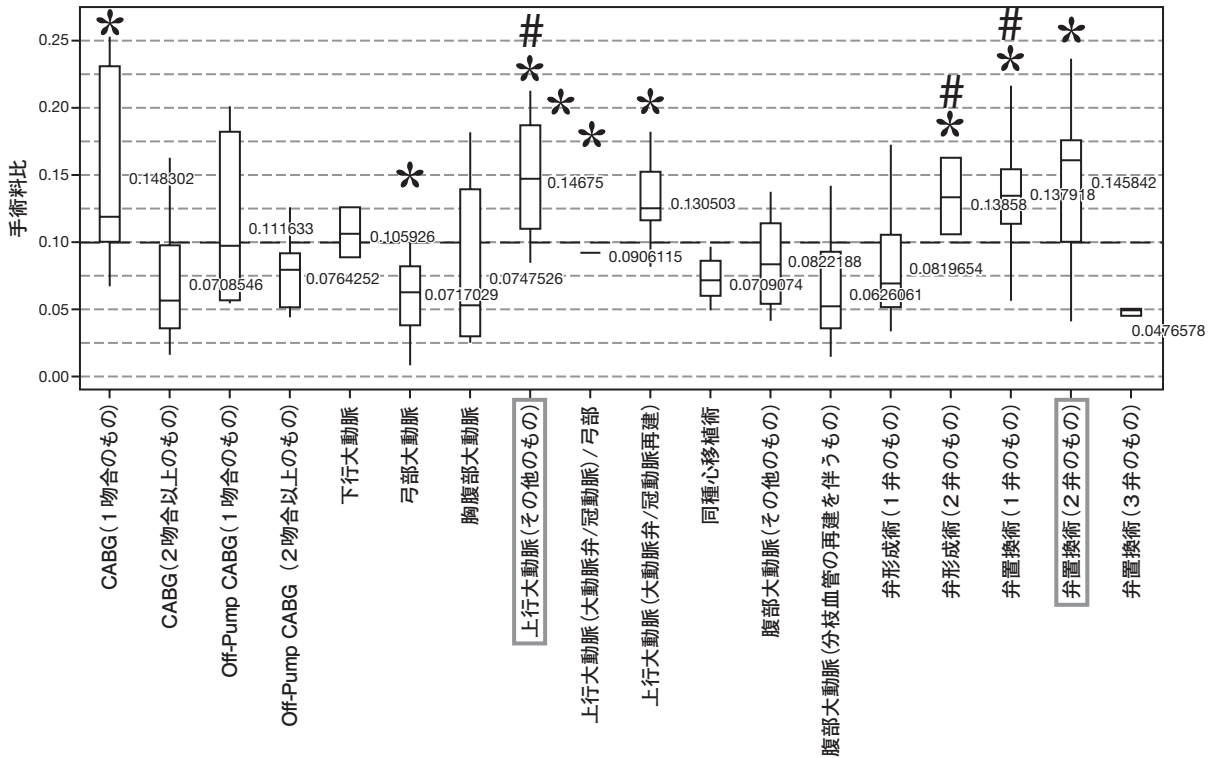


図2 特殊縫合糸平均費用：69,289円.

\*: 手術料の13%以上, #: 25パーセンタイル値が手術料の10%以上.

表4 3項目のアップによる増収。

弁置換術	年間症例数*	増収
2弁のもの : +9,000点	1,192	107,280,000円
3弁のもの : +9,000点	6	540,000円
上行大動脈瘤 (その他のもの) +9,000点	1,613	145,170,000円
合計		252,990,000円

# : 胸部外科学会学術調査

なかったもので、外保連側としてはデータをつけて要望する事とした。心臓血管外科<sup>2)</sup>、肝臓外科<sup>3)</sup>、形成外科<sup>4)</sup>領域が独自に調査をし、関連する学会誌にデータを公開し、その上で要望に臨んだのである。図2に心臓血管外科手術における特殊縫合糸使用の実態を示すが、平均で約7万円の持ち出しであることがわかる。前述した3手術は\*印がついているように特殊縫合糸の使用本数の多い手術である。

表4に示すように、今回の3項目のアップによる増収は年間症例数に90,000円をかけて2.5億円で心臓血管外科学会会員(約4,030人) **一人当たり年間わずか6万円(月に5,000円)**ということになり、外科勤務医のための緊急対策としては“十分に配慮した”とは絶対に言って欲しくないものであったことになる。

また、2.5億円は外科全体のアップを100億円とすると、2.5%に相当するが、心臓大血管領域のもともとのシェアは表5に示すように13%なので明らかに少ない改定であったということになる。

## まとめ

平成20年度改定における主要課題であった勤務医対策は不十分極まりないものであった。しかも、“プラス改定幅が小さかった”ためによるものばかりではなく、“小さいながらも重点的に配分されるはずであったものすら全く得られて

表5 外科手術における実診療報酬からみた各科のシェア。

腹部	20%
眼	20%
心・脈管	13%
筋骨格・四肢・体幹	12%
女子性器	6%
皮膚・皮下組織・形成	5%
神経系・頭蓋	5%
尿路・副腎	4%
胸部	4%
耳鼻咽喉	3%
男子性器	1%
顔面・口腔・頸部	1%
複数手術	6%

いない”ことは間違いのない事実である。この点に関しての検証を学会、外保連、内保連などを通じて、中医協に申し入れ、22年度改定に向けた中医協の検証作業の中に含めるべきと考える。

## 文献

- 1) 西田博. 本邦における虚血性心疾患手術に関する学会調査の紹介. 日本冠疾患学会雑誌 2003; 9: 173-178.
- 2) 田林暁一, 高本眞一, 平田哲, 中田精三, 波利井清紀, 榎村暢一, 磯部陽, 炭山嘉伸, 北川哲也, 兼松隆之, 杉浦伸一, 山口俊晴, 國土典宏, 松山裕, 小柳仁, 出月康夫. 心臓血管手術時に使用する特殊縫合糸使用実態の多施設調査. 日外会誌 2007; 108: 153.
- 3) 國土典宏, 兼松隆之, 炭山嘉伸, 中田精三, 島田光生, 榎村暢一, 磯部陽, 平田哲, 山口俊晴, 松山裕, 杉浦伸一, 出月康夫. 肝臓手術と膵臓手術における特殊縫合糸使用実態に関する多施設調査-経済的側面からの考察. 日臨外会誌 2007; 68: 1077-1081.
- 4) 栗田昌和, 波利井清紀, 松山裕, 出月康夫. 形成外科領域における特殊縫合糸の使用実態調査. 日形会誌 2007; 27:353-356.