総説

保険診療における内視鏡下手術に関する診療報酬の 矛盾点とその対策

亀田総合病院外科

加納宣康	武士昭彦	笠間和典
渡井有	草薙洋	山田成寿
佐久間隆	増野智彦	内田千博

Contradiction in the Reimbursement for the Endoscopic Surgery Under the Health Insurance System and Measures to it

Nobuyasu KANO, Akihiko TAKESHI,
Kazunori KASAMA, Yu WATARAI, Hiroshi KUSANAGI,
Shigetoshi YAMADA, Takashi SAKUMA, Tomohiko MASUNO,
Chihiro UCHIDA

Department of Surgery, Kameda Medical Center, Kamogawa, Chiba, Japan

現在の保険診療における内視鏡下手術の手術料についての問題点を明らかにしてその改善案を提案する。1996年6月から1997年3月までの10カ月間に当院で施行した腹腔鏡下胃部分切除術12例および腹腔鏡補助下結腸切除術21例を対象として、その手術材料費を分析した。腹腔鏡下胃部分切除術施行例のうち1カ所のみの切除に終わった例でも、166,000円の材料費となり、健康保険での手術料268,000円から差し引くと102,000円となり、開腹による胃切除術(良性)の178,000円をも下回った。内視鏡下手術についていえば、材料費込みでの現在の健保での手術料は、新しい高度な手技を習得した外科医の評価、および手術時間の延長など手術の困難性克服への評価を反映したものとはいえない。改善方法として以下の2点を提案する。1. 健保診療での現在の内視鏡下手術の診療報酬点数は純粋な手術手技料とする。2. 手術材料費は別途請求可とする。

索引用語: 内視鏡下手術 (endoscopic surgery), 腹腔鏡下手術 (laparoscopic surgery), 診療報酬 (reimbursement in the health insurance system)

はじめに

内視鏡下手術は胆嚢摘出術のみならず各種手術手技に応用され、我が国でもすでに外科治療の根幹をささえる存在となった。しかし本手術は手技上の困難性のみならず、従来の手術で使用された器具以外に各種手術器材、器機の使用を要し、その材料費、器機の購入費およびrunning costは無視できない額となる。とくにディスプレイ製品の使用

が不可欠の術式においては著しく高額になる。

本稿では現在の保険診療における内視鏡下手術の手術料についての問題点を明らかにしてその改善案を提案する。

対象と方法

1996年6月から1997年3月までの10カ月間に当院で施行した腹腔鏡下胃部分切除術12例および腹腔鏡補助下結腸切除術21例を対象として、その手

術材料費を分析した。

結 果

腹腔鏡下胃部分切除術施行例のうち、1カ所のみの切除に終わった6例でも、トラカール4本(12mm径14,500円1本、5mm径13,500円3本)、自動切除縫合器を4回使用(本体42,000円、替え刃23,000円3枚)すると、これだけで166,000円の材料費となり、健康保険での手術料268,000円から差し引くと102,000円となり、開腹による胃切除術(良性)の178,000円をも下回った。追加切除をした2例ではさらに自動切除縫合器の使用回数が増え(2倍以上)、自動切除縫合器を4回追加使用すると、92,000円の追加となった。これを上記の102,000円から差し引くと残りは僅か20,000円となる。実際は胃壁の挙上に用いる胃壁固定具(12,000円)を使用することが多いのでこの代金がさらに加わる。胃内手術を施行した4例では、トラカールを4本(12mm径14,500円1本、5mm径13,500円3本)、胃壁固定具(12,000円3本)で合計92,000円となった。

腹腔鏡下結腸切除術では、体外で切除・吻合を施行した20例では材料費が最も低額となったが、それでもトラカール4本(12mm径14,500円4本)、clip applicator 1本(27,000円)だけで材料費は85,000円となり、本術式の点数237,000円から差し引くと152,000円となり開腹術での結腸半切除術179,000円を下回った。体内で切除、吻合をした1例では、さらに自動切除縫合器(42,000円)と自動吻合器(66,000円)の代金に加わり、これらを差し引くと残りは僅か44,000円となった(Tab. 1)。

考 察

近年、腹腔鏡下胆嚢摘出術をはじめとする内視鏡下手術は、術後疼痛が少なく早期離床、早期社会復帰を可能とするなどの利点から minimally invasive surgery と呼称され、その手技は消化器疾患、呼吸器疾患をはじめ、広く応用されるようになってきた。しかしながら我が国の現行の保険医療制度下においては、内視鏡下手術で使用される高額な先端医療機器の購入および維持は病院負

Tab. 1: The cost of materials for endoscopic surgery

1) Laparoscopic partial resection of the stomach

four trocars: ¥ 55,000

¥ 14,500 for a 12mm trocar and ¥ 55,000 for three 5mm trocars
endostaplers: ¥ 55,000 for firing four times

¥ 42,000 for an instrument and ¥ 69,000 for three refills

total ¥ 166,000

¥ 268,000 for laparoscopic gastrectomy - 166,000 for materials = ¥ 102,000

operation fee for open gastrectomy = ¥ 178,000

difference

- 76,000 円

additional resection increases the red

2) Laparoscopic colectomy

a) the most inexpensive case: extracorporeal resection and anastomosis

¥ 58,000 for four trocars

¥ 27,000 for a clip applicator

total ¥ 85,000

¥ 23,700 (operation fee) - ¥ 85,000 = 152,000

less than ¥ 179,000 for open colectomy

b) a case of intracorporeal anastomosis: more cost for materials

additional cost for mechanical anastomosis

¥ 42,000 for a linear stapler + ¥ 66,000 for an anastomotic device = ¥ 108,000

¥ 237,000 (operation fee) - ¥ 85,000 - ¥ 108,000 = ¥ 44,000

担を増加させ、医療施設の経営上重大な問題となっている。

山川ら¹⁾も指摘しているように、日本の保険医療制度は、国民一人あたりの医療費が米国の53%にも満たないにもかかわらず、国民皆保険である点において確かに評価されるべきであり、かつ人口10万人当たりの病院数ならびにベッド数が米国のそれに比較して各々2.6倍、2.1倍という医療施設の充実に寄与してきたことも事実である。しかし本邦のこの支払制度は、一方で長期入院を助長し、かつより良い医療を可能にする先端医療機器の導入を阻む要因になっている可能性がある。

内視鏡下手術が今後我が国でも健全な発展を遂げるためには何が必要かという観点から、われわれの経験に照らし合わせて、現行の健康保険制度における手術料と手術材料の問題点を指摘してその解決策を探ってみる。

1) 健康保険における手術料決定法の矛盾点

健康保険法に基づいて診療がなされる我が国においては、外科医の手術手技は診療報酬、つまり「健保で一律に決められた手術料」という形で評価が具現されている。1996年4月の改訂により内視鏡下手術の各種手技が健保で認定され(Tab. 2)、かつ手術料が従来法よりも高く設定されたこ

Tab. 2 Trend of Introduction of Endoscopic Surgery to Health Insurance System

Procedures	1992	1994	1995	1996
1. Cholecystectomy	○			
2. Hernia repair		○		
3. Adhesiolysis of adnexal of the uterus		○		
4. Partial resection of the ovary		○		
5. Extirpation of adnexal tumor		○		
6. Removal of endometrial lesion		○		
7. Ectopic pregnancy		○		
8. Lung resection		○		
9. Closure of perforated GI ulcer			△	○
10. Gastrectomy			△	○
11. Splenectomy			△	○
12. Intestinal adhesiolysis			△	○
13. Intestinal resection			△	○
14. Appendectomy			△	○
15. Colectomy			△	○
16. Vaginal hysterectomy			△	○
17. Thoracic sympathectomy				○
18. Extirpation of esophageal tumor				○
19. Idiopathic esophageal dilatation				○
20. Repair of hiatal hernia of the esophagus				○
21. Selective vagotomy at the lower esophagus				○
22. Fundoplasty				○
23. Cholelithotomy for bile duct stones				○
24. Incision of liver cyst				○
25. Nephrectomy				○
26. Oophorectomy				○
27. Orchidectomy				○
28. Adrenalectomy				○

○: formal introduction、△: informal introduction

とは、それなりに前進であったが、ここには「材料費を含んだ点数」というトリックがあった。手術料から使用したディスポ製品材料費を差し引いただけで従来の手術法で施行した場合の手術料を下回る額となってしまうことが多い。すなわち内視鏡下手術という新しい手技を習得した外科医の技能、本手術施行に際しての従来法を上回る肉体的、精神的負担、およびその術式を可能にすべく設備投資した施設への評価は全く反映されない結果となった。

2) 矛盾点改善への提案

内視鏡下手術についていえば、材料費込みでの現在の健保での手術料は、新しい高度な手技を習得した外科医の評価、および手術時間の延長など手術の困難性克服への評価を反映したものとはいえない。改善方法として以下の2点を提案する。

1. 健保診療での現在の内視鏡下手術の診療報酬点数は純粋な手術手技料とする。

2. 手術材料費は別途請求可とする。

従来、我が国の外科医には、医療費など経済的

な側面に触れることを恥として、この問題を回避してきた傾向があったが、近年、超高齢化社会の到来とともに医療費の問題が各方面で真剣に論議されるようになった。われわれ外科医もこの問題から目を反らすことは不可能となり、1997年の第97回日本外科学会総会（会長：高橋俊雄京都府立医科大学第1外科教授）では、パネルディスカッションで「保険診療における外科医の評価はこれでよいのかー矛盾点を明らかにするー」が取り上げられるに至った^{2)~7)}。

医療費の問題は突き詰めれば定額医療制およびデイ・サージェリーの普及に繋がると思われる。

欧米のデイ・サージェリーは高騰するいっぽうの医療費をできるだけ抑制するために発達してきたと考えられる。一方、本邦では、国民皆保険制度のもとできわめて低い自己負担で医療が受けられる状態が現在まで続いてきたため、入院期間を短縮する必要性に迫られることはほとんどないばかりか、「早期退院をすすめると患者様から文句を言われる」という事態さえ起こっていた。1990年の初頭にはデイ・サージェリーといえば、鼠径ヘルニアと白内障が代表的な適応疾患で、当時より医療費の問題を積極的に取り上げていた比企でさえ、「上部消化管のday surgeryとしての位置づけは、現在のところendoscopic surgeryである」と述べていた⁸⁾。しかし比企は同じ論文の中で、「Day surgeryは患者のquality of lifeのためにも、また医療費軽減という時代の要求に応えるためにも今後、ますます発展が期待される」と今日の状態を予言していたのである⁸⁾。

欧米と本邦でのデイ・サージェリーの普及度の違いは根本的には医療保険制度の差によるものであるが、近年わが国でも老人人口の急激な増加に伴う国民総医療費の増加が大きな問題として注目されるようになってきた。このような状況下で、わが国の健康保険制度が「出来高払い制」から米国のDRG (Diagnosis Related Groups)⁹⁾に近い制度、すなわち「定額医療制度」に移行していきつつあることをわれわれ医療従事者は認識しなくてはならない。1983年当時、米国では医療費高騰の主役である老人医療保険の支払いに政府が抜本的な方式を採用し、これをPPS(見込み支払い方式)

と呼び、その支払額決定の方式からこの方式は一般にDRGと呼ばれるようになった¹⁰⁾。DRGはその後、医療問題が深刻化する多くの国で注目され、各国でそれぞれの国の医療制度の現状に合わせて応用されつつある。わが国では近年老人医療以外の分野にもこのアイデアを取り入れようとする動きがあり、厚生省は昨年から一部の国立病院で試行を始めた。「せっかく入院したのだから、仕事がすぐにできるくらいまで病院においてもらいたい」という患者の要求には応えられない時代に入っており、医療従事者は入院期間を少しでも短縮する姿勢で日々の入院患者の診療にあたらねばならない。

現在の健康保険制度のなかでは、外科医をはじめ医療従事者の労働が正当に評価されているとはいえず^{3),4),5),7)}、とくに内視鏡下手術の普及は我が国の外科医の献身的奉仕によるところが大きい²⁾。しかし、今後はこのような不自然な状況を改善していくことが真の医療の改革にも繋がるものであることをすべての外科医がよく認識して、手術材料費の別途請求の実現化を含めた外科手術料の適正化を、外保連を通じてさらに強く求めている必要がある。

また我が国の外科医も医療費に関する研究をさらに進めるにあたっては、その主張が正当な評価を受けるためにも、日本内視鏡外科学会(JSES)をはじめ各国の内視鏡手術学会が共同提案しているガイドライン⁸⁾に沿った研究発表をすることが期待される。

おわりに

現在の我が国の健康保険における内視鏡下手術の手術料についての問題点を指摘し、その改善策を提案した。

なお本論文の内容要旨は第97回日本外科学会総

会(1997年4月、京都)にて発表した。

文 献

- 1) 山川達郎, 春日井尚, John Hauschild: 現行健康保険制度の矛盾点と対策: 入院期間と内視鏡下手術器材の割当査定額の再検討. 日消外会誌29: 318, 1996
- 2) 下村一之, 出月康夫: 胆嚢摘出術診療報酬の推移. 日外会誌98(臨時増刊号): 42-43, 1997
- 3) 小池博文, 外山真弘, 橋本昌紀他: 現行保険診療は手術熟練者より初心者の方が病院が儲かるか? 特に循環器領域における矛盾点について. 日外会誌98(臨時増刊号): 42-43, 1997
- 4) 沢井清司, 高橋俊雄: 単位時間当たりの手術点数から外科系各医師の評価を比較する. 日外会誌98(臨時増刊号): 42-43, 1997
- 5) 大森吉弘: 外科診療報酬にける問題点リスクと労力から見た矛盾点を突く. 日外会誌98(臨時増刊号): 42-43, 1997
- 6) 小高通夫: 保健医療における外科医の評価はこれでよいのか. 日外会誌98(臨時増刊号): 42-43, 1997
- 7) 高橋雅哉, 大野義一郎, 根岸京田他: 外科診療報酬の増額要求の正当性について—「医療費過剰論」への反論—. 日外会誌98(臨時増刊号): 42-43, 1997
- 8) 比企能樹, 桜本信一, 鳴尾 仁他: 上部消化管におけるDay Surgery. 臨外46: 37-42, 1991
- 9) 川渕孝一, 江口成美: DRGはいかにしてつくられたか. 社会保険旬報1895: 14-16, 1995
- 10) 牧野永城: Day Surgeryの現状と問題点. 臨外46: 17-21, 1991
- 11) Cushieri A, Ferreira E, Goh P, et al: Guidelines for conducting economic outcomes studies for endoscopic procedures. Surg Endosc 11: 308-314, 1997