

内保連・外保連・看保連

内科系学会社会保険連合 外科系学会社会保険委員会連合 看護系学会等社会保険連合

シンポジウム講演録

シンポジスト

齋藤 寿一 氏(内保連代表)

山口 俊晴 氏(外保連代表)

井部 俊子 (看保連代表)

司会:紙屋 克子 (看保連副代表)

日時:平成19年2月19日(月)16時~18時半

場所:聖路加看護大学本館1階

アリスCセントジョンメモリアルホール

はじめに

このたび、看護系学会等社会保険連合（看保連）の発足を記念して、すでに多くの活動実績をもつ内科系学会社会保険連合（内保連）と、外科系学会社会保険連合（外保連）に呼びかけて、三つの社会保険連合（三保連）が一堂に会して三保連シンポジウムを開催いたしました。

本報告書は、三保連シンポジウムの講演録と意見交換の内容をまとめたものです。

看保連は、先輩格である内保連と外保連から学び、今後は三保連として連携し、協働していくことが診療報酬・介護報酬の適正化に貢献することができるという認識をもつことができた貴重な機会となりました。

この決意と情熱を忘れないために、ここに第一回三保連シンポジウム報告書をお届けします。

看保連代表 井部 俊子

目 次

1. 内保連・外保連・看保連（三保連）シンポジウム 講演録	3
看保連の活動について	3
内保連の活動について	7
外保連の活動について	12
意見交換	21
2. アンケートの結果	29

内保連・外保連・看護連(三保連) シンポジウム プログラム

日時 : 2007年2月19日(月)16時~18時半

場所 : 聖路加看護大学 1 階 アリスCセントジョンメモリアルホール

プログラム:

16:00~16:20 あいさつならびに看保連の発足について
看保連代表 井部 俊子 (聖路加看護学学長)

16:20~16:35 内保連の活動について
内保連代表 齋藤 寿一 先生
(社会保険中央総合病院 院長)

16:35~16:50 外保連の活動について
外保連代表 山口 俊晴 先生
(癌研究会有明病院 消化器外科部長)

16:50~17:50 意見交換
司会:看保連副代表 紙屋 克子
(筑波大学看護・医療科学類 教授)

17:50~18:00 まとめ

1. 内保連・外保連・看保連（三保連）シンポジウム講演録

紙屋：本日、看護系学会等社会保険連合(以下、看保連と略す)、内科系学会社会保険連合(以下、内保連と略す)、外科系学会社会保険委員会連合(以下、外保連と略す)の各代表をお招きし、3 保険連合によるシンポジウムを企画いたしました。看保連は適正な診療報酬体系の構築を目指しておりますが、なにぶんにも経験が浅いものですから、歴史のある内保連、外保連の活動から学び、今後の連携について検討することが本シンポジウムの趣旨でございます。ご快諾くださいました内保連、外保連の先生方には心からお礼申し上げます。

早速、プログラムに従って進めて参ります。まず、井部俊子看保連代表から、ご挨拶ならびに看保連の概要についての説明をよろしくお願いいたします。

●看保連の活動について●

(井部俊子：看保連代表／聖路加看護大学学長)

内保連、外保連のお話をうかがいます前に、看保連について簡単に説明したいと思います。

◆看保連の設立

看保連の設立に際しては、「国民の健康の向上に寄与するために、科学的、学術的根拠に基づいて、看護の立場からわが国の社会保険の在り方を提言し、診療報酬体系および介護報酬体系等の評価・充実・適正化を促進することを目的とする」としております。つまり、単に看護職の利益誘導ということではなくて、診療報酬や介護報酬を適正に使うために看護から発言をしようということが意図されているわけです。

看保連は、2005 年 7 月に 39 の学会等の代表が集結して発足し、その後、2006 年 5 月に新たに日本循環器看護学会が新規加入して、今ちょうど 40 の学会と団体が加盟しています。

◆看保連の構成

「規約」の第 4 条「構成」に記されています。まず、「(1)組織の目的に賛同し、組織の維持発展に協力を希望する加盟看護系学会および加盟団体より 1 名ずつ選出された委員によって構成される」となっています。したがって、肩書は、所属の学会・団体等の代表という形で入ることになります。また、「(2)新規加盟学会等については、所定の手続きにより申請を行うものとし、役員会議で決定

し、総会で報告する」とし、その学会はできるだけ全国的な規模の組織であることを条件としています。次は、これからの総会で検討したいと思っているので、少し勇み足なのですが、「(3)役員に選任された委員の所属する加盟学会・団体は、委員を別に1名選出することができる」としたらどうかと思っています。私は日本看護管理学会の代表なのですが、全体のことをやっているのです、所属の学会からはもう1名委員がいたほうが活動がしやすい、ということです。これは次の総会に諮りたいと思っていることであります。

また、看護系の委員が、中央社会保険医療協議会（以下、中医協と略す）にどのように関与しているかということをもとめてみました。まず、中医協の診療報酬基本問題小委員会に、古橋美智子さん（日本看護協会副会長）が出ています。診療報酬調査専門組織 DPC 分科会には嶋森好子さん（京都大学医学部附属病院看護部長）、医療機関のコスト評価調査分科会には私が出ています。慢性期入院医療の包括評価分科会には泉キヨ子さん（金沢大学大学院教授）、医療技術評価分科会には野末聖香さん（慶應義塾大学教授）が出ています。中医協直接ではなくて、その下の委員会だったり、分科会だったりしますが、このような形で看護職が関与しています。なお、古橋さんは、中医協の専門委員となっています。

**表1 看護系学会等社会保険連合(看保連)の
加盟学会・団体**

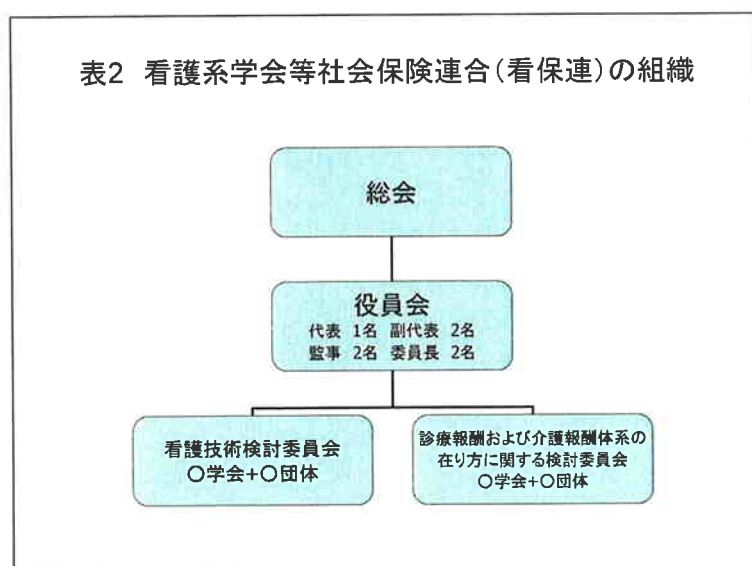
・ 高知女子大学看護学会	聖路加看護学会
・ 日本家族看護学会	日本看護科学学会
・ 日本看護管理学会	日本看護学教育学会
・ 日本看護教育学学会	日本看護研究学会
・ 日本看護診断学会	日本看護福祉学会
・ 日本がん看護学会	日本救急看護学会
・ 日本災害看護学会	日本在宅ケア学会
・ 日本手術看護学会	日本小児看護学会
・ 日本助産学会	日本新生児看護学会
・ 日本腎不全看護学会	日本赤十字看護学会
・ 日本地域看護学会	日本糖尿病教育・看護学会
・ 日本難病看護学会	日本不妊看護学会
・ 日本母性看護学会	日本老年看護学会
・ 日本看護技術学会	日本遺伝看護学会
・ 日本クリティカルケア看護学会	日本看護学会
・ 日本循環器看護学会	私立医科大学協会病院部会看護部長会議
・ 国立大学病院看護部長会議	全国自治体病院協議会看護部長会
・ 全国国立病院看護部長協議会	社会福祉法人恩賜財団済生会看護部長会
・ 社団法人全国社会保険協会連合会看護局(部)長会	日本訪問看護振興財団
・ 赤十字医療施設看護部長会	日本小児総合医療施設協議会看護部長部会

(2006年5月現在)

看保連の加盟学会・団体は<表 1>に示しました。ここで、正式名称にある「学会等」の「等」には、国立大学病院看護部長会議、全国国立病院看護部長協議会、社団法人全国社会保険協会連合会看護局（部）長会、私立医科大学協会病院部会看護部長会議、全国自治体病院協議会看護部長会、社会福祉法人恩賜財団済生会看護部長会、日本訪問看護振興財団、日本小児総合医療施設協議会看護部長部会、赤十字医療施設看護部長会が含まれます。

◆看護系学会等社会保険連合（看保連）の組織

看保連の組織は大変シンプルです。総会がありまして、その下に役員会があり、その下に「看護技術検討委員会」と「診療報酬および介護報酬体系の在り方に関する検討委員会」という 2 つの委員会があります(表 2)。



しかし、少し活動し始めてみると、この 2 つの委員会では不足でありまして、総会でも検討しなければならないと思っていますところです。役員は、代表（井部）、副代表（榮木実枝、紙屋克子）、監事（佐藤エキ子、竹内幸枝）、委員長（古橋美智子、野末聖香）です。

◆看護系学会等社会保険連合（看保連）の方向と重点事項

看保連の方向としては、看護評価の向上に向けて、看護職全体が研究の成果や、知識を横断的に共有し、学術的なエビデンスを深め、積極的に中医協などの政策の場に看護の意見を反映していく、という考え方です。

参考のために、平成 18 年度の診療報酬改定における看護技術に関連した評価を挙げました(表 3：石川陽子「看護技術を診療報酬に結び付けるための研究の展開－研究事例を通して」2006)。ここで、一番印象に残っていますのは、褥瘡ハイリスク患者ケア加算です。そして、訪問看護の重症者管理加算・在宅移行管理加算の引き上げ、医療安全対策加算、ニコチン依存症指導管理料、喘息治療管理料、ウイルス疾患指導料、精神科・訪問看護指導料の制限回数の緩和、精神科退院前訪問指導料制限回数の緩和などが、看護の技術に関連しています。

平成 18 年度の看保連
としましては、まず 18
年度の診療報酬改定の影
響を把握することと、2
年後の平成 20 年度の改
定への準備をすること、
そしてホームページを作
成しようというのが、走
り出した時の計画です。

診療報酬および介護報
酬の在り方に関する検討
委員会では、重点事項と

して以下の 4 項目を挙げました。①在宅での看取りとターミナルケア、②退院調整と地域連携、③訪問看護の衛生材料の取り扱い、④7 対 1 入院基本料の適切性について、です。ワーキンググループを作って活動を開始しているところです。

また、後期高齢者医療のあり方に関する特別部会ができております。後期高齢者医療のあり方に関して看護の立場から意見を提案しようということで、意見交換会を行い、意見書をまとめています。基本的見解として、①新たな高齢者医療は住み慣れた地域で安心して療養することを可能にするような、抜本的な構造改革が必要である、②後期高齢者は医療ニーズと介護ニーズをあわせ持っていることが一般的であるため、医療保険と介護保険の統合が必要である、③後期高齢者のニーズに応えるためには診療報酬上、医療よりも QOL を重視した「療養上の世話」に対して重点的に評価すべきである、といった基本的な考え方に基づいて、いくつか具体的な提案をまとめたところであります。これについては、意見交換の時に機会があれば説明したいと思っています。

まだ組織としては十分に発達しておりませんので、豊富な経験を持っていらっしゃる内保連、外保連の活動に学びたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

紙屋：ご挨拶ならびに看保連の活動の取り組みについて井部代表からは発言いただきました。

つづきまして、内保連の齋藤代表から、内保連の活動についてのご説明をお願いいたします。

表3 平成18年度診療報酬改定における
看護技術の評価

1. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
2. 訪問看護の重症者管理加算・在宅移行管理加算の引き上げ
3. 医療安全対策加算
4. ニコチン依存症指導管理料
5. 喘息治療管理料
6. ウイルス疾患指導料2
7. 精神科・訪問看護指導料の制限回数の緩和
8. 精神科退院前訪問指導料制限回数の緩和
9. その他

地域がん診療連携拠点病院の整備に関する指針

石川陽子、看護技術を診療報酬に結び付けるための研究の展開－研究事例を通して－、2006

＜ 内科系学会社会保険連合（内保連）の概要 ＞

○1968 年、内科系学会の立場から社会保険制度の在り方を検討し、保険制度の中のかな問題点を改善し、診療報酬の適正化を促進することを目的とし内科系 21 学会の連合組織として発足。2005 年 1 月現在、76 学会が加盟。

○加盟学会の関連専門領域の会員により組織された 20 の委員会により構成。

- ① 技術評価委員会 ②DPC 委員会 ③総括的なものに関する委員会
- ④ 内科系診療所委員会 ⑤消化器関連委員会 ⑥循環器関連合同委員会
- ⑦ 内分泌・代謝関連委員会 ⑧糖尿病関連委員会 ⑨呼吸器関連委員会
- ⑩ 血液関連委員会 (略)

○事務局は日本内科学会内におかれている。

日本アフェレンス学会	日本小児精神神経学会	日本病理学会
日本アルコール関連問題学会	日本神経学会	日本皮膚科学会
日本アレルギー学会	日本神経治療学会	日本病院会
日本医学放射線学会	日本心身医学会	日本病院・地域精神医学会
日本医真菌学会	日本心臓病学会	日本ヘリコバクター学会
日本胃癌学会	日本心臓リハビリテーション学会	日本婦人科腫瘍学会
日本運動器リハビリテーション学会	日本心血管インターベンション学会	日本放射線科学会
日本温泉気候物理医学会	日本心療内科学会	日本輸血学会
日本化学療法学会	日本腎臓学会	日本リウマチ学会
日本感染症学会	日本睡眠学会	日本リハビリテーション医学会
日本核医学会	日本整形外科学会	日本臨床検査医学会
日本肝臓学会	日本精神科病院協会	日本臨床細胞学会
日本癌治療学会	日本精神神経学会	日本臨床神経生理学学会
日本血液学会	日本精神分析学会	日本臨床整形外科医会
日本結核病学会	日本摂食・嚥下リハビリテーション学会	日本臨床内科医会
日本高血圧学会	日本総合病院精神医学会	日本老年医学会
日本更年期学会	日本造血細胞移植学会	
日本呼吸器学会	日本超音波医学会	
日本呼吸管理学会	日本頭痛学会	
日本骨粗鬆症学会	日本てんかん学会	
日本産科婦人科学会	日本透析医学会	
日本消化器病学会	日本糖尿病学会	
日本消化器内視鏡学会	日本東洋医学会	
日本児童青年精神医学会	日本動脈硬化学会	
日本循環器学会	日本内科学会	
日本小児神経学会	日本内分泌学会	
日本小児科医会	日本乳癌学会	
日本小児アレルギー学会	日本脳卒中学会	
日本小児神経学会		
日本小児心身医学会		

2005 年 1 月現在、76 学会

●内保連について●

(齋藤寿一：内保連代表／社会保険中央病院院長)

本日はこのような機会を与えていただいたことを、井部代表をはじめ看保連の皆さん方にお礼申し上げたいと思います。看保連がいよいよ積極的な活動に乗り出されるということで、私たちの経験が多少でもお役に立つようなところがあれば大変うれしいと思っております。

◆内保連の設立

内保連の発足は大変古くて、40 年ほど前の昭和 43 (1968) 年に、東大の大島研三先生を中心にできました。当時の目的は、「保険担当委員相互の連絡をとり医学的見地から正しい医療を樹立するために、社会保険の根本的改善を促進するとともに現行制度の中で速やかな改善を要する内容（特に内科系諸問題）について解決を図るよう努力することを目的とする」という文章にもあるように、制度そのものについての非常に強い疑念が行間にあふれている活動目的でした。そのまま三十数年が過ぎまして、平成 15 (2003) 年から私が代表をお引き受けして、「加盟する内科系学会から示される学術的根拠に基づき、わが国の社会保険医療の在り方を提言し、その診療報酬の適正化を促進することを目的とする」というふうに改めました

厚労省からも今度の改定の時期から「希望書」とか「要望書」という言葉ではなくて「提言」という言葉ではどうかと言われたのですが、すでに平成 15 年の時から、我々は「要望」とか「希望」というような目下の子どもが親に頼むような感じではなくて、よくするにはどうしたらよいかという「提言」をするのだ、というメッセージを「目的」に込めてあります。

現在、日本内科学会をはじめとして関連の 86 学会が加盟しております。広域的には、技術評価、DPC、総括的領域についての委員会があります。そして、86 学会ですから、糖尿学会と内分泌学会などのように、非常に隣接している領域が多々あります。それらを取りまとめて、専門別委員会を設けて、そこでも調整します。専門委員会は、内分泌代謝、検査関連、リハビリテーション、悪性腫瘍、呼吸器、精神科、消化器、放射線関連、循環器合同、血液関連、血液浄化療法関連、感染症関連、神経関連、小児科関連、内科系診療所、女性診療科関連、糖尿病関連、心身医学関連があります。「要望」ないし「提言」の中身は、各学会から直に出すものと、これらの委員会で調整して委員会の意見として出すものの2つがあります。

◆内保連の活動

内保連の主な活動としては、2年に1度の診療報酬改定に向けて要望書（「社会保険診療報酬改定希望書」）を提出することがあります。その他に、厚労省の各種委員会、例えば診療報酬調査専門組織、DPC 評価分科会、医療技術評価委員会、診断群分類調査研究班などに委員を出しております。その他に、継続的課題検討委員会があります。

このような3つの活動が、内保連としての定常的・継続的な活動として、現在あります。

◆内保連の構成

会議としては、まず、代表・副代表会議があります。現在、代表1名、副代表5名がおり、重要案件について、必要に応じて開催します。また、年に3回程度、例会の前に、代表・副代表と、先ほどの21の委員会の委員長が集まって、運営会議が行われます。学会で言えば、理事会、評議委員会のような形で、今後の進め方を打ち合わせするわけです。例会は、年に2〜3回開催されます。ここでは、新規加盟申請を認めるかどうか、保険局医療課の講演を聞いたり、診療報酬改定についての取り組み、要望方式の伝達方法、改定の結果の報告などが行われます。

内保連へはいろいろな学会から加盟申請がきますので、それぞれの学会に関してある程度きちんと評価する必要があるということで、加盟申請書の書式を決めました。例えば、会員数とか、学術集会をどの程度行っているか、学会誌を発行しているか、定款、会則、役員名簿、社会保険委員会があるのかどうか、といったことを求めています。この申請書は、内保連のホームページからダウンロードすることができます。そして、申請書には最新の学会誌を添えて提出してもらいます。それらを見て、運営委員会で、「これはちょっとご遠慮いただく」ということもあります。「ご遠慮いただく」というのは、主として、内科にあまり関係のない領域の学会からの申請である場合ですね。やはり内保連ですので、少なくとも内科に関わりが深いことが求められます。あまり基礎的であって、社会保険医療と関わりの少ないような学会にはご遠慮いただくわけです。

◆「社会保険診療報酬改定希望書」の作成

「希望書」の作成は、内保連にとっては一番重要な作業です。例えば、平成20年度の診療報酬改定については、昨年10月、保険局医療課の原課長に、基本的な考え方についての講演をしていただきました。2月のはじめに要望方式の確認をいたしました。「希望書」の最終締め切りは今年の4月27日。それま

で、内保連の事務局に出してもらい、各委員会で重複しているものなどを調整して、5月31日までに書式を整える。学会が個別に要望するものも、内保連を通じて出すこともできるし、重複しているものはある程度調整しながらとりまとめて、6月末に「希望書」の原本を厚労省に出そう、というように考えております。

「希望書」の中身は、厚労省から基本的なものがありますが、やはり安全性と有効性、普及性、技術の成熟度、倫理性・社会的妥当性などが重要であるということです。そういうものをきちんとした言葉で書き出すことが必要です。医療費への影響があまり莫大なものになると問題になりますので、だいたい何億円くらいになるのかなども、書ければ書く。それから、エビデンスとして文献などを添える場合もあります。また、例えば「内科学会としては、何といってもこれは一番通してほしい」といったような、学会としての順位を書いて提出してもらいます。平成18年度は全部で420ページくらいの冊子になりましたが、これを「社会保険診療報酬改定希望書」というタイトルで出版し、厚労省などの関係部局に配布しました。これもホームページからダウンロードできますので、興味のある方はご覧になってください。

◆内保連の継続的課題

内保連の継続的課題としては、一つは、日大の高橋進委員長が「国民の信望に応える医師と医療」ということでまとめました。何かというとマスコミなどが「医師は儲けを考えて患者を食いものにしている」という取り上げ方をしており、国民の医療への不信感は否定できません。特に公的医療費を拡大していく時に、「医療費を増やせば、結局医者や奥さんの毛皮に化けるだけだ」というような不信感がある。これは日本の医療界にとって非常に不幸な状況です。そういう状況について、医療者はどのように自らを律し、襟を正して、真に国民の信望を得るにはどうしたらよいのだろうか、という自省を込めた委員会で、私たちとしては、非常に重視しているわけです。医師の倫理性なども込めているわけです。

二つ目は、「内科系医療技術の評価」です。これも大変難しい問題で、東京慈恵会医科大学の井上聖啓教授が委員長をしておられます。内科では、検体検査や投薬に先立ち、また経過観察の上で、高度の内科的技法に基づく診察や侵襲的検査が不可欠です。例えば、神経の診察技術などはハンマーとペンライトだけで、専門家が診ると非常に多くの情報が得られるわけです。そういうものが適切に評価されるには、どうあるべきなのか。これは難しい課題で、専門医の制度とも関わります。看護系でも今、WOCや糖尿病などの分野に多くの専門ナースがいますが、そういうものを診療報酬上、どう評価するか、ということ

す。フィロソフィーとか技法について、大変重要な中身を持っていると考えています。

もう一つは、メタボリックシンドロームに代表される生活習慣病の予防と、健診や生活指導についてです。済生会中央病院の渥美義仁部長が委員長をしておられます。どのような施策が生活習慣病の予防に実効性が高いのかを議論していただいております。

以上が、内保連の活動の概略です。

私たちは病院の医療費要望の立場から、重症度や看護度を反映した看護配置をどのように診療報酬に反映させていくのがいいだろうか、また、リエゾンナースなどいろいろな分野の専門的なナースの活動をどのように診療報酬に落とし込むのがいいのだろうか、などということについても検討したいと思っています。また、今までの医療の評価基準は当初は物であり、それから技術になったわけですが、これからの病院に求められるのはシステムの評価だと考えているわけです。物、技術から、システムへと。そうすると、例えば、栄養サポートチームとか、リハビリテーションへのチームディスカッション、医療安全対策などのように、看護師が入るチーム医療の活動をどのように評価していくのいいだろうか、という問題も出てきます。内保連や外保連の活動に、看護の立場から提言や要望をしていただければとてもうれしいと思っています。

紙屋：ありがとうございました。つづきまして、外保連会長の山口俊晴先生から、外保連の活動についてご紹介いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

＜ 外科系学会社会保険委員会連合（外保連）の概要 ＞

- 1967 年、「日進月歩の医学・医療に即した学術的な根拠にもとづいて、社会保険診療における手術料を、一貫性のある算定方式により適正な診療報酬を求めたい」という基本理念のもと、学術的な研究を行うことを目的として、9 つの外科系主要学会の社会保険委員会の委員が集まり設立される。2005 年 1 月現在、64 学会が加盟。
- 加盟学会は、手術、処置、検査、実務委員会の各委員会に 1 名ずつの委員を推薦し、委員会を構成。
- 事務局は日本外科学会内におかれている。

日本外科学会	日本ストーマリハビリテーション学	日本理学診療医学会
日本胸部外科学会	会	日本血管内治療学会
日本消化器外科学会	日本血管造影・インターベンショナル	日本医工学治療学会
日本小児外科学会	ラジオロジー学会	日本関節鏡学会
日本救急医学会	日本脊椎脊髄病学会	日本門脈圧亢進症学会
日本脳神経外科学会	日本集中治療医学会	日本レーザー医学会
日本整形外科学会	日本腹部救急医学会	日本整形外科勤務医会
日本麻酔科学会	日本皮膚科学会	日本外科代謝栄養学会
日本産科婦人科学会	日本内分泌外科学会	日本病理学会
日本眼科学会	日本 Endourology・ESWL 学会	日本婦人科腫瘍学会
日本耳鼻咽喉科学会	日本血管外科学会	日本心臓血管外科学会
日本形成外科学会	日本臨床整形外科医会	日本整形外科スポーツ医学会
日本移植学会	日本リハビリテーション医学会	日本熱傷学会
日本人工臓器学会	日本消化器内視鏡学会	日本脊髄障害医学会
日本大腸肛門病学会	日本病院脳神経外科学会	日本脳卒中学会
日本癌治療学会	日本臨床神経生理学会	日本静脈経腸栄養学会
日本医学放射線学会	日本呼吸器外科学会	日本肝胆膵外科学会
日本乳癌学会	日本胃癌学会	日本褥瘡学会
日本臨床外科学会	日本静脈学会	日本ペインクリニック学会
日本超音波医学会	日本臨床神経生理学会	日本中毒学会
日本自己血輸血学会	日本呼吸器外科学会	
日本内視鏡外科学会	日本胃癌学会	
日本手の外科学会	日本リウマチ学会	

2005 年 1 月現在、64 学会

●外保連の成り立ちと活動●

(山口俊晴：外保連会長／癌研究会有明病院消化器外科)

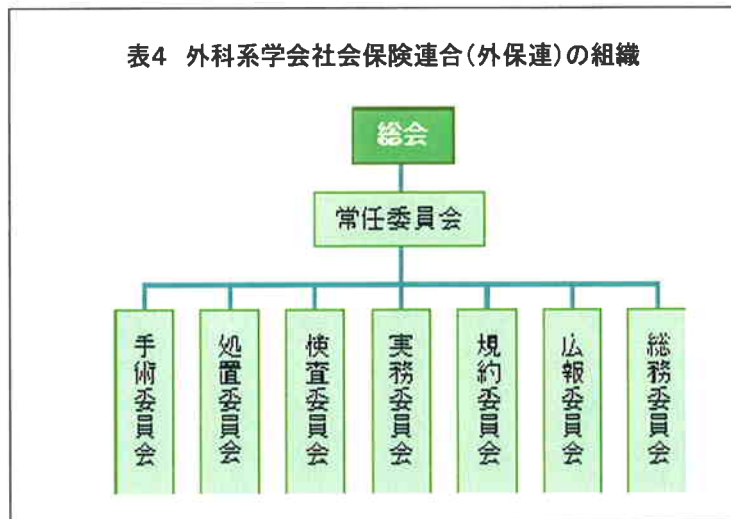
内保連は「内科系学会社会保険連合」ですが、外保連の正式名称は「外科系学会社会保険委員会連合」で、「委員会」が入っています。また、「代表」ではなく「会長」なんですね。そのあたりが、内保連とはちょっと違います。

◆外保連の設立と構成

外保連も結構古くて、1967年にできています。目的は、「社会保険診療における手術料を、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」とあります。外科は何ととっても手術料を適正に決めよう、ということでした。と申しますのも、いろいろな学会がいろいろな主張をして、厚労省も大変困るわけですね。外科系の学会の社会保険委員会の委員が集まって、学会なんだから、学問的な立場から、診療報酬とはどうあるべきか、特に手術料はどうあるべきかを決めよう、ということが発端でした。

最初の参加学会は、日本外科学会を中心に、日本泌尿器科学会、日本口腔科学会、日本形成外科学会、日本整形外科学会、日本眼科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本麻酔科学会、日本産科婦人科学会の9学会でした。現在、76の学会が参加しています。

表4 外科系学会社会保険連合(外保連)の組織



組織は、総会があり、その下に常任委員会があります。常任委員会の下に、手術委員会、処置委員会、検査委員会、実務委員会、規約委員会、広報委員会、総務委員会があります(表4)。学会のフィールド別ではなく、どちらかというと横断的な委員会です。最初は、手術委員会が中心になって

いました。その後、処置委員会や、検査の中でも検体検査ではなく非常に侵襲を伴うような生体検査について検討する検査委員会ができました。また、実務委員会は、新しい術式の採用や現在の手術医療の改正などを担当し、その基礎となるデータを作ります。この4つの委員会に、外保連の実体があるわけです。

◆「手術報酬に関する外保連試案」の作成

外保連は、技術評価を「手術報酬に関する外保連試案」という冊子にしました。すべての手術について、それぞれ「この手術はいくらであるべき」ということを決めて、冊子にまとめて提示したわけです。外保連発足からずっと発行されており、現在、第6版（2004年）まであります。

そうした手術料の算定方法には、3つの大きな要素があります。まず、その手術がどれくらい難しいか、つまり「技術度区分」です。また、その手術は何人で行うのかという「直接協力者数」。そして、「所要時間」。1時間で終わる手術なのか、10分で終わるのか、10時間かかるのか。こうしたことから、手術料を算定して提示するというのが基本的な考え方です。

最初の頃は、間接経費、つまり、手術室を運営するにあたっていくらかかるのか、土地代や税金なども全部、専門家が算定して提示していました。しかし、例えば東京のど真ん中に手術室を作るのと北海道の果てに手術室を作るのではかかるコストがぜんぜん違いますし、それを提示してもあまり意味がないということになりました。そこで、とにかく技術料を示そうということで、第4版（1997年）から、そこを分離して示すようになりました。

◆ 技術評価の難しさ

実は、技術の評価が一番難しいのです。この手術とこの手術はどこがどう難しいかということ、すべての学会に共通の尺度で決める必要があります。そうでないと、なかなか話し合いがつかない。例えば、脳神経外科学会が集まって難しさを決めてしまって、消化器外科学会が集まってそれぞれ決めてしまっても、非常に困るわけです。いろいろな議論があったのですが、結局、医師の修練する期間だろうとなりました。何年目だったらできる技術であるということが、最終的には一番重要ではないか。つまり、1年トレーニングしたらできる、

いや10年だったらようやくできる、ということです。

ですから、年数を採用したのですが、ただ、年数だけではわかりにくいので、A・B・C・D・Eに分けました(表5)。

これはどういうものに対応するかというと、Aは研修医、Bはレジデント、Cはチーフレジデントつまり認定医クラス、Dは専門医クラス、Eは極めてす

表5 技術度の評価(第5版) (外保連)

修練期間	技術度	対応する身分	資格(消化器外科)
1年	A-1	研修医1年目	
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	
6年	C-1	チーフレジデント1年	認定医クラス
7年	C-2	チーフレジデント2年	認定医クラス
8年	C-3	チーフレジデント3年	認定医クラス
9年	D-1	専門医クラス	専門医取得
10年	D-2		取得後2年
11年	D-3		取得後3年
12年	E-1	指導医クラス	消化器外科指導医
14年	E-2		

ぐれた特殊な指導医クラスです。年数だけだと、大変難しい。せめて「これはレジデントの行える手術だよね」「これは研修医の手術だ」「これはちょっと教授クラスでないとできない手術だ」というような分け方でないと、实际的でないのです。大きく4段階くらいに分けるという意見もありましたが、今は、A-1・2、B-1・2・3、C-1・2・3、D-1・2・3、E-1・2 というように、細かく分けています。将来これは統合される可能性もあります。

表6 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(ディスポ製品、特定保険医療材料を含む、薬剤は除く)	医療器具、医療機器
1617	48	33	胃切除術	D-1	2	2	0	3	248,610		
1618	48	33	胃局所切除術 1. 開腹による	C-3	2	2	0	2	141,620	自動縫合器1個、 カートリッジ2個	
1619	48	33	胃局所切除術 2. 腹腔鏡下	C-3	3	2	0	2	146,820	自動縫合器1個、 カートリッジ2個	
1620	48	06	胃縮小術	D-1	2	2	0	3	248,610		
1621	48	34	胃全摘術	E-1	3	2	0	4	593,480		
1622	48	33	噴門側胃切除術	D-3	3	2	0	6	769,260	自動吻合器1個、 自動縫合器(カートリッジ1個)	

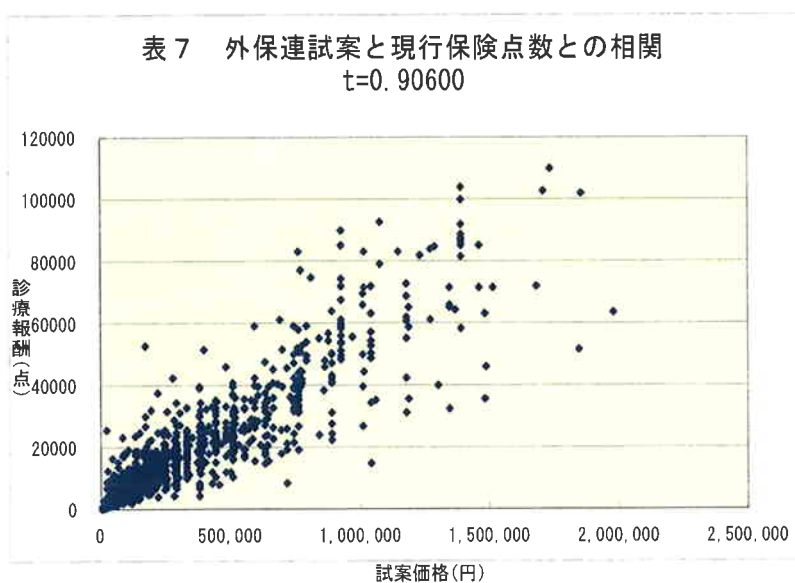
また、技術度の比較は、大変難しいです。同じ消化器の手術でも、例えば、臍頭十二指腸切除は E-2 に評価されており、胃全摘は E-1、胆嚢摘出は D-2 という具合に、手術の難しさが評価されています。同じように、心臓の手術で、弁置換術が E-1、房室弁直視下切開は D-2、心膜切開術が C-2 と評価されています。眼科では、角膜移植術が E-1、白内障手術（嚢内摘出）も E-1、麦粒腫切開術は B-2。副腎悪性腫瘍手術は E-1、前立腺被膜下摘出は C-3、陰嚢水腫手術は B-3 となっています(表 6)。

ところが、例えば、胃全摘と弁置換術、白内障手術、副腎悪性腫瘍手術、内耳開窓術が同じ E-1 となっていますが、これらが本当に技術度が同じかというと、これは医者でもなかなかわかりません。ましてや厚労省の人にはぜんぜんわかりませんよね。ですから、このようにある程度ランクづけするのは、極めて重要なわけです。たとえ手術料が決まっているにしても、それをどのように配分していくかという時に、こうしたデータが非常に役に立つわけです。

外保連の試案では、例えば胃切除術は、技術度は D-1 で、協力医師が 2 名、協力看護師は 2 名、協力技師等はなし、時間は 3 時間で、24 万 8610 円。さらに医療材料（ディスポ製品、特定保険医療材料を含む、薬剤は除く）、医療器具・医療機器は何が必要か、というように示しています。

◆手術試案の意義

これは、診療報酬を学問的・合理的に決めようという初めての試みだったわけですが。ここで決して誤解してはいけないのは、外保連や内保連が圧力団体というスタンスをとってはいけないということです。必ず学問的なベースのもとにこうあるべきだということを示しているのです。先ほど、内保連の齋藤代表がおっしゃったように、これは「提案」なのです。提言すべきものである、というスタンスが非常に大事だと思います。



また、これは何よりも、多数の学会のコンセンサスを得た評価であるということも非常に重要だと思います。一堂に集まって話し合いをすると、それほど不当な結論にはなりません。だいたい妥当なところに落ち着きます。実際に、厚労省は診療報酬を算定する際に、この試案を

大変重視しています。例えば、試案の価格と、実際の保険点数とをプロットしてみますと、極めて高い相似を示します(表 7)。そうしたことから、厚労省もだいたいこれに従って決めていると言っていいと思います。

◆手術試案の問題点

ところが、臓器別に外保連試案と現行診療報酬との比を見てみますと、実は乳腺外科などは非常に安いのです。一方、眼科などは試案をかなり高いレベルにもっていつている。各学会が必ずしも均一ではないのです。これは当然のことかもしれませんが、そういう不平等というか、不均一があります。

また、臓器別技術度の分布を見ても、耳鼻科などは各クラスがほぼ均等にありますが、例えば脳神経外科などは半分近くが E-1 と E-2 になっています。つまり、我々がいくら技術評価をスタンダードにしたと言っても、学会によって色合いが異なっているのです。

私は手術委員会の委員長を長く務めていましたが、ある学会がある手術の技術度を E-1 と言った時に、私は「どう考えてもそんなはずはない。レジデント

が行っているのではないか」と言ったことがあります。しかし、その学会の先生が「これはどうしても E-1 だ」と言うと、それを論破することはできないのです。手術にかかる時間も、「5 時間かかる」と言われて、「いや、どうみても 2 時間で終わっている」と思っても、なかなかその主張を引っ込めないのですね。そんな時は麻酔科の先生が「麻酔科から見ても、5 時間はかかりませんよ」と言ってくると、「4 時間にするか」というように決まります。これではよくないと思って、実際に調査して調整しよう、と提案しました。しかし、すでに決まっており、多くのものについてはなかなか難しかったのです。

一昨年、日本外科学会の教育病院（指定・関連施設）を中心に、実際に何時間かかっているかを調査してみました。すると、学会によっては「2 時間」と言っていたのが 20 分で終わっていたり、逆に臍頭十二指腸切除などは実際より短い時間を外保連が試算していたり、というようなことがありました。だいたい、見てみると、消化器外科の先生などは、「胃癌は 5 時間」と言うと、「いや、俺は 4 時間でやれる」「3 時間でできる」という自慢をして、どんどん短くなっていくのです。一方、別な科のある先生などは、「いや、これは 3 時間がかかりますよ」「私がやっても 4 時間かかります」と、どんどん延びていく。どちらが「賢い」かは一目瞭然です。この計算方式でいけば、1 時間が 2 時間になれば価格は倍になるのですから。調査をすれば、実態との違いははっきりするわけです。

現在の外保連の一番の問題は、そうした実態との乖離をどのように補正していくか、ということです。すでに既得権を持った学会が、すんなりとその調査を受け入れるかどうかはわかりませんが、内保連や外保連が尊重されるのは、きちんとしたデータに基づいて主張しているということであって、これは譲れない。これは正直に言わなければダメだ。そういうところから出発しないと、手術料を上げろと言っても説得力がないわけですね。それが私の一番大きな悩みです。つまり、手術時間と協力者数が実情と乖離している、技術度評価の客観性がない、各学会の既得権、ですね。

もう一つは、間接的諸経費の取り扱いが難しい。また、糸代も最近はお金にできなくて、糸代が実は手術料の 4 割くらいを占めるという術式もあります。糸代も技術料の中に含めてしまえという主張は受け入れられない、という時代になっています。

◆ 現行の診療報酬制度の問題点(表 8)

現行の診療報酬制度においては、まず技術評価が安すぎると思います。例えば、新しい化学療法を行えば 1 年間に 1000 万円かかる、それで 1 年寿命が延びると 2000 万円になる。しかし、癌転移を外科で手術すれば 21 万円。そういうことを考えると、薬代に比べると技術料はあまりにも安く見積もられています。

**表8 現行の診療報酬制度の問題点
(外保連)**

- 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

病院全体でプラスになっていればいいという考え方もありますが、それはまずいのです。我々がやっていることを正しく評価してもらうということは、非常に重要だと思います。

また、複数手術の問題点というのは、皆さんにはわかりにくいかと思いますが、手術は同じ傷から行えば2つやっても、片方が50%引きというようになって

ています。ですから、小売店で買えば一つ一つ支払わなければならないけれど、デパートで買えば5割引きになる、というようなとんでもないシステムなのです。値切られているわけです。50%引くという根拠は、何もありません。しかも、複数手術をやっている組み合わせは、原則なしに、診療報酬で決められているのです。そういう矛盾を正さなければいけない。

手術料の中に、技術料と材料費が混在しているという矛盾もありますね。

それから、DPCの拡大がいろいろ行われています。このままDPCがどんどん進んで、手術料も包括評価されるようになってしまうと、我々は自分たちの技術をいったいどのように評価してもらっているのか、さっぱりわからなくなる。例えば、今度の診療報酬改定でも、DPCの病院では3.16%一律に切られましたが、どこを削られたのかさっぱりわからないわけです。ああそうですかと、誰も抗議のしようがない。これは非常にまずいと思うのです。

また、施設基準の問題があります。これは話すと長くなるのですが、簡単に言うと、厚労省が6年ほど前に施設基準を設けて、一定数の手術をやらなかったら3割減にすると、119の手術について言い始めたわけです。これは米国や欧州で一部の手術が症例数が多いほど成績が出ているということに従って、日本では何の調査も行わないまま導入したのです。これに対してはすごく抗議が出ました。そうしたら、「この手術とこの手術を足して50例にしよう」と、まったく関係ない手術を「足し」たりして、怪しげな改正を行ったのです。それもまた非常に非難を浴びて、「30%減はやめる、その代わりに、症例数の多いところには5%上乘せしよう」ということになりました。これは大変いいことだと思って賛成したら、5%上げる前に診療報酬を5%下げたのです。マッチポンプのようなやり方でだまされたのです。ついに我々も怒って、症例数で成績に差はないということを証明するためにデータをたくさん出しました。8つくらいの学会からデータが出て、いろいろな術式について調べてみると、差はないというこ

とでした。しかし、「データを外保連で分析したのでは信じられない」と言われて、東大の医療情報の先生に解析してもらったのです。そうしたら、一部でわずかに差はあるのですけれども、ほとんど意味がないという結論になりました。推計学的な差というのは、サンプル数が多くなればほんのわずかな差でも出るのですが、それは社会的に意味のあることではない。でたらめな薬の会社がサンプル数を多くして有効性を主張するのと同じで、あまり意味はないのです。そこでようやく、日本では、症例数にものすごく偏った施設基準はだめだという結論になって、ようやく撤廃されました。このエピソードが物語っているのは、やはりきちんと学問的なデータを出すことがいかに重要かということです。最近では中医協でもガラス張りで議論が行われますから、そこにデータさえ出せば、大変いい成果が得られるということです。彼らも大変慎重になって、まだ諦めてなくて、自分たちで別な調査部会を作って調べてリベンジを図っているのですけれども、しかし、その情報の出所はやはり学会なんですね。ですから、同じ結論が出るに違いないのです。我々の学術団体としての強みをぜひ発揮すべきだと思います。

また、専門医制度の問題ですが、これもまた非常に重要です。専門医制度の評価は、ほとんどなされていません。その一番大きな原因は、私は医師会だと思います。医師会は、基本的に専門医制度について反対のようにみえます。これは間違っています。これはやはり主張しないと、結局、努力した者は報われない。看護師の専門制度も同じだと思います。高い専門性に対して手厚くするのは、我々の共通の認識だと思うのです。一部の医者だけを優遇しているというのは大きな間違いです。一生懸命やっている優れた技術を持った医者を優遇するのは当たり前の話なんです。開業医が専門医に取り残されるのではないかという考え方から専門医制度に理解を示さないのは大変おかしいと思う。

また、先進国の医療費の対 GNP 比を見えますと、日本は先進国の中では最低レベルなのです。このことをもっともっと、みんなに言わないといけないと思います。日本の医療費はおよそ 31 兆円と言いますが、国が負担しているのは 25%、4 分の 1 しかないわけです。ですから、「せめて半分くらい出せよ」と言いたいですね。これをもう少し増やして、全体の枠が広がらないと、やはり医療はよくなりません。

◆今後の課題(表 9)

今後は、先ほども申しましたように、データをもとに診療報酬試案をもっと精緻化して、どこから見ても文句のつけられないものにするというのが第一の課題です。そして、技術の客観的評価がどうあるべきかに関しては、もっと勉強しないといけないと思います。

また、厚労省や中医協も重要ですが、先ほど齋藤代表もおっしゃいましたけれども、もっと国民に対して、日本の医療レベルがいかに高いか、直接にアピールしていかなければと思います。施設基準のデータを調べている時に、外国の手術の成績と日本の手術の成績を比べると、

圧倒的に日本の手術成績のほうがよいのです。根本的な差があります。私自身も誤解していました。例えば、心臓外科などはアメリカのほうが進んでいるだろうと、何となく思っていたのですが、それは大変失礼なことでした。日本の手術のレベルは極めて高いです。これは医療者もよく知らないし、国民はもっと知らない。マスコミは知っていても言おうとしない。それを言ってもあまり歓迎されないのですね。「医者が悪い」と言わないとダメとなっている。ここは、内保連、外保連はもちろん、看保連ができたことは大変ウェルカムです。やはり学問的見地から主張するというスタンスが非常に重要で、看保連もぜひそういうスタンスで、圧力団体ではなくて、齋藤先生もおっしゃったように「提案できる」連合になってほしいと思います。

また、日本医師会の批判をいたしました。やはり日本医師会は重要な組織です。これが潰れるようでは、医師の世界、医療全体がダメになります。言うべきことは言うべきですが、いろいろ連絡をとりあって、ご理解いただいて我々のために動いていただきたいと思います。

以上です。どうもありがとうございました。

表9 今後の課題

- 診療報酬試案の精緻化
- 技術の客観的評価
- 国民に対する直接のアピール
- 内保連、外保連、看保連の協同作業
- 日本医師会との協調

●意見交換●

◆加盟基準の問題

山口：看保連の構成の「学会等」の話ですが、外保連の加盟組織は社会保険委員会を持っていて、しかもその活動をきちんと証明できることを求めています。つまり、本当に社会保険委員会があって、それが診療報酬に関する活動を続けているという証拠がないと、立派な学会であっても加盟できません。そのあたりの看保連の考え方は、どのようなものでしょうか。

井部：看保連は、看護系の学会だけではなくて、特に管理者の組織が入っているわけです。看護部長会などは、現場のいろいろな問題点をよく認識しているのしゃるので、そうした発案をしていただき、学会と共同して調査・研究をすることも考えられます。

山口：外保連でも重要なのは、データを集める時にどういう母体が主導するかということです。外保連は外科学会が非常に協力的で、外科学会の認定施設というのは日本の主な病院を全部網羅していますので、そういうところにアンケート調査を依頼する。足りないところがあれば他の学会の関連施設もやるというスタンスです。看保連も、鍵となる学会があって、その関連施設からデータが自動的に集まるような仕組みを作っておけば、大変強いのではないかなと思って、聞いていました。

紙屋：看保連が立ち上がりました時には、診療報酬に看護の技術だけでなく看護の質も評価の対象にしてほしいということは、様々なところから意見がありました。また、国立の看護部長会、私立大学病院の看護部長会などのいくつかの団体は、長くこの問題に関して活動し、意見をまとめてきた経緯がございます、「学会等」と看保連はついたわけです。

会場発言：臨床の現場からの意見をきちんと取り入れて、それに対して各学会がエビデンスを作り上げていくという方法が、看護に関して貴重なよい提言を出していけるのではないかな、ということだったのだろうなと思っております。病院のレベルもいろいろありますけれども、その中の代表する大学病院、あるいは社会保険関連の病院など、それぞれの現場に即した診療報酬の評価をしてほしいというのが、一番根本のところですね。そういうところでは、やはり医師とは違う発足の仕方だったのかなと思っております。それが、臨床の場の意見が通らない看保連であっては、うまく発展しないのではないかなと思っており

ます。

会場発言：私は、この看保連をどうして発足させるかということで、少し関わっておいりましたので、その観点から今の質問にお答えしたいと思います。

今、さきほどの方がおっしゃったように、医師の場合と看護職の場合とでは、事情が異なっています。例えば、臨床研究と言っても、医師の場合は自分たちが実践しているところがフィールドになって、そこからデータが出てくるわけですが、看護の場合には必ずしも看護系の学会とその学会に所属している人たちが実際に臨床研究をしていくその場とが、スムーズに連携できているという状況ではなかった、ということが一つ。学会からエビデンスを出していく時に、臨床からのデータを上げていくことが非常に重要ですので、看保連の中にそういう臨床現場の方たちの団体代表を入れる必要性があるのではないかと、ということです。

それから、看保連の発足に先立って、技術評価に資するような、エビデンスがきちんと出ているような研究をレビューしたのですが、かなりの研究をレビューしてもエビデンスレベルが高い研究の結果の数が少なかったということがあります。ですから、私は、看護系の学会は、診療報酬の技術評価などの観点からの研究といったものを、これからどんどんやっていかなければいけないというところで、まだまだ緒についたばかりかなと思っております。

齋藤：看保連独自の切り口で、看保連独自のいろいろな調査や、学会の英知を結集した活動というのは、これからすごく重要ではないかと思われま。医療に関わる職能者の中で看護師は、幸いに非常に厚い信望と尊敬を受けておられると、私は考えているわけです。医療者の信望を高めるという点でも、ぜひ看保連の方々に大きな役割を担っていただきたいと思います。

◆財政的基盤と機動力の問題

井部：外保連としての活動実績が、かなり精密に作られていくわけですが、そういう実務作業をするところは、いったいどこなのでしょう。その点が、看保連でも課題なのです。

山口：それは非常に重要なご指摘です。実は、外保連の事務局は、外科学会に間借りしている形になっています。事務局の運営にあたっては、外科学会の人にいろいろ作業していただいています。もう一つは、財政的な基盤です。加盟している学会から、会費をちゃんと取っています。資金がある程度ないと調査はできません。例えば、データを22万件も集めると、データクリーニングする

だけでも 400 万～500 万円かかります。そうしたことはみんなで分担してやるんだ、という覚悟がないとダメだと思うのです。外保連は、厚労省からの資金的助けは受けておらず、独自で行う路線でやってきたわけですが、実際にやってみるとなかなか苦しいです。ですから、財政基盤もよく考えられて、継続的に自分たちのアクティビティを主張できる、あるいはサーベイできるという体制を作っておかないと、むしろ問題点も出てこないと思います。

会場発言：看護系の学会は、どこも資金的に非常に乏しい中で活動しておりまして、また活動が始まったばかりということもあって、なかなか難しい問題です。これからどうやって資金を捻出していきながら、エビデンスを作るための活動をどう維持していくかということは、本当に厳しく、悩んでいるところです。

紙屋：看保連も理想は高く持っているわけですが、活動費をどのように捻出するかということは、大きな悩みです。ようやく立ち上げ、広く皆さんにご理解いただき、データを集めていくという時にも、やはり活動資金の問題が先立つわけです。外保連では、先ほどのような事務作業やデータ処理などにかかる費用は、会費の中で賄われるのでしょうか。

山口：その中で賄っています。僕自身の研究費を出したりしたこともありますけれども、それでは追いつきませんので。先ほど言いましたが、日本外科学会の事務局に間借りしていることと、ほとんどの会議をその外科学会の事務局を借りて行っているので、そういうコストが非常に安いということもあります。また、事務の人も、先ほど申しました外科学会の人が時には専任に近い形でいろいろ作業していただいています。要するに、日本外科学会が外保連の活動を学会の非常に重要な一つの事業として認めていただいている、ということが非常に大きいと思います。

会場発言：山口先生におうかがいしたいのですが、80 近い学会でそれだけ多くのデータをいっぺんに取るという、横のつながり方、そういった機動力を発揮できるような、何か組織的な仕組み作りがありましたら、教えていただきたいのですが。学会の機動性を上げるための外保連としての取り組みについて教えていただきたいと思います。

山口：物事を証明できるだけの例を集めればいい、ということです。調査の範囲を少し狭くしていいデータを集めるということも大切です。また、各学会が

かなりいいデータを持っています。例えば、胃癌学会は胃癌の手術に関する細かいデータをたくさん持っています。ですから、症例数とアウトカムが比較できるのかという時には、学会に依頼すれば、すぐに出るのです。ですから、参加している学会がそういうアクティビティを持っているかどうかです。それをどのように掘り起こしてきて、看保連のデータとして提示できるかというところを工夫すれば、そんなにお金もかからないのではないかと思います。そのあたり、細かく工夫されれば、クオリティの高い十分なデータが出せるのではないかと思います。

会場発言：内保連はだいたい 400 万～500 万円、外保連ですと 1500 万円くらいの年間予算をお持ちだったということですが、そのほかから内保連、外保連に、何らかの形で支給が入ってくるというルートはまったくないのでしょうか。もう一つは、内保連にうかがいたいのですが、先ほど齋藤代表が「システムを評価することが今後非常に重要だ」とおっしゃいました。そういう点で、例えば病院のシステムとか、チーム医療、連携する医療などを、どう評価なさろうとしておられるかどうか、おうかがいしたいと思います。

もう一つ、外保連の山口会長様は、専門医制度の評価はやはり遅れていると、お話にありました。外保連では、専門医の評価というあたりには、どんなご計画、プランがあたりかということをおうかがいしたいと思います。

齋藤：まず、資金源ですが、内保連そのものには会費以外に特別な支給されるお金はありません。ですから、先ほどの「希望書」の印刷や、集会する時の最低限の手当、旅費は皆さんほとんど自腹か、あるいは学会持ちです。内保連の出費としては簡単な弁当を出すくらいで、最低限に抑えられています。ただ、昨年までやっていました、内科系技術の評価については、厚生科学研究の研究費がある程度まとまって出ましたので、内保連としての活動をそのお金で茅野先生が精力的にやってくださったということでもあります。外からの公的研究費をできるだけ導入する、ということです。厚生省にも看護課の部門があるわけですし、そういうところにあらかじめ働きかけて、非常に重要な活動であるということであれば数百万から数千万円にいたるいろいろな種類の研究費を獲得することは、十分可能であって、そういうものを通じて調査活動やエビデンスを集めていかれるのが一つの方法だと思います。

あとは、システムをどう評価するかということは、なかなかエビデンスとして出すのはたやすいことではありません。そこはむしろ、フィロソフィーというか、これまでの経緯とか、いろいろな病院の諸活動に照らして正當に評価することが必須であるということを、言葉としてしっかり伝える。経験とか観察

とか、そういうことを通じてとりまとめるということが主体になると思います。システムというものはある程度言葉と表現できちゃんと伝えれば、私は適切に評価されうるものだと考えております。

山口：財政の問題ですが、先ほど申し上げましたように、厚労省のほうで厚生科学研究として研究費を支給するという申し出があったのですが、今のところは、余計なお金は一切入っていません。また、いろいろな検査や手術の試案を販売しているので、そういう出版に関わる費用はほぼ回収できています。重要な資料なので、結構売れます。

専門医の問題は非常に重要なのですけれども、いったい診療報酬は誰のために上げるのかという問題ですね。つまり、例えばチーム医療として評価された時に、病院は潤うかもしれない。しかし、専門医というのは、やはりそれとは別のものだと思うのです。つまり、個人として評価してほしい、ということだと思うのです。外保連としても、やはり個人として評価してほしいというところが強いのではないかと、思いますね。病院の経営者からみたら個人ではなくて、いろいろな管理料だとか、そういうものを評価してほしいと思いますよね。看護師さんがどちらの方向に向くか、ということは十分お考えいただきたいと思います。先ほど、専門医の質の問題が出ましたけれども、例えば、日本内視鏡外科学会という学会があります。この学会では技術認定を受けた者の名前を公開しています。選択する患者さんに、この病院にはこういう技術を持った人がいるということを公開していくというスタンスですね。となれば、当然、そういう人は高給で雇われていいわけであって、そういう人が行った手術は高く評価されるべきだ、と思います。ですから、そういうことに関してやはり、学会としてはこれからものすごく熱心になっていくのではないかと、思います。しかも、自分たちだけが学会に参加したらいいのだというスタンスではなくて、国民が納得した、ここまでやっていて、ここまで努力していて、こういう難しいもので、しかもこんなにいいんだということがわかれば、私は評価を高くしてくれると思うのです。そういう道を歩きたいなと思っています。もちろんチーム医療を否定するわけではありません。病院としては当然そういうものは評価してもらわなければいけませんし、システムの重要性はわかりますけれども、その中で我々はどのようにメリットを得るかということに関して、よく考えておかないと、病院だけが儲かるということもあり得るわけです。

齋藤：専門医の問題は、確かに内科系の学会でも医療技術の専門性というものは評価されるべきというのは共通認識ですが、学会の認定する専門医というものについてはかなり問題がある。やはり専門医が専門医としての信望を確実に

得るには、それなりの襟を正すこと。これは、国民の信望を得る医療の一環ですけれども、そういう襟を正した自浄作用、自律的な工夫というのは大事ではないかと、私は個人的には思っているのです。

井部：私は、最初に、組織についてはもう少し見直さなければいけないと思っていますと申しましたが、それがまさに先生にご指摘していただいたことでもあります。例えば、重点事項についてやっていこう、学会あるいは団体と横断的にやっていこうとしても、結局そこに出ている委員の方たちの努力以外にないのです。これは今後総会等でも議論していかなければならないことですが、まず各学会ではなく看保連として、優先順位を決めて、関連する学会あるいは団体等の人たちに集まってもらって、データを収集する、あるいは収集を委託するといった場合、どこがそうした優先順位を決めるのか、ということです。今は役員会しかないので、そうしたことを審査する別なところがあったらいいのでしょうか。それから、データを実際に収集するための機動部隊をもう少し計画的に置かなければいけないのではないかと、といったようなこともあります。今、看保連では委員会は2つですけれども、内保連も外保連もたくさんの目的別の委員会が結成されています。そういうところを参考にして考え直さなければいけないかなと思っていますところ。先生のご指摘はもっともですので、もう少し組織を、体制を整えなければいけないと改めて思いました。

◆看護師の技術に対する評価の問題

山口：前から聞いてみたいと思っていたのですが、病院でも手術室に勤めている看護師さんというのは、非常に特殊な技術を持っていて、感染のリスクもありますし、なかなか厳しいものを要求されますね。ところが、癌研などでも、手術室の看護師さんは給料が安いんですよね。それは夜勤がないからです。そういうことをどう思うか。そういうものを評価していくのか、あるいはみんな一律に一緒に上ればいいのか。どのように差別化していくのか、あるいは差別化しないのか。どのようにお考えなのかうかがいたいのですが。

井部：私は病院で仕事をしていた経験から、看護部全体を見ていて思いますのは、手術室はそうでしょうけれども、他のところだって「専門的な知識・技術を使っているわい」と絶対言うと思うんですね。それぞれを絶対評価すると「私のところは大変」「私のところはすばらしい」と言うでしょう。大変優れたことをやっているのは手術室のナースだけではないという意見が必ず出ると思うのですが、それにはどう答えたらよいのでしょうか。

山口：それは当然であって、今、例として手術室を出しただけであって、例えばICUもそうだと思うんですね。化学療法の外来もそうかもしれません。そういうことをやはり評価しないと。そうでない病棟も、僕はあると思うんですよ。はっきり言って暇な病棟もたくさんあります。それはそれでいいと思うんです。そういう密度の低い、リスクの低いところでのんびり働きたいという方もおられていいと思うんですけれども、一生懸命何らかの資格を取って密度の高い仕事を遅くまでやったことは、やはり認めてあげるべきではないかなという気持ちで質問したのです。それはもう当然だと思うのですね。今の論法からいけば、そういう凸凹があるのだから全部横にしまえというご意見ですか。

会場発言：一言追加で言わせていただきます。先ほどの山口先生の問いについてなんですけれども、看保連で「在り方検討委員会」と「看護技術検討委員会」という2つの委員会があります。「在り方検討委員会」では、いわゆる今まで行われてきたような人員配置が適切であるかどうかということも含めて、看護の配置や全体的な在り方を検討します。一方の「技術委員会」では、全体はそうなんだけれども、例えば手術室の看護、ICUの看護など、その一つ一つの看護技術にはそれに足す形で技術評価をしていこうではないかという方向性で検討しようとしています。つまり、看保連では、その技術評価をするためには、頭数だけではなくて、本当にその技術に効果があるのかどうかを、やはり研究的にエビデンスを出しながら訴えていかなければいけないという意味で、データを集めていこうという作業をしています。ベースの在り方全体を検討することと、追加していける看護技術には何があるのかというあたりを明らかにしていくという、そうした方向性があるということではないかと思っています。

◆今後の活動

会場発言：医療費の総枠のメニューをどのように変えていくか、医療の占める割合を国民にわかってもらうために、どのような活動をしているのか、齋藤先生に教えていただきたいと思います。

齋藤：内保連に課された最大の課題だと思うのですが、やはり、医療者という職能集団が真に信頼されるに足る集団である、そういう人たちが行う医療活動にあわせて経済の規模を広げていくのだと、支持されなければいけないと。そのためには、医療者も襟を正すべきところがあるのではないかというところが出発点です。内保連の課題として、3つあげた中のひとつに、国民に信頼される医療者とは、という中身がありましたが、そこを原点にして医療に経済をあわせるという構造をだんだん発信していきたい。その場合には、日本医師会も、

日本病院協会も、日本看護協会も、みんな一緒になって、実は厚労省も潜在的にはそれを希望している。そういう取組みが必要だと思います。

山口：私自身は、まず、齋藤先生と同じでわれわれ自身を啓蒙するということ大事だと思います。あまりにも認識がないと思います。私自身もこのようなことにかかわっていなければ何もわからず、人ごとみたいにしていたと思いますが、そうではなく、自分たちの部下やスタッフにもっと周知させてそこをスタートにすることが大事だと思います。

井部：大変遅くまで熱心な討論をしていただいてありがとうございました。予想以上に、私にとっては収穫の大きいシンポジウムでした。みなさまからの考えを聞くことができたので、三保連も模索していかなければならないということがわかりましたし、看保連の組織固めもしていかなければならないということがわかりました。

紙屋：歴史のある外保連・内保連の活動をご紹介いただくと共に、率直なご意見も伺うことができました。お忙しい中、おいでくださいました内保連代表の齊藤寿一先生と外保連代表の山口俊晴先生、またご参加くださいましたみなさま、貴重なご意見ありがとうございました。

2. アンケートの結果

◆シンポジウムに対する感想・意見

- 内保連・外保連の機能がよくわかりましたが、看護が今何をこの報酬設定などに入り込めるのかがまだよくみえません。現在の看護に求められている働きが安くたたき売られることのないようにして欲しいと思います。内保連外保連のやり方は参考になると思います。
- 三保連の今後を結びつけるよいシンポジウムでした。
- 今日是非常によかった。このようなシンポジウムをまた開催してください。
- 内保連外保連の活動の概要を理解できた。
- 全体像が見えてきたので、度量の方向性を定めるのに役立つと思う。
- 三保連の沿革や活動内容を知ることができ、自分の所属する学会の診療報酬や技術検討をどのように進めていけばよいか参考になった。
- 非常に面白かったです。もう少し簡単な内容にして、師長〜スタッフナース向けの勉強会なども考えていただければより裾野も広がるのではないかと思います。
- 今回のようなシンポジウムに参加させていただいたことで今後の診療報酬に対する「提言」の仕方について興味を持つことができました。看保連が今後EBNに基づいて自分たちの技術や学びを正しく評価してもらった上で報酬を得られるような活動をしていただければと存じます。
- わかりやすい話し合いで診療報酬における看護職の位置づけ、今後の看護の方向性について考え学ぶことができました。
- 内保連・外保連・看保連の3つの立場からの見方が多少でもわかり勉強になりました。
- 看護、ケア、(技術だけでなく)の価値を明確にしていく必要がある。
- 日ごろ、実践の場ではなく教育の場にいる身として現実の状況を知ることができるとともに、看護職者の教育において考えなければならないことを示していただいたと思います。
- 医師の立場看護師の立場、各々と協働できることは何かということも考えさせられました。
- 今日のシンポジウムをまた定期的にやって欲しい。もっと広く告知して多くの参加者が集まって活動を知らせて欲しい。
- 時宜にあったシンポジウムに感謝いたします。
- 内容も充実しており今後の活動に大変参考になりました。主な課題をいただいたと思います。

- 看保連がこれからどのような動きをするかにより、今後の看護の発展にもなりうることを感じました。
- シンポジウムに対する立場が同じなので有意義な討論でした。
- 三保連合の連携は看護師の存在認識がうれしい。
- 外保連・内保連と並んで同じ土俵で日本の医療看護の向上に貢献する組織作りの重要さと課題がよくみえました。組織作り、資金作り効率的な運営の基盤づくりなど、看護界あげて協力していきたいと思いました。
- 三保連合の合同での活動を今後そうしていくか方向性まで触れて欲しかった。ぜひ三保連合の話し合いを公開にして欲しい。
- 診療報酬へのかかわりがわかり三団体が結集していくことが大切と感じた。
- 3つの団体が互いに理解しあい、協力し合っていくことにより現状を改善できると思った。このようなシンポジウムは大切だと思った。
- 他の人にもっと知られるようにするとよいと思う。この中で示されたことを広く多くの人の目に触れるようにしたほうがよい。
- 現状にある問題を改めて認識させられ勉強になりました。
- 看保連としての目的達成のあり方として、重点目標を決めて集約（各学会がサポートでいる方法）できる方法を検討しなければならない2）看保連事務局強化の方法を検討すべき3）エビデンスを効果的にまとめて提言するための相談機能を技術委員会とあり方委員会がとれるしくみを作れるとよい
- 自分の活動（教育や学生指導）にこういう視点をもっと入れられるようにあらためて頭や知識のネットワークを組みなおす必要があると感じた。
- 何のエビデンスを作っていくか、加入学会のみでよいのか。国民の信頼をえるために現場の声の中からデータを収集することが大事と考えた。
- 今後も定期的にこの3つの連合が検討、話し合う機会を持つことを期待します。

◆看保連に期待することや要望

- 看保連の課題の主なものは在宅医療訪問看護に関連していると思いますが、現状の報酬の状態はまずオープンにしてそれが適正かどうかを判断するデータを出していかなければならないと思います。学会の枠を超えた調査が必要かと思いますので、多くの学会の協力が不可欠であると思います。看保連でないといけないことだと思い、期待しています。
- 今後病院基準の看護だけではなくて、施設看護の枠から離れた看護提供のシステムを評価できるように考えてもらいたいと思います。
- さまざまな科学的データが作成できるような作業部会を持つ成熟した組織に早く育っていかれることを期待します。

- データを積み上げていく、財政基盤、人的資源を計画的、システムとして作っていくことが必要かと思います。
- 看保連自体の存在意義を各学会の理事そして全員にいかに示していくかが課題です。
- また、若手の看護研究者たちにこのような研究の方向性を知ってもらう機会を持つべきでしょう。
- 看護職と協働する多職種との意見交換の場をまた設けていただきたい。
- 単なる手技取得のみだけ、単なる手技取得者の配置がなされているだけで報酬がつくのではなく、適切な技術が適切に提供されることを期待します。
- また、多くの臨床家にこの三保連の活動や存在を知ってもらうことは必要なのではないでしょうか。今後学術雑誌のみならず臨床家が気軽に手に取れる雑誌等のメディアを通じて三保連の存在・活動がわかるようにしていただけたらと存じます。
- 一般看護師も参加できるわかりやすい会を催し、データ収集に協力できるようにして欲しい。
- 診療報酬や経済に関する知識を広く得る機会を増やして欲しいと思います。現場で働いている人にとっては業務に流され、大切と認識していてもよくわからないというのが実情だと思います。少しでもわかれば問題に取り組むエネルギーとなるのではないのでしょうか。
- また、広報も力、マスコミへのアピールの仕方をより工夫して欲しいのでしょうか。これだけのシンポジウムで参加者が少ないのはもったいないと思います。
- 各学会の力が結集できる組織を作り、ワーキンググループによる実際に即したデータ収集ができるようにする必要があると思いました。また、看護は本当に信じられないような現実があります（地方、施設差）。看護師がどんな仕事をしているのか本当の実態を調査する必要があります。
- 臨床と学会の乖離は看護の立場を危うくすると思います。臨床の状況を確実に拾い上げる学会のあり方、検証の仕方を基本的スタンスとしてもって欲しいと思います。
- 国民のためにという基本を考えて私たちの技術・ケアを認めてもらうような活動をできるといいなと思います。
- 立ち上げたうちは存在感を実践できることを期待いたします。看保連の体制をゆるぎないものにするためメンバーの意識と方向性を共有されますよう。
- 現場とつながった活動ができるかが大切なのは、そこを意識してください。
- 看保連の周知をどうするか。看護協会を通して進めていくことがよいと思います。

- 活動情報の提供を適切にしていくことが関係者の関心を高めていくことになると思います。
- 技術評価なのか、必要な要件を備えた人材配置を評価するのかを考えていく必要がある。
- さまざまな看護の技術に関して、今後報酬上点数がつくための活動をどんどん進めて欲しい。
- 各研究会の中で現実にあることを研究的に追求し、現状を変化させるための組織づくりをしていく必要があると思う。ワーキンググループなどを作りさらに活性化できるような形にしていって欲しいと思う。
- もっといろいろな看護師（研究者）が参加して自分たちの問題としてとらえていけるようにし、参加者（研究やまとめその他）を募れるとよい。
- 若い人たちにいろいろな視点の情報を知らせるために中間の人や教育者などに重要性を実感してもらう必要もある。
- 看保連の一員である自分たちがどのように活動するかである。まず現場からはじめることと認識しています。
- 看護のデータベースづくりが大切だと思っています。データが集約されるしくみを作ることが先決だと思います。
- 重症度・看護度といったまるめの診療報酬だけでなく、特定の看護問題（または看護診断）に対する看護ケア・看護治療の診療報酬に目を向けるべきです。それぞれの看護専門分野で検討すべき時代に入っていると考えます。各学会でそのようなことを考える、検討することを進めて欲しい。

以 上