

外保連ニュース 第13号 2010年2月

発行:外科系学会社会保険委員会連合(外保連) 発行者:松下 隆 編集:外保連広報委員会
〒105-6108 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル8階 社団法人日本外科学会内 TEL:03-3459-1455 FAX:03-3459-1456
URL:http://www.gaihoren.jp E-mail:office@gaihoren.jp 年2回発行

年頭にあたって

—新しい政治状況の中で確立された 外保連試案の意義

会長 山口 俊晴



2009年に自民党から民主党に政権が交代し、医療界では大きな変化が認められた。民主党政権はマニフェストに医師の増員やOECD並み医療費の実現を掲げ、実際にその方向で医療改革が行われようとしている。新しい中医協委員の選任は、診療報酬改定のプロセスにも大きな変化をもたらしてきた。中央社会保険医療協議会(中医協)の遠藤久夫会長はこのような難しい状況の中で、外科系学会の訴えを直接聞く機会を中医協に設けたばかりでなく、診療報酬改定の議論の基礎になるものとして外保連試案を採用することを提案した。そしてこれに対して、診療者側、保険者側委員、有識者、患者など第3者委員のすべての了解が得られたことは、外保連の歴史の中でも特記すべき出来事である。基本問題小委員会の下部組織である医療技術評価分科会(吉田英機分科会長)においても、この決定に従って分科会と外保連が協力して試案を検討する委員会を設立することが決定された。これは、外保連が結成され、科学的な根拠のある技術評価を求めて試案を作成し、それを精緻化してきた努力が認められた結果である。設立当時のメンバーはもちろん、その後試案の大胆な合理化や精緻化をリードしてこられた、比企能樹名誉会長、出月康夫名誉会長のご指導および、加盟学会の全委員の努力の賜物と改めて感謝するしだいである。

さて、このように外保連試案が公式に診療報酬の重要資料であることが確認されたことは、すばらしい進歩ではあるが、同時にその作成に携わるわれわれ外保連のメンバー一人一人の社会的な責任も格段に重くなることを自覚しなくてはならない。すなわ

目次

◆年頭にあたって ～会長 山口 俊晴

◆特集 日本の医療技術は優れている!! PART VII

＊日本小児外科学会

「胆道閉鎖症根治術(葛西手術)の治療成績」

＊日本整形外科学会

「骨肉腫の治療成績」

◆各委員会からの報告

「平成21年度の総括および平成22年度の活動について」

＊手術委員会

＊処置委員会

＊検査委員会

＊実務委員会

＊総務委員会

＊規約委員会

◆編集後記 ～広報委員長 松下 隆

◆事務局からのお知らせ

ち、科学的根拠に基づいた試案が本当に科学的であり続けるためには、定期的にその内容が検証されなくてはならない。つまり、診療報酬の算定に必要な根拠をデータとして、医療者はもちろんのこと国民やジャーナリストにもわかるように提示し続ける必要がある。もとより、外保連はそのような立場で活動してきたのであり、活動の原則が変わるわけではないので、現行の作業を粛々と進めてゆくことが求められている。手術委員会のコーディングの作業に続く、医療材料の調査は新しい第8版の中核をなす改善、いや改革と言ってよい。次期改定に向けて本年の作業の進捗状況は、必ずしもものんびりしたものではなく、日本海海戦の秋山参謀風にいえば、Z旗はすでに揚げたのであり「天気晴朗なれども波高し、各員一層奮励努力せよ」というところである。担当委員には相当の負担がかかるものと予想されるが、より一層のご協力をいただくようお願いしたい。

◆特集 日本の医療技術は優れている!! PART VII

「胆道閉鎖症根治術（葛西手術）の治療成績」

日本小児外科学会

東北大学小児外科 仁尾 正記

1 胆道閉鎖症とは

胆道閉鎖症（本症）は、新生児期から乳児早期にみられるもっとも代表的な閉塞性黄疸疾患で、肝外胆管が完全に閉塞し胆汁を腸管内へ排泄できないため、手術が成功しない限り胆汁性肝硬変、さらに肝不全への進行が避けられない。約10,000出生に一人の割合で発生し、人種間に頻度の差はない。その病因はいまだ不明であるが、本症の大部分は二次的または後天的な炎症によるものであり、真の意味で先天性のものはまれとの考えが一般的である。

2 葛西手術の意義

本症の大部分は、肝外胆管が肝門部で閉塞しており、1950年代に故葛西森夫東北大学名誉教授により手術方法（肝門部腸吻合術：葛西手術）が考案されるまでは救命不可能な病態とされていた。その後葛西手術は本症の標準術式として世界で認められるようになり、肝移植が行われるようになるまでは本症の唯一の救命手段であった。肝移植が発達した現在においても、できれば移植はしない方が望ましいという観点から、葛西手術が本症に対する外科治療のファーストラインであることに変わりはない。一方で、葛西手術の治療法としての位置づけについては、地域や施設により、治療に結びつく治療法としての意義を認めるものから肝移植への短期的な橋渡しとするものまで様々である。とくに欧米を中心に後者の立場をとる報告が多い。その背景には、報告者によって葛西手術の手術成績に差があり、手術手技や手術前後の患者の取り扱い・管理法の違いなどが手術後の経過、言い換えると肝移植への依存度に影響を与えている可能性が考えられる。事実、結合組織に置換された肝外胆管を切除し、その切離面を被うように腸管と肝組織を吻合するというこの手術方法（図1、2）は、外科の常識からみてもきわめて特殊な術式であり、どのレベルで肝外胆管を切離し、またどのように吻合するのかについて統一した基準もなく、術者の判断に依存するところが大きい。すなわち、葛西手術は、術者の病態に対する理解と経験によって治療成績が大きく左右される、難易度の高い手術ということができよう。

3 葛西手術の成績：全国登録と海外の成績の比較

わが国では小児外科医・小児肝臓内科医が中心となっており、この疾患の克服のための研究会（日本胆道閉鎖症研究会）が設立され、さまざまな側面からの検討が行われ、治療成績の向上がはかられてきた。その取り組みのひと

つに胆道閉鎖症全国登録制度がある。この制度は1989年に発足して、毎年登録が続けられ、2007年までの登録症例は2,000例以上に達した¹⁾⁻⁵⁾。本症に関しては今や世界最大規模の登録制度である。

この登録症例の解析から、わが国の本症治療成績の全貌を捉えることが可能である。最近の海外の主な成績を図3に示した。わが国における自己肝（肝移植を必要としない状況）での10年生存率を1995年から97年までの3年間の登録症例406例を用いて検討³⁾⁻⁵⁾し、各国の自己肝生存状況と比較したものである。日本の自己肝での10年生存率は55%で、米国の2年生存率（55.8%）⁶⁾と同等で、それ以外のどの国の生存率⁸⁾よりよい成績であることがわかる。英国の13年生存率と比較するため、1990年から94年までの登録例635例の術後13年の成績¹⁾⁻⁵⁾を調べたところ、51%が自己肝生存という結果であり、英国の43.8%⁷⁾をやはり上回っていた。

ここに示されたデータだけでも、わが国の葛西手術の治療成績は海外に比較して良好と考えてよさそうであるが、さらに特筆すべきは、海外の成績が本症を専門的に扱う比較的少数の限られた施設からの報告であるのに対して、日本の成績はとくに経験の多い施設の成績を抽出したものではなく、経験の少ない施設を多数含む100以上の施設の成績の総和であることである。

以上のように、わが国の本症の治療成績は世界に誇るものではあるが、未だ満足できるものではない。現在、肝移植との協力で、本症の救命率を限りなく100%に近づけるべく努力しているが、望むらくは、より多くの患者さんが自分自身の肝臓を保ち、満足の行く日常生活を送りつつ生涯を全うできるようになってもらいたいと考えている。葛西手術のさらなる成績向上のため、早期診断の徹底、病因・病態の解明が当面の課題である。

参考文献

1. 日本胆道閉鎖症研究会・胆道閉鎖症全国登録事務局
：胆道閉鎖症全国登録2003年集計結果。日小外会誌41：246-253, 2005
2. 日本胆道閉鎖症研究会・胆道閉鎖症全国登録事務局
：胆道閉鎖症全国登録2004年集計結果。日小外会誌42：287-294, 2006
3. 日本胆道閉鎖症研究会・胆道閉鎖症全国登録事務局
：胆道閉鎖症全国登録2005年集計結果。日小外会誌43：175-184, 2007
4. 日本胆道閉鎖症研究会・胆道閉鎖症全国登録事務局
：胆道閉鎖症全国登録2006年集計結果。日小外会誌44：167-176, 2008
5. 日本胆道閉鎖症研究会・胆道閉鎖症全国登録事務局
：胆道閉鎖症全国登録2007年集計結果。日小外会誌45：235-245, 2009
6. Shneider BL, Brown MB, Haber B, et al.: A multicenter study of the outcome of biliary atresia in the United States, 1997 to 2000. J Pediatr 148:467-474, 2006
7. McKiernan PJ, Baker AJ, Lloyd C, et al.: British paediatric surveillance unit study of biliary atresia: outcome at 13 years. J Pediatr Gastroenterol Nutr 48:78-81, 2009
8. Wildhaber BE, Majno P, Mayr J, et al.: Biliary atresia: Swiss national study, 1994-2004. J Pediatr Gastroenterol Nutr 46:299-307, 2008-

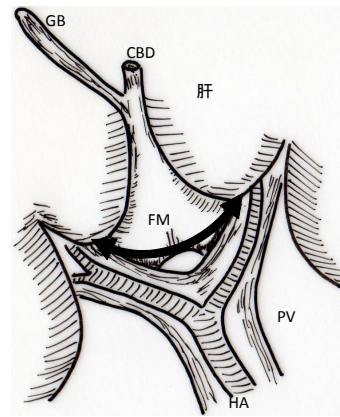
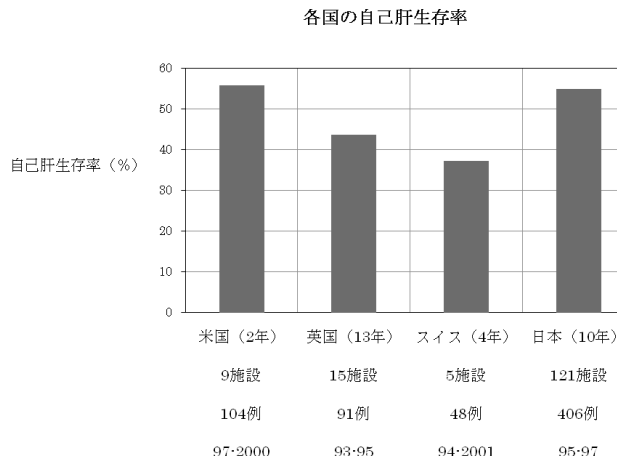


図1 葛西手術1
胆嚢 (GB)・総胆管 (CBD)を剥離し、肝外胆管を反転して、上に持ち上げた状態。
PV: 門脈
HA: 肝動脈
FM: 肝門部結合組織
↔: 結合組織切離線

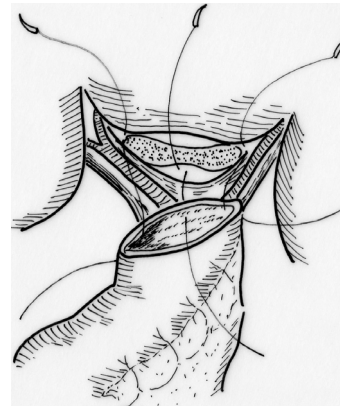


図2 葛西手術2
結合組織切離面を腸管内腔で被うように、腸管と肝組織との間を吻合する。

「骨肉腫の治療成績」

日本整形外科学会

九州大学大学院医学研究院整形外科 岩本 幸英

はじめに

骨肉腫は原発性悪性骨腫瘍のなかで最も頻度が高く、10歳代に好発する。本疾患に対する治療として、化学療法が導入される1970年頃より以前は患肢の切断だけが行われていた。しかし、たとえ治療開始時点のレントゲンで肺転移がなくとも、実際はすでに肺の微小転移をきたしており、患肢切断後、転移巣増大のためにほとんどの症例が死亡したため、生存率は15%以下にすぎなかった。このことから、骨肉腫の治療においては、局所の腫瘍の根治的治療だけでなく、肺転移の制御が必要と考えられるようになった。その後、系統的化学療法の発達により肺の微小転移巣の制御が可能になり、生存率が著しく改善された。しかも、従来の四肢切断術に代わり、現在では患肢温存手術が主流である。また、患肢を温存しても局所再発率はきわめて低く、切断術に較べて生命予後は悪化しないことが証明されている(1)。本稿では、わが国における骨肉腫治療の現状と世界的に見た日本の治療レベルについて述べる。

わが国では、化学療法により4分の3の骨肉腫症例が救命されている

骨肉腫と診断されたら、いきなり手術を行わず術前化学療法、手術、術後化学療法という順序で治療を行う。わが国では、整形外科医が手術だけでなく化学療法も行っている。全国の整形外科施設の多施設共同研究(NECO-95Jプロトコル)では、術前化学療法をメソトレキサート大量療法、シスプラチン+ドキソルビシンの3剤で開始し、画像効果判定で不変または有効例にはそのままの薬剤を継続し、無効例(増大例)にはイホスファミドに薬剤変更した。術後化学療法は、切除標本の組織学的壊死率が90%以上で術前療法有効と判定された症例には術前同様の3剤、無効例(90%以下)にはイホスファミドを加えた4剤を投与した。NECO-95Jプロトコルの治療成績はきわめて良好で、5年無病生存率76%であった(2)。すなわち、現在、骨肉腫の患者さんの4分の3が救命されていることになり、ほとんどの症例が死亡した30数年前と較べ隔世の感がある。この救命率は世界トップレベルの治療成績と比較しても全く遜色がなく(3)(4)、あらためてわが国の骨肉腫治療の水準の高さが証明された。

わが国では、患肢温存手術が高率に行われ、しかも局所再発率が極めて低い

骨肉腫に対して放射線療法は無効なので、局所腫瘍の治療としてもっぱら手術が行われる。近年は切断術に代わり患肢温存手術が主流となり、患者さんにとって大きな福音となっている。患肢温存手術が広く行われるようになった要因は、1) 化学療法の局所腫瘍に対する効果、2) 画像診断の発達による腫瘍進展範囲の正確な把握、3) 病期分類に対応した至適切除術式の確立、4) 切除後の再建材料の発達などである。腫瘍の切除縁は、治癒的広範切除縁（腫瘍の反応層からの距離が5cm以上）、広範切除縁（治癒的広範切除縁には満たないが、腫瘍の反応層（浮腫層）より外側にある切除縁）、腫瘍辺縁部切除縁、腫瘍内切除縁の4つに大別されるが、局所再発を避けるために広範切除縁以上の切除縁の確保が必要である（図1）。切除後の広範な骨欠損の再建法としては、人工関節による再建が最も広く用いられている。患肢温存手術が主流ではあるが、腫瘍が主要な神経・血管に浸潤し、無理に患肢温存を行えば局所再発をきたすと考えられる場合には、現在でも切離断術を実施せざるをえない。

わが国の多施設共同研究（NECO study）では患肢温存率が82%であり、欧米の最新の報告と較べても遜色がなかった（2, 3）。日本がきわだって優れているのは局所再発率の低さであった。NECO studyでは、広範切除縁以上の切除縁（至適切切除縁）がほとんどの症例（97%）で確保されていたため、術後の局所再発率はわずか3.6%にすぎなかった。世界的に見ても、これほど高率に至適切切除縁が確保されたという報告はなく、局所再発率も欧米で5～10%でありNECO studyより不良であった（5, 6）。以上より、わが国では骨肉腫に対して、世界トップレベルの精度の高い手術が行われていることが証明された。

最後に

骨肉腫の患者さんと家族の願いは「足を切断せずに命を助けて欲しい」ということである。わが国では、この二つの願いに世界トップレベルの好成績で応えている。整形外科医が患肢温存だけでなく術前から化学療法にも参画し、きめ細かに薬剤や治療法を調整していることが好成績に繋がっているのではないかとと思われる。

参考文献

- (1) 岩本幸英. 骨肉腫の診断と治療 Update. 日整会誌 80:864-874, 2006
- (2) Iwamoto Y et al. A Multi-institutional Phase II study of Neoadjuvant Chemotherapy for Osteosarcoma (NECO study) in Japan: NECO-93J and NECO-95J. J Orthop Science, 14:397-404, 2009
- (3) Meyers PA, et al. Osteosarcoma: a randomized, prospective trial of the addition of ifosfamide and/or muramyl tripeptide to cisplatin, doxorubicin, and high-dose methotrexate. J Clin Oncol 23:2004-11, 2005.
- (4) Bacci G, et al. Long-term outcome for patients with nonmetastatic osteosarcoma of the extremity treated at the istituto ortopedico rizzoli according to the istituto ortopedico rizzoli/osteosarcoma-2 protocol: an updated report. J Clin Oncol 18:4016-27, 2000.
- (5) Campbells 痲 Orthopedics, voll.11th edition, edited by S.terry Canale and James H. Beatty, Mosby Elsevier, Philadelphia, USA, P786,
- (6) Ferrari S, et al: Neoadjuvant chemotherapy with high-dose ifosfamide, high-dose methotrexate, cisplatin, and doxorubicin for patients with localized osteosarcoma of the extremity: A joint study by the Italian and Scandinavian Sarcoma Groups. J Clin Oncol 23:8845-8852, 2005.

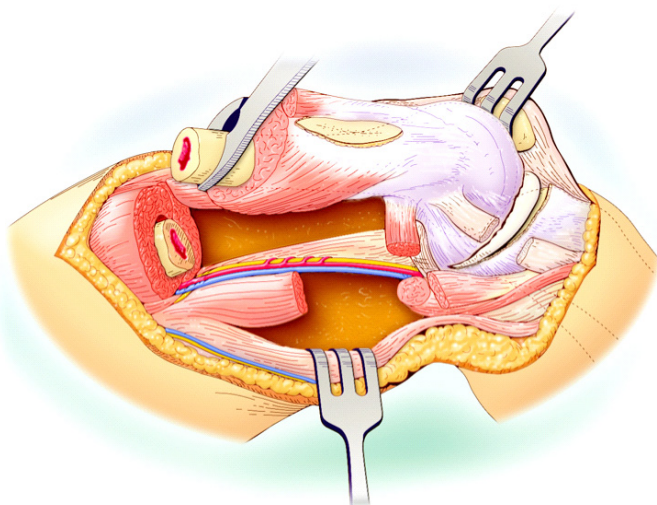


図 骨肉腫に対する患肢温存手術（大腿骨遠位）

広範切除縁以上の切除縁確保が必須である。
即ち、手術中に病巣を見ることなく、正常組織で包むように切除する(左)。
切除後に生じる大きな骨欠損に対しては、通常、腫瘍用人工関節を用いて再建する(右)。



◆各委員会からの報告

平成21年度の総括および平成22年度の活動について

○手術委員会 委員長 岩中 督



平成21年度は、平成22年4月の診療報酬改定に向け、新規術式・改正術式の審議など、例年通りの作業を手術委員の先生方をお願いしました。また厚生労働省に提案書（改正要望書）を提出した夏以降についてもシーズンオフは作らず、手術試案第8版の発行に向け、作業部会を中心とした活動を行いました。お忙しい中を毎回ご出席くださった作業部会委員の先生方ならびに陪席の関係者の方々にこの場をお借りして御礼を申し上げ、平成21年度の活動報告ならびに平成22年度の活動方針を述べさせていただきます。

1) 術式名のコーディング

手術試案第7版に収載された各術式を、手術名、対象臓器、手術内容、手術部位への到達法、再建法などの構成要素を明確にしつつ、コーディングを行ってきました。術式名をコーディングできるのは外科系医師を除いておりませんので、作業部会に参加していただいた各領域代表の委員の先生方に術式を精緻化していただき、東京大学医療情報経済学大江和彦教授・波多野賢二准教授（現国立精神・神経センター病院）のご指導・ご協力のもと作業を行いました。この外保連ニュースが発行される頃には第8版のたたき台となる術式項目初版が完成していると思われます。中央社会保険医療協議会（中医協）の平成22年改定にむけた基本方針においても、これからは外保連手術試案を参考にして外科医の技術料を検討していく、という方向付けが発表され、外保連がこのコーディングを率先して実施し、医療行政や支払基金などにおける作業を支援していくことは非常に意義深いことと考えています。水沼仁孝手術委員会副委員長を座長として、平成22年度も引き続き手術試案第8版の完成に向け術式項目の修正を続けていきます。各学会を代表して参加していただいている手術委員の先生におかれましては、各学会が主学会として提出されている術式について、さらに検討をお願いいたします。

2) 医療材料・医療機器の精緻化

手術試案第8版では、手術料を構成する医療材料費を、①全領域に共通するルールのもとに記載すること、②各学会が調査・集計を行った科学的データのみを記載すること、の2点を原則として収載したいと考えています。この作業は、術式コーディングの作業が進み術式リストが再構成されて初めて開始できるため、平成21年度は精緻化の手順を整えるのみに終始しました。前述の如くコーディング作業の目途がついてきましたので、矢永勝彦手術委員会副委員長を新座長とするWGで、医療材料収載の

ための手順を再確認した後、平成22年度中に全術式に対する医療材料収載を各学会にお願いする予定です。

基本的医療材料(ガウン、ガーゼ、綿球など)を包括した医療材料1は、基本セットのリストが完成していますので、まずすべての術式に対して医療材料1を決定していただきます。引き続き、個々の手術に必要な特殊な医療材料や特殊縫合糸などを、保険で償還されているもの、されていないものに分類して整理します。そのための記入フォーマットとそのマニュアルもほぼ完成していますので、順次作業を進めていきたいと思っています。

3) 貢献度やリスクファクターの研究

21年度は、コーディング作業などに追われ、各手術が有する貢献度などの研究会・講演会などの開催をする時間が持てませんでした。今年度も、医療材料収載のために多忙を極めることが予想されますが、この研究に関しましてご提案などは随時おうかがいいたしますので、手術がもたらすアウトカムと外科医の技術料を関係づける考え方・方策などについて、ご意見をお待ちしています。

4) E群手術の再評価と手術の実態調査について

外保連手術試案が、行政においても評価されるようになってきました。手術試案第7版の改定時に、手術の実態調査を実施し、試案と実際の手術に大きく乖離のある術式に対して、1/2の補正を行ったことなどが高く評価されたものと思われます。手術試案が今後もますます日本の外科医療の基準になっていくためには、すべての加盟学会が、実態に即して謙虚な姿勢で手術試案を自己評価していかなければなりません。今までは、特殊技術を有する専門医のみが実施できる手術としてE群手術を評価していましたが、医療技術の進歩、材料や機器の開発・改良、手術の標準化などで、専門医レベルで十分対応できるものが増えてきた印象があります。第7版に収載されているすべてのE群手術を再評価したいと考えております。

また、これらの作業を進めつつ、必要に応じて実態調査を行いたいと考えています。DPCデータの使用や医療クラークによる作業などできるだけ加盟学会の先生方のお手を煩わせないように配慮したいと考えておりますのでご理解下さい。

平成22年度は、手術試案第8版の策定に向けて、すべての術式のコーディングと医療材料の精緻化という大きな作業を並行して進めつつ、E群手術の再評価を行います。両作業部会のご尽力により、マニュアルの作成や入力フォーマットなどはほぼ完成しています。これらの作業手順を手術委員会にて加盟全学会に提示させていただき、主学会の委員の先生方を中心に具体的な作業を始めます。どちらの作業も関係する学会間で相互に協力・調

整をしていただく必要があります。平成24年の改定に間に合わせるため、平成23年春までに科学的根拠をもつ手

術試案第8版を完成させますので、ご指導・ご協力のほど宜しくお願いいたします。

○処置委員会 委員長 関口 順輔



平成21年度の活動としては厚生労働省へ新規及び改正の要望を行う資料作りのため、各学会の要望を委員会で検討し、第4版にないものは21年8月に全委員会でもとめたものを追補版として発行しました。この検討に際しては、前年度に行いました処置試案の項目の見直し及び各項目における主学会の決定により、各項目に関する疑問もややむやみになることなく明確になりました。また現行点数表と対比させることにより、より多くの項目について主学会を中心に再検討して頂きかなり多数の項目について試案の変更がなされました。

続いて試案の見直しに入りました。初版から人件費以外は同じ計算式で試算されておりますが、少々現状にそぐわなくなった点があり、その問題点を11月の処置委員会で提起しました。

以下にその主な問題点を列挙します。

- a) 処置室の間接経費の算定方法として、初版ではA1を1とした場合、A2はA1の1.09倍、B項目は1.28倍という指数で加算していたが、基本となる処置室

に必要な機材がかなり変化してきたため、基準とする価格が変化しているのではないかということ、また技術度が13段階から5段階になったためこれを見直す必要がある。

またこの計算方法は手術はもとより検査試案の算定方法とも違うので、処置の実情をより反映できるような新しい提案をお願いした。

b) 処置室の追加について：今まで処置室は初級、上級の2種であったが高気圧酸素療法とかイメージ下の処置などで処置室の種類を増やすことにした。

c) 医療機器、材料費などは実勢価格では算出することが難しいので手術委員会が現在行っているように定価で算定することとした。

d) 麻酔剤を扱うものは「麻酔試案」が改訂作業中であるとのことなのでその結果を待つことにした。

以上今年度は例年の新規改正項目の検討のほかに試算方法について検討を加えたいと思っております。委員各位の活発なご意見を頂きたく、よろしくご指導ご鞭撻の程お願い申し上げます。

○検査委員会 委員長 土器屋 卓志



平成21年度は3回の委員会開催を行いました。8月の第4版追補版発行までには委員の皆様には繰り返しの検討作業をお願いいたしまして本当にありがとうございました。新規掲載の項目もさることながら保険記号の見直しにつきまして多大の労力をお願いしました。

さて第4版生体検査試案の改定のために生体検査に係わる医療材料の検討があります。手術委員会WGで医療材料調査表がまとまりましたので、その考え方を踏襲して検査委員会でも「生体検査に係わる医療材料WG」（座長：土田敬明先生 検査副委員長、国立がんセンター中央病院内視鏡部）を立ち上げ具体的な作業を開始いたします。また懸案事項でありました「医療機器の経済評価WG（仮称）」（座長：井田正博先生 東京都保険医療公社荏原病院 放射線科）も同時に立ち上げました。

医療機器といっても範囲は広いですが便宜上これを検査器具、検査装置および検査機器に分けて考えると取扱いがそれぞれ異なることが推定できます。

現行試案の検査料を検討すると内視鏡検査、超音波検査、画像・核医学検査では検査料に占める人件費割合が大幅に異なり、80%、60%、20%となります。つまり画像・核医学検査など大型高額医療機器検査の検査料収益の多くは機器の減価償却に費やされていると言えます。

また診療報酬点数と社会医療診療行為別調査との推移をグラフにすると、たとえばCTの点数（単価）がいくら下がってもCT検査料総額は増加しているのがわかります。すなわち検査については単価が下がっても検査件数を多くして病院収益は増加しているという現象があります。（ただし放射線専門医がCT検査の適応をしっかりとチェックしている施設では明らかに減収であることが証明されています。）

ここに検査機器と治療用機器の大きな差異があります。検査件数は（適応の拡大または恣意的に）増やせますが、治療ではそのようなことはできません。

医療機器の経済評価の複雑さの一端を例示しましたが、英国、豪州、仏国などで行われるように高額医療機器は公的な経済評価ののち市場に出てくるシステムに比べると我が国のように市場に自由に流通してから後追いつ的に経済評価を行わなければならないシステムでは相当なハンディキャップがあります。

困難な作業かと思いますが、思えば外保連が発足してから、手術試案第一版まで10数年の準備・検討期間がありました。先達の想いをたどれば「外保連以外にだれが行いうるだろうか！！」の気概で医療機器経済評価に取り組んでいただきたいと思います。

それぞれのWGの委員構成はこれからですが、委員に推薦された委員のみなさん よろしく宜しくお願いいたします。

○実務委員会 委員長 木村 泰三



平成21年に作成の要望書は、大変に忙しいスケジュールであったにも拘らず、ほぼ予定通り6月19日に厚生労働省に提出し、7月から8月にかけて学会ごとのヒアリングも受けることができました。実務委員の先生方ならびに事務局の皆様感謝申し上げます。

昨年秋に政権交代があり、診療報酬はどうなるのか心配でしたが、昨年12月23日に平成22年度の診療報酬を、本体部分プラス1.55%、薬価マイナス1.23%、材料マイナス0.13%で、合計では0.19%の引き上げという政府方針が決まりました。薬価や材料価は、マイナスの相当部分を納入企業が負担することを考えると、実質、診療報酬の引き上げは、1%程度になると思われます。また、「急性期入院医療におおむね4000億円程度を配分」の但し書きが、予算案に書き込まれました。今度の改定では急性期医療や周産期医療の見直しと共に、技術料の見直しが引き上げの中心になると思われ、外保連の要望もこれまで以上に大きく受け入れられるのではないかと期待されます。

平成22年度の展望であります。まず4月の診療報酬改定がどのようなものになるか見る必要があります。その上で今後の方針を決め、次年度の要望書づくりを始め

たいと考えています。22年度作成の要望書は、「4月の改定で受け入れられなかった要望項目」＋「緊急性のある新項目」の組み合わせで作る予定にしています。スケジュール的には、4月に新規項目のアンケート調査を行い、11月中に要望書を完成させたいと思います。

手術診療報酬に対する外保連の根幹的な要望は、手術料を外科医の技術料(Doctor's fee)と病院の経費(材料費、看護師人件費、施設費、機器費、利益など)(Hospital fee)に分けて算定することです。直ちにこのような根本的な手術診療報酬の改定が困難であるならば、少なくとも現在の手術料のなかに占める材料費を算定し、外科医の技術料とは別算定にすることです。手術ごとに材料費の算定を行うのは大変な作業であります。現在、手術委員会でその仕事が進められており、23年春にはできあがる予定です。そして、材料費を付け加えた「手術報酬に関する外保連試案」が作成されます。平成24年の診療報酬大改定に向けた要望書における手術料は、この試案に則って記載されることになるでしょう。

外保連の存在は、年々、厚生労働省にも政府にも認められるようになってきており、その意見(外保連試案や要望書)は、社会保険診療報酬を作る際に重要視されるようになってきています。それだけに我々も客観的で根拠に基づいた試案と要望書づくりにこれまで以上に努力する必要があります。

○総務委員会 委員長 西田 博



平成21年度の総括

出月康夫名誉会長のご提案による、手術待機期間の延長の実態調査の案を作成し、御検討いただきました。お蔭様で、近々、実施予定となっております。

平成22年度の活動

平成22年度の診療報酬改定はすでに終着駅にさしかかろうとしており、時はすでに平成24年度診療報酬改定に向けての作業を急ぐ時期にあらうかと思えます。今回の改定は6年に1度の医療と介護の同時改定の年でもあり、民主党政権が時間をかけた医療政策を実施する最初の改定となります。光陰矢のごとし、しかも、毎回、2月に答申が出て4月から実施、というスケジュールに対しては現場からの批判も多く、半年ほどの前倒しも検討されているやに聞いております。

また、中央社会保険医療協議会(中医協)の議論でも、手術の診療報酬に関しては外保連試案を参考にする、とはっきり明記されました。学術的根拠のもとに適正な診療報酬につき検討し、試案として提示するという外保連の活動が公的に認知されたものと思います。1967年の外保連の創設後、たくさんの諸先輩方の40年以上にわたる地道な努力の積み重ねの上の成果であることを思います

と、さらなる充実に向けての責任の重さに身の引き締まる思いです。

総務委員会の役割は、手術、処置、検査の全ての試案に共通する課題を検討する事かと思えます。その中でも人件費算出の根拠とする国家公務員医療職俸給表に代わるものは必要ないかについては、積極的に検討を進めたいと考えております。国立病院、国立大学病院に続き、国立循環器病センターなどのナショナルセンターも独立行政法人化(独法化)されます。国家公務員医療職は、検疫官、刑務医官、ハンセン病療養所の医官など、極めて限定された医師のみになります。外保連試案の人件費算出の根拠として、国家公務員医療職俸給表に代わるものは必要ないかの検討も行わなければなりません。

試案の整理の重要性

試案には40年を超える歴史の中で様々な新術式が登録されてきました。その半面、各学会の委員の先生方も交代されますし、すでに行われなくなった術式の整理はなかなか行われて来なかったのが実情でしょう。また、新しく加わった術式は所定の位置に整理されるのではなく、大きな番号の方に付け足されていきましたので、臓器ごとの整理も必ずしもなされておられません。国民にわかりやすい試案を目指すべきだと思いますが、まず、外科医にとってもわかりやすく見やすい試案でないといけません。幸い、手術試案に関しましては術式名

のコーディングと、医療材料・医療機器の精緻化の作業が行われます。そこで、各学会の委員の先生方には、この機会に、ご自分の領域を俯瞰していただき、試案の整理整頓の作業をお願いしたいと思います。幸い、私が関係しております心臓血管外科の手術に関しましては、平成18年度改定で、厚生労働省の依頼もあり、ほぼ全面的に診療報酬表の整理整頓が行われ、試案も合わせて整理

整頓を行う事ができました。保険診療はガイドラインに基づいて行うように、と診療報酬点数表に書かれるようになった技術もあります。しかし、ガイドラインに掲載されていない技術があったり、名称が異なっていたり、診療報酬点数表も試案も整理整頓が必要な時期にあらうかと思います。

○規約委員会 委員長 出口 修宏



平成21年度は役員の定年年齢引き下げについての審議が十分ではないため、平成22年度も継続審議をする予定です。

なお、平成22年度第1回総会（1月27日開催）において、新規加盟学会の加盟申請書類提出の際に、過去2年間の社会保険委員会の議事録の提出が求められるようになりました。これから加盟申請される学会におかれましてはご注意ください。

◆編集後記

○広報委員会 委員長 松下 隆



平成21年度は、外保連ニュースの発行に加えて、日本の医療技術が優れていることをアピールするためのシンポジウムを企画し、外保連ニュース特集記事「医療技術は優れている！」の広報活動の一環として、『「日本の医療技術を世界と比較する」—日本の手術は世界一か?』と題し、

平成22年1月10日に東商ホール（東京商工会議所ビル4階）に於いて、第1回市民公開シンポジウムを開催致しました。

特別講演として鳥越俊太郎氏をお招きして、各パネリストの先生方にご講演いただきました。当日の内容を動画配信しておりますので、詳しくは外保連のホームページ（<http://www.gaihoren.jp/>）をご覧ください。

平成22年度は、外保連ニュースの発行に加えて、第2回市民公開シンポジウムの開催、外保連ホームページの充実、外保連試案の電子化作業を行う予定です。

引き続き、「日本の医療技術は優れている!!」の原稿を募集しておりますので、是非ともご応募ください。

◆事務局からのお知らせ

新規加盟学会 日本磁気共鳴医学会

※以上、現加盟学会数計88学会

改正要望書の要望結果は号外でお知らせいたします

平成22年度診療報酬改定結果（2月中旬予定）をうけ、外保連より平成21年6月に提出致した「改正要望書」の要望結果を号外として発行いたします。

外保連の要望のうち、平成22年度診療報酬改定で考慮された項目（暫定版）を木村泰三実務委員会委員長のコメントとともに3月下旬頃にお届けする予定です。

日本の医療技術は優れている!! PART VIII

外保連ニュース第7号よりお送りしています、特集「日本の医療技術は優れている!!」は、第14号でPART VIIIをお届けします。ご期待ください。

原稿募集

「日本の医療技術は優れている!!」の原稿を募集しております。執筆要綱は以下の通りです。

- ・治療成績が他国より優れていることをデータで示せる技術であること。
- ・あまり希な疾患や希な手術でない方が望ましい。
- ・文字数は2000～2400字程度。
- ・図表は400字/1枚で換算。
- ・投稿方法：外保連事務局宛にメール或いは郵送でお送りください。
- ・掲載時期：外保連ニュースは年に2～3回の発行を予定しております。次号は8月の予定です。なお、広報委員会で審査後、掲載時期等についてのご連絡をさせていただきます。