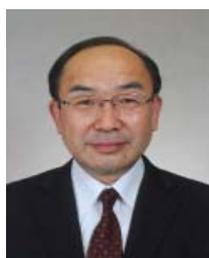


外保連ニュース 号外 2015年12月

発行：一般社団法人 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 一般社団法人 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

診療報酬改定における外保連の役割 外保連試案2016 発刊に寄せて

会長 岩中 督



この春、外保連は世代交代を行った。私自身が会長としての初めての試案の改訂であるが、予定より少し遅れたものの、今年も無事に『外保連試案2016』を発刊することができた。前版に引き続き、歴代会長をはじめとする関係各位の精神を、しっ

かり引き継いだ試案が完成したことを誇りに思う。今回の試案の各章は、川瀬弘一手術委員長、平泉裕新処置委員長、土田敬明新検査委員長、山田芳嗣麻酔委員長、西田博総務委員長の執筆によるものであるが、各委員長のもと、改訂のための膨大な作業を粛々と続けてくださった加盟学会の各委員諸氏に深謝したい。また、『外保連試案2016』の直接の発刊に携わるとともに様々なデータを提供してくださった、株式会社医学通信社、株式会社ホギメディカル、メディエ株式会社の関係諸氏に、さらには試案策定のみならず、外保連組織の管理・運営のために日夜精力的な活動をしてくださった外保連事務局の篠原氏ほか職員の方々に深謝する。

一昨年に刊行された『外保連試案2014』の手術試案では、実態調査をもとに外科医数や手術時間がより精緻化され、さらにおもな術式には最低50例の医療材料調査結果が添付された。ただ、実態調査をもとに外保連試案2014で試案点数を下げた手術の一部が、実際の診療報酬でも減点されたことは大変残念であった。外保連が最も重視しているprofessional autonomyの意義を認めていただけない残念な結果となったが、一方で厚生労働行政関係者や中央社会保険医療協議会(中医協)が、いかに外保連手術試案を評価し参考にしているかということも明確になり、画期的な出来事としてとらえることとした。

今回上梓させていただいた『外保連試案2016』は、前版をさらに精緻化し、新たな術式・処置・検査・麻酔などを追加したものである。今号の特

目次

診療報酬改定における外保連の役割
外保連試案2016 発刊に寄せて
～会長 岩中 督

各委員会からの報告
「外保連試案2016 発刊について」
* 手術委員会
* 医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ
* 処置委員会
* 検査委員会
* 生体検査コーディングワーキンググループ
* 麻酔委員会

編集後記 ～広報委員長 松下 隆
三保連ニュース
事務局からのお知らせ

色は、『医療技術の新しい評価軸』を取り入れたことにある。外保連手術委員会は、試案をより科学的にするために、あいまいな評価になりやすい、地価などの間接経費の算定をそぎ落としてきた。その結果、手術試案は手術に関わる人件費と手術に必要な各種医療材料のみで構成されることになったが、2014年度の改定で手術時間を短縮して試案点数を下げると、実際の診療報酬も同様に減点される、という理不尽な結果を受け入れざるを得なくなった。実際には、手術時間の短縮は、先進的かつ高価な医療材料や医療機器の使用、関係者の精進や工夫による手術の標準化、患者の負担を軽減させるための必死の手術時間の短縮など、外科医の並々ならぬ努力のたまものであったが、手術の背景を理解していただけなかったことは誠に遺憾であった。この新しい評価軸の詳細については、手術試案の章で手術委員長に述べていただくこととしたので、ぜひ精読していただきたい。

外保連は、外科の技術を科学的に体系づける作業を継続してきた。根拠のある我々の議論や意見交換が、厚生労働行政や医療経済界で取り入れられつつある。今後も、医学者として公正な資料を作成し、医療を受ける方々に明確な発信を行っていく責務がある。加盟学会の皆様には、引き続き外保連活動へのご指導・ご支援を賜りたい。

各委員会からの報告

外保連試案 2016 発刊について

手術委員会 委員長 川瀬 弘一



平成 25 年 11 月に手術試案第 8.2 版が発刊、これは外保連のプロフェッショナル・オートノミーの精神を発揮して作成した渾身の試案である。実態調査に基づいて術者協力者数、手術時間の修正を行い、第 8 版で行った極めて難易度の高い E 群手術

の見直し、手術分類コード、手術に必要な医療材料調査、手術の小見出し等をさらに充実させたものであった。

平成 26 年診療報酬改定では、外保連手術試案を用いて手術料の見直しを行ったことが明記されたが、増点になった手術は 19 術式に過ぎず、減点された 81 術式の領域には大きな不満を残すこととなった。昨今の厳しい財政状況では、これからも同様の事象が続くことが予想されるため、直ちに「医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ」を立ち上げ、検討を開始した。第 8.3 版には、新しい評価軸として 5 項目を採用、これに該当する 55 術式を掲載することができた（詳細は「外保連手術試案：新しい評価軸について」を参照）。平成 28 年診療報酬改定では、この新しい評価軸を考慮していただけるよう、今後もメッセージを発信し、多くの方にご理解いただけるよう努力していきたい。

平成 27 年 3 月よりオンライン・システムを導入、術式の新規収載、改訂申請の作業が行えるようになった。医療材料などの入力も本システム上で実施されているため、医療材料の価格変動にも容易に対応できている。

手術試案本体は、第 8.2 版から新規術式 180 件、廃棄術式 42 件が承認され、第 8.3 版には 3,386 件の手術が掲載されている。今回、診療報酬コードにあるが外保連手術試案に掲載されていない術式について、関連学会の協力を得て掲載できるよう努力したが、まだ十分ではない。今後も術式の精緻化を含めて、全 K コードに対応した術式の整理も行っていきたい。

外保連手術試案の手術分類コード STEM7 は、操作対象部位 3 桁、基本操作 2 桁、手術部位への到達法 1 桁、アプローチ補助器械 1 桁の 7 桁を連結したものである。海外では、医療行為分類として ICHI、CPT、ICD-9-CM 等が使用されているが、我が国では厚生労働科学特別研究事業として「医療行為にかかわる分類の国際比較に関する研究」が行われているものの、国際的には遅れている。STEM7 は ICHI と類似しているところも多く、厚生労働省も注目している。今後は、STEM7 の内容をさらに精緻化して世界に発信していきたいと考えている。

平成 27 年 3 月に岩中督手術委員長が外保連会長となり、その後任として私が手術委員長を引き継いだ。第 8.3 版の作成にあたっては、数多くの諸先輩より、高所大所からご指導をいただき、また各加盟学会手術委員ならびに多くの関係者に、非常に多くの実作業をお願いした。特にオンライン・システムの導入が遅れたため、各加盟学会からの新規術式申請およびそれを審議する手術委員会を短期間に行っていただくなど、大変ご迷惑をおかけした。紙面をお借りして関係各位に深謝申し上げます。

医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ
座長 川瀬 弘一

手術試案第 8.2 版までは、医療技術の評価軸として人件費と医療材料費が、すべての術式に同じ基準で設定され、科学的に外保連手術指数や人件費 + 償還できない費用計を算出してきた。しかしながら、本来手術料は、人件費と医療材料費に加え、手術が持つ意義や貢献度などを配慮して決定されるべきである。これらをどのように手術試案に反映させていくかという議論は、平成 19 年以降、費用対効果や医療経済学的見地からみた技術料のあり方、海外の手術技術料などの講演会を主催し検討してきたが、第 8.2 版までは結論がでな

かったという経緯がある。平成 26 年診療報酬改定で、手術料が大幅に減点されたことをきっかけに、手術試案をより実態に近づける努力は継続しつつも、外科医の技術料を担保していく様々な対応や工夫が必須であると、当時の山口俊晴会長、岩中督手術委員長のもと、「医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ（座長：川瀬弘一、副座長：西田博先生）」が立ち上げられた。これまでの医療技術の評価軸以外に、新しい評価軸がないか、全外科領域共通の普遍的な「手術の貢献度」のあり方について検討してきた。この作業は、

村上晶先生、和田則仁先生、関博之先生の3名のサブ・グループ班長が中心になって立案し、ワーキンググループには外部委員として東京大学保健社会行動学講座の橋本英樹教授やNHK ラジオセンターの岩本裕氏、読売新聞東京本社の南 砂氏にも加わっていただき検討を行った。

結果はこれまでの評価軸のようにすべての術式に同じ基準で評価できるような項目はないが、個別の手術には+ となる評価軸として以下の5項目を設定し、これに該当する55術式を、第8.3版に掲載することができた。

これに該当する術式では、新しい評価軸の付加価値を勘案して、診療報酬における手術料は評価されねばならないと考える。次回診療報酬改定にこの新しい評価軸を考慮していただけるよう、今後も外保連から発信して、多くの方々にご理解いただけるよう努力していきたい。

1. 手術を行う benefit のスコア化の策定
 - a. 生命維持・延命効果（該当術式なし）
 - b. QOLの維持・改善効果（6件）
 - c. 医療資源の有効利用（該当術式なし）
2. 医療紛争リスク（該当術式なし）
3. 手術中の緊急度
 - a. 手術時間を短縮することで生命予後の改善が見込めるか、重篤な機能障害（脳性麻痺など）が防げる場合で、evidenceのあるもの（17件）
 - b. 手術時間を短縮することで患者の状態が明らかに改善できる場合で、evidenceのあるもの（1件）
 - c. 手術時間を短縮することで患者の状態が明らかに改善できる場合で、経験的には理解されているがevidenceがないもの（12件）
4. 2つの命を扱う手術（8件）
5. 費用対効果（11件）

.....

処置委員会 委員長 平泉 裕



外保連試案は2007年処置試案第4版を作成するまで外保連にかかわる学会のいわば内部資料として製本されていましたが、2011年医学通信社より「手術試案第8版」「処置試案第5版」「検査試案第5版」「麻酔試案第1版」を1冊の本として出版することになり、大きく変化することとなりました。外保連試案の主立った歴史や変革は前版で記載したので、その後新たに検討を加えた点、決めきれなかった点について述べさせていただきます。

前版から出版社が最終的なレイアウトなどを担当することとなり、今まで我々が思っても見なかった局面が見えてきました。その一つが処置試案における各処置の診療報酬額の試算と医科点数表による価格が隣の欄に併記されたことにより、いかに現実の診療場面での処置にかかる経費と旧態依然のまま改定されなかった現行の医科点数表との乖離が大きくなっているかを直観できるようになっております。

次に処置室についても高額な機器を要するものが

があり、これらを第5版以上にきめ細かく対応させました。また処置時間についても今まで120分以上は加算システムであったのが、これでは実情に合わないということがあり、委員会で妥当と認められれば120分以上でも良いこととしました。

医科点数表による処置報酬額は多くのものが低額であるため、処置に用いる医療材料の価格は出来るだけ定価でなく、病院協会などの調査による実勢購入価格や通信販売価格等を参考にして比較的安価な価格で試算しました。しかしこれでも点数表を上回るものがあり、さらには医療材料の進化により点数表を遙かに超えた高額な医療材料を使用しなければ出来ないものもあります。これらを使用する処置は人件費を無料としても赤字となるので、医療材料費と相応の人件費は何としても理解して頂きたいと考える次第です。

今後の問題点としては、幼小児への対応はもとより認知症の患者への処置が小児以上に大変になりつつあること、またしっかりした感染症対策が必須であり、これらを考慮した試算が望まれます。

以上、今回の改訂にあたっては各学会の整合

性を得るため、処置委員各位に大変なご苦勞をおかけしました。委員が全国に分散しているため全体会議を少なくし、疑問点のあるものに対しては度重なるメールの問合せを行いました。ほとんどの学会が即座に対応して頂き、また分担枠でな

い分野の委員からも積極的な協力を頂くことで本試案を完成させることが出来ました。委員各位に感謝の意を表します。また日本外科学会および外保連事務局スタッフの皆様には、連日深夜にも対応して頂き深く感謝の意を表します。

.....

検査委員会 委員長 土田 敬明



平成10年6月に「生体検査報酬に関する外保連試案」の第1版が比企能樹委員長（現名誉会長）のもとで完成し、引き続き14年10月、17年11月、19年11月、23年12月、25年11月と改訂をおこなってきました。前回の改訂で内容が大きく刷新されましたが、今回の改訂では、診療録等の電子化に対応しつつ、外保連試案の電子化を行う必要性が生じたことから土器屋卓志前委員長（現顧問）の下で生体検査コーディングを作成しました。

作成の手順として、各試案間のコーディングに整合性を持たせるために、まずは手術試案にてコーディングを行い、コーディングの基本が確定したのを待って、生体検査コーディングワーキンググループにおいてコーディング作業を開始いたしました。検査におけるコーディングとしては、日本臨床検査医学会が定めたJLAC10コードが広く使用されており、多くの電子カルテシステムに採用されています。しかし、JLAC10では生体検査におけるコーディングが未だ混沌としており、整

理分類する必要がありました。生体検査コーディングワーキンググループでは、東京大学大学院医療情報システム学の大江和彦教授の多大な尽力をいただき、JLAC10を基本として、手術試案におけるコーディングシステムとの整合性を持たせるよう生体検査のコーディングシステムを作成しました。これに伴って、部位コードを手術試案に基づいて大幅に改訂しております。今回のコーディングにより、類似する技術の検索が容易になったと自負しておりますが、引き続き更なる精緻化を行う予定です。紙面の関係からコーディングの詳細については紙媒体には載りませんが、電子媒体で提供されます。

また、今回は、内保連と共同で内視鏡における適正な診療報酬に関するワーキンググループ（藤城光弘座長）を立ち上げ、内視鏡試案を作成しましたが、今回の改訂では内視鏡検査は一般生体検査試案に残しました。内視鏡試案については、別冊として発行予定です。

生体検査試案につきましては今後も精緻化に努める所存ですので、各委員の皆様には今後ともご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

.....

生体検査コーディングワーキンググループ
座長 土田 敬明

診療録及び診療報酬請求の電子化が進み、外保連試案も電子化に対応する必要が生じております。また、外保連試案では新技術が多く登録されるようになり、同じ技術が重複して登録されることが生じてきています。そこで診療録の電子化に対応しつつ、外保連試案の電子化を行うため、外保連試案のコーディングを行う必要性が生じました。各試案間のコーディングに整合性を持たせるために、まずは手術試案にてコーディングを行い、コーディングの基本が確定したのを待って、外保連加盟学会以外からも日本臨床検査医学会、日本呼吸器学会、日本内分泌学会、および日本神経学会にご協力いただき、生体検査におけるコーディング作業を開始いたしました。

検査におけるコーディングとしては、日本臨床検査医学会が定めたJLAC10コード（現在、仮称：JLAC11に改定中）が広く使用されており、多くの電子カルテシステムに採用されています。しかし、JLAC10では生体検査におけるコードが混沌と

しており、整理分類する必要がありました。当ワーキンググループでは、東京大学大学院医療情報システム学の大江和彦教授のご指導により、JLAC10を基本として、JLAC11にも対応でき、かつ、手術試案におけるコーディングシステムとの整合性を持たせるよう生体検査のコーディングを作成しました。

生体検査コードはJLAC10に準拠し、大分類2桁、中分類3桁、細分類4桁（不要の場合には0000）、部位コード（臓器組織コード）3桁、測定法コード3桁（不要の場合には000）の15桁コード構成となっています。また、15桁で表されるひとつの検査について、その検査結果は複数の結果値のセットで表されることが多く、たとえば肺機能検査では、VC%、FEV1.0などの結果値のセットとなります。それを個々に識別するためにJLAC10では2桁の検査結果識別コードが用意されていますが、今回のコーディングでは使用していません。

