

Gaihoren News vol.11

外保連ニュース 第11号 2009年3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

新年のご挨拶

会長 山口 俊晴



世界的に不況が蔓延する中、我が国ではそれに政局の混乱も加わって、とても新年を祝う気持ちにはなれません。しかし、医療崩壊が進む中で、救急医療や産科・小児医療などの問題点が浮き彫りになってきて、ようやく国民の目も医療に向くようになってきたことは良い兆候といえましょう。国民の関心を集めることはマスコミの関心を高めることになり、さらに選挙を控えた政界の大きな関心事にもなります。このような状況の中で、広報委員会の役割が重要になってきたことが痛感されます。

適正な医療費が支払われないことが医療崩壊のもとにあることを主張しても、一方で医療事故、過誤、医師の不祥事が頻りに報道されます。その結果、日本の医療の質があなたも諸外国と比較して極めて低いものと誤解され、その改善なしには医療費の増額はすべきではないという論調に傾いてしまいます。我々は日本の医療技術のレベルが極めて優れていると自負していますが、あえてそれをわかりやすく国民に伝える努力を怠ってきたことも事実です。自分たちの技術が優れていることを声高に主張するのは、恥ずかしいという日本人特有の考え方もそれを助長してきました。

外保連の広報委員会は松下委員長のもと、我が国の技術の国際比較を行うことで、その優劣を検証するキャンペーンを行ってきました。多くの学会の皆様が多忙な時間を割いてご協力いただきました。驚くべきことではないかもしれませんが、どの分野でも我が国の医療技術、特に手術手技のレベルが極めて高いことが、さまざまな視点から証明されました。このキャンペーンを通して、我々の持つ技術が極めて優れたものであることをあらためて確信し、これを適切に評価してもらう必要があることが再確認できました。この成果をさらに一般市民やマスコミに広く知ってもらうために、本年は日本の医療技術について、一般向けの講演会を外保連として開催したいと考えております。

目次

新年のご挨拶 ~ 会長 山口 俊晴

特集 日本の医療技術は優れている!! PART

- * 日本大腸肛門病学会
「直腸癌に対する日本の外科手術」
- * 日本食道学会
「欧米との比較から見た日本の食道癌治療技術レベルと、外科治療の役割」

各委員会からの報告

「平成20年度の総括および平成21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

「外保連試算における人件費算出について
- 国家公務員医療職俸給表のupdate -」

編集後記 ~ 広報委員長 松下 隆

事務局からのお知らせ

今年は大改定の年ではありませんでしたが、実務委員会は熱心に要望を取りまとめていただきました。また、手術委員会は本来の術式評価だけでなく、医療材料と手術術式のコーディングに関するワーキンググループを立ち上げ、膨大で非常に困難な作業に挑戦してきました。ようやく最近、作業の基本計画が出来上がり、着々と成果が上がりつつあります。このような地味な活動こそ、外保連しかなしえないものであり、より良い診療報酬制度の構築のために必須のデータや資料を生み出すと確信しております。作業は佳境に入ってきております。皆様の一層のご助力、ご協力をお願いいたします。

先日の外保連総会で、会長に再任されました。小生には荷が重過ぎることは理解しておりますが、委員の皆様のお力を借りて、精一杯努力したいと考えております。ご協力をお願いいたしますとともに、不備な点、不十分な点を厳しくご指摘、ご指導いただきたいと思います。また、比企能樹名誉会長、出月康夫名誉会長をはじめ役員の皆様には、今年もますます健康に留意され、高所大所から我々をご指導くださいますようお願い申し上げます。新年のご挨拶といたします。

特集 日本の医療技術は優れている!! PART

「直腸癌に対する日本の外科手術」

日本大腸肛門病学会

藤田保健衛生大学外科 前田 耕太郎

進行直腸癌に対する手術

1970年代より本邦で施行された直腸癌に対する側方リンパ節拡大郭清は、1980年代に本邦で開発された自律神経温存手術が加わることによって、排尿・性機能の温存とともに根治性の向上に寄与してきた。これらの経験に基づく本邦の進行直腸癌の外科手術成績は目をみはるものがある。欧米では、1982年にHealdらの提唱した全直腸間膜切除によって、直腸癌に対する手術成績は飛躍的に向上し、スウェーデンからの放射線治療による予後向上の報告(図1,1987-1990年症例)で放射線治療は欧米での標準治療となっている。しかしながら放射線治療を付加したスウェーデンからの治療成績(図1)と本邦で

収載となることにより、患者への外科手術の貢献が可能となると期待される。

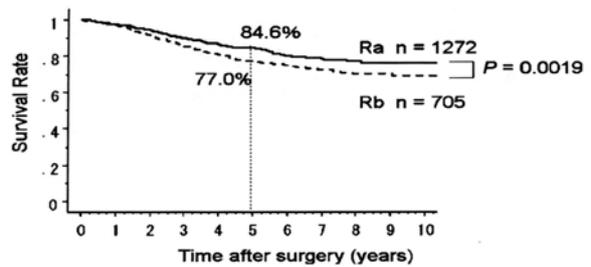


Figure 1. Overall survival of patients with upper (Ra) and with lower (Rb) rectal cancers ($P = 0.0019$, log-rank test). The five-year survival of Ra and Rb was 84.6 and 77 percent, respectively.

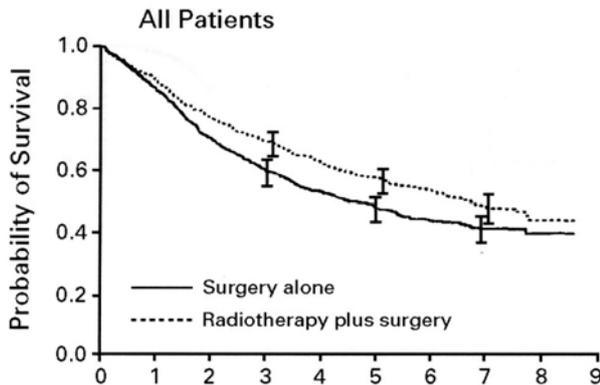


図1 Swedish Rectal Cancer Trial, April 3, N EJM (1997)

の多施設共同研究の成績(図2,1991-1998年症例)を比較しても、放射線治療を付加していない手術単独治療の本邦での成績が良好であるのは明らかである。スウェーデンのデータが全直腸間膜切除の手術手技がまだ安定しない時期のものと考え、この手術手技が安定した時期のデータ(図3,1995-2002症例)と比較しても、放射線治療を付加した結果より本邦の成績が良好であると言える。さらに欧米のデータが、本邦との直腸の部位の定義の違いから、より予後の良好な高位の直腸癌を含んだものであることを考慮すると、本邦での手術成績の良さが強調されることとなる。

早期直腸癌に対する新しい局所切除術

従来開腹手術となっていた高位直腸早期癌が、ドイツで開発された経肛門的内視鏡下マイクロサージャリー(TEM)により低侵襲に治療可能となった。また、同等の腫瘍に、より短時間で低侵襲な低侵襲経肛門的局所切除術(MITAS)による局所切除も本邦で開発された(図4)。これらのより低侵襲な新しい手術手技が保険

図2 Sugihara et al,49;1663,Dis Colon & Rectum (2006)

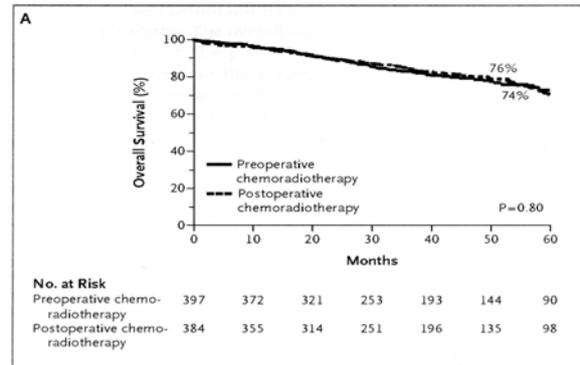


図3 Sauer R.et al,351;17, NEJM (2004)

Table 5 Outcomes of TEM and MITAS

Method	Report	Cases	AV~ (cm)	Size (cm)	Time (min)	Bleeding	Complications
TEM	Mentges & Buess (1996)	334	7~24	(21.3cm ²)	92	-	major 5.5%
TEM	Kanehira (1997)	94	10.2 (5~18)	3.3 (1~8.5)	79.5 (25~210)	-	10.9%
TEM	Araki (1999)	146	8.8	-	64	-	-
Gasless VTEM	Nakagoe (2002)	101	5.0(DL~) (2~14)	2.0 (0.4~8)	53 (15~202)	5 (0~450)	4%
MITAS	Maeda (2004)	91	9.0 (5~20)	2.5 (0.8~8.3)	20 (7~66)	0 (0~170)	3.2%

AV; anal verge, DL; dentate line.

図4 前田ら, 41(4);562, 胃と腸(2006)

「欧米との比較から見た日本の食道癌治療技術レベルと、外科治療の役割」

日本食道学会

虎の門病院消化器外科 宇田川 晴司

近年、化学療法・化学放射線療法が進歩をとげたことにより、食道癌治療の体系全体が大きく見直された。欧米では、「術前化学放射線療法+手術」という治療法が「手術単独」よりも好成績であることが広く認められ、さらに最近では「化学放射線療法がよく効いた患者さんに限れば、さらに手術を追加しても生存率は向上しない」という主張[1, 2]も聞かれる。日本でも化学放射線療法に高い期待が寄せられ、数年前までは「根治を目指した化学放射線療法（根治的化学放射線療法）をまず行い、根治できなかった患者さんのみに手術をすればよい」という主張をする医師も多かった。しかしその後、化学放射線療法の後で1年、あるいはそれ以上時間がたってからの合併症（晚期合併症）が無視できないものであること、根治的化学放射線療法の後には手術を行う場合、それが非常にリスクの高いものであることが認識されるようになり、再び「切除可能な食道癌の標準治療は手術である」という意見が主流となっている。現在われわれの最大の関心事は「どうしたら多数の患者さんの中から、化学放射線療法で根治の可能性のある人と、手術を行った方がよい人を区別できるか」である。一見欧米での展開と日本でのそれは類似しているように見えるが、内容には大きな違いがある。

欧米と日本には、手術療法を治療体系の中にどう位置づけるかについて、基本的な考え方の違いがある。日本では、胃癌や食道癌など、多くの癌で、手術により転移リンパ節を取り除く「郭清」と言う作業が非常に重要と考えられているが、欧米では一般に日本で行われるほどに徹底して広範囲なリンパ節郭清がなされることはない。

後に述べるように日本と欧米諸国の食道癌の治療成績には大きな差があるのだが、欧米諸国の医師は往々にして、その違いは「病気の違い」のためだとして日本の治療成績を省みない。欧米諸国の「食道癌」の多くは組織学的に腺癌と呼ばれるものであるのに対して、日本では食道癌の90%以上が扁平上皮癌である。2つの組織型の食道癌には、化学療法や放射線治療に対する反応性についてある程度の違いがあり、それを考慮する必要は確かにあるが、事あるごとに欧米の研究者がこれを日本と欧米の食道癌治療成績の差に対する言い訳にしてきたほどには、両者に本質的な差はないとわれわれは考えている[3]。

2つの違った治療法のどちらがよりすぐれているのかを明らかにするためには、無作為比較試験という方法をとるのが最も科学的と考えられている。欧米から世界に向けて発信されるこの無作為比較試験の数は非常に多く、日本から発信されたものは少ない。その原因のひとつには、日本の医師が永く自らがよいと信じる治療を実践す

ることばかりに熱心で、科学的に比較可能な客観的データを作り出すことにあまり熱心ではなかったという事実があり、反省しなければならないが、もう1つの要因として、日本ではすべての国民が機会均等に自らの選択で高度な医療を比較的小さな自己負担で受けることが出来る保健医療体制が整っており、このことが無作為比較試験が受け入れられにくい条件となっていることがあげられる。

世界的にいわれるEvidence based medicine (EBM: 根拠に根ざした医療)の重視が進み、無作為比較試験の結果が最も重要視されるようになった。近年はさらに複数の無作為比較試験を横断的に統合・検討し、1つの事象についての比較を行なうメタアナリシスという手法が頻用され、重要視されるようになってきている。日本発の無作為比較試験のデータはこれまで非常に少なかったため、結果としてEBMにおいて参照されるデータのほとんどは欧米から発信されたものとなり[4-7]、これのみを見ると、あたかも日本では遅れた医療が行われているかのような印象すら与える。しかし、無作為比較試験にせよ、メタアナリシスにせよ、2つの治療方法の比較が行われるだけであり、そもそもそこで行われた治療の全体の成績が我々日本の外科医の目から見ても納得のいくものであるかどうかは見落とされてしまう。ここに大きな落とし穴があることを忘れてはならない。

欧米では日本のように外科的リンパ節郭清に大きな期待を寄せておらず、たとえば、つい最近まで「胸腔を開いて食道を切除する術式（開胸術式）と、腹部から横隔膜を切り開いて食道を引き抜く術式（経裂孔術式）の治療成績には差がない」という主張さえなされてきた[8]。日本的に考えれば、きちんとリンパ節郭清の出来る開胸術式と、リンパ節郭清に大きな制限のある経裂孔術式が同じ治療成績となるはずはないのだが、開胸をしてもそもそもしっかりと郭清をしなければ、両者の差は出ては来ない。それならば日本の治療がよりすぐれていることを、日本人が無作為比較試験で示せばよいといわれるかもしれないが、試験の名のもとに、一部の患者さんにせよ、明らかに劣っていると考えている治療法を選択することはできないと日本の外科医が思うのは当然であろう。

一方で、欧米の食道外科医のなかにも、日本の治療成績を正しく理解してリンパ節郭清の重要性を述べている人[9]が少数ながらいる。しかしそれらも含めて、欧米からの食道癌治療成績は、日本からの成績より明らかに低い数字が報告されており、同時に手術関連死亡率は遥かに高い。

表1に、1990年以降に発表された食道癌治療に関する無作為比較試験のうち、比較的对象患者数の多い研究報

告[1, 2, 10-15]における成績と、日本食道学会全国登録委員会のデータ[16]、そしてわれわれの施設データを示した。われわれのデータは決して特異なものではなく、日本のなかで比較的多くの食道癌治療経験を持つ施設の、今日の一般的成績を示したものと考えてよい。「科学的」に言えば、比較可能なのは無作為に2群に割り振られたその試験での2つの治療法どうしのみであり、その枠を超えて相互比較をするのは正しくない、と言われるかもしれないが、日本における外科治療の治療成績の良好さは一目瞭然ではないだろうか。

日本の医師たちは、近年、このような高い治療成績を基盤に持ちながらさらにより良い成績を求めて、日本の外科治療を基本に置いて、さらに化学療法や放射線療法を適切に併用する、いわゆる集学的治療の体系を確立しようと、協力して新たなエビデンスの発信を行なっている[15, 17, 18]。日本の食道癌治療成績はまぎれもなく世界最高のものであり、それは高い安全性と徹底した根治性の両者を同時に追求・実現した、日本の食道癌外科治療が支えている。

文献

[1]Stahl M, Stuschke M, Lehmann N, Meyer HJ, Walz MK, Seeber S, et al. Chemoradiation with and without surgery in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the esophagus. J Clin Oncol. 2005 Apr 1;23(10):2310-7.
 [2] Bedenne L, Michel P, Bouche O, Milan C, Mariette C, Conroy T, et al. Chemoradiation followed by surgery compared with chemotherapy alone in squamous cancer of the esophagus: FPCD 9102. J Clin Oncol. 2007 Apr 1;25(10):1160-8.
 [3] 宇田川晴司, 堤謙二, 木ノ下義宏, 中村豊英, 上野正紀, 梶山美明, et al. Barrett 食道癌の治療 - 扁平上皮癌との比較 -. 日外会誌. 1999;100(3):261-4.
 [4]Malthaner RA, Wong RK, Rumble RB, Zuraw L. Neoadjuvant or adjuvant therapy for resectable esophageal cancer: a clinical practice guideline. BMC cancer. 2004 Sep 24;4:67.
 [5]Geh JI, Bond SJ, Bentzen SM, Glynn-Jones R. Systematic overview of preoperative (neoadjuvant) chemoradiotherapy trials in oesophageal cancer: evidence of a radiation and chemotherapy dose response. Radiother Oncol. 2006 Mar;78(3):236-44.
 [6]Gebski V, Burmeister B, Smithers BM, Foo K, Zalberg J, Simes J. Survival benefits from neoadjuvant chemoradiotherapy or chemotherapy in oesophageal carcinoma: a meta-analysis. The lancet oncology. 2007 Mar;8(3):226-34.
 [7]Graham AJ, Shrive FM, Ghali WA, Manns BJ, Grondin SC, Finley RJ, et al. Defining the optimal treatment of locally advanced esophageal cancer: a systematic review and decision analysis. The Annals of thoracic surgery. 2007 Apr;83(4):1257-64.
 [8]Orringer MB, Marshall B, Iannettoni MD. Transhiatal esophagectomy: clinical experience and refinements. Annals of surgery. 1999 Sep;230(3):392-400; discussion -3.
 [9]Lerut T, Nafteux P, Moons J, Coosemans W, Decker G, De Leyn P, et al. Three-field lymphadenectomy for carcinoma of the esophagus and gastroesophageal junction in 174 R0 resections: impact on staging, disease-free survival, and outcome: a plea for adaptation of TNM classification in upper-half esophageal carcinoma. Annals of surgery. 2004 Dec;240(6):962-72; discussion 72-4.
 [10]Walsh TN, Noonan N, Hollywood D, Kelly A, Keeling N, Hennessy TP. A comparison of multimodal therapy and surgery for esophageal adenocarcinoma. The New England journal of medicine. 1996 Aug 15;335(7):462-7.

[11]Bosset JF, Gignoux M, Triboulet JP, Tiret E, Manton G, Elias D, et al. Chemoradiotherapy followed by surgery compared with surgery alone in squamous-cell cancer of the esophagus. The New England journal of medicine. 1997 Jul 17;337(3):161-7.
 [12]Kelsen DP, Ginsberg R, Pajak TF, Sheahan DG, Gunderson L, Mortimer J, et al. Chemotherapy followed by surgery compared with surgery alone for localized esophageal cancer. The New England journal of medicine. 1998 Dec 31;339(27):1979-84.
 [13]MRCOCWP. Surgical resection with or without preoperative chemotherapy in oesophageal cancer: a randomised controlled trial. Lancet. 2002 May 18;359(9319):1727-33.
 [14]Burmeister BH, Smithers BM, Gebski V, Fitzgerald L, Simes RJ, Devitt P, et al. Surgery alone versus chemoradiotherapy followed by surgery for resectable cancer of the oesophagus: a randomised controlled phase III trial. The lancet oncology. 2005 Sep;6(9):659-68.
 [15]Ando N, Iizuka T, Ide H, Ishida K, Shinoda M, Nishimaki T, et al. Surgery plus chemotherapy compared with surgery alone for localized squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus: a Japan Clinical Oncology Group Study—JCOG9204. J Clin Oncol. 2003 Dec 15;21(24):4592-6.
 [16]日本食道癌研究会. Long-term results of esophagectomy for esophageal cancer in Japan (1988-1997). 2002. http://www.esophagus.jp/pdf_files/CREC_JPN_3rd.pdf
 [17]Kato H, Udagawa H, Togo A, Ando N, Tanaka O, Shinoda M, et al. A phase II trial of chemo-radiotherapy in patients with stage I esophageal squamous cell carcinoma: Japan Clinical Oncology Group study (JCOG9708). Proc Am Soc Clin Oncol. 2003; 22:abstr 1147.
 [18]IGAKI H, Kato H, Ando N, Shinoda M, Shimizu H, Nakamura T, et al. A randomized trial of postoperative adjuvant chemotherapy with cisplatin and 5-fluorouracil versus neoadjuvant chemotherapy for clinical stage II/III squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus (JCOG 9907). J Clin Oncol. 2008;26(May 20 suppl):abstr 4510.

著者 [引用文献番号]	対象年	対象症例 *1	治療内容 *2	登録 例数	膈/腺/他 *3	切除例 数	治療関連 死亡例数	2年生存 率*4	3年生存 率*4	5年生存 率*4	生存期間 中央値
Walsh [10]	1990-1995	切除可能 腺癌	手 化放+手	55 58	0 / 55 0 / 58	55 51	2 1+4?	約24 約58	<10 約48	- 約48	11 16
Bosset [11]	1989-1995	St I-III T3N1以外	手 化放+手	139 143	139/0 143/0	137 138	5 17	約42 約48	約35 約35	約25 約25	18.6 18.6
Kelsen [12]	1990-1995	St I-III	手 化+手	234 233	110 / 124 / 103 / 120	214 162	13 5+10	35 31	19 18	7 6	16.1 14.9
MRCOCWP [13]	1992-1998	St I-III	手 化+手	402 400	124 / 268 / 123 / 265	332 340	40 8+36?	約30 約40	約25 約32	約15 約25	13.3 16.8
Burmeister [14]	1994-2000	T3-4, NO- 1, MO (St II-III)	手 化放+手	128 128	45 / 80 50 / 78	110 105	3 0+2	40(36) 45(60)	28(30) 33(47)	15(18) 16(25)	19.3 22.2
Stahl [1]	1994-2002	T3-4, NO- 1, MO (St II-III)	化+化放+手 化+化放	86 86	86 / 0 86 / 0	51 0	11 3	39.9 35.4	31.3 24.4	- -	16.4 14.9
Bedenne [2]	1993-2000	T3N0-1MO (St II-III)	化放+手 化学放射線 療法奏効者	129 130	115 / 14 115 / 15	107 1?	10+? ?	33.6 39.8	- -	- -	17.7 19.3
安藤 [15]	1992-1997	St II-IV Millimを 含む R0 *7	手 手+化	122 120	122/0 120/0	122 120	0 1	約72 約72	約65 約65	52 61	- -
日本食道癌 研究会 [16]	1988-1997	全切除例	手+α	-	-	11642	8.6% *5	約55	約43	36.1	-
当科	1998-2007	全切除例	手+α	-	-	414/39/4	457	9% *6	71	65.7	97.1
		St I, R0 *7	手+α	-	-	77/14/0	91	0% *6	97.1	95.6	86.5
		St II, R0 *7	手+α	-	-	110/16/4	130	1% *6	80.4	74.3	66.2
		St III, R0 *7	手+α	-	-	124/4/0	128	1% *6	68.4	61.1	41.1
		St IV, R0 *7	手+α	-	-	60/4/0	64	3% *6	62.1	54.3	49.2
		R1, 2 *8	手+α	-	-	43/1/0	44	4% *6	18.9	16.2	12.8

表1 代表的報告による、欧米諸国と日本の食道癌治療成績の比較
 *1 対象症例の表記はTNM分類により、すべてclinicalな判定(手術所見や病理所見を用いない術前検査による判定)
 *2 治療内容 手:手術、化放:化学放射線療法、化:化学療法、+:補助療法の有無を問わず
 *3 膈/腺/他:膈上皮癌/腺癌/その他

*4 2,3,5年生存率:再発死亡のほか、手術合併症死亡、他の疾患による死亡など、全死亡原因を含む
 *5 数字は1999年の在院死亡率(手術直接死亡・再発死亡を含む)
 *6 数字は対象症例中の在院死亡例数(手術直接死亡・再発死亡を含む)
 *7 R0:判定上、腫瘍の残存なく切除できたと思われる手術
 *8 R1,2:判定上、腫瘍の残存が疑わしいか、明らかな手術

各委員会からの報告

平成20年度の総括および平成21年度の活動について

手術委員会 委員長 岩中 督



平成20年度は診療報酬大改定の合間の年度でしたが、以前申し上げたようにシーズンオフは作らず、手術試案第8版の発行に向け一切気を緩めず、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申し上げ、平成20年度の主な活動をご報告いたします。

1) 手術試案第8版に向けた医療材料・医療機器の精緻化
手術試案第7版までは、手術料を構成する「ヒト」「モノ」「設備」のうち、人件費のみが科学的根拠に則って記載されていました。第8版では、手術に使用する医療材料を、

全領域に共通するルールのもとに記載すること
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。この目標を達成するため、竹中洋手術委員会副委員長を座長とするワーキンググループ(以下WG)を設置し、年末の時点で計7回の作業部会、数回の業者との打合せを行いました。現時点では、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基本セットのリストが、領域毎にほぼ完成しています。これからの作業として、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を現在検討中です。

2) 術式名のコーディング

手術の術式名をコーディングすることにより、手術名、対象臓器、手術内容、手術部位への到達法、再建法などが明確になりますが、術式名をコーディングできるのは外科系医師を除いて他にはありません。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。しかるべき手順を踏めば、臨床研究への応用も可能です。この目標を達成するため、水沼仁孝手術委員会副委員長を座長とするWGを設置し、東京大学医療情報経済学大江和彦教授・波多野賢二准教授のご指導・ご協力のもと、計11回の作業部会を開催しました。現在コーディングの骨

子は固まり、第7版の手術項目の見直しとコードデータベース入力マニュアルの策定中であり、作業部会委員が担当領域の一部の手術を実際に入力し検証を行っているところです。

3) 貢献度やリスクファクターの研究

平成20年度は、9月22日に3名の有識者をお招きし、講演会を開催しました。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、活発な意見交換が行われました。

4) その他

手術委員会では定例の新術式・改定術式の検討に加え、各学会が独自に調査を行ってくださった手術時間・協力者数に対する検討も継続して参りました。

平成21年度は、作業部会で進行中の2つの作業を、マニュアルなどが完成した時点で加盟83学会に提示し、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ことが必要です。今年度一杯かけて科学的根拠をもつ試案第8版の基盤の整備をめざしたいと考えています。また、今年度は技術度E群の手術の再検討を行いたいと考えています。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、医療技術や周辺機器の開発・改良などで、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ので、委員の先生方には益々のご指導・ご協力をお願いいたします。

処置委員会 委員長 関口 順輔



平成20年度の活動としては平成19年度に作成した試案(第4版)の再検討があります。この際の審議において、新規の項目については活発な討議がなされたと思いますが、既出の項目については遠慮がちな発言が多く見られるような印象がありました。

この原因としては、項目名が何を意味しているのかわかりにくいとか、一連の処置の中のことからどこまでを試算しているのかというようなことや、提案者が分からないため質問をどこにぶつけたらよいか分からないことがあったと思います。そこで、昨年度は各々の項目に対して主学会をはっきりさせ、異議のある学会は主学会と話し合って事務局に申告して頂くということにしました。

一方、現行の医科点数表との対比ということも重要なこととなってきました。そこで、現行の医科点数表の処置項目はとりあえず総て処置試案に掲載出来ないものかと思い、処置試案にはなくて現行の医科点数表にあるものを総て検討項目に入れ、更に現行の処置試案の中にある注射、リハビリ、麻酔、輸血など多岐にわたった項目も掲載し、これらに対して最初に申請した学会をまず主学会として、空欄のところは委員長の独断で各項目の主

学会を仮掲載し検討しました。ほとんどの項目はこのようにして主学会が決まりましたが、中には参加学会のどこからも拒否された項目もあります。このような場合、無理に見識な試案を作成してもかえって迷惑がかかる場合もあると考え、現行点数表の処置項目のごく一部は試案に掲載出来ませんでした。このように主学会を決めたことにより、各学会が検討し易くなり、また色々な意見も聞かれるようになり、今後の活動が期待されます。

さて、昨年度まで処置委員会の副委員長でありました金子剛先生がその手腕を買われ、手術委員会の副委員長になられました。そこで、処置委員会の副委員長として日本整形外科学会の処置委員であられます昭和大学の平泉裕先生にお願いしました。外保連、処置委員会発展のため、よろしくお願い申し上げます。

平成21年度の活動方針としましては、まず1月中に新規項目提案や修正などを受け付け、2月にそれらを処置委員会全体会議で承認し、追補版を出す予定です。その後の予定としましては、事務局のタイムスケジュールに沿って進めたいと思っています。

以上、組織も新体制になりましたので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20年は医療が大きな政治問題化したことで記憶される年でした。政治家は自らの政治生命が短命であることを自覚しているためか、選挙を念頭に置いた何事にも近視眼的で断片的な対策に終始しているばかりで、これからのわが国の医療の長期ビジョンは依然として不透明です。

マスコミも突然の医療問題への取り組みに、にわか知識の糊塗に四苦八苦しているのが滑稽なほどでした。

数十年間のやりくりが破綻したわけですので、その原因もまた修復も大変です。たとえば後期高齢者医療制度がクローズアップされておりますが、実は前期高齢者医療(65-74歳)も大問題なのです。これらに拠出金(納付金または支援金と言います)している大・中・小企業の負担は膨大な額です。健康組合連合は平成15年から平成19年度までは医療費マイナス改定の恩恵(?)で黒字を続けましたが、平成20年度はこれらの拠出金のおかげで一挙に大赤字になっています。これに追いかけての金融危機と景気どん底です。

本年4月の介護保険は初めてプラス改定になるようですが、来年度の医療費改定は本当に大丈夫でしょうか。プラス改定になるとしても現状の風潮から言えば基本診療料などへの手当てが優先して、外保連が要望する個々の医療技術への手当ては心細くなりそうな予感さえます。

さて生体検査試案の懸案でありました、内保連との提携作業は残念ながら頓挫しております。外保連では当然のことと考えられておりますが、「試案に掲載されていない項目は改定要望できない」という縛りが思いのほか内保連の一部の先生方には重圧で、高圧的と受け取られているようです。両連合の発足以来約40年間互いの医療技術の評価についての意見交換の場が無かったのですから、急速な相互理解は困難でしょうが、基本的なところから時間をかけて連携作業に取り組む必要があるかと思えます。とは言っても生体検査の多くは両連合にまたがるものですので、互いの利益のためにもいい関係が早く構築されるよう努力を続けたいと思っております。

本年は手術・処置と同様に試案の改訂版は作成せず、新規項目の追加と既存項目の修正と、さらにアンケートをいただきました保険記号の修正を行い、平成21年度要望資料といたします。

一方、日本超音波医学会および日本医学放射線学会から超音波検査、放射線画像検査の枠組みの修正案が提案されております。また、手術委員会で検討されている医療材料・機器の経済評価、コーディングの報告を検査試案にも取り入れる必要があります。これらを含め時間をかけて第5版改訂のための作業も進めたいと考えております。

実務委員会 委員長 木村 泰三



医療崩壊がマスコミでも報道されるようになって、「医療をなんとかせんといかん」の機運が高まった。そのためか、平成21年度政府予算案では社会保障費2,200億円削減は230億円に圧縮されたが、どの程度医療費にまわるかはわからない。また、「重要課題推進枠」の3,300億円から、医師確保と救急医療対策に304億円、出産子育て支援に42億円(出産一時金が4万円増額?)が上積みされるという。それはもちろん歓迎すべきことであるが、医師確保と救急医療対策にたった304億円(総医療費の0.1%)、しかも単年度でなができるであろうか。「医療崩壊を防ぐ努力をしている」という政府のポーズだけという印象はぬぐえない。また、医療崩壊は何も産科小児科に限ったことではなく、病院医療の全科の問題である。抜本的解決には、医療費の大幅アップ、原価計算に基づいた社会保険診療報酬(病院診療報酬の大幅アップ)が必要である。

平成21年は社会保険診療報酬の大改定の年ではないので、平成20年作成の「社会保険診療報酬に関する改正要望書」は、平成20年の改定で採用されなかった項目+各学会の緊急要望2項目の249項目の要望となった。もし

社会保障費の削減圧縮の予算が医療費のほうにもまわされるなら、緊急的な要望のいくつかが採用されることが期待される。

平成21年度の実務委員会の活動は、平成22年の社会保険診療報酬の大改定に向けての「改正要望書」の作成が中心になる。「改正要望書」の製作方法は平成19年度作成版と同様で、まず所属各学会に改正要望項目(新設8項目、改正5項目、材料3項目)をアンケート調査する。外保連事務局で内容を整理したうえで、要望項目順位の高かった学会に厚生労働省の「医療技術評価希望書」の書式にのっとり、要望の概要と詳細を記載していただく。なお、「妥当と思われる診療報酬の点数」は外保連試案に基づく。6月末には厚生労働省に「改正要望書」を提出できるようにしたい。そして、夏には厚生労働省による要望に対するヒアリングをぜひ実現させたい。

現在、外保連が総論として要望したい最大の項目は、技術料と医療材料費の別算定である。両方を含む手術料では、医療材料費の高騰とともに技術料は目減りし、手術そのものが赤字部門となってしまう。手術委員会で現在、手術ごとに必要な材料と材料費をどのように決めるかを検討中である。実務委員会は厚生労働省に機会あるごとに材料費別算定を訴えていきたい。

総務委員会 委員長 西田 博

外保連試案における人件費算出について

- 国家公務員医療職俸給表の update -



総務委員会は開催いたしませんので報告事項はありません。活動方針としては、委員長として以下のようなものを考えております。

平成19年11月に発行された現在の外保連試案(手術第7版、処置、生体検査第4版)では、人件費算出の根拠として平成16年度国家公務員医療職俸給表が用いられている。平成24年度改定に向け、平成23年に発行を予定している外保連試案では当然、人件費算出の根拠となる俸給表のupdate、つまりより最近の俸給表を用いることの検討が必要である。平成20年度人事院勧告に見られる、この“updateにあたって注目すべき最近の流れに関する記載”を以下に抜粋する。

医師の給与の特別改善(平成21年4月1日実施)

国の医療施設における勤務医の確保が重要な課題となる中で、国の医師の給与は、民間病院や独立行政法人国立病院機構に勤務する医師の給与を大きく下回っており、若手・中堅医師の人材確保のため初任給調整手当を改定(年間給与を独立行政法人国立病院機構並みに平均で約11%引上げ)。(給与勧告の骨子より抜粋)

具体的には、若手から中堅の医師の人材確保を図るた

め、初任給調整手当について、最高支給限度額を10万4千円引き上げるとともに、国立高度専門医療センターに勤務する者については、現在適用されている初任給調整手当の「職員の区分」を1段階高い区分に引き上げることとする。(職員の給与等に関する報告より抜粋)

上記の抜粋と実際の数字から今後検討すべき点としては

- 1) 国立高度専門医療センターも平成22年4月をもって独立行政法人化されるわけで、その後は“国家公務員医療職”というものが存在しなくなるのではないのか。それならばその俸給表に代わるものを考えないといけないのではないのか?
- 2) 医療以外では公務員の給与は民間よりも明らかに恵まれているのに、なぜ、医療はこのような俸給となっているのか、そしてそれをを用いる事の適切性
- 3) 俸給表上の“とび”を詳しく検証したわけではないが、ざっと平成16年度の俸給表と19年度の俸給表を比較してみると、上記のように“平均で約11%引上げ”と書いている割に、下がっているように見えるところもある。初期臨床研修必修化となり、外科医の修練開始が一律2年遅れるようになったのであるから、現在の5段階の技術度分類における経験年数が1, 5, 10, 15, 15年となっているものを、1(もしくは2), 7, 12, 17, 17年とするべきではないのか?などの検討が必要と思われる。

診療報酬要求の学術的根拠作りもチーム医療で！

医療崩壊を食い止めるためには、日々の臨床の現場での“チーム医療”の推進が重要である事は論を待たない²⁾。現在の不適切な診療報酬を適正化するための取り組みにも“チーム医療”が不可欠である、という事を述べたい。つまり、様々な医療職種がバラバラに取り組んだり、既得権を主張しあうエゴのぶつかりあいに終始したりするよりも、一枚岩となった方が、行政はもちろん、医療の外の世界、健康な一般国民へのアピールの上でも、インパクトが格段に強いと言う事を主張したい。なぜならば、病院におけるあらゆる技術の診療報酬は医療職種個人に入るものではなく、病院に入るようになっている。そしてその診療報酬が医師、看護師、技師（臨床工学技士含む）などすべての医療職の給与のもととなるわけである。従って、ある職種の貢献を高く評価すると、他のある職種の貢献、つまり診療報酬の取り分を低くしないといけなく、というパイの取り合いは診療報酬上は起こり得ないことを認識してまとまる事が重要である。

看護師、技師の仕事の技術度や所要時間は看護師自ら打ち出す姿勢を

外保連試案における人件費の算出は、各技術の技術度とその技術に関わる各医療職の人数と時間で行われる。医師の技術度は、その技術を実施するために必要な経験・修練年数によって5段階に分けられているのに対して、看護師や技師の技術度は全ての技術を通して1段階のみで、卒後5年のレベルに固定されている（時給は看護師2,860円、技師2,660円）。このようになった背景は、

- 1) 最も歴史が古く、種類も多い手術試案作成段階において、手術の介助となると、器械出しと、外回りであるが、これは一律5年目くらいでよいのではなかろうか、という話に看護界の有識者も含めてなった
- 2) 看護師の技術度を医師がレベルわけするのは、根拠の面からも越権的であろう、という話になった

というあたりが真相のようである。

確かに医師が看護師の技術をレベル分けするのは越権的であるが、一律に据え置くのも越権的であり、非学術的であろう。特に、処置や検査の中には卒後5年の看護師や技師ではとても無理だというものもあるようで、これらの委員会では、もう少し高い技術度も打ち出せるように多段階化すべきであるとか、2年に1回の改正要望を提出する際の根拠を所定のフォーマットに書き込む際にも困る事が少なくないという指摘が最近出されている。

このような現状において、看保連も発足した事もあり、次の版では、看護師や技師自身による評価を盛り込めないかと考えている。そのためには、まず現在の外保連試案のシステムをより多くの医療従事者に理解してもらう必要がある。そしてその上での共同作業の提案である。その共同作業の項目としては

- 1) 技術度について：多段階のコメディカルの技術度評価実態調査の行われていない処置や生体検査試案での
- 2) 人数の妥当性の評価
- 3) 時間について：処置や生体検査試案では各コメディカルの従事する時間は、医師と別個に記載されているのでその妥当性の検討。

このように、“学術的根拠に基づいた試案とする”ためにチームで取り組む事が重要であると考えている。ひとつでも多くの医療職種、一人でも多くの医療提供者が分析的に自らの労働について考え、コスト意識を高めることが重要であろう。

文献

- 1) 若林亜紀：公務員の異常な世界 給料・手当・官舎・休暇 幻冬舎新書777円
- 2) 西田博、前原正明、富永隆治：チーム医療維新 一枚岩となって我が国の医療再生に必要な構造改革を！～米国チーム医療、NP・PAの現場を視察して～ 日本外科学会雑誌109(5):299-306, 2008.

編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース第11号をお届けいたします。前号でお知らせしましたとおり、今年から年3～4回（号外を含む）発行する予定です。会長のご挨拶および各委員長からの委員会報告に、「日本の医療技術は優れている!!」などの特集記事を加えて広報活動に務めて参ります。

「日本の医療技術は優れている」の投稿は、各学会一術式に限っている訳ではありませんので、是非、貴学会の優れた治療をひとつでも多く、ご紹介くださいますようお願い申し上げます。

事務局からのお知らせ

平成21年度常任委員会

会長：山口 俊晴

会長補佐：木村 泰三・岩中 督

手術委員長：岩中 督

副委員長：竹中 洋・水沼 仁孝・矢永 勝彦・金子 剛

処置委員長：関口 順輔

副委員長：平泉 裕（新任）

検査委員長：土器屋 卓志

副委員長：土田 敬明

実務委員長：木村 泰三

副委員長：名川 弘一・西井 修

規約委員長：出口 修宏

広報委員長：松下 隆

副委員長：河野 匡

総務委員長：西田 博

副委員長：岩中 督

監事：佐藤 裕俊・田中 雅夫

名誉会長：比企 能樹・出月 康夫

顧問：日下部 輝夫・高橋 英世・松田 静治

新規加盟学会

日本排尿機能学会、日本産婦人科医会、日本眼科手術学会、日本循環器学会
以上、加盟学会数計83学会