

外保連ニュース

第 5 号 2006 年 9 月発行 外科系学会社会保険委員会連合 広報委員会

日本の医療費と医療を正しく理解するために
外保連会長 出月康夫

まとめ

1) 医療費は何故増えるのでしょうか？

A)医療費の自然増

その原因は

1. 人口の増加
2. 人口の高齢化
3. 医学、医療の進歩、新技術の導入
4. 疾病構造の変化、対象の変化

B)わが国特有の医療費増加要因

1. 病床数が多い、在院日数が長い
2. 薬剤価格が高い、薬剤使用量が多い
3. 医療材料価格が高い
4. 検査が多い
5. 受診回数が多い

などです。

2) わが国の医療費は外国と比べて多いのでしょうか？また、国はそのうちいくら支出しているのでしょうか？

A)わが国の医療費は国際的に見ると大変に少ない。

医療費の対 GDP 比は僅かに 7.9%、世界先進国中で最も低い値です。

B)医療費 31 兆円のうち、国が支出しているのは 25%の 8 兆円。米国の 10 分の 1 にすぎません。一方、国民の負担は 45%です。医療制度改革で国民の直接負担は増加する一方ですが、国の負担はむしろ減っています。

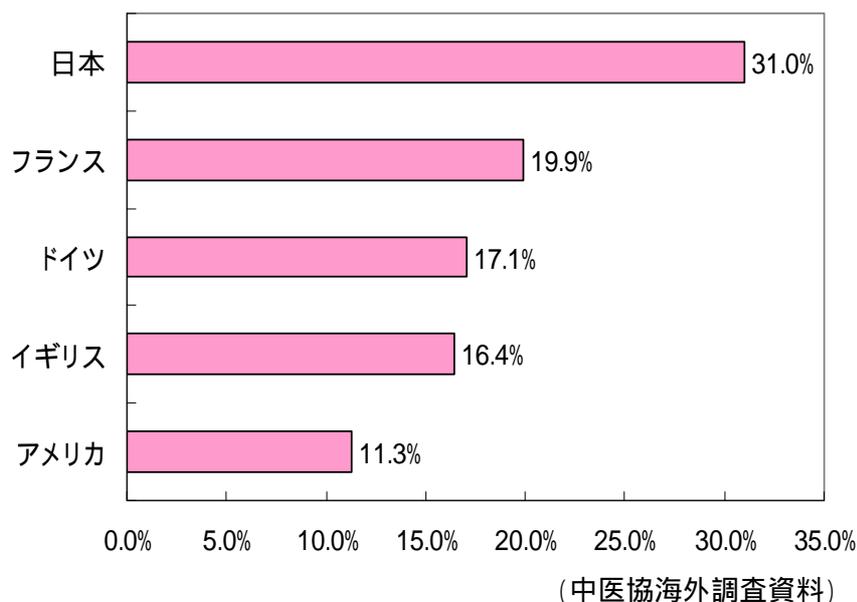
3) 医療費はどのように使われているのでしょうか？

31 兆円余りの医療費のうち、約 8 兆円が薬剤の費用、約 2 兆円が医療材料に使われています。保険で使われている薬剤の価格は世界一高く、また医療材料の価格も外国と比べて大変に高く設定されています。

一方、病院の 70%が赤字経営で、病棟・病院の閉鎖や統廃合がすすんでいます。このままでは病院医療は崩壊してしまいます。

- 4) わが国の医療は国際的にどのように評価されているのでしょうか？
- A) わが国の医療の評価は世界一高いのです。
健康寿命は世界一、健康達成度の総合評価も世界一(OECD データ,2005)
平均寿命 男 78.4 歳 女 85.3 歳で世界一長寿(WHO データ,2002)
- B) このような評価がえられているのは、これまでのわが国の国民皆保険制度による医療の成果です。
しかし、
- 5) このまま医療費の削減をつづけていると、日本の病院医療、ひいては地域医療は完全に崩壊します。
これを防ぐためには、診療報酬を適正なレベルまで引き上げることが必要です。
- A) 勤務医の我慢はもはや限界まできています。
労働基準法は医師には適用されないのです。
- B) ‘もの’と‘技術’を分離して診療報酬を適正化することが必要です。
医療費は国が定めている公共料金的一种です。
診療報酬を適正なものとするを医療制度改革の柱とすべきです。
そのためには、電気、ガス、水道、鉄道料金などの他の公共料金と同じように、原価計算に基づいて診療報酬を決定すべきです。
- C) 診療報酬の適正化には、医療費の総枠規制の撤廃が必要です。
国民は社会保障、医療、福祉の一層の充実を最も望んでいます。

図1 医療費に占める薬剤比率の国際比較(平成7年)



医療費に占める薬剤比率は、先進国の中でも飛び抜けて多い。

表1 医療機器の値段(1995年)

	ペースメーカー (万円)	PTCD カテーテル (万円)	冠動脈 ステント (万円)
日本	160	25.7	35
アメリカ	60	7.1	20
イギリス	30	6.0	10
ドイツ	40	6.0	10
フランス	40	4.0	30

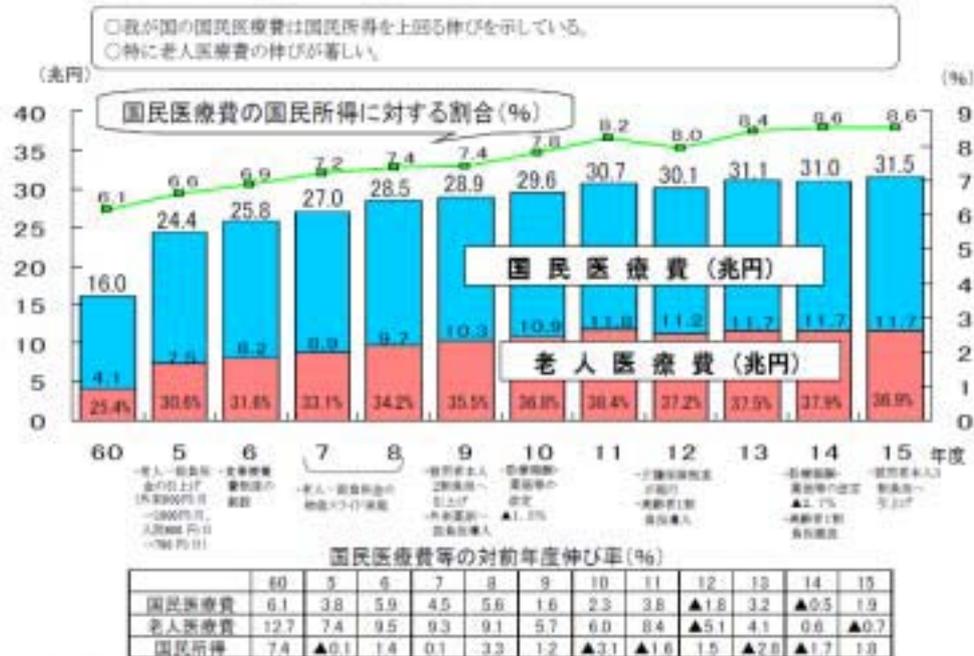
日本の医療用具の出荷額1.6兆円

(医療経済研究機構)

医療機器、材料の価格は外国と比べると大変に高い。

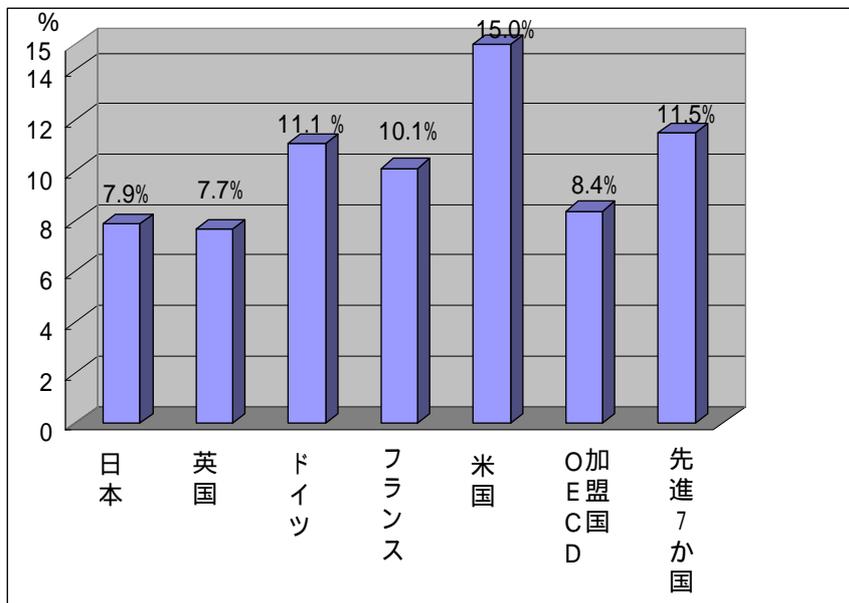
図4

医療費の動向



医療費の増加は鈍化しています。

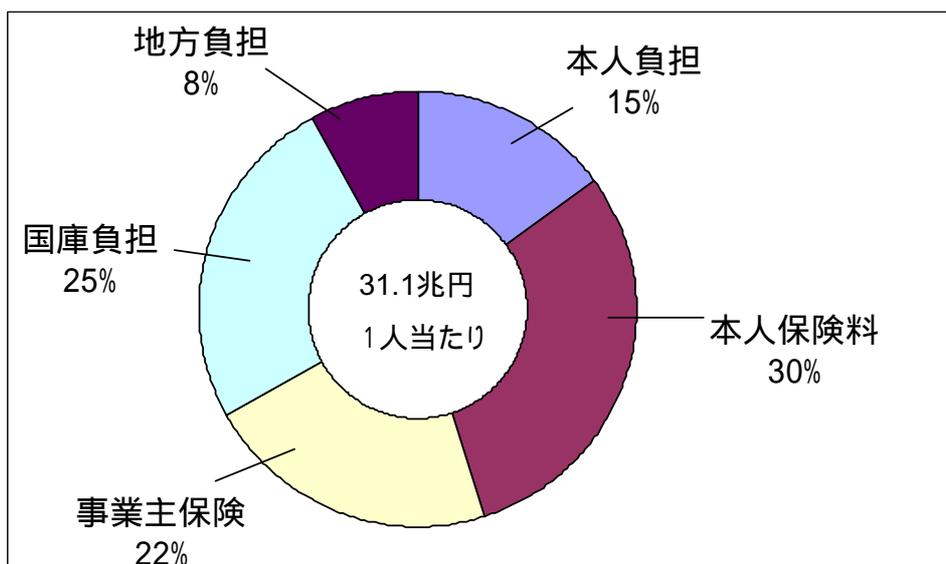
図5 先進国の医療費（対GDP比）の国際比較



(OECD Health Data, 2005から)

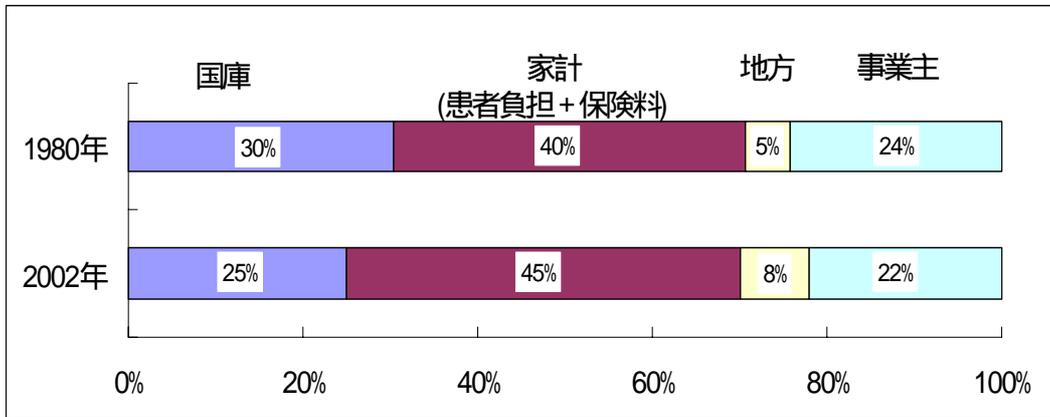
日本の医療費は先進国の中で、大変に少ない。

図6 国民医療費(2002年)



患者、国民の直接負担は45%、一方、国の負担は25%、事業主の負担は22%にすぎません。

図8 医療費の国庫負担は20年間で5%引き下げられた



しかも、20年の間に国民の負担は5%も増えているのに、国と事業主の負担はそれぞれ5%、2%も減っているのです。

表2 日本の評価は高い

	健康達成度WHO		乳幼児死亡率 (出生千人対) OECD 2002年	平均寿命WHO 2002年	
	健康寿命 2002年	健康達成度 の総合評価 1997年		男	女
日本	1位	1位	3.0人	78.4歳	85.3歳
スエーデン	7位	4位	2.8人	76.8歳	85.2歳
フランス	11位	6位	4.2人	76.0歳	83.6歳
ドイツ	14位	14位	4.3人	75.6歳	81.6歳
英国	24位	9位	5.3人	75.8歳	80.5歳
米国	29位	15位	6.8人	74.6歳	79.8歳

日本の医療に対する世界の評価は大変高いのです。

人口の高齢化が進む中で医療費の増加が問題とされ、これ以上の増加を抑制するために次々と医療制度改革が実施されています。このような改革がこのまま進められることが本当に良いのか、医療の現場にいるといろいろな疑問が湧いてきます。国民の皆さん方も政府の発表するデータやそれをそのまま伝えるマスコミの情報を鵜呑みにするのではなく、自ら考え、発言し、行動していただきたいと思います。そのためには先ずわが国の医療の現状をきちんと知った上で判断していただくことが大切ではないかと思えます。今回は、

- 1) 医療費は何故増えるのでしょうか？
- 2) わが国の医療費は諸外国と比べて多いのでしょうか？また、国が支出している医療費は外国と比べて多いのでしょうか？
- 3) 医療費はどのように使われているのでしょうか？
- 4) わが国の医療は国際的にどのように評価されているのでしょうか？
- 5) このままではわが国の医療は崩壊するなどについて述べてみたいと思います。

1) 医療費は何故増えるのでしょうか。

わが国の医療費が30兆円を超えたことが報道され、政府は医療費がこれ以上増えつづけると国の財政が大変なことになると喧伝し、マスコミもこれを、無批判にそのまま伝えていきます。その結果、国民は日本の医療費は大変に多いと思い込んでいるのではないのでしょうか。

そもそも医療費は何故増えるのでしょうか。いろいろな要因がありますが、一般に次のようなものが挙げられています。

A) 医療費の自然増

1. 人口の増加
2. 人口の高齢化

3. 医学、医療の進歩、新技術の導入

4. 疾病構造の変化、対象の変化

人口が増えれば、その分医療費も増加するのは仕方がないことです。また高齢者が増えれば、老人は病気に罹ることが多いので一人一人の医療費は同じでもトータルの医療費は多くなります。

また、医学が進歩し新しい医療技術や新薬が開発され、また新しい医療機械や、器具、技術などが使われるようになれば、これらに必要な費用も加わるようになります。ちょっと周りを見て頂ければ、ひと昔前には考えもしなかったような内視鏡検査機器やこれを使った治療機器、超音波診断装置、CT スキャン装置、MRI 装置、PET 装置などが医療で普通に使われるようになってきていることに気付かれるでしょう。これらの新しい装置や機器は精密機器で大変に高価なものが少なくないのです。

さらに治療の対象となる病気も大きく変わってきています。昔は感染症などの急性疾患が医療の主な対象でしたが、抗生物質などのお蔭でこれらの疾患は減少し、最近問題となっているのは、癌や、生活習慣病といわれる慢性的な病気です。高血圧や心筋梗塞などの循環器病や、脳卒中などの脳疾患、糖尿病、慢性腎不全、メタボリックシンドローム、肥満、慢性肺疾患などが昔と比べると急速に増加し、これらの治療には高価な薬が使われ、また長期に亘ります。

ということで、どうしても医療費は自然に増えてしまうのです。このような増加を学者は“自然増”と呼んでいます。これはわが国だけの問題ではなく、先進諸国のいずれもがかかえている共通した問題です。この自然増の部分を抑えることは困難で、この分まで無理に抑えようとするれば、高齢者医療を切り捨てるか、医療技術の進歩を一部の人達にだけ限定的に

使えるようにするいわゆる“混合診療の導入”しかないのです。そんなことを国民が望んでいないことは、先年、財政諮問会議が提案した混合診療の全面解禁が、厚生労働省、医師会、患者さんなどの反対で取り止めになったことから明らかです。

B)わが国特有の医療費増加要因

これとは別にわが国特有の医療費増加の要因として次のようなものが挙げられています。

1. 病床数が多い、在院日数が長い
2. 薬剤価格が高い、薬剤使用量が多い
3. 医療材料価格が高い
4. 検査が多い
5. 受診回数が多い

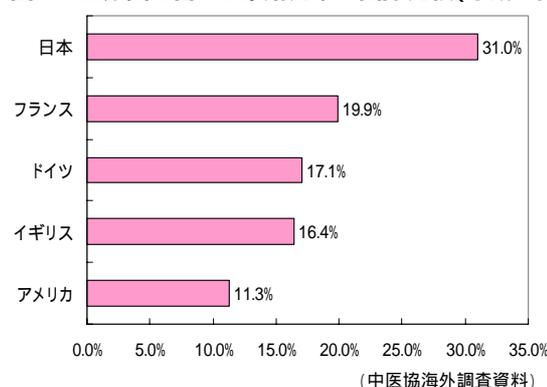
たしかにわが国ではいわゆる社会的入院と言われる医療上入院治療が必要でなくなってからも、自宅では社会復帰までの回復のための療養する環境が整えられないために入院を続ける患者さんがいたことは事実で、これが在院日数が長くなる一つの原因となっていました。しかし、入院日数による入院基本料の逓減制などが社会保険に導入されたことから、わが国でも急性期病床の在院日数は急速に減少し、今ではほぼ 3 週間以内と短くなっています。一方で患者さんや家族側から見ると、病院から早期に退院や転医を迫られるために、患者さん本人や家族に対する負担が増えていることも事実です。この辺りは住居が狭く、核家族化が進み、家計にも余裕がないわが国の社会環境と欧米のそれとの違いを考慮する必要があります。

ところで、薬剤価格が外国と比べて大変に高く設定されていることを国民の皆さんは御存知でしょうか。日本の医療費は 30 兆円を超えましたがそのうちの実に 30%が薬剤費なのです。すなわち 8 兆円が薬に使われているのです。図1を見ていただくと欧米に

比べてわが国の医療費に占める薬剤費の割合が飛び抜けて大きいことがわかります(図1)。

日本の病院や医師は薬を出しすぎると言われてきました。しかし、いわゆる薬価差益と称する病院や診療所が薬を出すことによって得られる利益がなくなった現在、病院や診療所にとって薬を出すことによって利潤を上げることはできなくなりました。したがって病院が薬を出してそれで病院がもうかるということはありません。

図1 医療費に占める薬剤比率の国際比較(平成7年)



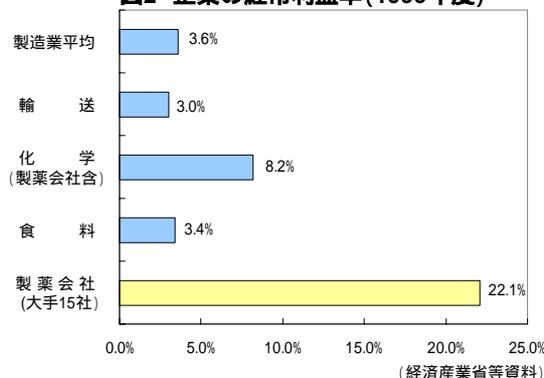
それでは何で薬剤に使われる医療費がこんなに多いのかと言うと、そもそも保険で決められている薬価が大変に高く決められているからなのです。

例をおしめしましょう。

不整脈治療に使われるリスモダンがわが国では1錠 90.5 円ですが、英国では 14.3 円、米国では 66.8 円です。また血管造影剤のオムニパークはわが国では 100ml14,709 円ですが、フランスでは 1/3 の 5,244 円、米国でも 12,854 円です。厚生労働省が保険で決めている日本の薬価は世界一高いのです。

不況、不況と言われながらも日本の製薬会社が莫大な利潤を上げ(図2)、潰れたという話を聞かないのも当然のことなのです。

図2 企業の経常利益率(1999年度)



最近、製薬業界に欧米の外資系製薬会社が続々と参入してきています。同じ薬が世界中で一番高く売れる日本は外国企業にとっても大変美味しい話なのです。何故厚生労働省は薬価をこんなに高く設定しているのでしょうか。いろいろともっともらしい説明がなされていますが、日本の製薬業界の最大の組織である東京医薬品工業協会(東薬工)、大阪医薬品協会(大薬協)の理事長などの幹部職が厚生労働省の局長経験者の天下り先となっていることとも無関係ではないかも知れません。極論かも知れませんが、わが国の保険で使われている薬の価格を外国並みに下げただけで、数兆円の医療費が節約できることを国民は知っておくべきでしょう。

同様にわが国の医療に使われている心臓ペースメーカーや血管用カテーテルなど外国製の医療材料の価格も外国と比べると約2倍から5~6倍と大変に高く決められています(表1)。医療費30兆円のうち約2兆円以上がこのような医療材料に使われています。

表1 医療機器の値段(1995年)

	ペースメーカー (万円)	PTCDカテーテル (万円)	冠動脈ステント (万円)
日本	160	25.7	35
アメリカ	60	7.1	20
イギリス	30	6.0	10
ドイツ	40	6.0	10
フランス	40	4.0	30

日本の医療用具の出荷額1.6兆円

(医療経済研究機構)

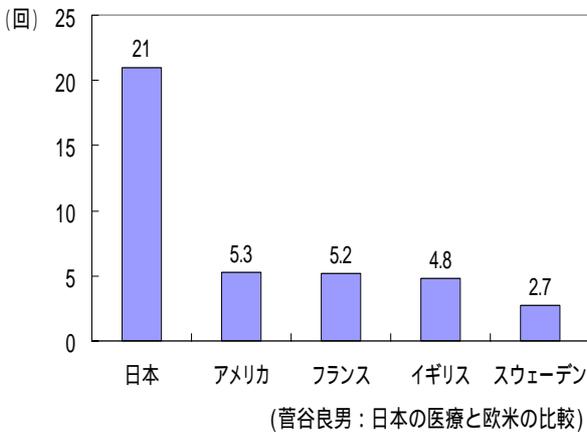
このような医療材料が高くなる原因としてわが国の複雑な流通機構が挙げられていますが、欧米からわが国に輸入される医療材料の価格が、同じものを輸入している韓国や、台湾などのアジア諸国のどこよりも高く決められているということを国民の皆さんは知っておられたでしょうか。このような薬価や、医療材料の価格を諸外国並みにするだけで、日本の医療費は数兆円も節約できるのです。それを放置したまま国民の医療費負担を増やすという医療制度改革は一体誰のためのものなのでしょうか。

病院や診療所に行くと、いろいろな検査をされます。検査の回数が多かったり、必ずしも必要でない検査が安易になされてきたことは確かでしょう。医薬分業の推進や薬価差益の解消などの制度改革によって薬漬け医療は少しずつ改善されてきていますが、検査漬け医療の方はどうでしょうか。検査が本当に必要かどうかを判断して、それを指示するのは医師です。検査が必要かどうかをきちんと判断できるかどうかで医師としての能力、力倆を問われることとなります。何でもかんでも検査をしたがる医師は患者さんも敬遠した方が良くかも知れません。最近、保険医療で可能な検査の種類や回数を厚生労働省が制限するようになりました。これは医師にとって悲しいことです。本来は一人一人の患者さんの病状に応じて検

査の種類も頻度も医師が判断して決めることが一番良い筈なのですが、安易に検査をしすぎる医師が多かったことへの反省として、当分は厚生労働省が決めた制限を甘受するしかないでしょう。それでも特に不都合が起これないとなれば、検査のしすぎだったという批判が正しかったことになるでしょう。

わが国では医師を受診する回数が外国に比べて多いことが指摘されています(図3)。

図3 国民1人当りの年間平均受診回数の国際比較(1990年)



いつでもどこでも好きな時に、かかりたい病院や医師に診て貰えるというのは、わが国の国民皆保険制度の大きな利点の一つです。そのために、ほんのちょっとした風邪や、かすり傷でも病院に行く人が多いことは確かです。この位の風邪なら売薬を飲んでいれば治りそうだ、マキロンを塗ってバンドエイドを貼っておけば直ぐに治るのと思うような患者さんを診ることが決して少なくありません。確かに外国ならば医師に罹るまでもない患者さんが病院や診療所を訪れているために病院がそれだけ忙しくなり、医療費も増えているのです。このようなことが続いているために、一定額以下の医療費については社会保険の対象外として自費診療にすべきだという、いわゆる社会保険の免責制の導入が厚生労働省で検討されはじめています。例えば、医療費の自己負担分が500円以下

の場合には自費診療にするというものです。このような方法で国の医療費を減らそうというやり方には、風邪やかすり傷のように自分で治せる病気では医者にかからなくなるという利点があります。しかし、逆に重大な病気を見落して病気が重症化してしまう危険があるという欠点もあります。重症化してしまえば結局、多額の医療費がかかってしまうので医療費の削減にはならないだろうという議論です。どちらが正しいのかは今後、詳細に検討する必要があります。

それよりも大切なのは、風邪や腹痛などのいわゆる common disease(ありふれた病気)についての国民全体に対する教育でしょう。勿論、新聞や、週刊誌、テレビなどのマスコミや、いわゆる健康雑誌などでこれらの病気についての知識を広めることも大切ですが、もっと大切なのは、小学校から高校までの初等、中等教育の中に、これらのありふれた病気や、生活習慣病についての教育カリキュラムを組み込んで、国民の一人一人の病気についての知識を増やすことでしょう。また私たち医師も毎日の診療の中で、患者さん一人一人にそれぞれの病気や治療法についてきちんと説明をして、その結果として患者さん自身にこれは医者にかかって治療すべきか、自分で治療すべきかを判断できるようにすることではないでしょうか。長い目で見れば、このような地道な努力が医療費の削減につながる筈です。

2)わが国の医療費は外国と比べて多いのでしょうか？

また、国はそのうちいくら支出しているのでしょうか？

厚生労働省の発表によれば、平成15年度の国民医療費は31.5兆円余りで、国民医療費の国民所得に対する割合は8.6%となっています。

問題点として、

- 1) 国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している

2) 特に老人医療費の伸びが著しい、

と述べていますが、最近数年間を見る限り、医療費増加のカーブは平坦化しており、老人医療費も増えていません(図4)。



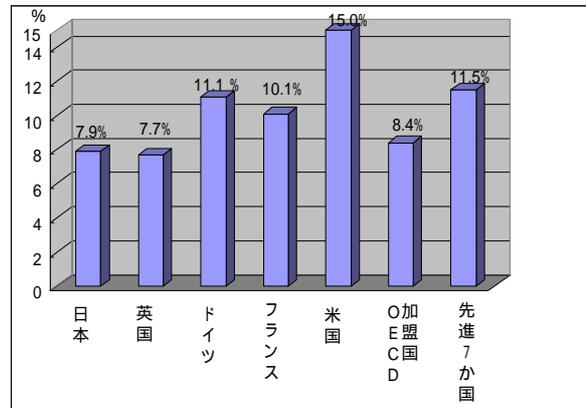
これは平成14年から始まった、厳しい医療費削減政策、診療報酬の度重なる引き下げ(平成14年は-2.7%、平成16年は-1.0%、平成18年度は-3.16%)の結果であると考えられますが、その一方でわが国の医療、特に病院医療の崩壊が加速し、国民皆保険を誇ってきたわが国で、老人や低所得層の医療難民が急速に増加しつつあることは、最近マスコミでも度々指摘されている通りです。

A) わが国の医療費は国際的に見ると大変に少ない。

そもそも31兆円という医療費は国際的に見て多いのでしょうか、少ないのでしょうか。OECDが発表している“Health Data 2005”によれば、OECD加盟国の総医療費の対GDPに対する割合はわが国は7.9%です。これは米国の1/2にすぎません(米国は15%)

世界先進国の中では最も低いのです。つい先頃までは英国が7.7%で日本よりも低かったのですが、英国国民の医療に対する不満を解消するためにブレア政権が数年前から医療費増加政策に転じたため、現在では英国にも抜かれてしまいました(図5)。

図5 先進国の医療費(対GDP比)の国際比較



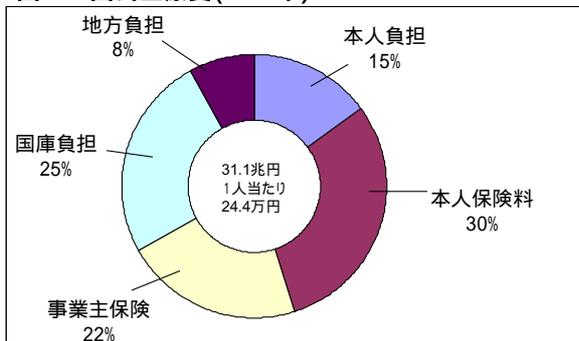
(OECD Health Data, 2005から)

わが国の政府やマスコミは医療費が30兆円を超えた、大変だと宣伝していますが、先進国の中で日本の医療費支出は実は一番少ないのです。ちなみに、わが国のパチンコ産業の年間売り上げは国民総医療費と同じく30兆円、また、葬式産業の売り上げは15兆円と言われています。葬式に費やすお金がわが国の総医療費の半分と言う現実を国民の皆さんはどう考えられるのでしょうか？

B) わが国の医療費を誰がどのように負担しているのでしょうか？ 国の負担は25%、国民の負担は45%

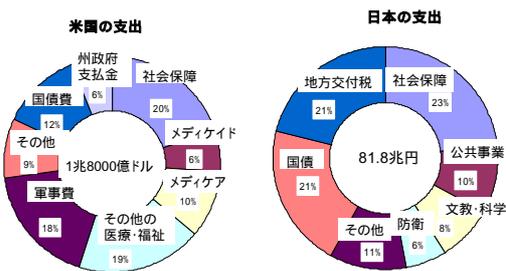
わが国では1年に30兆円余りの医療費が使われているのですが、この医療費を誰がどのように負担しているのかご存知でしょうか？ 図6を見て下さい。患者本人が15%、国民が保険料として毎月の給料から天引きされたり、市役所などに納めている本人保険料が30%、会社などの事業主が22%、国庫負担が25%、地方自治体の負担が8%となっています(図6)。

図6 国民医療費(2002年)



前回および今回の医療制度改革で高齢者負担が10%から20%、30%へと大幅に引き上げられましたので、今後本人負担分は15%を大きく超えることになるでしょう。一方、大変だ、大変だと言っている政府が支出しているのは医療費の25%、8兆円足らずでしかないのです。米国が医療や福祉に国家予算の半分以上を支出しているのと比べると、わが国では社会福祉が大変に軽視されているのがわかります。実際、わが国の政府が医療に支出している予算は米国の1/10にすぎないのです(図7)。

図7 米国の支出と日本の支出



(鈴木厚,日本の医療の危機,杉岡洋一編集
「どうする日本の医療」医学書院 2006)

C) 医療制度改革で国と事業主の負担が減り、患者と国民の負担が増えている。三方一両損の実態は？

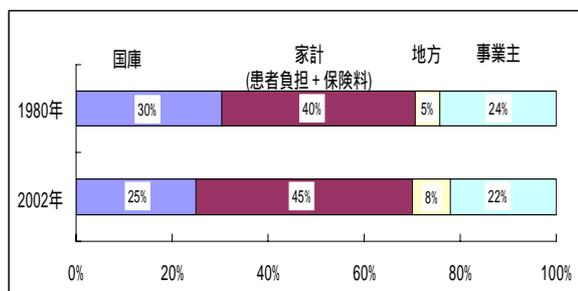
平成14年度の医療制度改革で診療報酬は2.7%引き下げられました。この時、小泉首相は“三方一両

損”と言う旨い言葉を使って、国民や医師や病院に納得を迫りました。

皆さんは、国も、地方自治体も、事業主(企業)も、国民・患者も、改革による痛みを分かち合い、分担するのだと考えておられたと思います。本当にそうだったのでしょうか？

図8を見て下さい。国民医療費を誰がどのように分担しているのかを示したものです(図8)。

図8 医療費の国庫負担は20年間で5%引き下げられた



1980年当時と比べると、国の医療費負担は5%も減っているのです。また、事業主負担は2%減っています。一方国民の直接負担は5%増え、地方自治体の負担は3%増えています。

“三方一両損”といわれて国民はあきらめたのですが、実際には国と事業主の負担が減り、国民と地方自治体の負担が増えたのです。マスコミはどうしてこのような事実を国民に伝えないのでしょうか。不思議でなりません。

国民の皆さんは、厚生労働省の発表や、それをそのまま無批判に伝えるマスコミの情報を鵜呑みにするのではなく、このような実態を知った上で、わが国の医療と医療費を今後どのようにするのが良いのか考えて載きたいと思います。

3) 医療費はどのように使われているのでしょうか？
すでに述べたように、わが国の医療の特徴として、

1. 病床数が多い
2. 在院回数が長い
3. 薬剤価格が高い
4. 薬剤の使用量が多い
5. 材料価格が高い
6. 検査が多い
7. 受診回数が多い

などが挙げられています。これらはいずれもが医療費の増加につながる要因となる事は確かです。

31兆円余りの医療費のうち、約8兆円が薬剤費であり、約2兆円が材料費として使われています。これらを合わせて約10兆円が製薬会社や医療機器、材料のメーカーの収益となるので、実際に診療所や病院が使っているのはせいぜい年間20兆円程度ということになります。製薬会社や医療機器会社は、厚生労働省が決める世界一高い販売価格に守られて、大きな利潤をあげています。一方、病院や診療所は、低く設定された診療報酬、度重なる診療報酬引き下げで経営は大変苦しくなっています。特に病院の経営は危機的状況で、自治体病院の90%、国公立病院の80%、民間病院の25%が赤字であると言われます。国公立病院の統廃合が行われ、自治体病院の売却や、中・小の民間病院の倒産や閉鎖が話題になっています。

病院閉鎖まで行かないまでも、不採算診療科の廃止や病棟閉鎖で、産科、小児科、救急医療が危機的状況に陥り、地域医療が崩壊に瀕していることが、マスコミでも度々報道されるようになりました。

厚生労働省は、医療制度改革で、診療報酬を下げ、病床数を減らし、在院日数を減らし、受診回数を減らすことによって、医療費を削減しようとしています。これらはいずれも病院や診療所や、患者及び家族に負担と犠牲を強いることとなり、ひいては医療の

質や安全性をも脅かしかねない危険があることを認識しておくべきでしょう。

4) わが国の医療は国際的にどのように評価されているのでしょうか？

A) わが国の医療の評価は世界一高い

新聞やテレビは医療事故が起こるたびに大きく取り上げ、医療評論家と称する人達や、一部の医師までが、わが国の医療のレベルや質が良くないことを嘆いて見せます。このような報道ばかり見せられている国民の皆さんは、わが国の医療の質があまり良くないと考えられておられるかもしれません。

確かに医療事故の中には大変にお粗末としか言いようのない初歩的なミスによるものもあって、これは医師の一人として恥ずかしい限りです。しかし専門的な立場から見るとミスとは言えないようなものまでが、マスコミや警察では医療過誤として扱われ、医師や医療現場が困惑しているのも事実です。

事故をなくすために教育を徹底し、安全性を向上させ、更に医療の質を高める努力をすることに異論はありません。しかし、現在のわが国の医療事故の多くは、医師や看護師個人の責任というよりも、医療制度や医療現場のシステムの欠陥に起因していることも知っていただきたいと思います。

マスコミは報道しませんが、わが国の医療は実は国際的には世界一であると高く評価されています。世界保健機構(World Health Organization, WHO)が発表しているデータによると、日本の健康寿命は世界一、健康達成度の総合評価も世界一です。平均寿命は男性が78.4歳、女性が85.3歳で、これも世界一です。乳幼児死亡率は出生1000人当たり3.0人で、これはスウェーデンの2.8人に次いで2番目に低い値です。

何かというと良い方の引き合いに出される米国はと

いうと、健康寿命は世界ランクでは 29 位で、健康達成度の総合評価は 15 位です。客観的にみると、先進国の間でのわが国への評価は大変に高いのです(表2)。

表2 日本の評価は高い

	健康達成度WHO		乳幼児死亡率 (出生千人対)	平均寿命WHO 2002年	
	健康寿命 2002年	健康達成度 の総合評価 1997年	OECD 2002年	男	女
日本	1位	1位	3.0人	78.4歳	85.3歳
スウェーデン	7位	4位	2.8人	76.8歳	85.2歳
フランス	11位	6位	4.2人	76.0歳	83.6歳
ドイツ	14位	14位	4.3人	75.6歳	81.6歳
英国	24位	9位	5.3人	75.8歳	80.5歳
米国	29位	15位	6.8人	74.6歳	79.8歳

戦後、長い間わが国は、米国の医療に学び、米国の医療をお手本としてきました。しかし今では医療の多くの分野で、技術の面でも、設備の点でもわが国は米国に追いつき、追い越し始めていることは確かです。米国や英国、ドイツ、フランスなどの欧米の先進国に出張しているわが国の企業の駐在員や家族の人たちが、病気になると高い航空運賃を払ってわが国に一時帰国し、日本の病院で手術や治療を受け、また欧米やアジア各国から毎年多数の医師がわが国のがんセンターや、大学病院に研修のために訪れていることも、わが国の医療レベルの高さを示すものでしょう。

B)医療制度が守る国民の健康

国際的に高い評価を受けているわが国の国民の健康が守られてきたのは、国民皆保険制度を基盤としたわが国の医療制度の成果であることは確かです。かつて厚生省の幹部が「世界に冠たるわが国の医療制度」と誇らしげに語っていたのはもっともなことです。ですから、何としてもこの国民皆保険制度による医療は守らなければなりません。最近の医療制度改

革を見ていると、医療費を減らすことが優先され、最も優先すべき国民の健康増進や、医療の安全性や、医療の質までもが脅かされかねない“改悪”としか見られない“医療制度改革”が少なくないのです。

ほんの少しの医療費支出を惜しんで、わが国がこれまで世界に誇ってきた医療を根底から覆すような“医療制度改悪”を進めるべきではありません。わが国にお金がない訳ではありません。問題は予算をどのように使うかです。世界でも突出して多いわが国の公共事業費のほんの一部を医療にまわすだけで今までの医療を維持できるのです(図9)。

図9 各国の公共事業費(1995年,土地代を除く)



C)国民は社会保障や医療、福祉の充実を望んでいる

国民は社会保障や医療、福祉の充実を一番望んでいるのです。国民が一番望んでいるところに予算を使うべきなのです。国民の一人一人が政治家に働きかけ、国民の声を政治に反映しなければなりません。

5) このままでは日本の医療は崩壊する

診療報酬の適正化が必要

これまでのわが国の国民皆保険制度による医療ではフリーアクセス、平等給付の原則が守られ、患者さんは比較的少ない負担で、国際的に見ても高い水準の医療を受けてきました。

A)勤務医の我慢は限界まできている

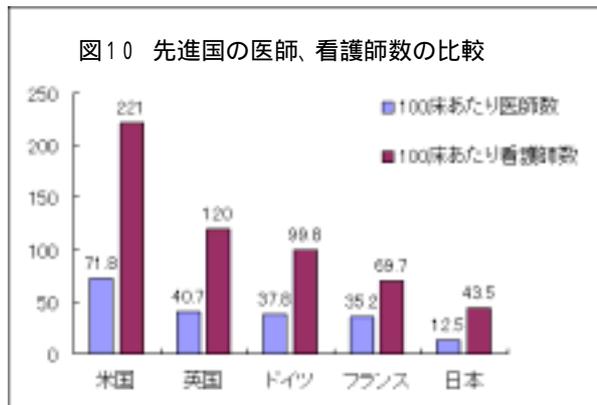
労働基準法は医師には適用されない

しかし、医師や看護師などの医療従事者や病院にとって、今の医療環境は大変に苛酷なものです。それでもこれまで何とかやって来られたのは、病院の医療従事者の医療に対する情熱と犠牲があったからです。

大衆迎合主義に流されているわが国のマスコミは医師を攻撃することには熱心ですが、医療現場の実情をあまり報道しようとしません。平均すると週 70 時間をこえる病院医師の労働時間、当直で徹夜をしても代休も交替要員もなく翌朝からまた外来や手術などの通常勤務をこなさなければならないなど、労働基準法を全く無視した過酷な医師勤務体制、一人で病棟の深夜夜勤をして翌朝には二人の患者を時間通りに手術室に運ばなければならないような看護師の勤務体制によって、今の病院医療は何とか持ちこたえてきたのです。

前米国大統領クリントンの夫人のヒラリー・クリントン氏は、日本の医師を評して「聖職者のごとき献身」と絶賛しています。

患者さんやマスコミからは「3 時間待ち、3 分間診療」とお叱りを受けていますが、病床 100 当りの医師の数や、看護師の数が米国のたった 1/5 というわが国の現状では、もうこれが限界なのです(図10)。



B)病院経営を崩壊させないためには、診療報酬の適正化が不可欠

病院が医師や看護師を増やして患者さんへのサービスを良くしようと考えても、経営が赤字で採算がとれなければそれもできません。

入院したことがある患者さんは異口同音に「病院の先生がこんなに忙しいとは知らなかった」と言われます。そんなに忙しく長い時間働いているのに何故、病院は赤字になるのでしょうか？

その原因は、そもそも保険診療による診療報酬が国によって大変に低く決められているからです。どの位安く決められているかと言うと、わが国の診療報酬額は平均的に見ると米国の 1/5 から 1/10 にすぎません。診療科によってもちがいますが、手術をすると材料代などで赤字になってしまうものが少なくないのです。小児科、産科、救急医療、外科などは診療をすればするほど赤字になってしまう不採算部門です。そのために、診療をやめてしまう病院が増えています。このことはマスコミもようやく報道するようになりました。

最近の統計では、1年に約4,600人の医師が病院をやめて開業しています。3Kと言われる過酷な診療科では病院勤務に嫌気がさしてしまうからです。病院と診療所(開業医)がバランスを保って機能するこ

とが医療では大切ですが、このままではわが国の病院医療や地域医療は崩壊してしまいます。それでも厚生労働省は診療報酬を適正化すると言いながら削減するばかりで、病院が成り立つように診療報酬を改善しようとはしないのです。

外保連では、他の団体とも協力して現在の医療が持続できるように診療報酬を適正なレベルに改善して欲しいと毎年、厚生労働省に要望しています。しかし、厚生労働省も財務省も「ない袖は振れぬ」の一点ばりです。

必要な医療費までを削減すると、医療の安全性や質を維持することができなくなるばかりか、医療全体が崩壊してしまいます。このことは英国のサッチャー政権が医療費削減政策を続けたために、英国の医療が見るも無残に崩壊してしまったことを見れば明らかです。

C 医療費の総枠規制を撤廃し、診療報酬を適正化せよ

高齢者の増加や、医学・医療技術の進歩などを無視して、このまま医療費の総枠規制や、医療費の削減政策が続けられれば、わが国の医療も英国のように崩壊をせざるを得ないでしょう。崩壊はすでに始まっています。一旦崩壊してしまえば、再建することはほとんど不可能です。それで本当に良いのか、決めるのは国民の皆さんです。

(参考) 出月康夫:日本の医療を崩壊させないために
インターメディカ社 2005年発行

平成 18 年度診療報酬改定結果
及び今後の手術委員会活動
手術委員長 山口 俊晴

平成 18 年度の診療報酬改定は全体としてみれば、大幅な医療費の削減がおこなわれたわけであり、満足すべきものでは到底ありえない。しかし、その中で『技術評価の重視』という姿勢はある程度守られたとあってよく、この点は評価したい。特に、新設あるいは改正の要望書の内容がより精緻なものとなり、審査のプロセスも以前に比較すると透明化されたことは大きな前進である。今後も外保連としても議論を重ねて、審査のあり方については統一した見解のもと、よりよい方法を積極的に提案すべきものと考えられる。また、懸案であった手術の施設基準については、学会が具体的なデータでその不合理性を明らかにすることでようやく全廃されたことは特筆に値する。これがデータをもとにした、科学的な negotiation の始まりとなることを期待したい。

手術委員会にも上記のような状況に対応して、迅速に科学的なデータ蓄積と解析を実行することが求められている。本年度の手術委員会の活動としては、通常おこなっている新設改正の検討のほかに、昨年集積された手術時間と人数に関する調査結果を、どのように外保連試案に反映させるかを決断しなければならない。また、従来の 3 つの評価(技術度、時間、人数)以外にも、技術を評価する原則を取りまとめたい。手術名についても、診療報酬の根幹に関わるものでありながら、無原則に作られたものが青本にも試案にも多数見受けられる。これを一定の原則に則って、整理することが今後の活動のためにも必須である。これらの懸案については、手術委員会の作業部

会で検討のうえ、たたき台を作成して手術委員会に提案される予定である。平成 19 年は大幅な改定はないとはいえ、外保連にとっては次の飛躍のための貴重な準備期間であり、各委員にはより一層のお力添えをお願いしたい。

平成 18 年度診療報酬改定
及び来年に向けて
処置委員会 関口 順輔

処置委員会は診療報酬の中の手術と生体検査以外の部分で外科系に関するものを取り扱ってきた。勿論主たるものは処置であるが、その他に注射、リハビリ、輸血なども一貫して討議してきた。そこで昨年作成した処置試案第 3 版がどのように平成 18 年度の診療報酬改定に反映されたかについて気がついた点を述べる。

まず最大の変更点はリハビリテーションであるが、これは試案とは関係なく大改定が行われた。すなわち心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器などに分類され、リハビリ開始ではなく発症からの日数制限など、難易度の高いリハビリであろうが長期的なリハビリが必要なものであろうが、疾患によって点数やリハビリ可能日数が決まるという改定であった。ことにリハビリが打ち切られるということは医療の拒否ということになるので早急な対応が望まれる。

次に創傷処置や軟膏処置などの範囲分類が面積単位になったことであり、これは外保連試案を参考にして頂けたと考えるが、500～1500cm² という範囲が 1 段階抜けているためこの部での設定範囲が極端に広がっている。また小児であれば手もしくは指とか半肢という方が良かったと

いう話も聞かれる。とは言え常用される細小範囲の点数が 42 点 (420 円) から 45 点 (450 円) に上がった点は評価したいが、外保連試案では創傷処置 100cm² 未満は 1340 円であることも付け加えたい。褥創処置について試案では浅いものか骨に達するかという分類であったが、改定では 100cm² 未満、から始まり 6000cm² 以上と現実とかけ離れた面積で分類している。

リンパ管腫局所注入が新設されたことは試案の要望に添って頂けたものとする。その他疑義解釈通知等を番号のついた告示に移行し、見やすくした点が評価される。

今后来年度にむけての活動方針としては全委員会で議論の対象となっている技術難易度、リスクの考え方、医師人件費など、基本的な算出方法の見直しと、今回の改定で治療日数制限も加わり大幅な犠牲を強いられたリハビリ関連の試案を外保連としてのあるべき姿を早急に提示したいと考える。

平成 18 年度診療報酬改定
及び来年に向けて
検査委員会 土器屋 卓志

平成 18 年 4 月の改定で生体検査は約 42 項目が新規(項目の再編を含む)採用されています。既存の項目で増点された項目とその率は

- 1、 補聴器適合検査一回目(118.18%)、同 2 回目(140%)
- 2、 胸腔鏡検査(333.33%)
- 3、 縦隔鏡検査(388.89%)
- 4、 前立腺針生検(150%)

また減点された項目は

- 1、 超音波検査(胸腹部)(96.36%)
- 2、 経皮的動脈血酸素飽和度測定(一日につき(30%))

が主なものです。

総論的には増点であるといえますが、個々については問題があります。

画像診断関係については項目の再編が大幅に行われ、簡単には増点か減点か判断しにくいといえます。大きな再編の内容は CT および MRI 検査の部位別(頭部、躯幹、四肢)が廃止され、機器の性能別(マルチ CT とその他、1.5 テスラ以上と未満)に再編されたことです。これに伴い月2回目の CT/MRI 検査の低減も一元化されています。

これらの結果は施設毎に影響の度合いが異なると考えられますが、医学放射線学会の今後の対応と報告を待ちます。

来年に向けての目標

平成 20 年 4 月改定のために、生体検査試案 4 版の作成を手術、処置試案と歩調を合わせて作成します。

新規項目の掲載、現項目の見直しはそれぞれの学会の責任においてお願いすることとなりますが、全体的な検討事項として、3 試案に共通した

- 1、 臓器コードの見直し
- 2、 人件費算定の再検討
- 3、 技術度の再編

が検討されます。

検査試案に特有な問題として、繰り返しお願いしております検査機器・器具の経済評価です。今回の改定で CT, MRI の機器が性能別に点数が設定されたことは今後の方向性を推測するうえに大事なことであると思われまます。生体検査の OUTCOME は使われる医療機器・器具に大きく依存することが特徴です。

医療経済を専門とする学者の中には、「医療費の増大の最大の要因は高齢化でなく技術進歩であり、高度な医療技術の保険適応の問題は医療経済学上の大きなテーマである。」という人もおります。高度医療技術につきものの高額医療機器の経済評価は検査委員会のとって大事なテーマだと思います。

平成 18 年度診療報酬改定結果
及び来年に向けて
実務委員会 木村 泰三

平成 18 年度診療報酬改定では、外保連が提出した要望項目が、近年になく多数受け入れられた。すなわち、新設 47 項目、改正 55 項目、材料 3 項目が、なんらかの形で保険収載あるいは改正を受けた。新しい手術や処置、検査が、「特定療養費による先進医療」ではなく、「保険診療」の対象として採用されたことは、国民に平等な充実した医療を行う上で、誠に喜ばしいことであった。

しかし、大枠で診療報酬を 3.16% 下げるという方針のもとでの改定では、しょせん、満足のいく改定とはなりえなかった。腹腔鏡下大腸切除術や胃切除術の手術料を上げて、腹腔鏡下胆嚢摘出術の手術料を下げた手法に典型的に見られるように、新しい手術や処置、検査を採用ないし増点すれば、従来の手術や処置、検査を減点した。あるいは、手術全体の点数を上げれば、入院や外来の点数を下げた。今回の改定では、診療報酬の不適切さをある程度是正し、厚生労働省のめざす医療の方向性(地域医療連携、特定診療科の支援、住民への情報提供、安全体制確保など)を示すことはできたかもしれないが、我々が受け取ってしかるべき診療報酬の実現には程遠かった。このままでは、医療者(特に病院)は、厚

生労働省のめざす医療の推進をはかるどころか、経営に四苦八苦になるのは必至である。そして、病院の経営困難は、勤務医の勤務条件や待遇の劣悪化を呼び、それが勤務医の減少(開業志向)を招来する。それがまた、勤務条件の悪化につながるという悪サイクルに陥り、日本の医療は危機に瀕するであろう。

外保連は、新しい手術や処置、検査の保険収載を求めると共に、必要な人件費、時間、技術度などに基づいて作られた外保連試案に則った手術や処置、検査の診療報酬を実現するようにアピールしてきた。来年はこれまで以上に、必要経費に基づいた診療報酬の実現を強く主張し、医療費総枠規制に基づいた診療報酬の決定に断固反対していきたい。また、厚生労働省は術者の熟練度によって手術料を変える制度を模索しているようである。しかし、この制度の成否は、どういう外科医を熟練した術者とするかの判定にかかっている。実際に手術を行う我々(学会)が主体となって判定を行わないと、ゆがんだ制度になる可能性がある。また、術者による手術料の格差づけが、熟練しない術者による手術料を「下げる」方向で実現することのないように監視する必要がある。熟練外科医による手術料のアップが、特定療養費として患者負担になるようなこともあってはならない。この制度が病院の症例数によって手術料を値下げしようとした「施設基準」の二の舞になることを避けなければならない。

平成 18 年度診療報酬改定結果
及び来年に向けて
総務委員会 岩中 督

平成 18 年度診療報酬改定のうち、総務委員会が担当した小児領域の改定に関して検証をいたしまし

た。また現在検討中の各試案の人件費に関する進捗状況を述べさせていただきます。

1) 小児診療報酬改定の検証

当初厚生労働省は、独立した『小児診療報酬表』の新設を予定していましたが、従来通りの医科診療報酬に小児特有の様々な加算を算定する方式の改定にとどまりました。ただ医科全体では3%以上の大幅な減点が行われましたが、小児医療の領域ではその構造的諸問題の解決に向けて、決して充分ではないものの救急医療や高次医療についての増点が行われました。総論的な部分では、入院基本料の区分の見直し(7:1入院基本料の新設)や小児入院医療管理料の増点により大幅な増収が見込めるようになりました。また紹介患者加算は廃止されましたが、6歳未満小児の深夜救急加算が増点され、乳幼児救急医療管理加算が7日間の算定になるなど、救急医療領域においても小児救急の裾野を広げるべく改定が行われました。外保連関係では、1)検査・処置・注射などの項目において、新たな増点や新設項目が設定されました、2)乳児手術施設基準が全廃されました、3)3歳未満乳幼児の手術加算が一律100%(従来は50%)に増点されました、4)新生児手術加算が、項目は限定されましたが300%(従来は200%)に増点されました、5)手術の未熟児加算(400%)が新設されました、など、様々な新設・改正項目が収載されました。特に外保連から強く要望した、手術施設基準の全廃や新生児・乳幼児手術加算率の増点などが採用されたことは非常に高く評価できると思います。しかしながら今回の改定の結果を詳細に検証しますと、小児病院や大規模病院の小児科・小児外科などは増収になりましたが、包括診療が行われていない医療法人、診療所などには厳しい改定でした。さらに大病院においても小児領域が不

採算である状況には変りはなく、小児医療の抱える構造的諸問題の解決にはほど遠い状況です。来年度以降も継続した改定が望まれます。

2) 人件費の検討の経過

手術・処置・検査の3試案共通の人件費計算の標準化をめざして検討を行っています。3試案共通の原則として、1)基礎となる給与計算は従来通り国家公務員医療職俸給表を用いる、2)技術度区分を、初期臨床研修医も含んだ5段階程度の区分にまとめる、3)経験年数の明記は参考程度とする、4)この新たな人件費案で各試案の改訂版を作成する、ということになりますが、個々の試案には様々な背景があるため、その詳細は各委員会における個別の検討にゆだねる方向です。たとえば手術試案では、この人件費案を基礎として、手術の危険度、社会貢献度、術式の新しさ、などの要素を加えた第7版を作成する方向が打ち出され、手術委員会作業部会が具体的な検討に入っています。処置・検査両試案についてもそれぞれの委員会で第4版作成に向けて検討を重ねていただきます。総務委員会では、今後も人件費のあり方について検討を続けますので、ご指導のほどよろしくお願いいたします。

外保連規約委員会活動報告
規約委員長 出口 修宏

現在は、重要な検討事項はありません。しかし、これまでも問題になっておりますが、加盟学会の増加にともなって各委員会での作業が複雑になり、かつ学会委員会間の連絡が疎になってきている傾向にあります。例をあげますと実務委員会で取り扱っている要望事項で同一の手術手技と思われるものでも異なった手術名、要望点数が掲げられることも時々散見され

ました。手術報酬に関する外保連試案に則れば大きな齟齬は起こりえないと思います。以前には加盟学会のグループ化も試みたこともありますが、なかなか円滑には機能しませんでした。今後もその対策を模索する必要はあると考えておりますので、委員の皆様からのご提案がありましたら是非ご連絡ください。

外保連広報委員会活動報告
広報委員長 松下 隆

外保連ニュース第5号をお届けします。

平成18年度診療報酬改定については5月に号外を発行しお知らせしましたが、今号では各委員会の委員長に更に詳しい解析をお願いいたしました。広報委員会では「GDPひとり当たりの医療費が先進国間で日本が最も安いことを国民に周知させること」を18年度の重点活動項目の一つに設定しています。その活動の一環として出月会長に「日本の医療費がいかに不当に安いか」についてご執筆いただきました。今後はこの文章が一人でも多くの国民の目に触れるよう努力していく所存です。

このニュースの掲載内容やホームページ、web登録システム等について、ご意見がありましたら外保連事務局<office@gaihoren.jp>宛にお寄せ下さい。

<外保連事務局連絡先>

〒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

日本外科学会事務局内

TEL:03-3459-1455 FAX:03-3459-1456

E-mail: office@gaihoren.jp

訃報

長年本連合のためにご尽力をされた三島好雄
名誉会長(第2代会長)が、平成18年9月15
日にご逝去されました。

謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

外保連試案のご注文について

この度、外保連試案(手術6版、処置3版、生
体検査3版)が改訂されましたのでご通知致しま
す。

外保連試案ですが、保険診療報酬の改定の際に
は、改定を要求する側ばかりでなく、厚生労働省
等にとっても本書(3試案、及び3試案の内容を
ひとまとめに収録したCD-ROM版[但し、PDF形
式])は重要な資料となっております。

ご希望の方は事務局までお申し込み下さい。

外保連常任委員会メンバー

会 長：出月康夫 会長補佐：山口俊晴
手術委員長：山口俊晴
処置委員長：関口順輔
検査委員長：土器屋卓志
実務委員長：木村泰三
規約委員長：出口修宏
広報委員長：松下隆
総務委員長：岩中督
竹中洋 西井修 金子剛 河野匡 水沼仁孝
里見進 西田博 土田敬明
監 事：佐藤裕俊 田中雅夫

名誉会長：比企能樹
顧 問：勝俣慶三 日下部輝夫
高橋英世 松田静治

外保連加盟学会(2006年8月現在)

日本外科学会、日本整形外科学会、日本麻酔科学
会、日本眼科学会、日本泌尿器科学会、日本耳鼻

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

全72学会

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で採用された項目 (保険未収載 - 技術・材料)

名称	技術の概要	要望内容	要望点数	結果(点数)	18年度保険区分
栄養管理チーム (Nutrition Support Team: NST)	適切な栄養管理を行うための代謝栄養、および各専門分野の職種から構成されるチーム医療	保険収載	100点/人/月 (全入院患者) 120点/人/日 (NST管理症例)	栄養管理実施加算 :12点/人/日 (全入院患者)	A233
乳房撮影	乳房のエックス線写真 乳房を引き出し 乳腺を脂肪組織に広げ圧迫して撮影する	単純写真からの分離	441点	写真診断 :256点、撮影 :196点	E001-4、E002-4
FDG- PET	18FDGを用いたポジトロン断層撮影	保険収載 適応拡大	7,490点	適応拡大	E101-2
体幹・四肢運動療法(運動器リハビリテーション)	1.疼痛により生じた関節可動域制限や筋力低下に対する運動療法 2.正常な関節の可動域1/2以下に制限された関節拘縮に対する運動療法 3.罹患関節が1関節のみで、関節可動域が正常の1/2以上ある関節拘縮に対する運動療法 4.運動器(骨・関節・脊椎等)が神経麻痺でADLが重度に障害された場合の運動療法 5.運動器(骨・関節・脊椎等)が神経麻痺でADLが中等度に障害された場合の運動療法 6.整形外科的疾患、外傷により手術を受けた患者に対して行う運動療法(1ヶ月以内) 7.整形外科的疾患、外傷により手術を受けた患者に対して1-3ヶ月間に行う運動療法 8.整形外科的疾患、外傷により手術を受け3ヶ月以上経過した患者に対して行う運動療法 9.関節や脊椎、神経機能障害で四肢筋力や関節運動の障害(中等度)を来し、立位、歩行のバランスの悪い者に対するADLの確立を目的とした運動療法 10.関節や脊椎、神経機能障害で四肢筋力や関節運動障害を来し、立位、歩行のバランスの悪い者に対する正常なADLの確立を目的とした運動療法	保険収載	1.疼痛性疾患に対する運動療法 :245点 2.関節その他の拘縮に対する運動療法(複雑なもの) :444点 3.関節その他の拘縮に対する運動療法(その他のもの) :265点 4.麻痺性疾患に対する運動療法(複雑なもの) :559点 5.麻痺性疾患に対する運動療法(その他のもの) :273点 6.術後運動療法(複雑なもの) :704点 7.術後運動療法(その他のもの) :444点 8.術後運動療法(軽度) :345点 9.寝たきり防止運動療法(起立歩行・ADL訓練) :414点 10.老人転倒防止運動療法 :376点	1.運動器リハビリテーション料() (1単位) :180点 2.運動器リハビリテーション料() (1単位) :80点	H002
褥瘡処置(度・度以外)	Sheaの分類(NPUAP分類も同様)で、度、度における創傷処置	多くの人的資源・時間・材料を要するため、300/100に相当する点数が妥当である	度 :652点、度以上 :235点	重度褥瘡処置(1日につき) 100cm ² 未満 :90点、100cm ² 以上500cm ² 未満 :98点、500cm ² 以上3000cm ² 未満 :150点、3000cm ² 以上6000cm ² 未満 :280点、6000cm ² 以上 :500点	J001-4
小児創傷処理(6歳未満)(筋・臓器に達する)及び(筋・臓器に達しない)	成人領域のK000-1~6 創傷処理の6歳未満小児を対象とした新術式	小児における創傷処理全般の新設	1.長径2.5cm未満(筋、臓器に達する) :968点、2.長径2.5cm以上(筋、臓器に達する) :3,080点、3.長径5cm以上(筋、臓器に達する) :6,180点、4.長径10cm以上(筋、臓器に達する) :9,670点、 1.長径2.5cm未満(筋、臓器に達しない) :875点、2.長径2.5cm以上(筋、臓器に達しない) :750点、3.長径5cm以上(筋、臓器に達しない) :2,230点、4.長径10cm以上(筋、臓器に達しない) :5,070点	1.筋肉、臓器に達する(長径2.5cm未満) :1,250点、2.筋肉、臓器に達する(長径2.5cm以上5cm未満) :1,400点、3.筋肉、臓器に達する(長径5cm以上10cm未満) :1,850点、4.筋肉、臓器に達する(長径10cm以上) :2,200点、5.筋肉、臓器に達しない(長径2.5cm未満) :450点、6.筋肉、臓器に達しない(長径2.5cm以上5cm未満) :500点、7.筋肉、臓器に達しない(長径5cm以上10cm未満) :950点、8.筋肉、臓器に達しない(長径10cm以上) :1,450点	K000-2
内視鏡下椎弓切除術	マイクロ内視鏡下に脊椎後方にアプローチし、椎弓を切除した後、神経・硬膜を除圧する術式	保険収載	38,910点	12,100点	K131-2

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で採用された項目 (保険未収載 - 技術・材料)

名称	技術の概要	要望内容	要望点数	結果(点数)	18年度保険区分
内視鏡下椎間板摘出術 1.胸椎、腰椎前方摘出術	胸腔/腹腔/後腹膜腔内で内視鏡器械を使用し、椎椎前方から椎間板を摘出する	保険収載	63,420点	33,600点	K134-2-1
内視鏡下椎間板摘出術(後方)	マイクロ内視鏡下に椎椎後方にアプローチし、椎弓を部分切除した後、椎間板(ヘルニア)を摘出する術式	保険収載	50,730点	17,200点	K134-2-2
内視鏡下脊椎固定術 3.胸椎、腰椎前方固定術	胸腔/腹腔/後腹膜腔内で内視鏡器械を使用し、椎椎前方から椎間板・椎体切除、脊髓除圧、骨移植、インストゥルメンテーション等による前方固定を行う	保険収載	88,780点	45,300点	K142-3
脊椎固定術 前方 後方同時手術	脊柱変形に対し、椎椎前方および後方の解離術を行い矯正固定をはかる手術 後方単独、前方単独では矯正困難な重度かつ不撓性の高い彎曲に適応	前後2回の手術を同時に行うと一方のみ算定となってしまうため、点数増加	89,020点	50,000点	K142-4
機能定位脳手術(慢性植込電極設置術、破壊術) 両側手術	片側定位脳手術を2回施行する代わりに、1回で両側の定位脳手術を行う	保険収載	116,680点	機能的定位脳手術と項目変更 片側 26,300点、両側 35,000点	K154-2
神経交差縫合術	修復不能の末梢神経損傷に対し、他の健全な神経を遊離可動化し、その末梢端を損傷神経の中枢端に縫合することにより、麻痺の回復を企てる術式	保険収載	新術式として新設を要望	指(手、足) 20,600点、その他 25,400点	K182-2
埋め込み型ポンプによる髄腔内バクロフェン投与による重症痙性麻痺治療	バクロフェンを髄腔内に持続投与するためのポンプの(1)体内(皮下)埋め込み、(2)電池交換、(3)薬液再充填、(4)投与量調節 計4技術	保険収載	薬液再充填術 1,540点、埋設術 58,340点、電池交換術 21,670点、投与量調整術 1,024点	ポンプ設置 15,000点 ポンプ交換術 3,000点 薬剤再充填 320点	K190-3 K190-4 K190-5
小切開水晶体再建術	白内障に対する小切開創からの超音波、あるいはレーザーによる水晶体核皮質除去、および折り畳み眼内レンズの水晶体嚢内への挿入手術	白内障手術の統合・適正化	25,360点	眼内レンズを挿入する場合 12,100点 眼内レンズを挿入しない場合 7,430点	K282
乳腺悪性腫瘍に対する腋窩リンパ節郭清を伴わない乳房切除術	肉眼的リンパ節転移を認めない早期乳癌に対する腋窩郭清を伴わない乳房切除術 早期乳癌に対する標準術式の一つである	点数の新設	19,340点	19,000点	K476-3
乳房切除術後一・二期乳房再建術	一期的乳房再建術は、乳房切除手術の終了後直ちに乳房再建を行う 二期的乳房再建術は、乳房切除手術の一定期間経過後、乳房再建を行う (広背筋皮弁・腹直筋皮弁等の自己組織を用いて再建する方法が一般的)	乳癌治療の一環として保険収載を希望 乳癌患者のQOL向上を目指して 点数の新設	一期的 63,900点 二期的 63,900点	一期的 21,900点 二期的 30,000点	K476-3
胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	急性や亜急性の膿胸で、フィブリンの析出で多房性になった低侵襲の胸腔鏡下手術で、搔爬して単一のスペースにし、有効に誘導洗浄を行うための手術	保険収載	27,060点	23,100点	K496-4
肺気腫に対する胸腔鏡下肺縫縮術(肺容量減量手術LVRS)	呼吸機能改善を目的とした胸腔鏡を用いた肺縫縮術	点数の認定と自動縫合器の加算	片側手術で44,500点(両側は2倍)	37,500点	K513-4
同種肺移植術(片肺につき)	不可逆性進行性の末期的肺疾患に対する肺移植手術	保険収載	208,790点	移植用肺採取術(死体)(両側) 49,800点 同種死体肺移植術 91,800点	K514-3 K514-4

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で採用された項目 (保険未収載 - 技術・材料)

名称	技術の概要	要望内容	要望点数	結果(点数)	18年度保険区分
同種肺移植加算(片肺につき)	肺移植におけるドナーからの肺の摘出手術 同種腎移植術における死体腎加算に準ずるもの	保険収載	死体肺移植術 51,160点 生体部分肺移植用肺採取加算 69,280点	両側肺を移植した場合には45,000点を加算する	K514-4
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	非開胸または小開胸下に胸腔鏡を用いて食道癌を切除する。食道癌に対する手術の内容は、開胸の場合と同じ	保険収載	193,880点	1.頸部、胸部、腹部の操作による(胸腔鏡下によるものも含む):73,500点 2.胸部、腹部の操作による 64,600点 3.腹部の操作による 51,000点	K529
心室中隔穿孔手術 1.単独 2.冠動脈血行再建を伴う	心筋梗塞後心室中隔穿孔を体外循環を用いてパッチ閉鎖する。必要に応じて冠動脈の血行再建を併施する	保険収載	1.単独 67,800点、 2.冠動脈血行再建を伴う 85,600点	1.単独 50,800点、 2.冠動脈血行再建術(1吻合)を伴う:70,200点 3.冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴う:87,800点	K553-2-1,2,3
左室形成術 1.単独 2.冠動脈血行再建を伴う	K571の心室瘤の単純な切除術と異なりremodelingし拡大した心室を形成して新機能改善を期するもの	保険収載	1.単独 67,800点、 2.冠動脈血行再建を伴う 85,600点	1.単独 50,800点、 2.冠動脈血行再建術(1吻合)を伴う:70,200点 3.冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴う:87,800点	K553-2-1,2,3
大動脈縮窄/離断と他の心疾患との一期的修復手術	大動脈縮窄/大動脈離断に対する大動脈弓再建と心室中隔欠損、両大血管右室起始、完全大血管転位などの心疾患に対する修復手術の一期的同時手術	保険収載	138,840点	心室中郭欠損症手術を伴うもの 68,300点 複雑心奇形手術を伴うもの 119,300点	K567
両方向グレン手術	単心室系心疾患に対する右心バイパス手術の1つで、人工心肺使用下に上大静脈を切断し、肺動脈に吻合する。フォンタン手術の前段階の手術として行われる	保険収載	39,690点	70,000点	K586-1
同種心移植手術	脳死ドナーから心臓を摘出し、末期的心不全患者に移植する手術	保険収載	205,830点	104,100点	K605-2
内視鏡的粘膜下層剥離術	経内視鏡的に高周波処置具を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより、病変部を含む3cm以上の範囲を一括で切除する	保険収載	*20,000点	11,000点	K653-2
マグネットカテーテルによる食道・胃内異物摘出術	X線透視下に磁性体の消化管異物をマグネットカテーテルを用いて摘出する	保険収載	5,810点	3,200点	K653-2
胃局所切除(1)開腹によるもの(2)腹腔鏡下によるもの	胃壁の一部を直視下(開腹)あるいは腹腔鏡下に切除する	保険収載	開腹による 21,960点 腹腔鏡下による 22,480点	開腹による 10,400点 腹腔鏡下 20,400点	K654-2 K654-3
経内視鏡的噴門部縫縮術(ELGP)	経内視鏡的に食道噴門部に数箇所を壁を作成するための結紮固定器具を用いる手術	保険収載	35,480点	12,000点	K667-3
肝膵同時切除術	適応疾患の病態から考えて、主として膵頭十二指腸切除+肝切除(肝葉切除、S5+4a切除、S1切除等)	同時に切除する術式を保険収載希望	94,350点	胆嚢悪性腫瘍手術 3.膵頭十二指腸切除を伴う 65,300点 4.膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴う 112,000点	K675-3,4
同種死体肝移植術(脳死体肝摘出術を含む)	脳死人体から摘出された肝臓の全体あるいは部分を用いて行う移植術	保険収載	340,470点	108,600点	K697-7
内痔核に対する四段階注射法	脱出を伴う内痔核へのシオン注射与時における四段階注射法	保険収載	4,560点 短期滞在型手術基本料の対象とする	2,800点	K743-2

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で採用された項目 (保険未収載 - 技術・材料)

名称	技術の概要	要望内容	要望点数	結果(点数)	18年度保険区分
腹腔鏡補助下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	非触知の停留精巣に対する腹腔鏡を用いた根治手術	保険収載	43,180点	13,830点	K831-2
外陰・陰血腫除去術	外陰・陰に発生した血腫を外科的に除去する手術	保険収載	3,380点	1,600点	K851-2
脛断端挙上術(脛式・腓式)	脛断端を靭帯や筋膜あるいは仙骨に固定し、脛脱を修復する術式	保険収載	38,460点	19,500点	K860-2
多臓器提供者管理料	脳死判定後提供される臓器の管理・処置に要する費用	保険収載	臓器提供施設へは22,397点、臓器移植施行施設へは各臓器の摘出手技料と臓器保存料を加算し、心臓:50,409点、肺:182,701点、肝:132,166点、膵:150,769点、小腸:44,312点、腎:111,739点	脳死臓器提供管理料14,200点、肺:49,800点、心:49,300点、心肺:74,200点、肝:56,800点、膵:46,800点、膵腎:70,000点	K914、K514-3、K605、K605-3、K697-6、K709-2、K709-4
自己血貯血(液状保存)(全血200mlごとに)	患者から手術前に自己血液を採血・保管(貯血)し、液状保存する操作である	自己血輸血料とは独立した手技料として算定	794点	6歳以上(200mlごとに):200点、6歳未満(体重1kgにつき4mlごとに):200点	K920-3
自己血貯血(凍結保存)(全血200mlごとに)	患者から手術前に自己血液を採血・保管(貯血)し、凍結保存する操作である	自己血輸血料とは独立した手技料として算定	2,902点	6歳以上(200mlごとに):400点、6歳未満(体重1kgにつき4mlごとに):400点	K920-3
膵頭十二指腸切除術における自動吻合器加算(1個)、縫合器加算(4個)	自動吻合器、縫合器の使用により、手術時間の短縮と縫合不全の予防に有効で、結果的に感染症予防効果がある	自動吻合器・自動縫合器の加算	自動吻合器5,500点、自動縫合器2,500点(X4)の加算	自動縫合器加算 2,500点 自動吻合器加算 5,500点	K936、K936-2
直腸腫瘍摘出術の自動吻合器又は自動縫合器加算	自動吻合器または縫合器の使用加算	直腸腫瘍摘出術にあたり使用した場合の加算	吻合器5,500点又は縫合器2,500点×3個	自動縫合器加算 2,500点 自動吻合器加算 5,500点	K936、K936-2
オフポンプ冠動脈バイパス手術時のスタビライザー	アーム内面に陰圧を負荷し、心臓の表面を吸着固定し、局所的静止化を図る医療器	特定保険医療材料としての評価	20,000点～25,000点	心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器 30,000点	K937
髄腔内薬剤投与用植え込み型ポンプ	髄腔内にパクロフェンを持続投与することを目的として使用される持続投与用	特定保険医療材料としての評価	240,000点	1,720,000円	告示番号115
2つの腹腔鏡下手術の併施(胃切除術と他)	腹腔鏡下に胃切除術と胆嚢摘出手術、あるいは胆管切開結石摘出術を併施する	開腹手術の準用	主たる手術の所定点数を2つ以上同時に行った場合の所定点数は、主たる手術の所定点数と従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数と合算して算定する		通則14 複数手術に係る費用の特例参照
2つの腹腔鏡下手術の併施(結腸切除術と他)	腹腔鏡下に結腸切除術と胆嚢摘出手術、あるいは胆管切開結石摘出術を併施する	開腹手術の準用	主たる手術の所定点数を2つ以上同時に行った場合の所定点数は、主たる手術の所定点数と従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数と合算して算定する		通則14 複数手術に係る費用の特例参照
麻酔点数の体系的、全般的見直し	-	現行の麻酔管理料、加算等に関して、適正妥当な算定方法に改定する	-	重症加算のみ採用	L008

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で採用された項目 (保険未収載 - 技術・材料)

名称	技術の概要	要望内容	要望点数	結果(点数)	18年度保険区分
高周波熱凝固術	X線透視下に針を刺入し、目的とする神経近傍に針先が位置したら、放散痛や電気刺激で最適な位置を確認後、高周波熱凝固により神経遮断を施行する	第2節神経ブロック料の一般的事項(1)の文中に「…及びフェノール(2%)等の神経破壊剤を注入して、」とあるがこの「等」の中に高周波熱凝固法を加える	L101-2に準ずる	第2節神経ブロック料の一般的事項(1)の文中に「…及びフェノール(2%)等の神経破壊剤を注入して、」とあるがこの「等」の中に高周波熱凝固法を加える	L101

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で採用された項目（保険既収載 - 技術）

名称	技術の概要	要望内容	保険記号	要望点数	結果	18年度保険区分
特定集中治療室管理料	重症患者を集中治療室に収容し、効率のよい医療を行うための管理料	点数の見直し及び増額	A301	*10日以内 20,000点/日	1.7日以内の期間 8,890点 8,760点 2.8日以上14日以内の期間 :7,690点 7,330点 注が変更され、地方社会保険事務局長に届け出た以外のものは、100分の95に相当する点数となっていたものが、地方社会保険事務局長に届け出た機関は、100分の5に相当する点数の加算となった。	A301
回復期リハビリテーション病棟入院対象疾患の拡大	ADL能力の向上による寝たきり防止と社会復帰	算定要件の見直し(施設基準、回数制限等)	A308	*1,680点	*1,680点	A308
NSTの外来使用	NST(ノンストレステスト)の外来使用	算定要件の見直し(施設基準、回数制限等)	D219	*外来において算定できるよう要望する	200点(点数変わらず)、外来で算定可	D219
平衡機能検査「フォースプレート分析および動作分析検査」	骨折や四肢機能障害患者の手術や投薬に係る動作・歩行機能の評価	点数の見直し	D250	1,950点	重心動揺に準用されていた項目が正式な項目と認知された。250点	D250-5
矯正視力検査	屈折異常を矯正した能力の測定	検査の適性化、点数の見直し	D263	*74点	眼鏡処方箋の交付を行う場合、それ以外に分けられた。(区別化して請求、点数は変更なし)	D263-1,2
前立腺針生検	前立腺に対し、経直腸的または経会陰的に生検針を用い、組織の採取を行う手技	点数の見直し	D413	3,884点	800点 1,200点	D413
膀胱及び前立腺に対する組織試験採取、切採法	膀胱や前立腺の組織試験採取、切採	保険収載の廃止	D417-11,13	—	廃止	廃止
動脈造影カテーテル法	選択的血管造影加算 1.脳血管 2.胸部 3.腹部血管	点数の見直し	E003	脳血管7,720点 胸部・腹部血管7,180点	1,180点 Ⅰ.主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合1,820点 Ⅱ.Ⅰ以外の場合1,180点	E003
熱傷処置(6000cm ² 以上)	体表面積40%以上の広範囲熱傷患者の処置点数の新設を希望	新設	J000-5	6,100点	750点 1,250点 注J000創傷処置の例により算定する	J001-5
エタノールの局所注入	甲状腺腫瘍や肝腫瘍に対する腫瘍の局所硬化療法	対象疾患並びに使用薬剤の適応拡大	J017	1,290点	適応拡大(局所注入部位の拡大、注射一部削除及び変更)リンパ管腫局所注入の新設、1,000点	J017-2
皮膚科軟膏処置	適切かつ有用な外用療法実施のため	点数の見直し	J053-1~6	100cm ² 未満、手掌大 :45点 500cm ² 未満、半肢大 :95点 1500cm ² 未満、上肢大 :149点 3000cm ² 未満、下肢大 :302点 6000cm ² 未満、体幹 :537点 6000cm ² 以上、全身 :1,015点	1.手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの :42点、2.半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの :49点、3.1肢又はこれに準ずる範囲のもの :75点、4.2肢若しくは全腹又はこれに準ずる範囲のもの :140点、5.身体の一部にわたる範囲のもの :250点 1.100cm ² 未満 :45点、2.100cm ² 以上500cm ² 未満 :49点、3.500cm ² 以上3000cm ² 未満 :75点、4.3000cm ² 以上6000cm ² 未満 :140点、5.6000cm ² 以上 :250点	J053-1~5
軟属腫摘除	良性腫瘍摘除術	点数の見直し	J057	264点	100点 10箇所未満 :100点、10箇所以上30箇所未満 :200点、30箇所以上 :300点として新設	J057-1~3

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で採用された項目 (保険既収載 - 技術)

名称	技術の概要	要望内容	保険記号	要望点数	結果	18年度保険区分
鶏眼 胼胝処置	鶏眼、胼胝を直接削るか、スピール膏を貼付し、数日後に削る	点数の見直し	J057-3	初回処置170点+創傷処置(42点)複数回	170点 100点(月1回に限り算定)。(露出部)長径2cm未満:1,660点、長径2cm以上4cm未満:3,670点、長径4cm以上:4,360点、(露出部以外)長径3cm未満:1,280点、長径3cm以上6cm未満:3,230点、長径6cm以上:4,160点として新設	J057-3、K006-2、K006-3
腔洗浄	腔鏡により、腔管を開大し、分泌物や出血を洗浄し観察する	算定要件の見直し(施設基準、回数制限等)	J072	171点	42点 47点	J072
手術の施設基準	手術の施設基準の廃止	保険収載の廃止	通則5、6	-	廃止	廃止
手術通則7(新生児・乳児加算)の改正	新生児・乳児のみでなく、小児を再区分し、個々に小児加算立を検討する	小児区分の再編成、点数の見直し	通則7	未熟児300%、新生児200%、乳児100%、6歳未満50%、12歳未満30%	手術時体重が1,500g未満の児又は新生児(手術時体重が1,500g未満の児を除く)に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する	通則7
脊髄誘発電位測定 of 適応拡大(側弯症手術)	脊髄誘発電位測定 of 適応に、側弯症手術を追加する	適応拡大	通則9	-	側弯症手術の追加	K930
脊髄誘発電位測定	脊椎、脊髄、大動脈の手術中に脊髄誘発電位をモニターする	点数の見直し	通則9	*5,000点	3,000点 3,130点	K930
同一術野の複数手術の加算	同一術野における複数手術の一律加算(従たる手術の所定点数の50%を加算する)	点数の見直し	通則15	同一手術野における複数手術の一律加算		通則14 複数手術に係る費用の特例参照
腹腔鏡下複数臓器手術の算定法	腹腔鏡下で複数臓器を同時切除する場合	算定要件の見直し(施設基準、回数制限等)	通則15	主たる手術+従たる手術(1臓器)点数の50/100		通則14 複数手術に係る費用の特例参照
整形外科の内視鏡手術の一律加算(観血手術の1.5倍)	整形外科の内視鏡手術	点数の見直し		診療報酬に記載された観血手術の1.5倍	概ね1.3倍	
同種皮膚移植 1.生体移植片を用いる場合	生体よりの同種皮膚採取	点数の見直し	K014	7,960点	4,410点 4,700点	K014
組織拡張器による再建手術(一連につき)	組織拡張器を皮下に埋入し、皮膚を伸展、二期手術にて原疾患の手術を行う	点数の見直しと適応の追加	K022	技術名より(一連につき)を削除、二期手術時に行う原疾患に対する手術所定点数を算定、適応疾患に「腫瘍切除後組織欠損」追加 47,870点	適応拡大はしたが、(一連につき)の削除はなし	K022
偽関節手術	手舟状骨偽関節を十分に新鮮化し、手根部配列を正確に再現し、内固定する	点数の見直し	K056	29,010点	点数変わらず、項目の見直し(前腕・下腿前腕・下腿手舟状骨、鎖骨・膝蓋骨・手足指(手・足)・その他鎖骨・膝蓋骨手舟状骨除く)・足指(手・足)その他	K056
半月板切除術(関節鏡視下)	関節鏡視下に膝痛の原因である損傷半月板の不安定部分を切除する	点数の見直し	K068	22,550点	7,600点 11,100点	K068
半月板縫合術(関節鏡視下)	関節鏡視下に半月板損傷部を縫合し、修復をはかる	点数の見直し	K069	23,850点	12,700点として新設	K069-3
靭帯断裂形成術(関節鏡視下) 1. 十字靭帯	関節鏡視下に十字靭帯を自家腱または人工靭帯を用いて形成する	点数の見直し	K079-1	46,210点	18,200点 18,700点	K079-1

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で採用された項目 (保険既収載 - 技術)

名称	技術の概要	要望内容	保険記号	要望点数	結果	18年度保険区分
茎状突起管開放手術	de Quervain病 (短母指伸筋腱鞘炎) に対する腱鞘開放術	点数の見直し	K092	4,125点	部分的に取り入れられた	ばね指手術に含まれることになった
手根管開放術	内視鏡を用いて手根管を開放し、正中神経の除圧をはかる	点数の見直し	K093	17,600点	7,100点として新設	K093-2
経鼻の下垂体腺腫摘出術	下垂体部腫瘍に対して経鼻的に経蝶形骨動的にアプローチする手技	点数の見直し	K171	63,420点	45,300点 50,700点	K171
脳動脈瘤頸部クリッピング術	脳動脈瘤に対して開頭手術によるクリッピング手術を行い根治する	点数の見直し	K177-1,2	1ヶ所 :101,470点 2ヶ所 :145,860点	1.1ヶ所 :68,300点 70,500点 2.2ヶ所 :80,100点 84,100点	K177-1,2
血管内手術	頭蓋内脳血管塞栓術 (動静脈奇形、硬膜動静脈瘻) 脳動脈瘤内塞栓術	点数の見直し	K178	83,580点	32,700点 40,900点	K178
経皮的脳血管形成術	経皮的血管形成用バルーンを用いて、低侵襲で血管の拡張を得る	点数の見直し	K178-2	74,300点	21,000点 22,100点	K178-2
胸腔鏡下交感神経切断術 (両側)	全身麻酔下で胸部交感神経節を同一日同時に両側遮断する	胸腔鏡下交感神経切断術の両側実施時の点数設定	K196-2	23,090点	15,400点 18,500点	K196-2
角膜移植術	混濁角膜をドナー角膜に交換移植する	点数の見直し	K259	70,050点	29,100点 30,600点	K259
舌悪性腫瘍手術	舌半側切除の項目がないため、術式を舌部分切除、舌半側切除、舌全摘の3種類に分類する	切除の分類に沿って保険収載されたい点数の見直し	K415-1,2	舌部分切除 :14,160点 舌半側切除 :24,860点 舌全摘 :74,180点	1.切除 :11,100点 11,700点 2.垂全摘 :31,300点 32,900点	K415-1,2
副甲状腺全摘出、自家移植	副甲状腺過形成に対し、4腺摘出を行い、一部組織を自家移植する	点数の見直し	K464-2	21,900点	14,600点 20,000点	K464-2
胸腔内合成樹脂球摘出術	胸腔内合成樹脂球摘出術の保険収載廃止	保険収載の廃止	K495-1,2	—	廃止	廃止
肺切除術 2.広範部分切除術 (胸腔鏡下) 5肺葉切除術 (胸腔鏡下)	リンパ節郭清を伴わない転移性肺腫瘍又は肺癌に対する胸腔鏡下手術	点数の見直しと自動縫合器加算	K513	広範部分切除術 (胸腔鏡を含む) :65,730点 肺葉切除術 (胸腔鏡による) :78,420点	楔状部分切除 :17,100点 18,000点、区域切除 (1肺葉に満たないもの) :34,200点 35,900点、肺葉切除 :34,100点 35,800点、複合切除 (1肺葉を超えるもの) :31,100点 32,700点、1側肺全摘 :35,800点 37,600点 気管支形成を伴う肺切除術を43,500点としてK512から移行。胸腔鏡下肺切除術は31,700点 37,500点 自動縫合器加算 2,500点	K511、K513、K936
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	肺悪性腫瘍に対する胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (リンパ節郭清を伴うもの)	点数の見直し	K514-2	91,100点	55,200点 リンパ節郭清を伴わない :41,000点 リンパ節郭清を伴う :58,000点	K514-2
食道悪性腫瘍手術	開胸 開腹操作による食道癌切除再建手術	点数の見直し	K529	頸部、胸部、腹部の操作による (血管吻合伴わない) :74,190点 胸部、腹部の操作による :103,860点 腹部の操作による :134,460点	頸部、胸部、腹部の操作によるもの (胸腔鏡下によるものを含む) :68,100点 73,500点、胸部、腹部の操作によるもの :60,100点 64,600点、腹部の操作によるもの :42,900点 51,000点	K529
食道悪性腫瘍手術 (有茎腸管による再建)	食道切除後の再建に胃が使えないときに腸管を使用するもの	注釈の追加	K529	*10,000点加算	*5,000点	K529 注

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で採用された項目 (保険既収載 - 技術)

名称	技術の概要	要望内容	保険記号	要望点数	結果	18年度保険区分
両室ペースメーカー移植術	両室ペースメーカー移植術	点数の見直し	K552-2	58,260点	13,800点 20,500点	K598
弁形成術	房室弁および半月弁など自己罹患弁の形成手術	点数の見直し(弁置換術より低い査定は不合理)	K560-1,2,3	1弁 :79,390点、2弁 :92,620点、3弁 :105,850点	1弁 :43,200点 57,500点、2弁 :56,300点 72,500点、3弁 :68,600点 85,000点	K554
冠動脈、大動脈バイパス移植術	虚血性疾患において冠動脈病変部をバイパスする流路を造設すること	点数の見直し	K588-1	92,310点	1吻合 :48,700点 51,100点、2吻合 :81,300点 78,000点	K552
頸動脈血栓内膜摘除術	頸動脈狭窄症に対する外科的治療による血行再建	点数の見直し、頸動脈血栓内膜剥離術の分離 独立	K604-2	57,030点	頸動脈を追加 (17,700点)	K609-2
大動脈瘤手術 8.胸腹部大動脈瘤	広範囲胸腹部大動脈瘤に対する手術	点数の見直し	K605-8	208,340点	51,700点 111,000点	K560-6
腹腔鏡下鼠経ヘルニア手術	腹腔内より補強材を貼付することでヘルニアを治療する	点数の見直し	K634	19,340点	18,100点 20,800点	K634
腹腔鏡補助下胃悪性腫瘍手術	腹腔鏡補助下胃悪性腫瘍手術	点数見直し	K655, K657	*7,000点加算	51,000点として新設	K655-2-2
胆嚢悪性腫瘍手術	胆嚢の悪性腫瘍に対する根治を目指した外科治療	点数見直し	K675	胆嚢に限局 :51,280点 肝切除 :89,020点 PD :118,690点 肝切除+PD :168,080点	42,600点 胆嚢に限局 28,500点 肝切除を伴う :50,500点 膵頭十二指腸切除を伴う :65,300点 膵頭十二指腸切除及び肝切除を伴う :112,000点を新設	K675
肝切除術	肝実質の離段と血管の処置であり、高度の技術を必要とする	点数の見直し	K695-1~5	部分切除 :47,050点 亜区域 区域切除 :64,640点 前区域 後区域又は肝葉切除 :102,920点 拡大葉切除 :131,560点 拡大葉切除に血行再建 :157,260点	部分切除 :19,600点 21,500点 区域切除 22,300点 26,300点 葉切除 :41,200点 49,000点 拡大葉切除 :59,000点 64,700点 拡大葉切除に血行再建を併せ行う :65,500点 71,700点	K695-1~5
腹腔鏡下結腸切除術	腹腔鏡(補助)下結腸切除術	点数の見直し(開腹結腸切除術より高点数に)	K719, K719-2	小範囲 :46,180点、良 悪性 :62,840点	26,900点 35,700点	K719-2
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍手術	早期癌および進行癌に対する腹腔鏡下結腸癌手術である	点数の見直し	K719-3	55,340点	32,700点 41,700点	K719-3
同種腎移植術(死体腎加算含む)	腎不全患者に対し、同種腎移植術を行う	点数の見直し	K780	304,150点	71,200点 74,800点	K780
経尿道的前立腺手術	内服治療にて症状が改善しない前立腺肥大症患者に対し、内視鏡下で行う手術	点数の見直し	K841	26,480点	17,100点 18,500点	K841
骨盤位娩出術	骨盤位の胎児の娩出を促進援助する急速遂娩術	点数の見直し	K892	4,830点	3,560点 3,800点	K892
限界線療法(体外照射の内、X線表在治療に順ずる)	足白癬、慢性湿疹、血管腫などに対し、超軟X線を照射する治療法	保険収載の廃止	M001	—	廃止	廃止

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険未収載 - 技術）

注)*は改正要望申請時に外保連試案へ記載されていないことを表す

技術名	技術の概要・要望	要望点数	試案点数
洗腸指導料	ストーマからの排便を促す洗腸法（灌注排便法）の指導料を算定する	1,300点	*
ストーマケア療養指導料	入院中にストーマケアに熟練した医師、看護師が、専門的に指導管理することにより、ストーマ合併症の予防と早期発見や回復が可能となる	*170点	*
在宅ストーマケア指導管理料	入院以外のストーマを持つ患者に対して在宅ストーマケアに関する指導管理を行った場合に算定する	*500点	*
在宅コンチネントイレオストミーカテーテル排便指導管理料	コンチネント・イレオストミーを造設された患者に対する在宅でのカテーテル排便の指導管理料を算定する	2,400点	*
ロービジョン指導管理料およびロービジョン訓練	日常及び社会生活における支障を軽減するための保有視機能を利用した補装具、固視訓練や生活訓練、その他の眼科的指導及び訓練	*指導1回 約90分 480点 *訓練1回 45分 180点	*指導1回 約90分 480点 *訓練1回 45分 180点
泌尿器科特定疾患指導管理料（前立腺肥大症、神経因性膀胱）	前立腺肥大症および神経因性膀胱患者における、生活、栄養の指導、服薬指導などを含めた専門的治療計画を作成しそれに沿って総合的ケアを行う	*230点	*230点
シスプラチン・エトボシドの悪性脳腫瘍への適応拡大	シスプラチン・エトボシドの悪性脳腫瘍への適応拡大	シスプラチン・エトボシドの悪性脳腫瘍への適応拡大	*
ウロキナーゼの血腫溶解への適応拡大	くも膜下出血、脳出血における血腫溶解へウロキナーゼの適応拡大	ウロキナーゼの血腫溶解への適応拡大	*
軟性内視鏡に対する洗浄及び高度作用消毒	自動洗浄消毒機により内視鏡を洗浄し高度作用消毒剤の薬液に浸漬して消毒	100点（洗浄・高度作用消毒実施加算）	人件費、機器減価償却費で35点（2005年のコスト実態調査結果に基づく）
内視鏡ファイリングシステム	検査画像をデジタル画像として保存するとともに診断等に資する	*130点の加算（区分D295～D324）	*1検査当たりコスト:113点～228点（約1,130～2,285円）
皮膚病像撮影料	皮膚病変所見のデジタルカメラ（カメラ）による診療録に準じた記録の作成、保存である	190点	190点
他医検査判断料（骨塩、筋電図等生理機能検査等）	当該医療機関以外の医療機関での検査結果の判断料の算定	*34点～150点（現行点数に準ずる）	*34点～150点（現行点数表D026に準ずる）
実物大臓器立体モデルによる手術計画	CTやMRI情報をコンピュータと連動させた切削器械や光造型法により頭蓋頸顔面立体モデルを作成し、手術シミュレーション、人工骨の成形等に使用	150,319円から210,319円（一部が実費のため）	3D-CTによる顔面・頸部実像モデル検査として登録されており、技術度D-2、施行医師数1人15分、技師1人40分、全所要時間1時間、60,319円
再診時、他医撮影MRI・CT読影料	再診時に当該医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについての診断料の算定	*450点（現行点数に準ずる）	*450点（現行点数表E203に準ずる）
徒手筋力テスト	個々の筋力を徒手的に判定する	556点	556点
コンピュータによる筋力検査	コンピュータを内蔵した多用途筋機能評価運動装置を利用し各種関節モーメント、可動域、速度性能等を検査する技術	1,820点	1,820点
術中のレントゲン検査（透視）- A	非観血的手術、経皮的骨折固定術などに際して患部の位置、状態、形状等の診断のためレントゲンによる透視を行う	2,560点	1,460点
術中のレントゲン検査（透視）- B	骨折固定、異物除去などの術中に、患部の位置、状態、形状等の診断のためレントゲンによる透視を行う	4,140点	3,040点
関節可動域テスト	四肢の各関節及び体幹の可動域の計測	556点	556点
関節・脊椎ストレス撮影	関節・脊椎の不安定性の評価	*98点現行の単純撮影（65点）の1.5倍	538点
手指巧緻性機能検査	機器を用いて手指の巧緻性機能を定量的に評価する	596点	596点
手根管内圧測定	手根管内圧測定により手根管症候群の確定診断が可能となる	1,510点	650点
多形態脳卒中MRI撮影	脳卒中急性期の診断のためのMRIの脳組織画像を一組のセットとした検査の算定要件の見直し、および保険点数の見直し	3,270点	3,270点
眼底3次元画像解析	光の干渉現象やレーザー、赤外線を利用し非侵襲的に眼底病変を解析し網膜の厚さを測定するとともに3次元画像解析を行う	2,140点	2,140点

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険未収載 - 技術）

注)*は改正要望申請時に外保連試案へ記載されていないことを表す

技術名	技術の概要・要望	要望点数	試案点数
赤外線CCDを用いた眼振検査	赤外線CCDカメラを頭部眼前に装着し、視覚入力を遮断した条件下で、眼振ならびに異常眼球運動をTV画面上に拡大してモニターし、観察と記録を行う	471点	471点
肛門鏡検査	括約筋で閉ざされ、直腸鏡、ファイバースコープでは観察不可能な肛門内へ挿入し、肛門管内を直接観察し正確に判断する。同時に直腸下部を観察する	硬性鏡 65点 肛門 -その他 298点	硬性鏡 51点 肛門 -その他 284点
尿失禁定量テスト(パッドテスト)	尿失禁患者において、体動時の失禁の量をパッドを用いて採取し、定量的に尿失禁の量を評価する検査	272点	270点
勃起障害検査 1.短時間の場合 2.夜間の場合	1 血管作動薬(プロスタグランジンE1)を用いた陰茎海绵体注射テスト 2 夜間勃起現象を記録し、勃起機能の総合的能力判定に用いる	短時間 976点 夜間 1,934点	短時間 676点 夜間 1,934点
超音波検査法、断層撮影法、造影超音波法(臓器、腫瘍に関するもの)	主に肝胆脾領域の鑑別	造影超音波技術料(銃影料を含) 2,000点	1,000点
運動療法処方料(運動器リハビリテーション処方料)	骨・関節・脊椎・筋・腱、中枢神経、末梢神経等の疾患または外傷による機能障害に対する運動療法に対する処方料である	7,690点	1患者に評価 処方に20分は要する。外保連試案に基づく医師の1時間あたりの人件費より算出した点数。技術区分C-2レベルでの試案人件費は23,080円/時間である
在宅運動療法処方料	自宅において自主的に運動療法を行うための処方箋を発行する	*700点	*700点
直腸肛門機能回復訓練	機能回復訓練(バイオフィードバック療法)	364点	340点
尿路ストーマカテーテル交換料	手術による尿路ストーマを造設し、これには適切な尿排出管理と尿閉塞予防の為にカテーテルの交換が行われる	*100点	640点
ストーマサイトマーキング	ストーマ造設の際の位置決定	*755点	627点
皮膚軟部組織損傷創洗浄	開放創に対し食塩水等を用いての念入りな洗浄を行ない、デブリトマンを代替する	135点	135点
皮膚潰瘍処置(100ヘイリセンチメートル未満)	種々の原因により生じた皮膚潰瘍処置の技術であり、潰瘍の程度により専門知識に基づく適切な治療を行う	95点	95点
皮膚潰瘍処置(500ヘイリセンチメートル未満)	種々の原因により生じた皮膚潰瘍処置の技術であり、潰瘍の程度により専門知識に基づく適切な治療を行う	212点	212点
皮膚潰瘍処置(1,500ヘイリセンチメートル未満)	種々の原因により生じた皮膚潰瘍処置の技術であり、潰瘍の程度により専門知識に基づく適切な治療を行う	314点	314点
創部テーピング	縫合術を伴わない創固定	137点	137点
透視下関節内注射	触診のみでは関節注射を行い難い関節に対し、レントゲン透視下に安全かつ確実に関節内注射を行う方法である	340点	270点
関節腔内洗浄(パンピング)	局所麻酔下に関節腔を開け、生理食塩水などで何回か洗浄する操作。関節腔内に生じた異常な状態を早期に改善するために行う	612点	462点
小関節テーピング	罹患している小関節に対してテーピングテープを用いて固定を行う	211点(12mm x12mm) 220点(19mm x12mm) 226点(25mm x12mm)	194点
爪甲穿刺	爪甲に指骨針(ピン)等で穴を開けて爪甲と爪床の間に貯留した血液、膿等を除去する	68点	68点
幽門後栄養チューブ挿入設置(X線透視下)	経腸栄養を目的としてX線透視下に経鼻または経胃瘻的に十二指腸や空腸に栄養カテーテル先端を留置する	460点/回	460点/回
希釈式自己血輸血(採血を含む)	患者から手術時の麻酔導入後に自己血液を採血・保管し、液状で室温保存する操作である	2,020点	1,890点
自己フィブリン糊(全血200ml処理ごとに)	用手法またはフィブリン糊調製装置を用いて自己全血から自己フィブリン糊を作成し、術野において血管縫合・止血・髄液防止などに使用する	1,488点	1,308点

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険未収載 - 技術）

注）*は改正要望申請時に外保連試案へ記載されていないことを表す

技術名	技術の概要 要望	要望点数	試案点数
神経モニタリングの使用加算	術中の脳内細胞外神経活動電位、大脳脳幹機能マッピング、運動誘発電位、聴性脳幹反応、体性感覚誘発電位、視覚誘発電位、脳表 脳内脳波モニタリング	脳内細胞外神経活動電位、大脳脳幹機能マッピング 7,059点、大脳皮質直接刺激による運動誘発電位 8,824点、聴性脳幹反応、体性感覚(視覚)誘発電位 5,000点、頭蓋内(深部)脳波硬膜下(脳実質)導出：4,942点	脳内細胞外神経活動電位、大脳脳幹機能マッピング 7,059点、大脳皮質直接刺激による運動誘発電位 8,824点、聴性脳幹反応、体性感覚(視覚)誘発電位 5,000点、頭蓋内(深部)脳波硬膜下(脳実質)導出：4,942点
脳深部刺激療法中の刺激条件設定の加算	脳深部刺激療法で優れた効果を発揮するためには適切な刺激条件の設定が必要	*1,000点	*1,000点
脳腫瘍手術時におけるニューロナビゲーター使用時の手術加算	患者の術前あるいは術中画像と術野のプロープの位置情報をもとに、手術操作位置、手術目標までの方向と距離などを即時的に表示する手術支援装置	*10,000点	*
移植用皮膚、粘膜採取手術	皮膚提供者からの皮膚、粘膜採取	5,290点	2,230点
鏡視下自家軟骨移植術	自家関節軟骨を採取し、軟骨欠損部位に移植し、関節機能の修復を計る	鏡視下自家軟骨移植術 60,730点、関節軟骨形成術 32,130点	鏡視下自家軟骨移植術 50,730点、関節軟骨形成術 22,130点
軟部病変に対する試験切除（切開生検を手術へ移動）	軟部病変に対する診断、治療方針決定のため、麻酔下に切開し、病変部より病理組織診断に必要な組織片を採取する	肩甲骨・上腕骨・大腿骨 4,830点 前腕骨・下腿骨 4,830点 鎖骨 手 足 指(手・足) 2,290点	肩甲骨・上腕骨・大腿骨 4,830点 前腕骨・下腿骨 4,830点 鎖骨 手 足 指(手・足) 2,290点
関節鏡検査	関節鏡を用いて関節内病変の診断を低侵襲で行う	関節切開術 肩 股 膝 3,380点 胸鎖 肘 手 足 1,690点 肩鎖 指(手・足) 968点	関節切開術 肩 股 膝 3,380点 胸鎖 肘 手 足 1,690点 肩鎖 指(手・足) 968点
インストメンテーションを併用した脊椎固定術（椎体に達しないもの）	金属製内固定具を併用した脊椎固定術	頸椎 52,880点 胸椎 67,990点 腰椎 67,990点	頸椎 52,880点 胸椎 67,990点 腰椎 67,990点
椎体形成術	骨粗鬆症性胸腰椎新鮮圧迫骨折に対し、潰れた椎体にセメントなど骨置換剤を経皮的に注入して、椎体の変形を矯正かつ強度を即時的に獲得、除痛を得る	32,000点	32,000点
定位的脳内血腫除去術	定位的手術手技を利用した低侵襲の手術法である	38,680点	38,680点
ステント併用による頸部脳血管形成術（頸動脈、椎骨動脈）	脳血管（頸動脈、椎骨動脈）狭窄に対する血管拡張・ステント留置	100,850点	41,100点
内視鏡下硬膜外癒着剥離術	仙骨裂孔から挿入されたファイバースコープによって硬膜外腔を観察しながら、カテテルによる癒着剥離、生理食塩水による洗浄、その後の薬液注入	36,810点	25,910点
頭蓋内神経内視鏡下手術	神経内視鏡を用いた脳腫瘍摘出術、脳内血腫除去術	頭蓋内(神経)内視鏡手術 脳腫瘍摘出術 87,510点(加算分8,210点)、頭蓋内(神経)内視鏡手術 脳内血腫除去術58,340点(加算分33,340点)	頭蓋内(神経)内視鏡手術 脳腫瘍摘出術 87,510点(加算分8,210点)、頭蓋内(神経)内視鏡手術 脳内血腫除去術58,340点(加算分33,340点)
頭蓋顔面拡大再建術	クルーゾン病、アペール症候群などの頭蓋顔面骨先天異常に対する機能形態再建を目的とした頭蓋顔面骨を一体化した骨切移動術である	200,080点	168,080点
頭蓋顔面拡大再建術（延長器使用）	クルーゾン病、アペール症候群などの頭蓋顔面骨先天異常に対して頭蓋顔面骨を一体化した骨延長術を行い機能形態再建を行うものである	290,460点	134,460点
喉頭気管分離術	喉頭と気管を分離し上部消化管と上部気道の経路を全く別のものにするこにより誤嚥を防止し、経口摂取を可能にして肺炎を予防する	24,860点	24,860点
顎骨腫瘍切除後のインプラント植立術	残存顎骨にインプラントを植立する 口腔外科専門医あるいは口腔インプラント認定医	23,270点	16,570点
顎骨延長術（骨延長装置使用による）	骨延長装置を顎骨に埋入し、毎日わずかづつ延長し自然な顎骨の新生力を利用した技術	1.下顎骨延長術 1)片側 28,920点 2)両側 3,080点 2.上顎骨延長術 29,610点 3.歯槽骨挙上術 8,850点	1.下顎骨延長術 1)片側 28,320点 2)両側 2,480点 2.上顎骨延長術 29,010点 3.歯槽骨挙上術 8,250点
骨内異物除去術（下顎骨）1. 1ヶ所の場合	1ヶ所の場合における顔面骨の骨内異物（挿入物）除去術	6,180点	6,180点

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険未収載 - 技術）

注）*は改正要望申請時に外保連試案へ記載されていないことを表す

技術名	技術の概要・要望	要望点数	試案点数
骨内異物除去術（下顎骨）2.多発の場合	顔面骨の骨内異物（挿入物）除去には、顔面という露出部であることから切開部位が限られ、下顎骨腫瘍摘出術と同様の技術と時間を必要とする	14,160点	14,160点
骨内異物除去術（頬骨）	顔面骨の骨内異物（挿入物）除去には、顔面という露出部であることから切開部位が限られ、頬部腫瘍摘出術と同様の技術と時間を必要とする	6,180点	6,180点
骨内異物除去術（上顎骨）	顔面骨の骨内異物（挿入物）除去には、顔面という露出部であることから切開部位が限られ、上顎腫瘍摘出術と同様の技術と時間を必要とする	8,540点	8,540点
甲状腺部分切除、甲状腺摘出術 1片葉のみの場合（内視鏡下含む）	従来の術式に内視鏡下補助下を加えた	甲状腺部分切除術 :10,620点 内視鏡下甲状腺切除術 22,130点	甲状腺部分切除術 :10,620点 内視鏡下甲状腺切除術 22,130点
内視鏡（補助）下甲状腺切除術 1.片葉のみ	頸部に皮切を加えず、非露出部である前胸部または腋窩から頸部の皮下へ内視鏡を挿入し甲状腺を切除する	26,430点	22,130点
内視鏡（補助）下甲状腺切除術（Ⅱ）全摘術 2.両葉の場合	頸部に皮切を加えず、非露出部である前胸部または腋窩から頸部の皮下へ内視鏡を挿入し甲状腺を切除または（Ⅱ）全摘をする	37,500点	33,200点
副甲状腺摘出術（内視鏡下補助下によるもの）	従来の術式に、内視鏡下補助下を加えた	22,130点	22,130点
内視鏡（補助）下副甲状腺摘出術	頸部に皮切を加えず、非露出部の腋窩、乳輪縁に小切開を加え内視鏡を挿入し、CO2送気あるいは吊上げ法により視野を良好にして病巣部を摘出する	26,440点	22,140点
内視鏡（補助）下甲状腺切除術 バセドウ病甲状腺全摘術	頸部に皮切を加えず、非露出部の腋窩、両乳輪縁などに小皮切を加えCO2送気などで視野を確保し、内視鏡下に腫大した甲状腺を全摘術する	56,870点	44,270点
深頸部膿瘍切開排膿術	副咽頭間隙、咽後間隙などに生じる深頸部膿瘍に対し、切開排膿を行なう	14,160点	14,160点
乳腺悪性腫瘍に対するセンチネルリンパ節生検術	リンパ節転移がないと予想される患者に対するリンパ節生検法	10,370点	9,670点
内視鏡下胸腺摘除術	胸腺腫に対する胸腔鏡下胸腺摘除術で、5ミリあるいは10ミリの胸腔鏡を用いる。左右胸腔に6カ所の胸腔鏡ならびに内視鏡手術機械挿入用の小孔を設ける	76,100点	76,100点
縦隔組織試験切除術 2.縦隔鏡による	全身麻酔下に頸部を切開して、気管前面などに縦隔スコープを挿入してリンパ節などの組織を採取し病理学的検索などを行う診断的手術	13,570点	13,570点
経心筋レーザー血行再建術(TMLR)	高出力レーザーを用い心外膜側から左室内腔に向け心筋を貫通する小さいチャンネルを作成し血管新生により虚血心筋の血行再建を目指す治療法である	単純 :76,920点、 冠動脈血行再建を伴う :107,690点 レーザーハンドピース（価格未定）を除く	単純 :76,920点、 冠動脈血行再建を伴う :107,690点
破裂例に対する腹部大動脈瘤の手術	部大動脈瘤破裂に対する人工血管置換術	74,180点	74,180点
バルーンカテーテルによる大動脈遮断	大腿動脈からバルーンカテーテルを挿入し胸部下行大動脈の血行を一時遮断し血圧の低下を防止する	1,820点	1,820点
肺動脈血栓内膜摘除術	超低体温間歇的循環停止下に肺動脈を切開して、肺動脈壁の中膜と内膜の間で剥離して、内膜と共に器質化した白黄色の血栓を摘除する方法である	107,690点	107,690点
動脈形成術、吻合術 5.大腿膝窩動脈	大腿膝窩動脈の狭窄や閉塞に対して、血栓内膜を摘除し、さらに自家静脈か人工血管で血管を形成する	44,270点	44,270点
血管移植またはバイパス手術 下腿足部動脈	下腿動脈（前脛骨、腓骨、後脛骨動脈）ないし足部動脈（足背、足底動脈）への自家静脈を用いたバイパス手術	105,770点	105,770点
透析シャントにおける経皮的血管形成術	透析シャントの狭窄、閉塞に対し、バルーン、及び血栓除去カテーテル等の医療器具を用いて経皮的にシャント血流を改善させる	*8,000点	*8,000点
BRTO（バルーン閉塞下静脈瘤塞栓術）	バルーンカテーテルを用い、硬化剤を逆行性に注入し静脈瘤およびその他の側副血行路を閉塞する方法	55,680点	34,020点
腹部外傷に対するダメージコントロール手術	初回手術は止血を中心とし集中治療室で全身状態の改善を図り二期的手術ないしは三期的手術により根治を図る段階的的外科治療戦略	22,130点	22,130点
噴門側胃切除術	胃上部を切除し、胃下部を温存して胃全摘を避ける	89,620点	76,920点
十二指腸乳頭切除術	疾患の根治性から、膵頭部の切除を必要としない十二指腸病変に対し、臓器欠損を必要最小限とする手術手技である	45,400点	29,020点

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険未収載 - 技術）

注)*は改正要望申請時に外保連試案へ記載されていないことを表す

技術名	技術の概要・要望	要望点数	試案点数
空腸嚢移植術	切除後の消化管再建において、拳上空腸による空腸嚢の作成	13,290点	8,290点
腹腔鏡下肝切除術	腹腔鏡下に肝の部分切除を施行する	部分切除 :49,200点、 亜区域・区域切除 :60,270点	部分切除 :33,200点、 亜区域・区域切除 :44,270点
肝門部胆肝癌切除術	肝切除（癌浸潤の程度で異なるが、最小でも部分切除、最大では尾状葉切除を伴う拡大右葉切除や右三区域切除）胆管切除、肝内胆管空腸吻合	血行再建なし :134,460点 血行再建あり :168,080点	血行再建なし :134,460点 血行再建あり :168,080点
腓酵素阻害薬・抗菌薬腓局所持続動注療法	重症急性膵炎に対して膵の炎症と感染制御のために腓局所に持続動注を行う	13,020点	13,020点
腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術 1脾摘に伴う	腹腔鏡下に腓体尾部の腫瘍を切除する術式である	40,940点	33,140点
腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術 2脾温存による	腹腔鏡下に腓体尾部の腫瘍を切除すると同時に、脾臓を温存する術式である	65,940点	55,340点
感染性膵壊死に対する膵壊死部切除術	壊死に陥った膵および周囲組織のみをdebridementする	50,570点	44,390点
腹腔鏡下大腸全摘術	有効性は、速やかな術後回復、疼痛の軽減、美容的に良好である点、などである。若年患者が多いことが特徴である	81,400点	66,400点
腹腔鏡下直腸脱手術 直腸挙上固定術	直腸脱に対して、腹腔鏡下に直腸固定を施行する術式である。創痛は軽く、開腹手術と比較して良好な術後経過をとると評価されている	14,160点	14,160点
膀胱水圧拡張術	麻酔下に膀胱鏡で観察しながら水を膀胱内に充満させ、膀胱内の状態を観察すると同時に、水圧で膀胱を拡張する	5,740点	5,740点
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍摘出術	従来開腹手術で行っていた前立腺全摘除術を、腹腔鏡を用いた鏡視下に施行するものである	125,140点	117,650点
造腔術4 腹腔鏡下骨盤腹膜利用による	腹腔鏡下に骨盤腹膜を利用して腔壁を形成する	39,550点	38,050点
子宮筋腫病巣除去術	病巣直上の子宮漿膜を切開し、病巣と健常漿膜および健常筋層との間を分離、切開する。病巣を最大限切除したあと、断端組織を吸収糸で縫合する	24,860点	24,860点
仙骨子宮神経切断術（腹腔鏡下）	仙骨子宮靭帯内を走行する神経を含めて凝固・切断	22,550点	22,550点
傍大動脈リンパ節郭清術	傍大動脈リンパ節郭清術	76,920点	76,920点

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険既収載 - 技術）

注）*は改正要望申請時に外保連試算へ記載されていないことを表す

技術名	技術の概要 要望	保険記号	現行点数	要望点数
ハイケアユニット入院管理料	集中治療室の後方ベッドとして、効率の良い集中治療室の運用を行うための管理料	A301-2	3,700点	*10,000点
特定疾患療養指導料の拡大	きめ細かい管理指導を要する整形外科疾患への適応拡大	B000	225点、147点、87点	225点、147点、87点
D215 超音波検査 2断層撮影法 イ 胸腹部	D215-2-イ胸腹部走査法のうち骨盤内臓器に対して行う体腔内走査法	D215-2-イ	550点	1,002点
胃・食道内24時間pH測定	食道下部にpHセンサーを挿入し、胃内容の逆流の有無程度を検査する	D234	1,000点	10,337点
中耳機能検査（パッチテスト）	鼓膜穿孔部を小片で閉鎖して聴力の改善の有無を検討する	D244-6	100点	195点
眼底カメラ撮影	眼底カメラ撮影 通常の方法の場合におけるデジタル画像記録	D256	56点	629点
精巣、精巣上体組織試験採取術	造成機能を病理学的に評価するための精巣組織採取の方法	D417-12	360点	995点
画像診断管理料	医療施設内での画像診断の適応を判断 施行し、読影報告書を作成する	E001	87点	*450点
造影剤注入手技における註の廃止	造影剤注入手技 E003における後腹膜酸素注入手技料の廃止	E003	250点	-
選択的血管造影（加算）	動脈造影カテーテル法により主要血管の分枝を造影	E003-1 注	640点	780点
頸椎MRI CT（単純、造影）の頭部よりの独立	頸椎のMRI CTの撮影	E200-1,2,E202	620-1,600点	830 - 950点、1,220 - 1,600点
早期リハビリテーション加算の対象疾患の拡大	脊椎の骨折、靭帯損傷、末梢神経損傷の病名を明記する	H001	100-80-30点	*100-80-30点
早期リハビリテーション加算の理学療法、への拡大	対象施設基準の見直し	H001	100-80-30点	*100-80-30点
理学療法及び消炎鎮痛処置の単位制限、逓減制の撤廃	*	H001,J119	-	-
理学療法及び消炎鎮痛処置複数部位加算	理学療法、消炎鎮痛処置の複数部位加算	H001,J119	H001(35-250点)、J119(24-35点)	* (35-250点) × 1.5
幼少児ギブス処置加算	内反足の矯正位保持、骨折 脱臼の整復位保持のためにギブスで固定する	*	*	*新生児100分の200、幼児100分の50加算
処置料を52点（外来管理加算）以上に	52点以下の整形外科処置行為を52点以上に見直すこと	J000,J001,J11	35 - 50点	*52点
術後創傷処置(1日につき)	肛門部における術後創傷処置	J001	指 = 42点	肛門部(単純) 141点 肛門部(複雑) 327点
洗腸	肛門から洗腸用チューブを挿入し、温生食液などで結腸を洗浄する	J022	42点	191点
ミラー・アボット管（イレウス管）挿入法	イレウス管を経鼻または経肛門的に腸管内に挿入して、イレウスを解除する	J034	150点	経鼻的挿入-上部消化管内視鏡検査 3,080点 経肛門的挿入-下部消化管内視鏡検査 ×線透視 2,830点
血漿交換療法（肝移植後C型肝炎再発に対するもの）	全血を血漿と血漿以外に分離し、二重濾過法等により有害物質等を除去する	J039	5,000点	10,750点
血漿交換療法（血液型不適合肝移植に対するもの）	抗ドナー抗体の除去を目的とし、肝移植前後に血漿交換を行う	J039	5,000点	10,750点
間歇的導尿（1日につき）	1日複数回熟練した医療職が施行し無菌的に排尿を促す	J065	150点	284点
介達牽引療法	頸椎及び腰椎牽引療法	J118	35点	*52点

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険既収載 - 技術）

注)*は改正要望申請時に外保連試案へ記載されていないことを表す

技術名	技術の概要 要望	保険記号	現行点数	要望点数
ギブス包帯管理加算	ギブス包帯後の指導管理による合併症予防と治療の促進	J122-J128	310-3,000点	*継続的管理料として250点月2回を希望
術中術後自己血回収術(濃縮、洗浄によるもの)	自己血回収装置を用い術中 術後出血から赤血球成分を回収し洗浄後に輸血	K923	5,000点	8,843点
感染患者の手術における加算	感染症患者に対する手術の加算	手術通則12	適応なし	*2,000点
内視鏡下(補助下を含む)手術	内視鏡下または内視鏡補助下に手術を行う	K005-1	1,660点	*内視鏡の使用認可の要望のため、点数要望なし
椎弓形成術	椎弓を切除 除去せず、椎弓を温存し、後方に開いて脊柱管を拡大する方法	K132	19,100点	29,010点
脊椎手術複数椎間一律加算	複数椎間に及ぶ脊椎手術の加算	K133,K134	10,100-20,600点	*1椎間増すごとに100分の50の加算
体外式脊椎固定術	頸椎脱臼骨折に対し、頭部のリングと体幹のプレースで頸椎を整復固定する	K144	22,000点	38,680点
複数手術の算定を可能にする	複数手術を必要とする場合に、きちんと算定されることを希望する	K177,K164-2	-	*
咽頭異物摘出術 2.複雑なもの	咽頭に介在する複雑な異物の摘出	K369-2	1,360点	6,230点
顎・口蓋裂形成手術 4.両側	両側性顎・口蓋裂に対し両側の裂を同時に閉鎖形成手術を行う	K407	14,900点	*所定点数の50/100加算(両側の場合)
下顎関節突起骨折観血手術	下顎関節突起骨折観血手術は部位(解剖学)的に難易度が高く別途評価すべき	K429-1,2	片側10,000点、 両側14,700点	41,435点
顎関節関節鏡下授動術	顎関節腔内の癒着病変を関節鏡下に剥離	K446-2	4,320点	39,460点
気管支形成を伴う肺切除術	肺悪性腫瘍に対する気管支形成を伴う肺切除術	K512	48,000点	103,780点
人工心肺時の「逆行性冠灌流」の加算	心停止手術時の心筋保護のため冠静脈洞から逆行性に冠灌流を行う	K598	-	*4,800点
ステントグラフト内挿入術(胸部大動脈)	動脈瘤および動脈解離に対する経カテーテル的低位侵襲治療	K605-2-1	39,600点	68,320点
ステントグラフト内挿入術(腹部大動脈)	動脈瘤および動脈解離に対する経カテーテル的低位侵襲治療	K605-2-2	31,600点	58,340点
ステントグラフト内挿入術(腸骨大動脈)	動脈瘤および動脈解離に対する経カテーテル的低位侵襲治療	K605-2-3	24,800点	58,340点
四肢血管拡張術および血栓除去術	四肢静脈における閉塞狭窄に対する解除を目的とした血管内治療	K613	15,800点	*基本的には現行点数とステント費用でOK
胃ろう造設術	消化管の減圧または栄養補給のための胃外瘻造設術	K664	9,460点	*4,730点
生体部分肝移植術(レシピエント)	固有肝を摘出し、ドナーからの部分肝を移植する	K697-5	63,700点	206,670点
移植用部分肝採取術(生体)	末期的肝疾患に対する肝移植を目的とした、生体ドナーからの部分肝採取術	K697-4	48,000点	切除範囲により128,860点 又は147,420点
結腸切除(小範囲切除)	点数の見直し	K719-1	13,700点	16,570点
腸瘻、虫垂瘻造設術	消化管減圧または栄養補給のためのチュ-ブ瘻	K725	6,140点	3,070点
体外衝撃波腎尿管結石破砕術	硬い結石や珊瑚状結石などの大きいものではESWLのみでは治療が困難	K768	19,300点	併用治療した際の点数加算
内視鏡下移植用腎採取術	内視鏡下で生体腎移植用の腎臓を採取する	K779	21,700点	75,580点

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険既収載 - 技術）

注)*は改正要望申請時に外保連試案へ記載されていないことを表す

技術名	技術の概要 要望	保険記号	現行点数	要望点数
バルトリン腺嚢胞摘出術 造袋術	バルトリン腺を摘出する根治術と保存手術	K848	2,760点	4,120点
硬膜外麻酔 2)腰部 3)仙骨部	腰部及び仙骨部に対して硬膜外麻酔	L002	2)腰部 800点 3)仙骨部 340点	2)腰部 仙骨部800点

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険未収載・既収載 - 材料）

材料名	材料の概要 要望	要望点数 (材料の値段)
プラスチックギプス (特定材料)	プラスチックギプスを特定保険材料として認めてほしい	一巻660円から1,200円である。一回のギプス包帯で2 - 4巻使用する
内視鏡手術ディスポ器具 材料	ディスポチューブ、ディスポブレード、ディスポプローブ	『内視鏡手術ディスポ器具 材料』として特定治療材料化5,000点
人工鼻 (フィルター)	全身麻酔中に気道湿度保持は必要不可欠	100点から200点
ディスポーザブル超音波水晶体乳化吸引セット	超音波乳化吸引術における使い捨て器具を梱包したパック化製品	6,050点 (60,500円)
ディスポーザブル硝子体手術セット	硝子体手術における使い捨て器具を梱包したパック化製品	11,200点(112,000円)
マイクロドリッター用各種ブレード	病変除去と出血吸引を同時に行い内視鏡下副鼻腔炎手術を安全に実施できる	18,000円 ~ 35,000円
1. ヒスキヤス (ソフト卵管造影通気通水カテーテル)	ヒスキヤス (ソフト卵管造影通気通水カテーテル)	3,000円
リングペッサリー (子宮脱用)	リングペッサリー (子宮脱用)	2,500円
ユーテリンマニピレータ	腹腔鏡下手術において、子宮を把持、挙上するために子宮腔内に挿入する器具	10,000円
顎骨用インプラント植立材料	顎骨切除後に機能回復のために用いるインプラント植立材料	6,700点
穿刺部止血デバイス	用手圧迫して止血していた穿刺部を確実に止血するための医療材料	31,000円 (現在の値段)
冠動脈バイパス術用自動吻合器Passport	冠動脈バイパス術における大伏在静脈 - 大動脈吻合の自動吻合器	15,000点、自動吻合器加算として他科並みの55,000円
胃瘻造設セット	胃瘻造設に使用する特別な材料 (胃瘻造設セット)	実費
臓器保存液(ピアスパン、クストディオール)	臓器移植の際に用いる、灌流・保存液	ピアスパン :1本3,645点、クストディオール :1本2,500点
食道プジー用バルーンカテーテル	上部消化管狭窄をバルーンによる圧力で改善する	6,500点
大腸に対する消化管ステント(EMS)	大腸狭窄に対する金属ステントEMS挿入術	13,700点
創部保護開創器: Wound Protector & Atraumat	弾力性のある筒状のポリウレタン性フィルムと2個のO型のリングから構成	都道府県の購入価格によって定めるのが適当。
ベッセルシーリングシステム	主要血管および大網 間膜 靭帯等の処置を安全 確実に行うバイポーラ装置	本機器使用時に2,000点の加算
経皮的椎間板摘出術用器械ニユクレオトム	経皮的椎間板摘出術に用いる器械	100,000円
尿路用ガイドワイヤー	泌尿器科手術、処置、検査等で使用されるガイドワイヤー	400点 (4,000円)
前立腺針生検に用いる生検針	前立腺針生検に使用する生検針の保険収載	前立腺生検針 定価で4,000円から12,000円
骨セメントミキシングシステム	リ・ユースブルな部分とディスポーザブルな器具がある	ディスポの費用が償還価格になっておらず、病院の持ち出し(赤字)になる
術後排液バック	低圧持続吸引器 (携帯型)	償還価格 (告示価格) 5,000円 (消費税込み)
手術時ディスポ	術者・看護士等の術衣、四角巾、マスク、帽子、手術室用靴、患者の衣類等	841点 ガウン3、ドレープ1、四角巾3で計算
下肢静脈瘤に対する弾力性ストッキング	下肢静脈瘤に対する圧迫療法としての弾力性ストッキング	300 ~ 1,000点 (3,000円 ~ 10,000円)

外保連による改正要望のうち平成18年度診療報酬改定で不採用の項目（保険未収載・既収載 - 材料）

材料名	材料の概要・要望	要望点数（材料の値段）
弾力包帯	適度の伸縮性を有した厚手の包帯材料	5cm×4.5m 350円、7.5cm×4.5m=500円、10cm×4.5m=700円、17.5cm×4.5m=1,180円（消費税含まず）
頸椎カラー（頸部固定帯加算）	ポリウレタンフォームあるいはプラスチック製の頸部の固定帯	4,000円
特殊縫合糸	非吸収性合成縫合糸、吸収性天然縫合糸及び吸収性合成縫合糸	350円（ナイロン糸）～18,333円（エチボンDエクセル）
大動脈ステント作成時のステントの特定保険医療材料の償還化	大動脈瘤に対し血管内より治療を行なう	Zステント 20,000点/個
インフレーションデバイス	経皮的血管形成術の際用いるバルーン拡張用デバイス	15,000円
大動脈用ステントグラフト	大動脈瘤に対するステント留置	140,000点（1,400,000円）
ディスプレイザブル胸腔内持続吸引装置	開胸術、心臓手術の処置や術後に胸腔・心膜腔の排液、排気目的で用いる	1個あたり700点
ステイプラー（自動縫合器）	縫合材料	一個あたり3,900円
シリコンオイル	網膜硝子体手術後の網膜タンポナーデ物質として使用される	5,000点（50,000円）
頭頸部用血管拡張用ステントセット	頸部頸動脈及び椎骨動脈狭窄の拡張用に用いる金属メッシュの筒状のステント	ステント29,300点、アンギオシール 4,000点
気管・気管支ステント	気管・気管支の狭窄に対する気管、気管支ステント挿入	本体 180,000円、ガイドワイヤー 23,000円
血栓溶解剤	急性心筋梗塞時に用いるため	20,000点
サイファーステント	冠動脈狭窄の治療に用いる サイファーステントを50,000円値下げし、経皮的冠動脈ステント留置術を50,000円値上げする	ステント留置術 27,800点、サイファーステント371,000円