

外保連ニュース 第7号 2007年10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

特集 日本の医療技術は 優れている?! PART

「心臓移植」と「補助人工心臓」治療

日本心臓血管外科学会
広報委員長 許 俊鋭
理事長 高本 眞一

1 わが国の心臓移植の現況

内科的薬物治療に抵抗し患者が高度心不全に陥った場合、現時点では心臓移植が究極の治療手段と考えられている。しかし、心臓移植が最も普及している米国においても最大限年間2000例の心臓移植施行が限界であり、1995年をピークに世界的に減少傾向にある。本邦では1997年に臓器移植法が制定されたが、この10年間の心臓移植数は45例(2007年6月現在)に過ぎず、アメリカやヨーロッパの先進国に比較して心臓移植数は極端に少ない(1,2)。海外渡航症例(15歳以上39例、15歳未満27例)を含めても平均年間10例前後が心臓移植の恩恵を受けているに過ぎない(3)。この間、日本臓器ネットに登録された280例中96例は既に死亡し、98例が現在待機中である。心臓移植待機期間は2年前後と長期化しており、80%前後の症例が補助人工心臓からのブリッジ症例となっている(表1)。本邦の心臓移植症例は全ての症例が補助人工心臓(VAS)や強心薬の持続静注投与を必要とするStatus 1の高度心不全症例であり、その移植待機期間やVASブリッジ期間は欧米の10倍以上の長期に亘る。

欧米の心臓移植治療成績はISHLT(International Society for Heart and Lung Transplantation)統計によれば、1年生存率80%~90%、3年生存率70%~80%である。一方、本邦における心臓移植は45例と極端に少ないが、その成績は極めて良好で、移植後4ヶ月目と4年目に感染症により2例が死亡したに過ぎない。36例までの7年生存率は90%であり、その後死亡例が出ていないことから生存率は更に向上し続けるものと期待される(図1)。極端に制限された心臓移植環境の中で、当初本邦の心臓移植成績は移植先進国である欧米諸国に比較して劣るものと危惧されたが結果は全く逆であり、本邦では世界で類を見ない優れた心臓移植治療成績が挙げられて

目次

- 特集 - 日本の医療技術は優れている?! PART
「心臓移植」と「補助人工心臓」治療
「日本の呼吸器外科医の実力について」
各委員会からの報告
 - *手術委員会
「手術試案第7版の改訂ならびに今後の活動方針について」
 - *処置委員会
「処置試案第4版作成および方針について」
 - *検査委員会
「生体検査試案第4版作成および方針について」
 - *実務委員会
「平成19年度改正要望書について」
 - *総務委員会
「外科医の技術評価に関する勉強会とアンケート - 外保連試案の次なる展開、更なる精緻化に向けて - 」
 - *広報委員会
「委員会報告」
- 事務局からのお知らせ
三保連ニュース

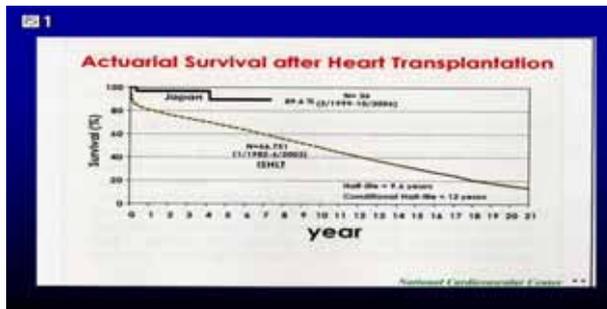


図1 日本の心臓移植成績と国際心臓移植学会登録症例の心臓移植成績の比較
本邦の36例までの7年生存率は90%であり、その後死亡例が出ていないことから本邦の心臓移植成績は更に向上し続けるものと期待され、世界で類を見ない優れた心臓移植治療成績が挙げられている。

国内移植の現状(2006.10)	
■心臓移植待機期間 (38例)	(全例 Status I)
➢771日 (29 - 2299日)	✓米国、約56日 (Status I pts)
■VAS補助期間 (30例 (38例中の79%))	
➢745日 (20 - 1443日)	✓米国、約50日

表1 日本国内の心臓移植状況
本邦における38例目までの集計であるが、今日更に移植待機期間、VAS補助期間は長期化しているものと推測される。

いる。心臓移植再開後10年を経て、今世界は日本の心臓移植成績を高く評価するとともに、脅威の眼差しで見ている。

2 わが国の補助人工心臓治療の現況

極端に心臓移植が制限された状況下で、わが国では末期的心不全症例に対して心臓移植に替わる治療法が強く求められてきた。2001年に報告されたREMATCH studyの結果(4)により末期的心不全に対してVAS治療が内科治療より有効であることを証明され、FDAよりHeartMate LVASのDestination Therapy(DT:延命を目的とした長期在宅治療)が承認された。更に2005年の報告では、VAS治療による2年生存率60%まで改善(5)しており、近い将来LVAS治療成績が心臓移植成績に匹敵する可能性を予測させる。心臓移植へのブリッジデバイス(Bridge to transplantation=BTT)として用いられ、FDA認可を得ているHeartMate LVAS(埋め込み型)、Novacor LVAS(埋め込み型)、Thoratec VAS(体外設置式)のブリッジ症例に対する欧米の平均補助期間は45日~148日である。一方、本邦では過去14年間(1992/4~2006/9)に登録されたVAS治療は850例であり、その中で心筋症に対するVAS治療は302例であった(6)。全症例の平均補助期間は284日であり、最長補助期間は1444日であった(表2)。この中で、国産型体外設置式の東洋紡LVASも左室脱血で用いた場合、平均補助期間は356日、最長補助期間は1444日であり、欧米の同様の体外設置型VASであるThoratec VASに比較して圧倒的な長期補助に成功している。本邦におけるVAS治療は欧米先進国に比較して極めて重症例に適応しており、殆どの症例がIABPやPCPSなど他の補助循環からのVAS治療への移行や多臓器不全合併症例である。おそらくVASなくしては一ヶ月以内に全例が死亡するものと推測される。その意味で心筋症に対するVAS治療302症例の補助継続中を含めた生存率50%(152症例)という成績は、欧米諸国に比較して極めて優れていると言える。本邦ではVASは立派に心臓移植の代替治療となり得ているものと考えられる。国産の次世代型埋込型VAS(図2)も極めて優れたものであり、現在本邦で臨床試験が進行しているEVAHEART(サンメディカル社)では2年生存率90%以上の成績が挙げられている。まもなく本邦で試験が開始されるDuraHeart(テルモ社)も、欧州の臨床試験で驚異的な治療成績を挙げて本年2月に欧州での販売認証CEマークを取得した。本邦試験では更なる治療成績の向上が期待される。

1. ISHLT: THE REGISTRY OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR HEART AND LUNG TRANSPLANTATION: TWENTY-SECOND ANNUAL REPORT. J Heart Lung Transplant 2005;24: 945-982
2. 日本臓器移植ネットワークホームページ(JOTN)、移植に関するデータ集。脳死での臓器提供 (<http://www.jotnw.or.jp/datafile/example.html>)
3. 日本循環器学会心臓移植委員会ホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/~hearttp/>)
4. Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, et al: Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. N Engl J Med 2001;345:1435~43
5. Long JM, Kfoury AG, Slaughter MS, et al: Long-term destination therapy with the HEartMate XVE left ventricular assist device: Improved outcomes since the REMATCH Study. CHF. 2005; 11: 133-138
6. 中谷武嗣: 2006年日本VASレジストリー。第12回日本臨床VAS研究会(2006.10.31, 横浜)

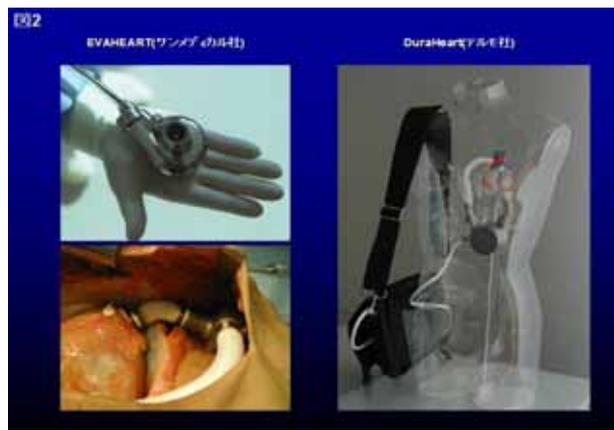


図2 国産型埋込型補助人工心臓
左:EVAHEART LVAS(サンメディカル社) 右:DuraHeart LVAS(テルモ社)

表2 心筋症に対する補助人工心臓の適応 (1992 - 2006/9)

使用ポンプ

ポンプ	例数	施行期間(日)(平均)	median	移植数
東洋紡	226 [46]	3 - 1444 (287)	168	38
LV-LVAS*	156 [45]	3 - 1444 (356)	240	33
ゼオン	16	1 - 178 (49)	30	-
Novacor	27 [6]	6 - 1090 (327)	247	5
HeartMate-IP	17 [1]	2 - 1204 (276)	165	1
HeartMate-VE	7	25 - 1056 (613)	653	3
EvaHeart	6 [6]	16 - 511 (256)	223	-
Jarvik2000	3 [3]	27 - 361 (249)	360	-
計	302 [62]	1 - 1444 (284)	178	47

[] : 施行中、* : 両心補助例は除く
(N=5000症例を越す) (日本臨床補助人工心臓研究会)

表2 日本における心筋症に対する補助人工心臓の適応と治療成績 (1992-2006/9)

「日本の呼吸器外科医の実力について」

第25回日本呼吸器外科学会

会長 蘇原 泰則

外科医の実力、特に手術技術をエビデンスに基づいて証明するのは大変難しい。しかし、手術能力は術後生存率を通してある程度判断できる。今回は術後30日以内の死亡、術後5年生存率などの成績を通して、日本の呼吸器外科医が世界の呼吸器外科医に比し、いかに優れているかを紹介したい。

1. 日本の呼吸器外科の現状について

日本の呼吸器外科手術に関する最も確実な資料は、日本胸部外科学会が毎年行っている学術調査資料である。この調査は呼吸器外科専門医合同委員会が認定する基幹施設や関連施設を対象に、疾患内容、手術数、術式、手術死亡率などを調査するものである¹。

疾患内容は、気管腫瘍、原発性肺癌、良性肺腫瘍、転移性肺腫瘍、炎症性肺腫瘍、嚢胞性肺疾患、気胸、膿胸、胸膜中皮腫、縦隔腫瘍、重症筋無力症、胸壁腫瘍、胸郭異常、胸部外傷、肺移植など極めて多彩である。

手術総数は、調査開始の1986年に15,544件であったものが、直近の2004年には49,439件へと増加した(図1)。この増加の最も大きな要因は原発性肺癌の増加によるもので、6,421件から22,299件へと増加している。また、その他の疾患

も増加が認められる。

2. 肺癌の手術成績について

総ての治療に言えることだが、治療に伴って得るものと失うものがある。肺癌の外科療法で得るものは永久生存（5年生存率）であり、失うものは手術関連死（術後30日以内の死亡）である。そこで、術後30日以内の死亡と5年生存率の成績をもって、日本の呼吸器外科医の実力を判定してみた。

術後30日以内の死亡について

日本胸部外科学会の調査によると、術後30日以内の死亡率は調査開始の1996年が最も高く、1.1%であった。以後、現在まで1.0%を越えたことはない（図2）。

医療先進国といわれる諸外国の成績を見ると、Netherland²が3.1%、Norway³が5.0%、Sweden⁴が2.9%、Switzerland⁵が3.2%、Germany⁶が4.9%、Australia⁷が6.0%であり、いずれも日本より不良である。

術後5年生存率について

日本呼吸器外科学会は日本肺癌学会、日本呼吸器学会と協力して肺癌登録合同委員会を作り、5年毎に肺癌の術後生存率に関する調査を行っている。1999年の肺癌切除例の調査によると⁸、病理病期IAの5年生存率は83.3%、IBは66.4%、IIAは60.1%、IIBは47.2%、IIIAは32.8%、IIIBは30.4%、IVは23.2%であった（図3）。

肺癌術後生存率に関する世界のスタンダードはMountain CFの報告である⁹。これによると、IAが67%、IBが57%、IIAが55%、IIBが39%、IIIAが25%、IIIBが23%となっており、総ての病期において、日本の成績は世界のスタンダードを上回っている。

また、肺癌手術症例全体の5年生存率をみると、Netherland²が41.4%であるのに対し、日本は61.6%と良好であった。これは日本の呼吸器外科医の能力が高いとともに、日本の症例にIAが多いためと思われる。1999年の切除例ではIAが38%を占めた。これは、日本の住民検診システムの勝利であり、世界に誇るべきものと考えられる。

以上より、日本の呼吸器外科医の実力は医療先進国の医師達と同等以上のレベルであると言える。

3. その他

最後に、最近の胸腔鏡手術の増加についてご紹介したい。1996年当時、胸腔鏡手術の主たる対象は気胸であり、その比率は総手術の30.8%であった。胸腔鏡手術が患者のQOLを重視した方法であることから、肺癌の手術にも急速に取り入れられるようになり、2004年には50.0%にまで増加した。この点でも、日本の呼吸器外科は世界をリードしている。

日本の呼吸器外科医は、今後、多くの面で世界のリーダーとしての役割を果たすようになると確信している。

次号ではPART を予定しておりますので、是非ご期待ください。

呼吸器外科手術

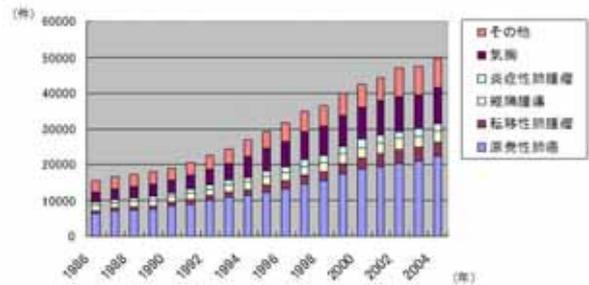


図1 呼吸器外科手術

肺癌術後30日以内の死亡率

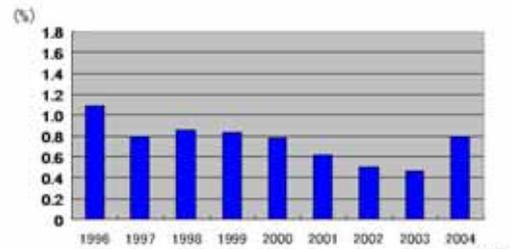


図2 肺癌術後30日以内の死亡率

肺癌術後生存率

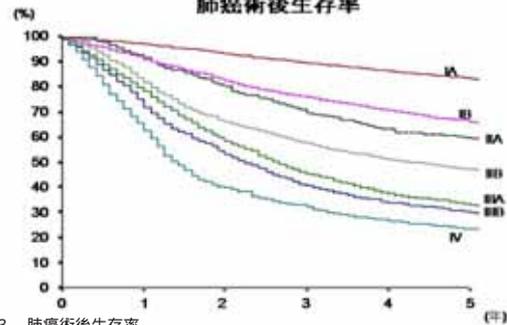


図3 肺癌術後生存率

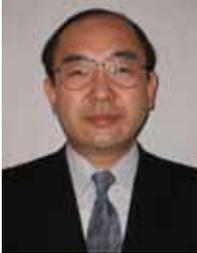
文献

1. Kazui T et al.: Thoracic and cardiovascular surgery in Japan. Jap J Thorac Cardiovas Surg 54: 363-386, 2006
2. van Rens MM et al.: Prognostic assessment of 2361 patients who underwent pulmonary resection for non-small cell lung cancer stage I, II and IIIA. Chest 117: 374-379, 2000
3. Rostad H et al.: Lung cancer surgery: the first 60 days. A population-based study. Eur J Cardio-thorac Surg 29: 824-828, 2006
4. Myrdal G et al.: Outcome after lung cancer surgery. Factors predicting early mortality and major morbidity. Eur J Cardio-thorac Surg 20: 694-699, 2001
5. Licker M et al.: Perioperative mortality and major cardio-pulmonary complications after lung surgery for non-small cell carcinoma. Eur J Cardio-thorac Surg 15: 314-319, 1999
6. Stamatis G et al.: Postoperative morbidity and mortality after induction chemoradiotherapy for locally advanced lung cancer: an analysis of 350 operated patient. Eur J Cardio-thorac Surg 22: 292-297, 2002
7. Mina K et al.: Surgical management of lung cancer in western Australia in 1996 and its outcome. ANZ J Surg 74:1076-1081, 2004
8. 蘇原泰則 他:1999年肺癌外科切除例の全国集計に関する報告。日本呼吸器外科学会誌21: 1-13, 2007
9. Mountain CF: Revisions in the international system for staging lung cancer. Chest 111: 1710- 1717, 1997

各委員会からの報告

手術委員会

手術試案第7版の改訂ならびに 今後の活動方針について 手術委員長 岩中 督



手術委員会は、基本業務である新術式・改正術式の試案への収載作業以外に、手術試案第7版の改訂に向けて短期間に実に多くの作業を行いました。その経過ならびに審議結果をご報告します。

1) 総務委員会で決定した新しい人件費案に沿って、第6版の2,504項目の手術の人件費を再計算しました。その結果343項目(13%)の手術が10%

以上の減点、約15%の手術が±10%以内の変化、10%~25%増点の手術は547項目(21.8%)、25%~50%の更なる増点が見られる手術が837項目(33.4%)、50%以上の著明な増点が見られる手術は391項目(15.6%)であり、合わせて70%の手術で第6版より増点になる傾向が見られました。

2) 技術度を5段階区分とし、初期臨床研修医がその区分に加わったため、技術度の変更が必要な手術項目が多数認められました。B群からC群、C群からD群への技術度の上昇を必要とする手術が多いため、委員会で一括承認をいたしました。ただ、B群からD群への二段階の技術度の上昇、E群への技術度の上昇は、従来と同様個別に書類審査を行うこととしました。

3) 技術評価の適正化のための手術に関する調査の結果を第7版に反映させるために、その対象項目の選別、反映法について検討が行われました。その結果、調査件数が20件以上で、かつ、試案と調査結果の乖離が50%以上のものに対して、乖離差の50%補正を行うことになりました。また、関連学会と調整したうえで、正当な理由

がある項目(同一K番号に対して複数の試案手術項目があり調査結果にばらつきが見られるもの、など)に対しては、今回の第7版への改訂に反映させず、第8版に間に合うように各学会が責任を持ってデータを収集して外保連に提出することとしました。また医師の協力者数の調査結果に関しても、同様の考え方で反映を行いました。変更点はごく一部の手術に限られました。

以上の作業を行い、現在上記3点の変更を行った手術試案第7版の改訂作業が終盤にさしかかっています。ご協力いただいた手術委員の先生方に厚くお礼申し上げます。

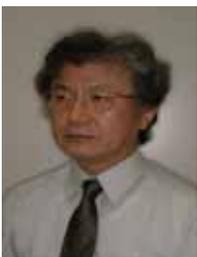
一方で、第6版までの手術試案は、人件費のみで算出されてきました。本来手術料は、人件費+モノ(医療材料など)+設備(高額な備品など)に加え、その手術が持つ意義や貢献度などを配慮して設定されるべきである、と考えています。今回の第7版の改訂では時間的な制約もあり、従来同様人件費のみで改訂作業を終了しましたが、第8版では人件費以外の要素を織り込んだ試案の作成を目指したいと考えています。第7版の改訂作業中から各学会に個々の手術における医療材料・高額備品などの記入をお願いして参りました。手術委員会では、主学会・関連学会での協議をしていただいた上で、これらの材料などを試案に収載し、人件費と別個に今後の手術料に反映させていきたいと考えています。また、個々の手術における意義・貢献度などを、医療経済の見地からも検討していく予定です。手術委員会に有識者をお招きし、講演会や質疑・応答の機会を持ちたいと思っています。

また、手術試案には医学の進歩により数多くの新規手術が追加収載されて参りました。一方でほとんど行われていない古い手術も依然として収載が続いています。分類の整理、手術項目の整理を行うべき時期であり、一時中断していましたが手術術式のコーディング作業を再開し、試案の整理も進めていきたいと考えています。

平成20年度の大改正に向けての作業が一段落したところでありますが、本委員会にはまだ数多くの作業が残っています。加盟各学会のさらなるご協力とご支援をお願いいたします。

処置委員会

処置試案第4版作成および方針について 処置委員長 関口 順輔



参議院選挙も終わり、その総括として識者の発言に社会保障の問題とか病院のない地方の発展はあり得ないとか、我々が最も問題としている点についての発言が多く見受けられ、医療改革の兆しがあるかもしれません。今まで多くの改訂が医療崩壊にまっしぐらという感じでしたが、これからの改訂には我々の試案が貴重な参考資料となるよう、土台のしっ

かりした外保連でありたいと思います。

ところで、最近の処置委員会の活動としては、平成17年に発行した「処置報酬に関する外保連試案第3版」を改訂すべく、E-mailによる提言や全体会議を行い、第4版を作成して参りました。第3版と異なる点の主なものは以下の通りです。

まず外保連全体として、

1) 技術度評価が今まで13段階あったのは細か過ぎる、ということでこれを5段階に改訂。

2) 人件費の算定方法として、国家公務員医療職俸給表を基本とし、2年間の研修医をA、その後5年毎の俸給を各々B、C、Dとし、更に特殊な技術を要するものをEとする。

ということで、処置委員会もこれに準じた算出方法とし

としました。この中で特殊なEクラスを別とすると、Dクラスは卒後17年の給与基準であり、各処置において技術度の差が年限以上にあるのではないかということや、医師の定年を60歳としても卒後36年継続して医師をしていることから、卒後17年で昇級終了はなじまないということで、各クラスに技術度指数を加算しました。

その他、算出方法としては前回同様部屋の使用料や機器などの間接経費を考慮し、また処置点数があまりにも低い場合、処置に使用する消耗品価格より処置料の方が安いものが多い場合、多量のガーゼや特殊使い捨て機材などの直接経費が合計50円以上になるものは書き出していただき、両者を合算したものが真の処置費用であることを提案しました。

次に、委員会の検討事項の一つは、処置項目としては原則として麻酔を用いないものということから、カテーテルやチューブの設置には麻酔が必要ということ、同一項目であっても設置に関しては手術の項目に入れ、維持管理は処置とする項目が多くなりました。

新規処置申請項目としては、爪切り処置、ナローバンドUVB照射治療、干渉低周波による膀胱等刺激法、第1種、第2種高気圧酸素療法による各種疾患の治療方法、血漿交換療法等が全体会議で承認されました。以上のような事項が検討され、近々に第4版が発行される予定です。

なお、今後は技術度、時間、人件費などの他に、説明、危険度などを計算因子として入れるべきという意見もあり、計算方法の見直しが検討課題に挙がっています。

検査委員会 生体検査試案第4版作成および方針

について
検査委員長 土器屋 卓志



生体検査委員の皆様のご尽力で、生体検査試案第4版を作成できましたことをご報告いたします。

第4版は合計1409項目からなり、第3版より15項目増加し、平均検査料で1.06倍の増加です。難易度の分類変更によって人件費が再算定されたために、総額としては大きな変化はありませんでした。その中で内視鏡検査の伸びは1.16倍となり、これは内視鏡検査の高機能技術項目の導入が反映されていると考えられます。それぞれの内容(項目数、平均価格)は機能検査(492項目、14,499円)、内視鏡検査(119項目、38,858円)、超音波検査(87項目、11,433円)、放射線画像検査(512項目、34,330円)、核医学検査(70項目、34,330円)、検体採取手技(129項目、39,620円)となりました。

今回の試案改訂に関しては、新規項目の追加と外保連として難易度の評価変更が行われ、それに伴う人件費算定の改定が大きな変更点でした。

そのほかの議論の内容は、改正薬事法の施行(17年4月)による医療機器の再分類を機器使用料にどのように反映するかということでした。医療機器のクラスとリスク別分類はクラス(一般医療機器:X線フィルム、ピ

ンセット等、手術用顕微鏡など)クラス(管理医療機器:CT、MRI、脳波形、電子内視鏡、超音波診断装置など)クラス(高度管理医療機器:人工呼吸器、バルーンカテ、ガイドワイヤ、コンタクトレンズなど)クラス(高度管理医療機器:ペースメーカー、IVHカテ、冠動脈カテなど)となり、この中から保守点検の必要に応じて「特定保守管理医療機器」が指定されます。高額検査機器の保守点検の経済評価を今回も購入価格の15%として算定しましたが、この評価の妥当性は今後とも議論しなければなりません。今後、検査の安全性確保のためにも、医療機器の保守点検のための費用が徐々に施設の負担増となって来ると考えられます。

今回の改訂作業で気になったことは、医療技術の経済評価の基本となる難易度評価の外保連方式、すなわち加盟学会(77学会)のすべての委員の同意の下に個々の医療技術の難易度を決定するという、世界でも類のない唯一の現実的な方式を十分に理解されない委員がいるということでした。個別の学会の判断だけで難易度を思うままに変更することができると錯覚されている委員の方が少数ですが散見されたことは残念でした。

外保連委員に就任された方は外保連として連合することの大きな意味を理解されて、委員会での活発なご意見と活動への協力をお願いいたします。

最後に、医療費改定の大きな潮流としては、検査より治療に手厚くなっています。検査は疾患の早期発見、早期治療による医療費抑制に貢献するものが優先されているように思えます。検査試案も項目と検査料の試案の羅列に終わることなく、メリハリのある内容を提案できることを願っています。

実務委員会

平成19年度改正要望書について

実務委員長 木村 泰三



日本の病院医療は崩壊の危機にあります。その最も大きな原因は勤務医不足です。日本に医師が少ないことが根本的原因ですが、それと共に、病院における過酷な業務に耐えかねて、勤務医が病院を“立ち去る”ことが最近の勤務医不足の大きな原因です。勤務医の“立ち去り”を食い止める即効的な手立ては、勤務医の待遇改善です。そのためには

病院医療に対する過少な診療報酬を適正化する必要があります。たとえば、どの先進諸国と比べても、手術に対する日本の診療報酬は非常に低い。手術すればするほど赤字になるという診療報酬では、病院は外科医に対して十分な給与と待遇を与えられません。診療報酬の適正化(原価計算に基づく診療報酬)なくして、病院医療の再生はありえないと考えます。

来年度は診療報酬の大改定の年です。外科領域の診療報酬の改正要望は、外保連が中心となって根拠に基づいた医療技術評価・再評価希望調査を作成し提出するというのが厚生労働省の決めたルールです。実務委員会は外保連所属の学会のアンケート調査をもとに、新しい外保連試案(手術報酬第7版、処置報酬第4版、生体検査報酬第4版)に則って、新設188項目、改正150項目、材料45項目の診療報酬改正要望書(概要版と詳細版)を作成し、参考文献とともに厚生労働省に提出しました。平成18年度の改定では、外保連の改正要望のうち105項目が何らかの形で認められましたが、平成20年度の改定でも要望が多く受け入れられ、病院医療再生の一助になることを願ってやみません。

また、手術や処置における診療報酬の最大の矛盾点

であり、病院を経済的に苦しめる要因として以下の二つを上げ、至急に改正されることを要望書の「前書き」にてアピールいたしました。

1. 複数手術に対する加算

これまでの改定で、「主手術の診療報酬全額+従手術の診療報酬半額」がいくつかの手技で認められましたが、まだまだ不十分です。総論として上記を認めるか、適応手技の大幅な拡大(別添に項目)を要望します。

2. 技術料と医療材料費の別算定

現在、医療材料で診療報酬と別算定を認められているのは、特定の材料だけです。手技によっては診療報酬の半分以上が材料費です。縫合糸料やほかの医療材料費の別算定を総論として認めるか、別算定できる材料の大幅な拡大を要望します。(参考資料 日外会誌108;153、日臨外会誌68:1077、日形会誌27:353)

診療報酬の適正化は、病院崩壊のなぐれを食い止める大きな方策です。外保連実務委員会は、ありとあらゆる機会を利用して診療報酬の改正を要望して参ります。皆様のご協力を切にお願い申し上げます。

厚生労働省ヒアリング

厚生労働省による外保連の診療報酬改正要望に対するヒアリングが、8月27、28、29、30日、9月6、11日の6日間で行われました。各学会のヒアリング時間は20分に限られましたが、担当官に要望内容はよく理解されたようで、平成20年度の改正に反映されることが期待されます。

また、外保連常任委員会と外科学会は合同で約1時間半の説明を行い、医療費の総額アップ、複数手術に対する加算、技術料と医療材料費の別算定、処置料の見直し、複数科受診の料金見直し、先進医療における未承認薬の取り扱いについてなどの要望を行いました。

総務委員会 外科医の技術評価に関する勉強会と アンケート - 外保連試案の次なる展開、 更なる精緻化に向けて - 総務委員長 西田 博



外保連試案における人件費算出の根拠となる技術度区分に関して、前総務委員会委員長の岩中督先生（現手術委員会委員長）の主導のもとに、13段階という細かい区分から5段階という大きな区分への改変が行われました。この改変は技術度の差を経験年数1年毎の違いでとらえるのではなく、専門性の向上としてもう少し大きな違いでとらえようと言う考えのもとでの改変であり、単なる簡略化ではありません。

厳しい医療費削減政策が続く今日、外科医の労働に対する診療報酬をより適切なものとしていくためには、技術度に加え、社会的貢献度や費用対効果、リスク対効果などをプラス材料として加味することを国民に対してわかりやすくアピールして行くことも必要と思われる。

平成19年11月に新しい3試案が完成し、平成20年度改定への要望も一段落しますが、この“シーズンオフ”を利用して、“新たな視点”を試案に取り込む具体的な作業の前段階として、手術委員会とともに勉強会とアンケートの実施を計画しております。勉強会は継続的に開催していく予定でありますので、テーマや講師に関しまして、ご希望、ご推薦がありましたら、是非、事務局までご提案下さい。アンケートに関しましては、“新たな視点・指標を取り込む”ことに対するお考えや、“新たな視点・指標”として、どのようなものを提案されたいか、などをお伺いしたいと思っております。ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

広報委員会 委員会報告

広報委員長 松下 隆



今号から誌面のレイアウトを変更し、カラー化したしました。少し読みやすくなったのではないかと考えておりますがいかがでしょうか。

また、内容としては「日本の手術技術は優れている?!」という記事を今号からシリーズで掲載いたします。

今回は心臓領域の手術について日本心臓血管外科学会に、呼吸器領域について日本呼吸器外科学会に書いていただきました。

今後、肝細胞癌、産婦人科領域、胃癌などについて掲載の予定です。順次各学会に広報委員会からお願いする予定ですが、早期掲載を希望される学会があれば事務局までお知らせください。

「内保連、外保連、看保連合同シンポジウム 医療の崩壊を防ぐためには？ - 三保連からの提言 - 」を外保連ホームページのInformationに掲載しました。是非ご覧ください。

事務局からのお知らせ

・新規加盟学会について

日本てんかん学会 加盟学会数 77 学会

・次回委員会について

11月1日第3回外保連総会

・平成19年度改正要望書について

平成19年6月に「社会保険診療報酬に関する改正要望書」を作成いたしました。小冊子（概要版のみ収録）、CD-ROM版（概要版、詳細版を収録）をご希望の方は事務局までE-MailまたはFAXにてお申し込み下さい。

要望書・・・それぞれの領域の専門家と各委員会の努力によって、新しい医療の有効性や安全性をエビデンスに基づいて記載したものです。厚生労働省等が行う診療報酬改定に有用な資料であると考えます。

三保連ニュース

本年2月および9月に内保連、外保連、看保連が合同で三保連シンポジウムを開催いたしました。

9月1日には下記の三保連による共同声明文を公表いたしました。

今後も様々な活動をして参りますので、よろしくお願い申し上げます。

三保連共同声明文（平成19年9月1日）

1. 国民、医療者、政府は我が国の優れた保険医療制度が崩壊の危機に瀕していることを認識すべきである。
2. 低医療費政策はこの危機を招いた最大の原因であり、適切な診療報酬を設定することで直ちにこれを是正すべきである。
3. 医師、看護師など労働力の不足はあきらかであり、これらの増員を推進すべきである。
4. 学会や医療関係者は一丸となって、よりよい医療を提供するためのビジョンを構築し国民に理解を求めべきである。
5. 負担の引き上げと医療給付の充実について国民的論議が期待される。

国民皆保険制度維持に向けての国民的論議を

わが国はこれまで、保険証一枚でいつでもどこでも良質な医療が受けられる国民皆保険制度に支えられて、世界で最高水準の健康寿命と低い新生児死亡率を達成して来た。一方、医療費についてみると、平成17年度の対GDP比国民総医療費はOECDの統計によれば加盟30か国中で、わが国は第22位と著しい低医療費政策が続けられている。近年、この低医療費政策の帰結として医師、看護師等の医療従事者の不足・遍在や過重労働による疲弊を始めとして、病院経営の行き詰まり等多くの局面で地域医療の破綻の兆しが顕著となっている。学会を基盤として展開されて来た医学・医療の目覚ましい進歩を速やかに診療へと還元してきたわが国の医療現場の機能が、今後は急速に衰退の道を進むことが強く危惧される。私共三保連は、良質な医療の提供を保障する現行の制度をこれからも維持する為に医療現場にある者として患者の満足と信頼を高める医療の在り方を更に追求し、又業務・経営の効率化や無駄の削減に努める一方で、国としては速やかに低医療費政策を見直し、より堅固な財政的裏付けを保障することが不可欠であると考えます。その為にはわが国の医療供給体制の現状と問題を広く国民と共有し、被保険者である国民の保険料や税の負担が今後どの程度であるべきかについて、ひとりひとりその選択が委ねられた喫緊の課題として広く周知され、幅広い国民的論議がすすめられることを強く期待する。