

# 外保連ニュース 第8号 2008年2月

発行:外科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

### - コンセンサスからエビデンスへ、 そして政治とのかかわりを考える -

外保連会長 山口 俊晴



昨年の外保連の活動は、加盟学会の委員の方々の絶大なご協力と努力によって大きく前進したといえます。特に、実態調査に基づいて手術試案の大改訂が行われたことは、外保連試案作成の歴史の中でも特記されるべき改革と位置づけることができます。これは試案作成の基礎が学会のコンセンサスによるものから、実態調査などの科学的エビデンスによるものへと

シフトし始めたことを意味しています。つまり、誰が見ても妥当と思われる科学的データに則った診療報酬の試算が可能になってきたといえましょう。もちろん、まだすべての術式について調査結果が反映されているわけではありません。不十分なデータしかないために調査を約束して現状を維持した術式については、当該学会が責任を持って次回の改訂までに科学的なデータを集積することが期待されます。また、我々の診療報酬の試算に対する科学的で真摯な姿勢を内外に示す努力をすることも重要です。外保連が単なる医療費増加の圧力団体ではなく、適切な医療供給体制を維持するためにも、妥当な診療報酬体系の構築に向かって努力していることを、もっと広く国民やマスコミに知らせる必要があります。

また、従来は政治的な活動は行ってきませんでした。今年からはどのような形で政治に関わりをもてるのか検討する必要があるかと考えます。国会議員は国民の信託をうけて国政の舵取りをしているのであり、国民の意思を予算案などに強く反映させる義務があります。国民の健康と安全に関わる医療費を不当に抑制し続けて、医療の質の低下はもちろん、崩壊さえ起き始めている現状を政治家に知らしめることが重要であると考えます。そのためには、まず各政党の医療政策の検証、政治家個人個人の考え方について我々も十分理解したうえで、対話の機会を持つ必要があります。幸い、医系議員といわれる医師の資格を持つ国会議員は相当数存在しており、医療制度を考える超党派の組織を作る動きもあるようです。我々がこのような状況の中で何ができるのか考え、行動すべきときがきているように思われます。

外保連の各委員会は優れた人材を得て、今まで以上に活動が盛んに、しかも多様になってきています。これらの委員会から作り出される成果こそが、

## 目次

### 新年のご挨拶

- コンセンサスからエビデンスへ、  
そして政治とのかかわりを考える -

### 特集 日本の医療技術は優れている?!PART

「肝細胞癌に対する化学塞栓療法(TACE)」

「生命予後とQOLからみた子宮頸癌治療アウトカム」

### 各委員会からの報告

平成19年度の総括および平成20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 - 医療技術の新しい経済評価に向けて -

\* 広報委員会

事務局からのお知らせ

三保連ニュース

まさに外保連の活動の本体であり、外保連の理念の実現のためには委員会活動を一層強化する必要があります。委員会をリードする委員長など常任委員はもちろん、加盟学会の委員の諸先生より一層のご支援とご援助を賜りますようお願いいたします。

## 特集 日本の医療技術は 優れている?! PART

### 「肝細胞癌に対する化学塞栓療法(TACE)」

日本インターベンショナルラジ-学会

金沢大学病院放射線科 松井 修

肝動脈塞栓療法は我が国では最も高頻度に行われる肝細胞癌の治療法である。一般には抗癌剤を併用する場合がほとんどで、この場合は化学塞栓療法(transcatheter arterial chemoembolization:TACE)と呼ばれる。1978年に山田らが世界で初めて肝細胞癌に対する本格的な臨床報告を行った。その後、油性リンパ造影剤であるリピオドールが我が国で併用されるようになり、現在広く使用されている。また、癌の存在する領域の動脈に超選択的にマイクロカテーテルを挿入し、担癌領域だけの区域・亜区域性TACEが行われる手法が同様に我が国で開発され、治療成績はより一層向上し、世界の標準的手技となっている。

**TACEの手技：**

Digital subtraction angiography (DSA)システムで施行するが、我が国ではCTとDSAを組み合わせた、いわゆるCT-angio.systemを用いる施設も多く、極めて精度の高い診断とTACEが可能である。マイクロカテーテル(2-3F)を用いて、腫瘍とその周辺に1-2cm以上の塞栓域が達成されるようなレベルより近位から塞栓する。一般には亜区域枝レベルで行われる場合が多い(区域・亜区域塞栓術)。複数の亜区域枝より栄養される場合は、これらを末梢レベルで塞栓する。全肝に多発する場合は分割して多期的に区域・亜区域塞栓術を行うと、合併症の軽減とより高い腫瘍壊死効果を得ることができる。塞栓物質としては、抗癌剤と油性造影剤(iodized oil, Lipiodol Ultra-fluid)の混合物(エマルジョン)と吸収性ゼラチンスポンジ(Gelfoam, Spongel)細片が一般に用いられている。抗癌剤としてはドキソルビシン、エピルピシン、マイトマイシンC、シスプラチン、ネオカルチノスタチンなどが用いられる。抗癌剤とLipiodolのエマルジョンは、抗癌剤を使用するLipiodolの約半量の非イオン性造影剤と生食(約5:1)で溶解し、その後Lipiodolと混和しパンピングして作製する(water-in-oil懸濁液)。ゲルフォーム細片は亜区域塞栓術では0.5mm角以下の微小細片を、区域あるいは葉レベルの塞栓術では0.5-1mm角を用いる。エマルジョン注入後にゲルフォーム細片で血流が停滞するまで塞栓を行う。Lipiodolは半液体であり、病巣の血流の多寡に応じて腫瘍に分布し、病巣に停滞する。同時に肝細胞癌の血洞から周辺微小門脈枝・肝類洞への流出系に流入し、同部でも一時的に停滞する。さらに、胆管周囲血管叢(peribiliary plexus: PBP)を介して門脈に流入する。したがって、栄養動脈のみならず腫瘍周辺の門脈枝・肝類洞を一時期閉塞するために、他の粒子塞栓物質に比べ、より強い肝癌の阻血効果が期待される。

**TACEの治療成績：**

TACEを区域性に選択的に行い得た症例でのみの検討では、被膜外の病変も含めて50%から80%に完全壊死がみられる。局所再発率は4cm以下で33~60%と報告されている。TACEのみで治療された症例の生存率の解析は多くの報告がなされているが、背景や技術的違いから明確に提示できない。本邦では早くからTACEの効果が確立されてきた為に改めてRandomized control trials (RCT)を行うことが困難であったが、欧州でRCTがなされ、その進行肝癌に対する効果が認められ第一選択となっている。しかしながらその成績は本邦での歴史的データと比較すると不良であり、対象症例の差異や技術的な相違が考えられている。本邦での最大径5cm前後以下の肝癌に対する区域性あるいは亜区域性のTACEの成績では、西峯らは98例で1年89%、2年69%、3年59%、5年30%と報告し、松井らは4cm以下Child Cを除いた82例に対して行った亜区域性のTACE後の生存率は、1年100%、2年93%、3年73%、5年53%と報告している。これらの成績は手術やラジオ波焼灼療法の成績に匹敵するものである。多血性の肝細胞癌で担癌区域にカテーテルを挿入できる場合、TACEも積極的に考慮されるべき治療法といえる。

**TACEの合併症：**

腫瘍壊死・阻血によるいわゆる塞栓後症候群(post-embolization syndrome)は良好な塞栓がなされた場合は必発であり、発熱・疼痛・炎症反応が様々な程度でみられるが、いずれも対症的に治療が可能である。塞栓術後の肝機能障害の進行は塞栓領域と関連があり、亜区域レベルの塞栓では肝機能障害は軽微で一過性であり、数週間で回復する。一方、葉レベル以上の塞栓では肝機能障害から肝不全に至る場合もあり、肝機能に応じて塞栓域

を決定する。臨床的には臨床病期III、特に血清ビリルビン値が3mgを超える例ではTACEの適応は慎重に決定する。マイクロカテーテルの導入後TACEの合併症は激減し、上記のような標準的手技で行えば安全で比較的苦痛の少ない治療法と考えてよい。

**TACEの適応：**

手術や局所ablation療法の適応とならない多血性肝癌で、門脈主幹から一次分枝に閉塞を認めない例(Vp3,4以外)がTACEの一般的な適応である。限局した小肝癌でも種々の理由で手術や局所ablation療法が困難な場合は適応となる。肝機能不良例(臨床病期III, Child Cなど)は一般には適応外であるが、破裂など治療の必要が生じた場合は、マイクロカテーテルによる超選択的塞栓術の適応である。3cm以上の多血性肝癌では、TACE後に経皮的エタノール注入療法(PEI)を行うとそれぞれの単独治療に比べ局所再発が少なく、予後が改善される。同様にTACE後にRF療法を行うと焼灼域を拡大できるので、3cmを超える肝癌では併用の意義がある。



HCC-TAE

**「生命予後とQOLからみた****子宮頸癌治療アウトカム」**

日本産科婦人科学会

北海道大学大学院医学研究科

生殖内分泌・腫瘍学分野

櫻木 範明・蝦名 康彦

**要約**

子宮頸癌に対して行われる広汎子宮全摘術は、婦人科悪性腫瘍手術を代表するものである。広汎子宮全摘術により切除される臓器・組織は、子宮ならびに子宮傍結合織、膣(上部1/3)ならびに膣傍結合織、および所属リンパ節である。これらは周囲の膀胱、直腸と近接しており、また子宮・膣の周囲組織は極めて血管に富んでいる。骨盤内のリンパ節郭清は、網の目のように複雑に走行する骨盤血管群を損傷しないように系統的に行われる。すなわち、広汎子宮全摘術を修得することにより、他の婦人科悪性腫瘍である子宮体癌、卵巣癌、膣癌などの手術を安全に、確実に、根治性高く実施することができると言って良い。

本稿では子宮頸癌に焦点を絞り、手術治療成績を放射線治療を主体とする欧米と比較しながら、術式の違い、生命予後、およびQOLの観点から解説する。

1. 子宮頸癌治療方針

子宮頸癌（図1）の治療戦略を欧米と日本とで比較すると、進行期Ib～IIa期症例に対してはどちらも外科的治療（広汎子宮全摘術）と放射線治療が選択肢とされているが、IIb期に対しては日本では手術治療を選択肢とするのに対して、欧米、特に米国では放射線治療が選択肢である。米国では早くから放射線療法が普及したのに対し、わが国では放射線治療医が少なく、放射線治療が普及していないことも理由であると考えられるが、わが国の子宮頸癌手術が優れているためでもあると考えられる。日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会の2005年度子宮頸癌患者年報によると、Ib期頸癌の88.7%に主治療として手術が選択され、10.0%には放射線療法が選択されていた。またIIb期に対しては60.0%に手術療法が施行され、手術を施行せず、放射線単独治療あるいは放射線と化学療法の併用で治療した症例は36.3%にすぎない(1)。わが国でも高齢者や合併症を有する患者に対しては放射線療法を選択するが、放射線療法後の卵巣機能廃絶、腔腔の線維化からくる性交障害、また晩期傷害（膀胱、腸管出血など）を考慮して、若年者および放射線療法に感受性の乏しい腺癌症例では、手術療法を選択する傾向にある。

一口に広汎子宮全摘術といってもそこには様々な術式が含まれる。欧米で広く用いられている広汎子宮全摘術は、いわゆるType III術式と呼ばれるものである。Okabayashi術式(2)はわが国独自に開発され、発展してきた広汎子宮全摘術である。Okabayashi術式とType III術式との決定的な違いは、子宮傍結合織と腔傍結合織の切除範囲にある。Okabayashi術式は子宮傍結合織を骨盤解剖学に則って血管系とリンパ節を分離して処理することにより、より徹底的に子宮傍結合織を切除することができる。この違いがあるために、IIb期頸癌、すなわち子宮傍結合織浸潤がある頸癌を手術対象とできるかどうかが分かれるのである。

2. 子宮頸癌治療成績：5年生存率の比較

イタリアを中心に、Ib～IIa期子宮頸癌に関して広汎子宮全摘術と放射線療法とのランダム化試験が行われ、治療法による予後の差は認められなかった。IIb期についての比較はない。参考までに国際婦人科産科連合（FIGO）年次報告書、日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会報告、国立がんセンター中央病院年次報告書、北海道大学産婦人科年次報告書の進行期別の5年生存率を表1に示す。

3. 術後QOL

若年女性の頸癌が増加傾向にある。20代、30代女性の癌の40%は子宮頸癌であり、乳癌の2倍の頻度である。このことは子宮頸癌の治療において、長期間にわたってのQOLの維持に対する配慮がますます重要となってくることを意味する。つまり、広汎子宮全摘術により癌病巣のコントロールに成功しても、その後の長い人生をQOLが低下した状態で暮すのでは、果たしてその癌治療は成功だったのかということである。過去には膀胱を支配する自律神経が手術で傷害され、永続性の自己導尿の状態となったり、腹圧排尿を長期に

行い、逆流性の水腎症から無機能腎となるケース、腔を長く切除したために術後に性交が全くできなくなり離婚に至るケース、重症のリンパ浮腫を来すケースなど、広汎全摘後のcancer survivorのなかに重篤な後遺症を目にすることは珍しくなかった。そこで、癌を完全切除し根治性を保持しながら、長期的な術後QOLに関してもきめ細かい工夫と努力がなされるようになった。このような手術合併症への対策に関して、諸外国と比較することは実は難しい。なぜならば同じく広汎子宮全摘術と銘打たれていても、欧米ではわが国ほど広範囲に子宮周囲組織を切除せず、わが国での準広汎子宮全摘術に近い形であることが多い。したがって、そのような縮小された手術では、術後にQOL低下を伴う合併症発生は少ないからである。わが国で小林(3)により開発され、早くから実践されてきた自律神経温存法は、その後さらに安全で確実に実行できるように工夫を重ねられ、欧米の術者も大きな関心を寄せるようになってきている(4,5)。また、腔壁切除による腔短縮を防止するため、腔断端を開放的に縫合して機械的な延長処置を行うことにより、腹膜で被覆した円蓋部はやがて扁平上皮に覆われた腔腔となる。また、若年女性のQOLにとって卵巣機能は極めて重要であり、症例を選択して卵巣を温存している。わが国の子宮頸癌手術治療はQOLに配慮しつつ、根治性の高い術式であり、世界に誇るこののできるものである。

参考文献

1. 日本産科婦人科学会雑誌 2007; 59: 901-982
2. Okabayashi H. Radical abdominal hysterectomy for cancer of the cervix uteri. Surg Gynecol Obstet 1921; 33: 335-41
3. 小林 隆. 子宮頸癌手術. 南山堂, pp. 1-507, 東京, 1961
4. Sakuragi N, Todo Y, Kudo M, Yamamoto R, Sato T. A systematic nerve-sparing radical hysterectomy technique in invasive cervical cancer for preserving postsurgical bladder function. Int J Gynecol Cancer 2005; 15: 389-97.
5. Fujii S, Takakura K, Matsumura N, Higuchi T, Yura S, Mandai M, Baba T. Precise anatomy of the vesico-uterine ligament for radical hysterectomy. Gynecol Oncol 2007; 104: 186-91.



図1 外方および内方へ発育するIb2期子宮頸癌(34歳)に対して、広汎子宮全摘術を行った。根治性の高い手術を行い、術後の卵巣機能や膀胱機能を保持し、腔短縮を防いで性機能を保持し、QOLを高く維持するにはどうしたらよいであろうか。

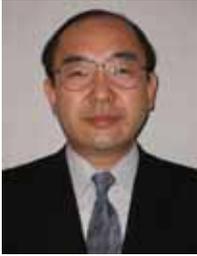
報告書	5年生存率(全ての治療法を含む)(%)			
	FIGO年次報告書(2003) (1996-1998年治療例)	日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会報告(2008) (1991年治療例)	国立がんセンター中央病院年次報告書(2004) (1990-1999年治療例)	北海道大学産婦人科年次報告書(2006) (1990-2000年治療例)
Ib1	88.0	77.8	88.0	94.4
Ib2	78.8			
IIa	68.8	64.0	72.0	75.0
IIb	64.7	55.9		

表1

## 各委員会からの報告

## 平成 19 年度の総括および平成 20 年度の活動について

## 手術委員会 手術委員長 岩中 督



昨年 11 月に無事に手術試案第 7 版が発刊されひと息ついたところであり、ご協力いただいた手術委員ならびに関係諸氏に厚く御礼申し上げます。しかしながら第 7 版を上梓するまでの経過を顧みますと、十分な審議ができなかった項目や不完全なまま第 7 版を発行せざるを得なかった部分など反省点が多く見られました。従前より、2 年に一度の診療報酬改定の準備と作業に追い回された後、改正要望書を厚生労働省に提出しますとやれやれということになり、完璧な改訂版を発行したいという気持ちとは裏腹に、しばらく気のゆるむ時間が続く、ということを繰り返していました。いわゆるシーズンオフをどのように過ごすか、ということが次の診療報酬改定ならびに試案の改訂版発行に大きな影響を与えることは自明の理であり、手術委員会では今回シーズンオフをしっかり有効利用したいと考えています。日常診療の合間に駆けつけてくださる手術委員の先生方に多大なるご迷惑をかけることは承知の上で、平成 19 年度の反省をふまえて、下記のような平成 20 年度の活動目標を立てさせていただきました。

1) 手術試案第 8 版に向けた医療材料・医療機器の精緻化  
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)を設置いたしました。第 7 版で中座したこの作業を完遂するため、まず全領域に共通する収載のためのルール作りを改めて検討させていただきます。なお、具体的方策が決定した後、各学会へ収載に向けての実作業を再開していただこうと考えています。

## 2) 術式名のコーディング

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の指導のもと、コーディングの方法について検討を始めました。具体的な作業方法を決定した後、各学会へ実作業をお願いする予定です。

## 3) 貢献度やリスクファクターなどの研究

この検討を行うため、昨年 11 月に手術委員会が主催して、お二人の医療経済学者を招聘し勉強会を行いました。これらの要素を技術料に加えることが現実的に可能かどうか、今年度も引き続き研究を行っていく予定ですので、皆様のご参加をお待ちしています。

## 4) 試案人件費のさらなる精緻化

第 7 版では実態調査の結果を反映して、手術時間・協力者数に関しては手術試案と 50% 以上乖離のある項目については補正を行いました。しかしながらデータ解析上の理由により、本来なら補正を行うべきであったいくつかの項目が、各学会の調査待ちとなって保留になっています。今年度は調査をお願いした各学会からの報告をもとに再検討を行う予定です。また、第 7 版では技術度が大幅に変更になりましたが、この技術度におきましても実際の技術度と乖離が見られる項目が多数見られます。特に、高度な技術が要求される技術度 E については再検討が必要です。これら項目の年間実施数、実施施設数などの再確認を各学会をお願いしたいと考えています。

上記の活動目標に加え、新規術式の検討や既収載項目の改正などの作業は、今まで通り定期的に行っていきますので、ご協力の程宜しくお願いいたします。

## 処置委員会 処置委員長 関口 順輔



平成 19 年度は外保連試案改訂の年にあたり、その作成にあたっては処置委員の皆様が大変なご協力を頂き、ありがとうございました。ここにお礼申し上げます。今回の改訂では前版を基本的に踏襲し、その欠点と思われるところを修正しつつ審議をかさねてまいりました。作成した試案は未だに不備が見あ

りますが、全般的には見やすくもなり改善されたと考えます。また、外保連事務局の方々には基本的な文面のチェックから問題点、更に校正等、今まで以上に大変な事務仕事をして頂き感謝に堪えません。

振り返って今回の作成過程をみますと、医療材料などの修正があまり活発に行われませんでした。この原因としましては、試案作成段階で「申請科」というものがあり、全ての処置行為の申請科を見ますと 27 学会程度となっております。現在外保連は 77 学会参加しておりますので、50 学会は意見を言え

なかったか、その科の意向が反映されていない可能性があります。そこで、今年度は総ての科の意見が必ずどこかには入っているように、まずは各学会が関与する全ての処置について手を挙げて頂き、それらの項目の各処置について自由に意見が述べられる様にしたいと思います。

次に、本試案は出来るだけ現行制度にとらわれず、実際に医療を行っている立場から見た処置行為を考えるという意識で検討して参りましたが、昨年 10 月末に厚生労働省から現行と比較して欲しいとの要望がありました。前回までは参考程度に現行点数表を表示してきましたが、これからは試案の中の処置行為が現行ではどの行為に近似するかも詳細に検討する必要があります。これに連動して処置名の解釈も見直す所存です。

また、人件費の試算方法が変更されたことに伴い、処置間接経費の算出方法も根本的に見直す必要が生じました。

以上、次回改訂にあたっては新たな問題点とかなりの修正作業が必要かと思っておりますので、早速作業を開始したいと思います。処置委員諸兄はもとより皆様よろしくご協力の程お願い申し上げます。

## 検査委員会 検査委員長 土器屋 卓志



生体検査試第4版の上梓の報告とその内容につきましては、前回の外保連ニュースで報告いたしました。その後の診療報酬改定作業の動きの中で気がつきましたことが3つありました。

- 1) 同じ改正要望項目が外保連経由と内保連経由から出ている事例がずいぶんと見られておりました。複数学会が連動している場合は強いアピールとなっておりますが、そうでない場合は要望内容説明(ことに改正要望点数)が別々となっているものは当初から門前払いの印象を受けております。生体検査については内保連加盟学会も関係している事項が多いため、今後は内保連との整合性を制度的に行う方法を考慮しなければならないと考えます。
- 2) 今回も「医科点数表 区分番号」を記載しておりますが、検査実施では複数の番号が関係している場合が少なくありません(例えば、画像撮影料と診断料など)。今回も委員の皆様には区分番号の正誤、修正をお願いしましたが、修正申告の連絡はほとんどありませんでした。おそらくきちんと自分の目でチェックしていないものと考えます(私が見ても相当に疑問視される項目がありますので)。委員諸氏におかれては次回も同様をお願いいたしますので、よろしく対応ください。

## 実務委員会 実務委員長 木村 泰三



平成20年の社会保険診療報酬の大改定に向けて、平成19年度版の「社会保険診療報酬に関する改正要望書」を作成し、資料ともども平成19年6月29日に厚生労働省に提出した。改正要望書の製作方法は平成17年度版と同様で、まず所属各学会に改正要望項目アンケート調査し、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「医療技術評価提案書」の書式にのっとり、要望の概要と詳細を記載していただいた。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いた。要望項目は合計383項目で、内訳は新設188項目、改正150項目、医療材料45項目であった。また、外保連の強い要望により、厚生労働省による要望のヒアリングが外保連と各学会を対象に、8月末から9月初めにかけての6日間で行われた。ヒアリングは担当官が要望内容を理解するのに役立ったと思われた。

平成19年12月に政府、与党は、平成20年度の診療報酬の本体部分を0.38%引き上げると発表した。ただし、薬価・材料部分は1.2%の引き下げで、全体としては0.8%の引き下げという(全体の改定率は平成14年から4回連続マイナス)。しかし、0.38%とはいえ本体部分が引き上げられたのは朗報であった。また、最近叫ばれる病院崩壊の危機を考えれば、引き上げの多くは病院医療、特に技術に当てら

るに違いない。平成20年の改定に大いに期待したい。

さて、平成20年の活動であるが、まずは平成20年4月の改定を見守りたい。そして、その後に活動方針を決めたいと思う。しかし、少なくとも「技術料と材料費の別算定」については、積極的にアピールを続けていきたい。次第に適応を広げる内視鏡下手術では、disposableの材料費代が手術料の大半を占めてしまうこともしばしばであるし、肝胆膵手術、心臓手術、形成手術などでは、縫合糸料が手術診療報酬の大きな部分を占めるようになってしまいうなど、この問題は年々その重要性を増している。全面的別算定でなくとも、できるだけ多くの材料が、できるだけ多くの手術で別算定を受けられるように、具体例を挙げ要望していきたい。

日本(病院)の医療を崩壊させることなく、万民に平等で質の高い医療を供給するためには、新しい手術や処置、検査が社会保険に採用されること、また、診療報酬が適正に設定されることが絶対に必要である。各学会の保険委員会と外保連が、このような要望を行い実現させる主体となるべきである。皆様の奮闘に期待する。

さて、これからも医療技術評価の議論が広範に行われますが、この議論の中で困った提言をする方が定期的に出てきます。それは「私」の技術評価をして欲しいという提言です。「個人の臨床医療技術評価」(clinical performance assessment for individual physicians)が大事な検討項目であることは十分に理解できますが、それを制度的に実施することは可能でしょうか。この問題を検討したハーバード大学グループの結論は、「個人の臨床医療技術評価を制度として実施するのは技術的に不可能であろう」(JAMA.2003.290.1183-1189)としております。「俺の神の手にあいつらより高い報酬点数をつけろ！」と言う切なる提言は、私どもの委員会ではどうぞご容赦ください。

次に、先般ご紹介した米国におけるP4P(Pay for Performance)方式も当初は画期的な技術評価の方法論が展開されると期待したのですが、私の理解ではわが国のDPCにおける「施設係数」を超えるものではないなという思いです。

今回の点数改定も治療に比べて検査関係にはより厳しいものと考えられますが、一喜一憂することなく、外保連の初心に戻ってあるべき生体検査点数の議論を進めていくことが肝要かと思えます。

## 総務委員会 総務委員長 西田 博

- 医療技術の新しい経済評価に向けて -



平成 19 年度は三試案が版を重ね、より充実したものとなりました。一方で、これまでの試案で打ち出している技術度と人数と時間から導き出されるコスト(費用)の観点に加え、われわれ外科医が技術を駆使する事により生み出した価値(バリュー)も成果(アウトカム)指標として組み込む必要があるのではないかと検討も始まり、徐々にではありますが浸透し

つつあるように考えます。現在、診療報酬点数で得られる収入(チャージ)は平均して外保連の試案の約 7 ~ 8 割でしかありませんし、技術料に含まれるモノの値段を差し引くと、さらに 2 割前後の減少となります。手術委員会ではモノの費用をどのように試案に反映させるかについて検討するワーキンググループが立ち上がり精力的に検討が進められていますが、総務委員会としましては、ヒトの技術の評価・汗をかく労働への対価の部分で、QALYなどで代表されるアウトカム評価をどのようにこれからの試

案に反映させていくかのコンセンサス作りと、具体的方法の検討を平成 20 年度の活動目標としたいと考えています。

第一弾としまして、昨年秋に手術委員会との共催で東京大学の橋本英樹先生と東京女子医科大学の田倉智之先生を講師としてお招きし開催された勉強会での知識も踏まえ、アンケートを計画しています。その勉強会でも明らかとなったこととして、コスト評価とアウトカム評価を単純に足し合わせる事は許されないのでありますが、

“外保連試案で示されるコスト” <<< “実際に生み出された価値”

という事であれば、その差分を埋めるものとして、アウトカム指標で得られた価値の大きさをアピールし、何らかの形で試案に反映させる事、が重要となると考えます。加盟学会が共通のプロトコールの元に科学的なアウトカム指標のデータを集める事もこれからの外保連の重要な使命となるのではないかと考えております。

厳しい財政事情の中での技術料の適正化には、医療費の対GDP比など示される医療費の総額を増やす国民的コンセンサスを得ることが本質的に重要で、そのためには医療の生み出す価値を国民にアピールすることが必要不可欠だと考えるからです。

## 広報委員会 広報委員長 松下 隆



外保連ニュース第 8 号をお届けします。シリーズ「日本の医療技術は優れている?!」は今回 2 回目です。今回は「肝細胞癌に対する化学塞栓療法(TACE)」について - 日本インターベンショナルラジオロジー学会に、「生命予後と QOL からみた子宮頸癌治療アウトカム」について - 日本産科婦人科学

会に書いていただきました。前回の『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」と併せて、機会ある毎に国民にアピールしていきたいと思っております。会員の皆様のご協力によるようお願い申し上げます。

## 事務局からのお知らせ

・新規加盟学会について  
日本周産期・新生児医学会  
日本外科系連合学会 加盟学会数 79 学会

・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。

・外保連試案について  
平成 19 年 11 月に「手術報酬に関する外保連試案〔第 7 版〕」「処置報酬に関する外保連試案〔第 4 版〕」「生体検査報酬に関する外保連試案〔第 4 版〕」、および 3 試案を掲載した CD-ROM 版を作成いたしました。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。

## 三保連ニュース

1 月 26 日に社会保険中央総合病院に於いて、第 3 回三保連共同のシンポジウムが開催され、今回は『医療改革：現場からの取組み』と題し、基調講演として厚生労働省保険局医療課の原徳壽課長をはじめ、各パネリストの先生方にご講演いただきました。詳しくは内保連のホームページ (<http://www.naihoren.jp/>) をご覧ください。

次回のシンポジウムは 9 月 27 日(土)に開催予定です。

## 三保連共同声明文(平成 20 年 1 月 26 日)

平成 20 年度診療報酬改定においても、我が国では低医療費政策からの脱却のきざしは乏しく、医療荒廃の進行が強く危惧される。その一方で、我々は国民の期待に真摯かつ的確に応えるために、患者の視点に立った自律的な医療の改革を進めなければならない。提供される医療について安全性の確保、有効性の実現、効率的なシステムの構築、そしてそれらについての納得できる行き届いた説明を通じて始めて、より大きな医療費の負担について国民的な理解と支持が得られるものとする。医療に携わる我々は、患者の視点の達成に向けて内科系、外科系および看護系の各領域で、より一層の努力を傾注することをここに声明する。