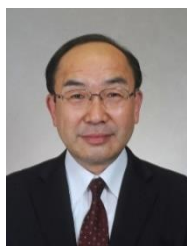


診療報酬改定における外保連の役割

—外保連試案2024発刊に寄せて—

会長 岩中 督



外保連は国民皆保険制度が始まって6年後の1967年に、当時の外科系9学会の協働で設置され、「外科系技術の診療報酬は科学的・学問的な分析と裏付けによって構築されるべき」との基本姿勢のもと、15年間の議論の末1982年に手術試案初版を発刊した。その後、処置試案・検査試案の発刊に至り、さらに『外保連試案2012』から麻酔試案が、また『外保連試案2018』より内視鏡試案も収載している。これらの試案の改訂は2年ごとの診療報酬改定に向け、各委員会あわせて延べ数百名の委員に多忙な診療の合間を縫って協力していただいているが、その原動力になっているのが、中央社会保険医療協議会（中医協）による外保連試案の高い評価であろう。2010年の診療報酬改定で、当時の中医協遠藤久夫会長より、「医療技術に関して明確な算定ルールがない中で唯一の一定の説得力を持つ価格表」「実態調査などである程度裏付けられたデータ」「医療行為間の相対的な重みづけを医師が行っている」ことなどから、「手術診療報酬の評価には外保連手術試案を参考にしましょう」とお墨付きをいただき、科学的根拠に則って外科系の技術料を算定しようと試みる外保連の日々の努力が認められたことにあると考えている。今までの努力が報われたことに感激したことは記憶に新しく、2010年以降、外保連試案に収載された技術は、新規保険収載や増点などの提案の採択率が平均値を大きく上回っただけでなく、試案と乖離の大きな手術などの増点が多く、多くの技術で獲得できたことなど、中医協による高評価の恩恵が現在も続いていることを大変うれしく思っている。

そしてこのたび、『外保連試案2024』を上梓し関係各位にお届けできることとなったが、まずは、本試案の執筆を担当された、川瀬弘一手術委員長、平泉裕処置委員長、土田敬明検査委員長、森崎浩麻酔委員長、清水伸幸内視鏡委員長、甲賀かをり総務委員長、西田博前総務委員長に深謝するとともに、加盟学会の各委員諸氏に感謝申し上げます。また試案策定に直接かかわっていないものの、常に外保連組織を支えてくださっている瀬戸泰之実務委員長、河野匡規約委員長兼広報委員長、竹中洋監事、山田芳嗣監事、田中雅夫前監事ならびに各顧問・運営委員諸氏に心より感謝申し上げます。また、データの管理や編集を担当してくださ

目次

- ◆診療報酬改定における外保連の役割
—外保連試案2024発刊に寄せて—
～ 会長 岩中 督
- ◆各委員会からの報告
「外保連試案2024発刊について」
 - * 手術委員会
 - * 処置委員会
 - * 検査委員会
 - * 麻酔委員会
 - * 内視鏡委員会
- ◆特集「06年度診療報酬改定に向けた各学会の要望内容」
 - * 太田正之先生
「スリープ状胃切除・バイパス術」
 - * 市塚清健先生
「母子（胎児・胎盤・臍帯）MRI撮影加算」
 - * 面谷透先生
「超音波ガイド下ハイドロリリス療法保険収載にむけて」
- ◆特集「物価の高騰に対応するための病院の運営に外保連からの提案」
 - * 岩中督先生
「費用高騰と病院経営」
 - * 渡邊雅之先生
「物価高騰の病院経営への影響～民間がん専門病院の現状」
 - * 山本修一先生
「急性期病院からの診療報酬改定要望」
- ◆編集後記 ～ 広報委員長 河野 匡
- ◆三保連ニュース
- ◆事務局からのお知らせ

った株式会社ホギメディカル、メディアエ株式会社、株式会社医学通信社の皆様と外保連事務局篠原氏にも、紙面をお借りして厚く御礼申し上げる。また高所大所より常に外保連の現場を指導して下さっている山口俊晴名誉会長にも心よりお礼を申し上げます。

外保連では外科技術の科学的な体系づけ作業を継続しているが、今回の改定に向けたトピックスは、科学的根拠に則った整形外科領域の診療報酬Kコードの整理であろうか。整形外科領域のKコードは、一つのKコードに複数のSTEM7が紐づいているコードが多く、以前より厚生労働省に外保連手術試案を参考にしたKコードの整理を提案していた。整理の準備として、2018年度改定よりDPCデータ提出の際に、STEM7を併記することが義務付けられ、DPCデータを解析することにより、KコードとSTEM7の関連を科学的に解析でき、このたびKコードの大幅な改定案を厚生労働省に届けることができた。この作業はコーディングワーキンググループに、整形外科領域の専門家を加えたプロジェク

トチームで担当していただいたが、2024年度診療報酬改定でこの提案を評価していただけることを期待している次第である。根拠のある我々の議論やその成果物である試案は、厚生労働行政に大きな影響を与えつつあると自負しているが、外保連の地道な努力が少しずつではあるが形を成

し、診療報酬改定のたびに公的に外保連の評価が高まってきていることに感謝したい。

加盟学会の関係各位におかれては、引き続き外保連活動へのご指導・ご支援を賜りたい。

◆各委員会からの報告

外保連試案2024発刊について

○手術委員会 委員長 川瀬 弘一



2021年12月に手術試案第9.3版が発刊されてから2年が経過しました。2年毎に改訂を加えており、第9.4版はその最新版になります。

2023年5月8日から、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが「2類相当」から「5類」に移行されました。これは法律に基づいて行政が関与をしていく仕組みから、個人の自主的な取組に変わっただけで、新型コロナウイルス感染症は相変わらず猛威を振るっています。重症患者が少ないことはとても助かりますが。

11月24日に開催の第567回中医協総会での第24回医療経済実態調査の補足資料に「令和5年度においては、医療経済実態調査におけるR3年度からR4年度の収入や費用の伸びを前提に、コロナの類型見直し、物価高騰、賃金上昇などの影響を踏まえて推計すると、医業利益率及びコロナ報酬特例等を除いた医業利益率は、▲10%程度となり悪化する見込み」とあり、アフターコロナの病院診療は厳しい状況が続いております。

病院の大きな収入は外科系診療科の入院収入、特に手術料であることは周知のことと思います。近年、手術に必要な医療材料費の割合は大きくなり、特にロボット支援下手

術の適応が拡大され、普及するにあたり、手術における医療材料費が増加しております。それには多くのロボット支援下手術が腹腔鏡や胸腔鏡手術と診療報酬点数に差がないという不合理が続いていることも原因の一つです。

そこで外科系学会の総意として、今後ロボット支援下手術において「診療報酬点数の増点」を目指すために、既存技術と比較した「優越性」がどのようなエビデンスに基づいて、どのような観点で示されるべきかを、患者視点における優越性と医療費における優越性に分けて検討してまいりました。その結果を外保連手術試案第9.4版に「既存技術と比較した優越性の定義」と「既存技術と比較した優越性の根拠」として掲載してあります。いくつかの学会からは、ロボット支援下手術において、これに基づいて令和6年度診療報酬での増点要望を提出しております。

手術試案には各学会が調査していただいた医療材料費の最新調査結果も掲載し、外保連点数に反映させています。今後も医療材料調査を継続し、順次更新していき、診療報酬点数の根拠となるよう努めていきたいと考えております。

今回手術試案第9.4版発刊に向けて、外保連事務局および医学通信社のスタッフと、加盟学会の手術委員の皆様のご協力に深く感謝申し上げます。

○処置委員会 委員長 平泉 裕



外保連試案は、2007年処置試案第4版を作成するまで外保連にかかわる学会のいわば内部資料として製本されてきましたが、2011年12月に医学通信社より「手術試案第8版」「処置試案第5版」「検査試案第5版」「麻酔試案第1版」を一冊の本として出版することになり、大きく変化することとなりました。

第5版から出版社が最終的なレイアウトなどを担当することとなり、今まで我々が思っても見なかった局面が見えてきました。その一つが処置試案における各処置の診療報酬額の試算と医科点数表による価格が隣の欄に併記され

たことにより、いかに現実の診療場面での処置にかかる経費と、旧態依然のまま改定されなかった現行の医科点数表との乖離が大きくなっているかを直観できるようになっております。

従来、医科点数表による処置報酬額は多くのものが低額であるため、処置に用いる医療材料の価格はできるだけ定価でなく、病院協会などの調査による実勢購入価格や通信販売価格等を参考にして、比較的安価な価格で試算してきました。しかしながら、ここ数年の医療材料費上昇に伴い、さらに点数表を上回る乖離幅が拡大してきたものがあります。外保連処置委員会では、令和4年度に医療材料・医療機器の実態アンケートを加盟学会対象にして実施した

ところであります。

今年、外保連総務委員会による人件費見直し作業が確定し、医師、看護師、技師の人件費が処置試案 7.4 版内に反映されています。これに伴い、令和 6 年度診療報酬改定の要望書に記載する要望点数は、処置試案第 7.4 版の点数を記載する必要があります。

令和 4 年度診療報酬改定以降も、引き続き処置委員会では新たな処置試案が加盟学会から提出され、審議しました。また、「T71 02055 硬膜外自家血注入療法」の主学会変更が日本脊椎脊髄病学会から提案され、日本脳神経外科学会に主学会を変更することが承認されました。

第 7.2 版から処置 7 桁分類コード (STEM7) を診療報酬コードの隣に記載しました。これは手術試案第 8 版に記載した手術分類コードとの互換性を重視しながら処置委員会で作成したものです。操作対象部位 3 桁、基本操作 2 桁、アプローチ方法 1 桁、アプローチ補助器械 1 桁の 7 桁を連結したものです。

令和 6 年度診療報酬改定に向けた中医協審議において、

整形外科領域の技術が 1 つの K コードに対して複数の STE M7 が対応しており、異なる部位で手術内容、手術時間、使用する医療材料・医療機器、等が混在していることを問題視されました。令和 4 年～5 年にかけて、外保連「K コード整理に伴う整形外科領域のプロジェクトチーム」を招集し、解消策を検討した結果を厚労省に提出しました。その結果、令和 5 年 11 月 20 日開催の中医協の医療技術評価分科会において、令和 6 年度診療報酬改定では「検証結果に基づく K コードの体系化」を検討することとなっています。

以上、令和 6 年度改正にあたっては処置委員各位に大変なご苦勞をおかけしました。委員が全国に分散しているため全体会議を少なくし、疑問点のあるものに対しては度重なるメールの問合せを行いました。ほとんどの学会は即座に対応していただき、また分担枠でない分野の委員からも積極的な協力をいただくことで本試案を完成させることができました。委員各位に感謝の意を表します。また外保連事務局のスタッフの皆様には、連日深夜にも対応していただき深く感謝の意を表します。

○検査委員会 委員長 土田 敬明



平成 10 年 6 月に「生体検査報酬に関する外保連試案」の第 1 版が故比企能樹委員長 (当時) のもとで完成し、引き続き平成 14 年 10 月、17 年 11 月、19 年 11 月、23 年 12 月、25 年 11 月、27 年 12 月、29 年 11 月、令和元年 11 月、3 年 12 月と改訂を行ってきましたが、今回は内容をさらに刷新した第 7.4 版を刊行することとなりました。今回の改訂の特徴は次のとおりです。

1. 第 7.1 版から内視鏡検査が内視鏡試案として独立し、一般生体検査として機能検査、超音波検査、検体採取手技の 3 区分、および放射線画像検査試案として放射線画像検査、核医学検査の 2 区分の計 5 区分に分けて評価し、検査費用を算定するようになりました。

2. 医療材料について、廃版になったものやバージョンアップされたものがあり、精緻化を行い修正しました。

3. 一般生体検査試案および放射線画像検査試案については、

① 総務委員会の提案にしたがって人件費の再計算を行いました。

② 新規検査医療技術を追加し、またいくつかの項目内容の修正をしました。

③ 検査に係る医療材料のうち、「保険で償還できないもの」のみを表示しました。(詳細はデータ版に記載しております)

4. 軟性内視鏡を用いた検査は内視鏡試案に移行されましたが、硬性内視鏡を用いた検査は検査試案に残りました。また、軟性および硬性内視鏡の指定のない内視鏡検査については、軟性内視鏡を用いた検査と硬性内視鏡を用いた検

査に分け、硬性内視鏡を用いた検査のみ検査試案に収載しました。

5. なお保険収載されている検査項目については、現行の保険区分記号を表記しておりますが、ここでは主な記号のみを記載してあります。実際にはそのほかに管理料、診断料あるいは造影剤使用など複数の点数が算定されます。

試案の記号は現行の点数解釈表から当該検査項目を検索しやすいようにするためのものです。

6. 今回第 7.4 版発刊に向け、再度医療材料調査をお願いし、新しい調査結果を掲載している術式もあります。これが区別できるよう第 9.3 版から調査年を記載しています。今後も新たな調査を継続し順次収載していく予定です。

コロナ禍における臨床現場でもっとも多忙な立場であるにもかかわらず、頻回の委員会やワーキンググループに出席いただき、さらに本来医師の苦手とする医療材料の調査に尽力いただきました各学会の委員の先生方への感謝を申し上げます。

さらに終始綿密に事務処理を進めていただきました外保連事務局スタッフの皆様の皆様のご尽力に心から御礼申し上げます。

○麻酔委員会 委員長 森崎 浩



令和5年3月16日開催外保連社員総会の議を経て、山田芳嗣前委員長（現監事）の後任として麻酔委員会委員長を拝命しました慶應義塾大学の森崎浩です。この度、外保連加盟学会から委員あるいは部会員として参画いただいております麻酔委員会ならびに同作業部会における活発な審議と外保連事務局の支援により、麻酔試案第2.3版が発刊に至りました。

世界に先駆け高齢化社会が急速に進む我が国において、より安全な周術期医療体制の整備は不可避となっています。麻酔委員会では、昨今の腹腔鏡手術・ロボット支援手術・関節鏡を含む内視鏡手術等の低侵襲手術件数の著しい増加と術後早期離床の励行に鑑み、新たな手術体位への対応、末梢神経ブロック併用による十分な術後鎮痛、確実な術中不動化と適切な麻酔深度維持が高齢化社会における周術期予後の改善には極めて重要と判断し、証拠のある周術期医療技術の普及を推し進めるべく、検討を重ねてまいりました。

『全身麻酔部会』においては、実態調査に基づく麻酔関連材料・医療機器の按分ならびに区域麻酔と神経ブロックの医療材料費を更新しました。また麻酔係数における手術部位や術式・特殊麻酔・体位・特殊状況や術前合併症など中分類の項目を再検討し、手術内容の変遷に見合う体位として「高度頭低位」「半座位」を、特殊状況

として「術中筋弛緩モニタリング」「術中麻酔深度モニタリング」を追加しました。なお本年度は手術委員会による実態調査は実施されないため、長時間麻酔管理加算対象手術の改定は行わず、加算の有無の欄を図表に追記すると共に、手術試案第9.4版における術式名称変更に伴う試案ID・試案名称を新たに採用しました。『深鎮静部会』においては、改めて深鎮静の定義を明確にした点、深鎮静の対象となる医療行為や関連する医療資材・機器の按分を図表に取りまとめた点、さらに全身麻酔に当たる気管挿管や声門上器具による気道確保は深鎮静区分から削除し区分番号を改めた点など、種々の精緻化を図りました。加えて深鎮静状況の監視には医師の配置が望ましいものの、タスクシェアの視点で特定行為看護師等を組み込んだ前回改定を踏まえ、議論の上で据え置きました。『神経ブロック部会』においては、一部に矛盾や重複のあった点を改定すると共に、新たに申請された超音波ガイド下大腿・膝下麻酔、超音波ガイド下腕神経叢麻酔を新規伝達麻酔として、また伏在神経ブロック、脛骨神経ブロック、腓骨神経ブロック、指（趾）ブロック、静脈内局所交感神経ブロックを承認し、試案IDを新たに発番しました。

以上、種々の項目における精緻化に加え、著増する低侵襲手術と術後早期離床等に向け、「より安全な周術期医療の励行」が全国に普及することを主眼に改定しています。ご確認くださいませと幸甚です。

以上、種々の項目における精緻化に加え、著増する低侵襲手術と術後早期離床等に向け、「より安全な周術期医療の励行」が全国に普及することを主眼に改定しています。ご確認くださいませと幸甚です。

○内視鏡委員会 委員長 清水 伸幸



内視鏡試案は、軟性管腔内視鏡を用いた検査・処置・手術手技を対象とする横断的な試案作成を目指すという方針で活動していた『内視鏡における適正な診療報酬に関するワーキンググループ』により作成されました。その活動を引き継いで『内保連・外保連合同内視鏡委員会』が設立され、隔年の診療報酬改定に向けて、また日々発展していく内視鏡関連手技の実態に見合った試案とすべく改訂を重ね、「外保連試案2024」には内視鏡試案1.5版が掲載されております。

今回の改訂では通常の新規技術に加えて、2022年度診療報酬改定において要望項目外で新規掲載されたスパイラル内視鏡、追加されたバルーン内視鏡加算の項目があり、新規技術（他試案からの移行を含む）は、検査：5項目、処置：2項目、手術：28項目の計35項目、改正技術は検査：2項目を掲載いたしました。

また、現時点で2技術のみですが今後は人工知能関連

手技が増えることは自明ですので、手術委員会・処置委員会・検査委員会、そして内保連外保連合同AI診療検討委員会と連携を密に取りながら、人工知能関連項目の合理的な掲載ができるよう取り組んでまいります。

処置・手術関連項目に関してはSTEM7に準じた7桁分類コードで、手術試案・処置試案と整合性をとっており、検査関連項目への分類コードも、検査試案に記載されているJLAC10に準拠した15桁分類コードとWHOが提唱する医療行為の国際分類との擦り合わせに関する議論結果に準じて、検査試案・処置試案・手術試案と齟齬のない改訂を進め、必要に応じて担当学会での実態調査を依頼することも視野に入れながら精緻化を進めていきたいと考えております。

本試案の項目は検査・処置・手術試案より移行したものが大多数を占めておりますが、本領域は機器や技術進歩が目覚ましい状況です。今後も新規項目の登録とともに、常に実態に即した試案となっているかを確認し、医療材料等マスタの改訂や各項目の精緻化を進め、診療報酬改定に対して影響力のある試案であり続けるよう努

めてまいります。また、内視鏡委員会には外保連のみならず内保連の委員にも参画をお願いしております。外保連の活動方針を踏襲しつつ、内保連委員会活動の良い点も取り入れながら、委員会としても発展させていく所存です。

最後になりましたが、各加盟学会から参集いただいて

おります内視鏡委員会委員の先生方、外保連・内保連の関係各位、始終綿密にサポートしていただいている外保連事務局をはじめとするスタッフの皆様には深く御礼を申し上げますとともに、引き続きの試案精緻化・活用にご理解とご支援を賜りたくお願い申し上げます。

◆06 年度診療報酬改定に向けた各学会の要望内容

スリーブ状胃切除・バイパス術(腹腔鏡下)

日本肥満症治療学会
大分大学グローバル感染症研究センター
太田正之

はじめに

肥満は過剰に脂肪組織が蓄積した状態であるのに対し、肥満症とは肥満に起因ないし関連する健康障害を合併し、医学的に減量を必要とする病態(疾患単位)をいう。肥満症の診断は体格指数(body mass index, BMI) 25以上で、肥満に関連する健康障害を合併するか、内臓脂肪型肥満(CT検査で脂肪面積 $\geq 100 \text{ cm}^2$)であることで行われる。肥満に関連する健康障害は糖尿病、高血圧症、脂質異常症、閉塞性睡眠時無呼吸症候群などの11疾患が含まれる。わが国の肥満人口は30年前に比べると大幅に増加してきており、BMI 25以上の肥満人口は成人人口の約1/4、BMI 35以上の高度肥満は1%程度、100人に1人の割合となっている。

肥満症に対する治療には食事療法、運動療法、行動療法、薬物療法などの内科的治療とそれ以外の外科療法がある。肥満症に対する外科療法には内視鏡的治療も含まれるが、世界的にも主に行われているのは肥満外科手術である。現在、肥満外科手術の95%以上は腹腔鏡下手術として行われている。肥満外科手術は腹腔鏡下手術の導入により安全性が高まり、術後の早期死亡率が1/2~1/3に減少したと報告されている。

わが国における腹腔鏡下肥満外科手術の現状

わが国では1982年に開腹手術として肥満外科手術が開始された。その後1988年に垂直遮断胃形成術を指す胃縮小術(K656)が保険収載されたが、高い侵襲性と高率な術後合併症のため、ごく限られた施設でのみ行われた。2000年にわが国に腹腔鏡下肥満外科手術が導入され、2010年に腹腔鏡下スリーブ状胃切除術[スリーブ状胃切除術(腹腔鏡下)、laparoscopic sleeve gastrectomy, LSG]が先進医療として承認された。その当時、わが国ではすべての術式を合わせても年間70例程度しか腹腔鏡下肥満外科手術は施行されていなかった(図1)。2014年にLSGが腹腔鏡下胃縮小術(K656-2)として保険収載

され、2017年以降LSGの症例数が急速に増加し、2022年にはすべての術式を合わせ985例施行された。その内訳はLSGが93%を占め、腹腔鏡下スリーブバイパス術[スリーブ状胃切除・バイパス術(腹腔鏡下)、LSG with duodenojejunal bypass, LSG-DJB] 2%、修正手術 5%であった。この12年間にわが国では腹腔鏡下肥満外科手術は14倍に増加したものの、未だわが国の施行症例数は少ない状況が継続している。欧米各国では年間5,000例~20万例施行され、東アジアの中国では年間1万例以上、韓国2,000例以上、台湾3,000例以上施行されている。

また現在のLSGの保険適用は、①6ヵ月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが35以上の肥満症の患者であって、糖尿病、高血圧症、脂質異常症又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群のうち1つ以上を合併しているもの、②6ヵ月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが32~34.9の肥満症の患者であって、HbA1cが8.0%以上の糖尿病、高血圧症[6ヵ月以上、降圧剤による薬物治療を行っても管理が困難(収縮期血圧160mmHg以上)なものに限る。]、脂質異常症[6ヵ月以上、スタチン製剤等による薬物治療を行っても管理が困難(LDLコレステロール140mg/dL以上又はnon-HDLコレステロール170mg/dL以上)なものに限る。]又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群(AHI ≥ 30 の重症のものに限る。)のうち2つ以上を合併しているもの、となっている。それに対し2018年に先進医療として承認されたLSG-DJBの適応基準は、重症肥満症(内科的治療に抵抗性を有する糖尿病である者に限る)とされ、BMI 35以上に限られている。つまりわが国では現在BMI 35未満の適応が非常に限られた状況にある。それに対し、韓国では2019年より、LSG、LSG-DJB、修正手術を含めた腹腔鏡下肥満外科手術ほぼすべてが保険適応となり、その適応基準もBMI 30以上とわが国よりも広がっている。さらに昨年発表された国際的な

ガイドラインでも、肥満外科手術の適応はBMI 30 以上で糖尿病かコントロール不良の健康障害を有するものとなっている。

腹腔鏡下スリーブバイパス術の手技と効果

世界では現在、LSG と腹腔鏡下胃バイパス術 (laparoscopic gastric bypass, LGB) が 2 大術式になっている。また海外の無作為化比較試験では LGB の方が LSG に比較し糖尿病に対する効果は高いことが示されている。しかし胃バイパス術は開腹手術の時代から胃癌の多いわが国にそぐわない手術とされ問題視されてきた。そこで 2007 年に日本人向けの糖尿病に対する手術 (メタボリックサージェリー) として LSG-DJB がわが国で開発された。その手技は通常の LSG の後に空腸を離断し十二指腸空腸吻合 (バイパス) を加えるものである (図 2)。

わが国の単施設から LSG-DJB 術後 5 年の結果が報告され、総体重減少率 31%、糖尿病寛解率 64%であり、90%の症例で糖尿病薬フリーとなっていた。さらにわが国の 8 施設で LSG と LSG-DJB を比較する多施設共同研究が行われ、糖尿病の重症群やインスリン使用患者では、LSG-DJB が LSG に比較し有意に高い糖尿病の寛解率を示

した。さらにわが国から LSG-DJB の QOL の改善効果や薬代の減少効果 (費用対効果) も示されている。

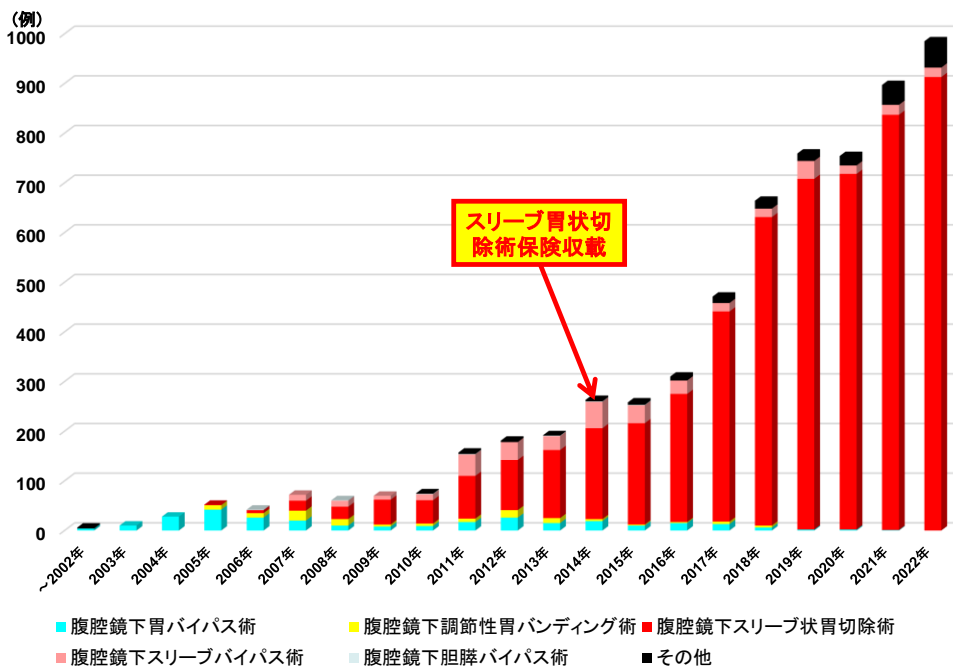
このように糖尿病に対する高い効果から LSG-DJB の年間施行症例数は徐々に増加し、2014 年には年間 50 例以上施行されていた (図 1)。しかし 2014 年に LSG が保険収載されたため、先進医療の LSG-DJB は高額であり、最近では LSG-DJB の年間施行症例数は 20 例程度に留まっている。したがって本来 LSG-DJB に適した重症の糖尿病患者がその費用のため、LSG-DJB を断念し LSG を選択していることが多いと推測される。

今後の展望

現在のわが国における腹腔鏡下肥満外科手術の問題点は、LSG のみしか保険適応がないこと、BMI 35 未満の保険適用が非常に限られていること、日本人の総人口を考えるとまだまだ全体の症例数が少ないことなどが上げられる。LSG-DJB が保険収載されれば、患者のニーズにより答えられるだけでなく、医療費の削減にも貢献しうると思われる。

図 1 わが国の腹腔鏡下肥満外科手術の年次別症例数の推移

わが国における腹腔鏡下肥満外科手術の年次別症例数の推移



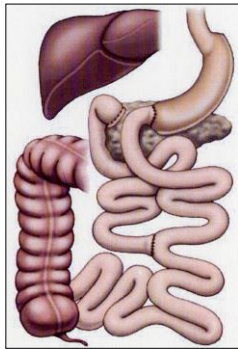
日本肥満症治療学会 緊急アンケート調査

図2 腹腔鏡下スリーブバイパス術(LSG-DJB)の手技

腹腔鏡下スリーブバイパス術



自動縫合器を用いた胃の切離



- 手術は全身麻酔下に炭酸ガスにて気腹したのち、自動縫合器を用いて通常のスリーブ状胃切除術を施行する。
- 次いで十二指腸を球部で自動縫合器にて離断、さらにトライツ靭帯から約 100-150cm 肛門側の空腸を同様に自動縫合器にて離断する。
- 離断した空腸の肛門側を挙上し十二指腸の近位断端と吻合したのち、十二指腸空腸吻合部から約100-150cm 肛門側の空腸に Y 吻合を行う手術である。

厚生労働省 先進医療の各技術の概要

「母子（胎児・胎盤・臍帯）MRI 撮影加算」

日本周産期・新生児医学会
昭和大学横浜市北部病院産婦人科
市塚 清健

妊娠中の子宮内、すなわち胎児、胎盤・臍帯の評価については超音波断層法が第一選択の検査として日常臨床で用いられています。その超音波検査で異常が指摘された場合、すなわち胎児では各種胎児疾患、胎盤では前置胎盤や癒着胎盤などが該当します。

胎児形態異常の診断を目的としたモダリティの第一選択は超音波検査であることは上述のごとく論を俟たないところです。その理由としては無侵襲であること、繰り返し行えること、経済的負担が比較的少ないこと、高解像度であることなどが挙げられます。しかしながら超音波検査には胎位の影響を受けやすいこと、母体の影響（皮下脂肪が厚い場合の超音波減衰や、母体腸管ガスによるアーチファクトなど）、検者の熟練度に依存されること、記録画像の客観性が得にくいことなどの弱点も存在すると言われています。

胎児 MRI は、胎児骨の影響を受けない、母体体格の影響を受けない、どの断面でも比較的正確に撮像できる、客観性に優れていることなど、超音波診断の弱点を補完しうると考えられます。最近の報告では胎児 MRI の主な応用域も明らかになり、さらに安全性についてもこれま

で胎児に悪影響をみとめた報告はなく安全に行えると考えられています。そのような背景から 2017 年 4 月には国際産婦人科超音波医学会 ISUOG からガイドライン “performance of fetal magnetic resonance imaging” が発表され、その適応や有用性が公示され、我が国においても 2021 年に日本放射線医学会画像診断ガイドラインにおいて胎児異常が疑われる場合に適応疾患が示され、それらについては胎児 MRI の推奨がなされました。

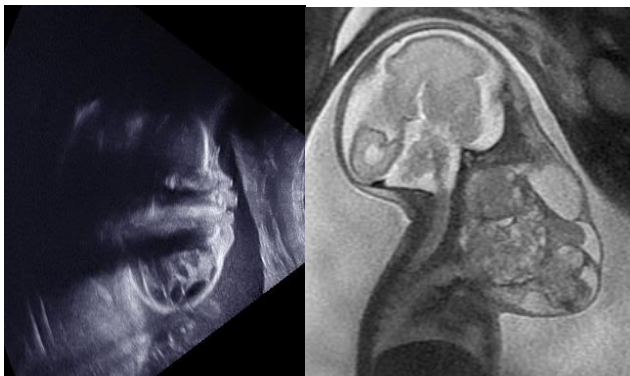
胎盤の評価については前置胎盤でしばしば合併するとされる癒着胎盤の診断は超音波断層法のみではその診断には限界があり胎盤異常にも MRI の有用性は示されています。

母子の MRI を行う際は母体および胎児双方に対して特段の配慮を要し、胎児形態異常の評価を行う際は、胎動を避けることは必須であります。そのため胎動が収まるまで待つ必要があり時間を要します。さらには突如の胎動によるアーチファクトを避けるため撮像時間の短い胎児特有のシーケンスを考慮する必要があります。さらには、一般には CT や MRI 検査などのモダリティは超

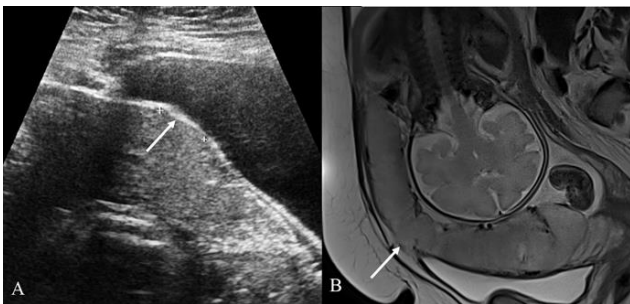
音波検査と異なり検者による検査の質は変わらないことが利点とも言えますが、胎児 MRI の場合は胎位、胎児軸なども考慮に入れ撮像する必要があるため客観性にすぐれ診断に寄与する MRI 画像の撮像には熟練を要します。母体に対しては MRI 撮像中には一定時間の仰臥位を強いられるため、仰臥位低血圧症候群がしばしば発症します。その発症予防や発症した際の救急対応が求められ特段の準備が必要とされるところです。

手術報酬に対する外保連試算では従来の評価軸である人件費と医療材料費に加え新しい評価軸の1つとして「2つの命を扱う手術」が設定された。母子（胎児・

胎盤・臍帯）MRI 撮影を行う際は上述のごとく母体、胎児双方に特段の配慮を要し、手術報酬における評価軸と同様のロジックが母子（胎児・胎盤・臍帯）MRI 撮影にも成り立つのではないかと思われ、胎児 MRI を含む「母子（胎児・胎盤・臍帯）MRI 撮影加算(600点)」の保険収載を日本産科婦人科学会および日本磁気共鳴医学会の共同提案のもと日本周産期・新生児医学会が要望する次第であります。保険収載に向けて諸先生方のご支援ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。



胎児頸部腫瘍の超音波像（左）と MRI 像（右）：超音波でも腫瘍があることはわかるが正確な位置、気道圧迫の有無など詳細はわからない。気道圧迫があれば EXIT（胎児治療；胎盤循環を保ったままの高度な分娩管理）が必要であり出生施設が限定される（出生場所の決定に MRI は重要な情報をもたらす）。



癒着胎盤の超音波像（左）と MRI 像（右）超音波で癒着胎盤が疑われた（写真 A）症例で MRI で癒着胎盤が強く疑われる（写真 B）。癒着胎盤では術中、術後に IVR や大量輸血など集学的管理が求められ、分娩場所が限られるため術前の MRI による診断は有用である。

超音波ガイド下ハイドロリリース療法の保険収載にむけて

日本整形外科学会
東京先進整形外科
面谷 透

近年、運動器の痛みに対する新しい治療として、超音波ガイド下ハイドロリリース療法（以下、ハイドロリリース）が注目を集めています。

従来、整形外科における画像検査のゴールドスタンダードは単純 X 線画像、CT、そして MRI でした。しかしこれらの画像検査は被曝リスク、検査時間の長さ、そしてリアルタイムでの視覚化の難しさという課題を抱えていました。2000 年代に入ってから、高周波リニアプローブの開発と画像解析ソフトウェアのフルデジタル化により、運動器領域の超音波画像のクオリティが大幅に改善しました。これにより、超音波を用いた診断と同時

に、超音波ガイド下の注射技術も発展しました。特に、神経をターゲットとしたハイドロリリースは革新的な治療法として認識されつつあります。

ハイドロリリースとは、超音波を使用して針を正確に誘導し、薬液を注入することで組織間を液性に剥離する手技です^{1,2,3,4}（図 1）。この手技では、局所麻酔作用や抗炎症作用のないまたは極めて弱い薬液（主に生理食塩水）が使用され、薬物による有害事象や危険性が軽減されます。局所麻酔薬を用いたブロック注射とは違い、麻酔効果に依存しない注射そのものによる効果の評価可能です。特に、末梢神経のハイドロリリースによりその

神経由来の疼痛が改善すると報告されています。神経の滑走性の改善が主な作用メカニズムと考えられています。

ハイドロリリースの有効性に関して最もエビデンスが多いのは手根管症候群（正中神経障害）に対するものです。正中神経をハイドロリリースした群と皮下注射のみを行った群とを比較した二重盲検ランダム化比較試験では、ハイドロリリース群において有意に症状が改善が改善したという結果が得られました⁵。注射による神経損傷などの合併症は懸念事項ではありますが、超音波ガイドにより針先を常に確認しながら神経を損傷しないように注意することで、特別な有害事象は発生しないと考えられています^{6,7}。

手根管症候群の患者数は非常に多く、日本では成人の罹患率は約4%、推定患者数は約42万人とされています⁸。また、ハイドロリリースが有効とされる部位は手首だけではなく、頸部、肘関節、大腿など、体全体の各部位でハイドロリリースの有効性が報告されています^{9,10,11}。このように、超音波ガイド下ハイドロリリースが対象となる潜在的な患者数は非常に多いと推測されます。

ハイドロリリースが神経由来の症状に対して有効であれば、他の治療手段と比較して治療費用を抑制できる可能性があります。例えば、抗炎症薬や神経障害性疼痛の治療薬を1か月間服用した場合のコストは約5900円、手根管開放術や神経剥離術を日帰りまたは入院手術（2泊3日）で行った場合のコストは約71,000～410,000円と試算されます。一方で、1回のハイドロリリースを行い、現行の保険診療で認められているトリガーポイント注射として算定した場合、コストは薬液料を含めて約900円となります。したがって、ハイドロリリースが奏功すれば、大幅にコストを削減できる可能性があります。なお、コスト以外のハイドロリリースのメリットは図2の通りです。

ただし、これらのコスト試算は、ハイドロリリースに必要な実際のランニングコストを反映していません。ハイドロリリースを行うための最低限の医療機器と初期投資は約5,005,100円と試算されています（大部分は超音波診断装置のコスト）。ハイドロリリースに必要な消耗品費用、超音波診断装置の保守費用、および人件費を考慮すると、利益率は-775%となると予測されます。ハイドロリリースは現行の診療報酬点数では賄うのが難しい治療であると考えられ、ハイドロリリースの保険収載が必要と思われる。

超音波ガイド下ハイドロリリース療法による治療が一般化することにより、痛みの治療における選択肢が増えると考えられます。また、ハイドロリリース療法による治療が一般化すれば、他の治療法と比較して治療費用を抑えられる可能性があり、患者の立場だけでなく国家的な視点においてもメリットがあると思われる。現行の診療報酬点数では賄えないが、潜在的な対象患者が多

数いることが予測され、普及に伴う社会的意義が高いと考えられます。

参考文献：

1. 宮武和馬ほか. 膝関節痛に対する Hydroreleas. 日本運動器疼痛学会誌 2019, 11(1): 18-23.
2. 面谷透ほか. アキレス腱縫合術後の腓腹神経障害に対する Hydroreleas. 日整超会誌 31(1): 198-203, 2020.
3. S Evers, et al. Ultrasound-guided hydrodissection decreases gliding resistance of the median nerve within the carpal tunnel. Muscle Nerve 2018 57(1):25-32.
4. Lam KHS, et al. Ultrasound-Guided Nerve Hydrodissection for Pain Management: Rationale, Methods, Current Literature, and Theoretical Mechanisms. J Pain Res. 2020 Aug 4;13:1957-68.
5. Wu YT, et al. Nerve hydrodissection for carpal tunnel syndrome: A prospective, randomized, double-blind, controlled trial. Muscle Nerve. 2019 Feb;59(2):174-180.
6. Buntragulpoontawee M, et al. The Effectiveness and Safety of Commonly Used Injectates for Ultrasound-Guided Hydrodissection Treatment of Peripheral Nerve Entrapment Syndromes: A Systematic Review Front Pharmacol. 2021 Mar 5;11:621150.
7. Wu YT, et al. Efficacy of 5% Dextrose Water Injection for Peripheral Entrapment Neuropathy: A Narrative Review. Int J Mol Sci. 2021 Nov 16;22(22):12358
8. 日本神経治療学会. 標準的神経治療:手根管症候群. 神経治療 Vol. 25 No. 1. 2008.
9. Lam SKH, et al. Transition from Deep Regional Blocks toward Deep Nerve Hydrodissection in the Upper Body and Torso: Method Description and Results from a Retrospective Chart Review of the Analgesic Effect of 5% Dextrose Water as the Primary Hydrodissection Injectate to Enhance Safety. Biomed Res Int. 2017.
10. Chen L.C. Perineural Dextrose and Corticosteroid Injections for Ulnar Neuropathy at the Elbow: A Randomized Double-blind Trial. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2020.
11. Su Y.C. Efficacy of Nerve Hydrodissection With 5% Dextrose in Chronic Meralgia Paresthetica. J World Inst. Pain. 2020.

図 1

超音波ガイド下ハイドロリリース療法

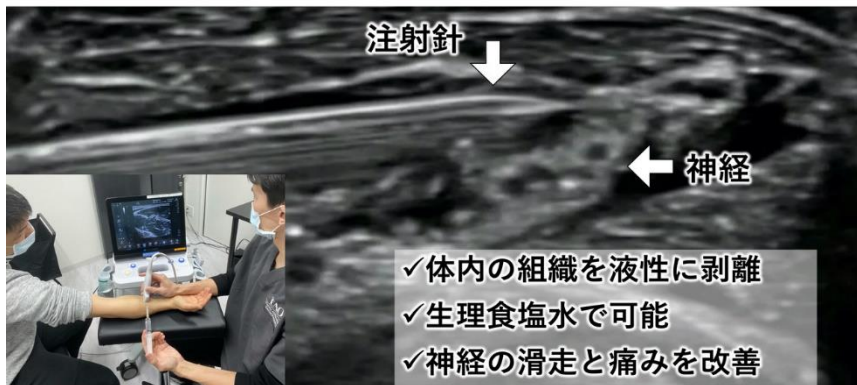


図 2

超音波ガイド下ハイドロリリースの簡便性



治療を行う場所	外来診療室	外来で処方し家で服用	手術室
入院の必要性	なし	なし	ときに必要
メリット	体への負担が小さい	治療時の患部の痛みなし	患部を直接確認可能
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 超音波診断装置が必要 注射時の痛み 注射の技術を要する 	<ul style="list-style-type: none"> 根本的な解決にはならないことがある 薬の副作用 服用の継続 	<ul style="list-style-type: none"> 傷ができる 手術後の痛み 感染の可能性 再癒着の可能性

◆物価の高騰に対応するための病院の運営に外保連からの提案

費用高騰と病院経営

地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事長
岩中 督

はじめに

2022年から2023年にかけて、諸物価高騰が続いている。コロナによる流通の停滞、ロシアのウクライナへの侵攻、日米の金融政策の違いによる円安の急激な進行などがその原因といわれているが、その結果、輸入に頼っ

ている原油や食料品の価格の上昇が著しい。これらの物価上昇は、市場では値上げとして製品に転嫁できるが、医療機関の収入は公定価格である診療報酬によって規定されているため増収には結びつかず、医業費用の上昇分を全くカバーできていない。その結果、多くの医療機

関において医業収支バランスは赤字となっている。この物価上昇に対する対応として、四病院団体協議会、日本病院団体協議会、全国自治体病院協議会、日本医師会など多くの医療関係団体が、診療報酬の大幅改定を求めて厚生労働大臣や関係省庁に要望書を提出しているところである。このような状況の中、外保連では諸物価高騰が病院経営にどのような影響を与えているかについて、2023年10月23日に「外保連記者懇談会」で公表することとした。加盟医療機関の状況を平均値で表した前述の病院団体の要望書と異なり、今回の懇談会では、個々の医療機関がどのような影響を受けたかについて具体的な数値を提示し、病院経営上どのような支障が発生しているかをお示しするものである。

埼玉県立病院機構は、県立循環器・呼吸器病センター（高度急性期343床）、県立がんセンター（高度急性期503床）、県立小児医療センター（高度急性期316床）、県立精神医療センター（180床）の専門病院からなり、常勤職員総数2,514人、2022年度医業収益は4病院の合計で約440億円であった。

諸物価高騰が病院経営に与えた影響について、項目別

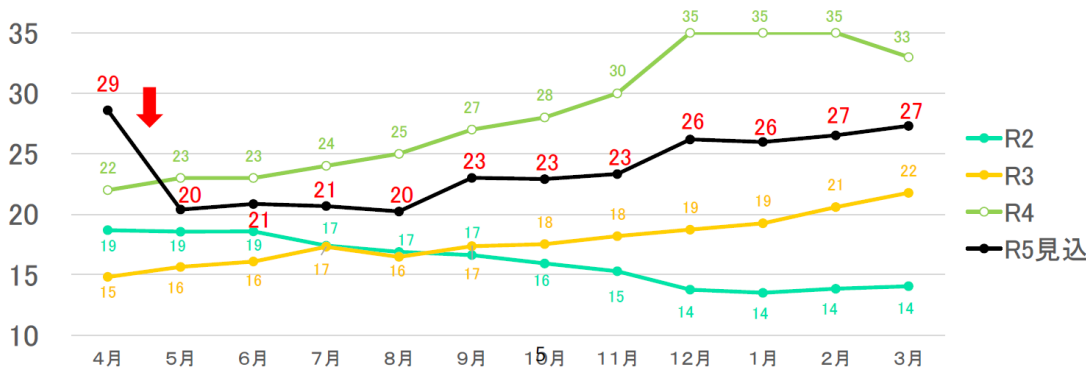


図1：当機構の電気料金単価の推移（1kwあたり、単位：円、矢印は市場ハイブリッド契約移行日）

2) 食材費の高騰

入院食事療養費Ⅰは、平成9年より1食につき640円で据え置かれている。食品の物価指数は、平成9年から18.8%の上昇、さらに栄養士・調理師の最低賃金は579~679円から853~1072円に約45%上昇していることなどより、1食につき640円から780円への増額を要望したい。

3) 人件費の上昇

県立病院機構全体の人件費は令和4年度決算で273.1億円、人件費/医業収益比率は、3病院が高度急性期病院ならびに第3次医療機関であること、さらに非常にマンパワーが要求される小児医療センターを有していることなどから平均よりかなり高く、62.0%であった。令和5年度人件費予算は、医師の働き方改革のためのコメディカルの増員なども含め286.5億円を予定しているが、この春の労使交渉の結果民間の賃金が大幅に上昇し、その結果人事院勧告（埼玉県）で、月例給の0.94%増、

に述べる。

1) 光熱水費の高騰

全病院の光熱水費の合計は、令和3年度は約14億円、令和4年度は18.8億円と約45%上昇した。これは循環器・呼吸器病センターと小児医療センターの2病院で、従来の電力提供企業からの契約が継続できなくなり、東京電力へ契約を引き継ぐ最終保障供給契約のために電気代が約30~40%値上げされた（最大35円/kw）ことによる。令和5年度はさらに電気代単価が上昇することが危惧されたが、令和5年4月に市場ハイブリッド契約に移行できたことより、電気代単価は23~25円程度で推移しそうであり、予断は許せないが、令和4年度と同程度の費用高騰で済みそうである（図1）。この高騰分は医業収益の約1%に相当する。埼玉県では、県から1床あたり5.5万円のエネルギー補助が1回限りで提供されたが、総額で約7,000万円であり、決して十分とは言えない。

期末手当の0.1月増が通告され、4月にさかのぼって差分が支払われるため、さらに約4億円の人件費上昇を見込んでいる。

4) 委託費の上昇

委託費の大部分が人件費である①医事関連業務、②中央材料室業務、③医療ガス配管設備保守契約、④建物管理業務、⑤駐車場管理業務、⑥清掃業務などの委託費の上昇が危惧されている。令和4年度の総額が65.1億円であり、複数年契約のため令和5年度の上昇分はあまり大きな額にはならない見込みであるが、次期契約更改時には委託会社の人件費上昇により2~3%の委託費の増を覚悟しているところである。人件費の上昇ならびに委託費の上昇で、令和5~6年度には総額で6億円以上の費用の増を見込んでおり、医業収益の約1.5%に相当する。

5) 診療材料・特定保険医療材料の値上げと欠品

物流コストの上昇、ロシア・ウクライナ情勢の影

響などで全世界的なインフレとなっているが、円安の影響もあり診療材料の値上げが始まっている。一方、我が国の物価は諸外国に比して安価であり、海外企業の売り渋りも始まっていることから、今後多くの診療材料、特定保険医療材料で欠品の恐れが出てきている。外保連の加盟学会に対しての調査では、重複を含め 4,788 点の材料が入手困難になりつつあること、特定保険医療材料の逆鞘が、同様に重複を含め 7,689 点と非常に多く発生している。今後外保連としては、包括されている診療材料の価格据え置き、ならびに特定保険医療材料の公定価格の増額を求めていきたい。

6) 医療機器の老朽化対応

2021 年に埼玉県立病院が地方独立行政法人に移行した時点で、すでに減価償却が終了し老朽化が始まっている医療設備が 177.6 億円、減価償却中の比較的新しい医療設備が 95.8 億円であり、早期の設備更新が望まれるものの現状の診療報酬では十分な経常収支の黒字は期待できず、高度専門的な医療提供に支障をきたしつつある。国立大学病院などでも同様の傾向にあり、最適な医療設備を整えるためにも、大幅な診療報酬のプラス改定を望みたい。

7) 病院改修工事などの遅延と工費の上昇

令和 4 年度に完成する予定であった複数の病院改修が、資材不足・資材供給遅延のために入札が遅延し工事完成も遅延した。また労務費の上昇により工事費が当初予算を大幅に上回り、入札が不落になった結果随意契約を余儀なくされた。工事遅

延による業務開始遅延や工事費用の増額は収益減・費用増に直結することから、病院経営を圧迫する直接的な原因になっている。診療報酬改定のみならず、政府には建設業に対する物価や人件費の高騰に対する対策を是非検討いただきたい。

まとめ

令和 4 年度診療報酬改定は 0.94% のマイナス改定であったが、コロナ対応に尽力した自治体病院などの公立・公的病院は病床確保料やコロナ診療報酬の増点で多くの病院の経常収支は黒字化した。一方、令和 5 年 10 月からこれらの補助金は大幅に減額あるいは廃止、コロナ診療報酬も減点されたことより、多くの病院で今年度の経常収支赤字はまぬかれなくなっている。光熱水費の高騰や人件費の上昇は恒常的なものであり、一時的な補助金ではなく、診療報酬改定、すなわち入院基本料などの大幅増点で対応していただきたいと考えている。また診療材料の値上げや欠品が続いていることより、包括される診療材料の価格据え置きに対する支援ならびに特定保険医療材料の公定価格の値上げについても対応をお願いしたいところである。社会保障審議会の議論で、経済界の委員からは「賃上げはイノベーションの推進や生産性向上などの経営の合理化とセットで対応すべき」「物価高騰の影響は、医療界のみならず全産業に及んでいる」との意見が出されているが、診療報酬という公定価格で事業を遂行している医療界としては、コスト増を迅速に価格に上乗せできない制度への配慮が必要であることを声高に主張したい。

物価高騰の病院経営への影響～民間がん専門病院の現状～

公益財団法人がん研究会有明病院副院長・消化器外科部長
渡邊 雅之

はじめに

昨年来の物価高騰は病院経営に負の影響を与えている。2020 年を 100 とした消費者物価総合指数は 2022 年 7 月からの 1 年間で 102.3 から 105.7 まで、3 ポイント以上上昇した。特に 2022 年の光熱水費の高騰は著しく、同じく 2020 年を 100 とした 2023 年 1 月には 124.5 まで上昇した。その後やや落ち着きを見せたものの、2023 年は 105 から 110 の間で高止まりしている。病院経営を取り巻く環境が厳しい中で物価高騰は病院経営を圧迫しており、診療報酬による適切な評価が必要と考える。

1. がん研有明病院の概要

癌研究会はヨーロッパからのがん研究への国際協力の呼びかけに応じる形で 1908 年に創立された。1934 年にわが国で初めてのがん専門病院としてがん研究会附属病院が開設された。戦災を経て 1963 年に大塚に新病

院が建設され、わが国のがん医療をけん引してきた。2005 年に有明の地に移転し、現在に至っている。病床数 686 床（一般床 651 床、ICU10 床、緩和 25 床）、職員総数 1,867 人（2023 年 4 月現在）の民間がん専門病院である。

2. COVID-19 による病院経営への影響とポストコロナの課題

COVID-19 のパンデミックは病院経営に大きな打撃を与えた。がん検診が中断し、都道府県を超えた移動の制限がかかったことにより、日本全国からがん患者を受け入れていた当院では、がんの初診患者数が激減した。ポストコロナを迎えても初来院患者数はコロナ前に戻らない状況が続いている。中国を中心とした医療インバウンドもコロナ禍で壊滅的な打撃をうけた。また病床稼働もコロナ前の約 90% から 10% 程度低下した状態が続いており、厳しい病院運営を強いられている。

3. 光熱水費の高騰に対して

前述のごとく、2022年には記録的な光熱水費の高騰があり、2023年も高止まりの様相を呈している。当院の光熱水費の推移をみると、2022年は2021年に比較して約2億円、光熱水費支出が増加した。この額は人件費・材料費を除く病院諸費用の約5%に当たる。病院収入のほとんどは保険診療に基づいた医業収入であり、光熱水費の高騰に対して価格転嫁で対応することは不可能である。光熱水費の高騰に対しては、入院基本料の引き上げ等での対応が望まれる。特に2022年のような予測不能かつ急激な光熱水費の高騰に対しては、医療提供

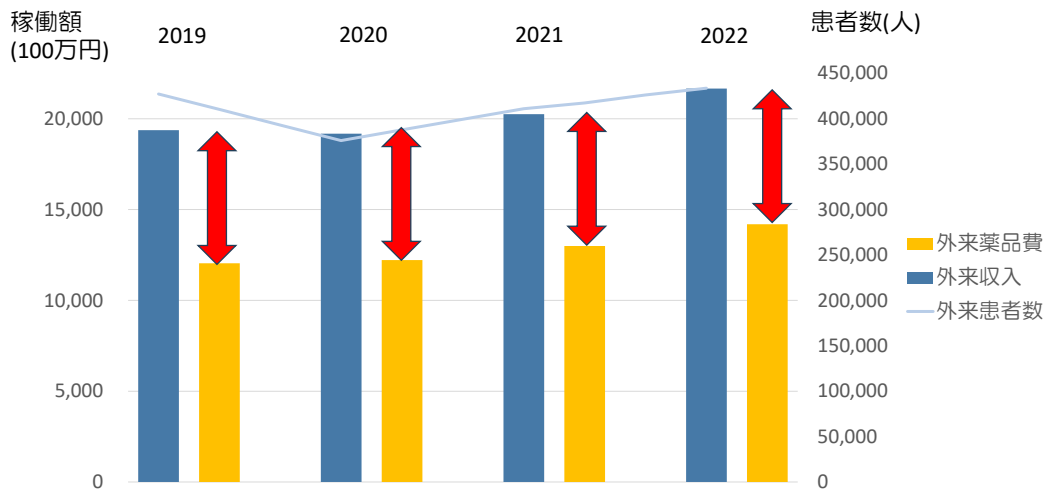
体制維持のために緊急の資金援助が必要である。

4. 薬剤費の高騰に対して

コロナ禍においても外来通院治療への影響は比較的軽微であった。また外来稼働額も2020年以降右肩上がりとなっている。この要因としては、外来化学療法患者の増加と高額薬剤の承認が挙げられる。外来収入増収のほとんどは高額薬剤の導入によるものであり、外来収入の増加が病院収益の増加につながっていないのが現状である（図1）。

高額薬剤の増加に伴う薬剤費の高騰

外来化学療法による収入は収益の増加につながらない



現在の診療報酬では、同じ化学療法レジメンを行った場合、外来よりも入院で行った場合の収益が高い状況となっている。外来化学療法センターの運営には医師、看護師、薬剤師、クラークを含め、多くの人員が必要であり、現在の診療報酬の中では、この体制を維持することが困難である。がん患者の多くが入院よりも通院治療を希望されている現状を鑑み、加算の増額等、外来化学療法の適正な評価が必要と考える。

5. 診療材料の高騰に対して

諸物価の高騰に連動して、診療材料の値上げが相次いでいる。当院では2022年4月以降の18ヶ月間に900品目の値上げ要請を受け、診療材料費支出が年間で約3,500万円増加した。診療材料の中には保険償還されないものも多く含まれ、また償還される材料についても償還額が納入価を下回る、「逆ザヤ」となっているものが多い。保険償還される材料については適宜、適切な報酬の増額が望まれる。また償還されない診療材料については、その価格上昇分を入院基本料等で手当ていただくことが望ましい。

6. 人件費・委託費の高騰に対して

病院経営にとって、人件費の増加は大きな負担となる。当院では2019年から2022年の4年間で約150名の人員増加となった。この内訳をみると、医師・看護師を除くその他の医療職の伸びが大きく、2024年の働き方改革に向けたタスクシフトがその要因となっていることがうかがえる。また、委託費の推移も右肩上がりであり、働き方の多様化および採用難に起因する派遣委託業務、検査件数増加に対応するための検査委託費、サイバーテロ等への対応のためのIT関連業務委託費等、各種委託費が年々増加している（図2）。

複数年契約や業務内容の見直し等で対応し2021年から2022年は横ばいとなっているが、長期的には右肩上がりが続くことが想定される。人件費・委託費の増加に対して、入院基本料や加算の増額による支援が必要である。

7. 食材費の高騰に対して

入院時食事療養費は1994年度に導入され、1日1,900円に設定された。消費税引き上げに対応して1998年に1日1,920円に引き上げられ、2006年度には1食あたり640円に変更となった。その後は物価上昇、消費税

の引き上げにも関わらず、設定額の見直しはなされていない。一方で、食材費は過去 10 年間で約 7%上昇している。当院での患者一人当たり 1 日の食材費は 2022 年の約 700 円から 2023 年には約 800 円と、特にこの 1 年間で急激に高騰しており、入院食事療養費に占める食材費の割合は約 46%に達している。人件費、光熱水費の高騰と相まって病院給食は危機的状況にあり、早急かつ適

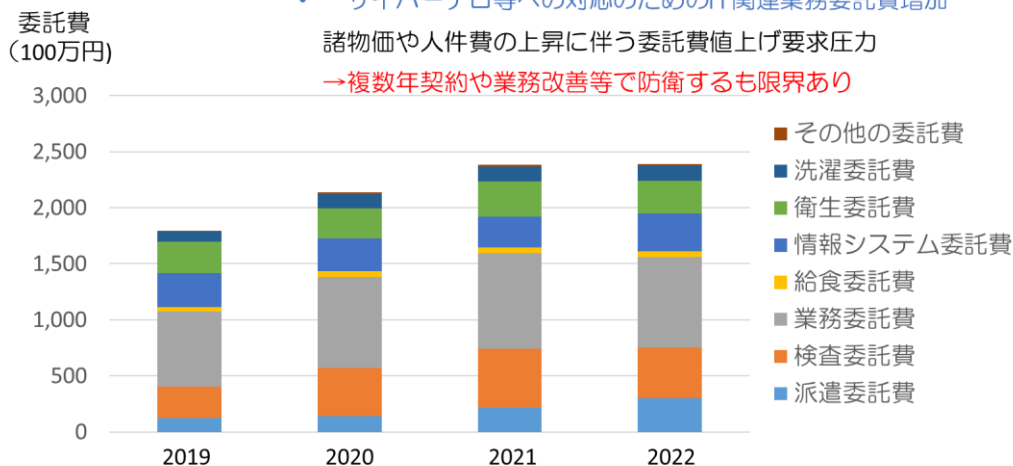
正な入院食事療養費の増額が求められる。

おわりに

物価高騰は病院経営に深刻な影響を与えている。病院経営の安定は国民福祉に直結する問題であり、診療報酬の適正化が急がれる。

委託費の増加

- 働き方の多様化(産休・育休)の対応、採用難に起因する派遣委託費増加
 - 検査件数増加に対応するための検査委託費増加
 - サイバーテロ等への対応のためのIT関連業務委託費増加
- 諸物価や人件費の上昇に伴う委託費値上げ要求圧力
→複数年契約や業務改善等で防衛するも限界あり



急性期病院からの診療報酬改定要望

独立行政法人地域医療機能推進機構 (JCHO) 理事長
日本病院団体協議会代表者会議 議長 千葉大学名誉教授
山本 修一

我が国の 15 の病院団体が加盟する日本病院団体協議会では、2024 年度の診療報酬改定に関する要望書を厚生労働大臣宛に提出している。要望は急性期から回復期、慢性期に及ぶ 12 項目からなるが、急性期病院にとって特に重要なのは図 1 に示す 4 項目である。

1. 入院基本料の引き上げ

エネルギーコストの上昇、物価上昇、賃上げに対応するため入院基本料そのものの引き上げが必須である。JCHO の 57 病院全体では、電気料金は令和 3 年度から 4 年度で 23.5 億円 (56.8%)、ガス料金は 8.8 億円 (52.7%) 増加している。さらに医薬品は過去 5 年間で年平均 2.28%増加、また業務委託費は令和元年度から 5 年度で 31 億円 (10.8%) 増加している。コロナ禍前の令和元年度 4~8 月と今年度同時期で比較すると、医業収入は 42 億円 (2.8%) 増加しているものの、材料費は 35 億円

(9.3%) 増加しており、ここに光熱費、委託費の増加分を加えれば、大幅な減益となっている。

世間並みの 3.5%程度の賃上げの余力などあるはずがない。

2. 適切な食事療養費の設定

驚くべきことに、過去 20 年間にわたり一食 640 円に据え置かれたままである。少しでも美味しい食事を提供しようと担当者は涙ぐましい努力を重ねているものの、この金額でどうなるものでもなく、患者満足度調査での給食への評価はきわめて低い。病院スタッフは早期退院に向けて良質な医療を提供しようと頑張っているのに、食欲を失わせるような食事では患者が元気になるはずがない。

3. 病棟における介護専門職の評価

高齢患者の増加に伴い、急性期病棟での介護需要が急

増している。JCHO 病院における DPC データの解析（年間延 240 万～280 万症例）では、重症度、医療・看護必要度の B 得点は 2018 年度から 2022 年度にかけて有意に増加しており、さらに入院時と比べて退院時に B 得点が悪化した患者の割合も有意に増加している（図 2）。

これに対して、患者補助者の配置が進められてきたが、近年その採用は困難であり、病棟看護師の負担が急増し離職の動きが顕著になりつつある。介護専門職の病院への配置は急務であり、業務独占についての神学論争をおこなっている場合ではない。

4. 急性期医療におけるリハビリテーションの充実

急性期入院中の ADL 低下を防ぐために早期のリハビリテーション介入も求められている。休日リハの重要性が示されているものの、実施している急性期病院は少な

い。これに対応するために ADL 維持向上等体制加算があるものの、1 日たったの 80 点であり、休日リハのインセンティブとはなり得ない。

過去 20 年間の診療報酬改定はデフレ下での改定であり、高齢者の絶対数の増加を中心に考えればよかったが、今回は急激な物価および賃金上昇による「単価」の上昇があり、さらに防衛費や少子化対策の財源問題も加わって複雑化している。そして何より、2024 年 4 月から医師の働き方改革が施行され、医療界の大地殻変動が予想される。目の前の患者に対して職員が安心して良質な医療を提供できるよう、粘り強い交渉が必要である。

図 1 急性期病院からの切なる要望

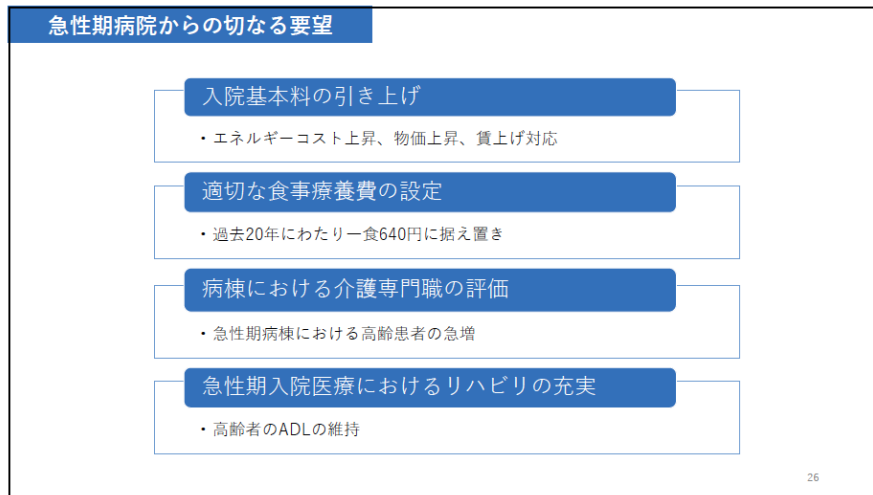
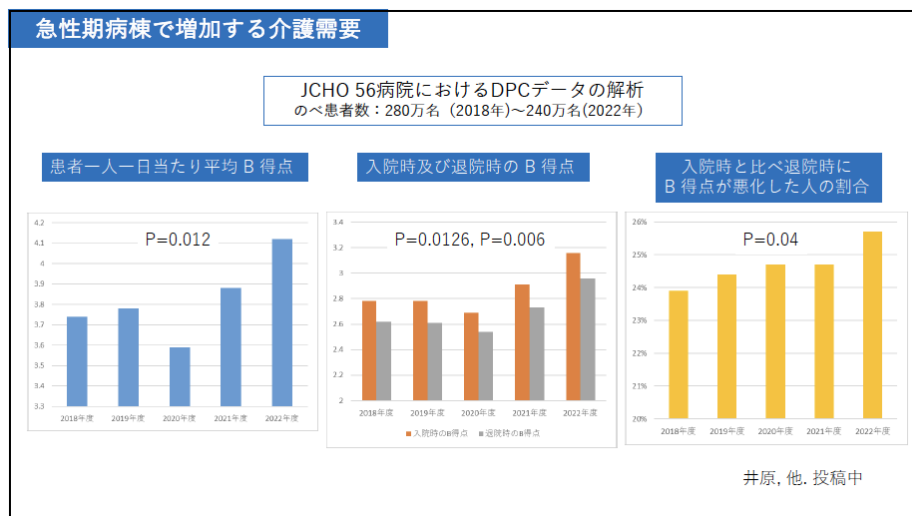


図 2 JCHO 病院における重症度、医療・看護必要度の B 得点の推移



◆編集後記

広報委員会 委員長 河野 匡



皆様、暑い夏が終わったと思ったら心地よい秋を十分に感じることなく寒い冬を迎えているようです。世の中ではインフルエンザが流行しており、重症化はしなくなったようですが新型コロナの感染も少しずつ増えてきているようです。この号外の外保連ニュースをお届けするころには少し落ち

ち着いているといいように思います。

今回の外保連ニュースでは例年のように外保連試案2024が刊行されましたので、各委員会からの報告を中心に伝えたいと思います。

手術にかかる診療報酬を検討している手術委員会からはロボット支援手術が従来の腹腔鏡手術、胸腔鏡手術と比較した優越性をエビデンスに基づいて示されるといかに検討し、今回の外保連試案に反映させ、次回の診療報酬改定の根拠になるように活動していただきました。

処置委員会からは従来から行っていた、医療材料を安価に評価して定額に抑えられていた診療報酬に対応してきたものが、医療材料の価格上昇により対応が困難になってきたことを受けて実態のアンケートを行って検討していただきました。また、整形外科領域で現在用いているSTEM7で多少混乱を生じている問題を受け、手術委員会コーディングワーキンググループ内に設置したこれらを整理するプロジェクトチームで検討していただきました。

検査委員会では軟性の内視鏡検査が内視鏡試案に移行し、機能検査、超音波検査、検体採取手技、放射線画像検査、各医学検査に分類して評価するようにしました。また、医療材料のバージョンアップを行い精緻化させま

した。なお硬性内視鏡を用いた検査は現在の検査試案に残しているようです。

麻酔委員会からは低侵襲手術や早期離床に対応するように検討していただきました。これは低侵襲手術が増加するにつれて従来は手術対象とはされなかった高齢者への手術が増加し、今後もさらに増加が予想されるからです。また神経ブロックや深鎮静の定義や対象を整理していただいたようです。

内視鏡委員会では内保連とも連携して新規技術の掲載をしていただきました。またAIが医療分野、とくにまず内視鏡部門にかかわってくることは明らかであると考えられ、今後AIに合理的に対応できるように検討していただくようです。

また特集として各学会からは日本肥満症治療学会から「スリーブ胃切除・バイパス術（内視鏡下）」について、日本周産期・新生児医学会からは「母子（胎児・胎盤・臍帯）MRI撮影加算」について、さらに日本整形外科学会から「超音波ガイド下ハイドロリリース療法の保険収載に向けて」を紹介していただきました。

さらに特集として物価高騰に対応するための病院の運営に外保連からの提案として「費用高騰と病院経営」、「物価高騰の病院経営への影響～民間がん専門病院の現状～」、「急性期病院からの診療報酬改定要望」を紹介していただきました。

わが国では物価の高騰で様々な公共料金が上昇しており、病院にとってもその影響を避けられません。診療報酬も公共料金の一つであり、同様に対応していただかなければ提供できる医療の質の低下につながると思います。今後も皆様のご協力が大切であるように感じます。今後ともよろしく願いいたします

◆三保連ニュース

3月5日に聖路加国際大学大村進・美枝子記念聖路加臨床学術センター日野原ホールに於いて、第23回三保連合同のシンポジウムを開催し、今回は『令和6年度診療報酬改定の評価』と題し、意見交換をする予定です。詳しくは外保連のホームページ(<http://www.gaihoren.jp/>)をご覧ください。

◆事務局からのお知らせ

【改正要望書】

2023年6月に厚生労働省へ要望しました「社会保険診療報酬に関する改正要望書」を収載した冊子（CDROM付）を8月下旬に完成しました。外保連の改正要望書は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。冊子（CDROM付）をご希望の方は事務局までお申し込み下さい。