

【第45回学術総会パネルディスカッション：わが国において高気圧酸素療法による医療水準の底上げは可能か?】

外保連活動による診療報酬改定活動の報告と今後の方向性

柳下 和慶

東京医科歯科大学医学部附属病院 高気圧治療部

外科系学会社会保険委員会連合（外保連）は、内科系学会社会保険委員会連合（内保連）とともに、学術的根拠に基づき診療報酬の適正化を図ることを目的とした各学会の保険委員会の連合体である。1967年に主要な9学会（日本外科学会、日本整形外科学会、日本産科婦人科学会、日本眼科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本泌尿器科学会、日本麻酔科学会、日本形成外科学会、日本口腔科学会）から発足し、現在では91学会が加入し活動している。外保連では内保連とともに、医療保険制度の適正化、合理的な診療報酬についての学術的研究および合理的な外科系診療報酬体系の構築を目的とし、年次の診療報酬改定においては適応疾患のエビデンスとエビデンスレベル、医療経済効果の根拠、普及性、安全性等の根拠を厚生労働省に提出し、診療報酬改定への有力な資料として討議されている。

本学会としては、2006年秋より外保連に加入し、

本学会保険委員会および保険委員会委員長との緊密な連携と4人の外保連委員を中心に、診療報酬改定に向けた活動を行ってきた。2010年春の診療改定では、「壊死性筋膜炎又は壊疽性筋膜炎」および「コンパートメント症候群又は圧挫創症候群」が保険適応病名として追加された（診療報酬点数コード処置J 027）（表1）。これは、外保連活動による診療報酬改定活動が寄与していたもの考えられる。しかしながら、「救急的なもの」として、1人用高気圧酸素治療で1日につき5,000点、多人数用高気圧酸素治療で6,000点、発症後1週間を超えた場合の「非救急的なもの」200点については見直しが図られなかった。

今回、過去および現在の外保連活動と診療報酬改定の過程、および今後の方向性について述べる。

診療報酬点数項目には、「手術」、「検査」、「処置」等の諸項目があるが、HBOの診療報酬収載項目が「処

表1 診療報酬点数 処置J027 高気圧酸素治療（1日につき）

| 救急的なもの | | 非救急的なもの | |
|--------|---|---------|-------------------------|
| ア | 急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒（間歇型を含む） | ア | 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍 |
| イ | ガス壊疽、 <u>壊死性筋膜炎又は壊疽性筋膜炎</u> | イ | 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害 |
| ウ | 空気塞栓又は減圧症 | ウ | 皮膚移植 |
| エ | 急性末梢血管障害： ①重症の熱傷又は凍傷 ②広汎挫傷又は中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害 ③コンパートメント症候群又は <u>圧挫創症候群</u> | エ | スモン |
| オ | ショック | オ | 脳血管障害、重症頭部外傷又は開頭術後の運動麻痺 |
| カ | 急性心筋梗塞その他の急性冠不全 | カ | 一酸化炭素中毒後遺症 |
| キ | 脳梗塞、重症頭部外傷もしくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫 | キ | 脊髄神経疾患 |
| ク | 重症の低酸素性脳機能障害 | ク | 骨髄炎又は放射線壊死 |
| ケ | 腸閉塞 | | |
| コ | 網膜動脈閉塞症 | | |
| サ | 突発性難聴 | | |
| シ | 重傷の急性脊髄障害 | | |

（下線病名が、2010年より追加された）

置」項目であることから、外保連においても主に処置委員会によって議論されている。処置委員会では、適正な診療報酬点数の算定のために外保連処置試案を作成し、2010年時点では第4版、現在では第5版まで更新されている。

外保連処置試案では、すべての処置に対して、直接経費（人件費）を技術度・職種・所要時間から、間接経費を建物と設備・医療機器の減価償却、建物維持管理費、医療機器の修理費から算定し、直接経費と間接経費の合算にて適正な診療報酬設定をしている。外保連処置試案では、第1種治療装置および第2種治療装置によって試算は相違があるため、第1種・第2種治療装置使用で別個に計算されている。

処置の技術度は5段階に分かれ、「A群：初期臨床研修医レベル、B群：初期臨床研修修了者、C群：基本領域の専門医、D群：Subspecialty領域の専門医もしくは基本領域の専門医更新者や指導医取得者、E群：特殊技術を有する専門医」に群分けされている。外保連処置委員会でのHBOの技術度評価が極めて高く、当初本学会からの提示より高く評価され、高気圧酸素治療については技術度Dと認定された。さらに、第二種装置を使用した減圧症治療、再圧治療については、重症例における装置内治療や患者管理と監視の技術認定もされ、技術度Eと認定された。

職種については、術者医師（第一医師）、協力医師（第二医師）、協力看護師、技士に分かれ、それぞれの技術度に応じて算定されている。所要時間については、医師・看護師・技士とも120分で試算された。例えば第1種装置によるHBOは技術度Dであり、1時間あたり技術度Dの術者医師1名のみで11,790円、協力看護師2,860円、技士2,660円の計17,310円、2

時間にて計34,620円と試算された。第2種装置ではさらに協力医師1名8,850円が加わり、1時間あたり計26,160円、2時間にて計52,320円と試算された(表2)。

間接経費についても、技術度Dの間接経費の1時間あたり5,993円、2時間にて11,986円が算定された。

以上より、直接経費と間接経費の合計として、第1種装置は46,600円、第2種装置は64,300円が外保連試案として算出された。

同様に第二種装置による再圧治療では、直接経費の人工費として、1時間あたり技術度Eの術者医師1名のみで17,690円、協力医師11,790円、協力看護師2,860円、技士2,660円の計35,000円、2時間にて計70,000円と試算され(表4)、間接経費は11,986円が算定され、直接経費と間接経費の合計として、再圧治療は第2種装置で81,900円が妥当と試算された。

2010年診療報酬改定においては、本学会からは上記保険点数改定と、適応疾患拡大についての申請を行った。外保連への要望項目としては、「救急的適応と非救急適応の撤廃」「減圧症等に対する長時間に及ぶ再圧治療」、適応疾患拡大として、「糖尿病性足病変等を含む難治性末梢循環障害」「コンパートメント症候群、広範囲挫傷等を伴う末梢循環不全」「壊死性筋膜炎等の重症感染症」、「脊柱管狭窄症等を含む脊髄神経疾患に対する高気圧酸素治療」、廃止項目として「スモン」を申請し、それぞれについて、保険収載の必要性ポイント、有効性、エビデンスレベルの明確化、安全性、有効性、安全性、普及性、技術の成熟度、倫理性、予想される医療費への影響と概算等を記述し、根拠となる複数の論文やUndersea & Hyperbaric Medical Society (UHMS) やEuropean College of Hyperbaric Medicine (ECHM) の適応疾

表2 外保連処置試案第4版 適応人件費

| 技術度区分 | 平成16年度俸給表 | 月給 | 俸給/時間 | 給与指数(a) | 技術度指数(b) | 経験年数指数(a)×(b) | 術者医師人件費/時間 | 協力医師1人目/時間 | 協力医師2人目/時間 | 協力看護師1人目/時間 | 協力看護師2人目/時間 | 協力看護師3人目/時間 | 協力技士等/時間 | 術者技士等/時間 |
|-------|-----------|---------|-------|---------|----------|---------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| A | 1級2号 | 235,900 | 4,150 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 4,150 | | | 2,860 | 2,860 | 2,860 | 2,660 | 2,660 |
| B | 1—6 | 292,700 | 5,150 | 1,241 | 1,167 | 1,448 | 6,010 | 4,150 | | 2,860 | 2,860 | 2,860 | 2,660 | 3,850 |
| C | 2—6 | 377,500 | 6,640 | 1,600 | 1,333 | 2,133 | 8,850 | 6,010 | 4,150 | 2,860 | 2,860 | 2,860 | 2,660 | 5,670 |
| D | 3—8 | 446,700 | 7,860 | 1,894 | 1,500 | 2,841 | 11,790 | 8,850 | 6,010 | 2,860 | 2,860 | 2,860 | 2,660 | 7,560 |
| E | 3—8 | 446,700 | 7,860 | 1,894 | 2,250 | 4,262 | 17,690 | 11,790 | 8,850 | 2,860 | 2,860 | 2,860 | 2,660 | |

患表(表3, 4)を外保連へ提出した。

「救急的適応と非救急適応の撤廃」においては、下記の文書を提出した。

○保険収載の必要性のポイント：現行は「J-027 高気圧酸素治療」は、「救急的」および「非救急的」の区分がなされているが、1回の治療が90分～285分を要するにもかかわらず、非救急的適応に対する高気圧酸素治療(HBO)は1日につき200点であり、全く採算が合わない。採算性が極めて乏しいため、病院としては大きな赤字部門である。このためHBO治療装置を積極的に新規導入する施設はほとんどない状況下で、本治療を中止、治療装置を廃止する施設・病院が毎年多数存在する。病院建替えに伴い治療装置を廃止する病院や、オーバーホールの時期を迎えた治療装置をかかえ、部門を中止・休止する施設が後を絶たず、この数年、年間10施設前後の治療中止、休止が報告されている。以上より、まず、現在日本での高気圧酸素治療は、極めて重大な危機に瀕していることを訴えたい。治療装置数減少のため、HBOの救急的適応である一酸化炭素中毒ガス中毒、減圧症、ガス壊疽等救急患者の治療さえもないがしろにされ、場合によっては放置されている状況であり、日本の救急医療の現

状及び将来にとっても、極めて憂慮すべき状況にある。また、諸外国と比較しても本国の保険点数は法外に低く設定されている。さらに、発症から7日目までが救急的適応として、第1種装置での治療にて5,000点、第2種装置での治療にて6,000点でありながら、1週間を過ぎると非救急的適応の200点となる。7日目を境に極端に異なる点数設定のため、発症より7日の経過を待って受診する減圧症患者や、7日目を過ぎての治療を避けたがる医療機関があるなどの社会的問題を生じている。救急と非救急での治療コストにはほとんど差がないことから、極端な点数格差は避けるべきである。(以下省略)

外保連からの要望項目に従い、2009年8月に厚生労働省による各学会へのヒアリングがあり、本学会からも代表理事及び保険委員会委員が交渉を担当した。本ヒアリングでは検討項目を2項目に限定するよう厚生労働省より指示され、最重要事項と考えられた「救急的適応と非救急的適応の撤廃」「減圧症等に対する長時間に及ぶ再圧治療の時間加算」について積極的な意見交換を行い、あわせて日本の高気圧酸素治療の困窮と存続危機を訴えた。本過程において本学

表3 Undersea & Hyperbaric Medical Society (UHMS) approved indications (2008年)

1. Air or Gas Embolism
2. Carbon Monoxide Poisoning
Carbon Monoxide Poisoning Complicated By
Cyanide Poisoning
3. Clostridial Myositis and Myonecrosis (Gas
Gangrene)
4. Crush injury, Compartment Syndrome and Other
Acute Traumatic Ischemias
5. Decompression Sickness
6. Arterial Insufficiencies
Central Retinal Artery Occlusion
Enhancement of Healing In Selected Problem
Wound
7. Severe Anemia
8. Intracranial Abscess
9. Necrotizing Soft Tissue Infections
10. Osteomyelitis (Refractory)
11. Delayed Radiation Injury (Soft Tissue and Bony
Necrosis)
12. Compromised Grafts and Flaps
13. Acute Thermal Burn Injury

表4 European College of Hyperbaric Medicine (ECHM) approved indications

1. Arterial Gas Embolism
2. Acute Decompression Illness
3. Carbon Monoxide Poisoning
4. Soft Tissue Necrotizing Infection
5. Thermal Burns
6. Post Anoxic Encephalopathy
7. Acute Ischemia
8. Ischemic Lesions in Diabetes
9. Ischemic Atherosclerotic Lesion
10. Ocular Ischemia
11. Chronic Osteomyelitis
12. Radionecrosis
13. Acute Hearing Loss

会代表理事，保険委員会委員長，そしてエビデンス資料の集積に本学会諸会員のたいなる尽力があったことは，明記しなければならない。

厚労省からのヒアリングや中医協答申等の後，2010年4月の診療報酬改定では，「壊死性筋膜炎又は壊疽性筋膜炎」および「コンパートメント症候群又は圧挫創症候群」が保険適応病名として追加されたが，診療報酬点数改正を求めた「救急的適応と非救急的適応の撤廃」と「減圧症等に対する長時間に及ぶ再圧治療」については今回の改定には及ばなかった。また「糖尿病性足病変等を含む難治性末梢循環障害」の追加病名も及ばなかった。

一方，厚労省はエビデンスが高くかつ経済性に有利な治療に関しては，診療報酬改定に消極的ではない方向性である。今春の診療報酬改定では，厚労省内

において外保連提出の資料の客観性が極めて高く評価され，外保連資料が今後の診療報酬改定への極めて重要な根拠とすることが明言された。以上の背景より，今後外保連を通じた学会からのエビデンスや客観的資料の提出の重要性が極めて増大している。

保険点数改定なくしては，本邦における高気圧酸素治療の維持発展は困難であり，現状の保険点数では本邦における「高気圧酸素治療」文化そのものの衰退する危機が迫っている。厚労省との直接のヒアリングでは，HBOの不適切な診療報酬を意識していることは確実である。今後，HBOに関するエビデンスの集積による医学的有効性と医療経済的有利性を明示することにより，適正な診療報酬改定を実現すべく，今後も学会として継続した積極的活動を継続する。