

月曜日20時

健康保険委員会かく闘えり

編 / 日本不整脈心電学会 健康保険委員会

Japanese Heart Rhythm Society

Monday at 8 o'clock in the evening

月曜日20時

健康保険委員会かく闘えり

編 / 日本不整脈心電学会 健康保険委員会

Japanese Heart Rhythm Society

はじめに

1977年より日本不整脈学会の前身となる心臓ペーシング公開研究会が開催されるようになりましたが、私は1981年の第5回目の研究会に参加したのが初めてでした。この研究会は、ペーシングと不整脈に関する症例報告や研究報告を一つの部屋で討論しあうというマニアックな会でした。臨床心臓電気生理研究会の小型版といえわかりやすいかもしれません。当時はペースメーカー植込みの手技が、外科医から内科医へと移行していく過渡期でもありました。

第10回にあたる1986年に日本心臓ペーシング学会が設立され、第1回学術大会が行われました。1995年に日本ペーシング・電気生理学会（JASPE）、2005年からは日本不整脈学会（JHRS）に名称が変更され、2015年5月には日本心電学会と日本不整脈心電学会（英語の名称はJHRSでそのまま）を立ち上げ、統合作業を終えた2107年9月に日本不整脈学会は解散しました。私は日本不整脈学会としては最後にあたる第30回学術大会（2015年）の会長を務めさせていただきましたが、研究会を数えると第40回ともいえる長い歴史を考えた時、改めてその重みを実感しないではおられません。

2007年は、私の人生で記憶に残る年になりました。なぜなら、その後学会と深くかかわっていくきっかけともなった健康保険委員会の「委員」を、当時の田中茂夫会頭から任命されたからです。その時の委員長は小坂井嘉夫先生で、副委員長は中里裕二先生でした。その時まで診療報酬に関しては無頓着で、委員会に出席して保険診療の詳細について知識のかけらもないことを知り、我ながら唾然としたのを思い出します。そのように不安を抱えながらの委員会活動への参加でした。

こうした状態からのスタートであったにもかかわらず、経緯は明らかではありませんが、その年の第3回目の委員会で私は委員長にさせられてしまいました。振り返るととんでもないことですが、名誉でもあり、またその重責を感じざるを得ませんでした。この委員長就任により、私のなかで保健に対する意識が大きく変わっていきました。その後、日本不整脈学会の健康保険委員会委員長、日本心電学会健康保険委員会副委員長として、日常診療に直接かかわる診療報酬、医療技術の適応基準などの意見のまとめ、厚生労働省、PMDA、内保連、外保連、各学会、各企業の薬事関連分野の担当者と折衝を行うなど、精力的に活動したつもりです。

2016年にようやく理事退任の年齢に達したことから委員長の任も退くことになりましたが、健康保険委員会のリーダー的役割を担わせていただいたことは、かけがえのない経験です。学会は研究発表の場で、本来我々医師も学会では学問をとおして世の中に貢献するのが

基本と思います。ただ、我々の学問には医療という活動が付随しているのを忘れてはなりません。医療は直接患者さんの命に直結するため、自分が興味をもつ学問を行うだけでは許されないのです。医学に関係する学会には、より社会性が要求され、会員の教育と同時に患者さんや社会全体への教育と働きかけも期待されています。我々医療従事者も生活する社会と学会は、もっと有機的な関係を構築しなければなりません。風通しをよくして更なる学問の発展を目指さなければならないのです。退任した今、そうした思いは一層強くなっています。

大役を継続できたのは、関係する皆様のお力添えがあったことです。健康保険委員会委員の皆様、オブザーバーの皆様、縁の下の力となって支えてくれた学会事務局の皆様、活動に協力していただいたすべての皆様にこの場を借りて心から感謝申し上げます。

なお、本書の主タイトル「月曜日 20 時」は、健康保険委員会が月曜日の 20 時から始まるが多かったためです。月曜日の 20 時は、偶然委員の先生方の他の仕事が少ない、委員会を開催するのに都合がよかったためですが、委員長を退任した現在でも、私には気にかかる時間になっています。

2018 年 1 月吉日

日本不整脈心電学会健康保険委員会
前委員長 松本万夫

新委員長を拝命して

松本万夫先生という、健康保険委員会の道標を作られた前委員長の後を引き継ぐという重責でしたが、新委員長を拝命してから、何とか1年半を乗り切ることができました。以前より本委員会で活動していたこともあり、その責任を十分に知っていた私は、平尾見三理事長より就任依頼があった当初、「私にはとても務まらない」と一度は辞退申し上げました。しかし、誰かがやらないと前には進まないのだ、という気概と私の研修医時代の指導医でもある松本先生への恩返しの思いも多分にあり、受諾することにしました。

2006年の理不尽ともいえる診療報酬改定により下がったデバイス手技料の改善、なかなか認可されないニューデバイスの早期導入など、本委員会の役割は不整脈を専門とする医師にとり、極めて重いものと認識しています。これまで、厚生労働省の方々と数限りなく折衝してきましたが、同省の基本的スタンスは「医療費増大を抑制する」「医療費を上げずに医療レベルを保持するないしは向上させる」という一見二律背反的なものです。そのため、我々医師は財源に限りあることについて強く認識をしているからこそ、日々強いストレスを感じながら診療にあたることとなります。医療事故防止策を講じながら、そして患者さんのためにより良質な医療を提供しながら病院経営も考えるという、医師にもビジネスパーソンの感覚が要求される時代となったのか？と自問せざるを得ない状況です。ご存知のように我が国の、とりわけ不整脈治療分野の臨床レベルは世界トップクラスです。これは海外研究暦のある医師ならば、等しく感じていることと思います。ただ、それを維持するためには、きちんとした待遇が医師のみならず、医療スタッフに提供されなければなりません。そこにジレンマがあります。

日本の医療市場の規模はまだまだ大きく、中国を凌駕しているそうです。欧州全体の売り上げが日本の売り上げとほぼ同等という企業もあるようです。そのため、企業が我が国に高度医療機器を導入していくことは確実です。とりわけ不整脈分野の発展は目覚しく、より新しいテクノロジー導入への思いは、科学者の端くれでもある臨床医であれば当然いただきますが、安全、かつ質の高い医療を提供するという点で患者さんにも必要です。今後、健康保険委員会の業務は、減ることがないばかりか、むしろ増え続けていくことになるかと思えます。

本会会員の皆様におかれましては、我々委員が使命をまっとうするためにも、委員会の活動に関心をおもちいただき、間接的ないしは直接的にかかわり、時には忌憚ない意見を賜うことができれば幸甚に存じます。

各委員のご尽力や献身によってはじめて成り立つ委員会活動ではありますが、とりわけ副委員長の山根禎一先生、今井克彦先生には感謝しております。また、オブザーバーとしてご

臨席いただいている松本先生にもこの場を借りて御礼申し上げます。

2018年1月吉日

日本不整脈心電学会健康保険委員会
委員長 沖重 薫

著者等一覧

監修

今井 克彦 呉医療センター・中国がんセンター心臓センター/心臓血管外科

著者

石川 利之 横浜市立大学附属病院循環器内科
今井 克彦 呉医療センター・中国がんセンター心臓センター/心臓血管外科
因田 泰也 名古屋大学医学部循環器内科
岡村 英夫 国立病院機構和歌山病院循環器内科
冲重 薫 横浜市立みなと赤十字病院心臓病センター
加藤 律史 埼玉医科大学国際医療センター心臓内科・不整脈科
小林 義典 東海大学医学部附属八王子病院循環器内科
杉 薫 小田原循環器病院
須藤 恭一 南大和病院循環器科
住友 直方 埼玉医科大学国際医療センター小児心臓科
関口 幸夫 筑波大学医学医療系循環器内科
田村 誠 一般社団法人医療システムプランニング
丹野 郁 昭和大学江東豊洲病院循環器センター
中里 祐二 順天堂大学医学部附属浦安病院循環器内科
新田 隆 日本医科大学心臓血管外科
松本 万夫 埼玉医科大学国際医療センター心臓内科/東松山医師会東松山医師会病院
光野 正孝 兵庫医科大学心臓血管外科
森本 大成 大阪医科大学胸部外科
八木 哲夫 仙台市立病院循環器内科/東北大学加齢医学研究所
山根 禎一 東京慈恵会医科大学循環器内科
横式 尚司 北海道大学病院循環器内科

一般社団法人 日本不整脈心電学会

日本不整脈心電学会（英名：Japanese Heart Rhythm Society）は、日本不整脈学会（旧日本ペースング・電気生理学学会）と日本心電学会が、2015年5月に立ち上げた学術団体である。日本不整脈学会と日本心電学会は30余年の歴史を有していたが、ほぼ同じ研究領域を対象としていたため、統合は両学会の人材と資源を一体化して、我が国の不整脈・心電図関連の学術活動全体をより発展させることが目的であった。

不整脈学及び心電学（心電図学、心臓電気生理学）分野の研究、啓発、人材育成を通じて、心疾患の診断、治療、予防法の向上を図り、我が国の医療の発展、国民の健康の増進に寄与するための活動を行っている。

特定非営利活動法人 日本不整脈学会

心臓ペースメーカーの研究を目的に作られた委員会を基にしている。1976年に第5回国際心臓ペースングシンポジウムが日本で開催されたのを契機に、1977年より心臓ペースング公開研究会を開催するようになった。その後、第10回にあたる1986年に日本心臓ペースング学会を設立した。1995年に日本ペースング・電気生理学学会、2005年からは日本不整脈学会に名称を変更した。2015年5月に日本心電学会と日本不整脈心電学会を立ち上げ、2017年9月に解散した。

特定非営利活動法人 日本心電学会

1970年代に心電図学・薬理学等の研究を目的に活動を行っていた複数の研究会を基にしている。1982年に第9回世界心電学会が日本で開催されたのを契機に、1983年に設立された。心臓電気生理・薬理などの基礎研究者、内科・外科・小児科などの臨床医、獣医学、医工学、物理学の研究者というように、多岐に渡る学問領域の研究者・医師が参加していたのが特徴であった。2015年5月に日本不整脈学会と日本不整脈心電学会を立ち上げ、2016年に解散した。

一般社団法人 内科系学会社会保険連合（内保連）

内科系の133学会が加盟する（2017年7月現在）連合組織である。学会活動を通じて得られた内科系諸領域における医学・医療の進歩を国民皆保険制度の下にある社会保険診療に取り入れ、医療の現場に還元することを目的としている。

（一般社団法人内科系学会社会保険連合ホームページより引用改変）

一般社団法人 外科系学会社会保険委員会連合（外保連）

我が国の外科系診療における適正な診療報酬はどのようにあるべきかを学術的に検討することを主な目的に、1967年に外科系の9つの学会が集まって設立された団体である。現在では101の外科系学会が加盟している（2017年11月現在）。

（一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合ホームページより引用改変）

中央社会保険医療協議会（中医協）

1950年に「社会保険審議会および社会保険医療審議会法」に基づいて設置された厚生労働大臣の諮問機関で、2年に1回、診療報酬の価格を決定する。

健康保険組合連合会（健保連）など支払い側の7人と、日本医師会など診療側の7人、そして公益代表6人の3者による計20人の委員で構成されている。

（ブリタニカ国際大百科事典 小項目事典/知恵蔵より引用改変）

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構（PMDA）

国立医薬品食品衛生研究所医薬品医療機器審査センター、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構および財団法人医療機器センターの一部の業務を統合して2004年に設立された団体である。医薬品の副作用や生物由来製品を介した感染などによる健康被害に対して迅速な救済を図り（健康被害救済）、医薬品や医療機器などの品質、有効性および安全性について、治験前から承認までを一貫した体制で指導・審査し（承認審査）、市販後における安全性に関する情報の収集、分析、提供を行う（安全対策）ことを通じて、国民保健の向上に貢献することを目的としている。

（独立行政法人医薬品医療機器総合機構ホームページより引用改変）



ある日の会議の様子
頭を悩ませることが山積みである。



ある日の会議の様子
なかなか良い解決策が見つからず議論の熱が増していく。



ある日の懇親会の様子
懇親会でも議論が続く。



ある日の懇親会の様子
ようやく一息。

目 次

はじめに.....	松本万夫	03
新委員長を拝命して.....	沖重 薫	05
著者等一覧.....		07
写真館.....		10
診療報酬改定に健康保険委員会はどのようにかかわってきたか？.....	松本万夫	14
苦労をともにした仲間との固い絆とその記憶.....	小林義典	24
<i>Memories</i> 地味な作業に思いを込める.....	岡村英夫	25
思いを一つに診療報酬改定に挑む.....	中里祐二	26
<i>Memories</i> 先人の経験，一丸となる思いが生み出したもの.....	丹野 郁	29
保険点数の客観的根拠を求めて.....	新田 隆	30
<i>Memories</i> 外保連，緊張と恐怖の活動.....	須藤恭一	31
何も知らないところから始めた要望書との格闘.....	石川利之	32
保険点数改定の仕組みを探る—外保連に参画して—.....	今井克彦	34
<i>Memories</i> 地方から託された思いとともに.....	八木哲夫	36
内保連，関連学会において我々は何をすべきか.....	山根禎一	38
地味な活動にある大いなる意義.....	因田恭也	42
<i>Memories</i> 居酒屋から始まる固い結束.....	住友直方	43
終わりなき要望書との格闘.....	森本大成	44
広い社会的視野で公正な立場を堅持する.....	光野正孝	46
<i>Memories</i> Face to Faceこそ壁を乗り越える最大の力.....	今井克彦	48
医療現場からの要望と正当性との狭間で.....	加藤律史	50

人間関係の構築から勝機を得る	田村 誠	52
<i>Memories</i> 委員会への参加，社会貢献の実感	横式尚司	53
保険点数の改定—喜びと重責の狭間で—	関口幸夫	54
<i>Memories</i> 達成感こそ継続の原点	山根禎一	55
先人の格闘の歴史を知り，努め，次代につなぐ	住友直方	58
おわりに	杉 薫	59
資料 健康保険委員会の歴史		61

診療報酬改定に健康保険委員会はどのように かかわってきたか？

埼玉医科大学国際医療センター心臓内科
東松山医師会東松山医師会病院

松本万夫

健康保険委員会活動の中で学んだこと、思ったこと、考えたことの一部を紹介したいと思います。ただし、内容には多分に個人的な偏見があることをはじめにお断りさせていただきます。

健康保険委員会委員就任当初の問題点

2007 年から健康保険委員会の委員（ある時期から委員長として）活動を開始するようになりましたが、前年の 2006 年の診療報酬改定は、小泉内閣の政策の一環であったのですが、我々不整脈を専門にする医師にとり、極めて厳しい縮小改定となりました。恐らく、厚生労働省としてもどこかでつじつまを合わせなければならず、診療報酬を減額できるところを見つけ出すことにしたのでしょう。よりもよって、対象となったのが心臓植込みデバイス関連の手技料であったというわけです。とりわけ理不尽と思われたのは、ペースメーカ植込み術（新規）と植替え術の技術料です。前者は 13,100 点から 6,700 点の半額に、後者は 7,200 点から 1/3 以下の 2,200 点へと減額されたのです。さらに、植込み型除細動器（ICD）植込み術は新規で 17,100 点から 13,100 点へ、植込み型除細動器（ICD）植替え術は通常のペースメーカ植替えと同額の 2,200 点へと減額されました。心室再同期療法ペースメーカ（CRTP）の新規植込み術は 13,800 点から 20,500 点へ増額されたものの、両室ペースメーカ機能を備え、かつ除細動機能を併せ持つ CRTD は通常の ICD と同額の 13,100 点、CRTD 植替え術にいたっては、他の心臓植込みデバイスと同様の 2,200 点にされてしまいました。CRTP と CRTD の手技料は、逆転現象が起きていたのです（このことは、表 1 に示すように、2006 年の第 1 回健康保険委員会の議事録に明記され、再評価を行う優先事項であると決議されています）。

表 1 医療技術の再評価を優先的に行うべきとされた項目

CRTD の移植術	手技料改正
PM 交換術	手技料改正
経皮的カテーテル心筋焼灼術	手技料改正
ICD 移植術	手技料改正
ICD 交換術	手技料改正

2007 年 4 月 20 日に行われた第 1 回健康保険委員会議事録より

さすがにこれは問題ではないかと、憤りを表す意見が学会事務局に多数寄せられました。このあまりの不条理で、一方的な診療報酬点数の減額決定を何とかしなければ……委員会の存在意義が今まさに問われている、そう実感した出来事でした。委員長として、これらの問題を解決するためにどのように活動すべきなのかをよく考えました。まず行ったのは、委員会の組織を盤石にすることです。組織が機能しない限り良い提案も出ませんし、出たとしても一丸となって立ち向かうことができないと思ったためです。次に行ったのは、そもそも診療報酬に対する要望の仕方・仕組みはどうなっているのか？ という疑問を解決することです。換言すれば、それまでは不明であったということの意味しています。ただこれは、我々の学会に限らず、多くの学会も同様にわからないままに活動をしていた、ということをお記しておきます。

健康保険委員会活動

委員会の組織を盤石にするために、委員会の規則を作成することから始めました。続いて委員の選出です。委員会開催回数を増やすことを考えていたため、負担を考えると本来関東の先生方をお願いをしたいところではありましたが、地方の声を拾うのも重要視し、地域性を考慮することにいたしました。また、良く知った仲だから意見が出るというものでもなく、それほど知らない仲で異なった意見をお互いにつけ合うことが委員会の発展につながると確信していましたので、様々な専門分野の方に参加いただくことにしました。さらに、会員ではありませんでしたが、厚生労働省の内部事情に詳しい方にも協力を仰ぐこととし、オブザーバーを引き受けていただきました。特に医療機器に詳しく、海外への窓口の経験もある田村誠氏には大変お世話になりました。

その他、国はどのような方針を採っているのか、その中で学会の要望をどのようにあげればよいのか模索することが肝要と思いましたので、学術大会のたびに、厚生労働省の要職の方や、医療経済学の専門家などの有識者を迎え、委員会としてシンポジウムを行うようにしました。このことは、会員の委員会活動への理解を深めるとともに、意識の向上にも役立ったと思います。

診療報酬改定の仕組み

診療報酬の改定は2年ごとに行われます。予算編成の過程で内閣が決定した改定率を所与の前提として、社会保障審議会医療保険部会および医療部会において策定された「基本方針」に基づき、中医協で具体的な診療報酬点数設定などに関する審議を行います(図1)。大枠はこれで決まりますが、診療報酬には基本診療料(外来初診料、外来再診料、入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料)と、特掲診療料(医学管理料、在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理

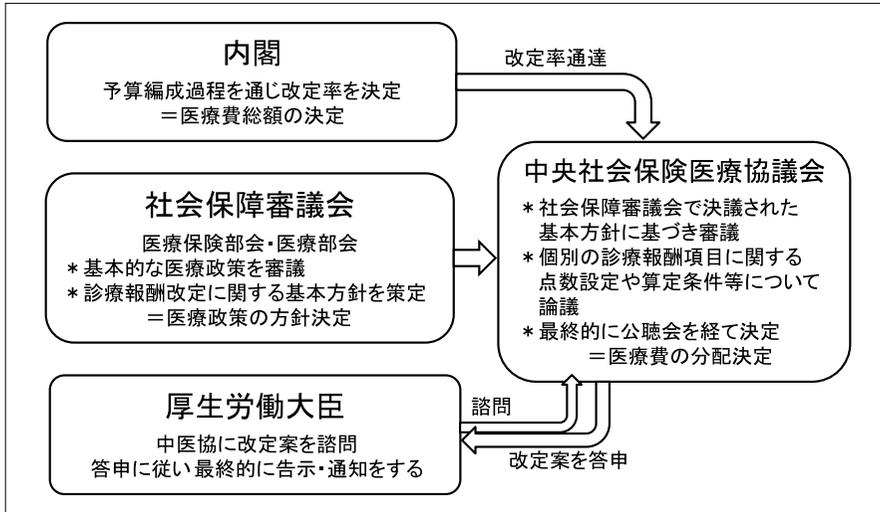


図 1 診療報酬改定の流れ

診断) があり、これらの改定がその枠内で決定されます。

学会が各案件につき要望を出すには、外保連、内保連から送られてくる医療技術評価提案書を要望書として使い、外保連、内保連に提出して外保連、内保連から厚生労働省保険局医療課宛に送付するのが原則です(直接、厚生労働省に出すこともあります、これは稀なケースです)。委員会では、この医療技術評価提案書を改定のたびに作成しますが、この様式も毎回のように変更されるため厄介です。その様式が送られて来るのを待ってから要望書を作成しますが、送られてくるのが提案書提出の期限ぎりぎりであることも珍しくなく、また有用性のエビデンス、妥当性を説明する書類を添付することも求められますから、どうしても締切りとの闘いを強いられてしまいます。

外保連、内保連に提出された要望書は、調整後(4~6月)厚生労働省に送付され、厚生労働省担当者のヒアリングを得て選別されてから中医協に諮られます(図2)。中医協は関連組織(多層的な検討組織で専門部会または小委員会が存在する……専門部会、小委員会に届けられる資料を作成するのは厚生労働省の担当職員であるため、実務者である職員の理解度(推薦度)が結果に左右するようです。この時点で大方数値は決定すると考えられます)に諮問しますが、医療技術に関しては医療技術評価分科会などで審議されます(図3)。中医協ではワーキンググループによる1次評価(10月)、分科委員会による2次評価(12月)を行ったうえで基本問題小委員会に報告し、さらに総会に提出された後、最終的に厚生労働大臣に答申(3月)して保険適応となります。要望された提案は、まず1次評価を、さらに2次評価を通過しなければなりません、保険適応を受けるためには2次評価の通過は必須です。ただし、2次評価を通過しても保険適応とならない例もまれではありません。

まとめる団体組織に加わりますが、その組織が外保連と内保連です。他に同様の役割をもつ組織として看護系学会等社会保険連合なども存在します。これらの組織をとおして厚生労働省へ診療報酬改定の要望書を提出することになります。以前は学会単独で直接厚生労働省へ要望することも許されていましたが、現在は認められていません。

外保連は充実した組織運営を行っており、診療報酬の適正額を外科試案として作成しています。実際の診療における費用・手術時間・難易度などを調査したデータを有しており、それをもとに基礎的な診療報酬を計算し、技術料の要望額を提案します。外保連は要望書の重複を避けるために評価項目を責任学会（主学会）に割り当て（各学会が評価項目を担当することになる）、内容を吟味しながら要望数を限定しているところが、効率面でも効果面でも評価されています。

一方、内保連は参加学会が多く内容が多岐にわたることから、これまでまとめた提案はしてきませんでした。しかし、最近では「特定内科系診療」と称して、特に内科的技術を要する疾患を特定し、診療報酬加算をつけようとする方向性が注目を集めています。詳細は内科グリーンブックを参照してください。最近の DPC では、診療の難易度を決定する際に、「特定内科系診療」の疾患を含むかどうかで係数が異なる設定がなされています。

このような保険連合から厚生労働省へ提案をあげることは、学会単独で要望するよりもその結果に大きな違いがありました。また、重要案件は 1 学会だけではなく他学会と共同申請すること、場合によっては当該患者の会（日本心臓ペースメーカー友の会、ICD 友の会など）とともに要望するのも有効であるということがわかりました。

2006 年の縮小改定はなぜ起きたのか？

2006 年の縮小改定はなぜ起きたのか？ 調べていくうちに、学会から基本的な診療報酬に対する要望を出していなかったことが主な原因と判明しました。厚生労働省が、「具体的に診療報酬を減額しても良いか？」と学会へ相談するシステムがない現状では、学会からの要望がない事項イコール学会は無関心である事項と解釈され、減額の対象になったということです（詳細は不明）。さらに、心臓植込みデバイス関連手技料の減額の理由として、保険価格と納入価格に差があるため、技術料を下げても医療施設全体では経済的な問題は最小限になるという判断が働いたということも聞きました。しかし、デバイス本体の価格と技術料は分けて考えるべきであり、診療報酬決定における厚生労働省の考え方の妥当性や一貫性が問われると当時は思い、強い憤りを感じました。

医療材料の価格に技術料を含める考え方に問題があることはいうまでもありません。当然改正を要望することになり、2006 年に減額された技術料は、いまだ十分とはいえないまでも、毎回のように要望を重ねた結果、徐々に回復してきています（図 4・図 5）。

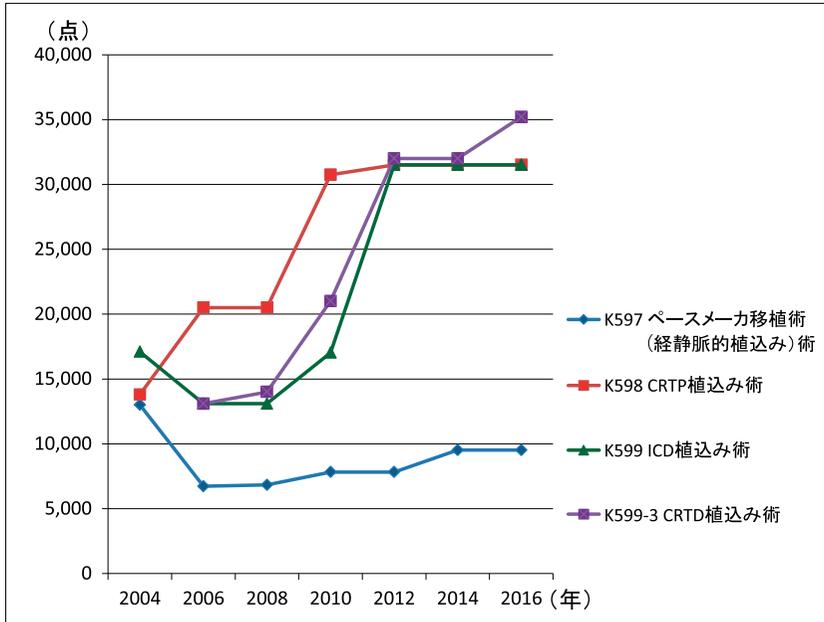


図4 心臓植込みデバイス植込み術手技料改定の変遷

2006年改定により軒並み手技料が減点した。毎回のように改善の要望を続けた結果、徐々に回復してきている。手技や管理の難易度との観点から、当初は合理性が欠けていたCRTPとCRTDの点数も2016年に改善された。

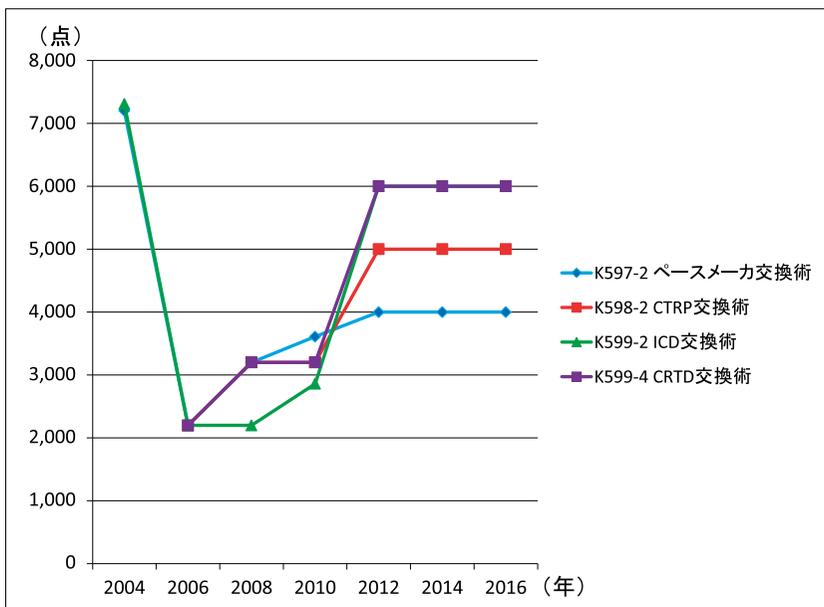


図5 心臓植込みデバイス交換術手技料の変遷

ペースメーカー交換術は2006年に減点されてから増点されているものの、要望にはほど遠く、2004年の点数にも及んでいない。ICDとCRTDの技術料が差別化されても良いのではないだろうか。

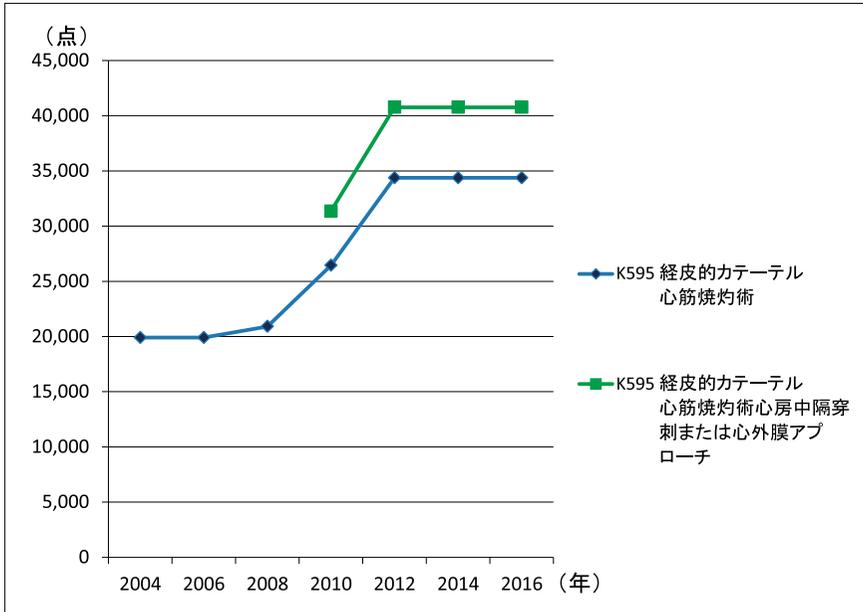


図6 カテーテルアブレーション術手技料の変遷

通常の上室性頻拍とは明らかに難易度が異なる心房中隔穿刺法や心外膜アプローチによる複雑な手技が存在することが認められた。

残された大きな課題と今後の期待

カテーテルアブレーションにおいては、手技料の向上はまさに不整脈医療を行う会員の追い風になりました（図6）が、残された大きな課題として遠隔モニタリングと、いわゆる逆ヤの状態にある着用型自動除細動器（WCD）の案件です。

遠隔モニタリングの保険適応は、医師法 20 条の対面診療の問題をクリアしなければなりません。そのため、厚生労働省と内閣官房規制改革委員会に働きかけを行った結果、2016 年に保険適応が正式に認められました。ただ、その評価としての診療報酬点数は、残念ながら従来よりも減算されていました。規制改革委員会の公聴会で、診療報酬相当額の承認が必要であると訴えましたが、一部の委員からは「規制改革と診療報酬は別でしょう」というお叱りを受けたのを覚えています。皆保険制度の本邦において、診療報酬と一緒に考えない規制改革はあり得ないのではないか！ と心の中で訴えました。遠隔モニタリングは、保険診療として認められましたが、現在の報酬額では十分な運用ができない現状を打破していく必要があります。

着用型自動除細動器（WCD）は、医療ニーズの高い医療器具として日本不整脈学会から申請し、認められた機器です。保険適応に関してはリース料に対する適応でしたが、2014 年 1 月 1 日からの適応で他の例に比べ早期の承認を得ることができました。最初は暫定的診療報酬で、初回算定日の属する月から起算して 3 月を限度として、月 1 回に限り植込み型除

細動器移行期加算として、31,500点を所定点数に加算することになりました。これは植込み型除細動器植込み手技料と同じです。しかし、4月1日に公表された正式な植込み型除細動器移行期加算額は23,830点に減額されていたのです。当然それ以上の点数がつけられるものと思っていたのが大きな間違いでした。要望の結果、2年後の2016年4月には31,500点に復帰しましたが、いまだ逆さや状態が続いています。問題は、本リース料は明らかに材料費であり、元来学会が価格交渉をすべき性質のものではないということです。ところが、リース料については、厚生労働省は企業との折衝をしないことになっているというではありませんか。企業側は42,000点を要求しているのですが、その根拠を学会が示さなければならぬというのは納得がいきません。また、本来の管理料は月360点という低さです。保険適応で使用する病院医療施設が明らかに赤字になるというのは、制度上問題があります。対応策として、企業側へはリース料の根拠に関して書面で回答を促し、それを根拠に厚生労働省へ要望しています。こうしたデバイスギャップを解消すべきところでつまづいているのは問題です。本件にとどまらず、リースに関連した報酬に関する決定方法は早期改善されるべきです。

デバイスギャップの問題

2006年の時点では、心臓植込みデバイスの種類、不整脈関連の手技に関連する技術の導入状態は、海外との差が大きいとみなされていたようです。そのため学術大会で、内外較差についてのセッションを行ったこともあります。それに注目したわけではないでしょうが、厚生労働省では2006年から「医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会」を開始することになり、同年10月26日に「第1回医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会」で会の進め方（図7）などが議論されました。検討の対象としては、国内で未承認または適応外の医療機器および対外診断用医薬品のうち、以下の条件のいずれにも該当するものとなりました。

○欧米等において承認されているもの

○医療上特に必要性が高いと認められるもの

で、さらに以下の条件を付け加える。

a) 学会等からの要望があるもの

b) 我が国と同等の審査制度のある国において承認されているもの

c) 医療上特に必要性が高いと認められるもので、適応疾病の重篤性と医療上の有用性の観点から総合的に評価

(1) 適応疾病の重篤性

ア 生命に重大な影響がある疾患（致死的な疾患）であること

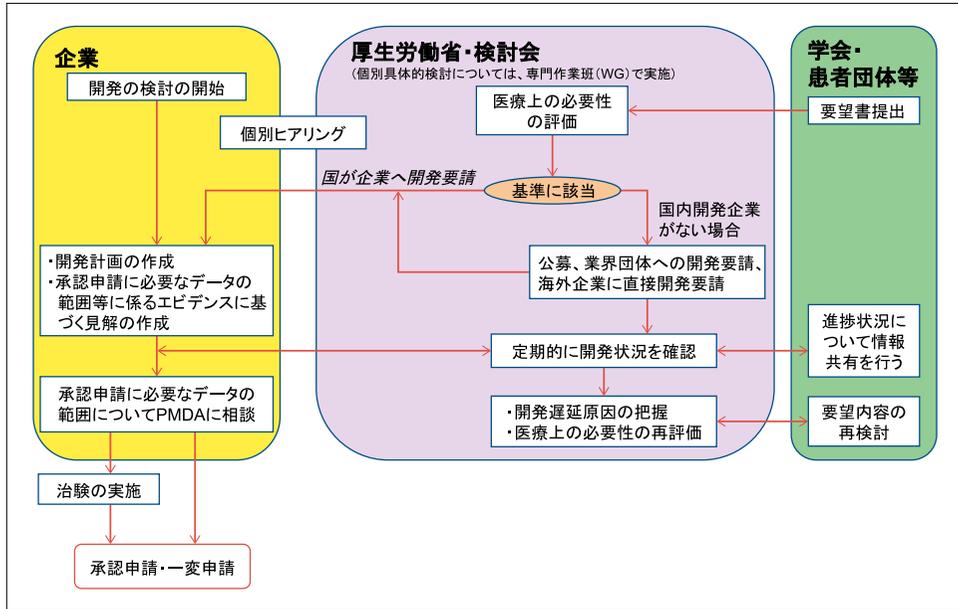


図7 医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討の進め方

応募は年に3回ほどあり、適宜申請要綱に従い要望書を提出する。本検討会で認められると、薬事承認などが比較的スムーズに行われる利点もある。

[厚生労働省ホームページより引用]

イ 病気の進行が不可逆的で、日常生活に著しい影響を及ぼす疾患であること
ウ その他

(2) 医療上の有用性

ア 既存の治療法、予防法もしくは診断法がないこと

イ 欧米において標準的に普及しており、有効性、安全性、肉体的・精神的な患者負担の観点から、医療上の有用性が既存の治療法、予防法もしくは診断法よりすぐれていること

翌2007年2月15日の第2回検討会では、受付総数114件もの応募がありました。検討対象となったものは94件（医療技術数59種類）で、最終的に35件が残りました。本学会は笠貫宏先生が委員となって参加し（現在の委員は小林義典先生）、房室結節リエントリー頻拍のためのクライオアブレーションカテーテルと、3Dマッピングシステム（エンサイトワークステーションESI4000・NavXパッチEN0010とバイオセンスCARTOXP）を申請しました。その結果、後者は各社の協力もあり速やかな導入となりましたが、クライオカテーテルは、クライオバルーン承認後10年を経たの承認となりました。その後、レーザーシース除去システム、クライオバルーンシステム、アブレーション、着用型自動除細動器（WCD）、経皮的左心耳閉鎖デバイス（Watchman）などを申請しています。

なお、一定基準を満たす主要な学会他と厚生労働省は、本検討会で選定された医療技術のうち、特に高度な技術を要すると考えられる医療機器等について要件を作成し、より安全な新医療機器等の導入のために新たな体制を構築していくことになりました。さらに、本検討会は、保険適応である医療機器の他の適応に関する検討も行うことになっています。2016年5月、検討対象の最初の条件である「欧米等において承認されているもの」が、「欧米等において承認されているもの、又は以下の条件のいずれにも該当するものを対象とする。①優れた試験成績が論文等で公表されているもの、②医師主導型治験を実施中または終了したもの、③先進医療Bで一定の実績があるもの」に改訂されました。これにより、国内で開発された医療器具などにも道が開かれることになりました。デバイスギャップの問題を解決するための歓迎すべき決定、記念すべき一歩になったことは間違いありません。

健康保険委員会の業務、診療報酬改定の流れ、内保連および外保連の役割などを思いつまままに書いてみました。まだ書き足りないこともあります。流れはわかっていたのではないかと思います。今後、会員の皆様が医療経済のことを頭の隅に置きながら診療を行っていただくことを願ってやみません。

苦勞をともした仲間との固い絆とその記憶

東海大学医学部付属八王子病院循環器内科

小林義典

日本不整脈学会には、前身である心臓ペースティング電気生理学会（JASPE）の時代から健康保険委員会が存在していました。当初から、新医療機器の導入や診療報酬の設定に関与していましたが、早川弘一先生が会頭の時代に学会名が改められたのを機に、臨床現場からの思いに応えようと本委員会活動が活発化していきました。その牽引役となられたのが、前委員長の松本万夫先生です。松本先生は委員長に就任された直後から様々な小委員会を設立し、多岐に渡り委員会活動を充実させていきました。診療報酬の改正に向けては、外保連や内保連において積極的、かつ精力的に意見し、アブレーションやデバイス植込みにかかわる診療報酬を向上させました。

不整脈診療では新たな医療機器が次々に開発、導入されていますが、海外、とりわけ欧州と比較した機器承認の遅れは、いわゆるデバイス・ラグとして問題になっていました。このラグを解消するため、健康保険委員会では松本委員長のもと一丸となり、積極的に情報を入手して、有用性が確認できれば厚生労働省のニーズの高い医療機器早期導入の委員会などを通して働きかけを行いました。こうした活動は、早期の薬事承認、保険償還につながったものと高く評価されてよいと思います。

委員会の開催は月曜日の 20 時からが多く、遠方から来られる方はさぞや負担であったことと思います。にもかかわらず出席率が高かったのは、委員全員がこの委員会の重要性を十分認識しながら活動していたからではなかったでしょうか。委員会後に行われる交流会なども忘れられない思い出です。素晴らしいチームの結末は、委員会後のこうした交流も含めて生み出されたのではないかと推察しています。苦勞をともした仲間との固い絆とその記憶は、その成果を含め、私の学会活動のなかでもひときわ光を放っています。

地味な作業に思いを込める

国立病院機構和歌山病院循環器内科

岡村英夫

我が国におけるリード抜去のためのレーザーシースの承認が近づいていた 2009 年の冬、オブザーバーとして初めて健康保険委員会に出席しました。この時はどんな活動をしている委員会かつゆ知らず、上京するついでに東京の友人と食事でもするか、という程度の安易な気持ちで参加しました。参加してビックリ！ 教授先生ほか、学会の顔ともいべき著明な先生方が集まっておられるではありませんか。これは場違いな所に来てしまった、と思ったものの後の祭りです。しかも形だけの会議ではなく、診療報酬の改善のための熱いディスカッションが繰り広げられていました。初日はレーザーシースについて意見を求められ一言話ただけ。それ以外はほとんど理解できなかつたのを覚えています。その時、委員長をお務めになっていた広島大学の大先輩である松本万夫先生の推薦で、その後正式に委員として参加させていただくようになりました。とはいえ、明らかに一人だけ浮いた存在であったため、何か奉公せねばと思い、議事録作成係を申し出ました。議事録を作成するうちに、委員会での議論が理解できるようになっていきました。医療機器の承認や保険償還の問題など、これまで考えたことのない未知の世界でしたが、やりがいのある仕事に充実した時間を過ごすことができました。

委員会はほとんど月曜日の 20 時から 2 時間ほど、隔月または忙しい時期には毎月開催されました。私は以前、国立循環器病研究センターに勤めておりましたので大阪からの参加でしたが、幸か不幸か月曜の夕方まで病院で仕事をし、火曜の朝からの外来に合うスケジュールを組むことができました。朝 7 時発の飛行機か、もしくは 6 時発の新幹線で大阪に戻るのが恒例になり、寝すごすのではないかと毎回ヒヤヒヤしながらの参加でした。幸い乗り遅れはしませんでした。寝起きにダッシュしたことは一度や二度ではありません。

健康保険委員会の活動は地味な作業の連続です。しかし、日々の診療に直結する事案を取り扱う重要な責務負っているため、私たちはその作業に思いを込めながら尽きることのない議論を重ねています。

思いを一つに診療報酬改定に挑む

順天堂大学医学部附属浦安病院循環器内科

中里祐二

かれこれ 10 年以上前のことになります。前委員長の松本万夫先生や他の委員の先生方と、「デバイス植込みの手術手技の診療報酬点数は正当に評価されているのだろうか？」という議論を行ったことや、松本先生、新田隆先生、小林義典先生、小生の 4 名で発足してまだ日が浅かった PMDA に陳情へと足を運んだことを懐かしく思い出します。少ない情報や経験の中で健康保険委員会が、まさにゼロからスタートした時期でした。

当時、CRT (D) が我が国でも導入される方向となっていました。手技的に難易度が上がること、ペースメーカーからのアップグレードが増加すると考えられること、それに伴い交換術といえども思わぬ合併症をきたす恐れがあることなど、決して単純にはいかないであろうことが話題になっていました。手技に見合う診療報酬が見込まれるべき、というのが一般的な見解でした。ところが 2006 年の診療報酬改定において、交換手術を含めたデバイス植込み関連の診療報酬が軒並み下げられるという事態が起きたのです。この時の不合理な改定に対しては、学会理事の先生方をはじめとする多くの会員から「なぜなのか？」という疑問の声が相次いで寄せられました。その検証とともに、次期改定に向け正当な診療報酬を得るべく学会としてどのようにすべきか対応を迫られました。その時に重要な役割を担ったのが保険対策委員会（当時）で、この問題を契機に本格的な委員会活動が始まりました。今日ある委員会のなかでも、大変アクティビティの高い委員会是这样して発足し、発展していきました。

健康保険委員会発足前後の状況

日本電気生理・ペーシング学会（当時）の保険対策は、内保連に属している日本循環器学会および日本心臓病学会を中心とした合同委員会が、2 年ごとの診療報酬改定に向けて循環器関連技術などの要望書を提出する際に依頼して要望するという形式で行われていました。当初、日本電気生理・ペーシング学会はこの合同委員会に学会として加わってはいませんが、日本循環器学会内の健保対策委員会に委員として指名された 1 名（当時東京女子医科大学の笠貫宏先生）が、日本循環器学会の委員会内で本学会の意見や要望を述べていました。その後、笠貫先生の後任として小生が日本循環器学会の健保対策委員をしばらく務めました。そして本学会の健康保険委員会が立ち上がると、委員長に松本先生が就任しました。

松本先生は、日本循環器学会の健保対策委員を兼務されたため、本学会からの意見も述べやすくなり、委員会活動もよりスムーズに運ぶようになっていきました。

2006年のデバイスに関する改定に対し、正当な要望を出すべく委員会活動は活発になり、外保連関係の情報収集や実際の連携は新田隆先生が、また内保連関連では小林義典先生が中心となることで、委員会の発展およびアクティビティは加速化していきました。先述した4名でPMDAまで陳情に出かけたことも、そうした活動の一環でした。その結果、2008年の診療報酬改定では、日本循環器学会主体の合同委員会のコンセンサスを得て、優先順位1位でデバイス関連の改定要望書を提出するに至ったのです。このように内保連や外保連との連携強化を図り、関連する団体、合同委員会へ参入したことは大きな成果をもたらしました。

委員会活動可視化に向けて

不整脈の診断・治療の分野は、日進月歩です。次々と新しい案件が提出されるため、委員会は毎月開催され、活発な議論が行われました。その活動状況を学会員へも周知すべく、年次総会での委員会セッションも積極的に開催していくようになりました。思い出深いのは、2006年の総会（第21回日本不整脈学会と第23回日本心電学会との合同学術集会；東京国際フォーラム）において、デバイスの診療報酬改定を巡り、ラウンドテーブルディスカッションを企画したことです。この時は小林義典先生と小生が座長を務めました。準備をしている中で大きな疑問点が二つ浮かび上がりました。一つ目は不合理な手技料の診療報酬改定がなぜ行われたのか？ 二つ目は日本不整脈学会のみならず、もとより内保連に属している日本循環器学会にもまったく通知がなされなかったのはなぜなのか？ ということです。一つ目について明らかになったのは、当時の外保連試案がそのまま適用されたため、その点数が採用になったという事実でした。その時点では日本不整脈学会は外保連の構成学会として承認されていなかったため、学会として試案に対する意見を述べる場や協議の場がなかったのです。二つ目については、内保連と外保連の連携不足により学会への通達がなされなかったことです。これらの経験を踏まえて、関連する各団体との連携を密にし、我々の意見が尊重される関係構築をしていったのは前述のとおりです。このように年次総会において、委員会セッションという形で活動を可視化したことは、準備の段階で疑問点・問題点を明らかにすることができる点、委員会の置かれている立場が再確認できる点、さらに学会員に対して情報を提供・共有できるという点、で極めて有意義であり、今後も継続を希望したい事案です。

思いを一つにすることの重要性

2006年の診療報酬改定問題は、学会として取り組むべき多くの課題の存在を明らかにするなど、委員会発展のターニングポイントにつながりました。松本委員長のリーダーシップのもと、委員の先生方は日常診療で多忙の中、ほぼ毎回委員会に出席し、真剣な議論を重ねる

ことで思いを一つにし、その一つの強い思いは適切な診療報酬改定という大きな成果をもたらしました。その後の委員会活動は自信に満ちたものとなり、2年ごとの診療報酬改定に先んじてどのようなアクションを起こすべきかなど、攻めの姿勢をもった委員会へと成長を遂げました。

超高齢社会を迎え、医療を取り巻く環境は年々厳しさを増しています。限られた資源の中で、どのように知恵を絞り、適正な保険診療を行っていくべきかが問われる時代になっています。今後の健康保険委員会も厳しい現実に向かいながらの活動となることが予想されますが、これまで築き上げた実績をもとに、委員全員の思いを一つにすれば、必ずや難関を乗り越えていけるものと信じています。

先人の経験、一丸となる思いが生み出したもの

昭和大学江東豊洲病院循環器センター

丹野 郁

日本不整脈学会と日本心電学会は日本不整脈心電学会を立ち上げる数年前から、合同で健康保険委員会活動を行っていました。2010年頃から両学会の委員会は交流を持つようになりましたが、当時日本不整脈学会は外科系の委員と内科系の委員が連携しながら、外保連や内保連から得られる情報を交換して積極的に、かつ体系的に活動していました。日本心電学会は体系的な活動を行っていませんでしたが、日本不整脈学会健康保険委員会委員長であった松本万夫先生の好意で、オブザーバーという形で日本不整脈学会の健康保険委員会に参加し、その活動を参考にしながら、時には指導を受けつつ体系的な活動を始めていきました。

数年後には両学会の健康保険委員会は同時開催するようになり、カテーテルアブレーション、デバイス植込み術など主に手技に関する事案は日本不整脈学会が、心電図検査、薬物治療などに関する事案は日本心電学会が取り扱うように自然と役割分担がされていきました。

私は日本心電学会側で委員をしていましたが、保険収載にこぎつけた検査は Head-up tilt 試験、加算平均心電図、T 波変動心電図などで、薬剤ではベプリジルとソタロールの適応拡大が認められました。その他にも多くの保険点数の見直し、薬剤の適応拡大などを申請しましたが、苦勞の割に思うようにいかないのが現実でした。しかし、諸先輩方が培ってきた経験と、ここに至るまでの苦勞を知るにつれ、身の引き締まる思いがしたのをよく覚えています。

最大の成果物は何であったのか？ それはこの委員会の特徴である、誰が欠けてもいけない、という一丸となる思いによる類を見ない協力体制を築けたことです。この思いをつないでいくことも委員会の重要な役割です。

保険点数の客観的根拠を求めて

日本医科大学大学院医学研究科心臓血管外科学分野

新田 隆

私は 2007 年から 2011 年まで日本不整脈学会の健康保険委員を拝命し、2008 年からは外保連の実務委員を務め、2011 年から昨年までは植込み型デバイス委員会委員長としてオブザーバーの立場で委員会に参加していました。

2006 年の診療報酬改定では、不整脈関連学会に相談も連絡もなしに、さらに医学的根拠も示されることなくデバイス関連の手技料が大幅に削減され、健康保険委員会は現在に至るまでその対応に追われています。一方、その頃から外保連では、実際に手術に必要な人材と必要な縫合糸などの材料費から手技料の客観的根拠を厚生労働省に示そうとする動きが始まりました。健康保険委員会でも年間症例数などの全国アンケート調査を毎年のように行い、それまでの嘆願書のような要望書から、その治療法が国民の健康にどのように、またどれほど役立ち、どの程度費用を必要とするのかを、客観的なデータを示して申請するという現在のシステムに変わりました。

健康保険委員会に参加する前は、医療経済について考えることはほとんどありませんでしたが、委員会での議論と作業を通して色々と考えるようになりました。我が国の国民医療費は 2014 年から総額で 40 兆円を超え、その伸び率も 3% を超えています。この医療費増大の捉え方は、一般の方々と我々医師とでは大きく異なりますが、日本が 1,000 兆円以上の負債を抱えた世界一の借金大国であることは紛れもない事実です。負債の多くは自国民が購入した国債のため財政破綻はしないという考え方もありますが、鈍化した GDP の成長率、世界に類を見ない超高齢社会、不確実な世界情勢などを考えると、現在の医療経済体系を続けていては不整脈治療などの高度な技術を要する医療の発展が望めないことは明らかです。

2016 年から外科学会の保険委員と胸部外科学会の診療問題委員を拝命し、主に心臓血管外科領域ではありますが、再び保険点数で頭を悩ませることになりました。日本不整脈学会、日本不整脈心電学会健康保険委員会での経験を生かして、今後も一人一人の医師が流した汗やそこに至るまでの修練が評価される技術料が得られるよう、客観的根拠に基づいた申請を行い、交渉していきたいと思えます。

外保連、緊張と恐怖の活動

南大和病院循環器科

須藤恭一

2011年秋、当時日本不整脈学会の健康保険委員会委員長をお務めになっていた松本万夫先生に外科系の保険委員としてご推薦いただいてから早や6年が過ぎました。委員会活動への参加で、医療保険のシステムがどのようにして構築されていくのか、そのプロセスをまったく知らなかった私は、諸先輩方の血の滲むような努力を目の当たりにすることになります。

概ね年3回、外保連の各委員会が浜松町の日本外科学会事務局で開催されます。膨大な審議事項を各学会の代表とともに審議することになりますが、諸学会の重鎮（威圧感たっぷりの先生方）を前に、申請記載ミス、過剰な保険点数請求、手技、処置等時間の世間的妥当性をお互いの学会が査定するシステムで、少しでも間違っていると厳しく、修正の指導を受けます。研修医になって初めて学会発表をする時に感じた緊張感を遥かに凌駕する恐ろしい委員会で、後ろ盾もないため保険初心者である私は何はともあれ、指されないように常に祈っていたことを記憶しています。委員会に参加しない学会には欠席裁判もあり、結局出席、欠席かかわらずペナルティーがあるようなもので、その責任の重さを考えると未だに恐怖心と隣り合わせの出席です。外保連の申請様式をもとに厚生労働省は診療報酬を策定しているのですが、本学会としても評価が下がるマイナス査定をそのまま受け入れることはできないため、納得がいかなければ一端保留して対応を考えることも多々あります。

機器、技術の日進月歩により、本学会が牽引しなくてはならない項目は増加の一途をたどっています。健康保険委員会の重要性も高まることはあれど、低くなることは考えられません。緊張と恐怖はまだまだ続きそうです。

何も知らないところから始めた要望書との格闘

横浜市立大学附属病院循環器内科

石川利之

健康保険委員会の中で、ペースメーカ、ICD、CRT、CRT-D などの植込み交換手技料改訂要望書の作成が私の担当でした。この要望書の正式な名称は、「医療技術再評価提案書」です。それまで技術料が低すぎると憤ることはあっても、このような書類があることはまったく知りませんでした。再評価区分には、1. 算定要件の見直し、2. 点数の見直し（増点）、3. 点数の見直し（減点）、4. 点数の見直し（別の技術料としての評価）、5. 保険収載の廃止、6. その他、があります。私の担当は、2. 点数の見直し（増点）でした。再評価には理由が必要になりますが、そのための根拠が求められます。しかし、どのように計算をするかなど考えたこともなく、途方にくれてしまいました。

手技別の難易度、放射線技士および看護師の平均的時給、必要とされる医師の卒業年度別の時給、必要な消耗品の代金などは外保連がデータを持っておりそれを使うことができますが、そもそもそうしたデータがあることさえ、外科系の先生から教えていただくまで知らないという状態でした。

一定の方式に従って数値を入れていけば手技料は算定できることはわかりました。問題は手技の難易度と手術時間です。2006 年の診療報酬改定でペースメーカ交換手技料が大幅に下げられたのは、技術難易度が低く、若い医師でも短時間に行うことが可能と考えられたためです。一度下げられた技術難易度を上げることは極めて困難です。そこで、委員で外科医の須藤恭一先生と協力して、本学会評議員から各デバイスの術者に求められる卒後年数（主術者と補助術者）と手技時間に関するアンケートを取ることにしました。しかし、時間を要するのは技術不足で恥ずかしいと思うのか、手術時間は短く、比較的若い医師でも可能とする回答が多いのには頭を抱えました。

アンケート終了後、日本不整脈デバイス工業会が所有しているデータなどを基に現在の年間手術件数を調べ、今後の予想推移を弾き出しました。要求点数は現在の点数より大きな数字になります。要求点数がそのまま通ることはないため、減額されることを見越して大きな数字をつけなければならないのです。しかし、それに伴う医療費の増加も記載しなければならないため、あまりにはずれた数字をいれるわけにはいかないというジレンマとの闘いです。この要望書は一度作ってしまえば、以降は年間件数と今後の予想数値を入れ直せば良いということになります。ところが、ある年、締め切り期限直前に書式が大幅に改訂され、す

べて作り直さなければならなくなったという苦い思い出もあります。

この仕事は誰かがやらなければならないのですが、決して表にでる仕事ではありません。医療に対する熱い思いと会員に対する思い、それを支えとして格闘した数年間でした。

保険点数改定の仕組みを探る—外保連に参画して—

呉医療センター・中国がんセンター心臓センター/心臓血管外科

今井克彦

外保連とはどのような組織なのか？

私が初めて日本不整脈学会の健康保健委員会に参加した時のことを改めて思い出してみました。本駒込にあった大変狭い学会事務局の会議室で、当時はほとんどお話しもしたことのなかった、私から見れば雲の上の先生方が何やら一生懸命に「外保連方式」を紐解こうとしておられました。委員会の外保連担当は小林義典先生と新田隆先生でした。

「外保連」について改めて紹介いたします。詳細は外保連ホームページ (<http://www.gaihoren.jp/gaihoren/index.html>) をご覧いただきたいのですが、要約しますと「外保連とは、外科系学会社会保険委員会連合の略称で、我が国の外科系診療における適正な診療報酬はどのようにあるべきかを学術的に検討することを主な目的として、1967年に外科系の9つの主要学会（現在の専門医制度の基幹学会となっているものが主）が集まって作られた団体」となります。発足当初は9学会であったそうですが、現在は侵襲的手技（診療報酬点数表で「手術」と定義されるもの）を行う101学会が加盟しています。現在の活動は、学術的検討に基づいた適正かつ合理的な診療報酬体系を構築し、この成果を「外保連試案」として公表することです。具体的な活動内容は、各学協議会の健康保健問題を扱う委員会などから数名ずつを外保連委員として登録（外保連委員）し、外保連の中の各分野（手術、処置、生体検査、麻酔、実務）における会議に参加して、各々の「試案」を作成するというものです。

外保連試案の作成

私が健康保健委員会に参加し始めたころ、内保連はまだ存在せず、診療報酬体系に関して正当な声を上げていく機関は（省庁との直接折衝を除き）外保連しかありませんでした。もともと外保連は、外科手術をベースとした議論を行っていたため（現在は経皮的インターベンションや内視鏡手術関係がかなり増えましたが）、日本不整脈学会の中で会員が減る傾向にあった外科医の私に白羽の矢が立ち、外保連を担当することになりました。

まず着手したのは、外保連の公表する試案の中で、最もボリュームのある「手術報酬に関する外保連試案」（手術試案）の作成でした。これは、デバイスの手術手技点数が多項目にわたり減額された2006年の診療報酬改定（いわゆる「デバイスショック」）を何としても是正

したいという会員の強い思いがあったためです。

外保連試案に本学会の手術手技を掲載してもらい、かつどの程度の手術手技料が妥当か、ということを外保連のルールに則って書類を作成し、実際の手技料を計算していくわけですが、この「外保連ルール」を理解するのに苦労を要しました。やれやれようやく書類が完成した（書式の公表からメ切までは、通常の病院業務を行っているものにとっては考えられないほど短い期間）と思っても、本当に恐れるべきはこの先にありました。書類を最終的に「(当該術式の)手術試案」として認めてもらうには、「外保連手術委員会」でプレゼンし、出席している委員の先生方の賛同を得なければならない仕組みになっていたのです。今でも初めてのプレゼンでは緊張で声が震えたのを覚えています。日本不整脈学会の中では外科医が不足していたため、私は比較的若年（40代前半で当時は大学助教）でこの会議に参加することになりましたが、他学会からの出席者は当然のように「学会委員会委員長クラス」の先生方ばかり（つまりほとんど教授クラスでほぼ全員外科系）でした。プレゼンを行う順番待つ間に他学会のプレゼンと質疑応答を聞いていると、「なぜこれが認めて貰えないのか!」「そちらの都合だけでは科学的整合性がとれない!」といった割と激しい議論が行われています。「これはとんでもないところへ来てしまった!!!」と思ったものの、もはや後の祭りで、しかも当時は委員会メンバーも少なく日程調整が難しかったこともあり、初めのうちは小林先生や新田先生のフォローもありましたが、しばらくしてからは私1人で参加することがほとんどになってしまったのです。プレゼン中は、この会議で日本不整脈学会としての主張を通さなければ今度は戻ってから攻められるということが何度も頭をよぎり、緊張は極限にまで高まっていきます。それを乗り切れたのは、なんとか本学会の主張を認めてもらい、会員に還元したいという思いからでした。

こうして、参加学会との実質的な協議の上にでき上がった外保連試案は、診療報酬改定の際の参考資料になり（中医協議事録）、デバイス、アブレーションの手技を中心に手技点数増点につながることに役立ちました。その後、外保連は変革していきます。低侵襲化や新技術による手術術式の多様化、手術を行う医師の報酬の正当な評価軸の考え方の変化、などへの対応を視野に入れるようになり、試案作成の仕組みも変わりつつあります。変わらないのは診療報酬の大改定（2年に一度）の度に身を削る思いになるメ切スケジュールです。

健康保健委員会の外保連担当の仕事は明確に成果として現れる仕事であったため、振り返ると有意義な経験をしたものと感慨深くなります。

地方から託された思いとともに

仙台市立病院循環器内科/東北大学加齢医学研究所

八木哲夫

健康保険委員会に出席することは、臨床医学の学会や研究会への出席とはまったく異なった感覚です。拝命されてから数年は、議論されている内容を理解することが難しかったように記憶しています。厚労省という単語に馴染みはありましたが、中医協、PMDA、内保連、外保連という言葉は聞いたことはあるものの、何を行っている機関なのかまったく知りませんでした。つまり、そういうところからのスタートであったのです。

月曜日の夜、遅くまで熱心に議論が交わされる会議への出席を続けているうちに、委員会の役割がだんだんとわかってきました。役割は適正な診療報酬について議論し、要望書を作成、提出することです。最終的には国民の医療に還元されるようにすることと理解しています。具体的な内容としては、適正な診療報酬の獲得のほか、最先端の医療機器早期導入への推進や検討などです。

私が勤務している仙台市立病院は、仙台市の救命救急センターを有する三つの病院の一つで、救急を病院の使命として運営されています。私はそのような病院で、循環器救急医療と不整脈診療を2本の柱として働いています。委員会では、地方都市の総合病院、コンプライアンスが厳しい公立病院という立場から、地方の医療従事者から託された思いとともに意見を述べてきました。

以前は、患者さんの診療を行うことこそ地域医療への還元である、というように考えていました。しかし、現在はそれだけでないことを強く意識するようになりました。きっかけは、病院の経営や専門医制度、研修管理などの仕事に携わるようになったことにありますが、健康保険委員会の活動も大きく影響しています。患者さんの診療にとどまらず、自分の専門領域とはかけ離れたことでも、組織の一員として与えられた役割をできるかぎり遂行すれば、地域医療、ひいては社会への貢献につながっていくと感じるようになったのです。

ここ数年の不整脈分野の診療状況を見ると、この分野の診療報酬が、臨床医・不整脈専門医としての診療内容に応じて確保されていること、また欧米に先行するような医療機器の導入や普及がなされていることがわかります。本学会の健康保険委員会の力だけでそのような状況を作り出すためには、委員会を導く強力なリーダーシップと熱意が必要です。前委員長の松本万夫先生の熱意はどこからきていたのでしょうか？ これまでの松本先生の発言から、職

務に対する厳しさと医療に対する理念がそこにあると感じずにはおられません。健康保険員会の仕事は、ある意味で医師の本来の職務とは大きく異なりますが、新たな分野への視野を広げる貴重な経験を私にもたらししました。

内保連、関連学会において我々は何をすべきか

東京慈恵会医科大学循環器内科

山根禎一

内保連での活動

この原稿を読んでいる方々の中には、以前の私と同じように、「内保連ってなに？」と思っている人も少なからずいらっしゃるのではないかと思います。そこでまず、内保連の説明から話を始めたいと思います。

内保連の正式名称は、「一般社団法人内科系学会社会保険連合」です。つまり、内科関連の学会の保健委員会を統括している組織ということになるのでしょうか。

その目的は、「定款」に下記のように記載されています。

この法人は、加盟する内科系学会等から提示される学術的根拠に基づき、わが国の社会保険医療の在り方を提言し、その診療報酬の適正化を促進することを目的とする

要約しますと、内科系の学会がそれぞれの専門領域の検査や治療の診療報酬を何とかして「適正なレベルに引き上げたい」という希望を提言し、それらを総合的にまとめて厚生労働省に要望する組織ということになります。

さて、内保連の定例会は、年に3回程度、霞が関ビルディング（霞が関ビル）の31階で開催されます（霞が関ビルは私の勤務先から徒歩圏内であり、それがいつの間にか私が内保連担当メンバーに入れられていた理由と確信しています）。参加者は毎回200人以上になるようです。大広間に総計126の学会の保険委員会担当者が集まりますが、お互いにはほとんど知らない関係です。神経内科、リハビリ、放射線というように、不整脈とはまったく専門の異なる学会の担当者が集まっているわけですからやむを得ませんが、それぞれの学会が自分の持ち場の細かい話を主張しても噛み合いませんから、あまり深い話にはなりません。

さて、席に着いて行うことは、まずお弁当を食べることです。このお弁当はなかなかのものです。立派な重箱に入った幕の内弁当で、ご飯とお汁は重箱とは別に盛られ、デザートまで付いてきます。お刺身など相当に美味で、毎回楽しみにしています。日本不整脈心電学会の健康保険委員会で提供されるお弁当も私は大好きですが、内保連はさらにもう少しお金をかけているようです（お弁当の話ばかりでは仕方ないのでここまでいたします）。それで

は、内保連における最近の二つの議題について少しお話することにいたします。

診断の技術評価

内保連において、この数年間最も大きなプロジェクトであったのが、「診断の技術評価（診断・治療方針決定難易度）」です。これは内科において最も重要な医療行為である「診断」を、一つの技術として評価しようという試みです。外科領域においては外保連が昔から一つ一つの手術をその難易度別に分類し、それをしっかりと診療報酬請求に生かしてきた歴史がありますが、内科領域では「診断」という技術を診療報酬に生かす努力をこれまでしてきませんでした。そのため「診断」は、無料で行うのが当たり前のように扱われ、難しい病気を診断して治療に役立てても、それが報酬として評価されることはありませんでしたし、そもそもそうした考え方自体がなかったのです。

今回定められた診断の技術評価では、神経疾患、眼科系疾患、耳鼻科系疾患、呼吸器系疾患に続いて5番目の項目（全部で18項目）で循環器系疾患が取り上げられています。この循環器系疾患は、循環器、呼吸器、膠原病、内分泌、小児、感染症、悪性腫瘍などの関連学会で評価しています。循環器系疾患は、急性心筋梗塞から、頻脈性不整脈、弁膜症、心筋炎、心不全、高血圧、心臓の悪性腫瘍、肺塞栓など24の病気について、病名難易度と治療方針決定難易度がA-Eまでの5段階で評価されることになりました。高血圧は診断および治療方針決定ともに最も難易度が低いAランクで、急性心筋梗塞および頻脈性不整脈は診断がC、治療方針決定がDランクです。

こうした評価を、内科に関連している全126学会の意見をまとめて評価するという大きなプロジェクトでしたが、昨年中にほぼ評価データが完了しました。私がかかわったのは、不整脈疾患に関する診断と治療方針決定の評価で、日本循環器学会健康対策委員会を介して提出しました。

説明と同意（IC study）

IC studyも診断の技術評価と平行して内保連で進められてきたプロジェクトです。これは患者および家族に説明をして同意を得るという行為を何かしら定量的に評価し、将来的に診療報酬を得られる医療行為に昇華させようという試みです。外科的手技における説明は、その後の手技の診療報酬として評価されています。しかし、内科的疾患における説明は、その多くが報酬として評価されることはなく、難しい病気に関して詳しい説明に時間をかけたとしても、病院および医師の報酬とは無関係でした。内科医が多くの時間をかけているこの「説明と同意」に要する時間を、全11領域（呼吸器、循環器、血液、などなど）で評価する試みは2016年に施行され、循環器ではまず19の施設で選択、評価が行われました。この結果をどのように診療報酬認可につなげるかが今後の課題になりますが、内科医がこれまで

無報酬で働いてきた仕事を診療報酬に反映させようという試みは次々と行われています。

さて、ここで私がお伝えしたいのは、日本不整脈心電学会健康保険委員会の活動は、学会として単体の活動にとどまらず、内保連の中の、そして日本循環器学会保健対策委員会においても大きな役目を果たしているということです。もちろん外保連の中での活動も多く、それは本書の別項で紹介されていますので割愛いたしますが、このように健康保険委員会は内保連および外保連で活動し、我々の診療行為が適切に保険償還されるために日々努めています。

日本循環器学会健保対策委員会での活動

次に、日本循環器学会健保対策委員会について紹介します。

内保連と同様に、私はいつの間にか参加するようになっていました。いつからなのか思い出せないですし、なぜ私であったのかもよくわかりません。

日本循環器学会健保対策委員会は、循環器領域の実際的な問題を扱い、議論する委員会です。当然ですが、冠動脈疾患、心不全、不整脈、心筋症、そして心臓外科といった領域の専門学会から、それぞれの学会の保健委員会より命を受けた方が代表者となり参加しています。年に4回程度、日本循環器学会の理事会に合わせて開催され、その多くは有楽町の国際フォーラム内の一室です。各専門学会の希望している保険関係事項を、上位学会である日本循環器学会の健保対策委員会の名前で申請することが一番の目的です。各専門学会の希望を受け、その中から優先順位を付けて、さらに上位機関である内保連へと話を持っていくこととなります。日本不整脈心電学会が強く希望する事項が、あまり高い優先度にならないこともあります。

健保対策委員会に参加していて強く感じることは、保健領域を窓口として循環器のそれぞれの分野の比較ができる、または比べられてしまう、ということです。数年前の健保対策委員会で、日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）が行っているJ-PCIレジストリと比べられる形でカテーテルアブレーションが取り上げられたことがありました。つまり、冠動脈疾患に関してはCVITが登録事業を立ち上げてJ-PCIを試行して我が国のPCIの状況を把握しているのに対し、カテーテルアブレーションについてはどうなっているのですか？ ということです。この質問は、カテーテルアブレーション領域は学会のガバメントが効いていないのですか？ そうであるならば安全性や有効性、手技の登録データがないのだから診療報酬の増額を希望することは難しいですよ、ということを示していました。このようなこともあり、カテーテルアブレーションの全国全例登録を本学会主催で行わなければならない、という機運が高まっていきました。2017年よりカテーテルアブレーション全例登録プロジェクト（J-ABレジストリ）として開始されましたが、今後、健康保健委員会活動

を含めて本学会の様々な活動の中でJ-ABの登録データが活かされていくことが期待されていますし、それが本学会の立場を向上させるることにつながるものと確信しています。

地味な活動にある大いなる意義

名古屋大学医学部循環器内科

因田恭也

日々最高の診療を行うべく努力していても、大学病院あるいは中核病院に勤務していると、その治療行為に対し相応の報酬があるのかどうか無頓着になりがちです。長時間に及ぶアブレーションやデバイス治療を数多く行っても、我々の報酬が増えることはなく、逆にスタッフの時間外勤務を咎められることがしばしばあります。これらの治療行為は、患者さんのためではありますが、当然ながら診療報酬を伴います。我々医師は手技をマスターするために膨大な時間を費やすとともに血のにじむような努力をしています。その評価の指標の一つが診療報酬であると考えれば、適正な評価を期待しないではられません。病院経営にとっても、治療行為に伴う適切な診療報酬は重要課題です。

しかし、現在の不整脈治療に関わる手術・検査などの診療報酬は、十分に評価されているとはいえません。デバイス手術、WCD、遠隔モニタリングなどは不当に低い診療報酬といえそうです。総医療費を増額しないとの国策に従えば、症例数が爆発的に増加しているアブレーション治療などの保険点数が下げられる可能性も否定できません。このような現状をよく理解したうえで、学会活動の一つとして不整脈にかかわる診療行為に対する適切な評価を厚生労働省に促す必要があり、健康保険委員会がその任務を請け負っています。本委員会では、診療報酬改定にあたり、ほぼすべての不整脈治療・検査手技料の再評価を行い、厚生労働省に適切な保険点数がつくことを要望しています。こうした地道な活動が実り、アブレーション治療やデバイス治療の保険点数増点をもたらしました。たとえ増点しなくとも、医療費抑制が必要な時代に減点されないようにする活動も重要で、放置すれば必ずや減点へとつながっていきます。

不整脈診療にかかわる保険点数は厚生労働省により厳しく評価される可能性があり、予断を許しません。手技に見合った保険点数であることは、病院収入のみならず、病院の不整脈診療への評価、さらには各医師のモチベーションにも影響を及ぼします。そうした意味で健康保険委員会の活動は地味ではあるものの、極めて重要でまた意義深いものです。

居酒屋から始まる固い結束

埼玉医科大学国際医療センター小児心臓科

住友直方

前委員長の松本万夫先生は、委員との親睦会が大変好きで、親睦会を行うことが結束を固める最良の方法と信じて疑わなかったように思います。年末や、保険申請を終えた後など区切りの良い時に事務局近くの居酒屋に集まって反省し、今後いかに行動すべきかなどを熱く語り合いました。

忘年会の日は会議で出されるお弁当を極力控え、10時過ぎから始まる宴会に備えました。中途半端な時間からの宴会は、結局毎回12時頃まで行われることになり、ビール、日本酒で大いに盛り上がりました。楽しい宴の後には辛い時間がやってきます。健康保険委員会は月曜日に行われることが多かったのですが、翌日はweek dayの火曜日です。12時頃まで飲んで帰宅すると翌朝は当然ながら良い目覚めではなく、重い足取りで病院に行くことになります。ただこの親睦会は、普段あまり話す機会がない先生方と知り合えるとても貴重な時間でもあり、その後様々なところで助けあうことができるなど素晴らしい結果を生み出しました。

以前の事務局は本駒込にありましたが、近辺にあまり大きなお店がなく、お店選びは難儀しました。2012年10月に神田小川町に移り、その頃から日本心電学会の健康保険委員会と同時に開催されるようになったため委員の数は21名と増えましたが、神田小川町ではお店選びに困ることはなくなりました。

一昨年、沖重薫先生が委員長に就任され、新たな委員も加わりさらに厚みが増しました。親睦会の伝統を継続し、そこでの議論などを通してお互いに高め合っていることを期待しています。

終わりなき要望書との格闘

大阪医科大学胸部外科

森本大成

2007年9月のある日、確か外来中でしたが突然1本の電話が入りました。その電話に出てみると、交換手が「日本医科大学の新田さんという方からです。お繋ぎしてよろしいですか?」と私に伝えました。自分の頭の中で「日医大の新田さん?」と一瞬思考がフリーズしましたが、とりあえず繋いでもらうことにしました。電話に出て声を聞くと、新田隆先生であることがすぐにわかりました。今まで直接面識はありませんでしたが、学会などで聞きなれていたため、声を聞いた瞬間にわかったのです。まず頭に浮かんだのは、「なぜ新田先生が私に電話を?」ということでした。

新田先生は、「日本不整脈学会に健康保険委員会という委員会があり、外科系の委員の増員を図りたいから是非引き受けて欲しい」とお話しをされました。当時、新田先生は健康保険委員会の副委員長をお務めになっておられましたが、「数ヶ月に一度集まって会議をするだけの委員会、委員長である松本万夫先生の推薦もあるので是非ともお願いしたい」とのことでした。私は健康保険委員会が何をする委員会なのかよくわからないままに、兼ねてから面識のある松本先生の推薦でもあり、新田先生が電話を掛けてこられているのを断るわけにもいかず承諾しました。

最初の会議に参加して初めて健康保険委員会の役割がわかりました。その役割は、①学会が担当する領域に関する既存の診療や手技に対する保険点数の増点、②新規診療や手技の申請と保険点数の申請、③その他保険診療に関する要望や申請を厚生労働省に行う、というものです（原則、要望や申請は外保連もしくは内保連を経由しないとできない仕組みになっています）。どのような委員会であるかは理解できたものの、仕事内容まではよくわからないままに診療報酬改定の時期（2年ごと）がやってきました。通常はその時期に合わせて新規申請や既存のものに対する増点申請を行います（例外もあります）。その際に必要なのが要望書（医療技術評価提案書）です。毎回本学会から申請する要望書は、新規と既存の増点を含めると数が多いため、委員全員がそれぞれ最低一つの項目を担当することになっています。

要望書提出の流れですが、まず厚生労働省から新規や既存の医療技術に対する提案書のひな形が、外保連もしくは内保連を通して学会事務局に送られてきます。次にその提案書の項目に各委員が必要事項を記載し、委員会で確認します。この際、確認作業と並行しながら要望の順位をつけていきます。最後に学会事務局から外保連もしくは内保連を通して、当該提

案書を厚生労働省に提出します。この必要事項を記載する作業が難しく、また記載方法も毎回同じというわけにはいかないため誰もが戸惑い、格闘することになります。

例えば、既存の医療技術に対する再評価の提案書（増点の要望）は、①現在の診療報酬上の取扱い（対象とする患者・技術内容・点数や算定の留意事項）、②再評価すべき具体的な内容、現在の点数・希望の点数、③再評価の根拠・有効性（治癒率、死亡率、QOLの改善、学会のガイドライン等）、④普及性の変化、⑤技術の成熟度（学会等における位置づけ、難易度）、⑥施設基準、⑦安全性、⑧倫理性や社会的妥当性、⑨予想される医療費への影響、⑩関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術、その他いろいろな項目についてこと細かく、そして簡潔に要約して記載する必要があります。上手に書かないと却下されたり、保険点数が上がらないばかりか減点につながってしまいます。またこの要望書の項目に関する文献も添えなければならず、ましてや英文の文献に対しては和訳が必要です。労力も必要ですが、厚生労働省の担当官を納得理解させる文章力も必要となる誠に厄介な作業です。元々文才の乏しい私にとっては大変苦痛な作業ですが、要望書との格闘が終わったかと思ったらまたすぐ2年後の改定に向けての格闘が始まります。

私が委員に就任したのは、ちょうどペースメーカーの植込みや交換の手術点数が減点された2006年の診療報酬改定後で、ICD植込みや交換の手術点数も十分とはいえない時期でした。新規もさることながら、既存の点数の増点にも委員皆が全力で立ち向かい増点を獲得していましたが、実は増点を獲得したからと単純に喜ぶわけにもいきません。要望書の⑩にある「関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術」を見逃すわけにはいかないのです。医療に関する予算が決まっているため、その予算の範囲内で新規点数がつけられたり、増点がなされます。しかしその裏には当然、減点や削除があることになります。増点されたからもう要望書は出さなくてよいだろうと考えていると、次回は減点の対象にならないとも限らず、そのために毎回増点の要望書を出し続ける必要があります。つまり、終わりなき要望書との格闘なのです。

広い社会的視野で公正な立場を堅持する

兵庫医科大学心臓血管外科

光野正孝

私は 2013 年 6 月から健康保険委員を拝命し、2 ヶ月ごとの委員会にはほぼ参加してきました。思い出深いことも数多くありますが、健康保険委員会において学会と企業のあり方について感じたことを少しお話ししたいと思います。

大体の委員会において、始まる前に、1~2 の企業のプレゼンテーションがあります。新製品についてのプレゼンテーションそのものはなかなか興味深く、心臓血管外科が専門である私は、その新製品についての情報を持ち合わせていないことが多いため、「便利な機器ができたものだ」とまずは感心します。しかし、ただ感心しているわけにはいきません。企業がわざわざプレゼンテーションをするのですから、要求が当然あるはずで、よくよく聞いていると以下の 3 点が主になります。

- ① 薬事承認はおりたものの保険償還について適正価格（あくまでも企業側からの論理で）が設定されるよう学会側にも協力して欲しい
- ② 早期導入を希望する機器などにつき学会の協力を得たい
- ③ すでに保険償還はおりているが、保険点数を引き上げる申請をしたいため協力して欲しい

企業からすればどうしてもということでしょうが、学会からすると「はい、わかりました。それなら要望しましょう。」というわけには参りません。優れた機器であることと、「適正な」（基本的には企業側にとって「望ましい」）保険償還点数を要求するのは別問題です。器機の償還価格は、原則企業が努力をするべきことです。

プレゼンテーション後、委員会ではその方面のエキスパートの先生方から、「これは便利であるが、従来の点数を上げるほどのものではない。」「点数をあげることを正当化するほどの経済効果をもたらすエビデンスが揃っていない。」「本製品がなくてもそれほど不自由には感じないだろうから、需要はそれほど期待されない。」といった辛辣ともいえる意見が多く出されます。「いや、実は以前より気になっていた。これは改善すべきと学会からも要望するのが良いだろう。」という結論になることもありますが、これは社会通念上、現状は明らかに理不尽であろう、と判断されたときにのみ出される極めてレアなケースです。そのため、多くは

却下されるのが現状です。

機器も技術も日進月歩しているため驚かされることが多いのですが、学会としてあるべきは、広い社会的視野をもって結果として患者さんのためにも、医療従事者のためにもなるバランス感覚を持ちあわせることです。医療経済という大きな壁も意識しないわけにはまいりません。今後も現在の姿勢を堅持し、学会として公正な立場をとりながら、適正な診療報酬獲得への闘いに挑むことになります。

Face to Face こそ壁を乗り越える最大の力

呉医療センター・中国がんセンター心臓センター/心臓血管外科

今井克彦

衝撃を与えた「デバイスショック事件」（デバイスの手術手技点数が多項目にわたり減額された2006年の診療報酬改定）により、2006年～2007年にかけて委員会の強化が図られました。現在も変わりませんが、不整脈を専門としている外科医は少ないこともあり、私も2007年より委員に加わりました。それから、早や10年が経過してしまいました。同時期に委員を委嘱され、同期とも呼べる先生に現在ともに副委員長を務めている山根禎一先生がおられますが、光陰矢の如しとはよくいったものです。

声をかけていただいたきっかけは、2007年に広島大学の末田泰二郎先生が大会長を務めた第22回日本不整脈学会学術大会があった折に、大会事務局を担当したことによります。学術大会の準備を行っている中、役員会や委員会のスケジュール調整、部屋の確保など裏方の仕事を受け持つこととなります。多くの先生方にご協力いただいて学術大会は無事に終了しましたが、様々な先生方との交流により、学会には裏方仕事の数多く存在することに気づかされました。

大会会期中に小林義典先生と新田隆先生から健康保険委員会に誘っていただき、会期終了後に参加の意思を固めました。初めて学会事務局へ足を運んだ時のことは、今でも鮮明に覚えております。当時は大変手狭で会議スペースも5、6人で一杯になる程度の部屋でしたが、そこで当時加盟したばかりの外保連関連や早期導入案件の申請書類作成の手伝いから始めました。「狭い」スペースに、重鎮といわれるような先生方がぎっしりと集まり、そんな中に混じって仕事に取りかかることに緊張を覚えたものです。

その後、事務局の移転（2度）、事務局の人事交代、日本心電学会との統合などもありました。委員会のメンバー構成もずいぶんと変遷しましたが、そのほとんどの時期に委員長であったのが松本万夫先生でした。松本先生は私と出身大学が同じという縁もあり、外保連を中心に多くの仕事で一緒にさせていただきました。委員会活動というのは、医業を行う臨床医という視点からは本業とは見られない向きもあるのではないのでしょうか。しかし、健康保健委員会の実務は、すなわち現在の保険診療の仕組みに対する学術的な挑戦ともいえ、その意味で臨床現場から遠いどころか、むしろ最も近い仕事の部類といっても過言ではありません。ただ、これらの活動を行うために病院を抜けることは、決して楽なことではありませんでした。私も古いタイプの間人なのかもしれませんが、一つの会議で共通のコンセンサスを

持ちながら仕事にあたるためには、通信手段を駆使したネット会議のような方法をとるよりは、やはり Face to Face でことを運んだほうが合意内容も伝わりやすく良いと思っています。健康保険委員会は、この Face to Face 方式を重要視していますが、問題となるのは日程の調整です。委員会のメンバーのような錚々たる先生方のスケジュール調整は簡単とはいえ、例えば「学術大会中にやれば良いのでは」「主要学会には皆来るだろう」などの意見もあったものの、集まりやすそうな時ほど先生方の仕事が重なり会議の開催は難しくなるのが現状です。最近では2名座長や会場数の増加などにより、さらにその傾向が増してきていると感じます。このため、なるべく全員が出席できるように会議を開催するためには、「通常時の平日夜」ということになり、これが通例化します。さらに、私のように在京ではない病院からの参加であれば、どうしても移動に時間がかかります。病院サイドから見れば、そうした時間も自病院の業務にあてて欲しいわけですから、自身の所属する部署においての風当たりも強くなる危険をはらんでいます。とりわけこの委員会はアクティビティが高く、会議と実務（書類作成や各団体との折衝など）の機会が多いためなかなか厄介です。

委員会でご一緒した先生方はみな同じような状況下での参加でしたが、実際に顔を見ながら話し合いを続けることで、多くの困難な壁を乗り越えてきました。このことが「成果」につながっていると思いますし、「学会員に還元する」ことも多少はできているのではないかと浅はかながら思っております。不整脈領域の保険診療にはまだ問題が山積していると感じますが、変わらず思いを一つに取り組んでいきます。

医療現場からの要望と正当性との狭間で

埼玉医科大学国際医療センター心臓内科・不整脈科

加藤律史

健康保健委員会の委員になって約 5 年になりますが、その間に 2 回の保険点数改正の機会を経験することができました。まだまだ分からないことばかりですが、保険点数決定までのしくみの一端を垣間見ることができ、外保連、内保連という名前さえ知らなかった頃に比べると保険点数に関する関心、捉え方が劇的に変化しました。

では、どのように変わったのか？ その一つは、保険点数を申請するにあたり、企業との連携が重要であると認識できたことです。①企業が保有している医療ニーズが高い機器を早期導入する場合、②保険認可されているが現状の保険償還価格に問題があるためあまり使用されていない機器を取り扱う場合、の二つの経験例をあげてみます。

企業が保有している医療ニーズが高い機器を早期導入する場合

COOK 社のメカニカルシースを中心としたレーザーシース以外の道具を使用したリード抜去手技があげられます。この手技で使用される機具は、2011～2012 年当時すでに一部の施設で使用されていたものの、正式に保険償還や販売がされていなかったため、本来リード抜去用の機具ではないものを使用して（あるいは改良して）手技を行っている施設が存在していました。このような状況の中、健康保険委員会委員でリード抜去を積極的に行っていた庄田守男先生、今井克彦先生、岡村英夫先生を中心に、早期導入の必要性が強く訴えられました。リードマネジメント事業部のなかった COOK 社にアプローチし、委員会に何度も同社の担当者に足を運んでもらい、申請を依頼しました。委員会としても非レーザー抜去手技の保険収載を申請し、2012 年に学会員へのアンケートなどから始まったプロセスは、2016 年に保険収載されたことでまずは決着をみました。これは、非常に成功した事例の一つです。

保険認可されているが現状の保険償還価格に問題があるためあまり使用されていない機器を取り扱う場合

旭化成ゾールメディカル社の着用型除細動器（WCD）があげられます。会員の皆様もご存知のように、WCD は販売価格が保険償還価格を大きく上回ることから使用が制限されています。手技などの医療行為に関する保険点数改正は保険委員会の主な業務の一つではあり

ますが、機器の償還価格改定の要望は、企業が努力すべき問題であり、学会が積極的に関わるべき問題ではないともいえます。多くの医療機器がそうであるように、WCDも競合他社がないため、学会が一企業をバックアップすることにもなりかねません。しかし、本質はどこにあるのでしょうか？ こうした機器を使用できずに亡くなってしまう患者さんを作ってははいけませんし、一方植込み型除細動器の適応を緩くしてしまうのも、医療経済上良いとはいえ、また必要のない合併症を増やすという観点からも避けなければなりません。この問題は現在進行形ですが、使用状況を把握すると同時に現状の問題点を明らかにしながら慎重に議論を重ね、要望書の提出を行うことが学会としての役割です。

本委員会が正当性を担保するためには、企業からの要望を厳密に審議する、というプロセスが重要であるのはいうまでもありませんが、誰の目から見ても正しいといえることが重要です。そのため、学術集会では健康保健委員会セッションを毎回開催し、会員の皆様と情報を共有することになっています。皆様からの要望を広く受け入れる体制は常に整っていますし、委員会からも現状を伝える機会を欠かさないようにいたします。本委員会の活動に注目し、意見を寄せていただくことが、現状打破への最良の道といえます。

人間関係の構築から勝機を得る

一般社団法人医療システムプランニング

田村 誠

私が健康保険委員会に参加するようになったのは 2009 年頃でした。きっかけは、前松本万夫委員長より「診療報酬に関する要望は、どのようなプロセスで、どのように出すのが最も効果的かを教えてもらえないだろうか?」、という一言をいただいたことによります。

医療技術評価提案書による診療報酬の要望プロセスは、現在でこそ確立され、学会側にもわかりやすくなりつつありますが、当初はまだ不明点も多く、どうしたものかと頭を悩ませました。結論は、やはり人と人との関係を構築するのが最重要で、そこに勝機があるということです。そこでまず、厚生労働省の担当部局の担当者にアプローチして、話をする機会を設けることから始めました。

協議する機会を設けますと、松本先生の人柄と熱意はすぐに担当者の心をつかみました。もちろん差しさわりのない範囲ではありますが、様々な情報を得ることができるようになり、学会として行うべき手法の一つを獲得するに至りました。その後も、松本先生は厚生労働省の方々との交流を欠かさず、年次総会には担当者を講師として招き、会員に情報を提供する機会を設けると同時に、さらなる人間関係の構築に努めていきました。

私事から、2017 年 9 月に委員会を去ることになりましたが、月曜日の 20 時を忘れることはないでしょう。

委員会への参加、社会貢献の実感

北海道大学病院循環器内科

横式尚司

2013年5月に前委員長の松本万夫先生から声をかけていただき、健康保険委員会のメンバーとして参加することになりました。恩師である櫻井正之先生の影響で、入局直後から長らく日本不整脈学会にお世話になっていたものの、そもそも学会の事務局はどこにあるのだろうか？ というところからの始まりでした。実際に参加してみると、月曜日の20時から始まる会議に遅刻しないようにと逆算しながら、2ヶ月に1回は外来の予約枠を削ってスケジュールを調整する必要性がでてきました。北海道から東京の神田小川町にある学会事務局に到着すると、松本委員長を中心に委員の先生方の温かい雰囲気とともに、ある種の真剣勝負感が伝わってきます。自分が健康保険委員会のメンバーであることを再認識する瞬間です。

当初、2ヶ月に1回も新しい話題や議案があるのだろうか？ と疑問を持ちつつ遠方より参加していました。しかし、内保連、外保連などが行う会合に出席され、時に厚生労働省でリスニングなどを行うなど多岐にわたる活動をされている先生方の様子を聞くにつけ、その必要性はすぐに認識できました。と同時に責任重大で大変な委員会に加えられてしまった、という思いを強くしたことを記憶しています。

何もしらない自分に何ができるのだろうか？ を考えた結果、まず岡村英夫先生、関口幸夫先生が主に行っていた議事録の作成にかかわらせていただくことにしました。まさに“微力”の参加ではありましたが、議事録の作成は内容・用語の正確性が要求されるため、結果として保険診療への理解ならびに認識が高まることにつながりました。

その後、2016年の診療報酬改定に際しては新しい役割を仰せつかり、ようやく本学会、また多少なりとも社会に貢献しているのでは？ と実感するにいたりました。歴史、実績のある健康保険委員会のメンバーとして参画し、社会勉強、学問のみならず、新たな人とのつながりを得たことは、貴重な財産となっています。

保険点数の改定—喜びと重責の狭間で—

筑波大学医学医療系循環器内科

関口幸夫

健康保健委員会に参加させていただくようになったのは、今から6年ほど前の2011年10月頃だったように思います。この委員会は、①不整脈に関連する最新医療器具や薬剤の導入を促すことで国内において最新医療を提供することを可能とし、ひいては患者の利益につなげる、②不整脈に携わる医療スタッフが快適に仕事できる環境を整える、そのようなことをサポートするために存在していると漠然と感じているだけでした。初めて委員会に出席したときは、ナイホレン、ガイホレン、PMDA などといった聞き慣れない単語が会議中に飛び交い、まったく話についていけませんでした。同じ医療という世界の話であるのに何ということだろうか？ これは大変なところに来てしまった！ と冷や汗をかく思いで最初の委員会を終えたことを覚えています。そのような状況であったため、委員会にはなるべく早く来るように努めましたが、当時委員長の松本万夫先生はさらに早くいらっしゃっており、委員会に対する情熱を感じないではおられませんでした。

1年余りが経過し、何とか話についていける程度になった頃、いよいよ2014年度の保険診療報酬改定申請の時期がやってきました。いくつか担当をいたしました。そのうちの一つに、たまたま比較的携わる機会の多い経静脈電極抜去術がありました。当時、経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）はすでに保健収載され点数がついていましたが、レーザーシースを使用しない経静脈電極抜去術については未収載のままでした。植込み年数が浅い場合や、エキシマレーザー以外のシースを使用した手技に関しては該当する点数がなかったのです。この手技に関する申請を数名で担当しましたが、苦勞して要望書を書き上げたにもかかわらず、結果として点数はつくことはなく残念な思いをしました。しかし、医療には不整脈以外、いや循環器関連以外にも多くの必要な手技が存在し、新しい治療の導入とともにその数は増加の一途をたどっており、一方では国が負担する医療費は限られていることを実感する機会にもなりました。新規に点数をつけることや、増点を検討するにあたり序列が生じることは当然のことであると……。それだけに、2016年の診療報酬改定において“経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いないもの）22,210点”という項目が追加されたときには想像以上の喜びがありました。委員として活動していなければ、手技には携わっていても保険点数がつくことに関してここまでの思い入れはなかったでしょう。臨床の現場で感じる思いとは別の思いを得た一瞬であり、委員としての重責をずしりと感じる一瞬でもありました。

達成感こそ継続の原点

東京慈恵会医科大学循環器内科

山根禎一

健康保険委員会に参加してから10年が経過し、いつの間にかやや古株となりました。個人的な感想になりますが、これまでの委員会活動を思い出とともに振り返ってみます。

委員会に参加するようになったのは2007年からです。それまで学会と直接関係した仕事には縁がありませんでしたが、2007年の2月頃に突然、杉薫先生からお電話をいただきました。委員会の若返りを図りたいので、委員会に参加して欲しいとの内容で、軽い気持ちで引き受けたのですが、まさかその後10年にもわたって関わるようになるとは夢にも思いませんでした。

その後わかったことですが、委員会メンバーの増員が図られたのは2006年の診療報酬改定のいわゆるデバイスショックが原因でした。この事件ともいえる一件は、デバイスに関する技術料を中心に不整脈関連の手術手技料が軒並み大幅な減点となり、ペースメーカー交換に至っては7,200点から2,200点への大減点という大変ショッキングなものでした。学会からの要望が出されていなかったことが減点の一要因であったと考えられたため、これ以降、適切と考えられる保険点数を計上し、2年ごとの診療報酬改定の際に厚生労働省に要望書を申請するようになりました。私が参加するようになった2007年は改定の翌年ですから、まさにその次の改定（2008年）に向けて委員会の活動が活発になり始めた時だったのです。最初に参加した際の事務局の所在は、まだ前所在地の駒込に移動する直前で、麴町のあたりであったかと思います。杉先生、松本万夫先生、新田隆先生、中里祐二先生ら重鎮の先生方が小さな部屋で頭を付き合わせて、診療報酬提案書作成のための計算をしていたのがとても印象に残っています。当初は何一つ活動内容がわかりませんでした。2ヶ月に1度の委員会に継続的に参加するうちに、少しずつ委員会活動の概要を理解するようになりました。

カテーテルアブレーションの担当になる

前松本委員長のリーダーシップのもと、委員会のメンバーが徐々に増加され、その活動が軌道に乗ってきた頃、今後のカテーテルアブレーションの保険点数の検討に入ることになりました。当時のカテーテルアブレーションの保険点数（技術料）は、すべての手技が画一的に約20,000点とされており、PSVT、心房粗動、心房細動にかかわらず、そして心室頻拍や心室細動でも同じ技術料でした。心房細動アブレーションは普及しつつありましたが、ま

だ技術的難易度は高く、PSVT などのアブレーションとは差別化を図りたいという機運が委員会内でも高まりました。2010年の診療報酬改定に合わせて申請書を作成する時期になり、カテーテルアブレーションを担当するように松本委員長から指示を受けたものの、さてどうしたものか、と困ってしまいました。心房細動だけを別枠の扱いにするのか、それとも心室頻拍の難治例などと一緒に技術レベルの高いアブレーションとして申請するのか、委員会内部で何度も議論したことを覚えています。

最終的には疾患（不整脈種類）で分類するのではなく、難易度の高い手技を必要とする場合（心房中隔穿刺および心外膜アプローチ）を「不可手技を伴うアブレーション」として別枠にする方針とし、提案書を作成しました。通常のアブレーションが20,000点程度の保険点数であるところを、約80,000点の保険点数が適切であるという提案書を作成して提出しました。正直なところこの提案がそのまま受け入れられるとは思ってはいませんでした。ふたを開けてみると2010年に31,350点、2012年には40,760点の技術点数が「付加手技を伴うアブレーション」として付き、厚生労働省の理解を得られたことがわかりました。「付加手技を伴うアブレーション」を、厚生労働省が認めてくれるとは……担当者である私が一番驚きましたが、これこそ私が今でも健康保険委員会活動を継続している理由であり、原点です。自分が日々行っている医療行為の診療報酬が不適切だと感じた時に、それを適正な方向に変更することができるなんて……。これほどやり甲斐のある学会活動が他にあるだろうか！ 未だにこの時の興奮は忘れられません。

中隔穿刺針はどうなっているのか？

中隔穿刺針の問題も記憶に残る仕事でした。心房中隔穿刺という手技は、以前はPTMCなどの際にまれに行われる手技でした。その手技に使用される中隔穿刺針は病院の備品という扱いで、特定保険医療材料としての材料費は算定されていませんでした。多くの病院では数本の穿刺針を備品として常備し、使用後にはそれを再滅菌して何度か使用するのが現状でした。それでも使用頻度が少なかったことと、再滅菌に関する規制が現在ほど厳しくなかったために、特に問題にはなりません。

状況が変わったのは、心房細動のカテーテルアブレーションが開始された2001年以降です。従来とは比較にならないほど中隔穿刺針の使用頻度が増加し、週に何度も使用する状況になりました。1本の針を何十回も滅菌して使用しますが、当然針の先端が鈍ってくるためそれを研いでいるうちに全長が短くなり、使いものにならなくなります。東京慈恵会医科大学で常備していた針は3本程度であったため、病院に新しい針を備品として購入して欲しいと要望したところ、今の針が使用できなくなったことの証明文を針のメーカーに書いてもらうように、との指示がありました。メーカーにそれを依頼したところ、「何を仰ってるのですか？ この針は単回使用の針ですよ！」などと呆れられたこともありました。

この当時、私はまだ健康保健委員会に参加しておらず、一臨床医として中隔穿刺針をめぐるこの異常な状況をどうしたら良いのか、とかなり悩みました（学会理事長に直訴することまで考えました）。そこで健康保健委員会活動に参加するようになってから、最初に取り組んだのが中隔穿刺針の問題でした。

まず、新規の特定保険医療材料としての申請を2年ごとに行われる診療報酬改定の際に提出したのですが、数回出しても毎回却下という結果が続きました。このままではらちが明かなく思っていた矢先、高周波中隔穿刺針の情報が入ってきました。カナダの Baylis 社が開発した製品で、それを日本ライフライン社が国内販売元として扱いたいというのです。通常の穿刺針よりもやや高価で、欧米では通常の中隔穿刺が困難な症例（中隔の肥厚や過進展など）に主に使用されているということでしたが、国内での情報がなく、まず個人輸入という形で数本の穿刺針を入手して使用してみたところ、好感触を得ました。

委員会の中で議論を重ね、最終的には既存の穿刺針とは別枠の新しい製品（技術）として高周波中隔穿刺を導入する方針で申請書を作成したところ、あっけなく通過しました。これ以降、我が国は通常の中隔穿刺針を使用すると病院の持ち出しになるのに対して、より高価な高周波中隔穿刺針を用いると保険償還されるという特殊な状況になりました。案の定、瞬く間に高周波穿刺針のシェアは拡大し、現在では8割を超える心房細動アブレーション症例において高周波穿刺針が使用されています（欧米でのシェアは3割程度）。通常の穿刺針を巡る状況は今も変わっていません。本来、医療費の削減のためには安価な通常の穿刺針を用いることが望ましいのですが、何度申請しても却下される状況下に本委員会としても今後の対応を決めかねている状態です。

このように中隔穿刺針に関するすべての問題が解決されたわけではありませんが、臨床現場としてはきちんと使用機材が保険償還され、そしてディスプレイ製品の再滅菌というような望ましくない状況が解決されたことで、本委員会としての役割はある程度果たせたのではないかと考えています。

10年も委員を務めていると、達成感で満たされることも、おや？ と思うことも、がっかりさせられることも経験します。ただ、2年ごとに訪れる改定のたびに思いを新たに取り組んでいます。

先人の格闘の歴史を知り、努め、次代につなぐ

埼玉医科大学国際医療センター小児心臓科

住友直方

日本不整脈学会の健康保険委員会に参加したのは2008年4月からになりますから、早や10年近くが経ったことになります。当時の委員会のメンバーは、松本万夫、中里祐二、新田隆、池田隆徳、今井忍、沖重薫、小林義典、杉薫、山根禎一、今井克彦、軸屋智昭、森本大成、私で、現在も委員として活動している方は5名です。ほぼ毎月一度、月曜日の20時に集まり、22時過ぎまで種々の議論を交わしました。参加当初、委員を引き受けたものの、この委員会が何をやる委員会かよくわかっていませんでした。健康保険の点数は、厚生労働省が勝手に決めるものであり、付けられた点数で保険が支払われると思っていたのです。しかし、新たなデバイス、手技などが次々に登場する中で、厚生労働省としてもそれをすべて把握できるはずはありません。適切な保険点数を要望する機関として多くの学会に健康保険委員会が存在するのは、そうした理由があるからです。

ひと口に保険点数の要望書を提出するといっても、極めて難儀な作業です。そもそも、要望書の書き方がまったくわからなかったのですから手も足も出ませんでした。保険点数をどのように算出するのか、認可される要望書を書くにはどのようなテクニックが必要なのかなど、実際に携わらないと理解することはできないでしょう。

既存の機器といっても、既存の保険収載の改定が良いのか、新規に要望書を提出するのが良いのか、から検討し直します。さらに、その手技に何人の医師が必要で、何人の看護師、技士が必要なのか、どのくらいの時間がかかるのか、年間に何人の患者にその手技やデバイスの植込みを行うことになるのか、今までの保険点数と比べてどのくらい点数が上がるのか、下がるのかなど様々なことを想定しながら細かく計算して初めて保険点数は算出できます。臨床現場の声を聞くために会員にアンケートを送り、その手技の件数がどの程度行われているのかを調べることもありました。しかし、要望書との格闘を通して健康保険のあり方を知り、何よりも先人の格闘の歴史の上に自分たちが成り立っていたことを理解できたのは私にとって大きな財産となりました。今後は、次代につないでいくことも我々の重要な責務であると感じています。

おわりに

健康保険委員会の委員を引退して1年半が過ぎました。日本不整脈学会では2000年代中頃から徐々に健康保険委員会活動を開始していましたが、私も2008年から委員として参加させていただくようになりました。きっかけは、日本循環器学会が中心となり、循環器領域に関連した31学会が共同して厚生労働省に働きかけようという試みで創設された「診療報酬検討委員会」に私一人だけ、日本心電学会員として参加したことによります。

当時、助言はおろか手伝ってくれる人もいませんでしたが、LP（心室遅延電位検出）とTWA（T波交互脈検出）を保険収載して保険点数をもらうことが私に課せられた至上命令でした。まだ要望書の形式も定まっていない時期で、何をどう書いたら良いのかもわからず、頭を悩ませました。学会事務局も東京女子医科大学の隣の小さな建物内にあり、今ほど大きな組織になっていない頃の話です。何度申請してもLP、TWA、Head-up tilt試験は保険収載に至らず、そのうちに池田隆徳先生や小林洋一先生など何人かの先生方に手伝っていただけることになり、申請もスムーズに行えるようになっていきました。

アブレーションカテーテルの関連で、現委員長の沖重薫先生の身内の方の紹介で厚生労働大臣に面会ができるという話が持ち上がったことがあります。面会日は急に決まり、ある日の23時30分頃、自宅にいた私に小林義典先生から電話がありました。「厚生労働省の大臣室に明日行くことになりましたが、顔の利く先生を誰か知りませんか？」というお話でした。思いあたるのは、前述の診療報酬検討委員会の委員長であった当時虎の門病院院長の山口徹先生だけでしたから、23時45分頃に山口先生のご自宅に電話して恐る恐る「明日の15時に大臣室までご一緒していただけますか？」と伺いました。先生は快諾してくださり、翌日厚生労働省の入り口で健康保険委員会の代表の先生方と待ち合わせをしました。山口先生はそうした話なら、ということで当時の三井記念病院院長の高本眞一先生にもお声がけくださり、大臣室へ陳情に行ったことが健康保険委員会の活動の中でも印象に残っている出来事です。

松本万夫先生が委員長になり、委員会が定期的に持たれるようになると、デバイス関連、検査関連、アブレーション関連などの要望内容が明確になっていきました。毎月のように事務局で委員会が開催され、熱い議論を交わしたことを懐かしく思い出します。事務局も会の発展とともに本駒込、神田小川町と移転し、委員会組織も充実していきました。私は東邦大学大橋病院院長としての仕事もあり、皆勤というわけにはいかなくなりました。オブザーバーのような立場で出席させていただいておりましたが、松本先生はじめ委員会の先生方の地道で継続的な活動を見るにつけ、こうした活動が我が国の今日の不整脈診療の礎になって

いるのだと、胸が熱くなりました。

委員会を構成する先生方は年月とともに代わっていきますが、これからも我が国の不整脈診療を支えていただくことを願っています

2018 年 1 月吉日

小田原循環器病院

杉 薫

資料

健康保険委員会の歴史

	委員長	副委員長	委員
2007年	小坂井嘉夫	中里 祐二 新田 隆	小林 義典、新田 隆 (2007年9月副委員長就任) 松本 万夫 (2007年6月委員長就任)、矢島 俊巳 池田 隆徳、今井 克彦、杉 薫、山根 禎一 (以上4名、2007年5月就任) 今井 忍、住友 直方 (以上2名、2007年7月就任) 沖重 薫、軸屋 智昭、森本 大成 (以上3名、2007年11月就任)
	松本 万夫		
2008年	松本 万夫	中里 祐二 新田 隆	池田 隆徳、今井 克彦、今井 忍、沖重 薫、小林 義典 軸屋 智昭、庄田 守男、杉 薫、住友 直方、森本 大成 山根 禎一 岡村 英夫 (2008年12月就任)
2009年	松本 万夫	中里 祐二 新田 隆	池田 隆徳、今井 克彦、今井 忍、岡村 英夫、沖重 薫、小林 義典、軸屋 智昭 (2009年3月退任)、庄田 守男、杉 薫、住友 直方、森本 大成、山根 禎一、中島 博 (2009年3月就任) オブザーバー：田村 誠
2010年	松本 万夫	中里 祐二 新田 隆	池田 隆徳、今井 克彦、今井 忍、岡村 英夫、沖重 薫、小林 義典、庄田 守男、杉 薫、住友 直方、中島 博、森本 大成、山根 禎一、宮内 靖史 (2010年10月就任) オブザーバー：田村 誠、小林 洋一、丹野 郁 (以上2名、2010年12月より日本心電学会健康保険委員会メンバーがオブザーバーとして参加)
2011年	松本 万夫	中里 祐二 新田 隆	池田 隆徳、今井 克彦、今井 忍 (2011年8月退任) 岡村 英夫、沖重 薫、小林 義典、庄田 守男、杉 薫 住友 直方、中島 博、森本 大成、山根 禎一 オブザーバー：田村 誠、小林洋一、丹野 郁 (以上2名、日本心電学会)
		小林 洋一 杉 薫	池田 隆徳、石川 利之、今井 克彦、岡村 英夫、沖重 薫 加藤 律史、庄田 守男、須藤 恭一、住友 直方、関口 幸夫 副島 京子、中島 博、宮内 靖史、森本 大成、八木 哲夫 山根 禎一、丹野 郁 (日本心電学会) オブザーバー：田村 誠

	委員長	副委員長	委員
2012年	松本 万夫	小林 洋一 杉 薫	池田 隆徳、石川 利之、今井 克彦、岡村 英夫、沖重 薫 加藤 律史、庄田 守男、須藤 恭一、住友 直方、関口 幸夫 副島 京子、中島 博、宮内 靖史、森本 大成、八木 哲夫 山根 禎一、丹野 郁（日本心電学会） オブザーバー：田村 誠
2013年	松本 万夫 委員長代行： 小林洋一	因田 恭也	石川 利之、今井 克彦、岡村 英夫、沖重 薫、加藤 律史 庄田 守男、須藤 恭一、住友 直方、関口 幸夫、中島 博 光野 正孝、宮内 靖史、森本 大成、八木 哲夫、山根 禎一 丹野 郁、深水誠二（以上2名、日本心電学会） オブザーバー：小林 義典、杉 薫、新田 隆、田村 誠 横式 尚司（2012年9月就任）
2014年	松本 万夫 委員長代行： 小林洋一	因田 恭也	石川 利之、今井 克彦、岡村 英夫、沖重 薫、加藤 律史 庄田 守男、須藤 恭一、住友 直方、関口 幸夫、中島 博 光野 正孝、宮内 靖史、森本 大成、八木 哲夫、山根 禎一 横式 尚司、丹野 郁、深水誠二（以上2名、日本心電学会） オブザーバー：小林 義典、杉 薫、新田 隆、田村 誠
2015年	松本 万夫 委員長代行： 小林洋一	因田 恭也	安達 太郎、石川 利之、今井 克彦、岡村 英夫、沖重 薫 加藤 律史、庄田 守男、須藤 恭一、住友 直方、関口 幸夫 丹野 郁、中島 博、深水 誠二、光野 正孝、宮内 靖史 森本 大成、八木 哲夫、山根 禎一、横式 尚司 オブザーバー：小林 義典、杉 薫、新田 隆、田村 誠
2016年	沖重 薫	山根 禎一 今井 克彦	芦原 貴司、因田 恭也、岡村 英夫、加藤 律史、阪上 学、里 見 和浩、須藤 恭一、住友 直方、関口 幸夫、丹野 郁、中島 博、光野 正孝 宮内 靖史、森本 大成、八木 哲夫、横式 尚司 鈴木 誠（2017年6月就任） オブザーバー：松本 万夫、田村 誠（2017年7月退任）

(以上、敬称略)

— 月曜日 20 時—健康保険委員会かく闘えり—

発 行 2018 年 2 月 1 日
発 行 者 平尾見三
発 行 所 一般社団法人日本不整脈心電学会
〒 101-0052 東京都千代田区神田小川町 2-5
紀陽東京ビル 6 階
TEL. 03-5283-5591 FAX. 03-3219-1955
URL. <http://new.jhrs.or.jp/>
編 者 日本不整脈心電学会 健康保険委員会
監 修 今井克彦

