

Gaihoren News vol.24

外保連ニュース 第24号 2015年8月

発行：一般社団法人 外科系学会社会保険委員会連合（外保連） 発行者：松下 隆 編集：外保連広報委員会
〒105-6108 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル8階 一般社団法人 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

厚生労働省によるヒアリングを終えて

実務委員長 瀬戸 泰之



平成27年8月17日に、外保連の要望に対する厚生労働省のヒアリングが行われた。外保連の運営委員は、外科学会・臨床外科学会の保険委員会委員を兼任しているものが多く、また、外保連、外科学会、臨床外科学会の重点要望項目は重複するものがあるので、前回

同様3つが合同でヒアリングをすることとなり、合計1時間半のヒアリングとなった。外保連からは、山口俊晴（臨床外科学会と重複）、岩中督（外科学会と重複）、瀬戸泰之（外科学会と重複）、川瀬弘一、平泉裕、土田敬明、山田芳嗣（敬称略）が出席、外科学会からは、矢永勝彦（臨床外科学会と重複）、富永隆治、花崎和宏（敬称略）、臨床外科学会からは永田松夫（敬称略）が参加した。

冒頭、厚生労働省から28年改定は財政的に厳しいものとなることを承知してほしい、またそのような状況の中で、我が国の医療を後退させないためにも、財源などぜひ外保連とともに考えたいとの挨拶があった。外保連からはまず、岩中会長から28年度改定に向けて外保連の目指す方向性が示された。すなわち、外保連試案の精緻化、医療材料の適正化、複数手術の評価の適正化、さらに腹腔鏡等手術の一括要望を述べた。また、試案の人件費と実際の診療報酬の比率を示すグラフ、償還不可材料費と実際の診療報酬の比率を示すグラフを提示し、24年度改定で改善はみたものの、26年度ではほぼ不変であり、実際の診療報酬が低すぎることを再度指摘した。また、26年度改定で

目次

厚生労働省によるヒアリングを終えて
～実務委員長 瀬戸 泰之

特集 世界に誇る日本の医療技術PART

日本の医療が如何に優れているか

「NCDとACS-NSQIPの国際比較」

特集 先進医療から保険収載された技術PART

*日本泌尿器科学会

「腹腔鏡下膀胱内手術（K809-3）」

*日本脊椎脊髄病学会

「腫瘍脊椎骨全摘術（K136-2）」

編集後記 ～ 広報委員長 松下 隆

事務局からのお知らせ

三保連ニュース

の問題点、すなわち短期滞在手術等基本料（両側と片側が同じ扱い、年齢区分、対象施設のあり方など）、夜間・休日加算（労務環境の悪い施設で算定できない）の不合理・不備を指摘した。また、医療技術の新しい評価軸の検討を始めていることを説明し、川瀬手術委員長から新しい視点として、手術を行うbenefitのスコア化の策定、医療紛争リスク、手術中の緊急度、2つの命を扱う手術、費用対効果を検討していることが報告された。新たな評価療養制度における対応としては、国民皆保険制度の原則は順守することが外保連の方針であることを伝えた。また、留意点として、先進医療との齟齬が発生しないように、また安全性の担保が可能になるかなどの点を指摘した。各委員長からは、処置としては、材料費の再検討が必要であること、検査では次回より内視鏡

試案を分けること、麻酔では、長時間麻酔加算が該当する手術が少なく、本来であれば適用される術式がはいっていないことの不備が指摘された。

厚生労働省からは、新しい評価軸の評価項目の根拠などについて質問がなされた。

夜間・休日加算については、この問題につき全国アンケート調査を中心的に行った外科学会より富永外科医労働環境改善委員長にも出席していただき、別立ての時間としてヒアリングを行った。アンケート調査結果にもとづき、施設認定要件が厳しく、アンケート回答があった817施設で、すでに加算をとっているのは12%にすぎないこと、また病床数300以下の施設では7%であったことから、せつかくの外科医の環境改善につながる制度でありながら、十分活用されていない実態があることが報告された。活用されるためには、当直回数や翌日の術者・第一助手の要件を緩和すべきであることの要望がなされた。また、常勤外科医数が少ない施設でより算定されていない現状は、外科医間の不公平感、不満をも生じている危惧が示された。厚生労働省は、アンケート調査結果による厳しい現状には一定の理解を示し、今後検討するとのことであった。ただし、緩和に関しては、要望そのものを受け入れることは難しいことが示唆された。また、病床数の少ないあるいは常勤外科医数が少ない施設が加算困難になっていることについては、むしろ労務環境改善のため、該当症例などのある程度の集約化の方向に向かうことも可能性のひとつとして挙げられた。さらなる詳細な検討が必要であり、アンケート調査結果報告書の提出が求められた。

その後、学会側から以下のような重点要望と報告がされ、厚生労働省側の返答があった。

外科学会からは、高度肥満加算と人工臓腑についての要望がなされた。高度肥満加算はNCDのbig dataにもとづくものであり、2011年から2012年にかけて手術された約23万例の結果にもとづいての申請である。すなわち、BMI30以上、未満の2群で比較した場合、胃全摘、膵頭十二指腸切除、低位前方切除の3術式については、ほぼ1時間の手術時間増加が示されており、人件費分の増点が妥当であることを説明した。厚生労働省からは、前向きに検討したい旨の回答があり、また、あわ

せてBMI30未満群のNCD dataによる手術時間と外保連試案の手術時間がほぼ一致していることに、試案の信頼性を再確認したとの発言もあった。人工臓腑は、現状では検査扱いであり、DPC病院では包括されてしまうことの説明があり、しかしながら、実際は処置技術に該当するものであり、「検査」ではなく「処置」として評価見直しすべきとの要望が示された。また、留置した二重腔カテーテルから吸引した血中血糖値を連続的に測定し、さらにあらかじめ設定されたアルゴリズムによりインスリンやグルコースを注入するものであり、高血糖時の救急的治療や、周術期の血糖管理などでその威力を発揮し、合併症発生も抑制しうるとの報告も紹介された。現状は、一連につき一回の算定になっているが、増点と最大3日間までの算定可となるよう要望した。厚生労働省からは、対象となりうる病態などにつき質問がなされた。

臨床外科学会からは、創傷処置の増点とイレウス用ロングチューブ挿入法の新設要望がなされた。創傷処置は現在創面積にもとづいた従来通りのものであり、また、ドレッシング材の進歩もあり、現状のままではそぐわないとの要望がなされた。現在請求が認められていない吸水性創部皮膚被覆材などが要望としてなされ、厚生労働省も一定の理解を示した。イレウス用ロングチューブ挿入法は、胃管より、明らかに高い技術を要し、かつ時間も費やすものでありながら、これまで考慮されていなかったことを指摘した。また、挿入時に必ず使用するガイドワイヤーなどが償還できないことも指摘した。その弊害として、イレウスの病態が軽んじられてしまう傾向があることが、ある専門調査会の病態機能分類からもわかることが指摘された。この要望にも一定の理解が示された。

全体的には、和やかな雰囲気でのヒアリングは終了した。しかしながら、冒頭で示されたように、平成26年に続き、平成28年も厳しい改定が続くことが予想される。外保連としては、さらに適切な診療報酬決定のための試案の精緻化と、新しい評価軸を中心としたstrategyの構築が重要であることを痛感したヒアリングでもあった。

「日本の医療技術が如何に優れているか

～ NCD と ACS-NSQIP の国際比較～

一般社団法人 National Clinical Database

監事 後藤 満一

我が国の消化器外科手術の現状

NCD (National Clinical Database) は2010年4月、日本外科学会及び外科関連の専門医制度をもつ学会により合同で設立された。2011年1月より登録が開始され、2015年3月現在、全国4,000以上の施設、5,000以上の診療科のネットワークにより構成されている。登録症例数は年間120万例に及ぶ。このデータベースは、日本で行われている一般外科手術の95%以上がカバーされるものとなっている。消化器外科領域では米国のACS-NSQIP (American College of Surgeons-National Surgical Quality Improvement Program) との連携のもと、医療水準評価対象8術式の2011年登録症例約12万例を用い、各術式のリスクモデルを構築した¹⁾ - ⁸⁾。このモデルを用い自施設のリスク調整死亡率を全国と対比し、医療の質向上に向けたベンチマーキングレポートや、術前リスクの算出による診療チームのサポートなどのサービスが稼働した⁹⁾。今後、リスク調整合併症率¹⁰⁾をもとにしたベンチマーキングレポートの実装も始まる。これらの入力項目の定義は、米国のACS-NSQIPと同じであるため、日米両国間の比較が可能となっており、その解析の一部を紹介する¹¹⁾。

NCD と ACS-NSQIP との国際共同研究による国際比較

NCD と ACS-NSQIP の2011年、2012年の登録症例より、結腸右半切除術 (RHC : 米国15,863例、日本34,638例)、低位前方切除術 (LAR : 米国7,325例、35,445例)、膵頭十二指腸切除術 (PD : 米国5,182例、日本15,527例) の3術式において、術前共通項目を選定し、術後30日死亡のリスクを揃えて死亡率を比較した。

その結果、米国及び日本の各術式の術後30日死亡率は、RHC (1.88% vs 0.76%)、LAR (1.08% vs 0.43%)、PD (2.57% vs 1.35%)であった(表1)。また、米国及び日本の各術式の術後入院期間の中央値 (IQR) は、RHC (5(4-7)日 vs 14 (10-20)日)、LAR (6(4-8)日 vs 16(12-25)日)、PD (9 (7-14)日 vs 31(22-43)日)と、いずれの術式においても我が国の術後入院期間は米国に比し、著しく長い期間となっていた。また、年齢構成、BMIの分布も両国では異なっており、RHCを例にとると、70～90歳までの高齢者は日本のほうが多い。

しかし、年齢を揃えて比較すると、死亡率は日本のほうが低いことが明らかとなった(図1)。BMIの分布をみると、日本では18.5～24.9までの正常区分に当たる人が66.0%いるが、米国では30.0～34.9までのoverweightとなる群が最も多く34.5%に達した。そこで、BMIを揃えて死亡率を比較しても、やはり、日本のほうが死亡率は低かった(図2)。他の2術式においても同様の傾向が見られた。以上により、我が国のこれら3術式の死亡率は米国に比し、より低く、良好な成績が得られているものと考えられた。

なお、NCDはほとんど全ての消化器外科手術が登録されており悉皆性が高いが、ACS-NSQIPでは2012年までに236の施設しか参加しておらず(2015年7月25日現在では653施設)、悉皆性は劣ると考えられるが、参加施設の多くは大学病院を含む教育病院なので、比較的死亡率の低い病院群の成績を反映しているものと推測される。これらのことを踏まえると、前記の結論は間違っていないと考えられる。今後は、どのような理由でこのように素晴らしい医療が提供できているのか、さらにどの点を改革すればさらなる向上が得られるのかを明らかにすることが望まれる。

参考文献

- 1) Takeuchi H, et al. A risk model for esophagectomy using data of 5354 patients included in a Japanese nationwide web-based database. *Ann Surg.* 260(2):259-66, 2014.
- 2) Watanabe M, et al. Total gastrectomy risk model: data from 20,011 Japanese patients in a nationwide internet-based database. *Ann Surg.* 260(6):1034-9, 2014
- 3) Kurita N, et al. Risk Model for Distal Gastrectomy when Treating Gastric Cancer on the Basis of Data from 33,917 Japanese Patients Collected using a Nationwide Web-based Data Entry System. *Ann Surg.* 262(2):295-303, 2015.

- 4) Kobayashi H, et al. Risk model for right hemicolectomy based on 19,070 Japanese patients in the National Clinical Database. J Gastroenterol. 49(6):1047-55, 2014.
- 5) Matsubara N, et al. Mortality after common rectal surgery in Japan: a study on low anterior resection from a newly established nationwide large-scale clinical database. Dis Colon Rectum. 57(9):1075-81, 2014.
- 6) Kenjo A, et al. Risk stratification of 7,732 hepatectomy cases in 2011 from the National Clinical Database for Japan. J Am Coll Surg. 218(3):412-22, 2014.
- 7) Kimura W, et al. A pancreaticoduodenectomy risk model derived from 8575 cases from a national single-race population (Japanese) using a web-based data entry system: the 30 day and in-hospital mortality rates for pancreaticoduodenectomy. Ann Surg. 259(4):773-80, 2014.
- 8) Nakagoe T, et al. Surgical risk model for acute diffuse peritonitis based on a Japanese nationwide database: an initial report on the surgical and 30-day mortality. Surg Today. 2014 Sep 18. [Epub ahead of print]
- 9) Gotoh M, et al. National Clinical Database feedback implementation for quality improvement of cancer treatment in Japan: from good to great through transparency. Surg Today. 2015 Mar 24. [Epub ahead of print]
- 10) Saze Z, et al. Risk models of operative morbidities in 16,930 critically ill surgical patients based on a Japanese nationwide database. Medicine 94(30):e1224, 2015
- 11) 後藤満一 他. NCDとACS-NSQIPによる外科医療の質の国際比較. 第70回日本消化器外科学会総会 2015.7.16 浜松

表1

US/NSQIPとJapan/NCDとの各術式における30日死亡

	US/ NSQIP(2011-2012)			Japan / NCD(2011-2012)		
	症例数	死亡数	死亡率(%)	症例数	死亡数	死亡率(%)
結腸右半切除術	15,863	299	1.88	34,638	264	0.76
低位前方切除術	7,325	79	1.08	35,448	154	0.43
膵頭十二指腸切除術	5,182	133	2.57	15,527	210	1.35

図1

US/NSQIPとJapan/NCDの結腸右半切除術後30日死亡率(年齢の影響)

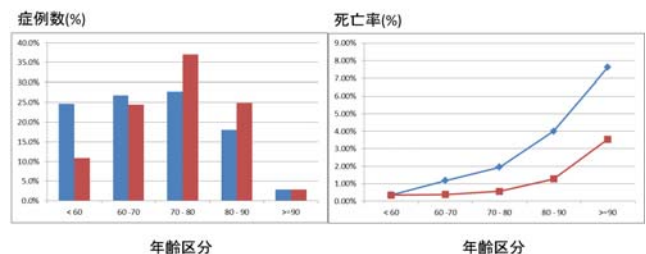
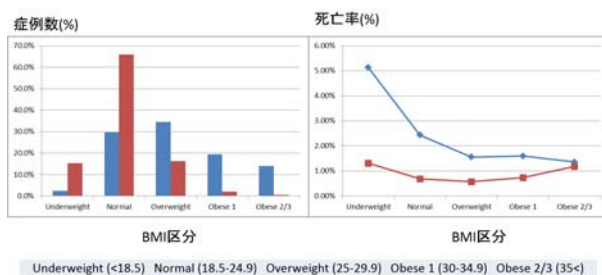


図2

US/NSQIPとJapan/NCDの結腸右半切除術後30日死亡率(BMIの影響)



特集 先進医療から保険収載された技術 PART

「腹腔鏡下膀胱内手術 (K809-3)」

日本泌尿器科学会

滋賀医科大学泌尿器科学講座

河内 明宏

対象疾患と術式

本術式の対象疾患は膀胱尿管逆流と巨大尿管症である。膀胱尿管逆流は文字通り膀胱に溜まった尿が尿管・腎盂に逆流する疾患である。正常者においては尿管膀胱移行部に逆流防止機構が存在するため逆流しないが、この機構が先天的、後天的に機能しない場合に逆流を生じる。症状としては尿路感染症で発見されることが最も多く、有熱性尿路感染症（急性腎盂腎炎）を生じた小児の30-50%、成人においても5%程度に発見される。また、腎癬痕と呼ばれる腎機能障害を生じることもあり、腎不全の原因疾患の一つである。

治療としては保存的治療と外科的治療があり、外科的治療の代表的な術式として膀胱内到達法による逆流防止術がある。この術式は膀胱と尿管を新しく吻合する術式であるが、その際、膀胱粘膜下にトンネルを作り、そこに尿管を通すことにより尿管が膀胱壁内を通る距離を長くし、逆流防止機構を作成する。

もう一つの対象疾患である巨大尿管症は水尿管および水腎症を呈する病態で、逆流性と非逆流性に分類される。逆流性は前述の膀胱尿管逆流の高度のもので、尿管拡張が顕著な状態である。非逆流性は膀胱尿管移行部の器質的あるいは機能的な通過障害により水尿管および水腎症を生じる。膀胱尿管逆流と同様に尿路感染症、腎機能障害が問題になる。

治療としては逆流性の場合は、拡張した尿管を細くするために尿管壁の一部を切除し、縫合するTapering法と折りたたんで細くするFolding法がある。両術式とも膀胱との吻合は膀胱内到達法による逆流防止術に準じて、粘膜下トンネルを作成して逆流を防止する。非逆流性の場合は膀胱尿管移行部の細くなった尿管を切除し、その後は逆流性と同様に行う。

腹腔鏡下膀胱内手術¹⁻⁴

上記の手術を腹壁より膀胱内に直接トロカールを挿入し(図1,2)、腹腔鏡下に行う(図3-5)。通常は5mmのトロカールを3本使用し、その1本より腹腔鏡用の気腹装置を用いて膀胱内に二酸化炭素を10mmHg程度の圧で注入する。術者は残りの2本のトロカールを使用するが、尿道から女性の場合はトロカール、男性や小さな小児の場合は膀胱鏡を挿入し、それらの操作孔より鉗子を挿入し、助手が補助を行う。

対象は乳児以外の手術適応であるすべての患者

であるが、膀胱の大きさを考慮すると2歳以上が施行しやすい。手術成績としては逆流消失率が96%とほぼ開腹術と同等の成績である。一方出血量は開腹術と比較して少ない。また痛みに関しては、開腹術は術野を確保するためガーゼなど用いて膀胱壁を広げるが、この操作により膀胱粘膜に浮腫が生じて術後の刺激症状が強い。本法では二酸化炭素で膀胱を拡張させて行うため、この刺激症状が少ない。このように傷が小さいのみでなく、出血や痛みが少ないなどの利点がある。また、通常は術後1日目に尿道留置カテーテルを抜き、2日目に退院可能であるため、入院期間の短縮にもなっている。本法は、2005年に日本で初めて施行し、2009年12月より先進医療として認可され、2012年4月には保険適応となった。現在全国の施設に普及しつつあり、当施設を含めて、本術式を外科的手術の第1選択の一つとしている施設も多い。

参考文献

- 1) Yeung CK, Sihoe JDY, Borzi PA: Endoscopic cross-trigonal ureteral reimplantation under carbon dioxide bladder insufflations: A novel technique. J Endourol 19:295-299, 2005.
- 2) Kawauchi A, Naitoh Y, Soh J, et al.: Transvesical laparoscopic cross-trigonal ureteral reimplantation for correction of vesicoureteral reflux: Initial experience and Comparisons between adult and pediatric cases. J Endourol 23:1875-1878, 2009.
- 3) 内藤泰行, 河内明宏, 三木恒治: 小児の腹腔鏡下手術 膀胱尿管逆流症. 日本EndourologyESWL学会誌 23:53-57, 2010
- 4) 河内明宏, 上仁数義, 小林憲市, 内藤泰行: 特集 尿路再建術における腹腔鏡手術 膀胱尿管逆流に対する腹腔鏡手術—膀胱内到達法: Cohen法—. 泌尿器外科 27:935-939, 2014

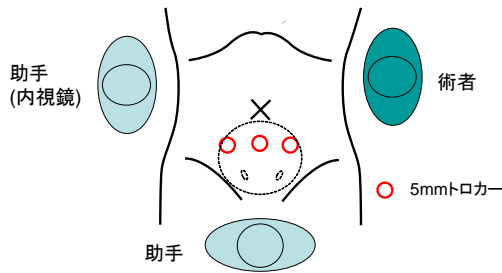


図1 トロカーおよび術者の位置

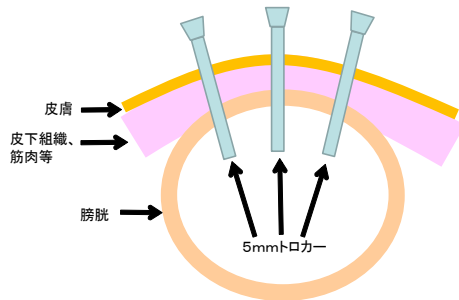


図2 トロカー留置の模式図

皮膚から皮下組織、筋層を通り、直接膀胱内に刺入される。

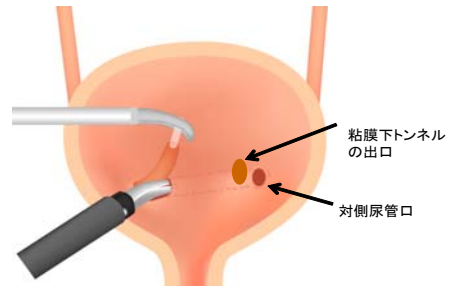


図4 術式2:膀胱粘膜と筋層の間に3-3.5cm程度長さの粘膜下トンネルを作成する。



図5 術式3:粘膜下トンネルに尿管を引き入れ、吸収糸で吻合する。



図3 術式1:尿管口を切開し尿管をはく離することにより、膀胱の中に引き入れる。

「腫瘍脊椎骨全摘術 (K136-2)」

日本脊椎脊髄病学会

金沢大学大学院医学研究科機能再建学 (整形外科) 准教授 村上英樹

脊椎は原発性悪性腫瘍の発生頻度は少ないが、がん転移の好発部位である。1980年代中頃までは、脊椎にがんが見つかった場合、特にがんの転移であればすなわちそれはがんの末期状態を意味し、もっぱら、疼痛コントロールが中心のターミナルケアが行われてきた。仮に手術をするとしても、その手術は麻痺症状や神経圧迫による疼痛の改善を目的とした姑息的な椎弓切除術 (+ 脊椎病巣の部分搔爬術) であった。その後、脊椎を固定する金属の登場により手術成績は多少向上したが、手術はあくまでも姑息的なものであった。そして、このような腫瘍の部分という姑息的手術では、腫瘍はすぐに局所再発し、再麻痺をきたすのが常であった。そのため当時は、がんの脊椎転移

に対し手術を施行すること自体にも疑問の声が多かった。

その後、がんの診断と集学的治療の進歩に伴い、がん患者の生命予後が延長してくると、脊椎の姑息的手術後に患者が腫瘍再発に苦しむことが多くなってきた。そこで、1980年代後半には、脊椎がんに対しても徹底的な病巣切除を行い、局所再発させないような根治的な手術方法があつてしかるべきと考えられるようになってきた。しかし、脊椎の中心を縦走している脊髄を共に切除することができない以上、脊椎骨を一塊として全摘出することは解剖学的に不可能と考えられていた。そのため、前方、後方の合併アプローチや一部 piece by piece 切除で、なんとか脊椎骨をで

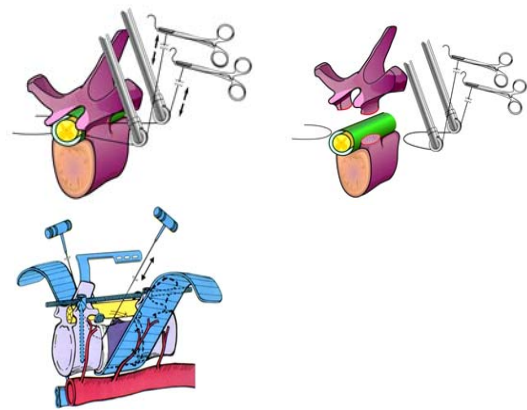
きる限り根治的に近い方法で切除しようという試みが、Stener や Sundaresan、Camille によって報告されてきた。

そのような中、金沢大学の富田らは Stener、Sundaresan、Camille の術式をさらに改良して、1つの脊椎骨を両側の椎弓根部で切離し、2つの塊に分けて後方部分の椎弓と前方部分の椎体をそれぞれ一塊として後方から摘出する根治的手術法を完成させ1994年に発表した。これが腫瘍脊椎骨全摘術 (total en bloc spondylectomy; TES) である(図)。そして富田と川原はこの手術を安全に施行するために次々に新しい手術器具を開発し、数々の基礎研究をもとに手術手技の改良に努めた。その結果、TESはその手技が年々改良され、当初に比べてはるかに手術時間が短縮し出血量も少なくなり、侵襲が小さくなった。そして2010年頃になると全国的に行われる手術となった。この間、TESは2004年1月に厚生労働省から先進医療に認定され、2012年4月には保険収載されている。

TESの適応となり得る疾患は、脊椎の悪性腫瘍(原発性および転移性)、aggressiveな良性腫瘍(骨巨細胞腫や症候性血管腫など)であるが、転移性脊椎腫瘍では腎細胞癌、甲状腺癌、乳癌、肺癌がTESの適応となることが多い。特に腎癌の脊椎転移は、化学療法や放射線療法、サイトカイン療法、そして分子標的治療にも抵抗性であるため、手術が最も有効な局所治療である。近年、腎癌の肺転移に対する外科的切除が生命予後を改善させるといった報告が散見され、外科的切除が困難な脊椎転移が転移性腎細胞癌の予後不良因子として挙げられている。これまでの論文では、転移

性腎細胞癌の転移診断後の5年生存率は10%前後と報告されており、最も成績の良い報告でも5年、10年生存率がそれぞれ22%、9%である。一方、我々は1995年から2010年に腎癌の脊椎転移に対しTESを施行した36例を対象とし解析した結果、術後5年、10年生存率はそれぞれ69%、58%と驚くべき数値であった。脊椎単発転移症例に限ると5年、10年生存率は83%、67%であり、肺転移を有する症例においても70%、25%であった。このようにTESの成績は、過去の報告をはるかに凌駕しており、腎癌の脊椎転移に対するTESが生命予後をも延長させることはもはや間違いない。このようなエビデンスが積み重ねられることで、今後TESは益々広く行われる手術になっていくものと予想される。

図 腫瘍脊椎骨全摘術(TES)(『脊椎腫瘍の手術』医学書院、東京、2010より引用)



編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース24号をお届け致します。8月に厚生労働省による外科系各学会に対する要望項目についてのヒアリングが行われました。それとは別に、外保連は8月17日にヒアリングを受けましたので、瀬戸泰之実務委員長にご報告いただきます。貴学会員にも周知していただければ

幸いです。

事務局からのお知らせ

【新規加盟学会】

- ・日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会
- ・日本足の外科学会
- ・日本肺癌学会

以上、現加盟学会数計99学会

【改正要望書】

平成27年6月に厚生労働省へ申請しました「社会保険診療報酬に関する改正要望書」を収載した冊子およびCDROM版を製作しており、近日完成予定です。

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

三保連ニュース

9月17日に御茶ノ水ソラシティRoom Cに於いて、第14回三保連共同のシンポジウムを開催し、今回は『28年度診療報酬改定に期待するもの - 三保連の連携と重点的な要求の工夫』と題し、各パネリストの先生方にご講演いただく予定です。

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。