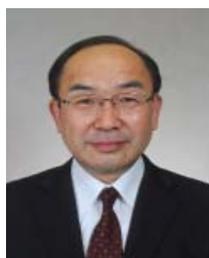


外保連ニュース 第26号 2016年8月

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

平成28年度診療報酬を評価する： 名も実も取る次回改定への道程とは？

会長 岩中 督



平成28年度改定は、薬価や材料を含んだ診療報酬全体では引き下げでしたが本体は+0.49%、医科本体は+0.56%と、直前までの厳しい医療費抑制の流れから見れば、やや不満は残るものの何とか結果が出せた、と言うところではなかったでしょうか。

前回の改定が、消費税率の3%上昇分を差し引くとほぼマイナス改定でしたので、今回は心情的には少しホッとしましたが、医療費抑制に向けた施策は引き続き継続されていますので、決して未来が明るいわけではありません。今回の改定に向けて外保連から提出した新規要望項目、改正要望項目のうち採択されたものは、それぞれ54項目、67項目と前回（それぞれ44項目、38項目）より増加しましたが、評価の高かった2012年改定（それぞれ91項目、79項目）に比べると、まだ厳しい状況であることに変わりはないと思われます（2016年3月発行の外保連ニュース号外、実務委員長報告を参照して下さい）。

今回の改定で私自身が最も評価が高かったとしたものは、手術試案と実際の診療報酬点数との乖離の大きな手術、特に200%以上の乖離のある術式を中心に301術式が増点になったことと考えています。外保連は、従前より継続的に、試案と実態との間の乖離の大きな手術、償還できない医療材料が診療報酬の大部分を占める手術を中心に増点を要求してきましたが、今回の改定ではほぼすべての領域で何らかの増点が確認できました。多くの加盟学会からも高く評価され、交渉にあたった外保連幹部の方々に、誌面をお借りして深謝申し上げたいと思います。ただ実際には、まだすべての手術が十分高い評価を受けているとは言いがたく、引き続き試案の精緻化に努めていく所存です。

前回の改定では、2012年に行った実態調査の結果を反映して試案の手術時間を補正しましたが、試案の件数費が下方修正された81術式で、実際の診療報酬が減点になりました。外保連では、手術委員会内に「医療技術の新しい評価軸検討ワー

目次

平成28年度診療報酬を評価する：名も実も取る次回改定への道程とは？

～ 会長 岩中 督

各委員会からの報告

「平成28年度診療報酬改定結果および来年に向けて」

- * 手術委員会
- * 処置委員会
- * 検査委員会
- * 麻酔委員会
- * 実務委員会
- * 総務委員会

特集 先進医療から保険収載された技術 PART

- * 日本肝胆膵外科学会
「腹腔鏡下降体尾部腫瘍切除術（K702-2）」
- * 日本消化器内視鏡学会
「早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術（K721-4）」
- * 日本泌尿器科学会
「腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（K803-2）」

編集後記 ～ 広報委員長 松下 隆

三保連ニュース
事務局からのお知らせ

キンググループ」を立ち上げ、それぞれの手術の背景を様々な視点から再検討し、メディアを通して市民に公表するとともに、厚生労働省の担当者との意見交換を繰り返しました。その結果、緊急帝王切開術など一部の手術で復活・増点が得られましたが、この評価軸は試案の科学的根拠を曖昧にしまう可能性もあることから、引き続き検討を継続していくことが必要です。また次回改定に向け、手術試案のコーディングをさらに精緻化した上で、第9版の発刊を予定しています。今秋には再度実態調査も予定されていますので、その結果によっては試案の減点に結びつく術式が増加する可能性も危惧されます。加盟学会におかれましては、実態調査結果に注目していただき、それぞれの領域の術式に対して、新しい評価軸・様々な視点での検討と発信をあらためてお願いいたします。

我が国の高度な外科学技術は、欧米と比べても遜色はなく、遙かに成績の良い領域も多いと感じています。外保連ニュースでも科学的根拠のある高い医療技術を毎号紹介してきましたが、最近のNational Clinical Databaseを利用した米国との比較でも、非常に優れた成績が提示されています。「質の高い医療を継続的に提供できる体制を

確保し、難易度や専門性に応じた評価を行う」ことが、診療報酬の改定の基本的な考え方です。科学者としての良心に基づき、公正にかつ透明性の高い議論を発信していくことが、外保連や加盟学会である学術団体に求められています。

平成30年の改定は、介護報酬との同時改定です。医療費抑制の流れはそのまま継続するで

しょうし、減点傾向にある介護報酬に引き込まれてしまう可能性も高いことなどより、すべての試案において科学性を一層高め、加盟学会間の横断的な議論と適切な連携をあらためて強化していきたいと考えています。各試案の策定に携わるすべての加盟学会の委員におかれましては、引き続きのご支援・ご協力をお願いいたします。

各委員会からの報告

平成28年度診療報酬改定結果および来年に向けて

手術委員会 委員長 川瀬 弘一



平成28年度診療報酬改定では、手術料が全領域で考慮され、301術式が増点となったことは、手術委員会として最も評価できる。今回の診療報酬改定の主たるポイントと今後に向けて述べたい。

1. 手術委員会ではこの2年間に新規手術180件、廃棄術式42件が承認され、手術試案第8.3版には3,386件の術式が掲載されている。今回は実態調査を行っていないため、試案点数が大きく変化した術式はない。診療報酬改定率は医科本体部分は+0.56%であり、301術式が増点となり、減点となった術式は1件もなかった。

2. 平成24年に実態調査を行い手術試案の手術時間等を補正した結果、前回改定では19術式は増点となったものの、帝王切開など81術式が減点となった。厚生労働省が外保連手術試案を手術料の相対評価として用いていることが明らかになった点は大きな前進であったが、絶対評価としての評価ではないため、外保連試案点数を修正すると診療報酬は増点もあれば、減点もあり得るといったことがわかった。技術料の視点に新しい評価軸が必要と考え、55術式(重複を除くと49術式)が該当する「手術の新しい評価軸」を公表した。その結果、今回改定で16術式(33%)が増点となり、ある程度評価いただけた。次回改定に向けては実態調査を行う予定であり、これにより試案の手術時間が短縮される術式では医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループで検討していきたい。

3. 現行の診療報酬における複数手術の解釈は「主たる手術は100%、従たる手術は50%(1個に限る)」で、相互に関連のない2つ手術や遠隔部位の2つ手術を同時に行う場合のみが例外として各々100%の手術料が認められている。今

回の診療報酬改定では、2つの新しい組み合わせに各々100%が認められたが、他に新規採用となった9つ複数手術はこれまでと同様「従たる手術は50%」である。次回改定に向けて複数手術の実数値を提示し、主たる手術は100%、従たる手術は“従たる手術料”から“開腹、開胸、開頭などに要する手術料”を減じた点数を再度要望したい。

4. 重症度、医療・看護必要度は7対1入院基本料等の要件に用いられている。近年手術後の創傷処置やドレナージ管理を行わなくなり、また術後早期離床を促すため、これまでのA、B項目では評価してもらいにくなっていたが、今回のC項目「手術等の医学的状況」により、手術を行った患者を一括して評価されるようになったことは評価している。しかし局所麻酔下で行われる場合、救急に係る内科的手術は評価されているにもかかわらず、眼科、整形外科、形成外科等では対象外である。今後はこれらも考慮してもらえよう要望していきたい。

5. 診療報酬におけるKコードは、手術名がわかりにくいものもあり、また並び順も系統だったものとはいえない。手術委員会コーディングワーキンググループではすべての外科手術を科学的に分類することを目的に、操作対象部位、基本操作等を用いたコーディングを行ってきた。また並び順の修正も行ってきたが、皮膚および整形領域は未着手で現在この作業を継続中である。さらにより科学的な試案となるよう、基本操作の見直しを行っている。

WHOは医療行為の国際分類(ICH1)を開発中である。外保連手術試案コードとICH1は類似しており、平成27年からICH1のProject Teamに参画、ICH1開発の情報収集提案を行っている。外保連手術試案コードの考え方を世界に発信していきたい。

処置委員会 委員長 平泉 裕



平成28年度診療報酬改定では、処置領域でもいくつかの技術で点数の増減がありました。今回の改定結果については各加盟学会に対して評価アンケートを実施させていただいたところですが、多くの意見としてはやはり増点すべきと考える技術の

要望点数と実際の改定結果の間に相当なギャップが存在するという意見でありました。これについては、点数改定の根拠として中医協で採用されている外保連処置試案を、より精緻化することと、評価軸を実態に即したものに改善していく必要性を感じております。

その第一段として、来年に向けて外保連処置試案の件数計算方式を改善させていただきます。今まで処置試案の件数計算方式（技術難度1ランク上昇で指数を0.167ずつ上昇）が、手術試案（1年ごとに指数を0.5ずつ上昇）に比べて安く設定されており、処置領域の多数の技術において要望点数が保険点数よりも安くなる逆転現象が生じていました。処置委員会としては、処置試案の件数計算方式を内視鏡試案（1年ごとに指数を0.35ずつ上昇）と同一にすることによって、内視鏡試案との件数における乖離をなくすと同時に、長年の懸案事項であった現行の保険点数と処置試案要望点数との逆転現象を解消させたいと考えています。件数計算方式の是正に伴い、全ての処置試案について技術度の適正化に向けた見直し作業を開始します。処置試案6.2版の技術度別試案数は、A：59件、B：149件、C：288件、D：142件、E：10件となっており、技術度Cの一部と、技術度D、Eの多数の技術で、実際の処置実施時間ならびに必要な医師ならびに医療スタッフ人

数について再評価していただき、正しい数値に修正することを求めることになりました。

もう一つは、処置試案の必要とする医療スタッフ欄に助産師を追加します。それに伴い、処置試案登録用紙の様式を変更します。総務委員会にて助産師の件数算定基準を現在取りまとめ中であり、産科系の学会で処置にどのくらい助産師が関わっているかの実態調査をお願いしています。

外保連では内保連と共同して内視鏡試案を新たに設けることが運営委員会において決定されました。これは軟性内視鏡を使用して行う医療技術を内視鏡試案として集約するものであり、処置試案からもイレウス管挿入、放射線治療用金属マーカー留置術、気管内洗浄、胃瘻チューブ交換法（内視鏡下胃瘻造設の場合）等において、軟性内視鏡下で実施するものが該当します。

今後の処置委員会の流れとして、8月中旬に内視鏡試案とのすり合わせ、一物二価にならないよう最終確認を行います。10月には運営委員会にて件数上昇率および技術度見直しの承認と内視鏡試案の仮発刊を承認する予定です。11月には内視鏡試案別冊発刊。11～12月には最新の俸給表を使用して各試案の件数更新（外保連試案2018元データとなります）。3月から各学会に改正要望書の提出を依頼。6月に改正要望書を厚労省に提出。7～9月に各試案の最終確認、外保連試案2018を発刊（内視鏡試案第1.2版or2版含む）の予定です。

加盟学会の処置担当委員の皆様には大変な作業のご負担をお願いすることになりますが、処置技術においてもより一層に信頼性の高い試案を完成させながら次回の診療報酬改定に備えていきたいと考えております。



検査委員会 委員長 土田 敬明



新設提案に関しては、46項目の提案のうち考慮されたものは6項目（約13%）であった。考慮された技術は、乳腺（MRI）、超音波、脳血管、冠動脈、IVR関連、知覚検査がそれぞれ1項目であった。超音波エラストグラフィに関しては、中医協の二

次評価では「評価すべき医学的有用性が十分に示されていない」とされていたが、結果的には肝臓の硬度測定のためのみ考慮された。しかし、超音波エラストグラフィは断層法に加えて行われるのにもかかわらず加点ではない200点とされており、基本となる断層撮影法（その他）が350点であることから、実際にこれが請求されるかどうか疑問である。これに関しては、断層法と合

わせて請求できるかどうかの確認を要する。

乳房MRについては、「外保連（日本医学放射線学会）の提案にそって、100点加算が認められた（提案では600点）。但し算定要件として、外保連の提案どおり、1.5T以上のMR装置で、画像診断管理加算2算定施設かつ乳癌学会認定施設であることが算定要件となり、乳癌の手術適応判定や術式決定のための高度の画像診断のみが対象となったことは医療費の適正化の面から評価できる。

既収載技術に対する改正提案に関しては、30項目の提案のうち、廃止提案以外で考慮されたものは4項目（約13%）であった。考慮された技術は、CT、MRI、眼科技術、婦人科技術がそれぞれ一件ずつであった。また、日本医学放射線学会からの提案にそって、64列以上のCTおよび3T以上のMRの撮影料が増点された（要望はCT50点・MR100点の

ターによる点数差異の不合理、6 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ切除）における施設要件の緩和、7 腹腔鏡下総胆管拡張症手術における自動縫合器加算、8 胆管悪性腫瘍手術 臍頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものの点数の不合理、9 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術における自動縫合器加算

平成28年7月12日に、山口前会長、岩中会長とともに、厚生労働省保険局鈴木康裕局長、同医療課迫井正深課長に面会し、緊急要望書を提出し、概略を説明した。即座に回答はえられなかつ

たが、対応検討しますとのことであった。今後、平成30年度改定に向けての各学会へのアンケート調査を始めたところである（11月30日締切）。今回から、新設項目より改正項目が多いとの指摘をうけ、従来のそれぞれ8,5項目から、それぞれ5,8項目要望できることとした。次回改定は介護保険との初めての同時改定となり、これまで以上に厳しい状況が予想される。外科系医療水準を落とさないためにも、しっかりと取り組んでいきたい。



総務委員会 委員長 西田 博



外保連試案2018に向けて

1) 平成28年度人事院勧告を受けて

外保連試案の件費算出には国家公務員医療職俸給表を用いています。この国家公務員の俸給は人事院の勧告を受け、政府が給与関係閣僚会議を開き、給与水準が決まります。人事院のホームページには、「人事院の給与勧告は、労働基本権制約の代償措置として、職員に対し、社会一般の情勢に適応した適正な給与を確保する機能を有するものであり、国家公務員の給与水準を民間企業従業員の給与水準と均衡させること（民間準拠）を基本的に勧告を行っています。」とあります。

平成28年度も8月8日（月）に人事院勧告（<http://www.jinji.go.jp/kyuuyo/>）が出されました。伸びは708円に鈍化するものの3年連続上げとなっています。昨年は勧告が完全実施されました。外保連試案2018の件費算出にはこの平成28年度人事院勧告に基づく俸給表が基本となります。医療職俸給表本体や諸手当の変化などについて、必要に応じて人事院にも照会するなど詳細なチェックを行い、正確に反映したいと思っています。

2) 助産師の件費について

平成28年3月10日の運営委員会において産科領域の学会から、看護師と助産師の件費が同等となっている事に対する疑義が提出されましたので、早速、人事院や日本看護協会に照会を行いま

した。保健師、助産師、看護師、准看護師などの俸給を定めた医療職俸給表(三)の初任給基準表では、短大3卒、短大2卒では、保健師、助産師、看護師の初任給の級・号俸は同じ(2級5号俸)ですが、保健師、助産師には大学卒の基準(2級11号俸)があるのに対し、看護師には大学卒の基準がないことがわかりました。人事院に問い合わせると今はまだ短大卒などが多いが、看護大学が急速に増えているので今後設定される可能性はあるとのことでした。各病院では短大卒より1年長いので4号俸プラスして(2級9号俸)としているところが多いようです。前述の(2級11号俸)と比較すると2号俸の違いがあり現時点では妥当な差と言えるのではないかと考えます。

現在、保健師や助産師の国家試験受験資格としては、看護師の教育との統合カリキュラムを組んでいる課程を修了した場合には、保健師や助産師の国家試験も同時に受けられるようになっています。この統合カリキュラムの是非については議論のあるところで、保健師や助産師は看護師の資格を得たうえでのadvancedの資格とするようなカリキュラムの変更も議論・検討が行われているようです。また、昨今のいわゆる特定看護師の議論などを見ても、看護師と助産師の俸給に差を設けようと言う産科の中でも、助産師の役割拡大には賛否があるようです。

以上のような様々な背景やその変化、今後の展望などを運営委員会、総務委員会で総合的に検討し外保連試案2018に反映させていきたいと考えています。

特集 先進医療から保険収載された技術 PART

「腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 (K702-2)」

日本肝胆膵外科学会

九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科 中村 雅史

はじめに

腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 (LDP) は1996年に Gagner¹⁾と Cuschieri²⁾により最初に報告された。本邦では2004年に先進医療として認可され、2011年には良性腫瘍に対する切除術が保険適用となった。我々は1998年に第一例を経験し、これまで170例以上に施行してきた³⁾。今回、リンパ節郭清を要する腫瘍に対しても適用が拡大されたのを機に、本術式について詳しく解説したい。

適応

膵体尾部の腫瘍であり、原則として周辺臓器及び脈管の合併切除を伴わないものに限られる。施設基準が設けられているので、施行前にあらかじめ申請し認可されておく必要がある。

手術手技

脾臓を温存するか否かで術式が2つに分かれるが、いずれの術式でも頭高位の開脚位で行っている。臍部を小切開して直視下に Hasson 型トロッカーを挿入する。気腹を開始後に、右上腹部、左上腹部に各々12mmと5mmのトロッカーを挿入する。腹腔内観察後に、超音波凝固装置やバイポーラーの凝固切開装置を用いて大網を切離する。大網切離を胃脾間膜へ延長し脾上極まで切離する。胃の回転が可能となったら、剣状突起直下を小切開してネイサンソフックレバーリトラクター® (ユフ精機株式会社、東京) を腹腔内へ挿入する。リトラクターで胃と肝臓をともに牽引して膵前面の術野を確保する。次に、助手が右手鉗子で左胃脾嚢を挙上し、左手鉗子とセクレア® (ホギメディカル、東京) で膵下縁を背側へ圧排することで膵上縁を展開する。胃脾間膜を脾上縁まで切開して、総肝動脈、脾動脈を同定しテーピングする。そして、総肝動脈背側に門脈を同定し前面を露出しておく。

膵下縁へ術野を移し、脾結腸間膜を切離した後に、胃結腸静脈管付近より脾下極まで膵下縁の後腹膜を切開する。膵下縁で上腸間膜静脈前面を露出して、膵背面との間をトンネリングし、膵実質をテーピングする。自動縫合機を用いて膵実質を切離し、左側へ回転する。脾動脈を動脈、静脈の順にクリップで閉鎖後に切離する。最後に、脾臓を後腹膜より授動して膵体尾部切除術を完了する。切離臓器は、プラスチックバッグに収納した後に、必要に応じて延長された臍部創より回収す

る。

脾・血管温存術式の場合は、左胃大網動静脈、短胃動静脈、脾動静脈、脾臓を温存し膵実質のみを切除する。

成績

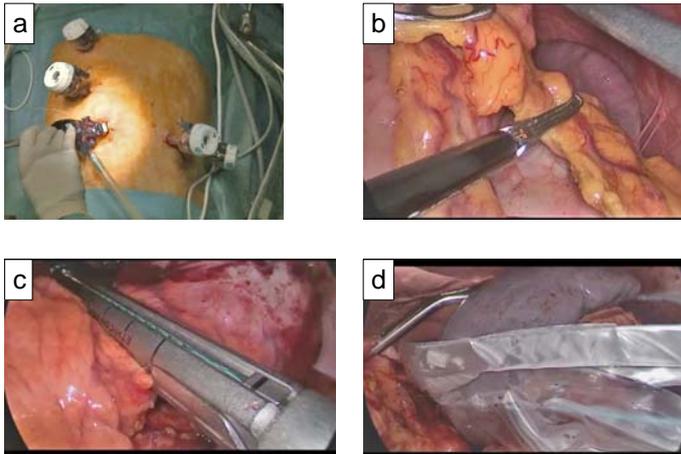
2013年に我々が行った2,904症例を用いたメタアナリシスでは、LDP群は開腹術に比較し全合併症率や臨床的膵液瘻発生率が有意に低値であった⁴⁾。この結果は、国内の2,010例を対象にした propensity score matching を用いた比較研究でも確認された⁵⁾。今後は、腹腔鏡下手術が膵体尾部領域腫瘍に対する標準手術の1つになると思われる。

参考文献

- Gagner M, Pomp A, Herrera MF. Early experience with laparoscopic resections of islet cell tumors. *Surgery*. 1996 ; 120 (6):1051-1054.
- Cuschieri A, Jakimowicz JJ, van Spreeuwel J. Laparoscopic distal 70% pancreatectomy and splenectomy for chronic pancreatitis. *Ann Surg*. 1996 ; 223(3):280-285.
- Aly MY, Tsutsumi K, Nakamura M, et al. Comparative study of laparoscopic and open distal pancreatectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2010 ;20 (5):435-440.
- Nakamura M, Nakashima H. Laparoscopic distal pancreatectomy and pancreatoduodenectomy: is it worthwhile? A meta-analysis of laparoscopic pancreatectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013 ;20 (4):421-428.
- Nakamura M, Wakabayashi G, Miyasaka Y, et al. Multicenter comparative study of laparoscopic and open distal pancreatectomy using propensity score-matching. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2015 ;22(10):731-736.

図1. 腹腔鏡下膵体尾部切除術

a. ポート位置, b. 胃脾間膜の切離, c. 膵離断, d. プラスチックバッグによる回収.



「早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 (K721-4)」

日本消化器内視鏡学会

国立病院機構東京医療センター 消化器科 浦岡俊夫

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 斎藤 豊

はじめに

早期大腸癌や腺腫に対する従来の内視鏡的粘膜切除術 (Endoscopic mucosal resection; EMR) は、スネアーを使用して切除するため腫瘍径の大きな病変、EMR 時の粘膜下局注による病変の挙上不良な場合には一括切除は困難であった。EMR が試みられたとしても、多分割切除となった症例においては病理組織学的診断の不正確性や浸潤癌再発を含む遺残・再発の問題がある。リンパ節転移リスクが極めて低く内視鏡的局所切除で根治が得られる早期の病変と術前診断しても、このような技術的な理由から外科的切除が選択される場合があったが患者 QOL や医療費を考慮すれば内視鏡切除が望ましいことは明らかである。

以上の問題点を解決するために、早期胃癌の内視鏡的摘除法として保険収載されていた内視鏡的粘膜下層剥離術 (Endoscopic submucosal dissection: ESD) を大腸に応用する必要があった。

内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) とは

1990 年代後半から、ごく限られた先進的な施設において、早期胃癌を確実に一括切除することを目的として ESD が行われるようになった。ESD は、軟性内視鏡を用いて病変の周囲切開と粘膜下層を視認しながら剥離していくことによって病変を一括切除することが可能であり、根治性が高く、かつ詳細な病理診断が可能であり、明確な治療方針が患者に提示できる優れた手技である。内視鏡的摘除術の適応拡大の可能性が臨床病理学的に検討

されたことによって ESD の臨床的意義が明らかとなり、外科切除と比べたときの医療費の軽減性も示されたことによって、早期胃癌に対する ESD は、平成 16 年度の社会保険診療報酬改定時に保険収載された。平成 18 年度の改定時には食道癌に対する ESD が保険収載された。その後、大腸においても提案書が提出されたが、当時は大腸 ESD の有効性と安全性の根拠が十分でない判断され、承認されなかった。大腸の狭く屈曲した管腔や薄い壁などの解剖学的理由から、比較的長時間の手技となる上、腸管穿孔の発症率も高く、大腸 ESD には高度な技術が要求されることが問題視された。

保険収載に向けた日本消化器内視鏡学会の活動

2009 年 6 月から大腸 ESD が先進医療として承認されたことから、本手技の保険収載を目的に「先進医療としての大腸粘膜下層剥離術 (ESD) についての声明」が公表され、先進医療認定施設における前向き検証 (先進医療として施行された大腸 ESD の有効性と安全性に関する多施設共同研究 (前向きコホート研究)) が 2010 年 6 月から日本消化器内視鏡学会の主導で行われた。最終的に約 1,600 症例の登録が得られ、大腸 ESD に関連デバイスの開発・改良や術者の技量の向上によって安全性と有効性に関して良好な治療成績が示された。平成 24 年度にこの研究結果を元に、本手技が日本消化器内視鏡学会・薬事社会保険委員会により申請され、その結果、2012 年 4 月

に保険収載された。

大腸ESDは、消化器内視鏡分野において先進医療として承認された初めての手技であり、先進医療制度を利用した保険導入へのシステム作りのモデルケースとなった。

適応

最大径が2 cm から5 cm の早期癌又は腺腫

施設基準

(1) 年間20件以上のESDの実施、(2) 消化器内科、消化器外科、内視鏡内科又は内視鏡外科の標榜、(3) 5年以上の消化管内視鏡手術経験を有する常勤医師の配置、(4) 緊急手術が可能な体制

大腸ESDの先進性および効果

前述の先進医療として施行された大腸ESDの有効性と安全性に関する多施設共同研究結果によると、平均術前腫瘍径は、32.5(±14.3)mmで99%の症例で手技が完遂し、85分前後の平均施行時間で95%弱の病変の一括切除が得られた。偶発症に関しては、術中・遅発性穿孔がそれぞれ3.0%、0.4%で、穿孔に関する手術は、0.5%に行われた。術後出血は2.8%であった。本研究は、2012年1月までに登録された症例であり、現在は、より安全かつ効果的な治療成績になっていることが予想される。ESDにて、病変の大きさに制限がなく、内視鏡的に病変の一括切除が得られることにより、従来のEMRと比較し、根治性が高く、かつ詳細な病理診断が可能となる。また、治療選択の一つである外科手術と比較しても、患者の肉体的・精神的負担の軽減と在院日数を大幅に短縮することができるため、医療費の軽減とともに患者のQOL向上につながる。また、内視鏡治療としての病変の大きさの制限が解消されるため、患者の負担の軽減につながる。

今後の展望

大腸ESDは現在の適応とされる病変よりも大型の病変に対しても、理論上、一括摘除可能である。現在の腫瘍径の上限を取り除くことにより、本手技の役割がより大きなものとなることが期待される。一方で、難易度や腫瘍径による保険点数の差別化や、技術認定制度も一つの課題である。本手技の臨床的意義を今後も示していくためには、より安全・確実に行われるようなデバイスの開発・改良やトレーニングシステムの構築も必要となる。そして、本邦にて開発された素晴らしい大腸ESDの手技を世界に普及させていく必要がある。

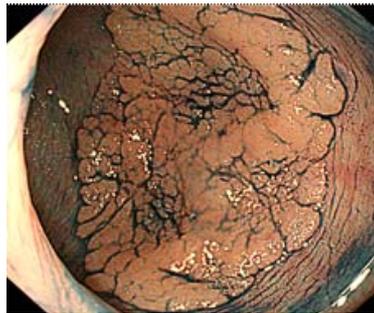
表 平成28年度診療報酬点数

K 7 2 1	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
1	長径2センチメートル未満 5,000点
2	長径2センチメートル以上 7,000点

K 7 2 1 - 4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	18,370点	
K 5 2 6 - 2	内視鏡的食道粘膜切除術	2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100点
K 6 5 3	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	18,370点

図 大腸ESD

a. S状結腸の4cmの側方発育型腫瘍



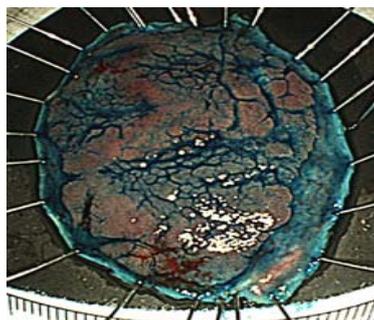
b. 専用のナイフによる粘膜下層の剥離中



c. 病変の一括切除後の潰瘍



d. 病変の切除標本



「腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 (K803-2)」

日本泌尿器科学会

日本医科大学泌尿器科 近藤 幸尋

泌尿器科領域において膀胱癌は前立腺癌に次ぐ罹患率である。その膀胱癌の筋層非浸潤癌は経尿道的切除が手術療法の適応であるが、筋層浸潤癌に対しては根治的膀胱全摘除術が治療の中心となる。膀胱全摘除術は膀胱切除後に尿路変更を行わなければならない、泌尿器科癌の手術においては最も高侵襲の手術である。泌尿器科腫瘍における腹腔鏡下手術は副腎および腎臓に関してまず施行されており、その後前立腺癌に対する治療が2000年代に行なわれている。

膀胱全摘除術はその侵襲性の高さから腹腔鏡下手術に対する期待も大きかったが、尿路変更の問題もありその他の手術に遅れて、平成21年の秋に先進医療に申請されている。適応に関しては「浸潤性膀胱癌」、先進性としては「従来の開腹手術と比較して低侵襲な手術であり、患者負担軽減と早期社会復帰が期待できる。」としている。膀胱温存ができない膀胱癌に対する標準的治療は、開腹手術による根治的膀胱全摘除術であり、通常は骨盤リンパ節郭清と尿路変更術を併せて行うため、総手術時間が長く、泌尿器科領域で最も侵襲の大きな術式の1つである。同手術は他の泌尿器科手術と比較して、周術期合併症が多く、術中あるいは術後の出血の他、腸閉塞や創感染、尿路変更に伴う尿路合併症や消化管縫合不全等が知られている。そのため手術侵襲を可能な限り軽減することは極めて重要である。腹腔鏡下根治的膀胱全摘除術は他の腹腔鏡手術と同様に気腹下に良好な拡大視野で手術が施行可能なことが最大の利点である。そのため出血量が少なく、術後腸管機能の回復が早く、さらに創痛が軽い等の利点を有している。術後患者の肉体的あるいは精神的負担が軽減され、さらには、早期の社会復帰が期待される。この腹腔鏡下膀胱全摘除術も平成24年4月より保険適応となった。

【手技】

腹部に5か所、5～12mmのトロカールを留置し、8-10mmHgで気腹圧を行なう。カメラのポートの他4本で手術を行なう。腹腔より男性の場合には精嚢腺を剥離、精管を切断し膀胱前腔に至る。尿管を可及的下方で切断し膀胱周囲の切断および前立腺および尿道を合併切除する。女性の場合には子宮を合併切除することが多い。骨盤内および上部は総腸骨リンパ節まで廓清する。臍の下方に6-8cmの切開より膀胱の取り出しおよび腸管を体外に出し、回腸導管や新膀胱を作成し体内に戻す。最後に手術した部分からの止血を確認後にドレーン留置し終了する。

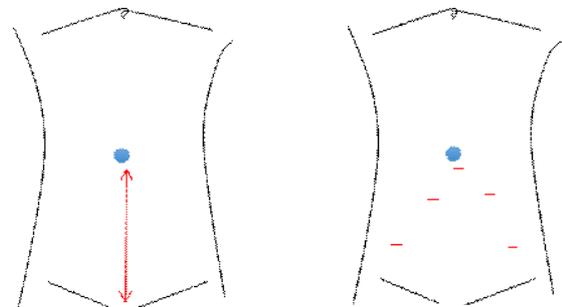
【尿路変更】

- ・尿管皮膚瘻：高齢者や合併症症例では切断した尿管を直接皮膚に吻合する。右や左の一カ所に届けば一カ所にまとめる。ストーマの必要があり、逆行性尿路感染症及び尿管狭窄がおきやすい。
- ・回腸導管：回腸の一部を導管として用い、蠕動運動を利用して尿を体外へ出す。ストーマが必要であるが、手術手技が比較的簡単であり合併症が少ないことから古くから行われ(1950年代)、いまでも利用される一般的方法である。
- ・自然排尿型代用膀胱：回腸で作成した代用膀胱に両側尿管を吻合し、遠位を尿道に吻合し自然に尿道から排尿することができる手技である。しかし、本来の尿意がなくなるため、手術後は時間を決めて排尿する事が必要である。

【現在の問題点と今後の課題】

現在の腹腔鏡下膀胱全摘除術は、K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術として89,380点が付いている。一方開腹手術の膀胱全摘除術に尿管皮膚瘻を行なった場合、全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)として66,890点である。回腸導管は、全摘(回腸または結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)として107,800点、自然排尿型代用膀胱は(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)として110,600点である。

このように腹腔鏡下膀胱全摘除術が尿路変更を含む手技となり、開腹手術より点数の低い手技となっている。これらを解決するために日本泌尿器科学会は日本泌尿器内視鏡学会主導で実態調査を実施し、外保連の手術試案に反映させ次の改定で点数増加を計画している。



開腹膀胱全摘除術の皮切

腹腔鏡下膀胱全摘除術のポート位置

編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース26号をお届けします。平成28年度診療報酬改定は診療報酬全体ではマイナス改定でしたが、医科本体は+0.56%のプラス改定でした。今回も手術点数の改定は外保連試案に添って行われ301術式が増点となりました。また新しい評価軸についても約1/3が採用され、科学的根拠に基づく外保連試案への信頼度が一層高まったように思います。今後は処置試案の精緻化が予定されておりますし、新たに内視鏡試案を作成することも計画されております。今後も委員の先生方には大きなご負担をお願いすることにな

ると思いますが、外保連試案の更なる精緻化、ひいては医科診療報酬の適正化のためにどうぞよろしく申し上げます。

特集「先進医療から保険収載された技術」には今回、日本肝胆膵外科学会に「腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術」、日本消化器内視鏡学会に「早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術」、日本泌尿器科学会に「腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術」について書いて頂きました。この特集は今後も継続してまいりますので、ご自分の所属学会で先進医療から保険収載された技術がありましたら是非ご投稿ください。

三保連ニュース

7月14日に日本内科学会会議室に於いて、第15回三保連合同のシンポジウムを開催し、今回は『28年度診療報酬改定の評価』と題し、各パネリストの先生方にご講演いただきました。詳しくは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

【原稿募集・1】

第21号より新しい特集「先進医療から保険収載された技術」を開始致しました。先進医療から保険収載された技術がありましたら是非ご投稿ください。また、引き続き「世界に誇る日本の医療技術」の原稿を募集しております。執筆要綱は以下の通りです。

- ・治療成績が他国より優れていることをデータで示せる技術であること(世界に誇る日本の医療技術の場合)
- ・あまり希な疾患や希な手術でない方が望ましい(世界に誇る日本の医療技術の場合)
- ・文字数は2,000～2,400字程度。
- ・図表は400字/1枚で換算。
- ・投稿方法：外保連事務局宛にメール或いは郵送でお送りください。
- ・掲載時期：外保連ニュースは年に2～3回の発行を予定しております。次号は2月の予定です。なお、広報委員会では審査後、掲載時期等についてのご連絡をさせていただきます。

【原稿募集・2】

第17号より外保連ニュースに加盟学会の活動を「加盟学会の活動だより」として掲載し、ご紹介することにいたしました。文字数などの制限はございません。皆様、奮ってご寄稿ください。