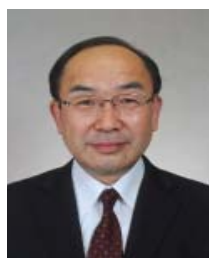


外保連ニュース 第27号 2017年2月

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

新年を迎えて

会長 岩中 督



あけましておめでとうございます。

平成28年度改定を終え約10か月近くが経過しました。今回の改定は、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、本体は一応+0.49%とややプラス改定でしたし、外保連手術試案と診療報酬の乖離が大きい

術式や、手術診療報酬のうち償還されない医療材料費が大きな比率を占めている301術式については、かなりの増点をいただきましたので、個々の外科系診療科の先生方は、少しほっとされたことと思います。ただ、医療費抑制に向けた施策は引き続き継続されていますし、今回の高額医薬品に対する予想外の時期外れ（約束違反）の薬価改定などが行われた現状を鑑みると、決してのんびりしていただける状況ではありません。

平成30年度の医療・介護の同時改定に向けた手順は例年より前倒しされることが決まっており、外保連といたしましても、すでに各加盟学会からの要望項目の一覧を確認済みです。試案に記載されていない項目があるようであれば、各委員会ですら急の検討をお願いする作業が始まっています。また、来年度の改定に向けて、手術委員会では4年ぶりに実態調査を行いました。現在事務局で精査中ですが、これらの実態調査をもとに、「外保連試案2018」の改訂準備が精力的に行われています。また、今回の改定では、外保連加盟学会内のみならず、内保連とも可能な限り意見調整を行いたく、ワーキンググループから発展した内視鏡委員会が、検査・処置・手術試案に分散していた内視鏡技術を内視鏡試案として取りまとめました。この試案に関しましても、すでに改訂作業が始まっています。

外保連は、科学的根拠をもとにそれぞれの技術の評価を行い、行政や関連団体などに発信をする学術団体です。最近の情勢を見ていますと、関係する省庁や中医協などの場の個々の議論がまとまる前に、財務省や官邸から「医療費削減ありき」の圧力がかかっている気配を感じます。次回の改定では、「費用対効果」について、様々な視点で検討が行われることが決まっています。我が国の高度な外科技術は、欧米と比べても決して遜色はありません。前号でも述べましたが、外保連とい

目次

新年を迎えて ~ 会長 岩中 督 各委員会からの報告

「平成28年度の総括及び平成29年度の活動について」

- * 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

* 日本消化器内視鏡学会

「食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術 (K530-3)」

* 日本泌尿器科学会

「内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下腎部分切除術 (K773-5)」

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

たしましては、「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」ことを肝に銘じ、「費用対効果」に関しても、科学者としての良心に基づき、かつ透明性の高い意見を発信していきたいと考えています。

一方、革新的な医薬品や医療機器などの研究開発・実用化の推進によって、医療技術のイノベーション（バイオテクノロジーやICT、AIなど）がさらに加速し、2年に一度の診療報酬改定では、追いつかなくなってきている状況が発生しつつあるため、関係する様々な省庁横断的懇談会や協議会などから、従前の視点と異なる圧力的な意見も発信されつつあります。外保連はこれらの意見に対しても、迅速にかつ適切な対応を求められており、学術団体として真摯に取り組んでいきたいと考えています。今年の外保連では、従前の試案の精緻化、改定要望の取りまとめなどの継続的な活動以外に、先進医療との棲み分け、医療技術の新しい評価軸のさらなる検討、前述のイノベーション対応、診療報酬表と外保連試案のすり合わせなど、全加盟学会を巻き込む横断的議論の機会が増えるものと思われます。引き続きのご支援・ご協力をよろしくお願い申し上げます。

各委員会からの報告

平成28年度の総括及び平成29年度の活動について

手術委員会 委員長 川瀬 弘一



平成28年秋に日本外科学会の外科専門医制度修練施設(指定施設)および関連施設の協力の下、診療報酬表に収載されているすべての手術コード(Kコード)に対して、手術時間、術者数などの実態調査を行いました。前回の実態調査が平成24年でしたので、4年ぶりの調査でした。今回、2,297施設(指定1,218、関連852、他学会227)にアンケートをお願いし、おかげさまで695施設と多くの施設から回答をいただくことができました(回答率30%)。ご協力に心からお礼を申し上げます。平成24年調査でも700施設からの回答をいただき、外保連手術試案第8.2版に結果を反映することができましたが、今回もほぼ同数の施設から大変貴重なデータをいただくことができました。なお前回調査は10、11月分の2か月間と大変施設の負担が大きかったことから、今回は10月分の1か月間だけの調査とさせていただきます。そのため回答症例数は前回調査の65%である148,756症例と若干少なくなりましたが、手術試案の精緻化を行うためには十分な症例数を集めることができました。

1つのKコードに対して複数の外保連術式が対応するものもあり、そのような場合にも対応でき

るよう独自調査を各加盟学会にお願いし、このデータも合わせた集計結果(暫定)を手術委員会で現在検討しております。この集計結果(暫定)では、手術時間が長くなる外保連術式は273件もありますが、逆に手術時間が短縮される外保連術式は170件あり、このうち手術時間が1/2以上短縮されるものは15件でした。全体的に胸腔鏡下、腹腔鏡下手術が短縮され、内視鏡手術が選択できない開胸、開腹等の手術時間は長くなっている傾向です。平成26年診療報酬改定では、外保連手術試案の単件費が2倍以上増加した19術式が増点、1/2以上減少した帝王切開術などの81術式が減点という結果でした。平成30年診療報酬改定において外保連手術試案が診療報酬点数にどのように用いられるかはわかりませんが、次回改定で減点される術式があるかもしれないことを懸念します。手術時間が短縮された術式には特別の理由があるのか、外保連手術試案第8.3版で作られた新しい評価軸に該当する術式かどうかを今後検討していきたいと思っています。

今年の秋に発刊予定の外保連試案2018の手術試案を改訂するにあたっては、現在も各加盟学会手術委員ならびに多くの関係者に様々な作業をお願いしております。数多くの諸先輩からも、高所大所からご指導をいただき、すばらしい手術試案にしていきたいと考えております。

処置委員会 委員長 平泉 裕



処置領域では長く懸案事項がありました、1)技術料に内包される医療材料・医療機器の高機能化に伴う価格上昇の影響が反映されていないこと、2)処置試案の技術度にかかる係数が手術試案や内視鏡試案と比較して小さいため、いくつかの処置

が診療報酬点数と要望点数の間で逆転現象が生じてきた等の問題点が発生してきました。平成28年度の処置委員会活動として、処置試案ごとに必要とされる医療材料・医療機器を主学会にブラッシュアップしていただきました。次に、技術度にかかる係数を内視鏡試案(手技)と同一係数に引き上げさせていただいた結果、逆転現象がほぼ解決しました。一方、極端に費用が上昇し過ぎる処置試案が出現したことから、それらについては個々の処置試案ごとに技術度、医師の人数、処置

時間等を適正化する作業を処置委員会の全委員の目で敢行させていただきました。

平成30年の医療・介護同時改定に向けて、政府・与党による国の経済再建重視ならびに社会保障・医療の重点化・効率化の方針が政策として確定しています。政府が消費税率アップを見送っている状況下で、我が国の膨大な社会保障費を自然増(主に人口高齢化と医療技術の高度化による)としてこのまま看過していく考え方はもはや通用しないところまで国の財政状況を圧迫しています。このような状況下で、費用対効果のバランスがとれた精度の高い処置試案をいかにして築き上げるか責任の大きさを感じております。

検査委員会 委員長 土田 敬明



平成28年度の検査委員会では、内保連と共同で立ち上げ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（藤城光弘座長）と協力し、内視鏡試案を完成させ、軟性内視鏡技術の内視鏡試案への移行作業を行いました。これに伴い、内視鏡試案へ移行した技術と検査試案に残る技術の点数に矛盾が生じないように、技術度指数の上昇割合を0.35に変更する検討を開始しました。技術度指数の上昇割合を0.35に変更した場合、診療報酬点数との差が極めて大きくなる技術があり、これらの技術を中心に技術度の見直し、所要時間の見直し、及び必要スタッフ人数の見直しを開始しました。平成29年度にも引き続き見直しを行い、放射線画像検査試案を含めて生体検査試案の改訂を行う予定です。

生体検査コーディングに関しては、担当学会のご意見をいただき、一部精緻化を行いました。平成29年度には必要に応じてコーディングの精緻化を行っていく予定です。

医療材料に関しては、6.2版において50症例未

満の検査の実態調査、それなりの検査数があるにもかかわらず時間の関係上、6.2版において50症例程度集まらなかった検査の実態調査、類推の廃止に伴い準拠や新たに実態調査を実施する検査、前回実態調査を実施しなかった検査、平成30年度診療報酬改定用要望項目で提出を考えている検査で前回準拠や実態調査を実施していなかった検査、及び廃止になった医療材料などについて担当学会に見直しを依頼しました。医療材料の見直しについては、平成29年度早々に完了させる予定です。

また、平成28年度には生体検査試案への新規技術の収載や既収載技術の改訂・廃止に関する検討もなされましたが、引き続き平成29年度にも新規技術の収載や既収載技術の改訂・廃止の希望がございましたら検討していく予定です。

生体検査試案につきましては今後も精緻化に努める所存ですので、各委員の皆様には今後ともご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

各委員の先生には、ご負担をおかけすることになるとは思いますが、平成29年度も外保連の活動へのご協力をよろしくお願いいたします。



麻酔委員会 委員長 山田 芳嗣



外保連関係各位の皆様、新年明けましておめでとうございます。

年金、医療、介護、福祉などの社会保障費の増加にいかに対処するかが我が国の抱える最重要課題とされるなか、2018年の診療報酬改定は介護報酬との同時改定にあたり、厳しい内容になるのではとの見通しが立てられています。そういう中で医療技術の適正な評価を算出根拠に基づいて提示する外保連試案の取り組みは一層重要であると考えます。

2018年の麻酔試案は診療報酬の改定をおよそ1年後に控え、いよいよ具体的な改訂作業が進んでいく時期になりました。2016年の麻酔委員会での検討により、改訂は1.4版とすると決め、重点項目を検討してまいりました。

まず、長時間麻酔管理加算について現行の診療報酬では、加算対象となる手術術式（Kコード）について極めて偏って限定されております。昨年末の手術試案の実態調査結果より7時間を超過する手術を抽出すると、重要な侵襲度の高い手術、即ち麻酔管理に専門性が必要な手術が大幅に抜けていることが確認されました。麻酔試案の改訂では、この手術番号（試案1DないしKコード）を書き入れるようにいたします。

侵襲度の高い手術の麻酔管理には麻酔科医の診療をサポートできる看護師、薬剤師、臨床工学技士等の医療スタッフが必要であり、多職種のスタッフが術前管理を含めた周術期管理にチーム医療として取り組むことは、麻酔医療のパフォーマンスを向上させるために重要です。このような視点から、周術期管理チーム加算について、麻酔試案の中でどのように表現するかを検討中です。

鎮静については、現行の診療報酬では静脈麻酔で算定されていますが、L001-2 静脈麻酔3. 十分な体制でおこなわれる長時間のもの（複雑なもの）の点数が低く、算定条件に「常勤麻酔科医が専従で当該麻酔を行った場合」とあり適用が困難になっています。「常勤麻酔科医専従」の条件撤廃を考慮しておりますが、安全性をどのように担保するかを現在詰めているところです。

厚労省の発表した平成27年社会医療診療行為別統計の概況によると、診療行為別にみた入院の1件当たりの点数において、平成27年の麻酔の点数は前年比5.5%の減点であり、これは手術点数の3.3%減と比較しても減少が大きく悪影響が危惧されます。次期改定ではぜひとも高い評価が得られるよう、関係各位のご理解とご協力を切にお願い申し上げます。

実務委員会 委員長 瀬戸 泰之



平成28年度診療報酬改定において、技術料にあたる本体部分は0.49%の引き上げとなりました。今回の改定においては、外保連の主張がかなり認められており意義あるものと考えますが、一方、提案した要望項目の採用率は新規25.7%、改正33.2%であり、平成26年度と比較すると上昇しているものの

平成24年度には及ばず、やはり厳しい改定内容であったと考えています。平成26年度改定後に、不合理・矛盾があるとして行った緊急要望項目の中で、減点された帝王切開術の復点、小児ヘルニアの短期滞在手術等基本料に年齢区分が設けられたこと、同じく水晶体再建術で片側、両側の区分ができたこと、また、腹腔鏡下スリーブ状胃切除において縫合器加算が認められたことなどは緊急要望の成果と考えています。ただ、休日・時間外・深夜加算の要件緩和も求めましたが、一定程度の緩和は示されたものの(年間該当当直日数の緩和など)、当直医師が毎日6人以上などの施設基準があり、加算をとれる施設はそれほど増えないものと思われる。

平成29年度の実務委員会の活動は、平成30年度改定に向けての要望書作成にあります。平成30年においては、介護保険と重なるダブル改定

となるため、厚生労働省の担当部署の業務量はこれまでに類をみない程度になることが予想されています。そのため、改定作業の前倒しが要請されており、外保連としても一連の作業に協力するため、例年よりスケジュールを早めに設定することとしました。要望項目のアンケート調査は昨年11月30日に締め切られ、現在は事務局において要望項目の整理と調整の作業中です。これまで3月に行っていた実務委員会を2月上旬に開催し、要望項目とその記載学会を決定し、3月下旬を要望書提出の締め切りとする予定であります。少なくとも5月には要望書を完成したいと考えています。いつものことではありますが、根拠にもとづいた説得力のある要望書の記載をお願いします。

これとは別に外保連としては、平成28年改定では十分ではないと考えられる項目についても、従来同様厚生労働省に積極的に改善を訴えていきます。特に、休日・時間外・深夜加算の要件緩和については、再度アンケートを行い、改善の規模・程度を確認の上、さらに加算がとれやすいような要件の再検討をお願いする予定であります。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ています。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と考えていますので、よろしく願いいたします。



総務委員会 委員長 西田 博



平成30年度診療報酬改定の要望には、外保連試案2018で採用する人件費を用いた数字を用いていただく事が決まっております。従って、その根拠となります国家公務員医療職俸給表も平成28年度人事院勧告に基づくものにリニューアル中であり

ます。まだ具体的な細かい数字の確定には至っておりませんが、外保連試案2016の人件費より若干アップすると思われる。

また、産婦人科の一部の技術において、助産師の人件費を考慮してほしいという要望がありました。実態を調べますと、看護師より若干高い号俸となっておりますので、リーズナブルな号俸を採用したいと思っております。

医療費はどんどん増加しておりますが、そのうちで医療職の人件費の占める割合はおよそ50%とされていましたが、近年その割合が徐々に減少していると言われてきました。その原因

は薬剤費の増加とされています。それもソバルディやハーポニーといったC型肝炎の薬や、オプジーボなどの免疫チェックポイント薬が出る前からと言われております。つまり、イノベーションの結果、高額薬剤がどんどん保険医療の中に導入されるであろう近未来においては、ますます、ヒトとモノの関係は重要になってくるという事です。

非営利の医療と、営利の医薬品や医療機器の製造業が保険医療の中で一緒に存在しているわけですが、国家財政の厳しい折柄、これまでの共存共栄の関係から、全くの競合関係に変わりつつあるのは否定することのできない現実であります。日本医師会の活動を見ても、横倉義武会長が「過不足ない医療の提供」と言われているようにこのことを強く感じる昨今です。

ヒトとモノの関係を考えるにあたっては、呉越同舟という関係ではなく、しかし、我欲は捨てて医療経済的にも最適な医療を国民に提供するという視点を忘れたくないものです。

特集 先進医療から保険収載された技術 PART

「食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術(K530-3)」

日本消化器内視鏡学会

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター 井上 晴洋

食道アカラシアは、食道の運動機能障害性疾患のなかで、嚥下時の噴門の弛緩不全を有するもので、嚥下障害や胸痛などを主訴とする。治療法として、薬物療法、ボツリヌス毒素局注法、バルーン拡張法、腹腔鏡下筋層切開術（主にHeller-Dor法）などがある。現在まで、運動機能障害そのものを改善させる根本的な薬物療法は存在せず、内科的治療法として、バルーン拡張が行われるが、反復施行が必要であることが多い。Hellerの筋層切開術[1]はおよそ100年にわたり、外科的治療のGold standardである。Hellerの筋層切開術は1990年代に、開腹から、腹腔鏡や胸腔鏡による低侵襲手術[2]へと展開した。これまで腹腔鏡下Heller-Dorが標準術式であった。しかし、体壁に傷を残すこと、また筋層切開の長さが最長でも10cm未満に留まるという限界を有していた。したがって食道体部に異常収縮が残るような症例では、関連する嚥下障害・胸痛の十分な改善は望めなかった。

バルーン拡張と外科手術の長期成績は同等であるとの報告[3]があるが、外科手術は1回きりであるのに対して、バルーンの場合は拡張を反復することが前提となっている。

このような背景のもと、経口内視鏡的筋層切開術(POEM)[4]は、2008年9月8日に世界第一例が施行された。体表に傷を負わないこと、筋層切開の方向、長さの設定が任意におこなえることにより、理論的にも従来の外科手術に比べて優位性をもつ。POEMは、腹腔鏡下Heller-Dorに替わり、アカラシアに対する標準的根治術となった。最大の特徴は、食道内腔からアプローチするために筋層切開の範囲を自由に設定できる点にある。実際にDiffuse spasmなどでは、異常収縮が生じている範囲の全長にわたった長い筋層切開が必要である。POEMでは、頸部食道から25cmを超える筋層切開も比較的容易におこなうことができる。

われわれの施設では、POEMの適応は、すべてのアカラシアおよび非アカラシアの食道運動機能障害である。除外症例は全身麻酔がかけられないほどのPoor risk症例である。さらにHeller手術後の再発例では、POEMが最も良い適応となる（外科的再手術は癒着のため、しばしば困難を極めるため）。末期のアカラシア(Terminal achalasia)は食道切除術の対象となるが、外科的食道切除術のまえに一度はPOEMを試みるべきであろう。われわれの経験では、従来は食道切除を適応していた症例であっても、そのおよそ過半数でPOEMに

より症状の寛解が得られ、食道切除術を回避できている。

そのほかの内科的治療（薬物、バルーン、ボツリヌス毒素など）は、それらの治療のあとでもPOEMは安全に施行できているので、治療のステップとしての内科的治療はPOEMの立場からは許容される。

POEMの手技の実際と臨床成績

筋層切開に先立ち、粘膜下トンネルを作成する。トンネルの長さは異常収縮の出現範囲（バリウム透視、内視鏡所見、内圧検査所見で最も口側）により10-28cmにおよぶが、アカラシア症例では胃側3cmまで掘り進む。この粘膜下トンネルのなかで、異常収縮の全切開とLESの完全開放を目的とした筋層切開をおこなう（図）。

これまで自験例で1300例以上(2017年1月現在)を超えており、最終のEckerdt scoreが3点以下、あるいはスコアがその前値より3点以上の改善が見られた場合を有効例としたときの成功率は97%以上ときわめて良好な治療成績であった。Eckerdt scoreでは、平均で6.4から1.2への改善がみられた。またこれまで、POEM治療により重篤な合併症を来した症例はない[5]。

POEMは2012年に先進医療に登録されて、2016年から保険収載された。関係各位のご尽力に感謝する。

図．経口内視鏡的筋層切開(POEM)のシェーマ

標準術式としては、中部食道から胃の噴門に向けて、およそ15cmの粘膜下層トンネルを作成する。そのなかで、内輪筋の切開をおよそ12cm（食道10cm、胃2cm）おこなう。実際の筋層切開の実際の長さは、体部の異常収縮の範囲によって決定される。



【参考文献】

1. Heller GA E. Extramuköse Kardioplastik beim chronischen Kardiospasmus mit Dilatation des Oesophagus. *Mitteil Grenzgeb Med Chir* 1914; 27: 141
2. Shimi S, Nathanson LK, Cuschieri A. Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. *J R Coll Surg Edinb* 1991; 36: 152-154
3. Boeckxstaens GE, Annese V, des Varannes SB et al. Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia. *N Eng J Med* 2011; 364: 1807-16.
4. Inoue H, Minami H, Ikeda H et al. Per-oral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia *Endoscopy* 2010; 42:265-71
5. Inoue H, Sato H, Ikeda H et al. Per-oral endoscopic myotomy: a series of 500 patients. *Am Coll Surg* 2015; 221: 256-64

「内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下腎部分切除術 (K773-5)」

日本泌尿器科学会

神戸大学大学院腎泌尿器科学分野 藤澤 正人

はじめに

小径腎癌に対しては、腎部分切除術が標準的治療であり、すでに腹腔鏡下腎部分切除術が保険収載されている。しかしながら、すべての部位の腫瘍に対して行えるものではなく、短時間に腫瘍を切除して縫合する手技にはかなりの熟練を要する。ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除は、低侵襲性、がん制御、機能温存すべてを兼ね備えた優れた術式である。3D視野のもと、7自由度を有する鉗子を利用することにより、従来の腹腔鏡下部分切除に比べて、さらに緻密な操作が可能となり、腫瘍切除操作、縫合操作、阻血時間の点からロボット支援手術は腹腔鏡より有用であると考えられる。また、腎門部などの難易度の高い症例にも適応拡大できる。さらに、ロボット支援手術は、がん制御の点でも開腹、腹腔鏡下手術と比べて全く遜色がない。そこで、我々は、本術式の保険導入に向けて日本泌尿器科学会、日本泌尿器内視鏡学会のもと2013年に先進医療の申請を行った。

ロボット支援腎部分切除術の手技

アプローチは、腫瘍部位によって腹腔アプローチ、あるいは後腹膜アプローチがある。ポートは、通常、腹腔アプローチでは5~6本、後腹膜アプローチでは4本留置する。腫瘍切除の際、動脈は、本幹をクランプするか、あるいは症例によっては可能な限り分枝まで剥離し、選択的腎動脈クランプを行う。静脈は、剥離せず、クランプしない。冷却水をかける以外積極的な冷却は行わず、冷却水で切離面の視野を確保しながら腫瘍切除を行い、切除部位を縫合する(図1、2)。

保険収載に向けての先進医療Bと保険収載までの経緯

我々は2013年10月より厚生労働省医政局との事前相談ののち2014年3月に先進医療Bとしてロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術を申請した。同年8月の先進医療会議で承認され同年9月1日に告示となった。先進医療Bのプロトコールの内容はcT1N0M0の小径腎癌患者を対象として100例を目標に多施設共同単群試験を行うものであった。主要評価項目は、根治切除と腎機能温存、すなわち切除断端陰性かつ腎阻血時間25分以内としヒストリカルコントロールと比較するものであった。症例登録は、2014年9月から開始し、全国14施設で行い、非常に短期間であったが約5か月で症例登録を終了し2015年2月初めに最終例の手術を終えた。その後、総括報告書を同年6月の末に提出し、同年8月の先進医療技術審査部会、10月の先進医療会議で総括報告書の内容が了承され、2016年1月の先進医療会議において保険導入に関して適との判断を頂いた。さらに中央社会保険医療協議会にて保険導入が適となり3月の2016年診療報酬改定通知にて最終的に保険収載となった。本事例は、先進医療Bを通じてロボット支援手術が保険適応となった最初の事例であり画期的なことである。

適応

原発病巣が7センチメートル以下であり転移病巣のない腎悪性腫瘍に対して、腎部分切除を行った場合に限り算定する。

施設ならびに術者基準

- (1) 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 泌尿器科について5年以上の経験を有しており、また、当該療養について10例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (3) 泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有すること。
- (4) 麻酔科の標榜医が配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、腎悪性腫瘍手術に係る手術(区分番号「K773」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-4」又は「K773-5」)が1年間に合わせて10例以上実施されていること。
- (6) 緊急手術体制が整備されていること。

- (7) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (8) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

今後の展望

今後、手術支援ロボットを用いた腎部分切除術は確実に増加すると考えられる。したがって、高額な医療機器を使用する本術式において今回提示された診療報酬点数が妥当であるかを引き続き検証していく必要があると思われる。また、時期を見て術者、施設基準の見直しも考えるべきである。

(平成28年度診療報酬点数)

K-773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

70,730点

図1：ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術(腫瘍の切除)

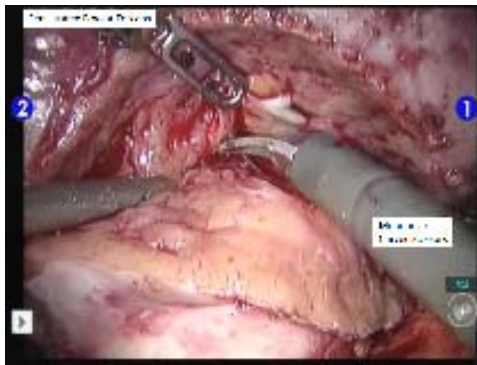
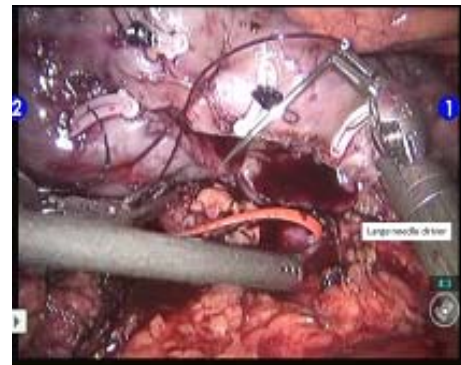


図2：ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術(腫瘍切除部の縫合)



編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース27号をお届けします。平成28年度診療報酬改定は医科本体は+0.49%のプラス改定でしたが、平成30年度改定に向けて、財務省や官邸からは検討に入る前から医療費削減の圧力がかかっているように感じます。平成30年度改定は医療・介護同時改定です。委員の皆様の努力により、4年ぶりに手術の実態調査を行うなど外保連試案の更なる精緻化が進んでおります。30年度改定でも、外保連の目標である科学的根拠に基づく質の高い

医療を提供できる適正な保険制度を実現できるよう、皆さまどうぞよろしくお願い申し上げます。

特集「先進医療から保険収載された技術」には今回、日本消化器内視鏡学会に「食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術」、日本泌尿器科学会に「内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下腎部分切除術」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

2月9日に日本看護協会ビル地下1階 JNA ホールに於いて、第16回三保連合同のシンポジウムを開催し、今回は『診療報酬・介護報酬同時改定に向けた三保連の戦略』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8月の予定です。なお、広報委員会で審査後、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。