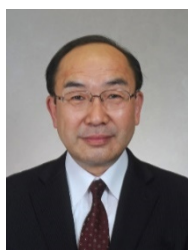


# 外保連ニュース 第35号 2021年2月

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  
＜事務局＞〒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  
＜事務支局＞〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋一丁目1番1号パレスサイドビル9階 毎日学術フォーラム内 TEL:03-6267-4550 FAX:03-6267-4555  
URL: <http://www.gaihoren.jp> E-mail: [maf-gaihoren@mynavi.jp](mailto:maf-gaihoren@mynavi.jp) 年2回発行

## 新年を迎えて

### 岩中 督



あけましておめでとうございます。1年にわたって社会に甚大な障害をもたらしているCOVID-19に、多くの医療機関の関係者が振り回されながら新年を迎えました。医療者としての使命感と矜持でこのPandemicと戦っていただいているすべての関係者に、心よりお見舞い申し上げます。

さて今回の改定は、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+0.55%とややプラス改定でした。ただこの本体部分の引き上げ分のうち0.08%は「救急病院における勤務医の働き方改革の特例的対応」分であり、働き方改革を推進するために地域の救急医療を担う医療機関を支援するという意向が明確に示されました。外保連からの新設要望164件中64件の採用、改正要望208件中87件採用はほぼ例年通りの採択率でしたし、外保連が改定のために強く要望している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126術式については、かなりの増点をいただきました。前回、前々回の改定に比し、増点していただいた術式数は少ないですが、今回は市中病院で行われているC群、D群の手術を中心に増点していただいたので、外保連の立場としてはそれなりに評価できる改定であったと思っています。改定にあたってご尽力いただきました外保連委員各位に心から御礼を申し上げます。

一方、改定を終え10か月が経過しましたので今回改定の評価・検証を行わねばなりません。COVID-19の蔓延のために不急の手術の中止・延期ならびに受診抑制などもあり、ほぼすべての医療機関の稼働は下がりました。またCOVID-19の患者さんの治療を担当した医療機関においては、空床確保料や病床確保に対する補助金なども支給されましたが、その制度設計には様々な課題があり、一般診療の一部制限を要請されたことなどにより病院運営に難渋させられたばかりか、補助金の支払いの遅延などで病院経営にも多くの支障がみられました。今回改定の評価、特に前回改定との比較検討などは、あまりにも医療環境が異なるためにほとんど検証不能の状態に置かれています。COVID-19の早期の収束を強く望んでいるところです。

一方、このような状況とは言え、2022年改定に向けての準備は粛々と進めねばなりません。まずは『外保連試案2020』に新規掲載項目を加え、より精緻化された『外保連試案2022』の発刊準備を行っていきます。手始めに4年に一度の手術実態調査を日本外科学会などのご協力のもとに、昨秋実施いたしました。現在集まったデータを整理し取りまとめているところです。一部の術式では手術時間の短縮などにより、試案点数の減点など

### 目次

- ◆新年を迎えて 会長 岩中 督
- ◆各委員会からの報告  
「令和2年度の総括及び令和3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
  - \* 内視鏡委員会
  - \* 実務委員会
  - \* 規約委員会
- ◆特集 「コロナ肺炎蔓延下で実施した手術制限や陽性患者の紛れ込み対策などで、外科系の医療がどのような影響を受けたか」
  - \* 小澤章子先生  
「日本麻酔科学会手術制限調査、およびCOVID-19 Case report」
  - \* 黒住健人先生 石井桂輔先生 渡部欣忍先生  
「東京の一外傷センターでのCOVID-19への対応」
  - \* 新井貞男先生  
「—新型コロナウイルスによる整形外科外来受診抑制の現況—」
- ◆編集後記 ~ 広報委員長 松下 隆
- ◆事務局からのお知らせ

も予想されています。関係する加盟学会の委員の先生方におかれましては、各々の領域に不利益がもたらされないよう、データの検証などにご協力をお願い申し上げます。

各委員会においても例年通りの作業が精力的に行われていますが、次回改定に向けて、①高難易度の新規術式やロボット支援手術の施設基準の考え方の検討、特にレジストリの在り方について、②科学的根拠に則った医療技術の優越性の証明と診療報酬への展開について、③処置・検査コーディングの精緻化などについては引き続き検討を継続していきますが、新たにAI診断支援などの新規技術に対する評価の在り方を検討する必要があります。AMEDで複数のAI技術の臨床研究が進んでいますので、領域横断的にAI技術の診療報酬上の考え方をそろえるため、内保連と外保連で協働してAI診療検討委員会を立ち上げました。次回改定で提案可能な技術を取りまとめ厚生労働省保険局の関係者と意見交換をしていきたいと考えています。

いずれにしても、外保連が外科技術の診療報酬のあり方について科学的根拠をもとに発信する学術団体であることを肝に銘じ、引き続き加盟学会のご協力のもとに今年も様々な活動を継続していく所存です。加盟学会の各委員、関係者に一層のご支援・ご指導をお願いし新年のご挨拶とさせていただきます。

## ◆各委員会からの報告

### 令和2年度の総括及び令和3年度の活動について

○手術委員会 委員長 川瀬 弘一



新年あけましておめでとうございます。コロナ禍みなさま大変なご苦労をされていると思いますが、もうひと踏ん張りです。良い年になりますように。

2020年1月に発刊された「外保連試案2020」の手術試案第9.2版には3,863件の手術が掲載されています。外科技術や手術機器の進歩は目覚ましく、次から次へと新しい術式が考案されています。今年度はこれまでに3回の手術委員会を開催、WEB形式で行いました。授業や様々な会議、学会などでZOOMやGoogle Meetを使う機会も増え、慣れてきましたが、顔の見えない会議は参加する委員の表情がわからずまた発言も少なく苦労しました。

今回、61件の新規術式を承認いたしました。承認する条件は手術の安全性も十分考慮し、手術に要する時間、手術に係る医師数・看護師数・技師数、手術に必要な医療材料の実態調査を行った術式だけが議論の俎上に載り、本連合に加盟している110の外科系学会の手術委員によって議論され、保険収載に値すると判断されて初めて承認されます。近年、外保連試案は診療報酬改定における医療技術評価の基礎的データとして取り扱われるようになってきており、これからも評価を継続していただける努力していかねばなりません。

手術試案第9.2版に掲載されていたが前回改定で保険収載が見送られた術式も相当数あり、これに加えて今回新たに新規術式として承認された61件すべてが2022年診療報酬改定で認められることを切に願っています。

2020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）および関連施設等の協力の下、診療報酬表に掲載されているすべての手術コード（Kコード）に対して、手術時間などの実態調査を行いました。4年ぶりの調査です。今回、2,410施設（指定・関連施設2,233、関連学会等177）にアンケートをお願いし、753施設と非常に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31.2%）。ご協力に心からお礼を申し上げます。前回調査でも695施設からの回答をいただきましたが、今回もほぼ同数の施設から大変貴重なデータをいただいております。なお前回調査は1か月間の調査のため回答症例数が148,756症例と若干少なく、手術時間を修正できない術式も相当数ありました

（20例以上集まった術式について修正を行っています）が、今回はその反省から10、11月の2か月間の調査をさせていただきました。大変施設の負担が大きかったことと思いますが、手術試案の精緻化を行うためには十分な300,165症例を集めることができました。大変貴重な日本の手術データです。手術委員会でしっかりと検討させていただき、この秋に発刊予定の外保連試案2022（手術試案第9.3版）に反映させていただきます。また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加盟学会にお願いしており、このデータも合わせた集計結果を手術委員会で今後検討してまいります。

近年、手術技術、特に胸腔鏡下、腹腔鏡下手術などの鏡視下手術は一般的な術式となり、術中に用いられる用具の進歩や実際に術者の手をサポートするロボット支援機器の新規開発もあり、安全にかつ正確な手術が行えるようになってきています。これは患者にとっても術者にとってもありがたいことです。このため今回の実態調査結果では、手術時間が短縮される外保連術式は相当数あると考えています。

外保連手術試案における術式の評価軸は、学会横断的な大きな2つの柱、すなわち人件費と償還できない医療材料から算出されています。人件費はそれぞれの術式の技術度と手術時間によって計算されます。今回の実態調査で手術時間が短縮されれば人件費が下がりますので、結果的には外保連の術式の評価は下がることになってしまいます。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版で作られた評価軸に該当する術式に加えることが可能かも、これから検討していきたいと思っています。

もう一つの評価軸、医療材料の掲載欄には次回の試案から調査年を記載するよう改善し、各学会に最新の医療材料調査をお願いしています。

今年の秋に発刊予定の外保連試案2022の手術試案を改訂するにあたり、各加盟学会手術委員ならびに多くの関係者に今後も様々な作業をお願いすることになります。また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。どうぞよろしく願いいたします。

## ○処置委員会 委員長 平泉 裕



令和 2 年度はコロナ禍の影響を受けて外保連の殆どの活動が中止に追い込まれました。処置委員会を開催できたのは年末の 11 月 27 日になってからで、ウェブ方式での開催となりました。処置委員におかれましては、慣れないウェブ会議で十分に討議に加われなかった点を申し訳なく思っております。

令和 2 年度において、手術試案に続き処置試案の STEM7 コーディングが完成しました。来年度は各処置試案に割り当てた STEM7 コードの不具合を検証していく作業を進めていきます。

令和 2 年診療報酬改定につきましては外保連ニュース第 34 号で報告させていただきました。また、11 月 24 日開催の外保連記者懇談会において今回改定の評価報告をさせていただきましたが、特に「人工膵臓療法」については、外科周術期において重症合併症を予防する上で自動精密化した血糖コントロール技術が非常に重要である点を外保連として推奨したにもかかわらず不採用でした。本技術は外科系の学会全体に必要な技術と考えております。同じく不採用であった「疾患別リハビリ

テーション料算定の起算日」について、有効なりハビリテーションを適切な期間行うためには発症日や手術日ではなく開始日を起算日にする必要があります。

新年度では、令和 4 年度診療報酬改定のための要望書作成ならびに厚労省ヒアリングのための準備作業が行われます。コロナ禍が全国に拡大して 1 年が経過しました。この間、耳鼻科等の処置において患者との接触や飛沫・エアロゾルに暴露するリスクが極めて高いことが指摘されてきました。こうした処置項目に対する加算措置も課題になると考えます。改定ごとに訴えてきた課題ですが、手技料に包括されて償還できない医療材料を多く含む処置項目があります。医療材料・機器の進化に伴う医療材料価格の上昇に処置点数が追い付かず、医療材料費だけで赤字となる処置項目が依然として存在します。外保連処置試案と診療報酬点数表の点数に大きな乖離がある処置項目に対しては乖離の解消を目指します。

処置委員の皆様には、新年度においてもぜひとも積極的な御貢献をいただきたくお願い申し上げます。

## ○検査委員会 委員長 土田 敬明



令和 2 年度の検査委員会では、一般生体検査試案および放射線画像検査試案の改訂作業を行うとともに、廃版になったりバージョンアップしたりした医療材料について担当学会に見直しを依頼しました。新型コロナウイルス感染の拡大に伴い、委員会はリモート及びメール開催にて行いました。

技術度指数の上昇割合の変更に伴い、技術度の高い技術と低い技術の点数の格差が広がり、簡単であるが有効な技術が評価されなくなる懸念が示されており、令和元年度から引き続き技術度は低いが無効である技術の評価について検討を行いましたが、該当技術の申告はありませんでした。

生体検査コーディングに関しては、国際標準になると思われる WHO 国際標準 (ICHI STEM Code) および STEM7 との整合性を見据えたコーディングを行うための準備を開始しました。STEM7 に準拠した 7 桁のコードに現在使用している JLAC10 コードを付加する方向で検討することとなりました。令和 3 年度には 7 桁

コードによるコーディング作業を開始したいと考えております。

令和 2 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定・削除に関する検討もなされましたが、引き続き令和 3 年度にも新規技術の収載や既収載技術の改定・削除の希望がございましたら検討していく予定です。

外保連試案での AI の技術評価について検討を行うために AI 部会を立ち上げましたが、内保連および厚生労働省とも打ち合わせのうえたたき台を作成することとなり、まずは内保連外保連合同 AI 診療検討委員会で、AI に対する評価のたたき台を作成を行っており、令和 3 年度には AI 技術評価の外保連方式による算定案を作成する予定です。

生体検査試案につきましては今後も精緻化に勤める所存ですので、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、令和 3 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



診療報酬の改定を次年度に控え、令和2年度から3年度の麻酔委員会では、年度前半に外保連試案2022に掲載する麻酔試案を完成させる予定で活動を進めています。しかし、この1年新型コロナウイルス感染拡大の影響で通常の活動が極めて行い難い状況が続いており、今後も速やかな状況改善は想定できません。先日第1回麻酔委員会を開催し、麻酔試案の改訂は各学会から要望があった範囲を中心に行うことといたしました。

日本麻酔科学会より提案された PACU (Postanesthesia Care Unit) 管理加算、空気感染のリスクの高い患者に対する全身麻酔を麻酔係数の項目として追加するこ

とを検討します。日本呼吸器外科学会より長時間麻酔管理加算対象症例への術式追加の要望があり、また外保連手術試案 9.3 版に掲載される手術所要時間による対象術式の見直しを行います。

2020年の診療報酬改定で麻酔に係る特定行為の研修を終了した看護師の関与が認められましたので、特定行為看護師の役割を麻酔試案の中に組み入れるための検討を行います。医療機材のコストについて、2020年の実態調査が精緻に行われているので、今回の改訂については現在の医療現場の状況と時間的制約のため行わないことを決定いたしました。

このように今年度の主たる活動として麻酔試案の一定範囲の改訂を予定しておりますので、関係学会の皆様のご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

令和2年度の内視鏡委員会は令和4年度診療報酬改定に向け、新規項目の追加を中心に「外保連試案2022」に掲載される内視鏡試案の発刊準備をいたしました。COVID-19の蔓延状況が落ち着かないため、対面での委員会開催は回避してweb開催とメール審議で議論を行いました。

## ○内視鏡委員会 委員長 清水 伸幸



今回の試案には、前回は言及いたしましたが、人工知能に関する項目が初めて掲載されます(大腸内視鏡検査における人工知能診断支援)。総論で『人工知能支援加算』的な項目を設定することは、全体の点数減点に結びつきかねないと判断し、人工知能を用いる技術個別でのメリットを勘案し、提出学会(日本消化器内視鏡学会)と連携をとりながら点数を決めていく方向で議論を進めております。

令和2年度診療報酬改定においては内視鏡分野の新たな術式を中心に一定の評価が頂けたものと感じておりますが、シングルバルーン内視鏡とダブルバルーン内視鏡の再統一要望に対して、シングルバルーン内視鏡は増点されるもダブルバルーン内視鏡は減点された形になっております。総論等における項目設定には全体の点数引下げが起らぬよう、十分な熟慮が求められると考えております。

令和3年度は令和4年度診療報酬改定でも影響力のある試案であるよう内視鏡試案の精緻化を進め、改正要望項目に対する戦略を内視鏡委員会としてもサポートしたいと考えております。各項目に関して、内視鏡関連手技の専門性を考慮してワーキンググループ(耳鼻咽喉、呼吸器、消化管、肝胆膵、泌尿器、女性器、脊椎・関節、心臓・血管、神経、および総論)を設け、今後も増加することが予想される内視鏡的検査・処置・治療の受け皿を整えております。

本領域は機器や技術進歩も目覚ましく、常に実態に即した試案となっているかの確認を行いながら精緻化を進め、必要に応じて担当学会での実態調査を依頼することも視野に入れております。各項目のコーディングとしてSTEM7を適応すること、さらに医療に対しても大きな影響を与えつつある人工知能に対する姿勢なども、外保連検査・処置・手術委員会、および内保連外保連合同AI診療検討委員会と連携を図りながら検討を進めて参ります。

発展する内視鏡関連手技の実態に見合った試案として、診療報酬改定に対して影響力のある内視鏡試案であり続けるよう努めてまいります。引き続き内視鏡試案の精緻化・活用にご理解とご支援を賜りたくお願い申し上げます。

令和2年度の内視鏡委員会は令和4年度診療報酬改定に向け、新規項目の追加を中心に「外保連試案2022」に掲載される内視鏡試案の発刊準備をいたしました。COVID-19の蔓延状況が落ち着かないため、対面での委員会開催は回避してweb開催とメール審議で議論を行いました。

## ○実務委員会 委員長 瀬戸 泰之



令和2年度診療報酬改定率は、技術料にあたる本体部分は0.55%の引き上げとなり、また医科は0.53%引き上げとなりました。ほぼ前回同様となり、外保連にとっては満足できる改定となったのではないかと考えています。領域別でも引き下げられたところは少なく、平均104.19%(98.86-

150%)とアップとなっています。ちなみに、平成30年度改定では、平均105.54%(100-132.7%)でした。プラスになった項目は126あり、その平均は118.56%となっています。医療技術の評価(外保連の要望)では、今回新設要望164項目中考慮されたのは64項目(改定率39.0%、前回:35.8%)、改正要望208項目中考慮されたのは87項目(改定率41.8%、前回:49.6%)であり、新設は前回よりややアップ、改正は低下しています。

平成30年度緊急要望項目として提出した中では、多くの項目で考慮されました。その中では、後縦靭帯骨化症手術、脳動静脈奇形摘出術、穿頭脳室ドレナージ術、小児運動器疾患指導管理料、HPV核酸検出、膣洗浄などが考慮されています。麻酔管理料(I)長時間麻酔管理加算については、明らかに条件を満たしていながら加算が認められていなかった術式について緊急要望をだし、今回、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、冠動脈・大動脈バイパス移植術、肝切除術(2区域切除)の3術式のみ採用された結果になりました。緊急要望としては成果をあげているものの、まだ不十分であるとも認識しています。令和

2年度改定に対する緊急要望も加盟学会緊急アンケート調査にもとづき提出しています。平成24年度改定において、休日・時間外・深夜加算が倍増されましたが、施設要件が厳しく緊急要望項目として要件の緩和を求めて続けてきました。今回の改定でも当直医師が毎日6人以上などの施設基準は緩和されませんでした。やはり大きな施設しかクリアできない施設基準あり、今回も緊急要望として提出することとしました。

令和3年度の実務委員会の活動は、令和4年度改定に向けての要望書作成にあります。例年通りのスケジュールで作業を予定しています。要望項目のアンケート調査は昨年11月30日に締め切れ、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あります。今後、実務委員会を2月18日に開催し、要望項目とその記載学会を決定し、3月下旬を要望書記載の締め切りとする予定としています。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、令和2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。これまで同様医療財源には限りがあり、また、未曾有の高齢化社会を迎える時期でもあり、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、外保連活動に引き続きご支援ご理解のほどよろしくお願いいたします。

## ○規約委員会 委員長 河野 匡



明けましておめでとうございます。皆様は健やかな新年をお迎えのことと推察いたします。

新型コロナの蔓延とそれに対する対応で、手術点数とは直接的な関係はありませんでしたが、昨年は通常とは異なる診療報酬の対応がありました。今年はそれも落ち着いて従来通りの対応になるといいように思います。

規約委員会では、昨年は各学会からの推薦委員の人数が不明瞭であったのを、運営委員会委員以外に基本的に各委員会において各学会で1名とすることを明瞭化いたしました。委員会の参加人数が多くなりすぎることをあらかじめ予防する意図もありますが、それ以外に、私が外保連委員に加わった1996年からは記憶にはありませんが、一応委員会の中で採決を行う必要が出てきたときに、1学会から複数名の委員がいる場合には公平性が保たれないとの懸念が生じたためです。ただし、広い分野をカバーする学会では、委員会の委員がその分野に詳

しくないこともあるため、委員以外の医師を陪席させて審議内容の説明をすることは認められております。また、新たな分野で審議事項が生じた場合にもその分野に詳しい医師を委員に加わ多ていただけるようになっております。

規約委員会ではいろいろな社会情勢の変化や外科医療を取り巻く状況の変化に対応して外保連の規則を変更する必要が生じたときに、迅速に規則の変更案を作成して運営委員会で審議するようにしてまいりました。

本年もいまのところ予定はありませんが、医療分野へのAI技術の導入、ICT技術の進歩や普及に伴って遠隔診断、遠隔診療、遠隔手術など新たな外科手術にかかわる諸問題が生じてくることが予想されますが、それぞれに対応するために必要に応じて規約の変更に対応していきたいと考えております。

今年は3月頃からワクチンの接種が順次始まる予定です。この新型コロナ感染に対する対処法もさまざま習得されてきているようですので、昨年のような混乱なく平穏に終わることができるよう願っております。

◆ 特集

コロナ肺炎蔓延下で実施した手術制限や陽性患者の紛れ込み対策などで、  
外科系の医療がどのような影響を受けたか

日本麻酔科学会手術制限調査、およびCOVID-19 Case report

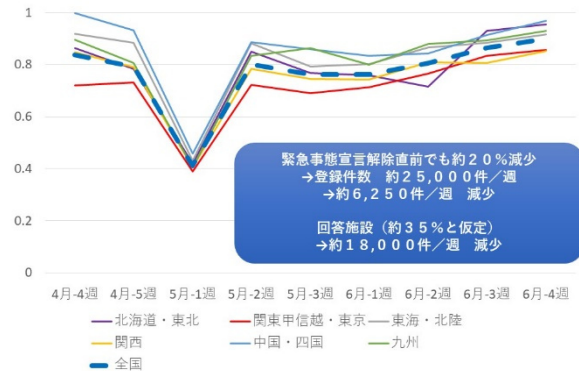
日本麻酔科学会  
小澤章子先生

日本麻酔科学会は、手術を受ける患者とともに医療従事者を新型コロナウイルス感染症から守るために、種々の情報発信をしていくことを令和2年2月に決定した。3月3日に「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑い、診断済み）患者の麻酔管理、気管挿管について」を弊社ホームページに掲載した。3月末には COVID-19 対策特別委員会を発足させ、「日本麻酔科学会・日本集中治療医学会共同声明」で COVID-19 患者に対応できる集中治療医の教育を掲げ、「COVID-19 に関する緊急提言（4月7日掲載）」では4月1日付の日本外科学会の提言の参照と地域の感染状況を考慮して対応することを推奨し、麻酔管理、気管挿管の指針（3月3日付）に感染防御を追加した。その後、新型コロナウイルス感染症陽性患者（疑いを含む）の帝王切開術の麻酔管理に関する提言（6月15日掲載）、新型コロナウイルス肺炎患者に使用する麻酔器等の取り扱いについて～医療機器を介した感染を防止する観点から～Ver.1.0（6月25日掲載）を掲載した。

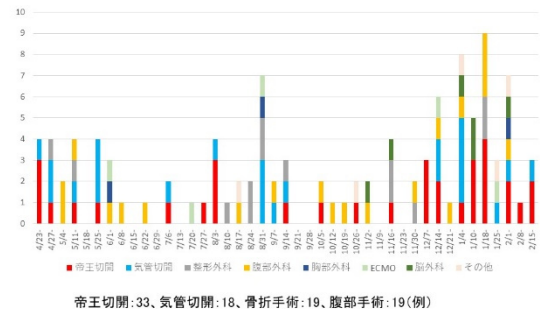
4月末から日本麻酔科学会認定病院に対して2つのアンケート調査、①手術件数、手術制限、②COVID-19陽性患者もしくは疑い患者に対する手術時の感染対策 Case Report を開始した。①は、全国の認定病院の手術件数、手術室制限状況（COVID-19患者専用部屋、ICU化された手術室数）を調べ、麻酔科医・手術室のワークロードの現状を数値化した。手術件数は、4月第4週は中国・四国は前年と同じであったが関東甲信越・東京は70%程度で全国平均は82%であった。5月第1週はゴールデンウィークのため全国的に減少したが6月には85%まで回復した。緊急事態宣言解除直前でも、前年比で約20%、件数に換算すると約6250件/週の減少であった。アンケート回答施設は平均35%で全施設回答に仮定すると、全国で前年比毎週18,000人、月間で72,000人の予定手術がキャンセルされたと推測される。手術室制限は4月第5週の9.3%が最多で、6月第4週は2.9%と減少していた。COVID-19専用手術室は4月第5週が2.4%と最多だが6月第4週でも1.2%が専用室を確保し、疑い症例への準備が伺われる。新規感染者数の減少で集計を休止していたが令和3年1月から再開し、現在は昨年度とほぼ同程度の手術が行われている。②感染症例は令和3年2月21日までで陽性患者108例、疑い患者161例、合計269症例であった。陽性例では帝王切開術が33例と最も多く、腹部外科19例、整形外科19例、気管切開18例であった。症例経験施設でのシミュレーション実施率は、平均73%に留まっていた。フリーコメント欄の記載は当初はマンパワーや準備、感染対策に関する内容が多く、次いで麻酔方法の工夫が提示された。日本外科学会の提言に基づき、術者と術式の変更を検討したという数件の報告もあった。一方、チームや院内での職種、診療科間の認識の差異は当初から報告されており、今後の課題の一つである。

全国の感染者数は、7月になると再び増加に転じた。そこで、各施設における第2波への準備を推奨するた

地域別週間手術件数前年度比



COVID-19陽性症例



め、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（疑い、診断済み）患者の麻酔管理：第1波の経験を踏まえて」（7月22日付）を掲載した。COVID-19（疑いを含む）患者の緊急手術の麻酔を担うとともに、非 COVID-19患者への手術医療を制限せずに可能な限り継続することが使命であり、そのためには地域における感染状況の把握、入院前の患者のPCR検査などの導入、患者教育を含めた術前準備、施設および各部署におけるBCP（Business continuity planning：業務計画）策定、他（多）職種とのシミュレーションの実施を提案した。8月中旬以降はPCRの拡充で陽性確定症例が増え、手術件数も維持されている。

COVID-19は地域ごとに発生状況が異なり、行政、施設などの対応も様々で、一つの基準では規定しきれない。院内感染を防御しつつ、非感染患者にとって必要な周術期医療を安全に行うためには、施設の感染対策部門や関連部署と事前に十分に協議しておくことが重要である。加えて、体験型シミュレーションは学習効果が高く、多職種での実施を推奨する。COVID-19は未だに不確定要素も多く、学会として今後も情報発信を継続しなければならないと考えている。

## 東京の一外傷センターでのCOVID-19への対応

日本骨折治療学会 帝京大学医学部附属病院外傷センター  
黒住健人先生 石井桂輔先生 渡部欣忍先生

### 東京都の体制

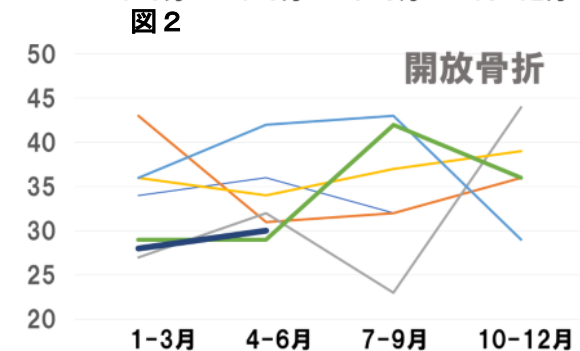
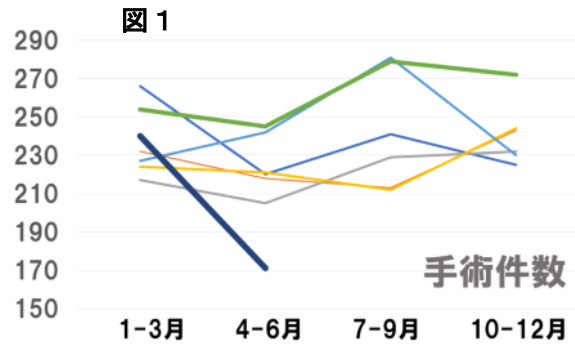
東京都においても、当初はCOVID-19感染症関連の患者は感染症指定病院を中心に対応していた。4月中旬に政府より外出自粛要請が通達され、東京都も国の要請に同調した。同時期よりCOVID-19患者数が増え、感染症指定病院では対応しきれなくなり、大学病院や救命救急センターへの協力を要請しベッド確保するようになった。

### 我々の病院の体制

帝京大学病院では、内科を中心に診療体制変更しERに発熱外来設置した。病院の入り口を一カ所とし、そこには空港の検疫のようにサーモグラフィーを設置した。東京都からの入院病床確保要請数は段階的に増加し、最大で重症対応10床、中等症・軽症対応30床となった。コホート病棟として一つのICUと一病棟を整備した。しかし実際には疑いの症例が多く、さらに疑い患者用に二病棟、約90床の準備が必要となった（実際には個室運用が中心となるため、収容患者数はもう少し少なく設定された）。救急車の導線も整備し、救命救急センターも感染症エリアを設定した。重症患者の初期診療を行うICUベッドの一部をCOVID-19感染症患者専用とするため、救急患者受け入れベッド数にも制限が生じた。PPE（personal protective equipment）は不足し、特にN-95マスクと手術用帽子の不足が顕著で、N-95マスクは原則として個人の所有として汚れない限り一週間程度連続使用するなどの対応をした。その後、重症症例受け入れ体制を整えるため、ICUベッドを前室付きの陰圧個室となるように工事を施した。

### 外傷患者の受け入れ

外傷患者は原則として受け入れる方針であったが、発熱のある外傷患者は受け入れ手順が複雑となり、結果として受け入れ困難事例となる症例が発生した。具体的には、救急搬送される患者は来院前より発熱の確認、渡航歴・接触歴などを確認し、少しでもCOVID-19を疑えば発熱外来に誘導した。PCR検査は適宜行ったが、結果が出るまでに時間を要するため、手術を急ぐ外傷患者が入院するには原則胸部CT撮り判断することとした。重症外傷では十分な事前情報が得られない場合が多いので、来院時には感染患者であるとして対応し、初期診療の流れの中で胸部CT撮影を全例に行った。転院症例については、救急患者同様に発熱や渡航歴、感染者との接触歴などを詳しく聴取してからの応需にすることとした。結果として、かかりつけ以外の外傷では不応需となる症例が発生した。受け入れた後に発熱などあれば、極力待機手術としてPCR検査を行った。現在は予定待機手術の患者は全員PCR検査を行う体制となっている。



### 手術室の体制

手術室は予定手術が50%制限となったが外傷患者には予定手術がないので制限されなかった。ゴーグル装着を含めPPEの装着を厳重に行い、手術に入る医師も最少人数に制限した。全身麻酔の挿管・抜管時には、麻酔科医師および看護師以外は全員退室して待機することとした。陰圧室を一室用意し、COVID-19感染疑い患者の数例に使用した。現在では、術前PCRを行う症例が増え、診療手順も整理されてきている。

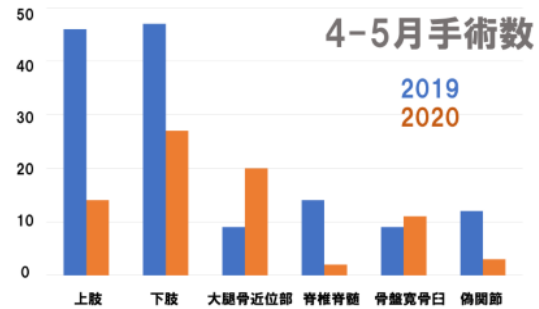
### 外傷チームの対策

外傷チームの対策としては、事前に指揮命令系統の移譲順位を通知し、専門性の高い手術の責任移譲順位、人員が減った際の業務縮小順序、外傷チームの再編成、外来業務の移譲も決定しておいた。職員もしくは患者にCOVID-19が発生した場合、濃厚接触者をならないようにマスクの装着を徹底した。外傷チームの全滅を防ぐために、毎日行っているカンファは最低人数で短時間に終わらせるようにし、その他の情報共有はビジネス向けのチャットを用いて行った。さらに、他の人員と一緒に食事をしない、少しでも感冒様症状があれば休むことを確認した。

業務縮小の際の具体的手順をここに示す。開放骨折＞骨盤骨折＞脊椎脊髄外傷＞一般の骨折＞変形治癒・偽関節という優先順位を決め、当院の使命として他院で対応困難が予想される重度開放骨折などは最後まで受け入れる体制をとった。

結果として、人の移動が制限されたためか重症外傷、骨折症例共に発生数が減った(図1)。しかし、開放骨折症例に関しては前年と同様の数を維持できた(図2)。その他の傾向として、高齢者の大腿骨近位部骨折が前年度に比べると増加していた(図3)。自宅内で過ごす時間が増え発生自体が増加したのか、近隣病院で受け入れられなかったために我々の施設への搬送が増えたのかは不明である。これらの対応を行い、現在まで我々の施設では外傷患者にも医療従事者にもCOVID-19陽性患者は発生していない。

図3



## —新型コロナウイルスによる整形外科外来受診抑制の現況—

日本臨床整形外科学会  
新井貞男先生

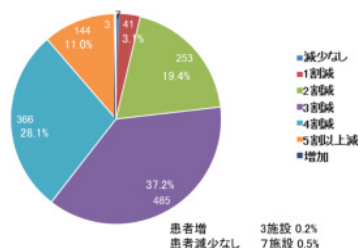
昨年12月に武漢に発生した新型コロナウイルス(COVID-19)は、WHOの当初の発表とは異なり、パンデミックとなり、4月7日に緊急事態宣言が発令された。5月25日に宣言解除となったが、その間に外出自粛制限・ステイホームの依頼があった。特に高齢者や糖尿病や高血圧などの基礎疾患を有する人は罹患すると重症化しやすいと言われ、外出を控え、特に3密を避けるため、人が集まる場所へ行くことを避けたと思われる。医療に関しては外出自粛制限の対象外であったが、病院や診療所も人が集まる場所であり、COVID-19は無症候感染もあるとの報道もあり、余計に受診抑制がかかった。受診抑制は、各科において見られたが、特に整形外科は外傷や急性腰痛など以外は、受診抑制が働いた。COVID-19患者を直接治療する科ではないが、その影響は大きかった。

こうしたCOVID-19による整形外科外来への受診抑制の影響を調査する目的で、日本臨床整形外科学会では、会員に対しCOVID-19による整形外科外来への影響を知る目的で令和2年4月20日から4月30日まで、インターネットによる第1次アンケート調査を行った。また、対前年比での4月と5月のレセプトベースでの影響を知る目的で6月1日から6月15日まで、第2次アンケート調査を行った。

### 1) 第1次アンケート調査結果

会員の1,304施設22.3%からの回答を得た。結果は3月の対前年比を示している。回答は全国の都道府県から報告があった。回答施設の内訳であるが、無床診療所が85.1%と大部分を占めた。

図1) 外来患者数(対前年度比)



外来患者数は、99.3%の施設で減少していた。3割以上外来患者が減少した施設は全体の76.8%であった。4割以上減少した施設は39.1%であり、3施設に1施設は長期的な経営継続が困難な状態にあった。5割以上減少した施設が11%あった。10施設に1施設の割合で5割以上患者数が減少していた(図1)。

COVID-19に対する、外来診療対策は98.1%の施設が対応を行っていた。対応の内訳を見てみると、施設内の消毒・清拭清掃、消毒薬の常設、マスク装着の促し、患者検温の徹底を行っていた。3密を避けるため、待合室の座席間を空ける・入場制限する対応を行っていた。また、投薬や来院間隔の延長、患者との接触が不可避となる理学療法・リハビリの制限など診療内容を制限した施設もあった。

4月16日に13の特定警戒都道府県(東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府、兵庫県、福岡県、北海道、茨城県、石川県、岐阜県、愛知県、京都府)が発表された。この発表の外来への影響度を見ると、外来患者数が3割以上減少したのは特定警戒都道府県では86.7%であったのに対し、それ以外の県では3割以上減少したのは63.1%であり、特定警戒都道府県では受診抑制が大きかったことがわかる。

施設形態別の外来患者数減少は、入院施設を持つ有床診療を含む病院において3割以上減少した施設は63.5%であったのに対し、診療所では77.6%であった。診療所では4分の3以上の施設において外来患者数が3割以上減少していた。

### 2) 第2次アンケート調査結果

第1次アンケート調査結果で、整形外科外来は相当なダメージを受けていることが分かったがレセプトベースでより具体的に調査すべきとの意見があり、6月1日から6月15日まで、4月と5月のレセプトベースで対前年比の第2次アンケート調査を行った。回答数は639施設であり、10.9%の回答率であった。回答は全国から回答があった。施設の内訳は84%が無床診療所であった。

外来診療報酬請求の際のレセプト数を対前年比で比較すると、4月では2割以上減少した施設が約3/4を占めており、この減少傾向は5月も持続していた。



外来診療報酬平均単価も、対前年比で比較すると4月では93%と減少し、5月でも94%と改善は見られていない。

外来診療報酬総点数（実収入に相当）を対前年比で見ると、4月では2割以上減少した施設は全体の72%、3割以上減少したのは37%、4割以上減少したのは9%であった。この減少傾向は5月も持続しており、改善傾向はなかった（図2）。

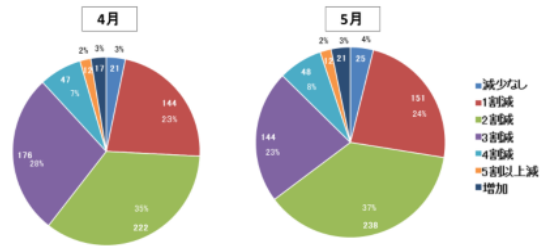
外来初診患者数を対前年比で比較すると2割以上減少した施設は全体の81%を占めた。5月になって5割以上減少した施設がやや減ったものの、改善は認められない。

運動器リハビリテーション実施患者数も総診療報酬と同様の傾向を認めており4月では2割以上減少している施設が全体の72%を占めていた。5月では改善傾向であるが2割以上減少した施設が66%であり、対人接触を避ける動きは続いていた。

特定警戒都道府県とそれ以外の県を比較すると、4月の外来診療報酬では特定警戒都道府県はその他の県に比べて有意に減少額が大きくなり、3割以上の報酬減であったのは特定警戒都道府県の約半数47%であったが、その他の県では18.3%であった。

5月の外来診療報酬も特定警戒都道府県はその他の県に比べて有意に減少額が大きかった。3割以上の報酬減は、特定警戒都道府県の44%、その他の県では12%であり、危険な経営状態が4月より持続していた。

図2) 外来診療報酬総点数変化(対前年比)



### 3) まとめ

日本医師会が行った「新型コロナウイルス対応下での医業経営状況等アンケート調査」では、診療科別では4月の前年対比の悪化率は小児科の39.2%減、耳鼻咽喉科の36.6%減で、整形外科は23.3%減で診療科別では3番目に悪かった。

日本臨床整形外科学会が行った調査でも、3月4月5月と明らかな受診抑制が起きていた。受診抑制は特定警戒都道府県に限らず、それ以外の県でも著明であった。受診抑制により外来診療報酬総点数が減少し、純利益率が少ない整形外科では医業経営に重大なダメージが起きており、地域住民に必要な医療提供に支障をきたす状態であると考えられた。COVID-19の早期終息の見込みはなく、今後も第2波第3波が予想されており、有効な対策や何等かの支援がないと医業経営が困難となる危険性がある。従って、医業継続のために、あらゆる手段を用いた最大限の支援が必要である。

## ◆編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース 35号をお届けします。この1年間はCOVID-19の影響で全国の多くの医療機関が大きな影響を受けましたし、外保連の委員会活動も大きな制約を受けました。このことを受け、令和2年7月14日の記者懇談会のテーマは「コロナ肺炎蔓延下で実施した手術制限や陽性患者の紛れ込み対策などで、外科系の医療がどのような影響を受けたか」としました。その内容は前号と本号と

の2回に分けて掲載しましたので、どうぞご覧ください。来年は診療報酬改定の年です。この改定に向けて外保連試案2022の更なる精緻化を行う必要があります。今年も対面式の委員会開催は難しくWeb開催になると思われませんが、皆様どうぞよろしくご厚意申し上げます。私事ですが、私が編集後記を執筆するのは今回が最後になります。長い間お読みくださり誠にありがとうございました。今後とも適正な保険診療報酬を実現するため、外保連活動をどうぞよろしくご厚意申し上げます。

## ◆事務局からのお知らせ

【原稿募集】

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。