

# 外保連ニュース 第23号 2015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](mailto:office@gaihoren.jp) 年2回発行

## 新年を迎えて



### 会長 山口 俊晴

2014年の診療報酬改定が行われて10か月ほど経過したことになるが、医業収支には厳しいものがあることを実感されている施設が多いことと思う。薬価の圧縮分が新規技術などに振り当てられず、まさに没収されたことに加えて、消費税の

補填が実際に医療材料や薬品を購入する病院に振り向けられなかったことから、実質的にマイナス改定であったのであるから当然の帰結といえよう。

2010年2012年と追い風の吹いた改定で、ようやく持ち直しかけた病院経営も逆風のために完全に動きが封じ込められた。しかもこの逆風は一向に収まる気配が見えない。しかし、医療技術評価における、ものから技術への流れは変わっていないと考える。外保連がかねてより主張している、技術と物の完全な分離は、きちんとしたデータを示すことで、必ず国民や支払者側の理解を得るものと確信している。外保連試案における材料費のデータは、残念ながらまだ完全なものとは言い難い。しかし、改定のたびにその内容は充実しつつあり、このような地味な作業を着々と進めることこそ求められていることである。手術時間などのデータはNational Clinical Database(NCD)の活用が今後期待されるので、NCDでは見えてこない材料費などに関するデータの重要性は、ますます高まるものと思われる。

手術委員会で立ち上がった、医療技術の新しい評価軸を検討するWGはいよいよ活動を本格化させてきたが、極めて創造的な作業であり簡単には結論の出るものとは思えない。しかし、多様な評価軸を示すことだけでもできれば成功といえよう。WGの若いメンバーの力に期待している。また、外保連は手術試案のほかに、処置、生体検査、麻酔、画像診断に関する試案も作成公開してきたが、社会的な認知度は手術試案に及ばない。今後は手術以外の試案に関する理解を得るように努力する必要がある。そして、今まで議論を十分に行ってこなかった、混合診療、DPC制度のありかた、先進医療など、医療における様々な問題点に

## 目次

新年を迎えて ~ 会長 山口 俊晴

### 各委員会からの報告

「平成26年度の総括及び平成27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

\*規約委員会

### 特集 先進医療から保険収載された技術 PART

\*日本静脈学会

「内視鏡下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 (K617-5)」

\*日本泌尿器科学会

「人工尿道括約筋植込・置換術 (K823-5)」

\*日本産科婦人科学会

「腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんに限る。)

(K879-2)」

編集後記 ~ 広報委員長 松下 隆

事務局からのお知らせ

について検討し、外保連としての見解を明らかにすることも必要になってくるだろう。そのためにも今後内保連との連携を、より一層強化する必要もある。

このように書いてくると、少しのんびりした2014年が終わり、また過酷な2015年が訪れてきたようである。本年も外保連加盟学会の皆様のご支援をお願いする。

## 各委員会からの報告

## 平成26年度の総括及び平成27年度の活動について

## 手術委員会 委員長 岩中 督



平成26年の診療報酬改定は、残念ながら消費税増額分を考慮するとマイナス改定であり、ここ数年間順調に増点を続けることができていた手術委員会としては大変遺憾な結果となった。手術委員会では、日本外科学会指定・関連施設にお願いして実施してきた実態調査をもとに、手術試案における手術時間や協力外科医数の補正を行ってきた。また、技術度についても委員会で活発な意見交換を行い、E群手術を個々の術式の標準化に合わせてD群へ修正してきた経緯がある。これらの作業により、当然手術試案点数は減点になるが、『手術試案を診療報酬の改定の参考にする』とされた平成22年・平成24年診療報酬改定においても、実際の診療報酬の減点にはつながらず、手術委員会としては胸を張って実態に合わせてきた。しかしながら、平成26年改定においては、増点になった手術は19術式に過ぎず、81術式が減点された。特に問題であったのは、減点になった術式はすべて、手術試案で減点させた手術であり、厚生労働省が全面的に外保連手術試案に沿って手術診療報酬点数を検討している、ということが明らかになった点は大きく評価できるものの、各領域に大きな不満を残すこととなった。特に、改定のたびに増点されてきた帝王切開術の減点については、様々な視点から意見発信や個別の学会による活動

などがなされたことは記憶に新しい。技術度、外科医数、手術時間、医療材料のコストのみの手術試案では、厳しい財政状況の昨今、これからも同様の事象が続くことが予想され、外保連のプロフェッショナル・オートノミーの精神が発揮できなくなる危惧が懸念される。今回の改定を受けて外保連手術委員会としては、手術試案をより実態に近づける努力は継続しつつ、外科医の技術料を担保していくための様々な対応や工夫を必須と考え、『医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ』を立ち上げ、川瀬弘一座長のもとでしっかり意見交換を行うこととした。平成28年改定に間に合うよう考え方をまとめ、厚労行政、市民に向けて発信していきたい。

その他、平成27年度の活動のポイントならびに厚労省との意見交換の中心は、短期滞在等手術基本料3、すなわちDRG/PPSに向けた今後の方向性の検証、手術通則12、緊急手術等加算の施設基準の緩和、費用対効果、混合診療のあり方の検証、などであろうか。

従前からの基本的活動である、新規術式・改訂術式の検討や、既存の2つのワーキンググループを通じて術式コーディングをさらに精緻化すること、医療材料の収載されていない試案術式を減らしていくこと、を継続しつつ、よりよい外科医療を市民に提供するために、平成27年も手術委員会は精力的に活動を行っていく予定である。さらなるご支援をいただきたい。

.....

## 処置委員会 委員長 平泉 裕



外保連会員の皆様、平成26年診療報酬改定の年があっという間に過ぎまして、再び次期改定に向けた外保連繁忙年がやってまいりました。私は関口前委員長の後を引き継がせていただき今年で2年目に入りました。

昨年診療報酬改定では、主に手術領域において外保連試案の数値が診療報酬改定にネガティブに反映される結果を招いたことから、新たな評価尺度の考案の必要性が認識されました。一方、処置領域では従来通りで大きな課題は発生しておりませんが、手術試案との間に医療材料価格の不一致が存在する問題や、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等、各学会の処置委員の方々に御精査いただきたい処置技術が多く存在します。

昨年12月以降、日本の経済再建重視と社会保障・医療の重点化・効率化の方針が確定した状況となりました。人口高齢化と医療技術進歩による医療費自然増という理屈がもはや通用しないところまで日本経済が疲弊し、教育費+防衛費よりも大きな社会保障費を緊縮せざるを得ない状況下にあります。しかしながら外保連の使命としては、日本の外科医療の技術と安全性の向上を国民にアピールしながら、新しい技術の早期保険収載と適正な診療報酬評価を追及していくことだと考えます。

昨年11月25日の薬事法改正に伴い「医薬品、

医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」へと改変されたことから、再生医療材料を使用する新技術の保険収載を目指して試案申請されてくることが予想されますし、さらには本年中に医療法、健康保険法等の関係法規が改正されて混合診療も導入されてまいります。

このような極めて流動的な年を迎えるにあたりまして、ここまで外保連を育ててこられた諸先輩、日本の外科系学会、国民のために少しでも貢献できますよう精進してまいります。

検査委員会 委員長 土器屋 卓志



平成26年4月の診療報酬改定で生体検査分野は前回の当ニュースに総括したごとく、画像診断領域の手当てが目立つ程度で全体的には大きな変化はなかったと言って良い。我が国の経済状況を反映したわずかな改定率であったのでやむを得ない

ともいえよう。

生体検査委員会の平成26年度の総括としては、まず「内視鏡における適正な診療報酬に関するWG」において内視鏡試案の作成が藤城光弘座長を中心としたWG委員の努力で予定通りほぼ公表できるところまで完成に近づいている。

また「生体検査コーディングWG」も土田敬明座長、大江和彦先生の指導の下、順調に作業が進んでおりもうすぐ公表できるところまで来ている。両WGとも内科系学会の委員との共同作業を進めて完成に向かっていくことの意義は大きいと考える。

この間の事務方のスタッフの皆様のご尽力は筆

舌に尽くしがたいものであり、あらためて外保連における事務能力の高さには感じ入るところであり、深く感謝したい。

また「画像診断試案作成WG」(井田正博座長)は第1版を出版後の精緻化作業を、「生体検査に係わる医療材料WG」(土田敬明座長)は材料登録の充実をそれぞれ継続している。

生体検査試案の精緻化やあたらしい試案の作成、コーディング作業などを通じて、複雑化する日常臨床における個々の医療技術の臨床評価を整理、見直しそれらの難易度、経済評価を複数学会からの多眼的な視野から俯瞰する作業が生体検査委員会に与えられた重要な使命であると考えます。

27年度は28年度改定のための大事な準備期間として各WGの活発な活動を期待している。

私事ながら2000年に(前)生体検査委員長 比企能樹 現名誉会長から検査委員会を引きついでから10数年でこのたびようやく肩の荷を下ろすことになりました。検査委員長としての力不足・才能不足を甘受していただいた皆様に深く感謝しております。

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。

さて次期診療報酬の改定をおよそ1年後に控え、いよいよ具体的な検討策定作業が行程表に則って進んでいく時期になりました。麻酔委員会も外保連各委員会の活動と歩調を合わせて、過不足のない充実した仕事を成就しようと考えておりますので、関連各学会の先生方のご参加とご協力をよろしくお

願いします。

麻酔試案に対する全般的なコンセンサスはこれまでの経緯と実績で十分に確立してきていると思っておりますので、主たる作業内容は各大領域の懸案になっている項目をより実態により合致するように精緻化することにあります。全身麻酔においては、麻酔困難度を表す麻酔係数の具体的検討、機材費の実態調査、長時間加算の方式の診療報酬との擦り合わせなどが挙げられます。区域麻酔においては区域麻酔管理困難度の明確化、深鎮

静の算定方式の診療報酬との整合をいかに進めるか、神経ブロックの再点検などが挙げられます。

これらの課題への対応にあたって、関係各位に多大なご尽力をお願いすることに成りますが、引き続き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 木村 泰三



平成26年度診療報酬改定は、薬価・材料がマイナス0.63%、本体プラス0.73%で、全体改定率プラス0.10%とされたが、本体プラスのうち、0.63%は消費税対応分であり、実質的にはマイナス0.53%の改定となった。従来の改定では、薬価・材料のマイ

ナス分は診療報酬本体に向けられ、特にここ数回の改定では医療技術の評価に重点的に当てられた。今回の改定では、それがそっくり消費税対応に当てられたから、医療技術の評価を中心とした外保連要望には、当然、大変厳しい結果となった。

すなわち、平成26年度改定で外保連の新設要望と改正要望で採用あるいは考慮をされたのは、それぞれ49項目、38項目にすぎず、平成24年度改定の新設91項目、改正79項目の採用に比べると半減した。また、手術診療報酬では、増点が19の手術に行われたのに対し、減点は81の手術に達し、全手術の平均でマイナス改定(99.42%)となった。平成22年度改定と24年度改定で技術料(手術料)が上げられたことにより、外科崩壊に歯止めがかかるかに見えたが、また危機的状況に逆戻りしそうである。

平成27年度の実務委員会の活動は、平成28年度改定にむけての要望書作成にある。すでに要望項目のアンケート調査は昨年12月に締め切れ、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る。3月には実務委員会を開催して、要望項目とその記載学会を決定し、4月下旬を要

望書記載の締め切りとする予定である。6月には要望書を完成したい。根拠に基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26年度改定の以下の項目につき、厚生労働省に改善を訴えていきたい。すなわち、1.短期滞在手術等基本料の矛盾点(診療所を除いたこと、ヘルニアや白内障手術が両側でも基本料が同じことなど)、2.帝王切開の診療報酬下げ、3.手術・処置の休日・時間外・深夜加算の算定要件(術者が翌日の手術参加が制限されるため、大部分の病院で申請できない)、などについてである。

帝王切開の診療報酬下げについては、外保連試案における同手術の時間短縮がその根拠となった。試案の診療報酬(技術料)は、手術難度と、術者数、手術時間だけに基いて算定されており、医師のストレス、訴訟リスク、社会への貢献度などは全く考慮されていない。正当な手術診療報酬はこれらの点も加えて決定する必要がある。そこで手術委員会と実務委員会では、「医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ」(川瀬弘一座長)を立ち上げ、新しい評価軸をつくるべく活動を開始したところである。

さて、最後に私事となりますが、外保連の定年規定により、私は平成27年3月をもって実務委員長を退任します。出月康夫先生の後を受けて、平成15年より実務委員長として要望書作りに携わってまいりましたが、ここまで無事務められたのは、諸先生方の献身と協力のおかげであります。ありがとうございました。

## 総務委員会 委員長 西田 博



皆様、あけましておめでとうございます。

総務委員会の本年度の活動方針といたしましては、昨年来の検討事項となっております、手術試案と検査・処置・麻酔試案との間で技術度指数に違いがある現状について、変更すべきか

否か、また変更するのであればどのように変更すべきかを、データに基づき議論し、2016年改定に間に合うように結論を出す事があげられます。

また、現行の技術度・時間・人数からなる人件費と、償還できない医療材料の提示、つまり、コスト面からなる外保連試案に、手術の価値、などを組み込む、あるいは現行方式で生じる矛盾を補うべく、まず主に手術委員会の中のワーキンググループとして立ち上がった「医療技術の新しい評価軸検討ワーキンググループ」の議論も、個々の技術に個別具体的に關わる問題ではなく、全体に

関わってくるテーマであり、総務委員会でもその推移を注視していきたいと思っております。私自身もこのワーキンググループの副座長を拝命しておりますし、3つのサブグループの中の一つに所属し議論に参加しておりますが、つかみどころがないというか、なかなか難しい面もあり、まだブレインストーミングの段階にあるようにも思われます。そんな時、下記のような事を考えました。

皆様よくご存知のように日本のGDPは3位の経済大国であります。人口の多さで補正しますと一人当たりGDPは24位と中位になります。経済の規模での比較、これを無理矢理、現在の外保連試案での点数の出し方、と考えますと、今、検討されている新しい評価軸は、経済的豊かさで国の評価、ランク付けをするのではなく、人生そのものの豊かさを評価、ランク付けする試みに似ているのではないかと思います。人間が本来人生に最も望む幸福と健康の度合いを測るものと言えます。調べてみますと、「幸福度」の指標には下

記のように様々なものがあり、すでにランク付けなどが行われています。

- 1) 世界幸福度地図(World Map of Happiness ; イギリスのレスター大学の社会心理学者エイドリアン・ホワイトによって作成) = 健康、富、教育からなる。日本は90位
- 2) 地球幸福度指数 (The Happy Planet Index ; イギリスの環境保護団体であるFriends of the Earth 作成) = 国民の満足度や環境への負荷などからなる指標である「国の幸福度」を計る指標。日本は75位(2009年)
- 3) 国民総幸福量 (Gross National Happiness, GNH) = 精神面での豊かさを「値」として、或る国の国民の社会・文化生活を国際社会の中で評価・比較・考察することを目的とし、1. 心理的幸福、2. 健康、3. 教育、4. 文化、5. 環境、6. コミュニティー、7. 良い統治、8. 生活水準、9. 自分の時間の使い方の9つの構成要素からなる、を基とした国連の世界幸福度報告書2013では日本は43位。

いずれの指標でも日本の順位は、経済規模から見た順位よりずっと低いものがあり、日本の医療は世界一の評価を受けていますが、日本の医師、日本の外科医の評価はどれくらいの位置づけになるのか、それも経済的には？、幸福度は？などと頭の中の夢想は広がります。

面白い事は、幸福度を測る指標の中にはどの指標にも、当然の事ながら、健康が入っている事です。つまり、幸福度を測る基本的要素である健康に貢献する医療の価値を、外保連という専門家集団でさらに国民目線からのご意見も頂く方もメンバーに入れて検討を開始したという事は極めて理に適った事であると思いついたのであります。さらに、幸福度を測るといふ一見難しそうなテーマであっても3つの方式がすでに実行されており、国連までレポートを出すようになってきているという事も興味深いです。参加する委員による「熱い熱議の外保連」での議論を経て世界にも類をみない新しい評価軸が形成されることを信じて疑いません。

#### 規約委員会 委員長 出口 修宏



平成27年度は、定款及び関連する各種規則の整合性や語句の不適正などの問題点を中心に、引き続き整備を致しますので、何かありましたら忌憚のないご意見を賜れば幸いです。

また私事ながら、平成27年3

月をもって規約委員長を退任致す事になりました。長い間皆様に賜りましたご支援とご協力に心から厚く御礼申し上げます。

## 特集 先進医療から保険収載された技術 PART

### 「内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 (K617-5)」

日本静脈学会

愛媛大学大学院医学系研究科 心臓血管外科

八杉 巧

#### はじめに

潰瘍形成などを伴う重症下肢静脈瘤症例では、不全穿通枝 (incompetent perforating vein: IPV) がうっ滞症状を来す大きな要因である。IPV処理の歴史としてはLintonが1938年に筋膜切開によるIPV結紮手術を報告したが、皮膚切開が大きく手術創部が潰瘍化するなどの合併症も多かった。近年、内視鏡機器の開発に伴い低侵襲手技が普及してきた。内視鏡下不全穿通枝切離術 (subfascial endoscopic perforating vein surgery: SEPS) は、Hauer<sup>1)</sup>が1985年に初めて報告した。健常部位の皮膚小切開創から内視鏡を筋膜下に挿入し、病変部位のIPV処理が可能となり、創トラブルなどの合併症がなくなった。1990年から多くの臨床報告により有用性が示されてきた。日本では、1994年小櫃ら<sup>2)</sup>がオリンパス社製の光学視管を用いた初のSEPS経験の報告を行っ

た。以来、様々な手技の工夫が施され、最近では超音波凝固切開装置 (ultrasonic coagulating shears: UCS) によるIPV切離が汎用されている。SEPSは2009年5月1日に先進医療として認可され、2014年の保険改正に伴い正式に保険収載された。SEPSの適応と手技について解説する。

#### 手術適応

IPVの定義はSVS / AVF国際基準では、穿通枝の径が3.5mm以上、超音波による立位での逆流負荷試験で逆流時間が0.5秒以上とされる(図1)。SEPSの適応は潰瘍、脂肪硬化性・うっ滞性皮膚炎などの皮膚症状を伴うCEAP分類C<sub>4</sub>~C<sub>6</sub>の下肢静脈瘤症例である。伏在静脈の逆流を認める症例では、伏在静脈のストリップング、血管内レーザー

焼灼術などを同時に行う。

**手術 (図2)**

術前の超音波による IPV マーキングが重要である。まず IPV の存在部位から離れた健常皮膚部から筋膜下層にポートを挿入する。ポートより内視鏡を挿入し、粗な筋膜下組織を剥離しつつ予めマーキングしておいた皮膚直下にある IPV を同定、UCS 等を挿入して IPV を切離する。筋膜下腔の working space の確保には CO<sub>2</sub> 送気(8-15mmHg)を併用する。一肢あたり処理される IPV は、1 ~ 4 本である。アプローチには One Port System (OPS)<sup>3)</sup>と Two Port System(TPS)<sup>4)</sup>がある。OPS は鉗子孔と内視鏡が一体化した 1 本の金属筒であり形状は把持ハンドルを備えた L 字型をしている。内視鏡に平行するように金属筒後方から鉗子が挿入されるため、鉗子は内視鏡画面の中心に確認できる。L 字型形状を利用し筋膜下を挙上することにより視野が良好となる。OPS 装置は現在、Richard Wolf 社製 OPS 装置の個人輸入である。SEPS が保険収載されたことから、OPS 装置の供給が容易になり、普及することが期待される。一方、TPS は first port から内視鏡を挿入し、second port から剥離鉗子および UCS を用いて IPV を切離する方法で、腹腔鏡下胆嚢摘出術に用いられる器具が応用できる。内視鏡と処置器具が干渉しないように 2 つの port の挿入部位を設定する必要があるが、筋膜下腔の視野は OPS より広く確保できる。いずれの術式でも SEPS の完遂率は 90-100% である。

**今後の展望**

重症下肢静脈瘤では、表在静脈の処置だけでは

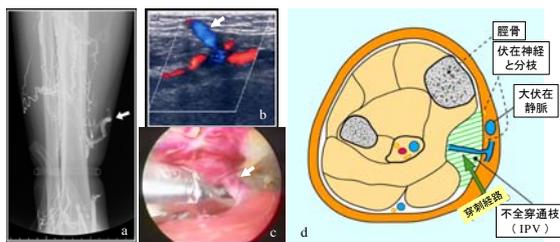


図1 不全穿通枝の (a) 静脈造影所見、(b) 超音波所見、(c) 剥離中の内視鏡所見、(d) 横断像模式図に示す IPV は、下腿 Cockett 穿通枝である

完治が得られず、SEPS を追加することにより劇的に潰瘍などの治癒が速まる症例があることは事実であり、欧米のガイドライン<sup>5)</sup>でも IPV に対する治療として SEPS または超音波ガイド下の硬化療法か焼灼術が推奨されている。日本でも 2002 年より内視鏡下静脈疾患治療研究会 (現在は日本内視鏡外科学会の分科会) が毎年開催され、SEPS の技術交流や改善に向けて活発な討論が交わされ続けている。慢性静脈不全診療に携わる医師の関心も高まり、学会での SEPS セッションへの参加医師数も保険収載を機に飛躍的に増加した。本術式を安全かつ効率的に進めていくためには、トレーニングコースの開設や手術機器のさらなる開発・販路の改善も検討が必要であると思われる。

**参考文献**

- 1) Hauer GH: The endoscopic subfascial division of the perforating veins-preliminary report. VASA 14: 59-61; 1985.
- 2) 小櫃由樹生, 他: 内視鏡的筋膜下交通枝切離術の経験. 静脈学 5: 229-233; 1994.
- 3) 永田英俊, 他: 下肢静脈瘤に対する内視鏡下筋膜下不全穿通枝遮断術 (ESDP) の手術手技. 日鏡外会誌 8: 301-306; 2003
- 4) 春田直樹, 他: 2 ポートシステムによる内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術. 手術 54: 1113-1117; 2000.
- 5) O'Donnell TF, et al: Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. J Vasc Surg 60(2S): 3S-59S; 2014.

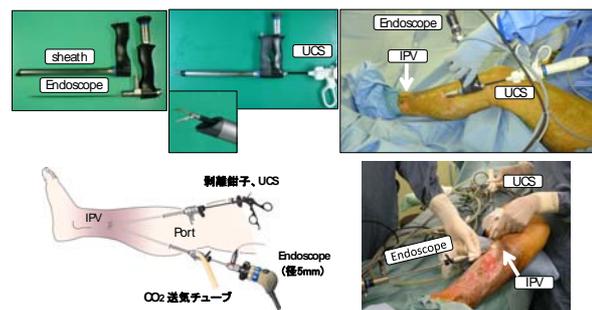


図2 上段: One Port System 下段: Two Port System

# 「人工尿道括約筋植込・置換術 (K823-5)」

日本泌尿器科学会

東北大学病院泌尿器科

荒井 陽一

## はじめに

男性は膀胱頸部の解剖学的構造が女性とは異なっていることから腹圧性尿失禁がおこりにくい。しかし、下部尿路に対する手術や外傷により括約筋機能が低下した場合などでは重症の腹圧性尿失禁が生じることがある。原因として最も多いのが前立腺全摘術である。PSA 検査の普及により前立腺癌患者数は急激に増加し、現在、年間に約 20,000 件の前立腺全摘術が行われている。術後は多くの症例で種々の程度の腹圧性尿失禁が見られるが経過とともに改善し、通常 6-12 ヶ月で日常生活に支障のない状態まで回復する。しかし、1-3%では比較的重症の尿失禁が残る。2008 年の全国調査では、このような重症尿失禁はすでに 2,000 名以上存在し、毎年新たに約 300 名以上の患者が発生していることが判明している<sup>1)</sup>。重症尿失禁ではオムツの生活を余儀なくされるため、外出や仕事もままならず、深刻な QOL 障害をもたらす。

## 人工尿道括約筋による治療

男性の軽度腹圧性尿失禁に対しては薬物療法や骨盤底筋体操などで改善が期待できる。しかし、重症尿失禁に対しては人工尿道括約筋植込込み術が唯一の治療法である(図 1)。人工尿道括約筋は男性の重症尿失禁の標準治療とされており、世界でこれまで 10 万人以上施行されている。米国では年間約 4,000 件の埋め込み手術が行われており、これは前立腺全摘術件数の 3%に相当する<sup>2)</sup>。本邦ではこれまで先進医療として年間数件程度に施行されてきたに過ぎず、ほとんどの重症尿失禁患者が放置されていた。幸い 2012 年 4 月に保険収載されたことで、重症尿失禁に悩む患者が救済できるようになった。

## 人工尿道括約筋埋め込み術の実際

現在、人工尿道括約筋として使用できるのは米国 American Medical Systems 社の AMS800 のみである。図 1 のようにカフ、コントロールポンプ、圧力調整バルーンとそれらを連結するチューブから構成される。尿道周囲のカフは生理食塩水で満たされており、尿道を締め付けて尿もれを防ぐ。陰嚢内のコントロールポンプを軽くつまむと、水がカフから下腹部内の圧力調整バルーンに移動し、締め付けが緩んで尿が出る。バルーンの水は 2-3 分で自動的にカフに戻り、再び尿道を締め付ける(図 2)。植込込み術の適応としては、1)十分な膀胱容量がある、2)尿路感染がない、3)デバイスを理解し操作できる、などである。また装置の特性上、大きなクシャミなどでは軽度の尿もれが起こりうるので、

この点について十分な理解が必要である。手術時間は 1-2 時間程度で、術後数日で退院できる。創部の安静を図るため、しばらくはカフをゆるめたままで回路をロックしておく。6 週間後にロックを解除して使用を開始する。

## 人工尿道括約筋埋め込み術の成績

術後患者の尿禁制は劇的に改善され、患者の満足度も高い。軽い尿もれが残る場合でも、パッド 1 枚程度まで改善する。本邦での調査によると、デバイスの 10 年稼働率は 70%以上と良好である<sup>3)</sup>。合併症としては、異物の埋め込みによる感染症が最も多く、この場合はデバイスの摘出が必要である。しかし経験を重ねることで感染症の頻度は明らかに減少する。カフによる圧迫のため、尿道の萎縮やびらんが見られることもある。デバイスそのものの故障では交換が必要になる。合併症の多くは術後 1 年以内に発生し、その後の成績は比較的安定している。本治療法は時にデバイスの置換を要するため、「人工尿道括約筋植込・置換術」として保険収載されている。

## おわりに

2012 年の保険収載直後から、実施施設が順調に増え、年間手術件数は 200 件を超えるようになった。適応症例では、経験豊富な施設に紹介するか、適切な指導を受けて実施することが望ましい。一方、人工尿道括約筋の認知度は未だ高くない。啓発のための患者用 web サイトを設けている<sup>4)</sup>。非常時に備えるために、連絡先病院を記載した患者手帳を配布しており、海外旅行なども想定して 5 カ国語に対応している。治療を受けた患者さんは QOL が改善し、行動範囲も拡大する。そのため、かかりつけでない病院や救急外来などで対応を誤るケースも想定される。緊急時対応を想定して「人工尿道括約筋開放操作」の動画を YouTube にアップしている<sup>5)</sup>。

## 参考文献

- 1) Arai Y, et al: Int J Urol 6:915, 2009
- 2) Reynolds WS, et al: J Urol 178: 578, 2007
- 3) Arai Y, et al: Int J Urol 6:101, 2009
- 4) <http://www.incontinence.jp>
- 5) <https://www.youtube.com/watch?v=-mXjXTxhlfM>

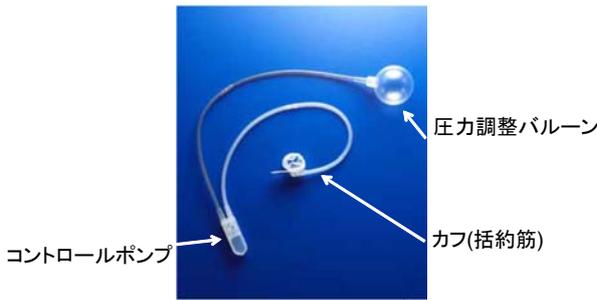


図1 人工尿道括約筋AMS800®

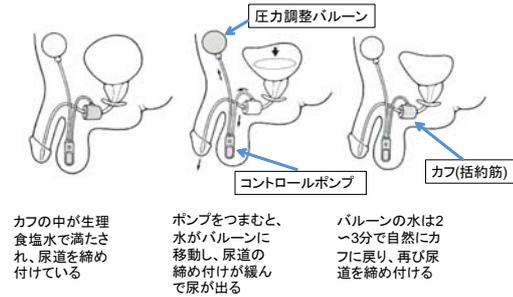


図2 人工尿道括約筋AMS800®の原理

.....

## 「腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。） (K879-2)」

日本産科婦人科学会

藤田保健衛生大学医学部産婦人科

藤井 多久磨

### はじめに

子宮体がんに対する腹腔鏡手術は1990年代より欧米を中心として、その有用性が報告されてきました[1-6]。我が国では2008年に先進医療として承認されたことで普及が進み、2014年4月より保険適用となっています。今回、婦人科がんの腹腔鏡手術では最初の保険収載となった腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る）(K879-2)を紹介します。

### 子宮体がん治療方針

子宮体がんの発症年齢は50 - 60歳台をピークとし、不正性器出血を契機として発見されることが多いとされています。症状を伴うためか、全体の約7割が臨床進行期別の1期に相当するなどで比較的早期に発見されています。組織分化度は予後に反映しますが、子宮体がんの約半数は予後良好なgrade1であり、適切な治療をすみやかに行えば救命できる比較的予後良好な「がん」とも言えます。組織分化度が高い場合、画像検査等で摘出可能と判断されれば手術を行い、病巣のある子宮および子宮付属器（卵巣・卵管）を摘出します。原則として子宮筋層内への浸潤が明らかな場合には骨盤リンパ節廓清術も追加します。摘出された標本にて、子宮筋層内への浸潤が深い場合や組織分化度が低い場合には傍大動脈リンパ節廓清術を追加する場合があります。また、転移が明らかとなった場合には術後に抗がん剤、放射線療法などの追加治療も必要になります。今回保険適用となった症例は臨床進行期別分類のIA期に相当するもので、子宮と子宮付属器および骨盤リンパ節廓清術を行う場合です。

### 子宮体がんに対する腹腔鏡手術の特徴

子宮体がんの手術として従来は開腹アプローチによる方法のみが保険適用となっていました。開腹手術と腹腔鏡手術を比較してみると、腹腔鏡手術では傷が小さく、開腹手術にみられるような腹創部のトラブルが回避できるのは大きなメリットです。子宮体がんの罹患リスク因子の一つとして肥満が挙げられ、BMIが30以上の高度肥満患者も珍しくありません。腹腔鏡手術により、術後の創部感染・離解・腹壁癒痕ヘルニアなどの合併症を回避できます。そのほか、出血量減少や術後イレウスの回避、入院期間の短縮を見込めます。術後の病理検査にて摘出リンパ節転移が明らかとなった場合には、すみやかに後治療を行えることも利点の一つです。周術期合併症頻度は開腹手術と同等です。欠点としては若干の手術時間の延長ですが、これは手技に精通することで短縮できます。再発率については海外の臨床試験の結果では3-5年の生存率に差はなく、長期予後については今後の報告が待たれます。この手術は骨盤内の手術解剖を熟知し、腹腔鏡操作に慣れれば、誰でも習得可能な技術です。良性腫瘍手術と異なるのは、癌細胞の腹腔内散布に注意を払うこと、子宮摘出操作において子宮筋層内に切り込まないことなどが挙げられます。今回、本手術が保険適用となったことで普及が進み、早期子宮体がんの場合には腹腔鏡手術が第一選択の術式となる日もそう遠くないと考えられます。

### 参考文献

1) Tozzi R, et al. Laparoscopy versus laparotomy in endometrial cancer: first analysis of survival of a randomized prospective study. J Minim Invasive

- Gynecol 2005; 12: 130-136
- 2) Malzoni M, et al. Total laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy with lymphadenectomy for early-stage endometrial cancer: a prospective randomized study. Gynecol Oncol 2009; 112: 126-133
  - 3) Zullo F, et al. Laparoscopic surgery vs laparotomy for early stage endometrial cancer: long-term data of a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2009; 200: 296 e291-299
  - 4) Walker JL, et al. Laparoscopy compared with laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group Study LAP2. J Clin Oncol 2009; 27: 5331-5336
  - 5) Janda M, et al. Quality of life after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for stage I endometrial cancer (LACE): a randomised trial. Lancet Oncol 2010; 11: 772-780
  - 6) Mourits MJ, et al. Safety of laparoscopy versus laparotomy in early-stage endometrial cancer: a randomised trial. Lancet Oncol 2010; 11: 763-771



1. 子宮および子宮付属器摘出標本



2. 右骨盤内リンパ節廓清後の骨盤内写真

## 編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース23号をお届けします。本号では、実質マイナス改定であった平成26年度診療報酬改定を踏まえて平成28年度改定では適切な改定が行われるべくどのような方針で努力していくかについて、各委員会の委員長が熱く語っておられます。委員の皆様におかれましても、お忙しい中

大変なご負担とは存じますが、平成28年度改定にむけて是非積極的にご支援賜りますよう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」につきましては今回も3学会から投稿がありました。これからも多くの学会からのご投稿をお待ちしております。「世界に誇る日本の医療技術」「加盟学会の活動だより」につきましては是非ご投稿ください。

## 事務局からのお知らせ

### 原稿募集・1

第22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。