

外保連ニュース 第29号 2018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



新年あけましておめでとうございます。

平成30年の診療報酬改定は、昨年秋に財政等制度審議会分科会が、少なくとも2%台半ばのマイナス改定が必要と発信し、日本医師会・各病院団体・厚労省・厚労族議員を中心とした連合軍と財務省の激しい応酬が続いて

いましたが、内閣の英断で診療報酬全体では1.19%のマイナス改定であったものの、本体は不十分とはいえ0.55%のプラス改定となりましたので評価したいと思います。財政等制度審議会では、医療業界の給与費は増え続けているという主張でしたが、厚労省が実施した医療経済実態調査の結果、医業費用の中に占める給与費の増大の理由は職員数が増えているため、個々の職員の報酬増は民間産業にはるかに及んでいない、国公立を含む一般病院の損益率が-4.2%で史上3番目のマイナス幅であった、などが評価されたと考えています。内閣は働き方改革で3%の賃金アップを目指したいとしていましたし、全就業人口のうち10%以上が医療・介護の世界で就業しているという事実などを勘案すれば、今回の診療報酬・介護報酬のプラス改定は我が国の経済発展にも大きく寄与するものと信じています。財務省と闘ってくださった関係団体に心より感謝いたします。

今回の診療報酬改定は、介護報酬との同時改定のため例年より少し進捗が早く、また1月15日の中医協医療技術評価分科会（以下、医技評）における外科系技術の新規収載・改正審査も終了し、この号外に目を通していただいている頃には、各加盟学会ではその評価を始めていただいているのではないかと考えています。外保連としましては、今回の検討に間に合うよう11月下旬に『外保連試案2018』を上梓し、中医協や厚生労働省の作業に何とか間に合わせる事ができました。今回の『外保連試案2018』では、手術試案で未整理であった領域、特に整形外科領域に大幅な編集を加えたこと、処置試案、検査試案で人件費の技術度指数を変更したこと、実態調査に基づき、手術時間などを数百の手術で延長・短縮したこと、

内保連と初めて協働して「内視鏡試案第1.2版」を収載したことなど、かなりの改訂を成し遂げました。それゆえ、手術試案は8版から9版へ、

目次

新年を迎えて ~ 会長 岩中 督

各委員会からの報告

「平成29年度の総括及び平成30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

特集 先進医療から保険収載された技術PART

- * 日本整形外科学会
実物大臓器立体モデルによる手術支援 (K939 2)
- * 日本消化器外科学会
K695-2 腹腔鏡下肝切除術とK703-2 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の術前登録

編集後記 ~ 広報委員長 松下 隆

処置・検査試案では6版から7版へ基本版数を変更しました。大幅に編集を加えたため、一部(約30ヶ所)のSTEM7コードに誤植が見つかり、正誤表の添付やホームページでの開示を行いました。お詫び申し上げるとともに、短時間で非常に多くの作業を担当して下さった、加盟学会の各委員会委員の先生方、取りまとめを担当して下さった各委員長、データ管理や編集を担当して下さった株式会社ホギメディカル、メディエ株式会社、株式会社医学通信社、さらには外保連事務局の篠原さん以下担当者に深謝いたします。

今回改定の技術評価に際しては、先進医療会議で審議中の技術を、先進医療会議と医技評のどちらで審査するかが、前回に引き続き大きな議題となりました。前回改定では、先進医療会議事案に関しては、最終的に先進医療会議で決着させるということになりましたが、今改定では、先進医療会議からの評価・とりまとめを参考にしつつ、医技評において保険収載を審査するということになりました。ロボット支援手術をはじめ多くの技術が医技評で評価されることとなり、外保連の役割はますます増大しつつあります。加盟学会におかれましては、外保連活動の意義をご理解いただき、より一層のご協力、ご支援を賜りますようお願いして、年頭のあいさつとさせていただきます。

各委員会からの報告

平成29年度の総括及び平成30年度の活動について

手術委員会 委員長 川瀬 弘一



平成29年11月に『外保連試案2018』が医学通信社から発刊されました。診療報酬改定に合わせて2年に一度、改訂を行っており、これは外保連における2年間の活動の集大成です。この中に手術試案第9.1版が掲載されています。インベーションの進展に伴う手術の多様化・高度化等が進む中、この2年間に手術委員会で新規術式172件、廃止術式51件が承認され、3,507件の手術が掲載されています。

今回、手術試案を第9版にバージョンアップした理由は、整形外科領域および形成外科、皮膚科領域において収載順序を大幅に修正したためです。これによって第8版から行ってきた外保連手術コード(STEM7)の操作対象部位に則った術式の並び順が全領域で完成しました。さらに全術式においてSTEM7における基本操作の大幅な見直しも行なっています。

外保連手術試案の大きな目的は、保険収載されていない新規術式の採用要望を外保連経由で厚生労働省に提出して認めてもらうことと、手術の保険点数を適正に反映させることです。このために手術試案には個々の術式についてドクターズフィーの考え方を従前から示しており、手術時間、外科医師数などの実態調査結果を一昨年秋に行い、常に実態に合った試案を目指しています。平成30年度診療報酬改定に係る中央社会保険医療協議会(中医協)の議論の中でも「外科的手術等の医療技術の適正な評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に、診療報酬における相対的な

評価を見直す」とあり、これからも関係各位からの評価を継続できるよう、努力していきたいと思います。

現在の診療報酬における手術分類(Kコード)は、これまで診療報酬改定毎に様々な追加等を行い対応しておりますが、手術手技を分類するものとして十分に体系化されておらず、一定の限界が指摘されています。外保連手術コード(STEM7)は臨床的な観点から体系的に整理されている手術手技の分類です。STEM7は操作対象部位(3桁)、基本操作(2桁)、手術部位へのアプローチ方法(1桁)、アプローチ補助器械(1桁)の4つの基本構造、合計7桁コードで構成されており、外保連術式すべてにコードがふられています。平成30年度改定では、データ提出加算で提出を求めているデータにおいて、KコードにSTEM7を併記する欄が設けられました。これにより、STEM7の入力状況、KコードとSTEM7の対応関係、報酬算定への影響等を確認・整理することが可能となり、今後の手術分類再編の道が開けてきました。なお、現在KコードとSTEM7の突合を行っておりますが、STEM7に多くの誤りが見つかっています。修正し早急にホームページにアップする予定ですので、どうぞよろしく願いいたします。

なお国際的には、手術を含めた医療行為分類の国際的標準化に向け、WHOで医療行為の国際分類(International Classification of Health Interventions (ICHI))の検討も進んでおり、現在暫定版であるICHIベータ版が公表されています。今後はSTEM7とICHIコードのマッチングも平成30年度の新たな目標です。

処置委員会 委員長 平泉 裕



2018年、新年の御挨拶を申し上げます。

処置委員会では昨年度、処置試案に収載する個々の技術項目について内容を大きく一新し広くメディア～国民に向けて発信しました。その内容は、

- 1) 処置試案のさらなる精緻化：技術度、所要時間、必要医師人数等について、技術内容の変化に応じたブラッシュアップを実施。
- 2) 技術度指数の変更：従来の処置試案に採用されてきた技術度指数0.167では、厚労省の診療

報酬点数と外保連計算式による要望点数との間に大きな乖離が生じる処置技術が存在したことから、外保連内視鏡試案ならびに検査試案と同一の技術度指数0.35で統一。

3) 助産師の追加：産科領域の処置技術において、医療スタッフとして助産師が参加する技術があるため、全国実態調査を実施した結果に基づいた人件費を算定して組み込み。

4) 内視鏡試案への移行：今回外保連試案に収載された内視鏡試案に処置技術8項目を選定し移行。

以上のブラッシュアップされた処置試案に基づき診療報酬改定要望提案書を提出しました。

現在、医療技術評価分科会の評価を経て中央社会保険医療協議会（中医協）総会に報告され、2次評価が発表された最終段階にあります。今回評価の対象となった提案は、医療技術としてアウトカムが改善する等の有効性をデータで示すことができる技術に限られた案件となっており、2次評価の段階で「評価すべき医学的有用性あり」とされた提案が処置の新規提案16件中2件、改正提案34件中14件と極めて厳しい結果となっています。

次期診療報酬改定は前回改定と同様、厳しい国家財政状況下での人口高齢化に伴う医療費自然増から医療費全体のマイナス改定（医科本体を除く）となる方針が決まっています。このような状況下で医科診療報酬が低く抑えられ、医療機関の経営状況悪化が深刻化している実態が第21回医療経済実態調査報告で明らかにされま

した。

処置領域で使用される医療材料、医療機器は確実に機能面かつ衛生面で改良が行われてきた結果、価格が上昇しています。その結果、現状の処置点数と比較して、実際にかかる人件費＋医療材料費で算出される要望点数が2倍～20倍に上昇しているものが多数存在しているのが現実です。

処置技術は診療所か病院かといった医療施設形態に関わらず診療現場で最も頻回に実施される医療技術であることから、医療施設経営に大きく影響する診療行為です。外保連処置委員会としては2018年度においても更なる処置試案の精緻化に向けて作業を進めて参りたいと思っております。外保連加盟学会の先生方には多大なる御負担と御貢献をいただきましたことに深く感謝申し上げます。



検査委員会 委員長 土田 敬明



平成29年度の検査委員会では、軟性内視鏡技術を内視鏡試案へ移行しました。内視鏡試案へ移行した技術は、技術度指数の上昇割合が1年毎0.35となっており、検査試案に残る技術の点数に矛盾が生じないように検査試案の技術度指数の上昇割合も

1年毎0.35に変更する作業を行いました。技術度指数の上昇割合を1年毎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、試案の点数が妥当かどうか、技術度、所要時間、及び必要スタッフ人数の見直しを行いました。内視鏡試案への移行および検査試案に残る技術の見直しを行い、放射線画像検査試案を含めて生体検査試案の改訂作業を完了しました。しかし、技術度指数の上昇割合の変更に伴って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指摘されました。平成30年度には、技術度は低いが無効である（費用対効果が優れている）技術の評価について検討を行う予定です。

生体検査コーディングに関しては、大きな修正

はありませんでした。平成30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、類推の廃止に伴い、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の実態調査を担当学会に依頼し改訂を行いました。また、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改訂を完了しました。

平成29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正・廃止に関する検討もなされましたが、引き続き平成30年度も新規技術の収載や既収載技術の改正・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、各委員の先生には、ご負担をおかけすることになると思いますが、平成30年度も外保連の活動へのご協力を宜しくお願いいたします。



麻酔委員会 委員長 山田 芳嗣



新年を迎えまして、麻酔委員会の平成29年度の活動の総括および平成30年度の活動方針についてご報告いたします。

平成29年度は、麻酔試案1.4版を作成して、先般出版された『外保連試案2018』に掲載いたしました。全身麻酔については、長

時間麻酔加算が適用される手術術式について、手術試案の最新の实態調査のデータを使わせていただき、手術時間の中央値+1/2SDが7時間を超えた手術を「長時間麻酔加算対象術式」として選定し、図表7-2に掲載いたしました。長時間麻酔加算は平成26年度改定で新規に認められたものですが、現行ではこの加算を適用できる手術術式が極端に限られていて不合理性が強くなっておりま

す。年が明けて診療報酬改定の決定が近づいてきておりますが、外保連としては、麻酔管理料の長時間麻酔加算の適用手術を麻酔試案に示す「長時間麻酔加算対象術式」全体に拡げていただきたいと要望しており、今回の診療報酬改定の結果を注視しているところです。また昨年12月の中医協総会において厚労省から常勤麻酔科医による総合的な医学管理をより重視するよう麻酔科の診療に係る評価の在り方を検討するという論点提示がなされましたので、この方向性についても注目しています。

平成30年度の麻酔委員会の活動ですが、まず、

内視鏡委員会 委員長 清水 伸幸



軟性腹腔内視鏡を用いた検査・処置・手術を対象とする横断的な試案作成を目指すという基本方針のもとに平成25年より活動を行っていた『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』により、平成28年11月に『内視鏡試案 第1版』が発刊されました。試案各項目は外保連試案の検査・処置・手術試案から移行したものが大多数を占めており、各委員会の先生、特に委員長の先生方に多くのご指導をいただいております。

その後、今後も発展していく内視鏡関連手技の実態に見合った試案として精緻化を進めるため、本ワーキンググループを発展的に解消して『内保連外保連合同内視鏡委員会』を設立し、平成29年年初より活動を開始しております。

当委員会では各手技の専門性を考慮してワーキンググループを立ち上げ、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（循環器）、更に内視鏡試案の考え方や滅菌等を検討する「総論」グループを作り、加盟各学

診療報酬の改定の結果を分析し総括を行う予定であります。その過程で、前述の常勤麻酔科医を高く評価する麻酔診療に係る評価の在り方を麻酔試案にどのように反映させるのが適当なのかを含め検討することが重要になると考えております。合わせて従来通りの、新規技術の収載や既収載技術の改正・廃止の希望を調査して、委員会で検討していく予定です。

本年も麻酔委員会の委員の先生方には多大なご負担をおかけすることになるとは思いますが、外保連活動へのご理解を賜り、引き続きご協力をよろしくお願い申し上げます。

会からご参加頂いている委員の先生方のご意見を参考にしながら試案の改訂を進めております。実態調査の結果を反映できる項目に関しては各数値の改訂を行い、適正に改訂されていることを各ワーキンググループで確認して頂きました。その結果である『内視鏡試案 第1.2版』が『外保連試案2018』に掲載されております。

平成30年度は、試案項目の新規・改正についての細則を明確にするとともに、主として総論部分である『試案の考え方』の議論を進め、『内視鏡試案 第2版』を作成していく予定であります。新規項目追加や改訂については担当ワーキンググループで検討して頂いた後に全体会議で確認を行う形で作業を進めてまいります。皆様に活用していただける試案となるように努めていきたいと考えております。

各加盟学会から参集いただいた内視鏡委員会委員の諸先生、内保連・外保連の関係各位のご尽力に深く御礼を申し上げますとともに、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。

実務委員会 委員長 瀬戸 泰之



平成29年度における活動は平成30年度改定に向けての要望書作成が中心でありました。平成28年度改定では全体が1.03%引き下げとなり厳しいものとなりましたが、本体部分（技術料）はかろうじて0.49%引き上げとなりました。厳しかった平成26年度改定に比べると、新設項目の採用率が23.2%から25.7%、改正項目が26.6%から33.2%と微増しましたが、平成24年度に比較すると満足できる結果ではありません。このような結果をふまえ、外保連としては実態調査を行い外保連試案のさらなる

精緻化に取り組みました。また、加盟100学会（平成28年12月当時）に要望項目のアンケート調査を行い、重複した項目を整理して、新設179項目、改正238（廃止6項目を含む）項目、材料新設・改正32項目にまとめました。それぞれの項目につき、担当学会が厚生労働省の技術評価提案書のフォーマットに従い、各技術の有効性、安全性、経済性、普及性や、改正を要望する理由などを記載いたしました。それをもって、各学会に対する厚生労働省のヒアリングが平成29年7月～8月に行われました。外保連のヒアリングは日本外科学会、日本臨床外科学会とともに8月1日に行われました。今回の要望では、前回同様、「医療技術の新しい評価軸」を検討するワーキンググ

ループの議論を踏まえ、これまでの手術難度と、術者数、手術時間に基づいた算定されている診療報酬（技術料）にQOLの維持・改善効果、緊急度、2つの命を扱う手術、費用対効果などを考慮した新しい評価軸に基づいた手術点数を算定するよう要望いたしました。平成28年度改定でも、人件費/診療報酬の比率や、償還不可材料費/診療報酬の比率が100%を超える手術項目が減少しておらず、その改善も求めました。従来同様、腹腔鏡等手術の一括要望を行いました。今回は縫合器加算においても一括要望を行いました。また、前

回改定で問題となった夜間・休日加算の施設基準でも、アンケート調査を新たに行い更なる緩和を求めています。

平成30年度の診療報酬改定は、まだ詳しい内容についてはわかりませんが、少なくとも外科診療が崩壊しないよう、また手術をよりの確に、より精緻に評価できるよう努めていきたいと考えております。ご承知のこととは存じますが、外保連の活動は重要です。皆さまのなお一層のご尽力をお願いします。

特集 先進医療から保険収載された技術 PART

「実物大臓器立体モデルによる手術支援（K939 2）」

日本整形外科学会

大阪大学大学院医学系研究科運動器医工学治療学寄付講座 菅野 伸彦

はじめに

整形外科診療において、1990年代からCTやMR画像から再構築した三次元画像を用いて、手術シミュレーションや術前計画の臨床応用が試みられるようになった。コンピュータの性能向上とソフト開発に伴い三次元画像を用いた手術計画の最適化が容易となった。これにナビゲーションやロボット機器を組み合わせることで、最適な手術計画を手術室で正確に実行できるようになり、脊椎手術、人工関節手術、骨切り手術、骨折手術などに応用され、手術精度の向上と合併症の低減が図られてきた。2000年代に入り3Dプリンタ技術の臨床応用がすすみ、ナビゲーションなどの高価な機器がない施設でも実物大臓器立体モデルによる手術計画や手術シミュレーションが試みられるようになった。実物大モデルは、立体視に加え触覚も加わり、モデルで手術の予行ができるため、骨切りやインプラント設置において実際の手術に近い仮想手術を術前に行うことができる。また、その直観性を生かし、患者説明や教育にも応用されている。実物大モデルの骨表面形状を鋳型として、その部分に適合する形状モデルをカスタマイドで作成し、そのモデルにドリルガイドスリーブやボーンソーガイドスリットを手術計画に従って組み込めば、術中に露出した骨表面に術具を合鍵のようにはめ合わせることで、ドリルや骨切りの患者適合型手術支援ガイドとなる。以上の3つの三次元画像に基づく手術支援技術は、先進医療を経てK939画像等手術支援加算として保険収載されており、1)ナビゲーションによるもの、2)実物大臓器立体モデルによるもの、3)患者適合型手術支援ガイドによるもの、として分類され、整形外科手術でもそれぞれの適応が定められている(表1)。

三次元画像ナビゲーションは、汎用性が高く、手術支援精度が高く、薬事承認機器として販売さ

れているが、初期導入費用が高いことが普及の壁となっている。患者適合型手術支援ガイドは、人工関節手術に限定されており、人工関節手術に付帯する手術器具を減らし、製造販売会社の経費削減効果に組み入れやすい。一方で、実物大臓器立体モデルによるものは、骨固定インプラントに伴わない手術手技もあり、医師や病院の経費負担を軽減するのは保険しかない。

実物大臓器立体モデルによる手術支援（K939 2）の臨床応用例

右特発性大腿骨頭壊死症で、壊死部が骨頭の内側に限局していれば、図1Aのように転子間でカーブ状に骨切りし、大腿骨頭頸部を内反することで壊死部を荷重域から逃がして、圧潰進行防止と症状の改善が期待できる。CTやMR画像から大腿骨の表面形状を抽出してSTL形式のコンピュータモデルにし、3Dプリンタで実物大モデルを作成し(図1B)、骨切り計画線に沿って骨切りをし(図1C)、内反後に固定インプラントをどのように設置するかを模擬手術をすることで、実際の手術を正確にスムーズに行える。

今後の展望

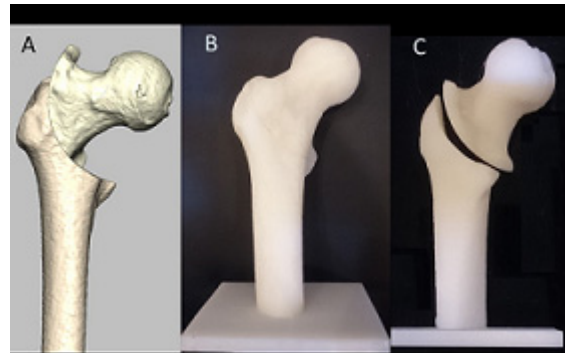
2016年3月での「骨盤、四肢骨又は関節に著しい変形又は欠損を伴う疾患、また外傷の手術を対象とした実物大臓器立体モデルによる手術支援」の先進医療の中止とともに、複雑な骨折の修復シミュレーションや骨欠損の著しい人工関節再置換術への骨格モデルの適応が保険で難しくなっており、保険適応術式の拡充が望まれる。また実物大モデルの素材は、強度や弾性が骨と異なるため、ドリルや骨のみなどで模擬手術を行った場合、破損しやすいという欠点がある。今後は骨に類似した材料特性を有するモデルが望まれる。最後に、モデルのSTLファイルを送るだけ実物大モデルを

入手できるようなネットサービスができれば、病院や医師の手間とコスト削減になり、その活用は広まると考えられる。

【表1】

K939 画像等手術支援加算	
K939-1 ナビゲーションによるもの 2,000点	大腿骨頭回転骨切り術、大腿骨近位部骨切り術、関節形成手術、人工骨頭挿入術、人工関節置換術、人工関節再置換術、内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出術、骨盤骨切り術、臼蓋形成術、寛骨臼移動術、脊椎固定術、椎弓切除術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。
K939-2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点	大腿骨頭回転骨切り術、大腿骨近位部骨切り術、脊椎骨盤悪性腫瘍手術、椎弓形成術、脊椎固定術、椎弓切除術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。
K939-3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000点	人工関節置換術、人工関節再置換術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

【図1】



「K695-2 腹腔鏡下肝切除術とK703-2 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の術前登録」

日本消化器外科学会

神戸大学大学院外科学講座食道胃腸外科学分野 掛地 吉弘

はじめに

平成28年度の診療報酬改定により、「K695-2 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、1区域切除（外側区域切除を除く.）、2区域切除及び3区域切除以上のもの）」、「K703-2 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術」の2術式（表1）が診療報酬に採択され、これらを施行するための施設基準も厳格に定められた。

新たに定められた施設基準（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」平成28年3月4日 保医発0304第2号）では【当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること】という条件が明記されている。

また、疑義解釈（疑義解釈資料の送付について（その2）平成28年4月25日）において、「関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること」とは【日本外科学会系のデータベースである一般社団法人 National Clinical Database (NCD) に症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っている場合を指す】ことが明記されている。

なお、K695-2 腹腔鏡下肝切除術では、併せて一般社団法人日本肝胆膵外科学会並びに肝臓内視鏡外科学会における症例登録制度に症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っている場合を指すことが明記されている。

表1. 対象術式

K 695-2.3	腹腔鏡下肝切除術 (亜区域切除)
K 695-2.4	腹腔鏡下肝切除術 (1区域切除 (外側区域切除を除く))
K 695-2.5	腹腔鏡下肝切除術 (2区域切除)
K 695-2.6	腹腔鏡下肝切除術 (3区域切除以上のもの)
K 703-2	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術

※注意事項「K 695-2 腹腔鏡下肝切除術」のうち、以下の術式は、今回の対象外。

K 695-2.1	腹腔鏡下肝切除術 (部分切除)
K 695-2.2	腹腔鏡下肝切除術 (外側区域切除)

術前登録

各施設に安心して保険診療を実施していただき、かつ可及的速やかにNCDを用いた運用を開始していただけるよう、関係団体（日本肝胆膵外科学会、肝臓内視鏡外科学会、膵臓内視鏡外科学会、NCD、日本消化器外科学会）にて協議を行い、表2の方法により各施設と関係団体との連携体制を構築した。

表2. 登録手順

a.	「K695-2 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、1区域切除（外側区域切除を除く.）、2区域切除及び3区域切除以上のもの）」「K703-2 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術」共通
a-1.	日本消化器外科学会への学会連携申請書の提出（登録費用1術式あたり年額5万円）
a-2.	NCDへの術前症例登録 <ol style="list-style-type: none"> 手術日前日までにNCDに【手術予定情報】を入力し、ステータスを確定する。 ※手術日の翌日以降は【手術予定情報】の変更は不可 術後に企画手術からの変更の有無について登録する。術後情報は手術日から90日後までに入力
b.	「K695-2 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、1区域切除（外側区域切除を除く.）、2区域切除及び3区域切除以上のもの）」のみ
b-1.	肝臓内視鏡外科学会の症例登録システムへの施設登録（各施設の倫理委員会の承認が必要）
b-2.	肝臓内視鏡外科学会の症例登録システムへの腹腔鏡下肝切除術（部分切除術と外側区域切除術を含む）を予定する全症例の術前登録

現時点では、厚生労働省が定めた疑義解釈に記載されているように、保険診療を行う場合に、2種類の症例登録を併行して実施する必要がある。登録者に過剰なご負担をお掛けすることを重く受け止め、将来的に登録を一本化する方向で検討を進めている。

各施設からの登録費用を用いて、以下の事業を行っている。1)登録システムの構築、改修：集積する項目の設定や見直し 2)管理システムの構築、改修：データ検証用システムの管理 3)Auditの実施：実地訪問や資料照会によるAuditの実施 4)一般管理：運営方針の検討会議、事務処理など。

登録状況

2016年6月より腹腔鏡下肝切除術および腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の術前登録が始まり、2017年12月時点で肝切除術は214施設、膵頭十二指腸切除術は67施設が学会連携を申請している。学会連携施設一覧は日本消化器外科学会ホームページ(http://www.jsjgs.or.jp/modules/analysis_and_reporting/index.php?content_id=11)に掲載している。これまでの登録状況を表3に示す。肝臓内視鏡外科研究会ではホームページ(<http://lapliver.jp/>)上に前向き

登録の経過報告を定期的に行っている。2017年6月までの亜区域切除以上の術式の30日死亡率は0.31%(2/640)、90日死亡率は0.94%(6/640)である。

施設Audit

学会連携申請要件として、施設がNCDに参加して術前登録を行うことに加えて以下の項目も定められている。NCD(消化器外科領域)を管轄する関係団体(日本肝胆膵外科学会、日本肝臓研究会、日本内視鏡外科学会、肝臓内視鏡外科研究会、膵臓内視鏡外科研究会、日本消化器外科学会)が、保険診療を行う症例について登録データの検証のためにデータを閲覧することを許可する。関係団体による登録データの検証のためのAuditを受け入れ、協力する。2017年より一定数の施設を訪問し、術前登録の入力状況を確認するAuditを行っている。

結語

先進的保険診療が安全に行われ、かつ正しい評価を受けるための登録制度の確立に向けた体制となる。従来の保険診療にはない枠組みであり、今後の本邦の外科治療の発展のためにもご理解とご協力をいただければ幸いです。

表3. 登録状況

	2017/1/1~12/4			2016/6/10~12/31		
消化器外科専門医術式	症例数	施設数	診療科数	症例数	施設数	診療科数
肝切除術(外側区域を除く区域以上)						
系統的亜区域切除術	599	98	100	282	79	80
膵頭十二指腸切除術	72	12	13	42	10	10

編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース29号をお届けします。平成30年度の診療報酬改定は全体では1.19%のマイナス、本体は0.55%のプラス改定になりました。今回の改定は診療報酬と介護報酬との同時改定でありすべての作業が例年より約1か月前倒しで進行しているため、外保連試案2018は、中医協や厚労省の作業に間に合うよう11月下旬に上梓しました。外保連試案2018では、前回と同様に実態調査に基づいて手術時間などをさらに精緻化

したことに加えて、処置試案、検査試案の件数技術度指数を内視鏡試案の指数と揃えたこと、内保連と協働して「内視鏡試案」を新設して内視鏡手術、処置、検査を統合したことなどかなり大きな改訂になりました。今回から先進医療会議で審議中の技術は中医協医療技術評価分科会で保険収載を審査することになりましたので、外保連および外保連試案の役割はますます大きくなると考えられます。委員の皆様におかれましては今後とも外保連試案のさらなる精緻化に向けてどうぞ宜しくお願い申し上げます。