

外保連ニュース 第34号 2020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
<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 年2回発行

令和2年度診療報酬改定結果 及び来年に向けて

岩中 督



令和2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+0.55%と、前回同様「やや不満は残るものの一応合格点」と言うところでしょうか。外保連から提出した新規要望項目は164件のうち64件が採択（採択率39.0%）、改正要望項目は208件のうち87件が採択（同41.8%）されました。前回とほぼ同等

の採択率で、まずまずの成果であったと考えます。また手術診療報酬については、前回改定に引き続き126術式が増点になりました。前々回改定で301術式、前回改定で378術式が増点されていますので、今回改定はやや物足りない印象がありますが、今回の増点は市中病院などで実施されている比較的標準的な術式に増点されていますので、それなりの評価はしたいと考えています。ただ医師の働き方改革関連で、+0.08%分が救急医療に特化した増点にあてられたため、二次救急医療などに取り組んでいない医療機関では、少々不満が残ったかもしれません。

さて、この診療報酬改定結果が、医療機関の経営にどのような影響を与えたのか検証を始めねばならないのですが、1月から始まった新型コロナウイルス感染症の蔓延で、不急の手術を制限したり、患者自身による受診抑制が生じたりで、医業収益はほぼすべての医療機関で減収となりました。特に感染者を受け入れざるを得なかった医療機関はその影響が大きく、令和2年度改定の評価を適切に行うことはほとんど不可能となっています。また5月下旬にいったん収束しかかったこの感染症も、7月上旬あたりからじわじわと勢いを取り戻し、この原稿をしたためている7月末では、第一波の頃とは比べ物にならないくらい陽性患者数が激増し、多くの医療機関で平常診療に回復していません。今回の改定のうち特に病院経営に直結する部分に関しては、①国の補正予算で手当てされた特定集中治療室管理料などの増点の影響、②感染症患者の収容に備えるための様々なレベルの空床確保支援、③感染症患者受け入れ協力支援、④医療者に対する手当の支援などの全容やその支援時期が明らかでないこと、また新型コロナ感染症のより大きな第二波、第三波が来るのかどうか、これらの予測不能な要因がある中ではとても評価できる状況にはないことから、今後の4病院団体協議会などからの発信も注視し協働していきたいと思っています。

とは言え、外保連活動は粛々と進めていく必要があります。次回改定に向けて引き続き、試算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いきます。

目次

- ◆令和2年度診療報酬改定結果及び来年に向けて
会長 岩中 督
- ◆各委員会からの報告
「令和2年度診療報酬改定結果及び来年に向けて」
 - * 実務委員会
 - * 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
- ◆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粉れ込み対策などで、外科系の医療がどのような影響を受けたか」
 - * 池田徳彦先生
「日本外科学会の新型コロナウイルス感染への取り組み」
 - * 木村百合香先生
「新型コロナウイルス感染症流行期における耳鼻咽喉科診療の対応」
 - * 伊苺裕二先生
「COVID19蔓延下での心筋梗塞診療体制」
- ◆編集後記 ~ 広報委員長 松下 隆
- ◆事務局からのお知らせ

またこのような状況の中でも今年の秋には、ほぼ4年に一度行っている手術の実態調査を行う予定です。全国の2,000施設以上の医療機関に協力を要請しますが、加盟学会の先生方におかれましてもご協力をよろしくお願いいたします。

なお次回改定に向けた新たな作業として、医療分野におけるAI化の具体的な評価が不可欠になってきました。診断領域では、放射線診断、内視鏡診断、皮膚科疾患や眼科疾患などのAI診断支援が進行しています。AI診療を診療報酬上でどのような位置づけとするか、急ぎ検討する必要が生じてきたため、内保連と合同で「AI診療検討委員会」を立ち上げました。検討の進捗は都度発信していく予定ですが、AI診療に深くかかわる加盟学会におかれましては、適切なご助言をよろしくお願いいたします。

新型コロナウイルス感染症の蔓延により全く先が読めない状況が続いていますが、遅くとも令和3年春ごろまでには、次回改定に向けた取りまとめを各委員会で行うことが必要です。多人数による会議の開催に支障をきたしていますが、外保連活動の科学性を一層高めるためにも、加盟学会間の横断的な議論や適切な連携は不可欠です。各試算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

令和2年度診療報酬改定結果及び来年に向けて

○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%引き上げとなった。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る。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%)とアップしている。ちなみに、平成30年度改定では、平均105.54%(100-132.7%)であった。プラスになった項目は126あり、その平均は118.56%となっている。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、改正は低下している。

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た。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った。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る。令和2年度改定に対する緊急要望としては、加盟学会緊急アンケート調査にもとづき、K5944 イ 不整脈手術 左心耳閉鎖術開胸手術によるもの、K134-4 椎間板内酵素注入療法、K879-2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術、B001 28 小児運動器疾患指導管理料(適応年齢の引き上げ)、K931 超

音波凝固切開装置等加算、D006-21 血液粘弾性検査(一連につき)、手術通則12(処置通則5) イ 休日加算1 時間外加算1 深夜加算1 に関し厚生労働省に提出した。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、時間外や深夜勤務が多い外科系各科にとって朗報であった。しかし、施設要件は厳しく緊急要望項目として要件の緩和を求めた。これまで一定程度の緩和処置(年間日数の緩和)は示されたが、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なかった。やはり大きな施設しかクリアできない施設基準であり、今回も緊急要望として提出することとした。該当する手術は患者にとっても恩恵の大きいものであり、施行者間での不公平感を解消すべく、今後も検討、折衝を継続していくこととしている。

前回、ロボット支援下内視鏡手術12件が保険適応となり、泌尿器科領域以外にもロボット手術が保険診療で使用可能となった。この間、ロボット支援手術件数の増加が報告されており、今回の改定では、あらたに8術式でロボット支援手術が認められた。しかしながら、前回同様、あくまでも新規術式としてではなく、従来の内視鏡手術においてロボットを使ってもいいということであり加算はなく従来の内視鏡手術と同じ点数となっている。安全性担保のために厳しい施設基準も設けられている。2年後の改定時には、適切にロボット手術の結果を評価し、必要があれば加算などによる増点を求めるべきと考えている。

令和2年度は新型コロナウイルス感染により、外科系診療も大きな影響を受けていることが推測される。外保連でも次回改定に向けての取り組みはすでに始まっているが、対面式会議設定が難しいなどの厳しい環境となっているが、粛々と作業は進めていく所存である。なお一層の諸先生方のご支援、ご理解を期待する次第である。

○手術委員会 委員長 川瀬 弘一



令和2年度改定では、新規術式として保険適応されたものは、加算を除くと49術式でした。若干少ないですが、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺切除術、腹腔鏡下脾固定術、腹腔鏡下全結腸・直腸切除囊肛吻合術などの鏡視下手術や、人工椎間板置換術(頸椎)、人工距骨全置換術、顎関節人工関節全置換術、左心耳閉鎖術、尿失禁手術(ボツリヌス毒素によるもの)などが保険収載さ

れ、まずまずの成果と考えます。しかし前回改定で胸腔鏡、腹腔鏡下手術と同じ保険点数で認められたロボット支援下内視鏡手術の増点は認められず、今回新たに肺悪性腫瘍手術、拡大胸腺摘出術、腓頭十二指腸切除術、仙骨靭固定術、食道悪性腫瘍手術、腓体尾部腫瘍切除術、腎盂形成術がロボット支援下内視鏡手術として保険適用されましたが、胸腔鏡、腹腔鏡下手術と同じ保険点数です。

手術の診療報酬点数については、近年増点となった術式は主に大学病院や大病院で行われる難易度の高い、技

術度D、Eの術式が中心でした。令和2年度改定に向けて、外保連から過去5回の改定で増点されていない術式、特に技術度B、Cの術式の増点を要望いたしました。厚生労働省は「外保連試案2020における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う」として、材料に係る費用が手術料を上回る術式等にも考慮いただいた結果、増点された126術式のうち、技術度Bが33術式、技術度Cが55術式と、一般の病院でも多く行われている術式の点数が見直されました。皮膚切開術、デブリードマン、骨折経皮的鋼線刺入固定術、関節脱臼非観血的整復術、ひょう疽手術、穿頭脳室ドレナージ術、霰粒腫摘出術、眼瞼内反症手術、外耳道異物除去術、鼓膜切開術、鼻骨骨折徒手整復術、口蓋扁桃手術、気管切開術、乳腺腫瘍摘出術、気管・気管支ステント留置術、血管結紮術、試験開腹術、肝縫合術、脾摘出術、破裂腸管縫合術、痔核手術（硬化療法）、肛門ポリープ切除術、子宮内膜搔爬術、子宮頸管ポリープ切除術、会陰裂創縫合術（分娩時）、新生児仮死蘇生術など外来で行われる術式も多く、全領域に満遍なくカバーされています。増点された術式数は例年ほど多くありませんが、この恩恵にあずかる病院は多いのではと考えます。

一方、減額となった術式は角膜移植術、大伏在静脈抜去術、下肢静脈瘤血管内焼灼術、精索捻転手術（その他のもの）、の4術式です。角膜移植術では内皮移植加算

が認められ、内皮移植を行う場合が増点、行わない場合が減点となっています。大伏在静脈抜去術は「下肢静脈瘤手術 抜去術」の点数に統一され、下肢静脈瘤血管内焼灼術も、他の手技との有効性が同等とされ、減額されました。しかしこの術式では償還できない材料としてレーザーやイントロデューサーが必要で、償還できない材料費を診療報酬点数に考慮して頂けていないことには納得できません。有効性が同等の手術は同じ診療報酬点数に統一されてしまうのでしょうか。今後が少し心配です。精索捻転手術（その他のもの）は対側の固定するものとの逆転現象が起きていましたので、対側固定をするものが高くなり、その他のもの（対側固定を行わないもの）と判断）が下がったので理解できます。

手術委員会では、手術手技の適正な評価のもとに手術報酬の合理的な原価計算を行い、その結果を手術試案に公表してきました。医療材料調査結果は10年前に行われたものが掲載されている術式が相当数あり、最新のデータではありません。現在新型コロナウイルス感染症の影響で例年通りの手術が行えておりませんが、4年ぶりの実態調査結果より手術時間や医師数の修正を行い、さらに加盟学会の手術委員の先生方をお願いして最新の医療材料調査結果を掲載した次回手術試案を作成していきたいと考えております。今後ともご協力のほどよろしくお願いいたします。

〇処置委員会 委員長 平泉 裕



令和2年診療報酬改定結果が発出されて6か月近くとなります。この間、COVID-19禍の影響で厚労省による診療報酬改定の説明会が中止となり、外保連の委員会活動も休止状態のため、各学会においては令和2年度診療報酬改定の検証作業が中断しているかと思われま

す。その間にも、病院や診療所はコロナ感染者対応に追われる状況となり、手術延期や受療行動を敬遠するといった医療現場の異常事態が生じており、経営危機に陥った医療機関が多数出現している状況を憂いながら、令和2年度診療報酬改定結果について報告させていただきます。

令和2年度診療報酬改定の結果

- 1) 外保連経由で要望した処置項目
 - ・新規要望 24件 ⇒ 採用 8件 (採用率 33.3%)
 - ・改正要望 28件 ⇒ 採用 7件 (採用率 25.0%)

2) 外保連の処置試案 7.2 版が利用された改定項目

- ・処置試案 682件 ⇒ 増点 3件
減点 0件

処置領域においては、患者との接触や飛沫・エアロゾルに暴露するリスクが高い処置項目の多くが自粛となっている状況と思います。今後は、新型コロナウイルスと共存していく社会へと移行していく中で、いかに安全に処置技術を実施するかを含めた診療報酬改定が行われる必要があります。我が国の保険医療制度において、ぜひともその部分に対する手当てや措置が実施されるよう願います。

今年度の外保連活動が既に半年経過してしまっている中で、処置委員会としてもぜひこの点についての議論を深めて行きたいと思っています。処置委員の皆様には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



1. 令和2年診療報酬改定結果
新設要望項目
K282 注2 高次収差解析加算 150点 注の新設
注2 1のイについて、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、手術

の前後それぞれ1回に限り、高次収差解析加算として、150点を所定点数に加算する。

D258-3 全視野精密網膜電図 800点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

D258-3 黄斑局所網膜電図 800点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

D418 子宮腔部等からの検体採取

子宮全摘術後の腔端細胞診を目的とした検体採取は、「1」の所定点数を算定する。

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MR I 撮影) (一連につき)

注9 MR I 撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身のMR I 撮影を行った場合は、全身MR I 撮影加算として、600点を所定点数に加算する。

改定要望項目

D247 4 遊戯聴力検査 450点⇒500点

D256 眼底カメラ撮影

(8) 広角眼底撮影加算は、次のいずれかに該当する場合に限り加算する。

イ 糖尿病網膜症、網膜静脈閉塞症又はコーツ病の患者に対して蛍光眼底法による観察のために広角眼底撮影を行った場合

D274-2 前眼部三次元画像解析

前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植術後又は外傷後毛様体剥離の患者に対して、

月1回に限り算定する。

D320 ヒステロスコーピー 220点→620点

D415-4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合) 5,000点 (新設)

D419 その他の検体採取

1・2

注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。

3 動脈血採取 (1日につき)

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数に加算する。

4 前房水採取

注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、90点を所定点数に加算する。

5 副腎静脈サンプリング (一連につき)

注3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、1,000点を所定点数に加算する。

	提案	考慮された
新設	34	5 (15%)
改正	26	6 (23%)

2. 来年に向けた活動予定

新規生体検査の登録

検査試案の精緻化

医療材料の精緻化

コーディングの見直し (STEM7の導入)

技術度A, B, (C)技術に対する費用対効果の評価 (新たな評価軸)

→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、技術度は低いが有効である技術の評価について検討を行う。

AIに対する技術料の評価

内保連外保連合同のAI診療検討委員会と連携をとり、AI部会にて評価の検討を行う。

なお、来年に向けた活動は、リモートでの会議を中心にやっていく予定です。

○麻酔委員会 委員長 山田 芳嗣



今回麻酔関連では、外保連加盟学会からの要望項目のうち、新設要望項目1件と改正要望項目4件が採択された。新設項目は①血液粘弾性検査による輸血管理加算の設置 (主学会・心臓血管麻酔学会) が評価され、改正項目では、①L001-2 静脈麻酔 3十分な体制

で行われる長時間なもの (複雑な場合) (心臓血管麻酔学会) ②超音波ガイド下末梢神経ブロック (心臓血管麻酔学会) ③L009 麻酔管理料 (I) 注4長時間麻酔管理加算 (麻酔科学会) ④麻酔管理料IIの算定要件の明確化 (麻酔科学会) の4件が評価された。

新設①の血液粘弾性検査による輸血管理加算は、D006-21 血液粘弾性検査 (一連につき) 600点となっ

た。要望では、K920-2 輸血管管理料のⅢと要望した。しかし改定ではこれが D 項目（検査）に置かれたため、多くの開心術を行う施設は DPC 病院であり、実際には算定が出来ていない。この問題点を指摘して、緊急要望項目として提出している。

次に改正項目では、① L001-2 静脈麻酔 3 は、実際に要する人員と比べ余りに低い評価なのでその是正を求めた。今回十分とは言えないが、800 点から 1,100 点に増点されたことは評価できる。② 超音波ガイド下末梢神経ブロックは、注 9 のイとして 450 点が認められた。これは硬膜外麻酔の適応となる手術を受ける患者であって、患者の併存疾患や服用する薬により硬膜外麻酔が行えない等の場合に、硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを実施することの医学的必要性と有用性が高く評価されたものである。③ L009 麻酔管理料(I) 注 4 長時間麻酔管理加算は、対象が拡大された。これは、拡大対象症例の妥当性は、外科系学会の賛同を受けている。④ 麻酔管理料Ⅱの算定要件の明確化は「タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進麻酔科領域における医師の働き方改革の推進及び看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進」より検討された結果と考えられる。そもそも麻酔管理料Ⅱは「複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価するもの」である（通知（1））。通知の(2)で麻酔担当医師が示

され（週 3 日以上かつ週 22 時間以上の勤務を行っている医師で、常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの）、(3) では「主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない。この場合、当該麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要がある」とされている。(4) は、チーム医療の推進・医師の働き方の推進より「担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること」とされている。タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療推進においても医療安全は最重要課題であり、最も優先されなければならない。そのことはこの通知でも明らかで、主要な麻酔手技を含む管理責任が担当医師・麻酔科標榜医にあることが示されている。以上のように、今回の診療報酬改定では、十分とは言えないものの、外保連加盟の各学会の要望が各々適切に評価された結果ととらえることができる。ただしまったく考慮されなかった要望項目もあるのでそれらの再検討も含めて、2 年後の次期改定に向けて従来の麻酔委員会の活動を継続していきたいと考えている。改めて外保連に加盟する関連学会各位のご協力とご支援をお願い申し上げます。

○内視鏡委員会 委員長 清水 伸幸



内視鏡委員会では平成 31/令和元年度に令和 2 年度診療報酬改定に向け、検査・処置・手術試案から積み残し項目の移行、新規項目の追加を中心に、「外保連試案 2020」に掲載された内視鏡試案 1.3 版の発刊準備をいたしました。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）を立ち上げ、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ました。

令和 2 年度診療報酬改定において外保連経由で内視鏡に関連する項目は技術新設 7 項目、技術改正 7 項目が申請され、新設要望項目 7 項目中 4 項目（経気管支凍結生検法：D415-5、回腸囊ファイバースコープ：D312-2、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）：K654-4、内視鏡的乳頭切開術 胆道鏡下結石破砕術を伴うもの：K687 3）が、改正要望項目 7 項目中 4 項目（内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法：K526-4、内視鏡的胃、十二指腸ポリープ粘膜切除術 早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術：K653 3、腹腔鏡下胃局所切除術 内視鏡処置を併施するもの：K654-3 1、小腸結腸内視鏡的止血術 バルーン内視鏡加算：K722）が

採択され、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。

一方、内保連経由で申請された改正要望項目で、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に関しては、シングルバルーンへの統一や平均化が危惧されておりました。実際に今回の改定での再統一でシングルバルーン内視鏡は増点されましたが、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。今後、総論における『安全管理料』などの項目設定には全体の点数引下げ等が起こらぬよう、熟慮が求められると考えられる改定結果でした。

今後は令和 4 年度診療報酬改定にむけて、ワーキンググループのご意見を参考にしながら試案全体の改訂を進める予定であります。本領域は機器や技術進歩も目覚ましく、医療材料等マスタの改訂とともに、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。

総論部分では安全性を担保するために日々行われている努力を診療報酬に反映させる方策や、加算における新規技術の取り扱いなどの議論を重ねていきたいと考えております。また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 AI に対する姿勢なども、内保連外保連合同 AI 診療検討委員会、および検査・処置・手術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、今後も診療報酬改定要望に合わせて2年ごとに改

訂・精緻化することを中心に活動し、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。

◆ 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

日本外科学会の新型コロナウイルス感染への取り組み

日本外科学会コロナウイルス対策委員会・東京医科大学呼吸器甲状腺外科
池田徳彦先生

新型コロナウイルス感染症が発生し、瞬く間に全世界に拡大していった。我が国の感染陽性者数、重症化割合は他国と比較しても高い数値ではないが、診断の標準化も治療薬も確立していない新規の感染症の蔓延は脅威である。国民全体の予防活動が重視され2020年4月7日に7都府県に対し緊急事態宣言が発出され、4月16日には全国が対象になった。

ウイルス感染下で外科医は複数の責務を負うこととなった。

1) 患者本来の疾患の治療に対する病態、リスク評価、手術トリアージ

ウイルス感染による重篤な術後合併症への注意

2) 術後の集中治療室、感染防護具、マンパワーなどの充足度評価

3) 医療従事者や院内感染の防止

このような医療の状況を踏まえ、外科診療に有益な情報を適時に提供することを第一の目的として4月1日に日本外科学会にコロナウイルス対策委員会が緊急に設置された。

まず直面したのが手術トリアージ計画のための指標の要望である。本来なら手術適応であっても、疾患の性質や緊急度に応じて、通常通り手術を行うか延期するかの判断が必要となる。術後に新型コロナウイルス感染に罹患するリスクも想定することになる。また大規模な手術の場合は術後の集中治療室の確保や集中治療医、スタッフの業務シフトなども現実的な確認事項となる。従って手術トリアージ方針は患者の状態とともに地域の感染状況、施設の医療資源、マンパワーなど、様々な要素によって左右される^{1), 2)}。

コロナウイルス対策委員会として「新型コロナウイルス陽性および疑い患者に対する外科手術に関する提言」を作成した。一般的なトリアージの方針として症状の無い良性疾患は延期が可能であるが、有症状の悪性疾患は延期が困難であることや、疾患、患者の状態、地域の感染状況なども鑑み総合的に判断することが肝要であることなど、詳説した。手術関連の院内感染のリスク低減

のための留意点や医療従事者保護のための内容も網羅した。この提言は外科系領域で広く賛同が得られ、日本医学会連合ならびに多くの外科系学会との連名で公開された³⁾。続いて医療供給体制（安定時、ひっ迫時）、対象患者の新型コロナウイルス感染の有無、疾病レベル（3段階）の組み合わせにより、さらに具体化したトリアージの目安も完成した（表1）^{2), 4)}。

日本を含む71ヶ国、359病院を対象に行われた大規模調査によると、3月下旬時点から向12週間に190ヶ国で本来行われる予定だった手術（上部・下部消化管、肝胆膵、泌尿器、頭頸部、婦人科、形成外科、整形外科、産科）のうち73%（約140万件）が中止・延期されたと推定された。このうち癌は約9万8000件で30%、良性疾患は約125万3000件で84%と報告されている⁵⁾。

新型コロナウイルスの周術期に及ぼす影響も懸念事項であり、術後感染を併発した場合、23.8%が30日以内に死亡し、そのほとんどが肺合併症であったというデータもある⁶⁾。無症候性の病原体保有者の術前診断と院内感染防止のため、術前のPCR検査の意義が強調された。日本外科学会と日本消化器外科学会および日本医学会連合で4月9日に加藤勝信厚生労働大臣あてに「全身麻酔管理下外科手術における新型コロナウイルス核酸検出の保険収載に関する要望書」を提出した。同じ趣旨の声明は全国医学部長病院長会議や複数の大学群からも発表された。これらの医療現場からの声が理解され、5月15日には新型コロナウイルスに対するPCR検査は、無症状の患者に対しても医師が必要と判断し実施した場合は保険適応となった。（<https://www.jssoc.or.jp/aboutus/coronavirus/info20200518.pdf>）

我が国ではPCR検査の検体処理機能が諸外国と比較して少ないことは事実であり、全国の検査体制が継続して改善されることを祈念する。

加えて、日本医学会連合の門田守人会長のもと、所属学会理事長との連名で「緊急提言 進行する医療崩壊をくい止めるために」を4月29日に安倍晋三内閣総理大臣と加藤勝信厚生労働大臣に進言した⁷⁾。緊急提言は

- 医療機関における PCR・抗体検出検査体制の早急な大幅拡充のための支援
- 个人防护具の充足
- 医療従事者への支援体制の確立
- 研修中の医療従事者に対する施策
- 今回のパンデミック終息後の施策

の5項目が主な内容である⁸⁾。

緊急対応を要する事項とともに中長期的観点から感染症、パンデミック発生時の医療供給体制についての教育と実地訓練の促進、感染症パンデミックの対策を大学・基幹病院に義務化することや医療従事者・供給可能な資源のデータ把握、集中治療体制の強化なども提案されている。

一度は緩やかになった感染拡大も、7月に入って第2波の到来とも囁かれる状況となったが、今までに中止・延期された手術および新規の予定手術を施行できる体制も回復させなければならない。「with コロナ」であるなら臨床現場の努力に加えて、国としての総合的な医療環境の整備が必須である。感染教育、訓練も中長期的な課題とせず、前倒しして開始すべき状況かもしれない。新型コロナウイルスの病態解明、治療の開発も全世界が待ち望んでいる。

日本外科学会はいかなる状況でも、外科医療体制の進化に向け努力し続ける所存である。

1. American College of Surgeons. COVID-19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care

<https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case>.

2. Mori M, Ikeda N, Taketomi A, et al. COVID-19: clinical issues from the Japan Surgical Society Surgery Today 2020; 50:794-808
3. 日本外科学会
<https://www.jssoc.or.jp/aboutus/coronavirus/info/20200402.html>
4. 日本外科学会
<https://www.jssoc.or.jp/aboutus/coronavirus/info/20200414.pdf>
5. CovidSurg Collaborative, Nepogodiev D, Bhangu A. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. Br J Surg. 2020;10.1002/bjs.11746.
6. COVIDSurg Collaborative Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. Lancet [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31182-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31182-X)
7. 日本外科学会
<https://www.jssoc.or.jp/aboutus/coronavirus/info/20200501-01.pdf>
8. 池田徳彦 特別報告 日本外科学会の新型コロナウイルス感染への取り組み 日本外科学会雑誌 121;4:400-402

表 1 新型コロナウイルス感染症蔓延時における外科手術トリアージの目安

医療供給体制		安定時		ひっ迫時	
対象患者のCOVID-19感染		陰性	陽性・疑い	陰性	陽性・疑い
疾病レベル	A	適切な感染予防策 慎重に実施	延期	延期	延期
	B	適切な感染予防策 慎重に実施	可能であれば延期 やむを得ない場合 のみ慎重に実施	可能であれば延期	延期
	C	適切な感染予防策 慎重に実施	代替治療を考慮 やむを得ない場合 のみ慎重に実施	代替治療を考慮 やむを得ない場合 のみ慎重に実施	代替治療を考慮 やむを得ない場合 のみ慎重に実施

- A: 致命的で無い、急を要しない。
- B: 致命的で無いが、潜在的に生命を脅かす。重症化する危険性がある。
- C: 数日から数ヶ月以内に手術しないと致命的となり得る。

新型コロナウイルス感染症流行期における耳鼻咽喉科診療の対応

日本耳鼻咽喉科学会学術委員会新型コロナウイルス感染症WG担当
東京都保健医療公社荏原病院耳鼻咽喉科
木村百合香先生

耳鼻咽喉科診療は、耳・鼻・のどを専門とし、鼻の中から喉の奥までを精査することで正確な診断が可能であり、また投薬治療だけでなく局所の処置やネブライザ

ーといった治療手段を有することから、これまで上気道炎症のプライマリケアの中心を担ってきた。新型コロナウイルス感染症(COVID-19)も、のどの痛み、発熱や

咳、味覚や嗅覚障害など多くの症状が耳鼻咽喉科領域の一般的な症状で発症することから、耳鼻咽喉科を最初に受診する機会が多い。しかしながら、COVID-19は飛沫感染が主であり、咳やくしゃみによる飛沫の拡散を誘発する可能性のある診察や処置を行う耳鼻咽喉科医は、感染の高いリスクにさらされている。実際、中国や英国で最初にこの疾患の犠牲となった医療関係者は耳鼻咽喉科医であった。

日本耳鼻咽喉科学会では、学術委員会の中に新型コロナウイルス対策WGを立ち上げ、いち早く対応してきた。3月中旬には、外来環境の整備やCOVID-19疑い患者への対応についての診療の対応ガイドを公開した。また、手術や処置・検査については、耳・鼻・頭頸部腫瘍・気管切開の4分野に分けて詳細な対応ガイドを作成した。いずれのガイドも、初期には危機管理としての感染拡大の阻止を目的におき、リスクのある診療行為に関しては中止の勧告を行った。その後、第1波が山を越えたところで、ウィズコロナの時代において、コロナ以外の患者さんへの適正な医療の提供を目的として、処置や手術のリスクに応じた適切な个人防护具の推奨と、地域の蔓延度による手術前検査（具体的にはPCR検査と胸部CT検査）の推奨を中心とした改訂を行った。また、嗅覚・味覚障害と新型コロナウイルス感染症について、耳鼻咽喉科的な問題に対するQ&Aなど、一般の方に向けた情報発信も積極的に行ってきた。

その後、本学会では、COVID-19診療の現状と問題点の把握のために、6月末に医育機関の耳鼻咽喉科責任者を対象としてアンケート調査を行った。ほぼすべての施設において、医療資源が不足する状況や个人防护具の装着といった身体的、時間的、経営面での大きな負担があるなかでも、迅速に感染対策が講じられ、遵守されていた。鼻や咽喉の手術はいずれもエアロゾルを発生する手技であり、医療者への感染リスクが高いことから、鼻・咽喉を対象とした手術は、緊急事態宣言下では過半数以上の施設において例年同月比の0-20%程度の件数に制限されていた。緊急事態宣言解除後は、手術前PCR検査の導入やエアロゾル発生手技に対する付加的予防策を講じた上で、手術が再開されている。実際に術前に2

件のPCR陽性例が報告され、手術介入による重症化の防止や医療者への感染拡大の阻止が可能であった。6月末の時点で45%の施設においてPCR検査費用は自施設で負担しており、経営面での圧迫が問題となっていた。

また、外来診療に関しては、顕著な受診控えが生じていた。日本臨床耳鼻咽喉科医会の調べでは、本年2月頃から例年よりも保険収入が少ない傾向にあったが、4月には全国の耳鼻咽喉科の46%において、例年同月に比し50%以上の保険収入が減少したことが報告されている。また、日本医師会によるアンケート調査では、本年4月の診療報酬の前年同月と比べた減少率を診療科別に見ると、耳鼻咽喉科は小児科の39.2%に次いで2位(36.6%)の減少率であった。この状況は5月、6月に入っても継続しており、耳鼻咽喉科は深刻な経営状況にさらされている。

このような耳鼻咽喉科への受診控えは、COVID-19以外の疾患に罹患している患者さん自身に深刻な結果をもたらす恐れがある。「咽頭痛」「咳」「嗅覚障害」「味覚障害」といった症状は、COVID-19に限られた症状ではなく、様々な疾患により生じうる。たとえば急性喉頭蓋炎は、気道と食道の境である「喉頭蓋」に生じる急性炎症性疾患であるが、急速に進行することで窒息し死に至る可能性がある。COVID-19の流行当初、「症状発症から4日を経過してから」という受診基準が提唱されていたが、急性喉頭蓋炎の場合は短時間で致命的となり得る疾患であり、深刻な影響が懸念された。また、喉頭癌や下咽頭癌や中咽頭癌、口腔癌などの「のどの痛み」を初期症状とする悪性腫瘍に関しても、適切な時期に治療が行えれば機能温存が可能であった症例が、耳鼻咽喉科への受診控えの結果、病状が進行し、予後に影響を与えたり、失声などの大きな機能障害を余儀なくされたりすることが危惧された。

全国の耳鼻咽喉科診療施設は、医療資源の不足という苦境に立たされながらも、早期から適切な感染対策が遵守してきた。その結果、我が国では、処置や手術などの耳鼻咽喉科診療を通じた院内感染の発生は現段階では報告されていない。耳鼻咽喉科医は、上気道感染症の専門家として、ウィズコロナの時代においてもすべての患

外来診療への影響

(新型コロナウイルス感染症対応下での医業経営状況等アンケート調査, 日本医師会)

診療所(有床・無床)	n ≥ 10の診療科	(点)						
		回答数	3月			4月		
			2019年	2020年	増減(%)	2019年	2020年	増減(%)
内科	269	277,678,590	254,911,941	▲ 8.2	275,390,641	239,095,132	▲ 13.2	
外科	22	17,116,265	15,502,780	▲ 9.4	17,272,157	13,802,679	▲ 20.1	
整形外科	28	27,971,595	25,227,167	▲ 9.8	28,315,195	21,724,095	▲ 23.3	
眼科	24	27,496,815	26,021,454	▲ 5.4	25,168,807	22,107,504	▲ 12.2	
耳鼻咽喉科	39	47,734,198	35,777,522	▲ 25.0	36,142,726	22,921,687	▲ 36.6	
小児科	58	40,257,245	30,409,227	▲ 24.5	36,134,643	21,984,689	▲ 39.2	
皮膚科	11	9,387,126	9,073,643	▲ 3.3	8,920,422	7,050,836	▲ 21.0	
泌尿器科	11	26,525,091	25,966,484	▲ 2.1	26,595,230	25,151,931	▲ 5.4	
産科・産婦人科	15	10,890,372	10,258,859	▲ 5.8	10,100,605	8,736,546	▲ 13.5	

者さんに適切な医療が提供できるよう最大限の対策を講じている。患者さんに安心して耳鼻咽喉科を受診していただける状況であることを周知し、信頼を回復していくことが、我々耳鼻咽喉科医の喫緊の課題である。

最後に、耳鼻咽喉科の保険診療における今後の課題について述べる。受診患者数の減少による診療報酬の減少に加え、个人防护具や環境消毒などの消耗品の大幅な価

格高騰や使用頻度の急増などによる費用負担が耳鼻咽喉科の経営に与えている影響は甚大である。耳鼻咽喉科の一般的な検査である喉頭ファイバースコープを例に挙げれば、適切な个人防护具を使用するだけで診療報酬の10%ものコストが発生する。リスクや感染予防策を反映した診療点数の見直しを早急に求めたい。また、PCR検査は、保険請求に際しては都道府県との行政検査としての契約が必要であることから、6月の時点でも半分近くが自施設で負担していた。耳鼻咽喉科手術は上気道の操作によりエアロゾルを大量に発生する手技である。院内感染の拡大防止には手術前PCR検査は必須であり、また手術を受ける患者側の観点からもCOVID-19症例における周術期死亡率は2割強であるという研究報告を勘案し、患者と医療者双方の安全を担保し、適切な医療供給体制を維持するために、どの施設においても手術前PCR検査の保険請求が可能となるよう検討いただきたい。

耳鼻咽喉科への診療控えによる問題点 —新型コロナウイルス感染症と症状の類似性—

・急性疾患の重症化
発熱・咽頭痛・・・



喉頭蓋炎

・悪性疾患の進行
咽頭痛など・・・



下咽頭癌

日本耳鼻咽喉科学会

COVID19蔓延下の心筋梗塞診療体制

日本心血管インターベンション治療学会理事長
伊莉裕二先生

心筋梗塞は冠動脈が突然閉塞する疾患で、胸痛で発症し、24時間以内の死亡率が高い。世界的には人類の死亡原因の第一である。心電図をとることで「ST上昇」という特徴的な所見があるため、多くは心電図で診断が可能である。治療としては、ST上昇型急性心筋梗塞に対し冠動脈インターベンション（PCI）と呼ばれるカテーテル治療を1分でも早く行うことで死亡率を10分の1に低下させることが示されている。病院の入り口を通過してからPCIで再灌流するまで（Door to Balloon時間）を90分以内が推奨されており、日本においては約9割が達成できており、当学会員の献身的努力により全国で供給できてきた。心筋梗塞の死亡率は、日本は世界で最低であり、もっとも良好な国であった。

1) 病院入り口から再灌流まで90分以内が困難となった

保険点数も病院入り口から再灌流まで90分以内に完了することが急性心筋梗塞に対するPCIの手技料34,380点であり、90分以上かかると24,380点となり、10,000点の差が存在する。コロナ以前の時代では、緊急の胸痛患者は心電図をとり、ST上昇を認めれば直ちに心臓カテーテルを開始するのが世界的にも標準の方法であった。

ところが、新型コロナウイルス蔓延下において、心筋梗塞の患者の多くは肺水腫であり、レントゲン写真で異常陰影がある。咳もしていることが多い。すると、院内感染防止対策より、心筋梗塞例はほぼ全例、まずコロナの鑑別をしなければならない。PCR検査は当初翌日結果であり、最近では院内で迅速検査ができるようになったが、それでも4時間から5時間かかる。CT検査はすぐ行えるが、それでも30分程度時間はロスするので、90分以内の達成が困難になる。つまり心筋梗塞

の診療は、コロナの鑑別の時間分だけ、遅延することになる。よってコロナの鑑別や防護具の着用など従来よりも大変な作業をしているにもかかわらず、90分以内が達成できず病院の収益は、のきなみ減少することになってしまった。

2) 防護具の不足によりPCIが施行できない

コロナ時代において心筋梗塞に最適の治療であるPCIを行おうとする場合、実質すべての患者をコロナ疑似症例として対応せざるをえない。その場合、医療者は防護器具を使い万全な体制でおこなうことになる。ところが、4月ころ、マスク、ガウン、フェイスシールドなどがすべての施設において不足してきていた。マスクは月に1個、ガウンはゴミ袋など平時では考えられないような事態に陥りはじめた。スタッフが感染のリスクにさらされ、病院での院内感染の発症で病院機能停止に陥るほうが全体としては損失が大きという理由で、PCIを施行しないという判断もやむをえないものと考えた。PCIができない場合血栓溶解療法を代替として行うが、20年前にPCIと血栓溶解療法の無作為試験が多数行われ、いずれの試験においてもPCIの死亡率が低いことが示され、PCIを行うのが最適とされてきた。時計の針を20年前に戻し、20年前の治療しか行えないのであるが、コロナの院内感染防止のメリットとのバランスを考え、やむなく血栓溶解療法で対応するとしても、その判断を学会としても支持するという声明を4月13日に発表した。

当学会が行った2週おきの定点調査では、待機的なPCIは最大4割の施設が延期したが、幸い心筋梗塞に対するPCIの体制は9割以上で維持できていた。つまり、ほとんどの日本の施設において第一選択であるPCIが

施行できていたのである。これは世界的にみても素晴らしい成績であった。

3) 患者の受診控えの懸念

さらに、コロナの第一波の期間に世界で興味深い事象が起こった。すなわち、心筋梗塞の受診者が世界中で減少したのである。報告によれば、米国で3割減少、南米で5割減少と報告され、ヨーロッパでも中東でもアジアでも同様の報告がされた。原因は明らかではないが、ニューヨークでは心筋梗塞4割減少の一方、自宅で死亡し検死に回った例が4倍に増えており、この中に心筋梗塞が含まれているのではと推測された。そこで、患者がコロナを恐れて病院への受診を控えているのではないかというのが海外の医師の考察である。心筋梗塞は発症した直後の対応で死亡率が大きく変わる。心筋梗塞は患者本人が気づかな

いと外からは分からないので、本人が病院へ行こうと思わなければ誰も気づかないのである。日本では数値が明らかになるのは、統計データがそろった後でもう少し先になるが、印象としてはやはり心筋梗塞の受診が減ったと思われた。もし日本でも受診控えが発生しているとするれば、これは早期に受診していただくよう啓蒙活動をしなければならない。

まとめ

コロナの鑑別、防護具の着用など、従来より手間がかかり時間がかかるようになった。防護具の不足は最適な治療であるPCIができないことになりうる。患者も受診控えをする傾向もあり、日本の世界に誇る心筋梗塞診療体制を維持するために更なる努力が必要である。

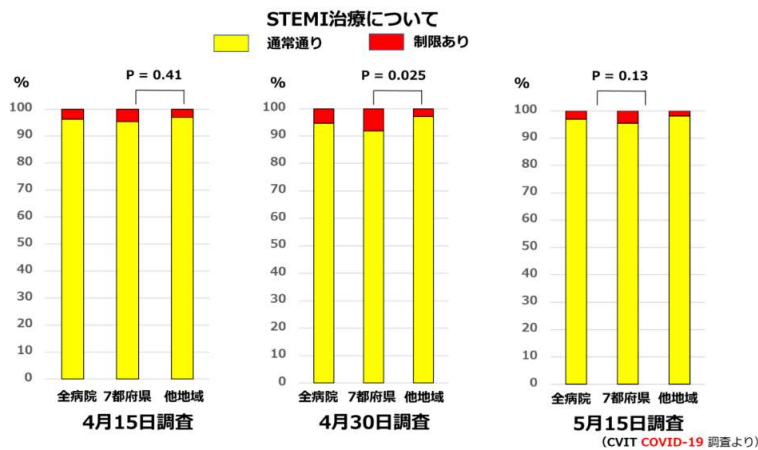


図1 日本心血管インターベンション治療学会が行った、PCI施行施設へのアンケート結果。4月30日の段階でも9割以上はST上昇型急性心筋梗塞（STEMI）に対しPCIを通常通り施行できていた。

◆編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース 34号をお届けします。令和2年度診療報酬改定は医科本体は0.55%のプラス改定でした。今回の改定では、働き方改革のため救急医療に特化して0.08%増点されました。手術点数については材料に係る費用が手術料を上回っている術式が多く考慮された結果、市中病院や外来でも行われる比較的難易度の低い術式について多くの改定が行われました。「ロボット支援下内視鏡手術」については、今回新たに8件保険収載されました

が、前回の12件を含め増点は認められず通常の内視鏡手術と同じとされました。2年後の改定にむけて「ロボット支援手術」の有用性のエビデンスを積み重ねることが必要と考えます。今年はCOVID-19感染拡大のため多くの病院で医業収入が減少し、今回の診療報酬改定の効果を客観的に判定することが難しくなっていますが、医科診療報酬の適正化のため、令和4年度改定に向け準備を始めなくてはなりません。今年秋に実施予定の4年に一度の手術の実態調査をもとに外保連試案の更なる精緻化をどうぞよろしくお願い申し上げます。

◆事務局からのお知らせ

【退会学会】

・日本血管内治療学会

※以上、現加盟学会数計110学会