2022 年第７回　日本脊椎脊髄病学会・日本側弯症学会合同社会保険システム等検討委員会　議事録

日時：2022 年 12月 21 日（水）18:00～18:45
場所：Web

出席依頼者（敬称略）
JSSR（担当理事）大鳥　（副委員長）遠藤　（委員）赤澤　酒井　鈴木　辻　平泉　牧　渡邉（外保連委員会）手術：平井、坂井；実務：鈴木、牧、松倉；検査：坂井；内視鏡：高野；処置：平井、松倉；麻酔：牧
（アドバイザー）青田　山縣　細金
側弯症 手術：藤田、八木、実務：井上、宮城、処置：酒井大輔、検査：酒井大輔、麻酔：宮城

出席者（敬称略・順不同）：大鳥（理事）、平泉、青田、山縣、遠藤、平井（委員長）、細金、藤田、渡辺、鈴木、辻、高野、坂井、宮城、八木、井上、谷口、牧、松倉

・理事会報告（大鳥先生）
本委員会の調査から JOANR における手術時間の上下外れ値を提供することができ、承認をされた。

・令和６年度改訂に向けての要望項目の確認要望（ご担当の先生）
新設

- **腰椎固定術　（ロボット支援）**　共同提案　日本整形外科学会（赤澤先生）

- **脊椎側弯症手術　固定術（ロボット支援）**　共同提案　日本側彎症学会（赤澤先生）

（坂井先生）腰椎固定術、脊椎側弯症手術いずれもロボット支援で外保連委員会において試案を承認いただいた。ただし、ロボットを介して手術を行うダヴィンチのようなロボットとは違うので、「ロボット支援」という名称ではなく、正式名称の確定は外保連のワーキンググループで検討いただいている。
（平泉先生）ナビゲーションにロボット支援の技術が加わるといった概念になりそう。
（平井先生）赤澤先生中心にエビデンスをまとめて頂いている。フリーハンドと比較してスクリュー設置正確性・入院期間の短縮・費用削減の 3 項目で有意に優れていることを示す予定。

改正（優先順位の順番）

- **K142-5　内視鏡下椎弓形成術の複数椎間加算**　共同提案　日本整形外科学会（高野先生）
- **K142-5　内視鏡下椎間板摘出(切除)術、内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎弓形成術（通則 14 の追加）**　共同提案　日本整形外科学　（高野先生）
  （高野先生）３回目となるが、出し続ける方針なので出す。椎弓切除が認められているので、椎弓形成も認められるべきであろうから、また練り直してみる。
  （平泉先生）普及している手術であるので、ぜひアピールして欲しい。

- **K134-4　椎間板内酵素注入療法**　共同提案　日本IVR学会　日本ペインクリニック学会（平井先生）
  （平井先生より）増点および医師/施設要件の緩和を要望予定。

- **背椎複数回手術後癒着剥離術加算**（辻崇先生）
  →辻先生にエビデンスベースで提案書を作成いただく。

- **超音波凝固切開装置等加算の背椎前方手術のへの適応拡大（現状、胸・腹腔鏡下手術・悪性腫瘍等に係る手術、バセドウ甲状腺全摘）**　（牧先生）
  （牧先生）前回と同様費用対効果の参考になる論文がなく厳しいかもしれないが、とりあえず出すこととする。今まで胸腔鏡下あるいは悪性腫瘍しか認められておらず厳しいかも。むりなら前方手術自体の試案改正で増点を視野に検討したい。
  （遠藤先生）悪性腫瘍のみでなく、悪性を疑われるとしたらどうか。
  （山縣先生）外科では悪性でないとすぐに査定対象となるようだ。
  （大鳥先生）腫瘍に限らず LLIF 等の低侵襲手術において使用することを認めもらうために検討されたものではないか。
  （山縣先生）本来はそうであったが、なかなか認められないので腫瘍の手術をまず認めもらおうとなった経緯がある。
  （平泉先生）腫瘍だけでなく膿瘍も含めの提案書としたい。
  →やはり可能であれば悪性だけではなく LLIF を含めた広く前方手術全体への適応拡大を目指す方向で検討いただくことになった。

- **K939 3　画像等手術支援加算　患者適合型支援ガイドに背椎手術を追加**　（主学会日本背髄外科学会）　JSSR は共同提案として提出
  （平井先生）現状人工関節・下顎骨手術に限定されている。NSJ に背椎領域の適応拡大の要望を出していただく。

・K コード整理

(平井先生)平成 30 年改訂の外保連手術コードの STEM7 が DPC データ提出時に併記されることが決まり、整形外科と消化器外科、心臓外科領域の K コードと STEM7 を一部の術式で突き合わせて、K コードのコーディングを精緻化すると外保連から要請があった。これに伴い、従来の術式別 K コードではなく操作対象部位にコーディングするような軸に変更するため、まずは整形外科 JOA から WG が立ち上がった。平泉先生を中心に手外科学会・人工関節学会・外傷外科学会・脊椎脊髄病学会が現行の K コードを部位別にわける必要があるかプロジェクトとして検討が始まった。

プロジェクトの意図としては同じ術式にまとめられている別操作部位のコストの不均衡、たとえば人工関節置換術 K082　1 は肩・股・膝と同じ診療報酬点数だが、本来は差別化されるべきであり、こういった部位による傾斜を DPC や JOANR などのビックデータを使って、術時間や人件などを計算していく見込み。

脊椎脊髄に関しては JOA から配布されたKコード表を部位別に分けられるかを私の方で振り分けてみた。20 以上術式はあるが、おおむね頚椎・胸椎・腰椎にそれぞれ分けることが可能だが、脊椎側弯症に関する術式（多くが胸椎・腰椎（時に頚椎）をカバーするため）K142-2 すべてと体外式脊椎固定術 K144 は、脊椎とした。

また仙腸関節固定は骨盤とする方向がよいかと外傷外科学会から提案があった。

脊椎脊髄の術式は頚椎・胸椎・腰椎と同じ術式でもすでに試案にものっているため、先生方のお手間を取らせないように私の方で振り分けさせていただいた。

同じ術式でも頚椎・胸椎・腰椎の点数傾斜をつけたいものを先生方から今後ご意見をいただければと考えている。ただ解析によって点数が減ってしまわないように、術式を限ってやる方が賢明と思われる。

（山縣先生）頚椎・胸椎・腰椎でおおむね良いかと思うが、固定術においては頭頸移行部、腰仙椎部となるのか。

（平泉先生）頭頸移行部の試案がないと困るのでは。またおそらく教腰移行部は胸椎 4 割、腰椎 6 割などとするのが良いのではと。算定する際の方法は JSSR として希望を出した方が良い。

（平井先生）頭頸移行部と腰仙移行部が手術難度を規定するので、試案作成を計画しながら、今回のプロジェクトにそった形でKコードを私の方で整理して、みなさまにメール審議の形で確認いただく方向としたい。

→平井先生に取りまとめ頂き、皆で確認する方針で。

・その他

特に他の議題の提案はなし。

・今後のスケジュール

２月８日(水)　2023 年第１回社保委員会定例会

３月上旬　令和６年度改訂要望書作成依頼

３月中旬　令和６年度改訂要望書作成締切（現時点で示されている日程案）

要望書提出依頼から作成締め切りまで非常にタイトであるので、今までの要望書の形式に則り作成を進めておく必要がある。

→年明けにＲ４年度分要望書を共有する方針。前もって提案書の作成を準備いただくよう各担当者にお願いさせていただいた。