

# 外保連ニュース 第17号 2012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 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

## 年頭にあたって

会長 山口 俊晴



昨年は外保連試案が改訂され、出版物として公開された。手術試案においては、術式コーディングの整備、材料の実態調査など、従来の試案とはまさに一線を画したものとなった。本年は診療報酬改定の年にあたるが、すでに外保連試案を基に議論が進められており、

それだけ試案に対する見方もますます厳しいものとなるのが予想される。今回の試案は外保連の各委員が検討に検討を重ねて作られたものではあるが、100%完全なものではなく、今後も各方面からのご評価ご提案を受けて、さらに信頼性の高い精緻なものとしてゆく必要がある。24年1月11日の運営委員会では、今年度の新たな作業として、以前検討した手術時間などの再調査を行うことが決定した。これは、試案の手術時間の中に、実態とかけ離れたものが存在することが指摘されて、提案されたものである。前回の調査では実態と乖離している術式については、50%補正を行ったため、当然まだ補正が不十分と考えられる術式も存在している。NCD (National Clinical Database) など膨大なデータが集積され、実態が明らかになると共に、これらのデータと試案との整合性も問われるものと予想される。調査方法、時期など細部が決定したら、各加盟学会にはご協力をいただきたい。その他の活動方針については本号の委員会報告で述べられることと思うので、重複は避ける。

一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合の定款3条には「当法人は、外科系各学会の社会保険委員会相互の協議により、学術的根拠に基づいて、診療報酬の適正化を促進することを目的とする。」とされている。外保連前会長の出月康夫先生は、以前のご講演の中で米欧内科3学会が中心となって公表した医師憲章について言及されたことがあった。憲章では3つの基本原則（患者の福利優先、患者の自立性の尊重、社会正義の実現）があげられ、さらにプロフェッショナルとして果たすべき10の責務を列挙されている。それは、プロフェッショナルとしての能力の維持、患者に対する誠実さ、患者情報の守秘義務、患者との適切な関係の維持、医療の質向上、医療へのアクセスの向上、医療資源の適正配分、科学的な根拠に基づく医療の実践、利益

## 目次

年頭にあたって ~会長 山口 俊晴

追悼 出月康夫先生

外保連名誉会長 比企能樹、外保連会長 山口俊晴

特集 世界に誇る日本の医療技術 PART

\* 日本耳鼻咽喉科学会

「難聴治療のブレイクスルー

~人工内耳、人工中耳の進歩~」

\* 日本整形外科学会

「我が国の人工関節手術技術に対する献貢」

各委員会からの報告

「平成23年度の総括および平成24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

\* 財務委員会

加盟学会の活動だより ~日本脊椎脊髄病学会

編集後記 ~広報委員長 松下 隆

市民公開シンポジウム

三保連ニュース

事務局からのお知らせ

相反に対する適切な対応、プロフェッショナルとして責任を果たす、であった。当時はこの憲章をあえて強調された出月先生の真意が理解できなかったが、今こそこの憲章の意義を我々の活動に照らし合わせて考えるべき時が来たのではないかと。外保連は単なる調査機関ではなく、医師憲章のような原理原則に沿った、プロフェッショナルとして果たすべきことを実践する組織として、自覚して行動すべきである。そして、これこそが我々に対する国民の信頼を得る近道であろう。外保連試案の社会的な位置づけがはっきりした今、このような課題について議論を深めることも活動の一つとして重要であると考えている。本年が外保連にとって、さらに新しい局面を開く年になるよう、皆様のより一層のご指導とご協力をお願いする。

追悼 出月 康夫先生

「戦友・出月康夫先生を悼む」

外保連名誉会長 比企 能樹



振返ってみると、出月康夫先生とは片手に余るほどの接点があった。単に同じ消化器外科の分野で仕事をしてきたからのみならず、手繰れば沢山のご縁があり、先生が逝かれて本当に寂寥の思いが増している。

同世代の出月先生とは、学生時代の話も友人も共通している、私の湘南中学で一年間机を並べた江藤淳君は、日比谷高校に行き出月先生と友好を結んだ。大学に進学すると、東大と慶大に分かれていたが、お互いにボート部に入り、隅田川や戸田ボートコースで共に漕いだし、陸に上がれば合宿所が隣同士であったので、後年ボートの苦勞話で盛り上がった。

専攻が同じ消化器外科で、内視鏡の本格的な黎明期をそれぞれに過ごしたのだが、臓器は異なったが、外科内視鏡を導入するという点で共通した考えをもって、先生が日本内視鏡外科学会を立ち上げようと発案された時、ボートで鍛えた腕を買われたのか私に縁の下の力持ちをとお声がかかり、設立のお手伝いをした。

国際的な活動も、先生とは世界で一番伝統のある万国外科学会（ISS / SIC）での出会いがある。1993年の香港での学会に出席した時、そろそろ日本でも京都大会から久しいので、再度の開催招致しようということになった。ちょうど先生は日本代表で、しかも2年後のポルトガル大会の会長になられることが決まって、先生の後には私が日本代表となり、この機に本格的な招致の準備に入ろうと相談がまとまった。

ところで出月先生の英語力は並大抵でなく、ペーパーフリーで臨まれたポルトガル・リスボンでのISS/SIC会長スピーチは、日本人として決して小柄ではない先生が大柄な役員の中で小さく見えたものの、ユーモアで会場を大いに沸かせ、日本への招聘も含めた鮮やかな演説で全員の耳目を集めた。この時、賢夫人の秀でたファーストレディーぶりも極めて高く評価された。

その後2年毎に催されるこの学会に、アカブルコ、ウイーン、ブリュッセル、ダーバンと、いつも一緒に出

席した。それらの旅それぞれに様々な思い出があるが、圧巻はメキシコの帰途であった。

ご一緒に乗った小さな飛行機が、変な音でぐるぐる旋回を始め、やがて数時間後にアメリカの砂漠の真ん中の小さな飛行場らしき所に不時着して、途端に沢山の消防車と救急車が現れ取り囲まれた。同乗した4～5人の日本人の頼りは出月先生で、英語で切り込むように機長やスタッフに状況を質問されていたが、どうやら相手がメキシコ人で要領を得ない。不安が渦巻き、6時間ほどの後に代替機が到着して救出され、ロサンゼルス空港に着いた時はほっとした。一日ぶりにまともな食事にありついた時、出月先生はアメリカの特大Tボーンステーキを若い仲間伍してペロリと平らげられ、大変頼もしく先生が大きく感じられた。

万国外科学会各大会の度にその都度、誘致活動を展開してきたのだが、ようやく香港大会から25年を経た昨年、念願だった日本でのISS/SIC万国外科学会・ISW 2011が実現し、横浜で開催することができた。

だが礎を築かれた、肝心の出月先生のお姿がご病気のため見られず、先生のこれまでの御努力を語る人も少なく、大変に虚しかった。

もう一つの先生との接点は、もちろん外科系学会社会保険委員会連合（外保連）での共同の活動である。日本の医療、特に外科医療の在り方について、先生と共に真剣に討議を重ね、その評価を高めるべく国を相手に、理論派の先生がより学問的に理詰めに仕事を勧められ、積極的な仕事が出来たのだと思う。一昨年来、この結果が出て外科医療の評価が上がり、先生も喜ばれていたと伺いほっとした。

去る1月7日、内輪で行われた先生の告別礼拝で、友人代表の元英国大使・藤井宏昭氏が弔辞を述べられた。藤井氏とも私は並々ならぬご縁があり、出月先生から「僕が一番の親友です」と告げられたのを思い出しながら、弔辞を伺っていた。

昨年10月に藤井氏宛に出月先生から手紙が来て、そこにご自身の死が近いことと別れの言葉が淡々とつづられていたと、話された。先生らしく冷静に、ご自分のご最期も分析されたのであろうと、衝撃を受けた。

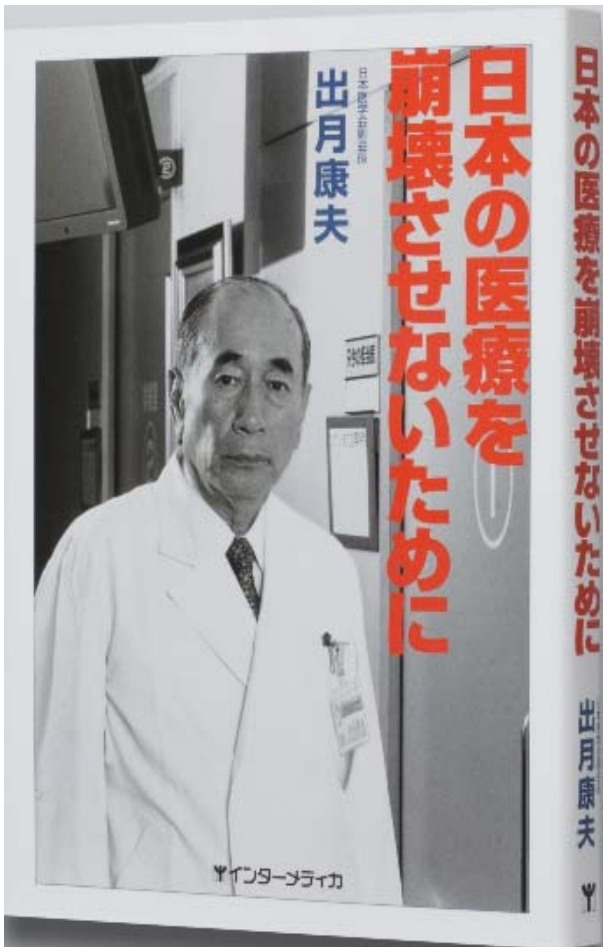
心よりご冥福を祈ります。

## 「訃報一出月康夫名誉会長」

外保連会長 山口 俊晴

名誉会長の出月康夫先生が本年1月1日に逝去されたことを、ここに謹んでご報告申し上げます。先生はかねてよりご病気に療養中でありましたが、ご家族にみとられて安らかに昇天されました。

先生は平成15年より2期4年にわたって、外保連の会長を務め数々のご業績をあげられました。当時、外部より批判のあった外保連試案の合理化・簡素化を大胆に進められました。その流れが前回の診療報酬改定における、外科技術の評価改善と外保連試案の公式採用という成果につながりました。出月先生は2005年には「日本の医療を崩壊させないために」(インターメディカ)を上梓され、日本の外科医療、病院医療の崩壊について警鐘を鳴らされました。このような危機感を外保連の全加盟学会が共有し、医療の崩壊を阻止すべく努力した結果が、前回の診療報酬改定につながり、さらにブラッシュアップされた新しい試案の完成の大きな原動力にもなりました。



出月先生のご発言は決して声高なものではなく、物事の本質を明らかにする極めて論理的でわかりやすいものでした。しかもそれ確固たる信念に基づいた公正な、正論であり、だれもが納得できるものでした。その強い説得力の陰には、医師としての誇りとプロフェッショナルリズムに立脚した、病める者へのやさしい思いがあったことを忘れてはならないと思います。

出月先生が特に期待しておられました、外保連試案第8版が昨年暮れに発行され、これをお手元のお届けしてご覧いただけただけことは、われわれにとってはせめてもの慰めになりました。先生にはかねてより試案の巻頭にお言葉を頂けるようお願いしておりました。少しずつ原稿を準備しておられたようですが、締切近くなりご自身のご意志で今回は見合わせる旨のご指示がありました。文章にはなりませんでしたが、先生の意図するところは試案の全体にちりばめられているものと考えております。

ここではあえて詳しく述べませんが、出月先生は、外保連に多大な貢献をされたばかりでなく、東京大学名誉教授、外科学会名誉会長として長い間日本の外科の指導者のお一人でもあられました。門脈圧亢進症など学問的な業績は枚挙に暇がありません。また、周囲の権威者の批判や抵抗に耐え、日本に内視鏡外科を積極的に導入されたことが、現在の内視鏡外科の隆盛の礎になったことは特記すべきことと存じます。そして、教職をしりぞかれてからは、いち早く医療崩壊の危機を察知し、ご著書を通して警鐘を鳴らすとともに、外保連活動を通して、医療制度の崩壊を何とか防ごうとご尽力されてきました。先生の人生は、まさに一身を崇高な使命を果たすためにあったといえましょう。

我々は外保連の活動を通して、出月先生のご遺志を継ぎ、医療崩壊を防ぐとともに、真に病める者のための医療制度の確立にむけて今後も努力することをお誓いしたいと存じます。出月先生長い間ありがとうございました。心よりご冥福をお祈り申し上げます。合掌



特集 世界に誇る日本の医療技術 PART

「難聴治療のブレイクスルー

～人工内耳、人工中耳の進歩～」

日本耳鼻咽喉科学会

信州大学医学部耳鼻咽喉科 宇佐美 真一

長い難聴の歴史において難聴者が今までに経験したことのないほどの劇的な変化が起こっている。難聴は目に見えない障害のひとつであるが突然聴こえを失った難聴の患者にとって、その不便さは想像以上のものがある。難聴、とくに内耳が障害される感音難聴は従来原因不明で治療もなかったが、最近の医学の飛躍的な進歩により、難聴の原因が遺伝子レベルで明らかになるとともに、治療面では人工内耳の登場によって重度難聴の患者にも聴覚活用の道が開け大きなブレイクスルーになっている。また新しいタイプの人工内耳や人工中耳も開発され難聴治療において新たな展開を見せている。

人工内耳～最も実用化に成功した人工臓器～

人工内耳は1960年代に開発され、1970年代に実用化が進んだ人工臓器であるが、人工内耳はさまざまな人工臓器のうち最も実用化に成功した人工臓器と言われている。内耳は中耳から受け取った音の振動を電気信号に変換する働きをしているが、さまざまな病気によってその働きがうまく行かなくなった患者に対して、人工内耳は内耳の代わりに音を電気信号に変換し、直接音の情報を聴神経に送る機器として開発された(図1)。日本では1985年に第一号の手術が行われ、1994年から健康保険適用になってから、装用者が急速に増え、現在では重度難聴の標準的医療として定着している。手術病院は全国で約100ヵ所、装用者は6500人を超えたと推定されている。人工内耳で音を取り戻した患者へのアンケートでは音が聞こえない不便さばかりでなく、それによる疎外感、孤独感がつらいという患者が多い。人工内耳の効果は絶大である。患者は音を取り戻すばかりでなく、それぞれの豊かな音のある人生も取り戻すことができる。多くの患者が社会生活に復帰し、小鳥のさえずりや川のせせらぎなどを再び聞くことによって心の安らぎが戻ったと回答しているのが印象的だった。音は会話だけでなくそれぞれの人の生活や心にも影響しているのである。先天性難

聴の小児は人工内耳によって「音を獲得する」ことが可能になった。正確な音の情報が入らなければ正確な発音や言葉の発達は期待出来ないが、人工内耳を用



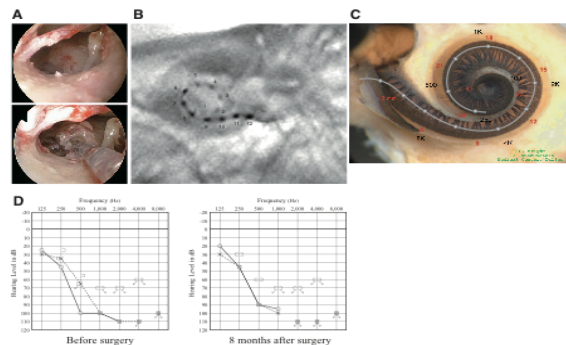
(図1) 内耳に埋め込まれた人工内耳電極(左)とインプラント(右)

いると重度難聴の子どもたちも音を正確に聴き取ることが出来るようになった。子供たちの成長や言葉の発達の様子を見るのは楽しみのも一つでもあり、またこのような喜びを親御さん方と分かち合うことができるのも医療に携わるものにとって大変やりがいがあることである。

さらに進化する人工内耳～我国の治療成績～

さてそのようなブレイクスルーになった人工内耳であるが、従来は内耳に電極を挿入することにより、もともとの内耳機能(基板の振動による音響入力)は失われると考えられていた。ところが1999年に低音部に残存聴力を有する高音急墜型の聴力像を呈する難聴患者に対して、低音部は音響刺激で、高音部は人工内耳で聞き取るいわゆるEAS(electric acoustic stimulation)「残存聴力活用型人工内耳」が報告された。これは通常の音の振動による情報と、人工内耳により聴神経に入れた電気的刺激による情報が聴覚中枢で融合可能であることを始めて実証した極めて画期的な技術である(図2)。その後、機器や手術法の改良が進められ、欧米を中心に臨床研究が進められた結果、現在ヨーロッパではその有用性が認められCEマークを取得し高音急墜あるいは漸傾型の聴力像を呈する難聴患者の治療法として確立している。我国でも2010年8月に厚生労働省から「残存聴力活用型人工内耳挿入術」が高度医療(第3項先進医療)として承認を受け臨床研究が開始されている。現在までに高度医療を含めて我国の5施設で行われた残存聴力活用型人工内耳挿入術26例すべての聴力が温存出来ている。海外の報告では80-90%とする報告が多い中で、多施設で聴力温存率100%という結果は我国の手術のレベルの高さを示している。手術の技術レベルを測るのは容易ではないが、

Figure 3



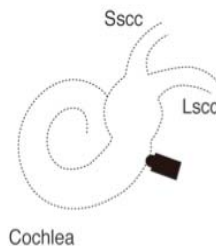
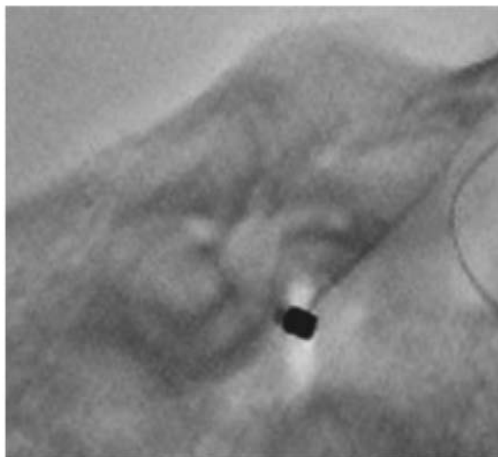
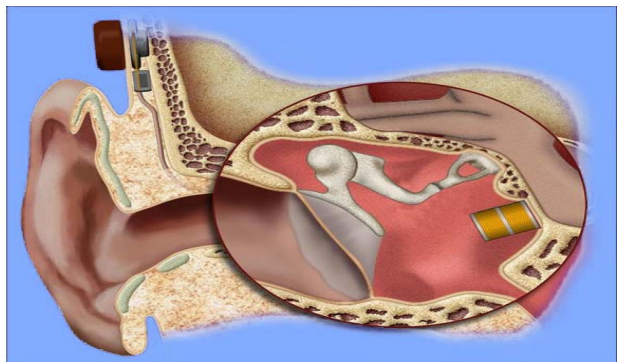
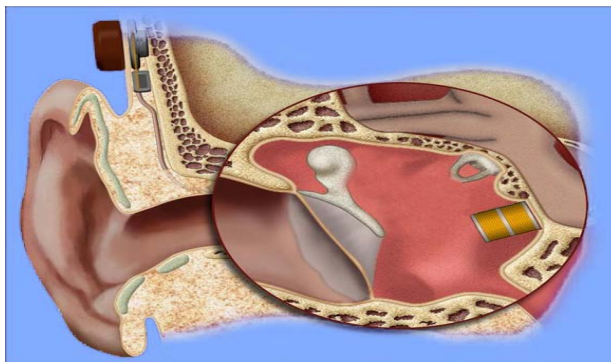
(図2) 低侵襲手術を行うことによって低音部の残存聴力の保存が可能になった。電極が内耳蝸牛に挿入されても聴力が保存されている(D左:術前、D右:術後)(Usami et al., 2011)

この人工内耳手術の成績を見ても技術レベルでは世界トップレベルにあると考えても良い。我国では新しい医療機器に対する薬事認可の遅れ(デバイスラグ)が叫ばれて久しい。人工聴覚器の分野では新しい機器と手術に際しての技術が組み合わさって初めて最高の医療が提供出来ることを考えるとデバイスラグが生じないような体制作りが急務であると思われる。

**人工中耳～日本発の技術～**

慢性中耳炎、真珠腫性中耳炎、癒着性中耳炎など中耳に疾患のある患者の多くは、鼓室形成術による手術的加療によって聴力が改善するが、病態によっては補聴器を装着しても満足すべき聴力が得られない場合が少なくない。人工中耳は、このような患者のために開発された。体外部のマイクロホンで拾った音を電気信号に変換し、体内のインプラントに信号を送り耳小骨振動子を振動させ内耳に伝えることによって音が聞こえる仕組みになって

いる(図3)。海外ではすでに臨床の場で使用されているが、現在我国でも臨床治験が始まっており早期の導入が望まれる。実は驚くべきことにそもそも人工中耳の開発は我国で1970年代に始まったのである。ほとんどの機器が海外で考案され日本で導入されたのと異なり、人工中耳は日本発の発想が我国で実用化された技術である。我国では1980年代の臨床試験を経て、1992年に薬事承認がなされ、先進医療まで行ったがその後保険適用にならずその後生産中止になり人工中耳の普及が途絶えてしまった経緯がある。その後、そのアイデアをもとに海外で新しい機種が開発、臨床応用され、現在逆に日本に輸入され治験が始まっている。まさに皮肉的な話である。独自の発想に基づいた機器が我国でも開発され、産官学が協力して実用化を目指す仕組みが必要であることを示す一例である。



(図3)人工中耳の仕組み(上)と埋め込まれた人工中耳の振動子(下)(Iwasaki et al., 2012)

.....  
**「我が国の人工膝関節手術技術に対する献貢」**

日本整形外科学会

日本医科大学大学院医学研究科感覚運動機能再建学(整形外科) 高井 信朗

本邦における高齢者人口の増加は急速で、それに伴って変形性膝関節症患者も増加し続けている。特に膝関節は荷重関節であり、その破壊は歩行障害を引き起こし、日常生活に大きな影響を与える。高齢者の社会参加を促すには単に疼痛をとるばかりでなく、広い可動域、手すりを必要としない階段昇降能、助けを必要としない床からの立ち上がり、職場への通勤、スポーツへの参加なども可能な治療法の開発が期待されてきた。

1. 人工膝関節と深屈曲の獲得

近年まとまった症例数の10年以上の長期成績が報告されるようになったが、10年はおろか15年においても95%以上の良好な成績を示している(1,2,3,4)。確かに除痛性、支持性、可動性の3要素を術後早期に獲得できるものの限界もある。現在の人工膝関節の歩行能力や疼痛の改善については満足できるものであるが、それはあくまでも目標を低く押さえているにすぎない。全く制限のな



い日常生活に戻りたいという願望は誰にでもある。特に本邦では膝を120度以上、時には正座のように深く曲げる動作が必要になる。しかし、1990年代には殆どの人工膝関節は深い屈曲を必要としない欧米人のために設計されていたために、深屈曲を許容する人工関節が供給されていないばかりでなく、手術式も研究されていなかった。京都大学の開発したKU型人工膝関節(Bisurface Total Knee)は深屈曲を目的としたball and socket jointを関節後方に設定しており、通常は荷重面で体重を支え、運動するが、屈曲80°を越えてくると後方の屈曲用関節に移行して曲率の小さな関節で効率良く屈曲回転を行うとともに、大腿骨のロールバックを強いる。この時、脛骨には回旋自由度が与えられるというユニークな関節である。その結果、平均屈曲角度124度を達成し2000年に報告された5)。当時の平均105～110度を考えると画期的であった。また、人工膝関節の先駆者であるニューヨークの故Insall先生が深屈曲を得る手術手技を奈良まで見学に来て、その後、そのテクニックを教科書に載せたこと、そして、欧米の人工関節メーカーが日本人医師を含めた開発チームを作り、こぞって深屈曲対応のデザインを開発したことなどを考えると、日本は人工膝関節にさらなる深屈曲機能を付加したという意味では先進国であると言えるのではないだろうか。

## 2. 人工関節登録制度

本邦の人工膝関節の長期成績は概ね良好だが、残念ながらカナダ、スウェーデン、ノルウェー、フィンランド、オーストラリア、ニュージーランドで行われているようなnational registryは行われていないために、わが国の成績を他国と比較することはできない。わが国の国情にあった人工関節登録制度の確立と運営を目的として、日本整形外科学会インプラント委員会において先行トライアル調査を行ってきたが、拡大トライアルの運営においてはその規模・登録データの内容・登録方法など日本にあった内容が検討され、全国

規模での実施にむけて日本人工関節学会に移行された。日本人工関節学会がその試行として2006年2月から2011年5月にかけて全国83施設において施行された人工関節置換術全症例をTKA登録フォームを用いて人工関節登録調査事務局で管理、集計した。初回TKA15,398例、UKA1,249例、再置換例622例、計17,269例のデータを集積した。その結果は<http://jsra.info/pdf/chosa.pdf>で知ることができる。

2010年に約7万人が人工膝関節の手術を受けている。急速に進む高齢化社会を鑑みると年間15万人の患者が人工膝関節の手術を受ける日も遠くはない。横断的かつ縦断的な登録データの分析を行うために人工関節の全例登録に向かって準備が進んでいる。

### 参考文献

- Whiteside LA: Long term followup of the bone-ingrowth Orthloc knee system without a metal-backed patella. Clin Orthop 2001; 388: 77-84.
- Rodriguez JA, et al: Total condylar knee replacement: a 20 year followup study. Clin Orthop 2001; 388: 10-17.
- Buechel FK: Long term followup after mobile-bearing total knee replacement. Clin Orthop 2002; 404: 40-50.
- Keating EM, et al: Long term followup of nonmodular total knee replacements. Clin Orthop 2002; 404: 34-39.
- Akagi M, et al.: The Bisurface total knee replacement: a unique design for flexion. Four-to-nine-year follow-up study. J Bone Joint Surg Am. 2000 Nov; 82-A(11):1626-33.



人工膝関節のレントゲン像:深い屈曲角度が達成されているばかりでなく大腿骨コンポーネントと脛骨コンポーネントの接触も round on flat になっており、ポリエチレン摩耗に対する安全性が担保されている。

## 各委員会からの報告

### 平成23年度の総括および平成24年度の活動について

#### 手術委員会 委員長 岩中 督



平成22年度診療報酬改定で『平成24年度の改定においても同様に手術試案をその根拠にする』と中医協よりお墨付きをいただいていたことより、外保連手術試案は行政のみならず様々なところで注目を浴びるようになりました。ご存じのように手術試案第7版には

多くの不備も指摘されていきましたので、平成24年春その方針を受け、手術試案第8版の策定が決まり、平

成22年、23年にかけて様々な作業を行いました。第8版の骨格を作るために、それぞれの領域を代表する委員の先生方で構成された、術式コーディングを担当する作業部会(水沼仁孝座長)医療材料の精緻化を担当する作業部会(竹中洋前座長、矢永勝彦座長)が、大変難しい調整作業を進めて下さいました。この両作業部会で策定された第8版の基本的考え方、第8版の骨格を、手術委員会本委員会では審議し、最終的には処置試案、検査試案、麻酔試案とともに、平成23年12月9日に医学通信社より発刊することができました。この場をお借りして関係各



## 検査委員会 委員長 土器屋 卓志



1、各位のご尽力(一部、協力いただけなかった委員は除いて)のおかげさまで生体検査試案第5版の出版にこぎつきましたことを心から御礼申し上げます。今回から外保連試案は一般書籍として出版されましたこと、第4版までと大きく体裁が変わりました。

特に生体検査試案では従来の臓器別掲載であったものを検査名順(abc及び50音順)に並べ直し、該当臓器をまとめてコード番号で提示する方法としました。これによって従来同じ名前の検査名が繰り返して出てくる煩雑さと読みづらさが軽減されたと思います。

読みやすさのおかげで今度は従来の試案内容の不備が多々浮き彫りになりました。単純ミスはともかく、根本的に検討し直さなければならない個所がいくつかあります。(たとえば検査名称の不統一、検査時間への疑問など・・・)

生体検査試案が手術試案と同じように中医協での資料として取り上げられるレベルになるためには何としても克服しなければならない課題かと思えます。これより委員の皆様のごさらなるご批判、提案をいただきながら生体検査試案の精緻化に取り組みたいと思います。

- 2、平成23年度に発足したワーキンググループは
- 1) 生体検査に係る医療材料WG(座長:土田敬明先生) 一部委員の協力が得られず全体の70%ほどの仕上がりででしたので、紙上掲載までには至らず、今回はCD-ROM版のみでの報告となりました。
  - 2) 高額医療機器に関するWG(座長:井田正博先生) 画像診断と核医学検査が対象のため放射線画像診断関連学会での基礎的な検討と調査を行ってまいりました。24年度中には調査・検討内容を検査委員会に開示いただき、全委員での議論を展開予定です。
  - 3) 検体採取手技に係るWG(座長:藤城光弘先生) 上記2つのWGの一段落を待っておりましたが、WG設置が23年末になってしまいました。委員の先生方の熱気あふれる議論展開でその成果が次回改訂には反映されると期待しております。

繰り返してはありますが、医療材料アンケート調査など先生方の日常の診療・研究とは縁のない調査を繰り返して催促して、不快な思いをされた方も多かったとおもいます。

学会を代表して外保連委員に名前を連ねておられる先生方のご意見、ご回答には等しく敬意を払って大事に取り扱っております。どうぞさらなるご支援をおねがいいたします。

## 麻酔委員会 委員長 山田 芳嗣



麻酔委員会は平成22年度に新しく設置された委員会です。委員会設置の最大の目的は長年実現してこなかった麻酔試案の作成でした。したがって、麻酔委員会の平成23年度の主目標は麻酔試案第1版の完成にありました。この目標をめざして、委員全員さらに有志の協力メンバーが

総力を挙げて取り組みました。そのおかげで、麻酔試案は予定通り完成し、外保連運営委員会や総会の承認もいただき、2011年12月初旬に「外保連試案2012」の一部として出版することができました。改めて外保連会長をはじめとして、関係した全ての方々に厚く御礼申し上げます。麻酔は外科系診療科、さらには内科系も含めて幅広い医療者に関係のある医療行為です。是非出版された「外保連試案2012」の中の第4編麻酔試案にお目通しを

いただき、忌憚のないご意見をお寄せいただければ有り難く存じます。

さて、平成24年度の活動は、まず麻酔試案第1版を再検討して自己評価を行おうと予定しています。平成24年の診療報酬の改定結果や状況分析もふまえながら、自己評価は全体についても、また個々の内容についても、適切に焦点を絞って検討するように計画しています。それと並行して、外保連加盟全学会の具体的な要望の中で麻酔に関する部分を拾い上げて麻酔試案との整合性を整えていきたいと考えています。この2つの検討プロセスを活用して、改訂の具体的課題を整理し、麻酔試案第2版の作成準備を行いたいと思います。平成26年の大改定に向けて、頑強な説得力をもつ試案をどのようにして実現するかが今後2年間の活動の主たる目標になります。今年度も引き続き、ご支援、ご協力のほどお願い申し上げます。



## 実務委員会 委員長 木村 泰三



平成24年度改定にむけての社会保険診療報酬改正要望書は、所属する91学会からの要望項目を、技術新設213項目、技術改正162項目、材料56項目にとりまとめて、厚生労働省に平成23年6月27日に提出した。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、概要版と詳細版として記載した。また、図入りで解り易い技術説明書(A4紙1枚)をつけ加えた。執筆頂いた先生方には心より感謝申し上げる。

要望書を提出時に、厚生労働省から要望項目を外保連内で順位づけをして欲しいとの依頼があった。多くの学会の社会保険委員会の連合体である外保連で、要望項目の順位づけが可能なのかどうか心配されたが、常任委員会において実施の判断が下された。そこで、実務委員会にワーキンググループを立ち上げ、順位づけの方策を検討した。その結果、要望項目を14の領域(外科、消化器、整形、麻酔、眼、泌尿器、耳鼻咽喉、産科婦人科、形成・皮膚、脳神経、小児、放射線・IVR、呼吸器、心血管)にわけ、おもに技術要望項目から、有効性や普及性、試案と実際の診療報酬の乖離などを参考に、要望項目の25%を重点要望として選択することとなった。重点要望項目は平成24年度改定のための審議に間に合うように、平成23年9月末までに厚生労働省に提出する必要がある。

た。各領域で審議していただける期間は約1カ月しかなく、選択方法の承認と周知が不十分となったことをお詫びする。しかし、皆さまのご協力のおかげで、技術新設60項目、技術改正41項目、材料13項目を重点要望項目として、9月28日に厚生労働省へ提出することができた。

9月9日に行われた厚生労働省の外保連に対するヒアリングでは、診療報酬における技術料と材料費の分離、複数手術の評価、先進医療から保険収載される場合の施設基準についての要望を行った。先進医療からの保険収載では、内視鏡下手術(脊椎手術、前立腺がん手術、肝切除)における施設基準(すでに当該内視鏡下手術を10例以上経験していること)を問題点として取り上げたが、そもそも内視鏡下手術を手技ごとに新しい手技として保険適用していく現在のやり方には、矛盾が多くでてきたと思う。たとえば、頻度が稀な手技は容易であっても内視鏡下手術適応とされてないことや、内視鏡下手術の診療報酬の決め方の根拠がわからないことなどである。内視鏡下手術が普遍化した今日、すべての手術を内視鏡下手術の適応とし、内視鏡下手術に必要な材料費を別途請求できるようにした方がいいのではないだろうか。

診療報酬の大改定のない年度(平成25年度)に向けては、従来のような要望書はつくらないことが運営委員会で定められた。「労多くして功少なし」だからである。よって今年は、平成24年度改定における緊急の問題点や矛盾点に対する改正要望を、外保連実務委員会として行うこととしたい。

## 総務委員会 委員長 西田 博



平成23年度の総括

外保連では全ての試案に共通する人件費の算出にあたって国家公務員医療職俸給表を用いて参りました(外保連試案2012“外保連試案における人件費算出について”の章をご参照ください)。今回の改訂の前の試案(平成21年刊行；手術試案第7版、処置試案第4版、検査試案第4版)とその前の試案(平成17年刊行；手術試案第6版、処置試案第3版、検査試案第3版)では、2回続けて平成16年の国家公務員医療職俸給表を使用してきましたが、この間重なる診療報酬のマイナス改定などによりいわゆる医療崩壊が急速に進行したことや、医療職以外の給与は民間<国家公務員であるのに対して、医療職、特に医師の給与は民間>国家公務員であることなどから、最近の国家公務員俸給表の中では医療職の俸給は増額されて参りました。これは医療再生にはまずそれを担うヒトの労働への配慮ということですので今回の改訂ではこの流れをタイムリーかつ正確に取り入れるために平成22年の国家公務員医療職俸給表を採用することといたしました。正確を期すために関係当局などに細部の確認をしつつ作業を行いました。因みに人事院のホームページには“人事院の給与勧告は、労働基本権制約の

代替措置として、職員に対し、社会一般の情勢に適応した適正な給与を確保する機能を有するものであり、公務員の給与水準を民間の給与水準と均衡させること(民間準拠)を基本に勧告を行っている”と記されています。

また、今回作成された麻酔試案第1版はこれまでの他の試案にはなかった薬剤師や医療クラークの人件費も入った試案となりましたので、薬剤師の人件費に関しては国家公務員医療職俸給表(二)を用いて算出し、医療クラークに関しては国立病院機構の給与体系を参考に時給1,300円として計算を行いました。なお、薬剤師の人件費に関しては外保連試案2012刊行後に6年制課程の薬剤師の俸給に関する勧告も公開されましたので時期を見て将来の改訂に反映させたいと考えております。

平成24年度の活動

平成24年度の診療報酬改定の結果等も踏まえ、刻々と変化する社会情勢の中でやはり進歩変化の急速な外科医療の置かれている現状も勘案しつつ、“外保連試案における人件費算出について”の章にまとめられております方式や項目の妥当性につき継続的に適宜検討を行っていきたいと思っております。具体的に申しますと、技術度区分、技術度指数は現行のままでいいが、医師以外の人件費算出は、全ての試案で全ての手技に関して一律であり

しかも卒後5年で固定されていることの妥当性に関する検討などがあります。こうした検討を、手術委員長長の岩中先生も言われております医療技術と社会的・経済的貢献度などの検討と合わせ複眼的に考えて参りたいと思

います。こうした検討は重要であります、なかなか答えの出にくい課題でもあります。外保連に参加しておられます全ての先生方に幅広いご意見とご協力をお願い申し上げます。

## 規約委員会 委員長 出口 修宏



平成23年度は一般社団法人化に向けて、定款及び関連する各種規則の整備を行いました。

平成24年度は、整合性や語句の不適正などの問題点を中心に、引き続き各種規則の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。

## 財務委員会 委員長 瀬戸 泰之



財務委員会は、外保連が一般社団法人化されるのに伴い設置されました。その役割は、「会計および財務に関する事項について検討する任にあたる」と規定されています。まだ、設置されて間もない委員会ですので、具体的な活動は今後になると考えております。御指導、御支援よろしくお願い申し上げます。

## 加盟学会の活動だより

### 日本脊椎脊髄病学会ホームページでの社会保険目安箱の設置について

社会保険等システム検討委員会  
担当理事 川上紀明  
委員長 佐藤勝彦  
広報委員 青田洋一

日本脊椎脊髄病学会では社会保険等システム検討委員会を中心に診療報酬点数の適正化にむけて活動しております。現行の診療報酬点数表の内容には手術術式の定義や適応範囲が不明確なものがあるなど不備な点もあり、診療の現場ではいくつかの混乱が生じております。さらには保険審査の査定基準に地域格差や審査員ごとの格差が生じております。一方で請求者が自分勝手な解釈で保険請求することは断じて許されることではありません。

そこで本学会社会保険等システム検討委員会では請求方法の適正化や標準化を進めるために、全国の日本脊椎脊髄病学会会員から請求上の問題としての実例を集めていくことになりました。本年度より本学会会員を対象として保険請求上で問題となった経験や意見などを報告・相談できる窓口としての保険請求目安箱を日本脊椎脊髄病学会のホームページに設置しました。当委員会として対策を協議するための内部資料としてのみ活用していく目的であり、報告者の匿名性を完全に守るものであります。日本全国どこでも公平で正当に社会保険上で医療が評価され、請求者にとっても不公平感のない脊椎外科診療を行える時代がくることを目指していく所存ですので、ご理解よろしく願いいたします。

## 編集後記

### 広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース17号をお届けします。昨年は定期ニュースを2回、号外を3回発行しました。号外のうち2号は、2011年3月11日の東日本大震災への加盟学会の取り組み状況をお知らせしました。当初は1回のみ発行の予定でしたが、多くの学会から原稿が寄せられ、1回の号外では収まらず2回の号外発行となりました。今年度は、本号に引き続き、号外(2012年3月)「平成24年度診療報酬改定結果を受けて」と第18号(2012年8月)「平成24年度診療報酬改定結果および来年に向けて」を発行する予定で

す。また、加盟学会の活動を紹介する記事を載せて欲しいとの申し出がありましたので、第17号以降の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。皆様、奮ってご寄稿ください。

これまで外保連ニュースに掲載してきた「日本の医療技術は優れている!!」が16技術になりましたので、これらを『日本の医療技術は優れている!! - データで立証された日本の医療技術 -』のタイトルで1冊の冊子にまとめ、発行いたしました。加盟学会の主催する市民公開講座等で配布してまいりますようお願い申し上げます。「日本の医療技術は優れている」ことを周知するため

に、23年度も市民公開シンポジウムを行いました。子宮頸癌や子宮内膜症など女性の疾患を取り上げ、参加者が多くなることを期待して、「女性の健康週間」に合わせて平成23年3月5日(土)に東商ホールで行いました。日本産科婦人科学会の協力のもと、日本経済新聞広告や携帯サイト(ルナルナ)等を活用して広報活動を行ったのですが、参加者が少なかったのが残念でした。そのため24年度は更に早くからシンポジウムの企画を固め、広報に努めることにいたしました。24年度のテーマは「生活の質を高める医療技術 - 世界に誇る日本の手術 - 」とし、白内障手術(北里大学眼科教授 清水公也先生) 網膜硝子体手術(前・東邦大学医学部眼科教授 竹内忍先生)

人工内耳(信州大学耳鼻咽喉科学教室教授 宇佐美真一先生)、人工膝関節(日本医科大学整形外科教授 高井信朗先生)についてご講演いただきます。また、特別講演として、うつみ宮土理さんに白内障手術の治療経験をお話しいたいただきます。日時は平成24年3月10日(土)の13:30から15:30で、場所はよみうりホールです。ポスターもA2サイズ2,000枚、A4サイズ5,000枚印刷し、各方面に配布いたしました。皆様もどうぞ多くの市民に参加を呼びかけてくださいますようお願い申し上げます。

外保連は2011年7月1日より一般社団法人となりました。この一般社団法人化に合わせて、ホームページのデザインをリニューアルしました。是非一度ご覧ください。



## 市民公開シンポジウム 「生活の質を高める医療」

### 世界に誇る日本の手術

日 時:平成24年3月10日(土)13時半~15時半(開場13時)  
会 場:よみうりホール(東京都千代田区有楽町1-11-1)

外保連は、日本の医療技術のレベルが高いことを国民の皆様様に周知すべく、データ(エビデンス)に基づいて、いかに日本の医療技術が諸外国と比較して優れているかについて広報活動を行ってきました。その一環として、一昨年は、「日本の医療技術を世界と比較する」、昨年は「女性の病気と付き合うには」と題して、市民公開シンポジウムを開催しました。

今回、各領域の生活の質を高める医療技術についてわかりやすく解説することによって日本の医療技術を正しく理解していただき、市民の皆様と情報を共有したいと本シンポジウムを企画いたしました。当日、多くの皆様のご参加をお待ちしております。

## 三保連ニュース

1月26日に癌研究会有明病院 吉田記念講堂に於いて、第8回三保連合同のシンポジウムが開催され、今回は『エビデンスに基づいた医療技術評価に向けて - 三保連の医療技術評価 - 』と題し、厚生労働省の迫井正深保険局医療課企画官をはじめ、各パネリストの先生方にご講演いただきました。詳しくは外保連のホームページ(<http://www.gaihoren.jp/gaihoren/index.html>)をご覧ください。

## 事務局からのお知らせ

改正要望書の要望結果は号外でお知らせいたします

平成24年度診療報酬改定結果(2月10日答申)をうけ、外保連より平成23年6月に提出致した「改正要望書」の要望結果を号外として発行いたします。

外保連の要望のうち、平成24年度診療報酬改定で考慮された項目(暫定版)を木村泰三実務委員会委員長のコメントとともに3月下旬頃にお届けする予定です。

### 『日本の医療技術は優れている!! - データで立証された日本の医療技術 - 』をご活用ください。

これまで外保連ニュースに掲載してきた「日本の医療技術は優れている!!」の16技術を1冊の冊子にまとめ、発行いたしました。加盟学会の主催する市民公開講座等で配布、マスコミ等での配布を通して、日本の医療技術が優れていることを周知すべくご活用ください。また、冊子をご希望の方は事務局までお申し込み下さい。

#### 原稿募集

「日本の医療技術は優れている!!」が一冊にまとまりました。これを機会にシリーズのタイトルを、「世界に誇る日本の医療技術」に変更することにいたしました。

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ので、ご執筆をよろしくお願い申し上げます。執筆要綱は以下の通りです。

- ・治療成績が優れていることをデータで示せる技術であること。
- ・あまり希な疾患や希な手術でない方が望ましい。
- ・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。