

厚生労働省によるヒアリングを終えて

実務委員長 瀬戸 泰之



令和3年8月2日に、外保連の要望に対する厚生労働省のヒアリングが行われた。新型コロナウイルス感染症が第5波を迎えている時であり、webでの開催となった。外保連の運営委員は、外科学会・臨床外科学会の保険委員会委員を兼任しているものが多く、また、外保連、外科学会、臨床外科学会の重点要望項目は重複するものがあるので、前回同様3つが合同でヒアリングをすることとなり、合計1時間半のヒアリングとなった。外保連からは、岩中督、川瀬弘一、平泉裕、土田敬明、清水伸幸、山田芳嗣、瀬戸泰之が出席、外科学会からは越永従道、臨床外科学会からは山口俊晴が参加した(敬称略)。

冒頭、岩中会長から令和4年度改定に向けて外保連の目指す方向性が示された。手術試案と実際の手術料の乖離の大きい手術の適切な評価、技術料と材料費を明確に分離評価、平成22年度改定から増点なしの術式の増点要望、複数手術評価の適正化などが要望された。また、手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準緩和の再要望、ロボット支援手術の適応拡大と新規ロボット支援手術承認の考え方やKコードの整理についても議論された。AI診療についても、実臨床での活用に向けて議論された。

試案の件数費と実際の診療報酬の比率を示すグラフ、償還不可材料費と実際の診療報酬の比率を示すグラフを提示し、試案件数費(9.3版)/診療報酬の比率が300%以上、200-300%、150-200%の術式がそれぞれまだ382、744、1,076術式あり、むしろ増加してしまっていることを具体的に示した。償還不可診療材料費/診療報酬の比率も同様であることを強調した。平成22年度改定から増点なし手術の具体例を提示し、次回改定での適切な対応を要望した。複数手術の考え方は現行主たる手術は100%、従たる手術は50%(1個に限る)となっているが、外保連の主張は、従たる手術を1つに限らず、それに要する手術料(本来の手術料から、開腹、開胸、開頭などに要する手術料を引いたもの)を認めること、また、組み合わせの事前登録をやめ、一般論として認めるべきであることを再確認し検討を依頼した。

休日・時間外・深夜加算については、平成28年度改

目次

- ◆厚生労働省によるヒアリングを終えて
～ 実務委員長 瀬戸 泰之
- ◆特集 「コロナが外科系に及ぼした影響:続編」
 - * 池田徳彦先生
「コロナが外科系におよぼした影響」
 - * 木村百合香先生
「コロナが外科系にもたらした影響～耳鼻咽喉科の対応」
 - * 伊莉裕二先生
「COVID19による急性心筋梗塞体制の変化」
- ◆編集後記 ～ 広報委員長 河野 匡
- ◆三保連ニュース
- ◆事務局からのお知らせ

定で若干施設要件が緩和されたものの不十分であったため、令和2年度改定で再度緩和を要望したが認められなかったことを踏まえ、再度緩和を要望した。今回、あらたに調査を行い、当直人数が5人以下の施設で該当する手術が23%行われていることを明らかにし、その手術はそもそも加算対象にならず、現場の不公平感が強いことを伝えた。施設要件の中では、現行の「毎日の当直人数が6名以上」では、大学病院などの大病院しか算定できない状況を説明し、「当直人数3名以上」への緩和を強く要望した。

ロボット支援手術では、NCDを活用したデータが示され、優越性の評価の在り方、緩和に向けた施設基準の再評価について議論し、厚生労働省部内でも検討することとなった。AI診療に関しては、内保連と合同でAI診療検討委員会を立ち上げ議論していること、その議論をふまえ、大腸内視鏡診断支援、画像診断補助、放射線治療の3プログラムが、一定の水準を満たし保険診療に相当する考えを伝えた。

川瀬手術委員長から、手術試案9.3版が秋に発刊されることを踏まえ、外保連として技術新設148項目、技術

改正212項目が要望されることが報告された。今回あらたに実態調査を行い、手術時間が短縮した術式が318あったが、減点されないことが強く要望された。山田麻酔委員長からは、長時間麻酔管理加算対象術式の追加、麻酔後ケアユニット(PACU)加算、さらに新型コロナウイルス感染を念頭においた、空気感染予防策が必要な感染症患者における麻酔管理加算の要望がだされた。平泉処置委員長からは、吸着型血液浄化器「レオカーナ」に対する医療技術算定の問題点が提起された。土田検査委員長からは、検査試案7.3版にもとづき検査関連項目として、新設20項目、改正21項目など要望されることが説

明された。清水内視鏡委員長からも内視鏡関連項目として、新設6項目、改正2項目などが要望されることが話された。

外科学会越永委員長からは、手術通則14の改正のほか、自動縫合器・自動吻合器加算の一括要望がだされた。臨床外科学会山口委員長からは、医師事務作業補助体制加算増点の要望がだされた。

その都度、厚生労働省から質疑があったが、全体的には、和やかな雰囲気ではアヒアヒは終了した。

◆コロナが外科系に及ぼした影響：続編

コロナが外科系におよぼした影響

日本外科学会

東京医科大学呼吸器甲状腺外科 池田徳彦

新型コロナウイルスは蔓延と一時的収束を繰り返しつつ、変異株の出現もあり社会的にも緊迫状態である。ワクチン接種が急がれているが行き渡らず「ウィズ・コロナ」を前提とした医療はまだまだ継続する。本邦で第一例目の感染者が確認されてから1年以上が経過した現在の外科臨床の状況と課題に関し概説する。

感染蔓延下で外科医の責務は複数化し、診療を継続するためにそれぞれを満たす必要がある。このうち

- 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
- 2) 周術期のウイルス感染・重篤な合併症の留意
- 3) 術後の集中治療室、スタッフなどの確保
- 4) 院内感染の防止

は特に留意すべき事項である。

従来なら手術適応疾患であっても、疾患の性質や緊急度、あるいは地域の感染状況を考慮し、手術を行うか延期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を想定したり、大規模な手術の場合は術後の集中治療室の確保やスタッフの業務シフトなども現実的な確認事項となる。

日本消化器外科学会のアンケート調査²⁾では各施設における手術制限の有無に関し477施設から回答が寄せられ、2020年の3月、4月に消化器外科の手術が制限された施設は40%（首都圏53%、首都圏以外34%）という結果であった。

同年3月の手術実施率は1月と比較した場合、40%の施設で減少し、30%の施設で減少率は10-30%であった。4月には手術が減少した施設は57%に増加した。

また、医学的に手術の延期すべきでない癌種として膵癌、胆道癌、結腸・直腸癌が指摘された。

日本胸部外科学会では新型コロナウイルス感染が胸部外科手術に与える影響に関するアンケート調査³⁾を行った。呼吸器外科領域の解析結果によれば2020年4月以降は50%~60%の施設で手術が減少し、例年と比較して

30%（中央値）の減少が報告されている。

手術が減少した原因としてトリアージとともに検査受診者の減少⁴⁾、外来受診が控えられたことや検査の延期などにより、初診患者数が減少した可能性も考えられる。新型コロナウイルス感染の手術への影響、術式、時期や地域ごとの影響の程度は日本外科学会とNCDが共同して2020年の手術状況を分析し正確な報告を行う予定である。

現在のようレベルの感染予防措置の経験をほとんどの外科医は有してはいないが、患者の周術期の安全確保と院内感染防止は確実に対応せねばならない。

周術期に新型コロナウイルス陽性が確定した患者1128例（うち術前感染診断94名）の解析では術後30日死亡率268名（23.8%）ときわめて高率で、このうち81.7%が肺合併症によるものであったという報告がある⁵⁾。特に高齢者で心疾患、糖尿病、COPDなどの持病が存在する場合、易感染で重症化する傾向が指摘されている。外科手術の対象となる患者はこれらの併存症を有することが多く、手術決定や術後の管理に慎重さを要する。

日本医学会連合は2020年4月29日に「緊急提言 進行する医療崩壊をくい止めるために」を政府に進言した⁶⁾。

- 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
- 個人防護具の充足
- 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。

この提言も判断材料の一部となったか、政府対応として5月15日に新型コロナウイルス核酸検出(PCR)を無症状の患者であっても、医師が必要と判断し実施する場合は保険適用と認められた。感染防止の上で大きな前進であり、慎重な施設では入院前のすべての患者にPC

R と胸部 CT を行い、無症状の感染患者のスクリーニングを行っている。PCR は偽陰性がゼロではないことや検査処理能力には限界があるが、各施設では然るべき基準で術前に施行されている。

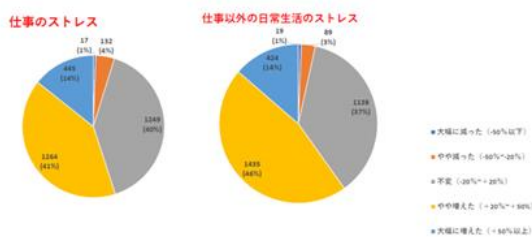
感染の初発から 1 年半になるが、医療従事者の生活に目を移すと様々な変化が挙げられる。会議の web 化、複数の人数での回診の廃止、感染対策業務の分担、オンライン診療などである。若手医師へのアンケート結果では仕事や生活の変化より自身の感染、家族への感染が精神的に負担になっており、感染蔓延によりマイナスの影響を臨床で感じている者 74%、健康面 47%、精神面 70% という報告もある⁷⁾。

日本外科学会の外科医労働環境改善委員会(馬場秀夫委員長) およびコロナウイルス対策委員会により 2021 年 2~3 月に日本外科学会会員へのアンケート調査を施行した。手術件数の減少を 63%、外来診療時間の短縮を 33% が回答している(図 1)⁸⁾。また仕事のストレスは 55%、日常生活のストレスは 60% と半数以上の外科医で増加していた(図 2)⁸⁾。

図 1 : COVID-19 による変化 (診療面)



図 2 : COVID-19 による変化 (精神面)



前述の「緊急提言 進行する医療崩壊をくい止めるために」にも医療従事者への支援として「医療従事者向けの精神的支援体制の構築:精神科医または心療内科医や公認心理師・臨床心理士による相談体制の早期確立」が提案されており、健康面とともに精神面のケアの充実が各施設で急ぎ強化すべき案件と考える。

新型コロナウイルス、特に変異型は感染力が強いため、地域の医療機関の分担、連携が重要であり、一極集中を避けるシステム構築が望まれる。外科臨床の現場においては術前 PCR の一般化やワクチン接種の普及により診療のフローも安全を担保しつつ効率化の工夫をし、手術提供体制を盤石にしていくことが必要である。

- 1) Mori M, Ikeda N, Taketomi A, et al. COVID-19: clinical issues from the Japan Surgical Society Surgery Today 2020; 50:794-808
- 2) 日本消化器外科学会 HP https://www.jsjgs.or.jp/modules/oshirase/index.php?content_id=280
- 3) 日本胸部外科学会 HP https://www.jpats.org/lib/files/info/2020/1029_01_03.pdf
- 4) 日本対がん協会 HP https://www.jcancer.jp/wp-content/uploads/TAIGAN-04_4c-1.pdf
- 5) COVIDSurgCollaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. Lancet 396, 27-38 (2020).
- 6) 日本医学会連合 HP <https://www.jmsf.or.jp/uploads/media/2020/07/20200713184929.pdf>
- 7) Coleman JR, Abdelsattar JM, Glocker RJ COVID-19 pandemic and the lived experience of surgical residents, fellows, and early-career surgeons in the American College of Surgeons. J Am Coll Surg 2021;232:119-137
- 8) 日本外科学会 HP. <http://www.jssoc.or.jp/other/info/info20210603-01.pdf>

コロナが外科系にもたらした影響～耳鼻咽喉科の対応

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会

新型コロナウイルス感染症対策WG担当

(2021年6月より日本耳鼻咽喉科学会より名称変更)

東京都保健医療公社荏原病院耳鼻咽喉科 木村 百合香

コロナ禍において、外科系診療科のなかでも耳鼻咽喉科は、飛沫やエアロゾルによる感染対策に始まり、COVID-19 の診断・治療から後遺症への対応まで、COVID-19 診療の全ての段階において、フロントラインに立たされてきた。また、COVID-19 との症状のオーバーラップにより、診断・治療が遅れがちな重症上気道感染症や

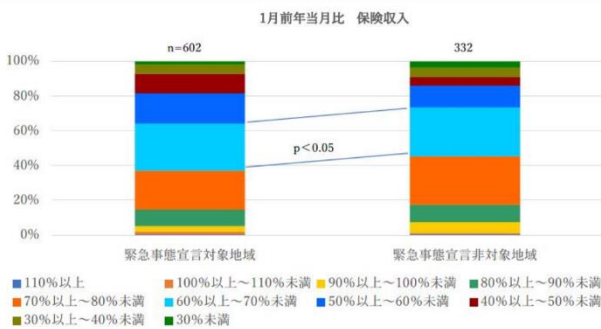
悪性腫瘍への医療供給体制の維持も耳鼻咽喉科の重要な役割である。

耳鼻咽喉科外来診療は、感染リスクが最も高い医療行為の一つである。飛沫やエアロゾルが発生しうる行為である上に、SARS-CoV-2 は発症前 2 日から感染性を有し、発症前に感染性のピークを迎えることが明らかとな

っている。感染が拡大している地域では、耳鼻咽喉科診療は、大きな緊張にさらされてきた。これらに対し、日本耳鼻咽喉科学会（以下、日耳鼻）では、2020年6月までに耳鼻咽喉科外来診療や、手術、小児診療、検査・処置の「対応ガイド」を作成・公開し、ウィズコロナの時代における耳鼻咽喉科診療体制を整備してきた。

同時に、耳鼻咽喉科は、感染リスクを恐れた受診控えや個々の衛生意識の向上による上気道感染症の減少により、経営面での危機にも面している。日本臨床耳鼻咽喉科医会（以下臨床耳鼻咽喉科医会）の調査によれば、2021年1月時点での保険診療点数は、80%以上の施設で前年同月比20%以上の減収であり、大変厳しい経営環境にさらされている(図1)。耳鼻咽喉科はより厳格な感染対策を要することから、感染対策にかかる支出の増加も経営を圧迫しており、適正な医療供給体制の維持には、何らかの診療報酬面での改善が望まれる。

図1. COVID-19 流行による経営への影響 (臨床耳鼻咽喉科医会調べ)



これらの危機に直面しながらも、2020年10月には、日耳鼻と臨床耳鼻咽喉科医会が合同で、「耳鼻咽喉科診療所および一般病院におけるCOVID-19とインフルエンザの検査実施マニュアル」を作成・公開し、地域でのCOVID-19診療に積極的に参画してきた(図2)。診療環境の整備から、検査、検体の処理や保管・輸送、検査判明後の対応、診療報酬上の扱いまですべてを網羅し、厚労省から出された「病原体検査の指針」を補完した実際的な内容となっている。これらの取り組みの結果、厚労省の「発熱患者の検査体制・外来診療確保事業」へ参画した耳鼻咽喉科診療所は50.5%(臨床耳鼻咽喉科医会調べ)を超え、地域におけるCOVID-19の初療に大きな役割を果たしている。

さらに、臨床耳鼻咽喉科医会では、「耳鼻咽喉科診療所を初診した新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の臨床像」の調査を行った。耳鼻咽喉科へ受診する症例においても、COVID-19の典型所見と言われる嗅覚障害は46%にとどまり、鼻腔所見は膿性鼻汁などの細菌感染との鑑別が困難な症例も数%に見られる一方で、咽頭所見では、溶連菌などの細菌感染を疑う所見を呈する症例は稀であるという結果が得られ、COVID-19プライマリケアの場における診療技術の向上にも寄与している。

COVID-19の入院診療の現場においても、耳鼻咽喉

図2 耳鼻咽喉科診療所および一般病院におけるCOVID-19とインフルエンザの検査実施マニュアル(概要)

耳鼻咽喉科診療所および一般病院におけるCOVID-19とインフルエンザの検査実施マニュアル

COVID-19が発生している地域では、発熱患者の診察に際してインフルエンザとCOVID-19の検査を行う。病原体検査の意義を理解し、各施設の実況に応じた検査方法を選択する。検査の施行に際しては適切な感染防護策を講じ、検体検査の際も感染のリスクを念頭に、検査結果は偽陰性や偽陽性の可能性に配慮する。保険診療による病原体検査には、都道府県等との委託契約が必要である。

環境整備

- 発熱患者をいれられた場合は、事前連絡が必要であることを周知する。
- 時間的・空間的分離：駐車場での待機や、医療機関の診察室外での診察・検査
- 発熱患者対応時数の設定など
- 標準予防策を徹底する。

検体処理・保管と輸送

- 検体の交差汚染が起こらないように配慮し、適切な感染予防策を講じた上で検体採取・輸送を行う
- ウイルスPCR検体の提出の際は3包装が必要である。

病原体検査

PCR検査
ウイルス濃度を増幅検出する検査。鼻咽喉・唾液・鼻汁いずれの部位でも採取可能。検体が乾燥状態にも適応となる(鼻汁を除く)。

抗原定性検査
ウイルス抗体を特異抗体で検出する。迅速性に優れるが検体の前駆から顕微鏡検査や唾液検査は適切な検体採取日(1日目と1週間後から2-9日目は確定診断に使用可能 ※)

検査方法

- 鼻咽喉：日耳鼻HP http://www.ja.kyoto.co.jp/libka/200512_001.mpd
- 鼻咽喉：鼻汁・鼻汁・鼻汁を2cmほどスワブを挿入し、挿入後スワブを5秒程度回転させ、十分に湿らせる。室温乾燥下で自然乾燥が可能。
- インフルエンザ-鼻汁/唾液を用いて抗原検査(★)
- COVID-19-抗原定性検査(※)またはPCR
- ※検査：採取20分前から、つらみ、流涙、乾咳をしないよう説明
- 1-2ml以上採取する
- インフルエンザ-鼻汁/唾液を用いて抗原検査
- COVID-19-唾液PCR(完全から9日以内)
- (★) クラックなどで、ユニフォームなどで検体中

検査判明後の対応と患者説明

- 行政検査を行った場合は、抗原検査、PCR検査を問わず陽性も陰性も速やかに報告する
- 検査陽性でも、COVID-19を疑う場合は8日間の自宅療養を要する
- 偽陰性の可能性にも留意し、再検査を追加する。

診療報酬上の扱い

- 保険診療によるCOVID-19の病原体検査には、各医療機関と都道府県等との個別あるいは医師会等との委託契約が必要である。

患者負担率3割の場合	7割	3割
診療料等	保険請求	患者負担
検査料・判別料	保険請求	公費負担

(日本臨床耳鼻咽喉科医会・日本耳鼻咽喉科学会)
第1版:2020年10月13日

科医は貢献している。長期人工呼吸器管理において、人工呼吸器関連肺炎の予防や人工呼吸器からの早期離脱には気管切開が有用であるが、気管切開は最も感染リスクの高い手技の1つとされてきた。日耳鼻の「気管切開の対応ガイド」では、4月の時点では、「チューブトラブルが生じるまで気管切開は待機」と推奨していたが、エビデンスの集積により、6月の改訂で挿管後10日目以降を推奨とし、適正な時期での気管切開を提供している。また、気管切開を通じた感染は適切な感染対策により生じなかったという検証結果も北海道大学を中心とした日耳鼻の研究グループから報告された。

今後問題となるであろう、COVID-19後遺症に対しても、いち早く取り組みが行われている。令和2年厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症による嗅覚・味覚障害の機序と疫学、予後の解明に資する研究」(主任研究者 金沢医科大学・三輪高喜教授)により、COVID-19患者における嗅覚・味覚障害の全国調査が行われた。発生頻度は嗅覚障害が58%、味覚障害が40%であったが、味覚障害を有する患者のうち90%が嗅覚障害を有するのに対し、味覚障害のみは4%に過ぎず、嗅覚・味覚の自己検査の結果からも、COVID-19の味覚障害は嗅覚障害に起因する風味障害が中心であることが明らかとなった。これらのデータを元に、今後のCOVID-19後遺症治療法の確立に向けた研究が進んでいる。

また、日耳鼻では、YouTube公式チャンネルや公式Twitterにより、一般への感染対策の啓発を行っている。特に、花粉症シーズンはくしゃみ・鼻汁・鼻閉の三大症状がコロナの症状と重複することから、早期の対策を勧めた動画を配信したところ、7,000回以上再生されており、一定の予防効果につながっているものと思われる。

最後にコロナ診療体制の確保が外科系診療全般に与える影響について述べる。現在、感染状況の指標の1つとして、「病床使用率」が使用されている。ステージIIIを20%、ステージIVを50%と定めて、多くは一般病床を転用している。これまで、我が国の医療では80%、90%の病床稼働率が求められてきたことから、コロナ診療の拡充は、通常の医療供給体制の縮小であることは

明らかである。東京を例に挙げれば、コロナ病床約 5,000 床の多くは一般の急性期病床の転用である。コロナ患者の受入困難が主に「医療崩壊」として報道されているが、実際には一般の医療供給体制への影響が懸念される。また、特に流行が蔓延している地域では、公的医療機関を中心に外科系医師もコロナ診療に動員され、外科系専攻医の研修機会が減少している。公的医療機関からの外科系医師の流出をもたらし、またコロナ診療に長期に従事する外科系医師達は士気が低下することで、外科系診療の「質の低下」が危惧される。

耳鼻咽喉科は、外科系診療科のみならず全診療科のなかでも最も COVID-19 診療の矢面に立つ診療科の一つである。COVID-19 流行から 1 年半が経過した現在においても、特に経営面において多くの課題を抱えている。上気道疾患の多くは common disease である一方で、気道閉塞により即、致命的となり得る疾患や後遺症により話す、食べる、嗅ぐといった人間の根源的な機能の障害をもたらす疾患も存在する。COVID-19 診療と一般診療を両立した耳鼻咽喉科医療提供維持に向け、関係各所には最大限の支援をお願いしたい。

COVID19による急性心筋梗塞体制の変化

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

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。

う指標は、2004 年の米国ガイドラインに記載されたが、すでにエビデンスに乏しく米国で 2007 年、日本でも 2018 年にはガイドラインから記載が消滅している。ヨーロッパのガイドラインでは一度も記載されたことがない。このコロナ時代に 90 分以内を無理強いするのは、患者にも病院にも利益がないように思われる。

1) 病院入り口から再灌流まで 90 分以内が困難となった(図 1)

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 34380 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、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。その一方で、病院入り口から再灌流まで 90 分以内とい



2) 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。

3) 心臓カテーテル室での対応

コロナ確定例のみならず疑い例にも対応が迫られ、多くの病院ではこの対応に慣れてきたようである。しかしながら、感染防御は非常に重要であり、そのガイドラインを当学会より英文と日本語で発表した。患者が来てから90分以内に対応しなければならない心筋梗塞のため、多くは疑い例で治療を行う。ただし、日本では最大に減少したのが2020年5月ころで待機例の4割は延期したが、緊急対応は90%以上の施設において、日本で維持できていたのは世界に対し誇るべきことである。一方、図2に示すように防護具を着用しての治療は、暑くてシールドの曇りのために視界が悪く大変な状況となる。またカテ室の基本は陽圧室になっており、COVID19症例対応の陰圧室はできる空調設備とそうでないところがあり、感染対策はすべての施設で同一ではなく、個別

対応を迫られている。

図2

防護服を着用してのカテーテル治療



フェイスシールドが曇って
視野の確保が大変
暑い、のどが渇く
集中力の維持が困難

まとめ

コロナの鑑別、防護具の着用など、従来より時間がかかるようになった。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。

◆編集後記

広報委員会 委員長 河野 匡



外保連ニュース 36号をお届けします。異常気象といわれている近年ですが、今年も「経験したことがない」という枕詞が聞きなれてしまうくらいの頻度で異常気象とそれに伴う自然災害が起こっております。被害者やその関係の皆様にはお悔やみを申し上げます。

さてCOVID-19が蔓延し始めてから1年半以上が経ち、まだピークを迎えたかどうかははっきりしない毎日、以前の日常が通用しないようになっております。本ニュースを読まれている皆様も身近な感染者を思い浮かべられるようになってきているかもしれません。

今回は瀬戸実務委員長から厚生労働省によるヒアリ

ングが初めてwebで行われ、外保連試案の件数と診療報酬の乖離の大きい術式、手術材料費の適正な評価、複数手術の評価の適正化などの要望を行ったことを述べていただきました。またCOVID-19蔓延の診療における影響評価について特に影響の大きかった学会の中から日本外科学会、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会から実情と要望を述べていただきました。以前は必要がなかったような手間や制限のもとで、成績を落とさないように努力や工夫をされていることがわかります。今後はこれが日常にならないように願うばかりです。

今後とも適正な保険診療報酬を実現するため、外保連活動をどうぞよろしくお願い申し上げます。

◆三保連ニュース

10月13日に聖路加国際大学 アリス・C・セントジョン メモリアルホールに於いて、第21回三保連合同のシンポジウムを開催し、今回は『これからの医療～AI、手術ロボット、遠隔医療～』と題し、意見交換を行う予定です。詳しくは外保連のホームページ(<http://www.gaihoren.jp/>)をご覧ください。

◆事務局からのお知らせ

【新規加盟学会】
・日本人工関節学会

・日本リンパ浮腫治療学会

※以上、現加盟学会数計112学会

【改正要望書】

2021年6月に厚生労働省へ要望しました「社会保険診療報酬に関する改正要望書」を収録した冊子(CDROM付)を製作しており10月下旬頃に完成予定です。

外保連の改正要望書はそれぞれの領域の専門家と各委員会の努力によって、新しい医療の有効性や安全性をエビデンスに基づいて記載したものです。厚生労働省等が行う診療報酬改定に有用な資料であると考えます。

冊子(CDROM付)をご希望の方は事務局までお申し込み下さい。