

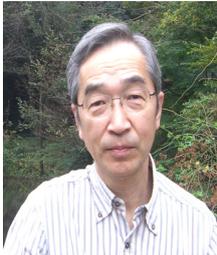
Gaihoren News vol.16

外保連ニュース 第16号 2011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
〒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 年2回発行

一般社団法人化について

会長 山口 俊晴



一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合が7月1日に成立した。任意団体であった外保連は一般社団法人として再編成されることになった。外保連試案が中央社会保険医療協議会において診療報酬改定の公式な資料

として採用されるなど、外保連の社会におけるプレゼンスはますます高いものになりつつある。このような時期に、加盟諸学会並びに日本外科学会のご理解のもと、新しく一般社団法人として成立したことは大きな意義がある。なにより法人格を取得することは、今後外保連が社会に広く認知される団体として受け入れられるために必要な要件である。また、組織としての独立性を確保するためにも、外保連として責任を持って人を雇用し、人材を育成する必要がある。賃貸契約や試案の出版委託契約なども法人格を持っているからこそ可能である。

今まではそのすべてを日本外科学会のご配慮に負っていたわけであるが、加盟91学会という強固な基盤ができた今こそ、法人化の絶好のタイミングと言えよう。社員は外保連会長、会長補佐のうち1名、日本外科学会としたのは、従来の外保連の加盟学会の権利を保持しつつ、従来にも増して要求される組織としての機動力を発揮するために最適の形態

目次

一般社団法人化について ~会長 山口 俊晴

特集 日本の医療技術は優れている!! PART

*遠藤 登喜子

「日本の乳房画像診断と乳癌治療」

*森田 峰人

「子宮筋腫」

*堤 治

「子宮内膜症の増加と腹腔鏡下手術」

*巴 ひかる

「女性腹圧性尿失禁の手術成績」

編集後記 ~広報委員長 松下 隆

事務局からのお知らせ

と考えたからである。加盟学会には会員として従来と同様の権利のもと、今後も適正な医療技術評価の実現のためにご協力をお願いしたい。

今や外保連の活動は、科学的で公正なものとして認知されつつある。国民やメディアは外保連に単なる圧力団体ではなく真の学術団体としての活動、すなわち専門家として正しい公正な情報を発信することを求めている。医師の信頼の回復は一朝一夕にはかなわないが、各委員会の委員の皆様の献身的な努力が、近いうちに必ず理解されて、国民とのよりよい関係の中で優れた医療制度が構築されていくものと確信している。そして、外保連の法人化はその第一歩といえよう。

特集 日本の医療技術は優れている!! PART

「日本の乳房画像診断と乳癌治療」

日本乳癌学会

国立病院機構名古屋医療センター 遠藤 登喜子

はじめに

乳がんは日本女性の癌では最多で、国立がん研究センターの推計では毎年5万人以上が新たに乳癌と診断されています。また、乳癌死亡も増加を続けており、2009年の死亡者は11,918名と、大腸癌・胃癌・肝臓癌・胆嚢胆管癌に続いて第5位ですが、死亡年齢のピークは50歳代後半と若く、その影響が大きいことが特徴です。

しかしながら、乳癌は非浸潤癌や、浸潤癌であっても14mm以下であれば救命率は非常に高いことが知られており、死亡率低下のためには、早期発見と診断、乳癌のタイプに合わせた個別の治療が、日本のどこでも受けられることが重要です。

日本の乳癌発見・診断の教育研修体制

乳癌による死亡を減少させるには早期発見が重要ですが、確実な救命に求められる大きさは、「ほとんど触知できるかできないかの大きさ」です。そのため、自覚症状のない「健康」な人を対象とした「検診」が行われており、世界的には、マンモグラフィを中心とした方法によっています。

日本では乳癌罹患頻度が欧米より低いことから、マンモグラフィの検診への導入は遅れましたが、欧米の研究によって明らかになった「マンモグラフィの精度管理」対策には、当初より取り組んできました。すなわち、日本乳癌検診学会や日本乳癌学会をはじめ、乳癌診療やマンモグラフィに関連する6学会の代表からなる「マンモグラフィ検診精度管理中央委員会」(現在はNPO法人)を結成し、マンモグラフィに関する教育や品質管理に取り組む、普及したことです。

教育活動としては教育・研修委員会が、医師・診療放射線技師を対象に、マンモグラフィについての2日間の講習を展開し、さらに読影力(医師)や乳癌の知識や撮影技術(技師)について一定の基準に到達しているかを試験するシステムをつくりました。実習研修を取り入れた教育効果を検証されたシステムで、講師15人に対し受講者49名と、ゆっくりでも実のある教育・研修を積み重ね、1998年にスタートして以来13年、2011年3月31日現在で、読影部門参加者は実質14,965人(うち認定取得者11,393人)、技術部門参加者は15,444人(うち認定取得者11,106人)にのぼっています。この多くの医師・技師の力はまさに、日本のどこでも安心して検査を受けられる体制を支えるものとなっています。なお、有資格者リストは、本人の合意を得て精中委のホームページ(<http://mammography.jp/mammo/main.html>)に公開され

ています。

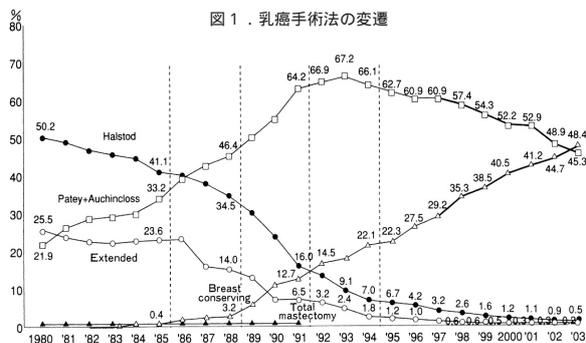
品質管理活動では、施設画像評価委員会が、設備・技術・画質について検査し、評価しています。X線を用いるマンモグラフィでは、安全な線量でよい画像を得ることが重要で、そのために、線量測定を行い、ファントムや実際のマンモグラフィ画像を評価し、基準到達装置を、ホームページに公開しています。

日本では、こうした情報提供も含め、安全・安心の乳癌の検出・診断体制が、隅々まで行き渡っているといえます。

乳癌の治療法

乳癌の治療は手術が基本ですが、手術のみならず、「乳癌の生物学的特徴」に基づく治療法 - ホルモン療法、薬物療法や放射線療法など - の組み合わせによる「オーダーメイドの治療」であることが特徴です。

乳癌の手術は、1990年以降、乳房温存手術が急速に普及し、2003年には乳房切除術を抜いて主たる手術法となっています(図1)。加えて、Quality of Lifeを低下させる要因の一つであった腋窩リンパ節廓清は、センチネルリンパ節生検の導入により、省略されることが多くなっています。センチネル(みはり)リンパ節とは、癌細胞のリンパ管侵襲時、最初に流れ着くリンパ節で、これを生検して転移陰性と診断されれば他のリンパ節への転移の可能性はほとんどないと考えられています。腋窩リンパ節廓清は術後の患側上肢のリンパ浮腫の原因となっていましたので、廓清の省略は乳がん治療後のQOL改善に大きく貢献しています。加えて、乳房形成術の分野の活動も活発になってきていることから、「乳がんの治療をしたことがあるの」と、明るく言える女性が多くなっています。



おわりに

日本の乳癌の診療体制は、早期発見から治療まで、全

国どこでも同じように受けられるよう、関係団体が総力を挙げてきめ細かな取り組みを展開しています。乳癌は、早期発見すれば治せる病気であり、すべての女性が命と

健康生活を守るため、意識して取り組んでいただきたいと思います。

「子宮筋腫」

日本産科婦人科学会

東邦大学医療センター大森病院産婦人科 森田 峰人

子宮筋腫は、成人女性の3～4人に1人が有しているといわれる良性腫瘍であり、産婦人科においてはもっともポピュラーな良性疾患である。30～40歳代に発見されることが多く、過多月経、貧血周囲臓器圧迫症状、不妊などの症状がある場合には治療を考慮する。治療は子宮筋腫の摘出(手術)が最も効果的であり、手術には子宮全摘術と子宮筋腫核出術がある。近年は子宮筋腫が増加しており、その原因として、初婚年齢の上昇(女性28.5歳:2008年統計)、晩婚化、晩産化の進行、好発年齢時には未婚や未産であることなどが挙げられ、これらの状況において手術が必要な子宮筋腫に対する手術内容の選択肢は自ずと妊娠能温存手術である子宮筋腫核出術となり、さらに近年では、手術侵襲の少ない腹腔鏡下手術の希望が増加の一途をたどっている。2008年の日本内視鏡外科学会の統計では、1990年より2008年に行われた子宮筋腫に対する腹腔鏡下手術は27,624件で、2007年には子宮筋腫核出術が占める割合が70%になっている(図1)。我々の施設においても同様の傾向で、当科では1996年に本格的に子宮筋腫に対する腹腔鏡下手術を開始してから2010年までに1,815例に施行し、近年(2006年から2010年)の筋腫核出術の割合は78%を占めていた。

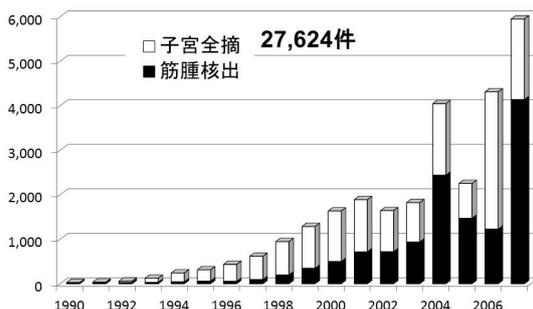
腹腔鏡下子宮筋腫核出術の問題点は、血管の豊富な子宮を切開するため非常に出血しやすい手術である、全ての腹腔鏡下手術手技(切開、止血、縫合、剥離など)が要求される、手術のバリエーションが豊富、子宮筋腫はその大きさ、位置、個数などが様々であること、などがあり、産婦人科良性疾患に対する腹腔鏡下手術の中では難易度の高い術式である。

日本における腹腔鏡下子宮筋腫核出術が安全に行われているかを検討するため、手術成績および合併症の検討を行った。手術成績に関しては、学会などにおける子宮

筋腫核出術の手術成績の統計は存在しないため、東邦大学医療センター大森病院における2006年から2010年に行われた669例と、諸外国からの報告の中で症例数の多い報告として、イタリア:Landi Sらの報告の368例(J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001)における、子宮筋腫核出術の手術成績(核出筋腫核最大径、核出筋腫核数、手術時間、出血量)を比較検討した(表1)。その結果、核出筋腫核最大径や核出筋腫核数は、東邦大学で大きいにもかかわらず、手術時間はほぼ同等であり、さらに出血量は平均で約半分抑えられていることがわかり、難易度の高い手術に対する日本の手術技術は明らかに優れていることが認識できる。また、合併症の比較は、日本内視鏡外科学会報告と海外の多施設報告を比較した。具体的には、日本内視鏡外科学会の婦人科領域報告(2008年)、ドイツのSurgical management of uterine fibroids in Hesse, Germany(2009年)、イタリアのItalian multicenter study on complications of laparoscopic myomectomy(2007年)の成績を比較した(表2)。その結果、術中合併症の発生率は、日本とドイツがほぼ同等で0.55%に対し、イタリアは1.7%と約3倍の発生率であった。さらに特筆すべきは術後合併症の発生率で、ドイツの2.05%、イタリアの4.0%に対して、日本の発生率は0.21%と圧倒的に低い発生率であった。

これらの手術成績や合併症の発生率から、日本の腹腔鏡下手術技術は優れており、患者さんに対して安心で安全な医療を提供しているものと考えられる。

図1: 子宮筋腫に対する各術式の割合



日本内視鏡外科学会統計2008

表1: 手術成績の比較

	東邦大学(2006-2010) n=669	イタリア(Landiら) n=368
筋腫最大径 (mm)	68.4 ± 21.7 (15-150) ↑	56.9 ± 27.6 (5-150)
個数	3.1 ± 2.9 (1-29) ↑	2.1
手術時間 (min)	113.3 ± 43.1 (31-283) ↔	100.7 ± 43.8 (30-330)
出血量 (mL)	164.0 ± 229.1 (0-2000) ↓	381.1 ± 324.8

表2: 腹腔鏡下子宮筋腫核出術における合併症発生率の比較

	日本 n=2891	ドイツ n=1807	イタリア n=2050
手術中の合併症 血管損傷 腸管損傷 膀胱損傷 子宮損傷 など	0.55%(16)	0.55%(10)	1.7%(35)
術後の合併症 腹腔内出血 創部血腫 腹膜炎 尿路感染 など	0.21%(6)	2.05%(37)	4.0%(83)

日本内視鏡外科学会の婦人科領域報告 2008
ドイツ: Surgical management of uterine fibroids in Hesse, Germany 2009
イタリア: Italian multicenter study on complications of laparoscopic myomectomy 2007

「子宮内膜症の増加と腹腔鏡下手術」

日本産科婦人科内視鏡学会

医療法人財団順和会山王病院 堤 治

子宮内膜症の増加

子宮内膜症は本来子宮内腔を被う内膜組織が異所性に存在し、エストロゲンにより増殖、進行する疾患である。月経血(子宮内膜)の卵管を通じた逆流が病因の一つで、初経年令の低下、少子化や結婚、妊娠の高年齢化など女性のライフスタイルの変化が子宮内膜症の増加に関係する。さらに内分泌攪乱物質(環境ホルモン)の影響も懸念されている。

子宮内膜症という疾患の認知が患者、医師双方において十分でなかった時代があり、子宮内膜症の増加や頻度を正確に評価することは難しい。それを考慮した上で図1をご覧ください。開腹ないし腹腔鏡により骨盤内を観察した手術記録症例中に子宮内膜症の占める割合を示したものである。1960年すなわち50年前には1%であったものが、年々直線的に増加してきたことがわかる。データは旧東京大学医学部分院のもので、1990年の15%から2000年の30%への急増には、腹腔鏡下手術導入によるチョコレート嚢胞患者の割合増加というバイアスが存在する。ちなみに筆者が勤務する山王病院リプロダクションセンターでは不妊症に対する腹腔鏡検査治療と卵巣嚢胞等の腹腔鏡下手術が多く、子宮内膜症の占める割合はほぼ50%である。

嘗ては稀な疾患とされていた子宮内膜症であるが、近年医療側、患者側の認識も改まり子宮内膜症として診療を受ける患者数は各年代で増加している。女性の様々な疾患年代別受療率を調査すると、生殖年齢にある女性では、診療を要する最大の疾患が子宮内膜症である¹⁾。また子宮内膜症から卵巣がんが発生するリスクも1%程度とされ更年期以降も油断のならない疾患である²⁾。

腹腔鏡下手術の進歩

子宮内膜症には薬物療法もおこなわれるが不妊患者の場合や不妊でなくとも5ないし6cmを超えるチョコレート嚢胞は破裂やがん化のリスクもあり核出手術の適応と考える。手術のアプローチは骨盤内を隈なく観察でき、各種パワーソースも使用できる腹腔鏡が優れる。巨大な嚢胞の場合術前GnRHアゴニスト療法を行うことにより嚢胞を縮小することが可能で、手術は容易になり、術中出血量の軽減も期待できる。

生殖年齢にある女性のチョコレート嚢胞手術においては、妊孕能温存がキーポイントになる。嚢胞摘出にあたっては、腹腔鏡の特徴を生かし、嚢胞を剥離し正常卵巣組織に損傷のないよう安全に実施する³⁾。止血も適当なパワーソースを用いピンポイントにおこなう。止血や形成のために必要がない場合、縫合操作は必ずしも実施しない。

腹腔へのアプローチは腹腔鏡が開腹に勝るが、日本ではさらにスコープ、鉗子の細径化によりより低侵襲化を図られている(図2)。3mmのシステムでは日帰り手術への移行も可能となろう。チョコレート嚢胞内にアルコールを注入し固定する治療法が本邦の一部で実施されるが、卵巣実質への障害や腹腔内癒着を招来する可能性、組織型を確認できないなどの問題点があり、我々は原則として実施しない⁴⁾。

文献

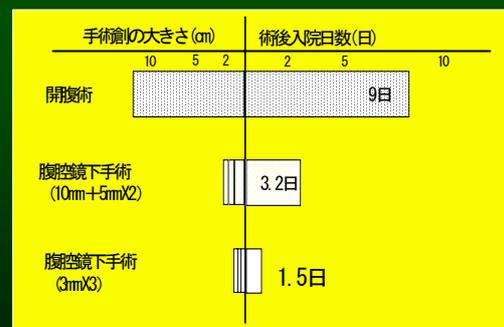
1. 武谷雄二:平成11年度厚生科学研究報告書、リプロダクティブヘルスから見た子宮内膜症等の対策に関する研究。2000
2. 小林浩:子宮内膜症から発生する卵巣腫瘍の診断と治療 産婦実務2004 53:879-886
3. 堤治:卵巣嚢胞、不妊症と内視鏡 産婦人科手術シリーズI 腹腔鏡下手術 診断と治療社 2010 47-54, 81-87
4. Okagaki R, Osuga Y, Momoeda M, Tsutsumi O, Taketani Y: Laparoscopic findings after ultrasound-guided transvaginal ethanol sclerotherapy for ovarian endometrial cyst. Hum Reprod 1999 14:270

図1.子宮内膜症の増加



東京大学(旧分院)における手術患者に占める子宮内膜症の頻度は年々増加し40年間で十倍以上増加した。2000年の急増は子宮内膜症の腹腔鏡下手術患者増加というバイアスが存在する。

図2.子宮内膜症手術の創の大きさと入院日数の比較



腹部手術の侵襲を規定するのは第一に創の大きさ、いうことができる。腹腔鏡下手術では開腹を回避し、術後疼痛を軽減、早期離床、早期社会復帰が可能となる。医療費節減にも資するところである。さらに細径システム(3mm)では疼痛などの訴えはほぼなくなり術翌日の退院が可能となっている。

「女性腹圧性尿失禁の手術成績」

日本泌尿器科学会

東京女子医科大学東医療センター 骨盤底機能再建診療部 巴 ひかる

腹圧性尿失禁 (stress urinary incontinence; SUI) に対し、約 100 年の歴史の中で 100 種類以上の尿失禁根治術が考案され行われてきた。しかしいずれの手術も侵襲が大きい、入院期間が長い、初期成功率は高いが経時的再発率が高い、尿道括約筋不全には効果がないなどの欠点があり、十分に満足のできる術式とは言えなかった。そのため、手術は重度の SUI 症例にのみ適応する傾向があった。しかし 1996 年に Ulmsten によって TVT (tension-free vaginal tape) 手術が報告¹⁾されると、欠点の多くが克服され、世界で最も多く施行される Gold standard の尿失禁根治術となった。

1. TVT (tension-free vaginal tape)

TVT 手術はメッシュ状に編んだポリプロピレンテープを恥骨裏面を通して中部尿道後面に設置する手術である (図 1)。腹圧負荷時に過可動した尿道がテープの位置、すなわち中部尿道において受動的に屈曲し、尿道内圧が上昇することによって尿禁制が得られるため“中部尿道スリング手術”と呼ばれる。TVT 手術の最大の特徴は、局所麻酔下で手術ができ、日帰り手術も可能なほど (実際にはわが国では 1、2泊することが多い) 低侵襲手術であるにも関わらず成功率が高いことである。尿道過可動における 1-3 年成功率は 84 ~ 90% とされ¹⁾、11 年後にもその有効性と安全性が確認された²⁾ ほか、TVT 手術以前に流行っていた針式膀胱頸部挙上術 (ステイミー手術) と異なり尿道括約筋不全に対しても成績が下がるものの適応することが可能である。また他の minimally invasive surgery にみられる経時的再発が少ないことも大きな利点である。

わが国でも 1999 年 9 月より保険適応となり 10 年を経過した。わが国の TVT 研究会における成績³⁾ でも成功率とともに患者満足度が高く、極めて有望な術式であることが確認された。しかし術中の膀胱誤穿刺や、ごく稀に大血管損傷や腸管穿孔などの致死的となりうる合併症が起きることが最大の欠点であり、執刀医の精神的負担にもなっている。

2. TOT (transobturator tape) 手術

このため 2001 年 DeLorme によって TOT (transobturator tape) 手術が開発された⁴⁾。TOT 手術は TVT 手術と同様、中部尿道後面をポリプロピレンテープで支えることによって尿失禁を防ぐ“中部尿道スリング手術”であるが、穿刺針が TVT 手術のように後腹膜腔を通過することなくテープは左右の閉鎖孔を結ぶ方向で設置されるため、致死的な合併症が起り得ない (図 1)。また排尿困難や出血量も TVT 手術より少ないほか、膀胱誤穿刺が殆ど起きない (0.3% vs 5.5%) ことから術中の膀胱鏡が必須ではなく、手術時間が確実に短縮される。TVT 手術ではみら

れない合併症としては閉鎖神経を損傷による一時的な大腿部痛がある。

短期の手術成績は TVT 手術とほぼ同等という報告は多く、我々が行った前向き多施設共同研究でも良好な結果が得られた⁵⁾。しかし Cochrane Database Study (17 trials, n=2434)⁶⁾ の解析結果では、客観的成功率が TOT 手術でやや低く (84% vs 88%)、一部の尿道括約筋不全において成功率が低いことが原因と考えられている。当施設ではこのことに早くから気付き⁷⁾、術前のウロダイナミックスタディーから最大尿道閉鎖圧によって TVT 手術と TOT 手術の適応を分けている。すなわち、尿道内圧の極めて低い尿道括約筋不全症例には TVT 手術をお勧めしている。このようなきめ細かいオーダーメイドの手術ができるのは、わが国の優れた点といえる。

一方、TVT 手術と TOT 手術における術後の主観的成功率に有意差はないとの解析⁶⁾ もある。尿道括約筋不全の程度が軽い尿道過可動症例では、TVT 手術と同等の成績が得られるうえ排尿困難や de novo urgency も少ないので、TOT 手術を first choice として良いだろう。

3. 日本の現状

海外では数多くの会社から TVT 手術用 kit や TOT 手術用 kit が販売され利用可能である。しかしわが国では 1999 年に TVT kit (Johnson & Johnson) が認可されて以来、他の kit がひとつも認可されないため、Emmet 針などを利用して TOT 手術を施行してきた。しかし kit の利用は、同一の手技で手術を行うことにより合併症を少なくできるとともに、誰が執刀してもほぼ同レベルの成績が得られる点で大きなメリットがあると考えられる。ようやく本年 6 月、12 年ぶりに新しい TVT kit (ボストン・サイエンティフィック社) が認可され、また申請から 4 年越しの TOT kit (AMS 社) が間もなく認可される見込みである。

優れた技術をもったわが国の泌尿器科医ではあるが、弘法も筆を選べればより素晴らしい字が書けるはずである。患者 QOL を主に考えるなら、欧米で認可されている医療機器をもう少し早く使用できるようにしてほしいと切に願ってやまない。

文献

- 1) Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G: An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J*, 7: 81-86, 1996.
- 2) Nilson CG, Palva K, Rezapour and Falconer C: Eleven years prospective follow-up of tension-free vaginal tape procedure for treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 19: 1043-1047, 2008.
- 3) Tomoe H, Kato K, Oguchi N, Takei M, Sekiguchi Y, Yoshimura Y: Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence with a Transobturator Tape (Monarc™): Short-Term Results of a Prospective Multicenter Study. *J Obstet Gynaecol Res*, 36(5), 1064-1070, 2010.
- 4) DeLorme E: Trans-obturator urethral suspension minimally-invasive procedure for the treatment of stress urinary incontinence in women.

Prog Urol 2001; 11: 1306-1313.

- 5) Tomoe H, Kondo A, Takei M, Nakata M, Toma H and Tension-free Vaginal Tape Trial Group.: Quality-of-Life Assessments Those Women operated on by Tension-free Vaginal Tape (TVT). Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 16: 114-118, 2005.
- 6) Ogah J, Cody JD, Rogerson L: Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD006375
- 7) Tomoe H: Value of maximum urethral closure pressure in predicting the outcome of TVT and TOT. 40th Annual Meeting of International Continence Society (2010 Toronto)

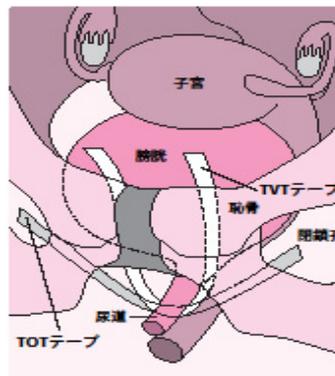


図1 TOT & TVT

編集後記

広報委員会 委員長 松下 隆



外保連ニュース第16号をお届けします。今回のトップニュースは外保連の一般社団法人化です。7月1日、外保連はこれまでの任意団体から一般社団法人になり、法人格を持つことによって法的に独立した組織として活動することが出来るようになりました。これを機に外保連の活動が国民に更に正しく理解され、我が国の医療制度がよりよいものになって行くことを願っております。

今回の特集記事「日本の手術技術は優れている」は、3月5日に開催した第2回市民公開シンポジウム(「女性の病気と付き合いには」- あなたを守る優れた日本の医療技術- でご講演いただいた先生方に書いていただきました(子宮頸癌(講演:宮城悦子氏)はすでに掲載済みにて今回掲載しておりません)。「日本の医療技術は優れている!!」の原稿は引き続き募集しておりますので、是非奮ってご応募くださいようお願い申し上げます。

事務局からのお知らせ

改正要望書

平成23年6月に厚生労働省へ申請しました「社会保険診療報酬に関する改正要望書」を収載した冊子およびCDROM版を製作しており、近日完成予定です。

改正要望書...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。

原稿募集

「日本の医療技術は優れている!!」の原稿を募集しております。執筆要綱は以下の通りです。

- ・治療成績が他国より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2000～2400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2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。