



平成24年度 福祉医療・乳幼児担当者全国会議に出席して

日耳鼻学会愛知県地方部会

社会福祉委員長 服 部 琢

平成25年1月27日、東京霞ヶ関ビル(東海大学学友会館)にて開催され、出席しましたので報告いたします。

- 1)開会の辞： 伊藤 壽一 担当理事
- 2)平成24年度事業計画：「例年どおりの事業を予定」 守本 倫子 委員長
- 3)平成23年度3歳児聴覚検診アンケート調査報告：司会 守本 倫子 委員長

愛知県からは、県内の市町村数・厚労省方式の実施数・受診対象者数72116名と、あいち小児センターへの3次紹介45件のうち、両側の難聴ありは中等度の伝音難聴3件のみ、精健票発行数等は調査不能であると報告した。

全国9地区の担当6委員から各地区での結果報告。3歳児聴覚検診の受診対象者は998410名。東日本大震災・原発事故の影響で、保健行政が困難にも関わらず回答が寄せられた。各地区からの意見としては、①厚労省方式の比率がさらにふえている、②精健票発行後の受診率は高い、③難聴疑い児は多かったが、種類・程度まで判明した人数は昨年と同等、等。

これらの結果をふまえ、まとめがなされた。

「難聴あり」の全国合計は832名であるが、このうち難聴の種類が判明したのは、両側性195名、片側性158名の計353名と比率は44.8%と昨年分より減少したが、人数は昨年の343名とほぼ同じである。両側性40dB以上の感音難聴

は14名、混合難聴が1名見つかった。伝音難聴はすべて中等度であり、滲出性中耳炎が含まれる可能性がある。このため、聴覚学習を要するのは15(14+1)名と推定された。

最近の16年間において、毎年35名程度の両側感音難聴が検出されている。このうち、聴力が確定している両側40dB以上の感音難聴児は13名前後で多くは中等度難聴であった。高度難聴児はNHSがなかった時代も、普及後の未受検児や後天性難聴児であっても3歳代まで見過ごされることは少なかったためと推察される。今後はNHSで一人でも多くの先天難聴児を検出し、1歳6ヵ月健診で両側高度難聴児を、そして3歳児健診で両側中等度以上の難聴児を可能な限り検出する、一連の体制の整備を更にする、全体のレベルアップを目指す考え方が重要と思われる。

- 4)人工内耳実態調査について(平成23年分)：110施設の90%から回答を得た。小児+成人を施行：76施設(76.7%)、成人のみ：12施設(12%)、未施行：11施設(11%)、全症例数は725名と、前回の調査時を大きく上回っていた。7歳未満は321名と、平成17年の約2倍に増加。18ヶ月未満も24例あり、“18ヶ月まで待つメリットがない”のコメント付き。新スクで発見された児が53.7%。デバイスはコクレアが75.5%、メドエルが24.5%。適応にあたり、「遺伝子



検査を参考にしている」、が半数で、「これから参考にしたい」、を入れると63.2%。意見には、低年齢・両耳装用についての指針の希望が多かった。

神田 幸彦 委員、
司会 中澤 操 委員

- 5) 1歳6か月児聴覚検診リーフレットについて：来年度のアンケート調査時に、各地方部会での利用状況の把握に努めたい。「兵庫県立こども」では、言葉遅れが多いが、難聴児も発見されている。

森田 訓子 委員、
司会 坂本 浩一 委員

- 6) 新生児聴覚スクリーニング後の精密聴力検査機関リストの改訂について：2年毎に改訂を行う。25年度には24年分の実態調査を予定している。

麻生 伸 委員、
司会 中澤 操 委員

- 7) 「乳幼児福祉医療におけるこれからの課題」

1. 軽・中等度難聴児への補聴器助成制度について：社会福祉/学校保健委員会・県/市の医会/医師会・こども病院・障がい/難聴児の親の会・難聴学級の教師が中心となって、他県の実情を参考に、県/市と交渉し、比較的すんなりと助成が決まった。59条の指定医療機関の意見書を元に自立支援法基準額の範囲内で購入費用の1/3ずつを県と市で助成する。しかし、予算の枠や、運用には市町村毎での混乱が残っている。

中埜 敦子 先生講演

(千葉県立こども病院)

2. 難聴遺伝子検査：ブレイクスルーは、生下時には難聴の68%に、4歳時に

は54%に遺伝子が関連する。遺伝子診断が高度先進医療から保健適応になって、有用性が増すとともにニーズも高まってきた。インバーダー法で6歳以下では44%、7歳以上(後天性)で26%、合計30-40%で発見できる。ピンポイントで原因が分かり、難聴のサブタイプ分類が可能になった。変異の種類で難聴の程度や予後が異なるため、詳細なカウンセリングができる。ピットフォール、すべての遺伝子を網羅してはいないため、発見されなくても「遺伝子が原因ではない」、と説明してはいけない。追加検査が必要で、次世代シーケンサーを使用すると、検出率は70%以上にあがる。なお、保因者診断は行わず患者本人の健康管理に用いること、犯人探しにならないように注意。また、難聴のカウンセリングは、臨床遺伝専門医による遺伝カウンセリングとともにチーム医療として行うこと。事後のアンケート調査からは、予想された暗いイメージとは反対に、「良かった」、「どちらかといえば良かった」が殆どで、前向きになれた。

宇佐見 真一 先生(信州大学)が講演。

3. 追加発言

これらを正しく理解して、適切に利用していただきます。

喜多村 健 担当理事

- 8) その他

- 9) 閉会の辞：喜多村 健 担当理事より

各現場では、耳鼻科医のみではなく、行政等とも連携をとって、独自の努力を進めていって欲しい、との挨拶があった。



平成24年度 福祉医療・成人老年委員全国会議報告

愛知医科大学 内田 育 恵

日 時：平成25年1月26日(土)
於 東海大学校友会館

標記の会議に出席させていただきましたので、ご報告いたします。

八木聰明日耳鼻理事長からの挨拶で始まり、伊藤壽一担当理事より開会の辞が述べられた。

伊藤壽一担当理事からは、本日のテーマとして「嚥下障害」について講演と協議があり、またかねてより当委員会で取り組んで来た補聴器関連の事業に関して、協議が行われる旨の開会の辞が述べられた。

[福祉医療・成人老年委員会からの報告事項]

田山二郎委員長より、平成24年度の事業報告と、平成25年度の事業計画案が報告された。

平成24年の日本耳鼻咽喉科学会補聴器相談医の新規委嘱は179名、更新は2356名で、現在までの補聴器相談医認定数は4164名となったことが報告された。また補聴器適合に関する診療情報提供書を作成し、日耳鼻ホームページに掲載されたことも報告された。

平成25年度の事業計画では、定例の講習会、会議の開催、日本耳鼻咽喉科学会補聴器相談医制度の適切な運営や、委嘱および更新のための講習会開催支援、耳鼻咽喉科領域の身体障害については専門的立場か

らの障害認定、補装具費支給の適切な実施等の検討が計画されていること、予算要求等につき報告があった。

[講演]

耳鼻咽喉科と嚥下障害

国立国際医療研究センター

田山 二郎 先生

司会 伊藤 壽一 担当理事

「これからどうする？耳鼻咽喉科の嚥下障害」という課題について、臨床現場の現状分析と問題提起がなされた。

以下に概要を列記した。

どこの科が扱う？⇒原因疾患を扱う科が主治医、耳鼻咽喉科も扱おう。

サーチエンジンで‘嚥下障害’というキーワードで検索すると、歯科医院、日本摂食嚥下リハビリテーション学会などがヒットし、耳鼻咽喉科はなかなか出てこない。

⇒超高齢化社会到来にて、人口構造が変化、老年人口の増加により嚥下障害は増加する。

⇒摂食機能療法（1日につき）185点
医師もしくは歯科医師の指導の下に1回30分以上

⇒嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査は、保険診療においては医科の区分

⇒介護分野では、経口維持加算（摂食嚥下障害のある入所者を対象に算定することができる）

I（造影撮影または内視鏡検査で評価



した場合) : 28単位/日

II (改訂水飲みテストで評価した場合) : 5単位/日

*対象者の選定のための検査 医師または歯科医師(平成24年度より追加)の指示に基づき検査を行って経口維持計画を作成する。⇒すなわちIの対象者選定を歯科医師も行うことができる。とされている。

⇒耳鼻咽喉科医の役割:

●嚥下器官は耳鼻咽喉科の領域

●日耳鼻の取組 嚥下障害研修は10年行っている

●歯科医師会ホームページでは動画のダウンロードもできる

⇒NPO法人摂食介護支援プロジェクト「嚥下内視鏡検査マスターコース」という、主として歯科医師対象の研修も行われている。

⇒ベッドサイドで施行する嚥下内視鏡の記録:各施設でハンディカム(内視鏡専用アダプタも耳鼻咽喉科機器メーカーから出ている)、マメカムなどを活用して工夫しながら実施。

⇒嚥下障害では、地域での病診連携が重要。

⇒嚥下障害を診療するかどうか決めるのは、最終的には、学会ではなく現場の医師である。

[協議事項]

田山二朗委員長の司会で、1、2に関して協議が行われた。

1. 補聴器適合に関する診療情報提供書について、質疑応答

⇒補聴器相談医でなくても書いてよいか?⇒「補聴器相談医」を消して「医師」と書けばよい。誰が記入してもよい。

⇒電子カルテに取り込んで、是非使用してほしい。

⇒開業施設で語音聴力検査を実施していない医師からの問い合わせがある。⇒開業で語音聴力検査を施行しているのは10-15%かもしれない。空欄でもやむを得ない。徐々に実施施設が増えると良いと考えている。

⇒診療報酬算定に向けて、何年か前から希望申請は行っている。

⇒従来の書式を使用するのは自由であるが、報告書に関しては全国補聴器販売店協会および補聴器工業会も了解しているものである。できる限り、報告書は、新書式を求めていくことが望ましい。

2. 全国福祉医療委員長へのアンケート調査結果について

⇒47 地方部会中、42地方部会より回答。

⇒基本的に日耳鼻では行わない。所沢(国リハ)講習会を活用してほしい。

⇒委嘱のための講習会は、年々希望者が減ることは予定していたことであり、徐々に集約されていくと考えている。

⇒更新講習会は、開催率が高い。

⇒全国レベルでの講習会は、今後もないと考えてほしい。(日耳鼻専門医講習会、日本聴覚医学会の補聴研究会が、それにあたる)

⇒更新の講習会で、診療情報提供書の書き方をテーマとして取り上げる地方会もあり。

⇒嚥下障害について:現場では、積極的な施設とそうでない施設の温度差が大きい。

3. その他 特になし

喜多村 健担当理事により、閉会の辞が述べられ、会議終了となった。



平成24年度 日本耳鼻咽喉科学会 学校保健全国代表者会議ならびに学校保健研修会に出席して

日耳鼻学会愛知県地方部会

学校保健委員長 波多野 努

平成25年1月26日(土)、27日(日)に東京にて開催された平成24年度日本耳鼻咽喉科学会学校保健全国代表者会議ならびに学校保健研修会に土井清隆先生と出席しましたので報告させていただきます。

<協議>

今年度は、「就学時健康診断・就学指導委員会について～なぜ耳鼻咽喉科医の介入が必要なのか？現状と問題点～」というテーマで協議されました。

就学時健診は、就学予定児の心身の状態を把握し、小学校入学に当たって保健上必要な助言や、就学に関する相談などを行うことを目的としています。実施主体は市区町村の教育委員会で、耳鼻咽喉科領域の健診を内科医が総合診している地区が多いのが現状です。しかし、聴覚障害や言語障害などのコミュニケーション障害を専門的に扱うことができるのは我々耳鼻咽喉科医であります。

2002年の学校教育法施行令の一部改正により、聴覚に障害のある児童生徒の就学は聴力レベルのみの観点でなく、補聴器の使用による通常の話声の理解の状態によって聾学校、難聴特殊学級、通級による指導のいずれの対象者かを判断するということになりました。これにより、聴覚障害児であっても通常の小・中学校に就学できるようになりました。

法改正による混乱を踏まえ、本学会学校

保健委員会は就学時健診と就学指導委員会への関与についての現状を調査したうえで協議しました。その時の各都道府県の学校保健委員長へのアンケート調査では、就学時健診への参画率は51.1%、聴力検査の実施率は79.2%、音声言語検査の実施率は33.3%でした。

このような状況下で10年余り経過しインクルーシブ教育への流れにますます拍車がかかっています。この10年間で就学時健診・就学指導はどのように変わったのか、いま一度、アンケート調査を行いました。

耳鼻咽喉科医が就学時健診に参加している地区は10年前のアンケート調査では47都道府県中24地区ありましたが今回は21地区とわずかですが減少していました。市町村の合併に伴い、これまで行われていた耳鼻咽喉科医による就学時健診がなくなった地区もあります。

就学時健診を実施している地区で、事前調査を行っている割合は半数強と変化はありませんでしたが、そのうちの半数が耳鼻咽喉科固有の間診票を、残り半数は全科共通の間診票を使用していました。固有の間診票があれば効率よく健診できることは定期健診でも実証済みであり改善の余地があると思われました。

健康診断の目的は疾病を発見し対応するとともに、適正な学習を受けるために支障を来たす問題を発見し対応することにあります。就学前にコミュニケーションの支障



となる聴覚障害、言語異常を把握し、本人や保護者ばかりでなく学校側でも対処しておく必要があります。たとえば聴覚障害児の場合、特別支援学級の設置、通常学級であればFM補聴システムの準備などが必要となります。

重度の難聴、言語障害児は専門機関で継続的に治療・経過観察されていますが、家庭でも気づかない程度の軽・中等度の障害があった場合、就学時健診で異常を発見することが重要なのです。

滲出性中耳炎などによる難聴も決して少なくありません。就学時健診で見つければ、就学前に治療することができます。乳幼児健診は耳鼻咽喉科医が直接タッチしておらず、専門家の立場から介入するのは就学時健診が最初です。耳鼻咽喉科健診は高度な専門性があり、他科医師が取って代わられるものではありません。

就学時健診は、全国アンケートの結果45% (21/47) の都道府県で実施されました。

1人の耳鼻咽喉科医が行う担当校は3校に、生徒数は81～100人にピークがありました。

実施母体は教育委員会・学校であり、100%他科と同時に進められています。実施場所は、ほとんどが就学児の学校です。公共施設で行なわれた地区が1例ありました。

実施スタッフは、学校の養護教諭が最も多く、一般の教諭、教育委員会の職員の順になっています。その他、自院の職員、児童が手伝う地区もありました。

オーディオメーターを使った聴力検査は学校保健安全法施行規則第3条で定められています。にもかかわらず実施していない地

区が10年前は17%でしたが、今回は24%と若干増えていました。

言語検査を行っている地区は、10年前は3分の1でしたが、言語異常に対する意識が高まっているためか、今回は47都道府県中46地区と飛躍的に増えました。しかし学校側のみで実施している地区も少なからずみられ、耳鼻咽喉科専門医が介入する必要があると思われます。言語検査の方法としては会話法が43%、絵図法が5%、両者併用が9%でした。

事後措置については半数以上が定期健診と同様の文書による通知ではあるものの、専門医受診を強制するものではありません。難聴の原因となる滲出性中耳炎、睡眠時無呼吸の原因となるアデノイド、扁桃肥大のほか、音声言語異常などは就学前に受診し、解決または対策を立てて児童が健康で楽しい学校生活を送れるよう備えるべきです。つまり就学時健診の結果および事後措置の結果が本人や保護者のみならず、学校と学校医にフィードバックされなければ就学時健診の意義はなくなるといっても過言ではありません。

就学時健診を実施していない地区では、就学時健診の依頼がない(96%)が圧倒的理由です。あと、耳鼻咽喉科医の意識不足、入学後すぐに定期健診がある、予算がない、日程調整の問題などを、実施しない、あるいは実施できない理由に挙げています。

耳鼻咽喉科に関わる健診は54%と半数以上で他科が担当していました。学生生活に影響するような音声言語障害や軽度～中等度難聴等を見つけ出し就学前に対策や方向性を検討することは重要で、耳鼻咽喉科専門医でなければできないことでありま



す。

就学指導委員会に耳鼻咽喉科医が参画しているのは30%にすぎなかった。耳鼻咽喉科医の具体的な関わり方としては、主に難聴と言語異常のある就学予定児に対し、障害の種類、程度、状態等に応じて適正な就学相談を行うために委員として助言しています。

教育委員会が耳鼻咽喉科医の関与の必要性をどの程度認識しているかが焦点になります。指導的な関わりより相談的な関わりが多いようです。

(就学指導委員会との具体的な関わり方)

- * 聴覚障害と言語障害のある就学予定児に対し適正な就学支援を行う。
- * 出来上がっている資料についての報告を聞くという程度。
- * 就学指導委員会は存在するが極秘で行われ、その内容・委員名は非公開。

(就学指導委員会に参画していない理由)

- * 就学指導委員会より要請がないため。
- * 行政の方針で小児科医と精神科医が参画している。
- * 耳鼻咽喉科医が就学指導委員会に参加するという自体知らなかった。

＜愛知県における就学時健診と就学指導委員会の現状＞

愛知県においてもアンケート調査を行いましたのでその結果を報告させていただきます。

愛知県各地区の耳鼻咽喉科医の開業医の先生方81名にアンケートをお願いし現在72%の回答をいただいております。地区別では46地区のうち35地区(76%)で回答を得ました。

就学時健診が行われている地区は蒲郡市、岡崎市、幸田町、刈谷市、西尾市、知立市、清須市、北名古屋市、半田市、知多郡阿久比町、大府市の11地区で就学時健診と定期健診両方が行われていました。小牧市では就学時健診のみが行われ定期健診は行われていないとのことです。

担当校の数は、1校が5名(35.7%)で最も多く、2校が1名、3校が3名、4校が2名、5校が2名、6校担当が1名でした。平均2.9校でした。

児童数は最少20人、最大600人で、平均238人でした。

就学時健診の報酬は、校医報酬に含まれるが6地区(55%)、校医報酬とは別が3地区(27%)、2地区は不明でした。

就学指導委員会に参画されている地区は、岡崎市、豊田市、知立市、清須市、北名古屋市、江南市、半田市、知多郡阿久比町、名古屋市の9地区でした。ただし、耳鼻咽喉科学校医としてではなく、医師会代表あるいは耳鼻咽喉科代表として参画されている場合も含まれております。

就学時健診・就学指導委員会とも、全国のアンケート調査とほぼ同様な結果を得ました。

アンケート調査に御協力いただいた多数の先生方より貴重な御意見を多数いただきましたので、報告させていただきます。

- * 当地区は小学校に耳鼻咽喉科学校医を配置しておりませんので、就学時健診は実施されておりません。
- * 当地区は小中学校の耳鼻咽喉科健診は、なぜか行われておりません。
- * 就学時健診の計画は：教育委員会と医師会を通じて耳鼻咽喉科医会との話し合いで決めている。



- * 事後措置について：定期健診は耳鼻咽喉科単独の用紙、就学時健診は全科共通の用紙で文書で通知している。
- * 過去に就学時健診の要請がありましたか？：内科的就学時健診の依頼があり、2～3年実施しましたが、内科医が増えたのでやめました。
- * 他科の就学時健診は行われていますか？：私は全く知りませんでした。教育委員会に尋ね、内科と歯科は実施していることを知りました。
- * 就学時健診を耳鼻咽喉科医が行っていない場合：
 - ・ きこえの検査を実施し、何かあれば相談あるいは対診となる。
 - ・ 学校内で養護の先生が対応、何か問題があれば相談をうける
- * 就学時健診が行われない理由？問題点・改善点：
 - ・ 小1・2・3・5を健診しますので就学時健診は不要という判断なのでしょうか。
 - ・ 予算の問題なのでしょうか。
 - ・ 予算の都合。耳鼻咽喉科学校医会としては、毎年要望を出しています。
 - ・ 当地区では、学校健診に耳鼻咽喉科が関与することは昔からありません。
 - ・ 医師会員ではないため依頼がない。
 - ・ 市内の約半数の小学校において臨時専門医として耳鼻咽喉科健診が小2についてのみ行われています。行政の怠慢！！
 - ・ 耳鼻咽喉科医のアピール不足。
 - ・ この年齢は耳鼻咽喉科疾患が多い年代であり、本来は健診が必要と思われる。
 - ・ 個人的には、就学時健診は行ったほうが良い。少なくとも、アンケートで問

題のある人は個別で耳鼻咽喉科診察を受けたほうが良い。

- ・ 健診を行う前に必ず聴力検査は済ませておくように指導しています。
 - ・ 滲出性中耳炎の見落としが無いように拡大耳鏡で診るようにしています。
 - ・ 滲出性中耳炎、副鼻腔炎など早期に治療が必要な疾患があることをアピールすることが大切だと思います。
 - ・ 健診時期が4～5月に集中するので、もう少し期間を延長してほしい。
 - ・ 就学時健診の間診票があると良いと思います。
 - ・ 当地区では耳鼻咽喉科医が不足しており、これ以上依頼されても、時間的にも肉体的にも難しい。
 - ・ 就学時健診に参加すると1人で20校以上担当することとなる。現実的に不可能です。
 - ・ 問題となるのは難聴の有無だと思うので、今のまま健診時のチェックで、疑いのある生徒に受診してもらうのが良いと思います。
 - ・ 当地区は15才まで医療費は無料である。気になる症状があれば、簡単な症状でも受診される。聴力検査も学校で行われており就学時健診の必要性は低いと思う。
- * 就学指導委員会について：
- ・ 当地区は小学校に耳鼻咽喉科学校医が存在しないため、委員会に参画していません。
 - ・ 委員会に出席しますが耳鼻咽喉科医としての立場ではない。
 - ・ 委員会に出席し、生徒・保護者・先生の間いに答えるような形をとっている。



- ・普通学級で良いか否かなど相談うけている。
- ・生後からのものは、すでに診断がついていることが多い。滲出性中耳炎などにつき対診があります。
- ・入学後、1年生の健診時あるいは校医として電話で相談があります。
- ・電話や健診時の場で相談は受ける。
- ・就学指導委員会に毎年参加しています。教育委員会より報告あります。
- ・もう少し参加できると良いと思います。
- ・難聴、言語発達障害などが問題となるため耳鼻咽喉科医は関与すべきであるとする。
- ・学校医でない耳鼻咽喉科医が就学指導委員会に参画しているのが現状です。
- ・関与した方が良いが、耳鼻咽喉科的障害(難聴などを含めて)と他の知的・精神障害との合併症についても今後如何なる関与が必要になるか。
- ・難聴児について、学校ともっとフォローアップしやすいように、各学校に相談の仕方等マニュアルを置くと良いと思います。
- ・是非参加すべきです。当院が関わっている難聴児は、保護者から詳細に現況を聞き、そして要望があれば、就学に向かって前もって聴覚発達状況を文書で就学予定校あてに作成し、保護者にもたせています。
- ・就学指導委員会は知的精神障害、肢体不自由児、心臓病、難聴・言語障害をもつ児童等を特別養護学校、特別支援学級かへの振り分けをする委員会です。耳鼻咽喉科の関与も“0”ではないですが、医師として意見を述べな

ればなりません。

- ・各地域の動向を知りたい。方向性と動向によって医師会、自治体に要望を出したい。

アンケートに御協力いただき、貴重な御意見を多数いただき、とても参考になりました。今後もアンケート調査に御協力お願いいたします。



平成24年度 日本耳鼻咽喉科学会 社療部保険医療委員会ワークショップおよび全国会議報告

平成25年1月26日(土) (於：東海大学校友会館)

担当理事：竹中 洋、村上信五、西崎和則、肥塚 泉

委員長：藤岡 治

竹中理事：鼻副鼻腔手術は他領域に比べて早期に鏡視下手術が導入(昭和51年)され、30年間かけて今日に至っているが、再評価することが今回のワークショップのテーマの目的である。

である(2)同視野、別視野の判断が困難である(3)多数の手術が同時算定され、高点数になるケースが目立つ(4)施設によっては外来手術で対応している、等の問題点を、具体的な例を挙げて提示した。

Kコードの術式は内視鏡下手術の普及以前の術式であり、内視鏡下でも根治手術での算定可となっている。上顎洞単洞手術だけでKコードは5種類、篩骨洞単洞手術でも2種類ある。同視野、別視野の判断できない為、手術の通則14の具体例として、他科の術式を具体的に呈示し、矛盾点を述べた。次に医療機関によって、項目・点数の算定法が異なるという矛盾点、多数の手術が同時算定され高点数になるケースを提示した。具体的には、鼻の複数手術同時算定例の各保険点数と外保連試算評価をK395喉頭・下咽頭悪性腫瘍手術(頸部・胸部・腹部の操作による再建を含む)と比較し、鼻副鼻腔手術の高点数が目立つことを示した。さらに、施設により外来手術で対応する例(複数手術同時算定例)を提示し、K425口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術(広汎切除)の保険点数、外保連試算評価と比べた。そして、副鼻腔手術の算定術式の解釈により、施設によっては外来手術でも高点数請求が可能となっている矛盾点について述べた。

[I] ワークショップ

演題：「鼻副鼻腔手術の新しい分類の提案と課題－安全性の向上と標準化を目指して－」

司会：西崎 和則 担当理事
杉山貴志子 委員

1. 医科点数表の解釈(青本)の手術について

中川 肇 委員

医療情報の標準化の流れの中で、病名と手術はICD10とICD9-CMで表現されるが、これらは日常の診療体系を反映していない。実際には、診療報酬点数表にあるKコードで算定するが、術式の表現方法を青本・教科書・Kコード・ICD9-CMを用いて比較検討してみると、「アプローチ表記」と「基本操作」「補助器機」の表現に問題がある。

2. 現行の問題点

岩佐 英之 (東京都)

(1)手術の種類、定義が煩雑、難解、旧式



3. 医療事故

日耳鼻医事問題委員会委員

奥村 隆司 委員

医事裁判の推移について平成4年から平成23年までの状況を述べた。日耳鼻として把握しているものは平成14年から平成23年の間に771件あり、鼻関連は197例25.5%、耳は152例20.5%である。鼻の手術133例中ESS関連の件数は144例85.7%で、視器障害や頭蓋内合併症が問題となる。

ESSでは平成5年頃より事故が増加しており、後遺症が生じた場合、高額賠償請求となる。

又、同一術者の複数回の医療事故例もある。

4. 新しい術式の分類

春名 眞一 委員

日本鼻科学会アドホック委員会が3年前から検討し、術前後の機能評価の為に、新術式分類を作成した。

分類Ⅰ～Ⅴ型に分類し、

Ⅰ型 鼻茸摘出、Ⅱ型 副鼻腔単洞、Ⅲ型 選択的(複数洞)副鼻腔手術、Ⅳ型 汎副鼻腔手術、Ⅴ型 拡大副鼻腔手術、その他に鼻外手術(Caldwell Luc, Killian等)とし、各々ビデオアニメーションと実際の術中操作について供覧し、Kコードと新分類について言及した。

5. 術前・術後のout comeについて

竹中 洋 理事

提示された新術式とその評価に関しては日本鼻科学会誌に掲載予定である。統一術式にした場合、機能評価をどうするか。内

視鏡所見・自覚症状(嗅覚)・画像CT・鼻腔通気度検査等、術前にすべき検査、説明する事項、術後の検査等のマニュアル化が可能となる。

日耳鼻専門医認可施設687施設に対して新分類術式のアンケートを施行し、回答384施設(55.9%)の結果を呈示した。

【Ⅱ】保険医療委員会活動報告

藤岡 治 委員長

今年度の委員会活動を報告した。

全国協議会の議題のストック化、将来的にはHP上での一定条件下での公開も検討中である。

平成24年度改定で、赤外線CCDカメラによる頭位眼振検査が認められた事に伴い、平衡機能検査の施行解説を、日本めまい平衡医学会と協議の上で提示し、各地方部会で検討される様に説明した。

【Ⅲ】全国会議

演題：診療報酬をめぐる諸問題

安藤 秀樹 先生

(京都府医師会副会長 中医協委員)

担当政権によって医療体制は変わる。

改定率の推移を平成10～24年について示し、小泉政権下の郵政民営化の流れの中で平成14、18年度改定において全体で大幅の低下があった。その後民主党政権では、国民生活が第一とされ、平成22、24年度では増えた。平成24年度は社会保障・税一体改革の大綱の下に、今後のあるべき体制に向けた第一歩となる改定であり、①病院体制の整備②在宅医療の強化(高齢化を見据えて)③時間外対応加算(役



割分担として)の3つのメッセージが盛り込まれた改定となった。

TPPの影響について米政府は知的財産権(新薬開発・医療機器)の補償、民間保険の活用を求めている。日本の薬価と米国の薬価の決め方に大きな違いがあり、この点に関して、農業政策における米問題と異なり交渉する余地は十分にある。

社会保障政府改革推進会議から①原則として全ての国民が加入②保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図るという事が打ち出され、国民皆保険制度の崩壊、自由診療の導入がすすむ恐れがある。保険者統合に関して今後国保は都道府県単位に広域化され、共済健保と協会健保が統合され、国民全体の相互扶助という考え方が導入される。

高額医療費の減額や、高齢者医療の自己負担額の増額も検討されるなか、先進(先制)医療の費用対効果が検討され、有効性の評価基準の使い方によっては国民皆保障制度が崩壊する可能性があるとの強いメッセージを述べられた。



平成24年度 日本耳鼻咽喉科学会 産業・環境保健委員会全国委員長会議報告

平成25年1月26日(土) (於：東海大学校友会館)
担当理事：原 晃、阪上雅史
委員長：佐藤宏昭

出席者：八木理事長、原・阪上両担当理事、
佐藤委員長、委員4名、各地方部
会委員長他56名。

会議に先立ち、八木理事長から挨拶が
あった。

大山孜郎・杉原三郎両委員の司会によ
り、以下の如く会議が進められた。

1. 特別講演

「労働衛生行政の動向について」

厚生労働省労働基準局安全衛生部

労働衛生課長 椎葉 茂樹

平成25年から第12次労働災害防止計画
が策定される。重点対策ごとに数値目標を
策定、第3次産業対策、死亡災害への取り
組みが強化される。メンタルヘルス、受動
喫煙対策等に加え、騒音防止対策について
も説明があり、今後、衛生基準検討会の審
議を経てガイドライン改定を進めていくと
の認識が示された。

3. 日耳鼻産業・環境保健委員会報告

佐藤委員長から、選別聴力検査実務講習
会の報告が行われた。小規模事業所におけ
る騒音性難聴防止のための委員会活動につ
いて和田委員から報告があった。原担当理
事から、厚生労働省との折衝の現状報告と
、今後地域産業保健センター実態調査を

行っていく旨の方針が示された。

4. 地方部会産業・環境保健委員会報告

埼玉県地方部会武石委員、愛知県地方部
会正木委員長から各県における平成24年
度の地方部会産業・環境保健委員会活動報
告があった。



平成24年度 日本耳鼻咽喉科学会 医事問題委員会ワークショップおよび全国会議

平成25年1月26日(土)16:00～20:00(於：東海大学校友会館)

担当理事：森山 寛、黒野祐一

委員長：鈴木賢二

テーマ「事例に学ぶ医事紛争」

1. 平成24年度医事問題委員会報告

(鈴木賢二委員長)

- (1) 今年度に委員会を3回開催した。
- (2) 第37回医事問題セミナー(平成24年6月16日(土)・17日(日)、担当：和歌山県地方部会、会長：山中 昇、参加者129名)を開催した。
- (3) 平成24年度医事問題委員会ワークショップおよび全国会議(平成25年1月26日、テーマ：事例に学ぶ医事紛争)を開催した。
- (4) 「医事紛争とその問題点」第28巻(平成23年度医事問題委員会ワークショップ・全国会議、および第37回医事問題セミナーの内容を収録)を刊行した。
- (5) 勤務医師賠償責任保険、所得補償保険・団体長期所得補償保険の継続手続きを行った。勤務医師賠償責任保険の加入者数は若干減少しつつある。
- (6) 厚生労働省補助事業「診療行為に関連した死亡事故の調査分析モデル事業」は、全国10モデル地区で行われ、平成22年からは日本医療安全調査機構に名称が変更され継続されている。一方、大学、基幹病院で開催される事故調査委員会から要請があれば、経済的協力も含めて積極的に参加することがこの機構から本学会に求められている。

2. 医療事故に関するアンケート調査の報告

(野中 学委員)

前年度から紛争継続中の医療事故、平成23年度(平成23年10月～平成24年9月)に発生した紛争に至った医療事故、および紛争に至らなかった医療事故について集計と解析、検討を行った。前年度から継続中の医療事故は26件、期間中に紛争に至った事例は38件、紛争に至らなかった事例は27件であり、期間中の医療事故件数(紛争に至った事例+紛争に至らなかった事例)は平成17年度(99件)をピークとして、最近は減少傾向にある。期間中の医療事故の内容(医療行為別の分類)としては、例年と同じく手術(24件：35.8%)が多く、次いで処置(15件：22.4%)、薬剤(10件：14.9%)、注射(5件：7.5%)の事例が多かった。インフォームドコンセント関連事例は平成15年度をピークに減少傾向にあり、本年度は1件であった。資料「医療事故に関するアンケート調査結果」は、出席した各地方部会委員、および地方部会長などに配布されている。

3. 事例検討

領域ごとの事例検討(①耳領域：村塚幸穂委員、②鼻領域：沖久衛委員、③口腔・咽喉頭領域：鈴木賢二委員長、④頭頸部腫瘍領域：島田剛敏委員)が行われた。報告、および事例検討の内容は「医事紛争とその問題点」第29巻(平成26年1月発刊予定)に収録の予定である。