

おれんじ通信

山口県特発性大腿骨頭壊死症
友の会会報

平成 26 年

1 月 15 日

新年おめでとうございます。今年こそ特発性大腿骨頭壊死症の治療や
予防が大きく進展することを期待します。おれんじの会は、これからも情
報収集と速やかな広報に努めます。本年もよろしくお願いたします。

ION（特発性大腿骨頭壊死症）とともに、この社会で生きる。

特集 人工股関節の脱臼

混合診療問題を考える JPA 事務局ニュース No. 121 より

混合診療問題について、規制改革会議での解禁論が再燃しています。大事な問題ですので、JPA 加盟団体、関係者のみなさんに、論説を紹介します。お読みください。

混合診療問題を考える ー原則解禁は、患者負担増と医療不信を招くー JPA 事務局長 水谷幸司

2013 年 6 月 14 日、政府は規制改革実施計画を閣議決定しました。これを受けて、いったん収まっていた「混合診療」全面解禁への動きが再燃しています。

計画では、健康・医療分野について、「患者の利益にかなう最先端の医薬品、医療機器等の一日でも早い国内使用の実現」といった観点から、再生医療の推進などに重点的に取り組むとしています。

最先端の医薬品や医療機器、治療法が国内で使えるようになるのは、「患者の利益」としては、もちろん歓迎すべきことです。しかし、わたしたち国民が安心してその治療を受けるためには、▽安全性と有効性が担保されていること▽その治療を誰もが受けられるような負担額であること▽治療が受けられる医療機関へのアクセスが可能であること▽情報が十分に開示されていることーなどの条件が整っていなければなりません。

わが国の国民皆保険制度は、国民の誰もが安心して医療を受けられるための、世界に誇れる優れた制度です。その根幹には、公的に認められた医療（保険診療）を行う医療機関では、保険収載された医薬品・医療機器・治療法で患者を診るという原則があります。つまり、安全性や有効性が確認されていない保険外の医療、いわゆる自由診療は認めないということが大原則です。これが、国民の医療への安心感を担保しています。

混合診療の原則解禁とは、この保険診療の原則を崩し、保険医療機関において自由診療を行うことを国が原則公認をするものにほかなりません。

混合診療の「解禁」は患者のためというのは本当？

「解禁」論者は、「患者が良い治療を受けたいと望んでも、その治療が保険適用外であれば、ベッド代や処置料など、本来保険が効く医療行為もすべて自己負担になってしまう。患者負担の軽減のためにも、混合診療を解禁にすべきだ」と主張しています。はたしてそうでしょうか？

第一に、この主張が成り立つ大前提としては、患者が望む医療が「良い治療」で「適切な治療効果がある」ことが担保されていなくてはなりません。

医療は、医師や看護師ら医療スタッフの力を借りることなしに、患者自身では処置できない特性を持っています。また、その治療にどのようなリスクと効果があるのか、医師から説明を受けて自己決定するにして

も、医学の専門家ではない患者は、その同意責任をすべて負いきれるものではありません。まして、治療のない難病患者やがん患者にとっては、どんなものにもすがりたいと願う気持ちが先に立ってしまいがちです。

現在のように「自由診療は原則認めない」というものさしがあるなかでも、非科学的なものも含めて自由診療は黙認されているのに、これが「公認」されれば、患者はますます何を信じてよいかわからなくなり、医療不信が助長されることは目にみえています。

だからこそ、公的医療保険制度における保険診療と保険収載という安全性と有効性の担保は、国民が安心して医療にかかれる基本原則となっているのです。

第二に、「患者負担の軽減のため」と言いますが、自由診療の負担額は公費負担の対象にはなりません。混合診療によって、保険診療分の医療費が保険適用（3割負担）になったとしても、トータルとして患者が負担可能な金額に収まるかどうかは甚だ疑問です。部分的に混合診療を認めた現在の先進医療実績報告を見ても、この5年間で患者一人あたりの総医療費にしめる先進医療（自由診療）部分の割合は46.5%から68.5%に増えており、単純計算で1件あたりの医療費は約49万円から69万円になっています（厚生労働省「平成24年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について」平成25年1月16日）。解禁されれば自由診療分はどんどん追加され、本来早期に保険収載されるべき医療技術や薬が保険外に据え置かれることになり、むしろ患者負担は限りなく増え続け、歯止めが効かなくなることは目にみえています。

保険外併用療養費制度の安易な拡大は「なし崩し解禁」につながらないか

厚生労働省は、「混合診療の原則禁止」の立場を現時点では崩してはいません。一定のルールの中で患者のニーズに対応する方法としては、安全性や有効性を個別に確認した上で、事実上の混合診療を「保険外併用療養費制度」としてのみ認めており、原則、将来の保険収載を前提とした先進医療に限っています。

しかし、最近では、薬事法未承認の医薬品でも専門家会議での承認が得られれば認めるというように、その対象は徐々に拡大されてきています。厚労省は今後、さらに対象を拡大するとの方向性を主張しており、11月28日に行われた規制改革会議の公開討論でも、「必要な医療は基本的に、保険診療で行われるべき」「保険適用となるのは、治療の有効性、安全性が確認された医療」とする一方、「将来の保険適用を前提としない医療を保険外併用療養費制度の対象とすることは選択肢としてあり得る」との考えを示しています。

また、再生医療の推進をめぐることは、治療法の解明や新たな治療につながるの期待が広がる一方で、事実上、自由診療が野放し状態となっている日本では、「再生医療」を標榜するエセ医療が既に横行し、健康被害も続出していることが報道されています。

今後、保険外併用療養費制度がその歯止めとなり得るのでしょうか。なし崩しの対象拡大で、事実上の混合診療の全面解禁となってしまうのではないかと危惧を強くもっています。

なお、昨年11月28日の公開討論の資料が政府のホームページで公開されていますが、混合診療解禁論を展開した医師は、その資料の中で「すべての医療を混合診療なしに保険でカバーできればよいが、実際には不可能である」「混合診療は、どの診療を保険から外すか、値段設定の考え方をどうするかによって性格が決まる」と記載しています。

また「混合診療を認めず、新しい高額医療もすべて国民皆保険で実施すると、どうなるか」「医療費を賄うために保険料、税金を上げざるを得ない。それだけで足りずに国債発行も増える」として、「国民皆保険を守るために、混合診療を本格的に導入」すべきとも主張しています。

この意見は、混合診療の導入が決して患者負担の軽減のためではなく、患者への負担転嫁をもたらすものであることを、解禁論者自らが物語っているものと言えます。

新しい治療が自由診療、保険外になれば、難病新法からも対象外となってしまう 医療保険制度の改善・拡充で、必要な治療はすべて保険で受けられるように

わたしたち難病患者や、長期慢性疾患を持ちながら生きている患者にとって、最新の治療は、症状を劇的に緩和し、安定させてくれるものであり、就労などの社会復帰にもつながる事例が増えています。たとえば、自己免疫疾患に広く使われている生物学的製剤の投与や免疫抑制剤などの治療は、潰瘍性大腸炎やリウマチ、膠原病患者にも広く処置されている。医学の進歩とともに、高度で高額な治療技術はこれからも開発されていきます。このことは現在治療法のない患者にとっては大きな希望でもあります。

しかし、これが保険外となれば、公費負担医療の対象からも外れて自費負担となってしまう、負担できない患者はその治療を受けられなくなってしまいます。

医療保険財政を誰がどのように支えるのかは、また別の議論になりますが、「治らない」病気の進行を抑え、症状の維持・緩和治療が必要なわたしたち難病患者にとっては、医療は一生涯を通じて必要不可欠であり、公的な支えが必要です。

そのためにも、国は、混合診療原則禁止の旗を降ろすことなく、保険外併用療養費は拡大でなく、縮小へと転換し、必要な治療はすべて保険での原則の下、保険収載をこそ急ぐことを、わたしたちは強く求めます。

(JPA事務局長 水谷幸司)

人工関節の障害認定に新基準 個別評価で障害認定なしのケースも

厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部企画課は平成 25 年 12 月 25 日に「肢体不自由（人工関節等置換者）の障害認定基準の見直しについて」を発表しました。

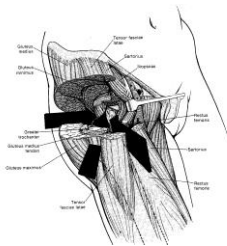
従来は、人工股関節または人工膝関節全置換術後は、関節の可動域や歩行能力、日常生活動作能力に関係なく一律 4 級に認定されていました。今回の改定で、個別の患者の機能（関節可動域等）に応じて 4 級から 5 級、7 級、該当なしのいずれかに判定するというものです。4 級は機能全廃（ほとんど動かない）、5 級は著しい障害（おおむね正常可動域の 3 分の 1 以下）、7 級は軽度の障害（手帳は発行されません）、該当なしは殆ど健常者と変わらないので、身体障害者として扱わないということになります。

この改定は、平成 26 年 4 月 1 日の新規申請分からが対象となり、これまでに手帳を取得している人は据え置かれます。3 月 31 日までに診断書が発行されていれば、6 月までの申請では旧制度が適応され、4 級の認定です。

人工関節置換後の患者が、4 月 1 日以降に再置換術を受けた場合はどのように扱われるのかは明らかになっていません。

特集

【続・人工股関節の脱臼について】

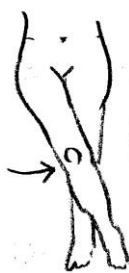


股関節の手術をするときには、前方、側方、後方の手術進入法があります。図 1。

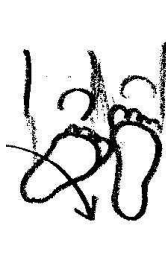
脱臼しやすい肢位は大きく分けて二通りあります。



屈曲



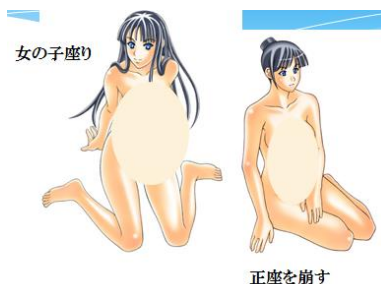
内転



内旋



屈曲+内転+内旋



女子座り

正座を崩す



伸展 内転 外旋 伸展+内転+外旋



これは仰向けに寝たままでお尻を浮かせようとしたとき（右脚）になる肢位です。

人工関節の脱臼をしないために、これまでは患者さんに「やってはいけない格好」を指導して、そうしないで済むように生活スタイルを変えたり、道具を使って日常生活を何とか補助するようにする、という考え方が主流でした。深く曲げないために、普通に靴下をはくことはあきらめて、ソックスエイドという自助具を使ったり、頭を洗う時に前かがみでなく後ろにのけぞって洗うようにしたり、といった方法です。

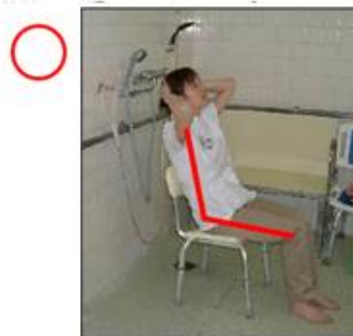
(ソックスエイド)



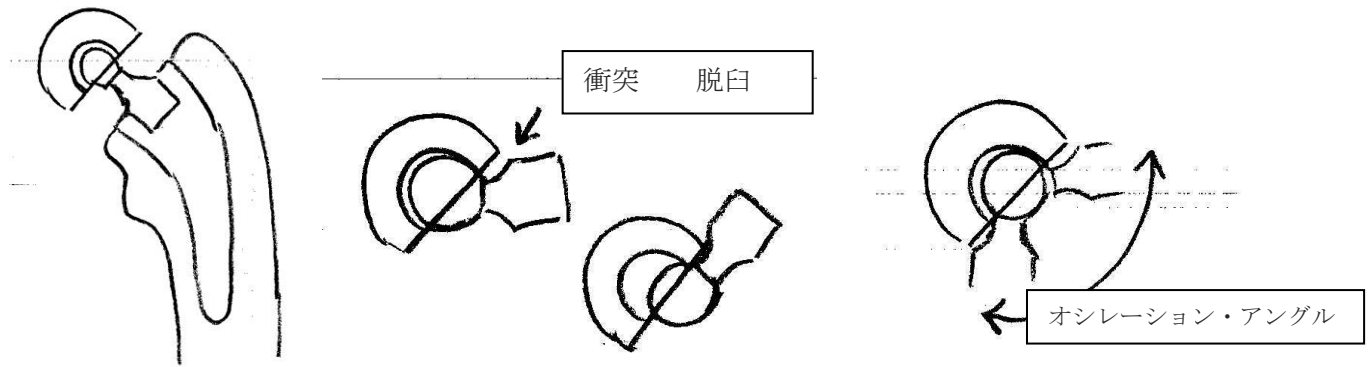
ソックスエイドは病院の作業療法士が作ってくれます



前かがみは股関節を深く曲げるのでやめましょう。



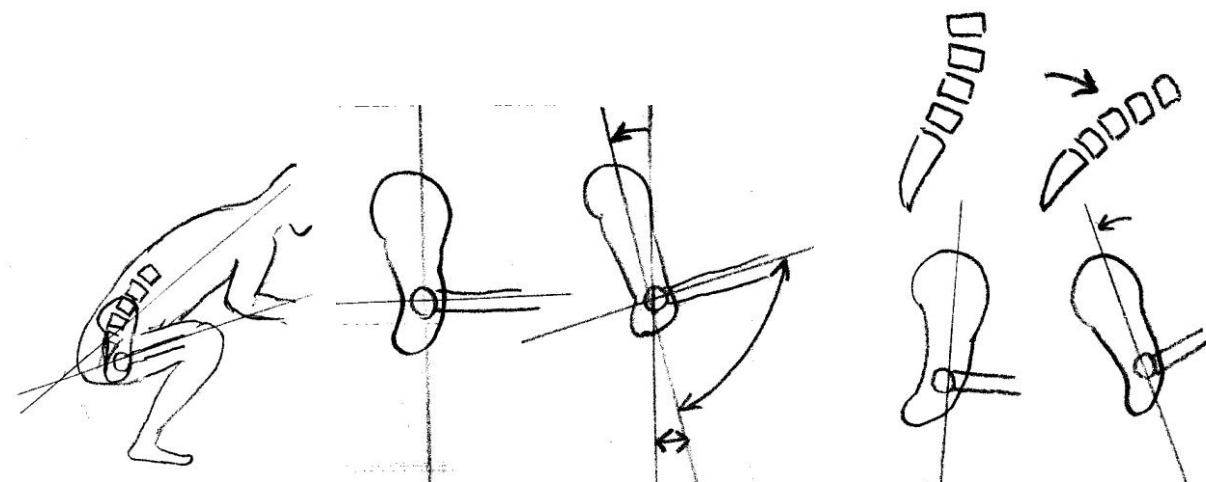
実際には、生活指導をされて恐る恐る動いていた患者さんも、慣れてくると何割化の人がいつの間にか必要に迫られて、しゃがんでいたりします。普通の人々が普通にやっている動作の中でとらなければならない姿勢は、不良肢位と呼ぶことは根本的にはおかしいのではないか？器械（人工関節）のほうが、求められる普通の動きに脱臼せずに対応できるように開発していくことが必要なのだという考え方に変わっています。



人工股関節の模式図 深く曲げていくとネック部分がカップに衝突し、ついには脱臼してしまいます。器械が衝突せずに動かせる範囲をオシレーション・アングルと呼びますが、これが大きければ脱臼の心配なく大きく動かせる機種ということになります。理想の人工股関節はオシレーションアングルが大きいものということになり、研究者やメーカーはそれを追及しています。

骨盤の傾きや腰椎の動きと股関節の屈曲動作について

しゃがみこんでいるときは、体幹（胴体）と大腿骨とのなす見かけの角度は約 120° になります。実は、実際に股関節部分で曲がっているのはそのうちの 90° 弱で、あとは骨盤の傾きや脊椎の屈曲（前曲げ）を合わせて、これだけの動きができています。



しゃがみこみ 骨盤が後傾すると見かけ上は股関節がその分曲がる 骨盤後傾+腰椎の前屈

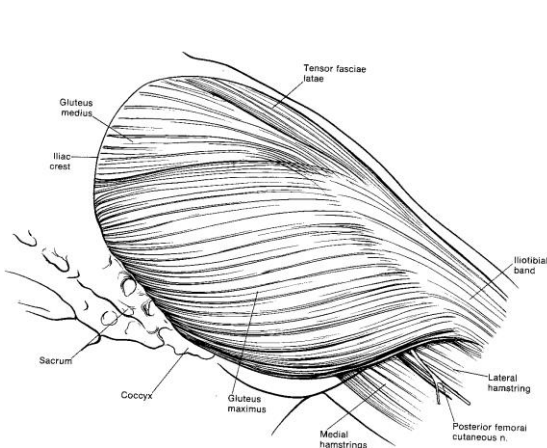
手術方法による脱臼防止について

股関節の手術で比較的多い後方から関節を開ける方法について解説します。浅いところにある大臀筋や中臀筋をよけて、深いところにある回旋筋群が見える状態にします。股関節の操作をするにはいったん、関節後方にある回旋筋群（ひねりの運動にかかわる小さく短い筋肉が6本あります）を切離しなければなりません。

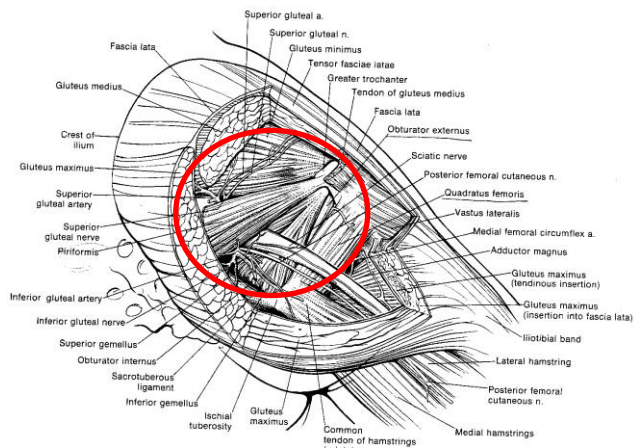
人工骨頭挿入術では一部の筋肉を切らずに残したり、切離した筋肉をもとの位置に近いところに逢着したりすると、脱臼がほとんど起こらないことが知られています。人工股関節を入れた後、筋肉も元の位置に縫い付けることができれば後方に壁を作ることにもなり、脱臼予防になります。

前方や側方からの手術では、回旋筋群は温存しますので、後方脱臼は起こりにくくなります。

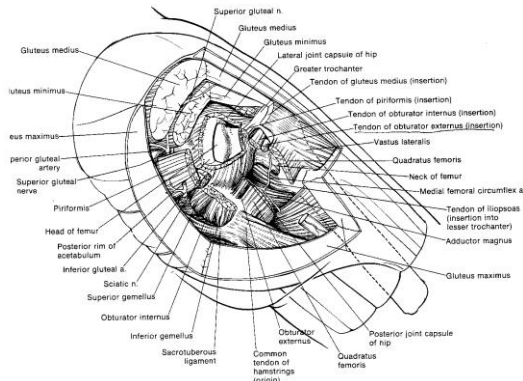
参考として、股関節後方の解剖学図を順に並べます。（surgical exposures of orthopedics より）



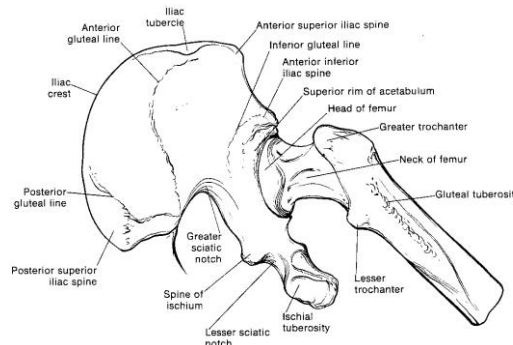
右の臀部を後側方からみたところ



深いところには股関節のすぐ後ろに回線筋群があります



股関節の後方、関節包を開けた図です



股関節を構成する骨、骨盤と大腿骨の位置関係

【お知らせ】

平成 25 年 12 月 8 日に開催した市民公開講座「股関節の痛みと最新治療～再生医療の可能性～」の録画 DVD をご希望の方には、送料実費でお分けします。事務局までご連絡ください。また、講演録を冊子にまとめています。年度内には完成予定ですので、こちらも、ご希望の方はご連絡ください。。

【編集後記】

混合診療は、ご存知の通り、歯科では当たり前のことになっています。入れ歯を作るにしても保険がきくものときかないものがあり、上質なものは保険がきかないためにずいぶんお金がかかるわけです。また、矯正歯科は基本的には保険が効きません。まとまったお金がないと、治療をあきらめるしかありません。

私事になりますが、難病（サルコイドーシス）の治療に有効だという報告はあるものの日本ではまだ保険適応になっていない生物学的製剤のレミケードを使ったことがあります。1 回の点滴治療に 21 万円（消費税込）かかってしまいました。8 週ごとに点滴を受けるとなると、年間 100 万円を超える治療をこれからずっと続けなければなりません。正直なところ、負担できませんので、やめました。

平成 26 年は、格差社会があらゆる分野ではっきりしてくることは間違いありません。 （渡邊）

