

# 兵庫保険医新聞

第1746号  
2014年3月25日

発行所 兵庫県保険医協会  
http://www.hhk.jp/  
〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31  
神戸フコク生命海岸通ビル5F ☎078-393-1801  
(1部350円送料共・年間購読料12,000円)  
振替01190-1-2133  
(会員の購読料は会費に含まれています)

## 社会保障こわす

## 3・13国会要請行動

# 「医療・介護総合法案」廃案に

協会・保団連は3月13日、国会要請行動を実施。兵庫協会から武村義人副理事長・加藤隆久理事が参加し、兵庫選出国會議員に、今国会に提出された医療法・介護保険法などを一括して改善する「医療・介護総合法案」の廃案や診療報酬の増額、改善等を要請した。

兵庫協会の要請に対し、中野洋昌(公明)、井坂信彦(結いの党)両衆議院議員が面談に応じた。中野議員は、「要請内容はよく理解できる」「自立自助の考えを社会保障に持ち込むことには反対」などと述べた。井坂議員は、「

「医療・介護総合法案で、医療と介護をセットで議論すること自体論外。反対で党内の意見をまとめた」と述べた。議員会館内で行われた「徹底検証! 医療・介護総合法案」国会内集会には、120人が参加。また、今次改定に盛り込まれた「同一建物居住者」に対する在宅医療点数の大幅引き上げについて、「同じ施設でも、一人ひとりにていねいな対応が必要で、2人目からの引き下げはおかしい」など撤回を求める発言が相次いだ。



中野洋昌(左)、井坂信彦(中央)、武村副理事長(右)が要請



武村副理事長(保団連副会長)が、「医療・介護総合法案」の問題点を解説。法案は、急性期病床の大幅な削減、病床機能の分化や「病床機能報告制度」導入により、医療提供体制を都道府県が主導し、「計画に従わない」医療機関にはペナルティを課すなど医療崩壊を促進するものであることを明らかにし、「法案は廃案にすべきで、団結して運動しよう」と訴えた。

今号の記事	
2014年度診療報酬改定の要点 (医科) 3~2面	
(歯科) 4面	
研究 診内研より	6面
面 使いこなしたい呼吸器科薬剤とそのエビデンス	

協会は、4月から6月までの3カ月間を「春の組織強化月間」とし、7220人の会員をめざします(3月14日現在7138人)。2014年度診療報酬改定



春の組織強化月間  
4~6月

## お知らせの先生にご入会をお勧めください

組織部長 宮武 博明

定は消費税増税分を1・36%補てんしたものの、実質1・26%のマイナス改定となりました。「入院から在宅」から「在宅」への露骨な誘導で、実態を無視した医療費抑制ありきの内容に不安の声が上がっています。歯科では歯科疾患管理料の文書提供の見直し等、部分的改善は見られましたが、基礎

## 主張

一昨年、消費増税の取引条件として、自民党案を丸呑みした「社会保障制度改革推進法」が成立した。これに基づいた「社会保障制度改革国民会議」報告書を受け、自民党は「プログラム骨子」の閣議決定後「プログラム法案」を強引に可決した。

「社会保険制度改革推進法」が成立した。これに基づいた「社会保障制度改革国民会議」報告書を受け、自民党は「プログラム骨子」の閣議決定後「プログラム法案」を強引に可決した。これらによって、これまでの社会保障の考え方は変質させられ、「自立・健康の自己責任」「受益者負担」を強調し、「公助」を軽んじる新自由主義的方向に強引に振り戻されている。

## 経済復活と平和のため 今こそ再分配の強化を

「保険」から地域支援事業に丸投げ、②特養の入所要件を要介護3以上に厳格化、③8月には一定以上所得者の利用者負担の引き上げ、給付に資産を勘案するなどの利用制限・負担増が続く。効率化に名を借りた国庫負担の抑制と利用者負担への転嫁であり、内容の充実とは無関係である。

この根本には新自由主義的技術料の大幅な引き上げは見送られました。さらに4月から74歳の患者窓口負担割合が1割から2割へ引き上げられます。協会は、診療報酬の適正な引き上げと同時に、患者窓口負担の軽減を強く求め、「開業医の生活と権利を守り、地域医療の充実・向上」に努めます。また、「頼りになり役に

立つ協会、会員になって得をする協会」をスローガンに、3大共済制度の普及、保険請求、指導・減点相談、税務・雇用相談など、会員の身近な要求に応える活動もよりいっそう充実させます。

診療報酬改定対策、休業保障制度やグループ保険等共済制度の加入をきっかけにした入会も増え、協会への期待も高まっています。お知らせの先生、ご子弟に、ぜひご入会をお勧めください。先生方よりいっそうのお力添えをお願い申し上げます。

### 政策研究会

## 昭和史にみる医療の変遷

日時 4月12日(土)  
16時~18時30分

会場 協会5階会議室

講師 川島 龍一先生(兵庫県医師会会長)

今回は兵庫県医師会の川島龍一会長をお招きし、いかに昭和時代の先達の方々が血と汗を振り絞り国民皆保険制度を完成させたのか。国民皆保険制度を国の宝として守り抜くために何が必要なのか。当時の貴重な記録映像を数多く織り交ぜながら、お話しいたします。

お申し込みは、☎078-393-1807 平田まで



## 燭心

発明王エジソンの最大の発明品は？と問われ、白熱電球、蓄音機、電

信機等々……と答えが返ってくると思われ、これらで現在でも使われているものは皆無である。人類文明史の一時で役立ったかもしれないが、最大の発明はハード面ではなく、実は研究所を作り技術を世間に公開したところ。特許に守られた技術の公表により、切磋琢磨し、さらなる技術革新につながる▼「罰則を伴う特許」という概念が重要である。せっかく発明しても創意工夫した努力の結果が他人に無許可で真似されたら、たまったものではない。特許によって知的所有権が守られなければ、技術は隠蔽、秘匿されるため、進歩が阻まれる▼中国では、イギリスの産業革命が始まる300年も前の明の時代、巨大な艦船を造りインド洋への航海を行った(鄭和の大遠征)。ところが中国によくある悪しき官僚制、海禁(鎖国政策)のため技術が伝承されず、すぐれた航海術も造船技術も製鉄技術も廃れてしまった。火薬や羅針盤も中国で発明されたが、本国ではあまり利用されず消失した。16世紀に大航海時代となり、西洋は産業革命を経て科学技術の大公開により大航海時代が起る。東洋は植民地化という大後悔の時代になった▼現在日本では秘密保護法という悪法のため、一部の政治家・官僚の都合で、軍事技術、国家機密と結びつくと拡大解釈され情報が公開されず、自然科学分野の進歩に悪影響が及ぶことが危惧される(鼻)

(3面からのつづき)

ビリテーション総合実施計画を作成した場合の入院時訪問指導加算(150点・入院中1回)が新設された。また、退院後の治療を担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を文書により提供した場合のリハビリテーション総合計画提供料(100点・退院時1回)が新設された。

8. 精神専門療法

(1) 通院・在宅精神療法

「通院精神療法」と「在宅精神療法」に区分され、初診料を算定する日に「地域の精神科救急医療体制の確保に必要な協力等を行っている精神保健指定等」が算定できる点数が100点引き下げられ、600点とされた。また、「在宅精神療法」について、初診日以外に60分以上行った場合の点数(540点)が新設された。

(2) 精神科継続外来支援・指導料

3剤以上の抗不安薬または睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬または抗精神病薬を投与した場合、原則として当該指導料は算定できない取り扱いとされた。

9. 手術・処置

(1) 休日・時間外・深夜加算

1000点以上の処置について、休日・時間外・深夜に緊急に行われた場合、より高い加算が新設された。手術についても、術者の当直免除や交代勤務制などの施設基準を満たした場合、休日・時間外・深夜でより高い加算が新設された。

(2) 胃瘻造設術

胃瘻造設術は4000点引き下げられ、増設後に他医療機関に紹介する際には情報提供が要件とされた。胃瘻除去術(2000点)、胃瘻造設時嚥下機能評価加算(2500点)が新設された。

10. 入院

(1) 栄養管理体制

前回改定で入院基本料・特定入院料算

定の基準とされた管理栄養士の配置義務について、有床診療所は、義務化が撤回された。常勤の管理栄養士を1名以上配置した場合は栄養管理実施加算(12点)として届け出る。病院については、6月末までの経過措置の後、原則義務化される。なお、経過措置に該当している医療機関で、7月1日以降非常勤の管理栄養士または栄養士が1名以上配置されている場合は、入院料の所定点数から40点(1日につき)を控除した点数を算定する。

(2) 褥瘡対策

入院基本料の届出にあたって、褥瘡に関する患者数等を届け出ることとされた。また、毎年7月1日に報告する。

(3) 月平均夜勤時間超過の取り扱い

月平均夜勤時間が72時間以下である要件が満たせない場合、すべての入院基本料(特定機能病院、専門病院入院基本料は除く)で2割減算の月平均夜勤時間超過減算を届け出て3カ月に限って算定することとされた。なお、3カ月を超えない期間の1割以内の変動については届け出る必要はない。

(4) 一般病棟等の90日超入院患者

7対1、10対1入院基本料、特別入院基本料を算定する病棟に90日を超えて入院している患者については、「特定除外患者」とされ、出来高算定ができ、平均在院日数の算出から除外されていたが、10月1日以降は下記のいずれかを選択することとなる。

①出来高算定とした上で、平均在院日数の計算対象とする

②届出を行った上で療養病棟入院基本料1の点数を算定し、平均在院日数の計算対象としない

(5) 「看護必要度」評価の変更

「重症度、看護必要度」が「重症度、医療・看護必要度」に改められ、A項目の血圧測定や時間尿測定がなくなり、喀痰吸引のみの場合も呼吸ケアに含めなくするなど項目の変更が行われた。これに伴い、一般病棟7対1入院基本料を算定

する病棟では「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が15%以上という要件をクリアすることが困難になることも想定される。

(6) 一般病棟7対1入院基本料の施設基準

一般病棟7対1入院基本料の施設基準に「自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設に退院した患者の比率が75%以上である」という基準が追加された。2014年3月31日に当該入院料の届出を行っている医療機関は9月30日までは基準を満たしている取り扱いとなる。

また、データ提出加算の届出を行っていることが要件とされた。

(7) 療養病棟の在宅復帰促進

療養病棟入院基本料1に在宅復帰機能強化加算(10点)が新設された。1カ月以上入院していた患者が在宅に退院した比率が50%以上、退院患者の在宅生活が1カ月以上(医療区分3は14日以上)、病床回転率が10%以上であることが要件とされている。

(8) 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料が新設された。13対1の看護配置や専任の在宅復帰支援者の配置、60日の算定上限、常勤の理学療法士等の専任配置、疾患別リハビリテーションの届出、在宅療養支援病院または救急告示病院である等の基準が設けられている。疾患別リハビリテーションや手術料も包括されている。

なお、従前の重急性期入院医療管理料は廃止される(9月30日までの経過措置あり)。

(9) 有床診療所

有床診療所入院基本料が従前の3区分から6区分に再編され、これまでの有床診療所入院基本料1、2、3は4、5、6とされた。また、新設される有床診療

所入院基本料1、2、3は、在宅療養支援診療所における訪問診療や在宅療養管理指導または短期入所療養介護の実施など地域包括ケアに関する11要件のうち二つ以上に該当する場合に届出ができる。

(10) 短期滞在手術等基本料3

従前の鼠径ヘルニア手術・腹腔鏡鼠径ヘルニア手術に加えて、21の手術・検査に対象が拡大された。病院において対象の手術・検査を行う場合は、すべての入院料(特別入院基本料を除く)を算定する病棟の入院患者が対象となり、すべての診療に係る費用(入院時食事療養および生活療養は除く)が包括され、出来高算定できない。また、当該基本料を算定する場合は原則平均在院日数の算出対象から除外される。

(11) その他

入院患者の他医療機関受診については、協会・保団連のたび重なる改善要求にもかかわらず、算定制限が残されたままである。

なお、400床以上の病院については、4月1日から詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務付けられる。

11. 届出

4月からの算定の場合、施設基準の届出は4月14日までに

届出が必要な新設点数および施設基準が変更された入院基本料など、すでに算定している点数についても再度の届出が必要なものも多数あるため、注意が必要である。なお、4月14日までに届出を行えば、4月1日に遡って算定できる。

診療報酬改定情報は、協会ホームページの「診療報酬改定特設ページ」(<http://www.hhk.jp/kaitei2014/>)を参照いただきたい。

理事会  
スポット

◇出席 33人  
◇情勢 40〜64歳の介護保険料が一人当たり月額5273円となる見込みが明らか。介護保険制度を開始した00年度から2・5倍に引き上がっている。今後もこの傾向は続く見込み。  
◇診療報酬改定 医科・地域包括診療所新設、訪問診療料の「同一建物居住者」のさらなる点数引き下げ、在宅時医学総合管理料への「同一建物居住者」の概念導入が紹介され、同じ医療行為なのに点数が大幅に引き下げられることなど不合理性を批判した。歯科・歯科医療機関連携加算など現場の声が反映された面もあるが、歯科医療の危機を抜本的に改善できないとし(2月22日 理事会より)

◇出庫 33人  
◇情勢 40〜64歳の介護保険料が一人当たり月額5273円となる見込みが明らか。介護保険制度を開始した00年度から2・5倍に引き上がっている。今後もこの傾向は続く見込み。  
◇診療報酬改定 医科・地域包括診療所新設、訪問診療料の「同一建物居住者」のさらなる点数引き下げ、在宅時医学総合管理料への「同一建物居住者」の概念導入が紹介され、同じ医療行為なのに点数が大幅に引き下げられることなど不合理性を批判した。歯科・歯科医療機関連携加算など現場の声が反映された面もあるが、歯科医療の危機を抜本的に改善できないとし(2月22日 理事会より)

◇歯科部会 歯科政策パンフレットの発行が保団連版として決まったことを報告、新点数研究会での活用が確認された。  
◇九条の会・兵庫県医師の会 前泊博盛氏講演会「知られていない米軍基地の憲法無視の日米地位協定(2/22)」に医師・歯科医師34人を含む154人が参加したこと、参加した会員から、活動への励ましなどが報告された。

◇震災対策 阪神・淡路大震災被災者に貸し付けられた災害援護資金の返済期限がまたび延長されることなど、震災関連の情勢を報告。東日本大震災3年の節目にあたり、被災3協会にメッセージを送ることが提案され承認された。

**第25回全国保険医写真展 作品募集**

募集期間 4月1日(火)~4月30日(水)  
写真展開催期間 7月1日(火)~7月6日(日)  
応募規格 半切またはA3サイズ/組写真も可(1組3枚まで)/カラー・モノクロ自由  
テーマ ①自由テーマ ②個別テーマ「生きる」  
※詳細は『月間保団連』3月号をご参照ください。  
お問い合わせは、  
保団連文化部 ☎03-3375-5121 まで



「カメラで一家団欒」  
岩内省三氏(群馬協会)

**協会の3大共済制度をお勧めします!**

医師・歯科医師の老後設計に最適 (拠出型企業年金保険)

**保険医年金**

- 月払: 1口1万円~(通算30口まで)
- 一時払: 1口50万円~(毎回40口まで)
- 自在性が魅力!
  - ・急な出費にも1口単位で解約可能
  - ・払込が困難なときは掛金中断、余裕ができた掛金再開
- まとまった資金は「一時払」で上乗せ(毎回2000万円まで)

万一人のためのコストは安さが魅力です (団体定期生命保険)

**グループ保険**

- 毎年高配当を継続
- 過去5年平均の配当率**45%**
- 団体保険だから断然安い保険料
- 最高5000万円の高額保障
- 配偶者1000万円のセット加入あり
- いつでも増額・減額できます
- 医師による診査はありません

病気やケガの休業に備えて、高い保険料を払っていませんか?

**休業保障制度**

1. 最長75歳まで、730日の充実保障
2. 割安な掛金が満期まで上がりません
3. 掛け捨てではありません
4. 弔慰・高度障害給付あり
5. 自宅療養、代診をおいても給付
6. うつ病等の精神疾患、認知症も給付
7. 所得補償保険との重複受給OK

病気やケガによる休業に備えて自宅療養も補償されます

**所得補償保険**

うつ病、認知症による就業不能や、地震等の天災によるケガも/入院は1日目、自宅療養は5日目から/再発も含めて通算1000日まで補償

ご家族、従業員もご加入いただけます

**医師賠償責任保険**

・医療上の事故、医療施設の事故を補償

**春の共済制度普及4月1日受付開始です! お問い合わせは共済部まで ☎ 078-393-1805**

# 2014年度診療報酬改定の要点 〈医 科〉

## 早期退院・在宅への誘導で医療費抑制

2014年度診療報酬改定で、4月1日から実施される新点数について、医科、歯科それぞれの特徴や問題点を掲載する。

改定率は、診療報酬本体+0.73% (医科+0.82%、歯科+0.99%、調剤+0.22%)、薬価・材料価格▲0.63%で、全体で+0.1%の引き上げとなったが、消費税増税分1.36%を考慮すると、実質▲1.26%のマイナス改定となった。

消費税8%への引き上げに伴う対応として、基本診療料・入院基本料に上乗せされた。医療にかかる消費税を診療報酬で補てんすることは、実質的に消費税の一部を患者に負担させるものである。

改定内容も、「税と社会保障の一体改革」を推進する観点から社会保障費の抑制策を色濃く反映したものとなっており、急性期入院からの早期退院、入院から在宅・看取り、さらに医療から介護へと、露骨な点数配分が行われ、地域医療を支える医療機関や患者の実態を考慮しない医療費抑制ありきの改定となった。

### 【主な改定項目】

#### 1. 初・再診料

診療所については、消費税増税対応分として、初診料+12点、再診料+3点引き上げ、病院の外来診療料も+3点となった。

また、200床以上の病院で医薬品の納入価格の妥結率が50%以下の場合、初診料209点、再診料53点で算定することとされた。

#### 2. 地域包括診療料・地域包括診療加算 (新設)

「主治医機能の強化」として、中小病院および診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的に行う医療の評価として「地域包括診療料」(1503点・月1回)が新設された。

当該診療料は、一部の点数以外は包括であり、将来的には患者のフリーアクセスを阻害する“登録医制度”に結びつく危険性もはらんでいる。診療所と200床未満の病院で、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の四つの疾患のうち、二つ以上を有する患者が対象で、年齢制限はない。

算定要件は下記のとおりで、ハードルは高く、該当するのは、診療所では強化型在宅療養支援診療所(強化型支援診療所)など、ごく一部に限られる。

##### 〈主な算定要件〉

○担当医制

関係団体の研修終了が必要(1年間の経過措置あり)

○服薬の一元管理

受診する医療機関と処方薬剤を全て把握し、カルテに記載。原則院内処方、院外処方の場合は24時間対応の薬局と連携

○健康管理の実施

健康診断・検診の受診勧奨とその結果をカルテに記載

○介護保険への対応

介護サービスの提供、主治医意見書の作成、地域ケア会議への出席など

○在宅医療への対応と24時間対応体制

以下すべてを満たす必要がある

診療所：①在宅療養支援診療所(支援診療)

②時間外対応加算1を算定

③常勤医師3人以上

病 院：①在宅療養支援病院(支援病)

②2次救急指定病院または救急告示病院

③地域包括ケア病棟入院料または地域包括ケア入院医療管理料を算定

○別に算定できる点数

「再診料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算」「地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)」「在宅医療(在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く)」「薬剤料(処方料、処方せん料を除く)」「急性増悪時に実施した検査、画像診断、処置の費用のうち550点以上のもの」

当該診療料は、患者の状態に応じて月ごとに算定する、しないを決めることができる。また、薬剤料の7種類以上投与の減算規定の除外扱いとなる。

再診料の加算として、「地域包括診療加算」(20点)が新設された。算定要件は地域包括診療料とほぼ同様だが、対象となるのは診療所のみで、①時間外対応加算1または2を算定、②常勤医3人以上、③在宅療養支援診療所のいずれか一つを満たす必要がある。

なお、「地域包括診療料」と「地域包括診療加算」はどちらか一方に限り、届け出ることができる。

#### 3. 医学管理

(1) 診療情報提供料

歯科医療機関連携加算(100点)が新設された。支援診療・支援病の医師が、口腔機能管理の必要性を認め、在宅療養歯科診療所に情報提供した場合に算定する。

(2) 介護保険リハビリテーション移行支援料(新設)

要介護等の入院外の患者であって、維持期の脳血管疾患等・運動器リハビリテーションを算定している場合、介護支援専門員と連携して患者が介護保険の通所リハビリテーションに移行した場合に、患者1人につき1回に限り500点を算定する。

#### 4. 在宅医療

(1) 強化型支援診療・支援病の要件強化  
強化型支援診療・支援病の実績要件について、過去1年間の緊急往診が5件以上から10件以上に、在宅看取りが2件以上

から4件以上に引き上げられた。また、連携している医療機関にもそれぞれの医療機関で緊急往診4件以上、看取り2件以上が求められる。各医療機関への実績要件の導入は、連携型としてグループを組んで対応すること自体を否定することになりかねない。なお、2014年3月31日時点で強化型として届け出ている場合は、9月30日までの間、従前の実績で強化型の点数が算定できる。

また、強化型以外の支援診療・支援病で1年間に緊急往診10件以上、看取り4件以上の実績のある医療機関が、ターミナルケア加算や在宅時医学総合管理料等で算定できる在宅療養実績加算が新設された。

(2) 在宅患者訪問診療料

訪問診療を実施する場合、患者または家族等の署名付の同意書を作成した上でカルテに貼付することとされた。

「同一建物居住者」(同一建物における同一日の複数訪問時の取り扱い)の場合、特定施設入居者203点、特定施設等以外入居者103点と点数が大幅に引き下げられた。また、「同一建物居住者」について、往診患者、末期の悪性腫瘍で訪問診療開始60日以内の患者、死亡日からさかのぼり30日以内の患者については、減算対象から除外される。なお、訪問診療を行った場合、訪問診療日における当該医師の在宅患者診療時間(開始時刻と終了時刻)、診療場所についてカルテに記載し、「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式をレセプトに添付することとされた。

(3) 在宅時医学総合管理料

在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料について、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定した場合のみ算定することとされ往診がカウントから外された。また、「同一建物居住者」の場合の点数が導入され、例えば支援診療の処方せん交付の場合で4200点から1000点へと大幅に点数が引き下げられた。なお、「同一建物居住者以外」の訪問診療を月1回行った患者や同一患者の場合は減算対象からは除外される。

当該管理料は「患者ごとに総合的な在宅療養計画を策定し、必要な在宅医療を提供していくこと」を評価した点数であるため、同一建物居住者であることを理由に減算することは、きわめて不合理である。

(4) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

介護保険の訪問看護を受けている患者に対して点滴注射を行った場合にも、在宅患者訪問点滴注射管理指導料が算定できることとなった。

(5) 在宅自己注射指導管理料

在宅自己注射指導管理料は、月当たりの注射の実施回数に応じて4区分とされ点数が引き下げられた。また、導入期に指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付することが要件とされ、導入期初期加算(500点・月1回・3月限度)が新設された。

(6) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料(新設)

多職種から構成される褥瘡対策チームが、重度の褥瘡患者に対してカンファレンスと定期的なケアを実施した場合に、患者1人につき2回に限り750点が算定できる。

(7) 同一建物居住者訪問看護

「同一建物居住者」に訪問看護を行った場合、同一日2人までと3人以上の点数に区分され、3人以上の場合1人目から低い点数を算定する。

#### 5. 検査

(1) 検体検査等

血液採血(静脈)が16点から20点に引き上げられたが、検体検査については多くの項目で引き下げられた。

(2) 生体検査等

内視鏡検査で、緊急時の評価として、時間外・休日・深夜の加算が新設された。眼底カメラではアナログ撮影とデジタル撮影に区分され、アナログ撮影の点数が引き下げられた。

#### 6. 投薬

(1) うがい薬のみの投薬

入院外の患者にうがい薬(治療目的を除く)のみを処方した場合、処方料、調剤料、薬剤料、調剤技術基本料、処方せん料は算定できないこととされた。

(2) 抗不安薬投与の減点規定

3種類以上の抗不安薬または睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬または抗精神病薬の投薬(臨時投薬を除く)を行った場合、処方料、薬剤料、処方せん料について所定点数の100分の80で算定することとされた(10月1日実施)。ただし、臨時投薬や精神科の診療経験を十分に有する医師が処方した場合等については減算されない。

#### 7. リハビリテーション

(1) 維持期リハビリテーション

算定上限日数を超えた要介護者等の維持期の脳血管疾患等・運動器リハビリテーションについて、入院患者は引き続き算定することが可能となり、入院外の患者については2016年3月末まで経過措置が延長された。過去1年間に介護保険の通所リハビリテーションの実績のない医療機関が維持期リハビリテーションを算定する場合、所定点数の100分の90に減算することとなった。

(2) 疾患別リハビリテーション

「廃用性症候群」の点数が引き下げられ、他の疾患別リハビリテーションの対象となる患者は対象から除外された。また、入院外の患者に対して運動器リハビリテーション(I)が算定できることとなった。

(3) リハビリテーション総合計画

入院患者について、自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハ

# 2014年度診療報酬改定の要点 〈歯科〉

## 運動で一定改善も歯科医療費総枠拡大にほど遠い

今次診療報酬改定は、消費税補てん分(0.87%)を除くとわずか0.12%のプラス、前回改定の10分の1にも満たない約34億円である。また、消費税補てん分が上乘せられたとしているが、医療機関の経営を圧迫する増税を解消するものとはなっていない。診療報酬への補てん分の上乗せは、患者に消費税の負担を求めることにもなり、協会はゼロ税率の導入を改めて要求する。

今次改定は、現場の声が一定反映された部分があるが、歯科医療の危機を抜本的に改善するにはほど遠い。この最大の要因は、長年にわたる低歯科医療費政策にあり、さらに窓口負担増による患者の歯科受診抑制・治療中断が歯科医療危機をいっそう深刻化させた結果である。

歯科医療危機を食い止め、歯科医療の質の確保と安全を保証すること、とりわけ歯科医院経営の改善、歯科医療を支えている歯科技工士と歯科衛生士の就業改善は喫緊の課題である。協会は、窓口負担大幅軽減・保険範囲の拡大・診療報酬の改善実現へ、患者・国民とともに「保険でより良い歯科医療」を求める運動を引き続き強めていくものである。

### 【主な改定項目】

#### 1. 基本診療料の引き上げと加算点数の見直し

歯科初診料	218点→234点
歯科再診料	42点→45点
歯科外来診療環境体制加算	28点→26点
再診時歯科外来診療環境体制加算	2点→4点

#### 2. 歯科疾患管理料における情報提供の要件の見直し

○歯科疾患管理料の文書提供の要件が見直され、患者またはその家族が、管理計画書の備考欄に文書提供が次回から不要である旨を記載した場合、2回目以降の文書提供は前回の提供日から4カ月を超えてもよい取り扱いになった。

#### 3. 周術期における口腔機能の管理など医療機関相互の連携

○周術期の患者の口腔機能管理を手術前から推進するために、周管Ⅰ、Ⅱの手術前の点数がそれぞれ引き上げられた。また、口腔機能管理後1カ月以内に全身麻酔下で手術を実施する場合、手術の所定点数に100点を加算する。医科歯科連携の評価が盛り込まれ、医科の評価として歯科医療機関連携加算が新設された。しかし、医科歯科連携をさらに推進するためにも要件を緩和すべきである。

周術期口腔機能管理料(Ⅰ)手術前	190点→280点
周術期口腔機能管理料(Ⅱ)手術前	300点→500点

#### 4. 在宅歯科の推進

○歯科訪問診療料が同一建物内の診療人

数および時間により三つに区分された。同一建物内1人のみで20分以上診療した場合は歯科訪問診療1・866点を、2人から9人以内の場合で、20分以上の診療を行った場合は歯科訪問診療2・283点を、10人以上診療した場合は診療時間にかかわらず歯科訪問診療3・143点を算定する。診療時間が20分未満の場合は歯科訪問診療3を算定する。

同一建物における複数患者の在宅診療においては、かなり厳しいものになっている。「在宅不適切事例の適正化」を行うとしての措置だが、真に在宅医療の充実をめざすなら、診療報酬で縛るのではなく、不適切な事例に対しては、指導で対処すべきである。在宅医療の充実には20分要件は撤廃すべきである。

#### 歯科訪問診療料

1 歯科訪問診療1	850点→866点
2 歯科訪問診療2	380点→283点
3 歯科訪問診療3	新設 143点

○在宅中心の歯科訪問診療への評価として、在宅かかりつけ歯科診療所加算100点が新設された。しかし算定要件としている施設基準は直近3カ月の歯科訪問診療の実績が月平均5人以上であり、そのうち歯科訪問診療1の算定患者が8割以上を占めていることとされ、ハードルが高い。

○在宅以外の施設などで歯科訪問診療2または3を算定する場合は、①患者またはその家族②介護施設職員などの関係者のいずれかに歯科訪問診療を行った日時および歯科訪問診療を実施した歯科医師の氏名を記載した文書提供が必要になった。このうち、同月に同じ施設で複数回の歯科訪問診療2または3の算定があり、施設職員などに提供する場合には、施設ごとに一覧表で作成してもよい。

○歯科訪問診療でマル特加算を算定した患者への治療に際して、歯科衛生士などが参画した場合には、外来と同様に著しく歯科診療が困難な者の50/100加算が算定できることになった。

#### 5. 生活の質に配慮した歯科医療の充実

○正常な口腔機能の獲得・成長を促すために、乳臼歯の早期喪失症例に対する小児保険装置(クラウンループまたはバンドループ)600点が新設された。また、小児義歯の対象に「外傷によって歯が喪失した場合」が加えられた。

○新製義歯の装着月に算定する新製有床義歯管理料(義管A)が「困難な場合」230点と、「困難な場合以外」190点に再編されるとともに、義歯管理料の加算だった困難加算と義歯調整管理料(義調)が包括された。

○有床義歯管理料(義管B)、有床義歯長期管理料(義管C)、困難加算、義調が削除され、リハビリテーション部に新設された歯科口腔リハビリテーション料1・有床義歯の「困難な場合」120点と「困難な場合以外」100点に再編・包括

された。義歯の管理が一部リハビリに移されたことは、将来、介護保険給付の対象とされかねない。義歯そのものがリハビリ器具として扱われる可能性が出てきたことは、看過できない問題である。

#### 義歯管理料

1 新製有床義歯管理料(1口腔につき)150点 → (1 2以外の場合 190点  
2 困難な場合 230点

#### 歯科口腔リハビリテーション料1(新設)

1 有床義歯の場合(1口腔につき)  
イ ロ以外の場合 100点  
ロ 困難な場合 120点

○舌接触補助床などの床装置を用いた訓練を行った場合は、歯科口腔リハビリテーション料1(舌接触補助床190点・月4回)を算定する。なお、舌接触補助床は床副子の「著しく困難なもの」から独立し、新製した場合とすでに装着している有床義歯を用いた場合とに区分が分かれた。

○顎関節治療用装置を用いて指導、訓練を行った場合は、歯科口腔リハビリテーション料2(50点・月1回)を算定する(施設基準有・要届出)。

#### 6. 歯の喪失のリスク増加に着目した対応

○歯周病安定期治療(SPT)の算定単位が歯数に応じて三つに変更され、適用となる中等度以上の症状から「根分岐部病変を有する」との条件が外れた。

#### 歯周病安定期治療(1口腔につき)

300点 →	
1 1歯以上10歯未満	200点
2 10歯以上20歯未満	250点
3 20歯以上	350点

○歯周治療用装置の算定要件からF0p、GEtまたはGTRの実施が外され、歯周精密検査を算定した患者に緩和された。

#### ○その他の歯周治療関連の点数改定

歯周疾患処置(1口腔1回につき) 10点→14点

暫間固定 1 簡単なもの(装着料を除く) 300点→200点

#### 歯周外科手術(1歯につき)

4 歯肉剥離掻爬手術	620点→630点
5 歯周組織再生誘導手術	
イ、一次手術	760点→840点
ロ、二次手術	320点→380点

○歯管の加算だったフッ化物局所応用加算がフッ化物歯面塗布処置(F局)として独立した。対象者がう蝕多発傾向者だけでなく、自立度が低下した在宅等で療養を行っている初期根面う蝕の患者にも拡大された。算定単位は1口腔につき3カ月に1回で、う蝕多発傾向者の場合80点、在宅療養者の場合80点を算定する。○う蝕多発傾向者の年齢区分や処置歯の数が見直され対象患者が拡大された。

○根管充填の加算だった加圧根管充填が、加圧根管充填処置として独立するとともに、点数が引き上げられた。

#### 加圧根管充填処置(新設)

1 単根管	130点
2 2根管	156点
3 3根管以上	190点

○以下の歯冠修復、欠損補綴の点数が改定された

初期う蝕早期充填処置 122点→124点  
充填

充填1(複雑なもの) 152点→154点

支台築造印象 22点→26点

テンポラリークラウン 30点→34点

咬合採得

欠損補綴、ブリッジ

(1)ワンピースキャストブリッジ →削除

支台歯とポンティックの合計5歯以下 70点→74点

支台歯とポンティックの合計6歯以上 140点→148点

(その他のブリッジ) 70点→削除

ブリッジ修理 40点→削除

#### 有床義歯

○コンビネーション鉤220点(材料料除く)が新設された。残根削合が義歯修理時も認められた。

○未来院請求の対象が広がり、歯周治療用装置、小児保険装置など6項目が追加された。

1 局部義歯(1床につき)	
1歯~4歯	560点→570点
5歯~8歯	690点→700点
9歯~11歯	920点→930点
12歯~14歯	1340点→1350点
2 総義歯(1顎につき)	2100点→2110点

#### 鑄造鉤(1個につき)

双子鉤	230点→234点
二腕鉤	212点→216点

有床義歯修理(1床につき) 224点→228点

歯科技工加算 22点→24点

補綴隙(1個につき) 30点→40点

#### 7. 先進医療技術からの新たな保険導入

○歯科用CAD/CAM装置を用いたハイブリッドレジンによる歯冠補綴(要届出)。小白歯に対する全部被覆冠に限る。

CAD/CAM冠(新設) 1200点

○歯科用CTおよび手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術(新設) 2000点

#### 8. 歯科矯正

○指定自立支援医療機関(育成・更正医療)で行う歯科矯正用アンカースクリューを用いた歯科矯正治療が給付対象になった

一本につき植立(新設)500点、撤去(新設)100点

診療報酬改定情報は、協会ホームページの「診療報酬改定特設ページ」(<http://www.hhk.jp/kaitei2014/>)を参照いただきたい。

2月25日、安倍政権が決定した、原発を「重要なベースロード電源」と位置づけ、原発重視、依存の姿勢を明らかにした「エネルギー基本計画」政府案に対し、協会は3月12日、下記の抗議文を採択し、関係各機関に送付した。

内閣総理大臣 安倍 晋三 様

2014年3月12日

### 原発推進の「エネルギー基本計画」に抗議する

兵庫県保険医協会理事長 池内 春樹

安倍政権が2月25日決定した、「エネルギー基本計画」の政府案は、原発を「重要なベースロード電源」と位置づけて、新規規制基準に適合した原発の再稼働や、核燃料サイクル政策の推進を明記するなど、原発重視、原発依存の姿勢を明確に打ち出した。

東日本大震災・福島第一原発事故から3年を迎え、なお27万人が故郷を奪われて全国に避難している。いまだに福島第一原発には近づくことすらできず、原子炉の冷却水は漏れ続け、環境を高度に汚染し続けている。事故原因の解明も進んでいない。帰還困難区域、居住困難区域を生み出し、被害総額は計り知れない。

再稼働は「安全性を全てに優先」させるとしているが、事故原因も解明できないまま、独立性の疑問視される原子力規制委員会により作成された新規規制基準は到底「安全」とは言えない。また、原発稼働で必ず生まれる危険な使用済核燃料や放射性廃棄物をどう処理するのかについて、全く解決策を示していない。長期的視野に立てば、採算性がとれるものではないことも明白である。

日本世論調査会が実施した世論調査(3月1・2日)で、原発の望ましい比率について「即時ゼロ」と「将来はゼロ」をあわせて69%となり、「安全性を確認した原発の再稼働」について「反対」が54%であるなど、「原発ゼロ」が国民の声であることは明確である。

こうしたなかでの原発再稼働は許されるべきものではない。国がエネルギー政策において重点とすべきは、再生可能エネルギーの拡充であり、放射能汚染物質の拡散防止技術や回収技術、核廃棄物の安全処理技術や原発の廃炉技術の開発、放射能汚染環境の身体への影響調査であり、省エネ、節エネ、エネルギーの効率利用など、原発に頼らないエネルギー政策の推進、実行であろう。

われわれは、いのちと健康をまもる医療者として、事故による放射能汚染の危険性を内包し、安定処分できない危険な核廃棄物を産生し続ける原子力発電所について、再稼働を到底容認することはできない。安倍政権が、原発推進の「エネルギー基本計画」を撤回し、原発ゼロ実現に向けたプロセスを決定し、循環型社会の創生を目指すことを求める。

### 尼崎アスベスト高裁判決

## クボタの加害責任を断罪

距離による線引きのこす

尼崎市内のクボタ旧神崎工場周辺で中皮腫を発症し、死亡したとして、遺族がクボタと国を相手に謝罪と損害賠償を求めていた裁判で、大阪高裁は3月6日、神戸地裁判決に続いてクボタの責任を認め、損害賠償を命じる判決を言い渡した。未曾有の被害を引き起こした原因企業・クボタの法的責任が司法の場で2



クボタと国は加害責任を認めよと判決後の集会で訴える船越正信先生(左端)と原告の保井祥子氏(中央)と山内康民氏(右端)

度にわたり断罪された。しかし、地裁と同じくアスベストの飛散範囲を工場周辺300mの範囲に限定し、原告1人については請求を棄却した。環境保全機構の調査でも、飛散は1.5kmを超えており、クボタ自身も1.5kmの範囲で「救済金」を支払ってお

り、300mに限定したところの関連は明示されなかった。国については、原告は旧工場周辺での健康被害の存在を無視し、大気汚染防止法による規制をしなかったと訴えたが、近隣曝露の危険性を予見すべき医学的所見は集積していなかったとして、責任を認めなかった。

クボタ旧工場での石綿の使用中止から20年近く経過したが、潜伏期間は20年から40年に及ぶため、被害者は増加の一途をたどり、今後も増加する見込みである。

船越先生がラジオ関西(Am558kHz/但馬放送局1395kHz)番組「寺谷一紀と! い・しよく・じゅう」内の協会提供コーナー「医療知る

同裁判を支援する「アスベスト被害からのちと健康を守る尼崎の会」会長の船越正信先生(尼崎医療生協理事長)は、判決後に開かれた報告集会で「今後も拡大していくすべてのアスベスト被害者を救済することが目的。最高裁に向けて引き続き支援の運動を強めよう」と述べた。

## 原発ゼロへ運動を続けよう

東日本大震災・原発事故から3年集会

う」に3月27日19時40分意義と今後の運動」について語ると語る。

協会も参加する「原発をなくし自然エネルギーを推進する兵庫の会」は3月9日、神戸市立婦人会館で「東日本大震災・福島原発事故から3年集会」を行った。100人が集まり、協



原発反対の運動をより大きくしてこうと訴える川西副理事長

界に伝えるために原発20km圏内ツアーを開催していること、福島農業を復活させるために、米の放射能全袋検査の実施、直売所の経営を行っていることなども紹介した。

賠償問題については、被害を小さく見積もろうとする東電、国に対して「一つ一つ直接交渉で道を開いてきた」「私たちの未来は、たたかかってこそ開ける、たたかわなければ開けない」と強調した。

### 姫路市夢前町

#### 産廃処分場建設問題

## “建設反対”住民集会に900人

姫路市夢前町で計画されている安定型産業廃棄物処分場建設をめぐる、3月2日、夢前公民館で「第3回住民集会」が開催され、町民ら900人が計画に反対の意思を示した。協会から森岡芳雄、山中忍両理事が参加した。



計画に反対し、900人が集まった

同処分場建設については、有害物質の流出等による環境汚染、健康被害が懸念されるとして、協会は見直しを求める意見書を姫路市に提出している。

集会は、地元住民でつくる「子どもの未来を守る会」と「夢前町の自然を愛する会」が開催。同会代表らが、建設予定の安定型産廃棄物埋め立てにより土砂崩れや地すべりの危険性があると専門家から指摘されていることなどを問題点を解説。

建設中止を業者・姫路市に訴え続ける、産廃処分場建設の手続きを定める法律の抜本的改正を国に求めることが重要とした。最後に「産廃建設反対がばらう」と参加者全員で合唱を行った。

### 支部の催物案内

#### ■西宮・芦屋支部■医療過誤・訴訟セミナー

日時 4月5日(土) 15時~17時  
会場 西宮市民会館中会議室501  
テーマ 患者さんとのやり取りで気をつけること  
講師 米田泰邦法律事務所 鶴岡万貴子弁護士

※18時より夙川公園にて支部お花見会開催(会費1500円、できる限り事前のご予約を)

#### ■北阪神支部■職員接遇研修会

日時 4月19日(土) 15時~17時  
会場 伊丹市立産業・情報センター4階  
テーマ 病院スタッフの接遇の基本  
講師 大手前短期大学教授 水原道子先生  
参加費 1000円(医療安全管理受講証を発行)

お申し込みは、☎078-393-1801まで

### 歯科部会 医療安全管理対策研究会

## 歯科医院における医療安全管理対策

日時 4月27日(日) 14時~16時30分  
会場 協会5階会議室  
講師 兵庫医科大学 歯科口腔外科主任教授 岸本 裕充先生

参加費 1000円

定員 120名(先着順)

※「外来環」施設基準届出要件にも対応(受講証発行)

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1809 本田まで

## 会員討報

高橋 直彦先生  
垂水区 放胃内科  
2月13日 享年82歳  
ご冥福をお祈り  
申し上げます

## 求人



週5日(週4日可)  
◇その他 入所50名、阪神電車交通便利、委細面談のうえ  
お問い合わせは、☎0798-401609 1陣まで

# 診内研 より 469

## 使いこなしたい呼吸器科薬剤と そのエビデンス



国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター 内科 倉原 優先生講演

兵庫県保険医協会において、呼吸器内科で遭遇する一般的な症状である喀痰、咳嗽をやわらげる薬剤である去痰薬、鎮咳薬、および最近薬剤が台頭してきた吸入剤について、話をさせていただきます。

### 去痰薬

喀痰の量が増えることで、この咳嗽反射も増え、患者さんのQOLを著しく低下させることとなります。ジェネリック医薬品が登場してから、やむを得ない事情もあるのですが、現場ではどの薬剤がどのタイプの去痰薬なのか、なかなか理解しにくい現状があります。

おおざっぱに考えてみると、去痰薬は「分泌物の量を何とかする方法」と、「分泌物の性質を何とかする方法」の2種類に大別できます(図)。

ブロムヘキシン(ビソルボン<sup>®</sup>など)は、**気道分泌促進薬**に分類されます。酸性糖蛋白の線維網を溶解して、低分子化する作用があることもわかっています。線毛運動を亢進させる働きもあり、作用機序は複雑です。

このタイプの薬剤は、キレの悪い喀痰に非常に有効とされています。その一方で、気道分泌物が増加することがあるため、bronchorrheaを呈する浸潤性粘液腺癌(いわゆるmucinous BAC)の患者さんには、注意が必要です。

また、アスピリン喘息の患者さんでは、ビソルボン吸入液中のパラベンによって発作が悪化することがあるので、注意が必要です。

アンブロキシオール(ムコソルバン<sup>®</sup>など)は、**気道粘膜潤滑薬**に分類されます。主に、肺サーファクタントの分泌を促すことで、排痰しやすくする効果があります。

アンブロキシオールには徐放剤があり、寝起きの喀痰症状が強い患者さんに対して、ムコソルバンL<sup>®</sup>などを夕食後か眠前に服用することで、効果を発揮するとされています。また、外科手術後の喀痰症状に強いエビデンスを有するもの、この薬剤です。

カルボシステイン(ムコダイン<sup>®</sup>など)は、**分泌細胞正常化薬・気道粘液修**

復薬に分類されます。分泌細胞正常化薬は、杯細胞の過形成を抑制、粘液が過剰産生されるのを抑えることで、気道粘液修復薬はシアル酸とフコスの構成比を正常化することで、去痰作用を発揮します。

2008年のPEACE試験によって、COPD急性増悪の頻度を減少させたという報告が有名です。

アセチルシステイン(ムコフィリン<sup>®</sup>)は、**気道粘液溶解薬**に分類されます。これは喀痰の化学結合を分解して、喀痰粘度を低下させる薬剤です。硬い喀痰をサラサラにする一つの手段として、気道粘液溶解薬はよい選択肢の一つとされています。

プラセボと比較して、特発性肺線維症(IPF)やCOPDにおいて呼吸機能上の有効性が示されていますが、PANTHER-IPF試験のようにリスクを上昇させるという報告もあるため、現時点ではカルボシステインとともに、COPDに対するエビデンスが多い去痰薬と言えます。

### 鎮咳薬

中枢性鎮咳薬は、咳嗽の特異的治療にはなりえないため、合併症を伴い患者のQOLを著しく低下させる咳嗽の場合に限って、使用するのが原則です。

コデインリン酸(リンコデ)は、中枢性麻薬性鎮咳薬です。これは、オピオイドμ受容体アゴニストであり、延髄の孤束核にある咳中枢に作用して咳を抑えると考えられています。デキストロメトルファン(メジコン<sup>®</sup>)は、リンコデとともにAmerican College of Chest Physiciansのガイドラインで短期的な症状緩和のための使用が推奨されています。

実臨床では、メジコン3錠分3程度では咳が止まらないという患者さんは、少なくありません。1回あたりのデキストロメトルファンを2錠(30mg)といった多めの用量に設定することで、臨床的に妥当な鎮咳効果をもたらすことができるかもしれません。

### 吸入剤

ここ数カ月の間に、フルチカゾンプロ

図 おおまかな去痰薬の分類

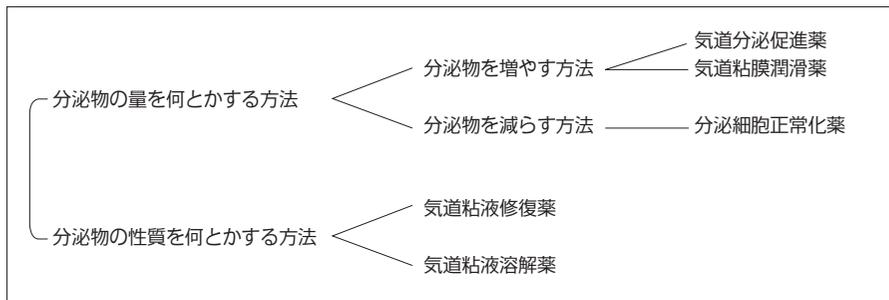


表 吸入ステロイド薬/長時間作用型β<sub>2</sub>刺激薬の種類

一般名	商品名	用法用量	使用可能噴霧回数	剤形
フルチカゾンプロピオン酸エステル/サルメテロールキシナホ酸塩	アドエア100ディスクス(28、60) アドエア250ディスクス(28、60) アドエア500ディスクス(28、60)	1回1吸入 1日2回	28、60	DPI
	アドエア50エアゾール アドエア125エアゾール アドエア250エアゾール	1回2吸入 1日2回	120	pMDI
ブデソニド/ホルモテロールフマル酸塩	シムビコートタービュヘイラー30吸入 シムビコートタービュヘイラー60吸入	1回1吸入 1日2回 または発作時(SMART療法)	30、60	DPI
フルチカゾンプロピオン酸エステル/ホルモテロールフマル酸塩	フルティフォーム50エアゾール56吸入用、120吸入用 フルティフォーム125エアゾール56吸入用、120吸入用	1回2~4吸入 1日2回	56、120	pMDI
フルチカゾンフランカルボン酸エステル/ピランテロールトリフェニル酢酸塩	レルベア100エリプタ(14、30) レルベア200エリプタ(14、30)	1回1吸入 1日1回	14、30	DPI

ピオン酸/エステルホルモテロールフマル酸塩(フルティフォーム<sup>®</sup>)、フルチカゾンフランカルボン酸エステル/ピランテロールトリフェニル酢酸塩(レルベア<sup>®</sup>)といった新しい吸入合剤が登場しました(いずれも現時点では気管支喘息のみに保険適応あり)(表)。

エリプタは、1アクションで吸入できる優れたドライパウダー吸入器です。操作性は驚くほど簡便で、1日1回の吸入

回数と合わせると、コンプライアンスの飛躍的向上が期待できるデバイスです。

気管支喘息で受診した患者さんに、いきなりこれらの吸入ステロイド薬とLABAを合剤にして処方することは、すすめられません。よほど早期にコントロールをつけないといけないケースを除いて、吸入ステロイド薬単独でコントロールできるなら、その方が望ましいと考えます。

## 診療内容向上研究会 第494回

### 私は咳をこう診てきた

日時 4月26日(土) 17時~  
会場 協会5階会議室  
講師 亀井内科・呼吸器科(名古屋市)院長 亀井 三博先生

「咳」で悩む患者さんは毎日のようにプライマリ・ケアの現場に訪れる。「咳」を制するものはプライマリ・ケアを制すると言っても過言ではない。名古屋市栄という繁華街の中心にある、エスエル医療グループというグループ診療を行う医師集団の一員として開業して19年、病院勤務時代とは異なる患者さんたちと付き合いながら「咳」と奮闘してきた。順風満帆と見えたプライマリ・ケアの現場は荒波に揉まれる大航海の日々であった。

私の操舵する船に乗り合わせたさまざまな「咳」患者さんたちのお付き合いを通じて、ともに荒波を乗り切りながら私は多くのものを学んできた。今回はそのすべてをお話したいと思う。それが皆様のもとを訪れる「咳」難民ともいえる人々と皆様のお役に立つことができたなら幸いである。

【亀井 記】

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1803まで

春の共済制度普及 4月1日受付開始!  
2面に広告

人事法務コンサル

社会保険労務士  
**ISR 梨本事務所**  
労働条件・就業規則  
(労働保険事務組合)  
経営者会議  
労務監査・給与計算

職能人材センター

合同会社(LLC法人)  
**ISR パーソネル**  
医療・福祉人材紹介  
(企業プロジェクト)  
インテリジェントソーシャル協会  
職業能力認定研修



5階 研修室  
4階 企画室  
3階 情報処理室  
2階 統括本部  
1階 駐車場

〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-2 (ISRビル) お気軽におたずね下さい

信頼・向上そして社会貢献

ホームページ www.isr-group.co.jp  
グループ代表 (CEO) 梨本剛久

☎ 078-360-6611 大代表