

兵庫保険医新聞

第1809号
2016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)

今号の記事

- 診療報酬改定の要点〈医科・歯科〉 4～6面
- 評議員会特別講演 プレインインタビュー② 3面
- 研究 保険診療のてびき 8面
- 一般医の日常診療に役立つ皮膚科疾患の知識

景品付きクイズチラシ 第2シーズン

「政府の医療・介護の負担増計画」はどれ?

3月～5月まで

署名用紙、クイズチラシ・グッズのご注文は、☎078-393-1807まで



患者さんの声を集めて さらなる ストップ！ 負担増



署名用紙の追加注文は、電話078-393-1807まで

政府が計画する、さらなる負担増

- ①「かかりつけ医」以外を受診した際の追加定額負担
- ②市販品類似薬の保険外し
- ③70歳以上の高額療養費制度 上限額の引き上げ
- ④75歳以上の窓口負担の2割化
- ⑤介護保険利用料の原則2割化

新しい署名にご協力を！

政策宣伝広報委員会

協会は、政府の計画する新たな患者負担増計画の阻止をめざし、世論を盛り上げようと、新しい「ストップ！ 患者負担増」署名キャンペーンを開始する。署名は7月までに3万筆を目標に集め、地元国会議員への働きかけを通じて、国会に届ける予定にしている。左記の政策宣伝広報委員会のよびかけ、政策解説を参考に、ぜひとも多くの会員の皆さまのご協力をお願いしたい。

政府は現在、さまざまな負担増（左下表）を計画しています。政府は参議員選挙で与党に不利な材料になるとして、争点化しない姿勢ですが、来年の通常国会で法案を成立させるつもりです。

私たちの力で、政府の計画を一人でも多くの患者さんに知らせ、負担増を止めましょう。先生方の積極的な協力をお願いします。診療報酬改定の関連書籍に同封して署名用紙をお届けします。まずは、先生ご自身とご家族、職員の方の署名からご返送ください。いよいよ始まる署名運動に合わせて、本紙では今号から、政府の計画についてくわしく解説します。第1回目は「かかりつけ医」以外の受診時定額負担」について取り上げます。

解説 新たな患者負担増①

受診時定額負担で

「かかりつけ医」普及狙う

「受診時定額負担」といふのは、すべての患者に、これまでの窓口負担に加えて100円から数百円の定額負担を求めるものである。民主党政権下の2011年に厚生労働省が提案して以来、再三にわたり提案されたが、国民の反対で撤回されてきた。昨年閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」（以下、骨太の方針）でも再び導入が狙われている。

「かかりつけ医」普及の狙い
今回の政府の案がこれまでと異なるのは、導入理由を「かかりつけ医の普及（骨太の方針）」としている点である。財務省の「建議」では、より具体的に「かかりつけ医以外を受診した場合に、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担を導入」とされて

包括点数、さらには「人头割支払い」が設定されることも考えられる。

「かかりつけ医」制度は一見、効率的に見えるが、これまでの窓口負担を「個人が日常生活で通常負担できる少額」として英国ではG.P.の受診までに予約から約2週間、さらにG.P.が紹介を行っても緊急性の高くない手術の場合、実施まで18カ月かかったといわれ、またG.P.は多岐にわたる症状を診察するため、誤診リスクも高いといわれる。医師の英語圏への流出も少なくない。これらの状況は、英国がサッチャー政権以来「医療費抑制政策」を掲げ、少ない医療資源を配分しようとした当然の結果であった。

日本でも長く続く医療費抑制政策のため、診療所の経営は厳しく、「かかりつけ医」を担うべき診療所の医師は増えていない。また診療所の医師の5人に1人が70歳以上である。こうしたことを考えれば、かかりつけ医制度の拙速な導入は、患者や医療機関に新たな混乱と負担をもたらす危険性が高い。

また、定額負担に経済的に耐えられる患者は、これまで通り「かかりつけ医」以外を自由に受診できるため、医療機関受診に経済的格差を持ち込み、新たな「モラルハザード」を生む。公平性と公共性は国民皆保険制度の要で、フリーアクセスを窓口負担金で阻害し、地域医療に混乱をもたらすこの制度の導入に反対しなければならぬ。

「かかりつけ医」制を「かかりつけ医」以外の受診した際の負担額を「個人が日常生活で通常負担できる少額」として英国ではG.P.の受診までに予約から約2週間、さらにG.P.が紹介を行っても緊急性の高くない手術の場合、実施まで18カ月かかったといわれ、またG.P.は多岐にわたる症状を診察するため、誤診リスクも高いといわれる。医師の英語圏への流出も少なくない。これらの状況は、英国がサッチャー政権以来「医療費抑制政策」を掲げ、少ない医療資源を配分しようとした当然の結果であった。

日本でも長く続く医療費抑制政策のため、診療所の経営は厳しく、「かかりつけ医」を担うべき診療所の医師は増えていない。また診療所の医師の5人に1人が70歳以上である。こうしたことを考えれば、かかりつけ医制度の拙速な導入は、患者や医療機関に新たな混乱と負担をもたらす危険性が高い。

また、定額負担に経済的に耐えられる患者は、これまで通り「かかりつけ医」以外を自由に受診できるため、医療機関受診に経済的格差を持ち込み、新たな「モラルハザード」を生む。公平性と公共性は国民皆保険制度の要で、フリーアクセスを窓口負担金で阻害し、地域医療に混乱をもたらすこの制度の導入に反対しなければならぬ。

春の組織強化月間 4～6月

お知り合いの先生にご入会をお勧めください

組織部長 宮武 博明



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、7

350人の会員をめざします（3/22現在724人）。

2016年度診療報酬改定は、本体・薬料・材料費で差引0・84%のマイナスとされ、さらに「医薬品価格の適正化」

や「門前薬局の評価の適正化」、「経腸栄養製剤に係る入院時食事療養費の適正化」等を含めると実質的には約1・44%のマイナス改定となりまし

た。医科では引き続き入院医療の絞り込みと在宅医療への誘導が顕著であり、歯科でも有床義歯などの技術料等がわずかに引き上げられたものの、歯科医療危機の改善にはほど遠い内容です。

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、新たな「ストップ！ 患者負担増」署名用紙、景品付きクイズチラシ宣伝に取り組み、「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、会員になっ得をする協会」をスローガンに、3大共済制度の普及、各種研究会の開催、保険請求対策、審査

指導や減点相談、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一層充実させます。

診療報酬改定対策や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。お知り合いの開業医、勤務医の先生、ご子弟にぜひご入会をお勧めください。

先生方より一層の力を添えをお願い申し上げます。

燭心

近所の公園にミサゴが飛来しているという新聞記事を見て、さっそく診察の合間に行ってきた。1時間ほど待たされたが、残念ながら勇姿を拝ませてもらえなかった。そう都合よく現れてくれるわけではないだろうが、大勢のバードウォッチャーがカメラや双眼鏡を構えており、警戒されたのか？海釣りをしていて偶然ミサゴの狩りを目撃したことがある。空中でホバリングをしたあと海中に一直線、見事大きなボブを仕留めて悠々と飛び去っていった。さすが「魚鷹」と呼ばれる通りの見事な技に、釣りそっちのけで見惚れてしまった▼他の大型猛禽類と同様、県の絶滅危惧種に指定されている希少種だ。食物連鎖の頂点にいる生き物は元々個体数が少なく、環境の変化に影響を受けやすいのだから。身近に勇壮な姿を見られるのはうれしいことだが、本来海で狩りをする鳥が公園の池に現れるというの何かの異変かもしれない▼さて、ミサゴの英名がオスプレイ。米軍の垂直離着陸機と同じ名前、というか、とんでもないものに名前を奪われてしま

い、かわいそうだ。この軍用機、事故の危険性も、騒音も桁違いに大きいそうだが、地元の反対の声を無視して普天間や岩国の米軍基地に配備されてしまった。しかも、低空飛行訓練と称して日本全国を傍若無人に飛び回っている。自衛隊にもまもなく配備されるのか。日米が一体となり世界中で戦争をするための準備なのだろう。ミサゴはおいで、オスプレイは来るな！(星)

第89回評議員会特別講演 プレインタビュー②

医師を犠牲にする医療政策

5月15日に開かれる協会第89回評議員会で講演する本田宏先生へのインタビュー。全3回のうちの2回目を掲載する。(第1回は2月25日号に掲載)

米保健福祉長官が日本の医療制度に警鐘

川西 前回、日本の医療費が先進国の中でも最低水準に抑えられていると伺いましたが、海外の病院の様子には日本と大きく異なるものなのですか。

本田 その通りです。私は海外と日本の医療を比較するときに、必ず故岡善人(元長崎大学名誉教授)が教えてくれたアメリカのサリヴァン保健福祉長官のお話をするようにしています。このサリヴァン長官は、1992年、医療問題に熱心に取り組んでいたヒ

借り上げ復興住宅「意見書」提出 転居強要は健康リスク高める

協会は、「借上げ復興住宅の入居継続要件に関する意見書」を井戸敏三兵庫県知事、久元喜造神戸市長、



兵庫県(左)に意見書を提出する武村副理事長(右)

今年、借上げ復興住宅の入居継続要件に関する「意見書」を井戸敏三兵庫県知事、久元喜造神戸市長、今村岳司西宮市長に提出した。この要請は、1月16日から31日まで神戸市内11団地の入居者を対象に、9カ所の借り上げ公営住宅で実施した健康・法律相談会で行った参加者アンケート結果に基づいたもの。アンケート結果によると、慢性疾患等の有病率や生活不安の感じ方などに75歳以上とそれ未満との差は見られなかった。そのため「年齢による線引き」は一見合理的だが、実は入居者の健康ニーズや性差、地域との絆の濃淡などを十分に考慮したものとは言えない



前 済生会栗橋病院院長補佐 本田 宏先生

なのかと驚かれます。日本とはまるで真逆です。アメリカは日本と比べて給料が倍で仕事は半分とも言われています。アメリカで仕事をしようになった私の後輩の外科医も、日本に戻ってこようとはしません。川西 そうならないためにも、日本の医師の労働環境を改善するよう求めなければなりません。国民のために国家予算を使う国キューバ 川西 アメリカ以外の国の医療政策はどうか。 本田 これまでキューバへ2回視察に行きました。キューバはアメリカの過酷な経済制裁のために貧しい国ですが、医療費は無料で、介護施設に入るのも年金の7割を支払えばよく、日本のように莫大な費用はかかりません。医師も充実させて、外国へも医師の派遣をする等、政府は社会保障にお金を使っています。

第89回評議員会特別講演 本日の医療崩壊はこれからやってくる(仮) 日時 5月15日(日) 16時~(仮) 会場 協会5階会議室 会講 医療制度研究会副理事長 前済生会栗橋病院院長補佐 本田 宏先生

協会の新しい積立年金

『DefL』誕生! 6つのポイント!

- 1 制度タイプは一般型と個人年金型の2種類。併用OK!
2 掛けやすい少額単位の「月払」。1口5,000円~600口300万円まで
3 まとまった資金は「一時払」で。毎回1口10万円~1,000口1億円まで(年2回受付)
4 一般型は積立金の一部払い出し、掛金払込の全口中断OK!
5 事前に満期日の指定は不要。豊富な受取方法は受給時に選択。
6 会員医療機関のスタッフも加入OK!

4月1日受付開始 (9月1日発足) 会員医療機関で業務に従事されている奥様方、個人年金保険料控除をとっていない会員の皆さま、医院スタッフの皆さまもご加入ください。



協会の3大共済制度を組み合わせてご利用ください

医師・歯科医師の資産形成に最適 (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、余裕ができたなら掛金再開 まとまった資金は「一時払」で上乗せ

休業保障制度 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? 休業保障制度は、営利会社の掛けや高額の代理店手数料を含まない、非営利・助け合い共済です。

所得補償保険 休業保障制度の上乗せに。自宅療養も補償されます 精神疾患による就業不能や、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/連続休業は最長2年補償

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 好評受付中! お問い合わせは共済部まで ☎078-393-1805

(5面からのつづき)

る。

3. 検査・画像診断

①検体採取料のその他の検体採取に鼻腔・咽頭拭い液採取(5点)が新設された。

②検体採取料の「血液採取 1 静脈」が5点引き上げられ25点に、血液採取の乳幼児加算が6点上げられ20点とされた。

③次の点数項目について、新生児および3歳未満の乳幼児に対する加算が引き上げられるとともに、3歳以上6歳未満の乳幼児に対する加算が新設された。E002撮影、E100シンチグラム(画像を伴うもの)、E101シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影(同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき)、E200コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連につき)、E201非放射性キセノン脳血流動態検査、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)。

4. 投薬・注射

①一般名処方加算について、交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品(2品目以上の場合に限る)が一般名処方されている場合に算定できる「一般名処方加算1(3点)」が新設された。

②処方料、処方せん料について、30日を超える長期の投薬を行う場合は、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法および当該保険医療機関の連絡先を患者に周知することとされた。その要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行う。ア)30日以内に再診を行う イ)200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関(200床未満の病院または診療所に限る)に文書による紹介を行う旨の申出を行う ウ)患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方せんとを交付する。

③入院外の患者に1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、処方せん料や処方料、調剤料、薬剤料(70枚超過分)、調剤技術基本料は算定できないとされた。しかし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由をレセプトに記載することで請求できる。

④腋窩多汗症注射(片側につき)200点が新設された。

5. リハビリ

①脳血管疾患等リハビリテーション料に区分されていた廃用症候群のリハビリテーションが独立し、疾患別リハビリテーションの一つとして廃用症候群リハビリテーション料180点(Ⅰ)、146点(Ⅱ)、77点(Ⅲ)が新設された。

②算定日数上限は180日から短縮され、120日とされた。廃用症候群の診断または急性増悪した日を起算日とする。

③心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算、初期加算についての起算日が変更され、発症、手術もしくは急性増悪から7日目または治療開始日のいずれか早い日に厳格化された。

④心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算、初期加算について、慢性疾患の患者については手術をした場合および急性増悪した場合のみ対象とされた。

⑤呼吸器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算、初期加算について、慢性疾患の患者については急性増悪した場合のみ対象とされた。

⑥要介護・要支援者に対する維持期リハビリテーションの算定期限は、2016(平成28)年3月31日までとされていたが、入院外の患者については2018(平成30)年3月31日まで延長された。

⑦目標設定等支援・管理料250点(初回)、100点(2回目以降)が新設された。脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーションまたは運動器リハビリテーションを実施している

要介護・要支援者に対し、機能予後の見通しを説明し、目標設定の支援等を行った場合に算定する。

⑧リンパ浮腫複合的治療料が新設された。リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合、国際リンパ学会による病期分類でⅡ期後期以降を重症の場合として1日200点、Ⅰ期以降をそれ以外の場合として1日100点を算定できる。

6. 精神科専門療法

①通院・在宅精神療法を行う患者に対し、1回の処方において3種類以上の抗うつ薬または3種類以上の抗精神病薬が処方されている場合に、所定点数の100分の50により算定する。

②認知療法・認知行動療法の対象患者について、従来の入院患者以外のうつ病等の気分障害に加えて、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害の患者に対しても算定できることとされた。

③救急患者精神科継続支援料が新設された。精神科医または精神科医の指示を受けた看護師等が、自殺企図や自傷等のために気分障害等の精神疾患の状態にある患者に対し、生活上の課題を確認した上で、継続して治療を受けるための指導や助言を行う場合に、入院患者は435点(6カ月以内に月1回)、退院後の患者は135点(6カ月に6回を限度)が算定できる。

④精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア(以下、精神科デイ・ケア等)について、最初に精神科デイ・ケア等を算定してから1年を超える期間に行われ、週4日以上実施する場合には、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限り、算定できることとされた。

7. 入院

①夜勤時間特別入院基本料が創設された。月平均夜勤時間超過減算を算定してもなお月平均夜勤時間の基準を満たすことができない場合は、入院基本料の所定点数の70%となる夜勤時間特別入院基本料を算定することとされた。なお、月平均夜勤時間超過減算の減算率は20%から

15%に緩和された。

②入院中の患者が他医療機関を受診した際の入院医療機関における入院料の減算幅が緩和された。

③一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の評価項目が変更されるとともに、該当患者の基準も「A得点2点以上かつB得点3点以上」「A得点3点以上」「C得点1点以上」のいずれかとされた。

④有床診療所に在宅復帰機能加算が新設された。

⑤月平均夜勤時間の計算にあたって、夜勤時間が16時間以下(短時間正職員は12時間以下)の者を計算から除外していたが、7対1、10対1入院基本料については16時間未満(短時間正職員は12時間未満)の者を計算対象から除外することとされ、7対1、10対1入院基本料を除いては月8時間以上の看護職員を計算に含むことができることとされた。夜勤時間帯に従事する職員数を常勤換算する方法は廃止され、夜勤時間帯に外来と病棟を兼務する場合に時間按分で実人員数を計算することとされた。

⑥療養病棟入院基本料2に「医療区分2又は3の患者割合が5割以上」との施設基準要件が加えられた。

8. 届出について

①夜間・早朝等加算、明細書発行体制等加算など、これまで算定にあたって届出が必要とされた点数のうち、いくつかが届出不要となった。届出は不要でも施設基準を満たしておくことは必要である。

②2016(平成28)年3月31日現在届出を行っている施設基準の要件に変更がなく、引き続き要件を満たしている場合は、改めて届出を行う必要はない。

③施設基準が定められた新設点数や、施設基準が変更された既存の点数を引き続き算定する場合は、地方厚生局長等に届出を行い、点数を算定する。2016年4月については4月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日にさかのぼって算定することができる。

診療内容向上研究会 第516回

日本人の生活習慣病の時代的変遷と 今日の課題：久山町研究

日時 4月2日(土)17時～ 会場 協会5階会議室
講師 九州大学大学院 医学研究院 環境医学分野教授

清原 裕先生

わが国では超高齢社会を迎えるとともに、生活習慣の欧米化による肥満・糖尿病の増加など新たな健康問題が生じている。このような社会・生活環境の変化は、脳卒中をはじめとする心血管病などの生活習慣病に大きな影響を与えると同時に、認知症患者の急増という新たな課題をもたらしている。認知症を含む生活習慣病の有効な予防対策を確立するには、地域住民における生活習慣病の実態を把握しその危険因子を明らかにする必要があるが、前向き追跡(コホート)研究はその目的にかなった最も優れた疫学的手法である。

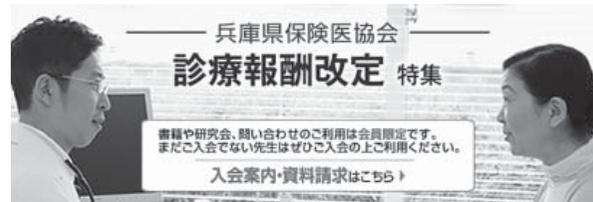
講演では、福岡県久山町において半世紀にわたり継続している、世界で最も精度の高い生活習慣病の追跡研究(久山町研究)の成績より、地域住民における生活習慣病とその危険因子の時代的变化と現在の課題を明らかにし、その予防のあり方について述べる。

【清原 記】

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1803まで

協会ウェブサイトにて 診療報酬改定特設ページを開設

診療報酬改定に関するくわしい情報は、協会ホームページの「診療報酬改定特設ページ」(<http://www.hhk.jp/kaitei2016/>)をご参照ください。



第27回全国保険医写真展 作品募集

募集期間 4月1日(金)～5月9日(月)

写真展開催期間

6月28日(火)～7月3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「感動」

※詳細は『月刊保団連』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「ここを切りたい」
高田 洋子氏(山口協会)

2016年度診療報酬改定の要点〈医科〉

包括点数の拡大、在宅への誘導で医療費抑制

2016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。(医科5～4面、歯科6面)

〈改定率と概要〉

今回の診療報酬改定率は、政府発表では本体+0.49% (医科+0.56%、歯科+0.61%、調剤+0.17%)、薬価▲1.22%、材料価格▲0.11%となった。差し引きすると▲0.84%だが、「市場拡大再算定による薬価見直し」を前回改定と同様に含めると▲1.03%、さらに改定率から外された薬価引き下げ分なども含めると、実質的には1.44% (国費ベースで1473億円) のマイナス改定となる。

政府の低医療費政策によって、多くの医療機関が厳しい経営を迫られている。地域医療の再生のためには、これまで引き下げられてきた基本診療料をはじめとする診療報酬の抜本的引き上げが不可欠だが、今次改定でも全体マイナス、初・再診料は据え置かれたままである。

改定の内容としては、引き続き急性期病床の削減と早期退院の促進、在宅誘導が顕著である。さらに、療養病床にも医療の必要度が高い患者の受け入れが迫られている。また、「かかりつけ医機能の評価」として、認知症地域包括診療料など前回改定に続き包括点数が拡大されたほか、在宅医療では在宅時医学総合管理料等の大幅な見直しが行われ、点数設定が複雑化している。

以下、具体的な改定内容について紹介する。

〈主な改定項目〉

1. 医学管理等

①特定疾患療養管理料等、退院日から1カ月を経過した日以降でなければ算定できない取り扱いが、自院からの退院の場合に限られることが明記された。同様の取り扱いの点数は、特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料。

②喘息治療管理料2 (280点) が新設された。6歳未満または65歳以上の入院外の喘息の患者であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を提供し服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。吸入補助器具に係る費用は所定点数に含まれる。

③認知症地域包括診療料 (1,515点)、認知症地域包括診療加算 (30点。再診料の加算) が新設された。次のア)～ウ) をすべて満たす患者に対して、療養上必要な指導および診療を行った場合に算定する。ア) 認知症以外に1以上の疾患

(疑いは除く) を有する イ) 「1処方につき内服薬の投薬が5種類以下」かつ「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬の投薬が合わせて3種類以下」である ウ) 疾患および投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療料、地域包括診療加算の算定要件を満たす。

④地域包括診療加算は、施設基準のうち常勤医師の配置要件が「3名以上」から「2名以上」に緩和された。また、院外処方を行う場合には、患者が受診している医療機関のリストに加え、患者に地域包括診療料、地域包括診療加算を算定している旨を処方せんに添付して患者に渡すことにより、薬局に情報提供を行うこととなった。

⑤小児かかりつけ診療料が新設された。「処方せんを交付する場合」初診時602点、再診時413点、「処方せんを交付しない場合」初診時712点、再診時523点。当該保険医療機関を4回以上受診 (予防接種等の保険外のものを含む) した未就学児までの入院外の患者が対象。3歳以上の患者は3歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。

⑥ニコチン依存症管理料について、過去1年の同管理料の平均継続回数が2回以上という基準を満たさない場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定することとされた。35歳未満の対象患者については、「プリンクマン指数 (1日の喫煙本数×喫煙年数) 200以上」の要件が廃止された。

⑦外来がん患者在宅連携指導料 (500点) が新設された。施設基準を満たす保険医療機関が、外来で化学療法または緩和ケアを実施している進行がんの患者であって在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者の同意を得て、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り算定する。

⑧薬剤総合評価調整管理料 (250点) が新設された。入院外の患者であって、受診時において当該患者に「6種類以上の内服薬」が処方されていたもの (他院による処方を含む) について、当該処方の内容を総合的に評価および調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り算定する。

2. 在宅医療

①在宅療養支援診療所の施設基準に、在宅医療を提供した患者が95%未満であることが追加された。在宅医療提供患者が95%以上の場合は、次の基準を満たす必要がある。ア) 直近1年間に5カ所以上の医療機関からの新規患者紹介実績

イ) 過去1年間の在宅看取り実績20件以上または過去1年間の超重症児等に対する在宅医療の実績10件以上 ウ) 直近1カ月に在宅時医学総合管理料 (在医総管) または施設入居時等医学総合管理料

(施設総管) を算定した患者のうち、施設総管を算定した患者の割合が70%以下 エ) 直近1カ月に在医総管または施設総管を算定した患者のうち、要介護3以上または在医総管・施設総管における別に定める状態の患者の割合が50%以上。

②強化型在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 (強化型支援診・支援病) の施設基準が変更され、単独型については従来の看取り件数に代えて、15歳未満の超・準超重症児に対して一定件数在宅医学管理を行っている場合においても、看取りの実績を満たすとされた。連携型については、全体で看取り件数を満たした上で、それぞれの医療機関については看取り件数が超重症児等の在宅医学管理実績のいずれかを満たすこととされた。

③在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が新設された。強化型支援診・支援病において、一定の緊急の往診実績・看取り実績と緩和ケアに係る研修を修了した常勤医師配置等の施設基準を満たして届出を行えば、在宅時医学総合管理料等に加算できる。

④強化型ではない在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 (以下、強化型以外の支援診・支援病) が算定する在宅療養実績加算が、実績により「1」と「2」に区分された。従前の加算は「1」とされ、「2」は過去1年間の緊急の往診実績が4件以上および看取りの実績が2件以上あり、緩和ケアに係る研修を修了している常勤医師がいる場合、届出を行えば、「1」同様、在宅時医学総合管理料等に加算できる。

⑤次のア)～キ) の要件を全て満たす場合に限り、在宅医療のみを実施する在宅専門診療所の保険医療機関指定が認められることとされた。ア) 無床診療所 イ) 在宅医療提供地域をあらかじめ規定・周知している ウ) 往診・訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがない エ) 2以上の協力医療機関の確保または地域医師会から協力の同意を得ている オ) 在宅医療導入の相談に応じており、医療機関の連絡先等を周知している カ) 診療所の名称・診療科目等を明示し、診療時間帯に患者等の相談に応じる設備、人員等の体制整備 キ) 通常診療に応需する時間以外の緊急時を含め、随時連絡に応じる体制の整備。

⑥在宅医療において、保険医の診療日以外の日に、訪問看護ステーション等の看護師等が保険医の指示に基づき、患者に点滴または処置等を実施した際の薬剤料や特定保険医療材料料は、医療機関が算定することとされた。また、医師の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が採取した検体を用いた検体検査について、検体検査実施料を算定できることとされた。

⑦往診料の夜間加算が夜間・休日加算に変更され、休日の往診を実施した場合にも算定できることとなった。

⑧在宅時医学総合管理料 (在医総管) ・施設入居時等医学総合管理料 (施設総管)

ア) 月1回の訪問診療を行っている患者にも算定できることとなった。

イ) 月2回以上訪問診療を行っている場合の点数が、患者の重症度により区分され、末期の悪性腫瘍や指定難病等の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」と「それ以外の患者」の2区分となった。

ウ) 特定施設入居時等医学総合管理料が施設入居時等医学総合管理料に名称変更され、新たに特定施設でない有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅と認知症グループホームも施設入居時等医学総合管理料で算定することとなった。

エ) 在医総管および施設総管に含まれ別に算定できない項目が拡大された。また、在宅寝たきり患者処置指導管理料に包括されている処置が算定できないことが明確化されたが、在宅での総合的な医学管理に必要な薬剤 (投薬を除く) と特定保険医療材料については、在宅の部の薬剤料、特定保険医療材料料として算定できることが明記された。

オ) 「同一建物居住者の場合」「同一建物居住者以外の場合」の区分が廃止され、「単一建物診療患者の人数」に応じて算定することとなり、「1人」「2～9人」「10人以上」の3区分となった。

カ) 単一建物診療患者の人数とは、当該建築物に居住する者のうち自院および特別の関係にある医療機関で在医総管または施設総管を算定している患者の数をいう。なお、在医総管または施設総管を算定している患者の数は、当該建築物において「月1回」「月2回以上」「別に定める状態の患者に月2回以上」を算定した患者の合計である。例えば、各区分の点数を算定した患者が1人ずついた場合の単一建物診療患者は3人とカウントする。

キ) 「院外処方せんを交付する場合」「院外処方せんを交付しない場合」の区分が廃止され、処方せん未交付加算 (300点) が新設された。当月に処方せんの交付がない場合に算定する。

⑨在宅自己注射指導管理料について、「1 (複雑な場合) 以外の場合」の点数が4区分から2区分 (「月27回以下の場合」と「月28回以上の場合」) に再編され、「月28回以上の場合」の点数が引き下げられた。また同一の患者について、2以上の医療機関で異なった疾患に対する在宅自己注射指導管理を行っている場合、それぞれの医療機関で同管理料を算定できることとされた。

⑩在宅酸素療法指導管理料について在宅酸素療法材料加算が、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 (100点) が新設された。それぞれ3月に3回に限り算定す

2016年度診療報酬改定の要点〈歯科〉

歯科医療危機の打開にほど遠い

——現場の声を一定反映も

今次診療報酬改定は、歯科医療機関の経営改善にほど遠いものである。歯科医療危機を食い止め、良質な歯科医療を国民に提供できるよう、歯科医療費の総枠拡大と基礎的技術料の大幅な引き上げをあらためて要求する。

今次改定では歯科と医科の連携推進が盛り込まれるなど患者に有益な項目が新設されたほか、不合理是正や新たな保険収載など診療現場の実態に即した見直しが一部行われた。しかし、政府がすすめる歯科診療所の選別化を企図していることは看過できない。また、依然として歯科技工士と歯科衛生士の就業改善にはほど遠いものである。

協会は引き続き、窓口負担軽減・保険範囲の拡大・診療報酬の改善へ、国民とともに「保険でより良い歯科医療」を求める運動を強めていくものである。

〈主な改定項目〉

1. 歯科疾患管理料における
文書提供要件の削除と加算点数化

【歯科疾患管理料】 110点→100点
(新設) 文書提供加算(文) +10点

2. う蝕の重症化予防に対する評価と、かかりつけ歯科医機能の新たな位置づけ

(1) フッ化物歯面塗布処置の点数引き上げと対象患者の拡大

フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき)

1 う蝕多発傾向者の場合	80点→100点
2 在宅等療養患者の場合	80点→100点
3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者(月1回)(新設)	120点

(2) エナメル質初期う蝕管理加算(初期う蝕)の新設

「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が管理する場合、「歯管」に260点(月1回)加算が新設された。

(3) う蝕の重症化予防に関連する処置の点数引き上げ

①歯髄保護処置の点数引き上げ

歯髄温存療法	150点→188点
直接歯髄保護処置	120点→150点

②初期う蝕早期充填処置の点数引き上げ

複合レジン系	135点→145点
ガラスイオノマー系	134点→144点

③う蝕薬物塗布処置および知覚過敏処置の点数引き上げ

3歯まで	46点
4歯以上	56点

(4) 4根管または槌状根に対する加算の新設

4根管または槌状根に歯CTおよびマイクロスコープを用いた場合の加算点数(4根管または槌状根+400点)が新設された。(施設基準の届出必要)

3. 歯周治療の変更と歯周病安定期治療における、かかりつけ歯科医機能の新たな位置づけ

(1) 混合歯列期の歯周病検査の点数と検査項目が変更され、「P混検」が40点引き上げられ、検査項目が変更された。

(プロービング時の出血の有無または1点法以上の歯周ポケット検査→プロービング時の出血の有無の検査)。なお、混合歯列期にP混検以外の歯周病検査を実施した場合は、1口腔単位で実施し、算定は永久歯の歯数に応じた所定点数で算定する。

(2) 歯周疾患処置の糖尿病患者に対する用法拡大が行われ、歯周基本治療に限られていた薬剤の計画注入が、歯周基本治療と並行して実施できるようになった(医科からの診療情報提供が必要)。また、機械的歯面清掃処置が8点引き上げられた。(歯清)60点→68点

(3) 歯周外科手術に歯肉歯槽粘膜形成手術が統合された。

(4) 歯周外科手術に伴う暫間固定装置の算定回数を明確にした。

①「簡単なもの」(4歯未満)は歯周外科の術前・術後、「困難なもの」(4歯以上)は術中・術後に1回算定する。術後の装着から6カ月後、6カ月に1回算定できる。

②歯周外科手術を伴わない場合は、「簡単なもの」を治療中1回算定する。装着から6カ月後に1回に限り再算定できる。

(5) 歯周病安定期治療(SPT)の対象患者が拡大され、「か強診」が実施した場合の包括点数として、SPT(Ⅱ)が新設された。

①SPT(Ⅰ)(Ⅱ)開始時点の要件の緩和

「骨吸収が歯根長の3分の1以上」が削除され、「4mm以上のポケットを有する患者」のみとなった。

②機械的歯面清掃処置はSPT(Ⅰ)(Ⅱ)の算定月は算定できなくなった。

③「か強診」が実施するSPT(Ⅱ)の新設

1歯以上9歯以下	380点
10歯以上19歯以下	550点
20歯以上	830点

4. 全身的な疾患を有する患者の対応と医科歯科連携

(1) 全身的な疾患を有する患者の対応

①血圧、脈拍、経皮的酸素飽和度を経時的に監視した場合の評価を新設

歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)が新設され、1日につき45点を算定することとされた。(施設基準の届出必要)

②歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)の管理対象に支台築造印象、印象採得が追加された。

③歯科外来診療環境体制加算(初診時26点→25点)、同再診時(4点→5点)

(2) 周術期口腔機能管理の対象拡大

①周術期口腔機能管理料(Ⅲ)の対象に緩和ケアの患者が加わり、算定期間が治療開始以降から管理計画策定以降に拡大された。

②周術期専門的口腔衛生処置の所定点数が92点になった。また、新たに周Ⅲで管理中の患者が対象に加わり、月1回算定できるようになった。

③歯科標榜の病院と連携し、入院患者に病院外の歯科医が訪問して管理した場合も周Ⅰが算定できることとされた。

(3) 入院・入所患者への口腔機能管理や栄養サポートチームへの参画の評価

①歯在管の算定要件に口腔機能管理が追加され、機能管50点が廃止された。歯援診は月1回240点を、歯援診未届の歯科医療機関は180点を算定することとされた。文書を提供した場合は10点を加算。

②栄養サポートチーム連携加算の新設

歯科のない病院(NST1)、介護保険施設の食事観察に参画した場合(NST2)として、いずれも歯科疾患在宅療養

管理料に60点を加算する。

5. 歯冠修復および欠損補綴など口腔機能回復に対する技術

(1) 歯冠修復

①根面部の充填の算定区分の変更

前歯部5級窩洞を除き歯の根面部のう蝕に対する充填は、「単純なもの」から「複雑なもの」へ変更された。

②支台築造および支台築造印象

間接法と直接法に区分され、間接法はメタルコアとファイバーポスト、直接法はファイバーポストとその他に分かれた。間接法の支台築造印象は4点引き上げられ、30点になった。

③レジン前装金属冠が、ブリッジの支台歯に限定して第一小白歯にも適応されることになった。

④硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠の大白歯への適応拡大(歯科用金属アレルギーの患者で歯科医療機関からの情報提供があった場合に限る)。この場合は、補綴物維持管理料の対象外。

⑤硬質レジンジャケット冠の技術料が引き上げられ、光重合は材料料が引き下げられた。

加熱重合	758点→776点
光重合	969点→964点

(2) ブリッジ

平行測定が廃止され、ブリッジ支台歯形成加算20点(1歯につき)が新設された。

(新設)ブリッジ支台歯形成加算 20点

(3) 有床義歯

①補綴時診断料の算定要件が1口腔単位から1装置単位にされ、有床義歯新製の場合と、有床義歯内面適合法または増歯の場合に細分化された。有床義歯内面適合法または増歯の場合の算定後3月以内は、増歯の場合に限り再算定ができない。

【補綴時診断料(1口腔につき)】100点
→【補綴時診断料(1装置につき)】

1 新製の場合	90点
2 1以外の場合	70点

②有床義歯内面適合法

新製義歯を装着した日から6カ月以内の有床義歯内面適合法は義歯修理と同じように、所定点数の50/100で算定することになった。また、下顎総義歯に限り軟質材料の使用が認められた。ただし、装着した日から6カ月以内はT.コンデの算定ができない。

③歯科技工加算の取り扱いの変更

【歯科技工加算】+24点
→【歯科技工加算1】(当日)+50点
【歯科技工加算2】(翌日)+30点

④レジン床義歯の点数引き上げ、熱可塑性樹脂有床義歯の点数引き下げがそれぞれの歯数に応じて改定された。

⑤屈曲バーの金パラのパラタルバー、リングルバーが廃止された。

6. 画像診断や投薬、処置、手術の分野の変更

(1) 画像診断における撮影料加算が引き上げられた。

新生児(生後28日未満の者)	50/100→80/100
3歳児未満の幼児	30/100→50/100
(新設)3歳以上6歳未満の幼児	30/100
(2) 拔牙手術における難拔牙の取り扱いが加算点数化され、前歯または臼歯の	

難拔牙について、難拔牙加算として210点をそれぞれ抜歯点数に加算する。

(3) 床副子調整とは別に床副子修理の点数234点が新設された。(1月以内の2回以上は第1回の修理に含まれる)

7. 新規医療技術、
先進医療技術の保険導入

(1) 歯冠補綴時色調採得検査(色調)

前歯部に装着するレジン前装金属冠または硬質レジンジャケット冠の製作に際して、(口腔内カラー写真を撮影した場合)1装置につき10点が算定できる。

(2) 有床義歯咀嚼機能検査(施設基準の届出必要)

義歯の新製にあたり、下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて測定した場合は480点、咀嚼能力測定のみを測定する場合は100点を算定する。480点の検査は装着前1回および装着日以降月1回算定。100点の検査は、480点を算定した翌月から算定。いずれの検査も、装着月から半年間のみ算定。

(3) 舌圧検査

舌接触補助床を用いて摂食機能療法を実施している患者に対し、舌圧測定した場合に1回140点、月2回まで算定。

8. 6歳未満の乳幼児または著しく歯科診療が困難な患者(在宅医療を含む)加算点数の変更

(1) 加算点数が70/100、50/100、30/100、に区分された。

9. 在宅医療のさらなる普及に向けた充実と摂食機能や口腔機能管理の評価

◆2017年3月31日までに在宅専門でない届出をしないと、それ以降歯科訪問診療料を算定できなくなった。

(1) 在宅医療専門の歯科診療所が認可され、外来応需体制を有しないことを認める代わりに、開設要件が設けられた。

(2) 歯科訪問診療料の要件緩和と複数患者の場合の評価の見直し

①同居の同一世帯の複数患者

歯科訪問診療の実施にあたり、同居する同一世帯の複数の患者を診療した場合は、1人は訪問診療1を、それ以外は訪問診療2を算定することとされた。

②20分未満の歯科訪問診療の取り扱い

著しく歯科診療が困難な患者への訪問診療にあたり、20分以上の診療が困難な場合は、診療時間が20分未満であっても訪問診療1が算定できるようになった。

③特別の関係にある施設等への訪問診療をする場合、初再診料の算定を歯科訪問診療料を算定したものとみなし、訪衛指が算定できる取り扱いとされた。

④歯科訪問診療料のみを算定する場合の50/100加算の対象項目と加算割合の変更が行われた。

⑤訪問診療3の点数が120点に引き下げられた。

(3) 在宅患者の摂食機能障害の管理

①在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料(新設)と歯援診、「か強診」への加算

管理計画にそって歯科医師が30分以上の指導管理を実施した場合、月4回を限度に算定する。届出がなくても算定できる。「歯援診」の場合は50点を、「か強診」の場合は100点を加算する。

1 10歯未満	350点
2 10歯以上20歯未満	450点
3 20歯以上	550点

10. 療養担当規則の変更

(1) 自己負担がない患者への明細書無料発行の原則が義務化された。

(2) 紹介状がない大病院受診時の定額負担が導入された。

保険診療 のてびき

-698-

一般医の日常診療に役立つ 皮膚科疾患の知識

洲本市・医療法人社団クラモト皮膚科 倉本 賢先生講演



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

はじめに

皮膚科は一般医にとって、とっつきにくい科であります。漢字が難しい、病名が難しい、皮疹の区別がつきにくいなどがその理由に挙げられます。

当院を受診する新患の内訳をみると、意外に他科を受診して完治せずに受診する患者さんが多いです。その理由として誤診はさておき外用剤の選択ミスによる場合が多いように感じられます。

適した剤形の選択

外用剤は大きく軟膏剤とクリーム剤に分類できますが、軟膏剤とクリーム剤のように剤形が異なると、同一の主剤(主薬)を同じ濃度で含有していても、主剤の経皮吸収性が異なり、局所における薬物動態や臨床効果に差が出てきて同じようにはならない場合があります。

各種皮疹の状態や外用部位に適した外用剤を求める医師や使用感の良さを求める患者さんのニーズなどにより、外用剤にはさまざまな剤形があります。例えば、クリーム剤には油中水型と水中油型の剤形がありますが、油中水型では水性成分より油性成分が多く、水滴の周りを

油性成分が取り囲んでいるため、水中油型と比較して被覆効果に優れます。水中油型の剤形では油中水型と比較して水性成分が多く、外相が水であるため、べたつかず、使用感が良いのが特徴です。

患者さんは塗りやすさを第一に考えますが、処方する医師は皮疹の状態により最適な剤形を選択しなければなりません。これを間違えると、診断が間違っていないにもかかわらず治癒しない場合が生じてくるわけです。

ジェネリック医薬品の注意点

外用剤は主剤と基剤で構成されますが、さまざまな剤形が存在する外用剤は、その基剤の構成に必要な添加物も異なり、外用剤を開発する場合に必要な添加物が増えるほど、基剤構成や調製方法を最適化するために、高い製剤技術が要求されます。

ここで問題になるのがジェネリック医薬品です。主剤が同じでも基剤が異なることにより、先ほど述べたように主剤の経皮吸収性が異なり、局所における薬物動態や臨床効果に差が出てくる可能性があることを医師は理解したうえで、責任を持って処方しなければならぬと思

ます。

適した基剤の選択

実際に外用剤を皮膚に適用する場合は、皮疹の状態によって基剤を選択する必要があります。皮疹が生じて皮膚欠損や分泌物があれば経皮吸収性が高まる可能性があるほか、基剤によっては刺激などの局所での副作用が起こる可能性があります。

クリーム基剤のように皮膚透過性の高い基剤は、「びらん」や「潰瘍」のような皮膚欠損がある場合、経皮吸収性が高まる可能性があります。加えて、皮膚欠損がある場合は外的刺激を受けやすいため、基本的に軟膏基剤よりも添加物が多く、刺激性が高いクリーム基剤は一般的に適していません。

皮膚の状態によって基剤を選択する上で、軟膏基剤は刺激性が低く、湿潤面でも乾燥面でも用いることができるため、最も適用しやすい基剤となります。ただし、べたつき感があり使用感が悪いといった欠点があります。このような皮膚の状態に応じた基剤の選択は、刺激性などの副作用の軽減や患者さんのコンプライアンスの向上を目的としています。ライ

フスタイルなど、個々の患者さんに合わせた使い分けが必要です。

外用剤使用法のまとめ

外用剤は一般的に油脂性軟膏(軟膏剤)と乳剤性軟膏(クリーム剤)に分類されます。軟膏剤は適応が広く、湿潤した病変にも乾燥した病変にも適用できます。また皮膚への刺激が少なく、病変部を保護する効果もあり、痛みを緩和します。ただべたつき感があり露出部位に外用する場合、患者さんは抵抗を感じる場合があります。

クリーム剤は水成分と油成分を混合するため、界面活性剤、防腐剤などのさまざまな基剤が添付されています。これにより水疱、膿疱、びらん、潰瘍などの湿潤病変に使用すると刺激感が出現し、病変の悪化につながる場合があります。一般にクリーム剤は保湿剤としてのイメージが強いですが、乾燥病変への塗布により過乾燥になる場合があります。

結論から言うと、剤形に迷った場合は軟膏剤をまず選択するのが好ましいと思われる。

(2月6日、淡路支部日常診療勉強会より。小見出しは編集部)

審査・指導相談日

● 4月14日(木) 15時～

● 協会5階会議室

※医科は事前予約制 ☎078-393-1803まで 歯科は随時 ☎078-393-1809まで

※「指導通知」が届いたら、まず保険医協会にご連絡ください。

※『月刊保団連』同封の「保険審査相談用紙」をご利用ください。

「保険でより良い歯科医療を」兵庫連絡会 市民講座

鵜呑みにしますか? その健康情報

日時 4月17日(日) 14時～16時30分(開場13時30分)

会場 協会5階会議室

講師 科学ジャーナリスト、FOOCOM.NET編集長 松永 和紀さん

健康について不安を煽る宣伝や、効果があるかのような広告など、メディアを通じて健康情報が世の中に氾濫しています。サプリ、トクホに機能性表示食品。次々と「健康食品」が宣伝されています。ほんとに健康に効くのでしょうか?

食の安全に詳しい科学ジャーナリストの松永和紀さんに、健康情報を読み解くコツについてお話いただきます。ぜひ市民講座にお越しください。

参加費 無料 ※どなたでもご参加いただけます

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1809まで

* 共済部だより * 「休業保障制度」ご加入の先生へ

休業されたら、
すぐ共済部までご連絡ください

☎078-393-1805

- 必ず第三者の医師に受診してください。(受診後の休業に対し保障します)
- 柔道整復師(はり・きゅう)等による施術は給付対象外です。
- 休業中は診療行為はせず、完全にお仕事を休んでください。
- ※自宅療養、代診をおいても給付されますので、忘れず申請してください。



支部の催物案内

■神戸支部■職員接遇研修会

日時 4月9日(土) 14時30分～
会場 協会5階会議室
テーマ 接遇の基本とクレーム対応
講師 大手前短期大学教授 水原道子先生
参加費 1000円 ※受講証を発行

■淡路支部■職員接遇研修会

日時 4月9日(土) 15時～
会場 洲本市文化体育館2階会議室
テーマ これだけは押さえない 患者接遇の基本
講師 マネジメントコンサルタント 松田幸子先生
参加費 1000円

■北阪神支部■職員接遇研修会

日時 4月16日(土) 15時～17時
会場 伊丹市立図書館ことば蔵
テーマ 接遇の基本とクレーム対応
講師 大手前短期大学教授 水原道子先生
参加費 1000円 ※受講証を発行

■西宮・芦屋支部■ファイアサイド・ディスカッション

日時 4月23日(土) 15時～
会場 西宮神社会館1階会議室
テーマ 新薬と医療費
講師 西宮市・伊賀内科循環器科院長 伊賀幹二先生

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1801まで

融資制度のご案内

医院の運転資金や増改築資金、ご子息の教育費、開業資金などにご利用ください。勤務医のみなさま方には無担保の勤務医生活安定資金をご用意しています。

運転資金

最高1,000万円
(1.075%～)

新規開業資金

最高1億円
(1.275%～)

住宅資金

最高1億円
(1.875%～)

設備資金

最高1億3,000万円
(1.075%～)

子弟教育資金

最高3,000万円
(1.275%～)

勤務医生活安定資金

最高500万円
(2.375%～)

★取り扱い金融機関は、京都銀行、みなと銀行、但馬銀行、尼崎信用金庫、姫路信用金庫、日新信用金庫、淡路信用金庫、中兵庫信用金庫です。

★金融機関により利率、借入金額の上限が異なりますので、詳細は融資部☎078-393-1817 納富までお問い合わせください。

兵庫保険医新聞 合本 2015年版ご案内

1年間の集大成。31号分約200面を網羅

○合本 7,000円(特別装丁〈レザークロス、雲クロス、貼り表紙金文字〉)

○CD-ROM縮刷版 1,000円(PDFデータを1枚のCD-ROMにまとめました)

※いずれも税・送料込み

ご注文・お問い合わせは、☎078-393-1807 新聞部まで