

兵庫 保険医新聞

第1812号
2016年4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)

インタビュー「ひょうごの医療」 赤穂市民病院院長 小野成樹先生

医師不足解消へビジョンを



【おの しげき】1952年生まれ。75年京都大学工学部機械工学科卒業、82年信州大学医学部医学部卒業、91年京都大学医学部医学研究科博士課程修了、91年～赤穂市民病院、99年同消化器科部長、00年同診療部長、08年同院副院長兼消化器科部長、13年～病院長。全国公私病院連盟常務理事、全国公立病院連盟理事、全国自治体病院協議会兵庫県監事、兵庫県病院協会理事、赤穂市医師会理事



赤穂市民病院 赤穂市中広1090番地。1947年国保直営赤穂町民病院として開設。一般病床392床。地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、へき地医療拠点病院、災害拠点病院として、隣接する岡山県東備地域を含めた地域の医療を支える中核病院

※**邊見 公雄先生** 1944年生。68年京大医学部卒。87年赤穂市民病院院長、09年4月より同病院名誉院長。全国自治体病院協議会会長、全国公私病院連盟副会長。05.9～11.10中央社会保険医療協議会委員他、国・県・自治体など多数の役職を兼任

「初めて病院におうかがいしましたが、大きくて立派な病院ですね。」
小野 ありがとうございます。
辻 さっそくお話しをうかがいたいのですが、先生の経歴を拝見すると医学部の前に工学部を卒業されているんですね。どうして医学部に改めて入られたのですか。
小野 話せば長くなるのですが、私はもともと医師になるつもりはなく、工学部で流体力学を専門としていました。人工心臓などの研究を医学部と共同で行っていたのですが、「大綱」(腹膜の一部)と聞いても「体毛」と勘違いするほどの知識だったので、研究を深めるために医学部で学ぶことにしました。卒業後は研究室に戻る予定でしたが、のめり込みやすい性格のせい初期研修を通して臨床にはまりこんでしまいい、今に至ります。

兵庫県の西端にあり、西播磨地域の中核病院として二次救急など地域医療の中心を担う赤穂市民病院。感染症病床4床を加えて396床を有し、岡山県の東備地域も含め20万人の住民への責務を果たしている。小野成樹院長に、地域医療の抱える課題や解決に向けた努力などについて、辻一城副理事長が話を聞いた。

辻 西播磨の地域医療を支える上で課題は何だとお考えですか。
小野 一番困っているのは医師不足ですね。いろいろな医局や教授と接点を持つよう努力していますが、地方に来てもらうのはやはり大変です。実は西播磨医療圏は県下で人口当たりの医師数が最も少なく、日本海側の但馬医療圏よりも少ないんです。その上面積も広いので、佐用町からここまで、救急車で1時間かかってしまいます。「医師不足」というと但馬地域のことは頭に浮かぶと思いますが、西播磨もそうだとはいえないでしょう。

辻 行政の対応はどのようですか。
小野 県の担当者でも西播磨の医師不足を認識している方が少なく、以前当院から但馬に医師を移動するよう言われ、猛抗議をしたことがあります。問題を訴え続けて少しずつ理解していただけるようになりまして、なかなか実情は知られていないのが現状です。「救急は姫路にあれば良い」など、西播磨と姫路市などの中播磨地域をひとまとめに考える傾向もあるように思います。神戸にお

られる方から見れば、姫路市も赤穂市も同じだと感じられるかもしれませんが、西播磨地域だけでも4市3町と広大な上、病院がない自治体もあります。地域住民の健康を守るため、医療提供体制不足が課題なんです。新専門医制度開始にあたり、総合診療専門医の指導医の資格を取ってくれた勤務医がいるので、若い先生が魅力を感じて集まってくれるのではと期待しています。

辻 任んでいる地域で医療が受けられると、住民も安心できますね。
小野 ええ。そのためには地域の病院連携をしっかりと作り、さらに関係者を巻き込んでいくという包括的なシステムが求められるのではないのでしょうか。一つの取り組みとして昨年赤穂消防署と連携し、救急ワーカーと消防士というシステムを導入しました。これは病院に救急車と救急隊チームを配置するものです。病院スタッフと救急隊が普段から顔を合わせることでベッドの空き状況などのやりとりがスムーズになり、救急の受け入れ先がないという問題が減るんです。

辻 すばらしい取り組みですね。
小野 これは赤穂市内のことですが、六栗総合病院、相生市民病院、たつの市民病院など他市の公立病院や開業医の先生方とも連携を進めようと綿密に情報交換をし、西播磨各地域の医師会長とも定期的に会議をしています。遠いところから来ていただくので、実際にある会にしたいという意識しています。国が「地域医療構想」の策定を求めていることもあり、地域の方と顔を合わせる機会が増えています。「入院から在宅へ」といわれますが、「病床を減らすから、受け皿は地域でどうにかしたい」というのが国の姿勢です。当院のような急性期が中心の病院では、入院後すぐに転院先を探さなければなりません。赤穂市内でも泌尿器など科によっては専門の開業医の先生がおらず、在宅にかえすことも簡単ではありません。慢性期病床もやはり必要なんです。困るのは住民ですから、安心して入院できる体制がつけられるよう、私たちが意地でもがんばっていかないとはいけません。

辻 赤穂市民病院の一般病床は7対1看護体制をどう改定は要件がさらに厳しくなりましたね。
小野 昨年、どうにか7対1の看護体制を達成したのですが、今回の改定で重症者の必要割合が上がったので、月半ばはこのような会議等院外活動に従事しています。西播磨の現状を報告しても「赤穂義士」は知っているが赤穂市の場所は知らない、結びつかないという方は多くおられます。でも声をあげずいたら見捨てられてしまうし何も変わらないんです。邊見公雄名誉院長(※)が院長時代から問題意識を強く持っておられ、全国自治体病院協議会などで地域医療を守るための奮闘をされてきました。今私がこのように

辻 西播磨の地域医療を支える上で課題は何だとお考えですか。
小野 一番困っているのは医師不足ですね。いろいろな医局や教授と接点を持つよう努力していますが、地方に来てもらうのはやはり大変です。実は西播磨医療圏は県下で人口当たりの医師数が最も少なく、日本海側の但馬医療圏よりも少ないんです。その上面積も広いので、佐用町からここまで、救急車で1時間かかってしまいます。「医師不足」というと但馬地域のことは頭に浮かぶと思いますが、西播磨もそうだとはいえないでしょう。

辻 行政の対応はどのようですか。
小野 県の担当者でも西播磨の医師不足を認識している方が少なく、以前当院から但馬に医師を移動するよう言われ、猛抗議をしたことがあります。問題を訴え続けて少しずつ理解していただけるようになりまして、なかなか実情は知られていないのが現状です。「救急は姫路にあれば良い」など、西播磨と姫路市などの中播磨地域をひとまとめに考える傾向もあるように思います。神戸にお

られる方から見れば、姫路市も赤穂市も同じだと感じられるかもしれませんが、西播磨地域だけでも4市3町と広大な上、病院がない自治体もあります。地域住民の健康を守るため、医療提供体制不足が課題なんです。新専門医制度開始にあたり、総合診療専門医の指導医の資格を取ってくれた勤務医がいるので、若い先生が魅力を感じて集まってくれるのではと期待しています。

辻 任んでいる地域で医療が受けられると、住民も安心できますね。
小野 ええ。そのためには地域の病院連携をしっかりと作り、さらに関係者を巻き込んでいくという包括的なシステムが求められるのではないのでしょうか。一つの取り組みとして昨年赤穂消防署と連携し、救急ワーカーと消防士というシステムを導入しました。これは病院に救急車と救急隊チームを配置するものです。病院スタッフと救急隊が普段から顔を合わせることでベッドの空き状況などのやりとりがスムーズになり、救急の受け入れ先がないという問題が減るんです。

辻 すばらしい取り組みですね。
小野 これは赤穂市内のことですが、六栗総合病院、相生市民病院、たつの市民病院など他市の公立病院や開業医の先生方とも連携を進めようと綿密に情報交換をし、西播磨各地域の医師会長とも定期的に会議をしています。遠いところから来ていただくので、実際にある会にしたいという意識しています。国が「地域医療構想」の策定を求めていることもあり、地域の方と顔を合わせる機会が増えています。「入院から在宅へ」といわれますが、「病床を減らすから、受け皿は地域でどうにかしたい」というのが国の姿勢です。当院のような急性期が中心の病院では、入院後すぐに転院先を探さなければなりません。赤穂市内でも泌尿器など科によっては専門の開業医の先生がおらず、在宅にかえすことも簡単ではありません。慢性期病床もやはり必要なんです。困るのは住民ですから、安心して入院できる体制がつけられるよう、私たちが意地でもがんばっていかないとはいけません。

辻 赤穂市民病院の一般病床は7対1看護体制をどう改定は要件がさらに厳しくなりましたね。
小野 昨年、どうにか7対1の看護体制を達成したのですが、今回の改定で重症者の必要割合が上がったので、月半ばはこのような会議等院外活動に従事しています。西播磨の現状を報告しても「赤穂義士」は知っているが赤穂市の場所は知らない、結びつかないという方は多くおられます。でも声をあげずいたら見捨てられてしまうし何も変わらないんです。邊見公雄名誉院長(※)が院長時代から問題意識を強く持っておられ、全国自治体病院協議会などで地域医療を守るための奮闘をされてきました。今私がこのように

辻 西播磨の地域医療を支える上で課題は何だとお考えですか。
小野 一番困っているのは医師不足ですね。いろいろな医局や教授と接点を持つよう努力していますが、地方に来てもらうのはやはり大変です。実は西播磨医療圏は県下で人口当たりの医師数が最も少なく、日本海側の但馬医療圏よりも少ないんです。その上面積も広いので、佐用町からここまで、救急車で1時間かかってしまいます。「医師不足」というと但馬地域のことは頭に浮かぶと思いますが、西播磨もそうだとはいえないでしょう。

辻 行政の対応はどのようですか。
小野 県の担当者でも西播磨の医師不足を認識している方が少なく、以前当院から但馬に医師を移動するよう言われ、猛抗議をしたことがあります。問題を訴え続けて少しずつ理解していただけるようになりまして、なかなか実情は知られていないのが現状です。「救急は姫路にあれば良い」など、西播磨と姫路市などの中播磨地域をひとまとめに考える傾向もあるように思います。神戸にお

られる方から見れば、姫路市も赤穂市も同じだと感じられるかもしれませんが、西播磨地域だけでも4市3町と広大な上、病院がない自治体もあります。地域住民の健康を守るため、医療提供体制不足が課題なんです。新専門医制度開始にあたり、総合診療専門医の指導医の資格を取ってくれた勤務医がいるので、若い先生が魅力を感じて集まってくれるのではと期待しています。

辻 任んでいる地域で医療が受けられると、住民も安心できますね。
小野 ええ。そのためには地域の病院連携をしっかりと作り、さらに関係者を巻き込んでいくという包括的なシステムが求められるのではないのでしょうか。一つの取り組みとして昨年赤穂消防署と連携し、救急ワーカーと消防士というシステムを導入しました。これは病院に救急車と救急隊チームを配置するものです。病院スタッフと救急隊が普段から顔を合わせることでベッドの空き状況などのやりとりがスムーズになり、救急の受け入れ先がないという問題が減るんです。

辻 すばらしい取り組みですね。
小野 これは赤穂市内のことですが、六栗総合病院、相生市民病院、たつの市民病院など他市の公立病院や開業医の先生方とも連携を進めようと綿密に情報交換をし、西播磨各地域の医師会長とも定期的に会議をしています。遠いところから来ていただくので、実際にある会にしたいという意識しています。国が「地域医療構想」の策定を求めていることもあり、地域の方と顔を合わせる機会が増えています。「入院から在宅へ」といわれますが、「病床を減らすから、受け皿は地域でどうにかしたい」というのが国の姿勢です。当院のような急性期が中心の病院では、入院後すぐに転院先を探さなければなりません。赤穂市内でも泌尿器など科によっては専門の開業医の先生がおらず、在宅にかえすことも簡単ではありません。慢性期病床もやはり必要なんです。困るのは住民ですから、安心して入院できる体制がつけられるよう、私たちが意地でもがんばっていかないとはいけません。

辻 赤穂市民病院の一般病床は7対1看護体制をどう改定は要件がさらに厳しくなりましたね。
小野 昨年、どうにか7対1の看護体制を達成したのですが、今回の改定で重症者の必要割合が上がったので、月半ばはこのような会議等院外活動に従事しています。西播磨の現状を報告しても「赤穂義士」は知っているが赤穂市の場所は知らない、結びつかないという方は多くおられます。でも声をあげずいたら見捨てられてしまうし何も変わらないんです。邊見公雄名誉院長(※)が院長時代から問題意識を強く持っておられ、全国自治体病院協議会などで地域医療を守るための奮闘をされてきました。今私がこのように

兵庫県保険医協会 第89回評議員会
5月15日(日) 13時～ 協会5階会議室
特別講演 16時～
「本当の医療崩壊はこれからやってくる」
講師 外科医・前済生会栗橋病院院長補佐 本田 宏氏
安倍政権は小泉政権を上回る毎年5000億円の社会保障費抑制を行うとしています。これからやってくる「医療崩壊」を食い止めるため、私たちに何が出来るのか。医療に関する問題を精力的に発信している本田先生にお聞きします。ぜひ、ご参加ください。
お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1801まで

厳しい基準で 歯科点数に差を持ちこむ

インタビュー ③ 診療報酬改定 —入院から在宅へ?—



須磨区・とも歯科医院
坂口 智計先生

—今回の改定をどう見られていますか。
歯科の改定率は、わずかにプラスとされましたが、内容を見ると、ごくたまにしか行わない治療の点数が引き上げられただけという印象です。

影響が大きいと見ているのは、歯科疾患管理料の算定要件の緩和です。文書提供が必須でなくなりましたが、管理料本体の点数が引き下げられ、医院としてはマイナスが大きいと感じます。さらに当院は院内処方

なので、抗菌剤などの点数が大きく下がっていて、在庫分は赤字になってしまっていると感じています。目玉となる一部の点数だけ、厳しい施設基準を定めて引き上げ、実質マイナス改定にするというのが、政府・厚労省の狙いなのでしょう。

「かかりつけ歯科機能の強化」が打ち出されているように、
確かに、「かかりつけ歯科機能強化型歯科診療所(か強診)」という施設基

準が新設され、この基準を満たせば同じ治療行為でも点数が大幅に引き上げられることになりました。具体的には、SPT(歯周病安定期治療)の保険点数がほぼ倍のSPTⅡを算定できることになり、新設されたエナメル質初期う蝕へのフッ化物歯面塗布処置も、未届けの場合と同じ治療行為としても大幅な点数増になります。

しかしこの基準は、歯科訪問診療やSPTの算定実績、歯科用吸引装置・AED等の設置、歯科衛生士の雇用など、非常にハードルが高く、満たす診療所は県内でも1%以下でしょう。「かかりつけ」というのは、近所にある日常的にかかれるということが大切です。実際、歯科医院のほとんどが地域住民の「かか

りつけ医」として診療しているのに、こんなごく一部の診療所しか算定できず、点数に差をつけるような基準はおかしいと思います。私の診療所はたまたまこの「か強診」の基準を満たしているのですが、実際にはこの点数を算定するのをためらっています。

患者さんの自己負担が大きく引き上がるからです。保険点数が増えるということは、その分患者さんの窓口負担も倍増することになります。とくに3割負担の方の負担増はかなりのもので、これでは患者さんにとっても説明できません。

患者さんの自己負担が大きく引き上がるからです。保険点数が増えるということは、その分患者さんの窓口負担も倍増することになります。とくに3割負担の方の負担増はかなりのもので、これでは患者さんにとっても説明できません。

主張

虫歯や歯周病を長期に放置していたために起こる「口腔崩壊」

病を長期に放置していたために起こる「口腔崩壊」が社会問題になってい

り、深刻である。「口腔崩壊」を引き起こしている原因は、政府の社会保障費抑制政策による患者負担増と、近年の格差・貧困社会の進行

である。前述の保団連調査でも、歯科での中断事例の病名のトップは窓口負担の高い「歯冠修復・

「歯冠修復・欠損補綴」の担い手である歯科技工士の窮状はとりわけ深刻である。昨年保団連近畿ブロックが行った歯

このままでは歯科医療が成り立たなくなってしまう。保団連と「保険でよい良い歯科医療を」兵庫連絡会は、先月厚生労働省と歯科技工問題につ

いて話し合いを持ったが、国の具体策は聞くことができなかった。診療報酬改定においても、解決に向けての方策は取られずじまいである。早急に国の誠意ある対応を要求したい。

兵庫協会が、歯科技工士・歯科衛生士や患者さんとともに「保険でよい良い歯科医療を」兵庫連絡会を結成し、歯科医療危機の解決に向けての市民運動を始めて6年になる。「口腔崩壊」を歯科一体で取り組みを強めよう。

欠損補綴」であり、経済的理由による歯科受診抑制の実態の一端がうかがい知れる。「口腔崩壊」の影響は、口腔内にとどまらず、全身の健康状態に悪影響をもたらす。安倍政権には、さらなる患者負担増計画を撤回し、社会保障の拡充で貧困・

引き起こしている。

「口腔崩壊」を食い止め 歯科医療危機解決に取り組もう

ある対応を要求したい。

兵庫協会が、歯科技工士・歯科衛生士や患者さんとともに「保険でよい良い歯科医療を」兵庫連絡会を結成し、歯科医療危機の解決に向けての市民運動を始めて6年になる。「口腔崩壊」を歯科一体で取り組みを強めよう。

欠損補綴」であり、経済的理由による歯科受診抑制の実態の一端がうかがい知れる。「口腔崩壊」の影響は、口腔内にとどまらず、全身の健康状態に悪影響をもたらす。安倍政権には、さらなる患者負担増計画を撤回し、社会保障の拡充で貧困・

引き起こしている。

欠損補綴」であり、経済的理由による歯科受診抑制の実態の一端がうかがい知れる。「口腔崩壊」の影響は、口腔内にとどまらず、全身の健康状態に悪影響をもたらす。安倍政権には、さらなる患者負担増計画を撤回し、社会保障の拡充で貧困・

引き起こしている。

引き起こしている。

保団連が昨年暮れに行った全国調査「2015年受診実態調査」でも、この半年間の経済的理由と思われる治療中断を問う設問に、51.7%(兵庫県では56.9%)の歯科医院が「あった」と答えている。とりわけ兵庫県では5年前の同調査に比べ10%近く増加して

欠損補綴」であり、経済的理由による歯科受診抑制の実態の一端がうかがい知れる。「口腔崩壊」の影響は、口腔内にとどまらず、全身の健康状態に悪影響をもたらす。安倍政権には、さらなる患者負担増計画を撤回し、社会保障の拡充で貧困・

引き起こしている。

欠損補綴」であり、経済的理由による歯科受診抑制の実態の一端がうかがい知れる。「口腔崩壊」の影響は、口腔内にとどまらず、全身の健康状態に悪影響をもたらす。安倍政権には、さらなる患者負担増計画を撤回し、社会保障の拡充で貧困・

引き起こしている。

欠損補綴」であり、経済的理由による歯科受診抑制の実態の一端がうかがい知れる。「口腔崩壊」の影響は、口腔内にとどまらず、全身の健康状態に悪影響をもたらす。安倍政権には、さらなる患者負担増計画を撤回し、社会保障の拡充で貧困・

引き起こしている。

欠損補綴」であり、経済的理由による歯科受診抑制の実態の一端がうかがい知れる。「口腔崩壊」の影響は、口腔内にとどまらず、全身の健康状態に悪影響をもたらす。安倍政権には、さらなる患者負担増計画を撤回し、社会保障の拡充で貧困・

引き起こしている。

引き起こしている。

解説 新たな患者負担増Ⅳ

エーッ 介護サービスが保険で受けられなくなるの？

まだまだ上がる利用者負担

財務省が取りまとめた「平成28年度予算の編成等に関する建議」では、介護保険利用料について「高額介護サービス費制度について、高額療養費と同水準まで利用者負担限度額を引き上げるべき」とされた。

これは現在、所得によって決められている介護利用料負担の上限額を高額療養費制度に合わせるというものである。同建議では高齢者の高額療養費制度の上限額を引き上げることも提案されており、あわせて考えれば、一般的な所得の人で

「ストップ!患者負担増」署名にご協力ください

目標3万筆 7月まで

4/21 現在5,570筆

署名用紙

署名付ポケットティッシュ

署名用紙などの追加注文は、☎078-393-1807まで

介護保険から外して自治体の事業に

訪問介護	調理や買い物など「生活援助」を全額自己負担に
福祉用具貸与・住宅改修サービス	原則全額自己負担に
通所介護	
居宅介護支援	
施設サービス	
地域密着型その他	
認知症対応型共同生活介護	
居宅その他	
特定施設入居者生活介護	
訪問看護	

1・2、要介護1・2の人に対する介護保険サービスをすべて市町村が地域住民のボランティアなどを活用して行う地域支援事業に移すとしている(図)。

医療・介護総合法では、要支援1・2の人へのサービスの一部がこの地域支援事業とされた。その結果、財源不足を理由にサービスを打ち切っている自治体もある。実際に、独居で障害があり、入浴の見守りを必要とする90歳代の高齢者に対する訪問介護が打ち切られるなどの事態が発生している。

このような利用者負担の引き上げや、介護サービス利用制限は、介護保険の「保険あってサービスなし」といわれる現状をさらに悪化させるものである。医療と介護がシームレスになる中、国民の健康を守る医師として、こうした介護保険制度の改悪にも反対していきたい。

燭心

フレイル(虚弱)は高齢者が低栄養、筋肉量の低下などの虚弱な状態になることを指す。メタボ、ロコモに続く政府の戦略的愛称だ。多くの高齢者はこの状態を経て要介護、寝たきり状態となるため、その予防と早期発見は重要な意味を持つ▼フレイル予防のキーワードとしてオーラルフレイル(口腔の虚弱)予防の重要性が東大准教授によって提唱された。低栄養や筋肉量減少の前段階として「喫食を阻害する口腔の問題」が存在するという。フレイル予防はオーラルフレイル予防からというわけだ。オーラルフレイルを国民運動として定着させることに異論はない。しかし、メタボやロコモが国民運動として定着したのか、その結果はどうだったのかなど、検証もされないまま次に飛びついても良い結果は期待できないのではないかと▼乱れた生活習慣をよしとするサラリーマンはいないだろうが「腹囲85cm」が受療行動につながるからかたは、自分の経済状況で生活習慣の改善など不可能だと諦めた結果ではないのか。欧州では以前からフレイルの概念はあるがオーラルフレイルは存在しない。にもかかわらず日本では話題になるのは国民皆保険によりいつでも安心して歯科医療が受けられる環境が整えられているからだ。しかし、窓口負担の増加はその環境を変化させるだろう▼低社会保障費政策は確実に国民の健康を蝕んでいく。医療は政治と切り離して考えることはできないと痛感するこの頃である(九)

兵庫県「2015年受診実態調査」詳報

半数の会員が治療中断を経験

協会は昨年末、「2015年受診実態調査」を実施。調査票を送付した5316件の会員医療機関のうち、約10%にあたる542件から回答をえた(表1)。結果からは、半数の会員が経済的理由で治療中断や検査・投薬を断られたことがあるなど、2010年に行った前回調査よりも、受診抑制がますます深刻になっていることが明らかになった。前号に続き、今号では、結果をくわしく解説する。

表1 調査の概要

○実施期間	2015年12月8日～12月25日		
○調査方法	会員に用紙をファックス送信。記入していただき返信		
○送信数	医科 3,611件	歯科 1,705件	総数 5,316件
○返信数	医科 382件	歯科 160件	総数 542件
○回収率	医科 10.6%	歯科 9.4%	全体 10.2%

図2 中断事例の患者病名(医科)

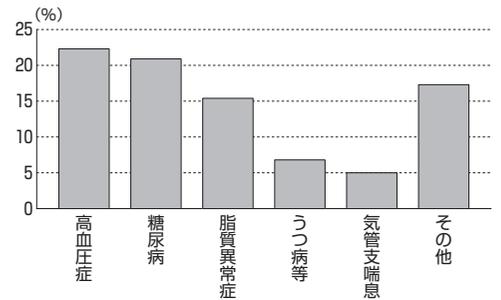
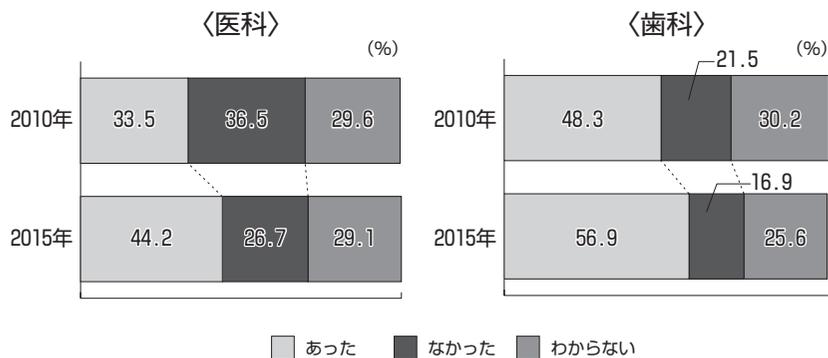


図1 患者の経済的理由による治療中断



経済的理由による治療中断「あった」1割増の5割に

設問1「この半年間に、主に患者の経済的理由によると思われる治療を中断する事例がありましたか」では、「あった」との回答は、全体で48%と、2010年の37%から10ポイント増加した。医科は33.5%から44.2%へ、歯科では48.3%から56.9%へと、上昇した(図1)。

治療中断があっても、その原因が「経済的理由による」ものかどうか、不明である場合は少なくないが、医科の「あった」は10ポイント高くなり、逆に「なかった」は36.5%から26.7%へと10ポイント減少している。「あった」は大きく増え、「なかった」は逆に減少していることは、受診抑制が強まっていることを示している。

歯科の「あった」は、医科よりも10ポイント以上高いことも特徴だが、歯科では「わからない」が、2010年の30.2%から25.6%へ減少。「あった」が9ポイント高くなった一方、「なかった」は5ポイント減少した。医科の「わからない」は、2010年・2015年とも3割でほぼ変わらなかったことと比べても、歯科はより受診抑制が深刻化したといえる。

中断事例の病名 高血圧、糖尿病、脂質異常がトップ3

中断事例の病名では、高血圧、糖尿病、脂質異常症が高い率を示している(図2)。これは、慢性疾患で自覚症状

が乏しいと治療中断を起こしやすいためであると考えられる。

「検査や治療を断られた」高水準で微増

設問2「この半年間に、医療費負担を理由に検査や治療を断られたことがありますか」は、個々の検査や治療を断られるケースの把握を目的にしたもの。

医科は、2010年48.9%から51.8%へと微増し、5割を超えた。設問1の治療中断よりも「断られた」経験はさらに高くなっている(表2)。

歯科は、38.4%から38.8%でほぼ横ばい。医科よりも低い水準だが、設問1とあわせて考えれば、歯科では、自覚症状がなくなるとすぐに治療中断となるが、自覚症状があるうちは治療を断るケースは、医科ほど高くないと思われる。

小児科「なかった」8割

設問2を標榜科別に比較すると、小児科系は治療中断が「あった」は14.3%し

がなく、逆に「なかった」は78.8%ときわめて高い。内科系の「あった」6割、「なかった」2割とは、真逆の傾向を示した(図3)。

小児科は急性期疾患が多いこともあるが、内科系とこれほどの差がついたのは、窓口負担を「中学3年生まで無料」とする自治体が増加したことによる影響もあると考えられる。2010年調査では標榜科目を尋ねていないため、正確な比較はできない。しかし、2010年時点で「中学3年生まで無料」(通院・入院とも)の自治体は、41市町中わずか3市町(西宮市、小野市、福崎町)しかなかったが、2015年には、30市町へと10倍に増加し、全市町の7割に広がっていることが、結果に影響を与えたと思われる。窓口負担の軽減が受診抑制をなくす上で、決定的に重要であることを示している。

「薬が切れても受診来ない」75%

受診抑制がよくある事例についての経験を尋ねると、医科で5割を超える上位4項目は、1位「薬が切れているはずなのに受診に来ない」74.6%、2位「受診回数を減らしてほしい(「月1回を2カ月に1回に」「長期投薬を希望」など)と言われた」66.2%、3位「薬代の負担を減らしてほしい(ジェネリックを希望など)と言われた」62.8%、4位「投薬のみを希望する患者がいた」60.7%であった。

1位から4位まで、医薬品関係が占めている。経済的理由とともに、薬価の高価格化が影響しているとみられる。

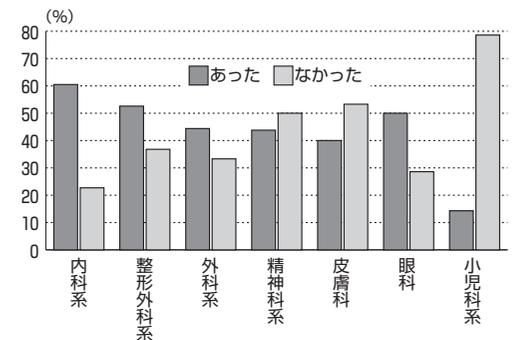
歯科では、1位「保険のきく範囲で治療してほしい」79.4%、2位「痛みがとれたら受診に来ない」78.8%の2項目が他の項目に比べてきわめて高かった。

1位が「保険のきく範囲で治療してほしい」であることは、経済的理由によるものと考えられ、十分な治療を行うため

表2 この半年間に、医療費負担を理由に検査や治療を断られた経験

	医科		歯科	
	2015年	2010年	2015年	2010年
あった	51.8%	48.9%	38.8%	38.4%
なかった	32.5%	38.5%	40.0%	39.5%
わからない	14.1%	9.6%	19.4%	18.0%
未記入	1.6%	3.0%	1.9%	4.1%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

図3 小児科 検査・治療・投薬の拒否「なかった」8割



に保険範囲を広げることの重要性を示している。2位の「痛みがとれたら受診に来ない」は、歯科医療によくある傾向であるが、口腔状態が全身の健康状態に大きな影響を与えるという最新の医学研究をふまえると、深刻な問題である。

患者負担金の未収「あった」4割

設問4の「この半年間に、患者一部負担金の未収金がありましたか」に対しては、医科歯科ともに、ほぼ4割が「あった」と回答している。

診療行為の報酬が公定価格である現制度のもとでは、未収金をコストとして上乗せできないため、それは直接医療機関の経営を圧迫する。

診療報酬の抜本的引き上げとともに、そもそも未収金が発生しないよう、患者負担を軽減することが必要である。

75歳以上の患者負担引き上げ「受診抑制につながる」8割

設問5「今検討されている75歳以上の患者窓口負担の2割への引き上げについて、患者の受診に影響があると思いますか」に対しては、「受診抑制につながる」との回答が医科・歯科とも8割で、圧倒的多数であった。

受診抑制をなくし、国民のいのち・健康を守るためには、窓口負担をこれ以上増やすのではなく、縮小し、廃止をめざすべきである。

診療内容向上研究会 第517回

大腸癌に対する低侵襲手術

日時 5月28日(土) 17時～ 会場 協会5階会議室
講師 札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科 竹政 伊知朗先生
共催 アステラス製薬株式会社

大腸癌に対する腹腔鏡下手術は全国的に普及がすすみ、日本内視鏡外科学会のアンケート調査ではその施行率は57%(2013年)に到達した。腹腔鏡手術は拡大視野効果による微細解剖の認識向上をもたらす、確実な技術が伴えば、結腸癌でのCME、直腸癌でのTMEを基本として合併症低減、機能温存向上のみならず長期予後でも良好な成績が期待できる。

一方、通常腹腔鏡に比べてさらに低侵襲、高精度な手術を目指して、直腸病変に対するTEMなど経肛門的手術、腹壁侵襲を最小限にする単孔式内視鏡手術、da Vinciを用いたロボット手術など、世界的に多様な術式の開発競争がすすんでいる。

本セミナーでは大腸癌の低侵襲治療における最新の知見を紹介する。

【竹政 記】

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1803まで



福島県福島市・医療生協わたり病院

齋藤 紀先生

【さいとう おさむ】1947年宮城県生まれ。福島県立医科大学卒業。広島大学原爆放射能医学研究所で内科・臨床血液学の研究に従事。88年広島中央保健生活協同組合福島生協病院院長・名誉院長を経て、09年〜現職

（4面からのつづき）
業損失の補償は2015、16年度の2年間を最後にす
属すること、いいの診療
所の松本純所長（福島協
理事長）が住診してサポ
トしています。一般的に言
えは、高齢者は家族や地域
のなかに一緒に存在しては
じめて社会的に「高齢者」
なのであり、高齢者だけを
積極的に残すという社会的
選択は成立しません。

加藤 長年慣れ親しんだ
環境・コミュニティで、子
や孫とともに生きたいとい
うのが、高齢者の方の願
だと思いますが、それが叶
わないということがつらい
ですね。
この後さらに第三撃も来
るだろうと思っています。
TPPです。福島は農業が
基幹産業で、事故により大
きなダメージを受けまし
た。農民の方々は安全な作
物を作るため、努力に努力
を重ねてきました。今、福
島の米は全袋検査で放射線
物質が基準値以下になり、
作付面積も増えています。
しかし、この間、米価は下
がっており、さらに福島産
の米は価格を低く抑えられ
ています。TPP導入でさ
らにダメージがあるでしょ
う。

加藤 神戸では、阪神・
淡路大震災のあと、政策が
もたらす被害を「復興災
害」と呼び、運動してきま
した。国の政治がもたらす
二重三重の苦しみは、本当
に大変です。
齋藤 国の賠償金は総額
6兆円を超えましたが、そ
れでも被災者の将来がなか
なに見えませんが、原災被害
はその特性として持続的拡
大性といえます。

加藤 最後、この福島
の現実に対し、われわれ医
師・歯科医師はどのような
立場をとるべきか、お考え
をお聞かせください。
齋藤 二つあると思いま
す。2011年の事故前、
スリーマイル島やチェルノ
ブイリ事故が研究されてお
られる、アメリカの精神科
医のプロメットが「チェル
ノブイリ事故は身体的・精
神的・社会的複合的のも
のである。被災者が線量を受
けられない、放射線が賠償
問題です。この問題で私た
ちは非常に苦しみました。
「甲状腺がん多発」以外の
意見を言えば、非難される
ような状況が続きました。
原発廃炉を願うもの同士で
も、この問題をめぐり対立
が起ったといえます。私
は「多発と主張することは
困難」と言い続けてしま
した。同時に、私は長崎・広
島の被爆者の生き方をふま
え、ここで生きていける、
生きていこうと、住民の方
に伝えてきました。科学に
片足を置き、生きる社会に
さらに片足を置き、医師と
してサポートする、その気
持ちで過ごしてきました。

加藤 大変難しい問題だ
と思います。私たちは阪神
・淡路大震災に遭い、政策
的に起こされた被災者の復
興災害があり、住民とも
に運動してきて、被災者生
活支援法を成立させること
ができました。その経験を
活かし、東日本大震災被災
地・被災者と一緒に運動し
たいと思っており、5年間
で30回以上にわたり被災地
訪問活動も続けています。
阪神・淡路から20年経って
も、借上げ復興住宅から
の追い出し問題のように、
まだまだ苦しみは残ってい
ます。復興までは長い闘
いと思いますが、あきらめず
共にかんばっていかれたら
と思っています。

森岡 国は、原発事故被
害を風化させようとしてい
ますが、被害は今後ずっと
続きます。賠償をたった5
年で打ち切ってしまうこと
は許せません。政府も電力
会社も、事故を忘れたよう
に再稼働を進めようとして
いますが、再稼働阻止のた
めの運動が私たちにできる
ことだと思います。本日はあ
りがとうございました。

聴診器を社会にあてて 発言していくこと

加藤 最後に、この福島
の現実に対し、われわれ医
師・歯科医師はどのような
立場をとるべきか、お考え
をお聞かせください。
齋藤 二つあると思いま
す。2011年の事故前、
スリーマイル島やチェルノ
ブイリ事故が研究されてお
られる、アメリカの精神科
医のプロメットが「チェル
ノブイリ事故は身体的・精
神的・社会的複合的のも
のである。被災者が線量を受
けられない、放射線が賠償
問題です。この問題で私た
ちは非常に苦しみました。
「甲状腺がん多発」以外の
意見を言えば、非難される
ような状況が続きました。
原発廃炉を願うもの同士で
も、この問題をめぐり対立
が起ったといえます。私
は「多発と主張することは
困難」と言い続けてしま
した。同時に、私は長崎・広
島の被爆者の生き方をふま
え、ここで生きていける、
生きていこうと、住民の方
に伝えてきました。科学に
片足を置き、生きる社会に
さらに片足を置き、医師と
してサポートする、その気
持ちで過ごしてきました。

原発再稼働をやめ、 再生可能エネルギー 中心の社会を



署名にご協力を!!

用紙のご注文は、
☎078-393-1807まで

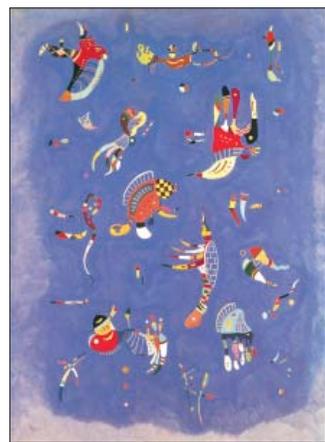
音楽と絵画を一体化させた 芸術家たち

クレイとカンディンスキー、ドイツ表現主義派について

高砂市 岡部桂一郎

パウル・クレイの絵画を
たドイツの Dessau 市にバ
ウハウスというモダニズム
建築による造形学校が建て
られたが、両者ともにそこ
で教鞭をとり、「青騎士」
の会を主催した。新しい時
代の息吹に萌える若き芸術
家たちを育て、ナチスの暗
雲に呑み込まれないように
クレイはスイス生まれだ
が、ワシリー・カンディン
スキーはモスクワで生ま
れ、モスクワ大学で経済学
と法学を学んだ。
第1次世界大戦で荒廃し

芸術 Art 紹介



カンディンスキー「空の青」
1940年（小学館『週間美術
館22 クレイ・カンディ
スキー』より）

新しい芸術を創造した。彼
らの絵画はナチスの目には
子どもだましのがらくたで
あり、社会を混乱させ、独
裁体制をかく乱させる元凶
だと捉えられた。
クレイの絵は楽譜を思わ
せるような図案と色彩で児
童画の世界に引き込まれ
る。クレイはバイオリンを
奏で、詩を書き、舞台を演
出した。カンディンスキー
は芸術をシンフォニーとし
てとらえ、絵と音楽を一体
化しようとした。
クレイの「人形劇場」
彼らの絵は、ナチスに扇
動され戦争に駆り立てられ
たドイツの若者の心の中
に、幼児期の純粋さと呼び
覚ましたのだろうか。
ドイツ表現主義の絵画
は、音楽や詩を絵画に求
め、思想としては反ファシ
ズム精神の間接的表現であ
ったのではないだろうか。

永本浩の ちょっと いい店

播磨の国、高砂に古来有
名なものが三つあります。
石の宝殿、謡曲「高砂」の
相生の松、それに「アナゴ
料理」です。
瀬戸内の中で、上流にダ
ムのない河川では、落葉樹
の栄養分を含んだ水が遠浅
（とおあき）の海に流れ込
み、ゴカイのような線虫や
小海老が繁殖し、餌を求め
て大量のアナゴが集まりま
す。加古川が流れる高砂の
海はそういう場所です。臨
海工業地帯になり、残念な
がら魚獲高は減っても「ア
ナゴ料理」という文化は残
りました。
「やつか」は当地の魚
屋、八束義充店長が18年前
に開いた、アナゴ料理を中
心とした瀬戸内海の魚料理
店です。
今回は「穴子コース」
（要予約、6300円）を
すすめます。このコースに
は、焼き、蒸し、柳川鍋
に、寿司等もあります。
時期によって、天下の珍
味アナゴの稚魚レプトケ
ファルス（のれそれ）の酢
醤油があり、極めて美味で
す。
ランチメニューのあなご
弁当も好評です。
【明石市 永本 浩】



焼き物から寿司まであなご
づくしを味わえる



八束義充店長（右）が元魚屋
の経験を活かし新鮮な魚を提
供する。左は筆者



お店は山陽高砂駅から
徒歩2分

魚亭 やつか

高砂市高砂町浜田町2-9-20
☎079-442-0478
営業時間 昼11:30~14:00
夜17:00~22:00(火曜定休)
駐車場 30台

歯科 新点数

Q&A (その3)

〈歯科衛生実地指導料〉

Q1 対象患者の取り扱い従来どおり、う蝕を原因とする疾患(Pul, Per等を含む)や歯周疾患に罹患している患者が対象となるのか。

A1 その通りです。

Q2 実地指導の内容の一つで「プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘」と「等」の文言が入ったが、染め出しによるプラークチャート以外の方法でプラークの付着状況を指摘してもよいのか。

A2 プラークチャートを使用しなくても、例えば口腔内カメラにより患者の口腔内をモニターに映す、デジタル写真を活用する等によりプラークの付着状況を確認できれば差し支えありません。

〈歯科治療総合医療管理料(医管I、II)、在宅患者歯科治療総合医療管理料(在歯管I、II)〉

Q3 患者のモニタリングは、診療時間内を通じて一定間隔で、血圧、脈拍および経皮的酸素飽和度を同時にかつ継続的に自動測定することが必要か。

A3 処置等の実施前・実施後および患者の状態に応じて必要時点で血圧、脈拍、経皮的酸素飽和度を測定すること、また、患者の状態とモニタリング結果をカルテに記載または添付してください。

Q4 医管(I) 医管(II)、在歯管(I) 在歯管(II)を算定する場合に、経皮的動脈血酸素飽和度測定の点数は別に算定できるか。

A4 算定できません。

〈歯周病検査〉

Q5 混合歯列期において、歯周基本検査で算定した場合に、算定する区分の歯数に含まれない乳歯に対しても歯周病検査は必要か。

A5 乳歯も含めて、1口腔単位で検査を行うことが必要です。

〈口腔内写真検査〉

Q6 口腔内写真検査の算定要件が「歯周病検査を行った場合において」から「歯周病検査を実施する場合において」に変更になったが、歯周病検査を算定する前に口腔内写真検査を算定しても差し支えないか。

支えないか。

A6 差し支えありません。ただし、1回の歯周病検査に対して、その実施前と実施後の2回算定することはできません。

〈歯冠補綴時色調採得検査〉

Q7 支台歯の隣在歯に天然歯がなく、対合歯にのみ天然歯がある場合は算定して差し支えないか。

A7 色調の比較が可能な場合であれば、算定して差し支えありません。

〈有床義歯咀嚼機能検査〉

Q8 有床義歯装着前の算定と装着後の算定が同月であった場合、同月内に2回まで算定できると考えてよいのか。

A8 その通りです。

〈フッ化物歯面塗布処置〉

Q9 フッ化物歯面塗布処置について「う蝕多発傾向者の場合100点」、「在宅等療養患者の場合100点」または「エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合120点」は併算定できるか。

A9 1口腔単位での算定となるため、併算定はできません。

〈抜歯手術〉

Q10 乳歯に対して難抜歯加算を算定して差し支えないか。

A10 乳臼歯の歯根が後継永久歯の歯根を包み込んでおり、抜歯が必要と判断し、歯根分離をして乳臼歯を抜歯した場合および骨癒着が著しく、骨の開削または歯根分離術を行う必要性が認められる場合に限っては算定して差し支えありません。

なお、算定にあたっては、診療報酬明細書の「処置・手術」欄の「その他」欄に「難抜歯加算」と記載し、点数および回数を記載します。

〈歯根端切除手術〉

Q11 「歯科用3次元エックス線断層撮影装置および手術用顕微鏡を用いた場合1歯につき2000点」は、施設基準が新設されたが、4月1日以降は、届出を行わないと算定できないのか。

A11 その通りです。

〈歯周外科手術〉

Q12 「歯肉歯槽粘膜炎形成手術」が歯周外科手術に入ったが、歯周疾患以外の治療として行う「歯肉弁側方移動術」「遊離歯肉移植術」は従前通りの取り扱いと考えるとよいのか。

A12 その通りです。



浄土寺 阿弥陀如来及両脇待立像 北播支部 坪田 徹



国宝・浄土寺・阿弥陀三尊立像(小野市観光協会より)

私は東播地方、小野市の出身です。人口5万人足らずの田園都市ではありますが、この小野に『浄土寺・阿弥陀三尊立像』があります。

私の地元

私もちょうど2月下旬の木曜午後3時過ぎ、十数年ぶりに阿弥陀様のご来迎を体験しに訪れてみました。浄土寺は、小野市街地の北東4キロメートルの位置に今から約800年前の鎌倉時代の初め、重源上人によって建立された寺院です。また国宝『浄土堂』は「天竺様」という技法を今に伝える貴重なお堂です。建物の高さはそれほど高くは見えませんが、中に入ると内部はとてつもなく天井を貼らない化粧屋根裏に、高さ5・3メートルの見上げるほど大きな阿弥陀如来が鎮座しています。またその両脇には3・7メートルの観音・勢至菩薩両脇待立像が控えています。かの名仏師快慶作のこの三体が、この浄土寺の本尊で

夕刻、西日が差し込む時に正面から見上げると、格子戸から差し込む光が本尊を赤く染め、足元の雲座をかすませます。その様はまるで本尊が雲に乗って浮かんでいるようです。この光の芸術によって、私たちは仏様が西方浄土から迎えに来るといふ「ご来迎」の姿を疑似体験することができます。春になるとその光はさらさらまばゆく光り、晴れた日の三尊はいっそうの輝きに包まれます。その美しさは見る者の心を奪います。

皆さまもぜひ一度小野を訪れ、浄土寺でこの「ご来迎」を体験してみてください。

在宅医療点数研究会

診療人数等での不合理区分にとまどい 4月からの改定のポイントを解説

協会は4月9日に県農業療点数改定のポイントを解説する「在宅医療点数研究会」を開催し、245人が参加。協会理事の小西達也先生が講師を務めた。



会場いっぱいの245人が参加し、複雑な在宅点数に対し質問が相次いだ

研究会では、具体例に基づいて改定前後の点数比較なども行い、改定のポイントが分かりやすく解説された。研究会で

は、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料(旧特定施設入居時等医学総合管理料)の大幅改定が行われている。2年前に続く大きな変更で、診療人数や患者の「重症度」によって点数を区分するという不合理改定に、医療機関からも協会へ問い合わせが多寄せられていた。

会員訃報 橋 康一先生 姫路市 内科・産婦人科 2月13日 享年89歳 ご冥福をお祈り申し上げます

協会から新しい共済制度が誕生しました! 協会の積立年金始まる。6月1日締切(9月1日発足) DefL デフェル 制度タイプは一般型と個人年金型の2種類。併用OK! 「月払」は毎月5,000円~300万円、「一時払」は毎回10万円~1億円まで 一般型は積立金の一部払い出し、掛金払込の全口中断OK 豊富な受取方法は受給時に選択(確定年金、保証期間付き終身年金、一括受取等) 医師・歯科医師の資産形成に最適 6月25日締切(9月1日発足) 保険医年金 自在性が魅力! 1口単位で解約・中断・再開が可能/年金受給時には定額・増年増年金から選択、または一括受取/万一時はご遺族に全額給付 団体定期生命保険 グループ保険 格安保険料と高配当が魅力! 過去7年の平均配当率46% 休業保障制度 5月25日締切(8月1日発足) 非営利、助け合いの共済だから 割安な掛金で休業時の充実保障を実現! 所得補償保険と医師賠償責任保険もご利用ください お問合せは共済部まで ☎078-393-1805

ISR アウトソーシングサポート 信頼・向上そして社会貢献 事務所: 〒650-0026 神戸市中央区古渡通1-2 (ISRビル) 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 ISRビル 078-360-6611 大代表

(医科・入院外)

レセプト記載要領の変更点

今次診療報酬改定におけるレセプト記載要領のうち、主な項目を掲載する(厚労省通知から抜粋の上、一部改定)。

1. 「診療実日数」欄の記載

- ・小児かかりつけ診療料を算定した日、認知症地域包括診療料を算定した患者に対して再診料が算定できない期間に行われた再診の日数は、実日数に含む。
- ・初診、再診または在宅医療において、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、患者に対し点滴または処置等を実施した場合、これに用いた薬剤または特定保険医療材料が算定できるが、この日は実日数として数えない。また、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、患者に対し検査のために検体採取等を実施した場合、当該検体採取が実施された日は実日数として数えない。

2. レセプト「摘要」欄に記載が求められることの変更点

①「医学管理」欄

- ・小児かかりつけ診療料について、月の途中で転医した場合など、やむを得ず2カ所の保険医療機関で算定する場合には、「摘要」欄にその理由を記載する。また、院外処方せんを交付している患者に対し、やむを得ず院内投薬を行った場合は、その理由を「摘要」欄に記載する。
- ・薬剤総合評価調整管理料を算定した場合であって、自院および他院で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合は、他院名および各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を「摘要」欄に記載する。
- ・排尿自立指導料を算定した場合は、初回算定日および初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む)を「摘要」欄に記載する。
- ・診療情報提供料(I)の検査・画像情報提供加算の「イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌日に、必要な情報を提供した場合」を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載する。
- ・退院後訪問指導料を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載する。

②「在宅」欄

- ・在宅患者訪問診療料の「2 同一建物

居住者の場合」について、別紙様式14「訪問診療に係る記録書」を用いない場合の記載例が、2014年9月5日の事務連絡で示されていたが、これが記載要領通知に追記された。

- ・在医総管または施設総管について、
 - a) 単一建物診療患者が2人以上の場合は「摘要」欄にその人数を記載する。
 - b) 在医総管について、建築物の戸数の10%以下、または20戸未満で対象患者が2人以下の場合であって、「1人の場合」を算定する場合、「摘要」欄にその旨を記載する。
 - c) ユニット数が3以下の認知症グループホームのそれぞれのユニットにおいて、施設総管(2017年3月31日まで在医総管を含む)を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合、「摘要」欄にその旨を記載する。
- ・在宅酸素療法指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の材料加算について、1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載する。
- ・在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1 ASVを使用した場合」を算定する患者であって、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の「2」(250点)のAおよびIの要件に該当する患者については、算定の根拠となった要件を「摘要」欄に記載する。また、Iの要件を根拠に算定する場合は、ASV療法の実施開始日も記載する。

- ・初診、再診または在宅医療において、保険医の指示に基づき、当該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、当該患者に対し点滴または処置等を実施した場合は、これに用いた薬剤・特定保険医療材料が使用された日を「摘要」欄に記載する。

③「投薬」欄(院内処方の場合)

- ・入院外の患者に対して、湿布薬を投与した場合は、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての1日用量または投与日数を記載する。
- ・入院外の患者に対して、1回の処方方で、70枚を超えて湿布薬を投与した場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を「摘要」欄に記載する。

④「処置」「手術・麻酔」欄

- ・ハイフローセラピーを算定した場合は、PaO2またはSpO2の測定結果を「摘要」欄に記載する。
- ・胃瘻造設術を実施した場合は、術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術の別を「摘要」欄に記載する。

⑤「検査・病理」欄

- ・2018年3月31日までの間に限り算定できる経過措置が設けられた検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を「摘要」欄に記載する。
- ・肝硬度検査および超音波エラストグラフィについて、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内において、別に算定する必要がある場合は、「摘要」

欄に理由および医学的根拠を詳細に記載する。

- ・IgG2(TIA法によるもの、またはネフエロメトリー法によるもの)を算定した場合は、「摘要」欄にその理由および医学的根拠を記載する。
- ・排泄物、滲出物または分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣(鏡検法、またはフローサイトメトリー法)を同一日に併せて算定する場合は、検体の種類を「摘要」欄に記載する。
- ・HTLV-1核酸検出を実施した場合は、「摘要」欄にHTLV-1抗体(ウエスタンブロット法)による検査実施日および判定保留である旨を記載する。
- ・遺伝学的検査を2回以上実施する場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に記載する。
- ・初診、再診または在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該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、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載する。

⑥「その他」欄

- ・入院外の患者に対して、院外処方せんにより、1回の処方方で、70枚を超えて湿布薬を投与した場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を「摘要」欄に記載する。
- ・廃用症候群リハビリテーション料を算定した場合は、疾患名および発症月日、

手術月日、急性増悪した月日または最初に診断された月日を「摘要」欄に記載する。また、標準的算定日数を超えた後、月13単位を超えて廃用症候群リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は、他の疾患別リハビリテーション料と同様に記載する。

- ・心大血管疾患リハビリテーション料および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、初期加算を算定した場合は、発症、手術または急性増悪の日を「摘要」欄に記載する。
- ・廃用症候群リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算、初期加算を算定した場合は、当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術もしくは急性増悪の日、または廃用症候群の急性増悪の日を「摘要」欄に記載する。
- ・精神科デイ・ケア等を算定した場合は、最初に算定した年月日を「摘要」欄に記載するが、3年を経過している場合は省略できるとされていた。しかし、精神疾患により通算して1年以上の入院歴を有する患者であって週4日以上算定する者については、最初に算定した年月日の記載は不要だが、通算の入院期間を「摘要」欄に記載する。

⑦特養ホーム等入所者

特別養護老人ホーム等に入所中の患者について、当該保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が、点滴もしくは処置等を実施または検査のための検体採取等を実施した場合は、これに用いた薬剤・特定保険医療材料が使用された日または当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載する。また、当該保険医の診療日を「摘要」欄に記載する。

場合は算定可能か。

A3 算定できません。

〈検査〉

Q4 患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該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検査のため検体採取等を実施した場合には、当該保険医療機関で検体検査実施料が算定できるとなったが、①検体採取料と②検体検査判断料は算定できるか。

A4 ①は算定できませんが、②は算定できます。

Q5 特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、検体検査実施料を算定できるか。

A5 算定できます。

Q6 検体採取料に新設された「鼻腔・咽頭ぬぐい液採取」(5点)は、どのような場合に算定するか。

A6 綿棒等で鼻腔や咽頭をぬぐって検体を採取し、検体検査を行った場合に算定します。

Q7 「鼻腔・咽頭ぬぐい液採取」について、別の疾患を疑いそれぞれ別のキットで同一日に複数回採取し複数種類の検査を行った場合、5点×実施回数で算定できるか。

A7 算定できます。

医科 新点数

Q&A (その3)

〈ニコチン依存症管理料〉

Q1 過去1年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上でない場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数で算定することとされたが、「平均継続回数」とは何か。

A1 前年4月1日から当年3月31日までの1年間で実施したニコチン依存症管理料の延べ算定回数(初回から5回までの治療を含む)を初回の治療の回数で除した数をいいます。

(例)患者A:3回、患者B:1回、患者C:2回の場合は、(3+1+2)÷3=2回となり、100分の100で算定します。

Q2 2017年7月以降もニコチン依存症管理料を算定する場合は、いつまでに届出直しが必要か。

A2 2016年4月1日から2017年3月31日までの実績をもとに行うため、2017年4月1日から2017年7月3日(月初の開庁日)までに受理される必要があります。なお、届出直しは7月定例報告を兼ねることはできません。

〈診療情報提供料(I) 検査・画像情報提供加算〉

Q3 検査結果等をCD-ROMで提供した

 **日本医師会レセコン ORCA**
及び 連動 電子カルテ Dr.電カル

医内経費の見直しは、**選んで納得! 安心のORCAで!**
販売方式
(ORCA1台 80万円~、月々*+費 8,500円~)
レンタル方式
(ORCA1台+月*ド保守*+費 計19,800円~)
*別途データ移行費は有償です。

詳細は ネットでも **メディクラーク** を検索!!
日医IT認定サポート事業所 4101015
株式会社メディクラーク
神戸市中央区相生町5-10-18
<HP>www.mediclerk.co.jp
フリーダイヤル 0120-52-6262

兵庫保険医新聞

第1812号
2016年4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)

今号の記事

「2015年受診実態調査」詳報 3面

特別インタビュー「福島の声聞く」
医療生協わたり病院 齋藤 紀先生 4~5面

GW特集号 次号5月5日号は休刊します

医科『保険診療便覧』

一点数表とその解説

2016年版を5月初旬に医科会員
にお届けします。



歯科『保険診療の研究』

(2016年4月版)

歯科会員の先生へ5月の連休前
にお届けします。
日常診療に必要な点数と要点を
分かりやすく解説。
(カルテ、レセプトの記載例も掲
載し、これ1冊で歯科保険診療が
理解できます)



元町大丸前で街頭宣伝

署名で患者負担増阻止しよう



マイクをにぎり署名への協力を訴える
吉岡副理事長

「これ以上の患者負担は耐えられない」——政府が進める負担増計画を阻止しようと、協会が3月から取り組んでいる「ストップ！患者負担増」請願署名。4月9日には元町大丸前で街頭宣伝を実施し、役員が白衣で署名への協力を呼びかけた。署名は7月まで3万筆、会員参加率10%を目標に集めている。いっそうのご協力をお願いしたい。

街頭宣伝は、県社会保険を、などと訴えた。推進協議会(県社保協)と、協会からは、西山裕康理事長が参加し、加藤各団体の事務長、吉岡正雄副理事長ら34人が参加し、医療・介護は国の責任で、患者負担が増えるのは社会保険の充実が参加。順番にマイクを握り、「政府は、かかりつけ医以外を受診した際に、通常の窓口負担に加え、ワンコインの定額負担を導入することや、漢方薬や湿布薬などを保険から外すことを狙っている。この計画を実現させないために、ぜひ署名にご協力を」と、各団体に訴え、46筆の署名を集めた。

吉岡副理事長(上)に負担増計画を説明し、署名してもらった武村理事(下)は、「一年金は下がる一方で、消費税もまた増税されるかもしれない」「今でも負担が高くて、受診を控えることもある。負担増はやめてほしい」など切実な声が寄せられた。

子育ても診療も 人との関わりを大切に

西宮市 安岡 眞奈美先生



西宮で内科を開業しています。大阪で勤務していましたが阪神・淡路大震災を

経験し「子どもたちのそばにいなければ」と思い、開業を決めました。やっぱり子育てと仕事の両立には苦労しました。3人の子供がいますが、多くの方に支えられたからこそ乗り越えてこられたと感じています。

出産後も仕事を続けたいとパートタイムで働きました。保育所に預けたかったのですが、「フルタイムのお母さんに譲ってください」と断られてしまったん

らだとなかなか見てあげることができませんが、家の近くの個人塾が手厚くサポートしてくれました。塾長さんには、勉強面でお世話になったことももちろん、夕食休憩は家でとれるように配慮していただくなど、本当にきめ細かく対応していただきました。子どもと一緒に過ごす時間が取れて感謝しています。診療を続けながら、子どもたちを3人も医師の道に送り出すことができたのは、たくさんの方の支えのおかげです。診療する上でも皆さんの支えを実感しています。診療が忙しく、患者さんへの対応をいかにできないか、いつも親しくしている患者さんからそれを指摘していただいたことがありました。本来なら言いにくいことで、ありがた

を受けられるように、人口規模も医療機関、医療従事者の数も全く異なる県内の10の2次医療圏、それぞれの地域の特徴をふまえて対策を考えます。医師不足、看護師不足が深刻ななか、医療従事者の確保が大きな課題です。へき地へ行ってくださる医師や看護師の養成・離職防止・再就職支援などに取り組んでいます。

臨床では自分の専門分野を深めていくのに対し、行政の仕事は疾病対策や医療体制の問題まで幅広い分野に携わります。勉強しなければならぬことばかりですが、楽しいですね。よかったことしか覚えていないような性格ということもあって、苦勞は感じません。決められた時間までに仕事を終わらせようと思えば、今も忙しくて「業務」と感じてしまいます。

結婚・出産も含めていろいろな経験をすればするほど幅が広がるので、若い先生方には、どんどん経験を積み何でも吸収していただいて、女性パワーで地域医療を支えていこうと伝えたいです。

(聞き手 服部かおる新聞部員)

公衆衛生の観点から 地域医療支えたい

兵庫県健康福祉部参事兼健康局医療課長
味木 和喜子先生



大学院で公衆衛生を学ぶ以来、ずっと公衆衛生に携わってきました。公衆衛

生分野に進んだのは必ずしも志をもってというわけではなかったのですが、学生時代に出産し、子育てしながらもう少し勉強したいと学んでいくうちに、面白さに目覚めました。

ご縁があり、大阪府立成人病センター調査部でがん登録に長く携わり、そこから、国立がんセンターのがん対策情報センターの立ち上げに目覚めました。この1月から全国がん登録という全国でデータを集める仕組みができ、がん対策の向上に役立てていくと大いに期待しているところです。センターでは後任が育ってきまして、地元の兵庫に戻って今に至ります。この4月から健康福祉部医療課に異動となりました。医療課は医療体制の確保が主な業務です。県民の方のご心配を安心して医療をつなぐ役割を果たしたい

たです。日頃から患者さんとのつながりを大切にしていたからこそ、言っていただけだったと思いません。

若い女性医師・歯科医師の先生には積極的いろいろな場に足を運び多くの人に出会い、その関わりを大切にしたいと思っています。何がきっかけで生き方が変わるかわかりませんが、交際を続けています。まったく違う世界で気持ち切り替えられるのが魅力です。

10年ほど前から趣味の社交ダンスを続けています。まったく違う世界で気持ち切り替えられるのが魅力です。

兵庫保険医新聞

保険診療の請求事務・再審査請求・指導・監査などのご相談やお問い合わせは ☎078-393-1803(研究部) ☎078-393-1809(歯科)朝9時30分から