

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ってきましたが、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、医療提供体制は西播磨医療圏内で完結することが理想だと考えています。
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、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、実のある会にしたいという意識もしています。国が「地域医療構想」の策定を求めていることもあり、地域の方にも顔を合わせ議論する機会が増えてい

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 赤穂市民病院の一般病床は7対1看護体制をとっていますが、この春の改定で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、要件がさらに厳しくなりました。東

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ってきましたが、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、医療提供体制は西播磨医療圏内で完結することが理想だと考えています。
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 赤穂市民病院の一般病床は7対1看護体制をとっていますが、この春の改定で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、要件がさらに厳しくなりました。東

辻 地域の医療構想を知らせていくことが大切ですね。
小野 そうですね。病院関係団体の会議でも、積極的に発言をしようとしています。東京の会議にも出席しています。東

辻 地域の実態を知らせていくことが大切ですね。
小野 そうですね。病院関係団体の会議でも、積極的に発言をしようとしています。東京の会議にも出席しています。東

辻 地域の実態を知らせていくことが大切ですね。
小野 そうですね。病院関係団体の会議でも、積極的に発言をしようとしています。東京の会議にも出席しています。東

辻 地域の実態を知らせていくことが大切ですね。
小野 そうですね。病院関係団体の会議でも、積極的に発言をしようとしています。東京の会議にも出席しています。東

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ってきましたが、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、医療提供体制は西播磨医療圏内で完結することが理想だと考えています。
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 赤穂市民病院の一般病床は7対1看護体制をとっていますが、この春の改定で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、要件がさらに厳しくなりました。東

辻 地域の医療構想を知らせていくことが大切ですね。
小野 そうですね。病院関係団体の会議でも、積極的に発言をしようとしています。東京の会議にも出席しています。東

辻 地域の実態を知らせていくことが大切ですね。
小野 そうですね。病院関係団体の会議でも、積極的に発言をしようとしています。東京の会議にも出席しています。東

辻 地域の実態を知らせていくことが大切ですね。
小野 そうですね。病院関係団体の会議でも、積極的に発言をしようとしています。東京の会議にも出席しています。東

人口当たり医師数が最も少ない西播磨

辻一城副理事長

「受け皿」づくり 実態との矛盾

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、内容をみると、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。文書提示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・厚生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。

—それはどうしてですか。
患者さんの自己負担が大きくなりすぎるからです。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。

患者負担を引き下げるとともに、一部の医療機関でなく、歯科医療機関全体の経営改善のため、歯科医療費の総枠拡大を求めています。

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」が社会問題になってい

る。4月3日発行のサンデー毎日では「口の中から見える格差と貧困 子どもから老人まで広がる口腔崩壊って何だ!」という特集が組まれ、治療費が払えず歯科治療にかけられない貧困層の実態が報道された。

「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・

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「保険でより良い歯科医療を」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。

「口腔崩壊」を食い止め 歯科医療危機解決に取り組もう

兵庫協会が、歯科技工士・歯科衛生士や患者さんとともに「保険でより良い歯科医療を」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・

科技工士アンケート調査では、半数以上の歯科技工士が週70時間を超える労働をしており、しかも57%が可処分所得300万円以下である。低収入・長時間労働が、若手歯科技工士の離職率8割という、異常な事態を引き起こしている。

「口腔崩壊」を食い止めるためには、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。

このような利用料負担の引き上げや、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。

このほか、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。

患者さんの自己負担が大きくなりすぎるからです。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。

患者負担を引き下げるとともに、一部の医療機関でなく、歯科医療機関全体の経営改善のため、歯科医療費の総枠拡大を求めています。

患者負担を引き下げるとともに、一部の医療機関でなく、歯科医療機関全体の経営改善のため、歯科医療費の総枠拡大を求めています。

患者負担を引き下げるとともに、一部の医療機関でなく、歯科医療機関全体の経営改善のため、歯科医療費の総枠拡大を求めています。

患者負担を引き下げるとともに、一部の医療機関でなく、歯科医療機関全体の経営改善のため、歯科医療費の総枠拡大を求めています。

患者負担を引き下げるとともに、一部の医療機関でなく、歯科医療機関全体の経営改善のため、歯科医療費の総枠拡大を求めています。

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

「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

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がなかったのは、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

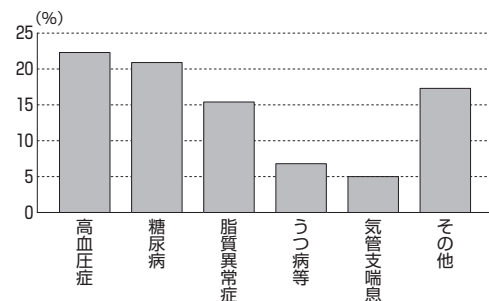
半数の会員が治療中断を経験

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)



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)。

図1 患者の経済的理由による治療中断

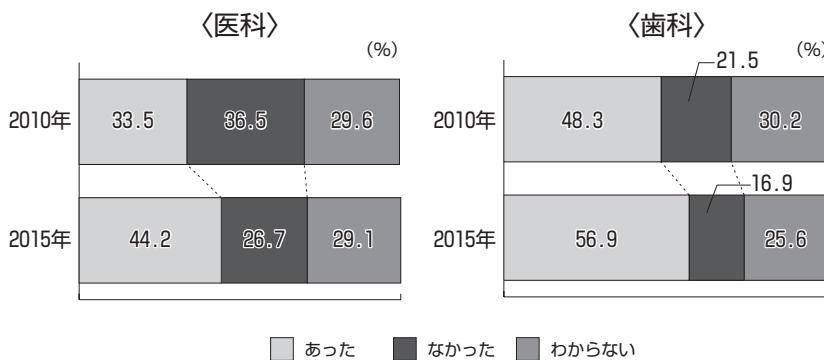


表2 この半年間に、医療費負担を理由に検査や治療を断られた経験

	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%

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。

が乏しいと治療中断を起こしやすいとされている。

「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78.6%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%

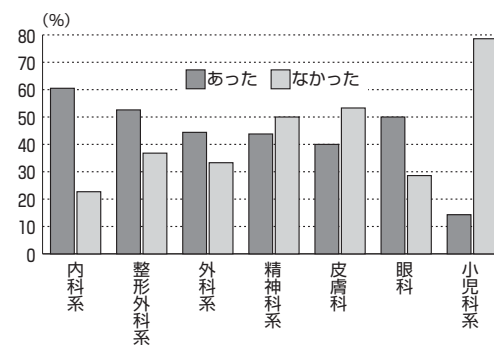
受診抑制がよくある事例についての経験を尋ねると、医科で5割を超える上位4項目は、1位「薬が切れているはずなのに受診に来ない」74.6%、2位「受診回数を減らしてほしい(「月1回を2カ月に1回に」「長期投薬を希望」など)と言われた」66.2%、3位「薬代の負担を減らしてほしい(ジェネリックを希望など)と言われた」62.8%、4位「投薬のみを希望する患者がいた」60.7%であった。

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

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し、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

特別インタビュー 東日本大震災・福島第一原発事故から5年「福島の声を知る」

持続的に拡大しつづける原発被害

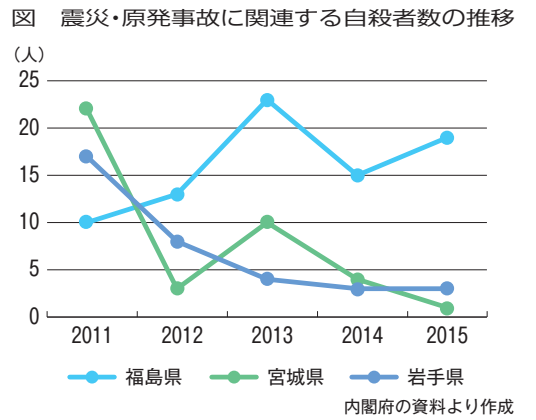
東日本大震災と福島第一原発事故から5年。事故原因の解明は進まず、今も約10万人が避難生活を送っている。福島県の住民はどのような思いで5年目を迎えたのか。加藤擁一・森岡芳雄副理事長が、福島県を訪れ、医療生協わたり病院の齋藤紀先生に、現地の現状や住民の健康状況などについて話を聞いた。

増え続ける原発事故関連死

加藤 今年には阪神・淡路大震災から21年、東日本大震災から5年となり、震災に加えて原発事故被害があり、二重の大変さを抱えている福島県は、状況が兵庫県の先生方に知らせたいと、インタビューをお願いしました。この5年間を振り返っていかがですか。

齋藤 患者さんを日々診察するという点では、事故前も今も同じです。変わったのは原発事故の状況、放射線被曝の人体障害について話を続けていることです。事故直後から保育士や幼稚園の先生、医師、教師、その他職業の別なく、避難者にもそうでない方にも、呼ばれれば講演してきました。2011年秋から、福島市の依頼を受け、市民に対して、全行政区を網羅する形で、年間を通し講演する取り組みを現在まで続けています。

加藤 患者さんや住民の状況はいかがでしょう。震災関連死が多いとの報道が気になります。今年2月末までに震災関連死と認定されたのは岩手県459人、宮城県920人、そして福島県は2026人にのぼり、この1年で新たに認定された129人のうち112人は福島県とされています。



齋藤 震災関連死は、福島県では「原発事故関連死」と言えます。その内、

甲状腺がんをどう見るか

加藤 18歳以下の県民を対象とした県民健康調査で、100人以上が甲状腺

がんと診断されていますが、原発事故の影響をどう見ておられますか。

齋藤 現在少し冷静さを取り戻して、きまじく、絡んでほぐさない毛玉のような問題になってきたと思っています。公表された健康調査の結果、

甲状腺がんが増えているという報告が、原発事故の影響をどう見ておられますか。齋藤 現在少し冷静さを取り戻して、きまじく、絡んでほぐさない毛玉のような問題になってきたと思っています。公表された健康調査の結果、



聞き手 加藤 擁一 副理事長



聞き手 森岡 芳雄 副理事長

いることです。帰っても病院もスーパーもなく、仕事もない。こんな中、賠償を打ち切るのには棄民政策といえるものですね。

森岡 阪神・淡路大震災後も、お年寄りが住み慣れた環境を離れたことで、震災関連死を生んでしまいました。原発事故では、そこに家族関係の崩壊が重なり、さらに厳しい状況ですね。

齋藤 さらに問題なのは、その苦しい状況も個々で違いがあり、胸襟を開いて話をすることも難しい場合があります。放射線ひとつにしても、「何でそんなに怖がるの?」「何で平気なの?」となり、分かってもらえないと、口を閉ざしてしまつてしまいます。

森岡 私も今の状況で、数年の潜伏期間も考慮すると、原発事故による被害が増えているとは言いにくいと感じます。

齋藤 一番苦しく不安なのは当の子どもたちです。本来、臨床医は、多面的、専門的知見を踏まえ、状況を冷静に扱う能力が求められます。実際の被曝量を踏まえ、またチェルノブイリ事故被災の知見(甲状腺がん相対リスク約5倍/グレイ)を踏まえてみれば「甲状腺がんが通常の50倍も100倍も起きている」との主張は、やはりその手前です。

齋藤 その通りです。そのため、取り戻せるものは取り戻そう、その可能性を探ろうとしている方がほとんどです。

森岡 気になるのは、国が「安全だから帰れ」と音頭をとっていることです。決めるのは住民ではないでしょう。

齋藤 そう思います。本来、住民の合意が前提です。合意もオール・オア・ナッシングではなく、漸進的、段階的であるべきです。一番の問題は、避難解除がすなわち賠償打ち切りとなつて

賠償打ち切りは棄民政策

加藤 国は住民に帰還を勧めていますね。避難区域のうち、「居住制限区域」「避難指示解除準備区域」を、遅くとも2017年3月までに解除する方針を決めています。

齋藤 避難指示解除にあたり、私は二つ問題があります。一つは、放射線の線量について、年間ではなく、住民の生涯線量で考える議論がほとんど行われていないことです。仮に毎年20ミリシーベルト近い被ばく線量で

果を見ると、「がん」と「がん疑い」の診断率は、どの地域もほとんど0.04%で一致し、サイズも平均年齢も差はみられません。また、小児の方が、感受性が高いとされますが、事故時年齢4歳以下の「がん」が「がん疑い」はゼロです。この結果を見ると、少なくとも今のところ、放射性ヨウ素によって甲状腺がんの多発が起きているとはいえない。

甲状腺がんが放射線ヨウ素によって誘発されたとするならば、発生率と甲状腺被ばく線量が相関関係を示さなければなりません。チェルノブイリ事故が教えてくれた重要な知見です。

「避難の権利」はありませぬ。しかし「避難の現実」が「安全だから帰れ」と音頭をとっていることです。決めるのは住民ではないでしょう。

齋藤 そう思います。本来、住民の合意が前提です。合意もオール・オア・ナッシングではなく、漸進的、段階的であるべきです。一番の問題は、避難解除がすなわち賠償打ち切りとなつて

齋藤 今でも避難指示区域内で、野菜を作り自給自足で暮らしているひとりのお年寄りがおられます。これはその人の自己決定権に



震災直後に福島県伊達市で住民に講演する齋藤先生



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
ると思っています。さらに、
属すること、いいの診療
所の松本純所長（福島協会
理事長）が住診してサポー
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 県民のこれからの
生活や健康をどうみられて
いますか。
齋藤 原発事故による被
害は持続すると思っていま
す。国は、避難区域の解除
とあわせ、事業者への「賠
償打ち切り」を決めまし
た。避難区域におられた約
8千の事業者に対して、営
業損失の補償は2015、
16年度の2年間を最後にす
ると思っています。さらに、
属すること、いいの診療
所の松本純所長（福島協会
理事長）が住診してサポー
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 県民のこれからの
生活や健康をどうみられて
いますか。
齋藤 原発事故による被
害は持続すると思っていま
す。国は、避難区域の解除
とあわせ、事業者への「賠
償打ち切り」を決めまし
た。避難区域におられた約
8千の事業者に対して、営
業損失の補償は2015、
16年度の2年間を最後にす
ると思っています。さらに、
属すること、いいの診療
所の松本純所長（福島協会
理事長）が住診してサポー
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 県民のこれからの
生活や健康をどうみられて
いますか。
齋藤 原発事故による被
害は持続すると思っていま
す。国は、避難区域の解除
とあわせ、事業者への「賠
償打ち切り」を決めまし
た。避難区域におられた約
8千の事業者に対して、営
業損失の補償は2015、
16年度の2年間を最後にす
ると思っています。さらに、
属すること、いいの診療
所の松本純所長（福島協会
理事長）が住診してサポー
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 県民のこれからの
生活や健康をどうみられて
いますか。
齋藤 原発事故による被
害は持続すると思っていま
す。国は、避難区域の解除
とあわせ、事業者への「賠
償打ち切り」を決めまし
た。避難区域におられた約
8千の事業者に対して、営
業損失の補償は2015、
16年度の2年間を最後にす
ると思っています。さらに、
属すること、いいの診療
所の松本純所長（福島協会
理事長）が住診してサポー
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。

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
けられない、放射線が賠償

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
けられない、放射線が賠償

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
けられない、放射線が賠償

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
けられない、放射線が賠償

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
けられない、放射線が賠償

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
けられない、放射線が賠償

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
けられない、放射線が賠償

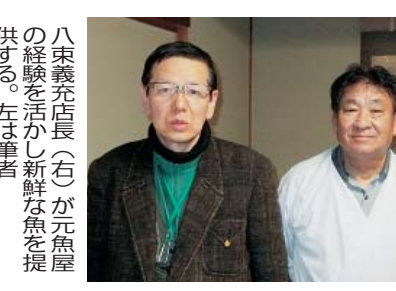
加藤 最後に、この福島
の現実に対し、われわれ医
師・歯科医師はどのような
立場をとるべきか、お考え
をお聞かせください。
齋藤 二つあると思いま
す。2011年の事故前、
スリーマイル島やチェルノ
ブイリ事故が研究されてお
られる、アメリカの精神科
医のプロメットが「チェル
ノブイリ事故は身体的・精
神的・社会的複合的のも
のである。被災者が線量を受
けられない、放射線が賠償
けられない、放射線が賠償

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
けられない、放射線が賠償

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



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

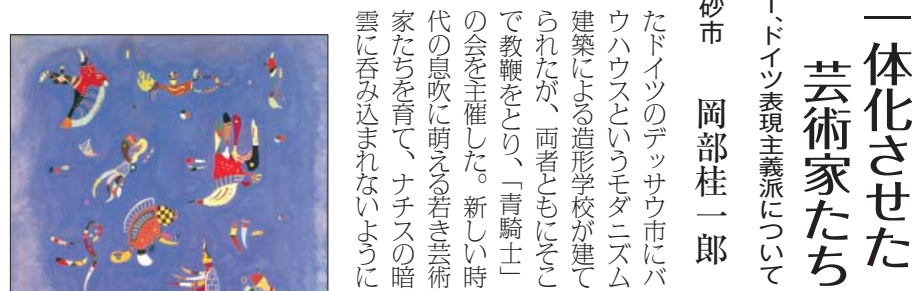
永本浩の ちょっといい店

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。今回は「穴子コース」

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。今回は「穴子コース」

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。今回は「穴子コース」

音楽と絵画を一体化させた 芸術家たち



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。
クレリーの絵は楽譜を思わ
せるような図案と色彩で児
童画の世界に引き込まれ
る。クレリーはバイオリンを
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。
クレリーの「人形劇場」

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。
クレリーの絵は楽譜を思わ
せるような図案と色彩で児
童画の世界に引き込まれ
る。クレリーはバイオリンを
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。
クレリーの「人形劇場」

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とは従来どおり、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。

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。

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。この小野に『浄土寺・阿弥陀三尊立像』があります。



浄土寺 阿弥陀如来及両脇待立像 北播支部 坪田 徹

私も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し、4月からの在宅医療「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、改定のポイントを分かりやすく解説した。今改定で

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。

この日も、会場いっぱいとなった参加者らが熱心に講師の話聞き、終了後も質問が相次いだ。

会員討報

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

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、医院スタッフもご加入ください

- 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

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

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

ISR アウトソーシングサポート 信頼・向上そして社会貢献 〒650-0026 神戸市中央区古渡通1-2 (ISRビル) お気軽におたずね下さい

ホームページ グループ代表 www.isr-group.co.jp 梨本剛久 **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+月々*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 発行所 兵庫県保険医協会 <http://www.hhk.jp/>
2016年4月25日 ☎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)

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、患者負担が増えるだけでなく社会保険の充実が参加。順番にマイクを握る人も多かった。

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、ぜひ署名に訴え、46筆の署名を集めた。

署名に応じた市民からは、「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」「今の負担は耐えられない」「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」など切実な声寄せられた。

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「福島声を聞く」 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)

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

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

女医の会 インタビュー

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



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。

今に至りま。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。県民の方のご安心を第一に、医療従事者と行政をつなぐ役割を果たしたいです。

（聞き手 服部かおる(新聞部員)）

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・淡路大震災をしたが阪神・淡路大震災を

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です。

子どもの勉強も働きながら、5年間、患者数や罹患率、治療効果などのデータを集めるがん登録を標準化し、全都道府県へ広げようという目標がありました。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。

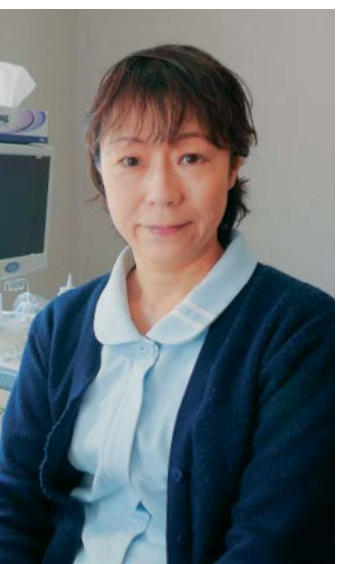
センターでは後任が育ってきまして、地元の兵庫に戻って今に至ります。この4月から健康福祉部医療課に異動となりました。医療課は医療体制の確保が主な業務です。県民の方のご安心を第一に、医療従事者と行政をつなぐ役割を果たしたいです。

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です。

子どもの勉強も働きながら、5年間、患者数や罹患率、治療効果などのデータを集めるがん登録を標準化し、全都道府県へ広げようという目標がありました。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。



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人と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ねいにできなかつた時に、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、ありがたき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。

皆さんの声を聞かせていただけて、一緒に何ができると考え、皆で実施していく、そのための後押しをするのが行政だと思っています。

地域医療を第一線で担っている医療従事者の方から、地域の先生方から、県行政の先生方から何か、お話をうかがえればと思います。医師だということ、医療従事者と行政をつなぐ役割を果たしたいです。

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ていきたいです。