

# 兵庫保険医新聞

第1830号

発行所 兵庫県保険医協会  
http://www.hhk.jp/

2016年11月15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)

## 第25回日常診療経験交流会

# 医・歯・薬連携でより良い医療へ

### 2000人超が参加



日々の医療における創意・工夫が報告された分科会

職種を越えて日常診療での創意・工夫を持ちより、日々の診療をより良いものにしていく。協会は10月30日、日常診療経験交流会を神戸市産業振興センターで開催。第25回を迎えた今年は「人生を豊かにする医療へ」をテーマに、参加者は分科会や医師・歯科医師・薬剤師、スタツから2008人、企画を含め約526人が参加した。参加者は分科会や医師・歯科医師・薬剤師交流企画等を通じ、第一線の診療における経験や研究内容を発表しあい、交流を深めた。

(次号に参加記を掲載予定)

### 「フレイル」テーマに 医・歯・薬交流企画

分科会では「糖尿病栄養指導」「歯科訪問診療はじめの一歩」「鼻出血の応急処置」「診療所のIT化」「当施設での看取りの実践」など、29人がそれぞれ



医・歯・薬交流企画でパネリストを務める(右から)八木秀満先生、足立了平先生、森本愛先生

の日常診療における気付きや工夫を発表し、他職種と活発に意見交換や情報交換を行った。「フレイル」と「医歯薬連携」と題した医師・歯科・薬科交流企画では、医師から八木秀満先生(尼崎市・八木クリニック)、

歯科から足立了平先生(神戸常盤大学短期大学部口腔保健学教授)、薬科から森本愛先生(宝塚市・たんぼぼ薬局(仁川店))が報告し、パネルディスカッションを行った。八木先生は、「フレイル」は筋力や心身の活力が低下した虚弱状態を意味し、このフレイル状態を経験して徐々に要介護状態になることを紹介。国民は、健康な状態で人生を長く過ごしたいと思っているが、国にはフレイルを予防することで医療・介護費を抑制したいという目論見があるのではないかとした。足立先生は、フレイルに至る前に歯周病や歯の喪失から起こる咀嚼機能や嚥下機能の低下といった「オーラルフレイル(口腔虚弱)」が生じていると指摘。口腔機能が低下すると

食生活が悪化し、フレイルにつながるおそれがある。医師や薬剤師にも口腔管理の重要性を認識していただき、連携することが大切だと強調。貧困などに左右されず受診できる環境の確保が健康長寿につながるとして、国民皆保険制度の堅持・患者窓口負担軽減を引き続き求めていくことを提起した。森本先生は、フレイルを予防するために経腸栄養剤などの医薬品を利用する、飲みやすい薬に変更するなど薬剤の適切な選択をするとともに、薬剤師としてポリファーマシー(多剤併用)にも関与することが重要と指摘。食事や運動療法のアドバイスをして健康サポートに取り組むことが薬剤師の役割ではないかと提起した。会場からポリファーマシーの改善にはどうしたらよ

## 燭心

口腔底炎は下顎前歯の内側と舌の間が腫れあがり、舌が上下に二つあるように見えることから二重舌とよばれる症状を呈することがある。この部位は組織が空疎でバリアーとなる骨もないことから小さな筋肉の隙間をぬって炎症は容易に頸部、胸部に波及して重症化しやすい。炎症の拡大を防ぐには早期に切開して膿を出し、抗菌剤を投与することが肝要だ。一般的に二つの舌を使い分ける二重舌人間は信用されない。この国の政府は唯一の戦争被爆国として核廃絶を唱える姿勢とは裏腹に、国連の核禁止条約の交渉開始決議に反対し、核保有国にすり寄る姿勢を明確にした。123カ国が賛成する中、広島選出の外務大臣が反対理由を弁明する構図も異様だ。今回の決議にあたっては同盟国などに対して反対追従を求める米国の圧力があつた。米大統領の広島訪問時の言葉はまさに二重舌、その時の日本の首相の演説を思い返すとこちらも顔が紅くなるほどの二重舌だ。▼「国民の安全を守る」が口癖の首相は、憲法違反の集団的自衛権行使しPKO駆けつけ警護で自衛隊員の生命を危険にさらす。▼「国民向け丁寧な説明」も首相の常套句だが、これも丁寧な説明がないままに強行採決が繰り返される。▼炎症が生体の防御反応であるにもかかわらず、自身の体を危機に追い込んでいくという二重舌の二重舌もまた、早く切開して膿を出さないと取り返しのつかない全身症状を引き起こすことになる。(九)

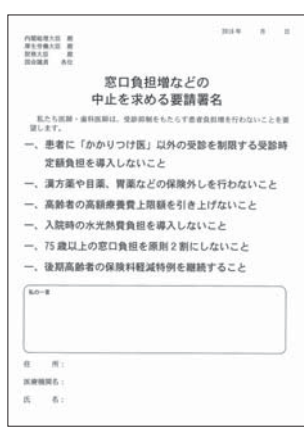
### 医療改善撤回を求めるドクター署名ぞくぞく

## まだの方は今すぐ返信を

本紙に用紙を同封・ネット署名も実施中!

政府は「かかりつけ医」以外の受診を制限する受診時定額負担や漢方薬、目薬、胃薬などの保険外しなど、患者負担増の具体化を本格的に進めている。

協会はこれら改悪案の具体化の中止を求める会員署名(左)に取り組み、818筆が集まっている(11月10日現在)。一言欄には「医療へのアクセスを制限する改悪は、患者の重症化を招き、かえって医療費の増加につながる」「医療費抑制のため



の重症化を招き、かえって医療費の増加につながる」「医療費抑制のため

兵庫県保険医協会

### 第90回評議員会 (臨時(決算)総会・第39回共済制度委員会)

11月20日(日) 13時～ 協会5階会議室  
・13時～ 第90回評議員会 ・14時30分～ 臨時(決算)総会  
・14時50分～ 第39回共済制度委員会

#### 「アベノミクスと三井生命の運用戦略」

三井生命保険(株)執行役員 運用統括部長 松多 洋一郎氏

・16時00分～ 特別講演  
「患者負担増は国民も財政も疲弊させる」  
埼玉大学准教授 高 端 正 幸 氏

【たかはし まさゆき】1974年生。2002年東京大学大学院経済学研究科博士課程単位取得退学。東京市政調査会(現後藤・安田記念東京都市研究所)研究員などを経て、現在、埼玉大学准教授。主な著書に「希望の構想」(共著、岩波書店、2006年)、「公私分担と公共政策」(共著、日本経済評論社、2008年)など

税金・融資のご相談は☎078-393-1817へ。 保険医年金・休業保障・グループ保険のお問い合わせは☎078-393-1805へ。(朝9時30分から)



表 兵庫県地域医療構想(案)に対する協会の意見と県の対応

協会の意見	対応・県の考え方
「2025年の医療需要と病床の必要量」の高度急性期、急性期、回復期の推計方法は、現状の入院受療率を2025年の人口推計に当てはめたもので、現在入院が必要な人はすべて入院しているという「前提」に立っている。慢性期では、療養病床の入院患者のうち最も症状が軽いとされる患者の70%を在宅にするとしているが、70%という数値に根拠はない。	【本文の趣旨に一致】(31頁) 数値については、今後、信頼に足るデータが得られれば更新を検討します。
慢性期あるいは在宅医療に関して、「地域完結型医療」の是非を含め、地域の現状に沿った実現性の高いきめ細やかな方策が必要である。	【ご意見を反映します】(38頁) 「全体の方向性」に「患者・家族の意思を尊重しつつ、在宅医療が可能となるよう、また、」を追記します。
医療需要は数年後にピークを迎える状況にあり、現状よりも少ない病床数で対応が可能であるとは考えられない。	【ご意見を反映します】(31頁、概要版6) 「留意事項」に「不足と見込まれる機能の病床については充実を図る必要がある。」と追記します。(概要版6も同様)また、「留意事項5」にあるとおり、過剰になると見込まれる機能の病床については、不足する機能への転換を支援します。
地域の医療従事者の感覚と合致しない構想の実現は極めて難しいといわざるを得ない。「自主的な取り組み」による目標達成のためには、医療機関の公私を問わず、規制的手法ではなく、地域住民と医療関係者の理解と同意が不可欠である。	【ご意見を反映します】(5頁、33頁、概要版8) (5頁)「各圏域において協議の場を設け、」と追記します。(33頁)施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。(概要版8も同様)
脳卒中や心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関から自動車30分圏に含まれない地域の人口が60%以上に上る圏域もある。これらの圏域では、高度急性期病床と急性期病床を分散して配置することが欠かせないと思われるが、盛り込まれているのは、いくつかの医療機関の統合計画である。	【ご意見を反映します】(91頁～) 巻末資料編の「搬送30分圏」に、「ドクターヘリ等の運用を加味すれば、県下全地域で、30分以内の医療開始が可能である」旨を加筆します。同図に「末カバー」とあるのを、「自動車30分圏末カバー」に改めます。なお、36頁に記載のとおり、3次医療を提供する病院の医療機能の充実と2次医療を担う病院との機能分担と連携促進、ドクターヘリの活用を含む消防と医療機関等との連携による救急搬送体制の確保・充実により、脳卒中や急性心筋梗塞等の急性期医療提供体制の充実に取り組むこととしています。
阪神北医療圏においては、「平成26年4月から1年間に時間外の小児2次救急は78・3%が他の圏域の病院に頼っており、安心して子育てできる環境とはとても言えない」との声が上がっている。2025年の医療需要に合わせて、地域医療構想を策定するのであれば、現状のこうした課題を克服するべく医療提供体制の整備を盛り込むべきである。	【今後の課題】 保健医療計画本体の次期改定において検討していきます。
圏域によっては2倍近い在宅需要が見込まれ、…10年程度でそうした医療提供体制を確実に整備できるのか疑問である。病院の病床を減らした上で、在宅医療供給を抜本的に増やすことには無理があるのではないか。	【本文の趣旨に一致】(33頁) 在宅医療の充実、病床の分化・連携の前提として位置づけており、受け皿としての在宅医療が不十分のまま、病床削減を先行することはありません。
構想と地域包括ケアシステムの成否は、受け皿である在宅医療にかかっている。在宅医療の具体的な充実策が不足のままでは、高齢者は医療と住まいの両方を失い、いわゆる「難民」を生じさせかねない。	【その他】 従来から、国は医学部定員の拡大・地域枠の創設等に、県も養成医師の拡大に取り組んでおり、医師数は増加が見込まれます。新専門医制度の開始時期は平成30年まで延期されましたが、養成プログラムへの支援等を国に提案しています。
「兵庫県地域医療構想(案)」における具体的な施策は県の養成医師の拡大などにとどまっており、県として医師不足の解消のために、医師数拡大を国に求めるべきである。総合診療専門医養成プログラムの作成が挙げられているが、現在、いわゆる「新専門医制度」の整備は進んでいないことにも留意すべきである。	【ご意見を反映します】(33頁、概要版8) 施策の「基本的な考え方」に「県民・関係団体等への情報提供と、その知見の集約」を追記します。(概要版8も同様)
県においては、①地域住民の本当の医療ニーズをいかに汲みとる、②地域住民に十分に説明しその理解を得る、③住民、医療従事者の意見を尊重する、④地域医療構想推進委員会において適切な合意を得る、その上で、地域医療構想を策定すべきである。	

\*兵庫県地域医療構想「提出された意見の概要とこれに対する考え方」より作成。頁は県地域医療構想(案)の該当ページ

### 地域医療構想

## 協会の意見受け

# 県「病床削減を先行させない」

2025年の必要病床数などを推計する「兵庫県地域医療構想(案)」について、県が実施したパブリックコメントで、協会が、推計方法の問題点や地域医療の実態と乖離していることなどを指摘したところ、意見の一部が反映された。詳細を紹介する。

必要数のもととなる、厚労省による推計方法の根拠が薄弱であるとの協会の意見に対し、県は「今後、信頼に足るデータが得られれば、更新を検討する」と回答している。

### 在宅の充実なしに病床削減行わない

2025年の在宅需要について、「圏域によっては2倍近い在宅需要が見込まれ、10年程度でそうした医療提供体制を確実に整備できるのか疑問である」との協会の意見に対しては、「在宅医療の充実、病床の分化・連携の前提として位置づけており、受け皿としての在宅医療が不十分のまま、病床削減を先行することはありません。」との意見を受け修正します」と回答している。

### 推計方法「更新を検討」

2025年の機能別病床

協会が提出した意見のうち、5件については「ご意見を反映します」「ご意見を受け修正します」とご

に対して「ご意見を反映します」とし、「不足と見込まれる機能の病床については充実を図る必要がある」と構想に追記するとして。

**会員計報**

中野 宗一先生  
尼崎市 小児科・内科  
10月27日 享年85歳  
ご冥福をお祈り  
申し上げます

### 今後の課題

これは、介護施設の整備が不十分な地域や、在宅医療を行うことが難しいへき地などでは、公立病院の統廃合や病床削減を行わないということを明言したもので、今後地域の病院や病床を守る上で非常に重要な見解である。

地元の会員からの具体的な声を反映した「阪神北医療圏においては、平成26年4月から1年間に時間外の小児2次救急は78・3%が他の圏域の病院に頼っており、安心して子育てできる環境とはとても言えない」という協会の意見については、「今後の課題」として、「保険医療計画本体の次期改定において検討する」との回答を得た。

共済の今日と未来を考える兵庫懇話会 一結成9周年第10回総会講演会一

## TPP協定と私たちの暮らし

—各国の批准状況と日本の〈現在〉—

TPPで私たちの暮らしはどう変わるのでしょうか？ 各国の批准状況はどうなっているのでしょうか？ TPP等自由貿易・投資協定のウォッチや調査、政府や国際機関への提言活動を行っている内田氏に分かりやすくお話しいただきます。ぜひご参加ください。

日時 12月10日(土) 17時～ 会場 協会5階会議室  
講師 アジア太平洋資料センター(PARC) 共同代表 内田 聖子氏

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1805まで

### 理事会 スポット

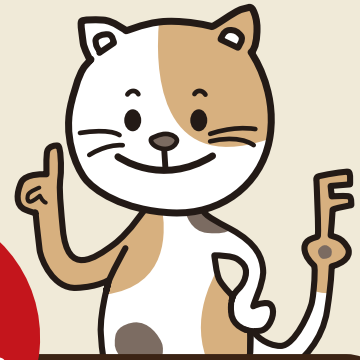
- ◇出席者 22人
- ◇情勢 厚労省は社会保障審議会介護保険部会に、要介護1、2の人の生活援助サービスの保険外しを先送りする案を提示した。一方、同医療保険部会に対しては、一般病床入院患者の光熱水費や水道代といった居住費を1日320円から370円へ引き上げるよう求めている。
- ◇医療運動対策 ①会員(ドクター)署名を、財務省の新提案など情勢にあわせたものに変更して実施すること、②保団連中央要請行動を10/20に行ったこと、③大型宣伝企画の具体化として景品付きクイズチラシの案内を送付したこと、④ラジオ関西「寺谷一
- ◇組織強化月間 会員拡大では役員が事務局と同行して積極的に未入会訪問を行っていること、共済普及では後半目標と到達状況が報告された。
- ◇庶務部 諸細則の新設・改正案を理事会構成役員に郵送し、意見を規約改正検討委員会で精査・検討し、顧問弁護士とのチェックを受けた上で、次回理事会に諮ることが了承された。(10月22日理事会より)





- ☑ 保険料を安くできないかな?
- ☑ いざというときの蓄えがない

そんなドクターに



好評  
受付中

# 保険医協会の 3大共済制度を組み合わせて ご利用ください

5000人を超える加入者  
保険医協会の団体定期生命保険

## グループ保険

締切  
毎月1日  
(翌月1日発足)

新規・増額  
申込  
受付中!

断然安い保険料と  
さらに配当金も!

### 7つのポイント!

- 1 断然安い保険料
- 2 最高5000万円の高額保障
- 3 配偶者も1000万円のセット加入OK
- 4 毎年、高配当を維持 過去22年連続配当!
- 5 ライフプランに合わせていつでも増額・減額できます
- 6 保険金額にかかわらず、面倒な医師による診査不要
- 7 最長75歳まで保障

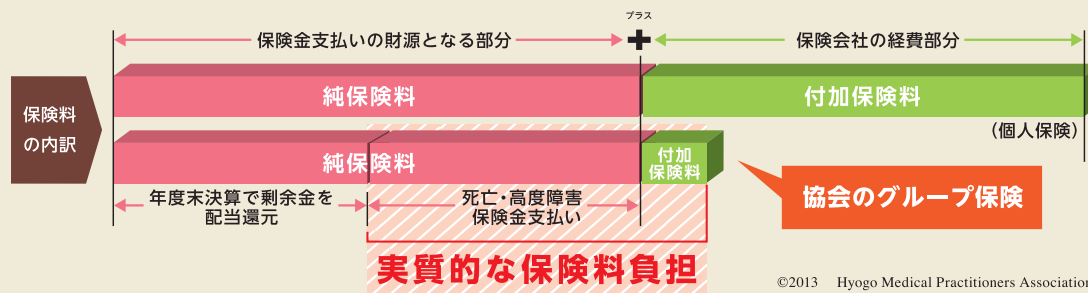
▶ 死亡保険は安さが一番  
いま話題のネット生保の保険料と  
比べてください

▶ 過去7年平均の配当率は  
**46%**でした



### なぜ協会のグループ保険は安いのですか?

▶ それは規模の大きな団体保険だからです



毎月の保険料は、保険金支払いのための「純保険料」に、保険会社の経費「付加保険料」がプラスされています。保険会社と団体契約した死亡保険＝グループ保険の「付加保険料」は、加入者の総保険金額で決まります。協会のグループ保険は総保険金額1500億円超の規模なので、「付加保険料」は保険金額1000万円あたり年齢に関係なく310円※という安さになっています。同じ保障金額の定期死亡保険なのに保険商品による保険料の大きな違い、それは「付加保険料」の違いです。さらに、年度末決算剰余金の還元の有無もポイントです。

©2013 Hyogo Medical Practitioners Association

※加入者の総保険金額が1000億円以上5000億円未満の付加保険料。

傷病による休業時の保障に、高い保険料を払っていませんか?

## 休業保障制度

締切  
12月末  
(2017年  
4月1日発足)

「休業保障制度」は非営利の共済だから、  
保険会社の利益も、高額な代理店手数料も含んでいません。

### 8つのポイント!

- 1 割安な掛金が満期まで上がりません
- 2 掛け捨てではありません
- 3 最長75歳まで、730日の充実保障
- 4 弔慰・高度障害給付あり
- 5 自宅療養も対象、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 妊娠・出産に起因する併発病、帝王切開も給付
- 8 所得補償保険との重複受給OK

給付金額最大  
**4,304万円**  
(8口加入全期間入院の場合)

1口当たり

入院1810 自宅1810  
**8,000円 6,000円**

<月額掛金と給付金例>

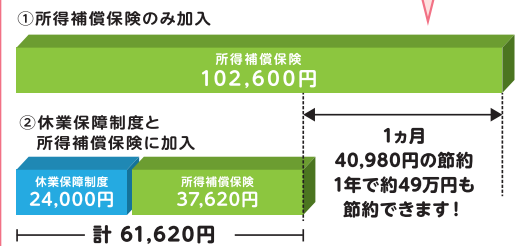
●37歳勤務医3口加入 月額掛金8,400円の場合  
入院30日72万円・自宅30日54万円

●48歳開業医8口加入 月額掛金24,000円の場合  
入院30日192万円・自宅30日144万円

### 休業保障制度と所得補償保険の セット加入で保険料を節約できます!

例) 50歳の先生の場合

無床診療所1ヵ月の維持コストは平均250万円。  
生活費を加えて**300万円を補償するコストは?**



①は協会の所得補償保険のみ30口加入(月額300万円補償)された場合の保険料を表示しています。  
②は休業保障制度に49歳までに8口加入(30日間入院の給付額192万円)され、  
協会の所得補償保険に11口加入(月額110万円補償)された場合の、給付・補償額計302万円に対する  
保険料を表示しています。各制度の詳細はパンフレット等をご参照ください。

裏面も要チェック!!

お申し込み・お問い合わせは共済部 ☎078-393-1805 まで

※ここでご案内しました内容は、制度の概要を説明したものです。ご加入条件、お支払い条件等の詳細については、パンフレット・申込書等を必ずご確認ください。

医師・歯科医師の資産形成におすすめ

# 保険医年金

次回受付は  
お問い合わせ  
ください

## 4つのポイント!

- 1 急な出費にも1口単位で解約可能(手数料不要)
- 2 払い込みが困難なときに掛金中断、余裕ができたときに掛金再開(手数料不要)。いつでも受付
- 3 事前に満期日の指定は不要(最長80歳まで加入可能)  
受取方法(10年・15年定額型、15年・20年増額型、または一括受取)は受給時に選択
- 4 万一の時はご遺族に全額給付

運用は、日本生命、第一生命、明治安田生命、太陽生命、三井生命、富国生命が共同受託しています。保険医年金は、加入者数5万4千人、積立金総額1兆2千億円を超える日本最大の私的年金制度(拠出型企業年金保険)です。

### 1.259%

※2016年9月1日現在の  
予定利率(最低保証利率)。  
配当が出ればこれに加算されます

※2015年度は上乗せ配当があり、  
予定利率と合わせて配当率は  
1.469%となりました。

●加入資格  
満74歳までの協会会員  
(増口の場合は満79歳まで)

●加入口数  
○「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2,000万円まで  
(年2回受付)

## 「月払」で無理のない資産づくり

年齢	月払	加入	年間	月々	65歳から 10年確定で 受給の場合
35歳	7口 (7万円)	加入	約310万円	約26万円	
40歳	10口 (10万円)	加入	約443万円	約37万円	70歳から 10年確定で 受給の場合
45歳	13口 (13万円)	加入	約576万円	約48万円	75歳から 10年確定で 受給の場合

※現在の予定利率(最低保証利率)1.259%で試算したものです。将来の支払い額をお約束するものではありません。  
※掛金負担額、手数料・特約保険料等が差し引かれるため、期間ごとの加入では積立金が掛金を下回ります。

+

## 余裕資金は「一時払」でキッチリ上乗せ

### 「一時払」2000万円加入すると

加入期間	脱退一時金	10年確定年金 基本年金月額
10年	約2,197万円	約193,000円
20年	約2,467万円	約216,000円
30年	約2,771万円	約243,000円

※予定利率1.259%で計算しています。決算配当を加算していません。戻り率138%

## 協会から新しい共済制度が誕生しました

# 積立年金「DefL」

## 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 積立金から必要額の払い出し、掛金払込の中断OK。自在性の一般型
- 3 個人年金保険料控除をとって節税できる個人年金型
- 4 掛けやすい少額単位の「月払」。1口5,000円~600口300万円まで
- 5 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)
- 6 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。

予定利率1.289% 左記の予定利率(最低保証利率)で試算した場合、  
「月払」は約5年半、「一時払」は約2年半で積立金が掛金を上回ります。

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にお勧めします。

お問い合わせ  
ください

名称の「DefL」は、  
Delight family Life  
「家族の人生を輝かせる」  
から採用しました。



## 損害保険の団体割引が始めました (自動車保険、火災保険等)

協会からの引き落としに変えると年払い保険料が5%引きに!

自動車保険の場合、同居のご家族、別居の扶養家族、従業員もご利用いただけます。

※三井住友海上火災と兵庫県保険医協会との集金代行契約(「集団扱い」)です。

その他の保険商品——ガン保険、ゴルフ保険、自転車保険等もお問い合わせください。



所得補償保険 | 先生のご家族、スタッフもご加入いただけます。

医師賠償責任保険 | 医事紛争の備えは必須です。

秋の共済制度普及 好評受付中!

お問合せは共済部まで ☎078-393-1805



# 行事のご案内

開業・医院経営に役立つセミナーと研究会

まだ協会にお入りでない先生へ

ご入会、保険医協会のご利用に  
関するお問い合わせは  
内科: 078-393-1817 組織部  
歯科: 078-393-1809 歯科部会  
まで、お気軽にお問い合わせください。

ご入会の上  
ご参加  
ください

## 〈医科〉勤務医のための開業特別セミナー

日時 11月26日(土) 14時~17時30分

会場 兵庫県農業会館10階101号室 参加費 2,000円(会員) 6,000円(会員外)

第1部「事例から学ぶ開業準備のポイント」 第2部「私の開業体験」  
(株)日本医業総研 山下 明宏氏 講師 中島 敏雄 先生  
「開業資金の作り方と開業後の収支」 (西宮市・中島クリニック院長)  
税理士法人日本経営 小松 裕介氏

先輩開業医の開業体験や、開業を考えるために押さえておくべきポイントなどを紹介します。  
具体的に開業をお考えの先生はもちろん、漠然と将来をお考えの先生もお気軽にご参加ください。

参加希望・お問い合わせは ☎078-393-1817 組織部まで

## 〈歯科〉初級歯科助手講座

日時 11月27日(日) 10時~17時

会場 兵庫県農業会館10F会議室

内容 「歯と口腔の基礎知識・診療の流れ」  
「院内感染対策の基礎知識」  
「医療保障の種類と受付業務・レセプトの流れ等」  
「患者接遇とコミュニケーション  
—電話対応等の実技演習付—」

参加費 6,000円(テキスト・資料・昼食代含む) 定員 80人

参加希望・お問い合わせは  
☎078-393-1809 歯科部会まで

## 初心者のための保険請求事務講習会

保険診療の仕組みから、点数計算、レセプトの書き方など保険請求の基礎を学ぶ2日間の講習です。

神戸会場 11月26日(土)・27日(日) 定員90人 保険医協会会議室

姫路会場 12月3日(土)・4日(日) 定員60人 姫路市勤労市民会館

プログラム 〈1日目〉15時~18時

※保険診療とは、窓口業務、点数の解説、薬剤料の計算など

〈2日目〉10時~15時

※診療報酬請求の実務、レセプト作成実習と解説

参加費 8,000円(テキスト・資料代、2日目の昼食代含む)

参加希望・お問い合わせは ☎078-393-1803 研究部まで

## 日常診療にすぐ役立つ

## 診療内容向上研究会

「手軽に取れる神経診察」

日時 2017年1月28日(土) 17時~

会場 保険医協会会議室

講師 総合病院国保旭中央病院 副院長

総合診療内科部長 臨床教育センター長

塩尻 俊明 先生

参加費 無料

参加希望・お問い合わせは  
☎078-393-1803 研究部まで

## 医院経営研究会

〈12月例会〉

医療法人の運営と税務の留意点

日時 12月17日(土) 14時30分~17時

講師 坂本 麻生 税理士

会場 保険医協会会議室

参加費 3,000円

(医院経営研究会会員は無料)

参加希望・お問い合わせは

☎078-393-1817 税務経営部まで



# 歯科保険請求



〈歯科治療総合医療管理料 (Ⅱ)〉  
1日につき45点(施設基準要届出)

Q1 高血圧患者へのリペース時に、必要があってモニタリングし、医管(Ⅱ)を請求したが査定された。対象などの要件を確認したい。

A1 高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全または脳血管疾患がある患者(医科からの情報提供は不要)に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、

脈拍、経皮的酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定します。

対象は、処置(外科後処置、創傷処置、歯周疾患処置、歯周基本治療処置を除く)、手術、歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成、支台築造、支台築造印象、印象採得(全身麻酔下で行うものを除く)に限られています。

※協会は厚労省に対し対象拡大を要求します。ぜひ声をお寄せください。

## ◆『平成27年度個別指導(歯科)における主な指摘事項』 近畿厚生局HPより抜粋①◆

### 【診療録】

1、診療録は保険請求の根拠であることを認識し、必要な事項の記載を十分に行うこと。

2、実際に診療を担当した保険医が、診療の都度、遅滞なく的確に記載すること。

3、診療を行った保険医が必ず記載内容を確認し、署名または記名押印を行うこと。

4、診療録第1面の記載内容に不備が認められたので、必要な事項を適切に記載すること。

①部位、傷病名、開始年月日、終了年月日、転帰(治療、中止など)、主訴(患者の言葉で記載してください)、口腔内所見の記載がなかった。

②傷病名にP、C、Pul、Perのレセプト略称を使用していた(⇒P<sub>1</sub>、P<sub>2</sub>、C<sub>3</sub>急化Pulなど鑑別診断したカルテ病名を記載してください)。

5、診療録第2面の記載内容に不備が認められたので、必要な事項を適切に記載すること。

①症状、所見、検査結果(電氣的根管長測定検査、細菌簡易培養検査、歯周病検査、平行測定、顎運動関連検査)、画像診断所見、医学管理等の内容、投薬内容、診療方針(訪問診療計画)、診療内容、診療月日、部位、点数または負担金徴収額について記載不備が認められた。  
②使用材料名または使用薬剤名を記載していない例が認められた。  
③不適切な記載が認められたので改めること。

診療録の欄外へ記載、判読困難な記載、独自の略称使用(◎など)、旧略称を使用(FCKなど)、実際の診療手順と異なる記載をしていた。

(協会で斜体部分を追記し、一部太字に変更しています)

融資部より 京都銀行提携融資制度 借り換えも可能!

### 特別金利キャンペーン好評実施中!

協会と京都銀行の提携融資制度は、期間限定の特別金利キャンペーンを実施しています。2017年3月末までの申込受付分について、通常より年0.4%優遇金利となります。借り換えも可能、手数料も通常より優遇していますので、ぜひご利用ください。

まずはお気軽にお問い合わせください。☎078-393-1817 融資部・有本まで

資金種類	利率	限度額
運転資金	1.075% → 0.675%	1000万円
設備資金	1.075% → 0.675%	1億3000万円
新規開業資金	1.275% → 0.875%	6000万円
子弟教育資金	1.275% → 0.875%	3000万円

※1000万円までは原則、担保不要  
※歯科は+0.2%、新長期プライムレート連動  
※診療報酬振込口座の社保・国保いづれか片方指定

共済部だより 協会共済部 ☎078-393-1805

### 年末・年始に保険医年金で資金調達される方へ

年末年初に、保険医年金の融資や解約一時金をご利用の先生は、お早めに協会事務局までご連絡ください。

**解約一時金**  
年内に解約一時金が必要な場合は、書類を12月15日(木)必着でお送りください。なお、年末と年始の2回に分けて解約されると税対策上有利です。

**年金融資**  
●年末に資金が必要な場合  
申込締切 12月20日(火)  
実行日 12月30日(金)  
●年始に必要な場合  
申込締切 12月20日(火)  
実行日 1月6日(金)

## 文化部特別企画

### 感想文 ちよっぴりコーディネートが 楽しくなりました

文化部は10月23日、特別企画「秋冬のコーディネートを楽しむ WORK&HOLIDAY2016」を協会の会議室で開催。(株)BEAMS2部スーパーバイザーの高見京三氏、BEAMS・HOUSE・KOBESHOPPマネージャーの増田雷三氏を講師に、会員や家族ら23人が参加した。伊賀文彦先生の感想を紹介する。

ファッションに関する催しに参加するのは初めてで、場違いにならないかとちよっぴりドキドキしました。



BEAMSの高見氏(右)のアドバイスを受け、試着する筆者

試着して鏡の前に行くところ、あまり不思議、みんな男前になっていました。私も自分の姿を鏡で見て「おっ、いける?」と思わずほほが緩みそうになりました。今年少しおもしろいかなという気持ちになりました。ありがとうございました。

【東灘区 伊賀 文彦】

## 文化部ワインセミナー

### 大切な人と… サンテ(乾杯)!



ソムリエの渡邊氏(後列右)のレクチャーを聞きながらワインを味わう(右4人目が筆者)

9月に長患いの末に父が亡くなり、鬱々とした目を過ぎていた折、チラシの「フランスワインを識る」という言葉が目についたので、時々コンビで安価な甘口のワインを購入するくらいでワインに関しては全くの素人でしたが、チラシの「初心者でもOK」というメッセージに背中を押され、妹も誘って総勢5人での参加となりました。20種類のプレミアムワインの試飲会の後、講師の渡邊圭一氏のレクチャーを拝聴しながらのディナーが始まりました。「フランスワインを識るには、フランスの地理と地方毎の土壌や気候について識ること

ってみたところ、皆「行きたくない」と即答したので、彼女たちも自分と同じ思いを抱えていたのだと分かりました。食べたり飲んだり忙しい、折角の貴重なお話を、だいたい聞き逃してしまいましたが、少し賢くなった気がし、また、これまで好んで飲んでいた甘口のワインより辛口のワインの方が美味いことに驚きました。楽しいばかりのディナーが終了してから、実家の母へ贈るワインを数本注文し、帰路につきました。保険医協会文化部の皆様、心躍る企画をありがとうございました。

【中央区 真殿 美樹】

待合室でクイズに答えると兵庫県グルメが当たる  
景品付きクイズチラシ実施中!

### 「日本の医師数は多いの?少ないの?」

グッズのご注文・お問い合わせは、☎078-393-1807まで



# 政策研究会「日本の財政改革 成長依存社会からの脱却」講演録

# 分断社会を終わらせよう

協会が6月4日に開催した政策研究会「日本の財政改革 成長依存社会からの脱却」(講師・慶應義塾大学経済学部 井手英策教授)の講演録を掲載する。

## 成長依存ではない 社会をめざすべき

アベノミクスが機能していないことは皆分かっていて、最も大きな問題は、それにも関わらず国民が支持していることだ。成長に依存しない生き方をいかなる社会では、成長させてくれる人々を信じる以外に道はないからではないか。

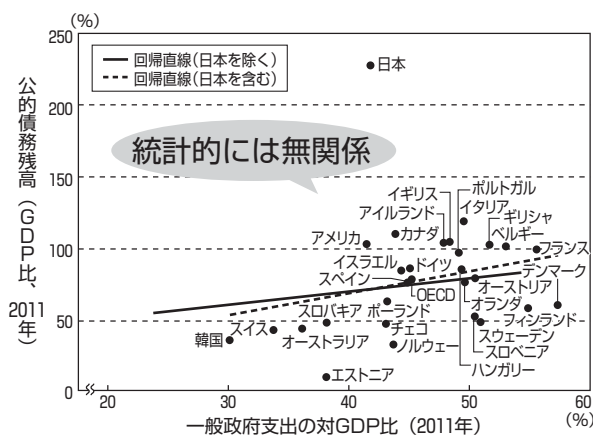
だから、「脱成長」論とも異なる、成長に依存しなくてもよい社会の姿を対抗軸として打ち出していく政治が大事で、そここそがアベノミクスに対する一番の批判になる。

## 財政赤字の要因は 社会保障ではなく 税金

日本政府の債務残高は非常に大きい。「支出をこれ以上増やすと、財政赤字が増えて大変なことになる」と批判している人は多いが、統計的に見ると政府の財政支出の規模と債務残高には関係がない(図1)。

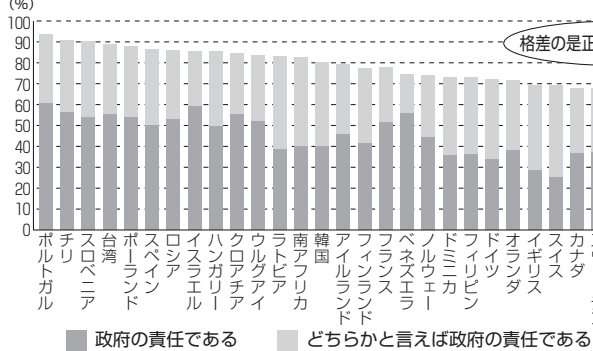
また、統計的には労働者の中に占める公務員の割合と債務残高には関係がない(図1)。

図1 一般政府支出と公的債務残高の関係



出所: OECD (2013), Government at a Glance 2013, OECD Publishing, Paris.

図2 格差是正への関心は薄い



井出・古市・宮崎「分断社会を終わらせる」筑摩書房より

このように、私たちは格差に無関心な社会をつくりだしている。金を出さずにお金を増やして格差を減らすのはおかしい。動かせる「人」を信じていなければ、政治家のことも信じないだろう。すなわち「政府を信頼しますか」という問いに対して「非常に」もしくは「かなり」信用できないという回答が、日本では56%に達している。明らかに政府も信用していない。人間も政府も信用していない社会を私たちは生きていくのだ。

人間を信じていない割合と税収の少なさは、きれいな相関関係がある(図4)。「要するに人間を信じない社会は税が取れないのだ」と言える。人間を信じていない割合と税収の少なさは、きれいな相関関係がある(図4)。「要するに人間を信じない社会は税が取れないのだ」と言える。人間を信じていない割合と税収の少なさは、きれいな相関関係がある(図4)。「要するに人間を信じない社会は税が取れないのだ」と言える。

## なぜ日本では 増税できないのか

「格差是正は政府の責任ですか?」という問いに対して、「政府の責任だ」「どちらかと言えば政府の責任だ」と答えた人の割合は、日本は下から6番目だ(図2)。

日本は下から6番目だ(図2)。また、「貧しい家庭の学生に経済的援助を与える」という問いに「そう思う」と答える日本人の割合は非常に高い。

図3 「人びとは信頼できる? 注意深く振舞う?」 信頼できるという回答の割合

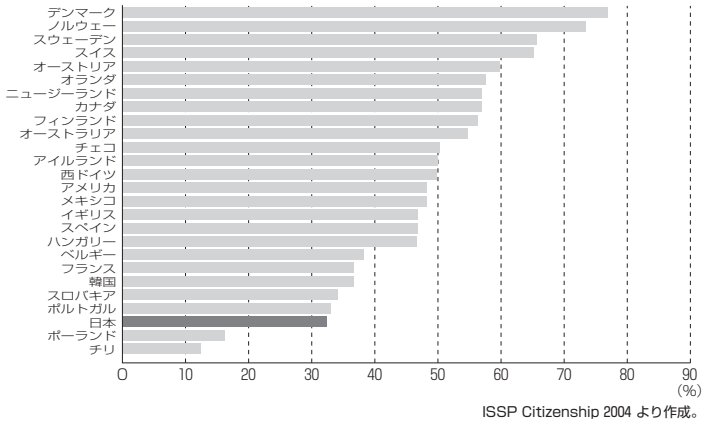
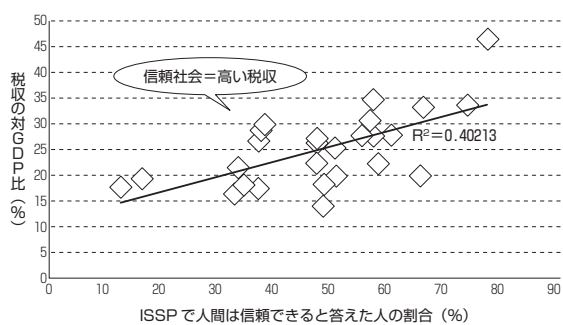


図4 不信社会=税の取れない社会



## 「分断社会」日本

別の統計では、「どれくらい自由を感じますか」という質問への肯定的な答えは58%で、調査年々減少している。これは「自分の人生は自分で決められますか」という問いでは60%で59%に落ちた。

愛国心はどうか。「自国の戦争のために喜んで戦うか」という質問に「はい」と答えた人の割合は最下位だ。「自国に人権への敬意があるか」という質問では、52%で34%に落ちた。こうしたデータから、「社会」という言葉が非常に軽く聞かせる。

私はこのように社会が社会たり得る価値を分かち合えることがなくなっていることを「分断社会」という言葉で表している。「勤労国家」から「袋叩きの政治」へなぜこのような社会状況が生じたのか? 私は日本の福祉国家のこの頃から正社員の数が増え、非正規雇用の数が減り、非正規雇用の4割が非正規雇用となった。人件費の総額は90年代半ば頃で頭打ちになり、以後横ばいになった。

世帯所得は戦後ずっと増えてきたが、97〜98年以降減少に転じている。この頃から正社員の数が増え、非正規雇用の数が減り、非正規雇用の4割が非正規雇用となった。人件費の総額は90年代半ば頃で頭打ちになり、以後横ばいになった。





井手 英策教授  
慶應義塾大学 経済学部

【いで えいさく】1972年生。95年東京大学経済学部卒、2000年同大学院経済学研究科博士課程単位取得退学、日本銀行金融研究所、東北学院大学、横浜国立大学にて奉職後、09年度より現職。2015年『経済の時代の終焉』で大佛次郎論壇賞受賞

「貧しい人を助ける」と聞くと、多くの人の頭に浮かぶのは、貧しい人にお金をあげることではないだろうか。しかし、統計では、貧しい人だけ給付をしている社会は、実は格差が大きな社会ということが分かる(図5)。自分たちは給付が受けられないから中間

層や富裕層が怒り、そうした層から税がとれなくなってしまう、分配するお金がなくて、格差を是正することができなくなるのだ。また、給付が貧しい人に集中している社会は、再分配政策への支持率が低い(図6)。貧しい人に給付が集中している国は、多くの人が格差是正に関心をもちていると思いがちだが、

「所得制限なしの社会保障給付」日本でも、「今の給付水準を維持できるならもう少し増税してもいい」あるいは「政府の責任であ

「貧しい人を助ける」と聞くと、多くの人の頭に浮かぶのは、貧しい人にお金をあげることではないだろうか。しかし、統計では、貧しい人だけ給付をしている社会は、実は格差が大きな社会ということが分かる(図5)。自分たちは給付が受けられないから中間

層や富裕層が怒り、そうした層から税がとれなくなってしまう、分配するお金がなくて、格差を是正することができなくなるのだ。また、給付が貧しい人に集中している社会は、再分配政策への支持率が低い(図6)。貧しい人に給付が集中している国は、多くの人が格差是正に関心をもちていると思いがちだが、

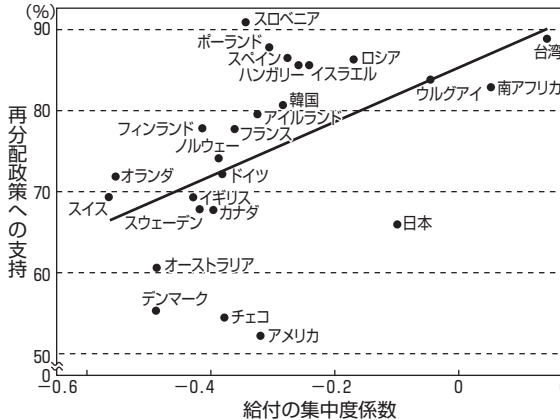
「所得制限なしの社会保障給付」日本でも、「今の給付水準を維持できるならもう少し増税してもいい」あるいは「政府の責任であ

「貧しい人を助ける」と聞くと、多くの人の頭に浮かぶのは、貧しい人にお金をあげることではないだろうか。しかし、統計では、貧しい人だけ給付をしている社会は、実は格差が大きな社会ということが分かる(図5)。自分たちは給付が受けられないから中間

層や富裕層が怒り、そうした層から税がとれなくなってしまう、分配するお金がなくて、格差を是正することができなくなるのだ。また、給付が貧しい人に集中している社会は、再分配政策への支持率が低い(図6)。貧しい人に給付が集中している国は、多くの人が格差是正に関心をもちていると思いがちだが、

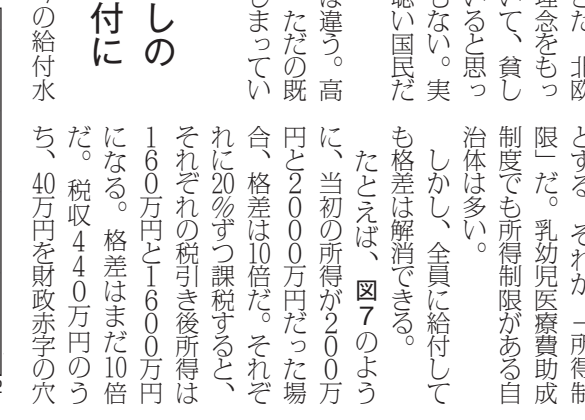
「所得制限なしの社会保障給付」日本でも、「今の給付水準を維持できるならもう少し増税してもいい」あるいは「政府の責任であ

図6 低所得層への給付は再分配批判を強める



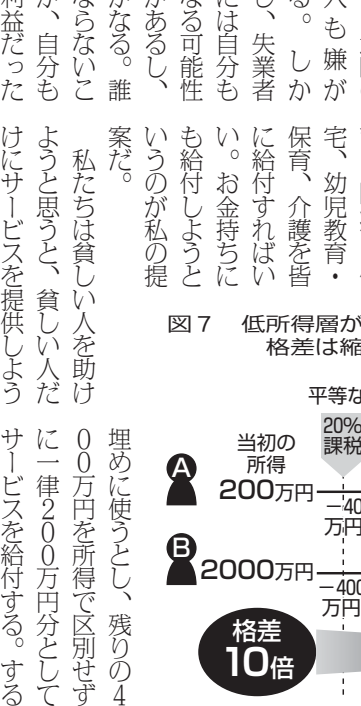
出所: Brady, D. & Bostic, A. (2015), "Paradoxes of Social Policy Welfare Transfers, Relative Poverty, and Redistribution Preferences," American Sociological Review, 80(2), 268-298 に従い、Luxembourg Income Study Database(LIS)とISSP(2006), Role of Government IV より作成。

図5 弱者への「善意」は格差の原因かもしれない



出所: 井手・古市・宮崎「分断社会を終わらせる」筑摩書房より

図7 低所得層が負担し富裕層に配分しても格差は縮小



「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

社会保障に使われない消費増税分 2014年に消費増税を5%から8%に増税したが、増税で得られた財源5兆円のうち、社会保障の充実に使われたのは5000億円に充てられている。政府は消費増税を10%に引き上げるといって、たまたま5%から10%に引き上げて得られる財源のせめて半分を社会保障に回すと、ま

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

「品位ある保障」を私のモデルでは、国は生存権の保障を担うのだから、貧困層に対して現金給付をし、財源は累進的な税で行うが、現在のように「最低限の保障」という言葉は絶対に使わなければならない。「品位ある保障」と言わなければならない。そうしないと保守層が「最低限」という言葉を再定義し、どんどん切り下げいく。

も成功していない。財政再建の路線が戦略的に違っていたのだ。





# 摂食嚥下障害の評価と訓練の実際<sup>Ⓣ</sup>

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科  
老化制御学系口腔老化制御学講座高齢歯科学分野准教授 戸原 玄先生講演



(前号からのつづき)

## 2. 摂食・嚥下機能の評価

### ②不顕性誤嚥のスクリーニングテスト

刺激物をネブライザより噴霧して経口的に吸入させ、咳反射を誘発させる方法をテストに利用したものである(図3)。このテストは誤嚥の有無ではなく不顕性誤嚥の存在を評価していることに注意して使用する。不顕性誤嚥検出の感度および特異度は高く<sup>12)</sup>、脳血管障害、頭頸部腫瘍、神経筋疾患、呼吸器疾患など嚥下障害の主たる疾患別にテストを用いた場合にも有用<sup>13)</sup>、30秒以内に1回咳が出た場合を咳反射が誘発されたとする簡易な判定方法でも感度および特異度は低下しない<sup>14)</sup>、さまざまな濃度を用いた場合にも1.0%濃度のクエン酸溶液が有用<sup>15)</sup>、メッシュ式の小型ネブライザ(図3)を用いても不顕性誤嚥検出に有用なテストが可能<sup>16)</sup>であることが報告されている。

### ③嚥下内視鏡検査(VE: Videoscopic evaluation of swallowing)

VEは経鼻的に内視鏡を挿入して咽頭部を観察したまま食物を摂取させる検査方法である。誤嚥や不顕性誤嚥の有無、嚥下後の咽頭残留の状態や位置を確認し、さらにはそれらのような異常所見を減らす方法や、適応となる訓練方法を考えるためのもので、ベッドサイドに持ち込んで検査を行うことも可能である(図4左)。

近年では訪問診療の必要性の高さから、小型化、携帯化についてのさまざまな改良がなされ、エアスコブ(株式会社リブド)を用いて、ワイヤレスでiPad(アップル社製)を用いたVEも可能となった(図4中央)。画質はやや落ちるものの、セッティングの簡便さや得られた動画の管理のしやすさなどの利便性は著しく高い。また、在宅や施設などで検査を行う場合には関連職種と同席のもとで行うことで、得られた検査結果から適応と判断される訓練などをその場で指導するのが望ましい(図4右)。要介護者、高齢者に対する医療を考える場合に不可欠なキーワードである他職種、多職種連携の肝は、相手が必要な専門的な情報を分かりやすく共有できる「場」を提供することにあるだろう。

## 3. 開口に関する研究

われわれは「嚙む」ことだけでなく「口を開けること」に着目した。嚥下時には舌骨上筋の動きにより喉頭が挙上するが、同筋は開口筋でもある。実際の嚥下障害患者に対して最大開口位まで開口させた状態で10秒間保持するのを1回として、5回1セットで1日2セットの開口訓練を毎日行わせたところ、1カ月後に舌骨上方移動量、食塊の咽頭通過時間および食道入口部開大量に有意な改善が認められた<sup>17)</sup>。訓練メニューが簡便であるために、専門職種以外でも行いやすい訓練である。ただし、顎関節症の患者

図3 咳テスト



不顕性誤嚥のスクリーニングテスト

1.0重量%のクエン酸生理食塩水を超音波ネブライザより経口的に吸入させて、30秒以内に1回でも咳が出たら陰性と判定する。

や、習慣性に顎関節が脱臼している患者には適用を控えた方がよい。

さらに開口力測定器を作成し健常者の開口力を測定した。その結果、男性の開口力は約10kg、女性は約6kgであり、男性の筋力が有意に高いが年齢と開口力との相関は認められないこと、健常であれば60歳代までは開口力が低下しないことが分かった<sup>18)</sup>。引き続き関連する研究を行っているため今後報告したい。

## 4. 胃瘻に関する調査結果

最後に、平成23年度から行われている胃瘻に関する調査の結果をいくつか報告したい<sup>7)</sup>。

胃瘻をもって生活している患者をリハビリテーションの場面に乗せるための機会が必要であるために、必ず必要となる胃瘻交換の場面において前号記のMWSTとFTによるスクリーニングテストを行った結果を示す(図9)。その結果、少なくとも1割から2割の患者に誤嚥が認められない、つまり経口摂取復帰への可能性があることが分かった。

次いで在宅や施設に入居している胃瘻患者に対して、実際にVEを行った結果を示す(図10)。PAS(Penetration Aspiration Scale)は誤嚥のスケールで、1が誤嚥なし、6から8が誤嚥ありを示すものである<sup>19)</sup>。良かったものとの記載は、検査中に最も良好であった嚥下の状態を示したという意味である。その結果、約8割の患者に対して誤嚥せずに飲み込む方法を探すことが可能であり、同様に嚥下後の咽頭残留も6割の患者が避けることができた。

## 5. まとめ

摂食・嚥下障害への対応に必要な評価、訓練、および胃瘻に関する現状などについて紹介した。今後数十年間、日本の超高齢社会は引き続く。可能性のある患者をリハビリテーションの場面にのせて、訪問診療の場面でも専門性の高い対応が行えるようにすることが重要である。(8月7日講演)

## 参考文献

12) Wakasugi Y, Tohara H, Hattori F,

図4 嚥下内視鏡検査



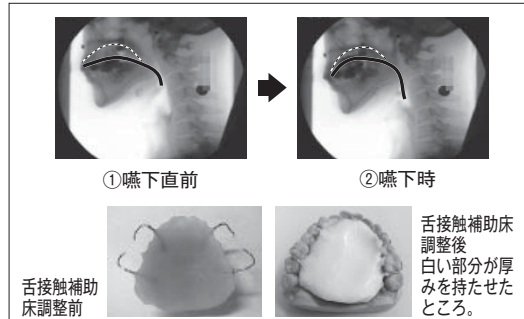
嚥下内視鏡検査場面

ワイヤレス内視鏡

訓練指導場面

内視鏡を挿入して通常食物を摂取させ嚥下の状態を評価する。中央の写真のようにワイヤレスカメラを用いた製品もある。また、訓練指導は関連多職種と同席のもと行うのが望ましい。

図5 舌が萎縮した症例に対して適用した舌接触補助床



球麻痺により舌萎縮を呈した患者。点線が口蓋、実線が舌を示す。②の嚥下時に舌が口蓋に接していない。このように舌と口蓋が接触しないと、口腔から咽頭への送り込みも困難となるため、図のような舌接触補助床を作成して対応した。

図6 軟口蓋挙上不全例に対して適用した軟口蓋挙上装置

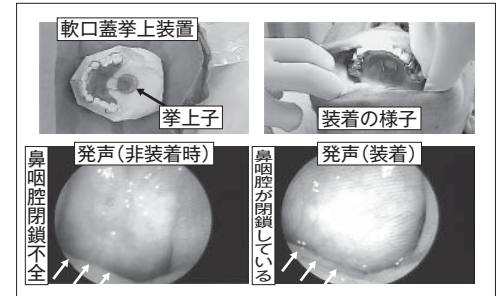


図7 開口訓練



最大開口10秒間を10秒間の休憩を入れて5回行わせる。これを1セットとして1日2セット行わせることで嚥下機能の改善が認められた。

図8 開口力測定器



開口力測定器を装着した様子を示す。装置を頭部およびオトガイ部に固定した状態で最大開口を行わせて開口力を測定する。

図9 胃瘻交換時のスクリーニングテストの結果

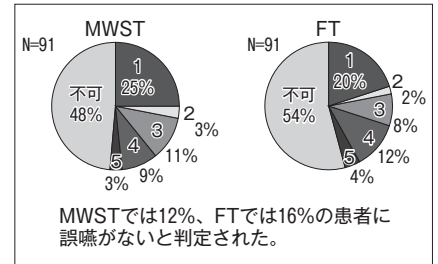


図10 施設もしくは在宅療養中の胃瘻患者に対するVEの結果

