

兵庫保険医新聞

第1873号

2018年3月25日

発行所 兵庫県保険医協会

http://www.hhk.jp/

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31

神戸フコク生命海岸通ビル5F ☎078-393-1801

(1部350円送料共・年間購読料12,000円)

振替01190-1-2133

(会員の購読料は会費に含まれています)

「医師の働き方改革」は

3・15 国会要請行動

医師・診療報酬増で実現を

医師の過酷な労働実態を、国政へ伝えよう――。協会・保団連は3月15日、国会要請行動を実施。兵庫協会から、武村義人・森岡芳雄・吉岡正雄・川西敏雄各副理事長が参加し、診療報酬引き上げ、医療者の人権を守る働き方改革の実現や、歯科基本診療料引き下げの撤回を求め、国会議員に要請を行った。

医師の働き方考え 国会内で集会

この日には、保団連が「医師の働き方を考える国会内集

会」も開催し、全国協会・医会や国会議員、マスコミら150人が集まった。

元済生会栗橋病院院長補佐の本田宏先生が、医師数はOECD単純平均と比較して約

10万人不足しており、医師の働き方を改善するには、医師の増員に加え、医師補助職の導入が必要だと訴えた。

全国医師ユニオン代表の植山直人先生が、同ユニオンが実施した「勤務医労働実態調査2017」の結果を報告。当直明けの連続勤務で約8割の医師が「診療上のミスが増える」と回答していることなどを紹介し、医師の労働環境の改善は急務であると訴え

た。大阪協会の高本英司理事長は、「入院から在宅へ」の国の強引な誘導で、開業医も24時間対応の過酷な働き方が強いられ、開業医・勤務医が互いに手をつないで、改善を求めていくべきだと訴えた。

兵庫協会から、森岡副理事長が発言。兵庫県下の病院で小児科が次々に廃止されている現状を報告し、14歳の自然

気胸の子の受け入れ先がなかなか見つからなかったという自身の経験を紹介しながら、子どもは軽症でも短期間の入院が必要になり、親の付き添いも必要などから、居住地域に密着した病院で小児科病床を整備しておく必要があるとした。

武村副理事長(保団連副会長)が閉会あいさつし、「すでに医療崩壊は起こり、進行しつつある。解決には、

田恵二(共産)各衆議院議員、山下芳生・大門実紀史・倉林明子(いずれも共産)各参議院議員が面談に応じた。盛山議員は、医師の過酷な労働実態は認識しているとして、灘区・東灘区で小児が入院できる病院がほとんどないことに憂慮を示し、医師の働き方改革が早急に求められ、使用者・被使用者双方からの意見を聞き、進める必要があるとした。

山下議員は、財務省の資料改ざんについて「佐川元国税庁長官の国会招致が行われる見込みとなり、明日(3月16日)麻生財務相に質問を行う予定だ」とし、安倍首相・麻生財務相の責任を追及したいと語った。

オン代表、本田宏・元済生会栗橋病院院長補佐らとともに懇談。厚生労働委員である荒井議員は、医療的ケア児とその家族に対する支援のため診療報酬改善に取り組み、今次改定で加算の拡充が実現できたとし、引き続き地域で安心して子育てができる環境整備のため、全力を尽くしたいとした。

穀田議員は「厚労省は医師不足とは認めよう」とし、安全・安心の医療の実現はできない」と要請内容に同意し、歯科の感染防止対策を十分に行うためには、基本診療料の引き上げこそ必要だと応じた。

燭心

日本のマグロ消費量は世界の4分の1に達し、資源枯渇と価格上昇が懸念される。そんなマグロの価格が暴落した時がある。「原爆マグロ」である▼64年前の3月1日、米国によるマーシャル諸島ビキニ環礁での水爆実験で、多数の日本漁船が被災。水揚げされたマグロは廃棄され築地に埋められたとか。子どものころ

「雨に濡れたら髪が抜ける」という噂のかすかな記憶がある。「ビキニ」は衝撃的という形容詞として着るに冠された。ゴジラも安住の地を奪われたと出現。核兵器に反対する女性の運動団体「母親大会連絡会」も誕生。同年日本は初の原子力予算を成立させた▼7年前の3月11日、あの東日本大震災・福島第一原発事故が起きた。震災も大変だが、放射能汚染、事故原発の処理は見通しすら立たず。例えば処理できても高濃度廃棄物は10万年、国が管理? 冗談ではない。原発による電力は安価でないことは明白、被災地の真の復興を願う▼43年前の3月18日「非核神戸方式」が神戸市議会の全会派一致で採択された。それまで神戸港は米軍基地があり、米兵が三宮界隈を闊歩、ベトナム戦争休戦時のクリスマスにはトランプが多発。「静かなクリスマスを」とクリスマスマス闘争が起こり、基地の撤廃と核持ち込み禁止の「非核神戸方式」が実現した▼原爆、原発はもとと表裏一体。原子力の「平和利用」と言うが、原発から生まれるプルトニウムは原爆の材料となる。平和、安全、地球環境において私たちが決して共存できない(無)



盛山正仁衆院議員(①中央)、大門実紀史参院議員(②中央)、荒井聡衆院議員(③左2人目)らに、武村(①右)・吉岡(①左)・森岡(②右)・川西(②左)各副理事長、植山直人・全国医師ユニオン代表(③左端)らが要請



6議員と懇談

国会議員への要請では、盛山正仁(自民)・荒井聡(立憲民主)・穀

田恵二(共産)各衆議院議員、山下芳生・大門実紀史・倉林明子(いずれも共産)各参議院議員が面談に応じた。盛山議員は、医師の過酷な労働実態は認識しているとして、灘区・東灘区で小児が入院できる病院がほとんどないことに憂慮を示し、医師の働き方改革が早急に求められ、使用者・被使用者双方からの意見を聞き、進める必要があるとした。

山下議員は、財務省の資料改ざんについて「佐川元国税庁長官の国会招致が行われる見込みとなり、明日(3月16日)麻生財務相に質問を行う予定だ」とし、安倍首相・麻生財務相の責任を追及したいと語った。

看護師である倉林議員は、神戸市内の病院で小児科が次々廃止されていることは深刻だとして、医師増員、特に産科・小児科医の大幅増員が必要だとした。

春の組織強化月間スタート

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

拡大されるなど矛盾を上げています。

同時に、「春の共済制度普及」では、定額の3大共済に加えて「新グループ保険」の発足で、大型の死亡保障を実現させました。その他にも積立年金「DefL(デフェル)」や所得補償保険など、ご家族や従業員の皆さまの福利厚生にも役立つ制度、自動車保険などの損保商品も幅広く取り扱っています。

ライフプランにあわせて、あらゆるニーズに対応した協会事業で先生方の期待に応えます。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。先生方の一層のお力添えをお願い申し上げます。



協会では、4月から6月末までの3カ月間を「春の組織強化月間」と位置づけ、7500人会員をめざします。

2018年診療報酬改定は、全体として1・19%のマイナス改定となりました。運動の成果として一定の改善は

みられるものの、医科では「外来医療の機能分化」「かかりつけ医機能の評価」「医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価」などで、前回改定に続き、入院医療の絞り込みや医療から介護への誘導など、医療費抑制策が顕著です。歯科でも、初再診料の減算の導入や「地域包括ケア」推進を口実とした「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」(か強診)の施設基準の強化で医療機関の選別が

定と患者負担増を許さず、10%以上の引き上げで「開業医の生活と権利を守り、安心・安全の医療の実現」を、改めて強く求めます。

また、「頼りになり役に立つ、会員になって得をする協会」をスローガンに、診療報酬改定対策、3大共済制度の普及、各種研究会の開催、保険診療や審査・指導相談、税務・雇用相談など会員の身近な要求にこたえる活動もよりいっそう充実させます。近年、施設基準についての適時調査

の相談などにより、病院の入会も増えていきます。

主張

厚労省のデータ改ざんにより「働き方改革関連法」の行方は不透明になって

いるが、医師の働き方に関しては、5年後に罰則付き残業時間規制が適用される予定である。また、今国会には医師の偏在是正に向けて医療法・医師法改正案が提出された。

昨今の医師の過労死・自死例や職場からの「逃散」をみれば医師、特に病院勤務医の自己犠牲と過重労働に限界が来ていることは明らかである。

全国医師ユニオンの勤務医労働実態調査2017に

保険診療法制研究会

報告 保険医の権利を理解し 不当な指導未然に防ぐ

小牧英夫協会顧問弁護士らが、審査・指導問題など、開業保険医を取り巻く諸問題について学ぶ保険診療法制研究会。第14回が11月9日、第15回が1月18日、第16回が3月15日に協会会議室で開催され、それぞれ10人、8人、7人が参加した。協会から、西山裕康理事長、吉岡巖副理事長が参加した。野田倫子弁護士の報告を掲載する。

当研究会では、指導制度の実態や法的問題点を整理し、『提言』としてまとめる作業を続けています。

法律上、保険医は、指導を受ける義務はありますが、指導自体はあくまで任意の手続きなので、これに従うかどうか



医師・弁護士が指導についての提言とりまとめへ議論（1月18日）

か、本来は保険医の自由です。ところが、監査と指導が連動する現行制度の下では、結果として行政側の広範な裁量を許す仕組みとなり、保険医は指導内容に従わざるを得ない状況に置かれています。

厚生局側からの暴言など、不当な指導がなされたとの相談も寄せられています。

現行制度下において何より重要なことは、保険医自身がその法的権利と義務の内容を理解し、可能な限りの防御策を取った上で指導に臨むことです。そのための支援体制の拡充も急がれるべきです。

現在、厚生局は、指導現場での保険医による「録音」と「弁護士の帯同」を事実上認めており、これらが可能であることに争いはありません。その上、「録音」や「弁護士帯同」によって、指導が可視化され、密室であれば容易になされうる暴言などの不当な指導を未然に防ぐことは疑いようがありません。指導対象者となる保険医としては、自らの権利を守るための最低限の方策として「録音」や「弁護士帯同」を積極

「医師の働き方改革」基本は医師数と診療報酬の増加

『公立病院等の集約化』を」などである。

すでに、「医師の働き方改革に関する検討会」では、「労働時間の制約により必要な自己研鑽が積み込まない」と、医療技術の発

『公立病院等の集約化』を」などである。

すでに、「医師の働き方改革に関する検討会」では、「労働時間の制約により必要な自己研鑽が積み込まない」と、医療技術の発

行われる可能性もある。

また、現在、医師の勤務実態を客観的に把握するため「タイムスタディ調査」が行われているが、対象者はたったの44人であり、全国の医師の実態を明らかに

患者のために「医師自身の心身が健康で、医療の量と質を確保しながら、すべての国民に公平な医療を提供する」ことこそ、医師の働き方改革の本来の目的である。

展に対する悪影響が生ずる」「現在の宿日直のほとんどは、現行の労働基準法に基づき宿日直に該当しないので、基準の見直しが必要」などの意見が出されている。このように厳しい労働実態を改善するのではなく、基準を現状に合わせる方向で改革が行われる可能性もある。

全国災対連が総会

被災地の復興は 生活の再建あってこそ

災害被災者支援と災害対策改善を求める全国連絡会（全国災対連）第19回総会が3月8日、衆議院第一議員会館で開催され、阪神・淡路、東日



住江憲勇保団連会長が、被災者本位の復興の実現を訴えた

本、熊本、福岡水害、茨城など被災地の団体代表37人が参加した。

住江憲勇代表世話人（保団連会長）はあいさつで、被災者切り捨ての「創造的」復興政策を批判、いまなお9万人を上回る東日本大震災の避難者や、阪神・淡路大震災の借上復興住宅からの追い出し問題など、被災者本位の復興は遅々として進んでいないとし、生活と生業の回復こそがわれわれの運動の目標だとした。総会では、前日7日に6野党が共同で提案した、住宅再建支援金の500万円への引き上げを含む4法案の実現など、被災者の暮らしと生業の支援強化を求める活動方針を採択した。

また、午前中に行われた内閣府防災担当官との懇談では、災害救助法の概要と実際の適用事例について議論。個別の罹災事情に即した柔軟な対応、特に、被災者への現金支給の可能性が焦点となった。

者切り捨ての「創造的」復興政策を批判、いまなお9万人を上回る東日本大震災の避難者や、阪神・淡路大震災の借上復興住宅からの追い出し問題など、被災者本位の復興は遅々として進んでいないとし、生活と生業の回復こそがわれわれの運動の目標だとした。総会では、前日7日に6野党が共同で提案した、住宅再建支援金の500万円への引き上げを含む4法案の実現など、被災者の暮らしと生業の支援強化を求める活動方針を採択した。

また、午前中に行われた内閣府防災担当官との懇談では、災害救助法の概要と実際の適用事例について議論。個別の罹災事情に即した柔軟な対応、特に、被災者への現金支給の可能性が焦点となった。

確定申告研究会

確定申告の基本 ていねいに学んだ

感想文

協会は2月4日に青色（白色）確定申告研究会を神戸市内で開催した。中村明税理士が確定申告の流れや業所得の計算方法、税務調査で気をつけるべきポイントなどについて解説し、会員や家族ら11人が参加した。松田充子先生の感想を紹介する。



確定申告の情報をていねいに確認した

また、出席者の皆さまからの疑問や質問にも大変ていねいにお答えいただき、とてもアットホームな雰囲気の中でお互いの情報の共有ができ、とても良かったと思います。

中村先生ありがとうございました。今後も良きアドバイスを願っています。

【尼崎市 松田 充子】

歯科医師として地域医療に携わって早数十年、気が付けば歯科医院を次の世代に引き継ぐことを考えていかなければならない年齢が近づきつつあります。

まだまだ先のこととはいえ、ものの、備えあれば憂いなしと思い、研究会に出席させて

いただきました。息子世代に引き継ぐのであれば（引き継がなくても）、これからPCC記帳は必須ではないでしょうか。そのためにも今年こそPCC記帳に切り替えたいと思っています。

今回の研究会では、確定申告の基本をわかりやすく解説していただきました。

協会の共済制度普及 4月1日開始！

死亡保険の決め手は安さが一番！

協会の一番新しい共済です

グループ保険

新グループ保険

格安保険料と高配当が魅力

- 過去10年平均45%を配当
- 最高5000万円の高額保障
- 加入者数5000人超

- 掛金は協会グループ保険より10%低廉
- +掛金負担なしで先進医療保険の加入OK（最高1000万円）

協会グループ保険
5000万円

+

新グループ保険
4000万円

最高保障額は
9000万円に

中長期の資産運用にお勧めします

保険医年金

年金保険なのに自在性が魅力！
1口単位で解約・中断・再開が可能

- 「月払」1口1万円～
- 「一時払」1口50万円～

予定利率 1.259%

※2016年度は上乗せ配当と合わせて配当率は1.361%でした

個人年金保険料控除が受けられます

DefL 積立年金 デフエル

会員医療機関にお勤めのご家族、
医院スタッフにもお勧め！

- 「月払」1口5,000円～
- 「一時払」1口10万円～

予定利率 1.289%

※2016年度は上乗せ配当と合わせて配当率は1.467%でした

割安な掛金が満期まで上がりません

休業保障制度

- 最長75歳まで、730日の充実保障
- 掛け捨てではありません
- 弔慰・高度障害給付あり
- 自宅療養、代診をおいても給付

先生のご家族、スタッフもご加入いただけます

所得補償保険

医師紛争の備えは必須です

医師賠償責任保険

損害保険(自動車保険、火災保険)の団体割引きもご利用ください。

お問合せは共済部まで ☎ 078-393-1805

2018年度 診療報酬改定の要点〈歯科〉

基本診療料に施設基準

2018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、特徴や問題点を掲載する。
(医科5～4面、歯科3面)

協会歯科部会は、歯科医療危機を打開し、良質な歯科医療を国民に提供できるよう、診療報酬の10%以上の引き上げと不合理是正を求めて運動を積み重ねてきた。その結果、当初マイナスと言われていた今回の改定が、0.69%とわずかではあるもののプラスとなったことは、運動の一定の成果である。しかし同時に今回の改定は、歯科医療機関の経営改善にはほど遠いものであり、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求め、引き続き運動を強めていく。

今次改定の中でとりわけ、基本診療料に新たに院内感染防止対策の施設基準を導入し、届出がない医療機関は基本診療料を減算されることになったことは、診療報酬のあり方を歪める暴挙である。強く抗議するとともに撤回を求めるものである。

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. 施設基準の新設・変更と経過措置

(1) 初再診料に院内感染防止対策の施設基準が導入され、届出がなければ減算される。継続的な研修の受講や口腔内で使用する歯科医療機器を患者ごとに交換すること、院内感染防止対策を講じていることなどを届出することとされた。また、研修の定期的な受講や院内感染防止対策の体制などを近畿厚生局兵庫事務所に報告することが義務付けられた。実施まで半年間の経過措置が設けられた。

(2) 歯科外来診療環境体制加算(外来環)は、一般の歯科医療機関が算定する外来環1と地域歯科支援病院が算定する外来環2に分けられた。また、外来環1は施設基準に定められる院内感染防止対策に関する研修などが初再診料にかかる届出に移行したとして、引き下げられた。すでに外来環の施設基準を届け出している医療機関は改めて届け出る必要がある。

(3) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(か強診)の施設基準が強化された。2018年3月31日までに届出を提出した医療機関に対し、2年間の経過措置が設けられた。

2. 歯科疾患と口腔機能の管理による診療の評価

(1) 歯管に対する口腔機能管理加算、小児口腔機能管理加算の新設
①口腔機能管理加算は、65歳以上の口腔機能低下症の患者に対し、口腔機能の回復・維持を目的に継続的な管理を行った場合に、口腔機能管理加算100点を加算できることとされた。
②小児口腔機能管理加算は、15歳未満の口腔機能発達不全症の患者に対し、口腔機能の獲得を目的に継続的な管理を行った場合に、歯管に小児口腔機能管理加算100点を加算でき

ることとされた。

③検査や評価の結果、加算に定める対象患者の要件に満たなくても口腔機能低下症や口腔機能発達不全症に該当する場合は、歯科疾患管理料を算定して継続的な管理を行うことができる。

(2) 口腔機能の低下を診断する検査等の新設や適応拡大
①舌圧検査が月2回算定できる適応症に顎補綴、口蓋補綴の装着患者や広範囲顎骨補綴の装着患者が追加された。また、検査の対象に口腔機能の低下が疑われる患者が追加され、6カ月に1回算定できることとされた。
②口腔機能低下症の診断を目的とした咀嚼能力検査と咬合圧検査が新設された。
③有床義歯咀嚼機能検査に咬合圧測定が新設された。また、対象患者が拡大し、新たに臼歯4歯以上の両側遊離端欠損の患者などが対象に加えられた。

3. 医科と連携し、全身疾患の管理下で診療した場合の評価

(1) 全身的な管理が必要な患者に対し、医科の保険医療機関で行った検査の結果や投薬内容などの診療情報について、文書で提供を依頼した場合に算定できる診療情報連携共有料が新設された。3カ月に1回120点を算定する。
(2) 医科との連携による継続的管理の評価として、歯科疾患管理料と歯科疾患在宅療養管理料に加算する総合医療管理加算50点が新設された。糖尿病や骨吸収抑制薬や血液凝固阻止剤の投与中の患者などが対象になる。

(3) 医管Ⅰと医管Ⅱが統合再編され、名称が歯科治療時医療管理料に変更された。

①歯科治療時医療管理料(改定前：医管Ⅱ)の対象疾患の変更
モニタリングの評価として2016年改定で新設された医管Ⅱの名称が歯科治療時医療管理料に変更され、医管Ⅰの統合・整理に伴い対象疾患が拡大された。
②骨吸収抑制薬服用患者の医学管理区分の変更

医管Ⅰの廃止に伴い、対象疾患であったBP系製剤の服用患者は、骨吸収抑制薬投与中の患者に対象が拡大し、骨露出を伴う顎骨壊死の発症前後で、歯管の総合医療管理加算と歯科特定疾患療養管理料にそれぞれ再編された。

(4) 歯科特定疾患療養管理料の対象疾患に、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死(骨露出を伴うもの)または放射線治療性顎骨壊死が加わった。

(5) 周術期口腔機能管理の名称変更と対象手術例の追加

①「周術期口腔機能管理」の名称が「周術期等口腔機能管理」に変更された。
②対象手術の例に、人工股関節置換術などの整形外科手術や脳卒中の手術などが追加された。
③手術前に放射線治療や化学療法を行う場合に限り、術前の周Ⅰまたは周Ⅱと周Ⅲを同月に併算定できることとされた。
④周術期等専門的口腔衛生処置2(術口衛2)100点が新設された。

放射線治療や化学療法で生じた口腔粘膜炎の疼痛緩和を行った場合に算定する。使用する口腔粘膜保護材は別に算定できる。

4. 特定薬剤料および投薬の算定方法の見直し

(1) 特定薬剤・麻酔薬剤の算定方法について、一般の薬剤料と同様、薬価が15円を超える場合に算定できることとされた。
(2) 後発医薬品の使用を促進するため、処方料の外来後発医薬品使用体制加算は項目の見直しと追加、点数が引き上げられた。処方箋料の一般名処方加算は点数が引き上げられた。

5. 床副子の名称が口腔内装置に変更され、装置と算定点数の区分も変更

床副子の名称が口腔内装置に変更され、区分も材料や咬合関係の付与の有無によって三つに分かれた。
①口腔内装置1 1,500点
義歯床用アクリリック樹脂により製作された口腔内装置
②口腔内装置2 800点
熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作または作業模型に常温重合レジンを押接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されたもの
③口腔内装置3 650点
口腔内装置2の材料を用いた場合で、咬合関係が付与されていないもの

6. 歯科疾患の重症化予防に関連した指導料や処置の変更点

(1) 歯科衛生実地指導料の対象疾患が「う蝕または歯周病」から「歯科疾患」へ拡大された。
(2) 歯周病検査に際して実施する口腔内写真検査が、医学管理の歯周病患者画像活用指導料に変更された。口腔内写真を活用して指導等を行った場合に算定する。
(3) 機械的歯面清掃処置の実施にあたっては歯管、歯在管の算定が前提条件になっていたが、新たに歯科特定疾患療養管理料が加わった。また、妊婦や歯科診療特別対応加算の算定患者に限り、月1回算定できるようになった。対象疾患が「歯周疾患」から「歯科疾患」に拡大された。

7. レーザーを活用した医療技術

(1) 口腔粘膜処置
再発性のアフタに対するレーザー照射の処置として口腔粘膜処置30点が新設された。算定にあたり施設基準の届出が必要となる。
(2) レーザー機器加算
レーザー照射により手術を実施した場合に、手術の区分に応じた加算点数が新設された。算定にあたり施設基準の届出が必要となる。

8. 高強度硬質レジンブリッジの新設

グラスファイバーで補強された高強度のコンポジットレジンを用いた3ユニットブリッジが保険導入された。7番が全て残存する場合の④5⑥Brが適応になる。歯科用金属アレ

ルギー患者の場合は、上記によらず臼歯部の3歯ブリッジが認められる。

9. 著しく歯科治療が困難な患者の加算点数の要件変更

著しく歯科診療が困難な患者(歯科診療特別対応加算の対象患者)に対する加算(70/100、50/100、30/100)は、治療を行う歯科医師に加え、開口や姿勢などの保持に歯科医師、歯科衛生士、看護師などが参画した場合に限られていたが、患者の状態で留意しながら治療を行った場合に算定することになった。

10. 在宅医療

(1) 訪問診療料に急性対応が包括され、20分未満の場合は70/100に減算される。
(2) 継続的に外来受診していた患者が訪問診療に移行した場合、最終来院日から3年以内の歯科訪問診療1(20分以上)に加算する、歯科訪問診療移行加算が新設された。
(3) 在宅医療における歯科衛生士の関連点数が拡大・新設
①すべての歯科医療機関で訪補助が算定できることになった。
②訪問歯科衛生指導料は、必ず20分以上の実地指導が必要になった。また、同一の建物内で同月内に指導管理する人数によって、算定点数が3段階に区分される「単一建物診療患者」の考えが導入された。
③歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に月1回算定する在宅等療養患者専門的口腔衛生処置が新設された。

(4) 在宅療養支援歯科診療所の施設基準が1と2に分かれた。2018年3月31日までに届出を提出した医療機関に対し、2年間の経過措置が設けられた。

(5) 訪問口腔リハの時間要件の緩和とNST加算や15歳未満の訪問口腔リハを新設
①訪問口腔リハの時間要件が1回につき30分以上から20分以上に緩和された。

②NST加算の引き上げと適応の拡大
NST1、NST2がそれぞれ60点から20点引き上げられ80点になった。また、歯在管に加え訪問口腔リハに対しても加算点数として適応が拡大された。
③15歳未満に対する小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料が新設された。
④訪問口腔リハ、小児訪問口腔リハに対する施設基準の届出別の加算点数が再編された。

11. 常勤配置に関する要件の緩和

歯科治療時医療管理料、有床義歯修理および有床義歯内面適合法の歯科技工加算1、2において、歯科衛生士および歯科技工士の常勤職員の配置が、非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも可能となり、要件が緩和された。

〈介護報酬改定〉

居宅療養管理指導費の算定区分が、同一建物から単一建物に変更された。改定前は同じ建物内で居宅療養管理指導を実施する対象者の人数を1日単位で区分に応じて算定していたが、改定後は同じ建物で同月内に実施予定の対象者の人数に応じ、あらかじめ算定する単位を確定する「単一建物」の算定方法に変更された。

（5面からのつづき）

指導管理料を算定した月に加算する。

4. 検査

〈検体検査〉

①検体採取料「血液採取 1 静脈」が25点から30点に引き上げられた。
②微生物核酸同定・定量検査に「迅速微生物核酸同定・定量検査加算（100点）」が新設された。微生物核酸同定・定量検査の「5 レジオネラ核酸検出」、「6 マイコプラズマ核酸検出」、「8 百日咳核酸検出」または「9 結核菌群核酸検出」の検査結果について、検査実施日に説明した上で文書により情報提供した場合に算定する。

〈生体検査〉

①認知機能検査その他の心理検査の「1 操作が容易なもの」に、長谷川式簡易知能評価スケール、MMSE等8項目が追加された。

5. 投薬

①処方料、処方箋料の特定疾患処方管理加算について、処方期間が28日未満の場合は特定疾患処方管理加算1、28日以上の場合（特処長）は特定疾患処方管理加算2とされた。28日以上処方した場合の点数は1点引き上げられ66点となった。
②処方箋料の一般名処方加算1が3点引き上げられ6点に、一般名処方加算2が2点引き上げられ4点となった。
③処方料の外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品使用割合の要件が引き上げられ、従来の60％以上70％未満の加算はなくなり、「加算1（85％以上）5点」「加算2（75％以上85％未満）4点」「加算3（70％以上75％未満）2点」の3区分とされた。2018年4月以降に加算1～3を算定する場合は、新たに届出を行う必要がある。
④処方料、薬剤、処方箋料に係る向精神薬多剤投与の減算規定について、以下の改定が行われた。
・多剤投与の減算規定の対象に、1回の処方において「抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上の投薬を行った場合」が追加された。

- ・多剤投与に該当した場合の処方料・処方箋料が、それぞれ2点引き下げられた。
 - ・「向精神薬多剤投与に該当する厚生労働大臣が定める向精神薬の一般名」（別紙36）が変更された。
- ⑤不安の症状または不眠の症状に対するベンゾジアゼピン系の薬剤について、2018年4月1日以降の処方を対象として、1年以上連続して同一の成分を1日当たり同一用量で処方した場合、処方料・処方箋料に減算規定が設けられた。算定点数は、内服薬の7種類以上の場合と同じく処方料29点、処方箋料40点を算定する。ただし、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき適切な研修を受けた医師が行う処方、または精神科医から直近1年以内に抗不安薬・睡眠薬の処方について助言を受けている処方は除外される。
- ⑥処方料・処方箋料に向精神薬調整連携加算が新設された。向精神薬の多剤投与、またはベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬等を長期継続処方した患者について、減薬の上、処方料算定時は薬剤師、看護師または准看護師に、処方箋料算定時は薬剤師に症状の確認の指示を行っている場合、月1回に限り12点を加算する。ただし、同一月に薬剤総合評価調整加算及び薬剤総合調整評価管理料は算定できない。
- ⑦分割指示に係る処方箋の様式（様式第二号の二）が追加された。分割指示を行わない場合は、従来の処方箋を使用することができる。

6. リハビリテーション

①要介護・要支援者であって入院外の患者に対する脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ及び運動器リハの維持期リハビリテーションの算定期限は、2019年3月31日までとされた。

②リハビリテーション総合計画評価料1（300点）とリハビリテーション総合計画評価料2（240点）に区分され、以下のように変更された。

- ・要介護被保険者等であって、脳血管疾患等リハ料、廃用症候群リハ料または運動器リハ料の算定日数上限の3分の1を経過している患者は、「2」で算定することとされた。
- ・要介護被保険者等以外の患者、心

大血管疾患・呼吸器・がん患者または認知症患者リハビリテーション料の算定患者、要介護被保険者等であって脳血管疾患等・廃用症候群または運動器リハビリテーション料の算定日数上限の3分の1を経過していない患者は「1」で算定する。

③リハビリテーション総合計画提供料がリハビリテーション計画提供料に名称変更され、介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリ計画等を提供した場合の評価として、「リハビリテーション計画提供料1」（275点）が新たに設けられた。それに伴い、従前の退院後のリハビリを担う他の医療機関へ提供した場合は、「リハビリテーション計画提供料2」（100点）で算定することとなった。

7. 精神科専門療法

①精神疾患とは、ICD-10（国際疾病分類）の第5章「精神および行動の障害」に該当する疾病または第6章に規定する「アルツハイマー〈Alzheimer〉病」、「てんかん」及び「睡眠障害」に該当する疾病であると定義された。

〈通院・在宅精神療法〉

①初診時に精神保健指定医等が行った場合の点数（600点）が廃止され、精神保健指定医等であるかどうかに係わらず、初診時に60分以上行った場合、「1 通院精神療法」は540点、「2 在宅精神療法」は600点を算定することとされた。

②再診時に、精神保健指定医等が60分以上の「2 在宅精神療法」を行った場合は、精神保健指定医等であるかどうかに係わらず、540点を算定することとされた。

③措置入院、緊急措置入院を経て退院し、都道府県等が作成した計画に基づく支援期間にある患者に対して、退院後の療養を担当する医療機関の精神科の医師が行った場合の点数（660点）が新設された。

④③の加算点数として、「2 通院精神療法」に措置入院後継続支援加算が新設された。医師の指示を受けた看護師、准看護師または精神保健福祉士が、月1回以上、治療及び社会生活等に係る助言または指導を継続して行った場合に、3月に1回に限り、275点を加算する。

〈認知療法・認知行動療法〉

①精神保健指定医による場合の評価が廃止され、「1 医師による場合」（480点）、「2 医師及び看護師が共同して行う場合」（350点）に再編された。

8. 処置

①創傷処置の「1 100cm未満」が7点引き上げられ52点とされた。
②鶏眼・胼胝処置が月2回まで算定できることとされた。

〈人工腎臓〉

①従前の「慢性維持透析を行った場合」が、透析用監視装置の台数やそれに対する透析実施患者数の割合により、新たに三つに区分された。規模が大きく効率の良い医療機関に対しては、より低い点数が設定された。

②「慢性維持透析を行った場合1」「慢性維持透析を行った場合2」については届出が必要となった。

③「慢性維持透析濾過（複雑なもの）」は、時間に応じた評価体系を導入するとして廃止された。

④慢性維持透析濾過加算（50点）が新設された（要届出）。慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合は、「慢性維持透析を行った場合1」から「3」のいずれかの所定点数に50点を加算する。加算の算定にあたっては、透析液水質確保加算の施設基準を満たす必要がある。

⑤長時間加算（1回につき）（150点）が新設された。通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する以下の患者に対して、6時間以上実施した場合に算定する。

ア. 心不全兆候を認める、または血行動態の不安定な患者
イ. 適切な除水、適切な降圧薬管理、適切な塩分摂取管理を行っても高血圧状態が持続する患者
ウ. 高リン血症が持続する患者

9. 入院料

①一般病棟入院基本料は急性期一般入院料と地域一般入院基本料に再編された。

急性期一般入院料2～7は看護配置10対1以上を基準とし、重症度、医療・看護必要度の割合により区分された。急性期一般入院料1は看護配置7対1以上とされた。

地域一般入院基本料は看護配置13対1（入院料1、2）または15対1（入院料3）以上を基準とし、13対1については重症度、医療・看護必要度の評価を行う区分が設けられている。

②療養病棟入院基本料は看護配置20対1、看護補助配置20対1が基準とされた。療養病棟入院料1は医療区分2、3の患者割合が8割以上、療養病棟入院料2は5割以上とされた。

〈届出について〉

施設基準の定められた新設点数や、施設基準が変更された既存点数を4月以降引き続き算定する場合は、近畿厚生局兵庫事務所に届出を行う必要がある。2018年4月については16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、届出が受理されたものについては4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539回

3D上映 ～胃癌手術はNext Stageへ 医療工学と化学療法の進化とともに

日 時 4月14日(土) 17時～ 会 場 協会5階会議室
講 師 兵庫医科大学上部消化管外科 主任教授 篠原 尚先生
共 催 第一三共株式会社

経口FXa阻害剤

リクシアナ[®]錠・OD錠

15・30・60mg

一般名：エドキサ（ントシル）酸塩水和物

処方箋医薬品 注意－医師等の処方箋により使用すること

OD錠 新発売

製造販売元（資料請求先）

第一三共株式会社

Chugai Company

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2017年11月作成

※効能・効果、用法・用量および警告・禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

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

(士業プロジェクト)

インテリジェントソーシャル協会

職業能力認定研修

5階 研修室

4階 企画室

3階 情報処理室

2階 総務本部

1階 駐車場

ISRビル

〒650-0025 神戸市中央区古湊通1-2 (ISRビル)

お気軽にどうぞ

信頼・向上そして社会貢献

ホームページ www.isr-group.co.jp

グループ代表 (CEO) 梨本剛久

078-360-6611 大代表

2018年度 診療報酬改定の要点〈医科〉

「かかりつけ医」評価口実に分断

2018年度の診療報酬改定率は全体マイナス1.19%となり、4回連続のマイナス改定となった。厳しい医療機関経営が依然として続くなか、協会・保団連は「技術料を中心とした10%引き上げ」を求めてきたが、本体部分はわずかにプラス0.55%（医科は0.63%）と、疲弊した医療機関経営の改善にはほど遠いプラス幅である。

改定内容としては、「外来医療の機能分化」「かかりつけ医機能の評価」などが重点とされている。これまでの改定に続き「入院から在宅」「医療から介護」への誘導など、医療費抑制のための改定メニューが特徴といえる。

以下に主な改定項目を紹介するが、詳細は保団連発行『点数表改定のポイント』を参照されたい。なお、届出が必要な点数には「（要届出）」、届出は不要だが施設基準を満たす必要がある点数には「（要基準）」と記載した。

〈主な改定項目〉

1. 初・再診料

〈初診料〉

①かかりつけ医機能を有する医療機関への評価として、機能強化加算（80点）が新設された（要届出）。診療所または許可病床数が200床未満の病院であって、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院に限る）のいずれかを届け出ている医療機関で算定できる。

小児科外来診療料（小児かかりつけ診療料を届け出ている場合に限る）、小児かかりつけ診療料を算定する患者の初診時にも加算できる。
②妊婦加算（75点）が新設された。診療科を問わず、妊婦に対して初診を行った場合に算定できる。
③時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算について、診療科を問わず、妊婦に対して初診を行った場合も、乳幼児の場合と同様に、それぞれ通常より高い点数（200点、365点、695点、345点）を算定できることとなった。

産科または産婦人科を標榜する医療機関については、標榜診療時間内であっても、厚労大臣が定める夜間、休日、深夜に妊婦に対して初診を行った場合には、産科・産婦人科特例加算として、それぞれ200点、365点、695点を算定できることとなった。産科または産婦人科以外を担当する医師が診療した場合も算定できる。

〈再診料〉

①妊婦加算（38点）が新設された。概要は初診料と同様。
②診療科を問わず、妊婦に対する再診を行った場合の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算や産科・産婦人科特例加算も、初診料と同様の改定が行われた。
③地域包括診療加算及び認知症地域包括診療加算（以下、地域包括診療料及び認知症地域包括診療料も同様）が再編され、点数が「1」と「2」の2区分とされた。

「1」については、外来診療から訪問診療への移行に係る実績要件が導入された。往診または訪問診療の対象患者に対しては、24時間対応可能な連絡先を提供し、患者または家族等から連絡を受けた場合は、往診または外来受診の指示等、速やかに必要な対応を行う必要がある。

「2」については、在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の連絡体制を確保している等の要件を満たした場合に算定することとされた。

「1」「2」とも、従前の施設基準の選択的要件の一つである医師配置要件が、「常勤2名以上」から「常勤換算で2名以上、うち1名以上が常勤」に緩和されたほか、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚労省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取り組みを行うこととされた。

他の医療機関への入院または介護老人保健施設への入所に際して薬剤の適正使用に係る連携を行った場合の評価として、薬剤適正使用連携加算（30点）が新設された。
〈オンライン診療料〉

①リアルタイムでのコミュニケーションが可能な情報通信機器を用いて診察を行った場合に算定できるオンライン診療料（70点）が新設された（要届出）。月1回を限度に算定する。

以下のいずれかの管理料等を算定する患者であって、当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過し、かつ同6月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により毎月対面診療を行った患者に対して算定する。

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／糖尿病透析予防指導管理料／地域包括診療料／認知症地域包括診療料／生活習慣病管理料／在宅時医学総合管理料／精神科在宅患者支援管理料

上記の管理料等を初めて算定した月からすでに6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

対面による診療の間隔は3月以内であり、オンライン診療料を3月連続では算定できない。初診料、外来診療料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）を算定する月は算定できない。

対面による診療とオンラインによる診察を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づきオンライン診察を行った上で、その診察内容、診察日、診察時間等の要点をカルテに記載する。当該診療計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン診療料は算定できない。

オンライン診療料を算定した月は、オンライン医学管理料以外の医学管理等の点数（特定疾患療養管理料等）は算定できない。オンライン診察時に投薬の必要性を認めた場合は、処方料または処方箋料を別に算定できる。

オンライン診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。情報通信機器の運

用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

2. 医学管理等

①オンライン医学管理料（100点）が新設された。対面診療の原則のもと、前述のオンライン診療料記載の特定疾患療養管理料～生活習慣病管理料（以下、「特定管理料等」）の算定対象となる患者であって、当該点数を初めて算定した月から6月以上経過したものに対し、対面診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行った場合に、月1回を限度に算定する。

前回の対面診療による受診月の翌月から今回の対面診療による受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、対面診療による受診月に特定管理料等と併せて算定できる。

②小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料に小児抗菌薬適正使用支援加算（80点）が新設された（要基準）。急性気道感染症または急性下痢症により受診した小児であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない患者に対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、初診時に限り、算定する。

③療養・就労両立支援指導料（1,000点）が新設された。産業医が選任されている事業場に就労しているがん患者の同意を得て、産業医に対し、就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供し、助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。

④診療情報提供料（Ⅰ）に療養情報提供加算（50点）が新設された。患者が入院する医療機関または入所する介護老人保健施設等に文書で診療情報を提供する際、定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合に算定する。

⑤診療情報連携共有料（120点）が新設された。他の歯科医療機関からの求めに応じて、検査値や処方内容等の診療情報を文書で提供した場合に算定する。

3. 在宅医療

〈往診料〉

①往診料は医師が患者等から直接依頼され速やかに往診した場合に算定できるとされた。
②緊急往診加算の対象に、終末期の患者が追加された。
③夜間・休日加算、深夜加算は、該当時間帯が医療機関の標榜時間に含まれる場合は算定できないこととされた。

〈在宅患者訪問診療料〉

①在宅患者訪問診療料は（Ⅰ）と（Ⅱ）に区分された。（Ⅰ）は「1」と「2」に区分された。（Ⅱ）は医療機関に併設する介護施設等の入居者へ訪問診療を行った場合に算定するとされ、さらに「注1のイ」と「注1のロ」に区分された。

②一人の患者に一つの医療機関しか

算定できない取り扱いが変更された。在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関からの依頼で訪問診療を実施した場合、月1回原則6月に限り算定できることとされた。この場合（Ⅰ）については「2」を、（Ⅱ）については「注1のロ」を算定する。

③在宅ターミナルケア加算の算定要件に、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえて対応することが追加された。

④酸素療法加算（2,000点）が新設された。がん患者に対して酸素療法を実施した場合に算定する。

⑤特別養護老人ホームにおいて、当該施設が看取り介護加算を算定する場合でも、在宅ターミナルケア加算が算定できることとなった。

⑥特別養護老人ホームにおいて看取った場合、当該施設が看取り介護加算（Ⅱ）を算定する場合を除き、看取り加算が算定できることとなった。

〈在宅時医学総合管理料、

施設入居時等医学総合管理料〉

①「3」（支援診以外）に継続診療加算（216点）が新設された。在宅療養支援診療所以外の診療所が、外来を継続的に受診し、在宅に移行した患者に対し、自院または他の医療機関との連携等により24時間の往診連絡体制等を確保した場合に算定する。

②包括的支援加算（150点）が新設された。要介護2以上等、通院が特に困難と考えられる患者や関係機関との連携に特に支援を必要とする患者について算定する。ただし「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に月2回訪問診療している場合」は算定できない。

③在宅時医学総合管理料の「月1回訪問診療をしている場合」にオンライン在宅管理料（100点）が新設された。在宅時医学総合管理料の算定開始から6月以上を経過した患者であって、訪問診療を1回行った月において訪問診療とは別の日に情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に算定する。ただし、連続する3月は算定できない。

〈在宅療養指導管理料〉

①在宅自己注射指導管理料の対象注射薬にゴリムマブ製剤が追加された。関節リウマチに対して用いた場合に限り算定する。

②在宅酸素療法指導管理料「2 その他の場合」の点数の対象に、重度の群発頭痛の患者が追加された。

「2 その他の場合」に遠隔モニタリング加算が新設された（要届出）。COPD（慢性閉塞性肺疾患）の病期分類でⅢ期以上の患者に対して、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間に遠隔モニタリングを用いて指導を行った場合、2月を限度に当該指導管理料を算定した月に加算する。

③在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料が新設された。在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者に対して指導管理を行った場合に、最初の算定日から1年に限り算定できる。

④在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の「2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2」の点数に、遠隔モニタリング加算が新設された（要届出）。持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している患者に対して、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間に遠隔モニタリングを用いて指導を行った場合、2月を限度に当該

（4面へつづく）

臨床医学講座より

日常診療で使える整形知識③

2. 手のしびれの診かた

静岡県・西伊豆健育会病院 院長 仲田 和正先生講演



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

(3月5日号からのつづき)

神経支配の覚え方

横隔膜は漢字の三で覚える。つまり上と下を分ける横隔膜はC三(3)である。

肘を曲げるのはC5(5本指で思い切り自分の頬を叩く。痛さで覚えよ)、両肩を外転してVの字(Vはローマ数字の5)にして肩外転(三角筋)はC5と覚えよう。

手首の背屈がC6、掌屈がC7(にゃにゃと言ってみる)、指の屈曲がC8(図1)。

肘を伸ばすのは、肘をシチッ(7)と伸ばすからC7である。

指の開閉(Th1)は一ドル札を指に挟むと覚える。

左手でOKとサインを作ったとき見える範囲がC6である(ただし中指はC7)。

母指の知覚はC6、ひとつおきに中指はC7、小指はC8と一定しており診断の指標として重要である。

まず手根管症候群と肘部管症候群を否定せよ

しびれ患者1,520例のうち手根管症候群が20.3%、肘部管症候群19%、橈骨神経麻痺6.2%という報告がある⁴。手根管症候群(正中神経障害)、肘部管症候群(尺骨神経障害)は手術で容易に治せる疾患であるので、手のしびれでは、まずこの2疾患を否定するのが重要である。

正中神経障害(母指、示指、中指と環指の橈側半分の知覚障害)とC6~7神経根障害とは紛らわしいが、正中神経障害では手首より遠位のみの障害であるのに対し根障害では前腕にも感覚障害がある。また正中神経障害では環指の真ん中で感覚障害の境界が分かれるが、これは頸椎由来の神経障害ではありえない(図2)。手根管症候群では手関節にTinelが見られるし、また手関節を強く屈曲するとしびれが再現される(Phalen徴候)。

尺骨神経障害(小指と環指の尺側半分の知覚低下)も手首より遠位の知覚障害であるが、C8~Th1障害では前腕にも感覚障害がある。

視床の小病変で手のしびれに口周囲のしびれを伴う口手症候群のことがあるので、手のしびれの場合は口のしびれがないかも聞いておく。

橈骨神経障害とC6麻痺の区別

橈骨神経障害では垂れ手(drop hand)になるが、C6障害と紛らわしい。

鑑別は腕橈骨筋で見るとよい。すなわち上腕中央圧迫で生ずる橈骨神経麻痺では腕橈骨筋も麻痺するが、C6麻痺だと腕橈骨筋(C5、6支配)は麻痺しない(図3)。

これをDuchenne徴候という。腕橈骨筋は前腕回内・回外中間位(前へならえ!)で肘を強く屈曲すると隆起する筋である。腕橈骨筋が隆起するかを見る。

図1 神経支配の覚えかた

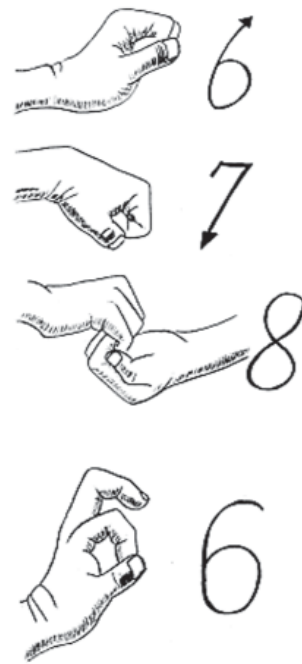


図2 正中神経と尺骨神経は環指の真ん中で分かれ、また手首より遠位

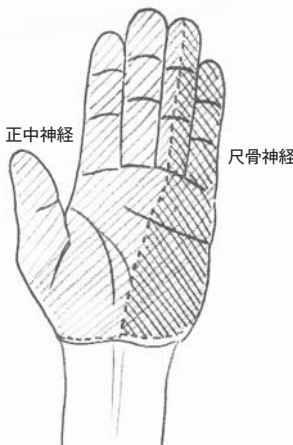


図3 C6麻痺で腕橈骨筋は麻痺しない

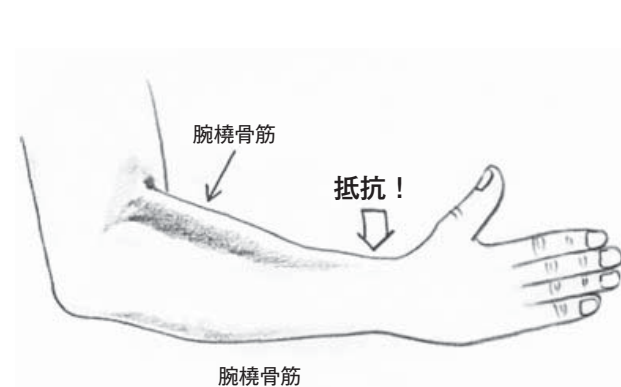


図4 C4とT2は隣接している

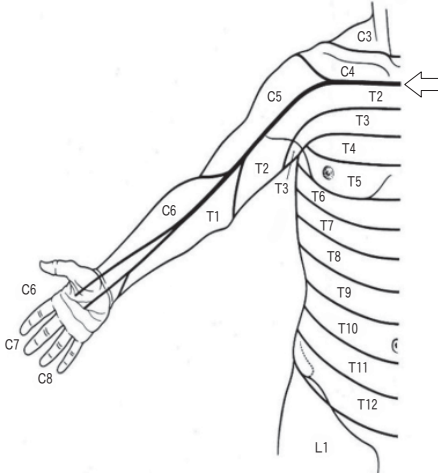
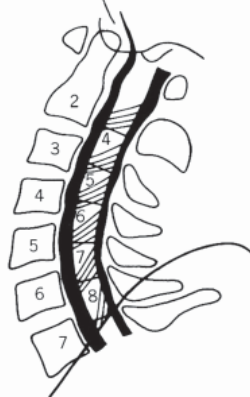


図5 myelopathyではC5神経はC5椎体の上の上、C3/4にある。覚え方は簡単：C2/3に4、C3/4に5、C4/5に6、C5/6に7



頸椎疾患の診かた

反射は上腕二頭筋反射(肘屈曲)がC5、腕橈骨筋反射がC6、上腕三頭筋反射(肘伸展)がC7である。

突然の錐体路障害で、一過性に弛緩性麻痺と腱反射減弱を呈することがあるが病的反射(Babinski反射)は存在する。重要なのは腱反射の亢進がなくても病的反射が陽性なら錐体路が障害されていると考えることである²。

上肢の腱反射の反射弓はC5からT1にある。両上肢で腱反射がすべて亢進していれば第4頸髄よりも高位で錐体路が障害されており、かつ下顎反射が正常なら皮質橋路は障害されておらず病変は橋より下位になる。下顎反射は両側の皮質橋路が障害されると亢進する。

下顎反射は亢進(++)だけが病的状態で(一)、(+)は正常である²。

C4とT2は前胸部で接しており(しょつつる鍋と覚える)このラインをcervical lineという。ピンで下から上へこすって、このcervical lineで痛みを訴えた時、C4からT2の間に病変があると言われる(図4)。

なお、頸椎は7個、頸椎神経根は8本あるため、頸椎では神経根は同一椎体の上から出るが胸椎、腰椎では同一椎体の下から出る。これを「上は上、下は下」と覚える。

例えば、第6頸椎神経根は第6頸椎の上から、第5腰椎神経根は第5腰椎の下から出る。

頸椎椎間板ヘルニアで椎間孔が狭窄していると頸椎を伸展かつ患側へ側屈すると患側上肢への放散痛が見られる(Spurling's test)。

頸椎神経根症の放散痛はC5、C6は肩へ、C7、C8は肩甲骨(間)である。

頸椎神経根症では頸部痛や肩の痛み、肩甲骨(間)部の痛みで発症し、上肢痛やしびれで初発することはない。

Fasciculation(筋攣縮)は脊髄前角細胞または神経根病変の時に生ずる。

患者は自覚していることも多い。

C7病変で大胸筋の痛みを起こすことがあると言われる(cervical angina)。

一方、脊髄症(myelopathy)では頸部痛は起こさず上肢のしびれで発症する。

従って、訴えが上肢のしびれのみで頸部痛がない場合、脊髄症か末梢性神経絞扼障害(手根管症候群や肘部管症候群など)を考え神経根症は除外してよい。

Pancoast腫瘍は肺尖から上方へ進展するから、小指のしびれから始まる。小指のしびれを見たらPancoastも念頭に置く。その他、手内筋の萎縮やHorner症候群が見られることもある。

脊髄症(myelopathyの診かた)

脊髄症(myelopathy)で指を閉じると小指が離れて付かない現象が見られることがあり、これをfinger escape sign(小指離れ徴候)という。ひどくなると環指、中指も離れる。これは頸椎脊髄症で小指側の動きが悪いことを反映している。

脊髄症で手掌を下にしてできるだけ速く、グー、パーを繰り返すテストを10秒テスト(grip and release test)という。

正常者では25回以上である(やってみるとよい)。これが20回未満の時、脊髄症を疑う。定量的に簡単に評価でき便利である。

脊髄症(myelopathy)では頸部痛は起こさず、上肢のしびれで発症する。

従って、訴えが上肢のしびれのみで頸部痛がない場合、脊髄症か末梢性神経絞扼障害(手根管症候群や肘部管症候群など)を考え神経根症は除外してよい。

脊髄症での手のしびれの範囲は神経根の圧迫の場合とは異なる。

C5神経根はC5椎体の上(上は上、下は下)即ちC4/5から出る。一方、脊髄においてC5神経はさらにその1髄節上(上の上)にある。すなわち、C3/4レベルにある(図5)。

C3/4間で脊髄(C5がある)が圧迫されると全指尖がしびれ、C4/5(C6がある)では1~3指がしびれ、C5/6(C7がある)では3~5指がしびれる。C6/7(C8がある)では指のしびれは起こらない³。

また機序がはっきりしないが脊髄症で多発性神経炎と似た両手と両足のしびれを起こすことがありBabinskiの有無に注意しよう。

(つづく)

参考文献

2. 黒田康夫、神経内科ケーススタディ、新興医学出版、2002
3. Stephen Goldberg, Clinical neuroanatomy made ridiculously simple, Medmaster Inc, 1992
4. 神津仁、しびれの診方、JIM vol.16 no.9 pp706-711, 2006