兵庫保険医新聞

第1874号
2018年4月5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）

2018年度診療報酬・介護報酬改定　研究会が好評

県下27会場に3700人

協会は、3月18日から県下各地で、診療報酬・介護報酬改定研究会を開催。医科は15会場に医師、スタッフら2568人、歯科は9会場に歯科医師ら974人、介護は3会場に198人、合計3740人（4月2日現在）がつめかけた。研究会では診療報酬を引き上げ、安心・安全の医療拡充と医療従事者の待遇改善を求める決議を採択した。

研究会の冒頭では協会役員が診療報酬をめぐる情勢について報告。安心・安全の医療のためには、看護師、歯科衛生士、スタッフなど医療従事者の給与の原資となる診療報酬引き上げが重要であり、政府の財政赤字の最大の要因は社会保障費増ではなく法人減税などによる税収減であるなどとし、診療報酬の大幅引き上げと患者窓口負担の引き下げが重要だと解説。参加者に「診療報酬改善と大幅引き上げを求める要請書」への署名協力を訴え、全体で1149筆が集まった。

各支部・歯科部会役員が講師を務め、医科では「機能強化加算」などのかかりつけ医機能の強化、オンライン診療の導入、入院基本料の再編と要件の厳格化、在宅復帰機能強化加算の要件の引き上げなどの改定内容のポイントを解説。参加者は、マーカーをひき、付箋をはるなどして、熱心に耳を傾けた。会場からはオンライン診療に必要な通信機器の例などの質問も寄せられた。

歯科基本診療料の格差に抗議

歯科では今次改定で「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準の強化や訪問歯科衛生指導料などへの「単一建物」の考え方の導入がなされた。とりわけ、基本診療料に院内感染防止対策が新たな施設基準として設けられ、届出を行わない歯科医療機関の初再診料が引き下げられた。

基本診療料に格差をつけることは診療報酬のあり方を歪める暴挙であるとして、協会は全ての歯科医療機関が必要な安全対策を十分に行えるよう、条件抜きの基本診療料の引き上げと独立した感染防止対策の評価を強く求める抗議声明を、3月14日に発表している。

参加者はメモをとるなどして新点数の要点を学んだ（3月24日、神戸会場）

「診療報酬改善を」1149筆

「診療報酬改善と大幅引き上げを求める要請書」に寄せられた声を紹介する。

●いつまで抑制を続けるのか。診療報酬を増加させて病院経営をもっと楽にできるようにしてほしい。現状ではすべての病院職員の給与を上げることは難しい。病院が赤字でまともな医療は困難となり、勤務医の昇給・ボーナス・退職金もないのが現状。診療報酬を上げてくれ！
（西宮会場・医師）

●在宅医療の点数を見直していただきたい。2年前の改定時より医院収入は大幅に下がったが、診療内容や施設スタッフ、患者家族の要望は増え続け、それに応えるための業務が増えているにも関わらず、収入減のため職員に支給される賞与などにも大きく影響が出ています。
（神戸会場・事務）

●機器の購入をする余裕がない。診療に集中したい！
（加古川会場・歯科医師）

●スタッフ不足のため有給休暇が取れない。
（神戸会場・事務）

●初再診料を引き上げて、歯科医療機関の感染防止対策を充実させてください。
（明石会場・歯科医師）

今号の記事

政策研究会報道
「シリーズ　医療政策を聞く①」
日本共産党　小池晃参議院議員　2面

特別インタビュー
「社会保障切り捨て日本への処方せん」
前済生会栗橋病院院長補佐　本田宏先生　3面

研究面　臨床医学講座より
日常診療で使える整形知識④　6面

診療報酬改定特集
新点数Q&A①　医科・歯科
5面に掲載

特集①
診療報酬改定でどうなる？
― 機能強化加算・在宅医療 ―

休日・夜間対応を迫る機能強化加算

診療報酬改定で、4月から医療現場はどうなるのか。シリーズで特集する。第1回目は良元診療所の脇野耕一先生（宝塚市）に、機能強化加算や在宅医療についてインタビューした。（聞き手は編集部）

―今回の改定は、数字上は医科で0・63％のプラス改定と言われていますが、先生のご実感ではいかがですか。

全体としてはプラス改定の実感はありません。新設された初診料の「機能強化加算」も連絡体制などハードルが高く、喜べる改定ではありません。

―その加算はどのような内容なのでしょう。

夜間・休日対応の医院は「かかりつけ医機能」を持つとして、加算を算定できるようになりました。私の医院は強化型在宅療養支援診療所（連携型）の施設基準を満たしているので、算定可能です。しかし、当院で連絡を受ける常勤医は私一人であり、初診を突破口にして、仮に全外来患者の夜間・休日対応を受けることになると、大変な負担です。しかも診療所ではなく自宅で連絡を受けても、カルテもないなかで個別の患者さんの状況を適切に把握し、対処するのは難しいと感じています。

医師の過重労働を是正する「医師の働き方改革」に逆行しないようにどうしたらよいか、スタッフの協力を得ることができるかどうかが前提となります。

―引き続き「入院から在宅へ」の転換が打ち出されていますが、在宅医療への影響はいかがでしょうか。

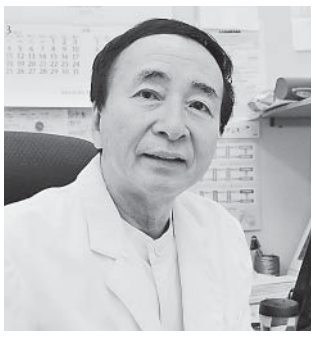
在宅患者訪問診療料が（Ⅰ）と（Ⅱ）に区分され、（Ⅰ）はさらに「1」と「2」に、（Ⅱ）も「注1のイ」と「ロ」に区分されるなど、ますます複雑化されました。

また、在宅時医学総合管理料で、前回の改定で難病等の「別に定める状態の患者」と「それ以外の患者」に区分され、私の医院では全体として引き下げられました。今回は、さらに月2回以上訪問診療を行っている「それ以外の患者」で100点引き下げられました。一方で、「要介護2以上に該当する等一定の状態の患者」に包括的支援加算（150点）が新設されましたが、「別に定める状態の患者」が除外されています。往診料は「可及的速やかに」患家に赴き診察を行った場合に算定できると明確化されました。また、支援診の要件である緊急往診等が「標榜時間に含まれる場合は算定できない」とされました。評価して引き上げるというより複雑化して足踏みさせているというのが実感です。

オンライン診療料も新設されましたが、在宅診療をされている診療所で、私の知っている限りでは始めてみようというところはありません。新しい設備も必要になるので、誰のための何のための改定か首をかしげたくなります。

―国の医療政策の方向性について一言お願いします。

安倍政権下では、「改革」の名の下で、社会保障費の削減が進められています。今回の改定について「モノからヒトへ」の評価が一部行われたという意見もありますが、検体採取料をわずかに引き上げた程度です。本当に人にお金をかけるのであれば、国民の健康を第一に考えて、健康格差を是正し、安心できる超高齢社会の未来をひらく施策を抜本的に拡充することが必要です。この医院の建物もそろそろ補修しなければならないのですが、その原資も診療報酬です。新しい機械の導入も低診療報酬の下ではままなりません。地域の患者さんのため、医療従事者のためにも、協会が行っている診療報酬引き上げを求める運動の重要性はますます高まっていると感じます。


宝塚市・良元診療所
脇野耕一先生

燭心

4月は英語でApril、語源はラテン語のAprilisであり、ローマ神話の女神ウェヌス（Venus：ヴィーナス）に捧げられた月とされている。ウェヌスはギリシャ神話ではアフロディーテにあたり、その別名Apruが4月の由来だという少々複雑な説である▼複雑といえば、今次の診療報酬改定もかなりややこしい。歯科の初再診料はその代表であろう。従来は歯科外来診療環境体制加算（外来環）の届け出の有無による差だけであった。今次改定ではその外来環加算を残しながら、滅菌器の導入や継続的な研修など感染予防に関する施設基準（新施設基準）に合致した施設であるという届け出によって、さらに差別化が進められた▼結果、外来環と新施設基準という二つの基準によって3種類の初再診料が存在することになり、これらの届出がないと現行の点数よりも減算されてしまうというありえない設定になった。しかも、新施設基準無届の施設に対しても点数が設定されたことから感染対策の不十分な施設をも容認してしまった。本来、これらは倫理観の問題であり、基本診療料の一律の増点数で対応すべきものである▼死者すらも蘇らせる医神として名高いアスクレピオスは、アフロディーテの甥にあたる。死者が生き返るという生老病死の倫理を乱す行為を、いかに優れた医術であってもゼウスは受け入れず、雷霆（らいてい）（激しい雷の武器）で撃殺したという。この4月、愛と美と性の女神アフロディーテは歯科の未来に微笑んでくれるだろうか（九）

確定申告相談会

申告書の最終点検は保険医協会で！

税務経営部は、3月15日が期限の確定申告を前に、3月3・4日に協会会議室で確定申告相談会を開催。2日間で29医療機関が参加し、申告書提出前の最後の仕上げを行った。

相談会では協会税務講師団の税理士10人がマンツーマンでアドバイスし、申告書の作成や最終点検が行われた。参加者からは「今年から自分で申告しようと準備をしてきた。最後に点検してもらえて安心」「申告書を見てもらうだけでなく経営相談もできた」などの声が寄せられ、好評を得た。

医院の経営状況を分析し、改善していくためには、日常の記帳や確定申告を専門家任せにせず自主的に把握することが大切である。税務経営部では、会員の自主記帳や確定申告をサポートするため、確定申告相談会やパソコン記帳講座などを毎年実施している。顧問税理士がいる場合にも、セカンドオピニオンとして協会税務講師団の税理士との個別相談を利用するなど、多くの先生に活用いただきたい。

協会税務講師団の税理士がマンツーマンでアドバイス

近畿ブロック大阪国税局交渉

税務調査手続き改善を要望

近畿2府4県の協会で構成する保団連近畿ブロックは、2月21日に大阪国税局交渉を行い、税務調査における手続きなどの改善を要望した。大阪協会から安藤元博副理事長、大阪歯科協会から早田寿夫理事、事務局ら11人が参加。国税局からは藤井総務課課長補佐ら2人が対応した。

近畿ブロックから、調査の事前通知で必要とされる、日時、場所、目的など11にもおよぶ項目は、電話ではなく書面で通知するべきであること、医師・歯科医師の守秘義務は、医師法・歯科医師法とは別に刑法で課せられているため、カルテの提示・提供を求めないことなどを要望した。

当局側は、事前通知は「電話で懇切ていねいに行っているため、今後も書面では行わない」と回答した。また、カルテの提示・提供は税務署員の持つ質問検査権の範囲内だとした上で「公務員にも守秘義務があり、患者の情報が外部に漏洩することはないので協力いただきたい」とした。

近畿ブロックでは、会員への税務調査アンケート結果などをもとに、税務行政の改善を求め今後も懇談や要望を行う。

政策研究会「医療政策を聞く①」

〝大企業優遇税制の廃止がなによりの経済政策〟

政策部は3月10日、協会会議室で政策研究会「シリーズ医療政策を聞く」の1回目を開催。日本共産党の小池晃参議院議員が講演し、39人が参加した。

小池氏は、安倍政権下の5年間で、小泉政権時を上回る総額1兆4600億円もの社会保障費が削減されていることについて、若年層や高齢者等あらゆる世帯への医療・介護の切り捨てだと批判。後期高齢者の窓口負担については、政府が計画する2割への引き上げではなく、受診機会が多い高齢者の負担軽減のためにも無料とすべきとした。

アベノミクスの下で経済格差が健康格差につながっている例として、低所得者層では、医療機関の受診を控える割合や糖尿病を発症する割合が高いとのデータを示し、高すぎる窓口負担の引き下げを求めていくと語った。

医師でもある小池晃参議院議員が医療政策を語った

財源問題については、社会保障分野ではあらゆる削減がされている一方、防衛費は過去最高を更新し続けていると政府の予算の使途を批判。医療費の財源については、過去最高を記録し続ける大企業の内部留保のほんの一部を、法人税や労働者への賃金として社会へ還元することで景気を上向かせ、税収を回復することが何よりの解決策であると語った。

また、森友・加計学園問題について、野党が結束して政権・与党を追及し、疑惑の解明に全力を挙げる決意を語った。来年予定されている参議院選挙では相互支援の野党共闘を実現させ、必ず改憲勢力を3分の2以下に追い込むと語った。

この研究会は、今後も各党の議員を招き、シリーズで開催予定。

「シリーズ　医療政策を聞く」今後の予定

②安倍政権の医療政策の問題点（仮）－医療費抑制と医療の営利産業化－
4月28日(土) 16時～　於・協会5階会議室
講師　辻泰弘先生（元参議院議員・元厚生労働副大臣）

③立憲民主党の医療政策（仮）
5月26日(土) 16時～　於・協会5階会議室
講師　阿部知子先生（衆議院議員・小児科医）

お申し込みは、☎078－393－1807まで

原発なくす会　3月11日に集会

原発ゼロ・再生可能エネルギーへの転換を

東日本大震災・東京電力福島第一原発事故から7年となる3月11日、協会も参加する原発をなくし自然エネルギーを推進する兵庫の会は、「東京電力福島第一原発事故を忘れない　3・11集会」を神戸市内で開催し、約110人が集まった。協会から川西敏雄副理事長が参加した。

福島原発賠償ひょうご訴訟の原告で、事故後、福島県富岡町から宝塚市へ避難し、今は大阪市に住む槇奈緒美氏が、「あたりまえの生活」が奪われ、健康状態が悪化したことなど、避難の大変さや苦しみを報告。同訴訟弁護団の坂本知可弁護士が、国や東京電力への責任追及、避難の権利確立などを目的にした同訴訟の意義を説明し、裁判への支援を訴えた。

避難者や弁護士が、原発事故を起こした東京電力や国の責任追及を訴えた

笠井亮衆議院議員（共産党）が講演し、4野党合同で3月9日に提出した「原発ゼロ・自然エネルギー基本法案」について、これまでの国の原子力推進政策の誤りを指摘し、原発廃止・再生可能エネルギーへの転換を決断するものと説明。市民と野党の共同で法案を可決させ、原発ゼロ・再生可能エネルギーへの転換を実現しようと訴えた。

会員訃報

井上　公仁　先生
西宮市　内科
3月16日　享年59歳
ご冥福をお祈り申し上げます

理事会スポット

◇**出席**　26人

◇**情勢**　自民党の厚生労働部会は医師偏在是正に向けた医療法・医師法改正案の法案審査を行ったが、了承を見送った。法案には、医師少数区域等で一定期間勤務した医師を厚生労働大臣が認定し、一定の病院の管理者として評価する仕組みや臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限を国から都道府県へ移譲することなどが盛り込まれている。

◇**医療運動対策**　①新点数研究会で、決議案や参加者の署名・一言を集めること、情勢報告メモの内容、保団連動画上映など、医療運動対策について準備中であること、②3月以降の保団連中央行動の予定、③4月14日に25条街頭署名行動を行うこと、④「クイズで考える日本の医療」第2シーズンを準備中であることが報告された。

◇**政策部**　裁量労働制の厚生労働省不適切データ問題で、抗議文提出が承認された。

◇**税務経営部**　①保団連による「消費税負担額概算調査」の実施が承認された。②協会税経部として独自に実施した、住民税「税額決定通知書」へのマイナンバー記載に関する県下41市町アンケートの結果が報告された。

◇**歯科部会**　①保団連歯科技工問題パンフレットを1万部購入する、②また、神戸市の「こうべ歯と口の健康づくりプラン」へ提出した歯科部会の意見書が報告された。

（3月10日　理事会より）

春の共済制度普及　好評受付中！

死亡保険の決め手は安さが一番！
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

協会の一番新しい共済です
新グループ保険
●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

医事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

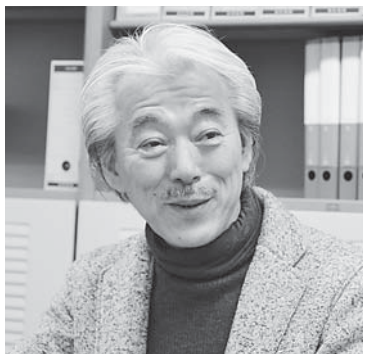
特別インタビュー

本田宏医師に聞く
社会保障切り捨て 日本への処方せん

社会保障削減が続き、各地で医師の長時間勤務が問題になるなか、医療再生をめざして精力的に講演や執筆などで発信を続けている前済生会栗橋病院院長補佐の本田宏先生。社会保障切り捨ての日本への処方せんは何か、新聞部の足立了平部長が聞いた。

前済生会栗橋病院 院長補佐 **本田　宏**先生

【ほんだ　ひろし】1954年福島県生まれ。79年弘前大学卒業後、東京女子医科大学第３外科を経て、89年から済生会栗橋病院に外科部長として勤務、2011年より院長補佐。15年、外科医を引退し、講演活動に専念。医療制度研究会副理事長、弘前大学医学部講師、日本医学会連合労働環境検討委員会委員



聞き手 **足立　了平**新聞部長

医療崩壊の現状訴え 全国行脚

足立　本田先生は、現在は臨床を離れ、医療崩壊の現状を訴えるため、精力的に全国で講演されていますね。外科医だった先生が、なぜこのような活動を？

本田　栗橋病院に勤務して10年ほどは忙しいながらも、患者さんのために医療をしているという充実感を持っていました。地方の外科医は365日24時間呼び出されます。医師不足で病院には麻酔科医がおらず、手術室には3人いる外科医全員が入り、1人が麻酔をし、あとの2人が手術をするという状態で、「なぜ外科医が麻酔を担当しなければならないのか」と漠然と疑問を感じていました。

そうしたなか、済生会宇都宮病院副院長（当時）の中澤堅次先生から「われわれも医療制度の勉強をしなければならないのでは」と声がかかって、医療制度研究会をつくりました。そこで勉強する中で、日本の医師数は先進国最低だと知りました。

足立　それはいつ頃でしょうか。

本田　98年です。その1年後、血液凝固阻止剤と取り違えて消毒液を患者さんに点滴し死亡させるという都立広尾病院事件が起き、その後、福島県立大野病院事件などと医療事故が続きます。日本の医師数も医療費も先進国最低であることが事故の大きな原因だったわけですが、その頃のメディアは病院・医者が悪いとバッシングばかりでした。

足立　医療過誤訴訟は、かつては必ず医師が勝つと言われましたが、99年は横浜市立大学の患者取り違え事件も起こり、その後、医療側にミスが多いということになりました。ちょうどその頃ですね。マスコミは医療事故の一面しか見ず、構造的問題を考えていませんでした。

本田　そうです。医師不足・低医療費の問題を、医療関係者だけでなく、患者のためにも伝えなければまずいと感じて各紙に投稿を始め、2002年に朝日新聞に初めて掲載されました。「ミス招く医療システムの病理」という題で、先進国最低に抑制された医療費が医療事故の深層にあるという内容でした。その後、毎日新聞、読売新聞等にも投稿が載り、テレビ番組にも出演するようになりました。

いまだ続く医師不足

足立　それから15年以上経ちますが、医療崩壊は改善したのでしょうか。

本田　10年前、日本の医師数はOECD平均と比べ、人口比で10万人から12万人不足していました。最近の厚労省のデータでも、やはり10万人不足しています。医学部定員を増やしたはずなのに、全く改善していません。

足立　厚労省は「医師不足」ではなく、「医師の偏在」が問題と言って、医師増に消極的です。この背景には、医師数が増えれば医療費が増えるという「医療費亡国論」があるのではないでしょうか。医師数を抜本的に増やさず、医療費の抑制を続けています。

本田　そうですね。医療経済学の世界では、医療費増加の原因で大きいのは、薬剤費や医療機器の費用などの増加であると分かってきています。しかし、日本の官僚は、方針を変えません。

健康格差招く貧困 自己責任論の克服を

足立　日本全体がぎすぎすし、貧困・格差が拡大しているのに、医療・社会保障がその改善に役立っていないのではないでしょうか。こうした貧困と健康格差についてどう思われますか。

本田　貧困が健康格差を生むということについては、千葉大学の近藤克則先生が研究されています。その中で印象的なのが、妊娠中の母親の貧困が、生まれてきた子の一生に影響くということです。母親の栄養や健康状態が悪く、子どもが低体重で生まれると、その子どもは将来的に糖尿病になるリスクが高いことがわかっているそうです。

私は大学の授業で「生活習慣病」について教えていましたが、本人の責任だけではなく、社会的要因も健康に大きく影響することをしっかり教えなければならないと反省しています。

足立　「生活習慣病」という言葉は「あなたの生活習慣によって病気になった」と、聞く者を自己責任論に誘導します。歯科の分野で、その最たるものは虫歯だと思います。「歯を磨けば予防できる」と言われ、子どもの虫歯も、親が歯みがきを子どもに習慣づけないからだとか、歯科を受診させないからだと親の責任にすり替えられます。ゆゆしきことです。

しかし私たちが兵庫県内で行った学校歯科治療調査の結果、学校検診で歯科受診が必要だとされたにもかかわらず受診しない理由は、「お金がない」の他、「時間がない」「興味や知識がない」ということが大きな要因になっています。一つひとつ見ていけば、時間がないのは、親が共働きや片親であるからと考えられますし、興味がないのも歯科受診の必要性について教育を受けていないからかもしれません。それぞれ貧困と関わっていると思われます。

本田　米国でもお金がある人たちほど運動し煙草を吸わず、歯もきれいで、太っていません。お金に余裕がない人たちはファーストフードを食べがちです。社会的要因がその人の知識や能力、心の余裕に直結しているのです。

私は生活保護基準引き下げに反対する「いのちのとりで裁判」を、賛同人として支援しています。生活保護を受けていらっしゃる方からうかがうと、何年もシャワーだけでお風呂に入っていない、食品は値引きされるまで待って買うなど、他のことまで心を配る余裕のない、ぎりぎりの生活を送っておられます。そうした生の声を聞き、やはり生活保護をはじめとする社会保障の充実が必要だと改めて痛感しています。

分かりやすいデータ発信 保険医協会に期待

足立　これまで伺った医師不足や医療費削減、貧困と格差の問題などについて改善していくには、国民にその問題点を広く知らせていかなければならないと思います。保険医協会でも、さまざまなパンフレットや書籍等を作成し発信していますが、医療や保健から遠いところにいる人たちになかなか届きません。どうしたらいいでしょうか？

本田　病気を治すには正しい診断をしなければならないように、今の日本はどういう状態か「診断」の必要があります。最近の世界的なアンケート調査で「政府は困っている国民を助けるべきか」という質問に対し、「助けるべき」と答えた率が日本では59％と世界で最低でした。米国でも70％が「助けるべき」と答えているにもかかわらずです。

足立　なぜでしょうか。

本田　日本の家族類型に原因があると思います。フランスの家族人類学者であるエマニュエル・トッド氏によると、日本は「権威主義家族」という家族類型です。長男が後を継いで財産をもらい親の面倒をみるという形で、親子で助け合うことが前提になっています。次男・三男は家を出ることになっていますが、そう決まっているので不平等に文句を言わない、不平等を受け入れる国民だというのです。一方、デンマークやイギリスなどでは、子は独立すると、親と同居しません。家族が面倒を見ないので、社会が面倒をみなければならず、社会保障の充実が必要という考えが出てくるわけです。

同様に、他人への臓器提供は世界で一番少ない一方、家族間の生体移植は一番多い。こういう日本の特殊性を考えてアプローチしていくことが大事だと思っています。

足立　病気の自己責任論もそうですし、阪神・淡路大震災の時も生活再建は「自助で」と片付けられてきた。日本人には、それを受け入れてしまう土壌があるということですね。

本田　そういうことです。教育にも問題があります。暗記や制服を押し付けて考えさせない、国家と企業に都合がよい人間を作っています。

足立　このような現状に即した対応が必要と。

本田　そうです。私は若い人に政治について考えることが必要な例として、フランスの高校生の話をしています。

2016年3月、フランスで週35時間労働を38時間労働に延長するという労働法制改悪が行われるというときに、大きな反対デモが起きました。参加した高校生の女の子が持っているプラカードに何と書いてあったと思いますか？　「夜は愛し合う時間だ」とあるんです。その子は、労働時間が長くなることは自分の生活に響く、政治と生活は直結していると考えてデモに参加しているんです。

大人が「政治に関心を持つべきだ」と説教するより、日本なりのアプローチが必要だと思うのです。感情に訴えるアプローチから入り、自分で考える人間を作っていくことが大事だと思います。

その点で上手だと思うのは日本会議です。彼らは憲法に自衛隊を明記すべきだと訴えるために、「ありがとう自衛隊」という大きな文字と自衛隊が子どもを抱えている写真を掲載したチラシを作成しました。アッピールの仕方がうまいなと思いましたね。

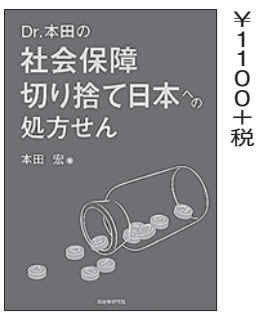
足立　国民が感謝しているのは、被災地での自衛隊であって、戦争をする自衛隊ではないわけですよね。そういうことをすり替えて、憲法に自衛隊を明記しようと狙っているわけですね。

本田　そういうことですね。改憲には反対ですが、このアプローチ方法は重要だと思います。その点、兵庫協会が出版された書籍『口から見える貧困』は感情に訴える面があり、その上で、現実を広めていくという内容になっていて良いと思います。

また、保団連と保険医協会は調査・政策立案能力が優れていると思います。日本の薬剤費の高さを各国比較で明らかにしたデータは、私が財務省の主計局長と面談する際にも活用させていただきました。この力をブラッシュアップし、SNSも駆使して発信していただきたいです。

足立　本田先生のノウハウもいただき、協力しながら、医療再生に向けてがんばっていきたいと思います。ありがとうございました。

新刊 『Dr.本田の社会保障切り捨て 日本への処方せん』



自治体研究社　発行
¥1100＋税

私の映画案内 99

白岩一心

ペンタゴン・ペーパーズ ～最高機密文書

(c)Twentieth Century Fox Film Corporation and Storyteller Distribution Co., LLC.

巨匠スティーブン・スピルバーグ監督の最新作『ペンタゴン・ペーパーズ　最高機密文書』を案内します。注目を集める本作品は、メリル・ストリープ、トム・ハンクスの2大俳優が主演を務めます。

1971年にアメリカで起きた国防総省の機密文書〝ペンタゴン・ペーパーズ〟の流出事件を題材にした、実話に基づいた社会派作品です。

舞台は、ベトナム戦争に対して、アメリカ国内でも反戦ムードが強くなっていた1971年。アメリカ国防省には、ベトナム戦争の経過と客観的なデータをまとめた、通称「ペンタゴン・ペーパーズ」と呼ばれる機密文書がありました。この存在を知ったNYタイムズと、そのライバルであるワシントン・ポストの両社が、真実を報道しようとしますが、政府によって報道の自由を規制され、記事の発行を止められてしまいます。これに対して、二つの新聞社は、時に争いつつもやがて連携し、真実を世間に伝えるための行動を開始します。

政府からの圧力が明白な中、グラハム（ストリープ）が誹謗されながらも信念を貫き、報道の自由を守り抜くため最後の決断を迫られる緊迫した場面や、グラハムを支えるブラッドリー（トム・ハンクス）が「この記事をあきらめれば、自由の炎が消えるぞ！」と力強く訴える場面など、アカデミー賞常連の名優コンビが圧巻の演技バトルを披露し、観る者を圧倒します。

政府がその存在すらひた隠しにしていた、衝撃の事実を明らかにするため、立ち上がった実在の人物たちの姿を追う本作品は、立場を超えた熱い信念や絆、それぞれの思惑や葛藤が描かれ、何層にも重なるほど厚く、緊張とスピード感溢れるドラマが展開します。

結果的には司法の場で、政府側が敗訴し、新聞社側が勝訴することも日本では考えられないことです。

スピルバーグ監督は「今、撮るべき作品」として、トランプ大統領就任45日後に本作の製作を発表し、先に予定していた作品を前倒しすることを決め、撮影を敢行しました。

政府によってジャーナリズムに規制がかけられ、国の主役であるはずの国民に真実が伝えられず、何が真実で、何が正しいのかが分からない「今」だからこそ、伝えるべき強烈なメッセージを込め、警鐘を鳴らす作品です。日本の報道体制のだらしなさが顕著なことが際立ちます。ぜひとも、映画館のスクリーンを通して鑑賞してはいかがでしょうか？　日本の報道のあり方を見直してほしい話題作品です。

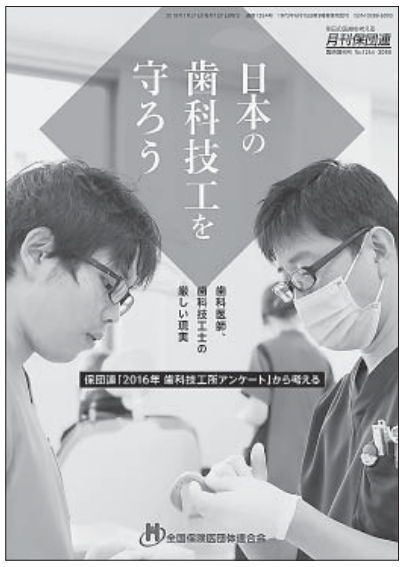
（全国映画館で上映中）

【赤穂郡　白岩歯科医院】

保団連パンフレット『日本の歯科技工を守ろう』

待合室などでご活用ください

歯科部会長　吉岡　正雄



※B5判、12ページ。ご注文は、☎078-393-1809歯科部会まで

このたび、保団連パンフレット「日本の歯科技工を守ろう　歯科医師、歯科技工士の厳しい現実」が発行されました。

超高齢社会の進行に伴い義歯の需要の増加が予想されます。一方、歯科技工士の高齢化と離職が進み、公的医療保険による歯科技工物の提供が、近い将来困難になることが危惧されています。この問題の改善が喫緊の課題となっています。

保団連と協会は、歯科技工問題解決のためにどのような方策、手立てが必要か検討するために、2016年度に「歯科技工所アンケート」を実施いたしました。アンケート結果では、歯科技工士の長時間・低報酬の労働実態が明らかになっております。

このパンフレットはアンケート結果をふまえ、歯科技工所・士の実態を知っていただくとともに、矛盾の根源には低医療費政策があり、その転換が必要であることを解説しています。

『月刊保団連』4月号に同封しておりますので、積極的にご活用いただきますようお願いいたします。

神戸支部　研究会「大人の食物アレルギー」

文　感　想

迷ったらためらわず エピペン使用を

神戸支部は3月3日、研究会「増加する大人の食物アレルギー～身につけたいアナフィラキシー対応の基本～」を開催。中京大学スポーツ科学部教授で認定NPO法人アレルギー支援ネットワーク・理事長の坂本龍雄先生が講演し、医師・歯科医師ら42人が参加した。吉本秀雄先生の感想を紹介する。

春一番と共に、花粉症の方には厳しい季節となりました。今回、坂本先生には「増加するアレルギー」について、ご講演いただきました。短時間でしたが、アレルギーのメカニズムおよび全身的な症状を分類して説明していただき、真にありがとうございました。

エピペンの使い方など、活発な質疑応答が行われた

講演後の懇親会でも、分かりやすく説明していただき、また、先生のお人柄にもふれ、楽しい一時でした。

締めくくりに提言。アナフィラキシーの疑いがあれば、ためらわずアドレナリンの筋肉内注射を。それにはまず、エピペンを随時携帯する。これに限りますとのこと。楽しい食事、また、日ごろの診療においても、この提言を心がけるつもりです。先生、ありがとうございました。

追補　今回の食物以外にも金属・木材等々、抗原が存在しています。年齢に関係なく発症するかもしれず、先生の今後の研究に期待しております。

【明石市・歯科　吉本　秀雄】

尼崎支部／医療と福祉を考える会

口腔機能管理と健康への影響を考える

尼崎支部は2月8日、県立尼崎総合医療センターで第98回医療と福祉を考える会「お口の健康～咀嚼障害の予防～」を開催。同センター歯科口腔外科科長の藤村和磨先生が講演し、9人が参加した。

藤村先生は、咀嚼障害を起こす疾患として、特にオーラルフレイルの早期対応の必要性について言及した。また、顎関節周囲の硬組織、咀嚼運動に使用する咀嚼筋などの解説、顎関節症の症状や治療法をスライドを用いて詳述。

咀嚼障害をテーマに講演する藤村先生

最後に、周術期口腔機能管理介入の効果を示した上で、同管理には医師からの依頼書が必要である旨を強調し、「歯科医以外の医療者こそ、治療が必要な口腔異常を見る機会が多い。気軽にかかりつけ歯科医院や歯科医師会に連絡を」と呼びかけた。

医師、歯科医師のほか、薬剤師や言語聴覚士、音楽療法士、ケアマネジャーなど多様な職種が参加し、訪問先での口腔ケアの要点など、活発に意見交換が行われた。

第29回全国保険医写真展　作品募集

「お化粧」
熊谷仁志氏（秋田協会）

募集期間　4月1日(日)～5月7日(月)
写真展開催期間
7月3日(火)～7月8日(日)
応募規格　半切またはA3サイズ／組写真も可（1組3枚まで）／カラー・モノクロは自由／デジタルカメラ可
テーマ　①自由テーマ
②個別テーマ「ふるさと」

※詳細は『月刊保団連』3月号をご参照ください。

お問い合わせは、保団連文化部 ☎03－3375－5121まで

歯科定例研究会

長期経過から考えるペリオ＝力によるトラブル＝
知ってもらいたい習慣性咀嚼側に生じる咬合性外傷

日　時　4月29日(日) 14時～17時　　**会　場**　協会5階会議室
講　師　神奈川県川崎市・内田歯科医院院長　**内田　剛也**先生
定　員　120人（事前申込順）　　**対　象**　歯科医師、歯科衛生士

お申し込み・お問い合わせは、☎078－393－1809まで

併設 医・歯学部受験個別塾 医匠塾
医学部受験　国公私立 医学科合格率 85%オーバー

医学科入試へのアドバイス ～医学科合格のための本物の＜基礎学力＞～
医学科入試の合格者と不合格者の間には実際には明確な相違が存在していますが、それは＜応用力＞でなく＜基礎学力＞の差です。不合格の原因は＜応用力＞不足と思われがちですが、実際には＜基礎学力＞の不十分さが原因なのです。本物の＜基礎学力＞とは、公式や定理を暗記して基本問題が解けるという初歩的学力ではなく、問題の本質を見抜いた上で最適な公式や定理を適切に活用出来る基盤的学力を表しています。この本物の＜基礎学力＞を完成させるための柱が「抽象的思考力」であって、これは幼少期からの言語能力の長期的発達に伴って磨かれるものですから、入試対策でテクニックを磨くだけでは短期的には獲得出来ないものです。したがって、医学科合格のために本質的に必要とされていることは、受験期における入試対策レベルでの「短期的」な小手先の＜応用力＞養成でなく、幼少期からの抽象的思考力レベルでの「長期的」な本物の＜基礎学力＞の完成なのです。

プロ家庭教師派遣 関西一円　中央受験センター　受験資料無料送付
0120-880-199　中央受験センター　検索

医科〈その１〉新点数Q&A

〈機能強化加算〉

Ｑ１　初診料に新設された機能強化加算は、届出が必要か。

Ａ１　必要です。施設基準は、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、許可病床数が200床未満の病院または診療所です。

Ｑ２　初診料を算定する全ての患者に加算できるのか。

Ａ２　２科目初診料を除き、全ての患者に対し、初診料算定の都度、加算できます。また、小児科外来診療料、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ます。

〈妊婦加算〉

Ｑ３　初診料・再診料に新設された妊婦加算は、妊婦に対して算定するとあるが、妊婦であることはどのように確認するのか。

Ａ３　医師が問診の上、妊婦であると判断した場合は算定できます。母子手帳の確認は必ずしも必要ありません。

Ｑ４　妊婦加算の算定に当たっては、診療録や診療報酬明細書にはどのような記載が必要か。

Ａ４　当該患者が妊婦であると判断した旨の記載が必要です。

〈在宅患者訪問診療料〉

Ｑ５　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」と「２」の違いは何か。

Ａ５　（Ⅰ）の「１」は従前の訪問診療料ですが、新設の（Ⅰ）の「２」は、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす医療機関からの依頼を受けて訪問診療を行った場合に算定します。

Ｑ６　（Ⅰ）の「２」について、他の保険医療機関からの依頼には、電話等、文書以外のものを含むか。

Ａ６　含みます。

Ｑ７　（Ⅰ）の「２」を算定する上で、制限はあるのか。

Ａ７　算定できるのは１回の依頼に対し月に１回、一連の治療につき訪問診療開始月から６月が限度です。ただし、医学的に引き続き訪問診療が必要と判断される場合（その診療科の医師によらなければ困難な診療等）においては、６月ごとに改めて依頼を行うことで継続が可能です。また、末期の悪性腫瘍の患者や神経難病等の患者には期間の制限はありません。

Ｑ８　依頼する医療機関が在宅時医学総合管理料等を当該患者に算定していない場合は、（Ⅰ）の「２」は算定できないのか。

Ａ８　当該患者に対して算定要件を満たしていればよく、必ずしも算定している必要はありません。

Ｑ９　在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は、有料老人ホーム等を併設する（同一敷地内または隣接する敷地内に位置する）医療機関が当該施設入居者へ訪問診療を行う場合に算定するとあるが、「有料老人ホーム等に入居する患者」とは具体的に何か。

Ａ９　次のア～ウいずれかに該当する患者です。

ア．施設入居時等医学総合管理料の対象施設に入居している患者
イ．障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設または福祉ホームに入居する患者
ウ．小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者

Ｑ10　どのようなケースが「有料老人ホーム等と同一敷地内または隣接する敷地内に位置する保険医療機関」に該当するか。

Ａ10　医師の所属する医療機関から患者が入所する施設等に短時間で直接訪問できる状況にあるものが、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の算定対象となります。例えば、医療機関と同一建物内に当該施設がある場合やわたり廊下等で連結されている場合が該当します。なお、当該医療機関の所有する敷地内であっても、幹線道路や河川などのため迂回しなければならないものは該当しません。

Ｑ11　有料老人ホーム等が別法人の場合も、併設する医療機関に含まれるのか。

Ａ11　含まれます。

〈ベンゾジアゼピン系薬剤の長期継続処方の減算〉

Ｑ12　ベンゾジアゼピン系薬剤の処方にかかわる減算規定とは、どのような内容か。

Ａ12　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、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・処方箋料が減算されます。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点です。

Ｑ13　減算されない除外規定はないのか。

Ａ13　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ます。

Ｑ14　「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」とは何か。

Ａ14　①不安または不眠に係る適切な研修を修了した医師、あるいは②精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師をいいます。

Ｑ15　「長期継続処方」は、いつからの処方が対象となるのか。

Ａ15　2018年４月１日以降の処方が対象です。

〈分割指示に係る処方箋〉

Ｑ16　分割指示の処方箋様式が新たに追加されたが、分割指示を行わない場合は、従来様式でもよいのか。

Ａ16　従来様式でよいです。

〈長谷川式検査〉

Ｑ17　長谷川式検査が、新たに検査項目として算定できるようになったのか。

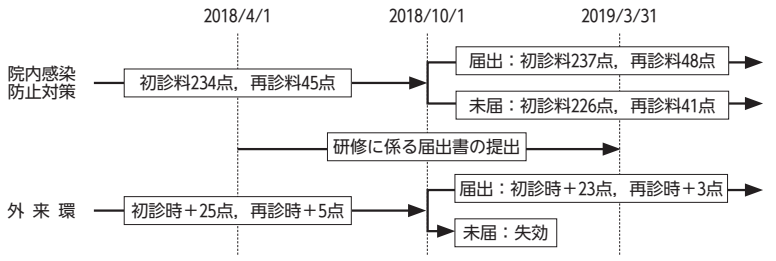
Ａ17　従前は基本診療料に含まれていた長谷川式知能評価スケールを用いた検査が、新たに「D285　認知機能検査その他の心理検査」の「１　操作が容易なもの」に追加され、算定できるようになりました。

Ｑ18　精神科でなくても算定できるのか。

Ａ18　同検査を行った場合は、精神科に限らず、どの診療科でも算定できます。

歯科〈その１〉新点数Q&A

〈歯科初診料・再診料に係る院内感染防止対策、外来環、歯援診の届出と経過措置〉



Ｑ１　歯科初診料と再診料は、９月30日までは現行点数なのか。

Ａ１　その通りです。今回、歯科初診料と再診料に、院内感染防止対策を推進するとして施設基準が設けられ、９月30日までに届出を行えば、10月１日から歯科初診料237点、歯科再診料48点となりますが、届出しなければ226点、41点に減額された点数となります。

「歯科点数表の初診料の注１に係る施設基準」（様式２の６）、「院内感染予防対策の研修に係る施設基準」（様式２の８）に、表紙の「基本診療料の施設基準等に係る届出書」（別添７）をつけて、１通を近畿厚生局兵庫事務所に届出します。届出の写しは医療機関で保存します。様式２の８は来年３月31日までの猶予がありますが、様式２の６と同時に９月末までに届出すれば、届出忘れがありません。

Ｑ２　外来環、か強診、歯援診の届出を３月末までに行っていた医療機関は、経過措置があるのか。

Ａ２　経過措置があります。外来環は９月末まで、か強診と歯援診は２年間の経過措置があり、歯援診は歯援診２として取り扱われます。詳しくは、会員の先生方にお送りしている『2018年改定の要点と解説』冊子をご覧ください。

◆厚労省平成30年度歯科診療報酬改定説明会（2018年３月５日技官会議）質疑応答より抜粋◆

〈初診料の注１（院内感染防止対策）に規定する届出について〉

Ｑ３　初診料の注１に規定する施設基準について、「届出を行った日の属する月の翌月から起算して、４年が経過するまでに様式２の８を用いて再度の届出を行うこと」とあるが、経過措置の規定により、平成31年３月31日以前に所定の研修を受講せずに届出を行った場合であって、後日研修を受講し、様式２の８の届出を行った場合については、どちらの日を起点として、様式２の８を用いた再度の届出となるか。

Ａ３　この場合において、研修受講後に様式２の８の届出を行った日の属する月の翌月を起点とする。なお、４年が経過するまでに再度研修を受講し、届出を行った場合については、その届出を行った日の属する月の翌月を起点として４年が経過するまでに、様式２の８を用いて再度の届出を行うこととなる。

〈補足〉院内感染防止対策に係る研修については、平成31年３月31日までに全ての医療機関に出していただく必要がある。平成30年９月30日までに研修に関する届出を行った医療機関については、10月１日に届け出たものとみなす。また、院内感染防止対策に係る研修の有効期限は、４年間とし、それ以外は従来の疑義解釈で示している通り、３年間となるので注意していただきたい。

Ｑ４　様式２の８の院内感染防止対策の研修に係る届出書添付書類において、「４年以内の受講が確認できる文書を添付する」となっているが、すでに届け出ている歯科外来診療環境体制加算の届出の受講文書が４年以内であれば、当該文書の再提出で可か。それとも新たに院内感染防止対策の研修を受講しなければならないか。

Ａ４　４年以内に受講したものであれば、外来環に該当する研修の受講文書の再提出でも可とする。

Ｑ５　初診料の注１に規定する施設基準に院内感染防止対策に関する研修を定期的に受講していることとあるが、定期的に受講する者は歯科医師に限られるか。受講する歯科医師は常勤に限られるか。

Ａ５　通知に記載の通り、常勤の歯科医師が受講している必要がある。

〈歯科外来診療環境体制加算（外来環）について〉

Ｑ６　現在、外来環に係る届出を行っている保険医療機関が外来環１を算定するためには、平成30年９月30日までに新たに届出を行う必要があるか。

Ａ６　平成30年９月30日までに再度の届出を行う必要がある。

Ｑ７　新たに届出が必要な場合、医療安全の研修に関する受講歴の期間に制限はあるか。

Ａ７　従来通り、３年以内に受講したものであることが必要。

〈在宅療養支援歯科診療所（歯援診）について〉

Ｑ８　歯援診に係る施設基準に関して、研修要件に高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む）と追加されたが、すでに歯援診の届出をしている医療機関について認知症に関する内容を網羅しているかどうかを、どのように確認するのか。認知症に関する研修を新たに受講しなければいけないのか。

Ａ８　歯援診の再届出の際に受講証を添付していただき、内容を満たしているものであれば差し支えない。

〈補足〉認知症患者への対応、認知症に関する基礎的な知識を得るような研修を３年以内に受講したことが分かる受講証を提出していただければ、それでかまわない。新たに認知症の内容を含む研修を、４月１日以降に受講しなければならないということではない。

臨床医学講座より

日常診療で使える整形知識④

3．下肢のしびれの診かた

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/

（前号からのつづき）

脊柱管狭窄か血管閉塞か？

下肢の疼痛が主訴の時は神経根病変（神経根痛）が多く、しびれが主訴の時は脊髄症や馬尾神経障害のことが多い。

下肢への坐骨神経痛があれば腰椎椎間板ヘルニアなどの神経恨障害が疑われる。間欠性跛行がある場合は血管閉塞による場合と腰椎脊柱管狭窄症のように馬尾神経圧迫による場合がある。脊柱管狭窄症の時の坐骨神経痛は立っただけでも生じるが、血管閉塞による下肢の痛みは歩行により出現する。

坐骨神経痛は下肢近位では痛み、遠位ではシビレが主体となることが多いが、血管閉塞では下肢遠位の歩行時痛が主体である。鑑別は脊柱管狭窄は下肢神経症状の存在により、血管閉塞は下肢の血管の触診、ドップラーにより推定できるし、足関節の収縮期血圧／腕の収縮期の血圧（ABI）＜0.9の時は下肢血管閉塞を考える。

足背動脈が触れれば血管閉塞が否定できるわけではないことに注意しよう。

多発性神経炎か、神経根障害か？

両下肢のシビレでは多発性神経炎も考える。坐骨神経は最も長い末梢神経であるから一番やられやすい。シビレが下腿の２分の１より上行すると両手のシビレも起こりやすいといわれる。多発性神経炎と神経根障害との鑑別点は多発性神経炎では下腿の前も後ろも同じように知覚障害があるが、神経根障害ではその神経根支配域のみの神経障害である。

多発性神経炎の鑑別診断はDANG THERAPISTである。すなわち、DM、Alcohol、Nutritional、Guillain-Barre、Toxic（heavy metals、drugs）、Hereditary（Charcot-Marie-Tooth、Dejerine-Sottas、Refsum）、Renal、Amyloidosis、Porphyria、Infectious、Systemic、Tumorである。

なお最も多い原因はDMだがChronic polyneuropathyの20～25%は原因が不明で、老人のsensory distal symmetrical polyneuropathyが多く、足の痛み、シビレ、灼熱感をともなうsmall fibre polyneuropathyである[5]（反射低下や位置・振動覚障害がある時は太い知覚神経の障害）。

また両下肢と両上肢のしびれが脊髄症（myelopathy）で起こることがあり（機序はよくわからない）、腱反射の亢進、Babinskiに注意しよう。

また下肢麻痺のみがある時、脊髄の変化のみを考えがちであるが、脳の頭頂部病変（前大脳動脈の脳梗塞、髄膜腫など）でも起こりうることを思い出そう。Babinskiの有無に注意！

足のみのシビレの時

足裏のシビレを見た時、内果後方の脛骨神経が屈筋支帯で圧迫される足根管症候群のことがあり、内果後方でTinelを確認するとよい（図１）。

足背のシビレで第１、２足趾間に限局する時は深腓骨神経圧迫による前足根管症候群のことがあり、この神経は足背動脈と伴走しているので足背動脈のTinelを確認する（図２）。

足背動脈の簡単な見つけ方がある。足関節の外果と内果を結ぶ線の中点から母趾と第２趾の間に線を引く。この線上に足背動脈はある（図３）。見当違いの所を触っているナースをよく見かけるので教えてあげよう。

ランナーで説明のつかぬ足背外側の痛み、シビレがあるとき浅腓骨神経の絞扼（図３）のことがある。浅腓骨神経は外果から７～10㎝上で深部から浅層に出てくるが、ここで絞扼され足背外側のしびれを起こす。ここのTinelを確認する。

歩く際、第３・４中足骨間で痛みがある場合や３・４趾間に放散痛があるときはMorton's neuroma（図４）を考える。第３・４趾間で総趾神経が横中足靭帯で絞扼されて神経周囲が繊維化してneuromaができる。この時、前足部を両側からつかむと疼痛が誘発され（Mulder's sign）clickを感じることがある。第３・４趾間の知覚低下を調べよう。

腰椎椎間板ヘルニアの診断

神経所見はＬ４、Ｌ５、Ｓ１の異常を確認する

下肢への放散痛がある場合はその位置を聞く。Ｌ３/４のような高位椎間板ヘルニア（Ｌ４神経根障害）の場合は大腿神経に沿って大腿前面から膝内側にかけて放散痛がある（膝疾患と間違われる）。Ｌ４/５やＬ５/Ｓ１のような下位椎間板ヘルニアなら坐骨神経に沿って大腿後面から下腿外側、後面、さらに足指に放散することもある。足背あるいは母指への放散痛ならＬ５、足底あるいは第５指への放散痛ならＳ１の神経恨症状である。

図５からわかるようにＬ４/５のヘルニアの場合、Ｌ５とＳ１の神経根が障害される。Ｌ５/Ｓ１ヘルニアではＳ１神経根が障害される。

脊椎椎間で硬膜内の最外側（一番狭い場所）に位置する神経はそのレベルで分岐して硬膜外へ出ていく神経である。例えばＬ４/５椎間であれば硬膜内で最外側にあるのはＬ５神経でその内側にＳ１がある（図５）。この位置で、ヘルニアが硬膜内でいちばん狭いところにあるＬ５神経を障害せずにそれより広い所にあるＳ１神経を障害することは考えにくい。つまりＬ４/５のヘルニアではＬ５とＳ１の二つが障害されることはあってもＳ１単独障害は起こりえない[6]。

腰椎椎間板ヘルニアの９割はＬ４/５とＬ５/Ｓ１の二つの椎間板で起こるから、ヘルニアを疑ったときはＬ４、Ｌ５、Ｓ１の神経症状を反射、知覚、筋力の３点から確認すればよい。調べるべき反射は二つ、膝蓋腱反射（PTR）とアキレス腱反射（ATR）である。膝蓋腱反射はＬ４をみている（膝蓋腱は大腿四頭筋だからＬ４と覚える）。アキレス腱反射はＳ１をみている（Achillesの１番のウィークポイントと覚える）。

知覚は脛骨稜の内側がＬ４、外側がＬ５である（図５）。特に母趾と第２趾の間はＬ５の固有領域である。

足底はＳ１である。特に外果の下方はＳ１の固有領域である。筋力は足関節の内反がＬ４、足関節背屈、足趾背屈がＬ５（足趾５本反ってＬ５と覚える）。足関節外反と底屈、足趾底屈がＳ１である。大雑把にはつま先立ち（Ｓ１）と踵立ち（Ｌ４、Ｌ５）ができるか見れば良い。以上から椎間板ヘルニアがＬ４/５かＬ５/Ｓ１か同定できる。

大腿周囲長（膝蓋骨の10㎝上で計測）、下腿周囲長（一番太い位置で計測）も筋萎縮をみるのに重要である（特に２㎝以上の差）。

SLR（straight leg raising）はヘルニアに特徴的なサインであるが、70度以上の挙上では健常人でも膝窩部のつっぱりを訴える。SLRはギランバレーのような神経根を含む急性多発神経根炎でも陽性にでることがある。

SLRと筋線維束攣縮（筋肉のピクピクした自発収縮）は末梢神経近位部の神経根に病変があることを示す。脊髄前角細胞の障害でも筋繊維束攣縮が起こるが、SLRが出ることはない。

Crossed SLR（健側下肢挙上で患側の痛みを訴える）は陰性のことも多いが、あればヘルニアのさらに有力な証拠である。Ｌ３/４の高位椎間板ヘルニアではFNS（femoral nerve stretching：伏臥位にして下肢を天井に向かって持ち上げると大腿前面に放散痛を訴える）テストが陽性に出る。（つづく）

図１　内側からの観察

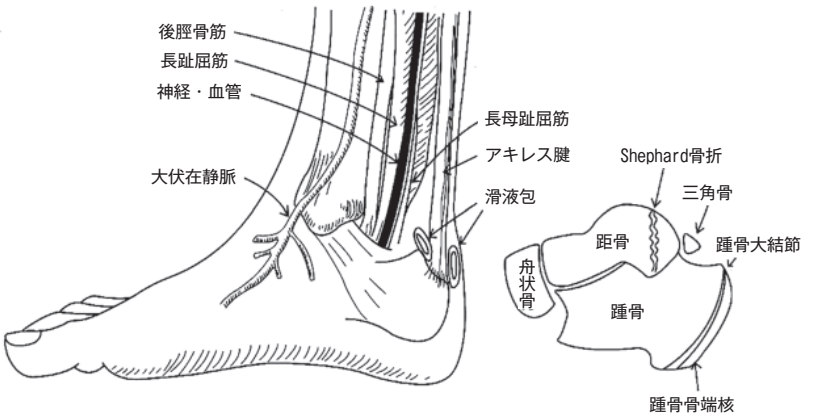


図２　前方からの観察（１）

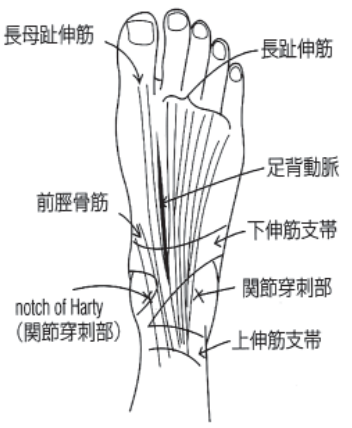


図３　前方からの観察（２）

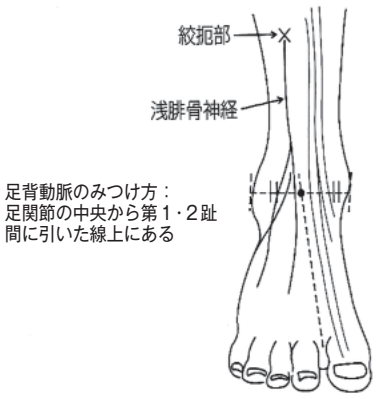


図４　足底の観察

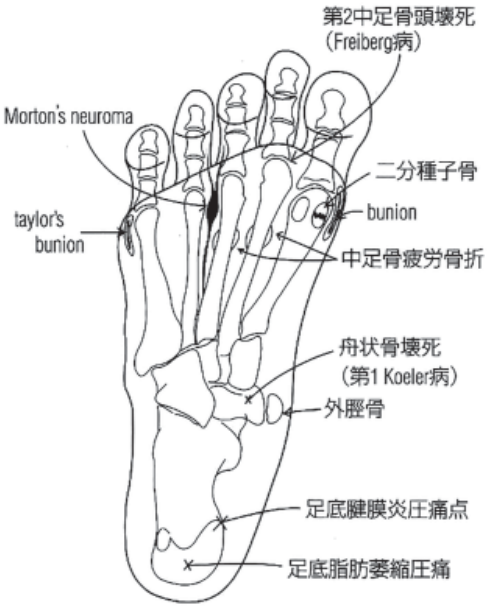
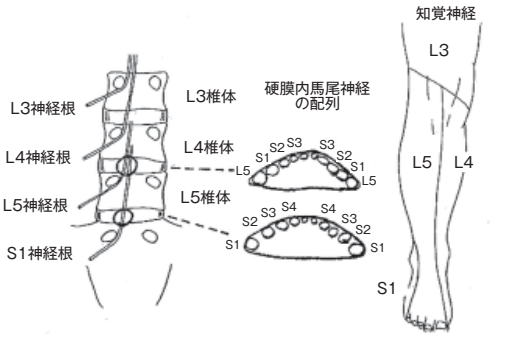


図５　ヘルニアにより障害される神経根



参考文献

５．Seminar:Peripheral neuropathy, The Lancet vol 363, June 26, 2004
６．菊池臣一、蓮江光男：腰仙椎部神経症状、金原出版、1996