

# 兵庫保険医新聞

第2065号

発行所 兵庫県保険医協会  
http://www.hhk.jp/

2024年3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)

## 西宮・芦屋支部／環境・公害対策部が市民学習会

# 許しがたい原発推進政策

東日本大震災・福島第一原発事故から13年となるのにあわせ、日本の原子力政策について改めて考えようと、協会西宮・芦屋支部と環境・公害対策部は共催で、市民学習会「汚染水海洋投棄 下北半島六ヶ所村再処理工場」日本の核政策」を協会会議室とオンラインで開催。元京都大学原子炉実験所助教の小出裕章氏が講演し、会員・市民ら127人(来場92人、オンライン35人)が参加した。

小出氏は、原発事故は現在危険性を隠し、事故後も「想到るまで、立ち入り禁止区域で救助されなかった人、強制避難させられた人、被曝しながら生活する人、避難を続けている人等々、悲惨で多様な被害を生んでいる」と振り返った。

しかし、原発を推進してきた国・電力会社は、原発の事故を受け10年以上稼働停止

### 小出裕章 元京都大学 原子炉実験所助教 が講演



政府の「処理水」海洋放出強行の理由には日本の核政策があると解説する小出氏

中で、核燃料の発熱が千分の1に減り、さほどの冷却を必要としなかったために難を逃れたと紹介。世界最大の地震大国であることひとつとついても、日本で原発はありえないことが改めて明らかになったと指摘した。

漁業者との約束を破り、政府・東京電力が強行する「ALPS処理水」海洋投棄について、小出氏は環境に漏らしたよい放射能などなく、「ALPS処理水」はトリチウムが排出基準濃度の10倍、セシウム、ストロンチウムをはじめとする他の放射能汚染物質も完全に除去されることなく含まれた「放射能汚染水」であり、海洋投棄以外にタンクの増設等、現実的で容易に実行できる方策は多数あると紹介。

それでも政府が海洋投棄を強行する背景には、核兵器は術を保有しようとしている。持たないが製造技術は保有したいという基本政策があると指摘。政府は「もんじゅ」の廃炉で核燃料サイクルの破綻が決定的となってもなお、青森県六ヶ所村で再処理工場を稼働させ、原爆の材料となるプルトニウムを抽出できる技術解説した。

### 福島第一原発事故13年 改めて事故の危険性振り返り 原発ゼロ実現へ行動を

環境・公害対策部長 森岡 芳雄

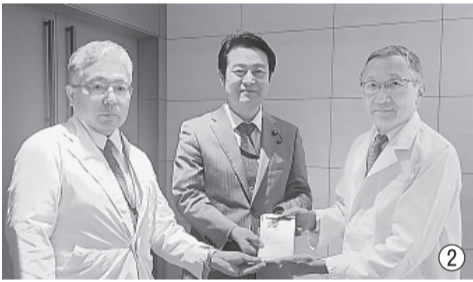
2011年3月11日の東日本大震災・東京電力福島第一原発事故から13年を迎えた。デブリ除去の見通しは全く立っておらず、廃炉作業での事故も相次いでおり、自主避難者を除いても2万人以上の方々がいまなお避難生活を強いられ続けている。帰還者についても一般の20倍の年間20mSvの被曝が前提となっており、事故原因も未だ説明されることがなく、日々膨大な汚染水と汚染廃棄物が発生し続けている。

### 3・14 国会行動

## 診療報酬の不合理是正 強く訴え

協会・保団連は3月14日、診療報酬の不合理是正や現行の保険証の存続を求め、国会要請行動を実施。兵庫協会から、白岩一心副理事長、川西敏雄氏が参加し、兵庫選出国会議員を中心に、全政党へ要請した。

後発品のある先発医薬品の差額負担徴収について、医師定疾患療養管理料の対象疾患から高血圧、糖尿病、脂質異常症を削除したことなど改定



面会に応じた盛山正仁文部科学大臣(①中央)、②桜井周衆議院議員(②中央)、③福島みずほ参議院議員(③右端)

盛山正仁(自民・文部科学大臣)、桜井周(立憲・衆議院議員)、福島みずほ(立憲・参議院議員)と面談。船後靖彦(社民)と面談。船後靖彦(社民)は「現行の保険証の存続を求める」署名の紹介議員を引き受けた。盛山文科大臣とは保団連の住江憲男名誉会長が文部科学省を訪れ、面談。住江名誉会長は保険証廃止の問題の本質が患者の受療権の侵害であること、薬剤費負担によるジェネリックへの無理な誘導は適切な処方への妨げになること、診療報酬引き下げが数字以上にひどく医療提供に困難をもたらしていることなどを訴えた。盛山氏は「お聞きした実態を踏まえ努力したい」「医師の働き方改革にも取り組み

健康をまもる医師・歯科医師として、事故による甚大な被害を引き起こす可能性を内包し、処分方法が未確立な放射性廃棄物を排出し続ける原発の全廃と新増設の禁止、そして再生可能エネルギー中心のエネルギー政策に転換することを繰り返して求めた。電力逼迫や温暖化対策、電気料金引き上げなど、政府・電力各社は原発が必要であるとする理由を繰り返し宣伝しているが、再生可能エネルギー中心に転換し、省エネ等を推進することでこれらが達成できることは明らかになっている。

保団連が当日議員会館で開催した「やっぱり保険証がいー!アピール集会」には、桜井周衆議院議員(立憲)が参加し、「能登半島地震で、緊急時にマイナ保険証が使えないことが分かった。引き続きがんばっていく」と訴え、「現行の保険証の存続を求める署名」を受け取った。

福島議員(社民)は、国の機密情報扱う民間人に対して、政府が「適正評価」を行うセキュリティクリアランス法案について、「評価内容には精神疾患やカウンセリング受診の有無も含まれ、非常に問題。このまま医療DXが進められれば、カルテの情報を政府が勝手に見られるようになるのではないかと懸念を表明した。

### 燭心

2年に一度の保険点数改定の年。保団連の冊子・歯科「改定の要点と解説」が完成した。全体では6年連続マイナス改定である上、改定内容も複雑怪奇で理解するのに時間がかかる▼まず「ベースアップ評価料」。基本診療料の大幅プラス改定なら、言われなくても賃上げして人材確保したいところであるが、ざっと計算して、在宅だけでも数万円のマイナス。この改定でどう賃上げすれば良いのかと頭を抱える▼ご丁寧に、厚労省が「賃上げしたら基本診療料が何点プラスになりますよ」と判定ソフトも無料で提供してくれる。しかし、この点数は必ず賃上げに使わなければならない。定期的な報告も必要だ。しかも賃上げ相当分が明細書に表記される。患者さんとの分断が▼賃上げしなければ「そういう改定だったはず」と従業員との間に溝ができる。補償関連もわずかにプラス改定となった。厚労省は技工士の賃金引き上げ分という。しかし、そもそもその評価が低すぎる▼10月には患者さんが先発品を望めばジェネリックとの差額の4分の1が徴収されることになるようだ。70年代に「歯科110番(歯科医療告発運動)」で歯科の差額徴収に国民が「NO」を突きつけたのに、歯科の金属差額徴収の復活も危惧される状況だ。今回の金属冠の補償外しがその布石とも取れる▼国民、歯科医師、従業員、誰にとってもひどい改定である。政権交代しなければ日本の保険医療、なかでも歯科医療は死んでしまう。酒を飲む気にもなれない。(酔)

# 主張

厚労省の過労死等防止パンフレットには、「脳・心臓疾患発症前1カ月間」に概ね100時間又は発症前2カ月間ないし6カ月間にわたって1カ月当たり概ね80時間を超える時間外・休日労働が認められる場合は、業務と発症の関連性が強い」とされている。

「医師の働き方改革」により、この4月から全ての勤務医に対して原則的に適用される労働時間の上限規制のうち、A水準は、年間960時間までの時間外・休日労働が認められる。地域医療の確保が必要な場合は、B水準の年間1860時間。臨床研修医や専攻医はC水準の年間1860時間である。

## 真の医師の働き方改革のため 医師の増員と診療報酬の大幅引き上げを

病院は医師の宿直が必要だ。宿直中は待ち時間も原則労働時間だが、労働基準監督署による宿直許可があれば労働時間に含まれない。許可基準には、ほとんど労働のない勤務、夜間に十分睡眠が取り得ること、病院の機能維持に必要な資格もあり、病院と勤務医との話し合いが必要だ。

22年の文科省調査では、大学病院勤務医の3割が、24年はA水準を超える時間外労働を行うという。23年の国立大学病院院長会議では、教育研修時間と医療体制は、そのままで、B水準をA水準の勤務に変える試算をした。年間636万時間の時間外労働の解消が必要だった。3057人分の勤務医増員、年間129億円が必要とされていた。

国は医療費削減のため、診療報酬を低くし医師数を制限してきた。厚労省は、医師数は充足し偏在が問題としている。21年度版のOECD(経済協力開発機構)調査では、人口1000人あたり医師数は、OECD平均で3.6人、日本は2.5人である。OECD平均では、農村部が2.9人に対して都市部は4.7人で、日本では2.3人対2.5人だ。

医学部の卒業数は、人口10万人あたりOECD平均で13.5人だが、日本は7.1人と最下位となっている。OECD加盟国では、医師を増やしており、ポルトガル、アイルランド、オランダで2倍になり、イタリヤ、スペイン、アメリカは50%の増加だった。

厚労省は、長時間労働の対策としてICTの活用やタスクシフトを提案している。タスクシフトでは看護師も業務を引き受ける対象だが、病棟で勤務する看護師は足りておらず、病床制限をしている病院もある。医療を受けることは国民の権利で、整備は国の責任である。

真の医師の働き方改革のため、医師の増員と十分な診療報酬の引き上げを国に求めていく。

### オンライン資格確認義務不存在確認訴訟

## 「もう傍観者ではいられない」

東京協会が中心となり国を相手に起こした「オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟」第5回口頭弁論(前号既報)に参加した島津俊二評議員の報告を掲載する。

本訴訟は日本医療の根幹である保険診療を揺るがす問題であるので、他人事ではなく自ら参加しなくては、この思いで初めて裁判というものに参加してきました。われわれ原告団は1000人を超す大所帯、当日参加の原告傍聴人も多数おり、裁判所はほぼ満席となり、開始されました。今回は第5回目の口頭弁論でありましたが、「口頭」と

評議員 島津 俊二

はい。もうもの、書面互いの意見を主張し合うということでしょうか、初めての裁判はあつという間に終わってしまっていました。やや拍子抜けの感はありましたが、そのあとの説明会が圧巻でした。東京協会の皆さんと弁護人に過去4



記者会見・原告説明会でこれまでの経緯が説明され、全国の参加者が意見交換(2月29日)

回口頭弁論の経緯をお話いただき、分厚い資料の説明では弁論大会(ディベート大会)のやり取りしながらの国との意見の応酬でした。本当に関係者の皆さんの努力には頭が下がる思いです。私は勝利を信じております。

「オンライン資格確認義務不存在確認等請求訴訟」は違法であり、無効であること、われわれ保険医の職業上の権利を侵害するものである。裁判後、別会場へ移動して開かれた説明会では、全国より参加された方々から質問や報告がありました。

人口減少による地方の医療従事者の減少、病院問題と都市部集中による医療難民問題が取り上げられました。また歯科において如実の傾向がみられるのですが、オンラインについて設備投資ができない、対応の従業員を雇うことができ

ない、そして院長自身が高齢で対応できない問題の報告がありました。

患者側からも発言があり、「40数年前からの主治医がオンライン資格でできず悩んだ末に閉院を決めたとの突然のたよりに高齢の親が悩んでいる」との涙ながらの報告でした。

私は歯科で、昔のことではありますが、ご高齢の先輩歯科医師が見事に義歯の印象を取り、後の調整も的確にこなしていました。その年齢にはその年齢、ペテランの歯科医師が必要なのだと思います。

不備だらけのマイナ保険証制度のために、有能ペテラン医師、歯科医師を保険医療の現場から退場させるべきではありません。これでは日本の医療の崩壊は間違いありません。

今回、兵庫協会代表として、「健康保険証の存続を求

める意見書」(現行の保険証を資格確認書と同等に扱うことを求める)が川西市議会で採択されたことを報告させていただき、会場からは多数の拍手をいただきました。川西に続きたい、どのようにしたのかと質問されましたし、勇気をもらえたとも言われました。

この一つの採択が大事なのだとも言われ、バタフライ効果のごとく、全国に広まることを望むばかりです。

現在マイナ保険証の公務員の利用率(2023年11月時点)はわずか4.36%!公務員でさえ普及していません。何か危ないのか公務員は知っているのかも知れませんが、民主主義で最も尊重すべき点は個人の権利が守られることです。つまり監視管理されない自由を確保することだと思えます。いかがでしょうか。



映画では全国の原発差し止め訴訟を率い、映画監督でもある河合弘之弁護士の様も記録した

また、映画では福島若いの有機農家の人々が、被災後の絶望から立ち上がり、ソーラーシェアリングという技術を活用して営農型発電に取り組み、新たな地平を切り拓いていく姿が同時並行で描かれている。

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3月9日、「福島を忘れない」メモリアル集会―自主上映会「原発を止めた裁判長 そして原発を止めた農家たち」を開催し、市民ら48人が参加した。

これは関西電力大飯原発の運転差し止めを命じる判決を出した福井地裁の元裁判長、樋口英明さんの姿を追ったドキュメンタリー映画である。樋口さんは退官後も原発の危険性を訴える講演を各地で続けている。

映画で、樋口さんは誰でも簡単に理解できる「樋口理論」を解説。原発には、それぞれに耐震の「基準地震動」が設定されているが、過去10年の間、この想定を超える地震が日本の原発に何度も到来している。よって、原発の「基準地震動」には信頼性があるとはいえず、運転は差し止めるべきであると指摘した。

公判中、樋口さんが「当時の基準地震動である700ガルを超える地震は来ないのか」と関西電力側に尋ねたところ、「まず、来ません」という答えが返ってきたという。「700ガル以上の地震が来ても安全なように作ってあります」ではなく、「700ガル以上の地震は、来ません」と自然現象である地震について安易に予断する回答からお粗末な現実が浮き彫りになると、国策としての原発再稼働の流れは止まらない」と語った。

また、映画では福島若いの有機農家の人々が、被災後の絶望から立ち上がり、ソーラーシェアリングという技術を活用して営農型発電に取り組み、新たな地平を切り拓いていく姿が同時並行で描かれている。

医師・医学生署名『医療崩壊を防ぐための医師増員を求める請願署名』ご協力ください

国民が安心して医療を受けられるため、また、すべての医師が自己犠牲的な過重労働をすることがないように医学部の定員増を求めている署名です。あわせて、医療機関の経営を安定化させ労働条件を改善するために、診療報酬の引き上げを求めています。月刊保団連4月号に同封して会員の皆様にお届けします。

お問い合わせ・ご注文は、☎078-393-1807まで

4月1日 春の募集開始!

ドクターに最適を提供します

## 保険医協会の共済制度

✓中長期の資産形成に 保険医年金と積立年金DefLデフェル

✓病気やケガによる休業も安心 休業保障制度と所得補償保険

✓死亡・高度障害に グループ保険と新グループ保険

✓医事紛争に備えて 医師賠償責任保険

✓団体割引の 自動車保険と火災保険

✓サイバー攻撃への備えに サイバープロテクター保険

✓三井住友海上あいおい生命の 医療保険とガン保険

http://www.hhk.jp

お問合せは共済部まで ☎078-393-1805

## 2024年度診療報酬改定の要点〈歯科〉

# ◆◆◆ 歯科医療の充実にはほど遠い改定 ◆◆◆

2024年度診療報酬改定で、6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4・5面、歯科3面)。

今回の改定は、歯科医療機関の現場の実態とかけ離れており、歯科医療の充実と厳しい経営の改善にほど遠いものだ。協会は引き続き、歯科診療報酬大幅引き上げ、不合理是正、窓口負担軽減の実現のため「保険でより良い歯科医療」を求める運動を強めていく。

以下に主な改定のポイントを紹介する。詳細は3月下旬にお送りする『2024年改定の要点と解説』冊子を参照いただきたい。

### 1. 初再診料の引き上げ、加算への評価の再編

①歯科初診料および地域歯科診療支援病院歯科初診料が3点、歯科再診料および地域歯科診療支援病院歯科再診料が2点引き上げられた。

②歯科外来診療環境体制加算(外来環)が、歯科外来診療医療安全対策加算(外安全)と歯科外来診療感染対策加算(外感染)に改変された。施設基準がある。経過措置があるが再届出が必要となる外感染1(12点)は、歯科衛生士がいなくても院内感染防止対策研修を受けた職員がいれば届出可能になった。

③医療情報・システム基盤整備体制充実加算が、医療情報取得加算に名称変更された。情報の取得・活用が要件となる。

④歯科診療特別対応加算(特)の対象患者が拡大され、歯科診療特別対応加算(1~3)に再編された。

### 2. か強診が廃止、口腔管理体制強化加算の届出に改変

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(か強診)が廃止、口腔管理体制強化加算(口管強)に改変され、「小児の心身の特性」の研修追加などの変更がある。か強診届出済みの医療機関は経過措置があるが、2025年5月までに再届出が必要とされている。エナメル質初期う蝕管理加算260点は廃止され、新設されたエナメル質初期う蝕管理料30点および口管強48点、F局100点、歯清72点が連月算定できる。SPTからP重防に移行した場合は、3月に1回から月1回に算定可能などの変更がある。

### 3. う蝕の重症化予防としてのF局の再編とCe、根Cに対する医学管理料の新設

①エナメル質初期う蝕管理料と根面う蝕管理料が新設された。いずれも歯管・特疾患算定患者で、それぞれ要件を満たせば月1回30点算定する。歯清やF局は同日でも併算定可能。口管強届出医療機関は48点を加算する。

②う蝕多発傾向者に対するF局の所定点数は110点のまま据え置かれ、在宅で療養中の15歳以下の患者が追加された。

### 4. 小機能・口機能の再編と歯リハ3の新設

①小機能を算定し口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者、または口機能を算定し口腔機能の低下を来している患者に対し、療養上必要な管理および口腔機能の訓練を実施

した場合に算定できる歯科口腔リハビリテーション料3(歯リハ3)が新設された。

②小機能、口機能ともに60点に引き下げられた。口管強届出医療機関は50点を加算する。新設された歯リハ3・50点(月2回)は、小機能・口機能を算定し、療養上の指導と訓練を実施した場合に算定する。また歯科衛生士実地指導の際に、口腔機能にかかる指導を併せて実施すれば、口腔機能指導加算10点を実地指に算定できる。

③舌圧検査が、口腔機能の発達不全を疑う患者または有する患者で小機能、特疾患、小訪問口腔リハで継続管理する場合に算定できるとされた。また、舌接触補助床の対象患者に、舌圧検査によって口腔機能低下症を診断した患者が加わった。

### 5. 後発医薬品の使用促進に伴う評価の再編

①一般名処方加算と外来後発医薬品使用体制加算は3点引き上げられたが、院内掲示等が必要になった。薬剤情報提供料は6点、処方箋料は8点引き下げられた。

②後発医薬品の上市後5年以上経過したもの、置換率が50%以上となったものを対象に、医療上の必要性や在庫なし以外は原則選定療養として、10月から患者負担になる。今後投薬以外でも保険診療を妨げる選定療養拡大に注視が必要だ。

### 6. 処置・手術関連の点数引き上げや適応拡大

①抜髄や生活歯髄切断に対する麻酔薬剤料が算定可能になった。

②歯髄保護処置、歯髄切断、抜髄、感染根管処置、根管貼薬処置、加圧根管充填処置がそれぞれ引き上げられた。また、3根管以上の加圧根充で手術用顕微鏡加算を算定する場合に限定されていた、Ni-Tiロータリーファイル加算が、施設基準の届出不要で、CT撮影をもとに実施した場合に算定できるとされた。

③歯周病処置(P処)の算定が、特定薬剤の「注入」から「使用」に変更になり、軟膏の塗布も可能になった。

④歯管または特疾患を算定し、算定から6月を経過した日以降に咬耗や歯ぎしりなどで再度の初期う蝕早期充填処置(シーラント)が必要になった場合は算定できるとされた。

⑤糖尿病患者に対する歯周病安定期治療(SPT)に、歯周病ハイリスク患者加算80点が新設された。医科の主治医からの文書提供が必要となる。「糖尿病の状態により歯周病が重症化するおそれがある場合」は3月に満たなくても2回目以降のSPT算定ができることになった。

⑥18歳未満で、外傷歯にTFixなどを行った患者に対し、受傷から1年以内に外傷歯の保護を目的とする口腔内装置を装着した場合は、口腔内装置2を算定することとなった。

⑦口菌検によって口腔バイオフィーム感染症と診断された患者に対する口腔バイオフィーム除去処置が新

設された。無歯顎の患者に対しても算定できる。

### 7. 歯冠修復・欠損補綴の新規技術と適応拡大、補綴物維持管理料の縮小

①補管について、3/4冠、4/5冠、FMCおよび前装MCの単冠が対象外となった。全てのブリッジ、非金属冠、TiC、前装TiCは引き続き補管の対象。

②レジン前装金属冠についてブリッジ支台の5番にも適用が拡大された。一方、レジン前装金属冠の臼歯部の形成料加算が、生PZ、失PZとも引き下げられた。

③歯CADⅢの大白歯部への適応が拡大された。歯CADⅢの場合は大白歯にエンドクラウンが適応されることとされた。上顎6番または7番の3根のうち2根を残す分割抜歯をした場合、歯CADⅢに限り大白歯として算定することとされた。下顎大白歯の分割抜歯には適応されない。

④CAD/CAMインレー形成に対する加算が新設された。また、光学印象が保険適応となり、形成後の印象採得、咬合採得に代えて、光学印象および光学印象技工士連携加算が算定できるとされた。

⑤小児保険装置の装着部位が第一大臼歯に拡大された。

⑥2番および下顎1番の1歯欠損の場合、接着ブリッジの支台歯1歯(生活歯に限る)のみの延長ブリッジが適応されることとされた。

⑦下顎大白歯を分割搔把し歯内療法をした場合の歯冠修復にチタン冠が適応されることとされた。

⑧歯科用金属アレルギー患者については⑤⑥⑦のような場合でも、高強度硬質レジンブリッジが装着できることとされた。

⑨歯科技工士との連携を評価した歯科技工士連携加算が新設された。

⑩新製有床義歯管理料(義管)の算定月から起算して1年超であった再算定までの期間が6カ月超に短縮された。

⑪メタルコア(間接法)、インレー、3/4冠、4/5冠、FMC、高強度硬質レジンブリッジ、有床義歯、鑄造鉤、線鉤、コンビネーション鉤、根面板、キーパー付き根面板が引き上げられた。有床義歯修理および有床義歯内面適合法の歯技工1・2はそれぞれ引き上げられた。熱可塑性樹脂有床義歯は引き下げられ、PDの材料を除く製作料は有床義歯と同点数になった。

### 8. 医科、調剤薬局などへの情報提供や情報共有

①診療情報等連携共有料(情共)について、診療情報等の提供を求めるとき、文書だけでなく電話、FAX、電子メールなどでも可能となった。保険薬局への照会時にも算定可能となった。診療情報等連携共有料2が新設され、別の医科医療機関から診療情報を求められた場合の返書に対しても算定が可能となった。

②新興感染症等の患者が総医・在歯総医および医管・在歯管の対象となった。また、認知症患者が総医の対象となり、抗血小板剤投与中の患者、神経難病の患者が総医・在歯総医の対象となった。

③診療情報提供料(I)の情報提供先に学校歯科医などが追加され

た。

④歯科衛生士実地指導料の、患者に対する指導内容の文書提供が、3月に1回から、6月に1回に変更された。業務の記録は毎回必要。

### 9. 在宅医療の人数区分の再編、ICT加算の拡大

①訪問診療料が人数に応じて3区分から5区分に細分化された。訪問診療1は時間要件なく1100点が算定できることとなった。これに伴い、20分未満の場合でも歯科訪問診療移行加算(訪移行)や在宅歯科医療推進加算(在推進)等が算定可能となった。同一建物で同日に4人以上の場合は、引き下げになる。

②在宅療養支援歯科病院が新設された。施設基準の届出が必要で、在宅歯科診療の後方支援機能や介護・福祉施設との十分な連携実績などが求められる。

③歯在管、訪問口腔リハ、小訪問口腔リハにおけるNST加算(1~2)が独立評価となり、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料(1~3)として算定することとされた。歯在管、訪問口腔リハ、小訪問口腔リハに対し、他の保険医療機関などからの情報提供に基づき管理計画を作成した場合の在宅歯科医療連携加算などが新設された。

### 10. 周術期、回復期、終末期の口腔管理の評価と病診連携

①周術期等専門的口腔衛生処置1(術口衛1)の算定要件から、入院中の患者が削除された。術口衛2が管理中1回から月1回算定できるとされた。

②回復期等口腔機能管理料および回復期等専門的口腔衛生処置が新設された。療養病棟入院基本料等を算定する患者が対象になる。

③緩和ケアを実施する患者に対する訪問歯科衛生指導料(訪衛指)が月4回から8回まで、周Ⅲ・周Ⅳを算定した月の周術期等専門的口腔衛生処置1(術口衛1)が月2回から4回まで算定できるよう回数制限が緩和された。

④非経口摂取患者口腔粘膜処置(非経口処)の対象患者に「経口摂取が可能だが、経口摂取がごく少量に限られる患者」が、口腔細菌定量検査(口菌検)の対象患者に入院中の患者が追加された。

### 11. 歯科矯正相談料の新設

学校歯科健診などで咬合異常または顎変形症の疑いがあると判断された患者に対して、歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断などを行い、診断結果などを文書提供した場合に算定する歯科矯正相談料が新設された。

### 12. 歯科外来・在宅ベースアップ評価料ⅠおよびⅡの新設

歯科初診料・再診料の引き上げとは別に、医師・歯科医師を除く歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者などの賃上げを実施する体制に対して、歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰおよび歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱが新設された。ただし、恒常的な項目設定になるのかは注意が必要。近畿厚生局に届出・実績報告が必要。

### 13. 介護保険の改定

居宅療養管理指導費は、1単位ずつ引き上げられた。終末期がん患者について、歯科衛生士等による居宅療養管理指導費等の算定回数上限が緩和され、1月に6回まで算定できることとなった。

た咽頭画像等解析(インフルエンザの診断の補助に用いるもの)(305点)が準用点数から点数化され、算定点数は据え置かれた。「インフルエンザウイルス抗原定性」(132点)は併せて算定できない。

3) 発達及び知能検査の「3 操作と処理が極めて複雑なもの」(450点)の算定対象にWISC-V知能検査が追記された。

4) 人格検査の「2 操作が複雑なもの」(280点)の算定対象にMMPI-3が追記された。

## 5. 投薬

1) 特定疾患処方管理加算1(18点)が廃止された。

2) 特定疾患処方管理加算2の名称が特定疾患処方管理加算となり、以下の変更が行われた。

①点数が56点(-10点)に引き下げられた。

②対象疾患から「糖尿病」「高血圧」及び「脂質異常症(家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患は除く)」が除外された。新たに「アナフィラキシー」「ギラン・バレー症候群」が対象疾患に追加された。

### 【処方箋料】

3) 処方箋料の「1」が20点(-8点)、「2」が32点(-8点)、「3」が60点(-8点)にそれぞれ引き下げられた。

4) 一般名処方加算が下記の通り変更された。

①加算1が10点(+3点)、加算2が8点(+3点)にそれぞれ引き上げられた。

②以下の施設基準が追加された(要基準)。

ア. 薬剤の一般名称を記載する処方箋を交付する場合、医薬品の供給状況等を踏まえ、一般名処方の趣旨を患者に十分説明する旨を当該医療機関の見やすい場所に掲示している。

イ. 上記アについて、2025年6月1日以降は原則としてウェブサイトにも掲載している(自ら管理するホームページ等を有しない場合はウェブサイトへの掲載は不要となる予定)。

5) リフィル処方箋を複数回使用する場合で、処方期間の合計が28日以上になった場合も特定疾患処方管理加算を算定できることとされた。

6) 2024年10月1日から施行・適用される長期収載品の選定療養導入に伴い、処方箋の様式に、患者の希望を踏まえて先発医薬品を処方した場合のチェック欄が新たに設けられた。新たな処方箋は2024年10月1日から使用することとなる。

### 【処方料】

7) 外来後発医薬品使用体制加算

①加算1が8点(+3点)、加算2が7点(+3点)、加算3が5点(+3点)に引き上げられた。

②施設基準に以下が追加された。  
ア. 医薬品の供給が不足した場合に医薬品の処方変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されている。

イ. 上記ア並びに医薬品の供給状況によって薬剤を変更する必要があること及び薬剤を変更する際は患者に十分説明することを医療機関の見やすい場所に掲示している。

ウ. 上記イ及び後発医薬品の使用

に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示事項を2025年6月1日以降は原則としてウェブサイトにも掲載している(自ら管理するホームページ等を有しない場合はウェブサイトへの掲載は不要となる予定)。

### 【その他】

8) 63枚を超えて湿布薬を投薬する際に処方箋及びレセプトに理由の記載が必要となる対象薬剤について、以下のとおり取り扱いが変更された。

①鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する「貼付剤」に用語が見直され、貼付剤のうち麻薬または向精神薬であるものは対象外とされた。

②各種がんに対して鎮痛を目的とする貼付剤は対象外とされた。

9) 患者希望によって先発品を処方する際の選定療養が2024年10月1日より施行される。選定療養の対象となる長期収載品について、患者の希望により先発医薬品を処方する場合、保険給付分の自己負担額に加え後発医薬品との差額の4分の1が患者負担となる。

10) 投薬時に薬剤の容器を交付する場合は、患者の希望に関わらず容器の実費を徴収できるとされた。

## 6. リハビリテーション

1) 各疾患別リハビリテーション料が実施者別(理学療法士、作業療法士等)に区分された。点数は据え置かれ、実施者による点数に差異はない。入院中の要介護・要支援者の維持期リハビリテーションの場合も同様。

2) 転院や介護保険のリハビリテーションへの移行を予定している患者については、作成後3月以内のリハビリテーション実施計画書またはリハビリテーション総合実施計画書を、転院先や通所リハビリテーション事業所等に文書で情報提供することが算定要件上、必要とされた。併せて移行先に文書提供できる体制の整備が施設基準に盛り込まれた。

3) 移行先への文書提供が要件化されたことに伴い、リハビリテーション計画提供料が廃止された。

4) リハビリテーション実施計画書(様式21)及びリハビリテーション総合実施計画書(様式21の6、様式23)の様式について、栄養状態の評価に「GLIM基準による評価」「口腔」欄が追加される等の変更があった。

## 7. 精神科専門療法

1) カルテ及びレセプトの「摘要」欄に記載が必要な当該診療に要した時間について、すべての点数区分において記載が必要とされ、10分単位で記載することとされた。ただし、30分または60分を超える診療を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、5分以上10分未満の診療を行った場合は、「5分以上10分未満」と記載することとされた。

2) 「1 通院精神療法」と「2 在宅精神療法」に心理支援加算(250点)が新設された。精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、心的外傷に起因する症状(PTSD等)を有する患者に対して心理支援を30分以上行った場合に、月2回に限り算定する。

3) 「1 通院精神療法」と「2 在宅精神療法」に早期診療体制充実加算(病院20点、15点、診療所50点、15点)が新設された(要届出)。精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する、地域の精神科救急医療体制の確保に協力している医療機関が精神療法を行った場合に算定する。

4) 「1 通院精神療法」に児童思春期支援指導加算(1,000点、450点、250点)が新設された(要届出)。多職種が共同して必要な支援を実施した場合に算定する。ただし、20歳未満加算、児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

5) 「1 通院精神療法」に、精神保健指定医が情報通信機器を用いて精神療法を行った場合の点数(357点、274点)が新設された(要届出)。地域の精神科救急医療体制の確保に協力している医療機関が、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」に沿って、対面で行う通院精神療法に代えて情報通信機器を用いて行った場合に、算定する。ただし、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬または3種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定できない。また、通院精神療法の各加算は併せて算定できない。

## 8. 処置

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算について、算定できない患者に新型コロナウイルス感染症の患者または新型コロナウイルス感染症が疑われる患者が追加された。

## 9. ベースアップ評価料

1) 当該評価料を算定する場合は、2024年度及び2025年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く)の改善(定期昇給によるものを除く)を実施しなければならない。

2) 対象職種は、医師・歯科医師を除く計32職種が対象であり、専ら事務作業(診療情報管理士、医師事務作業補助者を除く)を行う者は含まれない。

3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)では、院内の対象職員が常勤・非常勤を問わず1人以上勤務していることが必要である。

4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料では、院内の対象職員が常勤換算(非常勤職員は勤務時間合計を常勤時間で割った数)で2人以上勤務していることが必要である(特定地域を除く)。

5) ベースアップ評価料は、基本給、賞与、時間外手当、法定福利費(社会保険料等の事業者負担分等を含む)に用いる。いずれも基本給を計算根拠とした手当であり、臨時手当や交通費は含まない。なお、賃上げ率に定期昇給分は含まれず、増率対象項目の改善のために、その他の項目を低下させてはならない(23年度比)。

6) それぞれのベースアップ評価料の届出は以下の医療機関が対象となる。

①外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)は、外来医療または在宅医療を実施している病院・診療所。

②外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)は、以下の項目を全て満たす

病院・診療所。

ア. 上記①の届出を行っている病院・診療所。

イ. 対象職員が常勤換算で2名以上勤務している(ただし特定地域に所在している場合を除く)。

ウ. 保険診療等の収入が全体の80%超。

エ. 上記①の算定見込み金額(直近3カ月間の月平均)が給与総額(直近12カ月間の月平均)の1.2%未満。

7) 届出は毎年3、6、9、12月に行うこととされた。2024年6月から算定を開始する場合は、5月中旬に届出を行う。

8) 評価料を算定する場合は、2024年度と2025年度において対象職員の賃金改善を実施しなければならない。賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」の差分により判断する。

9) 毎年8月に行う定例報告の内容は以下の通り。

①毎年8月の定例報告にて、前年度の賃金改善の取組状況について「賃金改善実績報告書」を作成して近畿厚生局兵庫事務所に報告する。

②事業継続のために対象職種の賃金水準(各種評価料による賃金改善分を除く)を引き下げた上で賃金改善を行う場合は、「特別事情届出書」に収支状況や引き下げ内容等について記載し、届出を行う。

## 〈施設基準の届出〉

1) 2024年5月31日現在届出を行っている施設基準の要件に変更がなく、引き続き要件を満たしている場合は、改めて届出を行う必要はない。

2) 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6月以降に算定する場合は、近畿厚生局兵庫事務所に届出を行う必要がある。6月1日から算定する場合、5月2日から届出が受け付けられ、6月3日までに受理されていることが必要。

3) 経過措置が設けられた点数については、経過措置が終了するまでに新たな基準を満たした上で改めて届出を行う必要がある。

## 〈新型コロナ特例の取扱い〉

新型コロナウイルス感染症(疑い含む)を診療した際の特例点数などを定めた「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い」は、一部を除き今年3月31日で終了となる。

4月以降も継続し今年5月31日で終了する取扱いは、入院外では小児科外来診療料、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または在宅がん医療総合診療料など、薬材料を包括する点数を算定する患者に対し、抗ウイルス剤(新型コロナウイルス感染症の効能もしくは効果を有するものに限る)を処方した場合に別途、薬剤料を算定できる取り扱いなど。

詳細は、協会ウェブサイトの「新型コロナウイルス感染症関連情報」等で確認されたい。

## 2024年度 診療報酬改定の要点〈医科〉

# 医療者賃上げ対応や物価対策には不十分

6月から実施される今次診療報酬改定は、全体では▲0.12%のマイナス改定となった。本体は+0.88%とされ、医療従事者の賃上げや新型コロナ等への感染対策のため、初再診料や入院料などがわずかに引き上げられたが、「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化」で▲0.25%を見込んでおり、多くの診療所にとって本体プラスとはほど遠い内容となっている。以下、今次改定のポイントを紹介する。

※本文中の「要届出」は施設基準を満たした上で厚生局への届出が必要な点数、「要基準」は届出は不要だが施設基準を満たす必要がある点数。

### 1. 初・再診料

1) 初診料が3点引き上げられ291点に、再診料が2点引き上げられ75点となった。

2) 再診料の時間外対応加算が3区分から4区分になり、新たに非常勤の医師等が24時間対応した場合の加算「2」（4点）が新設され、従前の加算「2」が「3」（3点）に、加算「3」が「4」（1点）となった。

3) 初診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算が医療情報取得加算に名称変更された。「1」「2」とともに1点ずつ引き下げられ「1」は3点に、「2」は1点になった。

4) 再診料に医療情報取得加算「3」（2点）と、「4」（1点）が新設された（3月に1回）（要基準）。

5) 初診料に医療DX推進体制整備加算（8点）（月1回）が新設された（要届出・一部経過措置あり）。オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等について診療に活用可能な体制を整備し、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービス等を導入し、医療DXに対応する体制を確保している医療機関で算定できる。

6) 外来感染対策向上加算

①「発熱等外来対応医療機関」であることの施設基準要件について、県知事の指定を受けている「第二種協定指定医療機関」（発熱外来に係る措置を講ずるものに限り）であることに変更された。2024年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている診療所については、2024年12月31日までの間に限り当該基準を満たしているものとみなされる。

②施設基準に「当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として、空間的・時間的分離により発熱患者等の動線を分ける等の対応を行う体制を有している」ことが追加された。

③発熱患者等対応加算（20点）（月1回）が新設された。発熱その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に対して適切な感染防止対策を講じて初診または再診を行った場合に加算する。

④抗菌薬適正使用体制加算（5点）（月1回）が新設された（要届出）。以下の施設基準を満たした場合に算定できる。

ア. 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加している。

イ. 直近6カ月の外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上または上記アのサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内である。

7) 明細書発行体制等加算で求められる院内掲示について、原則としてウェブサイトに掲載することとされた（経過措置あり）。なお、自ら管理するホームページ等を有しない場合は、掲載は不要となる予定。

### 2. 医学管理等

1) 特定疾患療養管理料の対象疾患から、「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患は除く）」が外され、新たに「アナフィラキシー」「ギラン・バレー症候群」が追加された（特定疾患処方管理加算の対象疾患も同様）。

2) 生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点/月1回）（要基準）が新設された。算定要件等は次のとおり。

①高血圧症、糖尿病、脂質異常症を主病とする入院外の患者に対して、策定した治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定する。糖尿病が主病の場合で、在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定不可。

②生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨を、療養計画書により患者に説明して同意を得、当該計画書に患者署名を受けらうえて交付する。

③従前の生活習慣病管理料から名称変更された生活習慣病管理料（Ⅰ）とは異なり、検査や注射等の費用は包括されずに算定できる。ただし、外来管理加算や医学管理等の特定薬剤治療管理料Ⅰ・療養費同意書交付料・傷病手当金意見書交付料などは包括されて算定できない。診療情報提供料は算定可。

④情報通信機器を用いて医学管理を行った場合は、290点/月1回を算定する（要基準）。

3) 薬剤情報提供料が6点引き下げられて4点となった。手帳記載加算は3点のまま据え置かれた。

4) 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の「小児抗菌薬適正使用支援加算」の対象疾患として、急性中耳炎、急性副鼻腔炎が明記された。

5) 小児かかりつけ診療料の算定要件に下記が追加された。

①発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。

②不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に対応する。

③①、②を行う旨を患者に交付する文書及び院内掲示事項に追加する。

6) 特定薬剤治療管理料Ⅰの対象患者に、「ブスルファン（抗悪性腫瘍剤）を投与している患者」が追加された。

### 3. 在宅医療

1) すべての在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（以下、支援診療所）の施設基準に、「訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい」（支援病は、自院の管理栄養士により訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備する（2025年5月31日までの経過措置あり））が追加された。

2) 往診料

①過去60日以内に訪問診療をしていない患者や外来で継続的に診療していない患者等への、緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算が引き下げられた（緊急往診加算〈325点〉、夜間・休日往診加算〈405点〉、深夜往診加算〈485点〉）。

②往診時医療情報連携加算（200点）が新設された。支援診療所・支援病が、平時から連携している支援診療所・支援病以外の医療機関で訪問診療している患者に往診を実施した場合に算定できる。

③介護保険施設等連携往診加算（200点）が新設された（要届出）。介護保険施設等の協力医療機関が入所者の急変等に伴い往診した場合に算定できる。

3) 在宅ターミナルケア加算・看取り加算

①往診料に在宅ターミナルケア加算が新設された。死亡日及び死亡日前14日間の計15日間に退院時共同指導料Ⅰを算定し、かつ往診を行った場合に算定できる。また往診料の在宅ターミナルケア加算を算定し、看取りを行っている場合は看取り加算も算定できる。

②在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前14日間の計15日間に退院時共同指導料Ⅰを算定し、かつ訪問診療を1回行った場合にも算定できることとされた。

4) 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）支援診療所・支援病であって「直近3カ月の患者1人当たりの訪問診療の平均回数が12回未満」の基準を満たさない医療機関は、満たさなくなった後の直近1カ月の同一患者の同一月の5回目以降の在宅患者訪問診療料を100分の50に減算することとされた。

れた。

5) 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料

①単一建物診療患者数の「10人以上」の区分が「10～19人」、「20～49人」、「50人以上」に細分化された。また、「1人」、「2～9人」、「10～19人」の各区分ではいずれも15点の引き下げとなり、20人以上の区分はより低い点数とされた。

②包括的支援加算の対象患者が、要介護3以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に引き上げられた。また、「麻薬の投薬を受けている患者」が追加された。

③頻回訪問加算が「初回の場合」（800点）と「2回目以降の場合」（300点）の2区分とされた。

④在宅療養移行加算が「1」と「2」の2区分から、「1」～「4」の4区分に再編され、新設の「1」と「3」には従前の基準に加えて連携医療機関と月1回程度のカンファレンスを行うこと等が算定要件に追加された。また、病院も算定できることとされた。

⑤単一建物診療患者数が「10～19人」、「20～49人」、「50人以上」の区分において、自院及び特別の関係の医療機関の直近3カ月の訪問診療回数が2,100回以上かつ一定の要件を満たせない場合は、100分の60に減算することとされた。

6) 在宅医療DX情報活用加算（10点）が在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）と在宅がん医療総合診療料に、訪問看護医療DX情報活用加算（5点）が在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）に新設された（要届出）。診療計画の作成において居宅同意取得型のオンライン資格確認システム等で得られる情報を活用し訪問診療や訪問看護を行った場合に月1回算定できる。

7) 訪問看護指示書の様式が変更され、原則として主たる傷病の傷病名コードの記載が必要とされた。

### 4. 検査

1) 新型コロナウイルス関連の検査項目で以下の変更があった。

①抗原定性では、「SARS-CoV-2抗原定性」は150点（-150点）、「SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性」は225点（-195点）に引き下げられた。RSウイルスとの抗原同時検出定性の算定点数は据え置かれた。

②抗原定量、核酸検出の算定点数は据え置かれた。

③核酸検出の「検査委託」「検査委託以外」の区別がなくなった。算定点数に変更はない。

④「ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含む）」について、外部委託の場合（1,800点）が削除され、委託の有無を問わず1,350点で算定することとされた。

2) 「内視鏡用テレスコープを用い



# 保険診療 のてびき

-763-

## 高齢者のポリファーマシー対策

東京大学大学院医学系研究科 老年病学  
東京大学医学部附属病院老年病科 教授

秋下 雅弘先生講演

### はじめに

高齢者は多病ゆえにポリファーマシーとなることが多く、薬物有害事象や服薬管理上の問題を生じやすい。日本老年医学会や厚生労働省からポリファーマシー対策の指針も発表されており、メディアや社会の関心も高い問題である。本稿では、ポリファーマシー対策について上記指針の内容を含めて概説する。

### ポリファーマシーとは

厚生労働省の「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」<sup>1)</sup>では、ポリファーマシーは単に服用する薬剤数が多いことではなく、薬剤数増加に関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態であるとし、何剤からポリファーマシーとするかについて厳密な定義はなく、患者の病態、生活、環境により適正処方も変化している。薬剤数のみに着目するのではなく、安全性の確保等からみた処方内容の適正化が何より重要である。

ただし、75歳以上の約4割が5種類以上、約4分の1が7種類以上の内服薬を一つの薬局から調剤されており<sup>1)</sup>、高齢者は多剤服用状態にある場合が多い。また、6種類以上で急性期病院入院患者の薬物有害事象リスク、5種類以上で診療所通院患者の転倒リスクが増加するといった報告があり<sup>2)</sup>、5~6種類以上をハイリスク群と考えて処方見直しなどの対応を考えるべきであろう。

### ポリファーマシー形成と解消の過程

多病で複数の医療機関または診療科を受診していると、足し算的に服用薬が積み重なり、結果的にポリファーマシーとなる。お薬手帳などを利用してすべての診療科からの処方全体を把握し、処方内容の適正化を図る必要がある。また、薬物有害事象に薬剤で対処し続ける処方カスケードと呼ばれる悪循環に陥ることもある。やはり複数医療機関、診療科の受診で起きやすい問題である。

したがって、ポリファーマシー

は、例えばかかりつけ医による包括的診療が開始された際に薬剤の処方状況全体を把握すること、または薬局の一元化などで解消に向かうことが期待される。特定の領域の専門医であっても専門領域の処方だけに目をとられず、お薬手帳などで患者の常用薬すべてを把握し、高齢者の全身に気を配れる専門医であってほしい。

### 処方見直しの基本的な考え方

図に処方見直しのプロセスをフローチャートで示す<sup>1)</sup>。処方の適正化を考えるにあたり、病状だけではなく、患者の生活機能や生活状況などを総合的に把握することが必要であり、高齢者総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)を行うことが推奨される。

その上でポリファーマシーに関連した薬学的問題を検討することで、処方見直しが可能となるのである。また、①予防薬のエビデンスは高齢者でも妥当か、②対症療法は有効か、薬物療法以外の手段はないか、③治療の優先順位に沿った治療方針かといったポイントに沿って、各薬剤を再考してみることが勧められる。

### 特に慎重な投与を要する薬物

高齢者の薬物有害事象は老年症候群として表れることも多く(薬剤起因性老年症候群、表)、見過ごされがちであることに注意が必要である。日本老年医学会による「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」<sup>2)</sup>も参照しながら、薬剤との関係が疑わしい症状・所見があれば、処方をチェックし、中止・減量・変更を考慮する。

特に注意が必要なのが、ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬と抗コリン系薬物であり、表および上記リストにも多く含まれている。抗アレルギー薬、抗潰瘍薬、過活動膀胱治療薬、抗不整脈薬、抗精神病薬などに抗コリン作用をもつ薬剤が多くあり、単独では弱くてもいくつも重複すれば便秘、口腔乾燥、認知機能低下といった有害事象につながるこ

図 処方見直しのプロセス

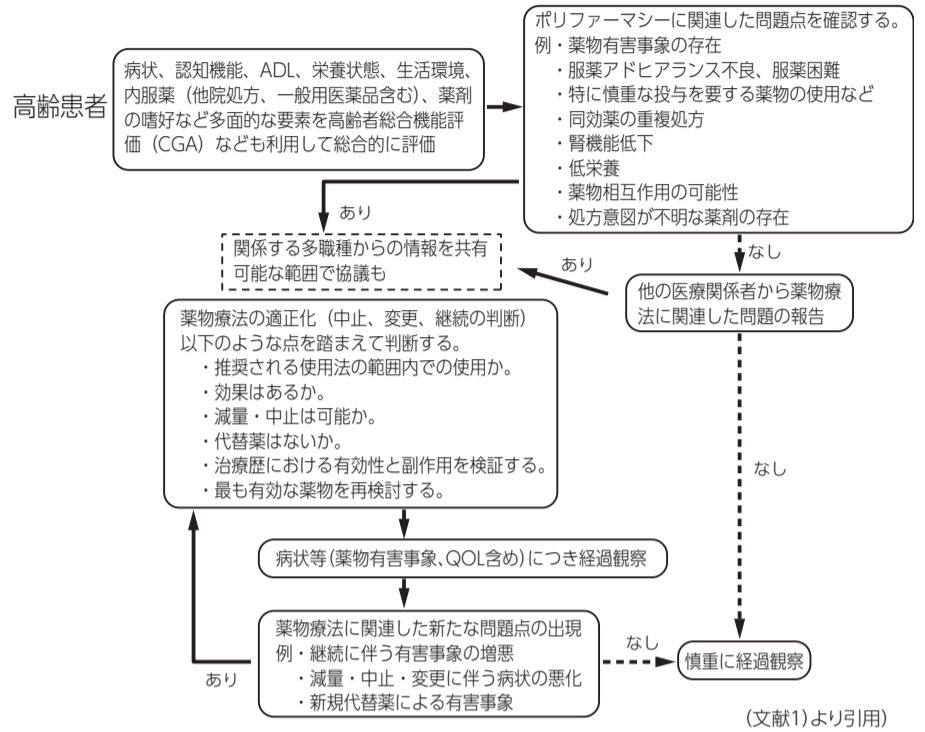


表 薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

症候	薬 剤
ふらつき・転倒	降圧薬(特に中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、てんかん治療薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、メマンチン
記憶障害	降圧薬(中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗うつ薬(三環系)、てんかん治療薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)
せん妄	パーキンソン病治療薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬(三環系)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、降圧薬(中枢性降圧薬、β遮断薬)、ジギタリス、抗不整脈薬(リドカイン、メキシレチン)、気管支拡張薬(テオフィリン、アミノフィリン)、副腎皮質ステロイド
抑うつ	中枢性降圧薬、β遮断薬、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、抗精神病薬、抗甲状腺薬、副腎皮質ステロイド
食欲低下	非ステロイド性消炎薬(NSAID)、アスピリン、緩下剤、抗不安薬、抗精神病薬、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、コリンエステラーゼ阻害薬、ビスホスホネート、ビグアナイド
便秘	睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗うつ薬(三環系)、過活動膀胱治療薬(ムスカリン受容体拮抗薬)、腸管鎮痙薬(アトロピン、ブチルスコポラミン)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、αグルコシダーゼ阻害薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)
排尿障害・尿失禁	抗うつ薬(三環系)、過活動膀胱治療薬(ムスカリン受容体拮抗薬)、腸管鎮痙薬(アトロピン、ブチルスコポラミン)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗精神病薬(フェノチアジン系)、トリヘキシフェニジル、α遮断薬、利尿薬

(文献1)より引用

に注意しなければならない。

### 多職種連携および患者・家族の理解

薬物療法の様々な場面で多職種の連携・協働は今後ますます重要になる。特に、薬の専門家である薬剤師、服用状況や症状の把握には看護師、非薬物的対応については理学療法士、作業療法士、言語聴覚士や管理栄養士の役割が期待される<sup>3)</sup>。院内や地域での多職種連携には、厚生労働省から「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」<sup>4)</sup>という手順書があり、地域版も出る予定なのでぜひ参照いただきたい。

患者と家族を含む一般の方の理解も必須である。①自己判断で薬の使用を中断しない、②使用している薬は必ず伝える、③むやみに薬をほしがらない、④若い頃と同じだと思わない、⑤薬は優先順位を考えて最小限に、といった原則をよく理解していただきたい。一般向けの啓発パンフレット「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」(https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20161117\_01\_01.pdf)なども活

用して、十分な説明と同意のもとに行わないと、ポリファーマシー対策を上手く行うことは困難である。

### 引用文献

- 1) 高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編). 厚生労働省. 2018年5月. (https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/koureitokisei\_web.pdf)
- 2) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015. 日本老年医学会、日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班(編). 東京: 日本老年医学会; 2015.
- 3) 高齢者の医薬品適正使用の指針〔各論編(療養環境別)]. 厚生労働省. 2019年6月. (https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000568037.pdf)
- 4) 病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方. 厚生労働省. 2021年3月. (https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000762804.pdf) (2024年2月10日、薬科部研究会より)

# ISR Intelligent Social Reliance

## アウトソーシング サポート

社会保険労務士 <b>ISR 梨本</b>	合同会社(LLC法人) <b>ISR パーソネル</b>	株式会社 <b>アイ・エス・アール</b>
働き方改革策定 労働条件・ハラスメント	副業推進支援 人材紹介・リーダー育成	データセンター ISR レセプト管理・情報デザイン
労働保険事務組合 経営者会議 概算確定・労災特別加入	ISR e-Sports シニア躍動・企業健康経営	ISR サテライトオフィス リモートワーク・ウェブ会議

**信頼・向上 そして社会貢献**

ISRグループ 🔍 検索

〒650-0026 神戸市中央区古湊通1丁目2番 (ISRビル)  
(業務案内) TEL 0120-366-761

# 兵庫県保険医協会

## これからの研究会・行事のご案内

4月の診内研

### 第608回診療内容向上研究会

無料

## 診断エラーを回避するための教育戦略

**日時** 4月20日(土) 午後5時～  
**会場** 兵庫県保険医協会 6階会議室  
**講師** 多摩総合医療センター 救急・総合診療科 医長 綿貫 聡先生  
 ※講師来場での講演です。  
**来場定員** 50人  
 ※現地参加は必ず事前にお申し込みください。  
 お申し込み後のキャンセルも、ご連絡をお願いいたします。

診断エラーは、患者安全上の重要な問題として認識されており、科学的な知見が増加している。2015年に発行された「Improving diagnosis in healthcare」では、診断エラーが「健康問題について正確で適時な解釈が為されないこと、またはその解釈が患者に伝えられないこと」と定義された。過去には医師の頭の中での情報処理とされていたが、最近の研究では診断は現実の中で行われ、医療者の認知は環境や他者との相互作用に影響を受け、バイアスが生じることが示唆されている。医学的知識だけでなく、認知バイアスとの向き合い方の習得が診断エラーを回避するための重要な教育戦略である。非典型例や診断失敗事例の学習、具体的なメタ認知の手法の習得が事前に可能である一方で、診療体験を通じての経験も重要である。診療現場では診断チェックリストや診断タイムアウトの活用がヒューリスティックの欠点を補完し、事後の振り返りでは認知的剖検やM&Mカンファレンスが有益である。振り返りの際にはメンターの存在や学習の共同体が重要である。【綿貫 記】

### Zoom視聴のお申し込み

**申し込み** 右のURLまたは二次元コードからお申し込みください。 <https://x.gd/1dQ0P>



### 来場参加

**FAX** 078-393-1820

### 医院経営研究会

## 知っておきたい相次ぐ法改正 ～採用・定着に活かすために～

**日時** 4月27日(土) 午後2時30分～5時 **入会随時受付**  
**会場** 兵庫県保険医協会 6階会議室(オンライン併用)  
**講師** 桂労務社会保険総合事務所 社会保険労務士 桂 好志郎先生  
**参加費** 3,000円(医経研会員は無料)

### Zoom視聴のお申し込み

**申し込み** URLまたは二次元コードからお申し込みください。 <http://tinyurl.com/yck38zvz>



**来場参加** **FAX** 078-393-1820

### 歯科定例研究会

## 歯周病と認知症～関与メカニズムから 認知症の予防策を考える～

会員 /  
無料

**日時** 5月12日(日) 午後2時～5時  
**会場** 兵庫県保険医協会 5階会議室(オンライン併用)  
**講師** 九州大学歯学研究院 口腔機能分子科学分野 OBT研究センター 准教授 武 洲先生  
**来場定員** 80人

**申し込みは** **FAX** 078-393-1802

**Zoomによる視聴希望の方** [ysng@doc-net.or.jp](mailto:ysng@doc-net.or.jp) 事務局・吉永宛

## 今後の研究会・行事予定

### 診療内容向上研究会

**【第609回】**  
**テーマ** 食事性肝障害2024  
**日時** 5月18日(土) 午後5時～  
**会場** 兵庫県保険医協会6階会議室(オンライン併用)  
**講師** 岡山市立市民病院副院長 狩山 和也先生

### 歯科の行事

**歯科勤務医のための開業実現セミナー**  
**テーマ** 理想の歯科医療を実現する新規開業  
**日時** 5月12日(日) 午前10時～12時  
**会場** 兵庫県保険医協会5階会議室  
**内容** 第1部 私の開業体験－開業医の診療と経営の実際  
 西宮市・しらやま歯科クリニック院長 白山 智也先生  
 第2部 開業コンセプトの策定と開業地選定のポイント  
 エニータイムヘルスケアコンサルティング(株)マネージャー 細羽 雄太氏  
**参加費** 会員2,000円、会員外6,000円

### 歯科定例研究会

**テーマ** 緊急対応(事故や救急蘇生)(仮)  
**日時** 6月2日(日) 午後2時～  
**会場** 兵庫県保険医協会5階会議室  
**講師** 大阪・森ノ宮病院歯科診療部長 旭 吉直先生

### 歯科定例研究会

**テーマ** 今井式すっぽんデンチャー基本編(仮)  
**日時** 7月28日(日) 午後2時～  
**会場** 兵庫県保険医協会5階会議室  
**講師** 千葉県・ぐみよう今井歯科医院 今井 守夫先生

### 初級歯科助手講座

**テーマ** 「歯と口腔の基礎知識・診療の流れ」「麻酔・投薬・歯周疾患、外科・口腔内装置」「院内感染防止対策等(歯初診職員研修)・保険診療の仕組み」「患者接遇とコミュニケーション」  
**日時** 6月9日(日) 午前10時～午後4時30分  
**会場** 兵庫県保険医協会5階会議室  
**費用** 6,000円(テキスト、資料代、弁当・お茶込)

### その他 研究会・セミナー

**医院経営研究会 【第440回】**  
**テーマ** 日常診療に関する法律(仮)  
**日時** 5月25日(土) 午後2時30分～  
**会場** 兵庫県保険医協会6階会議室(オンライン併用)  
**講師** 神戸花くま法律事務所 野田 倫子弁護士  
**参加費** 3,000円(医経研会員は無料)

### 税務経営部 特別研究会

**テーマ** 定額減税の実務(仮)  
**日時** 5月12日(日) 午前10時～  
**会場** 兵庫県保険医協会6階会議室(オンライン併用)  
**講師** 保険医協会税務講師団 松田 力税理士

### 県下各地の行事

**【淡路支部】ミニ勉強会**  
**日時** 4月9日(火) 午後8時30分～  
**会場** (リモートミーティング) **話題提供** 栗田 哲司先生

**【但馬支部】職員接遇研修会**  
**テーマ** 心通わす接遇  
 ～患者さんの心と環境づくりのために～  
**日時** 4月20日(土) 午後3時～

**会場** 日高地区コミュニティセンター1階会議室2  
**講師** 元JALキャビンアテンダント・ファーストクラス講師 西岡 ひとみ氏  
**定員** 40人 **参加費** 1,000円

### 【神戸支部】クリニック問題解決座談会パートⅡ

**テーマ** 労務管理Q&A  
**日時** 5月11日(土) 午後3時～  
**会場** 兵庫県保険医協会6階会議室  
**講師** 桂労務社会保険総合事務所 社会保険労務士 桂 好志郎先生  
**定員** 20人 **参加費** 2,000円

### 【神戸支部】職員接遇研修会

**テーマ** スタッフの接遇の基本とクレーム対応  
**日時** 6月1日(土) 午後2時30分～  
**会場** 兵庫県保険医協会5階会議室  
**講師** 元大手前短期大学教授 水原 道子先生  
**定員** 50人 **参加費** 1,000円

### 【西宮・芦屋支部】第10回ファイアサイド・ディスカッション

**テーマ** 依存症としてみた「ながらスマホ」  
**日時** 6月15日(土) 午後3時～  
**会場** 西宮市民会館中会議室301(オンライン併用)  
**講師** 医療法人北仁会旭山病院精神科医長 中山 秀紀先生  
**パネリスト** 教育関係者、市議会議員等(予定)

### 【明石支部】職員接遇研修会

**テーマ** 接遇力アップ！～クレーム対応のポイント  
**日時** 6月15日(土) 午後2時～  
**会場** 明石商工会議所7階ホール  
**講師** 元大手前短期大学教授 水原 道子先生  
**定員** 80人 **参加費** 1,000円

兵庫県保険医協会

これからの研究会・行事のご案内

Zoom視聴可能な行事の申し込み方法(協会会員のみ)

申し込み方法が明記されていない場合、メールの件名を研究会名にし、本文に①医療機関名②お名前③電話番号一を記載の上、研究会前日までにhyogo-hok@doc-net.or.jpへ送信してください。案内メールを返信します。

薬科部研究会

## 眼の基本構造と眼疾患～白内障と緑内障～

日時 4月13日(土) 午後4時～6時

会場 兵庫県保険医協会 5階会議室(オンライン併用)

講師 神戸市立神戸アイセンター病院 眼科副医長 山本 庄吾先生

来場定員 40人 ※必ず事前にお申し込みいただき、キャンセルもご連絡をお願いします。

参加費 1,000円

会員  
無料

基本的な眼の構造と、日常診療での頻度が高く患者さんの関心の強い白内障と緑内障を中心にお話しさせていただきます。

白内障は、年々低侵襲化している手術と多機能眼内レンズを中心に、白内障治療の流れについて解説します。

緑内障は、基本的な病態と治療について知識をアップデートして頂くのと、特に患者さんからの問い合わせが多いであろう閉塞隅角緑内障の禁忌薬について、実際の症例を提示しながら詳しく解説していきます。

また、寄せられた質問に回答しながら普段眼科医がどのように患者さんに説明しているかを知って頂ければ幸いです。 【山本 記】

Zoom視聴のお申し込み

URLまたは二次元コードからお申し込みください。

申し込み

<https://x.gd/tUZiD>

来場参加 FAX 078-393-1820

薬科部研究会

## 令和6年度 調剤報酬改定Topics

日時 5月11日(土) 午後4時～6時

会場 兵庫県保険医協会 5階会議室(オンライン併用)

講師 株式会社メディセオ 関西支社 企画管理部 顧客支援グループ 幾川 美帆氏

参加費 1,000円

会員  
無料

Zoom視聴のお申し込み

URLまたは二次元コードからお申し込みください。

申し込み

<https://x.gd/ucnDG>

来場参加 FAX 078-393-1820

地域医療研究会

## POCUS(Point of care ultrasound)を用いたへき地診療と在宅連携

日時 4月20日(土) 午後3時～4時30分

会場 兵庫県保険医協会 5階会議室(オンライン併用)

講師 紀美野町国民健康保険 国吉・長谷毛原診療所 所長 多田 明良先生

会場定員 40人(事前にお申し込みいただき、キャンセルもご連絡をお願いします)

無料

Point of care 超音波 (Point of care ultrasound 以下 POCUS) とは、「臨床医の判断に基づき焦点を絞り、ベッドサイドでリアルタイムに施行する超音波検査 (以下エコー)」のことを指します。

リソースに制限のあるへき地医療や在宅医療では容易に画像診断を行うことができない上、他の検査も迅速に結果を得られないことが少なくありません。

このような中、場所を選ばず素早く実施できるPOCUSにより重要な動画画像所見を得ることができ、現場での迅速な判断につながります。

近年の技術進歩に伴う画質の向上や小型化によって、ポケットサイズの携帯型エコー (ポケットエコー) でもPOCUSは十分実施することができ、さらにICT機能によって離れた医師や訪問看護師なども動画画像を共有し相談することができるようになりました。

実際に経験した具体的なケースをもとにへき地医療、在宅医療でのPOCUSの有用性、さらにPOCUSを用いた訪問看護師との在宅連携についてお話しします。 【多田 記】

お申し込み・  
お問い合わせは

☎ 078-393-1840

サイバーセキュリティ研究会

無料

## サイバー攻撃の実態と対策のポイント

日時 4月13日(土) 午後5時～

会場 兵庫県保険医協会 6階会議室(オンライン併用)

講師 【講演1】MS&ADインターリスク総研株式会社関西支店 支店長 飛世 浩貴氏  
【講演2】株式会社大塚商会MST特販部MST特販推進支援課 サイバーセキュリティ保険推進役 中山 毅氏

Zoom視聴のお申し込み

URLまたは二次元コードからお申し込みください。

申し込み

<https://x.gd/4VLvc>

来場参加 FAX 078-393-1802

国際部 市民公開シンポジウム

無料

## 入管＝「外国人収容所」の医療問題

日時 4月21日(日) 午後3時～5時

会場 兵庫県保険医協会会議室(オンライン併用)

講師 関西合同法律事務所・ウイシュマさん名古屋入管死亡事件弁護団 松本 垂土弁護士  
TRY～外国人労働者・難民と共に歩む会～ 松坂 真帆氏

Zoom視聴のお申し込み

URLまたは二次元コードからお申し込みください。

申し込み

<http://tinyurl.com/yck55wkc>

来場参加 FAX 078-393-1820

新規開業医研究会

最低限知っておくべき新規指導対策、  
保険請求、税務経営の基礎知識

日時 4月14日(日) 午前10時～午後3時30分

会場 兵庫県保険医協会 5階会議室

参加費 5,000円(昼食・資料代含む) ※未入会の方は、入会の上ご参加ください

テーマ (午前) [1] 新規個別指導対策 [2] 保険診療と保険請求の要点  
(午後) [3] 新規開業に必要な税務の知識 [4] 開業時の労務

お問い合わせは

医科：078-393-1817 荒川／歯科：078-393-1809 本田まで

お申し込み

FAX 078-393-1802

歯科部会

## 2024年改定対応！歯科施設基準研究会

日時 5月26日(日) 午後2時～5時30分

会場 兵庫県保険医協会 5階会議室

講師 ときわ病院歯科口腔外科部長 足立 了平先生

定員 80人

参加費 1,000円(受講証当日発行します)

お申し込み・  
お問い合わせは

☎ 078-393-1809 FAX 078-393-1802

会場

兵庫県保険医協会

元町駅から南徒歩10分兵庫県農業会館向かい

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

お問い合わせは ☎ 078-393-1801