

兵庫保険医新聞

第2127号

発行所 兵庫県保険医協会
http://www.hhk.jp/

2026年3月5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)

今号の記事

診療報酬改定答申談話〈医科・歯科〉 2~3面

〈医科〉3・4月の診療報酬等のお問い合わせ対応の停止期間について 2面

研究 診内研より「知っておきたい マダニ刺症とトコジラミ刺症」 4面

2026年度診療報酬改定 特集ページ



協会ウェブサイト内に開設中！
改定研究会の詳細やQAなど
最新情報はこちらから



2・19中央要請行動 医療現場の危機打開へ



特別国会で、盛山正仁（自民、①中央）・池畑浩太郎（維新・②右2人目）・辰巳孝太郎（共産・③右）各衆議院議員、福島瑞穂（社民・④左2人目）・大門美紀史（共産・⑤右2人目）・ラサール石井（社民・⑥右2人目）各参議院議員へ要請

物価高に見合う手当と患者負担増中止を

診療報酬改善・患者負担増中止を求め、協会・保団連は特別国会召集翌日の2月19日、中央要請行動を実施。盛山正仁（自民）・池畑浩太郎（維新）・辰巳孝太郎（共産）各衆議院議員、大門美紀史（共産）・福島瑞穂・ラサール石井（いずれも社民）各参議院議員と面談した。

兵庫協会からは武村義人・白岩一心両副理事長、小寺修評議員、川西敏雄参加が参加した。盛山議員への要請では、武村副理事長と小寺評議員は、医薬品の供給不足が長期化し、原薬の多くを海外に依存している構造的な問題を指摘し、改善を求めた。盛山議員は「日本の製薬企業が国内で安定的に生産できるように、採算が取れる報酬体系をつくらなければならない」と応答。

さらに白岩副理事長は、歯科大学卒業生数と歯科医師国家試験合格者数の不均衡を指摘。盛山議員は「関係省庁の連携を意識していきたい」と述べた。

池畑議員への要請では、川西参加が、がん患者さんの「子育てのために治療をあきらめざるを得なくなる」との発言を紹介し、「高額療養費制度の改悪は、命と生活の選択を迫るもの」と中止を強く要請した。池畑議員は「そう

した声が現実にあることを重く受け止めた」と応じた。辰巳議員への要請で、白岩副理事長は、OTC類似薬の保険外について「医師が医学的に必要と判断して処方している薬を自己負担増とすれば、受診抑制が確実に起こる」と指摘。辰巳議員は「負担増が受診抑制につながるのには明らかだ。制度の問題点を追及する」と応じた。

大門議員への要請では、小寺評議員は、「長期にわたる自民党政権の経済政策のもとで、国民所得が伸び悩み、社会保障も抑制されてきた」と社会保障拡充への転換を求めた。大門議員は「経済政策の転換と社会保障充実是一体の課題。命を守る立場で論議を強める」と述べた。

ラサール石井議員は、長崎協会の本田孝也会長との交流を通じて保険医運動を理解していると述べ、「国会内で受療権を守る立場で引き続き取り組む」と応じた。

政府与党は、ロキソニンやアレグラなど7成分・約1100品目の薬剤（いわゆる「OTC類似薬」）に対し、窓口負担とは別に「特別料金」として薬剤費の25%を患者に追加負担させる法律を今国会で成立させる見地から必要と処方した薬剤に対し、市販薬との公平

性を目にべナルティーを科すことは、専門的な医療行為への介入に他なりません。患者にとっては、窓口負担が実質的に3割から5割へと跳ね上がり、「受診抑制」に直結します。

保団連・協会は追加負担の中止を求め、請願署名に取り組みたいことを決めました。

本号に署名用紙と返信用紙を同封しています。まずは先生ご自身、ご家族、スタッフの皆さまにご署名いただき、ご返送ください。さらにご協力いただける先生は、同封のご注文用紙で、署名用紙をご注文ください。

STOP! 患者負担増

「ロキソニンやアレグラなどの薬の追加負担はやめてください」

本号同封 請願署名へご協力を



「特別料金」として薬剤費の25%を患者に追加負担させる法律を今国会で成立させる見地から必要と処方した薬剤に対し、市販薬との公平性を目にべナルティーを科すことは、専門的な医療行為への介入に他なりません。患者にとっては、窓口負担が実質的に3割から5割へと跳ね上がり、「受診抑制」に直結します。

保団連・協会は追加負担の中止を求め、請願署名に取り組みたいことを決めました。

本号に署名用紙と返信用紙を同封しています。まずは先生ご自身、ご家族、スタッフの皆さまにご署名いただき、ご返送ください。さらにご協力いただける先生は、同封のご注文用紙で、署名用紙をご注文ください。

性を目にべナルティーを科すことは、専門的な医療行為への介入に他なりません。患者にとっては、窓口負担が実質的に3割から5割へと跳ね上がり、「受診抑制」に直結します。

燭心

ナマケモノは、1日にわずか8グラムほどの「葉っぱ」で生きられるという。人間なら3日と持たないだろうが、その暮らしぶりは、世界に広がる「餓死」と「肥満」という奇妙な同時進行を考えるうえで示唆的だ。現在、世界の飢餓人口は約7億人。紛争や気候変動の影響で増加傾向にある。一方、肥満人口は10億人を超え、過体重を含めれば成人の4割以上とされる。食べられずに命を落とす人がいる一方で、食べすぎて健康を損なう人もいる。世界で廃棄される食品は年間13億トン。生産量の3分の1にあたるという。スーパーの棚に並ぶ山のような商品や、コンビニの廃棄弁当を思い浮かべれば、この数字も現実味を帯びてくる。

▼私たちは速さと効率を追い求め、移動も生産も廃棄も、とにかく急ぐ。その結果、エネルギーと資源を大量に使いながら、余らせ、そして捨てる。ナマケモノは、必要なときに必要な分だけ動く。低栄養の葉っぱを発酵させ、ゆっくりと使い切る。▼人間もまた、技術の力で「少ない資源で高い栄養」を実現しようとしている。植物肉や昆虫食、微生物類は、その一例だ。葉っぱ1枚で生きることができなくても、せめて無駄を減らすことはできるはず。飢餓と肥満が同時に進む時代に必要なのは、速さではなく、足るを知る感覚かもしれない。▼もともと、「働いて、働いて……」とハッパをかけられる日本社会で、ナマケモノのように木にぶら下がっている余裕があるかどうか。そこが、いちばんの難問である。(空)

2026年度 診療報酬改定答申 談話

医科

地域医療を守るには 全く不十分

研究部長 清水 映二

長引く低診療報酬政策に、さらに人件費・物価等の高騰が追い打ちをかけ、診療縮小や閉院が現実の問題となる中、協会・保団連のみならず、多くの医療団体が診療報酬の10%以上の引き上げを求めてきた。しかし、6月から実施される今次診療報酬改定は全体で+2.22%のプラス改定となった。外来については初診料の引き上げはなく、再診料1点引き上げと、「物価対応料」として初・再診料に2点(2027年度は4点)上乗せされたのみである。現在の医療機関の深刻な

経営危機を打開し、地域医療を安定的に維持するには全く不十分な内容と言わざるを得ない。また、今次改定では、多くの医療機関が算定する「医療情報取得加算」が廃止されることも、「一般名処方加算」が2点引き下げられたため、2026年度に引き上げとなる先述の3点分が丸々消えてしまう計算となる。DXも、「物価対応」は別枠による評価でなく、社会全体で負担すべき医療提供コストの増加分として、基本診療料に反映させるべきである。

また、前回改定で半分引き下げられた短期滞在手術等基料1が、さらに半分に引き下げられる。そもそも「物価対応」への費用を可変的な別枠に切り出す設計は、縮小や凍結が容易で、実質的な医療費削減が常態化する危険性を孕んでいる。疲弊した医療機関の経営を抜本的に立て直すために必要な在宅医療の引き上げにより行うべきである。

そもそもベースアップ評価料は、届出をしていない医療機関には関係がなく、また届出をしても算定分をすべて医療従事者の賃上げに充てる必要があり、医療機関の収入になるものではない。それにもかかわらず大手マスコミが「初診料190円上乗せ」などと報じ、あたかも医療機関の収入が大幅に上がるような描き方をしていることは問題だ。ベースアップ評価料を届け出していない医療機関を含め、全ての医療従事者の賃上げが可能となるよう、処遇改善は基本診療料の引き上げにより行うべきである。

「医療情報取得加算」及び「医療DX推進体制整備加算」が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算」に再編された。前者のみを算定していた医療機関にとっては新たな加算を届出しなければマイナスとなり、後者を届け出た医療機関でも電子処方箋または電子カルテ情報共有サービスのいずれかに対応しなければ初診時の点数は大きく引き下がる。オンライン資格確認システムは強引に義務化されたが、窓口では相変わらずトラブルが続出し、電子処方箋も医療現場で75%が未導入である。医療現場の必要性から出発しない、診療報酬による「医療DX」への強引な誘導は止めるべきだ。

「医師偏在対策」の「医療DX推進体制整備加算」が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算」に再編された。前者のみを算定していた医療機関にとっては新たな加算を届出しなければマイナスとなり、後者を届け出た医療機関でも電子処方箋または電子カルテ情報共有サービスのいずれかに対応しなければ初診時の点数は大きく引き下がる。オンライン資格確認システムは強引に義務化されたが、窓口では相変わらずトラブルが続出し、電子処方箋も医療現場で75%が未導入である。医療現場の必要性から出発しない、診療報酬による「医療DX」への強引な誘導は止めるべきだ。

2026年度診療報酬改定について、中央社会保険医療協議会(中医協)は2月13日、厚生労働大臣に答申を行った。改定率および改定内容に対する医科・歯科それぞれの談話を掲載する。

くとも月2回程度の訪問を継続する必要性が高い患者は少なくない。「重症度」基準により月2回以上の訪問診療を制限することは、医師の裁量権を侵害し、必要な医療提供を阻害するとともに、患者の選別にもつながりかねない。また、強化型支援診療(連携型)の施設基準に、24時間の往診体制を自院で月に4回以上確保していることを要件とする区分が追加された。この体制を確保できない場合は、在宅医療等での連携型支援診療の点数を算定できなくなる。しかし、24時間体制が確保できない医療機関も含めて連携により機能を補完し、地域の在宅医療を確保していく必要性は高齢化の進展によりさらに高まっており、地域の在宅医療連携を阻害する改定と言える。

生活習慣病管理料は協会の要望が一部実現 生活習慣病管理料について、療養計画書への患者署名が不要となることにも、(II)の包括対象から「特定薬剤治療管理料」「悪性腫瘍特異物質治療管理料」等の汎用点数が除外された。医療費抑制を目的とした慢性疾患の包括管理への移行という根本的な問題は残るが、これまで協会・保団連が要求してきた改善要望項目が一部反映された。

一般名処方加算が2点引き下げられた。後発品を中心とした医薬品供給不安が継続しており、その対応に追われている中で、汎用点数の引き下げは到底看過できない。また、「患者の状態に応じ、28日以上長期投薬又はリフィル処方箋を交付する」ことを患者に周知する要件が、特定疾患治療管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、婦人科特定疾患治療管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、二次性骨折予防継続管理料及び小児科外来診療料に追加された。処方箋にもリフィルの説明が追加される予定で、未だ低いリフィル処方率を引き上げ、診療回数を減らすことで医療費抑制をはかるための強引な改定と言える。

入院は差別的な物件費対応と 医療提供体制再編への露骨な誘導 物件費の高騰をふまえた対応として入院料等は全般的に引き上げられた。ただし、継続的に賃上げに取り組んでいる医療機関以外では入院料等が削減される差別的な仕組みが持ち込まれており、大きな問題がある。また、新たな地域医療構想における急性期機能の集約化の企図が鮮明となっている。

さらなる拡大 患者負担の さらなる拡大 長期収載品の選定療養について、特別の料金として患者が負担する額が、先発品との価格差の4分の1相当から2分の1相当に引き上げられる。また、OTC類似薬(77成分・約1100品目)を対象に「一部保険外療養」として薬剤費の4分の1を患者負担とすることも狙われている。

【事例】 診察と処方のみでの再診患者の算定例

点数	改定前	改定後	増減	
再診料	75	76	△1	+1点
医療情報取得加算	1	0	▲1	廃止
電子的診療情報連携体制整備加算	—	2	△2	新設
明細書発行体制等加算	1	0	▲1	上記新設点数と併算定不可
医療DX推進体制整備加算	0	0	±0	廃止(初診時のみ算定)
物価対応料	—	2	△2	新設(2027年度は4点)
外来管理加算	52	52	±0	変更なし
処方箋料	60	60	±0	変更なし
一般名処方加算1	10	8	▲2	-2点
計	199	200	△1	

賃上げ分として「ベースアップ評価料」の点数が引き上げられるとともに、事務員等も対象に加えられ、対象が拡大したことは協会・保団連の改善要求の成果だ。しかし、産業全体を5%弱下回る医療関係職種(医師・歯科医師を除く)の月給と平均を抜本的に引き上げるものとはなっていない水準となった。

必要な在宅医療を阻害する不合理な改定 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の「月2回以上訪問診療を行う」(II)の算定にあたって、月2回以上訪問診療を行う患者数に占める「重症患者」(末期がん、難病、重度褥瘡、要介護3以上など)の割合が一定以上であることが要件とされた。仮にこの要件を満たさない場合は「月2回以上」の点数が算定できないこととなり、在宅医療を行う医療機関は非常に大きな減収となる。

「医師偏在対策」の「医療DX推進体制整備加算」が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算」に再編された。前者のみを算定していた医療機関にとっては新たな加算を届出しなければマイナスとなり、後者を届け出た医療機関でも電子処方箋または電子カルテ情報共有サービスのいずれかに対応しなければ初診時の点数は大きく引き下がる。オンライン資格確認システムは強引に義務化されたが、窓口では相変わらずトラブルが続出し、電子処方箋も医療現場で75%が未導入である。医療現場の必要性から出発しない、診療報酬による「医療DX」への強引な誘導は止めるべきだ。

「医師偏在対策」の「医療DX推進体制整備加算」が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算」に再編された。前者のみを算定していた医療機関にとっては新たな加算を届出しなければマイナスとなり、後者を届け出た医療機関でも電子処方箋または電子カルテ情報共有サービスのいずれかに対応しなければ初診時の点数は大きく引き下がる。オンライン資格確認システムは強引に義務化されたが、窓口では相変わらずトラブルが続出し、電子処方箋も医療現場で75%が未導入である。医療現場の必要性から出発しない、診療報酬による「医療DX」への強引な誘導は止めるべきだ。

「医師偏在対策」の「医療DX推進体制整備加算」が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算」に再編された。前者のみを算定していた医療機関にとっては新たな加算を届出しなければマイナスとなり、後者を届け出た医療機関でも電子処方箋または電子カルテ情報共有サービスのいずれかに対応しなければ初診時の点数は大きく引き下がる。オンライン資格確認システムは強引に義務化されたが、窓口では相変わらずトラブルが続出し、電子処方箋も医療現場で75%が未導入である。医療現場の必要性から出発しない、診療報酬による「医療DX」への強引な誘導は止めるべきだ。

「医師偏在対策」の「医療DX推進体制整備加算」が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算」に再編された。前者のみを算定していた医療機関にとっては新たな加算を届出しなければマイナスとなり、後者を届け出た医療機関でも電子処方箋または電子カルテ情報共有サービスのいずれかに対応しなければ初診時の点数は大きく引き下がる。オンライン資格確認システムは強引に義務化されたが、窓口では相変わらずトラブルが続出し、電子処方箋も医療現場で75%が未導入である。医療現場の必要性から出発しない、診療報酬による「医療DX」への強引な誘導は止めるべきだ。

「医師偏在対策」の「医療DX推進体制整備加算」が廃止され、「電子的診療情報連携体制整備加算」に再編された。前者のみを算定していた医療機関にとっては新たな加算を届出しなければマイナスとなり、後者を届け出た医療機関でも電子処方箋または電子カルテ情報共有サービスのいずれかに対応しなければ初診時の点数は大きく引き下がる。オンライン資格確認システムは強引に義務化されたが、窓口では相変わらずトラブルが続出し、電子処方箋も医療現場で75%が未導入である。医療現場の必要性から出発しない、診療報酬による「医療DX」への強引な誘導は止めるべきだ。

【医科】 3・4月の診療報酬等のお問い合わせ対応の停止期間について

2026年度診療報酬改定への対応のため、以下の期間については、診療報酬に関するお問い合わせを終日停止させていただきます。

レセプト請求、減点、施設基準に関する問い合わせや、診療報酬改定に関するご質問等は下記期間以外でお願いいたします。

新規指導・個別指導・適時調査等の相談は、引き続き☎078-393-1840でお受けいたします。また、改定に関する情報は随時、特設ホームページやFAXニュース等で情報発信に努めてまいりますので、何卒ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

■停止期間 ①3/16(月)～3/19(木)
②4/8(水)～4/10(金)
③4/14(火)～4/17(金)

■2026年度診療報酬改定特設ページ
<http://www.hhk.jp/kaitei2026/>



会員計報

加藤 昌弘先生
伊丹市 小児科・内科

2月6日 享年89歳

ご冥福をお祈り
申し上げます

歯科

基本診療料と基礎的技術料の 抜本的引き上げが不可欠

歯科部会長 川村 雅之

歯科診療報酬改定は、会員の要求に基づいた協会運動の反映で前回は上回る改定率のよつみに見える。しかし、質上げと物価高騰対応分等を除くと、歯科診療行為の評価にあらわれない「真水」は、前回改定と大差ない10・31%にすぎない。

今回の改定は、度重なる厚労省・国会への要請によって不合理是正が一部実現したものの、治療に時間がかかり技術も必要な歯内療法など基礎的技術料は低水準のまま据え置かれる一方、ベースアップ評価料や「医療DX」など、強引な国の政策に沿う分野に重点配分するものになっている。

歯科診療報酬は長年にわたりに不当に低く抑えられてきた。人件費や物価高騰が加わる中でも地域医療を支える歯科医療機関の窮状を救うことにはならない改定だ。

一方、政府は高額療養費制度の限度額引き上げやOTC類似薬への追加負担などさらなる負担増方針を示している。国民の生活は苦しさを増しており、歯科医療機関への受診抑制も深刻化している。

国の歯科医療費抑制政策を転換して、歯科診療報酬の大幅引き上げ、患者窓口負担ゼロの実現が必要である。

基本診療料はわずかな引き上げ、政策誘導へ点数配分
基本診療料は、初診料5

歯管は3回目以降マイナス

歯科疾患管理料は90点となった。初診月の減算は廃止されたが、再診時、3回目以降はマイナスになる。長期維持管理を強いておきながらマイナスが増大する改定は理解しがたい。

小機能と口機能は、協会の要求が実現して要件が緩和された。二つに分かれて、「1」は点数引き上げ、「2」は検査機器がなくても患者の状態に応じて算定できるようにした。口腔機能検査関連の施設基準が廃止された。

歯科衛生実地指導料(実地指)の加算だった口腔機能指導加算が独立し、研修などの要件を設けて12点から46点に引き上げられた。研修要件がわかり次第、協会では研究会を開催する。実地指の引き上げなど歯科衛生士の専門性を正当に評価する診療報酬を求めると。

SPTとP重防の統合・再編
歯周病安定期治療(SPT)と歯周病重症化予防治療(P重防)が統合、歯周病継続支援治療に一本化された。協会の要求が実現して複雑な二本立ての仕組みがなくなつたが、点数は現行のSPTと比較して20歯未満の点数が引き下げられ、口管強の施設基

準届出有無による格差は残されたままだ。

歯科技工料の大幅引き上げを

歯科技工所ベースアップ支援料が新設された。補綴物の製作を委託した場合に、1装置につき15点、来年6月から30点となる。大臣告示の「7対3」について歯科医療機関と歯科技工所間での個別対応を強調する文言が記載されたなか、歯科技工士の賃金の改善を図る体制の届出が必要だ。

そもそも不採算になっていくチェアサイドの技術料や技工技術料を大幅に引き上げないと歯科医療機関と歯科技工所の経営は成り立たないのが現状だが、抜本的な改善はされなかった。歯科技工士連携加算は補診の際にも算定できるようにになり、対象も拡大する。

歯科訪問診療では、歯科訪問診療4・5に施設基準が設けられた。要件を満たせば届出不要というものの、満たさなければ点数が半減する。そもそも訪問診療は算定要件が厳しく、訪問診療を萎縮させる政策ではなく、時間要件の撤廃、同一建物・単一建物の概念等の是正を求める。

歯科訪問診療は、選択要件ではあるが届出の歯科訪問診療1〜3の18回以上の算定実績が過去1年間から直近1カ月10回以上になるなど要件が厳しくなった。

在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料は歯科医師の

指示を受けた歯科衛生士も対象になり、自宅療養患者の食事観察を行った場合が追加された。

金パラ緊急改定と抜本的解決を

金パラの逆ザヤが歯科医療経営を苦しめており、国民への歯科医療提供に支障をきたしている。

金パラは、歯科医療現場の欠かせない、有用な金属だ。非金属冠修復物を促す政策がとられているが、金属・非金属を問わず修復物の選択は主治医の判断で行うべきものである。金パラ高騰による医療機関の経営悪化は保険診療上もありえず、抜本的な改革を行うことを求める。

CAD/CAM冠の咬合支持要件撤廃など運動により改善実現も
会員の声に基づく協会の要求により、改善されたものもある。

CAD/CAM冠とCAD/CAMインレーについて、複雑怪奇な咬合支持の要件が撤廃され、すべての大臼歯、永久歯代行歯も対象になった。光学印象は、150点になり、CAD/CAM冠が対象に加わった。

純チタンを用いたチタンブリッジ2800点が新設された。

有床義歯管理では、新製有床義歯管理料が1口腔につきから1装置に変更されたが、点数は引き下げられた。歯リハ1は、義管と同日算定ができるようになった。

麻酔薬料の算定対象に、歯髄保護処置等や生PZが追加されたが、すべての処置に

ついて麻酔料と麻酔薬料の算定を認めること、また麻酔薬剤や医薬品が入手できない現在の状況を一刻も早く改善することを求める。

周術期(回復期)等口腔機能管理計画策定料は、管理計画を変更した場合も算定できることになった。

3根管以上の加圧根充の際のNi-Tiロータリーファイルの加算の要件から、CT撮影が削除された。

一方、金属アレルギー患者に、非金属歯冠修復した場合が補償の対象となった。成功報酬である補償は廃止すべきだ。歯初診施設基準の廃止、口管強など医療技術と関係のない施設基準の見直しはされておらず、協会は、4月からの新点数研究会でも改定の問題点を浮き彫りにして診療報酬改善運動を行っていく。

加算▲2点、医療情報取得加算の廃止▲1点で差し引きゼロとなったこと、DX加算が電子的診療情報連携体制整備加算に再編されること、ベースアップ評価料の対象が拡大され点数が引き上げられること、生活習慣病管理料(Ⅱ)の包括範囲が縮小されること、在医総管において重症患者割合が要件化されること、等が報告された。

1月16日の中医協総会で、歯科用金属「歯科用金(金パラ)」の告示価格が、3月1日から19万4779円への引き上げが決定されたが、実勢価格は1月時点で30gあたり17万円超であり、逆ザヤは解消されないこと、等が報告された。

◇総務委員会 事務局員の採用が承認された。(2月14日 理事会より)

理事会 スポット

◇出席者 29人

◇情勢 社会保障審議会・医療部会は、改正医療法に基づく医師偏在対策を議論し、外来医師過多区域の候補として九つの二次医療圏を示した。対象は東京5圏域、京都(京都・乙訓)、大阪市、福岡(福岡・糸島)、兵庫(神戸)。重点医師偏在対策支援区域では、都道府県が地域医療構想を踏まえ、関係協議会で開業に必要な医療提供等の要件を付すとされている。

◇医療活動報告 2026年度診療報酬改定に向け、中医協から「個別改定項目について」及び「答申」が発出された。医科外来は再診料11点、新設された物価対応料12点となったが、一般処方

2点となったが、一般処方

診療報酬改定研究会

前号に詳細案内掲載

4月4日～ 県内各地・オンラインで開催します。別途送付の案内ハガキと引き換えに会場で案内資料を1部無料でお渡しします。



(右の二次元コードからも詳細をご確認いただけます)

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〈次回受付は4月1日開始〉
- 保険医年金と積立年金DefLデフェル**
- ✓死亡・高度障害に
- グループ保険と新グループ保険**
- ✓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**
- ✓協会の新しい共済
- 介護保険Sasa*L(ササエル)**
- ✓医事紛争に備えて
- 医師賠償責任保険**
- ✓労務トラブルに備えて
- 業務災害補償保険**
- ✓団体割引きの
- 自動車保険と火災保険**
- 医療保険とガン保険**

協会の共済はご加入内容をまとめて管理。ワンストップサービスを提供します。



http://www.hhk.jp

お問合せは共済部まで ☎ 078-393-1805

本号同封・九条の会・兵庫県医師の会市民公開講演会 講演録

『平和憲法と暮らしの危機の新段階』

講師：学習院大学法務研究科 青井 未帆教授

追加ご注文は、☎078-393-1807まで



公立学校共済組合近畿中央病院 皮膚科部長 夏秋 優先生講演

マダニについて

日本では約50種類のマダニが知られており、成虫の体長は2～8mm程度である。マダニは主に森林の林床部の下草やササ類、河川敷の草地などに生息し、幼虫、若虫、成虫のすべてのステージで動物から吸血する。幼虫では約3日、若虫では5～7日、成虫の場合は7～14日程度の期間、皮膚上で吸血を続けて、飽血状態になると自然に脱落する。

ヒトのマダニ刺症の原因種としては、北日本～東日本ではシュルツェマダニやヤマトマダニが多い。関東以西ではタカサゴキララマダニが約8割と最も多く(図1)、次いでフタトゲチマダニが1～2割となる。マダニ刺症の被害はマダニの活動が活発になる春～夏の時期、特に5～7月に多い¹⁾。

マダニが媒介する感染症

マダニは各種の感染症を媒介することで問題となる。北海道や本州中部山岳ではボレリア感染症のライム病、関東以西ではリケッチア感染症の日本紅斑熱やウイルス感染症の重症熱性血小板減少症候群(SFTS)などを媒介することが知られている²⁾。

しかし近年では東北地方で日本紅斑熱、北海道でSFTSの発症があるなど、関東より北でもこれらの感染症が発生している。また、2025年にはこれまでなかった兵庫県南東部でのSFTS感染例が出ているので、感染リスクは全国各地でもあり得る状態になっている。

ただし、実際にはマダニの病原体保有率はきわめて低いので、マダニ刺症に伴う感染症の発症について過剰な心配は不要である。

マダニ虫体の除去と対応

皮膚に吸着しているマダニを除去するには、先端の尖ったピンセット(あるいは異物鑷子)でマダニの顎体基部を挟んでゆっくり引き抜く。マダニ除去用の器具(Tick twister[®]など)は有用であるが、医療用器具ではないため、担当医の判断で患者の同意を得て実施する必要がある。最も確実な除去方法は、局所麻酔をして皮膚ごとマダニを切除することである。

除去されたマダニはルーペやダーモスコピーなどで観察し、口器部分が欠損していないか確認する。口器が皮膚内に残存すると、後に異物肉芽腫を形成することがある。マダニの種類を確定するには、専門家に同定を依頼する必要がある。

マダニ除去後、1～2週間は発熱や皮疹、消化器症状など、体調の変化に注意する。通常、予防的に抗菌薬を投与することは推奨されないが、北海道や本州中部山岳でのシュルツェマダニ刺症で、マダニが飽血状態にある場合はライム病の感染リスクを考慮して、抗菌薬を投与して

もよい¹⁾。

マダニに刺されないためには、野外活動の際に肌の露出を避けること、ディートやイカリジンなどの忌避剤を配合した虫除け剤を適切に活用することが勧められる³⁾。

トコジラミについて

トコジラミはシラミ類ではなく、カメムシ目トコジラミ科の吸血性昆虫である。成虫(図2)の体色は茶褐色で体長は約5mm、幼虫の体色は白色～黄土色で体長1～4mmである。世界の温帯域に広く分布するが、1970～1980年代以降はほぼ撲滅されていた。

しかし2000年頃からピレスロイド系殺虫剤抵抗性トコジラミ(いわゆるスーパートコジラミ)が世界各地に拡散した⁴⁾。わが国でも外国からの観光客が増加し始めた2003年頃から徐々に国内に持ち込まれ、宿泊施設を中心に繁殖してトコジラミ刺症例が増加している。

トコジラミの生態

雌は1日に2～5個の卵を産み、200～500個を産卵する⁵⁾ので、交尾済みの雌が1匹でも室内に持ち込まれると数カ月後には数100個体以上に増殖することになる。

昼間は室内の壁や柱の割れ目、畳の隙間や裏側、カーテンのひだ、寝具や調度品の隙間などに潜み、夜になると吸血のために隙間から出てくる。1回の吸血時間は成虫で7～27分(平均、約15分)と長く⁶⁾、吸血が終わると潜伏場所である寝具周囲の隙間に戻る。

トコジラミ刺症の病態と臨床的特徴

トコジラミ刺症でみられる皮疹は、吸血の際に注入する唾液腺物質に対するアレルギー反応によって出現する。多くの場合、吸血の2～3日後に痒疹を伴う浸潤性紅斑あるいは紅色丘疹が出現する。トコジラミは就寝中に衣服から露出した頸部や前腕、手、足などから吸血するので、皮疹はこれら露出部に集中して認められる。また、吸血の際に口器を何度か刺し変える習性がある⁶⁾ため、狭い範囲に1～数個の不規則に分布した紅色丘疹が認められるのが特徴である。

ただし、トコジラミ刺症の皮膚症状は、個々の感作状態や体質の違いにより、かなりの個人差がある。

トコジラミ刺症の診断と治療

的確な診断のためには、経過や臨床所見からまずトコジラミ刺症を疑う必要がある。4～10月に首や手足などの露出部に繰り返し痒みの強い孤立性の紅色丘疹が出現する場合は本症を想定する。診断を確定するためには虫体の確認が必須である。虫体の捕獲には筆者が提唱する「うそ寝作戦」が有用である⁶⁾。これは夜に寝室内の布団の上で肌を露出した

図1 タカサゴキララマダニ若虫によるマダニ刺症



図2 トコジラミ成虫



表 トコジラミ駆除に用いられる主な家庭用殺虫剤

薬品名(系統)	処理のタイプ	商品名	メーカー
メトキサジアゾン(オキサジアゾール系) イミプロトリン(ピレスロイド系)	待ち伏せ式(スプレー)	トコジラミゴキブリアース	アース製薬株式会社
		コックローチME	大日本除虫菊株式会社
プロボクスル(カーバメート系)	待ち伏せ式(スプレー)	バルサンまぢぶせスプレー	レック株式会社
プロフラニド(メタジアミド系)	燻煙式	ゼロノナイトG	アース製薬株式会社
	ワンプッシュ式(スプレー)	ゼロノナイトゴキブリ・トコジラミ用1プッシュ式スプレー60回分	

状態で横になり、照明を消して、約30分後に照明を点灯した際に、吸血のために隙間から出てきたトコジラミを寝具の上や皮膚で探す方法である。

治療として、個々の皮膚症状に対してはステロイド外用薬を塗布することで1～2週間で軽快する。炎症反応や痒みが強い場合は抗ヒスタミン薬の内服や短期間のステロイド内服を併用してもよい。本種の吸血によって感染症が媒介されることはないので、感染症の心配は不要である。

トコジラミの駆除対策

国内外ともに、現在、各地で繁殖しているトコジラミのほとんどはピレスロイド系殺虫剤抵抗性であり、一般的によく使用されるピレスロイド系殺虫剤では対応できない⁴⁾。宿泊施設などで発生が確認された場合は、専門の駆除業者に処置を依頼する方がよい。

一般家庭で駆除する場合はカーバメート系のプロボクスル、あるいはオキサジアゾール系のメトキサジアゾンを配合した待ち伏せ式の噴霧剤、またはメタジアミド系のプロフラニドを配合した燻煙式、あるいは定量噴射式の殺虫剤を用いる³⁾(表)。待ち伏せ式では、トコジラ

ミの潜伏する壁や柱の隙間部分だけではなく、潜伏場所から寝具付近までの移動ルートに噴霧しておく必要がある。また、燻煙式の場合、火災報知器、精密機器や食器などに予めカバーをして処理する必要があることに留意する。いずれのタイプも、個々の製品の使用上の注意をよく読んで正しく使用する必要がある。

文献

- 1) 夏秋 優：マダニ刺症への対応に関する提言. J Visual Dermatol 17:1064-1070, 2018.
 - 2) 夏秋 優：新・皮膚科セミナー ウム 節足動物と皮膚疾患ー1. ダニ媒介性感染症. 日皮会誌 129:2493-2501, 2019.
 - 3) 夏秋 優：皮膚科医に役立つ殺虫剤と忌避剤の知識. J Visual Dermatol 23:713-719, 2024.
 - 4) 平尾素一：トコジラミの再興と防除の現況. Med Entomol Zool 61:211, 2010.
 - 5) 駒形 修：トコジラミの基本的な性質. 生活と環境 No.785:4-8, 2024.
 - 6) 夏秋 優：トコジラミ刺症の診断と対応. J Visual Dermatol 18:840-848, 2019.
- (2025年8月2日、第624回診療内容向上研究会より)

近畿反核医師懇談会 緊急学習会

戦争に向かう日本～安保法の行方と市民運動～

日時 3月20日(金・祝) 11時30分～13時
会場 大阪府保険医会館M&Dホール(地下鉄なんば駅より徒歩約5分)&オンライン
講師 ジャーナリスト・元朝日新聞記者 土岐 直彦氏

総選挙で3分の2超議席を得た自民党。憲法改定や武器輸出推進、非核三原則見直しなど、安全保障政策の大転換が進んでいます。近畿反核医師懇談会は、ジャーナリストの土岐直彦さんを迎え、緊急学習会を開催します。ぜひご参加ください。

オンラインお申し込みは、右の二次元コードから
来場お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1807まで

