

兵庫保険医新聞

第1617号

発行所 兵庫県保険医協会
http://www.hhk.jp/

2010年3月25日

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31
神戸フコク生命海浜ビル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

2010年診療報酬改定の要点 5・4面
医科・歯科

主張「公約違反の消費税増税に反対」 2面

「保険でよい歯科医療を」近畿ブロック交流会 2面

確定申告研究会・税務個別相談会 6面

臨床医学講座より 8面
プライマリケアのための関節のみかた
上肢編(上) 一手のみかた

3・11国会要請行動 自主共済、歯科など署名提出

協会・保団連は3月11日に、診療報酬改定問題や近畿厚生局の「集団指導」(改定時説明会)問題、自主共済規制問題などで国会議員への要請行動を実施した。兵庫協会からは池内春樹理事長、小島修司副理事長、加藤隆久・川西敏雄両理事ら9人が参加。「共済の今日と未来を考える兵庫懇話会」からも、県知的障害者互助会や県勤労者山岳連盟、県商工団体連合会などの役員・事務局ら5人が参加した。



1

自主共済の新保険法からの適用除外を求める署名は、井戸まさえ(民主)、田中康夫(新日)、両衆院議員と山下芳生参院議員(共産)が、「保険でより良い

池内理事長らが議員7人と面談

「歯科医療を」署名は田中議員が、「医療崩壊くい止」協会の署名と患者・市民からの署名をまとめた署名を手渡した。税反対署名は山下議員が、



3



2



5



4



7



6

5・22近畿総決起集会

後期高齢者医療制度は即刻廃止！
守ろういのち！ なくせ貧困！

日時 5月22日(土) 15時～16時30分 ※終了後パレード
会場 大阪・天満橋 エル大阪 交通費 実費を協会負担

くらしをまもる4・18県民集会

日時 4月18日(日) 12時30分～14時 ※終了後デモ行進
会場 神戸・東遊園地 規模 3,000人
主催 格差社会を是正する共同闘争実行委員会

それぞれ、会員・職員こそってぜひご参加ください

お問い合わせは、☎078-393-1807まで

春の組織強化月間

会員拡大にご協力を

4月～6月

組織部長 池本 恒彦



診療報酬の実質ゼロ改定

は、医療崩壊をくい止めることはできず、具体的な内容でも不安の声が寄せられています。協会は、診療報酬を大幅に引き上げる再改定と同時に、患者負担を軽減することを強く求めています。

協会は、開業保険医の生活と権利を守るとともに、地域医療の充実・向上をめざし、粘り強く、医療・社会保障の充実のために運動をすすめてきました。協会への会員の期待をしっかりと受け止めて、身近な要求に心える活動を力強くすすめていく決意です。

協会は、4月から6月までの3カ月間を「春の組織強化月間」に設定し、6960人の会員をめざします(3月18日現在6872人)。

協会の先生方には、お知り合いの開業医、勤務医の先生へぜひご入会をお勧めいたします。会員のご子弟の医師・歯科医師が共済制度(グループ保険、保険医年金、新しい商品(所得補償保険、医師賠償責任保険)への加入をきっかけに入会されるケースも増えています。

春の共済制度普及 4月から
保険医年金、グループ保険
所得補償保険、医師賠償責任保険
7面に広告、本紙にチラシ同封

議員に県知的障害者互助会役員が知的障害者が入院する際の負担を話し、互助会共済制度の存続を求める声が強まっていることを紹介。自主共済の救済措置を訴えた。松本議員は「長年にわたり池内理事長はじめ要請にいられている。何らかの形にしないとけない」と考えている」と述べた。

山下議員は「民主党も野党のときは「窓口3割負担は高い。受診抑制が起る」と言っていた。次の国会で窓口負担引き下げを求めていく」と述べた。

医療への消費税

「4年間は消費税は上げない」としているが、引き上げ時には何らかの措置が必要」と述べた。

川原(選出)への医療税制改善要請に小島副理事長(保団連副会長)が参加。小島副理事長は「保険診療に消費税がかかるのは問題。ゼロ税率の適用で解消すべき」と訴え、中塚議員は「東京で実現、73年には国の制度にさせるまでになった。残念ながら83年に有料化に逆行。その後何度かの改悪を重ねて、2年前からは悪名高い「後期高齢者医療制度」が、お金がない人々の話を聞くにつけ、半世紀前に逆戻りしたかのように思う。しかし、昨年はついに、医療改悪を続けてきた自公政権にノー！という歴史的審判を国民は下した。今再び沢内村が注目されるのも、国民の願いの原点だからだろう。世界では、多くの国で医療費無料が当たり前なのだから。各地で自主上映が始まっているので、ぜひとも多くの方に見ていただきたい。(星

燭心

映画「日本の青空Ⅱ」の「山河」の紹介を、1960年の岩手県沢内村で、日本でも初め老人医療費無料化制度が開始された。当時の国民健康保険の窓口負担は5割と高く、貧困にあえぐ村人に医療は無縁の存在だった。「生命行政」を実践してゆき、ついに全国初の乳幼児死亡率ゼロも達成する、深沢辰雄村長をはじめとする沢内村の人たちの人間ドラマである。▼「末端の法律はともかく、少なくとも憲法違反にはなりません！」無料化に難くせをつける厚生省の役人への、村長の言葉が圧巻だ。除雪用ブルドーザー導入の苦勞、貧困を克服するための特産物作り、保健活動と住民の組織作りなどのエピソードも交えながら、憲法25条とは何かを語りかけてくる▼老人医療費無料化の運動は、このあと燎原の火のごとく広がり、69年に東京都で実現、73年には国の制度にさせるまでになった。残念ながら83年に有料化に逆行。その後何度かの改悪を重ねて、2年前からは悪名高い「後期高齢者医療制度」が、お金がない人々の話を聞くにつけ、半世紀前に逆戻りしたかのように思う▼しかし、昨年はついに、医療改悪を続けてきた自公政権にノー！という歴史的審判を国民は下した。今再び沢内村が注目されるのも、国民の願いの原点だからだろう。世界では、多くの国で医療費無料が当たり前なのだから。各地で自主上映が始まっているので、ぜひとも多くの方に見ていただきたい。(星

「保険でよい歯科医療を」近畿ブロック交流会 連絡会のさらなる発展を

保団連近畿ブロックは3月7日、「保険でよい歯科医療を」連絡会・近畿ブロック交流会を京都リサーチパークで開催し、2府3県から49人が参加した。兵庫協会からは加藤擁一理事、川西敏雄理事ら8人が出席し、各協会のこれまでの取り組みを交流した。記念講演では、尚絅学院大学女子短期大学教授の岩倉政城先生が「口からみえてくる格差と貧困」と題し講演。経済格差が口の健康に重大な影響を及ぼしていることをデータを用い説明し、連絡会のさらなる拡大に期待を表明した。



(右) 兵庫の取り組みを報告する加藤副理事長

(上) 岩倉先生の記念講演

これまでの活動に自信

赤穂郡・歯科 白岩 一心

参加記

3月7日に「保険でよい歯科医療を」連絡会・近畿ブロック交流会に参加しました。朝から小雨の降る3月とは思えない寒々とした日、京都丹波口の「京都市リサーチパーク」で2府3県の各協会の取り組み報告が行われました。

岩倉政城先生のご講演「口からみえてくる格差と貧困」は、日本政府が公表しない資料に基づき、歯科医療費抑制の国民意識と、政府の医療費抑制策の実態が明白に分かる内容でした。口腔内の公衆衛生向上には、歯科医師と患者との意識レベルの改善が必要と感じました。経済格差と教育格差の問題にも触れられて、とても興味深い講演でした。

会員
いんあめーしん

歯科貸診療所

◇所在地 阪急西宮北口駅徒歩18分、バス停前

◇床面積 30坪、駐車場2台

◇お問い合わせは、078-5055-2512 高岡まで

歯科貸診療所

◇所在地 阪急王子公園駅徒歩6分

◇1階部分 16坪、駐車場別

◇お問い合わせは、078-321-6898 林まで

主張

菅財務大臣は「消費税を含む税制の抜本改革の議論を早急に開始したい」と発言している。この発言は、「4年間は消費税を上げない」として、民主党のマニフェストに違反する可能性がある。

民主党公約では「最低保障年金(月7万円)の財源に消費税を充てる」ことをうたっており、4年後の消費税増税は既定の事実と思われるが、その時期をもっと早めたいというのが本音のようだ。また、消費税を「社会保障目的税」にするのも主張している。

消費税は、社会的弱者に過酷な税である。一所得者、社会的弱者に過酷な消費税を課税する。所得の再分配機能がない。民主党は「給付つき税額控除」を導入して、低所得者ほど負担が重くなる消費税の逆進性を緩和しようとする。

公約違反の消費税増税に反対

得の再分配機能が税制には必要と考えるが、消費税にはこの所得の再分配機能がない。民主党は「給付つき税額控除」を導入して、低所得者ほど負担が重くなる消費税の逆進性を緩和しようとする。所得税の最高税率は、課税の原則に従った税制を主張している。つまり、所得税の最高税率を上げることや、大企業の法人税をアップすることで、消費税に頼らずに財源を捻出できるのだ。

80年代の70%(住民税と合算で88%)から40%(同50%)まで軽減されてきた。この引き上げや、20年前との比較で実質に半減している法人税率を元に戻すことで、消費税は必要なくなる。米国のオバマ大統領

は、この10年間で、所得税の最高税率と法人税率をアップすることで、88兆円もの増税を計画している。日本も、オバマ大統領にならって、消費税に頼らない財源確保を考えるべきではないだろうか。

さらに、現在は10%にすぎない「証券優遇税制」をはじめ、各種の分離課税を総合課税にすべきである。勤労者が汗水たらして獲得した所得に、最低でも15%の税金がかかるが、不労所得である株の配当金と譲渡金には10%の税金しかかからないのはどう考えても不合理だ。国民の立場に立った、民主的な税制の確立を、民主党には求める。

新型インフルワクチン

「返品可能に」厚労大臣へ要望書

いたなか、主に24時間以内に成人18人もの接種を行わなければならない10mlバイアル製剤が個人開業医の診療所にも納品され、接種対象者以外に接種すると厚生労働省の行政指導やマスコミの糾弾を受け、残量を廃棄せざるを得ない状態になっていた。

協会は3月17日、新型インフルエンザワクチンの返品を可能とし、医療現場の実態に合った迅速な対応を求める要望書を厚生労働大臣宛てに送付した。

要望書は、これらの事態を招いたのは、再三にわたる接種方針・スケジュール

会員計報

田村 晋也先生
長田区 皮膚科
2月26日 享年62歳

ご冥福をお祈り
申し上げます

さらに、多くの医療機関では、もっとも必要とした時期には接種希望者分の10分の1程度のワクチンしか納品されず、ようやく納品された時にはすでに時期を過ぎ結局在庫を抱えてしまうという事態が起きています。医薬課の調査でも、2月時点で県内の医療機関で12万回分以上が余っていると報告されている。

保険医協会1年の歩みを1枚に凝縮 CD-ROM縮刷版

兵庫 保険医新聞

2009年版ご案内

1年間の集大成。保険医に役立つ情報と保険医の運動を伝えた33号分約200面を網羅!

○CD-ROM縮刷版 1枚7,000円(税・送料込み) ※本紙に案内チラシ同封
○合 本 1部7,000円(税・送料込み)

ご注文は、078-393-1807 新聞部まで

人事労務コンサル

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
(企業プロジェクト)
インテリジェント・ソーシャル協会
職業能力認定研修

ISR

アウトソーシング サポート

信頼・向上・そして社会貢献

〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-2 (ISRビル)

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

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

公害なくせ！ 対県交渉

健康守る行政の実現を

協会ほか県下の環境・公 せー県民集会実行委員会「書団体でつくる」公害なく は、3月4日に県職員会館



県へ訴える森岡理事(左)と山田議員(右)

で、兵庫県との交渉を行った。実行委員会側から7団体約20人が、県側から環境政策課など関係職員が参加した。協会からは森岡芳雄理事、山田旺評議員ら3人が出席した。同実行委員会は、昨年10月に県に提出した要求書に文書で回答を受け、再質問書を提

出しており、協会からはアスベスト検診の周知徹底や、将来のアスベスト被害発生に備え阪神・淡路大震災時の解体業者・ボランティアへの在任証明書の発行、神戸製鉄所・発電所への指導強化などを要求していた。県は、在任証明書を発行するのは資料がなく不可能とし、神戸への指導強化についても、神戸市の管轄で

あり市の主体性に任せたいとするなど、消極的な回答が目立った。森岡理事は、すべての公害、環境問題について「被害発生があつてから動くの書、健康被害が出ないぎりぎりの環境基準では、健康を守れない。いのち、健康を積極的に守ろうというスタンスで、取り組んでほしい」と県の姿勢をたたいた。

神戸支部は、2月13日、20日に協会会議室で医療安全管理研修会を開催。13日は神戸協同病院感染管理師長の郭華美氏が「感染対策の基本」について、20日は大手前短期大学准教授の水原道子氏が「職員接遇」について講演し、それぞれ62人、79人が参加した。参加者の感想文を紹介する。

在宅医療研究会

胃瘻管理のポイント学ぶ

好評につき5月に再講演

協会地域医療部は2月27日、つちやま内科クリニック(西宮市)院長の

土山雅人先生を講師に、第26回在宅医療研究会「在宅における胃瘻の管理―当院の経験から」を協会会議室で開催。医師、歯科医師、看護師、介護職員ら約100人が参加し、在宅の場で必要な胃瘻管理のポイント、胃瘻に伴う各種の合併症や栄養剤投与に伴う注意

点などを学んだ。土山先生は、ボタン型とチューブ型の外部形状、バルーン型とパンパ型の内部形状から4つのタイプに分類される胃瘻について、汚染・破損対策や交換手技など、形状の違いに応じた管理における特徴を詳細に解説。また、栄養剤と水分・塩分の関係、口腔ケアや嚥下リハビリの必要性についても言及した。

参加者からは「胃瘻造設後の注意点など勉強になった」「患者からの胃瘻の質問に答えられるようになったと思う」などの声寄せられた。なお、今回の研究会に参加申し込みが多数あつたことから、5月8日に再講演を予定している。

参加申し込みは、協会地域医療部 ☎078-931-1803まで

神戸支部 医療安全・感染対策

盲点に気付かされた

感想文

2月13日に開催された医療安全管理研修会に参加させて頂きました。日ごろ、歯科医院の中で自分なりに勉強しながら、感

染管理を実施しています。が、本当にこれでよいのか、もっと確実な方法があるのではと思っておりました。ですから、今回、普段はあまり知ることのできない医療の病院での感染対策のお話を聞けて、大変有意義だったと思います。講演の内容は、感染成立の輪や洗浄、消毒、滅菌の違いなどの基本的なことから、色々な場面での感染対策の具体的な例、結核やインフルエンザ対策までの多岐にわたっており、改めて気付かされることもありました。

中でも一番ハッとさせられたのは、アルコール綿花の管理です。バックのふたはきちんと閉める、容器の中へしぼらない、1日で使いきれぬ量を つくるなど、言われてみれば当たり前のこと



講演する郭氏

ば当たり前のこと

非核の会・兵庫が総会

反核・平和の声広げて



記念講演する近藤氏

非核の政府を求める兵庫の会の第24回総会が、2月21日に神戸市医師会館で開催され、40人が参加した。協会からは、郷地秀夫理事、口分田勝理事ら3人が出席した。総会議事では、小泉勇理事、郷地理事が常任世話人に再任された。

風呂本武敏代表世話人はあいさつで、米国のオバマ政権登場以来「核兵器のない世界」を目指す積極的な変化が生まれるなか、今年5月に開催されるNPT再検討会議に向け、反核・平和の声を

代、被爆者であることを理由とする数々の苦難を涙ながらに語り、「自分にとって憲法9条は誇り。平和を求めて被爆国日本がもっと世界に訴えなければ」と強調した。

広げることの重要性を強調した。記念講演は、「ヒロシマ、60年の記憶」の著者である日本キリスト教団三木志染教会の近藤紘子氏が講演。被爆体験からアメリカへの憎悪を募らせた少女時代の

神戸支部 医療安全・接遇研修

あいさつと笑顔大切に

感想文

水原先生、楽しい研修会ありがとうございました。研修開始直前に会議室に入ると、80人近い多くの方々が着席されており、接遇への関心の高さを強く感じました。



向かい合ってあいさつの練習

研修は、水原先生自身の経験に基づいたお話で、具体的なわかりやすい内容で、あっという間に1時間が過ぎた。接遇の基本研修で、話の聴くだけでなく、話の聴かせる練習もあつた。心情的なクレーームについては「文句を言っていること自身は無視して、話を聴くだけでよい」と、明快な説明をされたのが印象的でした。

今回の研修では、接遇の基本であるあいさつと笑顔の大切さを実感しました。【須磨区 清水 恵一】

また、クレーームの研修では、クレームは申し出であつて苦情ではなく、患者さんの「大事にされたい」という気持ちの表れであるといふことや、クレーームを心情的と実質的に分類することについて、講義のように

支部の催物案内

■西宮・芦屋支部■お花見会

日時 4月3日(土) 18時～
(雨天決行)
会場 夙川公園
会費 1500円

■神戸支部■研究会

日時 4月17日(土) 14時30分～
会場 協会会議室
テーマ インクレチン関連糖尿病薬の位置付けと可能性
講師 神戸大学大学院医学研究科内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌内科学分野 准教授 小川 渉先生

■姫路・西播支部■会員懇談会

日時 4月17日(土) 15時～
会場 姫路じばさんビル601会議室
テーマ 税理士さんとの上手な付き合い方
講師 佐藤 庸安税理士

■淡路支部■医療安全管理研修会

日時 4月17日(土) 15時～
会場 サンライズ淡路コミュニティセンター
テーマ 外来での医療安全管理・院内感染対策
講師 県立淡路病院看護師 正司貴美子氏
参加費 1000円(修了証を発行)

九条の会・兵庫県医師の会

蓮池透講演会

制裁より対話を一拉致問題から平和を考える

日時 4月11日(日) 14時～17時(開場13時30分)
DVD上映会 14時～15時
「アフガンに命の水を〜ペシャワール会26年目の闘い」
会場 兵庫県農業会館大ホール
参加費 500円 定員 400人



1955年新潟県柏崎市生まれ。1997年から05年まで「北朝鮮による拉致被害者家族会」の事務局長。

お問い合わせは、☎078-393-1807まで

歯科

2010年診療報酬改定の要点

歯科医療危機打開にほど遠く

初・再診料引き上げ 根拠のない包括拡大

今次歯科診療報酬の改定幅は、22万筆超の請願署名、全国の自治体の25%での地方議会意見書採択、国会要請などが反映し、2.09%の引き上げとされた。しかしながら、中医協医療経済実態調査で損益差額の平均値が前回調査を下回り、少なくとも10%以上の引き上げが必要なことからすれば、今次改定は歯科医療の危機打開に結びつくものではなく、とうてい容認できるものではない。

答申では、初・再診料、歯周治療の2回目以降、麻酔、有床義歯等の基礎的技術料の引き上げ、補綴外しの阻止など、これまで協会・保団連が要求してきたものが一定反映された。一方で、スタディモデルの根拠のない包括には、「日本の歯科医療レベルが下がる」との声も上がっている。また、歯科疾患管理料の内容改定やSPTの大幅な引き上げなどを通じ、安上がりの「長期管理システム」が強化され、臨床現場とは乖離したあらたな矛盾と困難を持ち込もうとしている。

協会は、大幅な引き上げ再改定を要求するとともに、今後も国民と手を携えて歯科医療の危機突破に向け、これまで以上に運動を進めていく。

今次改定の主な内容は以下のとおり。

1、基本診療料

歯科初診料が36点、再診料が2点、それぞれ引き上げられた。一方、スタディモデル(50点)が包括、削除された。歯科疾患管理料の1回目130点と2回目の110点が110点に一本化された。2006年に導入された「電子化加算」(3点)は廃止、レセプト電子請求の医療機関に義務づけられる「明細書」発行(歯科は2011年4月から原則義務化)に対し届出の上1点(再診料に加算)が新設された。また、障害者歯科医療の充実の観点から障害者の受け入れ等に関し加算が新設された。

○**歯科初診料** 182点→218点

・(新) 障害者歯科医療連携加算 100点(初診時1回、要届出)

歯科診療所では治療が困難な障害者を受け入れた病院歯科や口腔保健センターなどで算定。

・電子化加算 3点→削除

○**歯科再診料** 40点→42点

・(新) 明細書発行体制等加算(明細) 1点(再診料への加算)
[施設基準]

(1) 診療所であること
(2) レセプトの電子請求を行っていること

(3) 詳細な明細書の無料発行およびその旨の院内掲示

○**地域歯科診療支援病院歯科再診料** 57点→69点

2、医学管理料

○**歯科疾患管理料**(1回目) 130点 → 110点

①初回の算定は、初診月から2カ月以

内。最初に管理計画書を提供した月に算定。

②対象患者が「継続的な口腔管理が必要な患者」から「継続的な歯科疾患の管理が必要な患者」に改められた。

③患者提供文書の内容変更

初回用に「歯科疾患と全身の健康との関係」が追加。継続用に「歯や口の中の状態の改善状況」が追加。

④歯科疾患管理料の内容等の院内掲示が努力義務となった。

○**(新) 歯科衛生実地指導料2**(実地指2) 100点(月1回)

①障害者歯科医療連携加算や、地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準を届け出ている医療機関であり、障害者等加算算定患者に実地指導した場合の点数が新設された。

○**義歯管理料**

義歯管理料の適切な評価として、算定期間が暦月に改められた。

・**義管A** 100点→150点

「装着した日の属する月に1回限り」の算定。

・**義管B** 70点(月1回)

「装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間」の算定。

・**義管C** 60点(月1回)

「装着日の属する月から起算して4月以上1年以内の期間」の算定。

○**(新) 有床義歯調整管理料(義調)**30点

義歯管理料を算定した患者について有床義歯の調整を行った場合に、1口腔につき月2回を限度に算定する。ただし義管を算定した日には算定できない。

○**診療情報提供料Iの加算の新設** 100点

①障害者歯科医療連携加算や、地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準を届け出ている医療機関、医科の保険医療機関、指定居宅介護支援事業者に対して文書により患者の紹介を行った場合に算定。

②基本診療料の障害者加算算定患者または歯科訪問診療料を算定している患者が対象。

3、在宅歯科医療

歯科訪問診療の実態に即し、より分かりやすい診療報酬体系とする観点から、歯科訪問診療1および2の算定要件が見直された。

○**歯科訪問診療料**

①在宅と施設の区別がなくなり、同一の建物に居住する、患者1人の場合は歯科訪問診療料1(830点)、複数患者の場合は歯科訪問診療料2(380点)を算定する。

②時間要件が30分以上から20分以上に変更となり、20分未満の場合は初・再診料を算定する。

③院内掲示が努力義務となった。

・**周辺装置加算**(200点、50点)→廃止

在宅患者等急性歯科疾患対応加算(232点、90点)に統合され、周辺装置を常に携帯している場合には、訪問診療料の算定の有無にかかわらず急性対応加算を算定する(20分未満の場合は初・再

診料に加算となる)。

○**訪問歯科衛生指導料**

(複雑なもの) 350点→360点

(簡単なもの) 100点→120点

・**後期高齢者在宅療養口腔機能管理料**

180点→廃止

・**(新) 歯科疾患在宅療養管理料(歯在管)**(原則として全年齢に拡大)

(歯授診の場合) 140点(月1回)

・**口腔機能管理加算(機能管)** 50点

(その他の場合) 130点(月1回)

・**(新) 在宅患者歯科治療総合医療管理料(在歯管)** 140点(要届出)

4、歯周治療

○**(新) 混合歯列期歯周組織検査**

(P混検) 40点

歯肉の発赤・腫脹の状態および歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いたプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態や歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血、歯周ポケット測定のうちいずれか一つ以上の検査を行った場合に算定する。歯周基本治療はスケーリングで行う。

○**歯周基本治療**

(3分の1顎増すごとに) 42点→38点

○**再度の歯周基本治療**

100分の30→100分の50に相当する点数

○**(新) 歯周基本治療処置** 10点

歯周基本治療を行った部位に対する処置として、薬剤などで歯周疾患の処置を行った場合、月1回に限り算定。

歯周疾患処置を算定した月には別に算定できない。

○**歯周病安定期治療(SPT)**

150点(1年)、125点(2年)、100点(3年)→300点に一本化

○**歯周組織再生誘導手術(一次手術)**

630点→730点

・**(新) 手術時歯根面レーザー応用加算(手術歯根)** 40点(要届出)

歯肉剥離掻爬手術または歯周組織再生誘導手術で、レーザーを使用して当該歯の歯石除去を行った場合に算定。

(1) 歯肉剥離掻爬手術または歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行うのに必要な機器を設置していること。

(2) 当該レーザー治療に係る専門知識および5年以上の経験を有する歯科医師を配置していること。

5、画像診断

・**デジタル映像化処理加算**

(5点、50点、30点)→廃止

・**電子画像管理加算**(10点、95点、60点)は変更なし。

・**(新) デジタル撮影料**

アナログより2~3点高いデジタル撮影料を新設。フィルムでの撮影はアナログで算定する。

・**(新) 時間外加算の新設**

110点(1日につき)

標榜する診療時間外、休日または深夜に、外来患者で緊急に処置・手術が必要な重篤な場合で自院で撮影および画像診断を行った場合に算定する。

6、処置

*処置に係る乳幼児加算(所定点数の100分の50加算)が、5歳未満から6歳未満に変更、8年前に戻った。う蝕処置、根管貼薬処置(単根・3根以上)がそれぞれ引き上げられた。

う蝕処置 16点→18点

う蝕歯無痛の窩洞形成加算

20点→40点

根管貼薬処置

単根管 14点→20点

3根管以上 28点→30点

・**智歯周囲炎の歯肉弁切除等**

140点→120点

7、麻酔

伝達麻酔 38点→42点

浸潤麻酔、圧迫麻酔 23点→30点

8、歯冠修復

*歯冠修復および欠損補綴に係る乳幼児加算(所定点数の100分の50加算)が、5歳未満から6歳未満に変更、8年前に戻った。

テンポラリークラウン

算定期間の拡大

前装鋳造冠またはジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯にも装着が認められた。1歯1回に限り算定。

有床義歯やバーなどで一定の引き上げが行われた。また、熱可塑性樹脂有床義歯が引き下げられた。

○**有床義歯**

①**局部義歯(1床につき)**

イ 1歯から4歯まで 540点→550点

ロ 5歯から8歯まで 665点→676点

ハ 9歯から11歯まで 890点→900点

ニ 12歯から14歯まで 1300点→1310点

②**総義歯(1顎につき)** 2050点→2060点

○**熱可塑性樹脂有床義歯**

①**局部義歯(1床につき)**

イ 1歯から4歯まで 705点→670点

ロ 5歯から8歯まで 925点→900点

ハ 9歯から11歯まで 1185点→1120点

ニ 12歯から14歯まで 1815点→1750点

②**総義歯(1顎につき)** 2850点→2780点

[鋳造バー] 420点→430点

[バー保持装置加算] 50点→60点

[フック、スパー] 85点→96点

○**有床義歯修理**

・**(新) 歯科技工加算(歯技工)**

20点(義歯1個の修理あたり) 要届出

[施設基準]

(1) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。

(2) 常勤の歯科技工士を配置していること。

(3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

医科

2010年診療報酬改定の要点

実質、ゼロ、改定に

2010年診療報酬改定案が2月12日の中医協で答申され、3月5日に官報告示、通知等が発出された。4月1日から実施される新点数について、医科、歯科それぞれの特徴と問題点を掲載する。

1. 地域医療改善ほど遠く

改定率は、診療報酬本体+1.55%（医科+1.74%、歯科+2.09%、調剤+0.52%）、薬価・材料価格▲1.36%で、全体で+0.19%と10年ぶりのネットプラス改定とされた。しかし、改定財源から除かれた先発品薬価の追加引き下げ600億円分を差し引くとわずか+0.03%で、実質ゼロ改定となっている。

さらに、今回も前回改定同様の急性期入院医療、産科・小児科への重点配分との枠内操作のみのため、マイナスとなる診療所も多くなることが懸念され、地域医療の改善には程遠い改定となった。

2. 改定内容の特徴と問題点

・診療所再診料2点引き下げ 外来管理加算5分要件は廃止

前回改定で導入され、診療所・中小病院に甚大な影響を与えた再診料の外来管理加算の5分要件は、保団連・協会などによる2年間の運動の成果もあって廃止されたが、算定にあたって「懇切丁寧に説明」等の要件は残された。

また、診療所と200床未満の病院の再診料が69点に統一され、病院は9点引き上げられたものの、診療所は2点引き下げられた。診療所から病院へ配分の見直し、病院勤務医の負担軽減をその理由としているが、一方で200床以上の病院の再診料である外来診療料は70点で据え置かれている。

・受け皿ないまま、急性期入院から慢性期、在宅への流れを促進

救急など急性期医療分野を引き上げる一方で、亜急性期・療養など慢性期入院への紹介加算・受入加算、急性期病棟・慢性期病棟での退院調整加算等を新設した。さらに、200床未満病院であれば半径4km以内の診療所の有無に関わらず在宅療養支援病院の届出ができるように要件を緩和するなど、急性期入院→慢性期入院→在宅等の流れを一層明確にした改定内容になっている。しかし、在宅サービスや介護保険施設等基盤整備が十分ではない中で診療報酬のみで誘導できるものではない。

・入院中の患者の他医療機関の請求方法をルール化

従来、療養病棟入院基本料等の包括点数を算定している入院患者が、必要があって他医療機関を受診した場合については算定方法が示されていたが、DPC病棟並びに一般病棟等の出来高算定の病棟の入院患者を含めて、入院・外来双方の医療機関での算定方法（入院料の減額、情

報提供、入院レセプトへの外来レセプトの添付等）が示された。これまで原則として認められていなかったDPC算定患者の他医療機関受診の算定方法が明確になった面はあるが、一般病棟など出来高病棟への適用は混乱を招きかねない。

・一般病棟など90日超入院の包括化を全年齢に拡大 後期高齢者に関わる点数は廃止

後期高齢者診療料や凍結されていた後期高齢者終末期相談支援料など、年齢のみを基準にした差別的な診療報酬が廃止された。しかし、一般病棟などに90日を超えて入院する後期高齢者を対象としていた低い包括点数の後期高齢者特定入院基本料が、すべての年齢の患者に拡大された。退院支援の状況報告書を毎月提出すれば出来高請求を継続できるとされているが、差別的な取り扱いの拡大であり廃止すべきである。

・明細書発行義務化 後発医薬品の使用を促進

療養担当規則が改定され、レセプトを電子請求（オンライン請求または電子媒体請求）している医療機関は、原則として領収証発行の都度、無償で明細書を発行することが義務化された。紙レセプトで請求している医療機関等「正当な理由」がある場合には発行の義務はないが、その旨および明細書発行の手続きや費用徴収の有無等を院内掲示することとされた。「医療の透明化や患者への情報提供」のためとしているが、明細書発行によって起こるトラブルを医療機関と患者の関係に矮小化するものであり、機械的な義務化は大きな問題がある。

また、後発医薬品の使用を促進するためとして「後発医薬品の使用を考慮し」「患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応」が努力義務とされ、処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に署名のない場合は、薬剤料が変更前と同額以下でかつ患者の同意があれば、処方医に確認することなく保険薬局において含量規格が異なる後発医薬品の調剤が認められることになった。

さらに、処方せんの様式も変更され、医療機関のレセプトと調剤レセプトの突合を容易にするために医療機関コード等を記載することとされた（9月末まで経過措置により現在の様式でも可）。

3. 入院外の主な改定内容

（1）初・再診料

初診料の電子化加算（3点）が廃止され、診療所の再診料に、レセプトを電子請求し明細書を無償で発行している場合の「明細書発行体制加算」（1点・要届出）、夜間・休日等標榜時間外であっても、緊急病変時等において、患者からの電話等による対応ができる体制をとっている場合の「地域医療貢献加算」（3点・要届出）が新設された。

（2）医学管理等

①生活習慣病管理料が後期高齢者も算定の対象とされた。

②地域連携夜間・休日診療料、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）、がん治療連携指導料、診療情報提供料の認知症専門医療機関連携加算・肝炎インターフェロン治療連携加算等の医療連携を促進する点数が新設された。

③薬剤情報提供料の手帳記載加算（3点）が、すべての患者が対象となり「患者の求めに応じて」記載した場合に算定することとされた。

（3）在宅医療

①往診料が70点引き上げられ、720点になった。ただし、「定期的又は計画的に行われる対診（麻酔科の開業医が術前、術中、術後の往診等が想定されている）の場合は往診料は算定できない」との規定が設けられた。

②訪問診療料1（830点）、2（200点）の算定が、「1. 在宅」「2. 居住系施設入居者」から「1. 同一建物居住者以外」「2. 同一建物居住者」の区分に変更された。

③訪問診療科に、3歳未満対象の「乳幼児加算」（200点）、3歳以上6歳未満対象の「幼児加算」（200点）が新設された。

④在宅療養支援病院の施設基準が緩和され、半径4km以内に診療所があっても、許可病床が200床未満の病院であれば届出ができるようになった。

⑤在宅療養指導管理料が、支援診療・支援病院からの紹介患者のみ、紹介月に限り複数の医療機関で算定できることとされた。しかし、複数の医療機関でそれぞれが専門的に指導管理を行っている場合でも算定出来ないとする取り扱いは全くの不合理的で撤回すべきである。

（4）検査

①末梢血液一般検査が21点（▲1点）に引き下げられた。

②外来迅速検体検査加算が5点引き上げられ10点になった。

③生化学検査（Ⅰ）の包括項目点数がそれぞれ5～6点引き下げられた。

④微生物学的検査のうち16項目が引き上げられた。

⑤295項目の検体検査の名称が変更された。

⑥生体検査について、新たに3歳以上6歳未満の幼児に対して所定点数の100分の15を加算できることになった。

⑦静脈採血料が13点（+2点）に引き上げられた。

（5）画像診断

①デジタル映像化処理加算が廃止され、電子画像管理加算が3～6点引き下げられた。

②エックス線診断の撮影料が「アナログ撮影」と「デジタル撮影」の二つに区分された。「デジタル撮影」は、2枚以上の撮影の場合は引き上げになるが、「アナログ撮影」は引き下げられた。

（6）リハビリテーション

①脳血管疾患等リハが廃用症候群と廃用症候群以外の場合とに区分され、廃用症候群以外の場合の点数が引き上げられた。

②運動器リハに（Ⅰ）が新設されて3区

分になった。従来の（Ⅰ）が（Ⅱ）に、（Ⅱ）が（Ⅲ）に変更され、（Ⅲ）は据え置かれたが、（Ⅱ）は165点（▲5点）に引き下げられた。

③がん患者リハビリテーションが新設された。

（7）精神科専門療法

①通院・在宅精神療法の「初診日に精神保健指定医が行った場合」以外の点数が病院・診療所とも30分以上400点、30分未満330点に統一された。

②精神科標榜以外でも算定できる「認知療法・認知行動療法」420点が新設された。

③精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアの点数がそれぞれ40点引き上げられ、早期加算50点が新設されたが、食事提供加算が廃止された。

（8）処置・手術

①いぼ焼灼法、いぼ冷凍凝固法がそれぞれ10点引き下げられた。

②腰部固定帯加算が「腰部、胸部又は頸部固定帯加算」に名称変更された。

③900項目の手術点数が引き上げられた。

④一方で、創傷処理等、診療所で汎用される手術点数は据え置かれた。

（9）病理診断

病理判断料が150点（+4点）に引き上げられた。

4. 入院の主な改定内容

（1）入院基本料

①「看護職員の平均夜勤時間72時間以下」の要件のみを満たせない場合に届け出る7対1特別入院基本料、10対1特別入院基本料が新設された。

②療養病棟入院基本料が、医療区分2・3の患者比率80%以上で看護職員・看護補助者比率20対1以上の基準を満たす「1」と、患者比率に関係なく看護職員・看護補助者比率25対1以上の基準を満たす場合の「2」に区分され、従来のA～Eの5区分からA～Iの9区分に変更された。

③有床診療所入院基本料の看護職員数による基準が、2区分から3区分に変更され、初期加算が新設された。

④有床診療所療養病棟入院基本料は、点数は据え置かれたが、「救急・在宅等支援療養病棟初期加算」が新設された。

（2）入院基本料等加算

「急性期看護補助体制加算」「後発医薬品使用体制加算」等10項目の加算が新設された。

（3）特定入院料

①回復期リハビリテーション病棟入院料の「1」が30点、「2」が5点引き上げられ、休日リハビリテーション加算（60点）、リハビリテーション充実加算（40点）が新設された。

②亜急性期入院医療管理料にリハビリテーション提供体制加算（50点）が新設され、患者の受入割合によって届出できる病床数の上限が拡大された。

「共通番号制度」について

中央区 武村 義人

民主党は、個人の所得や資産を正確に把握し税や保険料の未納を防ぐことが、社会保障の強化と安定には必要としている。そのため納税と社会保障に共通の「共通番号」制度に向けて、財務省が中心に動き始めている。

われわれもこのことに無関心であってはならない。プライバシー保護の面から反対するということも一定理解できるが、それだけでは不十分であり、もっと議論を深める必要があると考える。

式になっていないこと自体が異常である。給付付き税額控除制度に關しては、確かに税の控除で利益が得られない低所得者には有利のようだが、しかし民主党の財源論とあわせると、給付するだけの恒常的財源が示されていない。

給付すべき財源は「消費

選挙公約、財源はどうする

高砂市 多木 喬郎

「朝日新聞」2月28日付の解説によると、歳入庁が銀行、勤務先、そして役所を通じて医療保険者と連携をとって個人の資産、医療費、介護費等の収支を把握しようとするものがある。

記事によると、想像に難くないことだがすべてを正確に把握することは困難とされている。しかし、そこには貧しい者に対する配慮があるとしている。例えば医療と介護の支払いに關して、合算して一定額を超えると通知が来て返金できる。そして政権公約にもある「給付付き税額控除制度」が活用できるとある。

ここで少し考えてみよう。複雑なシステムによる、医療費や介護費の合算等による返金に關しては、制度そのものを見直すべきで、本来このことが申請方

昨年(の衆院選挙は民主党が300議席を超す圧勝となった。選挙期間中、各政党のマニフェストを見て耳当たりのよいものが多い。特に民主党のそれは、これが実現すれば大助かりと思ふ反面「財源はどうするか」という疑問が頭から離れなかった。過去にも麻生前首相の1・2万円の定額給付金、先のこととは考えず2兆円の大盤振る舞い。また自民党総裁選挙で谷垣氏が財源を消費税に求めたら安倍氏にボロ負け。党首の皆さんが国民の機嫌をとり、膨れ上がるばかりの国の借金に先送りばかり。

鳩山首相も衆院選前の8月には、09年度に4兆円超予定の国債新規発行額に關し「今後増やしたら国家がもたない」としていたが、

論。1・8兆円捻出したというが、霞が関埋蔵金1・05兆円を引けば、わずか7500億円と焼け石に水。歳出抑制は容易でない。すなわち09年度の税収が37兆円を割り込むのは25年ぶり。野田財務大臣は税収不足を穴埋めするための赤字国債はやむを得ないと語った。

つまり、09年度の新規国債発行額は09年度当初の44兆円から53・5兆円に膨れ上がり、税収の37兆円を16兆円上回り、戦後初めて借金収入を上回る異例の事態となった。

仙石国家戦略担当相は、「やりくりもできずマニフェストに書いてあるものを足してしまえば、予算は成り立たず、赤字国債を増発しなければ予算はつくれな」とした。

つまり、子ども手当2・6万円で高校の授業料無料化とあわせれば、麻生前首相のご機嫌とりより大きな金額になる。統計によると、高校生の学校外学習時間ゼロが40%とあるが、そんな生徒に税金を支出するならば、特別養護老人ホームの入居待機者は41万人、自分の番が回ってくるのは約10年先、日本を経済大国にした老人に恩返し特養施設を大幅に増やしてもよいのと違つか。

結果的には自民も民主も大した違いはないのか。

近代歯科はどのようにして

いずれから来たのか①

「医歯二元論」の選択

洲本市・歯科 藤原 知

「新政府の歯科医療政策に期待すること」。このテーマをうけて、こんな「声」が上がった。

「：歯科医療は医療の一部。歯科医療と内科医療に分けて論ずるのはおかしい。全てが複雑になる。：」

「声」の主な言い分を私

「：日本では義歯のことがあるのに二元論になったと私は思う。：医学の進歩から言っても私は二元論であるべきと思う。：」友人からのFAX

次に私の返信FAX。

「：もし一元論の道を歩んでいて病院内に、眼科や耳鼻科並みに歯科外来があるイメージしてみてください。その場合、歯科のさらなるディビジョンとして「補綴歯科」「保存歯科」「小児歯科」など、さらなるサブディビジョンとして、「小児歯科」「高齢者歯科」「障害者歯科」そして「美容歯科」

「：日本では義歯のことがあるのに二元論になったと私は思う。：医学の進歩から言っても私は二元論であるべきと思う。：」友人からのFAX

次に私の返信FAX。

「：もし一元論の道を歩んでいて病院内に、眼科や耳鼻科並みに歯科外来があるイメージしてみてください。その場合、歯科のさらなるディビジョンとして「補綴歯科」「保存歯科」「小児歯科」など、さらなるサブディビジョンとして、「小児歯科」「高齢者歯科」「障害者歯科」そして「美容歯科」

研究部 保険請求QandA

(医科)

〈旧政府管掌健康保険の被保険者証の使用期限は3月31日まで〉

Q1 全国健康保険協会(協会けんぽ)の被保険者証が順次発行されているが、旧政府管掌健康保険(政管健保)の被保険者証はいつまで使用できるのか。

A1 社会保険庁改革により2008年10月から協会けんぽの被保険者証が発行されていますが、被保険者証の切り替えが遅れたため、当面の間は協会けんぽと旧政管健保の被保険者証でも使用が認められていました。しかし、本年2月3日厚生労働省より旧政管健保の被保険者証の使用期限を本年3月末とする旨の通知がされたため、4月以降は協会けんぽの被保険者証のみ使用が認められることになり、旧政管健保の記号・番号等で請求

すると返戻されますのでご注意ください。

〈月途中に後期高齢者になった患者の診療開始日はリセットが必要〉

Q2 月途中に国民健康保険や社会保険から後期高齢者医療の被保険者になった患者について、以前のままの診療開始日でレセプト請求したところ返戻された。

A2 同月中に保険種別の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、摘要欄にその旨を記載することが、診療報酬明細書の記載要領で定められています。

したがって、月途中に国民健康保険から後期高齢者医療になった患者については、後期高齢者となった日を診療開始日とし、レセプトの摘要欄に「国保から保険種別変更」などと記載してください。

なお、診療行為は継続されていますので、初診料は算定せず、再診料を算定します。

また、初診から1カ月以上経過している場合は、特定疾患療養管理料の算定も可能です。

他の医師賠償責任保険にご加入でない先生方へ。

医師賠償責任保険

(毎月加入受付)

- ・医療上の事故、医療施設の事故を補償

協会の「休業保障制度」にご加入いただけない方や、上乘せ補償をご希望の方へ。

所得補償保険

うつ病等の精神障害、認知症による就業不能も補償/入院による就業不能は1日目から補償/自宅療養(5日目から補償)、代診もOK/連続休業は最長2年補償/再発の場合も含めて通算1000日まで補償/地震などの天災によるケガも補償/協会「休業保障制度」や医療保険、公的保険制度の給付に關係なくお支払い

万一のためのコストは安さが魅力!

グループ保険

- 団体保険だから断然安い保険料
- 毎年決算剰余金を配当
- 今年度配当は50%、16年連続配当
- 最高5000万円の高額保障
- 配偶者1000万円のセット加入あり
- いつでも増額・減額できます
- 面倒な医師による診査は不要

公的保障の乏しい医師・歯科医師の老後設計に最適です

＜拠出型企業年金保険＞

保険医年金

- ・月 払:1口1万円～(通算30口まで)
- ・一時払:1口50万円～(毎回40口まで)

急な出費にも1口単位で解約可能/払込が困難なときは掛金中断、余裕ができたなら掛金再開/年金受給時には10年・15年定額、15年・20年通増年金から選択、または一括受取/万一時はご遺族に全額給付

自在性が魅力



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

臨床医学 講座 より

プライマリケアのための関節のみかた 上肢編(上)一手のみかた

西伊豆病院(静岡県)院長 仲田 和正先生講演

2月11日開催の臨床医学講座「プライマリケアのための関節のみかた」講演要旨を、数回にわけて掲載する。

手話の「I love you!」は、グーの形から母指、示指、小指を伸展する。この3指は、完全伸展できる。しかし、グーの形から中指、環指のみを完全伸展することは不可能である(図1)。

これは、総指伸筋同士が腱間結合で結合しているためである。一方、示指と小指は総指伸筋以外に、それぞれ示指固有伸筋、小指固有伸筋があるために完全伸展できる(図2)。

MP屈曲位でPIP、DIPの伸展は、虫様筋、骨間筋(合わせてintrinsic muscleという)により行われる(図3)。この際、前腕からの伸筋腱は作用しない。手指を2~3週固定する場合、この位置で行うべきである。この位置のことを、intrinsic plus position (intrinsic muscleが作用しているという意味)という。

MPを伸展位で長期固定すると、図4のようなintrinsic minus positionになりやすい。これは、MP関節伸展位ではintrinsic muscleが作用せず、屈筋腱が優位になるためである。

図5を見ながら、自分の手を触診してみよう。まず母指を伸展してみる。手背側から長母指伸筋、短母指伸筋、長母指外転筋と並んでいる。これを長・短・長と覚える。長母指伸筋と短母指伸筋の間の窪みが嗅ぎタバコ入れ(anatomical snuff box)であり、舟状骨骨折でこの圧痛と腫脹が見られる。短母指伸筋と長母指外転筋の二つは橈骨茎状突起の上で一緒になるが、DeQuervain腱鞘炎はここに圧痛があり、母指屈曲、手関節尺屈で痛みは増強する(Finkelstein's test)。

橈骨遠位端骨折(図6-1)は、橈骨茎状突起から1~2cm近位に圧痛があり、尺骨茎状突起骨折(図6-2)を伴うことが多い。この2箇所の圧痛を確認する。

また、尺骨茎状突起付近の圧痛の原因として、TFCC(triangular fibrocartilage complex)といわれる軟骨円板の損傷のこともある。背側の尺骨茎状突起上の圧痛なら、尺側手根伸筋腱炎(ECU tendinitis)のことがある。

舟状骨とその隣の月状骨の間はガングリオンの好発部(図6-4)である。

さらに、遠位の母指MC関節ではBennett骨折(図6-5)が突き指で起こる。また母指MC関節は変形性関節症の好発部でもある。母指MP関節での尺側副韌帯断裂(図6-6)をゲームキーパーサムと言い、母指の外転伸展で起こる(ゲームキーパーとは、狩場の管理人がウサギの首を捻るときにこの外傷が起こったらしい)。

指のMP関節脱臼(図6-7)は、整復困難のことも多く手術も必要になる。マレットフィンガー(槌指)(図6-8)も突き指で起こり、伸筋腱断裂のためDIPで末節骨が屈曲し自力で伸展できない。槌指は、末節骨の剥離骨折を伴う時とそうでない時がある。剥離骨折がある時は、手術は比較的容易であるが、純粋な腱断裂の時は難しい。

指のMP関節掌側の圧痛、弾発はばね指である(図7)。Tumorを触れることもあり、A1 pulleyと言われる腱鞘での狭窄性腱鞘炎であり、このpulley(滑車)の切除が行われる。

DIPの変形性関節症はHeberden結節といい、老人でよく見られる。

PIPの変形性関節症は、Bouchard結節という。手の変形性関節症の好発部は、DIP、PIPと母指CMC関節(carpometacarpal joint: 第1中手骨と大菱形骨の間)の三つであるので、覚えておこう。

母指CMC関節がOAで角ばっていると、CMC squaringという。

リウマチ関節炎では、DIPは比較的やられにくくPIPより近位のことが多い。

リウマチでは、PIP関節の紡錘状腫脹が初期に見られる。PIPの炎症で図8のcentral slipが切れると、2本のlateral slipの間から、ボタン穴のようにPIP関節が背側に出るため、ボタン穴変形(buttoniere deformity)という。

Swan neck変形はRAだけでなく、脳性麻痺や時には正常人でも見られ、MP伸展、PIP伸展、DIP屈曲するものを言う。これはMP関節の炎症で、MPで掌側亜脱臼しcentral slipに過緊張がかかってPIPが伸展して起こる場合と、PIP関節の炎症でPIP過伸展して起こる場合、そしてDIP関節の炎症で伸筋腱の付着がゆるんで起こる場合とある。

手指の尺側偏位は握り動作の際、伸筋腱に尺・掌側方向の力が働くため、MP関節で伸筋腱が尺側に脱臼するためである。リウマチの手関節の炎症で、橈尺関節で尺骨頭がソロバン玉のようになり、これにより第5指、第4指伸筋腱と次々と腱が切れていくことがある。尺骨頭が脱臼しピアノキーのようになることを、caput ulnae syndromeという。

PIP靭帯損傷(図6、8)は、PIPの不安定性を起こす。DIP脱臼(図6-10)、PIP脱臼(図6-11)は、指を引っ張ればたいてい整復できるがPIP脱臼で関節内骨折を伴うと治療はやっかいである。

第5中手骨頸部骨折(図6-12)はボクサー骨折と呼ばれ、拳で殴って起こる。空手では第2、3中手骨骨頭で殴ることになっている(第2、3中手骨の骨軸は橈骨骨軸と同一線上にあり力学的に安定しているから)。人を殴る時は第5中手骨骨頭で殴らぬように気をつけよう。

図1 I love you!

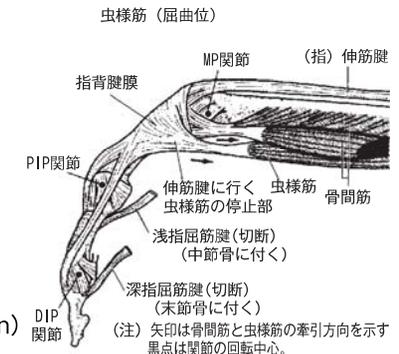


図2

手首に縦にみえる三つの筋は、橈側手根屈筋、長掌筋腱、浅指屈筋である。長掌筋腱は手品に使う腱。



図3



手指固定はこの形で (intrinsic plus position)

図4 手の拘縮 (Volkman拘縮)



図5 手指, 手関節の診察

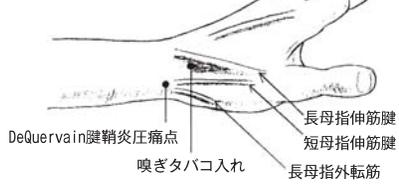


図6 骨の触診

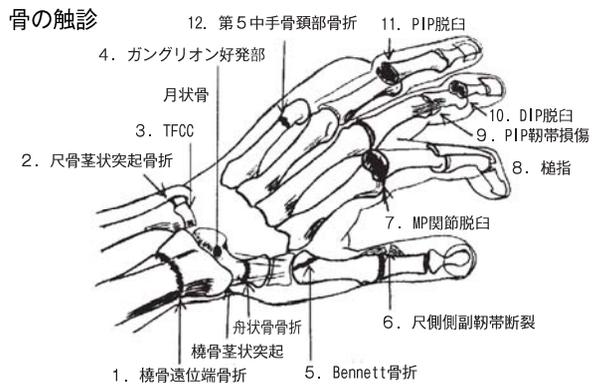


図7 ばね指

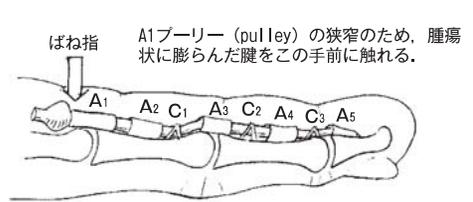


図8



ボタン穴変形(1) central slip が切れてPIP関節が穴から出たボタンのようにlateral slipの間から飛び出すのがボタン穴変形。 ボタン穴変形(2) swan neck変形

審査・指導相談日

●4月1日(木)15時~ ●協会5階会議室

※医科は事前予約制 ☎078-393-1803まで 歯科は随時 ☎078-393-1809まで ※「指導通知」が届いたら、まず保険医協会にご連絡ください。 ※『月刊保団連』同封の「保険審査相談用紙」をご利用ください。