

兵庫 保険医新聞

第1685号

2012年4月25日

発行所 兵庫県保険医協会
http://www.hhk.jp/

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31
神戸フコク生命海岸通ビル5F ☎078-393-1801
(1部350円送料共・年間購読料12,000円)
振替01190-1-2133

(会員の購読料は会費に含まれています)

新聞部の会員訪問 明石市・吉本歯科医院 吉本 秀雄先生

愛車は50歳のレトロカー



医院駐車場で黄色のサブアル360と。1960年代に「てんとう虫」の愛称で親しまれ、大衆車の先駆けとなった

【よしもと ひでお】1946年広島県生まれ。68年近畿大学工学部機械工学科卒。75年日本大学松戸歯学部卒。78年明石市大久保町にて開業、現在に至る

小さい頃から機械が大好きで、診療のかたわら、時代モノの車を集めて整備されている明石市の吉本秀雄先生。同じ明石市開業の西山裕康理事が医院を訪ね、自慢の愛車を見せてもらいながら、その魅力聞いた。

ガレージには、赤・黄・トが簡単に取り替えられる緑のサブアルが3台、117クレー、シトロエン2CVが1台ずつ、他にバイク、車椅子などがところ狭しと置かれている。

患者からもらった古い車を整備

西山 なつかしい。サブアル360ですね。小さい頃にはよく見かけました。

吉本 そうでしょう。60年代の車なので、もう50歳近くになります。ボンネット

西山 修理も自分でさ

吉本 そうなんです。きれいな車ではなくて、患者さんから廃棄車をいただき、自分で修理して乗っています。

西山 修理も自分でさ



協会理事 西山 裕康 聞き手

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきたサブアルをスクラップにする

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

西山 車を集めて整備するようになったのは、いつからですか。

吉本 79年に開業したとき、患者さんが乗ってきた

機械好きで工学部へ

西山 先生は小さい頃から、車がお好きだったんですか。

吉本 物心ついたところから、時計など、ちょっとした機械を分解するのは好きでしたね。それがだんだん高じて、バイクを組み立てて乗るようになったんです。

手のかかる車の修理が楽しい

西山 こんなに古い車だと整備も大変そうですね。

吉本 ええ、でも、この時代の車は構造が単純ですから。故障したら、ボンネットを開き工具を持って、部品を取り替えば、直すことができます。何度も修理していると、その特徴もよく分かりますし、手がかかるほど愛着もわいてきます。今の車はコンピューター制御で複雑になり、どうやって動いているのか分からなくなっています。

診療しながら「吉本電気」

西山 四輪車だけでなく、オートバイに車椅子、発電機まで、何でもありですね。

吉本 車に限らずレトロな機械が好きで、家電も学



「こんな風だったなあ」せまい運転席もなつかしい

夢はサブアル5台でツーリング

西山 これまでどんな車に乗られましたか。

吉本 初めての車は、ホンダのN360。ファミリーアに、サブアルにベレット、軽4トラックなど、さまざま

兵庫県保険医協会 第81回評議員会

日時 5月20日(日) 議事 13時～ 協会会議室
特別講演 15時30分～ 県農業会館11階大ホール
(九条の会・兵庫県医師の会 市民講演会)

テーマ 「益川敏英が語る 気骨の平和主義」

講師 ノーベル物理学賞受賞者 益川敏英先生
名古屋大学素粒子宇宙起源研究機構長・特別教授
京都大学名誉教授。京都産業大学益川塾塾頭

資料代 500円(協会会員)/1000円(一般市民)



お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1801まで

レセプト記載要領の変更点 (医科)

今次改定に係る入院外分に関わる記載要領の変更点のうち、主な項目のみを掲載しています。

診療報酬明細書

1. 一般的事項

月の途中で、本人・家族等の種別の変更があった場合は、それぞれ別の明細書を作成する。

2. 「診療実日数」欄

診療を行った日数（外来リハビリテーション診療料または外来放射線照射診療料を算定した患者に対する、疾患別リハビリテーション料または放射線照射に係る初診料、再診料または外来診療料が算定できない期間に行われた疾患別リハビリテーションまたは放射線照射の日数を含む）を記載する。

介護職員等喀痰吸引等指示料、精神科訪問看護指示料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えない。

3. 「再診」欄

(1) 二つ目の診療料において再診を行った場合は、「摘要」欄に「**復再**」または「**復外診**」と表示し、当該診療料名および当該点数を記載する。

(2) 時間外対応加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「**時外1**」、「**時外2**」または「**時外3**」と表示する。

4. 「医学管理等」欄

(1) がん性疼痛緩和指導管理料1・2、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料の臓器移植後の場合、移植後患者指導管理料の造血幹細胞移植後の場合、埋込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料を算定した場合は、「**がん1**」「**がん2**」「**外緩**」「**臓移**」「**造移**」「**埋ポ**」「**透予**」「**トリ**」「**救搬**」と表示してそれぞれの所定点数を記載する。

埋込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料の導入月加算を算定した場合は、「**導入月**」と表示し、埋込術を行った月日を「摘要」欄に記載する。

リンパ浮腫指導管理料を退院後に再度

算定した場合は、退院日および実施した手術名を「摘要」欄に記載する。また、地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関において算定する場合は、入院中に当該指導管理料を算定した保険医療機関名および実施した手術名を記載する。

がん性疼痛緩和指導管理料または外来緩和ケア管理料を算定している患者に対して、小児加算を算定した場合には、「摘要」欄に「**小児**」と表示する。

糖尿病透析予防指導管理料を算定する場合には、ヘモグロビンA1cの値または内服薬やインスリン製剤を使用している旨を「摘要」欄に記載する。

(2) 退院時共同指導料1を算定している患者に対し、特別管理指導加算を算定した場合には、「摘要」欄に「**特管**」と表示するとともに、その算定日を記載する。

認知症療養指導料を算定した場合は、「**認指**」と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に治療を行った月日を記載する。

外来リハビリテーション診療料または外来放射線照射診療料を算定した場合は、「**外リ1**」「**外リ2**」「**外放**」と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄にその算定日を記載する。

また、外来放射線照射診療料において、所定点数の50/100に相当する点数により算定する場合は、「**外放減**」と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄にその算定日を記載する。その後も治療を継続する場合、または外来放射線照射診療料を算定したにもかかわらず予定の期間よりも早期に外来放射線照射を終了する場合には、「摘要」欄に治療を継続する医学的な理由を記載する。

5. 「在宅」欄

(1) 在宅患者訪問診療の項について

①「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問診療を行った場合であって、「イ」の特定施設等に入居する者の場合は、「摘要」欄に「**特施**」と表示し、「ロ」のイ以外の場合は、「摘要」欄に「**同一**」と表示する。

②在宅ターミナルケア加算を算定した

ったのか。

A2 従来通り介護保険の訪問看護は「訪問点滴注射管理指導料」の対象とはされておらず、そのため点滴注射薬剤の費用も別に算定できません。なお、急性増悪等により頻回の訪問が必要として特別訪問看護指示をした場合は、従来通り医療保険での給付になります。

〈一般名処方〉

Q3 後発医薬品のある薬剤について、一般名で処方せんを発行した場合、カルテにも一般名で記載する必要があるか。

A3 一般名で処方した旨の記録があれば一般名を記録する必要はありません。また、薬局で調剤された薬剤名を改めてカルテに記載する義務はありません。(本紙4月5日付「医科Q&Aその1」のA8は削除します)

【介護報酬】

〈居宅療養管理指導〉

Q4 居宅療養管理指導費を算定する場

合は、「摘要」欄に死亡日および死亡日前14日以内の計15日間に行った往診または訪問診療の日、および当該患者が在宅以外で死亡した場合は死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載する。また、看取り加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「摘要」欄に「**看取**」と表示する。

③患者において死亡診断を行った場合の加算を算定した場合は、「摘要」欄にその旨記載する。

(2) 介護職員等喀痰吸引等指示料を算定した場合は、その他の項に「**喀痰指示**」と表示し、前回の指示書を交付した日(初回の場合は初回である旨)を「摘要」欄に記載する。

急性増悪等により、一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を必要とする患者に対して行った場合は、「摘要」欄に「**急性**」と表示する。

救急搬送診療料の長時間加算を算定した場合は、診療に要した時間を「摘要」欄に記載するとともに、「**搬送診療長**」と併せて表示する。

(3) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**妊糖**」と表示して所定点数を記載する。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、「**注糖**」と表示して当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に血糖自己測定の回数を記載する。

(4) 在宅小児経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「**小経**」と表示して点数を記載する。在宅経管栄養法用栄養管セット加算または注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「**管**」または「**注ポ**」と表示して当該加算を加算した点数を記載する。在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量および支給日数等を記載する。

(5) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に直近の無呼吸低呼吸指数および睡眠ポリグラフ上の上の所見並びに実施年月日および当該管理料を算定する日の自覚症状等の所

合に、ケアマネジャーへの情報提供が義務化されたが、月1回情報提供をすることでよいか。

A4 医師・歯科医師、薬剤師、看護職員による居宅療養管理指導費を算定する場合は、毎回ケアマネジャーへ居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供を行うことが必要になります。なお、利用者が居宅療養管理指導以外の介護保険サービスを利用していない場合や利用者・家族が自らケアプランを作成している場合に限っては、ケアマネジャーへの情報提供を行わなくても算定できます。

Q5 「同一建物居住者の場合」と「同一建物居住者以外の場合」に区分されたが、同一患者の利用者の場合の取り扱いはどうなるのか。

A5 同一世帯の利用者の場合も、「同一建物居住者の場合」の居宅療養管理指導費を算定します。

【療養病床の看護配置基準の経過措置】

見を記載する。

(6) 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて特定保険医療材料のうち「皮膚欠損用創傷被覆材」または「非固着性シリコンガーゼ」を支給した場合(在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を除く)は、特定保険医療材料の総点数、名称、セット数および支給日数を記載する。

6. 「投薬」欄

入院外の患者に対してビタミン剤を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載する。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

7. 「その他」欄

(1) 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付し加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載するとともに、「摘要」欄に「**一般**」と表示する。

(2) 摂食機能療法については疾患名および当該疾患の治療開始日を、それぞれ「摘要」欄に記載する。

(3) 精神科継続外来支援・指導料の1回の処方において、3剤以上の抗不安薬または3剤以上の睡眠薬を投与した場合の減算により算定した場合は、「摘要」欄に「**精減**」と表示する。

通院・在宅精神療法または精神科継続外来支援・指導料の特定薬剤副作用評価加算を算定する場合は、「摘要」欄に「**副評**」と表示する。

8. 「療養の給付」欄

(1) 「一部負担金額」の項は、高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載する。

(2) 高齢受給者・後期高齢者の低所得者ⅠまたはⅡの場合に、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「**低所得Ⅰ**」または「**低所得Ⅱ**」と記載する。

9. その他

電子レセプトによる請求を行う場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「摘要」欄に算定日(初回算定日および前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く)を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。

Q6 療養病床の看護配置基準の経過措置(看護職員6対1、看護補助者6対1)が3月末で終了して、医療法施行規則の本則にある「看護職員4対1、看護補助者4対1」の基準にしなければならなかったのか。

A6 3月22日に医療法施行規則等の改正省令が公布され、看護配置6対1の経過措置が2018年3月まで延長されることになりました。ただし看護配置6対1の基準に該当する(看護職員4対1、看護補助者4対1を満たさない)場合は、6月30日までに神戸市・尼崎市・西宮市・姫路市は各市宛、他の市町は県知事宛に所定の様式で届け出る必要があります。

医科『保険診療便覧』

2012年版を5月連休明け頃に医科会員へお届けします。

医科新点数

Q & A (その3)

【診療報酬】

〈時間外対応加算〉

Q1 「時間外対応加算2」を届け出た場合、平日の午後休診の場合や土曜日についても、夜間の時間帯のみ対応すればよいか。

A1 夜間の時間帯を含め、休診日や休日、深夜の時間帯以外は原則として対応する必要があります。

〈訪問点滴注射管理指導料〉

Q2 介護報酬の「訪問看護費」の「長時間訪問看護加算」と「特別管理加算」の対象に「点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態」が追加されたが、介護保険の訪問看護も「訪問点滴注射管理指導料」を算定できることにな

2012年 診療報酬・薬価改定による影響調査結果

医科

全体マイナス、技術料部分で0%

診療報酬改定が4月1日から実施されたが、協会では例年通り会員医療機関の協力を得て、無作為抽出で提供いただいた2月診療分の社保・国保・後期高齢者のレセプトを新点数に置き換えた。

公称で、医科の改定率プラス1.55%、薬価・材料価格マイナス1.375%、全体で0.004%のわずかなプラス改定とされているが、表に示したように全体としてのマイナスはおろか、技術料部分だけをとってもほぼゼロ改定となっている。

これは、一般的な内科や外科の診療所で汎用される点数がほとんど据え置かれ

ており、引き上げされたものは、検査料の静脈採血料(+3点)、尿沈渣(鏡検法)(+2点)などわずかな項目に限られ、それらも生化学検査(I)の包括点数(-2点)、血液像(自動機械法)(-3点)、HbA1c(-1点)等で相殺されているため。

また、薬剤料の引き下げも、院内処方の場合公称数値のマイナス1.375%を大きく上回っている。

今回の改定で「地域医療貢献加算」から名称変更された「時間外対応加算2」(3点)や処方せん料の「一般名処方加

算」(2点)を新たに算定した場合には、院外処方の場合はかろうじてプラスとなるが、院内処方の場合は「一般名処方加算」のプラスはなく、薬剤料の引き下げ分が大きく上回っている。

いずれにしても、基本的な点数が据え置かれたことによって、内科系・外科系問わず多くの診療所で実質マイナスとなっていることが明らかとなった。

「一般名処方、ビタミン剤投与」等で混乱招く

処方せん料の「一般名処方加算」につ

いては、「カルテに入力された薬剤名と処方せんの記載が一致しなくてもよいのか」との問い合わせが多く寄せられているが、これに関しては厚労省側の見解があいまいで混乱が続いていた(2面Q&A参照)。また、ビタミン剤の投与制限の拡大についても、今後は3月診療分から始まった突合点検による査定が増加することも考えられる。

これらをはじめとした今次改定によって発生している諸問題について、明らかになり次第お知らせするとともに、協会・保団連では早急な改善を求めていく。

協会会員6医療機関における2012年2月診療分の社保本人、国保、後期高齢者の各レセプトで比較

科目	レセプト枚数	旧点数			新点数								
		総点数(A)	平均点数	薬剤比率	技術料		薬剤料(材料費含む)		総点数				
					増減点(B)	総点数対比B/A	増減点(C)	総点数対比C/A	増減点(D)	全体増減D/A	新たに時間外対応加算(3点)を算定した場合	一般名処方加算を算定した場合	両方を算定した場合
内 院内処方	社保 20	27,655	1,382.8	35.1%	-2	-0.01%	-827	-2.99%	-829	-3.00%	-2.75%	-3.00%	-2.75%
	国保 20	37,609	1,880.5	38.3%	30	0.08%	-1165	-3.10%	-1135	-3.02%	-2.78%	-3.02%	-2.78%
	後期 20	60,094	3,004.7	23.8%	-4	-0.01%	-1129	-1.88%	-1133	-1.89%	-1.72%	-1.89%	-1.72%
	計 60	125,358	2,089.3	30.6%	24	0.02%	-3121	-2.49%	-3097	-2.47%	-2.26%	-2.47%	-2.26%
内 院外処方	社保 20	9,418	470.9	4.0%	2	0.02%	-17	-0.18%	-15	-0.16%	0.32%	0.33%	0.81%
	国保 20	10,658	532.9	0.0%	3	0.03%	0	0.00%	3	0.03%	0.48%	0.38%	0.84%
	後期 20	16,651	832.6	0.4%	3	0.02%	1	0.01%	4	0.02%	0.60%	0.30%	0.88%
	計 60	36,727	612.1	1.2%	8	0.02%	-16	-0.04%	-8	-0.02%	0.49%	0.33%	0.85%
内 院外処方	社保 20	26,150	1,307.5	0.3%	-11	-0.04%	-2	-0.01%	-13	-0.05%	0.33%	0.14%	0.52%
	国保 20	27,300	1,365.0	0.1%	-13	-0.05%	0	0.00%	-13	-0.05%	0.35%	0.14%	0.54%
	後期 20	40,508	2,025.4	5.4%	19	0.05%	-86	-0.21%	-67	-0.17%	0.33%	0.00%	0.50%
	計 60	93,958	1,566.0	2.4%	-5	-0.01%	-88	-0.09%	-93	-0.10%	0.34%	0.08%	0.52%
内 院内処方	社保 20	16,689	834.5	3.3%	-4	-0.02%	-11	-0.07%	-15	-0.09%	0.25%	0.09%	0.43%
	国保 20	15,325	766.3	2.2%	3	0.02%	0	0.00%	3	0.02%	0.47%	0.28%	0.73%
	後期 20	21,468	1,073.4	6.4%	7	0.03%	-48	-0.22%	-41	-0.19%	0.31%	0.02%	0.53%
	計 60	53,482	891.4	4.2%	6	0.01%	-59	-0.11%	-53	-0.10%	0.34%	0.12%	0.56%
外 院内処方	社保 20	28,036	1,401.8	42.9%	0	0.00%	-924	-3.30%	-924	-3.30%	-3.30%	-3.30%	-3.30%
	国保 20	28,122	1,406.1	43.4%	2	0.01%	-863	-3.07%	-861	-3.06%	-3.06%	-3.06%	-3.06%
	後期 20	29,460	1,473.0	40.3%	0	0.00%	-1067	-3.62%	-1067	-3.62%	-3.62%	-3.62%	-3.62%
	計 60	85,618	1,427.0	42.2%	2	0.00%	-2854	-3.33%	-2852	-3.33%	-3.33%	-3.33%	-3.33%
外 院外処方	社保 20	24,305	1,215.3	7.3%	22	0.09%	-205	-0.84%	-183	-0.75%	-0.75%	-0.75%	-0.75%
	国保 20	25,187	1,259.4	7.3%	-3	-0.01%	-129	-0.51%	-132	-0.52%	-0.52%	-0.52%	-0.52%
	後期 20	44,120	2,206.0	28.9%	2	0.00%	-1147	-2.60%	-1145	-2.60%	-2.60%	-2.60%	-2.60%
	計 60	93,612	1,560.2	17.5%	21	0.02%	-1481	-1.58%	-1460	-1.56%	-1.56%	-1.56%	-1.56%
厚労省公称数値						+1.379%		-1.375%		+0.004%			

※薬剤・材料料にはフィルム代を含む。

※「地域医療貢献加算」は「時間外対応加算2」(3点)、「末梢血液像」(18点)は「末梢血液像(自動機械法)」(15点)に置き換えた。

歯科保険請求



〈新点数について寄せられた質問②〉

Q1 機械的歯面清掃が歯管・歯在管の加算点数から処置の項目として独立したが、毎月算定できるようになったのか。

A1 毎月算定はできません。2回目以降は、機械的歯面清掃処置(歯清)算定月の翌々月以降(隔月)の算定となります。処置の項目に独立しましたが、歯管・歯在管の算定をしている歯周疾患患者などの要件は変わっていません。

Q2 歯清は、歯管・歯在管と同日でなくても算定できるのか。

A2 その通りです。「算定した日」から「算定した患者」に対して月1回算定することに変更されました。

Q3 歯周病安定期治療(SPT)は、月1回算定できる対象が、歯周外科手術を実施した場合だけでなく、①全身疾患の状態により歯周病の症状に大きく影響を与える場合、②全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合、③侵襲性歯周病の場合も追加されたが、①②について、主治の医師からの文書には決まった様式があるのか。

A3 主治の医師からの文書に決まった様式はありません。FAXでも可です。文書はカルテに添付します。3カ月以内の間隔でSPTを実施する場合、カルテには、実施理由と全身状態等を記載してく

ださい。

Q4 侵襲性歯周炎とはどういう状態を指すのか。

A4 急速な歯周組織破壊(歯槽骨吸収、アタッチメントロス)と家族内発現を認めることを特徴とする歯周炎です。また、一般的にはプラーク付着量は少なく、10~30歳代で発症することが多いです。a:若年性歯周炎、b:急速進行性歯周炎、c:特殊性歯周炎。詳細は「歯周病の診断と治療に関する指針」(2007年11月 日本歯科医学会)でご確認ください。きわめて、まれな症例です。

Q5 歯科ドレーン法(1日につき50

点)の点数が新設されたが、どういう場合に算定するのか。

A5 病院歯科での算定点数と思われます。蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要があって、持続的な吸引を行った場合となっています。

なお、腐骨除去手術の顎骨に及ぶものや、歯根嚢胞摘出手術の拇指頭大、鶏卵大のものなど、術後の外科処置でドレーン(吸引ドレーン等)を使用した場合は、I009口腔内外科後処置(1口腔1回につき22点)を算定します。

『歯科保険診療の研究』(2012年4月版)

歯科会員の先生方へ、月刊保団連5月号に同封してお届けします。

大阪府保険医協会・高本英司理事長に聞く

大阪西成 特区構想

生活保護医療扶助を制限

大阪市の橋下徹市長が、大阪市西成区の生活保護医療扶助を「適正化」するとして、「西成特区構想」を発表した。同構想の内容や狙いなどについて、大阪府保険医協会の高本英司理事長（大阪市内春樹理事長と郷地秀夫副理事長が話を伺った）。

フリーアクセスを 制限し委縮診療へ

池内 橋下大阪市長は今月2月に、生活保護制度等の「西成特区構想」を発表し、生保患者の受診を制限しようとしていると聞きま

した。
高本 ええ。特区といっても、国のすすめる規制緩和特区を申請しようということではなく、大阪市の施策に「特区」という名称を使っているにすぎません。

大阪市では生活保護費の半分以上を医療扶助が占めています。また、大阪市の



【たかもとえいじ】1947年生まれ。73年大阪市立大学医学部卒業、東大阪市立中央病院へ。同病院内科部長を経て、94年「たかもと診療所」開設。現在、大阪府保険医協会理事長、全国保険医団体連合会副会長

中でも西成区は、住民の4人に1人が生活保護受給者

です。橋下市長は、医療扶助「適正化」を行うとして、生活保護を扱う医療機関の指定制度を更新制にすること、生保患者が受診できる医療機関を科毎一つに限定する「医療機関等登録制」を打ち出しました。

指定制度は、過去5年以内に「指定取消、戒告、注意」などがあれば、新規指定されなくなります。新規指定後は3年の「チェック」期間が設けられ、その間に立入検査を実施し、「指定取消、戒告、注意」相当の事実」として、「高点数」や「頻回受診」「過剰診療」などがあつたとみなされれば、指定を取り消す仕組みです。

また、現在指定済でも、レセプト平均点数が高い医療機関に対して「効果的な個別指導」を実施するとして

います。
池内 経済審査や集団的個別指導のように、生活保護患者への委縮診療を狙っているような気がします。

高本 医師に対して「生保患者のレセプト点数を低くしろ」という明確な圧力をかけるものですか。「本当は心エコーをしたいけれど、指導の対象になるかもしれないからやめよう」など、結果として患者の受診権が侵害されかねません。

池内 医療機関等登録制はこのよう内容ですか。
高本 医療機関を生保患者ごと、診療科目ごとに登録するというものです。調剤薬局も一つに集約します。現在なら受診したい医療機関があれば後からでも認められるものが、「登録」外と拒否されることも起こりえます。行政が登録医療機関を保険点数の低いところにするよう、誘導していく可能性が高いでしょう。

池内 受診する医療機関を患者が自由に選べる「フリーアクセス」の原則に反する内容ですね。
高本 そうなんです。また、私は内科医ですが、なじみの信頼できる耳鼻科や眼科が登録医療機関でなければ患者を紹介しなくてはなりません。医師の裁量も否定されてしまいます。

大阪協会が西成区の会員を対象に実施した緊急アンケートでは、登録制について多くの会員が「生保患者の人権侵害につながる」「医療へのフリーアクセスを阻害する」「萎縮診療につながる」として「反対」だと回答しています。

登録制は、西成区の生保患者のみを対象にした極めて差別的な内容ですが、受給者や医療扶助を減らしたい国や他の自治体が追随して、各地に広がっていくことが懸念されます。

池内 近年、「年金や最低賃金より生活保護の受給額が高い」「医療扶助の自己負担がないため医療費が激増している」など、制度や受給者に厳しい視線が注がれています。社会的弱者を攻撃するような風潮は不健全ですね。

実態を無視した 生保バッシング

池内 近年、「年金や最低賃金より生活保護の受給額が高い」「医療扶助の自己負担がないため医療費が激増している」など、制度や受給者に厳しい視線が注がれています。社会的弱者を攻撃するような風潮は不健全ですね。

郷地 受給者の実態を無視した、極めて歪んだレッテル貼りだと思います。受給世帯の半数は高齢者世帯であり、高齢者・障害者・母子世帯で87%を占めます。受給者の多くが、生保がなければ生きることができない切実な人たちです。私も神戸でたくさん生保患者を診てきましたが、実際に多くは高齢者、特に、長年にわたり過酷な肉体労働に従事してきた人たちです。彼らは様々な事情から、3Kをともなう仕事を転々としながら続けた末に体を壊し、色々な疾患をかかえています。元港灣労働者などには、中皮腫などアスベストが原因とみられる所見がある人も多く見られます。建設現場や荷役作業などで日本の高度経済成長を底辺で支えてきた人たち、低賃金・不安定労働で経済的にも健康的にも痛めつけられ、年をとってか



高本先生と「生活保護・社会保障改悪阻止」を誓う兵庫協会の池内理事長(右)と郷地副理事長(左) (3月27日、大阪市城東区・たかもと診療所にて)

ら最後にしかたなく生活保護を受けるーそれが実情ではないでしょうか。
高本 全く同感です。無年金や低年金など、日本は年金制度が未成熟なため、生活が困難な高齢者がたくさんいます。また、小泉構造改革による失業者や非正規雇用の増大、社会保障の相次ぐ改悪などで、若い世代も含めた貧困層の増加が根本にあり、生保受給者が増えているのです。それを単に「働かずして昼から酒を飲み、ギャンブルばかりしている」というような受給者像が焼き付けられていることには、私も大変違和感を覚えます。

日本弁護士連合会の調査によれば、2009年度の不正受給は生保受給者全体のうち1・54%、金額では0・33%です。一部の例外を強調してたかもと全体であるかのように描き、圧倒的多数である生活困窮者の実態を隠蔽するような議論は看過できません。

池内 「不適正診療ない」市も調査で認める
池内 「生保患者を食

物にしていく」などと、医療機関を貧困ビジネスと同列視するような由々しき風潮もありますね。
高本 大阪市は今回の西成特区構想にあたり、「医療扶助を拒んで不適切な診療を繰り返す医療機関を排除する」としています。しかし、医療扶助について大阪府が医療機関・被保護者に対して一昨年末に実施した調査では、特に医療費請求額が多いとされた事例でも「いずれも上限近くとはいえ国の診療報酬基準内」となっており、「訪問診療回数や治療方法などは医師の裁量に委ねられており、不適正な診療行為が行われている」とは判断できない」と結論づけているのです。

池内 貧困が健康に影響を及ぼすことは公衆衛生の常識で、一般の患者より生保患者の受診回数が多いのも当然です。結核罹患率も高い。きちんと病気を治療して貧困との悪循環を断ち切ることは、憲法第25条がうたう生存権の具体化である、医療扶助の使命です。仮に診療報酬で認められない過剰請求や不正請求があるとするならば、これまで通り個別に行政が指導すればよい話です。
郷地 生保は「暴力団の資金源」や「貧困ビジネスの温床」などとも言われますが、これも、暴力団・貧困ビジネス業者の側が加害者で、受給者は食い物にされる側の被害者なのです。行き場をなくし生活できなくなった受給者を守るために、悪質な不正や犯罪は現行法でしっかりと取り締まるべきです。被害者である受給者側の権利を侵害するなど、本末転倒です。
高本 そうですね。話を飛躍させて問題をすりかえ、受給者の人権侵害に走る橋下市長独特の手法に惑わされてはいけません。

弱者切り捨ての
池内 むしろ日本の生保は、低い保護率こそが問題です。2012年1月時点の生保利用者数は全国で209万人、保護率(保護利用者数の人口比)は1・6%ですが、貧困率は16%(09年時点)であり、10分の1しか捕捉できていません。諸外国と比較しても、日本の生活保護率、捕捉率は極めて低いのです。
保護を希望する人に申請させない「水際作戦」や、保護を受けることに対する負い目、スティグマを植え付ける社会的風潮が背景にあります。保護を受けないことを誇りにして生保水準以下の生活をしている人たち、残念ながら日本にいます。
高本 受給者は落ちこぼれ意識が強く、社会的に縮こまっています。就労や生活、子育てが困難になっている人たちの人権・生存権

を守るためにも生保を積極的に活用する必要があります。そしてケースワーカーを増やして、受給者に対して懇切丁寧に生活や就労の相談に乗っていくのが正しい方向です。
郷地 医療扶助の「適正化」は国も推し進めていることで、今でもまったく不当な理由で多くの生保患者のレセプトが減点されています。そして、生保の次に減点が多いのが老人のリハビリです。社会的に弱い立場にあり、声を出すことが難しい人々を狙って、国は医療費を抑制しようとしているのです。大阪府は、その先兵になろうとしているように見えます。
これを許せば生保受給者から高齢者へ、そして次の弱者へと矛先が向かっていき、結局、社会保障全体の改悪に拡大されていってしまう。
高本 われわれ医師は、自分たちの診療に誇りをもっています。大阪協会としては、地域医療を否定するような強権的な政治に対する、現場の先生たちの立ち上がり運動を支えていきたいと思っています。
橋下市長は、「構造改革」路線を進めた小泉元首相でもできなかったことを、独自の強権的政治手法によって急進的に実行しようとしています。会員の先生方に「西成特区構想」の危険性を広く伝え、先生方と共に市民に訴えていかなければなりません。
池内 大阪市だけの問題ではなく、日本の医療・社会保障の進路が問われています。兵庫協会としても最大限協力させていただきます。本日はありがとうございました。

に を

- 患者さんのからだを心配してばかりで、自分のからだは二の次だ
- いざというときの蓄えがない
- 医事紛争の備えができていない

チェックが入ったドクターにオススメ



保険医協会 共済制度のご案内

保険医協会の団体定期生命保険

グループ保険

断然安い
保険料と
さらに
配当金も!

▶ 死亡保険は安さが一番。いま話題の**ネット生保**の保険料と比べてください。

▶ 昨年度の配当率は **63%** でした 2010年度は**42%**、2009年度は**50%**、2008年度は**46%**

8つのポイント!

- 1 断然安い保険料
- 2 最高**5000万円**の高額保障
- 3 配偶者も**1000万円**のセット加入OK
- 4 毎年、**高配当を維持**
過去18年連続配当! 平均配当率は31%
- 5 ライフプランに合わせていつでも**増額・減額**できます
- 6 保険金額にかかわらず、面倒な**医師による診査不要**
- 7 病気、事故、災害、死亡原因に関わらず、ご加入の**死亡保険金額を保障**
- 8 最長**75歳まで**保障

新規・増額
申込
受付中!

締切
毎月10日
(翌々月1日発足)

保険金額と月額保険料

安い保険料、他の保険と比較してください

保険金額	生年月日	35歳まで	36~40歳	41~45歳	46~50歳	51~55歳	56~60歳	61~65歳
		1976.7.2~	1971.7.2~ 1976.7.1	1966.7.2~ 1971.7.1	1961.7.2~ 1966.7.1	1956.7.2~ 1961.7.1	1951.7.2~ 1956.7.1	1946.7.2~ 1951.7.1
5000万円	男性	5,050円	6,900円	9,550円	14,250円	21,600円	31,550円	—
	女性	2,950円	5,200円	6,550円	9,150円	12,700円	15,650円	—
4000万円	男性	4,040円	5,520円	7,640円	11,400円	17,280円	25,240円	37,120円
	女性	2,360円	4,160円	5,240円	7,320円	10,160円	12,520円	17,320円
3000万円	男性	3,030円	4,140円	5,730円	8,550円	12,960円	18,930円	27,840円
	女性	1,770円	3,120円	3,930円	5,490円	7,620円	9,390円	12,990円
2000万円	男性	2,020円	2,760円	3,820円	5,700円	8,640円	12,620円	18,560円
	女性	1,180円	2,080円	2,620円	3,660円	5,080円	6,260円	8,660円
1000万円 (注)	男性	1,010円	1,380円	1,910円	2,850円	4,320円	6,310円	9,280円
	女性	590円	1,040円	1,310円	1,830円	2,540円	3,130円	4,330円

今年から
新設!

(注) 配偶者セット加入1000万円の月額保険料も同額となります。

※加入資格:2012年1月1日現在で65歳6か月以下の方。いったん加入されますと、以後の更新時に、たとえ病氣中であっても、前年と同額以内で継続できます。ただし、年齢別加入限度額の範囲内とします。
※66歳以上になられた場合は、75歳まで所定の保険金額(2000万円~700万円)で継続加入できます。 ※上記保険料は、ご加入後も年齢ランクであります。

拠出型企業年金保険

保険医年金

医師・
歯科医師の
老後保障に
最適

運用は、日本生命、第一生命、明治安田生命、太陽生命、三井生命、富国生命、ソニー生命が共同受託しています。

- 保険医年金は、加入者数5万6千人、積立金総額1兆1千億円を超える大規模年金制度(拠出型企業年金保険)です。
- 自在性にすぐれており、急な資金需要にもおこたえできます。

年金保険商品なのにこの自在性 4つのポイント!

- 1 急な出費にも1口単位で解約可能(手数料不要)
- 2 払い込みが困難なときに掛金中断、余裕ができたときに掛金再開(手数料不要)。いつでも受付
- 3 事前に満期日の指定は不要(最長80歳まで加入可能)。受取方法(10年・15年定額型、15年・20年通増型、または一括受取)は受給時に選択
- 4 万一の時はご遺族に全額給付

締切
6月25日
(9月1日発定)

予定利率1.259%

※2012年5月1日～の予定利率(最低保証利率)。決算配当が出ればこれに加算されます。
※昨年度は上乗せ配当があり、予定利率と合わせて配当率は1.299%となりました。

予定利率1.259%で試算した場合、
「月払」で3年10カ月、「一時払」で1年10カ月積立額が掛金を下回ります。
この点も、ぜひ他の年金保険商品と比較検討ください。

「月払」で無理のない資金づくり + 余裕資金は「一時払」でキッチリ上乗せ

「月払」にご加入の場合

35歳	月払 7口 (7万円)	加入	年間 約310万0000円	月々 約25万8300円	65歳から10年確定で受給の場合
38歳	月払 7口 (7万円)	加入	年間 約230万7000円	月々 約19万2000円	70歳から15年確定で受給の場合
40歳	月払 10口 (10万円)	加入	年間 約442万9000円	月々 約36万9000円	70歳から10年確定で受給の場合
42歳	月払 12口 (12万円)	加入	年間 約336万7000円	月々 約28万0600円	70歳から15年確定で受給の場合
45歳	月払 13口 (13万円)	加入	年間 約575万7000円	月々 約47万9800円	75歳から10年確定で受給の場合

「一時払」に10口500万円加入した場合

経過期間	脱退一時金額	基本 年金月額	
		10年確定年金	15年確定年金
5年	約5,183,000円	45,440円	31,240円
10年	約5,492,000円	48,150円	33,090円
15年	約5,819,000円	51,030円	35,070円
20年	約6,167,000円	54,060円	37,160円
25年	約6,535,000円	57,300円	39,380円
30年	約6,924,000円	60,690円	41,720円

ライフプランに合わせて組み立てられます

加入資格
満74歳までの協会会員(増口の場合は満79歳まで)

加入口数
◎「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(年2回受付)

※4月1日現在の予定利率(最低保証利率)1.258%で試算したものです。将来の支払い額をお約束するものではありません。ご加入条件、お支払い条件、税制上の取り扱い等の詳細については、パンフレット・申込書等を必ずご確認ください。

所得補償保険

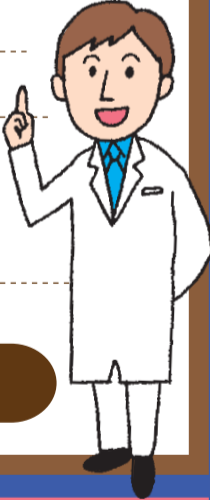
8つのポイント!

- 1 うつ病等の精神障害、認知症による休業も補償
- 2 入院による就業不能は1日目から補償
- 3 自宅療養は5日目から補償
- 4 再発の場合も含めて通算1000日まで補償
- 5 地震などの天災によるケガも補償
- 6 代診をおいてもお支払い
- 7 連続休業は最長2年補償
- 8 協会「休業保障制度」や医療保険、公的保険制度による給付に関係なくお支払い

締切
毎月26日
(翌月1日発定)
好評
受付中!

協会の「休業保障制度」にご加入いただけない方、上乗せ補償をご希望の方にお勧めします。

先生のご家族、スタッフもご加入いただけます



医師賠償責任保険

医療上の事故、医療施設の事故に伴う賠償責任の備えに



他の医師賠償責任保険にご加入でない先生方にお勧めします。

		セット型	A型
限度額	医療行為	1事故	1億円
		期間中	3億円
		免責金額	なし
(年額)保険料	医科勤務医(※)	48,290円	
	歯科勤務医(※)	6,420円	

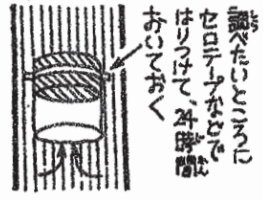
(※)勤務医については、建物・設備に関する賠償はセットされていません。免責金額は、医療行為はなし、建物整備は1,000円となります。B型(5000万円)、C型(3000万円)はお問い合わせください。

お申し込み・お問い合わせは、共済部 ☎078-393-1805まで

※ここでご案内しました内容は、制度の概要を説明したものです。ご加入条件、お支払い条件等の詳細については、パンフレット・申込書等を必ずご確認ください。

「空気の汚れ調査」 2011年度結果報告と 2012年度協力のお願い

環境・公害対策部長 森岡 芳雄



簡単に調査ができます

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

調査開始から30年が経たないことなどが明らかになりました。

- ①acute myocardial infarction : 《医》急性心筋梗塞
 - ②hypertension : 《医》高血圧
 - ③strokes : 《脳》卒中、brain attackとも言う
 - ④diabetes : 《医》糖尿病、Diabetes mellitusとも言う
 - ⑤looked pale : 青ざめた、蒼白な
 - ⑥clenching : 握りしめる、抱え込む
 - ⑦coronary angiography : 《医》心臓カテーテル、冠動脈血管造影法
 - ⑧PTCA : 《医》経皮経管冠動脈形成術
- 【西宮市 坂尾福光】

協会では、県下の大気汚染状況を把握するために県内の公害・環境団体に協力を依頼し、77年から毎年実施している空気の汚れ調査(二酸化窒素濃度調査)に協力しています。

昨年6月2・3日に実施した測定では、2千個超の調査サンプルが集まり、協会でも85医療機関から112サンプルのご協力をいただいた結果、国道43号線沿いの汚れが依然として改善されている前の環境基準「20ppb」に達しています。

大気汚染が幼弱な小児に影響があることは明白な事実です。60ppb以上の地域をなくし、さらに1973年に改定された「20ppb」に近づけることが、市民の健康と生活の質を向上させるために必要です。

実施日程 6月7日(木) 17時~6月8日(金) 17時~24時間

採取方法 小さなカプセルを病院や自宅に取り付けるだけで(上図参照)。お申し込みは、078-393-1807 協会事務局まで。

投稿員 薩摩黒切子との出会い①

高砂市 岡部 桂一郎

昨夏、鹿児島旅行をした時に宿泊したホテルのロビーの奥まった一郭に、薩摩の伝統民芸品を展示した部屋があった。

黒っぽい壁面に囲まれて、高価な手造りの工芸品がガラスの陳列ケースの中で光沢に充ちて輝いていた。地元出身の芸術家、匠たちによる作品の数々であった。

それらの中でも私の興味を惹いたのは、薩摩切子であった。漆黒の敷布と壁面の黒の静寂の中で、目に刺戟的でない暖か味のある照



タンブラーグラス(左)と馬上盃(右)

切子は、江戸切子と薩摩切子が代表的であるが、江戸切子は薄く、繊細で、光が虹のように透き通って見えると表現される。それに比べて、薩摩切子はガラスの厚みもあり、どっしりとした、色のぼかしが独特である。やはりガラス細工は手に持って、眺め、光の透過や反射を楽しむものである。

切子は、江戸切子と薩摩切子が代表的であるが、江戸切子は薄く、繊細で、光が虹のように透き通って見えると表現される。それに比べて、薩摩切子はガラスの厚みもあり、どっしりとした、色のぼかしが独特である。やはりガラス細工は手に持って、眺め、光の透過や反射を楽しむものである。

切子は、江戸切子と薩摩切子が代表的であるが、江戸切子は薄く、繊細で、光が虹のように透き通って見えると表現される。それに比べて、薩摩切子はガラスの厚みもあり、どっしりとした、色のぼかしが独特である。やはりガラス細工は手に持って、眺め、光の透過や反射を楽しむものである。

切子は、江戸切子と薩摩切子が代表的であるが、江戸切子は薄く、繊細で、光が虹のように透き通って見えると表現される。それに比べて、薩摩切子はガラスの厚みもあり、どっしりとした、色のぼかしが独特である。やはりガラス細工は手に持って、眺め、光の透過や反射を楽しむものである。

切子は、江戸切子と薩摩切子が代表的であるが、江戸切子は薄く、繊細で、光が虹のように透き通って見えると表現される。それに比べて、薩摩切子はガラスの厚みもあり、どっしりとした、色のぼかしが独特である。やはりガラス細工は手に持って、眺め、光の透過や反射を楽しむものである。

切子は、江戸切子と薩摩切子が代表的であるが、江戸切子は薄く、繊細で、光が虹のように透き通って見えると表現される。それに比べて、薩摩切子はガラスの厚みもあり、どっしりとした、色のぼかしが独特である。やはりガラス細工は手に持って、眺め、光の透過や反射を楽しむものである。

Medical English 28

= Acute Myocardial Infarction ① 急性心筋梗塞 =

Mr. William Ford (50 years old) has been under the care of his family doctor for his hypertension^② for two years.

ウィリアム・フォード氏(50歳)は、高血圧の治療をかかりつけ医の下で2年間続けてきました。

Dr. : Your blood pressure is 160/98mmHg. By the way, do you smoke?

医師 : 血圧は160/98mmHgです。ところでタバコを吸いますか。

Pt. : Yes, I do. I've been smoking about one and a half packs a day for 30 years.

患者 : はい、吸います。タバコは1日に1箱半(30本)くらい、30年間吸っています。

Dr. : Does anyone in your family have a history of high blood pressure, heart attacks, strokes^③, diabetes^④?

医師 : 家族に高血圧、心臓発作、脳卒中、糖尿病の方はいますか。

Pt. : My dad died of a heart attack at the age of 60.

患者 : 父は60歳の時に心臓発作で亡くなりました。

Several weeks later, Mr. Ford was taken to doctor's office with his wife. 数週後、フォード氏は診療所に妻に連れて来られました。

His face looked pale^⑤, he was sweating on his forehead, his breathing was shallow, and he was clenching^⑥ his chest with his hands.

顔は蒼白で顔には冷や汗をかき、息づかいが浅く、両手で胸を抱え込んでいました。

投稿員 夢前町に産廃処分場計画 環境汚染を懸念する

姫路市 松浦 伸郎

郵便受けのチラシをいつものように取って家に入り、このようなが飛び交う。驚き、自分の家のすぐそばに産廃施設ができるというのです。

姫路市夢前町前之庄字庄司谷・谷山・荒神山に、安定期産廃物最終処分場の建設計画が進められています。埋立容積は約500万立方メートル、開発面積は約2

同意しているという噂が流れて、このような話が飛び交うことは施設建設が事実の場合、その流出を防ぐことができません。したがって、流域の水や米作、野菜作りの安全性は10年後20年後には保障できないものになるでしょう。

埋立容積は約500万立方メートル、開発面積は約2

同意しているという噂が流れて、このような話が飛び交うことは施設建設が事実の場合、その流出を防ぐことができません。したがって、流域の水や米作、野菜作りの安全性は10年後20年後には保障できないものになるでしょう。

同意しているという噂が流れて、このような話が飛び交うことは施設建設が事実の場合、その流出を防ぐことができません。したがって、流域の水や米作、野菜作りの安全性は10年後20年後には保障できないものになるでしょう。

同意しているという噂が流れて、このような話が飛び交うことは施設建設が事実の場合、その流出を防ぐことができません。したがって、流域の水や米作、野菜作りの安全性は10年後20年後には保障できないものになるでしょう。

同意しているという噂が流れて、このような話が飛び交うことは施設建設が事実の場合、その流出を防ぐことができません。したがって、流域の水や米作、野菜作りの安全性は10年後20年後には保障できないものになるでしょう。

同意しているという噂が流れて、このような話が飛び交うことは施設建設が事実の場合、その流出を防ぐことができません。したがって、流域の水や米作、野菜作りの安全性は10年後20年後には保障できないものになるでしょう。

同意しているという噂が流れて、このような話が飛び交うことは施設建設が事実の場合、その流出を防ぐことができません。したがって、流域の水や米作、野菜作りの安全性は10年後20年後には保障できないものになるでしょう。

同意しているという噂が流れて、このような話が飛び交うことは施設建設が事実の場合、その流出を防ぐことができません。したがって、流域の水や米作、野菜作りの安全性は10年後20年後には保障できないものになるでしょう。

同意しているという噂が流れて、このような話が飛び交うことは施設建設が事実の場合、その流出を防ぐことができません。したがって、流域の水や米作、野菜作りの安全性は10年後20年後には保障できないものになるでしょう。

臨床医学 講座より

機械に使われずに人を大切に作る難しさ

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科教授 池田 正行先生講演

はじめに

医師は、人間を大切に作る生業である。だから、自分が医師である限り、診療している限り、自分は人間を大切に作る。そう思い込んでいると、自分の中に生じた人間不信に気づかずに診療を続けてしまう。

最新医療のスローガンは、いつの時代でも強力にわれわれに働きかける。特にMRIのような高価で巨大な機械は、いとも簡単に信仰の対象となり、その信仰はいとも簡単に人間をおとしめる。

まずは事例を通して考える。それは本当にMRIが不可欠な状況なのか？

ある休日の朝に、67歳男性が救急車で運び込まれてきた。なかなか起きてこないの、妻が寝室に行くと、起きあがれずに布団の中でもがいていたという。タバコ1日40本、日本酒1日3合、高血圧症の既往があった。

本人はストレッチャーの上で開眼しているが、呼びかけに対して言葉が出ずに、うなずくばかりである。右口角がやや下がり、痛覚刺激の際のしかめ面で、右のまつ毛が隠れない。閉眼、開口、左手・左足挙上の命令に従うが、右上下肢は弛緩性の完全麻痺。感覚系については、コミュニケーションが取れないので詳細不明である。

あなたは、以上のシナリオから、どんな診断を下すだろうか？ 次に、どんな検査を計画するだろうか。

まずはMRIだろうか？ しかし、MRI大国の日本⁽¹⁾でさえ、X線CTならいつでも撮れるが、MRIはそうはいかないという施設の方が多い。

上記のシナリオで、診断のために、本当に緊急MRIが必要なのだろうか？ そのエビデンスはどこにあるのだろうか？

「とりあえずビール」ならぬ、「とりあえずMRI」

脳卒中診断の基本は問診と診察であり、その臨床診断をふまえて、脳出血の除外により脳梗塞と診断する。この点で、X線CTとMRIは対等である。

上の事例では、病歴と診察だけで、左

大脳半球の脳卒中であることがわかる。X線CTだけでも、100%の感度で脳出血を検出できるから、脳出血か脳梗塞かの鑑別は、X線CTがあれば十分であって、MRIは必須ではない。

脳出血か脳梗塞かの鑑別において本質的に問題となるのは、脳出血に対する感度であって、脳梗塞に対する感度ではない。この診断原則は、大脳病変ばかりでなく、脳幹・小脳病変にも当てはまる。

以上より、「脳卒中にはとりあえずCTよりもMRI」という広く行われている習慣と、「居酒屋でとりあえずビールを注文する」という広く行われている習慣との間に、本質的な差異はないことがわかる。

急性期脳梗塞に対する拡散強調画像の感度の限界

拡散強調画像に対する過度の期待は、脳卒中の診断で様々な問題を引き起こす。急性期脳梗塞に対する拡散強調画像の感度は、確かにX線CTよりも優れているが、それでも偽陰性率は発症3時間以内の場合26%、12時間以内でも19%である⁽²⁾。

しかも、この率は天幕上、天幕下の脳梗塞を合わせた数字だから、特にCTに比してMRIの感度の良さが強調される、脳幹・小脳梗塞に対する拡散強調画像の偽陰性率は、さらに高くなる。

このような、急性期脳梗塞に対する拡散強調画像の感度の限界をふまえると、拡散強調画像は診断に必須の情報ではなく、あくまで参考情報として扱うべきであることがわかる。

さらに、MRIの感度の高さは、特異度の低さとのトレードオフとして、重大な誤診の誘因となる。たとえば、低血糖昏睡の患者にMRIを撮り、陳旧性の脳白質病変を意識障害の原因と決めつけてしまうような誤りである。

MRI信仰はあなたを助けない

自分は問診も神経診察も苦手だから、画像診断に頼らざるを得ないと思う向きもあるかもしれない。しかし、残念ながらMRIはそんなあなたを助けてくれない。それどころか、頼りにしていたMRIに裏切られて(実はMRIに誤って依存し

た医者には非があるので、裏切りとの表現は、MRIには申し訳ないのだが)、とんでもない誤診をする羽目になる。

私は、神経内科医として、そんな人々をたくさん見てきた。

神経内科医は、しばしば意識障害患者について相談を受けるが、「昏睡の脳梗塞患者」の中に、しばしば敗血症、高炭酸ガス血症、低血糖、高カルシウム血症といった、緊急に治療が必要な疾患による意識障害が混じっている⁽³⁾。

このような重大な誤診は、意識障害患者を脳卒中と決めてかかった上に、画像上に有意な病変がないことをもって「脳梗塞」と診断したり、逆に意識障害とは無関係の陳旧性病変を意識障害の責任病変と考えたりすることによって生じる。

MRI信仰の背景にある人間不信

「日本では、訴訟予防のためにやむなくMRIを撮っている面もある。医師の検査信仰もさることながら、患者の検査信仰の方が問題ではないか」という向きもある。しかし、MRIが訴訟予防に役立っているとのエビデンスはない。

単位人口あたりのMRI台数では、日本が43台と飛びぬけて高く、第2位が医療訴訟大国である米国の26台、OECD諸国平均が13台、英国は5台となっている⁽¹⁾。

MRI台数と医療訴訟件数には、何の関連もない。さらに、MRIに依存すれば、かえって誤診の可能性が高まることは、前述の通りである。

したがって、MRI信仰は医療訴訟の予防にはならない。逆に、医療訴訟の根底にある人間不信からMRI信仰が生まれている。

丁寧に問診し、診察した結果、頭蓋内

に器質性病変があるとは到底思えない状況でも、患者がMRIを要求してくるのは、医師に対する不信感ゆえである。そのような不信感を抱く患者に対して、医師の側にも不信感が生じる。自分は適切な診療をしていても、目の前の患者が悪い結果を全て医療者側の責任にするのではないかという不信感から、患者の人間不信に迎合する道具としてMRIを使う。

このような人間不信の応酬が、MRI信仰を生んでいる。

あなたの目の前にいる患者は、敵ではない。最も頼りになるあなたの味方である。その証拠に、あなたはいつも自分の患者に助けてもらっている。

問診は音声言語で、診察は非言語性メッセージで、それぞれどこか、どのように具合が悪いのか、患者から答えを教えてもらう作業である。

患者に教えてもらい、助けてもらわなければ、あなたは商売ができない。だから、あなたを助けてくれるのは患者であって、MRIではない。

文献

- (1) OECD Health Data 2011, Paris, OECD, 2011.
- (2) Chalela JA, Kidwell CS, Nentwich LM, et al. Magnetic resonance imaging and computed tomography in emergency assessment of patients with suspected acute stroke: a prospective comparison. Lancet 2007;369:293.
- (3) Ikeda M, Matsunaga T, Irabu N, et al. Using vital signs to diagnose impaired consciousness: cross sectional observational study. BMJ. 2002;325:800.

共済の今日と未来を考える兵庫懇話会

結成5周年総会・講演会

「あらためて共済のあり方を考える」

— 震災・助け合い・TPPの中で —

野田首相がTPP参加を表明し、農林水産業、食の安全、医療、労働法制他、私たちの共済もまたもや存続の危機に立たされようとしています。TPPとは何か、なぜ参加を急ぐのか。お話しいただきます。

日時 5月12日(土) 17時15分～ 会場 協会会議室

講師 日本大学生物資源学部食品ビジネス学科准教授 高橋 巖先生

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1805まで

政策シンポジウムのご案内

TPPが医療を壊す

関税の撤廃、労働移動の自由化で誰に利益があるのか？アメリカの目的は？保護される分野はあるのか？医療、農業などへの影響は？専門家、医師、政治家を交えてTPPと日本のこれからを問うシンポジウム企画、ぜひご参加ください。

日時 6月3日(日) 会場 協会会議室

15時～ 基調講演：関岡英之先生 16時10分～ シンポジウム

パネリスト：関岡英之先生(ノンフィクション作家)、田中康夫先生(衆議院議員)色平哲郎先生(佐久総合病院地域医療部・地域ケア科医長)

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1807まで

人事法務コンサル

社会保険労務士
ISR 梨本事務所
労働条件・就業規則
(労働保険事務組合)
経営者会議
労務監査・給与計算

職能人材メンター

合同会社(LLC法人)
ISR パーソネル
医療・福祉人材紹介
(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



〒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

お気軽におたずね下さい

信頼・向上そして社会貢献

ホームページ www.isr-group.co.jp
グループ代表 (CEO) 梨本剛久 ☎078-360-6611 大代表

2012年 診療報酬改定 インタビュー

ハードル高い 「強化型」支援診療

——看取りまで含めた地域の在宅医療推進を目的に、新たに「機能強化型」の在宅療養支援診療所・病院が新設されました。



住友クリニック院長 協会地域医療部

住友 直幹先生(灘区)

③在宅医療 地域連携進むか疑問 常勤医師3人以上が要件になっていますが、一医療機関のみの「単独型」では難しいと思います。一部の地域ではたまたまの医師・看護師を抱えて在宅医療を専門的に行っている医療機関もあるようですが、極めて例外的でしょう。いくら点数をつけても、今後このような形の在宅医療を行う診療所が増えるのか、疑問です。

家庭環境も踏まえた在宅医療の充実こそ 医療費抑制を目的とした「入院から在宅」の流れが強まっています。住み慣れた家で余生を過ごすというのは間違った方向ではないと思います。しかし、在宅医療は、どうしても介護者である患者さんの家族の負担が大きくなり、地域で在宅医療を担う体制が不十分の中で、強

引に在宅へ誘導することには、介護者へさらに負担を強いられることになり、患者さんの家庭環境に応じた援助がもっと必要です。また、在宅診療にはターミナルケア加算など外来に比べ様々な高点数加算がありますが、すべての患者・家族が一部負担金を払えるわけではありません。在宅に誘導するにしても、非現実的な机上の点数ではなく、現場の状況を踏まえたきめ細やかな対応が必要で

主張

以前なら「TPPって何？」という状況であったが、TPPが将来の日本国民の生活に重大な影響を及ぼすことは、協会会員だけでなく多くの国民にも周知されつつある。

トナム、ペルー、マレーシアが交渉に参加している。このように言っていると、たかも「米国陰謀説」だとして一蹴されることがある。しかし、米韓FTAやNAFTA(北米自由貿易協定)におけるフ

チエット条項やISD条項などがある。このように、米国や米

国民の損失隠す政府 このように、米国や米

達成度」一位と評価した優れた医療制度や、協会

背景に米国財界

もともとTPPは、ブルネイ、チリ、シンガポール、ニュージーランドの4カ国で発行した貿易協定で、その後アメリカ、オーストラリア、ベ

ここで「米国」を、

「米国多国籍企業」と置

米通商代表部(UST

経済産業省は、TPP

生活を脅かすTPP なぜ、突き進むのか

「米国多国籍企業」と置き換えると、日本の市場を徹底して開放させたがっている米国企業の姿が見えてくる。とりわけ、日本の公共サービス、中でも医療の市場化を狙っ

項などが、米国大使館や米通商代表部(UST

経済産業省は、TPP



求人 ①

◇歯科医師・歯科衛生士 勤務地 加古郡稲美町 条件等 いずれも経験により高給優遇。週3日程度のパート希望

◇歯科医師 歯科用CT完備。矯正・インプラントの勉強したい方歓迎

求人 ②

◇歯科医師 勤務地 明石市大久保

燭心

例年、満開の桜の季節になると西行を思い出す。彼の情念と桜の取り合わせに納得しながら過ごすのが、今年はとも憂うつだが、今年も安全確認は最善を尽くしてほしい。大飯原発から百キロ圏外で、電力供給の恩恵を受ける地域では、使用済み核燃料の保管に関しても、将来協力ができる態勢を構築して、お互いに負担の平準化を考

大飯原発の再稼働に断固反対する

—中身の無い「新安全基準」は容認できない— 独立した規制機関を確立せよ—

兵庫県保険医協会理事長 池内春樹

野田内閣は、関西電力大飯原発3・4号機の再稼働に向けて「安全宣言」を行い、福井県など地元自治体に同意を要請するとしている。しかし、政府が作成した新基準は、政府が原子力安全・保安院に3日で作成させたもので、非常電源車や消防車の配備など従前と変わらない「緊急安全対策」を並べたものにすぎない。しかも防潮堤の建設など中長期的な対策は「計画」だけで、重大事故が起きた場合の対策は、無いに等しい。福島第一原発事故原因の究明・検証が進んでいないにもかかわらず、こうした中身の無い「安全宣言」をふりかざして再稼働を容認することは、新たな「安全神話」で、国民を欺くものである。そもそも、原子力安全・保安院、安全委員会は、規制機関を標榜しながら、政府のもとで原発推進の立場を電力会社と共有してきた組織であり、すでに3月末で廃止されているはずのものである。原発問題を解決するには、推進側から独立した民主的な規制機関が不可欠であり、野田内閣は、その確立こそ急ぐべきである。大飯原発で万が一原発事故が起こった場合、近畿の水がめ・琵琶湖が汚染されるなど、兵庫県へも深刻な影響が及ぶことは明らかである。関西広域連合をはじめ、周辺自治体からも再稼働を懸念する声が上がっている。やるべきことをやらないまま、新たな「安全神話」を押し付ける大飯原発の再稼働は断じて認められない。われわれは、いのちと健康をまもる医療者として、関西電力大飯原発3・4号機の再稼働に反対し、原発に頼らないエネルギー政策に転換することを強く求める。

兵庫保険医新聞

第1685号

発行所 兵庫県保険医協会
http://www.hhk.jp/

2012年4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

大阪府保険医協会・高本理事長に聞く 生保医療扶助を制限「西成特区構想」	4面
診療報酬改定影響調査結果	3面
研究 臨床医学講座より 機械に使われずに人を大切にしたい	8面

5月5日付は休刊いたします

大增税とんでもない

「ストップ消費税」集会に5千人



会場の舞台上で消費税増税反対をアピールする兵庫・静岡協会の参加者(4月12日、東京・日比谷野外音楽堂)

「この時期に増税なんてとんでもない」「国民生活を破壊する消費税増税を許すな」。精神科医の香山リカ氏や作家の室井佑月氏らが呼びかけ、全国保険医団体連合会などが実行委員会に参加する「消費税増税ストップ! 4・12国民集会」が、4月12日に東京・日比谷野外音楽堂で開催された。政府が消費税増税法案の月内審議入りをめざす緊迫した情勢のなか、全国から5千人が集まり、増税ストップを訴えた。協会からも吉岡正雄副理事長、正木茂博・加藤隆久両理事が参加した。同日午前には「税・社会保障一体改革」撤回や患者負担軽減署名の引き受けなどを求め地元国会議員への要請も行った。

吉岡副理事長が 増税解消を訴え

集会では、呼びかけ人である主婦連合会会長の山根香織氏やジャーナリストの斉藤貴男氏のリレートークが行われた。

協会の吉岡副理事長も医療分野の代表として登壇。医療機関の消費税増税問題を

を紹介し、厳しい医療経営が破綻する可能性もあると訴えた。

吉岡副理事長は、「政府は仕入れにかかる消費税分を診療報酬に乗せるとしているが、消費税による生活費負担増に加え、医療費の負担増はおかしい。私たちは、大企業・富裕層への応分の負担を求めること、薬価を国際標準まで引き下げることで、健康保険料の上限を撤廃することの3点で財源を作ることを要求している」「国民生活・国民皆保険制度を破壊する消費税増税には反対。共にがんばろう」と呼びかけた。

国会議員では、民主党の橋本勉・辻両衆院議員と、共産党の志位和夫・赤嶺政賢・穀田恵二・笠井亮

塩川鉄也各衆院議員、井上哲士・田村智子各参院議員が参加した。

梶原・山下議員も 消費税増税反対表明

国会要請では、梶原康弘衆院議員(民主)と山下芳生参院議員(共産)と面談した。

梶原議員には、3月24日の協会理事会でのTPP問題講演に対するお礼も兼ねて要請した。梶原議員は、

TPP問題は議員の間でも理解が進んでいないと指摘。5月連休中の野田首相訪米前に超党派議員での反対集会などを企画している

と述べた。また、不況下で低所得者対策も不十分な中で消費税増税についても反対を表明した。



吉岡正雄副理事長(上左)、正木(同右2人目)・加藤(同右端)両理事が梶原衆院議員(同左2人目)と山下参院議員(下左端)へ要請。山下議員はパネルも使って消費税増税の問題点を解説した



姫路市 宗実 琴子

お茶教室が元気の源

医師になって50年、人を大切にすることを一番に診療し続け、協会や医師会などの活動にも積極的に関わってきました。

多忙な毎日の中、若いころから、釣りやゴルフなどという庵号をいただき、自宅

女医の会 インタビュー

私は、2001年に開業し、在宅ホスピスに取り組んでいます。

父の死きっかけに 在宅ホスピス医へ

灘区 関本 雅子



毎日、患者さんの座りなれた椅子に座ってもらって状態を診ます。お孫さんが寄って来られる家や、たくさん昔の写真が飾られて話題が尽きない方など、いろいろな方がいます。がんは痛みとの闘いですが、在宅では、病院で見る患者さん

ど、夫と一緒にさまざまなことにも挑戦してきましたが、50年間変わらず続いているのがお茶です。京都で勤務時、武家手前の石州(せきしゅう)流の師匠につき、お稽古を重ね、お免状をいただきました。

紫雲庵(しうんあん)とお茶碗や茶道具など一つひとつにもこだわり、由来や歴史などを知るという楽しみもあります。

毎週木曜日の午後には、病院の職員にお稽古をつけています。教室を始めてから、職員が着付けを習ってきてくれて、着物を着てお稽古するようになりまし

に茶室を作りました。診療が忙しくても、白衣を脱いで1時間だけでも座ると気分が変わります。

お茶は、味を楽しむのはもちろん、道具やお茶菓子なども工夫し、季節を感じ、ゆったりとした空間を味わうものです。何気ない味わうもの。何気ない味わうもの。何気ない味わうもの。

お茶は、味を楽しむのはもちろん、道具やお茶菓子なども工夫し、季節を感じ、ゆったりとした空間を味わうものです。何気ない味わうもの。何気ない味わうもの。何気ない味わうもの。

の表情とは全く違い、日常生活を過ごされながら自分らしさをもっておられます。

神戸大学医学部卒業後、麻酔科医として病院勤務していましたが、父をがんで亡くしたことがきっかけで緩和医療に目を向けるようになりまし

亡くしたとき、ホスピス医になると決めました。麻酔科医からホスピス医への道は手探りでした。いろいろな研修の機会をいただき、ギッシリとメモをとる毎日でした。若くしてがんを亡くした先生が「医療者のための緩和ケアにならないで」との言葉を残され、私は今でもその言葉を肝に銘じています。

今まで経験したこと、人との出会いが全て今の医者人生にプラスになっていきます。

これまで、たくさんの方を看取りましたが、「その人らしい最期は日常生活の延長にある」と確信しています。患者さんが人生の終末をどう生きるか、チャクチャ貴重な時間をともに歩めるなんて、とても幸せな仕事です。