

兵庫保険医新聞

第2129号

2026年3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)

東京電力福島第一原発事故から15年にあたりメモリアル集会

原発ゼロ・再エネ100%の社会は可能



(右上) 原発ゼロ社会への展望を描こうと語った大島教授
(右下) 事故により兵庫県・近畿に避難し、国・東京電力に損害賠償を求めて訴訟を闘っている原告らが「原発事故に遭う次世代を生みたくない」と訴えた

福島第一原発事故から15年の節目にあたり、環境・公害対策部と「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7日、メモリアル集会「福島第一原発事故15年『原発ゼロ社会の展望』を協会会議室(Zoom併用)で開催した。大島堅一・龍谷大学政策学部教授を講師に招き、50人(Zoom11人、来場39人)が参加した。

大島教授は、日本の原子力政策について、事故後、民主党政権が「原発ゼロ」を掲げたが、その後の自民党政権で「原発の低減」にトーンダウンし、2022年の福島原発事故国家賠償訴訟の最高裁判決で国の法的責任が認められなかったことを契機に積極的推進に転じたこと振り返った。この判決について、関わった裁判官が退官後、東京電力の代理人弁護士が所属する法律事務所顧問に就任したと利益相反の可能性を指摘した。

原発の経済性について、以前4000億円程度とされていた原発1基の建設費は1兆2兆円規模にまで上昇し、加えて事故リスクもあることから、民間銀行は融資に慎重になっており、国が電力会社を支援する仕組みとして「脱炭素電源オークション」を導入し、消費者の電気料金で原発を支えることになっていると解説した。

また、福島第一原発を訪れた経緯を紹介し、原子炉内部被害矮小により、さらに多く

には燃料デブリが残されたまま、低レベル放射性廃棄物だけでも約28万トンと通常の原発廃炉時の数十基分に相当する規模になり、事故収束・処分の展望は全く見えていないことを示した。

一方、世界では再生可能エネルギーの導入が急速に進んでおり、日本でも再生可能エネルギー100%は実現可能だが、日本ではこの事実がほとんど知られていないとし、事故の教訓や原発のコスト、再生可能エネルギー100%の社会は可能であることを皆に広く知らせていくことが重要であると締めくくった。

東日本大震災・福島第一原発事故15年 話を 事故を振り返り、改めて原発からの撤退を訴えよう 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15年。震災直後は報道もそれなりにありましたが、現在、被災地の現状を深く報道するものは限られているように思えます。15年が過ぎても燃料デブリの取り出しへの道筋は見えず、福島県が発表している避難者は2万3千人、政府による「自主避難」という被害矮小により、さらに多く

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15年。震災直後は報道もそれなりにありましたが、現在、被災地の現状を深く報道するものは限られているように思えます。15年が過ぎても燃料デブリの取り出しへの道筋は見えず、福島県が発表している避難者は2万3千人、政府による「自主避難」という被害矮小により、さらに多く

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15年。震災直後は報道もそれなりにありましたが、現在、被災地の現状を深く報道するものは限られているように思えます。15年が過ぎても燃料デブリの取り出しへの道筋は見えず、福島県が発表している避難者は2万3千人、政府による「自主避難」という被害矮小により、さらに多く

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15年。震災直後は報道もそれなりにありましたが、現在、被災地の現状を深く報道するものは限られているように思えます。15年が過ぎても燃料デブリの取り出しへの道筋は見えず、福島県が発表している避難者は2万3千人、政府による「自主避難」という被害矮小により、さらに多く

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15年。震災直後は報道もそれなりにありましたが、現在、被災地の現状を深く報道するものは限られているように思えます。15年が過ぎても燃料デブリの取り出しへの道筋は見えず、福島県が発表している避難者は2万3千人、政府による「自主避難」という被害矮小により、さらに多く

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15年。震災直後は報道もそれなりにありましたが、現在、被災地の現状を深く報道するものは限られているように思えます。15年が過ぎても燃料デブリの取り出しへの道筋は見えず、福島県が発表している避難者は2万3千人、政府による「自主避難」という被害矮小により、さらに多く

4〜6月 春の組織強化・共済普及月間

お知らせの先生に 入会をお勧めください

ご自身の共済加入・増額もご検討を



組織部長 宮武 博明

協会は4月から6月末まで、「春の組織強化・共済普及」に取り組み、会員数7790人をめざします(3月23日現在の会員数は7744人)。昨年1年間の正会員拡大数では医療・歯科とも全国

1位となりました。改めて皆様のご協力に感謝申し上げます。今年も引き続き、お知らせの先生に、お知り合いの開業医・勤務医やご子息・ご息女を協会へご紹介ください。お待ちしております。

6月実施の今次診療報酬改定は全体でプラス2.22%(本体3.09%)と、協会・

4月からは、県内各地で診療報酬改定研究会を開催します。「保険診療便覧」をはじめ

多くの先生方を協会に迎えらるよう、皆様の一層のお力添えをお願い申し上げます。

新点数運用はじめ 幅広い相談活動

4月からは、県内各地で診療報酬改定研究会を開催します。「保険診療便覧」をはじめ

多くの先生方を協会に迎えらるよう、皆様の一層のお力添えをお願い申し上げます。

多くの先生方を協会に迎えらるよう、皆様の一層のお力添えをお願い申し上げます。

燭心

改定率2.22%。皆さんはどう感じられているのだろうか。民主党時代の2回の改定

改定率2.22%。皆さんはどう感じられているのだろうか。民主党時代の2回の改定率よりも高い、近年にない高改定率になるはずであるが、それを実感することはなさそうだ。▼ベースアップ評価料や過去の物価高騰に対する基本診療料のわずかな引き上げ、持続性の怪しい物価対応料で水増しするが、純粋な技術料引き上げは10.25%。通常の改定と同レベルだ。▼確かに従業員の賃上げを考え、ベア評価料を算定しているのだから、その原資にはなるだろうがベア評価料の届出は4割に満たない。しかも、全て従業員の賃上げに当てなければならず医院の増収にはならない。▼10%以上の引き上げを求めてきたわれわれにとって、2.22%の改定率は内容がまともなものであっても引き合えないのに、これではたまたまにありあつたようなものである。各病院団体の調査から前改定で10%程度の減収となっていることは確かだし、2025年度の中医師協業経済実態調査で個人歯科診療所の利益差額の最頻値は500〜750万円。中医師協業も政府も認識していないはずはないが、平均値(1376万円)が一人歩きしてしまっている。▼病院の赤字が言われているが、無床診療所、とりわけ歯科の窮乏もかつてない状態である。郡部を中心に閉院増が続いている。物価対応料や補助金などの姑息な手を使わず、技術料や基本診療料を中心に2年間に予想される物価上昇分を超えて大幅に引き上げるべきである。高市内閣の改定では酒も不味くなる。(酔)

主張

1975年3月18日、「核兵器積載艦艇の神戸港入港拒否に関する決議」が神戸市会で採択された。これに基づき、神戸港に入港するすべての艦艇に「非核証明書」の提出を義務付けることが決定され、以降50年間、米艦艇の神戸港への入港はゼロだった。これは非核「神戸方式」として、核兵器を搭載した艦艇の入港をさせない地方自治体の独自施策として注目されてきた。

同方式は、地方自治体が世界の核兵器廃絶運動を進めるために先進的に行動する先例として評価され、他国の法律や核兵器禁止条約にも影響を与えてきた。しかし現在、ロシアによるウクライナ侵攻やイスラエルによるガザ侵攻、アメリカのベネズエラ大統領の拉致やイラン攻撃、フランスが核弾頭の増産を決めるなど、核抑止を前提とした危険な動きが世界各地で起こっている。

国内でも、一部の国会議員が日本の核兵器保有について言及し、高市政権は「非核三原則」の見直しに言及し、「核を持たず、つぐらず、持ち込ませず」の「持ち込ませず」を見直そうとしている。また、防衛力強化のため、自衛隊が円滑に利用できる「特定利用員」が日本の核兵器保有について言及し、高市政権は「非核三原則」の見直しに言及し、「核を持たず、つぐらず、持ち込ませず」の「持ち込ませず」を見直そうとしている。また、防衛力強化のため、自衛隊が円滑に利用できる「特定利用員」が日本の核兵器保有について言及し、高市政権は「非核三原則」の見直しに言及し、「核を持たず、つぐらず、持ち込ませず」の「持ち込ませず」を見直そうとしている。

非核「神戸方式」を活かして核廃絶 世界へ訴えよう

空の姿勢として重要なのは、非核「神戸方式」を見直すのではなく、唯一の戦争被爆国の自治体として、核兵器廃絶のためにこの価値を国際的にアピールしていくことである。世界各国の都市と連携しこの方式を広げていき、港湾都市・平和都市として神戸を打ち出していくことは、自治体の魅力となる。神戸市長・神戸市会はこの価値を今一度再認識し、核兵器廃絶を世界へ訴えてほしい。

核抑止力論が幅を利かせて続けた原則を崩すものである。また、市民団体が毎年3月に開催し、市が長年後援してきた非核「神戸方式」のつどいへの後援を取りやめた。非核「神戸方式」に対する市の姿勢が問われている。

文化部観劇ツアー

現代に通じる 古典歌舞伎を堪能

感想文

文化部は3月8日、「京都・南座に行ってみよう！観劇ツアー・花形歌舞伎特別公演」を開催。(株)松竹の小澤京香氏による「歌舞伎解説」の後、「曽根崎心中物語」(出演：中村孝太郎、尾上右近ほか)の演目を鑑賞。会員、家族、スタッフら36人が参加した。小竹めぐみ先生の感想を紹介する。



京都・南座(右)で「曽根崎心中物語」を鑑賞。鑑賞前には松竹の小澤氏(左)が初心者にもわかりやすく歌舞伎を解説



主演の中村孝太郎氏(左)と尾上右近氏(右)が挨拶

空前の大ヒットを飛ばす映画『国宝』中でも演じられる名作『曽根崎心中物語』の舞台を観劇した。公演前に皆でコーヒをいいただきながら歌舞伎解説を拝聴。歌舞伎解説に若い女性？と少しでも思ってしまうくらい、ストーリーをお話いただく。彼女は中学生からの歌舞伎オタクが高じて松竹に入社した生え抜きで、ご自身も日舞を習っておられるという。そんな歌舞伎好きの彼女の解説は役者愛に溢れ、歌舞伎の歴史、楽しみ方、見どころ、ストーリーをお話いただく。歌舞伎初心者には必聴のものがあった。

曽根崎心中は、遊女お初と商人徳兵衛の悲恋を描いた作品だが、舞台上で展開される人間の葛藤や純粋な思いは、時代を超えて観る者の胸に迫ってくる。

特に印象的だったのは、静かな場面の中に漂う緊張感と、役者の繊細な所作である。言葉だけでなく、視線や間合い、足取り一つで心情が表現され、自然と物語の世界へ引き込まれる。また、舞台装置や音楽も

3月14日理事会で声明を発表

- 日本政府の殺傷兵器の輸出解禁に反対
- フランスの核弾頭増強方針および核抑止力拡大に抗議
- 北朝鮮による核兵器増産・ミサイル開発の加速に抗議

日本政府の武器輸出の解禁、フランス・北朝鮮の核兵器増強の動きに対し、協会は3月14日の第1225回理事会で、それぞれ抗議声明を発表した。

日本政府の武器輸出解禁に反対する声明では、自民・維新両党が3月6日、武器輸出を規制する防衛装備移転三原則の運用指針を見直し、殺傷能力のある武器輸出を全面的に解禁するよう求める提言を高市首相に提出したことについて、戦後日本が築き上げてきた平和国家としての歩みを根本から覆す暴挙であるとして、政府が「武器輸出三原則」の原点に立ち返り、武力によらない平和外交に尽力することを強く求めている。

フランスへの声明では、マクロン大統領が保有する核弾頭数を増強する方針、「核の傘」の拡大を表明したことに対し、NPTが核保有国に課す「誠実に核軍縮交渉を行う義務」を真に向かおうとする

会であるとして、核のない世界の構築に貢献することを強く求めている。

北朝鮮への声明では、金正恩総書記が今年2月の朝鮮労働者大会において、核兵器の増産とミサイル開発を柱とする新たな国防計画を示し、核戦力を「国家の安全を保障する手段」と位置づけ、人工知能を利用した無人兵器や大陸間弾道ミサイル(ICBM)の開発を進めると報道されていることについて、北東アジアの緊張を一層高める動きであり、生命と健康を守る医療者の立場から強く抗議するとしている。

同日にはアメリカとイスラエル両国へイラン攻撃の中止を求めるとともに、日本政府へ両国を非難するよう求める声明も発表している。(前号既報。)

理事会 スポット

- ◇出席 22人
- ◇確認事項 4月4日正副理事長会は、新点数研究会のため休会。支部長合同会議は5月2日に開催。
- ◇情勢 厚労省は、医療保険制度改革関連法案の3月上旬の特別国会への提出を目指している。健保法などを改正する一括法で、OTC類似薬の一部を保険給付外とし患者負担を拡大する仕組みの創設や、後期高齢者医療の保険料算定に金融所得を反映させる制度整備、正常分娩の標準的出産費用の無償化などが柱。
- ◇運動対策 ①談話「第51回衆議院総選挙の結果について」、②署名「薬の追加負担はやめること」に7万筆を目標として取り組むことが了承された。
- ◇医療活動 ①保団連冊子『改定のポイント』『改定Q&A』編集作業及び改定研究会開催等への対応により、事務局の保険点数電話相談体制を十分にこれない一定の期間に限り、対応を停止することが了承された。
- ◇歯科部会 ①診療報酬改定対策として、歯科新点数研究会を口会場で開催すること、
- ②保団連『2026年歯科保険診療の研究』編集作業に協力すること等が報告された。
- ◇九条の会・兵庫県医師の会 映画「医の倫理と戦争」の上映会&シンポジウム(登壇者：吉中文志前保団連理事ら)を1/31に開催。新たに3人が「九条の会」に賛同したこと等が報告された。(2月28日 理事会より)

会員計報

井上 英士先生
たつの市 内・呼・消・循
25年12月30日
享年87歳

加藤 肇二先生
西宮市 外・整・麻・消・肛・リハ
1月13日 享年86歳

長久 謹二先生
姫路市 泌・整・外科
1月21日 享年92歳

草部 潤子先生
兵庫区 歯科
3月4日 享年78歳

ご冥福をお祈り申し上げます

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Q&Aなど
最新情報は右の二次元コードから

ISR Intelligent Social Reliance

アウトソーシング サポート

社会保険労務士 株式会社 ISR 梨本

合同会社(LLC法人) ISR パーソネル

株式会社 アイ.エス.アール

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 レポート管理・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

2026年度診療報酬改定の要点〈歯科〉

「歯科医療機関の窮状を救えない改定」

6月1日から実施される2026年度診療報酬改定について、特徴や問題点を掲載する（医科4・5面、歯科3面）。

今回の改定は歯科診療行為の評価にあてられたのはプラス0.31%にすぎない。協会の運動によって一部改善があるものの、長期にわたる低歯科診療報酬に加えて、物価と人件費高騰の直撃を受けている歯科医療機関の窮状を救うものになっていない。協会は、今後も診療報酬の抜本的引き上げ、患者窓口負担ゼロの実現に向けて運動を強めていく。

以下に主な改定のポイントを紹介する。詳細は4月上旬にお送りする『2026年改定の要点と解説』冊子を参照いただきたい。

1. 歯科初再診料

1) 物価高騰への対応として、歯科初診料および地域歯科診療支援病院歯科初診料が5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1点引き上げられた。

2) 歯初診の施設基準を満たす研修の項目に「抗菌薬の適正使用」が追加された。再届出は不要。すぐに受講しなくてもよいが、追加項目を含めた常勤歯科医師の4年以内の受講が必要である。近畿厚生局への8月1日定例報告が廃止されたが、受講を確認できるものを保管する。

3) 医療情報取得加算と医療DX推進体制整備加算が統合され、電子的歯科診療情報連携整備加算1・2に再編された。施設基準があり、電子処方箋の発行体制や診療情報の共有ネットワークについては、いずれかを満たす場合に加算1を届出し、いずれも満たさない場合は加算2を届出する。届出をすれば、明細書発行体制等加算が算定できなくなる。

2. 歯科物価対応料

物価上昇に段階的に対応するためとして、歯科物価対応料が新設された。歯科外来物価対応料は、施設基準の届出はなく、すべての歯科医療機関で入院外の患者に対して初診時3点、再診時1点を算定する（2027年6月からは2倍の点数）。歯科訪問診療時は算定できない（医科では算定できる）。

3. 歯管、小機能、口機能

1) 歯科疾患管理料（歯管）の初診月の減算は廃止されたが、100点から90点に引き下げられた。初診月から算定する場合は、改定前と比べて3カ月目以降がマイナスになり、長期に管理するほど影響が大きくなる。有床義歯に係る治療のみの患者にも算定できるようになった。

2) 口腔機能管理の対象基準の見直し
①小児口腔機能管理料（小機能）が小機能1 90点と小機能2 50点に分けられた。口腔機能の評価項目において3項目以上に該当する口腔機能発達不全症患者は小機能1を算定する。2項目に該当する口腔機能発達不全症患者には、これまで歯管のみの算定だったが、小機能2を算定し、歯リハ3（1）も算定できるようになった。

②口腔機能管理料（口機能）が口機能1 90点と口機能2 50点に分けられた。下位症状3項目以上に該当することを、五つの検査のうちいずれかを算定して確認した口腔機能低下症患者には口機能1を算定する。検査を算定せずに確認した口腔機能低下症患者には、これまで歯管のみだったが、口機能2を算定し、歯リハ3（2）も算定できるようになっ

た。口機能検査関連の施設基準が廃止された。

4. 歯周病治療

1) 歯周病安定期治療（SPT）と歯周病重症化予防治療（P重防）が統合され、歯周病継続支援治療に再編された。歯管や在歯管、特疾管の患者に加えて、周Ⅰ～Ⅳおよび回管を算定している患者も対象となった。糖尿病患者に対する歯周病ハイリスク患者加算80点は、重症化予防連携強化加算（100点）に名称が変更され、他の医科保険医療機関の主治医から文書での情報提供を受け、歯科治療や治療方針などの情報提供を行うことが算定要件に追加された。

2) 歯周病患者画像活用指導料（P画像）は、口腔内写真を撮影し指導する口腔内画像（P画像1）と、位相差顕微鏡により描写された画像などを用いて指導する顕微鏡画像（P画像2）に分けられた。P画像1は口腔内カラー写真の撮影枚数に関わらず50点を、P画像2は1回に限り50点を算定する。P画像1とP画像2は併せて算定できる。

3) 歯周治療用装置は、装置の形態に応じて暫間歯冠補綴装置と口腔内装置に区分が変更された。冠形態のものは暫間歯冠補綴装置48点となり、2点引き下げられた。床義歯形態のものは、口腔内装置2に位置付けられ、80点引き上げられた。

5. 有床義歯

1) 新製有床義歯管理料（義管）の算定単位が1口腔から1装置に、点数項目が局部義歯の場合か総義歯の場合かに変更され、いずれも140点となる。義管と歯リハ1の同日算定ができるようになった。

2) 有床義歯補強加算150点が新設された。9歯欠損以上の局部義歯または総義歯の新製時に、歯科技工士が歯科用金属芯を埋入した場合に算定する。

3) 局部義歯に用いる特定保険医療材料について、鋳造鉤・コンビネーション鉤・鋳造バーは、基本的に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとされた。線鉤は、基本的に不銹鋼および特殊鋼を使用することとされた。

6. 在宅歯科医療

1) 同一建物に居住する1人の患者に訪問診療を行った際に、患者と同一建物に居住する他の患者などの求めに応じて緊急の必要性を認め、結果として2人目に訪問診療を行った場合は、それぞれ訪問診療1を算定できることになった。

2) 訪問診療4・5の施設基準が新設された（届出は不要）。歯援診1・2、歯援病も施設基準を満たしていない医療機関は、50/100に減算される。

3) 歯援診1の施設基準が変更された。再届出は不要だが、8月報告は必要。

4) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（NST）は、歯科医師だけでなく、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導を行った場合にも算定できることになった。カンファレンス、食事観察、会議および口腔機能などにかかる指導は、対面だけでなくオンライン参加のみでも可能となった。また、NST4（100点）が新設され、自宅で療養している歯

在管、訪問口腔リハ、小児訪問口腔リハを算定している患者に、食事観察などの結果を踏まえ、患者または看護者に口腔機能評価に基づく指導を行った場合に算定できる。

7. 歯冠修復・欠損補綴

1) CAD/CAM冠とCAD/CAMインレーについて、材料（Ⅲ）を用いる大臼歯の咬合支持要件が廃止されるとともに、8番を含むすべての大臼歯に適用できるようになった。永久歯代行の乳歯が適用に追加された。

2) 純チタンを用いるチタンブリッジ2,800点が新設された。1歯中間欠損の3歯ブリッジが対象となる。

3) 補管の対象に新設のチタンブリッジと歯科用金属アレルギー患者に装着するHJCとCAD/CAM冠が追加された。

4) 光学印象が150点に引き上げられ、CAD/CAM冠が適用になった。

5) 小児保険装置が、クラウンループまたはバンドループを装着した場合の固定式保険装置と、床義歯形態の装置を装着した場合の可撤式保険装置に再編された。

6) テンポラリークラウン、リテーナー、歯周治療用装置（冠形態）、レジン連結冠固定法による暫間固定が暫間歯冠補綴装置（48点）にまとめられた。抜歯や外傷などによる前歯部1歯欠損に歯科用暫間被覆冠成形品をエナメルボンドシステムにより連結固定した場合も新たに評価された。

7) 期中で保険導入された3次元プリント有床義歯（3DFD）が準用点数から独立した。印象採得、咬合採得、仮床試適、装着などは所定点数に含まれる。施設基準の届出が必要。

8. 処置・手術

1) 除去に新設された補綴物などが追加されたほか、メタルコア、支台築造用レジンを含むファイバーポスト、ポストを有するキーパー付き根面板はポストの長さに関係なく「著しく困難なもの」で算定することとなった。

2) 加圧根充が11～17点引き上げられた。また、3根管以上の加圧根充に算定するNi-Tiロータリーファイル加算の算定要件からCT撮影が削除されたため、デンタルの撮影で可となった。

3) 象牙質レジンコーティングは歯冠形成から装着までの間の算定だったが、歯冠形成から印象採得までの間の算定に変更された。

4) 知覚過敏処置が歯冠形成、印象採得、咬合採得、仮着、装着と同時にを行った場合も算定できるようになった。

5) 抜歯手術における骨性的下顎完全埋伏智歯、下顎水平埋伏智歯の加算点数が230点になった。

9. 麻酔

歯髓温存療法、直接歯髓保護処置、生PZに対する麻酔薬剤料が算定できるようになった。

10. 検査・画像診断・投薬

1) 画像診断における「同一の部位」「同時に」などの定義が新たに示された。処置または手術後の評価を目的として撮影した場合は「同時」に該当しないとされ、その場合の診断料は100/100で算定する。

2) 口腔粘膜湿潤度検査が新設された。加齢等による口腔機能の低下を来している患者に3カ月に1回130点算定できる。

3) 処方箋料の一般処方名加算1・2がそれぞれ2点引き下げられた。また、残薬対策の推進を図る目的で処方箋様式が見直された。

11. 医科歯科連携

1) 周計・回計は、管理計画の修正を行った場合の評価として、周計2 150点、回計2 150点が新設された。

2) 連携を行っている歯科標榜のない医科医療機関からの依頼で入院患者に訪問診療した場合の評価として、医科連携訪問加算500点が新設された。施設基準はあるが届出は不要。初回の訪問診療時に1回に限り算定する。

12. 歯科ベースアップ評価料

「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）」が継続され、点数が引き上げられるとともに継続的に賃上げを行っている否かで点数差が設けられた。引き続き算定を行う場合にも、届出直しが必要。届出時の賃金改善計画書は作成不要となり、毎年8月に前年度の実績報告書と今年度の中間報告書を提出する。

13. 歯科衛生士に関わる改定

1) 歯科衛生実地指導料の口腔機能指導加算が削除され、口腔機能実地指導料46点として新設された。口腔機能発達不全症および口腔機能低下症の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が、歯科医師の指示を受けて、口腔機能に係る指導を行い、文書提供した場合に算定できる。施設基準が設けられ、2027年5月までの経過措置がある。指導を行う歯科衛生士の処遇改善に係る取組を行うことが施設基準に示された。

2) 訪問歯科衛生指導料は、単一建物患者数が1人の場合と2～9人の場合は引き上げられ、10人以上の場合は引き下げられた。また、特別の関係にある医療機関で実施した場合は患者の人数にかかわらず、所定点数に代えて140点を算定することとなり、引き下げられた。

14. 歯科技工士に関わる改定

1) 歯科技工士との連携を評価した歯技連の対象に補綴時診断料が追加された。また、印象採得の歯技連の対象に前歯部のブリッジ（小臼歯部を含む）が追加された。光学印象への加算は、光学印象歯科技工士連携加算から歯技連に変更され、これまで対面の場合に限られていたが、情報通信機器を用いた場合に歯技連2が算定できるようになった。

2) 歯科技工所ベースアップ支援朝料（1装置につき）15点（2027年6月以降30点）が新設された。補綴物等の製作を委託した保険医療機関が、委託先の歯科技工士の賃金改善を支援する場合、歯科技工所と連携の上で施設基準の届出を行い、技工物の装着料を算定する日に算定する。装着料が所定点数に含まれる場合は、当該点数の算定日に算定する。算定した点数は全て歯科技工所への委託費の増額に充て、毎年8月に近畿厚生局に実績報告書を提出する。

3) 歯冠修復および欠損補綴の通知において「保険医療機関においては、その趣旨を踏まえ、歯科技工の委託に当たって、製作技工に要する費用および製作管理に要する費用の決定については、保険医療機関と歯科技工所の相互の連携に基づき行うこと」と7・3告示について明記された。また、歯科技工士連携加算1・2において「算定するにあたっては、歯科技工士の処遇の改善等に資するよう留意すること」が追加され、歯科技工所ベースアップ支援朝料において賃金改善支援の取り組み状況の報告が求められるなど、処遇改善等にかかる体制が求められた。

(5面からのつづき)

6) 入院外の患者に、栄養保持を目的とした医薬品(エンシュア・リキッドやラコールNF配合経腸用液など)を投与した場合は、下記①～③の場合を除き、処方箋料、調剤料、処方料、薬剤料等が算定できないこととされた。

①手術後の患者

②経管により栄養補給を行っている患者

③必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者

6. リハビリテーション

1) 目標設定等支援・管理料等が廃止された(同点数を算定していないことによる減算規定も廃止)。

2) リハビリテーション総合計画評価料が「初回の場合」と「2回目以降の場合」の2区分に再編され、「2回目以降の場合」は点数が引き下げられた。

3) 各リハビリテーション料に規定する専従の療士士について、医学管理、在宅医療、リハビリテーション等や、患者・家族等の指導に関する業務、介護施設等への助言業務に従事できることとされた。また、他の各リハビリテーション料において配置が求められる専従者との兼任が可能とされた(ただし、心大血管リハの専従については変更なし)。

4) リハビリテーション実施計画書の様式が変更・統合された。

7. 精神科専門療法

1) 通院・在宅専門療法について、「精神保健指定医による場合」以外の点数を算定する場合は、以下①または②のいずれかの施設基準を満たして届け出なければ、6月以降、所定点数が100分の60に減算されることとなった。

①以下ア～ウのいずれかを満たす保険医療機関において実施されていること。

ア 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する以下のいずれかの医療機関において、行われている。

(イ) 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関

(ロ) 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設または病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関

イ 精神病床を有する特定機能病院

ウ 急性期病院精神病棟入院基本料を届け出ている病院

②以下ア・イを全て満たす医師により行われている。

ア 2026年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事している。

イ 過去1年間に医療観察法対象者を診察しているまたは精神科医療に関する行政機関の業務(保健所または児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託または委嘱されて実施する業務)を行っている。

2) 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の点数が引き上げられるとともに、初診日に精神保健指定医が行う30分以上60分未満の区分が新設された。

8. 処置

1) 人工腎臓の各点数が一律20点引き下げられるとともに、「腎代替療法診療体制充実加算」が新設された(要基準)。腎代替療法に関する情報提供、災害対策、及びシャントトラブルに係る医療機関間連携等を実施した場合に20点を加算する。

9. その他

1) 物価対応料が新設された。外来では初・再診料(短期滞在1を含む)に2点、訪問診療料に3点上乗せされる。入院でも入院基本料、特定入院料、短期滞在3ごとに設定された点数を上乗せする。いずれも2027年6月以降は各2倍の点数となる予定。届出は不要。

2) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)について、以下の変更があった。

①対象が「医療に従事する職員」から「勤務する職員」に変更され、40歳未満の勤務医、事務のみを行う職員や清掃職員等(業務委託を除く)も対象となった。

②「1日につき」の要件が外され、同日再診等の場合でもそれぞれ算定できることとなった。

③点数はそれぞれ引き上げられた。以下のアまたはイに該当する「継続的賃上げ医療機関」は、所定点数に代えて別の高い点数で算定する。また、27年6月からはそれぞれ点数が倍になる(下表参照)。

ア 2026年3月31日時点において外来・在宅ベースアップ評価料(I)の算定実績がある保険医療機関

イ 2026年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く)の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を2024年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、5.5%(看護補助者、事務職員については、8%)に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関、または2027年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く)の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を2024年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、8.7%(看護補助者、事務職員については、13.7%)に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

④6月からの算定にあたっては、

新たに賃上げを行う医療機関

	2026年6月から2027年5月	2027年6月から
初診時	17点	34点
再診時等	4点	8点
訪問診療時(同一建物居住者等以外の場合)	79点	158点
訪問診療時(同一建物居住者の場合)	19点	38点

継続的賃上げ実施医療機関

	2026年6月から2027年5月	2027年6月から
初診時	23点	40点
再診時等	6点	10点
訪問診療時(同一建物居住者等以外の場合)	107点	186点
訪問診療時(同一建物居住者の場合)	26点	45点

すでに届け出ている医療機関も含め、改定された様式95の届出が必要となった。また、「継続的賃上げ実施医療機関」はさらに様式98を届け出る。

⑤毎年8月に、前年度分の「賃金改善実績報告書」と、今年度分の「賃金改善中間報告書」を、いずれも様式100の別添1により作成し、地方厚生局に報告することとなった。

3) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)は8段階から24段階へ、入院ベースアップ評価料は165段階から500段階へ細分化される。2)の①～⑤は(II)も同様。

10. 入院料等

1) 物件費高騰への対応として、入院基本料、特定入院料が引き上げられた。ただし、「継続的に賃上げ」を実施する医療機関に該当しない場合には減算となる。

2) 看護職員等の確保や勤務状況の管理等について、取り扱いが変更された。

①突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、暦月で1カ月を超える1割以内の変動があった場合でも、暦月で3カ月を超えない期間の1割以内変動(1年に1回に限る)であれば、変更の届出を要しないこととされた(看護職員確保の取り組みを行っている100床以上の病院等)。

②情報通信機器(ICT機器)等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化を行う体制があるとして届け出た急性期一般入院基本料、地域包括医療病棟入院料等を算定する病棟において、基準の1割以内の減少については変更の届出を要しないこととされた。

③「様式9」について、様式や取り扱いが変更された。保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合など、病棟内として勤務時間数に算入できる対象が拡大された。

3) 入院診療計画書の様式が変更され、患者・家族の署名欄がなくなった。

4) 身体的拘束最小化の基準が「体制に係る基準」と「実績等に係る基準」に整理された。「体制に係る基準」(身体的拘束最小化チームの設置など)を満たしていない医療機関は40点減算、「実績等に係る基準」(身体的拘束最小化委員会を3カ月に1回以上開催するなど)のみを満たさない場合は20点の減算となる。

5) 一般病棟入院基本料に急性期病院一般入院基本料、急性期病院精神病棟入院基本料が新設された。

6) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価法が変更された。該当患者割合について、従前の「該当患者割合」に、新たに設定された「救急患者応需係数」を加えた「割合指数」(基準を満たす患者の割合に係る指数)で判断することとされた。また、評価票のA項目及びC項目に対象が追加された。

7) 療養病棟入院料2の施設基準で求められる医療区分2・3の患者の割合が、5割から6割に引き上げられた(2026年9月30日まで経過措置あり)。また、処置等に係る医療区分2が四つに分類されるとともに、末期呼吸器疾患、末期心不全、末期腎不全(いずれも医療用麻薬等による苦痛コントロールが必要な状態)が「疾患・状態に係る医療区分2」に追加された。

8) 口腔管理連携加算が新設された。歯科診療を行っていない医療機関において、入院中の患者に対して歯科診療が実施された場合に算定する。

9) 身体的拘束最小化推進体制加算が新設された。

10) 回復期リハビリテーション病棟入院料について、患者1日当たり平均リハビリテーション提供単位数が「3単位以上」に変更された。また「休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数」の算出にあたっては、休日に加えて土曜日も含んだものであるとされた。

11) 地域包括ケア病棟入院料にリハビリテーション・栄養・口腔連携加算が新設された。

12) 短期滞在1のイ(主として入院で実施されている手術を行った場合)の点数は1点引き上げられたが、ロ(主として入院で実施されている手術を行った場合以外)の点数は、改定前の半分に大幅に引き下げられ、2024年改定時と比べると1/4まで引き下げられた。

13) DPC病院も含め、4泊5日以内に短期滞在3に掲げる検査・手術等を実施した場合は、DPC点数等に代えて短期滞在3を算定しなければならないこととされた。

14) 短期滞在3の22の手術に「入院手術対応加算」が新設された。外来手術実績を評価する「外来移行指数」が1.3以上の場合に届出・算定できる。

15) 入院時食療養費の標準負担額も1食あたり40円(低所得区分は20円または30円)引き上げられた。また、入院時生活療養費の標準負担額が1日につき60円引き上げられた。

16) 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抗ウイルス剤の薬剤料を別に算定できる特例は2026年5月31日で終了する。

〈施設基準の届出〉

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月から算定する場合、5月7日から届出が受け付けられ、6月1日付で受理されていることが必要。施設基準に変更がなく、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。

2026年度 診療報酬改定の要点〈医科〉

医療機関の深刻な経営危機打開には不十分

6月から実施される今次診療報酬改定は全体で+2.22%のプラス改定となった。しかし、外来については再診料の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)上乘せされたのみで、その他療養の給付の改善に充てられた財源もわずか0.1%というお粗末な内容である。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。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) 再診料が1点引き上げられ76点となった。
- 2) 再診料の時間外対応加算が「時間外対応体制加算」に名称変更され、点数が引き上げられた(加算1:5点→7点、加算2:4点→5点、加算3:3点→4点、加算4:1点→2点)。施設基準に変更はなく、再届出も不要。
- 3) 「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」が初・再診料等に新設された。初診時は加算1、2、3で、それぞれ15点、9点、4点を月1回算定。再診時は月1回2点のみ(要届出)。マイナ保険証の利用率は一律「30%以上」となったが、電子処方箋の発行体制や電子カルテ情報共有サービスの活用体制等の有無により初診時の点数が分かれる。また、当該加算を届け出ると、明細書発行体制加算を算定することができなくなるので注意が必要だ。
- 4) 初診料の「機能強化加算」の施設基準に、「業務継続計画」(BCP)を策定し、計画に従った必要な措置を講じることが追加された。点数(80点)に変更はない。
- 5) 健康診断、検診及び予防接種後の初・再診料等の算定方法が通知に規定され、明確化された。

2. 医学管理等

- 1) 特定疾患療養管理料の対象疾患の「胃潰瘍及び十二指腸潰瘍」について、「消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合」が除かれることとなった(特定疾患処方管理加算の対象疾患も同様)。また、算定要件及び施設基準に「長期処方及びリフィル処方についての院内掲示」「患者の求めがあればこれらに適切に対応すること」が追加された。
- 2) 生活習慣病管理料について以下の改定があった。
 - ①生活習慣病管理料(Ⅱ)において、包括対象外となる医学管理料が

拡大し、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、外来栄養食事指導料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料など23の医学管理料が併せて算定できることとなった。

②糖尿病を主病とする生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)において、糖尿病の治療目的以外の自己注射管理を行う場合は、在宅自己注射指導管理料を併せて算定できることとなった。

③生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)において、療養計画書への患者署名が不要となり、様式が変更された。

④「眼科医療機関連携強化加算」「歯科医療機関連携強化加算」が新設された。

⑤対象患者については、患者と相談の上、次回の受診日を決めておくこと等とされた。

⑥原則として、必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うとされた。ただし、他の医療機関で実施した血液検査等の結果を参照できる場合等はこの限りではない(当該検査等の結果を診療録に記録する)。

⑦外来データ提出加算が、「充実管理加算」に変更された。高血圧、脂質異常症、糖尿病について、検査・特定健診を実施した患者割合、受診間隔が6カ月以内の患者割合などを算出し、データで提出した場合に算定する。

3. 在宅医療

1) 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料について、以下①または②の要件を満たさない場合は、訪問診療等の回数に関わらず「月1回訪問診療を行っている場合」の点数を算定しなければならないこととなった(難病等の患者に月2回以上訪問する場合を除く)。これに伴い、6月からの算定にあたっては、すでに届け出ている医療機関も含め再度の届出が必要となる。また、毎年2月、5月、8月、11月に本要件の該当可否について点検し、変更があった場合は同月中に速やかに届出を行う必要があるとされた。

①直近3カ月に訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月未満であること。

②直近3カ月に訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上である場合は、以下を満たすこと。

直近3カ月の(ア+イ+ウ)の数÷エ≥20%

※ア:「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数

イ: 訪問診療料を月2回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数

ウ: 在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数

エ: 直近3カ月の在宅患者訪問診療

料を月2回以上算定する患者及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数

2) 連携型の在宅療養支援診療所・支援病院(以下、支援診等)の施設基準に、以下の項目が追加された。

①当該医療機関において普段から訪問診療等を行う医師(当該医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む)による、連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保していること。

②患者またはその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者またはその看護を行う家族に説明した上で、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保する。

③やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医師が往診をする場合にあっては、当該往診医師は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医師による往診体制を確保している場合、当該医師は常時1人以下である。

3) すべての支援診等について、業務継続計画(BCP)の策定及び定期的な見直しを行うことが施設基準に追加された。

4) CPAPの在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2が10点引き下げ(250点→240点)られるとともに、管理料2に「持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算」(15点)が新設された(要届出)。同加算の施設基準は以下の通り。

①在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、当該医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している外来の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的なモニタリングを行う。

②当該月の直近3月以内において、当該医療機関がCPAP療法の指導管理を行う外来患者の延べ管理月数に占める、CPAP療法の1日使用時間が4時間以上の日が20日以上である管理月数の割合が4割以上。

5) 訪問看護遠隔診療補助料が新設された(要届出)。オンライン診療の際に、自院または訪問看護ステーションの看護師等が患家を訪問し診療の補助を行った場合、月1回に限り265点を算定する(訪問看護指示書に基づく定期的・計画的な訪問看護については対象にならない)。また、当該看護師等が、医師からのオンラインによる指示の下に検査、注射、処置を行った場合に算定する「看護師等遠隔診療検査実施料」

「看護師等遠隔診療注射実施料」「看護師等遠隔診療処置実施料」が各通則に新設された。

6) すべての在宅療養指導管理材料加算について、算定回数が「3月に3回」に統一された。

4. 検査

- 1) 骨塩定量検査の算定頻度が「4月に1回」から原則として「1年に1回」に変更となった。ただし、骨粗鬆症の治療開始日から1年以内の場合や、新たに骨折した場合などは、引き続き4月に1回算定できる。
- 2) 終夜睡眠ポリグラフィ検査の3「1及び2以外の場合」に、「口保険医療機関内で又は訪問して実施するもの(3,570点)」が追加され、従来の「その他のもの(3,570点)」が2,000点に引き下げられた。今まで通り3,570点で算定するためには、患家に医師、看護師または臨床検査技師が訪問し、患者に電極等の装着を行った上で、無呼吸の検査の全てを当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録しなければならない。

5. 投薬

- 1) 処方箋料の一般名処方加算が2点引き下げられた。
- 2) バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合にも一般名処方管理加算を算定できることとなった。
- 3) 同一日に院内処方と院外処方が混在する場合の、緊急やむを得ず行った場合の取り扱いが、通知において明確化された。
- 4) 処方箋様式が一部変更された(①残薬確認の欄について「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」の項目が追加、②リフィル処方箋についての説明文が追加)。
- 5) 外来後発品使用体制加算が廃止され、「地域支援・外来医薬品供給対応体制加算」が新設された(要届出)。規格単位数量に占める後発医薬品の割合及びそれに対応する点数は変更ない(加算1(90%以上)8点、加算2(85%以上90%未満)7点、加算3(75%以上85%未満)5点)。また、施設基準から「カットオフ値」の基準が削除されたが、新たに以下①～③が追加された。

①個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。

②医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。

③厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。

保険診療 のてびき

-782-

不眠・せん妄の薬物療法 ～リスクマネジメントの観点から～

大阪市立総合医療センター精神神経科 医長 粥川 朋哉先生講演



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

はじめに

大阪市立総合医療センターは約1000床の総合病院であり、年間の手術件数は1万件を超える。精神科はリエゾンチームと認知症ケアサポートチームで全病棟からコンサルトを受けているが、せん妄関連の依頼が半数以上を占める。せん妄は不穏や興奮を認めることがあり、発症すると対応がとても困難である。なので、せん妄は起こってからどう対応するかというよりは、いかに起こさないようにするかが重要である。今回、せん妄の予防について薬物療法を中心に説明する。

せん妄について

せん妄は、意識障害や意識変容、注意障害などの症状を認めるのだが、それらの症状に日内変動を認めるという特徴がある。術後の夜間に眠れず興奮状態となり大暴れした患者さんが翌日に精神科リエゾンチームにコンサルトされることになるが、日中に診察に行き、「昨日は眠れましたか」と聞くと「よく眠れました」という答えが返ってくるのである。

つまり、その患者さんは昨晚のことを覚えておらず、意識障害を起こしていたと考えられるわけなのだが、診察時には意識障害は認めていないので、日内変動を伴う意識障害と考え、せん妄の対策を講じることになる。

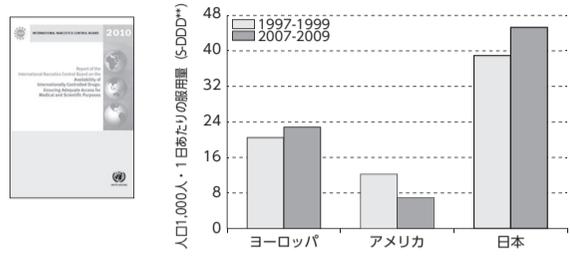
せん妄の要因は、準備因子、直接因子、促進因子がある。準備因子はせん妄になりやすい素質みたいなもので、高齢者や認知症患者が挙げられる。その準備因子を持った者が直接因子にさらされるとよりせん妄発症リスクが高まる。直接因子はまさに直接のきっかけであり、全身状態の増悪や手術、薬剤がある。そして、促進因子があるとさらにせん妄のリスクが高くなるというもので、せん妄が燃え盛る火だとなると、促進因子は油のようなものである。促進因子には、不眠やストレスがある。

こうして見てみると、入院患者がせん妄を起こすことは避けられないことのようにも思えてくる。高齢者や認知症患者が全身状態増悪となり、入院し手術や投薬を受ける、さらに慣れない環境での生活はストレスであろうし、当然不眠にもなることが予想できる。せん妄を予防することはこれらの因子を可能な限りつぶしていき、最小限にとどめるという作業なのである。中でも、直接因子の薬剤に関しては対策が可能であり、薬剤性のせん妄をいかに予防するかを中心に話をすすめる。

医薬品誘発性せん妄

せん妄の原因薬剤は様々ある。H₂ブロッカーはPPIに変更することで対応する。ステロイドやオピオイド、抗コリン薬などは身体的治療に

図1 ベンゾ系薬剤の消費量



United Nations, Report of the International Narcotics Control Board on the Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes, 2010.

必要な場合が多く、身体科に相談し可能なら漸減していただく。薬剤性せん妄で最も予防可能なのは、実はGABA受容体作動薬かもしれない。BZ系や非BZ系といったいわゆるベンゾ系の睡眠薬や抗不安薬、アルコールなどのGABA受容体作動物質を定期的に摂取していない患者が、術後に眠れないからといって不眠時にベンゾ系睡眠薬を内服するとせん妄が起こる(図2)。

これを予防するためには、入院時の問診が重要であり、飲酒歴やベンゾ内服歴がない患者であるならば、不眠時の睡眠薬はベンゾ系を避けなければならない。当院では不眠時の頓服薬として、レンボレキサントなどのオレキシン受容体拮抗薬やトラゾドンなどの鎮静系抗うつ薬を使用している(図3)。

離脱せん妄

上記の取り組みによって、医薬品誘発性せん妄は減ってきているように思う。離脱せん妄には、アルコール離脱せん妄とベンゾ離脱せん妄がある。離脱せん妄を起こすのは、アルコール依存かベンゾ依存の患者であり、いずれもGABA受容体作動物質の定期摂取による身体依存の形成が原因である。

これを予防するためには、やはり入院時の問診が重要であり、アルコールの長期多飲歴やベンゾ系薬剤の6カ月以上の定期内服歴があれば、依存状態であるとみなして対応する必要がある。アルコール依存の場合は院内でのアルコール摂取ができない代わりにジアゼパムなどのベンゾ系薬剤を定期内服とし、ベンゾ依存の場合は内服しているベンゾ系薬剤を中断せず内服継続とする。ベンゾ系薬剤がせん妄の原因になるからといって、手術を控えるベンゾ依存患者のベンゾ系薬剤内服を中止してしまい、ベンゾ離脱せん妄が起きるといったケースを経験することがあるので注意が必要である。

いずれの場合も入院時の問診が重要であり、「ベンゾ系を飲んでないなら飲ませるな、飲んでるなら急にやめるな」という対応となる。これはアルコールも同じで、「飲んでない人には飲ませるな、飲んでる人は急にやめるな(つまり同じGABA受容体作動物質であるベンゾ系薬剤を定期内服してもらおう)」ということなのである。

図2

000268322.pdf (pmda.go.jp)

図3 当院で使用している睡眠薬

Table showing sleep medication usage from 2014 to 2024, categorized by drug type (Lamotrigine, Sporeksant, Lenoreksant, Benzodiazepines, Sedatives).

当院医療情報部

図4 リエゾンチームで使用している抗精神病薬

Table showing antipsychotic medication usage from 2014 to 2023, categorized by drug type (Clozapine, Olanzapine, Risperidone, etc.).

当院医療情報部

当院でのせん妄予防パセット

当院では、せん妄を起こしてしまった患者や、せん妄を起こす可能性が高い患者に対するセット処方を用意している。ラメルテオン8mgを夕食後、スポレキサント15mgもしくはレンボレキサント5mgを眠前に定期処方とし、不眠時にはトラゾドン25mg、不穏時ペロスピロン4mgを頓服処方としている(図3)。これらのセットは病院全体に周知しており、身体科でも幅広く使用されており、せん妄対策の初期対応は主科で行うという理想が現実化してきている。

ただし、内服が困難な場合、拒薬などの拒否的態度を含む不穏が強い場合などは、セット処方だけでは対応が難しく、当科でさらなる対応を行うことになる。その際には、プロナンセリン貼付剤、ヒドロキシジン塩酸塩注射液など、経口以外の投与経路を持つ薬剤を使用することが多

く、特にプロナンセリン貼付剤は、投与時のリスクがほとんどなく、看護師など医療者側にも安全であるといえる(図4)。

おわりに

入院時の対応については問診が重要であったが、普段の診療から、アルコール依存、ベンゾ依存を形成しないよう注意していくことが、より重要である。不眠患者に安易にベンゾ系薬剤を処方することは避け、メラトニン系やオレキシン系の睡眠薬を中心とした薬物療法を施行することが、せん妄予防につながる。

今回は、不眠・せん妄の薬物療法について、リスクマネジメントの観点から、せん妄予防を考慮した不眠の薬物療法をメインテーマとして、お話をさせていただきました。

(2025年8月30日、薬科部研究会より)



これからの研究会・行事のご案内

4月の診内研

第632回診療内容向上研究会

病歴聴取のピットフォール

日時 4月25日(土) 午後5時～
会場 兵庫県保険医協会5階会議室
講師 今村総合病院 臨床研修部長 西垂水 和隆先生
※講師来場でのご講演です。

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。

無料

診断には病歴聴取が最も大切と言われています。しかし詳細な問診を行なっているにもかかわらず、その解釈を間違えると誤診してしまうことがあります。
今回は実際に誤診しそうになった、あるいは誤診したケースの反省点から、病歴聴取のピットフォールとして考えていきたいと思えます。なお拙著「総合内科診断メソッド」からの症例がほとんどです。
【西垂水 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。
案内メールが送付されます。 <https://x.gd/MX9Kn>



来場参加

FAX 078-393-1820

歯科部会

6月改定準拠!

歯科施設基準研究会 「歯初診」「外安全」「外感染」「根管強」「歯援診」「歯援病」

日時 5月10日(日) 午後2時～5時30分
会場 兵庫県農業会館 11階大ホール
講師 甲南医療センター 歯科口腔外科部長 古土井 春吾先生
定員 200人 **参加費** 1,000円(受講証当日発行)
対象 歯科医師、会員医療機関の歯科助手・歯科衛生士

- 第1部 「歯初診」「外安全」「外感染」
- 第2部 「根管強」「歯援診」「歯援病」
施設基準対応研修

お申し込み・お問い合わせは ☎ 078-393-1809 **FAX** 078-393-1802

医院経営研究会 第459回例会

知っておきたい労務関連の法改正 ～働きやすさと定着に活かす～

日時 4月25日(土) 午後2時30分～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 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) **入会随時受付**

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。
<https://tinyurl.com/yc4a2984>



来場参加 FAX 078-393-1820

今後の研究会・行事予定

診療内容向上研究会

【第633回】

テーマ 慢性腎臓病(CKD)診療の最前線ー尿アルブミン定量に基づく治療戦略と自己管理の要諦ー

日時 5月30日(土) 午後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 東北大学大学院医学系研究科腎臓内科学分野 外来医長 長澤 将先生

歯科の行事

歯科定例研究会

テーマ インプラント治療におけるメインテナンスーあなたの医院にインプラント患者さんが来たらどうしますか?ー

日時 6月7日(日) 午後2時～
会場 兵庫県保険医協会5階会議室
講師 サンスター財団附属千里歯科診療所 鈴木 秀典先生

歯科施設基準研究会 6月改定準拠!

テーマ 「歯初診」「外安全」「外感染」
日時 7月12日(日) 午前10時～
会場 兵庫県農業会館11階大ホール
講師 兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座教授 野口 一馬先生
定員 200人 **参加費** 1,000円(受講証発行)

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」「保険診療のしくみ、受付業務」「歯科外来における院内感染対策」「患者接遇とコミュニケーション」
日時 6月28日(日) 午前10時～午後4時
会場 兵庫県保険医協会5階会議室

定員 80人
参加費 6,000円(テキスト代・修了証書・弁当、お茶代含む)

その他 研究会・セミナー

薬科部 研究会

テーマ 令和8年度調剤報酬改定について
日時 5月16日(土) 午後4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 株式会社メディセオ
参加費 1,000円(会員無料)

相続セミナー

テーマ 相続・継承セミナー & 個別相談会
日時 5月31日(日) 午前10時～
会場 大阪府保険医協同組合 5階 M&Dホール
講師 株式会社相続ステーション代表取締役 寺西 雅行氏
定員 60人

院長のパートナーのみなさまのための懇談会

テーマ スタッフの力を引き出すコミュニケーションー気づきと成長を支える関わり方ー
日時 5月28日(木) 午後2時30分～
会場 兵庫県保険医協会会議室
講師 奈良県香芝市・永野整形外科クリニックヘルプデスク、
株式会社クリニックイノベーションサポート代表 永野 光氏
定員 30人

県下各地の行事

【尼崎支部】春のミニ文化企画

テーマ 尼崎寺町ウォーク
日時 4月11日(土) 午後2時30分～

集合 阪神尼崎駅南側 空港バス乗場前
案内 尼崎市ボランティアガイド
※終了後、懇親会予定

【淡路支部】ミニ勉強会

日時 4月14日(火) 午後8時10分～
会場 (リモートミーティング)
講師 洲本市 高田 裕先生

【神戸支部】職員接遇研修会

テーマ 接遇力アップ&クレーム対応ー患者さんの心をしっかり掴む!ー
日時 5月16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 株式会社クリニックイノベーションサポート代表取締役 永野整形外科クリニックサポートデスク 永野 光氏
定員 70人 **参加費** 1,000円(受講証当日)

【北阪神支部】接遇研修会

テーマ 信頼関係を築くみんなのコーチングークレーム対応も含めて
日時 5月23日(土) 午後3時～
会場 東りいたみホール3階大会議室
講師 マネジメントコンサルタント 松田 幸子氏
参加費 1,000円(受講証当日)

【神戸支部】職員接遇研修会

テーマ ー接遇をワンランクUPするためにークレーム対応からクレーム予防へ
日時 7月4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 株式会社クリニックイノベーションサポート代表取締役 永野整形外科クリニックサポートデスク 永野 光氏
定員 70人 **参加費** 1,000円(受講証当日)

兵庫県保険医協会

これからの研究会・行事のご案内

薬科部研究会

緊急避妊薬の使い方と 妊娠中に注意が必要な薬

日時 4月18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 淀川キリスト教病院 産婦人科 医長 柴田 綾子先生
参加費 1,000円

2026年2月より緊急避妊薬が薬局で要指導医薬品として販売開始となりました。緊急避妊薬は女性のSRHR(セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ)の一つであり、予想外の妊娠を防ぎ、女性の健康と尊厳を守るために非常に大切な薬です。緊急避妊薬を提供する際に気をつけるポイント、問診や情報提供のコツについて解決します。

また、後半では妊娠中に注意が必要な薬についての解説をします。
 【柴田記】

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-を記載の上、研究会前日までにchyogo-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。

勤務医のための開業実現セミナー

理想を実現する新規開業 **医科**

日時 5月30日(土) 午後2時30分～5時
会場 兵庫県保険医協会 6階会議室(オンライン併用)
 第1部「開業構想から開業地選定、設計・建築、機器など」
 第2部「最近の開業費用の動向と資金調達」
 グリーンホスピタルサプライ株式会社
 第3部「私の開業体験～開業準備から開業医の診療・経営の実際まで」
 東灘区 頭痛・認知症もりた脳神経クリニック 院長 森田 匠先生

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/hFlgP>

来場参加 **FAX** 078-393-1802

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/wdHJ3>

来場参加 **FAX** 078-393-1820

政策研究会

高市政権の経済政策と 日本経済再生のマクロ戦略



日時 5月31日(日) 午後3時～4時30分
会場 兵庫県保険医協会会議室(オンライン併用)
講師 日本成長戦略会議委員(高市政権の経済アドバイザー) 会田 卓司先生
参加対象 会員限定

日本経済の長期停滞のなかで、「財政制約」を理由に成長に必要な投資が抑制されてきました。本講演では、政権の経済アドバイザーである会田卓司氏を講師に迎え、日本経済再生の方向性を解説いただきます。会田氏は、将来世代への真の負担は国債ではなく、成長機会の喪失であると指摘します。創業・先端医療は成長戦略17分野の一つであり、医療を「社会的コスト」ではなく未来への投資として捉え直す視点は、医療政策や地域医療の持続性を考える上でも重要です。

財政と医療の将来を考える貴重な機会として、ぜひご参加ください。

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/mVCPH>

来場参加 **FAX** 078-393-1807

歯科部会 歯科衛生士対象研究会のご案内

口腔機能実地指導料の施設基準研究会

日時 4月29日(水・祝日) 午後2時～5時
会場 兵庫県農業会館 11階大ホール
定員 200人 **参加費** お1人1,000円(受講証当日発行)
参加対象 会員医療機関に勤務する歯科衛生士の方限定

「口腔機能発達不全症および口腔機能低下症の診断の概要、検査法」
 伊丹市・かわむら歯科院長 川村 一喜先生
 「訓練法、実地指導方法と評価など(入院患者や在宅・施設療養患者への対応含む)」
 スマイルMFT代表、西宮市・タケバ歯科クリニック 熊谷 周子歯科衛生士

お申し込み

FAX 078-393-1802

勤務医のためのライフプランセミナー

開業・教育・老後の“お金をみえる化”入門

日時 5月23日(土) 午後3時～4時30分
会場 兵庫県保険医協会会議室(オンライン併用)
講師 資産設計コンサルタント 服部 直樹氏

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/ymzGD>

来場参加 **FAX** 078-393-1802

国際部 Medical Englishセミナー

医師・歯科医師・メディカルスタッフのための 英語で診療 急性腹症 ～Acute abdomen～

日時 5月10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 Mr. Robert Conroy
対象 医師・歯科医師、メディカルスタッフ



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/aJli5>

来場参加 **FAX** 078-393-1820

受験対策セミナー

難関中学 医学部・歯学部受験 来年度入試の動向と各学年のチェックポイント

日時 4月5日(日) 午後1時～
会場 兵庫県保険医協会 6階会議室 **講師** プロゲート講師陣

- ① 中学受験 午後1時～ 最新の入試動向と志望校・塾の相性等問題点
- ② 医学部受験 午後2時～ 最新の入試動向と合格への最強メソッド
- ③ 個別相談会 午後3時～ (協会会員・来場者のみ。要事前申込)

※歯学部受験対策については個別相談会にて対応します
 ※学習・進学、塾・予備校相談、受験情報等を提供します

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/27MNI>

来場参加 **FAX** 078-393-1802

兵庫県保険医協会

お問い合わせは ☎ 078-393-1801

<http://www.hhk.jp> 兵庫県保険医協会 🔍 検索

格安の保険料と高い配当還元

過去15年平均年間保険料の **39%** を配当

グループ保険

病気があっても入りやすくなりました

新グループ保険

死亡リスクに

掛金なしで先進医療保険の加入OK



安心の資産形成を

保険医年金

加入者数4万8千人、積立金総額1兆3千億円

もっと便利な積立保険

積立年金 **DefL**

デフェルクン

残高照会や必要資金の払い出しはスマホで簡単!

老後リスクに



保障をさらに手厚く

休業リスクに

非営利だからコスパが秀逸!

休業保障制度

所得補償保険

休業損害補償

天災や水漏れ等による休業損害も安心



医事紛争リスクに

医師賠償責任保険

業務災害補償保険

労務トラブルに備えて

新登場

介護保険

—ササエル— **Sasa*L**

保険料が断然安い「要介護2」でお支払い最高2000万円の高額保障

団体割引きでお得になります

自動車保険

火災保険

医療保険・ガン保険

もっとあるリスクに

ドクターに最適を提供します

春の共済募集

好評受付中!

<http://www.hhk.jp>



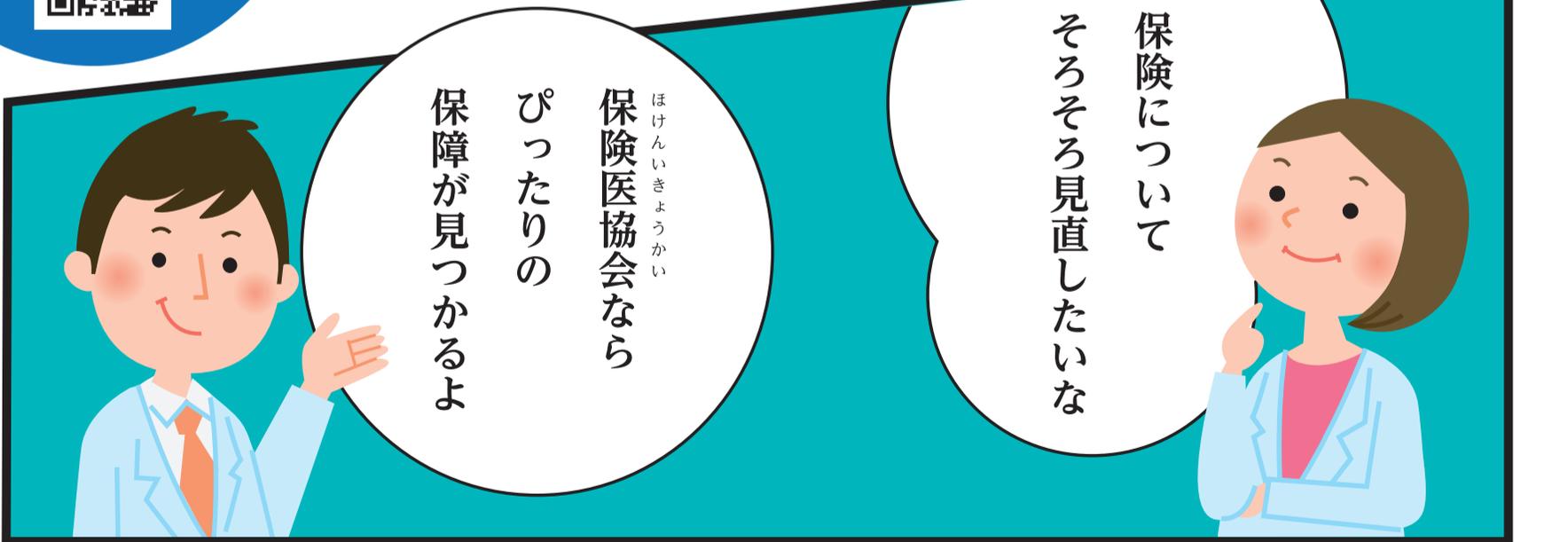
保険医協会 共済制度のご案内

ほけんいきょうかい 保険医協会なら

ぴったり保障が見つかるよ

保険について

そろそろ見直したいな



【個人保険の団体割引きもご利用ください。】 ※明治安田生命、日本生命、三井住友海上あいおい生命にご加入の会員 ※大樹生命にご加入の会員とご家族、従業員

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。

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、パンフレットを必ずご確認ください。

詳しくは裏面をご覧ください

お問合わせは共済部まで ☎078-393-1805



保険医協会の共済制度 好評受付中!



休業保障制度

締切 5月25日 (8月1日加入)

対象
ドクター

入院は**1日目**から、自宅療養は**4日目**からお支払い
 割安な掛金が満期まで上がりません
 最長75歳まで、**730日**の充実保障
 掛け捨てではありません
 切迫流産、帝王切開も給付
 「高血圧症」「脂質異常症」「高尿酸血症」の方も
 加入しやすくなりました



	1日あたり	1ヵ月(30日)あたり
開業医 入院	64,000円	192万円
8口加入の場合 自宅	48,000円	144万円
勤務医 入院	24,000円	72万円
3口加入の場合 自宅	18,000円	54万円

掛金は1口2,500円~3,700円(加入時の年齢による)
 開業医は8口、勤務医は3口までご加入いただけます。

休業保障制度で高い保険料の見直しを

規模の大きな団体保険だから断然安い

グループ保険

締切 毎月20日 (翌月1日発定)

対象
ドクター
配偶者

病気があっても**入りやす**くなりました

死亡保険は安さが一番!
 過去15年平均の配当率は**39%**
 配偶者も**2,000万円**の
 セット加入OK
 毎年、**高配当を維持**
 過去31年連続配当!

断然安い
保険料と
さらに
配当金も!



新グループ保険

締切 毎月20日 (翌月1日発定)

対象
ドクター
配偶者
子ども

掛金負担なしで先進医療保険の加入OK
 (最高1,000万円)
 掛金は協会グループ保険より低廉
 子ども加入特約あり(400万円)
 協会グループ保険の上乗せ保障に

協会グループ保険 **6,000万円** + 新グループ保険 **6,000万円** = **最高保障額 1億2,000万円**

所得補償保険

締切 毎月26日 (翌月1日発定)

対象
ドクター
スタッフ

入院、自宅療養とも**1日目**から補償
 病気があっても**入りやすい**
 精神疾患による休業も補償

業務災害補償保険

労務トラブル(セクハラ、パワハラなど)による
 さまざまな損害賠償リスクの備えに



ご加入例	年間保険料
開業医(医科歯科共通) 人数方式: 院長含め職員5人の場合	94,440円
死亡補償 500万円	雇用慣行賠償責任補償特約 3,000万円 (コンサルタント費用あり)
入院補償 1日につき5,000円	使用者賠償責任補償特約 1億円
通院補償 1日につき1,000円	事業者費用補償 100万円

医師賠償責任保険

締切 毎月20日 (翌月1日発定)

対象
ドクター

院内の事故による賠償費用、弁護士費用等の訴訟費用、
 応急手当の費用まで補償します。

ご加入例	S型1事故	年間保険料
医科勤務医	3億円	53,840円

保険医年金

締切 6月25日 (9月1日加入)

対象
ドクター

急な出費にも**1口単位**で解約可能
 都合に合わせて掛金中断・再開
 満期日の**事前指定は不要**
 万一の時はご遺族に**全額給付**

年金保険なのに
この自在性



58年の実績と信頼

もつと便利で有利な積立保険

予定利率 **1.225%**
 2024年度の配当率は **1.314%**
 となりました。

保険医年金は、加入者数4万8千人、積立金総額1兆3千億円を
 超える日本最大の私的年金制度です。

◎「月払」1口1万円~ / ◎「一時払」1口50万円~

運用は、日本生命、第一生命、明治安田生命、太陽生命、大樹生命、
 富国生命が共同受託しています。

積立年金 DefL

締切 7月1日 (9月1日加入)

対象
ドクター
スタッフ

制度タイプは**一般型**と**個年型**の2種類
 ※一般型は一般生命保険料控除、個年型は個人年金保険料控除の対象です。

少額単位の「月払」毎月5,000円~300万円
 「一時払」で上乗せ 毎回10万円~1億円
 解約せずに必要額の**払い出しOK**

受取方法は**確定年金**でも**終身年金**でも
 一括受取もできます

残高照会や必要資金の
 払い出しはスマホで簡単!

予定利率 **1.289%**
 2024年度の配当率は **1.605%**
 となりました。



運用は、明治安田生命、富国生命、太陽生命、大樹生命が共同受託しています。

団体割引で**お得**

自動車保険 **火災保険** **医療保険** **ガン保険**

も協会にお問い合わせ
合わせください



自動車保険、火災保険 協会からの引き落としに変えると年払い保険料が**5%**引きに! 同居のご家族、別居の扶養親族、従業員もご利用いただけます。

お問い合わせは保険医協会 共済部(☎078-393-1805)まで