

# 審査問題特集

(本号は未入会の先生にも  
お送りいたします。)

# 石川保険医新聞

発行所  
石川県保険医協会  
金沢市泉1丁目5番71号  
☎(0762)43-6773  
発行人 松本吉典  
印刷所 ユーアイ印刷  
(1部 100円)

## まだ残る萎縮診療

### 第三回審査アンケートから

約一年ぶりのアンケート調査で、この一年間の審査に対する先生方の感想及び審査の実態をうかがい知れたのではないかと思います。今回は少し具体的な項目について調査し、又審査員の改選も間近ですのでその公開に対する意見も調査してみました。ここで注意しておきたいことは回答数の大多数が内科の先生方であり、したがってその結果は内科の実態を一番よく反映しているという点です。

これは又内科標榜の先生が多いということもあるでしょうが、審査に一番問題が多く先生方の関心が深いということも考えられると思います。

### 問題の大きい内科・外科

データを検討してみますと、やはり内科では返戻のある先生方が多く、萎縮診療の項目や、経済審査の項目について

以前から云われていることですが、審査で問題が多いのは内科・外科のような大きい科で耳鼻科等の小さい科は問題が少ないということと一致するのではないのでしょうか。

### 返戻数は開業歴に反比例

一方開業歴で分けてみますと、五年以内の先生方で明らかに、返戻数が多く、又はつきりと経済審査と感じ萎縮診療を感じているという結果が得られました。その内返戻の理由はさまざまですが、保険診療に不慣れなための単なる事務的なミスばかりとは考えられないと思います。

ここで考えることは、やはり医学の中で、はつきりと保険診療という全く別の診療体系が存在するという事実です。

又、項目③の萎縮診療について診療行為に全く査定を意識しないという(ハ)の数字の中で、本当に自由に診療を行っても査定されていないという人と査定にこだわらず信念をもって自由に診療している人がいると考えられます。

### 担当審査員の公表を

項目⑤の審査委員会のあり方については、想像された通り

審査員の背番号制を求めている先生が多いという結果が得られました。

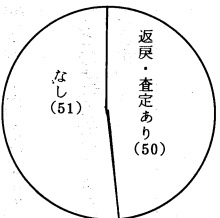
先に述べた小さい診療科目では問題が少ないのは、一説ではその専門部会の意見が審査により反映されているということですし、又審査員が単数のため公開されているのも同然だという意見もありました。このような点からも、内科、外科等の大きい科でも背番号などによる審査員の公開もその考えられてもよいのではないのでしょうか。又、審査員には大変でしょうが電話等による助言がもっと利用されてよいように思います。

以上簡単にデータの解説を試みてみました。読者の先生方で再検討され、ご意見を御投稿いただければ幸甚に存じます。

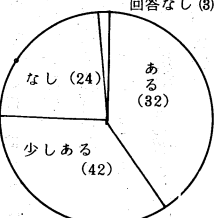
(保険部)

発送数 六四三通  
回答数 一〇一通  
回収率 一五・八%

問1 この一年間に診療内容に関する査定又は返戻を受けたことがありますか。



問2 診療にあたって、査定・減点を意識するために診療行為に何らかの影響がありますか。

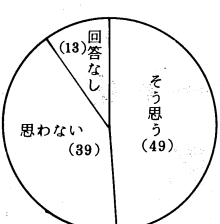


〈表1〉診療科別の集計

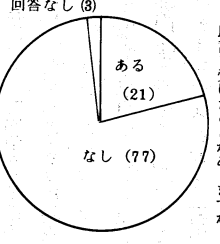
5年以内	5年以上	不明	問	1月~6月		内	小	外	整形	婦	皮	耳	眼	不明	全	体
				あるなし	あるなし											
16	29	5	1	32	1	32	7	5	2	6	0	1	1	2	50	51
9	40	2		24	7											
15	31	4	2	33	1	23	7	10	2	4	3	2	1	1	50	51
10	38	3		23	7											
15	29	5	3	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		24	0	4	0	2	1	0	0	1	32	47
5	9	0		イ. ある ロ. 少しある ハ. ない ニ. 回答なし												
5	33	2	4	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		12	0	4	0	2	1	0	0	0	24	40
5	33	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		19	6	5	2	5	3	0	1	1	42	14		
15	14	3	5	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		12	0	4	0	2	1	0	0	0	32	47
8	32	2		イ. ある ロ. 少しある ハ. ない ニ. 回答なし		19	6	5	2	5	3	0	1	1	42	14
2	20	2	6	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		12	0	4	0	2	1	0	0	0	24	40
0	3	0		イ. ある ロ. 少しある ハ. ない ニ. 回答なし		19	6	5	2	5	3	0	1	1	42	14
17	30	2	7	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		29	4	7	0	5	2	0	1	1	49	39
6	28	5		イ. ある ロ. 少しある ハ. ない ニ. 回答なし		23	3	4	2	3	2	1	0	1	39	13
2	11	0	8	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		4	1	3	1	1	1	2	0	0	13	13
6	11	4		イ. ある ロ. 少しある ハ. ない ニ. 回答なし		29	4	7	0	5	2	0	1	1	49	39
19	56	2	9	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		23	3	4	2	3	2	1	0	1	39	13
0	2	1		イ. ある ロ. 少しある ハ. ない ニ. 回答なし		4	1	3	1	1	1	2	0	0	13	13
18	47	3	10	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		4	1	3	1	1	1	2	0	0	13	13
7	15	2		イ. ある ロ. 少しある ハ. ない ニ. 回答なし		29	4	7	0	5	2	0	1	1	49	39
0	7	2	11	イ. 復活した ロ. 復活しない ハ. 回答なし		4	1	3	1	1	1	2	0	0	13	13
6	11	4		イ. ある ロ. 少しある ハ. ない ニ. 回答なし		29	4	7	0	5	2	0	1	1	49	39
25	69	7	合計			56	8	14	3	9	5	3	1	2	101	101

〈表2〉開業年数による分類

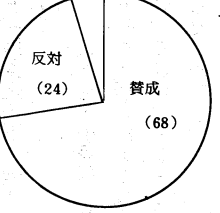
問3 現在、経済審査が行なわれていると思いますか。特に高点数のレポートについて。



問4 審査委員会のあり方について、診療内容について審査員から直接(T.E.L)など、具体的な助言を受けたことがありますか。



問5 背番号を公開し、担当審査員の氏名を明示することについて。



# 審査アンケートの意見欄から

小松市 湯 浅 幹 也

まず審査に関するアンケートを通して審査側の考え方を推察してみます。

(1) 返戻をうけた方が50%近くあり、特に返戻をうけた方が多くアンケートに回答したとしても、以前に比して返戻を多くしているように思われ、審査を厳しくしているように思われます。

(2) 経済審査が行われているかとの問に対して四四%があると答え、その内容についても、時には高点数の場合にはメサフィリンのような常識的なものまで返戻されていること

とや、注射回数、往診の制限を訴えていることから、高点数のものには経済審査をしていると思われ。

(3) 返戻又は審査された内容を見て、

(a) 平均的な薬剤や検査(たとえばフィルム枚数)の使用量を極端に上まわった場合や、

(b) 主として、ビタミン剤、ビタメジン、ハイコパール、ヌトラゼ、デラボリン等の返戻が多く、これらの薬剤は審査側は不急の薬剤と考えている場合や、

(c) ニコリン、タチオン、オ

アットとは思えない。一九四五年に至っては、終戦を目前にしたソ連の参戦等、その都度日本外交は結果的に判定負けの感じがしてならない。

▽スラブと大和の民族性の違いか、又は、国土的環境の相

違か、議論のある所だろうが、日本人のせっかちさと熱し易くきめ易い性格と一方つかみ所のない気の長さに加え、あの執念とも思える領土執着心を持つソ連相手の外交は、目先の利益のみで早急な解決

今この日本で、国民が一番関心のある外交問題は、と問われれば十人中八人迄、二百カ

ラブルや審査のやりにくくなることなどの理解を示す人々もありますが、審査体制の何らかの明朗化を訴える人が多いようです。

(A) 同じ内容について一度審査委員で了承したにもかかわらず、翌月又返戻があるなどの例のように回答に対してなど審査側の見解がはっきりしないことから相互不信。

(B) 他県との間に見解の差が

あつて、これが明らかに説明されていない。

(C) 時に前項の a・b・c についての、はっきりした審査会の規程と見解が公開されていない。

(D) 診療側と審査側の明朗な話し合いの場がない。

(E) 事務審査では温かみがない。などの要求が多いように思われます。

望まれる

審査委員と保険医の話し合い

金沢市 井口 英 樹

私自身開業してまだ日も浅く、健康保険医療の歴史や保険診療のルールについてもよくその一部を知った程度でまだまだ不勉強であり、これからいろいろ研究してゆきたいと思っております。皆さん方から教えていただくことも数多くあり、その意味で「審査に関するアンケート」はたいへん勉強になります。

さて、審査内容についてはこれまでにも随分その基準が変つてきていると聞いています。その内容・基準は今まで公表されたことがなく、最近になってようやくその一部が(秘)の記号を附して医師会会員に知らされるようになってきたに過ぎません。このような審査委員会と一般会員との間の断絶が、審査あるいは審査委員に対する不満の大半を占めているように思っています。アンケートの中でも何人

か。先生が希望しておられるように、年に数回審査委員の先生方と一般会員の間で話し合いの場が持たれるならば、こうした不満やトラブルも少なくなるのではないのでしょうか。

さらに県医師会あるいは保険医療協会等今までに出版されたことをまとめ「保険診療の手引」のような小冊子を作ることが出来れば、これから開業される先生方は勿論のこと、われわれにとっても随分役立つのではないかと思います。

▲おこたわり▼

(1)、今回の審査問題特集は四月中に号外として発行する予定でしたが編集上の遅れから本紙五月号とし編集しました。

(2)、連載中の「病院だより」、「開業医のゴルフ」は紙面の都合で次号に掲載します。

平均点数が高いことや本人・家族の点数差を問題にするのはおかしいと思う。本人は整形外科的、内科、胃腸科的慢性病が多く、ていねいに検査・処置をし、投薬すれば平均点数が高くなり、家族は子どもの切創や肘内障等短期間で治癒する症例が多いので当然平均点は低くなります。子どもの胃透視はほとんどありません。胃腸ですから本人の胃透視は多いわけです。特に最近ではパートの奥さん方が多く、ほとんどの主婦は本人で治療を査定は勿論のこと、返戻されたくないものです。

(外科・胃腸科 2年半)

審査委員との話し合い等では正当な理由があれば査定はしないことになっているが少し長くカシワドル・コカルポ25mg等が多数例に使用していると戻す審査委員がいる。

(内科・小児科 16年)

。継続療養にて該当疾患に適さない薬剤を処方してあったレセプトについて返戻された。(査定ゼロ)

(眼科 1年)

。直に対し初診時切開を行ない、治らないので後日抜爪術を行なったところ手術二回という理由で査定された。

(整形外科 3年)

。診断名に迷ったため、病名

と使用薬剤の不一致によるもの。

(内科・小児科 30年)

。投薬が病名にあてはまらない。これは病名を一つ書き落したためです。

(産婦人科 22年)

。貧血、多発性神経炎にビタメジン6Cを使用したところ九・十・十一月と見事に直接査定された。(返戻はなし)

(内科 7年)

。薬効再評価の結果、ダイメジン4C↓3C

(内科 20年)

。脳卒中にニコリン注使用

(内科・小児科 30年)

。七月鎖骨骨折(小学二年生)デラボリン25mg 68x8→58 八点不明。

十一月腹部熱気流 習慣性便秘 T-XI-TT

十二月腸透視XIP四ツ切十二枚↓四ツ切六枚、減点六十六、三十三点不明

十二月右足多発鶏眼ビブラマイシン(100)2C 41x10→410

安全靴をはく労働のため切創処置後、感染予防に使用

十二月斜角筋症候群、変形性脊椎炎にCVM 20cc、ヌトラゼ50mg、ハイコパール50Cap 46x6~11三枚のうち二枚

ハイコパールのみ査定となる

十二月慢性胃炎、肝障害疑にコスパル6CがDとな

るが復活。

(外科・胃腸科 2年半)

。支払基金・カシワドル・コカルポ25mgのコカルポについて削除、合計100mg以内ですが、内服とだぶるという理由。

骨折について、デカデラ

ポリンの査定。(外科 5年)

(三面につづく)



医心凡語

### 担当審査委員

#### 公表の是非

○ 医師の判断で行われた診療に対して返戻・査定があれば当然審査委員との間に意見の交換が行われるべきです。小生にはそれが大変勉強になっています。恥ずかしい思いをすることもありません。難しいことは委員会に提出して意見を聞くことになっていきます。ただし、みえすいた或いはこじつけとか思われぬ意見は通らないのではないかと思っています。

○ 審査委員によって審査基準が異なるように思われる(支払基金と国保連でも)。是非統一して欲しい。

(外科 10年)

○ すべて事前に本人に話し診療内容の向上、本人の気にならないこと、思い違いを訂正されたらいい。その意味で委員の氏名がわかると直接に聞くことができる。

(小児科 24年)

(審査委員より)

○ 担当審査委員の氏名を明らかにすることについては賛成であるが実行は不可能である。

(内科 6年)

○ 審査委員に直接お話しを聞くとなるほどと思われる事柄が多い。しかし公式には決ってもらえない。審査委員も医学的に学者でない点もあるのだからか。会員の中にはかなり悪質というか easy going というか打算的すぎる人が多すぎるのではないかと。

(内科 12年)

○ 審査委員が改選される場合、支払側及び医師会側とも全員新しい人にすべきである。つまり再選されないことにする。

(外科 1年)

○ 他県に比して石川県の審査は同じレベルですか？

(不明)

○ 耳鼻科や眼科、皮膚科では審査委員ははつきりしており、それでトラブルは起っていない。内科・外科でも明示してよい。審査委員会として審査するということと担当審査委員は誰だったということとは別である。

(耳鼻咽喉科 18年)

○ 審査委員会全体の審査であるから番号云々には問題がある。再審査に際する体制下にあつては困難な問題については保険医協会の方で御配慮されたい。

(内科・小児科 40年)

#### 経済審査の傾向

○ 高点数の注射(抗生剤、ネオラミンスリB等)に返戻例多し、特に一般の場合でも診療日数の多いものを査定している。

(内科・小児科 25年)

○ 数年前に寸枚くらい同じ内容の査定があり、支払基金へ

(内科・小児科 25年)

## 審査アンケートに寄せられた意見・要望

○ 妊娠時A抗原、トキソプラズマ、風疹等の抗体検査は特に病名を記入しなくてもできるようにしたい。

(産婦人科 7年)

○ 全体の平均点数が上がればたまに高点数があつても最近では通過しているようです。自分の平均点数が下がったためか……。

(内科 7年)

○ 純粋に学問的立場に立脚してが当然だがどちらともいえない場合があり、経済審査についてはどちらともいえない。

(内科・小児科 29年)

○ 高点数(1000点以上)のものが多いが、経済審査されるように思う。

(内科 36年)

○ 高点数とは何か。具体的にいろいろケース・バイ・ケースでしよう。

(内科・小児科 40年)

○ 高点数のレセプトが特に詳細に審査されるのは当然であると思う。

(耳鼻咽喉科 18年)

○ 某審査委員は平均点数が高いと直接審査委員の席上で述べた。また付箋に書かれたことでもある。

(外科・胃腸科 2年半)

○ 経済審査が行なわれているとは思われないが、平均点数が高いと個別指導を受けられるので気をを使う。

(内科・小児科)

○ あまり高点数のものが少ないのでわからない。

(外科 4年)

○ ここの伝達はやめてほしい。裏で何かそこそやってる感じがして不愉快である。

(内科 7年)

○ 年に少なくとも二回位の審査委員の側からみた保険医に対するアドバイスがほしい。

(内科 17年)

○ 縫合を行った場合、同時に処置(ガーゼ使用、リパノール湿布等)の点数を加算できないのがおかしいと思います。創傷は縫合しただけでは不可ゆえ。

(産婦人科 12年)

○ 最近、往診、注射回数、診療日数等に制限を加えようとする傾向にある。特に老人医療にその傾向が強い。起居不自由の老人の往診が制限されるため入院治療をすすめているが、付添人なしの場合、受け入れ病院がないので弱っている。自然に放置状態になっている。

(内科・産婦人科)

○ 減点のみならず増点も厳格にやしてほしい。特に、内服注射、検査等の「固定点数の誤り」「薬価計算の誤り」「総計誤算」等は(+)の誤りがあつてしかるべきなのに減点ばかりされている。

(小児科・内科 23年)

○ 労災保険と同様に増点すべき間違いがあつたら増点してほしい。

(外科 11年)

○ 返戻なしにいきなり査定とすることが時々あるがまったく不可解である。また不服審査の請求を提出しても何カ月経つても何らの回答がなくナシノツブテである。

(整形外科 3年)

○ 事務員の方で査定すると思うが深夜あるいは時間外、休日手術した場合に加算点数を削られたことが二回ある。復活しようと思つたが事務が煩雑なためやめた。保険請求をしてやれやれと思つている時にまた煩雑なことをするのが厄介であるので削る前に電話で問合せる親切さがほしい。

(内科 5年)

○ 最近保険は削られないがいろいろの制約があるように思う。もっと大らかにしてもらいたい。

(内科 30年)

○ ①審査委員で実施医家としての考慮に欠け、学問的でない専ら経済的審査を行っている人がいるように思う。

(産婦人科 12年)

○ ②返戻の場合その理由を具体的にわかり易く書いてほしい。漠然とし過ぎていて。

(産婦人科 12年)

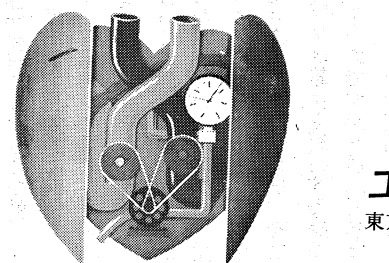
○ ③返戻があつた時、専任審査委員が医師会選出審査委員に適当に自分を弁護し当方を誹謗して、結局は削つたことがある。こちらは内情を聞かないのでつんばさじきであつた。

(内科・小児科 22年)

### 運動耐容量を増加する



- 1. 心仕事量を軽減させながら、冠血流量を増加する。
- 2. 虚血、高血圧、頻脈から心筋を保護する。
- 3. 二重盲検法で狭心症に対する薬効が確認されている。



Eisai  
エーザイ  
東京都文京区小石川4

# レセプト かんふあらんす

**第 1 例**

① 肺結核  
② 気管支拡張症

11	57年 2月 6日	診察日
12	年 月 日	診察日
13	年 月 日	診察日
14	年 月 日	診察日

31	初診	外・休・深・乳	同
32	再診	30分	同
33	再診	30分	同
34	再診	30分	同
35	再診	30分	同
36	再診	30分	同
37	再診	30分	同
38	再診	30分	同
39	再診	30分	同
40	再診	30分	同
41	再診	30分	同
42	再診	30分	同
43	再診	30分	同
44	再診	30分	同
45	再診	30分	同
46	再診	30分	同
47	再診	30分	同
48	再診	30分	同
49	再診	30分	同
50	再診	30分	同
51	再診	30分	同
52	再診	30分	同
53	再診	30分	同
54	再診	30分	同
55	再診	30分	同
56	再診	30分	同
57	再診	30分	同
58	再診	30分	同
59	再診	30分	同
60	再診	30分	同
61	再診	30分	同
62	再診	30分	同
63	再診	30分	同
64	再診	30分	同
65	再診	30分	同
66	再診	30分	同
67	再診	30分	同
68	再診	30分	同
69	再診	30分	同
70	再診	30分	同
71	再診	30分	同
72	再診	30分	同
73	再診	30分	同
74	再診	30分	同
75	再診	30分	同
76	再診	30分	同
77	再診	30分	同
78	再診	30分	同
79	再診	30分	同
80	再診	30分	同
81	再診	30分	同
82	再診	30分	同
83	再診	30分	同
84	再診	30分	同
85	再診	30分	同
86	再診	30分	同
87	再診	30分	同
88	再診	30分	同
89	再診	30分	同
90	再診	30分	同
91	再診	30分	同
92	再診	30分	同
93	再診	30分	同
94	再診	30分	同
95	再診	30分	同
96	再診	30分	同
97	再診	30分	同
98	再診	30分	同
99	再診	30分	同
100	再診	30分	同

AM数 47  
JK 10  
JK 67  
JK 3K  
JK 20  
JK 20  
JK 47  
JK 1.0

578  
408  
14322  
3166

**第 2 例**

① 肺結核  
② 気管支拡張症

11	57年 2月 6日	診察日
12	年 月 日	診察日
13	年 月 日	診察日
14	年 月 日	診察日

31	初診	外・休・深・乳	同
32	再診	30分	同
33	再診	30分	同
34	再診	30分	同
35	再診	30分	同
36	再診	30分	同
37	再診	30分	同
38	再診	30分	同
39	再診	30分	同
40	再診	30分	同
41	再診	30分	同
42	再診	30分	同
43	再診	30分	同
44	再診	30分	同
45	再診	30分	同
46	再診	30分	同
47	再診	30分	同
48	再診	30分	同
49	再診	30分	同
50	再診	30分	同
51	再診	30分	同
52	再診	30分	同
53	再診	30分	同
54	再診	30分	同
55	再診	30分	同
56	再診	30分	同
57	再診	30分	同
58	再診	30分	同
59	再診	30分	同
60	再診	30分	同
61	再診	30分	同
62	再診	30分	同
63	再診	30分	同
64	再診	30分	同
65	再診	30分	同
66	再診	30分	同
67	再診	30分	同
68	再診	30分	同
69	再診	30分	同
70	再診	30分	同
71	再診	30分	同
72	再診	30分	同
73	再診	30分	同
74	再診	30分	同
75	再診	30分	同
76	再診	30分	同
77	再診	30分	同
78	再診	30分	同
79	再診	30分	同
80	再診	30分	同
81	再診	30分	同
82	再診	30分	同
83	再診	30分	同
84	再診	30分	同
85	再診	30分	同
86	再診	30分	同
87	再診	30分	同
88	再診	30分	同
89	再診	30分	同
90	再診	30分	同
91	再診	30分	同
92	再診	30分	同
93	再診	30分	同
94	再診	30分	同
95	再診	30分	同
96	再診	30分	同
97	再診	30分	同
98	再診	30分	同
99	再診	30分	同
100	再診	30分	同

AM数 47  
JK 10  
JK 67  
JK 3K  
JK 20  
JK 20  
JK 47  
JK 1.0

578  
408  
14322  
3166

本例は同一症例が二ヶ月にわたり続けてほぼ同様の理由で返戻されたものです。

問題点はこの主治医は第一例の返戻に対して理由をつけて返戻しているため、当然第二例目のレセプトと同じにとらわれているはずで、その主治医の回答を読んでもれば第二例目の返戻はおきないはずだという点です。

一、(A)第一例目の返戻理由  
肺結核の病名でたいた抗結核薬が使用されていないので病状を問う。

また「ナイステトラV」使用の理由を問う。

(B)第二例目の返戻理由  
肺結核の病状を問う。

(注1) 二枚のレセプトは同一症例の二ヶ月続けてのものです。

(注2) 第二例目のレセプト提出のとき、当然第一例は主治医の回答と共に第二例にとらわれております。

二、主治医の回答

第一例に対して

右上肺の割合硬い陰影のほか、左右上肺野に割合やわらかい影が消長しております。三七・三〇三・八・五Cの発熱が出没し、血沈八六mm/一時二mm/一時、白血球增多六八〇〇〜一七二〇〇、多量の喀痰、CRP、(主)〜(主)咳嗽、全身倦怠感を認めております。喀痰の感受性検査の結果、C/P投与により症状割合軽減して来ましたが、気管支拡張症の常として時々つきりせず余り長くなつてもC/Pは約一ヶ月で中止し、繰返した感受性検査の結果を頼りにビブラマイシン投与で余り

CP	(+)	PSb	(-)
Kn	(+++)	ABPC	(-)
TC	(-)	Mdm	(-)
Cex	(-)	LCM	(-)
Cez	(-)	EM	(±)
CBPC	(-)	GM	(+++)

結核の病名ですが、現在の病像にはそれ程関係していませんと思われ、継続治療でもありますので病名はそのままに経過を観察しています。

第二例に対して

先月の回答の再録に加え、バクタ投与により気管支拡張症の症状やや沈静してWZ七七〇〇、減少、平熱継続がみられておりましたが二月末頃より発熱、喀痰増量、白血球增多二二〇〇〇をみており、又何か新しい治療法への切換えが必要と考えております。

肺結核の病名ですが現在の病像にはそれ程関係していませんと思われ、継続治療でもありますので病名はそのままに経過を観察してあります。

二例ともに復活減点なし

四、審査委員の意見

二ヶ月分を通して学問的に考えれば全く問題はないと思う。しかし抗生剤(特に高価なもの)が数カ月にわたって使用される際には感染症の病名の付記があった方がよいと思う。又本文で最初に指摘されている先月分(第一例)の

効果がはつきりせず、もともと経過の長い病状ですので、ナイスチン合剤のナイステトラV6K投与をした処小康を保ちましたが、又白血球増多、発熱などを認めるので他剤への切換えを考え3Kに減らし、その後バクタへ切換えたいと思います。

御参考迄に最近の感受性検査の結果を付記します。

回答を読んでいけば第二例の返戻はおこらないという点についてはおそらく審査の機構の問題ではないかと思えます。つまり返戻レセプトと当月分のレセプトを審査する担当官とが異なっていたのではないのでしょうか。同一の審査員が主治医の回答を読んでいながら返戻したとか、読まずに返戻したというのではないかと

五、内科医の意見

(1) A先生の意見

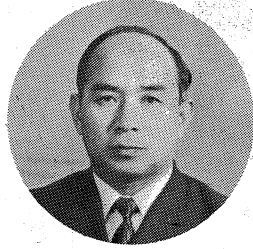
審査機構の問題だったにしろ、主治医が正当な理由で行った診療行為が二ヶ月続けて返戻されるということは納得できない。何のために主治医の回答をつけるのか分からなくなるから。

(2) B先生の意見

おそらく審査員のミスとしようが「ナイステトラ抜き」というのに「B」とつけてあるのはミスとはいえず、主治医に対して失礼ではないだろうか。(保険部)

職員採用のための募集方法と現状については先月号の「座談会シリーズ」のなかで、当日出席されました諸先生方の体験談が掲載されておりますので今回は、前月の採用時における予備知識を踏まえて面接選考をし、採用した職員が何かの事情で職員として継続雇用することが困難又は不適当と認められた場合にどのようにしたらよいかということとを述べたいと思います。

## 病院における労務管理 (5)



### 職員の採用と解雇 (その2)

企業保健診断士 宮岸 義信

まず採用を決定する前に労働条件についての病院側の言い分もよく聞いて双方が納得することが大切です。このことは前回にも述べたとおりで、もし病院側と就職希望者のいづれかに偽りの陳述があると採用後において必ずトラブルが発生します。

さてこのトラブルの原因が賃金や勤務時間、休日、交替制その他病院側の提示した労働条件と現実とに喰い違いがあった場合は、職員の方から苦情を持ち込まれるか、ある日突然退職を申し入れられ、病院の説得も聞き入れなくなる場合が多く、その補充にまたまた苦勞しなければならなくなります。ところが病院側は約束したとおり実行しているにもかかわらず、採用した職員が面接時の陳述や面接時の契約又は就業規則に反する行為があったり、業務上の指示命令に従わないような場合又

条件を明示したうえで就労した職員は、法律的に病院の示した労働条件に同意したものと看做され、その労働条件に従って労働を提供する義務を負わされているわけです。従って先に述べたような不都合な行為があった場合は、義務違反又は義務を履行する能力がないのですから病院側にとっても雇用の義務がなくなるわけですね。そこで民法第六二七条では雇用契約は当事者の双方いづれも自由に解約の申入れをすることができると定められております。雇用の義務がなくなつたり雇用の必要がなくなつた場合は解約の申入れをすればよいということになるわけです。ところが使用者側(病院)が一方的に解約することを労働基準法では解雇といひ、労働者の解約申入れを退職の申入れといひ、おろします。そうして解雇は使用者の権利として認められていますが、労働基準法第十九条では労働者を保護するために経済的に優位な使用者に対して解雇を行なう場合に制限を加えています。更に労働基準法第二〇条では解雇をするときは三〇日前に予告するか又は労働基準法第一二条の定めに従って計算した平均賃金三〇日分を支払わなければならない労働基準法第一九条によつて六ヶ月以下の懲役又は五、〇〇〇円以下の罰金に処せられることになっております。このようなことから解雇の正当性と手続き及び解雇の種類について正しい知識が必要になります。次回はそのことについて述べましょう。(つづく)



(表1) 石川県医師会検査センターのセット化検査例

- 肝 (A) : MG, ZTT, TTT, GOT, GPT, LDH, ALP
  - (B) : (A) + chE, TSP, Tch
  - (C) : (B) + Bil,  $\gamma$ -GTP, LAP, 蛋白分画 (MGを除く)
  - リウマチ: CRP, ASLO, RA, uric, TSP, 蛋白分画
  - 高血圧・腎: BUN, Na, K, Ca, TSP, Creat
  - 動脈硬化: Tch, BLP, TG
  - 心疾患: GOT, GPT, LDH, CPK
  - 梅毒: 凝集法, ガラス板法, PHA
  - 検血: R, W, Hb, Ht
- \* 症例により各セットを組合せる。

(表2) 他県センターのセット化検査の実例

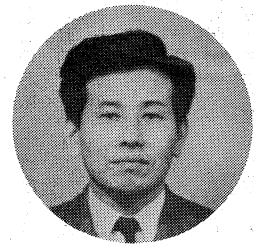
- スクリーニング
- MST (Multi-sc) : GOT, GPT, LDH, ALP, BIL, Uric, BUN, Glu, Tch, A $\alpha$ , TGP
- Sc (1) : TSP, A/G, Tch, BUN, GOT, GPT, LDH, BIL, ALP, Uric
- (2) : TSP, ZTT, TTT, GOT, GPT, MG, ALP,  $\gamma$ -GTP, LAP, LDH, A/G
- (3) : A: TSP, A/G, GOT, GPT, LDH, Tch, BUN  
B: GOT, GPT, LDH, Tch, BUN
- 肝 (1) : A: MST+TTT, ZTT, ChE  
B: GOT, GPT, TTT, ZTT, ACP, BIL  
C:  $\alpha$ -Feto,  $\gamma$ -GTP, A $\alpha$
- (2) 急: GOT, GPT, ALP,  $\gamma$ -GTP, LAP, MG  
慢: TSP, A/G, TTT, ZTT, ChE, LDH  
機:  $\alpha$ -Feto,  $\gamma$ -GTP, A $\alpha$
- (3) A: Sc+TTT, ZTT, ChE  
B: GOT, GPT, LDH, ALP, BIL, TTT, ZTT, 分画
- (4) A: MG, TTT, ZTT, CCP, ALP, GOT, GPT  
B: A+BIL, Tch  
C: B+A/G, chE, Co, Ta  
D: TTT, ZTT, TSP, Co, chE, ALP, LDH, Ta  
E: C+BIL
- (5) 肝子後: MG, GOT, GPT, ALP, ZTT, TTT+検血セット
- 高血圧(1) : A: MST+TG  
動 硬 : B: TSP, Tch,  $\beta$ -LP, TG
- (2) A: TSP, A/G, Tch, BUN, GOT, GPT, Uric, Creat, TG,  $\beta$ -LP  
B: TSP, A/G, Tch, BUN,  $\beta$ -LP, TG
- (3) : GOT, ALP, Tch, TG,  $\beta$ -LP, BUN
- (4) A: Tch,  $\beta$ -LP, TG  
B: TSP, Tch,  $\beta$ -LP, TG, NEFA
- 腎 (1) : A: MST+Na, K, Cl, P  
B: TSP, A/G, BUN, Tch
- (2) : Tch, BUN, Creat, Na, K, Cl, P, Ca分画
- (3) : TSP, A/G,  $\beta$ -LP, BUN, Creat, Tch, Na, K, Cl, TG
- (4) A: TSP, BUN, Tch  
B: TSP, 分画, ChE, BUN, NPN, Tch  
C: TSP, 分画, BUN, NPN, Tch, Creat, Na, K, Ca, Cl, chE
- 心 (1) : A: MST+HBD  
B: GOT, GPT, LDH, HBD
- (2) : Sc+ $\beta$ -LP, TG
- (3) A: GOT, GPT, LDH, Tch, BUN  
B: A+TSP, A/G, TG
- ロイマ(1) : MST+ASLO, CRP, RA, ASK
- (2) : ASLO, CRP, RA, Uric, GOT, GPT, 分画
- (3) : TSP, ASLO, CRP, RA, ASK, Uric, Creat
- (4) : TSP, 分画, BUN, Uric, CRP, RA, RAHA
- 販(1) : 梅毒三法, ABO, Rh, R, W, Hb, Ht
- (2) : 梅毒三法, Rh, ABO, MN
- (3) : TSP, A/G, STS三法, ABO, Rh
- 中(1) : BUN, GOT, GPT, TTT, ZTT, TSP, Tch, Na, K
- (2) : MST+TTT, ZTT, Na, K, Cl
- (3) : TSP, GOT, GPT, BUN, BIL, Creat, Na, K, Cl, P, Ca, 分画
- (4) : TSP, A/G, BUN, GOT, GPT, Na, K, Cl, TTT, ZTT, BIL
- その他
- 外科(1) : Sc+Uric, Na, K, Cl
- (2) : TSP, A/G, BUN, GOT, GPT, Na, K, Cl
- 貧血(1) : MST+Hb, Ht, R, W, Pt
- (2) : R, W, Hb, Ht
- 塩 : Na, K, Cl, P, Ca  
: Amyl, GOT, GPT, LAP
- 甲状腺 : T $\beta$ , Tch, 分画
- 毛細管 : A: BIL, LDH  
B: LDH, GOT, GPT  
C: R, W, Hb, Ht, Pt

開業医にとっての臨床検査は、昔は長年の経験と知識を駆使して下だす診断の補助又は確認の手段に過ぎなかった。それが最近では診断の手段の半分或いはそれ以上をこれに負っていることは事実である。最近10年間で検査の数が倍増しているのではないかとさえ思う。しかし第一線である程度限定された医療しか出来ない開業医にとっては、特に大きな要求の変化があったとは思わない。医学の進歩に遅れまいという気持ちからか、新しいものに飛びつく傾向も強いが、反面基本的というか、ルーチンのやらねばならない検査(そういうものは一般に面倒で、しかも保険点数の評価の非常に低いものが殆んどである)、これを怠りたり勝ちの傾向も又強いように思う。

検査・検便・検血・検痰・血沈といったものがこれに入る。これらの検査が大事な検査であることは判りきっているのであるが、染色したり、検鏡したりするのが面倒で、つい敬遠しがちである。一般的に検査に限らず何事にも、easy goingの傾向が出てくるような気がしてならない。感染症で起炎菌が何かを決めようとせず、治ればいいじゃないかとすぐに抗生物質を使ってしまう。これがその一例であろう。保険制度の歪んだ規制がそのようにさせている面もかなりあるとは思いますが、そうかといって止むを得ないという論理にはならない。最少限度これだけはやらねばならない医師としての義務というものを、一度反省してみるときに考えている様に思う。免疫グロブリンを検査しているながら、検血や赤沈や検尿(Bence Jones)すら行なっていないか、InulinやT $\beta$ , T $\alpha$ などが測られていてBMRや耐糖試験が行われていなかったり、胃のX線は診てあるが検便がなかったりなど、片手落ちの著しい例だと思ふ。随分生意気な

とをいう奴だと思われるだろうが、これは或る先生の最近のeasy goingへの反省が文章になったものとしてお許し頂きたい。

私は県医師会の検査センターの運営委員をやらされ、又中部地区医師会検査センターの連絡協議会に二回出席した



# 開業医の臨床検査

金沢市 齊藤昌道

に少な過ぎる様に思う。検査センターでは血液化学検査の提出検体20本に対し、ひとつ位の比率で細菌検査が依頼されている。一般開業医では感染症が診療の過半数近い或いはそれ以上と思われる割合に少ないように思う。勿論抗生剤を必要としないものも多かるが、上気道分泌物或いは

ろうし、更には例えば先月の上気道炎の起炎菌は〇〇が多かった。感受性パターンはこうだといった情報がセンターから提供されるといったことも可能になるのでないかと思う。

(3) 最近検査のセット化が一般化しつつあり、中部地区の各センターでも各々各自

傾向もみられる。これは一見無駄というが、easy goingであるかのように思われやすいが、思わぬ検査の異常値から貴重な情報が得られたという例も多く耳にする。勿論セット検査の医師としての良識ある選択が前提であることが当然必要であると強調されている。

検査もこの一例であろう。例えば慢性肝炎を疑った場合、〇〇の検査は必ず実施し、ひと月〇回の間隔で経過を追跡するといった計画的診療指針は、大学の各教室でも実施されていることでもあり、それらを参考に独自のものを作らされるのが新しい行き方だと思ふ。

今回の投稿を依頼された時、編集者はその具体例を示せということであったが、個々の症例で目違いがあり、普遍的なものを作ることは難かしい。金沢市医師会が二年前前に作った「臨床検査の選択」という表も参考に頂いて頂ければ役に立つと思うし、私が日常診療をして行なっている検査の実例を恥をしのんでお示しし、又中部地区医師会検査センターでのセット化検査の実例をも参考に供して責を果たしたいと思う。

腎・高血圧症例にはIVP、眼底鏡、PSP、尿濃縮力(Fishberg)膀胱鏡。肝疾患ではBSP又はICGを、ドウ糖20ccとゆっくり一〜二分かけて静注すれば殆んどショックの心配はない。胆道系には胆のう造影(内服法) ↓三日内服法 ↓P-LC胆のうX線断層撮影、十二指腸ゾンデ胆汁分画採取(X線テレビでの監視下では比較的短時間で出来る)、糖尿尿には50g糖負荷試験、胃疾患には胃ファイバースコープ、胃液検査。心疾患では運動負荷BCG。直腸鏡。以上が私の所の能力の限界と考え、EMR、腹腔鏡、肝シンチ、胃生検、腎生検、脾管X線造影までは官公立病院に委託することが稀にある。このような特殊検査が医師会検査センターで受け入れられるようになれば随分と会員から重宝がられるのではないかと思う。

(注) 臨床検査の選択の表をご入用の方にはコピーして差し上げます。

## 世界的水準を誇る— BIOCHEMICAL LABORATORIES

バイオケミカル・ラボラトリーズは最高度の知識と技術をマスターした技術陣を擁し近代的分析機器を駆使し、内分泌検査をはじめ特殊分析等はプリストルの誇る各種医薬品とともに医療産業に貢献しています。

日本プリストル・ラボラトリーズ株式会社

- ・バイオケミカル・ラボラトリーズ 相模原市麻溝台1 北里大学病院内 〒228 TEL 0427 (78) 8551 (代)
- ・金沢営業所: 金沢市高岡町10-3 〒920 TEL 0762 (33) 2751

協会最初の能登地区における研究会は四月二十三日午後七時過ぎより七尾市民会館で十数名の会員を集め、国立金沢病院皮膚科北村清隆先生を講師に迎え開催された。主題は「薬疹と真菌症」でその要旨を記す。

## ◎4月研究会の報告◎ 薬疹と真菌症

国立金沢病院皮膚科医長 北村清隆先生

協会最初の能登地区における研究会は四月二十三日午後七時過ぎより七尾市民会館で十数名の会員を集め、国立金沢病院皮膚科北村清隆先生を講師に迎え開催された。主題は「薬疹と真菌症」でその要旨を記す。

(c) 尋麻疹型 \* (d) 紅皮症型 (鎮痛解熱剤、抗生剤など)、\* (e) 粘膜炎皮膚眼症候群型 (同右)、\* (f) TENL型 (Toxic Epidermal Necrolysis) (同右)、\* は重症になる例が多く死亡することがあるので注意を要する。(3) 特殊型 (a) 日光皮膚炎型 (糖尿病病、降圧利尿剤など)、(b) 白班黒皮症 (同右)、(c) エリテマトーデス型、(d) 紫斑型、(e) 血管炎様病変などに分けられる。中毒疹及びウイルス性疾患との鑑別診断では既成症などに注意、薬疹らしい疹疹を生じた場合は直ちに皮膚科医と対診し、必要があれば疑わしい薬疹を中止し、他剤に変更し、必要ならステロイドの外用及び内用を行なう。再発防止に最も有効な対策は、皮膚消褪後誘発テストなどで原因薬疹を確認し、薬疹カードなどの交付により患者自身に知らせることである。

次いで真菌症であるが、その原因菌はカンディダ又は白癬菌が多く、真菌症はその難治性の病像などからそれを疑い、苛性カリ、パーカーでの真菌検査をし、その証明により診断がつけば局所及び内服薬療法で割合治癒は簡単な場合も多い。

(一) キャンディダ性皮膚病変 幼児の陰部に起こることが多く、典型像では周辺部に鱗屑を見ることが多い。大人ではビニール性のおむつカバーステロイド、制癌剤投与など特殊例でみられ、アセモ様だが鱗屑及び膿疱化をみる。

(二) キャンディダ性指間ピラ 第三指間 (薬指-中指間) に多く水をよく使う人に多い。

(三) 銭タムシ 典型的な円形病像で診断は割合簡単である。

四タムシ 男性では前方から病巣が拡がり陰部に、女性では後から臀部を主に病巣が拡がるのが特徴である。

(四) 癬風 青年男女の軀幹に好発、うす黒くなることも多く、時に白く見えることもあり、鱗屑に苛性カリパーカーを加え二、三分で菌糸を証明出来る。

(五) 頭部白癬 児童にみられ境界鮮明な灰白色、円形の落屑をもつ病巣がみられ、病巣内の毛は細く折れ、抜け落ちる。

(七) 異型白癬 難治性の混疹様の病変では既成の治療を中止して二、三日放置することにより痂皮、膿疱化し、境界鮮明となり白癬の病像がはっきりする場合が多く膿疱部などより菌糸の証明が容易と

### 月例研究会は 第四金曜日です

参考事項として(1)誘発テスト 一日常用量の十分の一〜二十分の一くらいを再投与して発疹の誘発される薬疹を確定する。(2)苛性カリパーカー液 十〜三十%の苛性カリ液にパーカーインクのブルーブラックを九対一に混合、検体をとってそこへ二〜三滴の同液を滴下し、カバークラスでおさえ、加熱又は一晚放置すると菌糸が青く染め上がる。講演会終了後、質問も多数出て有意義であった。今後一年一、二回の開催を約し閉会した。(学術部)

### 理事会だより

(4月22日)

〔総務部〕 協会第三回定期総会及び保団連第八回中部ブロック会議の準備 (二面)

〔財政部〕 昭和五十二年の予算編成について (組織部) 五、六月の重点活動と会員増加対策について (共済部) 本年度の共済制度の普及計画 (募集期間は九、十月)

〔学術部〕 一、四月研究会 (七尾会場) の準備状況 (六面) 二、本年度の計画と抱負 (保険部) 一、審査アンケートの集約とコメントについて (一〜三面)

### 4月協会 活動日誌

11日 第3回学術部会  
協会新聞第22号の発行  
22日 第11回定例理事会  
23日 第34回保険診療研究会 (七尾市にて)  
25日 機関紙部会  
28日 中部ブロック事務局会議に参加

### 第35回保険診療研究会

糖尿病の治療に食事療法が最も重要であることは衆知のことであるが、一番やっかいな問題であるのも事実であろう。今回はとくに開業医が一般外来で短時間に行なえる具体的な食事指導の方法を考えてみることにした。市立小松総合病院主任栄養士 森洋子さんからも詳細な食品の話をお聞きする予定である。

### テーマ 糖尿病の治療と食事療法

講師 石川県保険医協会理事

高松 弘明氏

市立小松総合病院主任栄養士

森 洋子氏

とき 5月27日(金)午後7時30分

ところ 小松市医師会館

協賛 林原商事株式会社

### 編集室から



す。返戻をうけた方が五割近くもあることからその一端がうかがえると思います。石川県の平均点数は全国的に見て下から勘定した方が早いと云われる理由は、審査が厳しいためと素縮診療の結果のあらわれと想われます。今まではこのような問題に無関心であるとは思いませんが、関心があっても表現する場がなかつたわけです。これからは大いにご意見を協会に寄せて下さい。早いもので協会が発足して三年目を迎え、ますますの充実と発展が期待されます。五月二十二日に第三回総会が開かれます。多数のご参加をお願いいたします。

### 医療器械の使用経験

エクアンプルカッター EAC 100

注射用アンプルをワンタッチで安全にカット



なければならぬ日常生活は事足りるが、あればあったて便利なもの世の中にたくさんみられる。このアンプルカッターも使ってみると意外に便利で、右手に注射器を持ち左手でアンプルをカットすると液の吸引がワンタッチで済み、ガラス片の混入と指の切傷も避けられる。1ccのアンプルカットがやみやりによくの、一日に二〜三回の洗滌が欠点といえは欠点か。

(金沢市 高松弘明)

西本産業(株)金沢出張所  
金沢市若宮町チー22  
(076) 89-1471  
販売: 富木医療器KK  
定価: 二万九千五百円