

発行所
石川県保険医協会
 〒920-0902 金沢市尾張町2丁目8番23号
 太陽生命金沢ビル8階
 ☎(076)222-5373番 FAX(076)231-5156番
 URL http://ishikawahokeni.jp/
 編集部E-mail: iskw_sugino@doc-net.or.jp
 発行人 西田直巳
 印刷所 ソノダ印刷株式会社
 購読料 1年間5,000円(〒共)
 (※本紙の購読料は会費に含まれます)

石川保険医新聞

主な記事

- 2面 第24回保団連医療研究集会
- 3面 社会保障セミナー続編 第3回
- 4面 保険でよい歯科医療を
- 5面 第18回会員デビュー講演
- 6面 混合診療禁止の判決が
- 7面 新規開業医懇談会
- 8面 歯科講演会
- 12面 第8回ゴルフ大会

今月の会員数/1026人(医科730人・歯科296人)

田中美絵子衆院議員

厚生労働委員として医療に関心 今後も引き続き懇談継続を約束



医療関係者の生の声を生かしたいと抱負を語る田中議員(右)
 (10月22日・小松市内の後援会事務所にて)

八月の総選挙にて石川二区の内閣後援会事務所にて実現の比例復活で当選した田中美絵子衆院議員との懇談は、十月二十二日、小松市

区の後援会事務所にて実現の比例復活で当選した田中美絵子衆院議員との懇談は、十月二十二日、小松市

「オンライン請求については現在、省令改正案に関するパブリックコメントを募集しており、新政権のもと政治主導で例外規定を広げ、財政支援を進めていく。オンライン請求により医療を受ける患者・国民への被害が及ばないよう、医療関係者の意見を伺いながら、より良いシステムをつくっていききたい」との返答があった。

また、保団連各協会が取り組んでいる「保険で良い歯科医療」請願署名の紹介議員や十二五保団連歯科決起集会への賛同も表明され、さらに、民主党の歯科保健法案では歯科ヘルス事業を拡充するなど、歯科医師の仕事の範囲が広がるよう法制化をめざしていることも紹介された。

このほか、「ワクチン後進国」と言われる日本の予防接種行政の問題点、保険医および保険医療機関の指導問題、休業保障など自主共済制度の保険業法適用除外の問題など、多岐にわたる懇談となった。

また、保団連各協会が取り組んでいる「保険で良い歯科医療」請願署名の紹介議員や十二五保団連歯科決起集会への賛同も表明され、さらに、民主党の歯科保健法案では歯科ヘルス事業を拡充するなど、歯科医師の仕事の範囲が広がるよう法制化をめざしていることも紹介された。

このほか、「ワクチン後進国」と言われる日本の予防接種行政の問題点、保険医および保険医療機関の指導問題、休業保障など自主共済制度の保険業法適用除外の問題など、多岐にわたる懇談となった。

また、保団連各協会が取り組んでいる「保険で良い歯科医療」請願署名の紹介議員や十二五保団連歯科決起集会への賛同も表明され、さらに、民主党の歯科保健法案では歯科ヘルス事業を拡充するなど、歯科医師の仕事の範囲が広がるよう法制化をめざしていることも紹介された。

このほか、「ワクチン後進国」と言われる日本の予防接種行政の問題点、保険医および保険医療機関の指導問題、休業保障など自主共済制度の保険業法適用除外の問題など、多岐にわたる懇談となった。

奥田議員に引き続き(前号に掲載)、近藤、田中両議員と懇談

石川県保険医協会では総選挙以降、政権与党となった民主党議員との懇談会を開催している。奥田建衆院議員(十月号一面に掲載)に続いて開催する今回は、近藤和也衆院議員にご登壇いただいた。

近藤議員は、石川という保守の地であって、さらに保守王国と言われてきた石川三区(能登地区)で地盤・看板・カバンでも圧倒的不利と言われていた中、初当選を果たした能登の

また、県の地域医療再生計画に対して、国から支給される「地域医療再生基金」の用途について協会に提言を求めるなど、その勉

強熱心さにわれわれも思わず身を乗り出し、意見交換にも熱が入った。さらに「保険で良い歯科医療」の実現を求める請願署名の紹介議員だけでなく、署名に

えっており、年金・医療・介護問題は民主党の最重要課題である。福祉社会をめざして「コンクリートより人へ」を掲げた民主党議員には、厚生労働委員の希望者が多く、四倍の倍率があったという。

政治のように、選挙権・被選挙権という直接の関係がない故、関心が薄いのだろうか。何が足りないのか。質が量か力量か。執行部構成メンバーは、絶えず「会員や国民の意向を」を意識し、今までの以上の企画・運動・運営に邁進することはない。

近藤和也衆院議員 地元の金田会員も同席し 能登の明るい未来を感じる懇談に



「医療は地域の根幹…」と主張される近藤議員(中央)
 (10月18日・かほく市内の金田平夫会員宅にて)

石川県保険医協会では総選挙以降、政権与党となった民主党議員との懇談会を開催している。奥田建衆院議員(十月号一面に掲載)に続いて開催する今回は、近藤和也衆院議員にご登壇いただいた。

近藤議員は、石川という保守の地であって、さらに保守王国と言われてきた石川三区(能登地区)で地盤・看板・カバンでも圧倒的不利と言われていた中、初当選を果たした能登の

自民党長期政権に代わり、民主党の政治・政治家への関心・期待は高いものがある。とりわけ民主党への期待が大きく、与党としては早く成果を出したいとの焦りがあるようだ。

医心凡語

自民党長期政権に代わり、民主党の政治・政治家への関心・期待は高いものがある。とりわけ民主党への期待が大きく、与党としては早く成果を出したいとの焦りがあるようだ。

保団連第24回医療研究集会

深めよう！ 日常診療に活かす医科歯科連携



全国から463人が参加して開かれた保団連第24回医療研究集会
(10月11日・12日/東京・都市センターホテル)

【はじめに】
今回の医療研究集会のメインテーマは「深めよう！日常診療に活かす医科歯科連携」でしたが、最後に報告された数字によると、医療研究集会史上初めて歯科の参加のほうが多かったとのことでした。

記念講演、二日目の昼休みの「歯周病と糖尿病 研究発表と情報交換会」、今回より新たに設けられた「医科歯科連携した研究と日常診療の工夫」という分科会などにみられるように、歯科が前面に出た研究集会だと感じました。

【歯周病と糖尿病 研究発表と情報交換会】
昼休みに開かれたこの会は、部屋が満員になっていました。弁当を食べながらの交換会でした。青森協会から報告がありました。パイロットスタディが未だ

十二例の集計しかない点が気がかりでした。一方、東京と千葉が共同してはじめて「動脈硬化と歯周疾患 前向き多施設症例集積研究」は、web登録が可能であること、保険が効かない検査項目への協会からの費用支出などで可能性を感じさせられました。現在二十七例のエントリーがあり、三百例目標とのことでした。石川も独自路線で行くのか、乗っかるのか、乗っかるとすれば検査費用を協会が出すのかなど、議論が必要と思いました。

【シンポジウムⅠ 医師・歯科医師としての高齢者介護】
保団連もついに高齢者介護の重要性を認識したと思いましたが、保団連の医師・歯科医師が自らの高齢者介護体験を語るという内容でした。医師・歯科医師が自分の家族ではなく、もっと高齢者介護に関心と関与を深めていくべきだと思

今回の医療研究集会は、メインテーマが「医科歯科連携」ということもあり、歯科医師の参加数が医師の参加数を上回った(医師百十二人、歯科医師百五十人)。医療研の総論的な位置付けとなる記念講演は、「全身疾患と歯周病」と題して中川種昭氏(慶応大学医学部歯科学科)により開催された。氏は、冒頭、講演の目的について、歯科医師の立場から医師の皆さんに医科歯科連携の重要性を訴えたいとの発言があり、①歯周病とは何か、②歯周病と全身疾患との関係、③医科歯科連携の大切さの三点について詳しい解説があ

医科歯科連携の意義を感じる集会

理事 大川 義弘(金沢市・内科)

保団連主催の医療研究集会が、十月十一、十二の両日、東京千代田区の都市センターホテルで開催された。今年のメインテーマは、「深めよう！日常診療に活かす医科歯科連携」。

一日目は慶応大学の中川種昭教授による「全身疾患と歯周病―医科歯科連携に向けて」と題する記念講演、二日目は六つの分科会と三つのシンポジウムが行われた。全国から医師、歯科医師、コ・メディカル、事務局など四百六十三人が参加し、石川協会からは大川義弘理事と工藤浩司事務局次長が参加した。

以下に参加報告を掲載する。

「勤務医アンケート報告集」をただ今、作成中!!
もうしばらくお待ちください

①第一小白歯より前は、交感神経、後ろは副交感神経で、頰脈が咬合を調整することで改善。
②歯周治療により、高血圧

症が有意に改善。
③本来は、歯科医師が介入して治療すべき疾患が口腔外にあるという理由で、医科の治療が困難なことがある。歯科金属アレルギーによる皮膚炎を外用療法で根治させるのは困難。歯科医師の介入が不可欠。

2010年 歯科診療報酬検討会

予告

とき 2010年3月25日(木)
午後7時～9時半

ところ ホテル金沢「ダイヤモンド」

講師 保険医協会歯科部

参加対象 歯科会員、スタッフ

参加定員 200人

★詳しくは後日、案内チラシなどでお知らせします。

「入れ歯が危ない、保険で良い歯科医療を」 の実現を訴える

街頭宣伝と10.25決起集会

副会長 平田 米里 (野々市町・歯科)

歯科医療の崩壊を食い止め、「保険で良い歯科医療を」の実現を目指して、全国から関係者が東京に参集し、街頭宣伝、署名活動を行うとともに決起集会を開催した。

以下、概要を報告する。

●街頭宣伝・署名活動は、お昼の11時15分から東京有楽町の銀座マリオン前でスタートした。スピーカーからは、歯科の困窮は国民の健康を脅かすことにつながる等演説が流れる中、道行く人を両側から挟むように、地方協会の事務局員や白衣姿の歯科医師が署名協力をお願いした。大阪、滋賀、三重、福岡、愛知、民医連、東京、長野、北海道、宮城、熊本、大分協会等の「のぼり旗」が雨交じりの風に吹かれ、人手で広げられた横断幕も何枚か並んだ。その風景は、それなりに道行く人にインパクトを与えていたようだった。

参加者は2年前より多い230人。署名協力者数は172筆。全国の協会関係者の顔ぶれに大きな変化はなかったが、民医連の若い歯科医師の運動量は全体に活力を与えていた。

●午後は場所を移し、民医連、生協の医療部会などと合同で決起集会が開催された。ところは、東京青海・国際交流館・国際交流会議場。参加者数はマスクも含め518人。

●午後2時過ぎに、開会あいさつ。基調講演は、宇佐美歯科代表。続いて、来賓あいさつ。

国会議員は民主党の新人ひとりが個人資格で参加。政党代表は共産党のみで、小池議員が5分ほどお話しされた。今までお聞きしたどの国会議員よりも歯科の制度や状況に詳しいと評価できる内容だった。国会議員の賛同協力は民主党議員が大半を占め、60人以上あった。その他、日歯や全国の地方医師会、歯科技工士会・歯科衛生士会などからも数多くメッセージが届けられていた。これほどの賛同が得られた集会を、私は今まで経験したことがない。

また、全国的には知名度に乏しいものの、『みんなの歯科ネットワーク』から副代表が発言したことは印象的だった。今後に期待ができる組織と思われた。

●次は、6人のリレートーク。

①民医連歯科部からは『口から見える格差と貧困』と題する32の症例報告(要約)があった。

②歯科技工海外委託問題の訴訟原告団団長・歯科技工士・脇本征夫氏からも報告があった。

歯科技工の海外発注に関する判決が10月14日に出され、敗訴となった。しかし、引き続き戦うと決意表明をし、今後の支援も要請した。

③患者の声として東京在住の女性が発言した。

④『保険で良い歯科医療を』の請願署名運動に関しては、愛知協会の大藪憲治氏の発言は注目を引いた。趣旨は、患者さんに署名用紙を送ったところ、良い反応を得た。署名運動は社会保障を守る運動であり、患者さんから信頼を得る運動でもあるとのことである。

⑤『保険で良い歯科治療を求める』地方議会意見書採択一覧なるものが資料提供されていた。全国の市町村名がずらりと並び、圧巻。見て驚くとともに、石川協会の取り組みの弱さが露呈した。合計24都道府県より6県議会・395市町村議会の賛同を得たという。これは、2009年3月時点で全市町村数1,777の22.2%となる。結果として、全地方議会のかなりの数が賛同の意思表示をしたことになる。

宮城協会から、以前なら相手にもされなかった議会の会派が、民主党政権になったころから協力的になったとの報告があった。最近の政治状況の変化を理解するに参考になると思われる。また、署名運動の活発な協会の一致した意見は、「悩む暇があったら、行動に移しなさい」というものであった。

●大会の最後にフロア発言がいくつかあった。

その中では、大分代表の発言は石川にも参考となった。署名活動や議会要請に今まで消極的だった理由は、内部での意見統一ができていないまま始めても足元をすくわれるとの判断があったからだった。しかし、大藪先生や宇佐美先生をお招きして、講演会を開催するなどするうちに、理論的に整理でき、部内意見も統一できた。その結果、現在では『保険で良い歯科医療を』の連絡会を立ち上げるまでに至ったとのことである。

最後に、決起集会の『決議』案が読み上げられ、参加者全員の賛成の下、採択された。

レセプトオンライン化の省令告示案と 保険医協会のパブリックコメント

厚生労働省は10月10日にレセプトオンライン請求に関する省令改正及び告示(案)を発表した。オンライン請求義務化の免除対象として、①手書きレセプトで、医科医療機関は年間3,600枚以下、歯科医療機関は年間2,000枚以下、②常勤の医師、歯科医師がすべて65歳以上、③電子レセプトに対応していないレセコンリース期間および減価償却が終わるまで等である。

石川協会では10月22日、上記の省令及び告示案に対するパブリックコメントを厚生労働省保険局総務課に提出した。省令及び告示改正は11月上旬見込み。

- ◆ 意見内容：請求省令の義務化を撤廃したうえで削除する。
- ◆ 理由

上記の省令改正案はレセプトオンライン請求義務化を堅持した上で、高齢医師・歯科医師や小規模医療機関に一定の配慮した「除外規定」を設けているに過ぎません。8月の総選挙にてオンライン請求の「完全義務化」を「原則化」に改めるとした民主党の政権公約に照らしても後退した内容になっています。

オンライン請求を「原則化」とする場合でも、従来通り書面による請求、又は光ディスク等を用いた請求もできるよう各医療機関が任意で選択できるようにすべきです。

診療報酬の請求方法をオンラインしか認めないとする強引な手法は、地域医療に深刻な影響を及ぼすだけでなく、患者の健康情報の漏洩、レセプトデータの目的外使用など多くの問題を含んでいます。

以上の理由から、医療機関が任意で請求方法を選択できるよう義務化の撤回を求めます。

◆◆◆ 歯科・医科会員の皆様へ

いつでも、どこでも、だれもが、お金の心配のいらない

「保険で良い歯科医療」の 実現を求める請願署名に 引き続きご協力ください!



◎署名用紙が無くなりましたら
協会までご請求ください。

新規開業医三人と 共通の悩みについて懇談

理事 三宅 靖 (金沢市・内科)

十月二十二日、金沢都ホテルにおいて第十八回「会員デビュー講演・シンポジウム」が開催されました。今回は、山本ひろみ先生(眼科・七尾市)、沖野惣一先生(内科・かほく市)、山黒勉先生(内科・金沢市)の三人の先生方を講師としてお招きしました。今回も、それぞれに個性豊かな興味深い内容のお話を聞きすることができました。

最初の山本先生は、生まれ故郷の七尾市のご実家の一階を改装してのご開業です。スタッフも地元のお知り合いから紹介された方々で固めるなど、文字通り地域に根ざして安心・安全の医療を実践していらっしゃいます。二人目の沖野先生は、神経内科が専門ですが、脳血管疾患の予防や在宅医療を通して地域に貢献することを目指して開業の道を選びました。また、医療費の自己負担金額の高さやレセプトのオンライン化など、われわれの活動に直結した内容に関するご提言もいただきました。最後の山黒先生は、循環器内科の専門医ですが、いろいろな領域の患者さんを広く診たいという医師を志した当初からの希望をかかなうための開業であったそうです。趣味の登山になぞらえながら、一歩一歩高みに登っていく思いを語って

下されました。その後、質疑応答が行われましたが、コンタクトレンズ検査料に関することや投薬のみを希望される患者さんに際する再診料の算定要件など、診療報酬請求に關して実際に困っている具体的な内容が多かったようです。また、いわゆるクレーム対策に関しても活発な意見交換があり、定刻を過ぎて閉会になったのちも、会場のあちこちで議論の輪ができていたといった様子でした。当協会としても会員の先生方のニーズをくみ上げながら活動を進めていかなくてはならないと改めて思い知らされた次第です。

まだまだ内容の紹介も十分ですが、来月号からは各氏の発表内容の要旨が掲載されます。どうぞご期待ください。



3人の講演のあと、活発な質疑応答が行われた (10月22日・金沢都ホテル)

安齋育郎さん

立命館大学特命教授・名誉教授 / 国際平和ミュージアム名誉館長

講演会

核兵器のない世界をめざして

核兵器をめぐる世界のうごきと
2010年NPT (核不拡散条約) 再検討会議

【日時】 2010年 1月30日(土)
ひる1時30分開場、2時開会

【場所】 金沢駅西健康センター内
駅西健康ホール「すこやか」
※駅西合同庁舎横 (金沢駅西口からバスまたは車で約5分)
TEL 234-5103

ベトナムの光と影

今回でこの連載を終えるにあたり、現時点でのベトナムに対する私なりの評価をしてみたい。

まず光の部分には、私たちの年代なら、最初に浮かぶのが、抗仏・抗米闘争、いわゆるベトナム戦争に輝かしい勝利を収め、民族自決を果たしたことだろう。さらに、荒廃した国土の回復に尽くすだけでなく、目覚ましい経済発展を遂げ、今日の世界的不況下においてもGNPを成長させていることは注目すべき点である。この十年近くの訪問でも、当初はスラムのようであったハノイ市街地が高層ビル群に変貌していくことを目の当たりにした。

さらに、目を見張るのが、若者たちの向学心、向上心の旺盛さだ。日本の大学はベトナム始め東南アジアの国々から留学生を迎えるために、文科省が後援して主要都市で留学生フェアを毎年開催している。ベトナムでもハノイとホーチミンで開催されるこの催しには千人以上の学生や若い勤労者が参加する。日本からは五十〜六十の国公私立大学がブースを出す。私も二回金沢大学の紹介役を務めた。多くの学生が、「どうすれば留学できるのか?」「奨学金は出るのか?」「真剣に聞いているのか?」と真剣に聞いてくる。一緒に参加した大学職員もその熱意に圧倒され、日本の学生との違いを痛感し、「ぜひ、自分の子どもを連れてもう一度来たい」と彼女は話していた。

一方で、影の部分は、もちろん戦争中に散布された枯葉剤に含有されていたダイオキシン類による環境や生態系への悪影響で、放射能汚染同様、世代を超えて今日まで持続している危険性がある。その健康被害を明らかにしていくことが、われわれの使命と考えている。

私のころは、日本の近代史は大学受験に出題されないから高校では教えないと言われていた。ベトナムでの受験競争は熾烈だが、同じ理由とは思えない。しかし、現時点

で私はその答えを持たない。そのことと繋がるのかもかもしれないが、今の二十歳代は、何でも西側で流行している物を好む西洋かぶれだと先ほどのファイさんは嘆く。この夏に聞いた話だが、三十歳代前半でも二十歳代とは世代間格差が歴然とあるそう。髪型一つでも「ダサイ、オヤジ臭い」と言われるという。安易な外国文化の導入は、自国の伝統文化の衰退を招く。

また、ベトナムでも人口調整のため「二人っ子政策」を実施している。そのような環境下で甘やかされて育った子どもが増えている。周囲(社会)よりも個人に関心が向かっているようだ。日本が通った道をベトナムも歩むとするならば、ぜひ、今のうちに軌道修正してほしい。同じ轍を踏まないでほしいと思うの



城戸照彦先生の
ベトナム見聞録 ⑥ 最終回
(金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域教授)



留学生フェアにて金沢大学のブースで説明中の筆者ら

混合診療禁止に法的根拠ありとの判決がくだされる

— 2009年9月29日東京高裁判決の意義と課題

事務局次長 工藤 浩司

2009年9月29日、東京高等裁判所において混合診療をめぐる新たな判例が示された。これは、2007年11月7日に「混合診療禁止には健康保険法上の根拠がない」と大きく報道された東京地裁判決の控訴審判決である。高等裁判所においては、最終的に「保険外併用療養費制度に該当するもの以外の混合診療については、本来保険診療に相当するものも含めて、すべて「療養の給付」に当たらず、保険給付を受けられないと解すべき」との判断が示され、混合診療の禁止について、健康保険法上の根拠があることが司法の場で明確化された。

○問題の所在と本件訴訟の概要

医療保険行政においては、保険診療と保険適用外の診療を併用することを禁止しており(混合診療の禁止)、混合診療が行われた場合には、保険適用の部分も含めて原則として保険給付の対象とはならないとの行政解釈が採られている。訴訟を提起した原告(患者)は、「療養の給付」に該当する療養(インターフェロン療法)に加えて、「療養の給付」に該当しない療養(活性化自己リンパ球移入療法)を併用する診療(いわゆる混合診療)を受けたところ、インターフェロン療法についても、「療養の給付」に当たらず医療費全額を自費で支払うこととなった。これについて、原告が、被告(国)に対し、これは健康保険法に違反するものであると訴えを提起し、上記のような混合診療を受けた場合であっても、本来法が定める「療養の給付」に当たる診療については、なお法に基づく「療養の給付」を受けることができる権利を有することの確認を求めた事案である。(本訴訟は、保険外併用療養費導入前の特定療養費時代の診療に係る訴訟であるが、議論をわかりやすくするため、以下の説明では現行の制度名をもとに解説した。)

訴訟においては、混合診療の禁止が健康保険法上の根拠を有するのかが最大の争点となった。被告側は、次の2点-①「療養の給付の不可分一体論」(複数の医療行為が行われる場合には、それらを合わせて不可分一体の1つの医療行為であるとして「療養の給付」に該当するかどうかを検討すべきであり、個別적으로는保険診療に該当するものであっても、これに保険診療に該当しないものが加わって一体として「療養の給付」に該当しないことになれば、前者についても保険給付は受けられないと解すべき)、②「保険外併用療養費制度の反対解釈」(保険外併用療養費制度について定めた法86条は、保険診療と自由診療が混在する混合診療のうち、健康保険により給付すべきものを限定的に掲げたものであるから、反対解釈により、混合診療のうち保険外併用療養費制度に該当しないものについては、すべて法63条1項の「療養の給付」に当たらないと解されるべき)-を根拠に、混合診療禁止には健康保険法上の根拠があると反論した。

○1番(東京地裁)判決

保険診療と保険適用外の診療が混在する場合であっても、保険診療に含まれるインターフェロン療法については、「療養の給付」として療養を受ける権利を有するとし、原告側の勝訴となった。上記の争点については、①健康保険法をみても、また、診療報酬点数表等をもみても、複数の種類の診察行為や医薬品の投与が行われたからといって、それを一体不可分とらえて点数算定するような仕組みになっていないとして、療養の給付の不可分一体論をしりぞけ、また、②保険外併用療養費制度に関する定めをみても、特定の保険診療については全て保険給付の対象から排除するという趣旨を窺い知ることができる規定はない-として、被告の主張を退けた。

判決文の中で裁判所は、「法解釈の問題と、差額調整制度による弊害への対応や混合診療全体の在り方等の問題とは、次元の異なる問題である」と述べている。ここに典型的に表れているのであるが、1審判決は、形式的な条文の解釈に終始しており、混合診療が患者の医療保障にもたらす影響について一切触れていないことが最大の特徴であった。裁判所が次元の異なる問題と切って捨てた「混合診療の在り方等の問題」こそ、医療保険制度が直面する最大の問題であるにもかかわらず、である。

○控訴審(東京高裁)判決

控訴審においては、1審判決を取り消し、控訴人(国側)の逆転勝訴となった。すなわち、保険外併用療養費制度に該当するもの以外の混合診療については、本来保険診療に相当するものも含めて、すべて「療養の給付」に当たらず、保険給付を受けられないと判断されたのである。

判決理由においては、混合診療に関する健康保険法上の根拠について、保険外併用療養費制度の反対解釈を採用した。保険外併用療養費制度とは、先進医療を含む療養が行われた場合に、その診療のうち保険診療に相当する基礎的診療部分について支給されるものであるとした上で、保険診療と自由診療との混在する混合診療は保険外併用療養費の支給対象となる療養に限られ

るとし、混合診療を原則として禁止したものと解するのが相当であるとしたのである。要するに、保険外併用療養費制度は合法的に混合診療を行うことのできる診療行為を列挙したものであり、それを逆から言えば、保険外併用療養費制度に基づかない保険診療と自費診療の組み合わせは否定されるということである。保険外併用療養という公的なコントロールの下でのみ混合診療を認めるという意味では、理論的にも現実的にも妥当な判断であると思われる。

しかしながら、もう一つの争点(療養の給付の不可分一体論)については、「判断を要しないことは明らか」として、判断を回避した。これについては、後述のとおり課題が残るものとなった。

○混合診療の何が問題なのか

そもそも、なぜ混合診療は禁止されるべきなのか。保険適用外の診療を混在させないという意味では、医療保険により給付される医療の安全性・有用性を担保することに、また、差額徴収の禁止という意味では、患者負担の公平性を担保し、患者の医療費支払能力により受けることのできる医療に差別を持ち込ませないという点に、その意義が求められる。つまり、現行の制度体系-混合診療の禁止という原則の下、保険外併用療養費という仕組みにより保険外診療をコントロールすること-により、患者が有用性のない科学的根拠に乏しい医療を受けたり、不当な患者負担を求められたりすることを防ぐことになるのである。

さらに、混合診療が行われた場合に診療全体が保険外診療となる点については、保険診療の範囲の問題に直結する。保険診療に自由診療が少しでも組み合わされるとすべて自由診療になるということは、医学の進歩・発展に併せて、国に対して常に保険診療の水準を向上させるインセンティブを与えることになる。また、製薬メーカー等開発企業に対しても、市場拡大のため新薬等の保険収載を促すことになる。逆に言えば、混合診療が解禁されるということは「保険のきかない医療」を正面から認めてしまうことにはかならず、保険診療の範囲の固定や限定縮小化につながる恐れを否定できないのである。

この観点からみれば、保険外併用療養費制度の対象となる療養はあくまでも保険導入を前提とする技術、新薬等に限られるべきであり、しかも「過渡的に」混合診療を認めるという意味であり、本来、保険診療に含まれるべき療養を保険外併用療養費制度に位置づけるならば、それ自体、認められない混合診療と評価すべきである。その意味で、現行の先進医療について、より一層迅速に保険適用を進めるシステムを構築し、「混合診療状態」を固定するような運用は避けられねばならない。そして、そもそも「保険導入を前提としない」とされている「選定療養」は、それ自体、上記の原則に反して認められてはならないのである。

○高裁判決の課題

保険外併用療養費制度それ自体は、保険導入に一定のタイムラグがある以上、必要な制度である。しかしながら保険外併用療養費の不当な拡大は、事実上の混合診療の拡大である。それに歯止めをかけるのは、「療養の給付の不可分一体論」である。医療保険の給付は、患者に必要な医療そのものを現物で給付する形態をとっている以上、その療養については原理上不可分一体のものとして、保険診療と自費診療の混在はあり得ない。したがって、混合診療禁止は、医療保険の根本的な原則である現物給付の不可分一体性を当然の前提として導き出されているのであり、これを否定することは現物給付の原則をも否定することに他ならない。

混合診療がもたらした保険給付の限定縮小化-リハビリテーションや180日超入院の選定療養化、歯科における材料差額徴収(いわゆる「51年通知」)による歯科点数の低医療費政策問題等-に対抗していくにあたっては、「現物給付」の原則をいかに徹底させるかという根本的な提起がなされなければならない。この意味で、今回の高裁判決において「療養の給付の不可分一体論」が一顧だにされなかったことは、今後、この問題を考える上で最も大きな課題になると考えている。

新規開業医懇談会

史上最多の参加者を迎え幅広い話題

診療報酬、指導問題、労務など

理事 三宅 靖 (金沢市・内科)

十月十七日(土)、ホテル金沢において石川県保険医協会主催の隔年行事である新規開業医懇談会が開催されました。今回は歯科会員(役員を除く)からも七人の参加があり、医科・歯科合わせて三十六人と、これまで最多の参加者数となりました。

冒頭に西田会長があいさつに立ち、退職職員の情報提供が端緒となつて個別指導に至った事例があることから、指導・監査対策としても労務管理は重要であるとの指摘がありました。

その後、話題提供に移りました。まず、当協会の工藤事務局次長から、保険診療を行うにあたって知っておくべき法律の話があり、医師法、医療法、療養担当

規則などと、診療業務との関連が体系的に解説されました。また、法律条文を読みこなすすべしとされたことなども具体的に示され、なかなか難解とされがちが内容が分かりやすく解説されました。

次に西田会長が再登場し、自身の経験と本年三月に行われた東海北陸厚生局石川事務所との懇談会での質疑応答を踏まえて、集団的個別指導、個別指導に関する注意点を述べました。また、指導における指摘事項が細かく示されると、熱心にメモを取りながら聞き入る姿も見受けられました。

最後に、当協会の顧問会社保険労務士の栄重光氏より、労務管理に関するお話をさせていただきました。実際に医療機関で起きた三件の労働紛争の事例を紹介され、この問題の難しさを再認識させられました。就業規則を明文化し、公開して、それを適切に運用して行くことが重要であり、不幸にしてトラブルになった

場合は、早めに第三者機関を介して解決の道を探るべきであるなどの具体的なアドバイスがありました。

その後、質疑応答となりました。個別指導の選定基準に関することや、投薬のみを希望して患者本人が直接来院しないときの対応など、実際の診療でわかれわれ自身が疑問に感じることへの質問もあり、予定時間を超えてしまうほどの活発な議論が交わされ、今回も盛会のうちに会を閉じました。



医科・歯科会員36人の新規開業医が参加して開かれた新規開業医懇談会 (10月17日・ホテル金沢)

九月二十八日(月)「よろず勉強会」の第八回が開催されました。

今回は、当初予定されていた「日常診療における泌尿器科疾患の見方」が講師のご不幸のため急遽中止となり、三宅靖理事(金沢市・内科)が「高齢者居住系施設における抗菌剤の使用経緯」と題して、ピンチヒッターを引き受けて下さいました。

参加申込み者には演題変更の連絡が事前に入りまして、当日参加者は予定の半分となり十人を切つてしまいました。ところが、「よろず勉強会」の「なんでもOK」という企画の趣旨が浸透してきたためでしょう、

九月二十八日(月)「よろず勉強会」の第八回が開催されました。

今回は、当初予定されていた「日常診療における泌尿器科疾患の見方」が講師のご不幸のため急遽中止となり、三宅靖理事(金沢市・内科)が「高齢者居住系施設における抗菌剤の使用経緯」と題して、ピンチヒッターを引き受けて下さいました。

参加申込み者には演題変更の連絡が事前に入りまして、当日参加者は予定の半分となり十人を切つてしまいました。ところが、「よろず勉強会」の「なんでもOK」という企画の趣旨が浸透してきたためでしょう、



講師の三宅靖理事

ご講演内容は、以前この会で取り上げられた「適正な抗生剤の使用」とは相反するものです、という講師自身のお断りにもあったように、高齢者居住系施設の嘱託医という、いわば「外部の人間」が、虚弱高齢者の発熱や容態変化に短時間で対応しなければならぬ「背水の陣」での抗菌剤の使用という決断が、生々しく語られました。こういった話題も、保険医協会の魅力発信には欠かせないものだと感じた次第です。

今回、見送りになった西川忠之理事の泌尿器科の話は、また改めてお願いすることにしましょう。

次回第九回は十一月二十六日(木)、北山吉明機関紙・文化部員による「形成外科医によるキズの見方」です。ぜひご参加ください(十一面参照)。

高齢者居住系施設における 抗菌剤の使用経緯

理事 小川 滋彦 (金沢市・内科)

『石川保険医新聞』2010年新年号

原稿募集のご案内

2009年も、残すところあとわずかになりました。保険医協会では、新しい年を迎えるに当たり、『石川保険医新聞』2010年新年号の編集を始めました。

取材記事を充実させ、特別企画にも力を入れます。そして何より大切にしたいのが、たくさんの会員の先生・ご家族をはじめ読者の方々にご登場いただくことです。

テーマは「真」に関する事など、自由です。皆様の原稿をお寄せください。

加賀・能登の会員・読者の方々、ぜひ、地域の問題をお届けください。

- 読者投稿のテーマは自由です
 - 字数は800字程度(最長1200字)
 - 原稿締切は12月7日正午・必着
- ※締切後に入稿の原稿は、2月号以降に、掲載させていただきます。



原稿の送り方.....

■編集作業が大幅に省力できますので、できましたら、E-mailにてお送りください。もちろん、FAXや郵送でもかまいません。

掲載させていただきました場合は、薄謝をお送りいたします。

石川県保険医協会『石川保険医新聞』編集部
〒920-0902 金沢市尾張町2丁目8番23号(太陽生命金沢ビル8階)
TEL (076) 222-5373 FAX (076) 231-5156
E-mail: iskw_sugino@doc-net.or.jp

お問い合わせは
保険医協会事務局の
杉野までお願い
いたします。

アルコール依存症物語

アル医師の想い

4

奥田 宏 (金沢市・心療内科)



ケアマネさんに連れられて、一人の男性が受診されました。飲んでヘルパーさんを困らせている、まだ年寄りではないが要介護状態の方でした。

ケアマネさんが、「この先生の言うことを聞いて酒を止めようね!」と、小学生の保護者のように言っておられました。患者さんは、嫌そうに聞いていました。何か気の毒な思いがしながら、シアナマイドを処方しました。案の定、その患者さんは、それからしばらく来ませんでした。確かに依存症という病気で、シアナマイドで断酒したほうがいい人でしたが、理解力の未熟な子どもにも無理矢理説き伏せるような言い方をしたので

は、うまくいかないと思つたのでした。病気の痛みを分かってあげて、臓器障害が進み、家族にも見放された人からお酒を取り上げることがどういうことなのか思いやる心が一方でないと、少なくとも通院治療は続けられないでしょう。その人はその後、男性のヘルパーさんに連れてこられて、ノックピンによる節酒療法に切り替えて、何とか通院しています。

壮年以上のアルコール依存症の方には、時々やられたという時があります。受付で失禁して、黄色い池を作る人がいます。便所での惨状はおしる所です。ソファや診察の際に座る椅子がやられます。県立病院時代、昼は一応プログラムに従つてくれるのです。が、夜になるとその人の頭の中で病棟のデイルームが酒場に変わってしまい、看

護師が飲み屋の女の子に見えて、「酒持つて来い!」と、のたまうケースがありました。

別の病院では、老人施設から依存症のため入院してこられた人がいました。施設に入入する業者に取り入り、アルコールを調達しておられ、酔い問題行動を起こして、精神病院に送られたケースでした。穏やかで面白い方で、こんな人にお金を渡されて頼むといわれると、断るのも難しいかなと思いました。

石川県内の施設でもA (断酒会)に見学に行き、依存症老人に対応しようとしているところがあつたと聞いています。

アルコール性認知症になつた方でも、うまく指導・投薬すれば、断酒しながら在宅生活ができるケースも割と経験しています。いずれにしても、支える人がいて、ご本人にも希望を持たせるようなかわりが大切です。あわてず、あせらず、あきらめず、で、福祉、家族など、関係者との連携が非常に重要になると思われます。



ケアマネさんが、「この先生の言うことを聞いて酒を止めようね!」と、小学生の保護者のように言っておられました。患者さんは、嫌そうに聞いていました。何か気の毒な思いがしながら、シアナマイドを処方しました。案の定、その患者さんは、それからしばらく来ませんでした。確かに依存症という病気で、シアナマイドで断酒したほうがいい人でしたが、理解力の未熟な子どもにも無理矢理説き伏せるような言い方をしたので

歯科に必要な一般医学の講演会⑦(最終回) ~基礎知識と最前線~

精神疾患・障害と精神科的治療対応の現状

浦崎 裕之 (金沢市・歯科)



講師の奥田宏先生

九月二十七日(日)ホテル金沢にて、金沢市で「ひるメンタルクリニック」を開業されている奥田宏先生による「精神疾患・障害と精神科的治療対応の現状」と題した講演会が開かれました。

講演では、臨床上、頻度の高い疾患、すなわち不安障害、気分障害、発達障害、強迫性障害、解離性障害、依存症、統合失調症、引きこもり、老年性・器質性精神障害、パーソナリティ障害、歯科心身症について順次解説がありました。

講演では、臨床上、頻度の高い疾患、すなわち不安障害、気分障害、発達障害、強迫性障害、解離性障害、依存症、統合失調症、引きこもり、老年性・器質性精神障害、パーソナリティ障害、歯科心身症について順次解説がありました。

講演では、臨床上、頻度の高い疾患、すなわち不安障害、気分障害、発達障害、強迫性障害、解離性障害、依存症、統合失調症、引きこもり、老年性・器質性精神障害、パーソナリティ障害、歯科心身症について順次解説がありました。

講演では、臨床上、頻度の高い疾患、すなわち不安障害、気分障害、発達障害、強迫性障害、解離性障害、依存症、統合失調症、引きこもり、老年性・器質性精神障害、パーソナリティ障害、歯科心身症について順次解説がありました。

①不安障害

アメリカでは生涯有病率がおよそ二〇%ぐらいである。病的に「死」に対する不安、恐怖が現われて、それに促されたり、こだわったりしてしまふことが特

②気分障害

アメリカでは生涯有病率が一〇数%である。近年自殺対策で「うつ」が注目されているが、専門家の間では躁鬱と診断した方がいいケースがかなり多いとされ、アメリカ精神医学会診断基準の次期改定(二〇一一年)では、気分障害は繰り返しの躁鬱が基本的特徴と改定される予定で、疾患認知が大きく変わりそうな情勢となっている。

アメリカでは生涯有病率がおよそ二〇%ぐらいである。病的に「死」に対する不安、恐怖が現われて、それに促されたり、こだわったりしてしまふことが特

ホームページに会員の写真を募集します

http://ishikawahokeni.jp/

保険医協会ホームページのトップページに、会員の写真を募集します。

題材は、先生の地域の自然をテーマにしたものや患者さんの庭に咲いた季節の花々など、石川県の季節感のある写真です。

お問い合わせ・送り先は下記へ
Eメール; isk_w_sugino@doc-net.or.jp



20人の歯科医師・スタッフが参加して開かれた講演会 (9月27日・ホテル金沢)

塚田邦夫先生
(高岡駅南クリニック院長)
の

新しい創傷・褥創治療の実際

6回シリーズ / 第4回

(4) 剥削創の扱い方

ナイフや包丁、皮むき器などで削いだ傷を剥削創(はくさくそう)と呼びます。特に指に多くみられ、かなり出血し血も止まりにくいので、患者さんは半ばパニック状態で来院されます。ゴムで指の付け根をきつく縛ってこられる方もいらっしゃいます。また、ティッシュペーパーやバンドエイドを何重にも巻いて来られます。剥削創の対応はどのようにすればよいのでしょうか。創傷治療理論から考えてみましょう。

剥削創の特徴

剥削創は皮膚欠損した開放創です。真皮あるいは皮下脂肪組織が露出していますが、この部位は血管が多く、指では特に血流が豊富で止血しにくい特徴があります。このことは逆に、血流豊富なため感染しにくいとも言えます。

創傷治療理論による治療原則

創傷治療は止血から始まります。まず有効な止血法を行います。同時に炎症期をすみやかに終わらせるため、創内の異物を除去することも大切です。また血流を維持することと、創面の組織損傷を最小限にすることも重要です。

指の剥削創での具体的な対応は以下の4項目になります。すなわち「十分に洗う」「創面の消毒をしない」「軽く圧迫し止血する」「創面の湿潤環境を維持する」です。

創面の洗浄には水道の流水を使い、出血はしますが、石鹸で創周囲を含め両手全体を手早くきれいに洗い流します。この時温度調節可能であれば、微温湯がより好ましいでしょう。1日位は手洗いを十分にできなくなるので、ここで両手をきれいに洗ってもらいます。もちろん創内に異物があつた場合は洗い流して取り除きます。

両手の水分を拭き取った後も、創面の消毒はせずドレッシング(創のカバー)に移ります。ドレッシング法としては、以下の方法から選んでいます。

方法1: 軟膏を使った開放療法

洗浄の終わった創面にゲンタシン軟膏を塗り、その上から「トレックスメッシュ」を用い、ガーゼをあて、軽く圧迫気味にテープで固定します。このとき「ソフラチュール」を決して用いません。ソフラチュールも非固着性ガーゼ類に分類されていますが、実際は創面に固着します。ガーゼ単独よりもむしろソフラチュールの方がよりくっつく印象を持っています。メーカーは反論するでしょうが、私の個人的意見としては、ソフラチュールは医療現場には不要のものと考えています。

シリコンの「トレックスメッシュ」は現在最も創にくっつきにくいとされています。トレックスメッシュを用いた創面では、創交換時にドレッシングを出血無く容易にはがせます。方法1の欠点としては、翌日のドレッシング交換時までに、創表面の細胞が乾燥壊死する危険性が挙げられます。

ドレッシングを剥がしたあとは、水道水あるいは生理的食塩水で創面及び創周囲を洗浄します。

翌日からは、トレックスメッシュはもはや不要で、ゲンタシン軟膏を用いて、軽くガーゼをあてて固定します。重要な点としては、1日3回以上、自分で交換してもらうことです。油性軟膏をたっぷり用い交換回数を多くすれば、ドレッシング交換時でも軟膏は創面に残っており、ガーゼは創面に固着することなく、また乾燥化した壊死も自己融解して創治療が進行するからです。

手や顔を洗ったり入浴をする時には、ガーゼ等は取り去って普通通りに行います。むしろドレッシング交換回数が多くなり、創の乾燥が予防され創治療に好都合です。

このような処置をしてもらうと、通院回数は週2回程度で十分になり、診療所としては収入は減りますが、患者さんは喜んでくれます。毎日来たい患者さんも稀にいらっしゃいますが、断る理由はありません。

方法2: ハイドロコロイドドレッシング材を使った閉鎖療法

方法1と同様、洗浄の終わった創面にデュオアクティブなどのハイドロコロイドドレッシング材を直接貼付し、テープで軽く圧迫固定します。ドレッシング材の横から血が漏れ出てきますが、気にせず上からガーゼを巻いておきます。ガーゼが血で汚れたら、1回ガーゼを交換する程度で止血します。

翌日入院してもらい、ドレッシングを全て除去し水道の流水で洗浄します。

もちろん生理的食塩水で洗浄してもかまいませんが、両手を思いっきり石鹸を使って洗えるメリットが水道水洗浄にはあります。

洗浄すると、止血された創面が露出しますが、乾燥化しないため壊死はなく、(顕微鏡で見たわけではありませんが)創面には活力のある細胞がみられます。洗浄の後に同様にハイドロコロイドドレッシング材を貼付し、不織布テープなどで固定します。

剥削創からは滲出液が多いので、当初ドレッシング交換は毎日必要です。毎日入院してもらうのは大変なので、ドレッシング材を少しお渡ししてご自分で交換をしてもらうことも可能です。滲出液の減少と共に、2~3日に1回の交換で済むようになります。

ハイドロコロイドドレッシング材を貼ったまま入浴や手洗いは可能ですが、はがれやすくなるため、濡らすのは最小限にしてもらいます。あるいは、ドレッシング材を外して、入浴や手洗いをしてもらいます。

ハイドロコロイドドレッシング材の特徴として創面が弱酸性に保たれるため、弱酸性を至適環境とする表皮細胞の分裂が促進し、表皮化が進行して治療に向かいます。

また外部からの物理的刺激から保護されると共に、湿潤環境下では創面に露出した末梢神経への刺激が減るため、創痛がありません。

中締め

方法1も方法2も、いずれも創傷治療環境の維持が行われています。ドレッシング交換時に痛みは無く、痂皮を作らず速くきれいに治ります。さらに日常生活への制限も少なく、手洗いや入浴も可能です。

患者教育

以上のような方法を行いながら、患者には「創内に異物があつてはいけませんので、けがをした時には、まずは流水で石鹸を用いてよく洗ってほしい」とお願いします。また、よく洗った後で止血をするよう話します。

止血には指を縛るなどはせず、出血部を圧迫すれば簡単に血は止まることを話します。しかし、この時ティッシュペーパーやガーゼなどを用いず、食品用ラップやビニール袋など、くっつかない素材で直接圧迫すれば血は必ず止まることを話します。

最近では、このような処置をしてから来院される患者さんがみられるようになってきました。その結果、来院後に創洗浄や異物除去が不要で再出血させないで済むのです。

おまけのお話し: ステリストリップを使った創縫合

切創など、組織欠損のない創傷では糸による縫合手術が行われます。しかし筋肉に達しない創傷では、あえて縫合しなくてもステリストリップなどの皮膚接合用テープで固定すれば十分です。ただし創傷処理で算定できず、創傷処置での算定になり収入は減ります。創面をよく洗い異物がないことが条件で、筋層よりも深くまで損傷が及んでいる時は、糸による縫合を勧めます。

ステリストリップを適当な長さに切り、創面を引き寄せるようにして固定します。この時テープとテープの間を開けます。接合部はガーゼで軽く圧迫し皮下に血液が貯まらないようにします。

高齢者などで表皮が裂けてまくれあがった創面でも、この方法は有効です。創部をきれいに洗ったら、まくれた皮膚を元の位置に戻し、適当に切ったステリストリップで創周囲皮膚に固定していきます。この場合もテープ間に隙間を作ります。最後にガーゼを当てて軽く圧迫します。この上からフィルム材で密閉すると、防水性になります。

ガーゼのみを毎日交換し、感染なく皮膚が生着していることを確認します。ガーゼ交換時には消毒はしません。

観察中、表皮が壊死するようなら除去し、ハイドロコロイドドレッシング材貼付に変更します。



訪問診療のエピソード・その②⑤

骨折でも「痛い」と言わない

「痛い」と言ったら本物だ

大川 義弘(金沢市・内科)

高齢者が疼痛を訴えることは、よくあります。膝が痛い、腰が痛いと言って病院に行っても「年のせいでは仕方がない」と言われ、湿布を出してもらって何とかだましましたし生活を送っている高齢者も多いと思われ

ます。癌性疼痛に関して、緩和ケアの重要性が叫ばれる中で治療法も一定確立している関係で無関心でいる人は多いと思いが、骨関節疾患では、まだまだ関心が少ないのも事実です。

腰椎圧迫骨折とその後の神経根痛で整形外科に入院したものの、座薬と湿布で我慢させられていた(としか言いようがない)患者さんで、家族が何とかならないかと外来に患者さん連れてこられたことがありました。患者さんは腰椎圧迫骨折を起こす前は、パーキンソン病で通院していたのですが、いつも笑顔で来られていました。その方がまさに「幽鬼」とでもいう感じになっており、疼痛による消耗のひどさを実感したのです。連れてきた娘さんと顔を見合わせ言葉を失うほどでした。がん以外の高齢者の疼痛に対しても、敏感にならなくてはと思いま

す。さて今回の話は、高齢者の疼痛のウラに思いがけない疾患が隠れていた二つのお話です。愛宕信二さん(仮名)は九十歳の男性です。腰痛がひどく通院困難となり、訪問診療を頼まれました。この方の奥さんにも、過去に訪問診療に行っていました。腰部脊柱筋に硬結と圧痛があり、いわゆる腰痛症だろうとキシロカインの局注をしましたが、効果は今ひとつでした。椎間関節からの痛みの可能性がありました。椎間関節内注射をしました。一時的な効果があるようなものの、それほど改善はありませんでした。それから、少しかじったAKA (arthrokinematic approach の略でエーケーエーと呼びます) を行うと、ああいいかなと思うのですが、やはり効果は持続しません。それで、ちようどクリニクに導入したマシーンでパワリーハを行いました。効果がありません。これで二年間がたっていました。そうこうするうちに貧血が進行していることに気がかれ、血沈も異常に亢進しており、検査の結果、多発

性骨髄腫であることが分かりました。一生懸命やるのはいいのですが、ピントが外れていては何にもなりません。きちんとした鑑別診断と必要な検査の実施が在宅であっても必要だと痛感しました。



認知症で、通院後、グル

1Pホームに入居になった田中栄三さん(仮名)が、しばらくしてから、何かの拍子に痛い痛いとお声を上げるようになりました。どういうときに痛がるかと考えても、再現性がなく、本人にどこが痛いと言っても的確な返事はありません。けろっとして痛がらないこともあり、心因的なものかとも思いたくありません。しかし、しばらくして検査すると膀胱癌の骨転移で大腿骨の骨折がありました。

第11回 北陸PEG・在宅栄養研究会のご案内

日時 2009年11月28日(土) 午後3時~午後6時

場所 石川県地場産業振興センター 大ホール (金沢市鞍月二丁目一番地/TEL. 076-268-2010)

内容 内視鏡的胃瘻造設や在宅栄養療法に関する一般演題(約10題)

主催 北陸PEG・在宅栄養研究会

特別講演

テーマ: 緩和ケアとは何か: 喪失から緩和への道 ~PEGとQOL向上に関して考える~

講師: 独立行政法人国立病院機構 新潟病院副院長・神経内科 中島 孝先生

お問い合わせは北陸PEG・在宅栄養研究会事務局まで ※小川医院 小川 滋彦 TEL. 076-261-8821

石川県保険医協会発行

歯科保険診療便覧

2009年4月版

好評発売中

本書の特徴

- 点数表の解釈にあたって必要となる多数の厚労省告示・通知等を、囲み野や色分けを駆使して、各点数項目ごとにまとめて掲載。
- 基本的には点数表告示と、その解釈通知をセットにして編集した上で、「別に厚生労働大臣が定める」施設基準や材料価格基準等がある場合には、その規定を点数表の各項目の直下に置いた高い利便性。
- 告示・通知ごとにオリジナルの見出しを掲載。
- 点数改定時に厚労省から出された疑義解釈通知やレポートの記載要領なども各点数項目ごとに振り分けて掲載。
- 点数表本文中に別の法令についての言及がある場合、原則としてその法令を「参照条文」として掲載したり、参照ページを随時示すなどの工夫。
- 必要に応じて医科準用点数告示・通知を掲載。
- 点数表以外にも、療養担当規則とその関連告示・通知、介護保険との給付調整、そして、歯科に係る介護報酬(居宅療養管理指導)単位数表と指定基準省令まで網羅。
- 2008年4月改定以降の制度改定(2008年10月の地方厚生局関連の改定、2009年4月の材料価格基準の改定、介護報酬の改定)に対応した最新版として発行。
- 序章として「診療報酬関連法規の体系と本書の構成」を掲載。



定価 8,000円

会員価格 5,000円

(いずれも税・送料込)

※他都道府県の保険医協会・医会の会員も会員価格でご購入いただけます。

7月25日発行

A4判/430頁・オールカラー

第7回 「なんでも学術! なんでも回答? よろず勉強会」

【消化器内視鏡もろもろ (その2)】

山口 泰志 (金沢市・内科)

抗凝固剤、抗血小板剤の扱い

内視鏡検査のガイドラインを読む限り、内視鏡検査時これらの薬剤を服用しても、検査の禁忌にはなっていません。従って、観察のみの検査であれば、これらの薬剤の中止の必要はないということになります。中止の必要があるのは、生検を含む何らかの観血的手技を行う時ですが、ガイドラインはデータを参考にしながら個々の case ごとに慎重に対応することを求めています。あらかじめ一定の対応法を決めておくことがよいと思われます。表1のように、抗血小板薬の効果消失時間は薬剤により異なりますが、それに基づいた中止時期は、表2のように完全に薬効消失されるまでの休薬は求められていません。

また、ワーファリン使用中の際は、高危険手技ではヘパリン置換を、さらに治療後の再開に関し、血栓性疾患の高危険群はワーファリン再開とともに治療域に達するまではヘパリン置換を行った上で、と対応が異なります。さらに冠動脈狭窄に対する薬剤溶出性ステントが挿入されている方については、抗血小板薬の中止は原則禁止になっているので、これらの方への治療手技については、循環器主治医との連絡を取った上で慎重な対応、場合によっては入院の上での手技を考慮する必要があります。

内視鏡洗浄法

現在ガイドライン上で使用が認められているのはグルタルアルデヒド、フタラール、過酢酸、強酸性電解水です。それぞれの洗浄能力には実際上の問題はないと思われませんが、有効期限が異なりますので、一定期間内に施行する件数により一件あたりのコストが変わってきます。また、実際の運用は使用する内視鏡の本数などにもよりますが、一般論で言えば過酢酸は1日当たりの件数が多い方が、よりメリットがあると言えるかもしれません。また、旧来よく用いられてきたグルタルアルデヒドは、その粘膜刺激などの人体毒性故に、換気やゴーグル使用などの取り扱いには慎重にする必要があります。強酸性電解液は機器の金属部分の錆などの影響から必ず専用洗浄機を用いることが必要ですが、これを守れば洗浄時間の速さやコストの安さなどでメリットがあります。

より鮮明な画像を得るために一特に経鼻内視鏡について

経鼻内視鏡で用いる極細経内視鏡では、若干解像度が劣るためそれを補う工夫としてできるだけ近接撮影をする必要がありますが、食道の心拍動の影響や蠕動の影響を少なくするために、私は最近シャッター速度を標準の1/60秒から1/120秒に変えて撮影することがあります。若干遠景画像は暗くなりますが、近接では問題になりませんし、ぶれをほとんど起こさないので便利です。特に胃角などの近接撮影でハレーションを起こしてしまっていますが、これは手元操作での光量設定を標準の average から peak 測光に変え、さらに1/120秒にすることでかなり改善できます。最近、フジフィルム社から新たに発売されたNWという機種は旧来の欠点であった画角の狭さを120°から140°に改良しており、これにより画質の差は通常径内視鏡とほとんどなくなったと言っても過言ではなく、今後セデーションなし

でも施行できる経鼻内視鏡は、スクリーニング検査時における大変有効な手段となりうると思います。

大腸洗浄用錠剤 (ビジクリア®) について

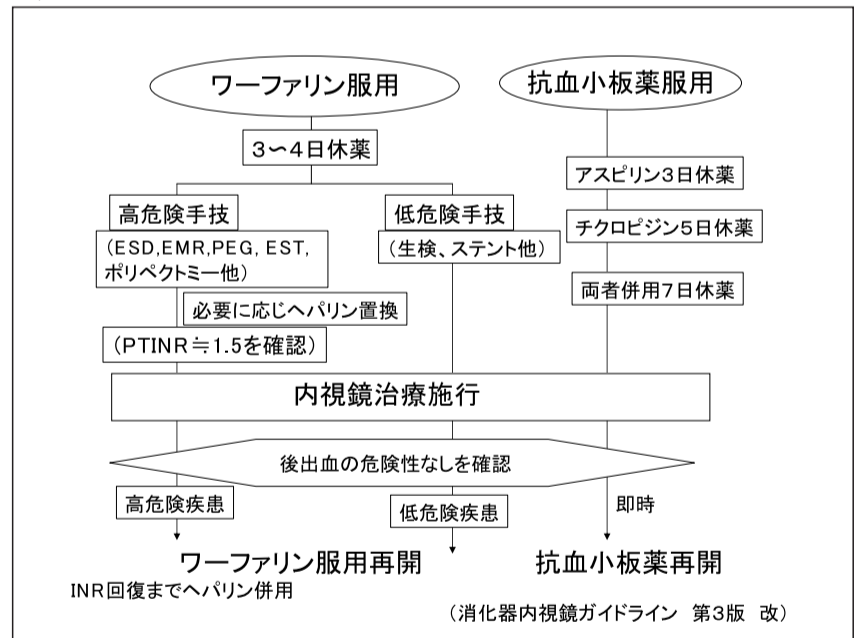
これまでの洗浄液に変わり、洗浄用の錠剤が発売になりました。電解質異常などの副作用から高齢者には不向きですが、洗浄液特有の味はなく、好みの水分で服用できるなど、認容性は高いと思われます。欠点として基剤として含まれるセルロースが塊になり、腸管内に残存し観察の邪魔になることがあります。標準的には1回5錠を10回に分けて服用することになっていますが、これを30錠10回、すなわち1回3錠×10回に減らすと、十分な洗浄効果を得られつつセルロース残存を減らすことができます。(終わり)

<表1> 抗凝固剤と抗血小板剤の作用消失予測

	一般名	代表的な商品	作用消失予測
抗血小板剤	サリチル酸系剤	バイアスピリン	5~7日
		バファリン 81	
	塩酸チクロピジン	パナルジン	7~10日
	イコサペント酸エチル	エバデール	7~10日
	シロスタゾール	プレタール	3日
	塩酸サルボクレラート	アンプラーグ	1日
	ペラプロストナトリウム	ドルナー	1日
	リマプロスタアルファデスク	オパルモン	1日
	ジピリダモール	ベルサンチン	1~2日
抗凝固剤	ワルファリンカリウム	ワーファリン	3~4日
	ヘパリン	ヘパリン	1~2日

(今日の治療薬 2007 より)

<表2>



日ごろの疑問の解決のために...

「なんでも学術! なんでも回答? よろず勉強会」

～第9回～

メインテーマ

「形成外科医によるキズの見方」

■と き / 2009年11月26日(木) 午後7時半～9時

■と ころ / 金沢都ホテル 5階「蓬莱の間」(JR金沢駅東口正面)

■対 象 / 会員医師に限らせていただきます。(定員は先着30人とさせていただきます)

■申し込み / 11月20日までにFAX、またはお電話でお申し込みください。

主催：石川県保険医協会

電話:076(222)5373 / FAX:076(231)5156



18人が参加して19年ぶりに開催された保険医協会ゴルフ大会

第8回 石川県保険医協会ゴルフ大会 快晴のベストコンディションで

理事 齊藤 典才 (金沢市・外科)

10月12日(体育の日)、第8回保険医協会ゴルフ大会が行われました。このゴルフ大会は実に19年ぶりの開催で、第1回は1984年と意外と歴史は古く、以後、毎年行われていましたが、参加者数の減少を理由に1990年の第7回大会が最後となっていました。

今回、なぜゴルフ大会を開催したのか? 近年、社会の構造の変化とともに、医療費の削減政策などにより、医科も歯科も、あるいは勤務医も開業医も、さらにはコメディカルの方々にとっても、さまざまな困難がみられる状況です。そこで保険医協会ならば、それぞれの立場の方々が集い、親睦を深めて、一致団結ができる企画ができるのではないかと、そのひとつが今回のゴルフ大会でありました。

当日は、金沢ゴルフクラブにおいて、快晴のもと絶好のコンディションに恵まれて開催できました。医科会員6人、歯科会員9人、コ・メディカル3人の計18人が参加して行われ、それぞれが自分の目標を目指しながら、一打一打に気迫を込めて一生懸命にプレーをしていました。

ときにベテランの先生から若い先生へゴルフ指導をする場面があったり、珍プレーで談笑する場面があったり、和やかな時を過ごしました。この日ばかりは、日ごろの疲れも忘れ、みな集中して楽しく過ごされたものと思います。

優勝は、金沢市で歯科医院を開業されている向弘之先生で、グロス77という好スコアでした。大会後の懇親会では、それぞれに笑顔が見られ、懇親の目的は達成されたかと思えます。参加者全員に景品が贈られ、待っているご家族へのおみやげをもって帰られました。来年度以降は、保険医協会ならではの企画として、個人戦に加えて、医科、歯科、コ・メディカルでの団体戦ができないかと考えています。どうぞ多くの会員の皆様のご参加をお待ちしています。

優勝者の声

来年も連覇をめざします

ぜひ、多くの方々のご参加を

向 弘之(金沢市・歯科)

ゴルフ大会当日は、先日日本列島を直撃し各地に災害をもたらした台風十八号の時とは違って変わった秋晴れの絶好のゴルフ日和でありました。

私は、今大会の実行委員の一員である平田米里先生(かつてのゴルフのライバル)の計らいで出席させてもらいました。金沢ゴルフクラブで

ゴルフ大会当日は、先日日本列島を直撃し各地に災害をもたらした台風十八号の時とは違って変わった秋晴れの絶好のゴルフ日和でありました。私は、今大会の実行委員の一員である平田米里先生(かつてのゴルフのライバル)の計らいで出席させてもらいました。金沢ゴルフクラブで

最後にになりましたが、プレー代および参加費込みでメンバー八千円(ビジターは一万二千元)という格安の料金設定には驚きました。食事も充実していただき、フルーツギフトの賞品がもれなくいただけるという非常に満足感の高いイベントであったことを付け加えさせていただきます。このたびのゴルフ大会を企画・運営くださった幹事の先生方、大変ご苦労さまでした。

準優勝者の声

歯科のハイレベルに圧倒されて

ぜひ多数の医科会員のご参加を

岳尾 基一(白山市・皮膚科)

石川県保険医協会ゴルフ大会が十月十二日、金沢ゴルフクラブにおいて行われました。

開催日のつい二週間ほど前に保険医協会に入会させていただきました。

開催日のつい二週間ほど前に保険医協会に入会させていただきました。開催日のつい二週間ほど前に保険医協会に入会させていただきました。

開催日のつい二週間ほど前に保険医協会に入会させていただきました。

開催日のつい二週間ほど前に保険医協会に入会させていただきました。

開催日のつい二週間ほど前に保険医協会に入会させていただきました。



トロフィーが似合います 優勝の向弘之会員



入会直後の行事参加です 準優勝の岳尾基一会員

将棋解答

▲2三金△1一玉▲3三角成△同桂▲1二歩△2一玉▲1三桂まで7手詰。
【解説】▲2三金で△1一玉と追い、次の▲3三角成が好手、これで打歩詰を解消して▲1二歩から▲1三桂でピッタリ決まる。
(問題は13面にあります)

囲碁解答

黒1のツケが好手。白2に黒3から5で白死です。黒1で3は白4で白生き。白2で5なら黒イで白死。黒5で白は白5以下コウです。
(問題は13面にあります)

今さら聞けない介護保険 シリーズ12回 今こそ考えよう介護保障!

（まとめ）理事 西川 忠之（能美市・泌尿器科）

第5回 テーマ

特別養護老人ホームの医療から看取りについて

特別養護老人ホームとは、1963年の老人福祉法により登場した「高齢者のための長期入所型ケア施設（65歳以上の者で、身体上精神上著しい障害があるために、常時介護を必要とし、かつ在宅生活が困難な者が入所する施設）」である。

現在は、老人福祉法と介護保険法により運営されている（介護保険法上は指定介護老人福祉施設）。要介護1から5までの高齢者に対して、日常生活・療養上の世話（入浴、排泄、食事等の介護）、リハビリテーション、健康管理等を介護保険によって提供する。その他、家族や病院・福祉事務所との相談・連絡調整、金銭管理の代行等業務内容は幅広い。また、介護保険の適用が困難な場合は措置によりサービス提供を行う。

サービスの提供にあたっては、施設主導ではなく、利用者の心身の状態や希望、嗜好等を十分に理解し、普通の生活を念頭に置き、個別にサービスの内容を検討、実施することが望まれる。また、運営基準（厚生労働省令）によると、可能な限り居宅における生活への復帰をめざすとあり、従来の終身型入所施設からの脱皮が問題となっている。加えて、今後は施設の小規模化やユニットケアの推進等、居住環境の改善も大きな問題である。

特養の配置医師による医療の提供範囲は、本来あくまでも健康管理の増進とその指導である。しかしながら、急性期病院あるいは地域密着型病院での社会的入院を減少させる目的で入院期間の短縮や病床の削減が誘導された結果、介護施設の病院化がもたらされた。特に特養の場合、在宅復帰を目指すとしながらも、在宅生活が困難なものを入所させることが入所基準であるため、医療機関での死亡の場合以外、特養が「終の棲家」となることが必至である。

本来的には健康管理のみの医療提供であるはずが、看取りまで行わなければならないならば、診療報酬面におけるサポートは手厚くあるべきである。しかし、特養の診療所（医務室）には学校の保健室と同様に診療報酬が請求できる機能はなく、医療費は介護費に包括されている。開業医が特養の配置医師となる場合、健康管理のため特養と契約にて医師個人として決して高くはない一定額の報酬を得る（報酬額の相場は不明）。また、医院への診療報酬としては、通常、処方箋料、他院へ紹介するための診療情報の提供料（自らが対応できない疾患や診療科の場合）が算定されるのみであり、再診料は算定しない。自院に特別再診が必要な場合（特養施設内にて対応できないレントゲン検査や生体検査、手術を自院にて施行する等）にのみ再診料が算定できる。特養で点滴が必要な場合には訪問看護が非算定であり、特養看護師による点滴の場合、点滴の手技料、点滴の薬剤費は算定できない。唯一、配置医師が自ら特別に必要に応じて訪問し点滴を施行した場合に算定できるが、通常の在宅のような往診料は非算定である。訪問診療料Ⅱは癌の終末期の場合には算定可能である。

ところが、高齢者の場合には癌の終末期であっても通常の緩和療法のように疼痛コントロールに苦慮することは比較的少ない。非癌疾患と同様、認知症の

高度化の問題や食欲低下からの脱水症や嚥下障害や誤嚥性肺炎の繰り返し、尿路感染症、皮膚疾患が問題となることが多い。食べられなくなった時にどうするか判断が迫られる場合には、いつも心を痛める。本人および家族の個性を尊重し判断を仰ぐことになるわけであるが、その選択範囲に自由度がなく満足すべき対応ができていない実状がある。

これまで配置医師をしている特養で看取りを希望された場合には、自らをボランティアのようだと思いながら、食べられない人には分量とはいえないまでも最低限の水分補給として点滴を行うようにしてきた。お陰様で、今のところ看取り後に家人からおしかりを受けたことがないことは幸いである。高度の医療が提供できないことを前提で特養に入所されてはいるが、特養にて通常の在宅医療と同程度の診療報酬が算定できないのは明らかに看取り医療を提供する障壁となっている。それ以前に、より良く生きるための生存権の制限となっていないだろうか。配置医師は個人として健康管理を任されているが、医療機関に診療報酬の裏付けがなく、配置医師の所属する医療機関の思いやりによって特養の医療がなりたっている。さりとて、看取りのためだけに介護療養病床や介護老人保健施設などの他施設に移り住ませることは非現実的である。特養での診療行為が在宅医療と同等に診療報酬として算定できるようにならないものかと思う。少なくとも脱水の際の点滴の薬剤費や点滴の手技料くらいは算定できるようにすべきである。

【特養での看取りをめぐる…】

介護度の重い人、介護者家族の不在等により在宅生活が困難な人が優先的に入所できるよう、厚労省は2003年に省令を改正しました。それに伴い、近年特養の重度化が加速しています。一方、療養病床削減の問題もあり、医療ニーズの高い人の申込みも増えています。

介護保険上では特養は在宅復帰施設の一つとして位置づけられていますが、本人やその家族の多くは、特養＝「終の棲家」という期待を抱いて入所されているし、老人福祉法上でもその役割を担う施設であると解釈できます。

特養という「生活施設」に就職したはずのケアワーカーさんたちは、数々の医療行為の一部を担わされたり、臨終にまで立ち会うことになったりと、日々葛藤の中で仕事をされているのだらうと思います。

「看取り」については、本人や家族のニーズに応えるために全面的に実施している施設もあれば、配置医師等の考えや職員全体の合意や体制が整わないため見合わず施設もあり、特養全体における今後の大きな課題といえます。ただ、厚労省がまとめている人口動態統計表の「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」をみると、特養で死亡する人の割合は、特に「看取り介護加算」ができた2006年から確実に増えています。日々刻々と変化している介護現場の状況を踏まえた真剣な議論が必要です。

（事務局 橋爪真奈美）

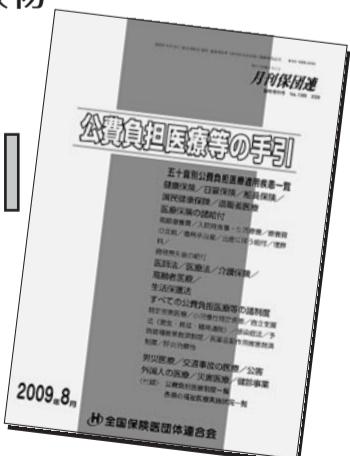
好評です！ 保団連の出版物

公費負担 医療等の手引

（2009年8月）

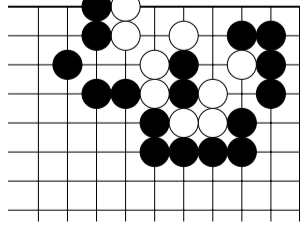
定価：4,000円（税・送料込）
★会員価格：2,000円
体裁：B5判、590ページ

お申し込みが必要です。→TEL:076-222-5373



囲碁 初級編

■出題 九段 石樽郁郎
黒先 7分で1,2級以上
〈ヒント〉一線の好手で上辺での眼形を奪います。



（解答は12面にあります）

将棋 初級編

■出題 九段 西村一義

6	5	4	3	2	1
			歩	王	
			角	歩	
			歩	歩	

持駒 金桂歩

〈ヒント〉打歩詰に注意する……。10分で3級

（解答は12面にあります）

会員リレーエッセー

◆◆123◆◆

走れ！マイペースで



竹内 洋子 (金沢市・内科)

九月十三日の日曜日、三年ぶりでハーフマラソンに挑戦しました。

お堀通りをスタートし、兼六園下↓武蔵↓片町↓鱗町と金沢の中心部を駆け抜け、笠舞から三口新町、涌波、上辰巳までの十二・一キロをひたすら上り、折り返した後は、緩やかに下り、兼六園蓮池門付近のゴールを目指すという二十一・〇九七五キロのコースです。

三年前に右ひざを故障し、完治しているとは言いがたかった。

切れず、しかもハーフマラソンは過去に二回出場経験があるだけ、レースに出ること自体が一年ぶりです。果たして完走できるのかという不安と、何とかなるかもしれないという希望を抱えてのエントリーでした。

前日、不安な口にする私に対し、夫は「どうってことない、無理なら途中でやめればいだけじゃないか」と励ましてくれ、幾分は気楽になっていました。出場するからには完走したい。できればそこそこのタイムで、とつい欲ばって自分にプレッシャーをかけていました。

今回のマラソン出場は、家族以外は一切言っておりませんでした。一人でこっそり挑戦したかったのです。不安と希望が交錯し、緊張でドキドキしながらいよいよスタートです。走り始めてわずかに五・六キロで恐れていた右ひざが痛み出し、私の中に暗雲が立ち込めました。このままではリタイヤするしかないかも、と弱気な気持ちになりながらもひたすら一歩また一歩と走り続けました。マイペースと唱えながら。

坂道を登り切った十二・一キロ地点が関門で、スタート後七十五分以内に通過しないと競技を中止させられます。

せられます。とにかく膝を大事に、無理せず走ってゴールまで持たせようと思いつきました。

これでもかというほど長い上り坂を登り、無事関門を通過することができました。後は兼六園まで下りです。気が楽になったもののまだ残りは九キロもありました。油断は禁物、ここで頑張ると最後まで持たないかも、いや下りだからもうちょっとスピードを出していいかなと葛藤しながら、無理せず慎重に走ることになりました。膝はじわじわ痛むし、ゴールまで持たせたい。走れ、マイペースで、また唱えます。初秋の空気はさわやかで清々しく、空は青く澄み、そんな自然の中を沿道の声援を受けながら二十一キロもの距離を走っていることに不思議な幸福感を感じるのです。こんながんばっている自分が好き、そんな気分になるのです。エンドルフィンが分泌されている「ランナーズハイ」とは、このことなのでしょう。この幸福感、高揚感に浸りたくて、マラソンに挑戦するわけです。

いよいよ最後の関門十七・六キロ地点を通過です。やった！これで完走決定。ラストスパートしようかな。でも残り三・五キロは無理かも、と不安は消えず、ゴールまで走り切るためスパートは断念しました。

囲碁将棋は、十三面にあります。

結局一時間五十七分でゴール。三年前より十分も遅いタイムがっかりしましたが、一般女子八十一人中三十三位と予想を上回る順位に気を良くし、さっそく夫にメールで報告。自宅の娘にも電話し、帰ってから勤務先のナースたちに「ハーフマラソン走ってきた」と自慢げにしゃべりまくりました。九年前、初めて大会に出ようとした際、夫に「最低十キロに出ろ」と言われ「えっ、無理！」と言いつつも十キロに出場したのが、私のラン歴のはじまりです。夫は整形外科医。いつも私の背中を押してくれ、感謝しています。苦しいけれどそれ以上の幸福感を与えてくれるのがマラソンです。それ故、いつかフルマラソンに挑戦してみたいと秘かな夢を抱いております。皆様も走ってみませんか？

原稿募集中

趣味や旅行記、医療・福祉に関してや平和、環境問題についてなど、会員寄稿をお待ちしています。事務局の杉野までご連絡ください。076 (222) 5073

河野先生ご夫妻 飛鳥IIで世界に行く6

マルタのバレッタ港、イタリアのカリアリ港に寄港して

河野 晃 (金沢市・小児科)



2009.05.12

五月十二日にマルタのバレッタ港に寄港しました。あり、地中海交易の要衝で淡路島の半分ぐらいの小さな島国ですが、中世に構築された大規模な城塞都市が、一八七七年にエルサレムが陥落し、キプロス、ロードス島に逃れたのと同じころ、一五三〇年にスペイン王兼神聖ローマ帝国皇帝カルロス五世は、イスラム海賊討伐を目的に、マルタ島を聖ヨハネ騎士団に貸し出したので、当時のスペインは中南米を植民地とし、そこから金銀等を強奪して繁栄を極めていたのです。

バレッタの城塞都市の一部。聖ヨハネ騎士団は、五年にオスマントルコ軍に包囲されましたが、騎士団の聖地巡礼者のための病院宿施設として、九世紀半ばに設立された塞都市が建設されたので、一八七九年にブッシュ・ゴルドの果てしない軍拡競争を終わらせる転機となったのでした。

バレッタの城塞都市の一部。聖ヨハネ騎士団は、五年にオスマントルコ軍に包囲されましたが、騎士団の聖地巡礼者のための病院宿施設として、九世紀半ばに設立された塞都市が建設されたので、一八七九年にブッシュ・ゴルドの果てしない軍拡競争を終わらせる転機となったのでした。



The Beheading of St. John the Baptist
「聖ヨハネの斬首」(現地の絵はがきより)

紀元前八世紀ごろからファエの雑誌によく特集されるエニキア人による支配に始まり、その後カルタゴ人、ローマ人に支配され、中世の面影が色濃く残る街です。十三世紀創建の聖マリウスです。「あなたにとってア大堂の壁、一番大事なものは何か」と画、天井画は「それは私の家族です」と答えるそうです。

一八七九年にブッシュ・ゴルドの果てしない軍拡競争を終わらせる転機となったのでした。五月十四日に、イタリアのカリアリ港に寄港しました。イタリアは日本食ブームで、寿司が好まれるようになってきているので、