

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/>  
 E-mail ; [ishikawa-hok@doc-net.or.jp](mailto:ishikawa-hok@doc-net.or.jp)  
 発行人 西田直巳  
 印刷所 ソノタ印刷株式会社  
 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 在宅医療講演会
- 3面 社会保障・税一体改革
- 4面 原発・いのち・みらい
- 6面 ヒデさんに聞く
- 7面 ハルピン視察ツアー
- 8面 在宅医療テスト
- 9面 読書教室

今月の会員数 / 1,028人(医科725人・歯科303人)



72人の医師、歯科医師、コ・メディカルが参加して開かれた講演会  
 (6月22日・ホテル金沢)

医師とコ・メディカルのためのよろず勉強会

## 穿刺や採血後の神経痛は未然に防げるか? ~日頃から注意すべきCRPS対策~

講師 中村耕一郎 先生(中村ペインクリニック院長)



講師の中村耕一郎氏 (七尾市)

### 神経損傷を回避するコツは?

## 正中より外側で穿刺を皮下を針で探らない / 静脈の真上から刺す

理事 斉藤 典才 (金沢市・外科)

「長年の使用で膝の周りの筋肉が縮んだままになった」のが原因とし、「拘縮した筋肉に局所麻酔を施してやれば問題は解決する」との説明に、同じ病気で「ずいぶん」と見方が違うのだと改めて認識させられた。

本題であるが、ご自身で学んでこられた講演会の内容と、自らの経験した症例を通して説明していただいた。まずは肘部静脈穿刺の心得として、「必ず正中より外側で穿刺すること」とし、同部位の解剖の絵を用いて、肘部尺側の静脈周囲には神経が巻き付くように走行しており、いくら注意しても神経損傷を完全に避けることは不可能であると述べられた。また、「皮下を針で探らない」ことや「静脈の真上から刺す」ことなどが、針刺しによる神経損傷を回避するコツであると教えていただいた。

さらに、針刺し時にトラブルがあった時の対処法として、適切な診療の必要性

六月二十二日(日)、ホテル金沢において、麻酔科・ペインクリニック内科として開業されている中村耕一郎先生(七尾市)を講師にお招きし、表記講演会を開催した。参加者は、医師十八人、歯科医師一人、コ・メディカル五十三人の合計七十二人であった。

講演は、まず変形性膝関節症を例にとり、整形外科医とペインクリニック科医との間の病態の考え方、治療方法の違いを説明し、痛みに対するペインクリニック科医としての総論的な考え方から始まった。変形性膝関節症を「軟骨が変形しこすれ合っており減ったか

**医療・介護総合法案の成立に強く抗議する会長談話を発表(六月十九日)**

**集団的自衛権行使容認の閣議決定の撤回を要求する会長声明を発表(七月三日)**

「会長談話」「会長声明」は、当協会ホームページの「石川協会News」でご覧ください。

2014年度版

# 『病院マップ』

ただいま追加申し込み受付中!

7月10日 発刊

病診連携の一助に 2014年度版

石川県内 公的・私的病院案内

○会 員：1冊 2,000円  
 ○会 員 外：1冊 3,000円  
 ※在庫が無くなり次第終了させていただきます。  
 会員の先生には1冊無料でお送りしました。

(石川県保険医協会 医療福祉部)  
 TEL 076-222-5373 FAX 076-231-5156

や専門医への紹介が必要なことと、コ・メディカルに

対しては、積極的な記録の書き方が大切だとし、患者さんとの会話内容や、点滴施行の時間、その穿刺部位など正確な記載が医療訴訟で幸いなことである。

今日得られた知識による、少しでもトラブルを回避することができれば、医療者側・患者側双方にとつ

## 医心凡語

最近のシニア世代でも、独身の男女が増加しているそうである。全国規模のマイナビの調査(二〇一三年、五十〜六十四歳の独身男女六百六十七人を対象に行った)によると、特定の「交際相手がいる」男性は五・七%、女性は一四・〇%であった。「パートナーが欲しいですか」では、男性では、「結婚相手が欲しい」二・一%、「一緒に暮らすパートナーが欲しい」一九・三%、「交際相手が欲しい」一九・九%となり、パートナーが欲しいとの回答は約六割だった。一方、女性では「パートナーが欲しい」との回答は、全部含めても三割足らずであった。パートナーとしてみたことの第一位は「旅行」で、男女共に約七割が回答、二位は食べ歩き五割、ドライブも男女共に五割弱が回答している。ところが、「パートナーに出会うために何か行動しているか」の問いには、何ら行動に移していない男性は八〇・五%、女性では八六・八%であった。つまり、中高年の独身者たちは、パートナーを求めているが行動を起こしていない。筆者が参加している「旅行サークル」も、独身者には一番人気のサークルであるが、旅が目的なので女性参加者の比率が高く、出会い目的の男性には違和感があるかもしれない。あくまでも出会いは当人同士のことなので、自己責任でお願いしている。



在宅医療講演会

たんぽぽ先生の在宅医療を学ぶ

クールでかつホットだぜー

副会長 大川 義弘 (金沢市・内科)



講師の「たんぽぽ先生」こと永井康徳先生 (松山市・内科)

六月八日に、愛媛県松山市のたんぽぽクリニックの永井康徳先生(たんぽぽ先生)をお呼びして、第一部「明日から使える在宅医療の基礎知識」平成二十六年改定を踏まえてと、第二部「本人の生き方に向き合う在宅医療」多死社会にむけて終末期の医療と介護を考える」という二部構成で、在宅医療講演会をホテル金沢で開催



会員医師、看護師ら96人が参加して開かれた在宅医療講演会 (6月8日・ホテル金沢)

持論

三月末、政府の規制改革会議が、患者が希望した場合、簡素な手続きで、健康保険から保険外併用療養の支給が受けられる、事実上の混合診療全面解禁となる「選択療養」の提言がなされた。これに対し、保団連、保険医協会、日本医師会、患者団体から、これでは安全・安心な医療にはならないとの猛反発をくらし、実施できる医療機関を限定するなど一部修正した上で、六月十三日「規制改革会議第二次答申」において「患者申出療養制度」と名前を変えて正式に提起された。現政権は、基本的に混合診療を拡大する方針であり、最終的に、どのように法案化され実施されるか予断を許さない状況である。

「患者申出療養制度」を隠れ蓑にした混合診療解禁策に強く反対する

そもそも社会保障を充実させることは、国の義務であり、憲法にも規定されている。その中でも医療は、すべての国民に守るべき公共的使命がある。もろろん経済的に裕福な方々を中心に、自費負担を多くしてでも、自分だけは、より高いレベルの医療を受けたいとの要望があるのも事実であろう。しかし私たちは、すべての国民に、必要な医療を必要だけ提供できるような、有用な医療行為や医薬品を速やかに医療保険に組み入れる体制の確立を、改めて主張したい。今回の「患者申出療養制度」は、医療を必要だけ提供できるような、有用な医療行為や医薬品を速やかに医療保険に組み入れる体制の確立を、改めて主張したい。今回の「患者申出療養制度」は、医療を必要だけ提供できるような、有用な医療行為や医薬品を速やかに医療保険に組み入れる体制の確立を、改めて主張したい。

「困難な病気と闘う患者の治療の選択肢を広げるため」との提案であれば、それは公費負担により安全性を担保した上で、治験実施で対応が可能なはずで、安易な医師と患者の契約による患者申出療養制度は、安全性の確保や医療倫理違反の誘発など問題が多い。折しも、地元の大分県で、がん患者に対する、カフェイン併用化学療法についての倫理違反が明らかになった。混合診療の拡大は、このような不祥事を誘発する危険を孕む。改めて医療は、公共性の高い「社会的共通資本」であり、安易な金儲けの対象や、一部の富裕層のためのものであってはならないことを宣言するものである。果たせむとせ、冷

たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル

改訂版

2014年度診療報酬改定に完全対応! 待望の改訂版が遂に登場 在宅医療のパイオニアが教える! 「勘所」90項目を厳選 この1冊で丸わかり!

- 永井康徳 著
B5判・224ページ
価格: 3,456円(税込み)
ISBN: 978-4-8222-3187-3
発行元: 日経BP社
発行日: 2014/06/24



※本書をご希望の方は、アマゾンなどでご注文いただけます。



# これでいいのか!?



## 社会保障・税一体改革

### 第18回 患者申出療養制度の問題点 —あらためて混合診療禁止の意義を考える—

事務局長 工藤 浩司

#### はじめに

6月24日、政府は、『日本再興戦略』改訂2014(新成長戦略)を閣議決定した。いわゆる「アベノミクス」による日本経済の「上昇」を目指すための今後の施策を示したものである。医療保障制度は本来、社会保障制度としての公共的な役割があり、市場の活性化・成長戦略の対象とはなり得ないはずであるが、新成長戦略においては、「攻めの農林水産業の展開」と並んで「健康産業の活性化・ヘルスケアサービスの提供」として「構造改革」の対象となっている。健康関連分野を成長市場に変えるためのさらなる市場化・営利化の推進である。この文脈の中に、「保険外併用療養費制度の大幅拡大」が位置付けられ、新たな保険外併用の仕組みとして「患者申出療養」(仮称)の創設が提起された。「混合診療」の大幅拡大施策である。以下、患者申出療養制度の内容を整理したうえで、改めて「混合診療」の何が問題なのかをみていきたい。

#### 患者申出療養制度とは

3月末、政府の規制改革会議は、混合診療の実質的解禁を企図して「選択療養制度」の創設を提起した。この提案については、医療界のみならず、患者団体、保険者団体からも強い批判が浴びせられ、6月13日に示された「規制改革会議第二次答申」においては、「患者申出療養」という枠組みで正式に提示された。この内容が冒頭で紹介した新成長戦略に盛り込まれたのである。

そもそも一連の診療行為において、保険診療と保険外診療の併用(いわゆる混合診療)は、健康保険法上認められておらず、これは最高裁判決でも確定している。例外的に認められているのは、「保険外併用療養費制度」に位置付けられた療養のみであり、現行の制度としては先進医療など保険収載を前提とした「評価療養」と差額ベッド料などの「選定療養」がある。患者申出療養制度は、この保険外併用療養費制度の第三のカテゴリーとして新設するとしており、第二次答申からそのまま引用すれば、「困難な病気と闘う患者からの申出を起点として、国内未承認医薬品等の使用や国内承認済みの医薬品等の適応外使用などを迅速に保険外併用療養として使用できるよう、保険外併用療養費制度の中に、新たな仕組みとして「患者申出療養(仮称)」を創設し、患者の治療の選択肢を拡大する」とまとめられている。

#### 患者申出療養の具体的内容

対応できる医療機関は、大学病院本院を中心に全国15病院が指定されている「臨床研究中核病院」(以下単に「中核病院」と「患者に身近な医療機関」とされ、診療内容に応じて連携協力を図りながら診療体制を構築するとしている。中核病院は、今後要件を満たせば追加していくとされており、また、「患者に身近な医療機関」についても中核病院の承認により随時追加することとなっている。

具体的な手順は次のとおり。まず、「患者申出療養」としての前例がある診療については、中核病院や「患者に身近な医療機関」が患者からの申出を受け、前例を取り扱った中核病院に申請する。申請から原則2週間で中核病院が判断し、受診できるようにする。前例がない診療については、中核病院が国に対して申請する。申請から原則6週間で国が判断し、受診できるようにする。その際には、「患者に身近な医療機関」で受診できるよう、当該医療機関を最初から対応医療機関として申請することもできる。

「安全性・有効性」については、国が「専門家の合議」で確認することで担保されるとしている。また、将来の保険収載に向けては、「治験等に進むための判断ができるよう、実施計画を作成し、国において確認するとともに、実施に伴う重篤な有害事象や実施状況、結果等について報告を求めるとしている。なお、実施計画の「対象外」患者から申し出があった場合についても、中核病院において安全性、倫理性等について検討を行ったうえで、国において専門家の合議により実施を承認するとしている。

#### 患者申出療養制度の問題点

選択療養制度から患者申出療養制度に変わったことにより、「安全性・有効性の担保」の問題はクリアされるのか。答えは否である。第一に指摘すべきは、患者申出療養の対象(すなわち混合診療の対象)が無限定に拡大していくことである。確かに、前例のない診療については、中核病院が国に申請し、国

が安全性を判断するというプロセスを組み込んでいる。しかしながら、そもそも、新制度の提起自体が「患者に身近な医療機関」において「迅速な保険外併用療養」を実現する仕組みを目指していることから、中核病院においてはスピーディーな「前例づくり」が求められるのは言うまでもなく、この前例の集積は、協力医療機関として位置づけられる「患者に身近な医療機関」の集積にもつながり、結果として混合診療が無限定に拡大していく自体が想定される。また、そうでなければ、そもそもこの施策が経済施策としての「成長戦略」に位置付けられていることの意味がなくなってしまう。6月10日の一般紙等においては、「リスクの低い未承認薬や適応外薬の使用では1000を超える医療機関への拡大が見込まれる」と報道されている。

第二は、2~6週間で本当に安全性・有効性を判断できるのかという問題である。現行の評価療養でさえ6か月かかっているものを、どのようなプロセスでここまで短縮できるのか、具体的には何も明らかにされていない。また、安全性・有効性の評価を行うために実施計画を作成するとしているが、その水準についても疑義がある。例えば、評価療養においては対象患者について年齢制限や他の病気に罹患していないなどの諸条件を満たさなければならない(この点、第二次答申自らが「安全性・有効性が確認された医療を保険収載していくうえで必要なプロセスである」と認めている)が、実施計画の対象外患者からの申出も受け付けるという新制度においては、実施計画の「質」をどのように担保できるのか、はなはだ疑問である。

第三は、将来の保険収載の見通しである。第二次答申では、「治験等に進むための判断ができるよう報告を求めるとの表現にとどまっておき、安倍総理が言うような保険収載につながる手続については何も明示されていない。評価療養は少なくとも中医協において保険収載の是非について検討する機会が与えられるが、患者申出療養には現時点の案では何も用意されていない。「将来の保険収載につなげる」という説明とは逆に、むしろ保険外に固定される療法・薬剤の集積場所として新制度が機能する可能性は否定できない。

以上、「患者申出療養」制度は、不当な混合診療の大幅な拡大につながる施策であり、とうてい容認できないと考えるものである。

#### あらためて、混合診療「禁止」の意義

そもそも、なぜ「混合診療」は「禁止」されねばならないのか。あらためて整理しておこう。

第一は、患者申出療養において最大の争点となっている「医療の安全性・有効性の担保」である。第二は、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である。どちらも、医療における医療提供者側と患者側の情報の非対称性と密接な関係があり、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つながる。

第三は、保険財源の消費のあり方の問題である。国民皆保険のもとすべての国民の拠出(保険料と一般財源)によりプールされている保険財源については、すべての患者に消費できる機会が与えられねばならない。混合診療は、保険外負担が可能な所得階層のみが、保険外診療とあわせて保険財源を消費できるという意味において、いわば保険財源の「つまみ食い」を可能とするものである。

第四は、保険診療の水準向上へのインセンティブが働くということである。保険診療に保険外診療が組み合わされるとすべて自由診療になるという「原則」は、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。新規技術・新薬を使用しなければ全額自由診療という状態を、国はいつまでも放置するわけにはいかないからである。逆に言えば混合診療を認めるとことは「保険のきかない医療」の存在を正面から容認することとなり、保険がきく医療の範囲の固定化や限定縮小化につながってしまうのである。

結局、保険診療と保険外診療の併用については、極めて限定的・例外的に解することが求められる。原則として混合診療を保険給付外としたうえで、保険外診療を公的コントロール下におき、あくまでも保険導入を前提に「過渡的に」認めるという運用がされなければならない。この観点から現行の評価療養を見直し選定療養を廃止する方向で改革するならともかく、混合診療のカテゴリーを拡大するような施策は、断固として認めるわけにはいかない。

#### おわりに

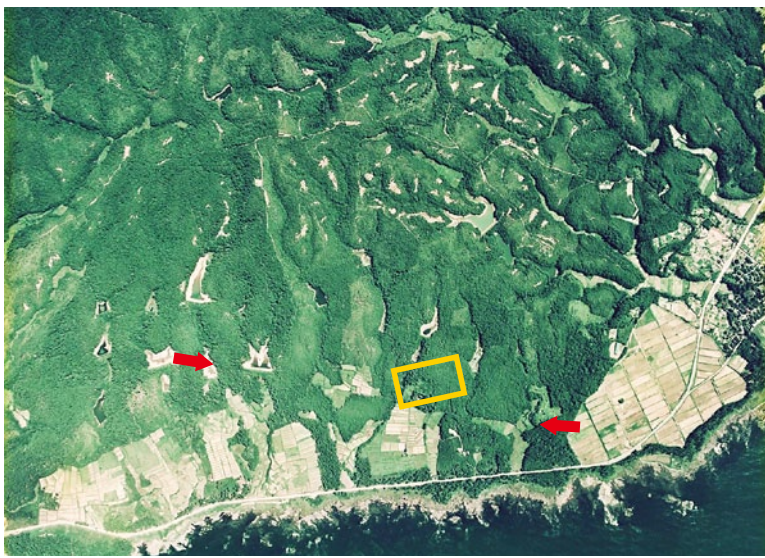
混合診療の問題は、つまるところ医療保険制度はどうあるべきかというテーマに直結する。混合診療を認めるということは医療保険により提供される医療には限界がある(あってもよい)ことを認めることであり、逆に言えば「必要な医療はすべて保険でカバーされるべき」という理念をベースにすれば、混合診療は認められないことを意味する。医療保険制度は患者に必要な医療を必要なだけ提供するべきものか、それとも、最低限度の保障にとどまりそれを上回る部分は自己責任でよいとするのかという理念の対立をもたらす重要なテーマなのである。もちろん、我々は今後も前者の立場から、あるべき医療保険制度を実現させたいと考えている。



シリーズ  
原発・いのち・みらい  
その27

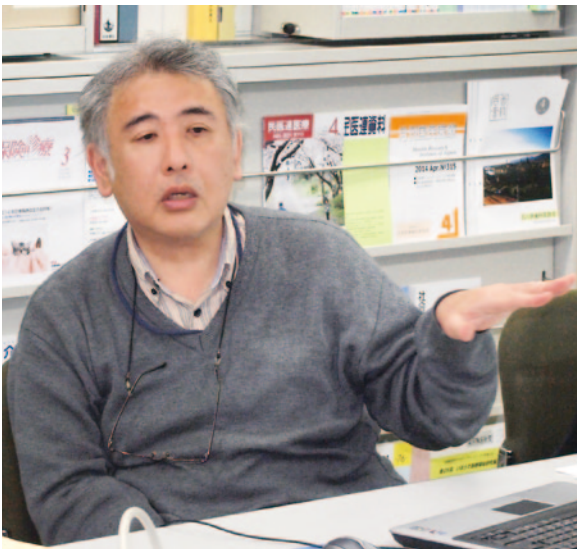
志賀原発の耐震安全性と活断層問題で  
日本科学者会議原子力研究委員会  
児玉委員と懇談

理事 斉藤 典才 (金沢市・外科)



四角は志賀原発原子炉建屋の立地場所。矢印で示す方向に直線が引け、活断層による地形変動が見える

石川県保険医協会の「原発・いのち・みらい」プロジェクトは、二〇一四年四月二十三日(水)、日本科学者会議原子力研究委員会委員である児玉一八氏と、志賀原発の耐震安全性と活断層問題をテーマに懇談を実施しました。児玉氏は新潟大学名誉教授の立石雅昭氏(専門は地質学)と共に、志賀原発周辺でボーリング調査をはじめとする活断層・断層群の調査を行っており、今回の懇談では、主



日本科学者会議原子力研究委員会委員の児玉一八氏

にその調査の報告をしてい

ただきました。新聞やテレビなどの報道を通じて、現在、「志賀原発廃炉訴訟」が行われていることは皆さんご存知だと思いますが、北陸電力は「原発立地周辺の断層は活断層ではない」と主張しています。しかし、二〇一四年二月に行われた原子力規制委員会による現地調査に参加した藤本光一郎委員(東京学芸大学准教授)からは、「敷地内断層の切断関係と延長を示す北陸電力の調査から、川南岸断層が活断層であり、原発敷地内にも活断層が動いたことによる地形変動が認められるということでした(児玉氏には次号で詳細に報告していただく予定です)。お話しいただいた

内容の中で最も印象的だったのは、左上に示す一枚の航空写真です。一九七五年に国土地理院が撮影したもので、オレンジ色の四角型



石川県保険医協会「原発・いのち・みらい」プロジェクトが開いた懇談会(写真右奥が筆者で、右手前が児玉一八氏・保険医協会会議室にて)

で示す場所に志賀原発の原子炉建屋(一号機、二号機)が立地していますが、二つの赤矢印で示す部分に直線が引け、地震によるズレが生じたように見えます。この地層のズレを現在も確認できるかどうか、グーグルの航空写真を見てみましたが、このあたりの土地は原発関係の敷地となり広くコンクリートで覆われており、確認することができませんでした。しかし、この写真が本当だとすれば、素人ながら志賀原発は活断層の真上に位置していると思われ、北陸電力の主張は全く通らないと感じました。皆さんはどう思われますでしょうか。

# 三井住友トラストVISAカードと業務提携契約のお知らせ

会員のみなさまに「三井住友トラストVISAゴールドカード」及び「三井住友トラストロードサービス付VISAゴールドカード」の年会費優遇サービスを提供するため、標記契約を交わしました。

## 会員のメリット

- ①年会費が割引となります
  - VISAゴールドカード 通常年会費10,000円(税抜) → **2,500円(税抜)に!!**
  - ロードサービス付VISAゴールドカード 通常年会費11,000円(税抜) → **3,000円(税抜)に!!**

共に家族会員は年会費一人1,000円(税抜)で加入できます  
家族会員は、本会員と同様のサービスが付帯するので大変お得です
- ②VISAゴールドカードのサービス
  - 海外・国内旅行傷害保険
  - ショッピング保険
  - 空港ラウンジサービス など
  - ※ご希望の方にはETCカードを1枚別途発行します。
- ③ロードサービス付VISAゴールドカードのサービス
  - (左記VISAゴールドカードのサービスに加え)
  - ガス欠、バッテリージャンピング、レッカー移動、パンク、鍵開け、レンタカー手配など
  - ※ETCカードは一体型になっています。

※詳しくは、同封のチラシをご覧ください。 ■未入会の先生方は、協会へ入会の上お申し込みください■

## 【会員の先生方だけが加入できます】

- ①現在、ゴールドカードをお持ちの先生方へ  
年会費(税抜)10,000円が2,500円となるので大変お得です。今お持ちのカードから乗り換えができます
- ②VISAカードの引き落とし金融機関は、都銀、地銀、労金、農協など、取り扱いができます
- ③ロードサービスは大手ロードサービス会社以上のサービスが付帯しますので、車に乗られる方は大変お得です

## ■カード発行までの流れ

- ①入会申込書のお届け  
会員から、三井住友トラストカードへ申込書を請求(下記ご参照)  
⇒三井住友トラストカードから入会申込書を会員宅へ郵送
- ②入会申込書に必要事項記入・捺印後、三井住友トラストカードへ返送
- ③(所定の審査後)約3週間で、カードがご自宅に郵送されます

## 申込書の請求および問い合わせは下記へ

\*電話の方(受付時間平日9:00~17:00)  
三井住友トラストカード株式会社大阪支社  
【担当:市丸、野村】  
TEL:0120-006-542

\*メールの方  
三井住友トラストカード株式会社大阪支社  
アドレス:Osaka\_Info@smtcard.jp

※希望カードの種類(VISAゴールドカード)(ロードサービスVISAゴールドカード)、名前、住所、電話番号、所属団体名(石川県保険医協会)を明示の上、資料請求してください。





### 会員の先生へ

## 『石川保険医新聞』アーカイブズについて

『石川保険医新聞』の創刊号から最新号までのPDF化が終了し、会員の皆様にいつでも閲覧・ダウンロードしていただくことが可能になりました。当面の間、試験運用として、ホームページにアップロードしましたので、ご覧になりたい会員(ご本人のみ)の方は、保険医協会事務局まで、当該サイトへのアクセス方法をおたずねください。メールでお問い合わせいただければ、アクセス方法とIDおよびパスワードをお知らせします。

●問い合わせ先Eメール  
ishikawa-hok@doc-net.or.jp



# 医療・福祉問題 研究会 第116回例会

日時 9月13日(土)  
午後3時~5時

会場 ITビジネスプラザ武蔵  
6F・ホール2(交流室2)  
(金沢市武蔵町14番31号)

テーマ 日本とマダガスカル  
— 貧困問題とハンセン病政策 —

報告者 井上英夫さん(金沢大学名誉教授)  
鈴木 静さん(愛媛大学法文学部准教授)

アフリカ大陸の東側にある島国、マダガスカル。ここは日本の4倍の面積で、約2200万人が住んでいます。自然豊かな地で、主食である米は1年で3回もとれるほどです。

今年3月、私たちはマダガスカルを訪問しました。この国の人々の印象を一言でいうなら、「ほこり高きマダガスカル人」です。しかし、現在は暫定政権のもとで、道路、公共事業などの大事なライフライン整備が停滞し、人々の暮らしは貧困を極めています。

こうしたなかで、私たちは首都アンタナナリボと地方モロンダヴァの2か所の、ハンセン病療養所へうかがいました。患者の皆さんにもお話をうかがうとともに、病院運営に尽力されている医師、看護師の話をお聞きしてきました。マダガスカルでのハンセン病や患者、家族を取り巻く状況は、多面的であり重層的で、医療、ケア物資の不足は大きな課題です。差別状況も様々で、退院して家族のもとへ帰る人もいれば、病気が治っても数十年にわたり療養所に暮らし続けている人もいます。

ハンセン病療養所の現状から、改めてマダガスカルでの政治や経済のあり方と貧困の問題が見えてきました。一緒に考えていただけましたら幸いです。みなさんご参加をお待ちしています。

## 原発・いのち・みらいプロジェクト 出前講座のご案内

あなたが所属しているサークルや町内会で、「原発・放射線」をテーマに勉強会を開いてみませんか。保険医協会から講師を派遣します。

テーマ 低線量被ばくの健康影響、核被害の実相や核をめぐる国際情勢など

講師 石川県保険医協会「原発・いのち・みらいプロジェクト」メンバーの医師

費用 講師料は無料  
交通費については別途相談

※会場の準備、参加者募集は貴方にてお願いします。  
詳しくは、下記までお問い合わせください。

＜お問い合わせ先＞

石川県保険医協会 TEL 076-222-5373 FAX 076-231-5156  
Eメール:ishikawa-hok@doc-net.or.jp

### 石川県保険医協会・2014年

# チャリティーゴルフコンペのご案内

日時 2014年10月13日(月・祝・体育の日)  
午前9時6分スタート(集合:8時20分)  
※集合時間の午前8時20分までに、必ずご参集ください。

場所 朱鷺の台カントリー倶楽部  
能州台コース(TEL 0767-27-1121)  
詳しくは朱鷺の台カントリー倶楽部のHPをご覧ください。

●参加費 保険医協会会員並びにそのスタッフなど**3,000円**(保険医協会未入会員 4,000円)

●ピジタープレー代 **9,300円**(昼食別/各自、お支払いください)

●競技方法 ①個人戦:18ホールズ・ストロークプレーで、ダブルペリア方式でハンディキャップをつけ、順位をつけます。

②団体戦:各チーム参加者全員のスコアを合計し、人数で割ったスコアで勝敗を決めます。

●チャリティー ※ショートホール(4ホール)でワンオンしなかった場合には、その都度ツーコイン(200円)を支払うことをご協力ください。

●その他 \*キャディーは原則、つけません。  
\*賞品:個人戦の1位(トロフィー&景品)、2位、3位。団体戦の1位。  
\*その他、バスグロ、プービー、ドラコン、ニアピン、参加賞など多数の景品をご用意します。

●申込方法 9月10日(水)までにお申し込みください。※定員に達し次第、締め切らせていただきます。

お問い合わせは石川県保険医協会まで

TEL (076) 222-5373 FAX (076) 231-5156  
E-mail:ishikawa-hok@doc-net.or.jp



詳しくは同封の案内チラシをご覧ください

**囲碁解答**

黒1のワリコミが好手。白2には黒3、5で白死です。黒1で白5なら黒1は白2で白生き。白2で3なら黒1で白死。黒3で5は白3で失敗です。

(問題は10面にあります)

**将棋解答**

▲1三歩成△同玉▲1四銀△2二玉▲2三歩成△同金▲3二金まで7手詰。  
(解説)▲1三歩成が好手です。桂と香いづれで取っても早く詰みます。3手目▲1四銀に△2四玉は▲2五金で早詰み。▲2三歩成が決め手です。

(問題は10面にあります)

**「数独」の解答**

8+1で、答えは「9」  
(問題10面)

4	5	6	3	7	2	9	8	1
8	9	3	5	1	4	7	6	2
1	7	2	9	6	8	5	4	3
3	2	9	8	5	6	①	7	4
5	4	7	1	3	9	6	2	8
6	1	⑧	2	4	7	3	9	5
2	6	5	4	9	3	8	1	7
7	8	1	6	2	5	4	3	9
9	3	4	7	8	1	2	5	6



# ヒデさんに聞く 倫理から人権へ

(金沢大学名誉教授 井上 英夫氏)



## 《第10回》住み続ける権利(後編)

前回述べたように、能登の「もう一つの過疎化」、スウェーデンの自己決定と選択の自由を前提とした在宅ケア体制等の見聞、そして最近の、貧困の拡大・深化と能登地震・東日本大震災・原発事故が大きな契機になり「住み続ける権利」について本格的に提唱したわけです。

それでは、何故、「住み続ける権利」なのでしょう。基本的人権(人権)なのでしょう。詳しくは、拙著『住み続ける権利』(新日本出版社)をご覧ください。

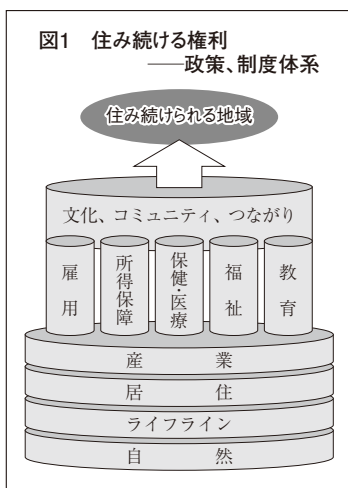
### Basic Human Needs と Basic Human Rights

2011年暮れ、陸前高田の広田仮設住宅で、83歳の女性から故郷への痛切な思いを伺いました。ここに、住み続ける権利の原点があります。津波で被災され一時娘さんのところに避難したのですが、5か月後に戻り仮設生活を続けられていました。外に出てみて初めて、この生まれ里を「愛している、恋している」ということが分かった、できるなら、津波にさらわれた、家のあった元のところにまた住みたいというのです。「好きだ、住み続けたい」という言葉は、私の訪問した世界中の人々から聞いています。しかし、「生まれ里」という言い方、「愛している、恋している」という表現は初めて耳にしました。

何故、住み続ける権利の確立なのか。被災者はもちろん人々の中に、自分の生まれ育った場所に住み続けたいという強烈な願望、欲求がありそれを満たすために必要なニーズ(Basic Human Needs)があるからです。この、Basic Human Needsを保障するのが基本的人権(Basic Human Rights)すなわち人権にほかなりません。権利は、人々の生活実態の中から見いだされ、主張され、権利のための闘争によってやがてそれが社会全体に認識され人々の規範意識となり、権利として最高位の人権にまで高められ、その保障が国家の義務とされるわけです。日本国憲法97条も、人権を、「人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果」(この場合の「努力」は英文憲法ではstruggle・闘争です)であると明言しています。

### 住み続けるために何が必要か

人々が、地域で住み続けるためには、何が必要でしょうか。図1をご覧ください。自然環境や鉄道や道路等のライフラインそして産業が土台になるわけです。これらのうちハードの部分が、震災等の場合とくに強調されるのですが、人はそれだけでは生きていけない。昔なら、衣・食・住そして現代では、医、職、居住、所得さらには教育、文化が不可欠でしょう。とくに柱部分のソフトの保障があってこそ、住み続けることができる。最近、社会保障制度改革の自助、共助、公助論と相まって、絆、寄り添い、見守り等が強調されますが、地域の連帯、助け合いも、いわばハード、ソフトの下部構造が保障されてこそ可能となります。

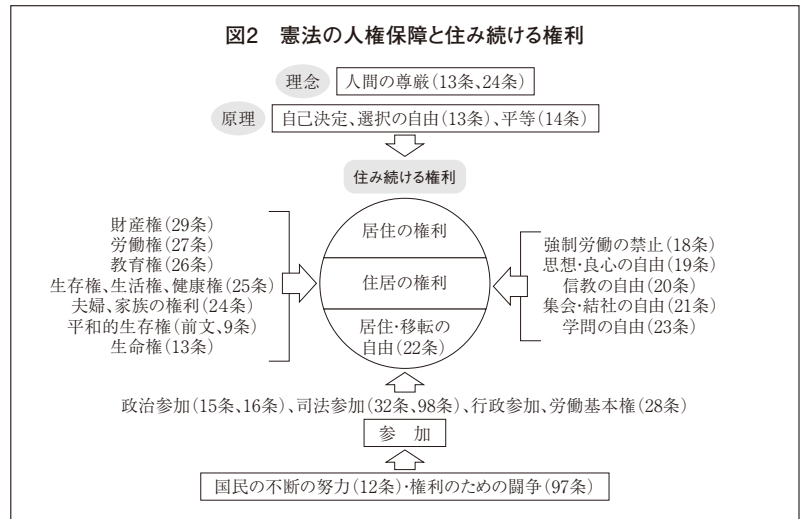


### 住み続ける権利の構造

図2は、住み続ける権利の構造を、現行憲法の人権保障に照らして示したものです。

核となるのは、日本国憲法第22条の居住移転の自由です。そして、25条を根拠に居住権さらには居住福祉の権利も主張されています。国際的にも1966年の国際人権規約(経済的社会的文化的規約11条)でも保障されています。また、居住の権利は、単なる住居の保障ではなく、居住環境さらにはケア等の社会保障・社会福祉の保障を含めて生活保障全般をも含むものとしての居住福祉が提起されているのです。

日本国憲法22条は、「居住移転の自由」を人権の一つとして保障してい



るわけですが、現代の人権は、「移動の自由」に止まらず、「住み続ける」権利を保障するものでなければならないでしょう。

人々が生まれ育った地域、さらには自分の選び決定した地域で、一人でも、寝たきりでも、惚けても、歳をとっても、尊厳をもって暮らせる。すなわち住み続けるためには、平和的生存権(憲法前文、9条)を基底とし、人間の尊厳すなわち選択の自由・自己決定の権利(憲法13条)、居住権(22条の「居住移転の自由」)、労働権(27条)、教育権(26条)、生存権・生活権・健康権(25条)、環境権(13条、25条)、財産権(29条)等、いわゆる自由権、社会権を問わず、人権が総合的、包括的に保障されなければならないということです。

### 住み続ける権利と避難する権利

住み続ける権利は、まことに不条理で酷い、東京電力福島第一原発の爆発事故によってふるさとを「喪失」し、避難を強制されている人々にこそ保障されなければならないでしょう。

そして、原発事故は全くの人災・私害で、第一に東電の責任、そして産官学の原子力村、国と自治体の責任が追及されなければなりません。

こうして、「住み続ける権利」は、多くの人々に共感されています。そのなかで、避難を余儀なくされている人々から、住み続けるだけでなく、「避難する」権利も認めるべきだという意見が出ています。

確かに、原発爆発の被災地の人々は、強制避難はもちろん、自主避難の人々も含めて、生命の安全のために避難することができなければならない。さらに避難先での生活保障が必須です。その意味での避難する権利は認められなければならないと思います。

しかし、「住み続ける権利」の大前提となるのは、自己決定と選択の自由の原理です。基本は、何処であれ、生まれ育った地に住むか、新天地に住むか自分が選び、決めることができる。その自己決定を、国、自治体の責任において諸制度によって保障する(すなわち人権保障)ということです。

したがって、住み続ける権利には、当然に「避難する権利」も含まれるということになります。そもそも、避難も好きでするわけではなく、いままで暮らしてきた土地に住み続けることができない、住み続ける権利を奪われているからに他ならないわけです。その意味では、とくに強制避難の場合選択肢はなく、「強制された自己決定」であり真の自己決定が許されない状態というべきでしょう。

最後に、1991年に採択された国連の高齢者の人権保障のための18原則のうち次の2つを紹介しておきましょう。

- 6 高齢者は、できるだけ長い間、自宅に住むことができないなければならない。
- 14 高齢者は、ケア施設や治療施設等いかなる所に住もうと、その尊厳と信念とニーズとプライバシー、そして自分の受けるケアと生活の質について決定する権利を最大限尊重されるための人権と基本的自由を享受できないなければならない(拙著『高齢化への人類の挑戦』(萌文社)をご覧ください)。

### 【保険医協会のコメント】

井上先生の長年にわたる能登でのフィールド研究、東北被災地に赴いての聞き取りを通じて、「生まれ里」という言葉に象徴される、住み続けたいと言う住民の皆様の意識が、よくわかりました。その住み続ける権利が、憲法を通じて総合的な権利として保障されていることが理解できました。

理想と現実のギャップは大きいですが、憲法で保障された権利であると自信を持って主張していきたいと思えます。どうもありがとうございました。



# 横山隆先生の保団連 ハルピン視察ツアー 報告 その①



ハルピンでダウンの上着を着て

横山 隆 (羽咋市・外科)

2014年5月3日～6日の日程で、「ハルピン視察ツアー～戦争と医学を考える～」が保団連主催で行われました。

ハルピンは中国・黒龍江省の省都で731部隊が研究棟、発電所、鉄道、専用飛行場などを建設し、細菌・化学兵器の研究・実験・製造を行っていた地であり、今回のツアーはその視察を目的としています。また2015年の日本医学会総会へ向けて、「戦争と医の倫理」のシンポジウムを成功させるための一環でもあります。

参加募集が開始されると全国からあつという間に25人の申し込みがあり、その関心の高さがうかがえました。石川協会からは横山隆先生、平田米里副会長が参加し、詳細な報告を横山先生より寄せていただきましたので、全3回シリーズにてご紹介いたします。

## 【5月3日】

午前11時、関空3階「F」コーナー前に集合。中国国際平和旅行社の佐藤洋子さんからブリーフィングを受けた後、チェックイン。その後、同じ階にある会議室「上方」で結団式。団長の兵庫協会の加藤全国保団連理事があい

さつ。副団長である京都協会の垣田さんもありさつ。

連休で飛行場は混雑しており、手荷物検査を通過するのに30分以上掛かった。飛行機は午後1時5分発予定で、離陸は1時18分。飛行は順調で現地時間午後3時にハルピン、太平空港に到着。現地ガ



ライラックの花

イドの佟春燕さんが出迎えてくれ、バスで市内へ。佟さんは少数民族の満州族出身。満州族は総人口の2%を占め、少数民族では最大とのこと。午後4時過ぎにハルピンホリデイインホテルに到着。夕方、中央大街を少し散策。午後7時から2階のレストランにて夕食交流会。今回は総勢25人で医師・歯科医師は17人。ハルピンは5月2日までは最高気温が20度以上あったが、3



宿舎のホリデイイン

日～4日は最高気温が8度、最低気温3度で、雨も降り、息が白く見えるほど肌寒かった。私は、まさか要らないだろうと持っていたダウンの上着に助けられた。とはいえ、5月なのでハルピンの町は春めき、ライラックが満開。その素晴らしい香りを嗅ぐことができた。

医療研究会は医療研究フォーラムに生まれ変わります

## 第29回保団連医療研究フォーラム

(メインテーマ) **食の安全と命の安心** 北の大地で考えよう

- 日時 2014年9月13日(土)～14日(日)
- 会場 札幌パークホテル 札幌市中央区南10条西3丁目 TEL 011-511-3131

- (参加費) 医師、歯科医師 ..... 8,000円
- 協会事務局 ..... 2,000円
- コ・メディカル/コ・デンタル ..... 500円

※分科会には一般市民、マスコミの方は入場できません。

- 主催/全国保険医団体連合会 ●主務/北海道保険医会
- お申し込み・お問い合わせ・パンフレットの請求は  
石川県保険医協会まで TEL:076(222)5373  
(7月末日まで)

# 保団連 第32回 病院・有床診療所セミナー

入院医療をめぐる現状と問題を明らかにするとともに具体的な対応策を学習・交流するために、下記の日程で「病院・有床診療所セミナー」を開催します。ぜひご参加ください。

■主催/  
全国保険医団体連合会

■日時/  
8月30日(土) 18:30～21:00  
8月31日(日) 10:00～15:00

■会場/  
東京都新宿区  
TKPスター会議室西新宿

■参加費/  
両日参加(1人10,000円)、  
1日のみ参加(1人6,000円)  
※同一法人2人目以降は、両日参加7,000円、  
1日参加3,000円となります。

■申し込み・お問い合わせは、  
石川県保険医協会へ  
TEL 076-222-5373 FAX 076-231-5156  
(8月18日締め切り、定員100人)

### 主 要 内 容

#### 8月30日(土) 18:30～21:00

- 基調報告「入院医療をめぐる情勢と対策」(18:30～19:00)  
報告 保団連病院有床診療所部長 安藤 元博  
2014年診療報酬の評価と医療・介護総合法など、入院医療をめぐる動きと保団連の取り組みについて報告・提案します。
- 記念講演「医療・介護総合法案の狙いと入院医療のあるべき姿  
—患者、国民、医療担当者の立場に立つ地域医療の構築を目指して—」(19:00～21:00)

講師 三重短期大学生生活学科 長友 薫輝 教授  
2025年に向けて国が行う社会保障制度改革の目的や背景、財源問題について、反論を含めて概括的に解説いただくとともに、医療・介護総合法の中身や、入院医療機関としてどのような対応が求められているのかをご講演いただきます。

#### 8月31日(日) 10:00～12:00(全体会議)

- 学 習 会「届出医療の活用と留意点」  
(病院・有床診療所共通部分を中心にアンケート結果も踏まえて)  
保団連で行った適時調査に関するアンケート結果報告とともに、8月下旬発着予定の「届出医療の活用と留意点」の解説と適時調査などへの対応について学習を行います。

#### 8月31日(日) 13:00～15:00(分科会)

- 講 座「医療現場のクレーム対処法」  
講師 深沢 直之 弁護士  
医療現場のクレーム対策について、深澤直之弁護士を講師にご講演いただきます。講演の中では、未収金対策についてもお話いただけます。
- シンポジウム「有床診療所等の防火対策」  
福岡市の有床診療所の火災を受け、今後の入院医療機関における防火対策について関係者も交えたシンポジウムを予定。



# 「全国在宅医療テスト」チャレンジしてみませんか? (その6)

## 「全国在宅医療テスト」の問題から(一部変更)

大川 義弘(金沢市・内科)

**問題17** 在医総管および特医総管の重症者加算を算定できるケースとして、正しいものを3つ選びなさい。

- (1) 人工肛門があり、留置カテーテルを使用している患者
- (2) 在宅酸素を使用していて、人工膀胱を設置している患者
- (3) 気管力ニューレと人工呼吸器を装着中の患者
- (4) 中心静脈栄養で重度の褥瘡がある患者
- (5) 末期の悪性腫瘍患者

【正解】 2. 3. 5.

《解説》 重症者加算は、末期の悪性腫瘍患者や高度な指導管理を必要とする患者に月4回以上の往診または訪問診療を行った場合に算定できます。高度な指導管理を必要とするとは、イ. 在宅酸素療法指導管理(以下、在宅指導管理は略)、中心静脈栄養、成分栄養経管栄養法、自己疼痛、肺高血圧患者、自己腹膜灌流、血液透析、人工呼吸、悪性腫瘍患者、気管切開患者のどれかが算定できる患者で、ロ. ドレーンチューブまたは留置カテーテルを使用しているか、またはハ. 人工肛門または人工膀胱を設置している場合か、イの管理指導を2つ以上おこなっている場合を指します。よって、(1)は、イではないので×。(2)○。(3)○。(4)×。褥瘡は該当しません。(5)○。

**問題18** 在宅がん医療総合診療料(がん医総)について、次の中から正しいものを3つ選びなさい。

- (1) 医師または看護師などの配置が義務づけられている施設に入所している患者には、がん医総は算定できない。
- (2) 訪問診療または訪問看護を行う日が週4日以上(訪問診療1回、訪問看護1回以上が必要)であることが算定要件にある。
- (3) 連携する訪問看護ステーションの訪問回数も訪問看護の回数に数えられるが、訪問看護ステーションが行う訪問看護の費用は別に算定できない。
- (4) がん医総には診療にかかわる費用が含まれ、在宅時医学総合管理料や在宅療養指導管理料、死亡診断加算、在宅ターミナルケア加算などは別に算定できない。
- (5) がん医総の対象患者は看取り期の患者であり、末期の悪性腫瘍患者だけでなく、老衰の患者も含まれる。

【正解】 1. 2. 3.

《解説》 がん医総は、居宅において療養している通院困難な末期の悪性腫瘍患者に対して、支援診療・支援病が計画的に総合的な医療を提供した場合に算定できるもので、訪問診療と訪問看護の費用を包括しています。(1)○。(2)○。(3)○。(4)×。がん医総と別に算定できるのは、死亡診断加算、往診料、訪問診療料の在宅ターミナルケア加算と看取り加算です。(5)×。末期の悪性腫瘍患者に限られています。

**問題19** 在宅がん医療総合診療料が算定できる療養場所について次の中から正しいものを3つ選びなさい。

- (1) 特別養護老人ホーム
- (2) 外部サービス型有料老人ホーム
- (3) 小規模多機能型居宅介護事業所
- (4) グループホーム
- (5) 一般型特定施設

【正解】 2. 3. 4.

《解説》 がん医総は、医師または看護師などの配置が義務づけられている施設に入所している患者には、算定できません。(1)と(5)には看護師の配置が義務づけられているのでがん医総は算定できません。

**問題20** 在宅サービスが同一日に重なる場合の対応として、次の中から正しいものを3つ選びなさい。

- (1) A医療機関が訪問診療等のいずれかの点数を算定した場合、特別の関係にあるB医療機関は訪問診療等を同一日に算定することが出来ない。ただし、訪問診療後の急変に対する往診の場合は、算定可能である。
- (2) A医療機関と特別の関係にあり、訪問看護指示書の交付を受けた訪問看護ステーションが訪問看護療養費を算定した場合、A医療機関は訪問診療等を同一日に算定することが出来ない。ただし、訪問看護後の急変に対する往診の場合は、算定可能である。
- (3) A医療機関が在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合、特別の関係にないB医療機関は在宅患者訪問看護・指導料を算定することは可能である。
- (4) A医療機関が訪問看護指示書を交付した訪問看護ステーションが訪問看護療養費を算定した同一日に、A医療機関は在宅患

者訪問看護・指導料を算定できないが、厚生労働大臣が定める疾病等・状態等の患者の場合には、算定可能である。

- (5) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は特別な関係でなければ、同一日に2つの医療機関が算定することが可能である。

【正解】 1. 2. 4.

《解説》 (1)○。(2)○。(3)×。特別の関係が否かにかかわらず併算定は不可です。が、退院後一ヶ月以内の訪問看護及び緩和ケア、褥瘡ケアの専門研修を受けた看護師と共同して行った訪問看護は除かれます。(4)○。(5)×。特別の関係が否かにかかわらず併算定は不可です。

**問題21** 在宅療養指導管理料について、次の中から正しいものを2つ選びなさい。

- (1) 2つ以上の在宅療養指導管理料の算定要件を満たす場合は、それぞれの点数を算定できる。
- (2) 排痰補助装置加算は人工呼吸を行っている神経筋疾患の患者が対象となる。
- (3) 在宅がん医療総合診療料を算定した場合、加算も含め併算定できないが、在宅時医学総合管理料を算定した場合は在宅寝たきり患者処置指導管理料を除き併算定できる。
- (4) 在宅酸素療法の材料加算は、2ヶ月に2回まで算定できる。
- (5) 在宅療養指導管理料を算定する場合は、十分な量の衛生材料または保険医療材料を支給する必要があるが、在宅療養指導管理料加算や特定保険医療材料に含まれていなければ、別途必要経費を患者に請求してもよい。

【正解】 3. 4.

《解説》 (1)×。2つ以上の在宅療養指導管理料の算定要件を満たす場合でも、主な1つの管理料のみしか算定できません。(2)×。排痰補助装置加算の対象となる神経筋疾患の患者とは、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症、脳性麻痺、脊髄損傷などを指します。(3)○。4. ○。5. ×。治療に必要な材料の費用は患者から実費徴収できません。

**問題22** 緊急時のカンファレンスや救急搬送料、居宅療養管理指導等について、次の中から正しいものを2つ選びなさい。

- (1) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、患者の状態の急変や診療方針の変更などの際に他の医療従事者と共同でカンファレンスを行う場合の報酬であり、サービス担当者会議では算定できない。
- (2) 救急搬送診療料は往診して診療を行った後の場合でも往診料と併せて算定できる。
- (3) 医師の居宅療養管理指導は同一世帯の2人の利用者の場合でも同一建物居住者以外での算定となる。
- (4) 医師の居宅療養管理指導も薬局の薬剤師の居宅療養管理指導も1ヶ月に2回を限度として算定する。
- (5) 在宅患者訪問栄養食事指導料は、実技を伴う指導を60分以上行った場合に算定する。

【正解】 1. 2.

《解説》 (1)○。(2)○。(3)×。同一世帯の利用者に同一日に居宅療養管理指導を行った場合は、同一建物居住者の居宅療養管理指導を算定します。(4)×。薬局の薬剤師の場合、1ヶ月に4回まで算定可能で、癌末期患者と中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回までの算定が認められます。(5)×。60分以上ではなく、30分以上です。

**問題23** 特別訪問看護指示について、次の中から正しいものを3つ選びなさい。

- (1) 特別訪問看護指示の指示日は診療日でなくてもよい。
- (2) 特別訪問看護指示期間は難病等複数回訪問加算の算定や長時間訪問看護加算の算定ができるようになる。
- (3) 特別訪問看護指示期間中は、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を3カ所までに拡大できる。
- (4) 訪問看護指示書と特別訪問看護指示書は同一の主治医から発行される必要がある。
- (5) 特別訪問看護指示書を発行しても指示期間を短くすることは可能である。

【正解】 2. 4. 5.

《解説》 (1)×。(2)○。(3)×。特別訪問看護指示期間中に、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数は、2カ所までに拡大できます。3カ所まで拡大できるのは厚生労働大臣が定める疾病か、状態(第3回を参照)で、かつ毎日の訪問看護が必要な場合です。(4)○。(5)○。







