

目 次

1. 保険請求に関する事項

1-1	点数表の用語の解説	1
1-2	保険用語の定義	2
1-3	初・再診料の変遷	95
1-4	薬剤処方料の変遷	2
1-5	院内処方と院外処方の点数の差	3
1-6	病院一診療所別の院外処方率の年次推移	3
1-7	再審査請求の申し出期間は6カ月	4
1-8	資格喪失後のレセプトは理由がなく返戻できない	4
1-9	高額明細書の審査基準	5
1-10	他医療機関で撮影した画像の取り扱い	5
1-11	明細書の発行	6

2. カルテ・レセプトに関する事項

2-1	外国人患者への対応	8
2-2	患者へ提供する診療情報	8
2-3	診療報酬明細書（レセプト）の記載・要領	9
2-4	処方せんの記載上の注意	11
2-5	処方せんの薬剤の審査	12
2-6	処方せん発行システムの医師の押印	12
2-7	処方せん電送の注意事項	12
2-8	健保組合による調剤レセプトの審査・支払の事務の取扱い	12
2-9	長期の投薬が不適切になされた事例の取扱い	13
2-10	保険診療の医薬品の審査	13
2-11	橋本厚生大臣の日本医師会への回答	14
2-12	抗生物質の適応症	14
2-13	ICD-10の標準傷病名の分類	15
2-14	電子のレセプト請求の傷病名コードの記録（お願い）	15
2-15	傷病名コード便覧	97
2-16	検査・処置と対象疾患（外来患者）	16
2-17	電子カルテの定義	16
2-18	コンピュータレセプトの数字の内容	96

3. 保険診療の書類に関する事項

3-1	薬剤情報提供料の算定基準	17
3-2	傷病手当金意見書	17
3-3	はり・きゅう・マサージの療養費同意書	17

4. 投薬に関する事項

4-1	市販の外用薬の組成	18
4-2	妊娠と投薬	18

4-3	授乳中に使用しても問題ないとされる薬剤	99
4-4	妊娠中の放射線検査	18
4-5	小児薬用量	19
4-6	平成18年度年齢別体重平均値	19
4-7	学童期までの年齢区分	19
4-8	医療用医薬品添付文書の用語	19
4-9	小児用医薬品の飲ませ方	20
4-10	点耳薬の正しい使用方法	21
4-11	点鼻方法の手引き	21
4-12	うがい薬の使用方法	22
4-13	肛門坐薬の使用上の注意	22
4-14	軟膏の塗布量の目安	23
4-15	コンタクトレンズと点眼薬	23
4-16	市販薬と薬師収載品の違い	23
4-17	セレスタミン1錠の服用時期	23
4-18	簡単に半錠にする方法（錠剤の上手な割り方）	23
4-19	薬剤の区分の単位	23
4-20	多剤投与の算定方法	24
4-21	後発医薬品（プロ）の解説	25
4-22	後発医薬品は先発医薬品と同じ品揃え	25
4-23	後発医薬品の販売名の命名に関する留意事項	25
4-24	投薬投与期間の規制緩和	25
4-25	内服薬処方せんの新しい記載方法	26

5. 保険制度に関する事項

5-1	任意継続保険の注意事項	28
5-2	保険診療で自費となる事項	28
5-3	高齢者介護・障害者介護の現場での医行為	29
5-4	交通事故の保険診療	30
5-5	病院入院患者と耳鼻科医院受診	30
5-6	老健入所患者と耳鼻科医院受診	33
5-7	高齢者と医療保険の係わり合い	33
5-8	各施設と医療保険との係わり合い（図）	34
5-9	保険外併用療養費制度（旧：特定療養費制度）	35
5-10	高度医療評価制度	36
5-11	選定医療の留意事項	36
5-12	選定医療の現状	37
5-13	高額査定に係る被保険者等への通知	38
5-14	国民保険の海外療養費支給制度	39
5-15	旅行中の保険医の診療	39
5-16	医師と事務職員との役割分担	39
5-17	医業と歯科医業との重複範囲	40
5-18	耳鼻科と歯科の境界領域の手術	40
5-19	医師及び歯科医師の資格確認検査	40
5-20	医師又は歯科医師に対する再教育研	

	修の実施	41
5-21	看護師等の静脈注射	41
5-22	特定看護師	41
5-23	指導医療官運用要綱	42
5-24	厚生労働省組織図	100
5-25	厚生労働行政の沿革	42
5-26	医療制度の変遷	43
5-27	国民年金をめぐる沿革	44
5-28	支払基金と国保連合会の概要	45

6. 耳の診療に関する事項

6-1	鼓膜麻酔薬の処方	102
6-2	黒褐色の耳垢のヒント	102
6-3	耳真菌症の抗真菌剤	46
6-4	耳垢水の処方	46
6-5	良性発作性頭位めまい症の治療	46
6-6	北里大学の平衡訓練マニュアル	48
6-7	中枢性めまいと末梢性めまいの相違点	49
6-8	顔面神経麻痺のリハビリテーション	49
6-9	顔面神経麻痺の顔面運動評価表	50
6-10	顔貌の基本的なプロポーション	94

7. 聴覚機能に関する事項

7-1	難聴の程度	51
7-2	年齢と聴力変化	51
7-3	聞こえの自己評価表	52
7-4	難聴者に対する補聴器の適応	52
7-5	補聴器Q & A（補聴器相談をされるドクターへ）	53
7-6	老人性難聴者との会話のポイント	101
7-7	乳幼児の難聴への対応	53
7-8	乳幼児への簡易聴力検査	54
7-9	乳幼児の月齢別聴覚反応	54
7-10	正常な言語発達とその過程	54
7-11	乳児の聴覚言語発達チェックリスト	55
7-12	標準純音聴力検査の解説	101
7-13	チンパノメトリーの解説	101
7-14	騒音性難聴の診断	101
7-15	耳鳴の質問表	56

8. いびきに関する事項

8-1	睡眠時無呼吸症候群の解説	57
8-2	睡眠時無呼吸症候群のチェックポイント	57
8-3	睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置	57

9. その他の診療に関する事項

9-1	大まかな面積の基準（皮膚科軟膏処置）	58
9-2	上顎洞の解剖学的発育状況	58

9-3	鼻鏡架台のヒント	102
6-4	トリクロール酢酸下鼻甲介化学剤手術	58
9-5	胃内異物の自然排出時間	58
9-6	誤嚥防止のための注意	59
9-7	正しい発声方法	59
9-8	しゃっくり（吃逆）の止め方	60
9-9	10年平均のスギ花粉前線	60
9-10	花粉によるアレルギーの時期	61
9-11	インフルエンザ迅速キットの検査結果の解釈	61
9-12	タミフルカプセルをタミフルドライシロップと同一含量に調製方法	62
9-13	インフルエンザ予防接種と保険診療との同時実施	62
9-14	インフルエンザ脳症と解熱剤	62

10. 医事紛争関連に関する資料

10-1	医事紛争を起こさないために	63
10-2	医事紛争発生時の対応（患者さんへの説明）	65
10-3	医療面接の解説	66
10-4	医事紛争に関する事項のまとめ	70
10-5	医師賠償責任保険のまとめ	72
10-6	診療行為中の予期せぬ異状死体の届出	74
10-7	抗生物質注射のショックへの安全対策	74
10-8	支払拒否患者への対応	75
10-9	検査審査会と医療事故	76

11. 医師に関する法律の資料

11-1	医療機関の広告に関するまとめ	77
11-2	標榜診療科名の見直し	80
11-3	医師届出票に記入できる診療科名	81
11-4	医療ガイドラインQ & A	81
11-5	保険診療の法令	84
11-6	診療所の法律の改正	85
11-7	診療関係書類の保存期間	86
11-8	各種法令の名称の解説	86
11-9	個人情報保護法	86
11-10	電子文書法（e-文書法）	87

12. その他の資料

12-1	耳鼻科の学校健診の診断名の手引き	87
12-2	耳鼻咽喉科重点的健康診断要領	88
12-3	学校医の法令	89
12-4	身体障害者等級表の解説	89
12-5	聴覚障害と言語障害の合併の等級表	93
12-6	自立支援法の補聴器の価格	93

1-1 点数表の用語の解説

引用：診療点数早見表 医学通信社

- ・「早朝」と「夜間」：午前6時～8時と午後6時～10時。
上記の時間は平日の時間外の対象で、土曜日は午前12時以降。
- ・「深夜」：午後10時～翌朝の午前6時。
- ・「休日」：日曜日、休日、祝日、12月29日～1月3日。
- ・「入院中の患者以外の患者」：外来診療を受診した患者＝外来患者。
- ・「成人」・「乳幼児」：15歳以上・6歳未満か3歳未満。
- ・「幼児」・「乳児」：6歳～3歳・1歳未満。
- ・「新生児」・「未熟児」：28日未満・出生時2,500g以下。
- ・「区分」：診療行為を分類する区分番号で、A：基本診療料、B：医学管理等、C：在宅医療、D：検査、E：画像診断、F：投薬、G：注射、H：リハビリテーション、I：精神科専門療法、J：処置、K：手術、L：麻酔、M：放射線治療。
- ・「一連」：治療の対象疾患が所期の目的に達するまでに行う一続きの治療過程。
- ・「A又は（若しくは）B」：AかBのいずれか一方。
- ・「A及び（並びに）B」：AとBの両方。
- ・「1日につき」：一般に午前0時～午後12時。
例：午後10時入院、翌日午前10時退院した場合は2日と算定する。
- ・「暦月」と「暦週」：暦（こよみ）上での1月と、暦上での1週（日～土曜日）。
- ・「暦月による「1月につき1回算定」：前回算定日から1ヵ月経過してなくても、暦上での月が変われば、再度算定できること。〔例：1月31日算定、2月1日再度算定可〕
- ・「暦月による「1月以内の期間」：「30日間」ではなく、1月10日～2月9日まで。
- ・「対称器官」：耳などの体の左右に1つずつある器官のこと。
- ・「患側」と「健側」：疾患のある側と健康な側。
- ・「同一手術野又は同一病巣」：原則として同一の皮切で手術が行える範囲のもの。
- ・「1剤」：1回の処方による服用時点・服用回数が同じ内服薬を1剤とする。
- ・「1調剤」：外用薬の算定単位で、1回の調剤行為で調剤可能な薬剤の総量をいう。
例：A湿布薬15枚とB軟膏薬30gの投与は湿布薬15枚＝1調剤、軟膏薬30g＝1調剤。
- ・「1処方」：医師が患者に投与する薬剤名、使用量、使用法などを決めること。

1-2 保険用語の定義

(引用：社会医療診療行為別調査結果の概況)

一般医療	疾病又は負傷に関して、保険医療機関又は保険薬局において受けた療養の給付をいう（老人保健法の適用を受ける者を除く。）。
件数	明細書1枚を1件という。なお、「診療報酬明細書（医科入院医療機関別包括評価用）」を総括表として、「診療報酬明細書（医科入院医療機関別包括評価用）」若しくは「医科入院明細書」が添付されている明細書は、総括表の単位で1件とした。
診療実日数(日数)	入院では当月中の入院日数をいい、入院外では当月中の外来、往診等で医師の診療を受けた日数をいう。
点数	各都道府県の支払基金支部及び国保団体連合会において審査決定された診療報酬点数及び調剤報酬点数をいう。
薬価	「薬価基準」に記載された価格
薬効分類	「日本標準商品分類」の「医薬品の項」で分類されている薬効分類で、2つ以上の薬効のあるものは主要と思われるものに分類した。
後発医薬品	診療報酬における後発医薬品使用環境整備の対象となる後発医薬品をいう。
薬剤名無記載	電算化が行われていないものとして届け出た保険医療機関及び保険薬局で所定単位（内服薬は1剤1日分、外用薬は1回分、外用薬は1調剤分）当たりの薬価が175円以下（17点以下）で、明細書に個々の薬剤名の記載のないものをいう。
薬剤種類数	「薬価基準」に記載されている品名単位ごとに数えたものをいう。なお、薬剤名無記載については1種類としている。
薬局調剤	健康保険法に基づく療養の給付の一環として、医療機関の保険医が患者に交付した処方せんに基づき、保険薬局において保険薬剤師が行う調剤業務をいう。
受付回数	保険薬局で当月中に処方せんを受け付けた回数をいう。

1-4 医療機関の薬剤処方に関する点数の変遷

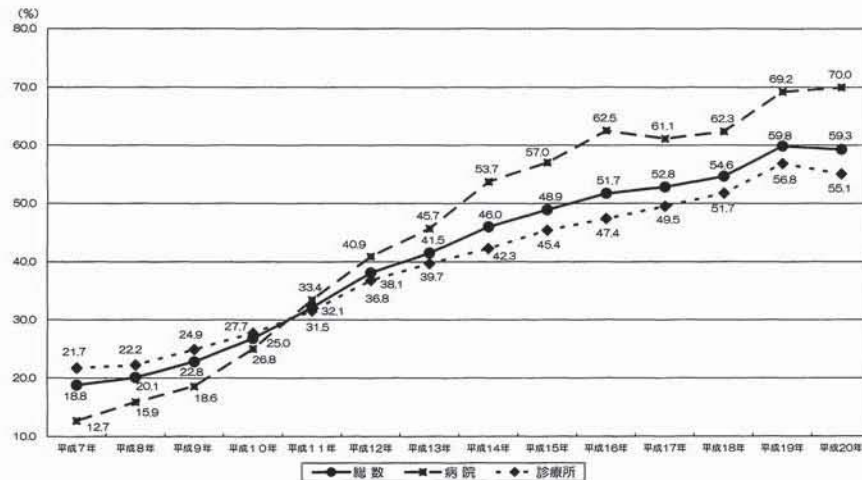
年 度	処方料（院内投薬）		処方せん料（院外処方）		差額
平成2年度	24点		74点		50点
平成4年度	24点		74点		50点
平成6年度	26点		10種類以上 53点	9種類以内 76点	50点
平成8年度	26点		8種類以上 53点	7種類以内 76点	50点
平成9年度	8種類以上 26点	7種類以内 32点	8種類以上 53点	7種類以内 79点	47点
平成10年度	8種類以上 26点	7種類以内 37点	8種類以上 53点	7種類以内 81点	44点
平成12年度	7種類以上 29点	6種類以内 42点	7種類以上 53点	6種類以内 81点	39点
平成14年度	7種類以上 29点	6種類以内 42点	7種類以上 後発品を含む 43点	6種類以内 その他 後発品を含む 41点 71点 69点	27点
平成20年度	7種類以上 29点	6種類以内 42点	7種類以上 40点	6種類以内 68点	26点

1-5 院内処方と院外処方との費用の比較

内 容		院内処方の場合	院外処方の場合
処方箋料	処方箋を書く料金	×	68点
処方料	薬を見積もる料金	42点	×
調剤料	薬を調剤する料金	9点	35点
調剤技術基本料	薬を調剤する技術料	8点	×
調剤基本料	受 付 料 金	×	40点
基準調剤加算	薬を備蓄する手数料	×	10点
薬剤服用歴管理指導料	患者のデータの管理料	×	30点
薬剤情報提供料	処方した薬の説明書	×	15点
合 計 点 数 (差額金額 = 139点)		59点	198点

注. 院外処方の点数設定は複雑なので、投薬は後発品を含む場合の内服薬 7 日分としました。

1-6 病院—診療所にみた医科の院外処方率の年次推移 (各年 6 月審査分)



	平成7年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
総 数	18.8	20.1	22.8	26.8	32.1	38.1	41.5	46.0	48.9	51.7	52.8	54.6	59.8	59.3
病 院	12.7	15.9	18.6	25.0	33.4	40.9	45.7	53.7	57.0	62.5	61.1	62.3	69.2	70.0
診 療 所	21.7	22.2	24.9	27.7	31.5	36.8	39.7	42.3	45.4	47.4	49.5	51.7	56.8	55.1

注: 院外処方率 = [処方せん料の算定回数 / (処方料 + 処方せん料) の算定回数] × 100

注: 院外処方率とは、「処方料」及び「処方せん料」の合計算定回数に対する「処方せん料」の算定回数の割合である。

引用: 厚生労働省 社会医療診療行為別調査

1-7 再審査請求の申し出期間は 6 カ月

引用: 月刊保団連 保険医のための審査、指導・対策

再審査請求の申し出期間は民法では 3 年間ですが、審査処理を迅速にするために申し出期間に関して昭和 60 年 4 月 30 日に厚生省保険局から国民保険団体連合会 (表題のみ) と社会保険診療報酬支払基金に通知されています。しかし、保険者は明細書 (レセプト) を受け取ってから 6 カ月と理解し、保険医療機関の請求月から 9 カ月に遡って査定されることがある。

- ・国民保険団体連合会に対する再考の申し出について 昭和 60. 4. 30 保険発第 45 号
- ・社会保険診療報酬支払基金に対する再審査の申し出について 昭和 60. 4. 30 保険発第 40 号

社会保険診療報酬支払基金 (以下「支払基金」という。) における診療報酬請求書の再審査については、関係法令等に従い実施されているところであるが、支払基金における迅速な再審査処理と支払事務の円滑な実施をさらに促進するため、再審査の申し出に当たっては、特に下記の事項に配慮され、適正な実施に努めたい。なお、これにつき、貴管下の健康保険組合及び保険医療機関等に対しても周知指導方、特段の御配慮をお願いしたい。

記

- 一、支払基金に対する再審査の申し出はできる限り早期に行い、支払基金が定めた申出期間 (原則六ヶ月以内) を遵守するよう努められたいこと。
 - 二、同一事項について同一の者からの再度の再審査申出は、特別の事情がない限り認められないものであるため、留意されたいこと。
- ・前略、10 月 19 日に日本医師会から、「保険者等からの再審査請求の中に、6 ヶ月を超えたものが多いが、『原則 6 ヶ月以内の紳士協定』は生きているのか」と照会がありましたので、去る 10 月 22 日に本部から「別紙」のとおり口頭にて説明し、了解を得ております旨を含めお願います。

一方、この再審査の申出期限の取扱につきましては、本年度の地区別基金審査委員長会議に提出された議題の一つとして協議され、本部から当該協定の趣旨の徹底について支部あて再度指示することとしている旨を回答したところであります。つきましては、6 ヶ月を超える再審査請求が恒常的である政府管掌を含む保険者等に対して、昭和 57 年 3 月 19 日付け基調発第 19 号通知 (再審査の申出期限等について) 及び同日付け常務理事内かん並びに当局からの昭和 60 年 5 月 2 日付け保文発第 292 号通知 (診療報酬の審査に関連する措置について) の趣旨を再度説明のうえ、協力要請をしていただくようよろしくお願いいたします。また、併せて幹事会や保険者との打合せの場において協力方をお願いするとともに、行政当局へも協力要請を行うなど、再審査の適正な処理について特段の配慮をお願いいたします。

敬具

平成 11 年 11 月 12 日

基金本部審査業務部長 堀岡俊明

都道府県基金幹事長 殿

1-8 資格喪失後のレセプトは理由がなく返戻できない

[昭和 30 年 2 月 1 日保発第 9 号]

「療養の給付費の返還措置について」

資格喪失後に受診した患者が、保険証を医療機関で確認している場合は原則としてレセプトは返戻できない。返戻を行う場合には「必ず事前に当該保険医療機関の同意を得て返戻されたい」とし、医療機関が返戻に同意しない場合、保険者は患者に費用を求めることになる。なお、保険の費用を返還する場合は、2②医療機関が無効の被保険者証を検認しなくてレセプトで請求した場合や、2④保険医が業務上外の確認を怠ってレセプトで請求した場合となっている。

1. 療養の給付費を返還せしむべき理由 [①被保険者証を他人に使用せしめた②事実を偽って被保険者の資格を取得した③保険医が給付期間満了を認知できなかったため、同一傷病に対して法定給付期間を超え、療養の給付を受けた] が、被保険者の責に帰し、更に保険医がこれを認知し得なかった場合は、その旨並びに金額等を当該被保険者に通知し、直接被保険者から当該療養の給付費を返還させるものとする。

2. 療養の給付費を返還せしむべき理由〔①被保険者又はその被扶養者ではないことを認知し得るにもかかわらず、保険医がその者に療養の給付を行った②未検認等の理由により、無効となった被保険者証に基づいて保険医が療養の給付を行った③継続療養証明書に記載された傷病及びこれによって発した疾病以外の傷病以外の傷病に対し療養の給付を行ったこと④保険医が業務上外の確認を怠って療養の給付を行った〕が、保険医の責に帰する場合又は、保険医が被保険者の責に帰することを認知すべき場合であって更に保険医が認知を怠った場合には、当該療養の給付費は当該保険医から返還させるものとする。

1-9 高額明細書の審査基準

平成20年3月31日 厚生労働省告示第176号

・各都道府県での審査専門部会での取り扱い点数

医療機関の診療報酬明細書のうち合計点数（心・脈管に係る手術の診療では特定保険医療材料の点数を除いた合計点数）が35万点以上のもの

平成19年11月30日 厚生労働省告示第400号

・社会保険診療報酬支払基金本部や国民健康保険中央会での特別審査委員会での取り扱い点数

1 医療機関の診療報酬明細書のうち合計点数（心・脈管に係る手術の診療では特定治療材料の点数を除いた合計点数）が40万点以上のもの

2 診療報酬明細書の全件数のうち漢方製剤の処方及び調剤を含む診療報酬明細書の件数が過半数を占める医療機関において漢方製剤の処方及び調剤を含む入院外の診療報酬明細書のうち、投薬料の点数が4千点以上のもの

1-10 他医療機関で撮影した画像の画像診断と写真診断料の取り扱い

岐阜市 川出医院 川出靖彦

（この画像診断はエックス線診断、コンピューター断層撮影診断をいい、核医学診断は含まない）

・A医療機関にCTやMRIの設備がないために、B医療機関に画像設備の提供のみを受けて、A医療機関がCTやMRIの費用を請求する場合（1-2）は、B医療機関が届け出た基準の点数で請求する。それは、単純CT撮影や単純MRI撮影が、それぞれ2区分に再編され、届出が必要な点数が設定されたからである。 [新点数・介護報酬Q&A平成20年]

以下のような事例が考えられる。

1. A医療機関からB医療機関に画像検査を依頼する場合（本文P14参照）

- 1) 画像の撮影と、画像診断とを依頼する。
- 2) 画像の撮影のみを依頼する。

B医療機関での画像の撮影の設備を利用するが、医師の画像診断を受けない。

保険請求はA医療機関で行い、AとBの医療機関の間で合議（契約）の上費用を精算する。

2. 患者が他の医療機関で撮影した画像をA医療機関に持参し診断を受ける場合

- 1) コンピューター断層画像以外の画像の場合（写真診断料のみの算定）（本文P34参照）
- 2) コンピューター断層画像の場合（本文P37参照）

3. 以上の事例を表で示す。

1-1. A保険医療機関がB保険医療機関に画像診断も含めて依頼した場合

	初診料・再診料	写真診断料	診療情報提供料
A医療機関	算定可	不可	可
B医療機関	算定可	可	可

1-2. B医療機関が設備の提供を契約した場合

	初診料・再診料	写真診断料	診療情報提供料	設備提供料
A医療機関	算定可	可	可	Bへ支払
B医療機関	算定不可	不可	不可	Aへ支払

2-1. 他医療機関で撮影したコンピューター断層撮影フィルム以外のフィルムを持参した場合の写真診断料について

写 真 診 断 料			
初診・再診 いずれの場合 も算定できる	撮影部位、撮影方法別にそれぞれ1回の算定		* 1つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず1回として算定
	撮影部位	単純撮影	
		特殊撮影	
		造影剤使用撮影	断層撮影は左右別に算定可

1) 患者さんが保険医療機関で診療を受けていない場合で、家族や代理人等が、受診していない患者のフィルムを持参して意見を求めた場合や、健康診断のためにフィルムを持参した場合は、そのエックス線診断は療養の給付の対象とならないから診断料の算定はできない。

2) 他の医療機関で撮影したフィルムの診断料は、撮影部位及び撮影方法（単純撮影、特殊撮影又は造影剤使用撮影）別に1回として算定できる。例えば、胸部単純写真と断層像であれば2回として算定できる。ただし、1つの撮影方法では撮影回数、写真枚数にかかわらず1回として算定する。

2-2. 他の医療機関で撮影したコンピューター断層撮影フィルムを持参した場合の写真診断料

写 真 診 断 料	
初診時	算定可
再診時	算定不可

1-11 明細書の発行

平成22年3月5日 療養担当規則等の一部改正が平成22年厚生労働省令 第25号で公布され、同時に保医発0305第2号「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」が通知された。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/index-063.pdf>

療担規則 第五条の二 領収証等の交付で、「患者から求められたときは、明細書を交付しなければならない。」が、「正当な理由がない限り、明細書が無償で交付しなければならない。」と大幅に変わった。

通知には院内掲示例の4パターンがあり、別紙様式7（一般的な場合）は、「明細書の発行を希望されない方は、お申し出ください。」、別紙様式8（正当な理由に該当する場合）と別紙様式9-1（電子請求を行っていないが明細書を発行している場合）には、「明細書の発行を希望される方はお申し出下さい。」、別紙様式9-2（明細書を発行していない場合）には「明細書の発行はしておりません」と掲載されている。一般的な場合の様式7の場合は、患者が明細書を希望しない以外は無料で発行することで、その他の様式8および9-1の場合には患者が希望すれば有料で発行してもよいことを示している。

「正当な理由」とは1) 明細書発行機能のないレセコンを使用、または発行に一定以上の時間がかかるレセコンを使用している医療機関、2) 自動入金機を利用して、明細書発行に自動入金機の改修が必要な医療機関の場合で、65歳以上の常勤医師の診療所での免除届を審査支払機関に提出した場合もこれに該当する。

以上から、平成22年度では情報開示の観点から医療機関は患者に明細書を発行することを基本とし、患者が明細書を希望しない以外には発行を拒むことはできなくなり、明細書を希望するならば、医療機関が発行の対応をするとの指針は認められなくなった。

次に、3月29日付け疑義解釈資料（その1）、3月4日付け日医Q&A（その1）で関連する事項をまとめた。

○明細書の発行が義務化された医療機関は、原則として明細書を無料で発行することになるが、原則とは、患者が明細書の発行を希望しない旨の申し出があった場合を意味している。

[日医Q&A・H22.3.4]

○医科診療所は平成22年7月1日より請求省令で原則としてレセプトの電子請求（オンライン請求や電

子媒体による請求)が義務化されるため、平成22年7月1日より明細書の発行が義務となる。

[疑義解釈H22. 3. 29]

注. 7月1日以前でも医科診療所が明細書発行体制等加算を算定する場合は、その月から明細書を発行しなければならない。

○平成22年7月1日以後でもレセプトの電子請求が免除又は猶予されている医療機関は明細書発行の義務化はないが、発行されることが望ましい。

[疑義解釈H22. 3. 29]

○レセプトを明細書として交付してよい。なお、明細書にはレセプトと違って傷病名の記載はない。

[疑義解釈H22. 3. 29]

○明細書は受付窓口で負担金の支払をしない患者には発行しなくてもよいが、発行することが望ましい。

[疑義解釈H22. 3. 29]

○明細書の発行を希望しない患者の意向確認は、必ずしも書類で確認する必要はない。

[疑義解釈H22. 3. 29]

○レセプトの電子請求が免除又は猶予されて医療機関は、明細書の発行を要請されも発行の義務はない。しかし、発行できない旨(別紙様式9-2)の院内掲示をする義務が課せられた。

[日医Q&A・H22. 3. 4]

○明細書を発行することで、療養の継続に支障が生じると判断される場合や患者に精神的な損害が生じると判断される場合には、明細書を交付する義務はない。

[日医Q&A・H22. 3. 4]

○明細書は初診時から発行する。

[新点数運用Q&A平成22年]

○明細書が不要との申し出があった患者が、改めて発行を依頼された場合はその日から発行する。

[新点数運用Q&A平成22年]

○明細書の再発行は行わなくてもよい。もし再発行に応じた場合に手数料として実費を徴収してもよいが、その旨の院内掲示が必要になる。

[新点数運用Q&A平成22年]

○領収証と明細書が一体となった様式も認められる。

[新点数運用Q&A平成22年]

補注. 患者は年度末の確定申告で医療費控除を毎年申請しているので、明細書付領収書では税務署には詳しい治療内容が漏れてしまうとの指摘がある。

○労災や自費で診療した場合は明細書の発行を行わなくてもよい。

[新点数運用Q&A平成22年]

○明細書発行の推進により、すべての保険医療機関において院内掲示が必要である。

[疑義解釈H22. 4. 30]

①レセプトの電子請求が義務づけられ、明細書の原則無償発行が義務付けられた医療機関の院内掲示内容は「明細書を発行する旨」。

②電子請求が義務づけられているが、正当な理由があり、明細書の原則無償発行を行っていない医療機関の院内掲示内容は「正当な理由に該当する旨、希望する患者には明細書を発行する旨(発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額)」。

③電子請求が義務づけられていないが、明細書の原則無償発行が義務付けられていない医療機関の院内掲示内容は「明細書発行の有無、明細書を発行する場合の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額」。

○患者が会計の支払を家族に代理させた場合は、本人に発行すべき明細書を代理の者に発行することとしても差し支えない。

[疑義解釈H22. 4. 30]

※窓口での対応

※準備

・医療機関の壁には、「院内掲示例 別紙様式7」を貼る。

・受付窓口「当院では、明細書を無料で発行することに致しました。明細書とは診療内容や薬の種類などの医療費の詳しい内容が記入されたもので、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口でその旨をお申し出ください。ただし、プリンターの発行操作には時間を要しますので、支払の順番が前後し、お待ちいただくことがあることをご了解ください。」というポスターを貼る。

・そのポスターの近くに明細書の実物を貼り、患者にどのようなものかを掲示すると、意外に明細書を要らないと答える場合が多いので、要するという患者には対応に注意をする。

※手順

・受付窓口で、「領収証は要りますか」。要る場合は「従来の領収証にしますか、さらに詳細な診療内容の明細書が必要ですか」と尋ねてもよいとのことである。「明細書は診療内容や薬の種類などの医療費の詳しい内容が記載されたものです」とか、厚生労働省の役人によれば「明細書の発行には時間がかかりますので、会計の順番が前後することがあります」との説明はできるとのことであった。岐阜県医師会協同組合から「患者の申し出により明細書不要(*/*)」のゴム印が販売されることになったので、患者が希望しないと答えた時には確認した記録としてカルテにゴム印を押し、月日の記入が求められる。ゴム印がなければカルテにその事実の日時を添えて記載が求められると思う。なお、通知では領収証に明細書を添えて発行することになっている。

2-1 外国人患者への対応

「多言語医療問診表」は外来診療の時に患者さんに記入してもらう各種言語の問診票です。

1. 「神奈川県国際交流協会 多言語医療問診表」と探索すると、「MULTILINGUAL MEDICAL QUESTIONNAIRE」と表示され、ホームページが出てきます。<http://www.k-i-a.or.jp/medical>

診療科別に、インドネシア語、タガログ語、ベルシャ語、英語、中国語(北京語)、ポルトガル語、カンボジア語、日本語、ラオス語、スペイン語、ハングル版、ロシア語、タイ語、ベトナム語、フランス語の15カ国語に翻訳され、各言語に日本語が併記されています。診療科は眼科、外科、産婦人科、歯科、耳鼻咽喉科、小児科、整形外科、内科、脳神経外科、皮膚科があります。

2. 「横浜市港南国際交流ラウンジ 多言語問診表」と入力・探索すると、ホームページが出てきます。

1と同じ形式ですが、他の言語があります。

<http://www.yk.rim.or.jp/mk01-kil/jmonshin/top.htm> 診療科別に、フランス語、ドイツ語、アラビア語、クロアチア語の4カ国語に翻訳され、各言語に日本語が併記されています。診療科は内科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、脳神経外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、歯科があります。

3. 「群馬県医師会 オンラインハンドブック」と入力・探索すると、「オンライン出版局—外国人ハンドブック」が表示され、外来から入院まで使用できます。

<http://www.gunma.med.or.jp/handbook.html> 言語は、英語、ポルトガル語、スペイン語、ロシア語、ポーランド語、ベルシャ語、アラビア語、中国語、ウルドゥー語、タガログ語、タイ語、ベンガル語です。各言語別の目次(英語の場合)は、診察申込書、問診(症状、部位、発症時期、既往歴、家族歴、授乳について)、説明(検査、診断結果、治療方法)、薬、入院(入院に際しての質問、入院案内、入院中)、会計(入院時、請求書、支払いについて)となっています。

4. 「AMDA 国際医療情報センター お役立ちページ」と入力・探索すると、「AMDA Int'l Medical Information Center」→リンク集→医学用語集 Philippines Information Serviceに「医療対話集」英語・日本語・タガログ語を対比した医療対話集があります。

2-2 診療情報の提供等に関する指針の策定

平成15年9月12日 医政発第0912001号

2. 診療情報の定義

診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について医療従事者が知り得た情報。

6. 診療中の診療情報の提供

・医療従事者は、原則として、診療中の患者に対して、次に掲げる事項等について丁寧に説明しなければならない。

1) 現在の症状及び診断病名

2) 予後

3) 処置及び治療の方針

4) 処方する薬剤について、薬剤名、服用方法、効能及び特に注意を要する副作用

5) 代替的治療法がある場合には、その内容及び利害得失(患者が負担すべき費用が大きく異なる場合には、それぞれの場合の費用を含む。)

- 6) 手術や侵襲的な検査を行う場合には、その概要(執刀者及び助手の氏名を含む。)、危険性、実施しない場合の危険性及び合併症の有無
- 7) 治療目的以外に、臨床試験や研究などの他の目的も有する場合には、その旨及び目的の内容
- ・医療従事者は、患者が「知らないでいたい希望」を表明した場合には、これを尊重しなければならない。
- ・患者が未成年者等で判断能力がない場合には、診療中の診療情報の提供は親権者等に対してなされなければならない。

2-3 診療報酬明細書(レセプト)の記載要領

◎ 記号・番号 引用: (7)「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄

- イ. 保険者番号の変更はなくて月の途中で記号・番号が変更したり、任意継続保険に変更した場合は、変更後の記号・番号で請求し、摘要欄に変更前の記号・番号を記載する。

◎ 診療開始日 引用: (8)「診療開始日」欄

- ア. 傷病名が1つで、請求診療月に診療を開始し、同月に治癒・死亡した場合は診療開始日を省略してもよい。
- イ. 同月中に保険種別の変更(自費から健保、国保から健保)の場合はその変更があった日を診療開始日とし、摘要欄にその旨を記載する。この場合に初診料は算定できない。
- ロ. 同一患者が診療継続中に、受診中の保険医療機関で開設者・名称などに変更があった場合は、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日とし、摘要欄にその旨を記載する。ただし、開設者の変更が親子などの親族の場合は診療開始日の変更をしなくてもよい。

◎ 傷病名 引用: (7)「傷病名」欄 平成14年3月25日変更: 保医発0325002号

- ア. 傷病名は、原則として「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」(平成3年9月27日)別添3に規定する傷病名を用いる。

・編 注:

- 改正前には傷病名止我が国で通常用いられている傷病名をわかりやすく記載するとなっていた。
- 別添3に規定する傷病名は傷病名コード(レセ電コード)のことで、ICD10対応標準病名コードのことではない。

3) 傷病名コードの検索方法

インターネットで「診療情報提供サービス」<http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/>と探索し、「基本マスターに関するページ」→「マスター探索」→「傷病名マスター」の順に選択すると、傷病名名称・請求コード・ICD-10コードが現れる。次に必要な傷病名コードの欄を選択し、ワード→メモ帳→エクセルの順に移動していくと、パソコンのエクセルに請求コード番号を間違えることなく取り込むことができ、エクセルからワードに取り込むには、逆にエクセル→メモ帳→ワードの順に移動していく。

①「傷病名名称」での探索

「咽頭」と探索すれば、前後に咽頭がついた傷病名が100以上もでてくる。

②「ICD-10コード」での探索

「急性咽頭炎」のICD-10コードは「J029」とわかれば、「J029」で探索すると、アングナから上咽頭炎までの11個の傷病名コードが現れる。

4)「岐阜市耳鼻咽喉科医会のひろば」<http://www.geocities.jp/gifujibika/>

このホームページに平成21年03月26日に「外来診療のための耳鼻咽喉科傷病名コード便覧傷病名・修飾語編(平成21年4月)」が掲載され、ワード版で30頁ある。

5) 未コード化傷病名コード

未コード化傷病名コードは、所謂ワープロ病名といわれるものである。傷病名コード又は傷病名コードと修飾語コードを組み合わせても適切な傷病名がない場合に医療機関が独自に作成したものである。画面審査の傷病名欄には未コード化傷病名コードは岐阜県国保連合会では(未)

が、岐阜県支払基金では星印がそれぞれ先頭につく。

◎ 主傷病・副傷病 引用: (7)「傷病名」欄 平成14年3月25日変更: 保医発0325002号

- イ. 主傷病、副傷病の順に記載する。主傷病は1つが原則で、副傷病は主なものを記載する。主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにする。

* 記載要項の一部改正に関する問答集(Q & A)からのまとめ 参照: 平成14年3月28日 事務連絡

- 主傷病及び副傷病の定義は示されていない。
- 主傷病の区別は傷病名の接頭語か接尾語に(主)を追記したり、傷病名を○印で囲む方法でもよい。
- 主傷病は明細書の傷病名欄の一番上に記載することを原則とするが、2のような区別ができていれば、現行の診療開始日の順でもよい。
- 管理加算や指導管理料を算定する場合に主傷病が2つ以上あったとしても、医療機関が主傷病を1つに減らし、その主傷病で算定可能などちらかの管理加算が指導管理料を請求する。
- 副傷病は、実際に行った検査・処置を算定する場合に傷病名欄に記載された傷病名から医学的に判断して適切であるならば記載する必要がない。

* 低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針 平成14年5月21日 保医発0521001号

- 主傷病名及び副傷病名の区分のないレセプトは、区分がないとの理由でただちに医療機関に返却することを当分の間差し控える。

・編 注:

- 平成13年度の政府の閣議で「規制改革推進3か年計画(Ⅱ)2」のウ、レセプトの記載事項の見直し(主傷病名の記載など)が了承されてから、厚生労働省は平成14年3月25日から主傷病名及び副傷病名の語彙が提示されることになった。明細書に主傷病名及び副傷病名を表示すると、発症が類推される傷病名の記載を省略できるから事務の円滑化につながるなどのことである。
- 主傷病名を表示するかどうかの問題は現状では明確ではないが、平成16年の記載要項の改定でもこの項目は削除されていない。しかし、ただ管理加算が指導管理料を算定した場合は、主傷病名として対応する傷病名を表示する必要はあると考えられる。
- 対応策は、現行のように傷病名を診療開始日の順に並べたまま、明細書を綴ってから1枚づつ点検しながら、傷病名全体を丸印で囲んだり、(主)のゴム印を押す方法が考えられる。主傷病名の表示がないと最上段の傷病名が主傷病と解釈される。又、主傷病名が毎月変わっても問題はないし、明細書の記載事項を訂正する場合に朱肉の印を押す必要はない。

◎ 傷病名と医薬品名 引用: (7)「傷病名」欄 平成14年5月21日変更: 保医発0521001号

- ウ. 薬剤料の所定単位当たりの薬価が17点以下の薬剤を投与した場合や、使用する原因と考えられる傷病で健胃消化剤、鎮咳剤などを投与することや、使用する原因となった傷病が主傷病や副傷病で記載された傷病名から判断して類推できる場合には傷病名を記載する必要はない。ただし、強心剤、糖尿病薬などを投与した場合は傷病名を記載する。

* 低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針 平成14年5月21日 保医発0521001号

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2002/05/tp0521-1.html> 参照。

- 傷病名が省略できる医薬品はいわゆる佐薬や一過性の症状に対する薬剤などである。具体的には、1) 消化器用剤(健胃消化剤)、2) 下剤・浣腸剤、3) 眠剤、4) 解熱鎮痛消炎剤、5) 去痰剤・鎮咳去痰剤、6) 感冒剤などの薬剤が例示された。「類推できる傷病名」の範囲は広範であり、更に臨床現場の医師による判断に幅が生じることも想定されるので、個々の薬剤を限定的に列挙することは実務的でないと付記した。
- 傷病名の記載が必要な医薬品は「効能効果が多様で、しかも長期に使用する可能性の高い薬剤」である。具体的には、1) 強心剤、2) 糖尿病、3) 血管拡張剤、4) 血圧降下剤、5) 副腎皮質ホルモン、6) 高脂血症用剤の6種類に限定する方針とした。

・編 注:

- 感冒剤(1-6)を投薬しても傷病名を省略できるのは、長期間投薬したのでなく、他の疾患

で受診中に急に風邪と診断され臨時に投薬した場合である。

2) 平成14年度より全ての薬剤名を明細書に記載することになった。審査委員や保険者の判断に幅がある以上、「病名漏れ」の理由で査定・返却がないように省略できる傷病名でも記載した方が無難である。

○ 投 薬 引用：②「投薬」欄 平成14年5月21日変更：保医発0521001号

「ア」入院分の内容と「イ」入院外分の内容は、ほぼ同じである。

イ. 入院外分（外来診療分）について

イ. 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載する。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないとして社会保険局に届け出た保険医療機関は、薬剤料の所定単位当たりの薬価が17点以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はない。

・ 編 注：

1) 改正前は診療報酬請求事務の簡素化の観点で20点以下の医薬品は明細書への薬剤名の省略を認められていたが、平成14年4月の改定から請求の透明化の観点から手書きの明細書以外は薬剤名の記載が義務づけられることとなった。

2) 手書きの明細書の医療機関は明細書に17点以下の医薬品（注射を含む）の薬剤名を省略することができる。

3) 耳鼻科では副腎皮質ホルモンを投与する場合に傷病名が必要である。

○ 注 射 引用：②「注射」欄

エ. 皮下筋肉内及び静注内注射等は、外来診療分ではそれぞれ1回ごとに、入院分ではそれぞれ1日ごとに使用した薬剤名、規格単位（%、又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載する。また、点滴注射及び中心静注内注射等は、入院外分も入院分もそれぞれ1日ごとに使用した薬剤名、規格単位（%、又はmg等）及び使用量を、「摘要」欄に記載する。

○ 処置・手術 引用：②「処置」・「手術・麻酔」欄

ア. 処置又は手術は、処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を、麻酔は、麻酔の種類、回数及び点数を記載する。

対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を記載する。

○ 2枚以上の明細書の取扱い方 引用：②「摘要」欄、平成16年3月30日変更：保医発第0330001号

同一月に同一患者の診療内容が多いために、請求内容の内訳を1枚の明細書の摘要欄に記載できなくて、2枚目に及んだ場合に、平成15年度までは2枚目からの摘要欄を切り抜いて、1枚目の明細書の右端の余白に付箋として貼り付けていた。

平成16度からは続紙として2枚目の1ページ分をそのまま1枚目の明細書の下側に重ねて、左上端を貼り付けることとなった。続紙には傷病名欄より上側のデータを明細書に記載する。

2-4 処方せんの記載上の主な注意事項

[昭和51年8月7日保険発82号 最終改定：平成14年保医発0426001号]

○ 患者の生年月日（1-1）

投薬を受ける患者が6歳未満では生年月日を記載し、6歳以上では年だけでも差し支えない。

○ 医療機関の電話番号（3）

電話番号を記載することは原則であるが、省略しても差し支えない。

○ 保険医氏名（4）および後発品への変更可の署名

処方せんを発行した保険医が署名するか、保険医の氏名を印字で記名したり、スタンプで記名した場合は、押印をする。

○ 処方せんの使用期間（6）

交付の日を含めて4日以内は使用期間を記載しなくてもよい。有効期間は使用期間内である。

○ 処方（7）

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白には斜線を引く。

1) 医薬品名は、原則として薬価基準に記載された商品名（銘柄名）を記載するが、一般名（成分名）でも差し支えない。

・ 医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号による記載は認められない。

2) 分量は、内服薬は1日分量、屯服薬は1回分量、外用薬などは投与総量を記載する。

3) 用法及び用量は省略。

2-5 調剤報酬請求に対する審査の実施についての送付

[平成18年3月10日 保発第0310006号]

薬局の技術料を含めた調剤薬局（保険薬局）の明細書の合計点数が1,500点以上であれば、保険者は処方せん（院外処方）を発行した医療機関の明細書と突合点検を行った上で、不適切な投薬が行われたと判断した場合は審査支払機関（支払基金、国連連合会）に審査を申し出ることになった。また、平成18年3月10日 厚生労働省令第30号で、平成18年度から調剤薬局の明細書に処方せんの添付は廃止となったので、保険者が突合点検するには調剤薬局の薬剤師から処方せんを取り寄せることになる。審査支払機関も処方せんを取り寄せることができるが、一次審査期間中に取り寄せることは時間的に無理があるので、処方せんの薬剤の審査は保険者の主導になったと推測される。

審査支払機関で実施される調剤薬局の明細書の審査は再審査（二次審査）となるので、内容照合されことなく薬剤の点数を査定するか否かの選択肢しかない。しかし、審査支払機関は査定された件に関して医療機関にその処方せんや調剤薬局を特定できるようにするとのことなので、医療機関は査定に不服があれば再審査請求ができる。

今後、処方せんの薬剤は査定される可能性が高くなると危惧されるので、処方する医師は薬剤の適応症に十分配慮することが求められる。特に「後発品への変更可」とした場合には、後発品には先発品の適応症の一部が申請されていない場合もあるので注意を要する。

また、医薬品は適応症より効能効果を重要視するという通知（保険診療における医薬品の取扱い：昭和55年）は有名無実化される可能性が増えるのではないかと思う。

2-6 処方せん発行システムの医師の記名押印

[平成12年4月10日医事41号]

医師法施行規則第21条では、医師本人が処方せんに記名押印や署名をすることになっている。しかし、医療機関が、医師の印鑑の印影が印刷されたり、発行された処方せんをコピーできない特殊な紙を使用するなどの条件を満足する「処方せん発行システム」を設置すれば、診療室以外の場所（受付窓口）の端末機から処方せんを発行することができる。

ただし、処方せんに「この処方せんに印刷された医師の印の印影は医師自身が処方せん発行システムを操作をしたことによって、印刷された」旨の記載と、医療機関又は管理者名の押印をする。

2-7 処方せんを調剤薬局へ電送するための公衆ファクシミリ

[平成11年11月15日保険発107号]

患者が自分の意志で、調剤を希望する保険薬局へ処方せんを医療機関内の公衆ファクシミリから電送し、その後患者が保険薬局で処方せんと引換えに調剤された薬剤を受けることができる。

医療機関は、公衆ファクシミリを患者が自由に利用できる場所に設置する。

2-8 健保組合による調剤レセプトの審査・支払の事務の取扱い

[平成19年1月10日保発第0110001号]

厚生労働省保険局長から健康保険組合理事長 健保組合が調剤薬局と合意した場合には自ら審査・支払に関する事務を行うことができる。この場合

は、健康保険法施行規則に規定する重要事項で、厚生労働大臣の認可が必要である。また、健康保険組合は、対象薬局との合意内容につき、組合会に諮るとともに、対象薬局の名称等を規約に明記する。

1. 健康保険組合による審査及び支払

1) 健康保険組合は、対象薬局と合意した場合には、自ら審査及び支払に関する事務を行える。また、この場合、健康保険組合は、この事務を支払基金以外の事業者へ委託することもできるが、支払基金に再委託はできない。

2. 対象となる調剤報酬請求書

1) 対象薬局で調剤を受けた健康保険組合の被保険者及び被扶養者のすべての調剤報酬請求書を対象とする。

2) 老人医療及び公費負担医療の調剤報酬請求書の審査及び支払に関する事務、従来どおり、基金が取り扱う。

3. 公正な審査体制

1) 健康保険組合は、関係法令等の規定に照らして点検及び突合並びに適正な審査を行うことが必要であるので、審査対象となる調剤について十分な知識と能力を有する医師等に審査を担当させる適正な審査を行える体制を確保する。

2) 対象となる調剤報酬請求書の基となる処方せんを発行した対象医療機関の医師等が審査を行ってはならない。

3) 健康保険組合が審査及び支払に関する事務を事業者へ委託する場合には、事業者は本要領によって健康保険組合に求められる審査体制を確保すると共に、健康保険組合は必要な指導監督を行う。

6. 紛争処理ルールの明確化

審査内容に関する見解の相違や支払の遅延など審査及び支払に関する紛争の発生に備え、支払期日を明確にするとともに、紛争が生じた場合の処理ルールについて、健康保険組合、対象薬局及び対象医療機関（減額査定が行われるなど、紛争の発生が見込まれる場合に限り。）との間で、あらかじめ具体的な取決め【例えば、審査結果について当事者間で合意が得られない場合には審査に携わる医師以外の中立的な医師による調整に従うこと、事業者の支払が遅延した場合には健康保険組合が支払うこと】等を文書により取り交わす。

2-9 長期の投薬が不適切になされた事例の取扱い

社会保険診療報酬支払基金 国民健康保険中央会 御中

厚生労働省保険局医療課 事務連絡 平成18年3月3日

薬剤の投薬量については、保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第1項第2号ホの規定において、特に定めるものを除き、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないとされているところであるが、一回の処方にて長期の投薬が不適切になされる事例が散見されている。ついては、そのような不適切な事例が疑われる場合には、各審査委員会において、医学的判断に基づき適切に審査していただくようお願いする。

なお、長期の投薬が不適切になされた具体的事例について、下記にまとめたので参考にされたい。

記

薬剤名	処方期間	審査結果	備 考
事例1. 経皮吸収型消炎鎮痛貼付剤	140枚	査定	医学的必要性を踏まえつつ、症状の経過に応じ処方すべき。
事例2. 不整脈用薬	90日	査定	症状の経過及び副作用等の状況に応じ処方すべき。
事例3. 腫瘍用薬	56日	査定	症状の経過及び副作用等の状況に応じ処方すべき。

2-10 保険診療における医薬品の取扱い

昭和55年9月3日 保発第51号

保険診療における医薬品の取扱いについては、別添昭和54年8月29日付書簡の主旨に基づき、左記によるものであると通知する。なお、医療用医薬品については、薬理作用を重視する観点から中央薬事

審査会に薬効問題小委員会が設定され、添付文書に記載されている薬理作用の内容等を充実する方向で検討が続けられているところであるので申し添える。

定

1. 保険診療における医薬品の取扱いについては、厚生大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量（以下「効能効果等」という）によることとされているが、有効性及び安全性の確認された医薬品を薬理作用に基づいて処方した場合の取扱いについては、学術上誤りなきを期し、一層の適正化を図ること。
2. 診療報酬明細書の医薬品の審査に当たっては、厚生大臣の承認した効能効果等を機械的に適応することによって都道府県の間においてアンバランスを来すことのかようにすること。

2-11 日医発第211号への厚生大臣の回答

昭和54年8月29日

厚生大臣 橋本龍太郎

日本医師会会長 武見太郎殿

8月21日付の貴翰に次のとおり回答いたします。

1. 薬効表示について、医学と医師の立場が全く無視され、製薬企業の資料のみによる病名決定で用途が規定されることは誤りであります。厚生大臣としては、薬理作用を重視するものであり、能書については、薬理作用の記載内容を充実する方向で改善するよう、薬務局に対し指示いたしました。従って、医師の処方薬は薬理作用に基づいて行なわれることになります。
2. 社会保険診療報酬支払基金においても、これを受けて学術上誤りなきを期して、審査の一層の適正化を図ることとし、また、この点について、都道府県間のアンバランスを生じないように、保険局に対し指示いたしました。
3. 以上により、医師の処方権の確立が保証されるものと考えます。
4. 国民医療の効率化を図るためには、プライマリ・ケアの確立等地域医療の充実が必要であり、また、これとともに、医学常識から極端にはずれた診療等に対して、その是正を強力に進めてまいり所存であります。

2-12 医療用医薬品再評価結果 別添4 適応症の記載順

平成16年9月30日 薬食第093002号

再評価が終了した医薬品の効能・効果を適応菌種と適応症に分類され、適応菌種は183種に、適応症の傷病名は467から113に統一された。

耳鼻咽喉科で使用する傷病名を適応症の表示（新）に抜粋したが保険請求に使用するレセプトの傷病名は現行どおりで、変更することを求められていません。

適応症の表示（旧）

急性表在性毛包炎、
せつ、よう、耳せつ、鼻せつ、
リンパ節炎、
創傷及び手術後の二次感染、
関節炎、→
咽頭炎、アンギーナ、咽後膿瘍、
喉頭炎、咽頭喉頭炎（咽頭炎、喉頭炎）、
咽頭喉頭炎、咽頭喉頭炎（咽頭膿瘍）、
扁桃炎、→
扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍、
気管支炎、
気管支肺炎、
気管支拡張症、慢性気管支炎、
喘息及び気管支拡張症の感染時、
外耳炎、→

適応症の表示（新）

- 3 表在性皮膚感染症、
- 4 深在性皮膚感染症、
- 5 リンパ管・リンパ節炎、
- 8 外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、
- 13 関節炎、
- 15 咽頭・喉頭炎、
咽頭・喉頭炎、
咽頭・喉頭炎、
- 16 扁桃炎、
- 17 扁桃炎（扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍を含む）
- 18 急性気管支炎、
- 19 肺炎、
- 22 慢性呼吸器病変の二次感染、
慢性呼吸器病変の二次感染、
- 69 外耳炎、

急性中耳炎、慢性中耳炎、乳様突起炎、
中耳炎（含、乳様突起炎、錐体尖端炎）、
副鼻腔炎、→
顎下腺炎、耳下腺炎、唾液腺炎、
耳鼻咽喉科領域における術後処置、→
のう胞感染症、歯肉炎、
歯性上顎洞炎、
頬部蜂窩織炎、
急性顎炎、顎骨周囲炎、
感染性上顎のう胞、
口内炎、びらん又は潰瘍を伴う口内炎、
舌炎、→
湿疹及び類症、
上気道炎、急性上気道炎、

70 中耳炎、
中耳炎、
71 副鼻腔炎、
72 化膿性唾液腺炎、
73 耳鼻咽喉科領域における術後処置、
74 歯周組織炎、
76 上顎洞炎、
77 顎骨周囲の蜂巣炎、
78 顎炎、
顎炎、
82 感染性口内炎、
83 舌炎、
削 除
咽頭・喉頭炎、扁桃炎、

2-13 ICD-10の標準傷病名の分類

「ICD」は International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）の略称で、「10」は平成2年に世界保健機関（WHO）の総会で10回目の修正版として採択されたことを意味している。

◎ 全身症	コード	◎ 解剖学的系統別の疾患	コード
1章 感染症及び寄生虫症	A00～B99	13章 筋骨格系及び結合組織の疾患	M00～M99
2章 新生物	C00～D48	14章 尿路器系の疾患	N00～N99
3章 血液及び造血系の疾患 並びに免疫機構の障害	D50～D89	◎ 分娩、奇形、新生児疾患	
4章 内分泌、栄養及び代謝疾患	E00～E90	15章 妊娠、分娩及び産褥	O00～O99
◎ 解剖学的系統別の疾患		16章 周産期に発生した病態	P00～P96
5章 精神及び行動の障害	F00～F99	17章 先天奇形、変形 及び染色体異常	Q00～Q99
6章 神経系の疾患	G00～G99	◎ 18章 症状、徴候及び異常臨床所見	R00～R99
7章 眼及び付属器の疾患	H00～H59	異常検査所見で他に分類されないもの	
8章 耳及び乳様突起の疾患	H60～H95	◎ 19章 損傷、中毒 及びその他の外因の影響	S00～T98
9章 循環器系の疾患	I00～I99	◎ 20章 傷病及び死亡の外因	V01～Y98
10章 呼吸器系の疾患	J00～J99	◎ 21章 健康状態に影響を及ぼす要因 及び保険サービスの利用	Z00～Z99
11章 消化器系の疾患	K00～K93		
12章 皮膚及び皮下組織の疾患	L00～L99		

2-14 電子のレセプト請求の傷病名コードの記録（お願い）

平成21年2月 岐阜県社会保険診療報酬支払基金 事務連絡
全国の支払基金で9月診療分（10月処理分）の電子レセプトの傷病名コードを調査したら、約3割のレセプトに未コード化傷病名コード（0000999）を用いた所謂ワープロ病名が記録されていることが判明した。今後可能な限り傷病名コード又は、傷病名コードと修飾語コード及び補足コメントの組合せにより傷病名を記録していただき、また傷病名に関連しないコメントは摘要欄に記録していただくようご理解・ご協力を賜りたい。

2-14 傷病名コードの統一の推進について

平成22年3月26日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡
診療報酬明細書に記載する傷病名は、原則として傷病名（厚生労働大臣が定める事項、規格及び方式別添3）を用いるとされているし、平成21年3月31日閣議決定された「規制改革推進のための3カ年計画（再改定）」でも指摘されている。しかし、傷病名コードにない名称が使われていることが多いので、別紙のようにまとめた。傷病名の記載及び傷病名コードの記録にはこれを参照にして、原則として傷病名コードに記載されたものを用いるよう関係者に周知願いたい。

例えば、「流行性耳下腺炎、ムンプス耳下腺炎」でなくて、「0729001おたふくかぜ」を、「ハント氏病、ラムゼイ・ハント症候群」でなくて、「0531001ハント症候群」を使用してほしいとのことである。

なお、別紙には15,661の同義語の病名が集められ、同義語名称、請求コード、傷病名名称（厚生労働大臣が定める事項、規格及び方式別添3）、ICD10の順にならんでいる。耳鼻咽喉科・頭頸部領域でも奇形、外傷、具体的な感染症を含めると1,000個ほどになるので、整理をして岐阜市耳鼻咽喉科医会のひろば <http://www.geocities.jp/gifujibika/>に掲載した。

2-16 検査・処置と対象疾患（外来患者）

検査・処置名	対象疾患（外来患者）		
B001 14 高度難聴指導科	伝音難聴（両耳60dB以上）	混合性難聴	感音性難聴
B001 21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理科	滲出性中耳炎		
D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定	突発性難聴		
D223-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	睡眠時呼吸障害の疑い		
D237 終夜睡眠ポリグラフイー	睡眠時無呼吸症候群		
D245 鼻腔通気度検査	鼻の手術日の前後3月以内	睡眠時無呼吸症候群	神経性（心因性）鼻閉塞
D252 扁桃マッサージ法	慢性扁桃炎		
J024-2 酸素療法	突発性難聴		
J027 高気圧酸素療法	突発性難聴		
J095-2 鼓室処置	急性・慢性の鼓膜穿孔		
J097-2 副鼻腔自然口開大処置	急性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	
J098-2 扁桃処置	慢性扁桃炎の急性増悪	急性膿毒性（陰性）扁桃炎	扁桃周囲炎 扁桃周囲膿瘍
K309 鼓膜チューブ挿入術	滲出性中耳炎		

2-17 電子カルテの定義の見解

平成15年2月 日本医療情報学会

日本医療情報学会は、電子カルテには「通常の電子カルテ（Bottom-line）」と「ペーパーレス電子カルテ」の大きく2種類が存在し、中間に多くのレベル（様々な電子化達成度）の電子カルテが存在するという、非常に現実な見解を示した。

その中で、「通常の電子カルテ」は必ずしも全ての診療録が電子化されていなくても、1～6の機能が具備されていれば電子カルテと認めるとした。

- 多くの部門間連系で、オーダー通信システムおよびオーダー結果参照システムが稼動し、それらの情報が診療録情報の基本となっている。
- 他の部門を含む多くの情報種を同時に多箇所、迅速に、十分に古いものも参照できる。また、それらの情報は様々な軸（時系列、特定の科のもの、特定の診療部門のもの等）で参照することが可能である。
- 将来にわたりコンピューターシステムの機種交換や他の医療機関等とデータ交換をスムーズに行けるよう、HL7、DICOMなどの標準的なデータ形式およびコードを使用している。
- 患者への情報提供（インホームドコンセント等）が従来の紙のものより格段に改善している。
- プライバシー保護が確保される運用である。
- 電子保存の3条件（真正性の確保、見読性の確保、保存性の確保）を満足する運用である。

注意：日医総研の研究員の説明会で、カルテの3条件（真正性の確保、見読性の確保、保存性の確保）の基準をクリアしていることは「電子保存の要件」を満足していることで、裁判における証拠保存能力を保障されている訳ではないと聞いた。また、e-文書法[資料（4）参照]も同様にカルテの電子保存を認めるだけで、法的な正当性はない。電子カルテが、「原本性の確保」を持つためには「時刻認証技術（タイムスタンプ）」や電子署名等の電子認証システムや、更新履歴の導入が不可欠である。これらがなければ、電子カルテでなくパソコンカルテとなる。

3-1 薬剤情報提供料が算定できる場合

(本文P15参照)

- ① 何種類かの薬剤のうち1種類でも変更した場合
- ② 3種類の薬剤を2種類に減らした場合
- ③ 外用薬の用法・用量を変更した場合
- ④ 同じ薬剤で1回あたりの服用量を変更した場合
- ⑤ 同じ薬剤で投与目的(効能・効果)が異なる場合
- ⑥ 同じ効能で商品名の異なる薬剤を処方した場合
- ⑦ 同じ効能の薬剤でカプセルから錠剤に変更した場合
- ⑧ 1回目に内服薬を投与し、2回目に同じ内服薬に加えて頓服薬を処方した場合
- ⑨ 1回目に内服薬と頓服薬を投与し、2回目に同じ内服薬のみを投与した場合

3-2 傷病手当金意見書交付

(参考:保険診療の手引き 平成18年)(本文P15参照)

- ① 傷病手当金意見書は1枚交付ごとに算定できるので、2枚以上あればその枚数分だけ請求できる。
- ② 傷病手当金意見書交付料は患者に交付したときに算定し、所定の患者一部負担金を徴収する。
- ③ 傷病手当金意見書のみの交付の場合は、診療時間内・外にかかわらず再診料はとれないので、交付料のみ算定することになる。なお、交付料のみ請求の明細書は、実日数ゼロとして扱い、傷病手当金意見書の対象となった傷病名及び診療開始日を記載する。
- ④ 傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において患者が加入している保険者、例えば退職後の国保)に請求する。従って、継続療養への請求は不可。

3-2 傷病手当金 健康保険法第99条

健康保険の被保険者が、病気やけがで療養(自宅療養を含む)するため働くことができず、会社を休業した日が連続して3日間あった場合は、4日目以降の休業した日に対して支給される。支給額は休業1日につき標準報酬日額の2/3相当で、4日目から1年6カ月の期間となる。

3-3 はり・きゅう及びマッサージ施術の同意に関する留意事項

平成16年10月1日 保医発第1001002号(本文P15参照)

1. はり・きゅう施術の療養費の支給対象となる疾病
 - 1) 対象疾患は慢性的な疼痛症を主訴とする6疾患に限定され、さらに「医師による適当な治療手段がないもの」です。

6疾患とは、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症です。
 - 3) 同一疾病に対し、医療機関が保険治療を行った場合は、はり・きゅう施術と併施が認められませんので、はり・きゅう施術者に保険給付がなされません。同意書の交付を求められたときは、そのことを患者さんに十分説明してください。
2. マッサージ施術の療養費の支給対象となる疾病
 - 1) 対象疾患は特定されなくて、筋麻痺、関節拘縮で、医療上マッサージを必要とする症例とされていて、医療機関で併施が認められています。
3. はり・きゅう及びマッサージ施術の同意書・診断書の取扱
 - 1) 同意書交付時に、B013療養費同意交付料が算定できます。1回の同意期間は3カ月です。3カ月を過ぎて、施術が必要な場合は医師の同意書が必要ですが、口頭でもよいとされています。ただし、口頭の場合に交付料は算定できません。
 - 2) はり・きゅう及びマッサージ施術の療養費の支給期限・回数の制限はありません。
 - 3) カルテなしで「同意書」を交付しないでください。必ず診察をして同意書の根拠となる事実をカルテに記載してください。

4-1 市販の外用薬の組成

- ・鼻洗浄液や噴霧薬の市販薬の組成は、アンスノール:生食27ml+グリセリン3mlや、AGS:生食100ml+グリセリン6ml+アルコール6mlや、生食のみがあり、生理食塩水の組成はNaCl9gを全量1,000mlにする。
- ・水泳後に耳に水が残ったときに、アクアラングの常備薬:スイムイヤー:イソプロ95%、無水グリセリン5%があり、これを耳の穴に数滴落として、反対側に向けると、水が抜ける。
- ・口臭抑制薬は0.2%塩化亜鉛溶液がある。引用:月刊保団連2003.11

4-2 妊娠と投薬 [日経メディカル1995年11月号より抜粋]

- ◎ 妊娠女性への投薬の原則
 - 1) 妊娠中の女性に薬剤投与する場合は、投与する必要性を患者に十分に説明する。
 - 2) 薬剤はできる限り単剤を必要量投与し、効果が得られたら中止する。
 - 3) 添付文書を正しく理解し、添付文書で「投与しないこと」「投与しないことが望ましい」と記載されている薬剤は、妊娠中は投与しないようにする。
- ◎ 妊娠の時期における胎児への薬剤の影響
 - 1) 男性が使用した薬剤は、胎児に影響することはない。
 - 2) 受精の成立から18日目以前に投与された薬剤が、催奇形性という意味で胎児に影響することはない。
 - 3) およそ妊娠2カ月に相当する時期に、胎児は催奇形性という意味で薬剤に最も敏感に影響しやすい。
 - 4) 妊娠3カ月から4カ月の期間は、催奇形性という意味で薬剤の胎児への影響はかなり少ない。
 - 6) 妊娠5カ月以降、催奇形性という意味で胎児に薬剤が影響を及ぼすことはないが、胎児毒性が問題となる。
- ◎ 非妊と同様の注意で処方してよい薬剤 (詳細は資料4-3参照)
 - 1) 抗生物質

ペニシリン系、セファム系、マクロライド系(アイロゾン錠を除く)
 - 2) 解熱鎮痛消炎剤

ロコナール、ピリナジン(アセトアミノフェン)
 - 3) 抗ヒスタミン剤

ボララミン(クロルフェニラミン)、タベジール(クレマスチン)
- ◎ 授乳期における乳児への薬剤の影響

母乳への薬剤の移行性は胎盤と同程度であるが、乳児は母乳を消化管で吸収して薬剤が体内へ移行するので、安全性の高い薬剤を短期間に内服すれば問題が起こりことは稀である。しかし、母親は授乳直後か、乳児が長い睡眠に入る前に内服するように心掛ける。ただ、生後1週間以内の新生児の場合は薬剤の代謝が不十分である上に哺乳量が多いので、薬剤の内服を中止した方がよい。

4-4 妊娠中に放射線を使用した検査は安全である

Medical ASAHI 2005年2月号 P42

妊婦が放射線の多量の被爆を受けると胎児が危険になることは知られているが、その線量は20radと定義されているし、アメリカの放射線防御審議会(US National Council on Protection)は5rad未満の被爆では胎児に悪影響がでるとのエビデンスはないと述べている。

日常診療で使用される診断用X線検査は被爆量が1radより大幅に少ないので、妊婦の放射線検査は胎児にとっても母親にとっても安全である。

例:胸部X線は<0.001rad、頭部CTは<0.01rad、腹部CTは2.0~3.0radで、超音波やMRIは被爆がない。

4-5 小児薬用量

薬が開発される時、その安全性と共に、適正な用量も臨床試験によって決められる。しかし、臨床試験は大人を対象として行うので、子供に対する安全性や適正な用量は確認されないまま世の中に出ることが多い。そのような理由から、年齢や体重で、薬の量を決めています。

・Harnackの換算表（体表面積基準）

成人量に対して係数を掛ける。

年齢区分別使用量の換算係数表

15歳以上	1
11歳以上15歳未満	2/3
7歳以上11歳未満	1/2
3歳以上7歳未満	1/3
1歳以上3歳未満	1/4
6カ月以上1歳未満	1/5
3カ月以上6カ月未満	1/6

・Youngの式

年齢×成人量／（年齢+12）

・Ausbergerの式

（年齢×4+20）／100×成人量

・Ivady&Dimierの式

体重20kg以下または6歳以下
|体重(kg)×2+5|／100×成人量
体重20kg以上または6歳以上
|体重(kg)+30|／100×成人量

4-6 平成18年度年齢別体重平均値

引用：厚生省平成18年度国民健康・栄養調査

	男 (kg)	女 (kg)
1歳	10.9	10.1
2歳	12.5	12.0
3歳	14.6	14.3
4歳	16.9	16.8
5歳	18.7	18.7
6歳	21.2	20.7
7歳	24.5	23.9
8歳	27.6	26.0
9歳	29.3	31.8
10歳	35.8	33.6
11歳	38.9	36.9
12歳	43.3	43.5

4-7 患者の年齢による区分

小児科領域では年齢により以下のように区分する。

- ア 低出生体重児：十分な妊娠期間（37週）に満たないで出生した新生児または出生時体重が2,500g未満の新生児。
- イ 新生児：生後28日まで。
- ウ 乳児：生後29日以上24カ月未満まで。
- エ 幼児：24カ月以上6歳未満まで。
- オ 学童：6歳以上16歳未満まで。

4-8 医療用医薬品添付文書の用語

平成20年6月 ㈱スズケン医療情報室 SDIC 質疑応答集

・服用時間

食前：食事の30分前 食直前：食事の10分前 食後：食後30分以内 食直後：食事のすぐ後 食間：食後2～3時間後、食事と食事の間 就寝前：寝る30～60分前、寝る直前

・小児の年齢区分

小児：15歳未満 幼児：7歳未満 乳児：1歳未満 新生児：出生後4週未満 低出生：体重児
体重2,500g未満 高齢者：65歳以上（添付文書上の目安）

・用法用量の適宜増減

明確に示されたものはなく、一般に「増量は2倍くらいまでが限度」と考えられている。

・貯法の室温とは

常温：15～25℃ 室温：1～30℃ 微温：30～40℃ 冷所：別に規定するもののほか、1～15℃の場所

・組成性状

粉薬の粒の大きさ：顆粒剤＞細粒剤＞散剤の順に細くなる。

カプセルの大きさ：カプセルの大きさは、番号（000号～5号）が大きいほど小さい。

4-9 小児用医薬品の飲ませ方

粉薬や水薬は、むせないように上体を起こして飲ませて下さい。

〈粉薬〉

・乳児の場合

1. 粉薬をスプーンに乗せ、水などでよく混ぜ、そのままスプーンで静かに飲ませ、その後に水やぬるま湯を与えてください。粉薬は水やオレンジジュースでかき混ぜ過ぎると、苦味がでることがあります。
2. スプーンが使えない場合は粉薬を少量の水で練って、きれいに洗った指先につけ、乳幼児の上顎・頬の内側又は舌の奥に塗り、その後に水やぬるま湯、ジュース、スポーツドリンク、乳酸飲料などの子供の好きな飲み物を飲ませます。
※上顎は味が一番感じない所で、舌の先は苦味が強く感じる所です。
1) 砂糖、粉末クリームなどを粉薬に加えると、粉のままでも飲むことができます。
2) シロップ、水飴、ジャム、蜂蜜（ただし、1歳未満の乳児は「乳児ボツリヌス症」の予防のために与えない）を粉薬に混ぜて飲ませてください。
3) 粉薬をミルクに混ぜて飲ませると、ミルクが嫌いになったりすることもありますので、注意してください。
4) 粉薬を冷たいものに混ぜる。
味覚を鈍くさせるため、シャーベット、ヨーグルト、ゼリーなどの冷たい物に混ぜて飲ませてください。（混ぜた状態での保存は避けてください。）
3. 乳児では授乳後など満腹では飲まない場合がありますので、空腹時や食前に飲ませる方法もあります。

〈錠剤、カプセル〉

7歳以上の子供には、小さな錠剤やカプセルを与える場合には、薬をのむことが病気を治すために必要であることを話してあげてください。できる限り水でのませてください。その際、あらかじめ水を少し含ませてから薬を飲ませると良いようです。

どうしても飲めない場合は、錠剤をつぶすか（※1）、またはカプセルを開いて内容物を与えてください。ただし、薬によっては苦味などのために飲みにくい場合があります。

（※1）錠剤のつぶす方法は、同じ大きさのスプーンの向きを揃えて2本重ね、くぼみに錠剤を入れて圧迫し、粉末にします。

〈水薬〉

1. 水薬のピンをよく振って、1回分を他の容器に移し、スポイトやスプーンで飲ませて下さい。飲んだあとは、水やぬるま湯を与えてください。
2. 飲みにくい場合は、1回量を水で薄めてもかまいません。
3. 1回分ずつ凍らせて、シャーベット状にして食べさせる方法もあります。
4. ピンから直接飲ませるのは、不潔になりますので止めて下さい。

5. 水薬はカビ等の汚染を受けやすいので、冷蔵庫に保管して下さい。

4-10 点耳薬の正しい使用方法

1. 耳の中の分泌物をできるだけ取り除いてください。
2. 手をきれいに洗ってください。
3. 手のひらで薬瓶をにぎって2～3分温めてください。
*冷たい薬液をそのまま点耳すると「めまい」を起こすことがあります。
4. 悪い耳を上にして、横向きに寝てください。
5. 耳たぶを後ろにひっぱるようにして、点耳薬を6～10滴を滴下してください。
このとき容器の先が直接耳に触れないように気をつけます。
*中耳炎の場合は、点耳後耳たぶを後上方へひっぱりながらゆするようになると、外耳道がまっすぐになり空気の層がなくなるので中耳腔まで十分に到達します。
*点耳時には、つばを飲み込むようにするとよいでしょう。
6. 点耳後そのままの姿勢を2～3分間保ってください。
7. 清潔なガーゼまたはティッシュペーパーなどを耳にあてて起き上がり、耳の外に流れ出た点耳薬をふきとってください。

4-11 嗅覚障害患者に対する新しい効果的点鼻法

耳鼻臨床 97: 8: 097~705, 2004



1. 枕を使わずに畳のような比較的硬く平らな所に横向きに寝て下さい。



2. 側頭部を床につけ、少し上を向いて下さい。
天井と壁の境目を見るようにして下さい。

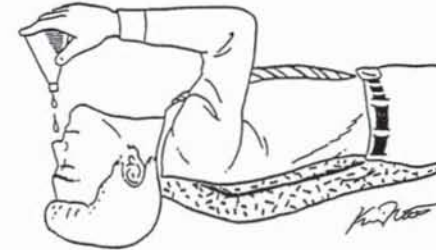


3. 上の鼻の穴の内側に点鼻液を3滴垂らして下さい。



4. そのままの姿勢で5分間じっとして下さい。
5. 続いて体の向きを反対にして、1-4と同じ手順で反対の鼻にも液を垂らして下さい。

4-11 懸垂頭位による点鼻法



姿勢は、図のように行います。鼻の穴が天井を向くようにして下さい。1日2回（朝・夕）に行ってください。

両側の鼻の穴に、それぞれ2滴づつ滴下したら、5分間そのままの姿勢で保ちます。その後、薬が口の中に落ちてきたら、出来るだけ吐き出して下さい。

4-12 うがい薬の使用方法

1. 水とうがい薬をかるく口に含みます。
2. 鼻から息を静かに吸います。
3. 息を止めて、頭を静かに後ろにそらしします。
4. 飲まないように気をつけて、大きく口を開けます
5. 胸を広げ、肩を後ろにそらしします。
6. 声を出して「あ」の発音を5秒程度します。
7. 静かに吐き出します。
・帰宅した時や、飲食後や、のどに不快感がある時などに、1～7の動作を2～3回繰り返して上手にうがいして下さい。
・医師の指示がない場合は、1日3～4回うがいをして下さい。

4-13 肛門坐薬の使用上の注意

- 1) 挿入前の注意
 - ・肛門坐薬は直腸にのみ使用し、飲まないように注意して下さい。
 - ・包装から取り出してから使う。
 - ・あらかじめ手をよく洗ってから取り出す。
 - ・排便してから使用すること。特に子供は排便の有無を必ず確かめてから挿入する。
- 2) 挿入時の注意
 - ・坐薬の後部をチリ紙やガーゼなどで摘み、先の太い先端から肛門内に出てくるだけ深く挿入する。
 - ・挿入は中腰か横向きに寝た姿勢で入れると挿入しやすく、3/4程挿入した後、立ち上がると比較的簡単に挿入できる。
 - ・冷却しすぎて挿入時に痛いときは、体温で暖めると挿入しやすくなる。又、軟化しすぎて挿入しにくい時は、いったん冷蔵庫か水（20度以下の水）に浸して、固化を待ってから挿入する。滑りにくい時は、坐薬を水又はグリセリンなどでぬらしてから挿入する。
 - ・肛門内に挿入した後、排出を防ぐため、4～5秒間押さえてください。
 - ・解熱剤の坐薬の効果は比較的早く（30分ほど）で現れる。
- 3) 挿入後の注意
 - ・挿入後20～30分間は歩行や激しい運動を避けて安静にしてください。
 - ・挿入後、異物感がありますが、10～30分後に完全に軟化溶解します。2種類以上の坐薬を用いる場合は、30分以上あけて用いるようにして下さい。又挿入後水様の排泄物が出る場合があるが、心

配しないで下さい。

4) 保管上の注意

坐薬は室温ないし室温以上の温度では、溶解点や主薬の放出時間などに变化を起こすことがあるので、冷所で保管する。なるべく30度以下で、保冷库や冷蔵庫に保管することが望ましい。

4-14 軟膏の塗布量の目安

引用：(株)スズケン医療情報室 TSQA081 (08-12)

軟膏塗布量の目安をFTU (finger-tip-unit) という単位で表す方法があり、1FTUの基準(成人、外国)は、軟膏を人差し指の先から第一関節まで載せた量で約0.5g (5mm口径のチューブから約2.5cm出した量)であるが、British Journal of DermatologyでC. C. Long博士は男女差がないとしている。1FTU：片手、2FTU：片足

顔 0.5g。頸 0.8g。前腕 1.0g。上腕 1.0g。

引用：医学通信社 臨床手技の完全解説：「耳処置の解説」軟膏 両耳で0.5～1g。点耳液 両耳で0.5～1mlくらい。

4-15 点眼薬とコンタクトレンズ

コンタクトレンズを装着している人はコンタクトレンズをはずして点眼する。特にソフトコンタクトレンズは親水性があるので、点眼薬の防腐剤や薬剤が吸着しやすい。滴数は1滴で十分効果があり、点眼後に少なくとも2～3分、正式には5～10分過ぎてから、装着すればどんなコンタクトレンズも損傷を受けません。

4-16 市販薬と薬価収載品の違い

	ナリビタン	ストミンA錠
薬の種類	市販薬	薬価収載品
効能・効果	耳鳴り・肩こり・蕁麻疹	耳鳴緩和剤
ニコチン酸アミド	20mg	30mg
パバペリン塩酸塩	5mg	6mg
ビタミンB1	10mg	
ビタミンB2	1mg	
抗ヒスタミン剤第一世代	2mg	
アロエ末	2mg	
アミノ安息酸エチル	30mg	
1錠の価格	22.2円	5.8円
1回服用量	2～3錠	1錠

	トラフル錠	トランサミン錠
薬の種類	市販薬	薬価収載品
効能・効果	口内炎、咽頭炎・扁桃炎	扁桃炎、咽頭炎、口内粘膜アフター
トラネキサム酸	125mg	250mg
ビタミンB6	8.3mg	
ビタミンB2	2mg	
ビタミンCナトリウム	83.3mg	
カンゾウ乾燥エキス	33mg	
1錠の価格	65.6円	11.2円
1回服用量	2錠	1錠

4-17 セレスタミン1錠の投与時期

セレスタミンを1錠服用する場合眠気の副作用があるので夕方と考えやすいが、ステロイドの体内分泌の点から朝に服用するのが原則とされている。

4-18 簡単に半錠にする方法(錠剤の上手な割り方)

錠剤を半錠服用するとき、事務用のカッターや大型の爪切りで切る方法もありますが、スプーンの背(丸い方)に、錠剤の割線を上にして置き、錠剤の両側を親指で押すとパキッと簡単に割れます。

4-19 薬剤の区分の単位

(本文P41参照)

1. 投薬の種類

(1) 内服薬：毎回の服用時点及び服用量が定められて、服用量を規則的に服用する内服薬である。

眠剤のように就寝前に定期的に服用する場合も内服薬となる。

・区分の単位は1剤1日毎で、1剤は服用時点や服用回数と同じものをまとめる。

・薬剤点数は1剤1日分の薬剤点数×投与日数(※日分)

(2) 頓服薬：疼痛などが生じた時に、臨時に鎮痛剤などを服用することを頓服といい、頓服の目的で処方された内服薬を頓服薬という。

また、1日2回程度を限度として臨時に投与するものをいい、1日2回以上服用するように時間的・量的な一定の方針で投与された場合は内服薬として取り扱う。

(頓服薬の範囲)

・区分の単位は1回分である。

・薬剤点数は1回分の薬剤点数×投与回数(※回分)

(3) 外用薬：軟膏や点耳薬のように身体の外側に使用する外用薬をいう。

・区分の単位は1調剤で、1回に投与した全体の量をまとめる

[例] トローチ 1日6錠3日分の場合は、18錠が1調剤となるし、

軟膏 単位が1gであれば5gのチューブ2本の場合は10gが1調剤となる。

点耳薬 単位がでなくて1瓶であれば、1瓶が1調剤となる。

・薬剤点数は1調剤分の薬剤点数×調剤回数

2. 投薬の単位の詳細

(1) 内服薬

1回の処方で、2種以上の内服薬を調剤する場合に、個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同時で、かつ、服用回数が同じであるものは、1剤とする。

ただし、服用時点及び服用回数が同じでも以下の場合は別剤となる。

1) 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

2) 固型剤と内服液剤の場合

3) 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

(2) 屯服薬

1回の調剤で同一目的で投与した頓服薬は、すべてをまとめる。2銘柄の解熱剤を混ぜて5回分調剤した場合は、2銘柄×5回分となる。

(3) 外用薬

軟膏の場合のように、2種類以上の外用薬を調剤する場合は、使用時点が同時で使用部位が同じであるものをあわせた総量が、1調剤となる。

トローチと軟膏を同時に処方・調剤した場合は、剤形が異なるので2調剤となる。

4-20 多剤投与の算定方法

(本文P41参照)

1) 外来患者に対して、1処方につき7種類以上の内服薬を投与した場合は、1処方のすべての内服薬の総薬剤点数(F200薬剤料)が90/100となり、処方料、処方せんは「1」で算定する。

2) 錠剤、カプセル剤は、1銘柄ごとに1種類と計算する。

3) 散剤、顆粒、液剤は、1銘柄ごとに1種類と計算する。

4) 3の散剤などを混合して服用できるよう調剤を行ったものは、薬価にかかわらず1種類とする。

5) 1処方複数薬剤を混合しないで調剤し、服用時点が同時で服用回数が同じ場合

ア. 1日分の内服薬(1剤)の薬剤料の合計が、20点以下の場合は1種類とする。

イ. 1日分の内服薬(1剤)の薬剤料の合計が、20点を越えた場合は複数種類と計算する。

ただし、1処方1日3回の内服薬の薬剤料の合計が20点以下で、1日2回の内服薬の薬剤料の合計が20点以下の場合は、2種類となる。

注意事項：1処方の内、投与日数が異なる場合でも7種類以上になれば、通減される。

頓服薬及び外用薬は対象ではない。

4-21 後発医薬品（ゾロ）

1. 先発医薬品と後発医薬品の相違点

- 【先発医薬品】に該当する薬剤
- 1) 生物学的製剤（血液製剤を含む）
 - 2) 漢方、生薬、局方品
 - 3) 昭和42年10月1日より以前に承認されている医薬品
 - 4) 昭和42年10月1日以降の承認で、新規の医薬品
- 【後発医薬品】に該当する薬剤
- 1) 昭和42年10月1日以降の承認で、先発医薬品との同等性を評価され、承認された医薬品

2. 後発医薬品の定義

後発医薬品とは、薬価の基準に「新規後発品」として薬価収載された医薬品のことで、漢方薬以外の内服薬、頓服薬、外用薬が含まれる。

4-22 後発医薬品は先発品医薬品と同様な品揃えをする

新規申請の後発医薬品は平成20年度から、既収載後の後発医薬品は平成23年度までに先発医薬品と同様に品揃え（錠剤・カプセル・散剤などの剤形を揃えること）をしなければならないという趣旨の通知が平成18年3月以降色々出されている。

その趣旨を具体的に説明すると、後発医薬品の錠剤を処方していたが、カプセルに変更しようとした場合に、後発医薬品にカプセルが揃えてなければ先発医薬品のカプセルを使用することになり、厚労省が提唱する後発医薬品使用促進が推進できないためである。

いままでは後発医薬品のメーカーはよく使用される剤形の医薬品だけを製造していたので、販売価格が低く設定できた。これからは先発医薬品と同じ品揃えをしなければならなくなったので、使用されない剤形の医薬品が在庫となるし、先発医薬品メーカーが意図的に口腔内崩壊錠（いわゆるOD錠）を発売すれば、後発医薬品メーカーも同様に揃えなければならないことになる。資力がある後発医薬品のメーカーしか生き残れないし、製造中止の後発医薬品が出てくると考えられる。

“後発医薬品の必要な規格を揃えること等について” 平成18年3月10日付医政発第0310002号

“後発医薬品の安定供給について” 平成18年3月10日付医政発第0310005号

“「後発医薬品の必要な規格を揃えること等について」のQ&Aについて” 平成18年5月15日付厚生労働省医政局経済課事務連絡

“「後発医薬品の必要な規格を揃えること等について」のQ&Aについて（その2）” 平成19年2月26日厚生労働省医政局経済課事務連絡

“標準先発品が規格追加した場合の後発医薬品の規格揃えの取扱いについて” 平成20年9月5日付医政経発第0905002号

4-23 医療用後発医薬品の承認申請にあたっての販売名の命名に関する留意事項

平成17年9月22日 薬食審査発第0922001号

後発医薬品の名称は、今後は末尾の社名以外はすべて同じ名前に統一されるようになるので、名称から先発医薬品か後発医薬品の区別が出来るようになる。従来は、例えば、高脂血症用剤の「ブラバチン」（一般名）の場合、新薬は「メパロチン」がブランド名。後発品は「ブラハテン」など一般名に似たものから、「メバスロリン」などブランド名に近いもので、約50の名称がある。

新薬：ブランド名+剤型+含量（例：ハルシオン0.25mg錠、セルベックス細粒10%）

後発品：一般名+剤型+含量+社名（例：トリアゾラム錠0.25mg「〇〇会社」、テブレノン細粒10%「〇〇会社」）

4-24 投薬投与期間の規制の緩和

（本文P39参照）

療養担当規則第20条 診療の具体的方針 三、ホ、投与量の基準の変更

厚生労働省告示98号 平成14年3月18日

投薬期間に上限が設けられた医薬品で、代表的な内用薬の商品名は、新医薬品以外は精神神経科領域で主に使用される薬剤である。

- ・14日分：麻薬、向精神薬、新医薬品（薬価基準収載後1年以内）
- ・30日分：コンスタン、コントロール、セレナール、フェノバル、レスミット、ワイバックス、ルビアル坐剤（催眠沈静剤・抗不安剤）やウインタミン、コントミン、リーゼ（精神神経用剤）など
- ・90日分：アレピアチン、リボトリール（抗てんかん剤）やセルシン、フェノバル（催眠鎮静剤・抗不安剤）など

注意事項：

- ・投与期間が14日分の薬剤（向神経薬：ハルシオンなど）は長期旅行等の特殊な事情があれば、30日分を限度に投与することができるが、明細書の摘要欄に理由を記載する。
（平成14年4月4日 保医発0404001号）
- ・内服薬、外用薬、注射薬は投与日数の上限を規制された医薬品である。
- ・頓服薬は、症状があるときに、原則として1日2回程度に服用するように臨時的に投与された内用薬で、従来通りである。
- ・1回の処方投薬できる日数の規制が緩和されたが、1日当たりの投与量は従来通りである。

4-25 内服薬処方せんの新しい記載方法

平成22年1月29日 医政発0129第3号 薬食発0129第5号で「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について（周知依頼）」が通知され、その報告書には、

- ①「薬名」は薬価基準に記載されている製剤名。
- ②「分量」は、最小基本単位である1回量。
- ③散剤および液剤の「分量」は成分量でなく製剤量
- ④「用法・用量」の服用回数・服用の時期は日本語で明確に
- ⑤「用法・用量」の服用日数は、実際の投与日数

などの基準を示した。オーダリングシステムなどのコンピュータ入力の場合も1回量を基本とした統一を目指す。と記載されていた。

具体的には、

1. 錠剤・カプセル剤

分量は1回服用量で記載し、必要に応じて1日内服量を記載する。用法・用量は1日服用回数、服薬時期、服用日数を記載する。

2. 散剤、液剤

分量は1回服用量で記載する。用法・用量はとして1日服用回数、服薬時期、服用日数を記載する。

A) 医薬品名を製剤名で記載した場合には、分量は製剤としての重量の「製剤量」を記載することを標準とする。

B) 医薬品名を一般名（原薬名）で記載した場合には、分量は有効成分としての量の「原薬量」を必ず明示する。

*過渡期的記載例では、用量が「1回量」と「1日量」との併記となっている。

3. 外用薬：現在検討中の記載方法である。

分量は原則として1回量を記載し、「用法」「用量」として1日の使用回数、使用時期、使用部位、使用日数を記載する。

A) 坐薬：

分量は1回に使用する個数（1回量）を記載し、用法（回数、使用時期、使用方法）、投与日数を記載して最後に全量を記載する。

- ・記載例示1：ボルクレンサボ50mg1個 1日2回 朝夕食後5日分（全10個）
- ・記載例示2：フランドルテープ40mg1枚 1日1回 朝胸部又は腹部に貼付30日分（全30枚）

B) 外用液剤、軟膏:

分量は1回量を記載し、用法(個数、使用時期、使用方法)、投与日数を記載して最後に全量を記載する。

- ・記載例示1: インタール点眼液 1~2滴 1日4回朝昼夕就寝前 両目点眼 全2本
 ・記載例示2: インテパソクリーム適量 1日4回朝昼夕就寝前 左肩に塗布全量50g

【処方例1】内用薬(均等処方)の場合

(現行)	Rp1) アムロジウム OD (5)	1錠
	リパロ (1)	1錠
(1日量)	分1 朝食後	7日分
	Rp2) フロモックス (100)	3錠
(1日量)	メジコン (15)	3錠
	ムコソルバン (15)	3錠
(1日量)	分3 毎食後	7日分
	Rp3) インデパン SP (25)	2C
(1日量)	分2 朝夕食後	7日分
	Rp4) マイスリー (5)	1錠
(1日量)	1回1錠 1日1回就寝前	7日分

【過渡的記載例】1回量と1日量の併記型

(過渡的記載例)	Rp1) アムロジウム OD 錠5mg	1回1錠
	リパロ錠1mg	1回1錠
(1回量と1日量の併記)	1日1回 朝食後	7日分
	Rp2) フロモックス錠100mg	1回1錠(1日3錠)
(1回量と1日量の併記)	メジコン錠15mg	1回1錠(1日3錠)
	ムコソルバン錠15mg	1回1錠(1日3錠)
(1回量と1日量の併記)	1日3回 毎食後	7日分
	Rp3) インデパン SP25mg	1回1カプセル(1日2カプセル)
(1回量と1日量の併記)	1日2回 朝夕食後	7日分
	Rp4) マイスリー錠5mg	1回1錠
(1回量と1日量の併記)	1日1回 就寝前	7日分

【将来像】内用薬(均等処方)処方せん

(将来像)	Rp1) アムロジウム OD 錠5mg	1錠
	リパロ錠1mg	1錠
(1回量)	1日1回 朝食後	7日分
	Rp2) フロモックス錠100mg	1錠
(1回量)	メジコン錠15mg	1錠
	ムコソルバン錠15mg	1錠
(1回量)	1日3回 朝昼夕食後	7日分
	Rp3) インデパン SP25	1カプセル
(1回量)	1日2回 朝夕食後	7日分
	Rp4) マイスリー錠5mg	1錠
(1回量)	1日1回 就寝前	7日分

【処方例2】内用薬(散剤)の場合

(現行)	テグレート細粒50%	1日1.6g
	分2 朝夕食後	14日分
(過渡的記載例)	テグレート細粒50%	1回0.8g(1日1.6g)
	1日2回 朝夕食後	14日分
(1回量と1日量の併記)	カルバマゼピン (散剤)	
	1回400mg(1日800mg)【原薬量】	
(1回量と1日量の併記)	1日2回 朝夕食後	14日分
(将来像)	テグレート細粒50%	1回0.8g
	1日2回 朝夜食後	14日分

【処方例3】内用液剤の場合

(現行)	ジゴシンエリキシル0.05mL/mL	6mL
	分3 毎食後	7日分
(過渡的記載例)	ジゴシンエリキシル0.05mL/mL	
	1回2mL(1日6mL)	
(1回量と1日量の併記)	1日3回 朝昼夕食後	7日分
	ジゴキシ (液剤)	
(1回量と1日量の併記)	1回0.1mg(1日0.3mg)【原薬量】	
	1日3回 朝昼夕食後	7日分
(将来像)	ジゴシンエリキシル0.05mL/mL	1回2mL
	1日3回 朝昼夕食後	7日分

【処方例4】不均等分割投与の場合

(現行)	ブレドニン錠(5mg)	7錠(4-2-1)
	分3 毎食後	7日分
(過渡的記載例)	ブレドニン錠(5mg)	
	朝4錠、昼2錠、夕1錠(1日7錠)	
(1回量と1日量の併記)	1日3回 朝昼夕食後	7日分
	①ブレドニン錠(5mg)	
(1回量と1日量の併記)	1回4錠 1日1回朝食後	7日分
	②ブレドニン錠(5mg)	
(1回量と1日量の併記)	1回2錠 1日1回昼食後	7日分
	③ブレドニン錠(5mg)	
(1回量と1日量の併記)	1回1錠 1日1回夕食後	7日分

【処方例5】休業期間のある場合

(現行)	リウマトレックス(2mg) 2C 毎週日曜日	
	分2 日曜9時、21時 4日分(投与実日数)	
(1日量)	リウマトレックス(2mg) 1C 毎週月曜日	
	分1 月曜9時 4日分(投与実日数)	
(過渡的記載例)	リウマトレックス2mg	
	1回1カプセル(1日2カプセル)	
(1回量と1日量の併記)	日曜9時、21時 4日分(投与実日数)	
	リウマトレックス2mg	
(1回量と1日量の併記)	1回1カプセル(1日1カプセル)	
	月曜9時 4日分(投与実日数)	
(将来像)	リウマトレックス(2mg) 1回1カプセル	
	週3回(日曜9時、21時、月曜9時)	
(1回量)	服用を1つの周期として4周期分	

【処方例6】1日量を1回量にするとう端数がでる場合

(現行)	マーズレンS配合顆粒	2g
	分3 毎食後	14日分
(過渡的記載例)	マーズレンS配合顆粒	
	1回0.67g(1日2g)	
(1回量と1日量の併記)	分3 朝昼夕食後	14日分
	マーズレンS配合顆粒	
(将来像)	1回0.67g	
	1日3回 朝昼夕食後	14日分

5-1 任意継続保険

☆ 保険料: 患者は退職までの事業主が負担していた保険料を支払うので、約2倍の保険料となる。国民保険は加入者の前年度の所得額に対して保険料が設定され、保険率も高いので、定年後はひとまず任意保険に加入した方がよい。年間所得を基にした保険率は市町村国保9.9%であるのに、組合健保4.2%、政管健保6.4%と低くなっている。また、国保保険料の算定基準は前年度の所得からの市民税額、固定資産税額、被保険者1名の均等割の金額、1世帯の平等割の金額の合計である。

☆ 手続き: 退職後20日以内に「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」を本人が、健康保険組合に提出をする。

☆ 対象者: 退職日までに継続して2か月以上保険料を払い続けた本人が対象者となる。本人の家族もこの保険を利用することができる。

☆ 有効期間: 任意継続保険加入後2年間が有効期間である。ただし、55歳以上の退職者は、2年を過ぎても60歳になるまで、又は60歳未満で国民保険の退職被保険者(本人)になるまで加入を継続することができる。

☆ 対象傷病: 家族を含めて、全ての傷病が対象となり、通常健康保険と同様の取り扱いとなる。

☆ 資格喪失: 新規に別種の健康保険か、国民保険に加入すると資格を喪失する。

☆ 証明書の手数料: 患者から「健康保険任意継続被保険者資格取得申請書」の証明を求められた場合は、医療機関は手数料を請求できない。

☆ 注意事項:

1. 医療機関は記号や番号の確認をすることが必要なので、患者に「健康保険被保険者証」が手元に届いたら、速やかに持参するように指導する。また、任意継続保険の資格を喪失した場合は医療機関に速やかに連絡するように指導する。

5-2 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて(2は費用を徴収できる例)

H18年3月31日 保医発第0331003号

1. 費用徴収する場合の手続き

- 1) 保険医療機関内で見やすい場所に掲示しておく。
- 2) 患者から費用徴収が必要な場合は、患者に対しサービスの内容や料金について明瞭かつ懇切に説明し、同意の確認を上徴収する。
- 3) 患者から費用を徴収した場合は、他の費用と分かる領収証を発行する。

2. 療養の給付と直接関係ないサービス等【費用を徴収できる具体例】

- 1) 日常生活上のサービスに係る費用
 - ア. おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代
 - イ. 病衣貸与代(手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。)
 - ウ. テレビ代 エ. 理髪代 オ. クリーニング代
 - カ. ゲーム機、パソコン(インターネットの利用等)の貸し出し
 - キ. MD、CD、DVD各プレーヤーの貸し出し及びそのソフトの貸し出し
 - ク. 患者図書館の利用料 等
- 2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用
 - ア. 証明書代 (例) 産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険に必要な診断書等の作成等
 - イ. 診療録の開示手数料(閲覧、写しの交付等に係る手数料)
 - ウ. 外国人患者が自国の保険請求等に必要診断書等の翻訳料 等
- 3) 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用
 - ア. 在宅医療に係る交通費
 - イ. 薬剤の容器代(ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。)
- 4) 医療行為ではあるが、治療中の疾病又は負傷に対する物でないものに係る費用

- ア. インフルエンザ等の予防接種
ウ. ニコチン貼付剤の処方 等

5) その他

- ア. 保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料
イ. 日本語を理解できない患者に対する通訳料
ウ. 他院より借りたフィルムの返却時の郵送料
エ. 院内併設プールで行なうマタニティスイミングに係る費用

3. 療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの〔費用を徴収できない具体例〕

1) 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

- ア. 入院環境等に係るもの (例) シーツ代、冷暖房代、電気代 (ヘッドホンステレオ等を使用した場合の型充電に係るもの等)、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代等
イ. 材料に係るもの (例) 衛生材料代 (ガーゼ代、絆創膏代等)、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代 (縫合糸代等)、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック 等
ウ. サービスに係るもの (例) 手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用 等
2) 診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用
3) 新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用
ア. 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器 (治験に係るものを除く。)
イ. 適応外使用の医薬品 (選定療養をのぞく)
ウ. 保険適用となっていない治療方法 (高度先進医療及び先進医療を除く。) 等

5-3 高齢者介護・障害者介護の現場での医行為

〔平成17年7月26日医政発第0726005号、7月28日老振発第0728001号〕

「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」

・医師法第17条 (第4章業務) : 医師でなければ、医業をなしてはならない。

・「医行為」: 医師の医学的判断及び技術をもってしなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼす恐れのある行為。

1. 水銀体温計・電子体温計で腋下の体温を計測することや、耳式電子体温計で外耳道から体温を測定すること
2. 自動血圧測定器で血圧を測定すること
3. 新生児以外で入院治療の必要がない者に、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
4. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等に、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること。(汚物で汚れたガーゼの交換を含む。)
5. 患者の状態が次の3条件を満たしていればできる医行為
 - ①皮膚への軟膏の塗布 (褥瘡の処置を除く。)、皮膚への湿布の貼付
 - ②点眼薬の点眼、
 - ③一包化された内用薬の内服 (舌下錠の使用も含む)、
 - ④肛門からの坐薬挿入
 - ⑤鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

・条件: 1) 入院・入所している患者が治療する必要がなく容態が安定している。2) 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による継続的な容態の経過観察が必要な

- い。3) 内用薬は誤嚥の可能性、坐薬は肛門からの出血の可能性などの医薬品の使用方法に専門的な配慮が必要でない。

*注1. 追加の医行為

1. 爪を爪切りで切ることや、爪ヤスリでやすりで削ること。
ただし、爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、また、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合。
2. 歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などで、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること。
ただし、重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭。
3. 耳垢を除去すること。(耳垢塞栓の除去を除く。)
4. ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。(肌に接着したパウチの取り替えを除く。)
5. 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと。
6. 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること。

5-4 交通事故の場合の保険診療

交通事故、打撲等の第三者行為に起因する医療は一般に自賠責保険で対応することになっているが、被害者(患者)が事故状況等により保険診療を希望する場合もある。どちらを選択するかは原則として患者の意志(申し出)によるものである。保険診療は患者から保険証を提示した日から開始する。しかし、患者に保険者(組合か市区町村)への届け出をするように指導する必要がある。

5-5 入院中の患者に係わる他医療機関受診の取り扱い (本文P8参照)

入院医療機関は病院、入院中の患者は入院患者、他医療機関は耳鼻咽喉科医院と読み替えた。

☆基本的な事項

1. 患者が病院か老健かのどちらかに入院・入所すれば、全ての疾患の治療はその医療機関が実施することになる。
2. 具体的には、総合病院の整形外科に入院中の患者の家族が、持病の高血圧の薬をかかりつけ医の内科医院でもらうことはできない。この場合には家族が内科医院で今までの高血圧の処方を受けてもらい、担当の整形外科医から処方してもらるか、その総合病院の内科を受診して処方をしてもらうことになる。しかし、このことを総合病院の医師が知らないことが多い。
3. もし、内科医院が家族に頼まれて好意で処方しても、保険者が突合して内科医院のレセプトは査定される。また、入院患者が外泊して、病院の了解を得なくて内科医院を受診しても同様な扱いとなる。
4. 「他医療機関受診の取り扱い」は総合病院に耳鼻咽喉科医がいなくて、主治医が耳鼻咽喉科の疾患に関して治療が必要と認めた場合の手順である。ただし、入院患者が総合病院からその旨の診療情報提供文書を耳鼻咽喉科医院に持参している場合だけが適応となる。その診療情報提供文書の写しは病院と耳鼻咽喉科医院のカルテに添付する。
5. 今後は、それらしい患者が耳鼻咽喉科医院に来院したら、問診時に病院か老健に入院・入所していないかを確認し、入院・入所していて診療情報提供文書を持参していない場合は保険診療ができない。
6. 患者が自宅在宅の介護や医療を受けている場合や患者が退院した後では、外来患者が来院した場合と同じ取り扱いで保険診療ができる。

H22. 6. 4 疑義解釈(その4)や保医発0604第1号留意事項の一部改正で大幅な変更があったので、病院に入院中の患者さんが受診のために来院された場合は注意してください。

診療情報提供文書に入院料の記載がなければ病院事務局に質問するが、①一般病棟(=急性期病棟)か②療養病棟(=包括病棟)か③DPC算定病棟かを尋ねて下さい。

①が出来高病棟、②が特定入院料等算定病棟として取り扱われ、今回の疑義解釈や留意事項では②の特定入院料等算定病棟は療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を算定している病棟のことである。

要するに②の特定入院料等算定病棟や③のDPC算定病棟は入院料で治療費が包括されているので、耳鼻咽喉科医院での治療費は認められないとの原則に立っている。

注意：老健に入所者の診療に関しては、資料5-6を参照してください。

病院の入院患者が耳鼻咽喉科医院に来院して受診した場合

☆入院患者の耳鼻咽喉科医院受診の費用の取り扱い

耳鼻咽喉科医院	⇐	病院（入院患者）	出来高病棟
初・再診料	○	—	
診療行為に係わる費用	× ^{※1}	○ ^{※3}	
耳鼻咽喉科医院	⇐	病院（入院患者）	特定入院料等算定病棟
初・再診料	○	包括部分	
診療行為に係わる費用	× ^{※1}	—	
		× ^{※4}	× ^{※5}
耳鼻咽喉科医院	⇐	病院（入院患者）	DPC算定病棟
初・再診料	○	包括部分	
診療行為に係わる費用	× ^{※1,2}	—	
		× ^{※2,6}	○

※1 医学管理・在宅等は算定できない

※2 お互いの合議で清算

※3 入院基本料は70%の点数を算定

※4 特定入院料は30%の点数を算定

※5 特定入院料等は70%の点数を算定

※6 DPC対象病棟では耳鼻科の診療行為を算定することで診断群分類が変更になることがある。

(2) 耳鼻咽喉科医院で算定できる項目

点数項目	算定の可否
初・再診料	○（短期滞在手術基本料2及び3は×）
医学管理等	×（診療情報提供料のみ○。但しく特別の関係の場合は×）
在宅医療	×（在宅療養指導管理材料加算、薬剤料等も含め全て算定不可）
検査・画像診断	○
投薬・注射	×（受診日当日に、専門的な診療に特有な薬剤の投薬又は注射の費用は○。処方料、処方せん料、外来化学療法加算は×）
リハビリテーション	×（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料は○）
精神専門療法・処置・手術・麻酔・放射線治療・病理診断	○

※ 入院患者が耳鼻咽喉科医院を受診した当日の投薬

A. DPC算定病棟の場合：

耳鼻咽喉科医院で投薬はできるが、医院からレセプト請求はできない。ただし、DPC算定病院が投薬や診察等に係る費用を実費で支払ってくれるならばの条件なので、事前によく確認をする。

B. 特定入院料等算定病棟（療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特定入院基本料の算定病棟）：療養病棟とか包括病棟とかいわれる場合のことである。

- ・院内投薬の医院は受診日に、専門的な薬剤を受診日の1日分しか投薬できない。その後は、入院患者の病院に診療情報提供書で処方内容を伝え、薬剤の処方依頼する。
- ・院外処方医院は処方せんを出すことが認められないので、入院患者の病院に診療情報提供書で処方内容を伝え、薬剤の処方依頼する。なお、この場合に診療情報提供料の費用を算定できる。

C. 出来高病棟の場合：一般病棟とか急性期病棟といわれる場合である。

- ・外来患者が来院した場合と同じ取り扱いになる。医院は投薬に係る費用（調剤料、薬剤料、処方料又は処方せん料等）が算定でき、調剤薬局はその処方せんを調剤すれば、調剤に係る費用が算定できる。
- ・院内投薬の医院は受診日当日に専門的な薬剤を必要分投薬することができる。
- ・院外処方の医院は処方せんを交付する場合に、処方せんの備考欄に、①入院中の患者である旨、②入院医療機関の名称、③出来高入院料を算定している患者であるか否かについて記載して交付する。調剤薬局がその処方せんに基づき調剤をした場合は、調剤内容を入院患者の病院に情報提供する。
- ・入院患者の病院に専門的な薬剤の備蓄がない場合は、医院を再度受診することによりその薬剤を入手することになるが、病院の入院料は受診日当日に減額される。

(5) 耳鼻咽喉科医院のレセプト記載事項（病院の入院患者に診療を行った場合）

- ・診療報酬明細書の摘要欄に「入院患者の病院名」、「患者の算定する入院料」、「受診理由」、「診療科」、「⑥受診日数：○日」を記載する。ただし⑥でも（他）でもよい。

患者の算定する入院料は診療情報提供文書に記入されていなければ、病院に質問をする。

○受診理由とは医学的な必要性を記載する。

〔新点数運用Q&A平成22年〕

(4) 病院の入院患者が耳鼻咽喉科を受診した日の病院の入院料

ア. 「入院基本料等」を算定している病院

入院料は入院基本料等の基本点数の70%で算定する

イ. 「特定入院料等」を算定している病院（大まかな解説）

ほとんどの場合に、入院料は、特定入院料等の基本点数の30%で算定する。

ただし、耳鼻咽喉科が初・再診料のみの算定であれば、特定入院料等の基本点数の70%で算定することになるようだ。この場合には病院のレセプトに耳鼻咽喉科医院のレセプトの写しを貼り付けることが条件となる。

ウ. DPC算定病棟

耳鼻咽喉科医院は診療行為の費用を保険請求できないので、病院との合議で清算してもらう。

耳鼻咽喉科医院の医師が病院の入院患者を往診（対診）した場合

☆入院患者に係わる対診（往診）の取り扱い

耳鼻咽喉科医院	⇐	病院（入院患者）	出来高病棟
初・再診料／往診料	○	—	
診療行為に係わる費用	× ^{※1}	○ ^{※1}	
耳鼻咽喉科医院	⇐	病院（入院患者）	特定入院料等算定病棟
初・再診料／往診料	○	包括部分	
診療行為に係わる費用	× ^{※1}	—	
		× ^{※1,2}	○ ^{※1}

※1 お互いの合議で清算

※2 DPC対象病院では耳鼻科の資料行為を算定することで診断群が変更になることがある。

※3 定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できない。C000往診料（22）

☆耳鼻咽喉科医院の算定できる項目およびレセプト記載事項

ア. 「入院基本料等」「特定入院料」を算定している場合

A初・再診料およびC往診料を算定できるが、診療行為の費用や診療情報提供料やは算定できない。交通費は病院に請求する。レセプトに往診料は、レセプトの「14在宅 往診」の項目で請求する。

イ. DPCを算定している場合

耳鼻咽喉科医院は初・再診料、C往診料、診療行為の費用や診療情報提供料などの全ての費用を保険請求できないので、病院との合議で清算する。

5-6 介護老人保健施設（老健）の入所者が通院又は往診により患者として診療を受けた医療に係わる診療料

介護老人保健施設は入所者の医療を常勤の医師が対応するため、不必要に通院させたり往診を求めたりすることは認められない。入所者が通院により患者として診療を受けた場合に、保険医が投薬などの必要を認めたら院内投薬や院外処方などをしなくて、介護老人保健施設の医師に投薬内容などの情報を提供する。

○ 保険請求が算定できる項目 × 保険請求が算定できない項目

項 目	小 項 目	併設保険医療機関	そ の 他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料 1	×	○
	診療情報提供料（Ⅰ）（注 4 に限る。）	×	○
	診療情報提供料（Ⅱ）	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○
		○	○
病理診断		○	○
		○	○

（注）厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）の第十六及び別表第十二により規定されているものである。

5-7 高齢者と医療保険の係わり合い 平成20年

高齢者が耳鼻咽喉科外来を受診したときに、医師が医療保険で取り扱える項目（区分）をはっきりと把握していないことが多いので、平成18年4月28日保医発0428001号「医療保険と介護保険の給付調整」等の通知を参考に、表を作成してみました。また、もう一つには介護保険関連の施設が多様化し、高齢者自身やその付き添いがどのような種類の施設に入所・入院しているかを知らないことも問題です。なお、来院された患者さんの取扱で不明な点があれば各地方社会保険事務局で確認されることが賢明です。

1. 高齢者が一般患者と同様に医療保険で外来診療の費用を請求できる場合：

Aの自宅及び「居住系施設」のBとCとDの施設にいる高齢者は、一般の患者さんと同様に、往診料を含む全ての項目を算定できます。

「居住系施設」とは在宅扱いで、BとCとDの施設です。BとDの違いは、Dの特定施設入居者生活介護には医師が全く配置されていないので、看護師のみが配置されています。

2. 1 以外の場合：

1) Fの一般病床と、Iの特別養護老人ホームは、外来診療も往診料も算定できますが、それ以外の

施設では算定項目に制約があります。

2) Eの介護老人保健施設に入所中の患者が、外来診療を受診した場合

・算定できない項目（区分）は、

〔検査〕イ、検体検査、ロ、心電図検査

〔リハビリテーション〕全ての項目

〔処置〕（一般処置）イ、創傷処置5以外、ロ、手術後の創傷処置、ト、喀痰吸引、ヌ、酸素吸入（救急処置）イ、救命のための気管内挿管、ロ、人工呼吸、ハ、非開胸的心マッサージ

〔手術〕イ、創傷処理1～4、ロ、皮膚切開術1～2、ト、外耳道異物除去術複雑、チ、咽頭異物摘出術（簡単・複雑）、ただし、外耳道異物除去術「2 極めて複雑」は算定できます。

・平成18年度から耳鼻科の処置は算定できるようになりましたが、詳細は「第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料」と「特掲診療料の施設基準等の別表第十二」を参照してください。

3) Gの療養型病床に入院中の患者が、外来診療を受診した場合

入院費用が介護保険か医療保険のどちらで適応になっていても、診療は医療保険法に基づいていますので、外来診療の取扱は第2部入院料等の通則1の「入院患者の他医療機関への受診」と同様です。なお、介護保険の取扱に関しては平成18年4月28日の「医療保険と介護保険の給付調整」等の通知に掲載されています。

・耳鼻科外来診療で算定できる項目（区分）は、ア、初・再診料、イ、短期滞在手術基本料1、ウ、検査、エ、画像診断、カ、処置、キ、手術、ク、麻酔等及び、算定の判断が難しいが耳鼻科で特有な薬剤を用いた投薬又は注射である。算定できない項目は、B、医学管理、C、在宅医療（往診を含む）、F、投薬、G、注射、短期滞在手術基本料2です。診療情報の費用は耳鼻科が入院先の病院に請求します。

4) Iの特別養護老人ホームと、Eの介護老人保健施設と、Gの療養型病床の相違点

・Iの特別養護老人ホームは、常時介護が必要で在宅介護が困難な高齢者で、医師の手当てが日常必要としなくて、医師は常勤でなくて嘱託の場合もあります。

・Eの介護老人保健施設は、病状安定期にあり、入院治療をする必要はないがリハビリテーションや看護・介護を必要とする高齢者で、常勤の医師が約3ヶ月をめぐりにチェックしています。

・Gの療養型病床は、病状が安定している長期療養患者であって常時医学的な管理が必要な高齢者で、医師が常勤し長期にわたり療養を行っています。

○Iの特別養護老人ホームに関する通知

平成18年3月31日「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱い」保医発第0331002号及び平成18年4月24日「その通知の運用上の留意事項」事務連絡

2. 保医発第0331002号の通知の3で、「保険医が、配置医師でない場合は、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない」の趣旨は、緊急の場合や専門外の場合に、入所者からの求め（入所者の家族や施設側からも含む。）に応じ、配置医師でない保険医が往診を行うことを妨げるものではない。

3. ただし、入所者からの求めでなく、医学的健康管理のために定期的に訪問診療する場合は、その保険医は、配置医師とみなされ、初診料、再診料及び往診料が算定できない。

5-8 各施設と、医療保険や介護保険の係わり合い

		外来患者			
居住地	自 宅	A	B	C	D
			ケアハウス、有料老人ホーム （特定施設入居者生活介護以外）	グループホーム （認知症対応型共同生活介護）	ケアハウス、有料老人ホーム （特定施設入居者生活介護）
医師の配置基準	×	×	×	×	×
看護師の配置基準	×	×	×	×	○
介護保険	×	×	×	×	○
医療保険	○	○	○	○	×

初・再診料	○	○	○	○
診療情報提供料Ⅰ 医療機関から	○	○	○	○
診療情報提供料Ⅱ	○	○	○	○
往診料	○	○	○	○
検査	○	○	○	○
画像診断	○	○	○	○
投薬	○	○	○	○
注射	○	○	○	○
処置	○	○	○	○
手術	○	○	○	○
麻酔	○	○	○	○

	入所患者 E	入院患者 F	入院患者 G	入院患者 H	入所患者 I
居住地	介護老人保健施設 (併設医療機関以外)	一般病床の病院 (医療保険適応病床)	療養型病床の病院	療養型病床の病院 (老人性認知症疾患)	特別養老ホーム
医師の配置基準	○	○	○	○	○
看護師の配置基準	○	○	○	○	○
介護保険	○	×	○	○	○
医療保険	×	○	×	×	×

初・再診料	○	×	×	×	○
診療情報提供料Ⅰ 医療機関から	×	○	×	×	?
診療情報提供料Ⅱ	○	○	×	×	?
往診料	○	×	×	×	○
検査	○		×	×	
(大臣の定める項目)	×	○	×	×	○
画像診断	○	○	○	×	○
(単純X撮影のみ)			×		
投薬	×		×	×	○
(大臣の定める項目)	○腫瘍用剤	○	×	×	○
注射	×		×	×	○
(大臣の定める項目)	○エリスロポエチン	○	×	×	○
処置	○	○	○	×	○
(大臣の定める項目)	×		×	×	
手術	○	○	○	×	○
(大臣の定める項目)	×				

5-9 保険外併用療養費制度(旧:特定療養費制度)

保険導入のための評価を行うものとして、保険診療との併用を認めたものであり、特定療養費制度(現行は保険外併用療養費制度という)。

被保険者が保険扱いと自費扱いの併用療法(混合診療)を受けた場合は、すべて自費扱いとなる。昭和59(1984)年の健康保険法の改正により特定療養費制度が、導入され、特定承認保健医療機関で保険診療の適用外の高度先進医療を受けた場合は、基礎的部分(診察料・薬剤料・入院料)は保険扱い(=保険給付)となり、特別料金部分は全額自費となる。この制度には、特別の療養環境の提供(差額ベッド)などの追加的な医療サービス(選択医療)もある。平成18(2006)年10月より制度の内容はそのまま「保険外併用療養費制度」と名称が変更となり、高度先進医療などを「評価療養」と、追加的な医療サービスを「選定療養」と分類された。

高度先進医療は平成18年より先進医療と名称が変更され、「評価療養」の項目に入っている。先進医療は、いまだで治らなかった病気がたちどころに治るような「最先端医療」とは違って、諸外国で安全性および有効性がほぼ確立されているが、保険診療の対象とするには症例が十分でない治療方法で、毎

年、実績報告を先進医療専門家会議で検討し、保険に導入するかを決め、中医協に答申される。厳密にはこの会議は保険給付の対象とすべきか否かを評価しているので「評価療養」という。

混合診療との最大の相違は、承認されれば、保険診療の適用になることが前提とされている点にある。

*評価療養の治療を「診察」といい、医療保険の治療を「受診」という。

〈評価療養〉

- ・先進医療
- ・医薬品の治験に係る診療
- ・医療機器の治験に係る診療
- ・薬価基準収載前の承認医薬品の投与
- ・保険適用前の承認医療機器の使用
- ・薬価基準に収載されている医薬品の適応外使用

〈選定療養〉

- ・特別の療養環境の提供
- ・予約診療
- ・時間外診療
- ・200床以上の病院の未紹介患者の初診
- ・200床以上の病院の再診
- ・制限回数を超える医療行為
- ・180日を超える入院

*「評価療養」及び「選定療養」の取扱い規定

1. 医療機関の表示 2. 患者の同意 3. 領収書の発行

評価医療: 将来、療養の給付とすべきかを評価するために厚労大臣が定める先進医療

選定医療: 保険導入を前提としない療養。

5-10 高度医療評価制度

「高度医療に係る申請等の取扱い及び実施上の留意事項について」

(平成20年3月31日医政発0331022号 厚生労働省医政局長通知)

日本国内で未承認の抗がん剤などを治療の一部に使用すると、治療費の全ては自己負担となるが、高度医療評価制度の創設で、いわゆる「混合診療」が認められることになった。しかし医薬品・医療機器の入手から患者が不幸な転機になった場合の補償までの全てが医療機関の責任となっている。

中医協総会が「高度医療評価制度」の創設を決定し、平成20年4月から実施されることになった。薬事法上未承認や適応外の医薬品・医療機器を用いた医療技術は、一般的な治療法ではないという理由で、医療保険との併用が認められていない。しかし、医学医療の高度化や、これらの医療技術を安全かつ低い負担で受けたいという患者のニーズにより、先進医療の一類型として保険診療を認めることになった。厚労省医政局長主催の「高度医療評価会議」が、主に特定機能病院からの申請で安全性や有効性などが認められれば、高度医療及び高度医療実施医療機関を承認する。高度医療評価会議は試験期間終了後に、実施医療機関からの報告を評価し、今後の実施の適否を決める。報告から保険導入の検討を行う対象にできる医療技術は、「先進医療専門家会議」で、先進医療の可否を検討する。

5-11 選定療養の留意事項

3. 予約診療に関する事項

- (1) 患者を30分程度以上待たせたら、予約料は徴収できない。
- (2) 予約でない時間を少なくとも延べ外来診療時間の2割程度確保する。
- (3) 予約でない患者を、概ね2時間以上待たせない。
- (4) 予約診療のふさわしい診療時間は10分程度以上に努め、予約患者は医師1人に1日約40人に程度とする。
- (5) 患者に情報提供する観点から、院内に掲示する。
- (6) 予約診療は、患者の自主的な選択に基づくのみ認められる。
- (7) 予約料の金額は、社会的に妥当適切なものでなければならない。
- (8) 別紙様式3「予約に基づく診療の実施(変更)報告書」を社会保険局に届け出る。
- (9) 他の医療機関からの紹介状を持参した患者でも、予約料を徴収できる。

4. 医療機関が表示する診療時間帯以外の時間での診療「時間外診療」に関する事項

- (1) 緊急受診の必要性はないが、患者の自己の都合により時間外診療を希望した場合に限定する。
緊急やむを得ない事情による時間外受診は、診療報酬の時間外加算の対象なので、患者から費用

を徴収することはできない。

- (2) 時間外診察の費用徴収の事項を院内に掲示する。
 - (3) 社会通念上時間外と認められない時間（例えば平日の午後4時）でも、医療機関の標榜診療時間帯以外であれば、時間外診察の費用の徴収が認められる。
 - (4) 患者からの徴収額は、診療報酬点数表の時間外加算の点数相当額を標準とする。
 - (5) 別紙様式4「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察の実施（変更）報告」を社会保険局に届け出る。
10. 薬事法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項
- (1) 患者のニーズに対応する観点から、薬事法に記載された医薬品で、薬価基準に記載されていないのに投与した場合は薬剤料の費用を患者から徴収する。
 - (2) 特定（選定）療養費の支給額に、薬剤料の費用は含ない。
 - イ. 病院又は診療所に常勤の薬剤師が、2名以上配置されている。
 - ウ. 医薬品情報の収集や伝達を行うための医薬品情報管理室があり、常勤の薬剤師が1名以上配置されている。
 - エ. 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理や、医師等に対する情報提供を行っている。
 - (6) 特別料金の徴収には、患者へ十分な情報提供が前提で、患者に対し医薬品の名称、用法、用量、効能、効果、副作用、相互作用に関する主な情報を文書で提供する。
 - (7) 処方せんを交付する場合でも、(6)の情報の提供は医療機関で行う。

また、処方せんを交付する場合には、患者が希望する薬局で医薬品の交付が可能であるか事前に確認し、薬局で特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行う。この場合、処方せんを交付する場合も特別の料金を徴収することが認められる。
 - (8) 特別料金は、社会的に妥当適切な範囲の額とする。
- 補注：薬事法で承認済みの医薬品（抗癌剤など）であれば、日本で治験を行わなくても海外のデータを活用して適応を追加できるようになった。これが厳密に順守されると、抗癌剤で適応が承認されていないものはすべて自費扱いになる。
11. 入院期間が180日を超える入院に関する事項
- 4 悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る。）を投与している状態
 - 5 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態
 - 7 人工呼吸器を使用している状態
 - 9 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）
 - 10 末期の悪性新生物に対する治療を実施している状態
 - 11 呼吸管理を実施している状態
 - 12 常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
 - 15 15歳未満の患者
 - 17 児童福祉法（昭和22年法律164号）第20条の育成医療の給付を受けている患者

5-12 選定医療の現状

平成15年3月17日 厚生労働省保険局

○ 選定医療：医療機関で請求してよい差額は特定療養費と呼ばれている。

1. 特別の療養環境の提供：差額ベッド

個 室：6,400円	2 人部屋：2,896円
3 人部屋：2,684円	4 人部屋：2,292円

・入院基本料に包括されている室料等相当部分は保険給付され、室料差額が患者負担となる。
全病床数の13.4%、うち個室58.8%、2人部屋32.4%、3～4人部屋8.8%の病床の差額徴収があるとされています
2. 200床以上の病院における初診／再診

初 診：100～6,300円	再 診：200～5,000円
----------------	----------------

- ・初診に係る費用として、病院が表示した金額が患者負担となる。74.2%の病院で請求されているようです。
3. 予約診療

予 約：100～13,000円

 - ・保険医療機関の表示した予約料が患者負担となる。時間外加算、休日加算などをのぞいた部分は保険給付される。6.2%の病院が請求しています
 4. 診療時間以外の時間における診療：時間外診療 時間外：300～6,100円
 - ・時間外加算相当額が患者負担となる。時間外加算を除いた部分は保険給付される。15.5%の病院が請求しているようです
 10. 入院期間が180日を超える入院
 - ・平成14年10月から、難病や急性期など一部の患者をのぞき、社会的入院の負担として、入院基本料の一部（5%から）を負担することになりました。
 12. 薬価基準に記載されている医薬品の薬事法に基づく承認に係る用法等と異なる用法等に係る投与：

治験に係る検査等の費用はメーカーの負担

 - ・医薬品の治験に係る検査、画像診断、投薬および注射を除く部分が保険給付される。保険給付されない部分は、治験を依頼した製薬会社が負担するので、患者負担はない。
個人情報保護法が2005年4月1日から全面施行されます。
この法律により大抵の民間医療機関も「個人情報取扱事業者」として個人情報に対する一定の義務を負うこととなり、それに向けた準備・対応が必要となります。これを踏まえ、対応における留意点を以下に説明します。

5-12 特定療養費での差額ベッドなどの現況

平成15年10月15日 国保新聞

厚労省は中医協の診療報酬基本問題小委員会に特別室料の病床（差額ベッド）などの現況資料を示した。7月現在で、全国に230,721床あり、1日当たり平均5,118円である。

内訳は1人部屋が60%、2人部屋が29%、4人部屋が8%、3人部屋が3%の順であり、1日当たり平均徴収額は1人部屋が6,612円で他と比べて2倍以上高い。

その他の選定療養の金額設定は、200床以上病院で算定できる特別初診料は100～6,300円で、予約診療料は100～13,000円で、180日を超える入院特別料金は2月現在で、1日当たり280,000～2,470円となっている。

一方、日本経済新聞の差額ベッドのアンケート調査（平成16年4月4日）では1日当たりの最高料金の平均は東京が4.34万円で突出し、全国平均の約2.5倍である。

全国の高額上位は1日当たり慈恵医科大学病院（東京都）21万円、NTT 東日本関東病院（東京都）12.6万円、北野病院（大阪市）・聖路加病院（東京都）10.5万円、慶応大病院（東京都）・大阪警察病院（大阪市）8.4万円、住友病院（大阪市）7.35万円、東京医大病院（東京都）・東京女子医大病院・日本医療センター（東京都：6.825万円）であるが、その他に東大病院（東京都）には26.5万円がある。

5-13 高額査定に係る被保険者等への通知

平成19年1月16日全国厚生労働関係部局長会議（厚生分科会）の資料「6 高額査定に係る被保険者等への通知の実施の徹底について」に、審査支払機関のレセプト審査により医療費の額に減額があった場合は、被保険者等の一部負担金等に過払いが生じるので、一部負担金の減額の大きいケースは、医療費の額の通知にその額を付記するように、昭和60年4月保文発第274号及び保険発第42号で、各保険者に依頼している。また、国民健康保険中央会、健康保険組合連合会から成る保険者連絡協議会で、査定額に係る自己負担相当額が1万円以上のレセプトは、昭和60年7月審査分のレセプトに係るものから実施することと昭和60年6月保険者連絡協議会で、申し合わせが行われている。これらの通知及び申し合わせを踏まえ、各保険者において実施していただきたいと記載された。

診療報酬の減額査定の通知（1万円以上の減額）の実施について

岐阜県の全保険者が診療報酬の減額査定（1万円以上の減額）を被保険者に通知することに成り、国

保連合会は保険医療機関及び保険者に以下の取扱いで連絡することになった。

1. 対象レセプト：レセプトの査定額に係る自己負担相当額が1万円以上の減額があったもの
2. 抽出条件：国保一般・国保退職
 - ・7割給付の場合…… 3,334点以上
 - ・8割給付の場合…… 5,000点以上
 - ・9割給付の場合…… 10,000点以上
3. 実施時期：平成19年5月審査分から実施。

参考資料

*「健康保険組合における医療費通知の適切な実施について」

[昭和60年4月30日保文発第274号] 保険局保険課長から健康保険組合理事長

2. 審査支払機関の診療報酬の審査により医療費の額に減額があった場合には、被保険者の一部負担金等に過払いが生じることから、保険者の事務量等を勘案しつつ、一部負担金等の額の減額の大きいケースには、医療費の額の通知にその額を付記すること。

*「国民健康保険における医療費通知の適切な実施について」

[昭和60年4月30日保険発第42号] 保険局国民健康保険課長から各都道府県民生主管部長

2. 審査支払機関の診療報酬の審査により医療費の額に減額があった場合には、被保険者の一部負担金等に過払いが生じることから、保険者の事務量等を勘案しつつ、一部負担金等の額の減額の大きいケースには、医療費の額の通知にその額を付記すること。

*「減額査定が行われた場合における医療費通知に関する取扱いについて」

[昭和60年6月21日保険者連絡協議会]

1. 減額査定が行われた場合に、医療費通知に附記する対象は、保険者の事務量、被保険者間の衡平等を考慮し、さしあたり、査定額に係る自己負担限度額が1万円以上のレセプトとすること。

5-14 国民健康保険の海外療養費支給制度

平成13年1月より国民健保の被保険者が海外渡航中に病気やけがで治療を受けた場合に、治療費の一部が払い戻しされる制度ができた。治療費は、現地で全額支払い、帰国後に申請する。日本国内で保険適応でない医療行為（心臓移植など）は給付の対象とならない。支給額は日本の医療費の標準額をもとに算出されるが、海外では日本国内と同じ病気やけがでも国や医療機関によって請求金額が大きく異なるので、民間の海外旅行損害保険に加入した方がよい。国民健保には死亡時の保険金はないし、海外旅行保険にはそれ以外に物損や盗難など、病気・けがでも損害の補償がある。海外旅行損害保険会社から保険金が給付された場合でも、その給付額とは関係なく申請ができる。申請には海外で受診した医療機関の日本語に翻訳された診療内容詳細書などが必要となるので、事前に自治体の役所にお尋ねください。

健康保険にも海外療養費制度があるが、基本的な枠組みは国民健保と同様であるが、必要書類の提出先（社会保険事務所が窓口）が異なるので、各健康保険組合にお尋ねください。

5-15 旅行中の保険医の診療

[昭35.9.30保険発42]

保険医が偶々旅行し、その際に知人を診察し、処方せんを発行することはできない。

5-16 医師と事務職員との役割分担

[平成19年12月28日医政発第1228001号]

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

通知の主要な事項は、診療録・診断書・処方せんは、医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として記載を代行できる。もし電磁的記録を作成する場合は、電子署名で医師の署名に代えることができるが、作成者（事務員）の識別や認証が確実にできるようにする。また、医師の指示に基づいて、事務職員が医師の補助者として診察や検査などの予約をオーダリングシステムに入力できる。

5-17 医業と歯科医業との重複範囲

引用：日本耳鼻咽喉科学会専門医通信第48号 1996年（平成8年）8月

医業とは、業として、医療行為（医行為）を行うことをいう。医業と歯科医業の関係について、昭和24年1月21日に発出された厚生省医務局長から通知「医師法第17条による医業の範囲に関する件」（医発第61号）で、「医師法第17条の「医業」と歯科医師法第17条の「歯科医業」との関係に関し若干疑義があるようであるが、抜歯、齲蝕の治療（充填の技術に属する行為を除く）肉肉疾患の治療、歯髄炎の治療等、いわゆる口腔外科に属する行為は、歯科医行為であると同時に医行為でもあり、従ってこれを業とすることは、医師法第17条に掲げる「医業」に該当するので、医師であれば、右の行為を当然なし得るものと解される。」と記している。

この点に関して、平成8年5月16日の厚生省特別第1会議室の「歯科口腔外科に関する検討会」で、「標榜診療科としての歯科口腔外科の診療領域の対象は、原則として口唇、頬粘膜、上下歯槽、硬口蓋、舌前3分の2、口腔底に、軟口蓋、顎骨（顎関節を含む）、唾液腺（耳下腺を除く）を加える部位」と医師側委員と歯科医師側委員との取り決めがあり、この領域（口腔の範囲）が「歯科医行為」とされている。さらに、歯科口腔外科の診療領域における歯科と医科との協力関係では、「歯科口腔外科の診療の対象は口腔における歯科疾患が対象となるが、特に、悪性腫瘍の治療、口腔領域以外の組織を用いた口腔の部分への移植、その他治療上全身的管理を要する患者の治療に当たっては、治療に当たる歯科医師は適切に医師と連携をとる必要がある。」と意見がまとめられた。

5-18 耳鼻咽喉科と歯科の境界領域の手術

(1) 病院歯科初診科1に係る手術（別表 第一）

2名以上の歯科医が常勤している病院で施行される手術（歯科領域の手術を除く）

K352	J087	上顎洞根本手術	K433	J068	上顎骨折観血的手術
K410	J016	口腔底悪性腫瘍手術	K434	J076	顔面多発骨折観血的手術
K412	J035	頬粘膜悪性腫瘍手術	K435	J036	術後性上顎嚢胞摘出術
K415	J018	舌悪性腫瘍手術	K436	J043	顎骨腫瘍摘出術
K422	J031	口唇悪性腫瘍手術	K439	J042	下顎骨悪性腫瘍手術
K425	J032	口唇、顎、顔面悪性腫瘍切除術	K442	J039	上顎骨悪性腫瘍手術
K427	J070	頬骨骨折観血的整復術	K443	J069	上顎骨形成術
K429	J072	下顎骨骨折観血的手術	K444	J075	下顎骨形成術

(2) 病院歯科共同治療管理科(I)に規定する手術（別表 第五）

かかりつけ歯科医（開業）が、外来手術の目的で紹介した歯科医の病院で、かかりつけ歯科医が病院におもむいて病院の歯科医と共同で治療管理する手術（歯科領域の手術を除く）

K000-1	J084	創傷処理（筋肉・臓器に達し、 長径5cm未満に限る。）	K423	J033	頬腫瘍摘出術 （粘液嚢胞摘出術に限る。）
K404-5	J000	抜歯手術（埋伏歯に限る。）	K428	J071	下顎骨折非観血的整復術
K406	J019	口蓋腫瘍摘出術 （口蓋粘膜の限局に限る。）	K430	J077	顎関節脱臼非観血的整復術
K408	J014	口腔底膿瘍切開術	K432	J067	上顎骨折非観血的整復術
K413-1	J017	舌腫瘍摘出術 （粘液嚢胞摘出術に限る。）	K436-1	J043	顎骨腫瘍摘出術 （長径3cm未満に限る。）
K419	J027	頬、口唇、舌小帯形成術	K446-1	J080	顎関節授動術 （徒手の授動術に限る。）
K421-1	J030	口唇腫瘍摘出術 （粘液嚢胞摘出術に限る。）	K448	J051	がま腫切開術
			K450	J053	唾石摘出術（表存性のもの 及び深在性のものに限る。）

5-19 医師及び歯科医師の資格確認検索

平成19年3月29日 厚生労働省医政局医事課

医師等の氏名等を公表する旨の医師法の改正により4月1日より厚生労働省ホームページで医師の氏

名等が公表されるようになった。

(概要)

- ・厚生労働省ホームページ→医療→医師等資格確認検索
- ・職種（医師・歯科医師）、性別（男・女）・氏名を入力して、完全一致したデータを検索する
- ・公表事項は、職種、氏名、性別、登録年、該当する者は行政処分に関する情報（処分の種類、期間、再教育研修の未修了の場合はその旨）

5-20 医師又は歯科医師に対する再教育研修の実施

[平成19年3月30日医政発第0330002号]

平成19年4月1日より、医道審議会の審議を経て行政処分を受けた医師に再教育研修が実施されることになった。

行政処分の類型は、大まかには「戒告、医業停止、免許取消」で、戒告、医業停止6月未満、医業停止6月～1年未満、医業停止1年～2年未満、医業停止2年以上、免許取消（再免許申請）となっている。また、従来、医業停止期間の上限を運用上5年としていたが、3年に短縮された。

再教育研修の内容は、戒告処分を受けた医師：団体研修、医業停止等1年未満の処分を受けた医師：団体研修及び課題学習、医業停止等1年以上の処分を受けた医師及び再免許申請を受けようとする者：団体研修及び個別研修である。

詳しくは、平成19年3月23日厚生労働省令第25号「医師法施行規則の一部改正する省令」を参照してください。

5-21 看護師等による静脈注射の実施

平成14年9月30日 医政発第0930002号

1. 医師又は歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師及び准看護師（以下「看護師等」という。）が行う静脈注射は、保健師助産師看護師法第五条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱うものとする。
 2. ただし、薬剤の血管注入による身体への影響が大きいことには変わりはないため、医師又は歯科医師の指示に基づいて、看護師等が静脈注射を安全に実施できるよう、医療機関及び看護師等学校養成所に対して、次のような対応について周知方お願いしたい。
- 1) 医療機関においては、看護師等を対象にした研修を実施するとともに、静脈注射の実施等に関して、施設内基準や看護手順の作成見直しを行い、また個々の看護師等の能力を踏まえた適切な業務分担を行うこと。
 - 2) 看護師等学校養成所においては、薬理作用、静脈注射に関する知識・技術、感染・安全対策などの教育を見直し、必要に応じて強化すること。

5-22 特定看護師

厚労省の「チーム医療の推進に関する検討会」が平成22年3月19日までに11回開催され、「チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）」を取りまとめた。この検討会は、名称とは異なり、看護師の役割の拡大が主眼で、法制化を視野に入れた具体的な措置を講じるべきとされ、今後、実証的試行・調査などを経て、法制化に関して検討するとされた。

専門的な臨床実践能力を持つ看護師を新たに「特定看護師」（仮称）と位置付け、従来よりも幅広い範囲の医療行為を受け持たせることが検討された。看護師の業務は、「療養上の世話」と、医師の指示の下での「診療の補助」であるが、どこまでが「診療の補助」に当たるかについてはグレーゾーンであり、最近では、2002年に静脈注射が、2007年に薬剤の投与量の調節などが、「診療の補助」に当たるという通知が出されたが、厚労省は、「診療の補助」の範囲に関する指針を示しておらず、医療現場には「看護師の十分な経験や知識が臨床現場で生かされない」との声もあった。こうした状況を受け、一定の実務経験を持つ看護師を特定看護師として新たに認定することとした。その他に既存の専門性が高い看護師資格としては、日本看護協会による専門看護師は、「一定の分野において水準の高いケア」を行

うのに対して、「特定看護師」が医行為を前提とするなどの点で異なる。

「特定看護師」とは、一定の医学的教育・実務経験を有する看護師で、医師の指示のもとで、可能な医行為の実例としては、重篤な合併症のリスクの低いもの、出血の際に止血が容易なもの、合併症への対処方法が確立しているものなどで、検査・処置・薬剤について具体例を挙げている。検査では、①エコー、胸部単純X線撮影、CT、MRI等の実施時期の判断、読影の補助（エコーについては実施を含む）、②動脈血ガス測定のための採血など侵襲性の高い検査の実施、③IVR（インターベンショナル・ラジオロジー）時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理—など。処置では、①人工呼吸器装着中の患者のウイニング、気管挿管、抜管、②縫合等の創傷処置—など。患者の状態に応じた薬剤の選択・使用では、①疼痛、発熱、脱水、便秘異常、不眠等への対症療法、②副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止をあげている。

特定看護師の要件としては、①看護師免許を持つ②看護師として一定期間の実務経験（例えば5年以上）がある③新たに設ける第三者機関が認定した大学院修士課程を修了④修士課程修了後に第三者機関による知識・能力の評価を受けた—の4点すべてを満たすことが必要としている。

5-23 指導医療官運用要綱

平成8年3月15日保発第28号 厚生省保険局長から都道府県知事あて

1. 指導・監査業務の実施
保険診療の適正な運営を図るため、保険医療機関等及び保険医等に対し、医学上の専門的事項に関する指導・監査を行うこと。
2. 保険診療等に関する指導、助言
保険診療の適正な運営を図るため、保険者、審査支払機関並びに保険医療機関等及び保険医等に対する診療報酬の疑義解釈、点数表解釈等の指導、助言並びに保険医療機関等及び保険医等並びに医療関係団体等に対する保険診療等に関する指導、助言を行うこと。
3. その他
保険診療に関する事項について都道府県民生主管部（局）の保険主管課（部）長（注：現在は地方社会保険事務局長 以下同じ）が必要と認める事務を行うこと。また、医学上の専門的事項に関する知識を高めるため、保険主管課（部）長の命を受け、医学研修等に適宜出席すること。

5-25 厚生労働行政の沿革

参考引用：08-7-19日本経済新聞

- | | | |
|-----------|-------|---|
| 1938年 | 昭和13年 | 厚生省が内務省から分離・独立。 |
| 1941年 | 昭和16年 | 労働者年金保険法の制定。
太平洋戦争は発端。 |
| 1944年 | 昭和19年 | 労働者年金保険法を厚生年金保険法に名称変更。 |
| 1945年 | 昭和20年 | 終 戦。 |
| 1947年 | 昭和22年 | 労働省が発足。 |
| 1947年～48年 | | 復員庁の業務を厚生省に移管。 |
| 1959年 | 昭和34年 | 国民年金法の制定。 |
| 1960年 | 昭和35年 | 自治体レベルで老人医療の無料化開始。 |
| 1961年 | 昭和36年 | 「国民皆保険」「国民皆年金」の施行。 |
| 1973年 | 昭和48年 | 「福祉元年」老人医療の無料化。
一次石油危機。 |
| 1982年 | 昭和57年 | 武見太郎元日医会長 引退。 |
| 1983年 | 昭和58年 | 老人保健法（老健制度）の施行。
「医療費亡国論」元吉村仁保険局長 提唱。 |
| 1984年 | 昭和59年 | 特定療養費制度の導入。 |
| 1985年 | 昭和60年 | 基礎年金の施行。 |

1996年	平成8年	特養ホーム汚職事件元岡光序治厚生省事務次官。
2000年	平成12年	介護保険制度の施行。
2001年	平成13年	中央省庁再編で厚生労働省が発足。
2004年	平成16年	中医協汚職事件 元下村健社会保険庁長官。 マクロ経済スライド導入など。 年金改革。
2006年	平成18年	特定療養費制度を保険外併用療養費制度に変更。 介護予防事業の導入。 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の制定
2008年	平成20年	高度医療評価制度の導入。 長寿医療制度の施行。
2010年	平成22年	長寿医療制度の再検討。

5-26 医療制度の変遷

引用：09年500号記念臨時増刊 日経メディカル

1958	昭和33年	国民健康保険法施行
1961	昭和36年	国民皆保険が確立
1965	昭和40年	薬価基準を引き下げ、診療報酬を引き上げる方式始まる
1973	昭和48年	一県一医大構想が閣議決定 老人福祉法改正により老人医療費支給制度が発足 ・70歳（寝たきりの場合は65歳）以上の老人医療費が無料化
1982	昭和57年	医学部定員の抑制を閣議決定
1983	昭和58年	老人保健法施行 ・老人医療費支給制度の廃止、老人医療費が有料化
1984	昭和59年	健康保険法の一部改正 ・健康保険組合の被保険者本人に対する10割給付を、自己負担1割に
1985	昭和60年	薬価算定方式を変更（バルクライン方式から加重平均方式へ） 第1次医療法改正 ・地域医療計画により病床数の総量規制始まる
1988	昭和63年	老人保健施設の制度化
1989	平成1年	ゴールドプラン（高齢者保険福祉推進10か年戦略）導入 ・寝たきり老人ゼロ運動など
1990	平成2年	特例許可老人病院に入院医療管理料（定額制）を導入
1991	平成3年	老人訪問看護制度が創設
1992	平成4年	第2次医療法改正 ・特定機能病院、療養型病床群を制度化
1997	平成9年	健康保険法の一部改正 ・健康保険組合の被保険者本人の自己負担1割を廃止し、2割に 第3次医療法改正 ・患者への適切な説明の努力義務を規定、地域支援病院の制度化、医療法人制度の見直し
2000	平成12年	介護保険法施行 第4次医療法改正 ・病床区分の見直し（結核病床、精神病床、感染症病床を除いた病床を療養病床または一般病床に明確に区分）
2002	平成14年	保険医療機関および保険医療費負担規則の改正 ・14日分を超える長期処方の制限が原則廃止に

		改正健康保険法施行 ・70歳以上の高齢者の窓口負担が一律1割に 医療行為に対する診療報酬のマイナス改定（全体でマイナス2.7%） ・診療報酬本体が初のマイナス改定（マイナス1.3%）
2003	平成15年	改正健康保険法施行 ・70歳未満の高齢者窓口負担が3割に引き上げ
2004	平成16年	新臨床研修制度開始
2006	平成18年	医療制度改革の開始 骨太方針2006を閣議決定 ・2002年から5年間で使われた社会保障費1.1兆円（毎年2200億円）の削減の継続を決定 第5次医療法改正 ・医師不足対策、4疾病5事業対策の重点化、がん対策基本法施行
2008	平成20年	医学部定員の増員を閣議決定 高齢者の医療の確保に関する法律施行 ・老人保健制度が廃止され、後期高齢者医療制度が開始
2009	平成21年	骨太方針2009を閣議決定 ・毎年2200億円の社会保障費削減を事実上撤回
2010	平成22年	後期高齢者医療制度の再検討。

5-27 国民年金をめぐる沿革

インターネットの資料で作成。

昭和34年	1959年	・国民年金法の制定。
昭和36年	1961年	・国民皆年金の施行。
昭和49年	1974年	・紙媒体（年金手帳）からパソコン入力作業（オンラインシステム）の導入開始
昭和54年	1979年	・社保庁総務会長と自治労国費評議会事務局長との確認事項「業務の全国オンライン化計画を実施するための確認事項」
昭和59年	1984年	・年金業務の一元化を閣議決定 保険加入者は転職すると、保険が変わり、そのたびに保険の年金手帳が発行されるので、多数の年金番号を持つことがある。加入者一人に一つの年金番号（基礎年金番号）を持つように閣議決定がなされたが、国民番号制に通じるとして平成9年まで実施されなかった。
昭和61年	1986年	・基礎年金番号制度の創設
昭和63年	1988年	・社保庁総務会長と自治労国費評議会事務局長との確認事項2「パソコン入力作業の労働条件を緩和する確認事項」
昭和64年	1989年	・オンラインシステム全体完成
平成8年	1996年	・社保庁総務会長と自治労国費評議会事務局長との確認事項3「キーボードを現行の50音配列からJIS配列（「ローマ字入力」でなく「かな入力」）を導入する際の確認事項」
平成9年	1997年	・基礎年金番号の導入
平成10年	1998年	・基礎年金番号へ国民年金番号・厚生年金番号の統合を開始。
平成18年	2006年	・5,095万件が未処理（平成18年6月時点） 残りの5千万件は、基礎年金番号との名寄せが実施されていないと問題になり、「消えた年金5,000万件」である。
平成19年	2007年	・4,871万件が未処理（平成19年7月時点）
平成19年	2007年	・年金時効の撤廃特例法と社会保険庁改革関連法が成立 年金時効の撤廃特例法：

基礎年金番号に未統合していない場合に年金受給権が5年前しか遡れない制度を撤廃する。

社会保険庁改革関連法：

社会保険庁を解体し、全国健康保険協会と日本年金機構に分割・民営化する。

平成20年 2008年 ・全国健康保険協会（中小企業で働く被用者の健康保険事業を担当）が発足

平成22年 2010年 ・日本年金機構（公的年金の運営業務を担当し、運用・徴収・記録管理・相談・裁定・給付等を実施）が発足

5-28 支払基金と国保連合会の概要

社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会の概要 平成22年4月

1. 社会保険診療報酬支払基金

- 一般会計事務費予算（平成21年度）：約868億円（一部（2,600万円）を除き、保険者や公費負担医療実施機関等からの手数料収入）
- 職員数（平成21年度定員）：5,059人（平成13年度に比べ累計で約1,260人（約20%）縮減）
- 審査委員数（平成21年6月現在）：約4,500人（医科：約3,700人、歯科：約800人）
- 審査の実績（平成20年度、原審査医科、歯科計）
 - ・査定件数：5.8億件の請求のうち0.8%（494万件）
 - ・査定額：10.5兆円の請求のうち0.2%（207億円）
- 平成19年12月には、支払基金として「レセプトオンライン化に対応したサービスの向上と業務効率化のための計画」を策定しており、今後レセプトオンライン化の進展等に伴い、①要員効果による実質的審査の強化、②医科・歯科レセプトと突合した調剤レセプトの審査、③複数月にわたるレセプトを通覧した縦覧審査の実施を予定。
- 電子レセプトに対応した職員の審査支援体制や審査委員会の運営等、新しい審査体制のあるべき姿について、支払基金内部で検討を進めているところ。

2. 国民健康保険団体連合会

（※以下の数字は、都道府県毎に設立された47国保連の合計）

(1) 診療報酬の審査支払

- 診療報酬審査支払特別会計歳出予算（平成21年度）：約772億円
- 職員数（平成21年4月1日）：5,729人
- 審査委員数（平成21年5月現在）：3,601人（医科：約2,958人、歯科：539人、薬剤104人）
- 審査の実績（平成20年度）※診療費（入院、入院外、歯科）の一次審査分の数値
 - ・査定件数：6.1億件の請求のうち0.6%（350万件）
 - ・査定額：17.5兆円の請求のうち0.1%（195.8億円）
- 各連合会は、①高点数レセプト、②それまでの傾向から査定が多い保険医療機関及び請求内容に疑義の多い保険医療機関の提出レセプト等を区別し、より時間をかけて重点審査を行っているところ。

(2) その他の事務

- 保険者の共同事業
 - ・保険者事務の共同事業（医療費通知の作成・送付等）
 - ・市町村に対する国保運営資金の融資
 - ・保健事業（医療費・健診データの分析、住民への普及啓発等）
 - ・国保に関する調査及び研究
 - ・特定健診・特定保健指導費用の決済
 - ・高額医療費共同事業（1件当たり80万円以上の高額医療費の再保険）
 - ・保険財政共同安定化事業（1件当たり30万円以上の医療費の再保険）
- 介護給付費の審査支払

- 後期高齢者医療診療報酬の審査支払
- 自立支援給付費及び障害児施設給付費の支払
- 保険料の特別徴収（年金天引き）における経由事務
- 70～74歳に係る一部負担金凍結による指定公費負担医療の審査支払
- 公費負担医療の審査
- その他地方単独事業分の支払

（参考）

国民健康保険団体連合会は、各都道府県の国保保険者（市町村、国民健康保険組合）が会員となり、共同してその目的を達成するために組織した連合会であり、国民健康保険法上、都道府県知事の認可を受けて設立される公法人。現在、全都道府県で設立されており、全ての保険者が加入。

主な事業は、国保の診療報酬の審査支払と保険者事務の共同事業であるが、その他にも、国、都道府県、広域連合及び市町村から補助や委託を受け、出産育児一時金、介護保険給付費、後期高齢者医療の診療報酬、障害者自立支援給付、公費負担医療の審査支払など様々な事務を実施。

6-3 耳真菌症の抗真菌剤（参考）

ビマシリン5%点眼薬（適応：角膜真菌症）

6-4 耳垢水の処方

ワックネットの発売中止（平成15年）に伴い、それに代わる耳垢水の処方を調べた。以下の処方薬は薬価点数が1点の場合が多いので、外用薬では請求できるが、処置の薬剤としては請求できない。

処方1		処方2		処方3		処方4	
重曹	0.40g	重曹	0.50g	重曹	1.00g	オキシドール	2.00cc
滅菌精製水	7.70cc	滅菌精製水	7.50cc	滅菌精製水	15.00cc	滅菌精製水	2.00cc
グリセリン	2.30cc	グリセリン	2.50cc	グリセリン	5.00cc	グリセリン	10.00cc

・処方3は、質疑応答集13耳鼻咽喉科篇 中外医学社 昭和30年7月発行

平成14年までの点数一覧表に紹介されていた処方と同じである。

・処方4は、耳鼻咽喉科治療学 金原出版株式会社 昭和36年6月発行

この処方は本に記載された処方では、オキシドール単独ではまれにしみることがある。

・処方2は、病院薬局製剤 第5版 薬事日報社 平成15年4月発行と同様の組成である。開業する以前の病院の処方では、処方1は処方2とほぼ同じで審査のレセプトで見つけた。

処方2の名称は、Zerminal Wasser（独逸語）と記載されていた。

処方：重曹 5g、グリセリン 25cc、滅菌精製水（全量）100cc。

調製法：重曹 5gを滅菌精製水で混和溶解し、グリセリン25ccを混和し、滅菌精製水を加えて全量が100ccになるようにし、滅菌済みの容器（5cc）に分注する。

有効期間：1年

用法：次回来院日の前日の夜と、当日の朝に横向きに寝させてたっぷりと点耳し、15分間そのままの体位でしこませる。

6-5 良性発作性頭位めまい症の運動療法

①寝起きの運動をゆっくり繰り返す
（手をついてもかまわない）

②床を向く、天井を向く運動を
ゆっくり繰り返す
（首だけでなく、体全体を使う）

③寝返りの運動



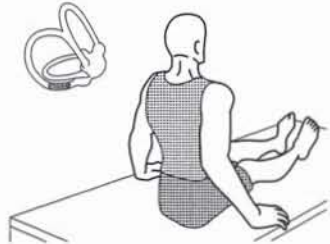
東邦大医療センター佐倉病院耳鼻咽喉科の山本昌彦教授は①寝たり起きたりの動作、②床と天井を交互に向く動作、③寝返り動作—の三つの運動療法を行っている。できる運動から徐々に始め、気分が悪

くになったら休む。めまいがやんでも、再発予防のために就寝前や起床時などに行うよう勧めている。

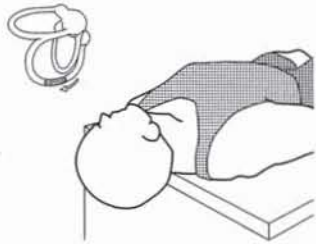
引用：中日新聞 H22/2/12

6-5 良性発作性頭位めまい症 (BPPV：患側が左耳の場合) の理学療法エプリー法 (Epley：半規管内結石置換法)

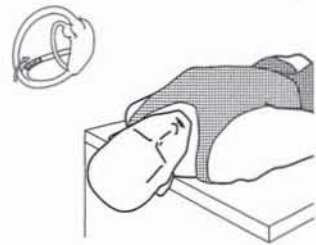
日本医科大学耳鼻咽喉科 池園哲郎講師 原図改変



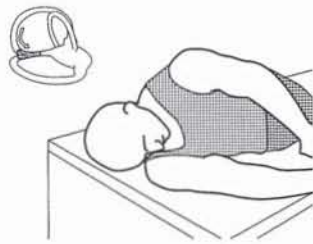
A. 患者を図のように座位にします。次に頭部を正面に向けたままで、座位から懸垂位にします。頭部がベッドの端から飛び出るようにして、体幹を臥位にします。



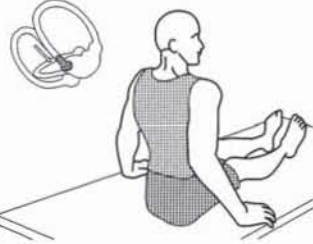
B. 頭部を正面から左45° 回転して傾けますと、図のようになります。眼振が終了してから2～3分間はそのままの姿勢を維持する。



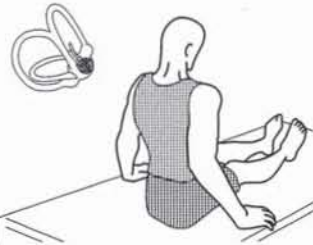
C. 頭部を左下45° から右下45° に90° ゆっくり回転して傾けますと、図のようになります。このときに頭部を持ちあげないようにして、頭の方角のみを柔らかく捻転させる。



D. 頭部と体幹との姿勢を保ちながら、体幹を懸垂位から右側臥位にしますと、図のようになります。頭部は水平からベッドの方に45° 傾いていますが、この姿勢を数分間維持する。



E. 頭部を右に45° 回転した姿勢で、体幹を右側臥位からゆっくりと座位に戻します。



F. 頭部を右45° から正面に戻してから、20° 前屈します。

以上の体位変換が終了しましたら、当日は就寝時まで臥位にならないように指導します。また、3日間は睡眠時に枕をできるだけ高くして、患側（左耳）を下側にしないように注意します。

6-6 北里大学式平衡訓練法 (めまいリハビリ)

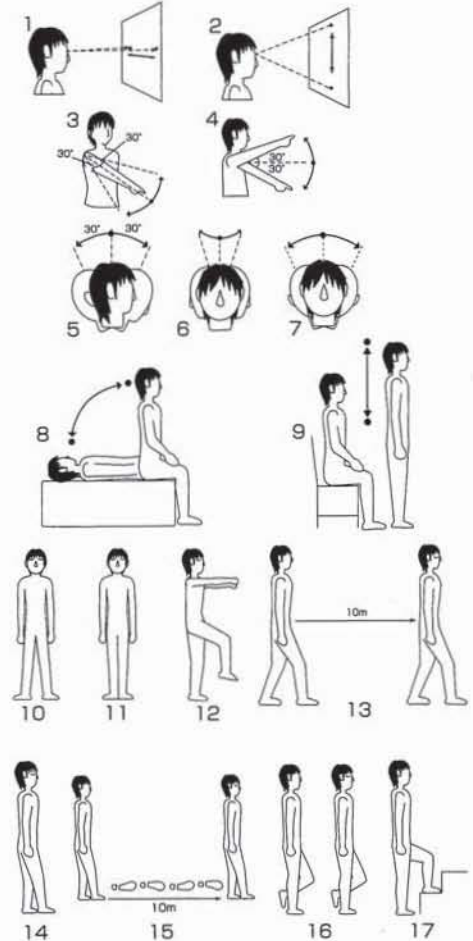
○ 留意事項

かがみ Vol.36-2 湯川久美子講師

- ・ 訓練強度：40～50%
- ・ 容易なものから難度の高いものへ
- ・ 1日30分間、1日2～3回
- ・ 弱くから強く
- ・ ゆっくりから早く

通常訓練期間はおおよそ6週間から16週間程度であるが、平衡訓練中は改善しても中止すると効果が逆行するので、習慣化し、やり続けることが大切である。高齢者では健常者においても一般成人に比して体平衡機能は低下しており、めまい症例では特にその傾向が著しい。又、脳血管障害などの中枢障害が関与することが多く、下肢筋力の低下している例が多いので安全の確保が重要であり、一般成人よりも難易度を軽くするなど配慮が必要である。

1. 頭を動かさず、眼の約50cmの目標に左右の点をつけて、交互に見て下さい。
2. 同じように、上下の点について繰り返して下さい。
3. 人差し指を伸ばし、腕を伸ばしたまま眼の高さまで挙げ、左右に約30度動かし、頭を動かさず指先を眼で追って下さい。
4. 同じように、片手を上下に約30度動かし、指先を眼で追って下さい。
5. 頭を前後に約30度曲げ伸ばしをして下さい。
6. 肩を動かさず頭を左右に向けて下さい。
7. 頭を左側または右側に交互に曲げて下さい。
8. 仰向け状態から座り、また元の仰向け状態にかえる動作を繰り返して下さい。
9. イスに座り、立つ、座るの動作を、ゆっくり繰り返して下さい。
10. 両手を下げたまま眼を閉じて、足を肩幅ぐらい開いて、30秒間立って下さい。
11. 両手を下げたまま眼を閉じて、足を閉じて、30秒間立って下さい。
12. 両手を肩の高さまで挙げ、眼を閉じて膝を高く挙げて、その場で50歩足踏みして下さい。
13. 眼を開け、まっすぐ前方へ10m歩いてください。次に、眼を閉じて同じ動作を行って下さい。
14. 眼を閉じ両手を下げたまま、つま先に反対側の足のかかとを付けて、30秒間立って下さい。
15. 眼を開け、左右交互につま先に反対側の足のかかとに付けて、前方へまっすぐ10m歩いて下さい。次に、眼を閉じて、同じ動作を行って下さい。
16. 眼を開け、15秒間片足で立って下さい。次に、眼を閉じて同じ動作を行って下さい。
17. 注意しながら、階段を昇り降りして下さい。



6-7 中枢性めまいと末梢性めまいの主な特徴

平成17年10月5日 日医ニュース No. 205

国立病院機構仙台医療センター総合感覚器科 橋本省部長

中枢性めまい

末梢性めまい

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1) 主に脳幹・小脳の障害（神経内科、脳神経外科） | 1) 主に内耳の障害（耳鼻咽喉科） |
| 2) めまいは軽く、フワフワ浮いた感じ、ふらつき、動揺感などがある。 | 2) めまいは強く、グルグルまわることが多い。 |
| 3) 舌がもつれる、物が二重に見える、意識が消失する、強い頭痛などがある。 | 3) めまいと共に、耳鳴り、難聴、耳がふさがった感じがすることが多い。 |
| 4) 頭の位置を変えても、めまいの程度は変わらない。 | 4) 頭の位置を変えると、めまいの程度が変わる。 |
| 5) 目をあいていても体のバランスがとりにくい。 | 5) 目をつぶったとき、体のバランスがとりにくい。 |
| 6) 症状の自然軽快は少なく、長引くことがある。 | 6) 症状は数時間（ときに数分のことも）から数日で軽快する。 |

6-8 顔面神経麻痺のリハビリテーション

引用：顔面神経麻痺の患者さんのためのホームページ

顔の表情をつくる筋肉は、皮筋といって骨に付着していない特徴がある。骨に付着している骨格筋のリハビリテーションの目的は筋力の強化であるが、顔の表情をつくる筋肉（皮筋）のリハビリテーションの目的は筋力の強化でなく、病的共同運動や顔面のひきつれ（過緊張）の予防にある。そのため最も重要なことは、リハビリテーションをやりにすぎないことや、電気刺激・低周波などで筋肉を無理に動かさないことである。特に低周波マッサージによるリハビリテーションは顔の筋肉を全て同時に動かすために、病的共同運動を増悪させると共に、顔面のひきつれを重篤化させるので、全く推奨できない。これは文献的にも否定され、顔面神経研究会で悪影響の報告がある。

ベル麻痺やハント症候群などの疾患でリハビリテーションが本当に必要な患者さんは、顔面神経の障害が高度な場合で、全体の2～3割程度を占めているが、顔面神経の障害がほとんどない患者さんはリハビリをしなくても治癒する。

リハビリテーションの運動訓練のポイントは、神経の障害がある程度存在する患者さんが、「顔面が動き始める2～3か月目から」「後遺症である病的共同運動をできるだけ起こさないように」実施することである。また、リハビリテーションの重要な目的は病的共同運動の予防なので、やりすぎない・頑張り過ぎない・無理に動かさないことである。リハビリテーションをやってもやらなくても神経が再生するには時間がかかるので、頑張ったら早く治るわけではなく、かえって後遺症の可能性が大きくなることを理解する。

*急性期：

特に最初の1～2週間は蒸しタオルなどで1日2回温めて血行の循環をよくすることを推奨している。蒸しタオルの温熱療法は熱すぎない温度で、1回5～10分程度実施する。

また、顔の筋肉の動きが出てくるまでの間は、筋肉の収縮方向に沿って手を使ったマッサージ（用手マッサージ）を1日2回・1回5～15分程度実施する。その目的は筋肉を萎縮しないように防止するためである。（図を参照）

*回復期：

運動訓練を開始する。顔の筋肉が動き始めた時に、まず気をつけることは出来るだけ目と口と一緒に動かさないように



する。具体的には食事をしたり、話をしたりする場合に口を動かす必要のある時には、意識してできるだけ目を大きく開くようにするとよい。眼を閉じる時には意識して口唇を動かさないようにする。

また、顔の筋肉を動かす訓練は1日2回・5～15分程度実施するが、強く動かさなくて、ゆっくりと軽く小さく動かすことである。特に目と口と一緒に動かないようにするが、動くようでは強すぎるので、鏡を見ながらあるいは手で触れて一緒に動かないことを確認しながら実施する。

・病的共同運動とは

障害された顔面神経はゆっくりと再生するが、その時期に目と口と一緒に動くことが多いと、目に行く神経の枝が間違えて口の方に伸びたり、口に行く神経の枝が目の方に伸びたりする。これを神経の過誤再生というが、その結果目をつぶると口と一緒に動いたり、口を動かすと目が自然に閉じたりする病的共同運動が生じることになる。この病的共同運動は神経再生の結果として生じる後遺症なので、一度なってしまうと治すのは困難で、予防が重要である。

6-9 顔面運動評価表／40点法 柳原法

	ほぼ 正常	部分 麻痺	高度 麻痺		ほぼ 正常	部分 麻痺	高度 麻痺		ほぼ 正常	部分 麻痺	高度 麻痺	
安静時 非対象	4	2	0	片目 つぶり	4	2	0	口笛	4	2	0	
額の 皺寄せ	4	2	0	鼻翼を 動かす	4	2	0	口をへの 字に曲げる	4	2	0	
軽い閉眼	4	2	0	頬を ふくらます	4	2	0	病的共同運動	-	+	++	+++
強い閉眼	4	2	0	イーと歯 をみせる	4	2	0	拘縮	-	+	++	+++

4点：左右差がない。又はほとんどない。

2点：明らかに左右差があるが、患者側の筋収縮がみられる。

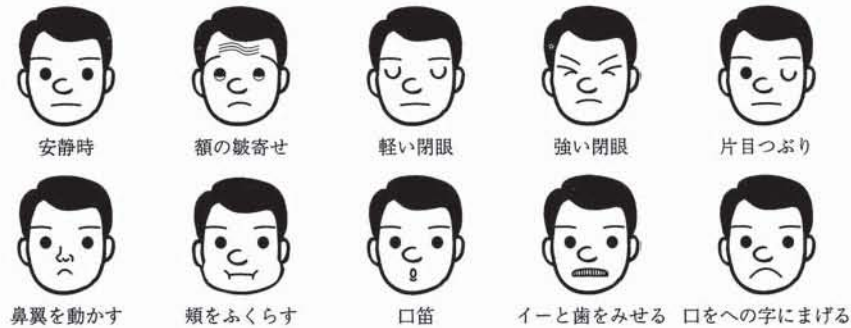
0点：筋収縮が全くみられない。

・顔面の表情10項目の動きを4点、2点、0点と3段階評価し、合計点数を記載する。微妙な場合は中間の3点、1点を採用する場合もあるが、合計点数を計算するには、偶数の簡便なため、矢印で方向を示し、便宜上4点、2点、0点で計算する。

基本	4 3 2 1 0	・左右差がない。または、ほとんどない。4点
	4 3 2 1 0	・明らかに左右差があるが、患側の筋収縮がみられる。2点
判断に苦慮する場合	4 3 2 1 0	・筋収縮が全くみられない。0点
	4 3 2 1 0	・左右差はあるが、ほとんどわからない。4点で計算する
	4 3 2 1 0	・かなりよく動くが、明らかに左右差がある。2点で計算する
	4 3 2 1 0	・明らかに筋収縮がみられるが、まだ弱い。2点で計算する
	4 3 2 1 0	・わずかに筋収縮がみられるが、かなり弱い。0点で計算する

引用：顔面神経障害の診断と治療
名古屋市立大学 村上信五教授

・総合点数が36点以上をほぼ異常なし、8点以下を完全麻痺とする。



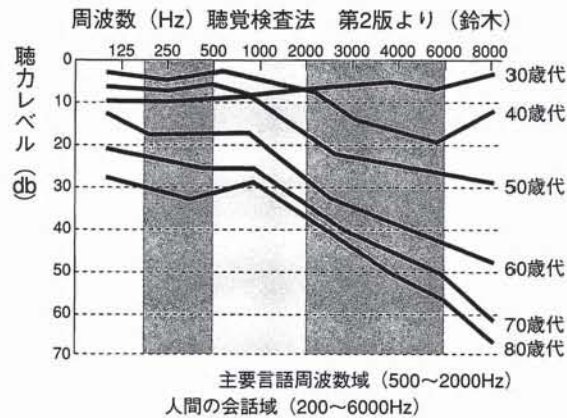
7-1 難聴の程度

程 度	概 要
軽 度 難 聴	遠くでの会話、小声での会話が聞き取りにくい。
軽中度難聴	正面からの大きな声は聞き取れる。普通の会話に不自由を感じる。
中高度難聴	後ろからの声に反応できない。大声の会話の内容がわからないことがある。
高 度 難 聴	耳元での大きな声しか聞き取れない。
重 度 難 聴	聴覚だけの会話は無理で、筆談などの併用が必要。

7-1 聞こえの程度

	聴力レベル	聞こえの目安
正常範囲	～25dB	小さな話し声でも聞こえる
ごく軽度	25～40dB	小さな話し声が聞きにくい
軽 度	40～55dB	普通の話し声が聞きにくい
中 度	55～70dB	比較的大きな話し声でも聞きにくい
強 度	70～ dB	大声がなんとか聞こえる

7-2 年齢と聴力変化



7-3 聞こえの自己評価表

この表はシーメンス補聴器発行の『補聴器のQ & A』より採用させていただいた補聴器の必要度に対する自己チェック用の表です。筑波技術短期大学教授で医学博士の大沼直紀先生の監修によるものとの事です。

聞こえの自己評価表

次の(1)～(10)のことがらが、自分に当てはまるかどうか教えてください。『そうだ』『そうかもしれない』『そんな事はない』の欄のどれかに○をつけてください。	そうだ	そうかもしれない	そんなことはない
(1) 二人以上の人が同時に話し始めるとよく聞き取れなくなる			
(2) 自動車の中での話が、何を言っているのかよく聞き取れない			
(3) このごろ、周囲の人がモグモグした声でハツキリ話をしていないように感ずる			
(4) 家族や知人などが、補聴器を着けてみたらと考えているようだ			
(5) 騒音の多い職場やうるさい大きな音のする環境にいる (いたことがある)			
(6) 相手にもう一度繰り返し言ってほしいと頼んだり、そうでなければ推測して判断する			
(7) 話し相手の顔を見ていると話がよくわかる			
(8) テレビの映画や劇の中の会話がよく聞き取れない			
(9) 見知らぬ相手からの電話がよく聞き取れない			
(10) 集会、会議、授業などの場での話の内容がわからなくて困る			
(1)～(10)までの○の数			
上の数字に右の数を掛けて下の計に記入してください	× 5	× 3	× 1
計			
総計			

※ 自分で採点して総計が15以下なら補聴器の必要はない、30前後であれば補聴器を試す必要がある、40以上なら補聴器を装用する必要がある、との目安になります。

7-4 難聴者に対する補聴器の適応 (平成16年)

- 片耳装用：語音明瞭度が良い方の耳に補聴器を装用する。
一般に両側の聴力が70dB 以内であれば悪い方の耳に、70dB 以上であれば良い方の耳に装用した方が活用しやすい。
- 両耳装用：両耳の聴力の差が15dB 以内の場合は、両耳装用が望ましい。
両耳装用は、左右どちら側の声もよく聞こえる、音の方向感が得られる、騒音下での言葉の聞き取りが向上する、片側の補聴器が故障しても急には困らないなどの利点がある。
- 補聴器の機種選択：機種の選択は手先の不自由度、目立たない、経済状況などの患者の希望に応じて行う。
- 補聴器の調節：補聴器の機種を選択したら、その補聴器を最良の言語理解を得られるように調整 (フィッティング) する必要がある。大きすぎる音は内耳障害をきたすことがあるので、最大出力音圧の調整が必要である。

大垣市 赤井貞康先生

7-5 補聴器Q & A (補聴器相談をされるドクターへ) (平成18年)

引用：福岡大学医学部のホームページ

Q1：聴力障害の程度と補聴器の役割との関係はどうなっているか？

A：難聴を自覚し、コミュニケーション障害があればすべて補聴器適応の対象となる。平均聴力レベルが25dB以内であれば補聴器は必要ない。

・26-40dBの軽度難聴では個々のコミュニケーションの必要に応じて、常時あるいは時々使用する。
この場合に会議や集会の時などの具体的な使用状況を問診し、装用意欲の確認と実際の状況で試聴させて判断する。

・41-55dBの難聴では補聴器が必要なことが多くなり、

・56-70dBでは大多数の人が補聴器を必要とする。

・71-90dBの難聴では耳から30cm以上離れた声は音として認識し、補聴器は常に適応するが、聴力低下のタイプ、語音弁別能や読話能力に依存します。補聴器を使用した訓練をしないと構音と声の声質の悪化をきたす。

・90dB以上では補聴器を使用しても聴覚のみでは会話はごくわずかし理解できません。補聴器は役に立たないのではなくて、読話法の補助や声の声質をモニターする制御機構の助けとするように指導する。

以上は聴力レベルとの補聴器との一般的な関係であるが、補聴器適応は使用する状況や本人の装用意欲が大きく関係するので確認する必要がある。

Q2：どちらの耳に補聴器をつけたらよいのか？

A：補聴器装用耳には一般的な原則がある。装用耳の決定は、難聴が固定しているのか、変動しているのかといった状況や、治療中なのかといった問題が絡んでくるが、両側難聴の一般的な原則は以下のごとく。

・両側軽度 電話の使用しない耳。

・一側軽度で他側中等度 中等度の耳。

・両側中等度 明瞭度のよい耳。

・一側中等度で他側高度 中等度の耳。

・両側高度 明瞭度のよい耳、または両耳装用。

・両側耳の聴力レベルが40dB程度の場合は不良聴耳で、50dB～60dBの場合は良聴耳とする考え方もある。

・聴力が同程度の場合は交互使用させて疲労を防いだり、他側の病変の状態などを考慮する。

Q3：補聴器に慣れるためにはどうしたらよいのか？

A：静かな所から使用し、徐々に騒音環境下へ、1カ月～3ヶ月を目安に聞く練習が必要である。

補聴器は眼鏡と違い、販売店で補聴器を購入して補聴器を装用すると、ただちに難聴になる以前や若い時代のように聞こえるとは限らないので、最初の1週間は静かな所で1日3時間くらいTVやラジオを聞いて補聴器を通して聞く音に慣れることが必要である。その後の1週間は補聴器装用の時間を長くして静かな所で人と話してみる。次の1週間は2～3人の中で補聴器を使用してみる。最後の1週間でややうるさい場所で使用してみる。1カ月くらいを経て補聴器に慣れていくよう指導する。3カ月くらいでも補聴器に慣れない人は補聴器の適応は困難との報告もある。

7-7 乳幼児の難聴への対応 (言語取得のための難聴児への補聴器装用指導)

あいち小児保健医療総合センター耳鼻いんこう科 服部琢部長

補聴器装用の開始日標は、遅くとも言語の発達が始まる生後6カ月までとしている。言語発達の過程において、40dB以下の軽度難聴では問題がないが、40～80dB程度の中等度難聴では補聴器による軽度の補助が必要であり、80～90dB程度以上の高度難聴では補聴器の限界を超えて人工内耳の適応を考えなければならない。ただし、以上の適応範囲は、厳密な線引きではないとのことであった。

7-8 乳幼児への簡易聴力検査 (一般外来での可能な聴性行動反応検査)

1. コピー用紙の紙もみを利用した方法：

患児に見えないように耳の後方約30cmの距離で、“クシャクシャ”とコピー用紙を揉むと30～40dBの音圧で、1000～4000Hzの範囲の音を含んでいる。この音に反応すれば、少なくとも40dB以上の中等度難聴ではないといえるので、とりあえず問題がないと判断できる。

2. 鈴を鳴らす方法：

患児に見えないように耳の後方1mの距離で、鈴を軽く“チリンチリン”と振ると60dBの音圧で、4000Hz程度の高い周波数の音を含んでいる。紙もみ音に気づかないが、鈴の音に気づいた場合は、高域で中等度以下の難聴ということになるので、専門医に紹介すべきでないかと考えられる。

7-9 乳幼児の月齢別聴覚反応

月 齢		聴性行動反応検査
1カ月	呼びかけに反応する	70dB 程度
2カ月	Bu Bu Ku Ku を言う	
5カ月	大きな音に恐れを示す	50～60dB 程度
6カ月	人に向かって声を出す	
9カ月	バイバイに反応する	40～50dB 程度
11カ月	一語が出る	35dB 程度

※20dB 以内が成人の閾値

7-10 正常な言語発達とその過程

	言語の理解と表出	言語の活動及び関連行動
1 歳 半	喃語 (4～5ヶ月) 簡単な命令に従う バイバイと手を振ったりイヤイヤをする (1歳前後) 自分から2～3語話す(マンマ、フンフン、ブーブーなど)	人見知りをする (7～8ヶ月) 指さしをする (1歳前後) 真似をする (動作)
2 歳 半	二語文を言う (パパ、ブーブーなど) 単語で応答が出来る	ナニ?の質問をする みたて遊びが出来る
4 歳 半	多語文を言う	人の絵を描かせると顔、目、手、足などを一応描く ごっこ遊びが出来る
就学期前	文章を構成する 幼児語、幼児音の減少 サ行、ザ行など多くの音が完成	なんのこと?などと意味を尋ねる しっとり遊びができる 文字に関心を持つ

7-11 乳児の聴覚言語発達チェックリスト（0か月～15か月）

月 齢	チェック項目
0 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・突然の音にビクッとすする。(Moro 反射) ・突然の音に眼瞼がギョッと閉じる。(眼瞼反射) ・眠っているときに突然大きな音がすると、眼瞼が開く。(覚醒反射)
1 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・突然の音に、ビクッとして手足を伸ばす。 ・眠っていて突然の音に、目をさますか、泣き出す。・眼が開いているときに急に大きな音がすると、眼瞼が閉じる。 ・泣いているときか、動いているときに声をかけると、泣き止むか、動作をとめる。 ・近くで声をかける（又はガラガラを鳴らす）と、顔をゆっくり向けることがある。
2 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・眠っていて急に鈍い音がすると、手足をビクッと動かしたり、まばたきをする。 ・眠っていて、子どものさわぐ声、くしゃみ、時計の音、掃除機などの音に、眼をさます。 ・話しかけると、アーとか、ウーと声を出して喜ぶ（又はにこにこする）。
3 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・眠っていて突然音がすると、眼瞼をビクッとさせたり、指を動かすが、全身がビクッとなることはほとんどない。 ・ラジオの音、テレビの音、コマーシャルなどに、顔（又は眼）を向けることがある。 ・怒った声、やさしい声、歌、音楽などに、不安そうな表情をしたり、喜んだり、いやがったりする。
4 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・日常のいろいろな音（玩具、テレビの音、楽器音、戸の開閉など）に、関心を示す（振り向く）。 ・名を呼ぶとゆっくりではあるが顔を向ける。 ・人の声（特に聞きなれた母親の声）に振り向く。 ・不意の音、聞きなれない音、珍しい音に、はっきり顔を向ける。
5 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・耳もとに目覚まし時計を近づけると、コチコチという音に振り向く。 ・父母や人の声などをよく聞き分ける。 ・突然の大きな音や声に、びっくりしてしがみついたり、泣き出したりする。
6 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・話しかけたり、歌をうたってやると、顔をじっと見ている。 ・声をかけると意図的にサッと振り向く。 ・テレビやラジオの音に敏感に振り向く。
7 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・となりの部屋の物音や外の動物のなき声などに、振り向く。 ・話しかけたり、歌をうたってやると、口もとをじっと見つめ、ときに声に出して答える。 ・テレビのコマーシャルや番組のテーマ音楽の変わり目に、パッと振り向く。 ・叱った声（メッ！コラッ！など）や近くで鳴る突然の音に、驚く（又は泣き出す）。
8 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・動物のなき声をまねるとキャツキャツといって喜ぶ。 ・機嫌よく声を出しているときまねてやると、またそれをまねて、声を出す。 ・ダメッ！コラッ！などという、手を引っ込めたり、泣き出す。 ・耳もとに小さな音（時計のコチコチ音など）を近づけると振り向く。
9 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・外の色々な音（車の音、雨の音、飛行機の音など）に、関心を示す（音の方にはっていくか、見まわす）。 ・「オイデ」、「バイバイ」などの人の言葉（身振りを入れずに言葉だけで）に、応じて行動する。 ・隣の部屋で物音がたてたり、遠くから名を呼ぶとはってくる。 ・音楽や、歌をうたってやると手足を動かして喜ぶ。 ・ちょっとした物音やちょっとでも変わった音がすると、ハツとして向く。
10 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・「ママ」、「マンマ」、「ネンネ」など人の言葉をまねて言う。 ・気づかれぬようにしてそっと近づいて、ささやき声で名前を呼ぶと、振り向く。
11 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・音楽のリズムに合わせて身体を動かす。 ・「……チョウダイ」というとそのものを手渡す。 ・「……ドコ？」と聞くとそちらを見る。 ・隣の部屋で物音がすると、不思議がって、耳を傾けたり、合図して教える。
12～15 か月児	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単な言葉によるいいつけや要求に応じて行動する。 ・目、耳、口、その他の身体の部位をたずねると指をさす。

7-15 耳鳴りのに関する質問表

(慶応義塾大学 耳鼻咽喉科作成)

引用：日医雑誌 第134巻第8号

耳鳴りによる心理的苦痛度・生活支障度を評価するための質問紙で、原法は1996年に Newman らにより発表され、THI のスコアが50を超える場合は、心理治療が有効ではないかと考えられます。

THI (Tinnitus Handicap Inventory)

この質問表は、耳鳴りがあなたにどのような障害を引き起こしているか調べるためのものです。各質問で、当てはまる箇所に○印をつけてください。

質 問 事 項	よくある	たまにある	な い
1. 耳鳴りのために物事に集中できない。	4	2	0
2. 耳鳴りが強くて人の話が聞き取れない。	4	2	0
3. 耳鳴りに対して腹が立つ。	4	2	0
4. 耳鳴りのために混乱してしまう。	4	2	0
5. 耳鳴りのために絶望的な気持ちになる。	4	2	0
6. 耳鳴りについて多くの不満を訴えてしまう。	4	2	0
7. 夜寝るときに耳鳴りが妨げになる。	4	2	0
8. 耳鳴りから逃れられないかのように感じる。	4	2	0
9. あなたの社会的活動が耳鳴りにより妨げられている。 (例えば、外食をする、映画を観るなど)	4	2	0
10. 耳鳴りのために挫折を感じる。	4	2	0
11. 耳鳴りのために自分がひどい病気であるように感じる。	4	2	0
12. 耳鳴りがあるために日々の生活を楽しめない。	4	2	0
13. 耳鳴りが職場や家庭での仕事の妨げになる。	4	2	0
14. 耳鳴りのためにいらいらする。	4	2	0
15. 耳鳴りのために読書ができない。	4	2	0
16. 耳鳴りのために気が動転する。	4	2	0
17. 耳鳴りのために家族や友人との関係にストレスを感じる。	4	2	0
18. 耳鳴りから意識をそらすのは難しいと感じる。	4	2	0
19. 自分ひとりで耳鳴りを管理していくのは難しいと感じる。	4	2	0
20. 耳鳴りのために疲れを感じる。	4	2	0
21. 耳鳴りのために落ち込んでしまう。	4	2	0
22. 耳鳴りのために体のことが心配になる。	4	2	0
23. 耳鳴りとこれ以上付き合っていけないと感じる。	4	2	0
24. ストレスがあると耳鳴りがひどくなる。	4	2	0
25. 耳鳴りのために不安な気持ちになる。	4	2	0

8-1 睡眠時無呼吸症候群 (Sleep Apnea Syndrome : SAS)

・無呼吸とは10秒以上の呼吸停止と定義され、この無呼吸が睡眠1時間あたり5回以上又は一晩(7時間)の睡眠中に30回以上ある方は睡眠時無呼吸症候群と診断されます。

厚生省では睡眠1時間あたりの低呼吸数が20回以上おこる場合では、5年後の生存率は84%と報告しています。

・睡眠時無呼吸症候群は、睡眠中に呼吸が止まった状態(無呼吸)が断続的に繰り返される病気です。その結果睡眠が十分にたえず、日中に眠気、集中力、活力に欠ける、居眠りがちになるので、居眠り運転で事故や重大事故などを起こしやすくなります。70-80%が肥満で、いびきはほぼ100%で、他人による呼吸停止が観察されます。

8-2 エプワース眠気尺度 (Epworth Sleepiness Scale : ESS) 暫定版

「成人の睡眠時無呼吸症候群 診断と治療のためのガイドライン」から引用 平成17年7月あなたの最近の生活で「うたた寝」をしたり、寝入ったりすることがありますか？

質問のような状況になったことがなくても、その状況になればどうなるかを想像してお答えください。

0点=決して眠くならない。 1点=まれに眠くなる。

2点=時々眠くなる。 3点=だいたいいつも眠くなる。

質問事項	選択点数			
1. 座って本を読んでいるとき	0	1	2	3
2. テレビを観ているとき	0	1	2	3
3. 公共の場所(会議、劇場など)で、座って何もしていないとき	0	1	2	3
4. 他人の運転する車に、休憩をとらないで1時間以上同乗しているとき	0	1	2	3
5. 午後の用事のない時間に、横になって休んでいるとき	0	1	2	3
6. 座って誰かと話をしているとき	0	1	2	3
7. 飲酒をしない昼食後に、静かに座っているとき	0	1	2	3
8. 自分で車を運転中に、渋滞や信号で数分間、とまっているとき	0	1	2	3

質問1～8の合計点数が11点以上は陽性で、10～5点は擬陽性で、5点未満は陰性です。

エプワース眠気尺度の合計点数は、日中過眠(EDS)の評価を示しています。日中過眠(EDS)の評価が陽性で、睡眠薬・安定剤などの服用、深夜勤務、ナルコレプシー等の原因がなければ、閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)を疑います。

8-3 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置治療

参照：D237-2 終夜睡眠ポリグラフィ (本文P26参照)

[点数表改定のポイント：保団連・平成18年]

睡眠時無呼吸症候群には中枢性、閉塞性、混合性の3型があります。平成16年度から患者は、無呼吸の程度により歯科の医療機関で口腔内装置治療を受けることができるようになりました。

医療機関は脳波を含む終夜睡眠ポリグラフィ (Poly Somno Graphy : PSG 検査) で、閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (Obstructive Sleep Apnea Syndrome : OSAS) と診断し、無呼吸指数でも口腔内装置治療が有効と診断された患者を、歯科の医療機関に文書で診療情報を提供すると共に診療情報提供を算定します。ただし、携帯用装置で診断した場合は、PSG 検査での確定診断が必要です。

歯科の医療機関は、情報提供書を基にして、紹介患者の「睡眠時無呼吸症候群用の口腔内装置」(スリープスプリント：睡眠時に下顎の下方移動を防止するマウスピース)を作製します。

この装置は「I107床副子」(簡単1,500点、困難2,000点)を準用し算定されます。

* 診療情報提供書への記載事項 (医科 → 歯科) 「日本口腔外科学会の指針」

1. 終夜睡眠ポリグラフィ (PSG 検査) の結果で閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (OSAS) と診断した。
2. OSAS 以外の適応疾患 [混合型、上気道抵抗症候群等] の場合は、口腔内装置治療の合理性を記

載する。

3. PSG 検査の結果 [無呼吸・低呼吸指数 (AHI)、経皮的動脈血酸素飽和度 (SPO₂)、睡眠構築の分析データ等] を記載か添付する。

4. 上記の内容以外に、既往症、現病歴、治療内容が記載することが望ましい。

9-1 大まかな面積の基準

皮膚科光線療法、創傷・熱傷処置

・100平方cm → フロッピーディスク 9×9cm = 81平方cm

・500平方cm → A4のコピー用紙(短い端) 21×21cm = 441平方cm

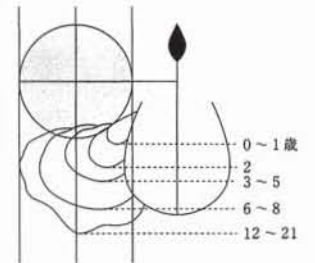
・成人の人差し指の指先から第1関節まで、口径5mmのチューブからその長さで約0.5g。

9-2 上顎洞の解剖学的発育状況

(本文55参照)

・東邦大学 名越教授は「耳鼻咽喉科学」1960年で、上顎洞は出生直後に前後7～8mm、高さ4～6mm、幅3～4mmの洞の形態をなし、洞は6歳頃まで急速に発育し、9歳以後は発育が緩慢となると記載している。さらに、Schaefferの解剖学的計測を基にして洞の発育と顔面の周囲との相対的な大きさから、年齢による上顎洞の発育状況の図を提唱された。

・「THE PARANASAL SINUSES anatomy and surgical technique」1973年によれば、出生時に前後7mm、高さ4mm、幅4mmの洞として存在し、高さとは同じ長さであった。生後から頭蓋骨の顔の構造が前下方に発育するにつれて、上顎洞も同じ方向に伸展する。上顎洞の毎年の成長率は概算で前後に3mm、高さ2mmづつ伸展する。順調に発育して、12歳には、上顎洞底は鼻腔底と同じ位置になる。



9-4 トリクロール酢酸下鼻甲介化学制手術

引用：中村耳鼻咽喉科 中村晶彦

・80%トリクロール酢酸作成法 病院薬局製剤探索システム

調整法：用量トリクロール酢酸80gを蒸留水に溶解し、全量を100mlとして製する。

容器および貯法：遮光、冷所保存

注意：薬価基準収載品目ではないので、医薬品副作用被害救済制度の対象外となるので、取扱いには慎重に。

・手技の実際

5,000倍アドレナリン加4%リドカインを浸したガーゼを鼻腔内に挿入し、約15分表面麻酔を行う。細巻きにした綿棒にトリクロール酢酸溶液を浸し、両側下鼻甲介に塗布する。塗布後に原液は重曹で中和するが、筆者は生理的食塩水で中和し、デキサメサゾン軟膏を可及的に塗布する。

9-5 胃内異物の自然排出時間について

「異物症の回顧」山川強四郎 (大阪大学耳鼻科) 日気食会報 1970; 21: 260より引用
平成18年度の改定で、食道異物摘出術K523の直達鏡又は内視鏡 (=ファイバースコープ) の項目が削除されたことは耳鼻咽喉科医の専門性が否定されたようで口惜しい。昭和45年に気食の総会で「異物症の回顧」の特別講演を聞いたことを思い出したので、以下の内容をまとめた。

1. 胃内異物の自然排出時間

医師が胃に入った貨幣は24時間内外で便と共に無難に排出されることを知っていたら、開腹術で取り出そうと考えることはないはずであるが、40年位前に外科の開業医がレ線検査で1銭銅貨を胃に入っているのを確認して、直に開腹術で貨幣を取りだし順調に治癒したことを某大学同窓会誌に投稿

していた。

以下は、胃に落ちた時刻と便に排出した日時が正確に分っている症例66例の経験例からの統計である。

- ・貨幣の大きさは大小あるが、排出迄の時間はむしろ胃に落下した時刻と排便習慣の時刻に関係することが多く、例えば夕刻に飲んだ場合には翌朝に排出することが多く、その刻に出なければ次の排便時に出ることが多い。
- ・貨幣の大多数は、15時間～24時間内外、2日（少数）、4日後（1例）で排出される。
- ・碁石は、1日（2例）、2日（1例）、4日（1例）で排出される。
- ・上衣釦（各1例）は、3日半、4日、6日で、4才2才1才と年齢が幼い程遅く排出される。
- ・待針は、1日、1日半（2例）、2日、22日で排出される。例外は、男1年4カ月が、腹痛を訴えたので、小沢外科で開腹術施行後に、十二指腸を貫通し肝臓を刺さっていることが分かった。
- ・義歯は、36～54時間で4例共排出された。
- ・以下は各1例が主なものである。

畳紙：18時間半（男10カ月）・24時間（1才女）。梅の種子：20時間余。帽子釘：22時間半。

押ピン：24時間。根管リーマ（大人）：24時間・35時間。時計硝子破片（9片）：48時間。

鍼力笛（各1例）：3日・3日半。吹矢針：4日。6.8cm鼻トナル棒：11日。色々の玩具：2日位。

最長時間は、革製裁縫指輪（1才女、1例）：46日がある。

2. 食道異物と食道癌

10症例（47～92才）の経験例の提示され、成人の食道異物患者が来院したら、異物を摘出して終了とするのではなく、再度内視鏡を挿入して癌や狭窄等の病変の有無を確認することが必要であると強調された。

9-6 誤嚥防止のための注意

- ・食事摂取時の姿勢は誤嚥防止のために前屈位を取りましょう。
（舌背面と床とが平行になるように）
- ・一口の量は少な目にして、ゆっくり嚥んで飲み込みましょう。
- ・ゆったりと落ち着いて一口一口を味わいましょう。
- ・口の中の物は全部飲み込んでから、その次を入れましょう。
- ・「おまけ」の飲み込みをもう一回しましょう。
- ・むせた時は、咳で出しましょう。

9-7 正しい発声方法

正しい発声方法を身につけることは、音声障害を治すだけでなく、その予防のためにも大切なので、以下の項目を参考にしてください。

1. むやみに叫んだり、金切り声や大声をあげたりしない。
2. 咳払いなどは必要最小限にとどめる。
3. うら声や、高すぎたり低すぎたりするような無理な発声で話をしない。
4. うるさい場所で会話をしない。
5. かぜの時はできるだけ会話をしない。
6. 思うように声が出ない時は、無理に話をしない。
7. 自分に最も適した大きさ、高さ、速さで話す。

その他、遠くの人には声をかけないで、相手に近づいて話をする。低い気温や乾燥した場所に行く時はマスクをするなども実行するとよい。

引用：日本学校保健会「声と話しことばの健康」

9-8 しゃっくり（吃逆）の止め方

引用：インターネット

1. 鼻咽喉頭刺激法（吃逆反射弓の求心路を抑制）
 - ・舌を引っ張る
 - ・咽喉反射の消失（ボスミン入りキシロカインを咽喉頭巻綿子に浸し、舌根部に塗布し反射が消失するまで痲酔する。）
 - ・氷水を少量ずつ飲む
 - ・外耳道の圧迫
 - ・微量の食用酢を鼻から入れる
2. 迷走神経刺激法
 - ・眼球圧迫
 - ・Valsalva 手技（深呼吸後に息こらえをする）
 - ・頸動脈洞マッサージ
 - ・手指による直腸マッサージ
3. 血中二酸化炭素濃度を上昇させる方法（CO₂上昇が吃逆反射を抑制）
 - ・ペーパーバッグ法（紙袋で口と鼻を覆い、その中で呼吸する。自分の呼吸を再び吸う結果、血液中の二酸化炭素濃度が上昇する）
4. 横隔神経刺激（横隔膜圧迫刺激）
 - ・膝を胸部に引き寄せたり、前屈みになって胸を圧迫する
 - ・横隔膜の付着部を圧迫する

9-9 例年（10年平均）のスギ花粉前線



9-10 鼻アレルギーの分類

	期 間	原 因
通年性鼻アレルギー	一年中	ダニ、ハウスダストが主、他にネコ、イヌ等のペットの毛
季節性鼻アレルギー	季 節	1～4月：スギ、4～5月：ヒノキ、初夏：カモガヤを中心としたイネ科植物、晩秋～秋：ブタクサ、ヨモギ等のキク科植物の花粉

参考文献) 薬局51(10)：2173-2182

9-10 花粉症起因植物の開花期

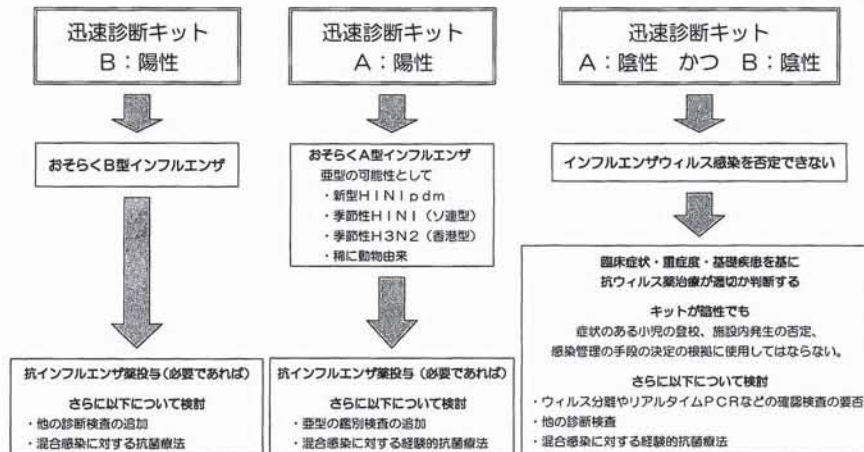
植 物 名	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
ハンノキ属												
スギ												
ヒノキ科												
イネ科												
コナラ属												
ギンギシ												
ヒメガメ												
コガマ												
ブタクサ属												
ヨモギ属												
カナムグラ												
セイタカアワダチソウ												

参考文献) medicina 37(2)：205-207, 2000

9-11 インフルエンザ流行期におけるインフルエンザ迅速キットの検査結果解釈のフローチャート

新型インフルエンザの診断と治療

日医雑誌第138巻第8号 平成21年11月



注) 平成22年は変更されるかもしれない。

9-12 タミフルカプセルをタミフルドライシロップと同一含量に調製方法(分2で5日分)

患児の体重	11.25kg	15kg	18.75kg	22.5kg	26.25kg	30kg	33.75kg	37.5kg
タミフルカプセル75の 脱カプセル数	3 cap	4 cap	5 cap	6 cap	7 cap	8 cap	9 cap	10cap
(オセルタミビル総含量)	(225mg)	(300mg)	(375mg)	(450mg)	(525mg)	(600mg)	(675mg)	(750mg)
全量が右記量になるよう賦形	7.5 g	10 g	12.5 g	15 g	17.5 g	20 g	22.5 g	25 g

●この散剤を服用する場合の助言

オセルタミビルは大変苦いので、保護者に砂糖などを加えることを十分説明する。

・飲みやすくするための工夫：この薬と一緒に飲んだとき、苦く感じにくいもの：

チョコアイス、ヨーグルト、イチゴ味ヨーグルト、ココア、オレンジジュース、スポーツドリンク

・一緒に飲むと味が変化し、飲みにくくなるもの：

乳酸菌飲料、バニラアイス、りんごジュース

●医科レセプト(院内処方)、調剤レセプト(院外処方)の摘要欄の記載方法

「タミフルドライシロップ不足のため」等のやむを得ない事情を記載。

●自家製剤加算(保険薬局)、院内製剤加算(保険医療機関)の算定

タミフルカプセルに賦形剤を加えて散剤に調剤した場合、保険薬局は自家製剤加算を算定できる。

また、入院中の患者に同様の投薬を行った場合は、保険医療機関は院内製剤加算を算定できる。

9-13 インフルエンザ予防接種と保険診療との同時実施

平成21年10月18日「ワクチン接種事業に関する質問と回答」

「予防接種は、疾病又は負傷に対する治療ではなく、保険診療とは別に提供されるものである。したがって、基礎疾患を持つ者の保険診療と新型インフルエンザワクチン接種を同時に実施した場合でも、いわゆる混合診療にはあたらない。」とされている。この解釈によれば季節性インフルエンザも同様に扱うことができるが、カルテは保険診療用と自費用の2種類を準備する。

9-14 インフルエンザ脳症

インフルエンザ脳症とは、主に5歳以下の乳幼児に発症しやすいが、10歳以降でも発症する。すべてのインフルエンザウイルスで発症するが、発症率はA/H3香港型が高い。神経症状は発熱から24時間以内に出現することが多いが、それ以降でも発症する。主な初発神経症状は、痙攣、意味不明な言動、急速に進行する意識障害があげられる。頭部CTやMRI検査で、微慢性脳浮腫が見られ、肝機能障害、血液凝固障害(DIC)を併発することもある。

原因は明らかではないが、解熱剤の投与でそのリスクが上昇すると言われている。危険性を指摘されている解熱剤としては、アスピリンや、非ステロイド系消炎剤のメフェナム酸、ジクロフェナクナトリウムがある。

小児のインフルエンザと解熱剤

	一 般 名	商 品 名
使用可能なもの	アセトアミノフェン	カロナール、アニルメ、アンヒバなど
使用してはいけないもの	アスピリン	バファリン、バツサミンなど
	メフェナム酸	ボンタール、メフェナムサンなど
	ジクロフェナクナトリウム	ボルタレン、アデフロニックなど

日医雑誌 第138号平成22年1月

10-1 医事紛争を起こさないために (平成16年)

岐阜県医師会医事紛争委員会委員長 伏屋道夫

I 基礎知識

1. 医事紛争とは、医療者側と患者側の間で起きたすべてのトラブルのことをいう。
その内容は、医療事故によるものとは限らず、たとえば、医療費が高すぎる、診療内容や検査に不満がある、医師・看護師・コ・メディカルなど職員の態度が悪いといったような感情的なトラブルまでも含まれる。
2. 医療事故とは、医療（診察、治療、検査、看護等）に関連して発生したアクシデントである。
3. 医療過誤とは、医師をふくめた医療従事者の過失・ミスによって損害が生じることをいい、医療者側の法的責任を伴うものである。

II 医事紛争を起こさないために

1. 受付の対応
 - ・患者が医療機関と最初に接触するのが受付窓口で、最後に立ち寄るのも受付窓口である。よって粗雑な対応が紛争の原因となる事がある。
 - ・患者の名前を呼ぶ時はフルネームで呼ぶ。(患者の取り違えの防止)
2. 診察および診療
 - 1) 問診
 - ・診療行為は問診に始まる。
 - ・問診票はあくまでも補助手段であり、医師が専門知識を前提に患者に質問することによって票の記入事項を補正し、患者から正確な回答を引き出すことが必要である。
 - ・薬剤の副作用に関する医事紛争では、問診をしたかどうか争点になるので、多忙なあまり問診を省略することがないように。
 - 2) 診療録
 - ・POS (problem-oriented system) で書く事が望ましい。
 - ・診療録は治療の完結日より5年間保存しなければならない。
 - 3) 診察
 - ・診察態度は誠実・厳正・親切であることが、紛争を起こさないための基本条件である。
 - ・前医に対する批判的な発言をしない。
保険医療の気安さから簡単に転医する患者も多いが、患者は前医に多少なりとも不満があつて転医したので、後医が前医の医療に対して批判めいた事を言えば患者はこれを信じてしまう。これが紛争のきっかけを作る。また、前医での受診時は患者の症状や所見が十分に揃っていないので、確実な診断はできない。しかし、後医での受診時は全ての症状や所見が出揃った後なので、当然診断が確定し易い。これを踏まえて前医の診断について軽率な発言をすることは控えた方がよい。
 - ・患者の訴えを軽視しない。
くどくどと色々な症状を訴える患者には、いちいち対応するのが面倒になりがちであるが、何か異常がある場合も考慮に入れて要点をこちらから引き出すよう納得するまで聞いてやる。これを軽視すると、その後他医でその患者の訴えに沿った診断・治療がなされた場合に問題が起きやすい。
 - ・転医の義務 (保険医療担当規則第16条)
診断に自信がなかったり、自分の手におえないと判断した時は、専門医を紹介するなどして患者の為になるような方策を講ずるべきである。もし、結果が悪ければ責任を追及される場合がある。
 - ・慢性疾患で症状が安定している患者であっても、時には全体的にチェックを行う。
 - 4) 検査
 - ・必要にして十分な検査を行う。

一般に行われている検査をしなかった事によって診断が遅れ、不幸な結果が生じた時は紛争となる事がある。

- ・侵襲性のある検査は十分な説明と同意を得る。
 - ・長期に投薬の場合は、副作用をチェックするためにも時々検査を行う。
 - ・妊娠の可能性がある場合のX線の検査は慎重にする。(月経開始日から10日以内はよい)
 - ・術前検査は念を入れて。
- 5) 投薬
 - ・能書や添付文書に常に目を通しておく。
 - ・特異体質に対する注意。
 - ・処方内容の説明。
 - ・他の医療機関の処方との重複投与の注意。
 - 6) 注射
 - ・注射の取り違えに注意。
 - ・皮下注射・筋注の部位の確認。
 - ・静脈注射は寝かせて患者の様子を見ながらゆっくりと行う。
 - ・注射の場合はショック死に結びつく危険があるので事前の問診、テストは十分に。
 - 7) 手術
 - ・たとえ小さな手術であっても十分な説明と承諾を。たとえ耳痛が強く鼓膜切開の適応であったとしても患者が付き添いが手術をいやがれば無理強いしない。
 - ・従来の手術同意書にみられたような「いかなる結果が起こっても一切の異議申し立てを言ったりしない」というような同意書は無意味である。
 - 8) 診療態度
 - ・患者は自分の病気に過敏になっている。診療内容を十分に説明し、理解、納得させる様に常に心掛ける。
 - ・患者の質問に対し「そんな事を聞いて何になる」とか「医者に任せておけばよい」などと叱り付けるような態度は良くない。
 - ・患者には冗談の通じない人もいるので、軽い気持ちで言った取るにたらない一言で「見下げられた」「いいかげんにあしらわれた」と受け取り、それが紛争の引き金になることもある。

III 診療録記載の留意点

1. 医師自身のメモであってはならない。公的文書である。
2. 診療の都度遅滞なく記載する。
3. カルテを記録する時には毎回日時を記入する。
4. 他人が読みやすい記録を心掛ける。出来れば日本語での記載を心掛ける。訴訟時には英語、ドイツ語、略語等はすべて日本語に直さなければならない。自分勝手な略語は使わない。
5. 患者の訴えや心配事をきちんと記録する。その訴えに対してしっかりと受け止めて対応した事が分かるようにしておく。
6. 色々な意味に取れるようなあいまいな言葉で記載しない。
7. 客観的なデータや事実を記録する。そのデータは診断や治療に対する結論を裏付けるものである。他人が読んで、なぜそういう診断に至ったのかが容易に解るようでなければならない。
8. 患者の性格や態度について批判的な意見を記録しない。
9. 他の医師の診療行為に対する批判、事故の可能性を示唆するよう表現は決して書いてはならない。
10. 悪い結果が生じた場合は、事実には忠実にかつ言葉に注意して記録すること。
11. 処方内容、投薬日数、薬品名 (%、mL、g まで)、服用方法、外用では使用方法、処置内容、手術名、指示事項、指導内容等を診療の都度詳細に記載する。
12. 正常所見であっても記載する。書いてないということは見えてないことと同じである。
13. インク又はボールペンで記載 (図示の為の色鉛筆、ゴム印の使用は可) し、訂正には必ず横1本あるいは2本線で訂正し、修正液を使用してはならない。訂正日時も記入した方がよい。

14. 記録内容の変更（削除、追加等）時には必ず理由と日時を記入する。
15. 口頭指示は24時間以内にカルテに記載する。電話で患者に与えた指示、説明は必ず記録しておく。
16. 複数の医師が記載する場合は、記載者のサイン（読めるサイン）が必要。
17. レセプト病名を付けない。診療内容と病名に整合性があること。
18. 保険診療と自費診療は診療録を分けて記載する。

10-2 医事紛争発生時の対応（患者さんへの説明）

参考資料：日経メディカルオンライン：ケースに学ぶトラブル対策講座

1. 説明する担当者。

患者側に説明する担当者は医事紛争に関係する医療行為を行った人ですが、状況によっては医療行為を行った人が動揺しているために、フォローする人が必要となる場合があります。後で「言った、言わない」の争いを防止するために、その医療者の上司や看護師などの第三者が同席することが望ましいと考えます。

2. 説明する内容。

事故直後の時点では不明な点も少なからずありますので、「その時点で分かっている事実や経過」と説明するだけでなく、最近では、患者のつらさに共感して遺憾の意を示す「共感表明」と、過失を認める「責任承認」という謝罪内容になりました。具体的には、事故が発生したら、まず過失の有無とは別に、「期待に沿えなくて申し訳ありません」と共感表明し、迅速な原因究明を約束する。そして、もし過誤が明らかになったら、「ミスがありました。申し訳ありません」と責任承認をします。

3. 具体的な説明の注意点。

注意することは、分かっていること（事実）と、そうではなく推測に基づくことをはっきりと区別して説明します。この時点で推測に基づくことは、検証を経たものではなく、後で覆ることも十分にあり得ますので、説明には十分に配慮します。医師が「推測や可能性にすぎない」と認識していることを、患者側は「確定している事実」と誤解してとらえることはしばしば見受けられ、両者の認識のギャップは思いのほか大きいことがあります。また、推測に基づくことを「事実」と誤解されかねないように説明し、後でこれを覆すと患者側の納得を得ることは難しく、かえって無用の不信感を生み、さらにそれがトラブルへと発展する可能性があることを常に頭に入れておくことが大切です。もし、この時点で患者側から死因について質問された場合は、その時点で考え得るものを説明すると共に、「現時点では解剖や医学的検証も行っていないので、原因は特定できません。後日検討の上でご回答いたします。解剖や医学的検証の結果、本日ご説明したことが変わるかもしれません。」と明確に断っておくことが重要です。

4. 死体解剖を勧める。

この時点で、死因が考えられたとしても特定はできませんので、そのことを十分に説明した上で、解剖を勧める必要があります。最近では、医療側における死因説明義務が議論される時代になってきましたので、解剖を勧めた経過をカルテに記載します。

5. 患者側から謝罪を求められた場合の対応。

患者に悪しき結果が発生している以上、医療者としては「最善の努力をしたつもりですが、このような結果になってしまい残念です。」とか、「最善の努力をしたつもりですが、ご期待に添えない事態になってしまいますみません。」という程度の発言は道義上すべきですが、この道義的責任と次の法的責任は異なります。

6. 患者側から法的責任の有無を問われた場合の対応。

この時点ではまだ解剖の結果や医学的検証および法的評価はなされていないので、「後日検証を行い、さらに法律の専門家とも相談の上で、回答いたしますので、少し時間をいただきたい。」という旨の回答をします。判りやすく言えば「なぜこのようなことになったのか、なぜこのようなことを防げなかったのかについて、きちんと調査し、その結果をお知らせしますので、少し時間をいただきたい。」となります。法的責任の有無は、まず事実を確定し、それに対して医学的評価を行い、最後に法的評価を行って初めて結論が出てきます。法的責任は、悪しき結果が発生したら、直ちに生ずる

ものではなく、その悪しき結果が過失により引き起こされた場合にのみ発生します。

7. 説明した内容を書類に記載。

説明した内容、説明担当者や同席者の氏名、相手方の氏名、説明した年月日や時間などを、カルテや看護記録に記載します。その際、説明した内容を記載する場合に、分かっていること（事実）と、そうではなく推測に基づくことを明確に区別することが大切です。

10-3 医療面接の解説

江崎俊夫 岐阜市医師会だより 平成20年11月

日医ホームページにある日医生涯教育 on-line のラーニング教材「医師・患者関係とコミュニケーション」を受講し、さらに「医師・患者関係とコミュニケーション」は「医療面接」と同義語であることを知り、インターネットで医療面接の意味を調べた。

○ 問診と医療面接の相違点

従来の問診では一問一答形式で会話を進め、患者の訴えや病歴などの情報を収集し、これに身体的な所見を加えて、診断をしていたが、近年はこれに加えて、人間として患者に接し信頼関係を築きながら診断する「医療面接」が実施されるようになってきた。

問診では、医師が患者に「いつから痛みますか?」とか「ここが痛みますか?」と一方的に質問をすると、患者は聞かれたことに対して「いつ」とか「はい・いいえ」としか答えられない。これでは患者の気持が置き去りにされている。医療面接の考え方は「その痛みについて、詳しくお話していただけますか?」と患者に尋ねるので、患者は医師に遠慮することなく自分の言葉で自由に話をすることができ、同時に患者は自分の体調の問題点を理解してもらえたという満足感が生まれ、医師と患者との間に信頼関係が成立する。

*次に示す例は患者と医師との外来での会話である。

- ・患者：頭痛は（乳癌の）手術をしたことと関係がないのでしょうか？
 - ・医師：検査結果では特に異常がありませんし、頭部CT検査でも異常がありません。だから、心配はいりませんよ。
 - ・患者：では、頭痛の原因は一体なんなのでしょう？
 - ・医師：とりあえず、薬を出しますから様子をみましょう。
- これに似た会話は医療現場で見られることがあるが、医師が患者の頭痛に関する質問に満足のいく返答をしていない。もし、原因が明らかでなくても、医師が頭痛の見解を伝えた上で、「薬で様子をみましょう。」と答えれば、医療面接の基本に沿っていることになる。

○ 医師が患者に質問する方法。

患者の訴えや病歴などの情報を収集しようとするときに質問の仕方によって患者の話し方が異なってくる。

1) 直接的質問法（closed question）

「頭痛はありますか?」、「食欲はありますか?」、「それは何日前からですか?」：直接的質問法は、従来の問診で用いられていたが、患者は簡単な返答しかできないので、詳しい情報を伝えることができない。

2) 多項目質問法（multiple choice question）

「痛みは右ですか? 左ですか? それとも真ん中ですか?」：多項目質問法は、要領を得ないような患者には止むを得ず用いるが、医師が選択項目を限定するので、その項目が適切でなければ間違った情報を把握する危険がある。

3) 開かれた質問法（open-ended question）：

「どうされましたか?」、「今日はどのような事で来られましたか?」、「もう少し詳しい話をしていただけますか?」：開かれた質問法は、患者が自由に話をすることができるので、訴えや最も重要だと思っていることを話すことができる。

4) 重点的質問法（focused question）

・「どのような痛みか、もう少し詳しく話してください。」：重点的質問法は、訴えの問題点を具体化していくことができる。

5) 中立的質問法 (neutral question)

・「なるほど、それで。」「とおっしゃいますと。それは、どういうことですか？」：中立的質問法は、医師の意見や考えをはさまないようにして、患者に話を促す。

○ 医師の患者に対する態度

医師が患者にどのような態度で接しているかが会話で大切な役割を果たしている。

1) 評価的態度

・患者：先生、検査のことが気になって、どうも落ち着かないです。
・医師：この検査は子供でもやりますよ。そんなに心配していたら、お子さんに笑われますよ。

評価的な態度は、大勢の医師が医療現場で無意識に行っている傾向があるが、患者の訴えに、医師自身の評価基準で「適・不適」、「善・悪」、「効果がある・なし」という判断や評価をし、それを患者にすぐに伝える態度となる。最後には「そんな考えをはいけない。」あるいは「こうすべきだ。」といった説教をする。この会話のように、患者が検査に対する不安を聞いてもらおうとしているのに評価されては、それ以上会話が進まなくなり、その結果、医師は情報を得ることができなくなり、患者もこの医師は自分を理解してくれないと感じて、信頼関係が成立しない。

2) 解釈的態度

・患者：朝から腹痛がして、しかも気分が悪いのです。
・医師：昨晚は遅く、冷たい物を食べたのではないですか？

解釈的な態度は、医師が患者の感じ方や訴えに対して解釈をし、その内容を患者に伝える態度で、その解釈が実際には間違っていることも多く、信頼関係を築くには不向きである。

3) 調査的態度

・患者：家族は姑と夫と子供が二人です。
・医師：ご家族の中で何か問題はありますか。

調査的な態度は、微に入り細に渡って尋ねる態度です。医師がより多くの情報を得ようとすることは重要であるが、初めからこのような態度で望めば患者は戸惑うばかりとなる。従って詳細な情報を知りたいならば、2～3回目の面接で信頼関係が成立してから行ったほうがよいと思われる。

4) 逃避的態度

・患者：先生、私はもうダメなのではないでしょうか？
・医師：そんなことないですよ。・・・今、外来の診察室に行かなくてはいけませんので、また後で来ます。

現実にはこのような返答をする医師はいないが、逃避的態度は、痛など近い将来に死が避けられない患者との話を避けようとする態度で、このような場合に、「もうダメだと思うのですね。」と話し掛けると、患者は不安や心配などを話やすくなる。医師はこのように話し掛けると、患者が打ち明けたことを対処できないのではないかと危惧されるかもしれないが、患者は気分を少しでも楽にしたいために自分の不安な気持ちを聞いてもらいたいだけであって、何かをして欲しいと訴えている訳ではないとのことであった。

5) 支持的態度

・患者：胃の痛みが酷くて、夜に眠れません。
・医師：眠れないほど痛みますか。大変ですね。
・患者：胃潰瘍じゃないでしょうか？
・医師：どうしてそう思うのですか？
・患者：以前にも同じ様な症状で胃潰瘍でしたので。
・医師：そんなことがあったのなら胃潰瘍だと思うのも無理ないですね。

この会話では、ただ単に「あなたは、胃潰瘍を心配しているのですね。」と患者の気持を否定も肯定もせず、ただ受けとめているに過ぎない。しかし、患者は自分の気持を支持してくれたと感じるので、会話が続いていく可能性がある。しかし、次の会話では支持的態度も場合によっては、患

者への思いやりが強く出すぎて説得に繋がることがあるので、注意する必要がある。

・患者：看護婦さん、僕は、今度受ける冠動脈造影検査が怖くてたまらないです。万一の場合はどうしたらよいのですか？子供はまだ高校生と思うとじっとしていられないのです。
・看護婦：怖がるのも無理はありませんが、そんなに怖がらなくても大丈夫ですよ。検査する先生も腕がいいし、検査の失敗なんて考えられません。

この会話は患者が不安や恐れに襲われているとき、落ち着かせようとして「心配するな、大丈夫」、「あなただけではなく、誰でも」という言い方で、医療現場ではよく使われているが、これは医療関係者が患者の不安を軽減したり、恐れを緩和したりすることで、患者を説得していることになる。

6) 理解的態度

・患者：私は癌なのではないかと心配で。
・医師：そうですか。癌が心配なのですね。
・患者：ええ、こんなにどんどん悪くなるのは癌以外に考えられないと思います。
・医師：なるほど、確かに経過が長くなっていますから、そのようにお感じになるのも無理ないでしょうね。

このように、医師が患者の話に理解を示すことで安心感を与え、会話がスムーズに進行し、十分に情報を得ることができる。理解的態度は、医師が患者に対応するのに望ましい態度で、ただ単に理解するだけではなく共感的に理解することで、よりよい信頼関係が築かれる。さらに、医師が会話中に「会話を促進する方法」〔①アイコンタクト、②沈黙③相槌、うなずき、④確認（繰り返し・言い換え・うながす）〕を加えるとより効果的となる。

7) 5種類の態度別の応答例

※次に示す例は冠動脈造影検査を受ける前の50歳の患者と、主治医との会話である。

・患者：「先生、冠動脈造影って絶対大丈夫ですか。万が一ということはないですか？会社の同僚が検査の後で危ない状態になったものがいたものですから、恐くて。」

①評価的態度：「そんなに恐がっていたら、検査はできませんよ。しっかりして下さい。」

②解釈的態度：「あなたは恐いとおっしゃるけど、本当は、検査も受けずに早く退院したいだけでしょ。」

③調査的態度：「検査をして下さる〇〇先生は、どのようにおっしゃいましたか。」

④支持的態度：「怖がるのも無理ないですね。でも、最近は検査手技が上手になっているし、この検査でどうのこうのということは殆どありませんよ。」

⑤理解的態度：「恐くて、恐くてじっとしていられない気持なのですね。」

以上、5つの返答があるが、①②③は医師が勝手に評価・解釈・調査した態度なので、患者との信頼関係を築くことはできない。④は温かい同情的態度で、温情主義のようにみえるが、あくまで説得して落ち着かせようとする意図があるので、信頼関係を築くには不適切となる。⑤は相手の考え方や感情を、歪めずに正しい意味を汲み取っていかうとする態度で、信頼関係を築くには最も望ましい態度である。

○ 感情面への対応（共感の態度）

医師は患者の苦しい状態にある気持を汲み取ろうとするが、同情するのではなく客観的に見ていることを「共感の態度」という。共感 (empathy) とは「感情移入的」と訳されることもあり、患者の感情を理解できるということである。

※次に示す例は咳で来院した患者と医師との会話である。

・医師：最近の発作はどのような発作か、教えてください。

・患者：発作が起こると息が苦しくなり、咳が出ます。ひどいときにはもう死にそうになります。

・医師：そうだと病院で受診されていたのですか。

・患者：そうです。注射をしてもらって少し経つと、気持ちが落ち着いてきて痰が出始めます。すると、息がとつても楽になります。

・医師：そんな発作を繰り返しているというわけですね。

・患者：そうです。

・医師：それは大変ですね。

このように患者の気持を相手の身になって案じていることを伝えることは、信頼関係を築くのに最も重要となるが、医師には生まれつき共感の能力に乏しい人もいますので、このような場合には次の五つの方法を臨機応変に使用してください。

1) 反映

・患者が悲しい気持を説明しているときに、「あなたが大変な思いをしてきたことはよくわかりました」、「つらそうですね」、「お困りのようですね」と話し掛ける。怒っている患者には、「怒っていらっしゃるようですね。」ではなく「何かにイライラされているように感じますが。良ければお聞かせ下さいませんか？」と言う。気持の沈んでいる患者には、「絶望していらっしゃるようですね。」ではなく「気持が沈んでいるようにお見受けしますが。」と言う。反映とは、医師が患者の気持を感じ取って代弁する言葉で伝えることで、会話の途中であっても患者の感情に対応して話し掛けることである。

2) 正当化

・患者が自分の気持を説明している場合に、「あなたが大変な思いをしてきたことはよくわかりました」、「これでは誰だって困りますね」、「それは誰がみてもつらい状態ですね」などと言う。正当化は反映と密接に関連しているが、患者の感情面での体験を認め、その感情は医師にもよく理解できるし、妥当なものだと思ふと伝えて正当化することである。

3) 個人的支援

・「私にできることは最大限してさしあげたいと思っています」、「できる限りの事をしたいと思います」、「できるだけのことをしたいと思っています」と言う。個人的な支援とは、医師は患者を援助するためにいるので、患者を支えることを明確に伝えることである。

4) 協力関係

・「あなたの問題について、お互いに協力して解決策を見つけて行きましょう。」「これからもうしたら解決できるか、一緒に考えていきましょう。」「つらい時はいつでも連絡して下さい」と言う。協力関係とは、医師と患者が協力関係を築きながら、診断・治療にあたることを伝えることである。

5) 尊重

・「こんな状況で、よくここまでやってこられましたね」、「こんな状態でよく頑張って、こられましたね」尊重とは、患者に敬意を払っていることを伝えることで、患者が少しでもうまくやっていることを取り上げて誉めることで、患者は満足して病気に立ち向かう勇気が出てくる。

○ 話しやすい雰囲気を作る聴き方（傾聴）

医師と患者の会話をスムーズに行うには、どのような受け答えをするかが大切で、「きく」という漢字には「聞く」と「聴く」がありますが、その違いは、「聞く（hear）」は耳で音や声を感じ取ることの意味し、「聴く（listen）」は耳を傾け、注意して聞き取ることの意味する。さらに、患者の話をそのまま受け止めて聴くだけでなく、患者がより多くの話をするように、また話をすることで悩みや不安の整理がつくようになる聴き方がある。この聴き方を「傾聴」と言う。このように対応すると患者との会話が促進されるが、このときに医師は自分の意見を押し付けたり、医師自身の評価基準で批判しないようにする。

傾聴の方法には①アイコンタクト、②沈黙、③相槌・うなずき、④確認（繰り返し・言い換え・うながす）がある。

*アイコンタクト

会話は言語によって成り立つものではなく、それ以上に表情・身ぶりなどの非言語的な要素に大きな意味がある。心理学者 Mehrabian の研究結果によれば、人間同士の会話では、言葉以外の顔の表情や姿勢、ジェスチャーなどが55%、声の調子が38%、言葉は7%の機能という割合になっている。また、一般に、人と人が会話をするとき、目と目を見合って会話することは自然な成り行きである。アイコンタクトは、相手を一個人として認めるというサインを伝えていることになり信頼関係が築きやすくなる。医療現場では、忙しさのあまりカルテに目を奪われて患者の目を見ずに

会話をしてしまうことがあるので、注意が必要となる。

*沈黙

非言語的な要素には沈黙も含まれ、相手に関心を持っていることを態度で示しながら沈黙していると、患者は話がしやすく、訴えたいことを自分で整理しながら十分に話ができる。ただ寡黙の患者には有効な方法といえない場合もある。

*相槌・うなずき

・「うんうん」、「それで?」、「そうですか」、「なるほど」など。

医師が相槌・うなずきによって患者の話に反応すると、患者はとても話がしやすくなる。

*繰り返し

・患者：「～というわけで、とてもつらいのです。」

・医師：「とてもつらいですね」

繰り返しは、患者の訴えの大事な言葉の1、2語をそのまま繰り返すことで、「わかりました」の代わりに、「あなたの言われたことを理解できました」というメッセージを伝えることができる。しかし、患者の言っていることを本当に理解しないで機械的に言葉を繰り返す「オウム返し」は患者に不快感を与えるので、注意をする。

○ 意見が違う場合の話し合いの手順

意見が違う場合の話し合いの手順として、下記の項目に沿って面接を進めることが提唱され、LEARN modelと呼ばれている。

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| ① L : listen | 傾聴する |
| ② E : explain | 医師が診断について説明する |
| ③ A : acknowledge | 医師の考えと患者の考えの共通点と相違点を確認する |
| ④ R : recommend | 今後の方針を提案する |
| ⑤ N : negotiation | 今後の方針を協議する |

患者と意見が対立しそうになったら、話し合いがこの順序で行われたかを反省し、不備な点を補足する。また、当面の目標を患者との合意ではなく、共通点と相違点を互いに認識し合うことにすれば、対策も考えやすくなる。もし、物別れに終わったとしても、患者に正しい情報を提供し、誠実に対応したという印象を与え、信頼関係を保つことができるようになる。

○ 最後に

医療面接の内容は今までに受けてきた教育とはまったく別の概念であったので、項目の最初に会話の例文を示めてまとめた。今日のように患者の権利意識が増大した時代では、医師が共感の態度を示さなくても患者は遠慮することなく病気の話をするのではないかとも思った。最近、家族が中核病院で受診したときに医療面接講義を学習しているはずの若い医師の対応が悪かったという話を聞いたので、実際に実践することは難しいことを知った。さらに、詳細な内容を知りたい方は、以下を参照してください。

1. 医師と患者のコミュニケーション

著者：斎藤清二 発行所：日医総研 PDF P66無料：インターネットで探索

2. 医療面接の基本

著者：津田司 発行所：日経メディカル本 P165とビデオ 9,800円

10-4 医師紛争に関する事項のまとめ

江崎俊夫 平成20年11月

ただし、これらは個人的な見解で、法的に認められるかどうかを確認していない。

A：用語の解説

・医療事故：

医療行為の過程で予期しない不良な事態が発生し、患者さんに何らかの侵襲を来たした場合。

・医療過誤：

医療事故の原因が医療機関の診療上の過失によって生じた場合のみ。

・医事紛争:

医療事故あるいは医療過誤と誤解されることにより、患者さんと医療機関との間に人間関係の軋轢が生じた場合。

・証拠保全:

患者さんが裁判所を通して医療機関にカルテなどの開示を要求する。

・示談: 半年から1年後に起こることがある。

裁判所の関与がなくても紛争当事者が互いに譲歩し、その間に存在する争いを止めることを約する契約をいう。示談で合意された内容が、後日客観的事実と相違していると判明しても、示談を破棄できない。

・和解: 2年後に起こることがある。

裁判所が関与し、紛争当事者が互いに譲歩して紛争を解決し、訴訟を終了させる。和解は確定判決と同一の効力を持つ。

・訴訟: 5年後に起こることがある。

紛争の対立を法的に解決するために、裁判所が第三者の立場から審判する手続き。

B: 患者さんの医療に対する考え方

患者さんは危険もなく期待どおりの結果になり、主治医が予告したような良好な結果で終わると考えている。

C: 医師の医療に対する考え方

医師はどんなに適切な医療行為を行ったとしても、ある一定の確率で想定外の結果が起きることは避けられないと考えている。医療には限界があり、まれには不幸な転帰になることもある。難しく表現すると、医師は、医療には不確実性や将来の予見不可能性があり、さらに医師では予見できないことと不可抗力があるため、良好な結果を常に保証しているわけではないと考えている。

D: 賠償の概念

示談や賠償の話し合いは、医師の過失があるとされる医療過誤の場合しか開始されない。法曹関係者の考え方には、医療で救命されたが後遺症が残った場合の公的な救済制度がないので、医師に過失を認めてもらうことにより、医療保険で、患者さんの経済的な救済をするという「弱者救済」の概念がある。また、最近産科などで提唱されている「無過失保障制度」の概念はない。

E: 苦情の対応方法のまとめ

- ① 多人数で対応する。後で「言った、言わない」の争いを防止するために、その医療関係者の上司や看護師などの第三者が同席することが望ましい。
- ② 患者さんの言い分: 患者さんとの話し合いでは、良い聞き手に徹し、冷静に言い分を聞く。患者さんが非合理的なことや事故と関係のないことを繰り返しても聞いている。
- ③ 話し合いの時間: 話し合いは1回につき2時間程度とする。「期待に添えなくて申し訳ありません。お申し入れの内容は一度検討させていただきます。」
- ④ 医療機関の説明: 治療の経過や事後の処置をわかりやすく説明するが、次の話し合いでもよい。

F: 医療機関が説明する具体的な内容

- ① 診断は適切であったか。② 医療行為は適切であったか。③ 手技に問題はなかったか。④ 説明は十分にされたか。⑤ 事故後の処置は適切であったか。などを順序だてて説明する。

G: 患者さんの言い分を聞く場合の注意事項

- ① 3ナイ主義: 言い返さない。聞き返さない。逆らわない。
- ② 「最善の努力をしましたが、期待に沿えなくて申し訳ありません」と共感表明をし、迅速な原因究明を約束する。もし過誤が明らかであったなら、「ミスがありました。申し訳ありません」と責任承認をする。別の共感表明の仕方は「最善の努力をしましたが、期待に添えなくて申し訳ありません。」という。ただ、こちらの非を認めるような「申し訳ありません」とか、相手に希望を持たせるような「考えておきます」「検討しておきます」と返答するように、患者さんの言い分を全面的に同意することとは異なる。
- ③ 患者さんの言い分で理解できにくいことがあれば、「恐れ入れますが」、「お手数ですが」といった

クッション言葉を初めに入れると、相手方を思いやる気持ちを表現でき、緊張した関わり方の緩和に有効となる。

H: 医療機関の説明での注意事項

- ① 3ナイ主義: 隠さない。ごまかさない。逃げない。
- ② 患者さんには通常以上にゆっくりと静かな口調で対応する。
- ③ 説明は、実際に分かっていることと、推測に基づくこととははっきりと区別して話す。
- ④ 医学的説明を分かりやすく話すことは重要であるが、色々と言いつつ説明することは患者さんに誤解を招く。
- ⑤ 「説明が不十分で失礼いたしました」、「今後十分に注意いたします」、「早速手配いたします」と言うと共に、適切な相槌やうなずきを加えると、同意や共感している態度を示すことになる。相槌やうなずきとは「そうですか」「それで?」「なるほど」などと言うことを意味している。
- ⑥ 患者さんを説得しようとか、論破しようとしてはいけない。

I: 患者さんから謝罪を求められた場合の対応

・道義的責任に関して

患者さんに悪しき結果が発生している場合は、「最善の努力をしたつもりですが、ご期待に添えない事態になってしまい、すみません。」とか「最善の努力をしたつもりですが、このような結果になってしまい残念です。」という程度の発言は道義上すべきであるが、この道義的責任と法的責任とは異なる。

J: 患者さんから法的責任の有無を問われた場合の対応

解剖の結果や医学的検証および法的評価はなされていない場合には、「なぜこのようなことになったのか、なぜこのようなことを防ぐことができなかったかについて、きちんと調査し、その結果をお知らせしますので、少し時間をいただきたい。」とか「後日検証を行い、さらに法律の専門家とも相談の上で、回答いたしますので、少し時間をいただきたい。」と返答をする。

K: 法的責任に対する考え方

法的責任は、悪しき結果が発生したら、直ちに生ずるものではなく、その悪しき結果が過失により引き起こされた場合にのみ発生する。法的責任の有無は、まず事実を確定し、それに対して医学的評価を行い、最後に法的評価を行って初めて結論が出てくる。

L: 「誠意を示してほしい」と言われた場合の対応

「どうしてこのようなことが起こったのかを医学的に可能な限り調査をしたいと思います。現時点の誠意はまずそれを調査することだと思います。その結果の次第で今後の態度を決めたいと思います。」と返答する。

M: 説明した内容を記録する場合の注意

カルテや看護記録に、説明した内容、説明担当者や同席者の氏名、相手方の氏名、説明した年月日や時間などを記載する。その際、説明した内容を記載する場合に、分かっていることと、推測に基づくことを明確に区別するように記録する。

10-5 医師賠償責任保険のまとめ

岐阜市医師会 江崎俊夫 伏屋道夫
平成17年4月 岐阜市医師会だより Vol.137 No.4

・はじめに

近年、マスメディアによる医療に関する報道などにより国民の医療に対する関心も強く、医学的知識が向上したこともあって、医師及び医療に対する患者の期待と要求も過大なものとなってきています。医療行為を行っている限り、自分の診療した全ての患者が満足している筈もないし、偶発的な不慮の事故が起こらないとは言いきれません。いつ何時誰に起こってもおかしくないのが医療事故、過誤であり医事紛争です。

医療訴訟の新規訴訟件数が平成15年度には987件にのぼり、賠償請求額は億単位の高額請求も珍しくなくなり、裁判所においても高額容認の判決が次々と出されています。これに長期医療訴訟のため

の遅延損害金が加算されることによって高額支払が続出しています。そのような現状をふまえ、医師賠償責任保険とはどのようなものか、その概要につき説明いたします。詳細に関しては日本医師会雑誌（平成17年3月1日）に付録の日本医師会医師賠償責任保険解説を参照ください。

・医師賠償責任保険の概要

日本で医師賠償責任保険には日本医師会が関与している日本医師会医師賠償責任保険（以下、日医の医師賠償保険と称する）と、損保会社が単独で発売している一般医師賠償責任保険（以下、一般の医師賠償保険と称する）の2種類があります。

1. 各保険の報告の時期と適用について

どちらの保険も岐阜市医師会や損保会社に報告をする前に、医師が勝手に患者側と示談で解決し、その後示談金を還元してもらうために初めて報告した場合は、保険適用の対象外となります。特に見舞金などを支払った場合は全く対象となりませんので、くれぐれもご注意ください。

一方、医師が保険で返還されなくてもよいと承知しても、お見舞いの費用を総額1万円以内に（自動車保険のお見舞いの費用は一件当たり総額約1万円）、入院などの費用を医療保険の支払い分にとどめることが大切です。この時点で過大な支払いをすれば、医療事故が不可抗力であったとしても、この対応で医師が誤りを認めたことになるという話があります。

また、当然のことですが、保険が適用される条件は、報告をした日から現在まで継続して加入していることが原則です。

いつの日に報告するかは、日医の医師賠償保険では「請求ベース」といって患者側から損害賠償が請求された日で、一般の医師賠償保険では「発見ベース」といって事故が惹起した日です。つまり日医の医師賠償保険は事故が惹起した日に加入していなくても、患者側の損害賠償の請求日に加入していれば適用となります。しかし、一般の医師賠償保険は事故が惹起した日に加入していなければ適用なりません。

医事紛争が発生して患者側より損害賠償が請求される日は、事故が惹起した日よりある程度の期間を経てからの場合が多いのが現状です。医事紛争が発生しても患者側より損害賠償が請求されるかどうかは不明ですので、「請求ベース」で報告する日医の医師賠償保険は非常に有利です。

2. 日医の医師賠償保険について

日医の医師賠償保険には日医のA1、A2会員に自動付帯している「日医医師賠償保険：補償金額 百万円～1億円」があり、その他にB会員を対象とした「勤務医保険：補償金額 0円～1億円」があります。岐阜市医師会のB会員は日医のA2会員か日医のB会員かを選択しますが、日医医師賠償保険は日医のA会員が条件となっていますので、A2会員を選択されることをお勧めします。

そのほか、日医のA1、A2会員は百万円の免責金額（自己負担金額）をカバーする「日医関連百万円保険：補償金額 0円～百万円」と、補償金額の1億円を上乗せする「日医医師賠償特約保険：補償金額 1億円～2億円」が任意に加入できます。

日医医師賠償保険の最大の特色は医学、法学の権威者などの第三者の立場の委員で構成される公正中立な「賠償責任審査会」があります。この会には利益に関与する日医や保険会社の代表者は参加していません。

日医医師賠償保険は、加入している会員が日本国内で行った医療行為によって医事紛争が発生した場合が対象となり、訴訟費用（訴訟費用、弁護士費用、仲裁・和解・調停に要する費用）などは別途に支払われます。また、岐阜市医師会へ報告してから、日医から回答があるまでの期間は約半年とのこと。

3. 一般の医師賠償保険について

一般の医師賠償保険には病院・診療所を対象とした「医療単位の医師賠償保険」と、学会などを窓口にした「個人単位の医師賠償保険」の2種類の保険があります。

4. 休会・退会の会員と日医医師賠償保険の関連について

岐阜市医師会を休会や退会されても会員が生存している場合は原則として日医医師賠償保険の継続をお勧めします。医師賠償保険を継続していないと、患者側から損害賠償が請求があった場合に適用なりません。

退会の場合に、退会前に医師会に医事紛争が発生する可能性がある事例を通知しておけば、5年以

内に損害賠償の請求を受けた場合は保険が適用となります。

会員が死亡の場合には、通知しなくても5年以内は相続人に対して保険が適用となります。

5. 日医関連百万円保険について

日医関連百万円保険に加入しているか否かによって岐阜市医師会の関与は異なります。医師会が関与しない場合は、医師会の医事紛争担当理事の関与と保険の適用はありませんので、医師が患者側と個人的に対応し交渉をします。弁護士を依頼するなどの一切の費用は医師の自己負担となります。その費用は十万単位となり百万円を越すことも考えられます。

1) 患者側から損害賠償金額が百万円以下でこの保険に未加入の場合

岐阜市医師会が関与しませんので、医師が対応します。

2) 患者側から損害賠償金額が百万円以上（仮に百五十万円）でこの保険に未加入の場合

第三者機関の賠償責任審査会で審議され、日本医師会からの回答で異なります

・回答が百万円以下の場合岐阜市医師会は関与しません。

・回答が百万円以上（仮に百五十万円）の場合に岐阜市医師会は関与しますが、百万円は医師個人が負担し、残りの五十万円は保険で支払われます。

参考文献 日本医師会医師賠償責任保険 日本医師会 H13年5月

日医雑誌 第129巻第8号 H15年4月

日医ニュース第1041号 H17年1月

推薦図書 事例で見る 医事紛争予防の心得 京都府保険医協会 Tel 075(311)8888

頒価 1,000円 市販された書籍とは違う観点で記述されています。

10-6 判例に見る医療事故と過誤の狭間、とくに医療事故とその後の異状死体としての届出について

岐阜大学名誉教授 金沢医科大学大学院教授 大谷勲先生の講演で、最高裁の判例から患者さんが診療行為に関連した予期しない死亡に至った場合は、警察に届け出て判断を求めることを述べられた。

○ 最高裁判決要旨 平成16年4月13日 第三小法廷判決

1. 医師法21条にいう死体の「検案」とは、医師が死因を判定するために死体の外表を検査することをいい、当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わない。

2. 死体を検案して異状を認めた医師は、自己がその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責を問われるおそれがある場合にも、医師法21条の届出義務を負うことは、憲法38条1項に違反しない。

【参照条文】

・医師法21条（異状死体際等の届出義務）：医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

・憲法38条1項（自己負罪拒否特権）：何人も、自己に不利な供述を強要されない。

10-7 注射用抗生物質製剤等によるショック等に対する安全対策

平成16年10月28日 医薬品・医療用具等安全性情報206号

日本化学療法学会及び日本抗生物質学術協議会から皮内反応試験の廃止を求める要望書が提出されたことから、従来の皮膚反応の実施を中止し、ショック等に対する対応の徹底がより重要とする結論となった。変更箇所は【使用上の注意】の【重要な基本的注意】の【ショック】の項です。

○ 本剤によるショック、アナフィラキシー様症状の発生を確実に予知する方法がないので、次の措置をとること。

(1) 事前に薬剤の既往歴等について十分な問診を行い、特に抗生物質等によるアレルギー歴がある場合はできるだけ詳細な内容（できれば商品名・銘柄名）を確認します。

(2) 投与に際しては、必ずショック等に対する救急処置のとれる準備をします。

(3) 投与開始から投与終了後までに、患者を安静の状態に保たせ、十分な観察を行います。特に開始直後（5分間）は注意深く観察します。

○ 注射用抗生物質製剤等の投与時の注意

- 1) 皮内反応は反応が5分後から増大し、最大に達するのは15分であるが、点滴、静注ではより早くから起こると考えられる。従って、投与開始直後から投与終了後まで注意して、観察する。
- 2) 注射中のみならず、終了後も患者が異常を自覚したら、直ちに申告するように説明する。
- 3) 患者が何らかの異常を訴えた場合、あるいは他覚的異常を認めた場合は速やかに注射を中止する。

○ 抗菌薬投与に関連するアナフィラキシー対策のガイドライン（2004年版）

・中等症～重症の場合の救急処置の具体例（成人）

- 1) エピネフリンの投与：アナフィラキシーの治療はエピネフリンが初期治療薬である。

エピネフリン0.1%液（ボスミン）0.2～1.0mg → 皮下注か筋注。

静注の場合は、0.25mgを10倍希釈 → ゆっくり静注。

効果不十分な場合は、5～15分おきに追加投与する。

- ・ボスミンの販売会社は皮下注と筋注との効果には特に差がないとの説明であったが、提示されたJ Allergy Clin Immunol1998;101:33では筋注の方が早く吸収される図があった。
- ・薬剤が注射器に入ったエピネフリン注0.1%シリンジ「テルモ」は、1.0mg（1cc）で、10本単位で、2000円程度で、有効期間1年半ほどである。その他には、ハチ毒や食物のアナフィラキシーショック用にメルク「エビベン」が市販され、一般の人が自分で注射できる。

- 2) 輸液投与：乳酸リンゲル液などの点滴 → 20ml/kg/時間程度。

- 3) 酸素投与及び気道確保：十分な酸素を投与。

- 4) 副腎皮質ステロイド薬投与：コハク酸ヒドロコルチゾン（ソル・コートフ）500～1000mg → 点滴・静注。

- 5) 抗ヒスタミン薬投与：マレイン酸クロルフェニラミン（ボララミン注）5mg → 静注。

○ 個人の医院で患者がショック等に陥ったら、救急処置を開始しながら、電話119番で救急車を手配することも必要である。救急救命士の処置範囲は、医師の具体的指示が必要という条件はあるが拡大されてきた。

・救急救命処置の範囲 消防救第70号 医政指発第0310003号 平成17年3月10日

- 1) 自動体外式除細動器による除細動
- 2) 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液
- 3) 気管内チューブによる気道確保
- 4) エピネフリンを用いた薬剤の投与（1回1ccを点滴から静注し、乳酸リンゲル液20ccを全開滴下）

10-8 支払拒否患者への対応

引用：平成20年10月5日 日医ニュース

診療当日、国民保険証やお金を持参せず、後日保険証や自己負担金を持参するとの約束で治療した患者が、それ以後来院がなく電話で催促しても音沙汰なし。区役所の国民保険課に患者の加入を確認し、医師会から国民保険課に保険者番号などを尋ねてもらったが保険証の開示を拒否された場合の対応が「日医ニュースの個人情報アレルギー」に掲載されていた。詐欺事件として警察に被害届を提出することを教えられ、患者に期日までに支払を済ませるようにと内容証明付き請求書を郵送すると共に手紙で警察に被害届を提出する旨を知らせた。その結果、保険証のコピーと自己負担金が現金書留で送られ解決した。

平成21年7月10日岐阜県保険医新聞の記事には、60万円以内なら簡易裁判所で「小額訴訟」の手続きをする。何日までにと期限を決めた請求書で支払いを求め、支払いがない場合は、二回目の請求書は配達記録が残るように書留か内省証明郵便を使用する。最悪の場合には、金額が140万円以内なら、簡易裁判所での「支払督促」の制度で強制執行する方法もある。

10-9 検察審査会と医療事故

江崎俊夫 平成22年4月

検察審査会が平成22年4月23日J R福知山線脱線事故で起訴議決をしたので、裁判所の指定した弁護士が歴代三社長を（強制）起訴したり、同月26日に鳩山由紀夫首相の偽装献金事件を不起訴相当と、27日に小沢一郎民主党幹事長の政治資金規正法違反事件を起訴相当と議決したように、4月末日には検察審査会にまつわるニュースがあったので、検察審査会について調べた。

一般に刑事事件が起きますと、警察が容疑者の身柄を逮捕して、容疑者は検察庁に送られる。検察庁はその事件を正式に裁判を請求するかどうか（起訴するかどうか）を判断する。検察庁が「証拠が不十分で有罪判決の見込みがない」とか「犯罪の疑いがない」と判断した場合は不起訴となる。

事件の被害者などが検察庁の不起訴の判断に納得しない場合は「検察審査会」に申し立てをする。平成21年5月から改正検察審査会法が施行され、「検察審査会」はその地域の有権者の中から無作為のくじ引きで選ばれた11人で構成されることになった。第一段階の「検察審査会」が招集されると、検察庁からその事件の記録を取り寄せて調べたり証人を呼んで話を聞いたり弁護士から法的助言を聴取して検察の不起訴処分が妥当だったかどうかを一般市民の視点から審査し、8人以上が「起訴すべきである」と判断した時は「起訴相当」、6人以上の場合は「不起訴不当」として検察の判断に異議を申し立てて検察庁に通知をする。

この通知を受けた検察庁では再捜査を行って起訴するかどうかを検討することになる。第一段階の「検察審査会」で「起訴相当」の議決があったのに、検察官が再び不起訴にした場合は自動的に第二段階の「検察審査会」が招集され、再度捜査をした検察官から意見を聞いたうえで、8人以上の多数で「起訴議決」がされると、裁判所が指定した指定弁護士が検事の役割をして起訴され、公判が開かれることになる。

改正検察審査会法で初めて強制起訴が適応されたのは平成22年1月27日「明石花火大会歩道橋事故」であった。

この改正検察審査会法の制度の講演が日耳鼻医事問題委員会ワークショップであり、これからは医師が医療事故による刑事事件で起訴される可能性がでてきたとの話があった。

例えば、診療所に深夜に喉頭蓋炎の患者が緊急に来院し、呼吸困難があったので緊急気管切開をしたのに不幸な転帰をとった場合には医療事故となることが多い。一般の医師は深夜に最善を尽くしたのでやむをえなかったと考えるが、一般市民の中には何か落ち度はなかったかと疑う人がいる。発生の状況や経過を追及していけば、例えば緊急の気管切開であっても診療所には緊急事態の対応がなされていないなどの医師の過失があるかもしれない。民事裁判で病院の救命救急医などは気管内挿管や気管切開は研修医でも実施していると証言する医師もいる。最近の警察は患者が死亡すれば適切な検査や治療をしなかったとして業務上過失致死の疑いで書類送検する場合がある。

検察審査会が一般市民から構成されている以上、このような観点から追求されれば起訴に持ち込まれる可能性がある。

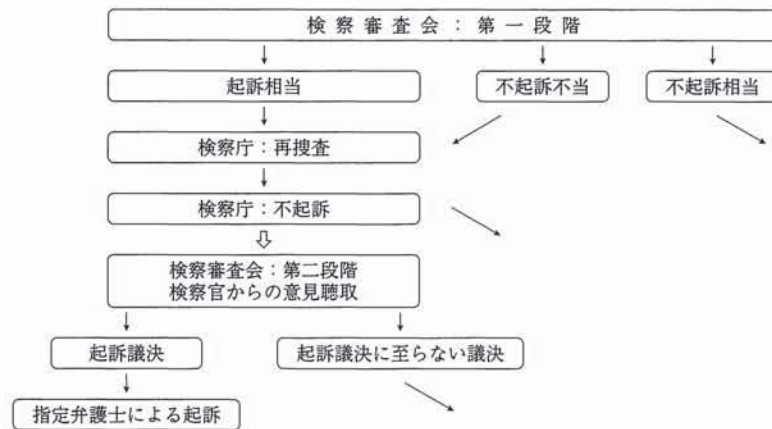
別の理由は、医療事故が裁判所で裁かれるのが適切であるかの問題がある。平成13年から最高裁判所の中に医事関係訴訟委員会が設置されているが、航空・鉄道事故調査委員会（2008年運輸安全委員会に改組された。）や海難審判所などのように専門的な機関で審議されるのが適切でないかとの話があった。

刑事裁判では医療事故の起訴するのは検事で、医師は起訴事実を反論して正当化しなければならないのがなかなか難しい。裁判官は検事と医師の論点から判決を下すことになるので、反論が適切でなければ医師に不利になるとのことであった。

このように患者が危険な状態であれば医師が積極的に救命するのではなく、萎縮診療や診療拒否をするような時代になることを恐れているが、医師は使命感を持って患者の治療にあたるしかないと考えている。

なお、民事訴訟では、判決のために必要な立証責任は原告の患者側にあるので、証拠保全の手続きがある。

起訴議決制度の模式図



11-1 医療機関の広告に関するまとめ

○院内掲示義務内容〔医療法14条の2〕

- ・管理者の氏名
- ・診療に従事する医師の氏名
- ・診療日及び診療時間
- ・厚生労働省令の定める事項〔保険医療の指定医療機関である旨〕

○医療法69条「医業等に関する広告制限」は、平成19年4月1日改正で削除

○広告可能な具体的な内容〔項目別に分類しましたが、番号は原本と同じ〕

参考資料：「医療広告ガイドライン」医政発第0330014号 平成19年3月30日

〔基本情報〕

- (3)ア. 医療機関の名称（正式名称、略称、英語名、医療機関のマーク）
- (2)ア. 政令で決められた診療科目（33種）
- (2)イ. 厚生労働大臣の許可を得た診療科目（1種）
- (3)ウ. 医療機関の住所、最寄りの駅からの案内図
- (3)イ. 医療機関の電話番号、FAX番号、フリーダイヤル
- (3)エ. 医療機関の管理者の氏名
- (8)ケ. 医療機関の開設日、診療科別の診療開始日

〔アクセス〕

- (4)ア. 診療日、診療時間
- (4)イ. 予約診療（受付時間、受付電話番号、受付メールアドレス）
 - ・選定療養の予約診療は、内容や費用負担の併記が望ましい。
- (8)ア. 時間外（休日・夜間）の対応（受付電話番号を含む）
- (0)ア. ホームページアドレス（URL）、Eメールアドレス、QRコード
- (13)ケ. ⑤駐車設備（収容台数、駐車料金）
- (13)ケ. ⑥送迎サービス（最寄りの駅からの送迎サービス、時間）

〔サービス・アメニティー〕

- (8)エ. 患者からの医療相談の対応
- (13)オ. 対応できる健康相談又は保健指導（「がん・生活習慣病に関する健康相談」、「乳幼児保健・禁煙指導」）

- (13)ケ. ③対応できる言語（手話又は点字を含む言語、時間帯、診療科）
- (13)ケ. ⑧通訳の配置（手話を含めた通訳、対応時間、費用）
- (6)ア. ⑥身体障害者に対する構造上の配慮（バリアフリー構造、院内点字ブロック）
- (13)ケ. ④設置された売店、食堂、花屋、喫茶店、床屋、一時保育所
 - ×広告不可：当該医療機関の外部にある店舗。

- (13)ケ. ⑦携帯電話の使用可能な場所、時間帯

〔費用負担〕

- (13)ケ. ①費用の支払又は領収方法（使用可能なクレジットカード、分割払いの可否、費用の内訳の明細）

- (13)ケ. ②入院患者に提供するサービス内容及び費用（貸しテレビの一時あたりの値段、インターネットへの費用）

- (13)キ. 薬事法に規定する治験の実施

〔提供サービス〕

・診療内容

- (11)ア. 検査、手術その他の治療の方法

今までは診療報酬点数表やその解釈通知に記載されていた用語や語句に限定していたが、今回からわかりやすく表現し、説明を付け加えることが可能になった。水晶体再建術→白内障手術、人工腎臓・血液透析→人工透析。

- (11)ア. ①保険診療（診療報酬点数表に規定する手術、検査、処置）

- (11)ア. ④美容目的で公的医療保険が適用されないが、その手技が、保険診療と同一である自由診療の検査、手術（「顔のしみ取り」、「イボ・ホクロの除去」）

・公的医療保険が適用されない旨及び標準的な費用を併記する場合に限られる。

- (11)ア. ⑤自由診療で、薬事法の承認を得た医薬品、又は認証を得た医療機器による診療（「内服の医薬品によるED治療」、「眼科用レーザー角膜手術装置の使用による近視手術」）

・公的医療保険が適用されない旨及び標準的な費用を併記する場合に限られる。

- (11)ア. ②評価療養又は選定療養（内容、費用負担の併記が望ましい）

- (11)ア. ③分娩（公的医療保険を除く）

・その他

- (13)カ. 対応できる予防接種（「インフルエンザ・麻疹の予防接種実施」）
- (13)エ. 対応できる健康診査（「乳幼児・胃がん検診」、「一日総合健康診査」、「半日人間ドッグ」）
- (11)イ. ③往診の実施
- (11)イ. ④在宅医療の実施
- (8)ウ. セカンド・オピニオンの対応（予約の受付や費用）

〔医療連携体制〕

- (9)ア. 紹介可能な他の医療機関の名称、所在地、連絡先等
- (9)イ. 紹介可能な保健医療・福祉サービスの事業所の名称、所在地、連絡先
- (9)ウ. 共同利用ができる医療機器（医療機関名も含む）

〔医療実績、結果〕

・医療関連情報

- (8)イ. 電子カルテシステムの導入
- (10)エ. 診療録、診療の諸記録の情報開示
- (8)キ. 個人情報の保護の対策
- (8)ク. 平均待ち時間
- (12)エ. 外来患者・入院患者・在宅患者の数
- (12)オ. 平均的な外来患者・入院患者・在宅患者の数
- (12)キ. セカンド・オピニオンの実績
- (9)エ. 紹介率又は逆紹介率

- Q2ア. 実施された手術の件数
- Q2イ. 実施された分娩の件数
- Q2ウ. 患者の平均的な入院日数
- Q2カ. 平均病床利用率
- Q0イ. 入院診療計画の提供
- Q0ウ. 退院療養計画書の提供
- (8)カ. 医療安全対策の対応（院内感染の防止対策も含む）
- (8)オ. 症例検討会の開催
- ・臨床病理検討会、予後不良症例の院内検討体制
- Q2キ. 治療結果の分析の実施又は分析結果の提供
- Q2ケ. 患者満足度調査の実施又は実施結果の提供
- Q3サ. 公認会計士又は監査法人の外部監査を受けている旨
- Q3シ. 日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果
- Q3ス. 財団法人日本適合性認定協会の認定（ISO9000シリーズの認証取得）・登録
- ・施設・設備
- (6)ア. ①施設の概要（敷地面積、階層数：地上○階、地下○階、院内案内図）
- (6)ア. ②入院設備の状況（病床の種類）
- (6)ア. ③病床の種類ごとの病床数
- (6)ア. ④保有する施設設備（手術室、集中治療室）
- (6)ア. ⑤病室、機能訓練室、談話室、食堂、浴室、院内売店
- (6)ア. ⑦据え置き型の医療機器（MRI、CT、ガンマナイフ）
- Q3ク. 医療機関に併設されている介護サービスの施設の名称及びサービス内容
- ・人員
- (6)イ. 医療機関における従業者の部署別人員配置
- Q3コ. 開設者の氏名や経歴
- Q3ウ. 医療従事者以外の従業員の氏名、年齢、性別、役職、略歴
- ・医療従事者の略歴
- (7)ア. ①医療従事者の範囲（厚生労働省・都道府県から免許を受けた者）
- (7)ア. ②医療従事者の氏名、年齢、性別（非常勤の医療従事者も広告可能）
- (7)ア. ③医療従事者の役職名
- (7)ア. ④医療従事者の略歴
- ・生年月日、出身校、学位、免許取得日、勤務した医療機関
- (7)イ. 医療従事者の専門性の認定を受けた旨
- (7)イ. 医師○○（日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医）、医師○○（日本アレルギー学会認定アレルギー専門医）、医師○○（日本気管食道科学会認定気管食道科専門医）、看護師○○（日本看護協会認定 がん看護専門看護師）、薬剤師○○（学会認定○○専門薬剤師）。
× 広告不可：○○専門外来、○○専門医、厚生労働省認定○○専門医。
- [その他]
- (1)医師の資格（日本の医師免許を有する旨）
- (1)イ. ②保険医療機関の基準を満たすと届け出た旨
- (5)生活保護法指定医などの法令の指定を受けた旨
- Q3イ. 法令の規定や国の通達に基づく事業の実施（救急病院、休日夜間急患センター）
- (1)イ. ①法令や国の事業の医療給付（小児慢性特定疾患治療研究事業、特定疾患治療研究事業）
- Q3ア. 健康保険病院等や、国民健康保険病院等である旨
- Q3セ. 前各号に掲げるもののほか、都道府県知事の定める事項
- [「都道府県知事が公示することにより、当該都道府県の区域内において広告できる事項」]

11-2 標榜診療科名の見直し

標榜診療科名に関して、平成20年2月27日政令第36号「医療法施行令の一部を改正する政令」と、同日に厚生労働省令第13号「医療法施行規則の一部を改正する省令」が通知された。さらに4月1日からの施行に向けて、平成20年3月31日「広告可能な診療科名の改正について」医政発第0331042号の通知があり、その改正を受けて厚生労働省医政局長から平成20年4月1日「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」医政発第0401040号の改定の通知があった。それに伴って4月3日に日医白クマ通信 新着678「診療科名の標榜方法の見直し」が公開された。

※注意すべき事項

今回の見直しで標榜できない診療科名（気管食道科）があるが、その診療科名を平成20年4月1日より以前に標榜していれば、経過措置で引き続き標榜することができるので、看板や広告を付け換える必要はない。しかし、経過措置が適用された診療科名でも、看板を取り替える場合や新たに広告し直す場合は、新しい診療科名で表示しなければならないので、診療科名の変更手続きの届出を都道府県知事に提出する。

・医療広告では「**専門外来」と表示できないが、専門的な診療科名を標榜することで広告が可能になった。

・「医師が一人で勤務する医療機関は主たる診療科名を原則二つ以内とし、診療科名の広告には、主たる診療科名を大きく表示し、残りの診療科名と区別して表記することが望ましい。」と厚生労働省医政局長の通知に記載されている。

これに対して、白クマ通信では法令上の根拠や罰則はないので、標榜診療科の数に制限はないと忠告している。

・平成20年4月以後、「気管食道科」の代わりに、気管食道外科、気管食道内科、気管食道科・耳鼻いんこう科と届け出できれば標榜できる。

※診療科名の組み合わせ。

1. 単独で標榜できる診療科名（△△科）

内科、外科、小児科、アレルギー科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科か“放射線診断科・放射線治療科”、病理診断科、臨床検査科、救急科。

注1. 放射線科か“放射線診断科・放射線治療科”

放射線科の場合に、放射線科又は、放射線診断科や放射線治療科を選択することを意味しているが、放射線科と放射線診断科を同時に標榜はできない。

注2. 耳鼻いんこう科のかな混じりの名称

平成22年2月9日医療ガイドラインQ&A（事例集）のQ2-9で、「耳鼻いんこう科」でも「耳鼻咽喉科」でも表記できることになった。

2. 患者に分かりやすい適切な名称及び区分（○○：再掲）

さらに、今回から使用できない診療科名の「肛門科」は、条文では「こう門科」と記載されているが、下記の2のAの臓器や体の部位では「肛門」と記載されているので、広告に関する通知において診療科名や用語の統一はなされていない。

以上から、改正後の条文で「耳鼻いんこう科」と記載されていても、今後も「耳鼻咽喉科」と表示できると考えられる。

2. 患者に分かりやすい適切な名称の抜粋（○○）

A区分：臓器や体の部位：耳・鼻・咽頭はない。

頭部、頭頸部、頸部、神経、気管食道、呼吸器、

B区分：疾病や疾患の名称：

アレルギー疾患、感染症、腫瘍、がん、

C区分：対象とする患者の特性：

男性、女性、新生児、小児、児童、思春期、老人、老年、高齢者、

D区分：医学的処置の名称：

形成、美容、心療、漢方、化学療法、内視鏡、光学医療、ペインクリニック、疼痛緩和、移植。

3. 組み合わせの表示形式

①「○○△△科」と組み合わせる表示する場合

表示例：「気管食道耳鼻いんこう科」，「頭頸部外科」

②「△△科（○○）」と組み合わせる表示する場合

表示例：「耳鼻いんこう科（気管食道）」

③「○○・○○△△科」と組み合わせる表示する場合

表示例：「頭頸部・気管食道耳鼻いんこう科」

※ 広告するために通常考えられる診療科名の日医白クマ通信からの例示

耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、

※ その他に考えられる組み合わせの診療科名

頭頸部外科、気管食道外科、気管食道内科、アレルギー科、気管食道アレルギー科、頭部アレルギー科、アレルギー疾患耳鼻咽喉科、頭部神経耳鼻咽喉科、頭頸部腫瘍耳鼻咽喉科、内視鏡耳鼻咽喉科、漢方耳鼻咽喉科。 詳細は「岐阜市耳鼻咽喉科医会のひろば」のホームページ参照。

11-3 医師届出票（平成20年）に記入できる診療科名

I：10アレルギー科、II：20気管食道外科、29耳鼻いんこう科

11-4 医療広告ガイドラインに関するQ & A（事例集）の概略

平成19年9月19日作成・平成22年2月19日一部追加

※ Q & Aは、紙による広告に限らず、映像・音声等による広告も対象となる。

【Q1 広告の対象範囲】

Q1-1 新聞や雑誌の記事の内容が、ガイドライン等を遵守したものであれば新聞や雑誌の記事を引用又は掲載することができる。

Q1-2 雑誌に掲載されていた「日本が誇る50病院の一覧」等を、他の医療機関名も含めてそのまま掲載しても、雑誌社が評価した結果であるし、掲載されていない医療機関よりも優れた旨を示す比較広告に当たるので掲載できない。

Q1-3 ガイドライン等で認められた広告可能な事項（「開院○周年」等）や、医療とは直接関係がない表現（「はじめまして」等）を使用したキャッチコピーやあいさつ文であれば掲載できる。（広告可能な例）

・「休日・夜間でも来院下さい」

・当院は、おかげさまで開院から20年を迎えることができました。これからも、当院のスタッフ一同は努力しますので、よろしく願います。（病院長：○○）

Q1-4 インターネット上のバナー広告は、ガイドライン等で認められた内容であれば掲載できる。例えば、以下のようなバナー広告をインターネット上に掲載し、その医療機関のホームページにリンクを張ることは、差し支えない。

○○病院（所在地○○県○○市）・○○駅徒歩5分
内科、小児科、外科、整形外科詳細は、当院ホームページへ

病院の
写真

Q1-5 医療機関が広告料の費用を負担して新聞や雑誌等に記事の掲載を依頼するいわゆる「記事風広告」というが、治療方法等に関する記事でも、掲載できない。

Q1-6 雑誌の同一紙面に、上段が治療法の記事で、下段がこの治療を実施している医療機関の広告は、いわゆる「記事風広告」に該当するので治療法の内容にもよるが、ほとんど掲載できない。

Q1-7 広告のチラシ等にQRコードを刷り込んで、医療機関の情報を得ようとする場合に、その情報は個人がQRコードを読み込ませて閲覧することになるので、インターネット上のホーム

ページと同様に情報提供や広報として取り扱われ、原則として広告とはみなされない。

Q1-8 医療法人の附帯施設が医療機関の付帯事業の広告でなく施設単独の広告の場合は、医療広告には該当しない。

Q1-9 医療機関の敷地内に、医療に関係がなく、医療機関と関連性がないもので、患者の受診を誘引する意図が認められない事項は、単独で掲示することができる。

【Q2 広告可能な事項（ガイドライン第3部関係）】

Q2-1 「小児科医」や「外科医」は専門医と誤認を与える表現なので認められない。ただし、「医師の氏名（外科）」、「小児科の担当医」のように所属の診療科（広告可能な診療科名に限る。）を記載することは差し支えない。

Q2-2 開院前の医療機関の住民向けの説明会（いわゆる内覧会）の実施の事項は掲載できる。

Q2-3 治療の効果に関する表現「2週間で90%の患者で効果がみられます。」のような表現は掲載できない。なお、治療結果分析を行っている旨及びその該分析の結果を提供している旨は、掲載できる。また、患者等からの申し出により、死亡率や術後生存率等の治療結果成績を説明することはできる。

Q2-4 歯科用インプラントによる治療が、我が国の薬事法上の医療機器として承認されたインプラントを使用していて、公的医療保険が適用されない旨と治療に掛かる標準的な費用が併記されていれば広告ができる

Q2-5 「健康診査の実施」として、「脳ドック」は掲載できる。ただ、検査に使用するMRI等の画像診断装置は、我が国の薬事法の承認又は認証を得た医療機器である必要がある。

Q2-6 医師主導治験や医療機器の治験に関することは掲載できる。なお、治験薬と同様に、治験用医療機器の名称も国内外での販売名（商品名）を除き、広告して差し支えない。また、治験用医療機器の写真の掲載も、通常の治療や検査に使用するのではなく、治験用であることが明らかにしていれば、差し支えない。

Q2-7 先進医療としての届出をしていない医療機関が、他の医療機関が実施する先進医療と同一の治療法を自由診療として実施する場合の広告は関係官庁と相談する。

Q2-8 平成20年4月の制度改正により、新しく広告することが認められなくなった診療科名（例えば胃腸科、こう門科など）を、制度改正前（平成20年3月31日以前）から紙面や看板上に広告している場合に、胃腸科の診療科名をそのままにして広告掲載の契約を更新することができる。しかし、平成20年4月1日以後に診療科名の変更届出を行った後では、新しい診療科名で広告することになる。

Q2-9 耳鼻咽喉科の診療科名を「耳鼻いんこう科」でも漢字の「耳鼻咽喉科」でも表記できる。

Q2-10 学会の認定する研修施設である旨は広告できない。

Q2-11 据え置き型医療機器等の機械器具の配置状況を広告する場合に、メーカー名を広告することはできる。薬事法において未承認医療機器の販売名や型式番号は、広告はできない。

Q2-12 広告に以下の従業者の写真に掲載することはできません。

○病棟又は診療科の従業者の人数、配置状況の写真に掲載すること。

○医療従事者の氏名、年齢、性別、役職及び略歴を写真と共に掲載すること。

Q2-13 広告に以下の診療風景等の写真を掲載することはできません。

○病室、談話室の設備の写真、据え置き型医療機器などの医療機関の構造設備の写真を掲載すること。

○セカンドオピニオンの実施、症例検討会の実施等の写真を掲載すること。

○医療機関で提供される医療の内容（例えば、検査、手術等を含む診療風景）の写真を掲載すること。しかし、診療風景でも、手術前、手術後のレントゲン写真等を含む写真を掲載することはできない。

Q2-14 医療従事者の略歴で地域医師会等での役職、学会の役員である旨は、現任であれば広告できるが、この場合にその医師会の法人又は学会がホームページ等で活動内容や役員名簿が公開されていることが必要である。また、学会の役員ではなく、単に会員である旨は、原則として広

告できない。

なお、略歴とは、特定の経歴を強調するのではなく、総合的に一連の履歴を記載したものである。

Q 2-15 医療従事者の略歴として、研修を受けた旨の広告はできない。

Q 2-16 医師個人が行った手術の件数には広告することができない。なお、所属医療機関で行われた手術の件数は、広告ガイドラインで示した範囲で広告することが可能である。

Q 2-17 医師等の専門性に関する資格名は、「厚生労働省認定〇〇専門医」等の標記や、単に「〇〇専門医」との標記は広告できなくて、「医師〇〇〇〇（××学会認定××専門医）」のように、認定団体の名称を資格名と共に掲載する。

Q 2-18 事故等分析事業（財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業）への参加施設である旨は広告できる。

Q 2-19 治療の前後のイラストや写真を掲載することはできない。なお、治療結果の分析を行っている旨及び当該分析の結果を提供している旨は、広告できる。また、患者等からの申し出に応じて、死亡率や術後生存率等の治療結果成績を説明するはできる。

Q 2-20 「糖尿病治療」「がん治療」の広告はできる。

Q 2-21 「肩の治療を行います」「腰の治療を行います」のような体の特定の部位を治療する旨の広告はできる。

Q 2-22 歯科診療の「審美治療」は広告できない。

Q 2-23 医療機関の名称に併せて、「〇〇センター」と広告することは一般にはできない。

Q 2-24 広告可能な健康診断は以下のものがある。

（広告可能な例）

「乳幼児健診」「妊婦健診」「胃がん検診」「子宮がん検診」「肺がん検診」「乳がん検診」「大腸がん検診」「総合がん検診」「肝炎ウイルス検診」「特定健康診断」

（認められない例）

「血管ドック」「骨ドック」「肌ドック」「美容ドック」

Q 2-25 「ストレス、イライラに対する健康相談」のように特定の症状に対する健康相談を実施している旨を広告することはできるが、利用者にわかりやすい表現を用いることが望ましい。

Q 2-26 広告で治療に係る被験者を募集することは差し支えないが、被験者が広告内容を適切に理解し、治療等の選択に資するよう、客観的で正確な情報の伝達に努めなければならない。

【Q 3 禁止される広告（ガイドライン第4部関係）】

Q 3-1 「最新の治療法」や「最新の医療機器」といったような「最新」という表現は、広告として望ましくない。

Q 3-2 費用を太字にしたり、下線を引くなどをして強調することは支えない。

Q 3-3 「糖尿病外来」「認知症外来」等の専門外来を設置している旨の広告できないが、ただし、標榜可能な診療科名の範囲内で「糖尿病内科」との広告や、「糖尿病の治療を行います」「認知症の治療を行います」等の表現による広告できる。

Q 3-4 「無料相談」の広告で、費用を強調した広告は適切ではない。

【Q 4 相談・指導等の方法（ガイドライン第5部関係）】

Q 4-1 複数の地方にある病院の名称を一括して記載した広告は、いずれかの医療機関を所管する地方自治体に相談すれば、十分であると考えられる。（なお、広告の内容を事前に相談する義務はない。）

【Q 5 その他】

Q 5-1 あん摩業、マッサージ業、はり業や柔道整復業又はそれらの施術所の広告は医療広告ガイドラインの対象でない。

Q 5-2 今般の広告規制の緩和により、以下ようになった。

(1) 名称として使用可能な範囲

治療方法、部位、診療対象者など法令及びガイドライン等により広告可能とされたものは、医療機関の名称としても使用できる。

(2) 引き続き名称として使用が認められないもの

（具体例）

○虚偽にわたるもの

○他の医療機関と比較して優良であることを示すもの

○事実を不当に誇張して表現していたり、人を誤認させるもの

○客観的事実であることを証明できない内容のもの等

Q 5-3 医療機関の名称に「糖尿病」や「高血圧」等、特定の疾病や症状の名称を使用することはできる。

（使用可能な例）

ペインクリニック、腎透析クリニック、女性クリニック

（認められない例）

不老不死病院、ナンバーワンホスピタル、無痛治療病院

Q 5-4 複数の医療機関・薬局が集まっているビルの名称や商業施設の一角を「〇〇メディカルモール」等と称することはできる。病院・診療所でないものは、病院又は診療所に紛らわしい名称をつけることはできない。

11-5 保険診療に関する法令

療養担当規則＝療担規則、健康保険法＝健康保険法、国民健康保険法＝国民保険法、

健康保険法施行規則＝健保施行、国民健康保険法施行規則＝国保施行、

社会保険診療報酬請求審査委員会及び社会保険診療報酬請求書特別審査委員会規定＝社会審査、

療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令＝請求省令

1. 診療録の記載〔療養規則第22条〕

診療録の様式や診療に必要な記載事項を決めている。

2. 医療機関の保険者証の受給資格の確認〔療養規則第3条；健保施行第53条〕

医療機関が患者に保険診療を行う場合は、被保険証（保険証）で保険診療の資格があることをその都度確認する。

3. 医療機関からの被保険証の返還〔療養規則第4条〕

診療が終了・中止した場合とか患者から被保険証の返還の申し出があった場合は、医療機関は返還しなければならない。平成13年より医療機関が被保険証に必要な事項（医療機関の印鑑、病名等）を記入しなくてもよいこととなった。

4. 被保険者の被保険者証の返納〔健保施行第51条〕

事業主は、被保険者が資格を喪失した時は遅滞なく被保険者証を回収する。被保険者が任意継続の場合には、5日以内に事業主に被保険者証を提出し、被保険者証は事業主を経由して健康保険組合等に提出される。

資格喪失の保険証を回収する責任は事業主にある。

5-1. 領収証の交付〔平成18年4月1日 療担規則第5条2の1〕

保険医療機関は、患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

5-2. 明細書の交付〔平成20年4月1日 療担規則第5条2の2〕

保険医療機関は、正当な理由がない限り、費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

6. 第三者の行為による被害の届出〔健保施行第65条；国保施行第32条〕

療養の給付を受けた疾病や負傷が第三者の行為に起因する場合は、被保険者は事故内容、加害者の住所と氏名を社会保険組合等に届け出る。第三者の行為とは加害者によって生じたもので、疾病や負傷は交通事故や打撲である。医療機関は自費賠償保険か保険診療かは患者からの申し出によって取り扱う。国保では市町村等に届け出る。

7. 証明書の交付の料金〔療担規則第6条〕

保険の給付を受けるために必要な証明書の交付を求められた場合は、傷病手当金・出産育児一時金・出産手当金・配偶者出産育児一時金などの証明書を除き、無償で交付する。

8. 傷病手当金〔健康保険法第99条〕

被保険者が療養のため労務不能である場合は、その日から3日以上経ってから最大1年6か月まで、傷病手当金（標準報酬日額の60%）を支給する。

9. 国保の被保険者の適応外〔国民保険法第6条〕

被保険者が国保に加入していても政管健保や組合健保に加入した場合である。

国民皆保険体制の中で、職域の単位の健保に加入していない被保険者が、地域住民対象の国保に加入することになっている。

同一時期に健保と国保に加入はできないし、重複していた場合は健保が優先される。

10. 健保の資格取得時期と喪失時期〔健康保険法第35・36条〕

それらの時期は被保険者が事業所に採用された日から、採用されなくなった日の翌日である。

11. 国保の資格喪失時期〔国民保険法第8条〕

国民健康保険の被保険者は市町村の住所から住居が変更した場合と、政管健保や組合健保等に加入した場合である。

12. 診療報酬請求書の提出日〔請求省令第4条〕

診療報酬請求書は各月分を翌月の10日までに提出する。

13. 診療報酬請求書の時効〔健康保険法第193条、健保施行第34条：国民保険法第110条〕

健保の場合も国保の場合も保険の給付を受ける権利は2年を経過すれば時効となる。

事業主が健保に関する書類を保存する期間は完結より2年間である。

14. 審査の期日〔社会審査第3条〕

健保の審査会は毎月分について、前月分の診療報酬請求書をその月の末日までに審査をする。

15. 審査委員の任期と審査委員長〔社会審査第7・9条：国民保険法第94・95条〕

健保の審査委員は2年で、審査委員長は委員の互選で選ばれ、国保の審査委員は3年で、審査会の会長は公益代表から選挙で選ばれる。

16. 審査・再審査請求の不服申立て〔健康保険法第189条：国民保険法第91・99条〕

保険給付の処分に不服がある者は健保審査員に審査請求をすると60日以内に決定がされる。その決定に不服があれば社会保険審査委員会に再審査請求をする。国保では審査請求先が国保の審査会になる。

17. 診療報酬請求書の不正の通報〔社会審査第5条〕

健保の審査の結果、診療報酬請求書に著しい不正または不当の事実を発見したときは、審査委員会は診療担当者を都道府県の地方社会保険事務所の医療協議会に遅滞なく通報する。

18. 医療機関の診療録などの調査〔健康保険法第60条：国民保険法第45・89条〕

厚労大臣は保険給付に必要があれば、診療担当者に診療録や帳簿書類の提出を求めたり、出頭や説明を求めたりすることができる。この内容は審査委員会の権限となることもある。

19. 医療機関からの文書の提出〔健康保険法第59条：国民保険法第113条〕

保険者は保険給付に保険給付が必要があれば、診療担当者に診療録や帳簿書類の提出を求めたり、出頭や説明を求めたりすることができる。

11-6 診療所の法律の改正

平成18年法律第84号「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」により、医療法が改正され、平成19年1月1日から、患者を入院させる施設を有する診療所（有床診療所）に以下の法的な見直しが行われた。

- 1) 一般病床の定義に診療所の一般病床を含めると同時に、有床診療所の一般病床の設置又は病床数等の変更には、所在地の都道府県知事の許可を要する。【医療法第7条及び第7条の2】
- 2) 有床診療所の管理者は、同一の患者を48時間を超えて入院させないように努めると規定（48時間規制）を廃止すると共に、入院患者の病状の急変時における適切な治療の提供のため、他の病院又は診療所との緊密な連携を確保しなければならないこと。【医療法第13条】

2. 改正の内容

1) に関連する改正

○有床診療所の一般病床で、許可事項に変更が生じた場合には都道府県知事に届け出る。

【医療法第30条の2】（医療法施行令第4条第2項）

○診療所の病床の設置許可がない者が病床を設置した場合は、病床の事項を届け出る規定を設ける。

【医療法第30条の2】

○医療法第30条の3第6項及び第7項で定める基準病床数を算定する方法の特例対象の申請は、診療所は、療養病床の設置の許可若しくは療養病床の病床数の増加許可申請に限られていたが、一般病床の設置の許可、若しくは一般病床の病床数の増加許可申請について対象とする。

【医療法第30条の3第6項及び7項】（医療法施行令第5条の3第4項及び第5条の4第1項）

11-7 診療関係書類の保存期間（平成16年）

引用書籍：医事関連法の完全知識 医学通信社

項 目	保 存 期 間	根 拠 法 令
診 療 録	診療完了の日から5年間	医師法・療養担当規則
診療の諸記録	2年間	医療法施行規則
帳簿の保存	療養給付完了の日から3年間	療養担当規則
レントゲンフィルム	2年間	医療法施行規則
	3年間	療養担当規則

（注）生活保護法・結核予防法による診療関係書類の保存は5年間。

ただし、診療録は民法（債務不履行）の見地から10年間の保存が望ましい。

11-8 各種法令の名称の解説（平成16年）

引用書籍：医事関連法の完全知識 医学通信社

法律	国会の議決を経て天皇が公布する。	健康保険法
政令	法律を施行するために内閣が制定する命令。	健康保険法施行令
省令	各省大臣が主管する行政事務に関して発する命令。	健康保険施行規則
告示	国や地方公共団体が、ある事項を一般の人に広く知らせるもの	点数表改定告示
通知	各省が、所管の諸機関に守るべき法令の解釈や運用方針を示すもの 1) 保 発：保険局長名による通知。 一般的解釈 2) 保医発：保険局医療課の課長名による通知。 具体的な解釈	

11-9 個人情報保護法

平成17年4月11日施行

個人情報保護法は一種の行政規制法で、道路交通法と同じような性格です。規制の実効性を確保するために一定の違反行為に対する罰則がありますが、特定個人に対する損害賠償責任の直接の根拠とはなりません。個人情報の不適切な扱いによって他人の名誉やプライバシーを侵害した場合は、民法709条の不法行為責任の問題となります。金融庁は平成17年6月19日に初めて同法に基づいて“みちのく銀行”に勧告を行いましたが、130万人の顧客情報を紛失させた責任者は対象とはなりませんでした。

同法が施行された後では、法の要求する個人情報管理体制が整っていない医療機関は、社会や患者さんから信頼され難くなるという大きなデメリットを負うことになります。

○ 医療機関の義務

- ・利用目的の特定、第三者提供の制限 → ポスターによる院内掲示
- ・安全管理措置 → 院内規則の制定
- 従業員の監督（契約書を交わす）

→ 委託業者の監督（確認書を交わす）

・開示義務・訂正義務・利用停止・苦情処理体制の整備

11-10 e-文書法【電子文書法】

（平成16年 法律第149号）

紙での保存が義務付けられている文書や帳簿を電子データとして保存（電子保存）を認める法律の総称で、通則法「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律」と整備法「同法施行に伴う関係法律の整備等に関する法律」の二つの法律を指し、平成17年4月施行から施行された。ただ、e-文書法は文書や帳簿の電子保存を認めるだけで、法的な正当性はない。電子文書（電子データ）は気軽にコピーや、痕跡を残さず修正ができるため、原本性の確保（紙の原本と同一である）を持つためには「時刻認証技術（タイムスタンプ）」や電子署名等の電子認証システムの導入が不可欠である。電子文書にタイムスタンプを埋め込むことによって「その電子文書がいつの時点で作成され、それ以降現在に至るまで改ざんされていないこと」を第三者に証明することが可能になるし、さらに電子署名を付け加えれば法的な証明力が増してくる。

※ 電子保存とは、当初から電子的に作成された書類を電子的に保存すること及び書類を一定の技術要件を満たしたスキャナを利用して電子データとして保存することの「スキャナ保存」の両者を含む。

（参考）e-文書法により電子保存が容認される文書の主な例 経済産業省

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| 1. 医療関係書類 | 2. 税務関係帳簿書類 |
| 診療録、処方せん等 | 契約書、領収書、見積書、納品書、注文書等 |
| 関係法令：医師法、歯科医師法、薬剤師法等 | 関係法令：所得税法、法人税法、地方税法等 |
| 保存期間：5年間（診療録）、3年間（処方せん） | 保存期間：7年間 |
| 3. 会社関係書類（定款、株主総会の議事録、営業報告書等） | 省略 |

12-1 耳鼻咽喉科の学校健診の診断名の手引き

☆ 学校健診の診断名および解説

- ・健康診断は、児童・生徒の健康状態を把握して健康管理に反映させることが目的なので、すべて慢性疾患のみで、短期に治癒するような急性疾患を除外する。例えば、インフルエンザ又はかぜによる一時的な急性疾患、急性鼻炎と判定された児童・生徒を除くことになる。
- ・検診時の診断名はあくまで「疑い」であり、事後の措置で専門医の精密検診により診断が確定する。

A項：耳

- | | |
|----------|--|
| ① 耳垢栓塞 | 耳垢栓塞および耳垢のために鼓膜の視診が困難なものを含む。 |
| ② 慢性中耳炎 | 鼓膜穿孔と耳漏を認めるもの。耳漏のない鼓膜穿孔も含む。 |
| ③ 滲出性中耳炎 | 青色鼓膜、液線などの滲出液貯留の明らかなもの。
強度の鼓膜陥没および鼓膜癒着の疑いのあるものも含む。 |
| ④ 難聴の疑い | 選別聴力検査で異常のあるもの。滲出性中耳炎の疑いも含む。
アンケート調査で難聴や耳鳴などの訴えのあるもの。 |

B項：鼻

- | | |
|------------|---|
| ① 副鼻腔炎 | 中鼻道や嗅裂に粘膿性分泌物が明らかなもの。鼻茸も含む。 |
| ② アレルギー性鼻炎 | 粘膜の蒼白腫脹や、水様鼻汁の他覚的所見の明らかなもの。
くしゃみや鼻閉の自覚症状の訴えや、喘息やアトピー性皮膚炎などのアレルギー性疾患の既往歴を、診断の補助とする。 |
| ③ 鼻中隔彎曲症 | 彎曲が強度で、鼻呼吸障害および他の鼻疾患の原因になると思われるもの。 |
| ④ 慢性鼻炎 | 上記疾患以外で、鼻呼吸障害や鼻汁が著明と思われるもの。
副鼻腔炎の疑いやアレルギー性鼻炎の疑いのあるものも含む。 |

C項：鼻咽腔

- | | |
|---------|---|
| ① アデノイド | 疑いの濃厚なもの。
鼻呼吸障害やいびきおよび特有な顔貌や態度に注意する。 |
|---------|---|

- ② 鼻咽腔炎
D項：咽頭および喉頭
① 扁桃炎

疑いの濃厚なもの。

他覚的に明らかに慢性炎症所見のあるもの。

習慣性扁桃炎や病巣感染源と思われるもの。

その他に口蓋扁桃に著しい異常の認められるものも含む。

② 扁桃肥大
高度の肥大のために、呼吸障害や嚥下障害をきたすおそれがあるもので、慢性炎症所見の少ないもの。単なる肥大は除く。

③ 音声異常
嗄声。変声障害、鼻声に注意する。

④ 言語異常
言語発達遅滞、構音異常、リズム異常（吃音など）に注意する。

E項：口腔

唇裂。口蓋裂、舌小帯異常、その他の口腔の慢性疾患に注意する。（この項は、診断票の口腔の疾病および異常の欄に記入すること。）

F項：その他

上記診断名以外の奇形、その他の特別な疾患、健診時に急性症状を呈するもので特に必要な疾患を記載する。

「児童生徒の健康診断マニュアル」より引用改変

現時点で3校医体制（内・眼・耳）は存在すると明言できるが、状況により法制改正の手続きがなくとも、変更ができるとの話がある。 [日医常任理事会平成14年2月]

12-2 耳鼻咽喉科重点的健康診断要領

年 齢 別	検査対象および器官	注 意 点	備 考
幼稚園、保育園 3～5歳	全員、全器官 聴力検査は主として会話を用いる	滲出性中耳炎、耳垢、慢性鼻炎、アレルギー性鼻炎、副鼻腔炎、アデノイド、扁桃肥大、先天性異常疾患	難聴、言語障害の発見に努める。できれば保健調査を行う。
就学時 健康診断	全員、全器官 聴力検査はオーディオメータを用いる		
小 学 校	1年 6歳 2年 7歳	全員、全器官	保健調査および聴力検査は毎年実施する。 低学年では難聴言語障害、先天性異常疾患の発見に努める。
	3年 8歳 4年 9歳	有疾者（保健調査を含む）および担任より申し出のあった者について全器官	滲出性中耳炎、慢性中耳炎、慢性鼻炎、アレルギー性鼻炎、副鼻腔炎、鼻咽喉炎、扁桃炎、変声
	5年 10歳	全員、全器官	
	6年 11歳	有疾者（保健調査を含む）および担任または本人より申し出のあった者全器官	
中 学 校	1年 12歳	全員、全器官	慢性中耳炎、慢性鼻炎、副鼻腔炎、扁桃炎、変声
	2年 13歳 3年 14歳	有疾者（保健調査を含む）および担任または本人より申し出のあった者全器官。3年生は2学期に卒業検診を全員に行うことが望ましい	保健調査および聴力検査は毎年実施を原則とする。
高 等 学 校	1年 15歳	全員、全器官	中耳炎その他による聴力障害、副鼻腔炎、鼻中隔彎曲症
	2年 16歳 3年 17歳	有疾者と本人より申し出のあった者聴力異常者の耳	保健調査は1年入学時のみ。 聴力検査は毎年実施、聴力改善など手術適応の助言。

「耳鼻咽喉科の学校保健」より引用

12-3 学校医に関する法令

1. 児童・生徒の健康診断 [学校保健法施行規則第3条：学校保健法施行令第1条]
毎年の定期健康診断は6月30日までに、就学時健康診断は入学前3か月（12月）までに実施する。
2. 事後措置 [学校保健法施行規則第7条]
定期の健康診断の結果は21日以内に保護者に連絡する。
3. 児童・生徒の出席停止 [学校保健法第12条]
校長は伝染病（インフルエンザ等）の罹患、疑い、可能性のある児童・生徒の出席を停止させることができる。学校保健法は教育委員会の関与する小中学校、高等学校、特殊学校、保育所が対象である。
- 3-1. 児童出席停止 [学校保健安全法第19条]
校長は、感染症にかかっていたり、疑いがあつたり又はかかる恐れのある児童生徒等があるときは、出席を停止させることができる。
4. 臨時休校 [学校保健法第13条]
学校の設置者（教育委員会）は感染予防の必要性があれば、学校の全部又は一部の休業を臨時に行うことができる。
5. 健康診断表の保存期間 [学校保健法施行規則第6条の4]
乳幼児、児童、生徒、学生は卒業の日から5年間保存する。
6. プライバシーの保護 [学校保健法施行規則の一部改正：平成6年 第4]
健診結果は児童生徒及び保護者と教員がその内容を知れば十分であり、他の児童生徒に健診結果が知られることがないように制限された範囲で利用する必要がある。
7. 学校からの照会 [厚労省 医療等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン：平成17年]
学校の教職員等から、児童生徒の健康状態や、休学中の児童生徒の復学の見込みの問い合わせがあった場合に、患者の同意を得ずに患者の健康状態や回復の見込み等を回答してはならない。
8. 児童・生徒の学校医療券 [学校保健法第17条]
児童・生徒が学習に支障を来す病気（中耳炎・慢性副鼻腔炎・アデノイド）や伝染病に罹り、学校で治療の指示を受けても、保護者が要生活保護世帯や準要生活保護世帯の場合は市町村が療養費の自己負担分を援助する。学校保健法は急性の病態が対象でないで、中耳炎は慢性中耳炎である。
9. 学校管理下での災害共済給付 [日本スポーツ振興センター法]
義務教育の小中学校の管理下で発生した事故（クラブ活動、休憩中、登校下校中）による負傷、給食による中毒、溺水、日射病などが対象となる。その他にセンターと契約している高校、幼稚園も含まれる。証明書の費用は日本医師会からの通知で無料である。
保護者は通常の保険診療と同様に自己負担分を支払うが、保険の療養費（保険者負担分と保護者負担分の合計）が5,000円以上の場合にその40%が支給される。

12-4 身体障害者障害程度等級表解説（平成16年）

大垣市 赤井貞康

第1 総括事項

- 1 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）は身体障害者の更生援護を目的とする。
「更生」とは経済的、社会的独立を意味するものではなく、日常生活能力の回復をも含む広義のものである。したがって加齢現象に伴う身体障害及び意識障害に伴う身体障害についても、日常生活能力の回復の可能性又は身体障害の程度に着目して障害認定を行うことは可能である。
- 2 「永続する」障害とは、将来とも回復する可能性が極めて少ないもので、将来不変とは限らぬ。
- 3 乳幼児の障害認定は、障害の程度を判定することが可能となる年齢（概ね満3歳）以降に行う。（2003年に、乳幼児の聴覚障害に対する疑義解釈の質疑内容が改変され、3歳未満の乳幼児でABR等による客観的な判定が可能な場合には将来再認定することを指導した上で、現時点で将来的に残存すると予想される障害の程度をもって認定することが可能である。）

第2の個別事項は主として18歳以上の者について作成されたもので、児童の障害程度の判定はその年齢を考慮して妥当と思われる等級を認定する。治療や訓練によって将来障害が軽減すると予想されるときは、残存すると予想される障害の程度でその障害を認定し身体障害手帳を交付する。必要とあれば適当な時期に調査等によって再認定を行う。

- 4 身体障害の判定には精神薄弱等の有無にかかわらず取り扱って差し支えない。なお身体機能の障害が明らかに精神薄弱等に起因する場合は、身体障害として認めることは適当ではない。（療育手帳の交付となる）

第2 個別事項

- 1 聴覚障害（純音オーディオメーターはJIS規格を用いる。昭57.8.14改定）
 - (1) 聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし周波数500、1000、2000ヘルツの純音に対する聴力レベル（dB値）をa、b、cとし右式で算定する。a～cのうち1～2が測定不能の場合（100dB）は、当該部分のdBを105dBとして、右式を計算する。又、前述の検査方法にて $\frac{a+2b+c}{4}$ 短期間中に数回聴力測定を行った場合は最小のdB値をもって聴力レベルとする。
乳幼児の聴力検査で、両耳聴による聴力を測定した場合はその旨（COR）と記載する。
 - (2) 言語による検査と同様に詐病に十分注意を要す。
- 2 平衡機能障害
 - (1) 「平衡機能の極めて著しい障害」（3級）とは四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害を認め、閉眼にて起立不能又は開眼で直線を歩行中10m以内に転倒、若しくは著しくよろめいて歩行中断せざるを得ないものをいう。
 - (2) 「平衡機能の著しい障害」（5級）とは閉眼で直線を歩行中10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないものをいう。
 - a 末梢迷路性平衡失調
 - b 後迷路性及び小脳性平衡失調
 - c 外傷又は薬物による平衡失調
 - d 中枢性平衡失調
- 3 音声機能言語機能又はそしやく機能の障害
 - (1) 「音声機能又は言語機能の喪失」（3級）とは音声や言語を全く発することができないか、発声しても言語機能を喪失したものをいう。なおこの「喪失」には先天性のものも含まれる。
 - a 音声機能喪失—無喉頭 喉頭部外傷による喪失 発声筋麻痺による音声機能喪失
 - b 言語機能喪失—ろうあ 聴あ 失語症
 - (2) 「音声機能又は言語機能の著しい障害」（4級）とは音声又は言語機能の障害のため、音声、言語のみを用いて意志を疎通することが困難なものをいう。
 - a 咽頭の障害又は形態異常によるもの
 - b 構音器官の障害又は形態異常によるもの（唇顎口蓋裂の後遺症によるものを含む。）
 - c 中枢性疾患によるもの
 音声については喉頭摘出であれば3級、外傷などによる著しい音声の障害は4級である。
言語については家庭で肉親・家族の間で音声言語による日常生活に関するコミュニケーションが困難な場合は3級、家庭ではコミュニケーションができるが家庭周辺（社会生活ではない）で家族以外の者の話しかけが理解できない、あるいは言葉で伝えられないのが4級である。
 - (3) 「そしやく機能の喪失」（3級）とはそしやくや嚥下に関係する神経筋疾患によるゾンデ栄養以外に方法のないそしやく嚥下障害をいう。2003年の改定により、口腔・咽頭・喉頭の腫瘍・外傷による障害も認定対象となった。
 - (4) 「そしやく機能の著しい障害」（4級）とは唇顎口蓋裂の後遺症による著しい咬合異常があるため、歯科矯正を必要とするそしやく機能障害をいう。2003年の改定により、口腔・咽頭・喉頭の腫瘍・外傷による障害も認定対象となった。経口摂取のみでは十分に栄養摂取ができないため、経管栄養を併用しているもの、または誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限があるものが、4級となる。
- 4 二つ以上の障害が重複する場合
 - (1) 各々の障害の等級の指数を合計し、その合計指

数に応じて等級を認定する。(右表)

- (2) 合計指数は右表の各障害の等級を合計する。
- (3) 音声機能障害、言語機能障害、そしゃく機能障害の重複については(1)の合計指数認定方法を適用しない。
- (4) 聴覚障害と音声言語機能障害が重複する場合は(1)の認定方法を適用して差し支えない。たとえば聴力レベル100dB以上の聴覚障害(2級—指数11)と、音声・言語機能の喪失(3級—指数7)、この障害が重複する場合は(合計指数18)→1級とする。

合計指数	認定等級	障害等級	指 数
18以上	1級	1級	18
11~17	2級	2級	11
7~10	3級	3級	7
4~6	4級	4級	4
2~3	5級	5級	2
1	6級	6級	1
		7級	0.5

身体障害者障害程度等級表 (59. 10)

等級	聴 覚 障 害
2級	両耳の聴力レベルが、100デシベル以上のもの(両耳全ろう)
3級	両耳の聴力レベルが、90デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)
4級	1. 両耳の聴力レベルが、80デシベル以上のもの(耳介に接しなければ話語を理解し得ないもの) 2. 両耳の普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下
6級	1. 両耳の聴力レベルが、70デシベル以上のもの(40cm以上の距離で発声された会話を理解し得ない) 2. 一側耳の聴力レベルが、90デシベル以上で他側耳の聴力レベルが、50デシベル以上のもの

(指数) 等級	聴力レベル		平衡機能 障 害	音声機能、 言語機能、 そしゃく 機能障害
	両耳	一耳 高度難聴		
(11) 2級	dB 100			
(7) 3級	90	一耳 90dB	極めて 著しい障害	機能の 喪失
(4) 4級	80			機能の 著しい障害
(2) 1級		他耳 50dB	著しい障害	
(1) 6級	70	(6級)		

第3章 障害認定上の取扱い (略)

第4章 診断書等の記載要項

- (1) 障害名……部位とその部分の機能の障害を記載する。
聴 覚 障害 (両耳全ろう 語音明瞭度著障) 平衡機能障害 (中枢性平衡失調)
音声機能障害 (ろうあ 聴あ) 言語機能障害 そしゃく機能障害 (咬合異常 嚥下障害)
- (2) 原因となった疾病・外傷名……障害をきたすに至ったいわゆる病名を記載する。
聴覚又は平衡機能の障害 (先天性難聴 老人性難聴 メニエール病)
音声機能 言語機能 (喉頭腫瘍 脳血管障害 唇顎口蓋裂)
そしゃく機能障害 (咬合異常 嚥下障害) ← 指定の歯科医師
また原因となった疾病・外傷の発生した理由については該当する項目を○で囲む。
- (3) 疾病・外傷発生年月日……年月日が不明の場合は初診日を記載する。月日の不明の場合は年の段階に留め、年が不明な場合は**年頃と記載する。
- (4) 参考となる経過・現症……障害が固定するに至るまでの経過を簡単に記載する。
・現症について個別の所見欄に該当する項目がある時は、この欄の記載を省略しても差し支えない。
・鼓膜の正常か異常か穿孔の有無、左右の聴力、歩行・平衡機能の異常、発声の不能が非常に困難か、発語明瞭度を家族なら理解できるか、医師一般の人が理解できるか、食道透視で誤飲が多いか、舌の動き、声帯の動きについて記載する。
- (5) 総合所見……障害の状況について総合的所見を記載する。
個別の所見欄に記載がある場合には省略して差し支えないが、生活上の動作活動に支障がある場合には個別の所見欄に記載された項目の総合的能力を記載する。
- (6) 将来再認定……将来障害がある程度変化すると予想される次の場合に記載すること。
なお参考として再認定の時期についても、その期日 (例えば3年後) を記載することが望ましい。

- ア 成長期に障害を判定する場合。 イ 進行性病変に基づく障害を判定する場合。
- ウ その他の認定に当たった医師が手術等により障害程度に変化が予測されると判定する場合。
- (7) その他参考となる合併症状……複合障害の等級について総合認定する場合に必要なもので、他の障害 (当該診断書に記載事項のないもの) についての概略を記載することが望ましい。
- (8) 身体障害者福祉法第15条第3項の「意見」……該当する障害程度等級を参考として記載する。
なお障害等級は都道府県知事・制令指定都市市長が当該意見を参考とし、現症欄等の記載内容によって決定する。
- (9) 各障害の状態及び所見……障害の状況を判定するために必要な事項についてそれぞれの診断書様式に示された測定方法等により厳正に診断し記載する。

(障害認定後の福祉について)

- 障害等級の3級以上の障害では障害年金などの経済的支援があり、それ以下の等級では障害の軽減のための補装具等の支援にとどまる。したがって3級以上の診断書記載は、より慎重にしなければならない。
- 言語による検査は、法律制定当時の語表と検査方法ではなく、日本聴覚医学会が定めた67 S語表による最高明瞭度の数値の代用が慣例的に認められている。
- 診断書作成料は健康保険ではなく、各医療機関の自由裁量の金額で請求する。
- 周波数500、1000、2000ヘルツの純音のうち、100dBの音が聴取できない場合の取り扱い105dBとして平均聴力を算定するのが原則であるが、一部の都道府県・政令指定都市では最大検査レベルまでの実測値で算出することを認めている。(岐阜県では非公式に認めている)
- 補装具の交付：
・市町村に申請手続きをして、指定業者から交付される。(所得により負担額が違う)
・18歳未満の障害児は指定医師 (更正医療機関である19条指定医が原則であるが、身障診断書が書ける15条指定医でも多くの地方で受け付ける) が、補装具意見書を記載する。
・18歳以上の障害者は、身体障害者更正相談所での判定が原則であるが、地方によっては15条指定医の補装具意見書を受け付ける。(岐阜県では15条指定医を受け付ける)
- 補装具意見書 (補聴器)：
・骨導式補聴器や耳あな型補聴器の交付の申請は、その補聴器が望ましい理由として、障害者の生活状況などを記載する。
・補聴器は福祉指定の機種に限られているが、デジタル補聴器など基準外の補聴器の申請は、他の補聴器よりも優れている点を明瞭度検査などで可能な限り数字の論拠を記載する。(地域事情が大きく、福祉指定の補聴器分の補助金だけしかもらえないこともあることを親に良く説明する必要がある)
- ・身障手帳2級、3級は重度難聴用の補聴器が、4級、6級は高度難聴用の補聴器が交付される。(子供の場合、難聴の程度の確定が困難なことから、「教育上 (職業上) の必要がある。」と記載することにより、重度難聴用補聴器や、耳あな型補聴器を交付することがある。)
- 障害者 (児) の医療費助成：
・身体障害者手帳3級以上の交付を受けている人が対象。(所得制限あり)
- 福祉手当：
・3級以上の障害児には、特別児童扶養手当・障害児福祉手当などの制度があり、500、1000、2000ヘルツが共に100dB以上であれば、補聴器を用いても音声の識別ができないものとして高い手当がもらえる。(所定の診断書の記載が必要)
- 障害者控除：
・障害等級が2級以上であれば特別障害者控除 (40万円) の対象となり、それ以下は27万円の控除となる。

12-5 聴覚障害と言語障害の合併の等級表

聴 覚 障 害	言語障害程度	障害等級	認定等級
障害程度	等級		
両耳 100dB 以上	2	そう失 著しい 正 常	3 4 —
90dB 以上	3	そう失 著しい 正 常	3 4 —
80dB 以上	4	そう失 著しい 正 常	3 4 —
70dB 以上	6	そう失 著しい 正 常	3 4 —
60dB 以上	—	そう失 著しい	3 4 4

12-6 補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準

平成20年3月31日 厚生労働省告示第147号

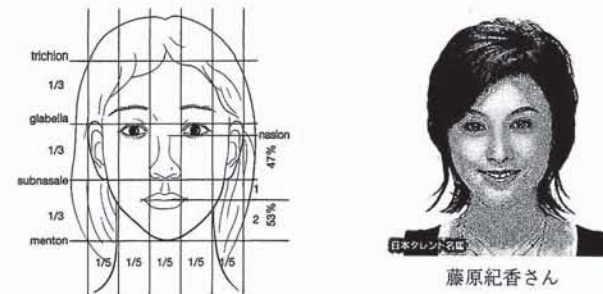
障害者自立支援法の規定に基づき、補聴器に関する基準を定め、適用する。

名 称	基 本 構 造	付 属 品	価格(円)	耐用 年数	備 考
高度難聴用 ポケット型	JIS C5512-2000による90デシベル最大出力音圧のピーク値の表示値が140デシベル未満のもの。	電 池 イヤモールド	34,200	5 年	価格は電池、骨導レシーバー又はヘッドバンドを含むものであること。 身体の障害の状況により、イヤモールドを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。 ダンパー入りフックとした場合は、240円増しとすること。
高度難聴用 耳掛け型	90デシベル最大出力音圧のピーク値が125デシベル以上に及ぶ場合は出力制限装置を付けること。	電 池 イヤモールド	43,900		
重度難聴用 ポケット型	90デシベル最大出力音圧のピーク値の表示値が140デシベル以上のもの。	電 池 イヤモールド	55,800	5 年	重度難聴用耳掛け型でFM型を必要とする場合は89,000円増しとすることとし、ワイヤレスマイクを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
重度難聴用 耳掛け型	その他は高度難聴用ポケット型及び高度難聴用耳掛け型に準ずる。	電 池 イヤモールド	67,300		
耳あな型 (レディメイド)	高度難聴用ポケット型及び高度難聴用耳掛け型に準ずる。	電 池 イヤモールド	87,000	5 年	
耳あな型 (オーダーメイド)	ただし、オーダーメイドの出力制限装置は内蔵型を含むこと。	電 池	137,000		
骨導式 ポケット型	IEC Pub118-9 (1985)による90デシベル最大フォースレベルの表示値が110デシベル以上のもの。	電 池 骨導レシーバー ヘッドバンド	67,000	5 年	
骨導式 眼鏡型		電 池 平面レンズ	120,000		

修理部位 (抜粋)	価格 (円)
イヤホン交換	3,150
重度難聴用イヤホン交換	4,700
耳掛け型レシーバー交換	8,900
重度難聴用耳掛け型レシーバー交換	15,000
耳あな型レシーバー交換 (レディメイド)	14,200
耳あな型レシーバー交換 (オーダーメイド)	20,000
眼鏡型骨導子交換	16,400
骨導式ポケット型レシーバー交換	8,700
眼鏡型平面レンズ交換	3,600
骨導式ポケット型ヘッドバンド交換	3,100

6-10 顔貌の基準的なプロポーション

大阪歯科大学耳鼻咽喉科教室久保伸夫先生の外鼻形成術に関する講演で、顔の審美的な基準の話があった。顔面側面などの詳細な内容はJOHNS Vol.26 No.5, 2010 P796~P803をご覧ください。



図の解説

○顔面の水平線

1. 生え際 (trichion) と左右の眉を結んだ線 (glabella) との間隔と、左右の眉を結んだ線と外鼻下端 (subnasale) との間隔と、外鼻下端と下顎下縁 (menton) との間隔とがそれぞれ同じ長さである。
2. 要するに、生え際から下顎下縁までの間隔を、左右の眉を結んだ線と外鼻下端との2本の水平線で3等分されている。
3. 外鼻下端と下顎下縁との間隔は、左右を結ぶ口唇線で1:2に分けられる。
4. 鼻根点 (nasion) と外鼻下端との間隔と、外鼻下端と下顎下縁との間隔との割合は、47:53である。

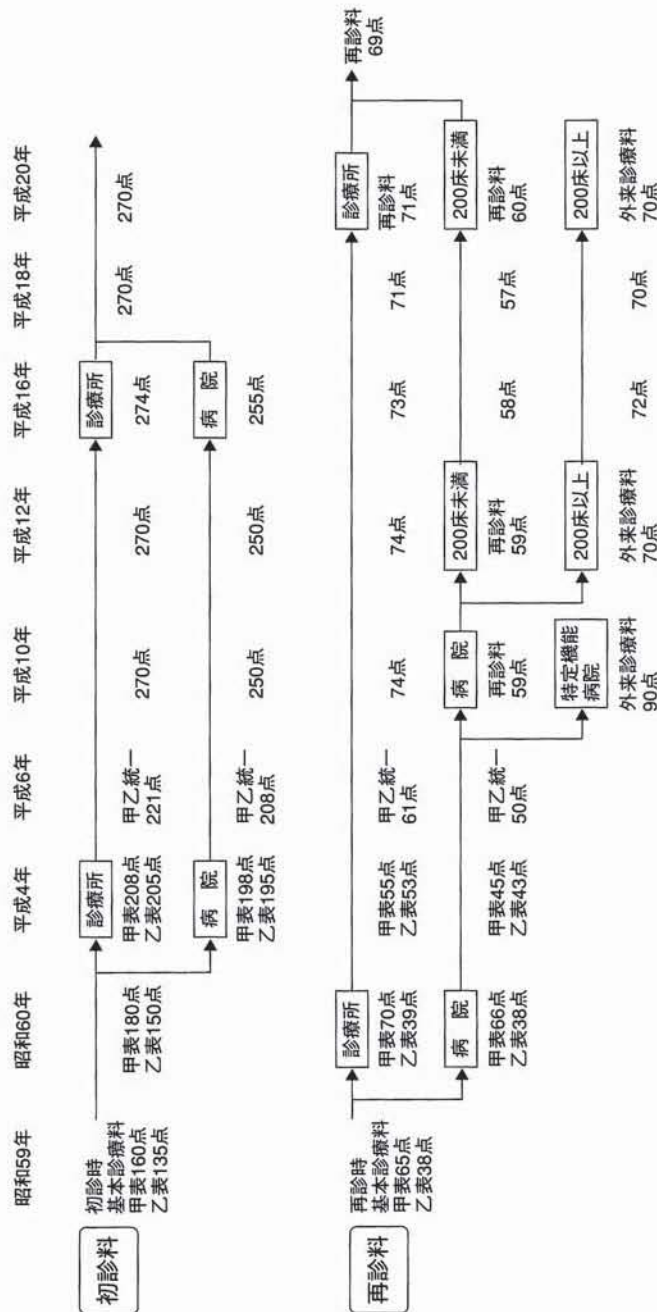
○顔面の垂直線

1. 内眼角と鼻翼縁とは左右それぞれ同一線上にある。
2. 左右の鼻翼縁の幅は、内眼角と外眼角を結ぶ眼裂の幅と同じ長さで、左右の眼裂の幅も同じ長さである。
3. 鼻翼縁の幅は、外眼角と顔面の外側縁との幅と同じ長さで、それぞれの左右の幅も同じ長さである。
4. 要するに左右の顔面の外側縁の幅は、左右の眼裂外縁と左右の眼裂内縁との4本の垂直線で5等分されている。

○以上が顔面正面の代表的な基準線で、女優の藤原紀香さんがこれらの条件をほぼ満たし平均的な顔貌であるとのことであった。

1-3 初・再診料の減額

初診料・再診料の評価



2-18 コンピュータレセプトの数字の内容

123456789012345678901234567890123456789 3者併用分 (稀な例)
 123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789 公費単独分・2者併用分
 123456789012345678901234567890123456789012345678901234567890123456789 医療保険単独分・老人保健分

[11番目 21番目 31番目 41番目 51番目 61番目]

上から1段目 [3者併用分] CD=検証番号 (チェックディジット)
 1~8: 公費2負担番号 9~15: 公費2受給者番号 16: CD 17~18: 公費2診療実日数
 19~25: 公費2請求点数 26: CD 27~31: 公費2薬剤一部負担金 32: CD
 33~37: 公費2患者負担額 38: CD 39: CD 40~67: 予備2

上から2段目 [公費単独分・2者併用分] CD=検証番号 (チェックディジット)
 1: 性別 2: 元号 3~4: 生年 5: CD 6~15: 記号 16~25: 番号 26: CD
 27~34: 公費1負担番号 35~41: 公費2受給者番号 42: CD 43~44: 公費1診療実日数
 45~51: 公費1請求点数 52: CD 53~57: 公費1薬剤一部負担金 58: CD
 59~63: 公費1患者負担額 64: CD 65: CD 66~67: 予備1

上から3段目 [医療保険単独分・老人保健分] CD=検証番号 (チェックディジット)
 1~8: 保険者番号 9~15: 医療機関コード 16~22: 請求点数 23: CD
 24~28: 患者の生月日 29: CD 30~34: 一部負担金 35: CD 36: CD 37~38: 診療実日数
 39~42: 診療年月 43: CD 44~51: 市町村番号 52~58: 受給者番号 59: CD
 60~61: 都道府県番号 62: 点数表 63: 保険種別1 64: 保険種別2
 65: 本人・家族・入外 66: 整理番号 67: CD

公費1: 主法以外に公費負担医療がある場合にはその公費負担医療を、又は主法以外に2種の公費負担医療がある場合には主な公費負担医療を示す。
 診療報酬明細書の左上隅に“公費1=公費負担番号”と“公受1=公費受給者番号”と印字されるものが公費1である。

公費2: 主法以外に2種の公費負担医療がある場合に、主な“公費負担医療=公費1”以外の公費負担医療を示す。
 診療報酬明細書の左上隅に“公費2”と“公受2”と印字されるものが公費2である。

生保12と児童福祉医療53の併用は、生保が公費1で、児童福祉が公費2となる。

保険種別1: 主法が何であるかを示すことで、1: 社・国、2: 公費、3: 老人、4: 退職者となる。
 保険種別2: 単独か公費負担医療の併用かを示すことで、1: 単独、2: 1種の公費との併用、3: 2種の公費との併用となる。

※ レセプト OCR エリアでの患者の生年月日 (平成18年7月4日改訂)
 元号及び年日は2段目2~4で、月日は3段目24~28で分かるようになった。OCRの読み取りで、後期高齢者制度への適否を調べるための措置とのことである。

※ 電算化明細書 (レセコン打ち出しレセプト) を手書きで内容訂正した場合。
 OCR エリアの「下段の数字の列」を左から3分の1程を、黒のボールペンで抹消する。
 審査機関の OCR 処理システムが、そのレセプト (電算化明細書) の保険者番号・医療機関コード・請求点数などを読み取れなくする。

2-15 傷病名コード便覧

詳細は「岐阜市耳鼻咽喉科医会のひろば」を参照

1. 頭部・顔面・頸部の疾患

部位	請求コード	傷病名名称	ICD10コード
顔面	3510007	顔面神経麻痺	G510
顔面	0531001	ハント症候群	B022
顔面	0537002	耳帯状疱疹	B022
顔面	1602001	上顎癌	C310
顔面	8842504	新生児上顎骨髄炎	K102
顔面	8024001	上顎骨骨折	S0240
顔面	8022002	下顎骨骨折	S0260
顔面	7169004	顎関節症	K076
唾液腺	8832390	急性耳下腺炎	K112
唾液腺	0729001	おたふくかぜ	B269
唾液腺	8843039	がま腫	K116
唾液腺	5275004	嚢石症	K115
唾液腺	8835181	耳下腺腫瘍	D370
唾液腺	8831834	顎下腺腫瘍	D370
頸部	2893034	頸部リンパ節炎	L040
頸部	2398121	頸部リンパ節腫瘍	D487
頸部	8841637	頸部のう胞	Q180
頸部	8833525	甲状舌管のう胞	Q892
頸部	8835927	正中顔面のう胞	Q188
頸部	2392171	頸部腫瘍	D487
頸部	2420002	バセドウ病	E050
頸部	2409006	甲状腺腫	E049
頸部	8833520	甲状腺のう腫	E041

2. 耳部の疾患

部位	請求コード	傷病名名称	ICD10コード
症状	3899010	難聴	H919
症状	8841308	めまい	R42
耳介	7444004	耳瘻孔	H618
耳介	8835171	耳介軟骨膜炎	H610
耳介	2392063	耳介腫瘍	D487
耳介	7440007	耳輪埋没症	Q178
耳介	7441003	副耳	Q170
外耳	8842184	耳垢性塞	H612
外耳	9319002	外耳道異物	T16
外耳	3802001	外耳道炎	H605
外耳	3801004	外耳炎	H609
外耳	3801014	限局性外耳道炎	H609
外耳	1119002	外耳道真菌症	B369
中耳	3829027	急性中耳炎	H669
中耳	3829014	慢性中耳炎	H669
中耳	3829008	穿孔性中耳炎	H669
中耳	8831764	外傷性穿孔性中耳炎	H669
中耳	3829006	術後性中耳炎	H669
中耳	8833771	鼓室形成術後遺症	H959
中耳	3853004	耳聾	H938

中耳	3853007	真珠腫性中耳炎	H71
中耳	3839002	乳様突起炎	H709
中耳	8838498	乳様突起腫瘍	H700
耳管	3814010	滲出性中耳炎	H659
耳管	8835194	耳管狭窄症	H681
耳管	8835191	耳管開放症	H690
難聴	8835241	耳鳴症	H931
難聴	3890004	伝音難聴	H902
難聴	3891004	感音難聴	H905
難聴	3892001	混合性難聴	H908
難聴	3882001	突発性難聴	H912
内耳	8841035	良性発作性頭位めまい症	H811
内耳	8842865	メニエール病	H810

3. 鼻の疾患

部位	請求コード	傷病名名称	ICD10コード
症状	8839467	鼻出血症	R040
外鼻	8020003	鼻骨骨折	S0220
外鼻	6800022	鼻前庭せつ	J340
外鼻	8839483	鼻前庭のう胞	J341
鼻腔	9329004	鼻腔異物	T171
鼻腔	4609014	急性鼻炎	J00
鼻腔	4720021	慢性鼻炎	J310
鼻腔	4779004	アレルギー性鼻炎	J304
鼻腔	8839217	肥厚性鼻炎	J310
鼻腔	4720003	萎縮性鼻炎	J310
鼻腔	8839515	鼻中隔彎曲症	J342
鼻腔	8843493	鼻茸	J339
鼻腔	4709003	出血性鼻炎	J339
鼻腔	8833665	後鼻孔ポリープ	J330
副鼻腔	4619004	急性副鼻腔炎	J019
副鼻腔	4739014	慢性副鼻腔炎	J329
副鼻腔	4739015	慢性副鼻腔炎急性増悪	J329
副鼻腔	9989034	副鼻腔炎術後症	T889
副鼻腔	2391037	鼻副鼻腔腫瘍	D385
副鼻腔	8835344	術後性副鼻腔のう胞	K098
副鼻腔	8026001	ふきぬけ骨折	S0230
副鼻腔	8026003	眼窩底骨折	S0230
鼻咽喉	8832434	急性鼻咽喉炎	J00
鼻咽喉	8840390	慢性鼻咽喉炎	J311
鼻咽喉	8839437	鼻咽喉線維腺腫	D106

4. 口腔・咽喉の疾患

部位	請求コード	傷病名名称	ICD10コード
症状	7860002	いびき	R065
症状	7805017	睡眠時無呼吸症候群	G473
咽喉	8830652	咽喉異物	T172
咽喉	8832280	急性咽喉炎	J029

咽喉	4721007	慢性咽喉炎	J312
咽喉	4782046	咽後膿瘍	J390
咽喉	2390016	咽頭腫瘍	D370
扁桃	4639021	急性扁桃炎	J039
扁桃	4740010	慢性扁桃炎	J350
扁桃	4639020	急性腺窩性扁桃炎	J039
扁桃	4750007	扁桃周囲炎	J36
扁桃	8840007	扁桃周囲膿瘍	J36
扁桃	8840014	扁桃肥大	J351
扁桃	4742002	アデノイド増殖症	J358
舌	5290011	舌炎	K140
舌	8836447	舌小帯短縮症	Q381
舌	2390083	舌腫瘍	D370
舌	8836459	舌粘膜下線維症	K135
口腔	5282003	アフタ性口内炎	K120
口腔	8833412	口腔粘膜のう胞	K099
口腔	2390041	口腔腫瘍	D370
口腔	8844184	口腔白板症	K132
口腔	8832564	頬粘膜のう胞	K099
口腔	8842906	頬粘膜良性腫瘍	D103
口腔	8844181	口腔底蜂巣炎	K122
口唇	0549007	口唇ヘルペス	B001
口唇	8833483	口唇粘液のう胞	K130
口唇	8833493	口唇良性腫瘍	D100
口唇	7491011	唇裂	Q369
咽喉	7490017	口蓋裂	Q359

5. 喉頭の疾患

部位	請求コード	傷病名名称	ICD10コード
症状	7844016	嚔声	R490
喉頭	9331001	喉頭異物	T173
喉頭	8832342	急性喉頭炎	J040
喉頭	4760008	慢性喉頭炎	J370
喉頭	2121004	喉頭良性腫瘍	D141
喉頭	4784003	声帯ポリープ	J381
喉頭	8835923	声帯結節症	J382
喉頭	8833606	喉頭蓋軟骨膜炎	J387
喉頭	4783014	反回神経麻痺	G522
喉頭	4783004	喉頭麻痺	J380
咽喉頭	3061004	咽喉頭神経症	F453

6. 食道・気管の疾患

部位	請求コード	傷病名名称	ICD10コード
症状	7872003	嚥下障害	R13
症状	8833748	呼吸困難	R060
食道	9351001	食道異物	T181
食道	5301002	逆流性食道炎	K210
食道	2390078	食道腫瘍	D377
食道	1509003	食道癌	C159
気管	4660009	急性気管支炎	J209
気管	4919002	慢性気管支炎	J42

気管	9340001	気管異物	T174
気管	8832179	気管切開術後	Z930

7. 他科の疾患

部位	請求コード	傷病名名称	ICD10コード
眼科	3721002	アレルギー性結膜炎	H101
眼科	8839567	鼻涙管狭窄症	H045
眼科	8026001	ふきぬけ骨折	S0230
内耳	4609008	感冒	J00
内耳	4659007	急性上気道炎	J069
内耳	4769001	慢性上気道炎	J398
内耳	8830417	胃炎	K297
内耳	4871001	インフルエンザ	J111
皮膚科	6961010	掌蹠膿疱症	L403

8. 修飾語コード

部位	請求コード	傷病名名称	ICD10コード
修飾語	2056	右	
修飾語	2049	左	
修飾語	2057	両	
修飾語	2001	右側	
修飾語	2014	左側	
修飾語	2058	両側	
修飾語	4012	急性	
修飾語	8007	急性増悪	
修飾語	4018	急性増悪性	
修飾語	4013	急性悪化	
修飾語	4015	急性化膿性	
修飾語	4017	急性外傷性	
修飾語	4043	慢性	
修飾語	4046	慢性再発性	
修飾語	5025	化膿性	
修飾語	4025	再発性	
修飾語	5076	湿性	
修飾語	3091	術後性	
修飾語	8002	の疑い	
修飾語	8069	の二次感染	
修飾語	8061	の急性増悪	
修飾語	8063	の再燃	
修飾語	8065	の再発	
修飾語	8066	の初期	
修飾語	8067	の初発	
修飾語	8062	の発作	
修飾語	8068	の遷延	
修飾語	8064	の術前	
修飾語	8048	の術後	
修飾語	8057	の術後障害	
修飾語	8058	の後遺症	
修飾語	8060	の緩解期	
修飾語	8059	の末期	
修飾語	8041	(心身症)	

4-3 授乳中に使用しても問題ないとされる薬剤の代表例

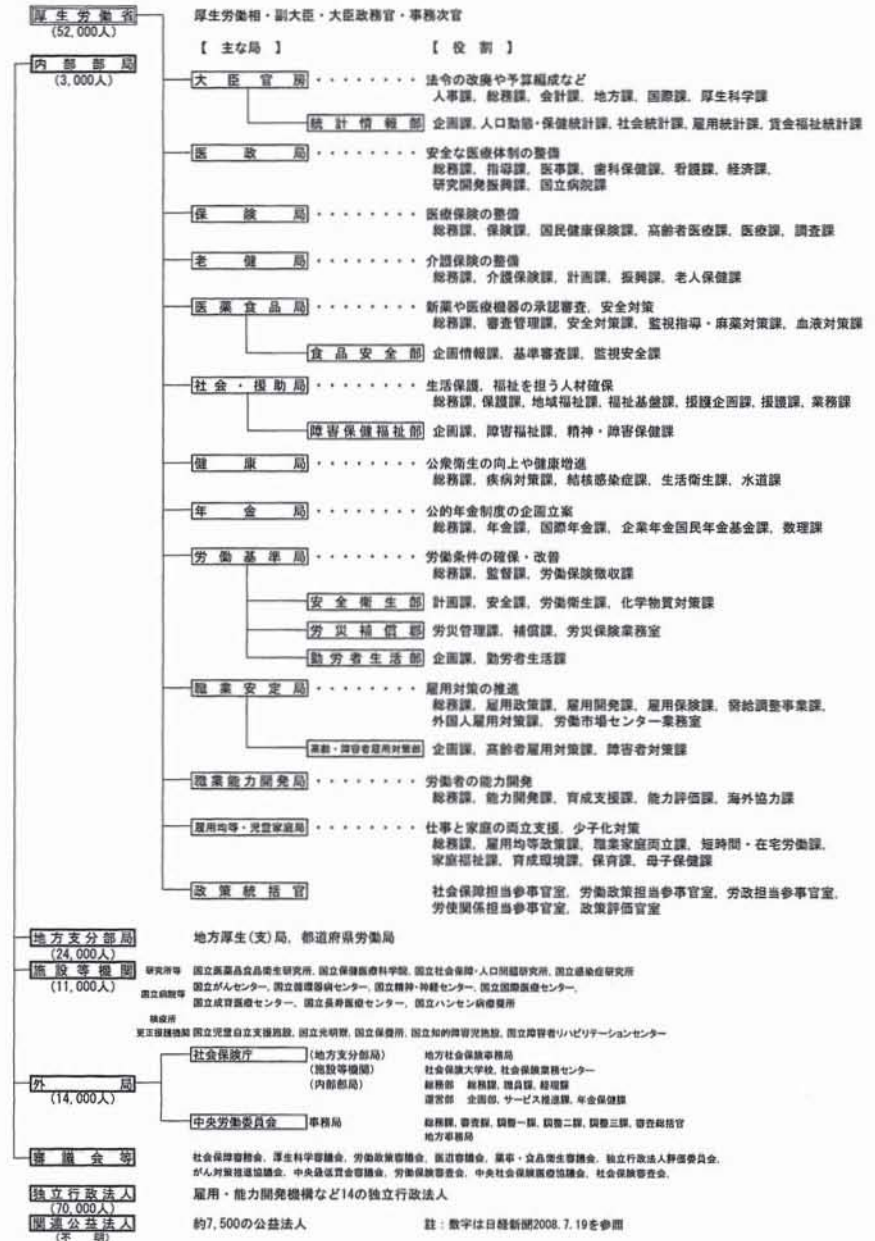
以下の薬剤は、通常は授乳期に使用しても問題がないと考えられる代表的な薬剤である。乳児への薬剤の影響は授乳中の時期であって、妊娠中の時期とは異なる。

・母親は薬剤を授乳直後か、乳児が長い睡眠に入る前に内服するように心掛ける。詳細は、<http://www.ncchd.go.jp/kusuri/junyuu2.html> (国立成育医療センター内 妊娠と薬情報センター) で調べてください。

一般名	代表的な商品名	分類
エリスロマイシン	エリスロシン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
レボフロキサシン	クラビット	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
クラリスロマイシン	クラリス	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
セファクロル	ケフラール	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
セフトアレキシン	セフレックス	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
アジスロマイシン	ジスロマック	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
シプロフロキサシン	シプロキサン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
セフィキシム	セフスパン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
セフジニル	セフゾン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
クリンダマイシン	ダラシン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
オフロキサシン	タリビッド	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
ノルフロキサシン	バクシダール	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
アモキシシリン	バセトシン、サワシリン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
セフトロキシム	パナン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
アンピシリン	ピクシリン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
ホスホマイシン	ホスミシン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
セフトジレン	メイアクト	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
リンコマイシン	リンコシン	抗生物質、抗菌薬、抗結核薬
インドメタシン	インダシン	解熱・鎮痛・消炎薬
アセトアミノフェン	カロナール	解熱・鎮痛・消炎薬
ナプロキセン	ナイキサン	解熱・鎮痛・消炎薬
イブプロフェン	ブルフェン	解熱・鎮痛・消炎薬
ジクロフェナク	ボルタレン	解熱・鎮痛・消炎薬
アゼラスチン	アゼパチン	抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬
ヒドロキシジン	アタラックス	抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬
フェキソフェナジン	アレグラ	抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬
ロラタジン	クラリテン	抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬
セチリジン	ジルテック	抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬
モンテルカスト	シングレア	抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬
シプロヘプタジン	ベリアクチン	抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬
クロルフェニラミン	ボララミン	抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬
クロモグリク酸ナトリウム	インタール	風邪薬・鎮咳・去痰・喘息治療薬
テオフィリン	テオドール	風邪薬・鎮咳・去痰・喘息治療薬
デキストロメトルファン	メジコン	風邪薬・鎮咳・去痰・喘息治療薬
デキサメタゾン	デカドロン	副腎皮質ホルモン (ステロイド)
ベタメタゾン	リンデロン	副腎皮質ホルモン (ステロイド)
ベクロメタゾン	アルデシン	ステロイド吸入薬
バラシクロビル	バルトレックス	抗ウイルス薬
アシクロビル	ゾピラックス	抗ウイルス薬
オセルタミビル	タミフル	抗ウイルス薬
ザナミビル	リレンザ	抗ウイルス薬

5-24 厚生労働省組織図

厚生労働省パンフレット2009年4月8日 内部部局の調整は変えた。



7-12 標準純音聴力検査の留意事項

聴力表の記載

- 1) 平均聴力レベルは、500, 1,000, 2,000HzのdB値を $\frac{a+2b+c}{4}$ a, b, cとし式で計算する。
一部測定不能の時の100dBは105dBとして計算する。
- 2) 旧規格の聴力損失では上の式に10を加え換算す。測定不能90dBは95dBで算定する。
- 3) オージオグラムの記入

	右 耳	左 耳	スクールアウト
気導	—○—	—×—	○ ×
骨導	□	□	□ □

気導 250~8,000Hz, 骨導 250~4,000Hz

聴力検査の進め方

- 1 まず1kHzで測定し、2k, 4k, 8kHzを測り、次は1kHzを再検し、初回と誤差が±5dB以内の時は125, 250, 500Hzの低音域を計る。左右差が40dB以上の時、良聴耳をマスキングして反対側を測定する。
- 骨導聴力は反対耳をマスキングしながら測定する。250, 500, 1k, 2k, 4kHzの5種類。

1 難聴の種類—平均聴力レベルで測定

~25dB未満を正常、~50dBまで軽度、
~70dBまで中等度、~90dBまで高度、
~90dB以上 ろう に分類

1 聴力型—オージオグラム

水平型、低音障害型、高音漸傾型、高音急墜型、dip型に分類。障害部位や原因を推定

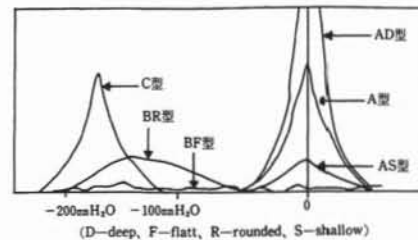
1 難聴の種類

伝音難聴—気導値だけ低下
感音難聴—気導・骨導値が同レベルに低下
混合難聴—両者低下し、骨導が気導より良
(日本医師会雑誌 平10, 10)

7-14 騒音性難聴の聴力像診断—志多享先生

- 騒音歴とその間の長期の聴力の経過観察結果が必要だが、1枚の聴力像では誤診の恐れがある。
- 1) air-bone gapのない感音難聴であること。
 - 2) 左右両側の聴力が略対称性であること。
 - 3) 聴力型が騒音性難聴としての進展様式から考えて著しく逸脱しない聴力像を示すこと。
 - 4) 補充現象が陽性に出現することが極く多い。
 - 5) 語音聴力検査成績が純音聴力像からみて、相当であること。
 - 6) 4KHz dipは必ずしも騒音性難聴の初期像とは限らないこと。

7-13 チンパノグラム (Jerger改変)



A型：ピークが0附近にあり、鼓膜は正常

B型：90%以上の確率で滲出液の貯留を示す。

C型：ピークが-100mmHgより陰圧側にあり。

陰圧で音が良く吸収され、鼓膜の内陷を示す。自然軽快を期待

1. ピーク圧の位置で診断する

陰圧側：滲出性中耳炎、耳管狭窄、耳管閉塞

正常：耳小骨連鎖異常、鼓膜の異常、腫瘍

陽圧側：急性中耳炎の初期

測定不能：鼓膜穿孔、滲出性中耳炎

2. ピークの高さ・形で診断する

ピークが高い (AD型など)

：鼓膜が薄い、耳小骨連鎖離断

ピークが低い (AS, BRなど)：グロムス腫瘍、

滲出性中耳炎、耳小骨固着、真珠腫

フラット型：滲出性中耳炎、鼓膜の癒着、腫瘍

スムーズさを欠く型：耳管開放症、血管性腫瘍

(昭62, 2 自治医科大学, 市村 恵一教授)

7-6 老人性難聴者と会話をするときのポイント

平成6年9月18日

中部ブロック会議 岡本途也昭和大学名誉教授の講演から引用

老人性難聴者との会話は、よく適合した補聴器をつけている場合も同様です。

1. あまり大きな声を出さず普通の大きさで、ゆっくりとはっきり文節を区切って話す。
2. お互いの顔を見ながら話す。
3. 周囲の騒音を少なくする。

63年間の診療経験から得た診療上のヒント

江崎計三

6-1 「鼓膜麻酔薬」について

石炭酸 (Phenol, Carboic acid) を使用する鼓膜麻酔薬です。下表は、戦前に武田薬品・ラジウム製薬から市販された「Zentol」薬瓶の成分表と、昭和24年耳鼻咽喉科臨床42巻5号の稲田素臣先生 (京都) の処方、1/2濃度の液を貼布し忘れて、15分後清拭、鼓膜切開したが穿孔をみたとの記事があります。

石炭酸は液状と結晶があります。液状の薬剤は10%の水を含んでいますので、量を加減して下さい。なお、石炭酸結晶は吸湿性があるので保存に注意下さい。また、石炭酸は劇薬ですので、調剤の際に薬剤が皮膚に付着した時は、直ちに十分水洗して下さい。

【使用方法】

液を浸した米粒大の綿球を鼓膜に貼付してから、1.5~2分後に綿球を除きます。次に、鼓膜に付着した液をよく拭いてから、鼓膜切開をします。綿球を貼付してから長時間放置しますと、鼓膜が白濁して穿孔を起こしますので、貼付時間には十分に注意してください！もし、幼児等で綿球を除去することが困難な場合は、温水の耳洗いで取り除きます。穿孔や、瘻痕などの菲薄な鼓膜には、禁忌です。この液で眩暈などの症状は出たことはありません。

調剤後に、液を浸した綿球を自分の前膊の内側に2分間貼付し、注射針で疼痛の有無を試して下さい。

「ハウグ処方」は質疑応答集13耳鼻咽喉科編 昭和30年 中外医学社から引用しました。

「ツエンテール」(武田)	「稲田処方」	「江崎変法」	「ハウグ処方」
ペルカミン…16.665%	液状石炭酸…1	石炭酸…1	石炭酸…2.5
石炭酸…33.33%	酒 精…2	グリセリン…1	グリセリン…2.5
薄荷油…33.335%		精 水…1	キシロカイン…5.0
薄荷脳…16.67%			

6-2 「黒褐色の耳垢」について

「黒褐色の耳垢」について 黒褐色の耳垢は細菌培養同定検査をして、真菌検査が陽性であるかを調べます。特に除去が困難な褐色の耳垢の場合も真菌検査を行います。

真菌検査が陽性であれば、水溶性抗真菌剤で30分間耳浴をし、清掃後に抗真菌剤の軟膏を塗布します。自宅では1日2~3回、30日間以上耳浴をしてから市販の綿棒で外耳道の清掃を続けると効果がありました。難治性ですがお試し下さい。但し、水溶性抗真菌剤の耳浴は痛みを伴うことがありますし、鼓膜穿孔の症例には注意して下さい。

9-3 「鼻鏡架台」について

この鼻鏡架台は学校の検診に便利だと思います。フレンケル形以外の鼻鏡には最適です。

右図は架台の模式図です。鼻鏡の長さを考えて厚紙で型を作り、器械店で金属板で作して下さい。

