

発行所
長野県保険医協会

〒380-0906長野市鶴賀629-1
長野東口ビル9F
電話 026(226)0086
FAX 026(226)8698
E-mail nagano-hok@doc-net.or.jp
年間購読料 3,600円
(会員の購読料は会費に含まれています)



2010年(平成22年)7月25日
No.353(毎月1回25日発行)
(1990年6月22日第三種郵便物認可)

主な記事

保団連代議員会発言...2面、国会行動、他医療機関受診関係...3面、ワクチンで防げる病気...4面、共済便り等...5面、理事会便り...6面、協同組合ニュース...7~10面

7県による開業医共済休保

募集1回目で2千口達成、次回から大分も参加

長野・新潟・青森・福島・山口・岡山・鳥取)の保険医協会・医会と関連協同組合のある7県で今年4月から新たに募集してきた「開業医共済休保」(以下で共済休保)が8月1日に発足する。7月22日に開かれた開業医共済協同組合理事会において、2000口突破の普及結果が報告され、月末に開く総会に組合員数200名を超えることによる「総代制の移行」、事業協の構成員を含む1,000名超による「特定共済協同組合の届出」とともに、8県目の参加となる大分県で共済休保を8月から普及する「地区の拡大」の定款変更を提案することを決めた。

保団連休保が保険業法規制による新規募集が出来なくなって5年目を迎える中で、関東信越厚生局の認可を得て取り組んできた「中小企業等協同組合法(中企法)による共済休保」が発足にこぎつけたのは、7県総口数の6割もの口数を確保した青森・山口の普及での牽引力があった。2県の協同組合の報告によると、共済休保の制度の優位性を宣伝したのにとどまらず、「内

容を有利にすればするほど破綻のリスクは大きくならないのか」との疑問に答え、民間保険の破綻は資産運用の失敗と逆ザヤである。共済組合は中企法で資金の運用が厳格に規定されている。共済組合の資産運用は預貯金と国債とされており、法律に定められたソルベンシーマージン比率の責任準備金を確保すれば、他は制度改善か利用分量配当に活用するものである、と説明して多くの申込者を得たという。

年度内あと2回の募集あり

共済休保は開業医の傷病による休業時の復業支援のための新しい制度であり、2010年8月1日から2011年7月31日までが初年度。今年度はあと2回、12月加入と来年4月加入が出来る。保団連休保や所得補償との併給も可能である上、民間保険のような不動産もなく、募集員人件費等の諸経費が少ないため、掛け金が安くなっている。また給付内容は1休業180日、通算500日(75歳満期)などや、8口加入で月192万円(入院30日の場合)と開業医の

答が寄せられなかった。

知事選も告示前にアンケート

また長野県知事選挙も告示前の予定候補者段階でアンケートを実施、全予定候補者から回答が得られ、その結果を告示前に会員に配布した。その内容については、もっか知事選挙期間中で、第3種郵便物でも月1回発行の本紙が報道に制約を受けるため本号では触れられない。今後は、現在休止中のホームページで選挙期間中にも見られるように改善を進めていく。

参議院選公示前アンケートに 当選の2氏を含む5名が回答

7月11日の参議院選挙で長野県選挙(定員2名)では自民新人の若林健太氏と民主党現職で防衛大臣の北沢俊美氏が当選した。県保険医協会では公示前の予定候補者の段階で診療報酬・社会保障関連のアンケートを行い、結果を公示前に会員に配布した。アンケートには当時6人の予定候補者のうち当選した2人を含む5名が回答、民主新人の予定候補者の高島陽子氏からは回

福祉医療給付制度の窓口無料化を求め 改善を進める会が知事宛要請書の署名を提出

乳幼児・障害者などの長野県の医療費助成制度である福祉医療給付制度の改善を求めて運動している「福祉医療給付制度の改善を進める会」(田中嘉典会長・県難病連会長)は7月20日、県庁で17,543筆の署名が添えられた村井知事宛の「子ども・障がい者等の医療費窓口無料化を求める要請書」を提出、担当の県福祉政策課に要請した。

同会は患者団体、障害者団体、婦人団体、県保

険医協会、県民主医療機関連合会などで構成、婦人団体からは子を持つ母親も要請団に参加した。

福祉医療給付制度の受給者負担金は昨年10月から1レセプトあたり300円から500円へ引き上げられているが、同会では昨年9月に1万9千名分の署名を提出「10月実施の見直し」を求めており、実施主体の県内の約半数の市町村でも2009年度中の実施を見送っていた。

同会では事業の対象者である社会的・経済的に立場の弱い障害者や若い世代はきわめて厳しい環境にあり、大きな負担を感じている中で改めて「自動給付方式(償還払い)ではな



福祉医療給付制度の改善を進める会が17,543筆の署名を積み上げ右の県健康福祉部福祉政策課に提出し要請(県庁内)

く、窓口無料を県に要請しよう」と4月から署名を集めてきていた。

窓口となった県の担当課との懇談では、障害者団体の参加者から、年金暮らしで生活困難な実態と障害者は複数の疾患を抱えて1レセプト500円でも負担は大変だとい

こと、母親団体からは、入院の費用負担を工面す

ニーズにマッチした保障となっている。

共済休保は、専門家の協力を得ながら作られた協同の理念に基づく相互扶助の制度である。7県(8月からは8県)いずれかの保険医協会(又は医会)会員であるとともに、開業医は1口5,000円の出資金で開業医共済協同組合の組合員となり、勤務医の場合は2,000円の賛助会員となることで加入ができる。また既往症があったり服薬中の場合でも、関連傷病を不担保とすることでの加入も可能。8月1日から実際に制度が動き出し、周知も進むとみられ、今後の普及が期待されている。

るのが大変だったといった実体験の訴えがあった。また県外の転入者からは県の制度に不満の声があることを伝え、要請団は、群馬や山梨は知事が主導で県実施を決めており、国保調整金のペナルティの問題はあるにしても子育て支援、県民生活重視の立場で進めて欲しい、とまとめた。

県の野池福祉政策課長は、今後関係法律の変更等が予定されて、いろいろ制度的な問題が絡み合う点にも触れ、「都道府県、市町村が財政的に困らないように国に対して要望していきたい」と語った。



名古屋側から時計回りで鉄道による紀伊半島一周をした。この路線すなわち紀勢本線の全通は一九五九年と比較的新しい。トンネルを抜けた時見える青い海は山国育ちの私にとっていつ見ても新鮮だ。しかし、今回のお目当ては紀州鉄道だった。和歌山県御坊市にありJR御坊駅から市の中心までの全線たった二・七キロメートル。全長二メートルの二軸気動車が民家の軒をかすめて走る愛らしい路線だ。一九二八年に全通した歴史のある鉄道だが、経営は厳しいという。実際、線路は雑草に覆われ、終着駅である西御坊の駅舎はみすぼらしく、廃線とされても不思議でない。かつて和歌山県には本鉄道以外にも野上電気鉄道、有田鉄道などの小さな鉄道があったが次々と廃止されていった。和歌山県だけではない。全国で中小の私鉄が廃止となり、または廃止されつつある。県内でも、筆者の学生時代、元気に走っていた上田丸子電鉄(現上田交通)、真田傍陽線(72年)、丸子線(69年)はすでに無く、長野電鉄木島線も二〇〇二年、廃止になった。モーターライゼーションだけが原因ではなからうが、高速道路の無料化などを控えて、これからの各鉄道会社の経営はさらに厳しくなるだろう。のと鉄道や、青森の南部縦貫鉄道、茨城の鹿島鉄道など何とかが存命中に乘れた路線もあるが、近いのに乗れなかった新潟交通、北陸鉄道の一部などもある。こうしている間にも消滅しつつある鉄道があるはずだ。のんびりしてはいられない。次の週末にはさあ、どこに行こうか。

(Y・N生)

保団連代議員会での長野の発言と執行部回答

去る6月26、27日に東京で開かれた保団連代議員会における長野県保険医協会の発言の全文と執行部答弁を紹介する。本ページでは社会保障財源問題と審査、指導、監査問題の2題。

国民の支持が得られる社会保障財源のあり方の提言を

代議員 鈴木信光

菅新総理は、就任後の所信表明で「強い経済」「強い財政」「強い社会保障」を一体で実現する方針を打ち出した。ここでは成長戦略を前面に押し出し、医療・介護分野も成長産業と位置付け、経済、財政、社会保障を相互に対立するものにとらえる考え方からの転換も強調している。

「強い社会保障」の言葉が何をめざすのか非常に曖昧であり社会保障政策の道筋は不明瞭であるが、医療・介護分野の成長といった言葉の陰には規制緩和、混合診療解禁といった思惑もあることに留意しなければならない。

ここで明確なのは財源問題で行き詰まる民主党党首の持論である「増税による成長」論のもとに消費税増税に前向きであり、消費税率引き上げが超党派での規定路線として前倒して推し進められる危険がある。社会保障拡充のために消費税増税止むなしは、ある意味で国民には分かりやすく受け入れられやすい面がある。

社会保障財源について、保団連の「大企業に応分の負担を」、「軍事費の削減」といった紋切り型の提言が国民多数の合意を得られているかという点と残念ながら不十分だといえる。財源問題は医療費総枠拡大の運動においては避けられない課題であり、われわれが必要とする医療費水準とそのための保険料、税負担及び窓口負担のあり方の全体像をわかりやすく示さなければ国民の支持を受けるのは難しい。

消費税増税は国民の負担が増える一方で大企業にとっては輸出戻し税等により更に大きな利益を生むこと、また、社会保障財源としては「内部留保」に対する課税、法人税逃れをなくす、受取配当金益金不算入など大企業の優遇税制措置の見直しや過剰な外貨準備高の取り崩しなどに求めることが

保険医療機関の新規動向

関東信越厚生局で公開の長野県分の保険医療機関指定の動向から医科と歯科の新規分について紹介。今回は5月10日～6月1日間の医科の2件。(開設・管理者の氏名敬称略)

名称	診療科名	所在地	電話	開設者・管理者	従事形態	病床	指定日
モザマンクリニック	外 他	〒390-0811 松本市中央3丁目7番8号	0263-88-3800	個人・有賀 浩子	常勤: 1	無	平22/5/10
上條医院耳鼻咽喉科	耳 い	〒381-2205 塩尻市大門泉町8-17	0263-52-8722	個人・上條 貴裕	常勤: 1	無	平22/6/1

診療科名は頭文字又は略記載、他での略もあり

開設者の法人の理事長は管理者と同一。個人の場合は開設・管理者は同一。

指定期間は指定日より5年。

可能だといった具体的方策を国民に伝えることも同時に必要である。

低所得者により大きな負担がかかる逆進性の強い消費税が法人税引下げとセットで庶民を苦しめ大企業を更に優遇しようとしている。消費税といった安易な手段に頼るのではなく、所得再分配機能を通じた給付の平等・負担の公平の実現、国民皆保険を充実するといった観点で社会保障財源を確保することを強く求めていくべきだ。

保団連執行部の答弁 内閣府によると昨年度の税による再分配効果はOECD諸国最下位で、社会保障による再分配効果は韓国、米国に次いで低い状況とのこと。社会保障の財源を考えるに当たっては低い社会保障の再分配機能を引き上げることがポイントだと考える。医療再生に向けた財源について保団連は以下のように考えている。1.雇用の正規化など被用者保険の加入者を増やすこと、2.新薬の高薬価を引き下げること、3.大企業の法人税率や研究開発減税などや富裕層への優遇税制を改めさせ能力に応じた負担を増やすこと。憲法に基づく社会保障の実現にはご意見のように所得再分配機能を通じた給付の平等、負担の公平が必要であり、消費税はそれに反する。保団連の財政確保の提案は国民の支持が得られるよう数字を示してわかりやすい工夫をしていきたい。

審査、指導、監査の強化への対策

代議員 山崎 徹

厚生労働省は5月31日に「行政事業レビュー」で医療給付費適正化のため指導・監査を強化する方針を示した。ここでは6月にも「医療指導監査業務等実施要領」を作成し、指導・監査業

務の標準化・統一化により個別指導の実施件数の増加を図ることとしている。

また、審査支払機関によるシステムチェックの拡充で査定件数及び査定点数の割合を高めていくほか、原則としてすべての保険者の電子レセプトによる受取体制と再審査体制を整備することとしている。その結果保険者では、電子レセプトを利用したシステムチェックが可能となり、調剤レセプトとの突合審査、縦覧審査が容易になり、複数の医療機関で受診した同一の患者にかかるレセプト、外傷レセプト等への点検の重点化を図るとしている。

事業レビューでは、厚労省は、医療費適正化は全体の抑制ではなく不正への対応であると説明しているが、今回示されている方針は電子レセプト化で容易になった機械的チェックシステムによる審査機関、保険者によるレセプト点検の強化と個別指導・監査の強化を一体的に行おうとするものであり、前政権における経済財政諮問会議が打ち出した医療費抑制政策を踏襲するものである。

こうした審査、指導、監査の強化が全国一律の基準で進められようとしている中にあるのは、各県における取り組みだけで改善を求めることは非常に困難な状況であり、保団連・保険医協会が総力を挙げて対応する必要がある。

保団連執行部答弁 厚労省は厚生局に業務を移管したが、各種団体と調整を行わずに様々な問題が各地から報



保団連の2010-2011年度第1回代議員会の会場で

告され、看過できない問題ととらえている。指導監査問題の要望をまとめ、7月14日に要請するが、高点数による集団的個別指導の廃止、対象カルテの指定時期と持参物の軽減、全国で弁護士の手当が可能であることを周知徹底する、取り消しの期間を2年に戻すことの4点を重点とする。

保団連が全国における中心的役割を果たすことは重要であるが、厚生局単位での指導監査対策が重要だ。各ブロック、協会の取り組みを共有し、改善の取り組みを前進させるために保団連新聞での紹介や11月の担当者会議に向けてアンケート調査を実施し改善運動につなげたい。

審査関係では、今回の改定における処方箋様式の変更は、医療機関のレセプトと調剤のレセプトの突合を促進するものである。また、電子レセプト請求の場合は猶予期間があるものの各点数の算定日を摘要欄に記載して請求することとされたが、算定日を記載することはレセプトが所見のないカルテとなることを意味する。個々の症例や患者の状態によって異なる診療が行われるが、審査において無用な疑義を持たれたり医学的理理解の乏しい保険者からの再審査請求が増加することが容易に想像される。これらについては廃止に向けた運動が絶対に必要だ。歯科では大変なことになるのはみえみえだ。

子で実費配布で対応していた。今回、発行が待たれた第7版が発行となり、8月に歯科会員に配布となる。

A4版118ページ。保険診療の基礎知識 カルテ記載について指導について 審査について 資料(カルテの自己点検表など)等で構成。

一般販売は送料込み2,000円、会員の追加購入は1,400円となる。



指導対策テキスト第7版
歯科で8月配布

保団連版の「歯科指導対策必携 カルテ記載を中心とした指導テキスト」は長野県では2006年11月発行の第5版まで配布済。第6版は昨秋発行予定で準備が進んでいたが今春の診療報酬改定の内容を反映させた第7版として発行することに変更されていた。このため長野協会では必要な会員に未発行の第6版を内部印刷のA3の二つ折り冊

明細書義務化撤回と入院患者の他医療機関受診規制撤回

県関係国会議員に要請書と会員の声を届ける

本紙前号の発行日が参議院選挙期間中だったため、公職選挙法の制約を受け、政党名等を入れた具体的記載ができず一部記事や写真が本号に先送りとなっていた。

前号では1面で県保険医協会が6月3日、鈴木会長、市川副会長らが上京、5月中旬より実施してきた「全患者への明細書発行義務化の撤回を求める要請書」及び5月下旬より急遽取り組んだ「入院患者の他医療機関受診規

制強化の撤回を求める署名」の各集約分を保団連を通じ、厚生労働省に提出するとともに、衆参の各議員会館に県関係議員を訪ね要請書と会員署名を渡したことを伝えた。

議員と直接面談できたのは民主党の矢崎、加藤の2議員だった。

議員への要請で

は、要請事項2項目の解説、関連アンケート集計、会員の署名を冊子にまとめたものを提出、会員署名につけられた「私のひとこと」にある現場の声も紹介しながら、明細書発行の義務化の問題点、入院患者の他医療機関受診規制の問題点を説明した。



矢崎議員に要請書冊子を手渡す鈴木会長。この後、30分ほど要請内容で懇談ができた。



加藤議員に説明を加え要請書冊子を手渡す鈴木会長

他医療機関受診規制の見直し
請願は、県議会で継続審査に
県保険医協会は、県議会6月定例会に「入院患者の他医療機関受診にかかる規制強化の見直しを求める意見書提出について」の請願を提出していたが、該当委員会の報告が7月2日の本会議最終日にそのまま承認されたことで継続審査となった。

県保険医協会が5月に実施した「入院患者の他医

入院患者の他医療機関受診の緊急実態調査結果から医療連携無視の規制強化に反対の声(続き)

総合病院であれば院内で受診できるが、精神科単科

療機関受診のアンケート」の設問5で入院中の患者の他医療機関受診の規制強化について意見を求めたところ、規制強化に反対の声がつつられた。前号では40件の記載のうち、23件を紹介、本号で残りの17件を以下で紹介。

規制強化について綴られた意見

中小規模の病院や有床診療所は知らないといっているかのようです。医療費を削減するためだけのことで医療者のプライドややる気を低下させることは医療の更なる崩壊に向かいます。

他院入院中の患者さんが診療を求めてこられても、治療費を請求できないのなら診療を拒否して良いかといったことになりましたが!

専門的な確かな診断及び治療が困難となる可能性が高い。

規制強化に反対。専門の違う先生では診ることができない。特に外科の患者の術後を内科やその他の診療科の先生では問題が多い。

複数の病気を併せ持ち、地域の病院で入院している特に高齢者への医療提供が阻まれます。専門医による検査・診断の結果、処方等で地域の病院での入院が可能でも遠方の大病院への転院で患者さんや家族の負担が大きくなり、大病院の勤務医の負担も増加する。また、慢性期や在宅医療連携を行っている中小病院の存続が出来なく

なります。

専門の医療機関を受診せざるを得ない場合が多くあります。また、対診したとしても専門的に処置が必要になると継続して受診することとなります。その期間入院料の30%減算は納得できません。また、受診した医療機関の医療費を入院中の医療機関が支払うことにも納得できません。規制強化の撤回を希望します。

複数の疾患を抱えた患者様に、入院医療機関として責任を持ち全ての疾病に対応できるのであれば他医療機関受診は発生しないでしょうし、専門的視野のある地域の医療機関と連携することによりその疾病の治療指針を又新たな疾病の発見や状態の把握により退院等への方向性も出てくる。今回の改正により地域医療連携の評価が見直されている中において入院が必要な患者様の他医療機関受診の規制強化はいかがなものでしょうか。

規制すべきではない。

昨年12月に入院中(整形外科)の患者が喘息等の薬を求めて家族が来院し処方した。今月社保から処方認められないとの旨の連絡があった。お金は病院に請求してくれということだった。少ない薬であったので黙認したが、今度も続けてくるようだ何らかの対処が必要と考える。

病院では無理です。本制度は是非廃止してもらいたい。

全くナンセンスな話。

当院のように単科の病院であって、他の医療機関に依存せざるを得ない病院にとっては今回の規制強化の影響が非常に大きく、今後の事務処理の煩雑化なども懸念される。

必要により他医療機関を受診するのであるから入院基本料の30%若しくは70%の減額はやめて欲しい。

患者の不利益につながるもので容認できません。

薬剤の規制強化に関して、当院でも専門治療が終わり、回復期、療養病棟等へ転院させる際に高額かつ専門的な薬剤がネックとなり見つからない状況が出てくると考えられる。

病院は専門医療の対応力を高める一方で診療所は専門医療をしなくて良いあるいはするなということではないか。30%減額は不良在庫を抱えなくて良いのだから当たり前だということ、病院の診療報酬を上げたのだから病院はそれなりの責任をもてということか(アメとムチ)。当局よ患者のことを考えてください。

ADDSの患者さんが、入院しておられ拠点病院でHAART療法を受けておられます。いままで連携して行ってきた治療が継続できずに困っている。

留意録... 歯科の改定率

長妻厚生労働大臣の発言-記者会見概要から(財務大臣折衝後2009/12/23)

(記者)歯医者さんについて、かなりついているようですが、例年の動向ですと、医科、歯科の割合は一緒ですが。これはどういった理由ですか。

(大臣)これも医科と、歯科について、技術料がどれだけ占めるかという比率ですが、医科は84%程度が技術料です。歯科は93%程度が技術料です。あとは医科、歯科ともに薬剤費等々ということで、所与の金額になるわけです。それで同じ比率をこれまで上げて来た部分もありますが、そうすると所与の部分を除くと技術料の部分の値上げ幅が医科の方が増えて行くというようなことがこれまでも御指摘いただいているところです。その部分でそれを平準化していくということで、今回歯科の部分、技術料が93%を占める部分にこういう点数にしたということです。

(記者)歯科医師連盟が、民主党よりになって来ているということも影響しているのでしょうか。

(大臣)そういうことは影響しておりません。

上條歯科医療管理官の発言「社会保険旬報」2010/4/11号インタビュー記事
-----全体の改定率のなかで歯科が一番高かった。

上條 改定率はいろいろな要素で決められていくものだろう。今までは医科・歯科一緒の改定率だったが、今回は、技術のある程度重視した評価ということで、こういう改定率になった。淡々と受け止めながら、張り付け作業をしたというのが本当のところ。

-----歯科の改定率が高いこと理由は何でしょうか。

上條 単純に医科と歯科の医療費に占める薬剤と材料の比率に着目すると、歯科に占める割合は医科に比べてやや低くなっている。このため医科と歯科では技術料の配分科のほうが高いから、技術だけを同じような割合で引き上げようとするとおおむね理解している。

中医協委員・邊見氏の発言?愛知保険医新聞5/25掲載の3/22愛知県保険医協会勤務医の会の総会における講演記録 -

歯科が2.09%引き上げて、いち早く民主党寄りの姿勢を見せた見返りだと生臭い話もあるが、それだけではないと思う。この10年間、歯科の医療費は1兆5千億円ですと横ばい。歯科医は増えているのにパイが増えない、ワーキングプアといわれる300万円以下の年収の歯科医がどんどん増えている。だから、歯科医師の定員減、麻酔科にかわるべきなどと言われている現状からみれば引き上げは当たり前のこと。調剤は10年間で1兆円から5兆円になっている。

ワクチンで防げる病気(VPD)

月間保団連今年の5月号に千葉県保険医協会会長花井透氏が、「細菌性髄膜炎を予防するワクチンの早期定期接種化」を求める取り組みの様子を書いていた。彼は「細菌性髄膜炎から子どもたちを守る会」田中美紀代表らの運動を支援するネット・ちばを1年前に立ち上げた。小児科医会、薬剤師会、医師会、歯科医師に呼びかけ連携をした。ヒブワクチンと肺炎球菌ワクチンの早期導入と国への定期接種を求める国会署名運動、公費助成などだ(詳細は同誌参照)。

欧米に遅れること10数年、2008年12月にヒブワクチン(アクトヒブ)を、2010年肺炎球菌ワクチン(プレベナー)が任意接種で認可された。しかしヒブワクチン任意接種導入後の日本の重症感染症の実態は、相変わらず髄膜炎はヒブ年間600、肺炎球菌200発症して変わらない。一つにはワクチンで守れる病気は全て任意接種でなく、国は定期接種に組み入れる(接種率80%以上で病気は守れる)必要がある。もう一つは日本だけに蔓延している耐性菌の問題がある。実情は若い親たちが高額な料金を払い、ヒブも肺炎球菌も単発なものだが、摂取時期、回数も不適切となる。

一方子宮頸がんのワクチンは2009年から承認され任意接種が始まった。問題は子宮頸がんやヒトパピローマウイルス(HPV)に対する知識である。ワクチン対象年齢は10-15歳だ。医者はその年齢の子どもに、医学的に正確に説明できなければならぬ、性教育は学校や家庭両者で欲しい。

検診もしかし性交渉を始めたら一度でも検診を受けることが常識のなるようにしたい。

最近の日本のワクチン情勢

ヒブ(Hib)ワクチン

Hibとは莢膜b型インフルエンザ菌の略称である。莢膜多糖体の抗原性によりa~fの6血清型に分類される。ヒブは組織浸潤性が強く、髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症、骨髄・関節炎、中耳炎などの原因菌で、ヒブワクチンと肺炎球菌ワクチンは重症感染症特に髄膜炎への予防効果が期待される。結合型が特徴で、キャリア蛋白は破傷風トキソイドだ。

1998年WHOは5歳未満の小児、特に乳幼児にヒブワクチンの接種をPosition paperを公表した。2006年の時点108カ国でヒブワクチンは小児予防接種計画に組み込まれ、ヒブ感染症は激減した。諸外国では定期接種或いはそれに近い形で接種された。これらは10数年前から過去の疾患となった(図1)。一方で日本では1998年頃から耐性菌増加の問題がある。生方らが1999年から9年間の総計1935株の集積され

た菌種の内訳ではヒブ約60%、肺炎球菌31%、B群溶血性連鎖球菌(GBS)が3%、その他となっている。図2はラクターマーゼによらない新たな耐性インフルエンザ菌(BLNAR)出現の様子を示す。ヒブワクチン定期接種導入の欧米にはこの耐性菌の問題はない。

肺炎球菌ワクチン

肺炎球菌ワクチンは蛋白結合、ジフテリア菌外膜蛋白(CRM197)をつけた7価ワクチン(PCV7、プレベナー)だ。含まれる莢膜血清型は、4、6B、9V、14、18C、19F、23Fの7価だ。血清力カバー率は76.7%だ。

アメリカはPCV7導入後、5歳未満の侵襲性肺炎球菌は激減した。図3は米国8州での導入前(1998-1999年)導入後(2000-2005年)のCDCによる分析を示す。また10価と13価ワクチンが既に出てきている。

日本の疫学は2007年開始の「小児細菌性髄膜炎及び全身感染症調査に関する研究班」で、肺炎球菌性髄膜炎は5歳未満の侵襲的肺炎球菌感染症人口10

図1. Hibワクチン導入による効果

国 地域	5歳未満人口(千人)	Hib髄膜炎罹患率		重症Hib感染症罹患率	
		(導入前)	(導入後)	(導入前)	(導入後)
米国	20,524	54	<1	88	1.6
英国	3,831	24	0.6	36	1
ドイツ	4,115	23	0.9	46	1.3
スκανジナビア	1,581	31	<1	51	1
オーストラリア	1,360	25	6	59	16
イスラエル	566	18	<1	34	<1
チリ	1,500	40	<2		~

万対の罹患率は2.9、肺炎を伴う肺炎球菌性非髄膜炎は9.8と報告されている。

化膿性髄膜炎からは6B(25.4%) 19F(19%) 23F(13.8%) 6A(10.1%) 14(7.9%)となっている。中耳炎はペニシリン耐性肺炎球菌の増加の観点から、ワクチンの有用性がヒブ同様期待される。7価や11価の血清型カバー率は71-95%とされる。2007年WHOのPosition paperは、接種時期を2,4,6ヶ月と12-15ヶ月計4回とし、国の予防接種計画に組み入れるよう勧めた。

子宮頸がんの検診

子宮頸がんは減っていない。今国内で年間3千人近い女性が亡くなっている。婦人科のがんで一番患者数が多い。しかも20?30代の患者が増えている。頸がんに関しては検診の効果や重要性ははっきり証明されている。早期発見で死亡率は減っている。最近ではヒトパピローマウイルス(HPV)ワクチン(子宮頸がん予防)開発によって、がんになる前に手が打てるようになった。仕事、育児や学業に忙しいこの年代こそ危険年齢、是非検診を受けてほしい。問題は検診の対象となる20?30代女性にこの知識が圧倒的に足りないことである。子宮頸がんは子宮頸部の上皮に出来る。原因はHPV感染だ。

HPV感染は決して特別なことでなく、性交経験のある女性であれば70?80%が生涯に1度は感染する、多くは一過性で自然排除される。持続感染、前癌病変でも多くは自然治癒する。一部が長期間をかけてがん化する。しかし高度の異形成は「上皮内がん」にまで進む。上皮内がんは、程度

で言えばがん0期にあたる。まだ組織に浸潤する力はなく、上皮にかこまれている。リンパ節転移の可能性もなく、その部分をとってしまえば、完治で、5年生存率は100%だ。

最近妊娠検査に頸がんが組み込まれて、妊娠中に発見されても中絶する必要はなく、出産可能だ。この全員を0期までに発見して完治させるのが、検診の重要性だ。最近検診年齢は20歳に引き下げられた。嫌がらずに検診を受けて欲しい。

子宮頸がん予防ワクチン

HPVは多く100種以上ある。うち子宮頸癌の発症に13?15種が関与している。特にハイリスクHPV16型、18型は20?30歳の若年女性の子宮頸癌の約80%を占める。ワクチンで予防すべきがんである。日本では2009年からようやく承認され任意接種が始まった。接種対象年齢は欧米では12歳が推奨され、26歳までがcatch-up vaccinationとされている。ハイリスクHPV16型、18型に特化したワクチンは、2006年アメリカ開発でFDAが承認した。現在世界の100カ国以上で接種されている。ハイリスクHPV16型とHPV18型は特に重要で、子宮頸癌予防の鍵となる。

ワクチンは人工的に作成したHPV16とHPV18のウイルス様粒子を用いる。HPV16とHPV18の2価ワクチン(サーバリックス、グラクソスミスクライン社)とHPV16/18にHPV6/11を加えた4価ワクチン(メルク社)がある。前者は抗体上昇率と持続が良い、後者は尖圭コンジローマや膣疾患、膣と頸がん

にワクチン効果100%とされた。ヨーロッパでは公費負担もされ90%以上の若年女性がHPVウイルスワクチンを受けている。これも早急に定期接

種化が望まれるワクチンだ。

(松本協立病院 小児科 矢崎なつめ)

参考文献
花井透; 子どもたちの笑顔をまもりたい.月刊保団連 NO(1034) 30-33, 2010.
Peltola H; Haemophilus influenzae type b disease at the beginning of 21 century.Clin Microbiol Rev.3:302-317.
36号日本小児科医会会報 特集第19回日本小児科医会セミナーから
生方公子,中山栄一;治療上問題点となる耐性菌.小児科2009:50:279-288.

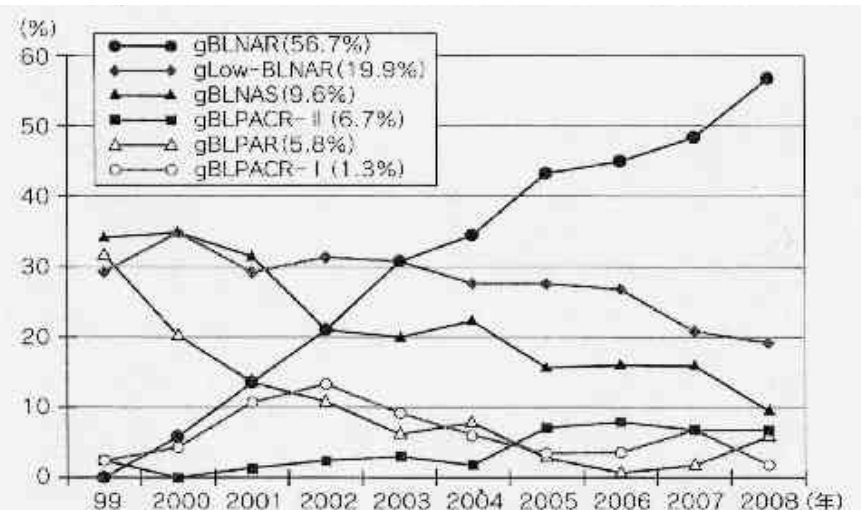


図2 化膿性髄膜炎由来のインフルエンザ菌の年次的耐性化動向 (n=1,165)

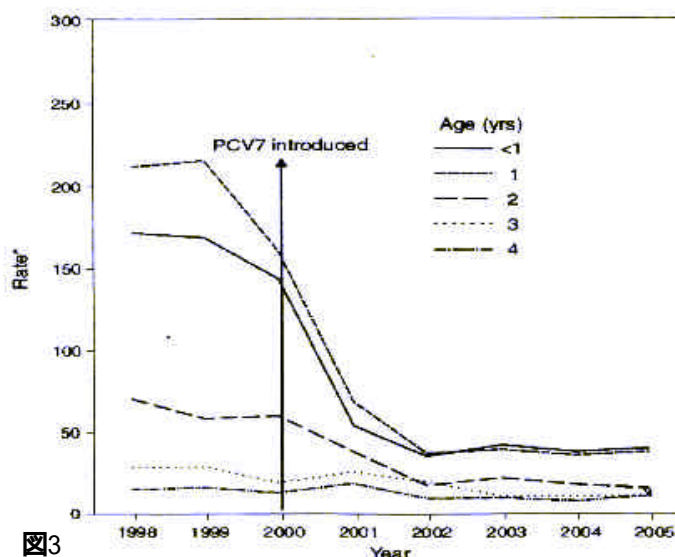


図3



グループ保険・やまびこ共済

8月に新年度入り、保険料や契約内容のご確認を!

安い掛け金で大きな保障の掛け捨ての生命保険、県保険医協会の「グループ保険」、県保険医協同組合の「やまびこ共済」の2つの団体定期保険の2010年度の普及推進期間(5/6~6/19)が終わり、8月1日から2つの保険の新年度がスタートします。

今回、5月と6月の普及推進期間中に、増額・減額・脱退などのお申込のないうち加入の皆様は、加入時のご案内の

ように、そのまま8月1日で自動更新となりますが、一部の加入者につきましては、年齢に応じた保険料月額の変更が出ています。また継続加入で65歳6ヵ月超の方は保険金額の上限が1000万円、75歳6ヵ月超の方は脱退となり、この2つに該当の皆様には事前の連絡がされています。

本年度の保険料月額は下に掲載の各年齢区別の「グループ保険」「やま

びこ共済」の「保険金と保険料月額」の表の通りです。新年度初回2010年8月分(7月26日振替)の保険料を通帳においても、ご確認下さい。

新規は8月から毎月15日締め、翌月1日の加入で対応
普及推進期間(5/6~6/19)以後は、8月より毎月15日締め切り26日振替で、翌月1日からの新規加入ができません。

また、今回、年齢による保険金の減額の方で「グループ保険」「やまびこ共済」のいずれかの制度にしかご加入のなかった場合は、未加入の保険で補うことができます。

いずれの場合も協会(026-226-0086)又は協同組合(026-223-0345)にお問い合わせください。

年齢の区分(共通) Sは昭和、Hは平成を示す	性別	グループ保険 保険金と保険料月額						やまびこ共済 保険金と保険料月額					
		本人			配偶者			本人			配偶者		
		4,000万円	3,000万円	2,000万円	1,000万円	1,000万円	500万	4,000万円	3,000万円	2,000万円	1,000万円	1,000万円	500万
15歳~35歳	男性	4,320	3,240	2,160	1,080	1,080	540	5,520	4,140	2,760	1,380	1,380	690
S.50.2.1~H.8.1.31	女性	2,640	1,980	1,320	660	660	330	3,840	2,880	1,920	960	960	480
36歳~40歳	男性	5,800	4,350	2,900	1,450	1,450	725	7,000	5,250	3,500	1,750	1,750	875
S.45.2.1~S.50.1.31	女性	4,440	3,330	2,220	1,110	1,110	555	5,640	4,230	2,820	1,410	1,410	705
41歳~45歳	男性	7,920	5,940	3,960	1,980	1,980	990	9,120	6,840	4,560	2,280	2,280	1,140
S.40.2.1~S.45.1.31	女性	5,520	4,140	2,760	1,380	1,380	690	6,720	5,040	3,360	1,680	1,680	840
46歳~50歳	男性	11,680	8,760	5,840	2,920	2,920	1,460	12,880	9,660	6,440	3,220	3,220	1,610
S.35.2.1~S.40.1.31	女性	7,600	5,700	3,800	1,900	1,900	950	8,800	6,600	4,400	2,200	2,200	1,100
51歳~55歳	男性	17,560	13,170	8,780	4,390	4,390	2,195	18,760	14,070	9,380	4,690	4,690	2,345
S.30.2.1~S.35.1.31	女性	10,440	7,830	5,220	2,610	2,610	1,305	11,640	8,730	5,820	2,910	2,910	1,455
56歳~60歳	男性	25,520	19,140	12,760	6,380	6,380	3,190	26,720	20,040	13,360	6,680	6,680	3,340
S.25.2.1~S.30.1.31	女性	12,800	9,600	6,400	3,200	3,200	1,600	14,000	10,500	7,000	3,500	3,500	1,750
61歳~65歳	男性	37,400	28,050	18,700	9,350	9,350	4,675	38,600	28,950	19,300	9,650	9,650	4,825
S.20.2.1~S.25.1.31	女性	17,600	13,200	8,800	4,400	4,400	2,200	18,800	14,100	9,400	4,700	4,700	2,350
66歳~70歳	男性	-	-	-	15,440	15,440	7,720	-	-	-	15,740	15,740	7,870
S.15.2.1~S.20.1.31	女性	-	-	-	6,750	6,750	3,375	-	-	-	7,050	7,050	3,525
71歳	男性	-	-	-	20,720	20,720	10,360	-	-	-	21,020	21,020	10,510
S.14.2.1~S.15.1.31	女性	-	-	-	8,880	8,880	4,440	-	-	-	9,180	9,180	4,590
72歳	男性	-	-	-	22,780	22,780	11,390	-	-	-	23,080	23,080	11,540
S.13.2.1~S.14.1.31	女性	-	-	-	9,860	9,860	4,930	-	-	-	10,160	10,160	5,080
73歳	男性	-	-	-	25,050	25,050	12,525	-	-	-	25,350	25,350	12,675
S.12.2.1~S.13.1.31	女性	-	-	-	10,980	10,980	5,490	-	-	-	11,280	11,280	5,640
74歳	男性	-	-	-	27,620	27,620	13,810	-	-	-	27,920	27,920	13,960
S.11.2.1~S.12.1.31	女性	-	-	-	12,280	12,280	6,140	-	-	-	12,580	12,580	6,290
75歳	男性	-	-	-	30,580	30,580	15,290	-	-	-	30,880	30,880	15,440
S.10.2.1~S.11.1.31	女性	-	-	-	13,780	13,780	6,890	-	-	-	14,080	14,080	7,040

*配偶者のみの加入はできません。必ず本人とセット加入をお願いします。本人が脱退される場合は配偶者も脱退となります。*上記表で70歳までに本制度にご加入いただいた場合で、71歳以降加入を継続する場合には、最長で75歳までの保障が可能となります。*配当金については、当該年度の支払保険金額によって異なり、死亡保険金の支払額が多い場合には、配当が行われぬ場合もあります。

互助共済を考える長野懇話会の活動 長野協会、保団連代議員会で報告

先の保団連代議員会6/27-28(2面)で長野県保険医協会は鈴木代議員の発言を通じ、協会が他団体と共に取り組んでいる共済法制定を求める「互助共済を考える長野懇話会」の活動を報告していた。発言内容は次の通り。

保険業法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律(案)をめぐり、5月13日に開催された民主党財務金融議員政策研究会において互助共済を考える長野懇話会と保団連のヒアリングが行われた。保団連住江会長からは、1)法人格取得と保険契約者保護基準の整備など対象要件、2)定款や事業方法書など必要書類や保険契約者保護基準、3)研究会や相談活動など共済以外の保団連の他の活動が制限されることがないこと、4)共済制度の包括移転に伴う税負担や費用負担な

どについて今回の改正法案における配慮を求める意見陳述がされた。

一方、長野懇話会からは3団体が参加したが、1)国民各層に共済という形の助け合いの制度が発展し、国民の安心と暮らしを支える上で大きな役割を果たしてきたことの意義、2)今次特別措置法案における保険数理に基づく基準や、行政庁の承認などが規定されていることの問題点、3)法案審議における要望として、諸規定が特定の団体の助け合いである共済と相容れるものかを実態調査結果に基づき検証し、実態に即した運用規則にすることを求め、最後に理念法としての共済法の制定を、欧米の例などを紹介し要望した。

長野県の懇話会には特別民法法人(公益法人)である団体もオブザーバーで参加しているが、今回の改正法

案では対応困難であるとの意見が強く出されている。法案には金融庁による保険業法に匹敵するような規制が盛り込まれており、手放しでは評価できない法案と認識している。少なくとも実態に即した運用が保障されるよう継続的な働きかけが必要であると考えている。

むしろ長野県の懇話会では6月に成立したPTA・青少年教育団体共済法は一つの突破口として注目している。同法はいわゆる共済の個別法といえるもので、金融庁の監督下ではなく詳細は文科省に委ねられており、共済団体の自主的共済活動の制限がより少ないと思われる。懇話会への参加団体が自らの構成員のために行う共済に関する個別法を成立にむけ、その理念法としての共済法制定をめざすことが本県懇話会の運動の方向であることを確認している。

 この発言に対し保団連執行部からは「政策研究会でのヒアリングは今回の再改定法案に対する各団体の意見聴

メールアドレス等の連絡を

県保険医協会では情報発信の多様化に合わせ、メールアドレスやファクシミリ番号など連絡されていない、又は変更等された会員の先生方に、連絡をお願いしている。

連絡は協会(電話026-226-0086、ファクシミリ026-226-8698)へ。Eメールではnagano-hok@doc-net.or.jpまで。

取の場であり、そもそも論、原則論を陳述する場ではなかった。改定法案では公益法人の救済措置のために自主共済の実態を踏まえた内容になっていないことは指摘の通りである。臨時国会の法案審議においては問題点を指摘するとともに、政省令の策定においては民主党議員らの在席のもとに金融庁交渉を行っていきたい。共済法については歴史的には共済を規制するために保険業界から何度も提起されてきた経緯がある。また対策本部でも全国懇話会の中でも一度も議論の俎上に上ったことはない」との回答があった。

保険かわら版

保険請求などQ&A

薬剤感受性検査の判断料

Q1: 月末に検体採取して細菌培養同定検査を行なったところ、菌が検出されたので、翌月に細菌薬剤感受性検査を行なった。この場合の判断料は各月に算定できるか。

A1: 判断料は細菌培養同定検査を行なった月のみの算定となる。検査実施料、判断料は1検体ごとの算定となるため、同一検体で前月に検査項目を決定し、薬剤感受性検査が翌月になった場合は、翌月は感受性検査の実施料の

み算定する(判断料は算定しない)。なお、翌月に別の検体で検査している場合は、実施料、判断料とも算定できる。

歯管の文書提供書の新版は

Q2: 歯科疾患管理料の文書提供書は保団連版の初回用を「全身疾患とのかかわり」を追加書き込みする繕いで使用してきたが、新版はできたのか?

A2: 新版が初回用、継続用とも出来ている。ただ、旧版にあり、今回不要になった「説明を受けた後に左下にチェックを入れてください」の1行が残ってしまい、添付のシール等でこれ

8月に51歳、掛金が変わるのか
Q 「グループ保険」と「やまびこ共済」は70歳までは5歳刻みに掛け金に変更になると聞いていた。8月に51歳になるが変更か?

A 2010年度2つの保険での51歳~55歳

は昭和30年2月1日生から昭和35年1月31日生れの方。質問の昭和35年8月生まれの方は変更なしで来年8月分保険料から年齢ランクがあがる。5面に年齢区分の詳細と保険金、月額保険料の一覧があるので参照下さい。



活動日誌

下記で場所記載なしは長野市で開催。保団連とあり場所記載なしは東京開催。[]内は担当者名で、一部に略あり。

- 6/10 * グループ生保、共済休保の募集の案内葉書を会員に発送
- 6/12-13 * 「保険診療の手引」編集会議が東京で[増田事務局長]
- 6/14?15 * 「『保険でより良い歯科医療』で『健康増進社会』へ」冊子及び共済休保の案内チラシを折込発送
- 6/15 * 臨時理事会を4地区電話会議で開催し保団連第1回代議員会にむけた討議
- 6/16 * 保険でより良い歯科医療を長野連絡会事務局会議が長野松本電話会議で[鈴木会長、原事務局長ほか]
- 6/21 * 常任理事会(理事会便り参照)
- 6/22 * 県議会に「入院患者の他医療機関受診にかかる規制強化の見直しを求める意見書」についての請願提出[宮沢事務局長]
- 6/23 * 参議院選挙立候補予定者アンケートの号外を発行

を消すか、消えているチェック欄をつくりチェックを生かすなどの対応が必要になる。いずれにせよ、顔が描かれていることから患者サイドからは左右がわかりやすい管理計画書であり、利用が進んでいる。なお、患者さんに渡す裏面には「ブラッシングを身につけましょう」とブラッシングの仕方の図示、ブラッシング到達度チェック欄が設けられている。B5版、50人分複写式。販売は協同組合扱で1部500円。5部以上だと送料は無料になる。

原稿募集

医療・社会保障全般、時局問題等での論評や意見、学会報告、書評、趣味の分野など幅広く原稿募集集中! 原稿等は、1面題字左の本紙発行元まで郵送、ファクシミリ、メール等で。掲載分につき図書カード2千円分を贈呈。

県保険医協会の**税務・経営電話相談**は、顧問税理士の土屋信行氏(写真)による。



り、実施しています。時間と受付電話は、次の通りです。

平日の受付時間
10:00~12:00
13:00~16:00

受付電話0269-33-3265 (しらかば会計事務所)

土屋税理士が不在の場合には、会員である旨と連絡先を伝言下さい。税理士の方から連絡をとらせていただきます。

午後7時40分~9時45分、長野・松本・佐久・飯田の4会場結び電話会議で開催。出席役員: 鈴木会長、市川・河原田・三田・山崎各副会長、池上・後藤・多田・中島(勉)・野口・花岡、林、布山・矢崎各常任理事 議長

理事会便り

6/21常任理事会の主な決定等

員会の財政担当理事は前年に続き中島常任理事が担当する。

保団連代議員会での発言通告の確認

提出済みの口頭発言について、消費税の逆進性の強調、法人税引き下げと消費税増税がセットでされようとしていること、株式配当不参入の企業の優遇措置があること等を追加する。

医療情勢と当面の課題

1.医療情勢...国民の間でも消費税増税が容認されている雰囲気があるが、行政コストの増加、中小企業に大きな影響を与えることなどのデータを示すなど、マスコミや経済学者の議論とは違う観点で消費税の問題点を検討していくべきだとの意見が出された。

2.医療運動課題...診療報酬改定の対策... 医科での明細書発行義務化アンケートの結果概要を報告、歯科も同じ項目でアンケートを実施し、今後の対応は保険・学術委員会の医科分科会及び歯科部会で討論する。入院患者の他医療機関受診の規制への対応では6月県議会に国への意見書を求める請願を実施し、マスコミへアンケート結果などの情報提供するとともに懇談等も呼びかける。歯科では3か月検証アンケート、保団連の訪問診療アンケー

トを7月に実施していく。審査、指導、監査強化への対応...

指導の運用が全国一律にルール化、実施件数の増加など強化の方向の中で、選定委員会及び昨年度の指摘事項の開示資料をもとに医科保険委員会や歯科部会で討議し、機関紙掲載、また個別指導対策の講習会の企画も検討する。関東信越ブロックの指導対策会議の参加報告があり、厚生局管内の協会が協力して対応することを確認。保険医訴訟支援7.3全国集會に鈴木会長が出席する。指導や監査の可視化を求める提案あり。

3.「医療税制にかかわる重点要望」会員要請署名...署名の実施を確認。時期については参議院選挙後とする。4段階税制については該当者がどれくらいいるのか可能であれば調査する。

県知事選挙アンケート

アンケート項目について確認、事業税非課税措置の設問を追加した。地域医療委員会を開催できればそこで原案を作成か、時間がなければ事務局でたたき台を作成、役員に確認をとる。

「ゼロの会」...神奈川協会が呼びかけの「ゼロの会」へは、将来的な方向性として窓口ゼロを目指すということで、賛同団体となることを確認。

その他...歯科の居宅療養管理指導が生活保護の対象外とされたことについて、事務局で制度内容の調査を行う。

会務報告

組織状況...退会5名はすべて歯科、うち3名は会費未納者だった。5月振替分での会費の未納状況の報告があり、6か月以上の未納者については事務局の訪問を含めて対応する。会計報告...3.4年度の会計報告について承認。なお3月度については、会計監査を実施後に理事会で最終的な決算書を確認する。

組織と任務分担

1.事務局の分担は提案通り確認。2.委員会と任務分担について 各委員会の役員の任務分担については当面、委員会を開催し参加を求めながら委員を固定していく 各委員会は委員長と担当事務局が相談しながら開催を準備をする 広報委員会から出された新聞の充実とインターネットを利用した情報発信などの計画について委員会で具体的な企画を立てていく。なお、委員は従来の編集委員会と同様に一般会員も参加の方向とファックスや電子メールアドレスの把握をしていくことを確認。新聞では役員及び一般会員の執筆を充実させるべきとの意見が出た。総務委

- ~26 * 「届出医療の活用と留意点」の編集作業が東京で[井出事務局長]
 - 6/26 * 保団連理事会[市川・三田各副会長、宮沢事務局長]
 - 6/27 * 保団連第1回代議員会[鈴木会長、山崎副会長、及び前日からの3名]
 - 7/1 * 北信越ブロック事務局長電話会議[宮沢事務局長]
 - 7/2 * 会計監査準備の土屋顧問税理士による事前点検[宮沢事務局長、増田事務局長] * 県社会保障推進協議会(以下で県社保協)事務局会議・国保部会[新津事務局長] * 互助共済を考える長野懇話会が参議院選挙候補者アンケート結果を記者発表[新津事務局長]
 - 7/3 * 保険医訴訟支援7.3全国集會「指導・監査・処分訴訟の現状と新たな運動の高揚を目指して」が東京で[鈴木会長] * 保団連理事会[市川副会長、宮沢事務局長] * 保団連夏季セミナー第1日目[前掲の3名と三田副会長ほか]
 - 7/4 * 保団連夏季セミナー第2日目[前日同様]
 - 7/5 * 県知事選挙立候補予定者にアンケートを依頼
 - 7/6 * 開業医共済協同組合の前月初回募集締切分につき代理店審査を長野松本を結び電話会議で[協会・組合の5役員ほか]
 - 7/9 * 歯科診療報酬改定検証の会員アンケートを発送
 - 7/12 * ファクシミリ登録有の歯科会員にアンケート送付済のお知らせと協力依頼発信
 - 7/13 * 歯科部会を4地区電話会議で開催、部会長互選、指導関係資料の検討など[6役員1部員]
 - 7/14 * 会計監査[内坂・北村監査、中島常任理事、宮沢事務局長、増田事務局長]
 - 7/16 * 県社保協幹事会[宮沢事務局長]
 - 7/17 * 開業医共済、共済休保推進委員会が東京で[宮沢事務局長]
 - 7/19-21 * 「在宅の手引」編集会議が東京で[増田事務局長]
- 長野県保険医協会の会員数 7月1日現在1,336人(医科733人、歯科603人)