

「窓口負担“ゼロの会”」へのご賛同を

神奈川県保険医協会会員数（2月19日現在）
6,529名 医科：3,954名 歯科：2,575名
※協会未入会の方をご紹介ください。ご連絡は、協会組織部まで。

いい医療ドットコム～神奈川県保険医協会ホームページ～
<https://www.iiiryu.com/>

今号のピックアップ

- 2面 オンライン診療研究会 安全性無視に警鐘
- 5面 【医DX・在DXの再編】
マイナ保険証利用率実績要件の変更
・電子処方箋要件見直し
- 6面 <シネマ考>「失われたい幻想」
(横浜市旭区・徐みつ子先生)

1.30国会行動

保険証廃止、薬剤負担増、高額療養費限度額引き上げ…

医療へのアクセス権守れ

1月30日、協会は神奈川県単独での緊急国会行動を実施。二村副理事長・藤田理事・小柳評議員が赴いた。要請項目は①従来の健康保険証の発行継続（新規発行の復活）、②医薬品の選定療養化凍結、③高額療養費の上限額引き上げ中止の3点。国民の受療権が脅かされる3施策について、議員からは患者への影響について高い関心が示された。

薬剤の保険外しに警鐘

山崎誠議員

山崎議員（衆・立憲）は、1月28日に立憲民主党が提出した保険証「復活」法案（通称）に言及。様々な要因によってマイナ保険証を使えない人がいることの問題性を指摘した。二村副理事長からは、薬剤の選定療養化の問題について、協会が横浜市薬剤師会と共同で行った薬剤の選定療養化アンケート（後日詳報）の結果を報告。医薬品不足が続く中、医療機関・薬局の業務負担増となる施行に、山崎議員は「患者にとっては何の薬が対象なのか、なぜその金額になるのか理解が難しい」と現場の混乱に言及し、制度の矛盾を指摘した。

果概要を報告。医薬品不足が続く中、医療機関・薬局の業務負担増となる施行に、山崎議員は「患者にとっては何の薬が対象なのか、なぜその金額になるのか理解が難しい」と現場の混乱に言及し、制度の矛盾を指摘した。

「資格確認書は原則申請」に驚き

佐々木奈保美議員

長期療養の患者「死活問題」

大塚小百合議員

大塚議員（衆・立憲）は、高額療養費の上限額引き上げについて「長期療養の患者にとって死活問題」と強い懸念を示し、「決して高くはない所得区分も含め一律に引き上げる。治療で収入が下がり大変な中、負担額が増えるのはあまりに

協会から、資格確認書がプッシュ型で送られるのは「当分の間だけで、原則申請制」であることを伝えると佐々木議員（衆・立憲）から驚きの声が出た。受診の機会を保障することは本来保

また議員は、自身の親族も施設に入居しており、幼児や高齢者のマイナンバーカードの取得・管理は難しいとして従来の保険証の発行継続に理解を示した。

格確認書は従来の保険証と異なり法的根拠を持たないことから、原則の申請制が適用されたのちは「無保険状態」の患者が生まれる。多くの患者が医療から取り残される」と訴え、議員も理解を示した。高額療養費の上限額引き上げについて議員は（引き上げ後）の所得区分ごとの上限額は決して軽い負担とはいえない」と懸念を示した。現役世代が収入減、負担増のた

医療品の選定療養化について小柳評議員は、協会・医療政策研究部の論考を引き、「薬価が15円以下の医薬品に10割超の自己負担が発生している。薬剤の保険外しの先鞭ではないか」と

訴えた。また高額療養費の上限額引き上げについて、福島議員（参・社民）は「医療費の削減が企図されている」とし、2006年の診療報酬改定でリハビリに日数制限が設けられたため治療を諦めた患者と重ねた。SNSで実際の患者の声を集めるほか、どのような規模で影響調査を実施するのか、その妥当性を厚労省へ質問するとした。

【4月1日から】入院時食事療養費 20円引き上げ

2025年4月1日より、入院時食事療養費の費用額が一律20円引き上がる。1月29日の中医協総会にて答申された。例えば、現行670円となっている入院時食事療養費（I）（流動食以外）の場合は690円となる。これに伴い、患者負担も2025年4月より20円引き上がる予定。ただし、住民税非課税世帯に属する70歳以上で前年の公的年金収入が80万円以下の患者の負担額は据え置かれ、その他の住民税非課税世帯に属する患者については、1食につき10円の引き上げとされている。

なお、これに先立ち保険診療対策部は1月16日、入院時食事療養費等の標準負担額の一部を改正する告示案に対するパブリックコメントを提出。基準額が引き上がったことは歓迎しつつ、患者負担へ反映することには反対し、引き上げ分を国が負担することを主張していた。

杏林往来

ガバナンスの立て直しを図る放送局の会見や、対面に触れて、様々な思いが巡る。古い価値観が組織文化を形成しており、構成員をないがしろにしていたのではないかと。本来は、組織や構成員間で共有されている暗黙の行動規範や規則、価値観である組織文化。共通認識とされ定着した独自のルールや習慣であり、組織内部で自然に形成されて時代を経て継承されていく組織風土。可視化困難なこれらが、構成員のモチベーションやパフォーマンスに大きく影響していることは自明の理であろう。強い組織を作るためには、組織文化の変革に取り組みが必要がある。現状を整理して、目指すべき方向を明示し、観測と共有を重ねることが重要であろう。▼当協会では、昨年度の第三者委員会からの提言、本年度の協会方針（事務局員の心身への負担の軽減）を受けて、業務関係法令遵守（コンプライアンス）委員会が設置される。協会内でのハラスメント、健康や労働環境などの問題の通報や相談から、早期に解決を図り、職場における心理的安全性の確保を目指すものである。変化の激しい時代だからこそ、新しい発想を取り入れて、優秀な当協会事務局員の主体性と創造性を最大限に引き出し、それを生かす組織の明るい風土作りへの礎となることを信じて準備を進めている。



当協会政策部は2月17日、磯崎部長談話「長期収載品の選定療養化の差額料金は実額計算へ改めるべき」点数計算での超過負担と説明困難の矛盾解消を早期に求める」を発表し、日医はじめ医療団体、国会議員、マスコミ等に送付した（3面）。

談話は、長期収載品（後発医薬品がある先発医薬品の選定療養化で、患者負担総額が薬価を超える矛盾が出現し説明に窮する事態となっている現状を踏まえ、差額料金の計算を現在の点数計算から実額計算へと変更を求めたもの。

昨年10月の導入以降、患者が希望する場合に、長期収載品はより安い後発品との価格差の1/4を保険から外し、差額料金として負担することになった。ただ、当初、医療保険部会の議論資料で差額料金は実額計算であったものが、昨年7月

の中医協で突如、点数計算へ変更されていると指摘。そのため、薬価15円以下の薬剤は保険分が1点、差額分も1点で計算され、15円の医薬品は差額料金の消費税も乗り、医薬品の診療費が21円となると提示。

実際の例でホルタレン1錠1回分を14回分処方する前、現在の点数計算だと患者負担総額は薬価総額に対して175.4%の負担率となり、10割負担を超えると指摘。これを従来の実額計算へ改めれば負担率43.3%に落ち着くと説明。

長期収載品の1/4を保険外にしても負担率は47.5%で5割を超えない。今回は後発医薬品との価格差の1/4を保険外とするので4割台の負担率という当初決着の理解が覆っている問題視。

オンライン診療研究会

安全性無視に警鐘

地域を支える医師こそ取り組みを

学術部は1月9日、「オンライン診療とは何なのか?」都市部で行われているオンライン診療の取り組みを「初診でも」をあわせ、約8割が「オンライン診療を受けた」と回答。70代でもその割合が半数に及ぶと、ニーズは高いとされた。22年の都医師会調査では、都内のオンライン診療率は約20%であり、20年のコロナ特例による電子診療の拡大、22年4月の診療報酬改定により増加したことも紹介。18年の調査に

オンライン診療は日常診療の延長線上に

あわせてオンライン診療の定義や指針・ガイドラインについて示される運用について解説。オンライン診療はリアルタイムに行うもので、そうではないCT技術はオンライン診療ではないこと、「オンライン」と「オンライン受診勧奨」、「遠隔健康医療相談」の別があることなどを解説。初診でオンライン診療ができるのは医師が可能な判断した患者を対象に、



講師の野村氏

ただ医師と市民にオンラインの評価を聞くと、市民の期待が医師より大きかったと報告。このイメージのギャップは危険で、PHR情報・WEB問診の活用、遠隔用医療機器の開発、オンライン時の診療の工夫、オンライン時の危険性の理解などにより、双方が歩み寄る必要があるとした。

▽原則かかりつけ医が行い、▽それ以外の場合は情報が多職種連携ができ、有用だったとした。

高齢者は難聴や機器の設定などデメリットもあるが、医療者や家族などのサポートがあれば活用でき、専門医と一緒に診察する

保団連は1月26日、2024~25年度第2回代議員会を開催。東京都市センタ

「ゼロの会」の文言、明記へ

科組織率上昇で2位、関東ブロックは医科組織率上昇で1位を表彰された。

医師の「薬をして手取り早く稼ぐ」志向が背景にある複雑な問題であり組織率低下にもつながること、また、診療報酬引き上げで解決するほど単純ではないことを指摘。PDCAサイクルやODDグループを会議で取り入れ、保団連へ意思統一を求めた。執行部は、問題意識は共有できていると

また、兵庫協会・西山理事長が「ゼロの会」の文言を活動方針に明記するよう求めることも、田辺理事長は保団連の賛同に向け再協議を要望。執行部は「ゼロの会」の文言を活動方針に明記するとした。

昨年12月2日、従前の健康保険証の新規発行が停止となった。被保険者資格登録のタイムラグによって資格が迅速に確認できない問題や、福祉施設での入所者のマイナナンバーカード預かり対応などで医療へのアクセスの阻害が起きている。

従前の保険証と比較し、証廃止は強行され、多くの国民の不安や医療現場のトラブル懸念の声は無視された。

従前の保険証と比較し、証廃止は強行され、多くの国民の不安や医療現場のトラブル懸念の声は無視された。

従前の保険証と比較し、証廃止は強行され、多くの国民の不安や医療現場のトラブル懸念の声は無視された。

従前の保険証と比較し、証廃止は強行され、多くの国民の不安や医療現場のトラブル懸念の声は無視された。

従前の保険証と比較し、証廃止は強行され、多くの国民の不安や医療現場のトラブル懸念の声は無視された。

従前の保険証と比較し、証廃止は強行され、多くの国民の不安や医療現場のトラブル懸念の声は無視された。

従前の保険証と比較し、証廃止は強行され、多くの国民の不安や医療現場のトラブル懸念の声は無視された。

主張

医療へのアクセス担保へ 保険証存続・復活の 運動継続が肝要

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官

任意で、活用を妨害したことも問題だ。全国民がもれなくトラブルを回避するのは不可能で、保険証を廃止し、事実上の強行にまで踏み込んだ立法の根拠はどこにあるのか。厚生労働省大臣官



田辺理事長



当協会は医科開業医会員増加数で2位、医科組織率上昇で2位となった(上写真の右が山本副理事長、下写真は千葉副理事長)。

理事会だより

第31期第28回理事会 1月23日(木)

役員30名、出席25名(うちWEB5名)

「12月度活動のまとめと当面の課題」では、急務として取り上げられた「医療をめぐる動き」

「医療をめぐる動き」では、最近の物価高や材料費の値上げ、人件費や

光熱費の高騰などから、保険点数の改定が適正に行われなければ「地域医療が崩壊しかねない」との日医会長の発言が紹介された。その他、オンライン診療や電子処方箋問題の記事が紹介され、高額療養費の引き上げ問題等が議論された。

また、次期事務局局長推薦者案については、多くの議論を経た上で理事会承認を得ることとなり、決定がなされた。

また、兵庫協会・西山理事長が「ゼロの会」の文言を活動方針に明記するよう求めることも、田辺理事長は保団連の賛同に向け再協議を要望。執行部は「ゼロの会」の文言を活動方針に明記するとした。

また、兵庫協会・西山理事長が「ゼロの会」の文言を活動方針に明記するよう求めることも、田辺理事長は保団連の賛同に向け再協議を要望。執行部は「ゼロの会」の文言を活動方針に明記するとした。

(議長・竹下)

長期収載品の選定療養化の差額料金は 実額計算へ改めるべき 点数計算での超過負担と説明困難の 矛盾解消を早期に求める

神奈川県保険医協会
政策部長 磯崎 哲男(談話)

◆差額料金は実額計算が基本 点数計算で現場は説明不能

長期収載品(後発医薬品がある先発医薬品)の選定療養化で、患者負担総額が薬価を超える矛盾が出現し、医療現場は説明に窮する事態となっている。昨年10月導入以降、依然と放置されている。長期収載品より安い後発品との価格差の1/4を保険から外し差額料金として負担することになったが、差額料金を実額計算から点数計算の適用としたため、薬価の低い長期収載品は、患者負担が10割を超える、信じ難い状況となっている。「差額料金取り過ぎ」状態であり、保険診療、皆保険制度に悖る仕組みとなっている。厚労省は早期に差額料金を実額計算へ改め、この矛盾を解消するよう強く求める。

◆薬価15円以下は保険請求1点、差額料金も1点プラス消費税で計21円

差額ベッドや歯科の金合金材料など、選定療養の差額料金(=「特別の料金」)は全て実額計算である。今回、長期収載品は後発品との価格差1/4の差額徴収も実額計算なら矛盾は生じなかったものの、点数計算のルールを、突如、適用したために理解不能な事態に陥っている。なるべく簡潔に説明する。

保険診療は1点10円の点数で保険請求となる。診療報酬の技術料は点数で公示されるが、医薬品は各品目を円表示で、銭単位までの薬価として薬価基準に収載される。この薬価を点数換算し薬剤料を保険請求する。ただし薬剤料は所定単位の薬価15円以下は一律に1点として計算するルールになっている。

よってこのルールを差額料金を適用すると、薬価15円の長期収載品の場合、保険分が1点、後発医薬品との「価格差1/4」の差額料金も1点で計算することになる。後者は消費税が入るので、医薬品の診療費用は10円+11円=21円となり、薬価15円を超える。実額計算なら差額料金は4円が限度である。(後発医薬品は0円超なので価格差1/4は15/4=3.75円未満。消費税を入れて3.75×1.1=4.125≒4円)

◆患者負担率100%超過が、実額計算なら4割台の患者負担で落着き
すり替えられた点数計算への適用

実際例を示す。長期収載品のボルタレン錠25mg(薬価7.9円:後発品との価格差1/4:0.55円)1回分1錠を14回分処方した場合に3割の患者負担だと、保険分の患者負担が40円、差額料金(特別の料金)が154円で患者負担総額が194円となり、医薬品の薬価合計110.6円に対して175.4%となる。薬価を10割負担するより高い、不可思議な状況となる。これでは医療機関や薬局では説明がつかない。

これを従前どおり、実額計算に戻せば、保険分の患者負担は40円、差額料金8円で患者負担総額が48円となり、医薬品の薬価合計110.6円に対して43.3%の患者負担率となる。

この長期収載品の選定療養化はイノベーション推進の財源捻出策として2023年11月9日の医療保険部会に突如、提案され、同部会では11月29日、12月8日と議論の末、後発品との価格差の1/4を保険外化し差額料金とすることで決着した。この議論の資料では、差額料金は実額計算である。

これが一転するのは2024年7月17日の中医協である。差額料金は点数計算適用とされた。この席では「医療の必要性」の4類型が行政提案され、医師の裁量権への侵害が耳目を集め、隠された感が強い。

◆対象品目の約1/4が100%超患者負担、従来の患者負担の約2倍以上は過半数

仮に長期収載品の薬価の1/4を保険外とすれば、3割負担の患者の場合、薬剤料は5割弱の負担となる(∵(1-1/4)×30%+25%=47.5%(≒50%))。今回は後発品との「価格差の1/4」を保険外としたのでそれよりも低い負担率、4割台というのが当初の理解である。しかし、差額料金を点数ルールを適用したため過重な負担となっている。対象品目1,096の約1/4、272品目で100%超負担となり、6割弱612品目で5割負担超となる。従来の患者負担の約2倍以上となる品目が半数の571品目となっている^{*1}。

超過負担、説明不可能な状況を解消するため、従前にならい「長期収載品と後発医薬品の価格差の1/4相当を特別の料金」とし実額計算とするよう厚労省に強く求める。

2025年2月17日

*1: 神奈川県保険医協会医療政策研究室「論考:長期収載品の選定療養化で薬剤10割超負担が出現」

過去の理事会声明・部長談話は 協会ホームページでも読めます

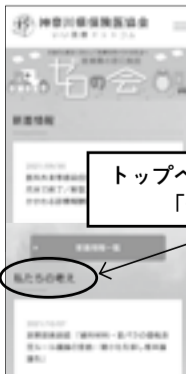
協会ホームページ「いい医療ドットコム(https://www.iiiryu.com/)」では、過去の理事会声明・部長談話を読むことができます。トップページから「私たちの考え」欄の「一覧」をクリックしてください。

また、▽研究会日程を確認できる便利なイベントカレンダーの閲覧、▽各種届出用紙や院内掲示用ポスターのダウンロードなどもできます。ぜひご活用ください。

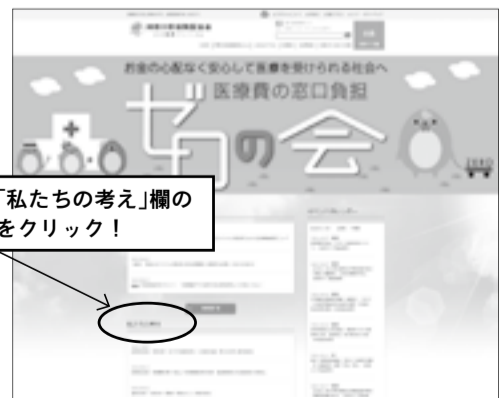
*「会員ページ」のパスワードをご存知ない方は事務局まで(☎045-313-2111)。



※スマホの場合



※パソコンの場合



トップページ「私たちの考え」欄の「一覧」をクリック!

申込み
受付中

自分に「もしも」のことがあったら…
不安に感じることは？

- ・ 住居の費用
- ・ 子どもの教育資金
- ・ 葬儀の費用
- ・ 相続の費用 …etc

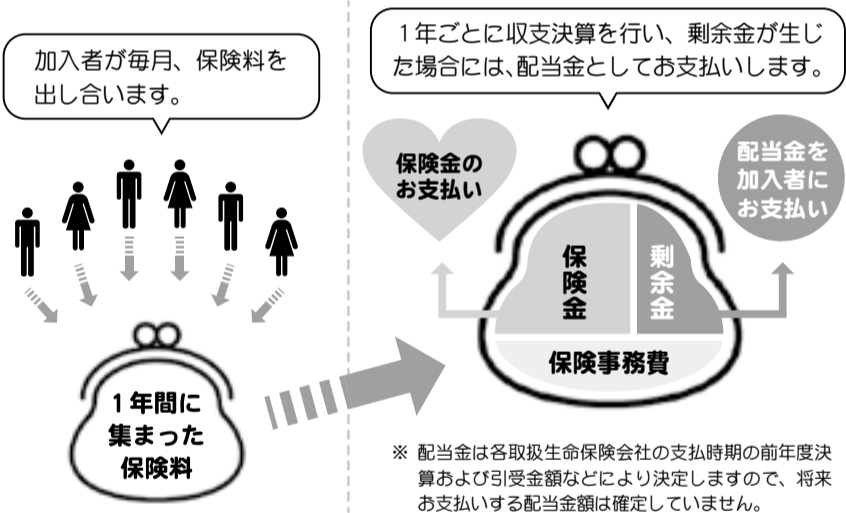


こんな悩みも解決！もしも、万が一のことに備える

グループ(団体生命)保険

グループ(団体生命)保険とは、死亡または高度障害状態になった場合の保障を主な目的とする、保険期間1年(更新により一定年齢まで継続可能)の生命保険です

グループ保険のしくみ



保障内容

6,000万円～100万円

いざという時は
死亡保険金

保険期間中に業務上・業務外を問わず死亡した場合、死亡保険金受取人(被保険者の定めた方)にお支払いします。

高度障害状態
となった時は
高度障害保険金

加入日以降の傷害または疾病によって、保険期間中に所定の高度障害状態のいずれかに該当した場合、被保険者にお支払いします。

＜所定の高度障害状態とは＞ ※一部のみ掲載

- ・ 両眼の視力を全く永久に失ったもの
- ・ 言語または咀嚼の機能を全く永久に失ったもの
- ・ 中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの

70歳まで新規加入、80歳まで継続加入できます

加入・更新時の年齢によって加入できる保険金額に制限があります。また、71歳以降、保険料は毎年変わります。

保障額と月額保険料

※ 新規加入のみ、一部抜粋

(単位：円)

加入区分 死亡・高度障害保険金 (加入ランク)	本人								
	6,000万円				3,000万円				
	配偶者		配偶者		配偶者		配偶者		
年齢	性別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
15～35歳		5,700	3,660	2,850	1,830	950	610	95	61
36～40歳		7,260	6,120	3,630	3,060	1,210	1,020	121	102
41～45歳		9,840	7,500	4,920	3,750	1,640	1,250	164	125
46～50歳		14,100	10,620	7,050	5,310	2,350	1,770	235	177
51～55歳		20,520	14,340	10,260	7,170	3,420	2,390	342	239
56～60歳		29,640	18,180	14,820	9,090	4,940	3,030	494	303
61～65歳		—	—	22,680	12,060	7,560	4,020	756	402
66～70歳		—	—	—	—	11,210	5,420	1,121	542
子ども 3～22歳		300万円		200万円					
		210		140					

もっと詳しく知りたい先生は…

まずは保険医協会にご連絡ください。パンフレットをお送りいたします。



「共済制度」のホームページにも詳しい内容を掲載しています。ぜひご覧ください。



お問合せは共済部まで TEL : 045-313-2111



【医DX・在DXの再編】(4月1日から)

マイナ保険証利用率実績要件の変更・電子処方箋要件見直し

医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱いにおける厚労大臣からの諮問を受けて、1月29日に中医協が医療DX推進体制整備加算(医DX)・在宅医療DX情報活用加算(在DX)の改正案を答申した。4月1日より下記の通り医DX及び在DXの点数が改定され、内容は「医DXのマイナ保険証利用率の実績要件の変更」、「医DX・在DXの電子処方箋導入有無に関する要件の具体化」等となっている。なお、医DX1~3の施設基準については、従来の電子処方箋発行体制について、「院外処方を行う場合には電子処方箋または引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること」が追加された。新設される医DX4~6及び在DX2の施設基準からは「電子処方箋発行体制」等が削除(電子処方箋発行体制は未導入でよい)されている。さらに、答申書附帯意見では、10月以降に改めてマイナ保険証利用率の実績要件が設定される予定であるのでご留意いただきたい。

【医DXのマイナ保険証利用率の実績要件の変更】

Table with 2 columns: 現行(初診料へ加算) and 改定後(初診料へ加算). Rows include 医DX1, 医DX2, 医DX3 with points and percentage requirements.

※1: 算定する月の3カ月前のレセプト件数ベース利用率またはその前月又は前々月のレセプト件数ベース利用率
※2: 【医科のみ】小児科外来診療料を算定している医療機関で、2024年1月1日~同年12月31日までの延べ外来患者数のうち6歳未満の患者が3割以上の場合は12%

【医DX1~6の施設基準】

Table with 7 columns: 施設基準 (イ-リ) and 医DX (1-6). Rows describe online request, qualification, and information systems.

※医DX「ニ」・在DX「ハ」については2025年3月末まで経過措置期間
※医DX「ホ」・在DX「ニ」については2025年9月末まで経過措置期間
※医DX「チ」・在DX「ヘ」については2025年5月末まで経過措置期間

【在DXの変更】

Table with 2 columns: 現行(2025年3月31日) and 改定後(2025年4月1日~). Shows changes in 在DX1 and 在DX2 points.

【在DX1・2の施設基準】

Table with 3 columns: 施設基準 (イ-ヘ) and 在DX1, 在DX2. Rows describe online request, qualification, and information systems.

WEBサイトを有する医療機関は6月1日から院内掲示事項の掲載を

昨年(2024年)6月の診療報酬改定により、医療機関として書面掲示(院内掲示)することとされている右記項目について、原則としてWEBサイトに掲載しなければならないとされた。5月末までは経過措置期間となっているが、6月1日以降はWEB掲載が必要となるのでご注意ください。なお、自院が管理するWEBサイトを有しない医療機関は対象外となる。

WEBサイト掲載事項

- 施設基準など地方厚生局長に届け出た事項
明細書の発行状況に関する掲示
物品の販売等であって患者から費用の支払いを受けるものに関する事項(当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く)
選定療養に係る費用徴収その他必要な事項
入院基本料に係る事項(看護要員の対患者割合等) ※病院等の場合のみ
DPC病院である旨(DPC病院の場合) ※DPC病院のみ



【期中診療報酬改定】4月1日より口指導・歯技連引き上げ

歯科衛生士や歯科技工士のタスクシフト、手間への評価の見直しにおける厚労大臣からの諮問を受けて、1月29日に中医協が口腔機能指導加算(口指導)・歯科技工士連携加算(歯技連)の改正案を答申した。期中診療報酬改定として、4月1日より下記の通り口指導の点数が2点引き上がり、歯技連1・2の点数がそれぞれ10点引き上がる(算定要件の変更は無し)。

Table with 2 columns: 口腔機能指導加算(口指導) and 歯科技工士連携加算(歯技連). Rows show current and revised points for 口指導 and 歯技連1/2.

【口管強・外安全・外感染】

旧か強診・旧外来環の届出医療機関は5月末までに届出を

昨年(2024年)6月の診療報酬改定により、歯科外来診療環境体制加算(外来環)が歯科外来診療医療安全対策加算(外安全)と歯科外来診療感染対策加算(外感染)に分離。また、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(か強診)が口腔管理体制強化加算(口管強)へ再編された。昨年(2024年)3月末時点で旧外来環・旧か強診既届出医療機関についてはいずれも経過措置期間(みなし指定)が定められているが、今年6月以降も引き続き算定をする場合には、新基準を満たした上、5月末までに関東信越厚生局神奈川事務所への届出が必要となる。経過措置期間中に届出をしない場合には、6月以降は算定できなくなってしまうので、ご注意ください(辞退届出が必要となる)。なお、すでに届出をしている医療機関においては再度の届出は不要となる。届出方法等で不明な点は保険医協会までお問合せいただきたい。(☎045-313-2111)。

※外安全・外感染施設基準対応研修については4月11日、口管強施設基準対応研修については4月16日に神奈川県保険医協会にてWEB開催予定。

【届出先】〒231-0003 横浜市中区北仲通5-57 横浜第2合同庁舎2階(低層棟) 関東信越厚生局神奈川事務所審査課

第631回月例研究会 講演要旨 (2025年2月26日講演)

ポリファーマシー対策アップデート： 日本版抗コリン薬 リスクスケールを中心に

東京都健康長寿医療センター センター長 秋下 雅弘氏

〈ポリファーマシーとは〉

ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いこと（多剤服用）ではなく、薬剤が多いことに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態であり、最近では重複・過量処方、有害事象のリスクが高い薬剤や不要な薬剤の処方など、あらゆる不適正な処方を含む概念として用いられる。したがって、何剤からポリファーマシーとするかについて厳密な定義はなく、多剤服用の中でも害をなすものをポリファーマシーと呼び、両者を使い分けるようになってきた。

ただし、6種類以上で高齢者の薬物有害事象のリスクが増加する一方、75歳以上の約4割が5種類以上、約1/4が7種類以上の内服薬を一つの薬局から調剤されている現状を考えると、高齢者はポリファーマシー状態にある場合が多いと考えられる。

〈薬剤起因性老年症候群〉

高齢者の薬物有害事象は、アレルギー症状や腎障害・肝障害としてよりも、ふらつき・転倒、抑うつ、記憶障害、せん妄、食欲低下、便秘、排尿障害などの老年症候群として現れることが多く、薬剤起因性老年症候群と呼ばれる。薬物とは関係なく高齢者によく

みられる症状であるため、薬剤性と気づきにくく発見が遅れることが特徴である。薬剤起因性老年症候群の結果として、フレイルや認知障害に陥っている症例もしばしばみられる。その一方、フレイルや認知障害の症例は多病・多症候であるためポリファーマシーになりやすく、特に注意が必要である。

〈日本版抗コリン薬リスクスケール〉

薬剤起因性老年症候群の原因となる薬物の代表がベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬と様々な領域で用いられる抗コリン系薬物である。この2系統の薬物は、特に慎重な投与を要する薬物 (Potentially Inappropriate Medications, PIMs) の代表でもある。

ベンゾジアゼピンは比較的容易に処方から見つけられるのに対して、抗コリン系薬物は様々な領域で多数用いられ、またそれぞれの作用にも強弱があり対応に苦慮するが多い。そこで、日本老年薬学会は、ワーキンググループによるスコーピングレビューとコンセンサスに基づいて、「日本版抗コリン薬リスクスケール」を発表した。本スケールには最も抗コリン作用の強いスコア3から弱いスコア1まで158医薬品 (OTC 36医薬品) が含まれている。スコア3の薬剤を抽出してスコア1もしくは非該当の薬剤に切り替える、あるいは抗コリン作用の総負荷量を計算してそれを減らすような処方変更を行うなどの利用が可能である。

〈ポリファーマシー対策〉

高齢者の多病 (multimorbidity) がポリファーマシーの最大の要因であるため、疾患単位の足し算的処方ではポリファーマシーを免れない。すべての併存疾患、生活機能、生活

環境、意思・嗜好などにに基づき、薬剤間の優先順位も考慮して取捨選択することが求められる。その際には、高齢者総合機能評価 (CGA) も取り入れることが推奨される。「CGAに基づく診療・ケアガイドライン 2024」でもポリファーマシーや処方見直しに関するクリニカル・クエスチョンと推奨が記載されている。

処方適正化に取り組もうとしても、複数科受診が多く処方の一元管理が困難なこと、また具体的な手順がわからないという指摘もある。しかし、日本老年医学会による「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」、厚生省による「高齢者の医薬品適正使用の指針」など現場での利用を考えた指針や手引き、さらには厚生省から業務手順書 (病院版、地域版) も作成されている。日本老年薬学会では「高齢者施設の服薬簡素化提言」を発表し、可能なら服薬を昼1回にまとめることを推奨しているが、在宅療養中の高齢者などにも応用できるし、何より服薬回数を減らすことに主眼がある。ポリファーマシー対策には多職種協働と患者・家族の理解も重要である。特に薬の専門家である薬剤師、服用状況や症状の把握には看護師、非薬物的対応については管理栄養士や療法士の役割が期待される。一般向けにも「多すぎる薬と副作用」というパンフレット (日本老年医学会HP) が用意されており、啓発に利用いただきたい。

最近では、後期高齢者医療広域連合など保険者から、通知等を利用したポリファーマシー症例へのアプローチもなされるようになってきている。薬剤起因性老年症候群やPIMsの抽出、介入へとつながる例もあるようだが、今後は地域医療との連携も求められる。

研究会案内

※研究会に会場参加の際は、マスク着用・手指の消毒等の感染症対策にご協力ください。また発熱症状等がある場合は参加をお控えください。 ※必ず事前にお申込みください。

※新型コロナウイルス感染拡大や天災等により、急遽開催形式を変更または中止させていただく場合がございます。その場合は当会HP「いい医療ドットコム」にて適宜お知らせします。予めご承知をお願いします。

※協会行事においては、その模様を写真撮影し、記事とともに機関紙に掲載することがありますので予めご了承ください。

神奈川県保険医協会

検索

WEB参加の申込みは、協会HP「いい医療ドットコム」のイベントカレンダーからできます。「神奈川県保険医協会」で検索を！

<h3>3月4日(火)午後7時30分～</h3> <h4>倫理講習会</h4> <p>臨床研究は、日常診療以上の負担を参加者(被験者)に強いるため、十分な倫理的配慮が必要である。また、現在本邦で臨床研究を行う上で、遵守すべき指針・法律は多岐にわたっている。本セミナーでは、研究倫理の歴史、本邦における臨床研究の種類を取り上げた後、臨床研究を実施する上で最低限守ってほしい8つの事項についてわかりやすく解説する。</p> <p>ところ 協会会議室・WEB併用</p> <p>テーマ 「臨床研究を行う上でおさえたい8つのこと」</p> <p>講師 横浜市立大学 大学院 データサイエンス 研究科 ヘルステータサイエンス専攻 准教授 田野島 玲大氏</p> <p>参加対象 会員(医療機関スタッフ・ご家族も可)</p> <p>参加方法 ①か②いずれか</p> <p>①協会会議室</p> <p>②WEB参加：下記QRコード</p> <p>もしくは協会HPよりお申込み</p>  <p>※本講習会は、指針上でも定められる「研究者等のための研修」として開催し、倫理審査などを受ける際に必要となる修了証を参加者に発行いたします(後日郵送)。開業医発の臨床研究を検討されている先生方はぜひ活用ください。</p> <p>お申込み 学術部</p>	<h3>2月28日(金)午後7時30分～</h3> <h4>川崎支部研究会</h4> <p>本セミナーでは、医療関係者が直面するネット上の誹謗中傷問題を、憲法・法律上の「表現の自由」とその例外の基礎から解説します。実務的な対応方法、新しい発信者情報開示制度や実例(判決)紹介を通じ、被害拡大を防ぐ対応策や医療機関口コミ対策、弁護士との選び方・活用方法まで学び、効果的なリスク回避手法を身につけていただきます。</p> <p>ところ WEBライブ配信</p> <p>テーマ 「医療関係者のためのネット誹謗中傷対策」</p> <p>講師 服部啓法律事務所 深澤 諭史氏</p> <p>弁護士 弁護士 深澤 諭史氏</p> <p>参加対象 会員(医療機関スタッフも可)</p> <p>参加方法 下記QRコード</p> <p>もしくは協会HPよりお申込み</p> <p>お申込み 川崎支部</p> 
<h3>3月9日(日)午前10時～</h3> <h4>医科・新規指定医講習会</h4> <p>ところ WEBライブ配信</p> <p>講師 保険医協会役員と保険診療対策部員</p> <p>参加対象 医科会員(医療機関スタッフ・ご家族も可)</p> <p>※Zoomのパスコード等は、事前にお送りするテキストに同封してお知らせします。郵便事情の関係で発送から到着までに1週間近くかかる事例も生じています。早めのお申込みにご協力をお願いします。</p> <p>※資料は一部お送りします。それ以上必要な方は後日お知らせする協会ホームページからダウンロードください。</p> <p>※次回開催は5月の予定です。お申込み等は開催月の前月(4月)からお願いたします。</p> <p>※開業1年以上で参加を希望する方は個別にご連絡ください。</p> <p>お申込み 保険診療対策部</p>	<h3>3月5日(水)午後7時30分～</h3> <h4>経営研究会</h4> <p>ところ 協会会議室・WEB併用</p> <p>メインテーマ 「2024年医院閉院・承継の相談事例から見る！計画的な閉院と第三者承継実践セミナー」</p> <p>〔第3回〕 承継</p> <p>テーマ 「クリニック第三者承継の失敗事例からみる60歳からの承継準備の始め方と留意点」</p> <p>講師 行政書士法人プロシナス総合法律事務所(柏崎法律事務所) 代表行政書士 柏崎 幸一氏</p> <p>参加対象 会員(医療機関スタッフ・ご家族も可)</p> <p>参加方法 ①か②いずれか</p> <p>①協会会議室</p> <p>②WEB参加：下記QRコード</p> <p>もしくは協会HPよりお申込み</p>  <p>※事前に「質問いただきました内容につきまして、時間の都合上、すべてお答えできない可能性もございますので予めご了承ください。」</p> <p>※本セミナーは当日会場参加またはWEBライブ配信のみです(後日の動画公開はございませんのでご注意ください)。</p> <p>お申込み 税対経営部</p>
<h3>3月28日(金)午後7時30分～</h3> <h4>歯科保険診療懇談会</h4> <p>ところ ユニコムプラザさがみはら(セミナールーム)</p> <p>テーマ 「診療報酬請求時の留意点</p> <p>—口管強(旧か強診)を中心に—</p> <p>講師 歯科保険診療対策部 講師団</p> <p>参加対象 会員(医療機関スタッフ・ご家族も可)</p> <p>定員 20名</p> <p>※当日は「歯科保険診療の研究(赤本)2024年6月版」をご持参いただければ幸いです。</p> <p>お申込み 歯科保険診療対策部</p>	<h3>3月6日(木)午後7時～</h3> <h4>歯科臨床研究会</h4> <p>2024年度診療報酬改定において、CAD/CAM冠、CAD/CAMインレーの適用拡大、エンドクラウンの新設など、間接法の歯冠修復として非金属修復に誘導する方向性が示された。間接法のメタルフリー歯冠修復では、窩洞や支台歯形態の理解、ならびに歯冠接着の活用が必須であり、それらを理解し、実践する必要がある。本講演では、保険治療における間接法のメタルフリー修復の勘所を解説する。</p> <p>ところ 協会会議室・WEB併用</p> <p>テーマ 「CAD/CAM冠・インレー、エンドクラウンの臨床」</p> <p>講師 坪田デンタルクリニック 院長 東京歯科保険医協会 会長 (一社) 日本接着歯学会 理事 坪田 有史氏</p> <p>参加対象 会員(医療機関スタッフ・ご家族も可)</p> <p>参加方法 ①か②いずれか</p> <p>①協会会議室…定員50名</p> <p>②WEB参加：下記QRコード</p> <p>もしくは協会HPよりお申込み</p>  <p>※講師は来場予定です。</p> <p>お申込み 歯科研究部</p>
<h3>研究会参加費について</h3> <p>特に記載のない研究会、講習会の参加費は無料です。参加費をいただく研究会は、電話でお申込みの上、郵便口座に参加費をお振込みください。尚、通信欄に①研究会名、②医療機関のご連絡先を必ずご記入ください。</p> <p>郵便口座名 神奈川県保険医協会 口座番号 00260・2・22200</p> <p>◆協会へお越しの皆様へ(お願) 協会に駐車場はございません。ご自身で駐車場を確保いただくか、公共交通機関をご利用ください。</p> <p>※QRコードは機内モードでの登録商標です。</p>	<h3>3月14日(金)午後7時～</h3> <h4>歯科特別研究会</h4> <p>嚥下障害患者に対しては、嚥下機能を正しく評価し、相応の対策を講じる必要がある。私が在診でVEを行った在宅の嚥下障害患者105例中、42例が絶飲食とされていたが、このうち9例21%は経口摂取が可能状態だった。金沢区三師会では在宅の嚥下障害患者に対応するため、2018年5月に多職種からなる嚥下在宅チームを発足した。嚥下障害診療におけるVEの役割と金沢区三師会嚥下在宅チームの取り組みについて講演したい。</p> <p>ところ 協会会議室・WEB併用</p> <p>テーマ 「嚥下障害診療における嚥下内視鏡検査(VE)の役割と横浜市金沢区三師会嚥下在宅チームの取り組み」</p> <p>講師 河合耳鼻咽喉科医院 院長 河合 敏氏</p> <p>参加対象 会員(医療機関スタッフ・ご家族も可)</p> <p>参加方法 ①か②いずれか</p> <p>①協会会議室…定員50名</p> <p>②WEB参加：下記QRコード</p> <p>もしくは協会HPよりお申込み</p> 

会場参加のお申込み・お問合せは、協会事務局(Tel:045-313-2111)までご連絡ください