

静岡県と懇談

浜岡原発、重大事故時の備えは？

「31km圏内出れば難を逃れる」？

国の指針に基づき回答

公害環境対策部は、もし静岡県の浜岡原子力発電所が重大事故を引き起こした場合、神奈川県にも広範な影響が及ぶ可能性があり、二次避難先を神奈川県にしていることから、静岡県との懇談を10月14日にWEBを用いて行った。静岡県からは神村原子力安全対策課長と野田主査が出席。協会からは野本部長、牛山副部長、鶴岡部長が出席した。

福島第一原発事故では放射性物質の約3分の2が東方向の海洋へ拡散（500km以遠）したことから、同規模の事故が静岡県内で発生した場合の神奈川県への影響想定を野本部長は質問

安定ヨウ素剤の配布
「頭を悩ませている」

浜岡原発から静岡県への各種アラート情報の共有体制について、神村課長は▽原子炉水位等は原子力規制庁の職員だけでなく、浜岡原発近くのオフサイトセンターの常駐職員も見られる、▽一定以上の状況では県もオフサイトセンターに参集する、▽安全協定に基

づき、原発周辺市町には事故よりかなり前段階のトラブルから通報が届く」と説明。野本部長がより自動的・即時的な共有体制にすべきではと提案したところ、神村課長は「そういう意味では、なっている」としながらも、「国は見ようと思えば常時見られる。県も体制に入れば見ることができると述べるにとどまった。

また、混乱等で安定ヨウ素剤がほとんど配布されなかった福島原発事故の課題を踏まえて、牛山副部長は静岡県の準備状況を尋ねた。神村課長は、PAZ（予防的防護措置準備区域。概ね半径5km）の配布率はかつて60〜70%だったが、現在は55%であると説明。事故から時間が経つにつれ関心が薄れているのかもしれないとした。UPZ（緊急時防護措置準備区域。概ね30km）への緊急配布は保健所や公民館での保管・配布が基本だが、UPZ内は人口が多く「うまく配布できるかは関係市・関係市長も心配している」、「頭を悩ませながら検討を進めている」とした。

このほか、▽使用済核燃料貯蔵プールの災害被害想定は現在審査中なので注意

まとめ

複合災害での重大
事故を念頭に置き
対策を

30kmを超える広域の放射能汚染地図作成ができるSPEEDIの使用を国が止め、放射能モニタリング方式にしたため、静岡県は神奈川県との汚染規模を測ることができない。浜岡原発をより安全にすることが、来る南海トラフ大地震の被害を減らす道となる。

（公害環境対策部長・野本哲夫）

学術部が長年取り組んできた糖尿病の全国調査に基づく論文が、10月21日付で英文医学誌「Diabetes Therapy」にオンライン掲載された。本研究は、全国の保険医協会や医会に所属する医療機関の協力を得て、2006年と18年のデータを比較分析したものである。その結果、日本の一般開業医が、専門医の動向と一致する最新の治療戦略を導入し、的確な糖尿病管理を行っている実態が示唆された。

主張
開業医の「無形の技術」を評価せよ
公正な医療政策の確立を

示す貴重なエビデンスである。しかしながら、こうした現場の進歩と努力は、現行の医療政策、特に診療報酬制度では十分に評価されていない。厚労省

これは、地域医療の最前線に立つ開業医が日々

進化する医学知識を自ら学び取り、患者の生活に寄り添いながら成果を上げているという、「医師の無形の力量・技術」を指導内容を柔軟に見直す

ことも求められる。生活習慣病の管理は、単なる投薬行為ではない。患者の生活背景を丁寧に読み解き、食事・運

病管理料」へ移行させた。これにより報酬水準は低下し、多くの開業医が収入減に直面している。さらに物価高騰も追い打ちをかけている。当会

の調査では、特定保険医療材料の原価割れや検体回収費の値上げが確認された。日本医師会の診療所調査でも24年度に本業の医業で赤字となった医療法人が45.2%に上る。それにもかかわらず、直近の中医協や財政審では、外来管理加算の廃止や生活習慣病管理料のさらなる厳格運用が求められる。私たちは医師であると同時に科学者である。現場で積み重ねられた知見と努力を正当に評価し、医療の質に見合った公正な報酬制度の確立を、強く求める。

オン資機能追加の補助金 乱立

いずれも導入義務なし

それぞれに必要性の検討を

オンライン資格確認（以下、オン資）システムの機能追加に関し、複数の補助金が示されている。補助金にはそれぞれ期限が示され、支払基金からの導入を急かすような案内メールの報告もある。そこで現在どのような補助金があるのか、また、その締切期限や導入の判断に向けた参考情報を以下にまとめた。

補助金は現在、次の機能に関するものにつけられている。①公費受給者証・診察券のマイナンバーカード一体化、②医療扶助のオン資、③訪問診療等でのオン資、④紙レセ医療機関のオン資、⑤スマホマイナ保険証への対応、⑥電子処方箋管理サービス等。いずれの機能も現時点で義務ではなく、医療機関に導入の判断は任されている。

補助金申請の締切については、①～④が2026年1月15日まで、⑤は26年1月31日まで、⑥は26年9月30日までとなっている。ただしいずれの期限も幾度となく延長されてきており、来年度以降も継続すると思われる。

【①公費受給者証・診察券のマイナンバーカード一体化】

これまで診察券で行っていた診療受付の運用をマイナ受付に代替させるシステム改修や、精神通院医療などの公費負担医療、小児医療費助成などの地方単独助成事業の受給者証で確認していた情報を、オン資を通してレセコンに表示させるためのシステム改修を行うことを想定したもの。

診療所への補助金額は最大で5.4万円。なお改修費用の25%以上は自己負担となる点に注意。さらに20種類ある受給者情報の確認は全てで可能なわけではない上に、運用が開始されている自治体は、県内では横浜市と茅ヶ崎市のみ。他にも6自治体が準備を進めているが、それ以外の自治体は準備も開始されていない。補助金のために慌てる必要はないだろう。

【②医療扶助のオンライン資格確認】

生活保護の被保護者に紙で発行している医療券を情報化し、オン資システムに登録、マイナ受付時にレセコンにて医療券情報が確認できるように改修するもの。補助額は①と同様に医療機関の持ち出しが発生する。

生活保護の非指定医療機関ではほぼ使用が想定されない。また資格確認用端末のみで情報確認できるため、指定医療機関にとっても情報の入力の手間が減る程度と思われる。また未委託による返戻が防げるともするが、そのような返戻が多いかどうかは自院の状況により判断すればよいと思われる。

【③・④タブレット端末等でのオンライン資格確認】

いわゆる顔認証付きカードリーダーがない場合に、「マイナ資格確認アプリ」をインストールしたスマートフォン等の端末により、マイナ保険証での資格確認（③では同意取得も可能）を行えるようにするもの。いずれも導入義務はなく、必要性や利便性を基に判断されたい。補助額は最大で③12.8万円、④3.1万円（費用の25%以上は自己負担）。

【⑤スマホマイナ保険証への対応】

今後どれほどの患者がスマホマイナ保険証を使用するかにより、必要性が変わってくると思われる。しかしスマホ対応せずとも代替の確認方法が認められている他、顔認証付きカードリーダーの次期設備更新ではスマホマイナ保険証に対応することも見込まれ、最大7,000円の補助金のために今から導入を検討する必然性は高くない。

【⑥電子処方箋管理サービス】

医療機関にとって重複投薬の電子的なチェックが可能となることなどが代表的なメリットとして示される。ただ患者の同意がない場合、過去の薬剤情報が参照できないため、どの薬剤が該当するかまでは確認ができない。導入する機器により補助金額が変わり、最大で35.9万円（費用の50%）まで。

総じて導入義務のある機能はないため、その利便性等に対して自己資金を投じてまで行うかどうかは、それぞれの状況により判断いただきたい。いずれも医療機関等向け総合ポータルサイトに詳細が示されているので、ぜひご参照されたい。

診療所(個人立)も経営悪化顕著 実質6割は赤字 歯科は貧困経営 病院は深刻 診療報酬の大幅引き上げは道理

神奈川県保険医協会
政策部長 磯崎 哲男(談話)

◆医療崩壊に直面する惨状が改めて中医協で明確に
総合経済対策の「底上げ」措置を活かす改定へ

診療報酬改定へ向け11月26日、中医協は第25回医療経済実態調査の結果を公表した。概況は先に公表されている「医療法人経営情報データベースシステム(MCDB)」による「医療法人の経営状況」と同様に、病院の深刻な経営悪化と赤字病院の多さ、診療所の経営悪化、歯科診療所の苦境となっている。総じて「減収減益」構造となっており、病院は損益差額が平均値も中央値も赤字で多額、診療所(全体)の3割は損益差額が赤字で最頻階級も赤字、歯科診療所(医療法人)は2割が赤字である。重層構造で診療連携と機能分担を図っている地域医療は早晚、地滑りの的に崩落する危険性が高い。

高市内閣は所信表明どおり、11月21日に総合経済対策を閣議決定し、「医療・介護等支援パッケージ」による緊急措置で、医療機関の賃上げ「プラス3%、半年分」を措置するとした。この補正予算措置は「診療報酬の底上げ」を意味すると田村・自民党政調会長代行が既に説いている。

つまり、この土台を無にしないため、来年6月実施の診療報酬改定は「プラス3%以上」が必須となる。これに骨太方針2025が約束した「物価上昇分」と「医療経営の安定分」、「医療の高度化分」を加えた大幅プラス改定は道理となる。その実現をわれわれは改めて強く求める。

◆診療所は個人立も医療法人と同様に経営は厳しい
7割は経営悪化 損益差額1,500万円以下は4割

財政制度等審議会分科会で診療報酬引き下げの標的とされた診療所に関し、既に10月29日の中医協では反証されている。医療法人立に関しては、2024年度医業利益が赤字の診療所は全体の約4割であり、本業以外の補助金を含んでも経常利益率は「0.0%~1.0%」が最頻値となっている。事業収入1億円で経常利益100万円に過ぎない。

財務省は中医協の医療経済実態調査の個人立のデータを見て評価したいとしていたが、医療法人と同様に数字は酷い。個人立の損益額は事業体としての数字であり、そこには借入金返済や設備更新費用、税金の負担、そして院長報酬が含まれている。すべてが院長報酬ではない。

個人立(無床)診療所の24年度の損益率は28.3%で23年度より4.0ポイント下落。損益差額2,656.4万円は、医療法人立(無床)診療所の院長給与2,871.6万円にも満たない。この平均値より内実は酷い。

最頻損益差額階級の損益状況では、個人立(無床)診療所の院長給与含む損益差額は749.1万円に過ぎない。損益率は13.4%しかなく23年度より3.9ポイント下落である。しかもこの数字は減収分を補うために給与費や減価償却費、委託費を少しずつ圧縮し、費用減の経営努力をした上での数字である。

損益差額階級別施設数でみると、損益差額が病院勤務医の給与約1,500万円以下が全体の39.2%に上り、5.6%は赤字であり院長の給与すら捻出できない。実際は医療法人程度の院長給与2,500万円が最低限差し引かれるため、損益差額2,500万円以下は実質赤字であり、実に58.6%、約6割に及ぶ。

23年度よりも24年度の損益率がマイナスとなった経営悪化は、個人立診療所の73.4%に上っており、医療法人立診療所の67.7%より広範囲に及んでいる。診療所の開設者は個人立が36.8%、医療法人立が45.3%の構成^{*1}となっており、両者で全体の8割超を占める。深刻である。

◆歯科診療所は個人立も医療法人立も最頻層は赤字のワーキングプア状態

歯科診療所(医療法人)は、損益率の変動はほぼないが24年度は5.5%と低い。個人立も同様に変動がほぼなく、24年度は損益率29.8%、院長報酬を含んだ損益差額1,562.2万円であった。医療法人立の歯科診療所の院長給与が1,458.4万円なので、仮にこれを差し引くと損益額は103.8万円しか残らず、損益率は1.9%と2%を割り込む。

最頻損益差額階級の損益状況では、医療法人の損益差額▲1,408.7万円、損益率▲11.1%と酷い。23年度から倍化している。個人立は損益差額634.0万円、

損益率21.9%であり、ここから院長給与と設備更新費用、税金等を捻出することになる。極貧のワーキングプア状態での経営水準にある。

損益差額階級別施設数でみると、個人立は損益差額が医療法人立の院長給与水準以下が59.1%であり、医療法人立は33.6%で損益率が赤字である。これでは歯科医療の再生産は困難を極める。

歯科診療所の開設者は個人立が75%、医療法人立は25%の構成^{*1}である。今回の結果は個人立の経営状況の酷さを浮き彫りにしている。自費診療収入2割の構造だが、そこに活路はないのである。

疾病予防や健康管理が強調され、「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、良い睡眠」の標語で厚労省は健康増進を促している。口腔ケア、歯科治療は、その食事を支える土台であるが、歯科医療体制は覚束ない。

◆このままでは第一線医療も、持続可能性がなくなる
保険者は医療の確保が第一義

診療所は初診患者の8割、外来患者の7割を診ている。疾病の早期発見や治療、重症化予防はじめ第一線医療を担っている。かかりつけ機能を果たし、中小病院、大病院、基幹病院、大学病院などと連携し、「面」として地域医療を担っている。一次、二次、高次(三次)と、機能分担・役割分担の下、重層構造で地域医療は支えられている。今回の医療経済実態調査の結果は、病院と同様に、診療所の状況も看過できないことを示している。歯科診療所は殆どの外来患者を診ており、こちらも同様である。

保険者は、被保険者の保険料の付託を受けて、医療提供(療養の給付)を約束し、自らは提供できない医療を、医療機関に準委任の形で依頼し、対価の診療報酬を審査支払機関経由で支払う関係にある。保険者の母体は企業や政府、自治体等である。被保険者への医療確保は第一義の役割である。

田村・元厚労大臣は三重市の講演で「被保険者を考え、医療を受けられる環境を整えるのが保険者の役割の一つ。医療が実現可能なだけの、診療報酬改定を行うのが当たり前」と指摘した。至言である。

◆コロナ禍の尽力に冷や水を浴びせた前回改定、医療現場は限界

1998年以降、診療報酬は実質マイナス改定の連続であり、累計▲16%強に及ぶ。これは2カ月分の医業収入を吹き飛ばしたに等しい(1÷12<カ月>=8.3%)。社会保障関係費(国費)を高齡化分の伸びに抑えた2016年以降でみても累計▲4.04%と半月分の医業収入が消失したことに匹敵する。

開業医、開業歯科医の1/4は過労死ライン超で働いている^{*2}。報道や日医総研の論文引用もされている^{*3}。この下でも、コロナ禍、第一線医療は二次、三次医療とともに尽力し、先進諸国の中でコロナ死者数やコロナ死亡率を最小限に抑えた。しかも、コロナ禍の最中でも、医療者の尽力により、国民、県民の医療満足度は不変で向上もした^{*4}。英国のGP(一般医)は評価を激減させており、格段に異なっている。

この経営努力と診療尽力を踏みにじり、診療所を標的に前回改定では生活習慣病管理料等を中心に▲0.25%の削減を重ねた。これでは医療の再生産、医療の質の向上は図れず、医療者の人心を荒廃させる。

◆消費税の機能強化分1%の上振れ分活用で大幅プラスは可能
ベースアップ評価料の廃止・見直しを

社会保障・税一体改革で消費税5%分の増税となった際に、消費税1%分は使途を社会保障の機能強化分(充実分)とするとされた。当時の消費税収1%は2.8兆円だったが、最近3.3兆円と5千億円上振れしている。25年度予算で機能強化分は3.3兆円超の4.1兆円が措置され各事業に充てられている。柔軟対応が図られている。ならば、上振れ分の5千億円を、医療体制強化分として診療報酬改定分に回せば、改定率プラス4%強となる。これに2014年改定以降、反故にされている中医協「建議」での「薬価引き下げ分の技術料(本体)振り替え」を復元すれば改定率1%程度はプラスでき、5%となる。医療機関が価格交

渉の経営努力により薬価を引き下げ経営原資に回しているものであり無茶ではない。

11月20日の参院財政金融委員会で医師の小林孝一郎議員（自民）がこの「上振れ」を取り上げ財務省は慎重姿勢を見せたが、再考すべきである。倒産、閉院で医療機関消失では「保険あって医療なし」となる。

医療費は人件費の塊であり、50％を占める。人材確保、人材流出回避へ日々の経営で苦心している。前回改定で導入のベースアップ評価料の算定は病院が89.6％の一方、診療所が40.3％、歯科診療所35.9％と6割超が算定できていない*5。届出内容が複雑、患者説明が困難、対象職種が限定など、実務上も全従業員のベアの均衡を図る上でも難点が多く不評である。財務省は算定の低さを難じているが、診療報酬を変質させた経営介入である。未算定の医療機関も院長給与を削り職員給与を上げるなどの涙ぐましい苦勞が今回の調査結果から見て取れる。改善が必要である。初再診料に連動し算定する点数なので、廃止して、賃金分の評価は初再診料を中心として上乗せすべきである。次善策はの上乗せ評価かベースアップ評価料の選択制である。平均給与478万円*6、賃上げ率4.1％*7も医療職種の殆どは届いていない。

インフレ局面で2年分を見込み、「真水」での診療報酬の大幅プラス改定をわれわれは強く求める。

2025年11月28日

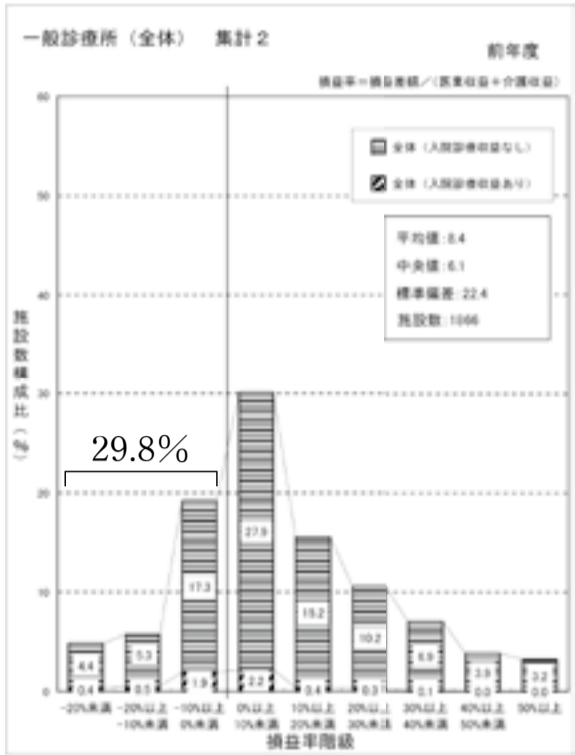
*1：「令和6（2024）年医療施設（動態）調査」 *2：神奈川県保険医協会『「開業医の働き方」調査の結果について（2019.1.18発表）』https://www.hoken-i.co.jp/outline/h/2019118.html *3：日本医師会総合政策研究機構のワーキングレポート「50代医師の将来のキャリアプラン調査—現在の働き方と65歳以降に想定するキャリアー」（2024.7.19）https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-4420/ *4：神奈川県保険医協会・医療政策研究室論考「首都圏の医療満足度 コロナ禍でも不変、若干増」（2023.11.28）https://www.hoken-i.co.jp/outline/d67228109af792502edf1e1046051c9a9c1a8bd5.pdf *5：中医協・入院・外来医療等の調査・評価分科会（2025.9.25）資料「入-1参考4」 *6：国税庁「令和6年分民間給与実態統計調査」 *7：厚労省「令和7年賃金引上げ等の実態に関する調査」

< 揭示資料について >

- 「参考」の資料は全て、中医協第25回医療経済実態調査より。24年度分。一部改編。
- 個人立の損益差額は開設者の院長給与を含んだ数字。損益率も同様。医療法人立等との比較の際は、考慮して理解が必要。
- 表中の「全体」の数字は機械的な計算値。個人立の院長給与を含んだ損益差額のため、高い数字になることは留意が必要。

< 参考 >

◆診療所（全体）の3割は損益率が赤字（左） 診療所（個人）の最頻損益階級の損益差額は約750万円（右）

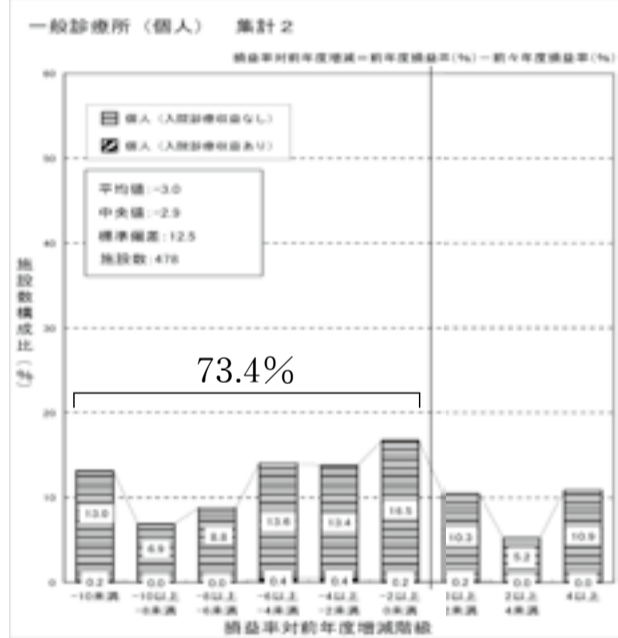


◆診療所（個人）の3割は損益率が赤字、
損益差額が勤務医給与水準以下は7割弱

損 益 差 額	個 人			全 体
	入院診療 収益あり	入院診療 収益なし	(参考) 有床	
～500万円未満	1	10	0	11
500万円以上 ～ 0円未満	0	16	0	16
0円以上 ～ 500万円未満	1	40	0	41
500万円以上 ～ 1,000万円未満	0	60	1	61
1,000万円以上 ～ 1,500万円未満	1	59	1	61
1,500万円以上 ～ 2,000万円未満	0	47	0	47
2,000万円以上 ～ 2,500万円未満	0	44	0	44
2,500万円以上 ～ 3,000万円未満	0	38	0	38
3,000万円以上 ～ 3,500万円未満	0	26	0	26
3,500万円以上 ～ 4,000万円未満	0	32	1	33
4,000万円以上 ～ 4,500万円未満	1	17	0	18
4,500万円以上 ～ 5,000万円未満	0	22	0	22
5,000万円以上 ～ 5,500万円未満	0	15	0	15
5,500万円以上 ～ 6,000万円未満	0	8	0	8
6,000万円以上 ～ 6,500万円未満	1	5	1	6
6,500万円以上 ～ 7,000万円未満	0	9	0	9
7,000万円以上 ～ 7,500万円未満	0	2	0	2
7,500万円以上 ～ 8,000万円未満	0	2	0	2
8,000万円以上 ～ 8,500万円未満	1	3	0	4
8,500万円以上 ～ 9,000万円未満	1	1	0	2
9,000万円以上 ～ 9,500万円未満	0	3	0	3
9,500万円以上 ～ 1億円未満	0	2	0	2
1億円以上	0	10	0	10
全 体	7	471	4	478

	全 体					
	前々年度		前年度		前々年度	
	金額	構成比率	金額	構成比率	金額	構成比率
I 医業収益	千円	千円	千円	千円	千円	千円
I' (参考)新型コロナウイルス感染症関連の補助金 」を除いた医業収益(I-3)	59,273	100.0	58,000	99.9	59,999	99.9
1. 入院診療収益	0	0.0	0	0.0	0	0.0
保険診療収益	0	0.0	0	0.0	0	0.0
公費等診療収益	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他の診療収益	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2. 外来診療収益	55,342	93.5	52,562	90.8	55,999	93.5
保険診療収益	49,622	83.6	47,630	81.1	50,000	83.6
公費等診療収益	798	1.3	581	0.9	799	1.3
その他の診療収益	4,960	8.4	4,421	7.9	4,999	8.4
3. その他の医業収益	3,931	6.7	3,438	6.1	3,999	6.7
4. (再掲)新型コロナウイルス感染症関連の補助金	258	0.4	1	0.0	259	0.4
II 介護収益	66	0.1	52	0.1	66	0.1
III 医業・介護費用	49,127	83.0	48,561	83.6	49,127	83.0
1. 給与費	19,853	33.7	19,486	34.8	19,853	33.7
2. 医薬品費	8,934	15.1	9,446	16.9	8,934	15.1
3. 材料費	2,116	3.6	2,000	3.6	2,116	3.6
4. 検査用材料費	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5. 委託費	1,659	2.8	1,653	2.9	1,659	2.8
(再掲)給食委託費	19	0.0	18	0.0	19	0.0
(再掲)人材委託費	435	0.7	443	0.8	435	0.7
(再掲)紹介手数料	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6. 減価償却費	2,962	5.0	2,806	5.0	2,962	5.0
(再掲)建物減価償却費	840	1.4	788	1.4	840	1.4
(再掲)医療機器減価償却費	773	1.3	745	1.3	773	1.3
7. その他の医業・介護費用	13,603	23.1	13,190	23.5	13,603	23.1
(再掲)設備機器賃借料	890	1.5	796	1.4	890	1.5
(再掲)医療機器賃借料	624	1.1	488	0.9	624	1.1
(再掲)水道光熱費	852	1.4	829	1.5	852	1.4
IV 損益差額(I+II-III)	10,212	17.2	7,481	13.4	10,212	17.2
(参考)新型コロナウイルス感染症関連の補助金 」を除いた損益差額(IV-4)	9,952	16.7	7,480	13.4	9,952	16.7
V 税金	—	—	—	—	—	—
VI 税引後の純損益差額(IV-V)	—	—	—	—	—	—
施設数	—	—	—	—	—	—

◆一般診療所（個人） 経営悪化は73.4%



◆歯科診療所の最頻損益差額階級の損益差額は個人立640万円弱、医療法人立は▲約1,400万円

歯科診療所（集計2）	個 人						医療法人					
	金額		構成比率		金額の伸び率		金額		構成比率		金額の伸び率	
	前々年度	前年度	前々年度	前年度	前々年度	前年度	前々年度	前年度	前々年度	前年度	前々年度	前年度
I 医業収益	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円	千円
I' (参考)新型コロナウイルス感染症関連の補助金 」を除いた医業収益(I-4)	30,156	29,003	100.0	100.0	-3.8	132,934	126,740	99.9	100.0	-4.7	132,934	126,740
1. 保険診療収益	25,130	24,760	83.4	85.4	-1.5	89,957	87,492	67.6	69.0	-2.7	89,957	87,492
2. 労務等診療収益	0	0	0.0	0.0	—	0	0	0.0	0.0	—	0	0
3. その他の診療収益	4,238	3,663	14.1	12.6	-14.6	29,328	36,803	29.6	29.0	-6.4	29,328	36,803
4. その他の医業収益	798	581	2.4	2.0	-21.3	3,449	2,445	2.7	1.9	-33.0	3,449	2,445
4' (再掲)新型コロナウイルス感染症関連の補助金	24	3	0.1	0.0	-87.5	15	4	0.0	0.0	-73.3	15	4
II 介護収益	0	0	0.0	0.0	—	91	50	0.1	0.0	-45.1	91	50
III 医業・介護費用	22,485	22,662	74.9	78.1	0.8	140,496	140,877	105.6	111.1	0.3	140,496	140,877
1. 給与費	9,143	9,065	30.1	31.3	-0.9	66,332	65,402	49.9	51.6	-1.4	66,332	65,402
2. 医薬品費	347	407	1.1	1.4	17.3	1,126	1,156	0.8	0.9	2.7	1,126	1,156
3. 歯科材料費	1,969	2,102	6.5	7.2	6.8	9,346	10,036	7.0	7.9	7.4	9,346	10,036
4. 委託費	2,641	2,693	8.9	9.3	2.0	16,465	16,582	12.4	12.1	0.7	16,465	16,582
(再掲)歯科技工委託費	2,547	2,463	8.5	8.5	-3.3	11,654	10,990	8.8	8.7	-5.7	11,654	10,990
5. 減価償却費	1,391	1,442	4.9	5.0	3.7	5,669	5,774	4.3	4.6	1.9	5,669	5,774
(再掲)医療機器減価償却費	715	850	2.4	2.9	18.9	2,648	1,845	1.5	1.5	-9.9	2,648	1,845
6. その他の医業・介護費用	5,994	6,954	23.0	24.0	-0.6	41,558	41,927	31.2	32.1	0.9	41,558	41,927
(再掲)設備機器賃借料	474	475	1.6	1.6	0.2	1,334	1,280	1.0	1.0	-4.0	1,334	1,280
(再掲)医療機器賃借料	337	338	1.1	1.2	0.3	975	1,019	0.7	0.8	4.5	975	1,019
(再掲)水道光熱費	657	664	2.2	2.3	1.1	1,283	1,251	1.0	1.0	-2.5	1,283	1,251
IV 損益差額(I+II-III)	7,672	6,340	25.5	21.9	-17.0	7,470	-14,087	-5.6	-11.1	-11.1	7,470	-14,087
(参考)新型コロナウイルス感染症関連の補助金 」を除いた損益差額(IV-4)	7,647	6,337	25.4	21.9	-17.0	-7,485	-14,090	-5.6	-11.1	-11.1	-7,485	-14,090
V 税金	—	—	—	—	—	756	782	0.6	0.6	3.4	756	782
VI 税引後の純損益差額(IV-V)	—	—	—	—	—	-8,226	-14,869	-6.2	-11.7	-11.7	-8,226	-14,869
施設数	24	—	—	—	—	28	—	—	—	—	28	—
平均ユニット数	3	3	—	—	—	6	6	—	—	—	6	6

◆歯科診療所(個人)の損益差額は法人院長給与水準以下が約6割、医療法人は約3割弱が赤字

歯科診療所（集計2）	（施設数）			
	損 益 差 額	個 人	医療法人	全 体
～250万円未満	5	28	1	34
250万円以上 ～ 0円未満	6	17	0	23
0円以上 ～ 250万円未満	18	23	0	41
250万円以上 ～ 500万円未満	20	11	0	31
500万円以上 ～ 750万円未満	24	7	0	31
750万円以上 ～ 1,000万円未満	15	8	0	23
1,000万円以上 ～ 1,250万円未満	17	7	0	24
1,250万円以上 ～ 1,500万円未満	21	5	1	27
1,500万円以上 ～ 1,750万円未満	16	6	0	22
1,750万円以上 ～ 2,000万円未満	11	3	0	14
2,000万円以上 ～ 2,250万円未満	14	1	0	15
2,250万円以上 ～ 2,500万円未満	9	2	0	11
2,500万円以上 ～ 2,750万円未満	3	0	0	3
2,750万円以上 ～ 3,000万円未満	3	0	0	3
3,000万円以上 ～ 3,250万円未満	2	1	0	3
3,250万円以上 ～ 3,500万円未満	3	0	0	3
3,500万円以上 ～ 3,750万円未満	4	1	0	5
3,750万円以上 ～ 4,000万円未満	2	0	0	2
4,000万円以上 ～ 4,250万円未満	3	0	0	3
4,250万円以上 ～ 4,500万円未満	2	3	0	5
4,500万円以上 ～ 4,750万円未満	2	2	0	4
4,750万円以上 ～ 5,000万円未満	0	1	0	1
5,000万円以上	7	5	0	12
全 体	213	134	2	349

営利企業の医療参入の梃つくる医療法改正 偽装クリニックの温床、 「オンライン診療受診施設」に反対する

神奈川県保険医協会
政策部長 磯崎 哲男(談話)

◆医療法に「業」を規定し、わざわざオンライン診療の「ハコ」を作らせる「謎」
医療法改正案が11月21日に衆院で審議入りし27日に可決、12月1日には参院で審議入りした。早晩可決成立とみられるが、偽装クリニックの温床の懸念がある「オンライン診療受診施設」に関し殆ど議論がない。この施設は医療機関ではない。設置者も管理者も医師「以外」が設置する、患者の「受診場所」を提供する「ハコもの施設」である。非常に紛らわしい。営利企業による設置が可能となる。

オンライン会議やオンラインショッピングの延長線で、オンライン診療を利便優先でとらえる向きもあるが、基本は対面診療の補完である。この間、法律やガイドラインの盲点を衝いて、営利企業による「オンライン診療ビジネス」が台頭し、トラブルも頻発。われわれは医療安全、医療の非営利性の観点で警鐘を鳴らしてきた。しかし、本法案の「オンライン診療受診施設」は、このビジネスの法的正当性をもった拠点づくりとなる。患者・国民も、医療機関と誤解する可能性が高い。

オンライン診療は医師も患者も居所不問であり、あえて「ハコもの」をつくる必要はない。医療法に「業」の文言を入れ商機を誘発する必要もない。われわれは、オンライン診療受診施設に改めて反対する。

◆健康被害、トラブルがオンライン診療ビジネスで発生 医療安全規制に逆行
この間、自由診療でのオンライン診療に営利企業が介入し、糖尿病薬の瘦身目的での利用や、避妊薬、美容医療などで、健康被害やトラブルが発生している。NHKなどで報道特集もされ、厚労省の美容医療の検討会でもこの問題が指摘をされてきた。いわば「オンライン診療ビジネス」である。

厚労省は事後的に医師の本人確認や所属医療機関の明示、急変時の連携医療機関の明示など、医療安全規制の措置をガイドライン改定により敷いてきた。その最中、この逆コースは非常に疑問が多い。

オンライン診療は自宅や、職場の個室など患者のプライバシーが確保されれば、どこでも受診可能な診療となっている。そのためか、患者安全や急変対応など、ガイドライン違反も散見されている。

「医師でない者が診療を行っているとの指摘があっても、オンライン診療においては、そのものを見られないと実態が分からない。」「非医療機関での医行為について、医師法違反と疑わしくても、医療機関ではないため保健所としてどのような対応・指導が可能であるのかが明らかでない。」など、厚労省の「美容医療の適切な実施に関する検討会」で昨年、問題が剔出されているが、不問のまま改善策もない。

規制改革会議の要望に答え、オンライン診療は初診から認められ、医師が非常駐のブース型診療所での実施など、規制緩和を重ねてきた。今回創設のオンライン診療受診施設（以下「オン診受診施設」）は、この同一線上に位置づくものである。

◆オンライン診療受診施設は設置が容易 「医療機関ではない」ので法規制は皆無
既にいま、医師非常駐でのブース型のオンライン診療専門の診療所は開設が認められている。郵便局への併設開設や公民館や巡回診療車両での一時開設が認められている。これは「医療機関」である。本院の医師がブース型の診療所等に来院した患者をオンラインで診療をするものである。

創設される「オン診受診施設」は医療機関ではない。オンライン診療を受診する「場所」としての「ハコもの」である。医療施設ではないため、感染予防などの安全管理は義務付けられない。設置後10日以内に都道府県知事に届出すればよい。事後届出制である。

「オン診受診施設」でのオンライン診療の実施責任は、医療機関側が負う。また「オンライン診療基準」への適合性確認も、医療機関側が負う。具体的には、受診施設でのプライバシーが十分配慮された環境や、清潔保持、衛生上・防災上・保安上の安全の確保となる。ただ、設置後の知事への届出制のため、事前の確認や保健所による実地検査などはない。つまり設置のハードルが非常に低い。

「場所の提供」が業（なりわい）なので、医療法に規定されながらも医療法上の規制は殆ど対象外となる。当然、療養担当規則も無関係であり制約はない。設置者の責任は軽い。問題発生の際には、医療機関側は重い責任を負うが、「オン診受診施設」は都道府県の指導にとどまる。その際に受診施設を廃止し、別な場所へ速やかに設置し、運営することも可能である。

つまり、医師が開設し、感染予防などの措置を講じ保健所の開設許可をとる必要がある医療機関と格段に違い、「オン診受診施設」は「設置」が容易となる。この施設で、オンラインで医師の診察を受けるので、患者には区別が曖昧となり、「医

療機関もどき」、「偽装クリニック」となる。

今回の法改正で、①医療機関は各地にオン診受診施設を容易にブランチ（支店）として設置できるようになる。②調剤薬局も同じように併設できる。③営利企業もショッピングセンターやホテル、コンビニなど、どこでも併設できる。しかも、営利企業が主導で勤務医などを組織すれば、実質的にオンライン診療ビジネスは「お墨付き」を得て、大手を振って活躍できることになる。営利企業の医療本体への参入である。

◆「在宅医療代行サービス」の議論に啞然

「もぬけの殻クリニック」も出現 決壊する医療の非営利性

この話は何も、杞憂ではない。11月12日、中医協では24時間の往診体制確保のため「往診代行サービス」会社の利用ルールに関し議論となっている。このサービス会社は登録された医師を、委託により「かかりつけ医療機関」の非常勤医師として雇用契約を結び往診をさせるというもの。しかし、「代行」ではなく、サービス会社が「本業」として患者からの依頼に応じ往診し、特定の医療機関経由で保険請求を行っている例も実際にある。厚労省も把握していると思われるが、患者や医療機関の需要にに応じている面と、既に日常化してしまった実態が厳然とあるため、医療秩序の整備に苦慮しているように見える。

同様なことは営利企業ではないが、在宅医療専門クリニックでも似た経緯がある。2012年頃まで、在宅医療専門クリニックは、事実上、認められていなかった。が、2013年末に規制改革会議により在宅医療専門診療所が要望され、以降、2016年診療報酬改定で評価が新設、保険医療機関指定のルールを整備し通知発出となっている。

しかし、現在、これを逆手にとった医療機関も誕生している。保険診療のルールで、患家と医療機関の距離が16kmを超える往診、訪問診療は「特別の事情」がない限り認められない。そこで、この距離要件に抵触しないように、狭小な雑居ビルに在宅医療専門クリニックを医療法人が開設し、そこには日常は誰もおらず閉じ、実際の在宅医療は同一法人の遠方の別の医療機関から医師や看護師等が出動する、パターンが出現している。不在の診療所の電話は転送される、いわば「もぬけの殻クリニック」である。

企業家的医師らによる、医療倫理の融解も一方で進みだしている。

◆オンライン診療ビジネスの横行、オン診専門診療所の患者全国募集を懸念
医療秩序破壊なきよう尽力を

医師の所在不問、患者の所在不問のオンライン診療は、「オンライン診療＋医薬品提供・配送」を骨格とした、「オンライン診療専門」の自由料金サービスとしても、営利企業によりバーチャル空間、web上で展開されている。いわゆる「オンライン診療ビジネス」である。

今回の「オン診受診施設」は、このビジネスのリアルな拠点づくりとなる。

また、今後はオンライン診療専門医療機関の開設許可、保険医療機関指定さえも想定範囲となる。現在、オンライン診療は患者の全国募集はできないが、「オン診受診施設」の拠点づくりにより環境整備がなされる。急変対応の地域医療機関の確保、事前合意、患者情報の共有など、オンライン診療はガイドラインで医療安全・安心のための規制がある。この改変緩和も懸念が生じている。こうなれば、厚労省が進める地域包括ケア、かかりつけ医機能の強化、地域医療構想も混乱し、水泡に帰す。

過日の法案の衆院での可決の際についた附帯決議は、この規制緩和を求めており違和感を覚えている。

既に4月9日、われわれは、「オンライン診療ビジネスの跋扈を懸念／医療法改定の部分修正・慎重審議を望む」(<https://www.hoken-i.co.jp/outline/h/202549.html>)と、談話を発表している。

しかし、この問題は厚労委員会で一顧だにされておらず、先の第217回通常国会で4月3日に衆院本会議での法案への代表質問で医師の猪口幸子議員（維新）が、不正請求の懸念と事前届出制への転換、保健所の立入検査の必要性を質しただけである。

われわれは、オンライン診療受診施設の創設に反対するとともに、慎重審議を参院厚労委員会に求める。また、厚労省には設置者要件、安全管理など医療秩序が崩壊しないよう尽力を強く求める。

2025年12月3日

委託料値上げ通告が2割

検体集配有料化アンケート

物価高騰や人件費上昇、物流コスト等を理由とする、臨床検査会社の検体集配業務有料化の動きを受け、協会総務部は9月、医科会員を対象にアンケート調査を実施した。

回答者の2割が▽検体集配有料化、▽条件変更、▽受託料全体の引き上げいずれかの通達を受けており、追加費用は月3～5万円が最多。自由記述では検査会社に一定の理解を示しつつ、収入原資となる診療報酬の大幅引き上げを求める声が多数寄せられた。

追加費用は月3～5万円が最多

回答者は9割が無床診療所、主たる標榜科は内科60%、整形外科10%、小児科7%と続く。契約中の検査会社は主に10社であった(順不同:SR、BML、

検査会社からの有料化等の通知の有無については、

検査会社からの有料化等

の通知の有無については、

回答者の2割(48件)がい

ずれかの通知▽検体集配

の有料化21件、▽条件変更

15件、▽受託料全体の引き

上げ22件を受けており、

うち9件は複数の通知を受

4割は

委託先変更せず

有料化の「影響がある」

との回答は171件で、う

ち38件が通知を受けてい

た。通知への具体的対応で

は、42%が検査会社を更

えず検査頻度の変更や経費

削減に努めると回答。一

方

酬を」など、検査会社に対し一定の理解を示すコメントも複数寄せられた。

調査結果の取りまとめを

受け、10月29日には厚労省

記者クラブにて会見を実

施。鈴木悦朗副理事長は、

委託先変更が容易でない理

由の一つに「結果の推移を

見る際の利便性を欠く」こ

とを挙げ、「結果閲覧は専

用ビューアが必要で、検査

会社毎に仕様が異なり、大

手検査会社では結果が連動

する自前の電子カルテを提

供してもいる」と説明。

「実質、委託先からの値上

げ提示に応じなければ、契

約解除せざるを得ない状況

に陥っている」と強調し、

実態に見合った診療報酬の

大幅引き上げを訴えた(会

見の詳細は12月5日号に掲

載)。

自己犠牲も限界

診療報酬は至急見直しを

歯科・匿名希望

度は職員から「130万円の壁」を理由に勤務時間の短縮を求められ、1名少ないシフトへの変更を余儀なくされた。患者の予約を減らして、一時より患者は少なくなった。当院には歯科衛生士1名と歯科助手3名が在籍。全員パート職員だが勤務歴は20年を超える。毎年2%の定期昇給を続けてきたが、昨年末に国からの求めを受けてさらなる賃上げを実施した。しかし、今

賃上げ↓就業調整↓患者減…の悪循環

開業して4年あまりが経つ。ユニットも2台まで減らして、一時より患者は少なくなった。当院には歯科衛生士1名と歯科助手3名が在籍。全員パート職員だが勤務歴は20年を超える。毎年2%の定期昇給を続けてきたが、昨年末に国からの求めを受けてさらなる賃上げを実施した。しかし、今

健康保険の被扶養者認定要件が26年4月より一部変更され、想定外の臨時収入で年間収入が130万円以上になっても、労働契約段階で見込む年間収入が130万円未満等の諸条件を満たせば直ちに扶養から外れなくなるが、臨時収入が社会通念上妥当な範囲を超え

高点数個別指導選定基準見直しは必須

過度に細分化された診療

報酬や患者への多い数の

文書提供も我々を疲弊させ

る。文書提供自体は治療

円滑に進める上で必要な

業だと考えているので、そ

れ自体否定するものではな

いが、せめて作成に要する

事務負担は最小限に留める

べきだ。さらに、ベースア

ップ評価料や外安全・外感

価が低い。現在は歯科医院

染など、もう少し簡素な点数設計にする余地があつた。また、平均点数で機械的に対象者を選定し、治療内容は一切考慮されない「高点数」個別指導も精神的負担が大きい。当院は60歳代以上の比較的高齢な患者が多く来院するので、どうしても歯冠修復や欠損補綴が治療の中心となる。当然平

と歯科技工所の献身的な自己犠牲に支えられているが、もっと高く評価されてもいいのではないかと、国が際限なく膨張し続ける医療費の削減を押し進めるのは理解できるが、地域医療が崩壊すれば本末転倒だ。26年度改定では歯科医院の経営安定に資する診療報酬となることを切に願う。

【取材：事務局・谷口

と歯科技工所の献身的な自己犠牲に支えられているが、もっと高く評価されてもいいのではないかと、国が際限なく膨張し続ける医療費の削減を押し進めるのは理解できるが、地域医療が崩壊すれば本末転倒だ。26年度改定では歯科医院の経営安定に資する診療報酬となることを切に願う。

経営安定に資する診療報酬求める

歯科医療の最大の目的

は、「咬合機能回復による

栄養摂取」だ。栄養摂取に

より体力を回復させられ

るのには理解できるが、地

域医療が崩壊すれば本末

転倒だ。26年度改定では

歯科医院の経営安定に資

する診療報酬となることを

切に願う。

【取材：事務局・谷口

12月1日付「3次元プリント有床義歯」材料が特定保険医療材料に収載



12月1日より、3次元プリント有床義歯の歯冠部用材料・義歯床用材料として「ディーマ プリントデンチャー ティース」、「ディーマ プリントデンチャーベース」(クルツァージャパン株式会社)が保険収載されている。3次元プリント有床義歯の点数が11月28日付通知で明らかになったので、お知らせする。請求にあたってご不明な点等は、歯科保険診療対策部(Tel.045-313-2111)までお問合せいただきたい。

点数 ※有床義歯作製に係る点数も別途算定可能です。

◎3次元プリント有床義歯(3DFD)

- 技術料:2,420点(1顎につき)※「有床義歯 総義歯」の点数を準用
- 材料料・歯冠部用材料(1歯につき):6点
- ・義歯床用材料(1顎につき):203点

解説

3次元プリント有床義歯(3DFD)とは、歯科技工室設置型コンピューター支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置(液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置)を用いて、作業模型で間接法により造形製作された歯冠部用材料及び義歯床用材料からなる有床義歯を指す(3DFDの義歯床用材料については上記保険適用材料参照:12月1日時点)。この3DFD算定にあたっては、上下顎で総義歯を同日に装着した場合にのみ算定できる(再製作時は除く)ものとなる。また製作にあたって、必要に応じて実施した印象採得・咬合採得・装着・仮床試適については各区分(総義歯製作関連の点数)にて算定可。また、修理(歯冠部用材料料は別途算定可)・有床義歯内面適合法(硬質材料を用いた場合)も総義歯の区分で算定可となる。

なお、3DFDを製作・修理した場合には、製品に付属している使用した材料の名称及びロット番号等を記載した文書(シール等)を保存して管理(カルテに貼付等)する必要がある。

製作できる歯科医療機関

以下①、②いずれにも該当する歯科医療機関で3DFDを製作することが可能。なお、施設基準届出は不要。

- ①「歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること」
 - ②「保険医療機関内に液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置が設置されている場合は、歯科技工士を配置していること」又は「保険医療機関内に液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が確保されていること」
- ※なお、使用した当該装置及び歯科技工所名(保険医療機関内で製作された場合を除く)をカルテに記載すること。



橘樹神社



YBPのパブリックアート



金沢横丁の石碑（道標）



宿場そば 桑名屋

教養・運動・交流の 三拍子

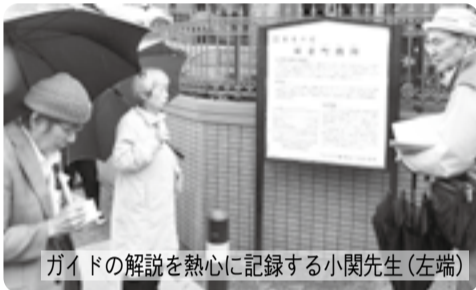
川崎市麻生区 小関 新

歴史に特別な興味が
あったわけではない。た
だ、なんとなく面白そう
だと思い、ひまつぶしの
気持ちで参加してみた。

ところが、これが思いのほか楽しかった。

小雨の中、9名が集まり、地元ガイドの案内
で旧東海道沿いの史跡を巡るうちに、まるで
江戸の町に迷い込んだような気分になった。
地元の歴史に「ほ～なるほど」とうなずいて話
を聞いた。3時間で約4kmの行程は、教養・
運動・交流の三拍子揃った企画だ。しかも参
加費はお手頃で、傷害保険付きの1,000円。
帰る頃には参加者同士すっかり打ち解け、和
やかな雰囲気になっていた。

一句「濡れる道 おでんが匂う 寺の裏」――
思いがけず心あたたま時間となった。



ガイドの解説を熱心に記録する小関先生(左端)

文化部
ハイキング

旧東海道、 保土ヶ谷宿を巡る

10月26日、文化部は歴史散策「旧東海道、保土ヶ谷宿を巡る」
を開催。NPO法人保土ヶ谷ガイドの会の案内のもと、約4・3
kmの行程を約3時間かけて歩いた。会員や家族ら9名が参加した。
序盤は小雨がちらつく雨模様で、途中から雨は上がったものの、
曇り空で肌寒い中でのハイキングとなった。

コースは、天王町駅前公 切りに、鎌倉時代初期に源
園からスタート。かつて約 頼朝の天下平定を祝い創建
27mの長さを誇った、保土 された橘樹神社、本陣を勤
ヶ谷宿を代表する風景とし めた郊部家（軽部家）の菩
て北斎や広重らの浮世絵に 提寺である大仙寺、さらに
も描かれた帷子橋の跡を皮 は間屋場・本陣・旅籠跡な
届いたので掲載する。



【ハイキングコース(約4.3km。一部省略)】天王町駅前公園(旧
帷子橋。集合:9時15分)～橘樹神社～旧古町橋跡～YBP(横
浜ビジネスパーク)～神明社～見光寺～大蓮寺～助郷会所跡
～高札場跡～本陣跡～大仙寺～JR保土ヶ谷駅(解散:12時頃)

『ネガティブ・ケイパビリティ 答えない事態に耐える力』を読んで

書評

鎌倉市 湯浅 章平

帚木蓬生氏の『ネガティ
ブ・ケイパビリティ 答え
の出来ない事態に耐える力』
(2017年刊)は、悩め
る多くの現代人に読んでい
ただきたい福音書である。

筆者は本文中で、ネガティ
ブ・ケイパビリティの意味
を「どこにも答えの出ない
、悩めること」に定義して
いる。この言葉、概念が初め
て登場するのは、1817
年、詩人であるキーツが弟



『ネガティブ・ケイパビリティ
答えない事態に耐える力』
著者：帚木 蓬生
朝日新聞出版、2017年4月、
1,430円(税込)

たちに宛てた文面の中であ
り、キーツがその生涯でこ
の言葉を用いたのはただ1
度きりと言われている。
「ネガティブ・ケイパビ
リティ」は、自分の内に対
してだけではなく、他者と
関わる際にも必要不可欠で
あり、医療や教育の現場で
は欠くことのできない能力
である。医師は本来、患者
の症状から患者の問題をで
きるだけ早く、解決に導い
ていく。この能力は「ポジ
ティブ・ケイパビリティ」
と言われるもので、医師に
はもちろん必要な思考の一
つである。しかし、例えば
末期がんの患者を前にした
ときには、「ポジティブ・
ケイパビリティ」という思
考のみでは立ち行かなくな
り、むしろ弊害さえ生じる
可能性がある。このような
状況下で役立つのは、たと
え何もできない宙ぶらりん
の状況であっても、患者や
家族の側に立ち、寄り添い、
彼らの話を傾け続ける
姿勢である。

筆者は精神科医でもあ
り、このような医師の姿勢
を「日薬」、「目薬」と表現
している。患者さんは、医
師に見守られている(目薬)
という安心感があると、苦
痛にも耐えられるものだ
と強調している。筆者はか
つて自著『アフリカの蹄』の
中で、「人の病の最良の薬
は人である」というセネガ
ルの言い伝えを引用してい
るが、現代の日本において
も全ての医療従事者が反芻
しなくてはならない言葉で
あると思う。我々が忘れか
けている大切なことを想い
出させてくれる本書は、多
くの方々に推薦できる一冊
である。

事後抄録

歯科特別研究会

認知症が疑われる

患者への対応



講師の下山氏

とが必須です。適切な歯科
医療のためにも患者の行動
を理解・受容するためにも
必要なことです。

歯科研究部は10月31日、
歯科特別研究会「認知症が
疑われる患者への対応」を
協会会議室とWEB併用で
開催。講師は東京医科歯科
大学名誉教授・下山和弘氏
が務め、70名が参加した。
以下、事後抄録を掲載する。

認知症患者との信頼関係
をつくるのが大切です。
そのためには4大認知症や
軽度認知障害の特徴を理解

するとともに、認知症の中
核症状(記憶障害、失語、
失行、失認、実行機能障害、
見当識障害、理解力・判断
力の低下)やBPSD(徘徊、
暴行・暴言、介護拒否
など)について理解するこ

とが必須です。適切な歯科
医療のためにも患者の行動
を理解・受容するためにも
必要なことです。

認知症患者が問題行動を
起こすのは、なんらかの問
題に対するSOSと考えら
れています。認知症自体が
暴力的にすることはなく、
暴言・暴力には理由があり
ます。認知症患者にとって
も家族にとっても生活が心
穏やかなものならば問題行

動は軽減します。基本的な
対応方法として「プライド
を尊重する」、「認知患者
の言動を受容する」、「否
定しない・叱らない・馬鹿に
しない」、「ふさわしい状況
をつくり成功体験を積み重
ねてもらう」、「穏やかな口
調でゆっくり話す」、「行
うべきことをパターン化し
て、痛みが治療拒否につ
ながることがあるので注意
が必要で、軽度の認知症
患者では口腔衛生管理を基
本として積極的な歯科治療
(口腔機能管理)を行いま
す。歯科治療が困難になる
前に歯科治療を完了し、そ
の後には口腔衛生管理を中心
に対応していくことが望ま
れます。

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。予めご承知おきます。

※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！

協会行事予定

12月18日
～12月25日

12月18日(木)
労務管理基礎講座14時。
歯科保険診療対策部会19時。月例研究会19時30分。
12月19日(金)
横浜支部幹事会19時30分。
12月20日(土)
理事学習会15時30分。
12月22日(月)
新聞編集会議19時。医療情報部会19時30分。
12月23日(火)
総務部会19時30分。
12月25日(木)
第10回理事会19時30分。

第640回月例研究会

COVID-19が第5類となり2年が経過したが、インフルエンザ以上の警戒感は今も必要であり、マイコプラズマ・RSウイルス・溶連菌感染症・梅毒などの流行が顔を出し、新たなワクチンの定期接種も行われている。これらの話題について解説いただく。

ところ 協会会議室・WEB併用

テーマ 「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)・

インフルエンザおよび

その他の感染症とワク

チンの話題 2025」

講師 川崎市健康安全研究所

参加 岡部 信彦氏

参加方法 ①か②いずれか

①協会会議室…定員120名

②WEB参加…下記QRコード

もしくは協会HP

よりお申込み



※日医生涯教育講座CC「8(感染対策)」1.5単位

【医籍番号の入力について(下記《重要》参照)】

共催 デンカ㈱/アステラス製薬㈱/神奈川県

保険医協会

お申込み 研究部

2026年1月23日(金)午後7時～

歯援診・口管強の施設基準研修会

歯科特別研究会

本研修会は在宅療養支援歯科診療所(歯援診)と口腔管理体強化加算(口管強)の施設基準対応研修会です。「高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含む)、口腔機能の管理、緊急時対応、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理、小児の心身の特性」についての内容に加え、口管強の施設基準の選択式項目にあります「在宅医療または介護に関する研修」、「認知症対応力向上研修」にも対応しております。

ところ WEBライブ配信

講師 日本大学歯学部 臨床教授

武内 博朗氏

参加対象 歯科会員(医療機関スタッフ・ご家族も可)

参加方法 下記QRコードもしくは

協会HPよりお申込み



①同じメールアドレスで登録できるのは1名様までです。同じ

医療機関から複数名でお申込みされる場合はそれぞれ違うアドレスで登録ください。

②ご参加の際は、必ずご自身のお名前でご登録された登録確認メールのURLよりご参加をお願いいたします。登録氏名と別の方でのご参加、同じURLで複数名のご参加はできません。

③本研究会は、保険医協会の会員(会員医療機関スタッフ様、会員ご家族様も含む)のみがご参加いただけます。

④研究会終了後、確認テストを実施いたします。確認テストを受講し、かつ講演を最初から最後まで受講された歯科医師の方(※会員本人に限りません。会員本人ではない勤務医の先生等には発行できないため、あらかじめご容赦ください)に修了証を発行いたします。修了証はお申込み時にご登録のメールアドレスにPDFファイルでお送りする予定です。

⑤講演の途中参加、途中退出、確認テストの未回答の場合は、修了証は発行いたしかねます。接続トラブル等の場合であってもご対応いたしかねます。必ずご自身で接続環境など事前にご確認の上、ご参加をお願いいたします。

お申込み 歯科研究部

1月28日(水)午後7時～

初診料(歯初診)、歯科外来診療医療安全対策加算(外安全1)、歯科外来診療感染対策加算(外感染1・2)の施設基準研修会

歯科医療安全対策講習会

「外安全」、「外感染」、「歯初診」の施設基準に対応した研修会です。研修内容は①「偶発症に対する緊急時の対応」、②「医療事故」、③「院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策」、④「感染経路別予防策(個人防護具の着脱方法等を含む)及び新型インフルエンザ等感染症等に対する対策・発生動向等に関する研修」です。

ところ WEBライブ配信

テーマ 「偶発症に対する緊急時の

対応、医療事故、院内感染

防止対策、感染経路別

予防策及び新型インフル

エンザ等感染症等に対する

対策・発生動向等」

講師 東京医科歯科大学(現 東京科学大学)

名誉教授 深山 治久氏

参加対象 歯科会員(医療機関スタッフ・ご家族も可)

参加方法 下記QRコードもしくは

協会HPよりお申込み

※上記「歯科特別研究会」備考欄

の①～⑤と同様です。

※医療法で定められた「医療スタッフに対する医療安全管理研修(年に2回受ける必要があります)」にも対応しております。



お申込み 歯科研究部

新年会のご案内

当協会の新年会を開催いたします。公私とも多忙のことと存じますが、ぜひご臨席賜りますようお願い申し上げます。

とき 2026年1月20日(火)

午後7時30分～

ところ 横浜ベイシエラトーン

ホテル&タワーズ(4F)『清流』

参加費 5千円

※ご出席いただける場合は、お手数ですが別途

お送りする出席通知(ハガキ)をご返信ください。

※参加対象は会員の先生のみとなります。未成年の方の

ご参加はお断りしておりますので、あらかじめご了承ください。

歯科臨床研究会

ところ 協会会議室・WEB併用

テーマ 「実践『効果のあがる』

スプリント治療の進

め方」

講師 今井歯科クリニック(鳥取県米子市開業)

院長 今井 俊広氏

参加対象 会員(医療機関スタッフ・ご家族も可)

参加方法 ①か②いずれか

①協会会議室…定員50名

②WEB参加…下記QRコード

もしくは協会HP

よりお申込み



※講師はWEB参加のため、来場しません。また、

後日の動画配信はございません。

お申込み 歯科研究部

1月8日(木)午後7時～

※重要 神奈川県医師会の要請により、日医生涯教育講座(CC)の単位取得を希望する場合は、①性別②医籍登録番号③(医師会会員の場合は所属都市医師会名の登録が必須となります(25年4月より変更)。未入力・入力間違い等不備がある場合、単位を取得いただけませんのでご注意ください(恐れ入りますが、当会は一切の責任を負いかねます)。なお会場参加の場合は、FAX申込時に所定の欄にご記載ください。

研究会参加費について

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。

郵便口座名 神奈川県保険医協会 口座番号 00260・2・2220

◆協会へお越しの皆様へ(お願い) 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。

※QRコードは機内モードでの登録となります。

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