

沖縄県保険医協会会員数
833名
(12月1日付 現勢)
全国保険医団体連合会会員数
107,067名
(12月1日付 現勢)

沖縄 保険医新聞

発行所 沖縄県保険医協会
〒902-0078 那覇市字識名1195-1
大城産業ビル106号
TEL (098) 832-7813
FAX (098) 832-4482
https://okinawa-hk.com
発行人 高嶺朝広
年間購読料1800円(会員の購読料は会費に含む)



1日目 会場



1日目 懇親会の様子

11月18日・19日に宮崎県で九州ブロック地域医療交流会が開催され、九州各県から会員及び事務局が参加し、沖縄からは役

員1名と事務局2名が参加した。1日目の記念講演では、「医療機関へのサイバー攻撃の実態とその対策」と題して、深津博氏(愛知医科大学病院特任教授・医療情報部長、一般社団法人医療ISAC代表理事)による講演が行われ、電子カルテの安全管理およびサイバー攻撃からの防御シ

テム導入の重要性などを解説した。その後の懇親会では、各協会の挨拶が行われ、久しぶりの歓談で盛り

第32回保団連九州ブロック地域医療交流会

情報化社会と医療をテーマに開催



2日目 発表する仲里尚実理事

上がつた。2日目は地域医療経験交流会が行われ、9題の演題発表があった。当会からは仲里尚実理事が「精神科離島診療におけるオンライン診療について」と題して、オリブ山病院の

離島診療の紹介、新型コロナウイルス感染症の蔓延によるオンライン診療の活用について発表した。

(演題詳細は2面に掲載)

交流会終了後に行われた九州ブロック会議では、医療情勢や医療運動等の報告、討論が行われ、各協会の活動報告では、大分協会から数戸ミサイル弾薬庫の問題について起案等が確認された。その他、第15回九州厚生局懇談の日程案、第51回保団連定期大会の任務分担案、保団連理事推薦調整について確認された。

歯科診療報酬疑義解釈について 講習会開催

11月16日(木)歯科部会主催の歯科保険診療Q&A講習会を開催した。本講習会はZOOMウェビナーを用いたオンライン講習会で、会員及びスタッフを含む56名が参加し、講師は東盛靖副部長、樋口豊副部長が務めた。日ごろ会員から協会へ問合せのあった質疑応答集を用いて、日常診療にお

ける疑義解釈、保険請求についてわかりやすく解説した。今回は急遽、講師の都合がつかず沖縄県の審査個別指導の現状などについてはお伝えできなかったが、HPやFAX通知協会の紙などで今後も情報を提供していく。個別指導通知や、患者トラブル等でお悩みの際にはすぐに協会へ相談していただきたい。

本講習会は毎年開催しているの、まだ参加されたいことのない先生方は、ぜひ次回ご参加ください。



(左)樋口豊副部長、(右)東盛靖副部長

健康保険証廃止反対県連絡会結成総会を開催 「現行の健康保険証を残す」 一点で結集

11月17日、産業支援センター大ホールで健康保険証廃止反対県連絡会結成総会が開催され、会場とオンラインを含め75人の参加があり、協会からは高嶺会長、山里理事が会場参加した。協会を含めた6団体(社会保障推進協議会、医療生活協同組合、民主医療機関連合会、医療福祉労働組合連合会、社会福祉法人沖縄にじの会)が呼びかけ

団体となり「保険証を残せ運動」への理解と協力を訴え、それぞれ6団体の会長および理事長が共同代表に就任した。総会には57団体からメッセージが届けられた。

結成総会では高嶺会長から「マイナ保険証のメリットはほとんどなく、保険証廃止では医療を受けるられない人が出てくる。協会も医療団体として国民皆保険制度を守るために覚悟を持って取り組んでいきたい」との開会あいさつがあり、オンラインで生出演した萩原博子氏(経済評論家)からも、「2兆円の予算を使っても無駄な政策を強行している。マイナ保険証はトラブル続きで現行の保険証を残すべきだ」との賛同メッセージが寄せられた。



その後、協会の西銘事務



保険証廃止反対県連絡会結成総会会場

局員からマイナ保険証問題における基調報告の中で、協会が県内全自治体に実施している現行の健康保険証存続を求める陳情について3自治体(中城村、北谷町、大宜味村)で採択されていること、県社保協の高崎事務局長から介護及び障がい福祉事業所に行ったマイナ保険証利用にかかるアンケート結果について報告があった。最後に、現行の健康保険証を残し、国民皆保険制度と医療を受ける権利を守るアピール文を採択し、終了した。

ふう 弾 風

あれと、
あれと、
来年は
あくまで個人的感想なのだが、
今年は野球に一喜一憂の一年だった。

3月のWBC、春夏の甲子園、38年ぶりのA.P.E.、先月のアジアチャンピオンシップ、どれもハラハラドキドキ楽しめた。

WBC準決勝メキシコ戦の逆転シーンにしばしば、決勝戦直前の「憧れるのやめましょう!」と仲間を鼓舞する大谷翔平の言葉と最終回のピッチングに魅了された。

夏の甲子園、沖縄尚学、慶応高校、関西在住の息子達と甲子園アルプススタンドに結集して家族4人で応援した。一時は沖縄尚学が優勢になるも惜敗、だが良き思い出となった。その慶応高校が仙台育英の連覇を阻み優勝すると、波乱万丈と予想困難も野球の魅力か。

にしても我が阪神タイガース、今年は諦めの悪さと粘り強さを感じた。38年ぶりの日本一は遠かったが何とか幸せに歩んで来られたのは、戦争のない日本社会であつたからという思いがある。

だが最近、新たな戦前を匂わせるような情報や状況が多い。戦争には必ずウラの企みがあるという。表向きの動きや報道に翻弄されず隠れた事実をつかみたい。

来年は辰年、スポーツには一喜一憂しても、世界諸々の情勢には「正鵠を射る龍の如く」核心を見抜く眼力を注ぎ安寧の実現を心より願う。

Y・H

第32回保団連九州ブロック地域医療交流会in宮崎 11月18日・19日

演題発表

精神科離島診療におけるオンライン診療について(1)

オリブ山病院精神科 仲里 尚実(ナオサネ)

第32回九州ブロック地域医療交流会
2023年11月19日 宮崎市

精神科離島診療における
オンライン診療について

社会医療法人 葦の会 オリブ山病院
精神科医師 仲里 尚実(ナオサネ)
横田 泉(ミツル)
精神保健福祉士 立津 亮浩(カツヒロ)

私の所属するオリブ山病院精神科の10数年間にわたる離島診療の間で、現地に渡航できなくなったときに代替診療として利用したオンライン診療について報告した。

口頭発表した文言はすべてスライドの中に記載されており、スライドの本紙掲載で報告したい。(次号に続く)

スライド1

遠隔医療への注目の高まり

2020年4月～、新型コロナウイルスのパンデミック

強い外出制限が敷かれ、感染対策による外来機能の縮小を余儀なくされ、遠隔医療が注目されるようになった。

WHO: The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. [https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1310579/retrieve]

スライド3

WHOの調査によると

精神科領域でも同様であり、WHOが130カ国の精神科医療について行った調査によると、新型コロナウイルスパンデミック下において93%の国々で精神科医療・精神保健サービスが中断が生じた中で、解決策として70%の国で遠隔医療が導入・活用されていたことが報告されている。

WHO: The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. [https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1310579/retrieve]

スライド4

沖縄県について

東西約1,000km、南北約400kmに及び海域に、54の指定離島を含めた多数の島々が点在する広大な海洋島しょ圏。その海域の範囲は本州の3分の2に匹敵。土地面積は国土の0.6%。

東京市街地面積の70%が沖縄県に集中。奄美・沖縄諸島のミサイル防衛島嶼化が進んでいる。

スライド5

沖縄県

総人口 146万人(2023年9月)

精神科病院(入院機能有する) 24院
(北部2、中部8、南部13、離島2)
精神科病床総数 5416床

オリブ山病院

抄論

対岸の火事か？

またまた中東に火が付いた。我々が学生時代は、4度にわたり戦争を繰り返した中東とベトナム戦争の反省会と称し議論の中心であった。

PLOのアラファト議長がいたころは、何とかオスロ合意も取り付けまあまあ均衡が保たれていた。今では、2〜3年おきのイスラエルとパレスチナの小競り合いをガス抜きだと能天気な発言をする輩もいる。

だが、そのような認識がいかに軽薄なものか思い知らされる今回の戦闘だ。ユダヤ人の受けた迫害の歴史は言わずもなだが、反対に現在ではシオニズムの行き過ぎが迫害に似た行為を行わしめている。世界中からユダヤ人の入植を進めるためにパレスチナ人のオリブ畑やお墓までもブルドーザーで押しつぶし、居住施設を建設し続け難民を作り続けている。

副会長 座覇 修好

た。これに対し怒りの象徴ハマスがテロを企てるの繰り返しである。

歴史上、欧州列強のサイクス・ピコ協定のベテニ密約もからみ無責任が招いた遺憾でもある。イスラエルのネタニヤフ首相の強硬路線において、アメリカや他国のアドバイスなど無用の長物に帰することが懸念され、長引けば中東アラブ諸国からのミサイル攻撃を受けかねない。ガザのハマ

スだけを掃討すると豪語してもそのイデオロギーの世界中への領布は回収不能である。

歴史上欧米のやらかしたことの総括を諸外国はアラブ諸国やイスラエルと共有することが既に不可能な状況である。宗教問題と歴史上の瑕疵が入り乱れた問題で、単なるテロに対する報復ではない。これにバイデン大統領の露骨な軍産複合体の扇動発言が飛び出すといよいよ先の大战の忘却と平和ボケの気配が本格的となっている。

スライド6

沖縄県について（離島）

有人38島には診療所があり、島民の健康を支えているが、診療所で対応が困難な場合、島を出て別の医療機関を受診しなければならない。精神科への受診も同様である。

島外へ受診する際は、物理的にも経済的にも負担が大きく、様々な事情で専門的医療を受けられないケースも見受けられるのが現状である。



スライド8

離島(沖縄県 南部)

医療・社会資源が少ない
保健師が1名〜3名
(現在、不在の島もあり)

久米島町以外は、診療所が1ヶ所
入院施設がなく、
入院治療の際は、本島へ搬送
(自衛隊ヘリ・MESHヘリ)

人口総数	
久米島町	7873
南大東村	1248
座間味村	942
渡嘉敷村	725
粟国村	701
北大東村	591
渡名喜村	378

2021年1月1日時点

オリブ山病院が、へき地医療について体制を整えるきっかけとなったのが約40年前。

オリブ山病院に離島から通う患者さんが少なからずいた。離島から那覇市首里までは通院が物理的にも経済的にも困難。

初代理事長(田原政俊)より：右写真
「離島へ出向き診療してはどうか」と提議があった。



4離島にて
2日間の診療を実施
(1泊2日)

スライド7

離島(沖縄県 南部)

1町(久米島町)6村、
人口は横ばいか減少傾向にある。
高齢化率が高く(22%~)、
40%超えの村もある。

認知症・うつ関連の気分障害、
アルコール関連の
相談が多い。
最近、行政職員からの
相談も増加傾向。



スライド9

オリブ山病院

外来・診療科目

内科、精神科、整形外科、小児科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、放射線科、検査科、薬剤科、理学療法科、作業療法科、言語聴覚科、看護科、臨床工学技士科、臨床検査科、臨床栄養科、臨床工学技士科、臨床検査科、臨床栄養科

病棟

緩和ケア病棟、回復期リハビリ病棟、高齢者看護病棟、地域包括ケア病棟、精神科社会復帰病棟、精神科看護病棟、精神科内科病棟、やわらぎ看護病棟

医療・福祉・介護といった資源が少ない、支援が及びにくい離島(人生の拠点である地域や在宅)でも安心して生活できるよう、医療提供する事を目的とし、
2010年、離島巡回診療がスタート
現在14年目 横田医師



2010年5月 座間味村(阿嘉島含む)
2012年6月 南大東村
2012年7月 北大東村
2017年7月 粟国村



50人乗り
南大東島まで
片道1時間

保団連審査・指導・監査対策担当者会議レポート

1、医科・歯科共通

会議の参加報告を簡潔書きにさせて頂く。会員諸兄姉の参考になれば幸いです。

社保支払基金では、本年10月から9割がAIの振り分けによって原審通り・査定・返戻が決定されている。逆に言う、人による審査を必要とするレセプト割合が1割に減らされたということ。「慮ることのないAI」ならではの査定や返戻事例が起

2、医科レセプト摘要欄記載事項のコード化による不合理是正について

全国の協会の協力により判明した577項目の不合理に関して、データ化されているにもかかわらず重複して摘要欄への記載が求められるケースなどについて次回改定で

3、サイバーセキュリティ対策について

本年4月1日からサイバーセキュリティの取り組みが医療機関に義務化されている。保団連HPでは「医療情報システムの安全管理」を公表し、学習会の開催など、会員への情報提供に努めている。

4、「歯科衛生実地指導」算定時の病名について

「欠損歯(MT)」「顎関節

5、「咬合調整」について

再度初診料を算定した場合、定められた間隔を満たしていなくても算定可能。歯冠形態修正を行った場合は、修正理由や修正箇所などをカルテに記載することが求められている。

副会長 樋口 豊

新連載⑦最終回 住民は如何に守られたか？
——180度違う医師・専門家集団の姿勢——
チェルノブイリ事故と東電事故を比較する



琉球大学名誉教授 矢ヶ崎 克馬

原爆投下以来、米国は被曝被害の隠蔽と被曝を強制する情報操作「知られざる核戦争(矢ヶ崎命名)」を行ってきた。特にチェルノブイリ事故後の国際原子力ロビーの「放射線から住民を防護せず」への開き直りは激烈であった。1996年のIAEA会議「チェルノブ

イリ事故後10年」、それを請けてのICRP2007年勧告は世界の被曝防護基準を放射能から「住民を護らない」路線へと転換させた。東電事故後、あらゆる被曝被害が隠蔽され、さらに原発回帰、汚染水海洋投棄等々、歴史上最も熾烈な「知られざる核戦争」が展開された。市民の命を守るべき医師団には、恰も国家的な「731部隊」あるいは「ABCC(現放影研)」が再現したかのような幻覚を与える対応が広がった。「事実をあるがままに認識することは民主主義の土台である」。我々は基本的人権を基盤とする社会の主権者として事実を知る必要がある。東電事故後に展開された「知られざる核戦争」をチェルノブイリと比較することによりあからさまにした。乞うご確認。願わくは住民の命を放射能被曝から守る医療と政治の展開を！この度は、講演会を開催して頂き、その後計13回に渡って矢ヶ崎の調査結果を掲載していただきました。放射線被曝が軽視される風潮の中で、この様に真摯に誠実に向かい合って下さり感謝に堪えません。誠に有り難うございました。

事 項	チェルノブイリ事故	東電事故
事故発生年	1986年	2011年
事故前の状況	ICRP1985年勧告(国際的防護基準となる) 公衆の放射線防護 1mSv/年 旧ソ連邦 核施設に対する安全論が強い	日本の法律 公衆防護基準 法律に明記無し。しかし実体法として厳然として存在した ①周辺監視区域等関連規制は全て「公衆防護:1mSv/年」を基準 ②関連国際条約に対する日本政府報告は全て「公衆防護:1mSv/年」を明記(国際条約は国内法に優先する) 国際原子力ロビー 被曝から「防護する」を事実上「防護せず」に大転換 ①IAEA1996 根本的防護方針を逆転:「永久的に汚染された地域に住民を住み続けさせる」 ②ICRP2007年勧告 「事故が起きたら100mSv/年までOK」 原発に関する徹底した「安全神話」
爆発・汚染の状況	①核分裂爆発 噴出高度:上空6000mまで ②Cs137:Cs134の比率 2:1 ③ヨウ素 1800PBq Cs137 85PBq ④放射能放出の適切なバロメーターとなる希ガス:キセノン: 6,200PBq(ストールら) 6,500PBq(保安院)	①水素爆発が主 数十m~100mまでの噴出高度 ②Cs137:Cs134の比率 1:1 ③ヨウ素 130~150PBq Cs137 6.1~12PBq 政府はチェルノブイリの7分の1という日本の測定は地上に偏り海上を過小評価している。海水中に流失するのは算定に入っていない ④希ガス:キセノン 15,300PBq(ストールら)(チェルノブイリの2.5倍) 11,000PBq(保安院)(チェルノブイリの1.7倍) ⑤客観的には東電の方が2倍近くの放射能噴出ではないか。
	チェルノブイリ法 事故後5年で成立 ①基本的人権を明記 ②あらゆる分野(被曝防護と社会的人権の保障)の具体的対応に 国力上げて取り組むことを明記 ③線量当量として土地汚染から来る空間線量の3分の2を内部被曝として加算	政府の対応 ①民主党政府は国民との約束事項である防護法を適用しなかった。原子力災害特措法にも従わなかった ②民主党と自公政権は長期に渡って34mSv/年(チェルノブイリ法対応:外部被曝のみで20mSv/年)を適用 ③20mSv/年の基準適用時には正規のステップ(法的対応手順)を全く取らなかった。いきなり文科省の「通達」で出した。 ④法律で定められた1mSv/年の保護を一切しなかった 子ども被災者支援法 ①基本的人権、汚染量・区域、対応策一切明示無し ②全て内閣の指針に任せる ③安倍内閣によって一切反故と化す
メルトダウンした炉心処理	石棺(7ヶ月後) ①廃炉と生態学的な安全を掲げる ②石棺のカバー(2007)	廃炉 生物への被曝と環境に対する汚染防止の地球的責任を放棄 ①12年後の今も高線量のためロボットさえも破壊され、デブリの現状確認することすら出来ず、1gのデブリも取り出せていない(全~880トン)。 ②空中に放射能が流出し続ける。 ③冷却水・地下水により海水中に流出し続ける。 凍土壁は設置されたが不十分、一部の流出水はアルプスで処理されるが不十分。 ④2023年8月から汚染水が海洋放棄され始めた
実態的に被曝軽減を目指す対策指針	チェルノブイリ法(1991) ①監視強化区域 ~0.5mSv/年 ②移住権利汚染ゾーン 1mSv/年以上(内部被曝含む) ③強制移住汚染ゾーン 5mSv/年以上(内部被曝含む)	①20mSv/年規制(外部被曝のみ:チェルノブイリ法で表示すると何と34mSv/年)で規制 ②5年後(チェルノブイリ法が成立した時点)には避難地域解除を始める ③モニタリングポストの表示は実際の約半分しかない(矢ヶ崎ら約300基測定) ④市民被曝防護のための国際的法的汚染除去基準を恣意的に緩和(原子力災害防止特措法、「放射性物質汚染廃棄物」の制限(100⇒8000 Bq/kg)、原子力災害対策指針(OIL4)不法緩和、SPEEDI不開示。
避難者	①自主避難も強制避難も全く対等 ②法的対策は生命と健康が第一 国家は安全に生活や労働できるようにに全責任 ③社会保障、損害の完全な保障 ④優遇税制措置、生活改善の経済手法措置 ⑤職業再教育、職業訓練 ⑥中央官庁と被災者の協力と対話	①自主避難と強制避難で全く異なる対応 ②自主避難者 ＜1＞2018年度以降公的には何の対応支援無し(沖縄県を除く。民医連等も「無料低額医療」、避難者健診を実施) ＜2＞目立った社会的対応現象:「絆」を断ち切り居住者を裏切る卑怯者 ③強制避難者への手当 一人あたり10万円、住宅供与

事 項	チェルノブイリ事故	東電事故
事故発生年	1986年	2011年
医師・専門家の対応	地元の政治家/医師/専門家が住民の被曝防護・人権保護で頑張る ①ソ連(当時)中央政府の「5mSv/年以上」の規制案に対して「1mSv/年以上」を主張 ②「1mSv/年以上」で規制を始めるチェルノブイリ法を勝ち取る ③基本的人権保護と生態学的安全を基本観点に対応	①「直ちには健康被害が出ません」(枝野官房長官) ②「100ベクレル/kg以下は安全」「風評被害払拭」(政府、原子カムラ) ③「笑っていれば放射能は通り過ぎます」(山下俊一) ④甲状腺医師会通達:『セカンドオピニオンの実施を拒否せよ』(甲状腺学会会長:山下俊一) ⑤全国で子どもや大人の健康異変で「放射線被曝では?」と懸念すると応接医が「何を言うんだ!!!」と恫喝し「お母さんがそんな心配をするものだから子どもさんが元気を失うのだ!」と説教する報告が多数相次ぐ ⑥健康異変の事実注目し対応する医師は極少だった
医療報告	地元の医師専門家 ①健康被害報告は5000報以上 ②「チェルノブイリ被害の全貌」で基礎データとしたのが1000報 ③ウクライナ国家報告等、国が誠実に被害を報告 国際原子力ロビー(事実を見る目が完全に二極化) ①「健康被害は一切無かった」、「放射線被曝を受けたのではないか?」という精神的ストレスが大問題(放影研:重松逸造) ②放射線量の記述が無い報告は一切無視 ③事故被害として、小児甲状腺がんのみを健康被害と認める	地元の医師専門家 ①一切の健康被害は放射線被曝に関係ないと処理する ②現場医師から出される医療報告は極小——おそらく数報~数十報に留まる 国際原子力ロビー・原子カムラ・日本政府 ①東電事故による死者は皆無 ②小児甲状腺ガンさえも「東電事故とは関係ない」とする ＜1＞政府は甲状腺被曝線量測定を事実上しなかった。きちんとした科学的方法に適う測定無し。便宜的測定でもたった1080人に実施のみ(福島県内だけでも対象者37万人)。 ＜2＞UNSCEARは甲状腺被曝線量を50分の1~100分の1に過小評価(「事故とは関係無い」への国際的お墨付き) ＜3＞福島県健康調査検討委員会は調査市町村を4区分して調査から調査に至る測定期間の科学的処理無くして「事故と関係なし」と強引に結論
強制避難区域5mSv/年以上の汚染区域	①チェルノブイリ法どおり居住者無し(もちろん生産者無し)	①5mSv/年(チェルノブイリ居住禁止)~34mSv/年(日本の外部被曝20mSv/年)までの汚染区間に居住し生産する人口は約120万人 ②農民は作付けしなければ補助も無かった。「生産しなければ食えなかった」「売らなかつたら食えなかった」 ③汚染地域で生産されたものは全国で消費された。 ④「100Bq/kg以下は安全」、「食って応援」、「風評被害払拭」、政府・民間上げての合唱。 ⑤全国で深刻な内部被曝。⇒9年間で死亡者の異常増加だけで63万人(死亡者の異常減少が57万人:見かけ上は7万人) ⑥見かけ上の7万人だけでも実に多い死亡者の異常増加⇒専門家・専門機関は一切無視
事故後の死亡者	公式見解(チェルノブイリフォーラム2006) ①死者9000人 ②健康被害者20万人	政府・原子カムラ ①事故による死者はゼロ 現実のデータ ②厚労省「人口動態調査」(矢ヶ崎克馬、小柴信子分析) ＜1＞粗死亡率 2010年以前の傾向に比し2011年以降死亡率の異常増加(全国、都道府県、南相馬市)原発事故と時間相関あり ＜2＞年令調整死亡率 2010年以前の傾向に比し2011年以降死亡率の異常増加 原発事故と時間相関あり ＜3＞男女別年令別死亡率 *2011年以降の死亡率の異常増加数は9年間で63万人(主として19才以下と60才以上) *2011年以降の死亡率の異常減少(主として20才~59才) *死亡者の異常減少という現象も長期的に見れば短命化が予測される。 *何と合計120万に及ぶ住民が事故の影響を受けて死亡に繋がっている。 ③日本では全てが原子力ロビーと原子カムラによって隠蔽されようとしている。 ④チェルノブイリの死亡率・死亡者に比して桁違いに多い過剰死亡数 ⑤このほか、児童・生徒の要医療児、特別学級児童、精神障害児童、いじめ等が激増。 ⑥病院患者数も2011年を境に激増

特発性口腔顔面痛 〜いわゆる非定型顔面痛／歯痛・舌痛症〜

第2回



井川 雅子（静岡市立清水病院口腔外科）

口腔粘膜表層の灼熱痛あるいは異常感覚で、明らかな原因病変を認めないものをいう。鉄欠乏性貧血や扁平苔癬などの二次性のもは除外する。また、痛みが舌に限局している場合は特に舌痛症（glossodynia）と呼ばれることが多い。平均受診年齢は67歳で、60歳以降増加することが知られている。

病院のどの科にも「特発性疼痛（原因不明の慢性疼痛）」の患者がいる。従来は、それぞれの科でそれぞれの診断名をつけて、苦慮しながら対応してきたが、近年ではこれらは2017年に国際疼痛学会が発表した「痛覚変調性疼痛（nociceptive pain）」痛みを感じずる脳の機能の異常によって生じる」というように考えられるようになった。歯科領域では「特発性口腔顔面痛」として「国際口腔顔面痛分類第1版（2020）」に①口腔灼熱痛症候群（Burning mouth syndrome（BMS））、②持続性特発性顔面痛（Persistent idiopathic facial pain（PIFP））、③持続性特発性歯痛（Persistent idiopathic dental pain（PIDAP））の疾患が収載されている。これらの疾患は稀ではないが、検査で異常が認められないため、適切に診断されるまでに患者は2・5年ほど医療機関を転々としている。3つの疾患に共通するのは、患者の9割が女性であること、中高年以上で発症すること、摂食時には痛みを感じない（消失することであり、3・4割以上に精神疾患の既往（うつ病・不安症など）があると報告されている。

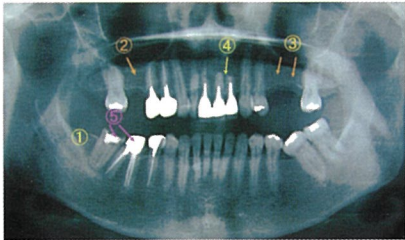
② 持続性特発性顔面痛

3ヶ月を超える持続性の顔面痛で、明らかな原因病変を認めないものをいう。痛みは、中顔面部（特に頬骨部）にあることが多く、三叉神経痛や慢性上顎骨髄炎との誤診が多い。

③ 持続性特発性歯痛

②の痛みが歯と歯槽部に限局したものである。平均受診年齢は54歳で、40・50代に多い。PIDAPでは、疼痛部位の局在性がきわめて明確なため、患者にはある特定の歯の痛みと感じられ、歯科治療を要求する。歯科医師は、患者の指し示す歯に痛みを見合うだけの原因が見つけられないながら、痛みをコントロールしようとしてさまざまな歯科治療を繰り返す。最終的に抜歯になることが少なくない。しかしながら、抜歯をするとは別の歯が痛み出すというように部位が移動したり拡大したりすることが多い。PIDAPの約7・8割は、歯科治療が契機で発症する。興味深いのは、抜歯や根管治療などの侵害刺激の他に、新しく入れた義歯の違和感

図1 症例



①の智歯抜歯を契機に、神経支配の整合性無く②～⑤の順番で次々に歯が痛み出し、抜歯や歯が繰り返されていった。

治療法

治療は薬物療法と、痛みから注意をそらせるなどの認知行動療法の併用で行う。従来よりそれぞれの疾患には三環系抗うつ薬が奏効することが報告されていたが、最近では英国のNICE（National Institute for Health and Care Excellence）ガイドラインが、痛覚変調性疼痛の機序が関与する痛みの管理に抗うつ薬を推奨している。疼痛消失に至るアミトリプチリンの平均用量は60・80mg／日である。また、アミトリプチリン単独で奏効しなかった場合でも、従来より報告があるように、適応外

精神科医との連携を

慢性疼痛の治療には学際的な医療連携が必要であるが、特発性口腔顔面痛患者の場合は、精神疾患の既往や併存があるものが多いため、特に精神科医との連携が重要となる。また、抗うつ薬の使用では、痛みと臨床精神薬理についての知識をもった精神科医の協力が必要である。1980年代に「非定型顔面痛」の研究に寄与した精神科医のFeinmannは、「ほとんどの症例はトレーニングを受けた医師・歯科医師で管理できる。しかしながら、10・20％は精神科医の診断や治療サポートが必要なケースである」と述べている。早期に診断して、治療を開始すれば重症化せずに治癒に導くことが可能な疾患だと考えている。

保険で良い歯科医療を求める決起集会 歯科技士工の状況深刻

全国連絡会主催の決起集会が10月26日（木）国会議員会館で行われ、保団連も加入する集会に全国から350余名が参加、与野党の国会議員はじめ日本歯科医師会、技士工会、衛生士会からも激励のメッセージが届けられた。

歯科医療を巡る諸課題が山積する中で特に技工問題や歯科矯正の保険適用を求める運動について報告したい。

技工士問題は一刻の猶予もできない喫緊の課題である。彼らなくして歯科は成り立たず状況は年々悪化の一途をたどり養成学校や入学者数の激減、卒業後5年で7割が離職、極端な長時間、低賃金労働等が従来指摘されてきた。これらの原因として、

診療雑感 ⑤9 コロナ禍が残したもの やまだクリニック 山田 護

3年余にわたる新型コロナ感染症の嵐がやっと収まりつつある。ほとんとしているのは私だけではないだろう。この夏から感染が拡大したインフルエンザ感染症も減少傾向にある。このまま推移して、久しぶりにゆつたりした年末年始を送りたいものである。

ただ、コロナ禍は当やまだクリニックに大きな傷跡を残した。医療機関の少ない地域で使命感にかられ、

技工所のダンピング競争、歯科医院による値下げ要請、医院の経営悪化、補綴関連の低診療報酬が挙げられる一方、診療報酬が上げられても還元されない疑念を技工士は抱えている。大臣告示「7対3」に対し実効性のある仕組み作りや技工所の直接保険請求を要望している。

学校健診で不正咬合の治療が勧告されるが多くの子供たちが放置されている。稀な疾患にしか保険が適用されず、矯正は100万円を超える紹介料が無駄になってしまった（涙）。知人などをつてにどうにか契約看護師一名、週三日のパート一名、午前中のみのアルバイト一名で日常診療を維持できている。12月から紹介業者からの常勤一名が入職予定で少し安堵しているがそれでも足りない。

当院のある本部町は、名護から通勤するのに20・30分はかかる。内地や那覇近郊であれば普通の通勤距離であるが、やんばるの人にとってはかなり遠く感じるらしい。募集をかけてもオファーがないのはそれも一因、もう一つは発熱外来をしていることが原因ではないかと思っている。コロナ禍で疲弊して退職した医療従事者は、発熱外来で同じリスクを冒したくないだろう。診療所勤務を希望する看護師は、語弊はあるが、おのずと多忙ではない診療所を選ぶことが考えられる。今後襲ってくるかもしれない次なる感染症に対して、これまで同様に立ち向かうべきか、自分の年齢や体力を考慮した時に悩ましい選択を迫られるかもしれない。

共済制度のご案内

「休業保障保険」締切迫る!!
2024年4月加入受付は12/31まで!!

以下、随時加入受付中!!
「グループ生命保険」
個人契約の一般生命保険と比べて保険料が割安です!
※加入者には更新案内をお送りしています。ご確認ください。
「団体サイバー保険」
2023年10月1日より導入しました。
「団体所得補償保険」
2023年9月1日より導入、「休業保障保険」の補完・上乗せとしても活用可能!
*お問合せは保険医協会事務局までご連絡ください。

共済部だより

休業されたらすぐに協会にご連絡を!
2023年11月度休業保障共済保険給付実績(5件)

	口数	入院	自宅療養	給付金額
A先生	1口	0日	3日	18,000円
B先生	8口	0日	2日	96,000円
C先生	3口	0日	31日	558,000円
D先生	3口	58日	82日	2,868,000円 (市恵給付金:1,500,000円)
E先生	3口	0日	92日	1,656,000円

開業・就業状況、住所変更、勤務先変更などがありましたら、速やかに協会事務局(☎098-832-7813)にご連絡下さい。

会員紹介推進キャンペーン

未入会の先生を紹介しご入会頂くとクオカード3,000円分を贈呈!
是非、友人・ご家族等お知り合いの先生をご紹介下さい!
※FAXまたはお電話にて協会事務局までご連絡下さい。