

山口県医師会報

発行所 山口県医師会
〒 753-0811 山口市大字吉敷 3325-1
083-922-2510
編集発行人 藤井康宏
印刷所 大村印刷株式会社
定価 220 円 (会員は会費に含め徴収)

平成 14 年 2 月 21 日号

1635



水仙

牧野典正 撮

主治医意見書記載のための主治医研修会 …	168
会長インタビュー 第11回 大島郡医師会長 嶋元 貢 先生 …	182

受贈書籍・資料等一覧	185
県医師会の動き	186
日医 F A X ニュースから	188
会員の動き	189
お知らせ・ご案内	190 ~ 192
編集後記	192

ホームページ <http://www.yamaguchi.med.or.jp>
メールアドレス info@yamaguchi.med.or.jp

主治医意見書記載のための主治医研修会

〈開催日・会場〉

萩	平成 13 年 10 月 11 日	長北医療センター
山口	平成 13 年 10 月 25 日	山口県医師会館
下関	平成 13 年 11 月 22 日	下関市医師会館
周南	平成 13 年 12 月 13 日	徳山医師会館

「主治医意見書記載のための 主治医研修会」を終えて

常任理事 藤野俊夫

昨年度に引き続き県より委託を受けた本年度の主治医研修会がようやく終了した。

本年度の研修会は昨年度と形式を変えて、不備な意見書の具体例を検討することにより、一層の意見書の質の向上を図ること及び医師と介護支援専門員との連携の推進を図ることの2つをテーマとすること、医師と介護

支援専門員で講師団を編成し、萩、下関、山口及び徳山の4地区に出向くこと、医師、介護支援専門員及び行政関係者との合同の会にすること等の内容で開催することを計画した。

さて、問題は講師の手配であった。講師の候補として、不備な意見書の検討については岩国市医師会の藤本俊文先生、医師と介護支援専門員の連携については宇部市医師会の浦山澄夫先生と徳山医師会の高橋泰昭先生とひそかに狙いをつけさせていただいた。講演の準備、遠路の出務と大きな負担と犠牲を強いことになる。本当に引き受けていただけるか不安と気兼ねの思いが交錯する中、恐る恐るのお願いであった。しかし、正に杞憂であった。「県医師会のためなら」と二つ返事でご快諾いただいたことにはただただ頓首、胸の熱くなる思いであった。藤井会長も「よく協力してもらえるな、ありがたい」と感謝の意を表された。

宇部市と徳山市の両地区で活躍されている介護支援専門員の講師の方には、日常の業務の中で感じておられる医師との連携について、問題点や日頃の思いの丈を腹藏なくお話いただくようお願いした。

研修会の出席者数は、医師 145 名、介護支援専門員 107 名、市町村職員 59 名の計 311 名であった。もう少し医師の、特に勤務医の出席がほしかったというのが本音である。事前の案内の仕方に手ばかりや工夫不足があったかも知れないと反省をしている。

講師の方々には、それぞれ周到な準備の下、熱のこもった講演をしていただいた。質疑応答では口角泡を飛ばす場面もあり、各会場とも充実した研修会であった。

研修会の成果はいかばかりかと担当責任者として気になる。後日、「研修会の後、意見書のできがよくなった印象がある」、あるいは「研修会の後、宇部市当局は他の市町村からの問い合わせの対応にてんてこ舞いしたようだ」等の声を聞いた。今後、意見書のできが少しずつでも改善していくことを期待したい。また、今回の研修会が、足を一步前に踏み出すことに躊躇している市町村の背中を押すきっかけになったのではないかと、小さな反応とはいえ、講師の方々のご苦勞が少し報われたような気がする。

また、県介護保険室室長大窪正行氏、同企画員末永和彦氏の両氏は、業務多忙の中、すべての会に出席され、質疑・応答の際に行政の立場からの確かな意見や助言をいただいた。

研修会を終えた時、中身の濃い講演内容をきちんと記録に残したい、そして出席できなかった医師にも届けたいとの衝動にかられ、さらに厚顔にも講師の方々に県医師会報への原稿をお願いした。年末・年始を迎える気ぜわしい時期の迷惑千万な依頼にもかかわらず、これもお引き受けいただけました。いつの日にかこのご厚情に報いたいと思う。

6 氏の原稿を合わせると相当の分量になるが、現場の濃いエキスが盛り込まれている。医師にとっても地区医師会にとっても大変有用な資料であり、一人でも多くの会員の方にお読みいただくことを切望している。

最後に、研修会の開催にあたり、ご協力いただいた萩市、下関市、徳山医師会の関係者の方々に深謝申し上げます。

意見書の不備例から

岩国市医師会 藤本俊文

平成 13 年度主治医意見書研修会として県内 4 か所において「意見書の不備例から」という表題で講演したが、その際、文章にしてほしいという要望があり、十分とはいえないが参加できなかった会員の参考にと纏めてみた。

意見書記載に際しては、以下の記載注意事項があることを了解していただきたい。多くの先生方は当然注意され必要のないことであろうが、一方で認定審査会委員の先生方が日常、委員会に参加され感じておられる事項でもあるということも事実である。

まず全体として

記載項目の漏れはないか：意見書記入（作成）日・最終診察日チェックなど記載漏れが多い。日本医師会のソフトを利用していると漏れが少ないと思うが、最終診察日を前回申請時から変更し忘れていたことがある。その他、チェックボックスは忘れずに。

誰もが読みやすい字か：時に本人以外理解できない文字がある。対策として医師が記入するのにも楽になることも考え、できるだけ日医等のソフト

を利用していただきたい。

専門用語が多すぎないか：審査会には医師以外に行政関係者・民生委員など医学用語の理解が難しいと思われる方もいることに配慮を。

診察時、患者や家族から十分な聞き取りをしたか：普段の診察時と家庭内では痴呆症状も異なることがあり、家庭内での様子については聞き取り調査をしないと主治医といえども知らない点が多い。そこで家族に配布した「意見書アンケート用紙」に記入していただき参考とする。また、診察時に「意見書記入の手控え」を利用すると状態像なども理解しやすく、他の参考書などを見なくても記入できるように工夫されている。これらは講演当日に資料として配布したが、豊中市医師会のご厚意により、小生のホームページ (<http://www.urban.ne.jp/home/f3377/fujimoto-clinic>) にワード文書でアップしてあるので、ぜひご利用いただきたい。

痴呆患者の介護の必要性を把握しているか：状態像からどのようなことを中心としたケアプランを立ててほしいか、主治医としての考えを記入したか。

患者を診てから記入する：意見書記入料をいただいているわけで当然のことであるが、問題となった例もあるので注意を。また、更新例では単に前回と変化なし・前回要介護 度とのみ記入している例があるが、審査会には前回の意見書は出てこないの、この場合は前回意見書のコピーを添付していただきたい。

記載事項での矛盾がないように：例えば嚥下性肺炎に注意とあるのに介護サービスでの医学的観点からの留意事項で嚥下にチェックがないなど。

『1. 傷病に関する意見』は医療のための診断書ではなく「介護の必要性」という観点から記入すること：単に脳出血後遺症などと診断名を記入するのではなく、治癒した病名でも介護に必要な疾患・状態は記載する。どのような病気・状態だからこのような介護が必要という観点での記入をする。そのため診断名の記載欄では、1) 複数病名があるときには、生活に支障をきたしている傷病を優先、2) 診断名だけでなく要介護の原因となっている障害名も併記する、3) 2号保険者の場合、介護が必要となった直接の特定疾病名を「1」に記載、4) 傷病の経過・治療を記載、5) 傷病名が4つ以上あるときは「5. その他特記事項欄」に記載する、6) 以前の脳動脈硬化症病名(現在は病名としては使えない)から脳梗塞後遺症等の病名に変更した時は症状・経過の記入に注意する。

『3. 心身の状態に関する意見』では、まず『(1) 日常生活の自立度』のチェック漏れに注意。次に『(3) 問題行動の有無』の『有』にチェックがあれば、『5. その他特記すべき事項』にその頻度や症状の記載を。『(4) 精神・神経症状の有無』には、痴呆以外の精神・神経症状名を記載する(痴呆症状名を記載していることが多いが間違い)。即ち、失語・構音障害・せん妄・傾眠傾向・先見当識・失認・失行などの症状を記載する。また、老人にはまだ症状の軽いうつ病や神経症も多いので注意を。

『4. 介護に関する意見』では『(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針』には、対処方法の記載もれがある。例えば転倒に対しては対応として杖歩行などと記載する。『(3) 介護サービスにおける医学的観点からの留意事項』で、『あ

り』の時は、留意事項にも記載をすること。例えば嚥下では見守りが必要とか、移動には介助が必要とか記入する。

『5. その他特記すべき事項欄の注意点』では介護する上でどのくらい『手間』がかかるかを記載する。生活の不具合について具体的に記載する：例えば住宅環境や家族介護者の有無などもケアプラン内容に影響する。火の不始末や性の問題行動等、介護に困難を来す点を記載：訪問調査でも指摘されているとは思いますが、主治医として問題点の把握を。医学的管理の必要性と根拠を具体的に記載：例えば4の(2)でチェックしたものの(訪問看護・デイケアなど)の概ねの回数/週とその根拠を。痴呆の判定方法(長谷川式など)と結果を記載：当院では看護婦が質問し、点数まで計算したものを医師が評価する。痴呆例での日内変動・日差変動、季節変動の有無や程度。3の(3)問題行動、3の(4)精神・神経症状があればその内容・頻度を記入する。時に処方都在这里に記入されている方がいるが、処方は1. 傷病に関する意見の(4)に記入する。その際、必ず服用しなければならないものなどに整理して記入していただきたい。

以上をまとめて、

- 1) 意見書は診断書ではない。介護の手に影響する因子を記入したか？一次判定結果を変更させ得るほどの内容であったか？
 - 2) かかりつけ医として状況を把握しているか？
 - 3) 介護サービスを提供する際の医学的観点からの留意点を記入したか？
 - 4) 医師でない人が見て申請者の状態を理解できる意見書の内容か？
- といったことに注意して読む人に優しい、患者さんに優しい主治医としての意見書を願いたい。

また、個人的には意見書を書く人全員が一度は介護認定審査員になり、このような不備のある実情を知っていただき、意見書を記載する医師が互いに理解し、審査員が認定に苦勞しないで評価できるシステムが確立できることを期待したい。

医師と介護支援専門員との連携について

宇部市医師会 浦山 澄夫

介護保険がスタートして 1 年半が経過しました。概ね順調という評価がされていますが、まだまだ不備な点が多くあります。そのひとつが医師と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携の問題です。介護保険制度の円滑な推進のためには、ケアプラン作成の情報提供が必要で、ケアマネジャーは医療系の居宅サービスをケアプランに取り入れるためには医師の指示が必要です。そして、主治医意見書に記載された医療系サービスの指示に従うことも規定されています。そのためケアマネジャーは主治医との連携・調整が必要不可欠な要素となりますが、現時点では、両者の連携が十分図られているとは言えないとの指摘が多くあります。

そこで宇部市医師会では現状を把握するため、平成 13 年 4 月に全医師会員 162 名に介護保険に関するアンケート調査を実施致しました（図 1）。回収は 96 名で、このうち 71 名の医師が主治医意見書を書かれた経験があると答えておられましたが、主治医意見書記載の依頼が前もって必ずあった医師は 39%で、時々前もって依頼があるを含めても 83%で、そのうちケアマネジャーからの依頼は 42%でした。主治医意見書を書いた主治医のうち、主治医が全員の患者の要介護度を把握しているのは 29 人（40%）で、一部の患者の要介護度を知っているを含めても 83%であり、そのうち 15%の医師会員しかケアマネジャーから情報を得ておりませんでした。ケアプランについては、全員のケアプランを

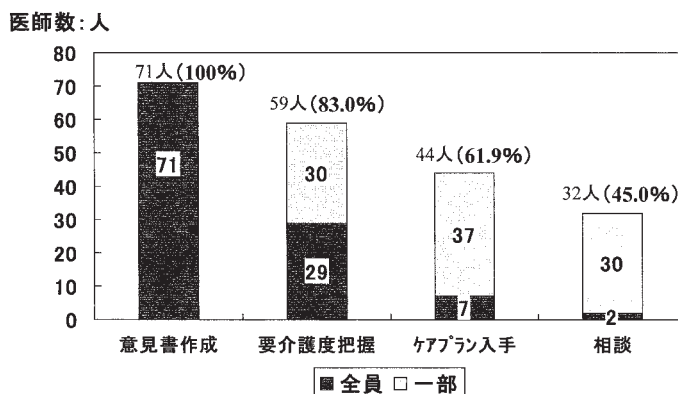
入手しているのはわずか 7 人（9%）で、一部のケアプランを知っているを含めても 62%に過ぎず、ケアプラン作成にあたり、医療面への配慮がどのようになされているかが心配です。ケアプランを入手している医師のうち半数はケアマネジャーから入手していましたが、本人や家族から聞くというのが 23%ありました。そしてケアマネジャーからのケアプラン作成の相談は、患者全員について相談があるのはわずか医師 2 人のみで、一部の患者については相談があるを含めても 45%しかありません。ケアカンファレンスについては、これまで参加したことのある医師はわずか 3%に過ぎず、82%の会員がこれまでケアカンファレンスへの参加を一度もケアマネジャーから要請されなかったと答えており、ケアカンファレンスそのものが開催されているのが危惧され、宇部市においても医師とケアマネジャーとの連携が不十分であることが判明しました。

日医総研による全国でのアンケート調査によりましても、意見書を作成した医師 698 人を対象とした結果で要介護度を把握しているのは 43%

図 1

宇部市医師会員の情報把握等の状況

(N=96)



に過ぎず、ケアプランを入手している割合は 9.7%で、介護支援専門員から相談を受けている割合はわずか 7%に過ぎないことが判明しております。これは施行当初から主治医とケアマネジャーの連携の必要性が声高に叫ばれていたにもかかわらず、医師とケアマネジャーとの連携不足を象徴する数値で、ケアマネジャー側が医師に十分に情報をフィードバックしていないことに加え、医師側にも意見書を「書きっぱなし」にする傾向があることを意味し、日医も問題視しております。

この問題解決のために各地で関係確立の取り組みがなされています。東京都武蔵野市の「主治医

とケアマネジャーの連携に関する検討会」、北九州市小倉医師会の「介護支援専門員レベルアップ研修」、尾道市医師会の「医療機関ケアカンファレンス」、北九州市若松区医師会の「ケアマネタイム設定」など先進的な取り組みが行われております。

宇部市医師会もこれまで保健・医療・福祉の連携の必要性を痛感し、介護保険施行以前よりさまざまな取り組みを行ってきております。ここで、これまでの取り組みについて述べてみます。

『保健・医療・福祉サービス調整推進会議』（図 2）

宇部市では保健・医療・福祉の総合的推進を図るため、平成 8 年 4 月に保健・医療・福祉サービス調整推進会議をスタートさせています。この会

議は各機関の責任者・代表者・実務者の 3 者で毎月 1 回開催され、連携推進の協議を行っております。しかし宇部市全体をこの会議 1 つで把握することは困難であり、市内を東部・西部・南部・北部・中部の 5 つと若年者の 6 つに分けた実務者レベルのブロック会議を毎月開催しております。いずれの会議にも担当医師が参加しており、各ブロックとも在宅介護支援センターのケアマネジャーを中心にして処遇困難等のケースカンファレンスを行い、各ブロック会議で解決できない課題はサービス調整推進会議で協議しております。このような会議を行うことによってケアマネジャーが一人で課題を抱え込む事はなく、医療を含めた連携が早期に図られるチーム支援体制が整備されており、ブロック内支援スタッフの職域間の障壁を取り外

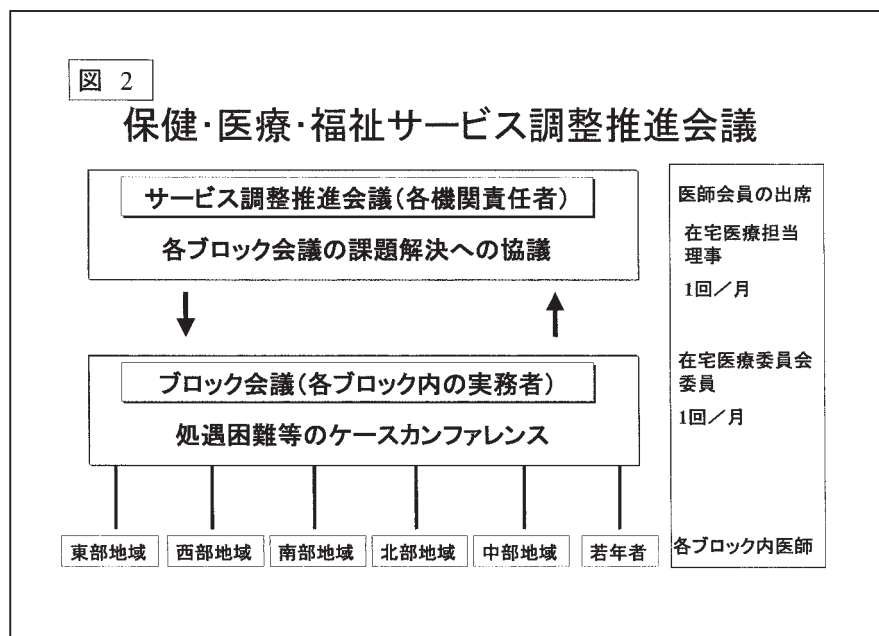


図 3

宇部市在宅ケア協議会

目的:事例検討を中心に宇部市の在宅ケアの現状と課題を共通認識し、各機関の連携の強化をはかりながらシステムの構築をめざす。

開催日:毎月第1水曜日 19:00～

構成員:

- ①宇部市医師会
- ②宇部市歯科医師会
- ③宇部市薬剤師会
- ④山口大学医学部
- ⑤宇部健康福祉センター
- ⑥宇部市役所
高齡福祉課 健康推進課
介護保険課 福祉課

した連携に大きな役割を果たしております。
『在宅ケア協議会及び障害者ケア協議会』（図 3）

平成 6 年 2 月に宇部市医師会と宇部市保健行政実務者との「在宅ケア協議会」を発足させました。この協議会は「処遇困難ケース事例検討を中心に、宇部市の在宅ケアの現状と課題を医師会・行政が共通認識し、各機関の連携の強化を図りながらシステム構築を目指す」ことを目的に毎月 1 回定期開催しております。最初は医師会と市保健センター保健婦の 13 名のスタートでしたが、その後、健康福祉センター・歯科医師会・薬剤師会・山口大学医師会・宇部市からも高齢福祉・介護保険・障害福祉と、そのつど課題解決のために必要なメンバーを加え、現在約 30 名で開催しており、開催回数も 80 回を超えております。

この協議会があげた成果として「主治医照会システム構築」「退院情報連絡システム構築」「在宅ケア支援スタッフ合同研修会開催」等があります。

また、介護保険制度の開始とともに介護保険対象外の 65 歳未満の障害者（知的・身体・精神）の在宅ケアにおける問題点を把握し支援のあり方を考えるため、平成 12 年 5 月に障害者支援に携わる保健・医療・福祉の関係者で「障害者ケア協議会」をスタートさせ毎月定期開催しております。

『退院情報連絡システム』（図 4）

在宅ケア協議会において、多くの医療依存度の高い患者が退院し在宅に帰っているにもかかわらず、その情報が関係者に届かず、在宅に必要な医

療も受けず、症状を悪化させているケースが問題事例として度々検討されました。その結果、病診連携を推進し、病院からの退院予定患者の医療情報を早期に把握し、早期対応できる体制づくりが課題となり、平成 9 年 11 月、県内で初めての退院情報連絡システムが宇部健康福祉センター・宇部市・宇部市医師会の三者でスタートしました。このシステムは、退院後も在宅でのケアを必要とする患者を対象とし、退院前に患者の同意を得て「在宅ケア希望者退院連絡票」に基づいて患者の状況が健康福祉センターに F A X されます。健康福祉センターは、連絡票をもとに対象により健康福祉センター・宇部市高齢福祉課・健康推進課とに

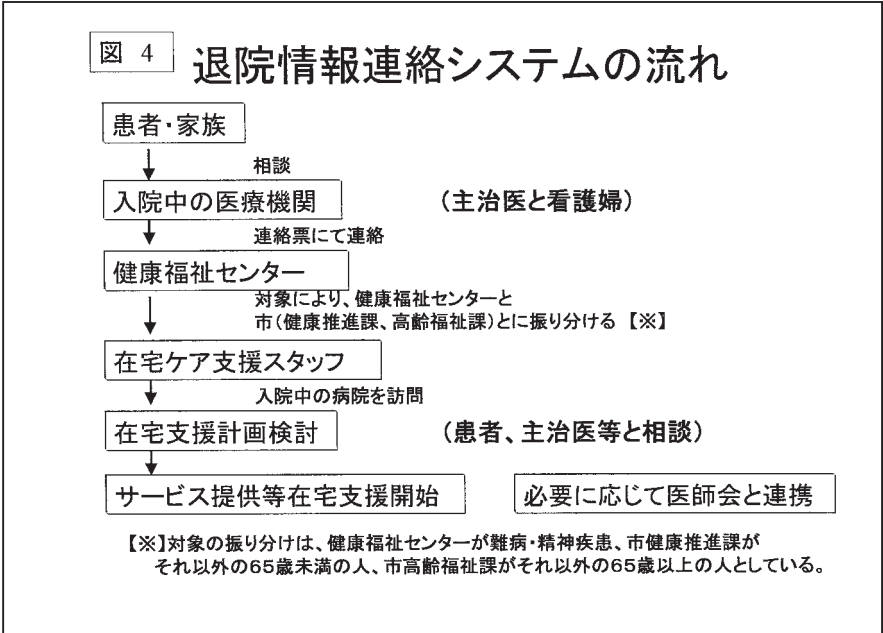


図 5 宇部市在宅ケア支援スタッフ合同研修会

- 第 1 回 平成 10 年 3 月 9 日(木) 参加人数: 187 人
介護保険に向けての現状と課題
— 各職種からの報告 —
- 第 2 回 平成 10 年 12 月 10 日(木) 参加人数: 182 人
みんなで作ろう
— ケアプランの実際 —
- 第 3 回 平成 11 年 2 月 9 日(木) 参加人数: 220 人
みんなで作ろう
— ケアプランの実際 2 —
- 第 4 回 平成 13 年 5 月 24 日(木) 参加人数: 150 人
グループワーク
(モデルケアカンファレンス)

振り分けます。するとその情報に基づいて担当の保健婦が病院を訪問し、患者及び主治医、看護婦と相談の上、退院後の在宅ケアについてケアマネジメントを行うものであり、必要に応じて宇部市医師会と連携を図るシステムであります。介護保険スタート後は保健婦とケアマネジャーが病院を訪問するケースもみられ、退院後の空白期間の解消と介護保険へのスムーズな移行に有効稼働しております。

『在宅ケア支援スタッフ合同研修会』（図 5）

在宅ケアに関わる支援スタッフが相互に理解し、支援体制を確立するために在宅ケア協議会主催で「在宅ケア支援スタッフ合同研修会」を開催しております。これまで 4 回開催しておりますが、毎回医師を始め支援スタッフ 180 名を超える多数の参加者があり、テーマも「みんなで作るケアプランの実際」「モデルケアカンファレンス」等支援スタッフの連携を図るテーマで開催しております。研修会終了後は、連携を図るためにはまずお互いの顔を知ることが大事であり、情報交歓会として市内のホテルでのノミニケーションを行っておりますが、毎回盛り上がったの交歓会となっております。

このように、宇部市ではこれまで保健・医療・福祉の連携を目指してさまざまな取り組みを行ってきておりますが、医師とケアマネジャーとの連携はこれからの課題となっております。

主治医意見書がケアプランに反映されるためには、医師とケアマネジャーが連携することが必要です。しかし、介護保険がスタートしてみると、医療系居宅サービスの必要性などが記載された主治医意見書が「利用者の同意が必要」とのことで、保険者からケアマネジャーに与えられていません。現在、山口県で開示に際し、更に患者の同意を得る申出書を提出しなければ開示できない市が 14 市のうち 8 市あります。また主治医がケアプランを請求する場合、主治医意見書にチェック欄がありケアプランを希望した医師に自動的にケアマネジャーより主治医に渡るシステムになっている市は 5 市で、その他の市ではケアマネジャーの自主性に任せているようです。しかし、お互いの連携をスムーズに図るためにはケアマネジャーが主治医意見書を必ず見て、そしてケアプランを立

てることが大事で、ケアマネジャーが簡単に主治医意見書を請求できるシステムでなければならないと思われます。そして、介護保険制度が円滑に推進されるためには、利用者を中心にして主治医・ケアマネジャー・介護サービス事業者・保険者がきちんと情報提供を行い、連絡・調整を行った介護サービス計画のもとでサービス提供が行われることが求められます。そのためには医師は介護に理解を示す必要があり、ケアマネジャーも医療の必要性を認識する必要があります。医師への報告がないままに医療的ケアが抜け落ちると、医療と介護の連続性が途切れ、一貫性に欠けることとなり利用者にとっては悪影響を及ぼすことにもなります。そのためにも、医師とケアマネジャーは、お互いを理解し合う必要があり、協調が求められます。宇部市ではそのための第一歩として、「主治医・ケアマネジャー懇談会」を宇部市医師会・宇部市介護支援専門員協議会・宇部市の三者で立ち上げました。今後、この懇談会で主治医とケアマネジャーの連携づくりを目指して協議していきたいと思っております。

また、宇部市では平成 11 年から通信・放送機構の「通信・放送研究展開事業」を 5 年計画で行っております。これは福祉支援情報通信システムを開発・展開して、高齢化社会の進展に対応した、高齢者及び介護者の日常生活において必要な情報を提供する通信環境を実現することや、また介護者を取り巻く介護スタッフの業務を支援する情報提供手段を実現するシステムの構築を目的とした研究事業であります。展開する事業は、遠隔介護支援システム 訪問介護支援システム 社会参加支援システムからなり、パソコンを利用した主治医とケアマネジャー、サービス提供事業者との相互連携システムの構築を目指して現在取り組んでおります。

このように宇部市ではソフト・ハードの両面からの連携づくりに取り組んでおりますが、宇部市医師会のアンケート調査結果からもみられますように、まだまだ宇部市でも医師とケアマネジャーの連携は不足しており、今後はケアマネジャーにこれ以上の負担をかけない連携の仕組み作りの構築が求められると思われます。

徳山市の取り組み

—徳山医師会の地域ケアネットワークづくりと
徳山市介護支援専門員連絡協議会の活動について—

徳山医師会 高橋 泰昭

少子高齢社会を迎えて老人医療費の高騰に音を上げた政府・厚生省（現厚生労働省）は苦肉の策として、要介護老人患者を医療外し・医者外しすることによって高齢者医療費を削減することを主目的に介護保険制度を創設、平成 12 年 4 月からスタートさせた。介護保険は子や孫が親の面倒をみていた従来型の家族制度の崩壊に拍車をかけるという皮肉な社会現象を生みながらも、要介護申請者は月を追って増加し、本制度は順調に地域社会に定着しつつあるように思われる。

介護サービスを実施するにあたり、そのキーマンになるのが介護支援専門員である。介護サービスの良否は、主治医と介護サービス業者との間に介在してコーディネートを行う介護支援専門員の能力、人格と熱意によって左右されるが、現状では、医師と介護支援専門員との連携は必ずしも緊密であるとは言い難い。

医師に課せられた最優先課題は救命、診断治療、疾病予防等であって、生命の危険が少ない介護サービスに係わる業務はおろそかになりがちになる宿命がある。介護サービスを主たる生業とする介護支援専門員との本質的な差異がここにある。医療に軸足を置く医師と、介護に軸足を置く介護支援専門員との間での連携の悪さはこの認識の差によるものであり、この差は永遠にゼロにすることは不可能であるが、ゼロに近づける努力はすべきである。そのためには相互の立場を理解する必要がある。医師の中にも、専門標榜科や個人的な興味の差異により、介護保険に対する温度差があり、従来型の医療に専念して、できれば介護保険に係わりたくないと思う医師も確かに存在するが、また一方では介護保険に懸命に取り組んでいる医師も数多く存在する。後者の医師でさえ、一般的には「介護」に係わる時間はごく限られた時

間であり、愛想よく介護支援専門員にお付き合いできないこともあることは止むを得まい。

長年月にわたって主治医であると信じてきた患者が突然眼前から消えて、報告書一枚、電話一本で介護施設に入所したと知らされて呆然とする医師。3日後までに主治医意見書を提出するよう通知されて困惑する医師。更にまた認定審査会で主治医意見書の医師の意見が判定に反映していないと憤る医師。このような喜悲劇を多くの医師達が経験してきたが、ケアマネジャーや行政当局は歯牙にもかけていないように見えるのが情けない。

次に介護支援専門員の立場から医師を見るとどのように映るのか。医師に対する評価や要求はこれまた厳しいものがあるようだ。いずれにしろ医師も人、介護支援専門員も人。相互理解するには時間がかかるのかもしれないが、溝を埋めるために徳山医師会では、介護保険担当理事の西村敏郎先生と徳山市の介護保険室及び医師会事務局との間で事前の協議を行い、地域ケア研究会を発足させた。同理事の精力的なご努力と行政当局のご協力により、予め年間のスケジュールを調整してテーマを決定、毎月第3木曜日に研究会を開催することとなり今日に及んでいる。この研究会で、管内（徳山市、新南陽市、鹿野町、熊毛町の一部）の医療・介護・福祉の各関係機関、関係職種の実務者が一同に集合して地域ケアネットワークを構築し、相互のコミュニケーションクオリティを向上させ、チームケアを推進するための情報交換や専門分野の講演会、事例検討会、座談会などを行ってきた。

介護保険スタート後は、患者の動線がより複雑化し、在宅医療ひとつをとっても、疾病の治療を目指す従来型の役割に加え、更に生活支援を含む医療サービスへと質的変換を余儀なくされるよう

に変化してきた。特に高齢者に対する医療活動は、地域に密着した診療所や中小病院の主治医と介護サービス提供者や介護支援専門員などとの連携を必須のものとする事となり、好むと好まざるとにかかわらず、一人の医師の往診で済んでいた従来の自己完結型の医療体制から、異業種が係わ

るチームケアへとしての地域内完結型の医療・介護サービスの提供が必要とされる地域社会へと変化してきている。

「とくもに」と題するマガジンと地域ケア研究会報告書(徳山市発行)に詳細が掲載されているので参照されたい。

医師と介護支援専門員の取り組みについて

宇部市介護支援専門員連絡協議会 山根 俊 恵

宇部市においては8月現在、要介護・要支援認定者4592人中2007人が在宅サービスをうけている。指定居宅介護支援事業所としては26か所が登録されている。そのうち11事業所が在宅介護支援センターであるため、事業所の母体施設は、病院や老人保健施設・特別養護老人ホームが大半である。病院が経営している事業所の場合は、かかりつけ医が自分の施設内であることが多く、同じ施設の職員なので情報交換や調整もしやすく、また時間も短縮される。しかし、そうでない事業所の場合は、数か所の医院や総合病院などの先生がかかりつけ医の場合が多く、面会するだけでも大変な作業である。

私自身は宇部あかり園在宅介護支援センターに所属しており、約60名の利用者を担当しているが、主治医となる先生は約40人で、病院は30か所になる。利用者によっては複数の疾患をもっているために一人の方で整形外科・内科・脳神経外科・皮膚科など受診しておりそれぞれの先生方との連携が必要な場合もある。そのため、それぞれの先生と連絡を取り合うことは、とても大変なことである。

介護保険制度がスタートして約1年半の経過の中で、先生方と連携をとることが難しいと感じる時はどんなときだったかを振り返り、今後どのようにすれば利用者を在宅で支えることができるかを考えてみた。

〔これまで連携が困難であった状況〕

- 1 利用者が複数の病院にかかっており、それぞれの先生の考え方や治療方針が違う場合、間に挟まれて困る。

【事例】

甲状腺機能低下症と痴呆の疑いのある患者で、総合病院の内科医と精神科医が関わっていて内服薬処方されていた。しかし、本人が精神安定剤欲しさに近くの外科医院に受診して安定剤を処方してもらっていることがわかった。服薬管理はできず、手元に薬がなくなると受診するといったことを繰り返していたため、それぞれの先生に会った。内科医は「精神安定剤を飲むと逆効果であるため飲ませないように」と言い、外科医は「絶対必要である」と主張された。しかし、先生同士では連絡はまったく取ろうとされず、介護支援専門員に何とかするようにと言われ困った。

- 2 利用者や家族のニーズと主治医の治療方針が一致しない場合に困る。

【事例】

ターミナルで、家族は在宅を希望されていたケースがあった。しかし、主治医は「往診しない、点滴をしてほしいなら連れて来なさいと言われる。点滴が毎日必要なら在宅は無理、入院しかない。」と説明され家族が困ったといったことがあった。主治医を変えたくても変えられないと困惑さ

れる場合があった。

【実例】

交通事故の後遺症で毎日リハビリに通院するように指示が出ている利用者で、バスに乗ることが困難なため毎日往復 5000 円かけてタクシーで通院している方があった。利用者がリハビリのみ近くの病院に変わりたいと希望したため、可能であるかどうか P S W を通じて主治医に問い合わせた。「同じリハビリができるなら」との返事であったため、それぞれの病院のリハビリ担当者同士で連絡をとってもらい、可能であることが確認できた。しかし主治医が紹介状を書かれる際に、本当に転医するのか利用者に確認されたところ、「本人は今ままで良いと言っている、自分達の都合で決めるな。」と怒られた。しかし、実際には受診時に先生から「リハビリを変わって、何かあっても僕は知らないから」などといろいろと責められたため、先生に転医したいと言えなかったと利用者は言われた。先生の前では、なかなか本音が言えないという事もあり利用者の代弁者としての介護支援専門員の役割がわかってもらえない場合もある。

3 医療の説明が難しい場合に理解が困難である。

介護支援専門員は、元々何らかの資格や免許をもっているが、医療系でない資格者の場合、医療専門用語で説明される事が多いために医療の状況が理解できない、処方薬を説明されても何の薬かわからないので話がかみ合わないといったこともあり、足が遠のくといったこともある。

4 介護保険の理解が不十分である場合に困る。

在宅サービスの内容や実際にどの程度サービスが利用できるかを理解されてない先生も中にはおられ、何でも介護保険でできると思われていたり、逆に必要性がないと主張される場合がある。医療上は問題なくても生活の場では困難なこともあり、理解していただけない場合、困ることがある。

【実例】

先日、他の事業所の介護支援専門員から相談を受けた。新規の方の相談があり利用者から聞いた主治医に介護保険の申請報告と意見書のお願いにあがったところ、「僕は介護保険に反対している

から意見書は書かない」と追い返されたとのことであった。ごくまれではあるが、いまだにこのような先生がおられるのも事実である。

5 インフォームド・コンセントが理解されていない場合に困る。

特に総合病院などの医療スタッフは、患者を生活者としての捉え方ができないことが多いためサービス導入を強要し、なぜそうしないのかと介護支援専門員を責めることがある。利用者が了解して始めてサービス開始になることが理解してもらえないことがある。

6 痴呆や精神障害に対する理解がしてもらえず治療協力がしてもらえない時に困る。

【実例】

独居の痴呆患者で薬の管理ができない人に 1 日 3 回の血糖測定とインシュリン注射の指示、1 週間分の薬を数日間で服用してしまい、なくなったら受診して処方をしてもらおうといったことを繰り返し、足元はふらつき A D L は低下して転倒してしまうといった場合に、「本人がとりに来るから仕方がない」と言われたことがある。

〔介護支援専門員として何ができるか・何をすべきか〕

医師と介護支援専門員の連携を含めた地域でのネットワーク作りを行い、保健・医療・福祉のスタッフであらゆる角度から利用者をサポートする体制作りが必要である。

ほとんどの介護支援専門員はペーパーライバーで、目の前の仕事をこなすのが精一杯で、どうしていいかわからず一人で抱え込んでいる。介護支援専門員協議会で研修を行いレベルアップしていく必要がある。

アセスメント能力を身に付け、何が問題でどうしたいと考えているのか、そのために主治医に何を求めているのか、きちんと伝えることの重要性を認識する必要がある。

病状によっては介護支援専門員も医療系と福祉系の資格をもったスタッフが同行するなど工夫する必要がある。

要介護認定の申請時だけでなく定期的に状況報

告するなど普段から介護支援専門員として覚えてもらえるように顔を売る必要がある。

以上、これまでに経験してきた医師との連携で困った点や、これからの介護支援専門員の取り組み方について意見を述べさせていただいた。まだまだ勉強不足な私達であるが、先生方の温かい見守りの中、自立しようとしている。失礼な発言や診察時間を考慮することなく訪問するなど迷惑を

かけていることも多々あることと思われる。しかし、利用者のためを思っていることであるため、今後ともどうか長い目で温かく見守っていただければ幸いである。病院の門を叩き先生にお会いするという事は、介護支援専門員にとっては不慣れでとても勇気がいることである。どうか患者さんに向けられるときと同じ、優しい眼差しと笑顔で迎えてやっていただければと思う。

医師と介護支援専門員の連携について

徳山市介護支援専門員連絡協議会

徳本 敏子 太田垣智子
吉清道子 田中淳子

介護支援専門員標準テキストによると、「介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、および要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な在宅サービスまたは施設サービスを利用できるよう市町村、事業所、施設等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に専門的知識及び技術を有するものとして省令で定める者である」と定義されています。これらの役割により、日々多くの悩みをかかえながら、体調を崩しながらも日夜頑張っているところがございます。

山口県介護支援専門員連絡協議会研究部が平成 12 年 11 月に行ったアンケート調査によると、ケアプラン作成時、主治医の意見を求めているか聞いたところ、「行っている」9%、「一部行っている」65%、「行っていない」25%で「行っている」と回答したものは9%にとどまり、医師との連携は浸透していない現状がうかがえました。自由意見の記載では、「医師とのかわりをどこまで持つべきかわからない」「かわりを持つことは主治医にとって煩わしいのではないかと気を使う」「必要があれば行うが依頼もない」等、必要性に関する意識の相違もみられました。また、他

にも「医療系のサービス事業所は医師中心で動いており、利用者主体ということがわかっていない事が多く、連携がとりにくい」「医療機関にはもっと介護保険についての理解や勉強をしてほしい」などの意見がありました。

これらの現状をふまえ、徳山市介護支援専門員連絡協議会としても医師や医療機関との連携については、以下のような取り組みを行い、また今後の予定をたてています。

毎月第3木曜日に開催される徳山医師会主催地域ケア研究会に参加

- ・医師を交えたケアカンファレンスへの参加
- ・県介護支援専門員連絡協議会研究部のアンケート結果発表
- ・パネルディスカッション参加

医療機関連絡用 F A X 送信用紙作成

医師と介護支援専門員との懇親会開催

第1回目：平成 13 年 7 月 13 日

医師 28 名・介護支援専門員 81 名
合計 109 名参加

第2回目：平成 14 年 2 月 14 日開催予定

徳山市介護支援専門員連絡協議会としても、それぞれ一介護支援専門員としても今後最低限お知

らせしなくてはならないことは、例えば医療機関では把握しにくいデイケア利用者の月間予定等の情報提供は怠ることなくしていこうと改めて提供方法を考え試行しているところであり、今後も、お互いの立場を理解しあえるように、医師とのパイプをできるだけ太く構築したいと考えております。

最後に、在宅のケアマネばかりが花形に思われている傾向がありますが、施設のケアマネも他職種との連携を含め一生懸命頑張っていることをお忘れなく、私たちが恐れず医師とお会いすることが大切と考えておりますので、どうぞ今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

主治医研修会を終えて

山口県高齢保健福祉課介護保険室 室長 大窪正行

昨年 10 月から 12 月にかけて、介護保険制度に関連した「主治医意見書記載のための主治医研修会」(主催：山口県医師会)が、県下 4 会場において開催されました。

いずれの会場においても、多数の医師、介護支援専門員等にご参加いただき、意見書記載上の留意点や、医師と介護支援専門員との連携等について活発な意見交換が行われ、極めて有意義なものであったと感じた次第です。

この誌面をお借りして、本研修会を委託した県行政の立場から、県医師会の先生方や県介護支援専門員連絡協議会の皆様方に対し厚くお礼申し上げますとともに、以下、本研修会の感想や今後の課題等について数点触れさせていただきます。

主治医意見書について

今更申し述べるまでもなく、介護保険制度において、要介護認定や居宅サービス計画の作成を適正に実施する上で、「主治医意見書」は大きな役割を担っておりますので、医師の皆様方には、本研修会で紹介されたような「不備例」(本誌 P169 ~ P170 参照)にもご留意の上、今後とも特段のご協力をよろしく願います。

また、主治医意見書に「不備」がある場合、診察日の記載漏れなど軽微なものについては市町村(介護認定審査会の事務局)から、また、傷病に関する意見や特別な医療など審査項目として必要な内容に関する記載漏れについては介護認定審査

会長名で、意見書を記載された医師に対し内容の確認や照会が行われる取扱いとなっておりますので、併せてご協力ください。

医師と介護支援専門員との連携について

介護保険制度のもと、要支援者・要介護者がニーズに応じた適切なサービスを選択し利用できるよう、医師や介護支援専門員をはじめ保健・医療・福祉関係者の緊密な連携によるチームアプローチを進めることが重要です。

本研修会においては、宇部市と徳山市における連携強化に向けた先駆的な取組の現状や課題について、医師と介護支援専門員それぞれの立場からの発表(本誌 P176 ~ P179 参照)が行われ、他市町村から参加された方々も大いに刺激されたように思います。

医師と介護支援専門員との連携は、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成などケアマネジメントのあらゆる段階で必要となりますが、例えば、医師に対するケアプランの提供ひとつとっても、医師サイドからの意思表示(主治医意見書にその旨記載する等による)や、介護支援専門員が情報提供についての利用者からの同意を得ておくことなど、所定の手続きが不可欠であり、ケアプランのうちどの部分について情報を共有するか(第 1 表から第 8 表までのうち、第 1 表：基本的事項、第 2 表：ニーズ・援助目標・援助内容、第 3 表：週間サービス計画表の提供を標準とする等)につ

いてのルール決めも必要です。

同様のことは、ケアプランへの主治医の意見の反映、サービス担当者会議の開催や同会議への医師の参加等に関しても指摘でき、それぞれの地域において市町村・郡市医師会・介護支援専門員連絡協議会等が相談・協議しながら、地域の実情を踏まえた実効ある連携システムを創り上げていくことが大切だと考えています。

医師・介護支援専門員間の連携を巡っては、いまだ課題も残されており、必ずしも十分とは言えませんが、これまでの個人レベル・組織レベルで

の重層的な取組の成果として、月日を追って着実に深まりつつあると考えております。

現在、介護支援専門員サイドでも、医師との連携強化を含め、ケアマネジメントのレベルアップのためのさまざまな取組が、積極的に行われているところです。

どうか、県医師会の先生方におかれましては、介護支援専門員との今後一層の連携強化に向けて、格別のご理解とご協力をいただきますよう、よろしく申し上げます。

主治医研修会における主な意見・質疑事項（注：○は意見、 はそれに対する回答）

〔萩会場〕

○ 福祉用具購入や住宅改修について、介護支援専門員は専門家ではないので、適切な利用が行われるためには、専門家の活用が必要と考える。各地域での取組事例を教えてほしい。

→宇部市では、理学療法士や作業療法士との同行訪問を実施している。

→徳山市では市に設置しているリフォームチームとの同行訪問を実施している。

○ 宇部市のコンピューターモデル事業（福祉支援情報通信システム）について、個人のプライバシーの保護の問題はどうなっているのか。

サービス担当者個々へのパスワードの付与やアクセス権の設定など、利用者のプライバシー保護に配慮している。

○ ケアマネジャーが主治医意見書を必ず見る制度が必要である。

○ 医師とケアマネジャーが情報交換を行い、サービスの質を高めていく必要がある。

○ 身障者が介護保険の給付としての車椅子の貸与を希望する場合、標準的な既製品の中から選択することとなり、処方したものは貸与を受けられない。貸与を受ける方法はないのか。

医師や身体障害者更正相談所等により障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される場合、介護保険ではなく、身体障害者施

策による補装具として給付を受けることが可能である。

〔山口会場〕

○ 介護支援専門員から勤務医への連絡が難しいとの指摘があるが、病院に介護関係の窓口を設置している例があれば教えてほしい。

私の病院では担当セクションを設けケアワーカーを窓口に配置し対応している。

○ 処遇困難ケースについては、各医師会で取り扱う必要もあるのではないか。

○ 岩国市では、不備な意見書についてどのように指導を行っているのか。

市医師会では行っていない。不備な意見書については認定審査会から意見書を返した例がある。

〔下関会場〕

○ 医師へのケアプランの情報提供が行われていない。また、介護支援専門員からケアプランの変更の連絡もない。

○ 医師へのケアプランの提供については、ケアプランには第 1 表から第 8 表までがあり、また、日々の状況で内容が毎日変更となる可能性がある。介護支援専門員としては、具体的にどの表が必要なのか示してほしいと思う。

○ 医師に対し介護支援専門員から相談がなく、援助の方針についての連絡もない。週間又は月間のサービス計画の提供があればいいと思う。また、ケアプランの大きな変更があれば連絡してほしい。

○ 介護保険は横の連携がなく、行政だけの縦の連携だけである。医師会が主導するならば、事務局を置くべきだと思う。医師やケアマネジャーなど関係者が定期的に集まり、横の連携を図るべきである。

○ 連携不足は、行政、医師、ケアマネジャーの努力が足りないためであったと思う。今後とも、今回の研修のような場を設けていくことが必要である。

[徳山会場]

○ 不備な意見書が多いが、市では、医師に意見書を返せない、返すことが難しいと言っている。何らかの有効な対策はないだろうか。

市町村によって対応は異なるが、記入漏れの場合などは事務局で医師へ意見書を返すところもある。認定審査会の会長名で主治医に対し指導、指示することが必要ではないか。

医師が襟を正すことが必要。また、認定審査

会が医師へ指導することも必要ではないか。

宇部市では独自に「事前質問票」を作成し、事務局から医師への照会に活用している。

○ 宇部市や徳山市では、医師と介護支援専門員の連携について、行政が積極的に関わっているが、医師会、市町村ともイニシアチブをとりにくいところもある。

○ 連携を図るためには、医師と介護支援専門員のお互いが本音を語り合い、よく知り合うことが必要である。

○ 医師へのケアプランの提供については、最低、週間のサービス計画が必要である。また、医療系だけでなく福祉系サービスの利用に関する情報も医師へ提供する必要がある。

○ 主治医意見書をケアプラン作成に活用することについては、主治医意見書や認定申請書の書面で主治医や申請者の同意を得ることにより可能である。また、ケアプランの主治医への情報提供についても、主治医が申し出た場合、ケアマネジャーが本人の同意を得ることにより提供可能となっている。

○ 宇部市では、独自に「認定情報提供申出書」を作成し、認定調査票及び主治医意見書のケアマネジャーや事業者への提供に活用している。

確定申告のお知らせ

申告も！納税も！

期限は3月15日です

納税には便利な口座振替も利用できます。
詳しくは税務署までお尋ねください。

会長インタビュー

- 郡市医師会と県医との連携をさぐる -

第 11 回 大島郡医師会長 嶋元 貢 先生

聞き手：編集委員 吉岡達生

吉岡 郡市医師会長会議の直後でお疲れのところ引き続きまして嶋元 貢会長に会長インタビューをお願いします。

まず、大島郡医師会の概要をお話いただきたいと思います。

大島郡医師会の概要

嶋元 非常に特徴のある医師会だと思います。というのは、会員はトータルで 33 名です。A 会員が 10 人、B 会員が 23 名ですので、3 分の 2 は勤務医会員です。大島にいるドクターは全員加入というのも、もう一つの特徴です。

この勤務医の多い医師会を、会員にとって魅力ある医師会にするにはどうしたらいいかということで、私が 16 年前に会長になってから主として力を入れていることが研修会です。学術団体とし

て研修をやろうということで、それまでは総会を年 1 回するくらいだったので、研修会をたびたびやるということと、もう一つ、大島郡医師会単独で大島医学会を始めました。今年はまだ終わりましたが 14 回を数えます。研修会はひと月に 1 回ないし 2 回です。研修会は単独で行っているときもあるし、製薬メーカーのバックアップで行うこともあります。

特に、大島医学会の特徴としては、最近は若い人もいますから、論文としてまとめて、参考文献はもちろん英文の抄録をつけてくれということで、きちんとやろうということにしています。また、ドクターだけでなく、看護婦さん、行政の保健婦さん、保健施設のスタッフ、保健所の人など、郡内の医療保健福祉関係の人は全員、自由に発表してもらおうということでやっています。だから医療保健福祉の連携にもなります。もう一つの特徴



は、特別講演を一般公開していて、講師は 14 回全部医学以外の人です。というのは、ドクターといえども、医療保健福祉に従事するすべての人が、幅広い理念とか哲学を持っていないといけないだろうということで、第 1 回には宗教家を呼んだんです。「医療の中の人間学」というテーマでお話いただきまし



嶋元先生プロフィール

昭和 2 年 7 月生まれ。昭和 24 年岡山医大専門部卒業。岡山大学医学部第一内科、島根県平田市立博愛病院、鴻城病院勤務を経て、昭和 31 年嶋元医院を開業。

昭和 41 年大島郡医師会理事、昭和 59 年副会長、昭和 61 年より会長。

た。もうその先生は亡くなりましたが、僧侶で、キリスト教の人とも交流があって、いろいろな宗教の方が集まって話し合うという会を産業医大でされていました。それに参加したことがあります。

そのほかには永六輔、落語家の入船亭扇橋、陶芸家^{せんきょう}などです。

吉岡 講師の選定はやはり嶋元会長の好みで。

嶋元 ええ、そうです。永さんとも 30 年来の友だちです。そういうことで、結局私の知っている人を呼ぶわけです。ですから、くもの巣のように交流が広まっていく。幅広い交流、ハードな毎日のスケジュールは私の宝だと思ってやっています。

吉岡 早坂 暁さんがNHKで、愛媛県出身で日

露戦争かなにかに反対された海軍の軍人やゴッホについて3回のテレビシリーズを見たことがあります。

嶋元 早坂さんは、私の友人の紹介だったんです。このように、幅広い人に来ていただいています、行政も協力してくれます。

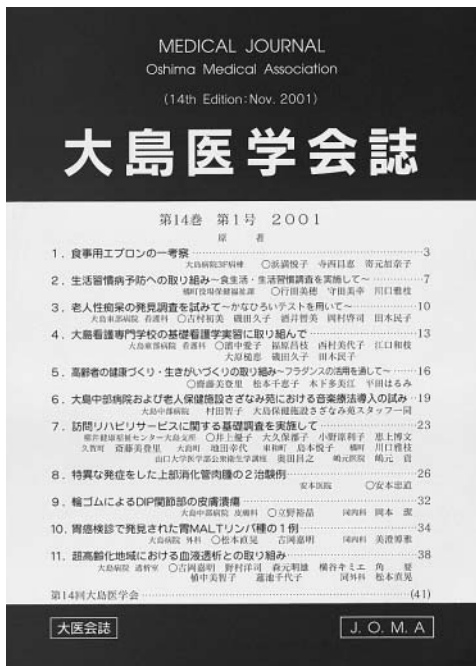
吉岡 こういうふうに講師の先生を呼んで一般公開をし、しかも発表したあとに一つの学会誌を編集するとしますと、医師会の編集委員や学会の運営委員は、33名から選ぶと大変ではないかと思いますが。

嶋元 日程とか特別講演の講師は、私に任せてもらっています。学会の前に1回だけ打ち合わせを行っています。学会誌の編集は14回もやっているから慣れていきますので、一応編集は私がしています。みんな協力してやってくれますので、100回続けてくれたらパンツをやると言っているんです。このまま続けていけば、やってくれるんじゃないかと思っています。

大島郡国保施設組合と介護保険

吉岡 次に、大島郡の国保施設組合についておおまかにお話いただけますか。

嶋元 大島町、橘町、久賀町、東和町の4町が組合を作っています。大島郡というのは高齢化率が進んでいまして、郡全体では平成13年10月末で42.84%です。組合としては、大島町に大島病院、橘町に大島中部病院、東和町に大島東部病院、それで中部病院に老人保健施設が併設されています。



大島医学会誌

それから大島町にこの組合が経営する老人保健施設やすらぎ苑があります。一番大きいのがベッド数から言って東部病院でドクターも一番多いです。

吉岡 高齢化率が高いということと関連しますが介護保険については如何でしょうか。

嶋元 介護認定は 15 人が 5 人ずつ 3 合議体、週 2 回の出務です。各合議体のうちドクターは 2 人ないし 3 人で、主にドクターがチーフになっています。そして審査はペーパーレスでやっています。いま大島郡は居住圏構想とあって、4 町が一体になって仕事をしていくということで、その一つとして、大島郡介護認定審査会共同設置事務局を久賀町に置いて、各町で行った調査、特記事項を入れての 1 次判定をします。意見書も各町が集めてここに持ってきます。来年の 4 月からは、保険料の決定や保険料の徴収など事務的なこともここでいっしょにすることになります。

そして、審査委員全員がパソコンをもらっていますので、審査日の 1 週間前に各審査委員がダウンロードして、自分のところで 1.5 次をやります。そこで各自 1.5 次で見て、認定を入れまして、コメントも入れておくわけです。そして 2 次審査は夜 7 時から始めますから、その日の午前中までに、自分の 1.5 次の判定をアップロードしておきます。2 次審査はテレビ会議です。各町の決められたところに行って、コンピュータのデータと、5 人の審査委員の判定とコメントを全部表にした書類を置いてくれているので、それで審査をします。電話線ですから、賛成の人といって手を上げると、だいぶ遅れて映るんです。これはいけないと思って私が考えたんですが、団扇に赤い紙と青い紙を貼らせて、賛成の人は赤、反対の人は青を見せるというふうにしています。書類はプライバシーの問題から役場が回収して破棄します。われわれが持っているパソコンは指紋認証とパスワードで 2 重のセキュリティになっています。

吉岡 私は耳鼻科医で介護保険のことはよく分からないんですが、こういうふうにテレビで会議をするシステムは、ほかにもあるんでしょうか。

嶋元 富士通と提携しているんですよ。

吉岡 大都会であればこういったテレビ会議はいらないかもしれませんが、エリアが広くて、散らばっている場合だったら、こういうシステムが大事です。だからこれはパイオニア的な事業ですね、会社にとっても。ID はいかにするかとか、5 か所のテレビ会議をいかに組み立てていくか。

嶋元 県のモデル事業で進めたんです。この居住圏の事務局には県の職員もおられます。それから、各町から職員が 1 人行っておられます。

吉岡 予算的に見ても、ふつうだったら、こういうことを自分のところでオリジナルで開発しようとしたら、何千万円もかかるでしょう。これが一つのパイオニア事業で、例えばモデルができてしまえば、次の方はそんなにはないでしょうね。

嶋元 見学者も多いですよ。ペーパーレスであるし、非常に機能的です。調査員もパソコンで入力できるようになるといいと思うのですが、これもおいおいそうなると思います。

県医との連携、県医への要望

吉岡 藤井会長は、県医師会と郡市医師会との連携を一所懸命やっておられますので、県医師会への要望をお聞かせください。

嶋元 いろんな情勢が変化していますが、執行部はそれにいち早く対応しておられると思います。これはやはり会長のリーダーシップと役員の守備範囲をきちんと守るといふ、事務職員もそうですけど、やはりチームワークがいいと思います。そうやって執行部が情勢の変化にいち早く対応して処理していくためには、やはり情報を共有しなければいけないと思います。情報を共有するためには、今日の会長会議でも協議した予防接種の問題にしても、調査をしっかりと、各都市医師会の情報を県医師会は持っていなければいけませんし、その情報をしっかり共有することが大事です。すべての行動はそこから始まるだろうと思います。その辺はしっかりやっておられると思います。

吉岡 去年 8 月の周東地区医師会と県医師会の協議会は役員のみでの出席でした。できれば会員全員の方がいいのでしょうか。

嶋元 そのようでもいいですけど、役員でよかったかと思います。特に問題はなかったのですが、やはりああいうふうに郡市に行かれて話し合いの場を持たれるということは、さきほど言いました情報の共有という意味で大変いいことだと思います。いかに現場処理能力が高いかということがリーダーの条件ですから、それを藤井先生は的確にやられています。

吉岡 今のように情勢が流動的なときには、迅速な対応が必要です。承認を取りながら、連絡を取りながら、すぐに決断をしないといけないということですね。

嶋元 方向とスピードと両方ないといけません。現状は方向性もいいし、スピードもあると思います。これからは、何年かして若い世代になったら、

コンピュータの時代でしょう。

吉岡 場合によったらテレビ会議も可能となるのでしょうか。

嶋元 テレビ会議も、光ファイバーになったらもっと早いでしょう。今は電話回線だからちょっと遅いですけど、しかしいいですよ。それと話がちょっと逸れますけど、大島町だけで遠隔医療をモデル事業でやっているんですよ。重症者用は心電図、血液酸素、バイタルサイン、血圧、脈拍などを双方向性で送ることができます。静止画像で傷などを写しても、昔よりはわりとはっきりして、色も大きさもその画面で分かります。それから、もっとカメラに近づけなさいとか手を動かしてみなさいとか指示して、動画で判定もできます。できないことが一つありまして、触られないのが欠点ですけど、それ以外はわりといいと思います。

吉岡 もっと進んでいけば、大島でも、岩国でも、山口でも、相互にテレビ会議は十分可能ですね。

受贈書籍・資料等一覧

(14.1.1~1.31)

名 称	寄贈者(敬称略)	受付日
シナリオ 日本経済と財政の再生 —いま、改革する保守の時—	伊吹文明・渡辺喜美	1・7
医学中央雑誌 2002 No.1 3811号	医学中央雑誌刊行会	1・9
臨床と研究 平成14年 1月 第79巻 第1号	大道学館出版部	1・19
突発性造血障害に関する研究班 平成12年度研究業績報告書	小峰光博	1・21
脳磁気刺激による神経難病治療法の開発的研究 平成12年度総括・分担研究報告書	金澤一郎	1・21
山口県統計年鑑 平成13年	山口県統計課	1・22
第3回 日本医学会特別シンポジウム記録集 医とゲノム 2001年9月	日本医学会	1・24
大気環境学会誌 2002 Vol. 37 No.1	大気環境学会	1・24
最新版よくわかる 廃棄物処理法のポイント	山口県産業廃棄物協会	1・30

県医師会の動き

1 月は記述に堪えるような行事の少ない時期である。昨年は参議院選挙があり、お陰で紙面を埋めることができたが、今年はそれが無い。勢い雑談的な話になるが、お許しいただきたい。

被用者本人 3 割負担の実施時期を巡る問題で、自民党と官邸側が鋭く対立している。

この問題は昨年 12 月 29 日の政府・与党社会保障改革協議会の医療制度改革大綱が「サラリーマンの本人患者負担（現行 2 割）を『必要なとき』に 3 割に引き上げ」との曖昧な表現で決定されたことに端を発している。小泉首相は 15 年 4 月実施を主張し、党側に対して「医師会の意見ばかり聞いている」と批判したという。

思えば平成 9 年 9 月からの本人負担 2 割を実施したのは、小泉首相が厚生大臣の時だった。この時の健保法改正がその後の受診抑制に繋がったことは記憶に新しい。その影響がまださめやらぬというのに 3 割負担である。

経済的影響をもちに受けることになる医療機関・医師会が反対することは当然である。また関係議員を通じて関連協議会等に働きかけることも当然のことである。抵抗ではなく、議会制民主主義の当然のルールでもある。そして何より、3 割負担がどうして医療制度抜本改革なのか、それが分からない。

抵抗勢力あるいは族議員というのは、官僚体制や民間業者と利権で結びついた議員のことではないか。残念ながら、医師会は厚労省と対立することはあっても、利権で結託したことはない。

官僚との関係で言えば、小泉首相の方がその意味では族議員に近いのではないか。金銭的利権はないが、本人負担 2 割にしても、3 割も厚労省や財務省の代弁者に過ぎないからである。

県医師会でも講演していただいた日医総研の前田由美子氏は、「被用者保険『3 割負担』は必要か—政管健保の場合—」という新しいレポートで、「一部負担 2 割と薬剤費別途負担を維持して、保険料を 8.3% に引き下げた場合でも、1017 億円の黒

字が出るため、「一部負担割合を 3 割に引き上げる根拠はない」と明言しているのである。同氏が既に指摘しているように、官僚側は管轄によって異なる会計学的手法を用いているため、発表する数字が異なってくる上に、厚労省には政管健保に関する貸借対照表さえないという。小泉首相はこの事実をご存じなのだろうか。NHK でも厚労省の単年度収支を用い、赤字を喧伝していた。マスコミももう少し勉強していただきたい。

小泉首相が厚生大臣の時、多くの横文字が日本語表記に変えられたことをご記憶の方も多いと思う。このうちの幾つが現在使われているだろうか。

最近の首相を見ていると、空虚なパフォーマンスのみが目立つ。それが端的であったのが、田中外相更迭劇である。何より改革しなければならないのは外務省の官僚体質だったはずである。これで外務省が元の状態に戻ることは必定である。「自分が一番傷ついている」という言葉は、指導者が漏らす言葉ではない。支持率低下という危機感を 3 割負担問題にすり替えていると言ったら言い過ぎだろうか。

外務省のみならず、真っ先に実施しなければならないのは官僚制度改革である。例えば厚労省は約 650 億円もの予算をつけて、「健康日本 21」等の法的根拠として「健康増進法」の制定を予定している。この中の重要な施策として、「生涯を通じた保健事業の一体化推進」がある。これは「ゆりかごから墓場まで」の個人の健康自己管理を支援しようとするもので、主旨には大賛成である。

これまで検診事業としては、母子保健、学校保健、産業保健、医療保険の保健事業、老人保健があったが、管轄官庁が異なるため横の連絡がなく、日医も一本化を強く提唱していた。

したがって、健康増進法では当然これらの検診事業を廃して包括されると考えるのがもっとも自然であるし、そうでなければ意味がない。しかし厚労省は個々の検診は温存したまま、意味のない健康増進法を施行しようとしている。日医常任の

櫻井委員が反発したというのも当然である。

この問題に官僚機構のもっとも愚劣な面が表れているとあっていい。彼らは常に前しか見ず、決して後を、現場を見ようとしなない。そのため以前出した法省令を頑なに変えないことは伝染病やハンセン氏病の法改正の経過を見れば明らかである。

閑話休題。この官僚機構に関して、最近面白い文章を読んだ。司馬遼太郎の「街道を行く」の中の「島原・天草の諸道」である。

天草は本邦で一番の大きな島でありながら、水と耕地に恵まれず、米がとれなかった。そのためか本来は加藤清正の領地であるのに返上したため、唐津藩の飛び地となった。

唐津藩は無謀にもこの地の石高を 4 万 2 千石とした。島原でも同様であった。そのため農民統治は苛斂誅求を極め、その結果が島原・天草の乱に繋がるのである。キリシタン信仰が原因ではない。乱后天草は天領となり、鈴木という代官が派遣された。しかし天領になっても、原因の石高は改められなかった。天領の代官が悪徳というのは誤解で、鈴木も例に漏れず、死後島民に神と崇められた人である。

彼は石高を半分と見た（本当はまだ低かった）、そしてさまざま運動したが、幕閣という官僚組織の壁は破れず、晩年出府して遂に自刃した。この自刃により幕閣は漸く動いたという。天領の代官の場合でもこうである。

また島原の乱で追討使になった板倉重昌の戦死について「重昌が悪いのではなく、中級官僚という、人類が作り出した人間の典型は……。人間の生命とか天下国家はこの型にとって閑人の話柄で、国が滅びようと人が死のうと、自分に与えられた業務上の主題を針の穴のように小さくし、針の鋭（さき）のように鋭くしている」と書いておられる。温かい目を持って物事を見る氏にして、このように見ているのである。

話を 3 割負担に戻す。事業所では毎年定期健康診断を行っている。その有所見者率を見ると、平

成 9 年 39.5%であったものが、平成 12 年には 44.5%に達している。労働者の 2 に人に 1 人が何らかの異常所見を持っていることになる。しかもこの統計には、全体の 95%を占める従業員 50 人以下の、厚生設備に恵まれない事業所はほとんど含まれていないのである。

旧労働省はこの事態を重く見て、血圧、血糖、脂質、肥満に限って二次検診給付を年 1 回認めた。しかしどれをとっても、年 1 回の検診で対応できるものではない。

本人 2 割負担になって、例えば糖尿病の場合など、われわれ医者が気の毒になるくらい高額のコストとなっている。これが 3 割になればと、考えるだに恐ろしくなってくる。

国保が 3 割だから健保も 3 割という論調が幅を利かせているが、健保 2 割だから、国保も 2 割が為政者のとるべき姿勢ではないか。国保の 11%もある未納は保険者の責任であるはずである。

先日ある会合で、昨年度から行われている集団指導が県医師会の強権によるかのごとき発言があり、心外であり残念だった。

主催は飽くまで山口社会保険事務局で、集団的個別指導の代替指導であり、県医師会は会員の便宜を考慮して手伝っているに過ぎない。

集団指導に至るまでの担当役員の苦勞は既に本稿(13 年 2 月 21 号)に記載したので省略するが、どうか本意をくみ取っていただきたい。

恒例の顧問弁護士と対策委員との合同協議会があり、リピーターの問題が話題になった。中には資質を問われかねない医者がいるのは事実であるが、むしろ真面目な方であることが多いだけに、一層厄介である。

真面目なだけに自分の能力を超えて責任を背負い込む結果が、不名誉なこの呼称になっている場合が多い。矢張りわれわれは状況に応じた自分の守備範囲を自覚することが大切であろう。

先月、県会報とは別に県医連ニュースを発行し

た。会員からの反響がまったくないので、虚しくも役員同士で自画自賛しあっている。

県医連というだけで、忌避の態度をされる会員もいると聞く。再び司馬遼太郎の言葉であるが、「物事を立論する上で最も便利な態度で、現実を頭ごなしに否定してしまえば評論というのは実に

鋭利になる。現実を全面的に否定しながら、否定する自己のみは肯定するわけだから」。

私はこの作家が本当に好きである。

副会長 柏村皓一

日医 FAX ニュース から

1 月 25 日

高齢者の外来負担は患者 - 保険者間で清算を 糸氏副会長
 中医協で 23 日から点数配分の議論開始
 3 割負担は保険料による対応をみて判断 坂口厚労相
 「3 割負担実施時期」表明に反発相次ぐ
 広告規制緩和でポジティブリストの拡大示す 厚労省
 老人医療費適正化「指針」は弾力的に運用
 厚労省がセラチアの院内感染防止徹底を通知

1 月 29 日

3 割負担で丹羽調査会長が坂口厚労相に要請
 3 割負担の法案明記は坂口厚労相の判断に
 救急救命士の養成期間延長を主張 羽生田常任理事
 日医・介護保険委員会が答申
 労災保険二次健診で給付対象の追加を提言 日医労災・自賠責委
 医療安全推進者養成講座 1 期生 510 人に修了証
 第 9 回地域医療賞授賞式行われる
 中四国医連が坪井会長の推薦を決定

2 月 1 日

3 割負担問題で省内の意見集約に意欲 坂口厚労相
 被用者本人負担引き上げは「約束が違う」 菅谷常任理事
 九医連介護保険対策協議会で中央情勢報告
 小児救急医療の日医検討委最終報告を紹介 羽生田常任理事
 忍び寄る性感染症で市民公開講座開催 日医
 九医連常任委が坪井会長の 4 選支持決める
 「構造改革と経済財政の中期展望」を閣議決定

会員の動き

- 平成 14 年 1 月受付分 -

入会

郡 市	県・日	氏 名	診療科	医 療 機 関 名 等
下 関 市	1・A1	田 村 雅 道	内	田村循環器科内科
下 関 市	1・A1	野 村 道 次	精・神	野村病院
宇 部 市	1・A2	藤 野 隆	内・循・呼	藤野内科
山 口 市	3・-	小 松 田 弘 之	内	
萩 市	2ハ・A2	西 山 慶	循	都志見病院
徳 山	1・A2	山 下 武 則	内	山下内科小児科医院
岩 国 市	2ハ・A2	岩 崎 洋 美	精	いしい記念病院
山口大学	3・A2	有 好 香 子	内	山口大学医学部内科学第三

退会

郡 市	氏 名	備 考
下 関 市	重 兼 勉	武久病院より
下 関 市	尾 内 一 信	済生会下関総合病院より
下 関 市	菅 原 丈 志	下関厚生病院より
山 口 市	豊 海 隆	済生会山口総合病院より
萩 市	安 藤 献 児	都志見病院より
徳 山	清 水 義 正	清水クリニックより
岩 国 市	西 岡 孝 智	河内診療所より
岩 国 市	丸 井 幸 之 助	二宮医院麻里布クリニックより
岩 国 市	河 口 剛	いしい記念病院より
小野田市	山 崎 博 信	山口労災病院より
小野田市	伊 藤 由 香	小野田赤十字病院より
山口大学	西 田 峰 勝	外科学第二手術部より

異 動

郡 市	氏 名	異動事項	備 考
下 関 市	坂 元 千 鶴	勤 務 先	岡病院【防府・松本外科病院より】
下 関 市	中 川 裕 二	勤 務 先	下関病院【横田病院より】
下 関 市	吉 水 卓 見	勤 務 先	勝山サテライトクリニック【吉水内科より】
山 口 市	倉 田 一 夫	新 規 開 業	くらたクリニック（内・心内・呼・消・ア・リ・ウ・児・小）
徳 山	堀 田 尚	勤 務 先	周南高原病院【堀田小児科医院より】
防 府	くらしげ小児科	移 転 等	新：防府市三田尻 1 丁目 11-16（蔵重小児科より名称変更）
防 府	蔵 重 秀 樹	所 属	くらしげ小児科【山口県立中央病院より】
山口大学	新 崎 有 美	氏 名	旧姓：梅本

お知らせ

平成 13 年医師互助会グループ保険（安田生命）
配当金について

グループ保険につきましては、種々ご高配を賜り深謝申し上げます。
さて、下記のとおり医師互助会グループ保険（安田生命）の配当の報告をいたします。

記

保 険 期 間	平成 13 年 1 月 1 日～同年 12 月 31 日
加 入 者 数	1,197 名
総受取保険金	88,000,000 円（11 件）
配 当 金	3,343,129 円
配 当 率	3.35%

3 月 20 日頃、ご指定の口座へ送金いたします。

山 口 県 医 師 会
引受会社 安田生命

病・医院経営をあらゆる面からサポートします。



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社



コンサルティング事業本部直通

0120-33-7613

ホームページアドレス <http://www.sogo-medical.co.jp>

- 山 口 支 店 / 〒754-0014 山口県吉敷郡小郡町高砂町 1 番 8 号 安田生命小郡ビル 6 階 TEL(083)974-0341
- 本 社 / 〒810-0001 福岡市中央区天神二丁目 14 番 8 号 福岡天神センタービル 16 階 TEL(092)713-7611
- 支店・営業所/全国 26 カ所
- 薬 局/全国 91 店舗 (FC 1 店舗含む)

東証一部上場 証券コード：4775

ご案内

胃がん検診撮影従事者講習会

と き 3月3日(日)午後1時~5時
ところ 下関市立中央病院

講演

胃がん検診の撮影法

77 区域を精度よく短期間で撮影するには
労働医学研究会検診中央部放射線技師長
木村俊雄

症例検討

アドバイザー：ささい放射線科
佐々井一彦

受講料：無料

謹 弔
千葉文彦氏
一月十八日、逝去されました。享年八十九歳。
つつしんで哀悼の意を表します。
豊浦郡医師会

謹 弔
相良正信氏
一月十七日、逝去されました。享年八十一歳。
つつしんで哀悼の意を表します。
熊毛郡医師会

ご案内

第 208 回 木曜会

と き 3月7日(木)午後7時~9時
ところ ホテルサンルート徳山

別館 1 F 「飛鳥の間」

テーマ 弁証論治トレーニング〔第 10 回〕
—失声症—

年会費 1,000円

漢方に興味おありの方、歓迎します。
お気軽にどうぞ。

代表世話人・解説 磯村 達
周南病院漢方部 0834(21)0357

ご案内

学術講演会

と き 3月7日(木)午後7時~
ところ ホテルサンルート徳山
2 F 「万葉の間」

H. pylori 感染と胃癌の発生
および除菌による影響
呉共済病院消化器科医長 上村直実

日医生涯教育制度 5 単位が取得できます。

主催 徳山医師会

お知らせ

山口県医師会報の製本について

平成 13 年分山口県医師会報の製本を下記により斡旋します。
ご希望の方はお申し込みください。

記

体 裁 丸背上製本 背文字金箔押し
価 格 3,400円(送料を含む)

製本送付にあわせ振込み用紙を送付致します。

申 込 み 山口県医師会 会報係 (TEL 083-922-2510 FAX 083-922-2527)
申込み締切 平成 14 年 3 月 11 日

ご案内

山口県産業衛生学会
山口県医師会産業医研修会

と き	3月3日(日)午前9時~午後4時	特別講演	脳梗塞における抗血小板療法—基礎と臨床
ところ	山口県総合保健会館・多目的ホール		慶應義塾大学医学部内科学教室教授
	シンポジウム		池田康夫
	産業現場で何をすべきか(仮題)		
	基調講演		
	専門的嘱託産業医の日常業務から	午後の部は朝日医学セミナーです(産業医	
	西日本産業衛生学会健康管理部長	研修会として指定を受けています)	
	日野義之	受講料 1,000 円	
特別講演		研修単位	
個人保護具の基礎的知識と日常点検のポイント		シンポジウム	
産業医科大学労働衛生学教室助教		実地 1.5 単位	
大和 浩		特別講演 . . .	
特別講演		後期研修又は専門研修	
不整脈治療—心房細動への対処		各 1.5 単位 計 4.5 単位	
東邦大学医学部第三内科学助教授 杉 薫			

編集後記

今年4月に下関市で国際捕鯨委員会(IWC)が開催されます。かつて遠洋捕鯨基地であった下関市としては、日本の鯨文化と捕鯨の歴史を紹介することで、商業捕鯨の再開を働きかけたいとの意向のようです。わが国の鯨との関係については、既に室町時代の調理書「大草家料理書」や「四條流庖丁秘伝書」に鯨料理が紹介されており、この頃から沿岸捕鯨が全国各地で行われていたといえます。山口県内でも江戸時代に油谷町や長門市で沿岸捕鯨が行われていました。長門市には今も鯨の墓や過去帳も残されているそうです。幕末には長崎の五島で近代捕鯨への道を模索した男がいたそうで、その男(高島蘭次郎)を作家の白石一郎は「サムライの海」という作品で紹介しています。幕末期は米国の捕鯨船が太平洋に進出してきた時期でもあり、日本の周辺海域でも盛んに捕鯨していたようです。1841年(天保12年)、遭難して鳥島に漂着した土佐の漁師ジョン(のちの中浜)万次郎を救出したのはアメリカの捕鯨船ジョン・ハウランド号でしたし、ペリー提督が開国を迫ったのも、当初は捕鯨船への水、薪炭、食料の供給が目的でした。私の小学生時代の給食で肉と言えば鯨の肉でした。カレーライスのもも鯨肉であったように記憶しています。現在でも調査捕鯨で捕獲したミンククジラを口にすることができますが、ナガスクジラに比べ、味が落ちる上に、非常に高価な高級品になってしまいました。ところで文楽の人形に鯨のヒゲが使われていることをご存じでしょうか。わたしは漫画「美味しんぼ」でそのことを知りました。(吉本)

Ca拮抗剤 薬価基準収載

ニバジール[®]錠^{2mg}/_{4mg}

(ニルバジピン錠) 劇薬・指定医薬品・要指示医薬品^(注) Nivadir[®] Tablets

(注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元 **フジサワ**

大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514

資料請求先：
藤沢薬品工業株式会社

作成年月2001年11月