昭和 31 年３月 15 日　第３種郵便物認可（毎月３回１の日発行）

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 6 月 21 日号　№ 1647

ラグビー　　河野　俊貞　撮

第 76 回生涯研修セミナー　……　４８２
平成 14 年度勤務医部会理事会　……　４９８
平成 14 年度中国四国ブロック医師会
広報担当理事連絡協議会　…　５０２

県医師会の動き　……　５０６
日医ＦＡＸニュースから　……　５０８
いしの声　……　５１０
受贈図書・資料等一覧　……　５１６
編集後記　……　５１６
お知らせ・ご案内　……　５００～５１６

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

第 76 回生涯研修セミナー

と　き　5 月 12 日（日）
ところ　山口県総合保健会館　多目的ホール

特別講演Ⅰ

心臓血管外科領域における動き出した再生医療

山口大学医学部第 1 外科講師　濱野　公一

[印象記：理事　三浦　修]

心臓外科の歴史は比較的新しく、最初に外傷性の右室破裂に対しての縫縮手術をおこなってからまだ 100 年くらいしか経っていない。

1980 年代に心臓移植が始まっているが、なかなか思うように進んでいないのが現状であり、近年遺伝子治療、再生医療の発達により、これを補おうとする動きが大きい。

わが国の冠動脈バイパス手術は 2 万例であるが、約 8%の患者さんは十分な冠動脈バイパスをかけられない状況である。　わが国でも、心移植の待機患者さんは年々増加しているが、せいぜい行われている心移植手術は 14 ～ 5 例程度である。

山口大学では、1998 年から本格的に梗塞心筋再生治療法を進めてきた。その大きな柱として、一つは残存心筋があるところでバイパス手術ができないものに対して、自己の骨髄細胞を局所注入することにより、血管新生を図るものであり（BMCI：Bone Marrow Cell Implantation）、もう一つの柱は広範囲の壊死に陥った心筋に対しては、自己の骨髄細胞から拍動する心筋へ分化誘導をはかったのちに注入するものであり、現在これはほぼ基礎実験が終わり、これから虚血肢への臨床試験に望むところまで研究が進んでいる。

今回の講演内容は、おもに前者の BMCI についてである。

従来血管新生というのは、血管内皮が蛋白分解酵素を出して基底膜を破り、ここに内皮が migration することにより新生するといわれてきたが、1997 年に Asahara 先生が、流血中の血管内皮の前駆細胞が着床することで、大人でもそこに血管発生が起こるとし、現在ではこの説が定着しつつある。従来の血管新生の治療法は、血管成長因子を遺伝子の形で組織に導入するか、あるいは蛋白の形で直接投与するものであったが、われわれは骨髄細胞に注目して、これを組織に注入する方法を試みた。その理由は、一つは生理的で

あることと、もうひとつは大掛かりな遺伝子のプロトコールを必要とせずに簡単にできるからである。

また、自己骨髄細胞に注目した化学的根拠は、骨髄細胞自身が growth factor を分泌する可能性があり、骨髄細胞の中の肝細胞に内皮に分化するポテンシャルがあるからである。

ラットの実験からも骨髄細胞から growth factor の分泌能があり、さらに虚血組織内でそれが増幅されることが示された。また、骨髄細胞の内皮細胞への分化も実験的に示唆されている。

最初にラットの角膜にポケットを作成し、ラットの腱からとったコラーゲンにまぶして骨髄細胞を移植すると、血管新生が起こって来るのが確認できた。下肢虚血モデルの実験で、1 × 107 個骨髄細胞を使用すると、2 週間くらいは注入局所に骨髄細胞が存在し、マイクロアンギオグラムでも新生した微小血管が増生し、組織血流量もほぼ回復してくるのが確認できる。ラットの虚血心モデルでは、骨髄細胞を注入すると、血管新生因子の発現が局所で高くなっているのが分かる。組織の血流量も、骨髄細胞を注入したあと、虚血時に比較して優位に増えている。ラットのトレッドミル実験でも、骨髄細胞注入虚血肢のモデルでの生理機能の回復がみられた。虚血心では、普通はリモデリングが起こるが、骨髄細胞を注入した群では、前壁の動きもほぼ正常であり、左室腔の拡大も予防されている。

局所の反応としては、骨、軟骨の発生、造血臓器、teratoma の発現などが懸念されるが、組織上はわずかな繊維化がみられるのみで、他の組織の発生などはみられない。また、心臓の刺激伝導系への影響なども考えられるが、犬の長期観察では、重篤な不整脈などの発生は見られなかった。

以上のように、骨髄細胞が虚血心筋、あるいは虚血肢の血流を増加させて、低下した心機能あるいは下肢の機能を改善することがわかり、比較的安全な治療法として倫理委員会に申請して、1999 年 11 月 3 日から臨床試験を開始している。

通常骨髄を採取したのち、フィルターをかけ精製し、赤血球系は患者さんに戻し、骨髄細胞を分離して局所に注入する。治療除外患者さんとしては、担癌患者、糖尿病性網膜症患者、透析患者さんなどである。

現在まで、重症虚血肢の患者さんは 8 例、9 肢に骨髄注入治療が行われている。ASO の患者さんは 4 例、いずれもたび重なるバイパスのグラフト閉塞で本治療を受けている。バージャー病の患者は、3 例が潰瘍、1 例が安静時疼痛ということで治療対象となっている。

治療後の評価は難しいところがあるが、自覚症状の改善度などをみたり、他覚的評価では、サーモグラフィーによる皮膚温の上昇、経皮酸素分圧や血管造影などで評価を行う。潰瘍を伴ったバージャー病の患者さんでは、有効なケースが多く見られた。

心臓では、単独の治療は認められていないが、バイパス治療との併用で、バイパス不可能な領域に治療を行う。

臨床の実際では、安全性確認のために、術後 1 年でホルター心電図、CT 検査を行っているが、BMCI 治療のターゲットの決定と効果判定については、従来どおりエコー検査、カテーテル検査、心筋シンチグラフィーで行っている。

現在まで 8 例に治療を行っているが、冠動脈造影では、解像度の問題もあり、なかなか評価が難しい。心筋シンチグラフィーでは、8 例中 5 例で血流の改善がみられた。

総合的には 8 例中 5 例に有効、2 例は領域が小さく評価不能であり、1 例は無効であった。

自己骨髄細胞局所注入治療は、簡単で安全であり、比較的コストが安価であり、重症の虚血心、重症の虚血肢の治療に有効である。

今後、投与する細胞数や細胞分画、投与経路などを検討して改善していけば、この治療法が着実に発展していくものと思われる。

特別講演Ⅱ

糖尿病　－最近の考え方と外来診療－

東京都済生会中央病院糖尿病臨床研究センター所長　松岡　健平

[印象記：専務理事　上田　尚紀]

近年糖尿病の管理の考え方が変わったが、その要因はいかなるタイプの糖尿病にも厳格な血糖コントロールが求められ、日常管理はプライマリケア・ベースであることと医療資源の効率的な利用にある。

糖尿病患者の世界的な増加は無視できず、10 年後を予測すると南米、アフリカ、アジアでは 1995 年時点のほぼ倍になる。日本人は約 6%が糖尿病であるが、自動車の台数に比例して患者数も増加している。1950 年代までは 1 日の脂肪摂取量は 20g 台であったが、その後漸増して 1980 年以降は 1 日約 60g 摂取している。総エネルギーの摂取量は減っているが脂肪の摂取量が増加し、内臓脂肪の増加につながっている。これは食の欧米化というより脂肪摂取の増加に過ぎない。

インスリンの作用をシステムとして考え、患者に理解させなければよい治療はできない。Ⅰ型糖尿病はインスリンの分泌障害、欠乏でありⅡ型糖尿病は作用障害 (抵抗因子) で発症し、その他の要因は癌や膵臓線維症によるものである。もっとも多いⅡ型はレセプター異常や内分泌障害、肥満、運動障害が原因であるが、患者さんにはレセプターの意味も理解してもらえるよう指導しなければならない。

高血糖になるとブドウ糖毒性が生じ、β細胞の分泌抑制が働いて糖が利用されにくくなる。日本人では空腹時血糖が 120mg/ dℓ位で分泌能に障害を生じやすいが、欧米人は 160 ～ 170mg/ dℓ位までインスリンの分泌があり、糖尿病になりにくい。

糖尿病診断の目的で実施した 2,121 人の 75gOGTT の成績から考察すると正常型では空腹時インスリンが低く保たれているが、糖尿病型では早くから分泌が生じており、境界型も同様なパターンである。

インスリン抵抗指数を HOMA 指数 (Homeostasis Model Assessment Ratio) と言うが、若年者ほど高い。インスリン抵抗性が存在すると高インスリン血症となり正常耐糖能が保たれるものの、次第にインスリン感受性が低下して糖代謝異常からシンドロームＸが進行して高脂血症、心筋梗塞へと向かう。同時にβ細胞が疲弊して糖尿病が発症する。

したがって冠動脈硬化は糖尿病発症前に完成しているといえる。テキサス大学のカプラン教授は糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧、内臓脂肪増加を死の四重奏と名付けた。

ＷＨＯは糖尿病管理の目的を、

1　急性症状を回避し生命を維持する
2　健康人と同様な社会生活を可能にする
3　代謝コントロールを正常にする
4　長期罹病後の合併症を阻止する

とした。

糖尿病網膜症は HbA1c を 6.5%以下にすれば、ほとんど進展しない。

糖尿病の治療は、いかなる病型であっても食事療法と運動療法が治療の基本である。多飲、口渇、多尿、多食、体重減少などの症状を伴い、感染症などの併発症のためにケトン尿を排泄している場合はインスリン療法が第一選択となる。このような急性代謝失調がある症例を除けば、まずインスリン抵抗性を改善するために食事療法と運動療法から始める。しかし、治療開始時の血糖値が 300mg/ dℓ以上であればⅡ型であってもいきなりインスリンを使用することがある。

早急に糖毒性を取り除く必要から、まず血糖値

を下げ、インスリン作用システムの改善を待ってインスリン療法からの離脱を図る考え方である。

SU薬は食事と運動療法なしで使用すると、内因性インスリンが増加して脂肪合成が促進し、空腹感を覚えて過食となる。その結果肥満となってインスリン抵抗性がさらに増強する。これをシンドロームXの2乗という。

薬物療法は、インスリンの絶対的な不足を来している I 型ではインスリンの補填であるが、II 型ではインスリン作用の改善を目指す。インスリンの初期分泌が遅延している例にはαグルコシダーゼ阻害薬、過体重例にはビグアナイド薬（肝糖新生の抑制）やインスリン抵抗性の改善であるチアゾリジン系薬を用いる。ビグアナイド薬は乳酸アシドーシスの副作用のため米国市場から消えたが、SU剤やインスリンでのコントロールが不十分な例では血中乳酸を測定しつつ使用すれば適応となろう。

従来、経口薬の主流は強いSU薬であった。これは単独使用では低血糖をきたす可能性が低いことによる。しかし定期的な肝機能検査は必要である。

インスリン療法を実施する時、注射技術・自己血糖測定の指導をだれがするか決めておく。多忙な外来診療の合間を縫って十分な指導ができない場合には、インスリン導入時、近隣の糖尿病センターに依頼する。インスリン用量の調節は、周手術期や感染症合併の急性期入院では、インスリンスライディングスケールを用いる。しかし、外来では、測定時の血糖値に責任のあるインスリンを翌日あるいは数日してから増減する。retrospectiveな調節法を用いインスリンスケールは用いない。血糖コントロールが不良でインスリンスケールを行いたくなった時は専門医に相談するのが望ましい。

最後にエリオット・ジョスリンの言葉『インスリンは、賢者のためのもので、愚か者のためにあるのではない。糖尿病とともに長寿を保つには頭が必要だが、インスリンを使いこなすにはさらに上等な頭が必要だ』で講演を終わられた。演者は長年にわたり第一線で糖尿病の治療や関係者の教育にあたられた経験から、くだけた言葉で厚みのある講演であった。

特別講演III

医業経営の現状と今後
―「医療のグランドデザイン」に関連して―

日医総研主席研究員　前田　由美子

［印象記：理事　濱本　史明］

1. なぜ診療報酬が下げられたか

① 医療保険が赤字の理由

一般的には国民は、医療保険はかなり財政赤字で、医療費を下げなければしょうがないと思っている。そして、毎年の所得番付には医師が多く載っている状態を見て、自分たちは一部負担金を払っているのに、医師だけが儲かっているのはけしからんと思っている。

本当に医療保険は赤字なのか黒字なのか？保険料はきちんと払っているのに赤字になるのか？（本当に赤字だったら）ということを確認したい。（図1）

図1

1．なぜ診療報酬は下げられたか

（1）医療保険が赤字の理由
- ・政管健保のぜい肉
- ・組合健保の隣の芝生
- ・自立できる国保、できない国保
- ・医療費の誤解

（2）医者はもうかっているのか
- ・開業医の「月収」
- ・診療報酬はどこへ行く
- ・「医療経済実態調査」の落とし穴
- ・「月収」と「所得」
- ・「再生産費用」の世間相場

図2

政管健保の収支は赤字？

平成12年度　政府管掌健康保険収支決算

（単位：億円）

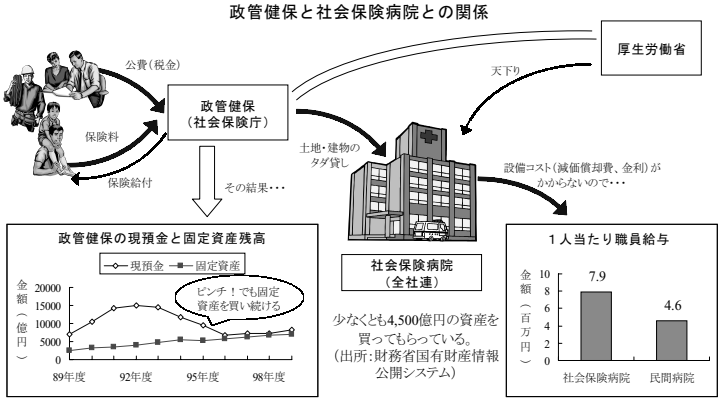
区分		平成11年度決算 A	平成12年度決算 B	差引 (B−A)	伸率 %
収入	保険料収入	59,294	61,247	1,953	3.3
	一般分	59,294	58,851	▲ 443	▲ 0.7
	介護分	—	2,396	2,396	—
	国庫補助	9,597	9,522	▲ 75	▲ 0.8
	一般分	9,597	8,878	▲ 719	▲ 7.5
	介護分	—	644	644	—
	その他	200	170	▲ 30	▲ 15.0
	計	69,091	70,939	1,848	2.7
支出	保険給付費	42,584	42,290	▲ 294	▲ 0.7
	医療給付費	37,432	37,221	▲ 211	▲ 0.6
	現金給付費	5,152	5,069	▲ 83	▲ 1.6
	老人保健拠出金	23,372	20,568	▲ 2,804	▲ 12.0
	退職者給付拠出金	4,754	5,086	332	7.0
	介護納付金	—	3,016	3,016	—
	その他	1,544	1,524	▲ 20	▲ 1.3
	計	72,254	72,484	230	0.3
差引過不足額		▲ 3,163	▲ 1,545	1,618	—

図3

政管健保のぜい肉

保険料と税金が行き着く先は・・・

政管健保と社会保険病院との関係



政管健保の収支は社会保険庁がマスコミに発表する数字で、平成12年度は1,545億円の赤字だとマスコミに発表。普通は損益計算書、貸借対照表等を作成するのが当たり前であるが、この程度の収支決算書では子どものおこづかい帳と同じレベルである。政管健保の収入は保険料の収入と国庫補助である。支出は保険給付、老人保健拠出金、12年度は介護納入金を含めたものである。ところが、支出のその他には1,524億円計上してある。このその他がもしなければ収支とんとんである。「その他」は何に使用しているかをはっきり言わない。(図2)

実は、内訳は健康診断等の健康事業（これらは予防医学として必要である）、福祉事業（中身は社会保険病院の土地、建物の購入資金）で、年間200～300億円の社会保険病院を整備している。病院の利益を政管健保に返していないばかりか返却もしない。病院は設備コストはかからない。したがって社会保険病院の職員の平均給与は、民間の病院と比較して約2倍近い。年間一人当たり790万円支払ってもまだ黒字である。さらに悪いことに政管健保の現預金が低下しても、社会保険病院の固定資産残高は増加し続けている。これは、政管健保が苦しくても、社会保険病院を整備しなければ気が済まないのは、それが

厚生労働省の天下り機関であるからである。これらのことはリストラされるべき事の一部であるが、国民に何も知らされていない。(図 3)

組合健保も赤字で大変だというが、保険料を正しく取っているだろうかということである。政管健保の保険料は 8.5%で一定だが、組合健保の保険料は月給の 7.5%～ 9.0%の枠内で自由に決めてよいことになっている。実に 30%の組合では 8.0%未満ですんでいる。赤字ならばもう少し保険料をきちんと取ったらどうであろうか？特殊法人は軒並み保険料が少ないこともあるが、保険料の支払い割合を見ると、事業主が保険料の約 80%近くを支払っている（政管健保では 50%と決められている）。そして、これら特殊法人の事業主から出るお金は税金なのである。(図 4)

2002 年は赤字組合が 90%以上になるというのは当然であり、小さい組合の数が多く病気に対するリスクは大きく、赤字組合が多いのは当たり前である。保険料は組合によりバラバラであるが、総合すると正味財産は 4 兆円ある。組合間の 4 兆円で財政調整を行えばよいと思う。(図 5)

国保の場合は赤字になると一般会計から補助を受けられる。保険料だけで賄っている所は黒字ということになる。山口県の場合、保険料調達率平均（29.9%）以下の保険者は小さい市町村であり 70%位である。国保の場合一般会計から補填がなければ 3,000 ～ 4,000 億円の赤字と報道されるが、未収になっている保険料は年間 4000 億円ある。これは保険料の 11%になりそのまま貸し倒れとなり、病院で 11%も収入が貸し倒れになれば成り立って行かないのは当然である。そして、小さい田舎の町村で老人の多い所ほど、ほぼ 100%に近い保険料の支払いがあるのに、未収金の多いのは大きい市町で若い人達が支払っていない。リストラされるべき、改革されるべき余地は保険者側にも多々あるが、診療報酬の方に引き下げの話が行ってしまった。(図 6)

メディアに国全体の保険料の話は出てこない、というのは 30 兆円の医療費は診療報酬と一部負担金の和で医療機関で消費されているものであり、それ以外の管理コストに問題がある。この管理コストの中身は、政管健保、組合健保、国保組合、支払基金、国保連合会等の人件費、それから組合が営

図4

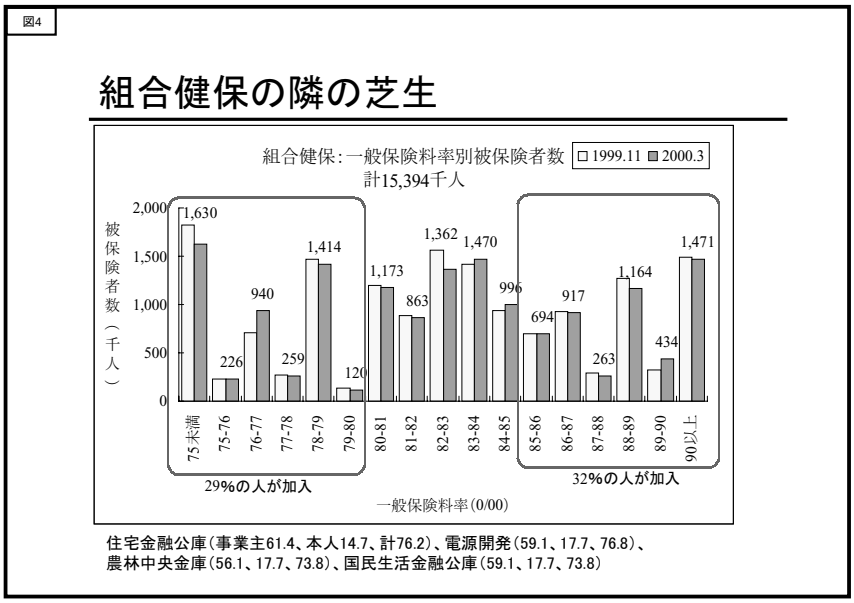


図5

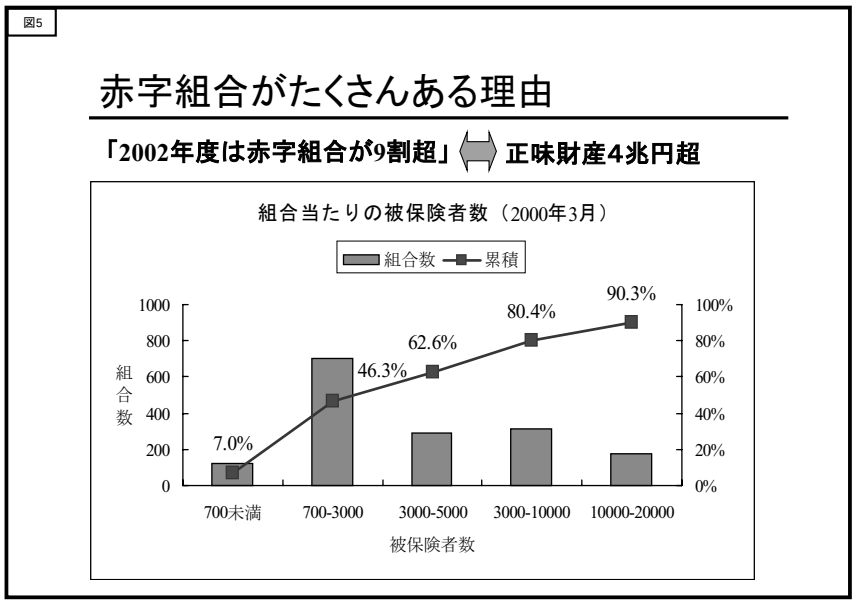
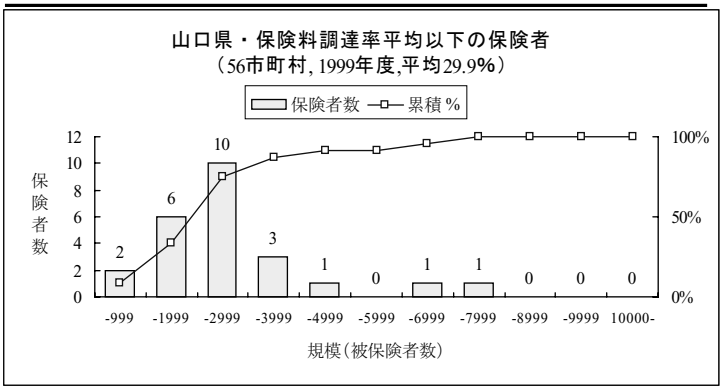


図6

自立できる国保、できない国保（山口県）

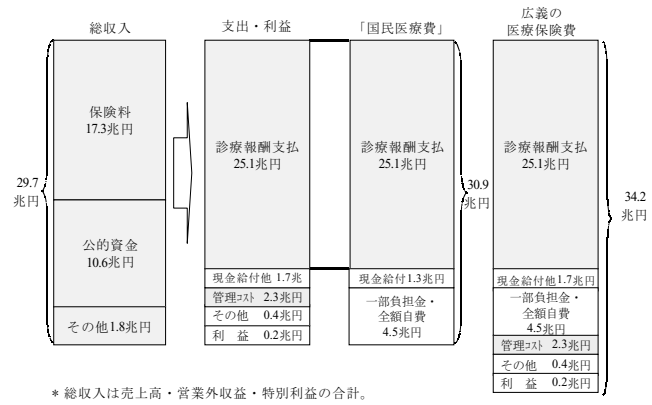


保険料調達率（自前調達力）＝ 保険料収入 ／ 収入合計

図7

「医療費」の誤解（1999年度）

国民医療費だけが医療費？　知られなかった管理コスト



＊総収入は売上高・営業外収益・特別利益の合計。

図8

医者はもうかっているのか

ⅰ）「医者のフトコロに入る診療報酬」（2002/2/10 産経新聞）

ⅱ）「個人経営診療所（開業医）の平均月収は約249万円で、2年前の調査より5.0%増えた。民間病院の平均月収も、19%増の約525万円だった。」　（2001/12/7 毎日新聞）

ⅲ）「開業医の平均月収（医業収入から医業費用を　差し引いた額）は248万8,000円。（中略）開業医の　月収には設備投資費用も含んでいる。」　（2001/12/5日経新聞）

*注：マスコミでとり上げられたのは介護保険収入のない医療機関のみの値

業している直営の保養所、国保診療所、政管健保の関連病院への上納金等、全部加算すると2.3兆円になる。これも1999年から年々増加している。医療保険を行っている保険者サイドの管理コストは着々と増えているので、まず管理コストのリストラを行わなければならない。このことが国民にきちんと知らされていない、そして説明責任を国が果たしておらず、うやむやのままこの4月を迎えてしまった。（図7）

②医者はもうかっているのか

以下の新聞記事を読むと、単純に医者以外の人は自分の月給と比較してしまう。（図8）

診療報酬は医者のフトコロに入るのではなく、医療機関に入るのである。医薬品、材料代は卸から製薬メーカー等に入り、製薬会社等は増収・増益中である。検査費、設備投資（建設費、医療機器等）を行わなければならない。医療機器メーカーは多くの輸入代理店も参戦し、ブラックホールとなっている。薬価のように公の場所で医療機器の値段が審議されることはない。情報システムにも投資をしなければならず、借入金の利息、その後に職員の人件費、税金を払い、最後に医師の人件費・所得となる。（図9）

図9

ⅰ）診療報酬はどこへ行く？

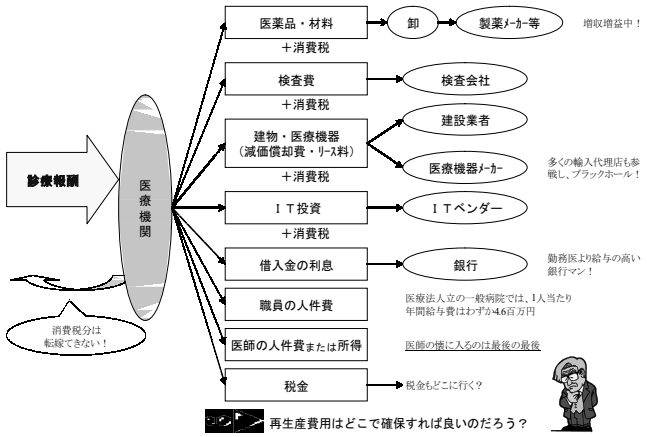


図10

ⅱ）中医協「医療経済実態調査」のワナ

1. 定点観測ではない

2. 損益計算書と貸借対照表の時期が違う

・損益計算書　　収入と費用
・貸借対照表　　どのように資金を調達し
どのような形で持っているか

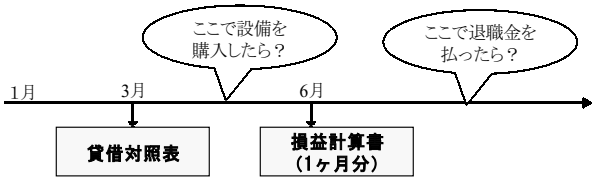


図11

ⅲ）月収と所得

診療所

	個人		その他	
	有床	無床	有床	無床
医業収入	10,510	6,760	16,429	11,976
保険診療収入	8,915	6,412	14,605	11,154
公害等・その他診療収入	1,388	183	1,475	513
その他の医業収入	207	165	349	309
医業費用	7,791	4,342	14,068	9,980
給与費	3,155	1,512	7,123	5,189
医薬品費	1,902	1,348	2,458	1,881
減価償却費	343	233	460	306
その他	2,391	1,250	4,027	2,604
医業収支差額	2,719	2,418	2,361	1,996

設備投資（再生産費用）

出所：医療経済実態調査（平成13年6月実施）

一般病院

	医療法人
医業収入	112,067
入院収入	74,190
特別の療養環境収入	1,201
外来収入	34,149
その他の医業収入	2,527
医業費用	108,135
給与費	57,970
医薬品費	13,381
減価償却費	4,859
その他	31,926
医業収支差額	3,932
その他の医業関連収入	2,907
その他の医業関連費用	3,023
総収支差額	3,816

中医協の調査が 2 年ごとに行われるが、2 年前と比較するのはまったくナンセンスである。定点観測ではなく、医療費の増減等を比較することが無意味である。そして、損益計算書と貸借対照表が 6 月と 3 月のものを使用し、同時期のものを使用していない。経営指標を出そうと思ってもまったく比較対照にならない。

(図 10)

個人開業医の場合、月収の中から、設備投資（再生産費用）をとらなければならない。どの位かというと、年間職員一人当たり 150 万円を目安とする。それを減ずると年間の収入は多くても 2,000 万円位になる。それは、日本の中小企業の社長と同じくらいの給料となる。経営に関しては医師も社長も責任があるが、命を預かっている事に関しては、より責任は重く、決して 2,000 万円が高いとは思わない。開業医と病院の総収支差額を比較しても意味がない。(図 11)

従業員一人当たりの再生産費用 (利益) を 150 万円確保する理由は、継続的に地域住民の方により安定したよい医療を提供するためにあるので、投資を行わなければならない。その設定は他のライフライン産業と比較をしている。例えば、電力という事業を継続的に安定して行うには、どの会社も年間一人当たり 550 万

円くらいの利益を残していかなければやって行けない。では、医業経営にはどのくらい残したら、継続的に安定した医療サービスが提供できるかという指標がなかった。そこで現在では、このライフライン産業の再生産費用が最低である JR3 社の 150 万円を目標値として置いている。このライフライン産業はなくなっては困る会社であり、価格設定も自分では決められない等、医業と類似していることから、最低でも医業の再生産費用 150 万円としたいところである。しかし、民間病院などこれだけの費用を取ったら大赤字になるところがほとんどである。故にこのくらいの再生産費用を見込めるだけの、医療費（診療報酬）に設定していただきたい。(図 12)

図12

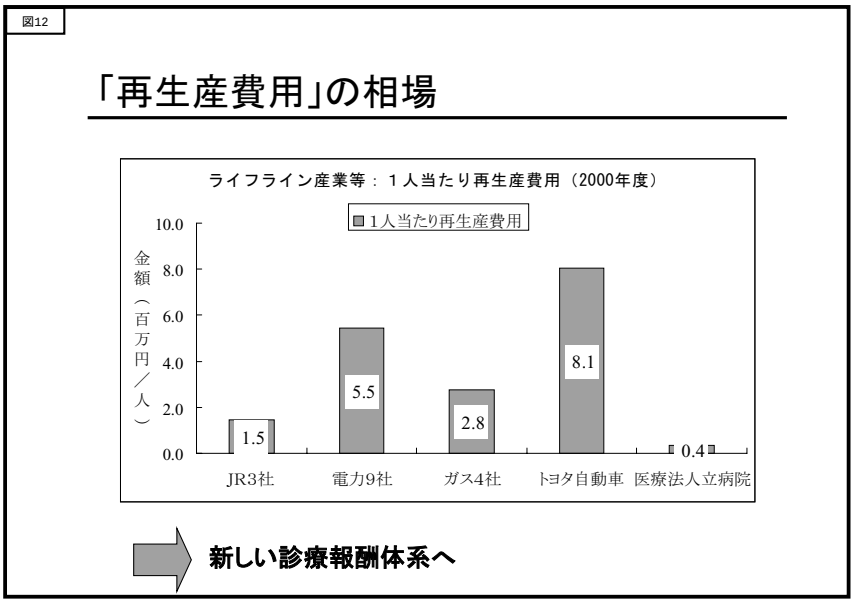
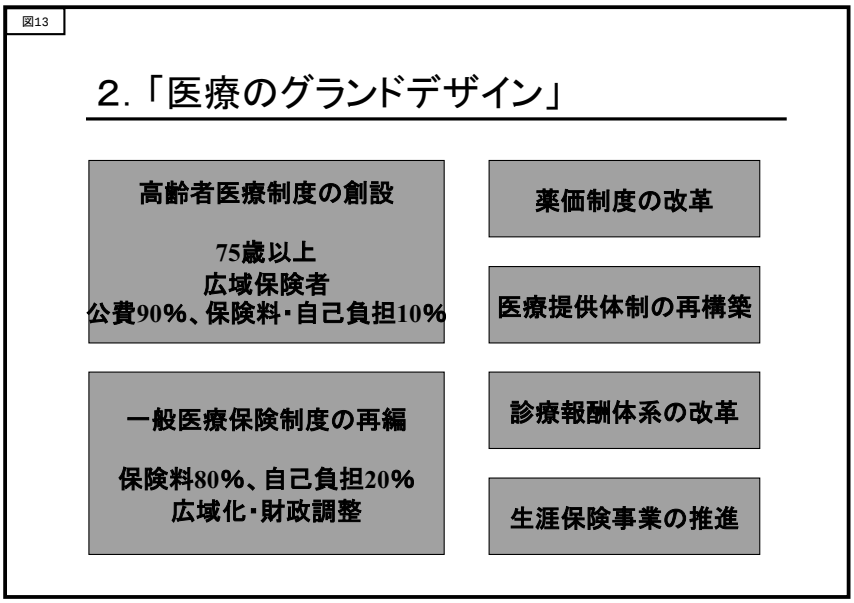


図13



2. 医療のグランドデザイン

(図 13) は、日本医師会の医療のグランドデザインから抽出したもの、(図 14) は、厚生労働省の医療制度改革案からポイントを抽出したものである。

厚労省の案を見ると、老人医療費の伸び率管理、対象年齢引き上げ、一部負担金の見直し、3 割負担、保険料引き上げ（ボーナスを含めた総報酬制）、保険者の規制緩和、レセプト電算化など、国民（患者さん）に負担を強いるばかりである。小泉さんは始めに三方一両損と言ったが、医者と患者さんに負担をかけて残りの一方はどこにもない状態である。

これから国民医療費はいくらになるだろうかということを、医療のグランドデザイン 2016 年版より抜粋した。(図 15)

まず医療費が簡単に推計できない理由は、年齢別に医療費がどのくらいかかるかの試算を出さなければならない。厚労省が行っている年齢階級別受療率調査は、ある一日だけの患者調査である。これを基に診療単価をかけ算しても、その年の医療費にはまったく合致しない。

その年の医療費をつかむには、支払基金や国保連合会がデータを発表しているが、年齢階級別とか入院外来別とか細かい数字を出していないので把握しにくい。病院報告は、病院しかデータを取らないので、まともに将来予測ができない状態である。

図14

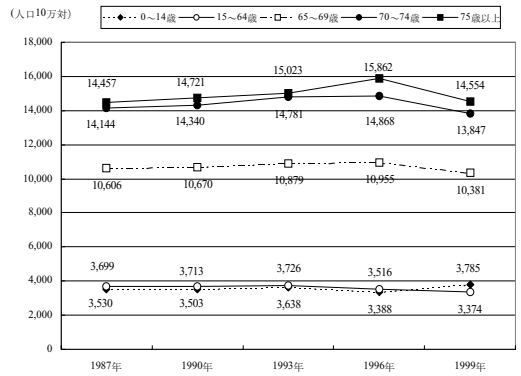
医療制度改革－厚労省－

・老人医療費の伸びを抑制する枠組みの構築	・老人医療費伸び率管理
・後期高齢者への施策の重点化と支え手の拡大	・対象年齢引き上げ
・高齢者の経済的能力に応じた負担	・一部負担の見直し
・各制度を通じた負担と給付の公平化	・3割給付
・保険財政収支の均衡の確保	・保険料引き上げ、総報酬制
・制度運営の効率化	・保険者の規制緩和、ﾚｾﾌﾟﾄ電算化

図15

医療費はどう予測されたか－需要予測－

例．年齢階級別外来受療率の年次推移（補正後）



移動年計

⇩

患者調査（1日調査）の補正

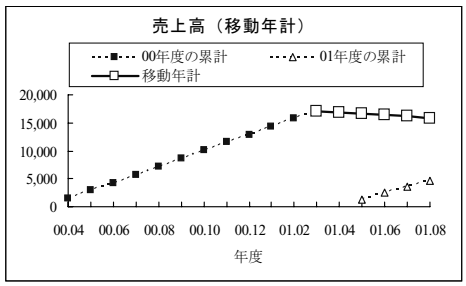
「医療のグランドデザイン2016年版」より

図16

将来予測の方法－移動年計－

移動年計を計算する

年月	売上高 月次	売上高 移動年計
01.04	1,310	
01.05	1,280	
01.06	1,274	
01.07	1,286	
01.08	1,185	
01.09	1,200	
01.10	1,320	
01.11	1,225	
01.12	1,236	
02.01	1,242	
02.02	1,200	
02.03	1,210	14,968
02.04	1,235	14,893
02.05	1,233	14,846
02.06	1,226	14,798
02.07	1,222	14,734
02.08	1,160	14,709
02.09	1,168	14,677



厚労省は年１回しかデータを取らないが、日医総研は大きく三つの資料を基に補正をかけて行い、毎月トレンドを追って医療費の予測を発表している。ホームページで医療費短観というワーキングペーパーを発表している。

リアルタイムに将来を予測するのに移動年計というものがある。この手法はある月を基準に過去 12 か月分を足して行く。次の月になったらそこから過去 12 か月分を足して行くということで、トレンドを追うことで何かイベントがあった時の影響なども把握できる。

細かいところはグランドデザインを見ていただきたい。(図 16/ 図 17)

2016 年の医療・介護費は、高齢者医療費 186,722 兆円を含め 517,094 兆円かかると推計される。この中には最低限かかる管理コストも織り込んである。この数字を目標に保険料とか自己負担額を設定することとなる。今から予測される費用であり、あるべき費用ではない。(図 18)

3. なぜ被用者 3 割負担にすべきではないか

2 割から 3 割にすべきではないと考える理由は、財源負担の歴史を追ったものをみると、今まで医療負担は家計負担の割合を下げる歴史であった。国民の幸せ

図17

医療費の予測－医科医療費の一例－

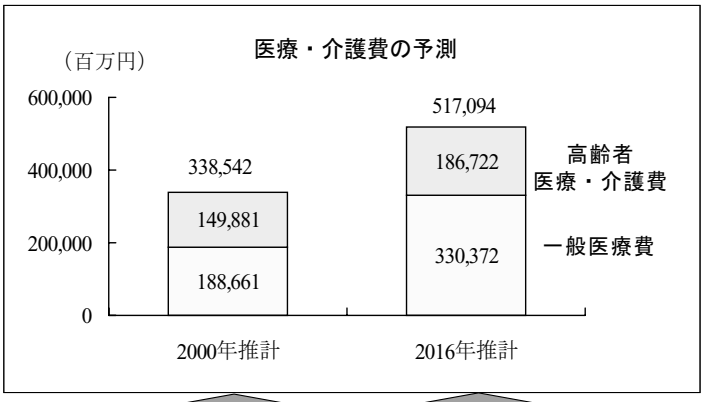
2016年における入院・外来費用の推計（医科）

		1日当たり点数（点）		患者数（万人）			年間医療費（億円）		
		病院	診療所	病院	診療所	計	病院	診療所	計
入院	0-14歳	4,417	3,161	4.0	0.4	4.3	6,393	434	6,826
	15-64歳	3,183	2,278	35.8	2.0	37.9	41,636	1,702	43,338
	65-69歳	3,608	2,582	17.0	0.7	17.7	22,384	639	23,023
	70-74歳	3,483	2,492	12.4	0.6	13.1	15,826	562	16,388
	75歳以上	2,042	1,461	73.2	4.6	77.8	54,578	2,448	57,027
	計	－	－	142.5	8.3	150.8	140,817	5,786	146,603
外来	0-14歳	709	502	22.4	44.9	67.3	5,808	8,216	14,023
	15-64歳	1,064	753	85.3	170.6	255.9	33,143	46,884	80,027
	65-69歳	1,034	732	34.3	68.6	102.9	12,950	18,320	31,270
	70-74歳	1,046	740	32.6	65.2	97.8	12,449	17,610	30,059
	75歳以上	739	523	74.9	149.8	224.7	20,212	28,593	48,805
	計	－	－	249.5	499.1	748.6	84,561	119,622	204,183
合計		－	－	392.0	507.4	899.4	225,378	125,408	350,786

1人1日当たり点数×365日　×患者数　＝　年間医療費

図18

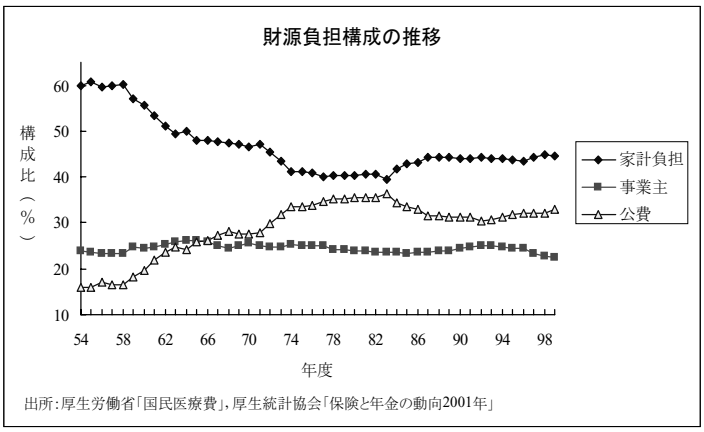
2016年の医療・介護費



高齢者　**70歳以上**　**75歳以上**

図19

財源負担の歴史



出所：厚生労働省「国民医療費」，厚生統計協会「保険と年金の動向2001年」

を追求した結果、こんなに安い医療費でフリーアクセスを実現できた。それを3割負担に戻すことは、国民にとって大きな負担になる。もともと医療保険は、事業主が雇用している社員の健康を守るために始めたものであった。1954年には25%会社が負担していたが、現在では18.9%しか会社は負担していない。なぜ家計からの費用を上げる方向にいくのか、事業主の負担を上げるとか、他のリストラを行うことを考えないのか。（図19）

現在、医療・介護費の財源構成の割合をみると、保険料と自己負担の合計が44.5％である。これを単純に3割負担にすると、46.1％になるし、ボーナスに対して保険料がかかり、高所得高齢者の一部負担金見直し等を加味すると、家計負担が50％を超える時代がすぐに到来する。そうすると50%を超えるような公的保険等は、とても公的と言えるようなものではなくなり、それでは自分で保険に入りますという時代になってくる可能性が高い。そういう人達はまだよいが、本当に困っている人達はどうなるのか？　50%を超える保険料を負担しなければならないような、公的保険は全くナンセンスである。サラリーマンの窓口負担の割合が3割に決められる可能性が出てきたとたんに、

ボーナスに保険料を掛ける割合を 8.5%から段々下げて 8.2%にするなど、小手先だけの財源確保に右往左往している。調査をしっかり行い中期的に長期的に情報管理と試算を行うべきである。そうしないと保険料はもてあそばれるだけとなる。

(図 20)

(図 21) は、日医の主張する 2016 年「公的保険」の目指す姿である。高齢者医療の公費であるが、一般的な医療費は公費の負担の部分はなくす。ここでの公費とは生活保護とか、精神福祉等に対するもので、保険料への負担はしない。保険料 5%、自己負担 5%であり、家計の支出は 10%となる。高齢者医療の割合を先に決め、一般医療費の自己負担を約 20%にする、そして現在事業主の負担が 18.9%までで低下しているのを全体の 30%とする。全体で見ると公費が 37.8%、事業主が 30.0%、家計が 32.2%となる。三者で同等の負担になってくるし、国民一人あたりの家計負担は年間 13.2 万円になる。これは今から概算すると年間 0.7%増加して行くことになる。これくらいの数字であれば合意が得られるのではないか。

4. 医療経営の今後

今後の考え方として、医療費を社会保障費トータルとして考えなければいけない。一人当たりの高齢者関係民生費（福祉費）はどの県でもそんなに差がなく、老人医療費には差が出てくる。この福祉費から老人医療費にお金が流れている。老人医療費の高い県は、この福祉費からお金が多く流れるので福祉費が減少してくる。社会保障費は福祉費と医療費のトータルなのでどの県でもあまり変わりはない。社会保障費全体として把握、議論して行かなければならない。

(図 22)

診療報酬体系のあり方として、薬・材料報酬系と、医師の技術報酬系と、ホスピタルフィーに分けられるし、さらに再生産費用を乗せて診療報酬体系を考えなければならない。再生産費用を一人当たり 150 万円として乗せると、必要な医療・介護費は 59.7 兆円（2016 年）となる。これがあるべき医療・介護費であるが、これが高いか安いかを議論するのではなく、それだけ必要だということを考えな

図20

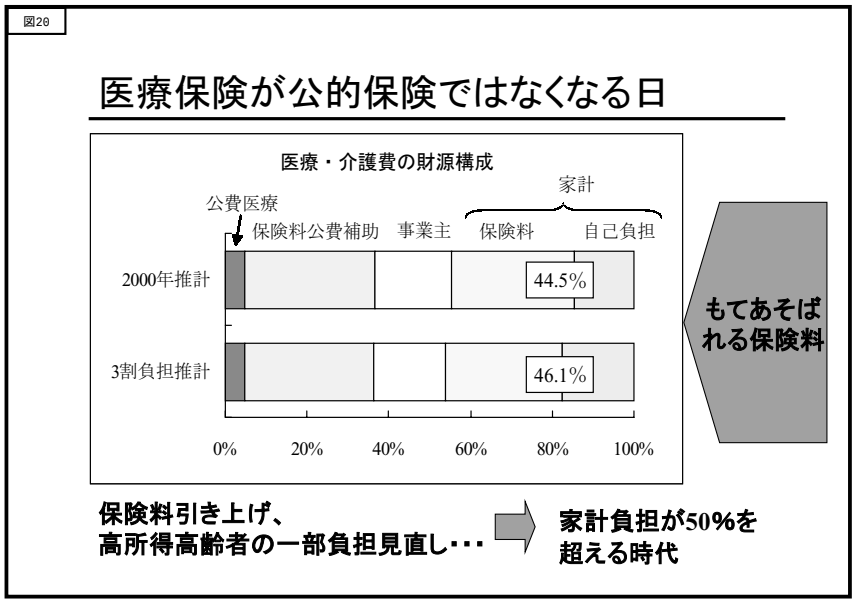


図21

「公的保険」の目指す姿

2016年財源負担内訳

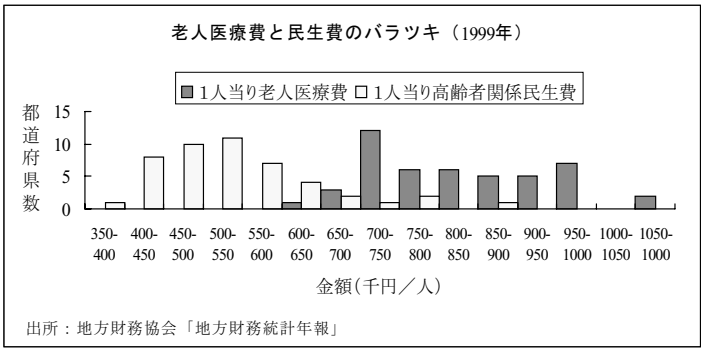
単位:億円

	公費	保険料		②自己負担	家計 ①+②	合計
		事業主	①被保険者			
一般医療	27,478	154,944	87,371	60,579	147,950	330,372
構成比	8.3%	46.9%	26.4%	18.3%	44.8%	100.0%
高齢者医療	168,050	－	9,336	9,336	18,672	186,722
構成比	90.0%	－	5.0%	5.0%	10.0%	100.0%
合計	195,528	154,944	96,707	69,915	166,622	517,094
構成比	37.8%	30.0%	－	－	32.2%	100.0%

国民1人当たり家計負担　13.2 万円／年

図22

(1)社会保障費としての視点



民生費：社会福祉費、老人福祉費、生活保護費

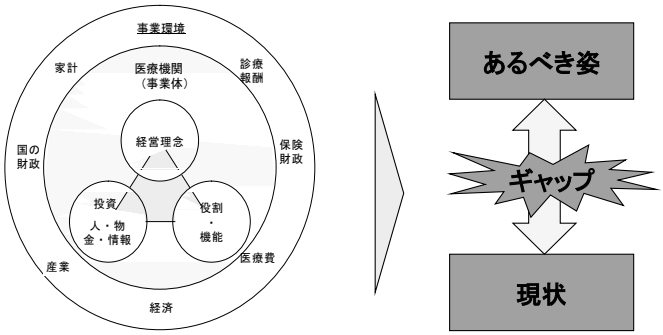
図23

(2)診療報酬体系のあり方

必要な医療・介護費は59.7兆円（2016年）

図24

(3)経営分析は役に立つのか



経営指標はギャップを発見するためのツール

がら、地域に患者さんに安定した医療を提供しなければならない。それだけ必要であるということを、国民に理解してもらわなければならない。(図23)

経営理念と、役割･機能と、投資が繋がり医療機関に役立つか否かを決めなければならない。それ以外に事業環境に取り囲まれているし、それらによって影響を受けざるを得ない。本来理想とするあるべき姿と、現状との間に必ずギャップが存在する。経営分析はそのギャップを発見し、そのギャップの大きさを測るのが経営指標である。ギャップを見つけ次にすべきことの優先順位を付ける。(図24)

例をあげると、「総資本回転率＝売上高÷総資本」が一回であればうまく経営が成り立っているし、1回以上であれば資産を何度も使用したことになり、投資の可能性が出てくる。1回未満の場合は、資産の無駄が有り、資産の圧縮を行わなければならない。例えば組合健保が持っている直営の保養所など、つぎ込んだ資本であるから、この医療保険が大変な時には利益を上げられないその保養所などを売却する、つまり資産の圧縮を行うべきである。貸借対照表を図にしたものである。(図25)

「総資本経営利益率＝総資本÷経営利益」を計算することにより、その利益率が、

例えば銀行に総てを現金として預金した場合の利率と比較して、事業として十分なりたっているかどうかを判断する。そして企業は新しい事業の判断と、「事業の選択と集中」に活用する。(図26)

医療費の問題をもっと国民にしっかり理解していただくために、資料に基づいて説明EBD(Evidence Based Discussion)を行う。

医療費は高い低いではなく、社会保障としての医療として大枠で考えなければならない。

国民にとって地域住民にとっての幸せは何かということ、そこに戻って行かなければならない。きちんとした資料がなく説明責任が果たされていないことが不幸なことである。医療機関が再生産費用をきちんと確保できない、ぎりぎりの経営をせまられていることは、地域住民にとって大変不幸せなことである。

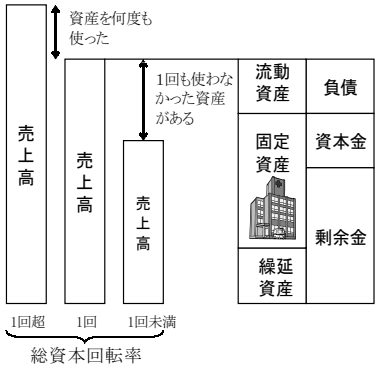
病床規制とか、老人の医療費の伸び率の抑制とか、医療費を抑えればよいなどいう姑息的な考えを捨て、地域住民の現状を考え、そして幸せを考えられる現状にしなければいけない。医療保険はダブダブの贅肉付きの赤字である。まずきちんと改善し、抜本的な改革をEBD(Evidence Based Discussion)で議論して行くことである。(図27)

以上の内容の関連資料をご覧いただきたい。(図28)

図25

経営指標が役立つ局面－投資－

総資本回転率＝売上高÷総資本

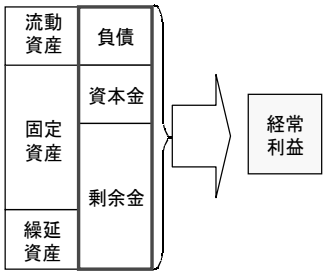


- □ 売上高と資本のバランス
- □ どのくらい投資ができるか
- □ 縮小方向にある企業は、資産の圧縮へ

図26

経営指標が役立つ局面－事業の選択－

総資本経常利益率＝経常利益÷総資本



- □ 新しい事業の判断
- □ 銀行に預けることと比較してみる
- □ 企業は、「事業の選択と集中」に活用

図27

おわりに（まとめ）

- □ EBD（Evidence Based Discussion）
- □ 社会保障としての医療
- □ 地域住民にとっての幸せ

→ 医療制度改革

「福岡県の老人医療費はなぜ1位になったのか
－都道府県・市町村別の医療費要因分析事例－」
→日医総研ホームページhttp://www.jmari.med.or.jp

質疑応答

図28

関連資料

医療制度

「医療のグランドデザイン補遺（2016年版）」日本医師会
「日本の医療保険財政（1999年度版）」日医総研
→日医総研出版係　03-3942-7192

医療費

「医療費経年変化システム」（医療費の予測）
→日医総研ホームページ
http://www.jmari.med.or.jp/

医業経営

「メディダス（医療・介護経営実態調査）」
（医業経営実態調査の分析）
→日医総研・経営分析センターホームページ
http://www.acm.med.or.jp/

質問　厚生労働省からの病院に対する査定は、医療問題の是正や日医のグランドデザインを待つことなしに、どんどん先に進むのではないか。

前田先生　私たちは改善しなければいけないことを研究・分析をし、日々、政治の分野、また厚労省と対決しているが、社会保険病院のあり方や、公的病院の諸問題の是正などが組み込まれてきて、ある程度は役に立っていると思う。また、現場の先生方の声を大きくしていただき後押しをしていただきたい。公的病院につぎ込まれている補助金の問題等も含めての広義の医療費問題、原価等が不明である薬価や医療機器の問題も考えていかなければならない。

質問　テレビでの討論会を見たが、そこでは今の先生の話された内容が話されなくて非常に残念である。医師会内部の先生方には伝わっているのだが、日医理事の先生方の答弁として不満が残った。メディアは厚労省のデータを出すのみで厚労省のいいなりである。もっと働きかけをしなければいけないと思いますが。

藤井会長　日医も頻繁に広報で提出し、記者会見など行うがなかなか取りあげてくれない。厚労省のデータのみを出されてしまう。しかし、現在日医独自の資料はなく、本日のデータも厚労省のデータを基に作成してある。現在、日医も独自の資料作成に努力しておられる。日医は直接医療機関からの調査を行っているが、なかなか参加していただけない。医師会の先生方もどんどん参加していただき、医療側としての資料をきちんと出せることが大事であると思う。前田先生の資料を山口県医療関係団体九者懇で提出させていただき、医療費マップで山口県が高医療費であるということに反論している。すなわち、福祉・医療サービスは結局全国では平均しているはずで、医療費だけで云々しないでいただきたいと主張している。これからも矛盾点を追及していただき、厚労省のデータを補正していく役割が大事である。これからは出されたデータを、厚労省、政府、立法の場にぶっつけて行き議論することが、医師会としての方針である。先生方のお力をお借りし、日医が出した理論を盾にそれを押し込んで行くという力を養っていただきたい。

質問　制限診療の撤廃と、健康保険等の抜本的統一が謳われて 50 年になるが、いまだに海の家・山の家等残り、官民癒着の温床になっているのは何とも納得いかない。薬価の問題であるが、大手メーカーは増益を重ねている現状で、われわればかり攻撃され日医の政治力の限界を感じている。糸氏副会長が、蔵出し価格を公表し透明性を図るようにと主張しておられたが、最近は霞んでしまって残念である。また、医療消費税の問題であるが、日医が損税として提言しているようだが、このまま据え置かれるのではないかと懸念している。

前田先生　日医総研はデータをきちんと取るためにメディダス（医療・介護経営実態調査）への参加をお願いしているが、残念ながら会員の先生方のご協力が少ない。薬価の問題に関しても医療機関の薬剤の仕入れ・在庫の問題なども把握したい

ので、これらもメディダスへの参加をお願いしたい。政治力の前に、実態がつかめていないと厚労省と議論ができないので、日医の正確な医療経営実態調査の分析を行いたい。消費税の問題であるが、なぜ 3%の時に医療費に消費税を掛けないこと承認されたのかよく分からない。では、消費税がどの位の負担になっているのかというデータを持って議論をしないと、話にならない。医療業界だけ消費税が添加できないのはおかしい、という議論だけでは通りにくいと思う。

■藤原副会長挨拶

医療制度が大きな曲がり角に来ている状態で、われわれが、そして医師会としてどうあるべきか、これからの医療の未来像を描く上で非常に参考になりました。われわれの苦手な会計学的な手法を、分かりやすく説明していただきありがとうございます。日医は理論武装ができていないと言われますが、日医総研の先生方のご活躍で少しずつその体制が整ってきているように思います。われわれも理論武装してその中に入って行きながら、日医に資料を提供して社会に訴えて行かなければ、キャッチフレーズだけでは社会に納得してもらえないことを痛感しております。これからもわれわれ医師会に資料を提供、あるいはアドバイスいただくことを願っております。今後の先生のご活躍をさらに期待しております。

訂　正

6 月 1 日号 (NO.1645)P.461「謹弔」にて

藤野　巖　先生

のお名前を誤って掲載いたしました。

皆様には、大変ご迷惑をおかけしましたことを深くお詫び申し上げ、訂正いたします。

謹弔

五十嵐　郁郎　氏　下関市医師会

六月六日、逝去されました。享年七十八歳。つつしんで哀悼の意を表します。

謹弔

中村　隆美　氏　宇部市医師会

六月六日、逝去されました。享年八十七歳。つつしんで哀悼の意を表します。

平成 14 年度勤務医部会理事会

と　き　　5 月 11 日（土）
ところ　　山口県医師会 6 階　会議室

理　事　三浦　修

■藤井県医師会長挨拶

まず、本年 10 月 26 日の全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催にあたり、諸先生方のご支援、ご協力をお願い申し上げたいと思います。

病院にとっても、このたびの診療報酬の改定で種々の影響を受けていることと思いますが、県医師会としましても、4 月 25 日の代議員会で、これに対する抗議が議決され、関係方面にお願いするとともに、早期の再改定あるいは手術に関する施設基準の見直しなどを行ってほしいと申し入れています。日医も 4,5,6 月の 3 か月間における、3000 医療機関からの緊急レセプト集計によって、再改訂に向けての申し入れを予定しています。

また、医療費削減とくに後期高齢者医療の見直しについては、介護保険との兼ね合いで組み立てられていくと思いますが、大きな流れとしては、一般病院の病床の削減、手術例数による減額や、在院日数の減少など医療費削減、病院淘汰の方向に動いており、勤務医の先生方も、しっかりこれに抵抗していただきたいと思います。

もうひとつのお願いは、保険指導についてです。保険指導には、集団指導、個別指導とがありますが、その中で個別指導は高額の医療費やいろいろな情報などで行いますが、集団指導は高点数上位 8% を一律に集めて指導するやり方です。県医としましては、高点数必ずしも悪ならずとする観点から、これに抵抗し、一昨年から医師全員で受ける集団指導を行ってきています。厚生労働省からは、高額上位 8% の集団指導を強く言ってきていますが、山口県方式での昨年出席率 82% の実績を踏まえ、今後ともこの方法を継続していきたいと思います。そこで、今年度は勤務医の先生方にもこの集団指導に積極的に参加していただきたいと思います。集団指導の主催は社会保険事務局ですが、内容としては社会保険診療の事務的事項と保険診療理解のための療担規則の部分的解説です。先生方にも、この集団指導の意味を十分ご理解いただき、ぜひともご協力をお願い申し上げます。

今度の制度改革の中でも、主傷病名、副主病名の問題がありますが、今後電子レセプト請求の問題、また、傷病マスターの整理を含め、先々では機械的審査、保険者機能の強化などに結びつく可能性があり、できるだけ抵抗していきたいと考えています。

医師会の力も、先生方のご協力、ご支援があればこそです。勤務医の先生方にも、ぜひそこのところをご理解いただきたいと思います。

■協議事項

1. 平成 13 年度勤務医部会事業報告

勤務医部会では、勤務医が医師会活動に理解を示し、その上で積極的に参加していただくことを目標に運営を行っている。平成 14 年度に山口県医師会が、「全国医師会勤務医部会連絡協議会」を引き受けることとなり、メインテーマ・特別講演・シンポジウム・ランチョンセミナーの企画を行った。

事業内容としては、

1) 山口大学医学部新入局者と医学部展開系講座教授・県医師会役員との合同協議会・懇談会　5 月 14 日

2) 勤務医部会理事会　6 月 9 日

3) 病院勤務医師懇談会

東部地区　町立大和総合病院　11 月 27 日

西部地区　長門総合病院　2 月 19 日

4) 女性勤務医師懇話会　12 月 8 日

5) 勤務医部会打合せ会

7 月 12 日　8 月 1 日　11 月 19 日

12 月 26 日　2 月 2 日　2 月 17 日

6) 全国医師会勤務医部会連絡協議会シンポジスト打合せ会　3 月 27 日

7) 平成 13 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会（宮崎）　10 月 27 日

8) 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会（日医会館）　11 月 14 日

9) 平成 13 年度勤務医部会総会　2 月 17 日

10) シンポジウム　がんシリーズ 4「緩和医療の現状と課題」を勤務医部会で企画　2 月 17 日

2. 平成 14 年度勤務医部会事業計画

1) 理事会、常任理事会、総会を開催

2) 平成 14 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会担当

3) 山口大学医学部臨床研修医との協議会・懇談会（5 月 14 日に実施）

4) 医師会生涯教育への参加

（平成 15 年 2 月 16 日生涯研修セミナー・シンポジウムの企画）

5) 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会への参加（日医会館）

6）医師会への加入促進

3. 平成 14 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会開催要項（案）について

1) 日時：平成 14 年 10 月 26 日（土）10 時～

2) 場所：協議会　総合保健会館多目的ホール

懇親会　ホテルニュータナカ

3) 開催要領:メインテーマ「ついに来た医療改革」

午前中は日本医師会坪井栄孝会長の特別講演の予定。

ランチョンセミナーとして、2 題予定。

午後は、県内の 5 医療機関による、「医療改革後の勤務医の対応」を中心としたシンポジウムの予定。

出席した勤務医が、できるだけ議論に参加できるような形としたい。

出席者

部会長　福村　昭信（下関厚生病院）

副部会長　為近　義夫（山口赤十字病院）

上田　尚紀（県医師会専務理事）

常任理事　上坂　好一（国立岩国病院）

重田幸二郎（徳山中央病院）

倉田　悟（山口県立中央病院）

三戸　博志（済生会山口総合病院）

岡村　知實（宇部興産中央病院）

山下　勝之（小野田市立病院）

青木　宜治（長門総合病院）

村田　秀雄（都志見病院）

小田　達郎（県医師会常任理事）

三浦　修（県医師会理事）

理事　田中　陸雄（町立大和総合病院）

竹重　元寛（周南記念病院）

理事　山本　憲男（光市立病院）

小田　裕胤（新南陽市民病院）

神徳　眞也（三田尻病院）

下井　利重（共立美東国保病院）

中田　太志（国立山陽病院）

矢賀　健（山口労災病院）

薦田　信（阿知須同仁病院）

千原　龍夫（済生会豊浦町立病院）

玉井　允（済生会下関総合病院）

県医師会

会長　藤井　康宏

理事　濱本　史明

4) 参加者：400 人を予定している。県外からの参加予定者が 243 人であり、県内の各病院・診療所から 1 人以上の参加をお願いしたい。
5) 勤務医アンケート調査
　約 1800 人の常勤勤務医を対象に、6 月 1 日現在の調査を行う。提出期限は 6 月 15 日。
100% の回収をお願いしたい。
6) 前日打合せ会
　10 月 25 日（金）17 時～　ホテルニュータナカ

4. 生涯研修セミナーへの参加について
　平成 15 年 2 月 16 日（日）の山口県医師会生涯研修セミナーで、午前中は 2 題の特別講演が予定されているが、午後のシンポジウムを勤務医部会が企画して行う予定である。具体的な内容については、今後協議・検討していく。

5. 県医師会報「勤務医部会」欄への投稿について
　平成 16 年 6 月 1 日号までの原稿依頼理事が決められており、これを確認の上お願いした。

6. その他
　勤務医の会費の問題を中心に、医師会入会のメリット論や、会費負担を回避する意味での医師会からの脱退の問題などが議論された。県内の病院によっては、医長クラス以下全勤務医に医師会を脱退する動きがみられるなど、非常に危機的な状況であるとの意見もあり、単に会費の問題だけでなく、医師会活動そのものへの問題意識欠如の現れとも思われ、早急な意識改革が求められる。各病院でも、それぞれの勤務医に対して、医師会加入の意義を説き、啓蒙に努めていただきたい。

　また、各郡市医師会の会費にかなりの差があるのも事実であり、県医師会としても、各郡市医師会の会費を把握して、これからの対策に役立てたい。

　今後、一般病院の病床が削減され、在院日数もますます減らされようとしている病院淘汰の動きの中で、勤務医の結束、医師会としての求心力がますます必要となり、勤務医の先生方の意識改革が強く求められる。

ご案内

第 212 回 木曜会
（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と　き　7 月 4 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 14 回〕
　　－不整脈－

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

Ca拮抗剤
薬価基準収載
ニバジール®錠 2mg 4mg　Nivadil® Tablets
（ニルバジピン錠）
劇薬・指定医薬品・要指示医薬品注）
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

ご案内

日本医師会認定健康スポーツ医制度における健康スポーツ医学再研修会について

標記のうち、中四国・九州地区において開催されるものは下記のとおりです。

記

■岡山市医師会
①開催日時：7 月 19 日 (金)19:30 ～ 21:00
②受講資格：日医認定健康スポーツ医他
③演　　題：1　生活習慣病予防マニュアル－運動編－（仮題）
[岡山大学教育学部教授　高橋　香代]
④単位数：1 単位

■松山市医師会・北条市温泉郡医師会
①開催日時：7 月 6 日 (土)16:00 ～ 18:00
②受講資格：日医認定健康スポーツ医他
③演　　題：1　スポーツにおける頭部外傷の診断－スポーツする子供達の清々しい笑顔を楽しんでみませんか　[北条フェニックス脳神経外科院長　篠原　伸也]
④単位数：1 単位

■大分県医師会
①開催日時：6 月 29 日 (土)14:00 ～ 17:00
②受講資格：日医認定健康スポーツ医及び医師会員
③演　　題：1　脳発達トレーニング　[東広島大森整形外科スポーツクリニック　米沢　和洋]
2　メンタルマネジメント　[奈良教育大学スポーツ心理学教授　岡澤　祥訓]
④単位数：2 単位

病医院のニーズにあった医事業務の提供
㈱ ニチイ学館
[illegible]

平成 14 年度中国四国ブロック医師会 広報担当理事連絡協議会

と　き　5 月 25 日（土）午後 2 時～午後 4 時 20 分
ところ　ホテルニューオータニ鳥取　2 階「はまなす」
主　催　日本医師会
担　当　鳥取県医師会

理　事　吉本　正博

広報担当理事連絡協議会は、原則として隔年ごとに全国規模とブロック別規模で開催されることになっている。通常であれば今年度は全国規模で開催される予定であったが、地域での日医広報活動に対する意見要望を集約することに重点をおくことを目的として、ブロック別に開催されることになった。

■ 1．日医広報活動について（報告）

最初に、今年度から広報担当となった雪下國雄日医常任理事より、平成 14 年度の日医の広報活動計画の説明があった。事業計画の大枠は前年度と大差なく、（1）日医ニュースの刊行、（2）広報委員会の開催、（3）日医 FAX ニュースの送信、（4）理事会速報の送信、（5）テレビ「からだ元気科」の放映、（6）「日本医師会テレビ健康講座」の放映、（7）心に残る医療－私の体験記コンクール－（第 21 回）の実施、（8）「生命（いのち）を見つめる」フォトコンテストの実施、（9）新聞を利用しての意見広告等の実施、（10）全国ブロック別広報担当理事連絡協議会の開催、（11）その他の広報活動、となっている。

（1）対内広報活動について

対内広報活動としては、（1）日医ニュースの刊行、（3）日医 FAX ニュースの送信、（4）理事会速報の送信の 3 つが挙げられている。速報性を要するものは日医 FAX ニュースで、少し遅れても内容を詳細に知らせたいものは日医ニュースで、と分けて掲載するという方針できた。日医 FAX ニュースは週に 2 回、約 2,700 か所に送信されているが、これは郡市医師会の役員レベルまでということになる。日医の動き、国の動きを会員に理解してもらうためには、毎週送信される理事会速報と合わせ、郡市医師会に届いた日医 FAX ニュースを、郡市医師会の FAX 網で、各会員の先生方に送っていただきたいとの要望があった。しかし、郡市医師会が所属会員すべてに FAX 送信を行うのは、経費の面で無理があると思われる。

現在県医師会では、メーリングリスト（ML）で登録会員に「日医感染症・食中毒情報」「日医 FAX ニュース」を流している。今後さらに「日医理事会速報」「県医理事会速報」も ML で提供したいと考えている。また今回のこの協議会で、「医薬品情報」等緊急を要するものについては ML で流してほしいと要望しており、前向きに検討するとの回答を得ている。情報を早く手に入れたいと希望する会員は、ぜひインターネット接続環境を準備していただき、県医師会にメールアドレスを登録していただくようお願いしておきたい。

（2）対外広報活動について

対外広報活動としては、5）テレビ「からだ元

気科」の放映、(6)「日本医師会テレビ健康講座」の放映、(7) 心に残る医療－私の体験記コンクール－（第 21 回）の実施、(8)「生命（いのち）を見つめる」フォトコンテストの実施、(9) 新聞を利用しての意見広告等の実施が挙げられている。

雪下常任は「国民の健康を守り、医療を考える医師会であることを何とか国民に理解していただき、国民とともにそういう運動を展開していかないと効果がない。」と述べ、そのためには「対外広報活動についても見直しが必要と考えている。」とし、「国民に理解していただくためには、まず媒体として入ってくるマスコミに理解していただき、国民への PR に協力していただかなければならない。」と述べた。マスコミ対策としては、毎週火曜日の常任理事会の後に記者会見を行っており、また必要な場合には厚生労働省のプレスクラブに出向いて記者会見を開いている。またメディアからの取材申し込みにはできるだけ協力しているが、申し込み数が膨大であり、全部には応じ切れていないのが現状であるという。そのほかの対外広報としては、2 年前から市民公開講座が開催されている。一昨年は「感染症」、今年は「たばこの問題」「心の問題」「性感染症」をテーマとして 3 回開催され、NHK の金曜フォーラムでも放映された。また新しい国民向け広報として、「医療歳時記」というパンフレットを配布し、各医療機関の窓口に置いてもらうことを企画しているという。

(3) 広報委員会の再編制

雪下常任は「対内広報と対外広報は別々のものでなく、互いに連携することにより効果を上げることができる。特に対内広報の成功は会員の意識を高揚させることに役立ち、対内広報の徹底が会員の対外広報への協力拡大につながると考えている。対内広報の充実なくして対外広報はありえない。」と、当面は、対内広報活動の充実に力を入れていく方針を明らかにした。

これに伴い、日医の広報委員会の役割が変更されることになった。日医ニュースは広報委員会で編集を行っていたが、今後は新たに発足する編集グループがこれを行い、広報委員会は日医の広報戦略全般について検討する組織となる。また 8 ブロックから選出された委員は、各ブロックからの記事や意見をとりまとめて広報委員会に持ち寄る役割も期待されており、会員の意見を広報活動に反映、活用していく予定であるという。

■ 2．協議事項

(1) 日医の広報活動（対内・対外）のあり方

平成 14 年 4 月 2 日の日医代議員会における会長所信演説の中で、坪井日医会長は、新しい執行部の行動の柱として 3 項目を掲げ、その一つとして「受け身の広報活動から攻めの広報活動に重点を置くこと」を挙げ、「より戦略的な、かつ立体的な広報活動を起こしていく」ために、「広報を一方向でなく双方向性を持たせるために、会内に情報・広報センターの設置も考えて」いると述べている（日本医師会雑誌第 127 巻第 8 号　平成 14 年 4 月 15 日号)。

今回の協議会では坪井会長の言う「攻めの広報活動への転換」が話題となり、「何が大きく変わるのかを具体的に示してほしい。今までの広報の何が足りなかったのか。従来の広報が正しければ、公共性のある医療機関を残さなければならないという国民のコンセンサスが得られたはずなのに、それが得られなかったのはどこが悪かったのか。」という意見が続出した。

これに対して雪下常任は「一番反省させられることは、会員からの意見の聴取が不十分であったことだ。そのことで今回の医療制度改革、診療報酬改訂等において、日医執行部と会員との間に理解し合えない隔壁ができたのではと考えている。」と述べ、「会員一人ひとりへの情報の提供と意見の聴取、すなわち情報の双方向性が重要であると考えている。」と回答した。

「今回の健保法改正及び診療報酬改訂に関連して、糸氏日医副会長が『国民と患者の認識が違うことを実感した』と発言した。まさにその通りと思っている。」「よい医療を提供するという原点に戻り、健康な国民、病んでいる患者、それぞれの目線で一緒に考えていこうという姿勢が大切である。」という意見が出された。これに対して雪下常任は「今までは、診療報酬や医療制度に関して

は政府に近いところの活動で何とかなった。最後の段階でひっくり返って何とかなったという経緯がある。小泉総理は厚生大臣の経験があるので、同じ手法では改革はとてもできないと考え、医療関係者、厚生労働省は全員シャットアウトで改革を考えていこうとした。今後もそのような形になるのであれば、国民に理解していただき、国民とともに活動していかなければ、小泉流改革には歯が立たないという危惧が会長にあったのではないか」と回答した。

坪井会長が提言した「情報・広報センター」構想について、「現在、日医では情報と広報が別々に活動している。この構想も情報と広報の両者が一体となって初めて機能すると考えられる。この組織がどうなるのか。そこで何をやろうとしているのか。」という質問が出された。これについては「正確な情報、全体を網羅した情報を集めていくと言うのが情報の仕事。その情報をうまく活用して、有効に対内、対外に情報を発信していくのが広報と考えている。お互いの連携が必要ということで、センター構想が出てきたわけで、具体的な内容については青柳副会長、西島常任理事、雪下常任理事で検討している途中である。」との回答であった。

(2) 会員の意識改革の必要性

「国民の理解を得るためには、会員の意識改革、国民との信頼関係の構築が重要と日医は強調している。昨年、医師親睦野球大会が開催されたが、中四国ブロックからの補助金が 128 万円、決勝戦の会場が東京ドームだというのでは、『やはりお医者さんは金持ち集団だな』という印象を国民に植え付ける結果になったのでないか。」「医師会報の中に『レジャースポット』というコーナーがあるが、『医者がいつまでもゴルフや外車の話ではいかがか』という辛口の意見が寄せられたことがある」という意見が出されたが、雪下常任も「代議員会で社保本人 3 割負担に反対の意見が多数提出されたが、それは 3 割になると患者が減るから医者が困るという医療者側の論理からのもので、国民の立場に立った意見は皆無であった。このことは代議員会を取材に来ていたマスコミから指摘された。」と同意を示した。

(3) 情報伝達方法の見直し

「ORCA プロジェクトも担当理事に知らされる前にマスコミに出て、その後短期間に試験運用参加医療機関や協力業者の募集を都道府県医師会に依頼された。また医師賠償保険の限度額の見直し要望に対して、1 億円を超える補償は考えていないと言う回答があって間もなく、代議員会で突然「特約保険」が出てきて、募集を依頼された。代議員会、理事会の承認がないとその事業が動かないのは理解しているが、準備期間がないと困ることも多いので、『現在こんなことを委員会やプロジェクトで検討している』程度の情報を事前に提供できないか。今回の診療報酬改訂のように急に出てくると、皆がかっかすることもあるのではないか。」「今回の健保法改正及び診療報酬改定に当たって、2.7% の診療報酬マイナス改訂が出てきた背景、その後の経緯等を知らせてほしかった」等の意見があった。結果だけでなく途中経過を会員に知らせることの大切さについては、日医だけでなく県医師会も今後の課題として検討を行う必要があると痛感したところである。

(4) ML 、掲示板の活用について

今回の協議会では情報の双方向性の重要性が強調された。双方向性のコミュニケーション・ツールとして、ML あるいはホームページでの掲示板の有用性は高く評価されている。鳥取県では全会員の 21.5% が ML に参加し、非常に活発に意見の交換がなされているという。しかし各県から問題点もいくつか指摘された。「発言が一部の会員に偏りがちである」「発言が中傷や誹謗、あるいは無責任な内容になる懸念がある」「ウイルスが混入する危険性がある」等々である。一方運営にあたっては、「返事を書かないと意見がこなくなる」「担当理事に返事を書くように言っているがなかなか書いてくれない」「議論の方向性をコーディネートする人物が必要」等の意見があった。

「全会員を対象とした ML あるいは『ツリー型掲示板』を日医に開設してほしい」という意見も出されたが、「掲示板、ML には積極的に取り組んでいきたいが、メール数が多くなりすぎると現在のスタッフで対応できるか。また ML 参加者が 20% 以下という現状では、日医でそれだけの時

間をかけてやるべきかどうかは疑問である。県単位でネットワークを構築し、県あるいはブロック単位で意見を集約して、日医に上げてほしいと考えている。」との回答であったが、「ネットワークを使える人が10%なら、10%の会員にはそれを利用し、そして残りの90%には別の手段を利用しようと考えるのが攻めの広報ではないか」との反論もなされた。

MLは情報の伝達に利用するのには、きわめて便利なツールである。緊急を要する伝達事項、会員にぜひとも知っておいてほしい事柄を伝えるのに、MLを利用しないという手はない。要はこのように便利なツールの存在を担当役員（日医役員、県医役員）が理解し、担当職員の協力を得て情報を流す努力を怠らないことと考える。ただMLには上記のような危険性もあるし、読みたくもないメールが毎日多数送られてくる状況になると、重要なメールを見落としてしまう可能性もある。またすべての意見、質問に担当役員が責任を持って回答できるかというと不可能であると言わざるを得ない。したがって日医が用意する会員向けMLは伝達専用であるべきと考える。ただ都道府県医師会のネットワーク網にMLが開設されているのであれば、都道府県医師会経由でメールを送付するという方法もある。ただ直接会員の生の声を聞く手段も用意しておく必要もあるのではなかろうか。その手段としてはMLではなく、掲示板が適当であるというのが多数の意見であった。

(5) 日医の禁煙宣言に基づいた取り組み

現在、日本医師会館は全面禁煙となっている。同じく医師会館の完全禁煙を実施しているのは、徳島県、愛媛県、鳥取県の3県で、その他の県は喫煙コーナーを設置し、会議室、事務室での禁煙を実施している。特に広島県は、空気清浄機を備えた喫煙コーナーを設置し、分煙対策を実施しているという。

喫煙者に対する啓蒙活動も重要であるが、子供に対する喫煙防止教育の方がより効果的である。多くの県では、郡市医師会レベルで、子供を対象とした喫煙防止教育を実施している。日医への要望として「たばこ自動販売機の撤去キャンペーンを実施してほしい」という意見が提出された。

(6) 日医に対する要望

協議会の最後に日医に対する要望がまとめられた。「日医総研のデータを日医から国民にわかりやすく提供してほしい」「医薬品情報は日医から県医、郡市医師会という順で流すと会員に到達するまでに時間がかかる。通達が届く前にマスコミから報道され、会員からお叱りを受けることがある。『感染症・食中毒情報』のように即時に会員に届けることができるように、MLで流してほしい」「通達事項はできるだけ郡市医師会に流すようにしているが、一部の医師会から情報が多すぎるので、県医師会で取捨選択してほしいという希望が出ている。日医からの通達文書に重要度ランク、対象医療機関、対象会員等の区分を付記することはできないか」「昨年12月、都道府県ごとに地方新聞で意見広告を掲載したが、それに対して10通の意見が届いた。日医が言うように新聞での意見広告が必ずしも効果がないとは思えない。今後も日医から補助金を出していただいて、都道府県単位で意見広告が出せるようにしてほしい」等々である。

やまぎんスーパー変動金利定期預金〈投信セット〉
株式投資信託のご購入と同時にお預け入れされると、預入日から
6か月間の上乗せ利率が 年1%
中途解約された場合、当行所定の中途解約利率を適用します。詳しくは店頭の説明書をご覧ください。
・スーパー変動金利定期預金の預入金額・・・30万円以上
・株式投資信託の購入金額・・・・・・・・スーパー変動金利定期預金の預入額以上
あなたのドリームサポーター
山口銀行
平成14年4月1日現在

県医師会の動き

副会長　藤原　淳

「目に青葉、山・・・」という言葉がぴったりくる山陰の旅、5月25日中国四国医師会連合総会の帰途の車窓風景であった。「永久に」しかし、「(次の）通知があるまで永久に」という菅谷常任の言葉を引っさげての帰りの気分はあまり晴れ晴れしたものではなかった。主傷病名記載について、これで会員の先生方を本当に説得できるのか、これは果たして現状を解決してくれるものなのか不安な気持ちが往来した。

でも、ともかく今月も時系列で県医師会の動きをお伝えしたい。

5月連休明け、県医師会も動きが鈍いとの常套句で始めるところであろうが、先月下旬、にわかに決まった県内5か所のいわゆる「保険ミーティング」決定での幕開けで、のんびりした気分は微塵もない。さらに、この時期、どこの医療機関も一緒であろうが、学校健診、成人病健診、会社健診等があり、本業でも目がまわるほど忙しい毎日。タイトな5月、過ぎれば充実という言葉で終えられるか。

「保険ミーティング」が5月8日の宇部市を皮切りに始まった。日医代議員会ミニチュア版だったといったら失礼か。約2時間のノーガードのフリートーキング。保険に関する具体的Q&Aはほんの付け足しで約10分間行った程度。診療を終えて直ぐ駆けつけるわけで、食事は無論お預け、しかも、お茶も水も出ない世界。鍛えられた！

5月9日（木）の理事会では、本年10月25日に全国医師会勤務医部会連絡協議会が山口県引き受けに決まったことと、その分担の発表があった。藤井会長就任以降、どうも何かと行事、出来事が舞い込んでくるような気がする。これも福男のうち？

医師国保関係では久しぶりに木下常任が吼えた。去る、4月25日、福島での全国医師国民健康保険組合連合会代表者会議で行われた同国保問題検討委員会委員としての発表を再現。山口県医師国保も市町村国保なみの7割給付・全面的自家診療への取り組みを今後の課題としている。流暢な理論展開ではあった。敢えて問題点をいえば、モラル・ハザードを問題としなければいけないところ。この全国大会も来年秋に当県が主催で開催が決まっている。

また、藤井会長からは、4月の県医代議員会で議決した要望書をもって上京し、県選出国会議員に手渡したという報告の中で、「組織の代表の言葉より、やはり、会員の先生方の代議士へのジカの話し掛け、つまり口コミが大切である」と。ウン。

5月12日（日）、生涯研修セミナーの特別講演Ⅲでは、今春、日医総研の主席研究員となられたばかりの前田由美子先生を再びお迎えし、「医業経営の現状と今後－医療のグランドデザインに関連して－」というテーマでお話いただいた。迫力ある話し振りが印象的であった。日医総研の評価が固まる中で、洗脳者的人物は困る。「だれかさんのように直ぐ飛び立たないで」と要望しておいた。

5月14日（火）、宇部で山口大学医学部新入医局者・展開系講座教授・県医師会役員との懇談会を開催。参加者は115名と多い。この会もすでに9回目、研修医の先生方に医師会を少しでも理解してもらおうという趣旨のものだが、効果は不明である。が、直ぐ求めるものでもない。ただ、食事代が浮いたと喜んでいただいていることだけは確か。沖田山大附属病院長、福村県勤務医部会長にご挨拶いただいた。今回、藤井会長は日医連執行委員会・日医役員就任披露パーティー出席のため不在であったが、柏村副会長が立派に代わりを果たした。もともと、風貌は会長クラスであることは万人の認めるところ、挨拶もよかったともっぱらの内輪評。

5月16日（木）、山口社会保険事務局との打合せがあった。山口県では集団指導と従来の個別指導を拡充した形での保険指導を行っている。こ

の席で集団的個別指導復活の話が出た。医師会として、なぜ山口県では集団的個別指導を止めたのか、これまでの経緯を説明し、行政側の理解を得た。山口県では医師会が行政と協力し、いわば山口県独自の集団指導を行っている。この集団指導については、歴史は僅か 2 年と浅いが、会員からも一定の評価を得ている。第一、指導会場の雰囲気も第 1 回目とは雲泥の差があると感じている（年 2 回でこれまで 4 回開催、出席率も極めて高い）。指導は対象者に保険ルールをよく知ってもらい、医療保険の枠組みの中で円滑に機能させることを目的とするもので、もとより主導権争いではない。ましてや、行政側が代わるごとにシステムを変えるべきものでもない。

5 月 17 日（金）、基金運営委員会で、今回の診療報酬請求書等の記載要領一部改正通知「傷病名」欄についての対応を協議した。この中で「当分の間」の解釈を、とりあえず、これまでの山口県ルールに基づいての会員周知という観点から、8 月分より対応することを申し合わせた。

藤野巖元県医師会長逝く。5 月 18 日（土）多数の参列者の中、葬儀がしめやかに行われた。薫陶を受けた者として、涙もない。先生の口癖だった「その通り」と御遺影からお声がするような錯覚がした。「その通り」、この言葉で、多くの人がどれだけ勇気付けられたか。情熱の人、心意気の人、酔った時ふと漏らされた言葉、「あなた方が思うほど立派ではない」。人間くささもあった。愛すべき人、藤野巖先生に合掌。よき人と出会えたことを深く心に刻んで生きたい。

5 月 23 日（木）、郡市保険担当理事協議会が開催された。会員からの意見・要望も 52 題と例年にも増して多かった。これまでは具体的事例の回答に終始し、総論的意見・要望は拝聴するということが常であったが、今回はむしろ県執行部として総論の方に十分な時間を割いて行い、終わってみれば 2 時間半の長丁場となった。午後 5 時からの県健康福祉部との懇話会に保険担当は大遅刻、県の今年の施策説明をかなり聞き逃した。今回は医師会側の事前質問もなくやや低調。反省としたい。

5 月 25 日（土）、26 日（日）と鳥取市で中国四国医師会連合総会が開催された。前回のこの欄で紹介したように、今回は当番県の鳥取県医が現場の意見をより明確にし、日医の政策に反映される意味を込めて、議題による協議とは別に意見・要望を取り纏めた。形式的には新しいが、内容は従来とほとんど変わっていない。事前の各県への理解を求める作業が不十分であったかと思われるが、新しいステップと考えてみることは必要である。各分科会の協議内容については「報告」に譲るが、冒頭のレセプト主傷病名記載についての件に少し触れておくと、正直なところ菅谷常任の発言については半信半疑であった。結果的にまた現場で対応せざるを得ないのだろうか、と。

夜の懇親会は、一時の息抜き。主催側からは話題の人、片山県知事等の挨拶などあり、それなりに楽しい。ところで、山口からは 2 人の事務局の女性が出席。外での女性はまた違う。思わず、一世一代のほめ言葉を放った。「オノ・ヨーコばりで、いいですね」。結果は、ただ睨まれただけで終わった。次の席の女性には言葉を飲み込み、笑顔だけにした。やはり、身のホドを知らないとまずいようだ。

5 月 27 日(月)午前、基金より「朗報」来る。やっと、当事者外からの情報で、「当分の間」を確かなものと実感した。思えば、菅谷常任は鳥取での懇親会には出席されず帰省された。裏では日医の対応があったものと考える。同日夕の下関市医師会での「保険ミーティング」は、シリーズ最後で、少しのお土産ができた思いだった。5 月 13 日(月)防府、5 月 21 日（火）徳山・下松・光、5 月 24 日（金）山口市・吉南と合せて 5 回シリーズ。この会も時間の経過とともに議論の対象もマイナス改定から、主傷病名記載、再診料の逓減、手術料の減算、長期薬剤投与等に話題が移っていった。また、それぞれの地区の性格、特色が出ていて、生の雰囲気を感じたことは貴重であった。われわれにとって、今回の改定は必ずしもネガティブな面だけではない。先の選挙にしろ、少しずつでは

あるが、会員が目を覚ましつつあると受け止めている。唯、日医をこき下ろして、日医に場当たり的対応を余儀なくさせると、困るのは会員のみならず国民である。現場の意見は当然貴重で、医療行政に生かされないといけないが、あまりそれに迎合しすぎると、日本の医療の将来設計ができない。その時こそ、日医の崩壊である。

5 月 30 日（木）、新年度はじめての郡市会長会議。時は過ぎて、特に勤務医の医師会脱会問題が中心となった。医師会入会のメリットは？　これをうまく説明できる人はそういまい。しかし、一口で言えば医師のプロフェッショナル・フリーダムを守る組織だと言い切ることができるかと思う。説明が足りないが、ボキャ貧ではなく、紙数が足りないということで今回はお許しを。

この欄、2 度目にして早々と賞賛（？）の声をあちこちからいただいた。「なにより辞書要らずなのがよい」。だれのフォローもいりません。

日医 FAX ニュース

5 月 31 日

- 小泉首相との直接交渉を重視　坪井会長
- 「医療特区」設定に明確な反対姿勢示す
- 中国四国医師会連合総会開催
- 英国医師会の「医師とたばこ」翻訳版を配布

---

6 月 4 日

- 医療制度改革は財政論と切り分けて議論
- 新高齢者医療制度の保険料は月 8400 円
- 診療報酬改定で診療所外来は「12.3%減」
- 手術料減算は現実とのギャップみて柔軟に対応
- 予後不良患者の「心のケア」で対応
- 年金積立金のうち 87.8 兆円以上が不良債権化

---

6 月 7 日

- 医療費適正化「指針」で「実行ある施策」を
- 出来高払い制を根本的に見直し
- 薬事法等改正案を全会一致で可決
- 「共通の会計基準」に向けた議論に着手
- 医療制度抜本改革に向け検討委員会を設置
- 在宅サービスの提供体制充実を鮮明に
- 介護保険施設は地域特性に応じた整備を

まるでわが家にいるような理想の高齢者施設を、松下グループの総合力で。パナホームからの提案です。

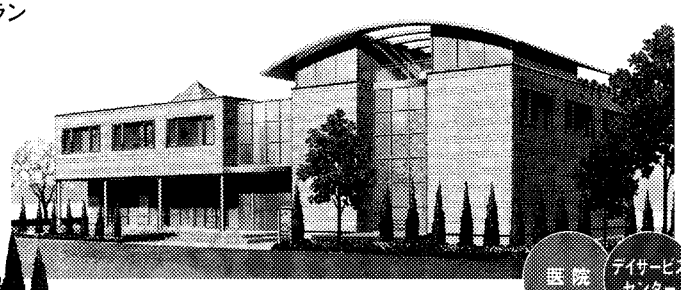
本格的な少子高齢社会を迎えたいま、
家庭的な温もりのなかで高齢者が誇りを持ってくらせる
良質な施設の整備が急がれています。
パナホームでは、住宅建築で培ってきた実績と
さまざまな高齢者福祉事業を展開する
松下グループの総合力を結集して、
これからの時代にふさわしい高齢者施設をご提案し、
経営計画の作成から運営・管理までトータルにサポート。
さらに、医院との複合施設など幅広いご要望に
きめ細かくお応えしてまいります。
高齢時代の地域社会に貢献し、
より安定した経営基盤を確立するために、
パナホームの技術とノウハウを、ぜひお役立てください。

新くらし文化を創造する National PanaHome

グループホーム　デイサービスセンター

グループホーム＋デイサービスセンタープラン

高齢者痴呆ケアの切り札といわれるグループホームに、
デイサービスセンターを併設したプラン。
戸建住宅を思わせる低層の建物を点在させ、
わが家にいるような雰囲気を生み出しています。



医院　デイサービスセンター

医院＋デイサービスセンタープラン

診療機能とデイサービス機能を融合させ、
患者さんの利便性と医院経営上のメリットを同時に実現したプランです。

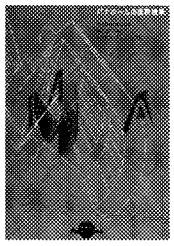
医院　自宅

医院＋自宅プラン

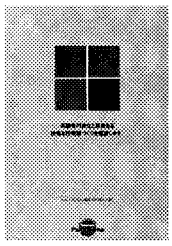
いつも先生がいらっしゃる安心感から、
地域との一体感が深まるプランです。
街並みとの調和を大切にしながら、医院の存在をアピールします。

詳しい資料を差し上げます。

ハガキに住所・氏名・年齢・職業・電話番号・ご希望のカタログ名をご明記の上、下記までお送りください。



医院建築カタログ
社会背景から建築のポイントやモデルプランまで、成功する医院のハードとソフトをご紹介。



高齢者施設カタログ
オピニオンリーダーからの提言を交えながら、豊富なプラン例でこれからの高齢者施設をご提案。

資料ご請求先

National 株式会社パナホーム山口 ☎083-972-4304

本社／〒754-0015 吉敷郡小郡町大江町6番31号
山口営業所／〒754-0015 吉敷郡小郡町大江町6番31号 ☎(083)972-4304
下関営業所／〒751-0877 下関市秋根東町3番39号 ☎(0832)56-1591
徳山営業所／〒745-0056 徳山市新宿通3丁目17番（神谷ビル2階） ☎(0834)31-8380
萩営業所／〒758-0025 萩市大字土原288-13（アザレビル1階） ☎(0838)25-5580
岩国営業所／〒740-0018 岩国市麻里布町3丁目16-15 ☎(0827)29-3055

いしの声

最近とみに思うこと

柳井　新郷　雄一

小泉首相による上意下達的診療報酬改訂が4月より実施され、当初2.7%のダウンということであったが、だれでも簡単なシミュレーションによってこれを大幅に下回ることは明白であった。しかるに政府は、改革の痛みを平等に分かつという観点から「三方一両損」なる言葉を振りかざし、日本医師会も、国がいう診療報酬の下げ幅を5.8%から医療本体の引き下げ率1.3%、薬価・材料費の1.4%と合わせて2.7%まで頑張ったから理解してほしいと医師会会員に訴えていた。しかし、3月下旬の診療報酬改訂説明会の蓋を開けてみると、日本の医師の40%が内科医であるが、明らかに内科寄りの改訂で、外科、整形外科は窮地に立たされるような改訂で、到底納得できる内容ではなかった。この件については多くの先生の論文で発表済みなのであえて多くは取り上げないが、この改訂は明らかに痛みを背負ったのは国民と医療側だけで、国民一両、医師二両損の構図に他ならない。

言葉の遊びとしか思えない種々の指導管理料、いじめと取れる手術症例数、真綿で首を絞めるようなリハビリ再診を中心とした月内4回目以降の受診料逓減制導入、各診療項目のダウン、これらを総合的に試算すると、最低でも10%弱、最大20%程度のダウンが予想される。この現実を目のあたりにし、会員からの突き上げに動揺した医師会執行部は、急遽全国2,000か所の診療所、1,000か所の病院の昨年度の4月から6月までの診療報酬との比較調査を行うことを決定し、このデータをもとに再改訂を要求するという。

日医には、日医総研という立派なシンクタンクがあるという。日医の政策決定の基盤を受け持つ彼らには今回の状況は早くから予想されていたと思うし、そうであったと願いたい。彼らのデータを充分に活用できなかった執行部の責任は重大であり、猛反省を促したい。

この度の新執行部編成に当たり、これまで日医総研担当は1人の副会長が当たっていたが、これからは3人の副会長が担当するという。これで緻密な政策論議ができるものと期待する。また坪井会長は、これからは「攻めの広報」に徹すると明言されているが、私もまったく同感であるし、おおいに期待するところでもある。

柳井医師会においては、市広報を通じて（残念ながら昨年度で掲載中止となったが）と2か月に1回のペースで市民に医療の現状を啓発する目的で医療情報会報を発行してきたが、これからは中央が責任をもって、国民が分かりやすく、十分納得でき、われわれの医師会活動に期待と応援されるような広報活動を期待する。

開業・医院経営をあらゆる面からサポートします。
総合メディカル株式会社
フリーコール0120-33-7613

お知らせ

開業医承継支援事業のご案内

社会福祉・医療事業団は、地域医療の確保に資するため、平成元年度から高齢等の事情により引退を考えているものの後継者がいない開業医に開業希望医を紹介し、診療所の存続を支援する「開業承継支援事業」を実施しています。

この事業は平成元年より大都市を中心に実施しておりましたが、開業医の高齢化が他の地域においても進行していること等から、平成１１年４月から対象地域を全国に拡大し、現在に至っております。

なお、この事業を利用して開業医の紹介を受けようとする場合は、予め事業団に登録しておく必要があります。当医師会でもパンフレットを用意していますが、詳しくは事業団の「開業医承継支援事業担当者」あてにお問い合わせ下さい。

社会福祉・医療事業団　（医療経営指導室）
TEL：０３－３４３８－９９３２
FAX：０３－３４３８－０３７１
E-mail：wam_kikaku01@wamnet.wam.go.jp

ご案内

学　術　講　演　会

と　き　　7 月 4 日（木）　午後 7 時～
ところ　　ホテルサンルート徳山
　　徳山市築港町 8-33　TEL（0834-32-2611）

特別講演　「糖尿病患者における動脈壁硬化とその臨床的意義」
　　大阪市立大学大学院医学研究科代謝内分泌病態内科学講師　庄司　哲雄

※日本医師会生涯教育制度による単位（５単位）が取得できます。

共催　徳山医師会ほか

ご案内

日本医師会認定産業医制度指定研修会

注：（　）内の数字は単位数

■東京都医師会　TEL 03-3519-2110
生涯・実地（2）　7/5（金）
生涯・専門（1）　7/5（金）

■中央区医師会（東京都）　TEL 03-3358-5360
基礎・後期（6）　8/11（日）
生涯・更新（1）　8/11（日）
生涯・専門（5）　8/11（日）

■日本橋医師会（東京都）　TEL 03-3666-0682
基礎・後期（5）　7/6（土）
生涯・更新（2）　7/6（土）
生涯・専門（3）　7/6（土）

■荒川区医師会（東京都）　TEL 03-3893-2331
基礎・実地（2）　7/9（火）
生涯・実地（2）　7/9（火）

■西多摩医師会（東京都）　TEL 03-3358-5360
基礎・実地（2）　7/27（土）
基礎・後期（3）　7/27（土）
生涯・更新（1）　7/27（土）
生涯・実地（2）　7/27（土）
生涯・専門（2）　7/27（土）

■慈恵医師会（東京都）　TEL 03-3358-5360
基礎・実地（1）　7/20（土）
基礎・後期（7）　7/20（土）
生涯・更新（1）　7/20（土）
生涯・実地（1）　7/20（土）
生涯・専門（6）　7/20（土）

■日本医科大学医師会（東京都）
TEL 03-3822-2131
基礎・実地（4）　8/31（土）
基礎・後期（1）　8/31（土）
生涯・実地（4）　8/31（土）
生涯・専門（1）　8/31（土）

■中央労働災害防止協会（東京都）
TEL 03-3452-3137
生涯・専門（3日間で5）
9/18（水）～ 20（金）
生涯・専門（3）　12/19（木）
生涯・専門（2日間で3）
H15.2/8（土）～ 9（日）

■日本労働安全衛生コンサルタント会（東京都）
TEL 03-3358-5360
基礎・後期（5）　7/7（日）
生涯・更新（各1）　7/7（日）、8/4（日）
生涯・専門（各4）　7/7（日）、8/4（日）

■関東産業健康管理研究会（東京都）
TEL 03-3358-4001
生涯・専門（3）　7/6（土）

■愛知県医師会　TEL 052-241-4136
基礎・実地（各2）　7/30（火）、8/21（水）
基礎・実地（各3）　7/27（土）、9/14（土）
基礎・後期（各2）　7/9（火）、7/17（水）、8/5（月）、8/19（月）、9/30（月）
生涯・更新（各2）　7/9（火）、8/5（月）
生涯・実地（各2）　7/30（火）、8/21（水）
生涯・実地（各3）　7/27（土）、9/14（土）
生涯・専門（各2）　7/17（水）、8/19（月）、9/30（月）

■豊橋市医師会（愛知県）　TEL 0532-45-4911
基礎・後期（各4）　7/14（日）、7/28（日）
生涯・更新（各2）　7/14（日）、7/28（日）
生涯・専門（各2）　7/14（日）、7/28（日）

■滋賀県医師会　TEL 077-524-1273
基礎・実地（各2）　7/16（火）、8/6（火）
基礎・後期（2.5）　7/13（土）
基礎・後期（3）　7/24（水）

生涯・更新（1）　7/24（水）
生涯・実地（各2）　7/16（火）、8/6（火）
生涯・専門（2）　7/24（水）
生涯・専門（2.5）　7/13（土）

■京都府医師会　TEL 075-312-3671
基礎・実地（2）　8/29（木）
基礎・後期（3）　7/18（木）
生涯・更新（1）　7/18（木）
生涯・実地（2）　8/29（木）
生涯・専門（2）　7/18（木）

■大阪府医師会　TEL 06-6763-7002
生涯・更新（1）　7/28（日）
生涯・専門（5）　7/28（日）

■堺市医師会（大阪府）　TEL 072-221-2330
基礎・実地（1）　7/11（木）
基礎・後期（1）　7/11（木）
生涯・実地（1）　7/11（木）
生涯・専門（1）　7/11（木）

■日本産業衛生学会（大阪府）
TEL 06-6266-2181
基礎・後期（各3）　7/13（土）、8/31（土）
生涯・専門（各3）　7/13（土）、8/31（土）

■中央労働災害防止協会（大阪府）
TEL 06-6448-3450
生涯・専門（3日間で5）
10/30（水）～ 11/1（金）
生涯・専門（3）　H15.2/13（木）

■大阪府立高等学校校医会（大阪府）
TEL 06-4305-0369
基礎・後期（3）　7/27（土）
生涯・専門（3）　7/27（土）

■尼崎市医師会（兵庫県）　TEL 06-6426-6333
基礎・後期（2）　7/13（土）
生涯・専門（2）　7/13（土）

■日本動脈硬化学会（兵庫県）
TEL 078-382-5846
基礎・後期（2）　7/18（木）
生涯・専門（2）　7/18（木）

■和歌山県医師会　TEL 073-424-5101
基礎・前期（各7）　7/20（土）、7/21（日）
基礎・実地（1.5）　7/18（木）
基礎・後期（1）　7/18（木）
生涯・実地（1.5）　7/18（木）
生涯・専門（1）　7/18（木）

■島根県医師会　TEL 0852-21-3454
基礎・後期（3）　7/7（日）
生涯・更新（1）　7/7（日）
生涯・専門（2）　7/7（日）

■岡山県医師会　TEL 086-272-3225
基礎・実地（2.5）　7/25（木）
生涯・実地（2.5）　7/25（木）

■岡山大学（岡山県）　TEL 086-235-7174
基礎・実地（2）　7/5（金）
基礎・後期（2）　7/5（金）
生涯・実地（2）　7/5（金）
生涯・専門（2）　7/5（金）

■広島県医師会　TEL 082-224-1361
基礎・実地（各2）　7/4（木）、7/11（木）、7/18（木）、7/25（木）、10/30（水）、11/6（水）、11/14（木）
基礎・後期（2）　7/30（火）
基礎・後期（6）　7/14（日）
生涯・更新（2）　7/14（日）
生涯・実地（各2）　7/4（木）、7/11（木）、7/18（木）、7/25（木）、10/30（水）、11/6（水）、11/14（木）
生涯・専門（2）　7/30（火）
生涯・更新（4）　7/14（日）

■福山市医師会（広島県）　TEL 084-922-0243
基礎・後期（２）　7/10（水）
生涯・専門（２）　7/10（水）

■山口県医師会　TEL 083-922-2510
基礎・実地（2.5）　7/14（日）
基礎・後期（1.5）　7/14（日）
生涯・実地（2.5）　7/14（日）
生涯・専門（1.5）　7/14（日）

■山口県内科医会（山口県）　TEL 083-922-2510
基礎・後期（２）　8/25（日）
生涯・専門（２）　8/25（日）

■徳島県医師会　TEL 088-622-0264
基礎・後期（各２）　7/4（木）、7/16（火）、8/7（水）、8/29（木）、9/3（火）、9/20（金）
生涯・専門（各２）　7/4（木）、7/16（火）、8/7（水）、8/29（木）、9/3（火）、9/20（金）

■香川県医師会　TEL 087-861-2307
基礎・前期（２）　8/22（木）
基礎・実地（各２）　9/26（木）、10/24（木）11/28（木）
生涯・実地（各２）　9/26（木）、10/24（木）11/28（木）

■香川医科大学医師会（香川県）
TEL 087-891-2384
基礎・前期（２）　8/2（金）
基礎・後期（２）　9/6（金）
生涯・更新（２）　9/6（金）

■東宇和郡医師会（愛媛県）　TEL 089-943-7582
基礎・後期（２）　7/14（日）
生涯・専門（２）　7/14（日）

■高知県医師会　TEL 088-824-8366
基礎・後期（1.5）　7/6（土）
生涯・専門（1.5）　7/6（土）

■福岡県医師会　TEL 092-431-4564
基礎・後期（各２）　7/16（火）、7/19（金）
生涯・更新（各１）　7/16（火）、7/19（金）
生涯・専門（各１）　7/16（火）、7/19（金）

■北九州市医師会（福岡県）　TEL 093-681-6035
基礎・後期（２）　7/11（木）
生涯・専門（２）　7/11（木）

■福岡市医師会（福岡県）　TEL 092-852-1500
基礎・後期（２）　7/24（水）
生涯・専門（２）　7/24（水）

■産業医科大学（福岡県）　TEL 093-603-1611
生涯・更新（42）
6/4（火）～ H15.3/19（水）
生涯・実地（226.5）
6/6（木）～ H15.5/20（火）
生涯・専門（711）
6/3（月）～ H15.5/26（月）

■日本職業・災害医学会（福岡県）
TEL 093-691-7265
基礎・後期（２日間で５）
10/25（金）～ 10/26（土）
生涯・専門（２日間で５）
10/25（金）～ 10/26（土）

■佐賀県医師会　TEL 0952-33-1414
基礎・前期（７）　8/24（土）
基礎・実地（４）　7/13（土）
生涯・実地（４）　7/13（土）

■長崎県医師会　TEL 095-844-1111
基礎・前期（各１）　7/13（土）、7/14（日）
基礎・後期（３）　7/13（土）
基礎・後期（５）　7/14（日）
生涯・更新（１）　7/13（土）
生涯・専門（２）　7/13（土）
生涯・専門（５）　7/14（日）

■熊本県医師会　TEL 096-354-3838
基礎・実地（５）　8/31（土）
基礎・後期（３）　7/23（火）
生涯・実地（５）　8/31（土）

生涯・専門（3） 7/23（火）

■大分県医師会　TEL 097-532-9121
基礎・後期（2） 7/23（火）
基礎・後期（3） 7/27（土）
生涯・更新（3） 7/27（土）
生涯・専門（2） 7/23（火）

■宮崎県医師会　TEL 0985-22-5118
基礎・前期（4） 8/31（土）
基礎・後期（各 2） 7/3（水）、7/10（水）、7/19（金）、7/25（木）、8/9（金）、8/20（火）
基礎・後期（4.5） 7/13（土）
生涯・更新（2） 7/19（金）
生涯・専門（各 2） 7/3（水）、7/10（水）、7/25（木）、8/9（金）、8/20（火）
生涯・専門（4.5） 7/13（土）

■鹿児島県医師会　TEL 099-254-8121
基礎・後期（5） 7/20（土）
生涯・更新（1） 7/20（土）
生涯・専門（4） 7/20（土）

■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■

※上記研修会は、日本医師会認定産業医制度における認定（基礎研修）または更新（生涯研修）のための単位として認められます。なお、上記研修会のプログラム、受講申し込み等の詳細につきましては、すべて主催の医師会等にご連絡ください。

ご案内

平成 14 年度胃がん検診講習会

と　き　　平成 14 年 8 月 1 日（木） 午後 3 ～ 5 時
ところ　　山口グランドホテル（小郡駅新幹線口）
　　吉敷郡小郡町黄金町 1 番 1 号

講習会
胃 X 線検査の実際（胃がん検診について）
1　教育講座（15：00 ～ 16：00）
「胃 X 線写真を悪くする要因」
社会保険下関厚生病院放射線科　村上　誠一
2　特別講演（16：00 ～ 17：00）
「胃がん検診の問題点－福岡県の現状から－」
福岡大学医学部放射線科講師　北川　晋二

受 講 料　　山口県消化器がん検診研究会員は無料。非会員は 2,000 円
取得単位　　日本医師会生涯教育制度　3 単位

受贈図書・資料等一覧

（H14.05.01 ～ 05.31）

名　称	寄贈者（敬称略）	受付日
平成 12 年　県民歯科疾患実態調査報告書	山口県健康福祉部	5・2
2001 年　地域保健医療基礎統計	厚生労働省	5・7
Welcome to my　クリニック　～検査において～	河郷　忍	5・7
ONODA NURSING SCHOOL　50th ANNIVERSARY	小野田准看護学院	5・12
臨床と研究　5 月　第 79 巻　第 5 号	大道学館出版部	5・20
山口県立大学　看護学部紀要　第 6 号	山口県立大学	5・25
日本医師会生涯教育シリーズ　食事指導の ABC	日本医師会	5・28

鯉のぼり

うすらひ句会

たなびける異国の城の鯉のぼり　小嶋　英幸

再婚の友は堂々五月風

母の日に我を母としメロン届く　尾中　福恵

夕月や淡わ淡わ空色星すみれ

暖かや息子を傍に瑠璃光寺　三浦　郁恵

退院の家を旋回つばめ来る

鯉のぼりまこと素直に泳ぎをり　和田千賀子

幽艶に光を得たり藤の花

古刹訪ふ朝より立夏の雨となる　根木　京子

筆塚の湿り払ひし初夏の風

編集後記

○相変わらず医療事故の記事がメディアを賑わしています。

○厚生労働省・医療安全対策検討会議は 14 年 4 月 17 日付けで「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」を発表し、厚生労働省に答申しました。

○第 1 章「今後の医療安全対策」、第 2 章「医療安全の確保に当たっての当面の課題と解決方策」、第 3 章「国として当面取り組むべき課題」、以上 3 章から構成されています。

○報告書の特記すべきことは第 3 章の 1「医療機関における安全管理体制の整備の徹底」の項で、今年 10 月 1 日から病院、有床診療所に安全対策を義務化し、これを診療報酬に反映させていることです。

○現在、厚労省はこの報告書を受け対応しているところですが、今回もまた、対策がとられていない場合は減額する手法が検討されているようです。減額の手法は医療安全対策を真剣に取り組む医療機関にとってさらなる負担を強いるもので到底納得がいきません。厚労省の善処を希望したいものです。

○現在、医療安全推進者の養成に関しては、日医が行っている「医療安全推進者養成講座」がわが国で行われている唯一の養成講座と思われます。今後、多数の参加が望まれます。

○山口県医師会においても 7 月 14 日（日）に安全対策に関する講演会を予定していますので会員の多数のご参加をお願いします。（東）