

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 10 月 21 日号

1658



戦いを終えて

河野 俊貞 撮

第 20 回全国共同利用施設総会	888
中国四国医師会介護保険・医療保険研究会.....	894
第 36 回中国四国医師会連合医学会	900
都市医師会長会議.....	904
医療情報システム委員会.....	910
理事会.....	912

日医 FAX ニュース	903
県医師会の動き.....	914
受贈図書・資料等一覧.....	920
編集後記.....	920
お知らせ・ご案内	911 ~ 920

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 20 回全国医師会共同利用施設総会

と き 平成 14 年 9 月 7 日(土)・8 日(日)

ところ 大宮ソニックシティホール

[報告] 専務理事 上田 尚紀

理 事 廣中 弘・津田 廣文

特別講演

医療改革で何を変えるのか

日本医師会長 坪井 栄孝

・財務官僚と営利業者によって日本の皆保険制度は累卵の危機にある

財政優先論に惑わされ、皆保険制度を崩壊させるような改革論は、いかなることがあっても阻止しなくてはならない。

・日本の医療に必要な改革論は

敢えて医療改革を論ずるとすれば、21 世紀の医療は患者が選ぶ医療、患者に選ばれる医療の構築である。

この事業には、4 つのキーワードがある。医療情報の開示 競争原理の導入 医療の質管理 医の倫理の昂揚である。

・患者が積極的に自己選択していく医療の構築のために

患者にとってもっとも関心のある重要項目は、医師、あるいは医療機関の倫理観である。日常の診療において高い志を恒常的に持ち続ける努力が結実して他との比較に勝り得るかが、まさに医療に競争原理が入り込んでくる必然的理由になる。昨今、市場原理主義者の唱えている自由市場の競争原理とは倫理観の有無をとってみても明らかに相違がある。

・医療現場の意識構造の改革

医療の現場が 21 世紀に本来の姿を保ったまま

存続するためには、医療の安全性の担保と質の高い優れた医療の提供、完璧な情報開示が必須事項であり、医療を受ける側もこの整えられた条件を認知して、自己選択する認識を向上させていくことが必要である。

医療費を抑制すれば日本の医療改革は成立すると考えている財務官僚と不勉強な政治が、医療政策決定の鍵を握っている現状では、医療における小泉改革は、小手先だけの戯れ事ではない。

日本の医療改革の視点は、財政の辻褄合わせではない、国民が渴望している医療制度をつくり上げることにある。そのために医療人が官僚支配の政策決定手法を排除して、国民とともに自主的な管理医療をつくっていくことである。

(今回の坪井会長の講演内容に関し、山口県医師会報 No.1653 号 P.713 をぜひご再読ください)

県内共同利用施設紹介

1. 大宮医師会市民病院

大宮医師会長 羽島 雅之

昭和 47 年 7 月開設(110 床)、昭和 55 年公設民営「大宮広域救急医療センター」併設、平成 10 年 10 月「地域医療支援病院」の承認を受ける。
(1) 大宮医師会立大宮准看護学校 (2) 大宮医師会看護専門学校 (3) 大宮医師会訪問看護センターを運営。

現在許可病床数は 240 床。さいたま市において、「心と心のふれあう医療」を目標に地域住民に密着した病院として、開放型共同利用施設であ

る地域医療支援病院の特性を活かして、地域における医療・保健・福祉サービスの総合的供給体制の確保・向上に努め、さらに、さいたま市の小児救急医療の拠点病院として今日に至っている。

今後は、オーダリングシステムの整備、病院機能評価が不可欠となる。電子カルテをはじめとする医療情報システムに関しては、国際疾病分類 (ICD) コードと診断群分類 (DRG) を活用し、種々のデータを集積、分析のうえ良質で効率的かつ質の評価を的確に行う必要がある。

2. 東松山医師会病院

東松山医師会長 齋藤 守男

昭和 42 年 1 月、会員数 32 名、75 床で開放型病院として開設、現在会員数 57 名、一般病棟 161 床、療養型病棟 93 床で運営。本年 2 月に地域医療支援病院の承認を得た。

休日・夜間診療並びに第二次救急医療機関、公衆衛生活動、臨床検査センターの運営、訪問看護ステーションの運営、通所リハビリの運営をしている。

公衆衛生活動としては、平成 12 年 2 月に健診センターを開設、検査機器と併せて画像ファイリングシステム (フクダ電子製ハイメディオン) を導入した。

3. 浦和医師会メディカルセンター

浦和医師会長 高梨 邦彦

昭和 40 年に創立、昭和 55 年に従来の臨床検査を主体とした検査部門の他に検診部門を併設し現在にいたる。

検査受付には自動読みとり装置 (OCR) を導入、受付業務の迅速化、効率化を図る。放射線室には 1989 年に X 線画像処理装置 FCR-7000 を導入、胸部、乳房、消化器、整形外科の各分野の精密検診に利用されており、また、肺がん検診の高度化を目指し CT を導入した。

4. 川越市医師会介護老人保健施設いぶき

川越市医師会理事 藤田 龍一

川越市は埼玉県の南東に位置し、東京都に近接する。平成 15 年 4 月 1 日より中核市に指定予定の大都市近郊の町である。平成 14 年 5 月 1 日現

在、人口 329,802 人、うち高齢者人口 (65 歳以上)45,607 人 (高齢化 13.83%) であるが、今後急激に高齢化が進むことが予測されている。

川越市医師会は共同利用施設として、2 か所事業施設を設置している。川越市医師会訪問看護ステーション及び居宅介護支援事業所「こすもす」(平成 5 年 2 月開設)は、100 余名の医師会員より、主治医指示書をいただき、年間のべ 1,400 余名に訪問看護を行っている。

介護老人保健施設いぶき (平成 9 年 4 月開設)は、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所「あけぼの」、訪問看護事業所「ひまわり」を併設、入所 120 名 (うち痴呆棟 58 床、一般棟 62 床、120 床中 20 床をショートステイに対応)及び、デイケア 29 名の事業規模で運営している。

平成 14 年度全国医師会共同利用施設

施設長・検査技師長連絡協議会報告

施設長・検査技師長連絡協議会長

福岡市医師会長 竹嶋 康弘

平成 13 年度の第 14 回全国医師会共同利用施設長・検査技師長連絡協議会並びに第 28 回技師長研修会、さらに平成 14 年度第 15 回同連絡協議会・第 29 回技師長研修会について合わせて報告された。

[記：廣中 弘]

分科会

「医師会共同利用施設と医療情報ネットワーク」

第 1 分科会 (医師会病院関係)

「医師会病院今後の役割 - 情報ネットワークの活用による地域医療充実を目指して -」

1. 医師会病院の存亡をかけて

釧路市医師会理事 足立 功一

釧路市医師会病院は、昭和 60 年に設立以来、365 日、24 時間対応一次、二次救急をメインに

診てきた。過去、2 度にわたる大きな地震（釧路沖地震等）の際も、被災民のほとんどが医師会病院に来院、大規模災害にも対応できる優秀で信頼できる病院として高い評価をうけた。平成 4 年には不採算部門の検査センターを釧路方式と言われる独立した経営管理に切り替え、平成 6 年には健診センターを開設し経営を立て直し、現在は無借金体制で経営を続けている。

平成 10 年以降入院患者が減少、平均在院日数の低下に伴い病床稼働率の低下、会員からの紹介患者の減少、医師会員と医師会病院との関係が希薄になってきていることが、患者数減少、収入減の一因と考えられた。そこで、平成 11 年 8 月、地域医療支援病院の承認を受け、当院を中心とした医師会病診連携システムを構築する方針を打ち出した。

「島津製作所：病診連携支援システム SimCOM」を採用、釧路市医師会病院内にサーバーを置き、お互いにインターネットを利用し情報の共有と交換を行っている。現在、システム参加登録者は 48 施設。これに参加できない会員には、FAX による連携を充実させている。

2. 秋田県成人病医療センター副センター長 向島 偕

財団法人秋田県成人病医療センターは、昭和 59 年 4 月、公設民営理念のもとに発足、全県的な登録医を中心に紹介外来型、開放型の二次・三次医療を展開。平成 12 年 2 月には地域医療支援病院の承認を受けた。病床数 127 床で新看護体系 2:1、職員数は医師 19 名を含む 201 名。平成 13 年度実績は、1 日平均外来患者数 159 名、1 日平均入院患者数 94.9 名、病床利用率 75%、紹介率 95.7%、逆紹介率 90.7% であった。登録医療機関の 62% に利用されており、慢性期医療の支援や末期消化器がんの終末期疼痛に対して、緩和ケア病棟はないが、チーム医療での疼痛治療や患者ニーズに合わせた在宅ホスピスを展開し、在宅末期総合診療（在医総）や在総診 24 時間連携体制へと連携を広げている。また診療情報の電子化、共有化を目指した登録医とのネットワーク化（現在 10 医療機関）も始めている。

3. 既存のコンピューターシステムを活用した病診連携の検討

東松山医師会副会長 門脇 脩

平成 12 年 2 月健診センター開設と同時に画像ファイリングシステムを導入、臨床検査センターでは Web ブラウザーによる検査結果問い合わせが可能。平成 14 年 3 月に医事システム NEC 製 PC-IBARS を導入。これら 3 つのシステムの特徴はいずれもデータベースにアタッチができ、市販のデータベースでのデータ操作が可能となっている点である。

4. 私どもの医療情報ネットワーク

唐津東松浦医師会理事 大庭 忠弘

昭和 38 年唐津胃研究所を設立し、その後健康検診センターとして運営、平成 8 年唐津市と提携し「唐津地域総合保健医療センター」を設立、その中の医師会立共同利用施設として健康検診センター・医療センターを設置、翌 9 年両者を併合し唐津東松浦医師会医療センターとして開放型病院の指定を受け、開放型病棟や MRI・CT 等の高額医療機器・検査機器の共同利用を行っている。

平成 11 年及び平成 12 年度医療施設等施設整備費補助金の募集事業の一つ「地域医療情報化推進事業」をきっかけとして、「医療情報ネットワーク」の構築を計画した。医療センターにサーバー・端末 3 台・スキャナー他を整備、39 医療機関がパソコンを購入した。昨年 10 月よりイントラネットを利用した情報ネットワークを構築し、医療センターで受託している CT・MRI 等の画像検査の予約、検査画像の送受信を行っている。参加医療機関はパソコン新規購入者 39 と既存機器利用 29、合計 63 医療機関であるが、画像検査をネットで予約している医療機関は 30 に満たない。高額なハード・ソフトにより、可能な限りの利便性を備えた情報ネットワークを構築しても、それを活用する医師会員が少なければ地域医療の充実とは言いがたい。情報ネットワークにアクセスしない先生方にはいかに参加してもらおうかが、今後の問題点と思われる。

[記：廣中 弘]

第 2 分科会（検査・健診センター関係）

「会員の求める検査・検診センター

- 情報ネットワークを活用した将来展望 -」

1. 浦和医師会メディカルセンター

浦和医師会理事 利根川 洋二

検査部門と検診部門の 2 本立てで地域医療に貢献している。検診部門は診療報酬点数の引き下げなどで厳しい体制にあるが、全会員支援のもと利用率は 82 ~ 86% であり、収入は横這い状態である。検診部は、人間ドックが減少傾向にあるものの、女性ヘルスチェック検診等のサービスで結果的には従前なみの収益を保っている、

今後は予約業務等をシステム化し、メール機能を用いて、再受診の勧奨や画像遠隔診断等を視野に置いて情報ネットワークを保健・福祉へと発展させたい。

2. 上越地域総合健康管理センター

上越医師会長 山崎 英彦

会員受託検査の利用率低下に対して医師会が民間企業 B 社と業務提携し、検査を外部委託とした。迅速な集配、オンライン化、時系列データ提供などで営業力が向上し、新規開業会員の利用率も 100% となった。保健事業では基本健診、婦人、学校、職域を通じての懇談会で収益が伸びた。

今後も会員ニーズの先取りや IT 化を進める予定であるが、制度改革やマイナス改定、民間業者との競合など医師会立の共同利用施設の将来を阻む要因も多々ある。

3. 大阪府医師会保健医療センター

大阪府医師会理事 難波 俊司

センター業務としては医療部門（画像診断、内視鏡診断、乳房、婦人科検診）、検診部門（人間ドック、脳ドック、企業検診）、病理診断部門が 3 本柱である。現行システムはかかりつけ医からの FAX 予約患者にオーダーに基づいた検査を実施し、検査所見とフィルム等を患者に手渡している。患者はそれを持って、かかりつけ医を受診する。

今後は効率のよい IT ネットワーク化を検討しているが、今回の改定で MR は従前の 82% に落

ちるなどの打撃を受け、ネットワーク導入時の高コスト負担など多くの問題点を抱えている。

4. 福山市医師会総合検診センター

福山市医師会理事 森近 茂

総合健診センターは検体検査、病理、健診、医療情報室よりなり黒字経営である。当医師会は 1997 年に会員をイントラネットで結び情報の均一化を計った。また医療情報室が中心となりハード配布、サーバー管理、パソコン教室の開催などを行っている。さらに医師会がインターネットプロバイダーとして当センター利用会員にインターネットの世界を E メールアドレスとともに無料で提供している。このイントラ・インターネットを通じて、カラー病理画像も提供している。また、ORCA 推進協議会を結成し、今年 9 月より医師会支援による会員の ORCA 実運用を開始する。

今後さらに各種情報コンテンツを提供していきたいが、これには向上心と継続性がキーワードとして求められる。

[記：上田 尚紀]

第 3 分科会

（介護老人保健施設、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション関係）
「介護保険導入後の総括と将来展望」

1. 川越市医師会理事 小川 正時

川越市は人口 33 万人（高齢化 13.83%）で、川越医師会には、共同利用施設として訪問看護ステーションと平成 9 年開設された介護老人保健施設「いぶき」がある。入所 120 名（痴呆棟 58 床、20 床はショートステイに対応）及びデイケア 29 名の事業規模で運営されており、昨年 1 年間の病床稼働率は 95.3% であった。平均在所日数は平成 13 年の 5.6 ヶ月に対して 1 年後の平成 14 年には 10.4 ヶ月と 1 年間で約 5 ヶ月延びている。

全国的にも介護保険以後、老人保健施設の在所日数が延び「ミニ特養」などといわれて久しいが、居宅支援の施設としての老健をどのように修正して新しくデザインしていくかが問われている。家

庭復帰が困難で、長期入所に至っている利用者をまとめてみると 介護力不足、重介護、サービス量不足などの因子が混在している。

今後、老人保健施設の役割を「家庭復帰」にとどまらず、特養待ちのグループ、施設主体型のグループ、ショートステイも含めた在宅主体のグループなどに分けた対応が求められている。そして、どのタイプの利用者や家族にも、居宅を支援する施設の役割を今後活かすには、街づくり（子供からお年寄りまでがともに暮らせる）

居宅環境整備（能力や状況にあった居宅づくり） 施設の構造改革（入所者のニーズにあった老健施設の改造でユニット化や個室化）など医師会共同利用施設の立場から柔軟に対応していく必要がある。

最後に入所者の重症化に伴い、事故防止委員会を平成 12 年に発足して、ヒヤリハットなどの「事故報告」の共有化により一昨年の骨折事故 14 件に比較し昨年は 2 件と効果がでてきたことを報告された。

2. 焼津市医師会長 篠原 彰

焼津市は人口 12 万人（高齢化率 17.8%）で、要介護認定者数は 11% の 2,300 人、約 80% の 1,860 人がサービスを利用している。

焼津市医師会在宅支援事業の現状

焼津市医師会の在宅支援事業部には、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所がある。これら 4 事業所の総合収支は 12 年度 1,000 万円、13 年度は 1,500 万円の黒字であった。

今後の展望

このように運営面においては順調な滑り出しを行うことができたが、医師会員の介護保険に対する関心は高いとはいえず、在宅支援事業という観点からは、共同利用施設として本来担うべき「会員の診療支援」という目的は十分に果たされていない。特に、訪問看護の利用における会員間の格差が大きい。地域住民の大病院志向の続く現状では、診療所と病院の機能分担の推進、特に、在宅医療の推進は地域医師会にとって最重要施策であ

り、その点からも在宅医療支援のための医師会共同利用施設諸事業の発展が強く望まれる。

また、全国的に特養を中心に施設待機者が増え続けている。介護保険の理念に基づき、居宅サービスの需要を掘り起こすためには、まず、開業医の意識啓発、そして、かかりつけ医による医療の担保の下での在宅キュア・ケアを進展させることが重要になってくる。

医師会共同利用として円滑な在宅支援事業の運営には、こうした会員の意識向上に伴う、チームケアとしての訪問看護、訪問リハ、訪問介護等の訪問系サービスの利用促進が強く期待される。

その他

焼津医師会は地域中核病院の焼津市立病院と協議を重ねた結果、主治医意見書を原則開業医が書くことを取り決めたとの報告があり、非常に画期的であると、司会者から評価された。

3. 高齢化先進地での郡市医師会による介護保険事業の展開

益田市美濃郡医師会立益田地域医療センター
医師会病院長 狩野 稔久

島根県は全国一高齢化の進む県で、特に当医師会が活動を行っている地域は、高齢化の顕著な地域であり、そのため、地域医師会としては、従来の狭義の医療のみにとらわれていては地域ニーズに応えることができず、日常診療のなかにおいても、高齢者ケアに無関心でいられない地域背景があった。

当医師会での介護保険事業の実際

現在、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、ホームヘルプ事業所、居宅介護支援事業所、通所リハビリテーション、医師会病院（療養病床を含む）などの介護保険関連サービスを整備・実施をしている。しかし、医師会及び地域全体にとっても、これらの事業を最大限有効に活用し、より大きなメリットを生むためには、医師会が単にハードを整備し漫然と運営を行っているだけでは不十分であり、「病診連携」「医療と介護サービスの連携」を推進しさまざまな社会資源を有機的に結びつけて、速やかに適切なサービスを提供でき

るソフト面を整備することが肝要であることを強調された。

介護保険関連事業によるさまざまな利点

(サービスの連携がスムーズに図られることによる利点)

医師会の利点

- 1) 医師会病院の在院日数の短縮化
- 2) 介護老人保健施設の入所者確保および顧客(在宅療養をしながら繰り返し施設を利用いただくリピーター)の確保
- 3) 事業展開を行っている各種居宅介護サービスの顧客確保
- 4) 医師会員への逆紹介
- 5) 高齢者が在宅生活を継続できることでの会員医師の患者の確保
- 6) 医療的リスクの高い患者の受け皿として療養病床の活用

患者(利用者)の利点

- 1) 退院時や在宅療養中の状態変化によるニーズにマッチしたサービスが会員医師や医師会の相談窓口で即応的に利用できる。
- 2) 医療と一体化したサービス提供が受けられることへの安心感や信頼感が持てる。

地域への利点

医療と介護保険サービスの間での円滑な流れをつくることで、個々の患者自身はもとより地域の医療・福祉の質的向上に繋がる。

4. 長崎市医師会副会長・長崎県医師会理事

野田 剛稔

長崎市は人口約 42 万人の中核都市で高齢化率 20%である。介護保険関連事業として、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所、通所介護事業所と委託事業として1つの基幹型と3つの地域型在宅介護支援センターを運営している。

介護保険制度のもとで医師会はなにをすべきかという観点から、短期的には 医療側の再教育、地域住民活動のリーダーの育成、ボランティア活動家の養成、長期的には 医療保険と介護保険の整合性を如何にするか、居宅と施設サービスのどちらを優先させるべきか、高齢者に対する医療とは何か、について述べられた。

最後に長崎市介護認定審査会のユニークな「長崎方式」を紹介された。長崎方式とは、認定の合理化と標準化を最大の目的として工夫されたもので、1人の対象者を2人の審査員が判定し、一致すれば介護度は決定、不一致の場合は二次審査へと回り、合議体で決定する。それでもなお決定できない例は各合議体の長と審査委員会会長とで構成される運営委員会で合議されるという形式である。ただし、2人の審査委員は相手が誰だかわからないようにしている。ダブルブラインド方式とも呼んでいる。この方式により認定審査は比較的スムーズに行われている。

[記：津田 廣文]



Ca拮抗剤

ニバジール[®]錠

(ニルバジピン錠)

薬価基準収載

錠 ^{2mg}/_{4mg}

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

Nivadil[®] Tablets

●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



資料請求先：
藤沢薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514

作成年月2001年11月

中国四国医師会 介護保険研究会・医療保険研究会

と き 平成 14 年 9 月 14 日 (土)
ところ 高松市

介護保険研究会

はじめに鳥取県医師会副会長野島先生より開会の挨拶があった。司会は鳥取県常任理事の渡辺先生で、今回のコメンテーターは日医の青柳副会長に代わり、新しく日医の常任理事になられた青井禮子先生が出席された。各県からの一般提出議題 14 題、鳥取県からの来年の介護報酬の改正すべき項目についての各県の意見・要望、日医への提言について協議された。

A：要介護認定と介護サービス計画

- 1) 主治医意見書研修会について (広島県)
- 2) 介護保険における主治医の問題点について (徳島県)
- 3) 主治医研修会について (愛媛県)

いずれも主治医意見書研修会への医師、特に勤務医の参加が悪く、勤務医の意見書のできが悪い点を指摘された。各県とも勤務医対策に苦慮しているが、対策として、意見書を書く医師を認定審査会委員として出務させる、病院内で研修会を開催する、勤務医用に資料を配布するなどであった。なお、山口県(藤野常任)から、「国保連合会の協力を得て本年 5 月分の主治医意見書作成請求件数を分析した結果、開業医からのものは 2,711 件、病院からのものは 3,720 件で 1.37 倍病院からのものが多い」また、「下関での検討結果総合病院からの意見書の占める割合が 16%であった」との報告があった。

- 4) 訪問調査員の質について (愛媛県)

最近、各介護認定審査会で問題となる事案につ

いて、同一の訪問調査員が調査をしていたケースがみられる場合があり、市町村が訪問調査員を委嘱する際に質を担保することの必要性を指摘され各県の状況を問われた。

各県とも年に数回の認定調査員研修はおこなっており、島根県から、「認定審査会の委員が講師となり事例をもとに各圏域ごとに現任者研修を行っている」と報告された。

- 5) ケアプランのフィードバックについて (香川県)

今回の診療報酬改定にともない、6 か月を越える長期入院患者の自己負担が 15%になると当該患者が多数退院して在宅への移行が増え、在宅での医療行為を行う機会も増加する。その結果、現在より一層ケアプランのチェックが重要となる。ケアカンファランスへの主治医の出席は時間的に困難なことも多く改善の傾向がないので、せめてケアプランの確実なフィードバックが必要と思われる。各県の現状、対策を伺いたい。

島根県、岡山県から、「痴呆のある人のケアプラン作成には医師が積極的に対処する必要がある」との指摘があった。ケアプランのフィードバックが十分に行われていないことは各県とも共通であった。藤野常任から「アンケート調査に基づいた山口県の現状で、ケアプランをほとんど入手しているが 15.2%、一部について入手しているが 38.3%、入手していないが 46.5%」と報告され、また、「宇部市では、本年 8 月からファックスを利用してケアプランを意見書を記載した医師に提示し、医師が意見を書く制度がスタートした」ことを紹介された。

B：施設サービス提供体制

6) 医療保険と介護保険との整合性について

(島根県)

厚労省の中で、医療保険と介護保険が独立したものであるとお互いの話し合いがないためか末端の医療、福祉の現場でトラブルの原因になっている。介護保険施設に入所された方が、十分な専門的な医療を受ける「機会」「権利」を失う事態が起きている。医療サイド側、施設側、入所者自身からも不満が出ており早急に改善を図っていただきたい。

各県とも同意見であったが、青井日医常任から、「大きな問題であり、介護報酬、診療報酬レベルではさわれない問題である。制度の問題として 17 年度の制度見直しの時に議論していくしかない」とのコメントであった。

7) 介護保険施設における軽い要介護状態の長期入所について(鳥取県)

介護保険がスタートして 2 年半が経過した現在、すべての施設が満床で、多くの待機者を抱えている現状がある。一方、介護保険施設(特に介護老人福祉施設、介護老人保健施設)で、軽い要介護状態(要介護 1 と 2)の人の増加の問題もある。各県の介護保険施設の全入所者に対する「半年又は 1 年以上入所の要介護 1 と 2 の人」の割合と、これらの人に対する在宅復帰促進への地域での取り組みがあれば伺いたい。

司会者が、岡山県の詳細な資料をまとめて、「要介護 1 と 2 の割合が、特養が 27.4%、老健が 37.1%、療養型が 14.6%であり、ほぼ全国平均と一致していると」と報告された。また、老健の 37.1%のうち 1 年以上の入所が 13.0%と高い数値を示した。鳥取県から、「施設の要介護別利用状況の年次的推移」の調査結果から、「要介護 1 と 2 が年次的に減少を予想したが、実際には数値は変わらなかった」と報告された。

青井日医常任から、「介護度の低い人が老健に長く入所している理由として、老健の経営的な安定化を図ることが背景にある」とを指摘され、また、「厚労省が 7 月に通達を出したが、優先入

所(本当に介護の必要性の高い人を優先的に入所させる)の徹底を働きかける必要がある」とを強調された。徳島県から「介護保険 3 施設の入所者の平均介護度が、特養が 3.3、老健が 3.0、療養型が 3.56 で全国的にも同様の傾向があり、いくら厚労省が通達を出しても地域の事情があり効果は期待できない」と発言された。高知県から「施設に入所すれば、在宅よりいいケアが受けられる。今後いかに在宅のケアを充実させるかが問題である」との指摘に対して、青井日医常任は「悩ましい問題である。介護保険で 365 日在宅サービスをするると保険料の急騰につながり限界がある。今後ターミナルケアをどうするかの問題を含めて議論する必要がある」とコメントされた。

8) グループホーム入所者に対する訪問診療について(広島県)

介護保険 3 施設においては、配置医師等がおり、医師により健康管理が行われているが、グループホームでは配置医師の制度はなく、健康に不安を抱えながら同じような要介護者が生活をともにしている。このグループホームの管理者から医療機関に対して定期的に入居者の診察の依頼があり、医療機関が訪問診療として算定している例があり危惧している。日医の考えと他県の現状を伺いたい。

島根県と鳥取県から、「訪問診療の算定は、利用者の状態(疾病等で通院不可能な者)によって個別に判断されるべき」との回答があり、青井日医常任から、「グループホームは家(在宅)扱いであり、家に往診に行くのと同じ立場である」との指摘があった。

9) 施設整備の拡充について(島根県)

介護保険実施前の 1999 年 11 月の調査では全国で 10 万人以上の特養の待機者がおり、介護保険施行後の現在、待機者は大幅に増加している。さらに、6 か月を越える長期入院患者の入院基本料の特定療養費化に伴い、当該患者が多数退院することが予想され、そのうち、介護保険施設への入所予想を県と共同で調査した結果、県内 65 歳以上の 6 か月超の入院患者 1,297 名中、介護保険

施設等での生活が可能なのが 663 名と多かった。今後施設間の調整・整備をどのようにするか、日医の考えを伺いたい。

各県から施設の拡充や在宅介護の充実が図られるべきとの意見が多かったが、青井日医常任は、「在宅と特養を中心とした介護保険施設との間に、中間施設としていろいろな形のホームがあった方がいい」と指摘された。

C：介護保険制度への関わり

10) 医師会員の介護保険制度への関わりについて (鳥取県)

介護保険制度に医師が主体的に関わっていく必要があるが、各県、各地区医師会で現在どの程度の会員が関わっているか伺いたい。主治医意見書を作成している会員数、介護認定審査会の委員をしている会員数、訪問看護ステーションの主治医になっている会員数、ケアカンファランスに参加している会員数、その他

各県からのデータを司会者がまとめて、岡山県、愛媛県、鳥取県について から までの質問に対する会員数の割合を報告された。 の質問では岡山 40%、愛媛 34.6%、鳥取 63.4%、 の場合、岡山 23.3%、愛媛 11.3%、鳥取 5.7%、 の場合、岡山は 65%と多く、逆に鳥取は 6.6%と少なかった。 のケアカンファランスへの参加については 3 県とも少なく、それぞれ 3.3%、4.9%、0.14%であった。山口県から藤野常任が今年 8 月県内の全医師会員 2,354 名に対して「医師の介護保険への関わり」についてアンケート調査を実施した結果をグラフにまとめて各県に配布し説明された。山口県の場合、 の主治医意見書を記載している医師は 78.8%、 の訪問看護指示書を書く医師も 69.4%と多かった。しかし、 のケアカンファランスへまったく参加していない医師も 77.5%と多かった。

D：介護保険財政とレセプト請求審査

11) 介護保険財政の赤字状況について (山口県)

山口県では 56 保険者のうち財政安定化基金が

らの貸し付けを受けた赤字の市町村は、平成 12 年度は 3 町であったが、平成 13 年度は 4 市 5 町 2 村の計 11 に増加した。介護サービスの利用は一層増加傾向にあり本年度も貸し付けを受ける自治体の数、借入金額がさらに増えることが予想される。他県の状況を伺いたい。

岡山県(6 町から 17 町村に)、徳島県(2 町から 11 市町に)、愛媛県(1 町から 5 町村に)を含め、平成 13 年度に赤字の市町村の増加がみられた県が多かった。

12) 介護保険レセプト審査について(平成 14 年 5 月分について)(高知県)

レセプト請求件数と請求額及び前年度比について、介護療養型病床群における施設ごと 1 件あたり平均特定診療費単位等を含め各県の実情をたずねられ、各県から詳細な資料の報告があった。

E：リスク・マネジメント

13) リスク・マネジメントについて(岡山県)

介護保険は契約が介護サービス事業者と被保険者両方で交わされるが、それによって引き起こされる問題に対処する用意ができていない。リスク・マネジメントの研修や対応が必要である。すでに取り組んでいる県があれば教えてほしい。

広島県から資料を配付され、県医師会主催で昨年 8 月 25 日・26 日の 2 日間「リスクマネージャー養成セミナー」を開催したことを報告された。

F：第 3 者評価

14) 第 3 者評価について(岡山県)

岡山県では今年度訪問看護と訪問介護の自己評価基準を作成し実施予定であり、グループホームについては第 3 者評価の実施を予定している。他県の事情を伺いたい。

広島県から、「訪問介護、通所介護、特養及び老健の 4 サービスについて平成 12 年度に自己評価基準を作成し、自己評価の実施及び自己評価結

果の自らの積極的な公表・開示を事業者に指導している」との説明があった。鳥取県から自己評価の取り組み及び第 3 者評価の実施が報告された。

G：鳥取県からのお願い

今回の中国四国医師会の介護保険研究会で、来年の介護報酬見直しに対して具体的に改正すべき介護報酬の項目をとりまとめたので、各県から 10 項目以内で問題提起をお願いしたい。

山口県から、介護報酬の見直しで特に改正すべき点として、いろいろな資料を参考に 8 項目 19 点を提案して、司会者から大変評価された。

H：日医への提言

15) 適正な介護保険施設への入所・入院について
(山口県)

介護保険制度は 2 年を経過した現在も施設介護へのニーズが高い状況が続き、特に介護老人福祉施設の入所待機者の増加は社会問題となってきた。施設の需要のアンバランスや施設入所・入院基準の不明確さのためにそれぞれの施設が本来の目的に適していない人を入院・入所させている現実がある。介護保健施設への入院・入所は、それぞれの施設の役割や機能に応じて行われるべきと考える。厚労省は優先的に入院・入所させる運営基準の見直し案を提示し、社会保障審議会介護給付費分科会でこれを了承した。こうした優先的入所・入院基準あるいは透明性の確保された公平・公正選定方式についての日医の具体案を伺いたい。

青井日医常任：入所基準について、日医はまだ考えていない。施設か在宅かを定める時、医師がケアカンファランスに積極的に参加することにより医師が主導的役割を果たした方がいいと個人的には考える。介護保険施設の入所基準を作っても在宅サービスが十分でなければ、うまくいかない。サービスの提供体制を勘案しながら地域ごとに決めるのが妥当であり全国統一基準の作成は難しいと考える。地域差が大きいので地域レベルで考えるしかない。
[記：津田 廣文]

医療保険研究会

助言者に日本医師会常任理事櫻井秀也先生をお迎えして開催された。各県から今回の改正及び点数見直しに関するもの 6 題、点数解釈に関するもの 4 題、投薬に関するもの 5 題、その他 4 題の、計 19 題の提出議題があり討議された。また、日医への提言 11 題が提出された。

() 各県からの提出議題

A. 今回の改定及び点数見直しに関するもの

1. 手術料の算定における施設基準の導入による影響について(岡山県)

各県ともに、これに関しては分析した資料がないということであった。

櫻井常任理事：これについては、基準の組み換えなど修正が行われている状況であり、30% 減算のルール自体も廃止の方向で動き出しているが、もう少し状況を見守りたい。ルール自体が、「加算」ではなく、「減算」ということで行われたことに問題があった。

2. 採型ギブスの算定について(広島県)

ギブスが手術から処置に移ったために、両側処置の場合大幅な減額になることがある。これについては、各県とも常識の範囲内で対応しているようである。

櫻井常任理事：保険のルールは、各県の判断、常識の範囲内で行うべきである。その治療が患者さんにとって本当に必要かどうかで判断されるべきであろう。

3. 診療所の入院基本料について(岡山県)

ほとんどの県では、早急な改善を望んでいるという意見であった。

櫻井常任理事：小規模の病院、有床診療所の問題については、もう一度議論すべきである。

4. 患者の大病院志向について(鳥取県)

多くの県では、慢性疾患指導料を病院と診療所を同一にすべきという意見であったが、2 つの県では、中小病院、診療所の外来の患者増、収入増

のためのものであり、差があってもやむを得ないという意見が述べられた。

櫻井常任理事：指導料はもともと評価を点数化したものであるが、外来での負担を考えると患者誘導の意味合いも出てくるのも事実である。外来の負担率を変える議論もあるが、フリーアクセスの理念に反する。基本的には、大病院と診療所の機能分担をいかに明確化するかもっと議論すべきではないか。

5. 診療報酬改定の見直しについて（鳥取県）

櫻井常任理事：総体的な集計が、改定率マイナス 2.7% とあまりに乖離があれば修正する方向で動き出すが、各科間のばらつきの問題もあり、議論していく必要がある。

山口県より、「日医はマイナス幅がどのくらいであれば、見直しをすると考えているのか？」との質問に対して、櫻井常任理事は、「日医としては、統一見解としてははっきりしたラインを考えていないが、現在前向きに考えている。」と回答した。

櫻井常任理事：なぜ経済界の失政を、医療で尻拭いしなければならないのかが問題である。多くの患者さんは、医師の立場を解ってくれているが、必ずしも国民 = 患者ではなく、この大多数の国民にどうやって解ってもらうかが重要である。

6. 見直し調整は（鳥取県）

4 月改定点数に対する見直し調整についての議論は、前項と重複するので省略。

B. 点数の解釈に関するもの

7. 慢性疼痛疾患管理料に係る審査上の取り扱いについて（愛媛県）

前月より単一の慢性疼痛疾患が開始されて、当該月の途中で管理料が算定された場合、管理料算定加算前の再診時における外来管理加算の算定。

同上の場合、管理料算定前の再診時における消炎鎮痛等処置の算定。

前月より単一の慢性疾患が開始されていたが、当該月に途中で第 2 の慢性疼痛疾患が開始され、管理料を算定した場合、管理料算定前の消炎鎮痛等処置の算定。

、 、 に関しては、算定できないとする県もあったが、これに関しては、山口県の「月の途中に当該管理料を算定した場合は、算定初月に限り、その算定以前の外来管理加算、消炎鎮痛処置等及び理学療法（ ）の算定は、例外的にやむを得ない。当該管理料算定日以後については算定できない。」という社保・国保審査委員連絡委員会での合議内容が紹介された。

8. 一連としての抗酸菌分離培養検査について（高知県）

解釈の仕方によって各県対応が違う。3 日間連続検痰を認めているところもある。

9. 超音波ガイド下の穿刺術の算定について（徳島県）

腹腔内膿瘍、横隔膜下膿瘍における穿刺は経皮的針生検法に準じて算定しているが、実際にはドレナージを伴うことが多く、この場合には手術として算定すべきである。

10. 術後出血処置の算定（徳島県）

翌日以降であれば、算定できる。

C. 投薬及び薬価に関するもの

11. 内服薬・外用薬の投与期間規制の見直しについて（山口県）

療養担当規則の改定により内服薬・外用薬の長期投与制限が原則廃止され、薬剤の投与量は、主治医の判断により「予見することができる必要期間」とされた。この「薬剤の長期投与制限の原則廃止」は、明らかに、「財源不足」のみを根拠とする、「受診回数の抑制」を狙った制度である。個々の患者の病状やニーズを的確に判断し、「薬剤の投与期間」はあくまでも医師が決めることであり、今まで以上に、「医師の裁量」が問われていると考えられ、とくに事情がある場合を除いては従来どおりの 14 日処方とすべきではないか、との山口県からの質問に対しては、各県とも、医師が医学的判断で、「必要期間を予見」すべきで、医師の裁量が問われるとの回答があった。

櫻井常任理事：長期投与はあくまでも目安として活用し、患者さんの状態に応じて処方すべきである。

山口県：4 月、5 月、6 月の山口県のある病院の

集計では、それまでと比較して長期投与処方数が 40 倍と極端に増加し、そうした影響が診療所へも波及する可能性が高い。

12. 後発医薬品を含む処方の評価について(山口県)

後発医薬品を含む処方せんを発行した場合の点数が 2 点高く設定された。これは後発医薬品の使用促進を狙ったジェネリック医薬品使用誘導策であるが、私たち医師にとっての技術料である「処方せん料」に、後発医薬品が含まれるか否かは別次元のことであり、主治医の裁量権を否定したものとわざわざを得ない。今後、後発医薬品に対する処方が広がることにより、一般名処方が行われるようになるのでは、と質問した。

櫻井常任理事：後発品は薬価が安く、したがって医療費が安く済むという経済的根拠であるが、技術料である処方せん料に後発品を含むか否かは別次元の問題である。

13. 1 剤 175 円以下の低薬価薬剤における禁忌薬剤の審査上の取り扱いについて(愛媛県)

徳島県、島根県を除く 7 県では、禁忌薬剤は主治医の裁量でその使用を認めており、査定はしていないとの回答であった。

14. 主傷病名、副傷病名を区分して記載していないレセプト審査について(徳島県)

新薬または長期投与不可とされる低薬価剤の査定。

PPI 等投与期間に上限が設けられている低薬価薬剤についての再審査処理。

1 枚のレセプトの中で同じ薬剤が他の薬剤と併用することにより、18 点以上となった場合の低薬価薬剤の査定。

は査定し、は低容量のものは査定しないと
する意見が多かった。は 175 円以上となれば
査定も有り得るところが多かった。

15. 新薬の薬価決定について(愛媛県)

櫻井常任理事：新薬の薬価は類似薬品があれば、それに準じて決めているが、ない場合には原価方式で決めている。また、輸入薬は、輸入価が薬剤原価となり、これに諸経費をプラスすることで薬

価が決まり高薬価となる。このルールそのものの見直しも必要である。

D. その他

16. 医療安全管理体制未整備減算について(広島県)

研修、セミナーを開催した県もあるが、独自のマニュアルを作ったところはないということであった。

櫻井常任理事：有床診に限らず、それぞれの医療機関に即したマニュアルが作られるべきであるが、それが生かされるような院内教育や体制づくりが大切である。

17. 電子カルテを使用している医療機関の指導・監査について(香川県)

広島県で、3 件個別指導があったが特別な問題はなかったとの報告であったが、全県で今後検討していくとの回答であった。

18. 医療行政に対してより適切な対応を(岡山県)

櫻井常任理事：日本の医療は世界的にも安く、しかも最上の成果をあげている。今の経済が低迷しているのを、患者負担ということで補おうとしているのは間違いであり、国民が安心して暮らせる医療制度が何よりも重要である。

19. 自賠責保険：日医新基準について(広島県)

ほとんどの県で、自算会、損保側、医師会との三者協議会で話し合っており対応している状況である。

櫻井常任理事：各県ではなかなか合意にいたらない状況がよく判ったので、持ち帰って中央の三者協議会でも対応を協議したい。

() 日医への提言

診療報酬改定等に係る要望や、手術における施設基準の廃止の要望など 11 項目が提言として示された。

[記：三浦 修]

第 36 回中国四国医師会連合医学会

と き 平成 14 年 9 月 15 日 (日)

ところ 高松市

特別講演

かかりつけ医と医療提供体制

日本医師会常任理事 櫻井 秀也

医療構造改革を進めようという議論のなかで、医療提供体制の改革については多くの意見が出されている。日本医師会は、平成 9 年に発表した医療構造改革構想の中で、5 つの具体的な方策を掲げているが、その中のひとつが「医療提供体制の再構築」である。

それは、平成 13 年 4 月に日本医師会が発行した「国民が安心できる医療制度をつくるために」と題した小冊子にまとめられている。本来このパンフレットは国民の皆さんに読んでいただいて、理解してもらいたいのだが、内容が少し難しいので、先生方によく読んでもらって患者さんに伝えていただきたい。

日本医師会の医療構造改革構想における 5 つの具体的な方策のうち、高齢者医療制度の創設、薬剤制度の改革、診療報酬体系の改革は診療や治療をしていく上での改革である。また、生涯保健事業の推進は予防医学的なものを包括していると言えよう。この治療と予防というものをどう提供していくかということが、医療提供体制だと思う。

国民の考えるかかりつけ医とは

国民の考えるかかりつけ医とはどのようなものであるかということ、例示として以下のような考え方があ

- 1) 昔から、患者さんによって開業医に与えられた名称
- 2) 患者サイドに立った医療を提供できる医師
- 3) 医療のみならず、社会のニーズに柔軟に対応できる医師

これらは、従来からのプライマリーケア医、家庭医、General physician といわれているもの

と機能的には同じと考える。また、General にも Special にも対応できるなど、さまざまなかかりつけ医像が求められている。

かかりつけ医に対する国民のニーズはどんなものであるかということ、まずアクセスがよいということ、十分な説明が受けられること、適切な紹介をしてもらえること、往診を含めた在宅医療にに応じてくれること、そしてある程度の高医療水準が保たれていること等が挙げられる。

生涯保健事業と健康増進、健康投資

保健事業には、一次、二次、三次予防といったものがいわれているが、それらを含めて健康増進をはかること。即ち、赤ちゃんが胎児のころから始まって、成長し成人しそして老いていくまで、生涯を通じた保健事業の必要性を考えていく。

それから、健康投資という考え方。それは健康をひとつの資本と考えて、それを増やしていくこと。分かりやすく言えば、生まれた時に持っていた健康資本というものを、年をとるにしたがって失っていくわけだが、それを増進する、少なくとも減少しないように努めることである。

そのために、2 つの提案を行っているのである。ひとつは健康基本法というものを制定すること。現在の母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、老人保健法など、これらは縦割り行政のかたちであり、生涯を通じての一貫性を持っていないという欠点がある。そこで健康基本法といったものを制定して、生涯を通じて一貫した保健事業を行っていきいたいというのが、日本医師会の主張である。

もうひとつの提案は、健康投資としての日常診療の意義である。つまり、日常診療は従来からの病気の治療といったものだけではなく、予防医学、さらには健康増進といったところまで踏み込んでいくということである。

生涯保健事業の具体的課題

生涯保健事業のなかで、先ほど述べた一次、二次、三次予防といった考えがある。一次予防は、生活習慣の改善による疾病予防であり、これは現在国民の関心事となっている。

二次予防は、健康診断、検診事業の改善。それから健康診断結果からの事後指導の充実が問題となるが、国としてはこうした事後指導を保健所を通じた事業として、保健師にやらせようとしているが、われわれは、これには医師が積極的に関わっていくべきだという主張をしている。

三次予防としての疾病の悪化や再発予防、及び障害された機能の回復。すなわち、さまざまな疾病に対応する、リハビリテーションの充実といったものにも力を入れていかなければならないのである。

医師法第 1 条に「医師は医療、保健指導を掌る事によって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。」と謳われているように、医師はもっと積極的に保健事業、保健指導に関わっていくべきであり、むしろそれは医師としての義務とも言えよう。

一言でいえば、かかりつけ医が中心となって保健事業、予防医学を含めた医療提供体制を構築していくことが必要であると考えている。

日本医師会が提唱する「医療提供体制の再構築」の基本理念は、かかりつけ医を地域医療の中心に位置づけ、医療システム全体を見つめ直すとともに、よりよい体制づくりをするということにあるという事である。

「医師は医療を掌るもの」と考えられてきた従来の固定概念から脱皮して、より広い視野で、医療提供体制というものを考え直していかなければならないという事を教えられた講演であった。

[記：西村 公一]

特別講演

中国・四国の交通体系 将来のビジョンについて

四国旅客鉄道株式会社代表取締役社長 梅原 利之

国鉄が民営分割化されてから JR 各社間を移動した役員は 2 人しかいないという。その一人が演者の梅原氏で、平成 8 年に JR 西日本から JR

四国に転出し、平成 10 年からは現職の取締役社長に就任されている。講演内容は鉄道インフラ整備の状況から空港、高速道路の整備状況にわたる、交通体系全般に関するもので、さすが中国地方、四国地方の交通事情に精通した人物ならではのものであった。

昭和 39 年に東京 - 新大阪間に東海道新幹線が開通した。その時に登場したのが 0 系車両で最高速度 210km/h で運行された。その後国鉄の民営化問題が起きたため、改良車両である 100 系が登場したのは 21 年後の昭和 60 年であった。100 系は最高速度 230km/h と速度面での改善はわずかであったが、2 階建て車両が売り物であった。その後ドイツやフランスの国鉄への対抗意識もあり、平成 4 年には 300 系の「のぞみ」が登場した。最高速度は 270km/h と、もちろん世界最速であった。さらに平成 9 年には JR 西日本が 500 系「のぞみ」(最高速度 300km/h)を、平成 9 年には JR 東海が 700 系「のぞみ」(最高速度 270km/h)を開発している。700 系は JR 西日本では「レールスター」として最高速度 285km/h で運行されている。この間新幹線は昭和 47 年には岡山まで、昭和 50 年には博多まで延長されている。新幹線の開通で所要時間は半分以下に短縮され、それに伴い新幹線利用客は急速に増加し、今では運行本数もほぼ限界に達している。現在工事中の品川駅が開業すると運行本数をさらに増やすことが可能になる。

国鉄時代の鉄道行政は東京中心で、東京発着列車に合わせて電化や複線化が実施されてきた経緯がある。したがって昭和 62 年に JR が発足した当時の電化率は、全国平均が 36.4% であったのに対し、中国地方で電化されているのは山陽本線とその周囲のみで 27.6%、四国地方は 0% という惨憺たる状況であった。その後 JR 各社の努力で、中国地方の電化率は平成 14 年時点で 40.5%、複線化率は 24.0%、四国地方のそれは各々 27.5%、5.9% (全国平均は各々 55.1%、33.3%) と飛躍的に改善されてきている。在来線の高速化についても、制御付自然振り子を搭載した特急車両が中国地方、四国地方で登場し、カーブでの速度を上げることが可能となったことで、

最高速度 130km/h を達成することができた。

一方飛行機の方も、ジェット化と滑走路の 2,500m 化で、輸送能力が増大し、旅客運送に占める割合も飛躍的に増加している。また高速道路の整備に伴い登場してきた高速バスも、近年は運行本数、シェアともに増加傾向にある。ただ徳島 - 大阪間の高速バス利用客を見てみると、利用者は四国在住の人が多く、地域の衰退を助長しているのではという感じも受ける。

現在整備新幹線として着工が計画されているものを含めると、新幹線が走らない県は九州東部の大分県と宮崎県、中国地方の島根県、四国地方の 4 県のみである。JR 西日本、JR 四国が協力して、フリーゲージトレイン（線路幅に合わせて車両の車軸幅を自動調整できる列車）の開発・導入に向けて計画で、平成 20 年の実用化を目指している。実現すると伯備線と宇野・瀬戸大橋線並びに四国各県の県庁所在地を結ぶ線路を新幹線車両が運行でき、岡山駅での乗り換えなしで、山陽新幹線と接続できることになる。

[記：吉本 正博]

特別講演

豊島に不法投棄された産業廃棄物とその処理について
香川県環境審議会会長・元香川大学学長 岡市 友利

香川県土庄町豊島に不法投棄された産業廃棄物問題は、1975 年に豊島総合観光株式会社が、香川県知事に産業廃棄物処理業の申請をしたことによって生じた。その当時香川県の担当職員は 2 名しかおらず、業者のごり押しにいと簡単に許可をしてしまった。その後の県からの指導に関しても何ら改善の余地はなかった。2000 年 6 月になって、香川県と豊島住民会議との間で、最終合意書が交換されて、廃棄物処理のための工事が開始されることになった。25 年におよぶ両者の対立の間には一時的な和解が成立したこともあったが、産業廃棄物の不法投棄は、1990 年に、兵庫県警が同社を産業廃棄物処理法違反で摘発するまで続けられた。この間の行政側の対応への不満が、豊島住民会議の結成とその活動を推し進めることになった。この問題は、単に産業廃棄物の不法投棄にとどまらず、瀬戸内海の環境保全の警鐘として、循環的社会の構築を目指すための問題提起の

役割を果たしている。

豊島の人口は 1,500 人くらいで、瀬戸内海では中くらいの島である。島西端の 28.5 ヘクタールの土地で、砂利採取をしていた豊島の業者が、昭和 50 年代後半から、許可外のシュレッダースト、ラガローブ、廃油など不法投棄を続けた。依頼した排出業者は、福井県、大阪府、兵庫県、鳥取県、岡山県、愛媛県及び香川県の広域におよんだ。

1990 年 12 月に、香川県は産業廃棄物業者に不法投棄された産業廃棄物の撤去の措置命令を出したが、一部を除いて、大部分が放置された。豊島住民は、1993 年に、香川県知事に公害調停の申請をした後、同年 12 月に公害等調停委員会がこの調停事件を担当することになった。公害等調停委員会の 94 年 12 月からの本件処分地実態調査によると、廃棄物の量は汚染土壌を含め、56 万トン、分布面積は 6 万 9000 m² にのぼると推定された。そのなかには、重金属、有機塩素化合物及びダイオキシン類が相当量含まれ、地下水、周辺海水に影響を与えていると推定された。

調停の後、香川県が廃棄物等を中間処理することを表明し、97 年 7 月に豊島住民会議と県との間で中間合意が交わされた。香川県は遺憾の意を示し、溶解等による中間処理のための施設の整備、処理期間中の環境保全対策を講じるために、公平中立の立場にたつ技術検討委員会を設置することにした。中間合意では処理施設を豊島に設けることにしていたが、廃棄物の処理後施設の撤去を住民側が要求していたために、約 10 年間を要する処理後の施設の利用を延長する目的で、香川県は、処理施設を近くの直島に建設することを提案した。直島でもこの問題に大きな議論が持ち上がったが、中間処理施設設置や廃棄物の海上輸送等の安全性等を検討して、直島及び周辺海域の二次汚染を発生させることなく処理できることを提案したのを受けて、直島に中間処理施設を建設することが了承された。

豊島の産業廃棄物対策のために、第 1、2 及び 3 次の技術検討委員会が設けられ、さらにその分科会として、中間処理技術検討委員会（平成 14 年 4 月終了）、豊島廃棄物等処理協議会、直島側にも、循環型社会推進協議会などが設置されてい

る。豊島廃棄物の処理にはなお 12 年の歳月と施設費 200 億円、ランニングコストとして年間 20 億円以上を要するとされている。

最近、豊島には、年間 5000 人近い見学者があり、そのために、処分場周辺に見学者用の通路の一部が作られており、特殊前処理物施設には、見学場所と会議室が設けられることになっている。豊島住民会議は、技術委員会で作された共創の理念のもとにこの問題に対しては、25 年前からの問題発生過程における県当局のありかたについての認識を常に問いかけている。豊島ではこれからのあり方について、将来構想ビジョンを作成中であり、産廃事件を学ぶ研究所、資料館などの施設の設立が望まれている。豊島の活性化のために民間ボランティア団体が、豊島住民会議の活動に協力している。

豊島の産業廃棄物の処理にはなお 12 年を要するが、瀬戸内海周辺には多くの一般廃棄物、産業廃棄物の処理場があり、周辺環境の保全が必要である。

なお、この処理業者への裁判による判決は、罰金 50 万円、懲役 10 か月、執行猶予 5 年であった。

広島県上黒島、下黒島は無人島で、首都圏の業者により購入されて、管理型産業廃棄物処分場として神奈川県その他の首都圏から年に 6 万トン

の焼却灰などの廃棄物が搬入されている（朝日新聞 1998 年 9 月 5 日、2000 年 5 月 1 日）。許可を得た管理処分場とはいえ、周辺の海域環境調査が求められる。産廃物がどこへ、どのようにして運び出されているのか、瀬戸内海だけでなく、日本全体の問題として考えたい。

事業計画策定に当たっての基本方針

1. 人間の健康と生活環境の保全に万全を期すこと
 - ・ 中間処理等による環境影響を最小化すること
 - ・ 計画において実施可能な最善の技術を適応するとともに、その遂行に当たっても運転・維持等に関して最善の手法や管理体制を採ること
2. 海域を主として周辺環境の保全を図ること
 - ・ 海域生態系への影響を最小化するため、有害物質の漏洩を防止すること
 - ・ 陸地内の汚染拡大を防止すること
3. 廃棄物等の無害化だけでなく、可能な限り副成物の有効利用を図ること
 - ・ 21 世紀の「環境型社会」の構築に向け、その範となる技術システムを示すこと
 - ・ 循環型技術システムの進展を促すこと

[記：濱本 史明]

日
医

F A X

ニ
ュ
ー
ス

10月1日 1297号

「医療特区構想」の断固反対を鮮明に主張
「医療特区」で厚労省と内閣府が真っ向から対立
株式会社の医業経営参入で厚労省判断に不快感
技術評価は出来高に「難易度」「診療時間」加味
組合健保に「運営法人」設立も選択肢に
10月からの医療監視に医療安全管理体制追加

10月4日 1298号

「構造改革スピードアップ」の小泉改造内閣
抜本改革の厚労省案は 11 月中に提示
高齢者の窓口負担 10 月 1 日から完全定率制に
国民が満足する情報提供の方法を学ぶ必要
NW化による情報共有など
4～6月の医療費は 1～3月に比べて 1.6%減

郡市医師会長会議

と き 平成 14 年 9 月 19 日 (木) 午後 3 時 30 分 ~ 5 時 30 分
 ところ 県医師会館

協議事項

1. 予防接種広域化

広域化については、これまでも報告してきたとおり、平成 15 年度実施を目標にして取り組んでいる。このことについてまず、広域化事業の今後のスケジュール案について説明したい。各市町村の来年度予算編成に間に合うよう、特に個別接種標準料金を 9 月末、遅くとも 10 月中旬くらいまでには提示しなければならない。

これまで 6 月 18 日、7 月 4 日、9 月 12 日の 3 回にわたって、広域化推進協議会を開催した。(第 1、2 回会議については、県医師会報第 1651 号に掲載。第 3 回会議については、第 1657 号に掲載) 個別接種標準料金(案)については、平成 14 年度料金調査による実態を踏まえ、各郡市医師会及び 56 市町村の意見、要望等を集約したうえで協議し、大筋合意が得られた。実施要領、委託契約書(案)についても、同様に基本的には合意が得られている。

最終決定した実施要領、委託契約書及び個別接種標準料金を近日中に各郡市医師会担当理事にお届けするので、さっそく当該市町村と話し合っ て広域化が円滑に進展するよう各医師会長からも担当理事に伝えていただき、さらにその後のスケジュールについても滞りなく進むよう広域化に向けてご尽力をいただきたい。

乳幼児予防接種は料金やワクチンの取り扱い等、長い歴史の中で各郡市医師会によってそれぞれのシステムが確立されていることから、これらを急速に統一化することは困難と考え、まずは、

現行のシステムを温存しながら、将来に向けて統一化されることを目標とした。統一料金とせずに標準料金とした理由もそこにある。当面、現行のままの各郡市医師会の予防接種契約と予防接種広域化に伴う契約の 2 本立てで実施することがなるが、標準料金がすべての市町村に導入されて統一化した場合は、広域化の対象を児童・生徒に

出席者

大島郡	嶋元 貢	県医師会
玖珂郡	福田 瑞穂	会 長 藤井 康宏
熊毛郡	新谷 清	副 会 長 柏村 皓一
吉 南	三好 正規	藤原 淳
厚狭郡	原田 徹典	専務理事 上田 尚紀
美祢郡	時澤 史郎	常任理事 東 良輝
阿武郡	澤田 英明	木下 敬介
豊浦郡	藤井 之正	小田 達郎
下関市	麻上 義文	藤野 俊夫
宇部市	田中 駿	山本 徹
山口市	赤川 悦夫	理 事 吉本 正博
萩 市	池本 和人	三浦 修
徳山	小金丸恒夫	廣中 弘
防 府	深野 浩一	濱本 史明
下 松	武内 節夫	佐々木美典
岩国市	藤本 郁夫	西村 公一
小野田市	中村 克衛	監 事 末兼 保史
光 市	前田 昇一	青柳 龍平
柳 井	浜田 克裕	小田 清彦
長門市	斎木 貞彦	
美祢市	高田 敏昭	編集委員 堀 哲二
山口大学	沖田 極	

も拡大したり、料金支払いシステムについても、一括による統一化を進めていきたいと考えている。
[木下常任理事]

2. 中国四国医師会介護保険研究会報告

(関連記事 本号 P.894)

各県からの(1)一般提出議題は 14 題、(2)介護報酬の改正すべき項目についての各県の意見・要望、(3)日医への提言について協議された。

助言者として、これまでの青柳副会長にかわり、青井禮子常任理事がはじめて出席された。

(1) 一般提出議題

勤務医問題：研修会への勤務医の参加が悪い、勤務医の意見書のできが悪い等、勤務医対策に苦慮している点は各県共通。本県における意見書の開業医からのものと病院からのものの割合を、国保連合会の協力を得て、本年 5 月分の意見書作成料請求件数から分析した。その結果、開業医からのものは 2,711 件、病院からのものは 3,720 件と 1.37 倍病院からのものが多い。また、いわゆる総合病院からのものの割合を下関市で検討した結果、総合病院からの意見書の占める割合は 16%であった。対策としては、意見書を書く医師は認定審査会委員として出務する、病院で研修会を開催する、勤務医用資料を配布するなど。日医は勤務医向けマニュアルを作成したので近々配布予定。

ケアプランのフィードバックについて：十分に行われていないことは各県共通。本県の状況は、アンケート調査で、ほとんどについて入手しているが 15.2%、一部について入手しているが 38.3%、入手していないが 46.5%という結果。

宇部市では、本年 8 月から、Fax を利用してケアプランの意見書を記載した医師に提示し、医師が意見を書く制度がスタートしたことを紹介。

施設整備の拡充について：特養待機者が多いことや 180 日超の入院基本料の特定療養費化による退院者の増加が予想されることから、施設の拡充や在宅介護の充実が図られるべきとの意見が多

数。青井氏は、在宅と特養の中間施設としていろいろな形のホームがあった方がいいとの意見。

医師会員の介護保険制度への関わりについて：8 月下旬にアンケート調査を実施した。

対象者数及び回答率：対象は全医師会員とし、診療所は、院長 1,130、勤務医 111 の計 1,241 名、病院は院長 148、勤務医 968 の計 1,116 名、全合計 2,354 名。回答率はそれぞれ、70.8%、66.7%、74.3%、40.0%。

-) 意見書を記載している医師は 78.8%の 1,078 名
-) 認定審査会委員は 1,049 名中医師は 400 名
-) 訪問看護指示書を書いている医師は 69.4%の 743 名

介護保険財政の赤字状況について(山口県)

56 保険者のうち、赤字のところは平成 12 年度は 3 町であったが、平成 13 年度は 4 市 5 町 2 村の 11 に増加。山口市では財政赤字を理由に介護療養型医療施設の希望取り下げの働きかけがあった。他県においても、赤字の市町村が増加している。

(2) 改正すべき介護報酬の項目について

「おむつ代等」が介護報酬に含まれているので、医療保険より割高とはいえない。

ケアカンファレンス開催に報酬をつけるべき。山口県はいろいろな資料を参考に、8 項目 19 点を提案した。

(3) 日医への提言

優先的入所・入院基準あるいは透明性の確保された公正・公平な選定方法について日医の考えがあるかと提言したところ、医療と介護の狭間で、患者が施設入所後も主治医(開業医のこと)が主治医として活躍できる場を制度として確立するよう取り組んでいただきたいとのコメントがあった。

全体的な感想として、特に目新しいものが少なかったこと、時間配分がうまくいかなかったこと、日医からの強いメッセージも少なかったことから、低調な研究会という印象であった。

今後は平成 17 年の介護保険制度そのものの見直しに向けた視点で取り組んでいく必要があると実感した。
[藤野常任理事]

3. 中国四国医師会医療保険研究会報告

(関連記事 本号 P.897)

助言者に日医の櫻井常任理事をお迎えして開催された。各県から、今回の改正及び点数見直しに関するもの 6 題、点数解釈に関するもの 4 題、投薬に関するもの 5 題、その他 4 題の計 19 題の提出議題があり、討議された。また日医への提言 11 題が提出された。

まず、岡山県からの手術料の算定における施設基準の導入による影響については、山口県を含め各県とも、このことについての計数資料がなく、影響を分析した資料はないとの回答であった。

櫻井常任理事より、施設基準の組み換えなど修正がおこなわれている状況であり、30%減算は廃止の方向で動いている。減算という点が大きな不満を生じており、加算ルールを設けるべきであったらうとのコメントが述べられた。

鳥取県からの診療報酬改定の見直しについては、「緊急レセプト調査」が実施され、集計結果が報告されている。最終結果で -2.7%以上の影響の場合には、診療報酬の見直しを考えておられるか日医の見解をお聞きしたい。

櫻井常任理事より、総体的な集計が、-2.7%以上と大きい乖離があれば修正する方向で動き出す、各科間のばらつきの問題もあり、議論していく必要があるとのコメントであった。「日医はマイナス幅がどの位であれば、見直しをすると考えているのか」との山口県からの質問に対しては、「日医として、統一した明らかなものはないが、前向きに考えていく」との回答であった。

愛媛県からの慢性疼痛疾患管理料に係る審査上の取り扱いについては、山口県は「月の途中に当該管理料を算定した場合は、算定初月に限り、その算定以前の外来管理加算、消炎鎮痛処置等の算定は、例外的にやむを得ない。当該管理料算定日以後については算定できない」と報告した。島根、広島県が同様に算定可であったが、他の県は算定不可であった。

山口県の提出した、内服薬・外用薬の投与期間規制の見直しについては、医師が医学的判断で、必要期間を予見すべきであると、各県同じ回答であった。

櫻井常任理事より、長期投与はあくまでも「目安」として活用し、患者の状態に応じて処方すべきであるとコメントがあった。

同じく山口県からの後発医薬品を含む処方の評価については、医師の技術料である「処方せん料」に後発医薬品が含まれるか否かで差があることの不合理、また今後、後発医薬品にたいする処方が広がることにより、一般名処方が行われる危険とについて、日医の考えを聞いた。

櫻井常任理事より、改革案の段階では、処方せん料は -10 点となっていた。後発医薬品は薬価が安く、したがって医療費が安く済むという経済誘導で、2 点の上乗せがあった。医師の技術料である処方せん料に後発医薬品を含むか否かは別次元の問題であると回答された。

愛媛県からの 1 剤が 175 円以下の低薬価薬剤における禁忌薬剤の審査上の取り扱いについては、徳島、鳥取県では査定、算定不可で、他の 7 県では、禁忌薬剤は主治医の裁量で、その使用を認めており、査定はしていないとの回答であった。また 1 枚のレセプトの中で、同じ薬剤が他の薬剤と併用することにより 18 点以上となった場合の低薬価薬剤の査定について、山口県以外の各県では、病名を必要とし査定の対象としているとの回答であった。
[山本常任理事]

4. 健保法改正

今回の改正で、老人保健の医療受給対象者(老人医療受給者証が交付される人)が、70 歳から 75 歳に引き上げられた。ただし、段階的实施で、改正法が施行される時点ですでに老人医療の対象となっている者は、そのまま対象になる。65 歳以上の寝たきり等の状態と認定された者は、従来どおり「老人保健対象者」となる。

昭和 7 年 9 月 30 日以前生まれは、「老人保健」の医療で、同年 10 月 1 日以後生まれは、「一般医療保険」の医療となり、老人医療受給対象者とはならないが、一部負担金では、「老人」と同様

の負担額となる。

70 歳以上の高齢者の一部負担金は、入院・入院外とも定率 1 割負担となるが、所得が一定以上の 70 歳以上は、入院・入院外とも 2 割負担となる。一定以上の所得者かどうかの区別は、受給者証に明記される。すなわち、老人保健対象者には、市町村から「医療受給者証」が交付され、1 割負担・2 割負担の区分が記載される。老人保健の対象外の 70 ~ 74 歳は、保険者から新たに「高齢受給者証」が交付され、1 割負担・2 割負担の区分が記載される。これは、毎年 7 月 1 日現在の世帯状況及び前年所得を基に受給者証が更新されるので、留意が必要。

3 歳未満の乳幼児の一部負担金割合が 2 割に引き下げられる。3 歳以上 70 歳未満の一部負担金割合は、現行のままの 3 割。退職者医療制度についても、現行のまま。

今回の改正では、外来・入院ごとの月額上限及び診療所外来の定額制は廃止され、一部負担金が一定額を超えた場合には、申請により市町村または保険者から超過額が高額療養費として支給。

また、70 歳以上在総診等の外来患者と入院患者については、高額医療費が現物給付の取り扱いとなっており、一定の負担限度額を超えた一部負担金の窓口での支払いは不要。

医療機関の窓口で「受給者証」の提示がなければ、原則として 2 割徴収とする。1 割負担該当者であっても、医療機関が 1 割分を返す必要はない。差額は保険者・市町村で調整する。 [山本常任理事]

5. 日本医学会総会

7 月 13 日に登録委員会が開催され、現在、中四国医師会の代表者、医学部関係者 1,209 名が登録されているが、「会員増員に向け、ぜひ各医師会でご尽力を賜りたい」という願いがあった。

会員がもっとも多いのは福岡県の 514 名であるが、山口県が 2 番目の 42 名となっており、九州の各県でもそれぞれ 10 ~ 20 名前後である。

山口県は隣県ということもあり、また大都会以外での初めての開催ということもあるので、各都市医師会の役員方には、ぜひ登録をお願いしたい。

[上田専務理事]

6. 都市医師会からの質問・要望

1. 市町村合併と医師会

国の特別補助金のため、早急に合併計画をたてている地域がある。

阿武郡は 4 町 4 村からなるが、阿東町以外の 3 町 4 村が萩市と合併しようとする動きがある。

この場合、行政区どおりに阿武郡医師会を離れるのか、行政と切り離して存続可能であるだろうか。離れた場合、阿武郡医師会イコール阿東町となり、一郡一町制で独自に医師会運営を行うのか、また行政区は違っても県央部の医師会にはいるのかどうか苦慮している。

また、市町村合併に伴う都市医師会の進むべき方向として、各医師会の伝統を踏まえ、どのようにお考えかお聞かせ願いたい。 <阿武郡>

市町村合併に伴う医師会の再編成について、県医師会として委員会または協議会を設け検討を行っていくことが必要かと考えていた。ここで、皆様に伺いたいことがある。すなわち県医師会が共に協議をした方がよいか、または各都市が独自に行った方がよいかをお聞きしたい。 [藤井会長]

下松：最近まで切実な問題であった。合併するには現実的に財産の問題等があるが、例えば医師会病院を持つ徳山医師会の中にはいるとすると、病院経営の負担を今後共にすることになる。これがよいかどうかは分からないが不安は大きいと言える。自治体からの補助金も絡んでいる。

吉南：まず行政ありきで、それに医師会区分を行う方が無難ではないかと認識している。特にわれわれは医療圏と微妙な関係があり、行政の合併パターンによって医療圏も変わるのかどうかをはっきりしないと、医師会再編を論じるのは早いと思う。また、長い伝統を保ってきた先輩方からは「最後まで守れ」と言われるので、この点における協議も必要となる。

萩市：広い範囲になるので、所によっては圏域を越えて益田に近いところもある。こういった面をどうとらえていくか問題になっている。これらに関し勉強は行っていくが、まず行政の動きを見な

がら検討を行おう。

まずは自分たちで対応し、それでも対応できなくなれば県医にも協力をお願いしたい。

その他、徳山・柳井からもそれぞれの状況説明があり、意見が取り交わされたが、まず郡市レベルで対応すべきであり、最初から県医は出なくてよいという意見が続いた。討議の結果、県医としては、基本的には郡市に任せながらも、情報収集だけは行っておき、必要な場合はすぐ対応できるようにしておくこととなった。

2. 死体検案について

警察協力医の委嘱を受け、検死に立ち会っているが、変死などでは自殺か事件か明確でなく、検案書を作成するも綱渡りの状態の心境である。法医学会では、死体検案認定医制度を発足させ、規定の検案を経験したものがその要件としているが、一般医が検案を行って知識経験不足からトラブルになった場合どうなるのか。

死体検案のルールにつきご討議いただきたい。

< 山口市 >

検死のルールについて

警察医の検死（死体の検案）は、主治医があれば主治医に依頼し、主治医がなければ家族の同意のもとに警察嘱託医に依頼して行われている。

死体検案に関するトラブル事例について

これまで、死体検案書に関するトラブル事例はないとのことである。ただ、異常死体搬入時の検案医師と現場検案医師との間で死亡場所の認定に若干の考え方の差があることがあるとのことである。心肺停止状態で病院に搬送し、蘇生行為にもかかわらず心拍動が起こらなかった場合、死亡場所を病院とするか、あるいは発生現場とするかの決定に若干の考え方の差があり、ケースバイケースで対応されている。医療行為を算定するかどうかといった診療報酬の絡みが関係しているようだ。

死体検案書の作成にあたっては、警察官が責任をもって十分な情報を医師に提供している。

しかし、死体検案書作成に不安が少なからずあるようだ。このような不安解消を含め、警察医としての活動に関する研修会や勉強会の開催や情報収集、情報交換する場があれば、警察医に有益と思う。このことは警察医の組織化につながっている。2年前に山口大学医学部法医学教室の藤宮教授から、山口県警察医会設立の要請を受けていたし、岩国市医師会藤本会長からも県医師会の対応について質問があった。当時は県医師会が音頭をとって積極的に警察医会を設立する強い意思はまだないと答えていたが、今後、警察医会設立の要請が強くなれば、県医師会としても検討していきたい。

[藤野常任理事]

3. 更新認定の際の主治医意見書提出依頼書 早期発送について

介護認定更新申請の場合、次回手続の時期は行政側には早くから分かるはずだが、いつも締切間近に依頼書が送付され、大変忙しい思いをする。

善処を要望しても市当局からは「法の定めで」との回答である。

早期発送の実現に向けて、今一度折衝いただきたい。

< 山口市 >

要望については、県介護保険室に見解を求めた。

主治医意見書提出依頼書は利用者からの申請があってから市町村が医師に発送することが原則となっている。「仮申請」、「本申請」という考え方は法の定めから適正とはいえない。

通常の方式（市町村が主治医に直接依頼し、主治医から市町村に直接送付する方式）以外に2つの方式がある。更新認定等、あらかじめ被保険者が申請を行うのが明らかな場合に行うことができるもので、その1つは、被保険者が主治医にあらかじめ依頼しておき、主治医から市町村に意見書を提出する方法、もう1つは、被保険者が主治医にあらかじめ依頼しておき、主治医から被保険者を經由し提出する方法である。ただ、この2つの方法はほとんど行われていない。

要望の趣旨は、意見書提出依頼書を受けてから意見書を記載し送付する時間が短すぎるということであろう。最近では、市町村は申請を受け付け

てから 1～2 日で意見書提出依頼書を送付しているとのことで、制度スタート時に比べれば随分改善してきているようだ。どうしてももう少し早

く意見書記載したい、提出したいということであれば、前述の方法を行ってはいかがか。

[藤野常任理事]

傍聴印象記

編集委員 堀 哲二

9 月 19 日の郡市医師会長会議を初めて傍聴した。会議内容は協議及び報告の 5 項目、要望 1 項目、その他であった。内容の詳細は会報に記載されているので、ここでは個人的な立場で会議を傍聴した感想を記したい。

午後 3 時 30 分、緊張した中で指定された席に着いた。全 2 時間の会議中、各先生方の真剣な質問・回答は現実の切実な問題点を指摘していた。実務的、かつ要領を得たものであり各先生方の医師会に対する熱意に感動さえ覚えた。この真剣な会議中、ふと今までの会議、協議会のあり方を省みた。

県医師会と郡市医師会との連携は重要な課題の一つである。この会議内容が日本医師会へ十分伝えられるのだろうか、逆に山口県一般会員に十分伝わるものだろうか。

実際、私自身、医師会に個人的な不満をよく言っていたが、県医師会報の隅々まで拝読していなかったのが現実であり、失礼ながら、私に類似した先生方も多いのではないだろうか。改めて今までの自分に反省を促す時間であった。

今回の議題で私が注目した議題は、報告事項は別として、予防接種、保険改正、医師会合併の三つの議題である。この議題は、医師会と地方自治体との関係であり地域の実状があるため、医師会のみでの判断では決定し難い面も多いが、自治体側のペースに乗らないよう十分考慮し実行していただきたいと同時に、受益者である患者の立場も十分考慮しなければいけないと思う。この議題は医師会と政府厚生労働省との関係であり、いつも話題になる項目の一つである。会議中も、改正の内容・解釈・表記につき論議が交わされた

が、これらはすべて最近のめまぐるしい制度改革に起因するものとする。

ここで少し医療制度改革につき私個人が考えている事を記してみる。この数年、保険制度のめまぐるしい変更があり、各医療機関並びに私たち個人も長期的な展望が望めない現実に省みて、多大な不安を感じているのは私だけではないだろう。日本の医療制度は世界に誇れるものである。そもそも医療の原点は現場に関わる病医院、医師ないし、医療関係者が自律的な判断によって、一方では医療の発展、組織力を高めるとともに、他方では倫理面において日常的な医療事故を防止するという効果をもたらす活性化していった事にある。それゆえに現在の現場主義の否定、経済問題のみを優先した、いわゆるトップダウン（上位下達方式）は、現在の医療制度の否定であり、医療体制の崩壊を意味している。「理念無き医療改革」、「社会保障としての医療危機」と叫ばれるのも、もっともだと考える。トップダウン方式の医療体制の下では、下手な物言いは自分の立場の損失危険につながりかねることから、みな口を噤んで余計な事は言うまいと殻に閉じこもってしまうのである。こうして、医療の活性化はいよいよ減衰し、日本医療全体を覆う沈滞ムードは、その深刻の度を一層増大していく事となるであろう。とにかく困った問題である。

今回の会議では、私の医師会への勉強不足・理解度の未熟さを感じ、反省を促す 2 時間であった。編集委員として印象記記載は始めてであり、個人として傍聴した一度の経験のみでの感想で誤解・理解不足の念も免れない。皆様のご批判、ご指導を今後お願いしたい。

平成 14 年度第 1 回医療情報システム委員会

と き 平成 14 年 9 月 12 日 (木) 午後 3 時 ~ 4 時 30 分

と ころ 山口県医師会館

[出席者] 瀬戸 信夫・市原 巖
藤本 俊文・栗栖 敏嘉
東常任理事・吉本理事

[報告: 吉本 正博]



協議事項

1. Web サーバー対策

昨年来、県医師会の Web サーバーへのスパムメール侵入・踏み台利用、メーリングリスト内へのウィルス混入等々により会員に多大なご迷惑をかける事態が相次いだ。現行の Web サーバー機は導入してから 6 年以上経過するため、セキュリティ・ソフトも入手不能であり、また Web サーバー自体の動作も不安定になってきたため、Web サーバーの更新が必要となってきた。委員会では自前 Web サーバーの再構築案・レンタルサーバー移行案について検討を行った。

それぞれのメリット・デメリット（イニシャルコスト・ランニングコスト・安定性・障害時の復旧力）について確認・協議後、レンタルサーバーへの移行を前提にさらに検討を加えることとなった。

現在、技術面で確認をおこなっており、早ければ年末から移行する予定である。

なお、レンタル・サーバーに移行した場合、現在県医師会 Web サーバーを利用して開設している郡市医師会ホームページ（HP）が、現在と同様の形で利用できるかどうか懸念されたが、この問題もクリアできる見通しがついた。Web サー

バー内の郡市医師会 HP を含め、県医師会のドメイン名は従来のまま "yamaguchi.med.or.jp" が継続可能である。

また、もっとも懸念されたメーリングリスト内へのウィルス混入に関しては、レンタルサーバー内でウィルスを削除することができるため、従来のように会員間の相互発信が可能となる（現在は臨時処置として、事務局に一旦メール送信後、職員がウィルスをチェックした上でメンバーに個別送信を行っている）。

費用に関しては、レンタルサーバー料金として月々に数千円必要であるが、自前サーバーに必要な固定 IP アドレスが不要になることから、通信回線費の大幅なコストダウンがはかられ、トータルでは現状よりもランニングコストを抑えることができる。

2. ORCA

平成 14 年度都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会（詳細については平成 14 年 9 月



1 日号、No.1653 の会報で報告済み) の報告後、広島県医師会報に掲載された販売代理店(広島地区)の費用紹介を行った。

- ここでは 5 社の紹介がされており、それぞれ、
- ・PC2 台・プリンタセット標準価格 ￥800,000
- ・操作指導(4～7 日出張) ￥200,000
- ・月額保守費用(電話・メールのみで、出張は別) ￥20,000

程度となっている。参考として掲載された 2 社の ORCA 載せ替え対応メーカー系レセコンは上記のほぼ 2 倍であった。

3. 山口県医療情報ネットワーク

従来より広域災害・救急医療システムとして協議が重ねられたシステムは、救急という概念にこだわらず広い視点から、山口県医療情報ネット

ワークへと発展する方針が、山口県で決まった。

当システムは「やまぐち情報スーパーネットワーク」を活用したシステムであり、

- 広域災害・救急医療情報システム
- 遠隔医療情報システム
- へき地医療情報システム
- 地域リハビリテーション情報システム

の 4 つのシステムからなる保健・医療・福祉総合ネットワークとなっている。

このうち と については宇部・小野田地区で、 と については萩地区でワーキンググループが設置され、現在既に活動が開始されている。来年度はその結果を踏まえ、その他の地区にも拡げられる予定となっている。当該地区のワーキンググループに参加している瀬戸委員・市原委員からも、それぞれの担当における説明がなされた。

お
知
ら
せ

組合員証の紛失/無効について

厚生労働省第二共済組合遠隔地被扶養者証紛失により、紛失日以降無効。

組合員氏名 齋藤 宏子
 生年月日 昭和 28 年 12 月 17 日
 記号番号 21201470
 交付年月日 平成 14 年 4 月 26 日
 有効年月日 平成 17 年 9 月 30 日
 紛失年月日 平成 14 年 9 月 30 日
 被扶養者氏名 齋藤 理恵
 生年月日 昭和 53 年 3 月 17 日
 資格喪失年月日 平成 14 年 10 月 1 日

記号番号 031-20001750
 組合員氏名 古賀 康之
 発行機関組合番号 31350085
 発行機関名称 法務省共済組合山口地方検察庁支部
 紛失年月日 平成 14 年 7 月 20 日ころ

記号番号 002-068
 被保険者氏名・生年月日 丹羽 子郎 / 昭 23 年 1 月 28 日
 組合員との続柄 本人
 無効年月日 平成 14 年 9 月 12 日
 無効事由 盗難
 発行機関所在地 岐阜市藪田南三丁目 5 番 11 号
 発行機関保険者番号 213025
 発行機関名称 岐阜県医師国民健康保険組合

理事会 第 10 回

と き 9 月 19 日午後 5 時 45 分～7 時 30 分
 ひ と 藤井会長、柏村・藤原両副会長、上田専務理事、東・木下・小田・藤野・山本各常任理事、吉本・三浦・廣中・濱本・佐々木・津田・西村各理事、末兼・青柳・小田各監事

議決事項

- 1 第 144 回定例代議員会付議事項について付議事項を協議。
- 2 平成 13 年度山口県医師会収支決算について収支決算について説明。第 144 回定例代議員会に議案として提出する。

協議事項

- 1 全国医師会勤務医部会連絡協議会勤務医アンケート調査結果報告について報告書の内容確認、承認。
- 2 自民党県連政策聴問会(10月15日)への要望について要望事項として、税制・特区・医療従事者定着対策の3点に決定。
- 3 山口県障害者スポーツ協会の会費について会員としての会費は任意となっているため、その額を決定。
- 4 予防接種広域化事業について標準料金(案)・実施要領・契約書(案)・今後のスケジュール(案)を協議。詳細は本号記事参照。

報告事項

- 1 山口県障害者ケアマネジメント体制整備推進委員会(9月4日)

県障害者ケアマネジメント体制整備推進委員会の概要(設置目的・委員会等)これまでの経緯及び本年度の事業、推進のあり方等の検討事業について報告された。(事務局)

- 2 学校心臓検診検討委員会(9月5日)
 主治医・学校医・養護教諭より生活管理表を集計・解析し、可能であれば診断基準を策定するよう協議。(濱本)

- 3 都道府県社会保険担当事連絡協議会(9月6日)

- 4 第 20 回全国医師会共同利用施設総会(9月7～8日)

坪井日医会長講演「医療改革で何を変えるのか」では国民皆保険・フリーアクセスの堅持と、医師会が変えるべきポイントとして医療情報の開示・競争原理の導入、また医療の質管理・医の倫理の昂揚を述べられた。(廣中)

- 5 山口県臓器バンク合同慰霊祭(9月8日)
 献眼・献腎の合同で開催。ドナーレシピエントの手紙紹介では、提供者の不幸によりレシピエントの生活改善が行えたことについて、感謝とともに申し訳ないとの気持ちが紹介された。提供者側では、これを負担に感じないでほしいとの意見交換が行われた。(三浦)

- 6 山口県救急フェア in 阿東(9月9日)
 阿武郡医師会が救急功労団体として知事表彰。その他、幼児の救急処置について講演が行われた。(上田)

- 7 介護保険研究大会実行委員会及び調査研究部会(9月9日)

介護保険制度下で、「自分らしく暮らし続けたい」という利用者の願いを実現するために、サービス提供者が原点に立ちかえり、利用者の視点に立ってサービスのあり方を問い直すことが重要とされた。(佐々木)

- 8 介護保険審査会(9月9日)
介護保険認定に関わる審査1件につき協議。
(藤野)
- 9 第3回予防接種広域化推進協議会(9月12日)
医師会と行政との協議において、若干の都市医師会ではまだ合意が得られておらず、今後も引き続き協議が必要とされた。
(木下)
- 10 医療情報システム委員会(9月12日)
Webサーバーの再構築について検討を行った。コスト面・技術力の面からレンタルサーバーへの移行ををほぼ決定した。業者との協議を続け、早ければ年末より移行することとなった(詳細は本号記事参照)。
(吉本)
- 11 萩地区個別指導(9月12日)
病院1件、内科2件。(山本)
- 12 第24回産業保健推進全国会議(9月12日)
産業保健推進センターの事例が紹介された。小規模企業では加重労働となっており、産業医共同専任事業の利用、産業保健センターの活性化が必要であるとされた。来年度には全国に産業保健推進センターが設立される予定。またコーディネーターの育成に関し、中央で一括育成ができるよう準備が進められているとのこと。
(三浦)
- 13 中国四国医師会連合常任委員会(9月14日)
中央情勢報告と中四国ブロックの今後の予定を協議。
(上田)
- 14 防府看護専門学校創立50周年記念式典
(9月15日)
- 15 萩市民病院勤務医との懇談会(9月17日)
主治医意見書の記載・医事紛争・保険診療の説明を行った。その他、医師会入会のメリット論、病診連携に関しフリートーキングを行った。病診連携に関しては、「近い位置にいてもお互いの顔を知らないとなかなか紹介できないので、地域での病診連携の機会をもって、今後病診連携に役立てていきたい」との意見があった。(三浦)
- 16 医事紛争対策委員会(9月18日)
2件につき協議。
(東)
- 17 日医健康スポーツ医学委員会(9月18日)
認定単位に関わる協議を行った。その他、生活習慣病とスポーツに関わるテーマについて協議を行った。
(木下)
- 18 レセプト電算処理システムに関する広報
支払基金より、レセプト電算処理システムに関する会報記事掲載の申し出があったため、協議。
(事務局)

互助会理事会 第9回

- 1 傷病見舞金支給申請について
1件申請、承認。

医師国保理事会 第9回

- 1 山口県医師国民健康保険組合規約の改正について
国民健康保険法の一部改正により、本組合の規約を一部改正した。組合会を開催することが困難なため、法の定めにより「理事の専決処分」とした。
1. 組合員は、2割負担(従来どおり)
組合員の家族は、3割負担(従来どおり)。
 2. 3歳未満は、2割負担。
 3. 70歳以上は、1割負担。
 4. 一定以上の所得のある70歳以上は、2割負担。

今年の夏は暑かった。久しぶりの猛暑と思っていたら、クーラーは 20 数%の売上減という。なんでも台風の影響とか解説していたが、クーラーの売れ行きはともかく、とにかく山口は暑かった。そのためではないが、先月は俄かに夏季休暇をもらった。実は、8 月初めに例によって 7 月の「県医師会の動き」の原稿（フロッピー）を編集担当に持っていったところ、突然、「今月は緑陰随筆号のためお休みです。先生もごゆっくりしてください」という。菲才を顧みず折角書いたものがボツになりそうなので、慌てて、なんとか 9 月 1 日号に掲載させてもらった。この編集担当マンの態度から、“この欄があんまり評判が良くないので、間接的にそうノタモウタか”とっていたら、9 月初めに、「今月の原稿は明日ぐらいにはそろそろ出してください」と電話があった。小心者は少しホッとしたが、シッカリシテヤと・・・（何、ボクが悪い？）

8 月 21 日（水）第 2 回日医診療報酬検討委員会が開催された。坪井会長の諮問が今回漸く下知された。「診療報酬改定の影響とその対応」とのこと、極めて分かり易い。因みに、2 年前のこの会への諮問は「診療報酬体系改革における具体的体系の構築について」であった。今春の改定に対する会員の反響に改めて敬意を払ったのものが、あるいは前回の答申の内容が空疎であることがばれてのものかよく分からないが、会員から改定内容に対する明確なアカウンタピリティーを求められた結果であるのは確かである。とはいえ、つぶさにこれまでの日医の説明をチェックしていれば、それなりに理解できるはずだが、これほど世情が厳しくなるともっと明確で丁寧なメッセージが必要であったと思われる。改定については喧しかったが次第に落ち着きを取り戻しつつある状況のなか、日医保険担当者の決定的な踏み外しは、

5 月末の中国四国医師会連合総会医療保険分科会で、手術の施設基準を導入した経緯について、「こういうことであるがこれでよいかと外保連の了解を得た改定であった」と明言し、これが活字になったことである。この言に触発されたかのように、外保連は反発。「何ら事前に相談なかった、第一、手術適応基準なるものが、まったくケシカラン」となった。この手術適応基準について厚労省は 8 月に要件緩和を打ち出したが、まだ現場では不満がくすぶっている。山口県でも藤井会長が石川日医副会長来山時に、「このままでは地方で手術ができなくなる。何らかの対応をお願いしたい」と要望（抗議？）されたことはこの欄でお伝えしたが、しかし、この施策の方向性としては間違っているとも言い切れない。この件でわれわれ他科のものにもよく分かったことは、手術項目別に見ると思ったほど件数が多いのではないのだナーと。食道がん年間 5 件、せめてこれぐらいはセニヤーと感じたのは小生だけか。今後、ドクターフィーあるいは手術の難易度に対して適切なフィーをつけるとすれば、この手術適応基準はひとつの方法ではある。しかし、今回のいきなり 30%の減算は余りに大きく、衝撃的であった。行政は入院の院内感染防止対策等の減算方式に味を占めたのか、ナントかの一つ覚えのように、このケースも減算としたのがまずいのであって、あるいは加算方式であったらまた受け止め方も違ったかもしれない。これが今回改定の大きな問題のひとつにまでなったのはやはり日医のこれまでの手続が余りにルーズであった？ことによるものであろう。青柳副会長は診療報酬改定時に案件を検討・検証する医療関係団体のネットワーク構築構想を打ち出した。今後、検討することになる。

翌 22 日（木）には社保・国保審査委員合同協議会が 100 人以上の出席をえて、県医会館で開

催されたが、県医が行う協議会としては最大のものである。これだけ多人数だと勢いセレモニーになるが、一概に無駄ともいえない。時に極端ともいえる意見がでるが、不思議にも結構それで総意が反映され、恐らく会員にも一応納得できる結論に落ち着いていると受け止めている。とはいえ運営について一工夫が求められているのも確かである。今回、特筆すべきは整形外科では関連の議題に対し、事前に科での意見を集約され議事運営担当に提出されたことである。これでは形が決まって、協議にならないという側面もあるが、これだけの多人数では論点をできる限り絞ったやり方でないと対応が難しいと思われる。よしとすべきか。

9月14日(土) 中国四国医師会連合医学会が高松市で開催された。会場のクレメントホテルは斬新なスタイルで、広がった。確かめはしなかったがオープンして間もないのであろう、新しい空気がいっぱい詰まっている感じがした。山口県でもせめて一つぐらいこの程度の会場があればと、ふと、ないものねだりの思いがかすめた。

今回は日医から坪井会長や日医三副会長いずれの出席もなく、いまひとつ盛り上がりを欠いた。医療保険と介護保険の分科会にはそれぞれ櫻井、青井常任理事がコメンテーターとして臨席されたが、山本、藤野両常任も期せずして報告したように“低調”という印象は拭い得なかった。だが、暫し待てよ、その責はわれわれ側のモチベーションの低さによるもので、今回、あまりにパッシブ過ぎたのではないのか、という反省もある。次はもっと遠慮なく意見をぶっつけたい。でも、やはり何でも受け止めてくれそうでないと・・・。

9月19日(木) 都市会長会議では市町村合併における都市医師会の対応等が協議されたがこれは報告に譲るとして、ほかでは医療特区が話題となった。特区は周知のとおり、経済財政諮問会議で、特定分野の規制を撤廃し、経済を活性化させる戦略として提案されたもので、これを受ける形で総合規制改革会議が構造改革特区構想なるものをぶち上げた。規制改革は国民も望んでいると受け取られているが、それはともかく総論賛成、

各論反対ということになりがちで改革が進まない。そうしたことを排除するため、特定地域においてまず構造改革の成功例を示すことにより、全国的な規制改革へと波及させ、国全体の経済を活性化させようとするものである。特区の地域については原則として市町村の範囲を基本とし、手上げ方式ということらしい。

問題は「生命・身体・健康に関する規制であるという理由によって特区の対象外とすべきでない」と記されている点であろう。これぞ正しく小泉流、聖域なき構造改革といえる。褒めているのではない。規制改革といえば閉塞感の充満している日本の現状では一筋の光明のようにみえるが、実はグローバル化のなかで、内外の大企業の活動や参入を自由化しようとするものである。この特区を規制解除することにより、例えば、医療への株式会社の参入、混合診療の容認を促す、それをひいては全国へ展開させる。その結果はいうまでもなく、これまでのようにすべての国民が自由で平等な医療をうけることのできる保障がなくなり、金持ちだけが手厚い医療を受けられる世界である。つまり、世界に冠たる皆保険制度の崩壊であり、今、それが目前まで迫ってきている。

この件に関して、日医は当然反対姿勢を表明はしているが、すこし弱々しさがあると感じるのは、日医発表の「2015年医療のグランドデザイン」で自立投資導入を謳っており、これとの整合性にある。表現はどう換えても延長線上では必ず交わる。

日医のメッセージがはっきりしない現状では、旗鮮明な(あまり腹蔵を感じない)櫻井発言に注目していきたい。

(追記)

9月29日(日) 県医師会生涯研修セミナーがあった。立場上、特別講演「人々を煙害から守るための医師の役割」(斉藤麗子先生)の座長を務めることになった。勢い「明日から禁煙運動を展開します。“隗より始めよ”ということで早速県医役員から指導を実践します。ただロールモデルとしての役割の自覚が低い人が多いので、すぐ行き詰まるかと思しますので、その折はまたご助

言を」と締めくくったところ、案の定、内部より手裏剣が飛んできた。「お前は首だ」と・・・。

正直、ありがたい！これで都市医師会の会報に、「日医幹部も県医幹部も・・・やることといえば相も変わらぬ陳情、折衝、お願い行脚。小理屈をこね回しての自己欺瞞。・・・高禄と引き換えに魂を売ったとみえる、云々」などと叩かれなくてすむ。

でも、でも、自己欺瞞なんて心のどこを探してもない。ましてや高禄？で魂を売ったなどといわれたら立つ瀬はない。こんな記事にいちいち反論するなんて、さらにグレードを落とすばかりだし、余りに悲しすぎるが、恐れるのは他の会員へ

の波及である。情報公開はキチンとしてあるわけですから、どうぞよくお調べください。高禄？に不満があるなら、県医の協議会でよく検討してください。小生の自覚も能力も足らんのは認めるにしても、他の県医役員は気概で頑張っていると思えません。

中国診療情報管理研究会

と き 平成 14 年 12 月 12 日（木） 午前 10 時～午後 4 時 45 分
ところ 広島医師会館講堂
広島市西区観音本町 1 丁目 1 番 1 号

テーマ 「保健・医療・福祉サービスに係る、良質な情報提供と管理をめざして」

特別講演 「日本の病院の質・医療の質」
日本病院会副会長・日本病院会通信教育委員会委員長・済生会神奈川県病院名誉院長 山本 修三
記念講演 「診療所における診療情報管理」
広島市医師会理事 田坂 佳千
シンポジウム 「地域における診療情報管理の現状」
基調講演 「診療情報管理とは」
広島国際大学医療福祉学部医療経営学科 三宅 裕子
教育講演 「医療情報システム技術に係る専門職の育成について」
広島大学附属病院医療情報部教授 石川 澄

参加費 3,000 円 懇親会 3,000 円（広島医師会館第一会議室）

主催 中国診療情報管理研究会
連絡先・申込先（FAX にて） 締切り平成 14 年 11 月 11 日
医療法人社団うすい会高陽ニュータウン病院
〒 739-1742 広島県広島市安佐北区亀崎 4 丁目 7 番 1 号
事務局担当 診療情報管理室 有吉 澄江
TEL082-843-1211 FAX082-843-3333

豊かな老後 確かな支え

日本医師会 年金

ご加入のおすすめ

特 色

1. 日本医師会が運営する会員のための唯一の年金。
私的年金として我が国最大規模を誇っています。
2. 長寿社会に対応した年金です。
長生きするほどお得な年金です。
3. 生活設計に応じて年金額を決定できます。
4. 掛金には上限がありません。増減はいつでもできます。
5. 計算利率は魅力ある1.5%です。

加 入 の 要 件

64歳6ヶ月未満の日本医師会会員（会員種別は問いません）

*パンフレットのご請求と詳細については

日本医師会 年金・税制課

TEL. 03-3946-2121 (代)

FAX. 03-3946-6295

Eメール nenkin@po.med.or.jp

ホームページ <http://www.med.or.jp/>

ご案内

第 216 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

と き 11 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 1F「飛鳥の間」

テーマ 弁証論治トレーニング〔第 17 回〕 - 慢性下痢 -

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

第 15 回山口県国保地域医療学会

メインテーマ「その人」らしさを支える地域医療
 ~限られたヘルスケア資源と多様な価値観への対応~

と き 11 月 10 日 (日) 午前 10 時 ~
 と ころ ぱ・る・るプラザ山口 (山口市惣夫太町 1 番 15 号)

特別講演 I 「人生 80 年時代における国保直診の役割」
 ~地域包括ケアシステムをふまえて~

全国国民健康保険診療施設協議会相談役顧問・香川県三豊総合病院組合保健医療福祉管理者 今井 正信

特別講演 「いのち」の輝き

総合病院山口赤十字病院 緩和ケア科部長 末永 和之

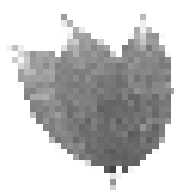
その他 パネルディスカッション、研究発表

日本医師会生涯教育制度による単位 (3 単位) を取得できます。

主催 山口県国民健康保険診療施設協議会
 山口県国民健康保険団体連合会

後援 山口県・山口大学医学部・山口県医師会ほか
 学 会 長 島田 正 (町立美和病院長)
 実行委員長 谷川 秀也 (山陽中央総合病院長)

病・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

0120-33-7613

〒750-0001 山口県山口市下町 1-1-1
 TEL 083-251-1111 FAX 083-251-1112
 受付時間 9:00~17:00 (土日祝日を除く)

ご案内

学 術 講 演 会

と き 平成 14 年 10 月 23 日 (水) 午後 7 時 20 分 ~

と ころ 徳山医師会 特別教室

演 題

『気管支喘息及び COPD 治療の最前線』

石岡内科クリニック院長 石岡 伸一

と き 平成 14 年 11 月 7 日 (木) 午後 6 時 50 分 ~

と ころ ホテルサンルート徳山

演 題

『骨粗鬆症のメカニズム』

山口大学医学部整形外科講師 田中 浩

『骨粗鬆症の病態と治療』 - ビスフォスフォネート製剤を中心に -

山陰労災病院関節整形外科部長 岸本 英彰

日本医師会生涯教育制度による単位 (5 単位) を取得できます。

主催 徳山医師会

ご案内

山口県消化器がん検診研究会総会・講習会

と き 平成 14 年 11 月 16 日 (土) 午後 2 時 40 分 ~ 5 時

と ころ 山口県医師会 6 階大会議室

14:40 ~ 15:00 平成 14 年度山口県消化器がん検診研究会総会

15:00 ~ 17:00 第 32 回山口県消化器がん検診講習会

1 症例研究

「胃がん検診症例 (逐年検診での発見進行胃がん)」

直接撮影症例 (財)防府消化器病センター防府胃腸病院長 三浦 修

間接撮影症例 済生会山口総合病院外科 高橋 剛

2 特別講演

「大腸がん検診における注腸 X 線検査の役割」

松山赤十字病院消化器科第一部長 淵上 忠彦

- ・講習会受講料 山口県消化器がん検診研究会員は無料。
非会員は医師：2,000 円、医師以外：1,000 円。
- ・取得単位 日本医師会生涯教育制度 3 単位

第 16 回山口県乳腺疾患研究会演題募集

ご案内

と き 平成 14 年 11 月 9 日 (土) 午後 3 時 ~ 6 時

と ころ ホテル みやけ (JR 新幹線小郡駅前)

主 題 乳腺疾患全般に関する事

世話人 〒 747-8511 防府市大崎 77 番地 山口県立中央病院 外科
第 16 回研究会当番世話人 倉田 悟 宛 FAX0835-38-2210

共 催 山口県乳腺疾患研究会ほか

受贈図書・資料等一覧

(平成 14 年 9 月)

名称	寄贈者 (敬称略)	受付日
医学中央雑誌 2002 9 3819 号	医学中央雑誌刊行会	9・3
血液事業 Vol.25 2	日本血液事業学会	9・4
臨床と研究 9 月 第 79 巻 第 9 号	大道学館出版部	9・19
大気環境学会誌 2002 Vol. 37 3	大気環境学会	9・25
徳山医師会病院 病理剖検症例集 1996 ~ 2000	徳山医師会病院	9・30

編集後記

7 月に内閣官房室の構造改革特区推進室より特区構想についての発表があり、8 月末をもって各自治体からの申請が締切られました。いよいよその具体化に向けた検討が総合規制改革会議のなかで開始されます。

各自治体から特区構想として 426 件が申請され、日本医師会独自の調査ではその内、医療関係は 25 件であったと発表しました。

しかし、表面的に医療とは無関係を装いながら、実際の内容は限り無く医療に近い構想も散見され、もっと内容が明らかになれば、さらに増えることも予想されます。

日医の櫻井常任は特区構想について「経済を活性化するのは結構だが、国民の生命、身体、健康までも犠牲にしてもかまわない」という内容になっている。医療に関する実験を行って、国民に健康被害が生じた場合に地域で責任が持てるのか」と疑問を呈しています。

そもそも特区構想は学者の考える実験であることは間違いありませんし、その犠牲は地域住民に強いられます。

山口県医師会も生命、身体、健康に関する特区については国民が等しく公平に享受すべきものである医療制度の根幹に反するものと認識し、絶対に容認できない旨の要望書を地元出身の構造改革特区推進に関する特命委員会のメンバーに送ったところです。

郡市医師会におかれましても、表面上は医療と無関係を装っている「隠れ医療特区構想」もあるようですので、日医からの「地域における規制改革特区に対する注意について」をもう一度お読みいただき、十分に注意していただくようよろしくお願いいたします。(東)