

# 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 15 年 2 月 11 日号

1668



ふきのとう

牧野 典正 撮

顕彰.....	108
二次医療圏座談会 (宇部・小野田保健医療圏域) ...	110
理事会.....	134

日医 FAX ニュース .....	109
山口県感染性疾病情報.....	138
ご案内・お知らせ.....	133 ~ 137

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

## 顕 彰



### ・ 勲五等双光旭日章

益田 宗親先生（下関市）

平成 14 年秋の叙勲

長年にわたりボーイスカウト活動の推進向上に貢献されました。



### ・ 内閣官房長官表彰

麻上 千鳥先生（下関市）

平成 14 年 6 月 14 日

多年にわたる男女共同参画社会作り功勞により表彰を受けられました。



### ・ 厚生労働大臣表彰

田村 陽一先生（山口市）

平成 14 年 11 月 23 日

長年にわたり労災保険事業の適正な運営に尽力されました。



### ・ 厚生労働省労働基準局長表彰

篠山 哲郎先生（小野田市）

平成 14 年 11 月 23 日

長年にわたり労災補償の適正給付の推進に尽力されました。

### ・ 山口労働局長表彰

久保田 政臣先生（岩国市）

平成 14 年 11 月 23 日

長年にわたり労災保険事業の適正な運営に尽力されました。

・山口県教育委員会教育功労賞

中村 利幸先生（徳山）

井上 英正先生（防府）

水嶋 亨先生（岩国市）

川岡 浩先生（岩国市）

平成 14 年 11 月 1 日

長年にわたる学校保健に対する功績により表彰を受けられました。



第 45 回山口市美術展覧会  
「はぐれ螢」にて大賞

渡辺 恵幸先生（山口市）

平成 14 年 9 月 24 日

山口市一の坂川の流れを螢とともに写真で表現されました。

受賞作品は、カラー写真で平成 15 年夏季特集号の表紙として掲載予定。

日医 FAX ニュース

1 月 21 日 1326 号

「財政ありき」の制度改革論議に危機感を表明  
厚労相に 3 割負担凍結を陳情  
3 割負担凍結法案の提出に向け協議へ  
マイナス改定、負担増など「憂慮すべき経営環境」  
制度改革で日医と密接に連携  
都道府県等に安定供給のための対応策を通知

1 月 24 日 1327 号

介護報酬改定の検討過程、改定幅の議論は不透明  
野党の 3 割負担引き上げ凍結法案は内容を検討  
外総診選択の診療所は 1 日あたり点数 19.49% 減  
被用者保険 3 割負担は国民的議論が必要

1 月 28 日 1328 号

診療報酬体系の試案に診療側は慎重姿勢示す  
新高齢者医療制度は 07 年からスタート  
消費税は社会保障財源確保への方法論のひとつ  
再生産費用盛り込んだ診療報酬体系に  
文科省が「結核健診マニュアル」  
インフルエンザが全国的な流行期に

## 二次医療圏座談会 シリーズ

明日の病診連携を目指して

## 第 2 回

## 宇部・小野田保健医療圏域

とき 平成 14 年 11 月 9 日(土) ところ 宇部市医師会館

## 出席者

宇部興産(株)中央病院長	篠崎 文彦
国立療養所山陽病院長	中田 太志
小野田市立病院長	山下 勝之
労働福祉事業団山口労災病院長	伊藤 治英
山陽中央総合病院長	谷川 秀也
美祢市立病院長	柴田 正彦

厚狭郡医師会長	原田 徹典
宇部市医師会長	田中 駿
小野田市医師会長	中村 克衛
美祢市医師会長	高田 敏昭

## 県医師会

副会長	柏村 皓一
地域医療担当常任理事	藤野 俊夫
広報担当常任理事	東 良輝
会報編集委員	渡木 邦彦(司会)

渡木 お忙しいなかをお集まりいただき、ありがとうございました。2回目として宇部・小野田・厚狭郡・美祢市医療圏の座談会を始めたいと思います。本日は、堅苦しい話も結構ですが、普通の会話のようにお話ください。

柏村 本日は、貴重な時間を座談会のために割いていただきありがとうございました。二次医療圏

座談会は第1回を下関で開催致しました。今回違うのは、前回は1市1郡でありましたが、今日は3市1郡という非常に広大な地域の座談会となることです。そのため大変難しい問題もあるかと存じます。幸いなことに、第1回が非常に好評で、県行政も注目していると伺っています。なかなか意見がまとまらないかも知れませんが、忌憚のないご意見、現状の問題とか将来への抱負

を語っていただければ幸いと存じます。

藤野 こんばんは。県医で地域医療と介護保険を担当しております。今、柏村副会長がおっしゃったように、第 1 回目を下関で開催致しまして、とても楽しい会でした。5 病院の先生方がいらっしゃいました。あのように基幹病院の先生方が全員集まり会を開くというのは初めてでした。本音も聞かせていただきましたし、“そんなことまで言ってもいいの？”と思うような発言をされた先生もいらっしゃいましたが（笑）意見交換ができて良かったと思います。

今後の取り組みですが、平成 15 年 8 月に病床の届出をしなければいけなくなりました。おそらく病院が変わってきます。そうすると地域医療も変わってきます。その現状を把握したいと思って、紹介率とか在院日数、あるいは病医院の抱えている問題、医師会がどう考えているかというアンケートを行いました。今日は、このアンケートに関する話も含めて、いろいろ意見を言わせていただける機会があるかも知れません。どうぞ、よろしく願いいたします。

#### - 基幹病院の現状と問題点、将来構想 -

渡木 まず、医療圏において基幹病院における現状と問題点、それから今後どういうふうに将来構想をお持ちか、お話をお聞かせください。

篠崎 先日、日本医師会の勤務医部会連絡協議会で宇部興産中央病院の現状をお話しさせていただいたので、ここにお集まりの先生方には既にご存知の方もいらっしゃるかと思います。なにしろ企業の病院であるため赤字を出してはいけない、ということで非常に厳しい状況のなか、苦勞をしています。

ここに地域医療に関するアンケートがあります。ここに書いてあるのですが、在院日数を 18 日ぐらいまでに減らしてくれといたら、やってくれたんですが、そうしますと空床が目立ってき



興産中央病院  
篠崎文彦院長

ました。一時は 90%位あったところが、80%位まで下がりました。だいたい在院日数が長い整形外科、脳神経外科、神経内科あたりは、もう少し延ばしてもいいんじゃないかと言いまして、20.8 位のところでいっています。そして、診療報酬改定により 4 月からだんだん収益が悪くなりまして、非常に困っています。-2.7%というのが、実際のところ、外科系の施設基準で 30 例とか 50 例ないと、100%の診療報酬が得られない。実際には、70%だということです。調べてみますと、どんな症例でもこれをクリアーできなかったわけです。

昨年から、手術に関しては、30%減といいますが、7割しか収益が上がっていないということになりました。トータルに考えますと、毎月の収支を見てみますと、5～5.5%位の収入減となっています。県医会長にも申し上げたことですが、こういう田舎では、大都会と同じように扱うのは問題があると思いますし、そういうふうクリアーしようと思えば、余分な手術まで行わないといけないことになるんじゃないかと、問題がかなり大きいんじゃないかと思えます。

柴田 病院ができて 13 年目を迎えています。私は就任しまして 3 年目です。美祢市は、病院が一つしかないという特性があります。150 床で行っていますが、美祢市立病院の場合は、関連施設として老健施設・在介・居宅・訪問看護いろいろの施設を付設してまして、典型的な三位一体と申しますか、保健・医療・福祉を美祢市と一体となって行っています。



美祢市立病院  
柴田正彦院長

今年から透析を立ち上げまして、経営の方は診療報酬が変わりましたが、ほとんど変わっておらず、まあまあというところで推移しています。実際問題、なぜ変わってないかという、入院患者さんの数を去年と比べてみますと、少し入院患者さんが増えており、外来はほとんど変わっていませんけど、入院患者さんが増えているところで収入はトントンのところをいっているんだろうと思います。病床区分の問題でありますけど、それ

で非常に悩んでいます。病床区分検討委員会を病院のなかで立ち上げていまして、シミュレーションをやっていますけど、後方病院がないというのが美祢市の一つの特徴で、現在は在院日数 27.5 日と長く、紹介率は 15% と少ないのですが、大病院が美祢市にはないのですべて一般病床（急性期病院）を目指していません。

在院日数も特に、勤務されている先生方にやかましく言っていません。最初は、とにかく 25 日を切りたいと思っていましたが、美祢市の状況を考えますと、老人病院といいますが後方病院がありませんので、そのままとなっています。老健施設はそういう意味で、私が就任する前に作られたと思いますが、介護保険の考え方が変わりました。在宅復帰を目標に中間施設として、だいたい 6 か月を目標にしています。入所するときも、長期入所ではなくて、在宅復帰ができる人を主体に老健施設では受け入れています。だから、寝たきりの人は入所基準から外すというような形になっています。基本的には、在宅復帰ができる人を目標に入れて、そこでしっかり理学療法をしまして、在宅医療・介護ができる方向でしています。今、老健施設は 70 床持っています。通所もしていますけど、美祢市は非常に効率が悪いと申しますが、人口が少ない割に面積が非常に広いので、行政効率が非常に悪いです。通所をしましても、バスで送迎するのも効率が非常に悪く、訪問看護でもそうです。1 回行って、また帰ってこないといけないという地域性がありますので、その辺はやむを得ないと思います。

そして、救急医療に関しては、スタッフが協力してくれていますので、私が行く前はかなり救急患者を断っていたようですが、とにかく今は“一切断ってはいけない、美祢市の患者さんだったら全部受け入れる”ということで行っています。だから救急は全部受けています。待機制にしています、スタッフがよく協力してくれています。救急ではご迷惑をおかけしていることはないだろうと自負しています。

それから、紹介率は確かにあまり良くありません。13 ~ 15% の間ぐらいです。私自身は勤務医をずっとやっていますが、本当言いますと、外来なんかやりたくないですね。入院患者だけ診たい

というのが本音だろうと思います。勤務されている先生方もそうだろうと思います。だけど、病院の経営とかいろんなことを考えますと、外来もやらなきゃいけないというのが現状だろうと思います。

病診連携では、先般、症例検討会で紹介された患者さん 2 例を検討しました。年 2 回定期的に、病診連携の情報交換会をもっています。やはり顔が見えないといけなので、会員の先生方と勤務医の先生がお会いして、いろいろとお話をする会を立ち上げています。

中田 この会に加えていただきまして、ありがとうございます。山陽病院は、ご存知のように、湯田温泉病院と山陽荘病院が統合しまして、今年で 5 年になります。国立療養所は、各病院とも政策医療を行うよう決められていまして、当院は呼吸器疾患の中国地方の基幹病院と位置づけられています。もう一つは、重症心身障害の専門医療となっており、この 2 つを柱としています。



国立山陽病院  
中田太志院長

日頃、ここにいらっしゃる皆様がたくさん紹介をいただきまして、感謝しているところです。紹介率ですが、お陰様で現在 30% を超えています。

紹介率加算を今年から取っております。在院日数ですけど、40 日を超えてまして、他の病院のように短縮の努力はしていません（笑）。

呼吸器疾患ですけど、肺癌を中心に、慢性呼吸不全、喘息等の紹介をたくさんいただいております。国の方針でも結核を減らすよう努力がなされていますが、山口県では結核病床のある病院は当院以外、国立療養所柳井病院、萩、下関、防府しかありません。当院の結核病床は 100 床ありまして、73 くらいしか埋まっておりませんので、十分に何時でも入院できます（笑）。この医療圏だけでなく、他の医療圏からも十分受け入れられますので、PR したいと思います。実際、国立療養所柳井病院も閉棟しますが、山口県東部の方は病床がなくなりますので、先日、閉棟以後は山陽病院でお願いしたいとの依頼を受けました。

渡木 最近、結核はまだ増加傾向にあるんですか。

中田 県の統計では、少しずつは減っているのですが、高齢者での罹患率が高いので、ここに隠れているのではないかと思います。

渡木 高齢者の場合、どうやって結核が見つかっているのでしょうか。

中田 やはり、咳が出るとか、レントゲンを撮ってみると影がでているとかです。検診が一番大切ですね。ただ高齢者はあまり検診を受けませんので、どうしても見逃されているというか放置されているところがあると思います。今、手元にある資料に書いてあるのですが、「結核が今なお重要な疾病であることを、住民や病院及び福祉施設に啓発していくことが必要です。」となっているところが重要であると思います。

それから、緩和ケアをやっているのですが、末期癌の患者さんを各病院から紹介いただきまして、だんだん患者が増えていますので、引き続きお願いしたいと考えております。

救急の方ですが、当院としても加えていただきたいのですが、また医局の先生方もやらないといけないと思っているのですが、なにしろ、偏っています。呼吸器疾患の方に医師が偏っていますので、脳外科がありませんし、こういった状態を考えると、救急をやっても、すぐ他の病院に転送とか、余計に周りにご迷惑をおかけするのではないかという気がしています。呼吸器の喘息に限っては受け入れようとかになると、虫が良すぎますし。でも、そのくらいの気持ちはあるというのは分かっていたきたいと思います。

将来の構想では、16年度から独立行政法人化になりますので、企業会計が導入され、国立といえども安閑としておれない。遅すぎますけど経営に力を入れるよう努力しています。患者さんの確保ぐらいしか経営改善がありません。そのため病病連携、病診連携に、今以上に力を入れていこうと思っています。連携室を設置しようという機運にあります。山口労災病院や興産中央病院から毎月連携室便りをいただき、負けてはられないと思っています(笑)。

ただ、どうも人員の確保がなかなか国立は難しく、立派な連携室とは言いませんが、何とかそれに変わるようなものは設置したいという機運にあります。近々、できるんじゃないかと考えております。

ベッド数は435床、結核病床が100床、重症心身障害が120床、あとが一般215床です。そのうちの25床が緩和ケア病棟で、純粋な一般は190床となっております。

山下 本日は、私を含めて3人の自治体病院の先生方が来ておられますが、自治体の病院の概要と小野田市立病院の現況について発言させていただきますが、ご存知のことと思いますが、自治体病院といいますが、自治体病院といいますが、地域住民が必要と認めて、議会の議をえてつくられたわけですが、小野田市立病院が地域住民にとって存在価値が薄れてきますと、これからは統廃合、存続の議論が出てくると思います。事実、福岡県においては県立病院の統廃合が起こっておりますし、北九州市では市立病院が一つ廃止となっておりますことから、明らかだと思います。



小野田市立病院  
山下勝之院長

2点目は、地方公営企業法なるものがありまして、内容は大変複雑なのですが、要は地域住民が必要とする高度医療とか、一種の不採算部門かも知れませんが救急医療、その他の不採算部門に対しては一般会計からお金を出してあげますよ、しかし、そのほかの一般診療に対しては自分たちで工夫して独立採算性でやりなさいということになっています。もちろん一般会計からの繰入金というのは、その病院の規模とか、経営状況、市の財政によるので一律ではありませんが、小野田市も財政が非常に逼迫しておりまして、平成14年度の一般会計からの繰り出し金も大幅にカットされました。また診療報酬改定で相当厳しい状況になると思っております。全職員参加型の経営改善委員会を作っており、その下に3つの部会を作っております。

それから、紹介率ですがだいたい20%ぐらいであろうと思っています。30%をクリアする

にはまだまだ大変難しい問題でありますし、平均在院日数も今 23 日ですので、17 日をクリアするのも大変難しい状況にありますので、今は紹介率というのは、当病院がどれだけ評価されているのかを判断するのに、いいバロメーターになっているのではないかと考えています。これからも紹介率を上げていかなければならないのは、大変大事なことだとは思っています。

病診連携につきましては、この 4 月より医事課兼務の病診連携室長をおいています。しかし、一般行政職から来ているので、なかなか動いてくれないのですが、できるだけ早く稼働させたいと思っています。

将来の方向性については、小野田市には 3 つの公的病院があり、近くには大学病院がありますので、市民にとってはとてもいい医療環境にあると思います。われわれ病院にとっては大変な激戦区となっております。病床区分に対しましても、例えば 3 公的病院が競合する部分がありましても、それはそれでお互いに切磋琢磨すれば、医療の質・サービスの質の向上に繋がると考えています。それができないところは自然淘汰されていくのではと考えております。

それと、小野田市も今、市町村合併の問題もありますが、病院としての方向性は決まっているものの、合併によっては行政、議会によって方向性の転換を求められるかも知れません。それは市民の声でもありますので、市民のニーズに応えるという点からもそれに従わざるをえません。平成 15 年 8 月までしばらく時間がありますので、推移を見守っていきたくと思っています。将来の構想というのは特にありませんが、病院を増改築して 20 数年が経って老朽化が進んでいますので、夢ではありますが、市町村合併にともない、病院が新しくなったらなあ(笑)と思っています。

それから今、われわれの間で一番問題になっていることなのですが、小児科医でして、これまでずっと常勤医 2 名が小野田市内を中心として、周辺の小児医療を先頭に立ってやってきてくれました。しかし、平成 14 年 3 月より 1 名減りまして、もう 1 名が開業することになりました。2 名の常勤医が一気にゼロになってしまいまして、非常に頭の痛いところです。幸いにして、大学から

パートを派遣していただくことが先日決まりました、ちょっとホッとではありますが、やはり常勤がいなくなると、小児の入院もできませんし、救急あるいは当直、あるいは産科にも大きな影響がでてくると思っております。

今までは、各医療機関に小児科医が分散していましたが、これからは 1 医療機関に集中するようになるような気がしています。小児科医が少ないためにやむを得ないことも知れませんが、自治体病院としましては、何とかして小児科の常勤医を確保したいとおもっています。これが 1 番頭の痛いところです。

渡木 ありがとうございます。どこでも小児科医がない、それから新生児医療ができないという問題はあるみたいですね。それでは、山陽中央病院の谷川先生、お願いします。

谷川 国保直診病院ですので、住民密着型の診療をやってきました。

救急指定となったのが昭和 40 年で、休日夜間診療を始めたのが、53 年です。200 床以上の病院になったのが、昭和 59 年の 210 床です。現実はこれとはまったく違う状態になっております。一般会計からの繰り入れが少なく、病院は大赤字で、にっちもさっちもいかない状態ですが、町の再建委員会がありまして、昨年度から町独自で再建委員会にはいっておりました。平成 14 年 10 月 15 日、県の発表で新聞に出たと思いますが、第 5 次再建計画に乗ることが決まりました。

私の病院は常勤医が 10 名で、平成 15 年は小児科医が減って 9 名になります。これで、はたしてやっていけるのかなと思っています。ほとんど大学の先生に当直を依頼しております。内科の先生が当直しても、小児科の常勤医がいないと、ちょっと小児科を診ることは難しいというのが内科医の意見です。

さきほど、小野田市立病院さんは築後 20 何年といわれましたが、うちは 30 何年ですから(笑)もう動脈硬化の激しいところで何もかもそういう



山陽中央病院  
谷川秀也院長



事態です。再建計画で産科を中止し、今後は山口労災病院さんをお願いして診てもらおうかと思っています。婦人科はパートでやっています。小児科はお話ししたとおり、常勤医がいなくてパートでやっていくこととなり、眼科・耳鼻科もパートとなっています。常勤があるのが内科 4 名。外科 2 名、脳外科 1 名、整形外科が私を加えて 2 名です。そして、外科系・内科系の当直をやっております。ちょっと厳しいところは、大学から外科系は休日の日当直を 2 回ほどお願いして、整形は週 3 回勤務している医師が 1 回やっております。内科系は、外科系より一段と厳しい状態です。

再建問題も難しい状態ですが、どうにか県も認めてくれましたので、今後より一層の厳しい社会情勢ですけど、町民の皆さんのために、頑張っていきたいというのが私の望みです。今後、先行きが小野田と一緒に合併問題とかいろんなものが絡んできておりますので、将来的なものは言い難いものがあります。

渡木 ありがとうございます。それでは、最後になりますが、労災病院の伊藤先生お願いいたします。

伊藤 労災病院の伊藤です。まず、医師会の先生方にお礼を述べなければなりません。というのは、当病院の母体であります、労働福祉事業団が 16 年度、独立行政法人に移行しますが、移行後の病院存続について議論になりました。そのとき医師会の先生方から絶大なるご支援をいただきました。お礼申し上げます。

移行時に赤字を持った病院は、おそらく消滅すると脅されております。したがって、財政を累積赤字をもって移行できないと思っています。幸い、当院は数年前に累積赤字を解消し、今後その黒字を少しでも多くというところで努力しています。

今までは、潤沢な援助金を使えということで、どんどん使ってきました。職員にはまだ国立的な体質が残っておりますけど、だんだん浸透しまし



山口労災病院  
伊藤治英院長

て、今は減価償却を計算に入れ、建築資金もファンドとして積み立てていくというような方向に進んでおります。

幸い当病院は労災病院系列のなかではどんどん上り調子にありまして、高く評価されております。雑誌で病院機能評価の成績が公表され、アエラが選んだ病院のベスト 100 中、労災病院は 47 位にランクされました。本当の病院の良さをそれで表されるとは思いませんが、しばらくは生き残れると期待しております。

労災病院の使命・任務は、政策医療をやらなければならない、勤労者医療を重視していかなければいけないということです。過去の任務は労災患者の治療でしたけど、今は勤労者の健康増進、あるいは産業医活動、産業保健センターとの連携というようなものを視野に入れて、それぞれに努力するということが任務として課せられております。したがって、勤労者予防医療部を作りまして、検診・人間ドック、健康指導、禁煙外来などを行っております。勤労者リハビリテーションセンター、勤労者脳・循環器センター、及び勤労者メンタルヘルスセンターなどを作って勤労者に貢献しています。

メンタルヘルスの問題ですが、自殺者年間 3 万人以上が 3 年続いていますから、メンタルヘルスセンターとして勤労者に奉仕しております。また、無料の電話相談・コンサルタントを夜 8 時までやっており、相談件数は一日平均 1.5 ~ 1.6 件ぐらいあります。

それから、平成 15 年は勤労者骨関節センター、手の外科手術センター、女性勤労者医療センターとか考えているところです。第二は、地域の医療連携は重要であり、病院機能評価でもこれを度外視しては、もう合格しないわけで、これからも力を注いでいこうと思っています。したがって、救急医療を中心として、開業の先生、あるいは病院の先生から入院の要請があれば、断らないで病診連携あるいは病病連携を目指していきたいと思っています。

第三は、平成 16 年度からですが、新研修医制度が導入されますので、これに対して鋭意準備しているところです。研修医管理委員会を作ったり、カリキュラムを作成したりしています。医の倫理

とか全人医療がないがしろにされていたわけですが、なんとしてもそんな面に力を入れて、医師の養成を行っていきたくと思っています。そのため、まず現在勤務している医師の教育体制を築いていかなければ、任務を果たすことができないだろうと思っています。

ベッド数としては 313 床で運営しております。紹介率は 9 月から 30% を超えましたので、これからさき、30% をキープできるのではないかなと目測をたてております。在院日数は、来月からでも 18 日から 17 日ということで号令をかけようと思っていますところ です。

今までも、逆紹介と申しますか、外来の縮小を考えており、実際本格的に来年度は目に見える成果が上がるよう力を入れていきたい。30% を確保してから、本格的に進めたいと思っています。院外処方 が 98% ぐらいですので、号令をかければ 17 日は夢でないと思っています。平成 16 年度・17 年度になりますと、外来の縮小というものを実際にやっていく。紹介外来、救急外来、特殊外来に特化し、一般外来はほとんどなくそうという構想を練っております。

#### - 郡市医師会の現状と将来 -

渡木 ありがとうございます。それぞれに病院の特徴が、お話のなかに現れていまして、非常に難しいところだなという感じがします。院長の先生方、ありがとうございます。それでは、医療圏の医師会長の先生方に、医師会の現状とか、これからさきどうなるか、特に最近いわれております町村合併も含めて、いろいろお話をさせていただきたいと思ひます。まず美祢市の高田先生にお願いいたします。

高田 美祢市医師会の現況をご説明いたします。美祢市は、現在医師会員が 31 名です。そのうち県医師会に属しているものが 14 名です。市内の医療機関と致しましては、診療所が 10、基幹病院として唯一、美祢市立病院があります。



美祢市医師会  
高田敏昭会長

美祢市は、面積が非常に広く急激に過疎化と高齢化が進んでおります。人口が 1 万 9 千人弱、高齢化率が 27% を超えております。当医師会としましても、それに対応した将来の構想を持っていかなければならないと考えております。高齢化にともない、高齢者の世帯、それから高齢者の独居世帯が非常に増えておりますので、これからさきは、在宅医療に本気で取り組んでいかなければならないと思っています。在宅医療と在宅介護、これが車の両輪となって進んでいくのが大切です。在宅医療を行うにあたっては、われわれ診療所だけではとても大変だということで、病診連携の一つとして、美祢市立病院と 24 時間連携体制を組んでおります。今のところ 10 医療機関のうち、半分が市立病院との連携体制を組んでおまして、36 人が市立病院に登録していただいております。これを、さらに進めていきまして、在宅の患者さんが安心して家庭で療養できる環境を作っていきたいと思っています。

病診連携におきましては、美祢市は基幹病院が一つですので、美祢市立病院へすべてお願いしております。美祢市立病院は 13 年前にできました。それまでは宇部・小野田医療圏ということになっておりますが、宇部にも小野田にも隣接してないわけで、いざ救急患者が出ますと、宇部・小野田まで患者さんを送るのに非常に大変でした。現在は、ほとんどの患者さんは、市立病院で診ていただいております。

これから先も、二次医療・入院・検査が必要な患者さん、あるいは救急が必要な患者さんは市立病院にお願いすることになります。特殊なものになりますと、市内では対応できないことになりますので、無理なお願いかも知れませんが、二次の次、二・五次医療ぐらいまでもしていただければ、地域の診療所としては助かると思ひます。

これから情報化が進んでまいりまして、山口県の方でも医療情報ネットワークを組んで、まず宇部小野田医療圏からモデル事業とし、平成 16 年度から全県下に少しずつ広げていくといわれております。当医師会としましても、まず医療情報の電子化、その電子化による医療情報の共有まで進んでいけば非常にいいのではないかと思ひます。

柏村 医療機関連携体制というのは具体的にどのようなものなのでしょうか。

柴田 今度、診療報酬が変わりまして、在宅医療、寝たきり老人の 24 時間連携体制加算という保険点数が新設されました。病院のほうは何のメリットもありますが、在宅医療をされている寝たきり老人がいざ状態が悪くなったときのために、病院が 24 時間ベッドを最低 1 床空けています。空けて、いつでも受け入れるよという新しい保険点数の一部です。

開業医と連携してまして、前もってどういう病気でどういう薬を出されているか、ということをお病に届け出していただいて契約を結ぶという形になっています。

渡木 ありがとうございます。それでは厚狭郡医師会長の原田先生、お願いいたします。

原田 先ほどから、先生方のお話を聞いていて、医療情勢が非常に厳しく、しかし、ある程度の器を任されて、その長として全責任を持っておられること、まことにご苦労に思います。これからも大変だと思います。私が国立病院(小倉)に勤めていたころも、いろいろ厚生省から成績をやかましく言われたことがありましたが、いずれにせよ、私どもは医師会として、開業医として、地域の病院の先生方にはいつも患者を紹介してお世話になっておるわけです。

厚狭郡では楠町と山陽町と 2 つに分かれています。そして山陽町でも、談合峠とって峠がありますが、峠から海側と厚狭側とは、同じ町でありながら患者の流れが違ふんです。私は山陽町の埴生というところにいますが、ここは疾患別に行く場所が決まっているわけではないのですが、分かれてしまうのです。例えば心疾患で下関の済生会に行くのが多いんです。これが病院の特徴ということであればよいのですが、患者さんはここを敏感に感じ取るようで、広域的にそういうところはいろいろこれからも考えていかなければいけ



厚狭郡医師会  
原田徹典会長

ない問題かと思っています。私どもはお世話になるばかりですが、厚狭郡医師会もスケールは小さく 2 町です。県医 1 号会員は 24 名、B イが 1 名、B ロが 11 名。合計 36 名が医師会員としておるわけですが、診療機関が 18 あります。この場で申し上げるのもなんですが、最近少ない人数の上に、健康を害された会員がでてきており、引退したいとおっしゃるわけですね。“そんなこと言わないで頑張ったらどうですか” というふうに申しております。それぞれ医師会の業務を分担していただいているのですが、辞められると後がないのですよ(笑)。それで大変弱っているところです。何とか今のところは持ちこたえています。小さくてもそれぞれ分担が要りますので、それが私どもの悩みというところです。

それから救急の問題については、常に山陽中央総合病院のほうで診ていただいており、大変ありがたく思っているところです。しかし患者によっては、純粋な救急ではないとしても、小野田市立病院に紹介してくれという方も相当数おるわけです。ですから、その都度紹介をお願いしております。だいたい年間で、休日当番では 604 件という数字が出ております。その中で本当の急患というのは、195 件というような結果でありました。いずれも山陽中央総合病院を中心にして、いろいろお世話をいただいておりますので、医師会としては非常にありがたく思っております。また中央病院の先生にも医師会の担当をしていただいて、理事等も務めていただいて、いろいろなところで協議をしている状況です。

渡木 ありがとうございます。小野田市医師会の中村先生お願いいたします。

中村 小野田市はご存知のように人口 4 万 5 千くらいです。それに 3 公的病院がありまして、医療率の過剰とか過密とかいろいろ表現で言われておるわけです。会員は全部で 110 名、そのうち 1 号会員が約 50 名、県医会員は 90 名となります。そのうち 50 名ぐらいが開業医です。その 3



小野田市医師会  
中村克衛会長

公的病院の他に、個人医療機関が 40 いくつあり、かなり住民に対する医療機関数・医師の数は多いと思います。

取り組みとしては、平成 13 年に医師会と各病院で病診連携の討論会を開きました。労災病院・市立病院は、先ほど各院長からお話があったように一般病床とし、また政策医療としてやっていく考えがあるとのことでした。赤十字病院は谷間の医療を強調されて、隙間をみて手助けをするという方向です。方向的にはなんとなくうまくカバーできるのではないかと考えているわけです。しかし実際問題となりますと、理想通りとなりませんが、今後ますます連携において、充実を図るため 3 公的病院と相談しながら緊密な連携をもっていかなければならないと思っています。

渡木 それでは最後になりますが、宇部市の田中先生お願いいたします。

田中 宇部市医師会の田中でございます。まず宇部市医師会の概況をお話しさせていただきます。まずその背景ですが、宇部市は人口がだいたい 175,000 ぐらいあり、世帯数が 71,300 ちょっとです。高齢化率が 19.7% となっております。そういった背景のなか、宇部市にどれぐらいのドクターがいるかということ、平成 12 年のデータで、全体の医師数が 837 名です。しかしこれは大学病院が含まれていて、大学病院の先生方が 400 名以上いらっしゃいますので、それ以外の医師数となると、だいたい 360 弱だと思います。その中で医療機関では病院が 19 あります。病床数が 4,600 ぐらいですね。一般診療所が 163 で、そのうち有床診療所が 33。有床診療の病床数は 426 ぐらいとなっているようです。

宇部市医師会ですが、会員数は 268 名。A 会員が 155 名、B 会員 81 名、C 会員 32 名となっています。会員数からいうと下関について多いんじゃないかとおもいます。さきほど、厚狭郡の原田先生のお話のように少ないのは大変でしょう



宇部市医師会  
田中駿会長

が、多すぎるのも多士済々いらっしゃいますので、なかなか難しいものがあります(笑)。その 268 名の会員数のうち、女性会員が 26 名です。約 1 割となっています。最近大学をみても小児科医あたりは 3 ~ 4 割が女医さんとなっているようで、将来的にはもっともって増えるのかなという気がしています。医療機関の数もここ 10 年ぐらい横ばいでして、だいたい 160 前後で推移していますけど、うまく世代交代が進んでいるというか、師弟で後を継がれる若手の先生方が増えてきています。会員の年齢ですが、A 会員だけで平均 57.4 歳です。全国平均もこんなものかなと思っています。

医師会の主な事業としましては、看護専門学校があり、准看と高看と併設しており、高看は定時制で 2 年制でやっております。准看は平成 15 年で開設 50 周年となります。看護学校の経営は非常に難しくなっており、いろんな問題がありますが、やっぱり志願者が随分減ってきているということ、補助金がカットされていること、准看のカリキュラムが随分改正されまして、時間数が増えたりして、その対応が困難になってきております。学生が医療機関にいる時間がほとんどなくなってきておりますので、そうすると就業先がどんどん減ってきてしまうということになります。定時制のいいところである“働きながら学べる”という売り文句も、実際に医療機関にいる時間がほとんどなくなってきているので、学生をおいてもらえなくなってきております。

その他の事業としては、訪問看護ステーションと在宅介護支援センターを併設しており、臨床検査センターと地域産業保健センターをやっています。訪問看護は随分頑張ってくれていますので、こちらはうまくいっているのですが、介護支援センターはちょっと厳しい状況です。

#### - 基幹病院の役割 -

渡木 ありがとうございます。いろいろお話をさせていただきました。基幹病院と医師会の実情をみまして、どういうふうにしたら基幹病院もそれにふさわしい役割を果たせて、医師会側も開業医の診療所と共存共栄できるかということについ

て、話をさせていただきたいと思います。今よく言われているのが、総合病院にしる病院にしる、みんなが百貨店方式で出していくと当然競争になると、病院の特徴として、田中宇部市医師会長からお話がありましたように、ある病院では、胸部疾患によっては救急すべて引き受けることができるということと、ある病院では交通事故で 24 時間体制で頭から上はどうかなるよという病院のあり方というのがこれから必要とされるのではないのでしょうか。特に市町村合併で市が大きくなりますと、総合病院がたくさんあって、同じ顔をしているといいのかどうか難しくなると思うのですが、そのあたりはどのようにお考えでしょうか。

柴田 国立下関病院が女性外来をされていますが、予約が 3 か月待ちだそうです。生き残るために各病院が経営を考えた場合、特化した科で生き残ることが大事じゃないかと思います。

渡木 伊藤先生、そういう面に関してはいかがでしょうか。

伊藤 厚生労働省が今度、初めて外来と入院の比を 1 対 1.5 にするというを出していますが、これからは公的な病院が外来も入院もということはできなくなるだろうと思っています。

当病院も 4 月から 200 人ぐらい外来が減ってきております。突き詰めていけば、徐々に逆紹介を進めて院外来比を 1 対 1.5 にしたいと思えます。そうすると外来そのものが改築しなければならないだろうと想像しております。外来は開業の先生にお願いし、入院を自分たちでまかなうという。それはオープンやセミオープンを視野に入れながら、業務を分担しながらやっていくのが、共存共栄に繋がるのではないかなと思っています。

渡木 山下先生はいかがでしょう。外来を廃止した場合に、外来の保険収入と人件費ですね。それがなくなるということを考えて、外来の占める病院の収益というのがプラスマイナスでどういふふうになっているのでしょうか。

山下 今のところそこまでは考えていないので

すが、外来患者数を減らすというのは今のところ問題があると思っています。伊藤先生がいわれたように、入院患者さんが増えれば外来患者さんを減らすこともできますけど、私どもの病床占有率は平成 13 年の 90% が平成 14 年 10 月には 85% になってしまいました。病床が空いているにもかかわらず外来も止めるとなると、経営的にも大変厳しいと思います。ですから入院オンリーというのはちょっと難しいと思いますね。

渡木 篠崎先生はいかがですか。先生のところだけが、企業病院でかなり厳しいんじゃないかと思いますが。

篠崎 そうですね。外来も、伊藤先生がおっしゃいましたように、当院も進めておりますけど、実際は外来患者数が減れば収益が減るようになっていきます。再診料が 2 回目以降下がるとか問題があると思うのですが、その中から入院患者さんを見つけるといいますか、そのようなこともあるだろうということで、現状では積極的に外来患者数を減らすという方向にはしていません。ただ、投薬を最大 1 か月ということで、医局会で話し合いをしました。

あともう一点は、検診業務にかなり力を入れているんですね。だいたい、年間 9,500 ~ 10,000 ぐらいの検診をやっております。ただ収入面からみますと、検診業務というのはかなり低いです。その中から病気を見つけ出す初期治療で、市民に貢献しているだろうと思います。

宇部市は山口大学附属病院、国立山陽病院と 2 つ大きな病院があります。われわれのところは何科に特化しているというわけではなく、市民の皆様方は市民病院という感覚で来られます。普通の患者さんというのはおかしいですが、どういう疾患でも診ること。また急患も受け入れるという体制でいます。幸いに、市バスが病院敷地まで入ってきますので、町の真ん中からも老人もたくさんいらっしゃいます。老人は無料なので、実際に運賃を払っているのは僅かです（笑）

---

- 病院の棲み分け -

---

柏村 第 1 回目の下関座談会終了後、ある先生が来られて、将来的に医療資源が増えていくことは絶対考えられない。医療機関の棲み分けは否応なくやってくるので、それに対応できないのは淘汰されていくだろうと。



柏村県医副会長

診療所と病院、病院のなかでも病院の機能分け、二次医療のなかで起こってくるだろうと。そういう場合に、病診連携室を医師会が積極的に取り入れていかなければいけないのではないか、市民がどこに行けばいいというのを医師会のなかで代表者を入れて、病診連携室を作っていかなければいけないのではないかということをご提案されたのですね。皆様はこの点についてどのようにお考えでしょうか。

中村 今のお話は、患者さんと医師会の全体のなかの病診連携ということでしょうか。

柏村 病院と診療所とか、そういうふうにならなくて、医師会が音頭を取って関係した団体の集まりを作って、患者さんの相談をまずそこで受けて、どこに行けばよいですよと言えるようにしていかないとダメじゃないかという意見がありました。

中村 はたして、それはどうでしょうか。医師会側から、患者さんにあっち行きなさい、こっち行きなさいというもの。

柏村 第三者機関としての病診連携室を作ってはどうかということなんです。そういう時代が来るのではないかとことです。

中村 ちょっと不可能じゃないですかね。そういう機関を作っても、公平にそれだけ患者さんにアドバイスする力があるかどうか、という問題があると思います。医療は自由ですから、患者さんの自由選択で受けるべきですよ。ですから、ちよ

と難しい話じゃないかと思えますね。

渡木 田中先生はいかがですか。

田中 実は今のお話のイメージがよく分からないのですが、結論から言えば、中村先生と同意見ですね。というのは、話が少し飛びますが、医師会に診療情報提供窓口がありますが、実際、運営に苦労しているところがあります。本来、柏村先生のおっしゃる意味を含めて、患者さんの相談にのる診療情報提供の場所になるはずだったのに、実際には苦情相談窓口になっていることから考えましても、どうかなと思います。

病診連携についてですが、ちょっとよろしいでしょうか。宇部市医師会で病診連携についてはかなり前から取り組んでいまして、10 年ぐらい前に病診連携事業を始めました。興産中央病院、記念病院、尾中病院、山口労災病院と宇部市医師会員とで、登録医制を取っております。年に 1 回ほど直接顔を合わせて、顔の見える関係でありたいということで、病診連携総会を開いており、情報交換を行っています。最近、各病院で病診連携室を作っていただいて、広報誌も立派なものを作っていただいて、風通しが良くなったというか、非常にやりやすくなっているなど思っています。

もう一つは、宇部市の特性として、山口大学附属病院のお膝元であり、市立病院がないということです。普段から科によっては大学病院に 1.5 次～3 次までおんぶにだっこされている部分が大いわけですね。こういうこともあり、大学医師会ともやはり年に 1 回ほどタウン & ガウンと名うって、ミーティングをやっております。それで随分大学の先生方の認識も変わってきているかなという気がします。ただ、先ほどの病診連携室とか広報誌について、大学はまだ遅れているなという気がします。また、大学のほうもなるべく外来を減らしていきたいという意向があるようで、地域の医師会・医療機関と連携を取りたいという意向が強くなっているようです。それもあって、3 年前に大学と宇部市医師会とで連携診療体制協議会を作りまして、年に 2・3 回集まって、大学を出た患者さんをどうやって地域で受け入れていこうかと、また逆にどうやって大学に戻してい

うかというシステム作りを協議しているところです。

柏村 先日勤務医全国大会が開催されたとき、山口大学附属病院の沖田院長が独立採算になるから収益を一番の重点項目にしないといけない。市内の病院と競合することはありえるんだとおっしゃっていました。宇部は大学があるから、また難しい問題が出てきたように感じますね。

中村 これは、大学と周辺病院に限らず、どこでも同じだと思いますね。小野田はその最たるところではないでしょうか。開業医と 3 公的病院が栄えるということになると、全部が栄えるのは難しいですよ。どこかが栄えれば、どこかがボシャるわけですから（笑）。どこかが、検診をザッとされてそこから拾い出して入院させると

なると、  
トロール船ですべてさらえるということになります（笑）。

それがはたして

今後の医療で、強いもの勝ちで行われてよいものかですね。その辺で医療の合理化というか特性化した医療をやっていかないといけない。本当に地域の役に立つ、中身の濃い病院にするように考えていかないといけないと思います。開業医も病院も同じだと思います。

柏村 その意味なんです。医師会が考えているのは、その棲み分けなんですよ。みんな集まって協議してやっていかないといけないということです。

中村 救急医療とか、先ほど小児科医がいなかったかありましたが、今は開き直って考えていかなければならない時代なんだろうが、車で飛ばせばすぐなんですよ、ですから自分の身近にすべて

の科が存在する必要はないと思うんですよ。そういうときは、拠点を作っていけば、もっとうまくいくんじゃないかと思います。そのかわり、贅肉を落とさなければいけないと思います。

中田 今のことで、すべてに棲み分けが大切なんであって、労災が外来を止めるというのは、やはり無理にしないで開業医がされるわけですから、しかし入院は病院しかできないわけですから、そういう方向に行かなければ、外来も入院もこっちがやるんだということになると、弱肉強食になっていくのでうまくいかないのではと思います。ですから棲み分けでやるしかないと思うんですよ。

外来と入院の話ですけど、病院同士でも棲み分けをする必要があるんじゃないかと思います。そのときに、連携室というのが大切で、あの病院は



どうしているのかという情報をお互いに知っておくことが大切だと思います。

前回の座談会でも話が出ておりましたが、患者向けの病院便りがあります。病院向けの病院便りがあれば、病院同士の情報交換の役目を果たせるので、どういうふうに出すかというのが連携室の役割ですよ。やはり専門家がいないと、片手間にはできないですね。私どもにも病院便りがありますが PR 用ですから。一般向けなので、それを各病院に出してもしょうがありませんから。労災や中央病院は既にこういう先生がいて、こういう専門をやっているという情報をしっかり書いておられますので、われわれ病院にとって非常に有益でありますし、医師会の先生方にとっても重要な情報でないかと思います。そういうふうにするれば、病院同士でも棲み分けができるんじゃないか

と思っています。

中村 今の棲み分けに関係しますが、老人保健法が昭和 58 年に発足して、それ以後の基本検診等は大病院はされる必要はないんじゃないかと以前から思っていました（笑）

それよりも、大きい病院はそれなりの仕事の受け持ちがあるので、そこを一生懸命やっていたら、老人保健検診は他に任されてもいいんじゃないかと。そのためには病院をもう少し効率的にスリムな形にする必要があると思います。

### - 病診連携と紹介 -

藤野 厚労省の思惑通りと申しますか、病床削減策を鮮明に出してきたと思うんですね。一般病床と療養病床に分け、一般病床を残すということは、急性期病院加算なんかで取って藤野県医常任理事あるということですよ。非常にむごいやり方だと思うんです（笑）



でも、厚労省の腹の底はそういう気持ちに固まっているんじゃないでしょうか。病院は中途半端な形では生き残れないということなんでしょう。そうしますと、病院はジレンマが出ますね。在院日数を減らすと病床利用率が下がります。一生懸命頑張ったところが、“入院患者が減って収入が減ったから、今度はもうちょっと延ばせ”と言った院長もいるんだそうです。伊藤先生が言われたように覚悟を決めてやった方がいいと思うんですよ、大きな病院は。そのときにじゃあ、どういうふうにして入院患者を確保するか、これは一つは下関座談会での公的 4 病院の院長全員が救急に力を入れるということでした。救急に力を入れながら、患者を確保し、診療所からの紹介を大事にして病診連携を図っていくということでした。まだ病診連携は本気じゃないと思うんです。“病診連携室を作りました、開業医の先生お願いします。”ぐらいだと思うんです。その中で、興産中央病院の病院便りをみて感激したんですよ。非常に熱心に連携を図っておられるのがよく分か

りました。

病院は入院で、診療所は外来でとってまますが、今まで病院は入院も外来もやってきたよね。でも、もうそういう方向ではいきませんよ、ということなんだろうと思います。そのときに大事なものは患者の教育だと思うんです。紹介して、入院して治療します。開業医はその後、帰ってきてほしいのですね。やっぱり逆紹介が少ないと思っています。患者さんの気持ちを考えると、帰りたくないのも分かりますよ。病院で治療して治ったから、今後はその先生にみてもらいたいというのはあるでしょう。しかし、紹介した方は、治ったのだから 1 回返してほしいという気持ちがあるんです。そこはまだ中途半端な状態だと思うんです。病診連携を進めようとする、患者さんに治ればいったん紹介元に帰れということになる。紹介してもらって治療したけど、いったん紹介元に帰って、それから開業医に診てもらおうのか、病院に診てもらおうのか決めていただきたらと思いますが、患者教育がはっきりしてないので中途半端な状態かなと思いますね。

紹介率を上げようと思うと、逆紹介をしていただくことも重要になるのではないのでしょうか。私は下関ですが、4 公的病院あるので、どこを紹介してもいいんですよ。患者さんがこういう手術が必要だと説明したとき、患者がどこに行きたいかをはっきり言えば簡単なんです。紹介状を書くだけです。しかし、先生のお薦めを紹介してほしいと言われるんですよ（笑）。そういうときに、私の出身の病院は紹介しやすいんです。他の 3 つは知らないんです。ですから、知らしめてほしいんです。出身でない病院のことが分からないから、こういうことを病診連携室の広報としてもっとはっきり分かるようになると、開業医としても、患者さんに勧めやすいということになります。

私は、病診連携室が病院の顔になると思います。ですから片手間にはできないと思います。専属の方をおいて、できるだけ開業医に多くの情報を知らせていただきたいと思います。

中村 山下先生、伊藤先生のところでは、以前より病診連携に熱心で大変感服しているところで



す。言いづらいことですが、気になるのは、病院は多くの医師がいらっしゃるの、はたしてこの考えを全員が理解してくれるかということです。残念ですが、病診連携にあまり協力的ではない、我関せずという方もいらっしゃいますので。例えば紹介状を書いても返事がないとか。

藤野 われわれは病院を紹介するのではなく、医師を紹介しています。そのよい医師の多い病院が生き残るでしょうね。ただよい医師をどう確保するか。宇部は大学の傘下にありますよね。大学が他の病院と競合するというのは本当は言ってはいけないと思うんですよ。人事権を持っているんですから、少しは遠慮してほしいですよ（笑）。よい医師だけ大学に残して、そうでもない人だけ病院に来られるとかないませんよね（笑）。だから大学は、もうちょっとその辺を考えていただきたいなと思います。

山下 私は院長になりましてから、医局の先生方に病診連携は大事であると口を酸っぱく言っているのですが、どこまで浸透しているか心許なく思っています（笑）。良き病診連携を行うには、勤務医が開業医の先生方に見識・技術を評価していただいてどれだけ信頼をえているか、また大事なことは医師の人間性のことではないかと思うんですね。ただ人間性を磨きなさいと言いましても、性格を変えることが難しいと同じことのように、大変難しいことです。

紹介を受ければ、返事を書くというのは常識なんですね。しかし、なかなか書かない者も若干いるのですね（笑）。注意してもダメなんですね。逆紹介するというのは、当然のことであると思っています。連携室も今はいろんな事情があってなかなかやってくれないのですが、早く立ち上げようとは検討しているところです。

渡木 できますよ。どこもそうしていますので、われわれも負けてはいられないと思えば。

山下 月曜日の担当外科はだれというのは分かるのですが、専門はどういうところかなどの、つこんだところまでいければいいのですが。

渡木 大変だとは思いますが、工夫されてください。

また、逆紹介についてですが、よく開業医から患者さんを紹介したはいいが、そのまま病院に残り、戻ってこない、戻してもらえないということを知ることがあります。必ずしもそうとは言えないと思いますが、これについて病院側の先生がた、どなたか率直なご意見をお聞かせいただけませんかでしょうか。

柴田 それでは、私から言わせてください。患者を返してくれ、病院が患者を取ったということを知るとよく言われます。これは開業医さんにも責任があると思います。

昔の開業医さんは日曜日であろうと、夜中であろうと往診・診察はされていましたが、今は木・土・日曜日はほとんどいらっしゃらないことが多いと思います。救急で診てもらえるのは病院だということになるわけです。そうすると、開業医さんではなく病院に行かれる患者は多くなると思います。やっぱり開業医さんも努力はいるだろうと思います。私たちも、紹介されて入院した患者を外来で診ても、勤務医であれば一銭も入りません。患者を多く見たからといって歩合が増えるわけでもありません。だから患者を見ない方がよい訳です、勤務医は（笑）。院長は別ですよ（笑）。しかし、患者は開業医さんのところに逃げていきません。私はいままで一度は診療所に戻ってくれと言っていました。紹介状をもらった以上、仁義があるからと（笑）。あとは患者さんが自由に決めてよいからと。紹介された先生に魅力がないから、病院にひっつくのだろうと思います。

開業医の先生もやっぱり、“私はあなたのホームドクターだから、いつでも面倒を見るから来てください、何かあれば病院を紹介しますから”という気持ちがあると思うんです。それがなく、土曜日曜にいなければ、どこに行ったらいいんだということになるんで、開業医さんにも問題があるのではないかと思います。

やっぱり勤務医にも質の差はあると思いますが、例えば、開業医さんには悪いですが、患者に病院に行けと言ったはいいが、紹介状も何もなし。せめて名刺一枚でよいから書いてください、と私

は言うのですけど、やはりお互いが努力していかないといけないと思います。

昔の開業医さんは、雨の日だろうが 24 時間往診されていましたね。確かに収入はよかった。今の開業医さんはそれをされていない。それで収入が減った、患者を取られたと言われれば、このような苦言を言わざるをえません(笑)。

藤野 やっと熱をおびてきましたね(笑)。おそらく、そういう反論があると思っていました(笑)。

私、産婦人科ですが、24 時間 365 日診療しているのと同じです。開業医が私と同じぐらいのことをやれば、摩擦は起こらないと思いますね。日医もかかりつけ医機能について言いますが、かかりつけ医機能ってなんだ、かかりつけ医ってなんだ、というふうになりますよね。

自分の診ている患者は、事情により実際に診ることができな

いことがあっても、電話ぐらい受けられるだろうと思うんです。電話を受けたとき、自分がそこにいなくて診られないから、どこか病院に電話をかけておくのでそこに行ってくれと、それぐらいするのがかかりつけ医だと思うんですね。

私が下関市医師会の救急医療担当理事をしているときの話です。市の救急医療対策協議会というのがあるんですよ、担当として出ました。議員さんも出られていました。そのとき、議員さんに日曜日や土曜日の昼から病気になったらどうすればいいのですか、と聞かれたことがあったんですよ。下関は夜間診療所がありますから、でもすぐそこに行けばよいとは言えませんでした。かかりつけ医がいますから、とりあえずそこに相談して、どうするか決めてください、としか言えませんでした。休みは夜間診療所に行けばいいよ、なんて言えないですよ。やっぱり、柴田先生が言われる

ように、開業医ももっともっと努力しないといけないと思います。地域のなかで、ずっと患者のそばにいた医者姿が薄くなってきていると思います。開業医も努力していかなければいけないんじゃないかなと思います。

もちろん、この点について努力されている開業医もいます、個人用のポケットベルと患者さんからの連絡を受けるためのものを 2 つ持っていらっしゃる方もいますね。日曜日とか休みでは、在宅当番医制をひいていますよね。それでも足りないことがあるんですよ。そういうときは開業医でチームを組んでやればいいと思うんですよ。1人でやろうと思っても院外処方のため薬局が開いてないからできない、ということが言われるんです。それなら数人でチームを組んで、その日はこ



この薬局を開けようとかできると思うんです。そういうふうになってこないかな、と思っています。

高田 特に在宅医療は、昼だけ一生懸命やって、夜は知らないというわけにはいかないの、常に患者さんが医師に連絡できるようにすることは大切だろうと思います。

しかし、医師も生活があります。また旅行することもありますから、いろいろな対応の仕方を患者さんに教えておくことも大切だと思います。

原田 私はほとんど対応はしています。ところが、今のお話のようにどうしても 1 人ではダメなときや、留守でいないとか、患者さんに不便をかけることはあるのですが。私が甘えてはいけないと思いますが、例えば山口市に医師会の用事で行っても、患者は私が帰ってくるのを待っています。

やはり誠意を持って対応するということが、皆さんおっしゃっているように大事なことだろうと思います。

それでも、訴訟まで行かなくても煙のくすぶったようなことがあります。こちらの対応の仕方にもよるだろうとは思いますが、大きな事件にはならないように、医師会のなかで互いに注意するように呼びかけています。もっともわれわれが前を向いてしっかり患者と話をすれば、そういうことにはならないと思いますが、どうして木曜日を休みにするのか、という考え方が出てくるわけですね。私は木曜日を休みにはしていません。それは自由でしょうが、部分的には柴田先生のおっしゃったように対応の不十分なところもあるだろうと思います。しかし、ある一部の人間は真剣にやっておりますので（笑）

田中 勤務医にいろいろな方がいらっしゃるよう  
に、開業医にもいろいろな方がいらっしゃるのも  
事実だろうと思います。個人的に思うのは、立場  
が変わると考え方も変わるんだなということで、  
私自身大学にいたころはまったく同じことを開業  
医の先生方に思っていたのです。ところが、開業  
医になると違う見方になってしまいました。

それと、開業して 22 年になりますが、開業し  
たてのころは、小児科の専門として 365 日 24  
時間という感じでやっており、当時は休日診療所  
等も充実していませんでしたから、何年間か一生  
懸命やっていたし、深夜でも休みでも電話は受け  
ていました。

実はがっかりしたことがありました。これだけ  
一生懸命やっているのに、患者さんは案外クール  
なんだなと感じることが多くなったんですね。休  
みも夜もずっと診てたのに、近くに小児科ができ  
たら、ポッととそこに移ってしまう（笑）。これ  
なんだろうとがっかりしましたね（笑）

それともう一つは、時代が変わってきて、医者  
もやっぱり普通の生活をしたいなというところ  
があり、今の休日診療体制をシステムとしてやる  
ようになってきたことも事実ですから、一概に悪い  
ことではないし、われわれも非常に助かっている  
訳です。当番でないときは、ある程度安心して休  
めるし、患者さんにだいぶん知れ渡ってきたんで、

家に電話して居なかったらそこに行こうかとい  
うのではなく、最近は最初からそこに行くよう  
になってきました。もちろん、かかりつけ医を大  
事にしないということではありませんが、その気  
持ちもあるということを知っていただければ幸  
いです。

藤野 私が極論を言いすぎたばかりに、こう  
いう話になったと思いますが（笑）システムと  
しては、よいシステムじゃないかと思います。し  
かし、勤務医の先生方は開業医をそういう目  
で見ているんだとよく聞きます。“昼間だけ  
仕事して、土日休んで、酒も飲んで、ゴルフ  
もしていいなあ、それで食べていけるんだから”  
ということをよく聞くんですよ。開業医も  
そんな人たちはばかりではないですけど、  
もう少し頑張ったり、工夫するところは  
残っていると思います。システムとしては、  
いい形になっていますけどね。

柴田 開業医さんのモラルの話についていけ  
なかったところがあるのですが、患者さんを取  
った取られたの話で、話題提供したかったの  
です。別に病院も取るわけじゃないですし、  
取ったからといって、担当医の給料が上  
がるわけでもありません。紹介状を書いて  
あるのに、返事をくれないということもあ  
りますが、お互い様だろうと。勤務医がど  
うのこうのという問題ではないです。お互  
いに、連携を密にしていかなければいけな  
いということが、この会の趣旨だろうと思  
いますので、取った取られたというのはち  
よっと止めてほしいかなと思います（笑）。  
ただ、勤務医だけがという話になると、一  
方的な発言かなと思いますので、お互い  
が努力していかなければいけないと思  
います。

伊藤 院長に統率力がないといわれればそれ  
までなんですが、だいたい各科の先生は一  
国一城の主として、その中であらゆる医  
師を院長の意思通りに動かせるか、とい  
うとなかなか難しいところがあります。  
病院機能評価を受けて、分かったことは、  
医者が一番病院の目標・方針に沿わない、  
非協力的だということです。事務や看護  
師はまっとう目標に向かって突き進んで  
いきますが、医

者はバラバラという感じで、非常に苦労しました。中村先生がいわれましたように、確かに紹介状をもらっても返事を書いていないことがあるというのも分かりました。平成 14 年 7 月頃非常に紹介率が悪くて、非常に恥ずかしい思いをしたものですから、給料袋に全部の先生の紹介率を入れました(笑)。それでようやく 2 か月して、全部返事を書くことになりました。先生方を動かそうとすると並々ならぬ努力が必要で、院長の思うようにはいかないもどかしさがあります。院長として努めていくからには周知徹底が課せられた任務だと思って、何をすべきかといつも考えながらやっているというのが現状です。

渡木 病院連携室についてですが、具体的にどういふことをされているのでしょうか。

田中 診療の予約をやってくれて、もちろん急患は別ですけど、様式があって病診連携室に FAX を入れるんです。こういう患者さんがいて、こういう状態だと。何先生の受診がいつ頃希望だというふうにするんです。折り返し返事があって、いつ頃準備をしますので何時来てくださいと。その日の指定された時間に患者さんが行くと優先的に診てもらえる、待ち時間が短くなります。今のところ、これがメインの仕事になっているんじゃないかと思います。また、連携室便りの発行とかです。

山下 新患を診るための病診連携室だけでよいのかということもあります。私どもはまだ病診連携室を作っておりませんが、作った場合は慢性化した患者さんをまず後方病院へ紹介するような仕事をしてくださいといっているんですけど。

それから、在院日数を減らすために、厚労省や多くの病院が血眼になっていますけど、例えば脳卒中で倒れて救急車で運ばれても、今はたらい回しになることはないと思うんですね。ただある一定の治療が終わった場合には、患者さんやその家族の方がまだ入院したいと希望しても、もうそろそろどここの病院に変わってくださいというふうな肩たたきが始まる。それが市民にとっては不安じゃないかと思います。そういう不安を取り除

くためには、やはりシステムの構築が必要じゃないかと思います。

私のところは市民の総意で作られた病院なので、肩たたきは難しいんですけど、肩たたきをするときには“A というコース、B というコース、そして C というコースがあります。A の内容はこういうものです”とか、ご希望のところに紹介しますというような、十分な施設の説明と、患者さん家族の同意がこれからも必要ではないかと思えますね。ただ、病院の都合だけで患者さんを退院させることには問題がありますが、一方では病院の経営を考えるとやむを得ないことかも知れません。そういう後方のことを支援するために連携室にまずしてもらおうかなと、そしてある程度軌道に乗ってくると、新患もやってもらおうかなと思っております。

伊藤 私も宇部興産中央病院と同じように FAX で受付をさせていただいています。今までだと開業医の先生が病院の先生とコンタクトを取らないとなかなか紹介が難しかったと思うのですが、連携室に送っていただければ、連携室の方が先生とコンタクトを取って、また予約の時間を連絡するというので先生方の手間が省けると思えます。それから、紹介の統計を取ったり、集計の仕事をしてもらっています。もう一つは、退院の調整のほうは、MSW が別におりますので、退院の調整とか、どこの病院に紹介するかといった仕事をやっております。特に長期入院の方については、そういう作業をしてもらっております。

ただ、やはり患者さんによっては、長く居たいという方がおられます。これは市民への啓蒙が必要だと思うのですが、日本の医療が外国から比べて長い環境におかれていたために知らないと思うんです。ですから通える患者は自宅に、あるいは通えるところに行くという教育をしていかないと、トラブルがずっと続くんじゃないかと思えます。

外来係長が連携室長だと考えなければいけないだろうと考えております。当病院では実行されていませんが、今後外来は少なくなっていくので、外来係長は不要で、紹介外来になっていくということを考えて、係長ではなくて連携室長として変

わてほしいと提案をしています。進んだ病院では既にそうになっていて、その人が外交なんだそうです。

だんだんそういう時代になっていくんじゃないかなと思っています。

藤野 患者さんの待ち時間を減らすとか、検査予約で便利がいいとか、病院側の業務を開業医でやるということですよ、よく考えます。私たち紹介状書いて、持って行って、病院で患者さんの待ち時間を減らす努力をしていただいたらいいわけですよ。FAX で書いてくださいというのも面倒くさいですよ、別に紹介状を書くわけですから。しかも FAX はボタンを押し間違えて、違うところに送る可能性がありますから、FAX を利用した病診連携も多いんですが、ボタンを押し間違えないか怖いことがあるんです。どうも病院の窓口業務を開業医がしているようなことも感じるんです。それを乗り越えたところで協力しよう、というのが病院にないと、なかなか病診連携が進まないと思います。

伊藤 FAX でいただければ、それが即紹介状というふうに考えているのですが。ですから、実際に紹介状がなくてもいいと思っています。

藤野 名前・年齢等を書きますね。具体的な治療法等も書いて FAX したとき、間違えて違うところに送ってしまうのは怖いので、やりたくないなと思います。それなら紹介状を書いて、患者さんにそれを持って行って窓口に出して、病院のなかで待たせない努力をしていただいたほうが開業医にはありがたいですね。

山下 先生が今言われましたとおりですね。私のところには、FAX を置いていないので、そういう紹介の実情があまり分からないのですが、FAX というとなんか冷たさを感じてしまうんですね。私どもはあらかじめ電話で紹介を受けますが、そのときに先生といろいろ話をして暖かみを感じるんですね。そしてベッドを確保しておきますから、何日ぐらいに来てください、ということになります。

それから、平成 13 年よりオーダーリングシステムを導入いたしまして、外来予約診療もしています。非常に待ち時間が短縮しまして、急に患者さんが来られても、そう待たせることもないし、ベッドもだいたい空いておりますしね。FAX もいいかも知れませんが、私は電話で生の声を開業医の先生から聞くほうが好きですね。

渡木 要するに、病診連携というのはだれのために何をするのか、というところに問題があるのですよね。当然患者さん第一ですよ。それに付随して、事務処理・診療がいかにもスムーズに行くか、というふうにするのが一番の目的でしょう。それを手順的に決めてやるということが病診連携ではないんですかね。

藤野 今の病診連携では、患者さんを病院のなかで待たせなくて済みます。検査予約とかレントゲン予約とか、これも簡単に済みます。やっぱり病院のなかの問題ですよ。病院のなかで待つことを診療所のなかで待っているんですよ。

FAX しますよね。病院のなかで手配して、その返事を診療所のなかで患者は待っているんですよ。あんまり患者が待つ時間が変わっていないんですね、待つ場所が変わっているんですね(笑)。

中村 ケースバイケースですね。実情をお話ししますと、労災病院には FAX でやり取りします。市立病院では電話でやり取りし、その場で紹介状を書いて、患者さんに持って行ってもらうようにしています。

東 電話をしてもなかなかその医者に遭遇しないんですよ(笑)。FAX をしてその返事を待つ時間と結局は変わらないと思うんです。むしろ、連携室があったほうが早いのではないですか。あまり FAX で不自由を感じることはないのですが。



東県医常任理事

山下 われわれのところも、なかなか担当医と繋がらないから困るという苦情を聞きましたので、

3 年前から医師全員と職員の一部に院内専用の携帯電話を持たせております。よそから電話がありますと、すぐにその担当医に連絡がつくようにしておりますから、私はその点において、不自由をかけていることはまずないと思っています。

渡木 最近はそのいうふうになってきましたけど、問題は大学病院ですよ。もう大学病院で医者探そうと思ったら、大変ですよ。だから、済生会下関総合病院や山下先生のところのように携帯に電話して、すぐ連絡つくんだったらいいですよ。病院が大きくなればなるほど、そういう対策をしないとイケないですよ。



渡木編集委員

藤野 国立下関病院もそのようにされているみたいですね。

#### - 救急医療 -

渡木 大分時間も経ちましたけど、いずれも貴重なご意見ばかりでした。救急医療についてもご意見をいただきたいと思ひます。まず、患者さんを送るときとか、小児の時間外診療の問題があると思うのですが、そのあたりからお願いいたします。中村先生、小野田市では救急体制はいかがでしょうか。

中村 救急医療は十分な連携が取っているか分かりませんが、消防署はよく動いてくれますし、3 公的病院にお世話になっておひまして、大変幸せておひます。一方はそれでいいのか、自分でやらなくていいのかという意見もあります。

しかし、考え方にもよりますが、救急医療というのは、だれがやって悪いわけではないけど、行政が背負ってやってもいいような仕事ではないか、と思うわけですね。特に小児科の救急は、今日、小児科医が少ないという問題もありますから、各都市において確立するというのは、難しい面があると思ひます。広域的に考えていけばいいのではないかと思ひています。一般の救急医療もそう

いう形にならざるをえないのではないかと思ひます、将来はですね。

藤野 アンケート調査をみていただくと、だいたい分かるんですけど、病院で救急医療に大変困っているところはないか調べてみました。専門外の患者を診ないといけない不安があるんですね。例えば、外科系で眼科の先生が当直しても一般外科も診ないといけない不安がある。それから、スタッフが少ないですから過労になって、スタッフの確保も難しい。そして不採算部門だということですね。病院長の先生方からすると大変だと思ひますけど。そして、未収金が多く、後からなかなか患者さんから取りにくいということがあるんですね。それから 1 人重症患者が来ると、後の救急が診れない。一次救急みたいな軽い患者までも病院に詰めかけてどうにもならないと。

山口県立中央病院の江里院長も、半分以上が軽症患者で、県中で診なくてもいい患者だと。そのところについて、地域の医師会でどうにかならないか、と意見がありました。

周東総合病院、あそこも基幹病院が一つしかありませんので、そこに集中して、勤務医が疲れ切っているらしいです。夜間診療所もできるらしいですけど、そういうところが病院の救急医療で困っている点だとなっていました。

渡木 似たようなことなんですけど、周南地区で私がまだ勤務医で当直にいついたとき、某町の日曜日は非常に患者が少なく、土曜日の昼から月曜日の朝まで患者が 10 ~ 15 人ぐらいしか来ない。ところが、隣の市では土曜日の夕方から月曜日の朝まで 100 何十人も来ることが分かり、どうしてそんなに差が出るのかと病院同士で話したことがあるんですよ。そうすると行政側が、簡単な病気で休日診療を受けないように教育をしていたんですよ。片方は、土日でも病院が開いているということで、平日に仕事を休んでまで行かなくていいという考えだったようです。

とても救急とはいえず、当直が終わるとくたくたになって帰ってきたようですよ。行政によってそれだけ指導の差があるということも、現実起こっているわけですよ。

それもある意味で休日当番ということを市民に教育する必要があるんじゃないかということもあるんです。美祢市立病院ではそういうことはあるでしょうか。

柴田 休日はやっていますが、表には出していません。というのが開業医さんが休日診療所をされていますので、表には出していませんが、ドクターは待機させています。

救急医療は行政がやるべきだというお話でしたが、これは公立病院では当然のことなので、24 時間対応しています。しかし、医師会の年間予算の半分近くは行政からお金が入っていると思いますが、行政がやるべきだと思っているから、美祢市立病院は当然そのつもりで 24 時間やっています。しかし、医師会も救急から手を引いたら、医師会の年間予算も大変だろうと思っています。

渡木 山陽町は来年から小児科医は病院からいなくなっても、開業医として町には残られるんですよね。それで何とか小児科においてはやっていけるのですよね。

谷川 昼間はいいのですが、それ以外となるとどうなるかですね。小野田市内の病院等にお願ひしなければいけなくなるかも知れませんね。

田中 私はしばらく県中にいたのですが、あそこは救急患者が来るのは当たり前なんですね。急患外来があったからです。時間外診療というのは、供給が需要を作り出すところがあるでしょう。やってれば来るんです、当たり前です。来た人にこれ救急じゃないから来るなと言うことはできないですよね。ですからこれを行政が指導して行かせないようにするというのも変な話だと思います。

また、私が小児科なもので、ぜひ小児科についてお話ししたいことがあるのですが、深刻に考えないと小児の救急というのは近い将来ダメになってしまいます。厚労省あたりとか県行政あたりが盛んに言うのは、小児科医が減って、小児救急が不十分だから体制を整えようと、そのためには手当をつけようと。経済的なインセンティブみたい

なことをいってくるんだけど、いかんせん人がいないのです。マンパワーがないのですから、やりようがない。じゃあ、ある地域だけでダメだったら、他と一緒にやればいいじゃないかと。救急の広域化ですね、私はむしろこれは逆だと思います。予防接種が広域化されますけど、あのベクトルと救急医療のベクトルとはまったく逆を向いているように思うのです。

予防接種を広域化するのは、受診者側には便利になることですね。そのために広げるのはいいことだと思います。それとは反対に救急医療こそ、なるべく患者の身近なところで完結すべきものだと思うのです。そうすると、救急のエリアというのはもっと狭くしてもいいと思っているぐらいです。それを広げてしまうと、極端なことを言うと、目の前でけいれんの重積を起こしている子をですね、今日は救急当番はどこかと調べて、例えば美祢だとなったら運ぶでしょうか。まず小児科医だったらできないですよね。実際そのような例があるのです。うちの近くの病院で起こった例なんですけど、いわゆる SIDS、乳児突然症候群がありますね。そういう子が飛び込んできたんですね。その病院にはドクターが 1 人しかなくて、どうしようもなく、呼吸も止まっていたけど、蘇生しながら次の病院を探したんですね。そうしたら大学もダメで、他もダメで、結局県中まで運んだんです。県中までいくら早く行っても 40 分かかります。結果的に命は助かったのですが CP です。

とかく考えがちなのは、机の上で地図をみながら、医療機関が少ないなら全体広げて数を揃えればいいじゃないか、ということです。これこそ机上の空論で、いかにも行政が考えそうなことだと思います。もっと現実的に考えて、また急いで対策を考えておかないといけません。今の小児の救急体制は、大学附属病院から随分助けてもらっているから何とかなっていますけど、そのうち方針もガラッと変わるかもしれない。助けてもらえなくなるかもしれない。大学から一切出てはいけないということになる可能性もある。そうすると残っている小児科医のマンパワーだけで、休日診療等もすべてまわすと大変だなと。特に医師の高齢化が進んでいますので。行政も医師会も真剣に

考えないといけないと思います。

藤野 小児救急が危機に瀕しているということで、内科医を再教育して小児救急医療の初期救急にあたらせようとする動きが実際に起こっているようなんですよ。ただ、私が心配なのは生兵法で、小児の救急を診ていいのか、ということです。専門からみてどうなのでしょう、数か月の研修ぐらいで診ていいものでしょうか。

田中 外来小児科学会というのがあるのですが、その集まりで厚労省の役人を呼んで話を聞いたらしいですよ。そうしたら今のお話のようにこれからは内科の先生に何か月か研修してもらって、手伝ってもらわないといけないだろうということ言ったらしくて、大ブーイングが起こったらしいです。はっきり言って今でも、私たちでも小児救急は怖いんです。

もちろん、救急にもいろんなレベルがありますから、初期救急というのはどこまでを言うのかにもよりますが、少なくとも半年くらいの研修だけで、小児の救急を任せるのは難しいかなと思います。



中村 任せられない、広域は駄目といわれるなら、小児科医がなんとか工夫してやるしか方法がないんじゃないですかね。

藤野 苦肉の策として緊急避難的にとらえるか、もう一つは広域化には向いていないといわれながらも広域化を図るかですね。例えば、宇部地区や小野田地区は、20～30分で来ますでしょ。両地区で小児救急をやっているのはもったいない気がするんですよ。

市町村合併すると、どうということはないかも知れませんが、医師の広域化といいますか、20～30分で動けるなら医師が動いた方がいいのではないかなと思うんです。宇部や小野田はいいほうで、萩は2人しかいないんですよ、1人は開業医です。あそこが一番大変なところなんです。県医としても、もし私が担当になったら、小児救急をどうするといわれても、なかなかよい方法が見つかりませんので、おそらく小児科医会の会長に言うと思います。僻地医療と同じようにしてくれと。医師を派遣するわけですね、医師を登録医制にして。県央部の先生が月1回でいいから萩に行くような制度にならないかなと思っているのですが(笑) いかがでしょうか。

田中 正直なところ、止めてくれという感じですね(笑)。宇部のことだけを言いますけど、小児の救急当番だけでもゴールデンウィークや年末年始、平日夜間も含めれば年10数回出務となり、それだけでも精一杯なので、他市となると、ちょっ

と無理かなと。

また、昔は内科小児科の先生にも手伝っていたいたんです。それが小児科の数が増えてきたところで、内科小児科の先生方が減っていったこともありますけど、もうわれわれだけでやるからいいですよということになりました。私は実は昔言ったことがあるんですけど、案の定、小児科医が高齢化するわ、後が続かないわでだんだんジリ貧になってきました。

そうはいつでも、先程の話は内科の先生方だけ



ではなく、われわれ小児の専門でも難しい小児救急を、ただ何か月の研修だけしたら行えるかのような安易な考えはどんなものかという意味だったんです。

藤野 私もそう言いましたのは、医療過誤の問題もあります。そういう時代になったんだと思います。

岩国地区は、基幹病院は国立岩国病院と岩国医師会病院があります。医師会病院は小児救急もやっておられるんですが、内科医もいらっしゃるんですよ。そこで張り出されているんです。今日は内科医ですが、それでよければ診ますよと。患者さんが心配だったら国立に逃げるんです。それくらい防衛していかないといけない時代になっているんで、安易にやらないほうが患者にとっても医師にとってもいいんじゃないかと思い、そう言いました(笑)。

伊藤 確かに暗い小児科の救急ですが、臨床研修制度ができますと、内科・外科・小児科・精神科・産婦人科が必修科目になるんですね。必修科目になると、先生にひかれて小児科に入局する人が多くなると思います。

新制度では、小児科を必修化したというところは大変いい制度だと思います。まだずっとさきですが(笑)すべてが暗いんじゃないと思っています。

渡木 先生、怒らないでくださいね。10年ぐらい前ですかね、プライマリ・ケア、プライマリ・ケアと朝から晩まで言っていましたよね。あれはなんだったんだろうかと言うことに端を発して立ち消えてしまったことを、また研修医制度で出てきたわけですね。

中身を見ているとなんとなく似ていますよね。今度の制度化された研修医制度のなかで、どこらあたりが違うんでしょうか。

伊藤 プライマリ・ケアも重視しています。言葉は謳っておりますけど、総合診療科ができておりますので、教育病院では多くなります。

どこがそこを重点的に教育するかは、その病院にかかっていると思います。本当に次の世代の医

師を育てるという意味で、内科の先生が心臓しか診られないという先生を作るのではなくて、すべての内科を診れて、自分の専門があるというような教育の仕方をしていかないといけないと思います。その中で、小児科・精神科・産婦人科が重点的に教育されていくと思います。

渡木 それとですね、今、小児科医になり手が少ないですよ。どこにその原因があるのかを解決しなければ、やはり減っていくのではないかと思います。

柴田 小児の救急、病診連携の棲み分けですが、根本は保険制度にある。病院が外来しないでいいように、入院料を上げていただければいいわけです。

小児科の先生は、正直言って、診療報酬が低すぎて可哀想です。高額所得者をみていて、小児科の先生がほとんどいません。のるかのらないかということです(笑)。非常に気の毒です。魅力があるのは、やはり経済的な面だと思います。

少子になれば親御さんは子どもを大事にします。ちょっと熱が出ればすぐ連れてきます。それだけのリスクがあるならば、それだけの報酬を与えてやらなければ魅力がないだろう、と思います。

ですから、根本は医療保険制度にあるだろうと思います。病診連携もうまくやるためには、それから小児の技術料を上げてあげなければ、可哀想です。

医師会も大変でしょうが、私たちも協力して頑張っていかなければいけないと思います。

渡木 先生のおっしゃるとおりなんです。というのは、小児科の勤務医はアルバイトで当直行きますよね。土曜日から日曜日の夕方まで診て、しかも70~80人診てですよ、他の科のバイト料の半分ぐらいしかないんですよ。これはおかしいと思います。

実は私の娘婿が小児科なんです。2人で喧嘩してるんです。なんでこんなにバイト行って、収入が低いのかと。私に文句言うんです。私は収入高いか低いかとって結婚を許可したわけじゃないんです(笑)。アルバイトに行っても月収が低い

んですよね。娘は「私が旦那を養っている」といつて威張っているんですけどね。

これは救急医療と言っているのかどうか分かりませんが、周産母子医療ですね。萩・長門なんかでは悲惨な状態なのです。われわれの後輩がそこに行ったときですが、30 週ぐらいで生まれて救急車を呼んで送ろうとすると送り先が決まっているんです。しかし、ベッドが少ないから必ず受け入れてくれるとは限らないんです。仕方がないから行って自分の病院で生ませるんです。絶対助かりません。そういうふうなことがトラブルにならなかったのは、山陰側の人は事情を知っているからです。

一つの命に対して、カバーできるのと、できないところがあるのか、という問題が出てくるんですよね。これはマンパワーの不足を含めて、山口県でも行政が主導権を握ってやっけないと、子どもを増やせと言っても、おそらく山陰側の人はそういったことが気になるんじゃないかと思うんです。

藤野 今の母子医療センターの件について、いいお知らせをいたします。知事が少子化対策については、予算にキャップをかけなくていいと言ったらしいの

です。一般の予算は全部 10% キャップかけて出すことになっています。

少子化対策については金をかけていいからと、県立中央病院に総合周産期母子医療センターができることになりました。平成 16 年ぐらいにはなりますが。行政はちょっと金を使うようになりましたね。

渡木 それとですね、母子医療センターは小規模なものを作ると、そこにいる医者が奴隷的に働かないといけませんね。山口大学病院でも 1 人の医者が 3 日当直して、休みなしで働いているとかですね。そういう現実になるんですよ。

だから、少なくともマンパワーが 10 人以上じゃないと、そのなかで働いている医者は奴隷だとい

うことになりますね。今もそういう状態がずっと続いているんです。こういう現実を知ってもらわなければいけませんね。

さて、予定の時間が来てしまいました。皆様、長時間ありがとうございました。最後に何かこれは言っておきたい、ということがありますか。

藤野 救急救命士の業務拡大が図られています。これは医師の管理下のもとに、メディカルコントロール体制を各医療圏に整備するようになっていきます。救急救命士の教育・研修、事後の検証をやっていくような体制が作られていくと思います。このとき基幹病院が中心になって、働きかけていかなければならないようになっていきます。消防隊と医師会と基幹病院の連携で整備していくような体制が作られているようになっていきますので、ぜひよろしく願いいたします。

私、介護保険も担当していますが、勤務医の意見書のできがあまりよくないと、ずっと言われ



てきています。今回、各病院のなかに介護保険担当の方を決めていただくようお願いしました。その方を通して介護情報とか資料を配付したいと思っています。まだ総合病院から返事が出てきていないところがあります。担当を決めていただければ、いろいろお話もできるでしょうし、その病院のなかの介護保険に対するかかわり方についても、もっと積極的に取り組んでいただけるのではないだろうかと思っています。そういうことで各病院の介護保険担当係を決めていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

渡木 皆様ありがとうございました。それでは、閉会の言葉と謝辞を県医の東常任理事にお願いいたします。

東 長時間にわたり、大変お疲れでございました。有意義な会であったと思います。キーワードとしては紹介率、在院日数、病床区分、小児救急など難しい部分が多々あったと思います。

本日、市町村合併を含めまして、また広域化ということも含めまして、二次医療圏座談会を行ったわけです。市町村合併が進みますと、また医療圏は新しい展開を見せるのではないかと思います

し、医療体制もまた変わってくるだろうと思います。またそのときに備えまして、先生方にはいろいろと、今後ご協力をお願いすることもあるかと思いますが、そのときはよろしくお願ひいたします。

本日は大変お疲れさまでした。

お  
知  
ら  
せ

### JMA PRESS NETWORK(略称：JPN) ニュース配信登録

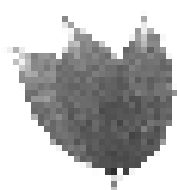
JPN ホームページ URL : <http://www.jmapress.net/> より会員登録をされた方には、JPN ホームページへ記事掲載と同時に当該記事を送信します。

#### 配信ニュース

- 1) 日本医師会定例会見
- 2) 日本医師会の会務(年 2 回の代議員会、及び各種委員会の動向等)
- 3) 地域医師会での催しや独自事業
- 4) 国会の動静
- 5) 日医役員のインタビュー
- 6) 学術ニュース
- 7) 関連情報(日医会長の 1 週間の動静、国会スケジュール等)
- 8) 社説(日医役員等が執筆)
- 9) 海外医療情報
- 10) JPN が独自に実施したアンケートの結果

JPN メールニュース管理者  
E-mail: [info@jmapress.net](mailto:info@jmapress.net)

## 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

TEL 0120-33-7613

〒730-0001 山口県山口市下町 1-1-1  
TEL 083-251-1111 FAX 083-251-1112  
E-MAIL [info@total-medical.co.jp](mailto:info@total-medical.co.jp)

## 理事会

## 第 17 回

1 月 16 日 午後 5 時 ~ 7 時 15 分

藤井会長、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

## 協議事項

- 1 予算編成の基本方針について  
収入増が期待できない状況から総体として前年度の事業規模を目途とする。事務的経費については見直し、刷新を図る。
- 2 医療機関の宿日直勤務の改善にかかる対応について  
労働局により行われた宿日直勤務にかかる自主点検実施について、法が遵守されていないことが多数判明した。  
今後、指導等により改善を図ることとなっているが、制度と医療現場の実情との乖離が大きく、この点について労働局の理解を求め、連携を図りながら対応していく。
- 3 日本医師会感染性廃棄物安全処理推進者養成講座について  
県医代表として、三浦理事が受講することに決定。
- 4 郡市医師会長会議提出議題について  
2 月 13 日開催につき、患者負担増反対県民キャンペーン等、6 議題を決定した。
- 5 医療保険関係団体九者連絡協議会の提出議題について  
提出案 2 題、「国保保険料（税）滞納の受診患者の取り扱い・資格喪失後の受診」につき検討。
- 6 山口産業保健推進センター相談員の推薦について

相談員の退任にともなう新たな相談員の推薦依頼を受けていたが、2 名の先生の推薦を決定。

## 報告事項

- 1 山口県社会福祉審議会児童福祉分科会  
(12 月 26 日)  
里親制度の改正について報告が行われた。  
改正前は、里親・短期里親となっていたが、新規に親族里親（3 親等内の親族に委託）・専門里親（児童虐待等により有害な影響を受けた児童を 2 年以下の期間で委託）が追加された。（藤野）
- 2 地域医療対策委員会 (12 月 26 日)  
病院増床の開設・介護老人保健施設の開設許可案件、その他、5 機関の介護老人保健施設の増床許可案件について報告  
(藤野)
- 3 保険診療の手引作成打合せ会 (1 月 9 日)  
診療報酬改定・健保法改正により度重なる内容変更が続いていたが、現在最終校正に入っている。  
300 ページ程で 2 月発行を予定。（佐々木）
- 4 医事紛争対策委員会 (1 月 9 日)  
3 件につき協議。（東）
- 5 日医健康スポーツ医学委員会 (1 月 9 日)  
坪井会長諮問の地域医療における健康スポーツ医学の展開について、答申案作りを行った。原案作りは終了し、その内容を現在詰めている。  
健康スポーツ医の位置づけについて、資質向上の一環として、カリキュラムの見直し、更新単位の増加等について検討を行った。（木下）
- 6 県成人病等管理指導協議会「循環器疾患部会」  
(1 月 10 日)  
コレステロール値基準の見直し、肝炎関係の検査等について協議を行った。（上田）
- 7 編集委員会 (1 月 16 日)
- 8 会員の入退会異動報告

### 互助会理事会 第 14 回

- 1 傷病見舞金支給申請について  
2 件協議。承認。

### 医師国保理事会 第 15 回

- 1 第 4 回開催準備委員会について (12 月 26 日)  
全医連第 4 1 回全体協議会の議題等について検討。

### 母体保護法指定審査委員会

新規指定医 1 件。承認。

謹 弔

渡辺 直昭氏 下関市医師会

一月二十九日、逝去されました。享年七十五歳。  
つつしんで哀悼の意を表します。

**山口県臨床整形外科医会  
総会および教育研修会**

と き 平成 15 年 2 月 22 日 (土) 午後 6 時～  
 ところ 山口グランドホテル 2 階「鳳凰の間」 TEL:083-972-7777

総 会 18:30 ~ 19:00  
 特別講演 19:00 ~ 20:00  
 「腰痛疾患または膝関節疾患と間違われている絞扼性神経障害について」  
 福岡大学筑紫病院整形外科教授 松崎 昭夫

日本整形外科学会教育研修会による単位 (1 単位) を取得できます。  
 単位希望の方は、1,500 円を徴収いたします。  
 講習会終了後、懇親会を予定しています。

山口県臨床整形外科医会  
世話人代表：松野整形外科 松野 靖

**第 7 回山口県肛門疾患懇談会**

と き 平成 15 年 2 月 22 日 (土) 午後 5 時～ 7 時  
 ところ 山口グランドホテル 「松の間」 TEL:083-972-7777

テーマ 「痔核の治療 (保存的治療・手術療法)」

参加費 医 師 2,000 円  
 医師以外 1,000 円

共催：山口県肛門疾患懇談会ほか

**平成 14 年医師互助会グループ保険（安田生命）  
配当金について**

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

記

保 険 期 間	平成 14 年 1 月 1 日～同年 12 月 31 日
加 入 者 数	1,161 名
総受取保険金	43,000,000 円（8 件）
配 当 金	28,334,640 円
配 当 率	30.38%

3 月 20 日頃、ご指定の口座へ送金いたします

山 口 県 医 師  
引受会社 安田生命

お  
知  
ら  
せ

**学 術 講 演 会**

と き 平成 15 年 2 月 20 日（木） 午後 7 時 20 分～  
と ころ ホテルサンルート徳山

演 題 「慢性心不全の病態と新しい治療戦略」  
山口大学大学院器官病態内科学教授 松崎 益徳

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

**訂正**

2 月 1 日号 (NO.1667) 表紙写真題名にて「白樺」と掲載しましたが、  
正しくは「白樺」でした。  
ご迷惑をおかけしましたことをお詫び申し上げ、訂正いたします。

**病院のニーズにあった医師業務の提供**

**徳二子イ学館**

徳山支店 ☎0834-31-8090

〒745-0036 徳山市本町 1-3 大同生命徳山ビル 4 階

- H . W . K . 徳二子イ学館 + 徳二子イ学館 + 徳二子イ学館 + 徳二子イ学館

## 第 1 回山口県創傷ケア研究会

と き 平成 15 年 3 月 1 日 (土) 午後 1 時 ~

ところ ぱ・る・るプラザ山口

〒 753-0042 山口市惣太夫町 1-15 TEL:083-934-3333

演 題

教育講演 1 「創傷治癒メカニズムからみた褥瘡の治療」

川崎医科大学形成外科教授 守口 隆彦

教育講演 2 「褥瘡対策未実施減算策への対応 - 簡単で分かりやすい当院の工夫 -」

厚生連加茂病院形成外科部長 堀田 由浩

参加費 : 1,000 円

問合わせ先: 第 1 回山口県創傷ケア研究会事務局

田中 マキ子 山口県立大学看護学部

TEL:083-933-1464 E-mail:maki@n.ypu.jp

後援: 山口県医師会ほか

ご  
案  
内

## 第 20 回山口県食道疾患研究会

と き 平成 15 年 2 月 21 日 (金) 午後 6 時 ~

ところ 山口グランドホテル 3 階「未広」

吉敷郡小郡町黄金町 1-1 TEL:083-972-7777

会 費 1,000 円

【一般演題】 18:00 ~ 18:50

1. 頭頸部癌に合併した食道上皮性腫瘍の検討
2. 食道表在癌における CGH 法を用いた染色体異常に基づくリンパ節転移予測の有用性
3. 頸胸境界部食道癌の 1 例
4. 食道ステントが著効を示した食道空腸吻合部縫合不全の 1 例
5. 大胸筋皮弁による瘻孔閉鎖術を施行した食道再建後縫合不全の 1 例

【特別講演】 19:00 ~

拡大内視鏡観察による表在食道病変の診断

埼玉県立がんセンター消化器科医長 有馬 美和子

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

当番世話人 真壁 幹夫 (国立岩国病院 外科)

吉田 智治 (山口大学医学部消化器病態内科学)

共催: 山口県食道疾患研究会・山口大学医師会 ほか

ご  
案  
内

## 山口県感染性疾病情報

平成 14 年 12 月分

医療圏（福祉センター） （圏内医師会）	岩国	柳井	徳山	防府	山口	宇部	萩	長門	下関	合計
	（玖珂）	（大島）	（下松・ 光・ 熊毛）		（吉南・ 阿東）	（小野田・ 厚狭・ 美祿）			（豊浦）	
インフルエンザ 定点	7	5	11	6	8	12	2	3	15	69
インフルエンザ	151	0	46	22	212	177	0	40	315	963
小児科定点	5	4	8	4	5	9	1	2	11	49
咽頭結膜熱	0	0	9	0	0	2	0	0	2	13
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	23	10	124	58	25	99	0	5	133	477
感染性胃腸炎	337	40	314	151	281	435	151	402	470	2,581
水痘	35	4	166	101	58	54	48	17	123	606
手足口病	1	0	0	1	0	0	0	2	2	6
伝染性紅斑	0	0	19	11	2	3	0	1	17	53
突発性発疹	26	7	63	9	30	32	8	11	51	237
百日咳	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
風疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ヘルパンギーナ	0	0	0	0	0	4	0	0	6	10
麻疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
流行性耳下腺炎	7	12	85	13	3	9	0	2	20	151
眼科定点	1	1	1	1	1	1	0	1	2	9
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0	0	-	0	1	1
流行性角結膜炎	20	25	8	7	4	7	-	1	2	74
基幹定点（週報）	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8
急性脳炎（日本脳炎を除く）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
細菌性髄膜炎（真菌性を含む）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
マイコプラズマ肺炎	1	0	0	0	0	-	0	0	3	4
クラミジア肺炎（オウム病は除く）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
成人麻疹	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0

## 〔平成 14 年 12 月情報〕

新しい東アジアの和平が改めて求められてきている世界情勢の“冷え”を反映する様な、寒波到来の越年にひきしめられている。感染症も年末から、香港 A 型インフルエンザ流行が猖獗状態を呈してきて、先月からの低調な感染症発生状況一変しての越年となっている。

インフルエンザ様疾患は、昨年末より、空路・国鉄による全国的交流域。（下関・岩国・宇部・山口）中心に県内本格的流行を呈してきている。12 月 5 日インフルエンザ A 香港型分離（例年より 1 月早期）

一方、一昨年来の A 群溶連菌感染症の多発傾向が目立ってきているが、先月来好発期に入り、さらに増勢多発生を示してきている。

感染性胃腸炎の多発生ひき続く。ただし、インフルエンザ流行により、やや集計減目立つ。

水痘は例年どおり冬季多発生続いている。

麻疹については麻疹制圧の予防接種キャンペーン効果が示されている、このところ 12 週間、報告なし。

流行性耳下腺炎 徳山圏域多発生目立つ。

流行性角結膜炎については月後半の多発傾向が目立っている。

## 〔鈴木検査定点情報〕

12 月 5 日インフルエンザ A 香港発症 1 例。

（12 月 16 日宇部、山口の小学校、中学校で学級・学年閉鎖措置あり）

アデノウイルス 2 型の急性上気道感染症 3 例。

A 型溶血性レンサ球菌咽頭炎が多い。

## 〔徳山中央病院情報〕

12 月になって、呼吸器感染症を中心に入院患者増加、急性胃腸炎の入院は少なかった。（急性気管支炎、喘息性気管支炎、気管支肺炎、仮性クループなど）

RS ウイルス感染症の入院が 12 月中旬から増加し、約 20 名入院。



(臨床診断は急性気管支炎、喘息性気管支炎、気管支肺炎などで、生後 1 月～ 53 歳まで)  
 インフルエンザ A 型 1 名、マイコプラズマ肺炎 3 名、ムンプス(髄膜炎を含む) 3 名。  
 川崎病(不全型を含む) 3 名、化膿性髄膜炎 1 名(10 月男児、インフル桿菌) 予後良。

【山口日赤病院情報】

インフルエンザ(香港 A 型) 中旬より急増。  
 感染性胃腸炎 小流行。 溶連菌感染症・水痘 小流行。  
 RS ウイルス感染症(細気管支炎)も増加している。

【現在の状況】

引き続き先月下旬香港 A 型インフルエンザ流行猖獗。  
 感染性胃腸炎多発生続く。  
 A 型溶血性レンサ球菌咽喉炎が多い。

【12 月の多報告順位】(内数字は前回の順位)

- 1) 感染性胃腸炎、 2) インフルエンザ、 3) 水痘、
  - 4) A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、 5) 突発性発疹、 6) 流行性耳下腺炎、
  - 7) 流行性角結膜炎、 8) 伝染性紅斑、 9) 咽頭結膜熱、 10) ヘルパンギーナ
- 【山口県医情報編集室】鈴木英太郎、倉光誠、内田正志、田原暁、健康増進課(西山担当ほか)

【最新情報までの週間推移】

第 48 週～第 51 週(11/25～1/5)

インフルエンザ様疾患	( 10 - 72 - 207 - 674 - 1072 - 646 )	9	963	月来より県内本格的流行。空路・国鉄による全国的交流域(下関・岩国・宇部・山口)中心に
咽頭結膜熱	= ( 2 - 1 - 1 - 9 - 1 - 5 )	11	13	まれ散発の流行動態。
A 群溶連菌咽頭炎	= ( 116 - 119 - 123 - 119 - 90 - 18 )	456	477	全県下多発流行続く。
感染性胃腸炎	( 753 - 805 - 555 - 468 - 360 - 154 )	3261	2581	インフルエンザ流行の影響により全県下著減。
水痘	( 134 - 141 - 172 - 159 - 155 - 103 )	311	606	例月どおりの冬季多報告続。
手足口病	( 4 - 0 - 2 - 0 - 0 - 0 )	26	6	まれ散発。
伝染性紅斑	= ( 11 - 16 - 14 - 12 - 11 - 8 )	23	53	散発、非流行。
突発性発疹	= ( 70 - 61 - 56 - 50 - 31 - 20 )	233	237	例月どおり多報告続く。
百日咳	= ( 0 - 2 - 0 - 0 - 0 - 0 )	0	2	防府 2 例報告。
風疹	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	0	0	今月報告なし。
ヘルパンギーナ	= ( 3 - 2 - 0 - 5 - 2 - 1 )	21	10	下関・宇部のみ、まれ報告。
麻疹	= ( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	0	0	このところ 1 2 週間報告なし。
流行性耳下腺炎	= ( 37 - 36 - 48 - 30 - 31 - 19 )	125	151	徳山圏域多発生目立つ。
急性出血性結膜炎	= ( 0 - 1 - 0 - 0 - 1 - 0 )	0	1	まれ。
流行性角結膜炎	( 17 - 13 - 23 - 21 - 14 - 1 )	71	74	月後半多発流行傾向。
急性脳炎	( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	0	0	報告なし。
細菌性髄膜炎	( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	1	0	報告無し。
無菌性髄膜炎	( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	0	0	報告無し。
マイコプラズマ肺炎	( 0 - 0 - 0 - 2 - 2 - 1 )	5	4	岩国・徳山・防府・下関に散発。
クラミジア肺炎	( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	0	0	報告無し。
成人麻疹	( 0 - 0 - 0 - 0 - 0 - 0 )	0	0	報告無し。

平成 14 年 12 月定点コメントによる週別集計表

病原体あるいは抗体価確認例 (迅速診断含む)	48 週	49 週	50 週	51 週	合計
	11/25-12/1	12/2-12/8	12/9-12/15	12/16-12/22	
カンピロバクター腸炎	3	7	1	10	21
病原大腸菌性腸炎	0	2	0	1	3
サルモネラ腸炎	10	5	0	1	16
マイコプラズマ肺炎	5	3	5	1	14
アデノウイルス感染症上気道感染症	3	4	2	5	14
アデノウイルス感染症下気道感染症	0	0	0	0	0
クラミジア呼吸器感染症	0	0	0	0	0
RS ウイルス感染症	2	9	8	16	35
ロタウイルス胃腸炎	0	0	0	0	0

臨床診断例	48 週	49 週	50 週	51 週	合計
	11/25-12/1	12/2-12/8	12/9-12/15	12/16-12/22	
ヘルペス歯肉口内炎	2	0	0	2	4
川崎病	0	0	0	0	0

【特記事項】 無し

