

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 3 月 21 日号

1672



こぶし

牧野 典正 撮

第 4 回予防接種広域化推進協議会	216
平成 14 年度乳幼児保健講習会	219
第 80 回山口県医師会生涯研修セミナー	222
平成 14 年度山口県医師会囲碁大会	232

県医師会の動き	228
会員の声「小泉首相決断による「株式会社の病院経営参入」決定について」...	230
会員の動き	233
受贈図書・資料等一覧	233
日医 FAX ニュース	236
編集後記	236
ご案内・お知らせ	234 ~ 235

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 4 回予防接種広域化推進協議会

と き 2 月 20 日 (木)

ところ 山口県医師会館

[記：常任理事 木下 敬介]

平成 14 年度の重点事業として取り上げられた予防接種広域化については、年度初めから山口県及び市町村に対して趣旨説明を行うとともに各郡市医師会より各 1 名の担当が選任されて予防接種広域化推進協議会を設置。これまで 3 回の会議における協議、県医師会における関係担当者間での打合せや関係機関との折衝、行政における各市町村からの意識調査や意見・要望の集約等を踏まえて、乳幼児の三種混合、麻しん、風しん、日本脳炎、ツ反・BCG 及び高齢者のインフルエンザの予防接種広域化に関する要領・委託契約書、予診票、標準料金等については大筋合意が得られ、平成 15 年度には広域化実施の見込みとなった。

今回第 4 回目の会議では、平成 15 年度実施に向けて、標準料金化への進捗状況について情報交換するとともに、これまでの大筋合意に対する確認と微調整・微修正について協議された。

藤井会長挨拶 (要旨)

予防接種広域化についてはいろいろな席で要望として出されていたものを、県医師会が一つの事業として進めてきたものである。関係各位のご尽力により、平成 15 年度から実施可能の見込みとなった。ここに至るまで各郡市医師会の担当の先生方におかれては各市町村との対応ということで大変ご尽力いただき、またご努力いただいたことに感謝申し上げたい。本日は今年度最後の会議となるが、平成 15 年度から実施ということで疑問点があれば解消し、要望すべきことがあれば行政へ要望していこうという考えで進めていきたい。広域予防接種委託料金一覧表をみると、かなりの市町村において県医師会の示した標準料金への対応をしていただいております。今後とも

いろいろ問題が生じ、15 年度に入ってもその都度解決していくことになるかと思うが、先生方には更なるご支援をお願いしたい。

協議

1. 予防接種広域化の進捗状況について

これまで 3 回の協議 (平成 14 年 6 月 13 日、7 月 4 日、9 月 12 日) によって、予防接種広域化に関する要領・委託契約書、予診票、標準料金等については大筋合意が得られている。

乳幼児に対する予防接種料金については各郡市医師会と当該市町村との間でこれまでの歴史や事情等もあることから今すぐ統一料金とすることは困難なので、標準料金を設定しそれに近づけることにより最終的に統一化を目指す考えであること、平成 15 年度は従来料金と標準料金の二本立てで実施すること、標準料金に近づけることによって料金統一が達成されれば、次の段階の児童・生徒への対象拡大や請求支払い業務一括システムの確立なども可能となること、平成 15 年度は料金統一化を目指して県・市町村・医師会の調整を図ることなどが確認された。

平成 15 年度広域予防接種委託料金について 2 月 20 日現在の情報では、県下 56 市町村中 40 市町村が標準料金によって予算計上するとのこと。その他は、従来どおりか議会の調整等のため未定という進捗状況が示された。4 月の広域化実施までには標準料金を採用する市町村はこれよりも増えることが予想される。

委任状提出状況については、2 月 20 日現在、全郡市医師会から計 1,294 件の届け出があった。

2. 予防接種広域化に関する確認事項について

これまでの質問や議論のなかで、特に重要な事項を掲げ、再度確認した（末尾別添の「予防接種広域化事業に関する確認事項の合議内容」参照）。

このことに関連して、意見の交換があり県医師会としての考えが示された。

(1) 広域予防接種における健康被害への対応について

予防接種は市町村長の責任において行う事業であるから、健康被害が生じた場合はまず市町村が対応することが本筋であるが、そのような対応に不慣れではないかと思われるし、広域化により行政区が違った場合に迅速に対応ができるかどうか危惧される。対応が遅れた場合、被害者が直接当該医師や医療機関に苦情を持ち込んだり訴訟に発展したりすることも予想される。円滑に対応するために県医師会としては、医事紛争に対応するノウハウを有しているのでそのシステムを応用したいと考えている。当該医師（会員）が郡市医師会を介して県医師会に報告し、それを受けて県医師会の対策委員会で有責か無責かを判断し、当該市町村に働きかけることになるが、市町村の対応が適切で速ければ県医師会は引く。

(2) 市町村における担当者との協議会について

56 市町村の担当者と 21 郡市医師会の担当者が一堂に集まる会議は開催困難。各市町村と各郡市医師会あるいは各市町村と県医師会での折衝はこれまでも行われてきたところではあるが、今後、必要であれば予防接種広域化運営協議会（仮称）に県及び市町村担当の代表に出席してもらってもよい。昨年、県がブロックに分けて説明会を行っており、そのような席に県医師会の担当が出向いて意見や情報の交換をすることもできる。

(3) 委任状の年度途中の提出について

年度途中の新規委任状あるいは接種項目の変更についても、広域予防接種が実施できるようにする。

(4) 非会員の承諾書について

県医師会員でない予防接種医については医療機

関の管理者（会員）との間で承諾書を交わすことになっているが、非会員の契約状況把握のために承諾書の写しをその都度県医師会に提出してほしい。勤務医の異動が多いところは大変だろうが、ご協力をお願いしたい。この件に関して郡市医師会長宛に依頼の正式文書を発送する予定。

3. BCG ワクチン価格改定にともなう標準料金の一部改正について

平成 15 年度より小・中学生のツ反・BCG 接種の廃止になることが背景にあって、BCG ワクチンの単価が 1,300 円ほど値上がりする。消費税の 60 円を加えて 1,360 円アップとすることが今回の会議で合意された。その結果、標準料金の一部が BCG 接種のみ 8,800 円、ツ反・BCG（セット）13,410 円へ変更される。このことを市町村にも連絡する。

4. 予診票について

予診票の微修正について協議。三種混合とインフルエンザの予診票について、「見合わせる理由」についての欄を設けた。

県内統一様式は移行期なのでコピーして使用することも差しつかえない旨を市町村に確認連絡する（コピーのため色分けできない）。広域予防接種医療機関にも県内統一様式の見本を配布する。

会議を終えて

この 1 年間 4 回にわたる会議で予防接種広域化について協議し、どうにか平成 15 年度実施の目処がついた。特に県医師会が示した標準料金を大部分の市町村が採用したこと、広域化接種医が全郡市医師会から十分な数ほど委任状を提出したことなど、広域化へ大きなはずみをつくることが期待される。各市町村及び各郡市医師会のご尽力に感謝したい。

4 回目のこの会議においても、まだまだ、詰めていかなければならない問題点や課題は残っているが、まずは 15 年度より広域化を実施しながら細かい問題点や課題を解決していきたい。この予防接種広域化推進協議会は平成 15 年度より「予防接種広域化運営協議会（仮称）」と名称を変更

して引き続き機能していきたいと考えているので、各郡市医師会の担当の先生方も引き続き残ってご尽力いただきたい。県、市町村、医師会がそ

れぞれ智恵を出し合いながら、よい形のを創り上げていきたいと思う。

キーワードは...「子どもたちのために」

予防接種広域化事業に関する確認事項の合議内容

H15.2.20 山口県医師会

確認事項	合議内容
1. 広域化対象の予防接種は、	乳幼児の予防接種(三種混合、麻しん、風しん、日本脳炎、ツベルクリン反応・BCG)と高齢者のインフルエンザ予防接種。広域化体制が整い次第、その他の予防接種や生徒・児童にも拡大となる。
2. 広域予防接種の乳幼児予防接種は何歳までか。	予防接種法による予防接種(定期接種)の対象年齢で生後90月未満。ただし、BCG予防接種は4歳未満。
3. 予診票について	予診票は県内統一様式とする。 予診票は一枚紙で予防接種の種類別に色分け。(複写にはしない)。 各市町村に従来の様式の在庫があれば使用。各市町村は在庫が無くなり次第、順次県内統一様式に変更、作成する。 ただし、従来の予診票を使用する場合は、「住所欄」に注意書きがないので、記入に際して住民登録しているか医療機関で確認する。
4. 予診票の設置場所は、	市町村は母子健康手帳交付時に予診票をまとめて渡しているが、医療機関にも市町村で配布の予診票が設置されている。
5. インフルエンザ予防接種の接種期間は、	インフルエンザについては毎年流行時期が異なるため接種期間について決めていない。 当面は市町村毎の接種期間で実施することと思うが今後調整していくことになる。
6. 健康被害について 広域予防接種における健康被害が生じた場合の解決、対応するシステムについて	予防接種の健康被害発生に際しては、原則として市町村が対応すべきであるが、県内広域となると郡市医師会や市町村が広範囲となり対応が遅れることなど予想されるため、県医師会が行政との間に介入し解決していくことで今後検討していきたい。
7. 各市町村独自の手続について	それぞれの行政の手続については住民の利便性を考慮してこの目的に合うようお願いしたい。
8. 広域制度の今後の協議について	14年度は郡市医師会予防接種広域化推進協議会で予防接種の広域化事業を推進してきたが、15年度は予防接種広域化運営協議会(仮称)を設置し、この制度についてさらに検討し、行政(県、市町村)や関係団体との連携を図っていくこととする。
9. 請求及び支払いについて	各市町村の支払いシステムが異なるため各市町村別に対応していただくこととするが、今後制度の体制が整い次第、請求・支払い業務一括システムの確立が可能と考えている。
10. 住民への周知について	住民への広報は内容も含め各市町村にお願いしたい。
11. 公開について	本会の会議報告等は県医師会報にその都度掲載している。今後ホームページへの掲載も考えている。
12. 委託契約について	毎年4月1日付で契約する。各市町村においては3月末までに契約の手続をお願いします。 (母子保健事業の委託契約と同様)
13. 委託料請求書様式について	各市町村は予防接種委託料請求書(「広域予防接種委託契約書」の別表2)を作成のうえ市町村内の医療機関に配布。 請求書の統一までの移行期間は、別表2をコピーして使用するか当該市町村に連絡し使用するものとする。
14. インフルエンザ(高齢者)の予防接種料金について	施設、老健の入所者や入院中の患者の接種料金についても標準料金と同一の考えとする。

平成 14 年度乳幼児保健講習会

と き 平成 15 年 2 月 16 日(日)

ところ 日本医師会

[記：理事 濱本 史明]

坪井日医会長・遠山文部科学大臣・坂口厚生労働大臣の 3 名の挨拶の後、「育児と仕事を q p 両立できる社会環境作りを目指して」というテーマで以下の講演・シンポジウムが行われた。

当日は日曜日でもあり、前日の学校医講習会に比べて多くの参加者があり、日本医師会大講堂はほぼ満席であった。

講演

1. 「少子化をのりこえたデンマーク」

お茶の水女子大学名誉教授 湯沢 雍彦

デンマークでは 1967 年に 2.60 あった合計特殊出生率が急速に低下を始め、83 年には現在の日本とほぼ同じ 1.33 までに低下してしまった。しかし、84 年からは上昇に転じ、11 年後の 95 年には 1.82 まで回復し、その後は 1.7 台のレベルを維持している。

家族政策として、85 年には、出産後母親休暇を 24 週に拡大、父親も出産休暇がとれる。86 年には労働時間は週 39 時間、内閣子供委員会が設置されている。90 年には週 37 時間となり、午後 4 時以降は仕事を含め残業ができない。94 年には育児休業法が施行される。

出産休業・育児休業の内容としては、母親は産後 14 週の休暇がとれ、父親も 2 週間とらなければならない。その後 10 週間の休暇を両親のどちらかがとれる。26 週間の育児休業の場合、給料は 60% に減額される。契約によればその後 26 週間の育児休暇をとることが可能。

自立・同棲・法律婚として、子ども達は 18 歳になると独立して生活する。国から月 7 万円の支給はあるが、生活はできないので働くことになる。2 ~ 3 年間労働し、大学進学への資格を取ることになる。労働が点数制となり 13 点になると大学へ進学できる。当然 1 人では生活できないので同棲することになり、子どもが生まれ結婚する例が多い。そのために 20 代の母親が多くなる。

育児支援体制として、医療費は全額無料である。学校はひとクラス 17 ~ 18 人の生徒で構成され副担任もいるし、クラブ活動は無く午後は学校体育館でゲームをしている。普通高校の進学率は 30% である。保育園は有料であるが小学校から大学までは無料である。私立大学でも 80% の援助がある。

労働の条件は、残業は無く午後 4 時には仕事を終え、子どもを保育園に迎えに行き 5 時ぐらいまでには家庭に帰り、夫が食事を作ることも多い。4 時以降の保育は行われず、当然塾などは無く進学校もない。

男女役割の平等化として、夫の協力が必要であり、また協力できるような社会体制・法律がある。しかし、税金は高く、消費税率は 25% で、所得税も 50% ぐらい。夫婦の年収が 700 万円だと実質的な収入は 400 万円ぐらいとなる。

日本と生活習慣、社会生活、国民性、労働環境などずいぶん異なるが、育児支援のために取り入れていきたい制度が多くある。

2. 乳幼児期におけるこころの健全な発達のために 国立成育医療センターこころの診療部長 奥山 眞紀子

現在、求められているものは、親子関係への支援であろう。病気や障害を持っている親や子どもへの育児への支援はもちろん、何らかの形で育児に不安のある親への支援が大切である。親子関係はその後の人間関係の基礎であるばかりでなく、「自己」という感覚の基礎になるからである。

最近、他者との関係がうまく取れない子どもや、共感性の薄い子ども達が問題となることが多い。その中には、乳幼児期に親からの十分な愛着を受けて育つはずの、愛着パターンが育っていない子ども達が見受けられる。また、トラウマなどにより、愛着の発達が阻害されることもあり、その典型が「不適切な養育」、つまり子どもへの虐待によるものである。特に、この時期の情緒的ネグレクトは後に大きな問題を残す可能性がある。基本的に乳幼児期からの子どもへの愛着がしっかりあれば、同調が芽生え、安心感が生まれ、自己内部の同調から、他者との同調、そして社会への同調が育つ。

妊娠中から親子の問題が生じており、安心して妊娠期間を過ごすことができ、出産にいたる過程において妊婦は周囲から愛着を得ることができる。同調ができることによって、出産後の母親から子どもへの愛着・同調が生まれる。

愛着と同調がうまく形成されていない親子関係の問題として、親のうつ、家族の問題、子どもの側では調節障害、気質、トラウマ、発達障害となって現れてくる。心身相関としての例では、愛情剥奪性小人症、身体的調節（リズム）の問題、認知・感覚運動機能の問題、病気によるトラウマや愛着の問題等が存在する。人間的な信頼を崩されるトラウマが一番悪く、愛着に影響する。

それらの親子を実際に診察することになるが、時間をかけて親の話をゆっくり聞き、親子関係の観察をじっくり行う。例えば、子どもとの波長が合っているかどうか。子どもの観察としては、抱かれ方、遊び方、他者とのやり取り、他者の利用等を観る。

それらの障害のある親への支援としては、親への同調・共感、必要な親（うつ・依存）への治療として、家族への介入・治療、親子関係への具体

的なアドバイス、子どもへの働きかけを行っていく。

今後の課題としては、関係性やリズムに関する研究と理論の発展（学際的研究の必要性）、胎児期から乳幼児期に関する研究の増加、胎児・乳幼児期支援の重要性を認識することが大事である。

3. 「出産前小児保健指導

（プレネイタル・ビジット）モデル事業報告」

日本医師会常任理事 雪下 國雄

平成 12 年、厚生省、日本医師会、日本小児科学会、日本小児科医会、日本小児保健協会、日本産婦人科医会の協力を得て 46 地域医師会の参加で行われた。

その中で、指導を受けた両親等の意見としては、「指導内容が役に立った」「不安が解消した」「指導を受けた小児科医に、その後も受診している」「ミルクを母乳に変えた」等があった。

この出産前小児保健指導事業の全国でのすみやかな普及を強く要望するとともに、安心して子どもを産み育てられる育児環境の整備に向け、次の 5 つの提言をされた。

- ・ 出産前小児保健指導事業（プレネイタル・ビジット）の制度化
- ・ 出産直後からの母児同室就床
- ・ 保健師等による早期（2 週間以内）育児環境チェックと指導
- ・ 24 時間電話育児相談の設置
- ・ 地域育児支援ネットワークの整備

シンポジウム

テーマ「育児と仕事を両立できる社会環境作りを目指して」

1. 「新しい子育てを求めて」

恵泉女学園大学教授 大日向 雅美

最近の子育て事情としては、少子化、子どもの育ちの異変、母親の育児不安・ストレスの急増、迷う父親がある。育児に悩む母親たちの声は、今日の社会の歪みを訴える SOS である。専業主婦の嘆きは育児を一人で担う心身の負担の重さや、夫の無理解・非協力、社会からの疎外も含め、パー

フェクトママをめざし、虐待またはそのグレイゾーンに入っていくものもある。働く母親の苦悩として、家庭と仕事の両立の困難、三歳児神話がある。子育ての喜びと出会うためには、親育て支援を行わなければならない、家族全体を支援し、新しい時代に即した、新しい子育ての理念を考えていかねばならない。

育児は母親が行うことと信じて疑わないのが日本の男性である。子育てには父親の協力が不可欠であり、子どもの頃の思い出がない父親は、当然父親らしいことができない。これからは母親の社会参加支援と父親の家庭参加支援を行わなければならない。

2. 病後時保育の実践と課題

福島県医師会常任理事 / 医療法人仁寿会菊池医院長
菊池 辰夫

5年間の病後児保育を経験した。今後の病後児保育施設の課題としては、平均すると1.5人～2人/日であるのでやはり採算性がないことがあげられる。

疾患としては喘息や喘息性気管支炎が多い。土曜日などは患者さんが多く断ることもあるし、異なる伝染性疾患が多いと入室できないこともある。

3. 小児科医による子育て支援

子どもの城小児保健クリニック院長 巷野 五郎

小児科医は通常親権者である親（母親）の子育て支援をしなければならない。その場としては、健診・育児相談であるが実際の診療では時間が十分に取れない。30分以上かけないと母親から十分な情報が取れない。なぜ子育て支援を必要とするのかというと、現代では、子どもを知らない親たちや、少子・核家族化により育児不安を持つ母親、逆に育児情報の氾濫で育児の戸惑いを感じている母親、間違った育児情報の共有をしている母親、育児不安や体力低下を訴える母親が多いからである。

6か月児の母親を対象とした平成13年度の厚生労働省調査では、「子どもがいてよかったと思うことがある」と答えた母親が99.3%だったことは非常にうれしい限りである。そのためにも小児科医としての子育て支援の実際は、親業には労働基

準法が適応されていないことを考え、親の訴えに耳を傾け、その育児を理解することに始まる。分かりやすい言葉で話し、親の子育てを勇気づけるようにする。

楽しい子育てを目指しての支援として、育児相談のときに「すごくいいよ、よく育っているね」「よく頑張ったね」とこれまでの育児をほめてあげることが大事である。

4. 少子化対策プラスワン

「少子化対策の一層の充実に関する提案」

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長

谷口 隆

従来の少子化対策に加え、「少子化対策プラスワン」が打ち出された。この視点としてはこれまでの取り組みが、特に保育に関する施策を中心としたものであったため、子育てをする家庭の視点にたって考えると、より全体としての均衡のとれた取り組みを着実に進めることが必要である。

これまでの施策に加えて、

- ・男性を含めた働き方の見直し
- ・地域における子育て支援
- ・社会保障における次世代支援
- ・子どもの社会性の向上や自立の促進

という4つの柱に沿って、社会全体が一体となって総合的な取り組みを進めることとし、国、地方公共団体、企業等のさまざまな主体が計画的に積極的な取り組みを進める方向性を打ち出している。

プラスワンと母子保健としては、食を通じた家族形成や人間性の育成を考えること「食育」や、思春期の性の問題については、良好な人間関係を築くために、「性」をどう考えるかというような発展的な見方に基づいて、正しい理解をさせること「性育」、また妊娠・出産の経過に満足することが「よい子育て」につながることから、「いいお産」等をアピールしていきたいと考えている。また、不妊治療への支援として、施策の充実と支援のあり方を検討することになっている。

以上4つの議題に関して活発な討論が行なわれたが、詳細は今年の8月頃の日医雑誌に掲載されるので、ご参照いただきたい。

第 80 回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 平成 15 年 2 月 16 日 (日)

ところ 総合保健会館 2F 多目的ホール

.....

特別講演



胸部単純 X 線写真の再評価 - 胸部単純 X 線写真と CT 所見との比較 -

山口大学医学部構造制御病態学 (放射線科) 助教授 松本 常男

[印象記: 岩国市 小林 元壮]

呼吸器領域の画像診断は、肺に空気という陰性造影剤が存在するため、X 線発見以来、もっぱら単純写真が重用されてきた。一方で、呼吸器疾患に用いられる診断機器には、単純写真以外にも断層写真、CT、MRI、超音波、内視鏡、シンチグラフィなど多数ある。これらのなかで、CT が診断をすすめるうえで、有意に優れていることが明らかにされ、いまや CT 全盛時代の感さえある。

CT と単純写真を比較すると、すでに周知のとおり、CT が画像の特徴として、空間分解能、濃度分解能に優れている。診断能を疾患で比較すると、CT の診断能を 1 としたとき、単純写真の診断能は、肺癌で 0.23 ~ 0.28、肺気腫で 0.39、びまん性肺疾患で 0.81 ~ 0.83 であるという。

しかしながら、現実の一般診療においては、その汎用性 (普及度)、経済性、患者の被曝量を考慮すると、単純写真の必要性は、十分評価に値するものである。また、単純写真には、胸郭全体が一見できるという特徴もあり、それぞれの特徴を勘案しつつ読影医の診断能を高めていくことが肝要であろう。

したがって拡がりの大きい病変、変化が急速な病変には単純写真が有用であり、淡い、小さい病変、さらに縦隔、肺門、横隔膜ドームに隠れてしまう病変を診断するには、CT が有用ということになる。

本来、CT と単純写真を同列に比較すること自体無理であり、いかに相補的に利用するか、または、CT 所見をいかにフィードバックして単純写真の読影に反映するかが問題になってくる。

4 列のマルチスライス検出器に改善されて以来、最近の CT は、multidetector-rowCT (MDCT) として従来の横断面と同等の解像力で、multiplanar reconstruction (MPR) として矢状断や冠状断など任意の断面の画像を、場合によっては、3 次元再構成や virtual endoscopy として与えてくれる。また、ray-sum 像として種々の厚さで肺の構造を表現、描出することができる。

講師の松本先生は、MPR 像や ray-sum 像を単純写真と比較しつつ、種々の肺疾患について、結節性陰影、浸潤性陰影、線状陰影、間質性陰影などの画像を供覧され、CT 画像からフィードバ

クしつつ、単純写真でも相応の読影ができるのではという可能性を示された。これらの提示のなかで、印象深かったものをあげる。

気管支肺炎では、病像の基本型を小葉中心性病変から次第に病状の進行にともない融合し、多小葉性病変となることを HRCT 画像で示され、単純写真で気管支肺炎が、大小不同で境界不整な浸潤性陰影が多数認められ、陰影の濃淡の程度はまちまちであるという記載が符合することを示された。

今回、講演のキーワードの第 1 として、「濃度(濃淡)の変化に注意」をあげられ、誤嚥性肺炎症例や転移性肺腫瘍症例など多くの症例を提示されたが、肺門陰影に隠れた肺小細胞癌や肺結核症例は、指摘されればなるほどそうかと思いはするが、その一方で疾患の重要性からみて、逆に単純写真のみでよしとしていては、やはり危険であると痛感する症例であった。呼吸器疾患の診断に限らず、画像診断は、正常構造からの逸脱をいかにみつけるかが問題であろう。本来の構造からしてこの濃淡はおかしいと気づくか否かに早期診断できるかがかかっている。

また、慢性閉塞性肺疾患のなかでも、肺気腫症例は印象深かった。通常の単純写真での肺気腫の

診断は、肺野の透過性の亢進、横隔膜の平坦化、心陰影の滴状化、胸骨後腔の拡大などであり、これらの所見があれば比較的診断しやすい。ところが、小葉中心性肺気腫であれば、横隔膜は正常に近いドームを形成しているし、単純写真で肺気腫と診断するための血管陰影のばらつき、不均衡に気づくのはなかなか困難である。一方 CT(HRCT)であれば、小葉中心性に気腫性変化が存在していることは簡単に診断できる。わずかな濃淡の変化、血管と air space の不均衡にはたしてどこまで気づけるだろうか。同様に過敏性肺炎についても肺野の濃淡に気づく読影眼は CT をフィードバックさせる習慣を身につけないとなかなか育たないのではないかと思われた。

もうひとつのキーワードの「線の変化」については、非心原性肺水腫症例で示された。濃淡の変化に気づくと同様に線の変化も正常構造からみて何かおかしいと気づくかどうかである。極端なところ、診断する側が CT 台に載せようと思うか否かにかかっているとんでも過言ではないかもしれない。

特別講演



C 型肝炎 - どのように診断し、治療するか -

山口大学医学部消化器病態内科学教授 沖田 極

[印象記：宇部市 福田 信二]

肝炎の住民検診の開始というタイムリーな時に日本肝臓病学会理事長の沖田 極教授から C 型肝炎についてのお話を直接お伺いすることができた。

結核で手術をし、輸血を受け、C 型肝炎となり、肝臓癌でなくなられた「寅さん」の典型例の

提示から始まった。ウイルスが感染するとウイルスは自己の蛋白ではないので、免疫が働いてくる。APC (抗原提示細胞、一般には樹状細胞) が感知し、最終的には CTL (細胞障害性 T 細胞) が抗原を持っている細胞に攻撃を仕掛ける。一つは Fas 系でアポトーシスを起こさせる、もう一

つは接着するとグランザイムというトキシンを細胞に入れられて死んでしまう。一般にはリンパ球の浸潤は見られるが、死んでいく細胞は見られない。そのため necro-inflammation (壊死炎症) という言葉を使う。アポトーシスは肝臓の細胞の核が濃縮し、明るくなっていくということで別名 Councilmanbody (好酸小体) という形でもって形態学的に見える。Necro-inflammation と Apoptosis という 2 つで肝臓の細胞は殺されていく。B 型肝炎では HBs 抗体を作れば B 型肝炎は終息していく。C 型肝炎の場合 HCV 抗体は出てくるが、中和抗体にはならないので、いくら出ていても肝炎は終息しない。活動性は生検で

A0 : necro-inflammation がみえない

A1 : グリソン氏鞘の中に炎症細胞浸潤がある

A2 : 炎症細胞浸潤がグリソンから飛び出して
いて、限界板の破壊といわれる

A3 : 炎症が肝小葉全体に及ぶ

という形で評価をする。繊維化は

F0 : 正常に近いもの

F1 : グリソンの中だけ繊維化がある

F2 : グリソンからでていく

F3 : bridging fibrosis (繊維性架橋形成) が
みられる

F4 : 偽小葉が形成され肝硬変

慢性肝炎はこの 2 つで判定する。患者さんがどの段階にいるかは繊維化でみる。臨床の間では血小板の数でみる。血小板数が 10 万以下になると肝硬変であると判断する。腹腔鏡では白色紋理 (F1-F2) 赤色紋理 (活動期) 暗赤色斑紋、結節 (肝硬変) 萎縮と変化していく。日本では約 3 万人が毎年肝細胞癌で亡くなっている。

山口県は日本の中でも肝細胞癌の多発地域である。瀬戸内海をはさんで非常に多いが、これは戦時中兵器を作るところがたくさんあり、学徒動員も大変多かった。そのためヒロポンがかなり使われた。日本が敗れて、覚醒剤が巷に流れてしまった。戦後ヒロポン中毒患者が 30 万から 40 万人いた。当時結核が多くて、手術に輸血が必要で、わが国は売血制度、血液銀行を作った。その血が医療機関のほうへ流れて行ってしまった。2014 ~ 2015 年にはピークになってそれから少なくなって行く。

C 型肝炎の診断は HCV 抗体を測定する。陽性は、これまでに HCV 感染を受けたことを意味する。今ウイルスがいるかないかは HCV-RNA を調べる。または HCV- コア抗体をみる。HCV-RNA は DNA プローブ法とアンプリコア法がある。つぎにセロタイプをみる。日本では 1b が 70%、2a が 20%、2b が 10% である。輸血してから慢性肝炎までが 15 年、肝硬変までが 25 年、肝癌までが 30 年。厚生労働省が C 型肝炎等緊急総合対策の推進ということで、現行の健康診査体制を活用した肝炎ウイルス検査 (節目検診、節目外検診) を始めた。住民検診で使う HCV 抗体検査は CLIA 法で行う。高力価、中力価、低力価、陰性と判断して、高力価、中力価の人は節目外検診にまわすことになる。山口県は節目検診率は 100%。治療にはインターフェロン (IFN) を投与する。IFN は IFN 受容体を刺激し、ウイルスの増殖を抑える。ウイルスが消えるとほとんど発癌してこない。IFN 投与で肝硬変の移行も癌への移行も抑えられる。しかし、無効例が存在する。そこで Ribavirin (リバビリン) が出てきた。リバビリンの薬理作用は良くわかっていないが、欧米で各種のウイルス感染症の治療薬として開発され、使用されており、Th1 サイトカインの産生を維持しつつ、Th2 サイトカインの産生を抑制、マクロファージ活性を抑制するという、免疫系をいい方向に向かわせるのではないかとされている。IFN 単独より IFN とリバビリン併用のほうがはるかに成績がよく、繊維化の進行が抑制され、改善される。海外の C 型慢性肝炎のガイドラインで環太平洋肝臓学会でも欧州肝臓学会でも IFN+ リバビリン併用療法が推奨されている。リバビリンの副作用は貧血、脳内出血が言われており、安全対策委員会では Hb12g/dl 以下は使わない、糖尿病のある人には使わないと厚生労働省に答申した。

コンセンサス IFN は、いろんなインターフェロンのアミノ酸構成を検討し、頻度が高いアミノ酸を並べて作られた。ウイルス量が少ない場合にはこれ単独でいける。特に 2 型はこれでもいいということになっている。治療法は 1 型ではウイルス量が高い場合は IFN+ リバビリンを長期投与、低い場合には IFN24 週、2 型は IFN24 週単

独でいい、再燃してくればとそこにいるいろいろ考える。来年か再来年には Peg-IFN が使えるようになる。どうしてもだめな場合はウイルスには目をつぶって、トランスアミナーゼの改善を目的として SUMC,UDCA を使う。問題になるのは女性に多い、HCV 抗体陽性で抗核抗体陽性例のような自己抗体陽性例。IFN が自己免疫の方を高めて、悪化することがある。IFN を慎重に投与して、トランスアミナーゼが上がればすぐに止める。

肝細胞癌のスクリーニングは、キャリアでは画像診断、腫瘍マーカー検査を年 1 回、慢性肝炎では画像診断 6 か月毎、腫瘍マーカー 2 ~ 3 か月毎、肝硬変では画像診断を 3 か月ごと、腫瘍マーカーを毎月行う。必要にあわせてやっていくことになる。まとめとして、日本人の肝細胞癌の 76% は C 型肝炎ウイルス感染者である。慢性肝炎患者から年率 1 ~ 2% で、肝硬変患者から年率 6 ~ 7% で癌が出てくる。IFN 治療は C 型慢性肝炎患者の 60% に完治を含め何らかの効果を発揮

し、全患者からの発癌率を 1/20 に減少させた。IFN 無効症例からの発癌は IFN 未施行と同じ。したがって、IFN 無効例においても強力ミノファゲン C、ウルソ酸、小柴胡湯などで GOT,GPT を 70 単位以下に保つ。ウイルスを駆除すると 4 年で 1 段階ずつ下がっていく。駆逐できないと 8 ~ 10 年で 1 段階ずつ上がってくる。スクリーニングで限局性病巣が見つければ、鑑別診断をする。Dynamic CT,dynamic MRI,US with contrast agents。鑑別の基本はその病巣の中に動脈の血流信号。あれば肝癌。妊娠中は治療しない。(質疑) 妊娠が終わってからトランスが上がるので、この時から治療。赤ん坊はほとんど感染しない。臍帯血でみると一過性に PCR で陽性になることがあるが、3 ~ 4 か月見ていると減ってくる。母親が陽性の場合、赤ん坊を 1 歳のときにもう一度調べると、ほとんど消えているのでその段階で判断していい。

シンポジウム 「感染症の臨床」

[司会・印象記：山口県立中央病院内科部長 小田 敏郎]

ペニシリンが実用化され 60 年になりますが、一時人類は感染症を克服したかに見えました。その後、細菌の逆襲が始まり、抗生物質に対する耐性化が起こってまいりました。

皆さんご存知の MRSA をはじめ 1990 年代以降、ペニシリン耐性肺炎球菌（多剤耐性肺炎球菌）の激増が問題になっています。抗菌剤の開発と細菌の耐性化はまさにイタチごっこと申せましょう。

今回は、感染症の臨床というタイトルで各科領域の専門の先生方にお集まりいただき、お話を伺いました。なお、今回はシンポジウムの形式を変え、各演者の講演が終わりしだい、その場で、質疑応答を行いました。以下に講演の要旨について記します。

1. 菌性感染症と口腔常在菌が関与する全身性疾患について～特に歯周病との関連性について～
山口県立中央病院歯科口腔外科部長 金川 昭啓



虫歯と歯周病は歯垢（デンタルプラーク）により起こる。デンタルプラークはバイオフィームである。虫歯と歯周病はバイオフィーム感染症である。口腔内には 300 ~ 500 の細菌が生息

しそのほとんどは嫌気性菌である。菌性感染症は嫌気性菌 S.millieri group との複数菌感染と嫌気性菌のみの複数菌感染である。

口腔内細菌との因果関係が指摘されている疾患として、

1) 心臓血管系疾患（歯周病菌）

2) 感染性心内膜炎 (S.mutans など) 歯科処置や日常の歯磨きやフロリングなどで容易に菌血症を起こす。それが本症の発症に深く関与している。

3) 細菌性肺炎 (嫌気性菌、S.millieri group) 口腔内内容物の不顕性誤嚥が問題と指摘された。

4) 低体重児出産・早産

5) 糖尿病 (歯周病菌) 歯周病治療により糖尿病のコントロールがよくなる。

口腔感染症 (特に歯周病) が多くの全身性疾患に関連している。プラークコントロールとしては抗菌薬や消毒薬のみによる治療には期待できず、スケーリングやルートプレーニングなどの機械的除去が必要である。

2. 耳鼻科感染症 ~ 難治性中耳炎を中心に ~

山口大学医学部耳鼻咽喉科学講師 下郡 博昭



急性中耳炎は、われわれ耳鼻咽喉科にとってもっとも頻繁に見かける疾患の一つである。

しかし、抗生剤の乱用により薬剤耐性菌が増え、特に小児の反復性急性中耳炎が問題になっている。気炎菌にペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP) や - ラクタマーゼ陰性耐性インフルエンザ菌 (BLANAR) などが検出されるようになっている。

反復性中耳炎の治療方針は重症度と耐性菌のリスクファクター (2 歳以下、集団保育児) を判定し、治療効果がなければ、治療をスイッチすることが重要である。日本のガイドラインでは、基本はペニシリンで中等症以上ではペニシリンの増量を考える。また 1 週間以上の症例には、鼓膜切開によるドレーナーやカルバペネムの点滴を考える。必要があれば躊躇なく入院を勧める。

今回、反復性中耳炎の実態を知るため県内の病院、診療所に対しアンケート調査を行った。その結果についての報告では、反復性中耳炎の気炎菌ではペニシリン耐性肺炎球菌がもっとも多く、以下、インフルエンザ菌、ペニシリン感受性肺炎球菌と続いていた。使用抗菌剤はセフェム系、ペニシリン系の経口薬が多く、ついで、点耳用抗菌薬

が多かった。2 剤併用のパターンとしては、経口薬と点耳薬の併用がもっとも多かった。

最後に、集団発生の予防として、保育園での対策の重要性について述べられた。

3. 呼吸器感染症 ~ 高齢者肺炎を中心に ~

山口県立中央病院呼吸器科部長 荒木 潤



肺炎は 1965 年まで減少していったが、1980 年以降再び増加している。そのもっとも大きな原因は高齢化である。高齢者肺炎の主な原因として、

1. 不顕性誤嚥 咳反射、嚥下反射の低下により知らず知らずに少量の口腔内分泌物や胃液を繰り返し気道内に吸引するため、肺炎を引き起こす。
2. 口腔内雑菌の増加
3. 気道クリアランスの低下
4. 免疫能低下
等があげられる。

また、肺炎の発症に影響を与える因子として、栄養不良、アルコール摂取、寝たきり等があげられる。最近の例から見ると、市中肺炎の原因菌 (65 歳以上) は肺炎球菌が 30% ともっとも多く、インフルエンザ菌 8.4%、クラミジア・ニューモニエ 6.4% と続く。マイコプラズマ肺炎はいないと思ってよい。老人施設入所者や、長期入院臥床者は院内肺炎も考える。また、誤嚥傾向のある者は嫌気性菌の関与が多い。

高齢者肺炎の臨床像は呼吸困難が 71% ともっとも多く見られるが、咳、喀痰、発熱がすべてそろうことは 30% 以下である。高齢者の場合、精神状態の変化は注意すべきで、せん妄、つじつまのあわない会話等が見られたら肺炎も疑うべきである。高齢者肺炎の抗菌薬治療は気炎菌を検索し治療するのが原則であるが、エンピリック治療の場合、抗菌スペクトルの広いカルバペネム系などが第一選択となる。また高齢者は容易に脱水をおこすので脱水の是正に注意する。高齢者肺炎の予防として口腔内ケア、食事摂取の注意、インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチンの接種が有効である。

4. 猫ひっかき病

厚生連長門総合病院検査科技師長 常岡 英弘



猫ひっかき病 (CSD) は主にネコのひっかき傷や咬傷が原因で引き起こされる人畜共通感染症である。その病原体は *Bartonella henselae* である。定型例は受傷後、数日～3週間後に皮膚の局

所反応、リンパ節の腫脹、発熱の3大兆候が見られる。その多くは良性の経過をたどり、抗菌剤を使用しなくても6～12週間で治癒する。一方、非定型例では不明熱、視神経網膜炎、脳症など多彩な全身性感染症を引き起こす。

また、本症はネコとの接触がなくても、イヌとの接触及びネコノミにより起こりうる事が明らかとなった。臨床医にとってCSDは細菌性化膿性リンパ節炎、結核性リンパ節炎、壊死性リンパ節炎などとの鑑別に迷う。本症の診断は、血清学的診断法として間接蛍光抗体法がもっともよく用いられている。IgG抗体価256倍以上でCSDと診断するのが一般的である。常岡らが確定したCSD148例のうち定型例は116例(78.4%)、非定型例は32例(21.6%)であった。非定型例で、不明熱15例、リンパ節腫大のみられない例が25例あった。2週間以上発熱の続いた例が30例(20.3%)あった。不明熱が続く場合CSDも念頭に置く必要がある。

山口県内の飼い猫の *B.henselae* 保菌率は11.1%である。また、健常人の抗体保有率は低く、ネコとの接触歴のない群で2.3%、ある群で12.5%であった。本症は一般に良性の経過をたどるが、テトラサイクリン系、マクロライド系抗生剤が有効である。

CSDは稀な感染症ではない。本症の存在を念頭に置き、ネコとの接触歴の有無を聞くことが必要である。

5. 尿路感染症 ～現状と治療の実際～

社会保険徳山中央病院泌尿器科部長 林田 重昭

尿路感染症は主に尿路への細菌の上行感染によって起こる非特異的炎症である。

尿路感染症の気炎菌の年次的変化及び薬剤耐性化の変化について検討した。



外来での8年間の分離菌では、例年あまり変化なく、大腸菌が圧倒的に多く50%に達している。大腸菌の耐性化も余り進んでいないようで、もっとも感受性の高いのはLVFXであっ

た。ABPCの感受性は58%と低下していった。入院患者の分離菌では、突出したものはなく変化に富んだものだった。*Enterococcus.sp.*, *E.coli*, *Staphylo.sp.*, *Pseudo.aerugi.* の順に多かった。感受性では、*Pseudo.aerug.* にはIPMが91%と優れていた。MRSAは、VCO、TEIC、ABKが100%感受性であった。尿中分離の黄色ブドウ球菌は1996年に著名な耐性化が起こり、現在ではそのほとんどがMRSAとなっている。

また、*Serratia.sp.* は今までよく使われていたCAZやIPMにほとんど耐性化した。

VCM耐性は腸球菌が見られなかった。山口県東部泌尿器科研究会の成績では、急性単純性膀胱炎の起炎菌は82.2%が大腸菌であった。治療の主判定ではクラビトがもっとも優れ、フロモックスやメイアクトを凌いでいった。複雑性尿路感染症の治療は基礎疾患の治療を行うことが大事である。専門医に紹介したほうが賢明である。

尿路感染症の治療は単純性、複雑性ともにニューキノロンが第一選択となる。第二選択として、ST合剤、ペニシリン、セフェム、アミノグリコシッド、カルバペネム等を考える。

最後に、若者の間で性感染症が急増していると警鐘された。

以上、各演者の話の要旨についてまとめてみましたが、至らぬ点があればご容赦願います。

日曜日の午後にもかかわらず、多くの先生方に長時間にわたり最後まで熱心にご聴講いただきありがとうございました。このシンポジウムが先生方の診療に少しでもお役に立てばと願いつつ稿を終わります。

県医師会の動き

副会長 藤原 淳

昨年暮れから全国で猛威を振るった A 型インフルエンザは、漸く峠を越し、今は散発的に B 型がみられる程度となっている。この度改めて感じたのは、やはり患者さんの医学的知識が豊富になってきていることと、医療技術の進歩である。これまでのように診察して、単に「ハイ、風邪薬を」とはいかなくなっている。一昨年あたりから、検査キットを使えばどの医療機関でも容易に的確な診断ができるようになったし、新しいインフルエンザ治療薬も昨シーズンから本格的に販売が始まっている。そうした日進月歩の医療の変わりようとはまったくお構いなしに、マスコミの論調は今年も同じである。ある開業医のコメントを載せ、A 型インフルエンザにはアマンタジンという古くからの薬があるのに、医療機関は高価な新薬がより収入になるため好んで投与する、それがインフルエンザ治療薬不足の一因だ、などともっともらしく批判している。マスコミは、製薬会社を含めた医療行政のあり方を問題視するのが当然なのに、批判の矛先はまず医療機関へと向かう。少し調べたら分かるはずであるが、今は薬価差益などまったくないに等しく、第一、薬価差益と関係のない医薬分業も 44.5%（平成 13 年度）と進んでいる。マスコミレベルでの意識で新薬を処方した医師は果たして何人いただろうか。院内処方の医療機関は情報不足と未知数の患者さんを相手に、有効期限の短い新薬を敢えて購入して対応したというのが実情であろう。現場を知らないというより、足で取材しない記者が、固定観念から偏見に満ちた記事を書く、インフルエンザ狂騒曲につきまとった相変わらずの情景であった。

「3 割負担反対キャンペーン運動」という藤井会長の今年のお年玉は、いろんなところに波紋を投げかけた、いや、本当に迫力があつた。もちろん、

全国的な動きのひとつなのであるが、山口県の 15 団体（医療関係 14 団体と老人クラブ）の支持を取り付けての運動は中央にも影響を与えないはずはない。しかし、この運動はまさに焼けぼっくりに火がついたという感じで、日医も抜き差しならなくなりつつある。正直、時宜を得たという感覚はない。運動の趣旨に異議を唱える会員、さらには、国民は皆無に近いであろう。だが、日医も（多分厚労省も）十分見通せなかった制度改正と経済不況による受診抑制がすでに医療機関を直撃している。本来なら、これまでの日医の対応の経緯からいっても、あまりこの問題に固執すべきではないし、さらなる追及は“賭け”になるという考え方もできるが、会員の我慢も次第に極限に近くなってきているのも事実である。それに、マスコミがダンマリを決め込んでいるにも拘わらず、この 3 割負担問題については国民の憤りのような熱気を肌で感じる。

2 月 23 日（日）、山口市医師会のかかりつけ医推進モデル事業の掉尾を飾るべく、公開市民対話集会被催された。山口市ではこの日の会合としては珍しくナント 400 人以上の市民が集まった。赤川会長以下山口市医師会役員が一丸となって知恵を出し合い、行動した成果でもある。この集会では山口県の会員にとってすっかり馴染みの日医総研前田由美子先生の講演（演題：「変わりつつある日本の医療制度 - かかりつけ医推進のために -」）と、「山口市の医療と健康を考える」をテーマにしたシンポジウムが行われた。シンポでは質問が活発で、予定を 30 分近くオーバーした。集会には高齢者のほか現役世代の方も多く、フロアからは今回の 3 割負担増に対する街頭キャンペーン運動での医師等の活動を称える言葉と、今後、現在の閉塞感を打破するため医師がリーダー的役割を果たすよう、期待と要望が込められた発言が

あり、それに対して会場から大きな拍手が沸き起こった。前置きがいささか長くなったが、言いたいののは、患者負担に対してかつてないほど世論が盛り上がり、これは私たちの強い意志と行動力が求められている証左でもある。医師がそれなりの社会的役割を果たすという自覚と責任を示せば、今でもテーマによってはそれなりに感応してもらえということだろう。シンポの座長を務めた小生も思いがけない市民の声に、余り感じたことのない感動を覚えた。

うっかり書き忘れていたが、市民の方から、かかりつけ医に対してキツイ“お願い”があった。まず、「患者の云うことを良く聞く、聞き出す」、「患者にわかる説明を」、「言葉使いに注意」、「勉強を続ける」などなど。とくに紹介例の最後の注文にはまいりましたネ。

でも、つらつら考えるに、このことは医師の自覚に帰するのみでなく、医療システムの中で考えないといけない問題なのだろう、多分。

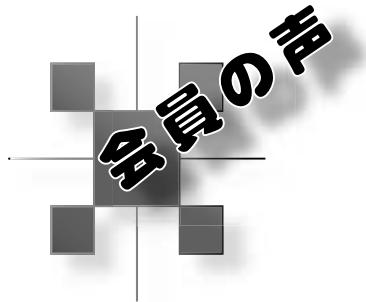
2月8日(土) 山口県医師会顧問弁護士・山口県医師会医事紛争対策委員合同協議会が開催された。この会の委員長である東常任理事の司会によって、委任事案 53 件が協議されたが、継続案件も含まれており、今年度の案件は 37 件ということであった。ちなみに昨年は 32 件である。最近の傾向としてやはり要求額も増加しているが、世相の反映が言いがかり的なものや医療訴訟に馴染まないものもみられた。医療提供側としてもっと掘り下げて検討すべき問題もあったようにも思えるが、今回は総括的なもので、いつもは十分なディスカッションがされているのであろう。事例検討後、会員の医事紛争に関する対応のあり方等についても意見交換がされた。目立たないが、会員を裏から支える重要なパートである。

2月14日(金) 平成 14 年度医療関係団体九者連絡協議会が開催された。この協議会は八者協議会の時代(平成 12 年度より地方分権一括法により、山口社会保険事務局が独立したため九者となった。新たに団体が加わったものではない)に、参加団体との間で議論がヒートアップして、一時中断となったこともある曰く付きの会であるが、

今は昔と言うしかない。医療を取り巻く環境が厳しい中、関係団体が連携しながら、理解を深めていくという、マア正攻法が一番の道だと思える。

2月19日(水) 日医診療報酬検討委員会が開催された。まず、青柳副会長からこの日に開催された中医協の報告があった。この会議で、「緊急医業経営実態調査」と「第二次レセプト調査」を発表した上で、平成 14 年度診療報酬改定に対して部分修正を要求し、一応の手応えを得たと報告した。会で、「入口の問題はもう結構、出口を確認しながら議論を進めることが必要である」と速やかな対応と説明を求めたが、改定については、「今回はピンポイントのものにならざるをえないだろう」との認識を示した。この報告の後、委員会では、それぞれの委員から出された緊急要望改定項目について検討した。中国四国ブロックではすべての県から多くの意見が提出され、すべて取り纏めて日医に提出した。ピンポイントの改定要望となると、自ずと要求項目も限定されるが、再診料の逡減についてまず検討されることになる。

2月27日(木) 第2回保険委員会が山口社会保険事務局保険課、山口国保医療指導室の出席を得て開催された。今年度は 54 医療機関(都合で 1 医療機関が中止)が対象となった。討議内容については別に譲るが、医療は専門領域であり、peer review は当然としても、やはり、公明性、公平性がいかに担保されているかが保険指導における課題である。日医も強調しているように、医師会としての自浄作用を発揮してこそ、社会での医師の発言力が増してくるものと考ええる。



小泉首相決断による「株式会社の 病院経営参入」決定について

柳井 野田 三郎

橋本内閣が行政改革本部の中に規制緩和委員会を設置して以来、本来、規制緩和による経済の活性化を目的とするものであるが、委員長の宮内オリックス会長と委員長代理の鈴木旭リサーチ社長と 12 名の委員の中の八代日本経済研究センター理事長は、特に株式会社の病院経営参入、混合診療導入に熱心に取り組み、国民皆保険制度堅持の日医執行部と論戦を繰り返してきた。

そして小泉内閣成立後も総合規制改革会議として存続し、それまで、議論だけに終わっていた病院経営参入・混合診療が、小泉首相を議長とする経済財政諮問会議の奥田トヨタ自動車会長・経団連会長、牛尾ウシオ電気会長、本間阪大経済学部教授など、アメリカ流市場経済万能主義、社会保障を経済活性化の阻害要因とする民間議員の協力と、小泉首相の党無視の政治手法に力を得て活動を強め、昨年 3 月末の規制改革 3 年計画で「民間企業経営方式を含めた医療機関のあり方を検討する」との閣議決定に漕ぎ着けた。

4 月には経済活性化の観点から特定地域で検証的に行う「規制改革特区」の実施が経済財政諮問会議と総合規制改革会議などで提案され、小泉首相を室長とする内閣官房構造改革特区推進室が設置された。

9 月初めに「構造改革特区構想」に対する地方自治体や民間からの計 426 の提案が公表され、その中に、株式会社の病院経営、混合診療、外国人医師による診療等を含む、25 件の医療特区構想があったが、10 月 11 日、これらの提案は厚

生労働省の「対応不可」とする反対等により見送られた。

その間の折衝のなかで、9 月 26 日に総合規制改革会議の宮内議長（オリックス会長）は経済団体からのヒアリングで「100 兆円規模の医療マーケットが眠っていることが明らかになった」と述べているが、株式会社の病院経営に執念を燃やす気持ちが理解できる。

しかし、この問題はこれで終わらず、今年 1 月 15 日に締め切った第 2 次募集では 17 件の医療分野の構想があり、特に長野県の県全域を対象とする「株式会社参入特区」の提案は、株式会社の医療経営参入に一石を投げようとするものとして注目された。

この第 2 次提案の株式会社の医療経営参入、混合診療等は第 1 次提案と同様に厚生労働省の拒否にあい、日医も前回見送られたものが再び出てきたことに不快感を示した。

2 月 26 日、小泉首相、鴻池特区担当相との 3 者会談で、坂口厚生労働相は反対したが、首相の決断により、27 日、政府の構造改革特区推進本部（本部長＝小泉首相）で、自由診療に限定して、特区で「株式会社の病院経営の参入」を認める方針を決定した。

山崎幹事長の「日医の意向を聞いてほしい」との要請に従い、急遽セットされた首相と坪井会長の会談が行われたが、大詰を迎えた株式会社の医療経営問題について、坪井会長は反対姿勢を貫いた。

今回は自由診療に限ったもので、保険適用外の再生医療、遺伝子医療、不妊医療、美容整形などが報道されているが、今後、適用範囲や方法が決定される。

経済界は前々から巨大市場の医療への参入を望んでいたが、小泉改革の「聖域なき構造改革」に乗り、今回、株式会社参入の橋頭堡を確保した。しかし、果たして採算がとれるであろうか。今後、経済財政諮問会議、総合規制改革会議の民間議員のより一層の活動を求め、保険分野への参入と利益をあげるために不可欠な混合診療の解禁を勝ち取ろうとするであろう。また、鴻池特区担当相は第 3 次の特区構想を 6 月にも受け付け、公的保険分野への株式会社参入が検討課題となると発言しており、自由診療に止まらず、医療側が危惧する保険医療との混合診療に進む恐れが高まっている。

今回の決定を覆す手段がないのであれば、せめて、公的保険分野への株式会社参入を許してはならないが、果たして可能であろうか。

心臓手術など高度先進医療が普遍的なものとなり保険の適用となったが、株式会社の扱う先進医療などが一般医療となれば、国民の要望により保険適用となるものと思われ、保険適用となったからといって、その医療を株式会社から取り上げることはできないであろう。自由診療を扱えない医療機関と自由診療の株式の病院の両方で同じ医療を行うようになれば、株式病院の患者は保険料を払っているのだから、健康保険の自己負担と自由診療の差額を支払う混合診療を求めるであろう。現在でも臓器移植などは混合診療である。

今回の決定を覆さないかぎり、株式会社病院の業務拡大、混合診療を防ぐのは困難であり、余程の強い抵抗行動をとらないかぎり不可能である。

経済停滞のなかで医療費財源拡大困難との諦めからか、1 月に発表された日医の意識調査によれば医師会員の 37.9% が混合診療を望んでおり、また、混合診療は医療費国庫負担の患者負担増による肩代わりを狙うもので、健康保険の医療水準を低下させ最低限医療とするものであるが、混合診療になっても健康保険に変化はないと思っている会員も多く、株式会社の病院経営参入、混合診療の反対のために会員の意欲を結集できるか不安

である。

混合診療になった場合、混合診療医療機関の健康保険給付を 5 ～ 3 割として健康保険財源にまわし、健康保険の質の維持、向上を図ってはとも思えるが、福祉財源といわれて始まった消費税が僅かしか福祉に使われていないことからすると、健康保険国庫負担削減にまわる可能性が高い。

国民の評価は低い、少ない財源で、貧富の差なく早期診断と治療を可能とし、諸外国から高い評価を得ている国民皆保険制度が最大の危機を迎えている。国民皆保険制度堅持を明言している日医の奮起と、会員の危機意識の徹底が必要である。

今後、情勢がどのように推移するかはわからないが、3 月 6 日に投稿したものである。

謹
弔

長井 剛 氏 小野田市医師会

三月六日、逝去されました。享年八十九歳
つつしんで哀悼の意を表します。

会員の動き

- 平成 15 年 2 月受付分 -

入 会

郡市	県	日	氏名	診療科目	医療機関名
宇部市	2 八	A2	佐貫 むつみ	内	泉仁会宇部第一病院 (老人保健施設豊生苑)
宇部市	2 八	-	原 順	耳鼻咽	(医) 協愛会阿知須共立病院
山口市	2 八	-	平野 晋司	眼	(医) 社団水生会柴田病院
防府	2 八	-	藤村 智之	児	総合病院山口県立中央病院

退 会

郡市	氏名	備考
下関市	篠原 朝江	
下関市	小森 弘隆	(医) 茜会昭和病院 より
下関市	山崎 芳徳	(医) 茜会昭和病院 より

異 動

郡市	氏名	異動事項	備考
玖珂郡	八木レイズクリニック	所在地	岩国市医師会から玖珂郡医師会へ 〒742-0322 玖珂郡玖珂町 829-1
厚狭郡	田中 俊朗	新規開業	田中としろう眼科 (眼) 【総合病院山口県立中央病院 より】
下関市	彦島病院	施設名称	彦島病院【(社) 林兼診療協会彦島病院 より】
山口市	(医) 小林眼科	所在地	〒753-0070 山口市白石 2 丁目 6 番 52-1 号

受贈図書・資料等一覧

(平成 15 年 2 月)

名 称	寄贈者	受付日
平成 13 年度厚生労働科学研究「静脈注射実施における教育プログラムの開発」 クマヒラ	日本医師会	2・03
京都府がん実態調査報告 1999	京都府医師会	2・27
第 121 回 日本医学会シンポジウム記録集 プリオン病	日本医学会	2・28
平成 14 年度群馬県臨床検査精度管理調査報告書	群馬県臨床検査精度管理協議会	2・28

お
知
ら
せ

組合員証の交換

周南市発足にともない、下記のとおり組合員証等の記号を変更し、平成 15 年 5 月 1 日から使用できるようになります。

なお、合併前に各市町村役場等を退職し、任意継続組合員の資格を取得した者は、旧所属所の記号・番号をそのまま使用します。

旧		新	
所属所名	記号	所属所名	記号
徳山市	9	周南市	304
徳山市水道局	10		
新南陽市	22		
熊毛町	40	周南市水道局	305
鹿野町	41		

こ
案
内

第 221 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と き 4 月 3 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」

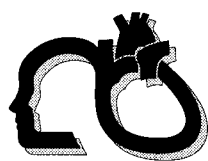
テ ー マ 弁証論治トレーニング〔第 21 回〕 - 視力減退 他 -

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 TEL:0834-21-0357



Ca拮抗剤

薬価基準収載

ニバジール[®]錠 2mg / 4mg

Nivadir[®] Tablets

（ニルバジピン錠）

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品^注

注）注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

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

製造発売元



資料請求先：
藤沢薬品工業株式会社

作成年月2001年11月

単県福祉医療制度の改正について

1 改正の趣旨

今回の医療保険制度改革を契機に、市町村、関係団体からの要望を踏まえ、国の医療保険制度を補完する本制度の趣旨に沿って、将来にわたり持続可能な制度となるよう見直しを行います。特に、乳幼児医療については、子育て・少子化対策の観点から制度の拡充を図ります。

2 改正内容

《乳幼児医療》

2 年計画により、通院対象年齢を小学校就学前まで拡大
在宅との負担の公平性等の観点から、入院時食事負担助成を廃止

対象年齢	入院：就学前 通院：3 歳未満 歯科：入院、通院とも就学前	(現行どおり) 通院：就学前 〔15 年度 5 歳未満〕 〔16 年度 就学前〕 (現行どおり)
入院時食事負担	定額助成 (1 日 500 円)	廃止
その他の要件	所得制限、給付方法、本人負担	(現行どおり)

実施時期 平成 15 年 4 月 1 日

(16 年度通院対象年齢の拡大は、平成 16 年 4 月 1 日実施)

《重度心身障害者医療、母子家庭医療》

医療保険制度改革に伴う自己負担の増加分について、その全額を助成
在宅との負担の公平性等の観点から、入院時食事負担助成を廃止

助成範囲	医療保険の自己負担分 社保加入者：2 割	医療保険の自己負担分 社保加入者：3 割
入院時食事負担	定額助成 (1 日 500 円)	廃止
その他の要件	対象者、所得制限、給付方法 本人負担	(現行どおり)

実施時期 平成 15 年 4 月 1 日

入院時食事負担助成廃止に係る経過措置

15 年 4 月 1 日 ~ 15 年 9 月 30 日	500 円 / 日 (現行どおり)
15 年 10 月 1 日 ~ 16 年 9 月 30 日	250 円 / 日
16 年 10 月 1 日 ~	廃止

お
知
ら
せ

日医 F A X ニュース

3月4日 1338号

特区推進本部直前に小泉首相と会談
株式会社参入、混合診療導入には断固反対貫く
狙い撃ちは筋違い「守るべきところは断固守る」
混合診療の解禁が第3次募集の課題
改定プロセスに改めて問題意識

3月7日 1339号

株式会社参入を問題視、皆保険崩壊に強い懸念
「医療を株式会社化しても生産性は上がらない」
与党議員の発言めぐり坪井会長が批判
技術報酬への「時間概念の導入」を提言
臨床研修必須化向けの取り組み要請

編集後記

政府の経済財政諮問会議は日本医師会や厚労省が反対している医療分野への株式会社参入の解禁へ向けて総合規制改革会議や構造改革推進本部と結託して強引な手法で押し進めようとしています。その他混合診療の解禁、労働者派遣業者の医療分野への拡大、医薬品に一般小売店の販売等が同時に検討されるようです。

これに続き、構造改革特別区域推進本部は2月27日、自由診療分野に限って特区内の株式会社の医療参入を認める方針を決定しました。

今回自由診療に限って認めるという大義名分はありますが、なし崩し的に経済財政諮問会議が最終目的としている混合診療の解禁に繋がっていくことは明らかです。

現在、国民皆保険制度は、日本国内であれば、だれでも、何処でも公平に高度な医療が受けられる世界に類を見ない日本が誇るべき制度といわれています。

そのような制度下において、わざわざ特定地域を設けてまで株式会社を参入させる意図はどこにあるのでしょうか。医療の地域格差が発生し、国民皆保険の崩壊に繋がることは明らかです。

日本医師会は特区問題の問題を徹底的に整理し、全国的に問題意識をもって検討するため、「医療に関連する規制改革特区対策委員会」を立ち上げました。

医療費を食い荒そうと虎視眈々とねらっている一部の市場原理主義から医療を守るためにも、この度、立ち上げられた「規制改革特区委員会」の期待は大なるものがあります。今後の活躍を見守りたいところです。

(東)

From Editor