

# 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 7 月 11 日号

1683



海辺

渡辺 恵幸 撮

第 81 回生涯研修セミナー .....	488
平成 15 年度中国四国医師会連合総会 .....	496
理事会.....	511

飄々「今次(平成 14 年 4 月)診療報酬改訂の問題点 - その 2 -」...	513
日医 FAX ニュース .....	520
お知らせ・ご案内.....	518 ~ 520

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)

## 第 81 回生涯研修セミナー

と き 5 月 11 日 (日)

ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール

.....



特別講演 「生活習慣病シリーズ 4 : 成因に基づく糖尿病治療」

山口大学大学院医学研究科分子病態解析学 (第 3 内科) 教授 谷澤 幸生

[印象記 : 山口市 藤田 直紀]

糖尿病患者数は増加の一途をたどり、2010 年には総数で約 2 億 2 千万人に増加し、耐糖能異常者 (いわゆる境界型) も全人口の 10% を越えるものと推定されている。

糖尿病では、インスリン分泌低下とインスリン抵抗性の要因でインスリン作用不足に陥るが、これらは遺伝的素因と過食、運動不足などの環境因子が複雑に関与して惹起される。病初期には食後血糖値の上昇をきたし、やがて空腹時血糖値の上昇もきたすようになり、この高血糖がさらにインスリン作用不足を増強する。この病態を糖毒性というが病初期には可逆的である。

### 【成因からみた糖尿病の分類】

1999 年日本糖尿病学会の病型分類は、従来のインスリン依存性あるいは非依存性というような病期、病態を反映した分類から、成因に基づく分類へと改訂された。糖尿病は大きく 1 型と 2 型に分けられる。特定の遺伝子異常が原因であるものや、肝、膵、内分泌疾患によるもの、及び妊娠

糖尿病は別のカテゴリーに分類されている。

### 【1 型糖尿病の成因と治療】

細胞が完全に破壊されて絶対的インスリン不足となるもので、多くは細胞に対する自己免疫によっておこるが、日本では自己免疫機序の証明されない特発性の 1 型も多いといわれている。生理的なインスリン分泌は基礎分泌と食事刺激にともなう追加インスリン分泌に区別され、これらが正常に分泌されることによって血糖値の恒常性が保たれる。1 型糖尿病の病型が完成されると、膵からのインスリン分泌はまったく消失するため、いかに正常なインスリン分泌パターンをつくってやるかが治療上重要である。このため、毎食前の速効型と眠前の中間型インスリンの投与というように 1 日 3 回ないし 4 回の頻回にインスリンを補充する強化インスリン療法が必要である。

1 型糖尿病の治療における新しい動きとして最近発売されたインスリンアナログは超速効型イ

ンスリンと呼ばれ、速効型インスリンよりもさらに効果発現が早く、効果持続時間が短いという特徴を持っている。このため、食直後の高血糖をより抑えることができ、重症の低血糖がおきにくいという利点があり、さらには食直前投与が可能である。一方、作用時間の短いインスリンを使用することは、基礎分泌のない 1 型糖尿病ではより基礎分泌を補うことの重要性が高まるため、中間型インスリンよりも長時間作用し、かつ効果のピークのなだらかな持続性インスリンの開発も進んでいる。

#### 緩徐進行型 1 型糖尿病

(slowly progressive IDDM; SPIDDM)

本症は比較的発症年齢が高く、細胞の減り方が緩徐であるために初期には 2 型のような臨床像をとる。抗 GAD 抗体は 1 型糖尿病のマーカーの一つであるが、SPIDDM は抗 GAD 抗体が陽性で、徐々に病状が進行して最終的にインスリン治療が不可欠になる病型である。発症からインスリン治療が必要となるまでに平均 3 年である。SPIDDM では膵細胞を温存していくという観点から、経口剤で治療可能な時期でも早期にインスリン治療を開始すべきである。また明確な理由なく血糖コントロールが悪化する例では抗 GAD 抗体の有無を検査する必要がある。

#### 【2 型糖尿病と遺伝子異常】

2 型糖尿病はインスリン分泌低下とインスリン抵抗性が各々一定の割合で混在するために発症するもので、日本でも全糖尿病の 95% 以上を占める。

2 型の臨床像を呈する MODY (maturity-onset diabetes of the young) とよばれる比較的若年の糖尿病は優性遺伝の形態をとり、2 型糖尿病の 1 ~ 3% を占める。これらは遺伝子異常により 5 つに分けられる (最近では 6 つめの異常も同定された)。MODY2 は、血糖センサーとしての役割を果たすグルコキナーゼという酵素の遺伝子異常により糖尿病に至るもので、あまり進行しない。その他の MODY のサブタイプはいずれも細胞の機能に係る転写因子の遺伝子異常である。また、ミトコンドリア遺伝子異常は母系遺伝の形

態をとり、徐々にインスリン分泌が低下する。

2 型糖尿病全体からみれば、複数の遺伝子が少しずつ異常であるうえに、環境因子が関与して発症するとも考えられる。

#### 【2 型糖尿病の治療 経口血糖降下剤】

近年、新しい経口血糖降下剤の登場によって治療の選択肢が広がった。空腹時血糖値が比較的低い患者には  $\alpha$  グルコシダーゼ阻害剤ないし速効型インスリン分泌促進剤を、インスリン抵抗性の少ない患者には SU 剤を、肥満患者にはビッグアナイド剤やインスリン抵抗性改善剤を使用することを柱として、病態に応じてそれらを組み合わせて治療していく。なかでも最近ではビッグアナイド剤、インスリン抵抗性改善剤が注目されている。インスリン抵抗性を定量的にあらわす明確な指標はないが、臨床的には HOMA-R 指数、空腹時の血中 IRI 値、BMI を指標とするとよい。

#### ビッグアナイド剤

近年、インスリン抵抗性を持つ患者でのビッグアナイド剤の効果が見直されてきている。ビッグアナイド剤は肝での糖新生の抑制、脂肪細胞や筋肉での糖利用の促進、消化管での食物の吸収遅延、食欲抑制などにより血糖値を低下させる。体重増加をきたしにくいことは、従来の SU 剤にない有利な点である。ただし、高齢者、血清クレアチニン値 1.5mg/dl 以上の腎機能低下例、アルコール多飲者は致死率の高い乳酸アシドーシスをおこす危険が高いため注意を要する。

#### インスリン抵抗性改善剤(チアゾリジン誘導体)

チアゾリジン誘導体は脂肪細胞に作用し、糖の取り込みのより旺盛な小型の脂肪細胞に変換させる働きがある。また、脂肪細胞が分泌するアデイポネクチン(インスリンの効果増強作用や抗動脈硬化作用を有するといわれている)や TNF-(インスリンの効果を減弱させる)の分泌レベルでも作用する。

血中インスリン値を上昇させることなく血糖値を下げる作用があり、インスリン値の高い患者、肥満患者に有効である。男性に比べ女性にやや有効率が高い。効果発現が SU 剤に比べて遅く、循

環血漿量の増加にともなう浮腫の副作用が比較的多く、心筋梗塞の既往のある患者などで心不全を起こしやすい患者への投与は避けた方がよい。

#### 【血糖コントロール】

糖尿病治療は、血糖コントロールのみが目標ではないが、ことはもっとも基本的であることに疑いはなく、DCCT (Diabetes control and complications Trial)、UKPDS や熊本スタディでも厳格な血糖値コントロールが合併症の進展を防止することが示されている。そこで、少なくとも HbA1c は 6.5% 以下、食後血糖値は 170 ~ 180mg/dl をこえないような血糖コントロールを目標とすることが望ましい。

#### 【糖尿病を治療していくうえで】

動脈硬化性合併症の発症をおさえるためには、血圧、脂質の管理も重要である。食後の高血糖は

糖尿病性大血管症の危険因子であり、境界型への介入も重要である。また、ビッグアミド剤の投与や生活様式の改善が糖尿病の発症予防効果があることも発表された。

以上、治療について総括すると、

- 1) 成因と病態を意識して薬剤を選択する、
- 2) 糖毒性を早く解除してやる
- 3) 糖尿病を metabolic syndrome の一つとしてとらえて治療する
- 4) 目標をもって積極的に治療する
- 5) 教育入院をおりこみながら患者への励ましや教育を継続していく  
などが重要であろう。

糖尿病の成因から薬剤の選択について幅広く、かつわかりやすく解説いただいた。また、臨床経験や具体的症例をまじえながら、さらには ES 細胞を用いた再生医療についてもふれられ、たいへん内容の濃い講演であった。



#### 特別講演 「最近の医事訴訟」

山口県医師会顧問弁護士 末永 汎本

[印象記：徳山 伊東 武久]

山口県医師会顧問弁護士の末永汎本先生による「最近の医事訴訟」と題した特別講演を聞いた。最近医事紛争は増加の一途をたどっており、先生のご講演は本当にためになるものであった。そこで印象記というより講演の概要を皆様にお伝えしたい。

戦後の医事訴訟は大きく様変わりしてきていて医師優遇期から医師理解期、患者同情期を経てまさに医師不遇期、さらには医師虐待期となり、厳しい時代になってきている。

全国の裁判所の医事訴訟の係属件数は平成 13 年 12 月で 1,968 件、山口県で 20 件が係属されている。平成 13 年の提訴件数は 805 件で平成 9

年の 371 件と比べ倍増している。

審理期間は平均 3 年であるが、医療事件の集中審議部ができていない裁判所では 15 か月と短縮している。裁判の結果であるが平成 13 年では事件が終了した 718 件の内、約半分の 334 件が判決まで行き、315 件が和解している。判決まで行った 38.4% が原告、すなわち患者サイドの勝訴であった。さらに和解のほとんどは医師側の有責なので全体の 7 割が医師有責と考えるべきである。

平成 14 年発行の公判判例集に登載された医師敗訴判決をみると、平均認容額は 4,562 万円です。産科、外科、内科の順で多かった。判決の内容では過失を直接認定するのが一番多く、次ぎに説明

義務違反、期待権、因果関係、損害の公平負担（過失相殺）医療水準論、カルテの改ざん等で、医師の裁量権は狭くなってきており、過失の推認に関する判決は少なくなっている。

医師が知っておくべき最高裁判決例の主なものをあげると、

医師の注意義務について：いやしくも人の生命及び健康を管理すべき業務に従事する者は、危険防止のため最善の注意義務を要求されるのはやむを得ない。

因果関係の証明について：訴訟上の因果関係の立証は自然科学的証明ではなく、経験則に照らして全証拠を総合検討し、高度の蓋然性が証明されれば十分である。

基幹病院における医療水準について：新規の治療法に関する知見が当該医療機関と類似の医療機関に相当程度普及しており、当該医療機関もその知見を有することが相当と認められた場合、その知見はその医療機関にとっての医療水準とする。

能書に記載された使用上の注意事項と医師の注意義務について：医師が医薬品を使用するにあたって能書に記載された使用上の注意事項に従わず、それによって医療事故が発生した場合には、医師の過失が推定される。

期待権について：疾病のため死亡した患者の診療に当たった医師の医療行為が当時の医療水準にかなったものではなかった場合、もし

医療水準にかなった医療がなされていれば生存していた相当程度の可能性があれば、医師は患者に不法行為による損害を賠償する責任を負う。

がんの告知について：末期的疾患に罹患し余命が限られている患者に、医師が患者本人にその旨を告知すべきでない判断した場合、少なくとも連絡の容易な患者の家族に対しては接触し、告知の適否を検討し、告知が適当と判断できればその診断結果等を説明すべき義務を負う。

副作用について：医師は薬の副作用については常にこれを念頭に置いて治療に当たるべきで、最新の添付文書を確認するなど可能な限り最新の情報を収集する義務がある。

以上 7 つ問題点の理解が必要である。

今後の方向としては、(1) 裁判の迅速性を期するため鑑定人の選定等を裁判官、弁護士、医師を交えた連絡協議会を開いて検討するようになった。さらに裁判官、弁護士、医師を交えて事例の研究をすべきだ。(2) 医師側の防御の問題。手術のみでなくインフォームドコンセントでもビデオや録音を活用すべきだ。(3) 裁判所側に紛争解決機関を作る計画がある。究極的には医療問題は裁判官、弁護士、医師を含めた第三者的機関で調停すべきだ。最後に医事訴訟に対する今後の方向を示された。この講演で少しでも医事紛争が減少することを期待したい。



### 特別講演 「長寿と高い生活の質のための食と栄養」

桜美林大学文学部健康心理学科教授 柴田 博

[印象記：宇部市 福田 信二]

日本人がなぜ世界一の長寿国になったのか。栄養状態と日本の経済成長ともなうさまざまな公衆衛生上の発展があった。明治から大正にかけての日本人の食生活はカロリー 2,200Cal、お

米 5 ~ 6 合、味噌などの大豆製品が主で、動物性の蛋白質が乏しかった。蛋白質の 95% が植物性蛋白質である。動物性蛋白質が増え、動物性蛋白質と植物性蛋白質の比率が 1980 年に一致す

る。この時点で世界一の長寿国になった。昭和 40 年(1965 年)からお米の摂取が減り、乳製品、肉類が増えた。肉は現在平均 78g 摂っているが、昭和 38 年には 18g である。病気は、1965 年までは脳卒中が増え続けたが、お米の摂取の減少と同じ軌跡を描きながら脳卒中が減った。脳卒中は栄養学的な中進国で、栄養学的な後進国では感染症が跋扈する。脳卒中は栄養状態が改善してくると減ってくるが、欧米諸国では脳卒中が減ると、逆比例して虚血性心疾患が増えた。そのため、欧米では脳卒中による死亡の減少を、平均寿命に反映させることができなかった。日本では脳卒中が減っても、心臓病が増えていない。癌は年齢調整すると横ばい。これで日本の疾病構造は欧米型にならなかった。これが、平均寿命世界一の座を保っている理由である。まとめると、熱量は今も昔も 2,200Cal で増えておらず、むしろ減っているくらい。2 番目に蛋白質の動物性、植物性の比率が 1:1。脂肪のほうも動物性、植物性が 1:1 である。そのほかに海藻を摂っている。

脳出血は栄養状態が悪いために起きるのであるが、脳の血管が詰まるタイプはコレステロールが貯まって詰まるのだろうと考えている人が非常に多い。実際にはそうではなく、日本の場合はコレステロールが低い人におきる脳梗塞の方が、コレステロールの高い場合におきる脳梗塞よりもはるかに多い。2:1 もしくは 3:1 の割合でコレステロールの低いほうに脳卒中が多い。小金のデータでは脳梗塞発生率は昭和 40 年でコレステロールが 150 くらいしかなかったところでは多く、大阪都市部でコレステロールが 200 くらいのところでは低い。秋田では、昭和 40 年から 50 年にかけてコレステロールが 20mg くらい増えているが脳梗塞が半分減っている。

動物性蛋白質が占める割合は、日本では半分、欧米諸国では 60% を超えている。日本以外のアジアの国では、ほとんどの国でまだ 30% に達していない。肉の摂取が脳卒中に抑制的に働いている。昭和 40 年から肉の摂取量が増えると、脳卒中が減っている。ところが最近、肉を食べ過ぎているから肉を控えようと、生活習慣病の予防の面から言われており、由々しき問題である。高齢者の低栄養は非常に深刻な問題である。低栄養は老

化の促進因子として非常に大きな意味を持っている。肉を毛嫌いする思想が日本にあり、高齢者の栄養改善で一番先にやらなければいけないのは、食に関する誤った意識を変えることである。実際の肉の摂取量は 78g。アメリカ人は 270g。どういうわけか「肉を減らしましょう」というキャッチフレーズだけが輸入され、「日本人も肉を食べないほうがいい」、「60 歳を過ぎたら肉をやめて、魚にしたほうがいい」といわれている。いわれるだけでなく、実際に実行してしまうというところが不気味である。肉を摂らないといろいろなマイナスが出てくる。アミノ酸が悪くなる。魚だけでは補いきれない。ヘム鉄が足りなくなる。脂肪酸構成、一価の不飽和脂肪酸が不足してくる。最近自殺で問題になっているがセロトニン。これはトリプトファンから作られるが、これを一番多く含んでいるのは肉である。その他アナンダマイドやカルニゲンというような生理活性物質が不足する。必須アミノ酸の含量は、牛肉が 100 だとすると大豆は 85、お米は 65。動物性蛋白質が不足すると、全体の構成が悪くなる。肉の脂肪酸の 50% が一価の不飽和脂肪酸。魚の場合は多価不飽和脂肪酸。日本人は脂肪酸の構成が飽和:一価:多価 = 3:4:3 という理想的な割合で摂られている。現在魚は一日 96g、肉は 78g、この肉があるから脂肪酸の構成もちゃんとしている。70 歳過ぎても卵 1 個、肉 50g、魚 80g、牛乳 200cc を摂るように。脂肪の摂取は欧米が 140g、日本は 60g。それなのに日本人はどういうわけか脂肪を減らしたほうがいいのかという。脂肪の供給量の多い所ほど平均寿命が長い。125g がピーク。脂肪を多く摂っている国が長生きである。日本は脂肪摂取が少ないのに長生きしている稀有な国。摂取量が 40g をきると死亡率が高くなる。日本は昭和 40 年から 36g を超えるようになり、平均寿命が延びてきた。脂肪の摂取量が悪いと脳卒中の死亡率が高くなる。

老化の予防は栄養状態を良くすることである。アメリカの場合は低栄養が多い。セントルイス大学のモーリー教授栄養リスクのスクリーニング SCALES がある。S:sadness・・・うつ状態、C:cholesterol・・・< 160、A:albumin・・・< 4g/dl、L:loss of weight・・・1 か月に 2 ポンド

以上、E:eat・・・摂食障害、S:shopping・・・動けなくなるまたは経済力不足でショッピングに行けなくなる。小金井研究では 70 歳から 85 歳になるまで追求し、5 年ごとに調査した結果、死亡する人はアルブミンが 2.5 に収斂してくる。4g をきると栄養状態が良くない。3.5g を切ると褥瘡が多くなる。アルブミンは高齢者の健康を見るときが一番のバイオマーカーであり、コレステロールが一番低いところが一番早く亡くなる。コレステロールが男性では 190-220、女性は 220-240 が一番長生きする。お酒についてはお酒を止める人

が一番早く亡くなり、タバコは喫煙者のほうが死亡率が高い。体格は中程度の人が死亡率が低く、牛乳を飲まない男性は死亡率が高い。フィンランドのデータではコレステロールを下げたほうが死亡率が高い。虚血性心疾患は減るが、ガンが増え、自殺が増え、事故死が増える。虚血性心疾患がそれほど多くない日本でコレステロールを過剰に下げるとは良くない。このような栄養学的植民地主義から脱却しないと、本当の日本のための健康科学が発達しないのではないかと。



### 特別講演 「最新の褥瘡予防・管理」

金沢大学医学部保健学科教授 真田 弘美

[印象記：防府 酒井 和裕]

褥瘡は以前より医療現場の重要な問題の一つであるにもかかわらず、医療関係者の無関心や知識不足による対応のまずさが未だ指摘されていることを、冒頭で座長の藤原先生が説明された。真田先生の講演は、厚生労働省が昨年 10 月に医療保険で新設した褥瘡対策未実施減算の内容の説明と、褥瘡予防対策と治療におけるコスト削減に重点が置かれていた。詳しくは「Yahoo!」で褥瘡を検索すると最初にヒットする金沢大学保健学科のホームページも参考になるとのことであった。以下に講演の概略を記す。

褥瘡の定義は米国褥瘡諮問委員会が a pressure ulcer is any lesion caused by unrelieved pressure resulting in damage of underlying tissue と定めている。この unrelieved pressure (取り除けない組織に対する圧力) は寝たきり患者ではベッド、座りきり患者では車椅子が相当する。この取り除けない圧力に対する挑戦が褥瘡管理ではもっとも重要である。

褥瘡の深達度分類は皮膚に局限する I、II 度と

皮下脂肪から筋層に達する III、IV 度があり治癒過程は異なる。日本では重度の III、IV 度が 7 割を占めるが、米国では I、II 度がほとんどである。このため、日本の褥瘡患者の QOL は低く平均治癒期間も 250 日以上かかり医療費も高くなっている。I、II 度は 4 ~ 8 週間で治癒されるので、日本の褥瘡管理は I、II 度、そして予防へと移行すべきである。

厚生労働省は褥瘡減少のため褥瘡対策未実施施設のすべての入院患者に 5 点 / 日の減算を導入している。その実施すべき褥瘡対策には 3 条件あり、(1) 対策チームが設置されていること、(2) 診療計画を作成し実施すること、(3) 体圧分散式マットレス等を使用する体制が整えられていること、をあげている。診療計画書の例も示しており、内容に危険因子の評価(リスクアセスメント)、褥瘡状態の評価、看護計画を含めるべきとしている。

褥瘡予測の方法には、厚生労働省の危険因子の評価、国際的に用いられるブレードスケール、

金沢大学が開発した K 式スケールがある。厚生労働省の危険因子評価は日本褥瘡学会が示した発生概念図などの個体要因と環境・ケア要因から成るが evidence が無い。ブレイデンスケールは知覚の認知、皮膚湿潤、活動性、可動性、栄養状態、摩擦ずれの 6 項目からなり、これを金沢大学病院などで用いた結果、褥瘡発生率は平均 15% から 3.3% にまで減少できた。しかし、特異度は 55% と低く本来は不必要な看護を行うことも多く臨床への普及は困難であった。米国の特異度は 90% であり、日本独特の危険因子の存在を考慮再検討を行った。その結果、日本の患者は米国と違い痩せていて仙骨部の一点で体を支える骨突出があること、呼吸循環不全、湿潤、体位変換拒否などが重なる発生プロセスがあること、の 2 点が判ってきた。骨突出の評価は突出部の体圧値を測定すればよく、ウレタン内臓の空気圧測定センサー<マルチバルーン>を開発した。これを皮膚突出部に直接当て、その上からオムツをするが、皮膚破損の危険性のない柔らかさで、バイアスにならない厚みと弛みを有す。これで反応性充血を予測したところ、45mmHg 圧が加わったときは 70% と予測でき error は 26% で臨床上有用と思われた。そこで、この骨突出、自力体位変換の可否、栄養状態を指標とする K 式スケールを作成した。これをブレイデンスケールと比較したところ、70% の褥瘡発生予測で error は K 式スケール 35%、ブレイデンスケール 58% であった。この結果、日本では骨突出を危険因子に含めなければ信頼性に乏しいことが確認できた。

ケア計画で重要なのは体圧分散である。体位変換は以前は 2 時間毎の腹臥位や 30 度側臥位がよいとされてきた。15 年ぐらい前にこれに疑問を持ち仙骨部の血流を酸素分圧で測定した。安静時には 80% ぐらいが、圧迫とともに自分の体重で 0 になり体位変換すると元に戻った。この戻る時間が組織侵襲度を反映しており、これへの影響要因を分析すると年齢、血圧、ブレイデンスケールであった。80 歳、血圧 110mmHg、ブレイデンスケール 12.1 の人は戻り時間 21.4 分であった。この時間で臨床現場にて体位変換を行うことは困難であり、業務側からすれば 2 時間ごとが限界である。そこで、2 時間まで体位変換を延

ばすにはどうすればよいか問題となった。米国では 30 度ルールが推奨されており、30 度側臥位では仙骨・大転子を避けて殿筋で体重を支えられるという原理である。米国にはこれで褥瘡減少の evidence があったが、日本で行うと有症率が 7.5% から 13.5% と増加した。この原因は日本では患者の殿筋が萎縮し骨突出があるため 30 度側臥位でも仙骨部は除圧されないためであった。そこで体位だけによる褥瘡予防には限界があると考え、寝具で予防することを考えた。圧分散にはマットレスを柔らかくすればよいが、そうすると特に高齢者では寝返りがうてなくなり QOL が低下する問題が生じた。自力で寝返りをうつためには安定面があり硬く反発力ができるようなものが望まれる。骨突出部位のみを圧分散できて、それ以外の部位には安定面を作り出すマットレスが望まれ、エアマットレスを使うことにした。ウレタンは体重の軽い患者の骨突出部位の圧分散が困難であるが、エアマットレスは個々の患者に応じて内圧を調整できる。エアセルの構造も球状の単層式から円筒状の 2 層式としたが、これは垂直に作用する力で単層式のセルは潰れ圧分散が少ないが、2 層式では圧分散が保たれるからである。鋭角な骨突出部位を細いセルで圧分散し、他の部位は安定面を保てる 2 層式マットレスの臨床応用で褥瘡発生率が 2.9% であったのに対し、単層式では 20%、標準マットレスでは 37% で、その有効性が実証された。次に 2 層式マットレスを使うと褥瘡は早く治るのか、コストは安くなるのかを検証した。これは 2 層式マットレスの値段が標準マットレスの 1.5 倍かかるからで、創の大きさからみると治癒期間は 1/8、費用は 1/6 に減少し、2 層式マットレス費用の回収期間は 7.3 か月であった。このことから QOL 向上、治療期間短縮、コスト削減効果があると結論づけた。

局所ケアについてはドレッシング材を使うことを勧めたい。その理由は 4 つで、肉芽形成に湿潤環境が必要、便や尿による汚染防止、創部ガーゼによるずれ防止、交換頻度の減少である。しかし、保険が 3 週間しか効かないという大きな縛りがある。そこでドレッシング材と褥瘡ケアアルゴリズムを導入した II 度、III 度の褥瘡患者が早期治癒するか、医療経済の視点から調査した。方



法はドレッシング材と褥瘡ケアアルゴリズムを使用した群、軟膏処置・ガーゼ被覆とケアアルゴリズムを使用した群、軟膏処置・ガーゼ被覆のみでケアアルゴリズムを使用しない群を比較した。分析には労働コスト、ハードウェアコストを含め、臨床効果は PSST ( Pressure Sore Status Tool ) を採用した。結果はドレッシング材使用群は治癒率が高く、他の 2 群は治癒速度が遅かった。費用対効果もドレッシング材使用群は他 2 群と比べ有意の差をもって優れていた。例えば 300 床の病院で 270 人の患者がおり、有症率 5.8% で II 度と III 度の褥瘡患者が 67%、平均在院日数が 172 日、年間患者回転数が 2.2 回とすると年間に II、III 度の褥瘡患者数は 22 人になる。この 22 人にドレッシング材を使用すると平均治療コストは 87,000 円となる。軟膏処置・ガーゼ被覆のみでケアアルゴリズムを使用しないときは 191,000 円となり、22 人では 227 万円の差がでる計算になる。このことからドレッシング材は経済的にも有利であることが分かる。

今後は栄養が褥瘡ケアの課題になると思われる。局所ケア、圧分散も解決しつつある現在、褥瘡の治らない原因として残されている。経口摂食を最後まで優先させることが褥瘡ケアに有効である。13 年前に特別養護老人ホームで褥瘡の発生した人としなかった人を調べた際に、食事、自発性、性別の順に発生に関与していることが判った。食事は量ではなく、自力で食事するか否かで差が出ていた。今後は経口摂食が褥瘡予防に有効な理由を解明することが必要であるが、自分で食べる人は褥瘡ができない、褥瘡が治るといのは臨床でよく経験することである。栄養状態は生

学データ上で差がなくとも経口摂食できる人は良くなる傾向にある。経管栄養と経口摂取できる患者の褥瘡治癒過程をみみると肉芽の増生が異なる。経口摂食できる患者は創内に粒状肉芽が形成され創が早期に小さくなるのに対し、経管栄養の患者では肉芽ができずに創が小さくなるが治癒に時間がかかる。なぜ、このようなことが起こるのか今後の解明が待たれる。

最後に褥瘡部の評価方法であるが、日本褥瘡学会が作った DESIGN という tool を厚生労働省は採用している。DESIGN とは D : Depth 深さ、E : Exudate 浸出液の量、S : Size 大きさ、I : Inflammation/Infection 炎症 / 感染、G : Granulation 肉芽組織の量、N : necrosis 壊死組織の量の頭文字を取ったもので、創部を医師も看護師も同じ基準で評価できる。軽度の場合は小文字、重度の場合は大文字で表現する方法を取り、それらを点数化するものである。これでどの項目が大文字で不良であるのかを判定しケア介入の指標とする。臨床では評定者間での一致率は 9 割ぐらいであったが、G と N の一致率が 4 割と 5 割と低く G では良性肉芽、N では組織の硬軟が判定できないことが原因となっていた。このことから今後はこの点を教育していけば一致率が向上すると思われた。

最後に先生がもっとも大事にしている姿勢は、< 褥瘡は予防にはじまり予防に終わる > ということであった。

各病院では対策チームが設置され褥瘡に対する関心が高まりはじめた現在、この講演は非常にタイムリーで実際に役立つものと思われた。

**やまぎんスーパー変動金利定期預金<投信セット>**  
 株式会社投資信託のご購入と同時に預け入れされると、預入日から  
**6か月間の上乗せ利率が 年 1%** (上乗せ利率は、本行が定めた上乗せ利率を適用し、変動金利の適用は、別途ご説明いたします。)

※ 変動金利定期預金の購入金額は、30万円以上  
 ※ 株式会社投資信託の購入金額は、5万円以上、5000円単位で積み立て可能

あなたのグループでボーンター  
**山口銀行**  
 〒750-0001 山口県山口市本町1-1-1



## 平成 15 年度 中国四国医師会連合総会

と き 平成 15 年 5 月 24 ~ 25 日  
と ころ 松山市

### 第 1 分科会 [ 介護保険 ]

司会は愛媛県医師会常任理事の貞本先生で、今回のコメンテーターは、日医の青柳副会長に代わり、厚労省の介護保険の審議会の担当になられた西島常任理事が出席された。各県からの一般提出議題 8 題、日医への要望・提言 8 題について協議された。

#### 各県からの提出議題

#### 1. 改定介護報酬について (鳥取県)

今回の介護報酬改定により緊急時の訪問看護加算がひと月につき 1,370 単位から 540 単位に大幅引き下げになった。各訪問看護ステーションにとってかなりの打撃があると思われる。訪問看護は在宅療養を支える要なので、この部門のマイナスは在宅を行っていくうえで大変に困るのではないか。また、ケアマネージメントの報酬がプラス改定されたが、当然義務として居宅サービス計画の利用者への交付、月に最低 1 回の居宅訪問、要介護認定や更新の際のサービス担当者会議を開催することが定められており、この条件を満たさなければ 70% の減算となる。ケアマネージャーの仕事量が増えるわりにはプラス改定にならず、現場が混乱するように思われる。各県の実情をお聞きしたい。

鳥根県から「24 時間連絡体制があり、緊急訪問を必要に応じて行う場合の訪問看護の評価の適正化がなされた。しかし今回の改定で利用者数が

多く医療ニーズの比率の高いステーションでは、年間かなりの減収が予想され、在宅ケアの後退を余儀なくされる」と発言があり、山口県から「看護協会に現状を尋ねたところ全員算定していたところと、値段が高いので本当に必要な人だけ算定していたところと施設によってに分かれている。単位が大幅に引き下げになったので、利用者に勧めやすくなり、算定割合の低かった事業者にとっては量が増える期待感がありよい方向に進んでいる」と報告された。また、居宅介護支援費の減算の導入に対して、「介護支援専門員の本来の業務である適切かつ適正なケアマネジメントの遂行が不十分との評価によるもので当然のことで、本当に条件をクリアーしているかどうかフォローアップしていく必要がある」と発言された。これに対して西島日医常任から「最初にこれが設定された時には緊急時に必要な場合に訪問できるということで、利用者きちんと説明し利用者の同意があって初めて取れるもので、全員ということではなかった。今回それをきちんとし、了解がなく加算するというのを是正した」とコメントされた。

#### 2. サービス提供の評価について (鳥根県)

介護保険の理念は在宅を重視し自立を支援し個々の利用者のニーズに応じた介護サービスを提供し、利用者の生活機能をできるだけ高めるリハビリを積極的に行うことが求められている。そこで今まで提供してきた介護サービスが本当に有効であり、利用者が必要とするものを本当に提供で

きたのか検証することが必要となる。そのため松江圏域を中心に日医総研の協力を得て、今まで行ってきた介護保険事業の調査分析を行った。その結果、介護サービスを提供したにも係わらず状態が悪化した方が5割強あった。その一つの要因として、それぞれの利用者の生活環境に対応し生活機能の改善に向けたリハビリが整っているかということになる。老健施設等でのリハビリの見直しを開始し、積極的に生活機能の改善に努めたところとそうでないところをきちんと評価し、介護度の改善に積極的に取り組んでいる施設事業所にはある程度点数加算をするシステムを作ることが必要と考える。

この成功報酬の提案に対して、鳥取県から「認定審査委員会に自己申請して審査を仰いで、認定審査委員会でそれを適正と認めれば事業所に症例ごとに『介護度改善努力加算』を認める」という賛成意見があり、山口県から「要介護度の改善に向けた介護サービスの提供が事業者としての使命であり、介護報酬はそれを評価したものと考える。『成功報酬』は、『不成功へのペナルティ』と表裏のものであり、介護現場に混乱やモラルハザードを誘発する危険性があり賛成しかねる」と発言された。西島日医常任から「介護保険のサービスは現状維持ではなく、改善というものを前提に行われるものであり、『成功報酬』については、改善の努力をするのは当たり前のことで、それに対して報酬を用意するのは問題があり、介護保険制度がスタートする以前から日本医師会としては反対してきた」とコメントされた。

### 3. 居宅療養管理指導について (岡山県)

今回の改定で居宅療養管理指導料は月2回を限度として減算された。介護保険で医師の療養上の指導はもっとも重要なものと考えており、療養管理指導できる主治医の役割強化にこの指導料をぜひ活用し、併せて、ケアマネジャーとの連携強化に役立てたいと思っている。しかし、岡山県内の現状は岡山県国保介護保険課提供資料によると、本年3月に居宅療養管理指導料を算定した医療機関は約33%しかなく、昨年4月と、ほとんど変わっていない。他県の居宅療養管理指導料

に対する考えをうかがいたい。

各県とも同様な考えの報告があり、また、主治医が居宅療養管理指導を今まで算定していない県が多かった。今後医師会としてPRして活用していきたいという報告であった。

### 4. 状態増のレーダーチャートについて(広島県)

認定審査会の認定基準として状態像を当てはめるようにこれまで厚労省は指導してきたが、この度一転して状態像が無くなり、現場の審査の先生に混乱を招いている現実がある。今まで示されていたレーダーチャートは大変役に立っていたという意見が出ているが、各県の対応をうかがいたい。

岡山県から「今は新しい認定基準に沿って、レーダーチャートにとらわれることなく審査している。単にパターン認識だけで介護認定することから脱却できたと思う」と報告された。他県においても「レーダーチャートを作成する必要はない」という意見が多かった。

### 5. 介護老人福祉施設の優先的入所に関する指針について (山口県)

山口県では、平成15年3月に、特養の入所を必要度の高い人を優先的に入所させる「山口県特別養護老人ホームの入所に関する指針」を策定した。優先順位の決定に当たっては、透明性の確保の観点から、要介護度、痴呆の程度、介護者の状況、居宅サービスの利用状況4項目を点数化した「基本的評価基準」と、具体的な身体的・精神的な状態、家屋等の環境的要因、待機期間等の「個別評価基準」を総合的に判断している。各県の基準作りの状況をお聞きしたい。

広島県、高知県、島根県も同様の資料を提出された。岡山県から、問題点として「入所判定委員に囑託医師が入っていない」との指摘があり、島根県から「入所検討委員会に施設長か理事長を必ず入れるようになっている」と報告された。司会者から「ぜひ医師を入れるということで持ち帰って指導してほしい」と発言された。

## 6. 医師のケアプラン作成への関与について

(徳島県)

医師会会員は介護保険認定審査会には多数参加しているが、ケアプラン作成についてはほとんど参加していない現状がある。医師も積極的に関与して介護度改善に努めなければならないが、医師が具体的にケアプランを作成する方法論があればおうかがいしたい。

広島県から「尾道市医師会では各診療所の中でケア・カンファランスを開く運動をされており実績があがっている。広島市医師会としてはケアマネージャーがアプローチしてくるのを待っているのではなく、医師の方からできるだけケアマネージャーに積極的にアプローチしてケアカンファランスを開くようにしてほしいと会員にお願いしている」と報告された。

## 7. 誤請求の防止について(香川県)

介護保険は時間単位での報酬決定部分が多いのも一因であるが請求においてごまかしやすい。PT、OT は看護師と異なり、人員数の届出だけで、正常な介護業務かどうかの確認として介護計画書と請求明細書があるが、介護計画書は介護支援専門員より提示されるが、請求明細書はさまざまである。本県ではこの点を利用した不正・不当請求等の違法行為により、指定を取り消されたり、減額される事案が発生している。各県での防止策、指導方法をご教示願いたい。(資料「介護報酬請求に係わるアンケート調査結果」を報告され、利用者に対する請求の中で、サービスの明細を記入して請求する場合はいいが、総額のみ請求する場合は誤請求や不正請求が発生しやすいことを追加された)

各県からの報告では、指定取り消しに至るような悪質な事例は発生していない。西島日医常任から、「昨年度の補正予算で、不適正な介護サービスはないかという観点から適正化を図るということで、平成 14 年度は 15 億円で、本年度は 70 億円の予算を付けている。一保険者当たり 1 千万円を補助・助成するというので、不正防止というか適正な介護請求等を徹底することになっ

た」とコメントされた。

## 8. 各県における次期介護保険料について

(高知県)

第二期(平成 15～17 年)の介護保険料の基準額について、高知県では、県平均 3,638 円で、全体で約 15.8% のアップとなった。一番の原因は施設介護の入所者が多く、待機者の増加と施設整備待望への住民からニーズを組み入れたものと考えられる。今後この割合で保険料が上昇すれば、早期に制度破綻をきたすことが懸念される。高知県においては施設整備をグループホームや生活支援ハウス等の在宅施設の範疇になる入所施設の増設で対処し、また、在宅サービスの充実を図っている。介護給付については、基本的に介護保険料で賄うとする制度設計ではあるが、今後これ以上の利用者負担に耐えられなくなることを想定すると、保険料について国庫負担の導入を検討することが必要だが、経済の現状からこれも不可能とすれば、今後「高福祉は高負担」とするのか、制度を手直しして福祉後退を容認するのか国民に理解を求めるしかない。医療福祉を担当するわれわれは今何ができるかを議論していただきたい。

各県(鳥取県、島根県、岡山県)から「介護保険料のアップが避けられない場合は、第 2 号被保険者層の拡大、国庫負担の導入もやむをえない」と報告された。広島県から、「保険料の設定は保険者による利用者ニーズの調査等により推計され算出されたものであり、保険料が高くなるとかは医師会サイドが言うことではなく、利用者の立場に立って利用者の方々の介護予防等にわれわれは意見を言うべきであり、医療とはいったん切り離して考え方をしておく必要があるのでは」との追加発言があった。西島日医常任から、「介護保険料の見直しの部会が 6 月 27 日からスタートする。当然ここで平成 17 年度の制度の見直しが行われるが、その中で公費をどういう形で、セッティングしていくかしっかり議論していきたい。また、高知県から「最近、施設利用者が多いという観点から、施設の負担割合を上げて、施設利用者と在宅支援利用者の負担額に差を設けるなど在宅へのインセンティブが働く仕組みを検討すべ

き」との提案があり、それについて西島日医常任は、「負担から言うと、在宅では医療を使っているところもあるが、患者負担としては 1 割で高い。ただ必ずしも施設が安いから施設の方へということだけではいけないと思う。負担の部分については先月の国会でも議論され、医療と介護が 10% としなくて、是正しようという方向になっており、今後きちんとした議論になってくる」と発言された。

#### 日医への要望・提言

##### 1. 施設から在宅への流れは作れるか（鳥取県）

先程の高知県医師会から在宅へのインセンティブが働く仕組みを検討すべきという提言に対しての西島日医常任からの回答があり省略。

##### 2. リハビリ施設としての老健の強化策を

（島根県）

老健施設の本来の使命は、リハビリを通して在宅を支援することで、本来の老健施設の機能が十分発揮できる基準作りが必要である。身体機能低下防止と改善を促すリハビリを中心とした施設として、在宅と病院の連携のもとにリハビリを継続的に行って改善の見込まれる介護度 3 以下を対象として入所を認め、入所期間も 30 ～ 60 日間として、特養化の防止を計り、リハビリセンターとしてのリハビリ機能の充実を図るなど、日医としてももう少し老健としての機能を活用できる仕組みを考えていただきたい。

西島日医常任から「介護保険がスタートする時に、それぞれの 3 施設の役割につき、ずっと議論されており、現在もこれが明確になっていないという問題がある。本来老健はリハビリ機能、つまり在宅に向けてのリハビリということであり、今年の 4 月の報酬改定で、老健にリハビリ機能の評価が認められた。ただ、入所期間を設定するという事は、もっと慎重に考える必要がある」とコメントされた。

##### 3. 在宅ケア推進に日医は本格的なかかりつけ医療戦略を

（岡山県）

今回の診療報酬改定で、診療所、特に在宅医療

に取り組んでいる先生方の活動が老人保険の 1 割負担で大きく抑制され、その結果として、低所得の独居高齢者の在宅ケアが十分機能しにくくなっている。これらの現状を踏まえて、居宅介護保険サービス及び在宅ケアについて日医はかかりつけ医へ本格的な戦略を持った支援をお願いしたい。（主治医意見書、施設から在宅への逆紹介、高齢低所得者対策、有床診療所のベット活用等の提言があった）

西島日医常任より「介護保険の検討委員会があるので、提案された件について検討していきたい」とコメントされた。

##### 4. 通所リハビリテーションの人員配置基準について

（広島県）

この度の介護報酬の改定でデイケアがリハビリを重視した改定となり、人員配置が厳しくなった。移行措置があるとしても PT、OT が不足している状況の中で、かなり各診療所の先生は苦勞されている。今回の人員配置基準に毎営業日に配置しなくてはならないと定められたが、日医ではどのように理解されているのか。今後この考え方は医療にも入ってくるのか危惧している。

西島日医常任から「今回の介護報酬の見直しの議論の一つに通所リハビリと通所介護はどこが違うのかという議論があった。つまり内容の質の問題で、今までは週 1 日 OT、PT があればよいという状況であり、それ以外の日は通所リハビリと通所介護との差がなかった。今回、リハビリの料金を設定するうえで、違いを出していく必要があり、そのため毎営業日という形になった。さまざまな問題があるということは承知している。今後通知が出てくるが、努力規定ということで、週に 1 日はきちんとしてその他の日はいた方が望ましいという努力目標ということで厚労省と調整している。ただ、次回の改定では厳しくなるので採用・充実をお願いする」との発言があった。岡山県から「岡山県では通所リハは多いが、西島先生のお話と少し違い県の対応は厳しく、OT、PT は毎日いなくてはならないということで、そのため通所リハから通所介護に変わったケースが結構

ある」と追加発言があった。

#### 5. 介護保険制度の将来像について (山口県)

介護保険料が 650 円増えて山口県の場合、3,617 円になった。さらに新高齢者医療制度などが創設されると、高齢者の負担がかなり増えてくるので、制度そのものを危ぶむ可能性もある。財源の問題として、第 1 号被保険者保険料の割合の引き上げ、第 2 号被保険者層の拡大、また、公費の割合の引き上げ等を行う必要があると思うが、介護保険と医療保険の統合の問題を含め、介護保険制度の将来像について日医の考えをご教示いただきたい。

西島日医常任から「高齢者医療制度が今後検討されスタートすることは、先日の厚労省から出た案にも、自民党から出た案にも書かれている。しかし、公費負担について 5 割であり、日医の主張する 9 割と違っている。介護保険の委員会の中では制度の結合の可能性にまで踏み込んで議論している。できるだけ早く報告書を出していただき、報告書の内容に沿って介護保険の見直しの中にはめ込んでいきたい。自己負担をどこまでという、第 1 号被保険者を考えていくと限界があるので、制度見直しの中で当然議論される」と回答された。高知県からの追加質問で「住民が 2,500 名の町で、介護保険 3 施設があり、介護保険料が 4,800 円と高知県で 1 位で、このままいくと町予算の 18% 強が介護サービス予算となる小さな町にとって、介護保険の破綻を心配しているが、日医の見解をお聞きしたい」。西島日医常任から「日医は理解している。国保で考えると、小さな国保がたくさんあり、人工透析が 2 人出ると破綻するようなどころもある。日医は、統合して県単位での保険料の調整をしてはどうかと話しており、ほぼこの方向で流れていくと自民党や厚労省から出た報告書にも書かれている。当然、介護保険にも小さな保険者がたくさんあり、制度の見直しの中で保険者の統合を考えていかないととも保険制度として成り立っていかないと思う」と回答された。

#### 6. 居宅介護支援について (香川県)

今回の改正において居宅介護支援 850 単位の

注意事項に、認定更新時のサービス担当者会議又は担当者からの意見聴取がない場合は、所定単位の 70% 相当の算定とある。これはケアプランのかかりつけ医への提示又はケアカンファランスの開催という事項も含むとして解釈できるよう厚労省と合意してほしい。これにより、医療を抜きにしたケアプランが減少すると思う。

西島日医常任から「今回こういう形で出した理由は、ケアマネージャーの質が問われてきた。しかもケアカンファランスも開かないままケアプランが作成されている現状があるので、質の向上のためにペナルティを決めた。医師の意見を聞かなくてはいけないので当然のことである。一方では医師がこれになかなか参加してくれない、相談にのってくれないというクレームもある。今後啓発していきたい」とコメントされた。

#### 7. 新しい高齢者医療制度のあり方について

(高知県)

高知県から、日医介護保険委員会の協議内容と、平成 15 年 2 月に全国都道府県介護保険担当理事あてに配布された「高齢者医療制度及び介護保険制度に関するアンケート」結果について、添付資料に基づき詳細な報告があった。

#### 8. 追加発言

(徳島県)

介護保険は創設されて 3 年目だが、高齢者人口の増加、それに対する施設の増加、介護保険料の増加と介護保険そのものの存続の危機にきている。その解決の糸口の一つとして、50 歳、60 歳で元気な方々に施設介護、在宅介護においてボランティアという形で参入していただき、ボランティアを行うことで地域通貨、施設通貨とか市町村通貨を作ることにより、ご自身が介護を受ける時にその通貨を利用して、介護保険料の一部に当てる。施設介護においても今の人員は、実状は生活支援(いわゆるオムツを替えたり、排便の処理とか食事をするとかの基本的介護)にしか手が回らない。生き甲斐作りについては一般の方も参入できると思う。国とか市町村に働きかけ、財源の足りない部分で介護保険を支援するボランティアというものを日医として考えていただきたい。

西島日医常任から「介護保険法の大きな変更になるので、介護保険の検討会の中でも議論してみたい」と回答された。

[記：理事 津田 廣文]

## 第 2 分科会 [医療保険]

第 2 分科会は、青柳日医副会長をコメンテーターに迎え、医療保険(労災・自賠責の 1 題を含む)に関する各県から提出された 14 の議題を 2 時間半にわたって協議した。

【 】これら議題の中には現在の医療保険が抱えるホットなテーマが包含されており、特に重要と思われる項目を青柳副会長の発言を要約して報告としたい。

### (1) 再診料等の逡減制撤廃について

再診料を 2 段階にすることの不合理性を排除するため見直した改正案が 5 月 21 日に中医協総会で即日答申された。今回の再診料見直しは財政中立が基本方針だったため、2002 年診療報酬改定の再診料改定幅「医科医療費ベースのマイナス 0.08%」に合わせて試算された。その際、診療所、病院それぞれの再診料と外来診療料について、1 点影響率(各点数の実施回数 / 医科診療にかかる総点数)を算出、検討した。

全体の再診料の件数のうち、4 回目以降の逡減された再診料の件数割合が 6%を超える場合は限りなく、プラスマイナスゼロに近くなる。また、診療所の全収入のうち再診料の収入割合が 6 ~ 10%であることから、再診料の 1%程度の増減は全体収入の 0.1%程度の増減の影響になると考えている。

### (2) 保険者と医療機関の直接契約について

平成 13 年 11 月、日医が「医療制度改革に関する 5 つの反対、5 つの提案」を掲げたときにその中に挙げていたものである。

個別契約の反対理由として

保険者による特定の医療機関への患者誘導に繋がりがねず、患者のフリーアクセスを阻害することになる

企業城下町で親会社からの補填により赤字になっても割引サービスが可能な一部の医療機関と他の医療機関との間で不公平な競争が行われる可能性がある

値引き競争に勝った医療機関が他の医療機関を駆逐した後、医療機能を果たせなくなった場合、地域住民がマイナスの影響を受ける  
被保険者間の負担面の不公平が拡大する  
の 4 つを挙げた。

その後、平成 14 年の 3 月に「直接審査・直接契約」が閣議決定されたが、厚労省は今回の通知で実際に運用されにくい仕組みを作り、ほぼ実施不可能な形にしたと考えている。

日医としては個別契約について「価格による競争、市場原理の導入」には反対の立場を貫いているが、健保法第 76 条第 3 項で認められているので(反対にも)限界はある。

5 月 20 日に厚労省保険局が通知した「保険者と医療機関の個別契約」についてその内容は「特別な意思と恣意的な意思を持つ健保組合と医療機関以外は実施不可能」と考えているが、各県(医師会)においては保険者と直接契約しないよう所属会員にぜひ要望してほしい。また実際に契約するところが出てきた場合には、地域住民のフリーアクセスが阻害されないよう注意深く観察してほしい。

### (3) 外来基本料導入の検討について

原則として「物と技術の分離」という方針は変えたくないが、人件費コストや施設維持にかかる管理コストが現在の診療報酬体系の中で評価されていないので、これを再診料の包括点数に入れることができないかという考え方が根底にある。

外来基本料(再診料に簡単な検査、処置、指導管理料を包括する案)については、診療所あるいは診療科(専門科)によって技術料が各々違うので包括化が難しい面もあり、診療現場での調査・検証を十分に行った上で制度設計を行い、会内の医療保険制度検討会議で検討していただく予定であるが、結果的に撤回する場合もある。

### (4) 混合診療について

5 月 13 日の総合規制改革会議での大塚義治厚

生労働審議官の「混合診療を一部容認するかのよ  
うな」発言を巡って、翌 14 日の中医協診療報酬  
基本問題小委員会で活発な議論が行われたが、厚  
労省としては「特定療養費制度を活用する方法を  
模索しており、混合診療を特定の医療機関に全  
面的に認めるということではない」と混合診療導入  
については否定的な見解だった。

また、5 月 28 日に行われる中医協診療報酬基  
本問題小委員会で、いわゆる混合診療の問題に関  
して、保険診療のファジーな部分について具体例  
を挙げ、疑義解釈の議論を行いながら整理し、中  
医協としての見解を取りまとめる方向である。

## 【 】その他

の混合診療に関連して、健康診断の内視鏡検  
査時に疾病(疑いを含む)が認められた場合の「ポ  
リプ切除」並びに「生検」が保険診療として認  
められるかどうか議論になった。各県や保険組  
合において取扱いに差異があるため今回、協議題  
とされたものである。

健康診断の途中でポリプ切除(保険診療)し  
た場合については、今回厚労省から「当該保険診  
療は健康診断とは独立した疾病に対する一連の診  
療を成していることから、医療保険による保険給  
付の対象となる」との見解が得られた。

青柳副会長は生検時の病理組織顕微鏡検査につ  
いても同様の考え方で患者の利便性を考慮し、医  
療保険給付の対象として認めるよう中医協診療  
報酬基本問題小委員会で議論することを約束され  
た。

[記：理事 佐々木 美典]

## 第 3 分科会〔社会保障・地域医療〕

各県からの提出議題

### 1. 「健康日本 21」推進に関する評価、支援につ いて 《広島県》

「健康日本 21」は、この 5 月に施行される健康  
増進法により、さらに一層地域の実情に応じた取  
り組みが要請されることになる。広島県では県医  
師会を中心に健康づくり専門委員会を組織し、市  
町村が行う健康づくり事業の推進に関する評価、  
助言、支援等のあり方を検討することになった。

各県の取り組みの状況や問題点についてうかがい  
たい。

各県とも県主催の健康づくりの各会議に県医師  
会から出席して、協議、作成に参加しているが、  
健康づくり事業の推進にかかる評価の具体的な検  
討を行っているところはない。鳥取県では、たば  
こ対策、働き盛りの健康づくり、小児期の食生活  
改善等を強化して取り組むことにしている。特に  
たばこ対策として禁煙サポート体験事業を計画す  
る予定。岡山県では、県医師会主導で、一般住民  
並びに若年者に対する禁煙教育への介入方法を検  
討している。徳島県では平成 12 年度から県医師  
会学校医部会が中心となり、大学、医療、行政、  
教育が協力して、生活習慣病予防対策委員会を立  
ち上げたが、予算の捻出に苦慮している。禁煙対  
策としては、平成 13 年 11 月より県医師会会館  
全面禁煙、15 年度から医師会主催の講演会、懇  
親会はその会場であってもすべて禁煙としている。

櫻井日医常任理事 日本医師会としても子どもか  
らお年寄りまでの、生涯健康づくり推進事業が大  
事だと考えている。しかし、基本的な生活習慣を  
創る小中学校から高校までは、文部科学省の管轄  
であるため、厚労省が計画している健康日本 21  
に関して、学校保健が関与していないことが残念  
である。この学校保健に医師会としてもしっかり  
関与していただきたい。

## 2. 個別健康教育について

《高知県》

保健事業第 4 次計画では個別健康教育(高血圧・  
高脂血症・糖尿病・たばこ)が新しく実施されて  
いる。各県のその後の実施状況や問題点はいかか  
らうか。高知県では非常に低調である。

各県すべて個別健康教育実施の市町村がまだ少  
なく低調である。指導の実際は保健師が行って  
おり、かかりつけ医との連携がとれていないところ  
がほとんどである。やはり、地域医師会と各市町  
との連携が重要である。

櫻井日医常任理事 老人保健法で実施されること



になっているが、おっしゃるとおりいろいろ問題が多く、予算も消化されていない状態である。医療保険があまりにもうまくいき過ぎて、病気になれば治してもらえばよいという考えが浸透している。また、国からの介入が厳し過ぎる。治療に入るまでもないが、病気になる可能性がある状態をうまく管理できれば理想的である。各先生方から改善の具体的な提言があればご教示いただきたい。

### 3. 乳癌検診の岡山県医師会における対応について 《岡山県》

岡山県医師会では 2001 年から 3 回の基礎講習を受講した医師が視触診検診を担当とすることにした。その結果、岡山県全体では約 70,345 人の受診者の癌発見率は 0.13%、岡山市では 20,996 人で癌発見率は 0.17%であった。過去 10 年の平均癌発見率 0.04 ~ 0.05% に比較して大幅な上昇が見られ、基礎講習会は精度向上に大変有効であった。現在かかりつけ医のもとで精度の高いマンモ併用検診導入のシステム作りを進めているが、各県の対応をお尋ねしたい。

鳥取県では「鳥取県乳がん医療機関検診一次検診医登録」を行っており、127 名の登録がある。登録基準は、医師であるが専攻科は問わない、乳がん検診従事者講習会等の受講点数を過去 3 年間に 12 点以上取得していること。ただし、乳がん検診従事者講習会及び鳥取県発見がん症例検討会には、必ず 1 回は出席していることである。平成 15 年度から「鳥取県におけるマンモグラフィ併用による乳がん検診の指針」を定め、乳がん検診事業を新たに行っていくこととなった。今後、マンモグラフィ装置搭載の検診車の導入、読影医師、認定 X 線技師の人材育成体制が急がれる。その対策として「山陰マンモグラフィ読影講習会」を行う予定である。

島根県ではマンモ健診精度管理中央委員会共催の読影医師認定講習会を開催し、ほぼ全県にマンモ検診実施体制が整備できた。平成 15 年度には 59 市町村中、9 市町村においてマンモ検診導入の予定で、現在 46 名の読影医師認定医がいる。

広島県では『がん検診専門委員会』の下に、乳

がん部会を新たに設置した。視触診の精度を十分保った上でのマンモグラフィ検診導入を計るのが妥当と考え、マンモグラフィ指導者講習会を予定している。

当県では、視触診医は手挙げ方式で選定している。また、山口県乳腺疾患研究会が定期的開催されている。16 年度から、市町村はかかりつけ医等の検診医と、視触診並びにマンモ撮影・読影を行う医師と委託契約を結び、さらに検診医（かかりつけ医等）はマンモ撮影・読影可能医療機関と再委託をかわし、読影結果が出たら、検診医（かかりつけ医等）に報告する。そして、最終結果を市町村に報告するため、最終判断の責任は検診医（かかりつけ医等）がとることとなる。

高知県では平成 15 年度からマンモグラフィ検診を導入予定である。他県と異なることはマンモグラフィ検診には視触診は併用せず、受診者への乳がん自己検診法の指導を徹底することとして、検診対象者も現行 30 才以上から 40 才以上としている。実際のマンモグラフィ導入に当たっては、マンモグラフィの精度管理が重要と考えており、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会で評価を行ったうえで、実施したいと考えている。この意見に関して、やはり視触診は重要であり、必ず医師が行う方がよいとの意見が出た。

愛媛県では今年度から精密検査実施医療機関を届け出制としている。

櫻井常任理事 検診というのは病気でない人が医師のところに行き、乳房の検診を受けるわけであり、検診医師と受診者の間にかなり信頼関係がなければ、成立しないものである。がん検診というのは、がんを早期に発見するというのも大事であるが、かかりつけ医で日ごろの健康をチェックしていただくということも、ひとつの目的であるので、病気でない時の患者さんとのコミュニケーションをしっかりと築いていただきたい。

### 4. 大腸ガン検診（便潜血検査）の一日 2 個法実施について 《鳥取県》

便表面のヘモグロビン陽性率の研究成果から、1 日の採便個数を増加させることが重要である。1 日の便の異なる場所から広く採取して、今まで

異なる日にそれぞれ 2 回採取していたが、煩わしさも軽減され、15 年度から導入できる市町村から開始した。各県の取り組み状況をおうかがいしたい。

各県とも 1 日 1 個 2 日法を採用しているし、1 日 2 個法の採用予定はないところがほとんどである。鳥取県の成果を評価して採用を考えると、う県も有り、今後の検討課題となった。

#### 5. 結核対策委員会について 《香川県》

4 月からの BCG の廃止にともない、結核対策委員会が設置されることとなったが、市町の教育委員会は、市町ごとに設置することを望んでいるようだ。郡市医師会は委員の推薦に苦慮している。他県はどのように対応されているかがいいたい。

鳥根県は検討中であり、当県は郡市医師会から構成委員選出に関する問題等は受けていない。今後問題が発生してくれば県全体で対策委員会を設置することも考えている。

鳥取県では、全県で一つの委員会しか作成していないので、何ら委員推薦等のトラブルは発生していない。

広島県では県教育委員会が各市町村での委員会設置状況を確認し、県教育事務所（県内 6 か所）で各地域保健所所轄ごとにブロック分けを提案している状況である。

徳島県では、ツ反・BCG が廃止された機会に学校での内科検診の充実を訴え、徳島市では 1 時間あたり 50 人を基準に学校医の配置、検診時間をとるように、また、健康診断料も改定していただいている。国の試算では要検診者数の見込みは、小学 1 年・3.88%、小学 2～6 年・1.18%、中学・1.39%と見込まれているが、実際はこの半数以下になると予想される。書類審査で結核が発見されるわけではなく、また、学校健診で発見された児童・生徒数が 2000 年度で 17 人という状態では、結核対策委員会の役割は大きくなく、結核対策上問題となるのは塗抹陽性患者の周辺だけであるので、その情報を持っている保健所を中心に組織するのが上策ではないかと考える。

櫻井常任理事 この件に関しては一学校医の立場として、これから現場で実際に起きたことに関して積み重ねて行き、要望改善をしていくことが大事であると考えている。

#### 6. 卒後研修医制度について

《徳島県》

平成 16 年 4 月から必修化される卒後臨床研修制度につき、各県の取り組み及び進捗状況につきうかがいたい。

#### 7. 卒後研修必修化への対応について 《高知県》

大学から医局員の引き上げなどが問題となっており、その対応に苦慮している。そこで、その対応策の一つとして日医の提唱する地域医師会での「地域施設群研修方式（仮称）」による卒後臨床研修モデル事業へ参加する予定である。各県の対応をうかがいたい。

岡山県は、日医の提唱によるモデル事業を引き受け、その具体的な実践のために「岡山県医師会卒後地域臨床研修委員会」を立ち上げた。この委員会は、県内 2 つの医療機関（岡山大学医学部、川崎医科大学）の附属病院長、行政（岡山県保健福祉部・保健所）、病院協会などの関係団体、プライマリ・ケア指導医、評議員、本会の関連担当役員などからの委員で構成されている。

香川県では、香川医科大学で、1 学年の定員を 46 名として、大学病院が管理型となって県内の 10 数病院を研修協力病院とした病院群を形成し、総合診療コース、選択コース 1 と選択コース 2 の 3 種類の研修コースで 8 つのプログラムを作成した。また、四国卒後研修センター構想に参加して、他大学との研修の相互乗り入れや、県内の管理型研修病院との乗り入れが可能となっている。今後は具体的な定員数と病院群の組み合わせを 5 月中旬に決定し、香川県（四国 4 大学）としてプログラムを公開する予定である。

その他の県は当県を含め暗中模索の状態である。各県における大学病院との関係、日医の「地域施設群研修方式」も一つの方式であると考えられる。高知県もこのモデル事業に参加するために高知県医師会地域臨床研修委員会をたちあげて、検討を始めたばかりである。

櫻井常任理事 日医としての考えは、プライマリ・ケアとしての医師を中心として育成して行きたい。外来医療をできる医師をまず育てていきたいという考えがあり、患者さんとの関係をうまく構築できる医師を育成したい。地域の医療を支えていけるような広い知識を持っていただきたい。そして、生涯教育を一生行える制度を作って行きたい。国も大学も医師会も以前と同じ研修医制度であれば何ら意味を成さないわけであるから、ぜひともうまく制度化され実行可能になるようご協力をお願いしたい。昨年からモデル事業として、栃木県で 1 名、今年、岡山県と大分県で各 1 名、栃木県でもう 1 名が予定されている。

#### 8.SARS に関する諸問題 《徳島県・香川県》

台湾人医師（SARS 感染）が四国に旅行したことによる混乱で、SARS に関する諸問題が立ち上がった。SARS に対する各県の対応はどのようにされているか。

会員から出た問題として、医療機関に対する経済的保障問題があり、医師が倫理に基づいて患者さんの要請に応えた結果被る損害に対して、日本医師会は「会員よ頑張れ」「国民の健康はわれわれが守る」という意思表示のためにも、早急に医師賠償保険の改正もしくは見舞い金制度などの対応をお願いしたい。

各県とも厚労省の対策による各県独自の（あまり差はないが）行動計画や、病院での訓練等を行っているようだが、当県のように、すべて疑いのある・心配のある患者さんは保健所を通じて、定められた医療機関を速やかに受診するようなポスターを、県・県医師会の共同で作成したところはない。

櫻井常任理事 初期診療に関しては、各都道府県に対しての対策をお願いした。その結果各医師会を中心にシステムができ上がったことは、ありがたく思っている。しかし、不法入国を含めかなりの問題が出てくる。保障に関することはやはり各医療機関における休業補償を利用していただきたい。徳島県も香川県も今度の事例を含めて、各県医師会も今後このようなことが発症した場合は、

日医に報告書を挙げていただきたい。情報として流していただくことが、今後の対応として重要となる。

#### 9. メディカルコントロール（MC）体制への対応について 《山口県》

2 月に県救急業務高度化推進協議会で、地域 MC 協議会の地区割り、業務内容、設置要綱が決定された。以下の点について各県の状況やお考えをご教示いただきたい。

救急救命士、高規格救急車の整備率は  
地域 MC 協議会委員の選定と構成は  
救急救命士の気管内挿管実施施設は確保でき  
そうか  
県行政の救急業務高度化推進への取り組み姿勢（事業）はどのようなものか  
事後検証記録の情報開示は

当県では救急救命士の達成率が平成 14 年度で 87.3%、17 年度には 100%となる予定。高規格救急車の充足率は平成 14 年度で、59.2%、17 年度に 85.9%となる予定。他の県と比較するとおおむね達成率がよいようである。

当県では救急救命センターを中心とした西部、中部、東部の 3 つに区切りされた。医療機関関係者の委員の選定については主に県医師会が推薦する形で行っている。ただ、郡市医師会の役員が委員として位置付けられていない。他の県も郡市医師会の役員の構成比率は低いようである。まだ選定されていないところもある。

全麻酔症例が年間 500 例以上で、麻酔専門医の指導のもとで全身麻酔症例を 30 症例以上実習指導できる施設となると、各県とも施設の確保は難しい。救急救命士に気管内挿管を実習させるには、麻酔前診察の時に患者さんにその旨を伝え了承を得なければならない。インフォームドコンセントの問題で、実現はかなり難しいと思われるが、実際に MC 体制は動き出したわけで、制度の見直しも必要ではないかという意見も出た。

当県の救急業務高度化推進事業費として、平成 15 年度は 6,700 万円確保している。

事後検証の内容や情報開示は今後の検討課題であり、各県とも今からの協議事項となっている。

はっきり決定している県はない。

#### 10. 医療側からの児童虐待への取り組みについて 《広島県》

広島県内で県内医療機関での対応（通報、診断、治療、支援）の重要性が指摘されている。県内の医療機関等の施設にお願いし、32 の医療機関が児童虐待対応協力病院として登録された。今後体制整備に取り組むことになっている。医療側からの児童虐待に対する取り組みの現状をうかがいたい。

各県とも医療側からの提案で病院連携を構築しているところはない。また、県行政、地域医師会、小児医会、健康福祉センター、保育所、幼稚園等と連携し、連絡会議や講演会を持ち情報交換を行っている。また、行政や小児科医会が主宰となって、各県独自の児童虐待防止マニュアルを作成しているところが多い。当県も平成 15 年 3 月付けで山口県健康福祉部作成の「みんなでネットワーク（子ども虐待防止にかかわる援助関係者の連携マニュアル）」が完成して、6 月に配付された。ぜひご高覧活用いただきたい。

#### 11. 各県医師会独自の融資制度における融資条件並びに利率の現状について 《島根県》

福祉制度として「協力貯蓄制度」があり、会員に対する融資制度としてご利用を願っているが、現状の預金金利を鑑みるに、現在の融資利率の引き下げを申し入れたいと思っている。各県医師会において同様の制度があれば、融資条件と現在の利率及び利率決定方式についてお教え願ひ、申し入れの根拠としたい。

各県とも契約銀行の基準金利に連動しているところがほとんどであり、短期プライムレート比の提示がされたが、詳細は省略させていただく。なお当県の短期プライムレート比による貸付利率は、中四国 9 県の中で一番低かった。

#### 12. 金融不安の中、銀行・生保会社対象の会員福祉のあり方について 《岡山県》

銀行・生保を対象とした貯蓄性を生かした制

度があれば現状・今後の対策をご教示されたい。

グループ生命保険制度を運用されておられれば、加入率問題等について対策等のご示唆をいただきたい。

に関しては広島県が私的病院特定退職金共済会を設立し、従業員の退職金制度を導入しているが、資産運用が難しく予定利率を下げざるを得ない状態である。他の県にはこのような制度はない。

に関しては、各県とも加入率が低下し、50%を下回っているところもある。かろうじて 50%を越えるよう保障内容の充実、加入対象者の拡大等の対策で加入促進を図っている状態である。

#### ・日医への要望・提言

##### 1. 新たに実施される臨床研修医制度における日本医師会の考え方について。 《広島県》

- \* 日本医師会は新たに実施される臨床研修医制度において、現在大きくパラダイムが転換されつつある医療に相応しい医師像の基本理念を示すべきである。
- \* その基本理念のもとに、地域臨床研修におけるコアカリキュラムについて県医師会参加による検討委員会を、日本医師会として至急立ち上げることを提案する。
- \* 指導医の養成等、研修医受け入れ体制について、医師会側の一定の基準を早急に決定する必要がある。
- \* 研修医の身分と報酬のあり方等について議論のすれ違いがある。この点について日本医師会の明確な見解を示していただきたい。

##### 2. 検診や予防接種等に対する消費税の取り扱いについて 《山口県》

地域保健における各種健診や予防接種等の料金に対して、消費税を算入するのか、次の 5 項目について日医の考えをご教示いただきたい。

妊婦健診

乳児健診

学校健診

成人病健診（検診）

予防接種（個別接種料金については、技術料 + ワクチン料 + 保管料が料金設定の基本になると思われる。全体の料金に対して消費税を算入するのか、それともワクチン料のみについて算入するのか、いずれが妥当か）

櫻井常任理事からのはっきりしたコメントはなかったが、これから消費税率を上げる可能性が大きいので、この問題は、はっきり定義を作成しておかないといけない課題である。

### 3. 医療機関、特に診療所における電子カルテ導入について 《鳥取県》

- \* 日本医師会は医療機関、特に診療所の電子カルテの導入へ向けてどのような展望をお持ちか。また、導入に向けて具体的なプランをお持ちであればお教え願いたい。
- \* 医療情報の電子化が進む中で、レセプト電算処理や将来のレセプトオンライン提供へ向けて、日本医師会はどのようなスタンスにたっているのかお教えいただきたい。
- \* 電子カルテ導入医療機関に対する指導監査は、従来の紙カルテに対するものとおのずと異

なってくると考える。電子カルテ導入医療機関に対する指導監査体制の見直しについてお考えをお教え願いたい。

### 4. 日医医師年金制度の当面の問題点と今後の課題について 《岡山県》

- \* いかにもスケールメリットの有利性を勘案しても、現在の年利 1.5% を維持できるのは、銀行より生保のいわば楽観的推測によって算定されたものと窺われる。はたして責任準備金確保の今後の見通しは。
- \* 現在年金受給を受けている会員は配当給付金の減額を実感して憂えている。また、このような実情から今後の新規加入会員の減少に繋がることを危惧しているが、今後の対策等についてご教示いただきたい。

「以上日医への提言が提出されたが、問題が大きく、そして、協議時間が大幅に超過したため、櫻井常任理事からのはっきりした解答は得られなかった。

[記：理事 濱本 史明]



## 特別講演 『わが国の医療費とその財源』

日本医師会長 坪井 栄孝

[記：理事 廣中 弘]

坪井会長は今回の講演で、これからの日本の医療を守るために、すなわち官僚管理による現在の状況から離脱するために、「日医として医療費財源の確保に踏み込んだ、独自の医療提供体制・医療保険制度というものをつくり、よりよく修正していくよう提案していく」考えを明らかにした。

従来「日医は診療報酬の改定を行うときには、その財源には口を出さない。財源の問題に関しては踏み込まないとの不文律があった」とし、過去

には「診療報酬の改定率がいくらで、どれくらいの財源を用意してくれるのか」を、日医のトップが厚生省保険局長と話し、局長が大蔵省と交渉する。いわば当時の保険局長の押しの強さで決まる部分もあった。厚生省・大蔵省との話し合いの中で、日医はいかに「質のよい医療を提供」して行くか、それに対して国はどのようなお金の出し方をするかという合意があり、日医は基本的スタンスとして財源に踏み込まないことを堅持してき

た。しかし、坪井会長はこのような改定のあり方に「非常に大きな疑問を感じていた」と述べ、「われわれは医療を提供する立場から、財政に関与すべきである」と強調。診療報酬改定のあり方については、「今は、老人医療費や人口増など、いわゆる“量”が主体であり、医療の“質”や提供体制に対する評価は皆無である」と批判し、中医協を通じて問題点を主張していく考えを示した。

同日配付された資料『2004 年度厚生労働省概算要求に対する日本医師会の要望』によると、最低限確保すべき医療費として 31 兆 7,706 億円(医療費ベース)を要求する方針が明示されている。坪井会長は、こうした要求を政府・与党に行う一方で、医療を提供する立場から財政に関与すべきであり、そのために「しっかりした担保を国に出さなければならない」と述べ、「医療は国家安全保障」であり、国民の合意を得るためには、「医師自身の意識構造改革が必要」であり、医の倫理についても「医の倫理が法律を超えることもある」ことを再認識すべきであると主張した。

医療費財源の負担のあり方については、「事業主負担が軽すぎる」とし、平成 17 年には現在の構成比 19.8%を 30%に引き上げ、家計負担を軽減すべきであると主張。さらに医療費財源を確保する観点から、国家予算のうち、国の歳入(国税・地方税・保険料)に占める厚労省の構成比が 18.6%であるのに対し、財務省が 42%、総務省が 29.1%を占めているとし、特別会計 266 兆円の無駄について、具体的には天下一人事の人件費や退職金に関するデータを示しながら「財務省の無駄」について迫り、国家安全保障としての公共財と位置付ける医療費への配分を求めていく考えを示した。

坪井会長が『医療は国家安全保障』『医師自身の意識構造改革』『医の倫理』の 3 つのキーワードをスローガンに、日医が過去の不文律を超え「財源問題に踏み込んで要求する」と明言されたことは、大きな方向転換であり、われわれも多いに期待しエールを送りたい。今後の日本医師会丸の舵取りをしっかりとお願いしたいものである。



## 特別講演 「医療制度改革をめぐる自由と平等」

参議院議員 武見 敬三

[記：理事 西村 公一]

今日のような医療保険制度を大きく組み替えるという時代において、いかにして今日の皆保険制度が確立されるに至ったかという経緯を確認することを通じて、わが国の今日の医療制度改革において、守るべきことと改革すべきことをいかに解りやすく整理するか、ということに努めているところである。

### 1. 昭和 36 年一斉休診と 4 項目合意

まず第一に、この皆保険制度が導入された昭和

36 年時点の状況を改めて振り返ってみると、この時行われた制限診療の撤廃と同時に診療報酬引上げを目的とした一斉休診である。この時期以前の制限診療は、盲腸手術まで社会保険事務所の許可が必要で、その治療期間が延長される場合は改めてこれも連絡しなければならないというものであった。皆保険導入にあたって、このような制限診療をいかに撤廃するかが大きな課題だった。当時、父である武見太郎日医会長と、田中角栄政調会長との間で取り交わされた確認書で 4 項目の

合意がなされているが、その合意の内容というものは今日においても、皆保険制度を維持するための基本だろうと考えている。

まず第一点は、「医療保険制度の抜本改正」で、さまざまな保険を寄せ集めて皆保険制度にすることの問題点を指摘し、こうした医療保険の統合を強く求めたものであった。今日でもこの保険の統合は実現されておらず、もっとも深刻な医療保険制度改革の課題になっている。

第二点は、「医学研究と教育の向上と国民福祉の結合」という内容であった。わが国の内外における医学研究の成果を、迅速に保険で使える努力をすべきだということの確認である。それ以前は、保険者は新薬等の保険収載が医療費の増加につながることを恐れて、迅速に給付の対象とすることができなかつたという時代であった。これに対して、改めてこれらの医学研究の成果を迅速に保険収載し、公的な医療保険で使えるよう常に最大の努力をすることが約束された。この点は大きく改善され、今日に至っている。

第三点は、「医師と患者の人間関係に基づく自由の確保」という内容である。これは医師と患者、すなわち国民の自由の制限をいかに撤廃させるかという考え方であった。昭和 32 年厚生省令のいわゆる「療養担当規則」では、特殊療養等の禁止、さらには使用医薬品及び歯科材料について、保険医は厚生大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に使用し、又は処方してはならない、ただし薬事法に基づく治験は例外であるとなっていた。保険で認められない薬を使うと、保険の権利をすべて放棄して自由診療に切り替えさせられるということ

であった。

これに対して、当時、武見太郎日医会長が主張したことは、保険料を支払っているのにその給付を受ける権利を放棄しなければならないというのは矛盾であり、患者が望むことは、その点だけ自己負担にすればよく、保険者が決めることではない。これは医師にとっても患者にとっても自由の侵害であるというものであった。そして、この主張を田中政調会長に受け入れさせたわけである。その後昭和 57 年の段階で、この不必要な規制が緩和されたと述懐している。しかし、その後 80 年代、90 年代と療養担当規則というものがまた再び厳しく医師の裁量権を制限し、その内容を整理する形で官僚主導で運用されてきたという経緯がある。

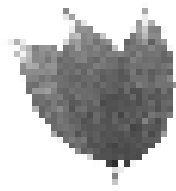
第四点は、「自由経済社会における診療報酬制度の確立」で、これは極めて難しく、この統制経済的な公定価格で公的な医療保険が運営される中で、いったいどこまで自由経済社会の原則が組み込まれるかという点を最大限追及すべきだということであった。

以上の 4 項目が当時の時点で確認をされていた。

## 2. 昭和 46 年保険医総辞退と日本医師会の政治基盤確立

昭和 46 年に再び保険医総辞退が行われた。しかしこの時には第一回の総辞退で国民の批判を被っており、そのため総辞退をするにあたって国民健康保険はその対象から除外し、その他の保険者にかかわる保険に対する総辞退であった。その

**病・医院経営をあらゆる面からサポートします。**



**徳島メディカル株式会社** TEL: 087-20-337613

〒760-0001 徳島県徳島市本町1-1-1  
 〒760-0001 徳島県徳島市本町1-1-1  
 〒760-0001 徳島県徳島市本町1-1-1

結果として官僚統制の打破、医療基本法の制定や医療事務の簡素化といった 12 項目の合意が当時の佐藤内閣との間で取り交わされ、日本医師会は相当の成果を得ることができた。その中では、学問の自由と生命の尊重というものは不可分のものであって、それを大前提として、診療報酬の引き上げをこれに合わせて一体化して主張することがその基本となっている。

この昭和 46 年の保険医総辞退を通じて、当時の日本医師会の政治的基盤というものが強固に確立し、そして公的な医療保険の給付の中で出来高払い制を基本として、医師の裁量権がかなり大きく尊重される形でその制度の運用が行われる政治的基盤が確立したのである。

### 3. 昭和 59 年厚生省の巻き返し

昭和 59 年には新たな転機の次期に入った。初診時一時負担のみであったところに患者本人一割負担が導入され、さらには特定療養費というものが入ってきた。これは医療技術の高度化、医療に対する国民のニーズの多様化に対応するため、公的医療保険としての医療サービスの水準を確保しつつ、患者の選択による追加的なサービスを認めたものである。

ところが、昨年の診療報酬改定では、180 日以上の入院患者について、医師の裁量性に基づく判断ではなく、単に厚生労働大臣の定めた疾患の分類によって、患者が自ら選択できないにもかかわらず、入院基本料の約 15% を無理やり負担させられるという取り決めになっているのである。これはまさに、患者にとっての自由を束縛し、そして患者の選択権というものを排除してしまい、

無理やりに無原則にこの特定療養費というものを診療報酬の中に組み込んだ、悪例のひとつである。


そうなると憂慮されるのは、この特定療養費が濫用されることによって、公的医療保険の給付の守備範囲が不適切に縮小してしまい、患者に対して等しくよりよい医療を提供するという、公的医療保険の基本が崩れてしまうということである。

### 4. 患者にとっての自由と責任

この自由と責任というのは医師の側だけではなく、患者の側にもあるということを目指したい。先の通常国会では、健康増進法という法律が採択されたが、その中で生活習慣病が死因の 6 割を占めるようになって、その予防医学的なサービスの重要性が指摘された。そのためには国民一人ひとりが、自らの健康は自ら守るというきちんとした責任感を持って、主体的に取り組む必要性が初めて法律の中に書き込まれたのである。これに基づいて国民自身も自らの健康を維持し、そして増進せしむる努力をすることが求められることになる。

これが患者にとっての自由と責任、国民にとっての健康にかかわる自由と責任だろうと思う。

わが国の医療制度改革が誤りなき道を歩めるように、特にまた臨床の現場における先生方の活動がもっとも適切な治療を行いうるような環境を整備できるように、そしてまた患者にとってもその自由がきちんと保障され、適切な治療を受けることができるような医療制度改革を徹底して行わなければならないと考えている。



**南医院のニーズにあった医師業務の提供**

**（株）ニシイ学館**

徳山支店 ☎08324-31-8030

〒745-0036 徳山市本町 1-3 大同生命徳山ビル 4 階

- 日 - . . . . . 10:00~18:00 (土曜・日・祭日)



## 理事会

## 第 4 回

6 月 19 日 午後 5 時～ 7 時 15 分

藤井会長、藤原副会長、上田専務理事  
東・木下・小田・藤野・山本各常任理事  
井上・吉本・三浦・濱本・佐々木・津田・  
西村各理事、末兼・青柳各監事

## 協議事項

1 日医と中四国ブロック医師会との意見交換会  
について

提出議題について検討を行った。診療報酬改定  
と医療政策について提出することとした。

## 2 報道機関との懇談会について

地域医療、医療安全対策、国民皆保険制度堅持  
の立場等についてマスコミの理解を得るため懇談  
会を行う。

3 名義貸しに係わる保険医等の取り扱いにつ  
いて

名義を貸した保険医、及び名義貸しを斡旋した  
保険医に対する行政措置の取り扱いについて、実  
態調査の際、都道府県医師会の立ち会い協力を依  
頼された。了承。

3 看護師学校養成所 2 年課程 ( 通信制 ) 説明会  
について

准看護師向け通信制看護学校養成所設立につ  
いて、健康福祉部より説明会が開催されることと  
なった。この事前調査の依頼を受けたことにつき  
協議を行った。

## 報告事項

## 1 社保国保審査委員連絡委員会 ( 6 月 5 日 )

詳細は次号参照。 ( 佐々木 )

2 看護学院 ( 校 ) 担当理事・教務主任合同協議  
会 ( 6 月 5 日 )

学院運営状況として、13 項目の基本調査を行っ  
たが、地域によっては所属医療機関のない学生が  
多くなった。また、国家試験での合格率は上がっ  
ていた。

各学院からの意見要望では、母性看護の実習施  
設確保が難しく、広範囲に対応を求めている。特  
に男性は実習施設がまったくなく、ビデオ実習だ  
けとなっている問題が指摘された。 ( 津田 )

## 3 山口県学校保健連合会理事会 ( 6 月 5 日 )

決算報告・役員改選・事業計画案と予算案審議・  
ブロック研修の取組・自主研究団体の審査が行わ  
れた。

県教育長から小中学校に対して敷地内禁煙を指  
導するよう要望した。 ( 濱本 )

## 4 地域医療対策委員会 ( 6 月 5 日 )

3 件の事案について検討。 ( 藤野 )

## 5 日医連第 2 回若手会員研修会 ( 6 月 7 日 )

自由討論では活発な意見が交わされた。後日、  
山口県からの出席者による意見交換会を開催す  
ることとした。 ( 濱本 )

## 6 県医学会・県医師会総会 ( 6 月 8 日 )

出席者 222 名、午後の市民公開講座 316 名。  
会員表彰を行った。 ( 上田 )

## 7 心臓疾患対策協議会 ( 6 月 9 日 )

県内の心臓手術症例、心筋梗塞発生状況、先天  
性心疾患の発生頻度について報告が行われた。ま  
た、検診と突然死予防について特別講演が行われ  
た。 ( 濱本 )

## 8 第 1 回広域予防接種運営協議会 ( 6 月 12 日 )

今年度より予防接種広域化が実施されたこと  
について、問題点の検討を行った。

多くの要望があった予防接種医の資質向上につ  
いて、今後生涯教育と連携して研修を実施する。

その他、料金統一については、各地域の格差是  
正について検討が行われたが、今後も継続審議す  
ることとした。 ( 木下 )

9 花粉情報委員会 (6 月 12 日)

スギ・ヒノキ花粉飛散は過去 10 年間で 3 番目に多い結果となった。また、飛散状況は随時県医ホームページに掲載を行う。

なお、花粉測定講習会を 12 月 7 日に開催することとした。(吉本)

10 山口県社会福祉審議会 (6 月 12 日)

健康福祉行政を取り巻く状況と対応、支援費制度の施行状況、子育て・少子化対策の推進について協議。

また、児童福祉専門分科会保護母子部会では、8 件の里親申請が行われ、いずれも認定された。(藤野)

11 山口県医療対策協議会病院等開設専門部会

(6 月 12 日)

報告 4 に同じ。(藤原)

12 日本救急医学会中四国地方会評議委員会

(6 月 13 日)

会員種別の扱いについて、ワーキンググループにより制定を行うこととなった。

また、PTEC インストラクター養成のためのカリキュラム策定について報告が行われた。(上田)

13 日医医療安全推進者養成講座 (6 月 15 日)

会計学概論・法律学概論・診療情報管理概論について開催された。年々参加者が増え、今年度は千人を超えた。(吉本)

14 日医社保診療報酬検討委員会 (6 月 18 日)

2004 年度診療報酬改定に向けた義論が行われた。3 月 28 日診療報酬体系見直しの「基本方針」

閣議了承を得たことにより、中医協にて順次具体的審議が開始された。主な検討課題として、特定機能病院の包括評価及び検証・医療機関のコスト等調査・医療技術の評価等が挙げられている。

(藤原)

15 県医と産業保健推進センター連絡協議会

(6 月 18 日)

推進センターと県医連携による、産業医研修活動を行うこととした。メンタルヘルス・過労死等を課題とし、特に過労死を重点的に対策を行うこととした。

また、センターの所轄 9 か所において、郡市医師会員を対象とした過重労働対策の実地研修を行うこととした。(木下)

互助会理事会

第 4 回

1 傷病見舞金支給申請について

2 件について協議、承認。

医師国保理事会

第 4 回

1 全協中国・四国支部総会並びに委託研修会について (6 月 7 日)

事業報告・収支決算・事業計画・収支予算、その他会費について協議を行った。

2 第 7 回開催準備委員会について (6 月 12 日)

大会運営について協議。

エピソード カフェ 300

エピソード S300/S600

エピソード S300/S600





## 今次（平成 14 年 4 月）診療報酬改訂の問題点

### - その 2 -

編集委員 加藤 欣士郎

昨年 4 月の診療報酬改訂はマイナス 2.7%（診療報酬本体マイナス 1.3%）の史上最悪の改訂であった。さらに、その中味をみればダウンが 2.7% で済みそうにないことがわかり、また、整形外科が狙い撃ちされていることを知り、本会報の昨年 5 月 11 日号にその問題点 - その 1 - を記した。ここでは外来点数、とくに再診料の月内逓減制、慢性疼痛疾患管理料、リハビリの算定制限、処置の月内逓減制の問題点を論述した。そして、さらに次回には入院点数の問題点とあるべき診療報酬の方向付けをする旨予告した。それが、今回まで延び延びになってしまった。

その理由は今回の改訂が余りにも酷い内容で、実際に整形外科診療所を営む筆者が経営的にかなりの苦戦を強いられることになり、診療報酬について高邁な理念をうたう余裕すらなくしてしまったことによる。また、可及の問題は再改訂につきることになり、取り敢えず今回の最たる不合理である「再診料、リハビリ、処置等の逓減制と算定制限」「手術料の施設基準による減額」「180 日超入院患者の特定療養費化」の 3 点の是正を最優先課題として取り組むべきと考え直したことによる。

また、この一年に今回の改訂が医療機関の経営に甚大な影響があったことが明らかになった。そして、日医、各医会、とりわけ臨床整形外科医会の懸命な再改訂に向けての取り組みがあった。果

たして、この 6 月、再診料の月内逓減制が撤回された。やっとこさ、ほんの一部を取り返すことができた。さらに、次回改訂までも残された時間はあまりない。よって、今号では今次改訂以後の経緯をさらし、次回改訂に向けた可及の課題を指摘することのみに論旨を絞ることとしたい。

今次改訂は実際に整形外科の経営を直撃した

今回の改訂による整形外科の減収には目を覆いたくなくなった。日医の緊急レセプト調査では、平成 14 年 4 ~ 6 月分で整形外科外来点数は 1 日当たり点数でマイナス 6.37% であった。内科がマイナス 0.59%、外科がマイナス 2.99% と比べても整形外科のダウン率は突出している。また、臨床整形外科のアンケートでは外来収入のダウンは 9% を超える結果となった。筆者の診療所では患者 1 人当たりの 1 日単価は、平成 13 年 4 月が 2,134 円、14 年 4 月が 1,825 円で、マイナス 14.5% となった。昨年 4 月のレセプトを集計してこの結果を知ったとき、余りの恐ろしさに身体が凍てついてしまった。例えこれまでと同じ患者数が確保できたとしても、これまでと同じ診療を続けるならば、収入は 14.5% 減ってしまうのである。月々必要な経費は変わらない、ただ収入だけが減少するのである。マンパワーに頼る医療機関ではリストラを断行するわけにはいかない。経

費の削減をしてもしれたところである。マクドナルドならば値引きをすれば客足が伸びることも期待できるかもしれない。しかし、これとて思ったほど売り上げ増にはならなかったのか、値引き売りはすぐにやめてしまったではないか。ならば、どうしよう。診療報酬の早急な再改訂を期待するしかない。

整形外科のダウン率がこんなに大きくなった最大の理由は再診療の月内逓減にあった。整形外科では通院回数が他科に比べ多く、内科が月 2.1 回に対して整形は 4.3 回である。また、特定疾患療養指導料などの指導料が一切算定できず、収入に占める再診料の算定比率が高いことがある。当院の減収が 14.5%とわけて大きくなったのは、通院回数が 6.3 日と多く、今回の逓減制にかかる再診料の占める割合が多くなっていることによる。

### 再診料の月内逓減制が最大原因

日医は緊急レセプト調査の集計の中で、再診回数の分布を分析している。そして、整形外科診療所では逓減制にかからない 3 回までの通院は 20%しかなく、通院患者の 80%が再診料、リハビリ、処置の逓減制の影響を受けることを結論している。これが昨年 8 月に発表された。しかし、ちょっと待ってほしい。日医がアンケートを分析してはじめてこのことを知ったとすること自体が問題なのである。整形外科の開業医ならば、昨年 2 月 20 日の改訂公示で、月 4 回目以降の再診料が半減することをみたとき、誰もがこの結論を直感した。

ところがである。今次改訂の中医協の審議の中ではマイナス改訂を前提とすることについて基本的点数である初診料か再診料のいずれかを引き下げることが迫られた。当初、保険者側は初診料の引き下げを求めたが、医師会側が初診料の引き下げに拘って取って再診料の引き下げを受け入れたことを日医の担当理事が証している。たしかに初診料は単価が高い、しかし算定頻度は圧倒的に再診料が高いのである。例え月 4 回目以降としても半減するとなれば、まして初診料を半減するまでにはないのであれば、いずれを取るべきが明らか

かであろう。

日医総研ができて何年になろう。医師会のシンクタンクとして大いに期待されている。前田由美子氏の健保財政の分析のように優れた研究も多々ある。しかし、一般的な経済分析や医療保険の研究だけではその役割は果たしたことはない。会員の収入の最たる診療報酬についてはまったくその研究がなされていない。もし、日頃から日医総研が各診療科の診療報酬の算定データを収集、分析していれば、また日医がそのデータを基に診療報酬の改訂の方策を用意していれば、今回のような事態は防げたかもしれない。

### 6 月やっと再診料がもどった

さる 5 月 20 日の中医協で再診料の月内逓減制の撤廃が決まった。整形外科医はほっと胸を撫で下ろした。診療所 73 点については、前回より 1 点ダウンとなり、また今回の 1 回目の 81 点からは 8 点もダウンすることから不満の声もある。しかし、診療点数の再改訂をすること自体が難しい中でよくここまで漕ぎ着けたものである。今回の再改訂については、財源措置をしないことを前提に、「一物多価」となる不合理を是正することを理由付けとしたため、1 点のダウンですんだこと御の字である。初回再診の 81 点についても、もともと今回の月内逓減制の「頻回受診」の抑制を目的とする厚労省の政策誘導のため併せて設定されたものであった。その意味で、ダウンについては辛いところではあるが、平坦化できたことの方は評価すべきである。

実際、当院ではこの再診料の再改訂だけで、シミュレーションの結果、14.5%のダウンの 9%を取り戻すことができそうである。しかし、通院回数の少ない科でマイナス改訂になる場合もあり、整形外科ばかりが喜んでいられるわけにもいかない。各科のシミュレーションをしてみると、例えば、通院回数 1.7 回の耳鼻科では再診料・外来管理加算の算定分の 3.4%ダウンとなる。通院回数 2.2 回の内科では 0.2%のアップとなった。ほぼ、通院回数で 2 日あたりがアップ、ダウンの分岐点になりそうである。ただ、通院回数の少ない科では確かにダウンになるが、その率は比較的軽微である。

また、通院回数の多い科のアップは回数が多くなるほど大幅になる。総体としては、救済される機関、点数額の方が圧倒的に優位となるようである。

#### リハビリ・処置の月内逓減制と算定制限の撤廃

今次改訂の不合理的はいくつもあるが、基本的かつ緊急に是正すべきものは、再診料、リハビリ、処置の月内逓減制と算定制限、手術料の施設基準の基づく減額、180 日超の入院患者入院料の特定療養費化の 3 点であると考え。これは日医の再改訂の基本的課題と一致する。よって、本来なら再改訂を前提として中医協の議論の俎上についていなければならないものである。しかし、この中で再診料だけがやっと再改訂に漕ぎ着けたものの、他の課題は手付かずである。いまの時期、もはや再改訂は望むべきもないが、最悪次回改訂ではどんなことがあっても撤回させなければならない。

リハビリ、処置の月内逓減制と算定制限の問題点は前号で述べたところである。本来、再診料と同時にこれも再改訂されるべき筋合いのものである。再診料の逓減制は一物多価が不合理であること、患者負担に説明ができないことが理由として再改訂された。ならば、リハビリ、処置の逓減制も同様に不合理である。よって、早急に撤廃させなければならない。

#### 手術料の施設基準による減額の撤廃

手術料が施設基準に満たない場合は 30% 減額となった。手術に区分を設け、区分毎の年間手術数と担当医師数が基準に達しないときは、手術点数を 100 分の 70 で算定せよとするものである。これには外科系の学会は猛反発した。そもそも、診療報酬の手術点数は外科医の技術、施設コストを正當に評価、反映したものではなかった。そこへもっていきなりの減額である。さらに、手術の区分構成、件数の設定、専門医の規定についても医学的な、あるいは統計的な根拠は何も示されていない。件数の規定については地域医療の供給体制に悪影響を及ぼす危惧すらある。

厚労省の意図は奈辺にあるのか。一つは医療費

の抑制であろう。しかし、これはないであろう。そもそも外科医にとってまだまだ不十分な技術評価をさらに引き下げることなど言語道断である。また、技術の集積による医療の高度化を狙ったものか。これには、賛否があろう。医療は地域に根ざしたものである、この点他の先端技術と根本的に異なる。技術を基幹施設に集中させればこと足りるものではない。もし、技術の進歩がその集積により計られることを是としても、それはもっと戦略的な医療政策の中でうたわれるべき筋合いのものである。まして、診療報酬点数の中でこせこせと誘導すべきではない。

はたして、昨年 10 月には厚労省は手術料の減額について施設基準を緩和する告知を出した。外科系学会の要望を一部受け入れることとなった。厚労省にしては、あまりの素直さである。4 月に出したばかりの通知を、まだ届出も実施もされていないうちに、そそくさと変えてしまう。いったいこれは何なのか、朝令暮改も甚だしい。当初の基準策定がいかにもいい加減であったのかを厚労省自らが認めていることになる。施設基準の緩和でいくつか救われる施設はある。しかし、基本的にはこの施設基準の導入自体が誤りなのであるからして、早急に撤廃すべきである。

#### 180 日超入院患者の入院料の特定療養費化（保険外し）の撤回

特定療養費化とは「保険外し」に他ならない。「混合診療」への道を開くものである。今回初めて診療報酬の本体部分にその魔の手がのびた。180 日を超える入院患者の入院基本料の 15% をカットし、それをまるごと患者負担にするというものである。

山口県では 3,000 人弱の入院患者がその対象になる。入院基本料の 15% ととして、月 4 ~ 5 万円の負担増を強いられることになり、さらには強制退院の危惧すらある。長期入院は「社会的入院」と揶揄される。しかし、そうであろうか、入院が長期化するのには、それぞれの患者にそれぞれの事情があるからである。実際、退院できるまでに病状が回復していないからである。それは、病状の重症度によることもあれば、退院後の受皿の

事情によることもある。介護保険が実施されたか  
とあって、その進捗状況は速やかではない。在宅  
にせよ、療養施設にしてもそのインフラ整備は未  
だ不十分である。自らがその責任行政である厚労  
省が、己れの不備を顧みず、患者と医療機関にそ  
の責めを押しつけることに他ならない。

長期入院の特定療養費化については、当初入  
院基本料の全額を保険から外すとする強行意見も  
あった。15%はまだまだ「穏やか」とする向き  
もあるが、一割、二割そして三割となった相次ぐ  
窓口負担増の手口をみれば明らかなように、これ  
もいずれか負担増は自明のことであろう。これま  
で、日本の健康保険制度は保険診療を遵守するこ  
とで維持してきた。窮屈ではあっても、それが世  
界に冠たる日本の国民皆保険を守り、発展させる  
に繋がるからこそ、患者も医療機関も国もルール  
を守ったのである。ここへきて、国が一人そのル  
ールを破った。ルール違反は罰せられるべきである、  
日本は法治国家である。

厚労省は早急にこの「悪改訂」を撤回して、入  
院患者が早く退院してその本来の居場所に戻る  
ように、在宅介護を充実し、また、長期療養施設  
を整備することにこそ普請するのが本来である。

これら 3 点は今次改訂の最大の問題点であり、  
早急に再改訂されねばならない課題である。本  
来、次回改訂まで持ち越すべきではなかった。ま  
た、今次改訂にはまだまだ多くの問題点が山積し  
ている。しかしながら、次期改訂までも残された  
時間はあまりない。どんなことがあっても、上記  
3 課題だけは改めなければならない。秋には、概  
算予算の枠組が検討される、ここで次回改訂の財  
源が決まってしまう。一昨年は小泉内閣の独善的  
ともいえる官邸主導で煮え湯を飲まされた。残念  
ながら今年も小泉独善内閣が延命しそうであり、  
状況は厳しい。ここは、日医に頑張っていただ  
きたい、起死回生を期待するところである。とにか  
く、医療財源を確保すること、これが次期改訂を  
有利にすすめる前提である。財源の獲得について  
は厚労省と利害は一致する。敵は官邸、財務省で  
ある。しかし、その先厚労省が敵にまわる。中医  
協では、もっともっと日医に頑張っていただ  
きたい。今次診療報酬の改訂で厚労省の犯した誤謬は

先に指摘したとおりである。診療報酬の目的、保  
険診療の理念からして、もはや厚労省に勝ち目は  
ないのである。日医にはただ正論を貫いていただ  
きたい。

## 日医の提案する「外来基本料」には断固反 対する

日医は医療保険制度検討会議を設け、この中  
で「診療報酬体系の考え方 - 診療報酬体系の見直  
しに対する基本方針の提案 -」が中間報告された。  
ここではその全容については詳述できないが、「あ  
るべき診療報酬体系の基本的方針」の総論で「出  
来高払い方式を原則とするが、合理性を有する範  
囲で包括支払い方式と出来高払い方式を組み合わ  
せる」ことを述べている。そして、現行の診療報  
酬体系が複雑すぎることから、一般系統の「外来  
基本料」(ルチーン化している検査などをマルメ  
る)を提案している。各論については今後引き続  
き検討し最終答申とするとしている。

日医が診療報酬について検討会議を設置し、日  
医の診療報酬に対する基本的な考え方を確認する  
ことは評価できる。むしろ、遅すぎたきらいがあ  
る。これまで、診療報酬は改訂の度、なんとかア  
ップを勝ち得ていた。改訂の内容は厚労省に任せ  
きりであった。ただ日医の役割は各科の利害を調  
整することだけでよかった。それが、今回初めて  
のマイナス改訂になった途端、診療報酬に対する  
日頃の不備が露呈した。そして、今回の中間答  
申についても、残念ながらそれが尾を引き、綻びが  
でってしまった。

日医の診療報酬における基本的立場は出来高払  
いである。相手にいくら攻められようとも、これ  
だけは一步も譲れない。それが、「合理性を有す  
る範囲で」と注釈をつけたとしても、包括払いを  
許容することはありえないはずである。さらに、  
「外来基本料」を提案するに至っては相手の術策  
に自らを陥れるも同然である。

## 出来高払いが原則、点数の簡素化と「包括 化」は似て非なるもの

診療報酬点数は複雑、多技で簡素化が必要であ

る。それはわれわれが望んでなったものではなく、厚労省がその政策誘導のために改訂の度、加算点数を乱発し、また、医療費を調節するために追加通知を連発したからに他ならない。最近は加算はおろか、減算点数を乱発している。継続管理加算 5 点、特定疾患処方管理加算 15 点、多剤投与の減算、先発医薬品処方の減算 2 点、薬剤情報提供料 10 点等々、枚挙のいとまがない。これらのものは必要ない、再診料、指導料、処方料さえしっかり評価すれば、即刻削除してさしつかえない。「包括払い」と「簡素化」とは似て非なるものである。些細な加算に躍らされることなく、要らないものはノーといえよのである。

日医の提案する「外来基本料」は、点数の簡素化とは性格を異にしている。ルチーン化している検査等を総合的に評価するとはどういうことか。これまで、出来高払いの原則は技術とモノを明確に分離した上にそれぞれを評価、保障することにあつた。「外来基本料」ではこの原則すら成り立たない。簡単な処置、理学療法も包括されてしまう危惧さえある。何度も述べてきたが、整形外科ではその外来診療は再診料と処置料または理学療法料に依拠している。整形外科医は再診料 73 点と処置料 35 点または理学療法料 50 点で糊口をしのいでいるのである。この度、これらがことごとく蹂躪された。やっと再診料だけが回復したばかりである。処置料、理学療法料の減額はまだ回復もしていない、さらに、厚労省は次回改訂では理学療法料の施設基準のない(Ⅳ)の評価自体を否定的に検討していると聞く。整形外科医は処置点数と理学療法料の改善を要求し続けてきた。

「簡単な検査、処置」などと軽々しく言ってもらっては困る、塵も積もれば山なのである、これではなければ死活にかかわるのである。「外来基本料」は厚労省にしてみれば包括化の渡りに船、整形外科にとっては身内の身からでた錆である。

去る 5 月 7 日の中医協診療報酬基本問題小委員会、日医からこの「外来基本料」が提案されてしまった。日医の中では、これはまだ中間報告の中での一案でしかなく、最終報告までに各医会に諮って十分に検討することになっていた。まだ、内部の評価も得ていないものが、どうして中医協の場に出てくるか、まったくもって理解できない。これには臨床整形外科医会が猛反発した。日医宛てに、整形外科医の抗議ファクスが多数寄せられたことであろう。内輪揉めは願い下げである。いまはそんなことをしている場合ではない。残された時間はあまりにも少ない。ここは過ちは素直に認めて、一致団結し、当初の目的に向けて邁進しようではないか。

以上、今次診療報酬改訂の問題点について長々と述べさせていただいた。会報の紙面を多くいただいたことに恐縮する次第である。前号の拙文は東京都医師会雑誌に全文転載していただいた。また、本会報同号に掲載された今釜哲男先生の「診療報酬改訂と整形外科の危機」と次号に掲載された売豆紀雅昭先生の「『日医』様」も東京都医師会雑誌の同号に全文転載された。今次診療報酬については、山口県医師会報が問題提起の発進源になり得た証と思う次第である。 (完)



**Ca拮抗剤**

**ニバジール錠** <sup>2mg</sup>/<sub>4mg</sub>

(ニルバジピン錠)

薬価基準収載

**Nivadil** <sup>®</sup> Tablets

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品 注)

注) 注意-医師等の処方せん・指示により使用すること

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

製造発売元 **フジサワ**

大阪府中央区道修町3-4-7 〒541-8514

資料請求先：  
藤沢薬品工業株式会社

作成年月2001年11月

ご案内	<b>徳山医師会産業医研修会</b>
	<p>と き 平成 15 年 8 月 7 日 (木) 午後 5 時 ~ 6 時 30 分          ところ 徳山医師会特別教室</p> <p>「産業医に必要な眼科の知識」          産業医科大学眼科学教室教授 田原 昭彦</p> <p>取得できる単位：日医認定産業医制度 基礎研修後期 1.5 単位・生涯研修専門 1.5 単位          受講料：徳山医師会員以外は 1,000 円</p>

お知らせ	<b>日本医師会臨床検査精度管理調査</b>
	<p>日本医師会では、臨床検査の質的向上をはかるため、昭和 42 年度から臨床検査精度管理調査を実施しており、今年度も下記要領によりこれを実施します。</p> <p>実施時期：平成 15 年 9 月、10 月          試料送付日：(臨床検査室) 平成 15 年 9 月 29 日(月)(到着予定)          (試薬・機器メーカー) 平成 15 年 10 月 6 日(月)(到着予定)          回答締切日：(臨床検査室) 平成 15 年 10 月 6 日(月)          (試薬・機器メーカー) 平成 15 年 10 月 14 日(火)</p> <p>参加費用：55,000 円(試料・集計費・報告書作成費・送付料金等を含む。          ただし、振込み手数料は含みません。)</p> <p>申込受付期間：平成 15 年 7 月 1 日(火) ~ 7 月 22 日(火)          参加申込方法：参加を希望する場合は、「参加申込書」を日本医師会地域医療第 2 課          [TEL:03-3946-2121(代)]にご請求ください。</p>

ご案内	<b>SARS 講習会</b> <b>第 83 回山口県医師会生涯研修セミナー</b> <b>平成 15 年度第 4 回日本医師会生涯教育講座</b>
	<p>と き 平成 15 年 7 月 26 日(土) 午後 3 時 ~ 4 時 30 分          ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール</p> <p>特別講演 15:00 ~ 16:30          「香港に学ぶ SARS の臨床」 杏林大学医学部感染症学講師 小林 治</p> <p>取得単位          日本医師会生涯教育制度 5 単位          (日医認定産業医 基礎・後期または生涯・専門 1.5 単位 申請中)</p> <p>受講ご希望の方は、所属都市医師会へお申込みください。</p>



## 重度心身障害者・母子家庭医療費助成制度の改正について ~ 山口県からのお知らせ ~

ご案内

### 1 改正の趣旨

今回の医療保険制度改正を契機に、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。

### 2 改正内容

《重度心身障害者医療、母子家庭医療》

医療保険制度改正にともなう自己負担の増加分について、その全額を助成（H15.4.1 から実施済）

在宅患者等との負担の公平性の観点から、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	医療保険の自己負担分
	社保加入者：2割	社保加入者：3割
入院時食事負担	定額助成（1日 500 円）	段階的に廃止
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）

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

### 【問い合わせ先】

県庁厚政課 TEL: 083-933-2727

又はお住まいの市町村重度心身障害者医療担当課

母子家庭医療担当課

## 共済組合員証等の無効

お知らせ

記号番号 031-20001021  
 組合員氏名 三澤 直治  
 発行機関 法務省共済組合山口地方検察庁支部  
 番号 31350085  
 紛失年月日 平成 15 年 6 月 9 日

組合員番号 1305038  
 組合員氏名 藤岡 裕士  
 発行機関 厚生労働省共済組合石川労働局支部  
 保険証番号 31170194  
 紛失無効年月日 平成 15 年 6 月 12 日

被保険者証 山 6 12678381  
 交付年月日 平成 14 年 10 月 21 日

## 第 39 回山口県臨床整形外科医会

い  
案  
内

と き 7 月 26 日 ( 土 ) 午後 6 時 30 分 ~ 8 時 30 分  
 と ころ 山口グランドホテル ( TEL:083-972-7777 )

## 演 題

テ ー マ 「 発 育 期 の ス ポ ー ツ 障 害 」

山口県立中央病院部長 酒井 和裕

テ ー マ 「 関 節 リ ウ マ チ と そ の 治 療 に つ い て 」

北九州市立医療センター内科部長 古郷 功

日本整形外科学会教育研修会として認定されています。単位認定の必要な方は、  
 1 単位につき受講料 1,500 円を徴収致します。

世話人代表 喜多整形外科 喜多 正鎮

## 日 医 F A X ニュース

6 月 20 日 1365 号

安全性が確保された医薬品は一般小売店で販売  
 具体的方向性見えない  
 どういう場合でも株式会社の医療参入には反対  
 3 割負担で被用者保険本人の総点数は大幅減  
 SARS の外来診療医療機関は 527 か所

6 月 24 日 1366 号

社会保障は「平時の国家安全保障」  
 社会保障は国の施策の基本であるべき  
 特区評価委員会の委員長人事は「我田引水」  
 「潜在的国民負担率」50%程度を明記、火種残す  
 「医薬品」検討に問題あれば四師会として対応も  
 「潜在的国民負担率」の記述は一部修正へ

6 月 27 日 1367 号

遺伝子情報の取り扱いでプロジェクトを発足  
 文部科学省に厳重に抗議したい  
 購買業務の改善で職員 1 人分給与の捻出が可能  
 製薬メーカー、医薬品卸とも増収増益を確保  
 医療分野の規制改革は健康志向に便乗した商法  
 15 歳未満からの脳死臓器提供認める 日本小児科学会  
 SARS を「指定感染症」に 厚労省