

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 12 月 21 日号

1698



給水塔 (篠目駅)

尼崎 辰彦 撮

歳末放談会.....	958
第 85 回山口県医師会生涯研修セミナー	979
第 34 回全国学校保健・学校医大会	986
都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会...	994
第 38 回山口県医師会ゴルフ大会	997

日医 FAX ニュース	985
県医師会の動き.....	998
受贈図書・資料等一覧.....	1000
山口県感染性疾病情報.....	1001
お知らせ・ご案内.....	1003 ~ 1004

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

歳末放談会

と き 平成 15 年 11 月 15 日 (土)
15:30 ~ 17:30
ところ 山口県医師会館 5 階
役員会議室

出席者

編集委員

薦田委員・渡木委員・加藤委員
川野委員・堀委員・矢野委員 [司会]

執行部

藤井会長・藤原副会長・上田専務理事
東常任理事・藤野常任理事
吉本理事・濱本理事

矢野(司会) 今日はよろしくお願ひします。

自民党後退という結果で選挙も終わりましたが、財務省は、来年の診療報酬改定でマイナス 4 ~ 5% を要求しているようです。

毎年、この辺りが分かりませんが、今年を締めくくりまして、まず藤井会長より挨拶をお願いいたします。

藤井会長挨拶

先生方には、日頃会報の編集でご尽力いただきお礼申し上げます。

県医師会も広報活動を一つの柱にしており、会内と会外に分けておりますが、会内はやはり会報が中心となります。会報の中で、会員に対する正確な情報をいかに提供していくか、事柄だけでなく、その背景・環境、その結果がもたらすものを含めて正確な判断ができるような情報を提供していただきたいと思ひます。さらには、情報は受け取る方によっていろいろ違ふと思ひますが、できるだけ共通の認識ができるような、これは難しいことですが、提供の仕方をしていただきたいと思ひます。

また、立場によって情報が必要であるものとな

いものがあるかと思ひますが、それは会員がそれぞれ選択すればいいのであって、きちんと選択していただければと考えております。

会外は難しい面がありまして、それなりにいろいろと試みていますが、効果を客観的に評価するものが難しく、主観が入ったり、人の評判を気にしたりというやり方でやっております。その辺で、先生方がお気づきになった点がございましたら、ご教示いただきたいと思ひます。ご苦勞をおかけしますが、よろしくお願ひいたします。

本日は難しい問題がありますが、いろいろディスカッションしていただきたいと思ひます。

混合診療と株式会社参入

司会 それでは、混合診療の解禁と株式会社参入の話からまいりたいと思ひます。

小泉首相が再選され、このような改悪が進んでゆく可能性もありますが、結局は総合規制改革会議のメンバーもそうですが一民間団体の利益のためだけという気がします。

混合診療についていろいろ賛成論、反対論があると思ひますが、国は社会保障を最小限にして、

各自が自動車保険のような任意保険で自分の健康は自分で守れ、というような考えのようです。賛成論・反対論を含め、みなさんのご意見をよろしくお願いいたします。

みなさんはだいたい混合診療には反対の立場だろうと思います。私は全面的には賛成しているわけではありませんが、ある程度はしょうがないという立場にいます。ただ、混合診療を発想されたのが某企業の方たちで、株式会社のトップで、自分に有利な制度を構築しようとするのは、利益誘導という問題があると思います。いわゆる「利害の抵触」にあたります。株式会社に有利に働く制度ですから、そういう委員の選び方に反対をしています。

委員には、医療とは関係ない企業の方が名を連ねていますね。

先生は日頃から混合診療の賛成論を唱えていらっしゃると思いますが、その辺についてお聞かせください。

私は産婦人科ですが、日常的に混合診療といえますか、非常にフアジーな部分がたくさんあります。

最近特に強く感じることは、今まで保険が利いていたという保険診療を削ってといいますが、来月から保険が利かないよというふうになって、それを分娩料の中に含めてしまえというように保険診療の幅が狭くなってきています。締め付けには違いありませんが、従来の保険制度を基金側が崩して、混合診療に持っていったるんじゃないかという気がしています。

この間も、われわれの会合でそのような話になりましたが、会陰裂傷 度というのは、それだけだと保険が利かず、他の異常分娩があれば利きます。会陰裂傷 度というのは、会陰部が肛門まで裂けたのを形成縫合するんですけど、丁寧に縫うと 30 針ぐらい縫って、しかも埋没縫合をやったりしますと、一本 5,00 ~ 1,000 円かかる糸を使って時間と手間はかかりますが、保険は利かないということになります。

縫合の技術を含めて保険が利かなくなると、保険診療の形態を崩していつているのではないかという気がするのですが、われわれにとって分娩料に含めるというのが、減収・マイナスになり、技術を抹殺されたと解釈しています。そのようになってはいないでしょうか。

その前に、分娩料の仕組みはどのようになっているのでしょうか。

分娩料は、分娩して介助をして一通り分娩を終わらせたということに対する分娩の介護料としています。今までは、分娩料とは別に会陰縫合をしたことに対して保険診療で請求できたのです。いつからこれが請求できなくなったのか...

私も産婦人科ですが、会陰縫合で取ったことはありません。それも分娩料の中に入っていると解釈して、丸めの中に入っていると思っています。よほどひどい会陰裂傷以外は、10 何年間で一回もありません。だから、サービスみたいなものでやっていますよ(笑)。

今、先生がいわれたように、産婦人科は複雑ですよね。保険診療と自費診療が混在するんです。私の頭にいつもあるのは、混合診療の本質は何かということです。いわゆる保険診療と自費診療がただ混在することだけで混合診療というのか、一連の医療行為の中の混在をいうのかよく分からないんです。

例えば、自費診療のピルを出す時に、風邪をひいたからといって風邪薬を出したら広義の意味で混合診療です。じゃあ、わざわざ自費でピルをもらった方に、「病院を一回出て入り直してください、そうすれば保険で風邪薬を出します」といえば、これは混合診療ではないのかという話になります。その辺で非常にもやもやしている部分があるんです。

一応、節度を持ってやっていますが、婦人科は自費の部分と保険の部分を区分けできるようにしているとは思いますが。自費のカルテを別に作りなさいと。ピルのカルテと風邪のカルテと、1 人の患者で 2 つのカルテがあることになりませんが、そうして区別しましょうということになっていま

す。これは、広義の混合診療ですよね。ですが、そうすると私たちは医療ができませんよ。そこまでも混合診療がダメだといわれると、私たちは反対します。産婦人科は医療ができませんよね。自費診療部分を区分けして、保険と自費診療を同時にやっています。

今のは、「広義の解釈で混合診療ではないよ、別の医療をやっているのだから混合診療ではないよ」といわれれば、すごくやりやすいです。しかし、気持ちの中で複雑なものがあります。

今まで保険診療を通して、ある時点から通さないというところが非常に不思議なことだと思うのですよ。さんざん甘い汁を吸わせておいて、お金がなくなったから出さないというのは、それでいいのかということですね。

婦人科はですね、他の方はどうかよく分かりませんが、できるだけ保険を使わないようにという努力はしているんですよ。できるだけ自費で取れるところは、患者さんに自費で負担していただいて、どうしてもこれだけは病気だ、疾病だという明らかなことに関しては、保険でやります。

ですから、婦人科は意外と保険をできるだけ使わないようにしている科ではあると思います。

会員の理解の中で、本質的なところが今ひとつみんなに浸透していないかと思えます。

今の保険制度は現物給付ですよね。現物給付というのは、結局、医療保険と医療保険以外の費用が混在することはあり得ない。要するに、婦人科の一連の行為の中で自費の部分が入れば、これは混合診療になりますよね。それは制度上認めてないということになります。会陰裂傷と分娩は混在することになるから基本的には認められないはずですよ。

会陰裂傷で縫合して保険を使うとなると、縫合したその日だけを保険診療とし、5日間入院だったら4日間を自費診療ということになりますよね。患者さんによっては、こういう疾患があるから保険でやってくださいといわれれば、やらないといけません。1回会陰縫合をして、保険を

使ったから5日間全部を保険でやりなさいというのはおかしいことでしょう。

これは分娩に関しては特殊な例だと思うんですよ。例えば、ガンの方で別の抗ガン剤を使いたいとか、適用以上のものを使いたいとかいうのは状況が違うように思います。

診療行為の混在ではなく、費用の混在をこの制度は認めてないということですよ。自費診療と保険診療が認められない制度ですから、その基本的な部分を理解しておかないといけないんじゃないでしょうか。

一連の過程で、この患者では新しい薬を使いたいといえば、患者負担にすれば明らかな混合診療になります。今、混合診療が認められているのは特定療養費の中でしか認められていない。それから外れるものは一切認めないということで、それをやっぱり守っていかないといけないと思います。どんどんそういったものを増やしていくのは患者の負担につながるわけですから、金持ちがいい医療を受けられる、貧乏人は受けられないということにつながっていくと思います。

今、医者がそういった混合診療に対して、割と前向きというか賛成者が多いのは、今の保険診療に対してきつい制限がかかっているからということではあります。目先の問題しか考えてないからといったらいすぎでしょうが、その部分だけをとらえて、賛成されている方が多いと思います。

ただ、そういったやり方をずっとしていくと、例えば歯科のように、給付水準がだんだん下がってきて皆保険制度の崩壊につながる、ということを見据えて議論しないといけないと思います。

婦人科の先生の悩みがよく分かりました。しかし、混合診療には二つの意味があると思います。

一つは、混合診療は婦人科の先生の悩みのように自費診療と保険診療の狭間にあるところ。医師会の認識の混合診療はこういうところでしょうね。使いたい薬が使えないといったような保険診療の限界で、自由に診療がしたいということから混合診療の容認派があるということです。しかしこれは現在一般的に出回っている混合診療と意味が違ふと思います。



もう一つの混合診療がいわれだしたのが、経済財政諮問会議・総合規制改革会議からでた意見で、この混合診療というのは、われわれが保険診療と自由診療の狭間で悩んでいる混合診療とまったく意味が違ってきます。要するに、公的な保険制度では足りない部分を民間でまかなうといった発想からくる混合診療ですね。

公的保険というのは、今のままか、あるいは縮小する。それよりもアメニティの部分を自由診療でやってしまおう、しかも民間保険でそれをしようというアメリカ型の方向に持っていくという意味での混合診療です。

こういった意味での混合診療については、医師会の先生方で賛成する方はたぶん 1 人もいませんね。その発想は、保険制度を公的なものと私的なものを混合する、奇しくも、先ほどの会議の方は民間保険会社のオーナーです。こういった方たちの発想ですよ。要するにアメリカ型の民間保険をどんどん広めたいというところの発想から出る混合診療ですね。

これには、株式会社の参入も表裏一体になっています。絶対反対であります。

経済財政諮問会議なんかが提唱しているような私的保険の拡大、公的部分の縮小は、混合診療を導入しないとできないから、混合診療という言葉を使っていると思います。医師がそういうところまで含めて混合診療を賛成するなら、その結果をよく考えて発言しないとイケないと思います。

容認派は目の前のこと、自分の裁量権を広げたいとか、自由に診療したいとかいうところしか見ていないと思うんですね。もう少し先のところを見ると、なかなか賛成とはいかないと思うのですが。

先の話に戻りますが、分娩料は入院から生まれるまでをフォローして自宅に帰るところまででしょうか。その間に風邪をひいた時はどうなるのでしょうか。

その部分だけは保険診療ができます。決まっているところは保険診療です。

保険が認められていないのは、分娩料に含まれていないものですね。

それを今頃、認めないといって最近切っているのです。今まで認められていたものが。

それはどの科でも同じで、手術料もそうですよ。麻酔をした時の送管チューブは認められないとかですね。分娩料の中の一環として、別の病気に対しては保険診療が認められるのですね。

病名つければ、通るところは通すというところですよ。

ただそれであれば、混合診療をわざわざ唱えるほどでもないような気がしますが（笑）。

そういう意味ではなくて、例えば、会陰縫合では、多く裂けていて綺麗にもとに直すのに小一時間かかります。そういうものを分娩料の中に入れていいものかどうかですよ。

それは医師の裁量でいいんじゃないでしょうか。病名をつけて保険でされたいと思います。私は分娩の中に含めていると思うからやりませんが。分娩の入院中で風邪をひいたりして薬を出し

た時、保険を使ったことはありません。全部自費にします。分娩料プラス薬代で済みますから。

例えば、肺炎とかになると点滴をしないとイケませんので、肺炎と病名をつけて、3日ぐらい保険診療をします。他の日は自費にします。

これは本当に分娩中の患者で治療しているのか、分娩とは関係なしに入院して治療しているのか、外では分かりません。私は正直すぎるのかも知れませんが、できるだけ普通の分娩の後の軽い疾患は自費で行っています。たいした金ではないですから。

分娩料の設定は自分で決められているのでしょうか。

自分で決めます。

そうすると難産とか軽い場合によって、ランク付けはしないのですか。

難産になった場合は、どういう項目が難産かというのが保険診療にありますから、それで請求できます。形としては、保険診療になっているんです。

何にもトラブルがなく、陣痛が来て、破れもせず、出血もせず、合併症もなくお産できたら、入院料が一番高いんですよ。保険診療をすればするほど安くなるんです。

手術もだいたい一緒ですね。スムーズにいけば、手術料が一緒ですから。

ただ、難産では難産としての分娩料が設定されているわけですね。それでは、あまり混合診療に持っていくことを考える必要はないんじゃない

ですか。

それが、だんだん狭まってきているわけです。

その裁量権は、先生が産婦人科医会を通して考えていく必要があると思いますが、そこを混合診療でカバーしようという発想はちょっと危険なような気がします。

危険だというよりも、ある日突然保険を通さないというようになって、それでは、そういうことをどこで決めているかと聞いたところ、保険点数のシステムを決定する機関の中には産婦人科医師が1人も入っていないと聞きました。そういうのは問題だと思うんです。

診療報酬という段階で主張されて、混合診療の問題まで持っていく必要はないと思いますが。

あまりわれわれのボロばかりだしたくありませんが(笑)、われわれの科には、他にもギリギリのところがあるんですよ。

例えば、不妊治療ですね。一番卑近な話では、排卵誘発剤2錠までは保険が利くが、3錠以上は保険が利かないと。今は3錠以上でも病名をつければ保険が適用できますが、2錠で利かなかつたら、やはり3錠だしますよね。それで排卵して妊娠したら問題はないですよ。

注射液でもそうなんです。不妊症に使う注射液でも、225単位まで保険が利きますが、300単位は利きません。

コメントをレセプトに書けばたいてい通りますよ。病名だけではなく、コメントとして、「2



錠では利かなかったから 3 錠を使った」とか。

そういうところが医者を小馬鹿にしたような話だと思うんです。病名つければ通すという発想でやっていくと、大量出血とかで急性膵炎に使うような薬剤を使いますが、それで急性膵炎という病名をつけて、日本国中同じことをやると医療統計はデタラメになりますよね。

診療報酬の中で議論すべき問題だと思うんですよね。

しかし、これも混合診療に結びつくんですよ。超音波で不妊症を検査します。3 回までは認められていますが、一日おきに何回も見ると。ただ 3 回以後は無料サービスです。本当は同じことをやっているんですから、4 回以降の超音波を 500 円ぐらいはもらいたいという気持ちにはなりません。しかしそれはいけないんです。これはルールの問題ですから、自分たちで決めれば済むことかも知れませんが（笑）。

リハビリでも同じですね。10 回やったらタダになるとか（笑）。

そういうものを、まるっきりタダにしなくても、超音波をやって 4,500 円のを 500 円か 1,000 円でももらえるというのであれば気分的に楽ですよ。なんとなく。

今の悩みは大変ですが、混合診療というよりも診療報酬や保険診療の中で解決できる問題ですね。

問題は、総合規制改革会議のメンバーの主張する混合診療です。今、日本の医療費が 30 兆円です。GDP 比で 7% 台です。アメリカは 10% を超えます。結局、GDP 7% 台のマーケットを彼らは狙っているんじゃないのです。これはちっとも美味しくないです。30 兆円は今現在ある医療機関ですべて取られていますから、そこにいくら株式会社が参入しても仕方ありません。彼らの狙いは、GDP を例えば 10% にするとしたら、あと 10 数兆円のマーケットがそこにできることです。

しかし、それは今の保険制度・公費・財源からは無理なので、それをどこに求めるかという、民間資本です。要するに、民間資本を参入させ、あと 10 数兆円のマーケットを増やしたい。それと混合診療が表裏一体となって出てきます。われわれはこれを見据えて反対しなければいけません。だから、混合診療については絶対に許さない。ということは、株式会社参入も絶対許さない。これは同じことなんです。

30 兆円のマーケットだけでは彼らは絶対に満足しません。彼らが欲しいのは、さらに上乘せした 10 数兆円の医療にかかわるものです。そこに民間保険を作りたいのです。外資系の民間保険が狙っていますが、それだけではなく、もっと普遍的な保険にしたいというのがはっきりとしていますよね、これに対して、われわれは絶対に反対していくということです。

先ほどの婦人科の悩みと、政府・民間資本の動きとは少し離れたところにあると思います。このところを踏まえて議論しないといけないと思います。

混合診療の定義を医師会サイドとしてきちっと作って、それに対して理論武装していかないといけません。

一般会員が考えているのは細かいことなので、もっと全国的なレベルというか、こういうものが混合診療だというような意思統一を図っておかないと、議論がかみ合わないようになってくるんだと思います。

現実的に例えば、ガン保険・入院保険等の自分で入る保険が支払われた場合は、所得の医療費控除から削除されるような税制上の仕組みがあるので、そういったところから直していくことが必要です。

民間のガン・入院保険は、アメニティで行われていることですから、税制上の医療費控除に絡ませることからしておかしいです。しかし、そういう発想が既にあります。

医師会としても、医療機関が提供する医療と民間保険が補填することは別である、ということをはっきりするというのも一つの方法だと思いま

す。

医者の方の統計を取ると 3 ~ 4 割が混合診療容認と出てきます。日医総研の調査でもそうです。容認している医師の意識がどうなっているのか、どう考えて混合診療賛成としているのかが分からないのですよ。中味がですね。

今、いわれたことはきっと反対なんでしょうけど、目先の自分の裁量度を上げたいことだけで認めてしまえば、それがアリの一穴になって、公的保険の縮小につながってくると思います。

根本的なところで意思統一をしておかないと、バラバラになってくるんじゃないでしょうか。ですから、一連の医療行為の中の自費診療と保険診療の混在かどうかと聞いたのです。

次元の高いところでの混合診療というか、日本の税金をどうするかということについて、保険と公的税金をつぎ込んだ医療費のバランスをどうするかというところで話しているの、一般会員がいうのと少し次元が違うんじゃないかと思いません。

しかし、最終的にはここに行き着くんですよ。そこら辺を考えないと、議論が前に進まないと思います。

株式会社が参入して、混合診療を容認する形での混合診療が一番問題があります。30 兆円の中に入り込もうとはしていないという話でしたが、私は絶対入り込もうとしているのだと思います。だから、今の保険のパイを食い荒らすことに対する危機感が非常に強いと思うんですよ。外だけの問題ではないと思うんです。

アメリカを見ていると、営利企業の株式会社参入がいられていますが、あれだけの競争原理を働かしているアメリカでもそれが占めるのは、わずか 1 割にしかすぎないんですよ。

以前の保険者の統合一本化の勉強をしたことがあります。アメリカには非営利組織の IHN (Integrated Healthcare Network) というのがあって、地域住民がガバナンス統治をしていて、その中には病院はもちろん介護保健施設、リハビリ施

設、在宅ケア、保険会社等を含んだ非営利複合事業体があります。アメリカの病院の入院の 64% ぐらいのシェアを占めているそうです。アメリカといえども非営利組織の中で多くはやっているということです。これは医療において利益追求することの限界を示した結果であると思います。

今、日本に株式会社の参入といわれていますが、30 兆円の中に営利企業が入ってきて食い散らかすと医療費のパイを少なくさせる、という危機感が日医においても非常に強いと受け止めています。

株式会社が参入して、病院を経営したら、賛成派の人たちは効率的な医療ができるというわけです。質のいい医療ができるというわけです。これは、本当にそうなのかどうかを示さないと、きちっと反対はしにくいんじゃないでしょうか。

だから、彼らは特区の中で認めていっぺんやらせてみる、といっているようなものではないでしょうか。

利益の上がるものだけ食い込もうとしているんですよ、彼らは。

結局、営利ということにつながってくると思うのですが、やはり、今の医療制度は非営利という形でできていますよね。非営利というのは相手に積極的にものを押しつけないことで、彼らの営利性は相手にどんどんものを買わせようという形で働き、とくに医療の情報の非対称性の中で患者負担をどんどん膨らませていく、これは大変大きな問題だと思います。

確かに日本の医療は非営利ですけど、実際には、赤字になっては経営できないから、ある程度プラスになるように企業努力はしますよね。やはりある程度は利益というか、そういったものを追求することにはなりませんかね。

営利と利益は違うんじゃないでしょうかね。

利益が上がるような部門を増やそうとしますよね。株式会社と基本的な考えはあまり変わらないような気がするのですが。いわゆる公的総合病院でも、小児科がなかったり、産婦人科がなかつ

たりすることが、現にあるわけですね。

その辺を考えると、公的病院だから全部やるという時代ではなくなってきたと思うのですが。

確かにご指摘の通りです。公的病院が小児科を手放すという、誠に情けない事態に陥っています。先ほど、アメリカでも非営利団体が 60% 以上のベッド数のシェアを持っているということでした。公的病院が圧倒的にシェアが多いんですけど、利益の追求じゃなく採算は考えますよね。国あるいは地方自治体がたくさん補助してくれますし。保険者病院はいいですね（笑）

ただ、現在の診療報酬下では、ハードの部分まで

できないですね。ですから民間病院は四苦八苦しているし、建て替えの時期になると病院を手放さねばいけなくなり、また手放した病院をだれがどう受け継ぐかとなると、株式会社が受け継ぐということになります。

特区の話ですが、理想的な病院を買収して設備投資して、医師は全国から厚遇で集めればよいですよ。「小児科は不採算なんてケチなことはいけません。小児科もあります。トップレベルの小児科があります。」なんてことを病院ができないこともないですよ。しかし、今の診療報酬だけでは経営的に成り立ちません。そこにアメニティの部分があり、お金を出してくれる方には十分な医療を提供するというので、そこに混合診療の発想があると思うんです。

こういうところを株式会社は欲しいんですよ。先ほど、エクストラの 10 数兆円の部分を株式会社が狙っていると申しましたが、もちろん社会保険 30 兆円の本体に入りながら、医療を拡大したい。拡大するところで営利活動ができます。

しかし、僻地においてはどうでしょう。絶対無理ですよ。人口の密集したところでは成り立つでしょうけど、今の日本は曲がりなりにも過疎まで医療供給ができています。はたして株式会社と

いう発想で僻地医療ができるかということになります。

日本の医療は世界で冠たる地位を築き、WHO で世界一となっていますが、現実問題、過疎の問題があり小児科の問題があります。これは改善していかなければなりません、なぜそれがなしえたかということ、公的保険があったからです。残念ながら、日本には非営利組織というものがこれまでに歴史的になかったし、寄付もなかったし、財団もないですけど、そういうものがなくてもできてきた、というこれまでの歴史を大事な財産とし

て、われわれは考えていかなければいけません。

株式会社参入は、日本のこれまでやってきた医療供給体制と公的保険制度を潰してし

まう危惧があるわけですね。ですから反対をもっとしないといけないと思います。

利益の追求は、株式会社であろうと、われわれでも一緒ではないかということでしたが、会社の取締役というのは利益の最大化を図ることで株主に利益を還元する必要がありますよね。

日本の今の医療はそういうところは求められておらず、確かに資本というか、施設等のコストという部分では、もうちょっと補填してくれないかなという部分はありますけど、そういう利益の最大化を図るような形では動いてないというふうに思います。

利益を最大化するということは、どんどん医療費が高騰するということにつながりますから、株式会社の参入は大きな問題があると思います。

患者さんが実際に求めているのは混合診療であって、株式会社参入へのニーズはあるんでしょうか。

インフルエンザの、迅速診断をアメリカの保険ではどこも認めていなくて、日本だけです。日本の保険制度は高い医療レベルまで認めていて、すごく高い医療費になっています。だから、それ以



上にある一部の人のためだけに株式会社が入ろうとするのは問題があります。

日本の医療制度は所得の再配分という役割もやっているわけですね。昨年の歳末放談会でもこのような話になったと思いますが。

混合診療を認めると、そういったことがないようになって、金のある人だけが医療を受けられるという形になることが、最大の問題かも知れません。ですから、高所得者層は混合診療をやっても何の痛みも感じませんよ。考え方はアメリカと一緒にですから。

混合診療で危惧していることが二つあります。

一つは、財務省がいている混合診療は、公的保険医療費の抑制を意図していることです。そうすると、ある時点で、これ以上コストのかかる診療は保険として認めない、という方向になっていく可能性があるわけです。日本の場合は、肝炎に対するインターフェロン療法、インフルエンザに対する抗ウイルス薬といったものが認められてきたわけです。もし、混合診療が入ってくると、そういったコストのかかる治療が保険でできなくなります。

もう一つ懸念しているのは、民間保険会社が参入してくる可能性があるだろうということです。総合規制改革会議でも議論がありましたが、一定の質を担保した病院でのみ混合診療を認めるという議論がその中に出ているんですね。一定の質をだれが担保するかというのは、恐らく民間保険会社になると思います。そうすると、まさに今のアメリカの医療と変わらなくなり、映画「ジョンQ」の世界になってくるんです。そういったことが非常に懸念されます。

保険の自己負担が3割になって、自己負担割合が増えてきました。一方では自立をしてい

くと、お金がある人がいい医療を受けられる社会になっていくような分岐点に来ていると思います。

私たちは医師として、日本の社会はどうあるべきだという方向性をきちっと出していかないと、混合診療を頭から反対だといっても、あんまり説得力がないのではないですかね。日本の社会保障はどうあるべきだという前提があって、混合診療をどう位置づけるかというふうにしていかないと、話が前に進まない気がします。

私も同じ考えです。役員等以外のいろいろな方とお話をすると、「株式会社になるとサービスがよくなって、いいものをどんどんやってくれるのにどこが悪いのか」という単純な考え方が、か

なりの方々のご意見でした。

医師の中にも、そのような方がいらっしやらないわけではないし、混合診療に関しても「一定のところまで保

険診療を受けて、そうでない部分だけなぜ受けられないのか」と、それをもし自費で払ったら、根本から全部自費になるというのはなかなか説明しづらいところがあります。システムだからといってしまえば終わりなんですけど（笑）

この中で、いろいろ議論してお互いが理解するというのは非常に大事なんですけど、私たちがこれを、おこがましい言い方ですが、国民のためという立場で言うには、株式会社になるとどういところがまずくて、国民に不利益なんだということをきちっと示すことが必要だと思います。

それと、混合診療が容認され本当に保険制度が崩れて、まったくアメリカと同じようになって、「みなさん全部始めから自費でやるか保険でやるか、または、お金がない人は病院にかかれませんか」ということになるのか。国民に分かるような形できちっと示さないといけません。われわれだけが国民から浮いた形で政府とやりあっても、バックアップがないと難しいと思います。



インターフェロンなんかの話は、高度先進医療との関係ですね。技術がある程度普遍化して一般化した時は、今までは保険診療に組み入れていました。

しかし、それを混合診療を認める形でやろうとすると、そういったことは混合診療の中ですればいいということになり、新しい技術を保険診療に取り入れようとする努力を厚労省がなくなる。それが大きな問題だと思います。医療保険全体のパイが細っていく。つまり、皆保険制度が潰れていくということですね。

今、3割負担なんて世界の先進国のどこを見てもやっていないようなことをやっていて、その上でそのようなことになれば、皆保険制度が潰れていくのは当たり前で、われわれは食い止めないといけないと思っています。

国民が安心して受けられる医療を提供することが第一義的なことで、それ以外の選択肢はあまりないように思ます。

非常に不謹慎な話だと思うんですが、年間1兆円ずつ医療費が増えていっていますよね。どれくらいまでいけば皆保険制度がパンクすると思われませんか。

少しずつ全体のパイが膨らんできていますから、パンクする数字は出ていないんじゃないでしょうか。厚労省は2025年に141兆円と最初にいっていましたが、今80兆円といっています。日医は日本の医療費は2015年で50兆円程度といっていますよね。この程度の伸びでは、パンクしなくていけるんじゃないかと、経済の伸びを考えていっているわけですが、そういったレベルがパンクしないでいけるレベルかなと受け止めています。

年間の税収が去年は42～43兆円、多い時は60兆円でした。だんだん下がって、グランドデザインは伸びをもう少し大きく見た数字だと思います。今の状況では難しいと思います。

税収が42兆円で、約20兆円が社会保障費です。約半分をわれわれ年金も含めて使っているわけですから、1兆円ずつ増えてきたらなかなか大変だ

と思います。今でもほとんどパンク状態だから、財務省がやむをえずやっているという認識を持っています。

保険料を上げ、国が4分の1ぐらい補助しているわけでしょう。国が入れる補助の金をどうするかといったら、もう増税しかないですよ。30兆円が60兆円になったら倍になるんですから、じゃあ保険料も倍になって、財務省が倍になった分の4割を負担するかというと非常に厳しくなるかも知れませんね。それを破綻というかどうかは分かりませんが。

個人負担がだんだん上がってきて4割しか給付がないとか、今とまったく逆に、7割負担で3割しか給付しないというふうになっていくと、皆保険の意味はなくなってきますよね。

なんとなくそうやって、だんだん上がっていかざるをえない状況に見えているんですが、どうでしょうか。

いえ大丈夫です。日本の保険はまだまだいけます。

まず、医療費が1兆円上がるかどうかですが、今年は下がったでしょう。診療報酬を下げられたから。それと3割負担、老人の定率負担、受診抑制があるので見事に下がっています。ただ、これもいつまでも下がっていったらわれわれも困りますし、それだけ受診されないという患者さんには、そのツケはどこかにいくでしょう。それは、健康被害かも知れません。本来上がるべきなのに下がった。上がったとしても、日本の医療保険はまだまだ大丈夫です。だって、赤字は嘘ですよ。政管健保の赤字は嘘です。

健保組合の赤字も嘘ですよ。日医総研の前田先生の調査でも分かっていることですが、保険財政は大丈夫です。3割にする必要もないんですよ。政管健保も2割でいけたんですよ。それを3割にしたんです。世界一の皆保険が3割では世界一ではないですね。3割負担という保険は、保険の体をなしていないですね。2割もどうかと思います。1割ですよ。

国民保険がずっと3割だったことを、われわ

れ医師会は放置してきた責任はありますよね。ずっと前に 2 割にすべきでした。日本の保険制度は 2 割にしても持つはずです。そういう保険制度なんです。政府の拠出金は 25% なんです。4 分の 1 しか出していないんです。4 分の 1 しか金を出さない連中が 100% 口を出してくるんですよ。なんでわれわれが財務省に 5% といわれたいといけないのですか。あの人たちは、25% しか金を出さないのなら、口を出すのも 25% にすべきですよ。

だから、厚労省の将来設計ですが、先ほどの話の通り信じられない話で、医療費が 140 兆円になるような推計をしていましたが、それも間違いでしたとすぐに 80 兆円にしたでしょう。

日医総研の 2017 年の予測は、51 兆円ですね。これが正しいか分かりませんが、日本の経済がどういう伸びをするかですね。そういうところにもかかるでしょうが、2017 年に 51 兆円であれば、2 割に戻しても絶対できるはずですし、そのシミュレーションもあります。まず、これほどの受診抑制の原因である 3 割負担から下げないように、早く医師会がいついかなないといいません。頑張りましょう（笑）。

日医総研が、政管健保は 3 年したら黒字になるという資料を出していましたよね。ところが今、その信用性が問われているんですよ。実際には、平成 14 年が 5,500 億円あまりの大幅赤字だったんですよ。日医は「14 年度は特殊」といつているのですが、本当に戻るのかなというのが問題になっているので、それを見極めないと本当に財務省の発表が本当かどうか分からない部分があります。

恐らく黒字にはならないと思います。現在、財源問題、特に年金問題が話題の中心で、恐らく今の政府方針では政府拠出金 25% を少しでもカットする方向に持っていこうかと思ってるんです。だから、黒字だった拠出金を少なくして財政をギリギリにしておいて、そして医師・国民を苦しめるような状態になるんじゃないかと私は思っているんですが。

一般的な公的保険制度の充実を医師会がきちん

と決めることだと思います。充実してないから、「新しい医療は保険外になるから自由診療になって上がるんじゃないだろうか」という話になるんですよ。今の保険制度でできる範囲を広げるなりの充実をきちんとした上で、プラス、患者の負担を少なくする。自由意志に基づいたプラスの自由診療だったら、混合診療でもよいと思うんです。

ところが、今までの政府の経過から考えても、点数を減算してくるのが目に見えています。混合診療・自由診療は、公的な保険制度を充実した上で実施すべき問題じゃないかと思うんです。

それともう一つは、株式会社の参入です。もし参入したとしても、医療レベルであまりよくなりえないと思います。ただサービス面では、例えば株式会社だったら綺麗な看護師をいれるとか（笑）年取った婦長さんみたいな口うるさい人はだんだん...（笑）

やっぱりサービス業になったら、患者さんを呼び込まないといけないから、そういう面ではいいかも知れませんが、本当の医療面においていいものかどうか、という問題が残ると思います。

さらに、統計的には地域差が出てきます。統計的な計算、利益率とかを考えると、都会ではこういうシステムが導入されると良いと思ひこむ人が多いでしょう。しかし、地域差がある以上、どうしても株式会社参入は、どんどん地域差が出てきます。

結局、都会の便利がいいところで、若い人や社会に適応した家庭や環境にいる人はいいかも知れませんが、根本的な保険制度が完全に崩れるという意味でおかしいんじゃないかかと思ひます。

私の周りの先生方には、私の意見に反対する先輩が多いのですが、最終的に今の流れとしては混合診療は、医師会の力よりも政府の力が強いので、いくら医師会が反対しても、同意を強制させられて本当の真意とかを考えないうちに、どんどん政府主導の流れになってきているんじゃないかと思ひます。そこで、日本医師会でも、先ほどいわれた混合診療の定義なり、どうなるかというのをちゃんと医師会員や国民へ示した上でやるんだったらよいんじゃないかと思ひます。

ただ、この問題は受益者といひますか、患者の立場から考慮するとどう思うかという客観的な立

場も考慮しながら医師会が今後考えるべき問題のうちの一つではないかと思えます。

私のところでは、3分の2が自費で、残りが保険です。お産とか多いとそうなりますが、お金のことでまいますよ。

診療も大事ですが、今度自費でいくらにしようとか、これくらい安くしてあげようとか。高くしようとは思いませんが、毎日の診療ではお金のことが頭を巡っています。保険に対して興味が少なくなってきました。保険が減ってくれば自費に上乘せしていいやという気持ちになってきます。混合診療になってくると、そうなる可能性があり、心がすさんできます(笑)。

今、医者が医者らしくあるのは、保険診療の中にそんなところまで気を遣わなくてもいいからですよ。自費でやっていることは気を遣います。

非営利精神をたたき込まれているからですよ(笑)。間違いありません。

そんな世界にみんなを巻き込みたくないですよ、日頃の診療で。保険が下がったら自費で取ればいいという気持ちになってきます。

国民・患者の立場を考えてという発言もありましたが、例えば産婦人科では、ホテルみたいな建物、食事はフランス料理というところに患者が集まっていますよね。そういうところを考えて本当にいいのかなと。患者の立場を考えてそうやっていっているんでしょうけど、本当にいいのかなと気にしています。

それと、綺麗な看護師がいればという話ですが、綺麗な看護師がいるので患者がたくさん集まって来るとします。今でも外来は3時間待って3分診療、入院するのに何週間も待たされるといった状況です。スーパーならお客は何時間でも待ってくれるかも知れませんが、病気を持った患者に1時間待ってください。3時間、いや10時間。入院するのに1週間待ってください、1か月、1年先まで一杯ですということでも満足してもらえるかと思えます。

株式会社が参入するとそうなるんじゃないか、ということですね。利益を見るか患者を診るかということです。

アメニティ度を高くすれば確かに患者は増えますが、みんながみんなそうではないんです。私は6年前に新築しましたが、絶対に豪華絢爛にしないでおこうと思いました。そんなことではアメニティばかりに気が行ってしまって、医療の方に気持ちが回らなくなるからいけないと思って普通の建物にしました。

しかし、来る人は来ますよ。アメニティは東京とか大都会で大金持ちがいるところではいけるかも知れませんが、それをみんな田舎でやっているのかということ決してそんなことはないと思いますよ。私は挑戦したつもりで豪華絢爛にはしませんでした(笑)。

産科は、だいぶアメニティのことでいわれましたが、だいぶ下火になっています。というのは、フランス料理とか脂っこいものを食べさせては(笑) お乳が出ないということが昔から分かっているからです。日本食を食べないといけないうって、患者さんが賢くなってきました(笑)。賢い人たちは、なんで入院してフランス料理なんかを食べる必要があるんですか、といえますよ。元気になって、乳離れしてもフランス料理屋はありますから。

そういうふうに患者みんなが賢くなって分かってくれればいいんですけど、テレビとかを見ていると、低俗な番組が増えてきて、いわゆる教養番組が減ってきていますよね。

そういう現状を見ていたら、国民サイド・患者サイドというのを強調しすぎるのもよくないのではないかなと思います。

ある会合で、3日間ご馳走を食べたんですよ。ご馳走も3日食べれば飽きますよ(笑)。フランス料理とかにはマスコミはすぐ飛びつきますが、絶対おかしい方向ですよ。

アメニティの優れた病院に入院していた方が

退院すると、日常の生活に戻り、カルチャーショックになるそうですよ。病院では至れり尽くせりで、いいものをたくさん食べていたのに、帰ると自分で作って普通の食事をしないといけないわけでしょう(笑)。そんな思いはさせまいと思ひまして、うちではフランス料理は出しません(笑)。

患者の立場から考えるのは重要な視点ですね。先の総選挙でマニフェストを掲げ、構造改革で医療に株式会社参入を認め、国民の真意を問うたということですね。

民主党より自民党の方が投票数が多いわけですから、それに賛同する国民の方が多かったというわけですが、ただ、経済財政諮問会議や総合規制改革会議でいわれているレベルの話が国民の日常の医療の問題に通じているかという、そうではないと思います。

例えば、郵政の改革がありました。確かに宅配業者が増えまして、病院の中まで配達してくれて、留守でも電話すれば夜遅くでも配達してくれて便利になりました。「本当に便利だな、民間の企業が参入して便利になったな」といったことは国民の生活レベルから見れば、だれもが賛成ですよ。医療については、そういうところは多少あるのかなと思います。

株式会社参入とか混合診療ということについては、国民はそれほど関係のないことですよね。しかし、医療というのは日々あるものだと思います。

例えば、小児科の問題ですね。夜間の救急の問題です。夜遅くに急に熱が出た場合、確かに診てもらえる地域もあればそうでない地域もありますし、体制が整った地域とそうでない地域もありますね。やはり、まだそこに国民が医療供給体制に十分に満足していないものがあると思います。

そこを、経済財政諮問会議や総合規制改革会議がどのような規制緩和・民間企業の医療参入で解決できるか、というところを決してそうではない。医師会が具体的にはっきりと示さなければなりません。そういうレベルですよ。だから、国民の視点・患者の視点が一番大事ですよ。

医療と広報活動

司会 それでは次の話題に移りたいと思います。

これからは、やはり国民の視点で医療を考えなければいけないと思います。そこで、広報活動、メディア戦略が非常に重要になってくると思います。9月24日の朝日新聞に広告が出ましたが、これを見たら株式会社の参入がいいんじゃないかというイメージにも取られると感じました。この記事についてはいかがでしょうか。

これは日本医師会長が知らないうちに出たのではないかというデマが飛びましたが、医師会長の知らないことは絶対ないということで、知っている上で出たものでした。ただ、効果のほどはよく分かりません。

一つは、文章が長いのでこれを読んでもらえたかということと、内容的にポイントがなかったという気がします。株式会社が参入すると、ここで議論したようなことになる、というのが入っていればよかったのですが、その辺のメリハリがないといいますが、焦点がぼやけていたのかなという気はします。

これをやるんだったら、イラストとか漫画とかそういうものを使わないと、普通の人は読みませんね。

ホームページを見ると、日医でもキャラクターを使ったりしているので、そういうキャラクターを使ったりしないと、これを読めといわれてもなかなか読みません。

日医の広報担当理事が言われていましたが、朝日新聞に出したことに意味があるんだそうです。

次の日にある大学の医療事故の話が大きく出ていたので、帳消しになったのではないかと(笑)。

新聞の中味まで読む人は少ないと思うんです。見出しだけ読んで、その印象で自分の都合のいいように解釈してしまう、というような傾向からすると、見出しだけを見てこうなるのかなと誤

解した人も多いんじゃないでしょうか。

最後の、「もたらす負の部分について、もっと議論しませんか」というのが、一番いいところですよ。これをもっと強調して、分かるようにしないとイケませんでした。じゃないと、上だけ読んで株式会社の病院ができるんだと思ってしまった人が多くいたんじゃないでしょうか。

私は、はっきり申しましてそう思いました(笑)。この記事を見て、とうとうそういうプロモーションが始まったかと思い、さらに下を見ると日本医師会と書いていたから、医師会で株式会社を経営するのかなと思いましたよ(笑)。

どうして、いいたいことが目立つように一番大きく書かれていないのか、という疑問を感じました。

朝日新聞にだけ出したんですね。日経だったら、まだ読者が理解できるかも知れませんが、朝日は読者層が広いですから理解されたか疑問で

す。朝日だけ出すというのはまったく何を考えておられるか分からないですね。もっとも、日経だったらこんなことを書く必要はありませんが。

私もこの広告は読みました。ある程度の予備知識があるから意味が分かったけど、まったく知識のない方がこれを初めて見たら、とうとう医師会立の株式会社が登場したのかと思いますよね(笑)。

広報については、日医の中で組織を作るとか、専門家をいれるとかしないと。下手ですよ。

聞くところによると、日医の中でも一部の人がしか知っていなかったようですね。経理で一回はねられたそうではありますが、日医の中でも物議を醸したそうです。

日医の中央でもこれだけの誤差があります。さらに県医と都市医師会でも同じように誤差があ

るんですよ。大きくいえば、医師会と患者さんでも同じように思っていることが全然違うんですね。

もう少し、民間企業を通して上手な広報の手法を身につけなければと思います。国民を含めみなさんに理解しやすい医師会にしていきたいと思います。

今回のやり方自体はどうでしょう。

必ずしも反対ではありませんが、もっとすべきことがあると思います。

社会保険本人が3割になりましたが、どういよう影響があるというようなことで反対する時に、日医の立場でそれを述べるべきだったでしょう。普通の紙面にはそれについての論争は紹介されま

した。朝日新聞は非常に偏っていますし、社説でも偏っています。日本医師会の主張がそのまま載るような記事はあまりないですよ。反対の理由は、患者が減り収入も減るから、という逆手に取った記事まで出していますよね。

「日本の医療保険がどれだけ素晴らしいものであるか」ということ、「医師会はこれを守るために、これまで懸命に努力してきたし、今後もそうである」という決意表明と、「3割負担になるとどのようなことが困る、絶対阻止しないとイケない」というようなことを一面で載せるのであれば、大金を投じて意味があるのではないかと思います。

診療報酬のことは一般的ではないかも知れませんが、前回の改定では6か月超の患者が保険外しをされたので、こういったことを診療報酬だけの問題ではなくて患者にかかわることとして解説して訴えていくのであれば、年1~2回、大金を投じてよいと思います。

私も同意見です。広報の一つの目的としてもっと分かりやすい形で新聞などへの広報をお願いしたいと思います。



「負の部分についてもっと議論しませんか」というところなんです、ここを一番にいたかったのだらうと思います。これから議論していくためには、国民も含めて議論しなさいということもいわれているんですね。議論した内容については、このような形で広報していく必要があると思います。

日医がメジャーな番組のスポンサーになれないんでしょうか。

今、健康保険組合や国民年金が盛んに宣伝していますよね。広告料は高いでしょうね。まあ、メジャーでなくてもよいですけど、テレビ番組でスポンサーになると随分違うんじゃないでしょうか。

中央ではこういったあり方もよいと思うんですが、地域では花粉情報等のちょっとしたコーナーに医師会名を入れたりすると、結構サブミナル効果があると思うんですよ。地域でのこうした広報のやり方を全国各地でやっていく必要があると思うんです。

今回ののは、あくまでも単発的で、継続的なものではありませんので。

花粉情報は最近よく当たるものですから、ニュース番組中の花粉情報コーナーでは医師会の名前を入れてもらっています。こういうのがまだ他にもないかなと、ホームページの活用も含めて考えてはいます。SARS や予防接種とかですね。

県医師会の広報として、「インフルエンザの予防接種を行っていますか？ 接種してください -- 山口県医師会提供 --」というようなことをしていかないといけないかなと思っています。

ケーブルテレビの地元向けチャンネルを使って、毎週 1 回でも県医執行部が出て何かできないでしょうか。インフルエンザ予防接種の呼びかけとか。費用も無料に近いんじゃないでしょうか。

お金がかからない広報と言うことでは、平成 15 年 4 月から日医が JPN を始めましたよね。これはあまりお金がかからなくてよいと思います。小泉内閣のメールマガジンなんかでも 500 万を突破しているらしいので。

タイムリーに情報が来ますので、新聞を読まない人でも取り組めるんじゃないでしょうか。

こまめにやることが大事ですね。インターネット外では、地方ラジオ局、地方広報誌等ですね。インターネットがやはり一番大きな媒体になりましたので、これに力を入れるべきだと思います。

県医師会という名前を出しただけでは意味がないので、広報する内容にもよるでしょうが、どういう内容をどういう形で広報していくのがいいのかなと、そしてそのためにはどれくらいお金がかかるのかな、ということも考えていっていいのではないのでしょうか。

やっぱり、医師会の広報となると地域の各医師が広報をするしかないんじゃないでしょうか。小さなリーフレットを作るならそれを配布するとかですね。



広報といえるかどうか分かりませんが、平成 15 年は報道機関との懇話会を持ちました。以前もありましたが、もつれて続いていなかったものが、また復活したものです。こういったものも間接的に広報に絡んでくると思うんです。

やはり彼らに医師会の姿勢を理解していただきたい。彼らは医師会を一つの営利組織の主張でしかないという見方が強いと思いますので、私たちは非営利という形で医療をしているという姿勢を理解してもらうことが必要だと思います。こういったことは、ずっと続けていった方がいいと思っています。

宇部市では昔そのようなことをやっていました。新聞記者の方たちがたくさん来て、結構面白

い懇親会でした。

売れる新聞というのが前提となるので、面白くない記事は書きたくないようですね。だから、医者が患者の病気を治したというレベルでは面白くない記事で書かず、患者を悪くしたといえば記事になるというのが現状で、その辺が難しいところですね。

そこでは信頼関係を作りたいということで、記事にするかは別の話と言うことで（笑）。

やはりお金を使わないで効果の出る方法を考えないといけませんね。そのためにはマスコミを使うのが一番です。こちらから頼んだのではダメですから、美味しいエサを用意してタイアップしてやりましょうとかですね。そういったアピールがいいんじゃないでしょうか。

先進医療はどうだとか、最近のトピックスはこうだとかというような、医師会で考えたものを流してもらった方がいいのかも知れません。よい内容が何かはまだよく分かりませんが。

花粉情報はあまりコストがかかっていませんよね。コストをかけずに効果を上げるということが一番大切ですよね。

地方の番組でよく取り上げられているのが救急ですよね。大学の救急救命センターはよくテレビに出るし、先日、山口県の小児医療体制について長いこと放送していましたね。

救急医療体制なんかは県民もすごく関心があるので、そういうのはよく見るんじゃないでしょうか。ある程度県民にとっても参考になるような、医師会の利益のためではない、いい情報を出してあげるようにすると評価されるんじゃないでしょうか。

その時に、こういうシステムがあるから大丈夫ですとかいって、自分のところを過大評価してよくいいたくなることがあり、何か起こった時に一大事になることがありますよね。

例えば、医療相談を受けた場合に、虫垂炎のようなものでも場合によっては亡くなることもありますよ、というようなことは言っておいた方がいいんじゃないですかね（笑）。

県民を巻き込んだキャンペーンを毎年やっていくというのも一つの方法かも知れませんね。

ここにはタバコを吸われる先生がおられるので言いにくいのですが、禁煙運動・節煙運動・喫煙防止運動なんかを今年のテーマとして立ち上げ、小さい子どもがいる家庭ではタバコを吸わないようにしようとか、自動販売機を撤去しようとか、そういったキャンペーンを医師会として立ち上げて県民を巻き込んでやっていくというようなことを毎年とっかえひっかえやることもお金がかからずに済む良い方法なのではないかと思います。

宇部市では、今、健康づくり協議会を立ち上げており、「動こう、つかもう、私たちの健康」というテーマの中で「動く」「食べる」「楽しむ」「守る」の4つのサブタイトルで市民運動を進めようと、だいたい9割ぐらいのところまで来ています。

来年からスタートすると思いますが、2か月に1回ぐらい協議会を開いています。メンバーは医師もいますが、学校長先生、市役所の方、保健師さんたちで、活発な意見が出されております。最近小学生でもタバコが常識みたいです。まず、小学生・中学生の喫煙をゼロにしようということから始めようとしています。

一頃よくありましたが、今、医療機関の待合室ではビデオを流すことはないのでしょうか。禁煙の15分ぐらいのビデオを流しておくとか、興味がある方にはビデオを貸し出すとかですね。山口県の小児救急医療体制とかでもいいですので、何かまとめてですね。

医療費の問題でも窓口では分かってもらえないことがあって、私が一生懸命説明するんです。分かり安いビデオでもあればと思います。日医が作成してくれればいいと思いますが。

確かにビデオはいいと思います。ただ、私の

病院では医師にはあまりいませんが、看護師が吸うんですね。院外で喫煙できるようにしているのですが、患者さんがそれを見ていて、患者さんに禁煙しなさいというのも抵抗があります（笑）。

先日、男子が 48% の喫煙率と報道されました。昭和 40 年から統計をとって、その年が 80%、この数年前が 55% ぐらいと少しずつ下がっていますが、世界的にみれば日本の喫煙率はトップレベルですよ。

全体的な喫煙率が下がっていても、若い世代の喫煙率が上がっているのが問題ですね。うちでも若い看護師が吸ったりするので気が知れませんが。

男性は喫煙率が下がってきていますが、女性は上がってきているんですよ。これは重要なところかなと思います。

私は産婦人科だから、妊婦さん・胎児への影響を心配しています。

女性はすぐ止められると思いますよ。格好で吸っていますから。ヘビースモーカーの吸い方は違うみたいですね。

婦人科でぜひ、禁煙キャンペーンを頑張ってください。

テレビに出て話をしたいですね（笑）。

女性の吸い方ですが、ほとんど吸っていないですね。火を付けて持っているだけで、そばにいとよけいに煙たいですね（笑）。

ファッションで吸っていて、血中濃度なんかは上がっていないから、別のファッションを作ってあげたら止めますよ（笑）。

今年 9 月に県民公開講座を開催いたしました。今後もあのようなものをやったらいいと思いますが、いかがでしょう。

今度は各都市をドサ周りしたらどうかと考えてはいます（笑）。その時には、都市の役員の先生方をお願いしようとは思いますが。

回数も問題ではないですかね。年に何回やる

かという問題ですね。年に 1 回ですと、七夕様と同じですから（笑）。

内容も大事ですが、継続性と年に 4 ~ 5 回とかの頻度も大事だと思います。

患者をメンバーに入れるので打合せが結構大変なんですよ。1 回やるのに時間と労力がかかりますが、実際に効果があれば続ける必要はあると認識しています。

今度、四師会が集まって反省会を行います。その時に、次の企画を相談したいと思っています。

広報については、新聞もいいですし、マスコミもいいですが、やはりわれわれが行動して地元の人を集めないと難しいですね。日医もやる場合、あのような形でしかないでしょう。あと地方が工夫しないと方法がないと思います。

できれば、年度内にやりたいと思います。

医療安全と自浄作用

司会 次は、医療安全に話を移しましょう。

医療安全ということは、医療の質を高めるということと、また医療事故に対してどう対処するかということで、それが自浄作用につながるようになると思います。

まず医療の質を上げるということで、医者の免許を更新制にするかという議論がなされていますが、ご意見ないでしょうか。

医療の安全ということは、医療水準を高めるという点につきると思います。その手段として生涯教育があるだろうと思います。生涯教育の充実については、日医も努力していますが、受講しなければペナルティを受けるという形にした方がいいのか等検討しています。それに自浄作用と、医師免許の更新、生涯教育の 3 つを絡めて議論されています。

生涯教育の充実は、会員に義務づけることがどこまでできるのかと思いますし、単位制にしたとして、単位を取らない方にどのような形の制裁があるのか、という議論はあると思います。

今、日医も努力目標から、ある程度義務化したいと考えていますが、単位と更新制に結びつく時に、私が一番気にしているのは、医師全部が日医の会員ではないということですね。会員でない人に日医が強制力を発揮できるのかなということです。

医師 23 ~ 24 万のうち 15 万ぐらいが日医会員で、臨床医でない方もたくさんおられ、臨床医でも会員でない方もいらっしゃるの、そのところがちゃんとできないと日医主導でというのは難しいと思っています。結局、第三者機関ということになるのかも知れません。

ただ、いずれにしても、現在の生涯教育の単位制度は、個人としては非常に甘いと思います。2 度出席したぐらいで学習したというのはほとんど無意味ではないかと。一番効果的と考えられるのは、大学に最大限協力をさせていただいている、いわゆる体験学習ではないか。これを毎週でもどこかでやって、県内の会員が年に 2 度ぐらいはそういうところで、実地研修できるようなシステムとなれば、これは素晴らしいものができるんじゃないかと思っています。

今のはあくまでも例でしたが、もし、大学だけだとしたら大変ですよ。引受ける側が。

私も体験学習に行きましたが、あれはいいですね。

山口県医師会がやっているのは、山口大学医師会にお願いして、臨床系の各科を順番に廻ってもらっています。最初、婦人科はちょっと対象として不適切かと思って止めていたのですが、結局全課でやろうということになりました。私も、時々出席していますが、非常に役に立つと思うし、出られた先生方も大変有益だったようです。

このようなシステムは大学以外でも大きな病院がやってもいいですし、そういう方向で発展できれば素晴らしいなと思います。

医師の医療水準の評価として、病院機能評価がありますよね。それと同じような、診療所あるいは医師個人の評価機構は日医の中でできないで

しょうか。

判断が難しいのでできないでしょうね。病院だからできることで、診療所は診療内容が違えば、専門医といってもいろんな専門医がいるし、認定医もいる。今のシステムで医師や開業医レベルのランク付けはできないし、してもいけないと思います。

もしやるんだったら、今からこういうシステムを作るからと、新しいステップを作らないといけませんね。

機能評価を新しく作っていくわけですよ。診療所の機能評価では、このレベルに達すれば機能評価として評価しますよと。

また、例えば規模別ぐらいで評価するというのはいかがでしょうか。有床診療所、無床診療所ぐらいで。

今、病院の機能評価機構がありますよね。ただし、質を見ているわけではないですよ。死亡率とか手術の成功例とかです。アメリカは全部見っていますが、入れ物としての医療体制だけを見ているので完全じゃないと思いますね。

余談ですが、中国地区で一番点数が高かったのが山口労災病院です。日経メディカル 11 月号に掲載されていました。あくまでも医療体制を重視した評価になっていて、質ではありませんが。

行き着くところは、医師のレベル・質がランク分けできるかということじゃないですか。病院の機能評価はできるでしょうが、それで働いている医師や看護師のランク付けはできないと思います。

生涯教育も、やはり甘いと思います。シール集めて出せばというのでは。

もっと厳しくした方がいいですか。

アメリカのように試験までいかどうか分かりませんが、何年かごとに試験をするとか、この期間にどれだけ仕事をしたとかいう判断になるんじゃないですか。行き着くところは。

試験等をやる方がいいということでしょうか。

われわれが学生の時からそういうシステムになるといわれれば、そうしますね。ただし、今はそういうシステムの中で育っていないから、今からでは無理ですね。

専門性という評価だといいいんじゃないかというところですね、いわゆる一般の医者をやっている、待遇とかの評価をするような機構があってもいいと思います。

それはあってもいいと思いますよ。標準的なこれぐらいの医療は必要ですという要素があって、チェックしていくのであればいいと思います。

それは国民に対して示すのですね。

患者の方から見ると、病院機能評価は器だけの評価で十分ではないと思います。地域内でどの程度・レベルの医療を供給できるかという一つの指標ならば分かると思いますが、開業医のレベルとなると、評価は難しくなります。患者からすればあそこは患者が多い・少ないという点でしか評価できないし、患者の動向が医者の評価をしているんじゃないでしょうか。

そういう意味で上位・下位の評価というのは必要ないと思います。

患者と医師の信頼関係は診療所のレベルであれば保ちやすいと思っています。来る患者は信頼があるから来ているし、信頼がなければ来なくなるとしています。これをマスコミの対談の時に話したら、首をかしげられて、もっと客観的な評価をするべきではないかといわれました。世間一般的には、それだけではいけないのかなと反省しました。

患者にはわかりにくいことがありますよね。例えば、医療事故は小さいのを含めているいろいろあります。

われわれにはそれが裏情報として伝わっていま

すが、患者には伝わっておらず、また、そこに患者が行く。行けば事故になるという状況が繰り返されていることもあります。不思議なことですが(笑)それは患者サイドには絶対に分かりません。診療所の内情など一般外部の人に分かれると大変なことです。

第一、診療所は評価する物差しが少なすぎますよね。死亡率なんて、ないわけですし。その中で出していくのは難しいんじゃないですかね。

マスコミとの話し合いの時、そのことを感じたんですよ。「実際には、われわれは患者に評価されているんだから十分だと思います。」といったら、客観的な評価が必要だといわれたのですが、まだ具体的な案はありません。

患者が来るから評価されている、と思い込んでいるかもしれないんですよ。仕方なしに来ている患者もいるかも知れませんが、他にいきたくて情報がなくて、なかなか行けないということもあるかもしれません。

そういう情報として、客観的な数値として何かがあればいいけど、信じる人は少しだと思います。

患者はしっかりしてますよ。ちょっと来ないなと思ったら、他に行っていることがあります。

そこにかかる前に、そこはどういう医療をやっているという情報があればいいですけど、患者が来て診療を続けられるというのは、一つの評価でもありますよね。

基本的には賛成です。しかし、例えば、よそから引越してきて、どこに行けばいいのかわからず、人の噂だけで行くのは、ちょっと情報が少なすぎるかなと思います。

医療提供する側からすると選択されやすい情報も出していったらいいのは大事なかなと思います。

標榜科の広告規制が外れましたが、標榜を明確にするということですね。科を自由に標榜できるわけですが、医者が率先してやるべきだと思います。

地域によっては他に医療機関がなく、いろんな科を標榜しないといけないことがあるのですが、もう少し科を絞った方が患者に親切かなということもありますし、それぐらいのことは今すぐできますよね。

医療の安全と自浄作用についてですが、医療の安全についていえば、もっと大切なことがあるのではないかと思います。

医療の安全は、医療の質ということにつながりますが、医療費の抑制政策の中で、医療の安全に対しての対応はかなり限界に来ていると思います。イギリスのブレア首相は、「医療費を抑制して、医療の質を高める魔法は存在しない」といいました。イギリスの対 GDP 費が 6.8% ぐらいですよ。先進諸国の中で一番低いし、24 位ぐらいですかね。今度医療予算を大幅に増額することを決定しているのですが、やはり厳しい医療費抑制政策の中ではなかなか医療の安全を保っていないということを認識しないといけないと思うんです。

7 月に日医と中四国ブロックの懇談会があったんです。この会で、日医に医療費の適正化、要するに医療費総額を拡大するという主張をしてくれという訴え方をしたんです。医療の安全にはコストがかかるんだ、ということなをなぜ日医は主張しないのか、ということをお願いしました。

今の日医のやり方に少し不満があるのは、財源論から入っていることです。財源論となると、日医が財源を探して歩かなければいけない。いろいろ公共事業費など、一般会計、特別会計をリストアップしているようですが、財務省にはそんな財源はないと一蹴されると一言もないですよ。ですから、ああいうプロに対してわれわれ医師が財源どうこうというのは限界があるし、国民に対して本当に通用するのかなと思います。

人の懐に手を入れてやるやり方だから、逆にいえば、公共事業に関係する人たちは反感を持ちま

すよね。財源論からの主張はまずいんじゃないかと思います。「日医は、医療のあるべき姿を国民に提示して、財源とかは代議士に任せるべきだ」と日医幹部にいったんですが、「そんな任せられるような代議士が、今いない」と答えられました。

都内のシンポジウムでも、坪井日医会長が財源論の話をしていたのですが、財務省の役人にこれ以上他の財源から充当するのは不可能と一蹴されました。ただ、この時、坪井会長は 2017 年に 71 兆円の医療費がいるんだとっていました。

以前は 51 兆円でしたが、医療安全・自立投資を含めてそのような言い方をしており、日医はやっと医療費総枠拡大に一步踏み出しているようになったのかと思っています。

みなさんは、医療費総枠拡大についてはどう思われますかね。

日本の医療費の GDP7% 台ですが、正直言います、低医療費政策に基づいていますね。

しかし、中味を見れば、少子高齢化を考えれば当然の話で、そのことを含めれば少ない伸びで 30 兆円、7% 台で収まっているということですね。拡大しろというのは、医療を提供する側からすれば当たり前ですね。医療の安全まで今の医療費には含まれていません。当然、医療安全ということであれば、別の予算をたてても国の施策としてすべきですよ。診療報酬の中だけに含まれるべきではありません。

大変おかしなことが前回の診療報酬改定でありました。それは医療費安全管理対策減算ですね。各病院で医療費の対策を講じなかったら、入院費の基本料を減算するという。これは大きな病院から診療所まで含めるということでした。

以前は加算でした。減算になったからダメというのではなくて、医療の安全のため病院は日々努力しているのに、それを厚労省の示すマニュアルに沿ってしなかったら減算するというやり方はけしからんです。

加算であってもいいということではなくて、医



療の安全対策ということとは、診療報酬に絡めることではないということです。厚労省が医療の安全の質を図ろうというならば、それは別立てで安全策を講じるべきです。当然その部分の予算は別立てですべきだし、それなりの行政施策をするべきですよ。

今回の、医療の安全の減算については、委員会を開きなさい・講習会を開きなさい、具体的にこういうのを設置しなさいというのがあるんですが、小さな有床診療所では少ないスタッフで週に一回委員会を開いてどうするんですか。そんなことはまったく意味がない。研修会をするならだれが講師をするのですか。どこかで学んでこななければならない。厚労省がマニュアルビデオでも作ればよい。それで看護師・スタッフが分かるようにすれば、それを中心に対策委員会・研修会を開きますよね。しかし、その努力さえしないのはけしからんです。

基本的にその総枠を増やせということも当然ありますが、こういった辱創や院内感染対策は公衆衛生の問題ですから、医療の総枠というよりも公衆衛生という意味で国の施策として予算をとるべきで、行政が対策を講じないといけません。基本的に考え方が間違っています。

その意見に大賛成です。何床以上の病院は医療安全委員長を置かないといけないようですね。公的病院は1人いくらというお金が入るようですが、私的病院は持ち出しなんです。

200床ぐらいの病院で、そのようなことを含めると3,000万円のお金が入るようです。もちろん、保険でカバーできないので持ち出しになります。

私のところでは毎週委員会をやっています。持ち出しになりますが、医療安全という面で大切なので、そういうケースは全国的にも多いと思います。そういうことに対するフィーが考慮されていないということを強調しておきたいと思います。

診療報酬検討委員会でも減算か加算かでもめましたが、私は今の減算を加算に改めるように主張しました。

結果的には加算ということで最重要要望項目の

中に入ったんですけど、これが本当に診療報酬でやるべきことなのかということは委員会の中でわれています。診療報酬の中で、論議すること自体違和感があるなと感じます。

司会 時間がまいりました。話はつきないと思いますが、これで終了させていただきたいと思いますが、藤原副会長より閉会の挨拶をお願いいたします。

閉会の挨拶（藤原副会長）

長時間お疲れ様でした。先生方にとって納得のいく放談となったのでしょうか。実は昨日、「放談」という言葉を辞書でひもといてみたのですが、「思ったことを遠慮なく話す。思いついたことを順序もなく語ること。（広辞苑）」となっていました。少し納得がいなくて、他にも辞書4つぐらいひいてみたら「でまかせをいう。（日本語大辞典）」というのがあり、これだと思いました（笑）。やっと目的の言葉に接したなと思ったのですが、今回の先生のお話がどれに分類されるかは、読者の方に判断していただこうと思います。

まだまだいい足りないこと、本音で話してないこと、本音の本音については懇親会でお話しいただければと思います。今日は、どうもありがとうございました。

第 85 回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 平成 15 年 11 月 9 日 (日)
ところ シンフォニア岩国 2 階多目的ホール



特別講演 「がんの疫学」

国立がんセンターがん予防・検診研究センター情報研究部長 祖父江 友孝

[印象記: 岩国市 小林 元壮]

講師は昭和 58 年に大阪大学医学部を卒業後、大阪府立成人病センター調査部に所属され、平成 6 年から国立がんセンターへ転職、現在に至っておられるが、この間がんの疫学、とくに肺がんの疫学、がん検診の評価について研究一筋にかかわって、この分野では本邦の第一人者である。1. がんの記述疫学、2. がん罹患・死亡の将来予測、3. がん対策のためのモニタリングの各項目についての講演となった。

がんの記述疫学についてであるが、第 3 次対がん 10 年総合戦略のキャッチフレーズは、「がんの罹患率と死亡率の激減を目指して」となっている。わが国のがん死亡統計は、死亡診断書から死亡票に記載され、保健所、都道府県、厚生労働省に入力され、人口動態統計としてきわめて精密なデータが得られ、一部死因の精度に問題があるにしても、死亡全数の把握が可能である。ところが、わが国のがん罹患統計は全国をカバーする地域がん登録が存在しないため、一部の府県の地域がん登録に基づく推計値のみ利用可能で、あくまでも推計値に過ぎない。この登録精度は国際的に

みて低いレベルにある。

全がん死亡・罹患の年次推移をみると、死亡数、罹患数は、男女ともに一貫して増加傾向にあるが、これは高年齢層での増加の影響によるものであり、若年層での率は横ばいか、低くなっている。全がん死亡数(2002年)は男 18 万 3 千人、女 12 万人であり、全がん罹患数(1998年)は、男 29 万人、女 21 万 3 千人と推定される。全がん累積罹患率(0～74歳、1997年:がん罹患する確率)は、男 26.6%、女 16.4%である。ただし、若年層では、女性のがん罹患率は高い。乳がん、子宮がんの好発年齢の影響である。

部位別のがん死亡・罹患の年次推移をみると、男性の罹患数は、胃、大腸、肺、肝、前立腺、食道、膵、胆道いずれも増加しているが、死亡数は胃でほぼ一定であり、他の臓器では増加傾向にある。女性の罹患数は、胃は増加ないし頭打ち、子宮はほぼ一定、大腸、乳房、肺、肝、胆道、膵、卵巣は増加傾向にあり、死亡数は胃と子宮は減少ないし頭打ち、他の臓器は増加傾向である。年齢調整罹患率・死亡率をみると、男性では、胃は減少し、他の臓器も増加傾向が頭打ちであり(前立腺は増

加) 女性では、胃・子宮は減少、他の臓器も増加傾向が頭打ち(乳がん罹患は増加)である。

部位別年齢別がん死亡率の年次推移をみると、胃がん年齢別死亡率はほぼ全年齢で減少傾向であり、死亡数はやや増加傾向で、特に高齢者で増加している。肝がん年齢別死亡率は、1930 年生まれをピークとする出生コホート効果があり、HCV 感染率と関連している。乳がん年齢別死亡率は 40 ~ 69 歳の年齢差が小さく、最近の出生コホートほど高い。子宮がん死亡は、40 歳未満で増加している。肺がん死亡率は、男性では 1938 年生まれ、女性では 1928 年生まれを中心に極小値を示している。生涯喫煙率が上記の出生コホートで極小となっている。

がん死亡の将来予測は、年齢別がん死亡率と人口問題研究所から発表される将来推計人口の年齢別人口の掛け算から推計される。年齢別がん死亡率は従来直線回帰による方法が用いられるこ

とが多かったが、本来は Age-Period-Cohort モデルによる方法が用いられるべきである。この方法によって肺がんによる死亡数の予測をすると、1999 年を 1 とした場合、30 年後の 2029 年には男性で 1.7 倍、女性では 2.0 倍となる。肺がんではこのような増加となるが、一方全がんでの年齢調整死亡率をみると、男性は横ばいかやや増加、女性では減少していくことが予想される。ただし、死亡数では欧米に比べて日本では男女ともに増加率が高く、決して楽観視できない。

今後のがん対策のためには、がん死亡とともにがん罹患の両方をモニタリングすることが必要であり、わが国においても地域がん登録の整備を含めて早急にシステムを確立する必要がある。

第 3 次対がん 10 か年総合戦略のキャッチフレーズである罹患率と死亡率の激減を目指すためには、検診受診率を最低 70% にまで引き上げることが必要である。



特別講演 「先天性心疾患の外科治療の進歩」

岡山大学大学院医歯学総合研究科心臓血管外科教授 佐野 俊二

[印象記: 下関市 吉利 用和]

わが国における先天性心臓病に対する外科治療成績は、東日本に比し西日本の施設が優れている。そのなかで、Sano 手術で有名な岡山大学心臓血管外科教授佐野俊二先生は、世界的にも優秀な外科医である。若い頃、福岡こども病院の創設期に先天性心疾患の治療に携わった私にとって、隔世の感を覚える講演であった。講演の要旨を報告する。

日本における先天性心疾患手術は、年間 9,000 例から 1 万例で、一定ではあるが、80 年代と 90 年代の手術成績を比較すると、格段の進歩を遂げ、特に 1 歳未満の成績の向上が著しい。80 年

代の 1 歳未満の開心術の成績は、死亡率 30% であったが、現在はほとんどの症例が救命できるようになった。先天性心疾患治療の Pitfall において、早期の正確な診断と適切な判断と正確な手術、複雑心奇形になればなるほど適切な術後の集中治療、1 回の手術ですまないための適切な外来フォローが必要となってくる。最近では、小児科医の先天性心疾患の知識が普及し、心エコー検査による早期の正確な診断が可能となり、術前状態をプロスタグランジンで改善出来、さらに、高速道路等の発達による搬送システムの進歩が術前状態の安定に繋がっている。術中管理も心筋保護を含め

た人工心肺が進歩し、術中の経食道エコー（体重 2.5Kg 以上なら可）による診断、手術の評価の発達、新生児、乳児の生理学的特徴を基とした人工呼吸器の改良、微量持続点滴などの術後管理の進歩があげられる。最近では、出生前の胎児エコーで診断され、母体を施設に搬送し計画的分娩後、心臓の手術が行われることも多くなった。

岡山大学心臓血管外科では、関連施設を含めて 1 年間に 650 例の手術をスタッフ 6 名でこなし、半数が先天性心疾患である。先天性心疾患手術症例 293 例の約 8 割が複雑心奇形である。2000 年の成績であるが、病院死亡が 3 例（1.0%）、遠隔死亡 3 例（1.0%）であった。ほとんどの患者が助かるといえる。10 年間に生後 30 日以内の新生児の手術を 169 例（開心根治術 115 例、開心姑息術 54 例）を行った。開心根治術の主なものは、大血管転位症、総肺静脈還流異常症で、開心姑息術は、左心低形成症候群であった。新生児開心術の人工心肺の注意点は、白血球除去した濃厚赤血球とプラズマネートで回路内を充填し、日赤血のクエン酸等の有害物質を除去する目的で充填血の濾過を行っている。体外循環中は、冷却していても高流量（180ml/kg/min）を維持し、ヘマトクリットを限外濾過を用いて 30%前後に保つ。超低体温、循環停止を避け、血管拡張剤使用で末梢循環を良好に保つようにする。すべての症例に経食道エコーを行い、手術の評価を術中に行うようにしている。新生児開心術について、初期の 50 例中 7 例の死亡（14%）に対して、最近の 65 例は 1 例の死亡（1.5%）とあきらかに改善している。心臓外科医と麻酔科医、看護師を含めたチームが手術に慣れてきたことが、もっとも成績の向上に貢献していた。

左心低形成症候群は、Fontan 手術を最終目標として、段階的な手術が行われるが、初回手術は、新生児期に行われる Norwood 手術である。本術式の要点は、1) 右室から大動脈まで狭窄のない流出路の作成、2) 適切にコントロールされた肺血流路、3) 十分な大きさの心房間交通である。世界的に有名な外科医が 500 ~ 1,000 例手術しても、一期手術である Norwood 手術での生存率は、50 ~ 70%と極めて不良であり、心臓移植の対象としている施設もあるくらいである。日本の

代表的 7 施設の 1996 年の成績も病院死亡 58%と不良であった。1998 年、演者は右室 - 肺動脈シャント（Sano 手術）を発表し、現在までに 33 例の Sano 手術を行い、94%の生存率を得た。国内の代表的な施設である福岡こども病院、静岡こども病院、岡山大学の 3 施設共同の成績でも生存率 84%であり、初めての術式に対するラーニングカーブは 10 例であり、Sano 手術は世界でもっとも優れた成績を示す術式と言える。

このように、複雑心奇形の子供達が助かるようになってくると、術後遠隔期の予後が問題となってくる。複雑心奇形の代表的疾患ファロー四徴症の遠隔期予後をみると、術後 30 年に 10%の患者が不整脈による突然死、心不全で亡くなる。不整脈には、心室頻拍、心房粗細動が多く、突然死群は手術年齢が遅く、心筋障害の程度が高度で、肺動脈逆流とそのための右室拡大が多いと言われている。術式は、弁輪を超えたパッチでなく、経右房 - 経肺動脈的アプローチによるファロー四徴症根治術が採用されているが、なんでも新生児の時期にすればよいというものでもなく、患者の QOL を考慮した術式、時期が必要である。もう一つの遠隔期の問題として、単心室症に行うフォンタン手術がある。術後 10 年で 10%、最終的に 3 人に 1 人が遠隔期に死亡すると言われており、遠隔期の問題点として、心機能低下、心房性不整脈、血栓塞栓症、蛋白漏出性胃腸症、右房圧上昇による肝機能低下が挙げられている。

現在年間 9,000 例ほどの先天性心疾患手術が行われているが、医療が発展すればするほど、10 年、20 年後には、多くの問題を抱えた成人の先天性心疾患患者となってくる。このように今後増えてくる患者さんをだれが診るのか問題となってきた。小児循環器科医は、成人期特有の問題に慣れていない。循環器内科医は、先天性心疾患の解剖や血行動態を把握できないことが多い。Adult-Congenital を専門とする医師は、日本に数人しかいないのが現状であり、多くの専門医が出てきてほしいと希望を述べられた。最後に、大学も独立法人化で厳しい医療環境に曝されているなかで、専門医療の分野は、センター化され、成績のよい施設が生き残るだろうと話されたことが印象に残った。



特別講演 「睡眠時無呼吸症候群の診断と治療 『Sleep well, Think well, Do well』」

大阪回生病院睡眠医療センター 大井 元晴

[印象記: 宇部市 福田 信二]

エジソンの電球発明後、人間の睡眠時間が 2 時間減った。睡眠不足に関係した大事故にはラスカ沖エクソン・バルデス号タンカー座礁事故、チャレンジャー号爆発事故、スリーマイル島原発事故がある。睡眠不足は認知能力の低下をもたらすが、その認知能力の低下を自覚できない。認知能力の維持には 1 日 8 時間の睡眠が必要である。ところが、人間は眠気を感じなくなる性質がある。アメリカのレジデントは睡眠時間が短いといろいろの問題になっているが、徹夜と 6 時間以下の睡眠は同じ知的能力の低下を来す。計算力は低下し、複雑な動作の獲得が低下する。

いびきと昼間の眠気のある例は労務災害のオッズ比が倍に上がる。ドイツの医学部学生の試験で、いびきが常時ある人がもっとも平均点が低く、落第率も高い。小学生でいびきのある子は成績が悪いという報告もある。

睡眠関連呼吸障害は OSAHS (閉塞性睡眠時無呼吸症候群)、CSAHS (中枢性睡眠時無呼吸症候群)、CSBS (チェーンストークス呼吸: 重症心不全の人に見られる一種の中枢性無呼吸で、これがあると予後が悪く、CPAP をすると予後がよくなる)、SHVS (睡眠中の換気低下) の 4 つに分けられる。

CPAP (continuous positive airway pressure) は吸気・呼気に一定の圧をかけて上気道を開いておく方法である。吸気と呼気の圧を変える Bi-level 型では呼吸補助をすることができ、低換気や高炭酸ガス血症がある時に使う。

SAHA では無呼吸が 30 秒ぐらい続き、いびきは止まり、呼吸が回復するといびきが始まる。無

呼吸時は酸素が下がり、呼吸が回復すると酸素が戻る。呼吸回復時には脳波上覚醒し、無呼吸中は入眠している。そのため「朝起きた時にすっきりしない」「昼間眠たい」という症状が起こる。呼吸が回復したときに血圧が高くなるので高血圧との関係が言われている。起きているときは上気道、咽頭周囲の筋活動があり上気道が開いているが、寝てしまうと筋活動が低下するので、上気道周囲の筋活動が低下し、吸気時の陰圧で閉じる。閉塞部位は複数部分ある。アルコールは上気道の周囲の筋緊張を選択的に低下させるので無呼吸はひどくなる。

症状は睡眠中はいびき、無呼吸、苦しくなって目が覚める、夜尿、発汗、食道逆流、流涎が多い。起きている時は朝すっきりしない、朝の頭痛、集中力不足、元気がないなど。

SAHS の原因は肥満、咽頭の問題 (アデノイドと扁桃肥大)、下顎が小さい。

無呼吸は 10 秒以上、睡眠中の低呼吸は 50% 以上の呼吸運動の低下あるいは 3% 以上の酸素飽和度の低下あるいは脳波上の覚醒をともなうもの。こういうものを 1 時間当たりの数で表す。1 時間に 5 以下が正常。1 時間に 20 を超えると、CPAP の治療が保険上認められる。重症度分類は自覚症状と睡眠中の無呼吸の数で行い、どちらか重症の方をとる。日本の有病率はおよそ喘息に匹敵すると考えられている。Periodic leg syndrome、Narcolepsy 睡眠不足症候群などが鑑別診断になる。診断には ESS (Epworth Sleepiness Scale) というアンケートをとる。これは 8 項目あり、24 点満点で 9

点以下が正常。睡眠中の覚醒の客観的な判断は polysomnography で行う。これは睡眠中の目の動き、頤に筋電図、鼻と胸にバンドを巻いて呼吸、オキシメーターで血液中の酸素、心電図を記録する。15 秒以上覚醒波がある場合は awaking、3 秒以上のものを短期覚醒。音刺激で脳波上の覚醒はないが、呼吸、血圧、心拍数が変化するものを autonomic arousal という。

SAHS では交通事故が 2 ~ 7 倍多い。京都であった事件では、SAHS 患者が死亡事故を起し、刑事では最高裁で有罪、民事で一審では責任能力なしと判定された。昨年の 6 月に道路交通法が改正され、免許の拒否、保留、取り消しまたは停止の対象になる病気の中に「重度の眠気の症状を呈する睡眠障害」が入った。睡眠呼吸障害と事故に対する医師の対応として、交通事故が多いことを患者に知らせる、それもできれば文書で知らせる、居眠り運転で事故の既往を聞く、職業運転手が一般の運転手かでの対応が異なる、必要な睡眠時間に対する教育、眠くなれば昼寝あるいはカフェインを摂るように、CPAP の使用時間を記録できるものを使う、治療効果は polysomnography で確認する、治療効果がないか使用しない場合、医師が当局へ通知義務があるかどうか問題になる。法的な規制ができると、患者の受診抑制が強くなる可能性がある。

SAHA 患者の 60% に高血圧が、高血圧患者の 20% に SAHA がある。繰り返す短時間の低酸素血症が頸動脈体を介して交感神経系を亢進させて、高血圧になる。CPAP をすると無呼吸がなくなって交換神経活動も落ちる。脳血管障害、心筋梗塞の発症とも関係する。JNC-7 のガイドラインでも原因がはっきりしている高血圧の最初に Sleep apnea が挙げられている。CPAP を使うと ABPM で平均 2.5mmHg 下がる。覚醒時、睡眠時ともに血圧が下がる。また、一次予防、二次予防ともに冠動脈疾患の独立した危険因子である。脳血管障害は 2-10 倍くらいある。インシュリン抵抗性とも関係があり、最近では SAHS は Metabolic Syndrome の一部と考えられている。女性の場合、更年期前では少なく、更年期後に増えてくる。これは女性ホルモンの呼吸刺激作用による。重症例では男女比は 8 : 1。

無呼吸・低呼吸指数、自覚症状、酸素飽和度の低下の程度で治療法を決める。一番有効なのは鼻連続気道陽圧呼吸 (nCPAP)。その他、耳鼻科的手術、口腔内装具、減量がある。居眠り運転で事故を起した人、脳心血管障害のある人、高血圧がある人、肥満 + 顎が小さい人は CPAP を勧める。10 年経つと CPAP 使用者は死亡例がなく、未使用例では 40% が死亡する。CPAP の保険診療上の適応は AHI 20/ 時間以上、自覚症状がある、polysomnography で効果を確認したもの、重症例では簡易法で確認したもの。コンプライアンスは 3 か月後に 4 時間以上使っている患者では 5 年後でも 90% 以上が使用。2 時間しか使っていない人は 20%。最近 autoCPAP が出てどの程度圧力が必要かを簡単に知ることができ、在宅でも使える。高い圧を必要とする、姿勢による変化が大きい場合、記録を必要とする場合に使う。日本では冬に加温加湿器が必要になる。保険診療上月 1 回の受診の義務がある。CPAP 使用に祭し、マスクの圧迫感など、そのつど改善しなければならない問題が出てくる。扁桃肥大との関係では、子供の場合は手術が第一選択となり、子供の場合 AHI 1 以上でも異常と考えられる。眠気よりも注意・多動障害を起こす。重症例では成長障害が起こってくる。

睡眠時無呼吸症候群が多い理由は、遠因として、人間が直立歩行をしたため大後頭孔が前方に移動した、会話能力を得たため喉頭が下方へ移動した、大陸の弥生人が顎が小さかった、睡眠時間が短くなったため、本来こういうことは問題ではなかったが、長寿とか肥満が起こってきて、睡眠時無呼吸が起こるようになった。これからさらに顎が小さくなり、肥満もさらに増してくると予測されている。



特別講演 「FDG-PET による癌の診断 その有用性とピットホール」

京都大学大学院医学研究科核医学・画像診断学助教授 佐賀 恒夫

[印象記: 岩国市 小林 元壮]

ポジトロン断層法 (positron emission tomography: PET) は、定量性、空間分解能に優れる核医学診断法である。特に 18F- 標識フルオロデオキシグルコース (FDG) を用いた FDG-PET は、悪性腫瘍組織において亢進した糖代謝を非侵襲的に画像に表示することが可能で、悪性腫瘍の診断に有用とされる。

1. FDG-PET とは

PET 検査とは、陽電子 (ポジトロン) 崩壊する放射性核種で標識した放射性薬剤を被験者に投与して、その分布を専用のポジトロンカメラで画像化、定量化する手法で、従来の核医学画像 (たとえばガリウムシンチ) に比べ、解像力、定量性に優れている。しかも非侵襲的であり、一度に全身の検索が可能で、病変が陽性に描出されるため認識しやすいという特徴がある。一方で、高価な PET 専用機が必要であり、核種の半減期の事情からサイクロトロンを有し、薬剤を自家合成する必要がある。また、PET 画像の問題点としては、決して腫瘍特異的ではないこと、つまり生理的分布があること、炎症巣への集積があることを認識しておく必要がある。さらにガリウムシンチに比べると解像度ははるかに優れているが、CT や MRI に比べて解像度で劣ること、解剖学的情報に乏しいこと、撮像に時間がかかることも認識しておくべきである。

2. 腫瘍 PET 検査の現状

従来から腫瘍核医学の主流であったガリウムシンチの件数を超え、2002 年 4 月に 12 疾患が保険適応となり、さらに件数は増加している。全国

の PET 施設をみると、東京や京阪神に集中している。中四国では 2 施設が、現在建設中である。

3. 悪性腫瘍の FDG-PET 診断

実際の PET 画像をお示しいただいた。

FDG-PET でよくわかる腫瘍には、肺がん、消化器がん (食道癌・結腸癌・直腸癌・膵臓癌・転移性肝癌)、婦人科悪性腫瘍 (子宮癌、卵巣癌)、乳癌、悪性リンパ腫、頭頸部癌などがあり、一方、FDG-PET でわかりにくい腫瘍には、生理的集積のためにわかりにくいものとして、腎・尿管・膀胱・前立腺癌、胃癌、脳腫瘍があり、FDG の集積が高くないためにわかりにくいものとして、一部の肝癌、肺がんの中でも細気管支肺胞上皮癌がある。

FDG-PET の臨床応用としては、腫瘍の性状診断 (良悪性の鑑別)、ステージ診断、再発診断、治療効果判定・予後予測、がんのスクリーニングであろう。

腫瘍の良悪性の鑑別例として、肺結節の鑑別と腫瘍形成性肺炎と膵臓癌の鑑別が提示された。肺の結節陰影については、FDG-PET は、肺野結節の良悪性鑑別に有用とされ (感度 96%、特異度 77%、正診率 91%) ているが、偽陽性、偽陰性の報告も多い。偽陽性では、結核、非定型抗酸菌症、器質化肺炎などであり、偽陰性では、細気管支肺胞上皮癌、高分化腺癌があり、患者の既往歴、現症、CT 所見の情報の把握が必要となる。組織型では、腺癌よりも扁平上皮癌のほうが FDG の集積性が高い。FDG 集積の定量値 (SUV) のみでは良悪性の鑑別は無理という。

腫瘍形成性肺炎と膵臓癌の鑑別についても、良

悪性の鑑別に有用ではあるが、両者の SUV 値に重なりがあり、SUV 単独での判定には限界がある。患者の臨床情報、他の画像データをあわせて評価する必要があり、また高血糖の影響にも注意が必要である。

4. ピットホール

現在浮かび上がっている FDG-PET の問題点は、1cm 以下の小病変の検出率が低いこと、生理的集積を異常集積と見誤りやすいこと、逆に異常集積を生理的集積と見誤ること、炎症性疾患への FDG の集積が偽陽性となること、手術や放射

線治療・化学療法などの治療による FDG 集積の修飾が偽陽性にも偽陰性にもなることが挙げられる。

現在、がんのスクリーニングとして、民間の PET 検査施設で積極的に取り組まれており、他の検診に比べて高い検出率（2%程度）が見込まれている。しかし、その有用性については、各施設でのデータの集約が必要であり、施設間での検査方法、評価方法の均一化も必要となる。

検査原理の特徴が、利点でもあり、陥りやすいピットホールでもあろう。

日医 F A X ニュース

12月2日 1409号

医療・歯科医療を通じて国民の信頼感を獲得
自民党議連で診療報酬の引き上げを要請
日医標準レセプトソフトの導入相談窓口を設置
卒後臨床研修で指導医の報酬、養成費用の確保を
診療報酬改定の具体的方向には言及せず
国民負担率を指標とした社会保障費抑制は不適當

12月5日 1410号

診療報酬引き上げ要望書を坂口厚労相らに提出
安倍自民党幹事長に診療報酬引き上げを要請
卒後臨床研修に勤務医も積極関与を
診療報酬改定の具体的方向には言及せず
平均乖離率は薬価6%前半、材料8%超の見通し
医療分野の税制改正論議がスタート

12月9日 1411号

谷垣財務相に診療報酬引き上げ要望を提出
次期診療報酬改定で四師会から意見を聴取
額賀自民党政調会長に要望書を提出
薬価などの引き下げ幅で、診療報酬本体に影響も
診療報酬改定幅めぐり政府・与党の調整本格化
株式会社の医療経営参入で新たに「小児救急医療」
ハイケア病棟、亜急性期医療の病棟案を提示
医療機関の経営努力巡り支払側と診療側が応酬
卒後臨床研修への診療報酬財源充当には反対

第 34 回全国学校保健・学校医大会

メインテーマ『たくましく生きる子どもたちの育成をめざして』

と き 平成 15 年 11 月 8 日

ところ ホテル青森

第 1 分科会：『からだ』

例年どおり第 1 分科会から第 4 分科会まであり、第 1 分科会の『からだ』を拝聴した。全部で 10 題の発表があり半分は児童生徒の生活習慣病に関する議題であった。

1. 定期健康診断における「骨・関節の異常及び四肢の状態」のチェックについて

第二報 O 脚・X 脚の生徒 3 年間の経過観察
京都府医師会学校医部会幹事・京都市学校医会 福田 潤

平成 12 年度入学の中学 1 年生で O 脚・X 脚と診断した生徒について 13 年度、14 年度そして卒業前の 2 月にチェックし、約 3 年間に O 脚・X 脚がどのように変化していったのか、身長伸びや肥満度と関係があるのかどうかを中心に縦断的な調査を実施した。

結果から、下肢のアライメントと肥満の関係について「X 脚は肥満体型が多く、O 脚はやせ型が多い」ことが、前回の調査と同様に判明した。現在の中学生が O 脚・X 脚のまま高校に進学し中学生と同じ種目のスポーツを続けるならば、いずれ外傷や障害がおこることが予想される。その予防のためには生徒自身が自分のアライメントについて理解し、ストレッチを続けられるようなよい指導が大切である。これからの課題として、定期健康診断の一項目として「骨・関節の異常及び四肢の状態」の検診を進めていかなければならない。

そのためには、マニュアルの作成がぜひ必要であり、検診のシステムづくりが今後の課題となる。

2. 小学校における円板状半月板の検診について 大阪府医師会学校医部会生活習慣病対策委員会委員 井上 雅裕

小学校 4 年以上の児童 692 名を対象とし、アンケートを実施、疑わしい症状を回答した児童を 2 次検診の対象とした。2 次検診は整形外科医が小学校に赴き児童の診察を行い、円板状半月板の存在が疑われたら 3 次検診として MRI 検査を行い診断を確定した。2 次検診で陽性とされた 43 名のうち 10 名に円板状半月板がみつめられた。円板状半月板の検診に関する今後の問題点としては、MRI 以外の簡便で確実な検査法が開発されることが望まれるが、スクリーニングで陽性と判定された児童に対する生活指導やスポーツ指導のありかたを検討し、明確な指針を定めることがさらに必要である。

3. 「姫路市に於けるアレルギー疾患罹患率と犬・猫及びタバコとの関係」

姫路市医師会公害調査検討委員会委員 黒坂 文武

姫路市では平成 7 年から新入 1 年生を対象に質問表 (ATS-DLD) によるアレルギー調査を行っている。7 年間で延べ 35,600 名調査した。回収率は 99.2%。

気管支喘息

タバコを吸う家庭と吸わない家庭では、タバコを吸う家庭の方が喘息の罹患率が有意に高かったが、犬・猫の室内飼育に関しては有意の差を認めなかった。

アトピー性皮膚炎

タバコを吸う家庭と吸わない家庭では、罹患率に有意の差は認めなかったが、犬・猫の室内飼育に関しては、室内飼育を行っていない家庭の罹患率の方が有意に高かった。

スギ花粉症の疑い

タバコを吸う家庭と吸わない家庭では、タバコを吸う家庭の方がスギ花粉症疑いの罹患率が有意に低かった。室内飼育を行っていない家庭の罹患率の方が有意に高かった。

アレルギー性鼻炎

タバコを吸う家庭と吸わない家庭では、タバコを吸う家庭の方がアレルギー性鼻炎の罹患率が有意に低かった。室内飼育を行っていない家庭の罹患率の方が有意に高かった。

以上の結果より喘息に関しては喫煙している家庭の方が罹患率を高めるという結果が出ている。アトピー性皮膚炎に関して差は認められなかった。アレルギー性鼻炎、花粉症は喫煙に影響されるという意見とされないという意見があり一定していない。喫煙により副鼻腔炎の罹患率を増加させることが分かっている。われわれの報告では喫煙がアレルギー性鼻炎とスギ花粉症の罹患率を減少させているという結果が出たが、種々の害を考えれば今後も禁煙の指導は推進すべきである。

乳児期に犬・猫等のペットを飼っている家庭の方が、アレルギー性鼻炎、花粉症、アトピー性皮膚炎の罹患率が有意に低かったことが分かった。このメカニズムは明確ではないが、先進国で喘息、アレルギー疾患が多い理由の説明として Strachan が最初に提唱して、後に「清潔仮説」といわれている理論がある。これは乳児期における免疫反応の発達において細菌が大きな影響を及ぼしている。Th1 を誘導する感染、特に細菌によ

るものは抗原特異的な Th2 反応によって特徴づけられたアトピーへの進展を予防すると提唱されている。もし衛生状態が改善され消化器の細菌叢が変化して細菌による刺激が欠如するようになったなら、Th2 優位にシフトして最終的にアトピー疾患に罹患しやすくなる。他の疫学調査でも、農家での生活、犬・猫の飼育は小児のアトピー性疾患を予防することが示されている。近年乳児期にペットを飼育している群でかえってペットアレルギーが少ないという報告もあり、今回の報告の結果、ペットとアレルギーとの関係について再検討する必要がある。

4. ワクチン接種率向上に関する就学時健診の役割と意義

葛飾区医師会学校園医部運営委員会委員 松永 貞

平成 14 年 3 月 29 日に文部科学省より「学校保健法施行規則の一部改定などについて」という通知が 13 文科ス第 489 号として出された。これにより、小学校就学時にワクチン歴を調査し未接種者には積極的に勧奨し、その後事後措置を講ずることが明文化された。本年 3 月に全国の県、県庁所在都市、東京都下のすべての教育委員会にアンケート調査を行い半数以上の教育委員会から回答を得た。

回答から考察すると、この通知自体が十分に各自治体の教育委員会の現場担当者に徹底されていないのではないかと印象を受けた。ワクチンで予防できる感染症をコントロールするにはワクチンの摂取率の上昇が必須である。このことは、学童個人の健康増進に留まらず、教育行政の円滑化にも大きく寄与するところである。各教育委員会はもちろん、学校現場、学校医、小児関係団体などに周知徹底することが急務であると考えた。

以下 5 ~ 10 題は児童生徒の肥満を含めた生活習慣病に関する演題であった。

5. 学童、生徒の生活習慣、特にその Follow と ID 化について

熊本県八代市大原小児科委員長 大原 淳

小学生の朝食抜きが 5% あること、女子大生の喫煙率が高かった。小、中、高、短大と経年的 Follow が行えた 34 名について、小、中学校に生

活習慣に問題の無かった子どもたちは、その後も安定していたが、そうでないグループは短大になっても改善していなかった。初期対応の立場から言えば、健診結果の ID 化 (identification) を取り入れることが良策だと思われる。プライバシーの問題もあるが、学校保健の成果をより高めるものと考えられる。

6. 自己チェックリストによる児童の生活習慣調査
山口市医師会・学校保健会 松尾 清巧・野瀬 橘子

一般児童と肥満児の生活習慣病自己管理チェックリストによる生活習慣調査を行った。その結果として生涯にわたって健康的な生活を送るには、子どものうちから規則正しい生活と食生活の確立が大事であり、そのためにはこのチェックリストは簡便で特別な計算や器械も必要としないので、今後は肥満の予防・改善に活用できると考える。

(表 1)

7. 小児肥満の発症及び改善要因に関する研究
和歌山県日高医師会学校医部会 家永 信彦

小学 4 年生と中学 1 年生の健康診査受診者を縦断的に観察した結果、非肥満群から肥満が発症するリスクとしては男では HDL コレステロールが低いこと、女ではインスタント食品及び清涼飲料水の頻回摂取が認められた。また、肥満群から非肥満群への改善要因としては、男では中性脂肪が低いこと及び味付けがうすいこと、女では野菜

を毎日食べること及び味付けがうすいことがあげられた。

8. 前橋市における生活習慣病対策の検討
13 年間のまとめ

前橋市学校保健会生活習慣病対策部会 須田 浩充

前橋市における肥満児実態調査を行い、健康教室を実施し高度肥満児対策を行っている。肥満児出現のピークは小学校 4 ~ 5 年であり、この時期前に正しい食事、運動等の生活習慣を指導することが重要である。健康教室も小学 2 ~ 3 年生の児童に行い、肥満児出現率のピークの前に指導している。肥満度 50% 以上の高度肥満児出現率も徐々に増加傾向となっている。それでも医療機関受診率は 50% 以下である。高度肥満児の健康障害の発生頻度は、高コレステロール血症が全体で 25.0%、低 HDL コレステロール血症が全体で 11.9%、高中性脂肪血症が全体で 17.9%、肝機能障害〔GPT 40U/l〕が全体で 21.0%、高血圧が全体で 8.1%、動脈硬化指数 3.0 以上の比率が 10.9% だった。現段階で指導、治療等開始しなければ確実に成人期の生活習慣病に移行することは明らかである。

9. 児童生徒の生活習慣病対策

- 茨城県学校保健会の試み -

茨城県医師会理事・茨城県学校保健会常任理事 高橋 正彦

調査の結果、学年が進むにつれ肥満率は、小学生は高く、中学生は低くなった。肥満児の比率には地域差があり、小学・中学とも約 2 倍の格差がみられた。血液検査結果では重度肥満児群では、中等度肥満児群に比し、TC, TG, BS, GOT, GPT が高く、HDL が低かった。肥満度 100% 以上の児童生徒に対して可及的早期に適切な治療が望まれる。

表 1

チェックリスト (部分)
生活習慣についての調査

	曜日	月	火	水	木	金	土	日	小計
	月日								
朝食	1人分	1							1
昼食	1人分	0							0
おやつ	1種類	0							0
夕食	1人分	1							1
夜食	禁止	0							0
ゲーム・TV	2時間以内	0							0
手伝い	する	1							1
小計		3	0	0	0	0	0	0	3

守れた---1、守れない---0
日7点、週49点満点

10. 徳島県における小児生活習慣病予防対策委員会の試み

徳島県医師会生活習慣病予防対策委員会副委員長 中堀 豊

徳島県医師会生活習慣病予防対策委員会は平成 12 年度に設置され、毎月総括班会議が開催され、委員会の活動方針や問題点の解決のために話し合っている。医療機関、栄養士、学校関係者を対象に生活習慣病予防のための栄養、運動、認知行動療法等の研修を重ねていき、子どもたちの「健康づくり」支援体制を強化していく。これまでも各地でさまざまな対策が行われているが、肥満予防の介入が功を奏した事例はまだ希少である。生活習慣病の二次検診の普及と同時に学校現場、家庭での一次予防プログラムの展開、情報提供とネットワークの拠点づくり等を各関係者、多くの機関の連携により取り組んでいきたい。

シンポジウム

テーマ 『健康教育へのかかわり方をさぐる』

1. 「学校」健康教育へのかかわり方をさぐる

青森市立長島小学校校長 坪井 輝子

子どもたちに今必要な力は、自然・環境に対する豊かな感受性、社会変化等に適応できる力、見極める力や表現する力まで含めた学力、学意欲や課題を解決する力、生涯スポーツの基礎となる運動に親しむ資質や能力、健康で安全な生活を営もうとする態度である。学校教育に求められているものは、学校教育活動全体を通して「生きる力」の育成を行うことである。それには豊かな人間性、確かな学力、健康・体力を指導していかなければならない。夢や希望をはぐくむ健康教育の推進として、基礎・基本を考える力を身に付ける、夢をはぐくみ、生きる力を考える、目標に向かって努力するようにしていかなければならない。

本校の教育目標は、豊でたくましく生きる子どもを育成するためである。そのためには、自らの力で課題を解決するような進んで学ぶ子ども、相手の気持ちを考えて行動する思いやりのある子ども、安全に気をつけ体をきたえる子どもを育てなければならない。

小学校は人間として生きていく基礎づくりであ

る。そのために教員以外の多くの専門家の方々のご協力をいただき、道徳・特別活動・総合的な学習の時間・学校保健委員会の活動などを利用して、児童の実態、地域の実態、指導内容、時間数等から教育目標達成に向けての教育計画を構築している。

2. 「こころ」スクールカウンセラーの活動について 八戸スクールカウンセラー臨床心理士 高橋 育子

八戸市教育委員会が教育支援ボランティア制度を発足させ、スクールカウンセラーとともに不登校の生徒と積極的にかかわることになった。小児科医師が精神科でトレーニングを受け活動に参加された。さくら学級「市民病院内学級」に不登校の生徒を参加させ、健康面のチェックを行い、児童の興味やペースに合わせて指導・助言を行っていった。このことから児童精神科は小児科内にあることが望ましいと考えている。この子どもの例は経済的な問題もあり、母親が周囲の関係者の熱心な援助に同意し、生活保護を申請できた。

応援指導教室は、学級復帰を目的とするのではなく、人との交わりを可能にすることが目標である。その子どもの持っている長所を褒めることにより、自身を持たせることをカウンセリングルームで行う。集団では存在が希薄になりがちな子ども達が、この教室で自分自身の能力を引き出され、存在を確かに感じることができるようになっていった。

スクールカウンセラーは相談にのるのではなく、クライアントが何をしたいのか、何を言いたいのかを聞き出し、自分自身で解決するように援助を行うことである。問題解決の答えはクライアント自身の中にあるので、基礎的な話の聞き方が重要になる。この技術はだれにでもできるので保護者を含めて習得する必要がある。クライアントのいろいろな感情が解消されていないことが原因であるので、その感情を言語化して理解してもらうことが大事である。それができないためにあるきっかけにより爆発することがある。感情こそが心の扉を開くことであり、よりよい対人関係を築くために基礎的な話の聞き方、感情について学び表現し、自分自身と他者を理解し、共感生を高めることが必要である。

3. 「からだ」町創りは人づくりから

国立療養所青森病院院長 五十嵐 勝郎

1991 年に「肥満の原因となる食事について、授業に取り入れてはどうか」と教育長に申し入れ実施された。

まず小児生活習慣病予防推進会議を組織した。その中で採血や栄養教室をどのように授業に取り入れるかという問題に対しては、教育の一環として捉え教育長名で指示を出す。肥満や高脂血症がいじめや登校拒否の原因とならないように、町と学校が一体となって講演会を開催し、子どもと保護者に「食の大切さ」についての理解を得る。公費負担の問題は、「健康な町創り」のために町が予算を組むことを提言するとした。すなわち、この事業は「町ぐるみ」であることに位置づけた。

児童・生徒の肥満や高脂血症を通して本人はもちろんのこと、各家庭の食事について勉強しようとしたものである。各家庭で食事を作るのはほとんどが保護者であるので、保護者が子どもと一緒に十分な知識を得られるように企画し実践した。肥満や高脂血症の対策と栄養教室を開始し 10 余年が経過した。対象は年々新しくなるが、食事は確実に変化してきた。これは保健師が各家庭の調査から実感している。また肥満も高脂血症も減少してきたように思われる。生活習慣病から守ることを目標に掲げ、健康な町創りに町を挙げて行ってきた。今、その効果を科学的に判定する時期に来ている。その一方で「継続は力」であるからこれからも続けていきたい。

4. 『性』健康教育へのかかわり方をさぐる

苫米地レディースクリニック 苫米地 怜

昭和 54 年青森県医師会の要望で県教委が産婦人科医を高校に配置することから始まり、現在では全高校に性教育を行う体制が整えられている。しかし、最近の 10 代の妊娠・性感染症の増加をみると、もはや中学生から基本的な正しい知識・予防・道徳観を植え付けなければいけない状況になってきている。

平成 14 年度から八戸市教育委員会は「いのちをはぐくむ教育アドバイザー事業」を立ち上げ、医師会の提言に応え、行政の責任で積極的に取り組む形になった。産婦人科だけでなく、小児科

医の参画も行い、教育委員会の責任で行うことになった。性教育という言葉を使用せず「いのちをはぐくむ教育」とし、性に関する知識を提供し、教師や生徒の相談に応じてアドバイスをした。

アンケートの結果より、交際している異性がいる生徒は、100%何らかの接触経験が有り、保護者・教師側の見かたとははっきり相違があったこと。学校側の性教育に関する苦悩の深さ、困難さを実感できたこと。中学校への講演内容は、性の知識だけでなく、もっと道徳、倫理観を植え付けなければならないこと等が再確認できた。

教育アドバイザーとしての医師は、医学的な性教育や、性の問題行動の防止を目的とした狭い観念でとらえるのではなく、多様化している男女の生き方、人間尊重の精神、男女の人間関係の構築、社会の性情報や性環境への対応、性の逸脱行動への対応、感染症の新たな課題への対応等、広く「生き方に関する指導」を行わなければならない。

14 年度から八戸市全 22 中学校に対し実施した。その中での申し合わせに、事前アンケートを実施し、性教育モデル事業実施校のものと比較・参考とする。

全講演終了後の感想及びアンケートの実施と事後指導をする。この事業の実習編として新生児沐浴を希望生徒に体験させてみる。1 年間を通して、各校を担当した嘱託医は、養護教諭を介して専門医によるカウンセリングを実施する。

4 年間のモデル事業において、学校サイド・父兄・生徒の反応からみて、医師サイドの押し付けでなく、行政の責任で行う形が良く、それに医師会が協力する方が円滑に展開できる。赤ん坊との触れ合いに生徒は喜び反応する。沐浴体験をさせてくれる施設が増えてくれば、中学生に対して命の大切さを感じさせることができる。

[記：理事 濱本 史明]

第 2 分科会：『こころ』

第 2 分科会では精神保健関連 4 題、生命倫理関連 1 題、健康相談活動支援体制関連 2 題、性教育関連 3 題の計 10 題が報告されたが、特に「若年者の性」に対する性教育への取組が注目された。

1. 県立盲学校生徒の悩みについて

- 盲学校面接記録から考えられること -

秋田県医師会常任理事 齊藤 征司

昭和 63 年から県立盲学校の精神科学校医として、生徒の悩みについて調査。調査結果を分析すると次のようにまとめられた。

- (1) 教師は盲学校在籍者には神経症傾向、性格的問題、行動上の問題など多くの問題があると認識。
- (2) 生徒も同様の悩みを抱えているが、教師の認識と相違がある。
- (3) 生徒は盲学校入学前、依存的、受身的、時にはいじめの対象だったりの辛い体験を持つ。
- (4) 入学後、入学前の状況をそのまま引きずっていることが多い。
- (5) 面接により知り得たことは、神経症的防衛機制が明らかになったことであるが、そのため、対人関係は緊張関係になることが多い。
- (6) 以上から、職業目的という教育方法から人間としての生き方を学ぶ方向へと向かうべき。

2. 発達障害児の行動障害に対する学校・学校医の対応の現状

- 学校医講習会参加者のアンケート調査から -

大阪府医師会学校医部会委員 田中 千足

アンケート調査により、学校、家庭、専門機関の連携がうまくいかない要因として、保護者が子どもの障害を認めようとしにくいこと、診断または治療のために専門機関への受診をすすめても拒否されることなど、保護者の偏見をなくすことが重要であるとともに、養護教諭と学校医が連携の要としてうまく機能する必要があると考えられた。

3. 小、中学校児童、生徒の不登校に対する調査

山梨県医師会理事 島田 和哉

ある地域の生徒、保護者を対象として不登校について調査。不登校のきっかけは小学生・中学生

とも友人関係をめぐる問題、学業の不振、親子関係が上位を占めた。学校において不登校のみならず、いじめ、心身症、注意欠陥多動性障害 (ADHD)、学習障害、摂食障害、自傷行為等心の問題を持つ生徒が増えている。

4. PTSD の治療基本に学ぶ不登校支援

徳島県医師会メンタルヘルス対策委員会委員 二宮 恒夫

不登校を含む子どもの「こころの問題」は、虐待 (外傷体験) の関与が大きい。神経症的症状を呈する不登校の多くは、家族関係の問題が根底にあり、学校生活がきっかけになって発症し、しかも、PTSD (心的外傷後ストレス障害) の主症状に該当する。したがって、不登校の問題を見直し、外傷体験をキーワードにして取り組む必要があり、不登校支援は PTSD に対する支援を基本にすることが重要。

5. 「生命倫理・死生観」の啓蒙活動について (第 3 報)

- 小学生 (高学年) に対する啓蒙活動の成果 (3 年間の経年的変化) -

学校医・名古屋市学校保健会理事 伊藤 春夫

小学生高学年に対して、脳死、臓器移植、エイズ、遺伝子組み替え等に関する講義を毎年行い、その前後にアンケート調査を実施して「生命倫理・死生観」について評価を確かめたことが紙上報告された。

6. 養護教諭の事例研修会について

- 健康相談活動支援体制整備事業の報告 -

滋賀県医師会学校医部部員 三輪 健一

平成 13 年度から新たに始まった文部科学省の事業について報告。

7. 広島県における「健康相談活動支援体制」に関する実態調査から

- 学校医の役割を考える -

広島県健康相談活動支援体制検討委員会委員・広島県医師会常任理事 新田 康郎

平成 14 年度より広島県教育委員会が行っている文部科学省委嘱事業である健康相談活動支援体制について報告。健康相談を行っている養護教諭等に対してアンケート調査を実施。健康相談の実

態調査から問題点をあげ、学校医の役割として「子どものこころの問題に対応する知識と技術を習得し、スーパーバイザーとしての役割を担うことができるよう努力と自覚が必要。

8. こころの教育としての性教育の重要性と展開

戸田市立医療保健センター参事 平岩 幹男

平成に入り携帯電話などの個人情報ツールの普及とともに性行動の低年齢化が加速。援助交際、若年妊娠や人工中絶等の問題が急増し、平成 10 年ごろから中学校教育の中での性教育の取組が変化してきた。

厚生労働省の委員会により平成 14 年度に新しく作成されたラブ&ボディブックは、中学校 3 年生を対象に配布されることが試みられたが、実際には利用しにくいということで戸田市では中学校 3 年生を対象とした性教育のテキスト「望まない妊娠を避けるために...しない勇気ことわる勇気」を作成。このテキストは 20 歳未満の人工中絶率増加の推移、男女の体の仕組、性感染症、妊娠と避妊などについて要領よく分かりやすい表現で書かれており、保護者に質問したところ、家庭でも利用できると回答した。

初交年齢は確実に下がってきており、中学校卒業時の性交経験率が 20%を超えると推測されている現状では、中学生からの性教育が必要。性教育は「からだの教育」というよりも「こころの教育」であることが強調された。

9. 「婦人科クリニックにおける思春期患者の動向」

弘前レディースクリニックはすお 蓮尾 豊

駅前でのビル診療による産婦人科クリニックにおける実態について報告。開業後 7 年間における特に 10 歳代の患者に注目し、その受診理由、思春期妊娠、性感染症さらには若年者の子宮がん検診等の現状について分析。中学生の妊娠、性感染症、パピロームウイルス感染による子宮がんハイリスク症例等の実例をあげ、青森県での正確な調査はないが、思春期の性行動に関しての地域差はまったくない、それどころか青森県内の産婦人科医の大部分が若年者の性交経験率は東京のそれよりも上回るであろうと予想している。

青森県では昭和 50 年代から産婦人科学校医の

制度があり、「高校生の性教育をすすめる産婦人科学校医の会」と称して活動を続けている。この思春期の性の現状を把握し、その改善を図るためにも県や市町村の行政関係者、青森県医師会、郡市医師会、産婦人科医、助産婦、PTA を含めた小・中・高等学校関係者、一般市民などから構成された協議会の設立が急務と考えられる。「命の教育の必要性」が叫ばれているが、「性教育」はまさに「人を生かす教育」である。

10. 効果的・効率的な性教育を行うための一案

- 学校産婦人科医としての立場から -

岩手県立大船渡病院産婦人科 秋元 義弘

これまで性教育講演を行ってきた際にアンケート調査を実施。岩手県内の学生 6,579 名、大人 877 名の計 7,456 名分を解析し、その結果から親子性教育学級という手法を考案した。子どもだけが性教育を受けることは有効ではない。かといって大人だけの性教育も容易ではない。夜間親子学級の効果は、親子が同じレジメを開いて同じ講演を聴くことにより、学習レベルをお互いが知り合えるし、共通の話題が得られやすい。

現在、先進国の中で唯一日本だけが 10 歳代の妊娠中絶が増加している。それは都会よりもかえって地方に著しい。その大きな要因は中・高校生の携帯電話と出会い系サイトに由来している。岩手県内での調査（平成 14 年）では中学生の 20%、高校生の 73% が自分専用の携帯電話を持っており、中 3 女子の 17%、高 2 女子の 26% が出会い系サイトを利用したことがあり、さらに、利用したことのある高 2 女子の 48% がメル友に会っている。

性教育は「生」と「死」の教育であることを忘れてはいけない。中学生からの性教育はいうまでもなく、幼稚園生、小学生を対象とした、年齢に相応する性教育が必要である。数年前まで高校の教師は「性教育は寝た子を起こすようなもの」と消極的であったが、今は「高校生からでは遅すぎる」と危機感を持っている実情も示された。

[記：常任理事 木下敬介]

特別講演

「縄文文化の扉を開く」

文化庁文化財部文化財調査官 岡田 康博

講師は昭和 56 年弘前大学教育学部を卒業後、青森県教育庁埋蔵文化財調査センター勤務、平成 7 年に三内丸山遺跡対策室へ移動し、その発掘調査に直接かかわった。平成 13 年 4 月より文化庁文化財部へ移動。第 4 回司馬遼太郎賞受賞(2001 年)。

人類は約 1 万 3000 年前に土器と弓矢を手に入れたという。そして採集、狩猟から栽培へと生活様式を変えていった。

青森市に所在する国特別史跡三内丸山遺跡は縄文時代前期中葉から中期末葉(今から約 5500 年～4000 年前)にかけての拠点的大集落。縄文人といえば、野山を駆け巡って獲物を追い求め、海岸で貝を拾い、森から木の実を集めて自給自足の生活を送り、原始的な文化を営む人々という理解が一般的であろう。しかし、三内丸山遺跡の発掘調査から縄文人の豊かな文化が見えてきた。これまでの調査によって、長期間にわたって定住生活が営まれ、住居・墓・倉庫・ゴミ捨て場・祭祀などの空間が一定の場所に整然と配置された計画的な集落づくりが行われていたことが明らかになった。最近では、海の方へ約 420m も続く幅約 15m の道路と 2 列に並んだ墓、南北に約 360m 続く道路とそれに沿うように配置されている環状配石墓(ストーン・サークル)も新たに発

見されており、本集落の巨大性を裏付けている。

また、直径 1m のクリの巨木を使った大型高床建物や長さ 32m の大型住居が作られ、漆製品やヒスイの出土から縄文人が優れた技術を持っていたことも明らかとなった。大量に見つかったクリは DNA 分析から、栽培・管理されたものであることが判明した。ほかにヒョウタン・マメ・ゴボウ・エゴマ・アサなどの栽培植物も出土している。しかし、稲作の痕跡はない。犬を埋葬した形跡があるが食してはいなかったらしい(弥生時代の遺跡からは、犬を食べた形跡が得られている)。

新潟産のヒスイ、岩手県産のコハク、秋田県産のアスファルト、そして北海道や長野県産の黒曜石に見られるように、海を利用して遠方との交流や交易も活発に行っていた。日本最多の 1,500 点を超える土偶はこの地で大規模な祭祀が長期間行われ、墓の形状の違いは縄文社会がすでに階層社会へと移行していた可能性を示している。

縄文人は、恵まれた自然の中で、優れた技術と生活の知恵を持ち、豊かな精神世界を持ち、成熟した社会を作り上げた。約 1 万年間続いた縄文文化は、停滞した原始的なものではなく、日本文化の基層となった「豊かな縄文文化」であったことを遺跡は雄弁に物語っている。三内丸山遺跡の縄文人たちは、植物の繊維で織ったこざれいな衣服を身につけ、栽培した食料を食べて豊かな日常生活を送っていたという。

[記：常任理事 木下敬介]

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、預入日から起算し、6か月間適用となります。

※ご入金の残高が30万円以上、かつ投資信託の購入額が1万円以上の場合に適用されます。

あなただけの「スーパー」

山口銀行

〒750-0001 山口県山口市

都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会

と き 平成 15 年 11 月 26 日 (水)

ところ 日本医師会館

[記 : 理事 吉本 正博]

協議

(1) TV 会議システムの運用について

日本医師会は都道府県医師会を対象とする会長協議会、各種担当理事連絡協議会、事務局長会議をはじめとして各種会内委員会など数多くの会議を開催している。これら会議や委員会の開催は必要不可欠ではあるが、参加者が日医に集まる際に費やす時間や経費を総合的に判断すると、その負担は多大なものがある。

その解決策として、TV 会議システムの導入を企画している。これは、最新の端末 (IP-TV 電話) により、日本医師会と 47 都道府県医師会が同時に TV 会議を行うことを可能にするものである。会議以外にもシンポジウム、講習会などの中継にも利用可能であり、さらに、コストが従来の機器類と比較してかなり廉価なため、医師会の情報化推進に多くの可能性を秘めている。

導入スケジュール : 平成 16 年 3 月下旬から 9 月末までの約 6 か月間、調査会社とのモニタ契約に基づいた利用実態調査が行われる。この期間中に、各都道府県医師会における設備の構築 (配管工事、ISP 契約、回線工事、IP-TV 電話端末・ルータ設定等) が行われることになっている。

費用 : 日本医師会・各都道府県医師会ともに、37,900 円の導入費用と、月額 81,300 円のラ

ンニング費用がかかる。ランニング費用の内訳は TV 会議網接続費用 36,000 円、B フレッツ・ベーシックタイプ利用料 10,900 円、ISP 利用料 34,400 円となっている。

IP-TV 電話端末費用は調査会社が負担してくれることになっているが、上記の費用については、基本的には各都道府県医師会が負担することになると思われる。ただ日医として出張費負担が軽減することもあり、費用負担については今後検討するとのことであった。

日医としては、必要性・経済面の問題はあがあるが、将来的には多くの都市医師会にもこのシステムに参加していただき、研修セミナー等に活用してほしいという希望であった。

< 質疑・応答 >

各医師会が費用を捻出しないといけないこともあり、費用面を中心に活発な質疑が行われた。

Q: 月額 81,300 円では年間約 100 万円の負担となるが、日医で負担できないか。

A: 日医でも決して潤沢な財源を持っているわけではないので、各医師会で負担してほしいが、出張費負担が軽減することもあり、来年度予算で考慮はしたい。

Q: 既存のインターネット回線で参加できないか。

A: 業務使用の TV 会議においては、品質保持が重要なため、例え、既に光回線を設置していても、当システムのための回線を新規に用意してもらう必要がある。

Q: 48 地点（日医 +47 都道府県）をどうやって画面表示するのか。

A: 基本的に発言者の顔を表示する。発言されない場合は、自分の画像が他点には映らない。しかし、必要があれば、最高 4 画面分割にもできる。

Q: 既存の VPN を持っている場合、これに接続できるか。

A: 業者による対応がどうであるかによるが、今後の検討課題としたい。

Q: 会議資料はどう配信するのか。

A: 事前に送付等する。

Q: このシステムは 48 地点であるが、日医が希望されているように、将来、郡市区医師会が参加すると 100 ~ 200 地点以上となる。TV 会議システムはある一定以上地点が増えるごとに、費用が増大するはず。そうすると都道府県医師会の負担も上がることが予想される。

A: 将来的に、郡市医師会が参加すれば、確かに、各負担費用が変更されることはあるが、引き続き検討を行いたい。

特に、最初の 2 点に質問が集中した。「遠方の医師会のためのシステムとを感じる。近隣の都道府県医師会には費用面でのメリットが感じられないので、直接、日医に行った方がよい。」「本当に廉価なシステムと思われるのか。」という厳しい意見もあった。費用面で多くの不満を持たれた質問者はほとんど、関東～近畿地方の医師会で、東北以北・九州からはこの点に関して不満の声は聞こえず、青森県医師会からは「遠方の医師会には安いシステムだと思う」という声が出た。

いずれにしても、費用は今後業者と検討を行い、できるだけ理解を得やすい形にしたいとのことであった。

(2) ORCA プロジェクトについて

1. 日医標準レセプトソフト

まず平成 15 年 3 月以降の経緯が報告された。各改正（4 月の本人 3 割負担・6 月の再診料通減制廃止・労災再診料通減制廃止・10 月の難病の所得別自己負担導入）への対応とともに、レセ電算対応、レセプトレビュー機能の追加、データチェック機能の充実等の機能強化が行われている。

4 月より入院機能試験運用参加機関の本運用が開始されたが、病床数による制限はなく、現在 4 病院と 5 有床診療所が参加している。なお先日、本会において県内 4 か所での ORCA セミナーを開催したが（NO.1691 P.778 記事参照）病院からの問い合わせが多かった。今後、入院機能版の充実・発展に期待したい。

本年度は 1,000 機関での導入稼働を目標としているが、10 月現在、導入済：377 機関、導入作業中：254 機関、検討中：372 件となっている。

普及活動として、日医雑誌連載・日医ニュース発行、IT フェアへの補助等が実施されてきたが、現在、公式カタログ、小冊子「導入ユーザーの声」が作成中であり、さらに近々日医総研内に日レセ導入相談窓口が開設されることになっている。また普及のための戦略的意味合いで 12 月にバージョン 2.0 が公開される予定とのことであるが、バージョン変更に見合った大幅な改訂ではないようである。むしろ来年 4 月に予定されている診療報酬改定の際にバージョンを変更する方が理に適っているように思われる。無意味なバージョン変更は混乱を招くだけではないだろうか。

介護保険関連ソフトの「意見書」（主治医意見書作成ソフト）は JAVA 言語への移植作業が終了し、12 月にはオープンソフトとして公開される予定になっている。また給付管理・介護報酬請求支援ソフトも JAVA 言語への移植作業中であり、来年 2 月にはやはりオープンソフトとして公開される予定である。しかし現行ソフトの販売は少なくとも来年 4 月までは続けられるようである。

会場からは、ユーザーに優しいインターフェースの向上・バグフィクス・地方公費対応、会員に分かりやすい導入メリットとして文献検索サービス等の構築（なお同サービスは既に日医図書室で

行っている) 現行レセコンとの差別化を図るだけの魅力を備えてほしい等の意見が出された。

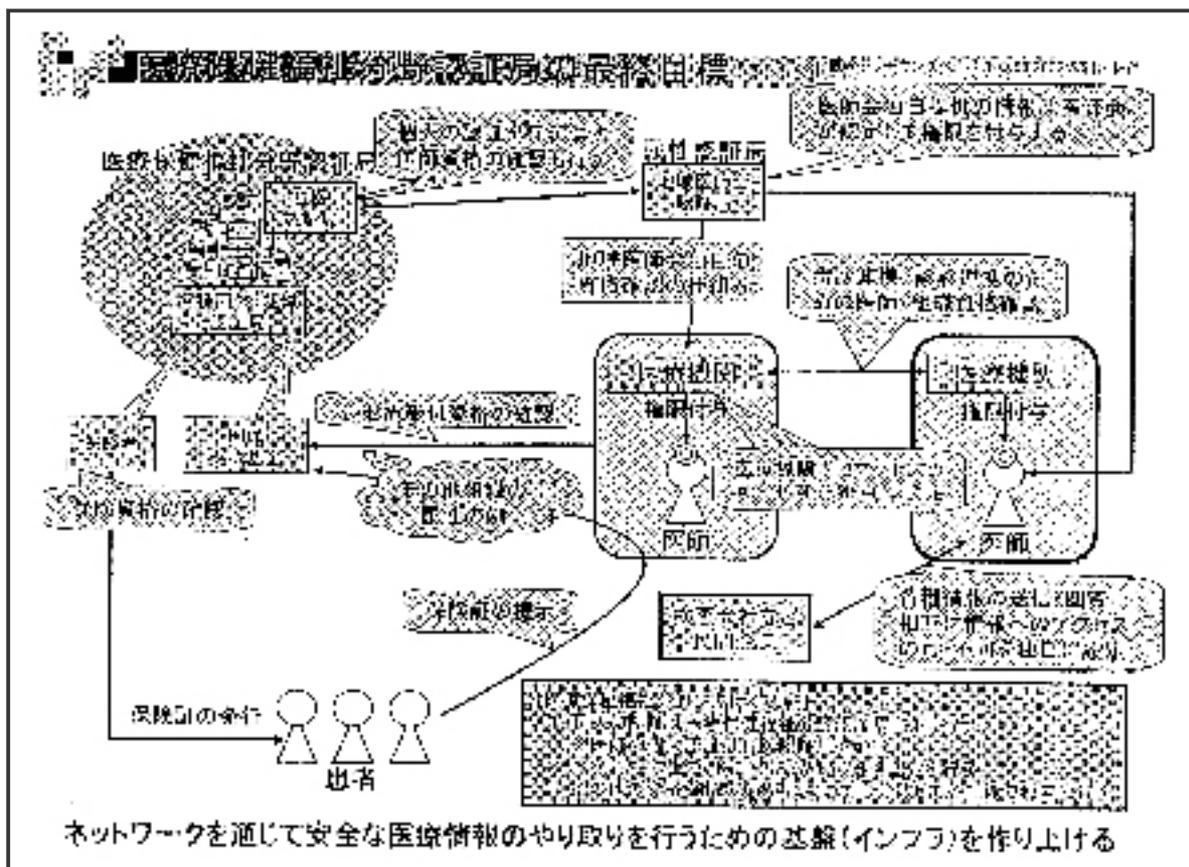
2. 認証局

日医では、ORCA プロジェクトの一環として、セキュリティの確保にも力を入れ、認証局を独自に設置する取り組みを行ってきたが、ORCA プロジェクト認証局のターゲットは「日レセ端末」と

「そのユーザー」であり、限定的な認証という限界がある。

そこで、すべての医療基盤をカバーする「医療保健福祉分野認証局」という、より大きな規模での認証局設置に向け、さらなる研究を行っている。

(下図参照)



"あなたの
あした!"

Sanvo 西京銀行



第 38 回山口県医師会ゴルフ大会

山口市医師会ゴルフ同好会
太田 貴久



平成 15 年 10 月 19 日(日) 第 38 回山口県医師会ゴルフ大会が、山口市医師会の引き受けて、宇部 72 カントリークラブにて開催されました。快晴、無風の絶好のコンディションのなか、総勢 91 名のゴルフ愛好家が参集し、楽しいひとときを過ごすことができました。ただ、今回はクラブコンペが重なり、先生方には大変ご迷惑をおかけしたことを改めてお詫びいたします。

今回の趣向として、最初に終了した組と最後の組の時間差があるのを調整するため、皆さんのスタートホールのティーショットのフォームを 2 次元で撮影し、懇親会、表彰式の始まるまでの時間に繰り返し上映し、好評を博しました。自分のフォームに満足された方、愕然とされた方、悲喜こもごもではなかったかと思います。また、成績発表も、プリントした

順位	氏名	OUT	IN	Gross	HDCP	NET
優勝	木梨 憲夫	38	41	79	10.8	68.2
準優勝	福田 瑞穂	49	46	95	22.8	72.2
3	山本 一成	39	38	77	4.8	72.2
4	川上 敏文	45	43	88	15.6	72.4
5	深野 浩一	41	34	75	2.4	72.6
6	正司 和夫	42	42	84	10.8	73.2
7	西村 節夫	46	44	90	16.8	73.2
8	松田 彰史	41	48	89	15.6	73.4
9	山本 一誠	48	47	95	21.6	73.4
10	谷村 聡	45	44	89	15.6	73.4
11	青木 浩一	44	45	89	15.6	73.4
12	山根 仁	43	49	92	18.0	74.0
13	城戸 研二	52	45	97	22.8	74.2
14	三井 健史	44	41	85	10.8	74.2
15	佐島 廣一	49	47	96	21.6	74.4
16	小田 嘉彦	44	45	89	14.4	74.6
17	山本 俊比古	42	41	83	8.4	74.6
18	河本 至誠	45	49	94	19.2	74.8
19	吉田 義夫	42	46	88	13.2	74.8
20	永田 一夫	41	41	82	7.2	74.8



物ではなく、プロジェクトにより下位より順に発表していき、自分の順位をハラハラ、どきどきして待ち、最後まで楽しいひとときを過ごすことができたのではないかと思います。

先生方には、県内各地からお集まりいただき大変ありがとうございました。成績優秀者は表の通りです。おめでとうございます。

なお、次回平成 16 年度の開催は宇部市医師会の引き受けとなっております。

毎月、この欄を通して県医師会の行事・役職員の動きをお伝えしているが、実際にお伝えできているのは多目にいってもその半分以下である。担当する者として忸怩たる思いがあるが、確実に医師会の仕事量が増え、減るものはほとんどない。恐らく既に臨界点に達していると思われる。少なくとも、診療所の医師にとっては限界以上である。いつも忙しいで始まるのは恐縮であるが、ある意味、改革期にきているのではないか。とくに若手（正に現役）の人たちの意見がきちっと反映されるあり方を考えねばならない状況にあるのは間違いないところであろう。

今年の歳末放談会は11月15日（土）と、ほぼ例年通りの時期の開催。司会は矢野秀委員が担当され、「混合診療と株式会社」がまたまた取り上げられた。この問題はどうも頭では理解しつつも、本能的部分では違和感が残っているのかもしれない。大上段に言えば市場原理主義を取るか、平等主義を取るかということなのだろうが、非営利を叩き込まれているわれわれ医療人も限りなく追い込まれてきている状況の中で、容認論が少しずつ頭をもたげてきているのだろう。だが、美味いとこだけを吸い尽くす新自由主義の結末もアメリカをみれば分かるし、医師（会）は外圧は別にして馬鹿な選択はしない、と思う。この座談会で昨年より議論が深まったかどうか、ご判断は会員諸兄にお任せしたい。他には、「医療と広報活動」、「医療安全と自浄作用」などがテーマとしてあがった。

11月16日（日）は新規第一号会員の研修会と保険指導で46名の方が出席した。研修会は県医師会が担当し、午前中約2時間、県医師会の組織や医療保険、医事紛争対策等の説明を、午後には社会保険事務局が主催し、約4時間、保険診療に関する説明や面談方式による直接指導を行った。研修会においては、以前は結構出席会員から厳しい質問があったと記憶しているが、最近はほとんどない。理由はよく分からないが、少し風通しが良くなってきたと理解するのは考えすぎ？だろう。

今期2回目の介護保険対策委員会を11月20日（木）にもった。この日、藤野常任の選んだテーマは「これからの地域リハビリテーションのあり方」というもの。介護保険については「走りながら考える時代」から、やっと地に足が付いた議論、対応ができるようになってきたと実感する。

この8月はじめの山大附属病院と県医師会との懇談会については、この欄でも既に報告したが、実は、紙面の関係で触れなかったことがある。この席で、河合整形外科教授が「大学もDPC導入以後、平均在院日数も短縮してきているが、問題なのは回復期リハビリを担う（後方）医療機関がはっきり位置付けできていないことだ」という趣旨のことを繰り返し発言されていた。県内において回復期リハビリ（広義にはいわゆる亜急性期医療）が整備されていないという点については、以前より県医師会として行政には主張していたつもりであるが、地域リハビリ構想の中でもあまり姿が見えてこなかった。この同じ月、日医の診療報

酬検討委員会で中医協・診療報酬調査専門組織の「慢性期入院医療包括評価調査分科会」報告が青井日医常任よりあった。その場で早速、「回復期リハビリ問題を含めた亜急性期医療については検討されているのか」と質したところ、「今はまったく議論されていない」との返事であった。他の委員よりもこの問題に関してフォローする意見が出された。その後の中医協での議論を見ていると、亜急性期医療について少しずつ粗上に上ってきているようである。先日も亜急性期医療の対象疾患についての問い合わせが日医より小生のところであり、山口県の関係病院等に意見を聞いたりして返答した。「対象疾患をあげることは取りあえず締め切るが、亜急性期医療に関する意見・要望は随時受け付けるので今後も日医にあげてほしい」とのことであった。これまでの診療報酬体系の見直しの中で、急性期と慢性期のみの議論だけが先行し、亜急性期が抜け落ちているのはだれの目にもはっきりしている。

さて、県医の委員会に話を戻すが、この日出席いただいた河合教授から地域リハビリについて基調となる講演があった。内容は報告に譲るが、大体、この地域リハビリという言葉自体が馴染まないのではないかという指摘があり、委員の中でも賛同する意見がみられた。県医務課からは「医療機関を指定した方が第一歩を踏み出しやすいのではないか」として、「地域リハビリテーションの中核的機能を有する機関の指定状況」についての報告がされた。もともとこの話はハードからはじまったはずであるが、財政の関係でソフトでの調整になってしまって、訳がわからなくなってしまったということに起因しており、やっと本筋に入ってきたという感がする。現状では新たにハコを作るといふより、とにかくハコを決めて地域での流れを作るといふことが肝腎だろう。

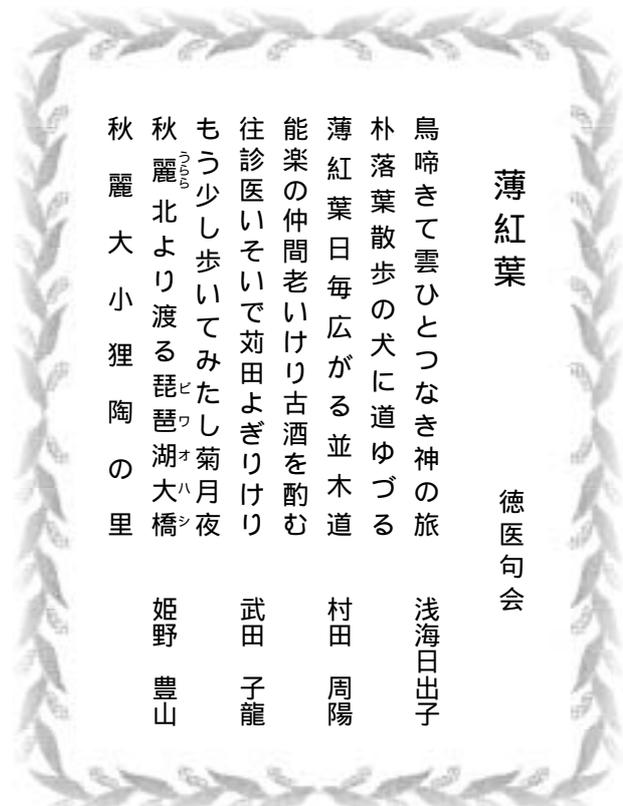
11月24日(月・休)には東京パレスホテルで日本医師連盟による「西島英利君を励ます会」があり、県医師会から藤井会長、東、木下常任、事務局4名と小生の計8名が出席した。西島参議院比例区候補予定者は各々数個の青い風船を持った未来医師会ビジョン委員会の委員をともなって、派手なパフォーマンスで入場してきた。

坪井会長は開口一番、「西島君は風船に喩えられるような(軽い)人間ではない。政策と理念が一致した実行力の人」として紹介。この日の出色は自民党参議院幹事長青木幹雄氏で、その挨拶の一部をあまり当てにならない私のメモにより紹介する。「日医の主張と小泉内閣の政策とは必ずしも一致しているとは思わない。それを乗り越えて自民党が推薦することを嬉しく思う。自民党が公認する以上全力を尽くす。選挙はとにかく勝たねばならない。平成13年の参議院比例区で自民党が20名当選したが、これは小泉ブームの結果である。この時の自民党の得票は2,100万票で、内1,500万票が自民党票、600万票が個人票であった。つまり、1人105万票必要という計算になる。武見氏の場合、個人票は22.7万票しかなくこれでは難しい。この数字は、ズーッと変わっていない」とのこと。とにかく、個人票として80万票程度は要らしい。山口県でも単純に計算すると前回票×4(約2万票)ということになる。11月26日の山口市医師会と市選出県役員との懇話会では、早々に次期参議院選挙対策について県医の対応を求められた。結局、各都市医師会での取り組みがモノをいうと思われる。これは理屈の世界ではない。左手を腰にあて、右手は握りこぶしを高く天に向け、ガンパロー(少し脱線気味、許して!)

11月26日(水) 病院協会との懇談会が設けられた。病院協会からは、西田会長、江里・貞国両副会長、当方は藤井会長、上田専務と小生及び双方の事務局のトップ天津・小倉両氏が出席した。よく見ると、診療所は小生のみで、あとは病院の方々。江里先生の声が大きく、話も弾んだ。江里先生は先般県医師会報会員の声の欄に「医師会発展への模索」と題して、医師会の今後のあり方について提言いただいた。会員の先生方で目を留められた方も多いと思う。ご熟読いただきたいが、私見としては水と油を混ぜてもダメという議論ではなく、いかにアマルガムさせるかであると思っている。それには、開業医の意識・技術の向上とそれをサポートするシステムが必要であり、勤務医の先生方にも意識の変革をしていただき、もう少し世間に目を向けていただきたいナー、である。

翌 27 日（木）は常任理事会の後、全国医師国保連合会全体会議の打ち上げ（山口県引受、広島開催）を急遽もった。仕事が足らんとめっこをつけられ、当日の司会となった人もいる。この日はまたシナリオライターの根来（県医師国保事務長）大明神デーでもあった。小倉局長をはじめとする“官僚”の掌の上で、役員もよく踊った。浜本理事、藤野常任はバスガイドが第二の天職、西村理事はマイク片手に踊りまくるエンターテイナーぶり、客観的にいえば多分これでは飯は食えないだろうが、とにかく皆さん捨て身の芸を見せた。結局、“官僚”にはかなわんというのが二次会の結論？

追記：次期診療報酬改定が大詰めを迎えている。例によって、財務省は「最低 4%の引き下げ」を要求している。この 6 月に実施された医療経済実態調査の速報値が中医協で報告されたが、これによると、個人診療所の収支差額は 226 万円で、2 年前の前回調査に比べ、9.9%のマイナス。12 月 5 日の毎日新聞の社説では診療報酬改定に触れ、「引き上げ理由が見当たらない」として、平均月収 235 万円（社説による）だけを強調、この内訳を見ようもしない。実際には、この収入から税金を差し引き借入金を返済すると 130 万円程度、さらにそこから退職給与引当金や医療機器の更新費用等を積み立てなければならない。社説はさらに『「診療報酬の引下げにより、医療の安全性を損ないかねない事態が懸念される」などという（日医の）主張は、医道の尊厳を自ら否定するものだ。患者の健康と安全を守るのは医師の使命ではないか。・・・』と続く。天下の公器、新聞の姿勢がこれでよいのか。握りこぶしに怒りを込めて、再び、ガンバロー。



県下唯一の医書出版協会特約店

医学専門 井上書店

〒751-8581 山口県小浜市 1-1-1 井上書店
 TEL: 0836(0)43484 FAX: 0836(0)43336
 E-mail: info@iino.co.jp http://www.iino-books.co.jp/mb
 新刊の医書・医報の目録案内を無料でお届け。

受贈図書・資料等一覧		(平成 15 年 11 月)
名称	寄贈者、筆者(敬称略)	受付日
ドン・キホーテなハムレット	沖井洋一	11・04
実践医療リスクマネジメント	梁井 皎	11・17
臨床と研究 11 月 第 80 卷 第 11 号	大道学館出版部	11・19
文部科学省 学術用語集 医学編	独立行政法人 日本学術振興会	11・28

山口県感染性疾病情報

平成 15 年 11 月分

医療圏（福祉センター） （圏内医師会）	岩国 （玖珂）	柳井 （大島）	周南 （下松・ 光・ 熊毛）	防府	山口 （吉南・ 阿東）	宇部 （小野田・ 厚狭・ 美祢）	萩	長門	下関 （豊浦）	合計
インフルエンザ定点	8	5	11	6	8	12	2	3	15	70
インフルエンザ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児科定点	5	4	8	4	5	9	1	2	11	49
咽頭結膜熱	13	1	7	0	3	20	1	6	41	92
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	52	1	89	3	27	38	7	18	106	341
感染性胃腸炎	87	16	157	54	87	109	79	47	224	860
水痘	70	13	41	16	68	66	22	36	25	357
手足口病	0	0	0	1	5	1	8	1	6	22
伝染性紅斑	0	0	4	0	1	2	0	0	4	11
突発性発疹	25	5	42	4	23	32	6	9	46	192
百日咳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
風疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ヘルパンギーナ	0	0	2	11	3	6	8	2	8	40
麻疹	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
流行性耳下腺炎	38	68	21	6	38	10	1	83	7	272
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	0	0
流行性角結膜炎	4	16	3	4	1	1	-	3	1	33
基幹定点（週報）	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8
急性脳炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
細菌性髄膜炎	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	6	0	4	0	0	-	0	0	3	13
クラミジア肺炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
成人麻疹	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0

今年の 11 月は、例年になく暖かであった、夏期疾患であるヘルパンギーナ、手足口病がみられた。

感染性胃腸炎感染性胃腸炎は、全国的に増加した。晩秋に流行する SRSV、ノロウイルス感染症が疑われる。

水痘水痘は全国的に増加傾向であった。

A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎 A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎は、例年のごとく 11 月から増加した。

流行性耳下腺炎流行性耳下腺炎の流行が全国的に増加傾向であった。麻疹が徳山で 1 例報告があった。

その他咽頭結膜熱の流行、夏期疾患の手足口病、ヘルパンギーナが少数みられた。伝染性紅斑は、昨年、一昨年流行したが今夏から減少した。定点コメントでは、病原性大腸菌 11 例、サルモネラ腸炎 3 例、アデノウイルス上気道感染症 32 例、マイコプラズマ 4 例みられた。

〔鈴木検査定点情報〕

Herpes Simplex-1 による急性咽頭扁桃炎 1 例。Herpes Cytomegalo による急性上気道炎 1 例

Adeno-2 による咽頭結膜熱 1 例。Adeno-3 による急性扁桃炎 3 例

迅速診断によるアデノウイルス感染症 11 例。

黄色ブドウ球菌性腸炎 + カンピロバクター腸炎 1 例、及び病原大腸菌（O78、O1）を加えた感染症各 1 例。病原大腸菌（O25）感染症 1 例

アエロモナス腸炎 + カンピロバクター腸炎 1 例、アエロモナス腸炎 1 例 サルモネラ腸炎 1 例 虫垂炎 1 例 10 歳

〔徳山中央病院情報〕

呼吸器疾患（気管支喘息、急性気管支炎、喘息性気管支炎、気管支肺炎）が多くを占めた。
熱性ケイレンが7名と目立った。 マイコプラズマ感染症5例。 RS 感染症2名 川崎病2例。
アデノウイルス感染にともなう腸重積症。

〔9月の多報告順位〕（内数字は前回の順位）

- 1) 感染性胃腸炎 2) 水痘 3) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 4) 流行性耳下腺炎 5) 突発性発疹
6) 咽頭結膜熱 7) ヘルパンギーナ 8) 手足口病 9) 流行性角結膜炎 10) マイコプラズマ肺炎

【最新情報までの週間推移】第44週～第47週（10/27～11/23）

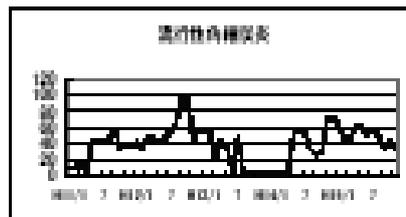
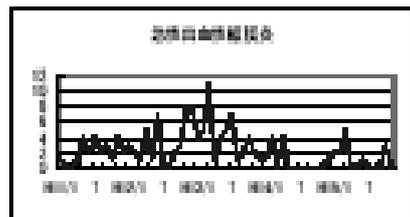
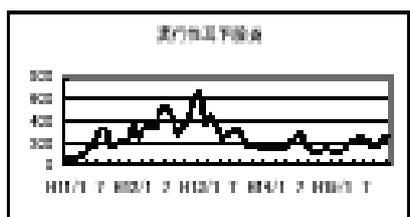
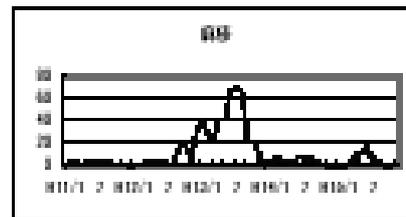
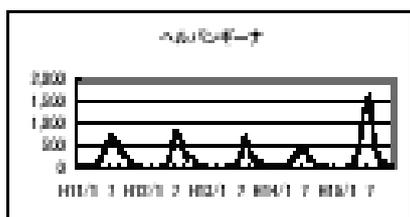
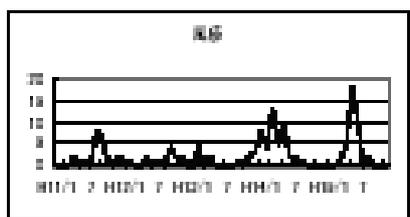
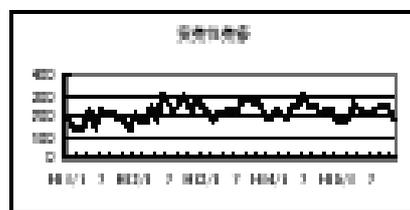
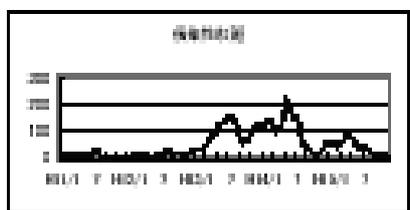
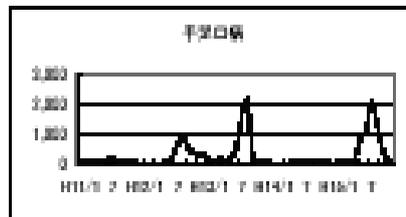
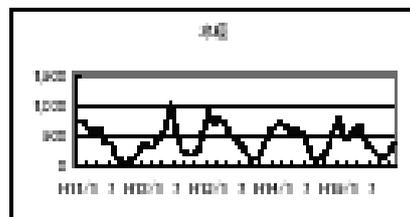
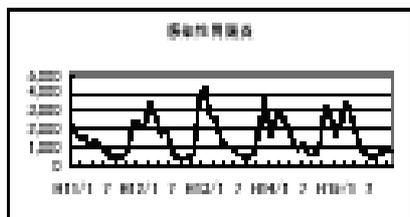
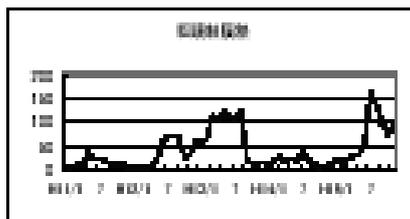
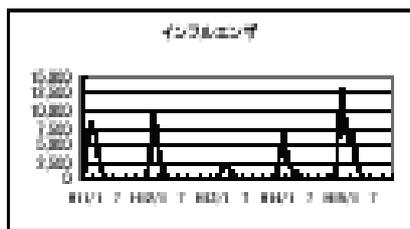
インフルエンザ	= (0 - 0 - 0 - 0)	引き続き報告なし
咽頭結膜熱	(20 - 24 - 23 - 25)	反転増、下関急増、他は同程度散発
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	(89 - 54 - 84 - 114)	反転増加、冬季流行時期に向かって要警戒
感染性胃腸炎	(171 - 180 - 214 - 295)	月末増勢目立つ、例年の多発生時期に向い要警戒
水痘	(75 - 67 - 110 - 105)	多発生期に向かう、要警戒
手足口病	(7 - 8 - 2 - 5)	シーズン・オフ著減
伝染性紅斑	= (2 - 0 - 1 - 8)	増加傾向は認められない、全県散発
突発性発疹	(52 - 42 - 45 - 53)	例月通り、同程度推移、集計減
百日咳	= (0 - 0 - 0 - 0)	引き続き12週間報告なし
風疹	= (0 - 0 - 0 - 0)	第13週周南、第34週岩国の各1例以外、20週報告なし
ヘルパンギーナ	(10 - 3 - 11 - 16)	シーズン・オフ著減
麻疹	(0 - 1 - 0 - 0)	第45週徳山1例
流行性耳下腺炎	(68 - 77 - 60 - 67)	豊浦圏域を除き全県域に多発傾向、要予防推奨
急性出血性結膜炎	(0 - 0 - 0 - 0)	今月報告なし
流行性角結膜炎	(5 - 13 - 9 - 6)	全県同程度散発続く、集計減
急性脳炎	= (0 - 0 - 0 - 0)	今月報告なし
細菌性髄膜炎	= (0 - 0 - 0 - 0)	防府1例
無菌性髄膜炎	= (0 - 0 - 0 - 0)	今月報告なし
マイコプラズマ肺炎	(1 - 5 - 3 - 4)	周南4・岩国6・下関3
クラミジア肺炎	= (0 - 0 - 0 - 0)	今月報告なし
成人麻疹	= (0 - 0 - 0 - 0)	今月報告なし

平成 15 年 11 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)	44 週	45 週	46 週	47 週	合計
	10/27-11/2	11/3-11/9	11/10-11/16	11/17-11/23	
カンピロバクター腸炎	7	3		3	13
病原大腸菌性腸炎	4	2	4	1	11
サルモネラ腸炎	1			2	3
マイコプラズマ肺炎	1			3	4
アデノウイルス上気道感染症	1	4	12	15	32
アデノウイルス下気道感染症					0
クラミジア呼吸器感染症					0
ロタウイルス胃腸炎					0

臨床診断例	44 週	45 週	46 週	47 週	合計
	10/27-11/2	11/3-11/9	11/10-11/16	11/17-11/23	
ヘルペス歯肉口内炎		3		1	4
川崎病					0

〔特記事項〕 なし



保険証の無効

お知らせ「案内

保険者番号 340034
 記号・番号 00205818
 交付年月日 平成 15 年 10 月 23 日
 無効告示の理由 虚偽の転入届出により
 問い合わせ先 竹原市民生部市民生活課医療年金係 TEL:0846-22-7734

 組合員氏名 河村 勝則
 生年月日 昭和 41 年 7 月 18 日
 記号番号 21200365
 交付年月日 平成 12 年 10 月 1 日
 有効年月日 平成 17 年 9 月 30 日
 紛失年月日 平成 15 年 12 月 2 日

学術講演会

と き 平成 16 年 1 月 15 日 (木) 午後 7 時 20 分
 ところ ホテルサンルート徳山 3 階「銀河の間」
 演 題 「COPD の診断と治療 - 市中肺炎対策もふまえて -」
 大阪市立大学大学院医学研究科呼吸器病態抑制内科学講座助教授 平田 一人
 主催：徳山医師会

第 230 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

と き 平成 16 年 1 月 8 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 28 回〕 - 口臭 -
 年会費 1,000 円
 漢方に興味おありの方、歓迎致します。お気軽にどうぞ。
 代表世話人・解説 磯村 達 周南病院院長 TEL:0834-21-0357

平成 15 年度社会保険医療担当者 (医科) の集団指導

15 年度指導計画に基づく集団指導が下記の通り実施されます。
 これは、高点数のみによる集団的個別指導を不本意とし、療養担当規則等の周知徹底を図るとともに自ら積極的に指導を受ける姿勢を示すことによってピアレビュー的要素を取り入れることを趣旨として、山口県医師会が提案したものです。
 今年度は医療機関コードの下 1 桁が奇数の医療機関を対象とし、かつ、郡市別に半数ずつ実施されます。
 指導を受けないことによるペナルティはありませんが、本会が提案した趣旨をご理解いただき、積極的に指導を受けられますようお願い申し上げます。

記

開催日時：平成 16 年 1 月 22 日 (木) 当初 1 月 15 日の予定を変更
 平成 16 年 2 月 12 日 (木)
 両日とも 14 時 30 分 ~ 16 時 30 分
 14 時 30 分 ~ 16 時は、社会保険事務局の担当により実施
 16 時 ~ 16 時 30 分は、山口県医師会の担当により実施
 開催場所：山口市大字吉敷 3325 番地 1 山口県総合保健会館内
 山口県健康づくりセンター 2 階 多目的ホール
 両日とも同じ会場です。
 指導方法：講習会方式
 その他：開催案内は、山口社会保険事務局から通知されます。

第 20 回山口県肺癌研究会

と き 平成 16 年 1 月 24 日 (土) 17:30
 ところ 山口グランドホテル「末広」
 吉敷郡小郡町黄金町 1-1 (新幹線小郡駅前) TEL:083-972-7777
 演題 「超高齢者の肺癌治療についてのアンケート調査結果報告 - 『肺癌診療ガイドライン』に照らしあわせて -」
 山口大学医学部附属病院放射線科 松本 常男
 演題 「肺癌に対する放射線治療システムの紹介」
 山口大学医学部附属病院放射線科 江部 和勇
 特別講演 「動体追跡放射線治療の臨床経験」
 北海道大学病院放射線部助教授 白土 博樹
 参加費： 500 円
 取得単位：日医生涯教育制度 5 単位
 共催：山口県肺癌研究会事務局・山口大学医師会ほか