

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 藤原淳
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 16 年 7 月 1 日号

1716



紫陽花の湖

牧野 典正 撮

今月の視点「介護保険法見直しの進捗状況と支援費制度との統合問題について」...	428
第 1 回郡市医師会長会議 - 報告 2-	430
第 87 回山口県医師会生涯研修セミナー	436
看護学院(校)担当理事・教務主任合同協議会	442
理事会.....	444
岩国市医療センター医師会病院リハビリテーション施設開設	446

日医 FAX ニュース	435
勤務医部会「勤務医生活 25 年目に思うこと」	449
お知らせ・ご案内.....	450

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

今月の視点

介護保険法見直しの進捗状況と 支援費制度との統合問題について

常任理事 佐々木 美典



1. はじめに

来年に予定される介護保険法施行後初の本格的な改正へ向け、現在厚生労働省社会保障審議会介護保険部会で最後の詰め段階に入っており、新たに保険料徴収の対象に 20 ~ 39 歳も加える「被保険者の範囲拡大」についての議論を行っている。

2. 被保険者の範囲拡大とは

厚生労働省案は 20 ~ 39 歳を新たに被保険者に加え、40 ~ 64 歳の保険料の半額程度を徴収するもので、その代わりに給付対象も現行の高齢者中心から、障害者や難病、末期がんなど、介護や支援が必要なすべての人に広げるというものである。

2000 年に始まった介護保険制度は、高齢化による利用者の急増で、2004 年度当初予算で 5.5 兆円の給付総額が、2025 年には約 19 兆円に達すると推計され、現在の仕組みでは被保険者の保険料負担が過大になるため、財政安定化のため被保険者の範囲の拡大が必要と考えられた。その場合、負担に見合う給付の充実が必要だが、現行制度では 40 ~ 64 歳は（脳梗塞などの 15 の）特定疾病にのみ給付を認めている。

このため、介護保険の目的を大幅に拡大し「全国民の介護・支援を全国民で支える」と改め、高齢者や身体・知的障害者のほか、現在は支援費の対象でない精神障害者や各種の難病、末期がん患者も含めるとしている。

3. 支援費制度とは

「支援費制度」は、障害者の自己決定を尊重し、障害者自らがサービスを選択し、サービスを提供する指定事業者・施設との契約によりサービスを利用する仕組みである。

対象となるサービスは施設訓練支援と在宅生活支援に分かれ、在宅支援では身体障害者・知的障害者・児童の居宅介護事業、デイサービス事業、短期入所事業、知的障害者グループホームなどがある。

平成 15 年 4 月に精神障害を除く障害者福祉に「支援費制度」が導入され、行政による「措置」制度から、利用者自身がサービスを「選択」できるようになったが、ケアマネジメントが制度化されていなかったり、利用者本人と扶養義務者の負担能力に応じた費用負担だったりしたため、利用が激増するなか、他の福祉関連予算を削って廻してもなお、財源が不足する事態に陥った。

費用はすべて国と地方の予算（いわゆる税源）で賄われ、保険料負担はない。国・地方の三位一体改革等の財政事情からみて今後支援費予算は削られることはあっても増えることはない。そのため財源不足はいっそう深刻な問題となっている。

4. 厚生労働省の考え

中村秀一老健局長は「障害者向け介護サービスに地域偏在が大きいこと、65 歳以上の身体障害者の大半が支援費でなく介護保険のホームヘルプサービスを利用しており、介護

保険が障害者のニーズに応えている実情」を強調し、「立ち遅れた障害者福祉に対して、介護保険の枠組みを壊さない中で何ができるか検討したい」と述べている。

老健局の資料では全国の障害者数は推計で 656 万人、内訳は身体障害者 352 万人、知的障害者 46 万人、精神障害者 258 万人。65 歳以上の障害者の割合をみると、身体障害者は 60%、知的障害者 3%、精神障害者は 29% という状況だ。また、市町村における障害者居宅サービスの整備状況（平成 15 年 4 月）をみると、ホームヘルプでは、身体障害 73%、知的障害 47%、障害児 33%、精神障害 39% であり、デイサービスやショートステイの整備は 4 割以下に留まっている。

5. 医師会の考え

5 月 22 日に行われた中国四国医師会連合総会において、野中博日医常任理事は「支援費制度が発足 1 年で極端な財源不足に陥っているからといって、財源問題のみで統合を語るべきでない」と述べ、「負担と給付のあり方など手法研究が不足している現時点での統合は時期尚早」とし、統合には十分な検討が必要と慎重な考えを示した。

6. 各団体等の意見

日本経団連は、40～64 歳サラリーマンが支払っている介護保険の第 2 号保険料は企業と本人の折半で負担しているため徴収の対象が 20 歳にまで引き下げられれば企業はさらに重い負担を背負うことになるため「被保険者の範囲拡大に反対」を表明し、支援費制度との統合については「支援費制度の財源不足を介護保険で補おうとしている」と批判している。

一方、連合は、年齢や理由にかかわらず、介護が必要な全国民を対象とした保険制度を目指すべきと主張し、推進派である。

全国市長会は「安易な保険料徴収拡大は未納者を増やす」、「地域格差の大きい障害者福祉は全国統一の保険制度になじまない」などの意見もある一方で、「障害者福祉施策を積極的にやっている自治体からすると次の介護

保険見直しまで 7 年も支援費制度を続けていくのはつらい。財源不足でサービスの質を低下させたくない」という声もある。

7. 社会保障審議会の障害者部会では

一方の当事者である障害者部会では、障害者福祉施策の予算が三位一体改革の影響で縮小し、サービス提供体制の地域格差の解消が困難なことやケアマネージメントを充実するための費用が支援費制度では対応不可能なことなどが部会長より示される一方、「障害者と高齢者では必要なサービスが違う」、「障害者には低所得者が多く、1 割の自己負担は重い」などの意見や利用上限がある介護保険に組み入れられると必要なサービスが使えなくなるのではといった不安の声も挙げた。厚生労働省はこの点について「税による上乗せでカバーできる」と説明し、障害者団体に理解を求めている。

8. おわりに

支援費制度は現状でさえ財源が苦しい上、行財政改革で補助金削減が避けられないことから厚生労働省は結論を急いでおり、今後介護保険部会の議論を 8 月上旬には取りまとめ、9 月にも正式案を公表、12 月末に政府の介護保険制度改革大綱を決定し、来年 1 月の通常国会に関連法案を提出し、平成 18 年度から実施したいとの考えだ。

介護保険制度が始まって 4 年が経つが、ケアプランの検証が不十分で質の低下が露呈したり、介護保険で提供するサービスが医療より優先されたり、また一部の（特に福祉系）介護保険施設の中には医療管理が十分に行われていないなど介護保険運用上の問題点も多くの医療関係者から指摘されている。

被保険者の範囲拡大にともない、難病や末期がん患者、若年障害者が対象になれば介護の中の「医療の重要性」を国や各団体によりいっそう主張していかなければならない。

われわれ医師会は今回の介護保険制度見直し論議を現行制度の問題点、矛盾点を正す絶好の機会と捉え、真摯に取り組む必要があると考える。

第 1 回郡市医師会長会議 - 報告 2 -

と き 平成 16 年 5 月 27 日 (木)
ところ 山口県医師会館

3 平成 16 年度保険指導

西村常任理事

詳細は、1715 号 (6 月 21 日)「郡市医師会保険担当理事協議会」記事参照。

4 郡市からの質問・要望

深野 (防府) 対象医療機関の選定についてであるが、平均点数を元にして高点数を理由に指導するということであるが、本来集団指導を始めた理由は、「高点数イコール悪ではない」という考えからだと思う。平均点数で指導されると、今後平均点数が下がって押さえ込まれてしまうのではないかと考えるがいかがか。

西村常任理事 従来の集団的個別指導では、高点数の医療機関を対象に行っていたが、その結果、指導を受けた高点数の医療機関が、順次除外されて、平均点数が下がってくるということをいわれているものだと思う。今回の話は、従来から行われている個別指導であって、集団的個別指導ではない。そのため、年々下がってくるということはないと考えていただきたい。

藤原会長 集団的個別指導については、山口県では採用しておらず、従来の個別指導を拡充した形となっている。主に行政が問題にしているのが、「訳あり」である。基金や国保審査委員会での審査録の評価、あるいは情報により選定している。なぜ山口県でこれを廃止したかということ、以前に

集団的個別指導を行ったとき、「高点数の理由を聞くだけで、これでは指導にならない」という意見が保険指導委員からだされ、行政もこれに同意されたので、形式がその後変更された。

小金丸 (徳山) 院外処方と院内処方では分けて平均点数を出すのか。

西村常任理事 そのとおり。類型区分別に院内処方では、所定点数を平均点数に加算する。

新谷 (熊毛郡) 昨年、当会の会員で個別指導に呼ばれたが、やむを得ない事情で出席できなかった。日程の変更もきかなかったが、本年も予定を見ると、日程的に出席できないことがわかっている。こういった場合、他の地区に出席できないか。

藤原会長 事前にわかっているのであれば、早急に社会保険事務局に届け出ていただきたい。調整していただけることになっている。

新谷 (熊毛郡) 昨年はそれができなかったとのことであったが。

西村常任理事 10 日前に指導の通知が届くため、それまではわからないことになっている。通知が来た時点で、すぐに申し出ていただければ、こちらでも何とか交渉したいと思う。

武内（下松） 保険の指導医には、地区医師会の役員が就任することができないとのことであるが、基金・保険課との交渉の中でどういういきさつがあったのであろうか。全国的な動きなのか。また、どのような方が指導されるのか教えていただきたい。

西村常任理事 山口県では、平成 14 年の厚労省課長通達以後、社会保険事務局より、医師会の役員が指導医に就任することは、好ましくないと言われていた。医師会としては保険に詳しく、医療現場の事情を知っている関係役員が入って指導をすることが大切だと主張した。

藤原会長 なぜ行政の立場で行うのかという不満の声がよく聞こえるが、これは逆にとらえていただきたいと思う。県医師会の役員は保険に詳しいものが多く、審査委員になっているものもいる。保険をしっかりとわかっているものが対応しないと、行政はどうしても杓子定規に主張してくる。医師の裁量権を守るという観点からも必要なことだ。今回も、かなり話し合いの中で強く主張し、数名が指導に残ったということを理解していただきたい。

中島（下関市） 労災診療費の改定について話があったのであろうか。労災診療費は急性期疾患をあつかうものが多い。逡減制といった社会保険と似たような扱いをされ、日医の労災・自賠責委員会に任せるといった形になっているということだが、前向きに取り組む考えはあるのだろうか。

西村常任理事 中四国ブロックでの他県の発言は " 労災診療費の改定は不透明な感じを受ける " ということであった。この場の回答では、日医の労災・自賠責委員会で検討しているので、委員会のやりとりを注目してほしいとのことであった。

中島（下関市） あまり関与していないということだったのか。

西村常任理事 まだ新任の担当理事ということもあり、あまりつっこんだやりとりは行われなかつ

た。

池本（萩市） この問題については、加害者と被害者があり、医療機関ではその対応に非常に困っている。それを、まったく詳細を理解していない新任の役員が対応されるのであれば会員は困っていると思う。その辺も、県医師会がしっかり主張していただきたいと思う。

奥山（山口市） 予防接種の広域化についてうかがいたい。標準料金が設定されたが、それにより行政が横並びになり、請求方式を国保連合会に委託するという事になっている。その費用分担を地方自治体が行うこととなっている。また、利用する場合、医療機関も応分の負担をすることとなっているようである。行政と話をしたら、実際の請求については、まだ行政もまったく関与していないと聞いた。県医師会は現実に進める際には、現場の市町村の担当を含めた対応をしていただかないと思うように進まないと思うが、いかがであろうか。

木下副会長 小児科医会や郡市長会議からの意見・要望等により広域化と標準料金設定を図ってきた。料金は比較的リーズナブルな設定と思う。15 年度は地区により料金が多少違うが、どうにか来年度には統一料金になりそうな状況である。標準料金に近づけるといって行ったのは、最初から統一料金として設定すると独禁法に触れることが危惧されたからだ。標準料金に近づけると、料金の高低に関しては、行政との意見調整にも時間がかかった。

また、請求方法には高知県を参考にして県行政と協議した。先生が先ほど言われた問題も起こってきているが、決定されたわけではない。少し誤解があるので補足すると、応分の負担ということについては、まだ十分な協議がなされていないので、今後の動きを注視していただきたい。また、システムの構築においては、意見の不一致があるので、今後とも協議を重ねていくこととしている。各担当の先生方にも、各地区での協議をよろしく願いたい。

奥山（山口市） 広域化の問題は利便性を重視し、料金には手を付けたくないという形で始まった。県の小児科医会では問題がないが、都市レベルの小児科医会では意見が不一致だと聞いている。そのため、県レベルではスムーズに進んでいると考えているが、現場の地区レベルでは不安が大きい。請求様式でも、小さな行政区域ではシステムに前向きと聞いているが、大きなところでは、費用対効果を考え不安があるようである。現場の声をもっと拾い上げていただきたい。

木下副会長 ご意見については、しっかり検討していきたいと思う。高知県がうまくいったのは、行政の主導で行われているからだと言っている。先ほど申したが、まだ意見の統一に関しては十分理解されておらず誤解も多いので、協議を重ねて理解を得たいと思う。

田邊（吉南） 料金の標準化について、会員から苦情が出ている。各市町村によって財務状況が違うのに、なぜ医師会が首根っこを押さえるのかということである。医師会と自治体が契約で行ってきたが、なぜそこに標準化の発想が生まれてきたのかわからず、会員への説明に苦慮している。

木下副会長 広域化を論じ始めたときからつきまとう問題であるが、それぞれの地域には歴史があり、それをクリアしないと広域化は図れないため苦労があった。不本意であるのかもしれないが、最近では、比較的理解をいただいていることもあり、標準料金にあわせてきていただいている。料金自体は、決して低いとはいえ、理解を得やすい金額となっていると思う。

田邊（吉南） 料金の高低については、おのおの事情もあり、解釈の仕方も多々あるのであまり問題とはしないが、統一化という形で押さえつけられるような状況に危惧している。

木下副会長 決して押さえつける形で広域化を進めてきているわけではない。今後の会議等でしっかり検討していくので、ご理解いただきたい。

嶋元（大島郡） 住民の立場にたって物事を考えた場合、いつでも・どこでも・同じ医療を受けることができることにに対して料金が違うと混乱が生じることはあると思う。そういった背景によって小児科医会を始め県医が協議を進めてきたと思う。まだ、この会長会議ではその考えが浸透してはいないかもしれないが、担当の委員会等では深い理解が得られていると思う。

砂川（小野田市） 私が小児科医会会長を務めていることもあり発言させていただきたい。

この問題については、長年検討を続け、県医にも主張し続けてきた。やっと理解を得て、ここまでこぎ着けたと思う。決して県医師会が押しつけているものではない。料金においては、診療報酬をもとに検討を重ね理論的にだした額である。いづれにしても、県医が押しつけていると感じられるところがあるようであるが、そうではないことをご理解いただきたい。

中島（下関市） 予防接種は小児科が中心になって進めてきたが、今後はインフルエンザに関して、内科医・外科等も含まれていることになる。国保を通じて一括して支払うと、行政もわれわれも手数料を払わなければならない負担はあるが、行政と協議を重ねその費用をかなり低く抑えることとなっている。しかしながら、なぜ国保を通さなければいけないか、費用を負担しなければいけないかという不満があるので、このことも含めて協議をしていただきたい。

藤原会長 お話を聞いていると、委員会と会長の間にはギャップがあると感じている。住民の立場に立つと、同じ医療行為で違う金額ということは疑問があると思うし、もう広域化は接種料金の情報公開という意味でも進んでいるので、そのことから議論を詰めて行きたいと思う。

5 卒後臨床研修制度にともなう研修医への対応について

三浦専務理事 平成 16 年 4 月 1 日から新たに卒後臨床研修制度が始まった。山口県では山口大学に 58 名の研修医が入り、山口大学からの派遣と

別の 13 名を含めて県下 11 医療機関にも研修医が入ることになっている。

研修期間中の安全対策としては医師賠償責任保険の加入が必須となり、そこで都市医師会と県医師会の加入が不可欠となる。医師賠償責任保険に加入するには、次のどちらかを選択することになる。

県医の医師賠償責任保険 (限度 1 億、年間 3 億)
日医 (A2 会員) の医師賠償責任保険
(限度 1 億、年間 1 億)

また、山口大学医師会では年会費が 3,000 円となるが、山口大学から他の都市医師会管轄の病院に行った者と上記 13 名については、その都市医師会の年会費が必要となり、山口大学に研修で入った方との会費が大きく違ってくることがある。そこで、都市医師会にはこれらの研修医に特例の扱いとして、山口大学と同じ 3,000 円で扱ってほしい旨をお願いする。

中島 (下関市) 会費の変更については理解した。しかし、これを行うためには定款を変更せねばならないが、次の総会までに時間があるので、その期間をどう対処すればよいか。また、県医の勤務医の会費が年間 27,000 円で高すぎるとの意見が聞かれる。

上田副会長 まだ、全国的にもこの問題についてははっきり決められたところはないと思う。以前開催された全国勤務医部会でも、日医は年会費が 8.3 万円 (医賠償込み) と高いので、もし各都道府県で個別に保険の対応ができればそのようなしてほしいし、それも難しい場合は、最終的には個人で個別に保険に加入していただかなければならないということであった。

おっしゃるように定款を変えなければならないので、この場で決めることはできず、それぞれの都市医師会で協議を行っていただかなければならない。今回、研修医に低い会費設定を提案したのは、これをきっかけに医師会に入会していただき、研修終了後も医師会に継続加入していただけないかという期待もある。

中島 (下関市) 病診連携の一環として、当地区

では公的 4 病院の医局巡りで説明することになっている。この会議で結果が出れば、そこでも説明をすることになっていたが、そのような方針であれば、そのように伝えておきたい。

藤原会長 研修医の方には医賠償に加入していただき、安心して診療を行っていただきたいことと、先ほどの説明にあった、安い都市医師会費としていただき、将来的に医師会入会のきっかけを作りたいという想いがある。県医もできるだけ早急にこの話をまとめたいとは思っている。

小金丸 (徳山) この件に関しては、県医から各病院に対して資料の送付・説明が行われるのであろうか。それによって、私たちも各病院への対応が変わってくる。

上田副会長 具体的な対応については、こちらで検討させていただきたい。

吉岡 (玖珂) 研修を行う 2 年間で終了したら、大学院等にはいる方等、何らかの形で大学に戻る方が多いと思う。その場合、継続して医師会に入会してもらおうのかという部分で理解しづらいところがある。また、学会の医賠償に入られる方もいると思うが、いかがか。

上田副会長 大学院等に行かれることについては、こちらでもわからない。また学会での医賠償もいいかもしれないが、医師会の医賠償の方が充実しているので、理解していただけるものと考えている。

また、研修医の時代から勤務医として協力関係を築くことが重要だと考えている。

藤原会長 医師会では、もし医事紛争に発展したとき、委員会で対応し、顧問弁護士による対応も行う。その手厚さを考えていただければ、この会費の設定も理解していただけると考えている。こうした対応により、研修終了後も医師会への理解が深まるものと考えている。

しかし、もう少し詰めなければならない問題もあるので、しっかり協議していきたい。

田邊（吉南） 卒後臨床研修制度についてであるが、よくワークショップ参加案内が届く。診療所や中小病院ではこれにかかわる必要があるのかという、問い合わせがよくある。参加後は修了証が発行されるが、その価値はあるのであろうか。

上田副会長 修了証自体にはそれほど意味はないかも知れない。しかし、医師会として少しでも優秀な医師を育成するという大目的で、全医師会員に参加していただきたいと考えている。地域保健と医療という観点において、病院・診療所から僻

地診療所までいろいろな医療形態があるので、これに協力できる方を募ったところ、ある程度手を挙げていただいた。これを通して、研修制度を維持していきたいと考える。

田邊（吉南） 診療所も将来的にはかかわるといふということによろしいか。

上田副会長 手挙げ方式なので全診療所ということではないが、何割かの方はその方向でいっていただけるものと期待している。

傍聴印象記

編集委員 渡木 邦彦

久しぶりの快晴、ポカポカ陽気の午後 4 時、県医師会藤原新会長の都道府県医師会会長会議（於：日本医師会館）報告から始まった。ちょっと居眠りしそうになりましたが、ハツとして緊張し直しました。議事録にある通り、ほとんどが執行部の報告事項通りに、審議事項も大して揉めることもなく、議事は進行しました。ただ小児の予防接種の件と新研修医制度の医師の入会金について議論が伯仲したようです。

傍聴記を書くようにと役目を仰せつかりました。新研修医制度について大局的意見をどなたも述べられませんでしたので、例によって独断と偏見での記載をお許し願います。

米国は効果的でなかったと止めてしまった制度をなぜ取り入れるのかとか、昔のインターン制度に給料を支払っているだけではないかと、制度そのものの不備も突かれて賞賛の声より批判の雑音の方が高く聞こえてくる制度が始まりました。いざ蓋を開けてみると、新研修医がワンサカと集まりすぎて研修場所がない神戸大学とその周辺医療現場、笛を吹けども、鳴り物を入れようとも新研修医が集まらなかった千葉大学、と予想だにできなかった両極端に乖離した現実を生んでいます。山

口県では 71 名の臨床研修医が山口大学と臨床研修指定病院の研修システムに則り臨床研修を始めています。それらの研修指定病院のあり方に問題がないとはいえませんが、何とか無難に立ち上がっているところでしょう。このことは是としなければなりません、今後の改善を含めて。「きちんと育ててよい医療人を世に送り出す」、石原医学部長の口癖ですが、これから各科の臨床修練システムと研修内容の充実性と質の向上が強く望まれます。

さて、われわれ医師会の医師は、この新研修医制度をどう捉えたらいいのでしょうか。古い話で恐縮ですが、武見太郎日医会長の時代の日医と現在の日医を比べて見ますと、結束力、団結力、行動力、vitarity どれをとっても貧弱で、尻貧というおまけまでついています。これは国民皆保険制度の制度疲労もありましょう、不況下で医療費がない、医療技術の革新で医療費の高騰や老人医療費の急騰といった因子が内包されているのも確かな現実です。それに加えもっと大きな原因は会員数の減少が拍車をかけていると思うのは私一人だけではないでしょう。

「数は力なり」、民主主義の意見統合の鉄則です。

国内で、全員参加の形で職能団体と認められているのは日本弁護士会、日本税理士会、日本建築士協会それに日本看護協会が挙げられます。日本医師会は職能団体としての評価は残念ながら低い位置で認められております。これは、先の大東亜戦争直後に日本医師会を再編成し変える時点で、将来をきちんと読めなかったのか、全員参加の努力を払わなかった当時の日医執行部の大ミスだったのではないかと考えます。医師個人を一人残らず医師会会員へ入会させる。そうです。今回の新研修医を、一網打尽に医師会へ入会させるシステムとして早急に立案すべきだと考えるのです。年次ごとに確実に入会して徐々に増やして行けば、20 年後にはほとんど全員参加型の職能団体として機能するはずで

そこで、新研修医を 2 年間の研修期間に全員医師会に入会させ、皆保険下医療制度の問題点や日医総研作成データ等の情報を提供し、医師会存在の重要性や有益性を植え込まねばなりません。

さらに、新研修医の実績と仕上がりの判定をどこのだれがするのでしょうか。まさかだれもどこもチェック機関は存在しない、時期が来たら旧医局へ入局するなんてことにはならないでしょうね。もしそうだとしたら、より千載一遇のチャンスです。日医は本気になってそれらのチェック機関としての役割を果たすべく、チェック機能を発揮するのです。新研修医制度に食い込めば食い込むほど日医の存在意義と権威は増幅するのではないのでしょうか。入会金を含めた医師会費など分割でも一時払いでもいいじゃないですか。年間 8 ~ 9 千人の新会員が入会してくるんですよ。入会金など、勤務医の間は 1 度支払えば、日本全国どこへでも異動可として、入会後は異動し易くして、会費のみを支払うようにすると、日医も潤います。全員入会はシステム強化として今後日医の目指すべき重要な課題だと考えるのですが。ちょっと煽りすぎて、調子に乗り過ぎでしょうか。このまま手を拱いて無策だと日医の機能や組織力はどんどん低下して廃れて行くのは目に見えています。

日医 FAX ニュース

2004 年（平成 16 年）6 月 18 日 1459 号
 「会員の禁煙活動に成果」 櫻井副会長
 ウィルソン病の治験実施機関を募集
 看護職の需給見通し、06 年以降を検討へ
 高齢者医療制度「05 年度中に法案化、08 年度実施」
 結核予防法案が成立 衆院本会議
 ウエストナイル熱の上陸に備え対応策通知

2004 年（平成 16 年）6 月 15 日 1458 号
 混合診療容認すれば皆保険崩壊
 出生率が過去最低の 1.29 に
 実施治験の概要を公表、受託者の公募を開始
 保健所長の医師確保策 11 月までに指針
 公的病院の約 8 割が赤字、赤字幅も拡大

2004 年（平成 16 年）6 月 11 日 1457 号
 新卒看護職の減少に歯止めを
 外国人看護師受け入れ「日本資格の取得が条件」
 中医協改革、全員懇で議論へ
 新薬算定ルールの見直しを訴え
 医師国試、来年から 2 月実施に

第 87 回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 平成 16 年 5 月 9 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 6 COPD (慢性閉塞性肺疾患) 地域医療連携による診断と治療

日本医科大学第 4 内科教授・日本医科大学呼吸ケアクリニック所長 木田 厚瑞

講演に先立って、木田厚瑞先生の執筆となる岩波新書『肺の話』を紹介した。1998 年の発行で、一般向けの啓蒙書であるが、医療関係者にとっても呼吸器を理解するうえで実に参考となる書物と思えるので、改めてご紹介する。この書と併せて GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) として出版されている NHLBI/WHO のワークショップレポート、さらに日本呼吸器学会の「COPD 診断と治療のためのガイドライン第 2 版」を読破していただければ、COPD のみならず、呼吸器疾患についての理解が大きく進むものと確信する。

COPD の概念 (定義) を確認する。「COPD とは有毒な粒子やガスの吸入によって生じた肺の炎症反応に基づく進行性の気流制限を呈する疾患であり、この気流制限にはさまざまな程度の可逆性を認め、発症と経過が緩徐であり、労作性呼吸困難を生じる」を定義とする。従来、肺気腫 (GOLD では、肺気腫という術語は用いられていない) は病理所見から命名された疾患であり、非可逆的变化と理解されてきたが、ここでは、さまざまな程度という修飾がつくものの、可逆性を認

めるという表現になっている。付加すると、気流制限に關与する主要要因は末梢気道病変 (とくに内径 2mm 未満の小気管支、細気管支: small air way) であり、主として肺胞系の破壊が進行し気腫優位型 (かつて肺気腫と称していた) になるものがあり、一方で、主として中枢気道病変が進行し気道病変優位型 (かつて慢性気管支炎と称していた) となるものがある。つまり、COPD はこのような肺胞・末梢気道・中枢気道に及ぶすべての病変を包括する概念ということである。これらの肺内病変の進行にともなって、労作性呼吸困難、起動の過剰分泌、多様な全身症状を生じるものであり、発症リスク因子の回避と適切な管理により、有効な予防と治療が可能である。COPD についての疾患概念の確認こそが大切であり、出発点でもあろう。

COPD は増加しているという。日本では、1960 年代以降の経済成長による個人所得や消費の増加にともないタバコ消費量が増加し、これに約 20 年遅れて COPD による死亡率が増加している。厚生労働省の患者調査によれば 1996 年

の COPD 患者は 22 万人（男性 13 万人、女性 9 万人）であったというが、この数値は COPD という疾患の定義の混乱や概念の変遷の問題があり、現在まで示されてきたデータが正確に日本の COPD の実態を反映していない可能性がある。ただ、増加しているのは明らかであって、COPD に投じられるわが国の年間医療費は、4,000 億円とも 6,000 億円とも推計されている。

COPD の診断は、ガイドラインによると、喫煙歴、有毒ガスの曝露歴を参考にして、スパイロメトリーにより診断される。2 刺激薬の吸入付加後の値として、 $FEV1/FVC < 70\%$ であれば、stage 以上とされ、これよりデータがよくても有症状であれば、stage 0 とされ、stage から stage までは $FEV1\%$ 予測値により重症度が決められる。ガイドラインでは診断が複雑となることを避けるため、スパイロメトリーによる診断を推奨しているが、胸部 CT それも HRCT がさらに普及すれば、画像からの診断も考慮されるべきであろう。ただし、スパイロメトリーによる診断と CT による診断とがどこまで符合するか、これは相当の臨床研究の時間と労力が必要であろう。今後増加することが確実な COPD 患者を早期に把握、診断するためには一般医家でのスパイロメトリーによる検査、管理が必須である。心電計、血糖測定器とならんでスパイロメトリーがより普及されることを期待する。診断する施設が、大病院の呼吸器科である必要はまったくない。

COPD において気流制限がもたらされる原因として、1) 末梢気道内の過剰分泌（痰の過剰生産）、2) 末梢気道粘膜における慢性炎症と線維化（閉塞性細気管支炎）、3) 末梢気道周囲から牽引している肺胞壁（alveolar attachment）断裂による末梢気道閉塞があげられる。気流制限は運動付加が加わると動的な過膨張として次第に肺内残気量の増加、一回換気量の減少を起し、労作時の息切れがさらに強くなる。これには肺の弾性収縮力の低下が関係している。このあたりの説明は図も含めて木田先生執筆の岩波新書『肺の話』がわかりやすい。

潜在的な気道炎症を特徴とするもう一つの主要な疾患である気管支喘息と COPD は病態が異なるものと考えべきである。まず潜在する炎症であるが、喘息では主に好酸球性の炎症で、CD4 陽性 T リンパ球により進展するが、COPD では好中球性の炎症でマクロファージと CD8 陽性 T リンパ球の増加が見られる。治療への反応性も大きく異なる。気管支喘息の気流制限は基本的に可逆性であるのに、COPD では有害物質への曝露が継続していれば通常は進行性である。原因となる物質を、喘息では感作物質といい、COPD では有害物質という。

COPD の治療であるが、全例で禁煙などの徹底したリスク要因の回避を指導し、感染による急性増悪を避けるためにワクチン接種（インフルエンザは毎年、肺炎球菌ワクチンは 5 年に 1 回）を行う。原則として短時間作用型の気管支拡張薬（2 刺激薬、抗コリン薬）の吸入薬を用いる。通常、吸入薬は regular use とし、発作時頓用 on demand とはしない。短時間作用型と長時間作用型の組み合わせも重要である。長時間作用型の 2 刺激薬としてサルメテロールがあり、長時間作用型の抗コリン薬として近々発売される tiotropium がある。Stage 以上では、呼吸リハビリテーション（運動療法を含む）を開始する。運動療法は瞬発力を必要とするものは避け、持久力、運動耐容能を向上させるものを中心に指導する。吸入ステロイドは COPD に対する有効性の EBM はなく、第一選択としない。ただし、症例によっては自覚症状の改善をみることがある。Stage （最重症）では在宅酸素療法が必要となり、時には肺容量減少術（LVRS）が有効なことがある。在宅酸素療法を行うにあたっては運動療法が必要であり、包括的呼吸リハビリテーションの認識が大切である。

COPD における地域医療連携であるが、大病院の呼吸器科で COPD 患者を診るあるいは看るとするのは誤りであり、自宅近くにかかりつけ医をもつべきである。COPD 患者は高齢であり、呼吸器疾患のみならず、循環器その他の疾患も考慮すべきであり、また予後を左右するのは感染症で

あるので、その予防、早期診断についてもかかりつけ医は重要である。呼吸リハビリテーションは原則としてチーム医療であり、専門の医療スタッフすなわち、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、ソーシャルワーカー、薬剤師、保健師などの参加により、あるいは必要に応じて患者を支援する家族やボランティアも参加して行われるものである。

COPD について、まだまだ一般医家に、これは不可逆的な疾患であり、どうせ治らない病気であり、使う薬もないというような認識が深く浸透しているのではなかろうか。この誤解を克服するためには、COPD という疾患の概念を、一般のみならず、医家に向けてしっかり啓蒙することが大切と思われる。

[記：岩国市医師会 小林 元壯]



特別講演 「膠原病の最新治療」

横浜市立大学大学院医学研究科病態免疫制御内科学教授 石ヶ坪 良明

膠原病の概念は多臓器を傷害する全身性の炎症性疾患であり、病理学的に結合組織のフィブリノイド変性を特徴とすることを、1942 年に病理学者のクレンペラーが提唱した。関節リウマチ (RA)、全身性エリテマトーデス (SLE)、強皮症 (SSc)、多発性筋炎 / 皮膚筋炎 (PM/DM)、並びに結節性多発動脈炎 (PN) の 5 疾患並びにシェーグレン症候群ほか、膠原病類似疾患を含めて膠原病と呼ぶ。膠原病は形態的には結合組織疾患、病因的には自己免疫疾患、臨床的にはリウマチ性疾患という 3 つのファクターを持っている。1942 年は SLE と診断されると 3 年以内にほとんどすべて死亡という、非常に予後の悪い病気だったが、近年は予後がよくなっている。膠原病は一般的に症状、検査所見が多岐にわたっており、数個の症状が現れてくるだけなので診断が難しい。SLE でも軽症の患者から重症の患者まで、幅広い患者層がある。SLE 疑いの患者を診た場合、必ず薬剤によるループスを考える必要がある。また、抗核抗体を 80 倍程度で切ると健康人でも 10 ~ 20% 程度は陽性になる。疾患標識抗体があり、SLE では dsDNA、Sm 抗体、強皮症では抗 Scl-70 抗体、多発性筋炎では抗 Jo-1 抗体である。SLE の病因

は遺伝的な要因、免疫異常、環境要因と多様な因子があるが、免疫複合体病は確立された病因の一つである。SLE の治療はステロイド療法が中心に行われ、非常に重症例ではパルス療法 (メチルプレドニゾン 500mg もしくは 1g を 3 日間投与し、その後減量していく) が一般的に行われる。ステロイド抵抗性の場合には免疫抑制剤、サイクロホスファミドの静注療法、アザチオプリン、シクロスポリンも使う。悪性リンパ腫に保険適応が認められているリツキサン (CD20 抗体) も使われ始めている。CD40 リガンド、CTLA4 の癒合蛋白も欧米では治験の段階である。

強皮症は皮膚及び内臓の繊維化現象を特徴とする。強皮症の基本概念は繊維化による機能異常と循環障害である。MCP または MTP 関節より近位部の皮膚硬化があれば強皮症。手指の硬化、指の陥凹性の癬痕、肺繊維症、このうちの 2 項目を満たせば強皮症。症状は、初期では手の腫脹、皮膚が摘まみにくく硬くなる、舌小帯の肥厚、指の潰瘍の癬痕がある。硬化現象を抑えられる薬剤は現在ない。対症療法として血行障害に Ca 拮抗剤やプロスタサイクリンを、逆流性食道炎では PPI を用いる。欧米ではアロの骨髄移植も行われ、

北大では auto の stem cell の移植が行われている。

多発性筋炎・皮膚筋炎は四肢の近位筋、咽頭筋の対称性筋力低下を主徴とする、横紋筋の慢性炎症性疾患である。診断は対象性近位部四肢筋力の低下、病理学的所見、筋原生酵素の増加、定型的な筋電図所見、DM の場合は定型的な皮膚病変(ヘリオトロープ疹、ゴットロン徴候)で行う。2～3割の患者に悪性腫瘍が発生するので精査が必要である。PM/DM ではステロイドが有効で、無効の場合に免疫抑制剤を追加投与する。筋症状がないDMに間質性肺炎が急速に進行する症例がある。この症例にはシクロホスファミドの静注、シクロスポリン、大量のガンマグロブリン投与も行う。診断のトピックスはFDG-PET。筋炎が同定できる。

血管炎症候群は血管壁の一部もしくは血管壁全層の炎症で、血流障害もしくは血管自体の障害をきたす。血管炎の診断もPETが有用。急性期にはステロイド、免疫抑制剤を使用。抗凝固療法、降圧療法、血管拡張薬は当初から併用する。血管の閉塞には血管再建術を行う。PN・MPNはステロイド療法が中心。パルス療法を3日間して、プレドニゾロン1g/Kgから始め、徐々に減量する。同時にシクロホスファミドを併用。

患者はステロイドの副作用にもっとも敏感なので、発現率や潰瘍や耐糖能の低下は早期、骨粗鬆症は晩期の症状。感染症は経過を通してずっとなど、注意の時期を指導する。ステロイド薬と他の薬物との相互作用に、シクロスポリン、リファンピシン、アンホテリシンBに注意する。

2年前から慢性関節リウマチから関節リウマチに名称が変わった。膠原病一般に診断基準があるが、それぞれに感度と特異度で見ることが大

切。朝のこわばりは感度が80%であるが、特異度は低い。X写真は感度はあまり高くないが、特異度は非常に高い。リウマトイド因子は、特異性は高くない。Anti-citrulline-containing peptide antibodyは特異度が非常に高い。さて関節リウマチは関節の滑膜の病気で、滑膜が増殖し、パンヌスを形成し、軟骨を破壊し、関節が癒着していく。血管の増生、炎症はエコーを用いて診断できる。治療は診断後、できるだけ早くDMARDを開始し、活動性の評価と副作用のチェックをする。特に腎障害、骨髄抑制、間質性肺炎が重要である。MTXを早めに使う。MTXが効かない場合は生物学的製剤を含めた治療戦略を考える。昨年抗TNF抗体、レミケードとレフルノマイド、アラバが発売になった。アラバは間質性肺炎が問題になっているが、症例を選択し、経過をチェックすれば有用な薬剤である。レミケードは、関節滑膜ではいろんな細胞がサイトカインを介して集簇するが、TNFが滑膜細胞、軟骨細胞、破骨細胞に働いて骨を破壊するのを阻害する。MTX及びレミケードを併用したATTRACT研究では治療効果とともに骨破壊が抑制される。生物学的製剤で関節リウマチに認められているものは、インフリキシマブ(レミケード)と、可溶性のTNFレセプター融合タンパク(エタネルセプト)がある。こちらは週2回の筋注であり、MTXが必要ない。

膠原病全体についていえるが、閉塞性動脈硬化症、バージャー病などで血管新生療法について、血管新生療法が行われているが、やり方が非常に簡単で、骨髄から細胞を採ってきて、病変部位に打つもので、SLEの難治性下腿潰瘍などに応用している。

[記：宇部市医師会 福田 信二]

経口用セフェム系製剤



セフゾン®

CFDN

Cefzon® (略号:CFDN)

薬価基準収載

細粒小児用

カプセル 100mg / 50mg

＜セフジニルカプセル,セフジニル散＞ 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

Fujisawa

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

製造元
富山フジサワ株式会社
富山市興人町2番178号

●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。

作成年月2003年11月



特別講演 「女性の Aging と Health Care」

東京医科歯科大学大学院生殖機能協関係学教授 麻生 武志

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科生殖機能協関係学教授である麻生武志先生による「女性のエイジングとヘルスケア」と題した特別講演を聞いた。生活習慣病の中で女性の卵巣ホルモンは種々の影響を持っていて、それを理解することは生活習慣病を治療する上で非常に大切である。先生のご講演は本当に為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。

女性のエイジングをリプロダクティブイベントで考えると 20 歳までの幼児 小児 思春期と 45 歳までの性成熟期、45 歳から 55 歳までの更年期、平均寿命までの 30 年間の老年期とに区別することができる。女性の閉経は急激に短時間で起こってくるので身体的、精神的に変化が起こり易い。卵巣ホルモンのエストロゲンは卵の成熟、排卵や受精 着床 妊娠、分娩 乳汁分泌などの生殖機能（種族の維持）の他に大脳、自律神経系、血管系、血液凝固系、水電解質バランス、骨、結合織等の個体生命の維持作用を持っている。女性の精神、身体機能のエイジングとは加齢による変化と卵巣の卵胞消失によるエストロゲンの低下消失によって起こる変化ということができる。

50 歳前後の閉経期になってエストロゲンが欠乏状態になると更年期症状、皮膚の変化（皮膚乾燥症、萎縮性膀胱炎、性交障害）、骨量減少、高脂血症、記憶障害などさまざまな変化が起こってくる。更年期障害は肩凝り、易疲労性、頭痛、のぼせ、腰痛、多汗、不眠、イライラ感、皮膚掻痒感、動悸、うつ気分、膣乾燥感など症状が多岐に亘る。

骨粗鬆症は骨芽細胞と破骨細胞のバランスによって決定されるが、骨代謝に関連する因子として民族遺伝性因子、更年期、老年期などの加齢因子、食習慣、運動、生活様式などの全身因子のほか、

成長因子、ホルモン、サイトカイン、細胞接着因子などがある。女性では 50 歳を過ぎると急激に骨粗鬆症の発生率が増えてくる。女性の骨粗鬆症のヘルスケアとしては最大骨量を増やすことと閉経後の急激な骨量の減少を緩和にすることである。疫学的には骨粗鬆症の推定患者は約 1 千万人で 40 歳以上の女性の 13% が椎骨レントゲン像で骨粗鬆症と診断される。大腿骨頸部骨折は年間 5 万 3 千人で、これは総人口の 0.04% に当たる。女性は男性の約 3 倍多い。

血管系の変化を見ていくと冠動脈疾患の危険因子には肥満、糖尿病、高血圧、高脂血症、喫煙に加え閉経後の女性が挙げられる。女性は閉経を境に総コレステロールの上昇、中性脂肪の上昇、LDL コレステロールの上昇がみられる。

エストロゲンの血管機能への作用は脂質代謝を介した間接作用として HDL コレステロールの上昇、LDL コレステロールの抑制、トリグリセリドの抑制、インスリンの抑制などがあり、血管壁への直接作用としてエンドセリンの抑制、トロンボキサン A2 の抑制、一酸化窒素の増加、カルシウムチャンネルの抑制を強化する作用があり、その結果血圧を下げ、血流を増加させ、血管抵抗を減弱させる。

エストロゲンと脳機能の関係をみると、コリン作動性ニューロンへの作用、海馬への作用、ニューロン損傷の軽減と修復の促進、脳皮質マイクログリアでのアミロイド 蛋白の摂取、大脳でのグルコース摂取、利用、輸送の促進、脳血流量の増加、記憶と認知能の改善、鬱状態の改善、アルツハイマー病リスクの軽減などがいわれているため閉経期前後より痴呆の進行が急速化する。

以上のことから卵巣の機能の低下または欠落に

ともなうホルモンの不足または欠乏を補充し、精神及び身体機能の改善と維持を目的にリスクとベネフィットを考慮し、対象女性の同意を得て行われる治療がホルモン補充療法（HRT）である。HRT の薬剤投与様式には子宮全摘した症例に対するエストロゲン単独投与や、閉経前の性周期に合わせたエストロゲンとプロゲステロンの併用投与、閉経後の同時連続投与などがある。長期に亘る HRT では副作用が問題となるが米国 WHI が 1991 年から 15 年間の予定で行った大規模前向き臨床試験で 2002 年 5 月の評価で「HRT 群では対照群に比して骨折と大腸癌のリスクは有意に減少するものの、浸潤乳癌、肺塞栓、心筋梗塞、脳卒中は増加する」とし、試験中止となった。し

かしこれは米国での結果であり、日本では見直しが必要で、一人ひとりにあった量、方法、適応を考えるべきである。

最後に先生は今後の女性のエイジングとヘルスケアの目標として症状の緩和と疾患の治療から生涯を通じて疾患予防をして、健康寿命の延長を図り、QOL の向上に努めるべきであり、個別の症状、疾患に対する医療から心と身体に対する全人的治療を目指すべきである。さらに医療者を中心とした医療から患者を中心とした医療にすべきで、個人のニーズに応える医療から社会のニーズに応える医療にしなければならないと結んで講演を終えられた。

[記：徳山医師会 伊東 武久]

ミニレクチャー : 役立つシリーズ 1

アトピー性皮膚炎と生活環境

山口大学医学部分子感知医科学講座（皮膚科学）教授 武藤 正彦

ミニレクチャー : 役立つシリーズ 2

尿検査一般について

済生会下関総合病院副院長・腎臓内科 大藪 靖彦

今年度より、身近な疾患を取り上げ、「役立つシリーズ」として 30 分のミニレクチャーを開始した。

第 1 回目として、アトピー性皮膚炎を武藤先生、尿検査について大藪先生にそれぞれご講演いただいた。



病医院のニーズにあった医事業務の提供

(株) ニチイ学館

徳山支店 ☎0834-31-8030

〒745-0036 周南市本町 1-3 大同生命徳山ビル 4 階

↓
 日常業務（総合案内・料金計算・初診・入院受付等）
 保険請求事務（レセプト作成・集計・点検・総括）
 コンピュータ関連業務（オペレータ等）
 医事コンサルティング（職員教育、指導等）
 ヘルスケア事業（介護サービス・ヘルスケア用品販売）

本社 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台2-9 全国12支社82支店

看護学院（校）担当理事・教務主任合同協議会

と き 6月3日（木）午後3時～5時
 ところ 山口県医師会館 第2会議室

[記：常任理事 西村 公一]

【藤原会長挨拶】

医師会立看護師・准看護師養成所の現状は、カリキュラムの変更あるいは専任教員の増員、あるいは補助金の削減などで、年々その運営が苦しくなっている状況です。日本医師会としましては、地域医療における看護体制をILOの勧告に基づき、看護師・准看護師・看護補助者のチームによる三層構造によって運営すべきであるという主張を、これまでしてきたところであります。

確かに近年、看護・介護は多層構造化してきていますけれども、今後も看護の三層構造につきましては、その意義が軽くなるとはとも思えません。看護職はそれぞれの施設において、一番適した配置で望むのがもっとも効率的であると考えていますが、小規模病院や診療所、高齢者の療養看護分野を担う医療施設では、看護師とともに准看護師の働きが期待されているというふうに思っています。

厚労省では平成17年度に看護職の需給は、均衡してくると予測していましたが、民間看護学校の閉校や国立病院の法人化にともなう付属看護師養成所の廃校などで、見通しがくるってきている現状です。このままでは、地域医療提供体制の維

持が困難になるのではとの懸念があります。

この5月上旬に、日医の担当者会議がありましたが、日医もこのことに対して抜本的な解決法を持っていませんでした。とにかく閉校しないでがんばれというだけで、いささか失望しました。

県医師会としては、准看護養成所の存続意義を訴えていくことは当然のことですが、医師会立看護学院（校）卒業者の県内定住率が非常に高いという視点からも、強く行政に財政支援の要請を働きかけていきたいと考えています。

今回ご出席の皆様方の日頃のご苦勞に感謝いたしますとともに、これからもご支援、ご協力よろしくお願いいたします。

【協議事項】

1. 学院（校）運営状況について

平成16年度看護学院（校）に関する基本調査（平成16年4月20日現在）によって、受験者数、応募者数と入学者数のこの3年間の推移をみると、各校ともあまり大きな変化はなかった。生徒の医療機関所属状況をみると、准看護師課程では43%～93%とばらつきがあった。受け入れ医療機関の減少がその一因と思われるが、所属を希望

出席者

吉南医師会	田邊 完	萩市医師会	堀 哲二	医務課	落合 教子
吉南准看護学院	永堀ひろ子	萩准看護学院	中村登志子		長井 詩乃
厚狭郡医師会	吉武 和夫	徳山医師会	福山 勝		
厚狭准看護学院	柳屋 静子	徳山看護専門学校	羽嶋 則子		
下関市医師会	頼原 健	防府医師会	山本 一成	県医師会	
下関看護専門学校	吉森 泰子 黒田 さとみ	防府看護専門学校	新谷 幸江 小島 理枝子	会 長	藤原 淳
宇部市医師会	永井 理博	小野田市医師会	瀬戸 信夫	副 会 長	木下 敬介
宇部看護専門学校	大沢 和恵 中本 千代	小野田准看護学院	久我 祥子	常任理事	西村 公一
		柳井医師会	桑原 浩一	理 事	正木 康史
		柳井准看護学院	常原 順子		田中 豊秋

しない生徒数も増加している現状がある。看護師 2 年課程では、ほとんどが所属をしている。

平成 15 年度卒業生の卒業後進路状況調査によると、准看護師課程では、卒業生の 36% が就職し、そのうちの 93% が県内に就職している。看護師 2 年課程では、卒業生の 85% が就職し、そのうちの 88% が県内に就職している。医師会立看護学院（校）は卒業生の県内定着に大いに貢献していることがうかがえる。

山口県医師会事業計画の医療従事者確保対策予算として、国、県には従前の助成金を要望するとともに、県医の看護職員等研修会助成も継続していくこととした。

2. バレーボール大会について

今年度の第 29 回県下医師会立看護学院（校）対抗バレーボール大会は、厚狭准看護学院、厚狭郡医師会の引き受けて、平成 16 年 7 月 4 日、県スポーツ文化センターで開催される。このことについての説明が厚狭准看護学院の担当者からあった。

また、17 年度の引き受けは、小野田市医師会附属小野田准看護学院に決定した。

3. 各学院からの意見要望について

(1) 今後の母性看護実習について（防府）

本校の母性看護実習は開業医のもとで行っているが、開業医の高齢化と少子時代を迎え、将来的に母性実習施設の確保が困難になる可能性がある。

今後の実習のあり方をどのようにするか、頭を抱えている。ご意見をお聞きたい。

各学院（校）とも、母性看護実習については地域の医療機関のご協力により、今のところは何とか実施できているようである。しかし、周産期看護実習については、特に少子化にともなう分娩数の減少のため、分娩などの立会いは困難となってきた。その他の実習も含め、不足部分はビデオなどを使った学習に替えて行っているのが現状である。また、男子生徒の母性看護実習については、受け入れをしてもらえない医療機関も多く、各校とも苦慮している現状がある。

将来、実習施設の確保が困難になってきた場合、少し遠方であっても、受け入れの余裕のある他地域施設にお願いしてみるのも、一つの方法かもしれないという意見もあった。

(2) 臨地実習における感染症対策について（萩）

本校が実習をお願いしている施設から、「実習生については今後、麻疹、水痘、ムンプス、風疹の予防接種済みかどうかの確認を行い、未接種の場合には接種を行ってほしい」との要請があった。いかがしたものか苦慮しているところであるが、各学院（校）の現況を教えてください。

ほとんどの学院（校）では、ここまで踏み込んだ対策は実施していないのが現状である。一般健康診断や既往歴の調査などにて対応している。また、ほとんどの学院では、生徒の実習時の傷害（疾病）保険に加入している。

ただし、下関看護専門学校では今年度から、病院実習に入る前に主な感染症の抗体検査を行い、陰性者にはワクチン接種を行うこととしている。

県医務課看護指導班は「厚労省の指導でも、臨地実習前の抗体獲得の確認やワクチン接種などを義務付けてはいないので、必ずしも必須ではないが、望ましいという話もある」と説明。今のところ各施設の判断に任せるといった状況である。

今後、この問題については専門家の講演を聴くなど、さらに研究していくことで一応の結論をみた。

(3) 補助金について（下関）

国・県の補助金については、見直しが行われるなど厳しい現状と聞いているが、校納金の値上げも厳しい折から、若者の地域定着及び地域医療のためにも投資がなされるよう、国・県に要望してほしい。

県医師会では「看護師等医療従事者の地域定住促進事業支援について」の要望を継続して行っている。県としても、財政難の折とても厳しい状況ではあるが、看護職員の確保・資質向上のための補助金等の充実について、引き続き国に要望している。

理事会

第 3 回

6 月 3 日 午後 5 時～7 時

藤原会長、上田・木下副会長、三浦専務理事、
吉本・濱本・佐々木・西村各常任理事
正木・小田・湧田・萬・杉山・弘山・加藤・
田中各理事、青柳・小田・山本各監事

協議事項

- 1 日本医師会各種委員会委員の推薦
中四国ブロックより各種委員会における委員を 1 名推薦することになっているが、各県から希望する委員会に推薦するよう依頼があった。後日検討。
- 2 卒後臨床研修制度にともなう研修医への対応
研修医の郡市医師会費統一化について、複数案を検討。後日、郡市医師会長会議等を通じて再協議を行う。
- 3 山口県報道懇話会と山口県医師会との懇談会
懇談会の議事について協議。医療改革・医療安全・医師会の主な業務について提出。
- 4 倫理向上に関する委員会
日医より、各都道府県において倫理向上に関する委員会を設置するよう要望があった。
常任理事の中でプロジェクトを設置し検討していくこととした。
- 5 労災診療費算定事務研修会共催について
労災保険情報センターより、共催と当日の挨拶を依頼された。承認。
- 6 日本医師会生涯教育制度「認定証」取得者数
会員への生涯教育制度啓発活動の一環として、また情報公開に基づいた一般市民へのアピールとして、認定証取得者リストを県医ホームページに掲載できないか検討。承認。

- 7 生涯現役社会産学公推進協議会への参画依頼
山口県社会福祉協議会より、標記協議会の設置について県医へ参画依頼があった。承認。
- 8 山口県母子保健対策協議会母親のこころの健康支援専門委員会設置について
行政設置の標記委員会について、委員の推薦依頼があった。推薦候補者について協議。

人事事項

- 1 産業保健モニターの依頼
山口県産業保健推進センターより産業保健モニターの依頼があった。小田理事に決定。

報告事項

- 1 医事紛争対策委員会 (5 月 13 日)
3 件につき協議。 (吉本)
- 2 産業医カリキュラム策定等委員会 (5 月 13 日)
本年度事業として、生涯研修セミナーを通じ産業医研修会を開催する。 (浜本)
- 3 山口県社会保険事務局国保指導室との打合せ
(5 月 13 日)
15 年度指導の報告と、16 年度の指導計画が提出された。 (西村)
- 4 山口県厚政課との打合せ (5 月 13 日)
平成 16 年度生活保護法指定医療機関に対する個人指導の打ち合わせを行った。 (西村)
- 5 保険委員会 (5 月 13 日)
国保における高齢者の償還状況について、情報提示を要望。カード化の進捗状況について、市町村合併の状況を見て今後取り組んでいくとのこと。 (西村)
- 6 勤務医部会理事会 (5 月 15 日)
勤務医に医師会を理解してもらい、入会促進に役立てるよう、医師会入会の手引きを作成中。そ

- の他、指導医のための教育ワークショップ開催、勤務医氏名簿の作成等について協議。(三浦)
- 7 大島医学会(5月16日)
1714号記事参照。(木下・三浦)
- 8 宇部市医師会定時総会(5月16日)
会長より挨拶。(藤原)
- 9 第6回山口県市町村合併推進会議(5月18日)
県内若手経営者による討論が行われた。また、合併特例法が5年延長となり、県の役割が強化されたが、3月をめどに県が積極的に取り組むよう、要望が出された。(事務局)
- 10 郡市保険担当理事協議会(5月20日)
1715号記事(ブルーページ)参照。(西村)
- 11 第1回地域医療計画委員会(5月20日)
15年度事業報告・16年度事業計画について報告。また、山口県患者調査と医療機能調査について協議が行われた。(佐々木)
- 12 健康スポーツ医学委員会(5月20日)
11月3日(祝)に健康スポーツ医学実地研修会を開催することとした。テーマはテーピング。テーピング製造メーカーから講師を招くことも決定。(浜本)
- 13 山口県社会福祉事業団理事会(5月21日)
事務局より出席。
- 14 山口県運営適正化委員会苦情解決部会
(5月21日)
平成16年月・4月に受け付けた苦情の事例につき協議検討を行った。(佐々木)
- 15 中国四国医師会連合常任委員会(5月22日)
中央情勢報告、庶務・会計報告、分科会報告等が行われた。(上田)
- 16 山口県放射線技師会創立55周年記念式典
(5月23日)
- 会長挨拶。(藤原)
- 17 山口県介護保険審査会(5月26日)
5つの合議体の設置により、要介護認定の審査で不服があった事例について協議を行う。(佐々木)
- 18 山口県国保連介護給付費審査委員会全員協議会(5月26日)
介護医療部会と審査部会の部会長の選出・委員の氏名が行われた。(佐々木)
- 19 山口県国保連介護給付費審査委員会
(5月26日)
ショートステイ・介護施設の審査について協議。(佐々木)
- 20 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会
(5月26日)
水俣病総合対策費の国庫補助について、療養の給付等に関する審査支払い事務の契約の締結、レセプト紛失事故について協議。(藤原)
- 21 山口県予防保健協会理事会(5月26日)
健全な運営により事業の安定化を図っている。(藤原)
- 22 山口地方社会保険医療協議会(5月26日)
新規1件。(藤原)
- 23 山口県薬物乱用推進本部員会(5月27日)
薬物乱用の現状と対策実施結果が報告された。平成13年をピークに押収量は少しずつ減ってきている。(西村)
- 24 山口県病院協会定時総会(5月27日)
会長挨拶。(藤原)
- 25 生涯教育委員会(5月29日)
認定証取得者・郡市医師会開催学術講演会のホームページ掲載、平成17年度生涯研修セミナーについて協議。(田中)

26 やまぐち角膜・腎臓等複合バンク理事会

(5 月 31 日)

役員を選任、事業報告・決算が行われた。また、県内の複数の病院に院内コーディネータを設置したが、費用の問題で活動の幅に制限がある現状について検討が行われた。(三浦)

27 二次医療圏座談会(萩・長門)(6月1日)

山陽地区と違い、山陰地区特有の問題について座談会が行われた。(加藤)

28 編集委員会(6月3日)

夏季特集号(緑陰随筆)・第6回二次医療圏座談会(周南地区)等について協議。(加藤)

29 会員の入退会異動報告

30 今年度会費賦課状況について

対前年度比 99.11%。(事務局)

医師国保理事会 第2回

1 平成 16 年度保険料賦課状況について
対前年度比 100.16%

2 傷病手当金の支給について
1 件申請。承認。

母体保護法指定審査委員会

1 母体保護法による設備指定申請
1 件申請。承認。

岩国市医療センター医師会病院 リハビリテーション施設の開設にあたって

[記：岩国市医療センター医師会病院センター長 村山 正毅]

新緑さわやかなこの5月1日にようやく、地域住民のニーズが高い急性期・回復期リハ施設の開設を迎えることができました。志一つにしてこの事業に取り組まれた、岩国市・山口県・周辺市町村を含む行政、医師会病院スタッフ、岩国市をはじめとする県医師会会員、地域住民のご努力とご援助のたまものと感謝いたします。

この設立にあたりまして、これまで、県東部医療圏のリハビリテーションはハード・ソフト両面が脆弱で、特に、早期の社会復帰を目指し寝たきり障害者を作らないための急性期・回復期リハ

ビリテーションを提供する施設が皆無であり、現況はその役割を近隣医療圏(広島)に依存していました。地域住民の切実な要望と岩国市医師会の3代にわたる会長とその理事・会員の方々の地域医療に対する使命感が設立動機となりました。すなわち、山田孟会長が発起された岩国市民7万人の行政への署名運動に始まり、三井清会長のもとで、山口県の推進する地域リハビリテーション構想のモデル事業に参画「岩国圏域モデル事業報告書」を作成しその必要性をアピールし、藤本郁夫会長のもとで増床問題・用地問題・補助金など

の諸問題が解決され、具体的な事業として推進完成にいたりました。

岩国市医療センター医師会病院はこの回復期リハ病棟の増床により 201 床、スタッフ 150 人優を抱える大病院に変身しました。地域医療の中核的役割と同時に公共の重要な社会資本（インフラ）と成長し、ますます地域における使命の重要性を痛感するところです。

岩国市医療センター医師会病院 リハ施設の概要について



理念と事業目標

[Rehabilitation] とは Re（再び）、Habilis（適する・人間にふさわしい）、Action（すること）の合成された言葉で、直訳すると「なんらかの障害を受けた人を、再び人間にふさわしい状態にすること」であります。私たちはこのノーマライゼーションの理念に基づき

障害者が人間らしく生き、もとどりの家庭生活や社会生活への復帰。

急性期・回復期さらに維持期までの一貫したリハビリテーション医療を住みなれた居住地で提供する。

地域リハビリテーション支援センターとして、保健・医療・福祉の連携組織化活動と教育・啓発・情報活動の地域中核的役割を担う。

施設概要

上記 3 点を理念・事業目標として、リハ施設には 3 部門の柱より構成されています。

1. 「回復期リハビリテーション病棟」：障害発症後できるかぎり早期より良質で集中的なリハビリテーション医療を提供する 50 床の急性期・回復期リハ病棟ですが、地域支援病院であり急性期特定病院でもある岩国市医療センター医師会病院に併設されてこそもっともその機能を発揮できると考えられます。基本的には在宅社会復帰を目標としています。

2. 「総合リハビリテーション施設」：外来患者、在宅の方、本院入院患者の方を対象としています。今のところ、週 2 回程度の外来通院でのリハ医療の提供となります。近い将来は在宅リハの提供をめざしています。

3. 「地域リハビリテーション支援センター」：地域のリハに関する保健・医療・福祉の連携組織化活動と教育・啓発・情報活動を行う。専門職だけでなく、ボランティアを含めた地域のあらゆる人たちが社会参加できるような体制を目標としています。

開設準備や、開設後の定期的なスタッフの指導・リハの治療計画の指導には、4 月に東北大より広島大リハ教室の教授に就任されました飛松好子教授の指導を受けていますが、一日も早く運営が軌道に乗るようにスタッフの確保や教育に力を注いでいます。

今のところ、いずれの部門もスタッフや診療報酬上の制約があり最初からフル稼働に至っていません。円滑な運営までには多少の期間を要し紹介の先生方にご迷惑をおかけするようです。特に、「回復期リハビリテーション病棟」は申請より 1 か月以上の実績が要求され、その実績の期間は一般病棟扱いになります。したがって、この期間は急性期特定病床として在院日数 17 日未満をクリアしなくてはならないため、6 月中旬ま

では 10 人足らずの稼働となり外部からの紹介が受け難い状況です。7 月からは漸次稼働率を上げ、10 月頃よりフル稼働の予定です。若干の間、皆様にご迷惑をおかけするかと思いますが、できるだけ早期に地域の期待に答えたいと思います。

スタッフ

スタッフの確保には難渋いたしました。開設当初は下記のスタッフでスタートしています。

専従医師 1 人、専任医師 2 人、理学療法士 (PT) 13 人、作業療法士 (OT) 3 人、言語聴覚士 3 人、ソーシャルワーカー 2 人、歯科衛生士 1 人、ボランティアコーディネーター 1 人、看護師 16 人、介護士 5 人

適応疾患と利用方法

残念なことに回復期リハビリ棟への入院には診療報酬上いろいろな制約があります。

適応疾患をはじめ、障害発症から 3 か月以内、入院期間は概ね 90 日～ 180 日以内などです。

したがって、入院にあたってはお引き受けできるかどうか、あらかじめご家族の方とスタッフ(医師・看護師・セラピスト)とが面談し決定させていただくことにしています。

適応疾患は以下の疾患の方で、集中的にリハビリテーションを行い、回復の可能性のある方です。

回復期リハビリ棟への入院適応疾患

脳血管疾患(クモ膜下出血・脳梗塞・脳出血など)

脊椎損傷などの脳・脊髄(中枢神経)外傷

大腿骨頸部骨折・下肢または骨盤等の骨折

外科手術または肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群

(廃用症候群とは、安静臥床を続けることによって起こるさまざまな身体的・精神的機能低下が生じる一連の症状を指す)

外来通院でリハビリテーション

紹介外来制ですので、かかりつけ医よりの紹介状(診療情報提供)が必要です。

総合リハ(外来通院リハ)の適応疾患

脳血管疾患(クモ膜下出血・脳梗塞・脳出血など)を発症後、急性期治療及び回復期リハビリを終了した方で通院リハビリが必

要な方

上下肢、または骨盤の骨折を発症して、6 か月までの方。

廃用性症候群(外来通院可能な方)

「立つ」、「歩く」といった基本動作の訓練、指導が必要な方。

「地域リハビリテーション支援センター」の役割

私たちの目指す地域リハビリテーションは「Community Based Rehabilitation(CBR)です。すなわち、障害のある人々や高齢者、及びその家族が住み慣れた地域や社会で、生き生きとした生活を送れるよう、あらゆる人々が協力し合って活動すること」です。その意味から「地域リハビリテーション支援センター」の役割をもっとも大切なものと考えています。一施設が設置されただけで達成できるものではありません。リハビリテーション施設がひとつの拠点になることがあっても、問題は地域全体の意識であり、取り組みであると考えます。そして、医師やセラピストなどの医療専門家集団だけが手がけてもできるものではありません。また行政が政策的に考えてもできるものではありません。住民の参加があってこそ完成されるものと考えます。当面は、地域リハにかかわる人々の活動の場所とシステムを構築することから取り組みたいと考えています。

おわりに

建築中のリハ施設の全貌が現れるにつれて、地域住民より問い合わせが相次ぐようになりました。地域の期待の大きさに日々重責が増す思いをしています。一方では、この地域のリハ諸問題はすべて解決という雰囲気もあります。私たちの地域リハビリテーションはこれからがスタートです。地道で気の長い取り組み、されど急がねばならない取り組みが必要です。

おわりに、岩国市医療センター医師会病院リハビリテーション施設の開設にあたって、増床問題・用地問題・医師会館移転・補助金・建築などの諸問題にご協力いただきました皆様に謝辞を捧げます。

勤務医部会

勤務医生活 25 年目に思うこと

共立美東国民健康保険病院 森岡 秀之

早いもので、勤務医生活ももう 25 年目を迎えた。昨年 4 月に当院に赴任してちょうど 1 年が経過したが、この 1 年間がもっとも慌ただしかった。新しい職場に順応するのに時間がかかり、もう若くはないなとそんなところで実感したりもした。漸く落ち着いたところでこの機会をいただき、あらためて今までを振り返って、お世話になった方々へのお礼をこの場を借りて申し上げたいと思う。

大学を卒業してから 5 つの病院に赴任した。同じ病院に二度赴任したこともあるので転勤回数は 7 回となる。完成された外科医というのは生涯の目標であり、所詮それは到達することのできない理想ということだが、曲がりなりにも外科医として独り立ちできたと自負できるようになったのは、何年目頃のことだったろうか？ もちろん勤務医がだれの手助けもなく一人でできる仕事などほとんどないに等しいが、ごく一般的な基準で考えれば、自分で判断し、自分で医療行為を施し、それにより生じた、あるいは生ずると予想されたすべての結果に責任を持てるようになった時かと思う。これはあくまで当人の主観であり、ある医師が一人前かそうでないかを評価するのは自分ではなく他人であるから、ひょっとすると思いがりの混じった独りよがりの自己評価にすぎないかもしれない。ともあれ、同じ病院の中に上司が何人いるとか、部下が何人いるとかなどは関係なく、自己評価ができるだけの充実した医療を実践できる環境に身を置けなければ、このようなことを考えることもできないわけである。そういう意味で私自身は今まで大変恵まれた環境で仕事をしてきた（している）のだとあらためて思い返しているところである。

大学の医局に在籍している若い医師は、医局の人事で異動するから必ずしも希望する病院に赴任できる訳ではない。いくつかの病院を渡り歩きながら医師として成長してゆくわけだが、その中で自分の理想に近い職場環境に巡り会えるか、あるいはそこに長く勤められるか否かはまったくもって運である。（断定すると誤解を生じそうだが、人間関係も含めて医師として当然必要とされる常識的な努力があった上での話。また理想的な職場とは人それぞれだから、必ずしも人が羨ましがる病院が幸運というわけではない。）さらに上司の開業や退職のタイミングなども含めて、運というものが大きくかかっているのは間違いない。

若い医師にとって赴任先の先輩医師はこのほか重要な意味を持つ。成書では学べない実地医療を教えてくれるのが良き先輩であり、後輩の意見に耳を傾けてくれるのも良き先輩である。良き先輩に巡り会えるのも運である。研修医時代に「俺は技術を教えない、技術は盗め」と仰った先輩がいる。技術的に師として尊敬申し上げている先輩である。当時はちょっと反発して、「減るもんじゃあるまいし」などと思った（口には出してませんよ）ものだが、後に赴任した病院で、ある手術の前立ちを務めていただき、冷や汗をかきつつも、まったく手出し、口出しをされずに手術を終えることができたとき、何とかその先輩が認めてくれる技術が少しは身に付いたかなと感じ、技術を盗むという意味が何となくわかったような気がしたことを思い出した。その後、数え切れない方々に支えられてここまでやって来た。幸運もあった。これからも多くの方に支えられてこそ仕事が続けられるのだと思う。感謝の気持ちを忘れまいと思う。

学術講演会 - 徳山 -

と き 平成 16 年 7 月 8 日 (木) 午後 7 時 ~
 ところ ホテルサンルート徳山 3F 「銀河の間」

「誤嚥性肺炎の実践的リスク評価と新しい治療法 - 肺炎予防薬としての ACE 阻害薬のエビデンス -」
 東京大学医学部付属病院老年病科講師 寺本 信嗣

と き 平成 16 年 7 月 29 日 (木) 午後 7 時 15 分 ~
 ところ ホテルサンルート徳山 3F 「銀河の間」

「生活習慣病から心不全まで - いかにもうまく治療するか -」
 国立循環器病センター内科心臓血管部門部長 北風 政史

取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位

山口県超音波 Vascular Lab セミナー

と き 平成 16 年 7 月 15 日 (木) 午後 6 時 40 分 ~ 9 時
 ところ 山口グランドホテル 2F 「鳳凰の間」(新山口駅新幹線口)
 吉敷郡小郡町黄金町 1-1 TEL:083-972-7777

・教育講演 「頸動脈超音波 - 知っておきたい基礎知識 -」
 独立行政法人国立病院機構京都医療センター統括診療部医療技術部 佐藤 洋

・特別講演 「血管エコー検査の現状：臨床応用の実際」
 松尾循環器科クリニック院長 松尾 汎

・実技指導 「血管エコーのハンズオン」
 松尾循環器科クリニック院長 松尾 汎
 京都医療センター統括診療部医療技術部 佐藤 洋
 山口大学医学部器官病態内科学 村田 和也

取得単位：日本医師会生涯教育制度 3 単位
 セミナー終了後、意見交換の場を用意いたします。

共催：山口大学医師会 後援：山口県医師会

謹 弔

平田 晴夫 氏 宇部市医師会
 6 月 15 日、逝去されました。享年 79 歳。
 つつしんで哀悼の意を表します。

謹 弔

永安 三男 氏 岩国市医師会
 6 月 16 日、逝去されました。享年 82 歳。
 つつしんで哀悼の意を表します。

学術講演会 - 岩国 -

と き 平成 16 年 7 月 6 日 (火) 午後 7 時 15 分

と ころ 岩国錦水ホテル 2F「真珠の間」

演 題 「非アルコール性脂肪性肝炎 (NASH) の病態と治療」

広島大学総合診療科大学院医歯薬学総合研究科病態薬物治療学講座教授 田妻 進

取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位

と き 平成 16 年 7 月 17 日 (土) 午後 6 時 15 分

と ころ 岩国市医療センター医師会病院東館 4F 講堂

演 題 「高血圧治療における 24 時間降圧の重要性」

自治医科大学循環器内科学講師 苅尾 七臣

取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位

と き 平成 16 年 7 月 30 日 (金) 午後 7 時

と ころ 岩国錦水ホテル 2F「真珠の間」

演 題 「自殺予防マニュアル：一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」
(日本医師会編集自殺予防マニュアルより)

山口大学医学部高次神経科学講座教授 渡辺 義文

取得単位：日本医師会認定産業医制度 基礎研修 (後期) 1.5 単位

生涯研修 (専門) 1.5 単位

日本医師会生涯教育制度 5 単位

内科医会・学術講演会

と き 平成 16 年 7 月 9 日 (金) 午後 7 時 30 分

と ころ 岩国市医療センター医師会病院東館 4F 講堂

演 題 「慢性心不全の薬物療法 - 遮断薬をどう活かすか -」

国立病院大阪医療センター循環器部長 安村 良男

取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位

臨床内科医会指定研修講座 2 単位

第 4 回周南地区痴呆疾患研究会

と き 平成 16 年 7 月 9 日 (金) 午後 7 時 ~

と ころ ホテルサンルート徳山 2F「芙蓉の間」

会 費 500 円 (医師以外 100 円)

講演 1 「痴呆と間違えやすい疾患 - 抑うつ・せん妄 -」 徳山静養院院長 藤井 障三

講演 2 「わかりやすい主治医の意見書とは - 要介護者とその家族を支えるために -」
徳山ファーストクリニック院長 西村 敏郎

取得単位：日本医師会生涯教育制度 5 単位

お知らせ・ご案内

消化器がん県民講座

と き 平成 16 年 7 月 3 日 (土) 9:00 ~ 16:00
 ところ 長門市中央公民館 (長門市東深川 326-6)

講演 13:05 ~ 15:00

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1 「胃がんについて」 | 防府胃腸病院院長 三浦 修 |
| 2 「大腸がんについて」 | かわむら内科医院院長 河村 奨 |

質疑応答

体験コーナー

腹部超音波検診体験 (有料)
 受付は、当日、会場で行います。(予約は行いません。)
 郵送事務手数料として 1 人 500 円。

問合先：山口県高齢保健福祉課生涯現役推進班 TEL:083-933-2796
 山口県消化器がん検診研究会事務局 TEL:083-922-2510
 主 催：山口県・山口県消化器がん検診研究会

第 42 回山口県臨床整形外科医会 教育研修会

と き 平成 16 年 7 月 31 日 (土) 18:00 ~ 20:30
 ところ 山口グランドホテル 2 階 鳳凰の間
 山口県吉敷郡小郡町黄金町 1-1 TEL:083-972-7777

【特別講演】18:30 ~ 19:30
 「関節運動学的アプローチ (AKA) - 博田法 ~ スポーツ障害を含む ~」
 博田理学診療科院長 博田 節夫

【特別講演】19:30 ~ 20:30
 「変形性膝関節症と膝骨壊死の病態と治療」
 島根大学医学部整形外科教授 内尾 祐司

取得単位:日整会教育研修会 2 単位(スポーツ単位・リウマチ単位) (1 単位につき 1,500 円必要)
 日本リウマチ財団登録医教育研修単位 (1,000 円必要)
 日本医師会生涯教育制度 3 単位
 講演会終了後、懇親会 (孔雀の間) を予定しております。

共催：山口県臨床整形外科医会ほか

組合員証の無効

組合員氏名	組合員証番号	保険者番号	無効年月日	無効理由
藤本 幹生	075 120086	31 .35 .028 .3	平成 16 年 3 月 20 日	紛失

問合先：裁判所共済組合山口家庭裁判所支部