

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
TEL 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 8 月 1 日号 No 1719



芙蓉

尼崎 辰彦 撮

今月の視点「混合診療解禁の是非」	506
第 5 回二次医療圏座談会 (萩・長門圏域)	509
社保・国保審査委員連絡委員会	527
広域予防接種運営協議会	536
学校保健問題対策委員会	541

日医 FAX ニュース	535
お知らせ・ご案内	548
受贈図書・資料等一覧	549

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

混合診療解禁の是非

常任理事 西村 公一



はじめに

内閣総理大臣の諮問機関である、総合規制改革会議が構造改革特区案の中で、株式会社の医療への参入を容認するという考えを出して以来、いわゆる混合診療についての議論が盛んになってきた。

そもそも、「混合診療」という文言は、健康保険法等の関係法令においても、どこにも使用されていないのである。したがって、その本質を理解しないままの議論が行われているきらいがあり、制度や政策の方向性を誤らせる危険性がある。

混合診療とは、一連の治療で保険診療と保険外診療が混在することを言う。例えば、ある患者が糖尿病治療をしていて癌になった場合、糖尿病の治療を保険でやり、癌の治療は保険外として、自己負担や一般の民間保険から保険給付を受けるといような費用が混合することをいう。糖尿病の治療も癌の治療も保険で行うか、あるいは両方とも保険外の自由診療で行うかを選択しなければならない。わが国の医療保険制度ではこの混合診療は禁止されている。

特定療養費制度

昭和 59 年に特定療養費制度が設けられるまでは、混合診療という明確な概念はなかった。特定療養費制度は健康保険法第 44 条に規定されており、高度先進医療の導入にともない、保険診療と保険外の費用負担との混在を認めた制度である。

これは、新しい医療技術の出現と患者ニーズの多様化に対応するために、特別のサービス（アメニティー部分）と高度医療を含んだ療養についてのみ、厚労省が定めた基礎的な部分については保険給付をし、特別な部分を自己負担とする制度である。

特定療養費制度は混合診療の一形態とも言えるが、ただ特定療養費はきわめて限定された厚労省の厳しい規定の管理下にあり、一応現物給付を基本としている。混合診療を行うには現物給付は不可能であり、現金給付に移行する必要がある、そのための法整備が必要となる。

高度な先進医療について過渡的、一時的に特定療養費制度を制定したが、やがて速やかに保険適用として認めるというのが前提であった。それに対して混合診療は過渡的ではなく、永久的に保険から外される。患者負担も

将来にわたって永続的となる。

最近、日医の櫻井副会長は、特定療養費の拡大には前向きな姿勢を示しており、「180 日超入院の特定療養費など、本来の趣旨から外れたものが入っている現行の特定療養費制度を見直し、高度先進医療、高度先進ではないが将来保険に入れるべきもの、アメニティ部分などに分類する必要がある。その上で、高度先進医療に限らず、将来保険に入れるという前提の特定療養費制度は拡大してもよい」との発言をしている。

混合診療容認論

経済財政諮問会議は、総合規制改革会議や構造改革特区推進本部と連携して、規制緩和を進める方針を確認している。その宮内議長は「当会議として目指すべき方向は、一定の質が担保された医療機関等においては、現行の特定療養費制度ではなく、保険診療と保険外診療の併用を解禁すべきである。本テーマはわが国の医療サービスのマーケットを急拡大させ、そこでの雇用吸収力を大幅に向上させるとともに、わが国の医療技術の向上にも直接つながる大変重要なものである。」として、混合診療の解禁を推進している。

混合診療容認論を唱える立場の意見は、大きく分けて次のようになる。

- 1) 規制緩和の一環としての「保険診療と保険外診療との組合せの自由化」による消費者の選択肢拡大。
- 2) 医療費（保険給付費）抑制を目的とした、公費支出の抑制。
- 3) 日本で認可されていない、技術や医薬品の使用。
- 4) 個々の医師の技術水準等に比例した、上乘せ評価の必要性。
- 5) 不適切な保険外負担の実態の解消。

特に、政府サイドのこれらの主張の背景には、2) に示す患者自己負担の拡大にともなう受診抑制、それによる公費支出のコントロールという本音が隠されていることは明白である。

混合診療反対論

混合診療を導入すれば、現物給付を基本とする皆保険制度が崩壊することを懸念している。つまり、現物給付システムにおいては、制度の理論上、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ということである。

このことから、混合診療を認めることは、わが国の公的医療保険の給付の基本を「現金給付」に切り替えるか、あるいは現物給付を原則としながら、特定療養費制度の対象拡大を図るか（これも現金給付である）、いずれかの選択しかあり得ない。そして、そのいずれもが患者負担を増大させるということを認識しなければならないとしている。

日医は混合診療の問題点について、次のように考えている。

- 1) 政府は、財政難を理由に、保険給付範囲を縮小しようとしている。混合診療を認めることによって、現在健康保険でみている療養までも、「保険外」となる可能性がある。
- 2) 混合診療が導入された場合、保険外の診療の費用は患者の負担となり、貧富の差によって不公平が生じる。
- 3) 医療は患者の健康や生命という、もっとも大切な財産を扱うものであり、貧富の差で区別するものではない。「保険外」として取り扱われる診療の内容によっては、金のあるなしで必要な医療が受けられなくなることになりかねない。

4) 政府は医療費の国庫負担の圧縮を目的として、混合診療の導入を目論んでいると考えられるが、わが国の医療費水準は、医療費の対 GDP 国際比較（世界で第 18 位）からみても、先進諸国の中でも決して高いわけではない。また、低い医療費で効率的な医療を提供し、世界一低い乳幼児死亡率、世界一の長寿国達成など、わが国の公的医療保険による医療は国際的に評価されている。このことより、政府の考える医療費圧縮の根拠は希薄である。

最近の日医と規制改革会議との論争

本年 6 月 23 日、内閣府の規制改革・民間開放推進会議の官製市場民間開放委員会にて日医との公開討論会が行われた。委員会側は混合診療解禁の具体的な方策として、「公的保険の枠組みの維持を前提とし、当該医療機関の保険対象外の診療行為に関する情報を開示した上で、患者の十分な理解に基づく医師との契約により、保険対象外のあらゆる診療行為を、保険診療と組み合わせることを完全に自由とすべきである」としている。

また、混合診療解禁にあたっての留意点として、「患者自らによる適切な選択に供するため、保険適用診療に加えて、当該医療機関が行いうる保険外診療の内容、料金、効果、リスク等について、患者及び保険者に対する情報開示を義務づけるとともに、義務に違反した場合の事後措置を設けるべきである」としている。

これに対して、混合診療解禁反対の立場の日医の松原常任理事は「混合診療は、患者さんに必要な医療をすべて現物給付するシステムに反する。また、混合診療容認論の最終目的は、公費支出の抑制にある。混合診療の問題点は、財政難を理由に最新の医療が健康保

険に導入されなくなり、費用が負担できる人しか、必要な医療が受けられなくなることにある。費用が負担できる人とできない人の間に、不公平が生じていいのか。個人の尊厳を守るべき医療の世界に、経済的な弱肉強食の論理を持ち込むことはきわめて危険であり、日医は強くこれに反対している」と述べて、強く反論している。

さらに日医側は、「未承認の高度先進医療については、安全で有効なことが客観的に証明されるならば、速やかに保険適用すべきで、保険適用するためのルールこそ規制緩和すべきだ」と主張している。つまり、現行の特定療養費制度の見直しで、この論争の決着をつけたいとする考えのようである。

おわりに

財務省主導で経済界の代表のみで構成される規制改革会議は、医療への株式会社の参入と混合診療解禁をセットで導入しようと考えているのであり、このことは経済活性化の名の下に、100 兆円とも見込まれている医療関連市場に営利企業を参入させ、利益を自由に確保できるよう画策しているからに相違ない。

特区構想に「生命・身体・健康」も例外ではないとあり、経済活性化のためには、国民の健康や生命の犠牲もやむなしともとれる考えからは、国民のための医療制度を創造するという発想は生まれないのは明らかである。

国民の立場に立って、世界に冠たるわが国の医療と皆保険制度を守るという姿勢を崩さない日本医師会は、医療への株式会社参入、混合診療の解禁を断固阻止する努力を続けている。このことは、医師会員全員が一丸となって真剣に取り組むべき喫緊の課題であると考えている。

二次医療圏座談会 シリーズ

明日の病診連携を目指して

第 5 回

萩・長門保健医療圏域

と き 平成 16 年 6 月 1 日（火） 午後 7 時～9 時 30 分
ところ 萩市医師会館

出席者（順不同）

（医）医誠会都志見病院副院長	村田 秀雄
萩市民病院長	河野 通裕
（医）社団康香会しげおか病院長	重岡健一郎
玉木病院長	玉木 英樹
厚生連長門総合病院名誉院長	藤井 康宏
（医）社団成蹊会岡田病院長	川上 俊文
（医）生山会斎木病院長	斎木 貞彦
阿武郡医師会長	松井 健
萩市医師会長	池本 和人
長門市医師会長	村田 武穂

県医師会

編集委員（司会）	堀 哲二
副会長（広報）	上田 尚紀
副会長（地域医療）	木下 敬介
常任理事（広報）	吉本 正博
常任理事（地域医療）	佐々木美典

堀 本日は、ご多忙の中お集まりいただきましてありがとうございます。

二次医療圏座談会の第 5 回目としまして、萩・長門医療圏域の座談会を今から始めたいと思います。司会はあまり慣れておらず不手際も多いと思いますが、皆さんのご協力よろしくお願いします。

先生方が、今まで思っておられる問題点、あるいは悩みが、この座談会で、ざっくばらんに話し合えることを希望しております。

まず初めに、県医師会長であります上田尚紀先生、ご挨拶をよろしくお願いします。

上田 この 4 月から副会長を務めさせております、上田でございます。よろしくお願いします。

本日は、ウィークデーの大変ご多用の中、皆さん方には遠くからお集まりいただきまして、大変ありがとうございます。この会は今回で 5 回目となりますが、いきさつを申しますと、本日出席されております、藤井前県医師会長が県医師会というのは各都市医師会の実際の問題点、疑問点、要望等をじかに聞かなければ、仕事が上手くいかないんだということで始められました。当時、私は担当ではありませんでしたので本日初めて出席させていただきますけれど、正に前会長のいわれたとおりだというふうに考えております。

したがいまして、本日は先生方の抱えておられる問題点や悩み、あるいは行政に対する要望、県医師会に対する注文等、ぜひ忌憚のないご意見を私どもに討論を通じてお知らせいただければ、私どもはそれを参考にいたしまして、今後のいろいろな仕事に反映させていただきたいと考えております。本日は、マスコミが入っておりませんので、遠慮なくお話をしてくださればと思います。

それでは司会の堀先生、よろしくお願いいたします



堀哲二編集委員

ます。

堀 上田先生、どうもありがとうございました。続きまして、広報担当の吉本正博先生をお願いします。

吉本 広報を担当しております吉本でございます。よろしくお願いします。

この二次医療圏座談会ですが、最初に企画ができたのがもう 2 年以上前になります。そのときに、テーマとして非常に大きいので、実際に上手くその座談会が進行していくのかどうかと大変不安に思っていたのですが、実際に始めてみますと、院長先生方が活発にご意見を出していただきますし、都市医師会の会長先生もそれに合わせまして、有意義なお話をいろいろと出していただくということで、会を重ねるごとに内容が充実してきているように思います。

会員の先生方ももちろんですが、この座談会の内容は行政の方々も非常に注目して見ておられるということを聞いています。今まで 4 回座談会を開催してまいりましたが、やはりその医療圏ごとに抱えている問題が様々であるなという印象を持っております。また、通常であれば開業医の先生方のほうから病院の先生方への注文ということが多いのですが、この会では院長先生のほうから、開業医の先生に対して結構厳しい注文が出たりするので、院長先生の方もこの場では本音をしゃべっていただいているなという印象を持っております。

本日も忌憚のない意見、本音をぜひ出していただいて、充実した座談会になっていただけることを、私としては希望して、期待しております。よろしくお願いします。

堀 吉本先生、どうもありがとうございました。

では、討議項目に入らせていただきます。萩・長門医療圏は萩・阿武地域が 1 市 4 町、4 村で、長門・大津地区が 1 市 3 町、東の阿東町から西の油谷町まで車で走っても 2 時間以上かかり山口県面積の約 1/4 の広域な面積を持っています。しかし人口は、やまぐち県全体の約 8% で高齢化をともなった人口減少に悩んでいるのが現実です。

一方、患者からいえば都会の医療と同じ充実した高度医療を望んでおります。長門地域あるいは萩地域では、市町村合併の問題もあり、行政面との関係も、将来像として考慮すべき問題であります。

まず第 1 番目の「基幹病院の現状と将来の方向について」お話ししたいと思います。長門地域は医療圏として山口県西部地域圏にありまして、下関地域医療圏に入っております。ところが、萩地域は宇部・山口を中心とした山口県中部医療圏に入っています。ちょうど鎖峠のところで医療が分かれているというのが実際のところです。ところが、実際問題として長北医学会等、長門地域と萩地域とは非常に密接な関係にあります。しかし、先ほどいいましたように、端っこから端っこまで 2 時間もかかったり、あるいは、山陽地方に見られない高齢化と人口減少を考えますと、山陽地方の医療圏とちょっと特異的な医療圏患者層と考えられます。この問題に関しては、基幹病院の先生方は非常にお困り、あるいは苦心されている問題の一つかと思っております。

そこで、このような現実の処々の問題点、あるいは将来の展望と構想につきまして、各病院の院長の先生方からご意見、及び今の問題点、あるいは将来像についておうかがいしたいと思います。

まず初めに、都志見病院の村田秀雄先生、お願いします。

村田（秀） 都志見病院の院長代理で参りました村田です。今のことにつきまして従来から考えておりますことをお話しさせていただきます。

私どもの病院は今 234 床で、元々外科の病院から出発しまして、現在は皮膚科と小児科を除いて全科常勤があります。本来の性質からいって救急病院であります。ただ、最近の在院日数の短縮とか、患者さんを次に回すのが大変だということ等がありまして、現在は救急病床 175 床、療養病床 59 床に変更しております。

この地域は非常に高齢化が進んでいまして、萩市が 26%にもうすぐなるのではないかと思います。萩市が 4 万 6 千何がしかの人口と阿武郡が 2 万 7 ～ 8 千です。阿武郡と萩市の救急といいますか、一次病院・二次救急病院として、ここにご出席の玉木先生、重岡先生、それから一番私ど



都志見病院
村田秀雄副院長

もがいろんなことで相談にのってもらっています萩市民病院の河野先生のところで、この圏域の医療を支えております。

阿武郡の面積は実は東京 23 区と一緒になんです。そのぐらいの地域に 7 万弱の人口が散っております、それを支えています。また、年齢構成を見ますとほとんどの郡部で 65 歳以上が 35%を越えております。地域によっては 40%近いところがあり、非常に高齢化と過疎の地域ということで、先ほど堀先生のほうからお話ありましたように、山陽側の医療形態とはちょっと違う問題がございます。

それからもう一つ、問題なのは、こういう地域ですから「代々かかっている病院にかかるんだ」という意識が患者さんに結構あることです。そのために他の病院に移りたがらない。また、最初に診てもらった先生、最初に手術してもらった先生のところでずっと診てほしいという昔風の意識も強く、急性期を過ぎて「よその病院に替わりますか」というときに非常に問題があります。

それでも最近では中核的な病院があって、そこに患者さんをどんどん紹介してくという医療形態になってきています。ただこの地域はよその地域に紹介するというのが非常に難しい。交通事情はよくなっておりますが、患者負担はかなり大きいものになりますし、冬は峠を越えて出るのが大変です。公共の交通機関は利用しにくいので、自家用車かタクシーで行くということになりますと、患者負担が大変だということを考えなくてはなりません。

次に、病院の方針としましては、市民病院と一緒にになってお互いに持っていないところをカバーし合っていきましょう、というのが市民病院ができたときの基本姿勢です。

これからの方向としては、救急病院ということ でいきたいとおもっています。やはり、そこで問題になるのは救急病院のあり方を考え直すべき時期に来ているのではないかなということです。ほとんどの救急医療のできる病院というものが今から

求められてくると思いますので、その辺をどうしたらいいかというところを悩んでおります。

それから、もう一つ困っていますのが、高齢者が多いということで、入院されて「帰りましょう」といったときに帰ってくれないということです。それで「よその病院に紹介しましょう」と言うと、「そこに行くぐらいやったら、わしゃもうここで死ぬ。うちに帰って死んでもいい」とか。なかなか今の医療体制を理解してもらうのが大変です。そうはいっても、患者さんの教育、市民の教育をして、そういう医療体制になってきたのだということを、わたしたちも努力して皆さんに知っていただく必要があると思います。

その一方で、救急病院から次の病院に移るときに、患者さんが安心して移れるための病病連携を緊密にすることが必要であると思います。連携を密にして、例えば、移る前に次の病院の担当の看護師さんなどが救急病院に来て患者さんと面接をするとか、移ったあとは、しばらくは救急病院の主治医が訪問して、「どうなったかね」と声をかけると。そういうふうなことを、考えていかなくではいけないのではないかと思います。今、いろいろと根回しはしておりますが、まだ実現はしていません。

次の問題は、この地域に急性期の回復期の、今よくいわれています回復期リハ病棟がまったくないことです。それから、回復期リハ病棟だけではなくて、急性期のあとのリハビリテーションのできる病院がないことです。脳卒中のあと、もうちょっと動きやすくなりたいという方が結構よそに行っておられるといった状況です。この辺が今後の問題だろうと思います。

ただ、今の制度では回復期リハビリ病棟をつくるのは非常に難しい。リハ病棟をつくったときに発症 3 か月以内の患者さんを集めることができるかどうか。これが集まらなないと経営ができないという問題があります。そのためにも、この地域及び周辺のいろいろな医療機関から、そこにどんどん患者さんが流れてくるような、紹介制度といいますか、連携が上手くいかないとなかなか難しいと思っております。山口県自体がそういったところは非常に遅れていると思うんですね。

それと、もう一つはそのあとに行くところ、す

なわち療養型の病院はベッドがいっぱいでなかなか入れない。療養型の病院を経過して在宅になるときに、それをカバーできるシステムがない。こういう高齢社会では患者さんの流れが止まってしまうという問題があります。そのためには、医療と離れてくるかもしれませんが、特に高齢社会で独居老人とか、高齢者、老夫婦の割合の多いところでは、ケアハウスとか、グループホームといったものを充実しないと、急性期の医療をいくら一生懸命やっても、ほんとに患者さんの幸せが得られるのかなと思っております。

そういう意味で、療養型の病院の院長さんも出席いただいて、受ける立場の病院のお考えを聞くことも、これからの医療を考えるときには必要かなと思っております。

堀 村田先生、どうもありがとうございました。

続きまして、萩市民病院院長の河野通裕先生、よろしくお願いします。

河野 萩市民病院の河野でございます。現状と将来につきまして、先ほどの村田先生のお話等もございしますが、とりあえず私どもの病院の状況からご報告していきたいと思っております。

萩市民病院は、平成 12 年の 4 月に開院しました。先ほど、都志見病院の村田先生から簡単に紹介ありましたように、ここにおられます玉木先生、重岡先生、村田先生のところは 3 病院とも、院長先生が外科系の先生でございます。そこで、われわれの病院は内科中心といいますか、言葉にちょっと語弊がございしますが、内科のスタッフが多い病院として発足しております。ちなみに現在 15 名の医師がおりますが、うち小児科等も含めまして内科系が 10 名でございます。3 分の 2 が内科系ということになっております。残りは、外科が 3 名、整形外科が 2 名という常勤体制でやっております。

昨年の 8 月の病床届出では一般病床 100 床ということで届け出ておりまして、地域の急性期の医療を担っておるというふうに考えているところでございます。後ほどお話ししますが、それに 15 床の結核病床。これは旧市立病院から、そのまま引き継いだ結核医療を行っているという状況



萩市民病院
河野通裕院長

でございます。

まず、現時点での当院のトピックスとしましては、平成 17 年は行われます市の合併という問題です。これにつきましては、平成 14 年度末から平成 15 年度末にかけて、各自治体のへき地診療所、約 10 か所が医療ワーキンググループとして話し合いをしています。へき地医療をまず自治体としてどういうふうな担い方をしていかなければと話し合いました。われわれの病院としましては以前から電子情報については結構自信を持っている分野ですので、そういったものを中心にネットワークを構築してはどうかという話が出ました。さらに診療所群のお話をおうかがいしたところ、それだけでは全然ネットワークにはならないという非常に率直な意見が出まして、いわゆるヒューマン・ネットワークを作らなくては意味がないということになりました。これは要するに人的交流または支援というものをやって、初めてその電子情報システムが生きてくるんだという考え方で、正にそうだというふうにわれわれも実感しております。これが合併後の診療体制等についての一つのポイントになってくるのではないかな、というふうに考えております。

それから当院の病診連携につきましてお話しします。私どもの病院の紹介率は 14% で始まりましたが、2 年前に地域連携室が発足しまして現在は 23% になっておりますが、目標は 30% 以上を目標にしております。急性期の医療の中で、村田先生がいわれておりましたが、私どものところはやはり、患者さんの流れというところでは非常に大きな問題を抱えております。

特別養護老人ホームと老健施設がそばにございますが、そこからの患者さんが運ばれて来ますと、急性期の医療を行ったあとに患者さんが元の施設に帰れない場合が発生します。われわれの病院では、1 か月以内の入院患者さんが非常に多く、そういうふうな状況で患者の病態や施設のまるめ医療の関係で、帰れない患者さんがでてくるわけです。そこで当然、療養型の病床を持っておられる

病院との連携プレーが必須となってまいります。ここら辺の問題は、常にケースごとに解決していく必要があり、われわれの病院における一つの問題点というふうに考えております。

病病連携につきましては、救急医療のところで、当医療圏の 2 次救急を担当している 4 病院の連携プレーというところが非常に今後の大きな課題になってくるというふうに思います。例えば私どもの病院は、内科と外科と整形と小児科がございいますが総合病院ではないというところですね。都志見病院だけは総合病院ですが、玉木病院もしげおか病院も、私どもと同じような状況でございます。そういった 4 病院で輪番制をひいておりますが、診療体制に凸凹があるというのが問題であると思います。われわれだけではなくて患者さんを搬送する消防の方もまた頭を悩ましております。恐らく都志見病院は、そんなに問題として考えられておられないと思いますが、ほかの病院は結構それで悩んでいるのではないかなというふうに思っているわけです。

今後は、2 次救急の現場で少しでもこの凸凹の診療体制を是正するための病病連携が、課題になってくると考えています。

例えば、われわれのところに耳鼻科の医師はおりません。救急で耳鼻科の患者さんが来ても、それに対応できないという状況が起こるわけで、そのときには都志見病院に、連絡をするわけでございます。そこら辺の連携というのが救急の場で、さらに円滑に行えるような仕組みを作っていかなければいけないのではないかと。当然、これには医師会と診療所も入っていただければ、ますますいいのではないかと思います。

一方、二次医療圏として完結した医療を目指すということになりますと、それぞれその特化された医療のところで分担医療がされるべきではないかと。だから、例えばですが、私どものところで外科ではこういう領域が特化して、ほかの病院にはない医療を担っているとするならば、他方の病院では違った分野で特化した医療を担うという。分担がはっきりしていけば、これは医療圏にとって、その医療資源としてですね、無駄のない医療の形態ができるのではないかと考えています。

最後に、自治体病院としての不採算部門のお話しですが、われわれは現在、結核医療を先ほどいいましたようにやっております。これは 15 床のベッドがございますが、稼働率は 30% でございます。今日現時点でも 5 人の入所率でございます。大変恐縮なんです、そのうちの半分以上は他医療圏からの入院でございます。この結核医療につきましては年間 1 億円も赤字が発生しております。これは市が補填してくれるわけでございます。当然、結核というのはどこでも必要だと思いますが、これだけの赤字を萩市の市民が払っているという現状は、やはり萩市民全員が認識すべき問題であると考えております。

難治性の結核は非常にまれで、ほとんどの結核の患者さんは、最近の優れた化学療法によりまして 3～4 か月の入院で、たとえ、よそで治療を受けられても地元に戻ってこられます。山口県レベルでは宇部の山陽病院ですね。あちらが今の政策医療として、恐らく中国全土を見渡した結核患者の療養について、今後整備、設備を整えていくという方針を明らかにしていると思います。ところが、県の指導では基本的には山陽地方、山陰地方にそれぞれ結核病床があるべきだという見解ですが今後、国・県・市のレベルが一体となって合理的で無駄のない行政医療を展開していかなければならないと考えています。

次に神経難病でございますが、この領域の患者さんは、ある意味では、言葉は悪いですが死に

場所を求めている。やっぱりこういった患者さんに対しては、われわれ急性期の病院であっても自治体病院として、ある程度そういった病床も確保しないといけないのではないかという初期からのわれわれの考えがございまして、神経難病ネットワークの中核病院を担っております。これにつきましては、最近になりまして慈生病院で特定機能病床という、要するに難病の比較的長期間入院が可能となるベッドが確保されたので、そこの連携が非常にスムーズに行われ始めました。

それから小児医療。これも不採算部門でございますが、今二人の常勤医のドクターが来られています。小児医療については、医師会と県の保健センター、それからわれわれ市民病院、市の福祉部と、最近それに加えて薬剤師会も入りまして関連者協議会というものを設け、小児科医療を圏域全体で支えていこうという話し合いを行ってまいりました。本年 2 月に小児科外来を開設したわけですが、その際には受益者である市民への説明会を行い、今後さらに市民を巻き込んだ話し合いの場が誕生する予定です。その中で、継続的な小児医療を行える仕組みとして、現在「紹介予約制」という言葉で表現されますが、そういった仕組みを構築しながら最良の方法を模索している最中でございます。これにつきましては医師会の先生方と 1～2 年前からの話し合いの布石があるのでございますが、そういった話し合いのもとに築かれた非常に貴重な連携が行われております。それ



が小児医療の現状ですね。

われわれ公的病院という意味では、「自治体病院は楽勝、税金も払わないいいのではないか」という意見がいつも耳に入りますが、昨今、自治体病院たたきは大変厳しいものがございます。その経営主体、つまり市であります、赤字が増大すると市政、市の事業を圧迫するわけでございまして、億単位での赤字が出るということは、その年度、億単位の公共事業が圧迫されるわけでございまして。これは大変なもので、やはりわれわれはそれに非常に責任を感じていかなければならないと考えています。公営企業、公営企業法の全部適用等、経営のより合理性を目指すということを、不採算部門を抱えながら、やっていかなきゃいけないというところで、常に悩みながら前に進んでいるところです。

堀 河野先生、どうもありがとうございました。

続きまして、しげおか病院長の重岡健一郎先生、よろしくお願いします。

重岡 こんばん。しげおか病院の重岡でございます。私どもの病院は、全部で 76 床の小さな病院でございまして、現在の現状を述べたいと思います。

昭和 55 年の 3 月に診療所として開設いたしまして、昭和 61 年に病院に改組いたしました。平成元年に医療法人となりまして、そのときに老人保健施設を併設いたしました。平成 10 年に 76 床になって、現在に至っております。関連施設としましては老人保健施設 50 床、特別養護老人ホーム 50 床があります。病院は 76 床でございしますが、一般病床は 16 床であります。そして 60 床が療養型病床でございまして。療養型のほうは、医療保険型が 38 床、介護保険型が 22 床でございまして。平均在院日数は一般病床が 12 日、療養型・医療保険型が 46 日、介護保険型は 191 日と、全体としては平均在院日数は 32 日でございまして。ベッド稼働率は 86 床から 86%～94%程度でございまして。それから介護、療養型の介護部分につきましては、介護度がだいたい 4 から 5 というところが多いでございます。

開業当初におきましては、私は外科で消化器外



しげおか病院
重岡健一郎院長

科の専門でございましたので、腹部消化器の外科的治療を 1 番に、そして 2 番目に救急医療、そして 3 番目に老人医療というものを主眼としておりました。が、徐々に 3 番目の老人医療が、1 番となりまして、今後もその傾向は変わらない

と思われます。

今後、私どもがどういう方向でやっていくかということにつきましては、この地域のうちで自分たちができる医療をどんどん充実させていくことではないかと思っております。そのためには、医療スタッフの充実、患者サービスの向上、リハビリ等の充実、そして施設の充実というものを考えております。

病診連携におきましては、各支援病院に地域連携室がございまして、それによって紹介が非常にスムーズになり助かっております。

堀 どうもありがとうございました。

続きまして、玉木病院の玉木英樹先生、よろしくお願いします。

玉木 玉木病院の玉木と申します。現在当院は 151 床のうち、50 床が一般、残り 101 床を療養型という形で運営しております。101 床のうち約 3 分の 1、30 床が介護病棟、残り 71 床が医療療養型というケアミックスで運営させていただいております。具体的には、急性期医療におきましては、久留米大学外科の常勤の先生中心に非常勤、専門外来としまして山大消化器内科、循環器内科、消化器外科、整形、脳外科、泌尿器科、九大診療内科にて、特診という形で医療活動をさせていただいております。慢性期医療におきましては、総合診療科中心に、急性期病院加療後の在宅、介護施設までの中間施設という形で医療活動をさせていただいております。

問題点としましては、先輩方がお話しになりましたが、やはり萩の地域性、高齢化という問題があり、なかなか療養型から次の在宅、施設への移動が難しく、急性期・慢性期という医療の流れ

がどうしてもそこで止まってしまうという大きな問題があります。

救急医療としましてはお話しになりましたが、すべての疾患に対応できない、またすべきではないという問題があり、現在のところは当院で対応不可能と判断した場合、各種急性期の当直の先生にまずご連絡して、その先生がその疾患の専門医であるかどうかという確認から始まり、今からご紹介、搬送させていただくべきか、状態においては翌日がベストなのかという判断、コンサルタントをさせていただいております。

また、個人病院としましてはできるだけ小回りを利かせようということで、この場にもおられますが診療所の先生のご自宅によく連絡させていただきまして、診療所のほうに搬送させてもらったり、または往診という形で救急医療に対応させていただいております。

堀 どうもありがとうございました。

続きまして、長門地域の先生方におうかがいしたいと思います。

まず初めに、長門総合病院の藤井康宏先生、よろしくをお願いします。

藤井 今の医療圏の状態は、萩と長門ではあまり変わらないと思います。それは、高齢化と人口減少です。そういう傾向を受けまして、私の病院では一般病床が 210、医療型の療養病床が 65、介護型の療養病床 26 の計 301。それと感染病床の 8 床でやっています。

この流れを申しますと、最初は全部、急性期でやっていたのですが、一昨年のいわゆる病床区分と在院日数が明確になりました。そのころからどうしても患者さんの後方施設へのお願いが非常に困難になりまして、うちでも療養病床を作ろうということになりました。また、療養病床を作ったが、それからまた在宅というのが困難になったということで介護病床を昨年の 11 月に入れました。

いろいろな医療がそういう状況で、医療圏の



玉木病院
玉木英樹院長

中での完結型っていうのは、これから困難になるだろうと思います。医療圏を越えた広い中で、三次医療圏という中で機能分担をし、連携を密にしていきたいと思います。長門医療圏は人口が 5 万を切ります。4 万ちょっとぐらい。河野先生がいわれたことにお言葉を返すようですが、そこで、いわゆる特化したような形でやっても、私は成り立たない可能性が大きいと思います。

今、私は医療の技術は普遍化していると思います。そういうところを見て、救急でも普遍的なところにとどめておいて、地域での一つの役割として行う、あと後方というものをきっちり定めておいてやったほうがいいのじゃないかと。だから医療の、質の役割というものは、それなりに自分の病院で組み立てておく必要があるのじゃないかというふうに考えています。将来もそういう方向でやっていくことになると思います。

医療には宗教的な面がちょっとあるのですよね。特にお年寄りはそのようなのが強いですね。それを医療側の効率化ということだけで、地域内で役割分担という効率化を進めて、押しつけていって本当にいいのかと思います。普遍的医療は各医療機関で対応できることが必要だと思います。

われわれの役割として、普遍的医療だけは確保しておかなければいけないもう一つの理由は、国民皆保険制度を守ること。そのためにも医療側もやはりそれを、どういう地域にあっても提供していくだけの努力はしていかなければいけない。これは一つの医療側の役割ではないかと思います。

ただ、これからは人口比、あるいは人口構成そのものがどう変わってくるかによって、先ほどいわれました医療の内容、病院の組み立てが地域によって変わってくると思います。その辺を考えながら、これから病院というものを運営していかなければいけない。

特にわれわれ民間病院、厚生連というのは民間病院です。われわれは組織でお金を借りるのであって、個人の病院の先生は個人でお金を借りられる。その違いがあるだけで、投資する金は、やはりそれなりのリスクと、入ってくるキャッシュフローを見込んだ投資でなければ、われわれとしてはできない。その入ってくるキャッシュフローがプラスにいかないと先がない。これは病院



長門総合病院
藤井康宏名誉院長

も同じですのね。その辺を見越してやっていかなければならない。そうすると、やはりどうしても、自分たちのできる範囲というものはもう限定されてくる。そこで役割を考えざるをえないということがあるのだと思います。

連携というのが、まあどうですかね。長門はそれなりにというか、お互いが何となしにやっているというようなところですかね（笑）。

私どもにはだいたい 13 科ありますが、眼科と皮膚科が非常勤でやっています。ほかはみんな常勤でやっていますが。だた、本当に救急を受けるとしたら、心臓にしろ、脳にしろ、あるいはほかのものにしろ、院内後方システムがきちっとしていないと受けられないのですよね。これを構築していくというのは非常にコストのかかるといいますか、人的にも。そこまでを作る余裕があるかどうか。そこを連携の中で負担し合うかというのもやはり難しい。お互いがそのリスクを分散するだけであって、結局はかかってくるのだらうということで、やはり自分のところのできる範囲というものを極めながら、これからやっていくことが必要じゃなからうかというふうに考えています。

だから、私は重岡先生がいわれた方向性にですね、人口構造と部門の変化がともに進んでいくのではないかというふうに考えています。

堀 藤井先生、ありがとうございました。

続きまして、岡田病院長の川上俊文先生、よろしくお願いします。

川上 岡田病院の川上です。病院の概要ですが、100 床の一般病室があります。そして 48 床の医療型の療養病床があります。で、それから老健が 80 床あります。医師数は 15 人が定員、法定の医師数ですが、現在常勤が 11 名、あと 4 人は非常勤でまかっています。

当院の特徴は昭和 35 年に、外科・整形外科中心の病院として発足したわけでして、今後とも、救急医療、急性期医療を取り扱っていきたいわけ



岡田病院
川上俊文院長

ですが、先ほどから皆さんいわれているように、地域の高齢化が進んでいます。高齢化とともに、交通の便利がよくなったのでしょうか、急性期手術、慢性期手術、ちょっと待っていいという方は外に出られて手術なさったりされているよ

うなところがあります。救急病院として今後やっていくのは難くなるのじゃなからうかというふうに、まあ限定していかなくてはいけないのじゃなからうかというふうに考えています。

当院の特徴ですが、PT が 11 名、それから OT が 6 名います。外科、整形中心の救急病院として発足したのですが、今後はリハビリに主眼に置きながらやっていかなくてはいけないのではなからうかというふうな方向を模索しております。先ほど村田先生がいわれましたが、回復期リハ病棟を立ち上げようということで模索したのですが、結局は 48 床は療養型病床にしました。回復期リハ病棟の基準が非常に難しいというところがあります。

それと、先ほど藤井先生もいわれましたが、効率化を求めるなら機能分化が必要になってくるというのが厚労省の方向ではなからうかと思いますが、この地域の、特に高齢者はですね、病院をあんまり点々としたがらないということがあります。どうしても、自己完結型にならざるをえないと思っています。自己完結型になるとすると、社会的な入院ですかね。高齢者が増えてきて、一人で帰したら、重症化して帰ってくるのじゃなからうかというご老人がかなり増えてきていますので、やはり社会的な入院スペースも必要になってくるのではなからうかと考えています。

それと、病院を運営していく上で一番問題になるのが、頭を痛めるのが医師の確保ですね。現在は定員に足りていますが、少しでもいい、良質の医師を確保するということ。それから、僕らの育った医者年代と、今の若い人の年代の考え方のギャップかも分かりませんし、厚労省が「医者はもうサラリーマン的になれ」というふうに指導している、そういうところかも分かりませんが、

何か医者確保ということは難しい。

それから看護師が来ません。萩に県立の看護学校ができたわけですが、準看から送ったのですが、高看の看護師になって帰ってくると、2～3 年したらすぐ辞めてしまって都会に出たがるってことで、看護師の確保が非常に難しい。スタッフの確保に非常に苦心しています。

病診連携は、先ほど藤井先生がいわれましたが、それぞれがやっているっていう感じで、病病連携っていうのは、地域内ではあんまりなされていないのじゃなからうかと思っています。

堀 どうも、川上先生ありがとうございました。

続きまして、齋木病院長の齋木貞彦先生、よろしくお願いします。

齋木 齋木でございます。うちの病院は、法人組織にしたのが昭和 42 年です。現在ベッドは一般病床が 69 床、療養病床が 44 床、そのうち介護療養型が 20 床です。療養病床を作ったのは約 5 年前で、まだ療養とか介護がどういうものか分からないときでしたが、当時、医師会長を兄がやっていたので、半ば強制的に（笑）押しつけられて、一応やりました。そのおかげで去年の 8 月の病床区分の届け出のときには、そのまま変更することはなく、現在に至っております。関連病院としては俵山に療養型 60 床と老健の「かつら苑」50 で、110 のベッドがあります。

スタッフの問題ですが、川上先生がいわれたように、やはり医師と看護師の確保に苦労しております。特に、医師の場合は子どもさんの教育関係等があって、やはり長門に住むということが困難なようです。近辺におられて通ってくると、やはり救急・夜間とかそういうときに時間がかかるというようなことがあります。とりあえずは、私たち年寄りが（笑）、初めに対応するという形でどうにかこなしております。

それから現在のところ、一般病床の在院日数が約 24 日ぐらいです。しかし、療養病床のほうはずっと長くて、ほとんど移動があまりないというような状態です。現在一般病床 1：療養病床 2 の割合で、どうにかやっていますが、どうしても目詰まりを起こしています。



齋木病院
齋木貞彦院長

それから将来、医療スタッフをいかに確保していくかということが、まず一番困難なことであると思います。2 番目には、病院の設備投資が現在の医療体制において非常に困難で、機材はリースをやっているけれども、新しい設備投資ということは、一番大きな問題であろうかと思っています。

堀 各病院長の先生方、どうも詳しい説明ありがとうございました。

本日出席の病院長の先生方は外科系の先生が多いのですが、創設当時は急性期の病気から、だんだん慢性といえますか、いわゆる一般病床から療養型病床への変化へ、一方、人口構成・老人化・病態の変化・社会的な変化による介護型、在宅医療への変化にともない、経営上・医療上苦労されているというのが現実だと思います。

この機会ですので、各病院長の先生方に、「実際はこう困ってるんだが、どうしたもんだろうか」、あるいは、こういう質問をしてみたいとか、あるいは、「じゃあ、萩及び長門はこういう考えでやっているけど、県の大きな方針としてはどんなものだろうか」とか、そういう質問・ご意見がありましたら、各病院長の先生方、及び県の理事の先生方、よろしくお願いします。

村田（秀） 質問ではありませんが、河野先生がへき地医療のことをちょっとおっしゃられましたので、この萩圏域の中で進めていることをお話ししたいと思います。

県が取り組んでいます医療情報ネットワーク 4 部門の中で、へき地医療とリハビリ情報ネットワークの二つのモデルを萩圏域でやっております。河野先生はへき地医療を担当しておられるわけですが、リハ情報のほうは私が担当しております。

今年の 4 月から病院を退院される患者さんを受け入れる在介センターや、介護保険事業所等に、退院するときの医療情報ではなくて、在宅ケアを

するのに必要な情報を流すシステムが一応完成しました。現在、テスト期間中で、今年の後半からは正式にでき上がったものが動かせるようになると思っております。

なぜそういうことを考えたかという、命が助かって、自分が満足した生活ができなければ、やはり医療としては片手落ちじゃないかと。後遺障害は、病気やけがをしたから発生するのであるから、病院は退院時に医療、いわゆる狭い意味の医療の情報だけではなく、生活を支えるために必要な情報も流すべきであろうと考え、在宅に必要な情報も流すシステムを作っております。

今からの医療では、そういうことをしておかないと、入院した人がおうちに帰るときに不安を抱えたまま帰るということになります。急性期を過ぎてまだ少し体が不自由でも、「家に帰っても、いろんなことは周りの人が全部面倒見るよ、病院もいつでも参加して面倒見るよ、地域の先生にも連絡取ってあるから、その先生にもちゃんと診てもらえるよ」という安心感を与えるということが、今からの医療の務めではないかと思っております。

それから、常日ごろ考えていますのは、山口県にリハセンターがありません。それを県のほうで作るとするのは無理なことだと思っておりますが。県の医師会として考えていただけたらと思いますのは、リウマチセンター、それか脊損センター。これは労災病院が診ているわけですが。それから数は少ないですが切断義肢装具のフィッティングセンター等があるとよいと思います。脳卒中は各圏域レベルでだいたい診れるようになってい我想います。リウマチというのは非常に大変な病気ですので、やっぱり県の医師会として、山口県のリウマチ患者はここで最終的にはいろいろ相談がのれるよ、というのがあると非常に素晴らしいと思っております。

萩地域としては、おうちに帰られる方にできるだけ生活が安心できるような支えをつくりたいということで、福祉・保健の方たちと一緒にいろいろなと計画を進めております。

堀 村田先生、どうもありがとうございました。

こういう機会です。県のほうから副会長先生方、

常任理事の先生方も来ておられますし、各病院の院長・医師会長の先生方で、わたしたちはこう考えてるんですけど、県全体や山陽地方とこっちと相当違うという意見がありましたらお願いします。

川上 藤井先生も私も言いましたが、この地域では自己完結型といいますか、一つの病院で急性期からずっと在宅まで管理していくのが、高齢者は特にそうですね。「この病院でなければ死んでしまう」とかなんとか、そのようなこともいわれます。そういうご老人が増えていると、どうもそういう雰囲気にならざるをえないと。

山口県のほかの場所では、機能分化というのはどんどんされているのでしょうか。今後どうなるのでしょうか。その辺を、県の先生にお聞きしたいと思います。

堀 県医師会地域医療担当の佐々木美典先生、お願いします。

佐々木 この 4 月から地域医療を担当しています佐々木です。萩・長門というのは、先ほどからお話を聞いていますと、少し特殊な地域じゃないかと思っております。私は県央部に住んでいるのですが、ここ 2 年ぐらの間に、各病院で病診連携室を作ったりして、かなり風通しがいい状態になってきました。下関・岩国・宇部・小野田地区も、お話を聞いていますと、病診連携がかなり上手く機能し始めたという風に感じています。



佐々木美典常任理事

ただですね、ちょっと前の都志見病院の村田先生の話に戻りますが、自分の往診で診てた患者が急変した場合に、急性期の病院にすぐ受け入れていただけるのですが、ある程度よくなってきても、すぐ在宅に戻れない場合に、どこにお願いするかというのはやはり問題になります。その急性期病院の病診連携室が探すのですが、適切な施設になかなか空床がないものですから、苦勞しているようです。結局、有料の老人ホームみたいな居宅に

近い状態のところで、かかりつけ医である主治医が往診に行って、しばらく在宅に戻れるまで管理するとか、そこでは医療的リハビリはなかなか進みませんので、そのまま寝たきりになってしまうことも結構あると思うのです。

ですから日本の医療全体に言えることだと思いますが、急性期の医療までは非常に上手くいくようになってきていると思いますが、急性期から療養型それから在宅にいく流れがまだ完全に出来上がっていないので、今後の医療の課題・介護の課題だと思っています。

今年の秋、おそらく 10 月か 11 月ごろに、第 5 次保健医療計画に向けた患者調査と医療機能調査を行う予定にしています。その中で、患者さんの退院後の流れ、特に急性期病院を退院した後の療養の流れを調べて、今後の山口県の医療・介護の提供体制の改善に役立つようなものを作っていくと思っています。

堀 佐々木先生、どうもありがとうございました。次に、吉本先生、お願いします。

吉本 私は下関ですが、ご存じのように公的病院が 4 つございます。関門医療センター、下関市立病院、済生会下関病院、下関厚生病院という 4 つの公的病院です。それらがすべて、総合病院という形で、ただ厚生病院は最近小児科がなくなりましたが、一応すべての科を用意しているということで、一般の人からは違いが全くわからないのですね。

「どこの病院に紹介しましょうか」と選択を患者さんに預けると、「ここは嫌だ」ということはもちろんあるのですが、「この病院じゃないとだめだ」ということはほとんど言われません。ただ病院の事情に詳しい患者さんもいて、病気によって、例えば「脳卒中だったら、どこどこの病院にいい先生がいるから、そちらを紹介してほしい」「循環器だったら、どこどこの病院がいいから、そこを紹介してほしい」と。その疾患ごとに病院を選択しているというような印象があります。

ただ、先ほどいいましたように、すべてが総合病院で特徴がはっきりしないにもかかわらず、得意とする分野が各病院あるわけで、最初に下

関でこの二次医療圏座談会をやったとき、院長先生のほうから「これからは単なる総合病院でなく、ある程度特化した病院に変化しないといけないのじゃないかな」ということを各先生方が言われていました。下関の場合はそういう方向に少しずつ向かっていくのかなという感じがします。



吉本正博常任理事

藤井 実は、この会をやるようになって、私は当時の地域医療を担当しておりました藤野常任理事と話したのが、一つはいわゆる病床区分と在院日数の問題。それから山口県の各地域で医療・福祉体制がかなり異なってくるのじゃないかということでした。

例えば、非常に暗い話が多くなりましたが、長門と他の市部では交通の便一つ一つ違うんですね。1 日 1 便しかないバスで来られるというような、いわゆるインフラの整備が全然ないところ。これはむしろ悪化していきつつある。そういう状況の中で医療・福祉の提供体制、これは在宅も含めて各地域で独特のものを作っていくが必要じゃないか。山口県一つで丸めて考えることはもう困難であろうと。

医師会側からそういうものが提言されていくべきであって、それを総括的に考えるというのが一番いいのじゃないかと。例えば、先ほどから回復期リハビリとかいろいろありますが、同じ病床区分でもその縛りの負荷が地域で違うんですね、地域によって。だから、今度、亜急性病床というのが入りましたが、簡単にクリアして取れるところと、難しい地域に分かれてくるのです。だからこの辺も、いわゆる病院群の体制というものも考えていく必要がある。

そして、地域リハの体制ですね、あれを何で「地域リハ」という言葉にこだわるのかなと。福祉体制というものを上手く乗せられないかなという考えがあったのですよ。それを藤野前常任理事と話してしましてね。それだから「先生、これ基本的にいうたら、もうかかりつけ医からかわっていかんと無理だろう」という話をしました。いわゆ

る地域リハという考え方も、箱物からシステムに「リハ」という言葉に限定されず、もっと幅広い解釈はできないかなと思っていました。

村田（秀）「地域リハ」という言葉が非常に誤解を招いています。リハビリという一般の人は機能訓練と結びつけるのですが、地域リハというのは「機能訓練は病院の中でほとんど済んでいて、家に帰ってから生活を支えるために、それに関係する医療、保健福祉の人、全部が寄ってものを考える」。これが、「地域リハ」という言葉の本来の意味なんです。どうもリハという言葉がついていると誤解されると思います。

これは山口大学の河合先生が地域リハの策定推進協議会の会長をされているときに、報告書を作る際、「地域リハという言葉が報告書の頭につくたくない。誤解される。」とおっしゃいましたが、これはもう決まった言葉だから変えるわけにいかないということで、副題として「生き生きとして生きるための町づくり」という言葉をいれました。生き生きとして生きる町をつくるというイメージ、これが地域リハで、先生のおっしゃるように福祉と医療が一緒になって動かないと、医療だけは動いてもこれはどうにもならないことだと思っております。

藤井 その辺を含めて地域医療のですね、いわゆる医療と福祉の体制というものを医師会が掲げています。今日は病院が中心という話ですが、か

かりつけ医のこの解釈というのは、地域地域で変わっていいと思うんですよね。その持っている機能を中心にして、そして、そこでどうやって医師会で形づくっていくか。その中に病院群も入るし、在宅ということで診療所とかいろいろなところが入ってくる。今、先生がいわれたそういう医療と福祉の体制をですね、どう関連づけていくかというのが、これは各地域で異なってくると思うんですよ。さっきの下関と萩あるいは長門では、全然事情が変わってくる。それを一律なもののやり方ではいけないと思います。

行政から地域の医療計画がでてきますよね。ところが、パッと目を通したらお分りのようにだいたい決まり文句で連ねてあるのです。だから、この辺からもっと本気で取り組んでいくことが必要なんじゃないだろうか。その辺が地域医師会の一つのあり方の問題だろうと思います。

河野 藤井先生がいわれるとおり、本当に各地域で病院の医療体制が違うのは事実だと思います。

救急の話に戻ってしまいますが、例えば、萩を考えたときに、下関は総合病院が幾つもありますので問題ないのですが、萩は 4 つの二次救急輪番病院の内総合病院的な仕組みを持っているのは都志見病院だけなんです。二次救急を引き受けるにはある程度総合的な診療能力が必要ですが、じゃあ僕らは救急をやらずに都志見病院だけで救急をやるかということ、なかなか圏域 66,000 という人口の救急医療を支えるのは難しい。じゃあ



われわれは、玉木病院も重岡病院もですが、二次救急をやっていくというのは地域のニーズだと思うんですね。そして、そのニーズに対して不安のない体制を作るには医師会診療所の先生方で、現在、救急に参加されていない耳鼻科や眼科の先生方にも参加していただけたらと思っています。

今後の厚生労働省が押し進める一般医療体制のなかで、包括医療が最初に導入されるのは恐らく救急医療のところだと思います。包括医療の考え方そのものが、行政の医療費削減の常套手段だと私は考えているのですが、そういった意味で救急医療が今後不採算部門の最たるものとなってくる可能性が高いと思っています。救急医療はリスクもありお金もかかる。それなのに包括化や、県市からの救急医療への補助金削減の話があり萩のような小都市の救急医療をどうやって支えていくかが大きな問題になってくるとしています。

藤井先生が先ほどいわれた各病院で完結、収束する医療を行うというのは少なくとも萩医療圏では難しいのではないかなと思います。

吉本先生も特化のことはいわれていましたが、これはある意味では生き残るための手段として考えています。萩の医療圏で特化したものを一つの病院でいくつも持つことは不可能ですが、例えば僕らの病院であればこの一つの領域だけは他の病院に比べてできるでしょう、というふうに、病院の数だけ特化された医療が存在し、萩内で完結される医療が穴埋めされていくという考え方です。各病院の得意分野が重複しない必要がありますが、それには話し合いのようなものが必要かもしれません。

萩では地域の一般病床はすでにオーバーしているのが現実です。変わり様のない限られた病院規模と市の財政を考えると、すべての診療科を備えた病院が今後萩にできることは考えにくいと思っています。ですから、救急にかぎらず、これは医療福祉全般にいえることですが、萩医療圏に存在する病院と診療所がよく話し合い、総合診療体制を提供できる環境構築をめざすことが今後の萩地区のおおきな目標になると思います。一般的な病診連携だけでなく、二次救急にマイナーの科を標榜している診療所が参加したりすることが、それにあたると考えています。病院どうしもお互いの

能力を尊重しあいながら、救急、一般医療を共同作業でこなしていくような仕組み、関係構築を目指すことが生き残りをかけた病病連携のあり方ではないかと思っているわけです。

村田（秀） 先ほどのことに戻りたいのですが。藤井先生が福祉との連携は非常に大切だとおっしゃったのですが、役所ではいろんな事業がどんどんできています。しかし、医師会のほうに協力してくれといってくるときには、もう決まってしまうものを、「これに協力してくれ」と持ってくるんですね。これは、住民の福祉・医療を考えるとときには非常にまずいやり方だと思います。

ですから、県の医師会は、県とのつながりが深いと思いますので、そういうふうな新しい事業を国が下ろしてきて、県がやるというときに、計画を決めてしまう前に、その地区の医師会と地区の役所の担当の人が一緒に相談をすることのできる仕組みができればと思うのです。どちらかというと、もう決めてきている。「こんなこと、決めてこられたって困るやないか」と、どうも役所と医師会とが上手くいかないことが結構あるのじゃないかと。その辺が、今から非常に大切なんじゃないかと思うんですね。萩もこの前ちょっとそういうことがありまして、医師会長のほうからいろいろと、「これはいかん」ということをいっておられたのですが。

とにかく行政のほうには、「これはもう行政として予算化されているのだから、決めていることだから」という考えがあると思いますが、住民を対象にして行うことであれば、医療と保健・施設というのは絶対切り離せないと思いますので。そういうことについては、医師会と一緒に相談をして計画を練ってほしいと、そう思っております。

川上 村田先生も地域リハビリテーションで随分しっかりやっておられて、参考にさせていただいているのですが。そのことで長門のことを述べさせていただきます。

長門のほうでも昨年から地域リハビリテーション推進協議会が立ち上がりました。そこで大事に思っているのが、地域に密着し、地域の資源を利用してやることだということです。外から講師と

か、いろいろな参考意見を最終的にはもらったほうがいいと思うのですが、最初はわれわれの中でニーズを探していこうということでした。例えば、高齢者部門とかですね。福祉との接点っていうのは一番高齢者にあるんじゃないかなと思うんです。高齢者部門と身体障害者部門と、精神障害者部門、痴ほうの部門が分かれまして、そういう部門を立ち上げた際、最初は保健所が主導権を取って「こうこう決めましたのでやりましょう」というような感じで入ったのですが、私は会長として頑として「いや、これでやっていきます」ということにし、こちらの意見をかなり強く押し出してやっています。

それから、県の地域リハビリテーション推進協議会というのは県レベルの保健所が中心になってやる県レベルの予算で動いてるんですが、長門市レベルで障害者計画とか、いろんな計画があります。そうすると、まさに今、村田先生がいわれたように、もうシナリオは作ってあるわけですね。最初から結論があるのですが、「一応皆さんの意見を聞いたことにしましょう」という感じで、みんなを集めて。忙しいとき集めてですね、2～3回やったら「もう時間ないですから、もうこれで終わりで、この結論でいいでしょうか」ということで持ってこられると。ばかにしているなあと、思って随分抗議し、最終報告には手直しさせましたが。福祉関係の人たちも入れ、医療だけ独立してやるのでなしに、ますますそういうネットワークを作って、協力し合ってやっていかなければいけない時代になってきたのだらうと思っています。



そういう意味では、長北医学会というのがこの地方にあるのですが、3～4年前からですかね。もっと前になりますか、医者ばかりの集まりでなしに、コ・メディカルも入れた会になってきましたが、随分いい発表もできてきたように思っています。そういう意味では、福祉関係とか行政の人とか、そういう者を入れたような総合的な長北医学会にしていかなければいけないんじゃないかなと思うふうにも考えてます。

木下 川上先生のお考えですけど、そういうふうに行行政とかですね、コ・メディカルとかと上手く連携をとろうと思ったら、やっぱりその地域の医師会の先生方がそういう場を作って、少しずつ築き上げていく姿勢が必要ではないでしょうか。

それで、ちょっと参考になるかどうか分かりませんが、大島郡に大島医学会というのがあって。これは医師以外に行政関係の方とか、あるいは訪問看護の方、それから地域医療、福祉関係の方が出席される学会なんです。見ておきますと、そのあとの懇親会に保健所とか役場の保健福祉担当の人を呼びましてね、気安くつきあっておられます。あそこも独特な雰囲気を持っており、町長も仲間扱いなんですね。町長とか、その担当の部課長も呼びつける。そのかわり、よく日ごろからかわいがっておられるのだらうと思いますが、「ああいいなあ」と、ほとんど医師会と一体になってやってるっていうようなところがあります。そういう雰囲気を作り上げていかんといけませんね。

村田先生もいわれた、もういつの間にか行政主導型でどんどん話が進んでいって、県医師会も何か情報をもらったときには、もう決まりかけていたってことが結構あるんですね。県レベルのその辺の情報をどうやって早くつかまえて、決まる前に医師会の意向、郡市医師会のいろんな意見・要望なんかが入られていくかっていうことを、やっぱり真剣に考えていかなければならないと思います。

やはり、しょっちゅう、つき合えるというムードも作っていかなければならないかと。長北医学会では、どちらかといえば医療関係の方だけが来ていたのですが、大島

医学会のように役場の保健福祉担当とか保健所とかです、あ、あいう行政の方も入れられたらよいですね。あと懇親会をもう本音で話せるような雰囲気にもってけば、向こう側から押しつけられるっていうよりも、その前に何か情報があるのじゃないかと。大島医学会のファンですのでよく行っておりますが、そういうふうに感じました。



木下敬介副会長

上田 木下副会長が申しましたように、県のレベルでも、時にはほとんど決まったことの事後承認ではないかというようなこともございました。なるべくそういうことがないように、県医師会と行政の話をしたりすることが必要でしょう。最近は少しそういうことが減ったのじゃないかなという印象は持っております。

それから大島医学会は、木下先生がいわれたように、嶋元会長は島の天皇か、神様かといわれるぐらい、皆さんが慕い、畏敬の念を持っておられます。ということで、嶋元先生が一言声をかけられると、右左に動くという特殊な状況でございます。しかし、そういう雰囲気を作ることは、多分大切なことじゃないかなと考えております。

県立中央病院でも、後方病院の問題がございまして、その解決のために老健施設を持っておられる病院とか、一般の市中病院とか、あるいは結核病床を持っておられる病院などと、事務局長レベルでの会議を定期的に持っております。そうしますと、以前でしたら、病病・病診で患者さんの移動は、ドクターの知人に電話をしてということが多かったのですが、最近は割とそういうことがなくて、医療相談室レベルで、大概話がつくようになってまいりました。

大切なことは、行政の方々とも、あるいは他の病院間でも、できるだけ出会うチャンスを増やし、普段から IT ネットよりはヒューマン・ネットワークではないでしょうか。こういうことが大事なのかなという気がしております。

堀 上田先生、どうもありがとうございました。

次の討議項目「郡市医師会の現状と将来について」に参りたいと思います。3 人の郡市医師会長の先生方がいらっしゃいますので、先生方のご意見をお聞きたいと思います。

私のちょっと個人的な意見ですが、最近病院勤務医の割合が多くなり、医師会活動の低下、いわゆる医師会の団結力が低下しているのではないかと。もう一つは、医療活動における行政側の関与の増大にともなって十分な地域医療活動ができにくくなってきているのではないかと危惧しております。そのような医師会を、一所懸命この 3 人の医師会長の先生方は束ねてやっていただいているということは、非常にいろんな苦労があると思います。つきましてはこの 3 人の先生に、現状と将来像を、先生方の個人的な意見でも結構ですから、お話しいただければと思います。

まず、阿武郡医師会の松井健先生、よろしくお願いいたします。

松井 阿武郡医師会の松井です。郡医師会の現状と将来についてお話しさせていただきます。

阿武郡医師会の歴史は明治 20 年にさかのぼることができますが、正式に阿武郡医師会が設立されたのは明治 40 年 4 月 20 日です。設立後 97 年が経過いたしました。当時の阿武郡は今よりも範囲が広く、現在の三見まででしたが、昭和 7 年 7 月 1 日、萩市は市制を施行し阿武郡より分離、さらに昭和 28 年 10 月、町村合併促進法が公布され、昭和 30 年 3 月 1 日、見島等の 4 村が萩市と合併し、阿武郡は 4 町 4 村となつたいきさつがあります。

現在の阿武郡は山口県の北部に位置し、西は萩市、東は島根県益田市、南は山口市に隣接しており、4 町 4 村より構成されております。まず、町のほうですが阿東町・阿武町・須佐町、そして田万川町です。村のほうは旭村・川上村・福栄村、そしてむつみ村です。面積は、先ほど東京 23 区に匹敵するといわれましたが、全域で 969.73 km²、人口 2 万 6,822 人です。

医師会員は 21 名。このうち開業医が 14 名、直営診医師 6 名、3 号会員 1 名となっております。直営診が非常に多い地域で、阿東町に阿東町国

民健康保険嘉年診療所、阿武町に阿武町国保福賀診療所、須佐町に須佐町国保弥富診療所センター、須佐町国保須佐診療センター、川上村に川上村国保診療所、むつみ村に国保むつみ診療所、福栄村に福栄村国保福川診療所の、計 7 医療機関

があります。有床診が 3 医療機関(開業医が 2 軒、直営診が 1 軒)で、全部で 19 床かける 3 の 57 床を有しております。

医療圏としては、阿東町が山口医療圏に属しますが、その他の町村は萩医療圏になります。特に、県境の須佐町・田万川町は、地理的・歴史的な要因によって島根県益田市の病院と関係が深いです。郡内には病院がありませんので、日ごろからお世話になっている病院としては、須佐町・田万川町は先ほどの益田赤十字病院・益田地域医療センター医師会病院、阿東町の一部地区は島根県の津和野共存病院、その他の地区は山口赤十字病院・済生会山口病院となっております。阿武町・福栄村・むつみ村・川上村は、本日ご出席の萩市の 4 つの病院の先生にお世話になっておりまして、お世話になってる病院が非常に多岐にわたります。

先ほども述べましたが、郡内に病院がないため、病診連携が叫ばれる以前より各々の医療機関が独自の病診連携を行ってきたいきさつもありまして、病診連携は進んでいると思います。休日在宅当番医は、阿東と阿北の 2 地域に分けて、それぞれ 8 休日に 1 回くらいの頻度で当番制をやっております。

介護保険の方は、阿東町は単独で介護保険事業を施行しておりますが、阿東町を除く 3 町 4 村は、「阿武地方老人福祉施設事業組合」を作り、介護保険事業を施行しています。こちらは各チーム 5 人体制で、現在 8 チームあり、本部は阿武町役場にあります。各チームに医師が 1 名ずつ審査委員として参加し、全員が各チームの部会長の職を務めております。現在までに延べ 8,400 人の審査を行っております。

医師会活動としましては、一人の先生に複数の理事職をお受けいただいて、なんとか県医師会の



阿武郡医師会
松井健会長

ご要望に応じられているといった状況です。開業医だけでは人数が足りませんので、直営診の先生方にもご協力いただいて、なんとか体制をとっております。直営診の先生方のご協力はありがたいことだと思っています。医師会事務局は、今まで会長先生持ち回りで運営しておりましたが、医療情勢が厳しくなり、会長先生が事務局を運営する余裕がなくなってきたため、平成 12 年 4 月より現在の阿東町地福に事務局を設置し、事務局員 1 名で運営しております。阿武郡は山口県内でも過疎化、高齢化が著しい場所で、医師もその例外ではなく、開業医の平均年齢は 63.3 歳、直営診の医師の平均年齢 50.5 歳と、開業医の高齢化も問題になっております。以上が、現状報告です。

次に将来の課題ですが、新規の開業が最近なく、最新の開業は平成 9 年 4 月、田万川町 1 件(これは私のことですが)、阿東町 1 件の二人です。新規入会が今後も期待できないことより医師会員の数は減っていくものと考えています。いずれ、町村合併のように医師会合併もありえるのではないかと考えております。この場合、阿北地区は萩市医師会へ、阿東町は山口市医師会へ編入するのが自然な流れではないかと考えておりますが、これは受け入れ先の医師会の考えもおありなことですから、今後話し合っていく必要があると考えています。

堀 先生、ありがとうございました。

続きまして、萩市医師会長の池本和人先生、よろしく願います。

池本 先ほどからずっと、病院の先生方の意見を聞いておりましたら、だいたい話が同じような悩みで出てきたというのが実感でございます。現在、萩市の経済力がかなりひっ迫しておりまして、そして高齢化が進んでおり、過疎化が進み、医療機関を見ると病院の経営者が変わっていく。それから有床であったのが無床化していく等、どれを見てもあまり明るいお話はないのでございます。

そのときに一つ考えているのは、小児科問題で非常に苦労しました山口大学、県立中央病院であるとか、こういった方は「この医者を外したらこの地域は直ちに困るであろう」と、そういった

目で気をつけて見ておいてほしいと考えております。小児科医問題は、起こったとたんに大変でした。1 年間かけてようやく二人確保しましたが。今は小児科医が少ない時代だから、そういうこともあるのかもしれない。ようやく片がつきそうで、ぼちぼちやっておりますが、今度はどうも神経科医がいなくなるのだというお話。その都度振り回されるというのは、この地区の実情でもあるわけです。そういう意味では、将来からいいますと公的病院にいらっしゃる方は、その地域にこれを外せばどうということになるかというぐらいのことは、きちっと考えておいてほしいというふうに私は思っております。

それからですね、先ほど出てきました市町村合併ですが、インターネットでちょっと見たことがあるのですが、全国で有数の広い市になるのですね。そういったところで経済力は弱い、高齢化は非常に進んでいると。これでどうやって、やっていかってというのは、大変な問題です。県とかいろんな策定委員会ではできておりますが、地域の実情から少し外れたような、統一したような考え方で地域医療をやっていたら地域は完全に疲弊してしまうのであらうと思います。そういう意味では、萩市独特の考え方があるわけで、そういうやり方を少し地域だけでもやるような方法を考えないと大変だと思います。

今いろんなところに周辺がありますが、だれもみんな同じような治療を受けたいわけです。私はよく変なことを言い出しますが、冬場になったら萩市の中に全部そのお年寄り、一人暮らしの老人を連れてきて、暖かくなったらまた故郷とへ帰って行くと。こうでもしないと、一人ひとりマンパワーで回っていたら、こんな経済力の弱いところでは、たちまちのうちに疲弊してしまうだろうと思っているのです。

在宅医療は非常に理想みたいにいわれていますが、あれだけの人件費がかかったら、少なくとも直ちに上手はいかなくなるのじゃないかと思っています。だから、そういう意味では、その寒い時期にスウェーデンや北欧がやっているように移動して、ちょっと来てもらって。そして暖かくなったら故郷へ帰って、また好きな生活をする。こういう形でもとれないかな、というふうには考え

ているのは事実です。そうしたら、少しぐらいは現状で上手くいくのじゃないかなと思っています。

それと、ある程度、実情に合わないような理想論でやるというのは、よくないと常感じておりますから、先ほどおっしゃいましたが、行政が「こうしてください」といつてきたときには、必ず注意して聞いているのです。少なくともわれわれも仕事をしておるわけです。そして、残念なことに昼中仕事をしているものだから、どうしても会議になかなか出られないという宿命を背負っております。行政にしてみれば、会議に来られないなら先にやるという考えもあるのでしょうか。実際に仕事をしている医師の意見をきちっと聞いて、それから、ゆっくり落ち着いて案を作っていくほうが、かえって遠回りのようだが実際には早いんじゃないかと思うのです。ある程度すすめて、下に下ろしてきたときには、「これは国の法律ですから、こういうふうにどんどん決めました」と、作業部会もろくにやらずに決めました。だから、「今度は医師会長のところに説明に行きますから、どうぞこれを聞いてください」なんて、「そんなものが呑めるか」って、突き返しています。むくれているのは事実です。

少しは県医師会のほうもきちっと実情を把握されて、「こういうことがあるんだ」と。「少しはしっかり考えて」というぐらいの意見で行政を指導しないと、地域は潰れてしまうのじゃないかと思っています。そういう意味じゃ、わんぱくかもしれませんけど、少し萩の行政と時にやり合っているのは事実です。

そして、きちっとそれで聞けないのなら、「医療関係者もおらんのにできますか」というぐらいのことをいってもいいのじゃないかと思うんです。そうでないと、結局困るのは住民です。そう目くじら立ててやるわけではございませんが。そうはいいながら、やはり仲良く、お互いに話し合いながらやろうということにはしております。こういう機会で県からおいでになっていますから、そういう意見もあるということをきっちり聞いて



萩市医師会
池本和人会長

平成 16 年第 1 回社保・国保審査委員連絡委員会

と き 平成 16 年 6 月 17 日

ところ 山口県医師会館

協議

1. 带状疱疹に対する抗ウイルス剤注射(ゾビラックス注等)の取扱いについて [支払基金]

平成 10 年の社保・国保審査委員連絡委員会において、带状疱疹に対する抗ウイルス剤の注射の取扱いは、能書での適応のほかに汎発性带状疱疹、三叉神経領域の带状疱疹について使用可としてきたところであるが、上記 3 項目に該当しない症例での取扱いについて、再度協議願いたい。

上記 3 項目に該当しない場合は、注記があれば原則認めるが、単なる「免疫不全」の病名では査定もありうる。ケースバイケースで判断する。

2. 厚生労働大臣が別に定める疾患以外の疾患を主病とする患者に対し、特定疾患療養指導料(老人慢性疾患生活指導料)、特定疾患処方管理加算(長期)の算定について [国保連合会]

主傷病名の記載については、平成 14 年 5 月 21 日付け保医発第 0521001 号「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」(厚生労働省保険局医療課長通知)により取扱ってきたところである。

しかしながら、厚生労働大臣が別に定める疾患以外の疾患を主病とする患者に対し、特定疾患療養指導料(老人慢性疾患生活指導料)、特定疾患処方管理加算の算定については、平成 14 年 4 月

出席者

委 員	為近 義夫	藤井 正隆	県医師会	会長	藤原 淳
	井上 強	重田幸二郎		副会長	木下 敬介
	河村 奨	柴田 正彦		専務理事	三浦 修
	山本 徹	杉山 元治		常任理事	西村 公一
	池本 和人	上野 安孝		理事	湧田 幸雄
	村田 武穂				萬 忠雄
	矢賀 健				加藤欣士郎
	藤井 英雄				

の診療報酬改定時から数回にわたり議論が繰り返されてきた。

一次審査においても、文書指導や返戻等の処理がされてきたが、今なお記載のある医療機関、記載のない医療機関があり審査に苦慮している。

また、特定疾患処方管理加算については、平成 16 年 4 月の診療報酬点数改定においても、処方料及び処方せん料に「注」の新設がされ、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る、特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上の場合、月 1 回に限り、1 処方につき 45 点の加算ができることとなった。

以上のことから、改めてこのことについてご協議いただきたい。

主病にかかわらずレセプトに該当する病名があれば算定を認める。主病の表記は必ずしも必要はないが、記載する場合は特定疾患に該当するかどうか確認を要す。特定疾患処方管理加算（長期）については、特定疾患に対する薬剤（処方期間が 28 日以上処方）の請求がなければ算定できない。

3. 眼科において、糖尿病性網膜症等の特定疾患療養指導料あるいは、老人慢性疾患生活指導料の算定について

〔国保連合会〕

内科である医療機関において、糖尿病に対する特定疾患療養指導料あるいは、老人慢性疾患生活指導料の算定がある場合の眼科での当該指導料の算定についてご協議いただきたい。

眼科において、糖尿病性網膜症に対する診療・指導がされていれば、それぞれ算定できる。

4. ケテック錠 300mg の投与期間について

〔国保連合会〕

別疾病が発生した場合、又は慢性疾患に有用性がある場合の再投与の場合の休薬期間についてご協議いただきたい。

投与開始後 2 週間とする。ただし、投与期間については能書どおり。

※以上の合意事項については、いずれも平成 16 年 8 月診療分から適用する。



経口用セフェム系製剤

セフゾン®

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

Cefzon® (略号:CFDN)

●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。

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

作成年月2003年11月

ほしいというふうには考えております。

将来の展望というのは、本当は暗いんですが。あんまり在宅、在宅といって、あれだけ人件費がかかり、市町村合併をしたらどうなりますか。経費が少ないからやるわけです。潤沢な予算があってやるわけじゃございませんから、必ずその人件費とか、マンパワーのそこは押さえてくると思います。そうすると、結局ある程度、施設みたいなところに集まって、何人かでまとめて面倒を見て、そしてまたよくなれば帰していくと。こういう形に動くんじゃないかと思っていたのです。そういうふうな方向でも検討し始めてもいいんじゃないかと思っています。

そして、萩の実情からいいますと、さっき病院には少し医者が足りないんだという話をしておりましたが、今の萩市の人口からいえば、開業医とかの診療所を合わせれば、医者の数は結構、多少診療科に偏りはあっても、足りているのではないかなと考えています。

堀 池本先生ありがとうございました。続きまして、長門市医師会長の村田武穂先生、よろしくお願いします。

村田(武) 長門市から来ました。ご多分に漏れず、長門市地区も非常に過疎化・高齢化が進んでおりまして、長門地区は長門市と大津郡の3町をカバーしております。対象人口は4万3,000ぐらいです。高齢化率は、長門市で一番少ないのですが28%。油谷町になりますと37.5%となっております。相変わらずどんどん高齢化して老人が

増えていくようです。

医師会の会員は、1号会員が32名、2号会員が32名ですけど、このうちお年寄りの会員であまり仕事をされない方が12人もいらっしゃると思います。

病院数は6施設ですが、このうち精神病院二つをのけますとだいたい4つで同じようなことをやっているような感じがします。先ほどの長門地区の病院の先生方のお話聞くと、自己完結型、それが国で考える地域完結型となかなか折り合わないんじゃないかという感じがしております。診療所は有床届出が七つですが、実際はもう五つがやっておりませんで、二つぐらいしかやっておりません。無床診療所は25診療所です。病院の病床区分を見ますと、一般が長門病院の210、岡田病院の100、齋木病院の69で、379床ですが、療養病床が長門、岡田、齋木、俵山で合計197と、ちょっと少なめです。介護型を入れますと、この病院で373となって、1対1となるという感じであり

ます。昭和53年ごろから在宅当番制、病院輪番制を行っておりますが、だいたい、在宅当番医制では年間700～800件で、病院輪番制では2,800件を診ております。恐らくほぼ救急では上手くいっているんじゃないかと思えます。この地の休日の一次救急、あるいは日中では在宅当番制でやっておりますが、夜は平日・休日ともに二次救急でやっております。そこに来るのがほとんどと思われる

す。そして、他の地域と一緒にですが小児救急が問題となっております。長門地区は長門病院の小児科へ完全に頼っておりまして、お気の毒ですが長門病院の先生方をお願いしております。最近、おんぶばかりではいけないので小児初期診療研修会というものを一応勉強いたしましたが、なかなか役に立ちそうではなくて、家族は専門的な医



長門市医師会
村田武穂会長



師に診てもらいたいというのが本音だろうと思います。小児の電話相談が始まるそうですが、どれぐらい役に立つのかなあと、危惧しております。

先ほど、川上先生が言われましたけど、わたしたちもやっぱり回復期リハビリテーションを考えました。人口のためか、それだけの人数が集まりません、患者さんがですね。これも難しいかなと思います。先ほどからお話が出ていますが、やはり都会と地方では全然違うんじゃないかと思えますし、一律のものができない。これは当たり前と思えますけど。

まあ、将来的な展望では病診連携、病病連携といっていますが、最近、病院の MSW なんかにいますと、病院のいわゆるテリトリーを関係なしに、長門病院、齋木病院、俵山病院、空いてるところへ頼んでるようです。こういった紹介が増えてくると、各病院間の垣根がとれてくると思われるのですが、しかし、なかなか患者さんが OK といわないんですね。空いてれば入るんですが、なかなか本人は、先ほどいいましたように信者のなところがあるのはあるため、そこが難しいとこだなと思っております。

堀 各医師会長の先生方、どうもありがとうございました。

三つの郡市医師会長の先生方に、現状あるいは将来についてお話いただきました。ここで各病院長の先生方、長門と萩でお互いに何か、また医師会長の先生から他の医師会長の先生方にご質問はないでしょうか。

佐々木 村田先生から小児の「救急電話相談事業」はどうなっているのか、というご質問がありましたので少しお話しします。今年、国の事業として小児救急を推進するという目的で、7 月 1 日より山口県でも電話相談事業を始めます。下関市、宇部市、周南市の夜間急病診療所には小児科医が出務しておられますので、毎日その 3 市のどれかの急病診療所に専属の看護師を一人付けて相談を受付けます。その看護師は、あくまで救急電話相談で、医療するわけではございませんので、もし実際に医療が必要な場合には、例えば電話をかけてきた人が萩市とか長門市でしたら、萩ならば市民

病院、長門なら総合病院の方に受診を勧めるようになっています。

熟練した専属の看護師が電話相談に対応することにより、保護者の不安を軽減し、なるべく不要な救急受診は避けようという方針でやっています。この事業の先進県のお話を聞きますと、(風邪の流行る) 冬場以外は夕方 7 時から夜 10 時までの準夜帯 3 時間で、だいたい 1 日 4 ～ 5 人程度の相談件数ということでした。

村田(武) これは、よその市からそこへ電話をかけるのですか。

佐々木 県内のどこからでもダイヤル回線専用番号またはプッシュ回線の # 8000 番にかけますと、その日当番の救急診療所につながるようになっております。

堀 先生、どうもありがとうございました。

時間も近づいております。次の項目である「病診連携と救急医療体制について」という話題に入りたいと思いますが、いいでしょうか。

河野 うちの医療圏で問題なのは二次救急の病病連携というところで、マイナーな科ですね、耳鼻科とか眼科、そういったもの。小児科については、今から先も話し合って、解決しなきゃいけない問題はあるのですが、それはそれで、どうにか話し合いは行われている。それで耳鼻科とか眼科ですね。救急医療への参画というふうなことについて、前に池本先生にお話したことがあると思うのですが、そこら辺の、お考えというかですね、何かありましたら教えていただきたいと思ひまして。

堀 河野先生、ご指摘どうもありがとうございます。それでは、救急医療体制ということについて、長門・萩・阿武郡の先生に、ご意見あるいは現状についておうかがいしたいと思います。

萩地区の医療圏では以前より 24 時間体制で内科系・外科系の救急医療を行っております。また眼科・耳鼻科も休みが続くときは参加するシステムになっております。

しかしながら、現在もっとも問題になっており

ますのは、小児科の問題です。以前、小児科の不足により小児救急に十分に対応するにはどうしようかという問題が生じ、小児科の常勤医師



に来ていただくのが最良でしたが、どうしても確保できないのが現実でした。そこで有志の内科系の先生方あるいは救急に携わっておられる先生方が相談し、山陽地域より小児科専門の先生方を講師にお呼びして研修会を複数回開催して少しでも小児の救急医療に対応しようと努力しました。

本年より小児科の先生が常勤になられ、以前よりは改善されましたが、実際の救急現場に携わっておられる先生方のご苦労は大変なものと思います。

小児科の問題、先ほど河野先生よりご指摘されました救急へのマイナー科の関与等について、どのようなご意見をお持ちでしょうか。

河野 現時点では、われわれが抱えている救急医療の現場での、二次救急へのマイナー科、耳鼻科なんかの参加は、現状ではちょっと難しいと思います。

堀 萩市医師会の現実等についてはいかがでしょうか。池本先生、お願いします。

池本 小児科の問題でほんとに困っています。しかし、医者というのはやっぱりいいなと思ったのは、ほんとに困ったら知恵が出るものですね。とことん困ったら、みんなして夜中じゅう、夜遅くまでディスカッションしながら、結構小児科の問題であっちこっち駆け歩きましたが、市民病院が一番中心になってされました。結構やっぱりよい意見が出るものだと思います。ほんととは起こってくれたら困るのだけど、例えばマイナーの科がどうしてもなくて問題になるとすれば、またこれは一生懸命知恵を出すだろうと思います。

そのときに一番危惧しているのは、もうちらほ

らあちこちで出ていますが、市町村が広域になったらですね。救急のときの補助金を減らすという話はもう出ていますね。そうなってきたら完全に救急医療は崩れるだろうと思います。だからその辺は、「ある程度どうしてもいる経費は、もう切ったらいかん」というぐらいの、やっぱりきちんと主張しておかないと、今まで萩でずっとやってきた 24 時間体制が崩れていくだろうと思うのですよ。その辺が一番気になります。だからある程度、医療にはお金がかかるときにはかけるのだというような考え方を導入してもらわねば。節約すればいいやっていう感覚では、おかしいと思うのです。

だから、河野先生とは時々意見が違ってやり合うんだけど、公的病院っていうのはやむをえない理由があれば税で負担するのもやむをえないと、きちんとした指導をしないといけないと思っているんですよ。それを市民は、「わー、赤字になった」と言うのは少しおかしいと考えます。

河野 マイナーの科の部分でも病診連携ということまで広げて、二次救急、まあ 1.5 次救急かもしれないませんが、そういった形で、みんなで支える医療という仕組みを作ることはできないかということを今後も理解していただきたいと思います。

池本 ちょっと過激な意見を出したのは、今日は県医の方がいらっしゃいますので、こういった意見を聞いてほしいという意味で申し上げたのですね。

河野 行政は市と県と国がばらばらなんですね。医療行政も 3 つのレベルが合理的に機能していくと、お金の使い方などもずいぶん効率的に違ってくると思います。池本会長がいわれた一次医療

の補助金は市からでておりますが、それを県に向けて言ってもなかなか通らない話となります。もちろん、たとえ市職といっても私に言われても無理ですが…。直接、市の福祉部に言うべきだと思います。

村田（秀） 池本先生もいわれましたが、一番冒頭に述べました救急医療について、いずれ地方・地域の事情は無視して、こういうものを救急病院として備えなさいということが決まってくるのではないかと思います。そうなりますと、萩地域の救急医療というのは、本当にできるかどうかということを非常に危惧しております。救急医療を本格的にやるとなりましたら、麻酔医がいなくてはできませんが、麻酔医を確保するのは非常に難しい。

小児科の場合も、萩地区の努力でなんとか確保はできたのですが、県下を眺めて、医療として、ここの地域にこの専門の医師がいるのだという感覚を持って、県下の地域にばらつきのないように、大学から医師を派遣してもらおうと、そういったことを考えるべきだろうと。それには個人病院のレベルではなく、県全体の医療を考える県医師会が、県行政と相談し、大学とも協議しながら、体制を整えていただくよう、ぜひ努力していただけたらと思います。

それから、医療福祉のうんぬんという話がだいぶ前に出ましたが、実際、熊本県がそういった組織で上手くいってるんですね。「何で熊本はこんなに、県が医師会と一緒に動いてるんだ」と、熊本の先生に聞きましたら、県の中に、熊本の行政と県医師会、それからその他関係している

団体の人たちが一緒になった協議会があるそうなんです。そこに医師会が入って行って、いろいろ発言をしていることによって、医療・福祉のネットワークが非常に上手くいってるんだということでした。

大島郡では医療施設の連携がうまくいっていますが、それは嶋元先生と、保健所にすごく熱心な先生がおられて、そのお二人の力で今の体制ができています。だけど、そういった人がいないときにはどうにもならないというのではだめで、人がいてもいなくても連携ができる体制が正しいあり方であろうかと思っております。ぜひ、県行政と一緒にいろんなことをしていただけると、ありがたいと思っております。

堀 はい、どうもありがとうございました。時間も押し迫ってきましたが、萩市のことはよく分かりました。長門市ではこういう問題についていかなもののでしょうか。

村田（武） 先ほど河野先生がおっしゃったように、直接の救急に来院患者さんで、ほかの科が必要な場合は、その当直している医師が直接に頼むわけですね。同じですよ。長門はいわゆる総合的な眼科とかはありませんから、耳鼻科なんかは長門病院にお願いするんですが、眼科はありませんから個人の開業医の方に直接頼むようになっています。それ以外に方法ないんですよ、田舎ですから。

今度、長門市も 1 市 3 町で合併しますが、その合併に向けて在宅当番制、あるいは輪番制に対する補助金を減らそうとしているんですよ。

日本医師会から「在宅当番医制に関しての補助金は、地方交付税になるので頑張ってください」と通知がありました。紙切れ 1 枚来ましたが、あのぐらいでは到底皆さん納得できないですね。なくしたいって行政はいつてきます。だから行政への対応は、かなり今から難しくなってくると思いますし、行政は医師会を飛び越えて交渉していますよね、



個人個人と。それがまたおかしいなとは思っているところですよ。

この 4 月から初めて会長になりましたのでよく分かりませんが、医師会が何か切り捨てにしているような感じがします。

藤井 今、地方分権の中で、保健部門、検診や予防接種が一般財源化され、地方自治体の事業となっているが、少なくとも県内最低の質は保障されるだけのシステムは作っていくことが必要だと思います。これは住民の健康維持のためでもあります。また救急に対する補助金も同様に、地域での医療の質を確保するため、また各自治体の医療・福祉への認識を高めていただくため、医師会として主張することが必要かと思っています。これらは行政の姿勢にあると思います。

村田（武） 例えばですね、長門市なんかは予防注射の出務費が、一番山口県でも低いんですよ。昭和 60 年から変わっていないっていうんですよ。だから、ある程度のレベルでどこがどれぐらいをとっているとかいうのを、平成 9 年ごろに県の医師会がデータを出しているんですよ。その出務費とかを、それ以後調べられていないようなので、ベースとしてはそういうものがあったほうが交渉するのにいいんですよ。そういうものを作っていただければいいなと思っております。

木下 予防接種に関しても、ほかの乳がん検診とか、いろいろな検診も今はほとんど、情報が開示されていますね。予防接種に関しては、長門地区の 1 市 3 町広域化予防接種をやったとき、平成 7 年でしたが、長門地区の料金はものすごく低くて、ほかの地域もまだばらばらだったんですよ。それで、妥当な料金設定にもっていきました。

その後、私は県医師会に入りまして、藤井先生が県医師会長の時、広域化をやろうということになって、標準化料金を示して、今どんどん進んできています。そうするとどうしても統一化ということが出てきますね。ほかの検診も、だんだんそういうふうになってきているのじゃないかと思います。

堀 先生、どうもありがとうございました。

ここでは、山陽側との考え方の相違もありますが、長北地域の特異性を尊重し、行政側もさらに考えていただければというのが、萩・長門の病院長の先生方、医師会長の先生方のご意見だと思います。

いろいろ討論も盛んですが、時間が迫ってまいりました。最後になりますが、県医師会の先生方のご意見はいかがでしょうか。上田先生、よろしく願いいたします。

上田 実は、今のことに多少関係があるのですが、10 日ほど前に 9 県の医師会連合医学会がございました。第 3 分科会の地域医療のところで、やはりどの県でも、海岸側と山手、山口県でしたら山陽側と山陰側というふうになりますけれど、救急医療を含めて医師の偏在と、科による医師数の問題が提出されました。ある県が、第 3 分科会から決議文を出そうという提案をされました。宛先が厚労大臣なのか日医の会長なのか、はっきりしないままで、「医師の偏在をなんとかしろ」という決議文でございます。人口 10 万人あたりでは、日本の医師数は必ずしも減ってはいないが、その決議文を出せということをいわれました。

実は、私は反対をいたしました。例えば日医に出したとしても、各地区でそれが解決できないことを日医の会長にいても、恐らくこれは意味がないだろうと思います。もし、これを厚労大臣なり厚労省に出すとすればですね、法的な義務化などに繋がりがかねない。例えば卒後研修医をどこどこに何年配置とかいうふうになり、われわれの一般的な各種の選択肢に制限がついたり、自由開業制に縛りがきたりするのも困ります。そういう意味で反対いたしまして、結局決議文は出さなかったことになりました。

ただいまの先生方のお話をいろいろかがいしましたが、私としては、やはり地区でなんとか解決しないことにはできないだろうと。そしたら全体のバランスを考えてということで、一番協力していただきたいのは大学でしょう。私も時々、大学とは会合を持っておりますから、そういうことを折に触れて申し上げたいと思っています。ただし、大学といえども、独法化したあと、それぞれの医

局の教授がはたして地域の医師偏在まで考えているかと考えますと、私はかなり難しいだろうと思います。教授それぞれに自分たちのことを中心に考えますので大変難しいんじゃないかと思います。しかし、中にはひょっとして、「じゃあ、そっちに派遣しようか」ということがあるかもしれませんので、チャンスはできるだけ大切にしたいと感じております。

堀 先生、ありがとうございました。県の地域医療担当常任理事をされております佐々木先生に一言お願いします。

佐々木 今日は皆様長い間たいへんお疲れさまでした。私は県央部に住んでいまして、なかなか山陰の方に来る機会がないのですが、地域によって医療事情も異なりますし、福祉の事情も異なるんだということがよく分かりました。これからも皆さんとは県医師会の協議会等でディスカッションをしながら、山口県の医療・保健・福祉の進むべき方向性を探っていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

堀 どうもありがとうございました。

では、最後の取りまとめとして、最後に県の副会長の木下敬介先生、よろしくお願いします。

木下 貴重なご意見をいただいたような気がしてなりません。特に「県レベルでの行政との折衝には、ぜひ県医師会が力を発揮してほしい」という、そういうお言葉に対しまして、一所懸命努力していくつもりでございます。先ほど村田先生がおっしゃいましたが、熊本県はそういうふうに行政と県医師会とが上手く連携がとれているというお話を聞きまして、なおさらそういうことを感じました。

実は、県医師会のいろいろな会務の中でも、各都道府県の医師会によって得意な部分とそうでない部分があります。私の知っている限りでは、山口県医師会は、医療保険と医事紛争にめっぽう強いんです。これはほかの県医師会に比べて一歩も二歩も進んでいると思います。だから保険の指導とか、審査関係に関してはよく対応できるし、医



事紛争に対しても非常にいいシステムを持っております。ところが、福祉とか保健ですね。保健も、母子保健・学校保健・成人保健・産業保健、その辺はちょっとほかに比べて弱いような気がしてなりません。

私は、2 年前から地域保健の担当常任理事をしていたのですが、医師会が入ろうとしても、地域では保健の話はほとんど行政指導でやってしまうんですね。どうにかそういう会議に県医師会が入れないかと思っても入れるような雰囲気じゃないんですね。先ほどの医療保険なんかと比べましてね。そういうことから、今後、医療・保健・福祉におきましても、県医師会の意見や要望が通るように頑張っていきたいと思います。県医師会としても、地元の医師会の先生方のお力添えが必要でございますので、後押ししていただけたら大変幸せです。

もう一言付け加えますならば、こういう行政との折衝は、何かにつけましても医政活動ということになります。今日この席でちょっと生臭い話をさせていただいて恐縮ですが、この 7 月 11 日は第 20 回の参議院選挙があります。わたしたち医師会の考えや主張を通すために、今、日本医師会の現役常任理事である西島候補を力強く推しているところでございますが、なかなか思うように取り組みが進んでおりません。ところが萩・阿武・長門地区の医師会は、こういう取り組みにも一所懸命頑張っているということを知りまして、大変心強く思っているところです。

今回の選挙で変なことになったら、医師会の組織力が疑われて、何をいっても相手にされないような状況になりますし、医師会にも無気力感が

漂っていくのではないかと、そういう大事な、関ヶ原の戦いにも例えられるのではないかと考えております。「結果が思わしくなければ医師会の明日はない」というぐらいのつもりで頑張りたいと思います。ここにおられる先生方にも、お力添えいただけたらと思いますので、どうかよろしく願いを申し上げまして、締めくくりの挨拶にさせていただきます。今日はどうもありがと

うございました。

堀 どうも、木下先生、ありがとうございました。

まだいろいろ話も尽きないと思いますが時間になりました。これで終了したいと思います。皆様どうもお疲れさまでした。気をつけてお帰りください。

皆様、どうもご協力ありがとうございました。

日医 FAX ニュース

2004 年（平成 16 年）7 月 16 日 1467 号

- サテライト診療所問題、四病協に提起
- 算定制限超える医療の特定療養費化を
- 一般病床の病床規制廃止を提案
- 医療対策協議会の設置は 18 都道府県
- 医療費 2.8%増 04 年 2 月分メディアス

2004 年（平成 16 年）7 月 13 日 1466 号

- 西島常任理事が当選 第 20 回参院選
- 「議決権平等の民法に医療法は準拠」
- 「株式会社は絶対に入れない」
- 職場健診の積極的な実施を求める
- 具体的な算定方法決めるべき
- 医療従事者養成の補助金は改革から除外を

2004 年（平成 16 年）7 月 9 日 1465 号

- 医療と介護は別物 松原常任理事
- 臨床検査の精度管理一元化事業、大幅見直しへ
- 6 病院が外国人看護師の受け入れ拡充提案
- 医療計画非適用の小規模病院群の新設も
- 注射・点滴、輸血でエラー要因分析



医業継承・医療連携
医師転職支援システム

〈登録無料・秘密厳守〉

後継体制は万全ですか？

DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

【携帯、PHS対応】受付時間：9:00～18:00（月～金曜日）担当：藤原・伊藤

<http://www.sogo-medical.co.jp>



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社。

山口支店／山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階
TEL (083) 974-0341 FAX (083) 974-0342

本 社／福岡市中央区天神 東京本社／東京都品川区西五反田

■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

平成 16 年度第 1 回広域予防接種運営協議会

と き 平成 16 年 6 月 10 日 (木) 午後 3 時～4 時 45 分

ところ 県医師会 6 階 会議室

[記：常任理事 濱本 史明]

藤原会長挨拶

本日はご多用の中、県健康増進課、国保連合会の方にも本協議会にご出席いただき、お礼申し上げます。先生方には平素から予防接種業務等にご理解ご協力をいただきお礼申し上げます。

広域予防接種は住民の利便性、安全性を目的に進めてきており、既に昨年 4 月から実施されています。料金の標準化、請求支払一括システムの構築、対象拡大等検討課題が多く残っており、まだまだ協議していかないといけないところです。

他の会議でも広域予防接種の話がありますが、この制度についてまだ十分な理解が足りないように思われます。今後広域予防接種が円滑に実施さ

れますよう、あくまでも住民の視点で考えて、より安全な全員参加型での広域化になるよう大所高所から議論をしていただきたいと思います。

県健康増進課 (高橋主査) 挨拶

県は県医師会と市町村のジョイント役として協力していきたい。

国保連合会 (斎藤業務部長) 挨拶

診療報酬等業務運営については、医師会の協力をいただきお礼申し上げます。国保連合会が予防接種に関する委託を受けるようになれば、審査支払い並びに共同処理について可能な限りシステム

出席者

大島郡	嶋元 貢	山口市	太田 貴久	健康増進課：	主査	高橋 康夫
玖珂郡	川田 礼治	萩市	岩谷 一		主任技師	宮下 洋一
熊毛郡	片山 和信	徳山	谷村 聡			
吉南	利重 恭三	防府	神徳 眞也	国保連合会：	業務部長	斎藤 信子
厚狭郡	溝部 源之	下松	山本 薫		業務 3 課長	渡辺 英子
美祢郡	吉崎 美樹	小野田市	砂川 功		業務 3 課長補佐	福田精一郎
阿武郡	杉岡 隆	光市	平岡 博			
豊浦郡	木本 和之	柳井	松島 寛	県医師会：	会長	藤原 淳
下関市	末永 眞次	長門市	梶山 公則		副会長	木下 敬介
宇部市	木畑 和正	美祢市	横山 幸代		常任理事	濱本 史明
					理事	杉山 知行
						田中 豊秋

作りをしていきたいと考えております。

今後、市町村合併などにより市町村が大きく変わる状況になれば、現在、市町村から共同電算などの依頼を受けているので、よいシステム作りが可能なのではないかと考えております。

○木下副会長から今までの経緯説明

以前より予防接種広域化の要望は散発的に上がっていたが、平成 13 年 10 月郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会で取り上げられた。11 月の郡市会長会議で標準的料金設定の要望があり、これを受けて前藤井会長が前向きに取り組むことにされた。14 年 2 月に執行部案を示して進めてきて、県、市長会、町村会への要請を行った。

「予防接種広域化推進協議会」を設置し、6 月に第 1 回協議会を実施し、7 月、9 月、翌年 2 月の計 4 回推進協議会を実施した。標準料金を設定し、最初から統一料金にするのではなく、合意できるところから始め、それに近づけることで料金の一本化を行うこととした。初めから標準料金に設定したところもあるが、従来通りで実施するところや広域だけを標準料金にする二本立てのところもあった。しかし、15 年 4 月から一応広域化実施となった。標準料金は最も議論の対象になったが、県医師会から 8 つの基本的な考え方を示した。支払うところは市町村、受け取る方は郡市医師会であるため、高くても低くても問題があり折中案を提示した。

基本的には保険診療点数に基づき、従来の各市町村における料金のバランスを考慮し、現状に即した料金設定を協議、議論して標準料金を示した。標準料金は推進協議会の中での合意の結果である。

15 年 4 月からは「広域予防接種運営協議会」と改め、広域での多くの問題を協議していくことになった。今までの経緯は会報に掲載しているので参考にしていただきたい。

協議事項

1. 平成 16 年度市町村の広域予防接種料金について

ほとんどの市町村が標準料金に近づけてきた。16 年 4 月の診療報酬改正で初診料が 40 円上がった

が、来年度標準料金を見直す必要があるか。県医の中ではせっかく標準料金にまとまってきたので来年度はこのままでいきたいとの意見がでた。料金の設定の基本条件に「まるめ」でいく申し合わせがあるので、今回の改定は対象にならないという意見がでた。

平成 15 年度当初、標準料金の基本的な考え方はワクチン料だけに消費税をかけていたが、16 年度から接種料金総額に消費税をかけて円未満切り捨てとした。16 年度はほとんどの市町村においてこの標準料金を認めていただけた。

先日中国四国の会議で各県もそれぞれ予防接種の広域化を望んでいるが、料金がネックになりなかなか実現しないようである。本県の場合、先生方のご協力で標準料金に近付いてきた。元々は広域化にすることがメインだったが、市町村、郡市医師会の協力で結果的に広域化の料金が揃ってきた。これから市町村合併があるが、17 年度はとりあえずこの料金に近づけていけたらと考えている。

2. 広域予防接種の対象拡大について

対象拡大（学童の日本脳炎・二種混合）については集団接種がほとんどで個別が少ないし、市町村の財政事情もある。大島郡行政からの質問で、「料金案には乳幼児加算がされているが、対象は小学校、中学校児童のため加算されるのはおかしい」との意見があった。

予防接種の問診、基本的な作用・副作用等の説明が、乳幼児加算に匹敵することから設定した経緯を説明していただきたい。標準料金の最初の基本的な考え方でいくと今回の案になる。安くもなく高くもない料金に設定されていると思う。

小野田市の場合、広域化する過程において行政と折衝し、標準料金を受け入れてもらった。こういう考え方で標準料金が算定され、このように料金が決まったということで行政も了承している。二種混合も日本脳炎もこの考え方で入らないと整合性がなくなる。県医師会案は妥当性がある。

大島郡の行政には説明するし、納得していただけたと思う。

山口市も日本脳炎を除き広域化料金に設定された。しかし、本来自由診療である接種料金を統一

するのは独禁法に引っかからないか。

このように医師会員が集まって料金を決めること自体が独禁法に引っかかる。それをクリアするのに、標準料金に各自が少しずつ近づけていくことを目標としている。山口市の医師会員が現在決めている料金が既に独禁法に引っかかることになる。独禁法のことを言われたら料金の設定ができなくなる。なるべく自主的に近づける努力をしていただきたい。二種混合の設定料金は既に広域化を実施している他県（新潟県、高知県）より高い設定となっている。

防府市は現在二本立てで実施している。本年度は行政と相談して標準料金でいくことにした。二種混合・日本脳炎はこの標準料金で 17 年度からスタートできるように、小児科医会や行政と相談していく。

接種料金案で行政も基本的に了解していて下松市も追従する。大島郡と同じ質問で「初診料が高い理由は乳幼児加算が入っているのか」という疑問は、先ほどの話で理解できたので行政に説明しておく。請求支払い一括システムに関しては下松市としてメリットがないので反対である。

17 年 4 月からツ反が廃止になるのでその料金を定期接種以外の任意接種に回してほしいと要望をしているが県行政では難しく、郡市医師会から市町村にそれぞれ折衝していただきたい。市町村の財政事情もあるが広域の料金や、接種もれの方についても折衝していただきたい。

17 年度からこの料金でいくのであれば、予算の関係もあり 9 月までに市町村と折衝して合意を得ておいていただきたい。2 回目（9 月 2 日）の会議でこのことについて協議したい。

3. 請求支払い一括システム（案）について

市町村からの多くの意見では料金面でデメリットが多く賛成が少なかった。

国保連合会 この資料は県が作成したもので 2 月の会議で県行政が説明している。既に高知県が実施しているシステムである。診療報酬の請求の流れと同じで予防接種は各市町村への直の請求でなく国保連合会に請求する。どこで予防接種されても国保連合会に請求する。市町村が実施してい

る内容、金額、必要事項の記載チェック等行うが、住民チェックについて今のところ国保連合会にマスターがない。国保及び老人は月々市町村から「異動データ」をもらって、国保資格、老人資格の登録及び喪失をしていただきマスターを作成し、レセプトチェックをかけ資格の有無を確認している。国保連合会では、住民の資格確認は今のところできない。今後何らかの方法で住民確認を考えている。住民確認ができた方について支払いを行う。診療報酬と同時期（診療月の 2 か月遅れ）に支払う。現在の予防接種は請求月の月末支払いのため、システム案とは 1 か月のタイムラグが生じることになる。住民確認は何とかフォローできそうだが、料金支払いの 1 か月のタイムラグは避けられそうにない。今後内容点検から支払いまでシステム開発化を行っていく。

初期費用を含めて 1 件当たり 110 ～ 150 円を今のところ予定しているが、この連合会の料金は高いとの意見が出ている。前回の会議（2 月 5 日）で市町村から初期設定費用（システム構築費用及び機器費用）は連合会で用意して、この料金の中に含めるべきではないとの指摘をいただいている。初期設定費用だけは 1 件 60 ～ 90 円で案内している。ランニングコストは単純に逆算すると 1 件あたり 50 円となる。あくまでも提示したものは初年度費用のため 2 年目以降加入すれば払わなくてもいいのかという問題が生じる。連合会としても市町村は 50 円しか払わなくてもいいのか。また、初期費用を連合会が負担するか、今は確定したことが言えない。今のところ連合会としては一応 1 件当たり 110 ～ 150 円で案内したい。

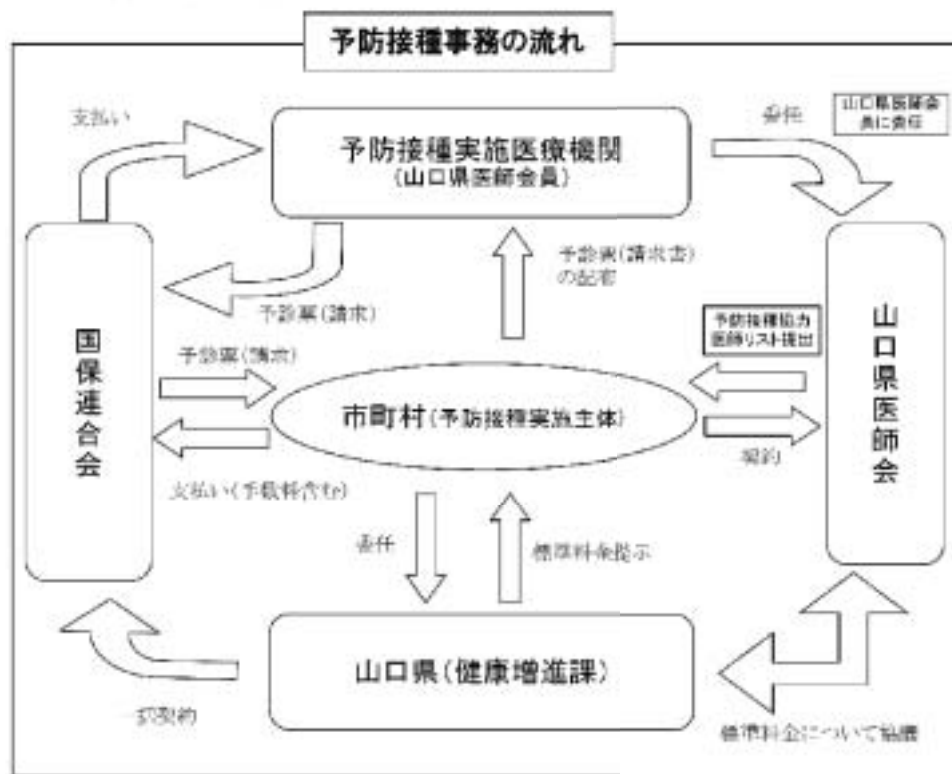
初めてであるので、各市町村の現況をうかがってシステム作りを進めていきたい。台帳関係も施行規則等があるので最低限その内容を載せるような台帳等を作っていきたい。

費用のことで行政から反対意見が多いが、医師会としての意見はいかがか。

一括システムを導入する経緯が不明である。

平成 14 年度の準備段階で市町村、郡市医師会から要望があった。これほど反対意見が出るとは予想しなかった。要望を検討して取り上げてきたことでこのようになった。また、高知県がこのよ

予 防 接 種 広 域 化 フ ロ ー 図 (案)



うなシステムでうまくやっている。広島県はまだ広域予防接種にはシステム導入していないが、各健診事業（妊婦、乳幼児、成人病検診など）を国保連合会が一括で代行している。広域予防接種が導入されればそのシステムが各種健診にも使えるのではないかと考えられる。反対意見が多いがもっと議論していただきたい。

一括システムは非常に手間がかかる。国保連合会を巻き込んで、また各市町村にも高い出費を強いてまで医師会が行う必要があるのか。

①フロー図の中の「システム構築料を支払わなければならない」という文言。

②一括システムは、最初は広域のみと思っていたが、広域も地域（圏域）も予防接種が対象なのか。

行政は、広域化に関しては国保連合会が入るのはよいが、圏域は反対で、システム構築料を市町村が払ってまで行う必要はないとの考え方である。構築料を市町村が負担することは何処の市町村も考えていないと思う。

①の文言は構築化になったと仮定したものであり初めから固まったものではない。②は途中で変わったといわれるがこういう考え方もあると考えてほしい。構築費用の市町村への負担は国保連合会も相当の構築費用がかかるので最初はそれ相応の負担を考えてのことと思う。

市町村合併で職員の人数は減らない、手数料は払わなければならない。メリットがあるのか。手数料の内訳についてももっと具体的な、説得できる数字を出してもらわないと自治体に説明できない。われわれにも説明してもらう必要があるが、同時に国保連合会も機会を捉えて自治体にしっかり説明していただきたい。

医療機関にとって、システムは将来的に大切という議論は必要である。一か所に請求するメリットはあると思う。時期が整ってきたら国保連合会の協力を得て料金も安く、一括システムで料金を請求できるシステムを作るのが広域化の姿ではないかと思う。

合併した後のシステム化では将来的にメリット

がないとの国保連合会の意見はなぜか。

国保連合会 広域合併後では、市町村のシステムはきちんと構築された後になり、国保連合会が入り込む考えは市町村の反発を招くことになるのではないかと考える。

現在のところ支払い一括システムを導入することは時期尚早だと思われる。合併前の市町村の予防接種、検診担当に、国保連合会から（医師会の意向）システム検討の話を将来的に残しておくことを連絡しておいていただきたい。

藤原会長 本日は大所高所から意見をいただいた。私の考えだが現状から見れば白紙に戻すか、せいぜい先送りかと思う。将来的にはこういう方向に必ずなるという皆さんの気持ちが本当に理解できる。将来を見据えると必ずメリットがあると思うので医師会も市町村も考えないといけない問題である。今の医師会の立場では細部を検討し実現に向けていきたいが、今回は先送りにすることとしたい。

4. インフルエンザ接種期間について

今年の広域における高齢者のインフルエンザの接種期間は、協議の結果、去年と同じ期間で合意された。（11 月 1 日～翌年 2 月末日迄）

5. その他

ポリオの広域予防接種について

集団から個別にすると市町村の財政負担が多くなるが、ポリオの広域化も予定していることを行政に連絡していただきたい。市町村は接種もれの個別料金を決めていただきたい。

生ワクチン（内服）から不活化ワクチン（注射）へは、現在のところ治験を行っているが、不備な点等あり後 2～3 年は無理であろう。

木下副会長挨拶

広域予防接種担当として、これまで 2 年間で無礼があったかもしれませんがご容赦願います。先日の郡市市長会議でも県医師会の押しつけではないかとの意見がでました。しかし、先例を参考に山口県でできる一番よい方法を小児科医会、郡市医師会担当理事、行政、県関係機関と相談しながら進めてきましたが、総じて総論賛成、各論反対で特にお金絡むことについてはいろいろな意見がでました。

これからも住民や予防接種を受ける子ども達のために最良の方法を考えていきたいので、今後もしもよろしくご協力をお願いしたいと思います。



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

平成 16 年度第 1 回学校保健問題対策委員会

と き 平成 16 年 6 月 24 日（木） 午後 3 時～

ところ 山口県医師会館 6 階 会議室 2

出席者 学校保健問題対策委員：松井達也、梅原豊治、大内義智、村上俊雄、寺西秀人

田村正枝、安野秀敏、林隆、田原卓治

県医師会役員：藤原会長、木下副会長、濱本常任理事、杉山理事、萬理事

県教育庁保健体育課：久保明子 指導主事

[記：理事 杉山 知行]

今回委員の異動があり、はじめに新任の林隆、田原卓浩両委員の紹介があった。

協議事項

1 平成 15 年度児童生徒の心臓・腎臓検診の結果報告

県教育庁保健体育課の久保主事より、平成 15 年度児童生徒心臓検診と腎臓検診の結果報告があった。

学校心臓検診については、平成 7 年度から健康診断で小 1、中 1、高 1 で実施されているが、市町村によっては、その他の学年でも実施されている。山口県では平成 15 年度より「学校心臓検診精密検査受診票」を採用するなどした新システムをスタートさせたところである。

心電図異常を示し要精密検査となった者は小 1 で 2.28%、中 1 で 2.77%、高 1 で 2.22% と前年と著変ない。精密検査を受け、かつ「学校心臓検診精密検査受診票」の提出があって、教育委員会が把握している、心疾患児童生徒数は小・中学校 616 人、高校 201 人である。（資料 1、2、3）

検尿検査結果を資料 4 に示し、精密検査後の暫定や確定診断結果を資料 5、6 に示した。小学校 15.4%、中学校 23.0%、高校 14.0%であった。

2 学校・地域保健連携推進事業について

来年度からスタートする国支援のモデル事業で 3 年間継続。内容は① 20 名からなる連絡協議会を開催し、②専門化派遣事業や③研修事業（養護教諭・健康教育担当者を対象）を行い、④成果物を発行するというもの。

3 平成 15 年度日医主催学校医講習会について

県医師会報 1708 号に木下常任理事（現副会長）、既報。また、8 月の日医雑誌に詳細掲載予定。

4 新任学校医の研修について

学校医認定制度が話題に上っており、大阪府医師会は既に、今年度独自に同制度を制定した。本県ではそこまではまだ時期尚早との考えもあるが、いづれにしても学校医の質の維持・向上等は大事な問題であり、特に新任学校医の研修は大事であり、各位のご理解とご協力をお願いしたい。

5 平成 16 年度山口県医師会学校医研修会について

平成 16 年 11 月 21 日（日）午後、山口県立大学看護学部の林隆教授やもう一方に「特別支援教育」「LD,ADHD」についての講演を予定している。

6 平成 17 年度中国地区学校医大会（山口県引受）について

平成 17 年 8 月 21 日（日）に開催。

眼科医会より学校・保護者・本人の同意を得て同検査を行いたい旨の文書が出されたことについて、意見交換を行った。

7 その他

(1) 色覚検査について

平成 15 年度より学校での定期健康診断の必修項目から色覚検査が削除されたが、山口県

(2) 伝染病による出席停止扱いについて

学校伝染病第三種のその他の伝染病「出席停止扱い」の運用について、県教育委員会側より質問があった。

資料 1

平成 15 年度児童生徒心臓検診の結果について

* 平成 7 年度から、小 1・中 1・高 1 において必須項目となる。

1 心電図検査実施状況（市町村）

対象者内訳	市町村数（53 市町村）
小 1・中 1	27 市町村
小 1・中 1・その他	1 //
小 1・小 4・中 1	18 //
小 1・小 4・中 1・その他	3 //
小 1・小 3 か 4・中 1・中 3	2 //
全学年	2 //

心電図検査実施状況（県立高校）

* 定時、通信、盲・聾・養、私・国立は除く

対象者内訳	中学校	高校	盲・聾・養
	(1 校)	(本校 66、分校 4)	(本校 12、分校 2)
1 年生全員	1 校	47 校	14 校
1 年生全員・希望者		22 校	
1 年生全員・その他		0 校	
全学年		1 校	

2 平成 15 年度心電図検査結果（表 1）平成 14 年度心電図検査結果（表 2）

区分	受検者 (人)	要精密者 (心電図異常)	
		(人)	(%)
小 1	13,201	302	2.28
中 1	13,342	370	2.77
高 1	10,569	235	2.22

区分	受検者 (人)	要精密者 (心電図異常)	
		(人)	(%)
小 1	13,172	348	2.64
中 1	13,687	380	2.77
高 1	10,881	254	2.33

* 定時、通信、盲・聾・養、私・国立は除く。県立中学、市立高校含む。

3 学校保健統計調査（抽出による統計）による心電図異常及び心臓の疾病・異常被患率

	H15 全国		H14 全国	
	心電図異常	心臓の疾病・異常	心電図異常	心臓の疾病・異常
小学校	2.31%	0.60%	2.17%	0.60%
中学校	3.49	0.69	3.12	0.68
高等学校	3.28	0.56	3.12	0.54

* 平成 15 年度から、県のデータの集計は示されないことになりました。

資料 2

平成 15 年度心臓検診結果〔医学的管理を要する心疾患〕 (市町村)

※私立・国立はのぞく

疾患名		学年	小学校						中学校						計				管理区分							
			小 1			小 1 以外			中 1			中 1 以外														
			術後	既心	新規 発見	術後	既心	新規 発見	術後	既心	新規 発見	術後	既心	新規 発見	術後	既心	新規 発見	計	A	B	C	D	E	管理 不要	不明	
1 心室中隔欠損〔VSD〕		6	15		30	38		9	4		8	5		53	62	0	115				1	103	6	3		
2 心房中隔欠損〔ASD〕		5	6	5	14	6		6	1		2	1		27	14	5	46				2	39	3	3		
3 動脈管開存〔PDA〕		1			3	4		1						5	4	0	9				8	1				
4 肺動脈狭窄〔PS〕			1		5	4		1	2	1				6	7	1	14			1	2	10	1			
5 大動脈狭窄〔AS〕					1	1					1			1	2	0	3			1				1		
6 フアロー四徴症〔T/F〕		5			3	1		5			4			17	1	0	18			1	7	10				
7 心内膜床欠損〔ECD〕					2			1				1		3	1	0	4				4					
8 心内膜繊維弾性症〔EFE〕														0	0	0	0									
9 大動脈弁閉鎖不全〔AR〕					1	1								1	1	0	2				1	1				
10 大動脈収縮症〔COA〕														0	0	0	0									
11 三尖弁閉鎖不全〔TR〕			2							2	1			1	2	2	5				1	3				
12 肺動脈弁閉鎖不全〔PR〕										1				0	0	1	1		1		1					
13 僧帽弁閉鎖不全〔MR〕				1	1	3			1	1				1	4	2	7				3	4				
14 僧帽弁狭窄症〔MS〕														0	0	0	0									
15 僧帽弁逸脱病変候群〔MVP〕						1								0	1	0	1						1			
16 特発性心筋症〔ICM〕			1											0	1	0	i				1					
17 心筋炎						1								0	1	0	1				1					
18 川崎病			28		1	34	2		19			6		1	87	2	90					74	5	9		
19 特発性肺動脈拡張症〔IDPA〕														0	0	0	0									
20 その他医学的管理を要する心疾患		5	15	52	12	52	8	8	23	87	4	32	1	29	122	148	299	0	1	4	18	194	58	24		
内 訳	① WPW 症候群			9		8			1	9		4		0	13	18	31				3	27		1		
	②心室性期外収縮		4	16		19	2		5	29		6		0	34	47	81				1	75		5		
	③上室性期外収縮			3		3	2			8				0	3	13	16					8	7	1		
	④完全右胸ブロック		1	5		5			1	2		3		0	10	7	17					13	3	1		
	⑤不完全右脚ブロック	1		12						18		2		1	2	30	33					11	22			
	⑥ I 度房室ブロック	1				3			1	2				1	4	2	7				1	2	3	1		
	⑦ II 度房室ブロック			1		4			1	5				0	5	6	11					11				
	⑧左室肥大		1							3				0	1	3	4					4				
	⑨完全房室ブロック					2			1					0	3	0	3					1		2		
	⑩その他	3	9	6	12	8	4	8	13	11	4	17	1	27	47	22	96	0	1	4	13	42	23	13		
合計		22	68	58	73	146	10	31	50	92	19	46	1	145	310	161	616	0	3	11	59	641	133	64		

資料 3

平成 15 年度心臓検診結果〔医学的管理を要する心疾患〕

県立、下関商業

※私立・国立はのぞく

疾患名		学年	中 1			高 1			高 2			高 3			計				管理区分							
			術後	既応	新規 発見	術後	既応	新規 発見	術後	既応	新規 発見	術後	既応	新規 発見	術後	既応	新規 発見	計	A	B	C	D	E	管理 不要	不明	
1 心室中隔欠損〔VSD〕						4	4		7	2		3	1		14	7	0	21		1		1	19			
2 心房中隔欠損〔ASD〕							2			1		2			2	3	0	5				1	4			
3 動脈管開存〔PDA〕															0	0	0	0								
4 肺動脈狭窄〔PS〕									1						1	0	0	1					1			
5 大動脈狭窄〔AS〕							1								0	1	0	1				1				
6 フアロー四徴症〔T/F〕										2					0	2	0	2					2			
7 心内膜床欠損〔ECD〕															0	0	0	0								
8 心内膜繊維弾性症〔EFE〕															0	0	0	0								
9 大動脈弁閉鎖不全〔AR〕								1		2					0	2	1	3				1	2			
10 大動脈収縮症〔COA〕															0	0	0	0								
11 三尖弁閉鎖不全〔TR〕							1		1						1	1	0	2				1	1			
12 肺動脈弁閉鎖不全〔PR〕								2							0	0	2	2					1	1		
13 僧帽弁閉鎖不全〔MR〕							1			1			1		1	2	0	3					3			
14 僧帽弁狭窄症〔MS〕															0	0	0	0								
15 僧帽弁逸脱症病候群〔MVP〕								1						1	0	0	2	2					2			
16 特発性心筋症〔ICM〕												1			0	1	0	1		1						
17 心筋炎															0	0	0	0								
18 川崎病							5			1		1	3		1	9	0	10					9	1		
19 特発性肺動脈拡張症〔IDPA〕															0	0	0	0								
20 その他医学的管理を要する心疾患		0	0	1	1	24	68	2	23	2	3	19	6	6	66	76	148	0	1	5	23	99	20	1		
内 訳	① WPW 症候群						2	6		3	1		1	2	0	6	9	15				1	12	1	1	
	②心室性期外収縮						8	25		9	1		10	2	0	27	28	55				8	39	8		
	③上室性期外収縮						1	1					2		0	3	1	4				1	1	2		
	④完全右胸ブロック							3							0	0	3	3				1	2			
	⑤不完全右脚ブロック						2	6							0	2	6	8					7	1		
	⑥Ⅰ度房室ブロック							7							0	0	7	7				1	4	2		
	⑦Ⅱ度房室ブロック						1	4		3					0	4	4	8					6	2		
	⑧左室肥大							2							0	0	2	2				1	1			
	⑨完全房室ブロック						2								0	2	0	2				2				
	⑩その他	0	0	1	1	8	14	2	8	0	3	6	2	6	22	17	45	0	1	5	8	27	4	0		
合計		0	0	1	6	37	72	11	32	2	9	25	7	26	94	81	201	0	3	5	28	143	22	1		

資料4

平成15年度 児童生徒学校検尿 実施状況

※ 盲・聾・養護学校、定時制、通信制、私立・国立学校は除く

学校尿検査（一次検査、2回方式）																	精密検査		
検査人数		蛋白		蛋白と糖		蛋白と潜血		糖のみ		糖と潜血		潜血		蛋白と糖と潜血		その他		要主治 医精検 者数	未受診者 (未受診率)
		未管理	既管理	未管理	既管理	未管理	既管理	未管理	既管理	未管理	既管理	未管理	既管理	未管理	既管理	未管理	既管理		
小学校	81,661人 99.9%	77	17	2	0	18	14	12	14	13	1	229	109	0	0	139	50	506 0.62%	78 15.4%
		94		11		32		26		14		338		0		189			
		0.12%		0.01%		0.04%		0.03%		0.02%		0.41%		0.00%		0.23%			
中学校	41,607人 98.8%	153	18	5	0	19	4	19	13	4	1	126	28	0	2	70	19	366 0.90%	84 23.0%
		171		5		23		32		5		154		2		89			
		0.41%		0.01%		0.06%		0.08%		0.01%		0.37%		0.00%		0.21%			
高等学校	32,587人 99.4%	91	7	5	2	17	19	19	11	0	2	57	20	0	0	0	0	272 0.76%	42 15.4%
		98		7		36		30		2		77		0		0			
		0.30%		0.02%		0.11%		0.09%		0.01%		0.24%		0.00%		0.00%			
計	155,855人 99.4%	321	42	12	2	54	37	50	38	17	4	412	157	0	2	209	69	1,144 0.86%	160 14.0%
		363		14		91		88		21		569		2		278			
		0.23%		0.04%		0.06%		0.06%		0.01%		0.37%		0.00%		0.18%			

”あなたの
あしたに”

さい きょう
SAIKYO 西京銀行

資料 5

平成 15 年度児童生徒学校検尿精密検査結果一覧（市町村）

○暫定診断

		小学校		計	中学校		計	合計	管理区分					
		未管理	既管理		未管理	既管理			A	B	C	D	E	管理不要
1	異常なし	152	12	164	111	7	118	282						
2	血尿症候群（血尿のみ）	147	104	251	38	27	65	316						
3	蛋白尿症候群													
	イ 体位性（起立性蛋白尿）	19	4	23	21	4	25	48						
	ロ 体位性以外の蛋白尿	7	2	9	22	3	25	34						
4	血尿&蛋白尿症候群	14	7	21	9	4	13	34						
5	尿路感染症	6		6	3	1	4	10						
6	尿路奇形			0			0	0						
7	糖尿													
	イ 糖尿病	1	7	8	3	8	11	19						
	ロ 腎性糖尿	4	6	10	4	5	9	19						
8	慢性腎不全		2	2	1	2	3	5						
9	その	顕微鏡的血尿	1	1			0	1						
		良性家族性血尿	1	1			0	1						
		無症候性蛋白尿	1	1			0	1						
		糸球体基底膜ひはく症		1	1	2	2	3						
		I g A 腎症		3	3		0	3						
		ネフローゼ症候群			0		0	0						
	他の	腎炎の疑い		0			0	0						
		I g A 腎症		0	1	3	4	4						
		糸球体腎炎		3	3		0	3						
		紫斑病性腎炎の疑い		6	6	3	3	9						
		慢性腎炎		4	4	4	4	8						
		高尿酸血症			0		0	0						
		水腎症			0	1	1	1						
	計	353	161	514	213	74	287	801						
10	未受診	47	14	61	55	10	65	126						
	合計	400	175	575	268	84	352	927						

○確定診断

1	微量血尿	1	1	2	1	2	3	5						
2	ヘモグロビン尿	1		1			0	1						
3	無症候性血尿		1	1			0	1						
4	腎性血尿		1	1			0	1						
5	体位性蛋白尿			0			0	0						
6	蛋白尿症候群			0			0	0						
7	特発性尿細管性蛋白尿		1	1		1	1	2						
8	ネフローゼ症候群	1	7	8	1	1	2	10						
9	腎炎の疑い	1		1			0	1						
10	膜性腎症			0		1	1	1						
11	I g A 腎症			0			0	0						
12	溶連菌感染後糸球体腎炎		1	1			0	1						
13	メザンギウム増殖性糸球体腎炎		1	1			0	1						
14	非 I g A 性糸球体腎炎			0			0	0						
15	急性糸球体腎炎		1	1			0	1						
17	慢性腎炎	1		1			0	1						
18	溶血性尿毒症症候群		1	1			0	1						
19	ナットクラッカー症候群			0			0	0						
20	I 型糖尿病			0			0	0						
21	II 型糖尿病			0			0	0						
22	糖尿病			0			0	0						
23	異形成腎、慢性腎不全			0		1	1	1						
25	萎縮腎	1		1			0	1						
26	外陰部びらん		1	1			0	1						
27	左外傷性腎損傷			0		1	1	1						
28	左精索静脈瘤			0		1	1	1						
29	精神的なもの			0	1		1	1						
	計	4	12	16	2	5	7	23						

資料 6 平成 15 年度 児童生徒学校検尿 精密検査結果一覧（県立高校）

○暫定診断

				全日制		計	定時制		計	合計	管理区分					
				未管理	既管理		未管理	既管理			A	B	C	D	E	管理不要
1	異常なし			62	4	66	6		6	72						
2	血尿症候群（血尿のみ）			26	4	30	2		2	32				2	22	8
3	蛋白尿症候群	イ	体位性（起立性蛋白尿）	21	2	23	1		1	24				1	12	11
		ロ	体位性以外の蛋白尿	18	2	20		1	1	21					13	4
4	血尿＆蛋白尿症候群			8	5	13				13			1	1	11	
5	尿路感染症			2	1	3				3					2	1
6	尿路奇形															
7	糖尿	イ	糖尿病	4	9	13				13			1		9	
		ロ	腎性糖尿	11	5	16				16				1	7	8
8	慢性腎不全				1	1				1			1			
9	その他	ネフローゼ症候群			5	5				5		3		1		
		腎炎の疑い			1	1				1					1	
		I g A腎症		1	8	9				9		2	1	2	2	
		糸球体腎炎			2	2				2					2	
		紫斑病性腎炎の疑い			1	1				1				1		
		慢性腎炎			3	3				3				3		
		高尿酸血症		2		2				2					2	
		腎結石		1		1				1						1
		S L Eによる			1	1				1		1				
計				156	54	210	9	1	10	220	0	6	4	12	83	33
10	未受診			22	4	26	8		8	34						
合計				178	58	236	17	1	18	254						

○確定診断

1	無症候性血尿	2		2				2					2	
2	血尿症候群	6		6				6				2	1	3
3	体位性蛋白尿													
4	蛋白尿症候群													
5	運動性血尿蛋白尿	2		2				2					2	
6	無症候性血尿・蛋白尿	2		2				2					2	
7	血尿蛋白尿症候群													
8	ネフローゼ症候群		1	1				1				1		
9	I g A腎症	1	4	5				5		3	1		1	
10	慢性糸球体腎炎													
11	メザンギウム増殖性糸球体腎炎													
12	非I g A性糸球体腎炎	1		1				1		1				
13	慢性腎炎		1	1				1				1		
14	ナットクラッカー症候群	2		2				2					2	
15	I型糖尿病		1	1				1					1	
16	II型糖尿病													
17	糖尿病	1	2	3									3	
18	無機能腎	1		1										
19	溶連菌感染症の疑い													
20	腎結石													
21	尿路感染症													
計		18	9	27	0	0	0	27	0	4	1	4	14	3

地方職員共済組合員証等の検認

- 地方職員共済組合山口県支部 -

当支部では、平成 16 年 9 月 1 日から 9 月 8 日までの期間において下記の組合員証等の検認を実施することとしております。

つきましては、この検認期間において組合員証等の不所持期間が発生することから、この期間中における医療機関等への受診については、別添「地方職員共済組合員資格証明書」を持参の上、各医療機関窓口へ提示するよう各組合員に指導しています。

記

(地方職員共済組合山口県支部が交付している次の組合員証等)

- 1 共済組合員証
- 2 遠隔地被扶養者証
- 3 船員組合員証
- 4 船員被扶養者証

別紙

地方職員共済組合員資格証明書

交付年月日 平成 年 月 日交付

有効期限 平成 16 年 月 日から
平成 16 年 月 日まで

組合員	氏 名	32350118		
	姓 名	地方職員共済組合山口県支部		
組合員	所 在 地	山口市錦町1番1号		
	組合員の証号番号	証 号	種 別	備 考
組合員	所 属 所			
	氏名・生年月日	(年 月 日生)		
組合員	職 任 所			
	資格取得年月日			
受診者	氏名・生年月日	(年 月 日生)		
	職 任 所			
受診者	組合員との続柄			
	本証明書発行の理由	組合員証等の検認のため		

上記の者は、当該所属団に勤務する職員であり、既に上記の資格を有することを証明する。

平成 年 月 日

所 在 地

主管課長又は

副 長 機 関 長

主管課長又は

副 長 機 関 長 印

※1 この文書は、平成 16 年 9 月上旬における組合員証等の検認により、組合員証等の不所持期間が発生することから、この期間中に組合員やその被扶養者が医療機関等を受診する場合の平癒を解明する目的で作成しているものですので、当目的以外に使用しないでください。

※2 この資格証明書の有効期限については、組合員証等の不所持期間を考慮し、証明者がその真意のもとに記入すること。

岩国市医師会学術講演会

第 36 回岩国肝疾患懇話会

と き 8 月 3 日 (火) 午後 7 時 30 分

ところ 岩国錦水ホテル 2F「真珠の間」

演 題 「自然史から見た肝疾患治療の目標」

岡山大学大学院医歯学総合研究所消化器・肝臓・感染症内科学教授 白鳥 康史

取得単位：日本医師会生涯教育制度 3 単位

と き 8 月 6 日 (金) 午後 7 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 「次世代 ARB による臓器保護、生活習慣病改善効果」

愛媛大学医学部分子細胞生命科学講座医化学・心血管生物学分野 堀内 正嗣

取得単位：日本医師会生涯教育制度 3 単位

日本高血圧学会生涯教育講演会認定

徳山医師会学術講演会

徳山医師会学校医部会学術講演会

と き 平成 16 年 8 月 4 日 (水) 午後 7 時

ところ 徳山医師会 大講堂

演 題 「絵本の中の子供どもたち」

吉村小児科院長

吉村 裕美

と き 平成 16 年 8 月 5 日 (木) 午後 6 時 45 分

ところ 遠石会館 3F 「連理の間」

演 題 「動脈硬化性疾患治療目標をいかに達成するか」

山口大学医学部附属病院臨床試験検査センター助教授

梅本 誠治

と き 平成 16 年 8 月 26 日 (木) 午後 7 時 15 分

ところ ホテルサンルート徳山 銀河の間

演 題 「骨粗鬆症診断の最近の進歩」

川崎医科大学放射性医学核医学助教授

曾根 照喜

謹 弔

開地 逸朗 氏 徳山医師会

7 月 16 日、逝去されました。享年 64 歳。
つつしんで哀悼の意を表します。

謹 弔

岩永 寛 氏 下関市医師会

7 月 22 日、逝去されました。享年 64 歳。
つつしんで哀悼の意を表します。

受贈図書・資料等一覧

(平成 16 年 6 月)

名称	寄贈者、筆者 (敬称略)	受付日
続米澤醫界のあゆみ	米沢市医師会	6・14

やまぎん スーパー変動金利定期預金〈投信セット〉

株式投資信託のご購入と同時に預け入れいただくと、お預け入れ日から

6か月間の上乗せ利率が 年 **1%**

中途解約された場合、当行所定の中途解約利率を適用します。くわしくは店頭の説明書をご覧ください。

・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額・・・30万円以上

・株式投資信託のご購入金額・・・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額以上



平成16年6月1日現在

SANYO

人と・地球が大好きです



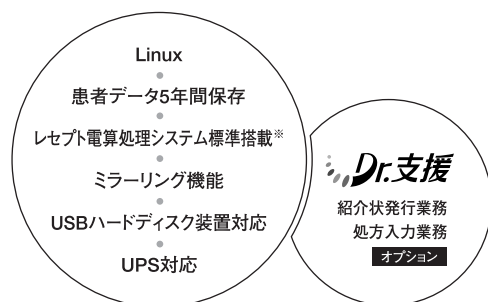
世の中、IT化って
いってますけど？

医療IT化。

しかしIT化にはコストがかかる、使いこなせるか心配、そんな大袈裟な事
うちでは不要などさまざまな声もお聞きます。

そこで登場したのが新次元・新発想マシン—ニューヴェエクシードです。

ニューヴェエクシードは「医事を超え飛躍する」というコンセプトから開発
された診療所用コンピュータです。レセコンとしてのハイポテンシャルな
機能はもちろん、ドクター支援機能で、電子カルテライクなユーティリティで
手軽なIT化の環境をご提供します。



※レセプト電算処理システムの導入費用は別途必要となります。



NEWVE EXCEED
[ニューヴェ エクシード]

診療所用コンピュータ

medicom

三洋電機株式会社
コマーシャル企業グループ コマーシャル営業本部
メディコムビジネスユニット
〒110-0015 東京都台東区東上野1-14-4 上野三和ビル4階
電話 (03) 5816-3300 (代表)

●お問合せ
西部営業部 近畿営業所
〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島5-5-15 新大阪セントラルタワー 南館10F
電話 (06) 6889-3410 (直通) FAX (06) 6889-3422