

# 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 10 月 21 日号

1726



故宮博物院で

兼定 啓子 撮

中国四国医師会連合各種研究会・連合医学会.....	744
第 48 回社会保険指導者講習会 .....	754
理事会.....	763
県医師会の動き.....	766

いしの声「情報システムは医療の質を変えるか」.....	765
会員の動き.....	768
お知らせ・ご案内.....	770

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

## 中国四国医師会連合各種研究会 中国四国医師会連合医学会

と き 平成 16 年 9 月 4 ~ 5 日

ところ ホテルクレメント徳島

### 地域医療研究会

出席者：木下副会長・三浦専務理事・濱本常任理事  
佐々木常任理事・弘山理事・田中理事  
コメンテーター：青木重孝日医常任理事

### 各県からの提出議題

#### 1. 市町村合併にともなう検診体制について(鳥取県)

市町村合併にともない、検診体制が後進的な安い体制に流れがちになるが、各県ともに検診内容の低下を起こさないように県等と協力して監視していく。

青木日医常任理事：住民サービスが低下しないように監視・要請していく。

#### 2. 鳥根県の地域医療の現状(鳥根県)

開業医の高齢化、医師の都市部偏在等により、中山間部の医師不足が年々深刻化。中小病院を中心として専門医の不足も顕著。医師確保対策について現状と意見をもとめられた。

鳥取県は現時点では医師確保に混迷していない。

岡山県はドクターバンク制度と、80歳以下の「自宅会員」に就業への依頼を行い、成果を得た。

山口県はドクターバンクの運用を開始する。

愛媛県は愛媛大学医学部で地域医療機関への紹介窓口が一本化された。ドクターバンクと合わせて運用していく。今後の課題として大学入試の時に県内出身者枠の設定や、奨学金制度の創設も必要と思われる。

青木日医常任理事：診療科の問題も含め、日医総研に調査を依頼したところである。新しい臨床研修にともなう指導医の問題、女医さんの増加にともない、ご主人の都合で勤務先を移動する点、大学病院の独立行政法人化やDPC化の問題等による大学への医師の集中など難しい問題を含んでいる。

#### 3. 介護保険等の改定について(岡山県)

鳥根県は、平成13年度から「介護サービスの有効性評価に関する調査研究事業」、平成15年度は「維持改善サービス調査研究事業」を日医総研と共同で行ってきた。

この研究事業の結果、軽度介護者(要支援・要介護1)への現状のサービス提供が、「要介護度の悪化」を引き起こし、「自立支援」になっていないこと、さらに「歩行機能」「嚥下機能」の低下が利用者の日常生活活動を低下させ、要介護度の悪化の誘因になることが分かった。これらを踏まえて今後、在宅重視と自立支援の観点から、また有効な介護サービスを提供するためには、だれでもが取り組める安全な高齢者のリハビリテーションや、介護予防の技術の研究が必要との結論から、平成16年度は「軽度介護者への効果的なりハビリプログラムの構築と評価事業」を行い、有効なプログラムの開発に取り組んでいるところである。鳥取県より、パワーリハビリにおける筋力トレーニングは歩行機能維持向上に大きく役立つものと感じており、同県では各市町村がパワーリハビリの委託事業を推進し、その効果

は上がってきているとの報告もあった。「通所看護」については各県とも「その概念が理解できない、もっと介護の質とケアマネの質を高める必要がある」という意見が多かった。

5 月の中四国医師会連合総会でも議題となったが「介護保険と障害者福祉は本質的に異なっており、単に財源確保の目的で統合するのであれば反対である」という意見が大多数であった。ただし、本来の「社会福祉」という面から考えると高齢者や特定の疾患を持つ人たちだけに限定して運用されている介護保険は問題であり、年齢にかかわらず社会全体で（高齢者・障害者等の）社会的弱者を支え、見守っていくのが本当の成熟した社会保障を持つ国の姿であると山口県から主張した。

#### 青木日医常任理事：

メニューを増やさず、質の向上を目指した発足 5 年後の改革をすべきであり、介護の場においても医療提供体制が適切でなければならないし、徹底したケアマネジメントが必要である。現実にこれらが欠けているという指摘があることを日医へ帰ったら伝える。

「通所看護」はモデル事業として行われたものであるが、本来これらは医療機関内で行われるべきもので、日医としては反対している。

7 月 30 日に出た社会保障審議会・介護保険部会報告の「介護保険制度見直しに関する意見」でも、介護保険と障害福祉の統合については「積極的な考え方」と「慎重な考え方」の両論併記になっている。

#### 4. 少子化対策について

行政の施策と関連して、医師会の役割が大きく求められている。

鳥取県は積極的に取り組んでいるが、決め手がなく、さらに効果的な方法があればご教授いただきたい。高齢化対策に追われ、少子化対策はおくれている。

岡山県は県の諸施策への協力・参加とともに、

女医部会（約 300 名）を設置し、出産・育児により女医が研究・医業をやめないで済むように少しでも支援できるシステム作りを目指している。また、復職がスムーズにできないものかとワークシェアリング、ドクターバンクを作っている。不妊治療他に参加し、いろいろなプランを検討している。

山口県は、周産期の医療体制の整備、小児救急電話相談事業、妊婦・産後の母親の抑うつ予防対策に参画している。

香川県は周産期医療対策、6 歳未満の乳幼児の医療費原則無料、保育所の増設・定員増、小児救急電話相談事業の開設等を行っている。

愛媛県は、県の施策に提言、協力をして行く。

5. 警察医（警察活動協力医）会について（山口県）  
当県と鳥取県を除いた中四各県では警察医会ないし警察連絡協議会等の名称で組織化し活動している。

徳島県は、さらに歯科医師会も加入している。活動内容としては、年 1 回の総会及び研修会の開催である。

青木日医常任理事：日医としては、（警察医に）関与していない。アンケートの結果、47 都道府県の取組状況は千差万別で、未設置は 4 都道府県、内 2 県が中四国ということであった。県警が医師（会）へ依頼して警察医会を作ったところが 8 割、都道府県医師会が主導して医師会内の組織として構成しているのが 2 割であった。

6. 県医師会における暴力団の不正要求排除の試み（徳島県）

各県ともに、診療報酬・保険金詐欺絡みの事件はないとのことであった。約半数の県医は、暴力追放県民会議に参画し、情報収集や暴力対策マニュアル等を会員に配布して、情報提供を行っている。

本県においても、3 月頃、有料情報サイトの不当料金請求が頻発したので、県警と連携して会員に対し「緊急警告」を発し、周知を図った。この対応により、大きな問題にならずに済んでいる。

### 7. 法律改正後の学校での結核検診の状況について（香川県）

平成 15 年 4 月からの問診表による結核予防対策で、結核患者がどの程度発見されたか、各県の実情を問われた。

各県とも結核患者の発見はなかった。

結核病学会中四国支部長西村先生（愛媛県）は、学童の結核発症率が非常に少なく 10 万人に対し 1.5 人。今までのツベルクリン反応で見つかる状況ではない。実際に患者が発生しているのは家族内感染。したがって普段のお子さんの様子をしっかりと見ることで見発見できるという学会の考えである。問診システムで患者さんを見発見しようという意志はない。問診で一番気をつけてほしいのは外国に行ってきた人や、（広島であった）外国にいた人が此方に来られた人の中に一人患者さんがおられた。胸の写真とか撮られていない中国のお子さんがいらっしやれば、胸の写真を撮られるなどしていただきたい。

### 8. 卒後臨床研修制度について（高知県）

高知県医師会は、高知県出身で他の地域の医学部を卒業する学生に、研修指定病院の説明を行った。そのようなことを他県でもされているかお聞きしたい。

広島県は、広島県地域保健対策協議会に地域医療臨床研修部会を設置。広島大学の枠を超えた、県内全域での臨床研修病院群ネットワーク作りを目指したが、具体的な行動に至らなかった。勤務医部会で卒後臨床研修の体制と題してセミナーを開いている。

岡山県は日本医師会のモデル事業を引き受けている。二つの医育機関があり、それぞれが独自の卒後臨床研修システムを構築している。医師会はこの二つの大学と緊密な連携を保っている。

その他の県では特に何も行われていない。

#### 日医への要望・提言

##### 1. インフルエンザワクチンの安定供給体制と返品対策について（鳥取県）

青木日医常任理事：昨年度の残ったワクチンは 18 万本、全体の 1.2% であり、市場原理の下での結果とすれば、うまく行った方だと考えている。

検討会においてもワクチン増産を強く申し入れているが、ワクチン製造会社が株式会社であるため、余るような量のワクチン生産はしたくないことから、大幅な増産は難しいのが現状である。

今年度は、昨年度ワクチン使用量の 36.5% 増に当たる約 1996 万本を製造する予定である。安定供給体制についての厚労省からの通知では、今年度においては約 5% に当たる 100 万本を不足時の融通対策として保管し、国が在庫調整をすることとしている。その出荷については、日医と十分協議することになっている。医療機関同士で融通しないでも済むように対応したいと考えている。医療機関からのワクチン注文量が、昨年度実績の 3 割を上回らないように、返品を前提とした注文をしないように協力をお願いする。

ワクチン不足という事態が生じないためには、2～3 割残るくらいの十分量のワクチンが必要だと考えているので、メーカー側に引き続き増産を申し入れるつもりである。

##### 2. 医師の偏在化と僻地医療について（島根県）

提出議題 2 で協議済みのため、省略。

##### 3. 社会保障費の財源に対する日医の取り組みについて（岡山県）

医療費、介護保険費、年金等の社会保障費等をどのように位置付け、また、評価し、その財源としていかほどの予算を組むつもりなのか、政府、厚労省と具体的資料を基に談判していただきたい。具体的財源なくして医療、介護等の制度変更などの枝葉を論ずることはおよそ意味のないことと思われる。

青木日医常任理事：日本医師会においても、そういう議論は出ている。常任理事会でも二度ほど出ている。皆が自覚していることであるし、先生の言われるグランドデザインをどうするのかということも含めて、避けて通れない問題だと考えている。

ただ、こういう議論をする際、財源論に入ってきた時に、税源をどうするのかという話をしておかなければどうにもならない。そうすると、税収増ということを目指すことになるわけで、国民

に増税だとなった時に十分に受け入れられるだろうかということ、子どもが議論しても前に進まない要因である。

中には医療はこれだけ要る、福祉にはこれだけ要るという形で出し、政府はそれを解決する義務があるという形で持っていく方法もあるのではないかという議論もしている。まだ結論が出ているわけではないので早急に結論を出さなければならぬと思う。

#### 4. 小児救急電話相談事業その後の状況について

(広島県)

青木日医常任理事：今年度から始まった厚労省の補助金事業で使われる #8000(固定電話)よりも、現在広島県でモデル事業として実施されている携帯電話で小児科医師が直接対応する方が優れていることは理解している。

ただ、(休日夜間の)小児初期救急患者の 90% が二次救急病院を受診しているという事実があり、これを早く解消して、二次救急病院の先生方の負担をできるだけ軽減したいということから、#8000 事業を国が急いでおり、日医としても対応していきたいという考えである。ただ、広島の形にできるだけ近いものにするように努力していきたい。#8000 については、日医が携帯電話会社と交渉して、県単位で繋げることが可能である。

#### 5. 「ACLS 研修」を国の委託事業に(山口県)

青木日医常任理事：日医は予算概算要求の中に ACLS 教育を入れて要求した。それに対して厚労省の概算要求では、(ACLS 直接はなかったが) AED 関係で 1 億 7,100 万円要求されている。まだ、財務省と折衝前の段階である。

#### 6. エイズ並びに性教育について(香川県)

エイズの患者数は依然として少しずつ増加している。他の性感染症も若年者での増加ないし低年齢化が報告されている。日医としても国へ十分な働きかけをしてリーダーシップを発揮していきたい。

青木日医常任理事：今月中に「STOP HIV AIDS」というものを立ち上げる。一番ポイントと思われるのは、こういう視点を持って専門小委員会に 2

人の性感染症の専門家の先生に入っていただくことになっている。

[記：理事 弘山 直滋・田中 豊秋]

### 医療保険研究会

出席者：藤原会長・三浦専務・西村常任理事  
正木理事・湧田理事・萬理事

#### 各県からの提出議題

##### A) 医療保険関係

(1) 保険医の定年制及び保険医の指導における保険者の関与について(鳥取県)

本年 7 月健保連が発表した「医療供給体制についての検討状況」の中で、「保険医の定年制導入と、保険医の指導・監督に保険者が関与すべき」と提言したことに対して、各県すべて断固反対。

松原日医常任理事：医師は自分の判断で仕事を止めるべきだ。また、保険者が直接保険医の指導・監督することはありえない。

(2) 投薬期間の延長による影響について(島根県)

各県とも、内科系の診療所では減収になっているが、診療所の医師と大病院の医師とでは長期投薬に対する認識が異なることを指摘。

松原日医常任理事：長期投薬にともなう指導料の増額を厚労省と交渉しているが、大病院の医師に対して 90 日を超すような超長期投薬をしないよう要望。

(3) 「死体検案」について(岡山県)

平成 16 年 5 月 30 日読売新聞朝刊に「医療の値段：死体検案書に 5 万円」の記事の中で、厚労省回答の「医師により死亡が確認されるまでは保険診療の対象になる」を引用し、「初診料と往診料は健康保険で請求可能のため高すぎる」と報道したことに対し、西日本はすべて自費扱いだが東日本は厚労省の見解に従った処理をしている。

松原日医常任理事：保険診療は生きている人に使用すべきと考えているが、厚労省と検討して全国

一律の方法を取れるようにしたい。

(4) 集団的個別指導の意義 (広島県)

各県とも、高点数のみをもって指導の対象とするのは問題で指導大綱の改善が必要と認識。

松原日医常任理事：「高点数が悪い」という指導大綱が間違いで、医師会内部からの自浄作用として個別指導が行われるよう厚労省と協議する。

(5) 診療情報提供料の算定について (山口県)

「入院中の患者が紹介により他医療機関を受診し、その結果を文書により入院医療機関に回答した場合、診療情報の算定を認めているか」に対し、認めている県、国保のみ認めている県等、対応が各県により異なっていた。

松原日医常任理事：「算定できない」と明確に書いてない以上、外来患者が入院中かどうかにかかわらず診療によりその結果を診療情報として書いた場合、情報提供料は算定可能と考える。現在厚労省と交渉中。

(6) 電子レセプトの病名と薬事法承認事項の病名の不一致に関して (香川県)

電子レセプトの場合、傷病名の記載は「ICD10コード」か「厚生省コード」に準拠して選択することが一般的だが、コード病名と薬事法承認事項に記載されている傷病名が合致しない、あるいはコード病名に未収録の病名が多く存在するが、各県の対応はいかがか。

これに対して、「審査委員の判断によるが、同等の病名があれば認める」とする県が多かったが、「一部返戻もあり得る」とする県もあった。

松原日医常任理事：問題は保険者に電子レセプト提出となったときに病名不一致による返戻・査定が増加する可能性があることで、「有効性と安全性が確立された医薬品に関しては、薬理作用に基づいた使用を認める」とした昭和 55 年通知に従った審査をしていただくよう厚労省と審査会に要請し、すでに保険局が平成 16 年 7 月 9 日、従来通り適切に、すなわち保険適用にすべきという通知

を出した。

(7) 保険に関する疑義解釈について (愛媛県)

個別事例に対する各県の対応を質問されたが、各県により対応が少し異なり報告は省略する。

B) 労災・自賠責保険関係

(8) 交通事故における健保使用について(高知県)

患者からの申し出があれば、医療機関は交通事故患者の健康保険使用を断ることはできないが、損保会社職員が患者に「健保を使用したほうが有利」と誘導していることに関して、自賠責保険に対する各県の意見はいかがか。

これに対し、各県とも「自賠責保険」がある以上、損保会社の利益のための健保使用には問題があるとする意見が多く、健保の使用に明確な基準を設けるべきとした。愛媛県から日本臨床整形外科医会編の「Q & A 交通事故診療ハンドブック」が有用との発言あり。

松原日医常任理事：労災・自賠責委員会で検討するよう担当理事に伝えるが、株式会社が医療に参入すると同じことが医療保険でも起こりうるため断固阻止する。

当県の正木理事より「会員から自賠責保険に対する不満が非常に多い、“労災特掲”の方向で遞減制廃止はできないか」との質問に対し、松原日医常任理事は「この件に関しても検討したい」と答弁。

C) その他

(9) 患者の囲い込みについて (徳島県)

介護保険が始まって、患者の囲い込みが行われているように思われるが、各県ではいかがか。この件に対し、各県とも一部囲い込みを感じるが表立って問題になっていない。しかし一部医師のモラルが問われている例として「グループホーム入所中の患者全員に対する訪問診療、あるいは在総診の請求があり、監査の対象となり得る」との報告があった。

松原日医常任理事：制度として良くするよう検討

したい。問題事例があれば知らせてほしい。

[記：理事 萬 忠雄]

#### 日医への提言・要望事項

(10) 多剤投与にともなう処方料(及び処方せん料)減額の廃止について(鳥取県)

多剤投与にともない処方料(及び処方せん料)が減額されるシステムは、薬価差がほとんどなくなった現在、まったく不合理と考える。

松原日医常任理事：導入された時、憤りを感じた。薬剤を減らそうとしても減らせないこともあるので努力していきたい。

(11) 国の形、特に福祉について

大きな政府か、小さな政府か、日本医師会はどこを主張するのか(島根県)

スウェーデンに代表される北欧型の高福祉、すなわち大きな政府を選択するのか、あるいはアメリカに代表される自由主義、市場原理に基づく小さな政府を選択すべきか、日医のお考えを教え願いたい。

松原日医常任理事：自民党は新自由主義に基づき、なるべく福祉を削る方向にある。日医は、国民にとって必要な社会保障(医療、福祉)は十分に確保すべきと考える(この面では大きな政府)。しかし各論においては、政府に無駄なものはなるべく排除してもらおうようお願いしている(小さな政府)。大きな政府、小さな政府と一概には決められないが、日本国が医療において十分に幸福であるように求めていく。

(12) 医療保険と介護保険の関係について(岡山県)

松原謙二常任理事(医療保険担当)と野中博常任理事(介護保険担当)の主張に、一部不一致な点が見られる。いろいろな意見、主張があってもよいと思うが、根幹の部分が揺らぐと一般会員の不安も増幅する。医療保険と介護保険との関係を今後日医がどう考えていくのか、はっきり示していただきたい。

松原日医常任理事：文章になると難しく、マスコ

ミは自分(松原常任)の考え方を正確に載せてくれない(本意ではない部分もある)。野中常任と考え方はまったく一緒である。医療が必要な人は十分に医療保険で、介護が必要な人は介護保険で、そして必要な場合は互いに補完しあうべきである。厚労省には医療保険と介護保険の一本化(老人保険)という考えもあるが、日医としては医療保険と介護保険の一本化は考えていない。

(13) 集团的個別指導の改善について(広島県)

選定基準の不合理性、すなわちこの指導は単に医療費の抑制が目的のように考えられることより、廃止を含めて全国的に検討してほしい。

松原日医常任理事：積極的に取り組む。

(14) 介護保険を利用して訪問看護を受けている場合の、点滴注射の管理指導料及び薬剤料算定を認めることについて(山口県)

平成 14 年 9 月の厚労省通知で、看護師等の注射行為が認められた。また、平成 16 年 4 月の改定で、在宅患者訪問点滴注射管理指導料が新設され、薬剤料の算定も明記された。しかし、これは医療保険での訪問看護に限定されている。現実には介護保険での訪問看護が圧倒的に多く、こちらでの算定も認められるべきである。日医として強く要望していただきたい。

松原日医常任理事：指示は医療の医師が出すわけであるから、医療保険の中で請求すべきである。個人的意見として、訪問看護はあくまで医療の主導の元で行うべきものであって、ケアマネジャーが必要かどうかの判断をするものではない。したがって訪問看護は医療保険から給付されるべきであったと考える。今、介護保険課と議論している。

(15) 診療報酬に関して(徳島県)

1. 外来看護師のコスト(外来患者 30 人に看護師 1 人)を診療報酬などに解る形で反映してほしい。

松原日医常任理事：充足していないときどうなるか問題がある。検討はしていきたい。

2. 特定疾患療養指導料の対象疾患に逆流性食道炎を認められないか。

松原日医常任理事：胃炎を合併していることが多く、今まで問題にならなかった。積極的に検討したい。

3. 画像診断がなくても腫瘍マーカーの算定を認めてほしい。

松原日医常任理事：検査の必要性は県によって対応が違う。点数が高いので保険者は簡単には認めてくれないが、財源の問題も絡めて検討中である。

#### (16) 慢性期入院医療の給付について（香川県）

厚労省は、入院医療については医療保険の適用を急性期と亜急性期医療に限定した上で、慢性期の入院医療は特定の病態である患者を除き、介護保険から給付すべきであるとの方針を明らかにしているが、これに対する日医のご意見をうかがいたい。

松原日医常任理事：慢性期すべてを介護保険で給付することは絶対に許さない。

#### (17) 施設基準が定められた手術の要件について（愛媛県）

16 年 4 月の改定で定められた要件であるが、症例数について問題がある。また、医師の経験年数についても、経験年数、熟達度を満たす医師を呼んできて手術する場合もあるが、そういうことがまったく考慮されていない。厚労省に改善を申し入れていただきたい。

松原日医常任理事：問題があると思っている。十分な議論なしに導入された。改善したい。

#### (18) ジェネリック薬品の適応について（高知県）

今回、抗血小板薬やプロトンポンプ阻害剤の後発品が収載されたが、その適応が狭い範囲でしか認められていない。それが認められれば、医療費の節約になると思うが、日医は先発品と同様な適応拡大の推進をしていく考えはないのかうかがいたい。

松原日医常任理事：PPI の期間の制限は間違っている。薬理作用に基づいた処方認められるべきである（55 年通達）。審査委員会でも協力をお願いしていただきたい。

[ 記：理事 正木 康史 ]

#### 医事紛争研究会

出席者：藤原会長・上田副会長・吉本常任理事  
杉山理事 / 末永・弘田両顧問弁護士

はじめに担当県の碓井広島県医師会長の挨拶の後、新本広島県医師会常任理事の司会により開会。日本医師会から出席の 3 名の紹介があった後、さっそく議題の討議に入った。

#### 【協議議題】

1. 医療事故・過誤の把握状況について（岡山県）
2. 日本産婦人科医会からの「医療事故・過誤防止事業」に対する協力依頼について（香川県）

この両議題は一括協議。ともに平成 16 年 4 月 1 日から日本産婦人科医会が「医療事故・過誤防止事業」を開始し、全会員に妊産婦死亡や新生児脳性麻痺等重大な事例を全て報告するよう義務づけたことに対して、各県の医療事故・過誤の把握状況及び医師会がどこまで協力できるのかというものである。

同様の事業は既に泌尿器科医会等でも行われているし、また厚労省の医療安全推進室は国立病院に対して、医療事故の届け出を義務化している。

事業の目的は医療事故・過誤の全例収集とその分析により事故防止対策に役立てようというのが趣旨であり、ペナルティに結びつけようというものではないとのことである。

各県とも国公立病院については医賠責保険の関係で、事例を把握できていないのが現状。

山口県産婦人科医会では、県医医事紛争対策委員会の産婦人科委員が医会役員を兼務しており、県医が受理した産婦人科事件事例を承知しておられる。

3. 民事裁判も行政処分対象とすることについて（岡山県）

#### 4. 自浄作用活性化委員会、民事事件にともなう医道審議会における行政処分、並びにリピーターについて（徳島県）

この 3、4 もほぼ同様の議題で、民事裁判も行政処分の対象にしようとする動きに対してのものである。裁判の長期化は医療側にとっても、患者側にとっても好ましくないので、和解による解決を視野に入れて対応してきた。しかし民事裁判結果が行政処分の対象になるようであれば、明らかな有責事例を除き、和解等による有額解決は避けざるを得なくなるだろう。

ただこれまでは、実際に刑事事件とならなかつた医事紛争事例として、医道審議会に上ってきたものはわずかであるが、それらはリピーター事例が多い。逆に刑事事件でありながら、漏れて医道審議会に上ってこない事例が多数あるのがこれまでの状況であった。今までは新聞等で報道されないものについては厚労省で把握できなかったため、罰金以上の刑に処せられた事例は全例法務省から厚労省に報告する制度ができたので、今後は起訴され略式裁判で罰金刑に処せられたものまで上ってくる可能性がある。交通違反も同様である。

これらと関係して、弱者救済的な判決や和解勧告が多くなっている最近の裁判の傾向を考えると、無過失補償制度が必要であるとの意見が多数出された。日医でもすでに常任理事会で議論され、プロジェクト委員会の立ち上げが決定されたという。

#### 5. 医療水準の地域差と説明の範囲について（高知県）

一般に医療事故裁判で焦点となるものに医療水準というものがある。具体的には脳血管造影検査で事故が起きた事例に対し、裁判では検査の前に脳血流検査（高知県内にはこれを行える医療機関がない）等を実施すべきであったと判断されたことに対して、県外での前検査としての脳血流検査まで言及してのインフォームド・コンセントを行う必要があるかというものであった。

脳血管造影検査については、死亡率、合併症等を含め、そのリスクを十分説明して実施しているのが実情で、上記の前検査を必ず実施しておかねばならないというものではないというのが大方の意見であった。

#### 6. 少額訴訟対応について（山口県）

少額訴訟は簡易裁判所が扱い、比較的簡単に訴状が受け付けられる。一方、裁判所からの出廷命令を受けた側、医師側ではパニックに陥り、少額ならと安易に解決を図ろうとすることもあり得よう。今後、少額訴訟提起が増加すると考え、当県より提出した。

岡山県と広島県から、1 例ずつ少額訴訟事例が報告された。

本県事案は訴額が約 9 万円で、診療内容にまったく問題なく、当方が本訴に移行するよう主張したところ、相手側では請求理由の主張が出来ず、手続未完のまま取り下げが確定した。このように訴額が少額であっても毅然とした対応を取ることが、今後同様の訴訟の増加を防止する上で重要と考えている。

#### 7. 裁判上の和解について（広島県）

広島県では医療訴訟原告側として有名な弁護士がいて、医療訴訟がきわめて多く、裁判官が判決文を書くのを嫌って、和解勧告を行う傾向にあり、他県の状況はどうかというものである。

提案の広島県、他各県でも一般に増加の印象という所が多かった。安易な妥協はすべきでないという建前がある一方で、和解は、公開されることも少なく、被告医師と患者及びその家族とを長期に亘る裁判の重圧から解放する等の利点もある。議題 3、4 で問題になったように民事裁判結果が、行政処分対象になるような事情が具体的にあれば再考が必要であろう。

山口県の場合、訴訟事例は 30% で、このうち和解はさらに 10% 程度。それも医師に過失はないと認めたものの、裁判費用や弁護士費用などを医師側に負担を求めたというものである。

#### 8. 医事関係訴訟連絡協議会の専門委員制度について（香川県）

#### 9. 専門委員について（医事関係訴訟）（徳島県）

8 と 9 議題は医事関係訴訟連絡協議会の専門委員制度についてのものである。医療裁判は専門的で複雑なため、専門家を選任して争点整理や裁判官への助言等を得ようというもので、一応本年 4 月から発足の予定である。同様のものは他に建築

関係分野がある。

岡山県と愛媛県では県医師会に依頼があり、既にそれぞれ 2 名の専門委員が推薦されている。県医師会へ全然コンタクトのない県も多く、単に問い合わせのみの県もあった。

山口県医師会では推薦を求められたことはないが、大学教授や助教授、大病院の院長など 8 人に専門委員就任の要請がなされている。現在実質上の問題はないとしても、県医師会が推薦母体であることが望ましいと考えている。

#### 10. 研修医の医師賠償責任保険加入について

(鳥取県)

研修医の医師賠償責任保険加入について、日医は最近既に研修医の日医賠償責任保険加入のための新しい会員区分 A (C) 会員が創設された。年会費は医賠償保険料相当額を含み 6 万 1 千円と設定された。

#### 【日医への要望・照会】

##### 1. 2 県より新臨床研修医の日医医師賠償責任保険加入について質問と要望があった。

(高知県・広島県)

##### 2. 日医付託された事案の委員会討議内容や結果を各都道府県医師会へ提供してもらえないか

(山口県)

個人を特定できないようにして、毎年日医が医事紛争担当理事連絡協議会で配布している「医療行為と民事責任に関する判例一覧」のような形式にまとめて提供することはできそうであり、努力する。

##### 3. 鑑定人候補リストを作成していただけないか

(鳥取県)

医療訴訟においては鑑定人の意見は大きく判決に反映される。一方鑑定人の引き受け手が少なく、特異な人が受けて、特異な鑑定結果を出すことが少なくない。裁判所側では既にいろいろの動きがある。例えば最高裁内では平成 13 年より医療関係鑑定人を推薦依頼などする医療関係小委員会が発足し、年々依頼件数が増えている。医師会側でも何らかの努力をする必要がある。鑑定人リストなどは都道府県単位くらいの領域で作成し、必要に応じ近隣に照会するというのが実際的ではないか。もちろん日医も必要な援助があればするつ

もりである。

[記：理事 杉山 知行]

#### 特別講演 I: 「今、医療に求められているもの」

日本医師会長 植松 治雄

今一番の問題は混合診療だ。株式会社の参入は 10 月にも解禁されるかもしれない状況で経済諮問会議から閣議決定される予定になっている。昭和 36 年以来 40 数年間国民皆保険制度は、健保闘争を通じて改正改正がなされてきた。若い先生方はその経過をご存じない。国民にしてもいろいろあっても心配ない、という安易な考え方をしている。混合診療になぜ反対するのか十分に理解をしていない。たとえば足切りのように、1 か月 1 万円程度の医療費は健康保険なしで自分で払いなさい、ということになる。毎日新聞にもありますように、にわかには信じがたいが、財政諮問会議が云うことより、医師会の言い分の方が正しいようだ、という意見も聞かれるようになった。われわれは過去に誤解があって作られた医師会のイメージを変えなければならない。時間はかかるが国民の信頼を回復することが大切だ。余談だが、たとえば世の中はスピードアップしている時代、昔ながらに時間がかかる育児はスピードアップができない。育児はスローフードのようなもので、ミスマッチングが起きているのではないだろうか。

世界医師会東京総会が開催されるが、テーマは既に高度先進医療と決まっている。高度先進医療は脚光を浴びているが、全人的な医療、かかりつけ医療が横に置かれている。開催地会長の話の中でそのことを話したい。医療の定義を武見会長は「医療は医学の社会的な適応である」と述べている。医学が進歩しても実際に行うのが医療、医療には時代の背景があり、文化や地域性もある。それぞれの社会にどう適応していくかだと思う。日本医師会長に立候補した時、全国を回ったが、教育・文化などさまざまな差があり、東京にいて机上で絵を描いてはわからないなと思った。高度先進医療は不可能を可能にした。どんどん進めたいという思いがある。たとえば生殖医療について倫理的問題を学会で話しているが、医学界の中だけで話してはだめだ。宗教、文化など広い分野の人たちを含め、同じ場で議論する必要がある。謙虚な気持ちで、安全を考えて進めてい

かなければならない。また、内視鏡下手術は保険診療でなかったために、それを行った大学にペナルティが科せられた時代があった。その後保険収載されて、不可能な手術が内視鏡下で可能となり、今日では皆が内視鏡下手術を受けられるようになった。保険診療によって新たな医療が安く、皆が受けられるようになった。そういった下支えをしている特定療養費はいずれ保険適応になるところが、混合診療とは違うところである。

生涯教育としては、自分が行わないことについても知識として知っておく必要がある。現在の診療レベルがどの程度なのか、先端医療はどうなっているか。患者さんも IT によって知識を持っている。医療安全のためには医師免許証の更新の問題がある。これは試験をするなどということではなく、住民の信頼を得て生涯教育の中でやっていく。安全で質の高い医療をどなたにも平等に提供することは大事なことだが、その上に暖かい、人に優しい医療が求められている。

医療供給体制としては、診療所がプライマリ・ケアとしての外来機能、病院が入院機能、という機能分担を徐々にでも正しい方向に進んでいくようにする。もっとも大切なプライマリ・ケアとしてのかかりつけ医を病院がサポートする形が大事である。診療報酬、点数表は複雑だが長い時間かけて出来上がったものだ。診療報酬の改訂は次の改訂でも今のような方向で行くだろう。2年に1度診療報酬改訂がプラスになるかマイナスになるか、この2年間にあるべき診療報酬のあり方を中医協で議論していく。

新たな卒後臨床研修制度が始まっている。今はプライマリ・ケアが十分にできていない。医療を良くするためにはプライマリ・ケアの充実がだいじで、プライマリ・ケアに目を向け、プライマリ・ケアのできる医師を作ることが必要だ。臨床研修に係わる診療所の先生方は地域医療の大切さを教えてほしい。プライマリ・ケア学会は専門医を作ろうとしている。以前家庭医の専門医を作ろうとして国立病院から医師が外国へ研修に行ったことがあったがうまくいかなかった。各診療所の医師はそれぞれ専門科はあるが、患者さんの背景を見てアドバイスすることはできる。かかりつけ医として10～20%の機能は持っている。24時間かかりつけ医はできないので、各地域医師会でシス

テムを作る必要がある。地域で提供する医療は一人ひとり違う。高齢者ではどの位の医療が必要か、同じ症状でも望む医療が違っている。全人的医療で、QOLを高めるものでなければならない。また、定年後の医師の働く場としてドクターバンクを活用して医師不足を何とかしたい。一次救急医や小児科医などが足りない。このことに医師会は既に取り組んでいるが、もっとアピールしなければならない。

手術の施設基準が導入されているがアウトカムを見なければ本当の評価はできない。人口分布が違ったり地域差があり、地域住民の合意がなければならない。医療費の60～70%は病院の医療であり、大病院指向が医療費の増大の一因となっている。そこで外来診療費を病院では下げ、診療所では上げたことがあったが、結果は予想と逆になった。このように今の医療は診療報酬に振り回された医療である。DRG-PPSについては、現在DPCによる包括化がおこなわれている。手術料などがはずれているが、直ぐに包括化される恐れがある。入院期間は短くなったが病気が治って退院したのかは不明だ、追い出されたのではない。病院機能分化が求められているが、一部には100～200床で総合病院的機能を求めているところもある。それぞれに対応していただきたい。病床区分については西山氏がやめるときに無責任にも慢性期は介護保険でといったがこういう考えがあることも知っておく必要がある。精神科病床にしても基本的に受ける側が何を必要としているかを知ることが重要だ。

市場原理の危険性を国民に理解してもらい、国民皆保険制度を国民とともに守っていく、一度押し切られたら大変なので国民運動としてやっていく。11月～12月は予算の話が大切な時期になる。その時には各地域医師会にお願いすることがあるので、資料提供の準備をし援助も考えている。混合診療についてはもっと国民に知ってもらうために、マンガにして説明してはどうかとの意見がある。ともかく国民皆保険制度を守ることが重要で、混合診療によってこれが崩れる恐れがあり、株式会社の参入も断じて許すことはできない。先生方には安全で、質の高い日常診療に努めてほしい、またそうでなければならないと思っている。

[記：理事 湧田 幸雄]

## 第 48 回 社会保険指導者講習会 「精神障害の臨床」

と き 平成 16 年 8 月 25 日(水)～26 日(木)  
ところ 日本医師会大講堂

出席者

上田副会長  
西村常任理事  
濱本常任理事  
湧田理事  
萬理事  
保険委員・支払基金審査委員 矢賀 健

毎年恒例の日本医師会・厚生労働省共催の「社会保険指導者講習会」が、8 月 25 日から 2 日間にわたって、日本医師会館にて開催された。

この講習会は、日本医師会が毎年テーマを一つ決め、その分野におけるわが国の第一人者に、執筆を依頼して作成された、日本医師会雑誌特別号「精神障害の臨床」(6 月 15 日号)をテキストとして行われた。

講演は 10 題あり、それぞれの執筆者が担当する。講演内容は以下に要約したものを報告するが、詳細については後日、日本医師会雑誌に掲載される予定である。

講演に先立ち、植松治雄日本医師会長の挨拶があり「現代は高度情報化社会の中で人間関係も複雑化し、人間としての心のゆとりがなくなっているのも事実である。国民はストレスの中で精神疲労状態にあり、今こそ心のケアが必要となっている。患者さんは精神的な症状のみならず、身体的な症状を訴えて来られることもよくあり、当たり前のことだが、いつも患者さんの身になって対応してもらいたい。

精神医療を確保することは大変重要な意義があり、日頃の先生がたのご努力によって支えられて

いることには感謝したい。めざましい進歩をとげる精神医学を医師会としても支えていく所存であるし、厚生労働省にもその財源確保のお願いをしていきたい」と述べられた。

続いて坂口厚生労働大臣(代読、辻哲夫厚生労働審議官)の挨拶があり、「国民皆保険とフリーアクセスを基本とするわが国の医療保険制度は、世界的に高い評価を受けているところであるが、一方で少子高齢化の進展、厳しい経済情勢、医療技術の進歩など、医療をとりまく環境は大きく変化してきている。このような状況下で、将来にわたって国民皆保険制度を堅持する観点から、平成 15 年 3 月末に医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する閣議決定がなされた。平成 16 年 4 月の診療報酬改定は、基本的にはこれをもとに行われた。具体的には、医療技術の適正な評価、医療機関のコストや機能などを適切に反映したものである。

今後診療報酬体系の基準、尺度の明確化をはかり、国民にわかりやすいものとなるよう、精力的に検討していくとともに、医療保険制度を将来にわたって安定かつ持続可能なものとなるよう、基本方針に添って保険者の再編、統合や新しい高齢

者保険制度の創設や、医療制度の抜本的な改革に精力的に取り組んでいきたいと思う」と述べられた。

【記：常任理事 西村 公一】

#### 現代の精神科臨床

上島 国利（昭和大学医学部精神医学）

今年の 2 月に厚生労働省から患者調査の発表があり、それによると、精神症状を訴えて受診する患者が、この 3 年間で 54 万人増えていて、特にうつ病は 1.6 倍も増えている。2002 年には精神科受診者が 250 万人を突破したという数字が出ている。精神に不全を来して受診する患者の数が多くなっているという傾向である。

かつて、精神医学といえば主に精神分裂病（今の統合失調症）のことが語られていたが、今はまずうつ病が大きな話題になってきた。

うつ病に関しては産業精神医学の分野で大きな問題となっており、58.2%の企業がメンタルヘルスの問題で従業員が悩んでいるということをしており、また 3,000 人以上の従業員を抱える企業の 99.5%が心の病の問題を抱えているといわれている。そのうちもっとも多い疾患はうつ病で、85.8%、年代では 30 代が 49%で最多となっている。

それから、高齢になってくると、痴呆性疾患が増えているかは不明だが、痴呆症状を訴えて受診する方の数は増えており、これに対応する対策が必要となっている。

また、アルコールや賭博、ゲームそれにインターネット中毒などが話題となっている。摂食障害では、昔は神経性食思不振症が問題となっていたが、今は大食症が話題となっており、これは、パーソナリティディスオーダーということで問題となっている。

さらに、PTSD、不登校、虐待、自閉症（アスペルガー症候群）などがマスコミでも話題となっている。また、睡眠学では、睡眠が改めて見直されている。

今までは精神医学の分野では、統合失調症が主な学問とされてきたが、最近では対象とする学問の幅が広がってきたため、われわれもいろいろな領域に対応しなければならないという現実に向き合っている。

いわゆる身体医学は科学的で客観的であるといえるが、精神医学のひとつの特徴としての、客観的な指標がないというのが問題で、そのために判断に主観的なものが入るということである。人間は、身体的、社会的、実存的なものであるから、単に自然科学的アプローチをただけでは、患者さんを理解することができないのであり、精神医学では心理、社会的な側面へのアプローチが必要となってくる。

いまだに、精神疾患ではその原因がはっきりしないものも多くみられるが、最近ではゲノム解析や、ニューロイメージングによって、その解明に迫る研究がなされつつある。

診断基準が人によって違うという問題があり、これは臨床において大きな問題である。これについては、最近 DSM- というアメリカ精神医学会の診断基準が世界的に普及してきており、同じ診断基準で疾患を診断しようという動きがある。これは疾患の原因はどうであれ、客観的に見た今の症状を基準にして診断をしようというものである。

最近の社会問題として、自殺の問題がある。昨年は年間自殺者数は 3 万 4 千人と過去最高となった。失業や経済的な理由での自殺が多くなっているが、これはうつ病との関連が重要視されている。日本医師会でも「自殺予防マニュアル」を発刊して、その防止に力を入れている。

不安性障害は、精神科以外の一般の診療でも多く遭遇する疾患で、特に社会不安障害が有名である。さらに対人恐怖症、全般不安障害、適応障害などがあり、最近これらに対して、SSRI が効果があるということで話題となっている。

このように、精神医学は対象が急速かつ広範囲になってきており、精神科医としても対応していかなければならないが、一般診療科においても、精神科領域の知識を十分に持つことによって、軽いものは日常診療で対応していただきたいと思う。

【記：常任理事 西村 公一】

#### Schizophrenie の呼称変更と偏見の打破

佐藤 光源（東北福祉大学精神医学）

統合失調症への病名変更

1993 年全国精神障害者家族連合会からの要請

に始まり、1995 年日本精神神経学会小委員会で名称変更の検討が開始された。その結果、2002 年 8 月、日本精神神経学会は「精神分裂病」から「統合失調症」に病名を変更した。それを受けて厚生労働省も公文書への新病名の使用を認め、2003 年 3 月には全国で診断書の 78% に新病名が使用されており、速やかに普及している。

#### 疾患概念の変遷

名称を変更しただけでは十分でなく、日本ではその疾患概念を国際的なものに変えていく必要があった。かつては、精神分裂病の中核は早発痴呆とされ、原因不明で人格が荒廃していく病気で、治らないし病名の告知がむづかしいという概念であった。統合失調症の概念は、疾患を一つの症状群と捉え、神経伝達系の不均衡が原因で起こるものであり、疾患と人格は別次元のもので、包括治療によって回復ないしは社会復帰可能な疾患であるというものになってきた。

統合失調症の現在の診断基準は、米国国際疾患分類 (ICD-10) 及び精神医学会診断分類 (DSM-TR) が用いられているが、ICD-10 研究用診断基準によれば、思考化声、思考吹入・奪取、思考伝播 操られる、影響される、抵抗できないという妄想や妄想知覚 患者の行動に絶えずコメントしたり、仲間たちが患者を話題にしたりする幻声、身体のある部分から発せられるという幻声 文化的に不適切でまったくあり得ない内容の持続的な妄想、これらの症状の 1 つ以上が 1 か月以上続くと診断できるとされている。

この疾患の経過は長期にわたることがあり、20 年以上の長期転帰をみると、精神症状のエピソードをくりかえしつつも、最新の薬物療法と心理社会的ケアを行えば、約半数は完全な、あるいは持続的な回復を得ることができる、比較的予後のよいものだということが解ってきた。

#### 病気はどこまで分かったか

抗精神病薬が統合失調症に奏効するのは、主に脳ドパミン神経系の機能を抑制するためであり、逆にドパミン作動薬の慢性投与や NMDA 拮抗薬は統合失調症に類似した精神病エピソードを誘発する。これらの精神薬理学的な知見と視床フィル

ター障害説を組み合わせたものが Carlsson の病態モデルであり、本疾患の病態を、前頭葉・中脳 - 線条体・被殻 - 視床を結ぶ神経回路の不均衡で説明している。この病態の仮説を裏付けるように、前頭前野の体積減少、外側面の機能低下、錐体細胞棘の減少、GABA-T 活性の低下、前シナプス機能調節蛋白の異常などが証明されている。

#### 新病名の普及と波及効果

「精神分裂病」という精神科の診断によって、診断された人への偏見が生じ、病名自体が回復者の社会参加を阻むという現実があった。事実、「不治の病」「人格が崩壊する病気」として捉えられ、患者は社会から隔離され収容・保護されるということで、家族にとっても人生の重荷となっていたのである。

「統合失調症」への病名の変更は、スティグマの解消だけでなく、精神分裂病として一般に認識されていた疾患概念が、必ずしも現在の国際的な疾患概念と一致していないということを認識し、新しい疾患概念を普及させる目的もあった。その結果、社会生活機能の回復ということが、患者治療の目標となってきたのである。

この病名の変更によって、誤解やスティグマが解消され、インフォームドコンセントに基づいた“分かり合った治療”が推進されようとしている。

【記：常任理事 西村 公一】

#### 精神科診断・治療の進め方

宮岡 等（北里大学精神科学講座）

精神症状を訴える患者を診断する場合、全身疾患を見逃さないように十分身体現症を診察し、鑑別に必要な検査を行う。例として血液生化学検査によって内分泌疾患を診断した例、MRI 検査によって脳腫瘍が発見された例を示された。精神現症では訴えていない症状についても評価することが重要であることを強調された。精神疾患は DSM-IV で分類されることが多いが、臨床では精神症状の発症原因によって分類する方が理解しやすい。すなわち、外因性精神障害は身体疾患・薬剤・中毒などから来る症状である。内因性精神障害は、統合失調症やうつ病という原因のはっきりしていない精神科特有の疾患の症状である。心因性精神

障害は、性格や環境に起因するもので、神経症・適応障害・外傷後ストレス障害（PTSD）などである。

素人的常識で診断するのではなく、精神現在症から鑑別診断を進めることが重要である（日医編「精神障害の臨床」S49 頁）。意識障害は、特に軽度の障害に注意する。中毒や身体疾患が原因の場合がある。知的機能の障害は、痴呆スケールなどで判定できる。脳腫瘍など器質的疾患の可能性もある。幻視は、薬物など外因性が疑われる。

幻聴・妄想は、統合失調症に多い。躁気分は、躁うつ病にみられる。抑うつ気分は、内因性うつ病。その他不安・焦燥・心気などは、神経症でみられる症状である。

治療の方向性としては、外因性精神障害では、代謝性疾患・薬物中毒・脳の器質的疾患など原因の治療を行う。対症的な向精神薬療法も効果があり、補助的に精神療法やカウンセリングを行う。内因性精神障害は、向精神薬療法が第 1 で、次に精神療法やカウンセリングを行う。心因性精神障害は、性格や環境に働きかける治療は時間がかかることから、向精神薬療法と精神療法やカウンセリングを同程度重視する必要がある。

【記：理事 湧田 幸雄】

#### 一般外来でみられる精神障害

野村 総一郎（防衛医科大学校精神科学講座）

気分障害のなかで軽症のうつ病は専門医でなくても対応できる。うつ病は、憂うつがひどくなり社会生活が困難な状況、必要以上に心配で妄想的、自責的で状況が好転しても改善しない、といったうつ症状と、その持続期間が 2 週間以内かそれ以上続くかで軽症うつ病（小うつ病）と大うつ病に分けられる。うつ症状がそろっていても、症状が 2 週間以内であったり、症状が 2 週間以上続いてもうつ症状がそろっていない軽症はプライマリ・ケアの治療対象になる。

治療としては、精神療法と薬物療法を併用する。精神療法の基本は、本人に対しては決して珍しい病気ではない、必ず治る病気だと説明する。ただし家族には、再発しやすいし自殺の危険があることを説明しておく。休養し、努力することをやめ、受け身でいることを促す。自殺を防ぐには、周り

に迷惑をかけるのでしないようにと説明し、回復してきたときは、再燃が多いので焦らないようにする。治療者がやってはいけないこととして、

お説教、叱咤激励（例：そんなことでどうする）、性格を理由にする（例：性格を直さなきゃだめだね）、安易な慰め（例：大丈夫だよ）。家族への説明の注意としては 回復の見通しと自殺の危険について、自殺は治りに多いこと、イライラした態度や部屋の中を歩き回り急に静かになる、いつもより長時間外出するなど自殺の予兆であること、怠けているのではないこと、叱咤激励の禁止、カラオケ・旅行どの気晴らしを強制しないこと。薬物療法として抗うつ剤の使用は、副作用に注意して十分量を長期間使用した方がよい。精神科への紹介が必要な場合は、重症で自殺念慮が高度でイライラ・焦燥が強い、軽い症状が遷延する、アルコール・薬物乱用の合併、うつ以外の精神障害の可能性のあるもの、躁病の既往、離婚問題など家族状況が複雑なときである。

次に、不安神経症の中のパニック障害（急性不安）と全般性不安障害（慢性不安）について解説された。パニック障害は、まず自由のきかない場面（乗り物の中など）で急にドキドキする・息が詰まる・苦しい・痛い・めまいなどが起こり、死にそう・気が狂いそうといったパニック発作が起こる。すると同じような場面でまた起こるのではないかと予期不安が起こり、それを避けようとして外出恐怖・乗り物恐怖症になり、うつ・慢性不安が形成される。薬物治療としては、即効性の抗不安薬と SSRI を用いる。精神療法としては、徐々に段階的に行動範囲を拡大する行動療法を指導する。

パニック障害の 46% が全般性不安障害で、その約半数がうつ病の併発歴がある。全般性不安障害の概念は、生活の中のさまざまな不安（例：息子が事故に遭わないか）、現状にそぐわない不安（例：主人がリストラにならないか）、過剰な不安（例：大震災が近いのではないか）を感じ、コントロールすることができず、不安表出身体症状（不眠、動悸、肩こり、倦怠感など）を呈する。治療は、SNRI と SSRI を 8 週間以上投与し効果を判定する。

【記：理事 湧田 幸雄】

## 精神科治療法の進歩-生物学的治療(薬物、その他)

越野 好文(金沢大学大学院 脳情報病態学)

## 薬物療法

## 抗精神病薬療法

## 定型(従来型)抗精神病薬

## フェノチアジン系-クロルプロマジン

-鎮静作用が強い

## -レボメプロマジン

-催眠作用が強い

米国は使用なし

## -フルフェナジン

-注射薬 2週間作用する

## ブチロフェノン系-ハロペリドール

-強い抗幻覚妄想作用

## ベンザミド系 -スルピリド

-少量で抗うつ効果

## 非定型(新規)抗精神病薬

リスペリドン 少ない錐体外路症状

オランザピン

ペロスピロン

クエチアピン

抗精神病薬の薬理作用は、中脳辺縁系の遮断で抗精神病効果を、中脳皮質系の遮断で、意欲・活動の抑制、黒質線条体系の遮断で錐体外路症状、隆起漏斗系の遮断で高プロラクチン血症がある。

抗精神病薬の副作用は多くあるが、その中でも悪性症候群は死亡率が高い。発生率は0.02%~1.8%で、原因薬は非定型より定型抗精神病薬の方が多い。70%の死亡率である。稀に制吐薬のmetochlopramideで起こることがある。新規抗精神病薬の特徴は、錐体外路症状の発現が少ない(抗パーキンソン薬が不要)、高プロラクチン血症を生じにくい、陰性症状に効果が期待できる。また、コンプライアンスの向上で再発が予防できるしQOLの改善につながる。新規抗精神病薬について、治療と臨床現場で一致している点は、ESP(extrapyrmidal system)が少なく、陰性症状を軽減する、認知及び感情症状を軽減することであり、現在は第一選択薬となる。

## 抗うつ薬

第一世代の三環系抗うつ薬の特徴は、過去のデータが豊富である。クロミプラミンは点滴静脈内投与ができる。速効性があり安価である(イミ

プラミン・アミトリプチリン・ノルトリプチリン)。欠点としては、抗コリン性副作用、抗1系副作用、心毒性(大量で致死的である)、躁転の可能性がある。位置づけとしては、重症うつ病やメラニコリー型に有効との報告がある。四環系の抗うつ剤の特徴は、三環系の抗うつ剤より副作用が少なく、速効性が期待できるものがある。欠点としては抗うつ作用が強くないものもある。

第3世代の抗うつ剤として、SSRI(フルボキサミン・パロキセチン水和物)SNRIとしてミルナシプランがある。その他の抗うつ薬として、スルピリド、メチルフェニデートがある。SSRIの特徴は、利点として、抗コリン性副作用が少ない、大量服薬でも致死的ではない、強迫性障害・パニック障害に適応(海外では全般性不安障害、社会不安障害にも適応)がある。欠点として、薬物相互作用が多く、服薬初期に嘔気・食欲低下などの消化器症状が多い。また、初期に不安が増強される場合があり(jitteriness)、性機能障害が報告されている。SNRIの特徴は、抗コリン性副作用が少なく、大量服薬でも致死的ではない。SSRIより反応率・緩解率が優れるという報告がある。チトクロームP450の影響を受けない。欠点としては、三環系抗うつ薬より尿閉が出現(割合はそれほど多くない)する。位置づけとしては、第一選択薬の一つであり、高齢者、身体合併症のある場合において、他科の処方薬で薬物相互作用がある場合に適している。

気分安定薬の特徴は双方向性作用(抗躁、抗うつ)、躁・うつ両病相の予防効果があり、炭酸リチウム、カルバマゼピン、バルプロ酸ナトリウムがある。

抗不安薬の分類は、ベンゾジアゼピン抗不安薬のジアゼパム、アルプラゾラムがあり、セロトニン1A受容体部分作用薬のタンドスピロン、SSRIのフルボキサミン・パロキセチン、三環系抗うつ薬のクロミプラミン・イミプラミン、SNRIのミルナシプラン、ベータ遮断薬のインデラル・テノーミンがある。

抗不安薬の臨床用量依存という現象がある。BZは耐性が形成されずに高用量に至ることがないとして、安全性の高さが強調されてきている。しかし、臨床用量の範囲内でも長期にわたって服

用し続けているうちに、依存性が形成され、退薬症状が出現しうるとの事実が、多くの報告によって明らかにされている。臨床用量依存、常用量依存、低用量依存などと呼ばれて、独自の依存性が獲得されるとして安易な長期投与への警鐘となっている。

電気けいれん療法（ETC）は、再度認識され、安全性を高めることにより、使用されるようになった。ETC の安全を高める工夫として、修正型電気けいれん療法（mETC）を行う。恐怖感を取り除くために静脈麻酔薬を使用、けいれんや骨折防止のために筋弛緩薬を使用する。認知障害の防止のために電極配置を劣等半球に使用する。同じく認知障害の防止のためにパルス波治療器を使用する。

他に、高照度光療法がある。2,500 ~ 10,000ルクスの高照度の人工光を使用、光源の前で、読書や編み物をしながら過ごす。1 分間に数秒の間光源を見つめることを 1 日 2 時間以上行くと 1 週間で元気が出る。適応は季節性感覚障害、睡眠相後退症候群という。

【記：常任理事 濱本 史明】

### 統合失調症の診断と治療

丹羽 真一（福島医大神経精神医学）

統合失調症の年間発症率は 0.2 ~ 0.4 人 / 1,000 人で、生涯の有病率は 1% 位である。罹患率に男女差はないが、女性患者は男性に比して発病時期が遅く、入院回数が少なく、社会生活機能がよい。厳密な診断基準を用いれば国や文化の違いによらず、罹患率・有病率はほぼ同じである。診断基準は DSM- や、ICD-10 を使用する。広範性発達障害との関係もいわれるようになってきたが、行動面で統合失調症と類似している特徴を持っている。

統合失調症は、陽性症状と陰性症状に分けられる。陽性症状は幻覚・妄想が現れ、陰性症状は意欲の低下・感情の平板化となる。脳の器質的障害で起こるのが陰性症状で、ドーパミンの過活動により起こるのが陽性症状ではないかといわれている。

単純型統合失調症は、行動の奇妙さ、社会的な要求に応ずる能力のなさ、全般的な遂行能力の低

下、明らかな精神症状の先行をみることなく、「陰性」症状（たとえば、感覚鈍磨、意識低下）が少なくとも 1 年以上にわたって進行している。

Liddle らは、症状の行動を、思考と行動の貧困症状、思考と行動の不統合症状、現実歪曲の 3 症候モデルに分けている。他に Lindenmayer らの 5 症候モデルもある。3 症候モデルには局所脳血流異常の関係がある。貧困症状では前頭葉外背側部の低血流、不統合症状は側頭葉皮質の低血流、現実歪曲では側頭葉内側部の高血流が認められることを示唆し、臨床症状と一致すると考えられる。

統合失調症とアルツハイマー病の患者さんの認知障害の比較を考えると、一番異なるのは記憶の保持であり、アルツハイマー病の患者さんは統合失調症の患者さんと比較すると極めて悪い。画像診断によると、統合失調症患者さんの脳は、正常者の脳と比較すると、海馬の萎縮と、脳脊髄液で満たされた脳室の拡大が見られる。

統合失調症の病因論としては遺伝要因も考えられ、一親等に患者がいる場合には、発病危険率は 10 倍になる。両親が患者の場合には発病危険率は 50 ~ 80% くらいとなる。環境要因として、生物学的環境のなかでは、母体のインフルエンザ感染、風疹感染、低栄養、糖尿病、喫煙、産科的合併症（低酸素）があり、社会的環境のなかでは、貧困、低い社会階層、都市部、社会の中の少数人種等がいわれている。

精神障害に影響するさまざまな要因として、精神生物学的脆弱性と社会・環境のストレスがあげられるが、それらからの防御因子として、周囲からの指示、技能形成、移行的プログラム、向精神薬等がある。

統合失調症の病因論は、神経発達異常説であり、画像診断の発達とともに、脳溝の開大（皮質萎縮）や脳室の拡大所見が明らかとなった。この所見は発病前から開いているらしく、発病後に進行するものではない。脳の組織学的検索の結果、海馬・海馬傍回、帯状回、前脳基底部、脳幹部に細胞配列の乱れや脳細胞の減少などが認められる。この組織学的な変化にはグリア増殖が伴わない。中枢神経系の分化と形成の時期に平行して形成される外胚葉性器官に微細な形成異常が多い。

統合失調症の治療計画策定で考慮すべき項目としては、以下の 5 項目である。

1. 治療関係の確立を認識していただく。
2. 各種評価は患者さんの身体的・心理的病体を把握すること。
3. 治療の場を、外来で行うのか、入院で行うのか決めていかなければならない。
4. 患者と家族に対する疾患教育を行う。統合失調症であるという病名の告知を行い、理解していただき、患者・家族とともに治療を行う。福島医大では約 90%の方に病名を告知している。
5. 地域社会資源との協同を目標に、患者さんが改善していき地域にもどれるよう治療する。また、社会資源を利用する。

治療計画の策定としては、急性期治療、回復期治療、安定期治療の 3 期に分けられるが、それぞれについて、症状の評価、治療の場の選択、薬物・身体療法、心理社会的療法の 4 項目がある。急性期治療は、症状の軽減を目標とし、回復期は症状が軽快し社会生活に復帰するまでの時期であり、症状の再燃に注意しながら社会復帰の準備を行う。安定期は症状の安定を図りながら、社会復帰が行える状態を維持することである。

急性期には薬物療法（患者さんによる評価も行う）、電気けいれん療法（再評価され効果が期待できる）を行う。急性期における身体管理は、薬物等の副作用に注意しながら行わなければならない。回復期には陽性症状の増悪防止、原発性の陰性症状とみかけ上の陰性症状に注意しながら、薬物の維持を行う。また、不安・抑うつ状態に対する適切な薬物の使用を行う。安定期にはその維持療法における薬物の選択、維持療法の期間、抗精神病薬の減量の問題がある。

薬物には再発を予防し、なおかつ減量・中止にもっていかなければならず、一般的には 4 週間ごとに減量していかなければならない。

薬物療法で陽性症状が中心のケースとして使用できるのが、非定型抗精神病薬ではセロトニン・ドパミン拮抗薬のリスペリドンと、塩酸ペロスピロン、多元受容体標準化抗精神病薬のオランザピン、いずれにも属さないフマル酸クエチアピンである。米国・ヨーロッパでは aripiprazole や

ziprasidone が使用されているが日本では認められていない。陰性症状が中心のケースとして使用できるのは、ほとんど同様であるが、リスペリドンの使用量が陽性症状と比較すると少し少ないようである。

日本では使用されていないが、Clozapine に期待されているのが認知機能を良くする効果である。知覚機能に対してはかなりの効果が期待できる。記憶機能に関しては時間が経過することにより効果が期待できる。実行機能に関しては検査によって効果の判定が異なってくる。ある程度、従来薬と比較するとそれ以上の期待ができそうである。

心理社会的療法（各病気を越えて）は以下のものが挙げられる。

1. 個人療法：基本的アプローチ、面接で取扱う事項、診察する頻度とタイミング
2. 集団療法：集団精神療法、レクリエーション療法、作業療法、生活技能訓練
3. 家族とのかかわり
4. 心理社会的治療施設やプログラム：社会復帰棟、デイケア、住居プログラム、職業リハビリテーション、ケアマネジメント。

【記：常任理事 濱本 史明】

#### 精神疾患はどこまで解明されたか

武田 雅俊（阪大ポストゲノム疾患解析学）

米国精神医学会が提唱する DSM は 1980 年代からわが国に導入され、現在第四版が使用されている。これにより脳内病理に基づく主観的な診断でなされていた伝統的精神医学が、行動に基づく客観的診断法へと変革した。また、心理過程推論で診断されていたものが、脳機能画像などの進歩により客観的異常として実証されるものとなってきた。

例えば、うつ病の頻度は脳卒中後に高いが、特に左皮質梗塞後に多いことが分かっている。また、高齢者うつ病では前帯状回、前頭葉底面の機能不全が指摘されている。一方、双極性障害では、海馬におけるミトコンドリア mRNA の発現が減少しているとされている。さらに、ロッテルダムスタデイでうつ病の既往のある人では頸動脈のプラークや石灰化の頻度が高いことが疫学的に証明

されており、うつ病は動脈硬化に関連すると考えられる。このように、うつ病を器質的異常としてとらえる客観的指標が蓄積しているのである。

一方、統合失調症の人では、辺縁系と前頭葉の萎縮が指摘されており、灰白質が 2 ~ 4% 減少しているといわれている。小児期発症の統合失調症ではさらに体積の減少が著しいといわれている。このように統合失調症は神経変性疾患ともいえるのである。

【記：保険委員・支払基金審査委員 矢賀 健】

#### 精神科治療法の進歩 - 精神療法

牛島 定信 (慈恵医大精神医学)

精神療法とは治療者と患者の間でみられる言語的、非言語的交流が引き起こす精神的変化を治療的に活用したものであり、個人的精神療法、集団的精神療法、家族療法に大別される。すべての精神療法の基本は支持的な精神療法といえる。すなわち、医師は患者の話に傾聴することにより、気持ちの通じ合い(疎通性)が生じることになる。医師に対する信頼感が生まれた後は、医師から言語的表現を与えられると、何がおこっていたかわからなくなっていた患者は将来に見通しがもてるようになる。

個人精神療法には、力動的な精神療法、森田療法、行動療法、認知行動療法などがある。力動的な精神療法は精神分析的考え方を基にしたもので、そのうち標準型精神分析療法は、週 4 回以上カウチを用いて自由連想法によりエディプスコンプレックスを解消するもので治療期間は 3 ~ 5 年である。ところが、最近では前エディプス期に問題を残す患者も精神分析療法の対象となり、自由連想法を対面法に変えたり、面接回数も週 1 ~ 2 回にしたり、過去の体験よりも現在の体験を取り上げたりする精神分析的な精神療法が広く行われるようになってきている。この場合治療経過は 5 ~ 6 年である。森田療法は神経質の患者に見られる「とらわれ」を打破するものであり、通常入院で行われてきたが、最近では外来治療として、神経症に限らず、うつ病、ひきこもり症例、摂食障害などにも試みられている。その他、行動療法や認知行動療法は、間違っただけの学習に基づいて生じたと考えられる症状と、それに対する歪んだ態度を修正し

たり、問題となっている症状や行動を認知の歪みとしてとらえて、その修正をはかることを目的としたもので、最近広く受け入れられるようになっている。

【記：保険委員・支払基金審査委員 矢賀 健】

#### コンサルテーション・リエゾン精神医学

堀川 直史 (東女医大神経精神科教授)

コンサルテーション・リエゾン精神医学とは、「総合病院の(精神科を除く)各科で生じる、この問題に対応する活動」と定義され、精神科医が他科の医師・看護師と一緒に患者の精神的ケアをする医療である。コンサルテーション・リエゾンは複合語で、「コンサルテーション」「リエゾン」という 2 つの語句からなっている。コンサルテーション精神医学は、他科医が患者の精神的問題について、精神科医に相談をもちかけ、その依頼を受けて行われる医療であり、リエゾン精神医学は、「連携精神医学」とも訳されるように、精神科医が他科病棟チームの一員となって、スタッフへの精神的な教育、定期的な回診、カンファレンスへの参加、患者だけではなく家族や医療スタッフへの精神保健についての対応も含めて行う活動であり、治療だけでなく、予防や教育にも関与する。したがって、リエゾン精神医学は、患者の生命予後に対する直接的な影響、入院治療期間の短縮、QOL の改善に重要である。対象は、救急医療・ICU・CCU・熱傷ケアユニット・脊損患者・重症脳外傷・リハビリ・ペインクリニック・IFN 治療患者・HIV 患者・緩和ケア・コントロール不良の糖尿病・喘息・心身症等がある。リエゾン精神医学の普及と質の向上には、包括的医療の重要性に関する意識が病院に定着していなければならない。

【記：理事 萬 忠雄】

#### 精神障害への社会・行政の取組み

白石 弘巳 (東京都精神医学総合研究所社会精神医学研究係長)

2000 年 4 月、「自己決定の尊重」や「社会的後見」などの新しい理念を取り入れた新たな成年後見制度が開始された。この制度の目的は、精神上の障害により判断能力が不十分な人のために、成年後見人が法律行為を代行したり、詐欺や悪質な取引

などから財産を保護することである。

法定後見制度：判断能力に障害を有する者を対象とする。旧禁治産者が後見類型、旧準禁治産者が保佐類型と改称され、より軽度の人を対象とする補助類型が新設された。今回の改正で配偶者が法定後見人となる規定が廃止され、家庭裁判所が職権で選任することとなった。また身寄りがいない人などの場合に、市町村長に申し立て権を新設した。

任意後見制度：判断能力があるうちに本人が任意後見人を指定して、判断能力が衰えた後の財産管理や自分の希望する事務について代理権を与える契約（「任意後見契約」）を公正証書の形で結んでおき、後見登記制度によって登記しておくもので、能力喪失後に契約内容の履行が開始される。任意後見制度は、法定後見より優先される。

成年後見制度の課題と医師の役割：成年後見人はインフォームド・コンセントの代諾者となる権限を付与されていないため、痴呆性高齢者などの医療に支障が生じることが懸念されている。新制度下で医師の役割として大きいのは、精神鑑定に協力することである。

診断書・精神鑑定書の記載には、最高裁判所が作成した「新しい成年後見制度における診断書作成の手引き」「新しい成年後見制度における鑑定書作成の手引き」を参照して所定の書式を用いる。診断名、その重症度と今後の回復の見込み、制度利用の可否、どの類型を利用するかについて、審判官に理解できるように解説する。

【記：理事 萬 忠雄】

#### 診療報酬体系の見直しと平成 16 年診療報酬改定 麦谷 眞里（厚生労働省保健局医療課長）

現行の診療報酬体系は出来高払い方式を基本として、昭和 33 年に構築されたが 40 年を経過する中で複雑化しわかりにくいものになった。出来高払いの課題としては、1. 検査、投薬等の量的拡大のインセンティブが働く、2. 医療技術の評価や医療機関の運営コスト等が適切に反映され難い。新卒医師もベテラン医師も診察料は同一である、3. 医療の質や効率性の向上に対する評価が十分でない、などがある。

以上のことから、平成 16 年度診療報酬改定の

基本的考え方は医療技術等の進歩を踏まえ、患者の視点から質の高い最適の医療が効率的に提供されるよう、下記 3 点を中心に見直しを進めた。

1. 医療技術の適正な評価(ドクターフィー的要素)
  - ・手術の施設基準について、暫定的措置として現行の基準の見直し
  - ・重症化予防に関し、肺血栓塞栓症予防のための医学管理を評価
2. 医療機関のコスト等の適切な反映(ホスピタルフィー的要素)
  - ・診断群分類別包括評価(DPC)のデータ収集拡大と評価の検証
  - ・ハイケアユニット、亜急性期入院医療等の評価
  - ・精神科入院患者の地域への復帰支援等の評価
  - ・臨床研修機能等の整備
  - ・病院・診療所間の初診料の格差を是正
3. 患者の視点の重視
  - ・施設基準が設定された手術については実施数、手術内容、合併症等を書面で患者への説明を要件化
  - ・特定療養費制度の見直し

今後の課題としての医療技術評価、医療機関の運営コスト、DPC 評価、及び慢性期入院評価等については中医協の下にそれぞれ分科会をつくり検討していく。

上記の説明の中で、個人の考えとして、「昔は何処にでもあった魚屋、乾物屋、お菓子屋などはほとんど無くなり、今は巨大なモールの中に商店は集中している。世の中は分化ではないのに、医療界では機能分化と逆に動いているのではと素朴な疑問をいただく。」と述べた。個人の考えとしても厚労省の医療課長がこの認識しかないとすると由々しき問題である。小さな診療所や僻地の医療機関が頑張るのは時代に逆行しているという考え方である。今後は注意深く施策の立案、実施を見守る必要があろう。

【記：副会長 上田 尚紀】

#### 総括 桜井 秀也（日本医師会副会長）

まず、医療課長の機能分化に関する発言について「経済効率のみが重視され、魚屋なども大資本のマーケットに入ったが、皆パック商品で質の低

下は歴然としている」と一蹴しまとめの話に入った。まず、現金給付と現物給付の違いを火災保険と医療保険を例に解説し、現物給付の医療保険に現金給付の混合診療はありえないと説明。つづいて政府の規制改革・民間解放推進会議が主張する混合診療の解禁について、これは小泉内閣の国民皆保険制度堅持の立場に反するとしうえで、「混合診療の解禁を求める趣旨は保険 + 自由診療で自由の部分のみを増やし、保険部分を抑制するもの」

と批判し、さらに「風邪や腹痛などなにもかも保険免責に拡大し、国民皆保険制度の崩壊に繋がる可能性がある」と反対姿勢を示した。また、特定療養費制度のうち、高度先進医療については将来保険適応されるという前提があるので評価できるとした。しかし予約診療、200 床以上病院の初診料、超 180 日の入院基本料などについては今後中医協で議論していく意向をしめした。

【記：副会長 上田 尚紀】

-----

<h1>理事会</h1>	<h1>第 9 回</h1>
<p>9 月 16 日 午後 5 時 ~ 6 時</p> <p>藤原会長、上田・木下副会長、三浦専務理事、濱本・佐々木・西村各常任理事、井上・正木・湧田・萬・杉山・弘山・加藤・田中各理事、青柳・小田・山本各監事</p>	

**議決事項**

- 1 第 149 回定例代議員会の付議事項について  
10 月 28 日（木）山口県医師会館において開催の標記会議の提出議題を決定。

**協議事項**

- 1 平成 15 年度山口県医師会決算について  
事務局から決算の報告後、監事から監査報告があり、決算を承認。
- 2 第 149 回定例代議員会の議事運営について  
標記会議の議事運営について検討した。
- 3 社会保険センターで実施する一次予防を中心とした健康づくり事業等の実施について

協力することに決定。

**報告事項**

- 1 山口県社会福祉審議会（9 月 2 日）  
山口県地域福祉支援計画（骨子）・次世代育成支援行動計画については、市町村が策定するものであるが、県の立場から総合的に支援するため策定するものである。県立社会福祉施設（16 施設）の現状の報告があった。（佐々木）
- 2 個別指導〔病院〕（9 月 2 日）  
病院 1 機関について実地指導。（萬）
- 3 広域予防接種運営協議会（9 月 2 日）  
広域予防接種は、一部で問題はあるが平成 17 年度から標準料金は広域化になる予定である。各担当理事へ広域化をお願いした。インフルエンザ予防接種は、接種期間は 11 月～明年 2 月末であるが、市町村によっては変更が出る場合があるので、市町村に問い合わせようお願いした。予防接種請求支払い一括システム（案）については継続審議となった。その他で平成 17 年度からツ反がなくなり、BCG だけの予防接種になる予定。（濱本）

4 山口県医療審議会(9月3日)  
 9月2日、理事会で保健医療計画部会の報告したとおり、市町村合併で医療圏域に組み替がある。この場合、基準病床数に過不足数が出る医療圏があり、了解を求められ一部変更を認めることになった。(木下)

5 日医勤務医委員会(9月3日)  
 都道府県勤務医担当理事連絡協議会、日医ニュース「勤務医のページ」等について協議した。(三浦)

6 中国四国連合常任委員会(9月4日)  
 連合委員長の挨拶後、中央情勢報告、前回医学会の事業・決算報告、今回の運営の仕方等の協議があった。なお、次回の担当は香川県で、開催地は松江。(三浦)

7 中国四国連合医学会(9月5日)  
 9月4・5日、徳島市で開催された。詳細は本号に掲載。

8 山口県救急フェア in 長門(9月9日)  
 長門市で開催、県救急医療功労者知事表彰で団体は長門市医師会、個人は竹重元寛先生(下松市)が受賞された。(佐々木)

9 岩国地区個別指導(9月9日)  
 診療所8機関について実施。(木下、西村)

10 医事紛争対策委員会(9月9日)  
 病院2、診療所1機関の事案について協議。(杉山)

11 やまぐち子どもきららプラン 21 協議会(9月9日)  
 平成17年度から平成22年度までの計画で、少子化対策の新たな計画として策定される予定。(濱本)

12 指導医のためのワークショップ(9月11~12日)  
 山口県セミナーパークにおいて一泊二日の合宿形式により行われた。(湧田)

13 山口県介護保険研究大会実行委員会(9月14日)  
 研究発表、開催要綱を検討した。(佐々木)

14 その他  
 山口県医師会労働保険事務組合における平成15年度収支報告及び監査報告を行った。(事務局)

**互助会理事会 第5回**

1 傷病見舞金支給申請について  
 1件申請。承認。

**母体保護法指定審査委員会**

1 母体保護法指定医申請  
 1件申請、承認。



**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**

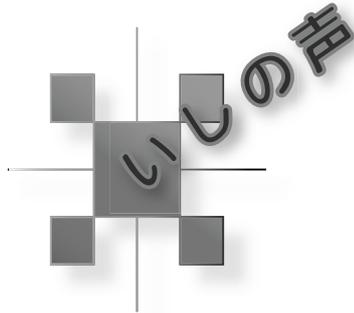
〒745-0036 周南市本町1-3 大同生命徳山ビル4階

↓

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



## 情報システムは医療の質を変えるか

小野田市 瀬戸 信夫

あまり大きな声では言えませんが、何年か前にインターネット(IN)を使って、アメリカのドラッグストアにちょっとヤバイ薬を頼んでみました。1週間後に、至極当たり前のようにブツが届いたときには正直驚きました。普通入手が難しいものが、自宅から、そして非常に安価に手に入る。一つの通信手段に過ぎないINが、社会のあり方を変えると実感しました。

ここからはまじめな話。電子メールで症例検討をしていらっしゃる先生は多いと思います。いつでも、そして遠方の先生とも精細な画像を見ながら相談ができる。こんな便利なものはない反面、INはウィルスやハッキングという危険性を持つために、個人情報の扱いなどには注意が必要でした。

さて、ここからはさらにまじめなお話になります。山口県がセキュリティの確保された医療情報ネットワークを作ろうとしています。すでに一部で稼働を開始し、近い将来県下すべての医師会に普及していく予定です。システム構築や情報センター機能は山大医療情報部を母体としたNPOが受け持ちます。

平成13年に県が「山口スーパーネットワーク」の運用を開始したことが直接のきっかけですが、県医師会の医療情報システム委員会が以前から「使われない救急医療情報システム」を「使われるものにしよう」と提起してきたことや、医療情報部を中心として小野田、萩、周南・大島など各地で情報システムのモデル事業に取り組んできたことも一つの要因と考えています。

このシステムは救急医療の他に「医療」「僻地」「地域リハ」の連携システムから成り立っています。基本的なポリシーは、システムを医師の身近に置くこと(医師に活用されるものにする)、2次医療圏を視野においた(各々の特性に応じ、医療圏ごとにシステム構築できる)ものであること

でした。また、保健・福祉・介護との連携もこのシステムが目指すところです。

システムの実際はこれから各地で行われるデモンストレーションでお目に触れると思いますが、すべてを使っただけという発想でなく、一部でもお役に立てばとの考えで設計されています。私が一部関与させていただいた「医療連携」部分の内容とメリットはおよそ以下の通りです。

・【医療の質の向上】症例検討(テレビ会議含む)、画像コンサルテーション、オンライン教科書、文献検索など。

・【診療補助機能】紹介状、検査データ配信、介護保険認定審査システム、ML、施設・人物データベースなど。将来は日医のORCAや電子カルテ同士の連携につながっていくシステムであり、医療機関の経済的メリットにもつながるものです。

・【県民にとってのメリット】医療の質の向上や画像・検査データなどの連携自体が県民のメリットとなりますが、地域の空きベッド状況、救急医療、地域リハ、災害時システム、医療機関データベースなどはすべて県民の福祉に直結するものです。

・【医師会にとってのメリット】日医、県医からの文書を電子化して郡市医師会に配信することで、医師会の手間と通信費を大幅に軽減できます。お知らせ、電子会議室、研修会などのビデオライブラリー、スケジュール調整なども使えます。サーバを自分で管理する煩わしさから解放されることも大きなメリットと言えます。

以上、個人的な「声」を越えて、思わぬ大口をたたいてしまいました。しかし、県と県医師会が共同で作成し、しかも全県下で動くシステムは国内初でしょう。新しいシステムですから、すべての医療機関で使いこなされるようになるには少し時間が必要かも知れませんが、今後各医療圏の先生方の英知を集めニーズに適應しながら、必ずや医療の質を変えるシステムに育つものと確信しています。

副会長 木下 敬介

9月に入っても、残暑はなお厳しい。いきなり衝撃的なニュースが伝えられた。ロシア北オセチア共和国の学校占領事件で、いたいけないうちの子供たちがテロの犠牲になった。子どもたちの目の前で子どもを撃ち殺したというから凄まじい。わが国でも、幼い兄弟を生きたまま川へ投げ込んで殺害するという暗いニュースが続いた。

7日にはわずか1週間前の16号よりさらに強烈な18号台風に見舞われた。今年29日の21号を含めて合計8つの台風が日本に上陸したことになり、上陸の回数は過去最多という。最高気温や真夏日も記録を更新。人間界も自然界も、何かおかしい。

9月2日(木)、広域予防接種運営協議会。平成15年4月より、山口県では医師会主導の下に広域予防接種が実施されることとなった。新潟県、大分県、高知県に次いで4番目。本年度第2回目のこの運営協議会では、平成17年度の広域予防接種料金及び対象拡大(児童・生徒の日本脳炎、二種混合)、今年度の広域における高齢者のインフルエンザ予防接種等について協議。接種料金請求支払い一括システム(案)についてはこれからの検討課題ということになった。広域化の最終目標は県内どこでも同じ料金で個別接種が受けられることにある。総論は賛成でありながら各論は料金や市町村の予算など金銭的な問題で折り合いのつかない部分もあったが、協議を重ねるにつれて少しずつ目標に近づいているのは喜ばしい。

9月3日(金)、山口県医療審議会が県庁において開催。県医務課の所轄の会議で、県医師会から会長・副会長の2名が委員に選任されている。8月10日に開催された保健医療計画部会(前回の県医師会の動きの中で報告)の本会議に相当する会議。保健医療圏域をまたがっての市町村合併

にともなう病床の過不足について協議されたが、不足病床を充足する場合、病床の機能を十分吟味検討して充足すべきであることが指摘された。

9月4日(土)、平成16年度中国四国医師会連合各種研究会が広島県医師会の担当で、翌5日(日)には中国四国医師会連合医学会が徳島県医師会の担当で、いずれも徳島市において開催された。各種研究会では、地域医療、医療保険、医事紛争に関する3つの分科会が行われ、それぞれの懸案事項について日医の担当常任理事を交えて活発な意見・情報の交換があった。この会議に先立って常任委員会が行われ、その中で、春に連合総会があって同じような内容のものを秋にも行うことへの見直し、つまり止めたらいかかという提案があったが、各種研究会では時間が足りないほどの白熱した議論があるし、医学会では日医の抱えている時事問題を会長自らの講演によって聴くことができるわけだから、この2つの会議は存続させるべきと考えたい。

9月9日(木)、郡市医師会会長会議。9議題のひとつに郡市医師会からの意見・要望があった。国保連合会における院外処方箋の外用薬の部位の記載不備に対する査定の是非を問うもので、さっそく担当常任理事から国保連合会審査委員会々長に対して連絡。これを受けて国保連合会より「当分の間、査定の取り扱いとはしない。しかし、適切な治療を行ううえで部位の記載は必要なことから、会員への周知を図りたい」旨の回答があった。なるほど、院外処方箋への外用薬の使用部位の記載については文書で求められていないのでその不備に対して再審査での査定は行き過ぎにしても、使用部位の明記は間違いのない治療をするうえでも必要と考えるのが妥当であろう。特に皮膚科のように複数の病名、部位、外用薬がある場合、

それぞれについて使用部位と使用回数を明記するのは当然と思われる。

9 月 11 日(土)・12 日(日)の 2 日間にわたりセミナーパークにおいて「指導医のためのワークショップ」が行われた。これは今年度から義務づけられた医学生の臨床研修必修化の中で行われるプライマリケア重視の地域医療研修に対する指導医を養成するカリキュラム。山口県医師会の主催であるが、日医からも橋本常任理事がチーフタスクフォースとして指導にあたった。受講者は県内から 24 名。1 グループ 8 名ずつの 3 グループに分かれて、合宿方式によるかなりハードな内容の研修だったとか。県医師会からも上田副会長、三浦専務理事、田中・湧田両理事の 4 名がディレクターとして参加。

9 月 21 日(火) 日本医師連盟執行委員会が日医会館において開催され、山口県医師連盟より委員長・副委員長の 2 名が参加。第 20 回参議院選挙(7 月 11 日)に対する総括があり、自民党逆風の中でまずまずの成績という考えに対してもっと多くの得票と自民党内上位でなければ日医連の主張はとらならないとする厳しい意見もあった。国民皆保険制度堅持のために日医を含めた関係諸団体による「国民医療推進会議」を結成し、国民運動を展開する方向が示され、早急に実行に移されることとなった。

この会議の前の時間を利用して地元国会議員(時間の都合で安倍幹事長と高村元外務大臣)を表敬訪問し、予算編成、税制改正、医療改革(特に混合診療解禁・株式会社参入への反対)の 3 点について山口県医師会からの要望書を手渡し、ご高配をお願い申し上げた。

9 月 25 日(土)の午後、総合保健会館多目的ホールにおいて山口産業保健推進センター主催・山口県医師会共催・山口労働局後援による「過重労働対策フォーラム」が行われた。「職域における過重労働を考える」というテーマで、学識経験者、行政機関、専属産業医、嘱託産業医、事業主、衛生管理者等による調査報告や話題提供などがあり過重労働への対策が検討された。これを聴きながら、

医師及び医療従事者の過重労働は一体どうなっているのだろうと、ふと思ってみたりした。

9 月 26 日(日) 第 89 回山口県医師会生涯研修セミナー。午前中に 2 題の特別講演と午後には「うつ病」というテーマでシンポジウムが行われた。「自殺とうつ」の話では前日の産業保健の過重労働とも関連する部分があり、興味深かった。

午前中の特別講演の講師古川恵一先生の座長をさせてもらったが、その古川先生との会話で「1 年に何回くらいこのような研修会をされるんですか」、「山口県医師会として 6、7 回、地区医学会が 4 か所でそれぞれ 1 回、それに各都市医師会単位でもかなりやっていますし、日本医師会としてもやっています」、「医師会の先生方はずいぶん勉強されるんですね」、「ええ、勉強される先生はよく勉強していますが、研修会にまったく出てこない先生もいるんです。そこが問題で...」といったやりとりがあり、少し複雑な気がしたことを覚えている。

9 月 30 日(木) 自民党県連厚生部会と県医師会との懇談会。これは数年前から続いており、県医師会の懸案事項を聴いてもらったり県政反映へのご尽力をお願いしたりする会合。今回は、小児救急医療対策の充実強化、救急医療に係る ACLS(二次救命処置)研修事業の創設、看護師等養成所運営費補助金の増額、社会保険診療報酬の事業税非課税存続、三位一体改革に係る医療・福祉政策、「混合診療解禁」と「医療の株式会社化」の反対の 6 項目について各担当より解説し要望を申し上げた。よく聴いてもらい適切な質問もいただいた。混合診療の解禁や株式会社の参入がなぜ国民皆保険制度の崩壊に繋がるかを、短い時間で説明するのは容易でない。十分理解してもらえたかどうか、気になるところ。要領よく分かりやすい説明を用意しておく必要がある。

今月は日医への出向も多かった。9 月 3 日の勤務医委員会には三浦専務理事が、16 日の第 26 回産業保健活動推進全国会議には小田理事が、同日の IT 問題検討委員会には吉本常任理事が、30

日の健康スポーツ医学委員会には浜本常任理事が、それぞれ東京へ日帰り出張したほか、18日・19日の全国共同利用施設総会には上田副会長、西村常任理事、正木・田中両理事の4名が松江市に出張した。

9月21日の日医連執行委員会から帰りの機内で東京と大阪の真夏日の記録更新が放映されていた。東京が68日、大阪が89日を超えたという。その夜遅く、酔芙蓉の花は暑いほどピンクが濃く

なると、これもテレビで知った。芙蓉は「芙蓉の顔」といって美人に例えられるそう。酔芙蓉は花の白が午後の暑さでピンクに変わることからその名がつけられたという。季語は秋、9月の花。ひるからの 雲に敏くて 酔芙蓉（下村非文）

「蚊帳の中から花をみる / 咲いてはかない酔芙蓉（風の盆恋唄、なかにし礼 作詞）」は不倫の唄とか。越中おわら風の盆は、富山県は八尾町の有名な盆踊り。9月1日から3日間、ほとんどぶっとおしで踊るときいた。

## 会員の動き

- 平成 16 年 9 月受付分 -

### 入 会

郡市	県	日	氏名	診療科目	医療機関名
吉南	2 Ⅱ	-	市原 和彦	整外	(医)協愛会阿知須共立病院
吉南	2 Ⅱ	-	藤井 郁英	内	(医)協愛会阿知須共立病院
下関市	2 Ⅱ	B	山本 洋南	内	(医)山陽会長門一ノ宮病院
下関市	2 Ⅱ	B	佐々木 介	精	(医)山陽会長門一ノ宮病院
下関市	2 Ⅱ	A2	岡 聡江	内	(医)社団松涛会安岡病院
宇部市	1	B	永谷 建	眼	(医)社団永谷眼科
山口市	2 Ⅱ	A2	市田 太郎	内	(医)樹一会山口病院
岩国市	2 Ⅱ	A2	井手 宏	内・呼	三井化学岩国大竹工場附属診療所
山口大学	3	-	内田 耕一	内(消)	内科学第一
山口大学	3	A2	神田 隆	神内	神経内科学

経口用セフェム系製剤



**セフゾン<sup>®</sup>** 細粒小児用  
カプセル 100mg / 50mg

CFDN

Cefzon<sup>®</sup> (略号:CFDN)

薬価基準収載

＜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<sup>注1)</sup>

注) 注意一医師等の処方せん・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

作成年月2003年11月

●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。

## 退 会

郡市	氏名	備考
大島郡	西岡 文彦	大島郡国保診療施設組合介護老人保健施設やすらぎ苑 より
吉南	栗山 龍太郎	(医)協愛会阿知須共立病院 より
吉南	宮崎 浩美	(医)協愛会阿知須共立病院 より
下関市	岩下 敬太	
岩国市	岡崎 浩子	三井化学岩国大竹工場附属診療所 より
小野田市	富永 博	富永外科医院 廃業
山口大学	三隅 俊吾	神経内科学 より
山口大学	安部 真彰	神経内科学 より
山口大学	木村 正道	神経内科学 より
山口大学	奥田 剛	耳鼻咽喉科学 より
山口大学	橋本 智子	耳鼻咽喉科学 より

## 異 動

郡市	氏名	異動事項	備考
大島郡	周防大島町立橋病院	施設名称	【大島郡国保診療施設組合大島中部病院 より】
大島郡	周防大島町立介護老人保健施設さざなみ苑	施設名称	【大島郡国民健康保険診療施設組合介護老人保健施設さざなみ苑 より】
大島郡	周防大島町立東和病院	施設名称	【大島郡国保診療施設組合大島東部病院 より】
大島郡	周防大島町立大島病院	施設名称	【大島郡国保診療施設組合大島病院 より】
熊毛郡	市山 雅彦	住居表示	光市岩田 2809-2
吉南	村石 光輝	勤務先	ハートクリニック南山口【(医) 社団青藍会あんの循環器内科より】
宇部市	江嶋 清行	勤務先	(医) 社団泉仁会宇部第一病院【共立美東国保病院より】
山口市	外クリニック	所在地	〒753-0044 山口市鰐石町 6-35 松田ビル 2F
山口市	近藤 修	新規開業	〒753-0826 山口市幸町 3-49-2 近藤こどもクリニック (児) TEL(083-922-0510) FAX(083-922-7836) 【済生会山口総合病院 より】
山口市	田村 朗	新規開業	〒753-0211 山口市大内長野 805-5 たむら内科医院 (内・循・呼) TEL(083-941-0167) FAX(083-941-0185) 【済生会山口総合病院 より】
山口市	林 大資	勤務先	林外科医院【済生会湯田温泉病院 より】
萩市	上塚 晋平	勤務先	(医) 医誠会都志見病院【厚生連小郡第一総合病院より】
徳山	(医) 徳山ファーストクリニック	所在地	〒745-0015 周南市平和通 2 丁目 1 木村ビル 1 階
光市	光市立光総合病院	施設名称	【総合病院光市立病院 より】
長門市	池山 幸英	勤務先	厚生連長門総合病院【(医) 医誠会都志見病院 より】
長門市	小林 哲郎	勤務先	厚生連長門総合病院【(医) 聖比留会厚南セントラル病院より】
山口大学	小林 俊郎	勤務先	外科学第一【済生会下関総合病院 より】

お知らせ・ご案内

## Women's Health in Shunan - 周南女医会 -

と き 平成 16 年 10 月 30 日 (土) 午後 6 時  
 ところ ホテルサンルート徳山 3 階「銀河の間」  
 周南市築港町 8 番 33 号 (徳山駅 新幹線口前) TEL:0834-32-2611  
 対 象 女性医師

特別講演 (18:00 ~) 「内分泌医から見た Women's Health ~思春期からプラチナエージまで~」  
 政策研究大学院大保健管理センター教授 鈴木 眞理

ディスカッション (19:00 ~) 「女性医療の現状と未来」  
 とさかハートクリニック院長 (座長) 登坂 正子  
 政策研究大学院大保健管理センター教授 鈴木 眞理  
 山口大学医学部保健学科教授 松田 昌子  
 やまぐち男女共同参画会議代表 磯野 恭子  
 藤野産婦人科 田村 晴代

取得単位：日本医師会生涯教育制度 3 単位  
 研究会終了後、情報交換会 (立食) を予定しています。  
 共催：周南女医会 後援：徳山医師会

### 市町村合併にともなう政府管掌健康保険被保険者証の記号変更及び交付

平成 16 年 10 月法施行の市町村合併及び平成 16 年 11 月法施行の市町村合併にともない、政府管掌健康保険被保険者証の取扱いについて、下記のとおり実施します。

1. 平成 16 年 10 月 1 日施行 (大島町、久賀町、橘町、東和町)
  - ・町名は「周防大島町」となりますが、記号・番号の変更は行わないことから、被保険者証の切替えは行いません。
2. 平成 16 年 10 月 4 日施行 (光市、大和町)
  - ・大和町が光市となることにより、大和町に所在する適用事業所 (記号：熊【59】) の記号が「光【54】」に変更となります。
  - ・旧被保険者証と新被保険者証の切替えは、平成 16 年 11 月 1 日から平成 16 年 11 月 30 日までの間において実施します。
  - ・旧被保険者証は、平成 16 年 12 月 31 日限りで無効となります。
  - ・平成 16 年 10 月 4 日以降に交付する被保険者証は、変更後の記号で交付します。
  - ・平成 16 年 10 月 4 日から平成 16 年 12 月 31 日までの間は、新被保険者証のほか、旧被保険者証も有効とします。

3. 平成 16 年 11 月 1 日施行 (宇部市、楠町)
  - ・楠町が宇部市となることにより、楠町に所在する適用事業所 (記号：厚【35】) の記号が「字【02】」に変更となります。

旧被保険者証と新被保険者証の切替えは、平成 16 年 11 月 25 日から平成 16 年 12 月 27 日までの間において実施します。

旧被保険者証は、平成 17 年 1 月 31 日限りで無効となります。

平成 16 年 11 月 1 日以降に交付する被保険者証は、変更後の記号で交付します。

平成 16 年 11 月 1 日から平成 17 年 1 月 31 日までの間は、新被保険者証のほか、旧被保険者証も有効とします。

(参 考) 被保険者証の記号変更

変 更 前		変 更 後	
大島町	大	周防大島町	大
久賀町	大	周防大島町	大
橘 町	大	周防大島町	大
東和町	大	周防大島町	大
光 市	光	現行どおり	光
大和町	熊	光 市	光
宇部市	宇	現行どおり	宇
楠 町	厚	宇部市	宇

**謹 弔**

田中 昌明 氏 下関市医師会  
 9 月 29 日、逝去されました。享年 76 歳。  
 つつしんで哀悼の意を表します。

**謹 弔**

今井 潔 氏 岩国市医師会  
 9 月 30 日、逝去されました。享年 76 歳。  
 つつしんで哀悼の意を表します。

**謹 弔**

内村 元継 氏 下松医師会  
 10 月 3 日、逝去されました。享年 66 歳。  
 つつしんで哀悼の意を表します。

**謹 弔**

前田 昭 氏 玖珂郡医師会  
 10 月 8 日、逝去されました。享年 76 歳。  
 つつしんで哀悼の意を表します。

**労災診療費算定実務研修会**

お知らせ・ご案内

労災診療費の請求漏れ等を防止し、適正で効率的な請求をしていただけることを目的とする「労災診療費算定実務研修」を開催します。

と き 平成 16 年 11 月 18 日(木) 13:00 ~ 16:00  
 と ころ セントコア山口 山口市湯田温泉 3 丁目 2-7

申し込み・問い合わせ：10 月 29 日(金)までに RIC 山口事務所に申し込みください。

TEL・FAX での申し込みも受け付けます。  
 (財) 労災保険情報センター山口事務所  
 〒 753-0074 山口市中央 5 丁目 2-34  
 TEL:083-932-1122 FAX : 083-932-0131

**第 240 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)**

と き 平成 16 年 11 月 11 日(木) 午後 7 時  
 と ころ ホテルサンルート徳山 別館 1F「飛鳥の間」 TEL:0834-32-2611  
 テーマ 弁証論治トレーニング〔第 37 回〕 - 高脂血病 -

年会費 1,000 円  
 漢方に興味おありの方、歓迎致します。お気軽にどうぞ。  
 [代表世話人・解説] 周南病院院長 磯村 達 TEL:0834-21-0357

**平成 16 年度山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会  
 「中高年の運動器の障害」**

と き 平成 16 年 11 月 3 日(水・祝) 午後 1 時 ~ 午後 4 時  
 と ころ 山口県医師会 6F 大会議室 (山口市大字吉敷 3325-1)  
 研修内容  
 講 義 「中高年の運動器の障害」 山口大学整形外科学教授 田口 敏彦  
 実地研修 「日常生活におけるテーピング」 指導：ニチバン(株)

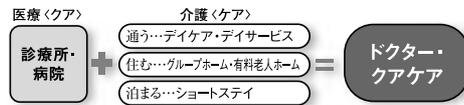
参加資格 日本医師会認定健康スポーツ医、山口県医師会員及び関係者(定員：50 名)  
 留意事項 なるべく実地研修を行いやすい服装(Tシャツ、トレーナー等)でお越しください。  
 受講料は無料ですが日本整形外科学会の単位取得をご希望の場合は申請手数料  
 1,000 円が必要です。  
 お問合先 山口県医師会事務局医療課 (TEL: 083-922-2510)

【取得単位】 日本医師会生涯教育制度 5 単位 日本医師会認定健康スポーツ医再研修 2 単位  
 日本整形外科学会専門医資格継続 1 単位 日本整形外科学会スポーツ医資格継続 1 単位



## 医療と介護の複合サービスで安定経営をめざす、 パナホーム「ドクター・クアケア」誕生。

医療環境を取り巻く環境も冬の時代といわれて久しく、今後も厳しい状況が続くと思われ、医療機関も適者生存が問われようとしています。そこで、パナホームは今後の高齢社会に適応し、地域に喜ばれる医療・介護建築「ドクター・クアケア」を提案します。医療に携わるドクターにとって、介護と連携したサービスの提供こそが生き残りをかけた必要かつ十分条件。今こそ、病医院の強みを活かし、利用者が安心できる複合サービスをご検討ください。これからの医療環境に生き残る最適経営、パナホームがお手伝いいたします。



**ドクターの介護事業を資金面でサポート!**  
介護事業向融資 **ナッシングホームローン** **国内初**

有料老人ホームなど介護事業を新たにご計画の方に、パナホームが専用のローンをご用意。事業内容を審査の上、ドクターのビジョンを実現するパナホーム建築資金を融資します。

- 事業の収益力による借入条件設定。
- 保証人の設定は必要ありません。
- 対象物件以外の担保は不要。
- 相続対策にも有利。
- 融資額はご建築内容によりご相談。

※お申し込みの際には、所定の審査をさせていただきます。ご希望に沿いかわる場合もございますのでご了承ください。

**詳しい資料 無料 差し上げます。**

ハガキ・FAX送信用紙に住所・氏名・年齢・職業・ご勤務先・電話番号・ご計画事業をご記入の上、資料請求券を貼って、下記までお送りください。ホームページでも請求可能です。

**最新16事例もご案内!**

ドクター・クアケアカタログ **カラー 32頁**

ナッシングホームローンパンフレット **カラー 4頁**

新商品ドクター・クアケアのコンセプトをはじめ、事業プラン・外観などの特長を紹介。

ナッシングホームローンのメリットや融資条件などをご案内しています。

お問い合わせ・資料ご請求は **パナホーム株式会社** 山口支店 エイジングライフ係 **エイジングライフのホームページ**  
〒754-0015 山口県吉敷郡小郡町大江町6-31 ☎083-972-4304 Fax.083-973-4174 <http://www.panahome.jp/mw>

資料請求券  
ドクター・クアケア  
山口県  
医師会名簿

資料請求券  
ナッシングホームローン  
山口県  
医師会名簿