昭和 31 年 3 月 15 日　第 3 種郵便物認可（毎月 3 回 1 の日発行）

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 12 月 21 日号　№ 1732

氷瀑　～宝満山　難所ヶ滝～　　兼定　啓子　撮

国民皆保険制度を守る山口県民集会…… 940
歳末放談会…… 944
医療廃棄物適正処理講習会…… 962
第 90 回山口県医師会生涯研修セミナー …… 966
山口県産業保健連絡協議会･山口県医師会産業医部会合同協議会… 970
県医師会の動き…… 974
山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会…… 977
理事会…… 978
600 万人の署名を添えた「混合診療反対の請願」衆参厚生労働委員会で採択 … 980

日医 FAX ニュース …… 976
会員の動き…… 982
お知らせ・ご案内…… 983
受贈図書・資料等一覧…… 984
編集後記…… 984

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

国民皆保険制度を守る山口県民集会
- 混合診療の解禁に NO(ノー)-

とき　平成 16 年 11 月 28 日（日）　ところ　山口県総合保健会館

政府の規制改革・民間開放推進会議が混合診療の解禁を強く打ち出し、年内に解禁決定を目論むことに対抗して、国民医療推進協議会が発足された。協議会は日医が中心になり医療関係団体、各種団体に呼び掛け、国民皆保険制度を守る立場から混合診療の解禁に反対する運動を展開することになった。そのため、全国で国民皆保険を守る県民集会と混合診療反対の署名運動が行われている。

これを受けて、本県でも「国民皆保険制度を守る山口県民集会」を開催することになった。国民医療推進協議会の発足により、各県ではその支部が急遽設立されることになったが、山口県にはすでに県下 15 団体で構成する「県民の健康と医療を考える会」が設立されていた。この会は、平成 15 年の患者負担増に反対するための県民運動として発足し、今日まで継続されてきたものであった。本年度も県民公開講座を開催すべく準備していたところ、国民医療推進会議の提案があり、この県民公開講座を県民集会に置き換えて、開催したものである。

県民の健康と医療を考える会は、山口県医師会、山口県歯科医師会、山口県薬剤師会、山口県看護協会、山口県栄養士会、山口県作業療法士会、山口県歯科衛生士会、山口県歯科技工士会、山口県鍼灸師会、山口県病院協会、山口県放射線技師会、山口県理学療法士会、山口県臨床衛生検査技師会、山口県老人クラブ連合会、日本助産師会山口県支部の 15 団体で構成されている。今回の県民集会はこの会の合議により立案、企画され開催に至った。

当日の会の進行は山口県看護協会戸井間充子副会長の司会で進められた。

開会の挨拶として、藤原県医師会長より、世界的に見ても充実した日本の国民皆保険制度が政策によって崩壊の危機にさらされているため、ここに山口県下の各医療関係団体が手を組み、日本の優れた健康保険制度を維持しようと県民集会を開催することとなった経緯が説明された。

引き続き、国会議員等からの激励の電報が紹介され、ビデオ「もしも混合診療が解禁されたら」の上映、講演・意見発表等が行われた。

参加者 523 名。

講　演

「混合診療の光と影」

西島　英利 先生
参議院議員（前 日本医師会常任理事）

先日、医療を含め財源に取り扱いが議論されましたが、その一つとして、地方交付税のあり方も決定されました。しかし、これは各地方の判断で何に使っても自由なことから、からなずしも医療に使われるとは限らない状況となっています。今後は、適切な財源の使い方を打ち出せる人を見極める必要がでてくるのかもしれません。

現在、混合診療については、小泉首相が解禁することを打ち出し、厚労省と経済財政諮問会議によって検討が続けられています。そして、諮問会議で強い発言権を持ち、混合診療導入を主張している規制改革民間開放推進会議は、医療関係者がメンバーとなっておらず、経済者の間だけで議論が進められています。また、12月までに閣議決定しようとしています。

しかし、議論の視点は、経済の活性化にあり、特定の民間企業における利益誘導によって行われ、国民の健康・医療に対する配慮はありません。利益があればよいという考えのみです。

また、混合診療が導入されると、公的保険で規制を受ける必要がない新たな薬品は高価格で設定され、しかもどれだけ利用されようとも、価格は落ちないこととなっています。これは、数年前からアメリカとの政策上の取り決めによって決定されています。

実際にあった話です。ある日本人が旅行先のアメリカで病気になり、日本人医師が急遽アメリカの病院に駆けつけましたが、何をやるにも「お金がかかるが、それでもよいか」と確認しなければ、適切な診療を行ってもらえず、しかもその額は、例えば、CTスキャンで日本の約25倍もしました。さらに保険適用の手術が必要となれば、コンサルタントの仲介が必要となり7万円以上が必要と言われました。結局、医師は日本に患者を連れて帰り、適切かつ早急な対処によって助けることができました。

こういった、先にお金の確認をしないと医療が受けられない状況は、映画「ジョンQ」でも見ることができます。この映画では、病気になった息子を助けたいなら、数日中に数千万単位のお金を用意するよう要求されます。保険の契約内容によって対応できる医療の範囲が決まっていますが、低所得者は安い保険に加入せざるを得ない状況なので、大きな病気では結局保険が適用されず、高額な現金が必要となる問題を浮き彫りにしています。

さて、本日は「混合診療の光と影」です。「光」の部分は、混合診療を導入すると、新たな医療が公的保険で認められるまでに必要な治験期間の排除とコスト削減ができる等と言われている部分です。しかし、「影」の部分は、自由な価格設定により薬価がさげられない問題が生じてくること等あります。

現在、混合診療のようなものは存在します。特定療養費制度です。新たな医療は、まず特定療養費制度として採用し、安全性が確認されれば保険に組み入れることができるため、国民がその恩恵を受けることができます。しかし、混合診療が導入されれば、特定療養費制度にかかわることなく、高価格で薬を設定し、コストと時間のかかる治験など行わなくとも即座に販売が可能となり、しかも公的保険のように薬価を下げられることもなく、高価格販売によって大きな利益を生むことができます。公的保険制度によって従来押さえられてきた医療産業は、混合診療によって2倍以上の利益を生むことができると規制改革民間開放推進会議は主張します。ここが利益を狙っている本音の部分なのです。また、国も公的保険等にかかわる公費を削減したいと思っているので、同調しています。

そして、縮小された公的保険では、満足に医療を受けることができなくなるため、民間保険加入者が増加します。推進会議メンバーが運営する民間保険会社が利益を得る仕組みなのです。

意見発表

■■■■■■　歯科開業医の立場から　松浦　尚志（山口県歯科医師会社会保険委員）

混合診療の導入は、公的保険縮小と公費の削減が目的だが、結果、すべての国民が平等・安全に医療を受けることができなくなる。

現在のみならず、今後の新たな医療材料は保険適用がなくなる可能性が高いため、必要十分な医療が受けられなくなり、民間保険に加入せざるを得ない状況になるであろう。民間保険に加入すれば今まで以上に望みの医療を受けることができるといわれているが、そのためには高価な民間保険加入が必須となる。裕福な者のみが満足な医療を受けることができる、という不平等が生じる危険性を理解しなければならない。

■■■■■■　市民の声の立場から　森本　佳枝（山口県薬剤師会薬剤情報センター）

一般市民からよく聞かれる声を代弁したい。一般報道の「混合診療解禁」解説時に、がん末期患者が国内で未承認の新薬を使うケースを取り上げるが、混合診療のごく一部でしかない。混合診療が解禁されたら、医療保険のカバー範囲が狭くなってしまい、はっと気がつくと、あれもこれも保険外という事態になるかもしれない。

「国民皆保険制度」「混合診療の原則禁止」は、今まで国民の健康を守るために有効に機能していたので、その一方の柱である「混合診療の原則禁止」を解禁するのであれば、その扱いはもっと慎重であるべきだ。

■■■■■■　外国人の立場から　武本　ティモシー（山口大学経済学部助教授）

イギリスでは、ほとんどが保険適用されるが、長い待ち時間が必要で、場合よっては数ヶ月待たなければならない。仕方なく、高いお金を出し治療を受ける方がいる。

そして、アメリカは資本主義で、そのままお金に左右される現状が続いている。

しかし、日本はお金の大小に左右されず、だれもが安定した医療を受けることができる、よい保険制度であると言えよう。

■■■■■■　海外で医療体験した立場から　市原　恒（市民代表）

アメリカ社会は「自分の身は自分で守る」という概念のため、皆保険制度はなく、国民の20%は健康保険に加入していない。保険会社と個人が契約するので、契約内容によって自己負担も変わり、医療の内容も比例する。カナダの医療費はすべて税金で賄われているので、必要最低限の医療しか受けられない。一方、日本の医療は医師の裁量や患者希望を優先でき、「至れり尽せり」である。各国の保険制度には一長一短があり、アメリカ等ではじっくりと治療を受けることができるが、長期間待つ必要がある。海外生活を通して、国民の立場に立った医療保険制度は日本の国民皆保険制度だと感じた。平等に加入でき、平等な医療を受けられる貴重さを知ることができた。

講師の意見発表のあと、県医師会の加藤理事の司会で意見交換を行った。松浦氏は歯科医療に材料の自費負担が混在しており、これが混合診療と誤解されていることを解説された上で、現在の歯科診療が保険で対応できていることを強調された。森本氏は混合診療が解禁されたら、漢方薬や湿布薬などの保険外しが始まり、保険がどんどん利かなくなる危惧があること、さらに薬剤の安全

性が確保できなくなることを説明された。武本氏は日本では医者が先生と呼ばれて「尊敬」され、お中元をもらったりしているが、イギリスでは医者の社会的評価はあまり高くなく、お中元はもらえないこと、そして医者はあまり親切でないことなどユーモアたっぷりに話され会場を和ましていただいた。市原さんは日本の医療が世界でもっともすぐれているが、患者さんの通院回数が世界で突出して多いこと、待ち時間の長いことなど、日本の医療にも改善することがあることも指摘された。

短い時間であったが、各氏の意見がよく理解できた。時間の都合で会場の意見を受けることができなかったのが惜しまれた。

最後に、県知事と県議会宛ての陳情のための要望を採択し、山口県薬剤師会の田中康子さんが朗読した。

閉会の挨拶を山口県歯科医師会右田信行会長が行い、県民集会を終了した。

要　　望

わが国は、昭和 36 年から実施された健康保険制度（国民皆保険制度）により、「だれでも、いつでも、どこでも」安心して医療が受けられ、国民の生命と健康が守られてきたところである。

現在、わが国は世界一の長寿国になったが、少ない医療費で健康寿命と乳幼児の低死亡率等が世界第 1 位を達成した日本の国民皆保険制度は、WHO（世界保健機関）において、世界一の制度と高く評価されている。

政府は、これらの事実をまったく検証することなく、「混合診療の解禁」など国民の意思と掛け離れた経済財政優先の医療制度改革を強引に推し進めている。

混合診療が解禁されれば、本来、健康保険に導入すべき医学・医療の進歩による新技術が自費扱いにされるなど、自費医療費の増大を招くことは必至である。

自費医療費の増大は、利潤追求を目的とした私的医療保険の参入を許し、公的医療保険が縮小・形骸化され、国民皆保険制度は破壊され、私的医療保険会社による医療支配を許すことになる。

このような、裕福な一部の人のみが優遇され、弱者を切り捨てる政策は断じて容認できない。

我々は、医療関係等 15 団体で結成した「県民の健康と医療を考える会」主催の山口県民集会において、多くの県民と共に、国民が安心して質の高い医療が平等に受けられる国民皆保険制度を堅持するため、 ここに、「混合診療の解禁」を実施しないよう、政府をはじめ、関係機関に、強く要望する。

平成 16 年 11 月 28 日

国民皆保険制度を守る山口県民集会

要望書は 11 月 29 日、県知事と県議会議長にそれぞれ面談の上、藤原県医師会長はじめ県民集会参加団体の代表 12 名が提出した。

また、政府、両院議長、県選出国会議員、自民党等へは要望書を送付した。

歳末放談会

と　き　　平成 16 年 11 月 13 日（土）　15：30 ～ 17：30
ところ　　山口県医師会館 5 階　役員会議室

出席者
編集委員　（薦田・渡木・川野・堀・矢野・津永 [司会])
藤原会長、上田・木下両副会長、三浦専務理事
吉本常任理事、加藤・弘山両理事

津永　本日司会をおおせつかりました、津永です。よろしくお願いします。まず初めに県医師会藤原会長からご挨拶を、よろしくお願いします。

会長挨拶

藤原　皆さん、こんにちは。土曜日の午後、天気は快晴。本当に貴重な時間、お集まりいただきましてありがとうございます。

今日は恒例の編集委員のメンバーを中心としました歳末放談会。司会は津永先生ということでございますが、よろしくお願いいたします。さて、「編集委員会は医師会の顔」と今ほどはっきり言える時代はないのではないかと思います。というよりも、その役目が本当に必要とされている、期待されている時代でもあるんではないかと思います。

これまでは、医師は医師としての本分を尽くせばよいと思ってきた節があります。わたし自身の経験で恐縮でございますが、医師になりたてのころ、当時、武見日医会長の話を一度聞いたことがございます。大方は覚えてないんですが、彼が特に強調していたのはマスコミ対策の話でありました。その話は当時のわたしには大変違和感を覚えまして、その意味では鮮烈な記憶として今でも残っています。現在とは医師に対する世間の見る目、見方が相当違う感じがしますが、武見太郎に対するわたしの印象はとにかく、「なんと俗っぽい人が医師会長だな」と思ったわけであります。

昨今、医師が、あるいは医師会がある意味で不当ともいえるマスコミ攻撃を受けているとき、改めて医師会として、正しい情報をきちんと国民に伝えなければと、つくづく思っております。もちろん批判がすべて不当だと言っているわけではありません。が、黙っていて正しく認識されるということは望むべくもない。それはむしろわれわれの思い上がりとも思います。そんな時代であることを痛感します。

例えば今日、テーマにもありますが、医療事故。これが過誤と不可避なものの合わさったものと考えたときに、過誤については率直に反省しなければなりませんが、これは全体の 20 から 30％程度だといわれております。今は不可避なことまで引っくるめて区別なく医療界が批判されているように見えます。マスメディアのセンセーショナルな批判は患者と医師との信頼を崩し、ひいては米国のように自衛的医療に 30％の費用も費やすことになるわけであります。ここに、「俗っぽい」と最初に言いました武見太郎に、改めて彼の先見性を見る思いがしますが、この不当さにどう対応するか。これに対する対策、戦略こそが今の医師会に求められているものと思います。

さて今年 1 年振り返りまして、医療界にとって多難な年でありましたが、今日議論するテーマ、「さすが」と言うべきですが、この中に網羅されており、繰り返す必要はないと思います。これが

まとめではないかと思います。むろんこれに混合診療が入るところではありますが、来年の新年号で企画されてましたので、取り上げなかったものだというふうに理解しております。

苦しい時代ではありますが、今こそ医療人の真骨頂が見せられるときでもあります。あんまり述べると、今日の討議を縛ることになりかねませんので、後は司会にバトンを譲ることにいたしたいと思います。よろしくお願いいたします。

津永　藤原会長、どうもありがとうございました。

今年は記録的な猛暑、相次ぐ台風の上陸、さらには新潟中越地震の発生など自然災害に見舞われた 1 年でした。医療界を取り巻く環境も大変厳しく、混合診療解禁をめぐる話題を含め、嵐のまっただ中にあると思います。混合診療につきましては、新年号（平成 17 年 1 月号）の特集で日医の松原常任理事の講演会、座談会がありますので、今回歳末放談会として取り上げましたテーマは、「診療報酬改訂について」「新医師臨床研修制度について」「医療事故・医師自賠責・自浄作用について」そして最後に、「県医師会の今後・新執行部に期待するもの」という順で進めたいと思います。

- 診療報酬改訂について -

津永　最初に、「診療報酬改訂について」ですが、平成 16 年度の診療報酬改訂をめぐっては最初財務省が 4 から 5%の引き下げを打ち出し、中医協での攻防の末、最終的には本体でプラスマイナス 0%で合意した経緯があります。今後混合診療の解禁、特定療養費制度の拡大、中医協内部の問題を含め、次期改訂をめぐり医師側にとってはますます厳しくなることが予想されます。まず、今回の診療報酬改訂につきまして、皆さんのご意見をうかがおうと思います。

●このたびは、あまり影響はないように思います。診療所、それから病院。病院も公的な病院、私的な病院、いろいろありますから、立場が違えば影響度も違うと思います。あまりマイナス改訂ではないですが、プラスでもないですね。したがって努力しないと減るという、そういう印象ですね。大ざっぱに言いますと。

●わたしは内科の開業医なんですが、今回プラスマイナス 0 ということなんですけど、うちは結構大幅にダウンしたのですよね。と申しますのも、糖尿病がメインでインシュリンを使っている人が多いんですよね。それで今までは注入器加算っていうのが 300 点取れていたんですけども、それを、毎回、注入器出さないのに加算を取ってもそれはまずいと思いますが、それが廃止になりまして。それで 1 人当たり 3,000 円ですから、相当数いれば、やっぱりダウンしました。

それで、インシュリン自己注の患者さんは、自

己血糖を測る人が結構多いんですけど、試験紙を出せば出すほど赤字になるんですよね。それを注入器加算でちょっと補っていたという面もあったんですけど、それがなくなってちょっと大損したという……。まあ、不満を言ってもしょうがないですけど。結構響きました。

●他の科の先生方で、今回どうですか。整形では、前はかなりダウンしましたけど。

●今回の改訂は、検査のダウンが大きかったですね。小児科のほうも上がるかなということでしたけど、実際上がったのが、夜間の加算だけで、あれは愛知県とか関西なんかで、夜間診療ですね。そうしてるとこしか上がらなくて、普通の診療形態をとってるところは上がるような加算でなかったですね。

だから小児科を評価したとは言いながら、一部の地域しか評価してない。というよりも、「小児科は夜間診療をしなさい」。「小児科医だったら昼間診ないで夜診なさい」というような、むしろ政策誘導が見えますね。全体的にはプラマイ0ということですけど、そこにもって今回も、やっぱり厚労省の政策誘導路線にあることで、わたしは残念な改訂に思いました。

もう一つは前回の平成14年の改訂、これがいまだに尾を引いてますね。わたしは整形外科ですけど、それが今回の診療報酬改訂で元に、戻ってくれることを期待していたんですが、一切戻ってないですね。整形外科医会では、「牽引」の42点の点数がついてたんですけど、これを復活するようにと要望しました。そしたらちゃんと点数表には、「牽引」と復活はしてくれましたが、点数は35点。おまけに他の消炎鎮痛処置と併せて、逓減制がそのまま残っております。ですから、5回目以上は半分の点数になります。

われわれが要望したことは何もなくて、実を取らずに名前だけっていうことですね。そんなふうにしか要望を受け入れてもらえないと、大変がっかりしております。

今回の診療報酬の改訂というよりも、平成14年の診療報酬の改訂がいまだにこたえてるというとこにこだわりたいですね。といいますのが、今回は診療報酬はプラスマイナス0でしたけど、前回平成14年は全体がマイナス2.7%で、診療報酬の本体マイナス1.3%でしたね。このときに初めてマイナス改定というふうにいわれたんですが、その前の平成12年にさかのぼります。このときは全体の改定率が0.2%アップですよね。それと診療報酬全体は1.9%アップ。薬価と材料価格を下げることで診療報酬本体は1.9%のアップを得たんですが、150億円しか国庫は財政負担をしてないんですよね。結局、12年、14年、16年と6年間にわたって実際的な診療報酬の補てんを政府はしていないわけです。ですから、そのことが6年間にわたって、ボディー・ブローのようにいまだに効いてきています。

今回が平成16年の改訂がプラマイ0ということでなくて、その前々回、前回の分がいまだにわれわれの経営に影響を与えていることを見ておいていただきたいと思います。

●検査料は血液検査とかもろもろの検査料がかなり下がってますね。うちは人間ドック、健診しておりまして、昨年並みの数ですけど、やはりトータルとしては減っているんですよね。

なぜ減ったかは、やはり検査料等がかなり下げられています。細かい点数ですけど、それが積み重なりますからね。

それと一連の治療行為をなかなか評価してもらえない。例えばポリペクをして、止血術すると、止血術は削られるわけですよね。ちょっとうまく話せませんけど。手術でも一連の行為として、2か所しても、1か所しか評価してくれないですよね。そういうケースが非常に増えたように思いますね。

だから、アップのところはあんまりなくて、請求する場合にも、上手に請求すれば、少し何とかなるというふうなことで非常に分かりにくいと思いますね。

●わたし耳鼻咽喉科で開業しておりますが、耳鼻咽喉科というのは点数は元々低いわけです。低いもんでこれ以上下げようがないから、上がるだけを期待するんですけど。

今回の改訂ではさっき言われましたが、当科では小児の耳あか取りが100点から150点に上がったというだけです。

それともう一つはやっぱり、この点数自体より、患者さんの負担率の変化ですね。2割が3割になるとか、以前では老人が無料だったのが、1割、2割と上がっていく。その影響のほうが、むしろ保険点数の改正よりも大きいと思います。だからさっき言われたように、4、5年前より改訂があって、どんどん患者負担が上がっていくということで、保険点数の改訂よりもそっちのほうの影響のほうが耳鼻科としては大きいと思われます。

また、患者さんは症状が取れたら来なくなるんですよ。それは内科、外科では、「これは命にかかわる」と思ったらもう絶対行きますけど、耳鼻科というのはもう、「ちょっと耳が聞こえん」とか、「鼻がつまる」とかいうぐらいだったら来なくなると。

だから医療自体の質っていいますか、レベルがだんだん落ちていって、結局患者さんにとっては、治らないうちに放っておいて、しばらくたってまた再発というのが多くなっています。

●耳鼻科の点数、非常に低いですよね。「耳鼻科の先生、ようあんな点数で我慢してるな」といつも不思議に思うんですけど。なんであんなに耳鼻科は点数低いんですか。眼科に比べたらたいへんなことでしょ。

●耳鼻科の点数が低いのを私に質問されても困りますが…。処置を主としている開業耳鼻科医では、初診断、再診料が他の科と同じで処置回数の逓減があまり問題になっていないので、まあいいかと思っているのではないでしょうか。あくまでこれは個人的な意見ですが。

耳鼻科は中央に対し"力"がない科ですので、仕方ないと思わざるを得ません。そこが一番大事な問題です。

●今の話の中で再診の患者さんが少なくなった言われましたけども、これは制度改正の影響なんか、あるいは内科なんかでいいますと長期処方ですか、そういったことで随分再診が少なくなった。内科もそうなんですよ。

ちょっと耳鼻科と条件が違うかも分かりませんけども、制度改正の影響はすごく出てると思います。基金のデータでは、まだ今年も2～3%ダウンですからね。前年が5～6%ダウン。トータルとしたら7～8%落ちてるんですよ。本来ほっといても4%ずつは自然増という形で上昇しているはずが、7～8%落ちてるということは、自然増を加味すると16%ぐらい下手をすると、落ちてる可能性はあるわけです。だから医療機関は大変厳しい状況にあると思ってます。

だから、その前のマイナス2.7%の改正っていうのは非常に今も色濃く残してるし、制度改正と、それからなおかつ長期処方というこの療担規則の改正。そういったことが大きな原因になっているのじゃないかと思ってます。

●統計上は十数%ぐらいでしょうけど、実際開業してるところに聞いてみると、耳鼻科の場合、20%から30%近くダウンしているそうです。

ただ本当のところ、初診の回数、受診回数ですが。それも相当落ちてるのが現実ですね。努力でどうにかこうにかやってる状態ですね。ただ、それで本当にいいんだろうかとは思うんですが。

ちょっとこの診療改訂とは違うんですが、私は大阪とかにいたんですけど、向こうの点数と平均点数が耳鼻科の場合は、多いところで、1.3倍か

ら 1.5 倍ぐらいの差があるんですよ、平均点数が。耳鼻科というのは元々少ないですので、それで 1.5 倍になると、だから何も考えないで向こうの方法と同じような方法でやってたら今の大体 1.5 倍の収入になるわけです。

山口県は、あんまり収入を気にしない先生が多いんですかね？　あるいは支払いのほうのチェックが厳しいか？　だから向こうのほうがもっと楽に、そして医者がおおらかに、自由にやっているような感じを受けます。こちらへ来ますといろいろ、疑義解釈とか何とか細かいことを突いて、医者自体が委縮して、診療が委縮してる、何かそんな雰囲気を感じます。

だからもっとおおらかに広範囲の立派な医療が、もう少し充実した立派な医療というか、先進的な医療ももうちょっといけるんじゃないでしょうか。

●確かによその県と比べて厳しい状況です。最近もいろいろ聞きますと、やはり山口県は厳しくされている部分も多いかなと思うんです。

例えば、大腸のポリープを取ったあと、よく混合診療の説明のとき例として使うんですが、クリッピングするんですよね。クリッピングしたからといってそれで請求される医療機関は非常に少ない。大きい点数で請求というと、病名は術後出血とかになるわけですが、こういうケースが 2 つも 3 つもあると、「その医療機関おかしい」ということなるわけですから。これ、けったいな話なんですよ、本当は。

でも実際大きなポリープだったらクリッピングしてないと、あと出血するんですよね。あるいは場合によっては、EMR も同時にすることがあるんです。これ、針代だけでも 5,000 円かかるわけですが請求しないケースも多い。これを見ると、やはり混合診療も、現場では「実際に実施した医療行為の請求ぐらいせんとやれん」と言う気持ちの方もおられるんじゃないかと思います。そりゃ大きな目で見たら、確かに医師会が主張しているように混合診療は患者さんのためにもならないというのは分かるんですが、そこのところもやっぱり現場の医師が納得するような形の診療報酬にもっていかなければいけないと、つくづく思ってます。

ただ、そこのところを変えながら混合診療は入れないという形。だから、もうちょっとリーズナブルなものに診療報酬自体を変えていく必要があると。そのためには先生方の意見がどんどん出て、そういう意見を基に診療報酬検討委員会で検討するべきです。もとの声を大きくしてもらいたいと思います。

●牽引では 5 回以上請求できないことについてですが、患者さんにとってそれが必要なものなら、6 回も 7 回も要るということであれば、その残りを私費で取るとかね。そういう方向で混合診療という言葉を使うのはいけないですが、新診療で請求してもいいんじゃないかと思うんですよね。

●しかし、患者さんに必要な物だから保険診療で 100％診ないといけないと思いますね。

逓減制の話が出たんですけど、前回の改訂以降途中で、再診料だけは逓減制が廃止になりました。これもおかしな話ですよね。2 年間に 1 回の診療報酬改訂がその途中で、それも基本的な再診料の逓減制が、厚労省も、「これは逓減制にしたけど医療費の抑制効果はないわな」ということが分かって、また、日本医師会からの強い要望がありまして逓減制がなくなったんです。ただ処置と理学療法、それからリハビリテーションにつきましては、まだ逓減制があるんですね。

逓減は医療機関にとっては大変な収入源です。それともう一つ、逓減制を厚労省が持ち出したことがですね、整形外科、あるいはリハビリテーションをしてる医師はプライドを傷つけられました。というのは、「頻回受診は悪」という、こういう考え方があるんですね。厚労省課長の失言がありました。「病院に何回も来さすような医者はけしからん」という発言がありましたね。だけども、整形外科は何回も来て、理学療法して、消炎鎮痛処置をして、リハビリテーションするわけです。患者さんが通院回数が多くなることは、整形外科の医療をすることの本質的な問題ですね。そういう整形外科医療の本質を評価から外されたということで、基本的なところで整形外科医は猛反発したわけですよね。それがまた今回の平成 16 年の

改訂では改まらなかったんです。

混合診療は絶対いけないんですけど、そのこと以上に、それぞれの科の持ってる特性なり、科の特質ということを評価した診療報酬体系であるべきです。それが今回は否定された。そういうことなんです。

●おっしゃるのよく分かるんですよ。まだちょっと言わしていただくと、整形外科の場合には医者が医療しなくても、言葉でいうと代替え医療ですよね。それこそ整骨院とかね、接骨とかそういうふうなところがものすごいはやって、黒山の人だかりなんですよね。そこは保険は利かんで私費でやってるわけですよ。すべては保険はきいてないと思うんですよ。

●整形外科より点数高いんですよ。整骨院のほうが。

●高いんですか？　だから、わたしらも何をしてるのかって、ときどき思うことがあるんですよ。近くにそういう整骨院があって、すごいはやっているんですよ。行ってみたら、「ああ、おれんとこの患者や」言って、「あれ、行っているぞ」言ってね。整形のドクターが言ったりしとるんですけどね。そういうふうなものを保険が通るのだったらですよ。そんならもっと騒がないけんですよね。きちっと請求しないといけません。正当だということを。

医者がしなくてもいいというようなところは、やっぱりランクをつけて下げないといけないでしょ。それを医者より高いとかいうのはやっぱりおかしいですよ、これは。異常だって。それを是認しとるわけでしょ。反対してないということは。

●いや、してます。医療類似行為というんですが、医者以外の資格の人が医療まがいのことをして、それが健康保険で認められて保険請求ができるんですよね。これはもう信じられないことなんです。

●確かに、考えられないことです。

●それが現実に日本ではあるんですよね。これは反対どころか、とにかく止めていただくようにお願いしてるんですけど、いまだにそうなりませんね。七不思議です。

●医療といえるかどうか分かりませんけど、産科としては助産院があるわけですよ。まったくおんなじ先生らと、おんなじファクターを抱えておるわけですよ。産院というのは保険は利きませんよね。やっぱりそこへ行ってお産をする人はいるんですよね。

われわれのところでもときどき、「先生、助けてください」と言われますが、下手に手を出すと、手を出したドクターへ訴訟回ってきますからね。だからわたしも開業したころは何も知らずに、「すいません。お願いします。来てください」と言われ、行ってみて、「こりゃいけん」と。こんなん手出したら、「なんで今ごろ、のこのこ医者が手出すか」いうことを言われるとね、万歳なんですよね、訴えられたりしたら。だからわたしは近所の産院から言われたときは、「いってはいかん」と。「大学病院へ送ってください」というふうにして答えています。

特にまた最近の風潮として、厚労省がかってにキャッチフレーズ流して、「妊婦健診は診療所で。お産は病院で」っていうようなことを流しているんですよね。そういうおかしな風潮になって、今の産科・婦人科という開

●リハの算定制限の話で、8回から12回に緩められました。でも、やっぱりそれでも疾患によっては不十分だっていうのは当然出てきますよね。そうすると、どこまで認めるかということになります、保険の中で。それでは、13回、14回、あるいはそれ以上なるケースをどうするのか。それを混合診療という形にして認めるのか。あるいは厚労省が言ってるのは、特定療養費の中でやっていくというような案を出してるようだけども、そういう方向性についてはどうですかね。どういうふうに受け止められますか。

業で、有床診療所というのは、お産を大病院に任して外来だけやったら恐らく患者が来ないようになると思いますよ。そして、経営的に成り立っていかないのではないかと思うんですよ。やっぱり申し訳ないけど耳鼻科の先生らと一緒で、もう点数すごい低いんですよ。他の産婦人科医ですけど、全収入の、保険診療って何割ぐらいですか。

●やはり収入からいくと、3割ぐらいですね。

●でしょう。わたしのとこも全収入の中で保険診療は30%ぐらいしかないんですよ。それから上がることもありませんし、下がることもありません。上手に何となく30～33%ぐらいをずっといってますけどね。保険診療はどんどん下がるんですよ。なぜか。

それで不思議なことに、会陰裂傷で例えば1度、2度というのが、肛門まで裂けると。それだけだったら保険は利かないというふうにしてしまっているんですよ。「おかしいやないか」と言いますと、「私費診療を維持するために、それを分娩料の中に含めて」って言われているんですよ。

しかし実際はそれをやりますと、完全にその分だけ損しているわけですよ。今まで会陰裂傷は2度で保険診療できて、それが何万かもらえたのが分娩料に、いきなりぼんと含めるわけにはいかないのですよ。

●一連の医療行為とみなすわけですね。そういうのがすごく増えてるんですよ。

●例えばリハビリテーションのことを考えますと、急性期ですね。それが脳血管疾患ということで考えた場合に、3か月間は逓減制がないわけですね。3か月を超えると後は、リハビリテーションも逓減制になってきます。

リハビリテーションを脳血管疾患ということに限れば、リハビリテーションの流れとして、ある程度、逓減ということは考えられるんですね。ところがそれをそのまま整形外科疾患にも当てはめるんですね。例えば術後であれば、ある程度それでも当てはまるんですが、脊髄損傷とか、関節拘縮、あるいは変形性では発症起点がはっきりせずに慢性化しているものについては、逓減制がなじまないんですね。急性発症した脳血管疾患と、整形外科的な運動疾患が一緒になって評価され、逓減されるということが問題なんです。整形外科的な運動器の疾患については、ちょっとまた別に考えてほしいと思います。

●特定療養費での算定いうのは、どういうふうに思ってますか。

●それは、特定療養費とか混合診療とかいうことじゃなくて、もしその疾患に消炎鎮痛処置なり、理学療法、リハビリテーションが必要であれば、当然それは保険診療として認めないといけないです。前回平成14年度の、いきなり出されました逓減制は労災と自賠責にも及んだんですが、まったく当てはまるべきでないんですね。

まずは労災、自賠責から逓減制は外してくれということもあるんですが、疾患によって、一つづつリハビリテーション、あるいは理学療法の基準を考えないといけないでしょうね。

さっき無診察診療のことが出たんですけど、多分これ内科の先生方は腹の中では、「おまえら整形外科は診療もせんと再診料取っておいて、半分にされて当たり前やろ」と思っておられる節もあったと思うんですけど、ここで一つ言わせていただきます。

実は、そんなに無診察診療ということはないんですよね。結構、診察はしてます。だけども、内科の先生から見れば、診察をして患者さんに治療をするというその流れが当たり前なんですが、今の医療というのは､大変多岐にわたっております。例えば脳血管疾患につきましてもそうですし、整形外科的な運動等疾患についてもそうなんですけど、その理学療法、リハビリテーションは医者が診察するということよりも、患者さんがリハビリテーションすることが第一義なのです。

ということは、理学療法士がその患者さんについて、リハビリテーションするわけです。医者はその場にスーパーバイザーとしています。ですから全体的なスケジュールをプランニングして、理学療法士を指導するのは医者ですが、実際はそこで来た患者さんの治療は理学療法士が主役ですよね。これをもって無診察診療と言われるのは大変心外です。

今医療、特に治療医学であります整形外科医、あるいはリハビリテーション医は、チームの中でそのときによって患者さんにとって何が必要かです。それが一つと、そのときに医者の関与が少ないから、再診料を半分にするという発想問題なのですね。これはちょっと違うと思います。「診」という字が再診料の中についてます、これが誤解の元なんですね。わたしはこれは、「再来料」というふうに変えるべきだと思います、ネーミングを。

つまり患者さんが再診に来るということは、医者の診療を求める場合もありますし、理学療法士がリハビリテーションを指導してくれることを目的に来られる場合もあるんですね。ですから、診療行為によっては医師の関与の比重は違います。これを同じ再診料という設定で算定しているので誤解が多いですよね。

ホスピタルフィーという考えで再来料と考えていただきたいです。ドクターの関与の比率の多い場合は、外来管理加算、昔は内科再診って言ってましたが、加算があるのですね。そういうふうに患者さんのニーズが多様化したうえで、診療の現場ではいろんな診療形態が出てきてることを理解してください。

●今回の改訂、マクロでとらえると、プラスマイナス0であんまり診療報酬自体も動きがなかったように思うけれども、よく見ると、やはり厚労省はかなりこの先を見据えた方向性のある提示の仕方をしてると思っています。平成15年の3月の閣議決定された、「医療提供体系と診療報酬体系の基本方針」っていうのがありますけれど、それにのっとって動いているのは間違いないと思います。こういったことが閣議決定されたこと自体が今回初めてのことのようですが、今後はより機能分化という形になっていくと思います。

最初は、急性期医療と慢性期医療、そういうふうな分け方をして、それから亜急性期、そして回復期、そういったものを取りそろえて、一応その地域の中では完結するような医療体制を作ること。そういったことを目指しているというふうに思ってます。

それは、今までのどっちかというとあまり顔のない医療の提供の仕方と比べて、実際に現場はどう受け止めるのか形にはまりすぎて、非常にやりにくくなったと考えるのか。あるいはかなり患者さんにも分かりやすく、そして社会的入院といわれるようなことも少なくなってきたと。そういったことは一歩前進だと受け止めるのか。一度、その辺の評価をすることは必要だと思います。

もう1点。これは日本医師会の代議員会で以

前言ったことがあるんですが、病診格差の是正、要するに今、大病院志向ってのがものすごく強くなってます。それは点数にもよるんじゃないかと。病院各科を受診しても、初診料は1回だけという形になってますけども、そういった形がさらに病院誘導に拍車をかけていると思います。そのときの日医の回答は、「そういった政策誘導というのはあるけれども、そういったことはあまり効果がない」でした。しかし今回の改訂の中に、初診料ではわずか1点ですが、診療所を4点上げて、病院を5点にしました。つまり、病診格差の是正ですが、今後そういった政策誘導の方向に向けて、あるいは動く可能性があるかなと。

しかし、そうした場合に本当に、初診料を診療所に近づけるといったことが本当にいいことなのかどうなのかということも、もっといろいろな検討をする部分があろうかと思ってるんですが。

●例えば高血圧、あるいは心臓疾患で病院に通ってた患者さんが、事情があってわたしのところに回ってきて、「これから診てください」と言います。しかし「自己負担が増えた」って言うんですよね。そのとおり増えるはずなんですよ。慢性疾患の指導料は病院では取ってないですから。そうすると患者さんにしてみたら、「大きい病院から開業医に回って、むしろ負担が増えたのはおかしいじゃないか」となりますよね。そのあたり、診療報酬の中身にはかなり矛盾があるのかなって思います。

それから、先ほど機能分担っていう話がありました。長期投与の問題なんですけど、病院で90日処方の患者さん結構いるみたいなんですよ。近くの薬局の先生に聞きましても、「結構90日処方があります」という話なんですね。今回の診療報酬では、その長期投与に対して少し加算が加わりました。それがむしろ病院側にとってみたら、その長期投与を増加させる一つの要因になる可能性があると思うんです。

今言ってる病院は公的病院で、結構高度医療をやらないといけない病院の話なんですが、そういうところが90日処方できるような変化のない患者さんを診ていいのかどうか、いうことですよね。

なおかつ、それに対してプラスしようという発想はおかしいんです。機能分担ということを考えれば、そういう患者さんを診る場合にはむしろ長期投与を倍でするんであれば、もう処方料は出さないぐらいのマイナスの点数をつけるっていう方が当たり前かも知れません。

●長期処方の問題は、本当は医師会が最初に言いだした話だからそれを言うと、行政からは、「あなた方が療担規則では、前は14日と決められてましたけどね。『あれは悪の権化だ』という言い方で止めさせたんですよ」と、そこんとこすぐ突かれるんです。

●大学病院とか公的な病院にいろんな患者を紹介します。そうすると、返事返ってくるんですけどね、必ず薬が出て、つばをつけるといいますかね。1か月、2か月なって、全部こちらに、検査とか済んでも帰ってこられないんですよね。返事は来ますけど、薬は向こうで一部出て。長期投与というのはますます増えていると思うんです。

●わたしのところも実は制限が取れてしまってから、外来患者がやはり相当減ってきたんですね。結局再診者が、90日とか60日とかいうことになりますので。

それで今、ご意見が出ましたように、どの医者が何日の処方を出しているかというのを薬剤部で全部リストアップさせまして、そんなに長期に診なくてもいい患者は当院では持たないほうがいいんじゃないか、また何かあったとき責任が取れるのかということで、全体会議等でコンセンサスを得て指導いたしました。そして、「もう90日というのは原則として止めよう」ということで、今、60と90が多少交じっているとは思いますけど、かなり短縮はしております。

そうしないと開業医の先生方から、「あなたの病院が長く薬を出されると、患者さんが要求してうちも困る」というような声も随分あるんです。「合わしてほしい」という声もありました。

●やっぱり、政策誘導の話っていうことで話しておきたいと思うのは、薬剤の処方数によって減額が起こってくるということです。最初は意味があったと思うんですね。投薬数が確かにその当時まだ多かったかもしれないし、薬価差という問題があって、たくさん処方すれば薬価差が稼げるという事情があったと思うんです。

最近はもうほとんど薬価差がない。むしろ多剤処方している患者さんというのは、非常に重症な患者さん、あるいは合併症をたくさん持っている患者さんで、診察しているほうの立場としては非常に神経を使っている患者さんなんですね。にもかかわらず処方料が減額というのは、もうそろそろいいんじゃないかなというふうに思います。

●紹介の問題ですけど、わたしの病院ではできるだけ患者さんを帰すよう全員に指導しています。当院では逆紹介率を高くしたいので、うちの病院としては可能な限り、診療所に帰しているんだと思います。患者さんが「どうしても、ここから動きたくない」と言われる方が時にいらっしゃいますので、そういう方はもうしょうがないかなと思っております。

●開業していると、紹介するわけですね。そうすると帰ってきます。帰ってくるけどさっき言われたように、開業医の立場では処置とか何か必要ですので、薬もできるだけ短く出すんです。ところがそうしてると今度は、「いや、大きな病院は1か月、2か月とか、抗生剤でも平気で2週間、1か月近く出してもらえます」と言います。その先生はどう言ったかって聞いたら、「処置も必要ですが、少なくともこれを飲んでください」と。

だからこっち側は患者さんを診て、必要なければ薬はできるだけ少なくなるようやってるんですけど、患者さん側にしては、1週間に1回通うのは嫌だとか。向こうの先生はほしいと言ったら1か月近く薬を出してくれると。患者さんは、たくさん薬出してくれると喜ぶみたいなんですよ。なぜかわかりません。こっちは必要ないから切っていくんですけどね。そうなると、1回は帰ってくるんですけど、やっぱり大きな病院にまた帰っていきます。

ただ一つは、僕の力量が足りないからかもしれませんが、うちの場合は、「患者さんを診ないと薬は出しません」というようなシステムでやっておりますし、長期投与は絶対していませんので、長期投与する場合でも必ず患者さん診て、その状態において投与するわけです。だからそういう耳鼻科でやっていくと、やっぱり患者さん逃げていきますね。大きな病院がどんどん薬を出すと、患者さんは楽なほうへ行きますので、そういう傾向にあるんじゃないかなと思います。

●診療所のほうが病院より患者さんの負担が高い、値段が高いということなんですけど。今まで日医が頑張って診療所を評価するような点数設定をしてくれてたんですね。

まず、病院は入院患者を主に診るべし。外来に

なったら診療所でという病診連携の流れ、これは基本的な問題で、そうあるべきですし、理念なんです。ただ現実問題として、特に内科系の診療所が有利な診療報酬体系であるわけです。現実、内科の診療所が日本の保険医療を支えてます。患者さんの健康寿命を支えてると思います。それがWHO が評価する。「日本の医療世界一」ということになってます。今の診療報酬体系が内科有利、診療所有利にできているんですね。

ですから、この線はやはり崩さずに、病院と診療所の格差を小さくするとかそんなことでなくて、病院はどんなことがあっても病院として、入院を中心にその使命を果たしていただきたいと思います。開業医も定率負担になってしまいましたから、患者さんがもろに自分たちの負担が上がったということが分かるんですよね。そうなってしまった以上、その上がっただけの価値を診療所のほうで努力して、病院より診療所に来てこうして毎日、あるいは頻回に診てもらえることが、あるいは先生の話が聞けるということがありがたいと。病院に行ったら 2 時間待って 3 分診療ですよね。開業医はじっくり時間取って話して、患者さんに指導するわけですから。そのための診療報酬の評価をいただいてるわけですから。

●まったく正論であると思うんですが、ただ患者さんは素直にそういうふうに受け止めない現実もありますよね。それと、やはり病院が何やかんや言いながら外来は絶対手放さずに、基本的には診療所に帰すべきですよね。本当に政策誘導も何も効いてない。だから、ここんところが大問題だと思います。

この辺でこの話は結構限界に来てるんですけども。やはり病院は入院を中心にやるべき。それだけの報酬を入院に充てていく、そこのところが全く不十分です。だからこれを是正しない限り、このお話はいつまでたっても解決する方向には行かないかも分かりませんね。

- 新医師臨床研修制度 -

津永　そろそろ次の話題に移らせていただきたいと思います。次は本年度からスタートした、「新医師臨床研修制度」です。この制度が導入された背景には、専門教育に偏った大学、医局偏重の研修制度を改めるという目的があると思います。

いろいろマッチング方式の導入とか、プライマリ・ケアを重視したスーパーローテート方式の研修プログラム、いろいろ出ておりますけど、この中で地域保険・医療が必修とされてますので、医師会としても取り組みが必要とされてると思います。賛成、反対、ご意見いろいろありましょうけど、うかがいたいと思います。

●はっきり言いまして、こういうシステムというのは僕は反対でございます。皆さんのような立派な先生方でローテートしたからといって、全部の科を卒業して 2 年ぐらいでカバーできるかという問題が一つあってですね。それから卒業してすぐだと何も分かりませんし、そしてローテートするとしても大きな病院が主になってますから。

また、これをしたからといって、何か事故が起こったとき、あるいは何か救急のときに医者というのはこれを全部するべき義務みたいなのが生じてきまして、それをしないと問題になるようなことが将来起こってくるんじゃなかろうかという感覚を持っております。

元々、古いお医者さんは、医局でもある程度自由な時間がありまして、「分からんかったら他の科に行って、ちょっと周りの先生に教えてもらえ」と、自分の科以外の科で教えられたものです。

しかし、こういうふうに強制的に他科もやれというのは、やったから、「おまえはやったからできるんだから、全部できる」というような解釈で今度は何かあったとき困るんじゃなかろうかと思います。

また 2 年間、医局が人数出せませんので、その間、関連病院も非常に医者の確保に不自由されるんじゃなかろうかと思います。ただこれは、政府とか厚生省の考えとしては今まで、「何でもできる医者を作ろう」というような考えに基づいてやってるので、逆に行政の立場からしますと、非常にいいことだと思います。

●実際この新臨床医師研修制度に参加されてる病院の先生方で何かご意見ありましたらお願いいたします。

●この臨床研修制度がいいか悪いかすぐに意見を言うのは難しいんですね。

インターン時代の1年間は今の研修医ほどまじめにやってたとは思いませんが、後になって非常に役に立ったかなという印象を持っております。期間は今の半分でしたけど、ギネにも行った、デルマにも行った、オトにも行ったというふうに、その1か月弱の経験というのが相当後々まで臨床的に役に立ったかなという印象を持っておりますので、ある意味で今の制度には期待しております。ただ、期間が1年でいいのか、2年でいいのか、内容がどうあったらいいのかというのはこれから検証されると思います。

何でもできる医師というよりか、いわゆるプライマリ・ケアに特化したことができるドクターを養成ということになるんですね。専門領域について、それぞれの方が深く持っておられるけれど、その底辺の全科的なベースになるところで、いわゆる救命救急処置が一定の程度できる、あるいは、「これは他科に回したほうがいい」とか判断能力があるとかの問題です。

それから医局制度については、いろんな考え方があると思いますが、私自身は、ひょっとしたら将来は大学にあまり関係のない状況でドクターを養う病院がだんだん増えてきはしないかと思います。わたし自身そんなに先は長くないんですけど、いい研修医がいたら、うちにそのまま置いといて、彼を専門医にまで育てたらという考えも頭の一部にあるんですね。だから、将来はそういう方向性が強くなっていくかもしれないという気もしております。

●10年ぐらい前に、プライマリ・ケアのドクターを養成するとかいって、一時ありましたよね。大学の教授に、「プライマリ・ケアとは何か?」と何人かの先生に聞いてみたんです、「何の目的でそういうことをするのか」と。

例えば、ポリクリを延長したとして、今2週間か3週間で回っていくのを2か月か3か月あって、それで全科を回って卒業させて、そして自分は内科に行くと。内科に行ったときに、どっかの病院、田舎の病院に行って、分娩があって、立ち会えるかと。そんなことはもう不可能なことで。そういうふうなことを、発想に入れて医者にやらせるというのが、もう時代に合っていないって言われるんですよ。

なぜかというと今は、「ああ、いけんやったね」って言って、それで済む時代じゃないと。必ずそれに対して訴訟が起こると。そうしたら、こういうことを2年やっても、あんまり効果はないんではないかというふうに考えておられる大学の教授もおられます。

それよりも、早くから自分の目指す科をやって、例えば蘇生がいるといったときに、半年なら半年麻酔科行って、ローテートやって、救急の全貌を見るとか。それぐらいの可能性ではないのかと聞いたことあるんですけどね。

だから、個人としては何をやっているかということで、あんまり効果がないという気がするんですよ。アメリカがインターン制度止めてレジデント制に変わって、放射線科行ったら朝から晩までフィルム読んどるとか、レントゲンがどうやったら撮れるかとか、もうそればっかりやって夜も寝られんぐらいに勉強しているというんですよね。そういうことをやったほうが、むしろ医者としては将来大成するんやないかという気はするんです。

内科診療所のドクターに救急で小児科の患者を診させるようにしようということで、日本医師会が「手を挙げてくれ」と内科のドクターに呼びかけましたけど、ほとんどなかったでしょう。恐ろしいことですよ。小児科を半年か1年、内科を開業しながら勉強して、小児科の子供を診て、それこそ風邪とか何とかただそれで終わればいいけど、その下に隠されとる疾患を見抜けなかったら、責められますよね。結局その計画も立ち消えになったと。

そしたら、最初から自分が目指す科をやって、それで何かほかに要るといったときに半年か1年かローテートして、それで知識を身につける教育がいいんじゃないかという気はするんですよね。

●今の考えにはまったく反対ですが、おっしゃること非常によく分かるんです。けれど、今までのそういうやり方で、多くの問題が起こったので、それを何とか是正する目的で新制度ができた側面もあるんです。

例えば婦人科に最初から特化された方が、内科系の患者さんが来られたときに、内科的、全身的発想がまったく頭に浮かばないで、とんでもない物を見落とす危惧があります。したがって体全体を診ていく医者が必要とされる。特化するのは悪いとは思いませんが、まずベースをつくってからと思います。

●わたしは臨床研修制度というのも大事だと思うんですけど、入り口を変えるべきだと思います。今、高校を出て、医学部入って、6年間通って医者になりますよね。それは止めるべきだと思います。

大学教育を受けた人間が医学部に入って医師になる。そうするとある程度ベースの教育ができてますから、医学教育を4年間やるとしても、今以上により濃い臨床教育ができるようになるんだと思います。また、そういうことをすることによって、より医者として働こうという意欲のある人間が多くなるんじゃないかと思います。

だから、医者になってから後のことも大事ですが、医者になる前の入り方のことも少しやるべきだと。あちこちの国立の大学は、大学院大学と言ってますが何が大学院大学かまったく分かりません。大学院という割には高校卒業した学生入れる。それでなんで、大学院なんだろうと疑問に思うんですが。

●この問題もうちょっと根源的なものがあるような気がするんですが、例えば今指導医も足らないんでしょう。また、その指導医の人たちの資質が、

本当に指導医としてどうなのかと。さっきのは教育問題にかかわるんですよ。指導医としてちゃんとした教育を受けられてない人が、付け焼き刃的に研修をやってるけれども、これできちっとした医師が育つのかなと素朴な疑問を持っています。

●研修制度だけではなくて、都会ではそういうふうにして医局を解体するということで、一生懸命やっているわけですよ。結論的にいうと、大学と実地病院の綱引きでどっちが強いかっていう、しのぎ合いじゃないかと思うんですよ。独断的な判断ですけどね。

例えば山大卒業して、都会へ行って他大学に入って研修受けるんですよね。そこの中でいい人に巡り会った人はかなりいいとこ行くんですよ。ところが、いい指導者に巡り会わなかったという人は、やっぱりどこか抜けておるんですよね。

表向きは、大学の教授の権限を抜くと、支配力を弱めるというふうなことをいってやっているみたいですよ。現実としてはやっぱり教授が旧態然とすごい権力持ってやっている教室もあるんですが、地方へ行きますとそういうふうなところは、今はあんまりないじゃないかと思うんですよ。

●今回熊本で全国の勤務医会連絡協議会というのがあって、その中で臨床研修の話題がありました。指導医がある特定のドクターだけに決まって、そのドクターが半分もう自分を犠牲にして、個人の負担がものすごく大きいんですね。数か所、屋根がわら方式っていって、上が下をだんだんに教えるっていうところを採っているところもありますけども、指導医の非常に個人的な負担が大きい研修がほとんどでした。

ある新聞にはやはり指導医の7割ぐらいはもうかなり負担増に感じて、肉体的にも精神的にもっていうことなんですけど。システムをきちんとしないうちに、今回の制度が入ってきてしまったんで、指導側のシステムがやっぱり不完全な状態。これから問題になってくると思うんですね。

外科の医局は、昔はもうほとんどつきっきりですので、例えば、「8時、5時で帰りなさいよ」っていうような今のシステムだと恐らく、なかなか決められた項目の研修もできないですし、教えるほうも、指導医としての研修医に対する思い入れが中途はんぱになってしまう可能性はあると思いますね。

特に外科は夜寝てて、緊急があって、それを診て何ぼっていうもんですから。常時医局にフィックスしていくことで、いろんなことで勉強になってます。

●確かに指導医が十分養成されない段階でスタートしたという問題はあると思いますが、これは時間が解決するんだろうと思いますね。教えることによって、さらにその指導医のレベルが上がってくるということは間違いなくあるだろうと思うんです。

ただ、今みたいに指導医の数が少ないと、指導医に負担がかかるというわけで。指導医というのは、アメリカでいえば恐らくチーフレジデントという立場だろうと思うんです。その下にレジデントがいるわけですよ。実際にインターンを指導してるのはレジデントなんですね。だからその指導医の下に中間的に存在する人たちが、これからどの程度伸びてくるかということが、この制度をさらにいいものにするかどうかという大きなキー・ポイントになるだろうと思うんです。

アメリカのインターンなんですが、確かに忙しいんです。3日とか4日に1日オンコールという形で当直なんですよね。かなり負担が大きいです。そのかわりオンコールでない日は、例えば6時という時間が来ればさっと帰るというシステムになってますね。だから、日本もそういう形で必要な実習はできるようになるんじゃないかなと思うんですが。

- 医療事故・自賠責・自浄作用 -

津永　新医師臨床研修制度については今後も見守っていきたいと思います。

続きまして、「医療事故・自賠責・自浄作用」についてお話をうかがいます。医療事故の防止に関しましてはさまざまな取り組みがなされてきましたが、依然としてマスメディアによる医療事故の報道がなされていない日はないのではないかと思うぐらい、多発しております。日医も自浄作用活性化委員会からの答申を受けたり、リピーター

医師の再教育を含めた新制度を発足させる方針を打ち出しておりますが、このテーマに関してご意見をうかがいたいと思います。

●大変難しい問題だと思っております。今、日医でも医療事故の問題とか、あるいは医道審でかけられた方々の再教育の問題であるとか、多くの課題を抱えております。

解決策の一つは生涯教育制度を通じて、その教育を受けていただく。あるいは別の学習をさせるという方向も考えているようです。また会員とそうでない人との扱いの問題など、医師会では対応できないところもあるわけです。

そこで、日弁連と同じく、全員日医に加入ということにしたらどうかという話も、時々は出てきますが、これがまた大変複雑な問題がありまして、何かあったときには今度は全責任において日医が問われるということで、これもなかなか難しいかなと。「じゃあ、結局どうすりゃいいか」ということになりますと名案があるわけではありませんけれど、時間をかけてわれわれ自身が自浄作用を持ち、信頼を取り戻すよう学習していく以外方法はないのかなと思っております。

●医療の技術、あるいは医療の中身自体が非常に進歩してるという状況を見ますと、医療事故は増えて当然だろうと思うんです。その中に本当に注意していたら避けることができる医療事故と、注意していても避けることのできない医療事故とあるだろうと思うんで、これの二つをはっきり分けないといけません。

新聞報道を見てみると、避けることのできない事故も医者が悪いんだという論調の記事が結構あるんですよね。それで一般国民がいろいろと踊らされてるという状況はあります。この辺りしっかり分けないといけないっていうのが1点。

それからちょっと話が変わるんですが、行政指導、行政処分っていう問題があります。今、これ医道審議会のほうで医師の行政処分を決定しているんですが、一つ問題なのは、今までは新聞で報道されなかった医療事故に関しては、上に上がってこなかったんですね。ところが2年ぐらい前から、厚労省と法務省とで話し合いをしまして、罰金刑以上の事例については、すべて法務省から厚労省のほうに報告すると。その中でかなり悪質だと思われるものに関しては医道審議会にかけると。

刑事訴訟だけでなく民事訴訟に関しても悪質なものについても医道審議会で取り上げようという議論があります。この前、中・四国の医事紛争研究会があって、一つの話題になったんです。そのように民事裁判の結果が、この医道審議会で問われるということになると、安易な和解が難しくなってくるなと。和解で和解金を払ったということは、医師の過失を認めたことになり、それで罪に問われることになると和解ができなくなるよと。明らかに医師側に過失があって、早く和解したほうが医師にとって有利だ、あるいは患者さんにとって有利だという場合には和解に応じるけれども、そうでない場合には安易に応じるなと。

さらに行政処分の対象になりますと、今度から再教育の対象にしようという議論がでていますの

で、かなり負担が大きくなって来ます。この辺りは非常に注意が必要だと考えています。

●山口県医師会では自浄活性化委員会の設置を検討しています。これは日医の、「各都道府県で作るように」という指導のようなものがあって、県医師会でも、今、大体の構想はできているんです。

山口県にはご存じのように裁定委員会、医事紛争委員会、そして、患者さんの苦情相談窓口を集めて、それを最後に処理する医療情報提供推進委員会があるわけです。「自浄作用」だけでしたら、そことの重なりがあって委員会が必要かどうか分からない。これに、「活性化」をつけたときに、この委員会の存在理由が出てくるのかなと。それで今度新しい執行部になったときに、これはやはり立ち上げるべきであるというふうに思ったんです。処理のみでなく、会員に啓発していくとか、あるいは社会に訴えていく機能を持っている委員会がないといけないという判断です。

医療事故っていうのは4.6%ぐらいあって、その中で医療過誤といわれるのが20～30%あるわけですよね。どちらかというと不可避な部分まで入れて、マスメディアが騒いでいると。ある程度、どんなに注意したってある一定の割合では起こる。それはあんまり主張すべきではないんですが、起こるわけですよね。今医師会として考えなければいけないことは、それに対してもう少し国民に分かるような主張をしていく。起こるからしょうがないんじゃなくて、こういったことはこうなんだということをもっと発信していく。

それから、自浄活性化作用っていう意味合いの中に未然防止という考えを、もう少し強くしないといけない。例えば保険指導なんかを見てると、やはりリピーターみたいな方がおられるんですよね。もう何回も繰り返して。そういうのはやはり、医師会として非常に問題がある。これは医師、医師会の不信をものすごく誘ってる部分がある。対国民に対してだけと言うんではなくって、行政にもやはり、「医師会っていうのはきちっとこういうことをしますよ」という態度を示す。そういった意味で自浄活性化委員会というのは存在理由があるんじゃないかと思ってます。

●生涯教育の中で定期的にセミナーとかやってますよね。ほとんどは医学的課題で、割と標準的な話とかそういう話が多いんですけども、基本的な医療課題、要するに倫理的な問題とか人間教育とかもかなり入れてこないといけないっていわれてるんですね。なかなかそういうチャンスがないんですけども、1年間のセミナーの中で何回かはそういう話題を選んでやるようにはしてるんですが、なかなかセミナーに出ていただけない先生の呼び起こしをどうするかっていうのが問題だと思うんですね。

それともう一つは、卒前教育ですね。医学部に入る前の、いろんな人間教育とかそういうのをもう少ししっかり考えていくのがやっぱり本筋かもしれません。

●医事紛争がらみで、どうしてもわれわれドクターはいろいろな意味で相当無防備な点が多いんです。だから本当は小さいことも知らなきゃいけないんでしょうけれど、医者があまり守られていないですね。例えば薬の副作用がどうのこうのというのは、あの効能書にもう最後まで読みきれないほど書いてあるんです。その中で1か所でも抜かして何かありましたら、必ず非難されるのはわれわれのほうなんですよね。

次第に医療が高度になればなるほど、問題が大きくなってまいります。常にわれわれには最高のものを求められているが、その割には、あんまり評価されてないところがあって、大変な職業になってきたなとの印象です。

●医師が無防備なのは本当にそのとおりですね。保険指導をしているとつくづく感じるのは、社会的常識がもう少しあれば、「これは、こういうことを言えばまずい」ということが分かってるだろうに、そういうことでも平気で言われます。全体に、医師は社会的無知といいますかね。これから医師としての技量があればということだけでなく、社会性を身につけ、ちゃんと構えてやっていかなければいけない時代に入ってるのも確かです。

●自浄作用っていうのは、医師会できちっとやっ

これもまた強制力がまったくないような形で。

日本は、元は強制力があるような形だったんですが、戦後、アメリカの形が導入され任意加入になったと。自浄活性化委員会の話をちらちらっと聞いても、賛成、反対、これまでそのことについては随分議論されてるような感じで、強制に対しての賛成論者は比較的少ないなというふうな印象を受けました。

ているっていうパフォーマンスをしないと、医師及び医師会に対する不信感っていうのはなくならない。だからきちんとやっている姿勢を示すことが大事ではないかと思います。

例えば、あまりセミナーにも出てこないし、いろんな医師会の行事にも出てこない人なんかにも、自浄作用活性化委員会があれば、「あなたは会員だから、医師会のこういうところには顔を出さなければならないし、生涯教育も受けなければいけないよ」と強く言えるんだけれども、それすら今はできないですね。もう見て見ぬふりをするというのではなくて、今からはやる必要があると思いますよ。

●活性化委員会が関与するのは、医師会に加入した医師だけになりますかね。

●会員だけですね。

●未加入医師がやはり医療事故を起こした場合、一般国民には、関係のない医師会が何か悪いことしたような感じでとらえられていることも多いんで、やはり未加入医師に対しても、何らかの対策を立てられないといけないと思いますけど。

●そこにやはり強制加入。ドイツと同じような強制加入にしようという動きもあるんですけども、強制加入が本当にいいのかどうかということ、メリット、デメリットはどうもいろいろあるみたいです。ドイツは強制加入で、アメリカは任意で。その組織率は20～30%だって言ってましたね。

●個人としてもそういうシステムを作っていただくことに、非常に期待をしております。

●会員が問題を起こしたとき、大部分の正しい診療をしてる医師もそういう同じ目で見られるということがあるので、自浄化活性化委員会はできるだけ活用してほしいんですが、外から見て、「医者、仲間うちで守ってるじゃないか」というふうに見られないように、「明らかにおかしい」っていう人は、守るんじゃなくて、対外的にもこういうふうに医師会としてやったというパフォーマンスも必要かもしれません。もちろん守るべき者は守るべきですね。

- 新執行部に期待するもの -

津永　残り時間ももうわずかとなりました。本年の4月より藤原会長の下、県医師会の新執行部が発足いたしました。医療をめぐる情勢が厳しい中での船出となっておりますが、県医師会の今後について、また新執行部に期待することといたしまして、最後に何か忌憚のないご意見をいただきたいと思います。

●先ほどの話に尽きると思います。患者さんが犠牲になる前に、やっぱり早く手を打ってほしいと。打つようなことをしていただきたいと思います。

それはわたしも含めて、そういうふうなことにいつなるとも限りませんので、よろしくお願いします。

●漠然とした言い方ですが、やはり開かれた医師会というもの。外部の人間から、「ちょっとおかしいんじゃない？」というようなことで見られないような、色眼鏡で見られないような医師会というものができればと思います。

これは県医師会だけではなくて地域医師会、日本医師会、すべてそうですけど。そういう風通しのいい医師会を作っていただけるように、皆様に頑張っていただきたいと思います。

●わたしも皆さんの意見と一緒で、自浄化活性委員会を早く立ち上げていただければいいんじゃないかと思います。

●執行部の方でどんな項目でもかまいませんから、大きな目標、希望のもてる方向性、大胆な行動力のある医師会体制を作ってほしいと思います。

ちょっと誤った方向へ向かったとしても大きく旋回してもとの正しい方向へ戻ればいいでしょう。失敗をおそれて萎縮してはいけないと思います。そうすれば私たち一般会員もさらに自由に討論できる医師会ができるのでは。

そういう執行部を期待しております。

●わたしも、医者以外の外から見て、何をしてるか分かるという体制作りがやはり必要だと思います。混合診療の反対に関しても、医師会内部だけで何かやってるような感じもかなりありますので、一般市民に対して医師会が何をしてるのかということをちゃんと伝えるようにしていただけたらいいと思います。

閉会の挨拶

上田　本日は土曜日の午後という大変お忙しい時間にご参集いただき、ご討論ありがとうございました。

放談会でございますので、言いっ放しでということもあろうかと思いますが、私どもといたしましては、診療報酬の改訂にからむ生々しい問題であるとか、まだはっきり先のよく見えない新卒業臨床研修制度であるとかですね。それから、また本日一番メインテーマになったような気がいたします、われわれ自身の自浄作用。それをどういうふうにするかということで、宿題をいただいたような気がいたします。これに関しましては、医事紛争対策委員会のほうでは未然報告と申しまして、まだ事件の起こる前の報告をいろいろいただいて、われわれ自身協議したりということがありますが、そういうのが一つの手本になるのかなと先ほどから考えておりました。

いずれにいたしましても、先生方が県医師会のオピニオン・リーダーとして、他の会員の方々も注目されることをいつも先頭立ってやってくださっておりますので、心より感謝申し上げまして閉会の締めとさせていただきます。どうもありがとうございました。

医療廃棄物適正処理講習会

と　き　　平成 16 年 11 月 4 日（木）
ところ　　山口県総合保健会館

[記：常任理事　西村　公一]

平成 16 年 3 月「廃棄物法基づく感染性廃棄物処理マニュアル : 環境省」の改定が行われた。感染性廃棄物処理マニュアルについては、平成 12 年 12 月に取りまとめた「規制改革についての見解」において、感染性廃棄物の判断の多くを医師等に委ね、判断基準が客観性を欠いている等の指摘がなされたため、環境省では今回、感染性廃棄物の判断基準の向上等を内容とするマニュアルの改定を行った。

この改正感染性廃棄物処理マニュアルの解説と、本年 4 月から実施されている、山口県産業廃棄物税の状況について説明を主題として、講習会が開催された。参加者は会員 34 名、医療関係者 108 名、事業所関係者 18 名、計 160 名であった。

藤原会長挨拶

本日はご多忙の中、本日の講習会にご出席いただきありがとうございます。

かつては医療廃棄物の不法投棄などでマスコミの話題になったことがありますが、近年は関係者のご努力、工夫によりまして制度化されましてほぼ順調に推移されているのではないかと思っております。特に山口県におきましては、行政と山口県産業廃棄物協会とで、問題が起こる以前に定期的に協議しておりますし、事前に問題については対応しております。この 4 月から産業廃棄物税が導入されております。これは廃棄物を抑制することと環境政策にその税を生かすという目的と行政は説明されていますが、山口県医師会としてはその税の体系が複雑にならないようにまた医療機関の負担にならないように要望し主張してきたところであります。今日はこの医療廃棄物につきましてご認識いただきまして適正処理につきましてご協力いただきますようお願いいたしまして挨拶といたします。

「産業廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」について

山口県環境生活部廃棄物・リサイクル対策課
主幹　佐々木　寛雅

感染性廃棄物処理マニュアルは、医療廃棄物の事故等があり、平成 4 年に初めて作成され、平成 11 年に一部改正があった。今回作成されたマニュアルは、改正された産業廃棄物処理法の内容と、感染性廃棄物の判断基準を示す目的で新たに作成された。感染性がないが、針やガラスの割れたものなど、鋭利なものは感染性廃棄物と同等の扱いをするという判断がなされた。

法律の改正の中で盛り込んだものとして、医療関係機関等においての処理計画の作成がある。特に特別産業廃棄物について、年間 50 トン以上排出する事業者については、処理計画を提出し、翌年にはどういう実施がされたかという報告をする必要がある。

廃棄物の不法投棄が行われたことにともなって、排出業者の責任強化が明確にされた。処理過程で不正が行われた場合には、その責任が処理業者のみならず排出業者にも及ぶ、というというような法体系に変わったということである。

以下、このマニュアルについて具体的な説明を行う。

感染性廃棄物の定義

「感染性廃棄物」とは、医療機関等から生じ、

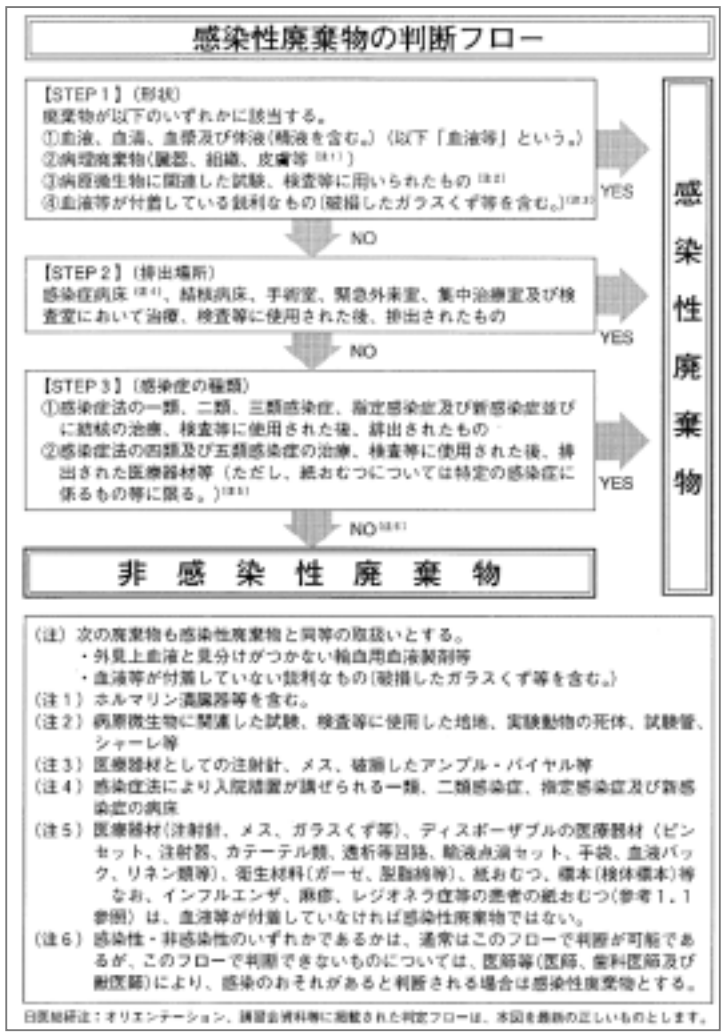
人が感染し、若しくは感染するおそれのある病原体が含まれ、若しくは付着している感染物またはこれらのおそれのある感染物と定義される。

感染性廃棄物の判断基準ということで、ひとつの指標が示されている。これによれば、1）形状の観点、2）排出場所の観点、3）感染症の種類の観点、ということで、その観点から感染性廃棄物かどうかを判断することになる。

右図に、「感染性廃棄物の判断フロー」が示されているが、これにしたがって判断していけば、解りやすくなっている。

感染性か非感染性かは通常はこのフローで判断することになるが、実際の医療現場では判断に困ることがあると思われる。このような場合には、最終的には医師等により感染のおそれがあると判断される場合は、感染性廃棄物とする。

なお、非感染性廃棄物であっても、鋭利なものについては感染性廃棄物と同等の扱いをすることが明記された。



感染性廃棄物の処理法

感染性廃棄物が発生したときには、排出事業者の責任において適正に処理する義務があるとされ、一般廃棄物（紙くず、木くず等）、特別一般廃棄物については、市町村の指示にしたがって処理することになる。

医療機関等については、感染性廃棄物を適正に処理するために、特別産業廃棄物管理者を置き、その管理者が適正な処理計画を立てることになる。前年度の感染性廃棄物が 50 トン以上排出する医療機関においては、その処理計画を立てて 6 月 30 日までに知事に報告し、その計画に基づいて処理した結果を、翌年度の 6 月 30 日までに提出してもらうことになっている。

管理者は感染性廃棄物の処理が適正に行われているかどうかを把握し、処理についての帳簿を作成するとともに、5 年間保存しなければならないとされている。

感染性廃棄物は他の廃棄物と分別して排出するものとする。ただし、感染性廃棄物と同時に生ずる他の廃棄物を感染性廃棄物と同等の取り扱いをする場合には、この限りではない。

感染性廃棄物の処理を自ら行わずに他人に委託する場合には、法に定める依託基準に基づき、事前に委託契約を締結しなければならない。委託業者の選定にあたっては、その業者が感染性廃棄物を取扱うことができる業者かどうかを、許可証の提出を求めるなどして確認していただきたい。

マニフェストの交付

医療機関等は、感染性廃棄物の処理を他人に委託する場合、感染性廃棄物を引き渡す際に、定められた様式による産業廃棄物管理票（マニフェスト）に必要な事項を記入して交付しなければならない。マニフェストの交付の日から 60 日以内に、マニフェストが返ってこない、また 180 日以内に最終処分が終了した旨が記載されたマニフェストの写しの送付を受けない場合には、適正に処理されているかどうかを確認しなければならない義

務がある。それでもなお且つ報告がない場合には、30 日以内に県知事に報告しなければならない。

排出事業者の責任

廃棄物が排出事業者から最終処分に至るまでの間に不適切な処理がされた場合に、排出事業者が注意義務を怠っていれば、排出事業者にも責任がかかってくることになる。そのためには、不適正処理を行う恐れのある業者に委託しないこと、適正な処理に必要な料金を負担すること、不適正な処理が生ずることを知った場合には、中止などの処置を講ずること。そのため、産業廃棄物業者に関する情報を県、市町村、廃棄物処理関係団体等から必要な情報を得ることに努める必要がある。

このマニュアルを十分に活用していただき、感染性廃棄物が適正に処理されるようにお願いしたい。

医療機関としての感染性廃棄物マニュアルについて

山口県医師会専務理事　三浦　修

先程の、佐々木主幹の説明とオーバーラップするところがあるが、復習のつもりで、排出業者である医療機関の立場からの説明をしたいと思う。

事業所で出たものを産業廃棄物、その他家庭などから出た廃棄物を一般廃棄物と呼ぶ。産業廃棄物のうち、爆発性、毒性、感染性その他の人の健康又は生活環境に係る被害を生ずる恐れがある性状を有するものとして、法令で定めるものを特別管理産業廃棄物といい、その中に感染性廃棄物が含まれる。

感染性廃棄物の判断については、通常はマニュアルの「感染性廃棄物の判断フロー」にしたがって判断することになる。判断が困難なものについては、医師等により感染のおそれがあると判断される場合は感染性廃棄物とするとされている。

排出事業者責任については、排出事業者が最終処分までを確認する義務があり、事業者は事業活動にともなって生じた廃棄物を自らの責任において適性に処理しなければならないとされている。

実際の医療現場では加熱、薬剤などによる滅菌が行われているが、消毒をせずに廃棄する場合に適正な処理法が問題となる。

特に「針刺し事故」が問題となっており、今は使用した注射針はリキャップしない方法で廃棄する工夫がされていて、使用後に直接堅牢な容器に入れて廃棄するということが一番安全ではないかと思う。感染性廃棄物を一般廃棄物と一緒に出すということは、きわめて危険であるのでしないでいただきたい。

今、在宅医療が盛んに行われていて、在宅でインスリン注射、腹膜透析、気管切開管理、経管栄養などでさまざまな医療機材が廃棄される。一般家庭からでる医療廃棄物は法律上では一般廃棄物とされるので、いろいろな問題が起こってくる。以前は一般廃棄物として廃棄してよいとされていたが、処理業者の事故などが問題となるので、特に注射針など鋭利なものは医療機関が責任を持って回収することが大切である。家庭内での安全な管理を含めて、患者家族に対する教育・指導が必要である。

いずれにしても、感染性廃棄物については、廃棄物に起因する感染事故を防止する上でも、排出する医療機関の責任において適正に処理していただきたい。

産業廃棄物税について

山口県総務部税務課主査　飯田　恭丈

今年の 4 月から実施されている産業廃棄物税は、山口県独自の地方税である。

山口県では、循環型社会の構築を県政の重要課題と位置づけ、廃棄物の発生・排出抑制やリサイクル促進などに積極的に取り組んでいるところであるが、このような取組を一層促進していくために、本年 4 月から産業廃棄物税を実施してきた。

税の仕組み

この税の仕組みは、最終処分場に埋め立てられる、産業廃棄物 1 トンにつき 1,000 円というのが税率である。医療廃棄物の場合は直接最終処分場へ持ち込まれるということはなく、ほとんどは中間処理業者の処理を経て最終処分場へ持ち込まれている。よって中間処理業者で処理されて最後に発生した残りかすの灰に対して税がかかるということになる。したがって、医療機関に対する廃棄物税の負担は極めて少ないものとなっており、処分料金の値上げに繋がっていないところが多い

と聞いている。

税収の動向

平成 16 年度の税収予算額は 3 億 400 万円で、平均すると月に 1,900 万円となっており、現在のところ、納入業者からはきちんと申告をいただき、すべて完納していただいているところである。

税収使途

3 億 400 万円の税収から、徴税経費の 3,400 万円を差し引いた残りの 2 億 7,000 万円を、産業廃棄物適正処理基金にプールして使途をオープンにしている。この基金の中から、事業平準化のために 6,000 万円を留保し、残りの 2 億 1,000 万円を平成 16 年度の事業費として使うことになっている。使途の内容は、環境インフラ整備の支援、適正処理の推進や不適正処理対策、産業活動支援、普及啓発等である。

山口県が産業廃棄物税を実施したのは、全国で 10 番目であるが、この近辺では比較的導入が早いほうである。九州 7 県では来年 4 月の実施を目指して取り組んでいるところである。

今後とも、産業廃棄物税の実施により、排出業者等に対して産業廃棄物の排出抑制を促すとともに、その税収により、リサイクルや適正処理等の施策の推進を図っていく所存なので、ご協力よろしくお願いしたい。

質疑応答

Q: 医療機関等の管理者は、特別管理産業廃棄物管理責任者を置かねばならないとあるが、管理責任者は廃棄物処理に関する特別な資格を有する必要があるのか。

A: 管理責任者は特別な資格を有する必要はなく、マニュアルに記載してある、規則第 8 条の 1 に示された者であればよい。施設内の感染性廃棄物に処理に関する統括責任者といったものと考えていただきたい。（県）

Q: 排出事業者の責任について、「技術的能力や経理的基礎を欠く状況に陥っている等、不適正処理をおこなう恐れのある産業廃棄物処理事業者に委託しないこと」とあるが、このことについては、どのようにしてチェックすればよいのか。

A: 処理業者がどのようにして処理しているかを、排出事業者がチェックするということであるが、実際には困難であろう。県としては定期的に監督監視を行っていて、問題があれば改善するように指導はしている。

処理業者の資格関係を確認してきちんとした契約を行い、排出ごとにマニフェストの交付を確認すること、そして廃棄物が適正に処理されているかを確認する必要があるということになる。（県）

県医師会としては、今後不正処理を行う業者が発覚すれば、何らかの方法で公表していただくことをお願いしていきたい。（県医）

Q: 感染性廃棄物の判断基準の、形状の観点のところで、体液の判断についてなかなか困難なものがあると思うがどうか。

A: 確かに判断が難しい場合があると思う。マニュアルの感染性廃棄物の判断フローによっても、感染性かどうかの判断が困難な場合には、医師などの専門的知識を有するものが判断することになる。（県）

9 月 16 日の郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会で出された質問について、11 月 16 日の都道府県会長会議にて、日医の回答が得られたのでお知らせする。

「体液」とされるものの中で、内視鏡検査などで吸引された消化管液等は、医師の判断で非感染性としてよい。手術等で発生する吸引液も同様である。したがって下水処理が可能である。

検査のために検体として出された尿、糞便も明らかに感染性を有するものでなければ、非感染性として処理してよい。（県医）

Q: 産婦人科医院だが、今まで、新生児のおむつをすべて一般ごみとして出していた。何となく気になっていたが、感染性廃棄物として処理業者に出す必要はないということか。

A: 通常の紙おむつは非感染性廃棄物とされ、一般ごみとして処理してよい。感染症患者のものは、マニュアル 35 頁にある、「感染症ごとの紙おむつの取扱い」を参照していただきたい。（県医）

第 90 回山口県医師会生涯研修セミナー

と　き　　平成 16 年 11 月 7 日（日）　10：00 ～ 15：00
ところ　　山陽町文化会館　（厚狭郡山陽町大字郡 1754 番地）

開会後、ミニレクチャーとして、以下の 2 題を講演。報告省略。

ミニレクチャーⅠ
役立つシリーズ３：下肢の腫脹を主訴とする患者への対応
山口大学医学部器官制御医科学講座（第一外科）講師　古谷　彰

ミニレクチャーⅡ
役立つシリーズ４：プライマリ・ケアにおける発熱のみかた
山口大学医学部附属病院総合診療部教授　福本　陽平

特別講演　「厚生省特定疾患アミロイドーシス」
- アミロイドーシスは伝播するのか ?-

山口大学医学部構造制御病態学教授　石原　得博

[記：宇部市医師会　福田　信二]

現在山口大学医学部長であるご多忙の中、ご講演をいただいた。

アミロイドーシス（ア症）はアルツハイマー病、プリオン病、透析アミロイドーシスと頻度も多く注目されている。アミロイドはコンゴレッド染色後の偏光顕微鏡でエメラルドグリーンの偏光を呈する。ア症は種々の原因によって、アミロイドが細胞外に沈着し、組織や臓器の機能異常を生じる疾患群である。アミロイドは 8 ～ 15nm の枝分かれのない細線維からなっている。水抽出が可能となり、アミノ酸配列を決めることができる。現在の分類は全身性として免疫グロブリン性ア症（原発性ア症の大部分、多発性骨髄腫にともなうもの）、反応性 AA ア症（続発性ア症）、家族性ア症（FAP：家族性アミロイドポリノウロパチー；熊本県荒尾と長野県小川村に大きなフォーカス）、透析ア症（透析歴 20 年以上の患者さんの大部分）、老人性ア症。限局性は脳ア症、内分泌性ア症（甲状腺髄様癌；プロカルシトニン由来、Ⅱ型糖尿病；膵ランゲルハンス島、アミリン由来、心房性ア

症；心房ナトリウム利尿ペプチド）。皮膚ア症、限局性結節性ア症となっている。頻度は剖検例では 1958 年には全国剖検例の 0.1％、2000 年は 1.2％と 10 倍に増えている。1998 年の全国調査では人口 10 万あたり 0.4 人となっている。

AL ア症は原発性ア症、骨髄腫にともなうア症、限局性ア症で前駆タンパクは免疫グロブリン light chain。原発性と骨髄腫にともなうものでは 4:1、好発年齢は 50 歳、予後は 13 か月（数か月から 21 年）、最近 AL ア症の治療は PBST（末梢血幹細胞移植）をしながらメルファラン + プレドニンの大量療法で行われている。

AA ア症（続発性ア症）は関節リウマチにともなうものがほとんどであり、関節リウマチの 10 ～ 30％に起こる。血液透析とア症は透析歴 20 年経つと骨や関節に沈着する。β 2 ミクログロブリン由来である。脳のア症で一番頻度が高いのはアルツハイマー病、脳の血管のアミロイドーシス、オランダ型、アイスランド型という、若い人で脳出血を起こすもの（日本では出ていない）、プリオン病。アルツハイマー病の特徴の一つは神経小線維変化（2 本の線維が二重螺旋をしている）でこのタンパクはτタンパク、ユビキチンである。これとアミロイドの両方が関与してアルツハイマーを起こす。老人斑（アミロイド、A βタンパク）は小さいのがたくさん染まるので結果ではなく原因であると考えられている。βアミロイドは 42 のアミノ酸からなる膜貫通タンパクで、脳血管にも沈着してくる。アミロイド沈着は脳卒中群と脳出血群で差はない。脳の皮質下出血の 10％がアミロイドによる。高血圧はなく、再発を繰り返す。脳内出血の動脈の大きさは 100 ～ 400 μ m の小さな動脈。基底核の周りにはアミロイドの沈着は少ない。

アミロイド線維の形成過程はイムノグロブリン light chain、SAAS、β 2- ミクログロブリン、異型のトランスサイレチン、アニリンなどの前駆体タンパクの産生増加、排泄分泌の減少で前駆体タンパクが増え、これにタンパク分解もしくはプロセッシングが起こり、アミノ酸が切れる。そこにマクロファージやライソゾーム酵素が関与して、重合して組織親和性を得てβ構造をとってアミロイド繊維になる。実験的ア症において、アミロイド線維の形成は肝細胞で SAA が作られ、血中に出て、全身の網内系細胞周囲でアミロイド繊維になる。

現在問題となっているのは、ア症がプリオンタンパクと同じように、伝播する可能性がある点である。信州大学の樋口教授がこの伝播を動物実験確認した。今までもアミロイドには amyloid enhancing factor（AEF）アミロイド促進因子があることが言われていた。AEF の単独投与では発症せず、刺激が必要。AEF 活性は正常動物にも存在し、種族の特異性はなく、他種族でもアミロイドの沈着の促進を起こす。この AEF には溶解性と繊維性があり、溶解性 AEF は好中球由来である。一方、線維性 AEF は血中に前駆体タンパクになるものがあると、アミロイド線維が入ると雪達磨式に増える（核構造依存性重合反応）。タイプの異なる粗製アミロイド線維を経口投与すると、実験的 AA ア症の発症促進効果があることが明らかになった。ニワトリにもアミロイドが起こってくるが、食用のニワトリは若いのでそれほど沈着していないかもしれない。牛は 6 歳以上で 1.2％アミロイドがあり、ホルモン焼きの材料になるので問題が残る。アミロイドの投与方法は経静脈的でも、経口でも、経腹腔投与でも起こる。伝播は化学的処理、物理学的処理で消失する。最後にア症の臨床をまとめていただいたが、これはレジメを参照願う。

シンポジウム
生活習慣病シリーズ７：「脳卒中」

［記：宇部市医師会　杉山　修一］

平成 16 年 11 月 7 日、山陽町文化会館大ホールにて第 90 回山口県医師会生涯研修セミナーが開催された。

1）脳卒中総論（脳卒中とは？）

山口大学脳神経外科　鈴木　倫保

脳卒中の歴史的背景を基とし、脳卒中が全死亡率の第 3 位、有病率では第 2 位に位置し、高齢者の多い当山口県においては、今後、重要な疾患となりうることを指摘された。さらに脳卒中診療と現代医学の進歩により、以前は死亡してしまう疾患であった脳卒中の患者背景の変遷、すなわち後遺症を残遺し、高齢化と再発を繰り返す問題点より、今後は脳卒中患者の QOL を改善するために、国策として取り組む必要性があることと、急性期から慢性期及びリハビリテーションを含めわれわれ医師の研鑽・診療努力を注ぐべき疾患であることが強調された。

その後、急性期から慢性期まで脳卒中診療に携わる各シンポジストより計 6 項目にわたる講演が行われた。

2）症候から見た脳卒中（専門施設紹介の要否）

ながみつクリニック院長　長光　勉

プライマリ・ケア医の立場より専門医紹介のタイミングを頭痛に焦点を絞って説明された。特にくも膜下出血を念頭に置いた診療に心がけ、突然発症の頭痛、他の随伴症状をともなう頭痛の場合には、頭部 CT で判別できないくも膜下出血が隠れていたり、解離性脳動脈瘤が潜んでいることがあるので、必ず画像診断が必要であり、専門医紹介すべきであると話された。また頭痛に対するトリプタン系薬剤による診断的治療や軽い神経症候の際に「念のため」に抗血小板剤を投与しておく等の行為は診断遅延・誤診や症状悪化の危険性があることを実際の症例を交えながら説明された。

3）脳卒中の初期管理と対応

厚南セントヒル病院脳神経外科　杉山　修一

紹介を受ける急性期専門病院の立場より、急性期脳卒中の初期管理と対応について述べた。急性期脳卒中診療の流れの中での patient's delay と doctor's delay について説明の後、脳卒中診療を円滑に行うための要点を脳卒中の特徴、全身状態の把握、正確な病歴聴取、神経症候の把握、症候に見合う画像診断の確定、併行して行われるべき検査・処置の順に解説した。また診断確定の後の血圧管理の重要性と初診時 CT 撮影、引き続いて行う MRI: 拡散強調画像の有用性について症例を呈示し説明した。まとめとして Time is brain の概念の下、脳卒中の早期認知、円滑・迅速な病診連携、専門病院での適切・迅速な検査・処置が脳卒中の早期診断・早期治療に不可欠であることを強調した。

4）脳卒中急性期の治療と管理

1. 脳梗塞（血栓溶解法の適応と実際）

山口大学医学部脳神経外科　加藤　祥一

血管内治療専門医の立場より脳梗塞、特に脳塞栓症に対する血栓溶解療法を中心に話された。まず、脳梗塞の病型分類別の治療法の概略の後、血管内治療による脳塞栓症への血栓溶解療法を実際の症例の動画を交えて説明された。その適応は心疾患を有し、中大脳動脈の脳塞栓症で、頭部 CT 上の虚血性変化が軽微で且つ、発症時間が明確であり、6 時間以内に治療手技を終えることの可能な症例であることを強調された。また、EBM として rt-PA の経動脈的血栓溶解療法の RCT として PROACT II を紹介され、3 か月後の全般予後の改善と出血性合併症の増加の問題を説明された。現在日本でも MELT(MCA-Embolism Local Fibrinolysis Intervention Trial) が国内初の RCT として進行中であり、rt-PA の経静脈投与による血栓溶解療法の認可・承認の可能性など、今後の脳梗塞治療に対する展望にも言及された。

2. 脳出血・くも膜下出血（手術療法と急性期管理の要点）

山口大学医学部脳神経外科　米田　浩

出血性脳卒中の管理と治療について系統的にまとめて説明された。脳出血の管理の要点は血圧管理、呼吸管理、脳圧管理であり、血圧管理としては頭部 CT で診断がついた後に、収縮期血圧 160mmHg 未満もしくは搬入時血圧の 80% を目標とした降圧の重要性と、安易な高浸透圧利尿剤使用での出血助長の危険について強調された。手術治療は原則として 80 歳未満で、神経学的重症度分類に基づいて定められた治療ガイドラインを紹介された。また、くも膜下出血の管理の要点としては、再破裂防止を中心とした血圧管理（収縮期血圧 140mmHg 未満）と十分な鎮静下での呼吸循環管理であり、手術治療は Hunt&Hess 分類に基づく治療ガイドラインに乗っ取って行っていることを説明された。症例として 91 歳の超高齢くも膜下出血患者に対するコイル塞栓療法や低体温療法などの先端療法についても言及された。

5）慢性期治療（回復期リハビリテーション）

山口リハビリテーション病院作業療法士　大村 直美

脳卒中診療のリハビリテーション（以下リハビリ）の役割を回復期リハビリの観点を中心に説明された。回復期リハビリとは脳血管疾患、大腿骨頚部骨折等の患者に対する ADL 向上、寝たきり防止、家庭復帰を 3 大目的としたチームアプローチによる短期間の徹底したリハビリであることを説明された。同院での平均在院日数は 79.8 日、回復期リハビリ病棟の 90% を脳血管疾患患者が占め、その家庭復帰率は 78% に及ぶことを述べられた。また Brunnstrom Stage による機能回復の程度は大きく期待できなくても、Barthal Index からみた ADL の回復は非常に良好で、機能障害が残遺しても家庭動作訓練、職業訓練、社会生活訓練、自動車操作訓練などさまざまな機能訓練の実施で ADL の向上が図れること、医療従事者・患者・家族・MSW・ケアマネージャーの連携と家庭環境整備の徹底で家庭復帰が可能であることを強調された。

6）脳卒中の再発予防

宇部興産中央病院神経内科　福迫　俊弘

脳卒中の再発予防について、危険因子の管理、再発予防薬、高血圧性脳出血の再発予防を中心に説明された。われわれが修正可能な危険因子として高血圧、糖尿病、高脂血症、喫煙・飲酒・肥満、心房細動を挙げ、高血圧では脳卒中後の患者の降圧目標を 140/90mmHg 未満、24 時間血圧測定での Non-dipper（夜間血圧の低下が 10% 未満）、Riser（夜間血圧上昇）の type とモーニングサージが脳卒中と高血圧の関連で重要であることを説明された。糖尿病の脳梗塞発症リスクは 2 ～ 4 倍で至適血糖値は 126mg/dl 未満、高脂血症は総コレステロール 200mg/dl 未満にコントロールする。心房細動では脳卒中、冠動脈疾患、糖尿病、高血圧、心不全、70 歳以上ではワーファリン投与が原則であること、非心原性脳梗塞の予防には抗血小板剤を使用することを説明された。また、抜歯に際しての脳梗塞予防薬の中止は必要ないこと、脳出血例での降圧目標は拡張期血圧 75mmHg 未満が望ましいことも述べられた。

山口県産業保健連絡協議会・山口県医師会産業医部会合同協議会

と　き　　平成 16 年 11 月 18 日（木）
ところ　　山口県医師会　6F 会議室

[記：理事　小田　悦郎]

開催にあたり、議長に木下県医副会長、副議長に山口労働局を互選。

挨拶：大路安全衛生課長

昨今の山口県における経済情勢は、景気回復がおおむね顕著になりつつあると言われておりますが、すべての業種、企業が景気回復の傾向にあるわけではなく、まだ厳しい経営を強いられている企業があるなど､いわゆる二極化状況にあります。

このような中で県内における健康診断の有所見者の割合は増加傾向をたどっており、特に平成 15 年は 47.5% と全国平均の 47.3% より若干ではありますが高い傾向にあり、一貫して右肩上がりの状況にあります。

また、明るい兆しも見えてきたとはいえ依然として厳しい経済情勢の中で、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合が全国的に高くなっていることはご存じのとおりですが、山口県下においても同様な傾向にあります。

さらに労働者が業務上の理由によって脳・心臓疾患を発症して突然死などの重大な事態に至るいわゆる過労死が社会的に大きな問題となって久しいところでございます。最近の景気回復傾向により、労働時間も長短二極化しているという報告も上がっております。

こういった中で労働者が健康で安心して働ける環境を作るには、産業保健行政の重要性が今までにも増して高まっているというところでございます。ここにお集まりの皆様方におかれましては、本日のこのような会議を有効に活用していただき、引き続き労働者の健康確保、保持増進など労働安全行政の推進に多大なるご協力をいただくようお願い申し上げましてご挨拶とさせていただきます。

- 出席者 -

山口県産業保健連絡協議会

山口労働局	安全衛生課長 地方労働衛生専門官	大路曜太郎 一木　　孝
山口県産業医会	会長	井上　正岩
山口県商工会連合会	専務理事	伊妻　　稔
山口県中小企業団体中央会	専務理事	三浦　睦義
山口産業保健推進センター	所長	赤川　悦夫
地域産業保健センター	周東地域産業保健センター長	武内　節夫
(財) 山口県予防保健協会	専務理事	森　　昌幸
(社) 山口県医師会	副会長 常任理事 理事 理事	木下　敬介 濱本　史明 小田　悦郎 正木　康史

山口県医師会産業医部会

部会理事	岩国支部長 徳山支部長 山口支部長 宇部支部長 小野田支部長 萩支部長	西岡　義幸 堀家　英敏 永田　一夫 丸本　　多 中野　　洋 梶山　公則
部会監事		正木　昭夫 宮川　祥一

協議事項 1「労働衛生の動向について」
山口労働局安全衛生課労働衛生専門官　一木　孝

・一般健康診断の有所見率(全産業)について(表 1)

平成 15 年の山口県における有所見率は 47.5% であるが、この数字には従業員 50 人未満の事業所における労働者の健診結果は含まれていない。

50 人未満の事業所ではどういう傾向にあるかということについては、全産業を把握しているわけではないのでご参考程度にしか申し上げられないが、約 60%弱の有所見率が出ている。

有所見率が毎年右肩上がりの増加傾向にある理由については詳細なデータを得ていないのではっきりしたことは言えないが、労働者の高齢化が全産業で見られるため、これが若干影響しているという傾向は見られる。

・法令による特殊健康診断の有所見率について(表 2)

電離放射線についてお願いを含めて申し上げたいが、この有所見率は平成 14 年 5.9%、15 年度 5.1% で、ゼロに近い全国平均に比べて異常に高い数字である。

この理由として、健診結果の報告用紙の裏面に、被曝による血液検査の有所見者数を上げてもらうようになっているが、この中に被曝によらない有所見が上がっているためと考えられる。出先の監督署の担当官には確認するよう指示しているが、先生方におかれても、電離放射線の特殊健診における血液検査の有所見については、被曝によるもののみを上げていただくことをご留意願いたい。

また、じん肺の有所見者については、粉じん対策の徹底等により確実に減少しているが、新規の罹患者を見ると、鉄工所などで溶接作業に従事していた人、特に経験年数 20 年以上で 50 歳前後の罹患が目立つ。

・行政指導による特殊健康診断の有所見率について(表 3)

チェーンソーによる振動病等の有所見が就労者の半分近くに見られる。

VDT については平成 10 年から統計を取り始めたが、有所見が就労によるパソコン使用によるものか個人的な使用によるものかの判断が困

表 1

年別一般健康診断結果による有所見率(全産業)

	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年
全国	27.4	32.2	33.6	34.6	36.4	38.0	39.5	41.2	42.9	44.5	46.2	46.7	47.3
山口	31.4	34.1	36.5	37.5	37.8	38.2	39.2	41.1	43.3	44.1	45.9	46.2	47.5

表 2

法令による特殊健康診断の有所見率

	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年
有機溶剤	4.7	2.9	3.3	3.3	2.6	2.4	3.1	2.7	1.1	2.7	3.5	3.6
特定化学物質等	0.9	0.9	0.5	0.3	0.3	0.4	1.0	0.7	0.5	0.6	0.4	0.6
電離放射線	2.6	1.3	1.8	1.5	1.5	2.9	2.4	3.6	4.0	4.1	5.9	5.1
鉛	2.3	2.6	4.8	2.3	2.8	1.8	2.0	1.4	3.4	1.8	2.8	4.0
じん肺	6.8	5.7	5.1	5.4	5.7	4.7	4.4	5.8	3.8	3.8	3.9	2.4

表 3

行政指導による特殊健康診断の有所見率

	7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年
紫・赤外線	14.8	15.1	0.9	1.5	2.3	2.0	2.4	3.4	1.6
騒音	22.3	19.4	20.4	19.1	22.3	21.1	21.0	20.8	20.7
チェーンソー	30.3	30.9	10.0	24.0	31.6	41.9	38.3	21.5	45.6
振動工具	9.2	13.2	7.8	18.0	7.6	3.4	6.7	5.6	6.2
V D T	−	−	−	5.1	2.9	3.3	2.6	4.4	3.6

難であり、問診の際に、仕事でどのくらいの時間使っているかを尋ねる等により判断するしかないのが現状である。

質疑応答

質問：電離放射線の特殊健診について、被曝によるものでない血液検査の有所見が上がっているとのことであるが、被曝による異常かどうかを判定する医師の理解度の問題であれば啓蒙の必要があるのではないか。
答え：啓蒙していただきたい。

質問：職業性疾病の有所見者数は労災認定されたものとのことであったが、労災認定されていないものもあると思われるので、実際はもっと多いのではないか。
答え：当然多い。

協議事項 2「産業保健推進センター並びに地域産業保健センター事業について」

山口産業保健推進センターの活動状況

山口産業保健推進センター所長　赤川　悦夫

推進センターの主な業務

（平成16年度実施状況。実績は11月16日現在。カッコ内は受講者数）

1. 研修等
   (1) 産業医研修：計画 20 回 / 実績 12 回 (342)
   (2) 産業看護職研修：計画 3 回 / 実績 1 回 (47)
   (3) 衛生管理者・労務担当者研修：計画 50 回 / 実績 34 回 (410)
   (4) その他の研修：過重労働フォーラム (134)
   (5) 山口県衛生管理者協議会研修：1 回 (70)
   (6) 研修支援：計画 36 回 / 実績 31 回
2. 情報提供
   (1) 情報誌「産業保健山口」の発行：計画 4 回 / 実績 3 回
   (2) ホームページアクセス：計画 6,500 件 / 実績 2,684 件
   (3) 図書・ビデオ・測定機器の貸出：計画 1,400 回 / 実績 844 回
3. 窓口相談・実地相談・電話等：計画 200 回 / 実績 133 回
4. 地域産業保健センター支援
   (1) 各種会議：計画 21 回 / 実績 9 回
   (2) コーディネーター研修：計画 3 回 / 実績 2 回 (29)
5. 広報・啓発
   (1) 事業主セミナー：計画 18 回 / 実績 11 回 (680)
   (2) キャンペーン
   (3) 新聞発表・報道状況及び関係機関の情報誌掲載
   (4) パンフレット等の作成
6. 調査研究
7. 助成金の支給（産業医共同選任事業・自発的健康診断受診支援事業）
   ※十分に活用されていないので、ぜひこれらの活用をお願いしたいとのこと
8. 労災病院、関係機関との連携

地域産業保健センターの活動状況

周東地域産業保健センターセンター長　武内 節夫

現在周東地域センターに登録している医師は 76 名であり、保健師は携わっていない。

主な活動は以下のとおり（平成 15 年度）。

1　健康相談窓口
- 計画 21 回 / 実績 23 回、23 名の医師が相談にあった。
- 来訪利用者 111 名（事業所に出向いた際の利用も含む）。
- 電話相談のべ 23 名。
- 主な相談内容：生活習慣病に関するもの、腰痛に関するもの、メンタルヘルスに関するもの、肝炎に関するもの、過重労働に関するものも 1 件あった。

2　個別訪問産業保健指導
- 登録 115 事業所、30 名の医師が指導を行う。
- 計画 45 回 / 実績 43 回。
- 主な相談・指導内容：肝臓、高血圧、高脂血症、生活習慣病に関するもの、健康診断結果の有所見者の指導に関するもの、難聴・騒音防止に関するもの。
- 事業所の選定方法：登録順に事業所の繁忙を考慮して年間ローテーション方式により、コーディネーターが事前に電話で調整の上訪問している。

なお、現在は医師が順番で訪問しているが、今後は事業所ごとに担当を決める方向で検討している。これは過重労働等の問題により事業所の状況の把握が重要になると思われるため。

3　コーディネーター活動
・185 日活動、主に医師とともに事業所（58 か所）を訪問
・事前調査 75 か所
4　運営協議会：年 2 回
5　事業所説明会：計画 5 回 / 実績 3 回
6　利用者 111 名、電話相談のべ 23 件
7　「産業保健だより」の発行（年 3 回）
8　市が行う「健康福祉まつり」へ参加し、一般住民に対し禁煙相談の実施、血糖・血圧・検尿結果についての相談

本年度の活動については、予算の削減により事業の内容を変更。

具体的には相談窓口の回数を従来の 20 数回から 10 回に減らし、その代わりに訪問指導を従来の 20 回から 40 回に増やしている。また、「産業保健だより」を年 4 回発行から年 3 回の発行へ。さらに運営協議会を年 2 回から 1 回開催とした。

さらに、相談窓口について現在医師会に設置しているが、できるだけ窓口をオープンにしていきたい。

ちなみに本年 11 月の実績は健康相談窓口は計画 12 回で 13 回実施、訪問指導は計画 31 回で 28 回実施といまのところ順調に推移している。

また、過重労働の問題について、先日産業保健推進センターが行った「過重労働対策フォーラム」の際に、周東地域を対象に過重労働問題に対する意識調査を行ったが、その結果を見ると、今後十分な取り組みを行っていく必要があると思われる。

質疑応答

質問：相談窓口・個別訪問いずれも相談を受ける人が固定化してきており、人数あわせのようになっているのが現状であるが、よい対策があればお聞かせいただきたい

答え：産業保健活動推進全国会議での活動事例報告を聞いていても、みなさんが悩んでおられるところであるが、産業保健に関心をもっておられる団体の方との連携を深めることにより、座って相談に来られるのを待っているのではなくどんどん外に出向いていくことが必要だと思われる。

また、運営協議会でいつも問題になるのは、50 人未満の事業所の健康診断の受診率がかなり低いように思われるので、産業医共同選任事業の活用を行政にしっかり広報していただきたいとの要望があった。

協議事項 3「勤労者健康教育の取り組みについて」

山口県商工会連合会専務理事　伊妻　稔

商工会はご存じのとおり、主に町村部の事業者が会員であり、個人経営が 6 割、あるいは従業員のいない事業所も 6 割あるといったことから、これといって組織だった勤労者健康教育に取り組んでいないので、このあたりは認識を新たに取り組んでいかなければならないと考えている。

山口県中小企業団体中央会専務理事　三浦　睦義

中小企業団体連合会の会員は各地の協同組合あるいはグループであり、そこの従業員数は 35,000 人～ 36,000 人くらいである。さきほどのご説明にあったように 50 人未満の事業所の有所見率が 6 割と非常に高く、これは一つには高齢者が多いことも原因と思われるが、中には健康診断を実施していないところも若干あり、こういった事業所には受診の啓蒙に努めている。また、事業主による従業員の健診後の健康管理については、事業主が従業員と一緒に働くところが多いことから、指導の面について会議、広報誌等で PR している。

協議事項 4「意見・要望」

山口産業保健推進センターの赤川所長より、県内の地域産業保健センターの事業内容について推進センターで分析し、情報公開したいとの意見があった。

産業医部会理事会

産業保健連絡協議会に引き続き開催され、部会長に武内節夫先生を選任し、平成 15 年度決算、平成 16 年度総会について協議、承認された。

県医師会の動き

副会長　木下　敬介

11 月 1 日から久し振りに新札の登場。初日は 1 万円札 25 億枚、5 千円札 2 億枚、千円札 23 億枚が用意されたという。政府・日本銀行は偽造防止技術を搭載した新札をできるだけ早く流通させたい考えのようだ。見慣れた 5 千円札の新渡戸稲造や千円札の夏目漱石が早晩姿を消すと思うと、少しさみしい気もする。

11 月 3 日（祝）、**山口県医師会ゴルフ大会**が宇部 72CC 西コースで開催され、藤原会長が参加。同じ日の午後、**健康スポーツ医実地研修会**が県医師会館で行われた。日医認定健康スポーツ医更新 2 単位。37 名が受講。

11 月 4 日（木）、医療廃棄物講習会が総合保健会館研修室で開催され、会員 34 名、医療関係者 108 名、事業所 18 名の計 160 名が受講。機器洗浄後の汚水や体液などの取り扱いについて質疑があった。

同日の夕刻、自民党県連との懇談会が行われた。県連幹部とのこのような形での懇談会は今回が初めてで、県医師会からは 3 役、常任理事と医政担当理事 2 名の計 11 名が出席。混合診療解禁や三位一体などを話題に懇談した。

11 月 6 日（土）、全国医師会勤務医部会連絡協議会が熊本県医師会の担当により熊本市で開催。山口県からは三浦専務理事、湧田理事、小田勤務医部会副部会長が参加。一昨年のこの連絡協議会は山口県医師会の担当で、役員・事務職員が一丸となって開催に当たったことが思い出される。

翌 7 日（日）には第 90 回山口県医師会生涯教育セミナーが厚狭郡山陽町の「山陽町文化会館」において開催。昨年度からこの研修セミナーが 1 年に 1 回ほど山口市以外の場所で開催されることになり、昨年度の岩国市（第 85 回セミナー）に続いて 2 回目の山口市以外での開催。山口市以外での開催は 2 回とも動員数が山口市での開催と比べて約 80 名ほど少なくなっているようだ。

11 月 10 日（水）、19 時 30 分より県医師会役員会議室において若手医師会員との医政座談会。この座談会は今回が 3 回目。県内各小選挙区からそれぞれ 2 名計 8 名の若手会員と県医師会からは 3 役・医政担当理事の計 5 名が出席し、第 20 回参議院選挙、混合診療、これからの医政活動等について意見交換。医師会活動にしても医政活動にしても若手会員と勤務医会員の関与が大きなカギを握るが、日医が昨年から 3 回にわたって行った若手医師会員研修会の成果はあがってきているように感じられた。混合診療については、その解禁がなぜ国民皆保険制度崩壊に繋がるのか若手会員にはまだ十分理解が得られていないように思えたのは意外であった。この度日医によって作成されたビデオ「もしも混合診療が解禁になったら…」を見てもらったところ、かなり理解が得られたような印象を受けた。混合診療解禁がなぜ国民皆保険制度崩壊に繋がるかについては身内でさえこのようなありさまなので、関係外部団体や一般住民の理解度は低いと考えなければならない。この座談会は活発な意見の応酬のうち、22 時頃終了。詳細については年末発行の山口県医師連盟ニュース第 7 号に掲載予定。

11 月 11 日（木）、15 時より山口産業保健推進センターにおいて平成 16 年度産業保健特別相談員会議。これは地域産業保健センターにおける特に従

業員 50 人未満の事業所に対する産業保健活動を推進するため、県内 9 地域産業保健センター長（いずれも当該郡市医師会長が兼任）が特別相談員に就任して活動を円滑にすることが趣旨で、その第 1 回目の会議。この 9 月末で退任された田村前所長の構想が、10 月 1 日づけで非常勤として就任された赤川新所長のもとで実現した次第。

この日は、日医の第 1 回自浄作用活性化委員会へ藤原会長が東京日帰り出張。県内では吉本常任理事以下 3 名が第 5 回 ORCA セミナーのため岩国市へ出向した。

11 月 13 日（土）の午後、恒例の歳末放談会。編集委員 7 名と 3 役・担当理事 7 名の計 14 名が津永委員の司会により、診療報酬、研修医制度、医療事故・自賠責、自浄作用の 4 つのテーマについて放談した。詳細は本号掲載。

11 月 15 日（月）、19 時より下関厚生病院において勤務医懇談会が行われた。平成 13 年度より毎年県内 2 か所の病院を訪問して勤務医と県医師会との懇談の場が企画されており、今年度 1 回目の懇談会。年が明けて 1 月には周東総合病院が予定されている。医師会活動のうち福祉事業・勤務医部会活動、保険診療、医事紛争、主治医意見書の記載等について県医師会の各担当より解説があったあとフリートーキングが行われた。県医師会から為近勤務医部会長、藤原会長、上田副会長、三浦専務理事、吉本・西村常任理事、湧田・弘山理事の 8 名が出席。

11 月 18 日（木）、13 時 30 分より県庁において山口県医療対策協議会病院開設等専門部会が開催。ある超過病床医療圏域における経営困難に陥った病院（78 床）の経営移譲を受け、異なる圏域の医療法人がこれを引き継いで病院開設するという案件。地元医師会及び近隣医師会も了承しており、法的にも問題ないということでこの案件は承認されたが、超過病床圏域内での事例ということでかなりの論議があった。県医師会が今回の案件の情報を得たのはつい最近のこと。地元医師会に情報が入ったときに県医師会にも連絡があれば対応しやすい。次の郡市医師会長会議において、県医師会からの要望事項としたい。

11 月 21 日（日）、秋晴れの中、第 3 回学びながらのウォーキング大会が秋吉台において行われ、191 名が参加。「学びながら」の部分はウォーキングの前に山口大学教育学部教授阿部弘和先生による「秋吉台の自然」という講演を聴講。気の利いた予備知識を詰めてのウォーキングということになる。また、昨年度から日医認定健康スポーツ医の認定更新 1 単位が取得できる企画も併せて行っており、今回は健康スポーツ医の先生方に対しては別室で山口大学医学部講師上田真寿美先生による「ウォーキングの効用とその実践について」を聴講してもらった。秋吉台でのウォーキングの場でさっそく指導を実践してもらうという筋書きだ。このウォーキングは山口県医師国保組合の保健事業のひとつで、助成金により予算計上されており、健康グッズの配布なども一連のもの。ある郡市医師会から、保険料を少し上げないと運営困難という折に健康グッズの配布などはいかがなものかとの指摘を受けたが、決して保険料徴収の本会計からの支出ではないことをご理解いただきたい。

この日は、10 時より山口県医師会による第 1 回 ACLS 研修会が宇部市の山口大学医学部霜仁会館において行われ 24 名が受講、県医師会より弘山理事が出向した。13 時より予防接種医研修会・平成 16 年度学校医研修会が県医師会館において開催され、浜本常任理事と杉山理事が担当。養護教諭の参加が多く、医師 70 名、教職員 82 名、看護師 3 名の計 155 名が受講。

なんと盛りだくさんな日曜日であった。

11 月 25 日（木）、健康教育委員会。毎年発刊される健康教育テキストを作成するのが主な仕事で、今年度 3 回目の委員会。まず 1 回目はテキストのテーマと担当者が決められ、2 回目は素案が示され、3 回目で最終的なテキストの内容が出来上がり、印刷へ回されることになる。今年度の健康教育テキスト No.23 は「前立腺肥大症と前立腺がん」という表題で山本憲男委員が作成担当。この日に行われた 3 回目の委員会はほぼ完成した内容について最終修正の会議であったが、延々

3 時間に及ぶ協議が行われた。きっと立派なテキストが完成して、会員の先生方のお手元に届けられるにちがいない。

11 月 28 日（日）、10 時 30 分より山口県総合保健会館 2 階多目的ホールにおいて、国民皆保険制度を守る山口県民集会が「県民の健康と医療を考える会」の主催のもとに行われた。この「考える会」は県下の医療関係 14 団体と山口県老人クラブ連合会の計 15 団体によって構成され、2 年前から活動を続けてきた。今回は混合診療の解禁が国民皆保険制度を縮小・形骸化させ制度の崩壊に繋がるとの考えから、「解禁に反対」運動の一環としてこの県民集会が開かれた。日医作成のビデオを見てもらったあと参議院議員西島英利先生による「混合診療の光と影」の講演。いつものごとく西島先生の話は歯切れがよく分かりやすい。ビデオを見たあとなので、聴講者にはなおさら分かりやすかったにちがいない。そのあと、歯科開業医、市民、外国人、海外での医療体験者のそれぞれの立場から意見発表があったが、ビデオ、講演、意見発表の流れの中で、日本の医療がいかに優れたものであるかがよく分かり、この優れた医療制度をなぜ変える必要があるのか大きな疑問が湧きあがることだろう。県民の動員数 523 名。13 時からは米国の医療制度の問題点を指摘した「ジョン Q」が上映されたが、この映画を見た多くの人が涙を流した。

同じ日の午後、萩本陣において第 58 回長北医学会が萩市医師会の引受により開催。16 時 20 分から始まった学会挙式には、西島英利参議院議員、藤原県医師会長の来賓挨拶があった。

11 月もいろいろな行事が目白押しだったが、何といっても「混合診療解禁反対」に終始。署名運動も山口県全体で 10 万人を超え、全国では 600 万人の署名が集まったとのこと。日医では今回の活動を医政活動ではなく、国民のための医師会活動と捉えている。28 日の県民集会において示された混合診療反対の要望書は、翌 29 日に「県民の健康と医療を考える会」の各団体代表者ら 12 人が県庁を訪れ、藤原県医師会長から二井知事に提出されたと 30 日づけの新聞報道があった。

今月は師走。何かにつけて慌ただしくなる。

何に此師走の市にゆくからす　芭蕉

日医 FAX ニュース

2004 年（平成 16 年）12 月 10 日　1503 号

- ■　事故防止の重要性強調
- ■　男性医師の喫煙率低下
- ■　議論またも平行線、９日に再折衝
- ■　部会からの税制改正要望の検討に着手
- ■　６割の自治体病院が経常赤字

2004 年（平成 16 年）12 月 7 日　1502 号

- ■　日医ら提出の請願、採択　参院・厚労委
- ■　混合診療反対の請願、衆院厚労委でも採択
- ■　混合診療問題、病院団体加わり議論を
- ■「特定療養費の見直しで対応できる」
- ■　選定療養の再整理を提言
- ■　認定医療法人の創設へ検討開始

2004 年（平成 16 年）12 月 3 日　1501 号

- ■　混合診療解禁反対・皆保険制度堅持の要望書提出
- ■　混合診療の全面解禁に反対意見相次ぐ
- ■　13 種類の選定療養は再整理が必要
- ■　橋本常任理事、医師の再教育への意欲を示す
- ■　規制対策の早期実現を

山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会

と　き　　平成 16 年 11 月 3 日（水・祝）
ところ　　山口県医師会　6F 大会議室

[記：山口県医師会健康スポーツ医学委員会
委員長　保田　浩平]

平成 16 年度山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会は 11 月 3 日に県医師会 6F の大会議室で行われた。

文化の日という祝日にもかかわらず熱心な先生方 37 名が県内各地から勉強会にこられた。開会の挨拶は木下敬介副会長がされ、総合司会は保田が務めた。

研修会は 2 部構成で、第 1 部は山口大学整形外科学教授の田口 敏彦先生のご講演、第 2 部は「日常生活におけるテーピングの実際」ということでニチバン株式会社の佐子指導員による実地指導という形で開かれた。

第 1 部の田口 敏彦先生は、2004 年 8 月に教授になられたばかりで、おそらく最初の外部での講演となった模様であった。

第 1 部の座長は、健康スポーツ医学委員会委員の川上　俊文先生が努められた。テーマは「中高年の運動器の障害」であった。

運動器を 1）筋肉、2）骨、3）関節（軟骨）、4）神経に分類し、それらの機能、経年的変化、具体的な障害例、予防法などについて、平易な表現で解説をなされた。整形外科以外の先生も多く参加されていたことを意識なされた素晴らしい解説であった。特に予防については時間をさかれ、中高年の特徴を十分に理解した上で、適切な運動をする必要を強調された。

第 2 部はテーピングの実地研修を行った。指導はニチバン株式会社の佐子指導員があたられた。参加者は二人一組となり、お互いが、交互にテーピングをしあう形をとった。

具体的には足関節、膝関節、下肢のつり防止、腰痛、肩こり、テニス肘などの対策であった。

佐子指導員の懇切丁寧な指導のもと、参加者は和気藹々とした雰囲気の中で一所懸命に学習した。使用したテープは既に専用に新しく開発されたもので、テープそのものに貼り方をイラストで分かりやすく表示してあり、大変利便性の高いものであった。

3 時間に及ぶ実地研修会であったが、質疑応答も活発になされ、有意義なものであった。

参加された先生方、大変ご苦労様でした。

理事会　第 14 回

12 月 2 日　午後 4 時～ 5 時 15 分
藤原会長、上田・木下副会長、三浦専務理事、吉本・濱本・佐々木・西村各常任理事、井上・正木・小田・湧田・萬・杉山・弘山・加藤・田中各理事、青柳・小田・山本各監事

協議事項

1　自浄作用活性化委員会について
　来年 4 月 1 日設置予定の標記委員会の設置の趣旨等について検討した。

2　郡市医師会長会議の意見・要望について
　12 月 9 日に開催する標記会議の提出議題等を検討した。

3　健康スポーツ医からの情報提供による「一次予防を中心とした健康づくり事業」について
　9 月の理事会から協議を重ね、承認することとなった。

報告事項

1　労災診療算定実務研修会（11 月 18 日）
　(財) 労災保険情報センター山口事務所が主催し、労災診療費の請求もれ等を防止し、適正で効率的な請求を期することを目的に開催されるもの。109 医療機関から 156 名の出席者があり、開講挨拶を述べた。
　事後のアンケートによると、研修項目・説明方法等について大多数の参加者が普通もしくは満足であったと回答され、次年度についても開催を希望するという意見もあり、好評であった。（正木）

2　健康やまぐち 21「食育・食生活」分科会（11 月 18 日）
　平成 15 年度から開催され、今回 4 回目で最終審議をした。平成 17 年 3 月に発育・発達過程に応じた「食べる力」を育むための行動指針が策定され配布の予定。（杉山）

3　介護保険委員会（11 月 18 日）
　障害福祉支援費制度・新予防給付等について協議した。（弘山）

4　産業保健連絡協議会・産業医部会理事会（11 月 18 日）
　年 1 回の連絡協議会では行政、事業者団体を交えて産業保健活動の推進について協議を行った。部会理事会では、部会長に武内節夫先生（下松支部長）が再選された。平成 15 年度の決算、16 年度の総会について協議した。（小田）

5　老人クラブ連合会との懇談会（11 月 19 日）
　混合診療や介護保険の見直しについて本会から説明し、質問を受けた。その後、諸般の意見交換をした。（三浦）

6　生涯教育委員会（11 月 20 日）
　日医生涯教育協力講座「脳・心血管疾患講座」セミナーの本年度第 1 回目を明年 3 月岩国市医師会引き受けで開催することに決定。平成 17 年度生涯研修セミナーの企画について協議した。（田中）

7　県民の健康と医療を考える会（11 月 20 日）
　11 月 28 日に開催する「国民皆保険制度を守る山口県民集会」並びに 29 日に行う「知事等への要請活動」について打ち合わせを行った。なお、「県民の健康と医療を考える会」が年に 1 度開催する県民公開講座は、「国民皆保険制度を守る山口県民集会」をもって充てることとした。（加藤）

8　第 1 回山口県医師会 ACLS 研修会（11 月 21 日）
　山口大学医学部霜仁会館において開催し、24 名の受講者があった。（弘山）

9　予防接種医研修会・学校医研修会（11 月 21 日）
　「予防接種を実施されるすべての先生方へ」と題して、山口赤十字病院門屋 亮先生の講演、学校医研修会は、「軽度発達障害と特別支援教育」のシンポジウムを開催した。（杉山）

10　山口地方社会保険医療協議会（11 月 24 日）
　医科の医療機関はなし。（藤原）

11　山口県社会福祉審議会（11 月 25 日）
地域福祉支援計画（素案）・次世代育成支援行動計画（骨子案）を審議、県立社会福祉施設のあり方について協議した。（佐々木）

12　山口県感染症健康危機管理対策協議会結核・インフルエンザ部会（11 月 25 日）
結核予防法の改正の説明、結核やインフルエンザの現状報告、並びに対策について協議した。（杉山）

13　日医健康スポーツ医学委員会（11 月 25 日）
日医認定健康スポーツ医制度再研修会について協議、諮問事項「健康長寿と健康スポーツ医活動」についてフリートーキングがされた。（濱本）

14　医事紛争対策委員会（11 月 25 日）
診療所 1 機関、病院 2 機関の事案について協議。（吉本）

15　健康教育委員会（11 月 25 日）
健康教育テキスト「前立腺肥大と前立腺がん」の内容を検討。（湧田）

16　山口県社会福祉審議会社会福祉施設整備等専門分科会（11 月 25 日）
都道府県医師会から勤務医活動の報告や、①医師の偏在、②新医師臨床研修制度、③労働過重と医療安全などの協議が行われた。（佐々木）

17　都道府県医師会勤務医担当理事協議会（11 月 26 日）
医師会への勤務医の入会促進策や医師の地域偏在の解消などについて議論した。（湧田）

18　花粉測定講習会（11 月 28 日）
本年の花粉飛散状況と来年の飛散予測、アンケート報告、まぎらわしい花粉について講演があり、来年は平年の 2 倍以上との予測がされた。講演終了後花粉測定の実技講習を行った。（吉本）

19　下関市医師会医事紛争研究会（11 月 30 日）
医事紛争最近のトピックスと題し、医療過誤の新聞報道増加、ヒヤリ・ハット事例の収集・分析、クレーム処理方法等について述べた。また、濱崎大輔弁護士が医療訴訟手続の最近の動向と題し講演された。（吉本）

20　日医社会保険診療報酬検討委員会（12 月 1 日）
大学病院での意見を集約するため「社会保険診療報酬検討委員会専門部会（仮称）」を設置することとなった。諮問事項である診療報酬改定の影響とその対応、現在の診療報酬の問題点について協議がされた。（藤原）

21　編集委員会（12 月 2 日）
平成 17 年 1 月号の掲載記事等について検討を行った。なお、会員以外に販売する会報の価格は、税込みで 1 冊 1 千円、1 年間購読の場合は 1 万円とすることに決定。（加藤）

22　会員の入退会異動・医師会員数報告

互助会理事会　第 7 回

1　傷病見舞金の贈呈について
会則第 14 条第 1 項第 2 号に基づく傷病見舞金支給該当者を承認し、贈呈額を決定した。

医師国保理事会　第 9 回

1　第 3 回「学びながらのウォーキング大会」について
11 月 21 日（日）、日本一のカルスト台地である秋吉台において、191 名の参加者を得てウォーキング大会を開催し、大変好評であった。（佐々木）

600 万人の署名を添えた「混合診療反対の請願」衆参厚生労働委員会で採択

国民医療推進協議会 (会長：植松治雄日医会長) が「国民皆保険制度を守る国民運動」の一環として進めていた署名運動の結果、全国から寄せられた署名は平成 16 年 11 月 26 日現在、5,978,717 人であった。その内訳は、都道府県医師会が 3,929,309 人、他の団体 2,049,408 人であった。

この 600 万人の署名簿は、多数の国会議員 (衆議院議員 221 名、参議院議員 99 名) が紹介議員となって、衆議院議長宛及び参議院議長宛に請願として提出され、審議された結果、12 月 2 日、3 日衆参の厚生労働委員会において全会一致で採択された。

この署名活動は 10 月 22 日から 11 月 15 日の間に行われたものであるが、本県では昨年設置された「県民の健康と医療を考える会」主体となって取り組んだ結果、下表のとおり 100,717 人と県目標の 10 万人を達成することができた。郡市医師会等が 87,921 人、他の国民医療推進協議会団体が 12,796 人であった。

医師会関係でみると、山口県医師会は全国で署名数で 15 位、A1 会員一人当たり 10 位、人口当たり 4 位と高い評価を得ることができた。なお、郡市医師会では、下表のとおりであった。

県民の皆様、会員各位のご協力に感謝します。
今後の流れは、小泉首相の判断次第であり、まだまだ予断を許さないものですが、
常在戦場の気持ちで、署名活動の継続をお願いします。

国民皆保険制度を守る署名の状況

（日本医師会報告分）　(11 月 26 日現在)

郡市医師会	A1 会員	会員数	提出 A1	提出会員	提出率		目標署名数	署名数	達成率	A1 会員 1 人当り
	①	②	③	④	③ / ①	④／②	⑤	⑥	⑥／⑤	⑥／①
大島郡	9	34	8	8	89%	24%	1,000	1,167	117%	130
玖珂郡	25	61	17	17	68%	28%	2,000	2,478	124%	99
熊毛郡	21	39	17	20	81%	51%	1,500	1,578	105%	75
吉南	46	96	39	29	85%	30%	4,000	5,733	143%	125
厚狭郡	21	30	15	15	71%	50%	1,000	1,121	112%	53
美祢郡	3	17	2	2	67%	12%	500	179	36%	60
阿武郡	10	19	10	10	100%	53%	500	830	166%	83
豊浦郡	22	45	16	16	73%	36%	2,000	1,542	77%	70
下関市	239	455	135	139	56%	31%	20,000	13,392	67%	56
宇部市	156	304	77	77	49%	25%	13,500	5,859	43%	38
山口市	95	221	55	55	58%	25%	9,000	4,374	49%	46
萩市	37	87	27	27	73%	31%	3,500	3,159	90%	85
徳山	125	236	125	134	100%	57%	10,000	6,070	61%	49
防府	93	210	50	50	54%	24%	9,000	5,477	61%	59
下松	43	80	35	35	81%	44%	3,500	2,256	64%	52
岩国市	100	165	49	49	49%	30%	7,500	5,537	74%	55
小野田市	41	80	29	29	71%	36%	3,000	3,046	102%	74
光市	30	62	30	32	100%	52%	2,500	2,610	104%	87
柳井	41	92	37	41	90%	45%	3,500	5,102	146%	124
長門市	25	62	22	22	88%	35%	2,000	4,305	215%	172
美祢市	10	18	4	4	40%	22%	500	1,000	200%	100
県団体								11,106		
医師会計	1,192	2,413	799	811	67%	34%	100,000	87,921	88%	74
国団体								12,796		
計	1,192	2,413	799	811	67%	34%	100,000	100,717	101%	

（注）　県団体：老人クラブ等 6 団体　4,994　　県事務局　6,112
　　国団体：歯科医師会等 9 団体　12,796

都道府県別署名数

（平成 16 年 11 月 26 日現在）

県名	① A1 会員数（16 年 11 月）	②署名数 (11/24)	順位	③ A1 会員 1 人当たり署名数②/①	順位	④人口（千人）	②/④	順位
北海道	2,593	91,978	12	35.47	43	5,659	16.25	44
青森	822	32,291	40	39.28	38	1,462	22.09	38
岩手	738	55,946	24	75.81	3	1,402	39.90	15
宮城	1,332	57,860	23	43.44	34	2,373	24.38	37
秋田	601	23,006	47	38.28	40	1,167	19.71	40
山形	726	31,800	42	43.80	32	1,230	25.85	33
福島	1,113	40,469	35	36.36	41	2,113	19.15	42
茨城	1,338	58,057	22	43.39	35	2,991	19.41	41
栃木	1,176	63,369	19	53.89	19	2,011	31.51	26
群馬	1,316	66,656	17	50.65	22	2,034	32.77	24
埼玉	3,244	263,045	2	81.09	2	7,029	37.42	19
千葉	2,890	104,397	9	36.12	42	6,024	17.33	43
東京	9,691	153,594	6	15.85	47	12,310	12.48	47
神奈川	4,951	127,021	7	25.66	45	8,687	14.62	46
新潟	1,329	39,294	36	29.57	44	2,460	15.97	45
富山	716	28,884	45	40.34	37	1,117	25.86	32
石川	757	42,022	34	55.51	17	1,180	35.61	21
福井	481	25,593	46	53.21	20	827	30.95	27
山梨	533	29,729	44	55.78	16	887	33.52	23
長野	1,217	89,927	13	73.89	5	2,215	40.60	13
岐阜	1,250	89,557	14	71.65	8	2,111	42.42	11
静岡	2,131	98,669	10	46.30	28	3,793	26.01	31
愛知	4,194	180,531	5	43.05	36	7,158	25.22	35
三重	1,186	70,252	16	59.23	12	1,862	37.73	18
滋賀	736	34,929	37	47.46	27	1,366	25.57	34
京都	2,169	55,292	26	25.49	46	2,641	20.94	39
大阪	7,655	550,204	1	71.88	7	8,816	62.41	2
兵庫	4,524	196,763	4	43.49	33	5,585	35.23	22
奈良	989	44,419	30	44.91	29	1,436	30.93	28
和歌山	1,005	52,866	28	52.60	21	1,056	50.06	8
鳥取	425	30,816	43	72.51	6	611	50.44	7
島根	549	60,710	21	110.58	1	753	80.62	1
岡山	1,412	55,376	25	39.22	39	1,953	28.35	30
広島	2,406	114,848	8	47.73	26	2,878	39.91	14
山口	1,199	82,927	15	69.16	10	1,512	54.85	4
徳島	726	44,220	32	60.91	11	817	54.12	5
香川	732	32,453	39	44.33	31	1,020	31.82	25
愛媛	1,098	65,008	18	59.21	13	1,483	43.84	10
高知	562	31,825	41	56.63	15	807	39.44	16
福岡	3,866	225,949	3	58.45	14	5,051	44.73	9
佐賀	671	50,737	29	75.61	4	872	58.18	3
長崎	1,294	62,606	20	48.38	24	1,501	41.71	12
熊本	1,406	97,650	11	69.45	9	1,855	52.64	6
大分	910	43,816	33	48.15	25	1,218	35.97	20
宮崎	804	44,242	31	55.03	18	1,164	38.01	17
鹿児島	1,211	53,754	27	44.39	30	1,775	30.28	29
沖縄	675	33,952	38	50.30	23	1,349	25.17	36
合計	83,349	3,929,309		47.14		127,621	31	

署名総数　5,978,717　　医師会以外の団体　2,049,408

会員の動き

－平成 16 年 11 月受付分－

入　会

郡市	県	日	氏名	診療科目	医療機関名
吉南	2ハ	-	藤井　裕之	整	厚生連小郡第一総合病院
吉南	2ハ	-	金子　昇	整	厚生連小郡第一総合病院
豊浦郡	2ハ	-	今泉　潤一	精･神･心内･内	(医)光の会重本病院
豊浦郡	2ハ	-	中田　信浩	精･神･心内･内	(医)光の会重本病院
下関市	1	A2	渡邉　和彦	内	(医)社団三陽会前田内科病院
下関市	2ハ	A2	橋口　英志	神内	(医)茜会昭和病院
宇部市	2ハ	B	藤田　麻美	内	宇部協立病院
宇部市	2ハ	A2	奥田　剛	耳咽	宇部興産(株)中央病院
防府	2ハ	B	木村　幹彦	消･外	防衛庁航空自衛隊防府南基地医務室
柳井	1	A1	吉田　一典	外･肛･胃	吉田ｸﾘﾆｯｸ
柳井	2ハ	-	原田　暁	内	独立行政法人国立病院機構柳井病院

退　会

郡市	氏名	備考
山口市	美澄　博雅	(医)樹一会山口病院　より
徳山	弘田　博彦	入会の取消
防府	小野　弘子	
山口大学	丹黒　章	外科学第二　より
山口大学	廣瀬　敬信	耳鼻咽喉科学　より

異　動

郡市	氏名	異動事項	備考
宇部市	池田　賢作	勤務先	池田医院【(医)社団泉仁会宇部第一病院　より】
宇部市	田村　陽一	勤務先	(医)博愛会老人保健施設寿光園【山口産業保健推進ｾﾝﾀｰより】
宇部市	杉　直人	勤務先	(医)和同会常盤台病院
徳山	山敷　力	所在地	新住所：〒 745-0007　周南市岐南町 6-18

お知らせ・ご案内

「タミフル ® カプセル 75」の予防効能に対する保険給付について

抗インフルエンザウイルス剤「タミフル ® カプセル 75」は、平成 16 年 7 月にインフルエンザ予防効能の追加承認をされましたが、平成 16 年 7 月 9 日付けの保医発第 0709004 号「タミフルカプセル 75 の取扱いについて」で予防効能については保険給付の対象外である旨の医療課長通知が出されております。したがって予防効能でタミフルカプセルを処方する場合は保険請求できません。

また、予防効能はカプセル剤のみに承認されており、ドライシロップは適応となりませんので注意してください。

学術講演会

と　き　　平成 17 年 1 月 20 日（木）　午後 6 時 30 分～
ところ　　山口グランドホテル　　吉敷郡小郡町黄金町 1-1　TEL：083-972-7777

特別講演　「アレルギー性鼻炎治療の現状と未来」
岡山大学大学院医歯学総合研究科助教授　　岡野　光博

取得単位：日本医師会生涯教育制度　5 単位
※講演会終了後に意見交換会を予定しています。

共催：吉南医師会ほか

第 242 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と　き　　平成 17 年 1 月 13 日（木）　午後 7 時
ところ　　ザ・グラマシー（旧アドホックホテル丸福）　　TEL：0834-32-5000

テーマ　　弁証論治トレーニング〔第 38 回〕　－耳鳴り・抑うつ・不眠－
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 17 年からの会報発行

平成 17 年 1 月より会報発行につきまして、下記の通り変更致します。

発行回数	月 3 回より月 1 回（背表紙付き冊子）に変更
発行日	毎月 15 日
ファイル	年ごとに発行する会報綴じファイル（平成 16 年版は黄色）を廃止

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お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
山口銀行
平成16年6月1日現在

受贈図書・資料等一覧

（平成16年11月）

名称	寄贈者、筆者	受付日
乙訓在宅療養手帳の実践	乙訓医師会	11・1
創立50周年記念誌	萩准看護学院	11・10
Socialized Medicine in Japan	日本医師会	11・17
臨床と研究　平成16年11月	大道学館出版部	11・19
はあもにい　創立30周年記念誌	(医)社団諍友会田中病院	11・24

編集後記

●11月に入っても暖かい日々が続いていましたが、11月末になって、遅ればせながら、朝の散歩で吐く息が白くなり始めました。落ち葉の上を歩くカサカサという音も何かしら心地よいものです。

2年前に犬を飼い始めてから、毎朝の散歩が私の日課となりました。毎日同じ散歩コースを歩いていると、今まで何気なしに見過ごしていた草木にもつい目がいってしまい、かえって小さな変化にも敏感になってきます。「あっ、こんな所にこんな花が」「この木はこんな花を咲かせるのだな」とか、毎日新しい発見があります。町中の散歩ですから、目にする鳥は、餌をついばんでいる鳩や、ゴミをあさっているカラスのことが多いのですが、時には珍しい小鳥を見かけることもあります。

紅葉が例年に比べ遅いように思います。散歩コースの中に銀杏並木やモミジの木がありますが、今年は台風による潮風の影響で、葉っぱの縁が茶色ずんで、少し小汚げに見えます。

●11月21日に、今回で3回目となる医師国保主催の「学びながら歩くウォーキング」が、秋吉台で行われました。回を重ねるごとに参加者が増え、今年はほぼ200人の参加者がありました。最後尾を歩いた私たち(夫婦と犬一匹)ですが、冠山から眺めた秋吉台は、小高い丘がかなり遠くまで連なり、羊の群れに囲まれたモンゴル高原にいるかのような雄大な景色でした。丘の下に向かってアリの行列のように続く参加者の多さに、改めて、このウォーキングも恒例の年中行事となり、会員の中にすっかり定着したなぁと感慨深いものがありました。秋吉台スカイラインを自動車で通ったことは何度かありますが、カルスト台地を歩いたのは今回が初めての経験です。ススキに囲まれたハイキングコースを歩くのはなかなか楽しいものでした。　(吉本)

From Editor

経口用セフェム系製剤
薬価基準収載
セフゾン® 細粒小児用カプセル 100mg 50mg
CFDN
〈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)注意ー医師等の処方せん・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