

山口県医師会報

2005

平成 17 年

2 月号

No.1734



雪景色 尼崎 辰彦 撮

Topics

介護保険制度見直し
予防接種・学校医研修会

Contents

郡市会長プロフィール.....	101
今月の視点「介護保険制度見直しと取り組みの方向性」.....	102
顕彰.....	104
第 4 回郡市医師会会長会議	106
- 特別講演 - 「医療制度改革をめぐって」.....	111
予防接種医研修会.....	116
平成 16 年度山口県医師会学校医研修会	122
産業医研修会.....	130
都道府県医師会勤務医部会担当理事連絡協議会.....	132
第 39 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 教育講座 (体験学習)	138
第 10 回都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会	142
第 14 回介護保険対策委員会	146
山口県における 2005 年のスギ花粉飛散総数の予測.....	152
県医師会の動き.....	154
理事会.....	156
飄々「中国大陸のふぐ文化」.....	160
勤務医部会「勤務医は楽しい」.....	164
会員の声「ラスト・マイノリティ・レポート」.....	165
転載コーナー	
何も知らずに「誰も知らない」を観る	167
いまだから話そう、法医学事件簿 (12) フグ中毒事件	168
「混合診療解禁」の行方	170
医療制度改革の現状	172
ジャーナリストからの風「九州はひとつ」.....	181
台風 18 号	182
日医 FAX ニュース	136
会員の動き.....	185
お知らせ・ご案内.....	186
受贈図書・資料等一覧.....	191
山口県ドクターバンク求人・求職情報.....	192
編集後記.....	193

都市会長 プロフィール

第 7 回
美祢郡医師会長
時澤 史郎



「やあ、今日は。秋芳町の時澤です。若いのは二人しかいないので仲良くしましょーいね。」どことなくはにかんだ物言いの細身の先生に初めてお会いしたのは、平成 9 年 4 月、開業する 8 か月前のことでした。隣町出身同士とはいっても、大学や医局も違い、美祢郡医師会の先生方ともまったく面識がない自分にとって、開業準備はしたものの挨拶はどうするか不安な時期での先生の心温まる対応には驚いたものです。またご尊父時澤次郎先生からは、遠い親戚関係にある旨のお話もあり、ますます先生に対し親近感を覚えました。さて先生のホームグラウンドは医院近くの居酒屋です。酒を酌み交わしながら医師会の現状、医療情勢等のご講義を承り、自分よりお若い先生の博識に大変感銘を受けました。

先生は、36 歳まで久留米大学医学部で内科学、呼吸器科学、免疫学等を修められました。朝 7 時からの研究カンファレンスに始まり、診療、研究、夜は研究室スタッフとの夕食を兼ねたミーティングの日々で、帰宅されるのは午前様、3 ~ 4 日徹夜でも大丈夫だったと聞きます。しかし最近は、「さすがに四十過ぎると寝ずはきつい。」と研究会後の懇親会でこぼされてはいますが、その後はいつの間にか脱走されているようです?.....

先生は平成 7 年にお父様の診療を助けるため帰郷されました。当時は私と同様に近隣の先生方の中にとけ込めないでおられたようですが、出身大学の集いをおし諸先輩より、開業全般、政治、医師会活動について懇切丁寧なご指導を受けられたのが、現在の深い見識の基礎になったものと思います。

医師会活動としては、平成 10 年度より郡医師会副会長に、平成 14 年度より同会長に就任され現在 2 期目になります。さて当医師会はこの 10 年の間に、高齢の先生方が相次いでリタイアされ、共立美東病院、田代台病院の諸先生方に大変なご協力をいただいております。これには会長共々大変感謝しております。そうは言っても医師会業務を数多く担当せざるを得ず、事務局である庶務・会計、学校保健、労務・税制、医療廃棄物等のご担当です。届け出、出務と毎日が多忙な状態です。さらに平成 15 年秋には事務局業務すべてをご自身のみで行うようになり、一時体調を崩され心配しておりましたが、現在は絶好調のようです。また、秋芳町の学校医としても、健診、予防接種等で年 60 回超の出務をこなされております。そのせいか、最近はかなり白髪が目立つようになり、同じ医師会員として先生のご負担を少しでも軽くできればと思う毎日です。

先生の趣味は選挙活動です。選挙前になるとアクセル全開です。「まあ先生はほどほどに。わしゃー頑張るから。」と選挙違反も辞せずの勢いで先の参議院選挙にも臨まれ、みごとな成果をあげられました。毎年選挙があればと願うのは私だけでしょうか?.....

先生はアルコールが入るとますます饒舌になります。今頃は、いつものホームグラウンドでぶつぶつ言いながら美祢郡の高齢化と過疎化、市町村合併や医療情勢について思いを馳せられているのでしょうか。酒は百薬の長。先生これからも頑張りましょーいね。

[記 : 美祢郡医師会 吉崎 美樹]

今月の視点

介護保険制度見直しと取り組みの方向性

理事 弘山 直滋

4 月より県医師会の地域医療・介護保険・救急医療を担当しております。介護保険制度が始まって 4 年が経過し、来年には制度の見直しを実施に移されます。

理事になって担当するまでは、介護保険と言えばせいぜい主治医意見書を書くことと、介護認定審査会に出務することくらいしか縁がありませんでした。担当になって一年弱経過しましたが、制度見直しがどんどん進行していくのを追いかけていくだけで、十分理解するだけの余裕がありませんでしたが、今後、好むと好まざるとにかかわらず、ほとんどすべての臨床科の医師が、今まで以上に介護保険と積極的にかかわって行かなければならなくなるだろうと感じています。

元々、介護保険制度は老人保健制度から療養病床の一部と老人保健施設、老人訪問看護ステーション、老人デイケアを引き継いだ訳で、介護と医療は切り離して議論できるものではない。保険財源の規模、負担区分、給付内容、給付総額の推計、保険料の設定、一部負担といった議論において、介護と医療の整合性が重要となってくる。

来年 2006 年 4 月には、初めて介護保険と医療保険が同時に報酬改定されることになっており、介護保険の方が大体その骨格が決まったので、今年は医療保険制度の見直し論議が行われるが、

ここにどれだけ介護保険の見直しの影響が及ぶのかが注目の的になってくる。

さて、介護保険制度見直しについては、介護保険法附則第二条に「施行後 5 年を目途に制度全般に検討を加え、その結果、所要の措置を講ずるものとする」と規定されており、検討項目として「障害者の福祉に係る施策」と「医療保険制度等との整合性」が明記されている。

障害者福祉に係る施策、いわゆる「介護保険の普遍化」論議は当初「ドイツとオランダは社会保険方式を採用して、0 歳児を含めた全年齢を対象とする介護サービスの保険給付を行っている。こうしたことから見ても要介護となった理由や年齢の如何にかかわらず、介護を必要とするすべての人にサービスの給付を行い、併せて保険料を負担する層を拡大していくことにより、普遍的な制度への発展は社会保障システムとして当然の方向であると言える」と言い切っていたのが、最終的には「被保険者・受給者の範囲拡大」について意見が一致しなかったため、両論併記となった。その上で、制度の普遍化について社会保障制度全般の見直しの中で検討し、18 年度中に結論を得るべきと先送りされた。

被保険者・受給者の対象年齢を下げ、制度を普遍化することは、実質的には高齢者の介護保険

となっている現行の制度を根本から改めることになるが、理念としては個人的に正しいと思う。しかし、この制度の普遍化を実現するためには多くの課題があり、解決していく必要があるが、末期ガンや難病患者などで介護ニーズがあっても何れの公的サービスも受けられない「制度の谷間」にいる患者もいるという現実を直視し、早急に対応を図るべきである。

社会保障審議会・介護保険部会の報告を受けて厚生労働省は、施設入所者に対する食費・居住費負担の導入、介護予防の推進、地域密着型サービスの導入などを柱とする介護保険法改正案をまとめ、次期通常国会に提出することになったことはご存知の通りである。

さて、前述したとおり、平成 18 年度には医療保険と介護保険の同時報酬改定が予定されている。当然、今度は医療保険部会で、入院時食事療養費等が再検討されることになると思われ、要注意である。

昨年 11 月 2 日、日本医師会から高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針が発表された。介護保険見直しの根底には、施設・病院から在宅への流れがあり、それがさらに増強されることは間違いない。したがって、今後人口の高齢化に対応するため、医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築の必要性を指摘している。そのために在宅医療の推進と、(在宅・施設に共通した)主治医機能として長期フォローアップの強化・病診連携の強化、ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携の強化を主治医に求めている。さらに、急性期病院からの退院支援と在宅ケア資源との連携推進に地域医師会が関与・検討するよう求めている。

介護保険制度における主治医の役割はますます重要になるとし、介護保険の主治医の役割として、患者への指導・助言、主治医意見書の記載、介護認定審査会や介護サービス担当者会議への参加、要介護度・介護サービス計画の見直し支援、居宅療養管理指導(介護保険)診療情報提供(医療保険)が挙げられている。

さらに、高齢化が進行すれば、これまでの医療モデルから生活モデルへと視点を変更する必要

がある。これまで、医師は医療機関において患者の疾病を治療することを重点としていた(医療モデル)が、これからは患者の生活状況の把握が必須となり、生活の質向上をめざす(生活モデル)という視点が重要となってくる。

今回の改定で、要介護度の悪化を阻止する目的で介護予防システムが導入されるが、ここでも軽度者のニーズ、すなわち介護予防効果が期待できるか(新予防給付)従来保険給付が必要か(介護給付)を見分ける能力が必要となり、そのために普段から患者の生活状況を把握しておく必要がある。

介護保険に関連する医療制度の見直し(今後の取り組みの方向性)が第 3 回社会保障のあり方に関する懇談会で提言されている。

1. 生活習慣病対策の推進として、保険者が地域保健と連携しながら、弱齢期から保健事業に積極的に取り組むことにより、生活習慣病を抑制し、加入者の健康度や QOL を向上させることにより、医療費の適正化を図る。となっているが、日医としては、ここで、かかりつけ医として地域住民の健康管理に携わっていく必要があると説いている。
2. 高齢者の生活機能(地域における生活)を重視した医療サービス・介護の提供として、急性期医療を手厚くして、在院日数を短縮し、地域(在宅)で必要な医療・ケアが受けられるよう、医療機関の機能分化と連携を推進する、さらに介護サービスとの連携のもとでの高齢者の生活機能を重視した医療サービスの提供を促進することで、高齢者の QOL を向上させるとともに医療費の適正化を図る。

となっているが、このことは先に述べたとおり、視点を変えて対処していく必要がある。

要するに、好むと好まざるとにかかわらず、将来介護保険対象年齢が 0 歳児まで拡大されたら、ほとんどすべての臨床科の医師が、今まで以上に介護保険と積極的にかかわって行かなければならない。そうであるならば、今から介護保険と前向きに自主的に取り組んでいく必要があると言える。会員各位のご理解と意識改革をお願いする。

顕 彰

ご栄誉をたたえ心からお祝い申し上げます。



- 瑞宝中綬章
高橋 哲良先生（豊浦）
平成 16 年秋の叙勲
長年にわたる地域医療の発展に貢献されました



- 旭日小綬章
西田 健一先生（吉南）
平成 16 年秋の叙勲
保健衛生、医療団体の振興に貢献されました



- 瑞宝小綬章
土屋 直裕先生（厚狭郡）
平成 16 年秋の叙勲
地域保健福祉の推進に貢献されました



- 旭日双光章
小田 保先生（下関市）
平成 16 年秋の叙勲
警察管理運営（山口県公安委員）に貢献されました



- 瑞宝双光章
井上 英正先生（防府）
平成 16 年秋の叙勲
へき地保健衛生の推進に貢献されました



- 瑞宝双光章
嶋本 道子先生（小野田市）
平成 16 年秋の叙勲
学校保健の推進に貢献されました



- 厚生労働大臣表彰
三好 正之先生（吉南）
平成 16 年 11 月 11 日
公衆衛生事業の発展に寄与されました



●厚生労働大臣表彰

原 好弘先生（防府）

平成 16 年 10 月 20 日

医療保険制度の発展に寄与されました



●文部科学大臣表彰

神徳 翁甫先生（山口市）

平成 16 年 10 月 28 日

学校保健の発展に寄与されました

●山口県選奨

保健衛生・地域医療の推進において多大に貢献されました

平成 16 年 11 月 19 日

園田 辰彦先生（萩市）

西辻 知生先生（下松）

伊藤 喜久子先生（厚狭郡）

潮 浩先生（山口市）

●山口県知事表彰

地域医療の推進において貢献されました

平成 16 年 11 月 3 日

澤重 瑩二先生（徳山）

竹重 元寛先生（下松）

長門市医師会

●山口県教育委員会教育功労賞

学校保健において貢献されました

平成 16 年 11 月 1 日

藤政 志朗先生（玖珂郡）

福田 瑞穂先生（玖珂郡）

早田 武先生（下関市）

古賀 郁彦先生（下関市）

池江 喜彦先生（下関市）

●山口県学校保健連合会表彰

平成 17 年 1 月 13 日

学校保健において貢献されました

福田 瑞穂先生（玖珂郡）

綿貫 實先生（萩市）

中村 克衛先生（小野田市）

●日本公衆衛生協会公衆衛生事業功労者表彰

中村 克衛先生（小野田市）

平成 16 年 11 月 11 日

地域医療の推進に貢献されました

●山口労働局長表彰

池本 和人先生（萩市）

平成 16 年 11 月 23 日

労働行政の推進に貢献されました

●警察部外者功労者表彰「警察協力章」

眞宅 篤先生（宇部市）

平成 16 年 7 月 1 日

警察活動（警察嘱託医）に貢献されました

●従六位 瑞宝双光章

故 開地 逸朗先生

平成 16 年秋の叙勲

肢体不自由児の医療福祉に貢献されました

第 4 回都市医師会長会議

と き 平成 16 年 12 月 9 日 (木)

ところ 山口県医師会館

藤原県医師会長挨拶

山口県医師会は、平成 16 年 4 月に新しい執行部として発足しましたが、この間、参院選挙や「混合診療解禁反対」県民運動など、大きなイベントがありました。医師会として決して満足な結果であったとはいえませんが、相対的に見て参院選挙、県民運動ともそれなりの成果を上げたことは、都市会長さんをはじめ医師会員の方々のご協力、ご支援の賜物であり、深く感謝申し上げます。

まず、混合診療解禁の動きですが、11 月 28 日の「国民皆保険制度を守る山口県民集会」に出席された参議院議員の西島英利先生が、混合診療解禁反対の請願について、衆参両院の与野党議員の承諾を現在 8 割方取り付けており、来月、つ

まり 12 月はじめの衆参本会議において採択される可能性が高いと言われていましたが、その言葉の通り、この 12 月 3 日の衆参本会議において、混合診療解禁反対請願が全会一致で見事、採択されました。

この請願書は植松日本医師会と 35 の国民医療推進協議会が 600 万人の署名（都道府県医師会 392 万、参加団体 187 万、その他 17 万）を集めた結果であり、この 3 日閉会した臨時国会の冒頭で小泉首相が所信表明演説の中で「混合診療解禁」を具体的に指摘していましたが、これと異なる請願が全会一致で採択されたことは、マスコミ報道でも前代未聞と伝えています。こうした結果が得られたのは、日医の努力はいうまでもあり

出席者

大島郡	嶋元 貢	岩国市	保田 浩平	佐々木美典
玖珂郡	吉岡 春紀	小野田市	砂川 功	西村 公一
熊毛郡	新谷 清	光市	河村 康明	理事 正木 康史
吉南	田邊 征六	柳井	新郷 雄一	小田 悦郎
厚狭郡	久保 宏史	長門市	村田 武穂	湧田 幸雄
美祢郡	時澤 史郎	美祢市	高田 敏昭	萬 忠雄
阿武郡	松井 健			杉山 知行
豊浦郡	千葉 武彦			弘山 直滋
下関市	中島 洋	県医師会		加藤欣士郎
宇部市	田中 駿	会長	藤原 淳	田中 豊秋
山口市	奥山 暁	副会長	上田 尚紀	監事 青柳 龍平
萩市	池本 和人		木下 敬介	小田 清彦
徳山	小金丸恒夫	専務理事	三浦 修	山本 貞壽
防府	深野 浩一	常任理事	吉本 正博	
下松	武内 節夫		濱本 史明	編集委員 矢野 秀



ませんが、武見議員、西島議員など日医会員が押している議員の力によるところが大きいと判断しています。

また、山口県では、県医師会など 15 団体でつくる「県民の健康と医療を考える会」は、この 28 日の県民集会で混合診療解禁反対の要望書を採択し、翌 29 日、この要望書を二井関成県知事と島田明県議会議長に提出しました。県知事、県議会議長とも、混合診療解禁反対の要望について理解を示されたと感じています。

今後の動きは、もちろん、小泉首相の判断に負うところが大きく、予断を許しません。特定療養費制度の拡充という方向性で纏まる可能性が大きいと考えられます。

挨拶で申し上げるのは甚だ恐縮ですが、各郡市での地域医療におけるさまざまな問題、例えば、病院の譲渡、委託、あるいは売渡などの事例が県下ところどころで発生しており、そのことが地域医療の円滑な推進にとってひずみを起こしかねない問題が含まれていることもあります。もし、地域において問題となる案件があれば、できるだけ早く相談いただければ、県医師会としてもお役に立てることもあろうかと思えます。どうぞ、よろしく願い申し上げます。

協議

1. 都道府県医師会長協議会

藤原会長 まず、植松日医会長挨拶として、新潟県の中越地震災害と大型台風に対するお見舞いと、今後の支援・協力の意を示された。また、混合診療の反対署名運動についてもお礼が述べられた。そして、まだ会員の一部に混合診療の認識が足りない部分があるので、日医としても努力をするが、各医師会も啓発活動等を行ってほしいと要望された。

協議事項では、京都府医師会より『『医療を守る国民運動』のすすめ方』について意見が提出された。現日医執行部は従来のロビー活動では限界があるとし、国民に直接働きかけていくこととしているが、地元国会議員への働きかけも重要ではないかという質問であった。日医の回答は、ロビー活動は継続するので、各都道府県においては、地元国会議員への働きかけを行ってほしいとのことであった。山口県医師会は、地方国会議員にあらゆる機会をとらえて働きかけを行っている。今日も何人かの議員にあったが、その中である議員から、国会議員の中には混合診療の理解について温度差が大きい。もっとロビー活動が必要ではないかとの意見を聞いたばかりだ。日医には、もっとしっかりロビー活動をやっていただきたい。」と追加意見を述べた。

次に、「日本医師会発『将来の医療グランドデザイン』を」として、本県より提出した。混合診療解禁が国民皆保険制度の崩壊につながるということは、今更言うまでもない。しかし、日医総研の「医療に関する意識調査」では、混合診療を望むものとして、国民 20%、患者 10%、医師 40%と報告している。問題は、医師の 40%が賛成しているということであり、勤務医が主であるということである。これは理解不足というより、医療への将来展望がないということも大きな要因だ。日医として、医療のグランドデザインを示すべきだと提案した。櫻井副会長は、将来像は厚労省の予測にも見るように、長期の見通しがつきにくく、現在の公的医療費を縮小しないようにすることが大切という回答にとどまったため、本県より、少なくともドイツ・フランス等と同じ対 GDP 比 10%前後の医療費総枠拡大を訴えるべきだと主張した。これに関しては、植松会長より「われわれも自縄自縛になっていた面がある。検討していきたい」との言葉があり、この質疑は終わった。

次に、「感染性医療廃棄物の取り扱い及びその処理費用の診療報酬上の評価」についても本県より提出した。この件に関しては、先日開催した、郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会で下関市より質問があったものであるが、日医での講習会や行政への質問においても、明確な回答が得られないということで日医にあげた。田島常任理事が答弁に立ち、「内視鏡実施時の吸引液について、胃の洗浄液というのは胃液は入っているが、ほとんど生理食塩水である。これを『広く体液として捉えるならば感染性廃棄物』、また『感染の危険がないと考えれば非感染性廃棄物の扱い』、という二通りが考えられる。感染の危険性なしと考えれば、排水として、下水処理してもよい。感染の影響があると判断する場合は、次亜塩素酸ソーダ等で滅菌等の処理ののちに、排水するなど医師の判断で処理されたい。

検査室での便・尿の取り扱いは、感染性廃棄物としてマニュアルに従う。または 4 類のみで感染症に該当しなくても、血液が付着していれば感染性廃棄物として処理する。しかし、この場合、排泄物そのものは便器等で現実的な処理の仕方をすればそのまま、感染の危険性があれば滅菌処理

をしたのちに、下水処理ということも可能である。

紙おむつは、家庭で出るものを考えても、感染性であろうと非感染性であろうと、一般廃棄物で、市町村が処理する。必要な場合は市町村と協議されたい」と述べた。また、処理費用については松原常任理事より、診療報酬検討委員会で協議してほしいとの回答であった。

次に、「医療健康情報認証機構」について提出された。本機構が病院の審査を行い、ホームページ上に【適】マークを発行するとの記事が新聞に掲載されたことについて、正しい情報を提供できることは望ましいが、審査料の 20 ~ 30 万程度の費用を安価に設定できないか等の要望であった。日医として、私的認証機構がこのようなマークを発行することが妥当とは考えられず、日医 IT 問題検討委員会等で検討するとした。

次に、「都道府県医師会長協議会の日程」について、執行部が新たになったため多くの協議会の日程が変更されたことにつき、できるだけ早く日程を決定してほしいという要望があった。

次に、「新医師臨床研修制度の地域医療の研修の状況」について、日医の回答では、医師のマッチングを行う際、臨床研修病院への配属が多くなり、大学病院離れが大きくなる懸念があると述べられた。また、指導医のガイドライン作成を進めており、平成 18 年度の完成を目指しているとのことであった。

次に、「国民医療推進協議会」について、各都道府県に対する謝辞が述べられた。また、署名運動はいったん締め切ったが、引き続き署名活動を行いたいと述べられた。これについて、フロアから異論の声がかなり上がったが、医師会が患者に密接な関係にあることを示すことが必要であるため、現場の混乱があるかもしれないが理解してほしいと述べられた。

2. 国民皆保険制度を守る国民運動について

加藤理事 小泉総理と規制改革・民間開放推進会議の混合診療の解禁を年内決着する方針に対し、日医は国民運動としてこれに反対していくことにした。そのため国民医療推進協議会を発足し、これに医療関係団体、各種団体 36 団体が参加し、全国的に県民集会と署名運動を展開することに

なった。日医のスタンスは混合診療解禁反対が、医師会のみでの医療提供者だけの運動ではなく、混合診療の導入が国民皆保険を崩壊に導くことを、国民とともに考え、それに反対していく運動を展開していくこととした。

山口県ではすでに「県民の健康と医療を考える会」を発足していた。これは、県下 15 団体で構成し、昨年の患者負担増の反対キャンペーン活動を行い、さらに、県民公開講座の開催も行ってきた。今回、国民医療推進会議が急遽結成されたが山口県ではすでにその準備が事前にできていたのであった。

「国民皆保険制度を守る山口県民集会」は 11 月 28 日、山口県総合保健会館で開催された。県民の健康と医療を守る会が主催し、山口県女性団体連絡協議会等の協力を得た。当日は 523 名の参加があった。会は「もしも混合診療が解禁されたら」のビデオを上映し、参議院議員西島英利先生の「混合診療の光と影」と題した講演をしていただいた。その後、意見発表会を行い、歯科医の松浦尚志氏、薬剤情報センターの森本桂枝氏、山口大学の武本ティモシー氏、市民代表の市原恒氏の四氏の講演と討論を得た。時間の制約があったが、これらビデオ、講演、意見発表で混合診療の問題点がよく理解でき、参加者からは好評をいただいた。最後に、県知事、県議会宛ての要望書を採択した。（詳細は、会報 1732 号 P.940 参照）

この要望書は 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、県選出国會議員、自民党等へは要望書を送付した。この請願活動については、朝日新聞はじめ各社が記事報道した。

署名運動は 10 月 22 日から 11 月 15 日までの短い活動期間であったが、全国で 598 万人の署名が集まった。山口県は 10 万 717 人で、医師会分は 82,927 人で、これは全国 15 位であるが、人口当たりでは 4 位、A1 会員一人当たりでは 10 位であった。署名簿は 11 月 26 日に 200 名以上の紹介議員を得て、衆参両議長野に請願提出された。そして 12 月 2 日、3 日の衆参厚生労働委員会で全会一致で採択された。（詳細は、会報 1732 号 P.980 参照）



3. 自浄作用活性化委員会の設置

三浦専務理事 委員会設置の趣旨は、医師の職能団体としての自立的改革、自らを律する意識改革への取り組みにある。医の倫理に反する不正行為、職業倫理に反する医療事故を根絶するなど、地域住民の医療、医師への期待と信頼に応え、21 世紀に相応しい医師会づくりを進める。

審議事項として、(1) 倫理高揚に関する諸施策の提言、(2) 会員の自浄作用活性化に関する指導・啓発、(3) 不正行為及び医の倫理に反する行為に対する指導・再教育を掲げ、10 名の委員により平成 17 年 4 月 1 日より設置する。

藤原会長 日医執行部の意向もあり、山口県においても、この委員会を設置することにした。以前より、医事紛争対策等の委員会はあったが、これらは事後的なものであり、自浄活性化委員会は「活性化」という言葉に意味があり、未然防止が主である。また、不正行為等への指導、リピーター等に対する再教育も視野に入れている。

4. 郡市医師会からの意見・要望

田中宇部市医師会長 医療廃棄物処理法の改訂とともに排出事業者の責任に関し、以下の疑義について確認したい。

- 1) 処理業者の不適正処理に関する責任まで、排出業者に付加するのは不適切ではないか。
- 2) この場合、当該処理業者を指定した行政責任が問われないのは不公平ではないか。
- 3) 排出事業者が処理事業者の廃棄業務を全面的に追跡・チェックすべきというのは、法律の

拡大解釈ではないか。

- 4) 先日の医療廃棄物適正処理講習会における、行政の「排出事業者が責任を果たせる範囲・関係機関から情報収集するように」という回答は、排出事業者には煩雑さと過重な負担を強いものである。
- 5) 廃棄物処分事業者指定は県の専管事項である以上、当該指定には県の管理責任がともなうことを明確にすべきではないか。

西村常任理事 平成 16 年 3 月に感染性廃棄物処理マニュアルが作成され、排出事業者の責任が唱われている。当会としては、郡市担当理事協議会・講習会等を通じて、マニュアルの説明と行政の方を招いて説明をしていただいた。近年、環境汚染が深刻な問題となっており、この状況の中で、廃棄物の処理の規制が年々厳しくなっており、排出事業者責任はマニフェストにより管理が義務づけられることとなった。

さて、1) では、適正な委託と、マニフェストを確認・保管していれば、処分されることはない。

3・4) は、チェック確認で十分であるが、問題のあることが分かっていたのに見過ごした等あれば、当然責任が問われることはあるだろう。

2・5) は、県行政の責任であるが、厳正な審査と、定期的な検査・指導を行い、違法行為を行った業者に対しては、取り消し等の厳しい処分を行うこととなっている。

業者の情報については、県のホームページに掲載されているので、こちらもご覧いただきたい。

また、医師会としても、会員に不利益が生じないよう情報収集に努めるため、実際の現場で疑義が生じた際は、速やかに医師会に連絡していただきたい。

田中宇部市医師会長 行政が厳正な審査を行っても、業者が不正を行った際、責任を問われるのはわれわれであることに不合理を感じるのだが。

西村常任理事 マニフェストを管理・保管していれば、責任は回避できるので、ここをきちんと行っていただきたい。

藤原会長 私もこの講習会に出席したが、行政の説明の仕方がやや丁寧さを欠いていたかと思う。今回の質問にあるように、われわれには困難なことを押しつけられているといった面があるが、要はマニフェストの管理をしっかりとしていれば、問題は生じないと考えている。

保田岩国市医師会長 病院の監査で、最終処分場に見学に行くようにという指導があった。岩国での処分業者は 3 つあるが、その一つが病院の方々を連れて最終処分場に見学に連れて行くというもので、その必要性があるかという声もあがったが、ぜひ見学をされた方がいいと回答した。

新郷柳井医師会長 以前より、この問題にかかわっているが、当時より体液等の取り扱いに関する諸問題について、相変わらず曖昧な行政の対応が続いている。医師会として、はっきりとした形を求めなければいけないと考える。

西村常任理事 同じご意見は担当協議会でもでている。日医でも曖昧な回答が多かったが、最近、体液については回答を得た。きわめて微妙な問題であり、境界線をはっきりしすぎると、反対に医療機関において混乱を生じることもあることを、ご了承いただきたい。

5. 県医より報告

濱本常任理事 以前より園医の組織化を検討しているが、各都市医師会においても、園医・保健師・保育園園長などにより園での問題について協議できる場を設けていただきたい。

下関では既に委員会を設置しているが、担当の委員にうかがったところ、都市医師会の会長が承諾さえすれば活動しやすいという意見をいただいた。地域差があるため、すべての都市医師会では無理であろうが、隣接する医師会と協力するなどして、ぜひご検討いただきたい。

郡市会長会議 特別講演

九州大学大学院医学研究院

医療経営・管理学講座（専門職大学院）

尾形 裕也



1. 日本の医療と医療制度改革の動向

現在、日本の医療の現状をどう評価するかということについて、「分裂した」2つの見方があると思います。

1つは高い評価で、「日本の医療は世界一」というWHO〔2000〕の見方であり、もう1つは、問題ありとする小泉構造改革の「聖域なき構造改革」です。特に総合規制改革会議等における議論が挙げられましたが、既に発展的解消を遂げました。

一方では、日本の医療は大変すばらしいといいながら、もう一方では、構造改革が必要だとする2つの評価に分裂しているわけです。この2つの認識には大変なギャップがあります。このギャップをどう考えればいいのかというのが、本日の問題提起であります。

しかし、これは非常に難しい問題で、どちらが正しいという決定はできず、いろいろな可能性もあります。これを考えるにあたって、1つのヒントを申し上げます。1つのヒントはOECDが1999年に社会保障全体についての報告書をまとめています。その中に、医療について、公平性（equity）、有効性（effectiveness）、効率性（efficiency）、エンパワーメント（empowerment）

の観点から記されています。エンパワーメント（empowerment）は、「権限を与える」といった意味で、医療サービスの受け手（患者）に権限を与えるということになります。

この4つの指標について、公平性、有効性、マクロ的な効率性（医療費が経済に対してどれほどの比率で使われているか。つまり対GDP費の低さ）では世界一と導かれると考えます。WHOが評価しているのもこういったところです。

しかし本当の問題は、ここの医療サービスについてみたときにどうかという部分にあると考えます。医療の質（のばらつき）、医療事故、情報開示（カルテ開示に対する希望と実態の落差）がそれであり、ミクロ的な効率性では、まだ問題があると考えます。そして、エンパワーメントでは、各国を比較するのは困難ですが、まだ日本では決してよい状況ではないと考えます。例えば、その1つである情報の開示ですが、2000年の医療法の改正時に大議論が生じ、法文には記載されませ

んでしたが、自主的に努力することになりました。昨年、カルテの開示についてもどれほど行われているかという調査が行われていますが、入院と外来で若干違うし、詳細な部分で違うところもありますが、概ねカルテを何らかの開示で希望すると答えた患者が 7 割いました。実際に医療機関で開示された割合は 7 ~ 8%ということでした。こういった現状において、まだまだエンパワーメントという観点からは、日本は問題があると感じます。

こういったことから、ミクロ的な効率性を改善していかなければ、日本の医療は世界一であるとは国民に素直に受け入れられるかという疑念が生じます。

最近の医療制度改革では、どこまでさかのぼって考えることができるかということがありますが、1997 年「抜本改革」案：厚生省案・与党協案が、最初のポイントだと考えます。この年の 9 月から、サラリーマンの負担割合が 1 割から 2 割に引き上げられました。

患者の負担を引き上げるのは、財政対策のためだけであり、医療全体の見直しをするべきだという議論が行われました。これは、2003 年 2 割から 3 割に引き上げられたときにも、まったく同じ議論が行われました。ちなみに、当時の厚生労働大臣は小泉氏でした。

当時は、4 つの柱を持ち、高齢者医療・薬価制度・医療提供体制・診療報酬体系がありました。このうち、薬価は立ち消えてしまいましたが、それ以外の 3 つは現在も大きな柱として議論が行われています。2000 年に「抜本改革」実施をうたってましたが、結果的には失敗したといわれています。

しかし、この見方は決して正確ではないと感じます。むしろ注目すべき点があると思います。確かに、高齢者医療については、上限付き定率一部負担導入、老人保健制度見直しで失敗し、薬価制度でも抜本改革は失敗、薬価引き下げ、医療提供体制では、カルテ開示義務化は失敗に終わっています。第 4 次医療法改正では、その後、病床区分の届出が行われるなど、後々に影響を与えるものがあります。

その後、2002 年改革で現在の政府の「基本方

針」と「医療提供体制ビジョン」がまとめられています。

なお、2003 年 8 月末現在病床区分届出状況では、全国平均では一般病床 72.7%、療養病床 27.3% (ただし山形県 85.3% から高知県 48.2% まで大きな地域差あり。山口県は 52.6%) となっており、医療圏単位で精細に検討する必要があります。

さて、現在、医療計画の見直しが行われているので、ここを見て行きたいと思いますが、まず、なぜ見直しができたのかということ、2 つの契機があります。

1 つは、2000 年の第 4 次医療法改正の「宿題」であり、一般病床と療養病床の区分に基づく病床規制のあり方(時期、算定方法等)の見直しであり、もう 1 つは、規制改革論からの要請です。

参考として、「医療計画の見直し等に関する検討会」の設置について、目的が以下のように述べられています。

『本年(2003 年)3 月に閣議決定された「規制改革推進 3 か年計画(再改定)」(昨年 12 月に総合規制改革会議が策定した「規制改革の推進に関する第 2 次答申」に示された規制改革事項を、新たに政府の計画として追加して決定したもので、「医療計画の病床規制の結果」、「既存の病床が既得権益化され、当該地域に質の高い医療機関が参入することを妨げている」等の問題点が指摘され〜』

これはつまり、既得権を保護するため、新規参入を阻害しているという批判です。これは、第 4 次医療法改正とは関係なく、場合によっては第 5 次としての法律改正が必要になってくる事項です。このような課題があったわけです。

この宿題に対する、具体的な検討としては、3 段階の検討があり、

「医療計画の見直し等に関する検討会ワーキンググループ」

・研究者グループ 議論の「叩き台」作成

「医療計画の見直し等に関する検討会」

・各界代表 + 研究者

「社会保障審議会・医療部会」

・第 5 次医療法改正を念頭

となっています。

現在 2 番目の項目までですすんでおり、医療計画の見直し等に関する検討会・ワーキンググループで報告書の概要がだされており、2004 年 9 月 24 日取りまとめ、10 月 12 日の検討会で報告しております。その内容は、全体の構成として、3 部構成となっており、

- ・ 現行制度の評価
- ・ 今後のあり方
- ・ 当面取り組むべき課題

となっています。ポイントは全体として、上記の異なる 2 つの要請に対する回答として、

現行の医療計画制度の評価

一定の評価。諸外国の動向を参照

患者、住民の視点の重視：「ライフコースアプローチ」の提案

「読んでもらえる医療計画」に

医療計画の計画としての改革：PDCA サイクルの完結

医療計画の評価の仕組みの導入

「基準病床」制度

- ・ 廃止するとした場合に必要前提条件を整理
- ・ 従前通り維持するとした場合の改善点を提示
- ・ 新たな算定式の考え方

2. 混合診療

最後に、混合診療についてお話ししたいと思います。

これについては、2 つに分けて考えたほうが良いと思います。

1 つは、混合診療の導入がよいか悪いかの是非論です。もう 1 つは、医療機関を経営される方には、気になることだと思いますが、特定療養費の拡大です。これが、今後の医療経営にどのような影響を及ぼすかということになり、是非論自体とはまったく違う問題であり、またあまり議論されることがないところだと思います。

私は混合診療の導入には反対ですが、その理由は、従来の議論とは少し違うところにあります。従来の議論は公平論が多かったように感じますが、何を以て公平とするかという問題があると思います。

2 つめの問題では、特定療養費の拡大がなされるとき、医療経営にどう影響を与えるかですが、この問題を論ずるとき、単純化して申しますと、「経営とは何か」という問題になると思います。

座標軸を持って考えてみますと、縦軸に価格、横軸にサービスの供給量とした場合、経営は価格と量を同時に決定することです。簡単に言えば、いくらで、どれだけのものを生産して市場に提供できるかということです。

それでは、価格と量のどちらが大事かという問題がありますが、1 つの敬重すべき点として、「値決めが経営だ」という言葉をいわれた有名な民間企業の方がいます。経営者が一番頭を悩ますのは、価格を決めることであるということです。

それでは、医療における価格とは何かといえば、今までは医療における価格は、ほとんど公定価格（診療報酬）によって決められていました。そのため、経営者の意志によって価格を決めていたのではなく、あらかじめ決められた価格を元に量を決めていたということです。ただし、唯一の例外が特定療養費です。差額分のベッド価格等は自由価格です。つまり、価格を決定しなければならない部分が今後増えていくということになります。従来、民間企業で行われていたような経営について、今後、医療機関においてその比重が増えていくということになります。医療機関は、今まで以上に経営努力をしなければならないのです。

質問

最初にお話のあった、分裂した二つの見方についてですが、私は分裂していないと思います。高い評価・圧倒的多数で、小泉論は圧倒的少数と考えます。本日の話がここを前提としているため、その後の問題の建て方が変わってくるのではないかと思います。

また、エンパワーメントについてですが、私は医療の質のばらつきは少ないと思います。日本の公的保険が 1 つの EBM の様な動きをするため、ばらつきは少ないと感じているのですが、この点に関していかがでしょうか。

尾形：もしそうであれば、大変結構なことだと思います。

います。構造改革が少数派の遠吠えのようなものであればよいのですが、実は、それほど甘くはないのではないかと考えています。

医療のプロフェッショナルからすれば日本の医療は質が高いと確信できると思うのですが、一般国民の感覚では必ずしもそうではないと思います。これ以上保険料を上げられないという話がある中、医療の質がよいのであれば、もう少し上げていいのではないかという意見もあるからです。しかし、不況という状況もあり、理解してもらえないことが多いため、分かってもらうための努力が必要にもなるわけです。

実は、客観的なデータでいえば、日本の保険料水準は高いわけではありません。フランスやドイツからすると、3分の2ぐらいの水準です。しかし、もう上げられないという議論が圧倒的多数なので、患者の一部負担を上げたり四苦八苦して、財源をまかなっているわけですが、保険料を上げるためにはそれを説得するための努力が必要で、日本の医療は世界一だからという理由だけでは説得力がないのです。

医療の質のばらつきに関してですが、難しい問題です。レセプトを使った分析が多く出てきておりますが、それを見るとかなりのばらつきを感じます。また、日本の医療は、従来データの分析があまり行われてきていませんでした。

社会的入院とよく言われますが、何を持ってそう言うのかが分かりづらいものがあります。需要の価格弾力性（価格が動いたとき、需要がどれだけ動くか）で、外来と入院を分けて考えると、通常、外来は弾力的です。入院は本当に必要医療ですから、価格が動いても需要がそう変動はしません。日本では、変わったことに入院の方が弾力的であるという結果が出ています。これが、ある意味社会的入院を示唆しているのではないかという研究結果も生み出しています。よって、日本の質はばらついているという考え方の方が、経済学者の間では増えてきています。

規制会議のような考え方は、アメリカのような世界のスタンダードに向かっているのではないかと懸念しています。われわれのヨーロッパ型の社会保障体制が、日本には合っていると思いますが、大きな力が支配している現在、今後厳しい状況に向かうのではないかと思います。これについてはいかがお考えでしょうか。

尾形：仰るとおりだと思います。しかし、短期的には混合診療の問題等がありますが、長期的には楽観的です。実は、日本がアメリカの方向に近づいているといった事実はまったくないといつかまいません。むしろ、日本の制度は基本的には社



会保険の枠組みの中にあるので、ヨーロッパの制度になるのです。ヨーロッパの中でも多少いろいろな変革が生じようとしている国もありますが、アメリカに大きな影響を受けている国というのはありませんので、危惧しなくて大丈夫だと言えます。

医療計画の見直しの検討会でも、中心メンバーがはっきりと「アメリカではなく、ヨーロッパを研究しよう」と発言されています。医療制度・保険については、アメリカは参考になりません。

アメリカでは、非営利の IHN がそれぞれの地域でシステムを構築しようという流れが生じてきておりますが、いかがでしょうか。

尾形：日本では地域ごとのクローズのシステムは無理だと思います。

基本方針で、都道府県単位にするという発言が出ていますが、単に保険者の運営単位をそうすることによって、地域ごとに違う制度を設けようというわけではありません。

傍聴印象記

編集委員 矢野 秀

まず藤原会長より混合診療解禁問題は特定療養費制度の拡充で決着するだろうという挨拶に続いて、都道府県医師会長協議会報告、国民皆保険制度を守る県民運動、自浄作用活性化委員会の設置などが議題となり、会長会議のあと、尾形裕也先生の「医療提供体制の改革と医療計画の見直し」の講演があった。

詳細は報告記事をご覧くださいこととし、くどいようだが、決着した混合診療問題について書くことにする。

小泉首相が解禁を指示していた混合診療問題は、12/15 規制改革民間解放推進会議が求めている全面解禁を見送り、一部診療に限り例外として特別療養費制度を再編・拡充することで、実質混合診療を容認することで決着した。また構造改革特区での全面解禁も見送られる見通しとなった。この日に先立ち、衆参両院は、日本医師会など 36 団体が構成する国民医療推進協議会から提出された 600 万人の署名を添えた請願書を採択した。山口県医師会は約 8 万 8 千人を集め、人口で割ると全国 6 位と参議院選挙同様健闘したが、前回関心のない人は今回もまったく同様であった。

少子高齢化にもかかわらず低医療費政策をお

しすすめる財務省の、保険外診療が増えれば公的医療保険で賄う部分が減るという考えと、医療分野で儲けようという経済界の浅はかな考えに首相も乗らされた格好だが、理念なき構造改革は道路公団改革に続き失敗、恐らく郵政民営化も骨抜きになるだろう。

今回の成果は医師の良識と署名運動の賜と思う。小泉首相の混合診療解禁指示と反対の結果にマスコミは驚いたことだろうが、一部のマスコミもわれわれの考えが正しいと分かってきたような気もする。皮肉なことに、全面解禁論議が発端となって、よい意味での一部解禁となり、一部解禁がこれまで患者から要望の強かった課題に応える仕組みも多く盛り込まれたことは非常に良かったと思うが、安全性が確認され一定の基準をみたした医薬品や医療行為などは速やかに保険適応を行うべきで、また特定療養費の制約なき拡大が全面解禁のドアを開くようであってはならないので、今後十分監視する必要がある。

混合診療をめぐる攻防は平成 18 年の医療保険制度抜本改革論議への前哨戦であったが、これからが本番であり、ただ政治に無関心で人任せにするのだけはやめたいものだ。

予防接種医研修会

と き 平成 16 年 11 月 21 日 (日) 13:00 ~ 13:50
ところ 県医師会館

[記:理事 杉山 知行]

昨年度初めて予防接種医研修会が開催され、好評であった。昨年と同様、今年も山口赤十字病院小児科副部長、門屋 亮先生の「予防接種を実施されるすべての先生方へ」という演題で講演が行われた。今回は、平成 17 年 4 月より BCG の接種年齢が 6 か月未満に引き下げられるというトピックがあり、最新の情報も含めて講演の冒頭かなりこれについて言及された。パワーポイントによる多くの資料は有用かつ実践的でそのうちの一部について示す。

参加者は医師 70 名、教職員 82 名、看護師 3 名、計 155 名で。先生の講演後引き続いて 15:00 時より学校医研修会が行われた。

予防接種を実施されるすべての先生方へ 山口赤十字病院小児科副部長 門屋 亮 最近の話題 (1) 結核予防法一部改正

16 年 10 月 6 日公布 17 年 4 月 1 日施行。

定期予防接種についての
変更点は乳幼児のツ反廃止
(直接 BCG)
と接種年齢の変更。

市町村でも
至急資料の配布を始めた
(資料は山口市のもの)



結核予防法一部改正

定期の予防接種

1. 改正の趣旨

ツ反による不必要な予防内服などの弊害を回避することなどの理由から、ツ反を行わずに定期の予防接種を行うこととした。

2. 実施時期 (定期) の見直し

乳幼児期の重症結核等を予防するという観点からツ反の廃止とともに早期の予防接種を行うこととし、接種時期を医学的知見に基づき、生後直後から生後 6 月に達するまでの期間とすることとした。

* 経過措置は設けられていない。

* 例外：地理的条件、交通事情、災害の発生その他の特別な事情によりやむを得ないと認められる場合。

1 歳に達するまでの期間の接種を例外として認める。

乳幼児のツベルクリン反応中止の功罪

メリット

疑陽性などによる接種のもれがなくなる。平成 12 年の調査では、ツ反を受けた 1,241,987 名中 43,043 名が接種せず。

* 実際の患者数は 150 ~ 200 名と推定されるにもかかわらず。

デメリット

自然陽転で発見される患者が発見されなくなる。(乳幼児結核患者の約 15%)

無症状の患者発見が遅れ発症患者増加の可能

性。

これらについては非定期検診や接触者検診でカバーするしかない。

1 か月、出生直後の接種は可能？

生後直後からの接種について何ら問題のないことは医学的知見等に基づいて決定。

cf.

WHO の勧奨

結核の有病率や罹患率が高い国においては乳児に対して出生後できるだけ早期に、いかなる場合にあっても 1 歳までに接種すべきである。

外国の場合

中国：出生直後。

フランス、インド、韓国：1 か月以内。

フィリピン：6 か月以内。

米国をはじめ結核の非常に少ない国では実施していない。

自治体の財政上の事情や医師の手配の都合は「その他特別の事情」として認められるか？

認められない。

市町村は接種機会の確保についての義務を負う。

体調不良を理由に BCG を受けられなかった子どもは「やむを得ない事情」として 1 歳に達するまでの期間 BCG 接種は認められない。

市町村の単独事業として任意接種となる。

離島や医療過疎地域で、医療機関における実施体制が確保できない客観的事情がある場合にはやむを得ない事情にあたる。

個人の事情は、法律上やむを得ない場合ではなく、生後 6 か月に達するまでの期間内に機会を再度付与するか、期間経過後に任意接種となるかの問題になる。

改正後の法律では

「生後直後から生後 6 か月に達するまでの期間に接種機会を設ける法律上の義務がある」と規定。

乳児結核を予防する趣旨からできるだけ早期が望ましい。

これまでの「標準接種年齢」という概念はなし。

BCG してよい子ども、していけない子どもの判断基準。

BCG の予診票などの詳細については、11 月中に地方自治法に基づく技術的助言として通知の予定。

6 か月を超えてしまったとき

市町村が行う場合は

市町村の単独事業として任意の予防接種となる。市町村の責任であり、予防接種法の被害救済制度の対象外。

任意で行うときも BCG 直接接種となるのか？

ツ反は必要かどうか？

法律の範囲外の事項であり、接種主体者及び医師の責任において判断すべき事項。

法施行までの 6 か月の間に、BCG 未接種者への接種の周知、勧奨については国レベルで特別の広報の予定はない。

ツ反陽性で BCG 保留中の者について

17 年 4 月以降 6 か月未満であれば直接 BCG 可能。

6 か月を超えた場合は任意接種。

未接種者への接種勧奨

当局としては勧奨しない。

市町村長の責任及び判断において勧奨することについては関知しない。

現時点での 4 歳未満の未接種者への今年度中の接種勧奨

当局としては勧奨しない。

市町村長の責任及び判断による。

ある村では従来、年 2 回の集団接種をしており、5 月生まれから 10 月生まれの児を対象に行っていた。今年度分はすでに終了し、来年 4 月実施予定対象者も 5 月生まれから 10 月生まれの児としているが「特別の事情」にはならない。

17 年 4 月以降接種機会を生後 6 か月に達するまでの期間に確保する法的責任がある。

郡部で集団で行っていたところは早急に対策を迫られる。

山口県では

11 月末に県健康増進課が各都市健康増進課を集めて説明会。

その説明会が終わってから各都市医師会担当理事と折衝？

対策

納得が行かない部分も多々あるが、法改正となればそれに応じた対策を採らざるを得ない。

質問、苦情その他も当分は多くなると予想される。3 月にかけて接種数も一時的に相当増える予想される。

母子手帳の印刷変更は到底間に合わないであろう。

(現に神経芽細胞腫に関する記載もそのままのものが大半)

出生前、出生直後の家族への指導の徹底。

すでに出生後の人たち(いったん「ツ反あり、4 歳まで」と指導を受けている人たち) への指導の機会を逃さないこと。

国は救済しないと明言しているが、4 月以降、事情を知らずに受けに来た人たちへの対応、対策はどうするか？(市町村レベルでの判断は？)

BCG 未接種の理由 (2000 年)

当日の体調不良で延期しそのまま	40%
知っていたが都合が悪かった	15%
ツベルクリン反応陽性	11%
知らせを受けなかった、見損なった	5%
アトピー性皮膚炎	5%
その他	14%

(平成 12 年度結核緊急実態調査報告書)

法改正にともなう問題点

日本ではまだ結核のリスクはある。

改正により経過措置を受けられず、「接種もれ」となった人たちの中での乳児結核増加が懸念される。

BCG接種(1) 確実な固定の仕方の例



保護者は接種医に正対して座り、児を右大腿に座らせて抱き寄せるとよい

裏側からしっかり握って皮膚のテンションを保つ

BCG接種(2)

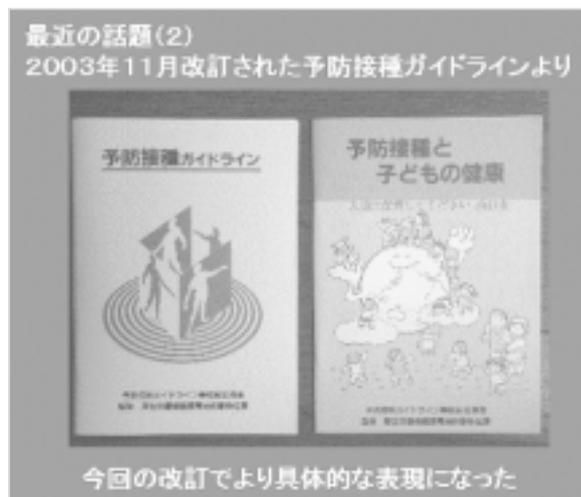


接種痕の円が隠るように2回しっかり押す。

BCG接種(3)



18本の管針のうち半分以上は痕が残るように。出血しても乾くまでは放置。



麻疹

標準接種年齢：12～24か月 2～15に変更。
麻疹生ワクチンの特徴：高温や紫外線に弱い。
接種上の注意点：自然麻疹患者と接触後72時間以内に麻疹ワクチン接種を行えば発症を阻止する可能性がある。

水痘

高温や紫外線に弱い。
接触後3日以内に接種したとき：もし発症しても軽症で終わることが多い。

BCG

「数個の針跡から軽い出血が見られるのが普通」と記載追加。

疾病罹患後の予防接種

個体の免疫状態の回復を考え、
麻疹：治癒後4週間程度
風疹、水痘及びおたふくかぜなどの疾病：治癒後2～4週間程度
突発性発疹、手足口病、伝染性紅斑などのウイルス性疾患：治癒後1～2週間
いずれの場合も一般状態を主治医が判断し対象疾病に対するその時点での重要性を考慮し決定する。

これらの疾患の患者と接触し、潜伏期間内にあることが明らかな場合には患児の状況を考慮して接種を決める。

* 期間については一部緩和。

* 表現が「治癒後」に統一された。

輸血・ガンマグロブリン後の予防接種

原則として3か月以上あける。
200mg/kg以上の大量ガンマグロブリンでは6か月。(麻疹罹患の危険が低いときは11か月以上)

接種間隔について非常に良くある疑問

1週間以上あける：翌週の同日は可？
1か月(4週間)あける：4週間後の同じ曜日は可？

予防接種の曜日指定をしている病医院が多いのでこれはOKと明示するようガイドラインの案に盛り込んだが残念ながら「国としては認められない」として削除された。

しかし、「実際の運用としては問題となることはない」とのこと。

卵アレルギー患者と皮内反応

麻疹ワクチン：卵の成分含まずニワトリの胚細胞。
インフルエンザワクチン：ナノグラムのオーダーではあるがわずかに含有する。

事実ほぼ大丈夫(米国では皮内テストなし)なのだが、アナフィラキシーを起こしたことがある児や接種医が接種後のアナフィラキシーを心配するときは皮内反応をするしかない。

インフルエンザにおいては微量だが卵成分を含むので卵白 RAST 5～6のアナフィラキシー歴ありの児には皮内テスト推奨。
(軽度の局所アレルギーの既往では必須ではない)

麻疹・ムンプス

卵白 RAST 6の児にはニワトリ胚細胞にも反応するものが多い。

やはりしたほうが無難か!?

BCGはケロイドを起こすので皮内テスト禁忌。

チメロサルが自閉症と関連か、との報道があったが、CDC、WHOの調査ではいずれも関連なし、と判断されている。

(減らす努力は必要であるが、自閉症とは関連なし)

cf.

チメロサルに含有されるのはエチル水銀で水俣病などで問題になったのはメチル水銀。

予防接種の間違い防止

予診表に「いいえ」の記入がある場合には必ず判断を備考欄に書く。

予診表を完結させてから(ロット番号などまで)接種する。

よくある間違いのうち、量の違い

(DT0.1ml をまちがえて 0.5ml

日脳の 3 歳未満児に 0.25ml でなく 0.5ml 打ってしまったなど)

は、これで防止できることが多い。

新しいワクチン

肺炎球菌：肺炎球菌耐性化の問題があるので開発が急がれている現行のもの(ニューモバックス)は小児への有効性は低く副作用も多いため新しいものが治験進行中

B 型インフルエンザ菌：小児の化膿性髄膜炎の最高頻度。米ではワクチン導入で数十分の一に減少。早期承認を呼びかけ中。(早ければ 2005 年?)

麻疹：成人麻疹の問題。

風疹：CRS の問題があるため MR2 混、2 回打ちへ持っていく方向。

その他開発進行中のもの

インフルエンザ経鼻生ワクチン
不活化ポリオワクチン
ロタウイルス経口生ワクチン

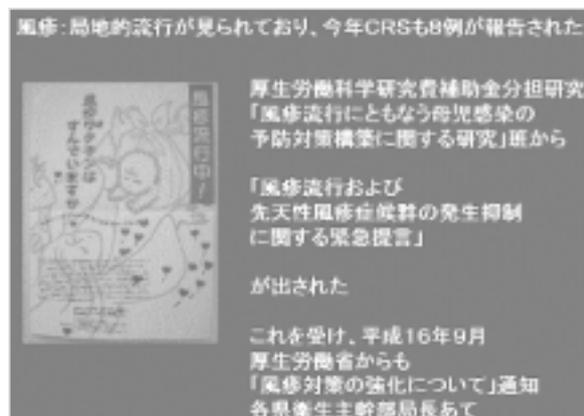
実現困難?

HIV、HCV、マラリア など

B 型肝炎母子感染予防

最近不完全実施のために感染を防げなかった例が目立ってきた。プロトコール通りの実施が大切。諸外国のように全員接種である必要は必ずしも

ないのでは。しかし母がキャリアの場合は確実な実施を。



インフルエンザ

厚労省研究班(神谷・加地班)の報告

- 1) 1 歳未満についての有効性の有無は論じられない
(対象数が少ない: 3 シーズンで 412 例)
- 2) 1 歳以上 6 歳未満については研究成果で有効性が示された。有効率は 24 ~ 28%。
- 3) インフルエンザ脳炎・脳症はインフルエンザ罹患者に発症する疾患であり、ワクチンによるインフルエンザへの有効性がある以上接種の意義はある。
- 4) 乳幼児は高齢者と同様インフルエンザに対してハイリスクであり、本人のみならず周囲の人々、家族、同居者、保育園、学校では保育士、先生などへの接種もあわせて実施することにより、感染の機会を減らすことが大切と考えられる。

11 月に入って山口でも患者発生の報告が増えつつある。(例年になく早い)

今年のワクチン株について

患者分離株の分析と、南半球の流行状況も考慮して、2004/2005 シーズンは A 型については昨シーズンと同じ種類の株が、B 型は異なる系統株が流行する可能性が高いと判断され、今年のワクチンには、A/H1N1 (ソ連) 型のニューカレドニア株、A/H3N2 (香港) 型として福建株に対応できるワイオミング株、B 型の上海株(山形系統

株に対応できる)を混合したものが用意された (IASR Vol25No9 p238-239)。

ワクチンはいつごろ接種するのが効果的か?

インフルエンザに対するワクチンは、個人差はあるが、接種からその効果が現れるまで通常約 2 週間程度かかり、約 5 か月間その効果が持続するとされている。

また、過去に感染歴やワクチン接種歴のない場合と、免疫学的記憶のある場合のブースターとではワクチンの効果が現れるまでに差があると考えられている。

多少地域差はあるが日本のインフルエンザの流行は、12 月下旬から 3 月上旬が中心になるので、12 月上旬までには接種をすませることをお勧めする。

2 回接種の場合は、2 回目は 1 回目から 1 ~ 4 週間あけて接種するので、1 回目をさらに早めに接種した方がよい。(国立感染症研究所 HP より)

妊婦へのワクチン接種

インフルエンザワクチンはウイルスの病原性をなくした不活化ワクチンであり、胎児に影響を与えるとは考えられていないため妊婦は接種不適当者には含まれていない。

しかし、妊婦又は妊娠している可能性の高い女性に対するインフルエンザワクチンの接種に関する、国内での調査成績がまだ十分に集積されていないので、現段階ではワクチン接種によって得られる利益が、不明の危険性を上回るという認識が得られた場合にワクチンを接種するとされている。

一般的に妊娠初期は自然流産が起こりやすい時期であり、この時期の予防接種は避けた方がよいと考えられる。

一方米国では、「予防接種の実施に関する諮問委員会 (Advisory Committee on immunization Practices)」の提言により、妊娠期間がインフルエンザシーズンと重なる女性は、インフルエンザシーズンの前にワクチン接種を行うのが望ましいとされている。(MMWR 2004; 53(RR-6)参照) (国立感染症研究所 HP より)

授乳婦へのインフルエンザワクチン接種

支障はない。

インフルエンザワクチンは不活化ワクチンというタイプで、病原性をなくしたウイルスの成分を用いているため、ウイルスが体内で増えることも無く、母乳を介してお子さんに影響を与えることもない。

また、母親がワクチン接種を受けることで、乳児に直接のインフルエンザ感染の予防効果を期待することもできない。

なお、抗インフルエンザ薬を使用した場合は、その薬剤は母乳中に移行すると言われており、服薬中に母乳を与えるのは避けることとなっている。(国立感染症研究所 HP より)

鳥インフルエンザとの関連

ヒトのインフルエンザワクチンは鳥インフルエンザに効くか?

現在使用されているヒトのインフルエンザワクチンは、ヒトの間で流行している A/ソ連型 (H1N1)、A/香港型 (H3N2)、及び B 型に対して効果のあるものであって、H5 亜型や H7 亜型などの鳥インフルエンザに対しては効果がない。

* 治療薬は効果があるとされている。

(国立感染症研究所 HP より)

昭和 50 ~ 52 年生まれの人のポリオ接種

昭和 50 ~ 52 年生まれの人のポリオ抗体保有率が低いことがわかっており、この年代の人のポリオワクチン再接種が推奨されている。

費用は市町村により、公費負担、自費の双方の場合がある。

抗体保有率の低い理由は、

- 1) 昭和 49 ~ 50 年の予防接種禍の影響でポリオも含む全ワクチンの接種率が下がった影響。
- 2) その年のロットはテイク率が低かったの二つの理由が推定されている。

接種回数は、接種歴のある人は 1 回、接種歴のまったくない人は 2 回。

平成 16 年度山口県医師会学校医研修会 シンポジウム「軽度発達障害と特別支援教育」

と き 平成 16 年 11 月 21 日 (日) 14:00 ~ 16:00

ところ 県医師会館

[記:理事 杉山 知行]

近年、学校において特別支援教育が推進され始めており、年末には発達障害者支援法が成立予定である(その後、12月に予定通り成立した)。

特別支援教育とはこれまでの特殊教育の対象の障害だけでなく、軽度発達障害等も含めて障害のある児童生徒に対して、適切な教育を通じて必要な支援を行うものである。「軽度発達障害と特別支援教育」という、まさにタイムリーな演題を山口県立大学教授、林隆先生に依頼し、シンポジウムを企画していただいた。

通常学級在籍で、学習面や行動面で著しい困難を示すと担任が回答した児童生徒は 6.3%という報告もあり、現在学校の現場では軽度発達障害に対する関心は大きく、本研修会に教職員 82 人が参加されている(本会は予防接種医研修会に引き続いて行われ、医師 70 人、看護師 3 人の参加があった)。

「軽度発達障害」の知識なしには、受容や理解しがたいことも起こしうる児童生徒が少なからず存在するという共通の認識や理解が参加者に得られたと思う。

下記のように「軽度発達障害とは?」と題して医師である林先生がまず基調講演をされ、次いで学校での支援について臨床心理士である木谷先生の講演があり、さらに榎田校長先生より教育現場からの報告的講演があった。最後にフロアも交えて熱心な討論や質疑が行われた。

「軽度発達障害とは?」

山口県立大学看護学部・山口県立大学大学院

健康福祉学研究科教授 林 隆

軽度発達障害の子どもの支援をめぐる動き

- ・特別支援教育
 - 特殊教育
 - 特別支援教育
- ・発達障害支援法
 - 身体障害、知的障害、精神障害
発達障害

特殊教育を受けている児童生徒の割合

- ・ 1.477% (義務教育段階:平成 14 年 5 月現在)
 - 0.285% : 通級による指導
 - 0.733% : 特殊学級
 - 0.458% : 盲・聾・養護学校

通常学級在籍で学習面や行動面で著しい困難を示すと担任が回答した児童生徒の割合

- ・ 6.3% (平成 15 年 3 月)

学習面で著しい困難	4.5%
行動面で著しい困難	2.9%
学習面と行動面で著しい困難	1.2%

特別支援教育

特別支援教育とは、これまでの特殊教育の対象の障害だけでなく、その対象でなかった LD、

ADHD、高機能自閉症も含めて障害のある児童生徒に対してその一人ひとりの教育的ニーズを把握し、当該児童生徒の持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育を通じて必要な支援を行うものと言える。

「今後の特別支援教育のあり方について（最終報告）2003.3」より

発達障害者支援法要綱案（要旨）

目的

発達障害児を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国、地方公共団体の責務を明らかにし、学校教育、就労の支援などを定め生活全般での支援を行う。

定義

「発達障害」とは自閉症、アスペルガー症候群などの広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの脳機能の障害で、症状が通常低年齢で発現し、できるだけ早期に心理機能の適正な発達、円滑な社会生活の促進のための支援を行うことが特に重要であるもの。

発達障害者支援法要綱案の内容（要旨）

国、地方公共団体の責務として以下のことを行う

- ・発達障害児の早期発見
- ・就学前、学校教育などでの発達支援
- ・就労、地域社会における生活などに必要な支援
- ・家族に対する適切な支援
- ・支援の際は本人、保護者の意思を尊重するよう努めなければならない
- ・福祉、教育、保健医療、労働を担当する部局の緊密な連携、警察、消費生活担当部局との必要な協力体制の整備を行う

軽度発達障害

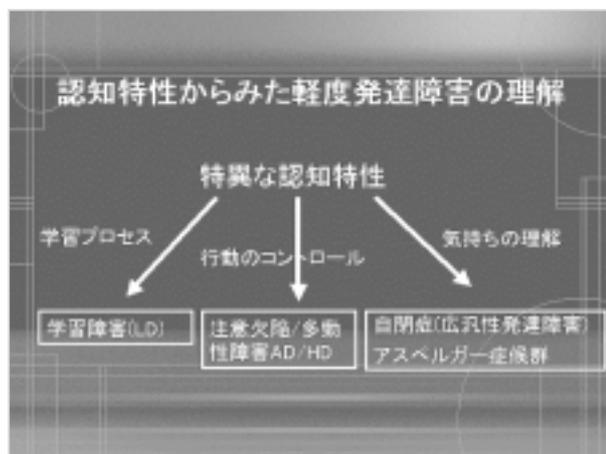
- ・学習障害
 - 読字障害
 - 算数障害
 - 書字表出障害
- ・注意欠陥 / 多動性障害
 - 不注意優先型

多動性・衝動性優先型
混合型

- ・高機能広汎性発達障害
 - 高機能自閉症
 - アスペルガー症候群
- ・発達性協調運動障害
 - 極端な不器用

軽度発達障害理解の難しさ

1. ことばの遅れがないか、軽い
2. 問題が学校生活を始めるまでわかりにくい
3. 診断・判断の根拠となる症状がいわゆる障害とは考えにくい
 - 1- 成績が悪い
 - 2- じっとできない
 - 3- 人の気持ちがわからない
4. 純粋なタイプの軽度発達障害は少ない



軽度発達障害の診断の難しさ

- ・診断に必要なもの
 - 診断と支援のパッケージが必要
- ・DSM-IV にそうと軽度発達障害の診断はそれほど難しくない
- ・一般医家の悩み
 - AD/HD のような気がするけど ...
 - Asperger 症候群みたいだけど ...
- ・診断はできてもその後が ...

病態の理解・解釈

- ・ 診断よりも病態の理解・解釈が大切
- ・ 病態の理解・解釈が、支援方法を探るのに重要
- ・ 支援のマニュアル化は困難
- ・ 一人ひとりの特性の理解と個別の支援計画が必要

学習障害の定義

学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示すさまざまな状態を指すものである。学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない。 1999.7 文部省

学習障害の診断基準 DSM-IV

Learning Disorders

読字障害

読みの正確さと理解力の問題（行を追えない、読み間違い）

他の学習障害を合併したものも含めて読字障害が学習障害の 8 割を占める

算数障害

算数の計算と推論の問題（抽象化された数がわからない）

算数障害は学習障害の 2 割

書字表出障害

書字能力の問題、文章作成の問題、文法的誤り、多数の綴りの間違い、極端に下手な書字の組み合わせ（鏡文字、マス目に入らない、文章にならない）

単なる綴りの間違い、下手な書字は除く
特定不能の学習障害

読字障害・書字障害

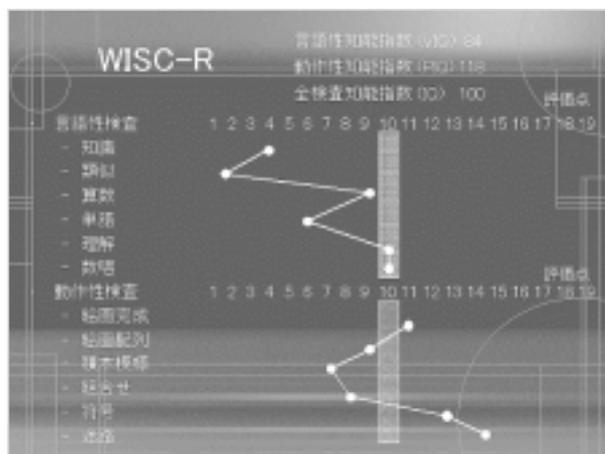
症例

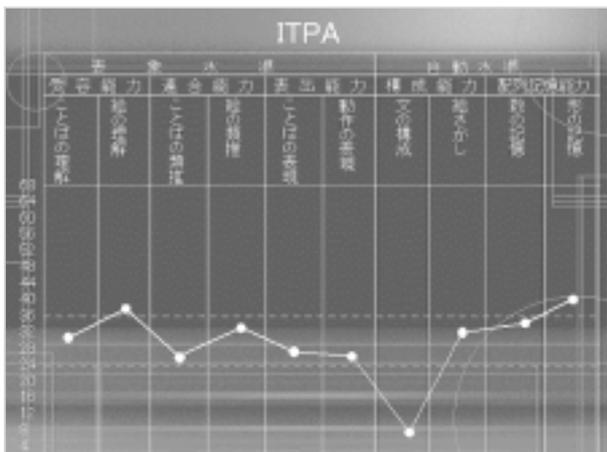
- ・ 8 歳 女児
- ・ 主訴：学校で文字が書けない
- ・ 病歴：妊娠分娩歴に問題なし。就学まで、発達について問題を指摘されたことはなかつ

た。学校は楽しく剣道で全国大会に出場するほど運動能力は優れていた。学校では文章の読み読み取り、文章を書くこと、自分の考えを適格に述べるのが困難で、国語の時間は「(先生のやる授業について)外国人が話しをしてるような感じでさっぱり解らない」という。算数は単純な計算問題(特に指を使っての足し引き算は速い)は比較的得意だが、文章題では著しい困難をきたした。日常生活でひどく困ることはないが、地名や施設名がすぐに言葉として出てこないためにいらつくことはある。

検査所見

- ・ 神経学的所見
 - 深部件反射：正常
 - 病的反射：陰性
 - 筋トーヌス：正常
 - 脳神経：異常なし
 - 知覚：温痛覚異常なし
- ・ Softneurological signs
 - 身体模倣、片足立ち、片足飛び等いずれも優れる
- ・ 知能テスト・心理テスト（8 歳 1 か月）
 - 田中ビネーテスト IQ = 90
 - WISC-R VIQ = 84 PIQ = 118 IQ = 100
 - ITPA 全検査 PLA 5 歳 9 か月





LD の肯定的捉え方

- ・ 読字障害
 - 優れた非言語のコミュニケーション能力
 - 相手の気持ちを察知する
- ・ 算数障害
 - 優れた尺度を用いない嵩の評価能力
- ・ 書字障害
 - 優れた会話能力

注意欠陥 / 多動性障害の症状

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder(AD/HD)

- ・ 不注意
 - 勘違い、がまんができない、ひとの話がきけない
- ・ 多動
 - ごそごそする、じっとできない
- ・ 衝動性
 - 順番がまてない

誤解を受けやすいAD/HD

疾患概念がないと

ただの悪い子
 いうことを聴かない子
 しつけのできてない子
 乱暴者

注意欠陥 / 多動性障害の診断基準 DSM-IV

(1) 以下の不注意の症状のうち 6 つ (またはそれ以上) が少なくとも 6 か月以上続いたこ

とがあり、その程度は不適応的で、発達の水
準に相応しないもの

不注意

- (a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な過ちをおかす。
- (b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。
- (c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。
- (d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない (反抗的な行動、または指示を理解できないためではなく)。
- (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
- (f) (学業や宿題のような) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
- (g) (例えばおもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など) 課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
- (h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。
- (i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。

(2) 以下の多動性 - 衝動性の症状のうち 6 つ (またはそれ以上) が少なくとも 6 か月以上持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しない

多動性

- (a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。
- (b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。
- (c) しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上ったりする (青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない)。
- (d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
- (e) しばしば “じっとしていない” または、まるで “エンジンで動かされるように” 行動

- する。
- (f) しばしばしゃべりすぎる。
衝動性
- (g) しばしば質問が終わる前に出し抜けに答え始めてしまう。
- (h) しばしば順番を待つことが困難である。
- (i) しばしば他人を妨害し、邪魔する（例えば会話やゲームに干渉する）

AD/HD の正しい理解

- 病気だという理解 -

1. 病態の科学的な解析による理解
リタリンの有用性
2. 心理学的考察による理解
作業記憶の障害
3. 発達特性（認知特性）を用いた理解
臨床的考察

ドーパミン作動系の異常

- ・ 前頭葉 - 基底核神経ネットワークの異常によるドーパミン作動系の機能低下
- ・ 中枢刺激剤リタリンの有用性



神経心理学的病態生理

ラッセル・パークレイの理論

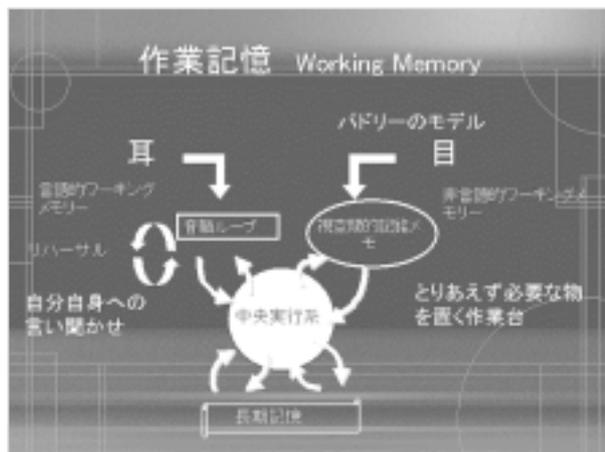
行動抑制やセルフコントロールの欠如

Working Memory 作業記憶の障害

1. 非言語的ワーキングメモリーの弱さ
心の中に必要な情報を留めておく力の問題

2. 言語的ワーキングメモリーの制限

内的会話化（問題解決には自分自身との会話が必要）の問題



AD/HD 児の理解

1. 「行動を自分で抑制できない」からこそ、外部の環境調整が必要。
2. AD/HD はどうすべきかわからない障害ではなく、しなければいけないことはわかっているのに、その通りにできないという障害。
3. ちょっと止まり落ちていて考えることができない。

持っている知識もせっかくの知恵も活用できない。

過去の経験を参考にして行動をコントロールすることができない。

認知特性からみた AD/HD の理解

- ・ WorkingMemory 障害説
- 前頭前野の機能障害
- ・ 認知特性の違いに注目
- 感覚野の機能障害

注意するということ

刺激の受け止めかた
(カクテルパーティ現象)

指向性 (S/N 比)

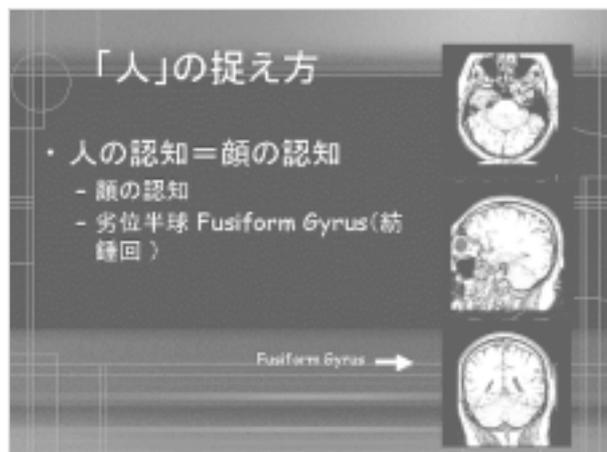
S : 信号と認識

弱くても増幅

信号のみ認識

N : 雑音と認識

強くても減衰



AD/HD の肯定的捉え方

- ・ 注意欠陥（不注意） 多注意
- ・ 多動性 行動力・素早い判断力
- ・ 衝動性 自己主張・積極性

広汎性発達障害の診断基準 DSM-IV

1. 対人相互反応における質的な障害

目つき、顔つき、身振りなどから相手の気持ちを察することができない。共感ができない。人の気持ちが解らない。

2. 意思伝達の障害

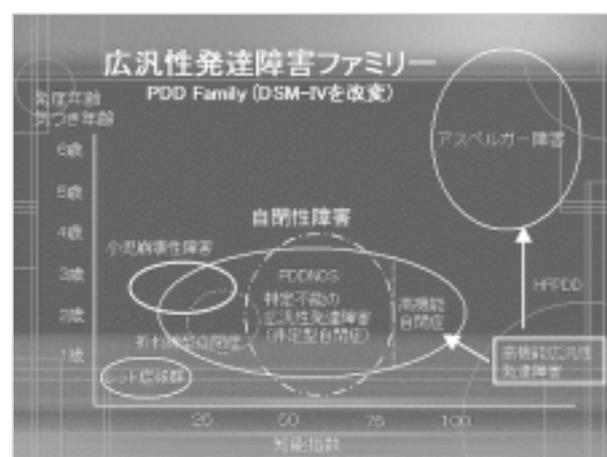
言葉の遅れ。会話の継続ができない。変わった物言いをする。ごっこ遊びができない。

3. 活動・興味の限定された反復的・常同的な様式

一定の物、行動にこだわりを持つ。意味のない様式にこだわる。奇妙な常同運動をする。

社会的相互交渉の障害

- ・ 目つき、顔つき、身振りなどから相手の気持ちを察することができない。
- ・ 共感ができない。
- ・ 人の気持ちが解らない。



高機能広汎性発達障害

- ・ 高機能自閉症
自閉性障害（自閉症）の中で知的レベルが比較的高く、言語の獲得の良好なもの。
- ・ アスペルガー症候群
対人相互反応における質的な障害と活動・興味の限定された反復的・常同的な様式を持つが、言語機能を含む意思伝達の障害のないもの、通常知的レベルは高く平均以上の IQ を示す。

「自閉症スペクトラム」

ローナ・ウィング（イギリス）アスペルガー症候群の概念とともに提唱
「スペクトラム」というのは連続体という意味で、重度の自閉症から高機能自閉症・アスペルガー症候群までを 1 つの連続した障害として捉えるという考え方。

疾患概念

社会的相互交渉の障害。
コミュニケーションと想像力の障害。
及びその結果としてもたらされる反復的行動パターン。

Asperger 症候群の特徴

- ・言語発達の遅れのない自閉症。
- ・知的能力の遅れのない自閉症。
- ・社会性・対人関係に障害をもつ。
- ・しゃくし定規なものの捉え方。
- ・学校に入るまでは障害は目立たない。
- ・集団生活でしばしば阻害される。
- ・チック症状や場面緘黙、不登校など情緒障害様のエピソードが目立つ。

Asperger 症候群の具体的例

- ・人づきあいに必要なルールやマナーがわからず、状況にそぐわない行動や発言をする。例えば、相手の個人攻撃をして（容貌に関する事、障害に関する事などを口にして）も、どうして相手が傷つくかが理解できない。
- ・人の気持ちに共感（他人の気持ちの直感的理解）できない。謝れば少しは相手も機嫌を直してくれるということが分からない。
- ・感情表現に、常軌を逸したところがある。例えば、大したこともないのにひどく気が滅入ったり、激しく感情をあらわにする。
- ・言われたことを、文字どおりに受けとる。例えば、「ずり落ちてる靴下をあげる」「あまりの美貌に目を釘付けにされる」「目から鱗が落ちる」のような言い回し（たとえ）が理解できない。

高機能広汎性発達障害の肯定的捉え方

- ・社会的相互交渉の障害 生真面目・嘘をつかない。
- ・コミュニケーション能力の障害 環境に影響されない信念を持つ。
- ・想像力の障害 強い記憶力。
- ・こだわり 高い整理整頓能力。

軽度発達障害の捉え方

劣るのではなく違う能力を持つ子供達。

「軽度発達障害児の学校での支援」

山口大学教育学部附属教育実践総合センター
助教授 木谷 秀勝

学童期への対応

- ・幼稚園、保育園からの申し送り
- ・予防的に 1 年生からの特別支援（通級、T.T.、個別指導等）
- ・学習と合わせて、担任・同級生との人間関係に配慮する

思春期への準備のために

- ・9、10 歳くらいからの社会性の伸長
- ・状況理解が進むが、逆に劣等感も強くなる
- ・年齢に応じた一人での時間・空間を保証
- ・余暇支援を始める

青年期への対応

- ・進路選択の問題
- ・性的関心への対応
- ・仲間作りの重要性
- ・具体的に社会規範を伝える

本人への対応の基本

- ・児童・生徒の理解の視点として、軽度発達障害の視点も入れる
- ・受容・共感を主体としたカウンセリングが必ずしも適切ではない
- ・指示的、具体的であり、ソーシャルスキルの獲得を目的とする必要性が高い
- ・本人も困っているという意識が重要

家族への対応の基本

- ・育て方の問題だと短絡的に結論づけない
- ・家族もまた、対応がわからないことを理解する（一緒になって、考える視点）
- ・お互いにできることを具体的に検討する
- ・必要な情報はお互いに関示する
- ・兄弟、姉妹への対応も重要になる

「心」には障害を受けていない

- ・傷つきやすい心をもつ
- ・他者を信じたい心をもつ
- ・仲間を持ちたい心をもつ

改めて「軽度発達障害」とは

- ・自分自身を表現する方法
- ・困っていることを表現する方法
- ・他者からのかかわりに臨機応変に反応する方法

先生たちが果たす役割

- ・子どもらしさをアセスメントする
- ・心の成長を保障する
- ・人間関係のコーディネート

特別支援教育から見えること

- ・基本は人間関係から始まる
- ・われわれの世界に彼らを近づけるのではなく、彼らの世界にわれわれが近づく
- ・彼らにとって生活・学習しやすい環境は、われわれにとってもそうである

「教育現場からみた軽度発達障害児の捉え方」

三隅町立浅田小学校校長 榎田 健

1. なぜ特別支援教育に取り組むのか。

反抗挑戦性障害（二次障害）を防ぐため。
二次障害は、教師が防ぐことが可能である。
二次障害を起こすのは、教師の無知による。
二次障害を併発すると手遅れである。もう手を打つすべはない。

2. 浅田小学校での衝撃的な出会い

授業ができない。
教室を飛び出す。
お互いの欠点の罵り合い。
授業にならない。
校長としてできる限りの行動を起こす。

- 校長室で話し合う。
- 校長室で、学習する。
- 保護者とじっくり話し合う。
- 林先生に連絡を取る。
- 受診する。
- 診断を受ける。
- 相談しながら、対応する。
- ・大人不信。
- ・叱られ続けて自分はだめだと思っている。

- ・褒め続けること、認め続けることが大事。
- ・素晴らしい能力を持っていることを自覚させる。
- ・保護者との連携が大切。

学級が落ち着き、通常の授業に戻りつつあった。

薬についての考えを学ばせてもらった。
保護者は、「これまでとは別世界の時間を過ごせるようになった」と報告。

別の問題発生・・・これから本腰を入れて対応したい。

もう一人のグレーゾーンの児童の相談を受ける。

祖母と父親の理解を得て、受診。

診断を受ける。だれも悪くない。理解を得ながら、自分でも自覚しながら生活する。

林隆先生の教師向け講演会を開催する。

3. 1年を過ごしてみても

子どもたちは、われわれ教師が学び成長し、支援してくれるのを待っている。

「子どもたちが、すばらしく多くのことを教えてくれた。」

子どもたちを何とかしてあげたいではなく、その子からいかに多くを学ばせてもらえるかという意識が大切。

私たち大人が、教師が変われば、子どもたちはすぐに変わってくれる。

子どもは、「大人という環境」次第でよくもなり悪くもなる。大人（教師）次第である。

4. 本年度の取り組み

特別支援教育体制を創る。

さがす・・・気になるこの把握。

取り上げる・・・保護者と懇談・情報交換。

受診願いの場合

動く・・・専門医への受診手続の世話。

障害なしの場合

その子に必要な指導を引き続き行っていく。

障害ありの場合

たてる・・・方針、具体策を検討し支援の役割を分担する。指導計画立案。

実践・・・具体策を実践する。
 報告・・・定例会議で報告しあう。
 見直す・・・経過を検討し、必要があれば
 再度対策を立て直す。
 受診願いが無い場合
 経過を見守りながら、支援を続ける。

実践についての考え方

授業を中心に支援していく。
 支援のキーワードは「授業力の向上」。
 授業力を向上させるために、学び続ける。
 授業力向上のための指導者は、子ども。
 「できる授業」「わかる授業」「たのしい
 授業」をめざす。
 授業の最終局面のイメージは「できる」。
 授業力は維持できない。向上しかない。

特殊教育と特別支援教育は、分けて考えた方がわかりやすい。

混乱している学校が多い。
 特殊学級は存続の方向で。
 普通学級での支援は、教師の授業力で決まる。

5. その後の出来事

軽度発達障害と診断された親子の例
 周りの保護者と上手くいかない。(保育園から)
 我が子が思いどおりに動かない。
 すべて回りが悪いと思いつく。
 県教委、教育事務所、町教委へ苦言。
 講演会中止。
 気になる保護者への対応。

何とか普通の子のように生活してほしいとがんばる保護者の例。
 専門医の診察を拒否。
 1 年間は、がんばったが目に余るもので診察へ。
 周りの保護者への啓蒙を望む。

6. これまでのまとめ

軽度発達障害を持つ子は、われわれに多くの学びを与えてくれている。
 われわれ教師を鍛えてくれるし、課題を与えてくれる。
 保護者もまた多くの学びを与えてくれている。
 現在、軽度発達障害児 5 名。グレーゾーン児 7 名。
 すべての子どもたちに感謝。



産業医研修会

とき 平成 16 年 12 月 4 日(土) ところ 山口県医師会館

特別講演 1 「労働衛生の動向」
 山口労働局労働基準部安全衛生課長 大路 曜太郎

1 関係法令について

(1) 労働基準法

労働条件の原則、労働者の定義、労働時間等について説明された。この法律で定める労働条件の基準は最低のものであるから、労働関係の当事者

は、その向上を図るように努めなければならない。また労働時間に関連して、過重労働、サービス残業等の問題が生じている。

(2) 労働安全衛生法

労働災害の防止のための危害防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を講ずる等により、職場における労働者の安全と健

康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とする。

政令で定める規模の事業場では産業医を選任し、安全委員会、衛生委員会を設けなければならない。

2 労働衛生行政について

(1) 第 10 次労働災害防止計画

山口労働局では職場のリスクを低減し、すべての働く人々の安全と健康の確保をめざして、平成 15 年度から 5 か年計画で次のような基本方針を掲げている。

- ・死亡災害、重大災害の撲滅
- ・労働災害による死傷者数の着実な減少
- ・安全衛生管理水準の向上
- ・労働者の健康確保対策の一層の推進

(2) 平成 16 年度山口労働局行政運営方針

労働者の保護と労働災害の防止、雇用の安定と労働力の確保及び雇用の分野における男女の均等な機会と待遇の確保などを重点課題として、各種の施策について重点指向に徹し、計画的、効果的かつ効果的な推進に努める。

(3) 産業保健行政

過重労働・メンタルヘルスの現状

- * 過重労働による脳・心疾患の労災認定件数が年間 310 件以上。
- * 自殺者が年間 3 万 4 千人を超え、うち約 9 千人が労働者。
- * 精神障害の労災認定件数が増加し、うち自殺の認定件数は年間 40 件。
- * 所定外労働時間が増加の傾向にあるとともに、6 割を超える労働者が仕事に不安やストレス。

よって、過重労働・メンタルヘルス対策の強化が必要である。

取り組むべき対策の基本的な考え方として、

- * 重労働による健康障害防止対策は、適正な労働時間管理と健康管理が基本であるが、疲労の蓄積が生じた場合には、それに応じた健康確保措置が必要。
- * メンタルヘルス対策は、4 つのケア（セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保

健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケア）により心の健康づくりを進めることが基本であるが、労働者がうつ状態になったような場合には、早期の対応が必要。また、家族によるケアも重視する必要。

[記：理事 正木 康史]

特別講演 2 「過重労働と心臓疾患」

山口大学医学部器官制御医科学講座

循環病態内科学助教授 藤井 崇史

労災の対象となる心臓疾患は心筋梗塞、狭心症、心停止（心臓性突然死を含む）解離性大動脈瘤等がある。これらの疾患は相当のエビデンスを持って労働（過重労働）と関連する。しかも高血圧や糖尿病などの基礎疾患が存在すると、過重労働によって自然経過を超えて発症し、過労死の 9 割以上は基礎疾患を有していると言われている。労働時間と心疾患発症の目安としては、1 か月当たり 45 時間以下の時間外労働では、発症と業務との関連性は薄く、45 時間を超えるとその関連性は徐々に強まる。発症前 1 か月間の 100 時間、または発症前 2 ~ 6 か月間にわたって 1 か月当たり 80 時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性は極めて強い。

心血管イベントの予防と対策は、まず過重労働とはどのようなものであるかを知り、エビデンスに基づいた過重労働の評価が必要で、その結果をもとに身体的・精神的ストレスの解消法を検討・実践する。また、基礎疾患の管理も重要で特に糖尿病、高脂血症、高血圧、肥満、喫煙の管理、適切な時期の治療、定期的な経過観察（健康診断）が重要である。

最後に産業医が行うべき事は、事業者への適切な助言と、労働者に対する医療相談、健康管理が必要である。

特別講演 1 と特別講演 2 との間に平成 16 年度山口県医師会産業医部会総会が開催された。議事としては、産業医部会役員の承認、平成 15 年度事業報告、平成 16 年度事業計画、平成 15 年度山口県医師会産業医部会決算が提出され、十分かつ慎重に審議、承認された。

[記：理事 小田 悦郎]

都道府県医師会勤務医部会担当理事連絡協議会

と き 平成 16 年 11 月 26 日
ところ 日本医師会 3 階小会議室

[記 : 理事 湧田幸雄]

植松治雄日本医師会長挨拶

日本医師会は、国民皆保険制度を守るために、大きな問題となる混合診療の解禁に反対している。各都道府県医師会並びに勤務医の先生方に協力をお願いし、署名活動を行っている。また、反対集会を開催していただいている。署名については、約 6 百万の署名を集めていただき、昨日と本日、衆・参議院に提出した。与党の国会議員の 7 割を超える方々に推薦人になっていただいたが、この結果はどうか、小泉さんの腹一つのようなものである。国民の多くの方に協力をいただいた。厚くお礼申し上げますと同時に、今後とも、引き続き日本の医療制度を守る流れとして運動を続ける。日本医師会が今後、国民医療のために努力するためには、さらに勤務医の理解が必要である。

今回の混合診療について、各方面で話し合いをする中で、勤務医の先生方にまだ十分理解をいただけていないと思う。勤務医が保険診療を行う中で、混合診療でカバーするとよいと思っている。これも分からないことはないが、今進められている混合診療は、医療費抑制ということを理解してもらえないといけない。医師会としても、今後、勤務医と接点を多く持ち、話し合いをしなければならない。

各都道府県においても、勤務医の役員を中心に勤務医と医師会で意思の疎通を図ってもらいたい。

勤務医の過重労働の問題について、過日、衆議院の憲法調査会に呼ばれた時、生命の安全という中で、医療事故が取り上げられた。この中に、医師の労働過重にともなって起こるであろう医療事

故も十分に踏まえながら、医療従事者の労働条件を考えてもらいたいと申し上げた。これも大きな問題であるので、皆様とともに検討したい。その他の問題もあるが、私たちと勤務医の信頼関係を築きながら、施策を遂行して参りたいと思っているのでよろしく願います。

議事

(1) 全国医師会勤務医部会連絡協議会について

- 1) 平成 16 年度報告 平成 16 年 11 月 6 日
熊本県医師会引き受け
他県 260 名、熊本県 130 名の計 390 名の参加。
- 2) 平成 17 年度担当 香川県医師会引き受け
開催日：平成 17 年 10 月 22 日
場 所：かがわ国際会議場

(2) 都道府県医師会からの勤務医活動報告

- 1) 岩手県医師会
昭和 50 年全国で 3 番目に設立された。会議が多いこと（常任幹事会年 5 回、幹事会 4 回）、勤務医の役員比率が高いこと（代議員 32% / 全国 14.7%、役員数 25.8% / 全国 15.7%）が特徴である。平成 16 年県医師会員の勤務医の比率は 66.3% である。岩手県医師会勤務医部会移動幹事会は、現在年 3 回、各医療圏で幹事会と会員懇談会を開催しているが、この方式で連携が良くなった。部会活動としては、岩手県地域のがん登録事業・脳卒中登録事業を積極的に行っている。
- 2) 大阪府医師会
勤務医の過重労働の実情について昭和 46 年か

ら隔年ごとに調査している。平成 16 年 3 月の調査では層化基準により、診療所長 1,153 名、病院長 558 名、勤務医 1,234 名を調査対象者としてアンケート調査した。回答率は 72.8%であった。

年齢別就業時間に対する意見では、29 歳以下で少し過重～かなり過重が 8 割以上。年齢別仕事の満足度では、29 歳以下で不満が 4 割近くあった。年齢が上がるほど満足度が上がる。今の若い世代が年齢が高くなったとき満足に感じるかどうかは疑問である。年齢別仕事の不満内容では、29 歳以下で多忙すぎる、収入が少ない、が多くみられた。小児救急については、日本小児科学会が取り組んでいる小児救急医療供給体制に拠点病院構想を考えている。女性医師のキャリア形成・維持・向上については、NPO 法人が取り組みを始めた。しかし、医師の過重労働を根本的に改善するには、1. 医師数の増加、2. 医師偏在の是正、3. コメディカルの増加、4. 医療費の増額、5. 国民の理解、が必要である。

3) 広島県医師会

県医師会への加入率は、88.8%と高率である。加入促進のため大病院の院長との懇談会を行っている。また、平成 11 年から親睦行事、勤務医ニュースを会報に掲載している。平成 14 年から勤務医部会主催学術セミナーを開催。テーマとしては平成 14 年は IT、オーダーリングについて、平成 15 年は、病院機能評価について取り上げた。フォーラムとして、卒後臨床研修の体制を主催、部会の特別講演として DPC について講演会を開催した。H16 年には各地区医師会との共催で講演会を開催、勤務医のための広島県医師会医事紛争処理システムについて、と題して、福山市、呉市で開催した。現在、県医師会勤務医部会メーリングリスト網を構築中である。

4) 香川県医師会

平成 12 年、全国で 26 番目に設立された。香川県医師会主催で以前から行っていた香川県医学会に大学を含む勤務医からの演題を受け入れており、勤務医の発表が増加し現在 90%を越えている。平成 17 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催する。メインテーマはアンビシャス勤務

医、シンポジウムは地域医療の未来と勤務医とする。

(質問等)

Q(三重県):大阪府の報告資料で、過重労働の範疇にサービス残業が入っているのか。あればどの位占めているのか。労働基準法に基づく就業規則に定められているが、その時間はいくらか。調査されていればお聞きしたい。

A(大阪府):数字の中に、サービス残業が何%入っているかは調査をしていないので分からない。私どもの病院で、労働基準局が調査をした時、病院が答えるのは、実際に当直した日とか、表に出せる部分で、実際に 10 時まで残業しても、勤務手当は貰っていない。土、日曜日に患者を診ても、当直でないで表に出てこない。80 時間以上の先生方は、明らかにサービス残業である。これを明らかにして提出すると労働基準局から指導を受ける。それが難しいところである。医師会でこの話をする、言い過ぎないようにと言われる。これを言わないと、日本中の救急医療が成り立たないことを労働基準局も知っていただきたいし、厚生労働省は知っていると思うので何とかしてほしい。厚生労働省の中で、労働基準局側の意見と旧厚生省側の意見を調整して新しい制度ができればよいと思っている。

Q(三重県):小児科医の偏在の問題で、モデル(新しい小児医療・小児救急医療供給体制)を全国で実施した場合は、どれ位の地域がそのモデルでカバーされるのか。シミュレーションをされているのか。

A(大阪府):小児科のシミュレーションは、理想像であって、現在、各都道府県の地区小児科学会に投げかけられている。その結果が、来年の 4 月に日本小児科学会で報告されることになっている。この案はだめだとボイコットしている県もあると聞いている。大都市はうまくいくが、地方は難しいとも聞いている。

Q(兵庫県):広島県にお聞きする。未入会の勤務医へのアプローチ等のため、パンフレットを作成されるが、どのような効果を期待されているの

か。日本医師会長はメリット論の時代は終わったと言われているが、入会のメリット論でいくのか。理念を語るべきなのか。

A (広島県): パンフレットはこれから作成する段階である。勧誘の方法としては、卒後研修医に対して説明し、パンフレットを配布する予定である。入会のメリット論だけでなく、勤務医と接点を持つため、地方に出向き、勤務医に集まってもらって、医師会の活動やセミナーを開催し、理念や意識を持ってもらうことを考えている。

Q (宮城県): 広島県にお聞きする。広島県は、勤務医の日本医師会の入会率が非常に高い。他の県では、勤務医の入会に知恵を絞っている。昔から何か方策をされているのか。

また、他県で、会費が病院の負担であったが、個人の負担になったので入会率が下がったということもある。そのようなことはないのか。

A (広島県): この 4 月に就任したので、今までの経緯は分からない。

ただ、広島県医師会の勤務医担当の先生が、入会の勧誘に大変熱心であったということも要因の一つと思う。会費は、公立病院からの支払いは廃止しており、他県と変わらない。

協議 (意見交換)

医師の偏在について

岩手県: 北海道、東北、北陸、九州の一部は、医師の偏在を生じている。偏在は地域住民が困っている。しかし、日本医師会は困っていない。このことが、日医の活動の弱い部分ではないか。岩手県では、小児科の夜の救急は、地域の公立病院が中核となって、小児科の開業医も参加をお願いし、二次医療圏の中での対応を検討している。日本医師会は、産婦人科を含め、この問題に敏感に対応し、国民にアピールしていただきたい。

北海道: 北海道では、産科、婦人科の医師がいない。3つの大学があるが、医師を派遣したくても、医師がいない現状である。

産科は、3大学から基幹病院へ医師を繰り出し、そこから小さな病院、診療所へ派遣する体制づくりを行政と医師会で協議している。

青木常任理事: 医師の偏在は、科別的偏在と地域別偏在が代表的に言われている。日本医師会も真剣に取り組んでいる。来年 1 月頃、医師の需給見通しに関する審議会を開催するよう厚生労働省へ働き掛けを行った。卒後研修で 2 年間医師が少なくなったことも大きな要因になっている。婦人科の問題で、全国のお産の 46% が産科臨床診で行われている。医療圏ごとに周産期センター又それなりの病院が対応するという形が、実現するかどうか、よく分からない状況である。

福井県: 偏在の改善として、福井大学附属病院に総合診療科を設けて、救急担当の教授が、産科、小児科の外来的処置を対応しており、学生からの受けもよい。また、他の先生からも、総合診療科へ入りたいという希望もある。大学の学生教育の中で、救急医療を教育することも効果がある。

三上常任理事: 小児科の絶対数が少ないということで、中心病院をつくることで対応することが、暫らくの間は必要である。医師が足りないということで、現在、特区構想の中で、外国人の医師、看護師の就業については、日本医師会は反対を表明している。

新医師臨床研修制度について

日医: 研修科目については、外科と救急を同時並行的に行っている所も多くあると聞いている。これは、管理型・単独型臨床研修病院に任されているので、どちらでもよい。

ドロップアウトの現状について、研修の中断については、医政局長の通知により、研修管理委員会で医師として適性を欠く場合や研修の継続が困難な場合、研修医の評価を行い、研修の中断を勧告することができる。また、研修医の申し出により中断することができる。研修医は希望する研修病院へ再開を申し込むことができることになっている。女医の出産時の中断も可能である。

京都府: 現在、各病院は、1年目の取り組みが行われている。そこで、3年目以降の後期研修のあり方、方向性について、お聞かせいただきたい。よい研修医は、自分の病院に取り込むことも考え

られる。

三上常任理事：後期研修の規定はない。この問題は早く解決しなければならない。このままで行くと、研修医は大学の医局へかなり多く戻ることが考えられる。大学の派遣人事など以前言われた弊害が復活する可能性がある。厚生労働省後期臨床研修制度のあり方に関する研究班という組織をつくり、近日中に開催される予定である。また、日医の生涯教育推進委員会でも検討を行っている。

臨床研修がスタートして半年になる。問題と対策については、指導医の対策が十分でない。日医でも、指導医のための教育ワークショップを開催したが、指導医の数が十分でなく、負担も大きくなっている。研修医側の意見としては、研修プログラムどおりの研修が行われていないというクレームもある。地域医療のプログラムが病院によって、保健所だけとか、血液センターであったり、老健施設であったり、場合によっては、まったく地域保健・医療と関係のない施設もあるなど問題もある。また、研修医の評価、修了認定の基準が曖昧という指摘もある。

愛知県：地域研修の要になるのは、診療所であると思っている。愛知県医師会は、診療所医師に対して、診療所の卒後研修はどうあるべきか講演会を開催した。大変残念で、医師がたった 45 名の参加であった。本年度、2 回のワークショップを開催したが、2 回目は定員割れであった。診療所の医師が積極的参加を促す方針はあるのか。

日医：地域によっては、情熱のある先生が多くおられるなど温度差がある。また、卒前教育の中で診療所の先生方が地域医療として参加が進んでいる。卒前教育の方がはるかに進んでいる状況で、数年後の見直しの中で、卒後研修のあり方自体が変わるので、そちらの方に期待している。

和歌山県：地域の医師の偏在をさせないような方向で、大学の医局の人事権が役に立ってきた。それがなくなり、その後、過疎地域に医師の不足が起きている。本県の対応は、今から行政と考えるという段階である。

日医：大学の人事により調整するという機能は、ある程度あったが、実際には北海道等で問題となった名義貸しで、医師の派遣は行われていなかった。この制度は、大学から臨床病院に医師が移動し、臨床研修病院を中心として、医師が何処へいくのかは、病院から派遣される。大学と中核病院が人事の要になってくる。派遣依頼の選択肢が広がる。

岩手県：学生の本心は、専門医を希望している。したがって、この新制度とマッチしない。臨床研修病院はプログラムを曲げている。地域医療の内容もお茶を濁すように行っている。新しい制度を監督、管理、指導することが必要である。

後期研修には、15 名の研修医が残りたいと希望しているが、病院が望む産婦人科や小児科を選択しない。あまり面倒のない診療科を選択している。日医に望むのは、医師の方向性を診療報酬である程度カバーするように働き掛けをしてもらいたい。診療報酬が同じであれば、困難な方は選ばない。

労働過重と医療安全について

京都府：例えば、産婦人科での出産時のトラブルで、死産の場合は、数千万円の賠償責任になる。生命を救って一生脳性麻痺が残った場合は、数億円の賠償責任を負う。金額は別として、生命を救って損をする。政治の場で発言できないのか。

日医：産婦人科の過失責任で脳性麻痺が残る場合は、大きな補償額になる。本来、無過失であれば、賠償は発生しない。過失が認められて始めて賠償が起きてくる。実際には、ある一定の割合で過失があった場合も補償が出てくる。現在、日医としても自賠償の関係で、検討委員会を今年度中立ち上げることになっている。無過失であっても補償できれば、紛争にならないということもあるので、検討委員会で議論し、その検討結果を公表する予定である。

全医師の医師会加入への日医の対策について
医の倫理に反する医師に対する、いわゆる自浄作用を有効に活用し得るためにも勤務医への会員

加入を勧める方針を日医としては、どのように対応するのか検討する必要がある。

北海道：日本弁護士会は、強制加入になっており、入会しないと開業できない制度になっている。医師会の加入は任意であり、加入しないのも権利であるという考え方を持っているものもいる。法律の専門家は強制で、医療は患者あっての診療で、自由で何でもやれるということは、間違っていると思う。

三上常任理事：強制加入制度は、日本弁護士会だけである。その経緯は分からないが、仮に、医師会が強制加入になると、政治活動ができないという縛りもでてくる。任意制度の中で 100% の組織率を目指したいと思っている。

日医認定医の制度については、専門医制度（学会認定制度）があるが、その基礎的な資格として、日医認定医を取らなければならない。あるいは、日医の生涯教育の中で、（特定の研修で）何単位

以上の取得がなければだめだというものを考えている。

また、自浄作用については、リピーター医師が何度も事故を起こすというのであれば、認定医の資格を剥奪するというペナルティーに当たることも、日医の権限として持ってはどうか。このことによって、入会率、組織率が上がるのではないかと考えている。

三重県：日本弁護士会は、弁護士法というバックグラウンドがあり、それなりの責任が存在する。除名処分など厳しいものがある。社団法人として、任意団体である限り、強制加入は難しい。法的なものがあればできるが、会員（皆）に受け入れられるか疑問である。

京都府：強制加入でなく、自主的に加入してもらおうよう望んでいる。それを依頼する時期は、新しい研修医制度がチャンスと思い、担当が出向き入会をお願いをしている。

日医 FAX ニュース

2005 年（平成 17 年）2 月 1 日 1514 号
女性医師問題について活発に議論
選択肢示して歳入・歳出を一体改革
株式会社参入特区の申請なし
過去 3 度目の増加傾向
発症患者は昨年 4 ~ 5 倍
医療従事者向けに Q & A

2005 年（平成 17 年）1 月 28 日 1513 号
混合診療問題は基本問題小委で 中医協
経済界主導なら「席を立つ」ことも
医療保険での居住・食費負担を阻止
共闘して反対活動
院外処方とは加算して調整
厚労省が一般・療養の基準病床数の算定式案提示
准看護師養成制度は、維持存続
動物由来感染症ハンドブック刊行 日医
新制度の対象に抗がん 3 剤

2005 年（平成 17 年）1 月 25 日 1512 号
公平、中立、透明の観点で中医協見直し
社会保障制度の見直し不可欠
被保険者拡大は議論の推移を見極めて決断
使用制限は盛り込まれず
イレッサの添付文書を改訂 死亡率を明記
社会保障給付費の中期目標を検討
花粉症で緊急対策

2005 年（平成 17 年）1 月 21 日 1511 号
後発品使用は医師の処方権の問題
医療含む社会保障制度全体を検討
医療機関への提供情報は著作権を制限
国と県でタミフル 500 万人分を備蓄へ
妊婦の服薬情報を収集へ
患者代表の中医協委員に勝村氏

平成17年

3

1
(火)

~

7
(月)

は

子ども予防接種週間 です。

4月からの入園・入学に備えて、
必要な予防接種をすませ、病気を未然に防ぎましょう



- 1歳になったらまず麻しん（はしか）の予防接種を受けましょう。
- 予防接種に関する質問は、かかりつけ医にご相談ください。
- 予防接種実施医療機関（接種希望者は予約してください）については、地域医師会等へお問い合わせください。



日本医師会



日本小児科医会

厚生労働省

後援



「健やか親子21」推進協議会

第 39 回山口大学医師会・山口大学医学部主催 教育講座 (体験学習)

日常診療でしばしば遭遇する眼底疾患 - 眼底写真の読み方を中心に - を担当して

[記 : 山口大学医学部分子感知医科学講座・眼科講師 近間 泰一郎]

平成 17 年 1 月 16 日山口大学医学部霜仁会館で、第 39 回山口大学医師会・山口大学医学部主催教育講座 (体験学習) を山口大学医学部分子感知医科学講座・眼科が担当し「日常診療でしばしば遭遇する眼底疾患 - 眼底写真の読み方を中心に -」というテーマで開催したので報告する。

近年、食生活の欧米化や平均寿命の延長により成人病や加齢性病変の罹患率が上昇してきている。また、国民的な健康志向の高まりと相まって検診や人間ドックへの受診率が高くなってきている。以上のことより、基本的に検診の眼底検査でよく用いる眼底写真を取り上げ、「眼底写真をどのように見るか? 見て何が分かるか?」というコンセプトで上記タイトルのもとプログラムを作成した。

西田輝夫教授の挨拶ののち熊谷直樹助教授が「全身疾患と眼底検査」というテーマで眼底写真の見方についての総論と、全身疾患、特にブドウ膜炎や感染性眼内炎を生じるものについての講演があり、眼底写真を見る際の基本的な注意点と評価法についてと、眼疾患を引き起こす全身疾患の説明をした。

続いて、近本信彦助手が、「糖尿病に起因する眼疾患」というテーマで糖尿病網膜症の各ステージの眼底所見を提示し、それぞれの病態の説明と必要な治療法について説明した。とりわけ若年発症の糖尿病網膜症は進行が早く重症化することもあり、糖尿病症例の定期的な眼科での検診と眼科と内科の連携の重要性について解説した。

午前中最後の講義は、私が「高血圧に起因する眼疾患」というテーマで高血圧及び動脈硬化により生じる網膜血管の変化を中心に解説した。中等度以上の高血圧性網膜症や動静脈閉塞症におい



てはさまざまな合併症の発症の危険性を考え内科的精査に加え眼科的精査が必要であることを説明した。

昼食を挟んで相良健講師が「緑内障を含む視神経疾患」というテーマで緑内障の疫学などの基礎知識と眼底所見を中心に解説した。最近の調査で眼圧は高くない緑内障（正常眼圧緑内障）が日本人には多く、緑内障は 40 歳代で約 5% の有病率を有し成人病のひとつであると認識する必要があり、

眼圧のみならず両眼の眼底検査により視神経の緑内障性変化を検出する重要性を解説した。

その後、2 台の無散瞳眼底カメラ（トプコン、コーワ）と直像鏡を用いての実習（体験学習）を行った。具体的には各受講者が検者及び被験者になって眼底写真を撮影し、その写真を評価することと直像鏡で眼底を観察することを実習していただいた。最後に西田輝夫教授より講評があり講習会を終了した。

明日からの実地臨床で眼底写真を見る際の注意点と実際の病変の検出法について少しでもお役に立てればとわれわれは考えている。日常臨床でも直像鏡を用いられている先生もおられ、実習はやや物足りない点もあったかもしれないが、眼底



の所見を詳細に検討するためや経過を客観的に比較検討するためには、眼底写真を撮影し記録を残すことの重要性は理解していただけたのではないかと考えている。

朝からみぞれまじりの雨が降る中ご参加いただいた先生方には、当方の準備不足で会場への誘導などでご迷惑をおかけした。受講された先生方は、最後まで熱心にわれわれの講義を聴講され、実習には積極的に参加していただき、われわれも気が引き締まる思いを感じた 1 日であった。

最後に、教育講座を受講された先生方、この教育講座の準備のお世話をいただいた山口県医師会の方々に心よりお礼申し上げます。

受講印象記

[記：徳山医師会 椎木 俊明]

この度の山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）では眼科学講座のお世話により「日常診療でしばしば遭遇する眼底疾患 - 眼底写真の読み方を中心に -」のタイトルで平成 17 年 1 月 16 日（日曜日）に山口大学医学

部霜仁会館にて開催されました。当日の受講者は 40 名でした。

まず西田輝夫教授の開会の挨拶があり、講義 1 は「全身疾患と眼底変化」というタイトルで熊谷直樹先生のお話から始まりました。最初は眼底

写真の基本的な見方をコンパクトに講義をしていただきました。普段眼底など見たこともない私にとっては学生時代にタイムスリップしたような感じでした。内容としては視神経乳頭、黄班部の正常所見、動静脈の走行、うっ血乳頭などの異常所見を提示され、その後、視神経炎、虚血性視神経症など総論及び原田病、ベーチェット病などの特殊疾患を眼底所見を中心にして話されました。特にサイトメガロウィルス網膜炎や真菌性眼内炎については重要とのことでした。最後に眼底検査の適する病変は糖尿病、高血圧、後極部病変、視神経病変、黄班部病変などで、適さないものは周辺部病変で網膜裂孔、飛蚊症などとのことでした。

講義 2 は「糖尿病に起因する眼疾患」というタイトルで近本信彦先生にさせていただきました。近年、生活習慣病の中でも糖尿病の失明は非常に問題であり、その糖尿病性網膜症の眼底所見についての講義から始まりました。正常、単純性網膜症、前増殖性網膜症、増殖性網膜症の順で進行し、その眼底所見の変化をご教示していただきました。また治療に関しては単純性網膜症までは経過観察でその後、前増殖性網膜症からは光凝固治療、増殖性網膜症では硝子体手術と光凝固の組み合わせになるとのことでした。次に硝子体手術の実際を動画でみせていただきました。また会場からの質問でも糖尿病性網膜症の進行を予防するには厳格な血糖コントロールが必要で、HbA1c は 6.5 以

下にすることを強調されました。

講義 3 は「高血圧に起因する眼疾患」のタイトルで近間泰一郎先生が担当されました。まずは高血圧性網膜症の眼底所見と KW 分類 1 ~ 4 と Scheie 分類を説明され、眼科領域では高血圧性変化 (H) と硬化性変化 (S) が別々の Scheie 分類を主として使用することでした。特に HS の 1、2 はなかなか慣れないと診断は困難ですが、H3 の白斑や H4 の乳頭浮腫や S3 の銅線動脈、S4 の銀線動脈など進行した眼底所見くらいは読影できなければいけないのかなと思いました。治療に関しては内科医が主なところでもあり、網膜の不可逆性変化が起こる前に眼科に紹介することを痛感させられました。

午後の講義 4 は「緑内障を含む視神経疾患」というタイトルで相良健先生が担当されました。

緑内障はよく話題になる疾患ですが、正常眼圧緑内障は日本人に特異的で 40 歳代は 3% で 70 歳代は 10% という数字には驚きました。また眼圧が正常だから緑内障ではないとはいえないということは肝に銘じておかなければならないことと緑内障発見は眼圧よりも眼底検査がもっとも効率がよいということが非常に印象に残りました。講義内容としては緑内障の眼底所見では視神経乳頭陥凹拡大で視神経乳頭が“白い”“明るい”と思ったら注意をすること。その他の所見として網膜



神経線維層欠損 (NFBD)、傍視神経乳頭脈絡膜萎縮 (PPA)、乳頭出血などがあるとのことでした。またいろいろな疾患の眼底所見の供覧をみて、最後に眼底撮影の注意として必ず両眼を撮影すること、正常イメージを頭に入れること、視神経乳頭が“白い”“赤い”? と思ったら眼科紹介にすることと分かりやすく解説していただきました。

最後は実習で眼底写真撮影と眼底検査の実際を平野晋司先生と足立格郁

先生を中心に多くの眼科の先生と眼底撮影装置を提供して下さった業者の方でお互いに眼底撮影を行いました。また直像鏡も使用しましたが、慣れない者にとっては無散瞳眼底装置での撮影の簡便さには驚きました。不心得な考えですが、今後は診断ソフトが進歩して心電図解析装置のようにある程度の診断が可能になればもっと眼底検査が普及して、早期に眼科の先生にフォローしていただけるのではないかと期待しております。私事です



が、当院は循環器中心の内科ですが、糖尿病や高血圧を合併した患者さんがほとんどで以前から眼底をみていただくために患者さんに眼科を受診するように促しますが、なかなか受診されないのが現状です。症状が出てからでは遅いのですが、なかなか患者さんに理解してもらえません。その問題に対してどうしようかと思っていた矢先にこの体験学習がありましたので、いの一に参加させていただきました。もちろん、今後どうやって

眼科受診を促すかという命題の解答は出ていませんが、今回の体験学習は非常に参考になりました。そしてお互いに撮影しあった自分の正常? の眼底写真をもって家路につきました。

最後にこのような貴重な体験学習の場を提供して下さった山口大学医学部眼科学教室の西田輝夫教授並びにスタッフの先生方に心から感謝を申し上げます。



第 10 回都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会

と き 平成 16 年 11 月 17 日 (水)

ところ 日本医師会 大講堂

[記：常任理事 佐々木 美典]

植松会長挨拶

現在、社会保障審議会介護保険部会を中心に介護保険制度の全般的な見直しが進められている。障害者支援費制度との統合、被保険者の範囲・受給者の範囲、新予防給付などが議論されているが、介護保険制度が安定して機能し続けるためにも将来を見据えた見直しが必要である。要介護者が自らの能力を生かして住み慣れた地域で生活を営むことが重要であり、日医としてはケアマネジメントの徹底と適切な医療提供体制の構築を重要な課題として強く主張していきたい。

植松会長の挨拶に引き続き、理学療法士で兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷企画調整部地域ケア課主査備酒伸彦氏の講演「地域ケア～医師に望むこと～」があった。(省略)

「介護保険制度見直しの方向性」について

野中常任理事

見直しにおける 3 つの論点

「基本理念」を踏まえた施行状況の検証

具体的にはケアマネジメントのあり方やサービス提供のあり方

「将来展望」に基づく新たな課題への対応

高齢者人口の増加 (2025 年：3,500 万人)

高齢者独居世帯の増加 (2005 年予測：386 万世帯)

2015 年：約 570 万世帯、高齢者世帯の約 1/3

痴呆性高齢者の増加 (2002 年：149 万人)

2015 年：約 250 万人 (ランク 以上)

「制度創設時からの課題」についての検討
被保険者・受給者の範囲の見直し
障害者福祉施策との関係

主治医と介護支援専門員の連携

○「包括的・継続的ケアマネジメント」の強化
主治医との連携強化

介護保険施行後、在宅においても重度化している要介護者が多くなり、医療と介護のニーズを併せ持つ利用者が増えている。主治医とケアマネジャーの連携において、まずはケアカンファランスを徹底することが重要である。制度見直しにおいては、実施状況の定期的なチェックや、ケアカンファランスを実施しないケアマネジャーに対する指導強化も検討されている。その他、地域レベルでの連携の強化が重要であり、地域包括支援センター (仮称) による支援等も必要であろう。

施設と在宅の連携の強化

退所・退院前カンファランスを実施することや、施設入所者への継続的マネジメント等が必要である。

支援困難事例への対応強化

ケアカンファランスの実施や、地域包括支援センター (仮称) に配置される予定の主任ケアマネジャー (仮称) による支援なども検討されている。

○ケアマネジャーの資質・専門性の向上

「包括的・継続的マネジメント」の確立のためには主治医とケアマネジャーの連携、在宅と施設の連携が重要であるが、そのためにもケアマネジャーの資質・専門性を図っていくことが必要であり、下記の点について見直しが検討されているところである。

研修の義務化・体系化

定期的な実務者研修、休業者については研修受講後復帰可能。

二重指定制の導入

事業所に対し、所属ケアマネジャーの届出の義務付け。ケアマネジャーごとにケアプラン等の内容をチェックできる仕組みを整備。

資格の更新制の導入

業務従事ケアマネジャーについては、5年ごとに研修を義務付け、研修終了を業務従事の条件とする。休業中のケアマネジャーについては、研修を受講することで業務に復帰可能とする。

その他、「主任ケアマネジャー（仮称）」の創設が検討されている。包括的・継続的マネジメントを担う人材の育成のため、一定年数以上の実務経験、所定の研修終了、能力の評価されたケアマネジャーにその資格を付与する。主任ケアマネジャー（仮称）は、地域包括支援センター（仮称）に配置することを検討中。

新予防給付

○新予防給付創設の背景

介護サービス等の施行状況から要支援、要介護1が特に増加してきた現状、本来のケアマネジメントの行程が実施されていない、並びに軽度者のケアプランの内容が要介護状態の維持や改善に寄与していない等の指摘がある。

日医としては本来のケアマネジメントの徹底が必要であると主張してきたが、一方で高齢者の心身機能、生活機能の低下を予防し、要介護状態に陥らない、あるいは状態を悪化させないことを重視する「予防重視型システム」への転換も必要と認識されてきている。

介護保険制度の基本的考え方は「利用者本人のサービス選択」であり、新予防給付が導入されることになったとしても、この基本ルールは変更さ

れるものではなく、「サービスの切り下げ」になることは認められない。新予防給付・介護給付のどちらの対象となった場合でも利用者にとってどのようなサービスが必要であるか、適切なケアマネジメントを行うことが必要である。

○新予防給付と要介護認定（主治医意見書）

従来の要支援・要介護認定のスキームを用い、認定することになるが、対象者については新予防給付に該当しない（廃用症候群モデルに該当しない）と考えられるものは除外することで検討している。具体的には介護予防スクリーニング手法小委員会にて認定審査会に負担をかけないよう、また主治医意見書、認定調査項目等の項目・記載方法も含め検討を行っている。

○新予防給付の対象サービス

現行の居宅サービスや介護予防サービスの評価を行い、新たな介護予防サービスの開発並びに市町村モデル事業で予防効果が認められるサービスから構成されると考えている。例えば訪問介護については現行区分を機能別、行為別に再編、通所サービスは機能別に類型化し再編、短期入所は利用実態を踏まえて見直す等。介護予防サービス開発小委員会でEBMに基づく情報収集等を実施し検討している。

○地域包括支援センターの役割

基本的な機能（社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャー（仮称）の配置）

地域支援の総合相談 社会福祉士を中心に対応
介護予防マネジメント 保健師、主任ケアマネジャーを中心に対応

包括的・継続的ケアマネジメント 主任ケアマネジメントを中心に対応

高齢者が住み慣れた地域で暮らせるよう、主治医、ケアマネジャー等多職種協働・多職種連携による長期継続ケアマネジメントの後方支援

地域包括ケアシステム確立への取り組み

その他

地域包括支援センター運営協議会（仮称）の設

置

地域包括支援センター（仮称）に求められる機能を十分に発揮するために関係機関（地域医師会・主治医の役割が重要との認識が必要）の連携の基に、センターの公正運営の確保を図る。

その他

○障害者福祉制度との関係

被保険者・受給者の範囲の問題は、制度創設時からのテーマであり、法施行後 5 年を目途として制度の見直しを定めた介護保険法附則第 2 条において、具体的な検討項目として掲げられている。介護保険制度と障害者福祉制度の適用関係は介護保険制度の優先適応となっており、受給者の範囲を拡大すれば障害者施策における制度見直しの実施を待つ必要はないといえる。さらに、「老化にともなう介護ニーズ」という制限を撤廃すれば、一部の難病患者やガン末期患者等へ新適用となり、拡大する年齢層の要介護状態にある障害者にも適用されることになる。

介護が必要な方であれば、年齢や障害となった原因によって、給付の有無や内容に差異が生じないよう普遍的な仕組みを構築することは十分検討に値するとは考えるが、現時点では財政的な側面が強調されている点、障害者福祉サービスのケアマネジメントのあり方など十分議論する必要があると考える。

○介護保険施設入院・入所者への居住費用、食費負担

年金給付と介護保険給付の機能調整、施設志向の一因となっている在宅と施設間の利用者の不均衡是正の観点から、介護保険三施設（ショートステイを含む）における保険給付の対象となっている「居住費用」「食費」について原則保険給付の対象外とする施策であるが、施設利用者の方は好きこのんで利用しているわけではなく、やむなく利用していることを十分認識すべきであり、新たな負担を課すことは本来の社会保障制度とは考えにくく、反対の姿勢を示している。

○介護老人福祉施設並びに介護老人保健施設における医療提供のあり方

介護保険三施設の機能分担についてはそれぞれ理念的に決められたものがある。

・介護療養型医療施設

病状が安定している長期療養患者で常時医学的な管理が必要な要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理下の介護等の世話、機能訓練等の必要な医療を目的とした施設。

・介護老人保健施設

病状安定期にある要介護者に対し、看護、医学的管理下での介護、機能訓練等の必要な医療、日常生活上の世話を行うことを目的とした施設。

・指定介護老人福祉施設

常時介護が必要で生活が困難な要介護者に対し、日常生活の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を目的とした施設。

しかしながら、施設入院・入所者については、介護保険施行当初に比べ重度化、痴呆性高齢者の増加がみられ、日常的に医学的管理が必要な方が増えているという状況であることから、施設入所者についての前提条件を考え直すことが必要であろう。この問題については医療保険との調整が必要であるため、平成 18 年の介護報酬改定において、診療報酬改定も同時に行われることからそこで対応していきたいと考える。

日本医師会高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針（2004 年 11 月 2 日）

背景

2005 年の介護保険の見直しに続き、2006 年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。世界一の高齢国家となったわが国の高齢者医療・介護において地域医師会には重要な役割を果たすことが求められる。

1. 高齢化に対応する地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築
 - （1）医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築
 - （2）在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化
 - （3）ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化
 - （4）急性期病院における退院支援と在宅ケア

資源との連携推進

2. 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域づくり
3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

まとめ

野中常任理事は、特に介護保険制度における主治医の役割の重要性を強調した。

「介護保険での主治医の役割」として、患者への指導・助言、主治医意見書の記載、介護認定審査会や介護サービス担当者会議への参加、要介護度・介護サービス計画の見直しの支援、通院が困難な利用者に対する居宅療養管理指導（介護保険法）通院可能な患者に対する診療情報提供（医療保険）を挙げた。

これまで医師は医療機関で患者の疾病を治療することを重視してきたが、これからの医師は患者の生活状況を把握することが不可欠で生活の質を向上させる視点が重要になるだろうとの考えを示した。高齢者人口の爆発的増加とそれによって生ずるさまざまなニーズに対応するため、各地域医師会で地域医療連携をよりいっそう強固にし、介

護との包括的な連携を構築する仕掛けを作る必要があると指摘した。具体的には在院日数の短縮ともなう急性期病院の退院支援と在宅医療・在宅ケアとの連携システムの構築を地区医師会で検討するよう提案した。

また最後の質疑で、介護保険制度改革の中で浮上している通所看護についての質問（群馬県医師会）に対し「すべての訪問看護ステーションでできる事業ではないので、医師との連携がなければ通所看護を認めるわけにはいかない」と述べ、有床診療所などを利用しながら医師と訪問看護師が協力できる体制を構築することができれば、検討の余地があると答えた。

筆者は「これからの医師は単に病気を診たり、治したりするだけでなく『主治医機能』というものをしっかり理解し、ケアマネジャーとの連携を強化し、主治医としての役割を果たすことが求められる。超高齢化社会で爆発的に需要の増大する『在宅医療・介護』に対して一人ひとりの医師及びそれぞれの地域医師会がしっかりとした準備をしていかなければならない」と心より感じ、帰途に着いた。

やまぎんスーパー変動金利定期預金〈投信セット〉

株式投資信託のご購入と同時に預け入れいただくと、預け入れ日から

6か月間の上乗せ利率が **年1%**

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

- ・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額・・・30万円以上
- ・株式投資信託のご購入金額・・・スーパー変動金利定期預金のお預け入れ金額以上



平成16年6月1日現在

第 14 回介護保険対策委員会

と き 平成 16 年 11 月 18 日 (木)

ところ 県医師会館

[記：理事 弘山 直滋]

会長挨拶

介護保険制度の大幅な見直しが来年度に迫ってきております。ほとんどのメニューは出揃ったという感じがするが、われわれ医師会の観点からすると、平成 18 年度の医療保険制度改革との連動が気になります。医療保険における生活習慣病対策と介護保険の介護予防との連携、あるいは在院日数の短縮化にともなってそれに対する介護サービス上の受け皿はあるのかといったことが大きな論点になっています。

介護保険改革自体では、軽度者急増にともなう新予防給付、施設給付の見直し、地域ケアといったものが大きな論点となっていると思います。行政の方から説明を聞いた上で、地域医療の中でどう対応していくのか、ご協議をお願いします。

協議事項

1. 支援費制度について

～介護保険制度見直しに関連して～

山口県障害福祉課支援費制度推進班班長 三輪 芳久
支援費制度の概要

従来は、障害者に対して行政がサービスを決定し、施設・事業者に委託してサービスを提供する措置制度であったものが、平成 15 年度からノーマライゼーションの理念のもと、障害者の自己決定の尊重と利用者本位のサービス提供を基本とし、障害者自らがサービスを選択し、契約によりサービスを利用する仕組みに変わった。障害者が、指定事業者・施設と私的契約を結び、サービスを利用するが、その費用の一部または全部を市町村が支給することになっている。支援とは、障害者

出席者

委 員	佐々木美典 (県医常任理事)	高齡保健福祉課 介護保険室長	鶴田 宗之
	西村 公一 (県医常任理事)	障害福祉課主幹	三輪 芳久
	弘山 直滋 (県医理事)		
	玉田隆一郎		
	弘田 直樹	県医師会会長	藤原 淳
	西村 敏郎		
	斎藤 永		
	田中 義人		
	木下 毅		
	柳井 章孝		

の自立支援という意味とサービスの利用を支援するという二つの意味が含まれている。

のサービスと非常に良く似ている。

支援費制度の対象サービス

大きく施設訓練等サービスと居宅生活支援サービスに分けられるが、内容については介護保険で

障害者福祉施策（支援費制度）と介護保険制度の違い

下・次ページ表（表中アンダーラインの部分が異なる項目）

障害者福祉施策（支援費制度）と介護保険制度

区 分	障害者福祉施策（支援費制度）	介護保険制度
趣旨・目的	障害者の自立と社会経済活動への参加の促進	要介護者が自立した日常生活を営むことができるようサービスを給付
給付の財源	公費 100%	保険料 50%、公費 50%
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者 ・知的障害者 ・障害児（在宅サービスに限る。） 	<ul style="list-style-type: none"> ・65 歳以上で要介護認定を受けた者 ・40 ～ 64 歳で脳卒中などの特定疾病の者
利用者数	山口県 0.57 万人（16 年 3 月）	山口県 4.70 万人（16 年 1 月）
年間サービス費用	山口県 107 億円（実績・給付費ベース）	山口県 934 億円（予算・給付費ベース）
居宅サービス	（支援費制度） <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護（身体介護、家事援助、<u>移動介護</u>、<u>日常生活支援</u>） ・デイサービス ・短期入所 ・地域生活援助（グループホーム） （その他） <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活用具等給付 （小規模住宅改修費用を含む） （メニュー補助事業） <ul style="list-style-type: none"> ・訪問入浴サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護（身体介護、家事援助） ・通院等乗降介助 ・訪問看護 ・訪問リハビリ ・居宅療養管理指導 ・適所介護 ・適所リハビリ ・短期入所生活介護 ・短期入所療養介護 ・痴呆対応型共同生活介護 ・特定施設入所者生活介護 ・居宅介護支援（ケアマネジメント） ・福祉用具貸与 ・居宅介護福祉用具購入費 ・居宅介護住宅改修 ・訪問入浴介護
施設サービス	通所による施設訓練等支援を含む <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者更生施設、療養施設、授産施設 ・知的障害者更生施設、授産施設、通勤寮 	入所施設のみ <ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉施設 ・介護保健施設 ・介護療養施設

区 分	障害者福祉施策（支援費制度）	介護保険制度
給付の決定	障害の程度、介護者の状況等を総合的に勘案し、支給を決定	要介護認定に基づき決定
サービスの支給量	障害の程度、介護者の状況等を総合的に勘案し、サービスの支給量を決定	要介護度に応じた支給限度額の範囲内でサービスを利用
サービス支給量の上限	サービス支給量の上限はない 支援費の月額が 100 万円を超えるケースも	要介護度に応じて、支給限度額、保険給付の額を決定。 max は、月額 358,300 円
ケアマネジメント	制度化されていない	制度化されている。
利用者負担金	所得・収入に応じて負担額を決定 (居宅サービスの利用者には利用者負担額が 0 の者も多い)	1 割負担。ただし、一定額を上回る場合は高額介護サービス費を支給 低所得者には一定の配慮
扶養義務者の負担金	扶養義務者にも利用者負担金有り	扶養義務者の負担金はない
施設入所者の実費負担等	・施設入所者の食費は支援費対応 ・知的障害者施設については、日常生活費も支援費対応 ・知的障害者施設入所者の医療費自己負担部分も支援費で対応	・食費（食材料費）は利用者負担 ・日常生活費等も全額利用者負担 ・特定タイプの施設については、居住費（ホテルコスト）も利用者負担

支援費制度と介護保険制度との統合問題について

(1) 背景

介護保険制度発足時からの課題（介護保険法附則第 2 条）

（会報第 1731 号に報告のため省略）

介護保険給付の増大（介護保険制度の財源問題）

（会報第 1731 号に報告のため省略）

支援費制度の財源問題と国庫補助費制度廃止への不安

平成 15 年度に支援費制度が発足したものの、当初の予想以上に利用が増加し、制度発足初年度に 100 億円超の財源が不足

した。現下の財政事情及び現行の予算編成の仕組みでは、義務的経費に入っていないので今後とも必要な予算を確保していくことは困難。（厚生労働省の認識）

また、三位一体の改革が進められる中で、支援費制度は廃止対象に入っていないが、いずれ国庫補助制度の廃止・一般財源化は避けられない。（厚生労働省の認識）

(2) 検討の方向性(議論されている「統合」の内容)

介護保険の被保険者を 20 歳以上の者に拡大（現行は 40 歳以上）

65 歳未満の障害者、難病患者等にも保険給

付の対象を拡大

(3) 検討の状況

社会保障審議会障害者部会

10月12日の第18回部会に「今後の障害保健福祉施策の見直しについて(改革のブランドデザイン厚生労働省試案)」が示された。このままでは支援費制度がもたないので、介護保険制度と統合するしないにかかわらず、介護保険制度と同じような仕組みに変える予定である。

社会保障審議会介護保険部会

7月30日の第16回部会において両論併記の部会報告が出された。その後の部会においても、被保険者・受給者の範囲については結論に至っておらず、年内の結論は無理と考えられている。

質問 関係団体によって、賛否意見が分かれているようだが。

回答 身体障害者団体は慎重論が多い。知的障害者団体は賛成。経団連は負担増ということで絶対反対。地方公共団体については、知事会は玉虫色、市町村会は反対となっている。

質問 措置制度に対して、新しい言葉が支援制度ということであるが、内容はあまり変わっていないのではないか。

回答 サービスの中身については変わっていないが、サービスを利用する仕組み(理念)が変わった。

質問 措置制度から支援費制度に変わって、なぜ利用者が増えたのか。

回答 増えたのはホームヘルプサービスが増えたのだが、今までの措置制度では市町村の予算事業で行っていたので、行っていない市町村も結構あった。また、行っても予算内の事業であったが、支援費制度になってから、法律上明記されたこと、障害者の意識も高まったこともあり、利用が増えた。

質問 もし、支援費制度と介護保険制度が一緒になった時、財政的に楽になるのは自己負担分が。

回答 一番大きなのは、支援費制度は100%全額税金で賄っているが、介護保険制度と一緒にになれば、50%は保険料で賄うことになるので、公費の持ち出しが半分になる点である。その分が、国・地方としては楽になるということである。

質問 現在の要介護認定に当てはめていくと、障害者の人達の利用料は減るのか。それとも増えるのか。

回答 現在の要介護認定の基準に当てはめていくと、今支援費制度を利用している人達のほとんどが、利用が減るというレポートが出ている。

質問 もし統合されるとしたら、現在、支援費制度を利用している人達は今まで通りのサービスを受けられるのか。

回答 もし統合されたら、介護保険制度で対応できる部分と上乗せの障害福祉サービスの二階建てとなり、上乗せ部分については今まで通り支援費(税金)で対応することとなる。

2. 新予防給付について

山口県高齢保健福祉課介護保険室長 鶴田 宗之

介護保険制度の基本的な考え方

介護を要する状態となってもできる限り、自宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること

要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するように保険給付が行わなければならない。

介護保険制度施行後見えてきた課題

- 介護予防の観点から -

介護予防の効果が上がっていない。

要支援・要介護1などの軽度者は増加する一方である。

軽度者に提供されているサービスは単品かつ固定的。

こうしたサービスが軽度者の要介護度の維持や改善につながっておらず、予防効果が低いのではないかと指摘がある。

死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患は

異なる。

介護の原因として、脳血管疾患、高齢による衰弱、転倒骨折、痴呆、関節疾患といった生活機能の低下を来す疾患・状態が重きを占めているということを踏まえた予防対策が必要。

高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要。

要介護高齢者の状態像として、大きく 3 つのモデルが指摘されている。

脳卒中モデル：脳卒中や骨折を原因疾患とし、急性的に生活機能が低下するタイプ。要介護度 3 以上の中、重度者に多い。
 廃用症候群モデル：骨関節疾患等のように、徐々に生活機能が低下するタイプ。要支援・要介護度 1 等の軽度者に多い。
 痴呆モデル：上記に属さず、痴呆等を原因疾患とする要介護者のタイプ。

制度改革後の介護予防システム（案）

要介護状態になる前の段階から、要支援・要介護 1 程度までの高齢者について、統一的な体系の下、連続的・効果的な介護予防サービスを提供する総合的な介護予防システムを構築する。

非該当者に対しては、地域支援事業（仮称）を創設して、現行の老健事業・介護予防・地域支え合い事業を一体的に見直し、効果のある介護予防サービスを提供する。

要支援・要介護 1 程度までの軽度者に対して新予防給付を創設する。

新予防給付のイメージ（案）

新予防給付の対象となるサービスは、介護保険法に基づく既存の居宅サービス（デイサービス等）を再評価・再構築し、より効果的な形へと新たにメニュー化したサービス
 市町村モデル事業において実施されるメニュー（筋トレ、栄養改善等）のうち、介護予防効果が認められたものから構成される。

具体的なサービス内容については、8 月 5 日に設置された「介護予防サービス評価研究委

員会」の下に設置予定の「介護予防サービス開発小委員会」における検討を経て、本年度末までに成案を得る予定。

新予防給付の対象者選定及び給付決定の流れ（案）

介護認定審査会において、要支援・要介護 1 の判定を受けた軽度者を対象に、さらに介護認定審査会において、特に介護予防効果が認められる者には新予防給付、従来の保険給付が必要な者には介護給付、との判定を行う方向で検討中。

介護予防マネジメントのイメージ（案）

非該当者の中の地域支援事業利用希望者、及び軽度者の中の新予防給付利用者に対する、訪問アセスメント、プランの策定については、地域包括支援センター（仮称）が担当し、公平性を確保することとなる。プランの実施については、事業者が行うこととなるが、一定期間経過後、同センターが再アセスメントを行い、再度プラン策定と繰り返していくこととなる予定。

一方、介護給付が必要と判定された軽度者へは、従来通りケアマネがケアプランを作成することとなるが、ここでも地域包括支援センターがケアマネを支援するということで公平性を確保する狙いがある。

第 3 期介護保健事業計画（平成 18 ～ 20 年度）の策定に当たって

（1）基本的な考え方

介護予防の推進

地域ケアの推進と施設サービスの見直し

（2）介護予防の推進

（事業の実施が軌道に乗った平成 20 年度実施以降の数値目標）

地域支援事業（仮称）の実施

要支援・要介護状態に陥るおそれのある者（高齢者人口の 5% 程度）等を対象として地域支援事業（仮称）を実施し、実施した高齢者の内の 20% について、要支援・要介護状態となることを防止する。

新予防給付の実施

要支援・要介護 1 等の者を対象とし

て新予防給付を実施し、新予防給付を受けた高齢者の内の 10% について、要介護 2 以上への移行を防止する。

質問 地域包括支援センター（仮称）は、市町村が設置するのか。

回答 市町村が責任主体となる。したがって、市町村が設置して現在の在宅介護支援センターのような法人に委託する形となるようである。

質問 在宅介護支援事業所なども委託ができるようになるのか。

回答 新予防給付のマネジメントについては、在宅介護支援事業所には委託されないのではないかと。

質問 実際にサービスを受けるのは、どこで受けるのか。

回答 介護予防事業所なるものを指定して、そこで実施する。

質問 では、医療機関が指定を受ければ、できるのか。

回答 指定要件等は、未だ何も明らかになっていない。

質問 介護予防について、今までパワーリハビリ等が行われているが、そういったものが今回の新予防給付の中に含まれてくるのか。

回答 主として、非該当者（自立）に対するサービス（地域支援事業（仮称））の方で、検討されているようである。

質問 予防給付の効果については、実証されているのか。

回答 実証データについては、具体的には未だ聞いていない。

質問 認定審査会でまず、要支援・要介護 1 という判定が出て、さらに二次的に、その対象者について新予防給付を行うか介護給付を行うかを決定するということであるが、新予防給付と判定された対象者に説明・説得するのはだれか。

回答 地域包括支援センター（仮称）が行う。

質問 ケアマネではなく、地域包括支援センター（仮称）が新予防給付のプランを作るのか。

回答 その通り。

質問 現在、居宅介護支援事業所等がケアプランを立てているが、同時に居宅・施設サービス提供事業者であることが多いという現状があり、これが中立性を阻害する原因になっていると考えられるが、居宅介護支援事業所の見直し等は今回考えられていないのか。

回答 今までもサービス提供機関とケアマネの事業所は切り離すべきと議論されてきているが、現実問題として難しいということになっている。独立ケアマネ事業所は、介護報酬で高目に評価するとか、ケアマネ事業所の指定基準の中で何らかの手を加えるという内容で、現在検討中のようである。

質問 要支援・要介護 1 が急激に増えた背景には、元気な高齢者がそういう状態に変化したというよりも、ケアマネ等の掘り起こしによるところが大きいと思う。結局、ケアマネの独立性の問題が根底にあると思う。

回答 ケアマネについては、これまで県が登録名簿を持っているだけだったが、今後は、個々のケアマネについても指定制を導入することとなる。したがって、ケアマネを指定し、事業所を指定するという二重指定制になる。（保険医と保険医療機関の指定と同じ構造になる。）個々のケアマネのケアプランの内容についても、何らかのチェックを入れる仕組みを作ることによって公正性が担保されることになる。

質問 ケアマネの更新制についての検討は。

回答 更新制については、5 年ごとに更新することになる予定である。

山口県における 2005 年のスギ花粉飛散総数の予測

[記 : 県医師会花粉情報委員長 沖中 芳彦]

昨年 (2004 年) のスギ花粉飛散は、県内 26 測定機関の平均値として 200 ~ 300 個 / cm^2 の予測に対し、実際も予測通りの 260 個 / cm^2 という非常に少ない総数で終了しました。この値は 1994 年に次ぐ少なさでした。ヒノキ科花粉も 30 個 / cm^2 と、こちらはこれまででもっとも少ない飛散総数でした。

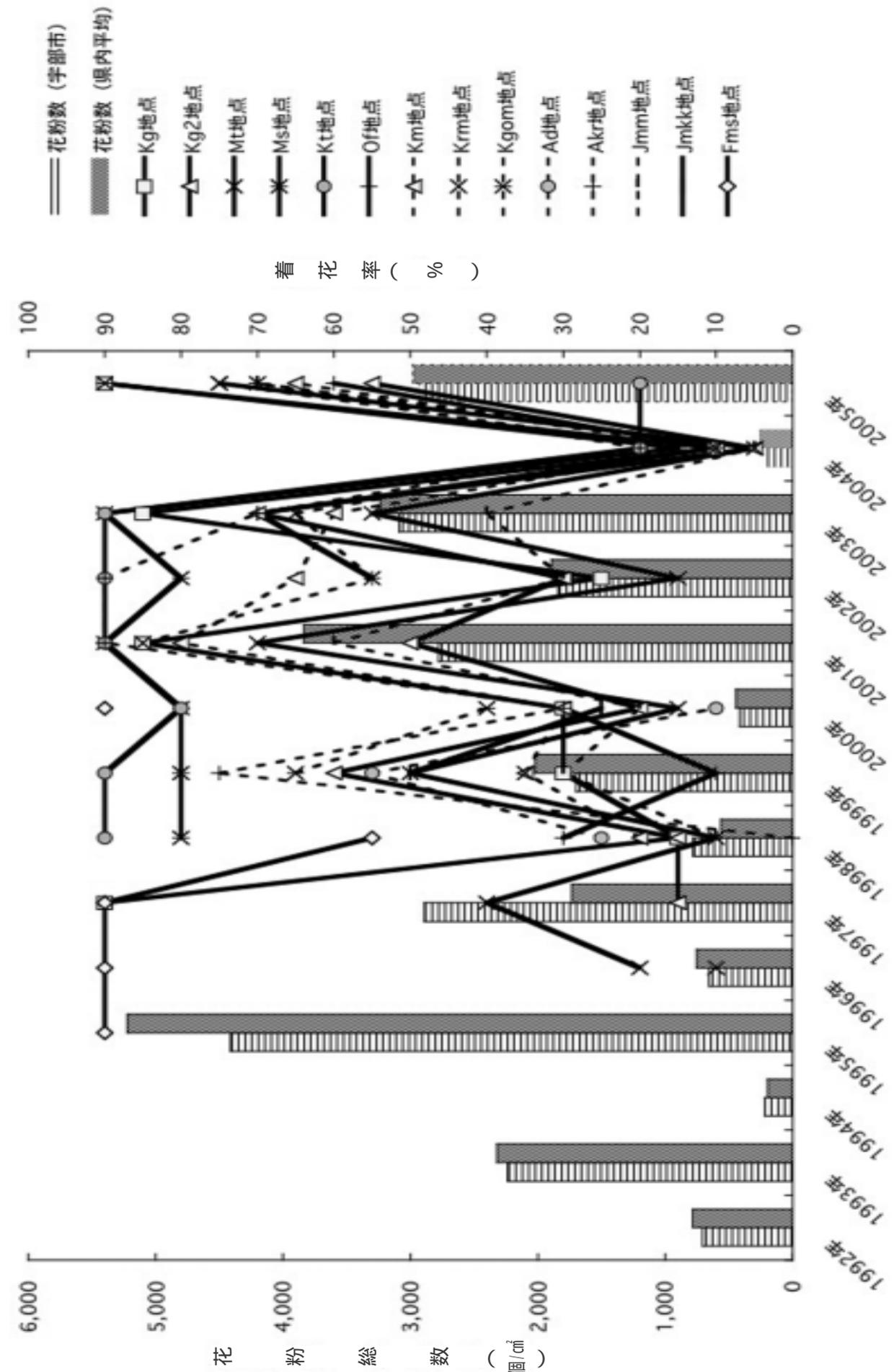
それでは本年 (2005 年) はどうでしょうか。スギ花粉を蓄える雄花の分化は前年夏の気象条件に左右され、気温が高いほど、日照時間が多いほど、降水量が少ないほど、雄花が多くなる傾向にあります。したがって、一般にこれらの条件がそろえば翌年のスギ花粉の飛散数は多くなります。2004 年の夏は全国的に大変な猛暑で、スギの花芽の分化には非常に有利な条件となりました。加えて前年の花粉の少なさですから、休養十分のスギの木がたくさん雄花を着けることは想像に難くありません。そして例年通り 11 月にスギの木の観察をしたところ、やはり雄花の多い木が多かったのですが、中には例年多いにもかかわらず今年は雄花の少ない木もあり、これが着花率の平均を下げたために、筆者がこれまで観察してきたスギの木の 11 月の着花状態から予測される、県内測定機関の平均スギ飛散総数は 3,000 個 / cm^2 程度となりました (図)。しかしながら、夏の気象や県内他地区の着花状況を勘案し、着花率の低い 1 か所の木を例外的と考え、それ以外の木の着花率から求められるスギの予測数は、1995 年の大飛散に次ぐ飛散数となった 2001 年を上回る、3,500 ~ 4,000 個 / cm^2 程度の値となります。2004 年を含めた最近 10 年間の平均は約

1,800 個 / cm^2 ですので、このあたりを「平年の値」とすると、本年は「平年の 2 倍程度」の予測となります。

一方のヒノキ科ですが、昨年 11 月の時点でははっきりと花芽が確認できる木が多く、これまででもっとも多くそして早く成熟している印象を受けました。全測定機関の平均ヒノキ科花粉数は 2001 年の 1,950 個 / cm^2 がこれまでの最高値ですが、本年はそれを上回るものと予測されます。

昨年 9 月 7 日の台風 18 号は県内に多くの被害をもたらしました。塩害による停電も記憶に新しいところ。そしてその塩害により秋の雑草はことごとく枯れてしまい、昨年秋はイネ科花粉もキク科花粉もほとんど飛散しませんでした。スギ、ヒノキも一部には塩害で枯れたものもあり、また倒木も認められますが、雑草に対するほどの影響はないようです。

例年の秋には 11 月に少数の飛散が認められる程度のスギ花粉ですが、昨年は同じく少数ながら 10 月から継続的に飛散しており、過敏な方は症状が出ております。12 月下旬になっても飛散がとぎれませんが、少数の花粉でも継続して暴露されると、たとえ発症していなくても鼻粘膜の過敏性は亢進しており、本格的シーズンを迎えて例年よりも早く、少ない花粉飛散数で発症することもあり得ます。また、暖冬によりスギ花粉飛散開始日が早くなるとも言われております。さらにヒノキ科花粉も多いと思われるので飛散終了時期も遅くなることが予想され、スギ・ヒノキ科花粉症の方々には治療を要する期間の長い、辛いシーズンとなりそうです。



副会長 木下 敬介

今年の干支は乙酉（きのととり）。十干と十二支との最小公倍数の組み合わせによる干支は 60 年でひとまわりする。前回の乙酉は 1945 年（昭和 20 年）、広島と長崎に原爆が投下された終戦の年。今年は戦後 60 年ということになる。

昨年（きのえさる）は、「災」の一字に象徴されたように年の暮れが押しこめてまでスマトラ沖大地震・インド洋大津波という地球規模の大災害に見舞われ、遠い地で大勢の日本人も犠牲になった。今年はどんな年になるのやら。新年早々寒波の襲来で、山口県は雪の正月となったが、米国や北欧でも大雪・洪水・暴風といった自然災害が襲った。ジェット気流のブロッキング現象による異常気象だとのことで、その原因のひとつに地球温暖化があげられるという。地球全体が何かおかしくなってきたような気がするが、ことによるとこれは人災かもしれない。

元旦の新聞に前日 31 日厚生労働省発表の「2004 年人口動態統計の年間推計」が載った。昨年の出生数は 110 万 7000 人と推計され、過去最低を記録。これに対して死亡数は 102 万 4000 人で戦後の 1947 年に次いで 2 番目に多い。その差たったの 8 万 3000 人で、この調子でいくと出生数と死亡数が逆転し 2007 年からわが国の人口は減り始めると推測される。2003 年の合計特殊出生率は 1.29 と過去最低を記録したが、2004 年はこれをさらに下回るらしい。あるアンケート調査によると、女性が子供を欲しがらない理由として「出産・育児がわずらわしい」が 46.5% もあるというから驚く。日本よりも合計特殊出生率がもっと低いところもあって、2003 年に香港 0.94、韓国 1.19、台湾 1.24、シンガポール 1.25 と、東アジアの女性社会進出国での超少子化現象は深刻だ。これに対して中国は 1 月 6

日に人口が 13 億人を超えたとのニュースがあり、何だか未恐ろしい。これから世の中は、人口の多い少ないが大きな社会問題となってくるにちがいない。

1 月 6 日（木）第 8 回常任理事会。3 役・常任理事の新年初会合では、新年度事業、都道府県医師会長協議会（1 月 18 日）の議題、個人情報保護法（平成 17 年 4 月 1 日より実施）の対応、医療保険関係団体九者連絡協議会（3 月 24 日予定）の提出議題、定款検討委員会（1 月 13 日）への対応、山口県医師会ドクターバンクの進捗状況などについて協議。併せて第 1 回市町村合併対策会議が行われた。市町村合併対策委員会は三浦専務理事を筆頭に 4 名の常任理事で構成され、両副会長を相談役として市町村合併にともなう郡市医師会合併の課題解決のための支援助言を行う。さっそく、萩市・阿武郡 2 町 4 村の合併にともなう阿武郡医師会に関する情報への対応について話し合われた。

1 月 13 日（木）の午後、平成 16 年度保険集団指導（第 1 回目）が総合保健会館多目的ホールで開催。これは山口社会保険事務局と山口県医師会の共催により、県内全保険医療機関を対象に保険医自ら積極的に指導を受け特に療養担当規則の周知徹底を図るために平成 12 年度より継続して行われているもので、毎年受指導率は高い。今回は 304 対象医療機関のうち 277 医療機関（91.1%）が指導を受けた。平成 16 年度 2 回目は 2 月 24 日（木）の予定。

同じ日の 15 時より、定款等検討委員会。平成 17 年度山口県医師会費及び医師国保組合保険料にかかわる諮問に対して、磯部輝雄委員長より県

医師会費については前年度どおり、医師国保組合保険料については増額が妥当である旨の答申が出されることとなった。

1 月 16 日（日）10 時より、山口大学医学部 霜仁会館において第 39 回山口大学医師会・山口大学医学部主催医師教育講座（体験学習）が行われた。「日常診療でしばしば遭遇する眼底疾患」の体験学習に定員いっぱいの 40 名が受講。

1 月 18 日（火）の午後、日医会館において都道府県医師会長協議会に引き続き日本医師連盟執行委員会が開催。医師連盟の会議では、昨年 12 月の混合診療全面解禁見送りの経過や今後の対策についての説明、平成 15 年度収支決算報告などがあった。平成 17 年は中医協の改革の問題、特定療養費のあり方、社会保険庁の改革、介護保険制度改革及び介護報酬・診療報酬改定の議論、高齢者医療制度の創設、医療保険の再構築など、極めて重要な年になることが強調された。

1 月 20 日（木）13 時 30 分より、山口県難病等審査協議会。県健康増進課より小児慢性疾患治療研究事業の見直しについての説明があり、平成 17 年 4 月 1 日実施への対応について協議。認定基準、医療意見書、自己負担限度額などの見直しが行われることから、4 月から円滑に行われるよう関係医療機関に適確に周知される必要がある。

同日の 15 時より、地域医療計画委員会。冒頭の藤原会長の挨拶でも指摘されたように地域医療計画に関しては Plan・Do・See・Check(PDSC) が重要。計画・実行だけではなく、特に検証と評価が十分行われなければならない。会議の後半の「山口県保健医療計画の見直しについて、各保健医療圏における問題点」では、見直しが行われたものに対して十分評価されるかどうか議論になった。県医師会としても評価重視の考えで対応していく必要がある。会議の前半の小児救急医療では、昨年 7 月から始まった電話相談事業の経過報告と萩地区における小児科医過疎地での小児科医療の取り組みについての報告があった。チエと工夫次第では小児科医の少ない地域でもかなりの小児救急がやれるというモデルケース。

この会議の途中、会計検査院実地検査にかかわる対応について会長と保険担当が急遽集まって協議。1 月 24 日（月）に山口社会保険事務局及び山口県国保医療指導室と話し合う席を設ける運びとなった。

1 月 24 日（月）13 時より、県医師会館において「会計検査院の実地検査」の件で山口社会保険事務局・国保医療指導室の担当者と県医師会保険担当が協議。保険医療機関に対する会計検査院の実地検査は、山口県では 2 年に 1 回実施されている。十分な情報がないことから現場で多少の混乱があったため、急遽、この協議となった。会計検査院は内閣から独立した憲法上の機関として国や法律で定められた機関の会計を検査し、会計経理が正しく行われるよう監督するところ。日本国憲法第 90 条により公金の会計検査を行う機関ということになる。したがって、公金を扱っている保険医療機関が「検査を受けない」というわけにはいかない。調査によって医療保険の明らかな請求誤りが指摘されれば、自主返還もやむを得ない。問題はこのような情報が得られないままに確認調査の通知がくるので、現場で混乱が生じることにある。確認調査には会計検査院の指示によって社会保険事務局と国保医療指導室がこれに当たるが、保険指導とはまったく別のもの。

意見交換のあと、対象医療機関に対して納得のいく十分な説明をすること、県医師会に対してもある程度の情報が得られるべきであることなどを申し入れた。

1 月から 2 月にかけては梅の花の季節。寒雪に耐えて清楚な花を咲かせ、馥郁たる香りを漂わせるところが日本人の好みに合うのかもしれない。「東風吹かば / にほいおこせよ梅の花 / あるじなしとて春な忘れそ（藤原道真）」の句はあまりにも有名。「春を忘るな」と詠まれる場合もあるらしく、捨遣和歌集、大鏡や源平盛衰記には「春を忘るな」、宝物集や十訓抄、古今著聞集、太平記などには「春な忘れそ」となっているとのこと。ちなみに、太宰府天満宮では「春な忘れそ」を、京都市の北野天満宮では「春を忘るな」を採用しているそう。

理事会

第 15 回

12月16日 午後5時～6時5分

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、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、伊藤議長

協議事項

- 1 平成 17 年度事業計画・予算編成日程について
次年度予算編成日程等について協議。
- 2 日医医療政策シンポジウムについて
2 月 13 日、日医において開催される標記シン
ポジウムの参加者について協議。
- 3 薬剤師研修会講師について
西村常任理事に決定。
- 4 スポーツ医・科学スタッフ派遣事業について
県保健体育課より依頼。1 月から実施されるこ
のモデル事業に参加することに決定。

報告事項

- 1 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会
(11 月 24 日)
審査委員会名簿の氏名公表、レセプト電算処理
システム等について報告があった。(藤原)
- 2 国民皆保険制度を守る山口県民集会
(11 月 28 日)
11 月 28 日に開催した標記県民集会並びに 29
日に行った知事等への要請活動の状況を報告。
(加藤)
- 3 長北医学会(11 月 28 日)
萩市医師会引き受けで開催され、藤原会長、三
浦専務理事が出席した。(三浦)

- 4 山口県国保地域医療学会(11 月 21 日)
山口市で開催され、会長代理で杉山理事が出席
した。(杉山)
- 5 学校保健連合会表彰審査会(12 月 2 日)
団体では山口市学校保健会、個人では県医師会
推薦の萩市医師会綿貫 實先生に決定。その他医
師 2 名、歯科医師 3 名、薬剤師 2 名、養護教員・
栄養士各 1 名が決定した。(杉山)
- 6 山口県介護保険研究大会第 3 回実行委員会
(12 月 2 日)
12 月 19 日開催される研究大会の進捗状況、
前日・当日の運営について協議した。(佐々木)
- 7 西田健一先生叙勲旭日小綬賞受章祝賀会
(12 月 2 日)
会長・両副会長、出席。
- 8 産業医研修会・産業医部会総会(12 月 4 日)
特別講演 2 題、労働衛生の動向・過重労働と
心臓疾患について講演。部会の総会を開催した。
受講者 61 名。(小田)
- 9 日医医療安全推進者養成講座第 3 回講習会
(12 月 5 日)
講習会の「危機管理実践論」のうち、異状死問
題について詳しい説明があった。(杉山)
- 10 医事紛争対策委員会(12 月 9 日)
診療所 2 機関、病院 1 機関の事案について審
議。(杉山)
- 11 日医勤務医委員会(12 月 10 日)
日医会長諮問の「医療環境変革期における勤務
医の役割」の審議及び医師不足・医師偏在の問題、
大学医局と勤務医の問題、勤務医と医政の問題等
について協議内容を報告。(三浦)
- 12 山口県社会福祉協議会地域福祉推進委員会
(12 月 14 日)
第 3 次福祉の輪づくり運動推進県域活動計画
(原案)を検討した。(佐々木)

13 学校・地域保健連携推進事業にかかる第 2 回推進連絡協議会（12 月 14 日）

「地域の専門家等の派遣事業」の経過報告、「健康教育スキルアップ研修会」、「平成 17 年度事業計画」等について検討した。なお、平成 17 年 1 月 8 日セミナーパークで開催される「健康教育指導者スキルアップ研修会」のパネルディスカッションで医師会代表のパネリストとして杉山理事が参加する。（杉山）

14 周東総合病院勤務医懇談会（12 月 14 日）

病院勤務医 35 名と県医役員、柳井医師会長が出席し、福祉事業・勤務医部会活動等について協議の後フリートークが行われた。（湧田）

15 第 1 回山口救急初療研究会（12 月 11 日）

セッションでは一般演題 5 題が行われた。セッションでは「AED をめぐる諸問題」に関して 5 人のパネリストによるパネルディスカッションが行われ、佐々木常任理事が「医師会員への ACLS 講習と AED」の題で講演した。（佐々木）

16 損保ジャパンとの懇談会（12 月 15 日）

中国地区本部長、山口支店長等が出席され、医師賠償責任保険等について協議した。（三浦）

17 会員数調査報告

医師国保理事会 第 10 回

1 傷病手当金の支給について

1 件について協議。承認。

理事会

第 16 回

1 月 20 日 午後 5 時～7 時 10 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、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、伊藤議長

協議事項

1 定款等検討委員会の答申について

定款等検討委員会から、平成 17 年度山口県医師会費の賦課方法については、医業所得の動向と県医師会の財政事情を勘案検討し、「会費は据え置くことが適当である。」という答申を受け、これを基に検討した結果、平成 17 年度の会費は据え置くことに決定した。

2 平成 17 年度予算編成方針について

会費収入が伸びない厳しい状況にあるので、経費節減に務めるとともに事業の刷新を図るものとする。また、事業費については、前年度規模を目途とする。

3 郡市医師会長会議について

2 月 17 日に開催する標記会議の提出議題について協議した。なお、当日は、医師国保通常組合会、医師互助会支部長会議等を開催する。

4 診療報酬検討委員会提出意見について

日医社会保険診療報酬検討委員会（委員長：藤原淳）委員の大野先生（愛媛県医師会）から、平成 18 年 4 月の診療報酬改定準備にともなう意見の提出依頼があり、役員から提出の意見について協議した。

5 糖尿病対策推進会議設立総会の開催について

2 月 9 日（水）日本医師会において開催される予定で、田中理事が出席することに決定。

6 スマトラ沖地震・インド洋津波災害救援義援金について

本会から 10 万円を寄付することに決定。

7 決済用普通預金への移行について（ペイオフ対策）

平成 17 年 4 月 1 日以後（ペイオフ解禁後）の本会の運用資金は、全額保護される決済用普通預金へ切り替えることに決定。

8 市町村合併への対応について

市町村合併にともなう各郡市医師会の対応についての「手引き」の説明や今後合併される市町村の状況説明があった。

報告事項

1 宇部地区個別指導（12 月 16 日）

診療所 7 機関、病院 1 機関（実地）について実施した。（西村・萬）

2 日医 IT 問題検討委員会（12 月 16 日）

TV 会議システムについては、2 社のうち条件のよい方を選択する。また、11 月の都道府県会長会議で質問のあった「医療施設ホームページマル適マーク」について検討した。（吉本）

3 学校心臓検診検討委員会（12 月 16 日）

平成 15 年度の学校心臓検診検討委員会報告書を検討した。年度内に発行予定。（濱本）

4 山口県母子保健対策協議会母親のこころの健康支援専門委員会（12 月 16 日）

産後うつに関する実態調査結果の分析、産後うつ予防及び早期発見に関する今後の取組について協議した。（杉山）

5 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検討会（12 月 16 日）

山口県の動物における動物由来感染症の保有状況、発生状況及び動向に関する情報収集を行い、関係機関等への情報を提供することにより動物由来感染症予防体制の整備を図るため設置された検

討会で、今年度の事業計画について協議した。

（田中）

6 介護保険研究大会（12 月 19 日）

だれもが安心して暮らし続けるために～私たち一人ひとりが考え、みんなで実現させよう～をテーマに、午前中シンポジウム、午後 5 つの研究発表が開催された。（佐々木）

7 山口大学教育研究後援財団募金委員会

（12 月 20 日）

山口大学における教育・研究活動等に対する研究費の募金活動について協議された。（藤原）

8 山口県献血推進協議会表彰式（12 月 24 日）

献血推進及び薬物乱用防止ポスター・作文の表彰式があり、協議会長として賞状を授与した。

（藤原）

9 健康教育指導者スキルアップ研修会

（1 月 8 日）

学校・地域保健連携の意義と可能性をテーマでパネルディスカッションが開催され、杉山理事がパネリストとして講演した。（杉山）

10 第 51 回中国地区学校保健研究協議大会第 1 回実行委員会（1 月 13 日）

大会開催要領（案）を協議した。8 月 17 日～18 日、山口市で開催予定。（杉山）

11 保険集団指導（1 月 13 日）

本年度はコード未偶数の保険医療機関が対象。277 機関から出席があった。次回は 2 月 24 日に開催される。（西村）

12 気管挿管認定証交付式（1 月 13 日）

山口県救急業務高度化推進協議会長から救急救命士で第 1 号の岩崎百合隆氏の認定証が交付された。（佐々木）

13 若年者心疾患対策協議会第 37 回総会

（1 月 16 日）

名古屋市において、午前中「愛知県における学

校心臓検診」と題してワークショップが開催され、午後は特別講演「さらによりよい学校心臓検診のために」をテーマにシンポジウムが開催された。

(萬)

14 体験学習「眼科」(1月16日)

山大医学部分子感知医科学眼科スタッフにより、日常診療でしばしば遭遇する眼底疾患～眼底写真の読み方を中心に～で体験学習をした。受講者 40 名。

(田中)

15 都道府県医師会長協議会(1月18日)

山口県から提出した「異状死についての医師側の対応に明確な指針を!」の外、11 件の議題について協議した。

(藤原)

16 編集委員会(1月20日)

2月号以降の主要掲載記事について検討した。また、柳井地区の二次医療圏座談会を3月5日(土)に開催することとした。

(加藤)

17 会員の入退会異動報告

医師国保理事会 第 11 回

1 定款等検討委員会の答申について

来年度の予算編成に当たり、適切な保険料について定款等検討委員会に諮問した結果、平成 17 年度から引き上げる必要があるという答申を受けた。

この答申をもとに審議した結果、保険料を引き上げることに決定した。

(佐々木)

2 保険料減額免除内規の見直しについて

保険料引上げの答申に基づき、保険料減免の扱いについて検討を行った。負担の公平性から、現行の減免額を見直しすることを決定。2月に開催する通常組合会で諮ることとする。

元朝

竹秋句会

元朝の厨あづかる鼓動かな
訪れる人なき朝の年迎ふ
恙なく術後五年や日記買ふ
柚子風呂や小窓に遠き星拜む
風力プロペラはゆつたり十二月
元朝や雪に映えたる右田岳
踏み込めぬ程の履物お元旦

中山 裕子
中山 泥子
吉武三和子
笠原北斗窓
井上佳代女
原 俊雄
水津奈々子

七五三

徳医句会

藪巻の松見えかくれ虹ヶ浜
水漬く木と鴨のいづれか昏れのこる
お謡の稽古仕舞ひの冬至かな
物を言ふトラツクの後を歳暮れ
父の背に眠りこけたる七五三
綿入れのすつきり似合ふ歳となり
濟南に日中友好松植えし
紅衛兵昔日荒れて曲阜秋

浅海日出子
村田 周陽
武田 子龍
姫野 豊山

飄

々

中国大陸のふぐ文化

編集委員

吉岡 達生

ふぐの名店紹介「上関・徳山・下関 ふぐ紀行」(「旬遊 HIROSHIMA」)を興味深くよんだ。弁護士末永汎本先生が指南されたものである。わが国は、江戸時代以後に本格的に「ふぐ食」が開花して、ふぐ文化の中心地となった。この記事に触発されて、食の本場・中国大陸の「ふぐ文化」をたどってみた。語源的には「ふく」とすべきであるが、ここでは一般的に通行している「ふぐ」で記載する。現在の日本で「ふぐ」を漢字で書くと、「河豚」である。

かつての中国では、ふぐの産地・消費地として江南地方が有名であった。この長江(揚子江)流域で「ふぐ」の代表は、メフグである(図)。以下では、漢詩文を中心に引用して、中国の「ふぐ」を歴史的に記載したい。

[先秦・漢]

『山海經』は、戦国時代(紀元前 403 ~ 紀元前 221)以前に作られた。その北山経篇に、ふぐの記載が二か所ある。一つは、「水中に赤い鮓が多い」(其中、赤き鮓多し)である。もう一つは、「ふぐは、食べると人を殺す」(鮓鮓の魚は、之を食えば人を殺す)である。「鮓」「鮓鮓の魚」ともに、ふぐである。また、後漢(25 ~ 220)の王充に『論衡』がある。その言毒篇に「人びとは、ふぐの肝を食べると死んでしまう」(人 鮓の肝を食えば死す「人食鮓肝而死」とある。「鮓肝」は「ふ

ぐのきも」の意である。

漢語の「鮓」は、「ふぐ」である - 漢語とは漢文(古代中国語)である -。「鮓」を「さけ」の意に用いるのは、日本語に特有の読み・意味(国訓)である。もともと漢字は中国からわが国に入ってきたが、このように中国と日本で意味が違ふことが多い。

[隋・唐]

隋(589 ~ 618)の巢元方『諸病原候論』には、ふぐの卵巣と肝臓に毒があると書かれている。フグ科の多くの種は、卵巣や肝臓などにテトロドトキシンという猛毒をもっている。この「ふぐ毒」は、体外から毒を取り入れて食物連鎖によってできる。現在の日本では、注意して人工飼料で養殖すると、無毒のふぐになる。

唐代(618 ~ 907)の 804 年に、空海 31 歳は留学僧として唐に渡った。第 17 次遣唐使の第一船に同乗したが、暴風雨にあって福建省の福州付近に漂着した。その後、蘇州・無錫・常州・鎮江を経由して長安の都にいたった。長江や黄河はメフグやサンサイフグの宝庫である。蘇州などの江南地方には、来客をもてなす料理に「ふぐの羹」(ふぐ汁)があった。空海も「ふぐの羹」を食したであろう。

[宋]

唐代から宋代(960 ~ 1279)には、「ふぐ」に

対して「河豚」の字が定着した。この語が、日本の漢字表記や現代中国語につながっている。宋代とくに北宋(960 ~ 1127)の時代には、ふぐを詠んだ有名な詩が二つ生まれた。梅堯臣と蘇軾のものである。

北宋の梅堯臣(字は聖俞、1002 ~ 1060)は、役人としてはあまり出世しなかったが、詩に情熱をそそぐ。日常的な事柄、とくに蚊・蠅・河豚・犬などの小動物にいたるまで詩にうたい、唐詩と異なる宋詩の基礎を固めた。歐陽修の推薦で科擧の試験官となり、そのときの合格者に蘇軾・蘇徹兄弟らがいる。梅堯臣が河豚を詠んだ詩を、以下に記す。

原詩・訓読

范饒州坐中、客語食河豚魚 北宋 梅堯臣
 范饒州の坐中に、客が河豚魚を
 食らふことを語る
 春洲生荻芽 春洲 荻芽生じ
 春岸飛楊花 春岸 楊花飛ぶ
 河豚当是時 是の時に当たり
 貴不数魚鰕 貴きこと魚鰕に数へず
 其状已可怪 其の状 已に怪しむべく
 其毒亦莫加 其の毒 亦た加ふる莫し
 忿腹若封豕 忿りし腹は封豕の若く
 怒目猶吳蛙 怒りし目は猶ほ吳蛙のごとし
 庖煎苟失所 庖煎 苟し所を失せば
 入喉為莫邪 喉に入りて莫邪と為る
 若此喪軀體 此くの若く軀體を喪はば
 何須資齒牙 何ぞ齒牙に資するを須ひん

(中略)

斯味曾不比 斯の味 曾つて比ひせざれども
 中蔵禍無涯 中に禍の涯無きを蔵す
 甚美惡亦称 甚だ美なれば惡も亦た称ふ
 此言誠可嘉 此の言 誠に嘉すべし

通釈

范仲淹饒州長官の坐中で、客が「ふぐ食」を語る

春の中州には荻の芽がでて、岸边には楊の花(柳絮)が飛ぶ。ふぐの旬は正にこのときで、その値段の高いのは、一般の魚など物の数ではない。

ふぐの姿はまことに醜怪で、おまけにこの上ない猛毒をもっている。むっとした時の腹は大きな

豚そっくりで、怒ったときの目は呉の蛙そのまま。

調理の仕方を間違えようものなら、口に入って莫邪の剣となって腹を引き裂く。このように命をおとす危険があるならば、わざわざ食べなくてもよいのに。

(中略)

ふぐの味は、蛇・ガマとはまったく比べものにならないほど美味だが、計り知れぬ禍を体内に隠しもっている。「ひどく美しいものには、悪もそれだけ多い」というのは、まことにうまいことを言ったものだ。

語釈

范饒州 范仲淹(989 ~ 1052)のことで、当時は饒州(江西省波陽県)の長官であった。

/ 荻 水辺にはえ、白い花が咲く草。アシ・ヨモギの意とも。荻芽は食用にする。/ 楊花 柳絮のこと。晩春に綿のように乱れ飛ぶ、柳の種子をつつむ白い毛。/ 河豚当是時 貴不数魚鰕 ふぐは産卵期の前が、とくに美味とされ、はなはだ高価になる。/ 魚鰕 さかなとエビ。魚類の総称である。

解説

全体として一つの物語になっている。しかし、総計二十八句もあるので、抜粋して引用した。第一句・第二句の背景に、荻芽・柳絮の常識がある。北宋の歐陽修(1007 ~ 1072)は「ふぐは柳絮を食べて肥る。南方人は多く荻の芽といっしょに羹にするが、これが一番うまい」といっている(『六一詩話』)。ふぐの羹は、つぎの蘇軾の詩で解説する。

この詩にまつわる逸話は、梅堯臣が梅河豚と称されたことである。晩唐の鄭谷は、鷓鴣の名詩を作り「鄭鷓鴣」と称されたが、梅堯臣は本詩をつくったので「梅河豚」と呼んでよいと、劉厚甫は言った(北宋の阮閱『詩話總龜』巻四十一)。なお、本詩は五言古詩で、韻字は芽・花・鰕・加・蛙・邪・牙...涯・嘉である。

北宋の蘇軾(号は東坡、1036 ~ 1101)は、多面的な人間である。詩・詞・文・書・画の各方面に才能を発揮し、料理にも強い関心を示した。九州では、豚の角煮を東坡煮と呼ぶ。これは、グルメとしての東坡の名残である。蘇東坡が河豚を詠

んだ漢詩を以下に記す。

原詩・訓読

惠崇春江晚景二首 其一 北宋 蘇軾
えすう しゆんこうばんけい そ
 惠崇の春江晚景二首 其の一
ちくがい とうか さんりょうし
 竹外桃花三两枝 竹外の桃花 三两枝
しゆんこうずあた おうま
 春江水暖鴨先知 春江 水暖かにして 鴨先づ知る
るうこう るが
 蘆蒿滿地蘆芽短 蘆蒿地に満ち 蘆芽短し
まさ こ かとんのぼ とま
 正是河豚欲上時 正に是れ河豚上らんと欲する時

訳詩
 青木正児の訳詩をあげる。
 竹林から桃が二枝三枝覗いて
 水ぬるむ川の面には
 時を得顔に家鴨が浮ぶ
 おおよもぎは一面に生えて
 葦の芽は短く
 ちようど今河豚が遡ってくる時だ

語釈

詩題 「惠崇春江晚景」のものもある。/ 惠崇 淮南の僧・惠崇で、詩画ともに善くす。/ 蘆蒿 シロヨモギで、食用にする。オオヨモギ・ヤマヨモギともいう。/ 蘆芽 アシノメで、食用にする。荻芽と同意か。/ 正是河豚欲上時 メフグは海産の回遊魚であるが、春の産卵期に長江などの流域に遡上する。このとき河川で漁をして獲る。

解説

本詩は、惠崇が描いた「春江晚景」図に題したものである(画に題す)。実景ではないが、春の川辺の趣を巧に表現している。蘇軾は、ふぐの旬を待つ気持ちを、画に溶けこませたと見えよう。七言絶句で、韻字は枝・知・時(上平声の支韻)である。

蘇軾は「ふぐを食べれば、一死のねうちがあるほど美味である」(河鮓くらを食ちとくはば、一死に値ちとく得ず)と称した(撰者未詳『楓窓小牘』、北宋か)。揚州(江蘇省揚州市)の知事のときには、ふぐの獲れる季節 - ふぐが長江を遡る早春 - に、日び賞味したといわれる。

長江のメフグは、古来より美味な川魚として賞味されていた。ふぐの料理法は、どのようなものであろうか。北宋の張耒(1054 ~ 1114、楚州淮陰わいいんの出身)は、「河豚魚は水族の奇味なり」と記し、その料理法は蘆蒿(やまよもぎ)・荻芽(アシの若芽すうさい)・松菜(とうな)などと一緒に煮てスー

プにするのがよいという。さきに述べた「ふぐの羹あつもの」(ふぐ汁)である。蘇軾も、これを食べたことであろう。本詩の転句の「蘆蒿」「蘆芽」は、季節をあらわすとともに、ふぐの羹の具材の意味がある。

メフグは春の産卵期に、長江を千二百キロメートル上流までさかのぼり、武漢あたりまで行く。このように大河を遠くまでさかのぼるメフグに由来して、「河」の字を用い「河豚」とよぶ。メフグは海に生息し、産卵期は春(新暦の5月から6月)である。産卵場は、海にも川にもある(大同江平壤・青島・海南島・萊州湾・舟山など)。産卵のため長江・淮河・黄河流域の河川を遡上するときに、汽水域(淡水と海水が混じりあう流域)や淡水域に生息する。このとき河川で漁をして獲るので、淡水産といわれる。一方、わが国のふぐは、海のみで生息し、川・河に生息しない。中国からわが国に伝わった「河豚」の「河」という字は、文字どおりの意味では日本のふぐに当てはまらない。

[明から現代]

明代(1368 ~ 1662)の初期に、陶宗儀そうぎの『輟耕録てっこうろく』がある。その食品有名篇に「河豚は、汽水域(から淡水域)で獲る」(水の鹹淡相ひ交かんたんわる処、河豚を産す)とある。続けて「河豚は魚類である。鱗がなく、つねに怒りは腹にみちて、姿はとくに麗しくない。しかし、その味はきわめてよい。料理法にくわしくないと、人を殺してしまう」とある。

同じく明代の末期に、李時珍しちんの『本草綱目』がある。「河豚」のほかに、多くの別名をあげている。「河豚」の「豚」の語は、豚のように美味なところから名付けられたという。河豚は、海から河まで(海水でも淡水でも)生息しているとある。

また同『本草綱目』には、ふぐの精巢(白子)を、絶世の美女・西施にたとえて「西施乳と呼ぶ」と記されている。一般的に、西施の乳のように美味だが、危険をはらんでいと解される。春秋時代に西施は、越王句踐が呉を滅ぼすために、呉の宮殿へ送りこまれた。計画どおり呉王夫差は西施に溺れて、越は呉を攻め滅ぼした。

さらに同『本草綱目』には、「ふぐの脂が舌を

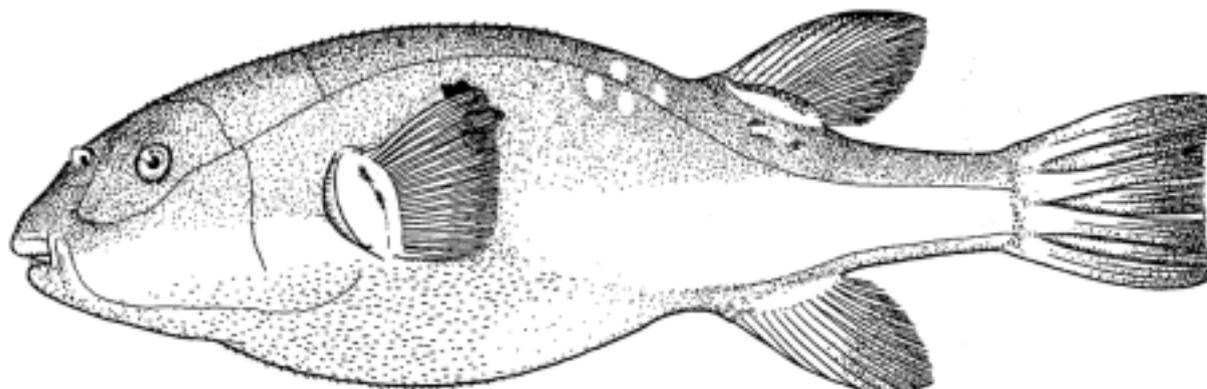


図 メフグ Takifugu obscurus

片山恭子ほか編『片山正夫魚類原図表』
(Plate 711、自費出版、1995) より引用

麻痺させ、ふぐの卵巣(真子)が腹をふくらませ、ふぐの目がかすみ眼にする^(あぶらまこ)(油は麻せしめ、子は脹せしめ、^{ちよう}眼睛は^{がんせい}花さかしむ^{はな})とある。しかし、江陰地方(江蘇省蘇常道)では、ふぐの卵巣を塩漬けにし、白子を粕漬けにして埋めておき、調理して食べる。いわゆる「命を捨てて河豚を喫ふ」である。

近代になって、中国国内は法律によりふぐの流通・販売を禁止した。現在の中国でも、ふぐの流通・販売は禁止しているようで、一般にふぐ食は禁じられている。例外的に、無錫に官許のふぐ料理店があり、中国伝統の味を守っている。さらに、平成九年に山東省威海市だけ「ふぐ食」を解禁した。試験的な一部解禁で、日本のふぐ特区のようなものであろう。ふぐの中華料理としては、紅焼河豚・炒河豚魚片などがあるという。ふぐの現代中国語は、「河豚」と学術用語「魷」である。なお、漢字文化圏の中で、現在のふぐ食をみると、韓国にあるが、ベトナムにないようである。

主要参考文献

- 末永汎本指南：上関・徳山・下関 ふく紀行、旬遊 HIROSHIMA、Vol.7、27～36頁、メディクス、2004.12
- 一海知義：漢詩入門、141頁、岩波書店、1998
- 諸橋轍次：大漢和辞典、巻六、1015頁、大修館書店、1968
- 荒俣宏：世界大博物図鑑、第2巻[魚類] 442～451頁、平凡社、1992
- 青木義雄：ふぐの文化、157・158頁、成山堂、1999
- 黒川洋一ほか編：中国文学歳時記、春[上] 51・52頁、同朋舎、1988
- 黒川洋一ほか編：中国文学歳時記、春[下] 188～192頁、同朋舎、1990



後継体制は万全ですか？

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

〈登録無料・秘密厳守〉



●お問い合わせ先 コンサルティング統括部

0120-33-7613

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

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

総合メディカル株式会社。

山口支店/山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号 安田生命小郡ビル6階
TEL(083)974-0341 FAX(083)974-0342
本社/福岡市中央区天神 東京本社/東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-1-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

勤務医 部会

勤務医は楽しい

国立病院機構 関門医療センター院長 佐柳 進

編集に携わっておられる方々や読まれている方々には大変に失礼ながら、私は今までこの『勤務医部会』のコーナーを読んだことがなかった。今までにどのようなことが書かれ、今回と同じようなことが書かれたのかどうか、よく知らない。私も勤務医の一人であるが、勤務医とはそのような者だろう。興味のあるモノにはどこまでも深く首を突っ込むが、そうでないモノには実に無頓着である。かなり自由気ままながら、さりとして楽しそうに日々を送っている者はそう多くない。どうしてだろう。

2 年 9 か月前に、私は今の病院に着任した。大学卒業後 2 年目をこの病院で内科医として勤務して以来、27 年ぶりの回帰であったが、27 年間何にも変わっていないことに驚いた。もちろん、建物や施設は随分と老朽化していたが、CT や MRI などその後に整備されたものもあり、そっくり 27 年前と同じではない。そっくり同じだったのは、医局の雰囲気であった。まるで医師の世界は、一般社会の急激な変化とは無縁な時の流れで動いているのではないかと疑うほど、旧態依然たる慣行、行動様式がそのままであった。医師は上下の差なく、一人ひとりが不可侵の専門職として存在していた。病院の方針や運営状況にはまるで無縁で、自らの関心はそれぞれ別々にあるようであった。医局の会合では、現状に不平不満がタラタラと述べられ、その一方で一致団結してよりよいものに変えて行く風でもなかった。

この 2 年半に私の病院は相当に変わった。かなりの職員が病院全体の方針や運営状況を頭において行動できるようになってきた。さまざまな病院サービス部門で、職種を超え、部署を超えてチー

ムを編成して行えるようになってきた。チームの中心になって前を向いて職員の意識層を引っ張る優秀な医師が存在感を出し始め、病院が急速に変わる原動力になっている。勤務医師に与えられた特典は、この数百人もの大きな組織を駆使して、おそらく一人では果たせないであろう大きな自分の可能性を実現できることだ。一方、多くの病院職員も、医師抜きでは実現できない自分たちの可能性を、心から信頼して託せる医師の出現をずっと待っていた。

研修医制度が必修化され、医師の卒後臨床教育もようやく広い裾野からスタートして、高いピークをめざす形が取られるようになった。臨床研修の意義は単に基本的臨床手技の修得にあるのではない。社会人としても優れた者になるための、最初の教育という意味もある。私は研修医に「あらゆることを貪欲に学べ」と叱咤激励するとともに、「昨日までの一生活者であった自分を絶対に忘れるな」と強く釘を刺している。人として幸せになるコツは、自分が幸せであることを自ら十分に受け止められる器を持つこと。幸せの感覚器を持たない者には、幸せは何時までも来ない。当たり前の道理ながら、その器を持たない医師が相当にいるような気がする。甘い物を食べれば、もっと甘い物が欲しくなることを繰り返して、不平不満タラタラの残念な生き方をしている。

今日医療は一人では多くを実現できない。職業人として納得いく「自己実現」を図ろうと思えば、チーム医療で皆が支えてくれる勤務医は気楽だ。医療の安全がことのほか問われ医療の質の鍵となった今日、チームメートが名医の「事故実減」も実現してくれる。



ラスト・マイノリティ・レポート

下関市 塩見 祐一

マクロ経済学者の J.M. ケインズがある経済事象の説明に用いている論理に、「流動性の罫」と「合成の誤謬」があります。それらを、僕がこれまで「会員の声」欄で述べてきた「マイノリティ・レポート」に当てはめてみます。前者については「一部負担金」の相対的に少ない減少では「総診療報酬点数」の増加にならなく、返って減るということです。また後者について、僕の診療所でマイナス

であっても全国的な総計ではプラスとなりうることです。今回の最終章で、この二つの証明を試みます。

[1] レセプト件数の登場

平成 15 年 4 月に診療報酬点数のマイナス改訂がありました。前 3 回のレポートにならい、下記のように、それを境とする各月の各項目別に表記します。

診療月	診療点数 (千点)	一部負担金 (円)	月件数
平成 15 年 5 月	162	3190	152
6 月	168	3110	162
7 月	176	3260	162
8 月	172	3030	170
9 月	160	3110	154
10 月	172	3070	167
11 月	165	3170	156
15 年対比 16 年 (平均)	89.3%	97.4%	92.5%
平成 16 年 5 月	139	3160	132
6 月	159	3170	151
7 月	166	3030	164
8 月	150	3040	148
9 月	132	2960	135
10 月	147	3010	147
11 月	159	2980	160

二つの年度を比較して判ることは、P (価格 = 一部負担金) が平均 80 円下がっているのに、ミクロ経済学の常識に反して、D (需要 = 総診療点数) も平均 18 千点減少しているのです。僕はこの説明に、「流動性の罫」のアイデアを借りて、閾値を用います。つまり、一部負担金の (一割) (二割 + 薬剤) (三割) 負担といった大きな

変化でない、ある一定の閾値に達しない少額である場合には、D は P に反応しない。それどころか、D は P につれ減少するのです。他方感覚的に見ても、各月のレセプト件数の減少につれ、D も減っているようです。

ならば、「一部負担金と月件数のどちらが D の減少に強い関係をもつだろうか」となります。ま

ず、D と P の相関係数を求めたところ、それは $r = 0.40$ です。値としては「やや かなり」の境界に位置する相関です。対して、D と月件数の相関係数は $r' = 0.94$ で、強い相関があることを示します。ついでながら、P と月件数の係数は 0.04 ですから、相関はほとんど見られません。

[2] レセプト件数の減少は何が原因か？

それでは、D に多大な影響を与えた月件数は「何故、平成 15 年度から平成 16 年度になって、こうも減少したか」が問題になります。僕は自分なりに次の 3 要因を考えました。

- (1) この夏のアテネ・オリンピックと猛暑加えて相次ぐ台風上陸及び診療日数（当該期間中かつ休日当番日を含む）が 2 日少なかったことにより、当院への受診者の減につながったこと。
- (2) ここ近年の当院を取り巻く目立った外部環境として、新規開業のビッグ・バンが続いていること。
- (3) 公立あるいは公的病院が軒並み長期処方を出され、僕の診療所もその余波を受けざるをえなかったこと。

上記(2)でもって、本稿においても、「マイノリティ・レポート」での「需要と価格の関係」

と「続・マイノリティ・レポート」での「需要の価格弾力性」を、論理的に一貫したものとして説明できます。すなわち、僕が最初に述べたケインズの「合成の誤謬」を援用するのです。すると、部分では正しくても全体には当てはまらない、あるいは、その逆として据えられます。一部負担金や月件数の減少とともに僕の診療所の点数が下がったとしても、より広範な地域で開業医が増えれば、全国的に見て無床・個人立診療所に属する診療報酬点数は総額として上がっているはずで

す。
ラストのラストですから、僕の“エゲツナイ”実況中継をお許しください。「リング上で全国民という大観衆の中医療政策のナンバー・ワンと称される両雄がラウンド制限なしで戦っています。日本医師会は、毎回、厚労省がくり出すジャブ（2 年毎の診療点数改訂）と時折見せるパンチ（一部負担金倍増）に、ノックアウト寸前であります。あっ、もう、放送時間がありません、解説の他人（ひと）事フレーズの小泉さん！一言、お願いします。」「厚労省の医療費抑制策もイロイロ、しかし、日本医師会の打たれ強さにファンもサプライズしたんじゃないですかネ。」「シェーッ（その昔に流行った驚きの声）！ 終わります。」

(The End)

 <p>経口用セフェム系製剤</p> <p>セフゾン®</p> <p>CFDN</p> <p>細粒小児用 カプセル 100mg 50mg</p> <p>＜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</p> <p>Cefzon® (略号:CFDN)</p> <p><small>注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること</small></p>	<p>薬価基準収載</p>	<p>Fujisawa</p>
<p>●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。</p>		
<p>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</p> <p>製造元 富山フジサワ株式会社 富山市興人町2番178号</p>		<p>作成年月2003年11月</p>

転

載

何も知らずに「誰も知らない」を観る

佐藤 保（石川県医師会 石川医報 第 1334 号より）

「柳楽 優弥君がカンヌ映画祭で、主演男優賞をとった」というニュースだけが記憶にあって、一体どんな映画か、好奇心に惹かれてルネス（映画館）まで参上した。冒頭に「実際にあった事件を基に作られた映画だが、心理的にはフィクションである」との是枝監督の断り書きが流れる。映像が進むにつれ、話の筋書きが分かってくる。実父が皆異なる子供 4 人の母子家庭で、母親が子供を置き去りにして、新しい男のもとへ奔り去る。長男が母からの仕送りの金をやり繰りして、残された子供 4 人の生活を支えていく話である。自分自身の不安と希望を抑えながら、弟や妹の世話をする長男、明の表情・眼差しが実にいい。演技とは感じられず、淡々と子供の生活を撮ったドキュメンタリーに見えてくるのは、既に計算された映像に吸い込まれているということだろう。

しかし話のテーマは重い。物語を追う内、児童相談所の相談医というわが身の仕事が意識に絡んでくる。いくら東京の真ん中とはいえ、子供 4 人だけでアパート暮らしをしていれば、隣近所で不審に思い、警察なり児童相談所に通報が入りそうなものである。ところがこれは映画の作り話ではなく、現実の事件でも誰もそれに気付かなかったという。なるほど、それで「誰も知らない」という題名になったものと理解する。つまり、「子供を置き去りにして行方不明になる母親を含め、日常社会では皆わが事に忙しく、悲惨な状況におかれている子供達に誰も気付かず、彼らは社会の

底辺に放置されている」とのメッセージかと思った。

しかし、社会の無情・無知を糾弾する意味だとすると、この映画は、末の子が病気で死に、長男の明が女友達の手を借りて、死体をトランクに詰め、羽田空港に埋めた時点で終末を迎えるはずである。しかし映像はさらに続き、帰りのモノレールの中で「死んだ妹の手が、冷たくて気味が悪かった」と明に言わせ、バックにゴンチチの明るい音楽が流れる。そして最後に、残された兄弟姉妹と女友達が、陽光の街の中をリズムカルに歩み去る光景が、静止画像となって終わる説明がつかない。どうも「誰も知らない」というメッセージを読み違えているらしい。

後日、映画のパンフレットを手に入れ、扉に出ている谷川 俊太郎の詩をみて納得した。

生まれてきて限りない青空にみつめられたから
きみたちは生きる ... (中略) ...

きみたちは誰も知らない自分を生きる

さらにこの映画の制作に関する是枝監督の言葉でウロコが落ちた。「僕が見つめたかったのは、その可能性の中にある - それでも生きていくであろうたくましさ、生きられてしまうであろう、不幸とは呼びたくない現実だったと思う」。つまりタイトルは「自分自身でも分からない人生を生きる」というメッセージなのだ。カンヌでの柳楽 優弥君への主演男優賞は、そのメッセージを充分に象徴化しているという評価であったろう。

転載

いまだから話そう、法医学事件簿
(12) フグ中毒事件

羽場 喬一（三重県医師会 三重医報 第 528 号より）

向寒のみぎり昔からフグは広くわが国で食用とされ多くの中毒事件を引き起こしている。京都で歌舞伎俳優のフグ中毒事件が有名であるが、三重県内でも毎年フグ中毒事故が相次いでいるので、フグ料理を扱う調理師には年 1 回フグ料理の講習会を受けることを義務づけているとのことである。昭和 45 年 11 月、1 回もこの講習を受けていなかった調理師が極めて薄いきも小片をテッチリの中に入れて客を死亡させる事件が発生した。本件は業務上過失被疑事件として司法解剖されることになったが、その概要、検査について述べてみたい。

事件概要：9 日午後、伊勢総合病院から伊勢署に「フグ中毒で前夜入院の患者が死亡した」との届け出があった。警察の調べによると市内の会社職員 30 歳が 8 日午後 7 時過ぎ妻と子供と一緒に市内の居酒屋に入り、本人だけが酒 1 本とフグ鍋（ヨリトフグ）を飲食した。その後、別店でうどんを食してから銭湯に行き帰宅途中午後 8 時頃妻に舌のもつれを訴え、フグ中毒ではなかろうかと疑っていたという。就寝後足腰が立たず深夜で少々時間が経過して救急車で 9 日午前 0 時頃入院、入院時呼吸困難があり危篤であったが意識明瞭で 2、3 の言葉をかわしたという。医師は時間が経過しており、胃洗浄は行わず酸素吸入等種々治療を行ったが午後 0 時 45 分死亡を確認した。

出したフグは 6 日市内の魚屋から買い入れたヨリトフグで、毒性は普通のフグと変わらず一般料理店でも使われているとのことである。同店は 44 年 10 月からフグ料理を始め、長男は免許を持っておればだれでもフグ料理ができる調理師

の免許を取っていた。県衛生部は 10 日から行政処分想定 of 営業禁止を命じたが、フグ中毒で営業禁止が出たのはこれが初めてのことであり、遺体の死因や毒物の有無、種類の鑑定と同時に伊勢魚市場と南勢町五か所浦の業者から提出された通称ヒガンフグとヨリトフグの毒性の検査も求められた。

解剖所見：体重 56kg、死硬死斑ともに強く眼結膜溢血点なし。脳稍水腫状、腹水なし。胸水左 25ml、右 30ml。胸腺 60g、心 1.5 倍手拳大、肺下葉強い水腫状、脾、腎、肝鬱血状、腎盂粘膜溢血点多数。胃内にうどん、ねぎ、春菊、野菜片に混じって魚肉片数個があり全量 500ml、十二指腸内にはねぎ、野菜片を含む黄色内容 30ml、粘膜暗紫黒色調を呈する（写真 1）。尿なし。

病理組織所見：脳軽度鬱血、胸腺ハッサル小体、リンパ球細胞遺残あり。肺高度鬱血、一部出血、ほとんど無気肺の状態にある。肝鬱血軽度であるが腎は高度、糸球体は膨満する。

毒物検査：厚生省衛生検査指針により生物学



写真 1. 胃・十二指腸粘膜の性状

転

載

的検査を行った。胃内容 100ml をフラスコにとり稀酢酸で微酸性にし、水浴上で 20 分加温抽出し冷後遠心分離し上澄を集め濾紙で濾過後、この液を 17 ないし 26g のマウス 10 匹を用いて腹腔内に 0.5ml 宛それぞれ注射した。対照としては 1 か月冷蔵庫内に保存した人血清を同様に処理して用いた。マウスはフグ中毒に特徴的な症状（注射後最初静止していたのが急に忙しく動き回るようになり、歩行がぎこちなくなる、次いで大きな呼吸をしながらよろめき歩き最後に急に飛び上がりつつ反転し四肢をもがきながら倒れ死亡する）と同様な症状で倒れたので、その倒れる時間をストップウォッチで測定し、さらに横転呼吸停止後開胸して心臓拍動の有無を確認した。結果は症状出現まで 20 分から 30 分内外、呼吸停止は 22 分から 32 分内外、心停止は 1 時間から 1 時間半であった。以上から本屍の胃内には致死的に十分と認められる呼吸マヒ毒、恐らくフグ毒が存在していることが明らかになった。

フグ臓器の毒物実験成績：魚市場より提出されたアカメフグ（通称ヒガンフグまたはヨリトフグ）（写真 2）及びヒガンフグ（通称ヨリトフグ）（写真 3）を用いてそれらの毒性を肉、皮、肝臓、卵巣について検査した。なおフグの名称については水産学部鈴木 清教授のご教示を受けた。

これらの臓器をあらかじめ鉄で細切した後各 1.0g を取り、蒸留水を加え、沸騰水中 5 分間よくかき混ぜながら煮熟、冷後濾紙で濾過した後その 0.5ml をマウスの腹腔内に注射し、注射後 60 分以内にフグ毒特有の症状で死亡するかどうかを観察した。

その結果、ヒガンフグの卵巣・肝臓・皮、アカメフグの卵巣には猛毒力が存在し、その他の臓器は衛生上無害とみなして差し支えない成績を示した。

フグ毒については福田 得志教授の詳細な研究があり、フグの種類、季節によって著差が認められているが、一般に卵巣、肝臓、皮に強い毒力が含まれ、肉は無害であって 12 月から 2 月の冬期



写真 2. アカメフグ



写真 3. ヒガンフグ

に最高の毒力に達するという。フグの名称にもいろいろの方言があり、三重県ではアカメフグ、ヒガンフグともにまったく無毒のヨリトフグとかアカメフグもヒガンフグとか俗に呼ばれており、被疑者の調理したフグも最初ヨリトフグといわれていた。

フグ中毒の発生機転及び中毒症状については Tetrodotoxin によるもので、中枢並びに末梢神経に対し麻痺的に作用し呼吸中枢麻痺で死亡すると考えられており、本屍も食後 1 時間にして口唇部舌端のしびれ感を訴え、5 時間で歩行不能、横臥などの重篤症状に陥っている。致死時間は多く 4 ~ 6 時間であって 8 時間以内に生死の決定が見られるとのことであるが、本屍は挿管、酸素吸入等の治療によって食後約 18 時間にして死亡している点が注目される。本屍の胸腺は 60g と胸腺リンパ体質が疑われたが脂肪変性高度で腺実質の遺残は軽度で、心大動脈起始部幅の狭小化なく、副腎髄質のクローム親和性細胞の發育不全を認めなかったこと等から死因に直接的影響を構成するものではないと考えられた。本屍は 18 時間にして死亡、解剖までに 24 時間経過していたが胃内容物より運動麻痺毒が検出された。フグ毒は酸性下において極めて安定であることを示しているといえよう。

転載

「混合診療解禁」の行方

伊藤 宣夫（愛知県医師会 愛知医報 第 1746 号より）

はじめに

小泉首相が 9 月 10 日の経済財政諮問会議で出した「混合診療解禁に向けて年内に解禁の方向で結論を出す」という指示は、それまでの経緯から、ついにと、逆に唐突ともとれる。確かに規制改革・民間開放推進会議は、前身の総合規制改革会議の時から、その解禁を声高に叫んではいた。しかし、6 月の日医（追記：そして直近の 10 月 22 日の厚労省）との公開討論一つとらえても、推進会議側が今までの「先送り」状態を覆す程、特に説得力のある理由を新たに提示できたわけではなかっただけに、首相自身による指示があこのタイミングで突然出された背景については検証する必要がある。その検証を行うことでこの「混合診療」問題が今後どうなるかを冷静に判断できるからだ。

およそ 1 年半前やはり『株式会社による病院経営』が小泉首相のツルの一声で決められているが、その時と極めて似ている。あの時もその必要性や問題点について説得力のある説明がなされたわけでもないのに、何故首相が多くの反対を押し切りあのタイミングで実現に向けた裁断に踏み切ったかは最終的には疑問のままである。

国内要因の影響

今回小泉首相が裁断を下すにあたって影響した要因はいろいろあったに違いない。新たな規制改革 3 か年計画立案のタイムスケジュールからその必要があったとは言えるかもしれない。

しかし主な国内要因として、与党の中で首相に対する抵抗の衰弱がまず挙げられよう。選挙が終われば、内閣改造が終わればと、その度に首相の求心力低下が起きると言われ続けたものの結局は首相の持つ解散権の行使を恐れてのことか、正面切って首相に対抗しようという動きが与党内ではないに等しい。それが規制緩和に向けた政策を比較的取りやすくしている。

もう一つは経済界の動きである。今の日本経団連は、経済界への協力度で政治献金を決めるとか、法人税をさらに下げて消費税の方は上げよとか、社会保障の削減、憲法改変や武器輸出解禁、独禁法や環境税への激しい抵抗等枚挙できない程、極端な企業利益至上、米国への国の協力体制の構築（自動車・電機等経済界主流はすべて米国貿易に依存している）に邁進している。混合診療や株式会社の医療参入等一連の医療分野での規制改革はその財界や米国の利益に沿う政策だと言える。

首相裁断のタイミングと国外要因

9 月 21 日ニューヨークでの日米首脳会談で、公式発表では、イラク 米軍再編 BSE 北朝鮮 国連改革 郵政民営化 その他、が議題に挙げられたことが発表されている。しかし種々の情報では郵政民営化に非常に大きな比重がおかれたと言われている。形の上では一応イラクに親米政権を樹立して権限委譲も終え、未だ抵抗は止まないとしてもイスラエルとタッグマッチを組んで中東での相対的覇権を確立したので、次は経済の優先順位が米国の関心事項の中で再び高まってい

る可能性もある。もしかしたら郵政民営化に象徴される、米国の意向に沿う一連の「規制改革政策パッケージ」が存在して、『混合診療の解禁』もその一環として扱われたのかもしれない。郵政民営化に向けたシナリオが首相外遊の直前に発表されたことから、その関連が類推されてもさほど不自然ではない。

『株式会社の病院経営』も昨年首相の指示で実現されることとなり特区での対応が決まったが、これもタイミングとしては昨年の日米首脳会談に間に合うよう決定されている。その特区での取り組みは「成長のための日米経済パートナーシップ」に基づくその年の「報告書」の中で米国から「支持」されている。推進会議は『混合診療解禁』とともに「医療法人への株式会社資本参加による経営権取得」を目指しているが、これは在日米国商工会議所による提言そのものでもある。又同「パートナーシップ」の枠組みの下に「日米官民会議」が設置されているが、その第 3 回開催後の日米両政府への提言の中に「混合診療による医療費適正化と選択肢の拡大」がある。このように推進会議の要求とは、同時に米国の要求でもあるわけで、その意味で日米首脳会談でそうした規制改革政策への「実現」に向けた取り組みや進み具合を報告し、小泉首相が規制緩和への取り組みにおいても米国からの評価を高めようとした可能性はある。

そう考えれば米国の発するシグナルを読んで、小泉首相に当該政策を実行させようという米国の本気度を測る必要がある。

『混合診療解禁』の行方

推進会議が「中間とりまとめ」で言及した 4 分野のうち 3 分野で政府は『混合診療解禁』を行う方向が 19 日固まった、と一部で報道された。実現されそうだとされているのは、予防的措置や保険適用回数に制限のあるもの、つまりピロリ菌の除菌回数や腫瘍マーカーの回数制限等 患者の価値観に左右される医療行為、つまり乳癌で

切除した乳房の再建や舌癌摘出後の形成等 診療行為に付帯するサービス、つまり外国人患者のために病院が用意する通訳、国の基準を上回る医師や看護師の配置等がこれにあたる。

これらは保険に入れられるものは入れて、特定療養費にしたほうがよいものはそうするということで、余り抵抗は出ないだろう。又特定療養費という枠組み自体もあくまでも公的医療保険の枠組みの中での新たな改良版ができる可能性は考えられる。

問題は厚労省が認めていないもの、すなわち、高度先進医療の内、特定療養費制度で未認定のものである。例として抗癌剤を保険適用外の症例に使用した場合、放射線での癌治療や免疫細胞療法と抗癌剤の併用を行う場合、未承認の医療材料の術中使用が挙げられている。

米国政府が毎年 3 月末に出す『貿易障壁書』や 10 月中旬に出す規制緩和『要望書』のこの 1 年の主な内容は米国製の医薬品や医療機器材料のふさわしい（つまり高い）価格での迅速な導入と言える。声高に制度改革を要求していた 2 年前に比べそれらの内容は実務的内容に傾いている。医薬品の償還制度の改革等を要求はしているが、それが公的保険の枠外で、とは読めないし、「認証を迅速に」とは言っているが、認証外のものを自由に使わせろ、というようなことは言っていない。

米国と推進会議と一部の大病院の利害が交錯するところがそもそもの『混合診療』の着地目標になるのだと考える。

尾辻厚労相は 9 月 28 日の記者会見で『混合診療』について「個人的に大きく進めることは賛成。もう少し進める方向で検討するよう指示した」と述べ、その具体的な対象として「新薬などはいいと思っている」とし、専門医や欧米の病院で普及し効果は認められているが、保険対象になっていない薬の使用を混合診療で容認する考えを述べた。

しかし 10 月 14 日発表の米国政府の規制緩和

転載

『要望書』には「承認を迅速に」とは述べてあっても、未承認のものを使わせよ、とは出てはいない。あくまでも「承認を迅速に」なのだ。(話が相前後するが、総合規制改革会議やその後身の規制改革・民間開放推進会議が何故これ程権限が振るえるかと言えば、規制緩和・規制改革は米国の強い圧力による日米政府間の終わり無き枠組みの中にあり、その日本側の受け皿、もっと言えば米国側利害を担う国内交渉代理人(日本の財界代理人でもあるが)だからである。米国側が完全に本気ならば日本の政界はそれに逆らえない。その本気の度合いを測って日本の対応を決めるわけである。今回の件は、米国の要求以上のものは国内で

の広い意味でのパワーバランスで決まることになる。)

未承認医薬品使用の科学的妥当性の判断がどのようになされるのか、もしその治療が他に換えられぬ必須のものの場合、自費分負担が出来ぬ人には治療の道が断たれるのか、将来的に「公的保険の範囲の見直し」とも締めて保険診療の枠の縮小などへの懸念の払拭はできるのか等々、調整すべき課題は重い。もし小泉首相が、必ず抵抗を受けるこれらの議論への深入りを避け、「年内に実現に向けての結論を得る」ように思うならば着地点は自ずから決まってくる。

医療制度改革の現状

前 山口県医師会長・長門市医師会 藤井 康宏

(日本農村医学会 日本農村医学会雑誌 第 53 巻第 4 号 別冊 2004 年 11 月より)

はじめに

医療は、医学の社会的適用と云われているが、その医学は進歩し、これにともない医療もますます複雑化している。しかも、その医療を支える制度及びこれを取り巻く環境が共に大きく変わりつつある。その理由は、制度そのものが長い時を経て、制度疲労を生じつつあること、日本人の価値観が変遷し、医療に対する国民の意識も変わって来たことにあるが、やはり、最大の要因は医療に対する財政的な課題にある。

今、医療に対する規制緩和の主題として、混合診療の導入、株式会社の参入が議論の俎上にある。また制度改革の対象として、診療報酬体系との一環として、高齢者医療の創設、さらには医療提供

体制があり、医療現場に求められている課題として、IT 化や情報の開示、医療安全対策の強化等、いずれも巾広く医療全般に及んでいる。

しかし、これらの問題は、最近になって突如として発生したものではなく、今までの医療及びその制度の経過のなかで、型は異なるにしろ問題提起され、論じられて来たものが多い。今こそ、これらの過程を振り返り、十分に認識した上で、現状を論じることが必要かと思う。

そこで、今回病院運営と医師会業務にいささか携わって来た経験から、今迄日本医師会から提出された資料を材料として、これにともなう医師会の主張を混じえながら、医療制度の流れ及び現状を私なりの認識で述べることにする。

1. 国民皆保険制度

我国の医療制度の根幹は、やはり国民皆保険制度である。今医療制度改革が進み規制緩和が論じられているが、いずれもこの国民皆保険制度との整合性のもとに議論されるべきである。

我国の国民皆保険制度は、1961 年戦後の復興期に確立した。当時、公的皆保険制度とは云え、法的給付率には大きな差があり、被用者の 10 割給付に対し、被扶養者、国保はいずれも 5 割の給付にとどまっていた。この結果、給付割合により受診率に大きな差が生じた。ちなみに 1965 年での一人当たりの年間受診件数は、本人で 5.63 回、その他は 3.35 回であった。1970 年代は経済成長につれ、過去 10 年間で GDP も 4.6 倍となったが、またインフレをも来した年代であった。この経済成長を受け、老人医療は無料となり、被用者保険、国保の給付率が 7 割へと上昇し、給付率の較差はやや正された。このような保険に対する給付率の増加は受診者の増加を生み、一般病床、診療所共に増加し、医療資源は膨張した。一方この頃から、疾病構造も変化し感染症は減少したが、高齢化は徐々に進み 7.9% となった。

1980 年代はバブルの年代であったが、1984 年には被用者保険本人の 1 割自己負担が導入され、さらに老人保健制度と退職者医療制度の創設があった。高齢化率はさらに進み、1987 年には 10.3% となった。1990 年代はバブルがもたらした不良債権処理に基づく、金融機関の機能不全による経済的不況が長期化し、これが健康組合の財務、国家財政の不良をもたらしした。具体的には、2000 年には事業者数は減少し、これにともない健康保険組合数も減少した。この時、一般病床数は 126 万床と変わらないが、一般病院数は減少に転じた。¹⁾

そして、現在給付率は 7 割に統一され、保険料も総報酬制となり実質値上げとなった。老人保健も年齢の切り上げ、自己負担増を来し、高齢者医療制度創設へ向け準備が進められている。

以上のように国民皆保険制度とは云え、人口構造の変化、経済環境の影響を受けながら経過して来たと言える。

この国民皆保険制度は、現物給付、フリーアクセス、医療の平等性を保障しており、国民のためにも医療提供者から見ても堅持すべき制度であり、WHO2000 年レポートにおいても、日本が健康寿命一位となったのは本制度の評価があったためである。²⁾ 今、規制緩和の論議の中で、混合診療の導入、株式会社の参入があり、これにより競争原理を医療に導入することが試みられているが、これらはいずれもこの国民皆保険制度の崩壊につながるものであり、私たちも今一度、本制度の内容、意義を理解、認識し、これらの問題を論じるべきである。

医療の技術進歩、人口構成の高齢化により、医療費の増大することは当然である。しかし、1989 年医療費抑制等を検討するため、日本の厚生省内に吉村事務次官を本部長にして、国民医療総合対策本部を設置し、そこより中間報告を発表した。このなかでは薬剤費の抑制、老人医療費の抑制がその核となっていた。

2. 薬剤定価、給付基準定額制（いわゆる参照価格制度）^{3,4)}

すでに 1996 年、薬価算定ルールが導入され、薬剤比率がある程度抑制傾向にあるにもかかわらず 1998 年から 1999 年にかけて、薬剤費の抑制を目的に薬剤定価・給付基準定額制が厚生省により提案された。いわゆる参照価格制度と云われるものである。これはドイツの参照価格制度を参考にしたもので、診療費の中での薬剤比率の切り下げ、しいては薬価差の解消を目指したものであった。

元来薬価差は、武見日医会長時代より、潜在的技術料と位置付け、医療側の役得権利としていた。

この薬剤定価・給付基準定額制の仕組みの概要は、

転載

- 1) 临床上、同等の薬効を有する薬剤を同一グループ(原則薬理作用)に分類、明示する。
- 2) 同一グループ内の全医薬品加重平均値(市場平均価格)を基礎に当該グループの給付基準額を設定する。
- 3) 個別薬剤について、製薬企業の主体的判断に基づき、薬剤定価(全国一律)を設定する。
- 4) 給付基準額または薬剤定価の、いずれか低い額を基本に保険を給付する。
- 5) 給付基準額を超える部分は、全額患者負担、給付基準額を下回る部分は定率負担とする。

以上のように薬剤を薬効によりグループに分け、その薬剤費の加重平均値以下であれば保険給付とするが、それ以上の部分は患者負担ということである。これを実施することにより薬剤の質と価格を基準として、患者主体による薬剤の選択ができるとしたものである。今の薬価制度は昭和 25 年に制定されたものであるが、その制度のゆがみとして指摘されたものが薬価差による高薬価シフトであり、多剤投与であり、さらには患者に薬剤の情報が十分に提供されていないこと、また患者も薬剤のコストに対する意識が不足していることであった。

この制度の実施により価格と薬効の説明が行われ、患者主体で薬剤の選択が可能となるとし、そのためには薬剤情報提供体制が整備され、市場原理が働き、選択と競争が生じるとしたものであった。

以上の提案に対し、医師会をはじめ医療界は当然これに反対した。その理由として挙げたのは、すでに 1996 年薬価算定ルールが導入され薬剤比率がある程度抑制されつつあること、薬剤の平均価格以上を患者負担とすることは患者負担増になるだけでなく、国民皆保険制度の崩壊につながる混合診療の導入であり、経済的市場原理を医療界にもたらすことになることであった。

この案は実現には至らなかったが、言葉の規模は異なるものの、今問題となっている混合診療、競争原理などが用いられるようになった。さらに、

薬価算定ルールの導入やこれを契機として、医師会は薬価差を潜在的技術料とすることへのこだわりを捨て、診療報酬体系でモノと技術に分け、技術料を保障することへの主張を強めた。

3. 診療報酬体系

1997 年政府はデフレ環境のなかで財政構造改革案を発表したが、この時、医療費を国民所得の伸び率の範囲内に抑制するとの提示があった。これに対し日本医師会は当然のことながら反対し、それに対する対案を同年 7 月 29 日医師会としての医療構造改革構想として発表した。⁵⁾ この論旨の根幹は、国民皆保険制度の維持と良質で適正な医療の提供を堅持することである。具体的には 1) 医療提供体制につき医療機関の分担と連携、2) 入院医療と外来医療、このなかで機能別による出来高払いと定額払いとする。さらに入院医療において固定費用部分と技術費用部分との区別を行うことが必要で、そのためには物と技術の分離を目指す診療報酬体系を確立すること。この時、技術料の適正評価をし、ドクターフィーの出来高払い制とホスピタルフィーの定額払い制適用の方向付けをすることが必要とした。

以上のような考えに基づき、1999 年 11 月、日本医師会は、医療構造改革構想の具体化に向けて一中間報告を発表した。⁶⁾

そのなかで、診療報酬体系改革(医科)を提示したが、この体系の基本となったのは、1) 国民皆保険制度の維持、2) 安定的医療提供を可能とする財源の確保、3) 一般系統と特定系統の区分、そして、4) 現行制度の問題点の解消であった。提示された新体系を図示すると次のようになる(次ページ図)。

これは、昨年度より特定機能病院に導入された DPC の前哨であったかと思う。

これに高齢者医療制度の確立が急がれている。2001 年の概算医療費は 30.4 兆円、このうち老人保健で支払われるのが 11.7 兆円で伸び率も高

転載

い。この老人保健も 2000 年は一部負担金を除く費用の 70% を老人医療費拠出金で、30% を公費で負担している。この公費負担率が年 4% の引き上げを行い、2006 年 10 月には公費負担 50% となるが、この老人医療費拠出金が保健組合の財務を圧迫しているのは事実である。⁷⁾ さらに高齢者は年々増加し 2003 年には 65 歳以上が 19%、75 歳以上が 8.2% と上昇し、これを見ても老人医療費増は避けられないことが解る。⁸⁾

この高齢者医療制度の確立に対し諸団体より多くの案が提示されたが、日本医師会は 75 歳以上の後期高齢者に対し、これからは保障制度にすべきであり、そのためには公費 90% の負担が必要であると提言した。しかし現在、厚労省より出されている案は、公費 50%、本人負担 10%、残りを老人医療費拠出金とし、保険者を地方へと提案されている。これは保険者の統合、再編を念頭においての発言と思われる。

4. 老人医療費伸び率管理制度⁹⁾

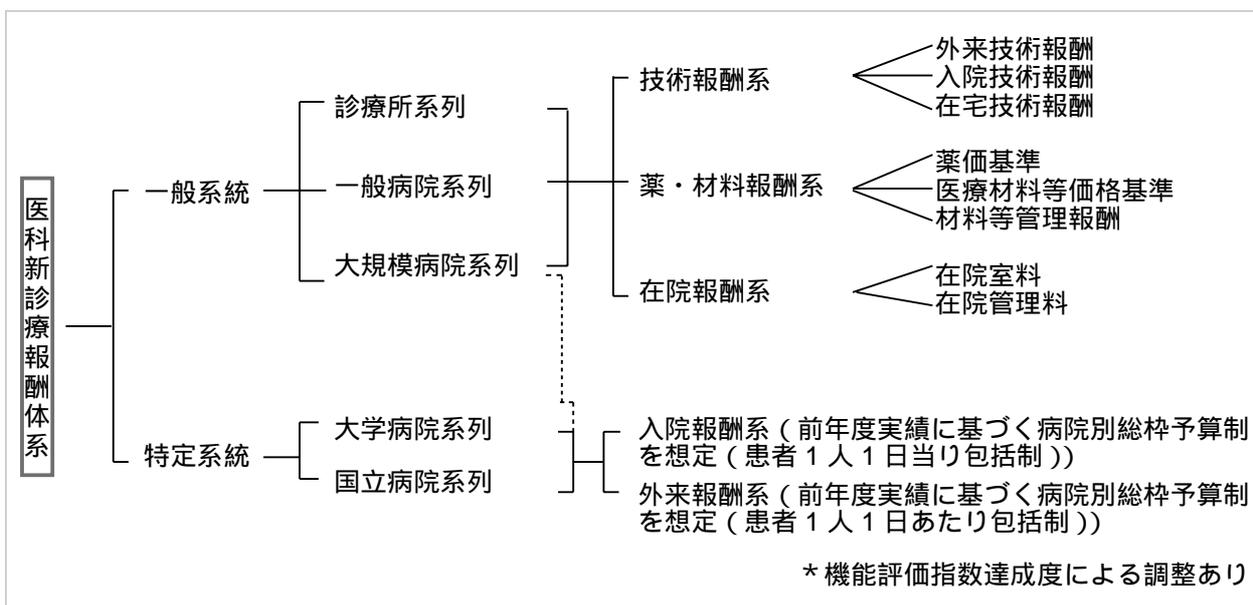
2002 年 4 月診療報酬 2.7% 減額改訂は医療機関経営に多大な影響をもたらしたが、この数字自体もさることながら、その内容に多くの問題を有

した。すなわち、手術例数による施設基準の問題、入院 180 日超への保険給付削減と、特定療養費化、再診療の逡減制、一般病床と療養病床の病床区分の明確化であった。これらが数字以上の影響を医療機関にもたらし、特に地方において、その影響は大きかった。特に特定療養費が医療そのものに導入された意義は大きい。

しかし、診療報酬改定の攻防のなかで私たちが注視していたのは、診療報酬改定と時を同じくして提示された老人医療費伸び率管理制度の制定の有無であった。厚労省より拙示された案は、従来の主張に沿い経済の動向と医療費を連動させるものである。

その試案に示す老人医療費抑制策：毎年度の老人医療費目標設定 = 高齢者の伸び率 × 一人当たりの GDP の伸び率 医療の伸び率が目標値を超過した場合、次年度診療報酬支払額で調整 調整率計算式：点数 × 目標 / 実績としたもので実績が目標値を超えた場合、現在の 1 点 10 円の単価が減額されるというものである。

この医療費抑制策は連帯責任による集団的罰則的なもので、当然医師会はこれに反論した。この主旨は 1) 地域による老人数や老人医療費の伸び率の格差が生じる。2) 診療科目の違いによる老





表：集団罰則的医療費抑制策と諸外国の例

すべての医療機関に対する集団罰則的ペナルティ制度を実施している国はない。

国名	医療費制度
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医：州ごとの総額請負制 ・病院：病院ごとの総額予算制 〔薬剤費：州ごとの予算制で、予算超過分を連帯責任として返還するペナルティルールはあるが、返還された実例なし〕
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医：総額予算制（超過分を連帯責任で返還させる法案は「違憲」と判断され廃案） ・病院：総額予算制（予算超の場合、予算額を補正）
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・国による予算制 ・2000年7月に発表されたHNSプラン（国民保健サービス計画）では、実質年6.3%増を予算化
アメリカ	<ul style="list-style-type: none"> ・メディケア（老人医療）パートB（医師の技術料部分）において、目標値と実績値との差を診療報酬単価で調整するシステムはあるが、実際には年々単価は上昇傾向にある ・2001年、HMO等によるマネジドケアに対する患者の権利法案が上院、下院を通過

人患者数や老人医療費の格差、3) 医療費を低くする努力をした医療機関と、しなかった医療機関の差を無視した。全体的にペナルティを科したことへの不合理、不平等の発生である。

たまたま、1998年フランスにおいて、医療費抑制策として医療費目標額を超過して支払った分の医療費を各地域の保険協会全員から返還させるというものがああり、フランス憲法評議会が、この法案の集団罰則的な措置は憲法に認められている個人の尊重と平等の理念に反するとして、この部分を廃案とした。日本国憲法においても、個人の尊重、法の下での平等、生存権を国の社会的使命を定めた条項があり、この老人医療費伸び率管理制度は我国においても、法の理念に反すると云える。すなわち医療は社会保障的な面が強いことである。ちなみに、ヨーロッパ主要国の医療費制度を簡単に表に示す（上表）。

ヨーロッパのように医療サービスの提供者が主に公的機関である国は予算配分方式が多く、あらかじめ年度初めに費用補填方式がとられていることが多い。これに対し我国は、いわゆる出来高方式と云われるもので、患者の受療があって始めて

診療報酬が支払われる。すなわち、患者に選ばれた医療機関のみがサービス提供後に収入を得られる仕組みである。

そもそも我国は自由開業制である。診療所はもちろんのこと病院も民間により運営されている医療機関の比率が高い。民間病院は国公立病院と異なり、国家あるいは自治体予算により設備資金を給付されるのではなく、開設者が資本資金を自分で調達し病院運営を行わなければいけない。この運営において、キャッシュフローがマイナスであれば倒産リスクを抱えることになるし、逆にプラスであれば、発展し得る可能性もある。¹⁾

厚生連病院も例外ではなく、公的とは云え、民間医療機関として経営されており競争原理のなかにある。

しかも我国では、医療機関運営団体の比率が民間に高いことに加え、国立病院の独法化、その他準官立病院の民営化が進められており、これらを考慮すれば、我国での総枠予算制導入には無理がある。しかしこの伸び率管理制度は、今後さまざまな型を変え、老人医療費抑制の手段として姿を現すことが危惧される。

5. 医療提供体制

戦後の経済的復興とともに、医療設備も整備されるとともに、地域的偏在の問題も生じ、これに対し 1985 年医療法第一次改正により、地域医療計画のもと各都道府県で、必要病床数を定めた。次いで 1992 年、第 2 次改正により、特定機能病院と療養型病床群が制度化された。この時、この間にある病院群が、どのような型で制度化されるかが、大きな関心事であった。1997 年、第 3 次改正において、地域医療支援病院制度が設けられた。

さらに、2000 年度の第 4 次改正では、入院医療提供体制が整備されその一環として、一般病床の看護職員の配置基準の引き上げがなされた。なおこの改正により、地域医療計画での必要病床数が基準病床数へと名称が変わった。さらにこの年から介護保険が施行された。

このように医療法の改正を重ねるにつれ、病院の機能分類と病床区分が整備され、これに対し、診療報酬がそれぞれ定められている。今、私たちの関心事は、病床区分と、その整備要件であり、またこれに対する報酬のあり方である。

一般病床、療養病床を大きな区分として、これにハイケアユニット、亜急性期病床、回復期リハビリ病床がある。これらも今後の改正ごとにその内容を変え、病床群の要件整備が行われるであろうが、それぞれの病院において、どのように組み立てていくかは、その病院の置かれている状況による。

やはり、この提供体制と診療報酬は、急性期と慢性期、とりわけ老人性疾患へと 2 極化されていく。急性期を目標とする一般病床には、DPC が拡大されるであろう。「日本病院会の平成 16 年度診療報酬改訂の影響度経営実態調査」の中間報告で、私的 400 床以上の 47% が DPC を希望しているなど、DPC 拡大の土壌は整いつつある。

¹⁰⁾ 問題は、老人慢性期疾患への対応である。

2003 年の病床区分届出によれば、一般病床

72.7%、療養病床 27.3%とあり、療養病床は増加傾向にあると予測されている。

70 歳以上の高齢者の長期入院割合は、1993 年から 1999 年にかけて、減少した。これは、新ゴールドプランにより、特養や老健が整備され、長期入院患者の一部が、これら施設に移行したためであり、今後これらは変化ないと考えられる。¹¹⁾

日本医師会は、以上の結果やその他の要因を踏まえ、2015 年医療のグランドデザインのなかで、一般病床 100 万床、療養病床 62 万床とむしろ老人長期入院患者増にともなう病床数増加を推計している。¹¹⁾

またその 2017 年版では、一般病床の利用率が、療養病床の増加とともに下降し、2002 年では、78.8%となり、逆に療養病床のそれは増加し、93.8%となったことや、人口構造の変化等諸因子を参考に、急性期対応の一般病床 101.8 万床、療養病床 37 万床 計 138.9 万床と 2015 年版より減少したものの、なお病床増を推計している。¹²⁾

これに高齢者医療制度の創設が要因として加わる。この中で、老人長期入院患者を介護保険扱いにするなどの議論もあり、さらには、それらに対する報酬も単に病棟状況に応じて決めるのではなく、患者病態に応じた報酬、すなわち RUG (Resource utilization group) の導入も検討されていることから、型は療養病棟として位置づけられるにしても、それに対する報酬には、なお予断は許されず、今後注視していくことが必要であろう。

6. 医療安全対策¹³⁾

医療への信頼回復に向け、各医療機関は、ヒヤリ・ハットの報告をはじめ、院内での研修会等、医療への安全対策に力を注いでいるが、医事紛争は多発し、国民の医療への不安はつるばかりである。その理由としては、医療そのものに対する認識が、医療提供者側と国民、住民との間に乖離

転載

があることもあるが、その他〔1〕医療の高度化にともなって、医療そのものの残留リスクが増大しているのではないかと。残留リスクとは、コストをかければ安全性が高まるが、ある程度のところで限界があり、これを限界効力という。これを超えるといくらコストをかけても、安全性が高まらない時期がある。この段階を残留リスクと云う〔2〕患者の権利意識の増大とともに、社会の許容範囲が狭くなっているのではないかと、これらを認識した上で、対応が必要となる。

今医療機関の対応としては、リスクマネジメントがある。このリスクマネジメントとは、非日常的な危機への対応、また非日常的な危機が生じる問題を早くより認識し、これに対応することである。それへの取り組みとして、1) Financial risk management がある。

何か生じた時、保険で対応しようというものがある。今日本では、医賠償保険として、日本医師会で 66 億円、民間保険で 150 億円程度、合わせて 200 ~ 250 億円程度のファンドで対応していることになる。

次に、2) Legal risk management がある。これは法的対応で、最終的には、法律専門家である弁護士に対応していただくことになるが、日常診療において、訴訟に対応できる診療録の書き方や、患者の自己決定が可能で、かつニーズに応じたインフォームド・コンセントのあり方である。しかし今最重要な課題として 3) Health care risk management がある。これはヘルスケアそのものの安全管理を大量生産の一般企業の手法をもって、取り組んでいこうとする流れである。すなわち生産管理手法を患者一人ひとりに当てはめ、大切に診療管理することである。具体的には、問題事例を十分に検討し、ここから問題解決とその手法を学び、それを診療現場に用いるというものである。例えば労災事故対応から導入されたヒヤリ・ハットレポートもその手法の一つであり、これを分析することにより、改善手法と対応を学び、医療現場において、実施することである。

以上の如く、今医療機関の医療安全対策は、かなりの部分において、企業の手法を取り入れつつある。これからも医療の特殊性を守りながらも、内部・外部からの監査、品質管理、そして情報開示、消費者の人権擁護が求められることになる。今後はこのような視点から、医療安全対策に取り組むことが必要である。

7. 競争原理と情報開示

今、医療、農業、教育と官制規則の強い分野において、規制を緩和し市場経済にさらすことが、総合規制改革会議など、内閣府の諸会議や委員会から出されている。

特に医療においては、市場原理のなかで、医療機関の競争により、医療の効率化と質向上を目指すべきとの論議が行われている。しかし今でも患者の選択を受けるため、それぞれの医療機関は、医療の技術的要素、医療を受ける者と、提供側との相互の信頼関係の増進、療養環境条件の改善等、医療の質向上に向け、努力している。その意味では、市場原理は機能していると言える。また、競争による市場からの脱落は、供給者だけでなく需要者側にも及ぶ。すなわち医療費を支払うだけの能力が無ければ受診できないということになる。

¹⁴⁾

日本の医療は、国民皆保険制度がその根幹をなしており、その根幹の崩壊が危惧される要因は、いずれも許されるべきではなく、このことから経済的分野での競争は、医療にはなじまないとと言える。

今一つは、競争は、平等な条件下で行われるべきであるが、我国の医療機関は設立母体がさまざまに異なり、これにより財務上も異なる。

そのため、経済的競争を行う環境にはない。あくまで医療の質向上に向け、努力することに競争をとどめるべきである。

この競争原理を進める重要な要件が、情報開示である。この情報開示は診療録の開示から始まっ

た。その目的はこれにより、医療側と患者側との信頼関係を構築し、その上で、よりよい医療を行うことであった。

まずカルテ開示の法制化をめくり論争され、このなかで「日本医師会は、法制化により強制されるものではなく、自発的に行うべきものであるとし、1999 年『診療所法の提供に関する指針』を倫理規範として、制定し会員の義務とした。¹⁵⁾ 来年 4 月施行される個人情報をも考慮しながら進めていくことが、今後必要である。¹⁶⁾

しかし、今情報開示は、このカルテ開示にとどまらず、あらゆる情報を提供すべき要求が社会的に高まっている。すなわち医療の透明化と患者の選択権を保障するため、それぞれの医療機関の状況及び能力に関する情報を開示する方向にある。これを極論すれば、病院としての組織の情報だけでなく、それを構成する職員各人の個人能力までも示していくことが、社会的に要求されている。それも病院の理論に立った情報ではなく、住民のニーズに合った型で、行うことが必要で、そのため、今各病院では、相談窓口や投書箱の設置等で、住民の意見を知り、このなかから医療側と住民側との医療への認識、理解の乖離の解消に努めておられる。

これらは見方により、病院内部に対する外部監査の役割を担っていると言える。これらの作業は今後進んでいくであろうが、ただ医療者側も受身のみであってはならず、それぞれが現制度のなかで、地域での明確な医療構想を持ち、これをむしろ広報する場として、積極的に運用することが必要である。

おわりに

今構造改革の一環として、規制緩和進められており、医療の分野では、株式会社の参入、混合診療の導入がその中心として、議論されている。

株式会社の参入は、特区内において、高度先進医療に限り、自由診療においてのみ可能で、その

制限は厳しく、現実には困難な状態にある。しかし医療法人の経営のあり方のなかで、医療法人への出資に応じた議決権の容認が提案されている。これが認められれば、株式会社参入への一つの通路となり得る。また混合診療の導入にしても、保険診療のすみわけ、保険財源の縮小、とりわけ公費縮小が論じられ財源的問題がその要因として大きい。さらに医療は法や制度の枠内で行われている。しかし、これらが医療現場と乖離していることは、医療人が等しく感じていることである。

医療の質を確保するためには、これらの制度疲労を正し、医療現場と整合性を持たせること、このための改革が今必要である。さらには国民皆保険制度を形骸化するような改革は、許されることではなく、その制度の内容、質を維持することが、今必要なことである。

医療の質向上に向け、現在注目されているのが、根拠に基づく医療、すなわち EBM (Evidence Based Medicine) である。

この EBM は、1991 年、カナダの Guyatt により提唱され、我国では 1998 年厚生省内に EBM に関する検討会が作られ、1999 年 3 月、その報告書が出された。その報告書のなかで EBM は「診察している患者の臨床上の疑問点に関して、医師が、関連する文献などを評価し、その結果を自分の患者に適用することの妥当性を検討した上で、実際に医療に応用すること」と定義している。この EBM の効果として、医療の水準を維持し、公平性を保ち、医療の透明性を高め、これに基づくインフォームドコンセントの実施により、患者と医師との信頼性を構築することにある。¹⁷⁾

この EBM を臨床現場に用いるものとして、診療ガイドラインが作成されている。この診療ガイドラインには、1999 年より厚生労働科学研究費により、各学会が、患者の多さ、疾患の重症度、社会的関心の強いことを重点において、すでに予定をも含め 23 疾患について作成されている。これは単に医療を標準化するものではなく、またこれに従属して医療を行うためのものでもなく、医



療を行う者が、自分達の裁量性を加味しながら運用することが重要であり、さらには医療現場から情報をフィードバックさせ、よりよいEBM、診療ガイドラインの作成に、それぞれが参加することが今後必要となる。

医療の質向上にそれぞれの分野で努力されているが、この良質な医療という言葉の定義は、立場によって異なる。医療政策者からみると良質な医療とは、平均寿命や、疾病の死亡率、国民・住民の健康度が、その指標となり、医療担当者からみると、臨床の技術水準、患者の治癒率やアウトカムが重要な要素となる。しかし、患者や国民からみると、満足感や安心感が、その必要な目安となる。すなわち、医療従事者と患者との良好な人間関係を求めていると言える。¹²⁾

厚生労働省が発表した平成 15 年度厚生労働委託研究「健康と生活の安全・安心に関する意識調査」の結果では¹⁸⁾、不安に感じる状況について、医療従事者と十分なコミュニケーションが取れない時がもっとも多く、回答者の 7 割超を占め、意思疎通の不足が、不安の最大の要因になっている。このような状況に対し、私たち医療担当者は、住民の医療機関に対するニーズを吸収する手段とシステムを作り、さらにここに寄せられた情報を理解するだけの感性和柔軟性を持ち、しかも一方通行ではなく、両方向の情報交換を行いながら、それぞれの医療機関が、地域に近づき、地域と密着度を増すことにより、その地域での存在感を持つことが、今後の病院運営において必須のことであろう。

文献

- 1) 日本医師会医療政策会議。わが国における医療のあるべき姿。平成 15 年度医療政策会議報告書、平成 15 年 12 月。
- 2) 日本医師会。医療改革を実現するために - 日本医師会の提言 -。2001 年 9 月。
- 3) 医療保険福祉審議会制度企画部会。薬剤給付のあり方について。平成 11 年 1 月 7 日。
- 4) 石川高明。「薬剤定価・給付基準定額制」(いわゆる参照価格制度)への反対意見の送付について。事務連絡。平成 11 年 1 月 6 日。
- 5) 日本医師会。医療構造改革構想。1997 年 7 月 29 日。
- 6) 日本医師会。医療構造改革の具体化に向けて - 中間報告 -。平成 11 年 7 月。
- 7) 日本医師会総合政策研究機構(日本総研)。日本の医療・介護保険・財政 2001、平成 15 年 12 月。
- 8) Aging in Japan。日本の高齢者人口。Japan Aging Rcserch Ccenter,2003 年 10 月。
- 9) 日本医師会。集団罰則的医療費抑制策の重大問題 - 老人医療費伸び率管理制度の多角的検証結果 -。2001 年 10 日。
- 10) 日本医事新報。4186 : 74, 2004.7.17。
- 11) 日本医師会。2015 年医療のグランドデザイン。2000 年 8 月。
- 12) 日本医師会。医療のグランドデザイン (2017 年版)。2003 年 6 月。
- 13) 児玉安司。医療安全対策の課題。第 31 回学術推進会議議事録(日本医師会)。平成 15 年 3 月 7 日。
- 14) 日本医師会医療政策会議。医療と市場経済 - 国民が安心できる医療 -。平成 13 年度医療政策会議報告書。平成 13 年 9 月。
- 15) 日本医師会。診療情報の提供に関する指針。2002 年 10 月。
- 16) 日本医師会。「医療分野における規制改革に関する討論会」報告書。平成 16 年 1 月 29 日。
- 17) 医師会学術推進会議。第 次学術推進会議報告書。「医療の質の向上をめざして」。平成 16 年 2 月。
- 18) 日本医事新報。70, 2004.6.26。

転

載

ジャーナリストからの風「九州はひとつ」

朝日新聞福岡本部 大矢 雅弘（福岡県医師会 福岡県医報 第 1341 号より）

「私を官房長官と思ってください」。長崎市内の開業医の口癖だった。私が何でも相談できる「かかりつけ医」だった。

新聞記者という職業柄、転勤とはなかなか縁が切れない。欧米では、人生において持つべき友は「医者」と「弁護士」と「バンカー（銀行家）」といわれるが、事情をよく知らない土地で、医者を選ぶのはとても難しい。

今春、転勤で長崎市を離れる際、私の「かかりつけ医」は、福岡市内でもっとも信頼している内科医を紹介、それまでの私や家族の医療情報をまるごと引き継いでくれた。「かかりつけ医なら、当たり前」かもしれないが、私には初めての体験だった。

長崎では、こんな出来事もあった。職場の同僚がある朝、体の不調を告げた。同僚は数日前から風邪の症状と思ひこみ、市販の風邪薬を服用していた。同僚は目のまぶたが少し動きにくいとも漏らした。「異変」を感じた私は、同僚に私の「かかりつけ医」を紹介した。私の「かかりつけ医」は専門医などに紹介する「振り分け」も的確にしてくれるからだ。

ただ、その日は、彼がただちに「末梢性顔面神経麻痺」と診断。知り合いの脳神経外科医に連絡を取り、入院の手続きまでしてくれた。的確な判断とスピーディーな処置のおかげで同僚は数日後には退院した。

介護保険制度でも、要介護認定の根拠となる所見を書く「かかりつけ医」の役割は大きい。だが、「かかりつけ医」を持たない人が多いような気がする。

大学病院や大病院には「3 時間待つて 3 分間診

療」などといわれる現実がある。しかし、近所の開業医についての情報はきわめて乏しい。風邪程度でも、大病院へと患者の足が向かうのも仕方ないことかもしれない。

書店の書棚には、医師や病院の実力を格付けしたランキング本があふれ、信頼できる医師に対する人々のニーズの高さを物語る。

日本医師会などが 1995 年に設立した日本医療機能評価機構も、各病院の評価データをインターネットで公開している。ただ、公表は 9 月末現在、全国の約 9,300 病院中、1,408 病院にとどまる。

目新しい試みとして、患者の目を見た病院評価情報を集めた「口コミサイト」も登場した。「診療・治療技術」など患者側の評価や口コミ情報を閲覧できる。この情報にしても内容の偏りを少なくするには、投票件数が一定規模に増えることが不可欠だろう。

日本のインターネット利用者は 6 千万人を超え、ブロードバンドの接続速度や安さでは日本が世界一という。充実度を増す通信環境を背景に、患者の判断材料がさらに増えることを望みたい。

ところで、患者が安心して「かかりつけ医」の診察を受けるには、開業医と大病院などとの連携が大切だ。高度な検査や医療が必要な場合は大病院などに移り、病状次第で再び開業医のもとに戻る仕組みがほしい。

そうした連携をにらみ、福岡市医師会が取り組む地域医療ネットワークづくりに注目している（ある施設が別の施設に紹介する場合、検査情報や紹介状、薬の情報を盛り込んだ電子カルテをパソコンで作成し、医師会のサーバーを通じて相手先に送信する。セキュリティ対策も万全で、来年

転載

度にも約 1,100 の全施設間でネット構築が完成するという。来年度をめどに胃透視やエックス線などの画像情報のやりとりも始まる予定だ。

経済界に「九州はひとつ」という言い方がある。九州のすべての医師会が相乗りすれば、こうしたシステム構築のコストはぐっと小さくなる。九州全体の人口は約 1,350 万人で東京都より少し大

きい程度。実現不可能な話ではないと思う。

ましてや福岡県内全域でのネット構築は、はるかに容易だろう。せめて県内全域で患者のデータが共有されれば、無駄な検査や薬の処方のダブリなども避けられ、医療費負担を軽減できる。県医師会として検討する価値は十分にあるアイデアではないだろうか。

台風 18 号

浜田 泉郎（柳井医師会 柳井医師会報 第 461 号より）

「ガラガラ、バリバリ、ガチャーン！」
「アンター、3 階の窓が割れたよウー」とカミサンの悲鳴!!...

平成 16 年 9 月 7 日午後 2 時頃のことである。台風 18 号襲来により停電となり、診療所を午後休診にして遅い昼食を摂っていた私は、慌てて箸をおき 3 階への階段を登った。見ると、三男坊の部屋の内側のガラス戸を、カミサンが必死に押さえている。部屋を覗くと南側の縦一間、横二間はあるガラス戸 2 枚がすべて木っ端微塵となって、部屋一面にガラスの破片が散乱し裸足では中へは入れない。壊れた戸口から暴風雨が我が物顔に侵入し、部屋の中で「ゴォーゴォー」と渦を巻いている。本棚はすべて倒れて本は散乱し、TV や VTR も横倒しとなって豪雨をモロに被っており、ベッドの布団も水浸しとなって部屋の壁に押し付けられてパタパタしている。部屋の床には見る見る水が貯まりダムとなって行く。多分、階下へも漏れているだろう。

“ 荒れ狂う野分の風^{のわけ}に立ち尽くす ”

部屋の中に吹き込んだ風は、出口を求めて廊下側のガラス戸を弓なりにしなわせ、今にも破壊してしまいそうだ。それをカヨワイ(?) カミサン

が背中^ので必死に押さえている。この内側の戸が壊れたら、暴風雨は破壊の斧を 2 階へと進め、さらには 1 階をも内部より破壊してしまう危険性がある。

そこで私もとりあえずカミサンと一緒にガラス戸を押さえたが、待てしばし……。吹き込む風を 3 階の北側の窓へ逃がしてやれば、少しは風の圧力が低下するのではないかと考えた私は、ガラス戸はカミサンに任せて、日頃は閉鎖している北側の窓を開けようと試みたが、鍵が錆び付いていて動かない。

急いで 2 階へ降りて工具箱をかき回し、大きな金槌とヤットコを持って上がり、鍵を叩き壊してやっと窓を開ける。部屋の中で渦巻いていた強風が、ようやく出口を見つけて北の窓から外へと吹き出して行き、ガラス戸への抵抗が若干弱くなった。

“ 窓揺らし北へ吹き出す野分かな ”

しかしまだ突風が来る度に戸がしなり、横殴りの雨は部屋を突き抜けて、遠慮会釈なくカミサンと私に吹き付ける。戸にかかる圧力もまだかなり強い。よって再び階下へ行き、あり合わせの板と釘をもって上がり、ガラス戸をクロスした形で板

転載

を打ち付けるも、慌てているせいか釘がなかなか打ち込めない。何回も失敗しながら、それでも何とか板を補強できた。

ヤレヤレと一息入れるも、雨風は相変わらず吹き込み、夫婦共にビショ濡れである。そこで再びビニール製合羽を取りに階下へ降りた。2 階の窓にも暴風雨が吹き付けているが、3 階ほど圧力は強くない。

何しろ我が家は田んぼの中の一軒家で、太古時代には赤子山と大平山に挟まれた海峡の底の部分であったそうで、平常でも風の通り道であり、瞬間風速 10 ~ 15m くらいの風には度々お目にかかっているが、今日の台風は特別である。瞬間最大風速は 40m を超えているのではないだろうか？（ちなみに柳井市の最大瞬間風速は午後 2 時 5 分に 42.6m を記録した由）。ともあれ他に妙案も浮かばないので、「後は暴風圏から抜け出すのを待つだけだ」と、雨合羽を着込み、夫婦二人で我慢を決め込む。

北側の窓から大平山の方を見ると、突風にあおられた雨が竜巻の如き束となって、アツという間に吹き過ぎて行く。

“ 台風や山野突き刺す雨の束 ”

農免道路の信号機はとっくに消えて大きく揺れており、流石に走る車はいない。その手前にある「浜田内科」の看板も、何処かへ吹き飛んだと見えて影も形もない。遠くの方で救急車の警笛が切れ切れに聞こえる。

“ 救急車の音のか細し野分中 ”

戸を押さえている私の脳裏に、平成 3 年 9 月の 19 号台風の記憶が鮮やかに蘇った。あの時も猛烈な風台風で、柳井でも最大瞬間風速は 53m あり、我が家の屋上に作っていたプレハブ製の子供部屋があつという間に崩壊し、1 トン以上はある屋根が裏の隣家を飛び越えて、数十メートル先の田んぼの中に吹き飛んだこと、屋上に散乱していた板を片付けようとした私が突風にあおられ、瞬時に 10m 以上吹き飛んで屋上の低いフェンスに叩きつけられ、上半身はフェンスを越えて空中に乗り出したものの、無意識に掴んだ屋上の手

摺りのお陰で、10m 下の地上への転落を免れて、危うく生命拾いしたことなどなど...。（既刊「どじ猫チップ随想録」に収録）

“ 災害の記憶は消えず大野分 ”

ふと窓の外を見ると、屋上にダンボール箱が右往左往している。「アレレ、これは何だ？」と、今、追想したばかりの風の怖さを忘れて屋上への戸を開け、無防備で外へ出た途端、「ゴー」と突風が来て 3 ~ 4m 吹っ飛ばされた。慌てて四つん這いになり周囲を眺めるも、横殴りに吹き付ける雨粒が痛くて目が開けられない。しばらくは四つん這いで眼を瞑ったまま突風が収まるのを待つ。

“ 吹き募る雨の痛さや大野分 ”

ビニールカッパを着ているにも拘わらず、既に頭の先から足先までビショビショであり、身体の表面を雨が滝のように流れ落ちていて寒い。

よく見ると、屋上に置いてあったスチール製の簡易物置倉庫の、二枚の扉が影も形もなくなって突風が吹き込み、中に収納してあった子供達の本や成績物を入れたダンボール箱を屋上に撒き散らしている。「これは大変だ！ 放っておけば全部無くなってしまおう」と、言うようにしていったん屋内に戻り、階段に立てかけてあった金属製の桟板とロープを持って、再び暴風雨渦巻く屋上に出る。今回は桟板に風を受けないように、板は床の上を這わして倉庫へたどり着く。突風の収まる隙間を待って、コンクリートの壁に添うようにして立ち上がり、倉庫の前に桟板を当てて補強しようとするも、その都度、風にあおられてなかなか思うように当てられない。

“ 台風に翻弄されし補強板 ”

そこで作戦を変えて、まず桟板にロープを通しておいて、そのロープを倉庫に二重にかけておき、風が収まった瞬間ロープを引っばって閉めてみたところ、どうやら桟板が収まった。さらにロープを何重にもかけ、倉庫をぐるぐる巻きにして締め付ける。全身がずぶ濡れであり、眼の中まで雨と汗が入り込み、痛いやら見えないやら、まったくひどい状態であるが、台風相手に文句を言っても仕方がない。

転載

私が屋上へ出たままなので心配になったと見えて、カミサンも用心しながら外へ出て来る。少々手伝ってもらっても、突風が次から次と押し寄せて来て、二人とも吹き飛ばされそうであるので、ほどほどにして屋内へ戻り、再びガラス戸の番をする。

何処かで猫の音がする。よく見ると薄暗い階段の踊り場に、我が愛猫「オチョコ」がうずくまり、私どもを見上げて不安気に「ミャーオ」と鳴いている。

我が家には現在、「オチョコ」「オキャン」と名付けた 2 匹の猫がいる。「犬は人に付き猫は家に付く」というが、我が家の猫は大変人懐っこい猫で、いつも私どもに付き歩き、夜は「オチョコ」は私と一緒に寝ており、「オキャン」はカミサンと一緒に寝ている。(ちなみに私は既に「人畜無害」であり、カミサンとは同じ屋根の下ながら別々に寝ているので、猫は「オジャマ虫」にはならない)。

このように、いつも甘えん坊の猫共だが、さすがに今日は異常気象に気づいたらしく、暴風雨圏に入ると同時に落ち着きがなくなり、「オキャン」は押入れの奥へ潜り込んでしまい、「オチョコ」は私の後につきまとして先程まで右往左往していた。3 階の半壊騒ぎで失念していたのだが、やはり私の後を付き慕っていたものようだ。彼は本当は私の足元に来たいのだろうが、いまや風雨たけなわであり、怖くて近寄ることが出来ず、比較的風当りの少ない階段の踊り場で蹲ってしまったものだろう。可哀そうだが今は猫共を構ってはいられない。

“ 台風やただうずくまる^{おび}怯え猫 ”

電線がショートしているのであるか？ 遠くの方で「ピカピカ」とフラッシュが見える。また一台救急車が来て、今度は前の団地へ入って行く。だれか怪我でもしたのであるか？

今朝 TV が「暴風圏に入っている時は、絶対外へ出ないように！」と言っていたが、理論的にはまさに然りである。

しかし、目前に壊れそうな何かがあれば、それを何とかしようとするのも、また、人間の業であろう。現にこうして私も儂い抵抗を続けているで

はないか！

“ 台風に耐えるほかなし人の業 ”

日頃は見るものも嫌な救急車の赤色灯が、今日ばかりは頼もしく見える。

“ 救急車の灯の頼もしき台風下 ”

かくして暴風雨に身をさらしながらガラス戸を押さえること約 3 時間…。午後 5 時過ぎ頃になってようやく風が収まり、パトカーや消防車が巡視し始め、自家用車もぼつぼつ走り出して人間の営みの復活を知らせたので、私どもも戸の張り番を止め、跡片付けは後日のこととして、夫婦二人 2 階の居間に降りた。結局、私どもは風速 30 ~ 40m の中で約 3 時間、風雨にいたづられながら、ただひたすら立ち尽くしていたことになる。

停電のため瞬間湯沸かし器は使えないのでガスで湯を沸かし、カミサンが入れてくれた熱い一杯のお茶の美味しかったこと…。生きていることの素晴らしさを実感したものである。

“ のどに染む茶のぬくもりや台風過 ”

* 後日談 :

今回破壊された 3 階の窓には、応急的に大きなベニヤ板 3 枚を釘付けしてもらい、本式にガラス戸が入ったのは約 1 週間後であった。

また、停電はその後 3 日間続いて診療も日常生活もままならず、夜になれば太平洋戦争時下と同じく、携帯ランプや蝋燭の灯の下であり合せの食事を摂り、風呂は貰い風呂し、一杯飲んで 20 時頃にはサッサと布団に潜るしかない有様で、電化生活にドブプリ浸かっている現代人の体質の弱さを、身を以って体験させられたことではあった。

そこで提言であるが、この際毎年 3 日間くらい、全国民に耐窮・無電化生活を体験させ、自己中心主義で「忍耐」や「我慢」という言葉を知らない者の多い現代人を、矯めなおす法律を作ってみては如何なものか?? そうすれば「他人の痛み」が解る国民が、少しは増えるのでは??

会員の動き

- 平成 17 年 1 月受付分 -

入 会

郡市	県	日	氏名	診療科目	医療機関名
防府	2	A2	美澄 博雅	内	(医) 社団松友会松本外科病院
岩国市	2	A2	長川 富保	産	独立行政法人国立病院機構岩国医療センター
光市	2	-	中村 安真	内・循	光市立光総合病院
光市	2	-	八木 隆治	外	光市立光総合病院
柳井	1	A2	吉田 真由子	内・胃・外・肛	吉田クリニック
山口大学	3	-	室 愛子	内	内科学第二
山口大学	3	A2	佐世 正勝	産婦	産婦人科学

退 会

郡市	氏名	備考
熊毛郡	市山 雅彦	市山医院 より
豊浦郡	松谷 博之	町立豊田中央病院 より
豊浦郡	高橋 哲良	
下関市	小野 恭平	下関厚生病院 より
光市	林 雅規	総合病院光市立病院 より

異 動

郡市	氏名	異動事項	備考
吉南	やまね耳鼻科	施設名称	【高久・山根耳鼻咽喉科医院 より】
宇部市	(医) ささい ささい小児科	施設名称	【(医) ささい小児科医院 より】

謹 弔

松原 和之 氏 徳山医師会
1月18日、逝去されました。享年82歳。
つつしんで哀悼の意を表します。

謹 弔

栗生 治 氏 下関市医師会
1月21日、逝去されました。享年78歳。
つつしんで哀悼の意を表します。

お知らせ・ご案内

産業医学振興財団 平成 17 年度産業保健実践講習会

カリキュラムと取得できる単位

研修科目（テーマ）	日本医師会認定産業医	
	基礎研修	生涯研修
過重労働による健康障害の防止 - 指針、法改正に沿った保健指導の実際 -	後期 1.5 単位	専門 1.5 単位
VDT 作業における健康障害の防止	後期 1.5 単位	専門 1.5 単位
健康情報の保護の実際 - 新しい指針と安衛法の改正の方向に沿って -	後期 1.5 単位	更新 1.5 単位
メンタルヘルスケア事例研究 - 自殺予防対策の進め方 -	実地 1.5 単位	実地 1.5 単位

開催日程等

	福岡会場	横浜会場	大阪会場	横浜会場
日時	4 月 10 日（日） 9:00-16:30	4 月 17 日（日） 9:00-16:30	5 月 15 日（日） 10:50-18:20	5 月 22 日（日） 9:00-16:30
会場	福岡国際会議場	神奈川県総合 医療会館	大阪府立女性 総合センター	神奈川県総合 医療会館
定員	300 名	200 名	300 名	200 名
受講料	10,000 円	10,000 円	10,000 円	10,000 円
申込 期間	2 月 1 日（火） 3 月 11 日（金）	2 月 1 日（火） 3 月 18 日（金）	2 月 1 日（火） 4 月 15 日（金）	2 月 1 日（火） 4 月 22 日（金）

昼食については会場周辺に若干の飲食店がありますが、受講者でご用意ください。

申込方法・支払方法

受講申込書（県医師会事務局にもあります）により FAX でお申込みいただくか、産業医学振興財団ホームページ（<http://www.zsisz.or.jp/>）よりお申し込みください。後日、受講票と受講料振込書が送付されます。（各会場とも定員になり次第締切り、定員に満たない場合は再募集）

お申し込み・お問い合わせ先

〒 107-0052 東京都港区赤坂 2-5-1 東邦ビル 3 階 産業医学振興財団 振興課
TEL : 03-3584-5421 FAX : 03-3584-5424 E-Mail : jissen@zsisz.or.jp

「会員の声」原稿募集

医療に限らず日々感じていること、随筆など、会員からの一般投稿を募集いたします。

字数：1,500 字程度

1) 文章にはタイトルを付けてください。

2) 送付方法： E-mail

フロッピーの郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）

3) 編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。

メール・送付先：山口県医師会事務局 会報係

〒 753-0811 山口市大字吉敷 3325-1 総合保健会館 5 階

TEL : 083-922-2510 FAX : 083-922-2527

E-mail: info@yamaguchi.med.or.jp

お知らせ・ご案内

応援医師等傷害保険実施申込要領

1 趣旨

この要領は、会員が不在出張時の応援医師及び非常勤医師などが業務遂行中（往復途上を含む。）被った傷害に対する保険について、必要な事項を定める。

2 契約

山口県医師会長が加入会員を代表して、(株)損保ジャパンと契約を締結する。

3 保険期間

平成 17 年 4 月 1 日から 1 年間とする。

4 補償金額

- (1) 死亡 5,000 万円
- (2) 後遺症の程度に応じ、上記金額の 100% ~ 3%
- (3) 医療
 - ア 入院 1 日につき 15,000 円 最高 180 日
 - イ 通院 1 日につき 10,000 円 最高 90 日

5 保険料（年額）

型	年間通算応援日数	保険料	最低保険契約数
1 型	7 日以内のもの	11,600 円	20 件以上
2 型	15 日 "	18,300 円	"
3 型	30 日 "	26,100 円	"
4 型	60 日 "	33,300 円	"
5 型	90 日 "	40,500 円	"
6 型	90 日を超えるもの	73,800 円	"

(注 1) 「年間通算応援日数」とは、1 年間の延べ日数（予定がたたない場合は、前年「平成 16 年 1 月 ~ 16 年 12 月」の実績による。）をいう。ただし、同一業務の場合は、応援医師が複数であっても異なる日の応援については、それぞれの医師が従事した日数を通算することができる。
したがって、同一日に複数の応援がある場合は、別個の契約となる。

(注 2) 「最低保険契約数」の欄に記載の件数に満たない場合、契約できないのでその場合は他の型に変更していただきます。

6 申込加入

「平成 17 年度応援医師等傷害保険加入申込書」により、都市医師会を經由して、2 月末日までにご提出ください。

山口県医師会報の製本

平成 16 年分山口県医師会報の製本を下記により斡旋します。ご希望の方はお申し込みください。

体 裁 丸背上製本 背文字金箔押し
 価 格 4,000 円（送料を含む）

製本送付にあわせ振込み用紙を送付致します。

申込み 山口県医師会 会報係（TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527）
 申込み締切 平成 16 年 3 月 1 日

お知らせ・案内

学術講演会（岩国市医師会）

と き 平成 17 年 2 月 23 日（水）午後 7 時 15 分
 ところ 岩国市医療センター医師会病院東館 4 階講堂
 演 題 「最近のエビデンスに基づいた骨粗鬆症の治療」
 鳥取大学医学部附属病院リハビリテーション部部长 萩野 浩

山口社会保険事務局ホームページの開設

平成 16 年 12 月 15 日に山口社会保険事務局ホームページを開設いたしました。
 保険診療に関しては、医療関係者の方へ届出・申請の説明を掲載しております。
 また、届出・申請される様式の印刷もできます。

山口社会保険事務局ホームページアドレス <http://www.ysib.go.jp/>

第 244 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と き 平成 17 年 3 月 10 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 40 回〕 - 動悸・不整脈 -
 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

酸素の購入単価の算定に関する届出

保険医療機関は平成 17 年 4 月 1 日以降の診療に係る費用の請求にあたって使用する酸素の購入単価を、[別紙様式 19]により 2 月 15 日までに山口社会保険事務局長に届け出ることになっております。

- ・平成 16 年 1 月から 12 月までの間に酸素を購入した実績がある場合
 - 1 欄（購入年月別に酸素の購入対価及び容積、計・単価）
 - 3 欄（購入業者名・種類）
- ・平成 16 年 1 月から 12 月までの間に酸素を購入した実績がない場合
 - 2 欄（平成 15 年 12 月以前の、直近 1 か月の酸素の購入対価及び容積単価）
 - 3 欄（購入業者名・種類）

届出もれの医療機関ではレセプトの返戻などとなりますので、ご注意ください。

[別紙様式 19]は所属の郡市医師会へ送付してありますが、山口社会保険事務局ホームページにも掲載されております。

(<http://www.ysib.go.jp/>)

届出先 〒 753-0295 山口市大内矢田 814-1
 山口社会保険事務局保険課医療係

お知らせ・ご案内

市町村合併にともなう組合員証等の交換事務について

1 変更する組合員証等の記号

旧		新		
所属所名	記号	所属所名	記号	交付年月日
光市介護老人保健施設ナイスケアまほろば	310	光市病院局	309	H17.1.1
下関市	301	下関市	311	H17.2.13
下関地区広域行政事務組合	303			
菊川町	50			
豊浦町	51			
豊北町	52			
豊田町	53			
豊浦豊北清掃施設組合	103			
下関市水道局	302	下関市水道局	312	
柳井市	20	柳井市	313	H17.2.21
大畠町	29			
萩市	8	萩市	314	H17.3.6
旭村	54			
川上村	55			
むつみ村	57			
福栄村	58			
須佐町	60			
田万川町	61			
萩地区広域市町村圏組合	92			
長門市	19	長門市	315	H17.3・22
三隅町	62			
日置町	63			
油谷町	64			
長門地区広域行政事務組合	90			
小野田市	16	山陽小野田市	316	H17.3.22
山陽町	47			
小野田市水道局	17			

合併前に任意継続組合員の資格を取得した者については、組合員証等の有効期限内は旧所属所の記号・番号をそのまま使用します。

2 所属所の名称変更

記号	旧所属所名	新所属所名	変更年月日
84	美祢市外一市四町競艇組合	美祢市萩市競艇組合	H17.2.13

中四国薬剤師国民健康保険組合の一部負担割合の変更

1. 一部負担割合（給付割合）

被保険者区分	変更前	変更後
組合員	2 割（給付割合 8 割）	3 割（給付割合 7 割）
家族	2 割（給付割合 8 割）	3 割（給付割合 7 割）

3 歳未満、前期高齢者並びに老人保健医療対象者については、法に定める割合により変更ありません

2. 施行年月日 平成 17 年 4 月 1 日以降診療分より

お知らせ・ご案内

医療機関を狙った「振り込め詐欺」にご注意を

最近、医療機関に対し、医療ミス等を装った高額な振り込みを要求する「振り込め詐欺」が急増しています。

医師の家族等を狙い、息子・病院関係者、弁護士等を装って電話をかけてくる手口ですが、医療事故などの示談金を即日、振り込みしなければならない事例は通常ありません。

詐欺の手口がますます巧妙化しておりますので、会員の皆様におかれましては、十分ご注意ください。よろしくお願いいたします。

オレオレ詐欺の手口

警察官や弁護士などになりすまし、交通事故の示談金を請求
 孫や子どもになりすまし、サラ金などからの借金の肩代わりを要求
 医師、看護師を対象に「医療事故を起こして患者が亡くなった。違う薬を滴（注射）して患者が昏睡状態になった。示談金は病院が用意するが負担金（不足分）を振り込んで欲しい。」と請求

架空請求詐欺の手口

有料サイト利用料金が未納
 年金が未納
 借金の回収など

融資保証金詐欺の手口

低金利で融資すると勧誘し、融資を行わず保証金を要求

被害防止のポイント

本人に確認したり、家族等に相談しましょう。
 身に覚えのない請求は無視しましょう。
 身に覚えのない請求でも、簡易裁判所からの「少額訴訟、支払督促」については、裁判所に問い合わせてください。放置しておくとう敗訴する場合があります。
 安易に連絡しないようにしましょう。
 言葉巧みに個人情報を知られてしまい、振り込め詐欺の請求が増えることとなります。

～ 急な現金の振り込み要求は要注意 ～
 【すぐに振り込むのはやめましょう、一人で振り込むのはやめましょう】

市町村番号・国民健康保険の保険者番号の改訂

1 柳井市及び大畠町の合併について 改定年月日：平成 17 年 2 月 21 日

区分	市町村名	市町村番号及び保険者番号				
合併後	柳井市	老人保健	27	35	12	3
		国保（退職者医療以外）		35	12	4
		国保（退職者医療）	67	35	12	4
現行	柳井市	老人保健	27	35	12	3
		国保（退職者医療以外）		35	12	4
		国保（退職者医療）	67	35	12	4
	大畠町	老人保健	27	35	25	5
		国保（退職者医療以外）		35	25	6
		国保（退職者医療）	67	35	25	6

2 小野田市及び山陽町の合併について 改定年月日：平成 17 年 3 月 22 日

区分	市町村名	市町村番号及び保険者番号				
合併後	山陽小野田市	老人保健	27	35	9	9
		国保（退職者医療以外）		35	9	0
		国保（退職者医療）	67	35	9	0
現行	小野田市	老人保健	27	35	9	9
		国保（退職者医療以外）		35	9	0
		国保（退職者医療）	67	35	9	0
	山陽町	老人保健	27	35	41	2
		国保（退職者医療以外）		35	41	3
		国保（退職者医療）	67	35	41	3

お知らせ・ご案内

第 3 回山口県創傷ケア研究会開催案内

と き 平成 17 年 3 月 19 日 (土) 13 時 ~ 17 時 (12 時 30 分から受付)
 ところ 山口県立大学講堂 (桜園会館) 〒 753-8502 山口市宮野下 TEL:083-933-1464

13:05 ~ 14:05 : 特別講演
 テーマ : 「医療安全と褥瘡ケア (仮称)」 津久見中央病院外科部長 切手 俊弘

14:05 ~ 15:00 : 一般演題報告

15:15 ~ 16:15 : 教育講演
 テーマ : 「褥瘡ケアの基本にかえる -TIME による確実なアセスメントを目指して-」
 山口県立大学看護学部教授 田中マキ子

16:15 ~ 17:00 : 症例検討
 * 参加者からの症例にアドバイスをします。なお、症例は事前に受け付けます。

参加費 : 1,000 円
 取得単位 : 日本医師会生涯教育制度 3 単位

山口県創傷ケア研究会 問い合わせ : 事務局 山口県立大学看護学部内 田中マキ子研究室
 〒 753-8502 山口市宮野下 TEL:083-933-1464 E-mail:maki@n.ypu.jp
 FAX:083-933-1483(代表、田中マキ子宛と明記してください)
 ホームページ <http://ww52.tiki.ne.jp/ywca/> 共催 : 山口県創傷ケア研究会 ほか

日医生涯教育協力講座 セミナー『脳・心血管疾患講座』 第一回【不整脈】

テーマ... 「心房細動」...

と き 平成 17 年 3 月 26 日 (土) 15 時 00 分 ~ 18 時 00 分 (開場 14 時)
 ところ シンフォニア岩国・多目的ホール
 〒 740-0016 山口県岩国市三笠町 1-1-1 TEL:0827-29-1600 FAX:0827-29-1609

15:05 【基調講演】『心房細動の機序からみた治療の選択』
 岡山大学医学部循環器内科学教授 大江 透

16:30 【パネルディスカッション】
 座長 : 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター院長 齋藤 大治
 パネラー 4 名 : 山口大学医学部教授 清水 昭彦
 岡山大学医学部循環器内科学講師 草野 研吾
 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター環器科医長 白木 照夫
 川崎医科大学胸部心臓血管外科学教授 種本 和雄

取得単位 : 日本医師会生涯教育制度 5 単位
 主催 : 日本医師会・山口県医師会・岩国市医師会ほか

受贈図書・資料等一覧

(平成 16 年 12 月 ~ 17 年 1 月)

名称	寄贈者、筆者 (敬称略)	受付日
平成 16 年版 山口県男女共同参画白書	山口県	12・02
自分史 航跡・追憶	松田昭正	12・02
第 126 回日本医学会シンポジウム記録集 アレルギー・アトピー性疾患	日本医学会	12・06
介護保険とリハビリテーション	日本リハビリテーション病院・施設協会	12・09
幾星霜 宇部看護専門学校 50 周年記念誌	宇部看護専門学校	12・20
臨床と研究 12 月	大道学館出版部	12・22
群馬県警察医会設立 20 周年記念誌	群馬県警察医会	12・24
旬優	未永汎本	12・27
シリーズ転換期の医学 1 全人的医学へ	岩波書店	1・04
シリーズ転換期の医学 2 ころを医学する	岩波書店	1・04
シリーズ転換期の医学 3 幸福と医学	岩波書店	1・04
山口県統計年鑑 平成 16 年刊	山口県統計教会	1・16
破裂	久坂部羊	1・21
修士論文「山根正次の公衆衛生論 - 二十世紀初頭における慢性伝染病をめぐる -」	大阪大学大学院修士 2 年西川真樹子	1・21
臨床と研究 平成 17 年 1 月号	大道学館出版部	1・21
動脈硬化予防 Vol.3 4	メディカルビュー	1・24
抜翠のつゞり	クマヒラ	1・31

求人情報

山口県ドクターバンク

最新情報はこちらで <http://www.yamaguchi.med.or.jp/doctorbank/banktop.htm>

問合せ先：山口県医師会医師等無料職業紹介所

〒 753-0811 山口市吉敷 3325-1 山口県医師会内ドクターバンク事務局

TEL:083-922-2510 FAX:083-922-2527 E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

平成 17 年 1 月 24 日現在

受付番号	登録日	所在地	施設種別	診療科目	雇用形態	備考
1	H16.12.08	山口市	病院	精神科 医師 2 名募集	常勤	精神保健指定医歓迎
2	H16.12.13	周南市	病院	消化器内科、一般外科 医師 2 名募集	常勤	雇用予定期間 H17.01 から
3	H16.12.13	小郡町	無床 診療所	内・脳外・循・整のい ずれか 医師 1 名募集	常勤	H17.01 開業
4	H16.12.13	山口市	有床 診療所	内・脳外・循・整のい ずれか 医師 1 名募集	常勤	定年 60 歳
5	H17.01.11	下関市	病院	内科 医師 1 名募集	常勤	午前 9 時から午後 5 時まで
6	H17.01.11	防府市	病院	内科 医師 1 名募集	常勤	・雇用予定期間は 2005 年 1 月から ・常勤の勤務条件は 8:30 ~ 17:30 ・年齢問わず
7	H17.01.11	防府市	病院	理学療法士 1 名募集	常勤	・雇用予定期間なし ・年齢問わず ・8:30 ~ 17:30 ・62 歳定年制 (再雇用あり)
8	H17.01.11	防府市	病院	看護師 5 名	常勤	3 交代 8:30 ~ 17:30 17:00 ~ 23:00 22:30 ~ 9:00 ・20 ~ 40 歳 ・62 歳定年制 (再雇用あり) ・雇用予定期間なし
9	H17.01.11	防府市	病院	看護師 2 名 外来ナース	常勤	8:30 ~ 17:30 ・20 ~ 40 歳 ・62 歳定年制 (再雇用あり) ・午後 OP 室勤務あり
10	H17.01.11	防府市	病院	准看護師 2 名 外来ナース	常勤	8:30 ~ 17:30 ・20 歳から 40 歳 ・62 歳定年制 (再雇用あり) ・午後 OP 室勤務あり
11	H17.01.13	防府市	病院	整形外科 医師 1 名	常勤	平成 17 年 1 月から雇用 ・8:30 ~ 17:30 ・年齢問わず
12	H17.01.13	岩国市	刑務所	内科医師 1 名 (ただし、歯科を除く 他の科可)	常勤	平成 17 年 4 月から雇用 ・8:30 ~ 17:00 ・定年 65 歳 (ただし勤務延長で 68 歳まで可能)
13	H17.01.24	豊北町	有床 診療所	看護師 1 名 内科	常勤	年齢 30 歳くらい 定年 60 歳

求職情報：現在登録無し

医師年金のおすすめ

日本医師会が会員のために運営する年金です。
会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。
制度設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

医師年金の特徴

その 1 積立型の私的年金

掛金として積み立てた資金を、将来自分の年金として受け取る制度です。
公的年金のように若い方の掛金で老人を支える制度ではありません。

その 2 希望に応じて自由設計

医師年金は掛金に上限がなく、いつでも増減が可能です。
余剰資金をまとめて掛金とすることもできます。

その 3 受取時期や方法が自由

年金の受給開始は、原則 65 歳からですが、75 歳まで延長できます。
また、56 歳から受給することも可能です。
年金のタイプは、受給を開始する際に選択できます。
(15 年保証期間付終身年金、5 年確定年金、10 年確定年金、15 年確定年金)

その 4 法人化しても継続可能

勤務医・開業医(個人・法人)に関係なく、日医会員であるかぎり継続的に加入できます。

<問い合わせ先> 資料請求、質問、ご希望のプランの設計等何でもお気軽にご相談ください。

日本医師会 年金・税制課

TEL : 03(3946)2121(代表)

FAX : 03(3946)6295

(ホームページ : <http://www.med.or.jp/>)

(E-mail : nenkin@po.med.or.jp)

編集後記

元旦正午のNHKニュースで、山口市の積雪風景がトップで映し出されたのには、ビックリした。昨年未までは、暖冬が続いていたのに、正月が明けてからは寒い日が続いている。インフルエンザが流行りそうで、流行らないのは幸いである。ワクチン接種の効果であろうか。その代わり、今冬はノロウイルス騒ぎである。

さて、通常国会が開会した。小泉答弁は相変わらずだが、小泉政権退陣要求を出した頃に比べると、何か言葉だけが空回りしているような、聞いている側に響いてこない感じがする。そろそろ魅力(支持率)も低下し始める頃かなと思うが、経済財政諮問会議や規制改革・民間開放推進会議の動向にはやはり注意が必要である。これだけ政治に関心を持たせたという意味では、小泉首相の功績もあつたかと変に感心しているこの頃である。

(弘山)

From Editor

発行：山口県医師会
（毎月15日発行）

〒753-0811 山口市吉敷 3325-1
TEL：083-922-2510

総合保健会館5階
FAX：083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社
1,000円（会員は会費に含む）

ホームページ
E-mail

<http://www.yamaguchi.med.or.jp>
info@yamaguchi.med.or.jp