

山口県医師会報

2005

平成 17 年

10 月号

No.1742



秋桜 渡木 邦彦 撮

Topics

- ◆平成 17 年度中国地区学校医大会
- ◆社保・国保審査委員合同協議会

Contents

- 郡市会長プロフィール 岩国市医師会…………… 809
- 今月の視点「医療廃棄物処理法の問題点」…………… 西村 公一 810
- 第 30 回看護学院（校）対抗バレーボール…………… 瀬戸 信夫 812
- 第 1 回男女共同参画フォーラム…………… 田中 豊秋 814
- 平成 17 年度中国四国医師会学校保健担当理事連絡会議…………… 濱本 史明 817
- 平成 17 年度中国地区学校医大会…………… 濱本・杉山 824
- 郡市医師会地域医療担当理事協議会…………… 弘山 直滋 830
- 平成 17 年度中国四国医師会各種研究会・連合医学会「島根」……………
…………… 萬・弘山・田中・小田・湧田 838
- 郡市医師会会長会議…………… 852
- 平成 17 年度中国四国ブロック広報担当理事連絡協議会…………… 加藤欣士郎 856
- 社保・国保審査委員合同協議会…………… 西村・萬・加藤 861
- 第 49 回社会保険指導者講習会…………… 上田・西村・濱本・萬・湧田・矢賀 869
- 中国四国医師会共同利用施設等協議会…………… 西村 公一 880
- 山口県報道懇話会との懇談会…………… 加藤欣士郎 886
- 県医師会の動き…………… 木下 敬介 888
- 理事会…………… 890
- いしの声「対外広報を考える」…………… 清水 暢 894
- 勤務医部会「小児医療提供体制についての日本小児科学会の考え方
～地域小児科センター構想～」… 内田 正志 896
- 飄々「小泉劇場の行方」…………… 矢野 秀 902

転載コーナー

- 医師会員の生涯教育…………… 神奈川県医師会報 898
- 新臨床研修制度の持つ意義とその影響について…………… 神奈川県医師会報 900
- 日医 FAX ニュース…………… 878
- お知らせ・ご案内…………… 903
- 山口県ドクターバンク求人・求職情報…………… 908
- 編集後記…………… 吉本 正博 910

郡市会長 プロフィール 第 14 回 岩国市医師会長 保田 浩平

一家で山梨県甲府へ疎開され、同地が出生地とはいえ、育ちは東京の大田区、ちゃきちゃきの江戸っ子である。江戸っ子の定義はそれなりにあるんだろうが、中国地方に生まれたものから見ると、東京 23 区で育った人は皆、江戸っ子に見えるし、また東京で育った人に対しある種の憧憬を感じてしまう。

慈恵会医科大学での学生時代は、ラグビー部に所属し、ポジションはスクラムハーフ（背番号 9 番）だったという。対抗戦レベルの試合でも 9 番の選手は、巨漢の選手の間をちょこまか走り回り、守りの要、作戦室の役割を果たす。間違ってもスラリとした長身はいない。東医体での優勝後、選手 OB 交えて、優勝カップで回し飲みした美酒が一番の思い出という。もうひとつ学生時代の思い出として、生涯の趣味となった競馬がある。学生当時の学長が馬主である馬の馬券をたまたま買ったところ、大当たり。その配当で中古車とはいえ車を買ひ、友と旅に出たという。以来その魔力に魅了され、ゴルフの昼休みにも携帯と新聞を持ち、馬券の手配に余念がない。

卒業後は、母校第二内科に入局し、循環器班に所属、一時東京女子医大附属日本心臓血圧研究所で研鑽された時期があるが、循環器班のチーフとして重責を担ひ、開業前まで慈恵会医科大学一筋という医師としての経歴である。昭和 59 年に当時としては、わが国で初めて大学病院内にスポーツ外来部が創設されることになり、その立ち上げに参画。循環器科を担当し、読売巨人軍、Jリーグが始まる前の実業団サッカー、実業団陸上競技などの選手たちのメディカルチェックを行った経験がある。その経験から開業後も山口県医師会の健康スポーツ医学委員の仕事にかか

わり、現在では、委員長を引き受けている。

諸般の事情あり、昭和 62 年に岩国市今津町に開業、今年で 18 年になる。平成 6 年から 6 年間岩国市医師会理事、平成 12 年から 4 年間副会長を歴任し、

平成 16 年 4 月から会長職である。東京を離れて開業するにあたり、恩師である宮原正第二内科教授から「汝の患者とともに歩め」という言葉あり、以後の座右の銘となっている。この言葉は、「病気を診ずして病人をみよ」という慈恵会医科大学の建学精神にも連なるものであろう。平成 3 年から地域の有志たちと障害のある人々との交わりを深めるべく、「ウェルフェアネットワーク」を立ち上げた。この活動は、障害のある人たちと同じ目線でものを見、ものを考え、共に行動することが人にやさしい街づくりになるというコンセプトから始まった。現在約 80 名のボランティアとともに活動中である。

保田会長が医師会運営の中でかかげる一つの柱である「共に生きる:live together」ということは、このウェルフェアネットワーク活動の中から生まれた。「汝の患者とともに歩め」という恩師の言葉を具体化しつつ、医師会活動にも敷衍していくという考えである。会長がかかげるもうひとつの柱は、「もっともっと生の声を」で、換言すれば、全員参加の医師会を目指すということである。全員参加の医師会という言葉は、歴代の執行部から続いて出される目標であるが、それがいかに困難であるかを物語っている。

現実の医師会活動における喫緊の課題としては、岩国市医療センター医師会病院の機能充実と安定経営が重要課題であり、地域支援病院としての誇りを堅持しつつ、前進させていくことこそ肝要である。

〔記：岩国市医師会副会長 小林 元壯〕



今月の視点

医療廃棄物処理法の問題点

常任理事 西村 公一

改正医療廃棄物処理法

廃棄物処理法という医療廃棄物を排出する「医療機関等」とは、病院、診療所（保健所、血液センターを含む）、衛生検査所、老人保健施設、助産所及び試験研究機関（医学、歯学、薬学、獣医学関連に限る）と定義されている。とりわけ感染性廃棄物の処理に関しては、環境省から平成 4 年に「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」が出され、適正処理の指針が示された。しかしこれは感染性廃棄物の判断の多くを医師等に委ね、判断基準が客観性を欠いているという指摘がなされたため、平成 16 年 3 月にその改正が行われたのである。

今回の改正の主なところは、①感染性廃棄物の判断基準がこれまでより明確にされた。つまり廃棄物の「形状」「排出場所」「感染症の種類」の観点から、医療関係機関等がより客観的に判断できるように変更されたこと。②非感染性廃棄物ラベルの推奨。③産業廃棄物管理票（マニフェスト）制度の見直しと排出者責任の徹底などである。

感染性廃棄物の判断フローチャートはこのマニュアルを参照していただきたいが、ステップにしたがって辿っていけば判断できることになっている。しかしこれによっても判断困難な廃棄物は多々存在することから、このフローで判断できないものについては、「医師等（医師、歯科医師、獣医師）により、感染の恐れがあると判断された場合は感染性廃棄物とする」とされている。また、非感染性廃棄物であっても鋭利なものについては感染性廃棄物と同等の扱いとすることが明記された。

廃棄物排出業者の義務

改正マニュアルでは、医療機関等には廃棄物排出業者としての義務と責任があることが明確にされた。つまり、処理委託業者の資格関係確認や信頼性に注意を払って契約を結ぶこと。契約した後

も業者に関する情報の収集に努め、常にチェックすること。マニフェストの確認と保存を怠らず、もし期限までにマニフェストが送られてこないときは必ず県知事に報告すること等である。もしもこの義務を怠っていて、委託業者が不法投棄した場合には排出業者に廃棄物の撤去命令が出ることもあるとされている。

医療機関は廃棄物処理に関して、収集運搬業者、中間処理業者及び最終処分業者と直接契約を結ばねばならない。廃棄物処理を担当する収集運搬業者及び処分業者は都道府県知事が認可する。この認可の基準では過去の実績が重視されるため、必ずしも適切な業者ばかりが認可されているとは限らないのが現状である。行政は業者を徹底的に監視し、利用者に情報開示していただかなければ、医療機関ではどの業者が優良なのかの判断ができない立場であり、問題が起きたときにだけ排出事業者としての責任を問われるのではたまったものではない。善処を望みたいところである。

在宅医療で出る廃棄物の問題

一方家庭から出るゴミはすべて一般廃棄物として自治体で処理されるのであるが、たとえその中に感染の危険性のある血液等の付着したゴミなどが混入していても、法的には感染性廃棄物とはみなされない。この区分自体、感染性廃棄物適正処理の理念から見てもいかにも不合理である。家庭から出るゴミであっても感染の危険のあるものは専用のコンテナなどに集めて、一般の人に接触しないようなルートで厳重に自治体で処分されてしかるべきである。

しかし、現行法で一般廃棄物とされていても、在宅医療で使われた注射器、針、点滴セットなど感染の危険性のあるものについては、提供した医療機関で回収・処理することが当然の社会的責任と考えられるので、関係医療機関によるしくお願いたい。

医療現場での問題点

医療機関から出る体液、血液、浸出液など下水処理可能と考えられる液状の排出物も、現行法の下では「感染性廃棄物」とみなされ、滅菌処理の後排出することが求められている。しかし、環境に悪影響を与えるこうした滅菌消毒処理が、本当にこれらの廃棄物に対して必要なのだろうかとの疑問が残る。下水に排出された汚水は閉鎖的経路を通じて処理施設へ運ばれ、環境への流出は極めて少ないので、下水に排出されたこれらの廃棄物から感染が生じる可能性はほとんど無視できるのではないかと思う。しかもこのことについての科学的な検証がなされていないのが現状である。

例えば、内視鏡検査で吸引した胃液などや手術時に洗浄吸引した液などは、広く体液と考えれば感染性廃棄物になるが、医師が感染の危険性が極めて低いと判断すれば非感染性廃棄物として、そのまま下水に流してよいとされている。しかし、この場合も特殊な感染生物に汚染されたもの以外はすべて排出可とすべきではないかと思う。また、「医師の判断」というのも極めて曖昧で判りにくく、かえって現場では混乱を招きかねない。

また、病院等では入院患者がトイレで排出する尿、便、吐物（場合によっては血液の混入した）等は下水に流され汚水処理されて問題とされないのに、医療行為や検体として検査室に出された尿、便、体液などは感染性廃棄物とみなされること自体矛盾している。

これらの矛盾は、そもそも「廃棄物処理法」が建築廃材、工場廃液、糞尿や下水汚泥の処理を中心に作られたものであり、量的に圧倒的に少ない医療廃棄物は付加的に取り扱われていることが原因となっている。医療現場の状況に即した独立した「医療廃棄物処理法」「感染性廃棄物処理法」の制定が望まれるのである。

ドイツの現状

ドイツの医療廃棄物処理の現状を紹介してみたい。ドイツのガイドラインでは、医療廃棄物は A～E 群に分類される。A 群は家庭ゴミ類似の一般廃棄物、B・C 群は病原体の付着した廃棄物、D 群は有機溶剤や毒性物質などの化学物質、E 群は血液（約 100ml 以上）と臓器。B 群は院内では感染性が問題になるが、環境中では危険度が低

く消毒せずに焼却処理する。C 群は環境へ出す前に高温殺菌処理を要する伝染性病原体（コレラ菌、チフス菌、結核菌、エボラ出血熱ウイルス、プリオンなど）の付着したもので、ドイツにおける感染性廃棄物はこの群のみをさすといって差し支えない。殺菌処理後は A 群として排出処理される。

B 群に分類される MRSA などの細菌が混入した排水は消毒の必要はないし、してはならない。たとえ下水処理施設に少量の血液や体液を流してもこれらが環境から感染するとは考えられない。むしろ熱や消毒剤で環境に負荷をかけることのほうが問題である。つまり、空気感染する病原体のように、環境から感染が広がる恐れのある場合のみ消毒することが望ましい。D 群はリサイクルとし、E 群の臓器は倫理的観点から焼却処理する。ドイツのように医療廃棄物も環境に配慮した見地から、科学的な根拠をもって処理されることが必要であり、わが国の医療廃棄物処理法もこのような観点から制定されるべきと考える。

廃棄物適正処理のための費用

廃棄物処理には多額の費用がかかるにもかかわらず、医療機関が適正処理に要する費用を捻出すべき経済的基盤が整っていないのが現状である。厚労省は「医療廃棄物処理にかかる費用は診療報酬の中に包括的に算入されている」との見解だが、そのような根拠はどこにも見えてこない。社会的要請により廃棄物処理コストが増加していく中で、これが医療機関への財政的圧迫へと繋がりがつつあるのが現状である。

MRSA 院内感染対策の普及に保険点数化が有効であったように、診療報酬に廃棄物処理にかかる費用を適正に上乗せすることが望ましい。そのためにも先に述べたように、廃棄物処理法から完全に独立した「医療廃棄物処理法」の制定が待たれる。

参考

- 1) 廃棄物処理法に基づく「感染性廃棄物処理マニュアル」：2004 年 3 月、環境省
- 2) 廃棄物処理法のポイント：2004 年 10 月、（社）山口県産業廃棄物協会
- 3) 産業廃棄物のしおり：2005 年 3 月、山口県産業廃棄物・リサイクル対策課

第 30 回 看護学院（校）バレーボール大会

と き 平成 17 年 7 月 3 日（日） 午前 8 時 30 分～午後 4 時

ところ 山口県スポーツ文化センター

〔報告：小野田准看護学院担当理事 瀬戸 信夫〕

今年は小野田市医師会が大会の運営をお引き受けしました。いろいろと行き届かないところがあったことと思いますが、県医師会、県バレーボール協会、昨年度お引き受けの厚狭郡をはじめとする各学院、その他多くの方のおかげで、何とか無事に終了し、ほっとしているところです。関係の皆様にご心よりお礼申し上げます。

さて、前回、10 年以上前にお引き受けしたときには、医師会で実行委員会を作り、前日は山口に泊まりがけでワイワイと楽しく対応した記憶があります。今回はその時の記憶を頼りに、厚狭郡医師会から詳細な記録とご指導をいただきながら、主に教務が準備を進めました。

大会前日土曜日の午後は、学生たちとともに会場準備を行いました。前もって持ち場と仕事の内容を割り振って、学生たちが思いの外てきぱきと仕事をこなしてくれたのが印象的でした。

当学院は 1 学年 20 人の 2 年コースです。例年 2 チームが出場していましたが、今年は 1 チームに絞り、残りの学生は運営に回りました。当日は医師会の事務局や医師会員 9 名の応援も得て、大会は比較的スムーズに進行したと思います。

当学院の出場チームは例年 1～2 回戦で敗退が常でしたから、優勝を目指せとハッパをかけながらも、敗退後には選手をどこの仕事に回すかなども考えていました。ところが予想に反して、我がチームは苦しいゲームを勝ち続け、そうなるこちらでも大会運営どころではなくなります。チームの応援についつい力が入ってしまい、残念ながら 2 位となったときには皆が悔しがること（笑）。しかし、当学院の史上に残るがんばりは立派なもので、砂川会長の指示で急遽小野田に会場を

押さえ、当夜は学生との懇親に盛り上がりました。

規模の小さな学院ですの

で、準備や当日の運営には負荷もかかりますが、終わってみれば楽しい経験でもありました。看護学院の運営自体大変な時代となりましたが、時には教務、学生、そして医師会事務局や会員が共に一つの目的のために力を出し合い、お互いを理解し合う機会を持つのはよいものです。学生の結束も高まり、すでに来年の大会に向けて練習を始めているようです。

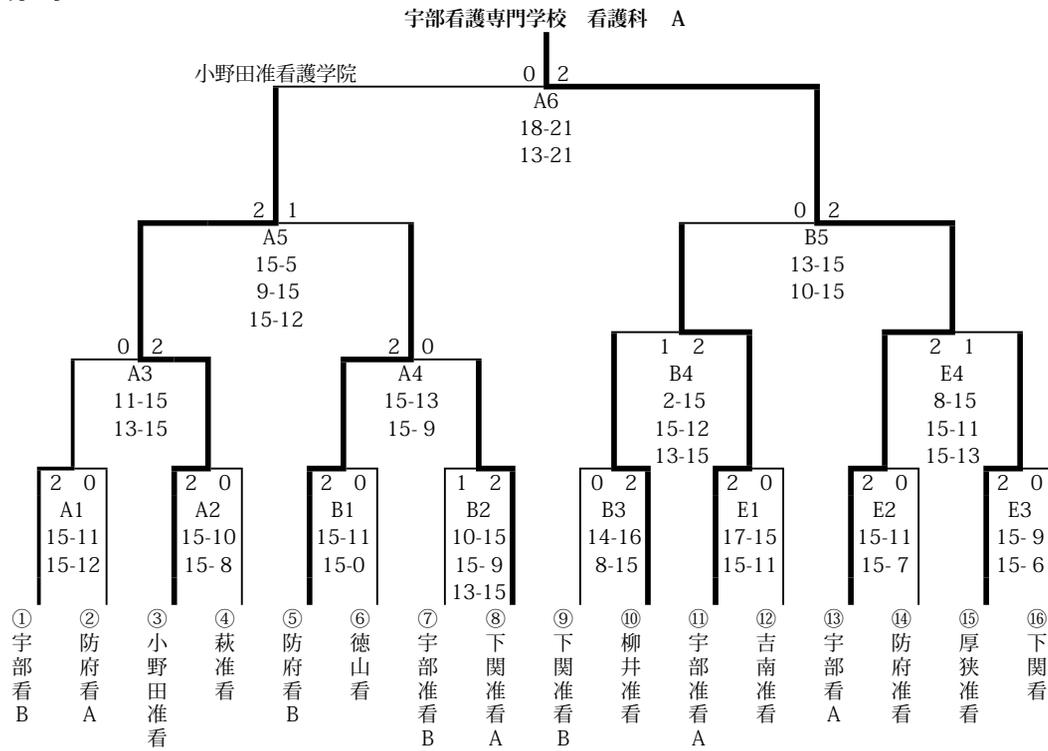
次年度は萩市医師会、准看護学院の引き受けで開催されることに決まっていますので、よろしくお願いたします。

以上、つたないご報告で失礼いたしました。改めまして関係の皆様方に、心からお礼を申し上げます。

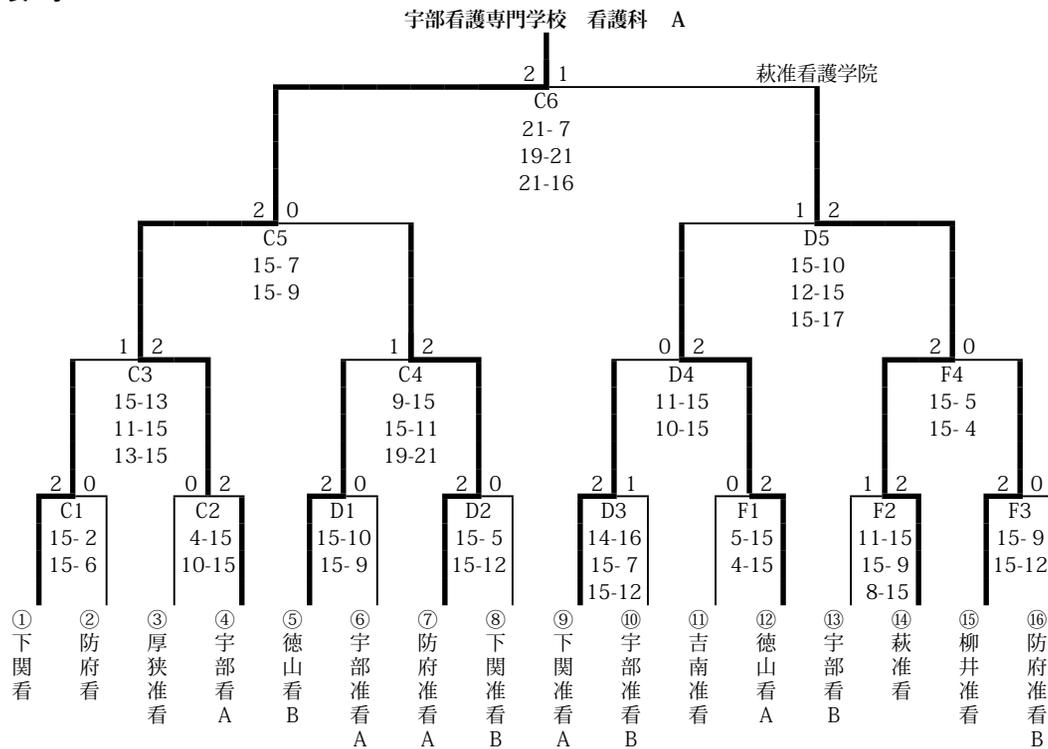


第 30 回 看護学院（校）バレーボール大会成績表

男子



女子



第 1 回 男女共同参画フォーラム

と き 平成 17 年 7 月 30 日 (土) 午後 1 時～午後 4 時

ところ 日本医師会館 大講堂

[報告：理事 田中 豊秋]

「女性医師は何を求め、何を求められているか」をサブテーマに、女性会員懇談会の主催で日本医師会大ホールにて、男性 90 名、女性 126 名の参加で開かれた。

開会の辞

日本医師会常任理事 伯井 俊明

平成 16 年に女性会員懇談会が設立され、全国から 12 名の女性医師が任命された。この懇談会は、平成 11 年に制定され 12 年より施行されている「男女共同参画社会基本法」を踏まえ、女性医師の働く環境の改善等を提言するものとの紹介があった。

会長講演

日本医師会長 植松 治雄

女性医師の声、考え方を医師会運営に取り入れる目的で女性会員懇談会を設置した。今後この懇談会を勤務医部会や産業医部会と同じレベルまで上げていきたい。

世界的にみると、ポーランド、チェコ、フィンランドでは女性医師の割合が 50%を超え、英・仏・蘭で 35%、米国で 22%、となっている。これら女性医師の多い国々の医療の状態を学ばなければならない。

わが国の女性医師の割合は 15%で勤務先別にみると、病院では男性医師とほぼ同じ比率であり、医育教育機関では女性が多い。診療所では管理者は男性医師が多く、勤務医には女性が多い。これはご夫婦が開業され、ご主人が開設者になっている方が多いためと考えられる。仕事に就いていない医師は男性で 0.5%、女性で 1.2%であるが、実際には休職している方が多数おられるのが現状

である。

女性医師の診療科は、平成 14 年では眼科 31.6%、皮膚科 22.7%、麻酔科 21.7%、産婦人科 20.4%、小児科 20.3%となっている。この内、産婦人科、小児科、麻酔科で医師不足と言われている。これには女性医師が子育て等で休職しているのも理由の一つと考えられる。子育てを理由に休職している女性医師がどうすれば復職できるかが大きな問題となっている。平成 15 年には日本小児科学会が、女性医師が仕事を続けるためにどうすればよいのか問題としている。育児支援、勤務制度の改善等、積極的に取り組む問題がある。しかし、制度の問題だけでよいのかということもある。

一人の医師が誕生するまでには国庫より数千万円の支援を受けている。われわれには、これを社会に還元する義務があるため、育児休暇等からそのまま医師を辞められては困る。医師が脱落しない制度を作る必要がある。また、生涯教育、再教育の場を設定する必要がある。もちろん技術等については大学や病院等の協力が必要となり、また医師になったモチベーションを失わないように環境を整えていかなければならない。各地域、県レベルで、以前の職場に帰れない先生方を一つのサークルとして協力しながら何かできないか。そのグループで一つの仕事をする、パート的な仕事、夜間診療所等を作り上げていかなければならない。設備、制度に対する要求だけでなく、仕事の仕方等の知恵を出し合ってほしい。

医師会活動への参加では、各地域医師会で女性医師が加わりやすい環境を作らなければならない。日本医師会の理事になっていただくためには 40 歳代で医師会活動に入っていたきたい。女

性枠を作ってはどうという話もあるが、男性医師と同じように働いてもらうとすると、積極的に参加される女性医師の数は少ない。しかし、各委員会には会長推薦で最低 1 名は女性を入れていきたい。

国が対策に乗り出す前に医師会が会員の意見によって、いろいろな対策を国に提示していきたい。

基調講演

内閣府男女共同参画局長 名取はにわ

平成 11 年男女共同参画社会基本法が成立した。基本法では男女が互いにその人権を尊重しつつ責任も分かち合い、その個性と能力を発揮することのできる男女共同参画社会の実現は、わが国社会を決定する最重要課題であるとしている。

女性が職業をもつ事に対しては男女共に肯定的にとらえる意識が着実に増加している。平成 9 年以降「共働きの世帯」が「専業主婦の世帯」より多くなっている。また、女性の社会進出が進むと出生率が下がると思われがちだが、OECD 諸国では女性の労働力率の高い国の方が合計特殊出生率も高くなっている。就職継続型の女性のほうが専業主婦よりも多くの子供をもっている現状がある。

IBM では、他の国に比べて日本では女性の登用が少ない。これは女性社員が将来への展望を持ってない（目標が少ない）、相談相手がいない、男性には情報ネットワークがあり女性が入っていけないなどの理由による。そこで相談役としてのメンタルクリニック、育児休暇や勤務時間の短縮があっても昇給は遅れるが昇進には響かない評価システムの導入、在宅勤務の導入などを取り入れた。これらにより女性管理職や研究者の登用を図っている。

女性の研究者も他の国に比べて少ないのが現状である。これも受け入れ側の体制の整備が遅れているのが一番の理由となっている。女性医師の場合もこれと同じ事が言えるのではないか。

しかし、一番大切なのは配偶者の家事・育児への協力である。欧米では育児期の夫の家事・育児に費やす時間が 2.6 ～ 3.7 時間なのに対しわが国では 0.8 時間と少なくなっている。最近の女性は結婚相手の条件として人柄の次に家事・育児への協力を挙げている。若い男性方の意識もかなり変

化してきているようだが、より一層の協力が必要と思われる。

パネルディスカッション

「女性医師は何を求め、何を求められているか」

女子医学生徒と女性勤務医の現況

札幌医科大学臨床教授 藤井 美穂

女子医学生の増加は顕著であり、全医学部生に占める割合は 32% である。大学によっては 50% を越える年もあり、女性医師数がさらに増加する現実を前に、出産・育児時間の確保と勤務の継続をどう両立させるかという問題は相変わらず解決していない。平成 10 年と 16 年に北海道で行った就労調査の結果と、医学生の意識調査も行った。

出産・育児をサポートする就労環境はこの 6 年間に大きな改善なく、個人の努力に負っているところが大きい。女性医師の増加にともない、勤務施設、家庭でのサポート体制における理解は広がったようだが、保育施設の整備など現実には変わっていない。

また、平成 16 年の調査では女子医学生の意識調査では、女医になることをデメリットと感じている者が 21%、勤務に男女差を感じるのが 40% となっており、女医の 5%、29% と比較して先行きに不安を感じている状況を示している。

よりよい医療を提供するためには、女性医師がそのキャリアを断絶しないで働き続ける環境を作ることが重要であり、これは男性医師にとっても QOL を高めることに繋がる。

女性医師の役割と現況

前東京都医師会女性会員問題検討委員会委員長

清水美津子

平成 14 年に実施した 13 医科大学、50 病院の女性医師に対するアンケート、15 年に行った東京都地区医師会女性役員経験者及び現職役員へのアンケート調査を踏まえ、女性医師の役割と現況を報告する。

平成 14 年末現在で女性医師は 41,139 人、平成 16 年の医師国家試験合格者の 33.8% が女性であり、年々増加傾向を示している。医療供給体制を考えるとこの傾向は無視できない。休職・休業している女性医師の主たる理由は子育てのためで

あり、悩みでもっとも多かったのはプライベートの時間が少ないというものであった。

東京都地区医師会で女性医師の役員経験者は 148 名で、会長経験者は 3 名である。女性会員は 18.2% を占めるが、役員比率は 6.7% に留まっている。これは役員を打診されても断られることが多く、女性部会から順に選出しているところもある。経験者へのアンケートでは医師会役員になってよかったことは、医師会の活動がわかる、視野が広がる、知り合いが増えたなどであり、困ったことは、理事会の開始時間が遅い、診療・家庭への障害などが挙げられる。しかし多くの方が女性医師会役員の必要性を認めている。

アンケートから見える女性医師の課題

前千葉県医師会女性医療研究委員会委員長
大川 玲子

平成 15 年に全県女性会員医師と県内 5 大学病院、2 国立病院女性医師にアンケートを行った。就業状態は男性医師と同様の過酷な環境にいる者と、救急などのない科やパート的な就業に二分された。子供のある人の平均子供数は 2.1 人であった。また、家族介護が必要になったときには仕事をパート勤務に変更したり、辞めた女医が 90% 以上であった。悩みとしては学会参加などの勉強時間の不足、余暇の不足が多くみられた。仕事を続けられるために必要な出産・育児対策は保育園の整備・拡充、男性の家事・育児への参加、出産・育児退職者の職場復帰が多く見られた意見であった。それ以外の支援については、男女の多様な働き方をすすめるが圧倒的に多い意見であった。また、医師会に望む事は休業医師の登録・派遣制度、ベビーシッター・ヘルパーの紹介、復職時の研修制度を作るが多く寄せられた意見であった。最後にこれらの実現には医師会、学会などの各機関への女性の登用が不可欠である。

病院長としての女性医師勤務支援

大阪厚生年金病院院長 清野 佳紀

全医師数は毎年 3,000 名あまり増加しているが、その内女性医師が 2,000 名近くを占めている。29 歳以下の医師数で見ると毎年 250 名の増加であるが、男性医師は毎年 100 名程減少して

いるのに対し女性医師は毎年 350 名以上増加している。しかし、女性医師の就業率は 30 歳代になると急速に減少し 60% にまで低下する。この状況をそのまま放置すると深刻な医師不足が到来する。まして皮膚科、眼科、産婦人科、小児科のように女性医師の比率の高い診療科では各病院とも診療を縮小せざるを得ないし、現実に閉鎖に追い込まれている病院もある。

病院としてできる対策は、子育て支援として産前・産後休暇、出産休暇、子育て支援休暇、リフレッシュ休暇を創設。勤務制度面の改善としてパートタイマーの医師にもこれらの休暇を与える。オープンシステム化して病院の拠点化と地域連携を図る。生涯教育・再教育を支援する等である。女性医師の働きやすい環境を作ることは男性医師へのしわ寄せも減らすことになる。

フロアを交えたディスカッション

東京の総合病院：小児科の外来をパートの女性医師 3 名で交代に行うママさん先生外来を創設。

若い母親に人気がある。しかしパートでも一人当たり 500 万円の人件費がかかっている。

北海道：女医会で人材バンクを創設している。しかし女医からの要望はなかなかない。産休明けの女医に働く気持ちがあるのか問題になる。

その他：学生、研修医、プロの医師として働く時期、各々で対策は異なる。学生には先輩が女性医師のメリットを話して聞かせることでモチベーションを高める。

育児を終えた女医が勤務にいかに戻っていか、身近なところで保育が充実されるようにする。しかし小規模病院では対応が難しい。そこで地域の育児サポート等を活用することになる。教育面でのサポートは現在のところ、組織だっで行われているところはない。勤務体制は管理者の理解によって多様な勤務形態を考えていくしかない。大学病院では若い教授の中には柔軟な勤務体制をとっているところもある。

終了後懇親会の席上でもいろいろと活発な意見交換がなされた。

平成 17 年度 中国四国医師会学校保健担当理事連絡会議

と き 平成 17 年 8 月 7 日 (日) 午前 11 時～

ところ 山口県医師会館 6 階会議室

[報告：常任理事 濱本 史明]

藤原医師会長挨拶

本日は日本医師会伯井常任理事をお迎えし、また日頃から学校保健にご尽力いただいております。各県担当理事の先生方にご出席いただき感謝しております。現在諸問題を多く抱えている学校保健であります。心の健康、生活習慣病、アレルギー疾患、性の逸脱問題等早急な対応を迫られています。こらからの健康教育の課題、学校・地域保健連携事業等、13 の議題が提出されております。実り多い時間となりますようご討議をお願いいたします。

提出議題

議題 1. 学校内事故の学校医への連絡と事後検証体制について 【徳島県】

学校内の突然死の報告や心電図の提出等、個人情報保護の立場から生徒個人の情報の取り扱いが厳しくなっている。各県の実情をうかがいたい。

徳島県では心臓検診の委託契約を行い、医師会は徳島市から心電図の提供を受け、作成した個人情報等の資料は契約の完了後、直ちに返還引き渡すものとなっている。

他県でも、個別の問題はあるが、今のところ大きな問題は生じていないようである。健康診断等における一次検診のデータは学校に帰属し、自己負担のものは保護者に帰属するものと考えている。学校医は学校の職員とみなされ、校医への情報提供に問題はないと考えるし、保護者の同意があれば情報を提供していただくことが可能であ

る。いづれにしても、子どもの健康に関する情報を得るためであり、目的から考えると情報交換は、規則に従えば問題はないと考える。

日医：学校医は学校の職員であるとの見解から、突然死した生徒のデータを今後の対応のために得ることには問題ないとする。学校医は児童生徒の健康管理を行う観点から、養護教諭から情報提供を受け、学校との緊密な関係を保ち職務を行わなければならないと考える。

議題 2. 学校保健委員会の活性化について

【愛媛県】

議題 3. 学校保健委員会の各県の状況について

【鳥取県】

①学校保健委員会の設置状況、②年間開催回数、③構成メンバー、④学校医の出務状況、⑤その他特徴的なことがあればお聞きしたい。

各県とも地域と校長の考え方に差があり、年 1 回が多く、多い所では 3 回以上もある。学校医になる医師が少ないという問題、報酬の問題等が依然として出てくる。高知県では学校保健委員会の実践集の冊子を作成している。校長の熱意はあたりまえであるが、学校医が積極的に取り組むことの方が大事である。設置率が低いのは校医の熱心さの不足ではないか。

群馬県の高崎市では 100% の設置率で、年間 3 ～ 4 回行われている。これは、熱心な学校医が多いためである。

徳島県

学校保健委員会の設置状況・年間開催回数

	設置状況	1 回	2 回	3 回以上	0 回
小学校	83.3%	53.0%	17.5%	1.7%	11.4%
中学校	76.7%	42.2%	8.9%	4.4%	24.4%
高等学校	74.5%	57.7%	4.4%	0%	17.8%
特殊教育諸学校	88.9%	41.7%	0%	8.3%	20.0%

岡山県

学校保健委員会の設置状況・年間開催回数

	設置状況	1 回	2 回	3 回
幼稚園	7.5%	—	—	—
小学校	75.5%	31.1%	34.1%	8.9%
中学校	66.9%	44.6%	14.3%	—
高等学校	77.1%	74.4%	3.5%	—

広島県

平成 16 年度 学校保健委員会の設置状況

区分	学校数(校)	設置学校数(校)	開催回数別内訳(校)				不明	設置率(%)
	(広島県回答)	(B)	0回	1回	2回	3回以上		(B/広島県回答)
小学校	448	277	21	136	76	43	1	61.8%
中学校	190	123	7	81	36	10	0	64.7%
高等学校	96	33	6	18	6	3	0	34.4%
中等教育学校	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
特殊教育諸学校	16	6	2	3	1	0	0	37.5%
合計	750	439	36	238	119	56	1	58.5%

鳥取県

平成 16 年度 学校保健委員会の設置状況並びに委員会の開催数

区分	健康診断				健康相談				その他				
	1 回	2 回	3 回	4 回以上	0 回	1 回	2 回	3 回以上	0 回	1 回	2 回	3 回以上	
校医	幼稚園(18)	12	6							1			
	小学校(160)	19	47	40	54		12	2	4		13	5	
	中学校(60)	1	9	24	26		5	2	2		6	2	
	高等学校(26)		3	5	18		3	1	3		4	1	3
	盲聾養護(9)	2	2	3	2		2		1		2		3
眼科校医	幼稚園(5)	4											
	小学校(117)	106	9				5	1			1		
	中学校(42)	35	3	3			3	1					
	高等学校(25)	6	6	3			5				5		
	盲聾養護(7)	4	1		2						1		
耳鼻科校医	幼稚園(5)	4											
	小学校(123)	86	30	1	1							1	
	中学校(44)	27	10	5				1					
	高等学校(1)			1									
	盲聾養護(8)	4	4				2						

愛媛県

平成 16 年度 学校保健委員会の設置状況・年間開催回数

	設置状況	開催率	回数	
小学校	89.3%	82.1%	1 回	60.8%
中学校	94.0%	86.7%	2 回	18.9%
高等学校	100.0%	96.7%	3 回以上	4.9%
盲・聾・養護学校	100.0%	76.9%	0 回	15.4%

山口県

平成 16 年度 学校保健委員会の設置率・開催回数

	設置率	開催率		
		1 回	2 回	3 回以上
小学校	322 校 (97.0%)	111 (34.4%)	171 (53.1%)	37 (11.5%)
中学校	166 校 (92.0%)	113 (68.0%)	42 (25.3%)	6 (3.6%)
中等教育学校	1 校 (100.0%)	1 (100.%)	0	0
高等学校	71 校 (98.6%)	67 (94.3%)	4 (5.6%)	0
盲・聾・養護学校	14 校 (100.%)	10 (71.4%)	4 (28.6%)	0

島根県

平成 16 年度 学校保健委員会の設置状況

区分	学校数 (校)	設置学校数 (校)	開催回数別内訳 (校)					設置率	開催率
	A	(B)	0 回	1 回	2 回	3 回以上	不明	(B / A)	
小学校	272	200	36	129	27	8	0	73.5%	82%
中学校	107	65	13	40	10	2	0	60.7%	80%
高等学校	45	36	12	24	0	0	0	80.0%	66%
中等教育学校	0	0	0	0	0	0	0	0%	—
特殊教育諸学校	12	12	3	4	4	1	0	100.0%	75%
合計	436	313	64	197	41	11	0	71.8%	80%

学校認定医を日医にお願いしているが、いまだに設置されていない。今後の方針はどのように考えているか。学校認定医の賛成率が 60% に達すれば構築を考えていきたいとあるが、もっと早期に設立していただきたい。

校医の活性化が大事なのは理解できるが、地域差があり校医の仕事を行うことに負担感を感じない医師も多い。

鳥取県では夜間に学校保健委員会を行い、保護者の出席率も良く評判もよいが、やはり限られた地域での開催となる。

日医：地域差があり医師の少ないところは活性化も少ないと思うが、都市部では積極的に校医の仕事を行うのはあたりまえで、学校保健委員会に出ることでの報酬云々はおかしい。校医が学校に働きかけ、養護教諭と積極的に開催し、活性化を図っていただきたい。

大阪府では、学校医の認定制度を独自に行っている。これから先、校医をお願いする場合、認定医から選んでいただくために考えたものである。いずれ学校認定医を統合する時期がくるはずであるが、各県で独自に学校認定医制度の構築を考えていかれてはいかがであろうか。

議題 4. 学校内敷地内禁煙の実施状況について

【愛媛県】

学校内敷地内禁煙の実施状況について、各県の状況をおうかがいしたい。校医としてまた学校保健部としてこれを推進するように教育委員会に働きかけたい。

香川県：学校内敷地禁煙の実施状況は、本年 4 月の調査では、幼稚園 138 園中 102 園、小学校 194 校中 123 校、中学校 80 校中 49 校、高等学校・障害児教育諸学校 43 校中 43 校が敷地内禁煙を実施している。

岡山県：33 市町村教育委員会のうち、4 市町：校舎内全面禁煙実施、6 市町：分煙措置実施、残り 23 市町村：各学校の判断、としている。

広島県：平成 17 年 4 月 1 日現在の状況を調査し、まとめた結果は次のとおりである。

県立学校の取組状況（116 校中）

対策形態	校数
敷地内完全禁煙	72 校
建物内に限って完全禁煙	2 校
建物内に喫煙場所を設けて分煙措置	19 校

※全学校において、受動喫煙対策に取り組んでいるが、敷地内完全禁煙は 62%（H17.4.1 現在）

県内の市町教育委員会の取り組み

市町単位で敷地内完全禁煙 6 市町（28 市町中）
（広島市・大竹市・東広島市・府中町・海田町・大崎上島町）

	幼稚園 (81 園)	小学校 (431 校)	中学校 (184 校)	高等学校 (3 校)
敷地内完全禁煙	62	201	62	0
建物内に限って完全禁煙	15	139	44	1
建物内に喫煙場所を設けて分煙措置	4	91	78	2

敷地内完全禁煙 幼稚園 76.5%
小学校 46.6%
中学校 33.7%

島根県：本年 5 月文部科学省が全国教育委員会に対し行なった受動喫煙防止対策実施状況調査報告によれば、県立学校は本年度から全 48 校にお

いて、受動喫煙防止対策を講じており、学校敷地内全面禁煙—23 校（48%）、建物内全面禁煙—17 校（35%）、建物内に喫煙場所を設置し分煙措置—8 校（17%）とその対策手法は学校により異なっている状況である。

また、市町村立学校においては、幼・小・中全 474 校のうち、受動喫煙防止対策を講じている学校（園）数は 459 校（園）（97%）であり、学校種別では幼稚園—93 園（88%）、小学校—260 校（98%）、中学校—105 校（100%）である。うち学校敷地内全面禁煙—255 校（56%）、建物内全面禁煙—117 校（25%）、建物内に喫煙場所を設置し分煙措置—87 校（19%）に加え、今後 8 園、1 校が実施を予定しており、これらも加えると 468 校となり、99%弱の学校・園が何らかの受動喫煙防止対策を講じることになる。敷地内完全禁煙は市町村の方針により異なっているのが現状で、本年 4 月 1 日現在 2 市 3 町の教育委員会が、敷地内完全禁煙を実施している。本県学校医部会としては、昨年度、県教委に対し、禁煙・防煙の実態調査をお願いし、その推進の働きかけを行なった。

愛媛県内は平成 17 年 4 月 1 日現在、幼稚園が 89.0%、小学校 72.3%、中学校 61.4%、県立学校 100%である。

徳島県は県立高校で 17 年 4 月から敷地内全面禁煙、小中学校においては 18 年 4 月より移行の予定である。徳島県では早期に禁煙運動を全県下で行い、医師会が積極的に関与している。鳥取県では小中学校とも敷地内全面禁煙になっている。

岡山県では各学校の判断にしたがっているのでまだ少数である。

当県学校保健問題対策委員：村上先生「トップが喫煙者である場合、禁煙に対しては非常に非協力的である。教育委員会に積極的に働きかけていかなければなかなか実現しない。」

当県同委員：田原先生「トップダウンも大切であるが、子どもに対して『喫煙はいかに身体に害のあるものか』ということも常に話し続けていかなければいけない。ボトムアップも大切である。」

山口県：禁煙対策状況（平成 16 年 12 月末現在）

【1】敷地内禁煙校（率） [単位校（%）]

校種	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	前年比増減
小学校	5 (1.5%)	14 (4.1%)	21 (6.2%)	+ 7 (2.1%)
中学校	2 (1.1%)	3 (1.7%)	10 (5.7%)	+ 7 (4.0%)
市県立学校	0 (0%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)	0 (0%)
計	7 (1.1%)	18 (3.0%)	32 (5.3%)	+ 14 (2.3%)

【2】校舎内禁煙校（率） [単位校、（%）]

校種	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	前年比増減
小学校	60 (17.4%)	110 (32.3%)	147 (43.5%)	+ 37 (11.2%)
中学校	22 (11.9%)	37 (20.3%)	51 (28.8%)	+ 14 (8.5%)
市県立学校	0 (0%)	10 (11.5%)	10 (11.5%)	0 (0%)
計	82 (13.3%)	157 (25.7%)	208 (34.5%)	+ 51 (8.9%)

【3】分煙校（率） [単位校、（%）]

校種	平成 15 年度		平成 16 年度		前年比増減	
	喫煙室のみ喫煙	複数箇所喫煙	喫煙室のみ喫煙	複数箇所喫煙	喫煙室のみ喫煙	複数箇所喫煙
小学校	105 (30.8%)	112 (32.8%)	157 (46.5%)	13 (3.8%)	+ 52 (15.7%)	-99 (-29.0%)
中学校	67 (36.8%)	75 (41.2%)	113 (63.8%)	3 (1.7%)	+ 46 (27.0%)	-72 (-39.5%)
市県立学校	53 (60.9%)	23 (26.4%)	67 (77.0%)	9 (10.3%)	+ 14 (16.1%)	-14 (-16.1%)
計	225 (36.9%)	210 (34.4%)	337 (56.0%)	25 (4.2%)	+ 112 (23.1%)	-185 (30.2%)

議題 5. 学校結核対策委員会のその後はいかがですか 【高知県】

議題 6. 学校結核対策委員会のその後の取り組みについて 【広島県】

学校結核対策委員会の設立から 3 年が経過し、より使いやすい問診票の検討、当委員会にあがってくる生徒についての取り扱い等の課題をお尋ねしたい。

精密検診対象者のかなりの部分は、海外の蔓延国からの帰国者である。

3 年以上経過観察のものについては、委員会にあげないようにするか検討中である。

文部科学省作成の Q&A に手を加え、保護者対象の結核 Q&A を作成し、正確な問診調査を行うための啓発資料としている。

島根県では 15 年度の県下要検討者率は 1.6% が、16 年度に 0.53% 低下、要精検率 0.3% が 0.05% に低下、要医療者は 0.0% と変わらなかった。

山口県では平成 16 年度、要精密検査 0.28%、内訳は、経過観察 4 人、要医療 1 人、その他 6 人であった。

議題 7. 学校医活動の中での学校並びに担当医の個人情報保護法厳守について 【岡山県】

- ① 学校現場での健診業務、並びに医療機関における登校可否等にかかわる診断書提出業務などに対する、個人情報保護法遵守についてはより厳しく対応が求められることになった。学校並びに担当医の責任分担が問題となると考えられるが？
- ② 万一の漏洩訴訟が発生した場合、民事訴訟を含めた補償に対する責務の所在について、これまた、学校現場と医療機関の双方が対象となるがその責務範囲は？
- ③ 当県では教育長との懇談会で協議事項に提出しているの、教育庁との意見交換等が行われた場合は、その内容をご教示願いたい。

以上のような問題があるが、各県とも、子どもの健康に関して行うことで、重要なことであると考えている。しかし、法律で個人情報保護法が決まっているので、遵守しなければならない。個人で保険に入る先生もいらっしゃるが、漏洩訴訟等が発生しないように、日々の連携が大切だと考える。

情報の第 3 者提供の問題で、法令に基づくもの、身体生命財産の保護、青少年の健全育成や公衆衛生上の向上等にかかわることでは、ケース・ケースを考えなければならないが、問題ないであろう。

本県では、現時点で個人情報保護の観点及び医療機関にとっては学校が第三者となるため、主治医等に学校が連絡を取る際には、必ず保護者の了解を得て行うこととしている。

健康診断の結果報告については、保護者が医療機関における診断結果を学校に報告する様式例が県教委から参考として示されている。学校によっては、治療勧奨の保護者及び主治医宛の文書に、個人情報保護法により目的以外に使用しない旨を明記しているところがある。

学校にとって、学校医が児童生徒の健康管理を連携して進めていく中で、必要な情報を共有することは、現在のところ特に問題を感じていない。ただし、健康診断時においてはこれまで以上に、プライバシーへの配慮について学校医と共通理解を図るよう心がけている。

日医：子どもの主治医と学校医とを兼ねている場合は問題となることが生じるので、情報を区別しなければいけない。学校医に重大な過失がない場合は、雇用主である学校側に責任が生じる。あくまでの過程の問題であるので、これからの症例により判断されるであろう。あまり、学校保健の現場で個人情報保護法に関して神経質にならない方がよいであろう。

議題 8. 学校現場の AED の設置状況について

【島根県】

徳島県西部の高校において 4 月より運動中に 2 例突然死があり、AED の設置の機運は高まっている。少しずつ設置が進んでいるが、まだ多くはない。岡山県では平成 16 年度中に、県立学校及び教育機関に 10 台導入した。



当県でも学校で設置を検討しているところもあるが、まだ実施されていない。養護教諭研修会で AED の研修を行い、230 名程度が受講した。

日医：全国的な AED の各学校に於ける設置は把握していない。これからの検討課題となるが、ぜひ文科省で予算を立てて、各学校に一台くらいは設置していただきたい。

議題 9. 特殊教育諸学校における医療的ケアのガイドライン（特に学校医の責任に関して）について各県の状況を承りたい。

【島根県】

医療的ケアについて、看護師が養護学校に配置され、その時に起きた事故に関して、学校医は責任を負わなければならない。

子どもたちの健康に関しては、主治医がかなり関与しているので、校医と連携して問題が起こらないようにしていかなければならない。

鳥取県では実施要項のなかに、「学校長は、主治医の意見書等をもとに指示医に指示書を求める。なお、指示医とは学校の実態をよく把握している医師で指示書を作成する医師をいう」という具体的な手続を作成している。

日医への提言であるが、多くの問題を含んでおり、医療を行うにあたっての多くの問題点がある。文科省にも伝えていただきたい。

日医：「盲・ろう・養護学校における医療的ケア実施体制について」は、これから問題点が出てくると思うので、よい方向へ進んでいくことになるであろう。

議題 10. 学校・地域保健連携推進事業について

【島根県】

各県の状況を承りたい。今後の予定に関してどのような取り組みをなされるのかを中心としてうかがいたい。

現在 4 科の医師が会議に参加・派遣体制をとられている県は、愛媛県、鳥取県、岡山県、広島県、当県である。岡山県では 16 年度に精神科医派遣 6 回、児童精神科医 1 回、産婦人科医 0 回であった。

当県では、学校・地域保健連携推進事業については、本年度から 4 科医師を加え、県医師会理事の 5 人が委員として連絡協議会に参加している。平成 16 年度は 40 件 47 名の専門家を派遣しているが、その中で医師の派遣は 6 名にとどまっている。

どの県もこの事業が日医の目指した計画から外れている感をぬぐえないが、モデル事業ではなくこれから先の学校保健のひとつの重要な事業として定着させたい。

日医：引き続きこれからもこの事業にご協力をお願いしたい。

議題 11. 各県の学校内感染症対策について・その実態 【広島県】

学校現場での種々の集団感染症に対するマニュアル作成を行っているだろうか。

広島県では、市・町の教育委員会の取り組みで疾患別の対応マニュアル作成などある程度の対策を行っているところもある。

岡山県では「保健・安全管理の手引」を平成 10 年に作成し、全校に配布している。各学校へは、この手引きを参考に感染症対策をしていただくよう、市町村の担当者会・養護教諭及び保健主事研修会で周知徹底を図っている。

島根県では、16 年度のノロウイルスによる感染性胃腸炎集団発生状況報告では、2 小学校において 61 名の患者が発生している。養護教諭研修会では「感染症への対応—初期対応、シュミレーション」をテーマに研修を行う予定となっている。

県感染症対策委員会からの指導通達により、教育委員会を通しその疾患別に対応が決められている。ほとんどの県においては学校独自の対応マニュアルを作成しているところはない。

議題 12. 学校内体育活動において健康チェックをどのように行っているか。【広島県】

特に冬期の持久走などで稀ではあるが突然死の発生に結びつくこともあり、学校内での健康チェックの限界についての理解を得るなど努力をしているが、各県の対応は？



議題 13. 学校医の活動状況について 【山口県】

学校・地域保健連携推進事業を活性化するため、現在、学校医が健診、学校保健委員会以外にどの程度学校に出向き、子どもたちの保健に関与しているか、おうかがいしたい。

鳥取県では高等学校において、運動部に所属している生徒に対して全員の心電図検査を 3 月に実施、4 月の校医健康診断を受けるという健康チェックを行っている学校もある。

岡山県では、中高等学校における運動部活動においては、学校の定期健康診断等の結果を把握し、健康管理のための個人カードを作成し、部員の健康管理に十分気を配り、体調の変化等を見逃さないようにしている。

健康教育活動については、講演を行っている校医もいる。

現在のところ、学校における定期健診、プール、マラソン、運動会等の前に行われる健康相談、(あまり症例はないようである)、年 2～3 回の学校保健委員会くらいで、学校での予防接種もなくなった現在、校医が学校に行く回数は随分と減少している。

逆に、学校では、保健室登校、不登校、小中学校での校内暴力、生活習慣病等、多くの問題が出てきている。校医が学校に行く回数は以前と比較するとかなり減少してきている。本日の提出議題にもあるが、学校医への情報が遅れたり、学校医は何も把握できていない状況にある。やはり、学校医は積極的に学校へ出向き、学校へ出勤するという考えを持たなければ、本来の学校との信頼関係は築けないのではないか。本日も校医の報酬の件が問題になっていたが、地域保健に関することでは、ある程度ボランティア的な精神を持ってい

平成 17 年度 中国地区学校医大会

と き 平成 17 年 8 月 7 日 (日) 午後 1 時～
 ところ 山口県総合保健会館 2 階多目的ホール

報告：常任理事 濱本 史明
 理事 杉山 知行

今年度は山口県医師会の担当で開催し、各県より 5 題の研究発表があった後、2 題の特別講演が行われた。



研究発表

1. 学校現場で望むもの・伝えたいこと

鳥取県西部小児科医会会長 笠木 正明

学校保健研修会のシンポジウムで学校側と学校医側にアンケート調査を行ったが、学校医側の結果を中心に発表された。内科系学校医 66 名へ依頼し、43 人から得た回答によるものである。

学校医認定制については、依頼されて義務的に校医をしている方も少なからずあり、賛否相半ば

である。しかし、多くの学校医は一定の研修を受けて最低限の知識は担保されるべきと考えているようだ。疾病構造の変化もあり、学校検診で個々の大きな新たな問題を見出すことは極めて珍しく、検診は形骸化していると感じている校医は多い。また感染症や予防接種に関して「集団防衛」から「個人防衛」重視へ変化すべきとの意見もあった。

今後の学校医活動については、健康診断を含んだ「保健管理」という視点を持って、「保健組織活動(学校保健委員会など)」を大いに活用し、「保健教育」の面を伸ばしていければとの提言で話を結ばれた。

2. 成長期の整形外科的チェック

岡山県医師会理事 小武守 研二

予防をめざした成長期の整形外科的チェック法を考える目的で、モデル校を数校選び中学 1 年生 120 人(男 64、女 56)のアンケート調査を行った。座り方と体の柔軟度を調べ、身長、体重、座高を小学校 1 年生の時のものとあわせ報告してもらった。次の 4 つの指標を選択した。



①身長増加率〔(中 1 身長 - 小 1 身長) ÷ 小 1

身長]

②体重増加率 [(中 1 体重 - 小 1 体重) ÷ 小 1 体重]

③下肢増加率 [(中 1 身長 - 中 1 座高) ÷ (小 1 身長 - 小 1 座高)]

④ローレル指数 [(体重 ÷ 身長³) × 10⁷]

この 4 指標と座り方 (椅子、横座り、長座、あぐら、正座) と柔軟度 (5 点満点) の相関を検討し、また座り方と柔軟度の関連と男女差についても検討した。

以上より、①座り方と成長 4 指標間に相関は見られなかった。男子では椅子、あぐらが多く、女子では椅子が多かった。②ローレル指数との間にやや正の相関傾向が見られたものの、柔軟度と成長 4 指標間に有意の相関は見られなかった。女子は柔軟度 5、4 点が半数以上、男子では 1、2 点が約半数であった。③今後はアンケートでなく、検診の場合、柔軟度は数字の総和で検討すべきと考える。

3. 平成 15 年度山口県学校心臓検診報告書のまとめ

山口県医師会学校心臓検診検討委員会委員長
砂川 博史



平成 13 年から県教育委員会の委託で心臓検診システムの見直しが始まり、「学校心臓精密検査受診票」(以下受診票) の県下統一様式が平成 15 年度から導入された。

一次検診は①調査票、②心電図検査、③追跡検診 (前年度までの全「要管理者」)、④内科検診等を利用して、要精密検診者の抽出を行う。③は各校の養護教諭等、他の 3 つは検診受託業者によりそれぞれ「受診票」が作成される。その後個別に精密検診医療機関 (手上げ方式指定) を受診する。受診票は 4 枚複写で、①医療機関の控え、②医師会提出用、③学校提出用、④本人控えからなる。「受診票」は当委員会に集められ、チェックし、必要に応じて担当医師 (医療機関) に照会し、判定などの訂正を求めることもある。これらを通じて検診システムの信頼感の向上にも繋がる

と考えている。

平成 15 年度は心電図検査が必須項目となる新一年生は 37,987 人で内 37,731 人が心電図検査を受けた。精密検診対象者は平均で 2.45% である。未受診者が多いのは定時制高校 (83.3%) で、中学校 (15.5%)、高校 (10.3%) がこれに続く。手法別抽出状況は②心電図検査によるものが 825 例 (72%) と多く、次いで追跡検診からである。新一年生では①調査票からの抽出もかなりある。精密検査の結果、約 41% が「要管理」となったが、いずれの学校種においても一年生でもっとも多い。A 区分はなかったが、B 区分は 5 例あり、いずれも重症の心疾患で、運動が確実に致死悪影響をもたらす一連の疾患でもある。D 区分は 11%、E 区分は 83% であった。一次検診に用いている 4 手法の抽出結果 [ヒット率 (%) = 要管理数 ÷ 要精密数] を見ると、調査票がもっとも高い (60.87%)。抽出数をもっとも多い心電図検査は 30% 程度である。また追跡検診は 80% 弱であるが、これは前年度「要管理」と判定された例が「管理不要」に区分換えが行われたことによる。

今後の課題としては①心電図判読基準の再確認、②精密検査受診票の全数把握、③精密検診未受診者を減らす対策、④疑義処理の完全実行等が挙げられた。

4. 生活習慣病予防対策に関する調査研究—第一報— 広島市学校保健会内科的疾患対策専門委員

生活習慣病部会 永田 忠

児童の生活習慣病予防対策の指針を策定することを目的として、客観的に栄養状態をみるために、成長曲線・肥満度曲線を用い肥満傾向を調査研究した。



広島市立小学校 9 校の第 5 学年 1 クラスの児童全員を対象とし、身長・体重を発育評価支援ソフト Upsee ver. 3.0 に入力し経過を追った。実施期間は平成 17 年 1 月 13 日から概ね 3 か年程度とし、毎年新 5 学年 1 クラスを選定し、対象となった児童は第 6 学年にも追跡調査することとした。今年平成 16 年度に

第 5 学年であった 9 校、9 クラスの 309 名（男 169 名、女 140 名）のデータが集まったので、第一報として報告する。

太りすぎの児（+ 50%以上）は男 5 人、女 1 人、やや太りすぎ（+ 30%～+ 50%未満）は男 10 人、女 5 人、太り気味（+ 20%～+ 30%未満）は男 16 人、女 10 人であった。太りすぎの児は学校医と相談し、かかりつけ医に相談するよう指導する。学校での心電図検査も勧め、今後注意深く経過観察する。やや太りすぎ・ふとり気味の児は慎重に経過観察する。

5. 島根県下の昭和 36 年度から平成 16 年度までの過去 43 年間の突然死とニアミス例の解析

島根県医師会学校医部会常任委員 羽根田紀幸



上記 43 年間に学校管理下の突然死として、日本体育学校健康センター島根県支部へ報告された資料から内因性突然死をピックアップし、さらに二次調査も行い、死因を心臓と心臓以外に分類した。また昭和 55 年度

から平成 16 年度の 24 年間の心臓が原因と考えられる突然死とニアミス例を、県内基幹病院小児科心臓外来担当医に調査した。さらに同 24 年間の学校心臓検診で発見された突然死の可能性のある症例をリストアップした。

43 年間に報告された内因性突然死は 32 例（男 28、女 4）で、心臓性が 25 例（男 23、女 2）、非心臓性が 7 例（男 5、女 2）である。ニアミス例は 4 例で、3 例は小 1 時の心電図検診で Romano-Ward 症候群と診断されている。もう 1 例は電車で遅れまいと走った直後に心室細動(?)を起こした高 1 女子で、特発性心室細動の可能性が大きい。また Romano-Ward の 6 家系が見出されている。

三つの調査研究により以下のまとめを得た。内因性突然死 32 例(心臓性 25 例)、ニアミス 4 例(すべて心臓性)。心臓性突然死・ニアミス 29 例(男 25、女 4) 中、27 例に運動が関与している。心臓検診に心電図導入前の心臓性突然死 12 例はすべて「急性心臓死(基礎疾患不明またはなし)」。

心電図導入後、危険な不整脈・Romano-Ward 症候群を発見、「急性心臓死」が減少した。二次検診に心エコー導入後、心筋症や原発性肺高血圧の発見頻度が上昇し、「基礎疾患なし」はニアミスの 1 例のみであった。

結論として、心臓検診への心電図導入は突然死防止に有用であり、心エコーの導入はさらに有用である。心臓検診においては突然死だけでなく、ニアミスの家族歴にも注意すべきである。今後は第一発見者がその場で蘇生ができるような指導の充実と、学校への自動体外式除細動器(AED)の設置が望まれる。

特別講演 I

学校危機とクライシスレスポンスチーム(CRT)

山口県精神保健福祉センター所長 河野 通英



2003 年に起きた池田小事件はかなりの衝撃であった。この事件がきっかけで専門職の先生方に声をかけ、2003 年 8 月にこのチームが発足した。山口県精神保健協会の中の組織として活動すること

なった。最初は山口県ではそのような事件は起きないだろうという予測であったが、この 2 年間ですでに 8 回の出動があった。

CRT についての簡単な説明をさせていただく。

学校の対応能力(エネルギー)の不足分を補い、本来の学校運営が行われるように、心のケアを行っていく。

学校の対応能力(エネルギー)



事件の衝撃度

レベル	事件規模	事例案
Ⅵ	大規模	●大震災で多くの学校で多数の児童が死傷
Ⅴ	大規模	●大阪池田小事件 ●えひめ丸事故
Ⅳ	中規模 Ⅳ	●京都宇治小侵入傷害事件（全国のマスコミ殺到） ●光高校爆発物事件（〃）
Ⅲ	中規模 Ⅲ	●登校中の交通事故死、複数児童が受傷・目撃、学校への取材あり ○母親による児童虐待、学校への取材あり
Ⅱ	小規模	●体育中に児童が倒れ、搬送先の病院で死亡
Ⅰ	小規模以下	○家族旅行中の交通事故死 ○自宅で家族の自殺を児童が目撃

学校の危機対応がしっかりしていないと、メディアに支配され保護者や生徒の信頼を失ってしまう。いくら心のケアといってもそのような状態では効果がなく、学校の安定が一番重要である。

事件の衝撃度のレベル分けであるが、光高校は中規模のレベルⅣである。一県あたりでは 20 年に一回くらいの割合で起きるので、最近の山口県での親子心中事件が 4 件起きているのはめずらしいと考えられる。親子心中は究極の虐待であると考えられるが、虐待の統計上には挙がっていない。

CRT とは

CRT はレベルⅢ以上で適応される。

- 1) 即日の緊急展開が可能であること
- 2) 3 日間の緊急対応特化していること

発生から 3 日間限定の短期集ケアに特化している。応急処置のみでアフターケアは行わない。本格的治療やアフターケアは別の資源を活用していただく。元々の問題にもタッチしない。

- 3) 現地スタッフへの支援を中心としていること

学校 CRT は教師をサポートし、教師の安定を図り子どもへ適切な対応方法を身につけていただく。間接的に子どもたちの安定を図る。被害程度の軽い子どもたちの多くは、間接ケアで安定することが期待できる。

- 4) ケアの責任は学校や教育委員会にあること

学校 CRT は学校や教育委員会の傘下で活動する。危機対応やこころのケアの最終責任は学校や教育委員会にあるわけで、学校や教育委員会の対応が不適切であれば、

CRT の効果は失われる。

- 5) チームの独立性がある程度担保されていること

学校や教育委員会に対して、専門的かつ中立な立場から強く助言できるだけの独立性が必要である。学校や教育委員会の傘下で活動するが、指揮下に入るわけではない。

- 6) チーム内の指揮系統が明確であること
- 7) 他職種の専門家チームであること
- 8) 日頃から訓練され、十分なチームワークがあること
- 9) ロジスティクス機能を持つ自立型のチームであること

山口県 CRT の概要

名 称：山口県クライシスレスポンスチーム
略 称：CRT（通称名・はーとワープ・チーム）
目 的：学校危機へのメンタルサポート（緊急対応）

対 象：山口県内の小中高等学校に所属する子どもたちの多くが心に傷を受ける可能性がある事件・事故等

依頼方法：校長または所属の教育委員会から CRT 情報センターへ電話で依頼

派遣隊員：CRT に登録されている専門職数名

派遣期間：3 日間以内（アフターケアなし）

支援内容：①評価とケアプラン政策の手助け
②教職員への助言、サポート ③保護者への心理教育 ④子どもと保護者への応急対応 ⑤その他

運用組織：山口県精神保健福祉協会

隊員登録状況

隊員区分		職種		待機区分	
指揮隊員	3 人	医師	3 人	先遣隊可	15 人
(指揮担当)		臨床心理士	5 人	後続隊	2 人
正規隊員	7 人	精神保健福祉士	3 人		
(直接ケアまたは補助業務)		保健師	1 人		
補助隊員	7 人	看護師	3 人		
(補助事業のみ)		その他	2 人		

派遣隊員の区分は指揮担当があり、全体の指揮統制、校長や教育委員会への交渉、文章作成や危機管理サポートを行い、マスコミの対応（説明）を行う。直接ケアは中核が臨床心理師で、個別や集団でのケアを行う。大事なものは補助業務であり、寝食を忘れていたので、食事等の補給支援、苦手な食事をデータにしている場合もある。隊員の配置管理や印刷業務等、雑務一般を行い、情報管理（出してよい情報か否か等）も行う。

光高校爆破事件

全部で過去 8 回の出務があり、1 回目は事件発生から 4 時間で現地に到着した。

今回の事件は、部外者の侵入により起きた事件ではなく、死者がなかったため、強い PTSD を訴える子ども達はいなかった。多くの生徒は表面的には落ち着いて見えた。教室や保健室や病院でも、友達と一緒にいる時は安心感があり、普通にしている生徒が多いが、一人になると、不安が出るようである。個人面接ではいろいろな感じ方を表現し、ある程度話す多くの生徒達は落ち着いて帰宅する。不眠や食欲不振、不安を訴える生徒や物音への過敏な生徒がいた。

二次被害と心の応急処置を行ったが、やはり、マスコミ対応は特に気を使うこととなる。

プライバシーに配慮しつつも、出せる情報は積極的に提出すること、下手に隠し立てはしないこと。個別取材は当分の間は避けて、時間はかかるが、定期的に記者会見を開くこと。こころのケアについては CRT から説明させる。記者は国民の代表として質問をしているので、かなりトンチンカンな質問でも、誠実に対応し回答すること。マスコミ向け文書（CRT より）作成は 2 回行った。

記者会見には同席すること。3 日間で 5 回の記者会見が行われ、合計 8 時間同席した。こころの専門家としてその立場からコメントした。

今回、小児科の先生がご自分の診療所を臨時休診して、CRT に参加協力していただき感謝している

アフターケア**身近な受診先として**

子どもはからだの症状を訴えることが多く、このような場合にははじめから精神的なものだと決めつけずに、からだを診る医療機関を受診していただく。子どもより保護者の不安が強い場合がしばしばあり、医師の一言で随分と楽になる。

精神科医療機関への橋渡し

精神科受診が望ましい場合でも、なかなか受診してもらえない。一度内科や小児科を受診していただき、そこから精神科を勧めただけだとスムーズに行くので、そのような受け皿になっていただくと助かる。

学校医**直後の対応**

校内で事案が発生し、直後に駆けつけることが可能な場合には、応急処置や保健室（養護教諭）への支援をお願いしたい。

可能であれば、容体や見立てなどを救急隊員に伝え、適切な搬送先が選択できるようご支援いただきたい。あるいは、関係する医療機関への連絡・調整をお願いしたい。

特別講演 II**学校・地域保健連携推進事業と中央情勢**

日本医師会常任理事 伯井 俊明

初めに中央情勢として医政活動の重要性について少し触れる。一般の医師は真面目に勉強し診療を行ってれば、患者さんに対して大概の思うことはしてあげられると考えられているようだが、それは必ずしも正しくない状況になってきてい

る。国の財政逼迫のなか、財政主導により医療や社会保障費が抑制されてきている。正当な議論は声高にするべきだが、きびしく、むなしく、かなしいけれども多くの政策が最終的には政治で決められている。政治力をつけないとわれわれの主張は通らない。政治力の最たるものは選挙で票をとることである。

学校医制度は明治 31 年の勅令によって設けられ、早や 100 余年となった。21 世紀に入り、大きな変革期の中で児童生徒を取り巻く環境も大きく変化し、学校保健の分野においてもさまざまな課題が出てきた。新しい時代における学校医活動の見直しの方向性について、1997 年、「生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興のあり方について」の保健・体育審議会答申が出た。これにより「ヘルスプロモーション」の理念に基づく健康の保持増進、生涯にわたる心身の健康に関する教育・学習の充実、「健康管理」から「健康教育」へなど 21 世紀の学校保健活動の方向性が明示された。

学校保健の現場では、学級崩壊、不登校、いじめ等のこころの問題、10 代に増加がみられる性感染症の問題、アトピー性皮膚炎やアレルギー性



鼻炎等のアレルギー性疾患の問題、運動器・スポーツ障害などの問題等が具体的に存在する。このような諸問題に対応するため精神科、産婦人科、皮膚科、整形外科の各 4 科の専門医に学校保健活動に参加してもらうべく、平成 16 年度から学校・地域保健連携推進事業が開始された。文科省の主管であり、平成 16 年度 2 億 1136 万円の予算で、3 年間の継続事業である。この事業の間に 4 科の専門校医の学校保健活動への参加を各地で格段に進めてほしい。

経口用セフェム系製剤
(セフジニルカプセル, セフジニル散)



薬価基準収載

セフゾン® 細粒小児用
カプセル 100mg / 50mg

指定医薬品、処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

Cefzon®



製造販売 アステラス製薬株式会社
東京都板橋区蓮根3-17-1
[資料請求先] 本社/東京都中央区日本橋本町2-3-11

■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌・原則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ください。

05/8作成.45×170mm.B.01

郡市医師会地域医療担当理事協議会

と き 平成 17 年 8 月 11 日 (木) 午後 3 時～午後 5 時

ところ 山口県医師会館 6 階会議室

[報告：理事 弘山 直滋]

佐々木常任理事：来年の遅くとも夏ぐらいまでには、第 5 次山口県保健医療計画が策定されることになっており、これから 1 年かけて行政側と協議していくが、その基礎となる大事な協議会なので、活発な意見を期待する。

藤原会長挨拶

来年度は医療制度改革に伴う第 5 次医療法改正が予定されている。厚労省はその準備段階として、医療計画見直し等に関する検討会に、平成 18 年度医療制度改革を念頭においた「医療計画の見直しの方向性」という厚労省案を今年 3 月末に提出していたが、7 月 11 日に同検討会よりその「中間まとめ」が示された。

この基本的な考え方として 3 つのコンセプトを掲げている。1 つは住民、患者に分かりやすい医療提供体制、2 つ目に質が高く効率的で検証し

やすい医療提供体制をつくる。「検証しやすい」ということに大きな意義がある。3 つ目は都道府県が自主性、裁量性を発揮することにより、地域に密着した保健医療提供体制を確立する。都道府県が自主性、裁量性を発揮するということには、非常に大きな意味があり、地方分権、三位一体改革の流れの中でこれを打ち出してきた。今の「検証しやすい」と「都道府県が」ということは是非心に留めておいてほしい。

見直しのポイントは、主要な疾病・事業ごとに 8 つの指標を提示し、数値目標を設定することである。以前、尾形裕也九大教授（厚労省地域医療ワーキンググループ座長）が PDCA という考え方を紹介されたが、PDCA とは「Plan、Do、Check、Action」で、8 つの指標を設けて、それを検証することを意味していると私は理解している。ステージとして、健診・検診、治療・診療、

出席者

大島郡	岡原 壽典	防 府	水津 信之	県健康福祉部医務課
玖珂郡	藤政 篤志	下 松	丹山 桂	地域医療班調整監 古谷 修二
熊毛郡	田尻 三昭	岩国市	小林 元壯	主 幹 石丸 泰隆
吉 南	山根 仁	小野田市	瀧原 博史	
美祢郡	下井 利重	光 市	光武 達夫	山口大学医学部公衆衛生学
阿武郡	藤原 弘	柳 井	守田 知明	助 教授 奥田 昌之
豊浦郡	高橋 徹郎	長門市	斎木 正秀	
下関市	石川 豊	美祢市	高田 敏昭	県医師会
宇部市	綿田 敏孝			会 長 藤原 淳
山口市	太田 貴久			副会長 木下 敬介
萩 市	売豆紀雅昭			常任理事 佐々木美典
徳 山	賀屋 茂			理 事 弘山 直滋

リハビリ・在宅・ターミナルケア等があるが、その中で有病者の受診割合、あるいは社会復帰に要する期間など 4 つの指標に関しては、受療率、再入院率、治療期間、連携パス利用等々、複合的な指標を用いて検証する。そういうことで保健医療の質の向上を目指すと言っている。そのためには、かかりつけ医を中心とした地域医療連携体制を構築することが、大変重要となってくる。その意味するところは、医療現場からデータを取ることであり、レセプトやカルテの活用となり、IT も絡めた厚労省の目指す方向に繋がってくる。最近の厚労省の動きを見ていると、当初「日常医療圏」と言っていた医療連携体制構想と認定医療法人、それから各都道府県における保険料設定、さらには（山口県においても 10 月から発足予定）の保険者協議会あるいは地域職域連携推進協議会など、いくつかの言葉を寄せ集めてみると、まさに米国で 1990 年代から行っている広域医療圏統合ネットワーク（IHN）を厚労省は参考にしてやっているなど気づく。そこで、6 月 21 日の都道府県医師会長会議で質問したわけである。そのことに関して、日医が社会保障審議会医療部会において厚労省に質問しているが、厚労省は前からやっているという言い方をしている。恐らくこれは逆だろうと私は理解している。

問題点で肝心なことは、診療情報ネットワークにレセプトや電子カルテ、健診データを載せることで、患者を一元的に管理する点にある。以前、医療情報システム委員会でも投げかけたことがあるが、IHN がうまくいくかどうかは、患者のデータが共有できるかどうかは 1 番のポイントであり、これを推し進めるということは、医者立場からすると医師の裁量権に直結した問題にある。医師の裁量権というと、われわれには通用することだが、国民に通用するかどうかは考えないといけない問題である。こうした裁量権は、公益を無視して自分達のエゴのために既得権益を守ると取られかねない。しかし医療というのは数字や物ではなく、対象は患者さんである。よって、一定のこうしたことは参考資料にはなるが、どんどん進めるといことは医師会として、医師としては困るのではないか。しかしながら、今後の先行きについては、われわれ医師の裁量権がということで

ストップをかけることは、よほどの理屈がないと困難だとも思っている。

今日はそうした問題があるということ先生方にもよくお考えいただき、どういう方向性で行くのがよいのか共に考えていこうと思う。この問題を日医に投げかけてもなかなか答えが返って来ない。地域でやられてよいと、何回も突いた揚げ句の答えがそうである。山口県としても真剣に考えて、より効率的（効率的という言葉は使いたくないが、ある意味の効率性が求められる）、限りある医療資源の中でどのように効率的に行うか、われわれも一緒に考えないといけない問題である。その点もご検討いただき、ご意見をお聞かせいただきたい。

1. 第 5 次山口県保健医療計画に対する郡市医師会の意見・要望について

7 月にご意見を書いていただいたので、今日は各郡市医師会の現状と意見・要望をディスカッションしていただく。第 5 次山口県保健医療計画に対する意見は、テーマ別に 1～7 とあるが、今日は 3 と 5 を除き議論していただく。テーマ 3「医療情報ネットワークと医療機関連携について」は 10 月の第 3 回地域医療計画委員会で、又テーマ 5「医療と介護の連携（在宅医療と地域包括ケア）について」は 9 月の郡市介護保険担当理事協議会で集中的に協議する。

テーマ 1：救急医療（災害医療含む）について

岩国市：力点をおいているのは、3 次救急を担当している岩国医療センターのアクセスの問題である。救急車が JR 山陽本線の踏切を何十年も変わらず渡っている。いくつもの省庁が絡み合って難しいところがあるが、東部地区の 3 次救急を預かっているため、是非考えてほしい。今回 MC 協議会メンバーに医師会、医師会病院の救急担当理事を入れてもらって解決したように思えるが、東部地域の岩国の現状が県行政に分かってもらえていないように思う。

佐々木常任理事：MC 協議会については、昨年岩国市医師会長からも要請されており、この 8 月の MC 体制の見直しで県に受け入れてもらった

ところである。

玖珂郡：2 次、3 次救急は、岩国医療センターや医師会病院にお願いすることが多い。具体的には、今後在宅当番医制がどうなっていくのが問題である。合併も行われ範囲が広がる中で、岩国に連れて行くほどではない患者を地元で処理できるのか、在宅当番医制が当面、救急医療の中で問題になる。先ほど言われた岩国医療センター近くの踏切の件であるが、玖珂から救急車に乗っていく際、踏切でひやひやしたことがあるので是非ご配慮願いたい。

柳井：柳井医療圏では、輪番制が周東総合病院と大和総合病院であった。合併により、大和総合病院が光市立になったが、柳井医療圏ということで現在も輪番制でやっているが、いつまで続くのか問題である。夜間休日診療所が柳井市にはない。2～3 年前から設立に向けて行政と協議を重ねてきたが、今回大畠と広域合併したので延びている。箱物を作るには財政的に厳しいものがあり、現在周東総合病院が増改築をしており、救急外来まですることになった。急患室（救急治療室）スペースをかなり広く確保しているので、開業医に 9 時か 10 時頃まで出務してもらうことができるかどうか、そういう形で検討していくことになっている。診療報酬は病院に入るが、出務した開業医にはそれなりの額を病院が支払う。特に小児科が問題で法律上は可能と思うが、それ以上協議していない。急患室が広がるので何らかな形で利用していきたいと考えている。

防府：県立総合医療センターがあるために、市が力を入れない。在宅外科当番医のフィーが山口市に比べ 1/3 か 1/4 くらいで非常に安かった。陳情した結果、少し上げてもらった。オーバーベッドの問題が絡んでくる。急患の場合、収容できなくなることがあるので県に考えてもらいたい。一時的にオーバーベッドになることによって、患者を転送させなければならない。インフルエンザ流行期間においても同様である。患者は、一次でも二次でも三次でも総合医療セ

ンターに行くので、病院の先生は忙しいが、他のところには行かない。住民は大きな病院に行けば安心する。普及啓蒙活動が不足している。防府市の休日診療所は中心部にあり、県立総合医療センターは市のはずれにあるので、医師会は休日診療所を発展させてやっていくスタンスをとっている。医療情報ネットワークでの情報のやり取りは、二次輪番病院は電話で救急車と直接行っており、その方が速い。将来的には TV 電話も必要と考えている。

吉南：今秋、広域合併してからということで、問題意識はあるが、どうしていいかわからないのが現状である。今までは吉南医師会は山口市南部と 3 町との間で在宅当番医制を組んで補助金をもらっていたが、その補助金はどうなるのか心配だ。将来的に整合性のあるものにしないと当然住民からクレームがでてくるのは明らかである。救急については、今まで山口市と吉南医師会は、山口日赤、済生会、小郡第一病院の輪番体制で行ってきたし、この体制は変わらないと思うので、大きな問題は生じないだろうと思う。医療圏が違うため、救急車が出るところが違うことで時々トラブルが起きている。

佐々木常任理事：吉南医師会の意見・要望にある「災害時医療の教育」については日医に提案する予定である。

萩市：内科、外科に関しては輪番制で問題ない。一次二次の連携はうまくいっている。やっと小児科が市民病院にできて、二次対応ができるようになったが、一次を担当する 3 人の内 2 人が高齢と病気でできなくなり、若い医師 1 人と市民病院が一次を担当しているが、それ以外は内科が対応している現状であり、一次が不足してきている状況である。二次医療においても、小児科の新生児、難病は圏外の山口日赤にお願いしている。

佐々木常任理事：萩市の要望にある会員への ACLS の講習、市民への BLS や AED の普及については、県医師会としても十分検討して、何ら

かの支援をしたい。

宇部市：医療圏の線引きを動かす予定はないのか。

県：宇部・小野田圏域はない。山口市と何処が合併するか、また美祢市が秋芳町と合併した場合は、どうするか問題がでてくる可能性はある。山口市は阿知須町等と合併するので、変わってくる。

宇部市：宇部医療圏から阿知須がはずれるのか。

県：そうなる。

テーマ 2：小児医療（小児救急医療含む）について

山口市：24 時間対応するといいいのだが、今のところ大病院に偏っている。かかりつけ医にかかるよう医療体制を確立しようとしているが、なかなか協力が得られないため進んでいない。出生前・出生後の小児保健指導は以前実施していたが、今年 4 月から廃止になった。小郡町にはこの制度があるため、新山口市では、それに類似の制度を開始するとの返答を山口市から受けており、10 月から始まる。

下関市：小学校就学前の医療費は所得制限付きの公費負担となっているが、全未就学児の公費負担を要望している。生後 1 か月健診は産婦人科、一部小児科がやっているが、任意のため公費扱いにしてほしい。現在は 3 歳児健診の次は就学時健診となっているが、学校で問題となっている軽度発達障害児の早期発見が見込める 5 歳児健診実施の検討をしてほしい。救急の理想的な形としては、基幹病院に開業医が詰めてそこで一次の患者を診て、重症の場合病棟にあげて診てもらうのが効率的と思う。全地域この形にもっていくのが日本小児科学会の考え方だ。ただ現実とは別で、下関には 3 病院があり、それぞれに既得権があるため特定の病院に肩入れするのは難しいのが実状である。現在、救急センターはわれわれ団塊の世代でやっているが、今後今の体制が続けられるかどうか問題がある。早い時期に効率的な形にしていけたらと考える。

美祢市：小児医療費の所得制限撤廃。小児救急電話相談の効果について検証してほしい。休日夜間小児二次救急の受入機関情報の提供をしてほしい。

佐々木常任理事：例えば美祢市の場合は宇部、山口、小郡に行けるので、今後医務課と医師会で情報提供を検討していきたい。

岩国市：岩国市では医師会病院が 24 時間小児救急の一次二次をやっている。ウィークデイは 7～11 時の間、開業医（内科 2、外科 1）が詰めている。うち内科の 1 人に小児科が入るが、全部埋めることはできないので、患者家族に今日は小児科がないがいいかと了解をとる。小児科医の数が少なく、ますます高齢化していて小児科医の確保が難しい。会員は医師会病院設立に投資しており、救急を含めて病院経営に責任を感じているため、出務に関して問題ないが、今後合併の大問題がある。

テーマ 4：在宅医療と地域医療連携について

山口市：山口市では、山口・吉南地区ケア連絡会議が運営されていて、総合的サービスが受けられる。しかし、介護サービスを受けても在宅療養が困難な高齢者もあり、こういった人達が在宅に近い形で安心して過ごせる施設が確保できないかが問題だ。

宇部市：宇部市周辺では、退院情報連絡システムがあるが、周知徹底されていない。退院後の主治医が決まらない方は、健康福祉センターに連絡すると市町村が動き、医師会と相談し、その後のケアカンファレンスを行って主治医を決めており、比較的うまくいっている。

岩国市：回復期リハが認可され、動き出してやっと 1 年経ち、順調に運び始めた。スタッフも若いしやる気があり、いったん回復期リハに入院された方は、70% は自宅に帰すんだという意気込みで、自宅の構造を踏まえた上でどうリハに取り組んで行くのかを考えて連携がうまくいっている。自宅に帰ってからの医師と介護施設と

の連携もうまく行き始めた。

佐々木常任理事：苦勞されてリハビリセンターを運営されているが、他の地域にない特徴があり、頑張ってもらいたい。

玖珂郡：高齢者が多い地域で、介護施設、療養型施設も比較的多いが、ニーズに合っていない。在宅にしても若い人がいないため、老老介護がついて回る。医師会と行政（玖珂町、周東町）で訪問看護ステーションを立ち上げているが、合併に絡んで、今後運営が厳しくなる。契約している町がなくなり、医師会の運営参画が難しくなる。いずれ民間委託していかないとはいけなかもしれない。ほとんどの医療機関が療養型病床でほとんど満床のため、急性期の高齢者は岩国にお願いするが、病気が落ち着いても亜急性期の医療機関が少なく在宅に帰せない。急性期でお願いしている岩国の方も困っている。

佐々木常任理事：調査には出て来ないが、中間（亜急性期）施設が量的に不足している。

防府：介護とも絡むが、在宅医療の患者が認知症で問題行動がでるとすぐ入院となるが、（福祉の問題であるが）上手にケアできるようなスタッフの教育制度を考えないといけない。

テーマ 6：主要疾患別診療ネットワーク

岩国市：脳卒中では岩国は脳外科が充実しているので脳外科が対応しているが、やはり神経内科が診た方が予後に関してもいいのではないかと考えるが、それがまったく足りていない。がんに対しては正確な診断とふさわしい治療ができればいいと考えており、岩国では充足しているが、末期に関しては、残念ながらホスピスというかターミナルケアを扱う病棟がない。現在ある山口、宇部の医療機関の経営状態をオープンにしてもらいたい。岩国医師会病院にも作りたいが、赤字になるのでは難しいので、現状の経営状態を教えてください。

吉南：つい最近の日医雑誌にがん診療の拠点病

院構想が出ていた。がん治療の現状は、病院の医長の能力に頼っており、医長がいなくなれば患者はどこに行くのか、術後どこに行けばいいのか。バラバラなシステムでやっていたら統計すら取れない。われわれも専門領域以外はどこに送っていいかわからない。がんを本当に克服するのであれば、がんセンターが必要だ。人口 120 万では作るのは苦しいが、がんはがん専門の人がやらないと無理だ。

熊毛郡：開業医が往診で在宅患者を診ているが難しい症例などがあり、勤務医師と一緒に往診するといいのではないか。

柳井：地域連携パスのカバー率は全入院患者の 30% をカバーしている。院内だけでなく開業医も含めてパスを作れば地域として疾患、術後のフォローができる。患者も定期的に基幹病院で診てもらえる。心疾患も現実にはパスはできていないが、開業医に帰す時にこれ位の期間で検査させてほしいと書いているので、パスそのものを作ることはそう難しいことではないと思う。ノウハウは院内できちっとやっているのだから、診療ネットワークという意味ではなかなかいいツールではないか。診療情報ネットワークは可能であると思う。

佐々木常任理事：国の医療計画見直しでも連携パスは時間を割いて検討している。基幹病院で院内のツールを公開し、順調にいけば診療ネットワークとして期待される。

玖珂郡：東部地区の結核病床についても一度考えてほしい。

県：国立柳井病院から結核病床の廃止届が出された。思い止まってもらうように陳情もしたが、結局、病床の廃止は許認可ではなく単なる届出だけでよいことから廃止された。結核の治療が三剤投与だけで入院しなくてもほとんどやれる方針が打ち出された。法律が変わるともっと病床が少なくなるのではないかと考えている。現在、基準病床と既存病床が同じ位の 160 床前

後だが、これが半分ぐらいに減少するのではないかと頭を抱えている。新たに結核病床を持つということは、まず不可能だ。

岩国市: 岩国地区では、結核患者は減っていない。しかし、宇部の山陽病院は遠いということで、ほとんど広島に行っている。

テーマ 7：医師確保問題及びへき地医療について

玖珂郡: 玖北部の医師確保は、自治医大頼みで苦労されている。開業医も経営面を考えると過疎地でやっていけるのか心配だ。資格を必要とするコ・メディカルの確保が難しいため、養成する学校を検討してほしい。

熊毛郡: 上関のへき地・離島の問題は行政にお願いしないといけないのが現状である。

萩市: 県立総合医療センター内のへき地医療支援機構から自治医大の先生を派遣してもらっている。本来なら市民病院が対応すべきところだが、人員不足のため県にお願いしている。最近の若い医師の考え方が変わってきている。へき地でも、時間とゆとりがあるところならなんとかなるような印象である。定期的に医師を派遣してもらって無医村にはならないが、診療科が違ったり、1～2年で変わることで住民の不安があるようだ。

佐々木常任理事: 萩市では地域医療推進課が新設され、へき地医療を統括する人材の強固なネットワークが各自治体間で形成されれば、支援体制がもっと安定するのではないかとという前向きな意見もあり、参考にしたい。

医務課は、保険医療計画の見直しでかなりの部分を執筆されるので、今日の意見を十分に課内で検討し、反映していただきたい。

2. 平成 16 年度山口県患者調査・医療機関調査最終報告書について

山口大学医学部公衆衛生学助教授 奥田 昌之
昨秋に実施した入院患者調査は、10 月中のあ

る 1 日をもって入院患者の全数調査した。退院患者調査は、それに先立ち 9 月の 1 か月間に退院した患者を対象とした。調査の後に全医療機関を対象に、医療機関の長に対する意識調査したものをまとめている。

最初のページにコメントを書いているが、最終的には医師会がまとめとして書いている。退院患者、入院の状況、入院患者数の変化など中心に捉えまとめている。主だったものは、退院可能な患者比率が前回調査より減っている。入院患者の入院期間は今回の調査では短くなっている。入院期間・在院期間、退院後の行き先についてはかかりつけ医との関連は難しい。

意識調査と実態調査を併せて行っている。医療機関に実際どれくらいのベッドや機能を有しているのか、また、地域医療連携の中では病院のスタッフの配置、医療機器の設備を医療圏ごとにまとめており、共同利用できるかなど地域連携を強める手立てとなる。在宅医療に関する能力の把握や小児医療に対する対応などもまとめている。地域との連携については医療機関の長の認識など今後の参考にしていただければと思う。

佐々木常任理事: これらの最終報告書は現在印刷中で、9 月下旬に郡市医師会に配付する予定である。

厚労省の医療計画見直し検討会の中間まとめが 7 月中旬にでたが、県医務課が中心となって次期山口県保健医療計画のフレームが大体出来上がったので、吉谷調整監より説明してもらおう。

3. 平成 18 年の医療制度改革を念頭に置いた医療計画の見直しの方向性

山口県健康福祉部医務課 地域医療班
調整監 吉谷 修三

来年 8 月までには新しい医療計画を完成させたい。国が新しい医療計画をどのように考えているかを先に話したい。今後の医療計画制度のあり方について、藤原会長から話があったが、今までの医療計画にはがん死亡者数をどれくらいまで減らせるか、どういうふう達成できるのかが書いてないという反省があるため、今回は死亡率など数値目標を定めてどういう手段で達成するかを記

載する。

当面取り組む課題として、(1) 公的病院と民間病院の役割分担を明確化するため、医療法人制度が改正される。普通の医療法人は持ち分の制限がある。認定医療法人は持ち分ゼロ、解散時の財産は地方公共団体や認定医療法人にいくが、税金は格安となり、その代わり地方自治体が担っている事業である救急・へき地・がんなど高度医療をやらせたいと考えているようだ。根底には、地方公共団体は病院経営が下手で、民間ができるところは民間にやってもらいたいようだ。認定医療法人は公的病院と見なし、補助制度が充実し、税金も安くなる。

(イ) 医師等の医療従事者の確保等

山口大学に地域枠を作ってもらい、それに対し県が奨学金を出し、自治体病院に勤務すれば免除する等検討している。看護師など医療従事者の確保についても医療計画に記載される。

(ウ) 小児医療・小児救急医療の推進

国は小児科医師は絶対数では足りていないと言っている。問題は小児科医がパラッと広がっており、小児医療がうまくいかない。特定の病院に医師を集めれば過重労働もなくなり、うまくいくという考えだ。協議会で検討していかなければならない。

(エ) 周産期医療の推進

県立総合医療センターに総合周産期母子医療センターを作るので、そこからネットワークを考えていく。

(オ) 地域がん診療拠点病院

9 医療圏全部にがん拠点病院を作る。現在 4 (岩国医療センター、周東総合病院、徳山中央病院、県立総合医療センター) 指定している。その他に、下関とか決定しようとしているが、がん拠点病院の指定基準が変わりそうな状況で、差し止めとなっている。がん拠点病院は第 3 次がん対策 10 年戦略の目玉であるが、指定されても補助金が年間 160 万円 (1 病院 1 回) しかない。資格の内容により病院を指定しているのではないかと考えられ、厚労省が新基準を打ち出してくるので、それが出てきたら新たに指定する。補助金額も増額するのではないかと期待している。

(カ) 重症難病患者に係る入院施設の確保対策について

(キ) エイズ治療拠点病院の整備推進では関門医療センターなどを明確にする。

(ク) 病院前救護のメディカルコントロール体制
搬送時でのメディカルコントロール体制の仕組みをきちんと考えていく。

(ケ) 在宅医療の推進

今後医療と介護の連携を図る上で在宅医療、介護保険を医療計画に明確に位置づける必要があるため、新たな視点で検討していく。

後は繰り返しになるが、数値目標を決め目標が達成されたのか評価する。事業の内容で国が補助金を査定するようだが、決まっていない。(1) 住民、患者に分かりやすい保健医療連携体制の実現、(2) 数値目標、(3) 都道府県が自主性、裁量性を発揮する。国の補助金は都道府県の自由裁量となる。国は 18 年度終わり頃に数値目標を決める。調査は 19 年度になり、山口県では第 6 次医療計画になる。ただし、今回の第 5 次医療計画にも数値目標はできるだけ盛り込んでいきたいと考えている。

〈保健医療計画の目次〉

基準病床数は廃止にはならず、計算方式が若干変わった。山口県の場合は高齢化が進んでいるため基準病床数は増えている。岩国、柳井、長門、山口がアンダー圏域になるため、何を作るか議論が必要だ。緩和ケアなどを優先させたい。今回力を入れているのは、医師と看護師の確保対策、災害 (大規模災害、航空機墜落、テロ、SARS) 対策、へき地医療、医療情報ネットワークへの対応である。

防府：医師数など免許保持者で数えて欲しくない (休職者が相当数いるので)。数値目標をあげてほしい。薬剤師養成のため県立大学に薬学部を創ってほしい。

徳山：小児科医を地域小児科センターに集めて、24 時間 365 日対応するというのは日本小児科学会の考えと同じ。

萩市：准看学校の補助金を減らさないようにして

ほしい。

下関市：医師数に入っているのに、女性医師の
タイア組を掘り起こす努力が必要ではないか。

木下副会長挨拶

今日の先生方の意見・考え方が、第 5 次山口
県保健医療計画に盛り込まれていくことになる。
医療計画の目次を見ただけでも膨大な物となると
考える。いくらいいものでも絵に描いた餅になら

ないようにしてほしい。がん専門医療、医師過重
労働問題、医師偏在など実践できるよう財源の確
保に骨を折ってほしい。三位一体改革でこの辺が
ターゲットになる。医療だけでなく安全の確保
にもお金がかかる。先生方の意見、考え方が第 5
次に盛り込まれ、実現できるよう祈って閉会の挨拶
としたい。

山口労働局からのお知らせ

お
知
ら
せ

山口県最低賃金が改正されました。

1 時間 642 円

効力発生の日 平成 17 年 10 月 1 日

※ 平成 14 年度から時間額表示のみとなりました。

市町村合併に伴う政府管掌健康保険被保険者証 の記号変更及び交付について

標記について、平成 17 年 10 月法施行の市町村合併に伴い、政府管掌健康保険被保険
者証（以下、「被保険者証」という。）の取扱いについては、下記のとおり実施いたします。

記

平成 17 年 10 月 1 日法施行

【山口市、吉敷郡（小郡町、阿知須町、秋穂町）、佐波郡（徳地町）】

- ・吉敷郡（小郡町、阿知須町、秋穂町）と佐波郡（徳地町）が山口市となることにより、
吉敷郡、佐波郡に所在する適用事業所の記号については、小郡町及び秋穂町【吉（04）】
が【山（01）】に、阿知須町【敷（40）】が【山（01）】に、徳地町【佐（61）】が【山
（01）】に変更となります。
- ・旧被保険者証と新被保険者証の切り替えは、平成 17 年 11 月中旬以降に実施する予
定としております。
- ・旧被保険者証は、平成 17 年 12 月 31 日限りで無効となります。
- ・平成 17 年 10 月 17 日以降に交付する被保険者証は、変更後の記号で交付します。
- ・平成 17 年 10 月 1 日から平成 17 年 12 月 31 日までの間は、新被保険者証のほか旧
被保険者証も有効とします。

平成 17 年度中国四国医師会各種研究会 中国四国医師会連合医学会

と き 平成 17 年 9 月 3 日（土）～4 日（日）

ところ 松江市：ホテル一畑

各種研究会

○医療保険・介護保険研究会

I 各県からの提出議題

医療保険関係

1. 医薬品の適応外投与について 《鳥取県》

日医と国保中央会とで「薬価基準に収載されている医薬品の適応外投与通知（いわゆる 55 年通知）の国保審査委員への周知が確認されたとあるが、各県のこれについての審査の実情をうかがいたい。

各県の対応には温度差があるが、55 年通知を考慮にいれながら審査委員会の判断としている。特に抗腫瘍薬に関しては各県とも有効性・有用性があれば適応症以外でも認めている。

日医の見解は、55 年通知は厚労省・基金本部と交渉して得られたものなので、各県ともこの通知に基づくよう審査委員会と十分話し合っほしいと回答。

2. 医療・介護の連携に医師会として積極的な役割をはたすには 《島根県》

病院の再編、国立病院の独立行政法人化、病院の機能評価、在院日数の短縮等により病院を取り巻く環境が変化し、急性期病院から慢性期病院への患者の流れが加速している。その結果、慢性期病院や介護 3 施設は満床となり新しい患者や利用者の受け入れが困難な状態となっている。この状況の打開のためには、医療と福祉のネットワーク構築が不可欠であり、これには地域医師会が重

要な役割を果たさなければならない。各県の取り組みをうかがいたい。

基幹病院では地域連携室などを設けて入退院を円滑に行えるよう努力している。これは医療機関間の連携には有効だが、退院後在宅へとシフトさせる有効な手段とはなっていない。退院後在宅医療を円滑に行うためには、医療・福祉・介護のスタッフによる退院時ケアカンファレンスが重要となる。これには地域医師会の果たす役割が極めて重要であるが現状でこうした取り組みをしている医師会は限られている。18 年度から介護保険に導入される地域包括支援センターの活動に医師会が積極的にかかわっていく必要があるとの認識であった。

3. 診療報酬請求について 《広島県》

内視鏡的膀胱腫瘍摘出術の際、腫瘍が閉鎖神経に近い場合、その反射を抑える目的で閉鎖神経ブロックを行うが、腫瘍摘出の「同一目的」とみなされ査定される。各県の状況をうかがいたい。

いずれの県も併算定を認めている。

4. 精神科医療について 《山口県》

精神症状をともなう認知症患者に対して「通院精神療法」を患者に算定し、同一日に付き添いの家族に「認知症患者在宅療養指導管理料」の算定は可能か。

患者本人と家族に行った指導内容が別々に記載されていれば算定可能とする県がほとんどであったが、請求例はないとのこと。

5. 重度認知症患者デイケア料と通院精神療法の併算定について 《山口県》

いずれの県も併算定している事例はないとのことだが、基本的には別の時間帯に行われていて、それぞれの要件を満たしていれば算定可能とする意見が多かった。

6. 血液製剤の適正使用について 《愛媛県》

血液製剤の使用については、国の示したガイドラインに沿って実施されているが、愛媛県では全国一の使用量となっている。各県の実情と、適正使用基準などがあればうかがいたい。

各県の実情の報告と、適正使用に対する取り組みが報告されたが、特段の使用基準を決めていない県が多かった。山口県は審査委員会の基準を示した。

近々血液製剤適正使用に関する指針の改定がなされることになっているので、それを参考にして各県で対応していただきたいと日医が回答。

7. 門前診療所の各県の状況について 《香川県》

病院の外来部門を切り離す門前診療所に関しては、これを規制する法的な根拠はないようだが、都道府県によっては行政指導によって規制を行っているところもあると聞く。各県の状況と医師会の対応についてうかがいたい。

法的に問題がなければ、行政当局としても制限することはできないのが現状である。医師会としても問題視はしているが、いまのところ対応策を取っているところはない。

日医も法的に拒否はできないが、厚労省と交渉中と回答。

[報告：理事 萬 忠雄]

介護保険関係

1. 新予防給付の対象者選定について 《徳島県》

今回の介護保険法の改正の中で、予防重視型システムへの転換が行われる事になっているが、要

介護状態の軽減や悪化防止を目的とした、軽度者を対象とした新予防給付が創設される事となった。この対象者の選定は要介護認定の中で、特に二次判定（介護認定審査会）において、従来以上に慎重な取り組みと負担が課せられる事になることが予想される。現在、現行区分で要介護 1 の人達は介護給付を受けて、介護 3 施設に入所したり、在宅で介護タクシーを利用したりしているが、仮に今度の選定において、要支援 2 になった場合、予防給付の対象者となり、将来的に現行の施設サービスや介護タクシー等のサービスが受けられなくなることが予想される。

現在、各地において、新予防給付の対象者選定を行うためのモデル事業が実施されている。徳島県において 2 市で行われているが、現行区分で要介護 1 の対象者のほとんどすべての人が、一次判定において、要支援 2 になっているとの事である。二次判定（介護認定審査会）において、これを変更するには、主治医意見書の中で医療の必要性、リハビリに不適合性、痴呆の有無を見出す事が必要となってくると考えられる。

ますます、主治医意見書が大きな価値を持つてくると考えられる。これらの点に関して、モデル事業の結果も踏まえて、各県のご意見をいただきたい。

まず、現行区分において要介護 1 の人で、要支援 2 と判定される人は、国の試算で 70%前後と見込まれているとの事である。各県の分かっている範囲内での結果は、52～82%という事であった。

山口県では、下関市がモデル事業を行い、その結果とその後の新予防給付ケアマネジメントモデル事業における評価委員会に出席したので、その感想を報告する。

下関市では、現行区分で要介護 1 の 55 名の内、要支援 2 と判定された者は 33 名で、60%という結果であった。新予防給付ケアマネジメント評価委員会で検討したケアプランは、33 名中 17 名分であった。今回、モデル事業という事から、調査・立案はすべてケアマネ資格を持った市職員あるいは保健所の保健師が担当した。

要支援 2 と判定された利用者の方々について、

徳島県から説明されている程、悲観的には思えず、むしろ妥当な判断と思える例が多数であった。説明にある介護 3 施設に入所するような例はなかった。今回、予防給付となっても、大多数は将来悪化して、要介護 1 あるいは 2 になる訳であるから、その時点で施設入所は可能である。

また、予防給付になったからといって、筋トレやリハビリを強制されるわけではなく、あくまで利用者の選択が基本となるので、現行の施設サービスやホームヘルプサービスも利用できる。ただし、何が違うかという、現行のケアマネジメントは、結果的にサービス利用が目的となっているケアプランを策定してしまっているのが、見直し後の介護予防ケアマネジメントでは、利用者の自立に向けた目的志向型のプランを策定するという風に視点が変わったという事である。

主治医の意見書が、ますます大きな価値を持ってくる事は当然のことである。

2. 日本医師会における「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」について、各県の具体的取り組みと問題点 《高知県》

日本医師会介護保険委員会では、平成 16 年 11 月 2 日に発表した上記指針に基づいて、以下の 3 点について意見交換しているところである。

これらは未だ各県にとって懸案であるが、全国的にも取り組みには温度差があり、熱心なところと消極的なところがあいまみえているのが実情であろう。

1. 高齢化に対応する地域医療再編と包括システムの構築
 - (1) 医療圏における地域医療連携の再編と介護を包括した包含的なシステムの構築
 - (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関与と地域作り
3. 保険者との連携の強化、介護予防への積極的関与

高知県では、いわゆる「ケアマネタイム アンケート」の実施にて、(3) についてケアマネとの連携を図るべく行動した。一方、厚労省の介護保険見直しでは、在宅で地域に密着した医療と介護を提案した法の整備が進められている。また各県の次期高齢者福祉計画策定でも施設から居宅への流れの中で議論されていると考えられる。

(4) の急性期のクリニカルパスから退院支援(ケアパス)が、各地の急性期病院及び地域医師会において問題になっていると思われる。急性期病院は、常にベッドの確保が必要であるから、早期の退院を主眼に治療を進めるが、退院時には地域医療連携室が主体となって退院支援を模索する際、その受け皿についてはどこも苦労を重ねていると考えられる。グローバルな展開ができる医療法人及び社会福祉法人は、すべてに渡って一つの組織で網羅しようとして行動しているが、在宅となると地域医師会と地域の介護チーム(かかりつけ医+介護)との連携が必要である。

そこで地域医師会(郡市)は包括的なシステムをどう構築していくかが大きな問題である。

1. 医師会代表と行政・地域中核病院(官・民)代表及び施設代表とのトップ会談
2. 勤務医と開業医との意見交換
3. 病院内でのケアカンファレンスと退院時のケアマネを主体とするケアマネジメントの実践
4. 地域の老人クラブ・ボランティア等との意見交換(インフォーマルな資源へのアプローチ)
5. 地域医師会のチーム医療の実戦に向けた計画策定
6. 地域医師会とケアマネとの連携強化
7. 地域医師会と多職種との連携強化
8. 行政の窓口である市町村及び地域保健福祉事務所との連携

これらは、患者(利用者)が生活の基盤を確保した中で、医療と介護がどのようにかわっていくかが「共通の理念」として問われていると思われる。最終的には、地域で高齢者が元気であり続ける事を支援する。

高知県では、今年から高知市民病院と高知県立中央病院が統合して「高知医療センター」が開業した。現在、高知県医師会と高知医療センターとの間で「病診連携システム検討会」が開催されて、

協議が行われている。しかし、病院側では地域の主治医との連携は是としているが、介護を包含した在宅支援にはあまり触れていない。他県において、急性期病院の地域医療連携室から地域医師会への要望なり、退院支援システムの構築や計画があれば、提示していただきたい。

各県ともに、急性期病院のクリティカルパスを用いた退院支援は、病院側の問題のみを解決する手段であって、必ずしも患者が安心して退院していくという現状にはなっていないと理解している。ただし、地域においては、「尾道方式」を参考にして在宅医療連携に取り組む方向で検討している地区医師会も出てきたとの報告があった。

3. 地域包括支援センターの設置について

《岡山県》

改正介護保険法が成立したので、これまで以上に医療と介護の連携が強く求められている。新しく設置が予定されている「地域包括支援センター」では、地区医師会による同センター運営協議会への一層の係わりが必要と考えられる。

この地域包括支援センター設置に関する各県の現状、あるいは今後の取り組み方針等に関し、うかがいたい。

地域包括支援センターは、設置主体が市町村であることから、各県とも県あるいは県医師会レベルでは、あまり具体的な情報を入手できていないのが現状である。

山口県も全体を把握できていないが、下関市では平成 18 年度は、当面 4 か所、設置される事になっており、2 か所を市が直営で、2 か所を公的機関に委託する事が内定している。また、現在、地域包括支援センター運営協議会の委員をどうするかということで協議中である旨を報告した。

そこで、各郡市医師会におかれては、地域包括支援センター及び同運営協議会について、郡市医師会が積極的に関与していただきたいと考えているので、行政との協議等よろしく願いたい。

〔報告：理事 弘山 直滋〕

II 日医への提言・要望事項

1. 医療・介護の連携に手厚い対応を！《鳥取県》

介護保険法が一部改正されたが、以前より言われている施設療養から在宅療養への流れを本当に作っていくためには、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者や、在宅におけるターミナルケアへの手厚い対応が重要である。在宅療養を支える訪問診療、訪問看護、訪問リハビリが平素から円滑に行えるよう、各制度の自己負担額の上限のあり方も含めて、次回の診療報酬改正、介護報酬改正で適正な評価の実現に尽力をお願いする。

日医：訪問看護等への理解を深めてもらうよう努力する。

2. 療養病床施設内での食費・居住費の利用者負担の説明について 《山口県》

本年 10 月から介護保険 3 施設における居住費及び食費が、保険給付の対象外になる。当然、現場での説明に相当苦勞する事が予想される。特に、医療療養病床と介護療養病床を併設する施設では、取り扱いの差もあって、患者や利用者に説明するのに大変苦勞する。説明責任をすべて現場に押し付けず、せめて国が責任を持ってポスターやリーフレットなどを作成し、分かりやすく理解できるように工夫すべきである。日医から厚労省へ強く要望してほしい。

日医：既に、要望しているとの事であった。

3. 医療に介護保険と同様の居住費や食費負担の導入について 《徳島県》

今回、介護保険改正では居住費と食費の自己負担が導入され、医療でも今後、同様の患者負担が導入されようとしている。入院における療養も食事も治療の一環と思われ（急性期も慢性期も）、今以上の自己負担の導入には病気の治療そのものに支障を来たす恐れがあり、断固反対をお願いする。

日医：反対していくが、ただ反対するだけでは弱

いので、利用者・患者の悲鳴を国に上げて反対するべきである。

4. 通所介護（デイサービス）でのリハビリ機能について 《島根県》

平成 18 年度より予防給付が始まり、リハビリが重要になってくるが、中山間地ではデイサービスの施設は十分にあってもリハビリのできる「デイケア」の施設は十分とはいえない。これらデイサービス施設でのリハビリ機能の整備・充実のためのプログラムはどのように進められているのだろうか。また、われわれは主治医としてどのようにかかわって行ったらよいのだろうか。

日医：資源がない中山間地においては、利用者の実態に即した内容を主治医として考えてあげることが大事だと考えている。

5. 介護保険制度改革について 《広島県》

新予防給付の該当者、特に新要支援 2 と要介護 1 の判定と、地域包括支援センターの活動内容についてご教示願いたい。

既に議論済み。

6. 合剤となった場合の低薬価薬剤の査定が増加について 《高知県》

平成 14 年 4 月の診療報酬改定にともなう記載要領の改訂で、175 円以下の薬剤については健胃消化剤、下剤、眠剤などの投与の原因となった傷病など、記載した傷病名から判断して、その発症が類推できるものについては傷病名を記載する必要がないとされた。しかし、合剤としての薬価が 175 円を越すとこれらの薬剤が査定される。

せっかく低価格薬剤の審査のルールを作ったのであるから、これが遵守されるように保険者、審査支払機関に指導願いたい。

日医：要望は担当の松原常任理事に伝えておく。

〔報告：理事 弘山 直滋〕

各種研究会

○地域医療・その他研究会

I 各県からの提出議題

1. 個人情報保護法施行にともなう精密検査結果の取扱について 《鳥取県》

鳥取県健康対策協議会は健診の精度管理のため、精密検査の結果、「がん及びがん疑いの者」の情報提供を市町村よりいただき、確定調査を行っている。個人情報保護法施行後「鳥取県個人情報保護審議会」に諮問を行った所、「本人同意（包括同意）に基づいて収集する事」を条件に承認され、検診申し込みを行う際の案内等に「個人情報を収集する事」を明示した。

岡山県：地域がん登録事業の標準化を目指し国立がんセンターの第 3 次対がん総合戦略研究事業「がん予防対策のためのがん罹患・死亡動向の実態把握の研究」班に岡山県のデータの提供をもとめられた。岡山県の見解は、精密検査結果の収集についての本人同意は、個人情報保護法の除外規定の適用範囲と考え、必要な手続を行ったうえで実施であり、それに基づいて実施した。

徳島県：市町村は検診票に「結果が市（町村）、県、実施医療機関に、提出・保管される事に同意したのものとして受理します。」との一文を記載し包括同意としている。徳島県としては個人情報の保護に関する法律の第二十三条により本人の同意が無くても可と考えている。徳島県医師会では、医師には守秘義務があり個人情報保護法に過剰反応をするべきではないと考える。

日医：条例で定められているので一概に言うのは困難。鳥取県のように自治体の同意を得てほしい。自治体と十分に協議していただきたい。

2. 3 年以上経験有資格産業医の研修のあり方について 《岡山県》

標記資格には、認定産業医に課せられている 5 年更新のための研修義務等に対する措置が取られ

ていない。しかし、産業医研修の受講は認定産業医と同等に義務付けられて当然と考える。標記資格者は日医の認定産業医を取らなくても厚生労働省案は満たしているわけである。

山口県：平成 15 年で産業医 747 名中認定のない産業医は 44 名で 5.9%。認定を取ってもらうように働きかけている。講習受講者の名簿は作成して記録しているが、認定のない産業医の受講状況は把握していない。事業所より産業医の依頼があった場合は認定産業医を推薦している。

愛媛県：行政が認定産業医の選任に力を入れて指導し、事業所から当該医師に認定産業医の資格取得を依頼するケースもあり、標記該当者も徐々に減ってきている印象を持っている。

日医：標記産業医は経過措置である。きちんと認定産業医を取ってもらうように事業所も理解が進んできている。また、認定産業医になったが、事業所がない、特定の医療施設が多数の事業所を抱え込んでいるという話もあるが、それも各地区医師会と事業所との間で話し合ってもらいたい。

3. 各県医師会の ACLS 研修会、AED 心肺蘇生法普及のための取り組みについて 《山口県》

昨年度件県医師会主催で ACLS 研修会を 2 回行い 45 名のインストラクターを養成した。今年 5 月には県医師会主催で市民も含めた大規模な AED 講習会を開催した。しかし、一部地域医師会を除き郡市医師会レベルではなかなか開催されない。履修人数の制約、インストラクターの確保や休日を丸 1 日使うなどいろいろ難題がある。各県での研修会や講習会の郡市医師会レベルでの取り組みや工夫をお尋ねしたい。

鳥取県：昨年度鳥取県と「高度救命処置研修開催事業」の委託契約を結び、ACLS 研修 1 回（36 名）及び JPTEC 研修 2 回（70 名）開催した。今年度も ACLS、JPTEC 研修会を各一回開催済みで ACLS は後 2 回、JPTEC を後 1 回開催を予定している。各地区医師会でも医師会員だけを対象とした ACLS 研修会 1 回ずつ開催予定である。さら

に今後は各地区医師会で ACLS を簡素化した半日コース（講習＋BLS 実習＋AED 実習）を数多く実施したい。

岡山県：県医師会主催の ACLS 研修会は平成 14 年に第 1 回を開催し、本年度は第 4 回目を終了した。協力関係にある ACLS 岡山（岡山大学主催）では県内ですでに 24 回実施しており受講医師数は述べ千人を超えている。郡市医師会で開催するものの多くは岡山大学へ依頼して行っていたが、指導者、インストラクターが地域で十分に整えられる所では、地区消防との共催で開催した地区医師会が 2 つある。AED については県医師会主催のものは AED 指導者講習約 100 名受講を 2 回開催、一般向けには高校生対象の 3 時間コースを 66 名に行った。地区医師会でも AED 講習は 3 地区で行っている。その他岡山大学、川崎医科大学、市中病院単位でも数多く行われている。

高知県：ACLS 研修会は県医師会レベルで 3 回、高知市医師会が 2 回開催した。本年度は県医師会が 4 回開催する予定である。AED 講習会は消防本部が行っている。

日医：本年度は昨日までに 62 研修会を行い、762 名に終了証を交付した。これで終了証交付者は 1,482 名となった。人形等のハード面、指導者の確保、予算等いろいろと課題があると考えられる。

4. 非医療従事者の AED 使用における各県の取り組みについて 《広島県》

救急隊到着前の応急手当の重要性から非医療従事者向けの講習会の受講促進、公共施設等への AED 設置促進等、各県の普及啓発への取り組み方をうかがいたい。

山口県：県医師会、山口救急初療研究会が主催し 5 月 12 日（木）に、県スポーツ文化センターアリーナで、210 名の一般県民の参加を得て AED 講習会を開催。マスコミを介して度々 AED の紹介を行い、普及・啓発に努めている。県庁を含め県関係施設 31 か所に AED を設置した。

昨年から、従業員の 7 割以上が救命講習を受けている旅館やホテル等を認定する「救急ステーション認定制度」に取り組んでいる。さらに今年 7 月に「AED 設置救急ステーション認定制度」を追加導入し、民間事業所等の AED 設置促進を図っている。AED 実施後の検証については、事後検証票にバイスタンダー CPR の項目を盛り込み、事後検証を実施できる体制としている。

香川県：AED 普及は救急告知医療機関（86 医療機関）にはすべて設置し、その他の医療機関にも県内で 136 医療機関に設置が完了した。県立高校でも AED 設置を検討している所がある。非医療従事者による AED 実施後の検証方法はメディカルコントロール協議会の検証委員会で検証方法を検討していきたい。

5. 救急医療情報システム、救急搬送について

《香川県》

宿日直医師の専門を検索する事により、地域で発生した患者をどの医療機関に専門医が宿日直しているかを救急隊ごとに端末でリアルタイムに検索できるシステムとした。各県の救急医療情報システムの利用状況をうかがいたい。救急搬送の 1 次・2 次・3 次と搬送は救急隊が判断し搬送している。医療機関の役割分担が必要と思われるが、各県の搬送体制、医療機関の役割分担についてもうかがいたい。

鳥取県：福知山線の事故後全県的に取り組んでいる。新聞に全病院午前・午後の勤務医師の専門が掲載されている。一次救急医療体制は県内 4 市で休日夜間急患センターを設置し、鳥取市、米子市では平日夜間の救急患者も対応している。二次救急は二次医療圏ごとに病院群輪番制をひいている。

広島県：救急医療情報ネットワークは平成 18 年にリニューアルの予定。現在のシステムは誤入力や入力忘れなどで信頼性に欠けているため、消防は司令室独自の情報で患者搬送をしている。昨年度は 3 次救急医療機関の患者受け入れ、他都市との比較検証、ドクターヘリの事業の開始、三次

救急医療機関及び中核医療機関の連携強化等について協議・検討を行っている。

高知県：平成 15 年から高知医療ネットが稼働している。県民がリアルタイムで地域の医療機関の救急応需診療科目を検索できる。今年のアクセス件数は 2 万件に達したが、救急医療情報センターの救急応需照会件数は 4 万 5 千件と年々増加しており医療ネットが直接的に利用されているか疑問。搬送先は救急隊に任されている。

日医：救命救急センターや医療情報センター、未設置の所も数か所ありますが、これを拠点として活動していただきたい。

6. 日本救急医学会中国四国地方会への参加について

《岡山県》

上記地方会では各県の救急担当理事にも評議員になってもらっている。しかし、日本プライマリ・ケア学会や中国四国医師会連合総会と会期が重複する事が多く、各県の医師会評議員の出席がほとんどない。医師会とも関連のある問題が幅広く議論が交わされており、是非ともご参加いただきたい。

島根県：救急に関する最新の情報を収集する場としてこの学会は非常に有意義と考えており、岡山県の意見に賛成である。

高知県：日程の都合で参加できない。本年は高知県で開催されたが、中国四国連合総会と重なり出席できなかった。担当常任理事以外の評議員の枠を 1 名増やしてもらうように要望したができなかった。

7. 透析医療について

《島根県》

島根県透析医会より、島根県医師会の下部部会としての申請がなされた。各県の①透析医部会の有無、②災害を想定した透析医療対策の有無、③県を越えた合同訓練に参与しているか、④その他、をお尋ねしたい。

岡山県：①有、②有、③県を越えた合同訓練に関

与、④中国ブロック 5 県の日本透析医会各県支部では中国地区合同透析医療災害対策会議を定期的に開催。災害発生時には岡山県総合災害対策本部をキーステーションに中国 5 県（必要に応じ兵庫県透析医会とも情報共有化）の災害情報を集計し日本透析医会に転送。県医師会に透析部会があるのは、水の運搬一つをとっても行政の協力が必要。行政を動かすのには県医師会の協力があつたほうが仕事をしやすい。

香川県：①数年前より県医師会の下部部会に参加の意向を示しているが未だ未加入。②災害時には香川県透析医会連絡網により情報が伝達される。③3 か月に一度の模擬連絡にて災害時透析医療対策のスムーズな運営実習を行っている。四国透析医会にても大規模災害対策ネットワークを立ち上げる予定。

日医：透析医会は 35 都道府県で組織され、12 県では勉強会という形で行われている。透析はライフラインが壊れると機能しない。透析医会は全国的ネットワークで 2000 年より年 1 回情報伝達模擬訓練を行っている。県医師会より声をかけると行政も動いてくれるのではなかろうか。

8. 郡市医師会活動の活性化について 《徳島県》

郡市医師会の中には人口規模が小さく、事務職員もおけず、会長自ら事務連絡等雑用に追われているところもあります。そのような状況の下でも行政との折衝を行い、糖尿病対策や前立腺がん検診等の活動がなされています。各県の状況を教えてください。

鳥取県：東部、中部、西部の三つの医師会に統合されている、その他大学医師会がある。三つの医師会はすべて社団法人化されている。

岡山県：社団法人倉敷市連合医師会を組織し、その下に倉敷、児島、玉島等の医師会がある。行政との交渉や第三セクターを作り、看護師養成事業、介護・福祉関連事業、救急医療等を行っている。岡山市医師会も同じ方向で変化している。

日医：植松会長は、医師会活動は地域医師会の活動が原点であるとおつねづね言っている。アスベスト、生物、毒素の害等の調査依頼がある。適切な管理、処理、届出等の調査に地区医師会の協力が必要。

9. 有床診療所の現況と支援について 《愛媛県》

中核病院と在宅の間で、有床診療所のニーズは大きい。しかし、経営上の問題もあり病床を閉鎖する診療所が年々増加している。各県の状況はいかがでしょう。

広島県：毎年 20 施設の有床診療所が無床化、休眠化している。理由として、経営上の問題やマンパワーの不足、患者数の減少、年齢の限界、後継者不足などさまざまなことが要因としてあげられる。7 月に第 18 回全国有床診療所連絡協議会を開催し、①有床診療所のあり方と医療法、②診療報酬関連、③療養型病床関連の 3 分科会で議論がなされた。広島市では有床診療所連絡会議を立ち上げ、病院からのいわゆる逆紹介の進展を目指し、病院との連携を模索している。

徳島県：116 施設にアンケート調査を行った所、23 施設は白紙回答であった。これらには、医師会は何もしてくれないといった医師会批判があった。小規模診療を行っている施設が多く、診療報酬改定にあつたて底辺のかさ上げを要望した。

II 日医への提言・要望事項

1. 生涯教育協力講座について 《鳥取県》

①本来会員の研修は自前で行うべきものであり、社会情勢からしても関連業者との共同開催は馴染まないと思われる。②日医主導により次々と新しい企画が出されると、既存のものとの整合性が保たれない。生涯教育の企画は地元主体で行ってはどうか

日医：生涯教育の媒体は多数あつてもよいのでは。今回のセミナーは、主体はあくまでも県医師会にあり、講師は地域の中核病院の先生に願います。

協賛会社には宣伝しない、内容に関与しない、挨拶しない、終了後の懇親会等しない、会員への発送をしない等を条件として義務づけている。

2. 終末期医療の是正、医療の役割分担の推進（かかりつけ医推進） 《島根県》

老人の末期延命治療の是正。医療費の効率化につながる。患者の病院集中志向を是正し、かかりつけ医と病院の役割分担を明確にして患者が上手く流れる様なシステムを構築していただきたい。

日医：終末期医療を医療費効率化、経済的損失ととらえるのは問題がある。死を前倒する道具概念とされる恐れがある。かかりつけ医推進は医療機能分化連携体制のキーワードである。患者が安心して生涯を送れるような制度が必要。

3. 警察医会への今後の位置づけについて

《広島県》

県医師会の中に警察医会が設置されているのは広島県と宮崎県のみ。今後警察公務に協力する医師に対して支援・情報公開を全国規模にするためにも日医主導で警察医会活動の事業化に取り組んでいただきたい。

日医：現在 10 都道府県が警察医会に加入しており、これからも 10 県が加盟の方向である。その他個人で加入しているのが 7 県ある。平成 5 年より全国的動きを盛り上げ、実績を積んでいる。死体検案から警察の産業医まで活動の幅はある。

4. 護身医療事故での書類送検について 《徳島県》

最近では医療事故、誤診に直ぐに警察が介入してきて書類送検などが見られる。よほどの場合を除き、業務上過失致死傷、傷害などで書類送検というのは憂慮すべき事態である。日医として医療現場の実情を警察庁、検察庁と話し合っていただきたい。

日医：裁判所の判例で異常死体の届出は診療中のものであっても行わなければならない。となっている。今後真剣に取り組まなければならない。

5. 有床診療所について

《愛媛県》

厚生労働省は有床診療所を①病院並みの高機能タイプ、②一時緊急入院を目的とした従来型、③産科、④療養型病床をもつ診療所の 4 類型に区分するという方向で議論されている。従来型でも手厚い療養環境の提供や人員配置の充実を行う場合にはそれに見合う対価が担保されるようお願いいたします。

日医：4 分類化はマスコミが言っただけで厚生労働省は何も言っていない。療養型病床は特例から外してはという意見もある。産科は現在も出産の半分は診療所で行われている。看護師は助産婦の代わりはできない。診療報酬で評価するのは当然である。

6. 僻地医療機関への支援について

《香川県》

過疎や高齢化による人口減のため、離島・僻地の医療機関の経営は苦しいものがある。日医の離島・僻地の医療機関への支援（診療報酬での対応等）をお願いしたい。

日医：診療報酬で対応しても医療機関の収入増にはなっても、医師個人の収入増とはならない。また、若い医師の専門家志向もあり報酬のみでは解決できない。拘束時間を短くする、子供の教育がしやすいなどが必要となる。地域医療に関する関係省庁会議では診療報酬と報奨金制度が議論されている。役人の中には地方のベットを減らし、センター化、集中化が言われているがこれは地域医療の崩壊につながる。

〔報告：理事 田中 豊秋〕

国会活動報告

参議院議員 武見 敬三

混合診療問題について

衆議院の突然の解散という中で、政局は極めて不透明な状況である。選挙後の政府がいかなる形になるにせよ、その後、さらなる政界の再編へ向けて構造的な変化がある可能性は非常に高い。このような流動的な政府情勢の下で、いかに国民医療を守るかが重要な視点となる。

最近の医政をめぐる動きとしては、混合診療問題がある。保険診療と自由診療を比べた場合、医療技術の進歩は自由診療へと流れる。その中で新たな市場が形成される。医薬品においても新たな市場価格が形成されるが、公定価格が市場価格を上回ることがあり得ないので、医薬品メーカーは保険診療で医薬品を使用する動機を失うこととなる。そして、5年、10年後には保険診療で使える医療技術、医薬品はごく限られたものとなる。結果として国民は自由診療でなければ、優れた医療を享受することができなくなるのである。このような仕組みである混合診療を政府が押し進めようとする中で、混合診療の反対及び国民皆保険制度の堅持という国民の意思を明確に表すことに効果的だったのが請願であった。では、なぜ請願が効果的であったのか。請願は厚生労働委員会で国会のルールに基づいて、与野党が一致しなければ採択されない。しかし、今回、採択されたことで一部の抵抗勢力の意見ということではなくなり、本会議へ持ち込まれることとなり、内閣は6か月以内に立法院へ対応を報告する義務が生じたのである。なぜ、そういうことができたのか。先の組閣、その他の理由から小泉内閣と参議院の自民党役員の間隙ができたことにより、青木代表、片山氏等から率直に協力を得ることができたのである。その結果、厚生労働大臣は600万人分の請願を基に経済財政諮問会議、規制改革会議等で「混合診療反対」という政治的意思を明確に伝えられて、無秩序に導入されようとした法案の廃止の引き金となったのである。

医療保険制度改革について

骨太の方針 2005 の策定については、原案を「経済財政諮問会議」が作成する（事務局は内閣府）。それを与党である「予算等合同会議」が予算編成に向けて政策として提出するにあたり、政調会長代理が調整をし、厚生労働部会がバックアップして立案する。今回の骨太の方針については、次年度の予算編成の基本方針であるから、次年度の医療保険制度改革に直接かかわる極めて重要な事項である。そんな原案の議論の中、提出されるはずのなかった「医療費総額規制」についての議案が、突然、経済財政諮問会議及び内閣府から押し出されて6月16日、8時からの「予算等合同会議」で議論されるという連絡が6月15日深夜に入った。直ぐに自民党政調会長室へ行ったところ、会長室の中では社会保障制度調査会長、医療担当委員会委員長、厚生労働部会長、厚生労働相、厚生労働省保険局長及び審議官、保険課長等が沈痛な面持ちで控えていた。「医療費総額規制」が成立してしまうと、「国民がいつでもどこでも良質な医療が受けられる」国民医療の基本が崩れてしまうのである。これを何としても阻止するため、15日深夜から16日未明にかけて、関係議員等へ働きかけなどを行い、8時からの「予算等合同会議」では、ほとんどの議員が「医療費総額規制」の反対にまわり、今回は経済財政諮問会議の医療費を厳しく抑制するという考え方を解体することができたのである。しかし、その後も「医療費総額規制」に関する文言は極めて抽象的ではあるが残っている。問題は先送りされて、各論部分についてはこれからの政策決定に委ねられることとなる。今回は阻止できたが、再び提出される可能性は極めて高いため、衆議院議員、参議院議員の多くに社会保障の理念及び医療制度を理解していただき、これまで小泉内閣がトップダウンで進められてきたことにNOと言える体制を築くことが医政活動に重要となる。

次に、現在の保険医療制度は、5000を超える保険者があるため非効率に運営されている。これを都道府県単位で運営する等の各論がこれから議論となる。また、公益的で医療の質を向上させ、国民の医療機関に対するアクセスを常に確保でき

る保険医療制度をいかに再構築していくかが重要であり、その中で新しく高齢者を対象とした医療制度を 9 月に立案し、12 月までの間に取りまとめて、立法の準備をする。また、社会保険庁の解体による全国一公法人の医療保険制度創設を同時に進め、来年の通常国会で議論することとなる。診療報酬をめぐる改革については 9 月 21 日から議論が開始され、12 月の予算編成で改定率が決定。平成 18 年 1 月から個別点数の議論をし、2 月に告示、4 月施行となる。診療報酬の財源確保は試行錯誤であるが、たばこ課税等の見直しをして、財源管理を整備したいと考えている。また、医師免許の更新制についてはとんでもない法案であり、なぜ、医師だけに特別な制度を創設する必要があるのかとの法案反対の活動を行い、何とか行革推進本部の争点から外すこととなった。これについては、社会保険庁の解体について共に議論してきた議員等の協力を得られたことが大きいと考えている。しかし、一部の医師の医療過誤、リピーター問題については対応していくこととなる。

こうした大きな改革について、今後、若手議員等に医政の理解を深めさせながら、今後についても国民の医療を守ることが医政活動に重要であるため、先生方のご支援、ご指導を心から願います。

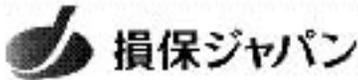
印象記

迫力ある講演であった。請願が採択されるには与野党一致が必要であって、それには武見敬三、及び西島英利参議院議員が中心となり、精力的に反対議員の説得にあたった。その結果混合診療阻止となった、とのことであった。

次に、骨太の方針 2005「医療費総額規制」(医療費適正化のための定性的、定量的政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、必要な措置を講ずるための具体的な仕組みを設ける。上記目標については、国民負担の基礎をなす、経済規模、人口高齢化、地域での取り組み、医療の特性等を踏まえ、給付費の有効な抑制策等をあわせて、平成 17 年中に結論を得る。その上で、平成 18 年度医療制度改革を断行する。)であるが、これについても武見議員は不眠不休で日医と再三に連絡をとりつつ、修正、削除を重ね、この「医療費総額規制」を一応阻止することに成功した。しかしながら、前文でも述べたように、文章の文言に多分の含みがあり、先送りに過ぎない。

衆院選与党圧勝後の 9 月 13 日谷垣財務相は記者会見で GDP などに連動させて、医療費の伸びを抑える制度、すなわち「医療費総額規制」の導入に踏み込む意向を示した。阻止よりまだ 3 か月での発言である。武見議員に関しては、外交には強いが、医政には弱く本気ではないのではないのかとの会員の声もあったが、どうして医療問題にも中心的な活躍をしていることが講演を通してわかった。今後も、医療に関しては問題山積みである。武見敬三議員には 2 年後に参院選もあることであるし、がんばってもらいたい。

〔報告：理事 小田 悦郎〕

多くの先生方にご加入頂いております！		詳しい内容は、下記お問合せ先にご確認ください	
お申し込みは 随時 受付中です	医師賠償責任保険	取扱代理店	山陰株式会社 TEL 083-922-2551
	所得補償保険	引受保険会社	株式会社損害保険ジャパン 山口支店山口支社 TEL 083-924-3343
	団体長期障害所得補償保険		
	傷害保険		
		 損保ジャパン	

特別講演 I**「医療制度改革 - 日本医師会の考え方 -」**日本医師会長 **植松 治雄**

今、医療制度改革と出されている方針は、基本的には「医療費の抑制」に大きな眼目を置き、思想的な背景は「新自由主義」であり、具体的な施策は「市場経済原理」である。すなわち、努力した者が報われるのが当然で、競争に敗れた者が排除されるというのが基本的な考えである。

日本医師会としては、少なくとも「命」、「医療」というものはこのような市場原理による競争にさらされてはならない、そうでないと安心が得られないと考えている。しかし、小泉首相が構造改革に取り組む時に、「生命」「健康」といっても聖域としない改革と言われた。このあたりから、非常に危機感を持っていたわけである。ただいま、選挙中のため、6割だけの言い方になるかもしれないが、推測をしていただき、お許し願う。

経済財政諮問会議と規制改革民間開放推進会議

最初に、橋本内閣の時の行政改革で内閣府ができ、これは政策決定等のプロセスの中で、与党の政調会を通し、総務会を通してとなると非常に時間がかかるため、予算編成その他の重要なことは内閣が主導で行いたいということから、このようになった。そこに、経済財政諮問会議、規制改革民間開放推進会議ができた。このこと自体は政治の決定を早めるということで、決して悪いことではなかったが、そこに小泉首相が今のような流れを出してきたわけである。この内閣の中にある会議からいろいろな方針が出されるわけであるが、経済財政諮問会議などそこには常に民間委員の意見が大きく受け止められ、一方規制改革民間開放推進会議では宮内議長をはじめとする、いわゆる経済界から同調するような経済学者の方々が多く、医療改革の多くはその意見で動かされてきた。混合診療、骨太の方針、中医協の問題もそこに大きな関係がある。

混合診療

混合診療の問題については、先ほど武見先生が言われたプロセスにより全面解禁を阻止したのであるから、この後よい方向に向かわなければならない。いわゆる特定療養費制度の中を保険導入検討医療と患者選択同意医療とに分けようとしている。保険導入検討医療は今までの特定療養費の中の高度先進医療を含めたものであり、必ずしも高度でない先進医療や日本で使用されていない外国の薬剤をどのようにするかという問題がある。もう一つの痛いところは、患者選択同意の医療であり、この中には回数制限がある。たとえば、腫瘍マーカーの検査、ピロリ菌の除菌の問題がある。この問題について私どもは、当初から医学的・医療的に正しいということについては、当然保険診療の中におくべきだと申し上げているが、なかなかそのままでは受け入れられない。これについては各方面から反対の運動も出ているわけだが、今後検討を加えることにより適切に保険に導入できるものは入れて、できないものは取り上げないようにしていかなければならないと思っている。

骨太の方針

骨太の方針 2005 は、各方面のご努力をいただき、私どももそれなりに努力して、いま下火になったわけであるが、これはあくまでも文言として修正されたわけである。原案に盛り込まれていた GDP に医療費を連動させるという基本的な考えは何ら変わっていない。これは混合診療とも相通じるものであり、何回でも形を変え、手を変え出てくるもだと考える。なぜかというと、日本の医療費に対して、医療保険の医療費はなるべく抑制し、医療費トータルは今の倍にするという米国からの要望があり、民間委員の方々の考えでもある。現在 32 兆円といわれている医療費を 50 ～ 60 兆にもっていくのが、今後の基本的な考えの元になるわけである。そうするとトータルの医療費から医療保険の部分を除くと約 30 兆円の新たな市場が出来上がる。これをどのようにするか。これを今後の日本経済の発展と雇用促進にしたいと宮内議長もはっきり言われている。

医療保険守備範囲の見直し

医療保険の問題について、骨太の方針にあるように、医療保険の守備範囲を見直すとする。財務省の考え方では、守備範囲の縮小、特に軽費・軽度医療を給付対象外にしたかどうかということである。しかし、ご存じのように診療報酬の高点数 1% が医療費全体の 20% 以上を使い、軽費・軽度医療である低い点数 75% も全体の 20% を使っており、つまり 75% の部分が保険対象外となる。そうすると、国民のほとんどの人が医療保険を使えない、使わないことになる。当然、安心して暮らせるということからほど遠いものになると言える。また、終末期医療の医療費は避けて通れないとも言われている。私たちがターミナルについて、これからの対応の重要性は確かに認識している。医学的に必要のない、単なる延命行為にすぎない医療をどうするかということは、医療を行うわれわれが人々の命、尊厳というものを考えながら議論をすべきものであって、これを財務省から、単に医療費の見直しという考えででてくることは、国民の医療に対する不信感がこの上なく増大する。このようなことが発表された場合には、私どもは正面から異論を述べるべきだと思っている。

高齢者の医療に若年者の 5 倍もかかっている、これを何とかしなければいけないということで、「高齢者の診療報酬を別に考えたらよいのではないか」あるいは「高齢者には特に負担が低いために受診が多いのでは」といった意見を聞かれる。しかし、高齢者の方は病気の方が多いわけで、1 人あたりの医療費とすると、若年者と高齢者とはあまり変化はないと言える。なぜ、高齢者の医療費が大きくなっているかというと、これは罹患率、受診率が高い、入院期間が長いといった要素が高く出てくる。老人医療費が診療報酬上、不適切であったり、医療機関が無理に高齢者から医療費をたくさん出させているということはない。このことを私たちが、彼らも理解しないとイケない。

高齢者の医療費を低くするために、一番大切なことは、健康なお年寄りを多くするということである。日本医師会としては、現在糖尿病対策を事業として展開しており、たばこの問題も同様である。

医療費抑制の影響

医療費の抑制は必要であり、診療報酬プラスになるような時代ではないといわれているが、少なくとも国民の医療の安全ということだけを考えてみても、手当をしなければいけない。今の病院などの勤務医の過重労働等を考えてみても、医療費の抑制が生んだ姿と言える。そういうわけで、国民の安全と医療保険の充実のためには、胸を張って診療報酬のプラス改定を求めるべきである。

中医協

中医協の見直しの問題については、中医協のあり方の懇談会から報告書が出た。その中でわれわれと関係が深いのが、病院の推薦する委員を 2 名にするということで、日医が推薦するということには大きな反対があった。しかし、これもいろいろな方々のご努力により日医の推薦が進めるところまでは、できている。ただし、この懇談会の結論は規制改革民間推進会議の合意を得ることになっているため、現在解散総選挙となり、推進会議の報告書がまだ出ていない。これは、選挙が終わると官僚が変わり、また委員の任期もあるためこれからの課題と言える。

たばこ税

たばこ税の問題は、国民の健康のためにということで、有効な財源だと考える。私どもも大いに期待している。

医療計画・医療提供体制について

今度の医療法改正について、特に地域医療計画の見直しの中に危険な要素があるのではないかと考えている。昭和 60 年の改正の時から、医療機関連携ということで医療圏を設定してきたわけである。これが、かかりつけ医を中心としたプライマリケアを医療の最重点として、それを補完するのが病院である。そのときから、地域包括医療体制というものを片方においてあった。今厚労省から示されている案については、菅谷常任理事を中心として、社会保障審議会で議論させていただきながら修正をかけているが、これも政治的には医療費抑制の何か臭いがするわけである。それは前

回の診療報酬改正の時に、手術の施設基準を行い、手術の件数の少ないところは点数の減算をすることにした。これは、いろいろな手術をあるところに集めていこうということであるが、多くの手術で例数とその結果には学問的な関係はないわけである。各疾患別に診療所と病院が連携するということが有効だと指摘されていた。私どもは、疾患別に連携するのではなく、医療というものの連携であり、言葉を取り替えているが、この考えは、先ほどと同じように特化してどこかに寄せ集めるのではなく、以前からあった地域包括医療体制を今になって、効率化と一緒に抑制へと進めているようである。これに後押しする形で生じているのが、小児医療、産科、麻酔科の問題である。医師数が必要なためにいくつかの病院が科ごとに寄せ集まることで、一つの病院として、各医療圏での対応はできるという考えで進められつつある。ことが進むと、先ほどの手術を特化する、疾患によって特化することと一致してくる感がある。現在の小児科、産科の問題は、緊急避難的な方法であり、そのことがいいかということとは別である。将来的には適正な医師数と医師の動きを立証し考えることで、地域医療体制を確立していくこととは違うと言える。医療の提供体制というのは、ただ単に利便性あるいは合理性のみで考えることなく、地域で安心して暮らせる社会、それを支える地域プライマリケアということを安全とからめながら、十分に考えていただきながら、これからの対応を進めていかなければならないと思う。

私どもの医療制度改革に対する考え方は、わたしどもの経営、収入を主眼におかず、国民の健康と皆保険制度を守ることが中心で、これか

らも運動を進めていこうと考えており、先生方も胸を張って、私ともどもご努力いただけると幸いです。

植松会長は、今年の日医の方針通りタイを外したクールビズのスタイルで講演された。衆議院選挙の期間中であり、内閣府をはじめとする医療財政抑制勢力との攻防はしばし小休止の状態、先行き不透明な医療情勢の全般にわたり話されたが、厚労省の政策の中に潜んでいるいくつかの落とし穴を指摘し、会員に注意を喚起した講演であった。

〔報告：理事 湧田 幸雄〕

やまぎんスーパー変動金利定期預金〈投信セット〉

株式投資信託のご購入と同時に預け入れいただくと、お預け入れ日から

6か月間の上乗せ利率が 年 1%

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

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



平成16年6月1日現在

郡市医師会長会議

と き 平成 17 年 9 月 8 日 (木) 午後 3 時～
 ところ 山口県医師会館 6 階会議室



会長挨拶・中央情勢報告

9 月 11 日の衆議院議員総選挙を控え、落ち着いた雰囲気である。

今回の選挙は郵政民営化を踏み絵にした解散で、社会保障は争点としていないが、8 月末の日経社説では「医療制度改革をなぜ争点にしないのか」、さらに、9 月 5 日の同紙では第一面に「医の設計」として医療費 70 兆円、「2025 年の悪夢」と医療費に言及している。もちろん、日経に限らず他紙においても同様の意見を見ることができるが、その真意は医療費の増加をいかに抑えるかにあるようだ。これに対し、日医植松会長は記者会見で「医療改革や診療報酬改定は争点ではない」と述べ、改革への警戒感を表明したと伝えている。

この 8 月 10 日に厚労省より発表された平成 16 年度概算医療費は総額 31.4 兆円で、平成 12 年から 5 年間でちょうど 2 兆円増加している。この内訳をみると、診療費はこの 5 年間でわずか 0.6 兆円の増加で、調剤が 1.4 兆円増えている。もちろん医薬分業の影響であるが、1 施設当たりの医療費をみるとすでに薬局が診療所を抜いている。

高齢者の増加、医療技術革新の中で、医療費が見事に押さえつけられているのがよく分かるが、これがマスコミがいつも「医療費、毎年 1 兆円増加」と喧伝している実態である。見逃してならないのは、高齢者 1 人当たりの医療費は 5 年前

は 74.9 万円で、今回のデータでは 73.9 万円と減少している点である。高齢者の医療費がしばしば問題にされるが、むしろ問題とすべきは厚労省の推計にある。中医協に厚労省がこれまで提出した 2025 年の医療費推計では平成 6 年 141 兆円、平成 9 年 104 兆円、平成 12 年 81 兆円、平成 14 年 70 兆円、そして直近の平成 16 年では 69 兆円としている。この推計値が当初の半分まで減少したのは日医総研の分析による影響が大きく関与している。平成 12 年の「2015 年医療のグランドデザイン」によると、2015 年の医療・介護費用は 56.7 兆円、さらに 2017 年のそれには、51.2 兆円（うち介護その他を 11 兆円）とむしろ減少しており、医療のみでは 40 兆円前後である。厚労省がいつている 69 兆円でも政治的意味合いの強い過大推計といわざるを得ない。

さて、平成 18 年度のシーリングは、衆院を解散した状態という異例の形で 8 月 11 日に閣議決定された。これによると、社会保障費の自然増 8,000 億円を 2,200 億円圧縮し、5,800 億円とするとしている。仮に、2,200 億円の縮減としても、財源としては現在考えられる薬価引き下げでは、800 億円～1,000 億円程度でしかなく（国内医薬品は 7.3 兆円、平均乖離率 7～8%、調整幅 2% として薬価改定率 5～6%、3650 億円の引き下げ、16 年医療費 31.4 兆円を元にする）、医療費ベースで 1.16%、国庫負担では 812～870 億

円)、高齢者の負担増による 100 ～ 200 億円程度を加えても、さらに 1,000 億円という数字はとて捻出できるものではない。加えて、経済の伸び率の範囲でということになるとさらに 2,000 億円の圧縮(今回のシーリング社会保障関係費 20.1 兆円で 17 年度は 19.5 兆円、これは 3% の伸びとなる、来年度の名目 GDP の伸びは 2% [概算すると 19.9 兆円]、つまり 1% の抑制)が求められることになる。当初、財務省が挙げたアドバルーン的意味合いを含んだ 4,000 億円台の縮減ということになるが、これはとんでもない数字である。こうしてみると、改めて医療費伸び率にキャップをかぶせることがいかに厳しいものかよく分かる。

とにかく日医としては、“争点となっていない”と逃げるのではなく、理論武装をし、戦う姿勢が求められる。

さて、6 月 16 日に都市正副会長会議があって以来の都市会長会議である。この会では、都道府県医師会長会議の報告を慣例としているが、6 月 21 日に開催されており、すでに日医ニュース等でご承知と思うので、簡単に報告させていただく。

まず、植松会長の挨拶はまずは骨太の方針にかかわる話で、「何とか社会保障給付費の伸び率管理を明記することを避けることができた。また、医療保険の給付範囲の見直しについては具体的なものは全部削除、医師会としての言い分は一

応通った。残された課題は年末にかけての診療報酬改定、医療費財源の問題である」と述べられたが、これについてはたまたまこの日にご来県いただき、植松会長より直に聞くことができた通りである。

続いての協議では、質疑、報告など 13 議題があった。山口県医師会は「日常医療圏構想」と米国の広域医療圏統合ネットワーク (IHN) について質問した。日常医療圏という言葉は日医によりすでに医療連携体制という言葉に置き換わっているが、意味するところは同じである。私としてはこの IHN について頭から全面否定するのではなく、2 年前の日医代議員会で、「医療保険制度の再編・統合について」とする質問では、この IHN が参考とすべき点もあり、今後いろんな可能性を考え検討すべきではないかと提言したつもりである。日医は、厚労省にこの件について最近質しており、厚労省は明らかにこれを下敷きに行っていると日医の見解を述べた。

先週の 9 月 3、4 日(土・日)に、中四国医師会連合医学会が松江で開催された。の各種研究会報告は担当常任が後ほど報告する。

議題

1 中央情勢報告

会長挨拶の中で報告。

出席者

大島郡 嶋元 貢 下松 武内 節夫
 玖珂郡 吉岡 春紀 岩国市 保田 浩平
 熊毛郡 新谷 清 小野田市 砂川 功
 吉南 田邊 征六 光市 河村 康明
 阿武郡 松井 健 柳井 新郷 雄一
 豊浦郡 千葉 武彦 長門市 村田 武穂
 下関市 中島 洋 美祢市 高田 敏昭
 宇部市 田中 駿 山口大学 坂部 武史
 山口市 奥山 暁
 萩市 池本 和人
 徳山 小金丸恒夫
 防府 深野 浩一

県医師会

会 長 藤原 淳 理 事 萬 忠雄
 副 会 長 上田 尚紀 杉山 知行
 木下 敬介 弘山 直滋
 専務理事 三浦 修 加藤欣士郎
 常任理事 吉本 正博 監 事 田中 豊秋
 濱本 史明 青柳 龍平
 佐々木美典 小田 清彦
 西村 公一 山本 貞壽
 理 事 正木 康史
 小田 悦郎 編集委員 川野 豊一
 湧田 幸雄

2 中国四国医師会各種研究会報告

本号 P.838 ～ 846 に詳細掲載。

3 日本医師会「医療事故防止研修会」について

三浦専務理事：

平成 17 年 8 月 6、7 の両日、日医会館大講堂で、日本医師会「医療事故防止研修会」が開催された。(詳細は日医ニュース 1055 号掲載)これは、日本医師会の自律的取り組みとして、医療事故にかかわった医師への再教育を実施し、会員の医療事故防止への意識を高め、医療安全の実を上げるために開催するものであり、具体的な参加者としては、過去 3 年間に 3 回以上、医療事故にかかわった医師会員及び医療機関の管理者、あるいは都道府県医師会が再教育の必要ありと判断した医師会員、医事紛争、自浄作用活性化担当役員などである。出席人数は、6 日が 316 名、7 日が 327 名、両日とも参加は 300 名であった。

最初に寺岡副会長が、「安全で質の高い医療を提供すると同時に、繰り返しての医療事故が発生しないよう、医師に対する教育を行うことが日医としての社会的責務であると考え、今回の研修会を開催することとなった」と、研修会の開催趣旨説明を行った。

植松日医会長は、「国民の医療に対する強い不信任感を払拭するためにも、今回の研修会で、事故が起こる原因を自ら考え、安全な医療を提供できるようにしてほしい」と述べた。

2 日間にわたり特別講演が 2 題、3 つのセッションに分かれ、医師の職業倫理、患者医師関係、患者安全といった 3、3、5 題の講演があった。それぞれの立場から非常に中身の濃い講演であった。

1 点だけ述べると、第 2 日目の特別講演で、稲垣克巳氏が、医療事故被害者家族の立場から「医療の安全を願って」と題して、講演された。稲垣氏の長男は、大学卒業前に名古屋大学附属病院で、頸部リンパ管腫の手術を受け、術後の出血のために頸部が腫張、呼吸困難、呼吸停止、心停止に至った。呼吸確保が遅れ、その後の脳傷害で 22 年間寝たきりになってしまった。この講演中で、「事故の経緯とともに医師、看護師等医療従事者に必

要なものは、知識、技術とともに人間性であり、医療事故はマイナスの資産として公表すべきである」と強く訴られた。

最後に、櫻井副会長が、「本研修会を第一歩として、実効ある医療安全対策を立案・提示していきたい」と総括し、研修会を終了した。

なお、この研修会の内容については、編集された後日医のビデオライブラリーに乗せることになっているので、ぜひご覧いただきたい。

4 郡市医師会からの意見、要望

「市町村からの委託事業調査(県医)」の趣旨と調査後の利用方法について 【山口市】

- 1 近年の国と地方の三位一体政の推進により、今後、地方財政のさらなる緊縮が予想されている。そうした中で、郡市医師会にあたっては、永年にわたり行政との協議、交渉、連携により独自に積み上げられた諸事業の実績がある。
- 2 今回、県医で調査された市町村の委託事業調査については、医療側として参考となる点が多いが、一方行政側からも市町村間の格差をなくし、横並びへと向かう格好の資料となる可能性がある。
- 3 今後、この資料が行政側の都合の良い資料として使われる懸念もあることから、この取り扱いについては特に慎重にお願いしたい。

回答：三浦専務理事

今回の委託事業等調査の出発点は、ある市医師会から提出された要望に基づいて行ったものである。

市町村からの委託事業等について、市町村合併にともなって行政側から新たな料金設定を提示された場合に、行政側は他の郡市の資料を把握していても、医師会側としては、まったく他地域の情報を得ていないまま、折衝をしなければならない場合があり、委託費に関しての資料、根拠が欲しいということから始まっている。

多くの市町村からの情報は、行政側として、すでにある程度確保していると思われ、あくまでも今回の委託事業等調査は、医師会としての立場強

化が主たる目的である。

また、数年前にもこういった調査を行ったが、別の目的に使用されたことはない。

県医師会としても、十分配慮するが、各都市においても、取り扱いには十分ご留意いただくようお願いする。

傍聴印象記

編集委員 川野 豊一

平成 17 年 9 月 8 日の郡市医師会長会議を傍聴させていただいた。会議では、中央情勢報告、中四国医師会連合の各種研究会の報告、日本医師会医療事故防止研修会についての報告、郡市医師会からの意見・要望事項の協議など多数の報告／協議が行われ、やや時間が不足していたようであった。会議の内容については別項で詳細に記載されているので、会議を傍聴しながら(?)頭の中に浮かんだ感想を書かせていただく。

厚生労働省は医療制度改革の目指すべき方向として、利用者の視点に立った効率的で、安心かつ質の高い医療の提供／健康寿命を延ばし、生活の質を高める保健医療サービスの提供／国民に信頼される持続可能で安定的な医療保険制度の構築を掲げている。今後は高齢者医療制度の創設や日常医療圏構想などが国会での議論の対象となるのであろう。

小泉首相は総選挙で歴史的な勝利をおさめた。衆議院で与党が 2/3 以上を占めるということは、やろうと思えば憲法改正の発議もできるのである。しかしながら首相が選挙中に訴えたのは郵政

民営化のみで、医療や年金、財政改革、外交などの問題をどのようにするかは明らかにしていない。有権者は他の懸案の処理にたいしてもフリーハンドの信任を与えたと巨大な与党は解釈するのだろうか？郵政民営化のみならず、医療制度改革や年金など他の諸問題について、国民の立場から考えた、わかりやすい議論をしっかりと行ってもらいたいものである。

ところで、2005 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005」には、持続的な社会保障制度の構築という項目に、医療費適正化を目指す政策目標と具体的な措置を平成 17 年中に決定した上で、平成 18 年度医療制度改革を断行する、と明記してある。平成 17 年中といえばあと 3 月あまりである。国民の意志を問う機会である選挙で、どこかの政党は社会保障制度を争点とすることはなかったのに、こんなことでいいのだろうか？

平成 17 年度 中国四国ブロック広報担当理事連絡協議会

と き 平成 17 年 9 月 3 日 (土) 午後 3 時～
ところ 松江市：ホテル一畑 東館 2 階「平安の間」
出席者 吉本常任理事、加藤理事

[報告：理事 加藤欣士郎]

平成 17 年度の中国四国ブロック広報担当理事連絡協議会は中国四国医師会連合会の各種研究会に並行して、日医が主催し、香川県の担当で開催された。

大塚香川県医師会副会長の挨拶で始まり、田島日医常任理事より「今、日医が広報の中心にしているのが、広報戦略会議と日医白クマ通信であり、広報戦略会議では、危機管理と日医のイメージアップ作戦の 2 つを柱としている。」といった挨拶、日医広報の概略が報告された。

1 日医広報戦略会議について

日本医師会広報戦略会議委員 田中 正博

日本医師会広報戦略会議において、中・長期的の課題の中で、①イメージアップ・チェンジ、②メディアとのコミュニケーション、③広い意味での日医の危機管理、この 3 つが私の認識している 3 本柱である。本日は、③の危機管理について話す。

危機管理とクライシス・コミュニケーション

現在、「日本医師会 危機管理広報マニュアル」を作ることが決まり、準備中である。このマニュアルは、患者・患者家族へのクレーム対応というよりは、一般社会とりわけマスコミに対する医師会としての危機管理に絞っている。危機が発生した場合、直後からの内側の対応の善し悪しによって、その後の局面が大きく変わることである。しかるに、予防策と同じくらいに危機が起きたときの対応を間違えないことが、組織あ

るいは機関としての信頼度を守る上でもっとも重要である。このクライシス・コミュニケーションの典型的な成功例は、クボタが起こしたアスベスト問題であり、失敗例が三菱地所による土壤汚染問題である。

成功例では、まず地域住民のリーダーから「クボタの従業員だけでなく、住民にも発症者がいる」ということがつきつけられ、調査の結果、6 名の発症者がいることがわかった。それから、クボタが行ったことが重要であり、見事に批判をかわすことができた。即座に役員会を開き、その日に 3 名の発症者へ 200 万円のお見舞金を支払うことを決定した。当然、因果関係がわからないうちにお見舞い金を払うことは自ら非を認めることであるため、役員会でも揉めたが、社長は因果関係が明らかにならなくても、この状況から少なくとも何らかのお見舞いする、これが地域社会での当たり前だと判断した。即日、被害者側が記者会見を行い、「クボタの対応に誠意を感じた、これを転機に今後社会に貢献する活動をしてほしい。同様に他の企業も公表してほしい」と報道された。一日のうちに、クボタは悪者ではなく、誠意を示した、住民からエールを送られた企業となり、その後多くの企業がアスベストに関して公表した。やがてその矛先は、厚労省、国の問題（対応の遅れ）へと移った。医師会の場合でも、ある問題をマスコミにつかれた場合、その騒動が 1 日で終わり、翌日の朝刊に出てこないのが理想である。マスコミ対応一つで、社会全般からの信頼関係がすべて変わってくる。

失敗例では、実はイメージが落ちるために発表しないことを機関決定していた。しかし、内部告発的に表面化したため、記者会見をせざるを得なくなった。その会見でのトップでの発言がすべてから批判を浴びた。「法的な違反、問題はない。」と言い、これが反発を生んだ。そのため、謝罪・反省なしといった厳しい批判報道がされた。そして、大阪府警も直ちにこの業者を送検することにした。そして、その業者のトップは辞表を出し、その後、大阪地検は不起訴とした。

このように、マスコミ対応を抜きにして危機管理は考えられない。どのような大企業でも苦慮している。そういう視点から、マニュアルを作成していこうと考えている。

マスコミを知らずして、危機管理はできない。したがって、それぞれの特性を知ることが大切である。

コミュニケーションには、理のコミュニケーションと情のコミュニケーションとがある。医師会にはほぼ理のコミュニケーションである。たとえば、マイナスの情報は、プラスの情報の 2 倍の伝播力を持つといったことである。

質疑

Q: 本会では、「医師会員の政治姿勢を問うアンケート」を行った際に、ある新聞社から取材を受けた。自分が 1 対 1 で取材を受けた。アンケート結果についても、すべて新聞社へ見せて説明を行った。これが非常に良く、どこか隠しているイメージのある医師会も一般社会の団体と同じだという印象で記事にされていた。マスコミに対しては公表していくことが大事だと感じた。

A: この場合のポイントは、逃げずに 1 対 1 で誠意を持って説明したためだと思う。また、そのアンケートの企画からまとめまでを担当した、信念をもった方が取材を受けられたところだと思う。

Q: 病院は個人情報を取り扱っているため、公表に関してどの程度していくかが、守備義務についても非常に難

しいと思う。

A: 県警本部での会見においても同様なことがある。マスコミに対して容疑者の名前を出さないについてもさまざまである。公表する場合に、もっとも有効なのが「家族からの強い要請」である。また、隠さず公表するが、報道するか判断はマスコミ各社に任せる。したがって、患者家族に事情を十分説明し、会見をする。

2 日医への提言・要望

1. 継続的な対外広報活動に対しての日医からの補助について (鳥取県)

都道府県医師会における一般住民向けの広報は年々重要性を増している。地元紙への医師会の意見広告掲載に対して、スポット的に日医から補助していただくことは従来より行われていたが、県民向けの広報誌の発行等の継続的な対外広報活動に対して、日医から毎年一定額の補助を継続的に行っていただきたい。

日医: 他のブロックからも同様の要望がある。対外活動資金といった予算はあるが、今のところ国民運動へ費やす方が費用対効果も大きいという判断である。

2. 日医ホームページの様式について (鳥取県)

日本医師会の会員のページがリニューアルされたから、かえって必要なことが探しにくくなったと思われる。体裁の良さと引き換えに利便性が落ちているように感じられる。



日医：ホームページ作成の担当は情報企画課となっている。主旨は伝えるようにする。

4. 日医開催の代議員会並びに都道府県医師会 長会議、各都道府県医師会担当理事連絡協 議会における会議説明内容の提供等につ いて (広島県)

日医において開催される代議員会並びに都道府県医師会長協議会、各都道府県医師会担当理事連絡協議会について、それぞれの医師会においてテープレコーダー等の録音機器を持参し、会議における説明内容を録音して、それを各都道府県に持ち帰り起こし、会員への情報提供として会報へ会議説明内容の概要を掲載しているところである。

例えば、日医では会議内容をダイレクトに録音していると思うので、それを日医の都道府県宛て文書管理システムにあげていただき、それぞれの医師会がそこへアクセスすることによって入手することができないのかご検討をお願いします。

日医：実務的に可能ではないかと考える。設備的な問題であると思うので、配布できる会議等の選択も含めて、もち帰り検討する。

5. 日医雑誌の理事会報告の掲載の迅速化と簡略 化を要望する。(山口県)

日医雑誌平成 17 年 7 月号には平成 16 年 11 月に開催された日医理事会報告が掲載されている。しかし、これではあまりに遅い。また、一か月分の報告に 77 頁が費やされている。これにはあまり冗長である。日医雑誌の役割が記録性にあることは理解できる。また、速報は他の手段に委ねるべきとの意見もあろう、しかし、日医雑誌が会内広報の中心的役割を担う以上、できる限り速やかな報告が望まれる。さらに、報告は発言の要点を絞り、簡略化してもよいのではないか。

日医：今のところ、事務的な作業として、速記から役員・発言者のチェックまでで最低 3 か月かかる。また、全文掲載と簡略化についても、その作業と確認が必要となる。

6. 日医ニュースについて (徳島県)

日医ニュースの「会員の窓」や「南から北から」は会員の声として愛読者は多い。「南から北から」の選考は難行だと想像するがどのように採用しているのか。また、「会員の窓」は掲載されていない号があるが、紙面の都合か、投稿がないためか。テーマは自由といいながら「たばこ」「IT 化」などマンネリ化した題材をいつまでも募集するのは逆効果では。また、投稿方法にメールも採用しては。

日医：各県の順番も配慮している。長文の場合は、了解の上、省略・簡略化して掲載している。

他に愛媛県から「医師会イメージアップについて」、香川県から「広報戦略会議の活動について」の質問があった。

3 中国四国各県医師会からの提出議題について

各県より 7 題の提出議題が提案されたが、時間の都合で協議されなかった。以下、提案主旨のみ報告する。

1. 県民向けの健康教育講演会の開催状況について (鳥取県)

本会では、昭和 61 年度より年 1 回「健康セミナー」を開催しているほか、平成 3 年度より毎月 1 回「公開健康講座」を行っているが、各県の健康教育講演会の開催状況と、運営方法（他の企業との共催か医師会単独の運営かなど）をお教えいただきたい。

2. 各県医師会ホームページによる会員向け広報について (島根県)

医師会の行事予定、学術講演会等、会員だけに連絡する頁（会員の ID、パスワード等による）を充実すべきと思うが、貴医師会会員からそのような要望があるのか、あるとしたらどのように会員の頁に力を入れておられるかご教示いただきたい。

3. 一般住民に対する広報活動について (岡山県)

医師会の主張が、国民に正しく理解され、支持されるためには、常日頃より、一般住民に医師会

活動を正しく理解してもらい広報活動が重要であると考えている。各県医師会の実施している一般住民に対する広報活動の実施状況・アイデアがあればお教え願いたい。

4. 個人情報保護法について (広島県)

この度の個人情報保護法の施行により、個人を特定できる情報の取り扱いについては苦慮されていると思うが、この度の個人情報保護法に関連して会報での取り扱いにどのような影響があったのか、また日医として、会報作成において留意すべき事項があればご教示願いたい。

5. 地方医師会活動の広報を充実するために

(山口県)

昨年 11 月から 12 月にかけて混合診療反対集会在各県、各地区で開催された。結果、署名運動とあいまって混合診療の導入阻止の大きな成果をあげた。しかし、各地で開催された集会の様子が他県では知るすべがなかった。日医ニュースや日医ファックスニュースでもっと詳しく各地の集会の報告をしてもよかったですのではないか。そのためには、集会の取材が必要である。

日医に地方医師会のイベントを取材する担当者を配置し、地方医師会活動の日常的な取材と全県への広報を充実すべきと考えるが、いかがか。

6. 保険審査に関する広報について (徳島県)

会員が広報に求める一番多い要望は保険審査に関する記事であるが、各県により、また、支払基金と国保連合会とで一部見解に差異があるため、審査委員からは Q & A 式の回答を拒否されることが多い。当県では、保険一口メモとして、当たり障りのない記事を会報に掲載しているが、各県では保険審査に関してどのような方法で広報をされているかお尋ねしたい。

7. マスコミとのよりよい関係を得るための方策について (愛媛県)

マスコミの医師会に対する偏見や誤解を解き、効果的な対外広報を行うためにもマスコミとのよりよい関係が必要と考えます。各県医師会での取り組みをご教示ください。

.....

本協議会は日医の主催で開催される。以前は日医で全国広報担当理事連絡協議会がもたれていたが、各地医師会の意見交換を重視する意味でブロック単位の協議会に変更されたところである。そのため、事前に各県から協議題と日医への要望事項を提出し、その回答も用意した上で、当日はこれらについて討論するのが趣旨である。ところが今回の協議会は日医の報告に予定時間の大半を費やしたため、各県からの提出議題についてはまったく討議する時間がなくなってしまった。そのため日医への提言、要望のみその趣旨を各県から説明し、日医の回答を聞くことに終わってしまった。

日医から日医広報戦略会議の報告が詳しくなされた。日医の広報は対外広報を重視するスタンス

でこの会議を昨年 9 月に立ち上げた。外部の専門家も委員に招聘し、これまで定期開催し、今回最初のテーマとして「危機管理広報マニュアル」の提案があった。会議委員である田中危機管理・広報事務所長の田中正博氏から報告された。広報でいう危機管理とはマスコミ対策のことである。近年、事故や院内感染など医療機関が記者会見、マスコミ対応に迫られることが頻発してきている。しかし、その対応方法についてはわれわれ医療機関はまったくの素人で、これまで十分な対応をしてこなかった。そこで今回その対策がマニュアル化されたものである。田中氏の説明はたいへん解りやすく、マスコミへの対応について具体的な方法を教示していただいた。とくに、われわれの対応が「知」に傾きやすいのを、「情」に

照らすことも必要であることを強調されたが、これはたいへん示唆に富む提言である。近々、このマニュアルが完成するとのことであり、会員の参考になると期待される。

提案事項では鳥取県から日医ホームページについて、そこででの検索がしにくいことの注文があった。これに対して日医の回答はホームページ作成は情報企画課がしているとのことであった。これは問題であろう、ホームページは広報の主要な手段である。よって広報が直接に担当すべきである。ホームページが導入された当時はシステムの一部として、そのインフラ整備の一部とされてきた経過はあるが、現在に至ってはホームページは広報の一つのツールとして確立しているのであり、そのコンテンツは広報が担当すべきである。

当県からは日医雑誌の理事会報告の掲載の迅速化と簡略化を要望した。報告の掲載があまりにも遅く、また誌面を占拠し過ぎるためである。しかし、発言のチェックに時間がかかるとの回答であった。理事会の協議については会員の注目も高く、速報性が求められることから、さらに善処していただきたいところである。

協議題については先に述べた訳で、ほとんど討議できなかった。当県は地方医師会の活動を日医が取材し、各県に報道する体制の提案をした。それは各地でさまざまな医師会の活動や催しがされているが、その様子がなかなか他の県にまで届かないためである。また、日医が対外広報に軸を置いていることについては依存はないが、会内の広報活動も疎かにしていただかないことへの提起の意味も含めていた。今回は協議できなかったが、

今後後もつづけて提案していきたい。

今回の協議会ではせっかくの各県からの協議蓮が討議できずに終わった。これでは、ブロック会議の意義がない。ここでは日医の報告をすることが主体ではなく、各県の意見を日医に開いていただくことが本旨であろう。ただ、日医の報告はたいへん重要である。今回も、広報戦略会議の危機管理広報についての報告は必須であった。できればもっと十分に時間をとって田中委員に講演していただきたかった。また、もっと質問と討議の時間も欲しかった。そこで、日医に提案したい。広報理事協議会は全国とブロックとを別に開催していただきたい。全国では日医の報告と講演、シンポジウムなどをして、日医の広報の戦略の普及を計るようにし、ブロックでは各県の提案、要望事項だけを討議して、ここでは日医は各地の意見収集を計るようにはどうであろうか。



Daiwa House
大和ハウスグループ

医院づくりの『AtoZ』をバックアップ



**PARTNER
COORDINATE
SYSTEM**
パートナーコーディネートシステム

全国施工実績	特別養護老人ホーム・ケアハウス：18件
老人保健施設：81件	診療所：317件
病院：64件	グループホーム：282件
通所介護・通所リハ：284件	有料老人ホーム：38件 (2005年3月現在)

大和ハウス工業株式会社は医療・介護事業に対し、全国で数多くの実績を上げています。新規開業につきましても立地(土地確保)のご提案から各診療科目ごとの設計・施工、市場調査から資金調達等のアドバイスなどフルサポート体制で取り組んでいます。開業をご検討の方はお気軽に御相談下さい。個人情報につきましては開業のサポート以外に利用いたしません。



大和ハウス工業株式会社 山口支店建築営業所
山口県山口市吉敷3085
TEL 083-923-5111 (代表) : 083-920-4933 (平日)
FAX 083-920-4950
担当: 兼田 sk3104@daiwahouse.jp (小村・藤井)
建設業許可番号: 国土交通大臣許可(特-12)第5279号
宅地建物取引業者免許番号: 国土交通大臣(12)第245号

社保・国保審査委員合同協議会

と き 平成 17 年 8 月 18 日 (木)

ところ 山口県医師会館

報告：常任理事	西村 公一
理 事	萬 忠雄
理 事	加藤欣士郎

藤原会長挨拶

審査委員の先生方には、常日ごろより、審査の公平、公正の立場よりご尽力いただき、会員を代表して厚くお礼申し上げます。

さて、郵政民営化法案が参院で否決されたのを受け、小泉首相は衆院を解散し、9月の総選挙となったが、衆院を解散した状態という異例の形で、2006年度のシーリングがこの8月11日に閣議決定された。これによると、社会保障費の自然増8,000億円を2,200億円圧縮し、5,800億円とするとしている。

総選挙の結果如何では政権交代もあり得る中で、の予算編成で、暫定的意味合いもあるが、谷垣財務相は骨太の方針の中にある「(聖域なき)歳出改革路線を堅持・強化」という文言を引き合いに出し、「医療を中心に抑制をやらざるを得ない」としての厳しい方針を打ち出している。

この10日に厚労省より発表された平成16年度医療費は対前年度比2%増である。その内訳をみると、医科では約0.3兆円、1%の増である。この5年間でみると、医療費総額は2兆円増加しているが、医科ではわずか(5年間で)0.6兆円増で、あとの1.4兆円は調剤費の増である(ちなみに、16年度の調剤費は4.2兆円、歯科は2.5兆円)。医療費が毎年1兆円増と政府やマスコミに喧伝されながら、これがその実態である。また、医療費が増えたからといって、これが医療機関の懐に入っている訳ではない。もちろん、自然増(3.7%)を上回って伸びれば医療の質や安全確保に少しはまわせるといった程度である。



医療現場の声を訴える場は結局医政しかない。医師会としてはこれまで以上に医政に注力しなければならないと考えている。

さて、本協議会の目的はいうまでもなく社保・国保両審査委員会の較差是正、また、委員間同士の較差是正にある。そして、審査の基本的問題である医薬品適応外投与については、日医松原常任理事が厚労省に確認し改めて通知が出された、「医師の裁量権を認めた」いわゆる「55年通知」は生きていることを周知したい。この医薬品の適応外投与については、山口県の審査ではケースバイケースではあるが、両委員会の合意の下に、今後も弾力的に運用していくことが肝要であると考えている。

本年度の保険指導について、会員の誤解もあるようなので触れておきたい。その前に、審査委員で保険指導に当たられている先生方には、まず、ご苦勞に心より感謝申し上げます。既に、再三協議会等でお話していることであるが、厚労省の強い指導により、今年度から山口県においても保険指導医に医師会役員が就任できなくなった。しかし、指導形態こそ若干、従来より変わったが、指導内

容自体はまったく変わってはいない。この件については当局ともよく協議し、確認している。現在の形態は、むしろ以前より透明性も確保されていると考えている。

また、保険指導選定基準としていた審査録の内容の指数化については今回より中止となった。これは審査録の記入方法にバラツキが大きいためである。審査録の内容の充実については、この委員会でもこれまで繰り返してお願いしているが、この情報を選定基準のひとつに組み入れることが難しいとなると、保険指導の選定が自ずと高点数、あるいは必ずしも公平性が担保されていない情報に頼らざるを得なくなる危険性がある。高点数選定はつまりは集団的個別指導の復活であり、医療現場では萎縮診療に繋がるもので断固阻止すべきものである。先般、基金本部理事会での質疑に答えて、中西理事長は「基金審査はあくまで保険診療ルールに則って行うべきもので、財政効果云々という評価（経済的審査）をすべきものではない」と明言されているが、保険指導の本質はあくまで教育的指導であり、医療費削減の道具であってはならない。本来、医療機関の診療傾向に関しては、審査録の内容が充実していれば適切な情報源と成り得るはずであるが、現在は十分活用できない状況にあり、改めて、審査録の内容の充実をお願いしたい。

本日は、会員より多くの質問・意見をいただき

ている。例年より若干少ないかと思われるが、中身の濃い意見が多いようだ。慎重審議をお願いしたい。

為近社保審査委員長・江里国保審査会会長から、協議会開催を謝し、当協議会の重要性を認識し、両審査会審査委員へ十分な協議をされることを依頼し挨拶とされた。

◇協 議◇

1. 社保・国保審査委員連絡委員会（6月30日） 報告

山口県医師会報 1740 号に掲載のため省略。

2. 「強皮症」に対する薬剤の適応について

〔国保連合会〕

「強皮症」（随伴症状の記載のない）の病名のみでアンプラーグ錠、ユベラ N ソフトカプセルの算定が認められるか協議願いたい。

薬理作用により、次のとおり取扱う。

- ①アンプラーグ錠については、適応病名又は随伴症状の記載を必要とする。
- ②ユベラ N ソフトカプセルについては認める。

3. 管理料と特定疾患処方管理加算の併算定について

〔国保連合会〕

以下の管理料を算定している患者について、厚生労働大臣が定める疾患に対する薬剤を処方した場合の特定疾患処方管理加算の算定はいかがか。

- ①認知症患者在宅療養指導管理料
- ②難病外来指導管理料
- ③慢性疼痛疾患管理料

（提案趣旨）

平成 16 年 6 月 17 日 社保・国保審査委員連絡委員会において、「厚生労働大臣が別に定める疾患以外の疾患を主病とする患者に対し、特定疾患療養指導料（老人慢性疾患生活指導料）、特定疾患処方管理加算（長期）の算定については、主病にかかわらずレセプトに該当する病名があれば算定を認める。主病の表記は必ずしも必要はないが、記載する場合は特定疾患に該当するかどうか確認を要す。特定疾患処方加算（長期）について

出席者

社会保険診療報酬支払基金審査委員 41 名

国民健康保険診療報酬審査委員 26 名

県医師会

会 長	藤原 淳	理 事	湧田 幸雄
副 会 長	上田 尚紀		萬 忠雄
	木下 敬介		杉山 知行
専務理事	三浦 修		弘山 直滋
常任理事	吉本 正博		加藤欣士郎
	濱本 史明		田中 豊秋
	佐々木美典	監 事	青柳 龍平
	西村 公一		小田 清彦
理 事	正木 康史		山本 貞壽
	小田 悦郎		

は、特定疾患に対する薬剤（処方期間が 28 日以上処方）の請求がなければ算定できない。」という取り決めがあるが、上記①～③の管理料が算定されている患者に対し、厚生労働大臣が定める疾患に対する薬剤を処方した場合の特定疾患処方管理加算の算定は認められるか。

① 併算定を認める。

②③併算定は認められない。（告示上、主病限定があるため）

なお、「レセプト上の主病については 1 つであり、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を 2 種類以上算定することは認められない。」（平成 14 年 3 月 28 日・記載要領に関する問答集・厚労省医療課）とする算定ルールによる。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 16 年 8 月 1 日号・社保国保審査委員連絡委員会

4. 会員からの意見要望

No.1 他医療機関入院中の診療情報提供料の査定について

標記の件は、昨年の社保・国保審査委員合同協議会（8 月 19 日）で「現在、日本医師会と厚労省が協議中であり、協議の結果が出るまでは保留（査定しない）とする。」となっている。

しかし、その後、当院に近隣の精神病院から紹介があり、診断並びに療養上の留意点を記載した返事を書いて、診療情報提供料（B）を算定し、保険請求したが、保険者再審査（国保）で容認・過誤調整となっている。国保連合会に問い合わせたところ、継続管理加算、外来管理加算等は保留（査定しない）とするが、診療情報提供料（指導料）は算定できないとの判断であった。いまだに厚労省から返事がないことを承知の上で、保留とせずに指導料なので算定できないとの判断を示している。

国保の審査委員会では昨年の保留の判断を変更したのか伺いたい。（国保）

【宇部市】

「昨年の社保・国保審査委員合同協議会まで国保では「診療情報提供料は入院中の患者には算定できない」としていた。同会議の結論は保留であった。保留するということは、国保

ではこれまでの取扱いどおり「査定する」の意に解釈するのが妥当と考える。

（国保連合会回答）

標記の協議については、「基本診療料」である継続管理加算、外来管理加算と「指導管理料」である診療情報提供料を同項目として協議したこと及び「一般病棟」と「療養病棟」を同項目として協議したことによる問題点と考えられる。算定ルールでは「基本診療料」と「指導管理料」あるいは「一般病棟」と「療養病棟」では別々のルール構成（医科点数表の解釈・第 2 部入院料等・入院中の患者の他医療機関への受診について参照）となっているため、精神病棟等においては、保険者により入院レセプトと外来レセプトの照合が行われたうえで、審査申し出された場合は当議題のケースが発生する。

なお、「入院中」の取扱いについて、自院と他院の問題が未だ明確とされていないため、引き続き日医から厚労省に取扱いの徹底を要望するが、次回、診療報酬改定後も未解決であれば、審査委員連絡委員会において山口県としての対応を協議したい。

〔関連記事〕「山口県医師会報」

平成 16 年 10 月 1 日号・社保国保審査委員合同協議会

平成 16 年 6 月 21 日号・都市医師会保険担当理事協議会

No.2 他院入院中の患者の薬剤情報提供料について

他院入院中の患者に薬剤を処方し、薬剤情報提供料を算定したが査定された。もともと薬剤情報提供料は処方した医師の、薬の名前、使用方法、副作用などの説明に対して算定できるものである。入院中の病院にその診療科がない理由で当院に受診している訳で、入院医療機関の主治医がそれを代行することはできない。確かに診療報酬点数表には「注 1. 入院中の患者以外の患者に対して算定する」とあるが、この「入院中」とは自院入院中のことであり、他院入院中まで含めるのは間違いだと思われる。われわれにとって患者が他院に入院しているか否かによって対応が変わる訳ではないので再考願いたい。

【宇部市】

前 (No.1) と同様。

No.3 入院栄養指導料算定について

当該指導料は「入院中 2 回を限度として算定する。ただし、1 週間に 1 回を限度とする。」とある。しかし、1 週間に 1 回の解釈が社保と国保では違っている。社保は 1 週を日曜～土曜とし、週が変われば算定可能との見解を示しているが、国保はあくまでも 1 週間経過後でなければ算定できないとし、何度再審査請求しても「原審どおり」との回答しか返ってこない。全国保険医団体連合会の返事は社保と同じで、極端な例は土曜日と月曜日でも算定可能とのことであった。国保の解釈だけが違うことについて検討願いたい。(国保) 【山口】

診療報酬点数表の記述には「週」、「月」に 1 回とする点数が多数ある。薬剤管理指導料のように「週 1 回算定、間隔は 6 日以上とする。」等、間隔を明記している項目以外はすべて歴週算定とする。

No.4 抗生剤の 2 週間以上の使用について

肺炎の治療で抗生剤を投与する場合、十分有効であるにもかかわらず、治癒まで 2 週間以上を要する場合、コメントを添付していても 2 週間を限度として査定された。有効であっても、2 週間で他の抗生剤に変えないといけないのか。(国保) 【下松】

14 日間を超える投与は個別判断であるが、その場合、詳記が必要。

No.5 外来でのユナシン 1 日 6g 投与について

中等症から重症の肺炎患者に対してユナシン 1 日 4g の投与を保険適応があるにもかかわらず査定された。「1 日 4g の投与をしなければならぬ患者は入院すべきで、外来での投与は認めていない」との理由だが、厚労省の「可能ならば入院させないで治療をするべき」とする方針と異なるため検討していただきたい。 【防府】

個別判断となる。この事例は再審査請求願いた

い。

No.6 「仮性クループ」に対する吸入薬について

「仮性クループ」に対してメプチンやベネトリンの吸入は適応外となっているが、エピネフリン等は認められている。両者に薬理作用の違いはないが、審査委員の見解をうかがいたい。

「仮性クループ」の吸入療法は小児科診療エビデンスがあり、米国小児科学会の「RED BOOK」にも記載されている。臨床的にもベネトリンの吸入は有効(ステロイド吸入よりも)であるので検討願いたい。 【吉南】

「仮性クループ」は急性喉頭炎による浮腫が原因であるため、 β -刺激剤吸入の算定は適応とならない。

No.7 テタガム注射液の適応記入について

テタガム注射液を 10 年近く使用しているが、突然、テタガム施行の理由確認の返戻があり、現在、適応を記入して請求している。今後も適応記入が必要か伺いたい。 【下関市】

病名に「外傷疾患」があれば注記の必要はないが、「使用上の注意」に留意が必要。

「血液を原料としていることに由来する感染症の伝播等の危険性を完全に排除することはできないことから、疾病の治療上の必要性を十分に検討の上、必要最小限の使用にとどめる」(日本医薬品集)

No.8 MS アンチゲン 40 使用時の生食査定について

MS アンチゲン 40 は凍結乾燥注射剤であり、使用時には生食あるいは注射用水が 2ml 必要となるため、生食 20ml (64 円) を請求したが査定となり、再審査請求するも原審どおりであった。その後、レセプト摘要欄に「管残ハキ」と記載してからは査定となっていないが、このような事例で注記は必要なのか。 【下関市】

やむを得ない請求であり、「管残ハキ」の注記は必要としない。

No.9 静注用ホスミシンの査定について

気管支炎の患者で、いずれの症例も状態、重症度、検査結果等により投与している。査定の根拠及び理由がまったく理解できないためご教示いただきたい。(社保) 【下松】

傾向的使用は査定対象となる。療養担当規則に基づいた適正な使用が必要。

No.10 ブミネートの査定について

(90 歳・女性) 病名：全身浮腫、低アルブミン血症

低酸素血症、脳浮腫後の意識レベルの低下が続いており、DM の加療、中心静脈栄養により、コレステロール 85mg/dl の低値、アルブミン 2.3g/dl で低値、軽度のトランスアミラーゼの増加、コリンエステラーゼ低下等があり、高度の肝機能障害、合成障害、全身栄養状態の不良があった。腎機能、心機能は正常レベルに保たれていた。胸水、高度浮腫の解消のため、利尿剤を使用しつつ、ブミネートを 3 日間使用した。病名もあり、アルブミン値も 2.4 g/dl 以下で使用基準内であるにもかかわらず査定されている。検討をお願いします。(国保) 【防府】

超高齢者の血清アルブミン値は低値を示すことが多く、2.3g/dl だからアルブミン投与の基準にあるとは必ずしもいえない。安易な投与は厳に慎み、単なる栄養補給目的や単なる血漿アルブミン濃度維持目的での使用は認められない。

【関連記事】「山口県医師会報」

平成 16 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

「保険診療の手引き」平成 15 年 2 月改訂・第 9 (5)

No.11 術後の酸素吸入査定について

全身麻酔後の病室での術後酸素吸入が査定され、再審査請求するも診療内容、症状、経過から判断して原審どおりとなった。以前は問題なく認められていたがいかがか。(社保) 【下関市】

平成 12 年の診療報酬改定時に「手術当日に、手術に関連して行う処置(ギプスを除く。)の費用は、術前、術後にかかわらず算定できない。」

の通知が追加され、それ以降は取扱いが変更された。また、その処置に伴う酸素代も請求できないので留意して請求願いたい。

No.12 MAC-PCR-DNA 検査について

MAC-PCR-DNA 検査は結核が否定された場合のみ算定できる。また、結核菌 Direct-Tbc などとは同時に算定できない。

結核菌の同定を待たずに非定型抗酸菌症の診断ができれば、その間に費やす検診等の医療費(検査費用等)からみても、不要な検査をすることなく対応できる。他の感染症であれば、同時に既存の検査が認められているので、MAC-PCR-DNA についても、医療費や伝染病に対する対応の問題から、同時に検査を認めていただきたい。【岩国市】

ご指摘のとおり両検査の同時算定は認められていないため、診療報酬算定上はやむを得ないと考えられる。(ご意見はごもっともであり、承りたい。)

No.13 細菌薬剤感受性検査に対する返戻について

細菌検査時に細菌薬剤感受性検査を請求したところ、「同一日の細菌薬剤感受性検査について」理由を記入するようにと返戻があった。

診療報酬点数表では「結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。」と記載があるため、診断が確定した場合にのみ請求している。

したがって、返戻は何の規則に基づいて行われているのか伺いたい。(国保) 【宇部市】

返戻については「実日数 1 日の場合は「再来院なし」等の注記が必要。」(厚労省・質疑応答)の理由からであるが、「初診又は再診に付随する一連の行為の取扱い」(平 16.2.27 保医発)等も考慮し、今後については、原則、返戻はしない。ただし、同定検査の実施日や傾向的算定等の疑問がある事例は返戻する場合もある。

No.14 簡易聴力検査等に対する返戻について

急性中耳炎の病名で簡易聴力検査とティンパ

ノメトリーを行ったところ、「診療理由を記入するように」と返戻があり、理由を記入して再請求したが結局両検査とも査定を受けた。査定理由がはっきりしない。難聴の病名がないので査定の対象になったのか。急性中耳炎の場合には難聴や耳閉感を訴えることがあり、難聴の程度や中耳内の病態の把握に必要と考えて実施している。査定の理由が解らないので以後も急性中耳炎の病名で上記の検査を行って請求しているが、その後は返戻されていない。査定の対象になった理由を伺いたい。(国保) 【宇部市】

検査に対しては、難聴、滲出性中耳炎、鼓膜穿孔の残存及び混合性難聴を生じている急性中耳炎等の病名が必要である。急性中耳炎の小児に対しての簡易聴力検査の必要性については留意願いたい。また、傾向的な場合は返戻、査定もあり得る。

No.15 検査の施行回数について

血液検査、CT等の検査施行回数について、「過剰である」という査定が多いが、どういう基準で考えればよいか伺いたい。 【宇部市】

病状等により必要な限度とする。医学的な必要性により審査委員会にて判断しているが、回数が多くなる場合はその旨注記願いたい。今後、スタンダードとなる基準の作成を検討していきたい。

No.16 骨塩定量検査の検査日記載について

検査日を書き忘れた場合（初回及び前回検査日）査定されてしまうので、返戻していただきたい。(審査委員によっては返戻もある) 【下関市】

骨粗鬆症の病名があれば査定とせず、原則、返戻とする。

No.17 腫瘍マーカーの査定について

老人で貧血が出現し、肝機能が上昇、T-Bil 値も上昇した患者に、腫瘍マーカー (CA-19-9) を 1 項目 (複数施行は査定されることが多いため) だけ施行し請求したが査定された。基金に問い合わせると「腫瘍マーカー前検査として腹部エコーの検査が必要であるため請求は認められない」と

の回答であった。

当院には腹部エコー専門の検査機器がないため、このような症例は、専門医 (大病院等)へ紹介せよということか。また、CEA 等の場合も同じで腹部エコーが必要なのか。確かに何も考えずに次から次へと検査をする医療機関が多いことは承知しているが、症例に合わせた検査が査定されることのないよう審査体制を整えていただきたい。(社保) 【柳井】

腫瘍マーカーの算定には、原則、画像診断又は超音波検査が必要である。画像診断等がない場合は、悪性腫瘍を強く疑った理由等の注記が必要である。

【関連記事】「山口県医師会報」

平成 12 年 9 月 1 日・社保国保審査委員連絡協議会

No.18 鎖骨骨折での画像診断の査定について

(42 歳・男性) 病名: 左鎖骨骨折 (遠位端骨折)
平成 17 年 3 月 3 日より入院中の患者で、鎖骨の X 線撮影が、5 回から 2 回に査定された。骨折の X 線撮影は月 2 回までしか認められないのか。(国保) 【防府】

当事例は受傷後 1 か月を経過し、安定期にあるとの判断である。頻回に X 線撮影が必要な事情があれば注記願いたい。

No.19 再審査通知に対する疑問について

(80 歳・男性)
病名: 糖尿病 平成 6 年 12 月 30 日
糖尿病性腎障害 平成 16 年 7 月 27 日
平成 16 年 7 月 27 日よりクレメジン投与開始。
国保から平成 17 年 6 月 10 日作成の過誤調整済通知書を 7 月 2 日に受け取る。
(内容・平成 16 年 10 月診療分のクレメジンが A 査定)

以上の状況に対して、次の 3 項目について伺いたい。

- ①慢性病名は入っていないが、糖尿病病名は 10 年前からあり、クレメジンの適応「慢性腎障害」と考えられる状況ではないか
- ②なぜ、投与開始 4 か月後のクレメジンが査定

となるのか

③なぜ、平成 16 年 10 月診療分の査定が平成 17 年 7 月に通知されるのか（国保）【山口市】

- ①慢性腎不全病名が必要。
- ②医療機関から再審査請求願いたい。
- ③レセプトが保険者到着後 6 か月以内に再審査の申し出がされている事例であるため、制度上やむを得ない。

【関連記事「山口県医師会報」】

平成 6 年 10 月 21 日・社保国保審査委員合同協議会

No.20 再審査の方法及び通知書について

次の 3 項目についてうかがいたい。

- ①再審査は、いきなり査定をすることなく、返戻により見直す機会を与えていただきたい（例えば、病名が落ちていることにより、すべてが査定されてしまう）
- ②通知書には、査定された項目だけでなく、その理由も記載していただきたい
- ③査定された項目について異議を申し立てたい場合、もっと簡単な方法でその機会を与えていただきたい

【厚狭郡】

- ①原則、再審査レセプトの返戻はできないこととなっている。
- ②現在の再審査処理件数と再審査処理システムを勘案した場合、現行の通知方法はやむを得ないと思われる。
- ③レセプトは個人情報に記載されているため、簡易に取扱うことが難しい制度となっている。従来どおりの手続を取っていただきたい。

【関連記事「山口県医師会報」】

平成 6 年 7 月 1 日・都市医師会保険担当理事協議会

No.21 再審査決定に対する不服の処理について

超音波検査の査定に対して、再審査の申出をしたが「原審どおり」となった。

再審査は一審のみで、再々審査はできないと聞いているが不当な決定に対しての異議申立ての方策はないものか。（国保）

【岩国市】

原則、一審となっているが、特別の理由があれば

ば再々審査も可能である。

No.22 保険者からの再審査請求の容認率について

審査委員会の話を聞くと、山口県は 1 次審査が充実しているため、保険者からの再審査請求は「原審どおり」が多く、容認率は 2 割以下程度ということである。しかし、最近、当院（産婦人科）は国保の保険者からの再審査請求で査定されることが多く（多くの場合、理不尽なもので当院の方からも再審査請求している）、容認率はかなり高いと思われる。そこで社保・国保別、各科別に保険者からの再審査請求の容認率を公表していただきたい。

【宇部市】

社保、国保とも公表する予定はなく、公表の必要性も認められない。

No.23 日帰り入院手術後の外来治療点数について

日帰り入院手術では、手術後の外来治療が高点数となり、その外来レセプトが個別指導あるいは高点数による査定の対象となっている。

したがって、日帰り手術後 2 週間までのレセプトは外来レセプトではなく、入院レセプト扱いとしていただきたい。これにより点数比較するとかかなり低いものになると思われる。高点数のみを理由とした指導は行っていないとの意見はあるが、現実的には、前回の個別指導の理由は高点数であった。

【徳山】

現行のルールでは不可能である。しかし、ご意見は機会をみて日医に提言してみたい。

No.25 医療と介護の連携（在宅医療と地域包括ケア）について

地域内で完結するような医療と介護が必要であるが、在宅で介護を受ける人の医療への依存は高いものがあり、医療の供給が定期的、連続的になされることが重要である。現在の医療では、開業医の訪問診療や往診で成り立っているのが現状であり、在宅対応の増加は、今までの診療スタイルで対応できるものではない。今後、施設から在宅

へという流れの中で、要介護度の高い人の在宅介護の需要が高まれば、必然的に医療の関与が必要となり、地域の中に基幹病院や開業医の在宅診療と連携が取れる在宅医療専門の医療機関があればと考える。また、医療が手薄な特養入所にて医療の必要な人に、可能であれば今までの「かかりつけ医」の訪問診療を受けることができるようになることにより、在宅からの連続的な医療介護が行われると思われる。地域包括ケアを推し進めるに当たり、このような仕組みも必要と思う。

要介護認定者の数が年々増加しており、医療機関では主治医の意見書を書いた患者の現在の要介護度やケア内容を把握することが次第に難しくなり、介護との連携を取ることへの障害になっている。連携を取るには、情報の共有は欠かせない。セキュリティの問題はあるものの、保険者が管理をするホストコンピュータが設置され、これに医療機関がアクセスでき、一元化された情報を共有できる仕組みの構築を要望する。【徳山】

ご意見を承る。

No.26 その他

(情報提供)

今回の協議会にも出題されたが、再審査における「病名もれレセプトの取扱い」については、従来から「病名追記はできない」とされている。しかし、現在、他県では「明らかな病名もれ」については返戻容認の事例もあるため、今後、検討が必要と考えられる。しかし、この問題は1次審査後、迅速に診療報酬の支払いが行われている現行の審査支払制度の関係から、慎重な対応が必要とされる。

〔関連記事「山口県医師会報」〕

平成 16 年 10 月 1 日・社保国保審査委員合同協議会

※以上の合意事項については、いずれも平成 17 年 10 月診療分から適用する。



第 49 回社会保険指導者講習会

「わかりやすい免疫疾患」

と き 平成 17 年 8 月 24 日 (水) ~ 25 日 (木)
ところ 日本医師会大講堂

出席者：山口県医師会	副会長	上田 尚紀
	常任理事	西村 公一
	常任理事	濱本 史明
	理事	萬 忠雄
	理事	湧田 幸雄
	国保連合会審査委員会会長	江里 健輔
	保険委員・支払基金審査委員	矢賀 健

毎年恒例の日本医師会・厚生労働省主催の「社会保険指導者講習会」が、8月24日から2日間にわたって日本医師会館にて開催された。

この講習会は日本医師会が毎年テーマを一つ決め、その分野におけるわが国の第一人者に執筆を依頼して作成された日本医師会雑誌特別号「わかりやすい免疫疾患」(平成17年6月15日号)をテキストとして行われた。

講演は10題あり、主にそれぞれの執筆責任者が担当する。講演内容は以下に要約したものを報告するが、詳細についてはテキストを参考にされたい。また、講演の内容は後日、日本医師会雑誌にも掲載される予定である。

講演に先立ち、植松治雄日本医師会長の挨拶があり「近年の免疫学の進歩はめざましく、少し前に学んだ知識はすでに古いものになっていることも多い。しかし、最近では移植や癌や妊娠などにも免疫学が深くかかわっている。その他、免疫学的手法を用いた検査法や各種モノクローナル抗体を用いた治療法など、今や免疫学の知識なしでは臨床が行えないほどとなった。

また、患者さんに免疫の知識を分かりやすく解説するためには、われわれが新しい免疫学の知識を身に付けておくことが大切である。

今回は、難しいといわれる免疫学の基礎を分かりやすく解説していただくよい機会と思うので、じっくりお聞きになってこれからの臨床に、さらに保険審査や指導の現場にも役立てていただきたいと思う」と述べられた。

[報告：常任理事 西村 公一]

免疫のしくみ

住田 孝之 (筑波大学臨床免疫学)

免疫という概念は、“疫を免れる”ことからできた言葉で、約200年前天然痘に対するジェンナーの牛痘が最初である。その後、パスツールによる狂犬病ワクチンは液性免疫の考えに通じるもので、北里柴三郎とコッホによるジフテリア抗毒素の開発へと発展した。1901年ベーリングは血清中の抗体を証明しノーベル賞を授与された。エールリッヒは細胞上に受容体が存在し、抗原と組織反応、抗体産生、抗原特異性、一つの抗原に一つの受容体、といった考えを提唱。1905年コッホはツペリクリン反応を発見、遅延型過敏症として細胞免疫の関与を証明した。

免疫に関与する細胞としては、リンパ球、B細胞、T細胞、ナチュラルキラー(NK)細胞、

NKT 細胞、単球・マクロファージ、樹上細胞、顆粒球、マスト細胞がある。特に B 細胞、T 細胞の役割が重要で、B 細胞が欠損した場合は抗体ができないために細菌感染を引き起こしやすくなる。一方 T 細胞が欠損した場合はウイルス感染を起こしやすくなる。免疫系に關与する組織・器官は、ヒトでは骨髄と胸腺が一次リンパ器官で、リンパ球が発生、分化するところである。二次リンパ器官は、リンパ節や脾臓であり、実際に免疫応答が行われる場所である。

B 細胞は、細胞表面の抗原レセプターを用いて抗原を認識することによってその抗原に特異的な抗体を産生する形質細胞へと分化する。液性免疫である。骨髄でできた B 細胞の中には、自己の体の構成成分と反応してしまうような B 細胞抗原レセプターを持つものが多数出現してくるが、このような細胞は、アポトーシスで死滅するか、再度遺伝子の再構成を起こして除去されることによって、自己免疫疾患を引き起こすことがないようになっている。これが免疫の寛容の成立である。

T 細胞は、2 つに大別される。異常細胞を殺傷するキラー T 細胞と、B 細胞やマクロファージを活性化するヘルパー T 細胞である。細胞自身が免疫に係わる細胞免疫である。T 細胞の前駆細胞は胸腺内で増殖・分化するが、できた B 細胞の中には自己抗原と強く反応してしまうような危険な T 細胞や、ペプチド・MHC 複合体（主要組織適合複合体）を認識できない無用な T 細胞が多数出現してくる。これらは胸腺内で選別され、危険な T 細胞や無用な T 細胞はアポトーシスによって死滅する。

ナチュラルキラー（NK）細胞は、抗原特異性を持たず自然免疫に關与するリンパ球で、以前に一度も遭遇したことがない腫瘍細胞やウイルス感染細胞を殺傷することができる。

マスト細胞は、細胞内にヒスタミン等を含む顆粒を有する細胞で、IgE に対するレセプターを持ち、レセプターに結合した IgE にさらにアレルゲンが結合するとヒスタミン等が細胞外に放出されてアレルギー反応が誘発される。

免疫系はまずすべての抗原と反応し得るような B 細胞、T 細胞の集団をつくり、次にその中か

ら自己反応性の危険な細胞を取り除いて、外来抗原とのみ反応する有用な細胞を選別し残している。自己と非自己の鑑別はリンパ球自体が見分けているのではなく、自己とは反応せず、非自己と反応するリンパ球を選別し、残すことによって行われている。（詳細は参考文献をご参照ください。）

参考文献：

宮坂信之監修・編集 わかりやすい免疫疾患
日本医師会雑誌特別号（1）生涯教育シリーズ 67

〔報告：理事 湧田 幸雄〕

アレルギーの概念

羅 智靖（日本大学分子細胞免疫・アレルギー学）

1 アレルギーの分類

アレルギーとは、体内に入った異物に対して、2 回目以降の侵入には、変化が起こり、過敏・過剰な臨床症状として発現することをいう。過敏でない反応は免疫反応として解釈される。

アレルギーは、I - IV 型の基本型に分類されているが、近年、I - IV 型を過敏反応と総称し、その中の IgE によって惹起される I 型（アナフィラキシー型）のみをアレルギー反応と分類している。また、免疫グロブリンにより引き起こされる I - III 型と T 細胞による IV 型に分けることができる。反応時間の速さからは、前者は即時型、後者は遅延型であるが、実際には同時にあるいは混合して発現する場合が多い。

I 型（アナフィラキシー型）は、抗原暴露後数分～30 分という極めて短時間に症状が発現する。抗原特異的な IgE は、皮膚・気道粘膜・消化管粘膜などの組織に定着しているマスト細胞などに発現している高親和性 IgE レセプターに結合し、細胞内顆粒の中の化学伝達物質（ケミカルメディエーター）であるヒスタミン、ヘパリン、ブラジキニンなどが即時（5～10 分以内）に放出される。一方、細胞膜リン脂質からアラキドン酸代謝産物がメディエーターとして放出されることにより、血管拡張や透過性の亢進、神経終末の刺激、粘液分泌の亢進、平滑筋の収縮などが惹起される。例えば、局所では喘息発作が誘発され、

全身性に起こると血漿成分が多量に血管外に漏出した結果、全身性アナフィラキシー（ショック）が起こる。

Ⅱ型（細胞融解型、細胞傷害型）は、内因性あるいは外因性の細胞表面抗原が抗体（IgG、IgM）と反応した結果、主として二つの機序が働く。1）標的細胞上の抗原に結合した抗体の Fc 部分が、マクロファージ/単球、NK 細胞などの細胞膜上の免疫グロブリンレセプター（FcR）に結合し、貪食される。2）標的細胞上で抗原・抗体複合物により補体系が活性化されて細胞が融解する。1）の反応が主体である。

Ⅲ型（アルサス型、免疫複合体型）は、内因性あるいは外因性の抗原と抗体の免疫複合体によって補体系、凝固系が活性化されることで組織障害を起こすが、マスト細胞・ラゲルハンス細胞（皮膚）・マクロファージ等の FcR 陽性細胞がこのレセプターを介して免疫複合体によって活性化されて惹起されることが示唆される。

またⅠ～Ⅲ型は、免疫グロブリンとエフェクター細胞を結ぶものとして FcR が必須であることが明らかになった。

Ⅳ型（遅延型、ツベルクリン型）は、内因性あるいは外因性の抗原によって感作された T 細胞が、抗原・MHC 複合体を認識し活性化され組織を傷害する。ツベルクリン反応に代表されるように、抗原暴露後 48～72 時間後に遅れて反応が現れるため遅延型過敏症と呼ばれる。

2 アレルギー反応の機序

（IgE によって惹起されるⅠ型に対して狭い意味でアレルギーという用語を使う）

アレルギーの研究は、アレルギー患者の血清中に存在しアレルギーを引き起こす受け身移入可能な液性因子（レアギン：反応因子）の発見と、この血清成分に反応する末梢組織中の非特異的因子の発見が最初である。この非特異的因子は石坂によって 1966 年 IgE 抗体として同定され、さらに組織側の因子はマスト細胞や好塩基球であることが明らかにされた。1989 年羅は、このマスト細胞上の高親和性 IgE レセプターの遺伝子を分離し分子構造を明らかにした。遺伝的素因は長く不明であったが、アトピー素因については

IgE を産生しやすい体質という側面から解析が進んでいる。

アレルギー炎症のコンダクターとしてのマスト細胞の役割が分かってきた。アレルギーには即時相と遅発相があり、即時相は抗原の侵入から始まって、マスト細胞の脱顆粒、ケミカルメディエーター（サイトカイン、ケモカイン）の放出が特徴であり、遅発相は血中から炎症局所へと集積する炎症細胞浸潤が特徴で、炎症局所の血管内皮細胞に発現誘発される細胞間接着因子が鍵を握っている。アレルギーは基本的に臓器特異的な疾患で、抗原に暴露された部位でマスト細胞を中心に炎症細胞が集積し臓器に特異的な症状を呈する。活性化した炎症細胞の多くはアポトーシスを起こして死滅するが、マスト細胞は脱顆粒後も死滅することなく増殖しアレルギーを継続させる。

免疫の新しい考え方として、1）免疫グロブリンレセプター（FcR）とアレルギーの機序、2）アレルギーのコンダクターであるマスト細胞の多彩な役割、3）マスト細胞活性化の分子的機序が挙げられる。（詳細は参考文献をご参照ください。）

参考文献

羅 智靖編集；別冊・医学の歩み アレルギーの分子医学的究明と克服

[報告：理事 湧田 幸雄]

感染症と免疫

吉開 泰信（九州大学生態防御医学研究所所長）

感染防御機構はウイルスや細菌感染早期に働く自然免疫と感染後数日して働く獲得免疫に分類される。獲得免疫は抗原特異的 T リンパ球や B リンパ球によって誘導されるが、機能するまでに数日要する。自然免疫と獲得免疫の違いは、免疫の記憶の違いである。自然免疫には記憶がないが獲得免疫には記憶がある。

感染は上皮系の粘膜から感染することがほとんどであるので、機械的科学的・科学的バリアーがあるが、それを超えると自然免疫系が誘導される。多核白血球の 90% 以上を占める好中球は細菌を細胞内に取り込み、リソソームで消化、殺菌、分解する。好酸球は細胞内顆粒を持ち、顆粒内には

寄生虫に対して障害作用を持つ主要塩基性たんぱく質が存在する。

食食能を有する単核球を総称して単核食細胞という。マクロファージ、単球、樹状細胞、ランゲルハウス細胞はいずれもこの細胞群に属し、骨髄由来である。マクロファージは C セレクチンレセプターを介して異物を認識して食食しファゴリソソーム内で処理する。

TLR

Toll-like receptor は単核食細胞が極めて特異的に病原微生物を認識し全身的な免疫反応を惹起することが明らかになってきた。哺乳類の TLR は現在までに 11 種類 (TLR1 ~ TLR11) が報告されている。TLR は細菌の菌体成分のみならず、真菌、寄生虫、ウイルスの構成成分等あらゆる病原微生物の認識にかかわることが明らかとなり、自然免疫の中心的な役割を担うことが分かってきた。TLR は自然免疫から獲得免疫の橋渡しにも重要な働きをしている。

強い病原性をもつ微生物は組織に定着、増殖を始めさらに血行性やリンパ行性に全身に広がっていく。その時に獲得免疫による特異的な防御機構が不可欠となる。

リンパ球は T 細胞と B 細胞に分けられる。成熟 T 細胞は T 細胞抗原レセプター (TCR) を発現して細胞性の免疫に関与する。T 細胞は、TCR の違いにより $\alpha \beta$ T 細胞と $\gamma \delta$ T 細胞に分けられる。

$\alpha \beta$ 型 T 細胞は補助受容体の違いによって CD4 細胞と CD8 細胞に分けられる。CD4 細胞は B 細胞の機能を助け、ヘルパー T 細胞と呼ばれる。CD8T 細胞はウイルス感染細胞を障害し、キラー T 細胞と呼ばれる。成熟 B 細胞は B 細胞抗原レセプター (BCR) である免疫グロブリンを発現する。B 細胞上の免疫グロブリンが細胞膜型から分泌型に変化して放出されたものが抗体である。

CD4T 細胞は IFN γ を産生して細胞性免疫を担う Th1 細胞と IL-4、IL-5、IL-10、等を産生して B 細胞の抗体産生を助ける Th2 細胞に分けられる。Th1 細胞と Th2 細胞はお互いにその機能を調節しあっている。Th1 細胞はマクロファージを活性化して細胞内寄生菌にたいする殺菌能を高

め、CD8 キラー T 細胞の増殖を促す。最近 CD4 細胞の中に免疫反応を抑制する細胞表面に CD25 分子を発現している regulatoryT 細胞が存在していることが知られている。

抗体は細菌やウイルスが感染する際に、組織に吸着するが、中和抗体はこれを抑制する。腸管、尿管、気管では IgA が感染防御に働く。病原体に結合した抗体は Fc レセプター (FcR) を持った食細胞に結合し、架橋し活性化させる。病原微生物が抗体で覆われると食細胞上の多数の FcR と結合し食食される。抗体は NK 細胞の FcR と結合して抗体で覆われた標的細胞を攻撃させ感染細胞を処理させる。

[報告：常任理事 濱本 史明]

免疫学的検査法

三森 経世 (京都大学臨床免疫学)

1 はじめに

免疫疾患の患者血清中には、自己細胞成分と反応する多種類の自己抗体が検出される。全身性自己免疫疾患 (膠原病) に広く出現する自己抗体は、臓器・組織を問わずほぼすべての細胞に分布する細胞内あるいは核内構成成分を対応抗原とした臓器非特異的自己抗体である。これらは臨床像と密接に関連することが多く、治療方針、予後推定に有用である。

2 自己抗体検査の進め方

一次スクリーニング

膠原病全般で検出される自己抗体の種類は、非常に多いのですべての抗体を測定することはできない。通常はリウマトイド因子 (RF) と抗核抗体 (ANA) を行う。

RF は IgM - RF が測定される。しかし、RF はリウマチ疾患に特異的な検査ではなく、他の膠原病や慢性肝疾患、特殊な感染症で陽性を示し、健康人でも 5% 程度陽性となる。しかし、定量測定では活動性のある程度相関する。

ANA は核のクロマチン、ヒストン、DNA に対する抗体である。dsDNA は活動性 SLE の 70% に陽性に関連症状としてはループス腎炎がある。

二次スクリーニング

疾患特異性の高い自己抗体（疾患標識自己抗体）で、抗 Ro/SS-A 抗体はシェーグレン症候群の 70% に陽性だが他の疾患でも陽性となり特異性は低い。一方 SS-B はシェーグレン症候群に対して特異性は極めて高いが陽性率は 5% しかない。

全身性強皮症では Scl70（DNA のトポイソメラーゼに対応する抗原）が感度 30%、特異度 98% で陽性となる。皮膚の硬化度と肺繊維症とよい相関が認められる。セントロメア抗体は限局型皮膚硬化で 30% 陽性となる。

多発性筋炎（PM）/皮膚筋炎（DM）に見られる抗 Jo-1 抗体は、アミノ酸を t-RNA に結合させる合成酵素に対する自己抗体で、知られている 6 種類の内ヒスチジンの反応に関与する自己抗体である。抗 Jo-1 抗体は PM/DM の約 30% で陽性を示すが、他の疾患で検出されることがないので、疾患特異性抗体といえる。また同抗体陽性例では、肺繊維症を合併することが多い（anti-synthetase syndrome）。

抗好中球細胞質抗体（ANCA）には細胞質がびまん性に染まる場合と核の周囲が染まるタイプとに分類されるが、前者を C-ANCA（cytoplasmic）、後者を P-ANCA（periphera）という。P-ANCA は対応抗原が myeloperoxidase なので MPO-ANCA ともいわれる。

C-ANCA は Wegener 肉芽腫症で異常高値となり、MPO-ANCA は小動脈の壊死性血管炎で陽性となり、特に多発性動脈炎での陽性率が高いが保険適応ではない。現在急性進行性糸球体腎炎の診断・経過観察のみ認められている。

抗ガラクトース欠損 IgG 抗体は RA 因子と考えてもよいが、従来の RF よりも感度が良く seronegative RA で陽性率が高い。しかし RA 以外の疾患でも陽性となるので、特異性は低い。

〔報告：副会長 上田 尚紀〕

免疫学的治療法

宮坂 信之（東京医科歯科大学膠原病・
リウマチ内科学）

膠原病は遺伝的要素、外因、ホルモン等がその

病因となり、全身を焼き尽くす炎症と考えられている。日常生活への復帰を目的に多くの薬物療法が試みられている。

副腎皮質ステロイド

免疫疾患の治療薬として、ステロイドは現在も重要な位置を占めている。1948 年以来使用されているが、その副作用は未解決のままである。プレドニゾロンを 3 か月以上の長期に亘り使用する場合は骨粗鬆症を起こす可能性があるため、6～12 か月に一度は DEXA で調べ、必要があればビスホスホネートで治療する。リウマチに対しては抗リウマチ薬とともに補助的に用いられる。プレドニゾロン換算で 5～10mg 程度投与し、抗リウマチ薬の効果が現れたらできるだけ漸減することが肝要である。

非ステロイド系抗炎症薬（NSAIDs）

NSAIDs はシクロオキシゲナーゼ（COX）活性阻害を介してプロスタグランジン合成阻害をすることで鎮痛作用をする。ただし、NSAIDs には抗リウマチ作用はなく、関節破壊を止めることはできない。副作用として、胃潰瘍や腎障害をきたす。

免疫抑制剤

自己免疫疾患では、免疫担当細胞を制御して組織・臓器障害を抑えることを目的に免疫抑制薬が使用される。タクロリムス IL-2 等のサイトカイン転写制御を主作用とするが、易感染性、催奇性、腎障害等の副作用も有する。メトトレキサートは用量依存性の副作用として、骨髄抑制が、また用量非依存性として肝質性肺炎の発症がある。

生物学的製剤

遺伝子を組み込んだ生物細胞が産生する抗体等のたんぱく質を治療薬として用いる。TNF α は破骨細胞を活性化して骨破壊を進める。この作用を抑えることが治療に繋がる。インフリキシマブは関節リウマチに関係する腫瘍壊死因子（TNF）のレセプターを阻害して関節破壊を防ぐ。この場合メトトレキサート（MTX）を併用するので、MTX 肺炎に注意。その他カリニ肺炎、サイトメガロ感染症にも注意が必要。最新のエタネルセブ

ト + MTX 併用試験では関節破壊の防止ではなく、壊れた関節が修復されるのではないかとの期待も生じている。

[報告：副会長 上田 尚紀]

気管支喘息

大田 健 (帝京大学内科)

気管支喘息の定義は気道の慢性炎症と種々の程度の気道狭窄と気道過敏性、そして、臨床的には繰り返す発作性の咳、喘鳴及び呼吸困難で特徴付けられる。これは、気管支の発達で解明されてきた。細菌では気道の部位によって炎症が異なることも分かってきた。2mm 未満の気道では、平滑筋を超えて好酸球が多く集まってきている。2mm 以上の気道では平滑筋の内側に好酸球が集まってきている。また、繰り返す気道炎症は、気道のリモデリング (気道構造の変化) を惹起し、気道狭窄の可逆性の低下をともなう。また、気道炎症と気道リモデリングは気道過敏性の亢進をともなう。病型は外来抗原に対する特異的 IgE 抗体の有無でアトピー型、非アトピー型に分れる。

有病率は年々増加傾向にあり、3～4%である。男女比は 1:1 であり、後発年齢は成人では各年齢にわたってほぼ等しい。

診断基準はないが、診断のポイントは以下の 6 項目である。

- ① 特徴的な理学所見：発作性の呼吸困難、喘鳴、咳 (特に夜間・早期)。聴診で高聴性連続性ラ音を聴診
- ② 可逆性の気流制限の存在：自然に、または治療で寛解する。ピークフロー (PEF)、1 秒量の変化が 20%以上
- ③ 気道過敏性の存在：アセチルコリン、ヒスタミン、メサコリンに対する気道収縮反応の亢進
- ④ アトピー素因の存在：環境アレルゲンに対する IgE 抗体の証明
- ⑤ 気道炎症の存在：喀痰や末梢血中の好酸球増加、好酸球顆粒内タンパク (eosinophil cationic protein; ECP) 高値、喀痰中のクレオレラ体の存在、シャルコー・ライデン結晶、クルシュマラセン体の存在

⑥他の心肺疾患の除外

呼吸機能検査では、中枢気道閉塞の指標である 1 秒量、1 秒率、PEF の減少等がみられる。1 秒量や PEF の日内変動や β 吸入薬の吸入前後で 1 秒量や PEF が 20%以上変動する。アセチルコリン、ヒスタミン吸入試験では、喘息患者の PC (provocation concentration) 20 は 5,000～10,000mg/ml 以下となる。

総 IgE はアトピー型喘息では高値となるし、特異的 IgE 抗体の RAST (radioallergosorbent test) CAP (capsulated hydrophic carrier polymer system) 等が陽性となる。

他のアレルギー疾患との合併率が高く、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎等がある。吸入抗原はチリダニやコナダニの分泌物 (糞の殻やダニの死骸等) が原因のことが多く。生きているダニそのものが、喘息の原因となる訳ではない。成人と小児では異なるが、アレルギー性鼻炎で喘息を合併している割合が成人で 20%、喘息でアレルギー性鼻炎を合併している割合が 59%である。最近では One Airway-One Disease という考え方で結膜炎から鼻炎そして喘息と、ひとつの粘膜に共通した抗原が原因となった疾患と捉えている。そして、好酸球を中心とした炎症細胞が粘膜下に集まっているということが理解できるし、共通の治療薬剤が使用されることが多い。

長期の喫煙歴がありその中で 15%の人が COPD になる。鑑別診断では COPD の患者さんではスパイロメトリーで閉塞性の換気障害があり、それが可逆的に乏しいことである。

治療の目的は、健常人と変わらない日常生活ができる、正常人に近い肺機能を維持する、(PEF の変動が 10%以内、PEF 値 80%以上)、夜間や早朝の咳や呼吸困難がなく夜間睡眠が十分可能である、喘息発作が起こらない、喘息死の回避、治療薬による副作用がないことである。治療に関しては気管支喘息のガイドラインを参考にさせていただきたい。最近での (成人) 長期間に於ける薬物療法プランは低用量の吸入ステロイド薬から、大容量のステロイド薬までさまざまな薬剤を併用しながら重症持続型まで管理できるよう、薬物療法を組み立てる。

患者さんにはステロイド薬の安全性を正確に伝

え、喘息は慢性疾患であることの説明を行的確な治療を行う。人間が住みやすくなり、その結果ダニも住みやすくなり増加している。最近の研究では受容体に付着している IgE 抗体をブロックする作用があり、IgE 抗体の産生も抑える薬が近く承認されるようである。

〔報告：常任理事 濱本 史明〕

アレルギー性皮膚疾患

片山 一朗（大阪大学皮膚科）

日医雑誌：生涯教育シリーズ 67「わかりやすい免疫疾患：アトピー性皮膚炎 146 - 151 頁」に沿って講演があったので参照されたい。概略を記す。

アトピー性皮膚炎は、アトピー素因＋環境因子＋心因的要因によって発症する。

診断基準（日本皮膚科学界）：(1) 痒疹 (2) 特徴的皮疹と分布：顔、首、左右対称性に肘・膝などの屈側に湿疹病変がみられる (3) 慢性・反復性経過：乳児では 2 か月以上、それ以降の患者では 6 か月以上湿疹性病変が反復する。

頻度：小学生 11%、中学生～高校生 5～10%、成人例（長崎大学新入生）7～8%。

増悪因子：発汗・皮膚の乾燥・ストレス・ダニ
鑑別すべき疾患：乳児脂漏性湿疹・小児乾燥性湿疹・疥癬・接触性皮膚炎・光接触皮膚炎・スギ花粉による皮膚炎。

治療目標：皮膚のバリアー機能維持を重視し、社会生活が支障なく行え、患者の QOL を満足し得る皮膚症状にコントロールすることがゴールになる。そのために原因・悪化因子の検討と対策、スキンケア、薬物療法を 3 本柱とする。

外用療法

- (1) 保湿剤：スキンケア外用薬を用いる。
- (2) ステロイド外用薬：顔面は吸収性がよいため、ウィーク～マイルド症状によりストロングクラスのステロイド外用薬を用い、体幹、四肢では症状によりストロング～ベリーストロングを用いるが漸減する。副作用の出現に注意し、ピンポイント式に使用

する。

- (3) タクロリムス軟膏：ステロイド薬無効例に使用する。使用量は、2～5 歳；1 回 1g 1 日 2 回、6～12 歳；1 回 2～4g 1 日 2 回、13 歳以上；1 回 5g 1 日 2 回。皮膚の悪性腫瘍を生じる可能性あるため、短期間の使用に限り、皮膚病変が良くなったところで中止する。タクロリムスは漸減可能であり、またステロイドの感受性を亢進するため、朝にタクロリムスを使用し夜はステロイドを使用する方法もある。

内服療法

抗ヒスタミン薬・ステロイド薬・シクロスポリン薬・抗不安薬を使用する。

光線療法・PUVA 療法

別途ガイドラインによる。

〔報告：理事 萬 忠雄〕

膠原病 (1) - 関節リウマチを中心に -

山本 一彦（東京大学アレルギーリウマチ学）

関節リウマチは関節滑膜の病変を主体とする炎症性疾患である。わが国における有病率は、1998 年の調査で人口の 0.5% であり、現在 60 万人の患者がいると推測される。症状は、大きく関節症状と関節外症状の 2 つに分けられる。関節症状は、多発性、対称性、移動性の関節炎で、主として手足の関節に認められるが、肩、肘、膝などの大関節にみられることもある。関節外病変は、血液、リンパ節、皮膚、心、肺、腎、消化管等あらゆる臓器に起こり得る。

関節リウマチの診断には、1987 年のアメリカリウマチ学会の診断基準がよく使われる。その中の項目の一つとしてリウマトイド因子が含まれているが、陰性例が 25% の症例でみられ、早期診断を難しくする要因となっている。最近開発された検査法として、まだ保険診療では認められていないが、抗シトルリン (CCP) 抗体がある。これはアルギニンからシトルリンへ変換する酵素に対する抗体であり、感度 80% 特異度 98% と非常に優れている検査法であり、日常臨床への普及が期待される。

関節リウマチの 20% は自然緩解し、10% はどのような治療を行っても進行を止められない。70% の症例は軽快・再燃を繰り返しながら進行する。治療には 2002 年米国リウマチ学会のガイドラインが広く用いられてきたが、2004 年には厚生労働省からもガイドラインが示されている。従来の治療は、非ステロイド消炎薬 (NSAID) が第一選択薬であり、疾患活動性が高い場合に疾患修飾抗リウマチ薬 (DMARD) を用い、さらに必要に応じてステロイド薬を用いるという、いわゆるピラミッド療法が採用されてきた。しかし、近年、発症後最初の 2 年間に 90% の骨病変が生じることが明らかにされ、強力な治療が早期に求められるようになってきている。米国のガイドラインでは発症 3 か月以内に DMARD を投与し、最大限の治療を 3 か月実施しても変化のない場合は変更するとしている。DMARD に反応する症例と反応しない症例があり、反応する例でも効果発現まで 2～3 か月要することもあるため 3 か月は経過観察するのが望ましい。DMARD の中で MTX は特に効果の期待できる薬剤である。MTX を用いても進行が止められない場合、インフリマキシブ等の生物学的製剤が用いられる。欧米では、最近、より早期に生物学的製剤を試みる方向にあり、将来、わが国でもそのようになる可能性がある。

【報告：保険委員・支払基金審査委員 矢賀 健】

膠原病 (2) - SLE を中心に -

小池 隆夫 (北海道大学病態内科学)

全身性エリテマトーデス (SLE) は、多彩な自己免疫現象を特徴とする全身性炎症性疾患である。病因は不明だが、遺伝的素因及び環境要因が関与している。疾患感受性遺伝子は第一染色体上に多く存在している。発症率は人種により異なるが、わが国では平成 14 年度末の特定疾患登録患者数は約 52,000 人であり、女性に圧倒的に多く男性の約 10 倍である。

症状は多彩であり、全身の臓器症状が出現する可能性がある。発熱は疾患活動性を示す重要な症状である。皮膚症状として有名な蝶形紅斑は 7 割の症例にみられる。腎障害は SLE の約半

数にみられ、予後を左右する重要な病変である。WHO によりループス腎炎の生検組織学的分類がされており、治療効果や予後の判定に有用である。中枢神経症状も予後を左右する重要なもので、昏睡をともなう痙攣発作は Lupus crisis とよばれ予後が悪い。精神症状、不眠等を訴え自殺の頻度も高いとされている。心肺病変としては、漿膜炎の頻度が高いが、まれに肺臓炎や肺胞出血をきたすことがある。血液症状としては白血球減少、血小板減少、溶血性貧血、抗リン脂質症候群をきたすことがある。抗リン脂質症候群の診断については Sapporo criteria を参照するとよい。

検査としては、蛍光抗体法による抗核抗体は SLE の 95% 以上で陽性となる。疾患標識抗体としては抗 DNA 抗体、抗 Sm 抗体、LE 因子の特異性が高い。抗 U1RNP 抗体単独陽性 SLE は、腎症が軽度でレイノー現象が多く、抗 SS-A/Ro 抗体と抗 SS-B/La 抗体陽性例はシェーグレン症候群の合併が多い。SLE 活動期には CRP 低値を示すことが多く、急に上昇するような場合は、感染の合併を念頭におかなければならない。

SLE の治療の基本はステロイド薬であり、投与量は病態により異なる。経口投与を行っても十分な効果が得られない場合には、メチルプレドニゾロンのパルス療法を行う。ステロイド薬が無効の場合、アザチオプリン、シクロホスファミド等の免疫抑制剤が用いられる。シクロホスファミドパルス療法は、連日経口投与に較べて効果が高く副作用が少ないとされているが、保険診療では認められていない。

SLE 患者の約 30% が腎・肺・中枢神経等の SLE の活動性病変、30% が感染症、25% が血栓症で死亡する。1955 年には 5 年生存率が 50% であったが、現在 10 年生存率が 90% と予後が著明に改善している。この改善の背景には (1) SLE の診断基準が普及し、軽症例を多く診断できるようになったこと (2) 副腎皮質ステロイドや免疫抑制剤が普及したこと (3) 優れた降圧剤や抗生剤が市場に出たこと (4) 透析療法の普及したことなどが上げられる。

【報告：保険委員・支払基金審査委員 矢賀 健】

自己免疫性消化器疾患**渡辺 守**（東京医科歯科大学消化器病態学）

自己免疫疾患が関与する消化器疾患には潰瘍性大腸炎、クローン病、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変、原発性硬化性胆管炎、自己免疫性膵炎などが上げられるが、本日は主に炎症性腸疾患について話してみたい。

腸の特性

腸の特性として暗い、汚い、臭い、危険、故障が多いという 5K としてこれまで敬遠され研究が遅れていた。ところが近年になって、ブラックボックスであった小腸も内視鏡での観察が可能になったことで非常に注目を浴びようになってきた。腸はもっとも古い臓器であり、下等動物には腸だけで生きているものがある。免疫系、血管系、神経系、内分泌系などが無くても生活している動物がたくさんいる。実はこれは腸が上皮細胞からできた単なる管ではないという証拠である。

外表面の臓器といえば必ず皮膚といわれるが、実は最大の面積を持っているのは腸であり、この腸の絨毛には血管や神経がつまっております常に腸内細菌と戦っている。非常にたくさんの細菌が生息して常に死滅増殖を繰り返して、便の 3 分の 1 は死滅した細菌と腸上皮の脱落したものである。

腸は外側に面して生態防御の最前線であるといわれ、悪いものは排除したい、一方栄養分の吸収という面ではよいものを取り入れたいという相反する機能を持っている。この二つの機能を識別したり監視したりするために「免疫」という機能がある。したがって腸にはきわめて特殊な免疫装置が発達しており、これが腸管粘膜免疫機構といわれるものである。したがって腸は人間の体で最大の免疫組織であるといえる。

さらに腸は極めて複雑な組織であり、リンパ球の 60%、微小血管の 55%、末梢神経の 50% が集まっており、最大の免疫組織、抹消血管組織、末梢神経組織といえる。また神経ペプチド、消化管ホルモン、その他のホルモンを分泌し、最大のホルモン組織ともいえる。これらのことから「第 2 の脳」ともいわれ、腸の病気の複雑さや多様さが推測できる。

腸はもっともターンオーバーの早い組織であ

り、短いサイクルで細胞を更新しもっとも再生能力の高い組織であり、ゆえに重篤な上皮障害は修復困難となって致命的なものとなる。また再生のオーバーシュートが癌の原因になるとも考えられている。

腸の炎症性疾患

炎症性腸疾患（IBD）には潰瘍性大腸炎（UC）とクローン病（CD）がある。UC は大腸のびまん性非特異性炎症が特徴で主として粘膜が侵される。CD は消化管のどの部位にも起こる非連続性全層性肉芽腫性炎症を特徴とし、いずれも原因不明で慢性の経過をたどる疾患である。どちらも患者数は年々増加の一途をたどっていて、2003 年統計で UC は 77,571 名、CD は 22,395 名となっている。

患者数増加の要因の一つとして、環境因子の変化が挙げられている。腸内細菌叢の変化つまり抗生物質の乱用、食餌つまり食生活の欧米化、さらに感染、ストレス、NSAIDs、喫煙などによる粘膜防御機能の変化等が、病気の発症や再燃、増悪にかかわっていると考えられている。

IBD の原因は不明である。遺伝的因子、環境因子（腸内細菌、食餌、感染、薬剤等）が元で何らかの免疫学的異常がおこり、炎症・組織障害により発症すると考えられている。つまり原因不明の多因子疾患であるといえよう。

CD に対する治療法として、1981 年に成分経腸栄養療法が開発されたが、これは日本オリジナルのもので、有効ではあるが EBM に乏しく患者に忍耐を強いるコンプライアンスの悪いものである。2001 年には UC に対する白血球除去療法が承認された。ステロイド抵抗性では 74%、依存性では 63% の緩解が得られたとの報告もあるが専門的な治療であり一般的ではない。

2002 年に抗 TNF- α 抗体の臨床への応用が認可された。適応は既存の治療法が効果不十分な中等度から重度の活動性を有する CD と、ろう孔を形成している CD とされている。CD に対する効果は 50% 以上の緩解では、プラセボ 20% に対して抗 TNF- α 抗体 60 数% であり、予想を超えた劇的・早期・持続性の治療効果が得られた。

最近では腸内細菌をターゲットとした IBD の

治療も注目されつつある。プロバイオティックスは有益な腸内細菌生菌を経口投与、アンチバイオティックスは有害な細菌を減少させる、プレバイオティックスは非消化性の食品で特定の腸内細菌を活性化・刺激するといった方法で腸内細菌叢の変化を起し、粘膜の免疫機構の制御、消化管の蠕動運動と血流の改善を図ることによって治療を行おうというものである。

IBD は再燃と緩解を繰り返す疾患であることから、これからの IBD の治療は活動期には早期の緩解導入を、緩解期では長期の緩解維持を目的と

して QOL の改善を図ることに主眼が置かれねばならない。また、今後思いもよらない日本オリジナルの治療法開発が期待される。

[報告：常任理事 西村 公一]

日医 FAX ニュース

2005 年（平成 17 年）9 月 30 日 1573 号

- 新体制で診療報酬改定論議スタート
- 診療報酬改定の結果を検証
- 入院食の収支、委託「黒字」直営「赤字」
- 一般、特定高齢者ごとに介護予防
- 心身の状態で要介護認定を
- がん、脳卒中などの提供体制を記載

2005 年（平成 17 年）9 月 27 日 1572 号

- 診療報酬改定、財政的な視点からも議論
- 診療報酬による政策誘導に批判相次ぐ
- 医療費適正化計画の策定、厚労省試案に明記
- 予防医療は大きなポイント
- 自浄作用活性化へハンドブック作成
- 社会保障給付費が過去最低の伸び
- 来年 3 月末までの接種を勧奨
- 来年度予算編成へ本格的な議論を開始
- 診療報酬引き下げ報道、関知していない

2005 年（平成 17 年）9 月 16 日 1571 号

- スリランカ医師会に全額供与
- 保険者の再編・統合で財政安定を
- 改定後の点数を無料提供
- 入院外 1 件当たり点数の減少に歯止め
- 地域の小児科・産科医療を後押し

2005 年（平成 17 年）9 月 13 日 1570 号

- 小児科・産科の集約化へ検討開始
- スマトラ島沖地震の義援金配分めぐり議論
- 救急車の出場件数、初の 500 万件超
- 新たな医療計画へ懇談会が初会合
- 政管健保の保険者機能を強化

2005 年（平成 17 年）9 月 9 日 1569 号

- 療養の給付と直接関係のないサービスを明確化
- 初・再診料の大幅引き上げも
- 看護師の「内診」解禁で賛否
- 利用者との契約で居住費を徴収

2005 年（平成 17 年）9 月 6 日 1568 号

- 処方せん関連事故の収集・分析へ
- 医療安全コスト、次期改定向け調査実施へ
- 在宅医療普及で診療報酬の問題点調査
- 医療保険は 1 回当たり 214 円の赤字
- D P C 試行病院が高い伸び
- 食品安全に関する情報システムの構築を討議

2005 年（平成 17 年）9 月 2 日 1567 号

- 負担増の改革なら国民反対運動も 植松会長
- 制限回数超える行為、7 項目の保険併用可能に
- 長期投薬に一定制限を
- 中医協委員は日病と公私病連から 1 人ずつ
- 国内の治験を活性化していきたい
- 病棟等の耐震診断・改修工事への補助制度創設へ

日本医師・従業員国民年金基金 ご加入のご案内

国民年金に 上乗せする 公的な年金

大きな
安心

大きな
笑顔

掛け捨てにはなりません

途中で転職した場合にも掛金に応じた年金が65歳より給付されます。

従業員の方のみの加入もできます

事業所単位の加入ではありませんので、医師本人が加入しなくても、従業員の皆さまは加入できます。
(是非、おすすめください。)

お問い合わせは下記へどうぞ

〒170-0002
東京都豊島区巣鴨1-6-12 マグノリアビル2F

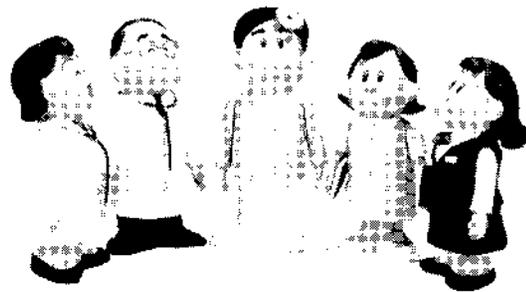
日本医師・従業員国民年金基金

フリーダイヤル ☎ 0120-700650

<http://www.remus.dti.ne.jp/~npf-s5>

- 当基金は、日本医師会を設立母体とした職能型の国民年金基金です。
- 当基金の年金は日本医師会の「医師年金」とは別種の年金です。

- 掛金は全額社会保険料控除の対象になります。
- 将来設計に合わせてつくる自由な年金プランです。
- 国民年金加入の医療従事者の為の公的な年金です。
- この年金は65歳から生涯にわたりお受け取りになれます。
(20~60歳までの方が加入対象となります)
- 医師や従業員の皆さまの豊かな老後のお手伝い!



※ご加入の際には日本医師・従業員国民年金基金のご案内にある「重要なお知らせ」を必ずご確認ください。

中国四国医師会共同利用施設等協議会

と き 平成 17 年 8 月 27 日 (土)
ところ 岩国市医療センター医師会病院
岩国国際観光ホテル

[報告 : 常任理事 西村 公一]

総 会

植松日医会長祝辞 (代読: 野中日医常任理事)

皆様におかれましては、日頃より医師会共同利用施設の発展のため、並々ならぬご尽力賜り感謝申し上げます。

社会保障審議会の医療部会で第 5 次医療法の改正に向けて、医療提供体制のあり方が議論され、医療安全体制の確保・地域医療支援病院制度等についても議論されており、また高齢者医療保険制度創設を中心とした制度改革が考えられており、介護保険法の改正も行われ、地域包括支援センター制度が新たに創設されるため、早急に地域医師会が実施している在宅介護支援センターを地域包括支援センターに移行する等の対応が必要となっております。

われわれは常に社会保障の充実を求め、国民・患者に対して安全な医療を提供できる体制の構築を目指さなければなりません。医師会共同利用施設は医師会活動の拠点であり、地域医療展開の拠点でもあります。当施設を拠点とした医師会活動により、地域住民の医療・保健・福祉が一層向上することが医師会の評価に繋がり、医師会の主張・提案に国民が納得し賛同してくれる大きな要素となりますので、今後のさらなる発展を期待いたします。

藤原県医会長挨拶

医師会の共同利用施設等は、介護保険制度の創設等により医師会病院、臨床検査センター、健診センターに加え、福祉部門の老人保健施設、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションなど

が増加し、医師会員の共同利用はもとより、地域の医療・保健・福祉分野に果たす役割は大変大きくなっている。

一方、社会環境の変化、競争の激化とともに診療報酬の引き下げ、経済財政優

先の制度改革、三位一体改革による補助金の削減等、共同利用施設等を取り巻く環境は真に厳しく、多くの課題を抱えている。

本年度においても、国の平成 18 年度予算編成の基本方針となる「骨太の方針 2005」へ「医療費の伸び率総額管理」が盛り込まれようとしたが阻止できた。

しかし、先日発表された来年度予算のシーリングでは、社会保障関係費の自然増、約 8 千億円を 2200 億円圧縮するとされており、その多くを医療費の削減で行うとの話もある。診療報酬と介護保険の同時改定も控え、年末までまったく気の抜けない状況にある。

また、衆議院が解散され、いよいよ 3 日後、選挙がはじまり、9 月 11 日の投票になるが、郵政改革だけでなく、医療・福祉・年金あるいは雇用問題等、日本が抱えている多くの課題について論戦を展開する必要があると思う。

私たち医療関係者としては、国民の視点に立った医療制度改革を推進する候補者が多く当選し



て、共同利用施設等を取り巻く環境が少しでも改善されることを期待している。

本日は、ご臨席いただいている野中先生から先の国会で成立した介護保険改正法を踏まえた「介護保険制度の改革」について、特別講演をお願いしており、貴重なご示唆をいただけるものと考えている。

分科会報告

第一分科会（報告 上田副会長）

医師会病院臨床検査センター・検診センターについて 3 人の先生方に、それぞれの現状と問題点・対応策・将来展望の話をいただいた。

第一席：岩国市医療センター医師会病院

センター長 村山 正毅

急性期病院の機能を担う完全紹介制オープンシステムについて説明が行われた。地域完結型の医療を目指しており、その連携を図るために病診連携室「かけ橋」の充実を図るべく、スタッフの連携意識の向上のため毎年発表会等を行っている。一つの理念にともなう職員全員の共通認識を高めることが確認できた。

また、患者を家族に押しつけるようなことはしないよう、きめ細かい対応を図り、包括的なサービスの充実に取り組んでいる。

第二席：下関医師会病院

院長 時澤 郁夫

現在、検査業界の丸め・価格の切り下げ等で厳しい環境ではあるが、検査料率の見直しによって価格の引き下げ・1%単位の変動料金を採用するなどにより、民間業者との価格格差はほとんどなくなった。

また、民間外注業者との連携もはかり、検体数の増加が認められたが、価格の逓減によりトータルの収益は変化していない。

なお、医師会新規会員と病院勤務医との連携を図ることに力を入れている。

第三席：萩市医師会副会長

亀田 秀樹

現在本会館にある株式会社の検査センターに委

託しているが、施設・機器の老朽化が進んでいる。

また、乳幼児検診から小中高の心電図等、住民の基本検診を積極的に進めているが、少子化と人口減少、検診医療機関の増加等による競合から、収益においては減少の一途をたどっている。

さらに、地方であることによりスタッフ等の確保が困難なことから、株式会社に検診を委託している現在においても、現状維持とするか撤退するかを選択に苦慮している

最後に、広島県医師会常任理事の天野コメンテーターにより意見をいただいた。

各地域における状況は何年も同じ状態であり、結論は一つに集約され、限界に達している。できることなら中央から手を差し伸べて、下から会員が手を差し延べることができる環境を構築することが必要ではないか。また、日医総研は豊富なデータを持っているので、有効活用できるようにすればよいのではないかとのことであった。

第二分科会（報告 西村常任理事）

第一席：尾道市医師会副会長

森本 茂人

「やすらぎの家」では、在宅復帰施設・在宅ケア支援施設・地域に開かれた施設としての役割を担っている。

尾道方式と取り組んでいる長期ケアマネジメントでは、在宅・リハビリ・ケアカンファレンスのスタッフが密に連携を取っている。重点項目として、退院支援・在宅復帰プログラム・退所前カンファレンス・主治医機能を活かした多職種の連携である。

10月の介護報酬の改定にともなう利用者の負



担増、看護職・リハビリスタッフの確保・急性期病院の在院日数の短縮化等については苦慮しており、現在も対応策を検討中である。

第二席：徳山医師会在宅介護支援センター

主任 茅原 和枝

安定した在宅生活を行うための連携に必要な多くの施設・事業所があり、医療と福祉が一体となって事業が展開できる環境となっている。

退院前からケアマネージャーが利用者を中心に連携を取り、主治医・看護師を含め情報交換を行い、病棟での指導・家庭環境の見直しを行っている。在宅生活の維持が危ぶまれたときは、在宅介護支援センターがケアマネージャーと連携を取りながら、早期に自立支援サービスから介護支援サービスへ転換を図っている。

第三席：宇部市医師会訪問看護ステーション

管理者 古田佳代子

在宅ケアがスムーズに行われるためには、保健・医療・福祉の連携が不可欠なため、本ステーションが設置された。以前は循環器疾患が多かったが、最近では、うつ病・適応障害の利用者が増えているのは特筆すべき点である。

看護師の医療的介護処置が増加の傾向にあり、看護師自身の自己研鑽の積み重ねと、ステーションとしての手順のマニュアル化を含めた勉強会の実施が必要である。また、入退院を繰り返す患者の訪問看護が必要となるケースが増加しているため、入退院時と訪問看護時の情報交換と連携が非常に重要である。

従来は主治医からの紹介率が高かったが、現在は在宅介護支援センターからの紹介が増えてきている点も、訪問看護の重要性を表していると言える。

最後に、コメンテーターとして野中日医常任理事より、入院から在宅へ移る場合、必ず医師がかかわる必要があるので、ケアカンファレンスを退院前に行うことが重要であり、また退院後であっても 3 か月ぐらいは医療スタッフが関与することが必要であるとされた。

特別講演

介護保険制度の改革

日本医師会常任理事 野中 博



介護保険には昔から携わってきた。介護保険が始まった平成 12 年 4 月からは、「みなし指定」として先生方は医療機関と指定されたところは、介護保険の医療機関としても指定をされることになった。

それが嫌なら辞退をしなければならない。ちなみに、医療と訪問看護、訪問リハビリが自動的に「みなし指定」になっている。

ぜひ、先生方にご理解いただきたいのは、医療保険や介護保険を使われる方は、患者さんである。その患者さんが医療または介護を必要とする時に、先生方は医師として配慮してあげることが医師の役割であるので、医師のために医療保険や介護保険があるわけではない。

これからの医師に求められるのは、1 つは病気を治すという視点、もう 1 つは病気を支えるという視点が必要である。

居住費並びに食費に関する見直しについて

これらに関しては、あまり議論がなされなかった。「持続可能な制度」にするためには、いかに保険料を安くするかが問題である。国民にとって介護保険制度がセーフティーネットとして必要なのであれば、患者さんが介護を必要とするときに、どういうサービスが受けられて、さまざまな障害を抱えながらも住み慣れた地域に住めるのかを検討するのが筋であり、お金の話ばかりではなく内容をもっと議論していかなければならない。居住費と食費を保険外にするという見直しは、障害を抱えた方にとっては過酷なことである。そのような状況で保険料を払い続けるとは思えない。

今回の改正は、原則として「居住費と食費を保険外にする」というのがメインである。居住費は従来は保険給付されていたが、施設介護サービス費から居住費を除くと改正された。低所得者については、負担上限を設け補給給付を行うことと

なった。また、食費は現行では基本食費サービス費があったが、今回はこのサービス費を廃止して食費も同じように施設と利用者との契約とした。低所得者に対しては居住費と同様に負担上限を設けて補足給付を行うこととした。1 段階、2 段階、3 段階といった生活状況によって補足給付を行うための額が提示されたが、第 4 段階以上の標準的な額に関しては、1、2、3 段階の方に対して補足給付を行うための標準的な額であって、施設はこの標準額に惑わされることなく、実情に併せてきちんと患者さんに説明してお金をいただくようにということが、今回提案された。

今後、負担が従来の 3 倍 4 倍になる方々も出てくるが、これを考えると国が医療の現場で患者さんの視点に立った医療制度を構築していないことがわかる。

居住費と食費が保険外になった結果、療養病床では介護の療養病床から医療の療養病床への変更があると思われるが、これはおかしいことで、最終的には施設に居ることができなく、やむなく在宅を選ばなければならない方が出てくる。よって、在宅の基盤の整備をしていかなければならない。また、国はこのような制度を勝手に決め、最終的には現場の職員が利用者に説明しなければならないが、それは困難である。今後、厚労省あるいは行政の人が現場に来て、施設の職員とともにきちんと説明することが求められる。

介護保険制度の改革について

介護保険の問題点として 65 歳以上の高齢者が非常に増え、現在は 2005 年で約 2500 万人、2015 年には 3300 万人になると予想されている。その要因は「団塊の世代」が一気に 65 歳以上になるからである。その後の人口はあまり増加しないであろう。これはよいことではない。今後 20 年間の中でさまざまな問題が出てくるが、その中に、たとえ病気や障害をもっている自分らしさを忘れずに住み慣れた地域で安心して暮らせることを実現するのは、医療と介護の連携でしかできない。そのことが医師としての原点である。

要介護認定者には 65 歳になると介護保険証が届くが、要介護認定を受けて初めて使える。本年の 4 月には 424 万人が要介護認定を受けた。

そのうちサービスを利用している方が 335 万人、介護保険が始まった平成 12 年と比較すると 125% の増である。施設は 52 万人から 79 万人に増えた。これほど増えたわけなので、介護保険があるからこそ、これだけのサービスを利用して住み慣れた地域に住めるということが従来の措置制度とは違ってできたということを国民に認識いただけたと思う。サービスを受けている 335 万人のうち 256 万人が在宅サービスを利用しているが、この方々をどのように支援していくかが私たちの問題である。

2015 年の高齢者像としては、高齢者人口の増加、高齢者独居世帯の増加、そして認知症高齢者の増加が挙げられる。

今回の介護保険制度見直しのポイントとしては、介護予防システムの確立、ケアマネジメントの体系的見直しとその確立、そして地域包括支援センターの整備の 3 点である。

ケアマネジメントの現状と課題として、高齢者の機能低下の実態と、サービス給付内容にミスマッチが生じていることが挙げられる。この見直しとして、主治医とケアマネジャーとの連携の強化、施設と在宅の連携の強化など利用者一人ひとりについて継続的にフォローアップしていく「包括的・継続的マネジメント」の確立が重要である。

これからの予防システムの中での介護保険は、要介護認定を受けた高齢者で、要介護 1 並びに要支援の方については新予防給付としてさまざまなサービスを地域包括支援センターで提供する。また、非該当の方に関しては、地域支援事業として地域包括支援センターでさまざまなサービスを提供し患者さんの生活を支援し、要介護、要支援になるおそれのある方を早く見つけて重度化を防止しようというものである。地域支援事業の流れとしては、健康診査、医療機関からの連絡、要介護認定非該当、訪問活動等による実態把握によって生活機能低下を早期に把握し、地域包括支援センターに連絡し介護予防のマネジメントをし、そこからプランを作って患者さんを改善していく。しかし、これは治療をするということではなく、患者さん自らが取り組むという姿勢が必要である。

介護認定審査会における審査・判定プロセスに



においては、現行の認定調査項目（79 項目）に加え、高齢者の生活機能を評価する調査項目を追加した。また、主治医意見書においても、高齢者の生活機能の評価を拡充した。審査、判定したうえで要支援者は新予防給付、要介護者は介護給付をするというものである。サービスとしては従来の訪問介護から介護予防訪問介護が提案される。これは本人の生活機能の維持・向上の観点から現行のサービスを再編したもので、単に生活機能を低下させるような「家事代行」については、期間、必要性、提供方法等を見直すものである。

今回、従来の在宅介護支援センターと違って地域包括支援センターが新たに提案された。被保険者に対しては、総合相談・支援事業・虐待防止・早期発見・そして権利擁護などの事業を行う。その他に介護予防ケアマネジメント、いわゆる新予防給付・介護予防事業に対しても主治医とともに提供するものである。

今後大事なことは、医療と介護の機能分担と連携強化についてである。主治医とケアマネジャー等の連携強化、介護予防に対する医療との連携、医療ニーズの高い重度者の在宅生活支援、日常的な健康管理や緊急時の対応のあり方、ターミナルケアのあり方、そして外部の専門的医療機関や訪問看護等のあり方を検討していかなければならない。

次に大事なことは認知症高齢者に対して、地域でどのように見ていくかということである。認知症高齢者の尊厳の保持、日常の生活圏を基本としたサービスの必要性、認知症高齢者と家族を支える地域の仕組みが大事である。

認知症早期対応システム構築のための研修体系として、現在日本医師会は、国立長寿医療センターと協力しながら都道府県医師会が中心となって、主治医がそういう認知症の方に対応し、一般患者としての日常的な身体疾患対応・健康管理、あるいは家族の介護負担・不安への理解などできるような形をしていただきたいと思っている。そのためには後方に認知症のサポートの専門医がいるという仕組みを作りたいということで、努力し、モデル事業で提案しているので、都道府県において理解していただきたい。

介護保険のサービスは、ケアマネジャーが介護サービスの原案を作成し、アセスメントをしてサービス担当者会議を行う。そして介護サービス計画を作成し、評価をして患者の生活を支えている。その中には医師の役割が重要であるが、忙しくて会議に参加できないと拒否する医師が多いが、それとは別にケアマネジャーが医師に相談する意味を理解していないからだと考える。

会議の中で大事なことは意見交換であり、情報提供なのである。情報提供において、居宅療養管理指導があるが、これは通院が困難な利用者に対して、医師が居宅を訪問し、計画的かつ継続的な医学管理に基づき、指定居宅介護支援事業者に対して居宅サービス計画策定等に必要の情報提供をするものである。情報提供するものは、患者の病状及び日常生活で注意すべきことである。寝たきり老人在宅総合診療の先生方においては、この居宅療養管理指導のケアマネジャーに対する情報提供がなかった。そこで改めて居宅療養管理指導の範囲として提案されたのである。ただ、これは患

者さんの家に訪問しなければならない。通院されて介護保険の利用者に対しての情報提供はないのかと言え、実は先生方が毎日のように使われている医療機関に対する診療情報提供 A がある。その中に指定居宅介護支援事業者というのがあり、これがケアマネジャーであるから、通院されて患者さんに対しては医療保険の中の診療情報提供 A で算定する、そして先生方が訪問される患者さんに対しては居宅療養管理指導で算定するとなっていることがあまり知られていない。診療情報提供を使ってケアマネジャーに対して情報提供することが、担当者会議に参加することと同じことである。居宅療養管理指導は、ケアマネジャーのケアプランにはまったく関係がない。

日本医師会としては、高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針を提示したが、その中には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があるので、それをご理解ご検討いただきたい。

大事なのは診療所などの現場における患者さんと主治医との関係であり、どのような会話をするかを再度考えなければならない。例えば、厚労省が基本チェックリストといって患者さんの日常生活を把握するものを提案している。これを使いながら患者さんと会話してもらい、そうすると患者さん自身の自らの生活機能に何が低下しているかに気づくことができる。

地域包括支援センターの活用方法は、主治医と関係が適切になっていけば患者さんの生活の部分においては地域包括支援センターの利用もあるということである。

高齢化に対する地域医療再編のイメージとしては、主治医と患者さんとの関係も大事だが、本来、病院から退院する間に病院では治療だけでなく退院後の生活というものをどのように作るか、退院計画をどう作るかが作業である。実際のところ病院の中のさまざまなスタッフを活用することによって、患者さんの病状が安定して介護保険施設に行くのか、あるいは住み慣れた地域に住めるのかということが生じる。

医療の責任は、病気を治すことだけでなく、患者さんの退院後の生活・医療についても連携して支援すること、つまり医療連携である。よく、医

療連携というと、病院の先生と診療所の先生のギブ・アンド・テイクと言われるが、そんなことはない。患者さんの生活を支援するために医療連携があるのである。診療所と病院の先生とのギブ・アンド・テイクなどを考えたらメリットがあるかないかである。大事なことは、患者さんが住み慣れた地域で住み続けるために医師が各々のことを考える、それが医療連携である。そのことを考えるからこそ、診療所から患者さんに対して病院を紹介する、紹介を受けた病院が患者さんが生活するために診療所の先生にまた戻す、という関係が本来の姿である。ギブ・アンド・テイクでやっていたら、病院はいつも紹介率を上げるための医療連携しか考えない。

患者さんにとって住み慣れた地域を考えるには、まず、先生方が自分にとっての住み慣れた地域とはどこかを考える必要がある。そこは自分を理解してくれる所であり自分らしさを発揮できる場所である。元気な時は、このことがなかなか解らないが、自分も同じようにこの地域に居るからこそ自分らしさが発揮できるんだと思えば目の前の患者さんに対して住み慣れた地域で自分らしさを発揮してほしいと思うことができる。それは「なじみの世界」があるからである。病院から退院され、在宅で訪問したときに、患者さんは「こんな惨めな姿になって・・・」と諦めた姿を見せる。しかし、そこで医療を患者さんと相談しながらも患者さんの「なじみの世界や地域」の話などをしていると、患者さんは改めて住み慣れた地域とはこういうところだったと思い出してくれ、病気や障害を抱えても、もう一度生き直そうと思ってくれる。患者さんに勇気を与えること、それが現場の医師の仕事だと思っている。先生方が住み慣れた地域ということに対してもう一回考えていただき、そのことを患者さんに対して実現する、それが医師という職業を選んだ役割であり、そして医師会の役割であることをご理解いただきたい。

介護保険や医療保険、制度としてはあまりよい保険だとは思わないが、ぜひご理解いただき患者さんに対して諦めから勇気の気持ちをつくっていただく、その仕事を噛みしめていただきたいと思う。

山口県報道懇話会との懇談会

と き 平成 17 年 8 月 31 日 (水) 午後 6 時 30 分～
 ところ ホテル松政 2F「芙蓉」

〔報告：理事 加藤欣士郎〕

山口県報道懇話会と山口県医師会との懇談会が昨年にひきつづき今年も開催された。今年は衆議院選挙の真只中であり、報道機関は超多忙の時期となったにもかかわらず、多くの参加をいただいた。

はじめに藤原会長が挨拶し、昨年からの医療の全体情勢と医師会の立場を説明した。

藤原会長挨拶

みなさん、こんばんは。紹介いただいた、山口県医師会長の藤原です。本日は総選挙のお忙しい中お集まりいただき、ありがとうございます。今年もこの会を開くことができましたことにお礼申し上げます。

マスコミの方々とわれわれ医師会とがこうして懇談することにより、立場をこえて医療について意見を深めることができればと思っています。も

ちろん、われわれ医師会の立場を強調するために行っているわけではなく、皆様のいろいろなご意見をいただきながら、それを医療現場に生かしていきたいと思っております。

昨年の今の時期は、混合診療のことで物議をかもしておりましたが、医師同士でもいろいろと意見があり、理解の異なる点もありました。医療というのは、命を扱う、不確実性のあるもので、医師会としては、混合診療が導入されれば国民の医療不信を招くという強い危機感を持って、反対の立場を取っていたわけであります。

今年、小泉内閣の基本方針である、いわゆる骨太の方針 2005 が注目の話題でありました。この骨太の方針によってシーリングが否定され、年末の予算編成そして来年予定されている制度改正あるいは診療報酬改定に影響してくる恐れがあります。その中で特に問題としておりましたのは、

出席者

山口県報道懇話会

エフエム山口取締役放送部長	大森 邦武
共同通信社山口支局長	渡辺 正義
時事通信社山口支局長	尾崎 和博
中国新聞社山口支社長	桑田 信介
西日本新聞社山口支局長	真弓 一夫
日本経済新聞社山口支局長	樋口 陽一
NHK 山口放送局放送部長	松野 正芳
毎日新聞社山口支局長	菊池 健
山口朝日放送報道制作局長	永田 時彦
山口新聞社山口支社長	宮本 邦彦
読売新聞山口総局長	木村 忠康

山口県医師会

会 長	藤原 淳	理 事	杉山 知行
副 会 長	上田 尚紀		加藤欣士郎
	木下 敬介		田中 豊秋
専務理事	三浦 修		
常任理事	吉本 正博		
	濱本 史明		
	佐々木美典		
	西村 公一		
理 事	正木 康史		
	小田 悦郎		
	萬 忠雄		

医療費の伸び率管理制であります。厳しい議論の上、今回削除されました。しかし、この骨太の方針自体がどこを見ても医療費抑制ということで、いろいろなことが盛り込まれていますので、伸び率管理が完全に消えたわけでない、微妙な状況であります。

医療保険制度改革をなぜ今回の総選挙の争点にしないのか、医療というのは高齢者の増加、医療技術の革新で、自然増はやむを得ないと思います。国民はどのように思っているのか、今までのサービスは縮小させても医療費を切りつめた方がよいのか、それとも増加してでも現状のサービスを求めたいのか、ここを争点にしていただきたいと思っていました。

さて、現在の医療費の伸びについて、少し紹介させていただきたいと思います。(資料：2004 年度概算医療費の動向) 医療費の総計をみると、2000 年度は 29.4 兆円、2004 年度が 31.4 兆円、2 兆円増で、約 4000 億円ずつ増えている。これと別に、診療費を見てみると、2000 年度が 26.6 兆円、2004 年度が 27.2 兆円で 0.6 兆円しか伸びていない。伸びている主なものは、調剤だけです。1 年に 1 兆円伸びている。診療費本体はそれほど伸びていません。私が言いたいのは、そのために国がつぶれると言う表現がされますが、医療費の実態はそうならないということである。

さて、それでは、皆様のいろいろな貴重なご意見をいただきたいと思います。よろしくお願います。

山口県報道懇話会幹事挨拶：

NHK 山口放送局放送部長 松野 正芳

本日はこのような会合をもっていただき、ありがとうございます。報道懇話会側もなかなか、取材の最前線でお会いすることはありませんので、この会合を通して、山口県の医療問題あるいは社会福祉の問題を取材する上で、発展的な会合になればと考えております。よろしくお願いたします。

次いで当会から話題提供として加藤が「日本の医療保険制度と最近の新聞報道」のプレゼンテー

ションを行った。ここでは日本の医療制度が世界一の評価であること、窓口負担率の増加と受診抑制、混合診療の問題点、とくに特定療養費化の拡大の懸念について解説した。また、新聞報道で将来医療費の予想が厚労省のデータをそのまま流用していることなどの問題点を指摘した。

自己紹介のあと、意見交換を行った。ここで報道懇話会の方から山口県医師会としての活動について質問が出された。そこで、佐々木常任から当県の地域医療の現状と当会の取り組みについて説明を行った。また、濱本常任から地域保健の概説をすることになった。その後、これらの提起を受けて活発な意見が交わされた。主に救急医療体制や医療の地域連携に話題が集まり、報道関係者の視点は医療の全体情勢よりも、地域の医療にあるようであった。

昨年のこの会では医師会から会の概要、保険、医事法制、地域医療、地域保健について説明し、これで時間をとってしまい、意見交換が十分にできなかったことを反省し、今回は医療制度のみについて概説することにしたのであったが、どうもこれは報道の方には興味の他であったようである。地方の報道関係者ということを考えれば当然のことかもしれない。次回は山口県の地域医療について独自の課題とその取り組むについてプレゼンテーションするようにしたい。

また、この懇談会が年に一回の懇親の場に終わらせてはいけなことに報道の方から提起があった。記者はつねにニュースを求めているのであるから、医師会からも日常的に情報提供していくスタンスが必要である。記者の方との意見交換でこのことが印象に残った。

県下唯一の医書出版協会特約店

山口県 井上書店

〒750-0001 山口県山口市下町1-1-1 井上書店4階
TEL: 083-241-0424 FAX: 083-241-0424
E-mail: info@ishimura.co.jp/uh.
新刊のご案内・刊行のお願いもこちら下さい。

この 1 か月間、新聞等の報道では橋本元首相引退表明（8 月 20 日）、国民新党（8 月 17 日）・新党大地（8 月 18 日）・新党日本（8 月 21 日）の新党結成、第 44 回衆院選 1131 人立候補（8 月 30 日）、衆院選自民圧勝・民主惨敗（9 月 11 日）、民主新代表に前原氏（9 月 17 日）、第 3 次小泉内閣発足（9 月 21 日）と衆院解散総選挙絡みのニュースが続く。

この選挙戦の最中、米国では過去最大級のハリケーン「カトリーナ」がルイジアナ州に上陸（8 月 29 日）。わが国では大型で強い台風 14 号が長崎県に上陸し九州北部を縦断したあと日本海を北上（9 月 6 日）。九州、中国、四国の各地は記録的な豪雨に見舞われた。いずれも多くの被害と犠牲者の出たことは痛ましい。岩国市では山陽自動車道ののり面崩落により民家が押しつぶされ、高速道不通と民家 2 棟 3 人犠牲という事態が生じた。

8 月 24 日（水）・25 日（木）、**第 49 回社会保険指導者講習会**が日本医師会・厚生労働省主催により日医会館において開催。テーマは「わかりやすい免疫疾患」。県医師会から上田副会長、濱本・西村常任理事、湧田・萬理事の 5 名が参加。

8 月 27 日（土）、**中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会**。第 1 分科会は医師会病院、臨床検査センター、健診センターをテーマに岩国市医療センター医師会病院において、また、第 2 分科会は在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、介護老人保健施設をテーマに岩国国際観光ホテルにおいてそれぞれ研究発表があった。そのあと同ホテルにおいて野中博日医常任理事による特別講演「介護保険制度の改革」があり、この中で介護保険が円滑に行われるには医師あるいは医師会の「やる気」がキーワードになると強調。

8 月 29 日（月）、**「県民の健康と医療を考える会」の世話人企画委員会**。県医師会から三浦専務理事と加藤理事が出席。12 月 4 日（日）の午後に総合保健会館多目的ホールにおいて開催予定の県民集会での内容が具体化。基調講演に絵門ゆう子氏

による「がんと一緒にゆっくりと」。関連シンポジウム「女性のがんを考える」に絵門氏のほか 3 名の女性シンポジストを予定。映画鑑賞として、保険制度の改善に取り組む実在の女性医師の姿を描いたヒューマンドラマ「殺人保険」を企画。

8 月 31 日（水）、**山口県報道懇話会との懇談会**。一昨年から行われているもので、今回で 3 回目。山口県報道懇話会とは、新聞・ラジオ・テレビ等の主要マスコミ 12 社の各山口県支局長クラスで構成。マスコミと県医師会役員との医療に関する情報交換を目的として毎年 1 回開催されているが、昨年は焦点が絞りきれなかったとの反省もあって今回は日本の医療問題をテーマに藤原会長と加藤理事が解説。加藤理事はスライドを使って日本の医療制度の優れている点を要領よくまとめた。フリートークでは、山口県における地域医療・保健に関する医師会活動、特に ACLS や AED、あるいは小児救急等について話題提供した。懇親会の席でも各テーブルごとでかなりつつこんだ話ができて、昨年よりは充実していたかなとの印象を受けた。

9 月 1 日（木）、**健康教育委員会**。今年度 2 回目の委員会。平成 17 年度の健康教育テキストは安藤慎太郎委員が担当。タイトルは「糖尿病といわれたら」。38 頁に及ぶ内容が用意されたが、これを徹底的に吟味して分かりやすいものにするため、時間延長の委員会となった。次回は、12 月 8 日。このときにはほぼ完成した形になる。

9 月 3 日（土）、**平成 17 年度中国四国医師会連合各種研究会**が香川県の担当で、翌 4 日（日）には**第 39 回中国四国医師会連合医学会**が島根県医師会の担当で、いずれも松江市において開催。各種研究会では「医療保険・介護保険」と「地域医療・その他」の 2 つの分科会が開かれ、それぞれ各県医師からの懸案事項について日医の担当常任理事を交えて活発な意見・情報の交換があった。翌日の連合医学会では、武見敬三参議院議員による「国会活動報告」のあと植松日医会長による「医療制度改革 - 日本医師会の考え -」と津和野町文化財保護審議会議長松島弘氏による「森鷗外

と津和野」の 2 つの特別講演が行われた。

昨年、この各種研究会と連合医学会の存続の意義について香川県より提案があり、中国四国各県医師会に対してアンケート調査が行われた結果、ほとんどの医師会が存続を希望。今後も引き続き行われるところとなった。各種研究会では真剣にかつ活発に議論が交わされ意見と情報が交換されしばしば会議の時間をオーバーすることすらある。連合医学会においては医療政策に関する政治の場での新しい情報が得られるし、これに対する日医の考えを知ることができる。これらを持ち帰り郡市医師会を通じて末端の会員へきちんと伝える。このようなシステムを構築している組織は、医師会以外にそうザラにはあるまい。

9 月 7 日 (水)、**山口県医療審議会平成 17 年度第 1 回保健医療計画部会** (県庁)。第 5 次山口県保健医療計画の策定について協議。公示予定は平成 18 年 5 月で、計画期間は平成 22 年度までの 5 年間。

9 月 8 日 (木)、**郡市医師会長会議**。中央情勢、中国四国医師会各種研究会、日医医療事故防止研修会の各報告、郡市医師会からの意見・要望等についての協議のあと、慶應大教授田中滋先生による「医療保険制度と地域医療」と題する特別講演。聴講者を飽きさせない魅力的な語り口で 1 時間があつという間に過ぎた。わが国の医療を悪くいう表現に「3 時間待ちの 3 分診療」があげられるが、医療経済学関係の国際会議などでは一般医療における 3 時間待ちなど問題にならないとのこと。英国では救命救急が問われる場合ですらストレッチャーの上で平均 3 時間以上待たされることに比べれば、日本の医療は他の本質的なもの問題がないから一般医療の 3 時間待ちが大問題になるような。日本の医療は全体的には優れているが、急性期医療の疲弊や医療従事者の過重労働などの問題点をあげ、さらに、教育と医療それから消防と警察も市場経済原理主義にはなじまない指摘。講演を聴いて、胸につかえたものがスッキリしたような感じがした。講演のあと県医師会役員と編集委員を交えて座談会が行われたが、講演・座談会の詳しい内容は会報に掲載の予定。

9 月 9 日 (金)、**山口県高齢者保健福祉推進会議** (県庁)。「第 2 次やまぐち高齢者プラン」の策定について今年度 2 回目の会議。平成 18 年 3 月の計画策定の公示に向けて、プランのフレーム案が提示。意見交換では改正介護保険、特に地域包括支援センターの整備が話題になった。

9 月 10 日 (土)、**第 3 回九州・山口各県医師会災害・救急医療担当理事連絡協議会**。沖縄ハーバービューホテルでの会議に山口県医師会から木下・佐々木・弘山の 3 名が出席。大災害時の各県医師会の他県派遣を含めた救急医療体制の連携について協議。災害時の初期活動については活発な議論が交わされた。

9 月 14 日 (水)、**周南 3 医師会医療・保険研究会**。19 時より徳山医師会館において徳山・下松・光市の 3 医師会と県医師会とで、最近の中央情勢、医療保険、医療事故防止、会員からの意見・要望等について協議。

9 月 15 日 (木)、**広域予防接種運営協議会・関係者合同会議**。山口県では平成 15 年度より広域予防接種を実施。全国では他に新潟県、大分県、高知県、東京都の全区がそれぞれの方式で広域化させている。山口県における平成 16 年度の広域予防接種利用状況は 23,375 件。充実したものになりつつある。今回は平成 18 年度の各市町村の予算編成を睨んで、市町村担当者にも協議に加わってもらった。

衆院総選挙は自民党の圧勝となり、強大な小泉内閣が誕生。郵政改革の次は医療改革か。すでに医療費抑制が始まる気配。この 1 か月間の医政活動については山口県医師連盟ニュース(第 9 号)を参照されたい。この号が届くのは十月の中ごろ。味覚の秋というごとく、美味しい食べものがいっぱい。お酒もまた旨い。「濁り酒」が十月の季語とは知らなかった。

山里や杉の葉釣りてにごり酒 一茶
杉の葉とは、江戸時代の酒屋は杉の葉を丸く束ねて軒先に吊していたことによるらしい。

理事会**第 10 回**

9 月 1 日 午後 5 時 5 分～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・佐々木各常任理事、
正木・小田・湧田・杉山・弘山・加藤・田中
各理事、青柳・小田・山本各監事

協議事項**1 郡市医師会長会議の提出議題について**

9 月 8 日に開催する標記会議の郡市医師会からの提出議題 1 件について協議した。

2 山口県保険者協議会について

厚生労働省告示「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において都道府県ごとに保険者協議会の設置が求められており、山口県では 17 年度中に設置できるよう準備中である。医師会はオブザーバーとして参画及び助言を求められ、担当は杉山理事に決定。

3 平成 17 年度学校保健に関する被表彰者の推薦について

山口県教育委員会より推薦が依頼があり、候補者を決定した。

4 新規第一号会員研修会並びに保険指導日程について

10 月 23 日（日）に開催する標記研修会の日程等を協議した。

報告事項**1 健康やまぐち 21 推進協議会（8 月 4 日）**

中間評価・見直しについて協議した。（上田）

2 健康スポーツ医学委員会（8 月 4 日）

実地研修会を 10 月 16 日（日）宇部市で開催。
演題：介護予防の新しい手法～パワーリハビリテーション～、講師：国際医療福祉大学竹内孝仁教授に決まる。（濱本）

3 生涯現役社会産学公推進協議会（8 月 5 日）

生涯現役社会のための 10 の取り組み（案）・事業の取り組みについて協議した。（事務局）

4 日医勤務医委員会（8 月 5 日）

11 月に開催予定の都道府県勤務医担当理事連絡協議会と会長諮問に対する答申案について協議した。（三浦）

5 日医医療事故防止研修会（8 月 6・7 日）

2 日間にわたり開催された。最初に、日医寺岡副会長の開催趣旨説明があり、つづいて植松会長の講話、行天良雄氏・医事評論家の特別講演に続いた。医師と患者・患者家族とのコミュニケーション不足、患者と同じ目線になる・痛みが分かること、患者の立場を分かること。医療に関するアンケートを実施しても医療側と患者側とで乖離がある、このことを注目すべきであろう。（三浦）

6 中国四国学校保健担当理事連絡会議

（8 月 7 日）

各県から 12 題の提出議題を協議した。日医担当常任理事伯井俊明先生からコメントがあった。（濱本）

7 中国地区学校医大会（8 月 7 日）

各県から研究発表があり、特別講演 1 で「学校危機とクライシスレスポンスチーム（CRT）」と題して県精神保健福祉センター所長河野通英先生の講演、特別講演 2 で「学校・地域保健連携推進事業と中央情勢」と題して日医常任理事伯井俊明先生の講演があった。来年度は鳥取県医師会の引受と決定。（杉山）

8 県民の健康と医療を考える会世話人会

（8 月 8 日）

17 年度の事業計画について協議した。（加藤）

9 社保・国保審査委員会正副委員長との協議

（8 月 10 日）

両審査会間の較差是正については、審査委員連絡委員会等年 3 回開催しているが、個々の疑義解釈について協議するのみであり、今回、基本的

な部分の較差をなくそうと考え、開催したもの。

(藤原・木下)

10 医事案件調査専門委員会 (8月11日)

病院 2 件、診療所 1 件の事案について審議した。

(吉本)

11 郡市医師会地域医療担当理事協議会

(8月11日)

山口県患者調査・医療機関調査最終報告書の説明後、第五次県保健医療計画に対する郡市医師会の意見・要望について協議した。(佐々木)

12 第 51 回中国地区学校保健研究協議大会

(8月17日)

開会式で藤原会長が挨拶をした。(藤原)

13 社保・国保審査委員合同協議会 (8月18日)

協議題 3 題、会員からの意見要望 28 題について協議を行った。詳細は会報本号に掲載予定。

(加藤)

14 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会

(8月24日)

レセプト滅失事故、16 年度老人保健及び退職者医療交付金の確定並びに精算等について報告があった。(藤原)

15 山口地方社会保険医療協議会 (8月24日)

医科 4 件(新規 1 件、移転 3 件)が承認。(藤原)

16 セミナーシンポジウム打合せ (8月24日)

11 月 6 日(日)周南市で開催のシンポジウム「肺癌診療の進歩と問題点」の打合わせをした。(田中)

17 徳山医師会医事紛争に関する講演会

(8月24日)

徳山医師会館において開催、「医療事故の最近の動向と事故防止の対策」について講演した。170 人余りの医師会員・コメディカルの参加があり、新聞等に報じられた内容を紹介した。(吉本)

18 第 49 回社会保険指導者講習会

(8月24・25日)

「わかりやすい免疫疾患」をテーマに 2 日間にわたり日本医師会館において開催され、本会から上田副会長、濱本・西村常任理事、湧田・萬理事が参加した。(湧田)

19 第 36 回日本看護学会 (8月25日)

25・26 日の 2 日間、精神科看護をメインテーマに山口市民会館で開催され、開会式で祝辞を述べた。(藤原)

20 山口県救急業務高度化推進協議会・幹事会合同会議 (8月25日)

地域 MC 協議会地区割りの 4 地区に変更があった。救急救命士による薬剤投与、気管挿管実習病院の追加があった。自動体外式除細動器 (AED) の普及啓発について協議した。(佐々木)

21 山口県介護保険研究大会第 2 回実行委員会 (8月26日)

大会の概要の説明後、開催要綱を検討・今後の進め方について協議した。平成 18 年 1 月 15 日(日)山口市で開催の予定。(佐々木)

22 中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会 (8月27日)

山口県医師会引受で岩国市で行われた。第 1 分科会(医師会病院・臨床検査センター・健診センター)、第 2 分科会(在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・介護老人保健施設等介護保険関連施設)で協議後、日本医師会常任理事 野中 博先生の特別講演を行った。(田中)

23 県民の健康と医療を考える会企画委員会

(8月29日)

今年度の県民公開講座について協議した。基調講演に絵門ゆう子氏を迎え、12 月 4 日(日)県総合保健会館:多目的ホールにて開催する。(加藤)

24 山口県報道懇話会との懇談会 (8月31日)

最近の医療問題をテーマに意見交換をした。

(三浦)

25 編集委員会 (9月1日)

9月以降の主要記事掲載予定並びに座談会の企画について協議した。(加藤)

26 会員の入退会異動報告

告があり、決算を承認。

2 第 151 回定例代議員会の議事運営について

標記会議の議事運営について検討した。

3 山口県子ども会安全会事業への援助について

第 7 回理事会で協議後再検討。山口県子ども会連合会と「医療報告書」の様式の見直しを行い、郡市医師会長を通じて各会員へ協力依頼をすることに決定。

4 自民党への要望事項について

平成 18 年度も自民党へ要望事項を提出することに決定。

5 「学校伝染病第 3 種の運用について」の改正(案)について

山口県小児科医会長及び山口県感染症サーベイランス解析委員長より、アデノウイルス急性咽頭扁桃炎を「学校伝染病第 3 種その他」の伝染病に入れ、出席停止扱いができる疾患とするよう提案され、承認。

6 山口大学医学部附属病院との懇談会について

11月8日、山口大学医学部附属病院との懇談会を開催することに決定。

報告事項**1 個別指導「山口地区」(8月4日)**

診療所 6 機関について実施。(西村)

2 個別指導「岩国地区」(9月1日)

診療所 5 機関について実施。(西村)

3 第 2 回山口県国民保護協議会幹事会

(8月31日)

指定公共機関の役割と計画(素案)について協議した。(事務局)

4 健康教育委員会 (9月1日)

今年度のテキスト「糖尿病」の初校正を行った。

(湧田)

互助会理事会**第 8 回****1 傷病見舞金支給申請について**

2 件について協議、承認。

医師国保理事会**第 8 回****1 山口県保険者協議会委員の委嘱について**

山口県国保連合会より依頼があり、小倉事務長に決定。

理事会**第 11 回**

9月15日 午後5時10分～7時10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、井上・正木・湧田・萬・杉山・弘山・加藤・田中各理事、青柳・小田・山本各監事

議決事項**1 第 151 回定例代議員会の付議事項について**

10月27日(木)開催の標記会議における提出議案を決定。

協議事項**1 平成 16 年度山口県医師会決算について**

事務局から決算の報告後、青柳監事から監査報

5 中国四国医師会連合常任委員会（9月3日）
ブロック選出の日医役員より中央情勢報告後、
連合医学会の運営等について協議した。（三浦）

6 中国四国医師会各種研究会・連合医学会
（9月3・4日）
9月8日の郡市医師会長会議にて報告、詳細は
県医師会報本号に掲載。（三浦）

7 中国四国ブロック広報担当理事連絡協議会
（9月3日）
日医より、広報戦略会議活動について詳しい説
明があった。山口県から、提出議題として、「地
方医師会活動の広報を充実するために」、日医へ
の提言・要望として、「日医雑誌の理事会報告の
掲載の迅速化と簡略化を要望する」を提出した。
（加藤）

8 山口県医療審議会保健医療計画部会
（9月7日）
第4次県保健医療計画の進捗状況の説明後、
第5次保健医療計画の策定についてフレームを
協議した。（木下）

9 下関地区 Yamame-net 協議会（9月7日）
下関医師会医療情報システム委員会に出向いて
Yamame-net への加入促進についての説明を行っ
た。（弘山）

10 山口県地域リハビリテーション構想推進協
議会（9月8日）
16年度の事業実施状況の報告後、圏域の中核
の期間の指定について協議した。また、県地域
リハビリテーション支援体制調査について報告が
あった。（佐々木）

11 田中 滋先生の講演会・座談会（9月8日）
郡市医師会長会議終了後、慶應義塾大学経営
大学院教授 田中 滋先生による「医療保険制度
改革と地域医療」をテーマとした講演会及び座談
会を行った。詳細は県医師会報 11月号に掲載予
定。（加藤）

12 山口県社会福祉協議会地域福祉推進委員会
（9月9日）
第3次県域活動計画進捗状況、計画の概要版
の発行について協議した。（佐々木）

13 山口県高齢者保健福祉推進会議（9月9日）
第2次やまぐち高齢者プランの策定について
協議した。（木下）

14 九州・山口各県医師会災害・救急医療担当
理事連絡協議会（9月10日）
各県の災害時医療救護支援体制の報告。災害時
医療救護支援体制・緊急時連絡網・災害時応援協
定について協議した。（弘山）

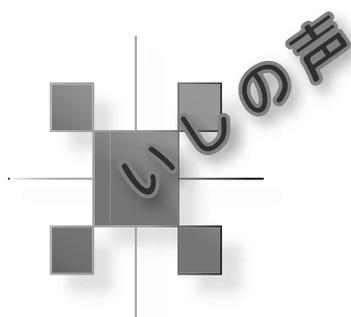
15 山口県衛生検査所精度管理専門委員会
（9月14日）
下関市衛生検査所精度管理専門委員と合同で行
われ、衛生検査所の指導事項、17年度立入調査・
外部精度管理調査（オープン調査）の実施等につ
いて協議した。（上田、田中）

16 周南3医師会医療・保険研究会（9月14日）
会長以下11名の担当役員が参加。最近の中央
情勢、医療保険、医療事故防止について説明し、
最後に会員からの意見・要望等について協議した。
（西村）

互助会理事会

第9回

1 傷病見舞金支給申請について
2件について協議、承認。



対外広報を考える

防府医師会 清水 暢

郡市医師会で広報担当となって5年半。役職名は広報ではあるが、その実態は郡市の医師会報の編集責任者で、これについては県内の医師会はどこも同じであろう。

私の場合毎月の仕事といえば、第2週目くらいに原稿の執筆依頼の電話をあちこちにかけて、いやみを言われたりシカトされたり、でも、毎月幾人かの先生にお引き受け頂いて何とか期日までに原稿を集める。ゲラが出来上がって月末の会報委員会の場で校正を行って、校正済みのゲラを印刷会社に渡して、その後2～3回細かいチェックをして発刊となる。穴埋め的に急遽原稿を書くこともあり、県医編集委員の先生方のご苦労も、身につまされてよく理解できる。

この役のせいで、県医師会の郡市広報担当理事協議会という会議にも出席することになる。この協議会は不定期開催で、前回は昨年秋に、前々回となると4年前の冬に行われた。その際いつもギャップを感じるのは、私の郡市での担当は広報ではあっても、あくまでも対内的なものに過ぎないという事である。この場での協議は対外広報をどうするかという事が議題の中心であり、現在の医療情勢を反映して、要は医療制度改悪反対の“草の根”運動を盛り上げる広報活動のあり方が焦点となる。

県医では「県民の医療と健康を考える会」を立ち上げて、一昨年は県民公開講座、昨年は映画上映会とトークの集い、そして「混合診療解禁反対」の県民集会を行った。直接的な“医師会の顔の見える”広報活動としては大変重要なことであ

り、私もこれまで全てに参加してきた。今の情勢では、今後は頻度も増やして定期的に開催するくらいの必要があるだろうが、いつも医師会員の参加人数が少ない事は気がかりである。

他の県医の行事と同じく、日曜日に山口まで出向くのが難しいのかも知れないが、まるで関心が無いというむきも多いのではなかろうか？ このての行事は確かにアカデミックでは無いし、言い方は悪いが、“俗っぽい”事ではある。しかし、現状では医師会としての見解を強引に主張するだけでは、世間的に受け入れられそうも無い、また、傍観するだけでは医療はもっと悲惨な方向へと曲げられてしまいかねないわけで、最も妥当な手法だと思う。今後は世論を味方につける、または、世論を喚起するような方向に向かわざるを得ない。やはり危機感をもって積極的にコミットしていく必要があると思う。

郡市医師会レベルでの対外広報活動も考えなければならぬ。では振り返って、現在、郡市医師会のレベルで市民に対して医師会の名前が前面に出てくるような、“顔の見える”活動があるのかといえば、それは少ないようである。勿論、実務の上からは行政に協力して色々な事を行っているわけであるが、やはりもっと積極的な、社会にアピール度の高い活動が必要であろう。尤も県内でも、郡市医師会によっては市民向けの講演会やフォーラムなど、早くから取り組まれている所もあり敬服に値するが、これとてやはり少数派であろう。そういった社会活動の中に、医師会としての主張を織り込んでいければ理想的とは思いますが……。

郡市医師会による一般市民向けの独自の広報誌発刊等については、会内報ですら執筆者探しがままならない現状では、その内容や頻度などの面からも実現はなかなか難しそうではある。日刊地方紙のコラムを活用されている所もある。これなら負担も少しは軽いかもしれないが、継続するにはやはり覚悟は要りそうである。

昨秋の混合診療解禁反対の署名運動の時には、効率は良くはないが、少し手間がかかっても診察室内で患者さん一人ひとりに我々の主張を説明して、皆納得してご署名頂いた。やはり、市民に一番近い会員個々が危機感と関心を持って手間暇掛けるのが、“草の根”運動には一番有効なのが事実であろう。

今回の衆議院選挙の結果からすれば、近いうち再び、昨秋のような国民運動が必要な局面になりそうである。実はこういう時こそが、郡市医師会でも何らかの“顔の見える”対外広報活動の端

緒をつける良い機会かも知れない。いづれにせよ医療制度の改悪を防ぐ為に、数多くの会員が現状に危機感と関心を持って結集する事が、対外広報活動の第一歩である。だとすれば対内広報としての医師会報もともに、もっと充実を図ってきたいものである。

謹 弔

このたび、次の会員の方々がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

村井 一郎 氏	岩国市医師会	9 月 7 日	享年 90 歳。
西垣内 一 氏	宇部市医師会	9 月 14 日	享年 83 歳。
佐々木匡秀 氏	岩国市医師会	9 月 23 日	享年 72 歳。
越戸 克和 氏	大島郡医師会	10 月 3 日	享年 60 歳。



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・厳密厳守)



●お問い合わせ先 コンサルティング総括部

0120-33-7613

【通話・FAX対応】受付時間 10:00~18:00(日・祭日) 担当 斎藤 伊藤

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

21-00001 21-00002

総合メディカル株式会社

山口本店/山口県高橋郡小幡町高橋町1番10号 2101号室 小幡ビル2F 4号

TEL 0832(2)74-0251 FAX 0832(2)74-0340

本 社/福岡市中央区天神 東京本社/東京都港区六本木五丁目

岡山支店/岡山市北区[1] 岡山支店/岡山市北区[2] 011-540664

福岡第一支店/福岡市[1] 011-547711

勤務医 部会

小児医療提供体制についての日本小児科学会の考え方 ～地域小児科センター構想～

社会保険徳山中央病院 小児科

内田 正志

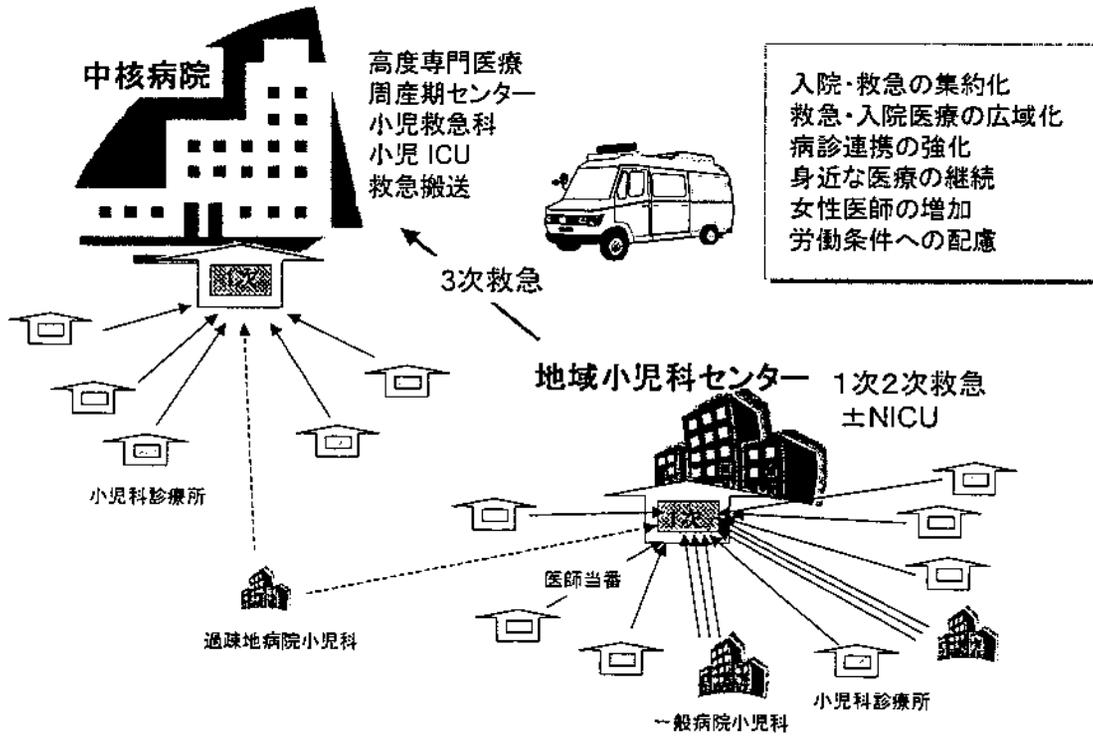
少子高齢化が急速に進行し、小児の人口が減少する一方で、「いつでもどこでも小児科医に診てもらいたい」という小児救急に対する要望は高まっています。このような中で小児の急患は基幹病院（小児科当直医のいる）に集中し、その結果小児科勤務医の時間外労働は増加し、病院小児科はどこも危機的状況に陥っています。小児科医自身、こどもの急病で不安を膨らませている保護者と子どもの期待に応えなければならないという職業的使命感から、きわめて不十分な体制のままで休日夜間時間外診療を続けているのが現状です。しかし、小児科勤務医一人ひとりの献身的努力だけではどうしようもない状況になっているのです。

このままでは小児救急だけでなく、小児医療そのものが危ないとの思いから、日本小児科学会では小児医療改革・救急プロジェクトチームを作り、病院小児科・医師実態調査を行い、それに基づいて将来を展望した効率的な小児医療提供体制を提案しています。そのキーワードは集約化・広域化と地域小児科センターです。つまり、入院小児医療提供体制を集約化して地域小児科センターを構築し、小児時間外診療には広域で対応し、24 時間、365 日の小児救急医療体制を実現しようとするものです。図に示したように人口 30～50 万人の地域に 1 か所の割で地域小児科センターを作り、10 人以上の小児科医を配置し、入院医療、未熟児・新生児医療、二次以上の救急医療に 24 時間、365 日対応するという構想です。そこ

に休日夜間急病診療所（自治体運営）を併設し、地域の小児医療に携わる医師（開業医、勤務医など）が出務して一次救急を担当し、入院や検査の必要な場合は地域小児科センターにバトンタッチするというものです。新たに作るというのではなく、既存の施設を指定し、自治体、医師会、地域住民の理解を得ながら、育てていくというスタンスです。

この小児科学会の方針に基づいて、現在各地方会単位（都道府県ごとに）で地域の実情にあった取り組みがなされています。山口県では小児科地方会の中に山口県小児医療提供体制モデル案策定委員会を設け、私が委員長に命ぜられ、策定作業を進めています。山口県には 9 つの二次医療圏が存在していますが、小児科学会としてはいくつかの医療圏を統合し、岩国・柳井、周南、防府、山口・萩、宇部・小野田、下関・長門の 6 つを小児医療圏とし、地域小児科センターを国立病院機構岩国医療センター、社会保険徳山中央病院、山口県立総合医療センター、総合病院山口赤十字病院、山口大学医学部附属病院、済生会下関総合病院の 6 か所にしたいと考えています。山口大学医学部附属病院は中核病院と地域小児科センターを兼ねる予定です。山口県の場合は小都市が点在するため、必然的に現在のような状況（地域小児科センターとなりえる施設は限られる）が形作られたと考えます。また、多くの地域で小児の一次救急は地域の小児科医全員で担うという考えが浸透してきており、この小児科学会の構想の基

日本小児科学会 —わが国の小児医療・救急医療提供体制の改革に向けて—



礎は比較的できていると思います。もちろん、小児科医だけで小児の救急医療を支えることはできず、多くの医師会の先生方の協力が不可欠です。

今後は図に示した考えにしたがって県レベル、自治体レベルで行政、医師会、小児科医会、病院で話し合いを重ねてよりよいシステムを作っていくことになると思います。図のようなシステムに辿り着くのに紆余曲折があると思いますが、集約化・広域化を抜きにしては考えられません。すぐには小児科医の増加が望めない現状では、地域の小児医療に携わる医師全員で小児の一次救急を支

え、地域小児科センターが二次以上の救急に責任をもつという考えがもっとも効率的で実現可能であると考えます。

限られた紙面で十分言い尽くすことはできません。平成 18 年度から、山口県及び各医療圏レベルで小児医療提供体制についての具体的な話が出てくるのが予想されますが、会員のみなさんのご理解・ご協力をお願いします。

新自動車総合保険・住宅総合保険・汚損総合保険・家庭総合保険・火災総合保険・クテ
 ー保険・積立ファミリー交通傷害保険・積立家族傷害保険・交通医療傷害保険・医師賠償
 保険・防犯防犯保険・国内旅行傷害保険・ゴルフ保険・パンダ 保険・つり保険など

あなたにしあわせをつなぐ

株式会社損害保険ジャパン 代理店
 共栄火災海上保険株式会社 代理店
山福株式会社
 TEL. 083-822-7751

転載

説苑

医師会員の生涯教育

逗葉医師会 角野 禎子

(神奈川県医師会報 平成 17 年 6 月号 No.658)

日本医師会の生涯教育制度の申告時期である。申告率が何パーセントであるかが関心事となり、各医師会は申告率を上げる事に少なからず努力する。日本医師会の生涯教育制度は、昭和 62 年に発足しその後何回かにわたり制度が改定されているが、年に一回、自己申告をする事により過去一年間、自己研鑽した証明として生涯教育修了証を交付される。

日本医師会が生涯教育制度を開始した時期からこの生涯教育制度の申告に参加し、学会専門医の認定更新もしてきた経験より医師の生涯研修について考えてみたい。

生涯教育の必要性

国民の医療に対する関心が高まり、医療事故の顕在化と共に、医師に対する不満も増し、医師のパターナリズムには批判的となり、命を預ける医師であるから当然、時代に遅れること無く最新の知識を駆使して診療にあたることをより一層期待されているのはいうまでもない。

医療問題が娯楽番組にまで進出して、面白可笑しく取り上げられ、インターネットなどのメディアを通じて手軽に情報を得る事が出来るようになり、日常診療においても最新の知見を延々と披瀝する患者さんさえ出てくるまでに医療情報が氾濫している。

最近の医療に対する関心の深さを考えれば、再生のきかない命を扱う医師がそれぞれの領域で生涯を通じて自ら真摯に研鑽に励むことの必要性は充分である。

生涯教育制度のカリキュラム

平成 16 年度、神奈川県では 19 郡市医師会、

21 神奈川県医学会分科会、その他の事前承認団体で 2399 回もの生涯教育講座が開催され、多くは講義、講演会形式のカリキュラムである。

しかし、臨床医の基本は目の前に向き合う患者さんの診察、診断、治療である。

現状の医師生涯教育制度の中では、日本医師会が課題に取り上げられている体験実習、病棟回診の見学、共同診療等のいわゆる臨床能力を延ばす日常臨床診療に直結したカリキュラムが欠如しているのではないかとの印象を持つ。

そこで、医療保険の改正と共に増加してきた地域支援病院や病院地域連携室に積極的に協力してもらうように働きかけるのはどうであろうか。

支援病院においては、患者さんの紹介率、逆紹介率に関心が寄せられるが、地域医師会員と開かれた連携を組むこともその後の連携を押し進める助けになる。日常臨床で直接手を下すことは無いが、患者さんを紹介する場合には当然知っておくべきである新しい治療法やその効果、副作用などを連携病院内で、見学したり、ビデオ実習したり、又、珍しい症例を呈示、解説してもらう等、連携病院に地域医師会員が安心して紹介するための判断材料を自ら開示してもらう等の働きかけが考えられる。

臨床的課題の講演会を開催するだけではなく広く体験実習となる課題を提供し、何人の出席があったか等も連携の評価条件の一つに加えれば、形式的な地域連携だけではなく、各連携病院の持てる能力を地域医師会員に理解してもらえる良いチャンスにもなり、実のある双方向性の連携になるに違いない。

転載

生涯教育制度の取得単位

現在の取得単位、10 単位では、やはりあまりに少ない。医師に不安を持つ国民に医師は自ら勉強に励んでいる事を示す意味でも 10 単位では少な過ぎる。年齢による軽減化を考える必要はあるかもしれないがせめて年間 3～4 回の生涯教育講座に出席する位は必要である。

学会認定専門医制度との対応

『二階建て』の形は受け入れやすいが、二階建ての一階部分を医師会の生涯教育制度が受け持つとすれば専門医に必要な一般的基本的課題を医師会の生涯教育制度が受け持つ事になり、医師会員の生涯教育は、基本的知識にとどまってしまう事になりはしないか。臨床のあるレベルまでの到達点を学会専門医取得と考える若い医師も増加しており、医師会の生涯教育制度で得た単位を、専門医制度と相互に対等な立場で互換し合えるような関係にするべきである。現状ではかなり単位の互換性は進んだが、まだ医師会の単位を認めていない学会も多く、単位互換が成立していても、日本医師会の単位の評価を低くしたり、制限を加えたりしている。日医の会員が生涯教育制度に積極的に取り組んでも、失望感の無いように両者の合意をさらに押し進めていただきたい。

蛇足ながら、国民が、専門医に相談がしたい時にどう探せば良いのか分からないという疑問には、医師免許証を取得すれば、どんな科をいくつでも自由に標榜可能であることが混乱の原因である。

例えば、内科と外科の並列は未だしも皮膚科と眼科、産婦人科と神経科、泌尿器科と脳外科、などの標榜もあり同業でもなにが専門かと首を傾げたくなる。

今後は、標榜科にも何らかの規制をかけることも必要となってくる。専門医制度を真に認められた制度とするには同時に、例えば専門に特化しな

い広範な一般的臨床知識を有する総合診療科、在宅診療科、general practitioner、等を独立させ卒前教育の中に組み込んで十分に教育する必要がある。

生涯教育の義務化

長期にわたり職業として医業をなしてゆくには、自分に課す生涯教育は、自らが進歩に取り残されないために必須であり義務でもある。自らが努力してこれに取り組みぬ場合には、当然の事ながら、ペナルティが生じて受けざるを得ない。

医師免許証は受験資格が出来た時に国家試験に合格して得た資格であり、その後の臨床能力で更新する必要は無いはずである。しかし、保険医は、保険診療行為を継続していく上に十分な診療レベルを保持し、向上させてゆく事を要求される資格として生涯教育制度の単位取得の義務を課す。将来何らかの形でさらに厳しく総括的評価を求められるかもしれないが、とりあえず生涯教育単位取得の義務化で、国民に対して保険医の資格の正当性を自ら示す位の覚悟が無ければ国民から失墜した信頼を取り戻すことは出来ない。

厚労省や世論、マスコミが一方向的に我々の医師資格、免許更新、定年制、生涯教育制度などを取り上げて俎上にのせる以前に、せめて医師としての資質を向上させ、誇りを持って医業を安定的に継続してゆくために、早急に日本医師会主導で、国民を納得させ得る生涯教育制度モデルを公表し実行に移して欲しいと望むものである。

転載

新臨床研修制度の持つ意義とその影響について

藤沢市医師会 吉田 貢

(神奈川県医師会報 平成 17 年 7 月号 No.659)

(1) はじめに

本年 6 月 17 日、全国 80 大学の医学部長や病院長でつくる「全国医学部長病院長会議」(会長、吉村博邦・北里大学医学部長)は臨床研修制度の見直しなどを求める提言を厚生労働省に提出した。この臨床研修制度は、「新臨床研修制度」として、新人医師に幅広い診療能力を身につけさせるため、昨年度より国がスタートさせたものである。しかし、この制度の影響で、大学での人材不足や僻地の医師不足が深刻になっており、地域医療に与える影響は大きく、特に地方の大学での研修医不足は極めて放置できない状況という。

同会議によると、臨床研修医の大学病院への在籍率は、03 年度の 72.6%から 05 年度の 49.2%と大幅に低下した。研修できる医療機関の基準が大幅に緩和され、特に大都市の病院に研修医が集中した結果、地方の大学病院離れが進み、大学病院から中堅クラスの医師を僻地に派遣できなくなった、と主張している。吉村会長らによれば、「研修終了後も地域や大学に医師が戻らなければ、地域医療は壊滅し、日本の医療の研究力も落ちる」と悲観的である。

翻って研修医の立場からすれば、この研修制度が出来るまでは、各大学による違いはあるものの、十分な研修プログラムもなく、大学病院での安価な労働力として使われていた面があることは否定できないであろう。奇しくも、本年 6 月 3 日、最高裁第 2 小法廷の福田博裁判長は「研修医は労働基準法上の、所謂「労働者」に当たる」との初判断を示した。研修医の劣悪な労働条件は多発する医療事故の背景ともされており、「労働者の立場」との司法判断が確定したことで、病院側は賃金や勤務時間、労災補償など環境面での条件整備を強く求められそうだ。これは大学病院とても例外ではない。

(2) 研修医が労働者なら指導医も労働者

新臨床研修制度を考えると、どうも「研修医」にばかり目がいつているのではないか。仕事量、精神的負担度、経済的評価の低さ、などを考えれば「指導医」はもっと評価されてしかるべきである。ある大学では研修医より指導医のほうが低賃金である、とインターネット上で嘆いている方がいた。次世代を育てる教育に十分な資金を投入するのは医療界ばかりではあるまい。医師が集まらないと嘆く前に、自らの医療教育の現場の環境整備をすることが今、問われているのではないだろうか。このことは平成 18 年より始まる後期臨床研修をどう運営するかにも大きく影響するだろう。専門医養成や、大学院コースを案内には謳ってはいるが、今の大学院生が欠員の生じた外来診療や病棟診療を無給で行っている実態をどう考えればいいのか (m3.Com05、06 / 04)。

(3) 後期臨床研修について

来年の 4 月より始まる後期研修 (2 年間の臨床研修を終えた後の、技量を高めるための研修)の準備をし、体制作りをしている大学病院・臨床研修指定病院は 4 割に満たないことが、厚生労働省の調査でわかった。後期研修に相当する医師教育制度を現時点で実施しているのは 37% (大学病院 45%、研修病院 36%) であり、さらに具体的な研修プログラムがあるのは 29%で、その期間も 1 ~ 6 年以上とまちまちであった。

加えて、後期研修医は身分があいまいなことが多く、給与も新臨床研修医とは違って、目安がなく、大学病院の例では、後期研修 1 年目の給与が研修医を下回るのが 3 割を超えたとのことである。そのためには研修医の定員を定め、公開すべきとのことである。

転載

(4) 医学部 8 年制でよいのか

新臨床研修システムを医学部 8 年制で説明しようとする人がいる。つまり臨床実習がさらに 2 年延びたと考えればよいとする立場である。しかし、根本的に違うのはこの臨床研修は医師としての責任の上に成り立っているということである。学生の実習とは明確に異なるものなのである。M3.Com の本年 6 月 9 日の一般医療ニュースには、「ミス多ければ臨床研修中断、医道審議会が基準提言」と題して、「医師免許取得後、2 年間の臨床研修を昨年度から義務付けたことを受け、厚生労働省の医道審議会は 8 日、医療ミスが多かったり、罰金刑以上の刑を科せられたりした研修医については、研修を中断させて研修終了を認めないなどとする終了基準に関する提言案をまとめた」とある。

提言案は、修了の認定基準について、研修を受けた機関と、研修目標に対する達成度の両方で評価すると規定した。具体的な基準は (1) 2 年間のうち、研修を休止した期間が 90 日以下、(2) 内科で 6 か月以上、外科と救急でそれぞれ 3 か月以上研修を受ける。(3) 研修医が安全を確保し、患者に不安を与えないと、指導医が判断した場合、などとした。ミスが多く、患者との意思疎通に欠ける研修医が「十分な指導によっても改善しない場合は未修了、中断もやむを得ない」とした。中断や未修了の場合は診療行為が出来なくなるが、本人の申請後、別の医療機関などで研修を再開できるとした。

(5) 臨床研修制度の法的意味

医師臨床研修制度は、昭和 43 年に創設され、臨床研修は努力義務として行われてきた。しかし平成 15 年より、医療法の一部を改正する法律により、研修が義務化されたことはすでに述べたとおりである。医師法第 16 条の 2 では、「診療に従事しようとする医師は、2 年以上、医学を履修する課程を置く大学に付属する病院または厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない」と研修の義務化を規定している。16 条の 3 は、「臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。」と臨床研修に専念することを義務付けている。また 16 条の 4 は臨床研修の終了を医籍に登録し、修了登録証を交付するとある。

働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない」と研修の義務化を規定している。16 条の 3 は、「臨床研修を受けている医師は、臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない。」と臨床研修に専念することを義務付けている。また 16 条の 4 は臨床研修の終了を医籍に登録し、修了登録証を交付するとある。

医療法第 7 条第一項には、臨床研修未修了者の診療所開設は開設地の都道府県知事の許可を得なければならない、とあり、同法第 10 条には「病院または診療所の開設者は、その病院または診療所が医業をなすものである場合は臨床研修終了医師に、これを管理させなければならない。」と臨床研修修了医師の職責について記述している。

(6) 今後の医療を担う人たちへ

新しい制度が始まって 1 年 3 か月。まだ明確に形が見えてこないというのが正直な感想である。一方で大学の医師抱え込みがあり、制度や研究のために、アルバイトも出来ないゆとりのない医師群がおり、医師の偏在はますますひどくなり、市中の勤務医は患者の多さに加えて、その雑務は自由な時間を奪い、開業すれば、開業したで、診療報酬の改定に一喜一憂して、医師としてはなんとも生きにくい時代だとは思ふ。しかし、患者さんあつての医療である。最近は患者さんの立場も強くはなっているが、「治療者－患者」の構造は崩れようがない。患者さんに選ばれる医師でありたいと思うのは、筆者だけではないだろう。時代が変わり、制度が変わっても、健康を求める人々はいらざるである。「ターミネーター」にしる、「アイ・ロボット」にしる、まだまだ映画の世界である。2 年間の研修で何を考え、何を感じる事が出来るのか、同じ答えなどないと思う。ただ、医療は互いの信頼の上に成り立つものであることを忘れないでほしい。

● 小泉劇場の行方 ●

衆議院議員選挙は自民党が圧勝した。当初、自爆解散、八つ当たり解散で自民大敗という予想であったが、まさかだれがこのような結果を予想したであろうか。郵政民営化がはたして構造改革につながるのか、また優先すべき問題だとは思えない。

しかし、選挙の争点を郵政民営化に特化し、郵政民営化に反対する候補には次々と有名人や美人の刺客を登場させたことが自民党の圧勝につながった。刺客は国民には新鮮に映り、何か改革してくれそうに見えた。今までにない非常に単純で分かりやすい選挙戦術に無党派層も自民党に投票した。改革者であるというイメージづくりとアピールの仕方はまさに役者である。マスコミも「小泉劇場」と称して面白おかしく報道し自民党の味方をした。民主党の敗因は、労働組合に遠慮して対案を提示できなかったことに加え、イメージが悪く暗かった。今までまったく政治に関心がなかった人にまで政治に目を向けさせたことに、小泉劇場の意義はあったのかもしれないし、今後このような政策本位選挙が定着すればいいと思う。

しかし人は忘れやすい。小泉総理は、改革といながら今まで何か改革らしきことをやってきたのだろうか。道路公団改革にしろ、トップに民間人を起用して改革しようとしたものの、天下りに



よる高コスト体質、ファミリー企業との癒着などまったく変わってはいないではないか。独立行政法人を作り公務員が減ったと言っているが、見せかけだけで何も変わっていない。社会保険庁の無駄使い体質など、ほんとあげればきりが無い。

さて、今回のような反対派の容赦ない切り捨ては、今までの自民党にはなく、党内にも保守からリベラルまでいろいろいたが、今回の圧勝で、官僚や官邸に文句が言える政治家はほとんどが失脚し、政治経験のない未知数の落下傘候補を含めイエスマンだけが残った。小泉総理は、経世会の支持団体である郵便局のネットワーク、建設業界、農協さらに医師会を壊そうとしているといわれている。また取り巻きには、規制改革会議、経団連などの市場原理主義者がいる。ハリケーンの被災地での暴動や略奪で、アメリカの貧富の差と恥脚が良く分かった。日本もアメリカのようになりつつあるのではないか。早くも、歳出削減より増税さらに医療費抑制が言われている。圧勝のつけは非常に大きいようである。

山口性差を考慮した女性医療を考える会 第 1 回学術講演会

と き 平成 17 年 10 月 23 日 (日) 午後 1 時～午後 3 時 30 分

ところ ホテルみやげ (新幹線新山口駅前)
山口市小郡黄金町 2-24 TEL:083-973-1111

◆ 一般医と医療従事者のための乳がん入門講座 ◆

特別講演 1 「乳がん診療の変遷－検診から薬物治療まで－」

社会保険下関厚生病院外科部長 江上 哲弘

特別講演 2 「美しい乳房の再建」

矢永クリニック院長 矢永 博子

対 象 「性差を考慮した女性医療を考える会」会員

乳がんの予防・診断・治療に興味をお持ちの医療関係者

性差医療に興味をお持ちの医療関係者

取得単位 日本医師会生涯教育制度 3 単位

参加料 1000 円

申込先 FAX:083-973-7603 アストラゼネカ株式会社

共催:山口性差を考慮した女性医療を考える会

後援:日本産科婦人科学会山口地方部会 ほか

ORCA 講演会

と き 平成 17 年 10 月 29 日 (土) 午後 3 時～午後 5 時

ところ 山口県医師会館 6 階会議室

対 象 医師会員、医療事務取扱者等

内 容

1. 「ORCA プロジェクトの現況と将来展望 (仮称)」

日医総研研究員 西川 好信

2. 「ORCA 連動電子カルテの利便性と将来」

岩国市医師会 藤本 俊文

3. 「オルカを使えば、レセコンだけでもここまで出来る。他との連携」

島根県松江市・小竹原医院 小竹原良雄

4. 質疑応答

※当日参加も可能ですので、是非ご参加ください。

主催:山口県医師会

第 252 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

と き 平成 17 年 11 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」

周南市築港町 8-33 TEL:0834-32-2611

テーマ 弁証論治トレーニング [第 46 回] - 食欲減退・倦怠感がひどい -

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

産業廃棄物研修会（産業医研修会）

と き 平成 17 年 11 月 17 日（木）午後 3 時～午後 5 時
 ところ 共英製鋼(株) 山陽小野田市大字小野田 6289 番 18
 研修テーマ 産業廃棄物処理施設における作業環境管理
 講 師 共英製鋼(株)執行役員メスキュード部部长 中川 文雄
 取得単位 日本医師会産業医 基礎研修実地・生涯研修実地：2 単位
 日本医師会生涯教育制度 5 単位
 受講人数 50 人
 申込先 所属都市医師会

第 18 回山口県国保地域医療学会

と き 平成 17 年 11 月 20 日（日）午前 10 時～
 ところ ぱ・る・るプラザ山口（山口郵便貯金地域文化活動支援施設）
 内 容
 特別講演Ⅰ「百歳まで生きる健康法」
 社会保険下関厚生病院長 沖田 極
 特別講演Ⅱ「地域医療を担う医師の確保」
 山口県健康福祉部医務課地域医療班主幹 石丸 泰隆
 パネルディスカッション、研究発表
 取得単位 日本医師会生涯教育制度 5 単位
 主催：山口県国民健康保険診療報酬施設協議会・山口県国民健康保険団体連合会
 後援：山口県・山口大学医学部・山口県医師会ほか

がん予防キャンペーン 肺がん県民講座

と き 平成 17 年 10 月 16 日（日）正午～午後 4 時
 ところ 萩市 サンライフ萩 萩市土原 526
 入場無料
 ○開会挨拶 13:00～13:05 山口県肺がん研究会会長 松永 尚文
 ○講 演 13:05～15:00
 1「肺がんの診断と治療」 国立病院機構巧さ尿病院院長 上岡 博
 2「タバコに関する最近の話題 - そろそろ卒煙しませんか? -」 説明 渡辺 正明
 3「肺がん検診で発見される肺がん」 山口大学医学部附属病院放射線科 松本 常男
 4「萩市で行われている CT 検診」 萩市民病院放射線科 米城 秀
 ○質問コーナー 15:00～15:30
 司会：松本常男、回答者：講師
 ○展示コーナー 12:00～16:00 p
 ◆模擬手術室
 杉 和郎（国立病院機構山陽病院副院長）
 金田 好和（山口大学医学部呼吸器外科）
 ○ビデオ放映 12:00～16:00
 肺がん冊子・資料配付
 お問合せ先
 山口県健康福祉部高齢保健福祉課 TEL：083-933-2796
 山口県肺がん研究会（山口大学医学部放射線講座内）TEL：0836-22-2283
 主催：山口県、山口県肺がん研究会
 後援：萩市、山口県医師会、（財）山口県予防保健協会ほか

がん予防キャンペーン 消化器がん県民講座

- と き 平成 17 年 10 月 22 日 (土) 午前 10 時～午後 4 時
 ところ 周南市 山口県周南総合庁舎さくらホール
 周南市毛利町 2-38 (県周南総合庁舎 2 階)
- 入場無料
 プログラム
- 開会挨拶 13:00～13:05 山口県消化器がん検診研究会会長 中村 克衛
 ○講演 13:05～15:00
- 1 「胃がんについて」
 (財) 防府消化器病センター防府胃腸病院副院長 松崎 圭祐
- 2 「大腸がんについて～たかが便、されど便～」
 かわむら内科医院院長 河村 奨
- 質疑応答 15:00～15:30
 司会：中村克衛、回答者：松崎先生、河村先生
- 体験コーナー 10:00～13:30
 ◆腹部超音波検診体験
- ビデオ放映など 10:00～16:00
 消化管内視鏡検査のビデオ放映・器具の展示
 便潜血検査の実技を展示
 がん検診啓発冊子・資料配付
- お問合せ先
 山口県健康福祉部高齢保健福祉課生涯現役推進班 TEL：083-933-2796
 山口県消化器がん検診研究会(山口県医師会内) TEL：083-922-2510

主催：山口県、山口県消化器がん検診研究会
 後援：周南市、山口県医師会、(財)山口県予防保健協会ほか

第 29 回日本死の臨床研究会年次大会

- と き 平成 17 年 11 月 12 日 (土)・13 日 (日)
 ところ 山口市市民会館 (メイン会場) ばるるプラザ山口
- 特別講演 「社会運動としてのホスピス」 柏木 哲夫
 「金子みすゞの世界といのち」 矢崎 節夫
 「アジアチャイルドサポート」 池間 哲郎
- 特別企画 (市民公開講座)
 「マザーテレサへの旅路」 神渡 良平
 コンサート「いのちの賛歌」ミネハハ
- シンポジウム、パネルディスカッション、ミニワークショップ、
 教育講演、事例検討、一般演題
- 参加費 会員 7,000 円 / 非会員 9,000 円 / 学生 3,000 円 / 特別企画のみ 1,000 円
- お問合せ先
 第 29 回日本死の臨床研究会年次大会事務局
 〒 753-8519 山口市八幡馬場 53-1 総合病院山口赤十字病院医療社会事業課
 TEL・FAX：083-923-0222 E-mail：jard29@c-able.ne.jp
 http://www.c-able.ne.jp/~suenaga

第 95 回山口県医師会生涯研修セミナー 平成 17 年度第 5 回日本医師会生涯教育講座 山口県医師会産業医研修会

- と き 平成 17 年 11 月 6 日 (日) 午前 10 時～午後 3 時
 ところ 周南総合庁舎 2 階「さくらホール」 周南市毛利町 2 丁目 38
- 日 程
- 開会 10:00
- 特別講演 I 10:00～11:00
クラミジア感染症
 愛媛労災病院 副院長 宮内 文久
- 特別講演 II 11:00～12:00
新禁煙時代 ～禁煙マラソンに見る地域・職域禁煙化のノウハウ～
 奈良女子大学教授・奈良女子大学保健管理センター 所長 高橋 裕子
- 昼食・休憩 12:00～13:00
- シンポジウム 13:00～15:00
**「生活習慣病シリーズ 9」
 肺癌診療の進歩と問題点**
- 司会：山口大学医学部構造制御病態学（放射線科）助教授 松本 常男
 小林クリニック 院長・県医師会生涯教育委員会 委員 小林 元壯
- 肺癌検診**
 山口大学医学部構造制御病態学（放射線科）助教授 松本 常男
- 画像診断**
 社会保険徳山中央病院 放射線科部長 片山 節
- 外科療法**
 岩国みなみ病院 理事長 村山 正毅
- 化学療法**
 山口県立総合医療センター 呼吸器科部長 荒木 潤
- 閉会 15:00
- 取得単位 日医生涯教育制度 5 単位（全日）
 日本内科学会認定内科専門医の更新 2 単位（全日）
 日医認定産業医 基礎・後期または生涯・専門（特別講演 II 1 単位）
 （シンポジウム 2 単位）
 日産婦学会 B シール・日産婦医会シール（特別講演 I）

第 10 回周南循環器セミナー

- と き 平成 17 年 10 月 20 日 (木) 午後 6 時 45 分
 ところ ホテルサンルート徳山 銀河の間
 周南市築港町 8-33 TEL:0834-32-2611
- 講 演 「高血圧、冠動脈疾患領域における Ca 拮抗薬のエビデンス」
 琉球大学大学院医学研究科薬物作用制御学 教授 植田真一郎
- 主催：徳山医師会

厚生労働省委託事業

過重労働・メンタルヘルス対策及び 健康情報保護に関する研修会

- と き 平成 18 年 2 月 4 日（土） 午後 1 時 30 分～午後 7 時 40 分
 ところ ホテル松政 2 階芙蓉の間
 （山口市湯田温泉 3-5-8 TEL：083-922-2000）
 対 象 産業医等の医師
 定 員 100 名程度
 参加費 無料
 取得単位 基礎研修（後期研修 5.5 単位）・生涯研修（更新研修 5.5 単位）
 （日本医師会認定産業医制度における指定研修会として申請中）
 申込方法 山口県医師会事務局に申込用紙を請求またはインターネット
 （<http://www.zsisz.or.jp>）でお申し込み
 申込期限 定員まで先着順
 なお、定員に達しない場合でも各会場開催 7 日前を申込期限といたします。
 ※駐車場はご用意できません。
 お申込み・お問合せ先
 財団法人産業医学振興財団 企画課・事業課
 〒 107-0052 東京都港区赤坂 2-5-1 東邦ビル 3 階
 TEL：03-3584-5421 FAX: 03-3584-5426

共催：山口県医師会・（財）産業医学振興財団

厚生労働省委託事業

精神科医等のための産業保健研修会

- と き 平成 18 年 2 月 4 日（土） 午後 2 時～午後 5 時 20 分
 ところ ホテル松政 1 階花鳥の間
 （山口市湯田温泉 3-5-8 TEL：083-922-2000）
 対 象 精神科、精神神経科及び心療内科の医師
 定 員 30 名程度
 参加費 無料
 取得単位 基礎研修（後期研修 3 単位）・生涯研修（専門研修 3 単位）
 （日本医師会認定産業医制度における指定研修会として申請中）
 申込方法 山口県医師会事務局に申込用紙を請求し FAX またはインターネット
 （<http://www.zsisz.or.jp>）でお申し込み
 申込期限 定員まで先着順
 なお、定員に達しない場合でも各会場開催 7 日前を申込期限といたします。
 ※駐車場はご用意できません。
 お申し込み・お問い合わせ先
 財団法人 産業医学振興財団 企画課・事業課
 〒 107-0052 東京都港区赤坂 2-5-1 東邦ビル 3 階
 TEL：03-3584-5421 FAX：03-3584-5426

共催：山口県医師会・日本精神科病院協会・日本精神神経科診療所協会
山口県精神神経科診療所協会・（財）産業医学振興財団

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 10 月 1 日現在

	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	山口市	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
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
14	H17.02.04	宇部市	病院	内科・脳外科・泌 尿器科その他医師 3 名	常勤 2 名 非常勤 1 名	年齢 64 歳くらい 8 : 30-17 : 00 非常勤の場合、週 1 ~ 3 回、一日 4-8 時間
15	H17.02.09	宇部市	病院	神経内科医師 1 名	常勤	8 : 30-17 : 15 65 歳定年制 H17.04-雇用予定
16	H17.02.09	宇部市	病院	小児科医師 1 名	常勤	8 : 30-17 : 15 65 歳定年制 H17.04-雇用予定
17	H17.02.09	宇部市	病院	麻酔科医師 1 名	常勤	8 : 30-17 : 15 65 歳定年制 H17.04-雇用予定
18	H17.02.22	玖珂郡 錦町	病院	外科医師 1 名	常勤	8 : 00-16 : 45 定年 65 歳
19	H17.03.03	周南市	診療所	内科・外科・ 精神科医師 1 名	常勤	8 : 30-17 : 30 年齢問わず 雇用予定期間はドクターの意思を尊重
20	H17.03.12	下関市	有床診療所	整形外科医師 1 名	常勤	8 : 30-18 : 30 (17 : 30) 年齢問わず 2つのクリニックとの交代勤務制 手術にも積極的に取り組む方歓迎
21	H17.03.30	下関市	病院	内科・外科・整形外科 医師 2 名	常勤	雇用予定期間は定めなし 年齢 65 歳くらい 9:00-17:30
22	H17.05.24	下関市	病院	内科 2、精神科 1、 消化器科 3、小児科 2、 脳外 4、泌尿器科 1、 産婦人科 2、眼科 1、 放射線科 1、麻酔科 1、 臨床病理 1、救命救急 2	常勤	年齢 30 ~ 50 歳 8:30-17:15 定年制 63 歳
23	H17.05.24	防府	病院	精神科 1 名	常勤	平成 17 年 5 月より雇用 ・ 8:30-17:00 ・ 年齢 60 歳くらい
24	H17.06.05	秋穂	無床診療所	内科または外科 医師 1 名	非常勤	9:00-13:00 (休憩 60 分) 週 4 回、3 時間、70 歳くらい 特別養護老人ホーム

	登録日	所在地	施設種別	診療科目	雇用形態	備考
25	H17.06.05	秋穂	無床診療所	リハビリテーション科 理学療法士 1 名	常勤または 非常勤	H17.06- 雇用予定 8:30-17:30 月～金曜 年齢 30 歳くらい
26	H17.06.06	山口市	特殊法人	5 名献血検診業務	非常勤	週 2～3 回 1 日 8 時間
27	H17.07.28	宇部市	病院	脳神経外科医師 1 名	常勤	9:00-17:00 年齢 55 歳くらいまで 面談の上、決定
28	H17.07.28	宇部市	病院	看護師 2～3 名	常勤	8:30-17:15 年齢 55 歳くらいまで 年 60 歳、再雇用あり
29	H17.07.28	宇部市	病院	リハビリテーション科 理学療法士 2～3 名	常勤	8:30-17:15 年齢 55 歳くらいまで 年 60 歳、再雇用あり
30	H17.08.10	宇部市	病院	小児科あるいは 内科医師 1 名	常勤	8:30-17:15 年齢 55 歳くらいまで 65 歳定年制
31	H17.08.30	下松市	病院	婦人科医師 1 名	常勤	8:45-17:30 年齢 55 歳くらいまで 定年 60 歳、再雇用制度あり

※ 求職情報は次頁 (P.910) に掲載。

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。◆

制度づくりから募集、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。

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)

求職情報

	登録日	希望の担当科目	雇用形態	備考
1	H17.05.16	皮膚科	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤・非常勤どちらでも可 ・9:00-17:00 ・日・月・火・水・木・金曜 ・週休については特にこだわらず ・宿舍不要 ・H17.07 頃希望 ・宇部市希望 	
2	H17.06.15	内科	<ul style="list-style-type: none"> ・H17.07 頃から就職希望 ・病院、診療所問わず ・山口市から 1 時間以内で行ける場所を希望 ・雇用形態は非常勤希望 ・1 回の当直で 4 万円以上 	

編集後記

9 月 11 日の衆院解散総選挙で、小泉自民党は 296 議席を獲得し、公明党と合わせると衆院の 3 分の 2 の絶対多数を占めるという記録的大勝利を得ました。参院での郵政民営化法案否決を受けて、「たとえ血を流してでも公約した郵政民営化を断行する」と、解散総選挙の道を選択した小泉首相の決然たる態度に、国民やマスコミは、構造改革に邁進する強いリーダーの姿を見出したようです。

今回の総選挙は「小泉劇場」と命名されたように、争点は小泉首相の主張する「郵政民営化に賛成するのか、反対するのか」の 1 点にしぼられ、民主党の主張する年金改革や少子化対策は争点となりませんでした。また郵政民営化法案に反対票を投じた自民党議員の公認を認めず、対抗の落下傘候補を立てるなど、徹底的に郵政改革賛成を全面に押し出し、守旧といわれた自民党を「改革」を推進する党へとイメージチェンジをはかりました。マスコミは対抗候補を「刺客」「マドンナ候補」と面白おかしく煽り、ライブドア社長の堀江貴文（ホリエモン）氏が広島 6 区の亀井静香氏の対抗馬として立候補したことで、「ドラエモンとしずかちゃん」をもじり、「ホリエモンと静香」の戦いとして、ワイドショーでさえ選挙一色になってしまいました。

おかしな表現ですが、今回の選挙は小泉「首相によるクーデター」であったと思います。それにしても自民党に勝たせすぎました。だれも小泉首相に反対できなくなりました。勢いに乗った小泉首相が医療制度改革でごり押しをしてくるのは確実です。医療費伸び率管理制度、混合診療の解禁が再び俎上に上がってくるのは時間の問題でしょう。今でも 100 床あたりの医師数は 12.5 人、看護師数は 43.5 人と米国の 71.6 人、221 人、英国の 40.7 人、120 人に比して圧倒的に少ないのに、今後さらに医療費の抑制が続くようであれば、勤務医や看護師の加重労働は将来も改善されそうにありません。医師会として対抗（抵抗）するためには、国民の理解と支持を得る必要があり、財政優先の医療制度改革ではなく、真に国民のための医療制度改革を検討することが重要であることを、医師会員全員が一丸となって訴えていかなければなりません。

(吉本)

From Editor



HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
(毎月 15 日発行)

〒 7530811 山口市吉敷 3325-1
TEL : 083-922-2510

総合保健会館 5階 印刷：大村印刷株式会社
FAX : 083-922-2527 1,000 円 (会員は会費を含む)

■ ホームページ
■ E-mail

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