山口県医師会報

2005

平成 17 年

11 月号 No.1743



月下美人

渡木邦彦 撮

Topics

特集:特別講演会·座談会

「医療保険制度改革と地域医療」

口県医師会報

Щ

Contents

●郡市会長プロフィール 小野田市医師会	915
●今月の視点「医師会共同利用施設の現状と課題」 正木 康史	916
●特集:特別講演会「医療保険制度改革と地域医療」 田中 滋	918
●特集: 座談会「医療保険制度改革と地域医療」	930
●郡市医師会介護保険担当理事協議会 杉山 知行	943
●郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会 西村 公一	948
●第2回広域予防接種運営協議会・関係者合同協議会 濱本 史明	952
●第2回指導医のための教育ワークショップ 田中・小佐々	956
●第 94 回生涯研修セミナー 三浦・井上	960
●山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会 吉金 秀樹	970
●郡市医師会学校保健担当理事協議会 杉山 知行	972
●第 40 回山口県医師会ゴルフ大会 大城 研二	975
●県医師会の動き 木下 敬介	976
●理事会······	978
●勤務医部会「卒後臨床研修医と私」 倉田 悟	982
●飄々「オーバーベッド騒動」	986
転載コーナー	
●現実に即した看護師業務の範囲見直しを 埼玉県医師会誌	984
●日医 FAX ニュース ····································	002
●お知らせ・ご案内····································	
●山口県ドクターバンク求人・求職情報	
●編集後記·····	996



おそらく山口県でもっとも長身のドクターでありましょう。四国は讃岐の育ちで、ご当地のうどんに似てなかなかコシがあります。

私が砂川先生に初めて出会ったのは、山大の専門過程に進学したときでした。今から三十数年前、自治会委員長として「君たちはもっと目覚めなければならない」とアジっておられたのを、今も鮮烈に記憶しています。私たちの学年はロックアウトや内ゲバなども経験してきましたが、ノンポリの私にとって長身のアジテーターとの出会いは、なぜか大変印象深いものでした。

その先生と小野田で再会し、砂川医師会長の元 で副会長としてコンビを組むようになるとは、人 生なかなか味わい深いものがあります。

緻密な構想力とリーダーシップは昔から変わりませんし、他人への思いやりは天性のものでしょう。ロータリー、小児科医会などの会長その他要職を数多くこなしてこられ、ずいぶん貫禄も出てきました。小野田に小児休日診療所を作られたのは先生ですし、小児科の分野でも大変なご活躍とお聞きしています。

今でもアジる癖は抜けきっていませんが、医師会では理事からの相談には的確な指示を返しながら、自らも率先して動かれます。医療の情報化にも熱心で、地域の ML に毎週小児感染症情報を投稿され、小児科医会の ML の管理もしておられるようです。

わたしの知る限りでは、お茶、陶磁器、デジカメ、油絵、温泉、車、旅行等々多趣味な人ですが、ゴルフについては今ひとつです。長身を生かして当たればすごく飛ぶ(時期もあった)のですが、回りの悪ガキ達が「賭」の対象にしていたぶったりするものですから、ちょっと伸び悩み気味です。

ただ、なんと言っても彼の一番の趣味は、奥様と3人の子供さんたちではないかと思います。 奥様が「わたしはこんなに幸せでよいのでしょうか」などと口走られるものですから、(それを聞いた家内からにらまれる)わたしは、大変な迷惑をこうむっています。時々孝行息子さんに医院を任せて、奥様と小旅行をされているようです。

市町合併に伴い市立病院将来構想検討委員会の 委員長その他、山陽小野田の地域医療の将来をデザインし、あるべき姿に持っていくための重責を 担っておられますが、常に医師会全体を考えそし て市民の目線から物事に対処しておられるのはさ すがです。

力不足ながら、私たち理事も、精一杯応援しております。11月の市医師会遠征ゴルフで、また名馬砂川号がどれほどの走りを見せるかも、楽しみにしているところであります。

[記:小野田市医師会副会長 瀬戸 信夫]



医師会共同利用施設の現状と課題 理 事 正木 康史



昨年4月より会務の一つとして、医師会共同利用施設を担当させていただいている。第21回全国医師会共同利用施設総会(平成16年9月18日、島根県松江市)に出席し、また今年8月には山口県医師会の主催で、第15回中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会(平成17年8月27日、岩国市)を開催した。

地域住民の健康管理、地域医療の拠点として、 医師会共同利用施設は重要な役割を果たしている が、聖域なき改悪による経済至上主義、市場原理 主義の荒波が医療界全体に押し寄せ、地域医療の 維持、発展は困難な状況になってきている。

医師会共同利用施設の現状と課題について整理してみた。

医師会共同利用施設の設立状況 (平成 16 年 4 月)

	山口県	全国
医師会病院	3	82
健診センター	1	46
臨床検査センター	6	68
訪問看護ステーション	8	522
在宅介護支援センター	4	121
ホームヘルパーステーション	3	66
居宅介護支援事業所	3	272
その他施設	1	141
計	29	1,318

医師会病院

地域医療の拠点として、かかりつけ医の医療支

援、地域医療の質の向上に努めてきた。地域の医療機関に対して情報提供、逆紹介率の向上を図り、またドクター、コメディカルに対する講演会、研修会等の開催、救急医療の提供など、良好な医療連携の推進に努力されている。

地域住民の要望に応えるため、また地域医療の質の維持、発展のためにも、高額医療機器を効率的に共同利用し、診療レベルの向上を図り、疾病予防・診断・治療・リハビリ等を包括的、合理的に提供しなければならず、病診、病病の機能分担と連携が今まで以上に必要である。

近年頻発する大災害時にも、地域医師会、医師会病院は重要な、中心的な役割を果たす必要があり、対応できるよう準備しておかなければならない。

経営状況に関して、多くの医師会病院の経営は苦しく、会員の負担も大きくなっている。地域医療の質の維持、発展のためには、医療水準の向上、先進高額医療機器の整備強化を図る必要があるが、医業原価をきちんと考え、収益性も上げていかなければならない。年功序列でなく、能力評価に基づく賃金体系への転換、徹底したコスト意識とムダな経費の削減、経営の透明化など経営体質の改善に努力する必要がある。

近年、若手会員を中心とした医師会活動への関心の低下や非協力的な態度が、医師会共同利用施設運営上の問題点として挙げられている。目に見えないメリットも多く、もっと若手会員へPR し

ていく必要がある。

若手会員の将来のためにも 一致団結、全員参加!!

医師会臨床検査・健診センター

◆医師会臨床検査センター

臨床検査点数の相次ぐ値下げ、マルメ導入、民間検査会社との競合、会員利用率の低下などにより、多くの医師会臨床検査センターの経営は苦しく、健診部門との複合センターの設置、検査事業をやめ健診事業への特化や民間検査センターへの委託も増加してきており、医師会員の診療支援のために、自分たちが作った医師会臨床検査センターの存在意義、今後のあるべき姿を考え直す時期にきている。

民間検査センターとの差別化を図り、サービスの質を向上をする必要がある。専門医による臨床検査に関する情報提供や講習会の開催、精度管理や集配サービスのレベルアップに努めなければならない。

医師会臨床検査センターは規模が小さく、非 効率的な経営を強いられている。これまで各検査 センター間の連携はほとんどおこなわれていない が、民間会社に対抗するためには、医師会臨床検 査センター間の連携を強化し、検査値の標準化、 試薬の共同購入、経営ノウハウの共有化などを図 るとともに、近隣の地域医師会の会員にも利用し てもらうことが必要であろう。

◆医師会健診センター

民間健診機関の乱立、値引き攻勢や人件費の高 騰などにより、経営は悪化してきている。

近年、健康増進法が制定されるなど、健康づくり事業が推進されており、また乳幼児健診、学校健診、住民健診から介護予防まで生涯に及ぶ一元的な健康管理が求められている。今後地域のかかりつけ医、地域医師会の果たす役割は、より一層重要になってくる。

医師会健診センターの利点としては、有所見者 を確実にかかりつけ医に紹介し、医療へとつなぐ ことができること、病診連携、専門医療機関への 紹介のしやすさなどが挙げられ、利用者にとって も、民間と比べてアフターケアの行き届いた、人 にやさしい健診が受けられるメリットがある。

多方面に貢献可能な医師会健診センターの存在 意義を自治体に理解していただき、地域住民の健 康づくり、健康管理の拠点として、医師会健診セ ンターは今後発展していくべきである。

地域住民の健康管理のためには、各健診情報、 医療情報、介護関連情報など、多岐にわたる健康・ 医療・福祉に関するデータを蓄積する"健康情報 管理センター"が必要である。個人情報の保護に 十分注意しつつ、地域の信頼の厚い医師会が、こ のセンターの中心的な役割を担っていくことで、 医師会共同利用施設の今後の展望が開けてくると 思われる。

健康情報管理センターに活路を!!

医師会介護関連事業

地域包括支援センターの設置など、今後、介護 保険の大幅な見直しがおこなわれ、医師会共同利 用施設の介護関連事業所にも多大な影響が出てく るものと思われる。

介護関連事業については、今後の改定結果とその影響を見極めて、次の機会に整理してみたい。

医師会共同利用施設がなくなった時のことを考えてみましょう。競合する民間病院、大手民間健診業者、大手民間介護関連会社の進出、独占による臨床検査料の値上げなど、われわれ医療機関への悪影響は必至です。

医師会共同利用施設は、 会員のための施設です!!

参考文献

- 1 日本医師会:医師会共同利用施設設立状況調査結果、2004
- 2 日本医師会:医師会共同利用施設検討委員会報告書、2004

特別講演会

医療保険制度改革と地域医療



と き 平成17年9月8日(木)

ところ 山口県医師会館 6 階 会議室

一 講 師 一

慶応義塾大学経営大学院教授

田中 滋 先生

1971年 慶應義塾大学商学部卒

1977年 米国ノーウェスタン大学経営大学院

修士課程修了

1980年 慶應義塾大学大学院商学研究科博士

課程修了

慶應義塾大学助教授を経て、

1993年 現職

藤原会長:今回、県医師会の編集委員会が白羽の 矢を立てたのは、田中滋先生です。本日は「医療 保険制度改革と地域医療」というテーマでお話し いただきます。

社会保障、とりわけ医療は少子高齢社会に突入した今、大きな変革期を迎えている。来年度は医療制度改革に加えて、医療制度改革と一体化した医療提供体制の改革、これは岩尾前医政局長が言っておりましたが、予定されており、本日の講演はまさに時宜を得たものではないかと思っています。

先生はいまさらご紹介するまでもなく、ご高名な方ですが、簡単に紹介させていただくと、1948年の東京生まれ、ずっと東京でお育ちになり、中学より高校、大学と一貫して慶應大学で、

1971年に慶應大学の商学部を卒業されました。 途中、1977年米国のノースウエスタン大学経営 大学院修士課程を修了されています。それから公 職としては、厚生省の医療審議会委員、医療保険 福祉審議会の委員等いろいろとされています。日 本医師会の医療政策会議の委員もしていただいて います。先生は、医療経済学の日本でのパイオニ ア的存在であり、同じ年代としては、西村周三先 生や池上先生、二木先生など、医療経済学の草分 け的な存在の方で、今日お話をうかがうのを大変 楽しみにしております。それでは、よろしくお願 いいたします。

田中先生:本日は、山口県医師会のこのような会 に呼んでいただき、大変光栄に存じます。医療保 険制度改革とありますが、いま会長先生が言われたように、医療保険制度改革、医療提供体制改革はセットですので、両方の話しをします。



3時間待ち、3分間診療

先生方にとっては、日本の医療の問題がどこであるのかご存じでしょうが、日本の政治家やマスコミの方々の多くは、わかっていません。また面白いことに、一般住民にアンケートをとると、日本医療の最大の問題点、常に最大の不満は「待ち時間」なのです。3時間待ちの3分診療が本当にあると思っています。

確かに、大学病院、例えば慶應大学病院に来ればありえる話ですが、日本の医療で3時間待たなければいけないところは限られた医療機関であって、多くの医療機関や町の病院では1時間で済むし、診療所でもそのようなことは、インフルエンザが流行っていてもありません。

しかも、たとえ3時間待ったとしても、それは国際的に見ると実は非常に短い。6月に慶應の池上教授が主催した国際会議が開かれ、米・英・独・カナダ・オーストラリア・韓国・中国・北欧等の医療経済学者、医療政策学者が集まった際、平均的にどのくらい待つかが話題になりました。彼らは日本のこともよく知っているので、「日本は3時間待つと、患者が不満を言うそうだね」と笑っていました。イギリスはご存じのように、ドクターに電話すると「3日後まだ症状が続くなら来なさい」が珍しくない。「熱が高い」には「水風呂でも入りなさい。それでも治らなかったら、3日後にどうぞ」。乳がんが見つかった場合、悪い病院は「1年後に手術の順番がきます」と、このような感じです。

日本の医療で、乳がんの手術が1年後などありえない。あるいは、ヒップ・リプレースメントで、骨が折れたお年寄りが6か月待つこともありえません。イギリスの救急医療で、アキレス腱が切れた患者さんの、平均待ち時間が7時間という地域も報告されました。日本で、アキレス腱をスポーツをしたときに切って、本人が明らかに痛がり、救急車で運ばれ、7時間放っておかれる

と、新聞に載ってしまいます。イギリスではその ようなことでは新聞には載りません。

そもそも、日本の3時間待ちは大学病院等における極端な話で、実際に1時間待ちとしても、世界的に見るともっとも短い。しかも、予約なしでいいわけです。「日本の医療は、他のことがうまくいっているから、患者の不満があまりきれいとは言えない待合室での待ち時間に不満が出るのではないか。本質的なことに不満があったら、そんなことを言っていられないはずだ。医療を受けられない人がたくさんいるような国では、医療を受けさせてくれないことが不満なのに、日本はだれもが受けられるから、待ち時間が問題になるのだろう」と、非常に好意的に言ってくれました。しかも、3分診療と言われていますが、紹介状ありの初診では、国が発表した統計をみると、5割は16分から30分と報告されています。

医療費増大の原因は社会的入院?

医療費増大の原因が、社会的入院にあると言われています。本当でしょうか。これについて、若い研究者の論文を調べてみると、このようなものがありました。

6か月以上の入院者は、若年層では全入院件数の1.5%、高齢者では1%です。ただし、ある時点の入院者の数で見ると、15%が6か月以上の入院者で占められています。この人たちの入院医療費を推計すると、年間で8,500億円だそうです。なお若年層の6か月入院者は精神科病院への入院が多く、お年寄りは少ない。

社会的入院、「お年寄りが医療施設を無駄に使っている説」とは違い、お年寄りが老人ホームの代わりに病院を使っているよりも、精神科入院のほうが長いので、若年層が6か月入院者の比率が高いのです。そして、精神科病院で使われている金額が3,900億円だから、老人を含む社会的入院と呼んでいいかどうかは別として、6か月以上入院の費用は4,600億円と推計されています。すなわち、医療費の1.5%です。これが、まなじりを決してたたかう対象かどうかは、見ればわかるとおりです。

医療費増大の原因は終末期医療?

また、末期医療に問題があると唱える人々がいます。死亡前の一月平均で見ると、40万円以上使われている。ただし、だれがその中で一番医療費を使っているか。新聞や医療が嫌いな財界人、経済学者は、あたかも「医師たちは亡くなりそうな老人に無駄な薬を出している」ような言い方をします。これも、きっちりと統計を立てて研究した若い学者によると、0歳から19歳なのです。

子どもや若者が末期で亡くなる一月前です。若 者の病気は、進展も早い。そのときに末期医療は 無駄だからやめろと、だれが親に言えるだろうか。 死期の近い子どもの治療を共に行っている親と医 療者たちに向かって、だれが医療をやめろ、末期 は無駄だからと言えるか。

あたかも老人が無駄に使っているかのように言うけれども、そうではない。70歳以上の高齢者を除くと、結局9割以上、医療費を使った人は生きているわけです。まさに生きるために使っているのであり、末期医療無駄説といった素人談義をしてほしくない。このようなことは、こちらからも反論しておかないと、市場経済学者が盛んに医療の悪口を言うので、逆の研究を示しておきました。

医療費対 GDP 、国民負担率

次に、日本の医療の成果はどうであるか。医療 費対 GDP、国民負担率等の観点から見ていきま す。

そこで、マクロ経済の話をさせていただきます。 かつて私が国民負担率について朝日新聞に書いた 記事を読まれた方もいらっしゃると思います。そ れとは別に毎年、世界の競争カランキングが示さ れ、先進国のみならず、どの国の経済が強いか、 評価が発表されます。

2005 年報告はまだだと思いますが、2004 年によると、この順番です(スライド①)。OECDに入っていない台湾、シンガポールを別にすると、フィンランド、アメリカ、スウェーデン、デンマ

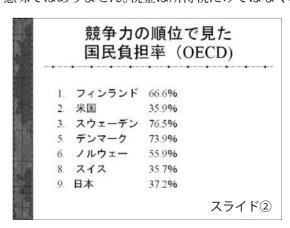
ーク、ノルウェー、スイス、日本、この順です。 こういった国は競争力を持っている。さらに今 日でしたか新聞に出ていましたが、生活の豊かさ 指標で日本は11位でした。世界に国・経済地域 は200くらいありますが、その中ではトップク ラスの国々です。



問題は、医療費のために徴収される税金や社会 保険料も含まれる、どのくらい国民が公的セクターに納入しているかの比率の解釈です。経済財政 諮問会議的な方々の言い方を聞くと、国民が医療 にお金をたくさん使うと、なにか経済界が滅びて しまうように聞こえます。本当だろうか。

本当ではありません。国民負担率、先ほどの競争力1位のフィンランドは、負担率が66.6%です(スライド②)。GDPの中の66.6%は、一度税金、社会保険料として公的セクターを通りますが、民間に還元されるので活力が高いわけです。アメリカは、逆に極端であり、35.9%しか公的セクターを通っていません。こうした低さはアメリカの国是の現れです。アメリカは、民間の自立の国です。

3位のスウェーデンは、フィンランドよりもっとすごく、76.5%。これは月給の76.5%という意味ではありません。税金は所得税だけではなく、



消費税が大きく、相続税も入ります。そういうものを全部含めて足し合わせると、GDPの76%相当分が、一度公的セクターを通ります。よく、医療の嫌いな人たちが言うように、政府が使ってしまうのではないのです。公的セクターを通る。これは、国民生活の基盤である医療や教育や介護、あるいは年金として国民生活に還元され、多くの場合は民間の経済セクターを前向きに動かしている、そういう意味です。あるいは、税金としてたくさん取ったものを、次世代産業のための研究費に使えば、次世代産業が伸びるのであって、役人が飲み食いしているとか、戦争に使ってしまうとか、そういう値ではないのです。スウェーデンは76%、競争力5位のデンマークは73.9%、ノルウェーが55.9%。

一方の極であるスイスとアメリカは、先進国の中で2か国だけ、公的医療保険制度、皆保険的な制度を持っていません。日本は、なんと医療皆保険、年金皆保険でありながら、37.2% しか負担していません。

いまのところでわかる結論は、負担率が高いと、 経済水準が低くなるなどの説は、"まったくうそ である"に他なりません。負担率が高くても、い まの10か国の中には、世界でもっとも活力の高 い国々が並んでいるではないか。要は、負担した ものが何に使われるか、さらに言えば、それによ って国民生活の安心感がどのくらい保たれている かが重要なのです。

逆に、福祉至上主義者というか、福祉論者のように、負担を高くすると良く、低いとだめだということでもないことがわかります。私は中立の立場で申しますが、アメリカ、スイスのように、負担が低くても、民間主導でも、活力のある国もある。そうすると、論理的な結論は、「負担が高いか低いかは国民の選択である」が正しいことになります。高くても低くてもいいが、「高くすると経済がだめになる」はうそであり、「低くするとだめになる」もうそだとわかる。高いか低いかは、何に使うか、どういう形で安心感を与えるかで決まります。

わかりやすい例で言えば、負担率の高い国は、 小・中学校に子どもを通わせる際に親が自己負担 する金額が限りなくゼロに近い。日本は、小学生 の家庭からも、いろいろな形でお金を取ります。 給食費が典型です。医療の世界で言えば、世界に 冠たる(?)高さの3割自己負担。入院で3割自 己負担を取っているほかの先進国は見たことがあ りません。外来はありえますが。外来は、医療費 自体が低く、例えば3,000円の3割は900円だ から、これはありえるけれども、入院で3割取 っている先進国はありません。

この部分が、国民負担率が高ければ、患者自己 負担は減るわけなのです。反対に国民負担率を下 げると国民の実質負担が減る。それが窓口負担に 移されるだけなら変わらないわけです。どちらか になっている。しかも、自己負担は病気の人に集 中して出る方式です。国民負担率は、そうではな くて、広く薄く取るため、一人あたりの金額は薄 くなりますが、自己負担型をとると、病気の人ほ ど多く払う制度になります。

もう一つ言っておくと、豊かさも大切です(スライド③)。先ほどは経済活力でしたが、豊かさを見てみると、フィンランドは 26,500 ドル、アメリカ 36,000 ドル、スウェーデン 27,260 ドル、見てわかるとおり、豊かさとも関係しないことがわかります。

それから、国民所得に対して、どのくらい社会保障に使っているか。スウェーデン 46%、日本 22% です。かつて日本は高齢化率が低いから、社会保障給付が低いのだと政府は説明していました。ただし、「このまま放っておくと、高い給付率になる」とおどされ続けて、社会保障給付を低く抑えられましたが、いま世界で一番の高齢国になったにもかかわらず、まだ 22% で済んでいます。つまり、何のかの言われながら、日本の医療や福祉の給付はマクロ的には極めて低いことがわ



かります。

私は市場経済を否定する者ではありません。市 場経済によって、自動車、ワイン、洋服、ホテル 業などが栄えるのはよいことですが、それらをど のくらい補完する装置を一国がもっているかとい う視点をなくし、何もかも市場経済にする、何も かも官製市場はけしからん、全部民間にしろと言 っている人たちこそ、おかしいと言いたいだけで す。

次に、本日の医療保険改革の主題にもっていく ために、もう一つ前提があり、日本の医療を客観 的に把握しておく必要があります(スライド④)。

世界標準と書きましたが、世界標準とは、欧州、 あるいはカナダ、オーストラリアだと考えてくだ さい。アメリカは、世界標準ではありません。ア メリカは、非常に突出した国です。この標準と比 べて、人口あたりの医師数、看護職員数等、日本 はだいたい世界標準です。

事実認識 日本医療の特徴:医療需給

- *人口あたり従事者数:世界標準
- ※同病床数:世界標準の2倍半
- ※同外来受診数:同2倍半
- ※病床あたり医師数:同1/4、しかも外来兼務
- *病床あたり看護職員数:同1/2

スライド④

病床数は、世界標準の2倍半あり、外来の受診数も2倍半あります。かつ入院日数が長くなるため、病床あたり医師数で見ると4分の1、しかも日本の病院医師の多くは外来兼務です。つまり、労働時間が4倍長いとの意味ではありませんが、責務をそれだけ負っている。看護職員も同じく、国際標準の半分です。アメリカに比べると3分の1くらいです。算数で言うとこういう形になっている。これを前提に話をしていきます。

急性期医療

いま日本の医療にとって、まじめに外から分析 して、規制改革・民間解放推進会議の人たちから 責められているといった外側からの危機は別として、内側の最大の危機は何か。それは急性期医療の疲弊に他なりません。

日本の病院は、最近公的病院も民営化、あるいは 民営化に近い形の合理化を迫られています。そし て、医療とは本来地域の安心感、特に急性期医療 は地域の安心感のための存在であるはずなのに、 黒字になることが最大のプラス要因であるとの評 価が生じています。公立病院や公的病院が黒字化 すると健全化したと発表される。黒字化して健全 化した結果、小児科や産科がなくなってしまうこ とが健全化なのか。切れば、確かに黒字化するけ れども、そうではないはずである。

日本の病院はすべて一律に扱われて、老人が、ついのすみかで住むような病院から、急性期、入院期間が2週間以内に収まるような、社会資本的な色彩が大変強い病院が、同じく病院自身の責任で資本投下を行い、資本投下の責任は病院にあるので、自分で借金をする。借金をした場合には、その金額を返さなくてはいけない。どんなに、売上高利益率、病院の医業利益率がプラス5%でも、元本返済が売上の10%あれば、当然キャッシュフローが詰まります。

ところが、中医協では会計上の黒字・赤字しか 論議しないので、医療機関は黒字に見える。病院 も、トータルで見ると黒字です。けれど、売上高 利益率で見て5%にならない黒字なのです。急性 期病院で、2~3%です。もちろん大学病院のた ぐいは赤字ですが、うまくいっている民間の医療 法人、病院でもおよそ5%です。特殊な科に絞る と高いところもありますが、マクロ、トータルで 見ると、非常に薄いプラスにとどまる。

しかし、「黒字は黒字だ、儲かっているのだから点数を下げろ」との主張が出されてしまう。先生方は経営されているから、おわかりのとおり、経営にとってはキャッシュフローの方が重要です。たとえ会計的にプラスがあっても、元本返済分は利益から出すしかない。現状の黒字ではキャッシュフローは足りないケースが多い。特に急性期病院のように、いまどき一施設つくると 100億円かかるような場合には、年間 10億円必要かもしれない。10億円の黒字を生むことは、いまの医療ではとても難しい。

仕方がないから、ドクターのおしりをたたいて働かせることになる。しかし、小児科、産科、麻酔科のドクターは、山口県のみならず全国的に不足してきました。使命感に燃えて残っていく人は疲れ切っている。そして、医療事故のリスクは高まっています。

よく医療事故について、ドクターの心構えであるとか、ドクターのリピーターの人をたたくべきと言われる。それはそれで別に構わない論理ですが、クールに経営分析をすれば、働かせすぎれば事故率は高まる。

車の運転能力が高い人と低い人とどちらが事故を起こすか。低い人の能力を高めれば事故は減るかもしれない。しかし、いまここで話していることは、運転能力の高い人を、24時間続けて運転させているに等しい。医療事故の原因は、ドライブの能力が低いから事故が起きるのではなくて、ドライブの能力が高い人を24時間続けて運転させれば事故率は高まるリスクの話をしているのです。なにか日本の医師は心構えが云々などといった非科学的なことにもっていってしまう。やはりきっちりと現場管理の話にしなくてはいけないのです。

答えは簡単で、急性期医療のシステムのためには、もっと資金投入が必要です。先ほど前段でお話ししたような統計から見て、今回の保険局の言い方によると、ここは危機として意識し、急性期医療の疲弊をなんとかしないといけないとお考えのようです。

医療の根幹は、救命のところから始まるのだと 思います。ほかの医療は大切でないと言っている わけではありませんが、医療の根幹は、いまここ で倒れている人を救うことだとすると、この部分 に対する投資をどうするかこそが、保険側の重要 な論点になりつつあります。

営利とは

これは、私がいろいろと書いていることですが、 政策は「民でできるものは民へ」だけでよいとは 思いません。公(おおやけ)は、官(かん)だけ が公ではない。また、営利企業だけが民ではあり ません。いま非常に単純化され、「民でできるものは民へ」が、なにか政府が関与しているものを全部営利化すれば世の中がうまくいくように言われています。

そういう分野があることは否定しません。しかし、公を担ってきた主体は官だけではなく、民は営利企業だけではない。アメリカで、営利病院チェーンが悪いことをした例は多数指摘されています。

なぜしたか。悪者だからするのではないのです。 営利の定義は、利益があることではありません。 私ども慶應義塾大学は、民間非営利団体です。オ ーナーシップは、だれも持っていません。けれど、 大学として活力を保つためには投資が必要です。 たとえば IT 投資が必要です。教室もきれいにし ないといけない。つまり、先ほど触れたキャッシ ュフローを賄うに足る薄い黒字は必要です。大き い資本資金は、OBの方々にお願いして寄付をい ただくにしても、経常数値を赤字にするわけには いかない。しかし、これをもって営利とは呼びま せん。営利の定義は黒字・赤字ではなく、また利 益を求めることではなくて、投資家のためにどの くらい配当するか、投資家のために資本利益率を どのくらい出すかを主目的とする組織を営利と言 います。

アメリカの営利病院チェーンは非常に大きい。 コロンビア、テネットなどの大きな会社があります。ここでは、四半期ごとの利益によって、経営 者が病院チェーンを経営し、利益が上がらないこ とは株主にけしからんと言われます。利益ではない。株価が上がらないことがけしからんと言われます。 ます。悪事はそこでのインセンティブの結果なのです。

もう一つ、混合診療論者が言うように、医療に 階層格差をつけていいかどうか。アメリカはもと もと階層医療で、皆保険がないため、医療のレベ ルが上がり医療費の水準が高まったときに払えな い人がたくさん出るわけです。市場経済的な医療 制度で、お金を払った人だけが受けられるのなら ば、まだ階層化社会の進展で終わるのですが、多 くの医師や看護師は、目の前に患者がいるときに、 医療水準を人の経済力によって変えるということ ができない。 ホテル経営者は、「お金をもたない客は安いホテルに行ってください」「お金のある方だけ当高級ホテルに」と、振り分けができる。しかし、医師や看護師、大学の教員が目の前にいる利用希望者が困ったときに、「払えないならお帰りなさい」と言えたら、すごい悪者です。言えない職業訓練を受けているから、医師と言われ、先生と言われているはずです。看護師たちもそうです。

実際のところは、アメリカでも同じです。病院 経営者は、営利主義者の人もなれるため「払えな い客は断れ」と命ずるけれども、医師はしばしば 払える人と同じ治療をしてしまうのです。看護師 は同じサービスをしてしまうのです。

その結果、何が起きるか。不良債権が発生するわけです。不良債権が発生しにくい場合は、金銭負担力による振り分けができるときです。つまり、高級ホテルも、安いホテルも宿泊機能は提供できる。しかし、こういう振り分けが、医療では不可能なのです。できるとすれば、差額ベッド、部屋の広さなどに限られます。手術そのものについてできるものではない。「この患者は半分しか払えないから、半分だけ切る」ことは意味をなしません。がんは取らなくてはならない。半分取っても、半分残れば、手術の意味もない。

すなわち、差別対価、人によって価格を変えることができない以上、貧しい、保険をもたない階層に提供した医療サービスについて不良債権が残ってしまう。不良債権を回収するために、営利病院が医師に圧力をかけた結果、アメリカで何が起きたか。結局 4 億ドル(400 億円)の和解金を払ったのですが、必要のない手術をして取り戻そうした。白内障で受診した人に、心臓の手術をするなどの悪徳が発生し、関係した医師などが逮捕されました。

もう一つ、病院による医療費取り立てがすさま じい。日本の病院でも不良債権がないわけではな く、不法滞在外国人などをはじめ、確かに取り立 てが大変なのは承知していますが、アメリカの場 合、取り立てに応じないと、払わない患者を訴え、 刑務所に入れてしまうなど強硬な手段がとられ、 これはさすがに医療機関のすることではないだろ うと協会が声明を出しました。

繰り返しますが、市場経済はよい機能を持ちま

す。ただし、"世の中の9割の財については"が 正しい。市場経済ではよい資源配分が行われる財 が大部分です。皆さんが着ておられるもの、飲ん でいるもの、家、車、これらは市場経済のほうが 使い勝手がよい。

しかし、教育と医療と一部の介護、介護は全部ではないですが、こういう分野は社会が全体として責任を持つべきです。もっと強く責任を持つべき対象は、消防署や警察ですが、そこまでいく必要はなく、供給は民間でよい。消防署や警察は、民間では供給できませんが、医療や教育は民間の供給で構わない。けれども、社会的な連帯で支える必要がある。

それに対して、「民でできるものは民へ」、すなわち「株式会社でできるものは株式会社へ」、「所得格差があっていいのだ」「所得格差に応じた混合診療をすれば経営がうまくいく」などと信じている人たちは、いろいろなことを言ってこられる。自由化すると医療費が減るとの説については、アメリカやスイスの例を見ていると、違うことがわかります。

公的皆保険制度が存在しないアメリカとスイスの医療費は、対 GDP 比でみて、日本の 1.5 倍近くあります。不合理な高さです。なお医療費と呼ばれる費用負担の高さが医療機関の収入にとして全部来るならば、医療機関にとってみれば幸せです。ところがそうはならない。日本の、批判されている社会保険庁などの集めた保険料のうち、医療機関に渡っている率は 95% を超えています。事務費で使われている率は、実は 2 ~ 3% しかありません。

アメリカの医療保険会社の会計を見ると、保険料として集めたお金のうち、医療機関、ドクターや病院に渡っている金額は65%程度と思われます。35%は、株主への配当、マーケティングのための費用、病院との交渉のためのコンサルティングや法律事務費です。先ほど言った、いろいろな不良債権が発生したりする難しさがあるので、価格交渉をします。そういう費用で35%使っています。

日本の医療保険制度は、マーケティング費用は ほとんどありません。保険同士で「うちの保険へ どうぞ」という競争をしていないため、かからな い。株主は存在しないから、日本の健保組合にしろ、政管健保にしろ、配当金は要らない。確かに最後の請求業務では、多少削っているかもしれないけれども、そこで膨大な人員を抱えているわけではない。だから90%代後半、アメリカでも非営利のカイザーなどでは、やはり95%くらい医療機関に渡しています。

こうした事象を見てもわかるように、自由化をすると医療費が減るのではなく、医療保険会社の取り分が増えることが、経験的にはわかっています。「市場経済を徹底するためには、世代ごとの損得を明らかにすべきだ」とか、「個々人で、社会保障でどのくらい得をしたかを明らかにすると、人々は社会保障制度に対して厳しい目を向けるからいい」などの主張をする人々が、医療保険自由化を唱えるとすれば、「自分がそこで儲けるため」を除くと論理が一貫しない。

社会保障を無駄遣いしないためにと、一見もっともらしい理屈がつけられています。しかし、社会保障の個人会計で一番得をするのはだれかわかりますか。一番得をするのは、若いときから重病で、難病で、苦しみ続けた人です。だいたいそういう方は、所得が低いですし、医療費をたくさん使っている。そういう人に向かって、「おめでとうございます。あなたは、少ない保険料でたくさん社会保障の給付を受けてよかったですね」と喜ぶ(?)ことになる。

反対に幸せな人生を送った人、例えば 80 歳まで元気で、ゴルフをし、明くる日の朝、亡くなった。前の晩までお酒を飲んで楽しそうだった。めでたい、大往生と言われるでしょう。そこで亡くなった人は、社会保障会計では大損です。当たり前で、ずっと払ってきて、使わなかったからです。

これらをもって損得を云々すること自体が、人間としての品位に欠ける態度だと思います。社会保障とは、不幸な方のために、社会みんなで助け合う仕組みとしてつくられたのであって、社会保障で損をしたらけしからん、得するように行動する、などは制度の目標に合致していない。不幸だから、金銭的には得をするようになっているわけです。そこの本質を忘れている人たちが、市場経済原理主義者の中にいます。

では小さな政府になると企業負担が減るでしょ



うか? 小さな政府になると、つまり、社会保険が削られたら何が起きるか。アメリカの例を見ると、結局従業員のためには、大企業は民間保険に入らざるをえないのです。民間保険のほうが、同じ給付に対して保険料が高くならざるをえないので、結局、企業は公的皆保険制度よりも保険料の負担は上がるのです。こういう経験的な事実を見ていない人たちがいる。

さらに、払える人だけ満足度が上がることが、 社会全体に与える影響度も重要です。アメリカの 洪水のニュースを見ていて、皆さん、日本との大 きな違いを感じませんでしたか。それは略奪です。 洪水はどこの国でも起きえます。地震も起きえま す。日本の、阪神淡路大震災が米国の台風と事後 的に何が違ったか。略奪がほとんど起きなかった ことです。ゼロではないけれども、統計的にはほ とんどゼロに近い。

アメリカは先進国でありながら、見てわかるとおり、あれだけの略奪が起きる。北欧で災害が起きたときに、略奪が起きるか。起きません。アメリカは起きます。なぜか。階層格差が強いからです。階層格差があり、普段は不満が鬱屈していても、なんとか食べていければ、人々はおとなしくしています。しかし、ことなにかあったとき、典型的には災害、あるいは子どもが医療を受けられないような事態が起きたとき、あるいは子どもが進学できないといった事態が起きたときに、人々の不満は爆発します。

資本主義社会の中で、格差は許されています。 住宅の広さは違うし、持っている車のレベルは違 うし、飲むワインの値段は違う。それらで人は暴動を起こさないけれども、災害のときの救助や、 医療の受け方が違うと、人は暴動を起こす。だから、そこは市場経済化しない選択が人類の知恵、 近代社会の知恵なのです。医療はまさに社会資本 性をもつのであって、地域が上位目標完結の単位 になっていくと思われます。それを支える仕組み が社会保障です。

来年の医療改革でも、いままでと違って、医療 提供体制側では、地域単位が言われています。地 域の中での医療評価、病院の評価。それも個別の 病院としての評価ではなく、地域の中での果たす 役割を評価しようとしている。さらに保険制度も、 できる限り地域化していくことが予想されていま す。

地域を支える社会連帯の仕組みだから、他の産業で言われているような、勝ち組だけが残るような競争を医療に持ち込んではいけない。一定水準以下の提供者、だめな病医院を排除する競争、これは大いに結構だと思います。無競争はよくない。だめなところが排除されるとは、大学でいえば落第みたいなもので、下の5%が排除される結果は別に構わないと思うのです。すべてが守られる必要はない。ただし、上の2人だけが勝ち、残りの9割が脱落する競争ではない。

厚労省と、少なくとも私たちと意見が一致している点は、社会保障制度を大切にする点です。社会保障制度の機能の本質は、防貧、「貧しくなることを防ぐ」にあります。これは、貧しくなったら救う救貧とは大きく違います。規制改革会議の方々は、「貧しくなった人を救えばいい」「貧しくなってから救えばいい」とおっしゃる。

社会保障制度により、中流階層は、家族の治療費や介護費のせいで貧しくなる心配をせずにすむ。不幸にしてだれかが病気になったときに、それによって貧しくなるとか、不幸にして家族の中のだれかが要介護になったら、それによって貧しくなることを防ごうとする制度が社会保障なのです。カナダも、オーストラリアも、北欧、西欧もそうしている。それによって社会の安寧を守る。ここの部分の理解については、医師会側も厚労省側、健保連や国保も変わりません。

医療改革の理念は、日本に住むすべての住民に対し、どの地域においても、山口であれ、東京であれ、北海道であれ、グローバルスタンダード、先ほど言った、とびきり実験的なアメリカの医療は別として、先進国の標準の医療を効率的に提供する、これが今回の医療改革の基本理念であるべきです。

医療制度改革

先ほど地域医療体制の話をしましたが、来年の 医療改革は、柱が3つあります。来年の医療改 革の予定は3点セットです。第1に、診療報酬 改革、介護報酬改革に加え、高齢者医療保険にか かわる新しい法律案を用意するはずです。第2に、 第5次医療法改正を来年の国会で行う予定です。 3つめが、医療も介護も予防を重視していく。予 防に対する給付をかなり重点的に行う。この3 つです。

1 医療保険

報酬改革の話は別として、タイトルになっている医療保険については、2つあり、1つは、なにがなんでも高齢者に対する医療保険制度をつくる。これについては、各論では政府案と日本医師会案その他の案が出ていますが、共通している点は、高齢者の医療費を賄う明示的なる制度をつくらないといけないとの理解です。

トータルな日本の医療費は低いので、日本の健康保険料は実は低い。日本の健康保険料の平均は、標準報酬の8.1%です。組合では8%より低いところもある。フランスやドイツの保険料は12%~13%です。それに比べると大変低い。しかも、勤労世代、65歳以下の医療費を見ると、標準報酬の5%を取れば十分におつりがくる。そのくらい日本の医療費は安い。日本の医療費は本当に、保険料5%で済むくらい、勤労世代については安い。これは、日本人が健康である結果でもあります。

ではなぜ、5%で済むのに8%になっているか。

しかも、安いにもかかわらず赤字になっているか。 健康保険料の水準の話と黒字・赤字は別です。支 出分よりも収入が少ないからですが、赤字になる 最大の理由は、先生方ご存じのとおり、老健制度 への拠出金と、最近ますます増えている退職者医 療制度への拠出金です。

拠出金は、すべての保険者が自分でコントロールできない。2年後になるまで会計がわからない、不思議な制度です。慶應義塾も、独自の組合健保を持っています。現役とその家族分の医療費だけならば、年度明け3か月で会計は確定できます。3月の医療費も、6月までに清算可能です。ところが、まったく別のところ、日本中のお年寄りのための医療に、私たちは拠出をしています。その拠出の分の最終決算は、2年後にならないとわからない。私たちの普通の生活では考えられない遅さです。「2年前に旅行したときの決算をしてみたら足りなかったので払え」と、2年後に請求書が来るようなものです。こんなことでは会計ができないし、かつ保険者として、何もコントロールもできない。

老健制度は、「制度」ではありません。厳密に言えば財政調整の仕組みにすぎず、退職者医療制度も、制度と名前はついていますが、制度ではありません。組合健康保険は制度です。保険者がいて、責任主体がいて、会計も独自に行いますが、老健と退職者医療はそうではない。したがって、介護保険のように、退職者・高齢者についても独自の保険者をつくり、そこでは高齢者からも所得比例の応分の保険料を取る。つまり、500万円の年収のある30歳の負担が違うことは変だとの考え方に立ちます。お年寄りであろうと30歳であろうと、500万円の年収ならば同じ保険料を払う、同じ税金を払わないと不公平である。

いままで、不公平でした。お年寄りから医療費の自己負担を多額に取るのはけしからん、が医師会の主張ですが、いまのは、そうではなくて保険料の話です。年をとっていることを理由に税・社会保険が低い事態はなくさなければいけない。お年寄りの、貧しい人からは少額しか取らないと言っていることと同じです。そうした所得比例保険料を財源の一部とし、保険として独立させ、お年

寄り自身の、被保険者としての権利と義務を確定 させる。

こういう方向で議論は進んでいて、75歳以上にするとか、70歳以上にするとか、公費を8割入れるとか、5割入れるとか、公費の出し方のうち、都道府県が何割負担する、ここはまだもめています。決まっていませんが、高齢者医療制度をつくることによって、日本の健康保険制度が実は黒字であることをはっきりさせる。負担が低いこともはっきりさせる。

医療保険制度の2番目、現役世代の医療保険制度は、基本的に地域単位に財政を集約していく。政管も分割はしませんが、保険料の計算は都道府県単位で行い、情報公開する。市町村国保も、できる限り都道府県の中で会計を集約していく。あるいは、少なくとも二次医療圏単位に財政を集約していく方向が示されています。

そして、いま国保がそうであるように、政管健 保についても、都道府県単位で保険料と医療費を ある程度調整する。したがって、長野県、埼玉県 や千葉県は政管健保の保険料が下がり、北海道や 京都府では保険料が上がることになります。スト レートに比例させることはできません。高齢化率 が違い、財政力も違うため、一対一対応させるわ けではありません。当然、東京のように、地方に 親を残して中年世代が出てきている人は、当然、 仕送りする義務があるので、東京の保険料を極端 に下げるわけではなく、東京から地方への再分配 は続きますが、ただ、なんらかの形で、保険料と 医療費を比例させることに決まっています。そし て、地域単位でそれらを決められるように、協議 会を医療提供者側も含めてつくり、機能させる。 介護保険は、かなりそれに近い形になっています。 保険料を市町村議会で議決する制度になっていま す。いま健康保険料は、議決制度にはなっていな いけれども、県議会で議決する方向になっていく でしょう。そのためには、当然ながら介護保険が そうであるように、地方分権とセットにし、しか も患者側も入れて、提供者との間の協議会をつく る。「当県は全国水準を上回る健康維持するため に質の高い慰労サービスを行っているから、保険 料は高いことを納得してください」と住民を説得 する、こうした義務が知事に生じてきます。ある

いは、「レベルの低い医療だから保険料は低い案 とどちらがいいでしょう」と言わせるようにしま す。レベルが低くて保険料が高いところの知事は 落ちる、こういうインセンティブを内包した医療 保険改革が議論されています。

2 第5次医療法改正

2番目、これと併せて医療提供体制改革が進め られようとしています。主に医療計画の話です。 医療計画はこれまでの参入規制計画から、地域医 療連携体制構築のための計画へ性格を大きく変え ます。

いままでの医療計画は、要は参入規制だったのですが、今度は"地域医療連携促進の仕組み"に変わるでしょう。地域医療連携とは、機能分化と連携を、病院の機能分化だけではなく、外来や在宅も含めて構築し、そこで使える連携パスなどを奨励していく姿です。

事業の種類、例えばがん対策や脳卒中対策といった事業、糖尿病対策、乳がん対策のように、事業の種類ごとに、客観的指標を使って、都道府県ごとに目標値を出させます。例えば、何年後までにがんの在宅死を何パーセントにするとか、はっきりした指標をつくります。それを都道府県独自でつくります。都道府県ごとに違ってよいのです。

なぜならば、いまでも、例えば脳卒中の発症率、 乳がんの発症率は、県によって違いますので、高 いところは低くする、低いところは低いままでい い。都道府県ごとに、住民が入った形で、個別目 標をつくる。もちろん医師会が主導してつくると ころがあって当然でしょう。その目標に至るため のプロセスを、医療計画の中に書き込む形になり ます。国は、そのデータを全国で開示します。

さらに、情報提供が非常に重要になってきます。 介護の世界では、今年から実験が始まっています が、すべての事業所、介護の11万の事業所すべ て共通化、標準化された形で、事業内容を公示す る仕組みの実験が始まっています。再来年から強 制する予定です。

各医療機関が、それぞれ自分のデータを開示することは、いまでも自由です。ネット上に公示す

ることについて、特段の法律の規制もありません。 しかし、共通化されたデータでないと、なんの意 味もありません。トヨタと日産の会計を比べると きに、会計基準が違ったら比べられないですよね。 したがって、会計基準や準則が存在します。

医療にも、こうした開示情報の枠組みにかかわる標準化は間違いない方向です。標準化されたデータを、都道府県単位で集め、都道府県が責任を持ってネット上に出す、こういう情報開示の仕組みです。これは、それによって住民は必要な医療がどこに行けばあるかがわかるようになる。

医療計画検討会で話されていた典型的な例は、例えばマンモグラフィーを持っている医療機関は どこだろうと、いまネットで探しても難しいのです。宣伝しているところしかわからない。これを、都道府県単位で、マンモグラフィーを持っている 医療機関は、こことここにあるのだとわかるようにする。これは広告とは違います。例えば、死亡率とか、そういう恣意的になりうるデータは強制しません。もちろん都道府県独自にそれを含む情報をつくるケースもありえますが。あくまで、在 宅医療を週7日行えるか行えないかなど、機能の表示が主です。

3 予防給付

3つ目は、きょうは時間がないのであまり話しませんが、医療も介護も初めて予防給付を入れていきます。いままで長い間、予防への給付こそが、病気の進行を遅らせる、加齢にともなう要介護度の重度化を遅らせる、と主張されてきたにもかかわらず、保険の原理から、保険は保険事故が起きないと給付できないと言われてきた。しかし、そうも言っていられない。やはり、日本の疾病の中心は、これからは生活習慣病対策である。メタボリックシンドロームなる言葉が、2年前まではだれも知らなかったのに、いまは当たり前のように使われるようになっただけでも大きな変化だと思います

これが、予防給付の形ではっきりと入っていき ます。予防は、提供体制と保険制度、両方につな がるテーマです。

いま言ったような予定が実現されるためには、 政策のプロセスがあります。プロセスでは、ま ず審議会の前の段階である検討会が開かれます。 医政局だけで9つ検討会を動かしていましたが、 検討会報告を、来年に合わせて今年の夏に全部ま とめまたようです。次は審議会、医療保険審議会 の医療保険部会、医療部会等です。あとは、これ を法律案の形にまとめていく。予算を交渉するな どの役人の仕事になります。

日本の医療の目標

まとめますが、日本のトータルな医療は、誇っ ていい仕組みで、成果も見事です。誇っていいに もかかわらず、あたかも日本の医療が国際的にも 悪いような議論があるために、それをきちんと打 ち破る論理をお話ししました。私は、書いたり話 したりしているわけですが、日本の医療は優れて いる理由をこのように説明すると、医療で儲けよ うと思っている一部は別として、財界も、労働組 合も、野党もわかってくれます。

では、日本の医療の目標は何か。一部の人は 世界最先端の医療が日本に入っていないのはおか しいと言いますが、そんなものは入っていなくて も、それは別に構わない。世界のグローバルスタ ンダードの医療、グローバルスタンダードとは、 例えば、乳がん初期でもいいし、胃がん初期でも いいけれども、見つかったら、グローバルスタン ダードのアカウンタブルな治療を受けて、胃がん 初期ならば、5年後生存率が8割を超える、これ

はスタンダードです。最先端の、聞いたこともな いような治療をしていないのがおかしいのではな く、グローバルスタンダードの医療を、どこに住 んでいてもできるようにする。このモットーのも とに、いま言ったような大きな体系を議論してき ました。

このほかに、今日お話ししなかった予防体系の 話や、医療提供体制の重要なところですが、一人 医師医療法人も含めて、医療法人改革もあります。 また機会があれば、お話しします。どうもありが とうございました。

藤原会長:

あっという間に1時間が過ぎた思いです。先 生のお話、論文などを見ると大変難しい部分もあ り、わかりにくい部分もあったのですが、本日の お話はわれわれにわかりやすくお話しいただいた のではないかと思います。明日の医療制度、ある いは医療提供体制を占う上で、またわれわれが考 える上で、大変示唆に富むお話しであったと思い ます。

先生には、今後とも医療制度、医療政策につい て提言していただき、日本の医療制度がいつまで も世界で誇れるような制度として、つまり患者さ んが安心して、必要な医療がこれまでどおり受け られるような、そういった医療制度が維持できる よう、先生にオピニオンリーダーとして、われわ れを導いていただきたいと思います。先生の、こ れからのますますのご健勝とご活躍を祈念いたし まして、講演を終わりたいと思います。ありがと うございました。



座談会

医療保険制度改革と地域医療



司会(矢野): 田中先生、本日は非常にわかりやすいお話しをありがとうございました。

この座談会のテーマですが、前半は今回のご講演に関する質問や意見をいただき、後半は日経新聞に先生が書かれております、包括的地域ケア体制の構築のためには「準市場」機能の活用が重要であると言うことですが、そのへんのことを含めていろいろお聞きできればと思います。



司会(編集委員) 矢野 博

さて、講演では、日本の 医療の現状と問題点、国民 負担率と競争力の関係、市 場経済的医療の問題点、医 療制度改革の概要と医療供 給体制などに関して話して いただきましたが、いろい ろ質問があると思いますの でよろしくお願いします。

社会的入院

薦田:まず、最初のスライドにありました社会的 入院の費用が 4,600 億円、少し少ないような気 がしたのですが、社会的入院というのは、どうい うことで、「これが社会的入院」と判断されるの でしょうか。

田中:社会的入院の定義はありません。入院者について、一人ひとりレッテルもありません。このデータは私の調査ではなく、若い学者が雑誌『医療経済研究』に載せたもので、よい論文で





山口県医師会副会長 木 下 敬 介

す。そこで、6か月以上 入院者の医療費を推計す ると、その値になるとい う意味です。

本日それを取り上げた 理由は、世の中で「社会 的入院こそが、医療費が 高くなっている諸悪の根 源である」かのように言 われているけれども、6

か月以上入院者の費用を見ても、たかだかこの くらいだと示したかったからです。介護保険が始 まって以降、医療の世界で長期入院者が使ってい る費用は、さほど高くないと言いたいために取り 上げたとお考えください。

長期入院者の一日あたり医療費は低いので、合計がそれほど高くならないようです。要は、入院基本料程度だけになりますので、金額としてはそれほど多くならないのです。入院者の比率では、ある一時点で日本の全入院者の15%になっているけれども、その方たちは、特段に重い治療、例えば手術や抗がん剤の使用など、そういった種類はないため、金額は低くて済んでいるわけです。

木下:いまの社会的入院に関連して、私自身あるドクターと話したことがありますが、社会的入院をあのまま続けていたほうが、介護保険にあれだけの費用がかからなくてよかったのではないか。社会的入院は、悪のように言われるけれども、あれほど良い制度はない。安くて、あまり手がかからず、しかも効率が良く、家族のためにも、いいんですね。なぜ、あれをなくしたのか。そのため

事実認識 日本医療の問題点?

- ※ 待ち時間と診療時間
 - ◆国際的評価
 - ◆紹介状あり初診では5割が16分から30分
- ※医療費増大の原因:社会的入院?
 - ◆6ヶ月以上:入院者の1.5%と1% (15%)
 - ◆医療費8,500億円 精神以外4,600億円

に、介護保険にかなりの お金を使い始めたのです ね。先生、どうお考えで しょうか。

田中: 不幸にして世話を受けないと生きていけない状態になった方々を、社会的連帯の費用でみることは、べつに悪くないし、



山口県医師会理事 加藤欣士郎

安ければそれに越したことはありません。ただし、来月からの介護保険制度の改正でもわかるように、自宅にいてもかかるであろう居住費用と食費は、どこにいても払わなければいけない、それさえ区別されていれば問題ないと思います。たまたま要介護になると、ご飯代まで連帯の仕組みで見てしまうことがおかしい。しかし、ケアの費用は、不幸になった人に対し、社会的連帯の費用で賄うべきと考えます。なお、施設に収容したほうが、実は安く済むケースが存在することも確かです。

司会:加藤先生の所は有床診療所ですがいかがでしょうか。

加藤:私は有床診療所をしています。私も若いときは手術中心の急性期医療ばかりでしたが、手術を止めてから、どうしても長期入院の傾向にあることは否めません。ただ、整形外科ですので、脊椎の圧迫骨折の老人が救急車で運ばれてきますから、一時入院し、ギブスを巻きます。保存的治療ですが、1か月の入院で、退院できます。まだ、有床診療所の意義があると思っています。

一つの例ですが、生活保護の患者さんが、両下肢の不全麻痺で、なかなか家には帰れない。けれども、積極的な医療は必要でないのに、4年間入院していました。私は1~2か月たったときから、療養型の施設、あるいは特養ホームに移してくれと、市のほうへ何度も言いましたが、市はあまりのってくれなかった。

なぜか。診療所に入院していると、1 か月間の入院費は $17 \sim 18$ 万円です。特養で $22 \sim 23$ 万円、老健になると $27 \sim 28$ 万円、病院で 30 万円。

有床診療所に置いておくのが、一番安いのです。

行政のほうも、実は知っていながら、うまく それを利用している。これは本来、健全な姿では ない、やはり医療と介護は、明確にしなければな らない。ただ、世間で言われるように、病院が故 意にそうしているということでなく、病院は行政 ができないところを補完してしまっている、そう いった側面があることを、ぜひ医療側としては強 調したい。先生にも知っていただきたいと思いま す。

へき地医療

司会:地方と都会ではいろいろ事情が違うと思いますが、堀先生いかがでしょうか。

堀:山口県の北部でマイナーな科で開業医をしています。実際、私も東京、大阪で仕事をしていて、こちら側に帰ってから、医療体制に大きな格差を感じました。

先生のお話しはもっともだと思うのですが、一つは、地域によるとある程度の患者さんの質、及び人数、それを基準にもって物事がうまくいくというのは、もっともなのですが、例えば北長門地方は、だんだん人口が減っています。ところが、萩地区と長門地区の端から端まで、車で行っても2時間くらいかかります。この広い範囲の中で、私の科の医者は病院が2つ、開業医が3人いますが、どうしても地域医療という考えで地域完結型に努力しようと思っております。

ところが、先生が言われるように、最近少子高齢化、そして患者さんは最高医療を求める。そうすると、こちら側も水準というか、ある程度のレベルを獲得しなければいけないため、新しいシステムの構築等を考えるわけですが・・・。

つまり、医療というのは、いまの保険制度では、 一定の水準で、だれでも患者さんに安心感を持た せて治療できるというのが理想ですが、実際その ような高水準の治療ばかりやっていると、民間で はとてもやっていけないような面も生じます。ま た、民間でできないことを病院でしようかという と、病院志向になって、無床の開業医と差ができ、 地域格差といいますか病診格差、そういうものが 今の医療制度では、差が広がっていくのではないか。

また、いまのような 考えでいくと、やはり 都市部にばかり医者 が集まり、やはりそこ でも格差ができると いったシステムが助 長されるのではなか ろうかと思います。



編集委員 堀 哲二

ただ、私の考えとしては、人口が少なく、患者 さんが少ない地方でも、眼科・耳鼻科・皮膚科・ 泌尿器科という医者は、存在しなければいけない ところがあると思いますが、実際いまの医療制度 で続けていると、資産がある跡継ぎなどならばで きるでしょうが、他の地区から来て開業しようと する人は、なかなかいないのではなかろうかと思 います。

先生の言われるようなグローバルスタンダー ド化が進んでいくと、へき地医療ではこのような 問題点が起こってくるのではないかと思うのです が、如何でしょうか。

田中:へき地問題は最後に残ります。計画的に行えるがんの手術などは、へき地に病院が存在する必要はないでしょうが、いま先生の言われた科などは、そうもいかない。

私の専門は経済学ですので、医師不足の話しは 別として、資本のほうで言うと、次のように考え ています。医療技術の水準が上がり、さまざまな システム等に投資をしないと医療ができなくなっ ている以上、資本コストがかつてと比べ物になら ないほど高い。これを全部、開設者個人の投資に 求めるのは不可能だし、かといって、持ち分のあ る医療法人や、個人立医療機関に公的資金を与え ることもできない。

したがって、医療法人改革を行って、少なくとも出資額限度法人にするか、持ち分を放棄した形の医療法人に進化して、稼働率が低くとも維持していけるようにしなくてはならない。典型的には消防署を見れば分かるように、消防署のめでたい姿とは、一日中訓練している姿ですね。医療は



山口県医師会副会長 上田尚紀

そこまで極端ではなく、 日々一定の利用があっ て当然ですが。

稼働率が低くても維持できる社会資本を、これこれの医療行為については人口が5万人でも必要であると明らかにして、その部分に対しては、資本コスト

を社会連帯の費用の中で出す方向が答えだと思っています。ただし、その受け皿を整備するために、 医療法人制度改革も進めておかないと、憲法レベルまで戻って、個人の財産を国が出すことはできませんので、そことセットになった話になります。

上田: 先生のスライドの3枚目で、日本の医療の問題点、医療費増大の原因ということを言われ、大変よくわかったわけですが、例えば医療費が現在増加しつつあるということの一つに、高齢者が増えていくということがあります。それで、若い方が減り高齢者が増えていくため、人口構成が変わります。また、リストラの影響で社保から国保へシフトするので、国保は大変困っている状況と思います。

そこで、高齢化といった切り口で見た場合、日本の医療費増大の問題点というのは、どのように解釈したらよろしいでしょうか。

田中: そこは、へき地医療と違って得意分野ですので、答えやすいですね。

そもそも、日本の医療費が増大しているとの宣



伝自体、うそです。 2000年から2005年までの医療費は、 ほとんど増えていません。高齢化が進展 しているから、いはずですが、実は増えていません。31兆円 くらいのところでよったままです。



慶応大学教授 田 中 滋

経済財政諮問会議などは、対 GDP 比が上がっ ていることを問題にします。これは簡単で、分 母の GDP 伸び率がゼロに近い、年によってはマ イナスだったから、医療費比率が上がって見え るにすぎません。不況の最悪であった時期、名目 GDPは減り続けた。そうすると、医療費が同じ でも、分母が小さくなってしまうものだから、国 民経済の中での医療費のシェアが高まっているよ うに見える。これが一番大きな恐怖感であって、 本当の意味の医療費総額は、ほとんど増えていな い。むしろ、高齢化しているのだから、もっと増 えてもいいはずなのです。診療報酬改定等のあり 方もあって、日本の医療費増大を、マクロ経済と の観点で心配する必要はないと考えています。医 療は、バイオ等の次世代産業との隣接分野ですし、 ここへの投資を怖がってはいけない。

高齢化する分は当然、医療費が上がっていいと、ここまでは経済財政諮問会議ものんでいますので、そういう意味では、差し当たりは問題ない。大きな課題は、団塊の世代が75歳になる2025年くらいにどうするかです。しかし、直近の話で言うと、少なくとも医療費ベースでは問題でない。

では、何が問題か。答えは医療費の中の国費負担分です。財務省からすると、来年度に、国民医療費が 5,000 億円増えると、国費投入が 1,500 億円くらい、総額の 3 分の 1 弱増えますので、この部分が出せない財政状況が一番の問題なのです。財務省にとってみると、医療費総額が問題なのではなくて、厚労省予算、すなわち年金と医療と介護の国庫負担分をセットにして考えて、財政の厳しさを訴える。年金は法律を変えないと減らせない、介護もさしあたり国策だから変えられな

い、となると、比較的容易に変えられる対象が医療費なので、医療費が高いというキャンペーンのもとに、医療費を下げろと言ってくるわけです。 厚労省予算全体の伸び率を下げたいがために、医療費がターゲットになっている文脈だと考えています。繰り返しますが、わが国の医療費はマクロ経済的にはまったく問題ではないと思います。

上田: ありがとうございました。ただ、いつも言われているのは、30兆円、31兆円がどうのこうのとなりますが、現実に国が出すのは7兆円か8兆円の問題です。世の中のために、そのことをもう少し大きな声で言っていただきたい。そうでないと、全額国が出しているような錯覚を受けます。

それから、日本の医療費が安いということは、 もうどなたもご存じですが、一患者あたりの計算 では、さらに安くなるし、一受診あたりでいけば、 もうべらぼうに安くなります。諸外国の10分の 1か、何十分の1かになってくるんです。そうい うことも、あまり世の中では知られていないです。 そのあたりも理解してもらえれば、という気がし ます。

「医療費」の現状と推計

藤原: 先生は厚労省と非常に関係が深いかと思うのですが、今日の会長あいさつでも言ったのですが、厚労省の推計はいつも非常に大きく出します。平成6年では、141兆円と言っていました。最近、14年度では70兆円に下げてきていますが、これでもまだ私は過大推計ではないかと思います。日医総研の推計を見ると、2017年で52兆円程度、それは医療と介護を入れてですね。医療だけ純粋に取れば、40兆円そこそこです。

それは 2017 年ですから、2025 年にしたところで、5 兆円、多く見積もっても 5 兆円しか増えない。45 兆円くらいですよね。もうちょっとそれを正確に言って、それを国民が受ける用意があるのかどうか、そういったことでやらないといけないのに、いたずらに脅しをかけて、どんどん医療費を抑えつける。

先生、先ほどもこの5年間で医療費が増えて

いないと言われていました。確かに、先日発表された平成16年度の概算医療費を見てみますと、31.4兆円で、5年前と2兆円しか増えていないのです。その中身を見ると、0.6兆円が廃むって、



山口県医師会長藤原 淳

調剤も医療費といえば医療費ですけれども、調剤の伸びがほとんどで、1.6 兆円なんですよね。これで、医療費を抑えようというキャンペーンをやられると、非常にわれわれとしては憤慨に堪えない。

医療の安全と質を保つための、本当に必要なお金が出されていない。勤務医の過重労働問題とか医療事故の問題などですが、主因は医療費を過度に抑制していることにあると思います。もっともっと、先生のような立場の方からそういった発言をしていただくと、反映されてくると思いますが、われわれが言うと、われわれの儲けのためにしか、どうしても受け取られていない訳です。この点については、どのようにお考えですか。

田中:おっしゃるとおりです。マスコミの書き方のせいもあって、一般の人々は医療費が増えると医師の収入が増えると思っています。いまの医療費が伸びている分野は、DPC病院や調剤薬局であって、医師の収入ではない。もっと言うと、診療報酬改定とは、医師の年収の増加率だと思っているくらいの書き方をしますからね。知っていて書くから、なんとも言えようがない。

「このまま放っておくと、医療費で国が大変な事態になるから、いろいろな手だてを打つ」との説に対し、相手が実態を知らないのだったら説得すればすみますが、知っていてわざと言っている場合は、説得できない。向こうも戦術として使っているのだから。

だから、先生がおっしゃるとおり、そうなると、「医療費を増やせ」との主張ではなく、先程も申し上げたように、日本の医療で、急性期医療の医師が、特に30代、40代の医師が疲弊しきっ



山口県医師会専務理事 三浦

ていて、辞めてしまい、 残っているのは20歳 代と50代後半だけと いう急性期病院が出て きている点を突くべき だと思います。

藤原:この度、卒後研 修医制度が始まって、 給与が保証され、卒

業後2年間はむしろ上がっているのだけれども、 そのあとでどんと下がるという不自然な給与体系 になっているんですよね。中堅あるいはその手前 の医師に無理がきている。

いま一番問題なのは、勤務医の労働条件が非常 に悪いことです。そこを改善していかないと、日 本の医療がよくならない、質も安全も保てないと いうことを、強く言っておきたいと思います。

田中:できるだけ、財界の方や政界の方との勉強 会でも、そう言うようにしております。

加藤:2025年の厚労省の推計の69兆円ですが、 新聞等でもこれを既成事実として、社会保障をど うすべきかに使っていますよね。2025年、本当 に69兆円必要だろうか。私はもう少し下方修正 すべきだと思うのですが、もし69兆円としても、 公的保険制度が維持できるかどうか、そのあたり のご推測は、どうでしょうか。

田中: 先ほど藤原会長が言われたように、日医総 研の推計のほうが、おそらく現実に近い予想だと 思います。69兆円はありえないですね。問題は、 火の車である国家財政からの投入を同じ比率で増 やしていくことができないので、そこを代わりに だれが負担するかになります。被用者側、政管及 び組合・共済の保険料は、財界が嫌がるにしても、 やむを得ない負担としてもう少し引き上げること は、国際比較の観点からもできるでしょう。8% 台前半は大変低い値ですから、上げることは可能 だけれども、国保がついてこられない現実をどう するかが残ります。

国保の問題については、ありうる解決策は、勤

労者世代が連帯保険料方 式で国保に多い高齢者に 対して何%まで出せるか にかかっています。こう いう医療が必要不可欠だ からと示す情報の透明性 とセットでしょうね。

一方で、高齢者が急速 に豊かになっていく事実 があります。個別の地方



編集委員 渡木邦彦

ではいろいろですが、全国ベースで見ると給与 生活者 OB・OG が急速な勢いで増えていきます。 年齢別の職業経験の変化は、高齢者に関しては現 役世代より遅れておきるため、元給与生活者層の 増加はこれからです。日本では1945年の段階で 半数が農民であったものが、いまは農民 2% くら いになりました。

こうした産業別従事者人口の変化が、あとに なって高齢者に現れますので、既に70歳以上の 方々に比べると、これからの高齢者になる層は、 元給与生活者が急速に増えます。故に、厚生年金 受給者が増えていくので、保険料負担力がずっと 高くなっていきます。その意味では、高齢者自身 が払う保険料も増やせる。高齢者だからといって 保険料を減額する各種控除を減らすことも解決策 の一つですね。

渡木: 先生の先ほどのお話しで、日本の医療の目 標は何かということをしっかり決めて、それに よって政策を変えていかないといけないと言われ ましたが、先生ご自身は日本の医療の目標はどの ようなことを挙げられますか。

田中:日本の社会保障制度の中で、そういう目標、 理念、ステートメントを持っている制度は介護だ けです。介護は、最初に自立支援と書いてありま す。介護の目的は、要介護の方のお世話ではなく、 要介護の方も自立して、それを社会的連帯で支援 することです。さらに、今度の介護保険法改正の 元になった、2015年の高齢者介護研究会では、 自立の前に「尊厳ある」をつけました。「尊厳あ る自立」つまり、認知症の方でも尊厳を保った人 生を送る、尊厳を持った自立を支援していく。



んれば域だれの郡も人となりでは、はないのでのででででででいる。これの会師ではないのののではないののではない。これがは、はないのではないでは、はないのでは、い

私は、医療にも同じことがあてはまると考えています。医療の本質的な目的は、一人ひとりの人間が、たとえ何らかの形で、体が動かなかろうと、病気であろうと、残った部分で、できる限り自立していくこと、尊厳を持ち自立した人生を送る姿を、医療者が専門性を活かしつつ共同して支援していくあり方が、根本に置くべき理念だと思います。それを助けるために社会的連帯の仕組みが機能し、医療費を払ったがゆえに家族が貧しくなるような可能性をなくす、これが社会保障制度の役割として、理念の一つ下の段階で唱えるべき役割になります。

渡木: 先ほども出ましたけれども、いま32兆円のうちの、医療費というのは純粋には7兆円くらいしかかかっていないというデータもありますが、われわれが純粋に考える医療費というものと、32兆円のトータルで言っている医療費というものの違いですよね。それをはっきり示していかない限りは、医療はどんどん端っこへ追いやられていってしまうんじゃないかという気がします。

そのためには、国民にそうした現実、事実をしっかり知らせる必要があると思いますが、政府あるいは厚労省のデータにしても、いろいろなデータにしても、これは純粋な医療費だと、これは介護費だ、いろいろな、ほかのもろもろの、医療費といま称している32兆円の中身を、もっと具体的にきちんと知らしめる必要があるのではないかと思いますが、如何でしょうか。

田中: どのように知らせるかについては、日本医師会の医療政策会議でも常に議題になります。国に求める、日本医師会に求める、それももちろ

離が近いはずなので、積極的に取り組んでいただく。日医が全国大会をしても、集まってくるのは全国代表にすぎない。地元で住民と一緒の会合を開けるのは、郡市医師会ではないか。そこでも、やはり地元の新聞を巻き込むとか、地元のデパートを巻き込むとか、そちらもお互いに頑張らなくてはいけないといった話しはよく出ます。

3割自己負担

吉岡: 自己負担ですが、入院の自己負担が3割負担というのは、世界各国には存在しないとお話しされました。もちろん、保険料率の問題があるので、例えば外来、入院、グローバルスタンダードがあるとは思いませんが、保険という観点から言えば、何割負担くらいが、当然あるべき姿なのでしょうか。私は、3割というのは、保険の役割を果たしていないのではないかと、常々感じています。

田中:保険は、「自分では貯蓄しきれないから、 みんなで少しずつ拠出して支え合う」が定義です よね。だから、金額が高いときこそ給付率は高く すべきであって、金額が低いケースでは給付率も 低くてもいいとの論理も成り立ちます。それから、 諸外国でとられている方策を見ると、一般に医薬 品などは病気の深刻度に応じて給付率を 0割、3 割、7割、10割と分けているケースも存在します。 がんの入院中の薬剤については 10割給付にする けれども、風邪の薬だと 3割給付しかしないな どです。



編集委員 吉 岡 達 生

入院、特に急性期入院 について3割自己負担を 取る現行制度は、先生が おっしゃるとおり、保険 の原理としてはおかしい と思います。急性期入院 について、社会的入院す る人はまずいないでしょ う。そのときに3割も自 己負担を求める公的保険

は確かにおかしい。分野によっては、自己負担によってモラルハザードを防ぎ、保険費用の乱用を防ぐ形はわかりますが、急性期入院にそれをあてはめては行き過ぎです。ひと言で言うと、一律3割が時代遅れである。

吉岡:しかし、現在の医療制度改革は、一律3割という方向のように感じるのですが。高齢者も3割になりますし・・・。

田中: 高齢者も3割にする予定ですね。それは、 実際には、例えば診療科別の負担率になっていく としたら起きる政治的混乱を、だれも引き受けた くないからですよ。何科の受診はモラルハザード が起きるから5割で、こちらは2割などの案は、 厚労省も医師会も、とてもそんな責任は取れない。 けれど、理論的にはありうる。

実際には、ありうる姿として、診療科別を避ける方法は、高額療養費で調整するしかないでしょう。逆に、よく医療の素人の方が言うように、軽医療は自己負担で重い医療は給付率を高くする案は、最初に受診した段階でこの病気が軽いかどうかというのはわからない以上、高額療養費で調整するしかないと思いますね。免責額はまた別途議論すべき重要な問題です。

薦田:いまの3割負担ですが、日本は外来の受診率が高い。だから単純にブレーキをかけるためというふうに私は思うのですが、いかがでしょうか。

田中:日本で必要な改革は、子どもの急性期入院です。いまわが国にとって貴重な財産である子どもの医療費負担を減らすべきである。外来も同じ

ように見ていいかもしれません。子どもの自己負担をどう下げていくかを国策として考えるべきであって、あとは高額療養費制度を的確に運営すれば、3割が許容の限度だけれども、ベースはそこでもいいのかもしれません。



編集委員津永長門

包括的地域ケア

司会: それでは、次に後半の包括的地域ケアの話に移りたいと思います。

藤原:ぜひ先生にご意見を聞きたいのですが、講演の終わりごろ少し言われたのですが、これからの医療制度、あるいは医療提供体制を考えるときに、やはり包括的地域ケアといったことを考えていく必要があるのではないかと感じていますが、これはアメリカの IHN などを下敷きにしたような気もしています。

それはそれで悪くはないのですが、ただこれを考える上で、その体制にもっていって、医療費等が削減されたとして、医師の役割あるいはわれわれ医師会としてのインセンティブがもうひとつ見えない。われわれにとってもメリットがあるのならば、それは進めていきましょうとなるのですが、そこのところを少し教えていただきたいと思うのですが。

田中: 医療費削減策として言っているつもりは まったくありません。

藤原:効率的に使うということではありますよね。 全体的に。

田中: そうですね。それに、なんといっても包括 ケア体制が進めば患者さんが困らなくなる。いま は、機能分化が診療報酬誘導のもとにこの数年間 急速に進んできて、患者さんが困っている。急性 期病院に入院中に、どこに行ったらいいか教えら れないまま、何日後に出ていってくださいと言わ れても途方にくれる。急性期入院の日数を減らす ためには、退院計画、ディスチャージ・プランニ ングが入院初日から始まる姿が国際標準なのに、 日本はそういう退院時計画のプランナーがいない ところが多い。大学病院でもいないところがあり ますから、全体としてできていない。一つのエ ピソード、先ほどのお年寄りの圧迫骨折で6か 月くらいが1エピソードだとしたときの、続い た連携パスがあまり広まっていない実態もありま す。また、1 エピソードではなくて、一人の人の、 例えば終末期の2年間全体を考えても、途中で 入院したり、自宅に戻ったり、複数の科の対応が 必要になったときの連携が実現しやすい地域包括 ケアによって、住民は安心してベースを在宅に置 くことができる。

いま、在宅に置くことができないから、お年寄りは不安だから病院に入っておくとか、不安だから特養の待ち行列に並んでしまう事態が起きている。けれど、在宅をベースにしていって、地域連携があれば、その人たちはいつでも、なにも無理やり入院したり入所しなくても、生きることができる。そのモデルは尾道であって、アメリカではない。

藤原:あくまでも医療費抑制の手段としては考えていないということですね。

司会:いま、尾道の例が出ましたけれども、佐々木先生、説明していただけますか。

佐々木:まず、日本で一番地域包括ケアが進んでいるといわれている尾道市医師会の片山会長には、山口県にも度々来ていただいて、ご講演やご指導をいただいています。実際、片山先生が、いまのレベルに包括ケアを作り上げるまでに、既に14年くらいの長い年月をかけておられます。しかし、先生一人だけでは、あのシステムはできなくて、周りのいろいろな職種の方々が協力されて、一つのシンボリックな素晴らしいシステムになっています。

都市の大きさとして、尾道市がちょうどいい

規模だったのかもしれませんし、山口県にも同じくらいの規模のおって、カリスであるおりますがいればするがいればするのかなあというましたは難しい。介護には難しい。介護保険制度の見直しの中で、地域包括支援センター



山口県医師会常任理事 佐々木美典

というものを新しく創って、それを地域包括ケアの中心に置き、主体的・主導的な立場でやっていこうとしているのだけれども、実際そこで、主任ケアマネジャー、社会福祉士や保健師の方ができるのだろうか、私は厚労省が考えているようにはうまくいかないのではないかと思っています。

実際には地域の医師会が主導的な立場をとって、尾道市医師会の片山会長のような考え方で作り上げていかないと、なかなか地域包括ケアはできないんじゃないかと考えています。

ですから、介護保険制度と医療保険制度は両輪として地域包括ケアの中できちんと動いていかなくてはいけないんですけれども、まだ介護保険の未熟な部分が多すぎて、医療関係の方が、特に地域医師会が地域ケアに強く関与していかないとなかなか国の思っているようにはならないと感じています。

田中: 尾道は 14 年かかったけれども、そのモデルをわれわれは分析して、何がキーであるかを書いたり分析したりしてきました。だから、次のところは 8 年でできるかもしれないし、もう少し広がり、エッセンスがここだとわかれば、5 年でできるようになるかもしれない。ただし、絶対的な条件があって、それは全体としてその方向に地域の医師会が動くことです。医師会の中がばらばらだったら、一部がどんなに頑張ったって無意味です。もし、同じように意欲があれば、二つ目のところは 14 年かからないと思います。

エッセンスで言えば、ケアプランづくりのところに、特にケアカンファレンスに医師がどのくらいかかわれるかが中核です。そのための意識共有を醸成するために、医師会だけではなく、関連職

種、さらに尾道風に言えば、民生委員まで含めて、 勉強会に次ぐ勉強会をしてきた。カリスマ的リー ダーが、演説して「黙っておれについてこい」と 言ってきたわけではなく、情報と理念を共有する ように変えてきた。手段は勉強会が一番です。

指標は、何よりもケアカンファレンスに医師が どのくらい加わるか、たとえ 10 分でも、につき ます。日本中とは言いませんけれども、日本の先 進的な医師会のあるところ、例えば3割ででき たら、ほかの地域は焦りますよ。

だから、先生が言われるとおり、地域包括支援 センター中心型は、絵に描いたもちになる恐れが あるけれども、そこに医師会が加わる、あるいは 地元の有力な病院が加わる地域が、日本の3割 までいったら、他への影響力が大きいと信じます。

藤原:情報の共有化といいますか、これをしないといけないわけですよね。それをどこまで推し進めるのか。いまはもう、まったく不十分だと思うのですが、これを集中させてやっていく、そのへんの、情報の集中に関しては、先生はどういうふうにとらえられていますか。

田中:定期的な、みんなで集まっての勉強会に加え、実践的に、プランをつくり、お互いに技法を高め会う機会の設定が鍵です。さらに、面白くするためには、先進的な人たちを全国から呼ぶ講演会も手ですよね。

藤原: 検診データ、レセプトデータ、カルテ、電子カルテの共有、そういったことまで想定しないと、なかなか難しいんじゃないかなあと、私は思っているのですけれども。それについては。

田中:できればそのほうがいい。急性期医療のカルテまで全部共有する必要はないのかもしれないけれども、在宅で過ごしている高齢者の方々のカルテ共有でしたら、べつに普通のパソコンで簡単にできますから、それは必要条件になるかもしれません。

尾道方式の、経済的に見ていいところは、尾 道の医師会の先生方一人ひとりが行っている資 本投下があまり高くない点です。よく片山先生 が「一馬力の医療」と言われます。いろいろなと ころで地域の在宅医療を支えるために、一つの医 療機関が周りに特養までつくって全部抱え込んで いくと、先ほどの堀先生ではないけれども、すご い資本コストが必要となっています。

それよりも、尾道のように連携していくと、一人ひとりの医師、個別の医療機関が行っている資本投下は、べつに大したことはなくてすみます。連携によって、少しずつの資本を集めると、無理な資本コストを負わずにできる方式です。そこのエッセンスが何であって、どの部分については比較的楽に共有できる、ここは頑張らないと共有できないと分ける研究を、いま科研費ベースで行っておりますので、その結果も広めたいと思っております。

加藤:いま話がすごくいいところに行ったのに、またちょっと戻すようなことで申し訳ないのですが、先ほど4年間入院した社会的入院の話をしました。後日談がありまして、退院できたのは、その方がベッドから落ちて大腿骨頸部骨折を起こし、手術が必要となったため、総合病院に移って、やっと退院できたという次第です。

それがどうなったかというと、手術を受け、その後、リハビリテーション病院に移り、そのあと療養型介護施設、それから特養ホーム、そういう流れに乗ったんです。4年間、乗れなかったのに、乗れたかというと、ある一つ医療機関完結型のチェーンの中に、その患者さんが入ったんです。ですから、そこを順繰りぐるぐる回って。

これは医療経済から見ても、医療費が、患者 さんのためには無駄遣いとまで言えませんけれど も、これがもし、在宅に戻れて、そういった地域



編集委員 川野豊一

編集委員 堀 哲二

の中で、尾道のような格好で、その方をキュアあるいはケア、医療と介護を実践できれば、やはり費用は、半分かどうかはわかりませんが、もっと安くなりますよね。

尾道方式は理想ですし、そうあるべきなんですけれども、医療機関完結型ができあがっている、そういう地域の実態があるんですね。これを、先生が提言されている地域の包括医療を現実的にしていこうと思っても、勉強会や飲み会、そういうことからスタートしてもなかなか難しい。地域の医療機関が全部ベッドを確保していますし、在宅にしても、居住者を全部確保していますから、われわれ一人の医療機関が、どういう形で地域ケアをやっていけるか限界を感じてしまいます。もし何かご提言があれば、教えていただきたいのですが。

田中:一つは、各医療機関が持っている機能を、病院は病院の中だけの評価ではなく、地域医療の体制の中でどういう機能を果たしているかを示す軸で評価するあり方が、検討されています。つまり、この医療機関の機能は抱え込み型である、逆に地域連携型だとわかるような指標づくりをして、地域の中で果たしている役割を明確にわかるようにする方向が模索されています。何年か先になるかわかりませんが、必ずそうなります。

もう一つは、そういった情報を標準化された形で広く公開し、住民にわかるようにする。それでも自己完結囲い込み型がいいと住民が思った場合には、国や自治体は強制はできませんが、自宅にいることのできるタイプの医療システム、医療の連携体制重視型を希望する人はそれを簡単に見つ



けられるようにする。こちらに入ると囲い込み型の中に入ってしまう。他方このネットワークにアクセスすれば、自宅もしくは自宅に近いところにいることが出来るなどの選択が見えるデータを示して、住民に選んでもらう姿が答えです。それ以上はできない。

特に、先ほど言った高齢者の医療や介護に対する知識水準が、これからずいぶん違ってきます。 介護保険をつくっていく過程での主たる特養入居 者像は85歳、身寄りのない貧しい女性であった。

ところが、いま 65 歳、70 歳の人たちでは、いま話したような情報を、半数の方はネットは使えないにしても、客観的判断をする力が強くなっている層が増えているため、情報を出す意味は大変大きくなってきます。ひたすら「ありがとうございます」と公のお世話になっておとなしくしているという世代ではなくなっていくことが確実です。

少子化への対応

渡木:私は、産科・小児科、そうした利益のあがらない端の科をしてるのですが、いまから少子化に対してどのような政策があると考えられますか。

田中:答えがあれば、既に実行しているのですが・・・。やはり日本の再分配が高齢者に偏りすぎてきた事実を社会は認識し、医療界の方々もそれは言うべきですね。ある時期は必要だったのですが、それは放棄された高齢者が褥創まみれで転がされていた時代があったためで、いま明らかにトータルな社会費用として見ると、年金、医療、介護を合わせて、高齢者のほうに配分過剰になっている。

勤労世代が放っておかれているわけではないので、だれのところへの給付が足りないかと言えば、子どもたちです。子どもにただ金を渡すという意味ではなく、子どもに費用が使われることによって、親が負担感を感じなくなり、子どもをつくれるかどうかにかかっている。

もう少し分析的に言うと、先生方もご存じだと 思いますが、少子化対策の根本は、実は結婚対策

です。日本では、結婚した子どもから生まれてい る子どもの数は、まだなんとかなっている。少子 化の主因は決定的に結婚率が下がり、結婚が後ろ に遅れていることの影響であって、結婚しても子 どもが少なくなっている率は、それほど大きくは ないです。確かにそれも下がってきてはいるけれ ども、決定的な理由は結婚率が大きく下がってい る点です。30歳で結婚している人は、いまどき 少なくなってきました。 昔は、「おまえ、30 になっ ても結婚しないのか」と部下に言っていたかもし れませんが、いまは違います。「30で、もう結婚 してるのか、偉いね」と褒めなくてはいけないく らい、30歳の結婚率が下がっているのです。

そうすると、初めて子どもを生むのが、30歳 台後半になると、一人しか生めなくなってしまう。 少子化対策は、実は結婚対策なのです。迂遠だけ れども、むしろそちらに力を入れるべきだ。

渡木: 医療政策的には、もう少子化に対応する打 つ手はなしということですね。

田中: それはもう、小児医療の無料化につきます ね。小児医療を、入院については、15歳までで もいいし、外来についてだったら、学齢期前まで は無料にするなど、医療側でとれる手だてでしょ うね。

増加する医療事故への対応

吉本: ちょっと話題が変わります。医療改革、あ るいは医療保険制度改革ということに取り組む場 合、やはり医療の質と安全の担保ということを忘 れてはいけない思います。

今日の先生の講演の中で、医療事故、これが過 重労働と関係があるということを指摘されておら れました。確かに、ベッド数に比べて医師の数、 看護師その他のスタッフの数は、日本では圧倒的 に少ないわけです。今まで、これでやってこれた のは、平均在院日数が長かったことが関係あるわ けです。それが短くなってきた。短くなると、当 然患者さんの検査あるいは治療が濃密になっく るので、看護師や医師が、かなり忙しくなるのは 間違いないわけです。勤務 医の過重労働が問題になっ てきたのも、平均在院日数 が短縮されてきたことと関 係あるわけですね。だから、 それを医療保険制度で是正 していく方向を目指さない といけないというのが一点 です。



山口県医師会常任理事 吉本正博

また、医療事故が増えた

のはそれだけでなく、医学の進歩により、検査も 手術も治療も難易度が高くなってきた。非常にリ スクを伴う、そのような検査や治療・手技が多く なったことが挙げられると思います。

さらに、高齢化に伴い高齢者の検査、高齢者の 手術が増えてきています。高齢者は、若年者に比 べると、手術、検査でリスクが大きくなるのは当 然です。そうすると、医療事故が増えてくること も間違いない。そのようなリスクが高い検査なり 手技なりをして事故が起こり、それが裁判になっ た場合、いまの裁判官は弱者救済という形で、リ スクが高くても医師有責という形で賠償を求めて くるというケースが増えているわけです。そうす ると今度は、医師をはじめとする医療界は自己防 衛という形で、そのようなリスクの高い検査、治 療を避けていくという方向に将来なっていく可能 性があり、そうすると質が担保できなくなってく

ですから、事故が増える、紛争が増える、賠償 額が増えるというところを、どこかで断ち切る必 要があるということで、そういったリスクが高い ために起こってきた医療事故に対しては、何らか の形で補償する制度を、国として確立していただ かないと、全てこれを医師賠償責任保険だけでカ バーすることは、おそらくこれからは難しくなっ てくるだろうと思います。先生はどのようにお考 えですか。

田中:いま言われた3つこそ、本当に日本の医療 の根幹の問題だと思います。研修医制度などは 一過性の話で、10年もたたずにおさまりますが、 現状ではそれら3つが一番問題だと思います。

急性期医療の医療費を上げることは急務です。



政府がとった手立ては、DPCの病院の収入が増えるようにしたことですね。この2、3年間、病院にとって最大の医療費増収策はDPC適用になることでした。急性期病院で、5%以上収入が増えた種別は、他にはありません。確かに、危機意識があるわけです。表立って医療費を増やせないので、DPC、という形で医療費をつけています。しかし、それでは足りないため、儲かるという意味ではなく、コストに見合う費用を出すために、急性期病院の一日あたりの医療費をもっと高くすべきです。

中医協のコスト調査分科会でも、DPC ごとの 病院コストをいま克明に集めているところです。 中間報告をこの間出しましたので、期待する3 割増ほどにはならないと思いますが、急性期医療 に費用をつける方向にあると思います。

それから2番目が、本当の意味の医療事故・ ミスについてです。統計を見れば看護師絡みの事 故が多く、急性期医療の質を高めるためには、看 護師の訓練度が問題です。諸外国では急性期病院 の看護師は、ほとんどが学卒ではなくて院卒に なってきていますが、日本はとてもそこまででは ない。現在の発達した医療技術の病院で働ける看 護師の訓練は急務だと思いますが、なかなか軋轢 があって難しい。

3番目が一番重要で、高齢者の方々がリスクの高い医療を受けるようになって起きる出来事は、これは医療事故ではないはずです。抗がん剤を使い、結果的に副作用が出たときと同じであり、積極的治療をした結果、お年寄りに悪い作用が出る結果は、医療事故ではなく、確率分布上、予想される話です。それを事故だと言われては困るので、対策として言えば、薬害の救済のように先生が言われるとおり基金をつくって救済をしていくのが

一つ。それから、医療事故と思われて訴訟を起こす人のために、普通の裁判制度とは別に、医療訴訟専門討議をする場をつくる。これはかなり現実性があって、今議論されています。

厚労省ではないですが、知的財産についても、普通の裁判と違うルートを政府はつくりました。本当のミス、患者さんを間違えたなど、そのようなことではなく、リスクの高い治療に積極的に挑んだ、危険度の高い効果の強い薬を使ったときにありうる副作用をいろいろ訴えられていたら医療はできません。ですから、救済制度をつくり、別ルートの訴訟制度をつくる。この二つは、積極的に医師会側からも推奨していくべきで、政府もそこは危機意識を持っているようです。私も賛成です。

司会: それでは、時間となりましたので、終わりたいと思います。最後に、藤原先生お願いします。

藤原:今日は、講演会に引き続き座談会と、長時間お話しいただきましてありがとうございました。田中先生のお考えを核として、われわれは日本の医療の将来像を垣間見た思いがします。医師会としまして、建設的な医療政策を提言するとともに、われわれはその実践者であるということを強く意識し、これから活動していきたいと思っております。今後ともご指導よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

<終了>

郡市医師会介護保険担当理事協議会

と き 平成17年9月22日(木) 午後3時~

ところ 山口県医師会館 6階会議室

[報告:理事 杉山 知行]

木下副会長挨拶

介護保険の施行について、各郡市医師会介護保 険担当理事の先生方にはご尽力ありがとうござい ます。来年4月から改正介護保険法が実施され るが、それに向けての準備に取り組んでいく必要 がある。またこの10月1日よりホテルコスト、 食費の自己負担化について対応していかねばなら ない。特にお金のことなので、制度が変わったこ とのお知らせをポスター等で、分かりやすく説明 し対応していくため、県医では日医を通して厚労 省に要請しているところである。日医の介護保険 担当の野中常任理事は常々介護保険がうまくいく かどうかは医師と医師会のやる気にかかっている と言っている。特に山口県は主治医とケアマネー ジャーとの連携が上手くいくようにすることが重 要課題となっており、ケアマネタイムアンケート を行い、主治医とケアマネの連携がとれるように 努力している所である。今日の議題にもそのこと があり、よい議論をお願いする。

協議事項

1. 中国四国医師会連合・介護保険研究会報告

会報 10 月号 (№ 1742) 掲載のため省略

ただしこれに関連して地域包括支援センターの 設置予定について、下関市では直営を主として当 初4つ、宇部市では直営で1つ、防府市では社 会福祉協議会へ委託して1つよりスタートする ことが報告された。

2. 介護保険改正について

山口県高齢保健福祉課介護保険室主査 田村 和久

介護保険制度については基本理念である、高齢者の「自立支援」、「尊厳の保持」を基本としつつ、制度の持続可能性を高めていくために、以下の改革に取り組む。

1 介護保険制度の改革

1. 予防重視型システムへの転換

〈平成 18 年 4 月施行〉

|(1) 新予防給付の創設|

					ш	/113 L				
大 島	郡	正木	純生	防	府	木村	正統	県介護支援専門員		
玖 珂	郡	川郷	忍	下	松	中島	洋二	連絡協議会		
熊毛	郡	藤田	潔	岩 国	市	藤本	治道	会 長	松永	俊夫
吉	南	田邉	完	小野田	市	藤田	純一	副 会 長	松井	康弘
厚 狭	郡	河村	芳高	光	市	丸岩	昌文	(柳井市)	岩神	亜希
美 袝	郡	東	光生	柳	井	弘田	直樹		浜田	美知子
阿武	郡	齋藤	瑛	長 門	市	川上	俊文		三上	悦子
豊浦	郡	青柳	俊平	美 袮	市	札場	博義			
下関	市	浅野	正也					県医師会		
宇部	市	田中	義人					副 会 長	木下	敬介
μГ	市	安藤慎	真太郎	県高齢保健福祉	課			常任理事	佐々え	木美典
萩	市	柳井	章孝	介護保健室 主		田村	和久	理事	弘山	直滋
徳	山	西村	敏郎			松谷	利浩		杉山	知行

- ○軽度者を対象とする新たな予防給付を創設する。
- ○マネジメントは市町村が責任主体となり、地域包括支援センター等において実施。
- ○新予防給付のサービス内容については
- ・既存サービスを評価・検証し、有効なものを メニューに位置づけ。
- ・運動器の機能向上や栄養改善など効果の明らかなサービスについては、市町村モデル事業の評価等を踏まえ、位置付けを決定。

(2) 地域支援事業の創設

- ○要支援、要介護になるおそれのある高齢者(高齢者人口の約5%程度)を対象とした効果的な介護予防事業を介護保険制度に位置づける。
- ○事業実施の責任主体は市町村とする。

2. 施設給付の見直し 〈平成 17 年 10 月施行〉 (1) 居住費用・食費の見直し

介護保険と年金給付の重複の是正、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、介護保険3施設の居住費用や食費について、保険給付の対象外とする。

ただし、低所得者については負担軽減を図る観点から新たな補足的給付を創設する。

通所系サービスの食費についても保険給付対象 外とする。

〔補足的給付の水準〕

それぞれの所得段階に応じ、「補足的給付の基準額」—「負担額上限」が補足的給付の額となる。

居住費用

食費

補足的給付の基準額	個 室 準個室 多床室	6.0 万円 5.0 万円 1.0 万円	4.2 万円		
負担上限額					
55x 1 511.17th	個室	2.5 万円			
第1段階 (生活保護受給者)	準個室	1.5 万円	1.0 万円		
(土伯林設文和石)	多床室	0.0 万円			
新第2段階	個室	2.5 万円			
(市町村民税世帯非課税か	準個室	1.5 万円	1.2 万円		
つ年金収入80万円以下等)	多床室	1.0 万円			
新第3段階	個 室	5.0 万円			
(市町村民税世帯非課税か	準個室	4.0 万円	2.0 万円		
つ新第2段階非該当者)	多床室	1.0 万円			

(2) 低所得者等に対する措置

①高額介護サービス費の見直し

保険料段階の「新第2段階」(年金収入が概ね基礎年金[=約80万円/年]以下など)については、現行の月額上限額を引下げ。

月額上限 2.5 万円 → 1.5 万円

②旧措置入所者の経過措置(平成17年3月末で期限切れ)の延長等。

介護保険法施行前に、措置(=行政処分)に より特別養護老人ホームに入所した者に対する 利用者負担の経過措置の延長等を行う。

③社会福祉法人により利用者負担の減免の運用改善。

3. 新たなサービス体系の確立

〈平成 18 年 4 月施行〉

(1) 地域密着型サービスの創設

身近な地域で、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供が可能となるよう、「地域密着型サービス」を創設する。

(地域密着型サービスの例)

小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、痴呆性高齢者グループホーム、痴呆性高齢者専用デイサービス、小規模介護老人福祉施設、小規模介護専用型特定施設

(2) 地域包括支援センターの創設

地域における総合的なマネジメントを担う中核機関として、i)総合的な相談窓口機能、ii)介護予防マネジメント、iii)包括的・継続的マネジメントの支援の機能を持つ「地域包括支援センター」を創設する。

(3) 医療と介護の連携強化

医療と介護の連携を強化する観点から、介護 予防における医療との連携、介護施設やグループ ホームにおける医療機能の強化を図る。

4. サービスの質の向上 〈平成 18 年 4 月施行〉

(1) 情報開示の標準化

○すべての介護サービス業者に事業所情報の開示を義務づける。

(2) 事業者規制の見直し

○指定の更新制の導入、指定に当たっての欠格 要件の見直し等。

(3) ケアマネジメントの見直し

- ①包括的・継続的マネジメントの強化(地域包括 支援センターの創設)
- ②ケアマネージャーの資質の向上(資格更新制の 導入等)
- ③独立性・中立性の確保(1人当たり標準担当件数の見直し等)

(4) 人材育成

- ○介護職員については、将来的には「介護福祉士」を基本とする。
- ○ホームヘルパー等の資質の向上のため、研修 の充実を図る。

5. 負担のあり方・制度運営の見直し

〈平成 18 年 4 月施行〉

(1) 第1号保険料の見直し

- ①設定方法の見直し
 - ・新第2段階(年金収入が概ね基礎年金以下など)の創設と保険料負担の軽減
- ②徴収方法の見直し
 - 特別徴収の対象となる年金を遺族年金、障害 年金に拡大。
 - ・普通徴収における生活保護からの代理納付、 収納の私人委託(コンビニ委託等)

(2) 市町村の保険者機能の強化

- ○都道府県知事の事業者指定に当たり市町村の 関与を強化する。
- ○市町村長の事業所への調査権限を強化する。

(3) 要介護認定の見直し

- ○委託調査の適正化(申請者の入所している施 設への委託の禁止等)
- ○代行申請の適正化(初回認定時の代行申請の 範囲の限定等)

|(4) 介護サービスの適正化・効率化|

○平成18年4月に予定されている介護報酬の 改定等において対応。

Ⅱ 介護サービス基盤のあり方の見直し

1. 地域介護・福祉空間整備等交付金の創設

〈平成 17 年 4 月施行〉

(1) 市町村整備交付金(市町村対象)

○市町村内の生活圏域を単位として、地域密着型サービス拠点、介護予防拠点等の整備を内

容として市町村が定める市町村整備計画が、 国が定める基本方針に照らして適当なとき は、市町村に対して交付金を交付する。

(対象となる事業)地域密着型サービス拠点、 介護予防拠点、地域包括支援センターなど

(2)施設環境改善交付金(都道府県対象)

○特別養護老人ホーム等の整備や既存施設の個室・ユニット化等を内容として都道府県が定める施設環境改善計画が、国が定める基本方針に照らして適当なときは、都道府県に対して交付金を交付する。

(対象となる事業)

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、ケアハウス (特定施設入所者生活介護の指定を受けるもの)、養護老人ホームなど

なお、新予防給付の開始等のため、新しい主治 医意見書案の提示もあった。骨格は以前と同じで あるが、移動、栄養・食生活の記入項目が新たに 設けられたり、発生の高い状態項目数が増えたり と、以前に比べより記入項目数が多くなっている。 またサービス計画へ利用されることへの同意の主 体が今まではなかったが、今回新たに主治医とし てとの文言が加えられている。

3. 次期保健医療計画の「医療と介護の連携(在宅医療と地域包括ケア)」について

上記について各郡市医師会の計画、実状、意見 等が記された資料が参考のため配布された。

4. 主治医とケアマネージャーとの連携について

県医(佐々木常任理事): 医療と介護の連携についてはケアマネとの連携が重要になってくる。 今回のケアマネタイムアンケートでたくさんの先生方から積極的に対応をしてもらえる回答が多くあり、ケアマネが喜ばれる資料になった。ケアマネと医師が上手な連携をとるにはどうしたらよいか協議していきたい。

木下副会長:山口県医師会では、介護保険はケアマネージメント、ケアカンファレンスにつきるのではないかと考えているが、現状はそこが一番弱い。どうしたら医師とケアマネが上

手く連携できるか、県の高齢者保健福祉推進会議で知己を得た介護支援専門員連絡協議会の松永会長と協力してやることとなった。ケアマネの方も医師と連携を取りながらよりよい介護をしたいと切望されている。それをうまくするには医師とケアマネが話のできる時間が必要である。他県との情報交換でケアマネタイムを作るとうまくいくのではないかとの話になり、山口県で取り入れてみることにした。県の高齢者保健福祉推進会議でも評価されている。

松永介護支援専門員連絡協議会長:ケアマネタイムを受け入れる医師と面会時間・方法の一覧表がこんなに早く出来て県医師会や先生方の熱意にまず驚いている。これがあればケアマネと医師の連携が進むのではないかと思う。ここで私たちの介護支援専門員連絡協議会の紹介もしておきたい。県の呼びかけで2001年1月にできた組織で、現在県内各地に18の協議会があり、1993名の会員を擁している。

県医:ここからは各郡市の現状を報告してもらい つつ自由討議とする。

山口市:医療・介護・福祉の3部門の医療機関・施設が一緒になって山口・吉南地域の協議会を作り、3部門のいずれかで問題が出れば連携し対応するシステムがある。連携を強めるために医師とケアマネの合同学習会を山口市と吉南の医師会が交互に受け持っている。それとは別に医師とケアマネの連絡協議会があり、一昨年と昨年は年5回開催した。個別の問題は協議会で、また11月には合同学習会を行う。合同学習会は5年目であるが年々医師の参加が減っている。

徳山:介護保険が始まる1年前から毎月第4木曜日に地域ケア研究会を行っており、ケアマネと医師で症例検討をしている。今回は介護予防のこともあり、大きい企画を行い、その後懇親会を予定している。医師の参加は多くはないが、やっているうちに参加する医師も

増えており、継続することが大切だ。在宅医療をしている医師や施設を持っている医師の方が積極的で、診療だけの方は参加が少ない。在宅診療で10人診るのは難しいが、一方ニーズはあるわけで、どう対応していくかが課題である。

宇部市:ケアマネとの協議会はこの2年行っていない。介護の現場の人と医師を交えた研修会を年1回、医師会と行政の共催で行っている。費用は予算がある方が出している。医師会に在宅医療委員会があるので、そのメンバーは研修会へほぼ参加されていて、各分科会で発言をお願いしている。

訪問診療をしている先生はアンケート調査に よれば $40 \sim 50$ 名 (会員数 $160 \sim 170$ 名中)。 内科だけでなく整形外科も訪問診療をしてい る。内科の要望で眼科、皮膚科もしている。

柳井:今年 11 月から始めようかとしているが、 これまでは何もなかった。行政は逃げ腰。

萩市: 勉強会は開いていない。これからの具体的な話も今の所ない。

県医: 萩は包括ケアシステムの確立に積極的な所なので、ぜひ地域の底上げのための研修会にも積極的に取り組んでいただきたい。

長門市:ケース会議を数回開いたことがあるが、 あまり医療・介護の連携の勉強はしていない。

松井介護支援専門員連絡協議会副会長: 防府では 医師から声がかかり、痴呆勉強会という形で 行政の担当者も参加して、医師とケアマネの 研修会を何度か開いた。懇親会付きの会であっ たので、そこでいろいろな話もでき、その後 の連携の一助になった。

岩神亜希氏(柳井市 ケアマネージャー):柳井 のケアマネ協議会で県全域を対象にケアカン ファレンスについて現在アンケートを実施し ている。どれくらい開いているか、どのよう な意識で取り組んでいるか、課題は何かなど を質問している。参考に尾道市医師会の事例 を 2 つ見せてもらったが、山口の新しいやり 方がないかも模索している。次の県医師会介 護保険対策委員会でそれらの結果を報告した い。

郡市医担当理事:ケアマネは非常に忙しいようです。書かねばならぬ書類が多い上に、医師の敷居が高い。それで仕事が形骸化しているのではないか。ケアプランを立てる時の相談もなく、立てたという報告もない。主治医とコミュニケーションを取っているのは何パーセントくらいなのか。

松永会長:県立大学の先生が取られたアンケート 調査によると、ケアカンファレンスが開かれ ているのは20~25%と低い状態である。来 年の4月以降ではカンファレンスがないとペ ナルテイーがついてくる。カンファレンスを 開かないと事が進まないんだということを会 員のケアマネに伝えることを課題にしている。

県医:実際ケアマネアンケートによればかなりの 先生が積極的に考えておられるので、ケアマ ネの方々が医師に会う機会が増えれば、医師 の方も学習会に出やすくなる。アンケートを 活かして訪問していただきたい。

郡市医師会においては担当理事の方がキーマンなのでぜひよろしくお願いしたい。

木下副会長:以前、尾道方式で有名な片山尾道市 医師会長と話をした時、「介護保険の成否のカ ギはケアカンファレンスにあり、医師と多職種の連携、とりわけケアマネとの連携が不可欠である」と言われていた。彼の考えの根幹は自分の患者やその家族が在宅医療を希望した時、いかにうまくケアしてあげられるかにある。医療の方は医療保険を利用して治療するが、生活支援は介護保険を利用して(自分の)患者が在宅で生活できるようにケアしてあげるのである。多職種の人たちがよい情報を持ち寄って患者のためにやるのが医師の本望であると考える。

また、ケアカンファレンスがなぜ大事かというと、それが介護における集団インフォームド・コンセントとなるからである。もし何か介護の現場で問題が起こった場合、ケアカンファレンスが開かれていないと不利な立場に立たされることが出てくるかもしれない。県医師会でも介護における集団的インフォームド・コンセントであるケアカンファレンスを充実させたいと考えている。

そういった意味で、本日の会議はとてもよかったと思う。今日をスタートにして充実したものにしていきたいと考えている。本日は大変ありがとうございました。



郡市医師会医療廢棄物担当理事協議会

とき 平成 17 年 9 月 15 日 (木) 午後 3 時~

ところ 山口県医師会館 6階会議室

[報告:常任理事 西村 公一]

藤原会長挨拶

医療廃棄物処理につきましては平素よりご協 力、ご配慮いただき厚くお礼申し上げる。廃棄物 処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアルもで き医療廃棄物については軌道に乗っているように みえるが、国は産業廃棄物の不法投棄等が深刻化 しているということで法の改正を行い、不法投棄 の罰則の強化やマニフェスト制度の徹底等取扱い をより厳しくしている現状である。しかしこの問 題は私どもとしては診療報酬にも反映されず、医 療機関に過度の負担が生じており納得のいかない ところである。また、医療現場では感染性廃棄物 の分類マニュアルがあるにもかかわらず、はっき りしない問題が絶えず出てきている。例えば昨年 この協議会で出た質問で、消化管内視鏡検査で排 出される胃洗浄液等の処理はこの場でも対応が困 難で中央に上げるというお約束をして、昨年11 月の都道府県会長会議で議題として提出した。こ のケースも結局はその最終判断を医師・医療機関 に振られるというような感じがして私どもとして

は割り切れない部分もある。県医師会は機会ある ごとに行政または日医に改善あるいは取扱いの明 確化等について要請を行っているところである。 日本医師会もこのような状況を鑑み、この7月 に専門家による「感染性廃棄物処理等に関する検 討委員会」を設置して「感染性廃棄物の安全処理」、 「在宅医療廃棄物の処理」等について検討し、今 年度中に検討結果を纏めることにしている。早期 の取り纏めと具体的な内容が出てくることを期待 しているところである。医療廃棄物の円滑な処理 について十分ご協議していただくようお願いして 挨拶とする。

【協議事項】

廃棄物処理法の改正について

- ・ 産業廃棄物管理票制度の強化等
- (1) 管理票制度違反に係る勧告に従わない者に ついての公表・命令措置の導入

違反行為に対する勧告に従わない場合は都 道府県知事がその旨を公表できる。

一出席者 -

玖 珂 郡	松井	達也	萩	市	玉木	英樹	県医師会			
熊毛郡	西川	恵子	徳	山	松崎	博之	会	長	藤原	淳
吉 南	田邉	完	防	府	石谷	直昌	専務理	事	三浦	修
厚 狭 郡	吉武	和夫	下	松	中山	実	常任理	事	西村	公一
美 袮 郡	時澤	史郎	岩	国市	榎本	正満	理	事	正木	康史
阿武郡	齋藤	瑛	小里	部田市	吉中	博志			田中	豊秋
豊浦郡	重本	歴	光	市	兼清	照久				
下関市	浅野	正也	柳	井	小林	修				
宇部市	柴山	義信	長	門市	友近	康明				
山口市	斎藤	永	美	袮 市	中元	克巳				

(2) 産業廃棄物の運搬又は処分を受託した者に対する管理票保存の義務付け

管理票又はその写しを保存する義務を課す とともに、義務に違反した場合は罰則及び原 状回復等の措置命令の対象に追加する。

(3) 管理票の義務違反に係る罪の法定刑の引上 げ

管理票に係る違反行為に対する罰則を強化 (50万円以下の罰金→6月以下の懲役又は50 万円以下の罰金)

(4) 産業廃棄物の処理を受託した者が処理を終了せずに管理票の写しを送付する行為(不正行為)等についての規制の明確化

中間処理業者からのマニフェストは感染性 廃棄物の場合 60 日以内、一般廃棄物の場合 90 日以内に返却されなかったら都道府県知事 に速やかに届ける。

(5) 産業廃棄物を運搬する車両の表示及び書類 (産業廃棄物管理票、許可証の写し)を常時携 帯しなければならない。

【質問・要望等について】

- ① 点滴後の輸液ボトルは、廃プラスチックの 分別で処理して可能か。また、輸液点滴セット(バックを除く)の血液等が付着している 針・ボトル側の針を分離した場合、中間のビニールチューブは廃プラスチックにて処理可 能か。 《下関市》
- 回答:感染症法の四類及び五類感染症の治療、 検査等に使用された後、排出された輸液点 滴セットは、感染性廃棄物に該当する。な お、それ以外の輸液点滴セットの輸液ボト ルは廃プラスチック類、中間のビニール チューブは感染性廃棄物の扱いとなる。エ アー針については血液が付着していなくて も鋭利なものなので感染性廃棄物として処 理する。
- ② 不要となった水銀・血圧計の処分について (薬問屋より購入しているが、引き取ってもら えない) 《山口市》

- 回答:水銀血圧計の本体は一般廃棄物として処分できるが、水銀については水銀専門の回収処理業者に委託する必要がある。ちなみに水銀専門の回収業者として、野村興産(03-5695-2532)などがある。
- ③ 前回も質問したが、釈然としないので、改めて確認させていただく。

医療機関は所定の産業廃棄物管理票(マニフェスト)A票を県指定の処理業者に交付して廃棄物処理を委託し、指定業者は合法的な処理をした上で、産業廃棄物管理票(マニフェストB2票D票E票)を医療機関に交付して一連の業務が完了する。つまり医療機関は産業廃棄物管理票3枚の確保によって、実質的に法的義務を履行したことになると理解している。

ところが昨年の産業廃棄物処理講習会で、 県の担当課長は「排出者は委託した業者が不 法投棄等の違法行為をした場合にも責任を負 わねばならない」と強調された。

受託者が委託者に所定の管理票を交付しない場合等は論外であるが、受託者が違法処理をしておきながら、合法的処理をしたと虚偽記載した管理票を委託者に交付した場合にまで、委託者が責任を負うべきだとする論法は、明らかに信義則を否定し、社会通念を逸脱するだけでなく、公序良俗にも反するものと言わなければならない。

結局、行政は処理業者の指定に責任を持ち、職能的に業者の業務実態を把握管理し、排出者は行政の指定業者に関する情報を十分検討吟味して業者を選定するとともに、絶えず業者の業務運営に関心を払うこととすべきだ。 《宇部市》

回答:山口県では、産業廃棄物処理業者の許可をする場合は許可基準(技術的、人的、財務基盤等の要件)に適合することを確認した上で許可をする。また、許可後は不適正な処理が行われていないか定期的に処理業者の監視をしているが、このような状況においても依然、一部業者による不適正処理

があり行政処分(改善命令、措置命令、許可の取消等)を行っている。

排出事業者は適正に処理委託していれば、通常、排出事業者に責任が及ぶことはない。 2001 年 4 月の法改正により、委託基準やマニフェストに係る義務違反がない場合であっても、不適正処理を行った者(受託者)のみでは資力等の事情からみて措置命令の履行が望めず、さらに排出事業者が処理に対し適正な処理費用の負担をしていないとき、不適正処分が行われていることを知り、又は知ることができた時等排出事業者の責務に照らしてその不適正処理について原状回復等の措置をとらせることが適当であると認められる事由がある場合には排出事業者に措置命令を行うことができることされている。

④ 感染性廃棄物の最終処理方法として焼却と溶融のどちらの方法がベターなのか。溶融処理の場合、処理過程に機械的トラブルが多いとの印象もあるが。 《岩国市》

回答: 感染性廃棄物を処分できる許可を有していれば、焼却・溶融どちらでも処分できる。 どちらがベターとは一概には言えないが、 溶融の場合焼却灰は発生せず、ダイオキシンの発生も少ないとされている。

⑤ 在宅で患者さんが利用後に出される医療廃棄物について

これは最終ユーザーである患者さん(地域住民)が出されるものであり、その処理は自治体が責任を持つもので、少なくても医療機関に廃棄処理費用を負担させるのはおかしいのではないか。今の状態を拡大解釈すると家庭でのおむつまでも医療機関でということになると恐れもある。 《厚狭郡》

今回の改訂は家庭で使用した医療廃棄物は 注射器、針等も市町村で処理するように指示 されているが、医師会としての対応はどうし たものか。 《岩国市》 回答:法的には家庭で排出されるものは一般廃棄物とされ、感染性か否かを区別することなく家庭ゴミと出してもよい。ただし注射針や点滴セット等明らかに感染性の危険のあるものは医療機関の社会的責任において回収処分していただきたいというのが医師会の考えである。

⑥ 大型プラスチックの消毒容器の取扱い 《山口市》

回答:中身をよく洗浄して廃プラスチックとして廃棄していただきたい。

⑦ 家庭で出る使用済みの吸入ステロイド薬・ エアゾル等の容器の取扱いについて《山口市》

回答:家庭で出るスプレー缶と同じように廃棄してよい。

⑧ 医師会でまとめて契約して廃棄物処分手数料をディスカウント(団体割引)をすることはできないか。

回答: 処分手数料の団体割引については、一診療所当たりの年間処理額が低額である一方、対象業者が多いことから慎重に検討する必要があると考えるている。各県の取組状況等把握しながら今後検討していきたい。

【県医師会から】

医療廃棄物適正処理講習会を年1回開催していたが、今年度は大きな法改正がないため産業廃棄物の研修会を産業医の実地研修と兼ねて11月17日、共英製鋼㈱で開催する。現場を見学して廃棄物の処理方法等を学習していただきたい。

【まとめ】

感染性廃棄物の判断フロー(山口県医師会報平成16年11月1日No1727 P.787に掲載)にわかりやすく書いてある。形状、排出場所、感染症の種類でそれぞれ該当するのかどうかを考えて

いただき YES あるいは NO で判断していただきたい。おむつについては特定の感染症にかかるものに限るとあるので、通常の紙おむつは感染性として取扱う必要はない。血液が付着していなくても鋭利なものは、患者に使用してなくても感染性廃棄物と同等の扱いとする。感染性・非感染性のいずれかの判断は通常はこのフローで可能であるが、このフローで判断できないものは、医師等により感染性の恐れがあると判断される場合は感染性廃棄物とする。どうしてもグレイゾーンが出てくるのでその辺は医師の判断で決めていただきたい。

排出場所の中で感染性病棟、結核病床、手術室、緊急外来室、集中治療室及び検査室において治療、検査等に使用された後、排出されたもの、内視鏡の検査で吸引された廃液が全部感染性となるかという問題もこのフローからすれば感染性廃棄物としなくてはいけない場合もあるが、あくまでも現状に則して判断していただきたい。

内視鏡検査時の吸引液について、日医の回答は胃の洗浄液は胃液が入っているが生理食塩水と同様と考える。これを広く体液ととらえると感染性であるが、感染の危険性は極めて少なく医師の判断で非感染性としてよい。医師が感染性と判断した場合には、それなりの処置をして次亜塩素酸ソーダ等による滅菌処理をしていただきたい。

検査室の便・尿の取扱いについて、血液が付着していれば感染性廃棄物として取扱うが現実問題として排泄物そのものは便器等で処理をする。感染性のものであれば滅菌処理した上で便器処理を行うが、これもあくまでも医師の判断による。しかし感染性か否かの判断を一つ一つおこなって

みると現場では迷うことが多いが、これを医師・ 医療機関に振られているのが現状である。特に 今回の改訂マニュアルを見て、行政は現場をよく 知っているのであろうかと改めて感じる。今日出 された疑問は中央に上げてさらなる改善を求めて いきたい。現在日医を中心として専門会議を開い ているので今年中には結論が出ると思う。

県下唯一の医書出版協会特約店

医紫癜 井上書店

〒93 新年 宇部 (北小市2、日5 1年日末後39年間) TH: 48 曜 (24) 2424 - 9 カン 3822 (24) 2230 『モンスト・ンドレス』 http://www.mm-immeten.iv/mb. 紹刊の収覧・中華の主動議論を工利用下さい。



(登録無料·翁鹿敢守)

後継体制は万全ですか?

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









第2回広域予防接種運営協議会・関係者合同協議会

とき 平成17年9月15日(木) 午後3時~

山口県総合保健会館 第一研修室 ところ

[報告:常任理事 濱本 史明]

木下副会長挨拶

山口県の予防接種広域化は平成13年の10月 に具体的な話が出てきまして、14年度の山口県 医師会の最重要点事業として取り組んできまし た。平成14年度は広域化推進協議会を立ち上げ、 山口県各市町村長の合意とご協力を得て進めてき ました。

山口県では、何回か会議を開き平成15年度か ら予防接種広域化が実施されました。目的は予防 接種を受けられる方の安全性と利便性です。この 2年間で運営協議会と名称を変更して年3回開催 しており、各市町村の担当者の方に集まっていた だき、医師会と情報や意見を交換しながらよいも のにしようとしています。会議を重ねてよりよい 広域予防接種にしていきたいと思います。また、 子供たちのためにも一生懸命取り組んでいきたい と思っております。

協議事項

1. 今年度の広域におけるインフルエンザ予防接 種期間について

協議の結果、以下の事項が決定した。

県医師会の予定としては平成17年11月1日 から平成18年度2月28日となっているが、和 木町、由宇町、本郷村、阿東町などは接種締め切 りが1月31日と12月28日になっている。県 の2月28日に横並びにはならないだろうかとの 意見に対して、各市町村のそれぞれの理由があり、 徳佐町以外は接種期間を設定したいということで あった。

県医:各市町村の接種期間は各郡市医師会に通 達するので、もし接種期間以外での希望があ る時は必ず該当する市町村にご確認いただきた い

———— 出席者									
					/113 III				
大島郡	嶋元	徹	徳	山	谷村	聡	県健康増進課		
玖 珂 郡	川田	礼治	防	府	蔵重	秀樹	課長	名越	究
熊毛郡	片山	和信	下	松	山本	薫	主任技師	宮下	洋一
吉 南	利重	恭三	小	野田市	砂川	功			
厚 狭 郡	溝部	源之	光	市	平岡	博			
美 袮 郡	吉崎	美樹	柳	井	近藤	穂積	県医師会		
阿 武 郡	藤原	弘	長	門市	梶山	公則	副 会 長	木下	敬介
豊浦郡	木本	和之	美	袮 市	横山	幸代	常任理事	濱本	史明
下関市	末永	眞次					理事	杉山	知行
宇部市	木畑	和正						田中	豊秋
山口市	太田	貴久							
萩市	岩谷								

2. 広域におけるインフルエンザ予診票(案)について

インフルエンザの予診票の変更について協議した結果、以下の決定となった。

今までの予診票と比較して、自己負担金と予診のみの料金が違うところがある。完全な統一化にはなっていないのでご確認いただきたい。自己負担額が1,000円と1,050円の2通りあるので、ご注意いただきたい。下関市、宇部市は、県内統一様式に合わせてもらってよいが、両市の場合には印刷の1,050円を斜線で消して1,000円と記載していただきたい。

宇部市: 医師署名のところはゴム印ではなく、接種医のサインでお願いしている。署名のところをゴム印で押し朱肉で印鑑ということもある。必ず接種医の署名が必要で、毎年署名がないところは返却されるため、必ずその欄は接種医の署名だけにしていただきたい。

防府市から、トラブルがあったときのことを考え連絡先は電話番号の記載もお願いしたいとの意見があり、記載をお願いすることになった。

予診票に喘息に関しての記載があったほうがよいという意見があった。呼吸器と大きく捉えたほうがいわゆる「疾患」のチェックになるという意見があり、「心臓病」「腎臓病」・・・の欄に、「呼吸器疾患」「心臓疾患」「腎臓疾患」・・・と記載することに決定した。

ワクチンロット番号の記載欄にはメーカー名と ロット番号を必ず記載していただきたい。

65 歳以上の高齢者のインフルエンザは 0.5cc なので予め印刷しておいてはどうか、という意見があり、0.5cc と印刷し、それより少ない場合は斜線を引いて消し、手書きで摂取量を書いてもらうことに決定した。

市町村から、徴収金額を印刷してあるのならば 年度も記入していただきたい。これから先も予診 票自体も変更の可能性があるので、年度を印刷し てあると何年度の徴収金だとすぐ分かる。

理事: 平成 15 年度に始まったときのわれわれの 申し送りで、ともかく今残っている問診票を先 に使う。そして新しいものに順次変えていくということだったので、もしこれが余ったら平成18年度も使用できるということをご了解願いたい。

理事:予診票は各市町村のところに名前を入れる場合も多いので、各市町村が個別に決めていただいて、これは県内統一様式ですということで考えておけばよいのではないか。

県医:印刷されるのは市町村であるが、県内統 一様式ということで今日伺ったことを記載する

3. 広域における MR 接種(平成 18 年 4 月 1 日) について

平成18年4月1日から麻しん・風しんの混合ワクチンが開始される。市町村から保護者に3月末までに麻しん・風しんの単独接種を積極的に受けてくださいと勧めている。小児科医会も1歳になったらすぐに受けるよう勧めている。3月生まれの人は麻しんのみ接種しても風しんは救済措置で接種できる。例えば、9月生まれの人が9月、10月で麻しん・風しんを接種した場合、就学前の2期の混合ワクチンが受けられない。医師として来年4月から2回接種制度が始まるが、4月までに1歳になる子どもに単独接種をせずに混合ワクチン2回接種制のことを説明すべきか。

理事:県小児科医会の立場では1歳の誕生日が来たら「麻しんワクチンを受けよう」というキャッチフレーズで進め、麻しん撲滅運動を行ってきた。現在は1歳半で85%の接種率になっている。法の改正で9月の段階では風しんが接種できる余裕があるので、1歳になったら麻しんワクチンを早く受けて、平成18年3月31日までに風しんを終わらせるよう努力するのが基本である。ただ3月に1歳になった子どもが単独で麻しんを受けてしまうと第2期の対象にならないので、3月に1歳になった子どもには弾力的に考え「4月まで待って麻しん、風しんの混合ワクチンを打ったほうがよい」と指導したほうがよいのではないか。問題にしたいのは今の時点で行政からハガキでもよ

いので、早く麻しんワクチンを受けるように指導していただきたい。平成 18 年 4 月 1 日を過ぎると麻しんだけ、風しんだけのワクチンは予防接種法から外れてしまい、予防接種法の適用にはならない。そこで 3 月までに麻しんワクチンを受け、4 月 1 日以降風しんワクチンのできていない子供たちを対象に、行政の特例措置によって公費で風しんの予防接種ができる制度をできるだけとってほしいと、8 月に厚生労働省から通達されている。

山口県としては平成18年4月1日から1年間、風しんに関しては公費で受けられるという特例措置を作っていただきたい。厚生労働省の文書から、平成18年4月1日から1年間、風しんは公費によって無料で受けることができるが、その子たちは就学前の2期の対象にならない。少なくともそうした子どもたちが不利益にならないように山口県として特例措置を設けていただきたい。

予防接種法に外れているので不幸にして予防接種に関する医療事故の補償について言えば、薬害に対する補償は適用されるが金額がかなり違う。厚生労働省の指導では予防接種の特例措置を設けた場合は損害賠償保険の中に、予防接種被害に対する保険制度が設けられている。それに市町村が加入すると風しんワクチンで死亡事故等が起こった場合、予防接種法に基づかない症例であっても同等の補償額が受けられる。市町村で予防接種の賠償保険にぜひ入っていただきたい。

県医:1歳になったらすぐに麻しん・風しんワクチンの接種をそれぞれ受けるように、ただ2月~3月生まれの子どもは4月まで待って、麻しん・風しんの混合ワクチンを受けるように、かかりつけ医は勧めていったほうがよい。また、麻しんは平成18年3月31日までに終わっていて風しんが済んでいない子どもの場合、平成18年4月1日から一年間任意接種となるが、費用を行政が出してほしいと厚生労働省は希望している。風しんの予防接種事故が起こった場合、薬害の補償の適用にはなるが、市町村で予防接種の保険にも入ってほしいということであ

る。ただ任意接種となると行政が費用を出すことを認めてくれるかどうかということになる。

市町村:法律で決まっている期間以外での予防接種は MR と BCG の話である。行政が認めて公的に費用を出すということになれば、他の予防接種についてもいろいろな事情で期間内にできない人がたくさんいる。2つの予防接種だけ公費で受けられるようにしてしまうと、なぜ他の予防接種は公費で受けられないのかということになるのではないか。法律で決まっている期間は公的負担にしたいと周南市は考えている。厚生労働省に申し上げたいのはそういうことを市町村の裁量にお願いするというやり方ではなく、暫定期間ということできちんとした法律に期間限定で入れていただければ、私たちはまったく公費を払わないという考えはもっていない。市町村に任せるという無責任な方法で文書を出すのは卑怯ではないか。

理事: 現場で子どもたちの健康を考えて市町村が必要と思えばこれをやるのが当然で、国が法律で示してくれればやりやすいが、市町村が必要だと考えれば国の法律がなくても行政は行うべきだ。

理事:基本的には賛成だが、行政で暫定期間ができ、もし健康被害が起きて薬害として取り上げる時はかなり証拠がいる。今までの予防接種の健康被害はグレーゾーンを拾いあげてくれているが、その辺も県医師会が対応してくれる条件も決めないといけない。

理事:宇部市は今のところ行政で4月1日より 風しん単独でも公費でみてくれることになって いる。広域の予防接種の立場でいうと他の市町 村も行っていただきたい。

宇部市: 今月末から宇部市内小児科医の先生との協議によって案を出し、採択を経て実施へと動きだしている。現在の段階では3月末ぎりぎりの子どもへは、麻しん・風しんワクチンの未接種者に関しては、積極的に受けるように勧奨ハガキを出し、4月1日以降1歳を迎えた

子どもには法律が変わることを周知するように 予定している。麻しん・風しんの単独接種につ いては4月1日以降の1年間は公費負担にす る状況である。法律に基づいた保険のみに加入 していないため、他の保険に入る予定である。

理事:健康被害を受けた人への補償で、行政負担を軽くしようと思えば保険には加入しておくべきだ。宇部市はよい制度を取り入れているが、広域化していかないとその価値は半減してしまう。この協議会で方向性を決めたほうがよい。BCG も医学的に6か月を過ぎて1歳までにできなかった子どもは、それを過ぎても接種してほしいと厚生労働省は通達している。BCGは風しんも同時に協議するべきで、厚生労働省もBCGも暫定で接種してほしいといっている。全市町村揃わないと広域化にならない。

市町村の意見

下関市:宇部市の経過措置の件、保険の型を変 えることに関して前向きに考えている。

山口市: 救済措置を考えているが協議中である。 救済措置をとれるようにしていきたい。

萩市:個人的には議論しているような方向にもっていきたい。

駿品添付文務を許多照ください。

周南市:考えていない。

錦町:合併になるのでその後、合併市町村との 話し合いになる。

以上のように各市町でも意見の相違があった。

県医:今日、この場で決定権をもっていない行政担当者だけで決定するのは難しい。県医師会の予防接種運営協議会が決定し、各自治体にお願いするという決議と、県の健康増進課で各市町村を指導していただきたいという決議でよいのではないか。よろしくお願いしたい。

その他、MR の接種料金の設定の問題も出て くるので、おそらく製薬会社もワクチンの料金 を決めてくる。行政の予算が11月末までに決 まるので、そのときは接種料金の案を作成しご 意見をお伺いしたいと考えている。ぜひその時 もよろしくお願いしたい。





昨年より始まった新医師臨床研修制度では研修を指導する指導医についても、指導を行う為に必要な経験及び能力を有している者でなければならないと規定されている。また、2年目の必修科目に地域医療研修が含まれている。そのために、勤務医に限らず多くの開業医にも研修医への直接指導が求められるようになってきた。それを受けて、日本医師会では平成15年より「指導医のための教育ワークショップ」を開催してきた。山口県医師会館を使用して「第2回指導医のための教育ワークショップ」を開催した。

今回のワークショップも昨年に引き続き厚生 労働省の「医師の臨床研修に係わる指導医講習会 の開催指針」に準拠して開催された。講習会実施 にあたっては講習会主催責任者(ディレクター)、 講習会企画責任者(チーフタスクフォース)、講 習会世話人(タスクフォース)がおかれている。 講習会は本来は2泊3日のところを1泊2日で



櫻井 勇先生

行った。そのため、16 時間以上にわたる講習会の内容が非常にタイトな時間割となっている。講習会の内容はワークショップ(参加者主体の体験型研修)形式で、グループで討議しその

内容を全体に発表し、さらに討論する。その他、 プログラムの進め方から報告書の作成に至るまで 細かく定められている。終了時には修了証書が交 付される。

教育ワークショップの概要

今回のワークショップのテーマは前回と同じく「カリキュラムプランニング」とし、チーフタスクフォースとして櫻井勇先生(日本医師会生涯教育推進委員会委員長、日本大学名誉教授)をお迎えし、タスクフォースとして福本陽平先生(山口大学医学部附属病院総合診療部教授)、田中丈夫先生(国立病院機構呉医療センター診療部長)、湧田幸雄先生(山口県医師会理事)にお願いした。今回は前回よりやや少ない19名の参加で、4グループ(5名と4名)に分けてワークショップを行った。このワークショップの間は、先輩・後輩や地位に関係なく自由に発言するために「さん」づけでお互いを呼びあう。

グループワークの内容と方 注

グループワークのテーマは、GW1:臨床研修の問題点、GW2:学習目標、GW3:学習方略、GW4:教育評価、GW5:臨床研



田中丈夫先生



福本陽平先生

修の問題点への対応であった。 各グループワークはすべての ことが分単位で決められた時 間割に沿って行われる。作業 結果はすべて大きな白紙に記 載・提示し、全体討議の時に 前に張り出し、全員が確認で きるようにする。

各グループワークの始めにタスクフォースか ら、その回のテーマに即した全体講義が行われ、 テーマと作業時間が与えられる。各グループは与 えられた部屋に移動し、テーマについて全員が参 加して討議し、白紙にその結果を書き込んでい く(30分~2時間)。定刻になると全員が集合 し 20~40 分全体討議を行う。各グループは作 業結果を提示・説明しタスクフォースを含めて全 員で討議し、最後にタスクフォースが指導しまと める。しかしこの時のまとめは最終結果ではなく、 その後のワークショップでの討論や結果によって 変更されていく。そして最後に一つのまとまった 成果が得られるようになっている。このような指 導内容はわれわれが慣れ親しんできた、聞くこと で知識を得る講義形式ではなく、参加者が自ら発 言し、他人の主張を聞き、グループ内で討議する ことで一つの結論を得て問題を解決していく方法 である。そのために、普段ほとんど使わない脳細 胞をフル活動させなければならなく、非常にハー ドな方法である。

今年は各グループの人数が少なかったためか、 参加された先生方が優秀であったためか、昨年の ワークショップについて勉強されてきた先生方が 多かったためか、各グループ共に順調に作業が進 みタスクフォースの先生方もこのように順調 に作業が進むのは初めてだと驚かれていた。

このようなワークショップを続けていると 疲労の蓄積から飽きが来てしまう。そこで一 工夫がしてある。第1日目のナイトセッショ ンで、まず研修医が困って指導医のもとに相 談に来た状況がビデオで示される。その後指 導医のあり方をテーマとして参加者にロール プレイ形式で、研修医、よい指導医、悪い指 導医を演じてもらう。それをもとによい指導 医とは何かとの討論がなされた。これを第三 者の立場で見ることはわれわれの日頃の診療態度 の反省となった。

第1日目の終了後、宿舎で全員参加して短時間ではあったが交流会が行われ、お互いの親睦を深めることができた。

2日目の最後には、各グループ共に筋の通ったきれいなカリキュラムプランが完成した。もっとも、1日目に提示した用紙は数回の書き直しが行われて判読不能となり書き直したグループもあったが、これは盛んに討論した結果を表しているものである。

総括として櫻井先生から「医師会における医学教育の役割」と題して講義があった。これは現在の医師免許更新に対する医師会の立場を理解する上で示唆に富むお話であった。参加された先生方の意識の中にしっかりと植え込まれたと思われる。また、参加した先生方からは、第1日目はこのワークショップが実際に役立つのか解らない、教育用語に慣れていない、今までに使ったことのない脳を使って疲れた等の意見がみられたが、講習終了時には、今後の研修医を指導するのに役立つ、他の問題にも応用できそうだとの意見がよせられた。参加者にとって今回のワークショップが実り多いものであったと確信された。

最後に藤原会長の挨拶があり参加者に終了証が 授与され、記念撮影を行った。

今回のワークショップが無事終了できたのは、 ひとえに休日返上で協力してくれた県医師会事務 局の皆様のご尽力によるものである。此処に感謝 の意を申し上げる。



「第2回指導医のための教育ワークショップ」に参加して

[厚生連小郡第一総合病院外科 小佐々博明]

昨年2月、小郡第一総合病院外科に赴任して 以来この1年半の間、日常業務の他に消化器外 科学会専門医、検診マンモグラフィ読影認定医と、 今まで取得していなかった資格の試験を続けて受 けておりました。そんな最中のある日、上司から 「指導医のための教育ワークショップに行ってこ い。」と言われました。「ワークショップって、いっ たい何?学会総会でのワークショップなら分かる けど…」という具合で、まだ自分自身が上司に指 導を仰ぐ身でもあり、現在の医療を取り巻く情勢 があまり分かっていない状況での参加でした。

何はともあれ、日常業務を消化している内にす ぐ、ワークショップの日がやってきました。何を やればいいのかまったく分からないまま会場、県 総合保健会館のエレベーターに乗っていました。 着いた先の会場ではまず、輪状に配された席に座 り、自己紹介ならぬ、隣人についての他己紹介で 始まりました。各々が医者ですが、先生とは呼ば ずに、「さん」付けで称することで、参加者同士 の親近感、コミュニケーションがとれるようにな るものでした。

そして5人程度のグループに分かれ、グルー プとしての作業が始まりました。まず「臨床研修 の問題点」を列挙し、似通った項目を群分けする 作業を行いました。このテーマはワークショップ



の作業の最後に再び復活するものとして、一段落 となりました。

次の段階として、本題の医療教育の、いわゆる 卒後臨床研修生に対する「カリキュラム」の作成 に入っていきました。つまりワークショップとは 作業場、工作場の事で、「メンバー全員が参加し、 作品(つまりこの場合はカリキュラム)を生産す る | ということなのです。カリキュラムもいくつ かの項目(ユニット)に分けられており、各グルー プはそれを一つ選択するわけですが、たまたま所 属したグループの中でその選択役に当てられた私 は「医療安全管理」を選びました。その個人的な 理由としては、以前勤めていた病院で医療事故防 止対策委員長を仰せつかった経緯から、何となく やりやすそうなテーマだと思ったからですが、さ てさてグループの皆さんはどう受け止めていただ けたか・・・。

カリキュラムの要素は目標・方略・評価からな ります。まず目標とすべき項目(この場合は医療 安全管理における)を提案・列挙し、参加者全員 の前でグループとして発表・討論し、修正してい きます。次に目標を達成するための方略、さらに 目標が達成されたかを評価する項目についても同 様の過程をこなしていきました。これは、2日目 の昼まで続く作業でしたが、各過程で模造紙に項 目を書いていく、発表する、報告書を書くという 役目を、グループのメンバーが順送りに担当して いく中で、メンバー間のコミュニケーションがと れていき、作業の効率も上昇していきました。日 常、一人で種々の計画書を作ることもありますが、 グループで同じ目標に向かって行うほうが効率的 であることを体感でき、これまでにない体験をさ せていただけたと思います。

初日の夜に「指導医のあり方」というセッショ ンもありました。いわゆる「悪い指導医」のビデ オを見た後で、「よい指導医なら」と「もっと悪 い指導医なら」の2つのケースをグループ単位 で実演し、指導医の役割を習得していくものでし た。私たちのグループは「もっと悪い指導医なら」 のケースを選びました。「悪い指導医」をさらに いけなくするのは意外に難しいもので、指導医の 話し言葉を簡略・雑にしたり、荒くしたりするこ とに終始したのですが、私が実演した際に思わず 吹き出し笑いをしてしまいました。

2日目、カリキュラムの作成が終了した後は、 最後に「臨床研修の問題点に対する対策」を列挙 し、それを難易度と重要度の2方向に分布させ 検討し、実現可能なものから行うとした二次元展 開怯(KI法)を学びました。と同時に、今それ ぞれの病院に戻って、まず何をするべきかを意識 づけられたと思います。

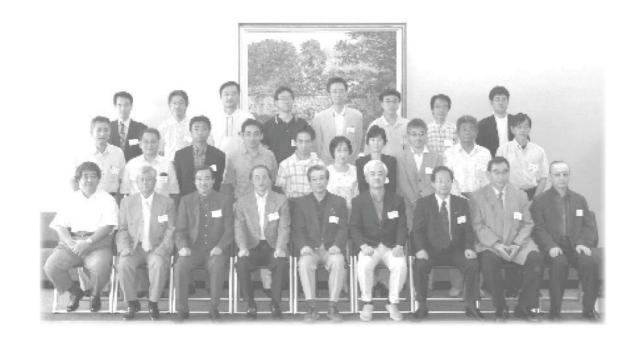
簡単ですが、以上がこの2日間に体験したワー クショップの概要です。スケジュールとしては 16時間以上、初日は21時過ぎにまで及ぶかな りタイトでハードなものでした。短期間で多くの ことを学んだため、自己の中で消化不良な部分も あると思いますし、学んだことを職場に戻ってど う活かしていけばいいのかが今後のテーマだと思 います。ひとつ思うことは、指導医というものは 1施設に一人いれば十分というものではないとい うことです。グループで作業して体験したことか



ら、指導医は一人ですべての研修医教育ができる というものではなく、プログラム責任者とコミュ ニケーションをとりながら、未修了者を出さない ように、複数の指導医がグループで、必須項目を 含め、実行可能な行動目標からなるカリキュラム を作成し、実践していく必要があると思います。

そのためには、今後、多くの先生方に、だれ もが指導医たらんとの気概を持って、 本ワーク ショップに参加していただくことができればと願 います。

ワークショップの期間中、県医師会、タスク フォースの諸先生方の熱意がとても強く伝わって きました。その熱意のおかげで本ワークショップ が近い将来、後進の指導に携わる上で、私の中で 非常に有意義なものになったと思います。ありが とうございました。



第94回山口県医師会生涯研修セミナー

と き 平成17年9月25日(日) 午前10時~午後3時

ところ 山口県総合保健会館 2F 多目的ホール

ミニレクチャーI

役立つシリーズ5「咳の臨床ー持続する咳嗽に、どう対処するかー」

済生会山口総合病院内科 部長 原口 正彦

[印象記:専務理事 三浦 修]

たくさんのスライドを使いながらも、短い時間 にわかりやすく「咳の臨床」のポイントを示して いただいた。

まず、咳の鑑別として、痰の有無、経過が急性 (持続が3週間以内)か亜急性か慢性(8週間以上) かで大きく区別し、さらに胸部 X 線異常の有無 で鑑別をする。胸部 X 線で異常所見のある湿性 咳嗽の代表は、慢性閉塞性肺疾患(COPD)であ り、胸部 X 線が正常の乾性咳嗽には、気管支喘息、 喘息類似疾患、胃食道逆流症、ACE 阻害薬の副 作用などがある。

気管支喘息は、気管の慢性炎症性疾患であり、 繰り返す喘鳴、息切れ、胸部圧迫感、息苦しさ、 及び咳がとくに夜間や早朝に起こる。これらのエ ピソードは、広範囲な、さまざまな程度の気道閉 塞をともなっており、しばしば自然に、もしくは 治療によって緩解する。

慢性閉塞性肺疾患(COPD)は、完全には可逆 的でない気流制限を特徴とし、通常進行性であり、 有害な粒子あるいはガスに対する異常な炎症反応 と関連する。診断上、肺機能検査が重要であり、 メプチンなどβ2刺激剤の負荷での改善状況で 判断する。

その他、胃食道逆流による咳嗽、ACE 阻害剤による咳嗽、かぜ症候群後の慢性咳嗽、アトピー性咳嗽などの診断法、治療法についても説明いただいた。

ミニレクチャーⅡ

^{役立つシリーズ6}「前立腺がんー診断と治療のポイントー」

德山医師会病院泌尿器科 部長 山本 憲男

[印象記:専務理事 三浦 修]

前立腺がん患者数は急速に増えつつあり、 50~60歳代でのPSA検診による早期発見、早 期治療の意義は大きい。わが国での前立腺がん患 者数は 10 年前には 2 万人弱であったが、2020 年には約 4 倍の 7 万 8000 人に増えるとの予測であり、男性では肺がんに次いで 2 番目に多い

がんとなる。

1. どのぐらいの PSA 検査結果で、専門医に紹介 すればいいのか?

- ・年齢、人種で PSA 正常上限値が違う
- PSAD (PSA density;前立腺重量値、PSA 値 /PSA 容積)
 - 0.15ng/mL/cc 以上→前立腺がんの頻度が高 い
- ・PSAV (PSA velocity;1年あたりのPSAの変化)
 - 0.75ng/mL/ 年以上→前立腺がんの頻度高い
- free/total PSA値(F/T比)
 がん細胞では遊離 PSAの割合が少なくなり、
 F/T比が低下するほど前立腺がんの確立が高くなる

2. 前立腺生検の適応基準

・直腸診の異常、超音波での異常、PSA 値> 4ng/mL、年間 PSA 上昇> 0.75 の場合は生 検を $2.6 \sim 4.0$ ng/mL で、生検結果が陰性であっても、年間 PSA 値の上昇が 0.3ng/mL 以上なら要注意

第1743号

3. 画像診断から臨床的な病期の決定

T1: 限局がん(偶発がん)、T2: 限局がん、 T3: 局所浸潤がん、T4: 周囲臓器浸潤がん

4. 治療方法の選択

- ・手術療法:(限局性がん)神経温存手術、性機能障害・尿失禁の問題
- 放射線治療:外照射療法、小線源療法
- 内分泌療法:進行がんの治療、術前後の補助療法
 - 抗男性ホルモン療法、女性ホルモン投与、外 科的精巣摘出術
- ・待機療法:低悪性度がん、高齢者

#がんの病期と悪性度及び年齢に応じて、最適 の治療方法を選択することは可能である。

シンポジウム 生活習慣病シリーズ 8

「糖尿病と心血管合併症ーリスクとその管理ー」

司会:山口大学大学院医学系研究科分子病態解析学(第3内科)教授 谷澤 幸生

[印象記:防府 井上 康]

糖尿病合併症は細小血管合併症と大血管合併症に分類される。糖尿病に特異的な合併症は神経障害、網膜症、腎症などの細小血管合併症であるが、最近のわが国の疾病構造の変化にともない、動脈硬化性疾患に対する関心が高まってきている。2002年の厚生労働省の調査では、糖尿病が強く疑われる人及び否定できない人があわせて1,620万人にも及び、早急な対策が望まれている。自民党の作成した健康フロンティア戦略では、健康寿命の延長を目標に、介護の予防とならんで生活習慣病対策に重点がおかれ、従来からの癌、心疾患、脳卒中対策に加え、糖尿病の発症を20%減らすことを目標に掲げている。厚生労働省も健康日本

21 のなかで、糖尿病対策により力を入れることになり、2005年2月に日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三者の連携による糖尿病対策推進会議を立ち上げている。山口県にも支部が設立され、具体的な活動について協議を始めたところである。

細小血管障害の発症及び進展予防は引き続き重要なテーマであるが、本日のシンポジウムでは、わが国において動脈硬化性疾患が急速に増加しつつある現況をふまえ、いかに糖尿病が心血管障害のハイリスクであるかという観点から、5人の演者にそれぞれのテーマについて概説してもらう。

1. 糖尿病と心血管合併症:臨床試験からのエビデンス

山口大学大学院医学系研究科分子病態解析学 (第3内科)助教授 奥屋 茂

糖尿病患者の増加を受けて、糖尿病合併症としての大血管障害、特に生命予後に直接関係する心疾患と脳卒中に関心が高まってきている。糖尿病における大血管障害とは、基本的に動脈硬化に基づく血管障害を意味しているが、その特徴は(1)糖尿病では高血圧、高脂血症、肥満を合併しやすく、これらも動脈硬化の危険因子であることから、動脈硬化の進行が早い。(2)大血管のみならず、病変は中小血管まで広範囲に認められ、さらに細小血管障害も併発していることが多く、障害は全身の血管に及び症状も多彩である。(3)動脈硬化の程度は必ずしも糖尿病の重症度とは相関しない点である。

大血管障害のなかでも虚血性心疾患と脳血管障害が重要であるが、糖尿病患者においてはいずれも重症化しやすく予後も不良である。糖尿病患者の死因の推移をみてみると、悪性新生物の占める割合が相対的に減少してきているのに対して、血管障害の割合が増加してきている。特に虚血性心疾患は1970年代に比べ90年代には約2倍に増えており、脳血管障害がほぼ横ばいなのに比して際立っている。糖尿病が虚血性心疾患の発症にどれほどのインパクトを与えているかについて、いくつかの研究結果を以下に示す。

Finnish study (1998)では、糖尿病患者と非糖尿病者を7年間追跡調査を行い、糖尿病患者での心筋梗塞初発のリスクは非糖尿病者の6倍と高率であり、そのリスクは非糖尿病で心筋梗塞の既往があるものが心筋梗塞を再発するリスクにほぼ等しいと報告された。さらに糖尿病患者における心筋梗塞の再発率はほぼ2人に1人であることもわかった。わが国おいても久山町研究(1996)で、正常血糖群に対して糖尿病群では、心血管疾患の発症リスクが3倍高いことが示され、リスクの上昇は耐糖能異常(IGT)群においてすでに認められることが報告された。細小血管合併症は糖尿病罹病期間に相関してその有病率

が増加するのに比べ、大血管合併症は罹病期間の 短い患者でも高頻度に認められ、境界型糖尿病の 時期から、動脈硬化症、心血管死の発症頻度が高 いことも重要な問題である。動脈硬化が早期から 進展する理由については、軽症糖尿病の時期から 発現している食後高血糖に原因を求める研究結果 が多くそろってきており、糖負荷後の高血糖が顕 著であれば、境界型においても動脈硬化のリスク が高まるとされる。山形県舟形町での Funagata study (1999) では、40歳以上の住民を正常耐 糖能群、糖尿病群、耐糖能異常群に分けて、そ の後7年間の生存率を比較している。糖尿病群 で正常群に比して生存率が低いのは当然として も、耐糖能異常群のなかでも空腹時高血糖の IFG 群では生存率の低下が見られないのに対して、負 荷後高血糖のIGT群では有意差をもって生存率 の低下が認められている。つまり糖尿病を発症す る前の段階であっても、糖負荷後の血糖高値は動 脈硬化のリスクファクターであることが示唆され たのである。同様の傾向はヨーロッパで行われた DECODE study (1999) 及びアジアで行われた DECODA study (2004) でも示されている。血 管内皮の培養実験では、正常血糖下に培養された 内皮細胞に比べて、持続的に高血糖下にさらされ た細胞では、細胞障害を受ける細胞の割合が増加 するが、24時間ごとに高血糖と正常血糖を繰り 返した培養系(グルコーススパイク群)では、さ らに多くの内皮細胞が障害を受けることが示さ れ、動脈硬化を早期に発症・進展させる有力な機 序として注目されている。

食後高血糖の是正を行うことによってどれほどの効果があるか、それに関する研究結果を次に示す。STOP-NIDDM(2002)では、耐糖能障害者1,368名を2群に分け、一方にアカルボースを他方にはプラセボを投与して比較すると、4年ほどの追跡でアカルボース投与群では心血管系疾患の発症率を49%減少させることが示された。心筋梗塞にいたっては、発症リスクを91%減少させるという。さらに調査期間中の高血圧の発症リスクも34%減少させている。同様の調査を2型糖尿病の患者で行ったMeRIA-7(2004)でも、アカルボースの投与によって心血管系疾患の発症は35%、心筋梗塞の発症は64%減少することが示

された。

糖尿病には高血圧、高脂血症といった動脈硬化 のリスクファクターが集積することが知られてお り、心血管障害の予防には糖尿病のコントロール に加えて、これらの危険因子に対する介入もきわ めて重要である。血圧に対する介入では、英国で 行われた UKPDS-36 (2000) において、平均血 圧が 10mmHg 低下することで糖尿病関連死、脳 卒中、心不全などのリスクが30から50%低下 することが示され、HOT study (1998) では、 糖尿病患者の場合は拡張期血圧の降圧目標を90 → 85 → 80mmHg と低くするほど主要な心血管 イベント及び心血管死の発生率を低下させるこ とが示された。また脂質に関しては、LDLコレ ステロールの高値、HDL コレステロールの低値 の方が、HbA1cの高値より冠動脈疾患の危険因 子としてはよりインパクトが強いことが示され (UKPDS-23 (1998))、昨年発表された CARDS では、2型糖尿病であればLDLコレステロール が 120mg/dl 程度とさほど高くなくても、アトル バスタチンのような強力な薬剤で、さらに LDL コレステロールを低下させることによって、主要 心血管イベントの発生率を有意に減少させること が示されている。

質問:血清クレアチニン 2mg/dl 程度の糖尿病 患者で、食後の高血糖を是正することに よって、透析導入に至るまでの期間を延 長させることが可能か?

奥屋:直接的なデータはない。血糖値の管理が 重要であることは変わりないが、むしろ この段階では、蛋白や塩分の制限、血圧 のコントロールなど総合的な管理が重要 であろう。

質問:食後の高血糖が問題であれば、現在の職場健診のように空腹時の採血では問題があるのではないか?

奥屋: まさにそのとおりで、早く糖尿病を見つけるためには食後の採血が必要である。

2. 糖尿病を合併した虚血性心疾患の特徴

山口大学大学院医学系研究科器官病態内科学 (第2内科)助教授 **藤井 崇史**

虚血性心疾患は非常に増えてきているが、その 背景に糖尿病が影響を及ぼしている症例が極めて 多く、またそのような症例は予後も不良である。 糖尿病に合併した虚血性心疾患の特徴を述べてみ たい。

糖尿病患者における大血管障害は、その患者 の予後を規定する因子としてきわめて重要であ る。糖尿病患者の死因のなかで虚血性心疾患は 圧倒的に多数を占めており、糖尿病患者を診るう えで虚血性心疾患の有無を常に念頭に置く必要が ある。急性心筋梗塞を発症した 181 名に関する Norhammer (2002) らの調査では、患者自身は 耐糖能に異常があるとは認識していない場合で も、退院時に耐糖試験を施すと4割に耐糖能障 害が、3割に糖尿病が存在することがわかった。 国立循環器病センターの調査(2000年4月~ 2002年6月)でも、狭心症で入院した患者534 名のうち糖尿病で治療中のものは27%で、残り の73%は糖尿病ではないと答えていたが、耐糖 試験を行ってみると25%は新たに糖尿病と診断 され、耐糖能異常25%、空腹時血糖異常1%を 加えると、78%は耐糖能に異常があることがわ かった。

耐糖能異常を合併した虚血性心疾患の特徴は、(1)無症候性心筋虚血が多い(2)血管径が細く、病変長が長い(3)石灰化病変が多い(4)多枝病変(5)完全閉塞をともなう高度複雑病変などがあげられ、その結果、重症例が多く、予後も不良となりがちである。2型糖尿病の患者では、まったく自覚症状がなくても運動負荷試験を行うと、約3割に心電図変化を認め、冠動脈造影検査の結果、約1割に冠動脈狭窄を認めるという。耐糖能正常者での虚血性心疾患では、病変部位の血管径は3mm前後、病変長は5mm前後であるが、糖尿病では血管径が2.5mm前後と細く、病変長も2~3倍と長い。そのため、より長いステントを入れる必要があり、ステントが長くなればそれだけ再狭窄の危険も高くなる。また糖尿病患者

では1枝病変はむしろ稀で、ほとんどが2枝、3枝などの多枝病変であり、治療に難渋することが多い。

典型的な症例として53歳の男性を紹介する。5年前に高血糖を指摘されたが放置。2~3年前に胸部圧迫感を感じたが、半日で自然軽快し程度も軽度であったため放置。以後、胸部症状は自覚していない。今回、軽い脳梗塞にて入院、空腹時血糖値170mg、HbA1c10.8%と進行した糖尿病であった。心電図で陳旧性下壁梗塞が判明。心筋シンチでも下後壁の壊死、虚血が裏付けられた。冠動脈造影では右冠動脈は非常に細く完全閉塞をきたしており、左前下降枝も末梢まで病変があり、ステント治療ではカバーできずバイパス手術にまわさざるを得なかった症例である。血管内エコーでは石灰化病変がはっきり捉えられ、糖尿病患者では末梢部までプラークが付着している様子がわかる。

糖尿病患者ではステント治療後の再発率が高いことも問題であり、おおむね50から60%程度といわれている。それに伴い1年以内の死亡率も非糖尿病患者に比べて約2倍と高く、多くは再狭窄による心筋梗塞の再発によるものである。BARI study(2000)においても、糖尿病患者ではバイパス手術に比べて、PTCA症例では再発による死亡率が高いことが示されている。これに対して、近年 Drug-Eluting Stent (DES)が登場し、再狭窄をある程度防いでくれるようになってきた。Moses(2003)らのデータでは、糖尿病患者では通常のステント治療後の再狭窄率は48%であったが、DESの使用によって8%にまで低下させることができるようになり、バイパス手術と遜色ない結果となっている。

細小血管障害は HbA1c 値を 7%未満まで下げればかなり防止できるのに対して、心筋梗塞の再発は HbA1c 値が 5~6%台でもある程度の頻度でみられことから、J-LIT でも示されたように、糖尿病患者では血糖コントロールにくわえて高脂血症の管理、特にスタチンを用いて、あまり LDLコレステロールの高くない症例でも、積極的に介入する必要があろう。あわせて血圧を十分に管理することも重要である。

3. メタボリックシンドロームと糖尿病

山口大学大学院医学系研究科分子病態解析学 (第 3 内科)助手 **江本 政広**

メタボリックシンドロームが注目を集めている 背景には、動脈硬化性疾患が日本人の死因の 1/3 を占めるまでに増加し、悪性新生物とならんでそ の予防が極めて重要となってきたという事実があ る。メタボリックシンドロームの疾患概念は、内 臓脂肪の蓄積をベースに動脈硬化の危険因子が複 数、一個人に集積した状態といえる。ここでの動 脈硬化の危険因子は以下の4つであり、その中 心に肥満があり、その他高脂血症、高血圧、耐糖 能障害である。これらが複数、さまざまに影響し て動脈硬化症を発症させる。注目すべきことは、 それぞれのリスクは軽症であっても、重なること で動脈硬化発症のリスクは倍化する点である。ス コットランドでの調査では、リスクファクターが 3つ揃うと、心血管事故の発生するハザード比は 3 倍になるといわれ、また同時に糖尿病の発症も 7倍に増加することも示された。

2005年4月にまとめられたわが国におけるメ タボリックシンドロームの診断基準では、最上 位に腹腔内肥満があげられ、その基準として男性 では腹囲 85cm 以上、女性では 90cm 以上(臍 部での CT 像において内臓脂肪面積が 100cm² 以 上に相当する)と定められた。女性のほうが値 が大きいのは、皮下脂肪が多いためであり、欧 米では異なった基準となっている。この基準を満 たしたうえで、以下の3項目のうち2つ以上を 認めればメタボリックシンドロームと診断する。 (1) 高中性脂肪血症(150mg/dl以上)かつ/ま たは低 HDL コレステロール血症(40mg/dl 未 満)(2)収縮期血圧130mmHg以上かつ/また は拡張期血圧 85mmHg 以上(3)空腹時血糖値 110mg/dl 以上の3項目である。ここで注目して もらいたいのは空腹時血糖値が 110mg/dl 以上と なっている点で、126mg/dl以上の糖尿病ではな く、IGT の範疇であることである。

メタボリックシンドロームの頻度は、米国では 40歳以上の成人の38%と高率である。わが国で はこの診断基準が策定されたのがこの4月のこ とで、現在までに大きな調査報告がなされていないが、北海道端野町、壮瞥町での調査では、40歳以上の男性の25%と報告されており、きわめてポピュラーな症候群であることがわかる。

この病態の発症機序を考えてみると、動物性 脂質や単純糖質の過剰摂取、繊維の摂取不足、運 動不足などの生活習慣の乱れに、遺伝的背景がほ んの少し関与して内臓肥満を発症することに始ま る。内臓脂肪の蓄積は、さまざまな経路を介して 最終的にはインスリン抵抗性を惹起すると考えら れている。肥大した内臓脂肪からは遊離脂肪酸や TNF- α が多く放出されるが、これらは直接イン スリンのシグナルを抑制するとされる。逆に正常 の脂肪細胞からは多く分泌されるアディポネクチ ンは減少しており、インスリンの働きはいっそう 抑制を受けることとなり、糖が利用できない、脂 質が分解できないなどの、さまざまなフェノタイ プを生み出して、メタボリックシンドロームを形 成、やがて動脈硬化へと進んでいくことになる。 さらにアディポネクチンの減少は、高血圧、脂質 代謝異常、糖尿病などを介さず、直接内皮細胞を 障害することも明らかになってきており、肥満が 解消されない限り、これらに対する治療を行って も、十分な効果があがらないことを示している。

生活習慣の乱れに端を発した内臓脂肪の蓄積 が、インスリン抵抗性に基づく各種代謝異常を生 じてメタボリックシンドロームを成立させ、やが て動脈硬化へと進展するさまは、メタボリックド ミノと称されている。この関係からも、根源的な 一次予防対策は、生活習慣の是正による肥満の阻 止にあることは明白であるが、必ずしも容易でな いことも周知である。したがって次善の策として、 各リスクファクターは軽症であっても、早期に治 療を開始することが重要となってくる。肥満の治 療は概して困難であるが、幸いなことに食事、運 動療法を行った場合の脂肪の減少は、皮下脂肪よ り内臓脂肪の方が早いことが知られており、まっ たく不可能というわけではないので、根気よく 指導することを怠ってはならない。米国のデー タ (Knowler ら 2002) では、5%の体重減少と 週150分の運動によって、糖尿病の発症率を劇 的に減少させることが示されている。

質問: インスリン抵抗性の上流には IGF-1 も関与していると思われるが、メタボリックシンドロームと IGF-1 との関係は?

江本:両者の関係についてのエビデンスは現在 のところないのではないか。

4. 心血管合併症予防のための糖尿病治療: 血糖コントロールの実際

山口県立総合医療センター内分泌代謝糖尿病科

部長 井上 康

糖尿病の診断基準はそもそも、正常耐糖能か ら耐糖能異常、糖尿病へと血糖値が上昇していく 過程で、細小血管障害、特に網膜症の発症リスク が高まるポイントをもって決められたという経緯 がある。さまざまな臨床データよりそのポイン トは、空腹時血糖値で 125mg/dl 付近、糖負荷 後2時間値で200~220mg/dl付近であるとさ れ、現在の空腹時 126mg/dl 以上、負荷後 2 時 間値 200mg/dl 以上という診断基準ができたので ある。ヘモグロビン A1c (HbA1c) でいえば、必 ずしも血糖値と1対1対応するわけではないが、 おおよそ 7% を境に網膜症の発症リスクが高まる と考えられている。これらの事情から、従来のわ れわれの治療目標は HbA1c 7% 未満に置かれて きた。しかし、動脈硬化性疾患、なかでも心血管 疾患の発症リスクは、糖尿病を発症する以前の境 界型の時点ですでに 2 倍に高まっていることか ら、今後の治療目標はさらに厳しいところに持っ てくる必要がある。このセッションでは HbA1c 7%で満足せず、さらに下を目指す方法につい て考えてみたい。

HbA1c 値がほぼ同じでも血糖日内変動の小さい場合と大きい場合があり、変動の大きい症例で動脈硬化のリスクが高い。HbA1c 値がさほど高くなくても、食後にはかなりの高血糖を呈することは珍しいことではない。軽症の糖尿病では往々にして HbA1c と空腹時血糖値で評価しがちであるが、ぜひ食後 1 ないし 2 時間後の血糖値もチェックし、200mg/dl を超えているようであれば直ちに介入する必要がある。現在使用可能な

経口血糖降下薬は大きく2つに分類される。イ ンスリン分泌を刺激する薬剤と、刺激しない薬 剤である。前者にはスルフォニル尿素薬(SU薬) やグリニド系薬、後者にはα-グルコシダーゼ阻 害薬、ビグアナイド薬、チアゾリジン誘導体が含 まれる。 α - グルコシダーゼ阻害薬は食後の血糖 値を下げることをターゲットに開発された薬剤で あり、上手に使用すればおよそ 50mg/dl 程度の 血糖降下が期待できる。その反面、食前の血糖 値はあまり下がらないために、血糖降下作用の弱 い薬と判断されがちであるが、糖尿病が進行して 食後だけでなく食前の血糖値まで上昇してしまっ たような症例に、この薬剤を単独で用いても十分 な効果を見出せないだけである。症例を選んで使 用すれば、それなりの効果を発揮する。一例を示 すと、38歳の男性。今年初めて健診で尿糖を指 摘。173cm、88kg と肥満があり、空腹時血糖値 は 132mg/dl とさほど高くないが、食後 2 時間 後の血糖値が 200mg/dl を超えており、HbA1c 値も7%をやや超えているようなケースである。 このような症例にはまずアカルボース 50mg を 1日3回食前投与から開始してはどうであろう か。消化器系の副作用を嫌う場合には、多少副作 用の少ないボグリボースを選択する、あるいは1 日1回夕食前から開始するといった方法も有効 である。2~3か月の服用でこれらの副作用は次 第におさまってくることが多いので、このことを 事前によく説明して、副作用によって治療を中断 することのないように注意したい。まず食後の血 糖値が 200mg/dl を超えないように、できれば 160mg/dl 程度を目標とし、HbA1c も 6.5% 未満 を目指して治療を進めるが、これらの目標が達成 できない場合には、薬剤の増量、あるいはナテグ リニドの併用、少量の SU 約の追加などを考えて いくことになる。腹部手術の既往があってイレウ スなどが懸念されるケースでは、最初からグリニ ド系薬を選択する。

64 歳の2型糖尿病の女性症例を提示する。やや肥満気味、罹病歴は5年程度と長くない。食事療法でHbA1cが $6.5 \sim 7\%$ で推移していたが、3か月連続して7%を超えたため、ボグリボース0.2 mg 錠を開始している。その後3か月間に $0.5 \sim 1.0\%$ のHbA1c値の改善をみている。食後

の血糖値も 200 を越えることがなくなってきて いる。

 α - グルコシダーゼ阻害薬のもうひとつの利点は、SU 薬やインスリンにも併用ができることである。66 歳、男性、2型糖尿病で罹病歴は約10 年、肥満があり、心筋梗塞の既往もある。すでにインスリン治療を行っているが、HbA1c は7%を少し超えており、食後の血糖値も250 を超えることが多いため、アカルボースを併用したところ、1%以上のHbA1c の改善をみており、食後の血糖値も200 を超えることが少なくなっている。

肥満症例での対応の一例を示す。62歳の女性 で5年前から糖尿病を指摘されているが、これ まで治療を受けていない。153cm、66kg、空腹 時血糖値 155mg/dl、HbA1c 7.8% といったよう なケースでは、禁忌でなければピオグリタゾン 15mg を選択する。禁忌とは、心不全あるいは心 不全の既往がある、あるいは肝障害を有するよう な場合であるが、脂肪肝だけであれば禁忌にはあ たらない。3か月の使用で効果判定を行い、その 後の使用継続を判断する必要がある。また定期 的な肝機能のチェックも必要である。副作用と して体重増加や浮腫が出現することがある。残念 なことにこれらの副作用は治療効果の顕著な症例 に限ってよく発生する。このような場合、メトホ ルミンを試してみるのがよい。効果が不十分な場 合には SU 薬を少量併用することになるが、逆に SU薬を使用していても効果不十分な場合にピオ グリタゾンを併用することも可能である。

近年になってビグアナイド薬はその効用が見直され、欧米では特に肥満の症例で、血糖コントロールのみならず、心血管合併症の発症進展予防にも有効であるとの報告が数多くなされている。しかし、わが国では使用量が少ないこともあり、おもに SU 薬に併用する形で使用されることが多い。懸念されていた乳酸アシドーシスも、その頻度は肝、腎、心機能に問題がなければきわめて低いことが明らかとなってきている。SU 薬を投与していても効果不十分な肥満症例などがよい適応となる。

糖尿病がもう少し進行して、空腹時血糖値が 175mg/dl、HbA1c 8.2% といった症例では SU 薬を使用することになる。最初は、作用がマイル ドで持続時間の短いグリクラジド 40mg を選択するが、高齢であればさらに半量から開始するほうが安心である。肥満があればグリメピリドを少量から開始する。SU 薬使用のコツは、いかに少量で長期間、よいコントロールを維持できるかであって、3 錠以上の増量は無意味であると認識していただきたい。

5. 糖尿病患者における動脈硬化の評価 と治療:脂質・血圧管理の実際

周南市立新南陽市民病院 副院長 松谷 朗

最近わが国でもメタボリックシンドロームを背景にした糖尿病が増加している。この病態の根源は内臓脂肪の蓄積であり、それによって TNF- αや遊離脂肪酸といったインスリン抵抗性を惹起するような物質が増加し、逆にアディポネクチンのようなインスリン感受性を増強するような物質が減少することがわかっている。メタボリックシンドロームを構成するリスクファクターの数と糖尿病発症率は強い相関関係にあり、リスクファクターが4つ以上重なると糖尿病の発症リスクは24.4 倍になるとの米国のデータもある。メタボリックシンドロームを背景とした糖尿病が増えるということは、合併症の様子も変遷してきており、動脈硬化性疾患を念頭においた対策が必要であること意味する。

当施設では、簡便な動脈硬化の評価方法として、 脈波伝導速度 PWV と頚動脈内膜中膜肥厚度 IMT を用いている。動脈硬化の進展により血管壁は 硬くなり、中を流れる血液の流速はより速くなる とされる。頚動脈は皮膚の直下にあって、超音波 エコー下に詳細な観察が可能である。動脈硬化に よって内膜中膜複合体の厚みは増してくる。 IMT の評価には肥厚部分の平均値を表す平均 IMT と、 複合体のもっとも厚い部分を示す最大 IMT が あるが、当施設でのプレリミナリーな検討では PWV との相関は最大 IMT の方がよいようである。 IMT と動脈硬化性疾患の頻度との相関をみてみ ると、最大 IMT が 1mm 未満の群に比べて、1.0mm 以上 1.5mm 未満の群では脳梗塞の頻度が 2 倍、 冠動脈疾患の頻度は 3 倍、1.5mm 以上の群では 脳梗塞が 1.9 倍、冠動脈疾患は 4.2 倍と増加する ことから、IMT は動脈硬化性疾患を予知しうる 指標になりうることがわかった。

動脈硬化性疾患の予防をどうすればよいかと いう問題は、そのままメタボリックシンドロー ムの治療をどうすればよいかということにつなが る。そのポイントは、(1) より根本的な上流を 目指した治療を行うこと。(2)個々のフェノタ イプに即した、最適な薬剤の選択を心がけること。 (3) 食後の高血糖の是正を行うこと。(4) 高血 圧、脂質異常をまとめた総合的な治療を行うこと が重要である。これらの目的を達成するために有 用な薬剤として、超速効型インスリン製剤、グリ ニド系薬、ビグアナイド、 α - グルコシダーゼ阻 害薬、チアゾリジン系薬、スタチン、フィブレー ト、ACE 阻害薬、ARB などの活躍が期待される が、忘れてならないのは禁煙指導である。これら の薬物の有効性を示すメガスタディを2つだけ 紹介すると、ひとつは LIPS (2002) といわれる スタディで、経皮的冠動脈血行再建術後のイベン トの発生率を、糖尿病群と非糖尿病群に分け、そ れぞれフルバスタチンあるいはプラセボを投与し て比較している。総コレステロールが 200mg/dl 程度と決して高くない群であるが、特に糖尿病 群においてフルバスタチンの抑制効果が著しいこ とが示された。もうひとつはフィブレートを用い た DAIS (2001) というスタディである。画像上 明らかな冠動脈異常を認める糖尿病患者にフェノ フィブレートを投与して40か月追跡した結果、 LDL サイズの増大にともなって冠動脈の狭窄が 抑制されたというものである。また同時に微量ア ルブミン尿も抑制され、糖尿病腎症の進展も抑制 される可能性が示されている。

高脂血症の治療ガイドでは、糖尿病は患者カテゴリー B3 群に分類され、糖尿病があるだけで LDL コレステロール以外の主要危険因子を 3 つもっている状況に相当、したがって総コレステロール 200mg/dl 未満、LDL コレステロール 120mg/dl 未満を治療目標にするよう勧告されている。

スタチン製剤は作用強度別に3つに分類して 使用することを勧めたい。強度の強いアトルバス タチン、ビタバスタチンなど、中庸のシンバスタ チン、マイルドなプラバスタチン、フルバスタチンである。プラバスタチンは水溶性で副作用が少なく、また耐糖能を改善する作用を期待して、耐糖能異常のある軽症の高コレステロール血症に用いるとよい。動脈硬化抑制を目指して、フルバスタチンを選択するのもよいであろう。

高血圧に関する治療ガイドラインも糖尿病患者ではより厳しいものとなっている。その根拠の1つとなる久山町研究では、非糖尿病者では収縮期血圧が140mmHg以上かそれ未満かによって、冠動脈疾患の発症リスクの増大がみられるのに対して、糖尿病患者では130mmHg以上でそれ未満に対して明らかなリスクの増加を認めており、糖尿病患者での高圧目標を130mmHg未満とすることが推奨されている。

レニン・アンジオテンシン系はメタボリックシ ンドロームあるいはインスリン抵抗性と密接な関 連がある。この系の活性化によってインスリンの 細胞内シグナルが直接抑制されるほか、分泌され たアルドステロン自体もインスリンシグナルを抑 制する可能性があり、さらにアルドステロンの局 所での作用、たとえば心筋の繊維化などによって 臓器障害を引き起こすことが懸念されている。ま たインスリン抵抗性によって高インスリン血症が 惹起されれば、IGF-1 受容体を介してレニン・ア ンジオテンシン系を活性化するため、さらにイン スリン抵抗性が亢進するという悪循環に陥るこ とになる。ARB はこの悪循環を断つのに有効と 考えられ、このような想定のもとに計画された VALUE study (2004) では、ハイリスク高血 圧患者にバルサルタンとアムロジピンをそれぞれ 単独投与した場合、心筋梗塞の発症率には差がな かったが、心不全の発生はバルサルタン群で有意 に少ないことが分かった。さらに注目すべきこと に、約5年の研究期間中の新規糖尿病発症がバ ルサルタン使用群で有意に少ないことが報告され た。これらの結果から、糖尿病患者における降圧 にはまず ARB もしくは ACE 阻害薬、次に Caブ ロッカー、これらの増量、併用でなお降圧目標で ある 130/80mmHg を達成できない場合には、 α ブロッカー、降圧利尿薬、さらにはβブロッカー を追加していくことになる。

最後に、興味ある症例を2、3提示したい。

38 歳男性、典型的なメタボリックシンドローム を背景にした糖尿病である。下肢の化膿症のため 入院してインスリン療法を行っていたが、感染が 改善しインスリンも少量となった段階で、総コレ ステロール 256mg/dl、中性脂肪 327mg/dl と まだ高値を示している。この場合、メタボリッ クシンドロームの存在を意識して、メトホルミ ン、グリニド、フィブレートの併用を選択したと ころ、血糖値、脂質プロファイルともに満足でき る状態に改善した。69歳女性、糖尿病、高脂血 症あり、ウエスト周囲径 92cm。インスリンと アトルバスタチン、コレスチミドで良好にコント ロールされていたが、最近になって急に糖尿病が 悪化してきた。食事療法の乱れや、膵臓癌の可能 性など検討したが該当せず。アトルバスタチンの 中止でコントロールが回復した。稀なケースでは あるが、強力なスタチンによって糖代謝が影響を 受けることがありうる。45歳、女性。ウエスト 径 103cm。HbA1c 13.2% と高く、外来でインス リンを開始。最初はインスリンの効果があったが、 HbA1c 10% 前後から改善しなくなった。次の 選択としてメトホルモン 750mg を追加してみた ところ良好な効果がみられた。また、高血圧、糖 尿病、高尿酸血症の症例では、カンデサルタンか ら尿酸を下げる作用を有するロサルタンに変更す ることで、尿酸のコントロールができた。

2008年には北京オリンピックがあるが、オリンピックのキャッチフレーズは「より速く、より高く、より強く」である。メタボリックシンドロームあるいは動脈硬化の抑制を念頭においた糖尿病治療のキャッチフレーズは、「より速く、より低く、より強く」である。より早く介入し、より低い血圧、脂質、食後の血糖値を目標に、より強力な治療を行うことが肝要である。

Discussion

谷澤: 血糖値や血圧といった計測可能なパラメータ以外に、心血管合併症のハイリスクを示唆するような臨床像が何かあるか?

藤井: 若年で発症した糖尿病患者には特に注意 を払うべきであろう。病歴が長いので、 動脈硬化も進行している可能性が高い。

谷澤:糖尿病では無症候性の心筋虚血が多いが、 その対策は?

藤井:年に1度は運動負荷試験を行い、少しで も心電図に異常があれば精査すべきであ る。

谷澤: IMT や PWV を個々の患者にどのようにフィードバックすべきか?

松谷:IMT画像やPWVのプロットを実際に見せることで、治療に対するかなりの動機づけになる。動脈硬化の強い症例ではイベントがなくてもアスピリンやスタチンの使用を考慮する。

奥屋:1,5-AG を測定することによって、食後高 血糖の存在を捕まえることができるので、 ぜひ利用してほしい。

谷澤:糖尿病の治療にどの薬剤を選択するかに よって、動脈硬化に及ぼす影響が異なる 可能性は? 井上:ポイントはいかに早く治療を開始するかである。早く介入することで患者のインスリン分泌能を保持すれば、その後の治療はより軽度の介入ですみ、ひいては動脈硬化の進展を遅らせることになる。その際、インスリン分泌を刺激しない薬剤、α-グルコシダーゼ阻害薬、メトホルミン、チアゾリジンなどをまず選択すべきである。

谷澤:メタボリックシンドロームの観点から、 健診で見つかった軽微な異常に対してど のように対応していくべきか?

江本:必ずしも簡単ではないが、生活習慣への 介入を根気強く行う必要がある。今後は コ・メディカルとの連携がますます重要 になってくる。中心病態である肥満を解 消することが最重要である。

利自動車総合保険・住宅総合保険・店館総合保険・家庭総合保険・横り火災総合保険・タテ (一保険・積立ファミルー交通物書保険・積立家族物書保険・交通事故の書保険・医師賠償 保険・所得種償保険・国内派行傷書保険・ゴルファー保険・ハンター保険・つり保険なぎ

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 2551

山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会

と き 平成17年10月16日(日) 午後1時~4時 ところ 地域コミュニケーションふぁみらんど

介護老健施設 ぺあれんと(宇部市)

[報告:山口県医師会健康スポーツ医学委員会副委員長 吉金 秀樹]

平成17年度山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会は、10月16日(日)に宇部市の地域コミュニティスペースふぁみらんど内にある介護老健施設ペあれんとで行われた。

今回のテーマは、今話題のパワーリハビリテーションとあって、健康スポーツ医のみならず、県内各地から約62名もの熱心な先生方やリハビリ関係者の参加があった。司会は、保田浩平委員長が務められ、木下敬介副会長による開会の挨拶があり、次いで会場の提供にご厚意をいただいた小田悦郎先生の挨拶があった。

研修会は、前半に講演、後半に実地指導という2部構成で開かれた。第1部講演の座長は吉金が担当し、最初に、国際医療福祉大学教授の竹内孝仁先生による「介護予防の新しい手法~パワーリハビリテーション~」のご講演があった。

竹内先生は、現在、パワーリハビリテーションの研究会会長で、パワーリハビリテーションの第一人者である。まず、パワーリハビリテーションの基礎理論を平易に解説された。「パワーリハビとは、決して健康な人に対して行う筋力強化トレーニングではないこと。パワーリハビリとは、虚弱高齢者、要介護者を対象に軽い負荷のトレーニングをすることにより、日頃活動していない筋肉と神経を再活動化すること」を強調された。パワーリハビリテーションの"パワー"とは、学術的な"力学上の仕事率"を意味して命名されおり、一般人がイメージする"力強い"という意味とは違う。この点は、パワーリハビリを初めて耳にする

ときに誤解を招きやすい。

次いで、豊富な経験からパワーリハビリが非常に有効であった具体的な事例を次々に提示された。脳血管障害、認知症、うつ状態、パーキンソン病、脊柱管狭窄症など多岐にわたる疾患において効果があることを示された。その効果の一因として、β-エンドルフィン、アセチルコリン、ドーパミンなどの生理活性物質放出の可能性を示された。パワーリハビリテーションはこれからますます普及されるものと思われるが、その効果についてさらなる医学的検証による裏付けを期待したい。非常に興味深いご講演であったこともあり、活発な質疑応答もなされ時間も少々超過した。

竹内先生のご講演のあと、介護老健施設ペあれんとの宮内順子氏による「当施設におけるパワーリハビリテーションの現状と効果」、そしてパワーリハビリテーション研究会認定指導員の斉藤清昭氏による「医療機器について説明」のミニレクチャーがあり、第1部が終了した。

第2部は、パワーリハビリテーションの実地 指導が行われた。パワーリハには、通常6種の マシンが使用されるが、それぞれに指導員がつい ていただいた。各指導員の懇切丁寧な指導のもと に、和やかな雰囲気の中で効率よく体験学習する ことができた。マシンは、大きく分けて上肢、体 幹、下肢用の3タイプある。パワーリハでは、「下 半身が弱いから下半身だけ」というアプローチで はなく、上肢、体幹、下肢すべてをバランスよく トレーニングすることが重要であるという。

実際にやってみると、負荷の上限がボルグ指 数 10~12の「楽である」という軽い負荷であ るため、少々物足りなさを感じたが、マシンに動 きをまかせる感じはつかめ心地よかった。パワー リハビリ中のリスクは少なく、安全性が高いとい うのもうなずけた。要介護者がパワーリハビリを 行っている写真をみると、いかにもきつい筋力強 化トレーニングをやっているように今までは思え た。パワーリハビリを実際に体験してみて、完全 な誤解であることを実感した。

あっという間に時間が経ち、予定の3時間を 30分ばかり超えて実地研修会は終了した。当日 は、スポーツの秋にふさわしい秋晴れで、屋内に いるのはもったいないくらいあったが、モダンな 会場と実りある実地研修で有意義な1日になっ たのではないかと思う。

山口労働局からのお知らせ パート労働1日相談会

相談内容

・賃金、年次有給休暇、時間外労働など労働条件全般に関すること。

解雇に関すること。

・正社員との均衡を考慮した処遇などパートタイム労働法・指針に関すること。

・セクシュアルハラスメント、男女の雇用機会均等に関すること。

・育児休業・介護休業の取得に関すること。

・雇用保険・労災保険に関すること。

・パートタイム労働関係助成金、社会保険・税金に関すること。

主催:厚生労働省山口労働局

協賛:(財) 21 世紀職業財団山口事務所

平成 17 年 12 月 6 日 (火)

電話相談 午前8時30分~午後7時

フリーダイヤル:0120-012-267

面接相談 午前8時30分~午後5時

会 場 山口市中河原町 6-16

山口地方合同庁舎1号館 1階共用会議室

相談会についてのお問い合わせは

山口労働局雇用均等室 TEL: 083-995-0390

6か月間の上乗せ利率が



中途解約された場合、当行所定の中途解約利率を適

・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照け入れ金額以上



第1743号

郡市医師会学校保健担当理事協議会

と き 平成17年9月29日(木) 午後3時~

ところ 山口県医師会館 6階会議室

[報告:理事 杉山 知行]

会長挨拶

学校保健を取り巻く環境は大きく変化し、また 多様化している。心の健康に関する問題、小児期 からの生活習慣病、性の逸脱行為、さらには薬物 乱用など課題が山積している状況で、早急な対応 が求められている。そうした中、学校医が果たす 役割は次第に大きくなってきていて、特に身近に は学校保健委員会に校医として積極的にかかわっ ていくことが大変重要なことだろうと思ってい る。この委員会については、地域で開催にばらつ きがあり、開催があたりまえとなるよう山口県医 師会も県教委に要請している。また本日の議題に もあるように産婦人科、精神科、皮膚科、整形外 科などの科が時代の要請で、専門校医としての参 加が求められている。

なお本年度は中国四国学校保健担当理事連絡会議と中国地区学校医大会を、担当県として日医より伯井常任理事を迎え開催した。

協議事項

1. 平成 17 年度中国四国学校保健担当理事連絡 会議

会報 10 月号 (No. 1742) 掲載のため省略。

2. 平成 17 年度中国地区学校医大会

会報 10 月号 (No. 1742) 掲載のため省略。

3. 学校・地域保健連携推進事業について

日医は考えでは、現在の内科、眼科、耳鼻科校 医の他に要請の多い、産婦人科、精神科、皮膚科、 整形外科の4科の医師を専門相談校医として学 校への配置を最終的に目指す文科省主管のモデル 事業で3年の継続事業、今年はその2年目である。 教育委員会が事務を扱うこともあって日医の考え との間にかなりギャップがあるが、今年は少し事 態が進展した。4科の先生方が各科4人ずつ(産 婦人科は2人)選任され、FAXで相談を受けて 返事をするというシステムがこの10月から一応

- 出席者 -

大島郡	ШП	茂治	萩	市	岩谷	_	県医師会			
玖 珂 郡	川郷	忍	徳	山	谷村	聡	会	長	藤原	淳
熊毛郡	松岡	勝之	防	府	山本	一成	副会	長	木下	敬介
吉 南	安野	秀敏	下	松	篠原	照男	常任理	事	濱本	史明
厚 狭 郡	松井	達	岩	国市	毛利	久夫	理	事	杉山	知行
美 袮 郡	時澤	史郎	/J\ <u>!</u>	野田市	今村	隆志			萬	忠雄
阿 武 郡	三浦	傳夫	光	市	平岡	博			田中	豊秋
豊浦郡	木本	和之	柳	井	近藤	穂積				
下関市	石川	豊	長	門市	須田	博喜				
宇部市	木畑	和正	美	袮 市	横山	幸代				
山口市	吉野	文雄								

スタートする。

今年からこの事業に参加してくださった整形外科医会が熱意を持ってくださり、県医師会はむしろ尻をたたかれている状況である。個人的に、この事業の最終的な発展イメージは、各診療地域(各郡市医師会単位くらいか)あたりそれぞれ各科1人ずつ、4人の専門相談校医がいて、その地域の要望に応じるというシステムである。日医の熱意は強そうではあるが、状況はそれに程遠い現状である。県教育委員会に少し認識を変えてもらう必要があるとともに、養護教諭を始めとした現場の先生方に理解をしてもらい、少しずつ発展できるよう皆様にもご理解とご協力をお願いする。

郡市理事からの質問

① 郡市医師会はこれに関与しなくてよいのか? 県医:現在のところ、直接関与されなくともよい。 しかし、先ほど最終的な発展イメージを述べたが、 そうなればむしろ活動主体は当然郡市単位となる のはこれまでの学校医と同じである。もし来年度 どこかの郡市医師会がモデル事業となれば、ぜひ 頑張っていただきたい。予算はつかなくとも、ボ ランティア的に同様の活動をされている郡市医師 会もなくはないのではないか。

② 4科以外の科でもいいのか?

県医:構わない。この事業の一つに「学校への専門家派遣」があり、講演や相談などを頼まれた時はこれを利用するとお金も出る。ただし講演を受ける学校側からの申請が必要で、それには時間もかかるので、最初の要請の時にこの事業を利用することは難しいかもしれない。また残念なことに去年のこの制度の利用実績をみると、医師への講演要請は40件中6件と非常に少ない。臨床心理士や助産士(性教育講演の要請)への要請が多い。医師への要請は敷居が高いからかもしれない。

校医をはじめとした皆さん方もこの事業を知っていただき、積極的に利用していただきたい。

4. 学校医部会設立について

現在学校医名簿を作りたく、各郡市医師会に お願いしている。現在学校ではいろいろな問題が 起こっていて、それらの問題に医師会として適切 に対処するためには組織を作っていかねばいけない。少なくとも郡市でも県医でも担当者が校医を 把握しておかないと話にならない。どうでしょうか。

徳山:各郡市医師会では既に学校医部会があって しっかり活動しているところもある。さらに県 としても学校医部会を作るなら、何らかの理念 がいるのではないか。徳山医師会の学校医部会 は全国的にも注目されて立派に活動していると 自負している。例えば県医の役割は各郡市学校 医部会の優れた特徴を他へも情報提供して各郡 市に学校医部会を作るよう指導するといったこ とが先ではないか。他の郡市の先生方の意見は どうか。

長門市:都市部と郡部は学校医の考え方が違う。 他の地区はどういった活動をしているかも知り たい。

光市:学校医部会はない。光高校の事件があって 校医は苦悩している。危機管理に対処していく には部会を作ることは大切だと思う。

小野田市:部会はない。学校担当理事をしているが、だれがどこの校医をしているか十分把握していない。各郡市でも県の方でも把握することは大切だ。

岩国市:医療をとりまく厳しい環境を考えると、 地域での信頼を獲得していくには学校医活動も 重要である。そのためには部会も作って校医の 使命を再確認するなども必要である。

萩市: 部会はない。医師の数が限られていて、内 科、小児科医で強制的に校医をやってもらって いる。全体的なレベルアップのため県で部会を 立ち上げてもらうとよい。

山口市:主旨は悪くない。予算も伴うので目的を はっきりさせ、つめてやってほしい。

宇部市:学校医部会ではなくて学校専門委員会が

あるが、積極的な活動はしていない。徳山でうまくやられているのであれば、参考にして宇部市でもやってみたい。

下関市:学校医部会と園医部会がある。下関市は 全国でも一番進んでいる一つだと考えている。 県学校医部会を作るのはよいことと考えてい る。園の先生方に比べ学校の先生方の勉強会へ の参加やノリが悪い。県で部会を作るのであれ ば県教委へ働きかけて学校の先生方の協力を得 られるようにしてほしい。

厚狭郡:楠町が宇部市と合併、山陽町が小野田市 と合併したが、医師会は存続し、したがって学 校医部会も存続しているが、特に何もしておら ず県の部会からいろいろ教えていただきたい。

吉南:2年に一度校医を決める会議を開いているが、部会はない。活動の低調なところなので県の部会はありがたい。下関・徳山の情報など教えてほしい。

玖珂郡:介護保険や校医やその他など担当がいろいろあって郡部の医師会は大変である。全校生徒48人の小学校の校医をしていて、子供も親も顔はほとんどわかる。

大島郡:部会はない。開業医は全員校医になって いる。郡で研修会はやっていないので県の方で やってもらいたい。

木下副会長:地域差はかなりあるようだ。学校医部会は徳山や下関に協力いただいてぜひ立ち上げたい。来年4月に警察協力医部会の立ち上げも予定している。例えば、大規模災害時で多くの死傷者が出た場合など全県的な対応が必要だからである。学校医部会にしても、県教委との折衝、日医を通じて文科省と交渉をする場合は県医がとりまとめ役になる方がうまくいくのではないか。郡市医師会は実戦部隊であり、ここのレベル充実が一番重要であるが、県医は情報交換のお手伝いや取りまとめて上との交渉などをするという意味である。他の部会も同じ主旨

である。

5. その他

①アデノウイルス急性咽頭扁桃炎

アデノウイルスによって咽頭扁桃炎と結膜炎を 兼ねたものは咽頭結膜熱と言い、学校伝染病第2 種に指定されている。結膜炎を伴わない例もあり アデノウイルス急性咽頭扁桃炎と呼ぶが、感染力 や症状の強さを考慮すると、これを学校伝染病第3種その他の伝染病に入れ、出席停止扱いができ る疾患とするとの小児科医会からの提案である。

アデノウイルス感染症は感染力が強いので出席 停止扱いにするのはよいが、小児科レベルで感染 している状況と眼科で目が少し赤いだけで元気な 子供で、親は学校に行かせたいといった例をどう するのか?眼科、小児科で少し話をつめ、統一的 に扱わないと混乱するのではないか。

学校保健委員会でも眼科の先生は目が赤いうちはプールでも感染するだろうから停止、一方小児 科医はそこまで言わなくとも、との議論がある。

②学校保健会をもっと活用されたらという提案が 山口市よりなされた。

藤原会長挨拶

いろいろと前向きの発言をもらった。医師会としては選挙を通じて地盤低下を否応なく自覚させられる最近である。ひとつひとつ几帳面に社会にアピールしていくことが、今医師会に求められているのではないか。今日の議論を聞いていて学校はその大きな一つの場だと感じた。

一雨と徳山医師会一

と き 平成17年10月10日(月・祝)

ところ 周南カントリー倶楽部

[報告: 当番幹事 徳山医師会 大城 研二]



12年前、徳山医師会が当番幹事になった28回大会の雨が悲劇の始まりでした。以来、徳山医師会の定例ゴルフ大会は度々悪天候に悩まされることになりました。雨はもちろん、台風、雪にも祟られました。この定説?は近隣の医師会ゴルフ部にも広がり、わざわざ徳山の開催日を尋ねて同じ日の開催を避ける動きも出てきた程です。

優秀で心配りのある前幹事も、いつしか『雨男』という有り難くないニックネームがつき、今大会を控えた昨年辞任、『晴れ男』の新幹事に交替しました。そして、雨の県医師会ゴルフ大会という悪夢を繰り返さないため、念には念を入れて、開催日を日本一の晴れ日の10月10日に決定しました。

結果は秋晴れでした。週間天気予報は良かったものの、毎日テレビとにらめって状態で不安な日々が続きました。そして当日朝の雲一つない秋空を見てやっと幹事としての責任を果たせたと安堵しました。

この夏アメリカ南部を襲ったハリケーン「カトリーナ」も対岸の火事ではありませんでした。大会の参加賞はハットクリップ(宮里藍選手の帽子のつばについているので有名になりました。)でしたが、ピンマークは参加者の誕生日の星座をデザインし、星形の台座には山口県医師会のマークを入れる特注品でした。大会数か月前から準備、注文していましたが、これはアメリカ本土で製造されていたため、このハリケーンのため日本に到着するのが遅れてしまいました。当初お店には最悪大会に間に合わないかもしれないと言われていましたが、運良く、日本には4日前、山口には2日前(やはり台風で山陽道が不通で心配でした)

に商品が届きました。自然には逆らえません。

優勝した森岡孝之先生も天候を心配していたひとりでした。スタイルはプロゴルファー、顔立ちは六本木のホスト、肌色の黒さはサーファー並の彼ですが、実は前日子どもさんの運動会に参加し、より一層日焼けしてしまったようです。もし前日雨天だったら、運動会は順延、本大会には参加できず、優勝もありませんでした。神様に子煩悩、家庭第一主義を認められて、秋晴れそして優勝というご褒美があったのかもしれません。

本大会を開催、運営するにあたっては、多くの 方々のご助力を賜りました。大好きなゴルフをせ ず、裏方に専念していただきました谷村先生、あ りがとうございました。貴重な助言をしていた だきました望月、堀田両前幹事(二人が噂の雨男 です)、お世話になりました。そして1時間余り の長い時間ティーグランドでスタート係として活 躍いただきました賀屋、原田先生、お疲れさまで した。最初から最後までお手伝いいただきました 徳山医師会事務局、多大な助成金をいただきまし た山口県医師会(来年もよろしくお願いいたしま す)、徳山医師会にも感謝申し上げます。お忙し い中ゲストとしてご参加いただきました高村正彦 国会議員、綿屋滋二県副知事、河村登人周南市長、 小倉淑夫県医師会事務局長、ありがとうございま した。そして秋晴れをプレゼントしてくれた神様、 仏様に感謝します。(アカデミー賞の授賞者並の 長い挨拶になってしまいました。)

来秋は、萩市医師会が当番幹事となり、長門ブルーラインで開催する予定です、是非皆様ご参加ください。そして今年のように晴天になることを祈っています。



副会長

敬令

9月21日、第3次小泉内閣発足。ある新聞の調査では内閣支持率62%とか。これを反映してか前日20日東京株式市場の日経平均株価が2001年6月以来約4年3か月ぶりに1万3000円台を回復。小泉首相は26日の所信表明の中で「小さな政府」の実現を目指す考えを強調し、「民間にできることは民間に、地方にできることは地方に」との方針を示した。前の国会で否決され衆院解散総選挙への引金となった郵政民営化法案は、自民党圧勝の今国会では10月11日の衆院本会議で可決、さらに14日の参院本会議でもすんなり可決されて成立。郵政民営化を突破口にして行政、財政、経済、金融などのあらゆる分野の構造改革を加速していきたいのが小泉内閣の方針。

そのような流れの中で10月19日、厚労省が「医療制度構造改革試案」を発表。20年後の2025年推計医療給付費56兆円を7兆円削減して49兆円にしようとする目論見だが、経済財政諮問会議民間委員案(財務省案)の42兆円と丁度中間の削減案というのもできすぎた話。これまで厚労省が公表してきた2025年度の国民医療費推計は、1995年の時点では141兆円、1997年104兆円、2000年81兆円、2002年70兆円で、同じく1995年における2004年の医療費推計を50兆円としているが、実際は32兆円だった。2000年より医療費が介護保険へ一部シフトされたとしても、あまりにもひどすぎる推計値との乖離だ。いいかげんな推計を基に削減を試案されても、到底納得のいくものではない。

9月22日(木)、**郡市介護保険担当理事協議会**。今回の会議の目玉は、何といっても介護支援専門員と主治医との連携に関してこれが円滑にいく目処がついたということ。山口県介護支援専門員連絡協議会の松永会長以下7名の方にもこの会議に参加してもらい意見を交換。県医師会が行ったケアマネタイム(ケアマネージャーと当該主治医とが打合せできる共有の時間帯)のアンケートでは、予想を超えて多くの主治医から協力の得られることが分かり、来年度の改正介護保険法の中で強調されている「ケアマネジメント・ケアカンファランスの充実」に寄与できることが期待される。

9月25日(日)、第94回山口県医師会生涯教育セミナー。産業医研修会、かかりつけ医認知症診療推進研修会も兼ねて行われたためか、いつもより多い238名が出席。

9月28日(水)、山口地方社会保険医療協議会。 保険医療機関及び保険医の行政処分について山口 社会保険事務局長より諮問。結果は9月30日の 午後に公表され10月1日の新聞等で報道。県医 師会の会員でもある保険医による医療保険の不正 請求が発覚し、保険医の登録と保険医療機関の指 定取消という結果になった。県医師会としても当 該郡市医師会と連携を取りながら個別指導や監査 への対応は十分やってきたが、諮問会議において は処分に対して弁護の余地はなく、取消に反対す ることもできなかった。行政処分の結果を受けて 当該郡市医師会において裁定委員会が開かれ除名 という厳しい処分が行われ、理事会でも承認。そ のあと 10月 20日 (木) に県医師会でも裁定委員 会が開かれ、郡市医師会における除名会員は定款 上、県医師会員資格喪失の取扱となることを確認。 当該郡市医師会除名と県医師会員資格喪失につい て行政(県、山口地方社会保険事務局、山口県国 保連合会等) へ届け出る運びとなった。

9月29日(木)、第5回常任理事会。平成18年度自民党県連厚生部会への要望事項、山口県医師会と山口大学医学部附属病院との懇談会、病院勤務医懇談会(徳山中央病院、山陽病院)、警察協力医部会(仮称)等の設置、精度管理調査委員会の設置、「県民の健康と医療を考える会」が開催する「県民公開講座」、「第5次山口県医療計画」についての山口県医師会の意見、認知症サポート医養成研修事業(案)、山口県医師会情報ネットワーク化への促進等、9項目について協議。

9月30日(金)、全国医師国保組合連合会第43 回全体協議会が近畿ブロック主催のもと兵庫県医師国保組合の担当により神戸ポートピアホテルにおいて開催。山口県医師国保組合から理事長、副理事長、常務理事、事務局の計8名が参加。全体協議会のあと、日本医科大学助教授高柳和江先生による「死に方のコツ、生き方のコツ」という、

第1743号

ちょっと毛色の変わった特別講演を聴いた。

10月2日(日)、第113回日本医師会臨時代議 員会。藤原会長以下5名の代議員が出席。平成17 年度補正予算と 16 年度一般及び特別会計決算の承 認のあと、8の代表質問と16の個人質問があった。 この中で、植松会長の次期続投の意思表明と医療 制度改革や診療報酬改定に重大な決意で対応する ことが示された。

この日、山口県総合保健会館では「やまぐち健 康フェスタ・05」が開催。県医師会も山口県病院協 会との共催の形で「お医者さん相談コーナー」を 設け、30件の相談・質問があった。同時に開設し た「皮膚科相談コーナー」に21件、「小児アレルギー コーナー」に8件、「こども・腹部エコーコーナー」 に30件。

10月6日(木)、郡市妊産婦乳幼児保健担当理 事協議会のあと第6回常任理事会。常任理事会で は保険医登録取消処分を受けた会員への対応につ いて協議。

10 月 10 日 (月·祝)、山口県医師会第 40 回記念 ゴルフ大会。徳山医師会担当により周南カントリー 倶楽部において開催。参加者 78 名。次回開催は萩 •長門地区医師会が引受。

10月12日(水)、自民党県連厚生部会と県医師 会との懇談会。毎年恒例になっている懇談会。今 回は、主として地域医療・保健に関して県医師会が 対面している懸案事項について説明し、小児医療 対策の充実強化等7項目について、山口県の平成 18年度施策・予算措置にかかわる要望書を提示。

10月13日(木)、第96回地域医療計画委員会。 今回の主題は山口県医療情報ネットワークの構築。 IT 化の流れの中で医療情報についてもネットワー ク化が推進されるべきだが、これが米国の広域医 療圏統合ネットワーク(IHN)の日本版に発展する 可能性の懸念が指摘された。6月21日の都道府県 医師会長協議会において、藤原会長がこのことに ついて日医に質問し、日医も警戒感と慎重対応の 考えを示した。県はそのようなことはまったくな

いと否定しているが、懸念は懸念として IHN のこ とと厚労省の動きを知っておく必要はある。

10月15日(土)、第14回山口県西部医学会。 下関市の東京第一ホテルにおいて開催。県医師会 より藤原会長、上田副会長、田中理事が出席。特 別講演が1題と一般講演が21題。

10月18日(火)、病院勤務医懇談会(徳山中央 病院)。毎年2病院を対象に行っている懇談会。県 医師会から藤原会長以下事務局を含めて11名が徳 山中央病院へ出向。勤務医部会から会長・副会長、 徳山医師会から会長が出席。徳山中央病院から勤 務医30名と研修医15名が参加。医師会活動と勤 務医に関する諸問題について意見交換が行われた。

10月20日(木)、郡市産業保健担当理事協議会。 最近の話題になっているアスベストについて健康 被害とその防止対策などに関する解説のあと、協 議。

この10月より藤原執行部も2年目の後半に入っ た。第4コーナーを回ったことになる。この間、 執行部全員無事に会務を続けてこられたことが嬉 しい。藤原会長は日医の診療報酬検討委員会委員 長として、来年の診療報酬改定に向けて答申書の まとめ作業のためますます多忙。これに自浄作用 活性化委員会、都道府県医師会長協議会等の会議 が加わるからさらに上京の回数が多くなる。体を 張って頑張ってもらっているところだ。

この号が届く11月中旬の季語にピタリとくるの は「時雨」。辞書を引くと秋から冬の初めにかけて 降ったり止んだりする雨とある。時雨を詠んだ句 は多いが、末尾の一句も捨て難い。冷たい時雨に 濡れれば海女も海に入るのがいやになるから蓑を 着るのは当たりまえだ、と解釈するのは考えが浅 い。この句には、「死ぬまではひたすらに生きる」 という深い意味が込められているとか。末期がん のため自殺を考えていた初老のご婦人がこの句を 示され、気を取りなおしてボランティア活動に精 を出すようになり、充実した余命を全うしたとい う実話さえあるそうな。

磯までは海女も蓑着る時雨かな 詠み人知らず



理事会

第12回

10月6日 午後5時5分~8時20分

藤原会長、上田・木下副会長、三浦専務理事、 吉本・濱本・佐々木・西村各常任理事、 正木・小田・湧田・萬・杉山・弘山・加藤・ 田中各理事、青柳・小田・山本各監事

協議事項

1 平成 18 年度自民党への要望事項ついて

小児医療対策の充実強化等 7 項目について要望することに決定。

2 山口県医師会と山口大学医学部附属病院との 懇談会について

11月8日開催予定の懇談会の協議題を決定。

3 山口県医師会警察協力医部会(仮称)等の設 置について

警察協力医の諸問題を協議し、職務遂行の円滑 化を図るため部会の設置について協議、承認。ま た、県警本部との連携を図るため「山口県医師会・ 山口県警察連絡協議会」の設置も承認。

4 精度管理調査委員会の設置について

再協議されることとなった。

5 小野田市・厚狭郡医師会保険研究会の出席者 及び協議題について

11月25日(金)、小野田市医師会において開催される研究会への出席者、議題について協議。 (西村)

6 認知症サポート医養成研修事業について

三浦専務理事、佐々木常任理事、湧田理事が養 成研修を受講することに決定。

7 医事紛争が発生した場合の対処について

通知文案について協議。 (吉本)

報告事項

1 第 27 回産業保健活動推進全国会議

(9月15日)

「個人情報保護と産業保健活動」として厚労省 労基局労働衛生 阿部課長の講演、推進センター の活動について大阪・茨城の活動報告、午後「労 働安全衛生法改正をめぐる動きについて〜長時間 労働者に対する医師による面接指導を中心に〜」 シンポジウムが開催された。 (小田)

2 第1回山口県訪問看護推進協議会(9月15日)

昨年実施した訪問看護推進事業実態調査の報告、事業計画と在宅ケア推進について協議した。 (佐々木)

3 個別指導「岩国地区病院」(9月15日)・「下 関地区」(9月22日)

病院1機関について実地指導が実施され、立 ち会った。 (萬)

診療所 13 機関について実施。

(西村・萬・加藤)

4 日医 IT 問題検討委員会(9月15日)

医療施設 HP、新体制 ORCA プロジェクト等について協議した。 (吉本)

5 郡市医療廃棄物担当理事協議会(9月15日)

罰則が強化された、廃棄物処理法の改正について説明。郡市から質問・要望が9件提出された。今年度は廃棄物適正処理講習会に替え、11月17日、山陽小野田市の共英製鋼㈱において産業医研修会と併催の産業廃棄物研修会(実地研修)を開催する。

6 広域予防接種運営協議会・関係者合同会議 (9月15日)

インフルエンザ予防接種期間・予診票(案)、 MR 接種及び BCG 予防接種に関する証明書(案) について協議した。なお、予防接種 (BCG、MR (麻 疹・風疹) 混合ワクチン) に関して、県・市町村 へ要望することになった。 (濱本)

7 指導医のための教育ワークショップ (9月17・18日)

昨年度に続き第2回のワークショップ「カリキュラムプランニング」を2日間(実質講義16時間)開催した。 (湧田)

8 日医社会保険診療報酬検討委員会小委員会 (9月21日)

会長の諮問に対する取りまとめを行った。

(藤原)

9 日医自浄作用活性化委員会(9月22日)

作成中のハンドブック「自浄作用活性化推進に 向けて」の内容について協議した。 (藤原)

10 日医健康スポーツ医学委員会(9月22日)

健康スポーツ医学講習会及び再研修会の座長について協議した。今年9月に健康づくり・健康 長寿に関する事例収集のための調査を実施した調査結果と諮問事項「健康長寿と健康スポーツ医活動」について検討した。 (濱本)

11 郡市介護保険担当理事協議会(9月22日)

中四国医師会医療保険・介護保険研究会の報告、介護保険の改正及び次期保健医療計画の「医療と介護の連携(在宅医療と地域包括ケア)」並びにケアマネタイムアンケートについて協議した。

(杉山)

12 医事案件調査専門委員会(9月22日)

病院3件、診療所2件の事案について審議した。 (吉本)

13 生涯研修セミナー (9月25日)

午前中、役立つシリーズ2題と特別講演「アルツハイマー病の診断と治療への展望」として山大医学部神経内科学講座神田教授の講演、午後、生活習慣病シリーズ「糖尿病と心血管合併症~リスクとその管理~」としてシンポジウムを開催した。今回は出席者多く238名。 (田中)

14 山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会 (9月28日)

診療報酬等債権譲渡・差押等処理状況、審査関係訴訟事件の判決等の報告があった。 (藤原)

15 山口県地方社会保険医療協議会(9月28日)

医科 13 件(新規 4 件、組織変更 8 件、交代 1 件)が承認。 (藤原)

16 郡市学校保健担当理事協議会(9月29日)

中四国学校保健担当理事連絡会議・中国地区学校医大会の報告、学校・地域保健連携推進事業及び学校医部会設立について協議した。 (濱本)

17 中国四国医師会連合常任委員会(10月2日)

ブロック選出役員から中央情勢報告、臨時代議員会における質問について報告があった。また、日本医師・従業員国民年金基金代議員の推薦依頼があった。 (三浦)

18 第 113 回日医臨時代議員会(10 月 2 日)

植松会長挨拶の後、櫻井副会長が会務報告を 行い議事に入った。内容は16年度一般会計決算 等で原案通り承認された。また、代表質問8件、 個人質問16件が出され、藤原会長は「医療改革 は医師会の手で」と題してブロック代表質問を 行った。 (三浦)

19 日医社会保険診療報酬検討委員会小委員会・ 委員会(10月5日)

会長の諮問に対する取りまとめを行った。

(藤原)

20 編集委員会(10月6日)

歳末放談会、新年号・炉辺談話等の主要記事掲載について協議した。 (加藤)

21 会員の入退会異動報告

22(1) 平成 17 年度医薬品価格調査に対する協力について

(2) 平成 17 年度特定保険医療材料価格調査 に対する協力について

日本医師会から、従前通り本調査の協力依頼があり、確認。客体医療機関に対しては、調査主管課である山口県薬務課から調査票等が送付されるので、ご協力をお願いする。 (西村)

互助会理事会

第 10 回

1 傷病見舞金支給申請について

1件について協議、承認。

2 災害見舞金の助成について

玖珂郡支部より、台風 14 号による被災報告が 1 件あり、見舞金を助成することに決定。

医師国保理事会

第9回

1 全医連第 43 回全体協議会について (9月 30日)

神戸で開催され、16年度全医連事業報告・歳 入歳出決算並びに17年度事業計画・歳入歳出予 算等が承認された。また、医療保険制度改革に当 たって、医師国民健康保険組合の存立意義を踏ま え、組合の存続発展と健全な運営確保の配慮を要 望する決議が行われた。 (佐々木)

理事会

第13回

10月20日 午後5時~7時5分

藤原会長、上田・木下副会長、三浦専務理事、 吉本・濱本・佐々木・西村各常任理事、 正木・小田・湧田・萬・杉山・弘山・加藤・ 田中各理事、青柳・小田・山本各監事

協議事項

- 1 **第 151 回定例代議員会について** 通告のあった 2 件について協議した。
- 2 県民向け花粉症対策セミナーの開催について 平成18年度事業として開催することが決定。

報告事項

1 山口県社会福祉事業団理事会(10月6日)

定款の一部改正・規程の制定及び一部改正の説明、指定管理者制度の導入に伴う指定申請及び介護保険制度の改正に伴う補正予算について協議した。 (事務局)

2 山口県看護職員確保対策協議会(10月6日)

看護職員需給見通しについて、今回は病院・有 床診療所等に対してアンケート調査を実施。その 調査結果をもとに今後の各病院の増員予定等勘案 し、需給見通しの案が示され、協議を行った。

(田中)

3 学校·地域保健連携推進事業第2回連絡協議 会(10月6日)

学校専門医4科の相談事業で健康管理・健康 教育の充実について協議した。 (杉山)

4 花粉情報委員会(10月6日)

11月27日に開催予定の花粉測定講習会、18年度事業として計画中の県民向け花粉セミナー等について協議した。 (加藤)

5 個別指導「山口地区病院」(10月6日)・「宇 部地区」(10月13日)

病院 1 機関について実地指導が実施され、立 ち会った。 (萬)

診療所8機関について実施、立会。

(西村・萬)

6 郡市妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会 (10月6日)

日医乳幼児保健講習会の報告、学校医・園医部会、小児救急医療及び5歳児健診並びに予防接種について協議した。 (濱本)

7 日医勤務委員会(10月7日)

会長諮問事項「医療環境変革期における勤務の 役割」に対する答申案を審議した。 (三浦)

8 山口県医師会第 40 回記念ゴルフ大会 (10 月 10 日)

徳山医師会の引受により周南カントリー倶楽部

で行われた。参加者 78 人、優勝:森岡孝之(徳山) 先生、準優勝:井上英輝(宇部市) 先生。詳細は 会報本号掲載。来年度は萩・長門地区の萩市医師 会の当番で 10 月 9 日 (月・祝) に行われる。

(小田)

9 県民の健康と医療を考える会企画委員会(10月11日)

12月4日に開催する県民公開講座の運営について協議した。 (加藤)

10 自民党県連厚生部会との懇談会(10月12日)

18年度施策・予算措置に対する要望事項について協議した。要望事項は、①小児医療対策の充実強化について ②救急医療・自動対外式助細同器普及促進事業の拡大について ③医師確保対策の積極的な推進について ④看護師等養成支援対策の推進について ⑥三位一体改革及び市町村合併に係る医療・福祉施策について ⑦社会保険診療報酬に対する事業税非課税特例措置の存続についての7項目である。 (三浦)

11 山口県動物由来感染症情報関連体制整備検 討会(10月13日)

委員の紹介・座長選出があり、予防体制整備事業概要の説明、16年度までの実施状況及び事業計画案について協議した。 (田中)

12 地域医療計画委員会(10月13日)

県医療情報ネットワーク及び県医医療情報システム並びに第5次県保健医療計画見直しの郡市医の意見・要望について協議した。 (弘山)

13 地域医療対策委員会(10月13日)

病院の増床及び病院の廃止について審議した。 今後、同様の事案が生じた場合、早期に情報を開 示し、公平性の確保に留意する要望を県医対協へ 提出することになった。 (佐々木)

14 医事案件調査専門委員会(10月13日)

病院3件、診療所1件の事案について審議した。 (吉本)

15 西部医学会(10月15日)

藤原会長、上田副会長、田中理事が出席。会長が来賓の挨拶をされた。 (田中)

16 山口県医師会健康スポーツ医学実地研修会 (10月16日)

宇部市:老健施設ペあれんとで、「介護予防の新しい手法〜パワーリハビリテーション〜」と題して国際医療福祉大学竹内教授の講演後、医療機器の説明及び実技指導があった。 (濱本)

17 衛生検査所立入検査(10月18日)

下松市にある臨床検査センターの立入検査を 行った。 (田中)

18 徳山中央病院勤務医懇談会(10月18日)

徳山中央病院からのテーマとして、①今後の医療制度改革の方向性と当院の目指す方針、②新医師臨床研修制度の問題点等について協議した。その後介護保険制度や在宅医療等について活発なフリートーキングが行われた。特に臨床研修医の先生方の生の声をきくことができて有意義であった。 (湧田)

19 山口県献血推進協議会表彰式(10月19日)

多年にわたり献血運動の推進に寄与した団体等 に対する表彰式が行われ、協議会会長として感謝 状を授与した。 (藤原)

20 裁定委員会(10月20日)

保険医療機関及び保険医の取消の行政処分を受けた会員に対する対応について協議した。

(藤原・三浦)

互助会理事会

第 11 叵

1 傷病見舞金支給申請について

1件について協議、承認。

2 災害見舞金の助成について

岩国市支部より、台風 14 号による被災報告が 3 件あり、見舞金を助成することに決定。



卒後臨床研修医と私

山口県立総合医療センター 外科 倉田 悟

2004年春から2年間の卒後臨床研修が始まった。2年間に少なくとも内科、外科、小児科、産婦人科、救急、麻酔科、精神科、地域医療のトレーニングを受ける。しかし、3年目以降の後期研修先は現在未知数が多く、目が離せないところである。研修医はもちろんのこと、大学、研修指定病院もまだ十分整備されておらず、対応に追われているのが現状である。当院は山口県の自治医科大学卒後臨床研修病院であり、私は23年間このローテーション制度を経験してきたので、2年間の卒後臨床研修及び後期研修に何ら違和感を抱いたことはない。

さて卒後臨床研修の長所、短所や問題点を私の 経験から述べてみたい。

- 1 長所: 医学生の学外実習と同様、若者が集まってくることは大変素晴らしい。活気がある。当院外科においても3か月ごと3人ずつ一年目と、自由選択となる二年目の研修医がローテーションしてくる。指導医をはじめスタッフは若者から刺激を受ける。彼らの手本にならなければならず手抜きはできない。常に勉強しなければならない。そして水は淀むことなく流れることになり、医学の弛まない進歩に取り残されることなくひたすら走り続けることができる。これは嬉しい悲鳴である。
- 2 欠点: 若者に教えるということは忍耐と時間 が必要である。指導医にとって当たり前の事 を、『ちょっと待ってください、もう一度確

認させてください』となる。これはアメリカ人に『ちょっと待ってください、もう一度ゆっくり話してください』という英会話と同じである。手術も慣れたスタッフでやれば早く済むが、研修医に教え、彼らにメスを持たせれば当然時間がかかる。もちろん、当院は教育病院であり止む終えない面もある。次に基本となる内科、外科などを中心に研修するため整形外科、脳外科、眼科、耳鼻科、皮膚科などを一年目に研修できない、また臨床医学を支えている基礎医学教室への入局が遅れることになる。

3 指導医の責任: たとえ研修医が医療行為を行っても、患者は質の高い医療を受けられるべきであるという患者の権利を考えれば指導医の責任は重い。外科に例をとると、一定以上の手術レベルを保ちながら研修医にどこまでメスを持たせるか、手術時間はどこまで許されるか指導医の判断は難しい。いずれにせよ、すべての責任は指導医に課せられる。しかし、現実に研修医に絡んだ医療事故が発生した場合、指導医の連帯責任よりも病院が賠償請求の対象となるので問題は少ない。

ところが2年目を終えた後期研修医は夜間、土日、祝日など他の病院へアルバイトに 出かけることが多くなる。これは、大学医局 に若い医師がおらず、今まで大学から派遣さ れていたアルバイト先を研修医指定病院が肩 代わりしたことも大きい。後期研修医が他病 院で起こした医療事故に指導医の責任はなく 自己責任となるが、全員が必ずしも医師賠償 責任保険に入っておらず不安が残る。また、 最近クローズアップされてきた個人情報保 護法に基づいて、患者の秘密がリークした場 合の医事紛争も増加してくるものと思われる が、個人情報漏洩保険に加入していない医療 機関も多く、他病院で研修医が紛争に巻き込 まれることもあるであろう。 患者いれば問題生ず、患者なくして研修成り立たず。いずれにせよ研修医を保護し一流に育てるのはわれわれ先輩医師の務めであろう。

日医 F A X

2005年(平成17年)10月28日 1580号

- 高齢者負担増に断固反対
- 「伸び率管理のようなもの」 寺岡副会長が批判
- 改正労働安全衛生法が成立
- 医療安全確保に財源投入が必要
- 患者負担増にあらためて反対を表明
- 日医作成のパンフ、ホームページに掲載
- 日医が医療施設ホームページのガイドライン

2005年(平成17年)10月25日 1579号

- 厚労省試案受け質問相次ぐ
- 主治医機能の発揮へ環境整備
- 地域医療支援病院に「在宅支援」の機能も
- 高齢者に負担を強いる厚労省試案を批判
- 医療費適正化計画にも関与

2005年(平成17年)10月21日 1578号

- 医療費適正化、都道府県ごとに診療報酬を設定
- 厚労省試案を批判 櫻井副会長
- 医療構造改革推進本部を設置
- 制度改革法案、与党が本格論議へ
- 特区7次提案の政府対応で日医方針を説明

2005年(平成17年)10月18日 1577号

- 尾辻厚労大臣に医療費についての要望書を提出
- 小泉首相に試案を説明
- 行政処分の類型に「戒告」、再教育義務も
- 医療の質とその財源の確保について
- 日医検討委員会への参加検討

2005年(平成17年)10月14日 1576号

- 診療報酬の報道について厚労省の考え質す
- 「診療報酬下げ」報道を厚労省が否定
- 手術料の施設基準見直し、再調査待ち議論
- マクロ経済指標などめぐり討議
- 医療費適正化で「かなりの理解」
- 小児、産婦人科施設が減少傾向

2005年(平成17年)10月7日 1575号

- 48 時間規制の撤廃意見相次ぐ
- 訪問看護の算定要件見直しで意見対立
- 来年2月末で経過措置を廃止
- 医療費の管理手法導入に前向き 小泉首相
- マクロ経済指標、診療報酬本体下げを要求
- 軽度・低額医療の保険免責制導入も検討

2005年(平成17年)10月4日 1574号

- 第 113 回臨時代議員会を開催
- 植松会長、続投の意思を表明
- 政策目標は「総治療期間」などを積み上げ
- 費用負担問題は結論出ず
- 診療報酬の包括払いは引き続き拡大



私の意見

現実に即した看護師業務の範囲見直しを

- 看護師の内診中止は、地域社会に大きな混乱を来す -

埼玉県医師会副会長(埼玉県産婦人科医会長) 柏崎 研 (埼玉県医師会誌 第663号)

【はじめに】

最近、日医ニュース、日医理事会速報、メディ ファクスに、相次いで看護職の助産業務に関する 記事が掲載されている。まず、これらの記事を紹 介し、この動きの中には制度上現実離れした大き な矛盾を孕んでいることを指摘し、私は現実に即 した看護師業務の範囲見直しをすべきであると主 張したい。

【保健師助産師看護師法に関する最近の動向】 1. 日医 FAX ニュース (平成 17 年 5 月 10 日)

- 新人看護職の研修制度を検討 -

厚生労働省は4月28日、「医療安全の確保に 向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する 検討会」(座長=山路憲夫・白梅学園大教授)の 初会合を開き、2006年の医療提供体制の改革に 向け、新人看護職員の研修の在り方や看護師資格 を持たない保健師、助産師の看護業務などについ て検討に乗り出した。具体的には、①看護師資格 を持たない保健師、助産師の看護業務②免許保持 者の届け出義務③助産師、看護師、准看護師資格 の名称独占④行政処分を受けた看護師等に対する 再教育⑤助産所の嘱託医師⑥新人看護職員の研修 の在り方⑦産科における看護師等の業務 - などに ついて検討する。(一部省略)

2. 日医理事会速報 (平成 17 年 5 月 17 日)

- 医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法 等のあり方に関する検討会の件 -

報告・青木常任理事

標記の検討会が、5月12日、厚生労働省で開 催された。今回の議題は、看護師資格を持たな い保健師および助産師の看護業務についてであっ た。4年制の看護大学を出て、看護師国家試験に 不合格となった者が、保健師または助産師の試験 に合格し、当該保健師または助産師免許で看護業 務に就業する事例が見受けられたことから、検討 を始めることとなったもので、当日は結論を出す には至らなかった。私からは、保健師にしろ助産 師にしろ、仕事の9割が看護業務がベースになっ ているという一般論について話をしてきた。

今後、本検討会にて、看護職の助産業務につい て討議される。

3. メディファクス (平成 17 年 5 月 19 日)

- 看護師の内診中止を -

看護師が分娩の進行状況を内診で確認するのを 禁じた厚生労働省の通知に対し、日本産婦人科医 会が撤回を要望している問題で、医療事故情報セ ンター(名古屋市)など弁護士の 10 団体が 17 日、 通知を周知徹底して違法な業務慣行を直ちに改め るよう同医会に申し入れた。団体側は「同医会は 厚労省に対する要望書の中で、違法な看護師によ る内診が診療所を中心に広く行われていると認め ている。この姿勢では母子の生命健康保護の実現 はできない」と見直しを求めている。

厚労省は昨年9月13日付で、内診で分娩の進 行状況を確認する行為は助産であり、助産師と医 師以外はしてはならないと通知。同医会は同10 月に「通知を徹底した場合、地域によっては分娩



できる施設がなくなり、社会に大きな混乱を来す」と撤回を要望した。

以上が、最近の動向記事である。

【看護課長通達がもたらすもの】

平成16年9月、厚労省は、看護課長通達として、分娩時に看護師が内診を行うことを禁ずる方針を打ち出した。この通達に関しては賛否両論あるが、単に産科のみならず地域医療全体に於いても大きな問題となっている。この通達通りに事が運べば、場合によっては、分娩のできない地域も出てくる可能性がある。

また、産婦人科では、どの医療機関に於いても24時間対応しなければならず、複数の医療従事者でその体制をカバーしなければならない。助産師を常に抱えるということは、経済的負担のみならず、さらに多くのマンパワーを確保することになり、人材不足に加えて、現状の医療経済情勢では産婦人科医療機関の運営はきわめて困難になると言わざるをえない。

【分娩介護は看護師で】

分娩は、医師・助産師だけでできるということではなく、看護師・准看護師による協同作業によるところが大きい。現在の看護師・准看護師は、分娩のあり方や進行状況、異常分娩に関しては充分に教育され、尚且つ実習を通して実体験が行われている。現今の看護教育レベルは、昭和23年当時に GHQ のお仕着せで作られた看護師教育とは格段の違いがある。それ故に、私はこれらを踏まえた看護師の業務範囲を見直す必要があると考えている。

分娩介助は助産師(分娩・第Ⅱ期・第Ⅲ期)の 業務独占であるが、私は分娩介護は看護師の業務 と考えている。だから、分娩介護に関しては、医 師の下で看護師が分娩介護(分娩・第Ⅰ期)を行 うことには問題はなく、医療の安全性も充分確保 されると考えている。

【助産師教育の矛盾】

助産師養成教育は、大学と助産師校とで行われ ているが、ここにも大きな問題がある。大学生は 卒前で、国試前であり、看護師の資格もなく、分 娩を10例見学しただけで、国試の受験の資格を 持てることになるが、そんな簡単なことで助産 業務ができる訳がなく、少なくとも1年間以上 は業務を行って初めてできるものではないだろう か。また、看護師から助産師になるにしても見学 だけでなく、実務を行って初めて身につくもので ある。ましてや、看護師国家試験不合格でも助産 師試験に合格すれば助産業務に携わることができ るという現行制度の矛盾は、全く納得のいかない ものである。看護師の資格があるのであれば、実 務はしなくてはならない。それ故に分娩に関して は、看護師も医師の指導・指示の下に分娩業務を するのなら母子の安全保護は充分保てるはずであ る。

【おわりに】

看護師はそれなりの分娩介護を学んでいるのだから、その職務に耐えうるし、分娩・第 I 期の看護師の内診なくして、日本の産科医療態勢を組むことはできないと考えられる。この通達は診療所・病院の現場を混乱させるだけでなく、地域の医療体形を破綻させて 社会をますます混乱に陥入らせてしまう危険性を孕むものだと指摘し、早急に看護業務の範囲見直しをすべきであると各方面に要望したい。

● オーバーベッド騒動 ●

インフルエンザのシーズンがまたやってくる。 昨年は10月初旬大阪の小学校でAH3型感染流 行による学級閉鎖があった。そして例年のように 2月を中心に大流行した。この流行の度に高齢者 の肺炎罹患により、入院ベッドの確保に頭を悩ま せることになる。

当院では 05 年 2 月にオーバーベッドになり、 3 月に罰金を払った(診療報酬を減額された)。

社会保険研究所発行の『平成16年4月版 点 数表改正点の解説』によると、厚生労働省告示 第52号の中に、厚生労働大臣の定める入院患者 数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本 料等の算定方法があり、「保険医療機関の月平均 の入院患者数が、医療法(昭和23年法律第205 号)第1条の5第1項に規定する病院にあっては、 同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出を し、又は承認を受けた病床数に 100 分の 105 を 乗じて得た数以上」とあり、この数以上はオーバー ベッドなので入院基本料の算定は次のようにしな さい、というもの。すなわち、「健康保険法の規 定による療養に要する費用の額の算定方法(平成 6年厚生省告示第54号)別表第一の所定点数に 100分の20を乗じて得た点数を用いて、それぞ れ算定告示又は算定基準の算定方法の例により算 定した額」。要はオーバーベッドになったら、当 該病床の全入院患者について入院基本料の80% しか払いませんよということです。

当院の病床数は 138 床で、一般病床 30 床, 医療型療養病床 48 床、介護型療養病床 60 床。

オーバーベッドになったのは一般病床の30床についてのみで、療養病床は今まで1床もオーバーしたことはない。全病床数138床の入院基本料20%減額だったら大変な額になる。



薦田 信

実は2月下旬にオーバーベッドが避けられないと判断されたので、県の山口社会保険事務局に出向して事情を説明したが、「規定どおり20%減額した点数で請求しなさい」。

減額は当該の2月分についてではなく、翌月の3月分についてであった。3月は2月よりも3日多い。したがって3(日) \times 30(床)=90床分多く減額されるが、これも規定なのでやむを得ない。

当院の一般病床は前述のように30床で、人口9千人の町に当院と同規模の病院がもう1施設あり、したがって外来からの入院患者数はそう多くはない。月平均75~80人の新入院患者があり、約半数は他施設からの紹介に依存している。

小さな町に 100 床以上の病院が 2 つもあるという特殊事情もあって、当院は紹介患者さんによって病院経営が成り立っている。また、当院は『一視同仁』すなわち「どんな患者さんでもわけへだてなく診る」を基本理念にしているので、どんな状況でも入院依頼は断るわけにはいかない。05 年 2 月は例年以上にインフルエンザによって高齢者を中心に肺炎が多発した。

この度一つ勉強になったことは、医療型療養病 床も5%のオーバーベッドは可能ということで、 4月からこれを上手に利用している。

罰金は幾らだったか? 約300万円でした。

一般病床だけの大病院がオーバーベッドになったら・・・それはあり得ないでしょうが、当院のように一般病床数が少ないと、病床のコントロールという意味で急性期医療の対応の難しさがある。

再びインフルエンザのシーズンを迎えるにあたり、半年前の"おそまつの一席"を紹介しました。

お知らせ・ご案内

平成 17 年 11 月

学術講演会

と き 平成17年11月16日(水) 19:00~

ところ 岩国市医療センター医師会病院東館 4 階講堂

演題 「COPD の診断と治療」

久留米大学医学部第一内科 教授 相澤 久道

主催:岩国市医師会

学術講演会

と き 平成17年11月17日(木)午後7時20分~

ところ ホテルサンルート徳山 銀河の間

演 題 「肝疾患 最近の話題」

山口大学医学部消化器病態内科学 教授 坂井田 功

主催:徳山医師会

学術講演会

と き 平成17年11月26日(土)午後7時~

ところ ホテルサンルート徳山 銀河の間

演 題 「パーキンソン病治療について」

徳山医師会病院神経内科 院長 森光 光紀

主催:徳山医師会

第 130 回山口県東洋医学研究会 例会

と き 平成17年11月24日(木)午後7時~午後9時

ところ ホテルみやけ 4F「竜宮の間」

山口市小郡黄金町 2-24 TEL: 083-973-1111

演題「漢方の診断・治療」

劉呼吸器科内科院長 劉 震永

※一般の方の参加を歓迎いたします。

主催:山口県東洋医学会

共催:日本東洋医学会中•四国支部山口県部会

事務局: 〒 744-0011 下松市大字西豊井 1404-10

クリニック・アミカル内 TEL: 0833-43-8180

第 13 回山口県東部地区リウマチ勉強会

と き 平成17年11月24日(木)午後7時~8時

ところ ザ・ホテルクレマシー (旧ホテル丸福) 2F「ブルーオーシャン」

周南市桜馬場通り3丁目 TEL:0834-32-5000

特別講演「痛風・高尿酸血症の臨床:最近の話題」

東京女子医大附属膠原病リウマチ痛風センター 教授 山中 寿

取得単位 日本リウマチ財団教育研修受講証(1単位、1,000円)

日本整形外科学会教育研修受講証(1単位、1,000円)

共催:山口県東部地区リウマチ勉強会ほか

お知らせ・ご案内

山口県腰痛研究会

と き 平成17年11月25日(金)午後6時30分~8時30分

ところ 山口グランドホテル 2F「鳳凰」

山口市小郡黄金町 1-1 TEL: 083-972-7777

プログラム

トピックス

1. 「腰部脊柱管狭窄症に対する治療選択―患者満足度と医療従事者の意識調査―」

山口労災病院 リハビリテーション科 部長 富永 俊克

2. 「腰痛症に対する AKA 療法」

おもて整形外科 院長 表 寛治郎

特別講演「腰部脊柱管狭窄症の病態と治療」

福井大学医学部医学科 器官制御医学講座 整形外科学領域 教授 馬場 久敏

※本講演会は日本整形外科学会教育研修単位1単位に認定されております。

※単位認定の必要な方は受講料 1.000 円が必要です。

※日本医師会生涯教育制度の5単位が認められております。

共催 山口県腰痛研究会・吉南医師会

第 22 回山口県肺癌研究会

と き 平成17年12月15日(木)午後6時30分~

ところ 山口グランドホテル 2F「鳳凰」

山口市小郡黄金町 1-1 TEL: 083-972-7777

一般講演 5~6 顋(予定)

特別講演 「アスベストの健康被害と悪性中皮腫」

山口県立総合医療センター 病理科 診療部長 亀井 敏昭

参加費 500 円

共催:山口県肺癌研究会・山口大学医師会ほか

産業医学振興財団 産業医学専門講習会

と き 平成18年1月7日(土)~9日(月)の3日間

ところ 東京慈恵会医科大学 大学1号館講堂、講義室、実習室

受講料 30,000円(3日間 テキスト代 資料代含む)

対 象 日本医師会認定産業医等

定 員 250名

取得単位 生涯研修 20 単位 (更新 2.5 単位・実地 4.5 単位・専門 13 単位)

※基礎研修の単位は取得できません。

申込先 財団法人産業医学振興財団 業務部 普及課

〒 107-0052 東京都港区赤坂 2-5-1 東邦ビル 3 階

TEL: 03-3584-5421 FAX: 03-3584-5424

申込方法 財団指定の申し込み書により平成17年11月30(水)までにFAXまたはインター

ネット (http://www.zsisz.or.jp) でお申し込み下さい。

主催 財団法人産業医学振興財団、慈恵医師会

第3回日本予防医学会 学術総会

と き 平成17年12月10日(土) 9:30~18:30

11 日 (日) 10:00 ~ 12:30

ところ 10日 宇部全日空ホテル (学術総会) 山口県宇部市相生町 8-1

11日 山口大学医学部第3講義室(市民公開講座)山口県宇部市南小串1-1-1

テーマ 生活習慣病、そのリスクと予防

プログラム

12月10日

 $9:40 \sim 10:40$

特別講演 1「コエンザイム Q10 は予防医学に役立つか?」

東京工科大学バイオニクス学部教授 山本 順寛

 $11:00 \sim 12:00$

特別講演2「心血管疾患とその危険因子-リスクファクター管理の重要性-」

山口大学大学院医学研究科器官病態内科学教授 松崎 益德

 $13:30 \sim 16:30$

1.動脈硬化症はどのように起こるのか? - 危険因子としての肥満と高脂血症-

東京大学医学部附属病院糖尿病代謝内科 大須賀淳一

2. 肥満はなぜ糖尿病に悪い?

大阪大学大学院医学系研究科老年・腎臓内科学講座講師 藤澤 智巳

3. 日本人と肥満:沖縄の現状は日本の将来を予見する

豊見城中央病院糖尿病・生活習慣病センター所長 田仲 秀明

4. 生活習慣を変えることはできるの? 一糖尿病予防研究から見えたもの一

名古屋大学医学部附属病院総合診療部講師 佐藤 寿一

5. 特定保健用食品(トクホ)と予防医療

(㈱総合医科学研究所代表取締社長兼 CEO (医師・医学博士) **梶本 佳孝**

 $16:30 \sim 17:30$

一般講演(ポスター発表)

 $17:30 \sim 18:30$

特別講演「高齢社会における保健、医療、福祉政策の展望」

厚生労働審議官 辻 哲夫

12月11日

 $10:00 \sim 11:00$

市民公開講座「我が国における疾病予防の現状と対策」

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長 佐藤 敏信

 $11:00 \sim 12:30$

市民公開講座「食事栄養によるアルツハイマー病の予防と治療」

自治医科大学大宮医療センター神経内科教授 植木 彰

※本大会参加の方は、日本医師会認定産業医研修会の単位が取得できます。

生涯・専門 4単位(特別講演2およびシンポジウム)

お問い合わせ先

第3回日本予防医学会学術総会 事務局

〒 920-8640 金沢市宝町 13-1

金沢大学大学院医学系研究科環境生態医学講座内

TEL:076-265-2218 FAX: 076-234-4233

E-mail:yobouigaku3@pub.m.kanazawa-u.ac.jp

主催:日本予防医学会

お知らせ・ご案内

山口県医師会産業医研修会

と き 平成 17 年 12 月 11 日 (日) 午前 10 時~正午 ところ 山口県医師会 6 階会議室 山口市吉敷 3325-1

9:30 ~ 受付

司会 山口県医師会理事 正木 康史

 $10:00 \sim 11:00$

「アスベスト(中皮腫)について」

独立行政法人国立病院機構山陽病院呼吸器科部長 青江 啓介

 $11:00 \sim 12:00$

「睡眠時無呼吸症候群について」

山口大学医学部附属病院耳鼻咽喉科学講座講師 原 浩貴

取得単位

日本医師会認定産業医制度:基礎後期2単位、生涯専門2単位

山口県医師会学校医研修会 予 防 接 種 医 研 修 会

と き 平成17年12月11日(日)午後1時~午後4時

ところ 山口県医師会 6 階会議室 山口市吉敷 3325-1

12:30~ 受付

司会 山口県医師会理事 杉山 知行

学校医研修会

 $13:00 \sim 15:00$

「不登校を体験した子ども達からのメッセージ」

宇部フロンティア大学助教授 西村 秀明

予防接種医研修会

 $15:00 \sim 16:00$

「予防接種を実施されるすべての先生方へ~MRワクチンの導入等最近の話題を含めて~」

山口赤十字病院小児科副部長 門屋 亮

取得単位(午前・午後を通して)

日本医師会生涯教育制度:5 単位

第 253 回木曜会 (周南地区・東洋医学を学ぶ会)

と き 平成17年12月8日(木) 午後7時~9時

ところ ザ・グラマシー 3F「松の間」 TEL:0834-32-5000

テーマ 日本東洋医学会尾道大会(H 17.7)より

「Narrative Based Medicine(NBM)と漢方治療」 「統合医学の中核としての漢方」ほか

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

山口県医師会メーリングリスト (通称メドオール) 参加者募集について

メーリングリストとは、あるアドレスに送信すると参加者全員に同じメールが配信されるものです。メドオールは医師会員同士が互いに意見交換や情報提供を行う場を提供するもので、メドオールを通して地域医療の発展、さらには医師会全体の向上に繋がればと思います。また、将来的には医師会からの文書通達の手段として利用する予定です。

このメドオールは7年前から設置しており、現在の参加者は百数名です。医師会員でまだ未加 入の方はこの機会に参加してみてはいかがでしょうか。

参加希望の方は当会メールアドレス (info@yamaguchi.med.or.jp) にお名前と所属郡市医師会、メールアドレスをご記入の上送信、もしくは下記申込書にご記入の上、当会まで FAX してください。

また、現在登録しておられる方で、メールアドレスの変更・脱会を希望される方は、当会までお 知らせください。

<注意事項>

山口県医師会員相互の情報交換を目的としてますので、不平不満、他人を誹謗中傷するような記事はご遠慮願います。また、大量の容量のメールも禁止いたします。

山口県医師会 総務課 宛

以下のとおり、メーリングリスト登録・変更・脱会を申し込みます。

申込年月日:平成 年 月 日

	メドオール 登録・変更・脱会 申請書
メドオール	□参加します □変更します □脱会します ノ をつけてください
フリガナ 氏 名	
所属郡市医師会	医 師 会
登 録 メールアドレス	@
備考	

山口県医師会産業医研修会・産業医部会総会

と き 平成17年12月3日(土) 午後3時~午後5時30分

ところ 山口県医師会館 6階 大会議室(山口市吉敷 3325-1)

対 象 日医認定産業医ならびに認定産業医を希望する者

受講料 無料

 $15:00 \sim 16:00$

特別講演1「労働衛生の動向(仮)」

山口労働局安全衛生課長 中野 晴夫

 $16:00 \sim 16:30$

山口県産業医部会総会

 $16:30 \sim 17:30$

特別講演2「過重労働と脳血管障害について(仮)」

独立行政法人労働者健康福祉機構山口労災病院長 伊藤 治英

取得単位 日本医師会認定産業医制度 基礎研修:後期2単位(特別講演1・2)

生涯研修:更新1単位(特別講演1)

専門1単位(特別講演2)

日本医師会生涯教育制度 5単位

山口県医師会カード〔ゴールドカード〕の発行について

当会では会員福祉事業として、㈱やまぎん JCB と提携し当会会員に年会費永久無料の山口県医師会カード(ゴールドカード)を発行しました。

このカードは下記の特典があります。お申込は郡市医師会窓口にてお願いします。

<特典>

1 年会費永久無料

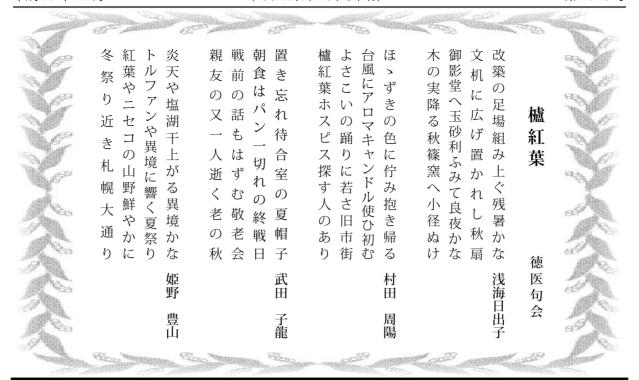
家族会員カード年会費 1 名無料

2 優遇宿泊施設の確保

国内900 施設宿泊料割引サービス国外12,000 施設優待割引サービス

- 3 利用限度額 100万円
- 4 出張手配サポート 航空券・JR 券・ホテルの手配やベストプランの提示
- 5 旅行傷害保険サービス 最高 5,000 万円の傷害保険を自動付与
- 6 空港ラウンジの無料サービス
- 7 全国タクシーチケットサービス
- 8 その他
- ※ 申込用紙は郡市医師会に準備しております。





護弔

このたび、次の会員の方がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。 角井 菊雄 氏 柳 井 医師会 10月 7日 享年98歳。

山口銀行の確定拠出年金のご案内

病院会計について

- ◆週職総付会針導入の、お手伝いをいたします!
 - く無料でのコンサルティング実施さを高金額扱のコンサルティングから確定機能存金的反のご複数 種味まで、サポートいたします。また、東京衛とは動き発展激素式会社と検察し、発展したサービスを与っています。

烟 人 向 け

- ◆こんな税制優遇された容易をご利用になりませんか?
 - <掛合は全部所得経験> 紫出版電報(第13000接套:63000円、第2個指標模型:48000円)
 - く適用額は楽器税と
 - 〈劉潔明年の福禄[墨羅]〉 中部全等展现:因開發獨古して港牌、革命で等級:公如衛金等血管標

※評雑についてのお問い合わセー (2) 25(3) \$120 (\$01245 (受担時後 長ち含葉虫の), 20-11: 23

本史資金(選手・動除資金のど)広志信入には、『由首県医師会想度発療 (名ご新年(所に)。 ドタ技術者に受験的なの資金の資金の企業を含まれている200歳代表のおに他像で2000人



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 11 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	下関市(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

	登録日	所在地	施設種別	診療科目	雇用形態	備考
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
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
32	H17.09.27	柳井市	病院	内科医師 2名 整形外科医師 1名 小児科医師 1名	常勤	8:30-17:15 年齢 65 歳まで 定年 65 歳
33	H17.10.03	宇部市	病院	整形外科・外科医師 1名	常勤	8:30-17:00 60 歳定年 当直可能な方
34	H17.10.17	岩国市	病院	内科、皮膚科それぞれ1名	非常勤	雇用予定期間の定めはなし 週3回、9:00-18:00 年齢60歳くらいまで

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	・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 ・宿舎不要 ・H17.07 頃希望 ・宇部市希望	
2	H17.06.15	内科	・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	

訂正

平成 17 年 10 月号(NO.1742)にて、一部間違いがありましたので、お詫びして訂正いたします。

P.895 謹弔

(誤) ● 佐々木匡秀 岩国市 医師会

(正) ● 佐々木匡秀 山口市 医師会

編集後記

「いしの声」に広報についてご意見をいただきました。防府の清水暢先生の「対外 広報を考える」(10月号)です。郡市医師会の会報を担当している立場から、その苦 労と奮闘ぶりがよく伝わってきます。また、われわれ県会報編集子にもねぎらいをいただきました。

わたしも市の会報の編集に長くかかわった経験から清水先生のご苦労が手にとるようにわかります。幸か不幸かわたしの市の会員数が多く、毎号原稿はおおく集まりました。しかし、どうも同じ書き手、いわゆる常連にかたよる傾向があります。それも連載になっていくことがおおいようです。これも編集子としては誌面が埋まることではたすかることもあるのですが、やはりマンネリ化は避けられません。そこであたらしい書き手の発掘となります。これがなかなかむつかしいのです。いつぞや、このひとならさらっと書いてくれると期待してお願いしたところ、原稿の依頼とわかるやいなや声をあらげてことわられました。さらに、書くくらいなら医師会をやめるとまでいわれてしまいました。

さらに難しいのが、連載をやめていただくことであります。もちろん連載にも玉石 混淆、評価もまちまちです。なかにはその会報のめだまになっているものもあります。 そのへんの判断はそれほどむつしくはないのですが、ただ、休筆をおねがいするのは、 だれがねこにすずをつけるのか。

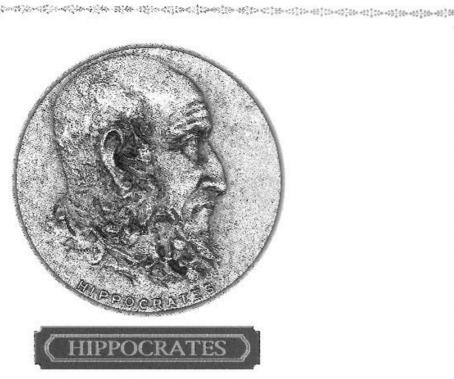
さて、清水先生は対外広報の重要性を述べておられます。その趣旨に賛同するところです。いま、日医も対外広報の戦略会議を設置し、その重要性を強調しています。これに県医としても呼応して取り組んでいこうとしているところです。今年度も郡市広報担当理事協議会を開催して、わが県の対外広報の方向性を議論していただく予定です。

また、清水先生には「県民の医療と健康を考える会」の活動について評価していただきました。これは県の広報担当としてたいへんありがたいことであります。この会は医師会だけでなく、県下の医療関係団体、老人クラブなど15団体で組織するもので、まさに対外広報の重要なイベントであります。今年はきたる12月4日に「がんと一緒にゆっくりと」のテーマで、絵門ゆう子さんを講師におまねきして開催する予定です。どうか会員の先生方もおおく参加していただけますようお願いいたします。

清水先生には「いしの声」をきかせていただきありがとうございました。これから もおおくの会員からその声をきかせていただけることをねがっております。

(加藤)

From Editor



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。

eleval valual parte al parte al valua de vel valua de vel parte al valua de vel valua de vel valua de vel val

6. 灰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)

総合保健会館 5 階 FAX:083-922-2527

印刷: 大村印刷株式会社 1,000 円 (会員は会費に含む)

■ ホームページ ■ E-mail

http://www.yamaguchi.med.or.jpinfo@yamaguchi.med.or.jp