山口県医師会報

2006
平成18年
4月号
No.1748

桜花爛漫　　吉次興茲　撮

Topics

特集：特別講演会・座談会
「市場原理主義と地域医療」

Contents

●新副会長・専務理事挨拶…… 三浦・杉山　299
●新役員プロフィール…… 300
●郡市会長プロフィール　阿武郡医師会…… 301
●今月の視点「今次診療報酬改定について」…… 加藤　302
○特集：特別講演会「市場原理主義と医療：米国の失敗から学ぶ」　李 啓充　308
○特集：座談会「市場原理主義と医療」…… 324
●第 96 回山口県医師会生涯研修セミナー …… 吉利・伊東・前川　334
●山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会…… 弘山　340
●主治医意見書記載のための主治医研修会…… 田中義　346
●在宅医療推進実地研修会…… 末永　349
●都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会…… 弘山　351
●郡市医師会医事紛争・診療情報担当理事協議会…… 正木　360
●自浄作用活性化委員会…… 小田　364
●都道府県共同利用施設担当理事連絡協議会…… 田中豊　371
●山口県医師会囲碁大会　引受：徳山医師会…… 野間慎朗　374
● Medical Topics「ジェネリック医薬品」…… 薦田　376
●医師会の動き…… 木下　378
●理事会…… 380
●勤務医のページ①「大学病院における卒後臨床研修の意義」…… 松山豪泰　387
②「萩往還に魅せられて」…… 山本達人　388

転載コーナー

●「院内発生転倒事故の責任は？」…… 福岡県医報　390

●日医 FAX ニュース …… 357
●お知らせ・ご案内…… 391
●山口県ドクターバンク求人・求職情報…… 396
●編集後記…… 吉本　398

新 副会長・専務理事 挨拶

副会長

三浦　修

去る2月23日におこなわれました第152回代議員会で、4月1日からの2年間の副会長就任が承認されました。ご推薦いただきました防府医師会の先生方並びに代議員の先生方にも心より御礼申し上げます。

第2次藤原執行部のスタートにともない、木下副会長とともに藤原会長をしっかりと支え、常任理事、理事、監事の先生方とともに円滑な山口県医師会会務の遂行に努めてまいります。昨年度まで、上田前副会長の担当されていました医事法制、生涯教育、勤務医、会務に加え、今年度からそれぞれ独立した広報と情報も担当させていただくことになりました。また、木下副会長の担当でファンの多かった、「県医師会の動き」欄も担当させていただくこととなりました。伝統ある山口県医師会の副会長という重責に身も引き締まる思いですが、その名を汚さず、諸先輩方の築き上げた県医師会執行部としての責務を果たして行く覚悟であります。

今日の市場原理主義者の台頭は、社会保障制度や医療保険制度の根幹を揺るがせ、日本国内を弱者と強者に色分けすることを許してきました。規制緩和を受け入れることが、すべて善であることのように信じた国民は、日本人が長い間培ってきた惻隠の情を忘れ、文化や伝統、日本人固有の倫理観までも手放しつつあります。私たちは、医師として倫理観と使命観を保ちながら、時代の大きな流れを見つめつつ、国民のために安全で質の高い医療を提供し続ける義務と責任を持っています。いまこそ郡市医師会並びに会員の先生方の力を結集し、その重要性を会の内外に訴えていかなければなりません。

会員の皆様のご助言、ご指導、ご鞭撻の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

専務理事

杉山知行

2月23日の第152回代議員会において、この4月から2年間専務理事に就任することのご承認をいただきました。思いがけない事ではありましたが一生懸命に努力いたす所存です。しかし責任の重さに身が引き締まる想いがしています。

専務理事の本務である総合調整的会務の他に、新たに生涯教育が分担となりました。なお地域保健の中の学校保健については引き続き担当することになっています。

現在医療を取り巻く環境は非常に厳しいものがあります。療養病床の大幅な削減等を唐突に盛り込んだ医療制度改革関連法案の提出、診療報酬がマイナス3.16％というこれまでにない下げ幅となった事や、2年前の異状死を届け出なかったとして今回逮捕された産婦人科医の事例などに如実に現されていると思います。このような中、異例ともいえるこのたびの日本医師会の会長選挙は医師の危機感の噴出と考えており、当初の大事な仕事として藤原会長を主体に熟慮し、一致団結して行動したいと考えています。

さて、専務理事の役目は会長の秘書役･女房役であるでしょう。会長の意向を第一義としてその裏方を勤めつつ、理事と会長、副会長の調整・つなぎの役をはたしていきたいと思っています。会務の遂行には理事役員と事務職員との連携も重要です。そこでのつなぎの役も当然あるでしょう。

医師会は役員等の関係者だけでは決してやっていけません。ましてやこの難しい時、ぜひとも会員の皆様方のご協力、ご指導、ご鞭撻の程何卒よろしくお願い申し上げます。

新役員プロフィール

田中義人（たなかよしと）　理事

◇地域医療・介護保険、地域福祉、地域保健
◇宇部市医師会
◇内科･消化器科
◇60歳

この度、田中義人先生を山口県医師会理事に推薦するにあたり、先生の略歴とひととなりを紹介いたします。

先生は昭和20年11月26日のお生まれで、元来は山口市の駅前通りにお住まいだったそうです。山口高校を卒業され長崎大学医学部に入学。昭和45年に卒業後茂島四郎教授の第二内科に入局され、国立嬉野病院等の勤務を経て大学に戻り助手、講師を歴任の後、再び長崎県内の総合病院内科部長、平成元年からは併設の老人保健施設の施設長も兼任されるなどの経験がおありです。

平成4年5月に宇部市の厚南において消化器内科の診療所を開設。平成8年から宇部市医師会の地域医療委員会委員長、在宅医療委員会委員長など在宅医療関連の役をご経験の後、その力量を認められ平成14年に宇部市医師会理事に就任し、在宅医療・訪問看護・在宅介護の担当理事として活躍されました。

日々の診療においては専門の消化器内科は無論のこと、厚南地区の在宅医療をひろく引き受けられ地域住民からの信望を集めておられます。したがって先生の医師会における仕事は、自らの日常診療の実践経験に基づくものであるため、その発言や改革への視線はより具体的・実際的なものです。

決して派手なことやパフォーマンスは得意ではなく、どちらかというとおっとり型ですが、急いて事をし損じることなく、着実にことを進めてゆくのが先生の仕事のスタイルとみてよいでしょう。

そんな先生の趣味は卓球だそうですが、最近は多忙のため自宅の卓球板もしまったままだと、笑っておられました。酒もけっして嫌いではなく、興がわけばマイクも握ります。太く張りのある声で歌う懐かしの演歌は、周りの酔いを覚ます迫力があります！

真面目で、穏やかな先生ですが、今後は、さらにパワーアップして、その地力を県医師会という場面でいかんなく発揮して頂けるものと信じています。

県医師会の先生方には、田中義人先生に対する温かなご支援とご協力をよろしくお願いいたします。

【記：前宇部市医師会長　田中　駿】

郡市会長プロフィール

第 21 回

阿武郡医師会長
松井　健

松井先生は平成 9 年 4 月 1 日に山口県に帰ってこられました。それまでは、母校の北里大学に 13 年間在籍され、その間、研修医、病棟医、チーフレジデント、研究員、上尾中央病院出向、横浜総合病院出向と外科医として勤務されていました。また、北里大学病院では内分泌外科の専門外来をお一人で担当され、甲状腺、上皮小体、副腎などの手術を年間 60 例くらい担当されておられたようです。途中、掛け持ちで薬理学教室に入られ免疫抑制剤の基礎研究をされ、これが先生の学位論文になったそうで、研究は 6 年に及んだそうです。

私も松井先生と時を同じくして阿武郡医師会に入会しました。聞けば歳も同じ、家庭環境も極めて似ているためすぐに意気投合し、以来お付き合いが続いています。医師会活動で云うと、入会 1 年目で理事になられました。理事を 2 年担当され、その後副会長を 4 年担当され、平成 16 年 4 月 1 日より阿武郡医師会長になられました。医師会長に就任された年齢が 44 歳であり、若いがゆえにいろいろと気苦労が多かったのではないかと思います。松井先生が会長に就任されたときの挨拶は、阿武郡医師会をこれからどうして運営していくか決めて、さらには実行に移していく。阿武郡医師会の歴史をまとめたい。というものでした。あれから 2 年、経ってみればその約束どおりの結果になりました。阿武郡医師会を 2 つに割って解散するという事になったわけですが、2 年前には、会員のだれもが考え付かなかった事態です。また、阿武郡医師会の歴史をほとんど 1 人でまとめ上げ、本年の夏頃には発刊になる予定です。会長の他、理事を 5 つ掛け持ちされていたため山口に行く回数が多かったようで、生涯研修セミナーなども合わせると、この 6 年間、年 60 回くらいは山口や萩行きの日があったそうです。1 度だけ雪の日に阿東町の国道 9 号線上で、スリップしてきた対向車を避けたために、自分がスリップして対向車のトラックに衝突し、死にかけた事があったそうです。乗っていたスカイライン GT-R は廃車になったと聞きます。松井先生の趣味はクラッシック音楽で、特に Wagner の「ニーベルングの指輪」は大好きだということです。その中でも「神々の黄昏」の Finale の部分は、栄えていた神々の世界が没落し遂には消滅してしまうという内容で、これが阿武郡医師会のおかれていた状況と重なって、合併問題で悩んでいたときは良く聞いていたそうです。

また、選挙の後援会名簿、署名集めには異常な執念で大体県医の要求の 90％以上はクリアできていました。

今後に関しては、本年 4 月より山口県医師会警察医会副会長として活動されると聞いております。激務の会長職をやめて以降も継続して医師会活動を続けられるというのは本当に頭が下がります。4 月以降は、多少のゆとりの時間ができると思いますので、ゆっくりと休まれて、この何年間かできなかった家族サービスなどをしてあげていただければと思います。

本当に大変なこの数年間、御苦労様でした。阿武郡医師会を代表して感謝申し上げます。

【記：阿武郡医師会副会長　藤原　弘】

今月の視点

今次診療報酬改定について

常任理事　加藤欣士郎

平成 16 年 4 月診療報酬改定はマイナス 3.16％の史上最悪の改定になった。何故このようなマイナス改定となってしまったのか、その経過を説明したい。また、改定の内容を検証し、今後の改定への対応についても提言してみたい。

今次マイナス改定にする必要はまったくなかった

今次は全体マイナス 3.16％、本体マイナス 1.36％、薬価・材料価格マイナス 1.80％の改定率であった。平成 12 年にはじめて本体がマイナス改定になった。このとき全体マイナス 2.7％、本体マイナス 1.3％であった。平成 14 年も全体マイナス 1.05％、本体 0％であった。この 6 年間で全体マイナス 6.91％、本体マイナス 2.66％の診療報酬ダウンをわれわれは強いられているのである。平成 12 年のマイナス改定の医業経営への影響がいまだに続くなか、さらに今回の報酬引き下げである。さらに厳しい経営状況になることは必至である。たとえ景気が回復しても、向後 2 年間はこの診療報酬でやっていかなければならない。

今回このように大幅なマイナス改定にする必要が本当にあったのか。財源の確保が困難のためか。健保財政の悪化のためか。医師の儲け過ぎのためか。そのどこにも理由はない。

国の財政状況は依然厳しいことは事実である。債務は 800 兆円を超し、財政はほとんど破綻しているに近い。しかしこうなったのも医療を含めて社会保障費が原因ではない。国が野放図な公共事業中心の施策を続けてきたからである。いま景気は上向きになって来た、デフレは脱却、日銀も量的緩和策を解除した。春闘も各業種とも満額回答をしている。相変わらず特別会計は保たれ、あれだけ世間の批判を受けた道路財源も潤沢にあると聞く。名古屋、神戸と北九州、飛行場はどんどん開港していく。ここに診療報酬を引き下げる理由はない。

健保財政は単年度黒字である。組合は収入減と老健への拠出金に苦慮しているが、政管とともに本人 3 割負担で支出が減少している。国保は慢性的に赤字であるが、これは保険料の未収、市町村単位の制度の不安定が原因である。保険制度改革を先送りしてきたためである。ここにもマイナス改訂にする理由はない。

医療経済実態調査に基づく個人開業医の収入は 228 万円と報道された。これは個人開業医の収支が 228 万円の黒字との調査結果をそのまま収入として扱ったものである。これを勤務医やサラリーマンの給与と比較して高いと評価している。何とも稚拙で、予断と偏見に満ちた報道であ

る。マスコミ報道は世間の誤解を増幅させる。この結果、医師の儲け過ぎ神話がいつまでも続くことになる。今回の調査でも開業医の収入は減少していることがわかった。今回の診療報酬の引き下げでさらなる収入の減少は避けられないであろう。

「史上最大のマイナス改訂」は一体だれのためにあったのか

概算予算編成のために社会保障費の自然増の圧縮が検討される。今年はシーリングで 8500 億円の自然増の 2500 億円の削減が企図されていた。財務省は極端な削減を主張し、診療報酬改訂があるときはいつも 5%以上のマイナス改訂を迫ってくる。厚労省は自らの政策予算獲得のため削減幅の縮小を主張する。ここではわれわれは厚労省と棟を同じくする。また、政治が関与してくる、厚労族の登場である。ところが今回様相が一変してしまった。9 月の衆院選である。台風襲来に時節、追い風は逆風に転じた。自民党の圧勝である。いや、自民党ではない小泉総理の一人勝ちであった。衆院選圧勝に意を強くした総理は官邸主導の予算編成を進めていく。財政赤字削減のため国債発行を 3 兆円減らすことを決めるやその矛先を社会保障費に向け、当初 2500 億円の削減案を一挙に 5000 億にまで引き上げた。これをだれも止めることができなかった。厚労族も影をひそめてしまった。

衆院選では一部地域に自民党以外の自主推薦を認めたことも医師会には裏目に出てしまった。また、一昨年の小泉総理の混合診療導入宣言を医師会の活動で頓挫させたことも総理の脳裏によぎったであろう。さらに中医協改革でこれまで改訂率の検討は中医協マターであったのが、社保協マターとなったのも災いした。これで改訂率の決定は完全に官邸となってしまった。そこで小泉総理は「史上最大のマイナス改訂」にするよう指示した。それも全体及び本体もとの注釈つきであった。本体がマイナス 1.36%となったのは平成 12 年がマイナス 1.3%、1.36%なら四捨五入で 1.4%、史上最大となる。まるで数合わせである。かくして決定の翌日、新聞には「史上最大のマイナス改訂」の大見出しが踊った。さぞや小泉総理は溜飲が下がったことであろう。

ここには医療や社会保障をみる理念を微塵も感じ取ることができない。そこにあるのはその場かぎりのご都合主義と市場経済原理主義一辺倒である。

マイナス改訂のときは厚労省は政策誘導を慎むべき

平成 12 年改訂はマイナス 2.7%であった。本体 1.3%であったが実際のダウンはその数字以上であった。それはマイナス改訂にもかかわらず、厚労省が極端な政策誘導を講じたためであった。このときの厚労省の改訂のテーマは「頻回受診の抑制」と「長期入院の是正」であった。外来は再診料の月内逓減、リハビリ・処置の算定制限が導入され通院回数の多い診療科が大幅なダウンを強いられた。とくに整形外科のダウン率は顕著で 8 ～ 12%にもなり、外来全体のダウンを一専門家が一手に背負う結果となった。入院では 180 日超の入院基本料の一部が特定療養費化され、はじめて診療費本体の保険外しが実施された。また、入院期間の短縮化を誘導する基本料の設定のため中小病院のダウン率が高くなり、その経営に甚大な影響を生じさせた。

マイナスであっても本体 1.3%であれば辛いながらも何とかしのぐことはできる。しかし、一気に 8 ～ 12%のダウンを突きつけられれば、これを跳ね返すことは尋常ではない。平成 12 年に整形外科と中小病院はこの事態と悪戦苦闘したばかりである。このダメージから抜けきらないまま、平成 14 年も本体 0%といえマイナス改訂、そして今回はまたしてもマイナスそれも史上最大である。さらに今回も厚労省の政策誘導が色濃くでている。中医協骨子に「メリハリ」をつけて改訂を行うと宣言している。そのテーマは「入院から在宅への円滑な移行の促進」である。一方では在宅医療を推進するため在宅点数を評価するとしながら、ターゲットは慢性期入院に向けている。療養病床のきわだったダウンが懸念される。今回も一部専門科、中小、療養型病院の影響率が

高くなりそうである。

患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価は療養病床削減の先取り

療養病床基本料に入院患者の医療必要度と ADL の状態によって基本料の区分が設けられた。医療の必要度が低い患者の基本料は大幅に引き下げられる。日本療養病床協会の置き換え試算では平均 22.6％のダウンとなった。特殊疾患療養病棟 2 では 32.2％ダウンとなりもっとも影響がおおきい。また、病院間での格差も大きく、50.9％ダウンする病院もある。すでに厚労省は医療制度改革法案に関連して「社会的入院の是正」のため、療養病床の 6 割を削減することを打ち出した。平成 24 年までに 38 万床を 15 床にしようと言うのである。その案の是非を十分に審議する前に診療報酬点数に先取りして、療養病床の削減への布石を打ってきている。さらに、患者の医療必要度による点数評価を導入しているが、これは医療提供者の裁量権への侵害ともいえる。医療の現場では患者の医療の必要度はランク付けするべきものではない。入院の適応は患者の状態を把握した医師の裁量であり、機械的に選別するべき対象でない。

在宅療養支援診療所の設置

在宅医療の中心的役割を担う診療所として 24 時間体制の在宅支援診療所が新設された。素直にとれば、地域包括医療の一環として在宅医療を重視したものといえるかもしれない。しかしマイナス改訂である、財性補填がないのに在宅医療を充実することはできないはずである。今回のテーマは入院から在宅への円滑な移行の促進である、企図するところはやはり在宅重視ではなく入院軽視であろう。慢性期入院分の診療報酬の一部が在宅に移されるだけのことである。新設の在宅支援診の要件はややハードルが高いが、マイナス改訂のこのときにかなり有利な点数が設定された。在宅医療を担っている多くの診療所が手を挙げることが予想され、そのことに異議はない。ただ在宅医療の充実を真摯に考えるのであれば、体制や要件に縛られた点数設定だけでなく、もっと医師や看護従事者の技術と労力を評価した報酬体系を構築すべきである。今次はマイナス改訂である、財性補填はないのであるから政策誘導のための点数設定は慎むべきである。

またやリハビリテーション料は大改定施設基準が必須となった

今回リハビリテーションはその体系が全面改訂された。脳血管、運動器、心大血管と呼吸器に 4 大別された。運動器リハビリがはじめて新設されたが、これは長年の整形外科医の念願でありそれがはじめて実現した。これまで理学療法は脳卒中後を想定した点数設定であったので、運動器疾患を専ら扱う整形外科医にとっては算定しづらいものであった。それが今回運動器リハビリとして独立し、評価されたことには整形外科医の一人である筆者も素直によろこびたい。

ところが中味をみるとよろこんでばかりいられない。今回の改定ではリハビリ料の算定のためにはすべて施設基準が要件となった。これまであった理学療法 4 、施設基準のないものが削除された。これまで 4 区分されていた理学療法のうち 9 割の医療機関は理学 4 を算定していた。今回新たに設定された要件ではセラピストと施設面積がハードルになる。セラピストについては理学療法士が充足できない場合のみなし要件が認められ、何とかクリアーできるところもある。しかし、施設面積 45 平米はかなりきつい、とくに都会のビル診ではその半数がこれに満たない。リハビリ料は施設基準に乗るか、否かが分かれ目となった。リハビリ料が算定できなければ消炎処置 35 点の算定しかできなくなり、そのダウンは甚大である。

運動器疾患の診療ではリハビリは必ずしも独立した行為ではない。医師の一連の治療の中でその一部を占めることが多い。理学療法士がいなくても医師自身がリハビリを実施することも多い、この場合診察室がリハビリ室となる。また、過疎

地で専門科がなく、他科目の診療を請け負う診療所もあり、ここではリハビリは頻度は少なくともなくてはならない。これらの場合、施設基準をとることは要件からして困難であり、また、施設基準をとれたとしてもその点数設定では採算が取れない。運動器リハビリの実施には必ずしも施設基準が前提とはいえない、施設基準のない場合でも点数評価は必要である。

今回リハビリは日数制限が設けられた。脳血管 180 日、運動器 150 日、心大血管 150 日、呼吸器 90 日までである。その後はいくらリハビリが必要であっても算定できない。病状は患者個々で異なる、平均はあってもすべて決められた期間で終わるはずはない。医療に日数制限はあってはならない、即時撤回されるべきである。

さて、平成 12 年のマイナス改訂でリハビリ料は大改編された。患者毎、理学療法士毎の算定制限が設定され、リハビリの算定は 30％ダウンと試算された。また、今回の大改編もマイナス改訂時である。リハビリを評価、充実するならばその大改編はプラス改訂のときにするべきであろう。たまたまとは思えない、はっきりした意図を感じる。

ちっとも評価されなかった小児科医療

今回はマイナス改訂であっても小児科、産科、救急医療には重点配分することが謳われていた。しかし小児科は入院分に若干の手立てはあったが、外来は据え置かれた。ただ深夜が 100 点アップしただけである。前回改定では小児科特例が設定され夜間診のみ評価され、今回は深夜である。小児科医は夜間に店を開け、深夜にまた働く、そして 100 点の加算、これが小児科に課せられた評価の代償である。産科も共同指導やハイリスクへの評価が新設されたが、その過剰労働への対価としては付け焼刃でしかない。小児科、産科、救急医療は診療報酬の多少の評価で充実できるものではない、これは医療供給体制の問題である。地域の医療計画の中に位置づけ、そのための財源措置を講じていくべき課題である。しかもマイナス改訂である、診療報酬から切り離して検討されるべきである。

処方箋料の後発医薬品への誘導、多剤投与の減算は撤廃するべき

今回処方箋料は後発品規定が追加された。日本は後発品の普及率が低いことは事実であるし、もっと普及すべきであろう。しかし、それは医師の裁量で、医師が自発的にすすめるべきことである。後発品の選択で処方箋料に点数差を設けることはあってはならない。また、多剤投与での処方箋料の減額もあってはならないし、あったとしても多剤投与の方が評価されるのならば理屈も通る。原則的に一物多価はあってはならない、まして誘導施策のために道理に反する点数差の設定など即刻撤廃すべきである。点数表を摩訶不思議なものにしている元凶はここにある。

指導料が管理料へ　名称変更の功罪

指導管理料が医学管理料に名称変更された。特定疾患療養指導料は特定疾患療養管理料になった。もちろん点数に変わりはない、また、算定要件も同じである。何故名称だけが変更されたかである。これまで指導料ということで、患者さんに誤解を与えることが多かったためとのことである。つまり、一連の診察の中でどの部分が指導かを患者さんが理解しにくいため、指導料の算定時、自己負担をめぐって窓口でのトラブルが発生することがよくあった。また、明細書つき領収書の発行により指導の欄の理解が得にくいことへの配慮でもある。医学管理料とすれば指導料も含めて一連の診察が包括されるので患者さんにも説明しやすくなる。

ここまではよいのであるが、果たしてこの名称変更は正解であろうか。これまでの指導管理料の節には指導料と管理料が混在していた。指導料は主に療養指導など医師の診療技術の評価であった、それに対して管理料は検査、薬剤を含めて管理する技術とモノを合わせた包括点数として設定されていた。特定疾患療養指導料は指導することだけを評価するもので、これほどピュアな技術料の設定は他になかった。また、内科では算定率も極めて大きい点数であり、云わば内科の飛車角である。それが今回特定疾患療養管理料となっ

た。管理料がものと技術を包括する設定であるなら、ここにいづれモノが入り込まねばよいのだがと危惧するのは筆者だけであろうか。

電子化加算なんか要らない 初診料を据え置けばよかった

電子化加算が初診料の加算として新設された。医療機関の IT 化を推進するためとの理由である。しかし、こんな 3 点の加算なんか不要である。そもそも IT 化を真剣に推進しようとするならば、診療報酬で誘導するのではなく、別立ての財政措置を計るべきである。医療機関の IT 化には 3 兆円かかるとする試算がある、年間の医療費総体の 10％である、これは診療報酬では賄いきれない。また、これでは医療機関に IT 化のインセンテイブが働かない、それは IT 化の真の目的が明確になってきていないからである。医療提供者の IT 化の目指すところは「一患者生涯一カルテ」であり､そのための「地域医療ネットワークシステム」の構築である、しかし、いまだにその展望がひらけていない。

小手先の加算なんか要らない。それより初診料本体をちゃんと評価すべきである。もともと病診格差も診療側の求めてものではない、厚労省の患者誘導の目途のためであったのだから。

医療費の内容の分かる領収書の交付の義務化

窓口での支払いの度に、各部単位での医療行為の内訳を明記した領収書の発行が 6 か月の経過措置の後、義務化されることになった。これは療養担当規則の変更である、診療報酬がマイナス改訂であるにもかかわらず、これでわれわれはさらに窓口での事務処理の負担を背負わされる。

明細の分かる領収書の発行はいまや世間の常識とのことである。本当にそうであろうか、レストランの領収書にコース料理に前菜いくら、スープいくら、デザートいくらと出でくるだろうか、回転寿司なら中トロ一貫何百円、おどり一貫何百円、赤だし何百円くらいはでてくるかもしれない。大病院がレストランなら、筆者の診療所は回転寿司だ、中トロ一貫いくらは出せるし、いまでも出している。しかし今回の中医協の原案では中トロ一貫のねたは何円、しゃりは何円、さびを何グラムいれてその単価は何円、ここまで書いて出せと言うのである。商法上も支払いに対してはその受け取りを証明するところまでしか規定はない。何故、医療機関だけがこんなことまで求められるのか、また、中医協では他に重要な事案が山積しているにもかかわらずこんなことに時間を費やしたのか呆れるばかりである。

患者さんが真にもとめるのは領収書なんかではない。患者本位の医療であり、安全で質の高い医療であり、そして何より患者さんと医療者の信頼である。木を見て森を見ず、中医協が医療を真剣に考える委員の集まりであることを切望する。

マイナス改訂時は点数表はさわらず、不合理是正に留めるべき

平成 12 年改訂の混乱の反省もないままに、今次改定も同じ轍を踏んでしまった。マイナス改訂のときは何もできない、また、何もしてはいけないのである。厚労省はここぞとばかりにメリハリをつけると豪語し、政策誘導を強化した。これがすべて今次改定の失敗の元凶である。マイナス改訂では点数表はさわってはならない、ただ、明らかな不合理を是正することくらいに留めるべきである。

それではマイナス分はどうするか。それには診療報酬の支払い控除で対応するしかない。保険者への請求のマイナス分の減額と窓口での患者自己負担のマイナス分の減額徴収である。辛いことではあるが、こんな理不尽な改訂を押し付けられるのであれば背に腹はかえられない。それよりもう二度とマイナス改訂にならないことを願うばかりである。

日本医師・従業員国民年金基金 ご加入のご案内

国民年金に
上乗せする
公的な年金

大きな安心　大きな笑顔

掛け捨てにはなりません

従業員の方のみの加入もできます

日本医師・従業員国民年金基金

特別講演会

市場原理主義と医療
米国の失敗から学ぶ

と　き　平成18年2月16日(木)
ところ　山口県医師会館6階

講　師
元ハーバード大学医学部助教授
李　啓充 先生

藤原：今日は、はるばるアメリカのボストンから、医療問題について、いつも鋭い指摘をされている李啓充先生をお迎えし、直接お話を聞く機会を持てたのは、われわれにとって大変うれしい限りです。

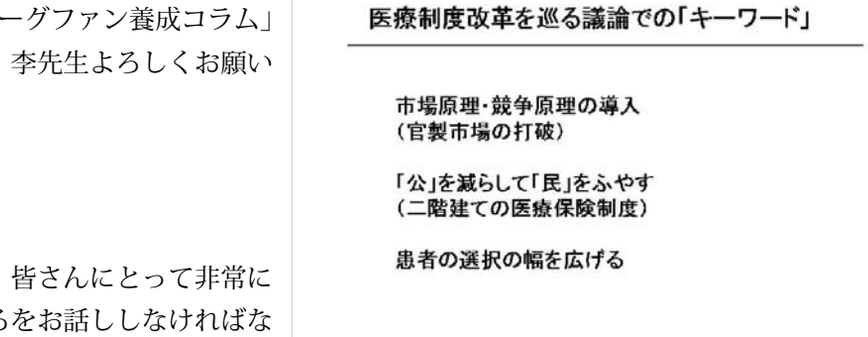
皆さんよくご存じと思うが、著書として『市場原理に揺れるアメリカの医療』『アメリカ医療の光と影』『市場原理が医療を亡ぼす　アメリカの失敗』。それから訳書として、『小説インフォームド・コンセント』『医師が心をひらくとき』などがあります。また、大リーグの評論でもよく知られ、『週刊文春』に「大リーグファン養成コラム」を連載中です。それでは、李先生よろしくお願いします。

李：こんにちは。今日は、皆さんにとって非常に憂うつで気掛かりなところをお話ししなければなりません。

耳ざわりのいいキーワード

ここにそのキーワードを3つ挙げた。(スライド1) 例えば、医療もほかのビジネスと変わらず、市場原理・競争原理を入れれば、切磋琢磨して競争が起こり、サービスの質も良くなって、さらに価格も下がる。官製市場は取り払ってしまい、市

スライド1



場原理でやるのがいいということである。さらに、日本の医療費は 30 兆円もかかって高すぎる。これから高齢者はどんどん増え、医療費をいつまでも払いきれない。また、公的給付を減らし、減らした分を民間で増やす 2 階建ての医療保険制度にすることも言われ、民にすれば患者の選択の幅も広がり、いいことだらけだという議論が横行している。これに対して、メディアもこれがいいのだと信じ、社説等に「医療に市場原理を入れろ」「混合診療を解禁しろ」など危ない主張が出ている。こうした耳ざわりのいいキーワードが、どんな危ない内容を含んでいるのかを皆さんにご理解いただきたい。

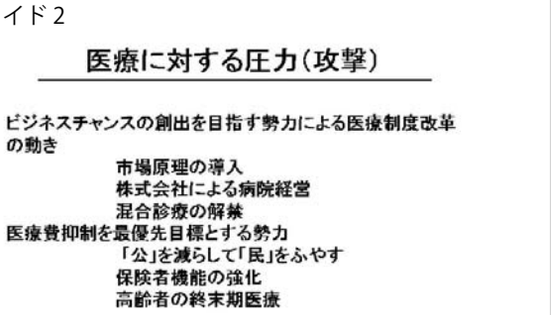
公を減らして民をふやす

医療に対して、耳ざわりのいいキーワードを使いながら、圧力や攻撃をかけている勢力が主に二つある。一つは、ビジネスチャンスを医療でつくりたいと思っている方々、規制改革・民間開放推進会議がその代表である。もう一つの勢力は、医療にかかるお金を減らしたいという人たち、財務省や財界などがその代表である。

この二つの勢力の主張は、非常に矛盾しているようだが、実は矛盾していない。公でむりやり取られるお金を減らし、企業が払っている保険料の負担は増えないようにする。民の部分は増やし、企業が医療で儲かる、企業が儲けることができるようにしたいという形でつながっている。

つまるところ、アメリカで行われている医療の形を日本にも大々的に入れようということである。この医療費を減らす主張の中に、例えば保険者機能の強化や、高齢者の終末期医療は医療費の無駄遣いの最たるものだからやめろといった危ない主張も出ている。そこで、ここに挙げた 3 つの項目について（スライド 2）、それぞれ検証を加えていく。

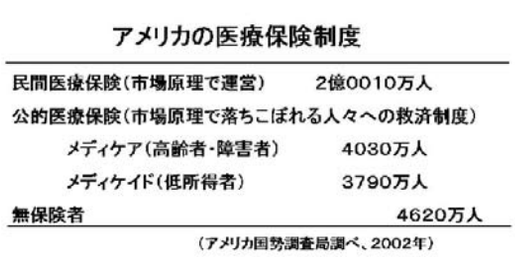
スライド 2



アメリカの医療保険制度

アメリカは民と公と 2 階建ての医療保険制度を現実に行っている。そしてアメリカがどうなっているのか、アメリカの悲惨さは、実はこの単純な表 1 つに要約されている。（スライド 3）市場原理で運営している民間の医療保険がアメリカの医療保険の主体であり、約 2 億人が自分で保険

スライド 3



プロフィール

1980 年　京都大学医学部卒業
1982 年　天理よろず相談所病院内科系ジュニアレジデント修了
1987 年　京都大学大学院医学研究科修了
1990 年　マサチューセッツ・ジェネラル・ホスピタルハーバード大学医学部研究員
1993 年　同講師
1996 年　米国医療の問題を分析・紹介する文筆活動開始
1998 年　マサチューセッツ・ジェネラル・ホスピタルハーバード大学医学部助教授
2002 年　文筆活動に専念

著書「市場原理に揺れるアメリカ医療」、「アメリカ医療の光と影」
訳書「小説インフォームド・コンセント」、「医者が心をひらくとき」

料を払い、あるいは勤めている企業が保険料の大部分を払って、民間の医療保険に加入している。しかし、市場原理で物事を運営すると必ず、力の弱い人、お金のない人が落ちこぼれる。そうした人々を救済するために、アメリカは公的な医療保険を運営している。その代表が連邦政府の運営する医療保険の『メディケア』で、対象は 65 歳以上の高齢者。これは、国民からメディケア用の税金を取っている。『メディケイド』は、低所得者用であり、お金がなく医療保険を買えない人を救済するための公的な医療保険で、連邦政府と州政府とが折半で運営する公的医療保険である。州によって所得の基準が違うが、極めて所得の低い人でないと入ることができない保険である。

こうした巨大な公的医療保険が救済制度として用意されているが、無保険者が 4,600 万人もいる。国民の 7 人に 1 人が無保険者で、救済しきれずにいる。民を主体に物事を運営し、民のほころびを繕うために公的医療保険を用意しているのだが、実際には救済しきれていない。これがアメリカの現実である。

さらに悪いのは、医療費が非常に高いことである。民を主体に運営すると、医療費はべらぼうに高くなる。（スライド 4）アメリカはいま GDP の 14% を医療に使っているが、日本はわずか 8% にすぎない。これは先進国中、最低の部類に属する数字である。一人当たりの医療費を絶対額で比較すると、アメリカは国民一人当たり 5,000 ドル（60 万円）、日本は 2,100 ドル。医療費が増えすぎたと言われているが、アメリカと比べると 4 割しか使っていない。しかも、公的負担が限界に達すると言われるが、日本での税金負担は 690 ドルにすぎない。アメリカは一人当たり税金だけで 2,300 ドル負担している。

スライド 4

日米医療費比較

	米国	日本
GDPに占める医療費の割合	14.0%	8.0%
一人あたり医療費	$5,021	$2,131
民間負担	$2,716	$1,441*
税負担	$2,306	$ 690*

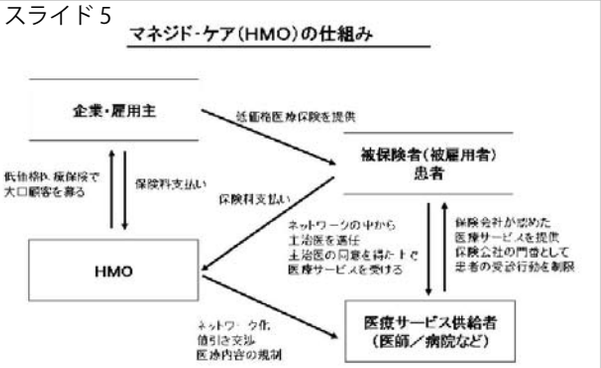
米保健省調べ、2001年
（*は日本での公民負担割合からの計算値）

アメリカが税金で払っている医療費は、日本の医療費を全部払ってもおつりがくる。よって、言われているほど日本の公的負担が高いわけではない。民で物事を運営すると高くつき、それだけでなく、公の負担も増えてくることがポイントになる。

マネジド・ケア（HMO）の仕組みと失敗

アメリカの医療保険制度、マネジド・ケアの典型が、この HMO（Health Maintenance Organization）という保険の仕組みである。（スライド 5）この HMO では、病院や医師のネットワークをつくり、ネットワークの中で患者が動く限り保険給付を認め、ネットワークの外では保険給付を一切認めない。

スライド 5



このネットワークをつくる際には、医師や病院に値引きの交渉をする。6 ～ 7 割の値引きは当たり前で医療コストを下げ、値引きに同意した医師や病院だけがこのネットワークに参加できる。

患者はこのネットワークの中から自分の主治医を選ぶ必要があり、主治医が同意しないと専門医の受診も入院もできず、患者が自分勝手にあちこち動き回ることができない。また、医師は保険会社の門番の役割、患者の受療行動を制限するという役割を担わされている。こうした面倒くさい仕組みにしておけば患者は医師にかかりたがらないことが、制度の設計の中に計算されている。さらに利用審査を行い、医療内容の規制をしている。高額の医療が頻繁に使われないように、事前に医

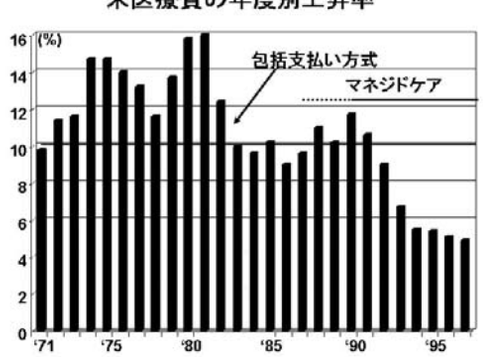
師が保険会社にお伺いを立てて、保険会社が OK あるいは NO を出す。こうした仕組みによりがんじがらめの医療制度になっている。

なぜこうしたことをするのか。コストを減らしたいからである。では、なぜ民間の保険会社がコストを減らしたいか。アメリカの保険会社は、株式会社であった場合、医療にお金を使うことは損だという考えで保険会社を運営している。100 集めた保険料を患者の医療費へ使う割合を医療損失（medical loss）と言うが、この数字が 85 を超えると、経営が下手だ見られ、株価が下がる。そのため、医療にお金を使わない経営をする。いま医療損失の平均が 81 と言われ、医療費がどんどん上がる、高くなることが横行している。公の保険、メディケア（高齢者用の医療保険）の医療損失は 98 である。100 税金を取ったもののうち、98 をちゃんと患者の医療に還元しているのである。サービスの受け手にとって、どちらがいい制度であるか、98 と 81 と数字はどちらが大きいかということから当然わかると思う。

保険会社がさらにコストを下げるもう一つ重要な手口に、“サクランボ摘み”がある。病人を保険に入れない、健康な人だけを保険に加入させることを目指す。具体的には、大企業で働いている人は元気な人が多いため、大企業と優先的に契約をする。保険料も安く設定できるので、大口の顧客を募ることができる。シェアを稼いで、さらに保険加入者を増やし、ネットワークをつくる際にはシェアの大きさにものを言わせ、病院や医師にも値引きを迫るのである。こうした形で、自分たちの儲けをいかに大きくするか、株価を維持するかを考えて経営する。

その結果、まず病人が医療保険に入れない。それから自営業者、企業で働いていない人も医療保険に入れない。こうしたことが起こっているから、無保険者が増え続けている。

スライド 6



ところが、日本ではマネジド・ケアがいいのだと言う、おっちょこちょいな人がいる。この人たちは、アメリカの医療費の年度別の上昇率だけを見ている。（**スライド 6**）70 年代、80 年代は、医療費は毎年 10% を超える勢いで伸び、5 年後には医療費が倍になる伸び方をしていた。そこへマネジド・ケア、がんじがらめの医療保険制度が入ってきて、医療費の伸びにブレーキがかかった。これを日本でもマネしようというのである。

では、実際にどういった医療をしているのか。利用審査の実例、いろいろな病気や手術で保険会社が事前に許可する入院期間の数字がを示します。（**スライド 7**）

スライド 7

コンサルタント会社により決められる入院期間

病名／手術	標準入院期間
扁桃摘出術	8—12時間
出産	1日
乳ガン手術	1日
胆嚢摘出術	1日
虫垂炎手術	1日
脳卒中	1日
肺炎	2日
冠動脈バイパス手術	4日
心筋梗塞	4日

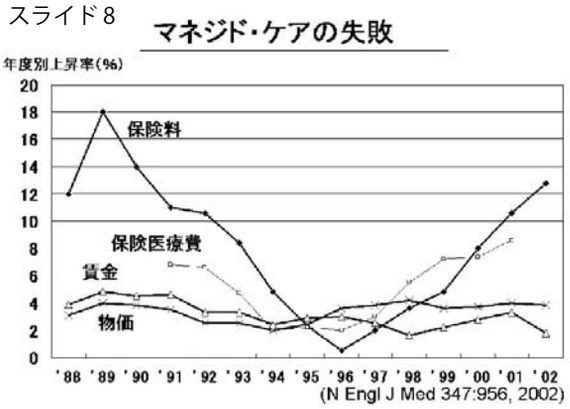
From “HMO consumers at risk: States to the rescue”
(Families USA, Washington DC, 1996)

例えば、乳がんの手術 1 日、脳卒中 1 日（状態を安定させてすぐにリハビリの施設へ移せということ）、冠動脈バイパス手術は 4 日と乱暴な数字が書いてある。乳がん手術は、いま相場は 2 日で退院するが、ドレーンが入ったまま患者は退院する。1 日 1 ～ 2 回訪問看護の看護師が来るが、ドレーンの管理やモニターは患者本人あるいは家族がするのである。

そうすると何が起こっているか。こうして保険会社が入院の期間を著しく短縮させたことにより、患者や家族の労力負担が極端に増えている。この統計の数字だけ見るとだまされてしまう。医療費の伸びにブレーキがかかったとお金の計算ではなっているが、現実には患者の負担増が起こっているわけである。

さらにこのグラフだが（**スライド 8**）、1996 年

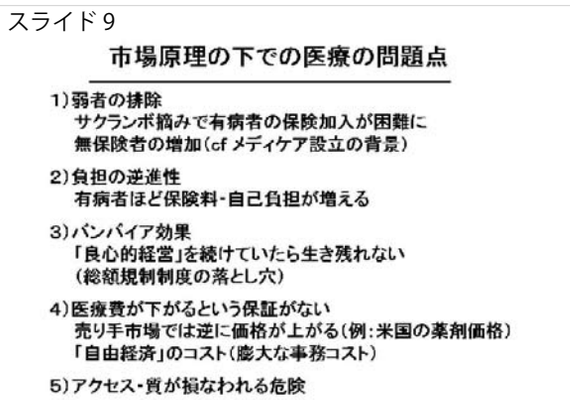
スライド 8



を境にアメリカの医療費はまた上昇に転じている。賃金と物価の上昇率は横ばいだが、マネジド・ケアを続けても、結局医療費の抑制は成功せずに増え続け、保険料も上がり続けた。

ここに、市場原理の下での医療の問題点をまとめた。（スライド 9）まず一番目は、弱者の排除。サクランボ摘みと言ったが、元気な人だけを対象に低価格の医療保険を設定する。その代わり、自営業者や既往疾患のある人などは保険加入が困難になり、無保険者が増えている。

スライド 9



負担の逆進性：有病者ほど自己負担・保険料が増える

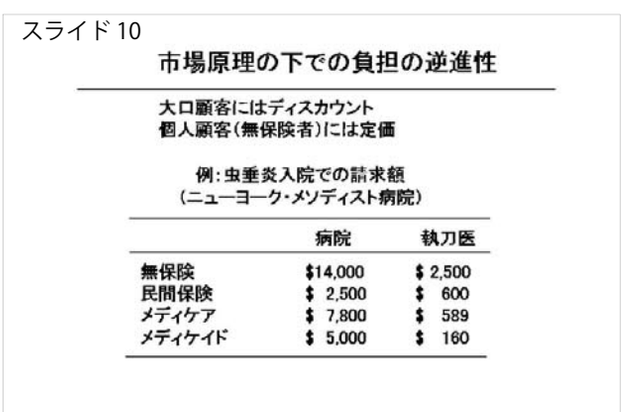
次に負担の逆進性、条件の悪い人ほど負担が重くなることが起こる。例えば、無保険者は割引の価格が適用されない。保険に入っている人の医療サービスの価格は、保険会社が医師や病院と値引きの交渉をした価格が適用されるが、無保険者が入院した場合はすべて定価で請求される。

これは定価の実例である。（スライド 10）、ニューヨーク・メソディスト病院（非営利の病院）で、虫垂炎の入院、手術を受け、1 泊の入院をした場合、無保険の人は、病院から 14,000 ドルの請求書が送られ、手術をした医師から 2,500 ドルの請求書が送られてくる。民間の保険に入っていると、2,500 ドルしか保険会社は支払わない。14,000 ドルと 2,500 ドル、これだけの違いがある。先ほど 6 ～ 7 割の値引きは当たり前と言いったが、それどころではない。執刀医にも、民間の保険は 600 ドル、4 分の 1 しか払わない。メディケア、メディケイドと、保険によってすべて支払額が変わるが、やはり値引きの値段しか払わない。さらに、メディケイドは執刀医に 160 ドルしか払わないので、執刀医にしてみるとメディケイドの患者を手術しても時給にもならない。よって、メディケイドの患者は診ない医師も少なくない。メディケイドの患者は、医師探しでまず苦労することが相場になっている。

なぜ、こんなバカ高い定価で、無保険者がバカ高いお金を請求されることになったかというと、原因は官製市場を取り払ってしまったことにあった。ニューヨークの実例を示したが、ニューヨークでは、実は州法で医療費の定価を規制し、実際のコストの 3 割を超えてマージンを取ってはいけないと規制していた。これを 1997 年に、すべて市場原理でするように定価規制を取り払ってしまった。その結果マージンが 87% に上昇し、定価は保険会社と値引き交渉をする際のスタートの価格という意味しか持たなくなった。さらに、その定価が定価であることの実体を示すために、無保険者には定価で請求するというバカげたことが起こったわけである。

カリフォルニア州では、官製市場を取り払ってしまったあと、マージンがいま 178% 。コスト

スライド 10



の 3 倍近くで医療サービスの定価がついている。メリーランド州では、まだ定価の規制を続けているため、マージンは 28% に抑制され、無保険者が入院してもそれほどべらぼうなお金を取られることはない。官製市場を取り払ってしまった州では、無保険者ほどべらぼうな定価を吹っ掛けられるという、大変なことが起こっている。

バンパイア効果：「良心的経営」をしたら生き残れない

吸血鬼にかまれるとみんな吸血鬼になる。地域に悪質な医療業者が参入し、価格を下げて、質の悪い医療を提供し、患者のシェアを広げると、お金をかけても良質な医療を提供しようとする業者はつぶれてしまう。つぶれないためには何をするか。競争相手と同じ手段を取らないと生き残れない。みんながバンパイアになってしまうことが、市場原理の危険である。例えば、患者に対する借金の取り立ても苛酷に行うようになる。イェール大学という、ハーバードと並ぶ名門大学の附属病院があるが、そこでも苛酷な借金の取り立てをしたことが問題になった。

まず、アメリカで無保険の患者が運悪く病気になって入院する。医療費は全額支払いできずに借金が残る。この借金に利子が複利で付くため、どんどん膨れ上がり、おまけに借金の取り立ては苛酷である。借金取り立て会社があり、日本のサラ金と負けないような厳しい取り立てをする。もし持ち家があると、家屋に抵当権を設定され、裁判所や弁護士の費用も全部借金に加算されていく。借金が払えないと、裁判所に呼び立てられ、相手側にはプロの弁護士が出てきて、自分は弁護士を雇う金もない。払いきれない返済計画に合意させられるが、借金は返せない。また呼び出しを受け、今度は行ってもどうにもならないから、呼び出しをすっぽかす。すると、次の日に警官が戸口に現れて、「おまえは裁判所の呼び立てを無視した」といって手錠をかけられて、留置場に入れられてしまう。

これは、取り立て会社の手口で、英語で body attachment というが、直訳すると「肉体差し押さえ」という意味である。取り立て会社が債務者に対して心理的に圧力をかける常とう手段として使われており、普通のローン会社や車会社は非倫理的であるためにあまり使わないが、医療費の債権取り立て会社は愛用している手段で、これが問題になった。

医療費で負債をつくった人が次々と個人破産を申請するようになり、いまアメリカでは個人破産の直接原因第 1 位がクレジットカードの負債、第 2 位が医療負債である。公的給付を減らして自己負担を増やす、あるいは民間の保険の領域を増やすとなると、日本でも医療破産が次々と出てくる危険を待っている。

イェール大学の事例が問題になってから、コネチカット州は州法をつくった。医療費の負債は無駄遣いや贅沢でできた借金とは違い、これに対しての最高の利率は他の借金とは別扱いにし、5% に抑える州法である。そこまで患者、特に無保険の患者に対する苛酷な借金取り立てが増えている。

医療費が下がる保証はない

さらに、市場原理を入れても医療費が下がる保証はない。市場原理で物事を運営した場合、価格の動向は売り手市場になるか買い手市場になるかで決まる。例えば、アメリカで出てくる新薬は非常に高い値段が付けられることが普通である。いま、腫瘍に効く血行を疎外する飲み薬をジェネティックというバイオベンチャーが開発したが、今朝の『ニューヨーク・タイムズ』を見て、私は驚いた。1 年間の薬剤費（負担）に 10 万ドルの値段を付けているそうだ。そんな額は、保険に入っていない人が払えるはずはない。

株式会社による病院経営

株式会社による病院経営、株式会社が大々的に病院チェーンをつくっているのはアメリカだけである。アメリカで株式会社の病院が何をしているのかを紹介する。

テネット社はアメリカで 2 番目に大きい病

院チェーンで、病院の数が 113 、ベッド数が 28,000 床と気の遠くなるような数字である。2002 年の売り上げが 1 兆 7,000 億円。日本全体の医療費が 30 兆円もかかっていると言われるが、病院チェーン 1 社だけで 1 兆 7,000 億円（前年比 15% 増）の売り上げを出している。税引き後の利益が 1,200 億円（前年比 51% 増）で非常に巨大な資本力を持っている。

こうしたアメリカの病院チェーンが日本の医療市場に入ってくると、競争して勝てる日本の病院はまずないと思う。優良な経営をしているため、株価もますます上がり、ウォールストリートの超推奨銘柄である。2000 年 10 月から 2002 年 10 月、2 年間で株価が 26 ドルから 52 ドルと倍増した。

営利病院の経営戦略

なぜここのような株価が倍増するような経営ができるのか。まずアメリカの株式会社は、強引な手法による市場の寡占化、競争相手がいない状況をつくるということを目指す。

Richard Scott 、この人がアメリカで一番大きな病院チェーンである HCA の創業者。一番最初の病院買収は、テキサスのエルパソ市で 2 つの病院を買収したのが始まりである。彼は、その 2 つの病院の経営を建て直すために、競争相手である 3 番目の病院を買収し、これを閉鎖した。競争相手をつぶすことが、一番儲けるのに手っ取り早いからである。その後、同様の手段で次々と病院チェーンを拡大していった。

競争相手がいない状況をつくると何ができるか。定価を好き勝手に付けることができる。例えば胸部Ｘ線が非営利の病院で 120 ドル、営利の病院では 1,500 ドルである。血液像検査は 50 ドルが 547 ドル、血清生化学検査は 97 ドルが 1,700 ドル、頭部 CT は 950 ドルが 6,599 ドルと、これだけの定価を付けて無保険者に請求していく商売ができる。これが市場原理で株式会社病院がしていることである。

さらに、コストを抑えるための合理化。特にターゲットになるのがベテランの看護師で、資格外の看護助手を代わりに雇う。また、患者に対する請求額は日本で言われていることと違い、株式会社のほうが請求額が高いことが、データとして明らかになっている。

さらに各病院の経営者にノルマが課され、ノルマを達成するために違法行為も頻繁に行われる。例えば、テネット社の株価は 2 年の間で倍増したが、実は 2002 年 10 月に大暴落した。最所に、診療報酬の不正請求をチェーンぐるみでやっている疑いが暴露され、第一の暴落。次に、カリフォルニアのレディングという町のテネット社の病院が、何も病気のない人に冠動脈バイパス手術を何百例も施行していたということで、FBI の強制捜査が入った。この二つの事件が立て続けに起こり、株価が大暴落し、いま最高値の 4 分の 1 ぐらいのところで株価は推移している。

12 年間にわたるアメリカの 3,600 の病院を対象に、非営利から営利に経営形態が変わった場合と、営利から非営利に経営形態が変わった場合とで死亡率を比較した、非常に大掛かりな調査がある。（スライド 11）営利の病院になると 5 割死亡率が上がり、非営利に変わると死亡率が下がる。営利の病院に変わると 2 割コストが増え、逆ではあまり医療費は変わっていない。よって、営利のほうがお金もかかり死亡率も高い、日本の総合規制改革会議が言うことと反対の結果がアメリカでは出ている。

スライド 11

病院が営利化されると死亡率が上昇

1984―95年　全米3645 病院での調査
133 病院が非営利から営利病院に転換
81 病院が営利から非営利病院に転換
転換前1―2年と転換後1―2年のデータで比較

	非営利→営利	営利→非営利
入院1年後死亡率	0.266 → 0.387	0.256 → 0.219
患者一人当たり入院費	$8,379 →$10,807	$7,204 →$7,486

Rand Journal of Economics 33, 507 (2002)

混合診療の問題

混合診療の問題は、現在決着したかのように見

えているが、公を減らして民をふやすと言っている以上、混合診療の問題はいつまた襲ってこないとは限らないと思っている。

症例で話をするが、46 歳男性がクモ膜下出血を起こした。クモ膜下出血は、手術で一命を取り留めても、術後何日かすると脳血管攣縮が起こってくる。そのために亡くなったり、重い後遺症を残したりすることが怖い病気である。欧米では Nimodipine という薬が使われており、この発生率を減らすことができる。後遺症や死亡する割合が３割から２割に減ると言われている。ところが、日本ではまだ認可されておらず、家族は混合診療の問題があるのはわかっているが、まず患者の最善の利益を考えて、アメリカからこの薬を取り寄せようと努力した。しかし、アメリカから薬が届く前に脳血管攣縮が始まり、患者に重い後遺症が残ってしまった。いま、社会復帰もままならない状況になっている。結果として、薬が間に合わなかったので、家族は混合診療の問題にはかかわらずに済んだ。

これは私の弟の症例である。こうした症例、体験を個人的にした私は、混合診療賛成派に変わったかというと、そうではない。体験をしたあと、ますます混合診療はけしからんと思うようになった。

アクセスの不平等

まず何よりもいけないことは、財力によるアクセスの不平等を容認すること。お金が払える人だけが保険外の診療を受けられることがけしからん。例えば Nimodipine という薬を 3 週間飲ませるのだが、256 カプセルが必要。もしこれが保険外診療で自由に価格が付けられ、1 カプセル 10 万円の価格が付けられたとすると、2,560 万円。そんなお金がすぐに払える人がどれだけいるのか。大げさな例を出すが、一つの抗がん剤に年間 10 万ドルの値段が付く時代なので、あながち根拠がない空想とは言えない。

これに対して、「国民がもっとさまざまな医療を受けたければ、『健康保険はここまでですよ』、後は『自分でお払いください』という形である。金持ち優遇だと批判されるが、金持ちでなくとも、高度医療を受けたければ、家を売ってでも受ける選択をする人もいるだろう」と宮内義彦、総合規制改革会議の議長は、言っている。

彼にとって、家を売ることは選択だそだ。患者さんに「命が惜しければ家を売ればいいでしょう」と言える医師は、一人もいないと思うが、彼はそうしたことが平気で言える人である。商売をする方は、われわれ医師とは全く違った発想をされるようだ。

次に保険外の診療が自由にできるようになると、安全性も有効性も確認されないまま、素人である患者さんをだまし、似非医療が横行する。基本的に安全性と有効性が確認されたものしか保険では認めないのが建前だから、保険で認められるということは、混合診療を認めないという形で、国民の安全を守るという機能も果たしているのである。

保険医療の空洞化

一番の問題は、保険医療が空洞化する危険である。これから出てくる新しい技術や新しい薬、高価な値段が付くものを全部保険外にされると、保険を持っている意味がなくってしまう。現在、保険薬価に載せるために、例えば製薬会社はコストと手間をかけて治験をして認可を得ないといけない。保険外診療が自由にできるようになると、製薬会社はそうした手間暇をかけず、保険外の薬として使ったほうが自由に価格も付けられ、大儲けもできる。保険を持っていても何の役にも立たないということになりかねない。

実際にこうしたことが起こっている国が、中国である。中国は 1980 年代の初め、医療に市場原理を大幅に導入し、公立病院がすべて私営、独立採算制である。医療保険制度はあるが、基礎的医療、ベーシックなものしか給付を認めていない。高い抗がん剤などは保険外である。日本で言うところの混合診療と同じ形で運営している。

保険診療は病院の稼ぎにならないので、病院も保険外診療のセールスで売り上げを確保しようとする。そのため、医師の給料は保険外診療のセー

ルスの歩合給になっている。患者に対しては、保険を持っていても関係ないから、「あなたのお子さんは白血病です。抗ガン剤を使わないと死にますよ。抗ガン剤は、○○のお金がかかります。前金で払ってください」と。患者は借金して、病院に前金を払う。前金が残っている間は、抗ガン剤の治療が受けられるが、なくなった時点で退院を迫られる、こしたことが横行している。

1998 年のあるデータによると、退院患者の 42% はお金がなくなって中途退院する恐ろしい世界である。混合診療を全面解禁した果てに待っているのがこうした世界だということを強調したいと思う。

混合診療は、問題のすり替え

混合診療が認められていないことで、日本の患者がよい治療の恩恵に預かれないというのは議論のすり替えであり、安全性と有効性が確認されたものはすべて保険診療に含める、それだけで良く、混合診療を認める理由はない。さらに、アメリカのいいところもあって、アメリカの高齢者用の医療保険では、患者が新しい治療に保険適用を認めてくださいと申請することができる。患者が申請すると、政府としては、その申請に対して審査をしないといけない。政府は大掛かりな調査をし、申請を却下する結果であったが、科学的なデータを検証し、鍼治療が保険給付に値するだけの安全性と有効性があるかを、明確に審査し、保険給付をするかどうかを民主的に決定している。日本も同じことをすれば、混合診療の必要性など考えなくてもいいと私は思う。

「医療改革」の外圧

（スライド 12）これは 2005 年 4 月の『AERA』の記事だが、郵政民営化の次は医療改革だという記事が載っている。似た主旨の記事が、去年の 11 月、月刊『文藝春秋』にも載っている。要は、日本の医療マーケットをアメリカの保険会社や株式会社の病院が狙っているという主旨で、日本の

スライド 12

〔アエラ 2005年4月18日号〕

「医療改革」の「外圧」

日米規制改革及び競争政策イニシアチブ（「年次改革要望書」：米通商代表部が毎年作成）

これまでは郵政改革がメイン・ターゲットだったが、次の大きなターゲットは医療改革（混合診療と株式会社の病院経営参入）

「米国大使館、米国生命保険協会、在日米国商工会議所、日本の外務省もすべて、『郵政の次は医療』と口をそろえる」

医療改革、公を減らして民をふやすという動きの背景に、アメリカの保険会社がいる。医療改革の背後にある動きとして、日本の医療市場をアメリカの資本に売り渡す動きがあることを指摘しておく。

医療費抑制

ご存じのとおり、日本の医療費は高くない。先進国の中で最低の部類に属する。2001 年の数字だが、日本より低い国、GDP の割合、一人当たりの額でも低いのはイギリスだけである。（スライド 13）イギリスは、National Health Service というすべて税金で行う公的医療保険を一本動かしている国だが、6.4% ずつ医療費を増やしています。日本と反対である。よって、いずれ日本が、

スライド 13

医療費支出の国際比較

	%GDP	一人当り		%GDP	一人当り
Australia	9.2%	$2,513	Japan	8.0%	$2,131
Austria	7.7%	$2,191	Netherlands	8.9%	$2,826
Belgium	9.0%	$2,490	New Zealand	8.1%	$1,710
Canada	9.7%	$2,792	Norway	8.0%	$2,920
Denmark	8.6%	$2,643	Portugal	9.2%	$1,613
France	9.5%	$2,561	Switzerland	11.1%	$3,322
Germany	10.7%	$2,808	England	7.6%	$1,992
Italy	8.4%	$2,212	USA	13.5%	$4,672

2001 (米保健省調べ)

世界で一番、国民の命と健康の値段が安い国になる運命が待っている。

公を減らすという理論の大前提に使われるのが、この国民負担率という数字である。社会保険、租税について国民が負担している額を国民総所得

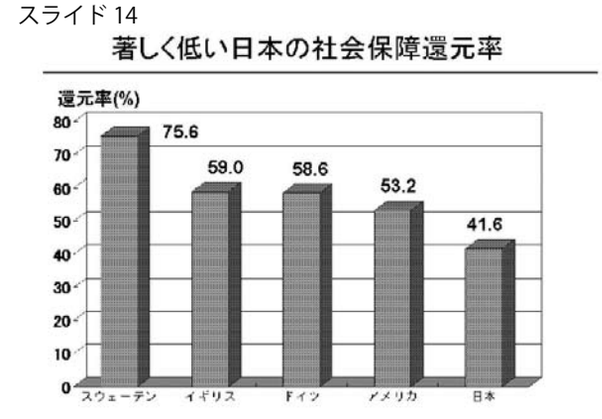
で割り、その割合を国民負担率と呼んでいる。これに財政赤字も加えたものが潜在的国民負担率である。いま政府の方針は、国民負担率を 5 割以内に抑えることで、これが医療費の公的給付削減の議論の大前提になっており、アメリカ型の小さな政府を目指すことを大前提に、日本の政治が動いている。

ドイツ、フランス、スウェーデン、国民負担が 5 割を超えている先進国はたくさんある。高負担高福祉の国はあるが、なぜかこうした高負担はよくないと勝手に決めつけている。自明の公理であるかのように、潜在的国民負担率を 5 割以内に抑えるのが国家の目標であると、日本の政治の大原則が、いま着々とつくられている。この国民負担率に基づく議論が、どれだけまやかしであるかをご理解いただきたい。

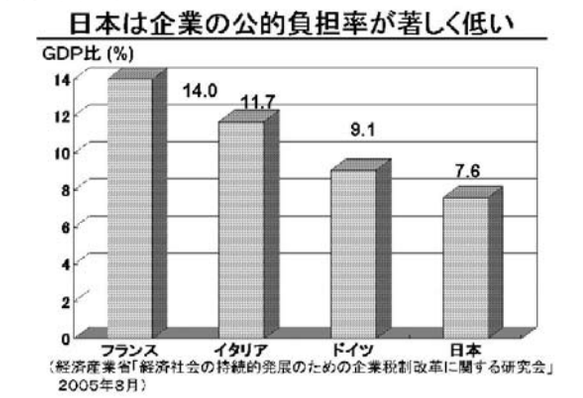
国民負担率を抑制しなければならないと、国民の恐怖感をあおることの欺瞞

まず欺瞞の第一は、「負担の重さ」を強調することで、「国民への還元が低レベルである」という事実から国民の目をそらしている。ここで、租税と社会保険料を国に納め、納めた分が社会保障費、給付としてどれだけ国民に戻ってくるかの還元率を比較すると、スウェーデンでは高負担だが、納めた分ほぼ 4 分の 3 が社会保障の給付として国民に返ってくる。（スライド 14）イギリスやドイツでも、5 割以上が返ってくる。小さな政府の見本とされるアメリカでさえも、5 割以上は社会保障給付として国民に返している。ところが日本は、4 割弱しか国民に返していない。例えば、高速道路全線建設という記事を読んであきれかえったのだが、コンクリートで固めるほうが、国民の命や健康より大切だといって金を使おうとしている。国民に返していないことのほうが問題であるのに、国民負担率が大きいといいながら、公的負担をもっと減らすと言っている。

スライド 14



スライド 15



そして、「国全体の負担」という言い方で、「分担の不公平」を隠蔽している。企業の公的負担率を GDP 比で比較した経済産業省のデータである。（スライド 15）。日本の企業が負担している公的負担の割合は、先進国の中で一番低い。財界はこれだけ負担が低いのに、まだ減らしたいと言っている。

三番目の問題。国民負担率というと、さも国民の負担の実態を表しているようだが、大うそである。日米は国民負担率の数字が 4 割程度でほぼ同じだが、50 歳の自営業者 4 人家族で、実際の負担を課税収入 700 万円、1 ドル 110 円の換算率で比較する。（スライド 16）

所得税はほとんど変わらず、日本では住民税が上限の 60 万円。アメリカは州税が、私が住んでいるマサチューセッツ州では 37 万円。国民年金は、日本では上限額 32 万円、アメリカでは 107 万円（アメリカは年金だけでなく医療用の税金も含んだ数字）。自営業者には「自営業者税」という、収入の 15% の税がかかる。この中に、所得税以外に年金とメディケア、メディケイド用の税金が入る。所得税を 3 割払っていると、自営業者税が 15% 加算され、それだけで 45% の税金を払わされる。医療保険は、日本では自営業者で国保に加入すると、上限で 61 万円。ところが、アメリカでは所帯主が 50 歳の 4 人家族、まともな民

スライド 16

日米国民負担比較
（50歳、自営業、4人家族）

課税収入700万円（1ドル＝110円）として比較

	日本	米国
所得税	107万円	103万円
住民税（州税）	60万円	37万円
国民年金	32万円	107万円
医療保険	61万円	214万円（158万円）
総計	260万円	461万円（405万円）

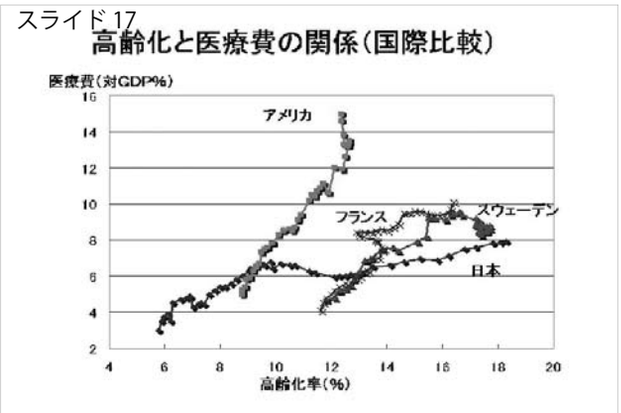
間の医療保険を買おうとすると、214 万円かかり、日本と 150 万円も違う。実は、この表をつくったのは去年が初めてで、値段が 158 万円だったが、今年保険料が 3 割値上がりした。1 年で 3 割も値上げできる世界は、民でしかあり得ない。

国民負担率という意味のない数字で比較すると、日本とアメリカの国民の負担は同じになるが、国民負担の実態を全く表していない。国民負担率という数字を大前提に、国の政策の大原則をつくろうとしているのだが、社会保障の給付を抑えるための数値的手段として使われているにすぎない。

高齢化と医療費

医療費の問題を考える際、私はこのグラフ（総人口に占める 65 歳以上の人口の割合）が一番重要なグラフだと思っている。（スライド 17）横軸が高齢化率、縦軸が GDP に占める医療費の割合である。国力の総体の中で医療にどれだけお金を使っているかという数字です。横軸は医療がどれだけ進んでいるか。高齢化、国民が長生きをする数値、指標である。

スライド 17



先進国の中での比較だが、世界の歴史の中でも、これだけ長生きしている国は日本だけである。世界史上、胸を張っていい医療を実施している。さらに、GDP の 8% に抑えている。これだけ効率のいい医療を実施している国は世界で日本しかない。

高齢化が進展し高齢者が増えれば、医療にお金がかかるのは当たり前である。日本の伸び率は、なだらかな伸び率でずっと来ている。それに反して、スウェーデンやフランスでも、傾きを見た場合には非常に急峻で、日本がどれだけ効率のいい医療を展開してきたかが、わかる。

いま財界の人たちが推し進めようとしている、公を減らして民をふやすアメリカの医療は、高齢化がまったく延びておらず、国民は長生きしていない。医療費だけが天井に向けて増えている実態である。

私が心配しているのは、もし日本で公を減らして民をふやすことで、国民の自己負担ばかり増え、民が医療の値段をつり上げると、中国のように治療の半ばで病院から出ないといけないことが日本で起こり、長生きできなくなる。そうするとどうなるか。医療費が上がって長生きできなくなると、このカーブが逆向きに上がってくるのではないか。ブーメラン型に上がってくるのではないかと心配する。

公平に考えて、ずっと維持してきたこの傾き、これが延びるのは仕方ない。せめてこの傾きを維持するように、医療費、それも公的給付を増やすのが、私は一番妥当な道筋ではないかと思う。アメリカのように天井を向いたり、あるいは、いま長生きしている社会を逆向きに、国民がばたばた死ぬような社会になって医療費だけ上がる、このブーメラン型を描くような方向だけは避けなければいけないことが、私が今日一番言いたいことである。

ここで、公を減らして民をふやすと、反対に公の負担が増えることをお話しする。景気が悪くなったため、アメリカでは、低所得者が増えて低所得者用の医療保険の加入者が増え、公の負担が増えてきた。財政が立ち行かなくなり、医療保険

に州の予算の 3 分の 1 を使わなくてはいけない州が出てきた。そこで､保険の給付をカットする。例えば、テネシー州のメディケイドでは、入院は年 20 日、そのあとは保険給付を認めない。外来受診は年 12 回、血液・放射線検査は年 10 回、外来処方薬は月 4 品目までで、あとは保険は認めないという制限を加えている。また、ユタ州でつくっている新しい保険のモデルは、救急外来や専門医の受診は保険給付を認めない。入院料も保険は認めない。もし入院や専門医の受診が必要に

なった場合は、医師や病院の慈善にすがる。これは保険ではない。

いま何が起こっているかというと、メディケイドの被保険者の無保険者化が進行している。民間の保険がいいとこどりをするため、条件の悪い人ほど公的医療保険に集まってくる。よって、公的医療保険はますますお金がかかる。公を減らして民でやってほしいと思って公を減らしているが、公の負担はますます増える、そうした矛盾を抱えるようになる。

だから一番いいのは、公の保険でも差をつけずに、大きな公の保険を一本で動かすことである。日本では、社保と国保の差ができているが、それも本当はいけない。そもそも医療保険は、元気な人がお金を出さないと成り立たないものである。それを元気な人だけが集まって、安い医療保険をつくり、病気の人をはじき飛ばしてしまうことがアメリカの民間医療保険の姿である。日本がそのマネをすると、とんでもないことになる。

保険者機能強化

保険者機能の強化だが、これは当時、健保連の副会長だった下村健という方（中医協汚職で逮捕された方）が、2003 年の医学会総会特別シンポジウムで、「患者さんは素人だから医療のことはよくわからない。保険者が通訳の役割をして、患者さんのお手伝いをするんですよ」と仰った。私は同じシンポジウムのシンポジストとして「いまの医療で一番大切なインフォームド・コンセントの原則に反する」とすぐ反論した。

インフォームド･コンセント：「知らしむべからず、よらしむべし」

インフォームド・コンセントというのは、医師と患者が共同のゴールを共有し、そのゴールを達成するために治療のプランを作成するプロセスである。医師は、患者が何をしたいのか、どういう状況になりたいのかということを知った上で、患者の希望にできるだけ沿えるような努力をする。これに対して保険者が、通訳と称して、医師と患者が共同で決めた取り決めに対して変更を加える。その目的は、コスト抑制にあって、そんなことを認めるわけにはいかない。

終末期医療：延命治療に意味があるかどうかは、患者が決めること

ある医学会総会の特別シンポジウムで、東証の会長、以前日本経団連の副会長だった西室泰三さんが「高齢者の終末期医療が医療費の無駄遣いの最たるものだから、これもなんとかしてほしい」と発言された。これも、私はシンポジストとして反論させていただいた。

高齢者の終末期医療、延命処置に意味があるかどうかは、原則として患者家族が決める事柄である。経済界の偉い人が「無駄遣いだからやめてほしい」と言う筋合いのものではない。「あと 3 か月頑張れば、ひ孫の顔が見られる」という方もおられるし、「オレはもう十分に長生きしたし、安

らかに家に帰って死にたい」と思われる方もいる。そうした人生の最期の場面で、患者さんやご家族の希望をどこまでかなえることができるか、そうした努力をさせていただくことが私たちの仕事であって、無駄遣いだからやめてしまえと経済界の偉い人に言われても、それには承服できない。

現実にアメリカでも、終末期医療、インフォームド・コンセントをどう充実させるかを工夫している。DNR（Do Not Resuscitate）は日本ではまだ普及していないが、余計な延命処置をしないことを希望する、尊厳死を希望される高齢者は少なくない。いまマサチューセッツ州では、州が統一の書式をつくっており、DNR を希望されるお年寄りはその書式をそろえ、公に DNR を希望していることを認定している。さらに、DNR を希望しているお年寄りに、DNR と書いた腕輪を配っている。救急外来にいつ運ばれても余計な延命処置を受けることがないように、どうやって患者の希望をかなえるかを一番大切に考えているのであって、無駄遣いだからやめてしまえといったことを政策として行っている国はない。そんなことが論じられているのは日本だけである。

ここで、初めに挙げた耳ざわりのいいキーワードの中身をもう一度考え直す。まず「市場原理・競争原理を入れたら医療がよくなる」という主張だが、これは違う。市場原理を入れても質の向上は保証されない。資本力の強いものが市場を制圧することだけが保証されるのである。そもそも医療というものに市場原理を適用することが間違いで、「命が惜しければ金を出せ」となってしまい、強盗と変わらない。市場原理を導入すると、需要と供給のバランスが自動的に取れ、社会全体が効率よく運営されると言われる。それはもっともだが、高級テレビの価格と需要・供給のバランスを考えるのと、医療の価格と需要・供給のバランスとは全く次元の違う話である。テレビが高すぎて買えないという選択は容易にでき、社会的にも容認される選択だが、お金がないから治療をあきらめる、死ななければならないということは、どう考えても非倫理的な選択を患者に強いていると私は思う。

だから、医療について、価格の高低で需給のバランスを達成するという市場原理を適用されては困る。実際に市場原理のもとで医療をやると、価格や需給のバランスが達成されるどころか、アメリカのように価格はうなぎ昇りになるし、財力のない人がアクセスを閉ざされるといった非人間的な社会ができあがってしまう。それは命が惜しければ家を売ればいいということは強盗の論理と変わらないことを強調したいと思う。

次に、公を減らして民をふやすことだが、これは基本的には所得格差に基づく医療差別を制度化することにほかならない。日本で無保険社会を容認することになる。民がいいとこどりをするため、公の負担は逆に増える。アメリカは無保険者の医療費を誰が負担しているかというと、そのために税金を払ったり、医療機関が病院ごとに金をプールしたり、あるいは保険会社も、無保険者の医療費をマサチューセッツ州では分担しているので、保険料が高くなるという形で、民と公で負担を押しつけ合い、首を絞め合うバカげたことが起こる。

患者の選択の幅を広げるという主張だが、市場原理のもとでは、逆に患者の選択の幅は狭まる。資本力の強い病院が競争相手をたたきつぶすことが起こる。さらに医療における選択は、どのテレビが一番いいかという選択とは違い、クモ膜下出血を起こして救急車に乗っている患者が、どの病院の手術成績がいいか調べる余裕も時間もない。目指すべきは、社会全体の医療の質を底上げし、救急車でどこの病院に運ばれても安心して手術が受けられる体制である。病院ごとの成績を比較するといった議論がいま横行しているが、本当に大切なことから離れた議論だと私は思っている。

新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム：医師憲章

こうした厳しい状況の中で、われわれ医療者は何を考えて行動したらいいか。その指針になるものを紹介する。「新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム：医師憲章」（スライド 18）である。これは、2002 年 2 月にアメリカとヨーロッパの内科学会が合同で作成した文書で、新しいミレニアムにおけるヒポクラテス憲章と呼ばれ

ている。詳しくは、2002 年の『医学界新聞』に解説されている。

医療の 3 つの根本原則をまず確認する。

1. 患者の利益追求。医師は患者の利益を守ることを何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない。
2. 患者の自律性。医師は、患者が自己決定権を行使できるように患者を empower する。力をつけなければいけない。
3. 社会正義。医師には、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任がある。

3 番目がいままでの医師憲章と違い、医師の社会的責任を強調している。これをいまの日本の状況に当てはめて翻訳すると、「混合診療を認めることや、株式会社の病院経営を認めること、あるいは公的給付を削減することについては、体を張って阻止しなければいけない」と翻訳できるのではないかと思う。

3 つの根本原則に基づいて、この憲章では 10 の責務が謳われている。どれも当然のことだが、9 番目の「利害抵触に適正に対処し信頼を維持する責務」がわかりにくいと思うので、特に時間を割いて説明する。

英語では Conflict of Interest。利害の抵触とは、ある役職に就いている人が、その立場や権限を利用することで、個人的な利得、特に財政的な利得を得ることが可能となる状態。例えば、泥棒が裁判官となって自分の罪を裁き、無罪とする。これが利害の抵触の例である。

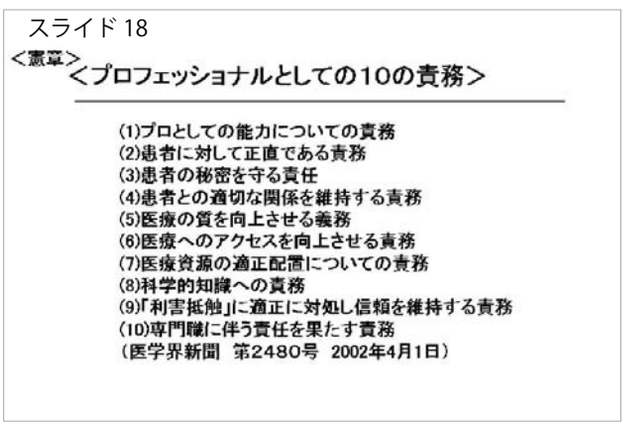
医療の場で利害の抵触が問題になるのは、臨床研究における利害の抵触である。例えば、ある研究者が自分で研究している薬材や治療、検査について、特許を持っている。あるいは、自分が出資している会社が特許を持っている。そうした治療法について、自ら臨床治験を主催し、自分で結果を判定して臨床治験で効く結果が出れば、その会社の株価が上がり、自分が儲かる。これは倫理的にいかがなものか、適正に対処する必要があるということで問題になる。

現実に、アメリカで遺伝子治療の会社を起こした遺伝子治療研究所の所長が、自分で臨床治験を行い、患者がその治験の副作用で亡くなる事件が起こった。アメリカの遺伝子治療学会では、会社に出資している人は、臨床の治験に携わってはいけないというルールをつくったほどである。残念なことに、日本でもある大学で同様な事がありった。

しかし実は、臨床の場で問題になることは、かわいらしい部類に属する。日本では政策立案に関して、利害の抵触が大威張りで歩いているからである。その代表が、総合規制改革会議議長の宮内さんである。実は、オリックスという企業は医療に大々的に進出し、一番代表的な例が、高知医療センターである。これは総事業費二千数百億円の事業で、県立病院と市立病院を廃止統合し、昨年開院した。ここは医療の本体以外、建物の建設から機器のリース、内部の食堂などほとんどすべてオリックス・グループの企業が受注し、運営している。おまけに保険業にも手を出している。オリックスが伸びたときに、一番伸びる材料になったのが、パチンコ屋に対するリースだったと言われている。要は金貸しなので、融資の条件に従業員をオリックスのがん保険に入れろと（これは、本来違法行為らしいのだが）、強要したうわさがある。

そうしたことをして、保険業にも手を出している人が、総合規制改革会議の議長で、調査権や勧告権といった公的な権力を付与され、日本の医療の姿を自分の企業が儲かるような形に変えようとしている。いまは議長代理から外れているが、初代の議長代理の飯田さんはセコムの最高顧問。セコムもオリックスも、日本でいろいろと病院を資本配下に収めている。着々と、株式会社による支配が日本の医療でも進んでいる。

スライド 18



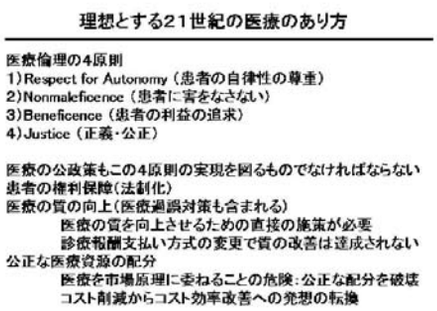
理想とする 21 世紀の医療のあり方

こうした厳しい状況でどうすべきか。私自身は、医療制度改革とは、医療倫の根本原則 4 つ「患者の自律性の尊重」「患者に害をなさない」「患者の利益を追求する」「正義・公正に基づいた医療を行う」この 4 原則が実現しやすくなるような制度改革を目指すのが本当だろうと思う。（スライド 19）医療の公政策も、この 4 原則の実現を図るものでなければならない。例えば患者の権利を保障する、これは法制化するのが一番手っ取り早いだろうと思う。そして医療の質の向上についても、質の向上を促すための直接の施策をとる必要がある。診療報酬の支払い方式を変えれば医療の質がよくなるとは、すべて詭弁である。そういう議論は信じないほうがいい。

定額支払い方式を入れると医療の質が自動的によくなるというのは詭弁である。さらに、医療を市場原理に委ねることの危険はずっと説明してきたが、実はコスト削減ではなく、コスト効率の改善を目指すのが本当である。

いま日本の医療制度改革は、「ビジネス・チャンスの創出」と「コスト抑制」で攻めてきているが、「患者の権利」と「医療の質」から攻める、ということが、私の信ずるところである。

スライド 19



質問 A：こうした素晴らしい内容を聞き、私たちはなぜ日本の政治に生かされないかと歯ぎしりしている。政治家はこうしたことをどのくらい知っているのか。こうしたことを政治家に知っていただき、こうしたことを国民のためにやってくれることが一番いいのではないかと思う。いかがでしょうか。

李：実は、今日とほぼ変わらない話を、一昨年 11 月に民主党の勉強会で話したことがある。ただ、医療問題に関心の深い議員しか集まっていない。20 ～ 30 人くらい集まったと思う。皆さん賛同してくださったが、民主党も当時、混合診療賛成派のほうが多かったという状況で、知らない人ほどだまされている。

質問の趣旨からそれるかもしれないが、怖い話を、去年の 11 月、津山に行ったときに聞かされた。医療畑の人を、医療関係の部会に入れないということが行われているらしい。だから、医療に関する政策を決定する場所に、医療を知っている人を、意図して入れないことが行われているため、本当に恐ろしいことが起こっている。財界や財務省が思うとおりに政策を決める形をつくろうとしている。

これは、実は混合診療をつぶしたときに、国会議員に手を回して、委員会で、全会一致で保険診療を守るという趣旨の決議を成立させたことがあったが、その副作用ではないかと私は思っている。

質問 B：もしそうならば、そのようにならないようにするには、私たちは国民を味方につけた行動を展開しなければならないと思うが、なかなか難しい。何かいいお考えがあればお願いする。

李：メディアの影響は非常に強い。例えば一昨年、朝日は当初、混合診療に賛成していたが、年が押し詰まった重要な局面で論調を変えた。

例えば朝日の社説は、一人の論説委員が書いた社説がそのまま載るのではなくて、論説会議の議決を経ないと、社説というのは印刷されないそうだ。朝日の中でも、論説委員の中で、特に経済部出身の人は、混合診療解禁派の人がいて、医療畑の人は科学部出身の人が多くて、医療ジャーナリストが力が弱いのは、ひとつは科学部出身の人ばかりで、社会のことがわかっていない人が多いのが原因なのかなと愚考している。

いまのところ見ていると、一番けしからんのが

読売で、もうどうしようもない。毎日はまだ、正論を説き続ければ味方になってくれる可能性はあると思っている。朝日も、油断すると、いつまた元に戻るかわからない。

あと、メディア絡みの話だが、某局の女性記者がとんでもないことを書いていた。彼女が入社して、医療関係の部局に配属された。そのとき先輩に習った原則は「日本医師会が言うことは、必ず間違っている。君が番組をつくったり記事を書いたりするときは、日本医師会の言っていることと反対の趣旨の内容にすれば、必ず正しい」と。そうしたトレーニングを受けたと書いている。メディアの医師会に対するイメージは、ここまで悪い。だから、そのメディアを味方につける努力は、ものすごいものが必要になると思う。

藤原：それでは、時間がまいりましたので、会員を代表して、ひと言お礼のあいさつを申し上げる。アメリカの医療の教訓、あるいは問題点を示され、日米との比較の上で、現在の日本の医療制度改革の方向性が大いに問題があるということにあらためて警鐘を鳴らしていただいたのではないかと思う。本日の李先生のお話を聞けば、誰もがいまの医療の行っている方向は間違っているのではないかと思うが、先ほどマネジド・ケアのところでお話しされたように、おっちょこちょいではなくて、日本の政府や財界は、確信犯的な意味で進めているのだろうと私は感じている。

ともかく、医療制度はイギリスの例を見ても一度変革すると、元に戻すのは大変困難を極める。本日のご講演は、日本の医療制度の将来を考える上で、大いに勉強になったと思います。ただ、おそらく日本はアメリカと比較して、われわれ医療人が患者の立場について、充分考慮していない部分がまだまだあるのではないかと痛感する。国民の立場に立って医療のあるべき姿を考え、医療への信頼を回復することが、われわれにとって、急務であろうと思っている。そうした意味で、医師憲章、3つの根本原則、プロフェッショナルとしての 10 の責務、あるいは理想とする 21 世紀の医療のあり方、これらをお示しいただいたことは、われわれにとって大変参考になった。先生のますますのご活躍を期待し、また今後ともご指導を願いして、本日の特別講演会を終える。

座談会

市場原理主義と医療

と　き　平成 18 年 2 月 16 日（木）午後 5 時 40 分～
ところ　山口県医師会館　5 階役員会議室

―― 出席者 ――

元ハーバード大学助教授　李　啓充
編集委員　吉岡　達生
薦田　信
渡木　邦彦
川野　豊一
矢野　秀
津永　長門

山口県医師会　会　長　藤原　淳
副 会 長　上田　尚紀
木下　敬介
専務理事　三浦　修
常任理事　吉本　正博
佐々木美典
理　事　弘山　直滋
杉山　知行
加藤欣士郎

司会：それでは始めます。講演は、非常に明快な分析をお話しいただいたので、あまり疑問はないかとも思います。そこで講演をふまえて、Q&Aによって、内容を深めていこうと思います。

――：アメリカには日本の診療報酬の点数表のような基本になるものはあるのでしょうか。

李：民の場合は好き勝手に付けています。だから同じ医療行為であっても、かかる病院やドクターによって変わります。それから公的医療保険の診療報酬、特にメディケアの場合は非常にややこしく、病院の診療報酬は大都会と田舎で異なり、教育病院や研修指定病院であるかないか、そこでも変わってきます。日本のように、同じ医療は同じ値段ということは、ほぼないと思います。特に、今日お話ししましたが、無保険の人が一番つらい立場で、お金がないのに一番高く請求されます。

――：アメリカでは無保険者がたくさんいて、ク

リントンとヒラリーは皆保険制度を導入しようとし、結局はできませんでした。日本と対比してみると、ひょっとすると、あれだけの無保険者がいても、アメリカ人というのは自分の体は自分で守ろうという精神が日本よりも強く、そのために成功しなかったのではないかという気もしています。

いまから 50 年くらい前、日本でもみんな我慢病ということで、医師にかかれない方はみんな我慢し、医者にかからないで自宅で亡くなっていました。いま皆保険制度により非常に良い状態にありますが､アメリカ的なことを日本に持ってきて、日本国民はうまくこれを引き受けるのだろうか、という疑問があります。そこで、アメリカではどうして失敗したのか、それから日本にこれが根付く方向で進むのだろうかという点について教えください。

李：アメリカで失敗したのは、保険会社が反対のキャンペーンをしたことが一つです。初老の夫婦二人がクリントンの改革が実施されるといかに面倒くさい医療制度になるかといった、非常に国民の感情に訴えやすいコマーシャルをつくり、これが大きな影響力を持ち、賛成だった世論が反対へ動いた。さらに 15% が無保険者なので、その 15% を保険に入れて、いままでと負担が変わらずサービスも一緒だと政府は言うけれども、信じられない。もしも無保険者がそのシステムに入ってくると、自分たちの負担が増える、今までのサービスが低下するといった、保険加入者の疑念が募ったのです。そのために、それまで賛成だった世論が、最後の最後の土壇場で反対へ流れてしまったことが失敗の経緯です。

クリントンの改革が失敗したために、いま皆保険制度を言い出す勇気のある政治家がアメリカではいません。州レベルではやろうとしているところはあります｡例えば､私が住んでいるマサチューセッツ州では皆保険制度をなんとか実現したいということで政治家が頑張っていますが、なかなかうまくいっていないところです。

それから、アメリカ型の改革を日本で行った場合、国民性として非常に我慢強いところがあるので、例えば民間の保険に入れない人が、自分は保険を持っていなかったから仕方ないと諦めることが起こるかもしれない。現実に、国保の未支払いによってはじき飛ばされている人が日本でも出てきていると聞きますが、その人たちも既に諦めているのではないかと思っています。

いまアメリカで流行っている保険制度の一つに、Health Saving Account があります。これは保険料が割安（High-Deductible）で、例えば 5,000 ドルまで自己負担、そこから先を保険で支払う制度です。その代わり､年間 5,400 ドルまで、Health Saving Account という口座にお金を貯めることができる。これを収入から差し引いて、税金が安くなるような形（pre-tax）で、その口座にお金を貯めることができる。また医療の費用を払う際に、その口座からお金を出して使い、貯まったお金は翌年に持ち越すことができます。免税と組み合わせて、いまアメリカでの加入者が増えつつあります。貯蓄好きの日本の国民性には合うかもしれないですね。

ただし、本当にお金がない人は貯蓄もできず、保険にも入れないので、何の足しにもならない制度改革です。一番喜んでいるのは、口座を運用する投資会社で、銀行や証券会社はマーケットが広がり､ビジネスチャンスが増えたと喜んでいます。

――：診療報酬が安く設定してあるメディケイドの診療を拒否することができると言われましたが、日本では応召義務によって拒否できない状況です｡アメリカではどうなっているのでしょうか。

李：アメリカでは、救急外来に受診した人の診療を拒否できないこと、救急患者については状態を安定化させなければいけないことが法律で決まっています。これは、医療費が払える払えないにかかわらず、診ないといけない。

すると、こうして救急外来に訪れた無保険者にかかった医療費をだれが負担するのか。だれかが

負担しなければならないわけで、病院が全部かぶるわけにもいかない。マサチューセッツ州の場合は、無保険者の医療用にお金がプールされ、病院が３分の１、保険会社が３分の１、州政府が３分の１で運用される仕組みになっています。問題は、医療に対して普段アクセスのない無保険者が、いきなり救急外来に来ることです。現在、本当に重症な人がたらい回しされる事例も生じ、無保険者が救急外来に殺到する困った現象が起きています。

――：その法律は、マサチューセッツ州だけではなく、全米ですか。

李：全米で、法律ができています。連邦法です。例えば糖尿病の人が高血糖になって救急外来に来ると、安定化させて帰す。無保険者の場合、その後の治療費は払えないからだれもコントロールしない。そして糖尿病が悪くなり、また高血糖になるといった、おかしいことをしているのです。

――：お話しされた「新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム」に大変関心を持ちました。先日、『殺人保険』（原題：DAMAGED CARE）という映画を見ました。医師がいちいち保険会社におうかがいを立ててから治療の内容を決める。今日のお話を聞くと、実感がこもっていたのですが。アメリカの医者は、とにかく保険会社、merchant の意見を聞いて治療をしなければならない、非常に難儀な状態だと思います。この憲章は 2002 年につくられていますが、この３～4 年間で改善など見えてきたでしょうか。

李：マネジド・ケアの実態は、あまり変わっていません。それから、病院では病棟にケースマネジャーやソーシャルワーカーなどの職種の、保険会社との交渉係がいます。よって、実際にドクターが保険会社といろいろ渡り合うことはなく専門の職種の人がいます。多くの保険会社があってすべてルールが違うため、診療報酬の請求事務には数人のドクターが集まってオフィスを構え、一つのオフィス当たり６人の事務員を雇わないと診療報酬請求ができないのです。その部分もすべて医療費にはね返ってくるのです。

一方、カナダの病院は診療報酬の請求事務に手間がかからない。カナダは税金で行っている公的な医療保険一本しかないので、それだけやっていればいいのです。カナダの事務員にとって、ややこしい仕事は、カナダで病気になったアメリカ人の診療報酬請求事務だそうです。

話が飛びますが、メディケア（公的な医療保険）の一番の問題は、外来処方薬が保険給付されない問題でした。今年から給付されるようになりました。ところが製薬会社と保険会社が大反対したのです。製薬会社は、メディケアという巨大な保険者と価格交渉をすると勝てない、値引きをされると猛反対しました。ブッシュが行った保険給付の仕方は、メディケアの外来薬給付用の保険を保険会社につくらせたのです。高齢者は、100 以上もの種類があるその保険の中から選択して加入し、外来処方薬の給付を受けるシステムにしたのです。だから、薬の値段も下がらず、保険会社は手数料が入り、儲かるという形にして、非常に評判が悪い。入ってみたら、自分がいつも使っている薬が給付の中に入っていなかったというバカげた実態も起こり、ややこしくてだれもわけがわからない事態になってしまった。昨年まで、ブッシュは年頭の所感演説で、メディケアの外来処方薬給付を始めることを威張っていたのですが、今年はメディケアのメの字も言わなかった。それほど評判が悪く、あえて触れなかったのです。

それから、憲章をつくったあとの変化は、なにもありません。

――：社会的責任、体を張って患者を守るというのは、大変よいことだと思うのですが。

李：憲章ですからね。ただ、日本にはこれもありません。実は、何もないというのも大げさですが、この憲章が出て、『Annals of Internal Medicine』と『JAMA』でしたか、２つ内科系の雑誌に出て、その何か月か後に、その反響が『Annals of Internal Medicine』にまとめられました。ヨーロッパがほとんどでしたが、世界中にアメリカの医師会とこの憲章を支持する声明がたくさんの国の医師会で発表されています。またイタリアでは、保

健省が翻訳をつくって医学部の全学生に配布する動きもあったそうです。そのくらいの影響です。あくまでも努力目標的なものです。

――：先生方、この憲章を知っておられましたか。私は初めて聞いてたいへん興味深かったのですが。

――：われわれ医師や医療機関が、これを認識しないといけないですね。

李：マサチューセッツ州の場合、州法で「患者の権利」が決められています。患者の権利について、患者に周知するため、私がいた MGH の病院では、病棟の目に付くところに患者の権利が書いて貼ってあり、患者さんにはパンフレットを渡していました。中身は州法を基にして、わかりやすい言葉に書き換えただけと聞いています。

私が勤務していた時代から、権利が２～３項目増えていたように思います。具体的にどのような権利が増えたか忘れましたが、一回つくるとそれっきりではなく、時代の状況に合わせて、その中身も変えています。

――：病院機能評価を受ければ必ずそれを求められるので、私のところも何年か前に、ベスイスラエル病院のものを６項目くらい掲示しています。

李：そうですね。ベスイスラエルが患者の権利として掲示したのが歴史的には最初でした。

――：日本医師会の手帳、これは平成 12 年に定例代議員会で採択されたのですが、「医の倫理綱領」というのがありますね。この中には、似たようなことが書いてあります。これは、皆さんご存じですか。

――：知っています。県医師会報の裏表紙に載せるようにしました。

李：先ほどメディアのイメージが悪いとを言いましたが、メディアのイメージを改善するために具体的な行動をしないといけないと思います。例えば、患者の権利法の草案を日医が起草することも考えられるのではないでしょうか。いままで「法律で介入するのはいかがなものか」という言い方をしていますが、あれは決定的に受けが悪いですね。

――：いま、メディア対策の話が出ましたが、先生の話の中で、「医師会が言っていることの反対を主張すれば正しい」とありました。つくづく最近の新聞を見て、そうした論調があるように思います。一方、経団連のほうは比較的そうした反対を示していない。そのあたり、メディアに対する戦略にどのような違いがあるとお考えですか。

李：経団連と財務省の意向は同じだと私は見ています。日本の記者は、取材対象と密着することが非常に多い。例えば、番記者がいて、政治家の自宅で酒など振る舞われている世界ですから。権力を持っている人やアクセスがある人ならば、彼らを丸め込むのは容易なのではないかと私は疑っています。

私が野球の連載を始めたのも、日本で書かれている大リーグ記事のお粗末さにあきれたからです。彼らの書いている記事を読んでいると、選手と密着し、選手が言うことを紹介しているだけです。あるいは、選手が変なことをしているときには、それを弁護する。松井の WBC 不参加につい

ても、「そもそも WBC というのは失敗するのだ」という論調で書く松井びいきの記者がいるくらいです。

私は一時読売で医療関係の連載をしていたことがあります。インフォームド・コンセントについて書いた際、「日本医師会の勘違い」と編集者が見出しを付けたのです。私の原稿にそうした言葉が入っていたわけではないのです。入っていたかもしれないですが、見出しを付けたのは、とにかく私ではないのです。1999 年～ 2000 年頃の事件ですが、掲載後にけしからんということで、編集者が日本医師会の本部に呼びつけられました。私はただ、インフォームド・コンセントに反対してきた歴史が日医にはあることを指摘したにすぎないのですが、担当部長と担当編集者が呼びつけられて、取り囲まれて、怒鳴られたのです。

私はアメリカにいるので、私を呼びつけることはできません。結局、その場で問題とされた内容が編集者から送られて、私はそれに対して反論したのです。例えば、当時の日医会長が、「インフォームド・コンセントは認めない。説明と同意でいく」と、日本医師会雑誌の中にこうした発言が印刷物として残っているのです。具体的な活動の証拠を示して反論し、その後なにも音沙汰はなかったのですが・・・。

ことほどさように、メディアに対して印象が悪くなるようなことをしてきたわけです。「おまえらに何がわかる、頭が高い」といった扱いをしてきた歴史があるわけです。

――：日医の執行部は、記者会見を毎週しています。メディアの方は医学についてはほとんど知識がないために、われわれはそこでレクチャーをしてやっているのだという姿勢にやはり問題があると思います。

――：マスコミの番記者の買収や飲み食いの話も出ましたが、先ほどの講演の中でも、裁判で陪審員を抱き込むというようなこと、日本がいま陪審員制度に移ってきていますが、そのとき、ハッと思ったのですが、日本はアメリカ型になりつつあることをあらためて思いました。どうして陪審員制度になるのかよくわからないままに見ていたのですが、どうなのでしょうか。

李：私も、どうしてアメリカの制度ばかりマネしているのか不思議でならないのです。終戦のときの密約があって、70 年したらアメリカの 51 番目の州になるという密約でもあるのだろうかと・・・。

――：『文藝春秋』でしたか、米国の年次改革要望書について、石原慎太郎と関岡英之による対談が出ていました。アメリカでは訴訟問題が増え、あまりにも経済的にロスだから、あまり訴訟しないようにする法案をつくるらしいのです。そうすると弁護士の仕事が足りないから、日本に弁護士を送り込み、医療訴訟をさせると、すごくいいらしい。保険会社もそこに入ると、ますますいい。そうしたことを、年次改革要望書の中に盛り込んできているらしいのです。それがどうも陪審員制度のようで・・・。

李：やっぱり保険の絡みですか・・・。

――：いまの日本の裁判制度だと、少なくとも陪審員は難しいですよね。しかし、陪審員制度ならば、あるいは個々にやればできやすいかなとも思いますが。

――：結局、アメリカのやり方を押しつけて、それが向こうの利益になる。日本には不利益でも向こうは押しつけてくるのが、どうも年次改革要望書の中身みたいですね。

李：世論結果を見ても、国民の世論としては 6

割以上の人が高負担高福祉でいいと言っているのです。それなのに「小さな政府がいい」の一点張りですから。

――：医療費は技術革新や医療機器の改良などによってコストは上がっていきます。“市場原理を導入しない”、“混合診療を認めない”、これらを含めて、いまの日本の医療制度の中で、各論的にどのように対応していったらよいと思われますか。

李：各論というと、きりがなくなりますが、医療費が上がるのは間違いありません。高齢化の進展で医療のニーズが増え、量が増える。それから技術革新により、新しい技術に高い値段が付いて入ってくる。単価が上がっていくことで、医療費が増えることは絶対に避けられません。そこをどれだけリーズナブルに抑えるかです。私が強調したかったのは、実は公の保険が一番安上がりなのです。さらに、公も細分化せずに一本でまとめた保険が一番安上がりです。極めて簡単なことで、元気な人が金を出さないと成り立たない制度なのです。

市場原理主義者がよく言うのは、「日本の医療保険は科学的に運営されていない、リスクアジャストメントをしていない」と。リスクアジャストメントと称して、保険会社がいったい何をするかというと、元気な人だけ集めて、安い保険をつくっているのです。病気の人は保険に入れないような仕組みをつくって、科学的だとバカなことを言っている。そんなことをしてはいけない。

市場原理派が経済のプロと称してそのようなことを言うのであれば、もう医療保険という名前をやめてしまっていい。イギリスは、National Health Service（国家医療サービス）と言っている。社会サービス、社会保障制度として運営しているもので、保険屋さんがばくちの世界で儲けようと運営しているのとは違う世界の話だということをまず言っておく必要があると思います。

そうした意味で、一番安上がりなのは、公の保険を一本、元気な人が全部入らないといけない保険をつくるということです。イギリスの医療制度が日本と並んで安上がりにできているのは、偶然ではないと思います。公によって一本で動かしてきたことが、安く済んできた理由の大きいところでしょう。

それから、私は公を充実させろと言っているのです。当然出てくる質問は、「財源は？」です。これは、応能負担を徹底することに尽きる。日本の国保は上限が 61 万円だと言いました。アメリカでは、どんな貧乏人でも 240 万円払わないと保険が買えないのです。日本は、年収 1 億円ある人が、国保の上限の 61 万円だけ払って済んでいる。これはどう考えてもおかしいので、応能負担という原則を徹底する。企業負担も応能負担で、資本力の強い人にはたくさん負担していただくということです。

やはり、金のある人が「おれは払いたくない」ということでは、制度が成り立たない。生活保護などの福祉とは違い、社会保障制度なのです。だれもが病気になり、働けない、お金も用意できない、そうした危険を抱えて暮らしている。運悪くその立場になった人をみんなで支え合うシステム、そのための社会保障制度です。上限が 61 万円とは、アメリカで暮らしている身からすると、夢のような話です。

――：ただ、日本では所得税が累進課税です。累進課税の段階がかなり緩くなってきたとはいえ、まだ厳しいですよね。

李：日本で、いま一番高いのは 36% とか聞きました。私は、高額所得者ではありませんが、アメリカでは事業者税と所得税と州税を取られると全体の 50% ほど税金持っていかれています。

それから、日本では細分化しているから取りにくいのです。市町村単位で運営しているために、国保の未加入や年金の未支払いといった問題が生じるのです。

――：国税とか地方税でも分かれていますね。

李：アメリカは連邦政府が一本で公的年金を運営しています。これは年金税です。Social Security Tax（年金税）として、有無を言わさず取っていきます。メディケア、メディケイドに回す税金も、

これは FICA Tax と言い、tax として有無を言わさず取っていくわけです。自営業者の場合は、自営業者税が全部まとめて取っていきます。これが収入の 15% です。だから、公を一本化すれば、取りはぐれも起こらなくなると思いますけどね。

――：新聞や NHK などのデマかもしれませんが、昭和 40 年ごろ、企業が年金や医療保険の保険料の半分を負担していて、企業に転嫁するのはおかしいと言っていたように思います。例えば、社保であれば、民間企業が半分出して、本人が半分出す。それをあまりにもかぶせるから企業が苦しむといった論調を、見た気がします。

李：アメリカの企業負担は、日本よりもはるかに大きい。例えば、GM は車一台つくると 1,400 ドル～ 1,700 ドルが医療保険費です。だから経営が苦しくなっています。

日本では、企業負担が長い間低かったのです。高度成長の時代、企業は潤っているのに公的負担をしていないことを批判された。すると、彼らは「日本はまだ後進国だから」と言っていたのです。

現在「欧米と比べると、企業の公的負担は低いじゃないか」といった批判に対して、何と答えているかご存じですか？「中国よりたくさん出している」と、開き直っているのです。

経団連の医療制度改革に対する文書を見ても、公的給付を抑制する一点張りです。自分たちの保険料負担を増やさない方向に日本の制度を持っていく、その一点張りなのですね。それが、社会全体としては結果として高くつくから、そんなわがままを許してはいけない。

――：いま 7.6% ですよね。例えば欧米並みということになると、当然 10% くらいは企業側が公的負担するべきだということですね。

李：いずれアメリカの企業から叩かれますよ。日本は公的負担が低くて、ソーシャルダンピングだと。アメリカに、そう言わせるように仕向けてもいいですね。

――：公的負担率としても低いわけですね。まだ税金を出していいわけですね。

李：低いのに、増やさないような算段を、いまから始めているわけです。医療費の公的給付は増やさないと言っているわけです。それから、けしからんのは、経済財政諮問会議という組織が、内閣府、政府の上にある。委員は選挙で選ばれるわけではありませんし、その活動をチェックしたりする仕組みもありません。民主主義の原則は、Checks and balances 、権力の抑制と均衡です。大統領が悪いことをすれば議会が攻め、議会が変な法律をつくれば裁判所が反論する、そうした形で必ずだれかがチェックを入れるのが原則です。ところが日本の経済財政諮問会議は、だれもチェックがかからない特権組織をつくっている。おまけに、入っている顔ぶれは、財界人と財界の意向を受けた学者です。骨太の方針は財界が思うようにこの国を動かしていくための方針にすぎないのです。

――：そうした特別な機関は、経済財政諮問会議だけではなく、国家公安委員会などもそうでしょう。それで、一週間に一回か二回しか議論せずに、年収 4,000 ～ 5,000 万円もらっているとか。そうしたことがたくさんあるわけですよね。

――：先生のご講演で、マネジド・ケアの仕組みがようやくわかってきたのですが、よく考えると自動車保険と似てい

ます。それを考えると、日本の自賠責保険のようなもの、セーフティーネットをある程度つくり、その上で応能負担、ここまで保障してほしい人はお金を出せとすれば一番いいのではないかと思いますが、いかがでしょうか。

李:応能負担は、応益と離れて、収めさせるのです。「ここまでしてほしい」ではなく、サービスは等しく「おまえはこれだけ金持ちなのだから、もっと払え」ということです。「もっと先をしてほしい人は金を払えよ」というのは応益負担になるわけです。

仰るとおり、自動車保険と似ているのです。自動車保険では「廃車処分」があって、修理してもコストが見合わないから廃車にしてしまえと。実は、アメリカでは民間の保険会社が、廃車処分と同じことを言います。先天異常で生まれて医療費がかかる子どもの治療について、保険会社が治療を認めない場合、保険会社の審査官と親がやり合っていました。「それならば、おまえら養育権を放棄すればいい。子どもの養育権を放棄すれば、メディケイドにより州があとは一切医療費を見るから、だれもお金を払わなくて済むぞ」と言って大問題になったのです。だから、廃車処分という発想を持っているような保険のプロが、医療保険を運営すると恐ろしいのです。

――：日本では来年消費税アップ、確実に 10% 台にすると言っていますが、財源についてはこれまで社会保険、社会保障という位置づけであったものを、医療保険や年金を消費税という形で、それも少なく抑制する中で足らない部分を確保しようとする方向のようです。いまのお話では、医療保険は社会保障の位置づけです。要するに、助け合うという目的、当然払える人は十分に応能負担し、それを受けるのは平等ということです。この財源の確保で消費税をアップするといった政府の方向を、先生はどうお考えになりますか。

李:財源を確保するならば、それが社会にネガティブな負担やインパクトを与えない限り、どんな方法でもいいと私は思っています。ただ、例えば国保の上限 60 万円はいくらなんでも金持ちに甘すぎるという考えを持っています。だから、消費税のアップ以外にも、まだ取る場所はたくさん残っていると思っています。それから、問題は使う場所です。高速道路の話を少ししましたが、だれが考えてもおかしいですから。

社会保障の給付が先進国の中で最低で、4 割しか給付していない。税金と保険料を取るだけ取って、何もしてくれていない。どこに消えているかということをやはり考える必要があると思います。

――：ようやく、日本の医療費がそんなに高くないことがテレビなどでも、やや浸透してきた。ただ、いま言われたようにマスコミが非常に理解が悪い、あるいは向こうへ取り込まれている。日々努力していかないといけませんが、これからどのような長期戦略をすればいいでしょうか。

李：去年の選挙で小泉さんが大勝した経緯を見ると、マスコミの注目を集めたことで勝ったわけです。これは半ば冗談ですが、医師会で活躍されている先生方は、昔ヘルメットをかぶっていた方もいらっしゃると思います。そこで、その先生方に一肌脱いでいただいて、医師会本部をバリケードで封鎖し、現執行部の総退陣を求めると･･･。八百長でいいのです。マスコミの注目を大きく集め、注目を集めたところで、患者の権利法の草案を打ち出す。マスコミの注目を集めたところで、医師会も変わったというところを示すのです。特効薬になるのかわかりませんが、そうした手もある。メディア対策には、番記者を育てるくらいのお金をかけないといけません。

メディアの質が悪いことも問題です。医学ジャーナリスト協会がありますが、私はそこで何回も話をしているのですが、彼らは人目が付くような記事は書きません。スキャンダラスなネタを書くのは社会部の記者です。だから、彼らにいろいろ説明しても、彼らは紙面を獲得する力を持っていない。社会部や最近は経済部の人が力をもっている。経済部の人は、経済界の人とお近づきですから、どうしても財界の意向に沿った記事を書きたがる。だから、今後規制改革は推進しないといけないし、その一環で混合診療も認めるという

ことを、彼らは平気で信じている。本気で信じているから、本気で言えるわけですね。そのメディア対策に力を入れないといけないし、広告ももっと上手にやる方法があるのではないかと私は思いますけれども。

――：基盤の権力は、むしろマスコミが握っているような雰囲気がありますね。

李：『週刊文春』で、私はいま野球の連載をしていますが、この間、「医療関係の特集をしたいんだけれど」と編集部から相談を受けたのです。ガンや脳卒中といった病気になったときにいくらお金がかかるのか、病気別の値段を記事にしたいと。変なことを言うねえと思って。「日本には高額療養費制度というのがあって、自己負担の限度額があるから、どんな大病をしても値段は変わりませんよ、記事になりませんよ」と言ったら、「ああ、そうですか、知りませんでした」と。そういう世界ですからね。

――：先生の本にも少し触れられていますが、ナーシングホームは待遇がひどいように書いてありますが、どういう事情があるのでしょうか。

李：ナーシングホームは、日本で言うところの介護施設です。アメリカでは長期療養も医療に入れています。日本では、介護は医療と別枠で、大きく違います。その代わり、長期療養については、民間の医療保険はカバーしません。ロングタームケアの保険、民間の保険を別枠で買う必要がある。しかし、買う人はほとんどいません。

では、お金のない人が介護施設に入るときにどうするか。身ぐるみはがされた状態で、資産もお金もないことを証明した上で、メディケイドの給付を受けるのです。2 人に 1 人の患者がメディケイドでお金を払ってもらっています。一日自腹を切るとおよそ 100 ドルかかるのではないでしょうか。だから、財産を食いつぶしながら、介護施設に入ることになります。

介護施設については、患者が abuse されたり、質が悪かったりと問題になりましたが、最近は監視の目が徐々に行き届き、昔ほど悪質なナーシングホームはないと理解しています。

――：李先生の著述を読ませていただいて、医療制度の問題はいろいろあって、さらに政治家対策やマスコミ対策もあるのですが、やはり最後に残るのはここにある、われわれ医師としての「医療プロフェッショナリズム：医師憲章」だと思います。まず、マスコミ対策あるいは政治家対策という以前に、やはりわれわれが、この憲章にあるところ、そこまで行きつつあるのかだと思います。

確かに医師会は、患者の権利法にはむしろ反対の立場で、今回の診療報酬改定でも明細書を発行することについて、発行するなら料金が欲しいといった報道をされている。こうしたところが医師会側にあります。いま、先生に示していただいた 10 の責務ですが、既に日本医師会には 6 項目あり、まったく同じなのです。抜けているのが、3、6、7 、9 。これは、アメリカの事情があって必要なのですが、日本では必要ないため、倫理綱領としては、このプロフェッショナルとしての 10 の責務を満たしている内容だと思います。ただ、根本原則のところははっきり述べていませんが。

こうした綱領がありながら、われわれが日常の医療の中にまだまだ生かしていないことと、生かそうとすることすらも伝えられていないことを痛感しました。

そこで、これからのことですが、4 月には日医の会長選もあります。もうひとつ、プロフェッショナルとしてのわれわれ日本の医師に対して、ご提言いただけますか。

李：いまはそのような医師はいないと思いますが、昔はプロフェッショナリズムが勘違いされ、はき

違えたプロ意識を持った医者がいたように思います。「おれは偉い。患者を診てやっている。素人は口を出すな」、これがプロだと思っていた時代があった。いまだに日医がそうした目で見られていて、「おれは偉い。説明してやっている。素人は口を出すな」と。メディア対策においても、そうしたところがあるのは、先生のおっしゃるとおりです。

日常の臨床の場でもプロ意識をはき違えてはいけないのですが、メディア対策についても、プロ意識をはき違えないのが重要ではないかと思います。

司会：時間がまいりました。明快な講演に加えて、いろいろな質問にも丁寧に答えていただきありがとうございました。

<憲章>
＜プロフェッショナルとしての10の責務＞

(1)プロとしての能力についての責務
(2)患者に対して正直である責務
(3)患者の秘密を守る責任
(4)患者との適切な関係を維持する責務
(5)医療の質を向上させる義務
(6)医療へのアクセスを向上させる責務
(7)医療資源の適正配置についての責務
(8)科学的知識への責務
(9)「利害抵触」に適正に対処し信頼を維持する責務
(10)専門職に伴う責任を果たす責務
（医学界新聞　第2480号　2002年4月1日）

医の倫理綱領
日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

第 96 回山口県医師会生涯研修セミナー

と　き　　平成 18 年 2 月 12 日（日）午後 10 時～
ところ　　山口県総合保健会館　2 階　多目的ホール

ミニレクチャー I

役立つシリーズ 7「便通障害」

山口県立総合医療センター 内科部長　竹 中 一 行

［印象記：下関市　吉 利 用 和］

日常の臨床の場でもっとも多い患者さんの訴えが便通障害である。便通とは、上行、横行、S 状結腸の内容物が大蠕動、胃―結腸反射で直腸内に移動し、糞塊の刺激で直腸壁が進展し、肛門括約筋がゆるんで、便が出て行くことをいう。便の性状、頻度の変化や随伴症状としての排便にともなう腹痛、不快感があるのを便通障害といい、便秘と下痢がある。便秘には、一過性単純性便秘、機能性便秘、器質性、便秘、症候性便秘の 4 つのタイプがある。急性に発症し排便リズムの変調によるのが一過性単純性便秘である。機能性便秘には、大蠕動が起こりにくいが分節運動は正常な結腸性便秘、過敏性腸症候群に代表される便秘が持続することは少なく、しばしば下痢に移行し、排便前の腹痛が特有で排便後消失、兎糞状の硬便が数個排出されるも残便感があり、自律神経失調症状をともなう痙攣性便秘と直腸に糞便が停滞し便意を抑制する習慣の人に多い直腸性便秘がある。器質性便秘は、腫瘍、癒着などの通過障害や腸の形態異常、直腸脱などの障害で起こる。粘液水腫等の内分泌疾患や抗コリン剤等の薬物や脳・脊髄疾患が原因となるのが症候性便秘である。便秘の治療は、規則正しい食生活、朝食後の排便習慣、適度の運動を指導し、改善しないなら下剤を使用する。下剤には、小腸（ヒマシ油）、結腸（センナ、アロエ、ラキソベロン）、直腸（レシカルボン、テレミンソフト）の刺激性下剤と塩類性、膨張性等の機械性下剤があり、症状により使い分ける必要があり、時には、抗うつ剤等の投与も必要な時がある。

下痢とは、糞便中の水分含有量が増加して、その硬度が減じて泥状ないし水様を呈する状態をいい、急性下痢と下痢が 4 週間を超えて持続する慢性下痢がある。急性下痢は、細菌性、ウイルス性、真菌性、寄生虫による感染症が 90％以上を占め、その他として、薬剤、中毒、虚血等がある。慢性下痢には、原因別に分類すると、薬剤や慢性アルコール摂取による腸管粘膜を通した水電解質輸送の乱れが原因となる分泌性下痢、長期の浸透圧下剤服用等で腸管で吸収されない物質（ラクチュロース、ソルビトール）が腸管内浸透圧を高めて起こる浸透圧性下痢、アルコール性慢性膵炎の膵外分泌機能不全により腸管内の脂肪の吸収不良でおきる脂肪性下痢、Crohn 病、潰瘍性大腸炎などの特発性炎症性腸疾患や好酸球性大腸炎などの免疫関連粘膜疾患等の炎症性下痢に分けられる。

治療としては、まず脱水の有無を調べ、脱水のある場合は点滴治療で、感染性の時は抗菌剤を使用する。慢性下痢に対しては、原因治療が必要である。

ミニレクチャーII

役立つシリーズ 8

「視野からわかること」

山口大学医学部眼病態学講座 助教授　**相良　健**

［印象記：下関市　**吉利用和**］

視野異常の患者をみた際、大事なことは視神経を含む眼疾患か脳神経外科に依頼するか鑑別することが大切である。視野異常は、典型的なパターンをとることが多いので、病変部位の同定が可能である。効率良く的確な視野情報を得るには、おおまかな病変部位を指摘する動的視野計測とより鋭敏に変化を指摘する静的視野計測がある。視野の定義とは、見える範囲（視覚の感度分布）であり、周辺部位に比して中心部位の感度が良く、もっとも感度がよい所を視野の島と呼ぶ。

その横に視神経乳頭のマリオット盲点が存在する。視野の範囲は、片目で上 60 度下 75 度位なので、左右で 160 度の範囲となる。両眼では、180 ～ 200 度の範囲である。指標を動かして計測する動的視野は、全体的な視野を捉えるには効率が良く、平面視野計やゴールドマン視野計が用いられる。指標を動かさずにピンポイントで光を出して計測する静的視野は、小さな暗点を計測できる特徴がある。計測に時間がかかるので、中心 30 度以内（日常生活で使う範囲）の計測に適している。実際には、各検査点の光感度を 5dB ごとにトーンを変え、光感度閾値を求めグレースケールで表示する。これから、トータル偏差、パターン偏差を出して、白内障や角膜混濁等の光学系の問題か局所的に神経欠損をきたす緑内障かを抽出する。病態を数量化できるので、統計的処理が可能となり、経過観察に有用である。その他の視野検査法として、緑内障の早期の変化を調べるアムスラーチャートやフリッカー値測定器、河本式中心暗点計等がある。固視が困難な患者のために眼底視野計としての SLO Scotometry や対光反応を利用した瞳孔視野計が開発されている。視野計測を行う時は、両側で計測することが大事である。視野異常を来す疾患は、眼球内～視神経においては緑内障がもっとも代表的疾患であるが、中心動静脈閉塞症等の網脈絡膜疾患や視神経疾患、その他の角膜混濁、白内障でも視野異常をきたすので、単純な屈折障害以外の眼疾患すべてが視野異常を来すといってもよい。視交差から上位視路障害（視索、外側膝状体、視放線、視皮質）による視野障害は典型的なパターンを呈すので、同名半盲、両耳側半盲、1/4 半盲のパターンで障害部位の同定が可能である。その他特有的な障害に心因性のものがある。視野異常の表現方法としては、狭窄、欠損、暗点、半盲、機能的（心因性）がある。

眼球の異常と視野との関係は、まったく真反対の所に病変が出てくる特徴がある。

すなわち、網膜（眼底）の下側に異常があれば、上側に視野異常を示す。鼻側に異常があれば、耳側に視野異常を呈す。緑内障の視野異常を理解するのに眼底の網膜神経繊維の走行が重要である。上下で神経繊維の交通がないため、緑内障の神経欠損のある部位と視野欠損が起こる部位は、ちょうど写真を裏返したような関係となる。中高年の女性で片頭痛をともなうことが多いのに、閃輝性暗点がある。突然チラチラした光の模様が出現し徐徐に拡大し、中央が見えなくなり、10 ～ 20 分ほど続き、両眼性である。

一般臨床の場では、経験できない視野検査法とそれに基づく以上の同定法を拝聴し、役に立った。

特別講演

「認知症を地域で支える：かかりつけ医の役割」

東京都老人総合研究所精神医学研究部長　**本間　昭**

［印象記：徳山　**伊東武久**］

東京都老人総合研究所精神医学研究部長である本間昭先生による「認知症を地域で支えるかかりつけ医の役割」と題した特別講演を聴いた。全国的な認知症の有病率は 65 才以上で 8% を占め、おおよそ要介護認定者の二人に一人は認知症であることから認知症がかかりつけ医にとって身近な病気になりつつあることがわかる。さらにいつから実施されるのかは不確かだが、おそらく平成 19 年度頃から 70 才になった際の運転免許証更新の際、講習の中で認知症をスクリーニングする動きがある。そこでスクリーニングされた対象者は医療機関へ受診することになる。すると認知症と診断のできる病院の数が必要となり、ますます一般医が認知症周辺の病状判定をしなければならないようになってくる。そういった意味で先生のご講演は本当にわれわれにとって為になるものであった。そこで印象記というより講演の概要を皆様にお伝えしたい。

今回の講演では、

Ⅰ. 介護保険法の改正と認知症の関係
Ⅱ. 認知症の早期発見、診断、治療の意義
Ⅲ. かかりつけ医認知症診断技術向上のための
　モデル事業の結果

について話された。

Ⅰ. 介護保険法の改正と認知症の関係

現在の介護保険制度で非該当とされた人たちに対して、18 年度の 4 月から地域支援事業、新予防給付制度が創設される。その中では一次予防は生活機能の維持・向上を目的とした地域支援事業（介護予防一般高齢者施策）により行われる。二次予防は生活機能低下の早期発見、早期対応を目的とした地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）により行われる。三次予防は要支援・要介護状態の改善・重度化の予防を目的とした新予防給付、介護給付により行われる。そして一貫性のある総合的介護予防システムの確立を目的としている。

平成 18 、19 年度においては、65 才以上の者に対する基本健康診査（老人保健事業）において現行の審査項目に併せて「介護予防のための包括的な生活機能に関する評価」を行うこととしている。評価により、対象者（特定高齢者）をスクリーニングし、介護予防プログラム（①運動器の機能向上、②栄養改善、③口腔機能の向上、④閉じこもり予防・支援、⑤認知症予防・支援、⑥うつ予防・支援）の対象者とする。地域支援事業における認知症予防・支援活動として一般高齢者施策、特定高齢者施策がある。一般高齢者施策は高齢者全員に対する啓発などを行う。特定高齢者施策は一定の基準でスクリーニングされた高齢者が対象となる。特定高齢者は認知症、うつ病になるリスクを有する者で、検診担当医は認知症やうつ病であるか否かを判定しなくてはならない。そのためには一定のスクリーニングが必要である。そのスクリーニングには 25 項目の基本チェックリストが考えられている。その中で認知症のチェック項目（本人が記入）は、⑱周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか、⑲自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか、⑳今日が何月何日かわからない時がありますか、の 3 項目のいずれかに該当するもので検診担当医は認知症のリスクがあるか否かを判定しなければならない。

アルツハイマー型認知症になる前の段階（AACD/MCI）で早期発見することが必要である。認知症予防事業では

イ. 認知症を診断するための受け皿は？
ロ. 地域支援事業で、認知症予備群が見いだ

された場合、だれがどのように本人に伝えるか？

ハ.軽度の認知症に対応する地域の受け皿は？

等が課題として残る。

Ⅱ．認知症の早期発見、診断、治療の意義

現在自立度Ⅱ以上の認知症は 149 万人でその 48％が居宅で過ごしている。

現在の問題の深刻さは 190 万人といわれる認知症の中で、何人が適切な診断、治療を受けることができているかと言うことである。

認知症の早期発見の最大の意義は治療可能な原因を見つけることと本人と家族に診断を伝えることができると言うことである。アルツハイマー型認知症であれば薬物治療が可能であり、認知症の進行を遅延し、ADL の維持が可能となり、介護者の介護時間、見守り時間が減少できる。このことは医療費、介護費用の節減につながる。つまり 65 才以上の認知症の 70％は治療の対象になり、ドネペジルは有意に海馬萎縮抑制効果を持つ。また本人と家族に診断を伝えることができれば病気であることを容認でき、余裕を持って本人と話し合うことができる。このことは人としての尊厳を保つことである。

Ⅲ.かかりつけ医認知症診断技術向上のためのモデル事業の結果

平成 16 年度かかりつけ医認知症診断技術向上のためのモデル事業を 9 地域医師会員 40 名に行って良好な成果を収めた。その成果をふまえ、平成 18 年 4 月より厚労省は本事業としてかかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制のプログラムを用意して活動が行われる予定である。

この講演が皆様の明日からの診療に役立ちますように！

シンポジウム

「臨床医に役立つ救急医療の知識と技術」

司会・印象記：山口大学医学部生体侵襲医学講座 教授　**前川剛志**

「臨床医に役立つ救急医療の知識と技術」と題して、第 96 回山口県医師会生涯研修セミナーシンポジウムが開催された。実際の臨床の現場で役立つ内容で、各分野 6 人の先生に講演をお願いした。

1. 小児救急

山口大学医学部生殖・発達・感染医科学講座
（小児科）講師　**長谷川真成**

第 1 席は山口大学医学部小児科、長谷川真成先生に「小児救急」と題して講演をいただいた。比較的頻度の高い「気管支喘息発作」、そして冬季に注意が必要な「インフルエンザ脳症」の初期対応について、小児気管支喘息治療・管理ガイドライン、インフルエンザ脳症ガイドラインに基づいて解説する。

小児喘息では、ごく稀ではあるが致死的となりうること、そしてその病理像は成人と同様、気道リモデリングと称する組織変化からなることが述べられた。医療機関での対応は発作の程度、年齢（2 歳以下、2 ～ 15 歳）によって分類されている。初期治療は β 2 刺激薬の吸入が基本となるが、中発作の追加治療にはステロイド、アミノフィリンが投与される。特にアミノフィリンの静脈投与については、5 歳以下の小児には注意が必要で、小児喘息の治療に精通した医師の下での使用が推奨される。

インフルエンザ脳症は主に 5 歳以下の乳幼児に好発し、インフルエンザ発病後、急速に進行する意識障害を特徴とし、予後不良の疾患である。

インフルエンザの診断は定性試験キットを用いて行うが、感染初期には陰性の場合がある。意識障害を呈する症例、複雑型の痙攣、1 時間以上継続する異常言動・行動を認める症例は高次医療機関へ搬送する。痙攣後で意識障害の判定が困難な場合は意識の回復を確認するまでは経過観察することが重要である。

2. 脳卒中に対する初期診療

山口大学医学部脳神経病態学講座（脳神経外科）
講師　**藤 澤 博 亮**

第 2 席は山口大学医学部脳神経外科、藤澤博亮先生に「脳卒中に対する初期診療」と題して講演をいただいた。

クモ膜下出血、脳出血、脳梗塞を総称する脳卒中の初期診療では、迅速かつ正確な診断が要求される。現病歴や身体所見からまず脳卒中を疑うことが必要であるが、医療機関を訪れる患者の中には必ずしも典型的症状を呈さないことがあるため注意を要する。病歴を中心に解説する。

クモ膜下出血の現病歴における特徴は、「突然の激しい頭痛と嘔気」、「運動麻痺なし」である。しかし、感冒様症状、気分不良、冷汗・嘔吐、軽度の頭痛などを主訴に来院する患者もある。そして、このような初期症状のため時間が経過してから来院する場合もある。軽症例は見逃してしまう可能性があり、まず疑うことが重要である。脳出血と脳梗塞は初期症状からは必ずしも鑑別は容易ではないが、いずれも脳局所症状がでるのが特徴である。被殻出血や視床出血では片麻痺、小脳出血では悪心嘔吐、めまいなどが典型的である。クモ膜下出血や脳出血症例において、グリセオールやマニトールといった頭蓋内圧改善薬の安易な使用は、瞳孔散大などの脳ヘルニア徴候がある場合を除き、出血を助長する可能性があるため控えるべきである。

3. 循環器救急疾患に対する初期診療

山口大学医学部器官制御医科学講座（第 2 内科）
助手　**河 村 修 二**

第 3 席は山口大学医学部第 2 内科、河村修二先生に「循環器救急疾患に対する初期診療」と題して講演をいただいた。

循環器疾患は分単位で病態が変化し、そのまま放置すれば死にいたる可能性もあり、問診・理学所見で疑った場合、機を逸することなく専門施設に搬送するべきである。見逃してはいけない循環器疾患として ACS（急性冠症候群）、急性心不全、致死性不整脈、急性大動脈解離が上げられる。ACS 、急性心不全を中心に解説する。

初期症状では胸痛、息切れが重要である。胸痛は性状、持続時間、痛みの部位が、息切れは横になれるかどうかがポイントである。必要最小限の検査として心電図、胸部 X 線をとる。最近では、ACS の診断に心臓型 FABP 、Troponin　T の定性試験がある。ACS を疑った場合の初期治療としては、アスピリンの経口投与、血圧が 120mmHg 以上あればニトログリセリンの舌下錠を投与し、専門施設に搬送する。心不全では、息苦しさ、冷汗、SpO2 の低下、X 線検査で心陰影拡大、肺門部のうっ血、胸水の貯留が特徴的である。血圧が維持されていれば利尿薬を投与して搬送する。

4. 急性腹症の初期診療

山口大学医学部器官制御医科学講座（第 1 外科）
助手　**森 影 則 保**

第 4 席は山口大学医学部第 1 外科、森景則保先生に「急性腹症の初期診療」と題して講演をいただいた。

急性腹症は突発する腹痛を主体とする症状と、それに対する迅速な診断と早期治療が必要な症候群である。急性腹症の早期診断にもっとも重要なのは詳細な病歴聴取と、適切な身体診察である。

虚脱と腹壁全体の硬直をともなう激しい腹痛では、胃十二指腸潰瘍穿孔が代表的で free　air の検出が診断の決め手となる。小腸・大腸穿孔では

必ずしも free air は認めず、問診と身体所見から手術に踏み切る症例も存在する。嘔吐と進行性の腹部膨隆をともなうが腹壁硬直がない腹痛は小腸の閉塞を、嘔吐がほとんどなく便秘や進行する腹部膨隆をともなう腹痛は大腸の閉塞を疑う。右下腹部痛で、外来で遭遇する頻度の高いものは急性虫垂炎である。急性虫垂炎は心窩部痛、臍周囲部痛で発症し、数時間後に悪心嘔吐が出現し、右下腹部へ圧痛が限局してくることがあるので注意を要する。発症形態はある程度重症度を反映し、急激な発症形態を呈する消化管穿孔、腸間膜動脈血栓症、尿管結石、絞扼性イレウス、子宮外妊娠破裂などは緊急度が高い。鎮痛薬の使用について、診断が確定するまでは臨床像が曖昧になるため使用を控えるべきと従来から言われてきた。しかし、十分な病歴聴取と適切な身体診察を行えば診断の妨げにはならない。早期に除痛を行い、患者の苦痛を取り除くべきである。

5. 外傷の初期診療

山口大学医学部附属病院先進救急医療センター
助手　小田泰崇

第 5 席は山口大学医学部附属病院先進救急医療センター、小田泰崇先生に「外傷の初期診療」と題して講演をいただいた。

外傷診療では複数診療科にわたる集学的な治療戦略が必要であり、診療に携わる医師には標準的な診察手順、蘇生、全身管理、処置や手術の優先順位の判断などの包括的な診療能力が求められている。2002 年に日本外傷学会が作成した JATEC ™外傷初期診療ガイドラインに基づいて解説する。

外傷診療の手順として、まず生命維持に必要な生理機能を迅速に評価する Primary survey を行い、同時に破綻した生理機能の回復を図り、正常な機能を維持するための蘇生を行う。Primary survey とは生命維持に必須である A 気道、B 呼吸、C 循環、D 中枢神経障害の評価に加え、E 脱衣と体温管理からなる。そして、生命の安全を保証したうえで、各身体部位の損傷を系統的に検索し、根本治療の必要性を決定するための Secondary survey を行う。具体的には受傷機転などの情報の聴取と系統だった身体診察を中心に各種画像検査や諸検査を行い、治療を要するであろう損傷をすべて検索することである。そして根本治療の必要性を判断し、適切な診療科に紹介できる、あるいは自己及び自施設の診療能力をこえるかどうかを判断して応援医師や転院の判断を早期に行うことが必要となる。

6. 心肺蘇生法：AED を中心に

徳山中央病院・集中治療科 部長
宮内善豊

第 6 席は徳山中央病院麻酔・集中治療科、宮内善豊先生に「心肺蘇生：AED を中心に」と題して講演をいただいた。

2000 年に心肺蘇生と急性心血管疾患治療のための国際ガイドラインが発表され、これを受け日本でも心肺蘇生法が改訂された。心肺蘇生法は一次救命処置（BLS）、二次救命処置（ACLS）からなる。BLS は一般市民が行える方法であるが、ACLS は BLS に加え、医療器具や薬剤などを用いて行う心肺蘇生である。心停止のリズムには心室細動（VF）、無脈性心室頻拍（pulseless VT）、無脈性電気活動（PEA）、心静止（Asystole）がある。この中で除細動が必要なのは VF 、pulseless VT である。突然死の約半数は心臓性突然死といわれ、VF により生じる。除細動が 1 分遅れるごとに救命率は 7 ～ 10％低下するため、一刻も早い除細動が必要となる。医療関係者以外のものにも除細動をゆだねることを前提に AED（自動体外式除細動器）が開発された。プロトコール化された機器の音声に従い、パッド（電極）を皮膚に貼れば、直ちに器械が心電図を判読し、除細動が必要か否かを判断する。一般市民の使用が可能となり、空港などの公共施設にも設置され普及してきている。現在では AED の登場で除細動は BLS の範疇に組み込まれている。一般市民への啓蒙が救命率の上昇につながる。

山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会

と　き　　平成 18 年 2 月 18 日（土）午後 3 時～
ところ　　山口県医師会館

［報告：理事　弘 山 直 滋］

佐々木常任理事挨拶

平成 17 年度の新規事業として、県民のため・市民のための「**AED 心肺蘇生法講習会**」事業を立ち上げた。県医師会や郡市医師会でも少しずつこの講習会が開催されている。来年度以降もこの事業を続けて行くために、本日は今年度の事業報告と来年度の事業計画について協議していきたい。

前川剛志協議会委員長挨拶

山口県の委託によりこの事業が立ち上がった。平成17年度は、皆さんの協力を得て、また県当局、県医師会の協力もあり、非常に良い形で普及しつつある。昨年 5 月 12 日に県スポーツアリーナで心臓病患者の家族を対象に講習会を行い、200 名超の方に参加してもらった。救急救命士、看護師、医師 110 名が、教える立場にまわり講習会を行った。AED は県有施設に 31 台が配備され、それが呼び水になり、AED を扱っている業者に聞くと県内で約 500 台が設置されているようで、この協議会の役目は良い形で進められていると思う。5 月の反省会として、山口県救急初療研究会を中心にして 6 月 18 日（土）にシンポジウムを開いた。その後郡市医師会救急担当理事を中心に、県内各地域でもご努力をいただき順調に進められており、この場をお借りしてお礼申し上げる。

出席者

山口県自動体外式除細動器（AED）普及促進協議会委員

山口大学医学部附属病院先進救急医療センター教授	前川　剛志
同　講師	笠岡　俊志
山口大学医学部附属病院 AMEC3 看護師長	倉田　町恵
宇部市消防本部　救急救命士	岩崎百合隆
周南市消防本部　救急救命士	山本亜希広
下関市消防局　救急救命士	有川　昌義
社会保険徳山中央病院	宮内　善豊
厚生連周東総合病院	弘本　光幸
山口県医務課地域医療班	岡本　正浩
よしかね循環器内科	吉金　秀樹
ときわクリニック	若松　隆史
山口赤十字病院循環器科	村松　浩平
山口県医師会常任理事	佐々木美典
同　理事	弘山　直滋

郡市医師会救急医療担当理事

大 島 郡	岡原　壽典
玖 珂 郡	藤政　篤志
吉　南	西田　一也
厚 狭 郡	橋本　康彦
阿 武 郡	藤原　弘
豊 浦 郡	高橋　徹郎
下 関 市	森岡　均
山 口 市	坂本　正
萩　市	安藤静一郎
光　市	丸岩　昌文

山口県医師会

副 会 長　木下　敬介

協議事項

1. 今年度開催した AED 心肺蘇生法講習会について

(1) 徳山医師会主催：周南市民を対象にした「AED 心肺蘇生法講習会」

社会保険徳山中央病院 麻酔・集中治療科
宮内善豊

徳山医師会では会員を対象とした、日本医師会プログラムに準じた ACLS 実習を行い、既に約 80 名が受講を修了しており、心肺蘇生法普及に対する熱意があった。看護職員に対する ACLS 実習も行っている。昨年 5 月に、山口市で県民を対象とした講習会が行われた際、距離的問題等で参加できなかった市民から地元での開催希望があった。以上を背景として、徳山医師会が中心となって活動を開始した。

参加者は 100 名を予定したところ、111 名の応募があり、予定より早く締め切った。年齢は 22 歳～ 87 歳、うち聴覚障害者 14 名（手話通訳 2 名）、外国人 2 名の参加があった。インストラクターとして、徳山医師会員 4 名、徳山中央病院医師 10 名、周南市消防署職員、医師会病院看護師が協力してくれた。県医師会から、県民対象の講習会の際に整備した資材、器材、ジャンパー、パネル等の物品の提供を受けた。

地域で講習会を開催する上で、県での実施が参考になった。他の講習会のノウハウを参考にするとよい。地方で実施する場合、参加者が集まりやすい、指導者と参加者の親近感がある、市議会議員が参加されており AED 購入の理解が得られた（予算への対応が得られた）。

参加者の評価としては、参加できてよかった、AED の知識・取り扱いが学べた、今後も定期的に実施してほしい等があった。問題点として、消防署では繰り返し行っているが、医師が参加した定期的な講習会がないこと、AED 設置場所が不足、また不明であること、聴覚障害者に対しては AED の指示が声だけではなく表示されることが望ましいこと、フェイスシールドが何処でも購入できるようになること等が挙げられた。

佐々木常任理事：昨年 9 月の郡市医師会長会議において徳山医師会の講習会のことをお話し、他の郡市医師会にも取り組みをお願いした。昨年 5 月の「県民のための AED 講習会」の半年前から、山大救急部を中心にマニュアル作りや準備のため、地域消防を始め多くの方に手伝ってもらい、指導のシミュレーションを行って、指導者やスタッフを育てていった。地域での取り組みについて、昨年 11 月に行った萩市の場合、如何だったか。

萩市（安藤理事）：市民マラソンのスタッフを中心に 120 ～ 130 名の参加者があったため、萩市では講師の不足が一番困った。医師会員と救急救命士、看護師に協力していただいた。開催時刻が、平日の夜 7 時～ 9 時 30 分だったため、時間が少なく講習会中心になった。皆忙しいため事前の打ち合わせ時間が取れなかったのが、反省点である。

佐々木常任理事：毎回 100 名を越す参加者がある山口大学附属病院の場合は、如何だったか。

前川委員長：病院長命令で、全職員ができるようになろうということから実施することになった。ナース 500 人はほぼ全員終わり、事務職員は講義が終わっていま実習を行っている。ドクターの受講が一番遅れている。学生は 2 年前からポリクリで回って来る時に全員に実施している。さらに毎月 1 回定期的に実施している。

佐々木常任理事：県庁でもいろいろ行われているようだが、如何か。

県医務課（岡本委員）：8 月 2 日、県知事をはじめとして県職員を対象に実施した。県有施設に 31 台配備しているので何処の施設でも対応ができるように消防の協力で普及講習を実施している。

佐々木常任理事：郡市医師会や地域消防組合がそれぞれ各地域で AED 心肺蘇生法の講習会に取り組むこと、この二本柱が山口県の救急初療のレベルアップに大いに貢献すると考えている。また今年度から、各郡市医師会で ACLS 講習会を所属会員や看護師を対象にやってもらっているが、この ACLS 講習と市民に対する AED 講習が車の両輪のようになって、山口県の救急初療のレベルアップ

に貢献していくことを願っている。

2. 研修会・講習会開催についての課題・問題点

佐々木常任理事：研修会・講習会を開催してみて感じた課題や問題点について、ご意見を述べていただきたい。

宮内委員：講習会を定期的に実施したほうがよい。実施に当たっては協力体制が必要で、人材・資金など具体的な問題がある。講習受講は原則無料がよい。

佐々木常任理事：県医師会では県の委託事業費で器材・資材を整備した。これらを貸し出しているので共用できるものは共用してほしい。消耗品は来年度以降委託事業費の中で県と相談しながら用意したい。消防では、この辺りどのようにされているか。

宇部市消防（岩崎委員）：消防での講習会はほとんど無料でテキストを配布している。講師については、勤務明けの非番者が対応するので、市の時間外手当で処理している。数体しか AED トレーナーがないため、県医師会の資材を使用しているが、AED は何回も使用するとパッド面の粘着力が弱くなる。訓練用パッドの上に貼る粘着パッド（10 枚入り 5 回分）がでたので経費的にも安く上がるようになった。いろいろな人が使うため機器の整備が必要である。現在、日本で販売されている 4 機種を受講者数に合わせて借りている。

佐々木常任理事：次に、平成 17 年度の県の AED 普及促進の取り組みについてご説明願いたい。

県医務課（岡本委員）：県内でも徐々に AED が普及している。①県有施設 31 か所と総合交通センター、山口宇部空港を併せて 33 か所に設置した。年度内に新たに教育関係で、青年の家 7 施設、建設中スポーツ施設にも設置する予定である。②市町村や商工会議所、JR 西日本、ゴルフ場、旅館組合、スポーツクラブなどの民間施設（対象要請団体 175）に対し、昨年 9 月に AED 設置要請を文書で送付した。既に、いくつかのスポーツクラブやゴルフ場などで設置いただいているが、昨年 9 月 11 か所であったのが、平成 18 年 2 月現在 44 の施設に AED 設置が把握できている。前川委員長が県内施設 500 台と言われたが、業者は顧客情報を県に流せないということで、公のルートで把握した現在の状況である。③非医療従事者による県内での AED 使用例はない。中国 5 県では非公式ではあるが、岡山県の県立高校で使用した例があるようだ。④ AED 設置救急ステーションの認定については、山口県救急業務高度化推進協議会が AED を常設している施設を救急ステーションとして認定している。要件として上級救命講習を 1 名以上、その他の講習を従業員の 70％が受講していること。平成 18 年 1 月現在、7 か所を認定している。こうした形でも事業所に AED が普及できるように進めている。⑤ AED に関するホームページを開設し、内容の充実に努めている。地方でも見られるようにビデオ、写真を使って説明している、設置場所についても県有施設だけでなく民間の設置施設も掲載していく。設置場所の PR 方法では下関市は地図に入れて広報をしている。報道では FM 山口で取り上げてもらっている。設置場所についても分かりやすい方法にしたい。

前川委員長：KRY から、4 月に入ってからアナウンサー全員が講習を受け、キャンペーンをしていくとの情報が入っている。地方紙への掲載が、効果があり影響が広がるようだ。また、常設のホームページもよいと思う。

県医務課（岡本委員）：県のホームページの救急医療情報ネットワークの中に AED サイトを設け、県内の設置状況を四半期ごとに載せていく予定だ。

佐々木常任理事：これから来年度に向けて、講習会を計画している郡市医師会がたくさんあると聞いている。いろいろ苦労があると思うが、それぞれ現状をお聞かせ願いたい。

山口市（坂本理事）：1 月に医師を対象に AED 講習会を実施した。30 数名が受講した。

村松委員：山口市では、まだ一般向けには実施していない。すべての医療関係者に浸透させるのがまだ追いついていない状況なので、医療従事者が先だと考えている。

吉南（西田理事）：吉南医師会で購入した器材を紹介するということで、会員を対象に開催した。

吉金委員：多くの会員が AED を購入したが、まだ使いこなしていない。

宇部市（若松理事）：医師自身の啓蒙が急がれる。宇部市では BLS の申し込みがあれば、日程調整して出前出張もしている。BLS 、ACLS をリードするスタッフを育ててほしい。

下関市（森岡理事）：まだ積極的には講習会を開いていない。ACLS 講習は 4 月から山大救急部の協力で始める。医師の啓蒙の方が問題だ。

玖珂郡（藤政理事）：2 月 8 日 AED 体験学習をした。その日は雪が降った夜ということもあり、医師 9 名、その他 14 名の参加があった。自前でテキストを作成し、器材は借りて実施した。まずは医師の抵抗感をなくすという目的があった。距離などの問題で講師の確保が難しく、今回は自前で行った。大規模でやるのではなく、20 人単位のグループでやるのも一つの方法かなと考えている。

佐々木常任理事：費用の問題については、このあと県から来年度の委託事業計画について説明をしてもらい、その後また意見を聴きたい。

3. 来年度事業計画・予算について

県医務課（岡本委員）：18 年度の AED 普及促進事業について説明する。事業内容は① AED 協議会を開催し、AED に関する事項を検討する。② 講習会の開催は、県（市）民の方を対象にして県内 10 か所程度で開催予定している。消防サイドの講習会は 10 名程度の団体、事業所単位での受け入れをしている。医師会には、個人で受けたい人を対象にして開催してほしい。参加者は募集形式で、PR 方法はビラ作成、報道機関への情報提供、県ホームページへ掲載して募集する。講習会の内容はテキストや人形を使って、AED の知識や使用方法、心肺蘇生法の講義、実技などを行う。AED のメーカーに協力してもらい、AED 展示を考えている。17 年度委託事業費は訓練用トレーナー等の高額な器材の購入で 1000 万円超えたが、18 年度は 280 万円を予定している。内訳は、協議会経費 40 ～ 50 万円、講習会 1 か所 23 万円程度で、内容としてテキスト代、会場借り上げ料、PR 用チラシ、講習材料（消毒薬、マスク等）、講師謝金等々を対象にしている。

宮内委員：受講したい人が、何処に申込んだら受けてもらえるか、できれば少人数（15 ～ 20 人）で行える申し込みシステムを考えてほしい。

消防（岩崎委員）：消防サイドでは事業所、自治会を対象に、救急救命講習会に AED を入れて行っている。宇部市の場合は、毎月第 3 日曜日、一般市民を対象に 30 名を上限で実施している。案内は市の広報誌に毎月載せている。一般市民、団体、学生、老人だれでも電話で申し込んで受講できる。先月は 8 人、今月は 15 人で実施した。毎月“何月何日実施します”ということが、システムとしてできれば、県民の方も申込みやすく、県民に広がるのではないか。

吉金委員：講習会で AED3 機種（今は 2 機種）をそれぞれ使えるようにした方がいい。

宮内委員：小規模で行う講習会では、日本光電・レールダル両方に言えば、来てくれる。学校での講習会では、子どもにもさせてほしいといわれるので、少し工夫して小学校高学年にも教えている。若年層に教えるのは、意識を高めるためにもいい方法だ。

前川委員長：小中学生へ教えることは基本的には問題ない。一般市民に対して循環サインなどシンプルにしてあるので、それを確認できるレベルの子どもであれば問題ない。

宮内委員：教える場合、低学年には人が倒れてい

れば教師や親を呼びに行くように教える。年輩者が来たら、一緒に手伝って行う方法で、意識を高めるように教えている。

玖珂郡（藤政理事）：夏休み前、プール救命講習がある時に AED 講習を行えばよい。“あご挙げて”、“いき吹き込んで”、“うごかして”、“AED”と、“おうえん頼む”、という“アイウエオ版”がある。若い世代に関心をもってもらうため、少し話を変えてするのもいい方法だ。

前川委員長：昨年 10 月、日本救急医学会の公開講座で、一番効果があるのは BLS を中学生に教えることで、少なくとも 3 年間地域で続けると親や家族も興味を持ってもらえるという報告があった。住民への効果が長く続き、理に適っており予後がいい。山口県でも、ぜひ県教育委員会に働きかけてほしい。日本救急蘇生ガイドライン 2005 が昨年 11 月 28 日に、世界標準にバージョンアップして出てきた。内容が少し変わっており、一般市民用改定版（日本語版）は 6 月上旬に出版。医師向け改訂版は 10 ～ 12 月に出版予定。現場で教える場合は、混乱を招かないためにもそれが出てから変えられたらよい。

宇部市（若松理事）：郡市医師会事務局に貸し出し機材一覧表を配布してほしい。大きな施設に AED1 台設置でも、AED 設置救急ステーションと認定しているのか。大きな施設では、身近な所にあるように啓蒙していくべきではないか。

消防（岩崎委員）：山口県救急業務高度化推進協議会で認定している AED 救急ステーションは、現状では、ほとんどの旅館に 1 台と思う。今年になって美祢のゴルフクラブに 3 台入った。

前川委員長：山大には 7 台あり、ほぼ各フロアに 1 台ある。3 分の所にあれば理想的だ。

笠岡委員：今後は、講習会の対象者を心臓病患者の家族と強調されないほうがいい。

佐々木常任理事：開催経費については、予算だけで満額とはならないかもしれないが、小さい郡市も積極的に開催してほしい。

笠岡委員：非医療従事者による身近での使用例はないと言うことだが、年間 1000 例ぐらい心肺停止患者があるので、AED 使用もあると思われる。報告体制の把握は整備されているのか。

消防（岩崎委員）：消防では、現場で一般市民が AED 使用の場合、AED も一緒に病院に持って行き、中のデータをパソコンに取り出して事後検証することになっており、県に報告するシステムができている。

県医務課（岡本委員）：国の指導では、一般市民が使用した場合、AED に残ったデータで事後検証する。消防が必ず行くので状況は把握できる。昨年 9 月、県が事業所に出した文書には「愛地球博」で使用した例を挙げて、AED 設置を要望している。

前川委員長：AED を使って蘇生できたが、意識が出ないという例もあるので、その場合は必要であれば、患者を大学病院に送ってほしい。例えば、大島ならウィークデーの昼間であればドクターヘリが飛ぶ。

宮内委員：兵庫県では、AED 設置ステッカーを玄関先に貼っている。

山口市（坂本理事）：院内であれば表示はよいが、山口市で問題となったのは、表示がしてあるが AED が使えなかったり、看護師が使い方が分からなかったり、トラブルのもとになるので積極的には表示しない方がよいのではないかと言うことだった。

佐々木常任理事：兵庫県の例があるのでよいとは思うが、ステッカーについてはもう少し話を詰めてみる。

弘本委員：近隣県の教育現場では普及が進んでいる。愛媛県は各県立高校に 2 台ずつ今年度中に

導入される。福岡県では 120 校に導入、小中学校にも全部で 1300 台規模だ。教育に関しては、柳井医師会では昨年 11 月に会員にレクチャーとデモンストレーションを行った。既に平成 16 年 7 月に、一般の人に AED 使用が認可されている。医療従事者が率先してキチッと使えるように勉強する動機付けになると思う。柳井では今年中に AHA コースを企画している。まず、医師会員と診療所のスタッフに受講してもらい、そして協力してもらって一般市民に対する講習会の開催というプランを考えている。

県医務課（岡本委員）：教育委員会とは、かなり密に連絡調整している。来年度予算で県立高校に AED を設置するように働きかけている。愛媛県では財団が寄付、福岡県では宝くじ財源を使用している。

消防（岩崎委員）：総務省からの指導で、不特定多数が入る設置事業所の従業員は、講習会を受けるよう指導している。講習会を受けなければならないのなら設置しない方がいいというようなケースも確かにあるようだ。

前川委員長：今、子ども達の荒廃が社会問題になっている。山口県には光ファイバーがあるのだから、サイトを作り、どこからでもアクセスできるようにすると、学校の先生方もそれに則って教えることができる。知事、教育長に進言していただきたい。学校のスタート時はこのメンバーで教えることもできるし、命の尊さを学校の教育者として教えるのは基本と思う。

木下県医師会副会長：こうした協議会を開くことができ、しかも郡市医師会救急医療担当理事を交えて、建設的なご意見をいただき非常に実り多く、感謝申し上げる。個人的に AED 、ACLS のことを正式に耳にしたのは、平成 15 年に日本医師会健康スポーツ医学委員となって２年目の最後であった。その前年秋、マラソンの最中に心不全で亡くなったケースが３例あり、スポーツイベントに出務する医師は、こういう事ができないといけないということになった。昨年５月の県民のための講習会で、前川委員長が AED 講習会については東京都に次いで山口県は先進県という挨拶をされた。今日の意見交換で、18 年度の AED 事業はもっとよい事業になると思う。

ところが一方で、課題や問題点が多々ある。私も昨年 11 月末に AED 講習会を受けたが、非常に分かりやすいが、繰り返しやらないといけないと感じた。また、どこに配備されているか判らないといけないという意見も出た。これからは使い勝手がいいものにする工夫と知恵が必要と感じた。もう一つは先進県的な取り組みをしていながら、医師及び医師会が立ち後れている感じがした。どうか郡市の先生方が中心になって地域医療の発展のために取り組んでいただきたい。救急は地域医療部門の中心であり、地域医療は医師会では光の部分である。医師会はマスコミ、県民からバッシングを受けているが、マスコミを味方につけ、県民に信頼を受けるためには、この地域医療の部分をしっかりやらないといけないと思う。先生方には、そうした認識で積極的に取り組んでいただきたい。

また学校との関係であるが、昨年度より県医師会は教育庁と懇談会を開催しているが、そういう場でも協議していきたい。さらに海難訓練等で海上保安庁、警察では特に交通関係とも連携を取って、救急初療の先進県を目指し、一生懸命取り組んでいくのでよろしくお願いする。

この３月に任期を終える現執行部は大きな異動がなく、２月 23 日の選挙で承認されれば、この体制で山口県が進める事業に取り組んで行く所存である。この委員会の構成メンバーは、前川委員長を中心に県・消防と一体となって取り組んでいただいていることで力強く感じている。今後ともぜひよろしくお願いする。

平成 17 年度
主治医意見書記載のための主治医研修会

と　き　　平成 18 年 2 月 19 日（日）午前 9 時 55 分～正午
ところ　　山口県医師会館　6 階 会議室

［印象記：宇部市医師会　田 中 義 人］

講演

「急性期病院と退院前ケアカンファランスについて（尾道市医師会方式を用いて）」

尾道市立市民病院 副院長　山 脇 泰 秀

「尾道市医師会方式」の高いケアカンファランスの実施率とその内容の充実度については、以前からその秘密がどこにあるのかなかなか理解できなかったが、今回この方式のキーマンの一人である山脇先生の講演を聞かせていただく機会を得て、この疑問が少しでも明らかになればと期待しながら拝聴した。

演者の山脇先生は「尾道市医師会方式」を推し進めた尾道市医師会長、片山先生と中学、高校の同級生との自己紹介で今回の講演は始まった。

山脇先生の御専門は神経内科とのこと、このことが医師会との連携を深める大きな要因の一つになったのか？

尾道市は人口 15 万 5 千人と、山口県にとっては、まさに十分に手本となり得る規模の市でもある。

尾道市医師会では 1990 年頃から在宅医療への積極的な取り組みを開始され、在宅主治医や協力医の構築、後方支援体制（病診連携）整備等が検討されてきたとのこと、1995 年訪問看護ステーション、1997 年介護老人保健施設、在宅介護支援センター、1998 年 24 時間対応ヘルパーステーション、1999 年ケアマネジメントセンターといずれも医師会立での体制が整備されている。

尾道市立病院での退院前ケアカンファランスは 2002 年 32 例、2003 年 52 例、2004 年 54 例、2005 年 59 例と少しずつ増加しており、定着しつつあることが窺える。

このカンファランスには、病院での主治医と在宅での主治医はもちろんのこと、関連各科の医師も出席され、ケアマネージャー、介護者、時には患者自身、担当看護師、病棟師長、ヘルパー、医療連携室長等が参加され、ケアマネージャーが、キーパーソンとなって、できるだけ短時間で要領よく実施されているようだ。

退院後の在宅患者についても、ケアマネージャーの主導のもとに、在宅主治医の医療機関に患者または介護者が出席して開催されている。準備資料は事前に関係者に配布されており、当日は、出席者が確認する程度で済むように読み込んでいるとのことだった。

ケアマネージャー中心で準備してもらい主治医は仲介に徹することが、かえって楽でケアカンファランスが円滑に運ぶのではないかとの主旨であった。

呈示された症例は、いずれも人工呼吸器装着、気管切開、胃瘻造設等を受けている重症例ばかりで、在宅主治医、病院主治医、耳鼻科医、泌尿器科医、人工呼吸器メーカー担当者等、症例に携わる関係医療スタッフが必要に応じて一緒に患者宅に往診している現状が紹介され、この充実したスタッフが重症患者の在宅を可能にしていることが理解された。

いつもながら、この幅広い連携の源は、どこから来ているのか？

1. 医師会長の強力なリーダーシップ
2. 重症例でも在宅で診れるシステム作り
3. 患者さんや家族のために、何とか時間を作ろうとする関係者の熱意
4. この結果、患者さんや家族の満足される様

子が直接感じられる喜びを得られる。
等の点が挙げられたが、尾道市医師会には二十日会という毎月 20 日に開催される開業医と勤務医との懇親会が存在し、日頃から連携しやすい雰囲気が醸成されていた。

尾道市医師会あげての在宅医療への取り組みの歴史、それを支える地域中核病院の協力等が、現在実を結んでいるのか？

退院前ケアカンファランスもまた連携を深める大きな要因であり、患者さんや家族にも安心感を与える大きな役割を担っているものなのである。

今回の講演を聞いて、やはり、関係者の熱意、理解を深める絶え間ない努力が必要であることを再確認させられた。

追補：改正介護保険法の説明（県介護保険室）の後に行われた

主治医意見書記入にあたっての質疑について（回答）

1　1－（2）「症状としての安定性」の不安定の状態像とは？

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を「自由記載欄」に記入してください。記載欄が不足する場合は「(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」欄に記入してください。

なお、現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

2　3－（5）「身体の状況」：「関節の拘縮」等の欄に書ききれない場合は？

「関節の拘縮」は、関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じる関節の可動域制限について記入していただくものです。

お尋ねのように、欄に書ききれない場合は、「5 、特記すべき事項」欄に記入してください。

また、軽・中・重の程度については、主治医の判断に委ねます。

なお、「5 、特記すべき事項」欄には、他の項目で記入しきれなかったことや選択肢では表現できないことを簡潔に記入することもできます。

3　3－（5）「身体の状況」：「関節の痛み」は自動によるものか、他動によるものか

「関節の痛み」は、日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態。また、軽・中・重の程度については、主治医の判断に委ねます。

4　3－（5）「身体の状況」：「失調・不随意運動」はどの程度か？

・「失調」は、運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴。
・「不随意運動」は、意志や反射によらず出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。
・程度については、状態が介護にどの程度影響するのかという観点からあてはまる□にレ印をつけてください。

5　4－（2）「栄養・食生活」：「現在の栄養状態」が、良好又は不良のどちらとも言えない場合は？

高齢者に多く見られる栄養問題は、慢性的なエネルギー、たんぱく質の補給不足、あるいは疾患によってエネルギー、たんぱく質の欠乏した状態（低栄養）です。要介護高齢者の「低栄養」は、内臓たんぱく質及び筋たんぱく質の低下をきたし、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症、褥瘡などの誘発に関わります。そこで、要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態（低栄養）を評価します。医学的観点から栄養・食生活上の留意点等を認める場合には具体的な内容を記入してください。

「現在の栄養状態」欄は、現在の栄養状態を評価するものであり、以下の選択項目の状態にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。また、改善に向けた留意点について、栄養・食生活上の留意点（

）内に記入してください。

良好	①過去 6 ヶ月程度の体重の維持（概ね 3% 未満）、② BMI　18.5 以上、③血清アルブミン値が明らかである場合には、3.5g/dl を上回る、の 3 項目全てが該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがない状態）から総合的に栄養状態が良いと判断される状態。
不良	①過去 6 ヶ月程度の体重の減少（概ね 3% 以上）、② BMI　18.5 未満、③血清アルブミン値がある場合には、3.5g/dl 以下、の 3 項目のうち 1 つでも該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良と判断される状態。

6　4－（3）「現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針」の対処方針とは？

日常の申請者の状態を勘案して、現在あるか今後概ね 6 ヶ月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する□にレ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入してください。

7　4－（4）「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」でサービス利用しているため状態が維持されている場合は、どれを選ぶのか。

現在の状態から、概ね 3 ヶ月から 6 ヶ月間、申請者が介護保険によるサービス（予防給付によるサービスを含む）やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する□にレ印をつけてください。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意してください。

なお、お尋ねの件については、サービス利用をした結果、状態が維持されているため「期待できる」を選んでください。

8　4－（6）「サービス提供時における医学的観点からの留意事項」の「運動」は積極的な運動か、他動の場合か？
また、（1）の移動とどう違うのか？

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、「□あり」にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、（　　）内に具体的な内容を記入してください。また、医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の（　　）内に具体的な留意事項を記載してください。

「運動」の欄は、運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば、具体的に記入していただく欄です。特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記入してください。

なお、（1）の「移動」の「屋外歩行」については、日常生活での屋外歩行の状態について、移動の状態を以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印していただくものです。

自立	自分だけで屋外を歩いている状態。歩行補助具や装具・義足を用いている場合も含みます。外出するようには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含みます。
介護があればしている	介護者と一緒に屋外を歩いている状態。直接介助されている場合だけでなく、そばで見守っている場合も含みます。
していない	屋外歩行をしていない状態。歩こうとすれば歩けるが実際は歩いていない場合や、訓練の時だけ屋外歩行をしている場合も含みます。また、車椅子で屋外を移動している場合等も含みます。

平成 17 年度
在宅医療推進のための実地研修会

と　き　　平成 18 年 2 月 19 日（日）午後 12 時 55 分～午後 3 時 30 分
ところ　　山口県医師会館　6 階　会議室

［印象記：山口市医師会　末 永 和 之］

平成 18 年 2 月 19 日県医師会館大会議室で行われた研修会に参加した。

講演

「これからの在宅緩和医療」
－末期癌在宅医療 10 年の経験から－

おげんきクリニック院長　岡原仁志

岡原先生は大島で地域医療を担い、パッチアダムスの目指す医療を取り入れ実践していることを示された。おげんきクリニック開設の動機が 1. 満足してもらえる思いやりの医療を届けたい　2. 健康で楽しい人生を送ってもらうためのお手伝いをしたい　3. 気軽に楽しく集まれる自然とユーモアあふれる医療施設をつくりたいと思われ取り組まれた。

その理念は 1. 満足してもらえる医療をとどける　2. ユーモアあふれる楽しい医療をとどける　3. 予防医学を重視した医療とリハビリをとどける　4. 患者のよき友人となり、よき相談相手になる　5. 職員に働き甲斐のある場を提供する　6. 思いやりの医療を広く普及するというものだった。斬新な取り組みとして、患者や家族との垣根を取り除く意味でハグ（Hug）: 抱きしめることを取り入れ、マスコット人形のおげんきのんたくんをつくられたり、ミニコンサート、おげんきクリニックの歌、仮装（着ぐるみ往診、おちゃらけグッズ往診、おげんきナース往診）などにより患者や家族の皆さんに夢とユーモアと癒しを提供されている。在宅にて最期まで看取ってこられた症例を報告され、その中から在宅医療の魅力を述べられた。在宅医療の秘めるパワーとして看護的アプローチのすばらしさ、家族や慣れ親しんだ環境が患者を癒す、病院医療とはまったく違う側面がある、在宅医療は医療の原点である、在宅医療の主役は看護である、いい最期を迎えるお手伝いができる、患者と友達になることなどを指摘された。そして、まとめとして 1. ハグにて患者さんや家族と短時間で信頼関係を築くことができた　2. ユーモアを添えた在宅医療にて楽しみながら「その人らしい最期」を迎えてもらうお手伝いができた　3. 故人の最期を「楽しい思い出」として位置づけることができ、グリーフケアにもつなげられた　4. メールを利用することで入院医療以上の患者さんとの意思疎通が可能になり、在宅医療の不安解消ができる　5. いろいろな方の力（アイディア､ボランティア）を借りることで、たくさんの思い出を作ることも可能であると心温まるお話しをしてくださった。私も日本ホスピス緩和ケア協会のあり方検討委員会委員長をしており、今後のわが国のホスピス、緩和ケアの発展の方向性を検討しているが、入院施設としてのホスピス・緩和ケア病棟のみではけっしてホスピス緩和ケアの発展はない。在宅ホスピスがますます重要性を持ってくる。そのためには岡原先生の実践されている在宅医療の取り組みは非常に参考になる。患者さんや家族の視点にたった思いやりのある在宅医療の発展に私たち医師会員は真摯に取り組みたいものである。

講演

「在宅化学療法の現状と問題点」

東京都立駒込病院外科医長　高橋慶一

高橋先生は在宅化学療法の実際というテーマでお話しされましたが実際に取り組んでこられた大

腸がんの肝臓転移腫瘍に対する肝動注療法の方法を述べられるとともに、外来化学療法の留意点として　1. 副作用の少ない化学療法の選択　2. 注射漏れなどの実施上のミスの撲滅　3. オーダーどおりの確実な治療の実施　4. 副作用出現時の 24 時間の監視体制の確立　5. 治療ベッドの効率的な活用　6. 治療に対する患者教育　7. 精神的な不安に対するサポートをあげられた。そして、外来化学療法の仕方として注射オーダーから実施までの医師、薬剤師、看護師などの体制と実施方法を指摘された。そして、携帯ポンプを利用して在宅での 24 時間投与が可能な在宅化学療法の利点と問題点を話された。

抗がん剤治療の世界的な変化は奏効率重視の Intensive chemotherapy から延命・QOL 重視の Domant（palliative）chemotherapy に変わっていき、入院治療から外来化学療法が主流となってきている。私が 10 年前に終末期医療の視察にドイツ・フランスを訪れた時、フランスではすでにすべての抗がん剤による化学療法は外来化学療法であり、リクライニングで音楽を聞いたり、雑誌を読んだりテレビを見ながら治療を受けておられた。わが国もやっと 10 年遅れて外来化学療法に保険点数が付けられ実施が行われるようになってきた。隔世の感を感じる。在宅化学療法も患者の生活・QOL を考えた治療として発展してほしいと考える。

今回の在宅医療の推進のための実地研修会に参加し、今後ますます在宅医療を提供できるように医療、福祉、介護などのネットワークの発展が望まれると感じた。

雛飾り

徳医句会

寒林に耳そばだてしかすかな音（ね）　浅海日出子
はらからの忌に会ふ姉妹沈丁花
竜の玉山寺の空つつぬけに
自分へのチョコも買ひ置くバレンタイン

日の丸に風新（あらた）なり初御空　村田　周陽
花も葉も鉢まで気高き師の寒蘭
雛飾り古稀の妻にも乙女の香
臘梅の香（かおり）棚引く中に居る

金婚を迎えし妻の初鏡　武田　子龍
手も切れる程の痛さや寒の水
春寒や糊のきいたる白衣かな
古里の川辺に生きる猫柳

掛け替へていざ踏み出さむ初暦　姫野　豊山
懐かしき賀状も有りき年賀状
凍て星や闇の梢に唯一つ
冬籠り天地を分けし亡（っ）妻（ま）のもの

平成 17 年度
都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会

と　き　　平成 18 年 3 月 1 日（水）
ところ　　日本医師会館大講堂

［報告：理事　弘 山 直 滋］

植松治雄会長挨拶（寺岡暉副会長代読）

介護報酬の改定が来月となった。改定率は全体で－ 0.5% となった。在宅サービスは平均－ 1% で、中重度者への支援強化の観点から、軽度者平均－ 5%、中重度者平均＋ 4% となっている。一方、平成 17 年 10 月に食費・居住費を保険給付外として報酬改定を行った施設サービスにおいては、影響を考え平均マイナス 0% となっている。既存のサービスにおいては、サービス提供の実態や利用者や保険料を負担する方々の視点を踏まえ、効率化、適正化の観点から見直しが行われた。また、新たに介護予防サービスや地域密着型サービス等のサービス体系が創設された。これらの新しいサービス体系を含め、介護保険における地域医師会の役割について、昨年 12 月の介護保険委員会から参考となる答申を受けており、本日これから嶋田委員長にご報告いただくことになっている。さらに厚生労働省老健局の三浦課長に、今回の報酬改定や介護療養型医療施設の問題等の講演を賜り、その後に本会の担当理事より、改正介護保険制度の課題として、かかりつけ医の取り組みを中心に説明申し上げる予定となっている。なお、介護療養型医療施設廃止の問題については、私どもは十分に協議がされていないものであると理解していると同時に、この問題に反論しているところである。ご出席いただいている先生方には、本日の報告を参考にしていただき、各地域医師会において医師が多職種協働の中心となって、それぞれの地域特性に合わせた高齢者の医療・介護に積極的に取り組んでいただけるようよろしくお願いする。本日の連絡協議会が実り多いものになることを期待して挨拶とする。

議 題

1. 介護保険委員会（答申）について

日医介護保険委員会委員長　　嶋田　丞

平成 16 年 7 月 28 日に、植松会長から「介護保険における医療提供とケアマネジメントの関わり方」について諮問を受けた。日本医師会は、高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針を平成 16 年 11 月 21 日に発表している。この背景は、平成 17 年度の介護保険の見直しに続き、平成 18 年度には、診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。世界一の高齢国家となったわが国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たすことが求められるということである。

昨年の 12 月に、平成 16・17 年度の介護保険委員会答申を取りまとめて答申した。これは期末ではなく、早期にまとめさせていただいた。それは日本医師会の指針を補充するものとして、都道府県医師会に早く活かすためである。

【答申の理念】

21 世紀の高齢者の医療と介護には「連携」と「協働」という 2 つの重要課題がある。一つは急性期・回復期・維持期という「医療機能の連携」であり、二つ目は地域における「多職種協働」によるケアマネジメントである。これによって、地域医療の再編と包括的システムの構築が行われて、新たな地域ケアが生まれるわけである。この地域ケアによって、高齢者の医療・介護・生活を包括的に支える仕組みが可能となり、それは高齢者の QOL

の向上と豊かな老後を実現するものである。地域医師会の取り組みとしては、医療＝「治療」と介護＝「生活支援」を結びつける「共通言語」の模索と、「対話」の実現などを地域で展開する必要がある。

［Ⅰ］高齢化に対する地域医療再編と包括システムの構築

（1）主治医の長期的フォローアップの強化・充実（主治医機能の強化）

専門的医療へ紹介、生活機能障害への支援、在宅医療・介護への支援である。

（2）かかりつけ医の退院前・退所時のカンファレンスへの参加

退院・転院時の高齢者の不安解消になり、適切な情報提供と高齢者・家族との協議・相談、患者本位の退院支援、主治医の継続的な医学管理、入院医療機関に対する在院日数短縮支援などが挙げられる。

（3）主治医を中心とした多職種協働・連携

高齢者ケアでは医療と介護をつなぐツールは「ケアマネジメント」である。地域のケアマジメントとともに包括的なサービスを提供することで、高齢者の QOL を高め在宅医療を可能にする。

（4）地域医師会の取り組みが求められる「地域ケア」

退院・退所に際して医療・介護・福祉サービス、地域にある社会資源を使って利用者本位に社会的支援を提供していくのがケアマネジメントであり、真の「地域ケア」である。医療（治療）と介護（生活支援）の橋渡し、地域の認知症の早期発見、専門医・家族とともに健康・生活管理を行うことである。

各論として

1. 医療圏における地域医療連携の再編と介護を包括した包括的なシステムの構築

分かり易く言うと診診連携、病診連携とともに多職種が連携し、介護との連携が重要になってくる。医師はこれらのシステムの中で医療を適切に提供していくことが述べられている。それには（1）地域密着型サービスの新設であり、また、（2）地域包括支援センターが新設される、これは地域における総合的なケアマネジメントを担う中核機関として見てほしい。これには地域医師会からのマイルドで積極的なアプローチが必要である。

2. 在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化

それには（1）高齢者の生活機能の維持・改善を支援することである。その中の在宅医療支援の病床を充実させる、特に有床診療所の病床活用についてであるが、有床診療所の機能・社会的評価の再構築が望まれるということで、在宅医療の後方支援（ショートステイ・終末期医療の対応）や在宅医療・介護の充実や急性期病院の在院日数短縮の受け皿ということで、今度の診療報酬改定において在宅療養支援診療所として少し形が見えてきている。また、（2）在宅医療の継続が困難な場合があるが、これが我々の出番である。在宅医療の真の担い手はかかりつけ医であることを自覚し、介護予防から終末期までの地域ケアを完結させるキーパーソンであるということを自覚することである。

3. ケアマネジメントの徹底とケアマネージャーとの連携強化

分かり易く言えば、介護サービスの基本である患者のニーズを引き出して、ケアマネージャーと協働で生活支援に取り組むことである。それにはケアマネジメント、多職種連携に対する意識改革が必要である。地域医療、地域療養への理解が必要である。また、療養とは医療と介護を含んだものとして理解していただきたい。また、医師とケアマネージャーの意識改革と相互理解が必要である。

4. 急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携推進

このなかでとくに地域自立支援システムについてであるが、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活をするには多職種が連携し、継続してフォローしていく「包括的・継続的ケアマネジメント」の確立が不可欠である。退院時のカンファレンスは在宅医療のスタートである。これには長崎の在宅ドクターネットというものもある。

［II］地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り

介護保険は利用者本位、自立支援を軸に保健・医療・福祉だけでなく、民間活力を生かした包括的なケアシステムを追求する新しい社会保障としてスタートした。21 世紀の社会保障として公的制度、行政の努力だけでは解決は困難で、住民参加、ボランティアなどの地域をあげての地域ケアが目標である。尾道市では、もう少し大きく輪を広げて社会集団に進化している。また、地域医師会は高齢者を地域で支えるために、地域ケアに対する積極的関与が重要である。それには新しい主治医機能を発揮できる医師を高齢化社会は求めている。医師は医療連携と機能分担を実現し、ケアマネとの連携を標準化することが求められてもいる。

［III］保険者との連携の強化、介護予防への積極的な関与

内容については、介護保険制度の見直しで保険者の権限が増加している。地域医師会としては、主治医機能を軸に「地域ケア」の中心的な役割を担う医師会として、良質のサービスの開発・提供と財源確保は重要である。保険者との生産的な連携強化が求められており、これは市町村の保険者と地域医師会の地域づくりに繋がる。

［IV］地域医師会の今後の課題

（1）主治医機能の復権、（2）効果的で良質のケアの提供、（3）地域づくりへの積極的な参加が挙げられる。かつては、かかりつけ医は病院から帰って来た患者さんを自分のところで診るというのが普通だったが、これからは患者さん中心に考えるならば、患者さんが病院にいるより家にいる方が長くなる。そうすると急性期医療を提供する病院では、多職種協働による入院時の初期計画で、在宅に向けた計画でなければならないと思っている。退院時のカンファレンスでは、かかりつけ医やケアマネも参加できる体制が大切である。それについては、報酬的には医療保険も含めて在宅ケアをかかりつけ医が支援し、あらゆる地域包括支援センターにかかわり、在宅ケアにかかわり、患者さんの身の回りの一番近いところにいるものとして、やっていかなければならない。

2. 平成 18 年度介護報酬改定について―「基本的視点」から見た主なポイント―

厚生労働省老健局老人保健課長　三浦公嗣

介護保険制度の改定や平成 18 年度の介護保険報酬改定の方向性について、述べさせていただく。また療養病床改変の問題についても述べさせていただく。5 年たったところで見直すという規定があり、今回の改正になったわけである。団塊の世代が後期高齢者に入る 2025 年を見据えて、どのような制度を作っていくかが大きな課題である。介護保険制度は市町村が動かす仕組みの保険である。現在、都道府県によって大きな格差が出てきており、既に高齢化のピークを迎えている所もあれば、これからという所もある。

介護保険制度がスタートして 5 年が過ぎ、どのような状況になっているかを数字でとらえてみると、65 歳以上の方が 17% 増えており、要介護認定を受けた人は倍近くになっている。介護保険給付も 3.6 兆円で始まったものが、7 兆円になり、保険料も今後上がっていく状況である。保険料を払う立場から考えれば、今回の介護保険制度の見直しというのは制度全体をいかに効率化し、一人ひとりの肩にかかる負担を軽くしていくのかが、大きなテーマである。そういう意味で、先生方には介護保険制度が変容していくと感じられるかもしれないが、介護保険がこれまで保険あってサービスなし、保険あって介護なしと言われ、量的な整備が中心であったことを考えるならば、これからはサービスの質に注目していく必要がある。そういう意味では、介護保険制度は新しい時代に入りつつある。しかし、一方で介護保険のもともとの理念を大事にしていく必要がある。例えば、自立支援は介護予防という言葉で代表されるような形になっている。施設と在宅サービスのバランスをみてみると、全体として施設利用者は 4 人に 1 人、保険給付の額は 1 対 1 、こういう状態から見直しが始まった。施設入所者は在宅の方に比べて単価が倍になっている問題、軽度の人たちが急速に増えているという問題があり、昨年 10 月からの施設給付の見直しや介護予防を積極的に推進していくことが始まった。要介護 1 、要支援の

人たちに 2.5 倍の急速な伸びが見られる。このような軽度の方々を重度化させてはいけないということから、今回の介護予防の取り組みが始まった。生活機能の低下を介護予防の観点から考えれば、今回の制度の見直しのなかで、運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の改善が、慢性的な生活機能の低下をくい止める。実際に一番大事なのは、時々に生じる急速な生活機能の低下をいかに早く発見し、いかに早く対応するかだ。今回の介護保険の見直しでは介護給付、新予防給付、地域支援事業といったさまざまな介護予防のサービスが入ってくる。介護予防と言えば、地域支援事業や、新予防給付についてだけでなく、重度の方々の廃用症候群があいまってくることがあるので、高齢者全体に目を向ける必要がある。

今回の制度の見直しで大きなものは何かと言えば、地域包括支援センターが導入されることで、要介護状態になっていない方も含めてケアマネジメントが進められるというのが大きな動きである。地域包括支援センターは地域包括ケアを進める要となる施設であって、そのために地域包括支援、地域包括ケアを進める地域全体の取り組みが何よりも必要になる。大事なことは、地域包括支援センターを運営する運営協議会が各市町村に置かれることになっているが、運営協議会のメンバーの方々が地域包括ケアをいかに進めるかという全体の枠組みをつくり、地域包括支援センターがその意図を汲んで動くということである。地域包括支援センターが 3 人の職種で動くわけがないので、地域包括支援センター運営協議会というのは、いわば高い地位において、そのメンバーに入っているということで、地域包括ケアというものを進めていただきたい。

地域包括支援センターの廃用症候群の方々に対する急性期対応であるが、今まで高齢者の方で、風邪を引いて生活機能が失われる、風邪で食事も摂れないという人達をどうしたらよいか、現場の先生方も大きな悩みであった。行政もどこにそういう人達がいるか把握できていなかった。これからの地域包括ケアの中では、先生方が日々診療において、廃用症候群の急性期状態で急速に生活機能が低下している方がいたら、その人の状態を地域包括支援センターに連絡して、地域包括支援センターから市町村に連絡が行き、例えば、市町村の保健師が訪問するなど地域包括ケアを進めていただきたい。その意味で、地域包括支援センターを要とする地域包括ケアを、先生方の一人ひとりの診療を通じてでも、これを育てていただくことは可能だと思うので、そういうネットワークづくりを進めていただくことが大事だと思う。

ここから介護報酬の改定のことについて述べさせていただく。全体としてマイナス 0.5% であるが、在宅サービスについては中重度者への支援強化の観点から「在宅サービス平均マイナス 1% で、軽度平均マイナス 5% 、中重度平均プラス 4%」となっており、施設サービスについては平成 17 年 10 月に食費・居住費を保険外・利用者負担化して報酬改定を行ったことから、今回は「施設サービス平均± 0%」となっている。

実際にそれぞれの報酬を見れば、多床室で言うと、月単位で 6000 円減っている。その 6000 円をさまざまな加算に充てている。加算を丹念に取っていけば、報酬改正はプラスに向くし、取らなければ、報酬の改正はマイナスに振れることもある。報酬改定のメッセージを丹念に拾っていただくことも大事である。軽度の人達、重度の人達で、在宅の報酬改定が行われているが、いろいろなメッセージが込められている。特に中重度者の人に対してどのようなサービスを提供するのか。今、まさに求められているものを反映したものである。そういう点では、介護報酬は 10 月の報酬改定と合わせて考えると、施設から在宅へ、在宅でも軽度者から中重度者へ、どのように介護資源を振り向けるかが大きな課題である。そのための報酬改定も盛り込まれている。今回の報酬改定の基本的な考え方を申し上げると、3 年に 1 度改定される保険料にともなって介護報酬も見直される、いわば定期的な報酬改定、しかもそれは効率化、適正化の観点から改定したものである。また、改正介護保険法の施行にともなう制度的な見直しへの対応であり、そこに今回は診療報酬との同時改定でもある。今回の介護報酬では診療報酬と介護報酬の同時改定を意識しながら、同じような方針を敢えて取るところもあれば、違う体系となる報酬体系もあるという意味で、介護保険の役割を

意識した改定でもある。また、今回は 10 月の改正によって生じたさまざまな問題を解決するという改正になっている。

基本的な視点は中重度者への支援、介護予防、リハビリテーションの推進、地域包括ケア、認知症ケアの確立、サービスの質の向上、医療と介護の機能分担・連携の明確化である。

（1）中重度者への支援強化

サービスの充実が求められている中重度者、とりわけ、在宅中重度者について、各サービスの充実と在宅生活継続のための支援の強化を図る。また、施設や居住系サービスにおける重度化対応やターミナルケアへの対応を強化する。さらに、難病やがん末期の患者の在宅介護ニーズへの対応など、専門的ケアの充実を図る。

訪問看護はこれまで 30 分未満が最少時間だったが、今回、早朝、夜間、深夜 20 分未満というのが入った。療養通所介護では難病患者さんや末期がんの方には、医療機関や訪問看護ステーション等と連携して提供する通所サービスを新設した。また、ショートステイについては従来どこの施設に空きがあるのか、外から分かり難かったので、救急の輪番制のような形で複数の施設が組んで、それぞれの空床をお互いに融通するという形で利用する場合には、報酬上の加算を設ける。あるいは、老健などで難病、がん末期の方で、医療的ニーズが高いという場合、ショートステイを日帰りにするということなどもある。

（2）介護予防、リハビリテーションの推進

予防給付として提供される介護予防サービスについては、軽度者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を構築し、目標指向型のサービス提供を徹底する観点から報酬・基準の設定を行う。また、リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点を重視した短期・集中的なサービス提供やサービス提供過程（プロセス）重視の視点に立った評価を行う。

リハビリテーションが訓練室の中だけに留まるのではなく、その方の生活全般に関わるものとして取り組むことが必要であるという観点から、（生活を踏まえたリハビリテーションマネジメントというが）、そういったプロセスを評価することも今回始まる。

軽度の方々の通所介護・通所リハビリテーションについては、月単位の定額化となり、選択的サービス（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上）を行った場合は、加算を行う。次に事業所評価であるが、選択的サービスの提供事業所において、一定の期間の中（原則 1 年間）で要介護状態が改善したかどうかを見るということは、従来成功報酬という考えであったが、それはおかしいというということで、今回は個別の人達に対する報酬ではなく、その事業所に通っている人が全体的に見て要支援度の維持・改善が認められた場合に加算するということで、今回試行的に導入することにした。

（3）地域包括ケア、認知症ケアの確立

今後、重要性を増す認知症ケアの充実や、施設から在宅へという基本的方向の中で、在宅生活の継続を支える環境づくりを進める。このため、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアのネットワークを活用するとともに、新たに創設される地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護等の推進、早めの住み替えに対応した居住系サービスの多様化などの見直しを行う。さらに認知症ケアについては、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の質・機能の向上や認知症対応型通所介護、若年性認知症ケアなどの充実を図る。

小規模多機能型居宅介護は、中重度となっても住み慣れた地域で在宅生活の継続を支える観点から、［通い］を中心として、随時［訪問］や［泊まり］を組み合わせて提供するサービスである。介護保険施設においては、在宅復帰支援機能の強化を評価する。特別養護老人ホームでは、在宅・入所交互利用加算を新設する。老人保健施設では、試行的退所サービス費を新設する。

（4）サービスの質の向上

利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組み合わせを多職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能し得るよう、プロセス重視の視点に立った見直しを行う。また、研修体系の見直し等を行いつつ、サービス担当者の専門性の向上を図るとともに施設等における利用者の生活・療養環境の改善

を図る。さらに、利用者との十分な意思疎通に基づく適切なケアマネジメントの実施を前提としつつ、サービスの質、機能などに応じ、プロセス、成果を積極的に評価する。制度改正により情報公表の仕組の導入や事業者規制の見直しが行われることを踏まえ、利用者の視点に立ったサービス情報の提供を推進するとともに、不適正な事業者を適切に排除する観点から、基準の明確化、指導・監査の徹底を図る。

ケアマネージャー 1 人当たりの標準担当件数を引き下げるとともに、多数担当ケースに係る逓減制を導入する。特定の施設との関係が認められる場合の減算も導入する。居宅療養管理指導として、医師・歯科医師による情報提供の徹底を図る（と同時に、居宅療養管理指導費を請求してほしい）。

（5）医療と介護の機能分担・連携の明確化

今回の介護報酬改定が、診療報酬との同時改定であること等も踏まえ、在宅及び施設における医療と介護の機能分担・連携の明確化を図る。このため、医療との連携が必要な要介護者への対応を強化する観点から、ケアマネジメントにおける主治医等との連携や在宅サービス提供体制の整備を進める。また、介護療養型医療施設については、療養病床のあり方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分担の明確化、さらに介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて、利用者の実態にも留意しつつ、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図る。

高齢者向けの病床の変遷ということであるが、昭和 48 年に老人医療費の無料化から 30 年間、高齢者のベッドをどうするかということが、実際には現場で動いてきた。今回の制度の見直しは、30 年間のいろいろな医療提供体制を振り返ってみて、医療が介護を担ってきたということを含めて、そして今の介護保険制度が始まり、介護保険施設の整備、在宅での介護が進んできたということを総合的に勘案してみて、議論になるということである。先程、高齢化の状況には地域差が大きいと言ったが、介護療養型施設も同様に地域差が大きい。これは特養や老健には見られない特徴である。その中で、療養病床がどういう現状かというと、医師の対応がほとんど必要ない部分が 5 割あるのではないか、医療保険と介護保険の適用病床に大きな差がないということで、議論となった。

今回の制度の見直しということでは、療養病床全体を廃止しようとしているのではない。医療療養型の病床については残していくのが基本である。介護療養病床を廃止することになるのだが、実際問題として何がおこるのかというと、医療の必要性の薄い部分を介護保険のその他の施設、あるいは在宅で対応していくことが可能ではないか。また医療の必要性の高い部分は医療療養病床で引き続き対応していくのが基本ではないかと思う。最終的には、介護療養型医療施設は平成 24 年 4 月 1 日から廃止になる。今後 6 年間かけて転換先の確保を図っていく。介護は介護保険、医療は医療保険で進めていくのが第一歩である。今後、高齢者に対して保健・医療・福祉のサービスをどのように提供していくか、引き続き検討していく必要があり、責任がある。

3. 改正介護保険制度の課題―生活機能低下の予防とかかりつけ医の役割―

日本医師会常任理事　野中　博

改正介護保険の課題について少し説明する。今回の改正で予防重視型システムへの転換が図られる。新予防給付の流れであるが、要支援 1・要支援 2 と判断された人に対して、主治医の意見書だけでなく、サービス担当者会議に参加することにより介護予防ケアマネジメントに関与する、地域包括支援センターに医師会が積極的に関与することが必要である。地域支援事業の流れについて、生活機能低下をどうやって見つけていくのかが課題であるが、健康診査で発見する場合、普段診療している患者さんが該当するような場合は、医師が関与することになる。要介護認定非該当の人も地域支援事業の対象になる場合があり、ここにも医師が関与することになる。次に介護予防のねらいだが、単に高齢者の運動機能や栄養状態等の個々の改善だけを目指すのではなく、生活行為や参加の向上をもたらすことにより、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、生活の質の向上を目指すものである。次に地域包

括支援センターについて、大きなのは運営協議会であり、運営協議会があるから上手くいくのである。ここに地区医師会が入る。

介護サービス計画作成過程についてであるが、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）に参加することが大事である。ケアマネに医師が情報を提供することが重要となってくる。今回、居宅療養管理指導というのを明確にした。指定居宅介護支援事業者とはケアマネージャーのことであるが、ケアマネに居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を文書で行うことで、居宅療養管理指導費を算定できる。Ⅰ（500 単位 / 回）とⅡ（290 単位 / 回）があるが、Ⅰの場合には、ケアマネに情報提供しない場合は 100 単位減算となる。この居宅療養管理指導費は患者宅に訪問しなければならないあるいは通院できない患者さんということが条件に入っている。初回のケアプラン作成時にはさまざまな病状があるが、2 回目以降は、訪問診療してそして状態が変わりなければ、「状態に変化なし、このままサービスを続行してください」ということも情報提供である。病状をいちいち書かなくても、これだって立派な情報提供である。それが月 2 回算定できるということであり、そのことをご理解いただければ、100 単位減算しなくてもよいということである。

一方、介護保険利用者の中で一番多いのは、要支援、要介護 1 である。その方々の介護サービスを立案する時には何もないのかというと、そうではなく、診療情報提供料（Ⅰ）というのがある。実は、通院している患者さんの介護サービス計画に対する情報提供というのは、このケアマネや地域包括支援センターに対して情報提供を的確にしていただくということが大事なことである。今回、これは 250 点で、月に 2 回算定できるので、適切に医療財源を使っていただきたい。

最終的に、介護保険で大事なのは、主治医と患者さんとの関係である。よろしくお願いする。

日医 FAX ニュース

2006 年（平成 18 年）3 月 28 日　1615 号

- 医療機関に必要な IT 化を促進
- 看護師比率 40％未満に経過措置
- 単抗原ワクチン接種も公費負担
- 第 3 期介護保険料が平均 24％増
- 処分医再教育のモデルプログラム作成

2006 年（平成 18 年）3 月 24 日　1614 号

- 福島県立大野病院事件で日医の考えを説明
- 産科・小児科医の勤務条件改善を
- 半年間の受付件数は 13 件
- 社会保障番号の導入、新たな対立軸にも
- 地域医師会の請求代行も可

2006 年（平成 18 年）3 月 17 日　1613 号

- 法令改正の内容を吟味し、議論を行う
- 医師と看護職が連携を
- 有床診は「在宅療養支援診療所」へ移行を
- 検討項目にたばこ税引き上げも
- 小児科医の労働環境を緊急調査

2006 年（平成 18 年）3 月 14 日　1612 号

- 06 年度改定は「68 点」、制約の中で実のある議論
- 産業医の在り方を検討
- 食品安全に関する情報システムの構築について
- 臨床研修後の進路先など把握
- 社保庁改革、感染症法改正両案を決定

2006 年（平成 18 年）3 月 10 日　1611 号

- 「医師による救命処置・治療の推進」について
- 医療廃棄物の問題解決へ前進
- 給付と負担に問題
- 自己限度額まで窓口負担
- 負担年齢引き下げの議論再開

2006 年（平成 18 年）3 月 7 日　1610 号

- 感染症法の改正などについて意見交換
- 「喫煙率半減」の目標も
- 保険料率上限を 100 パーミルに引き上げ
- 心臓移植の自己負担は 53 万円
- 出生数の減少、加速の見通し
- 医薬品の返品、卸業者と協議を

付録（日本医師会より）

居宅療養管理指導の算定用件

ア　算定内容

主治医の訪問診療等による、計画的かつ継続的な医学管理に基づき、指定居宅介護支援事業者（ケアマネ）等に対する介護サービス計画（ケアプラン）の策定等に必要な「情報提供」、並びに利用者・その家族等への「指導・助言」を行った場合に算定できる。

なお、当該医師が医療保険において、「在宅時医学総合管理料（仮）」を当該利用者について算定した場合には、居宅療養管理指導費（Ⅱ）を算定する。

イ 「情報提供］及び［指導又は助言］の方法

① ケアマネ等に対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要な「情報提供」は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない。）。

サービス担当者会議への参加が困難な場合や開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」について、原則として、文書等（メール、FAX 等でも可）により、ケアマネ等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載することは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

（情報提供すべき事項）

1　医療機関名、住所、連絡先、医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等
2　利用者の病状、経過等
3　介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
4　利用者の日常生活上の留意事項

※ 情報提供の様式については、診療情報提供書を活用しても可。

② 利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること。

なお、口頭により指導又は助言を行った場合については、その要点を記録すること。当該記載については、上記①の場合と同じ。

また、文書等により行った場合については、上記①の場合と同じく、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

ウ　減算の取り扱いについて

居宅療養管理指導費（Ⅰ）を算定する場合においては、ケアマネ等に対して、その都度、FAX 、メール、文書等で情報提供を行わない場合、所定単位数から減算されることとなる。

エ　算定回数について

主治医が、1 人の利用者について、それぞれ月 2 回まで算定することができる。

オ　算定日について

算定日は、当該月の訪問診療又は往診を行った日とする。また、請求明細書の摘要欄には、訪問診療もしくは往診の日又は当該サービス担当者会議に参加した場合においては、参加日若しくは参加が困難な場合においては、文書等を交付した日を記入することとする。

居宅療養管理指導費（Ⅰ）

500 単位 / 回　（1 月 2 回限度）

ケアマネ等に対する「情報提供」、並びに利用者・その家族等への「指導・助言」を行った場合に算定できる。ただし、ケアマネ等に対して、その都度、FAX 、メール、文書等で情報提供を行わない場合、100 単位を減算。

居宅療養管理指導費（Ⅱ）

290 単位 / 回　（1 月 2 回限度）

医療保険で「在宅医学総合管理料」を算定している利用者について、その利用者のケアマネ等に対して「情報提供」を行った場合に算定する。

付録（県高齢保健福祉課より）

介護報酬（基準）改定に伴う留意事項について

（1）居宅療養管理指導

○医師、歯科医師による、指定居宅介護支援事業者等、利用者・その家族等への情報提供の徹底
・サービス担当者会議や文書（FAX 、メール可）で情報提供

＜情報提供すべき内容＞
1　医療機関名、住所、連絡先、医師･歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等
2　利用者の病状、経過等
3　介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
4　利用者の日常生活上の留意事項

・指定居宅介護支援事業者等への情報提供がない場合は減算

（2）訪問看護

○早朝・夜間、深夜における短時間訪問（20 分未満）を評価
・短時間訪問の評価（新設）ステーション 285 単位／回、病院等 230 単位／回
・日中等の訪問における十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提

○理学療法士・作業療法士に加え、言語聴覚士による訪問を評価
・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問が、保健師又は看護師の訪問の回数を上回るような訪問計画の設定とは適切ではない。

○緊急時訪問看護加算を算定しており、医療機器等を利用している特別管理加算の対象者については、早朝・夜間、深夜加算の算定も可能とする。

○ターミナルケア加算は事業所のターミナルケア実施体制を評価する体制加算となったため、県に事前届出が必要となる

（3）訪問リハビリテーション

○病院からの退院時における短期・集中リハビリテーションの評価

○理学療法士・作業療法士に加え、言語聴覚士による訪問を評価

経口用セフェム系製剤
（セフジニルカプセル,セフジニル散）
セフゾン® 細粒小児用 カプセル100mg 50mg
Cefzon®
CFDN
astellas
アステラス製薬株式会社
■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

平成 17 年度
郡市医師会医事紛争担当理事協議会
郡市医師会診療情報担当理事協議会

と　き　　平成 18 年 3 月 2 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　正 木 康 史］

会長挨拶

年度末のお忙しい中、本日はお集まりいただきましてありがとうございます。また、平素より、医事紛争並びに診療情報につきまして、いろいろご協力・ご理解を賜っておりますことを心より感謝申しあげます。

昨年もまず、医療訴訟の増加につきまして触れましたが、平成 16 年度の医事関係訴訟統計、これは概数でございますが最高裁の発表によりますと、新受件数は昨年の 998 件からさらに 100 件以上の伸びをみせまして 1107 件と、平成 7 年は 488 件だったので 10 年間で 227%、2 倍以上増加したことになります。

もう一つ、気になることは、判決勝訴率は 39.5％と低いものの和解率が高く医師側の勝訴率が必ずしも高いわけではないということであります。今後の動向といたしましては、2018 年、法曹人口は現在の 2.5 倍の 5 万人になるとする予測もあり、アメリカと同じような訴訟社会の到来が日本でも間違いなくくると思われ、特に医療訴訟が増加することは避けられないと考えています。山口県における医療事故報告では、ここ 5 年でみますと、あまり大きな変化はなく、平成 17 年度が 37 件で、だいたいこの辺で推移しております。また、医師の有責率は 50％前後とされております。最近の医事紛争処理におきまして、特に医療そのものというよりも患者さんへの説明不足や承諾書が無かったりなどが争点となっていることが多いようですので、ご留意いただきたいと思います。

医療事故は予防できるものとできないもの、つまり過誤と不可避なものがあり、過誤についての大きな要因は勤務医の過重労働あるいは医師不足であるかと思います。欧米との比較でみましても、マンパワー不足は明らかであります。この点を考慮せずに医療費をやみくもに抑制すれば、医療サービスの質の低下や医療事故のリスクを高めるのは当然であると思っております。

日本医師会は、この度、医療の安全と質の確保ということで 3%以上の診療報酬のアップを要求しましたが、結果は逆のマイナス 3.16％ということで、過去最大の下げ幅となりました。この医

出席者

大 島 郡	山中　達彦	萩　　市	売豆紀雅昭	**県医師会**	
熊 毛 郡	向井　康祐	徳　　山	坂本　邦彦	会　　長	藤原　　淳
吉　　南	山根　　仁	防　　府	水津　信之	常任理事	吉本　正博
厚 狭 郡	久保　宏史	下　　松	宮本　正樹	理　　事	正木　康史
美 祢 郡	中邑　義雄	岩 国 市	山田　輝城		小田　悦郎
阿 武 郡	松井　　健	小野田市	長沢　英明		杉山　知行
豊 浦 郡	木本　和之	光　　市	佃　　邦夫		
下 関 市	川﨑　憲欣	柳　　井	守田　知明		
宇 部 市	藤井　新也	長 門 市	斉藤　　弘		
山 口 市	中村　克己	美 祢 市	中元　克己		

療費抑制が、かつてイギリスが辿ったように医療関係者の士気の低下、ひいては医療の荒廃に繋がることを大変危惧しているわけであります。一方で、医療提供側に求められているものは、医療安全に対する姿勢でありまして、度重なる医療事故により国民の医療に対する不信は極めて大きいものがあります。山口県におきましては、医療の信頼を回復するとういう観点から、今年度、自浄作用活性化委員会を立ち上げました。構成メンバーには、弁護士やマスコミの方にも入っていただいております。まだ、活動を始めたばかりでありますが、この委員会で今年度、日医が開催いたしました医療事故防止研修会に日医が規定するリピーター医師に該当する 1 診療所 2 病院の、3 医療機関を選定して、この研修会に出席いただきましたけれども、当該医療機関から不平不満は特にありませんでした。医師会としましては、こうした委員会等を通じて会員の意識改革により医事紛争の減少に努め、今後とも県民に開かれた医師会作りを目指していきたいと考えております。
本日はいろいろ報告もあり、議題も用意しておりますので、よろしくお願い申し上げます。

報告・協議

1. 都道府県医師会医事紛争担当理事連絡協議会の報告

詳細については本会報 2 月号（No.1746）にて報告しているので参照のこと。

2. 平成 17 年度受付の事故報告と事故の未然防止

昨年度開催の本会議以降（H17.3.1 ～ H18.2.28）受付けた 37 例（未然報告を含む）について問題点、責任の有無、交渉経過等の報告をした。

診療科目別では、前年度と同じく内科が 12 件ともっとも多く、整形外科 6 件、外科、産婦人科各 4 件、小児科、皮膚科各 3 件などとなっている。

また、紛争に至った原因は、①診断ミス、遅れ（5 件）、②処置、分娩時の合併症（5 件）、③術中の神経損傷（4 件）、④術中、術後合併症（4 件）、⑤薬剤誤投薬（4 件）、その他説明不足、薬剤副作用、内視鏡穿孔、転送義務違反 2 件などである。

3. 平成 17 年度受付の窓口相談事例

平成 17 年 3 月から平成 18 年 2 月までに県医師会が受付けた窓口相談事例について報告した。平成 17 年度は 57 件とかなり増加しており、中でも医療機関従事者の接遇（特に医師 23 件）に関する事例が多く、注意が必要である。

（次頁参照）

4. 個人情報保護法

警察からの問い合わせに対しては、できるだけ協力してほしい。個人情報を提供する際に注意しなければならないことは、①求められた以外の情報を提供した場合には損害賠償を請求される恐れも否定できない。②警察や検察等捜査機関に対し個人情報の提供を行う場合には、必ずその提供を求めた捜査官の役職・氏名を確認しておかなければならない。③その求めに応じて提供したという事を、後日説明できるようにしておく必要がある。厚生労働省では、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に関する Q & A （事例集） を同省ホームページ上の下記 URL において掲載しているが、このたび「捜査照会等への対応」に関する問答が追加掲載されたので、参照していただきたい。

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/index.html

質疑応答

Q1：退会や会員区分変更に伴う被保険者資格の喪失について、「保険期間終了後 5 年以内」とあるが、「5 年」の根拠はあるのか。また、「事故発生時ではなく、訴えられた時に A 会員であれば被保険者資格がある」とあるが、問題があるのではないか。

A1：法的根拠ではなく、保険の約款の中に定めてある。日医と契約している保険会社との間の取り決めである。また、保険の担保期間については、日医の担当理事協議会でいつも議論されるが、既に保険会社との契約を結んでいるということで、いつも有耶無耶にされるている。今後も日医へ要望していきたい。

山口県医師会相談窓口受付事例について

件数

	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度
相　談	5	2	17	7	別記
苦　情	9	5	24	14	
その他	0	0	4	0	
合　計	4	7	45	21	57

① 平成 14 年度までは匿名電話については記録していない。
② 推進委員会で相談傾向を把握するために匿名相談も記録することとした。
③ 平成 16 年度から県に同様相談窓口が設置された。

平成 17 年度	
相談（問い合わせを含む）	14 件
①健康や病気に関すること	7
②医療機関の紹介、案内	3
③薬（品）に関すること	4
④その他	0
苦情（提言を含む）	60 件
①医療行為、医療内容	17
②医療事故、医療過誤と相談者が主張しているもの	4
③医療機関従事者の接遇	（26）
ア 医師	23
イ その他職種	3
④医療機関の施設	1
⑤カルテ開示	1
⑥医療費関係	5
⑦セカンドオピニオン	1
⑧その他	5

（一部重複）

Q2：交通事故などで警察から照会の電話がかかってくることが多いが、その際、相手が本当に警察かどうか判らない。その場合は役職と氏名を確認して、場合によっては電話をかけなおしてでも任意の協力をするべきなのか。よくあるケースとして、警察側の口調が横柄で非常に不愉快な思いをすることがある。

A2：電話での照会の場合で一番よい方法は、相手の電話番号を尋ねて、一度電話を切り、こちらからかけなおすことである。実際に相手が警察の人間かどうか確認することが大切である。すべての場合で協力しなさいというのではなく、あくまでも任意協力なので、不愉快な思いをしてまで協力する必要はない。ただ、最終的に、相手側が本当に必要な情報であれば、裁判所の方から通知が来るが、それもまた不愉快だと思うので、協力しておいたほうが後々、トラブルにならないであろう。

Q3：かなりの事例が日医に付託されているが、大体どのくらいで結論が出ているのか。

A3：事案によって異なるが、付託してから 2 ～ 5 か月位かかる。付託件数は山口県の場合さほど多くなく、医師有責かつ賠償額が 100 万円を超えるような事例が付託の対象となっている。また、こちらでは判断が難しいような事例も付託しているが、それでも件数は多くない。

Q4：医療相談の受付事例の中で 1 件、医事案件委員会に回っている事例があるとのことだが、それ以外はないのか。

A4：こちらが把握しているのは 1 件だけであり、それ以外のものが既に解決したのかどうかは不明。これから訴訟という形で出てくるものもあるかもわからない。ただ、医療相談窓口でうまく対応することによるガス抜き効果は大きく、解決している事例も多いであろう。

受贈図書・資料等一覧

（平成 18 年 3 月）

名称	寄贈者、筆者	受付日
長崎医科大学と原爆－被爆 60 周年記念誌－	長崎医学同窓会	18.3.22
平成 17 年度 社会貢献者の記録	社会貢献支援財団	18.3.24

医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。◆
◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

生涯設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

◆◆◆　医師年金の特徴　◆◆◆

その１　積立型の私的年金

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

その２　希望に応じて自由設計

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

その３　受取時期や方法が自由

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

その４　法人化しても継続可能

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

日本医師会　年金・税制課　TEL：03(3946)2121(代表)　FAX：03(3946)6295
（ホームページ：http://www.med.or.jp/）　(E-mail：nenkin@po.med.or.jp)

平成 17 年度 第 3 回 自浄作用活性化委員会

と　き　　平成 18 年 3 月 4 日（土）午後 3 時～
ところ　　山口県医師会館　6 階　会議室

［報告：理事　小 田 悦 郎］

藤原会長挨拶

年度末のお忙しい中、ご出席いただき感謝申し上げる。昨年の 12 月に医療制度改革大綱が公表され、それに沿った医療制度改革関連法案が今国会に提出され、現在審議中、今会期中に成立する見通しである。今回は、診療報酬改定、介護報酬改定、さらに介護保険法の改正も絡んでおり、厚労省は総力を挙げて、かつてない大がかりな改革を目指している。

その中身は厚労省の幹部の発言を聞いてもわかるように、どのような制度であっても医療費の伸びを抑制しなければならないことが大前提であり、基本的な考えのようである。したがって、この中には安心、信頼の医療の確保といった言葉は確かに入ってはいるが、医療、福祉をよくしようとする国民の立場に立った政策的な意図は欠如しているようにも見える。

ともあれ、今後の方向性として国は小さな政府、地方分権、三位一体改革を推し進め、県単位の医療費適正化計画の策定、保険者の再編統合等が現実的なスケジュールとして上がってくると思っている。地域において、患者本位の医療提供体制に取り組んでいる医師会の役割は、今後ますます重要になってくる認識でいる。

さて、この委員会は医師会が自立的に自浄作用を発揮し、医療の信頼を図ることを目的に、今年度初めに設置したものであり、今回で 3 回目の開催である。前回の委員会では、日医で開催された医療事故防止研修会（昨年 8 月）に、日医の規定するリピーター医師に該当する医療機関を選定していただき、該当の 3 医療機関、1 診療所と 2 病院に出席してもらった。特に不満や不平は聞いていない。

本日の委員会は、4 月 14 日付、当委員会に諮問した山口県医師会の自浄作用活性化を目指した具体的な方策についての答申をいただくことになろうかと思う。

出席者

山口県医師会自浄作用活性化委員

委 員 長　河合　伸也（山口大学副学長）
副委員長　嶋元　　貢（大島郡医師会）
　　野村　雅之（弁護士）
　　宮本　邦彦（山口新聞社山口支社長）
　　伊藤　　肇（県医師会代議員会議長）
　　田中　　駿（宇部市医師会）
　　西岡　和恵（山口市医師会）
　　玉木　英樹（萩市医師会）
　　木下　敬介（副会長）
　　三浦　　修（専務理事）

山口県医師会

藤原　　淳（会長）
吉本　正博（常任理事）
濱本　史明（常任理事）
佐々木美典（常任理事）
西村　公一（常任理事）
小田　悦郎（理事）

河合委員長挨拶

この委員会は今回で３回目になり、第１回目はフリートーキングのような形で進めさせてもらい、第２回目は医事紛争に関する少し特殊な諮問であった。いよいよこの第３回目からが具体的方策ということで、本格的な自浄作用に関する議論になると思う。本日も活発なご議論をいただきたいので、よろしくお願いする。

それでは、諮問事項である「山口県医師会の自浄作用活性化を目指した具体的方策」について、事務局から、説明をお願いします。

小倉事務局長：この答申案は、各委員からの意見と日本医師会のハンドブックを踏まえて作成した。（答申案→ P.367 ～）

「はじめに」であるが、これは医療制度改革大綱が決定し、現在その関連法案が国会で審議をされているが、医療費適正化あるいは新高齢者医療制度の創設等、患者の負担増を求める経済、財政優先の医療改革が行われている。この状況の中で特に今出てきているのは、三位一体改革はもとより、県単位の医療費適正化計画の策定、あるいは県単位の保険者の再編統合等、いわゆる医療分野においても地方の時代が着実に進展している。そうした中で、医師会の役割は非常に重要性を増してきている。一方、一部会員の不正行為や反省なき医療事故多発者の行為等により、医師に対する不信感も増幅しているのが現状である。

このため、自浄作用活性化委員会を設置し、その具体的な方策として次のとおり提言することとする。

まず大きな１は、自浄作用活性化推進体制の確立である。

（1）自浄作用活性化のシステム化であり、日医のハンドブックを参考にして、山口県版のシステム化を検討すべきである。

（2）郡市医師会においては、できるところは委員会を、またできなくても担当理事の設置をすべきである。

（3）自浄作用活性化委員会への県民の参画は、医師会は医師の利益を守るだけの団体との見方があるので、それを払拭するためにもこの委員会へ県民の参画を検討する必要がある。

（4）裁定委員会等との位置づけを明確化については、日医のハンドブックにもあるとおり、自浄活性化委員会で総合的に審議をし、戒告・除名処分、あるいは再教育、指導、対応不必要への振り分け、戒告・除名処分に該当すると思われるものは、裁定委員会に付する。こうした形で裁定委員会との位置づけを明確にすべきである。

次いで２は、相談、苦情窓口の充実強化である。山口県医師会の中には診療に関する相談窓口が内部組織としてある。一方、県は 17 年度から山口県医療安全支援センターで相談窓口を設けている。16 年度においても 460 件ぐらいの相談が寄せられている。こうした中で、「もっと県の医師会の相談窓口を充実した方がいいのではないか」との提言が委員からあったので、医療安全相談センター（仮称）という組織を設置し、県民に PR をする。また、「県医師会もこのように取り組んでいる形をはっきり示したらどうか」「県民への安心、安全な医療の提供と相談、苦情体制をつくるということを検討したらどうか」との意見もあり、その中で出てきたものについては、この委員会で審議し、適切な措置を講ずべきであると思っている。

３は、生涯教育研修等の充実、あるいは参加促進である。

（1）は、現在の生涯教育は専門知識の習得が主体となっているため、今後は医の倫理、あるいは医療事故防止、リスク管理等、自浄作用の活性化に資する研修科目を強化すべきである。
（2）は、生涯教育研修の参加が特定の会員に限られているので、全会員が参加するよう対策を講じること。特に、診療報酬の審査機関、あるいは各種患者相談窓口、保険指導担当機関等の情報によって、必要と認める会員については積極的に参加を求めていくべきである。
（3）は、再教育が必要と思われる会員について、日本医師会が行う再教育研修、あるいは医療事故防止研修等へ必ず参加をさせること。

4は、県民啓発と情報提供、公開である。
（1）は、医師会は医師の利益を守るための団体との見方があるので、その偏見を払拭するためには、やはり社会通念上の常識となる県民感覚を念頭に置いた「患者本位の医療提供宣言」というようなものの制定を検討する必要がある。
また、県民の医療に対する理解を深めるため、県民公開講座の開催や県民との交流事業等の事業を実施する。
（2）は、報道機関との情報交換を積極的に行い、理解を求めるとともに、メディアを利用した県民啓発にも取り組むこと。
（3）は、口コミ以外にはなかなか医療機関の情報が得られないということで、医療機関、医師、治療法等を県民が選択する場合、自由に提供を受けることができるということが患者の信頼につながる。そのため、医療広告の規制改革を進めて、メディア等を活用した情報提供や情報公開に取り組むべきである。
それから、専門医認定制度等を充実強化して、それを県民へ情報提供することも必要である。

5は、非会員対策で、現在、医師は県医師会に、約8割が入っており、約2割が入ってないということで、その加入促進をまず進めること。非会員で不正行為等、あるいは恐れがあるものに対しては、郡市医師会や、専門医会、学会等が連携して、このような医師に再認識をしてもらう必要があると思っている。
以上が大きな項目である。

次がマニュアルとして、おおよそこうした手順で進めていっては如何かとのことです。
1の情報の把握は、郡市及び県医師会が次の不正行為等の情報の把握に努めるということで、（1）が不正行為及び医の倫理、職業倫理に反する医療事故等に関する情報、（2）は審査機関、各種相談窓口、保険指導担当機関等からの情報、これらの把握にまず努める。それから、2の調査検討で、郡市医師会は不正行為等の情報を把握したときは調査検討し、県医師会へ報告する。郡市としての裁定委員会の裁定を要する事案は、同委員会へ付託の上を報告する。報告を受けた県医師会は、自浄活性化委員会へ諮問する。当委員会で、①、②、③、④等に振り分けをし、審議会意見を添えて答申をする。答申を受けた県の医師会は、それを尊重して、郡市と連携しながら、それぞれの区分ごとに処分、再教育、注意、指導等を行う。処分等を行う場合は、裁定委員会の裁定後、県医師会が行う。
また、再教育、注意、指導等を行う場合は、日本医師会、専門医会、学会等と連携をしながら、実効が上がるよう取り組む。それらをフローにしたのが別図である。
最後に、政策の提言として、これら一環の中で、一定期間この委員会で審議し、現行制度の改善策、あるいは今後の総合政策について提言をいただくということであり、最終的に全体をまとめたものを規程という格好でつくり、山口県の方式をまとめたらどうかという答申である。

（質　疑）

主な質疑は次のとおりである。
○ 自浄作用活性化委員会における事案審議の結果の振り分けに関すること。
○ 郡市医師会における情報の把握に関すること。
○ 保険指導段階の情報の取り扱いに関すること。
○ 生涯教育研修に関すること。

答申案

自浄作用活性化を目指した具体的方策について

はじめに

昨年 12 月 1 日政府の「医療制度改革大綱」が決定し、現在、第 164 通常国会において関連法案が審議されている。医療費適正化、新高齢者医療制度の創設等患者の負担増等を求める経済財政優先の医療改革が行われようとしていることは誠に遺憾である。このような状況の中で、三位一体改革、県単位の医療費適正化計画の策定、保険者の再編統合等医療分野においても地方の時代が着実に進展しており、患者本位の医療提供体制の確立に取り組んでいる医師会の果たす役割はさらに重要になっている。

一方、一部会員の不正行為や反省なき医療事故多発者の行為等により医師に対する不信感が増幅している。

このため、平成 17 年 4 月 1 日自浄作用活性化委員会を設置して、自浄作用の活性化に取り組んでいるところであるが、これを着実に推進するため以下のとおり具体的方策について提言する。

1　自浄作用活性化推進体制の確立

自浄作用活性化への取り組みを着実に進めるためには、日本医師会並びに郡市医師会との緊密な連携を図りながら次の事項に留意し、推進体制を確立することが必要である。

（1）自浄作用活性化のシステム化

自浄作用活性化のためには、常に問題状況を的確に把握し、事案に具体的に対応するため別掲のような不正行為等に対する取扱手順を定めシステム化するよう検討すること。

（2）郡市医師会における自浄作用活性化委員会又は担当理事の設置

県民・会員と接する機会の多い郡市医師会に自浄作用活性化委員会又は担当理事を設置し、情報の把握または指導等ができるようにすること。

（3）自浄作用活性化委員会への県民の参画

県民の中には、「医師会は医師の利益を守るだけの団体」との見方があり、それを払拭するためにも自浄作用活性化委員会への県民（患者の立場）の参画を検討すること。

（4）裁定委員会等との位置付けの明確化

裁定委員会等との位置付けについては、自浄作用活性化委員会は、自浄作用に関連する情報を総合的に審議し、方向づけを行うとともに会員個別事案については、「裁定委員会へ付託」、「再教育研修」、「注意・指導等」、「対応不必要」に振り分ける。除名、戒告等に相当すると思えるものは、裁定委員会に付託することで明確化を図ること。

2　相談苦情窓口の充実強化

県民の医療に対する相談苦情に対応するため山口県が平成 17 年度から設置している山口県医療安全支援センターに多数の相談が寄せられている。

県医師会としても相談苦情機能を強化するため現在設置している「診療に関する相談窓口」を充実強化した「医療安全相談センター（仮称）」を設置し、県民への安心安全な医療提供と相談苦情体制の充実強化に努めること。

その中で自浄作用活性化に関連する情報については、当委員会において審議分析し、その結果を踏まえ、適切な措置を講ずること。

3　生涯教育研修等の充実・参加促進

（1）現在実施している生涯教育は専門知識の習得が主体となっているが、今後は「医の倫理」「医療事故防止」「リスク管理」等自浄作用の活性化に資する研修科目も強化することが必要である。

（2）生涯教育研修への参加が特定の会員に限られているので、全会員が参加するよう対策を講じること。特に、診療報酬の審査機関、各種患者相談窓口、保険指導担当機関等の情報により必要と認められる会員については積極的に参加させること。

（3）当委員会において再教育等が必要と認めた会員については、日本医師会が行う再教育研修会、医療事故防止研修会等には必ず参加させること。

4　県民啓発と情報提供・公開

（1）県民の中には「医師会は医師の利益を守るだけの団体」との見方があり、その偏見を払拭するため社会通念上の常識となる県民感覚（患者の立場）を念頭においた「患者本位の医療提供宣言（仮称）」の制定を検討すること。
また、県民の医療に対する理解を深めるため、県民公開講座の開催、県民との交流事業等の事業を実施すること。

（2）報道機関との情報交換を積極的に行い、理解を求めるとともにメディアを活用した県民啓発にも取り組むこと。

（3）口コミ以外にはなかなか情報が得られないとされている医療機関、医師、治療方法を県民が選択する場合の情報提供が患者の信頼につながる。医療広告の規制改革を進めメディア等を活用した情報提供や情報公開に取り組むこと。
また、専門医認定制度等を充実強化し、県民へ情報提供すること。

5　非会員対策

県内の医師のうち、医師会加入者は約 8 割であるが、非会員の加入促進に努めるとともに不正行為等を行った者あるいはおそれがある者に対しては、郡市医師会や専門医会、学会等と連携して、医師の責務について再認識させ、是正させること。

○ 自浄作用活性化委員会の県民（患者）委員に関すること。
○ 第 3 者評価に関すること。
○ 処分結果の公表に関すること。
○ 裁定委員会と理事会との意見の調整に関すること。
○ 非会員対策に関すること。

河合委員長：いろいろとご意見は出ましたが、具体的な方策は、今後検討してもらうとし、「自浄作用活性化を目指した具体的方策について」の答申案の内容はこれでよろしいか。
（全委員賛成の挙手）
それでは、この案で答申します。
字句の訂正等については、事務局にお願いする。

不正行為等への対応マニュアル

1　情報の把握

郡市医師会及び県医師会は次の不正行為等に関する情報の把握に努める。

（1）不正行為及び医の倫理、職業倫理に反する医療事故等に関する情報

（2）診療報酬の審査機関、各種患者相談窓口、保険指導担当機関からの情報

2　調査・検討

（1）郡市医師会は不正行為等の情報を把握したときは、調査検討し、県医師会へ報告する。
なお、裁定委員会の裁定を要する事案は、同委員会に付託後報告する。

（2）報告を受けた県医師会は、自浄作用活性化委員会へ諮問する。

（3）当委員会は、事案を審議し、①対応不必要②裁定委員会へ付託③再教育研修が必要
④注意・指導に振り分けし、審議意見を添えて答申する。

3　処分・再教育・指導等

（1）県医師会は審議結果を理事会で検討決定し、郡市医師会と連携しながらそれぞれ区分ごとに処分、再教育、注意・指導等を行う。
なお、処分を行う場合は、裁定委員会の裁定後行う。

（2）再教育、注意・指導等を行う場合、日本医師会、専門医会、学会等と連携しながら実効があがるようにする。

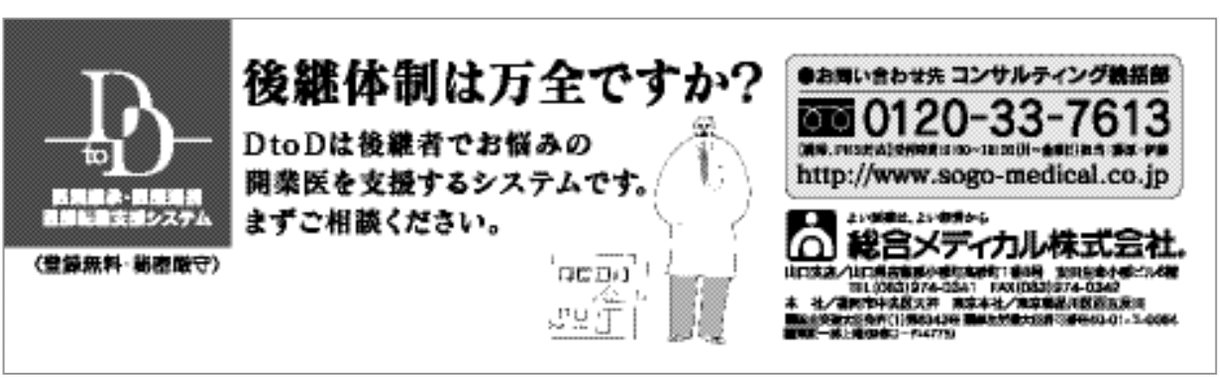
4　対応マニュアルフロー

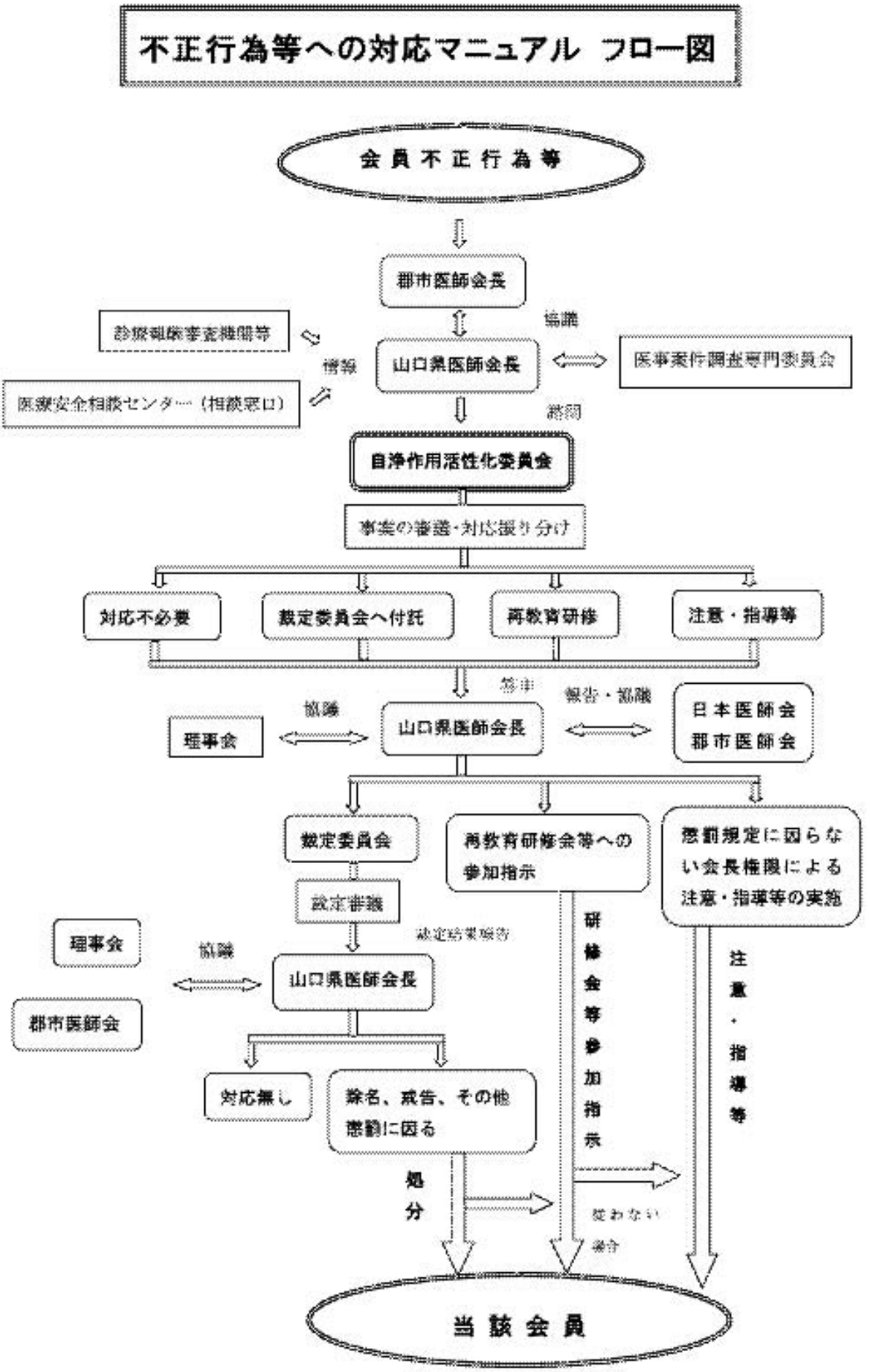
以上の事項を踏まえて別掲の不正行為等対応マニュアルフロー図の手順により処理する。

5　施策の提言

当委員会は特定の事案及び一定期間の事案を踏まえて、現行制度の改善策及び今後の総合施策について、提言する。

藤原委員長：今後、この答申に則り、またこの中でご提言いただいたことを踏まえて、医師会の自浄作用活性化を図っていきたいと考えています。そうすることにより、安心、安全な医療提供体制をつくり、確立していき、県民の医療に対する信頼を少しでも取り戻すことができたらと思う。これからも一層県民に開かれた医師会づくりを目指していきたいと考えており、委員の先生方には、今後ともご指導、ご協力のほどお願いする。




不正行為等への対応マニュアル フロー図
会員不正行為等
郡市医師会長
診療報酬審査機関等
情報
医療安全相談センター（相談窓口）
山口県医師会長
協議
医事案件調査専門委員会
諮問
自浄作用活性化委員会
事案の審議・対応振り分け
対応不必要
裁定委員会へ付託
再教育研修
注意・指導等
答申
協議
理事会
山口県医師会長
報告・協議
日本医師会
郡市医師会
裁定委員会
再教育研修会等への参加指示
懲罰規定に因らない会長権限による注意・指導等の実施
裁定審議
裁定結果報告
理事会
協議
山口県医師会長
郡市医師会
研修会等参加指示
注意・指導等
対応無し
除名、戒告、その他懲罰に因る
処分
従わない場合
当該会員

平成 17 年度
都道府県医師会共同利用施設担当理事連絡協議会

と　き　　平成 18 年 3 月 8 日（水）
ところ　　日本医師会館

［報告：理事　田 中 豊 秋］

挨拶：植松日本医師会会長

先生方には、医師会共同利用施設の運営にあたられ感謝しております。小泉内閣は医療改革と称して、医療の質等は考慮せずにひたすら財政優先の改悪を推し進めている。昨年の自己負担増に対する反対の署名運動に協力していただき感謝している。今後も日医としては患者さんの負担軽減につながる活動を進めていきたい。診療報酬の改定に関する不満は察している。小泉首相の、過去最高の引き下げをという意向を受けた形で決着をしてしまった。本体部分に関してはなんとか頑張って 1.36％（概ね 1.4％）の引き下げに留めることができた。共同利用施設の運営にも影響が出てくると思われるが頑張っていただきたい。

それ以上に今後の問題となるのは医療法の改正である。地域支援病院、療養型病床の問題等大切な問題が突然浮上してきている。これ等の問題に真剣に取り組み、国民に安心・安全な医療を提供し医療の信頼を取り戻す事がわれわれの使命である。

議事

報告

1. 医師会共同利用施設検討委員会の審議経過について

医師会共同利用施設検討委員会委員長　野坂研介

2 年間に 5 回の委員会を開催し、医師会病院、医師会臨床検査センター、健診センター、介護保険関連機能・施設が、地域医師会活動と地域医療の活性化を図るための課題と対策に関する討論を行った。まず、市町村合併にともない今後医師会がどのようになっていくか展望が開かれない状況がある。その中で、医師会共同利用施設全体に対し、地域医療を担う医師会としての立場からどのような役割を果たすべきかについて議論がなされた。また、医師会共同利用施設の抱えている課題や運営状況について報告がなされた。

医師会病院については、アンケート調査を実施し、地域医療の中核を担う病院として、医師の研鑽の場として、経営改善に向けた取り組みの他、地域医療の変化にいかに対応すべきかについて討議した。

医師会臨床検査センター、健診センターについてもアンケート調査を実施し、民間業者との競合による兼営状況の厳しい現状への対応、財務諸表整備の必要性、会員サービスの向上、IT 化への導入により会員ニーズにこたえ、地域貢献に活用する事を改めて自覚できた。

介護保険関連機能・施設については、今後の法改正をふまえて、在宅介護支援センターを地域包括支援センターへ移行するなど地域支援事業やその影響に関する論議を行い、地域の医師にいかに対応できるか準備の糸口を示せた。

医師会共同利用機能・施設の理念は継承されなければならないが、各医師会でこれらの事業が永続し発展していく為には、共同利用施設への再投資も計画すべき課題である。

2. 介護保険法の改正と医師会共同利用施設への影響について

日本医師会常任理事　野中　博

基本的な考え方は、限られた財産を有効に活用するため、現行の各種サービスの報酬・基準について、効率化・適正化の観点から見直しを行う必要がある。また、今回は介護保険の制度的な見直しや診療報酬との同時改定にともなう医療と介護

の機能分担・連携の明確化などの課題への対応が求められる。

基本的な視点としては、中・重度者への支援強化、特に在宅の中・重度者について各種のサービスの充実と在宅生活継続のための支援をはかる。重度化対応や終末期ケアへの対応を強化する。軽度者に対しては自立支援の観点に立ち目標指向型のサービスを提供する。リハビリテーションは在宅復帰・在宅生活支援の観点を重視し、短期・集中的なサービス提供を評価する。認知症ケアの充実や、在宅生活の継続を支える環境作りのために地域包括支援センターを中心に地域包括ケアのネットワークを活用し、小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問看護等の推進を行う。グループホームの質・機能の向上や認知症対応型通所介護、若年性認知症ケアなどの充実を図る。医療と介護の機能分化・連携の明確化を図るために医療が必要な要介護者のためにケアマネージメントにおける主治医との連携を進める。介護療養型医療施設については、療養病床のあり方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分担の明確化や在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設や生活重視型の施設などへの移行を図る。

介護予防の狙いは心身機能の改善や環境調整を通じて、個々の高齢者の活動レベルや役割レベルの向上をもたらす事により、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、生活の質の向上を目指す。

地域包括支援センターの中に医療サービスに対応する機能が組み込まれ、今までよりも医療系のサービスが十分に行えるようになる。しかし、地域包括支援センターには医師の参加が認められないために、地域包括支援センターを支援・指導する地域包括支援センター運営協議会に医師会が必ず参加し主治医をサポートする必要がある。主治医の役割は傷病に対する診断・治療の他に生活機能低下要因の評価と除去、外来患者の生活機能の把握（ハイリスク群の抽出）、日常生活の指導助言、状況に応じた関係機関の紹介、ケアマネや地域包括支援センター職員との連携などが新たに加わる。そのために老人基本健診の際に 25 項目のチェックリストが加えられた。

介護サービス計画の作成過程においてケアカンファレンスが行われるが主治医はここに参加する。この際に通院患者の情報提供として診療情報提供料（Ⅰ）を請求できる。

日本医師会は「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針（2004 年 11 月 2 日）」を発表した。1. 高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築として、（1）医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステムの構築　（2）在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化　（3）ケアマネージメントの徹底とケアマネージャーとの連携強化　（4）急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携推進。2. 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り、3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与である。

3. 医師会共同利用施設を巡る最近の動向について

日本医師会常任理事　青木重孝

本年、各郡市医師会宛にアンケート調査を行った。その結果から医師会共同利用施設の設立状況を地域別に見ると九州に多く見られる。特に病院に多いのが特徴である。施設の年次推移をみると病院数は伸びてきているが、訪問看護ステーションは横ばいかやや減少してきている。

病院を見てみると、2000 年以降に設立された医師会病院は 11 病院あるがその内の 10 病院は国立や公立病院からの移管であるのが特徴である。地域医療支援病院は現在 100 病院あるがそのうち 36 病院が医師会病院である。医師会病院総数 84 のうち 36 病院となる。84 病院にアンケートを行った。この内回答があったのは 68 病院であった。病院の運営方式は当然ながら医師会立が 53 病院、公設民営が 11 病院、その他 4 病院であった。医師会病院は共同利用施設の本丸である。しかし今回の診療報酬改正により地域医療支援病院の要件に変化が見られる。救急救命等に重点を置いた急性期入院医療を担える必要が出てくる。現在の医師会病院で地域医療支援病院として存続できるところは減少してくる可能性がある。経営状況は 2 年連続黒字が 41 病院、2 年連続赤字が 18 病院ある。医業利益率でみると、黒字を出しているのは慢性期病院であり、急性期ではほとん

ど黒字を出していない。特に急性期中心の地域医療支援病院では赤字となっている、これを病院の所在地、運営形態とから見ると黒字の医師会病院は地方、慢性期、医師会立で運営を医師会長か院長が行っている。逆に赤字の医師会病院は都市、急性期､公設民営で経営も合議制で行われている。

臨床検査・健診センターについては 178 施設にアンケートを行い、89 施設から回答を得た。民間検査会社へ業務委託を行っているのは 15 施設で民間委託導入後の経過をみると、売り上げ・利益ともに増加したのは 2 施設のみであった。今後診療報酬改定にともなう検査点数の引き下げを考えると経営はかなりの困難をともなうと考えられる。しかし地域の医師会員のためという原点に立ち戻って頑張ってほしい。

医師会共同利用施設を巡る諸問題についての協議

医師会病院関係

1. 島根県医師会

益田市医師会は平成 12 年に県・市からの要請を受け療養型医療施設を、16 年には回復期リハビリテーション病棟を整備し特殊疾患療養病棟を開設した。最近の動向を見ると療養病棟の評価の見直し及び介護療養施設の廃止、特殊疾患療養病棟の評価の見直し等の情報が見え隠れする。本来行政が取るべき施策を民間である医師会に丸投げしておいて、相次ぐ療養費のマイナス改定、さらには廃止とは到底受け入れられるものではない。今後大規模な投資をともなう事業は行うわけにはいかなくなる。もう少し事業者の事も考え、日本医師会は力になってほしい。

日医：介護型療養病床の廃止、医療型療養病床の診療報酬の 30％ダウンは受け入れられるものではない。1 回のみのアンケート結果を基にして決定されたのではたまらない。今後医療区分の問題については厚労省とも話し合っていきたい。しかし個々の問題についての対応はしかねる。行政とも話し合っていってほしい。

2. 島根県医師会

医師の偏在で地方の病院では常勤医師の確保が非常に困難になってきている。地方大学医学部の存在意義を再確認し、地方に残るための教育を徹底的に行っていただくよう日本医師会より要望してほしい。

日医：厚労省の第 5 次救急等確保対策委員会で、知事が公的病院に対して医師の確保を命ずる事ができるようになった。医療法人等の管理者への僻地勤務を義務付けるのは日本医師会は反対である。働き盛りの先生方が僻地に駆け込みで行っても一時的なもので、逆に都市部で医師不足が生じるだけである。それよりも学部の教育で僻地医療の魅力を伝えていきたい。

その他

3. 愛媛県

八幡浜医師会は医師会立双岩病院（精神科）を新築移転で設計段階にある。日医総研の建設セカンドオピニオン制度の採用により非常に参考になっている。建設の素人である医師会では、耐震性、手抜き工事、談合問題等は解り得ない。日医に建設の専門化がいるだけで建設業者からの不当な搾取から会員を守れる。建設オピニオン制度はぜひ続けていただきたい。

日医：廃止の予定はありません。今後も続けていきたい。

4. 佐賀県

公益法人制度改革の概要をみると、新たに認められた公益認定法人のみが非課税措置を受けられる。従来医師会共同利用施設は非課税扱いとされていたが、今後も医師会立共同利用施設は継続して非課税となる見込みでしょうか。

日医：非課税の 5 条件がありそれからすると難しい。しかし今後の事であり話し合っていきたい。

その他熊本県から、地域包括支援センター 1 か所に対し 1 つの地域包括支援センター運営協議会を立ち上げ、医師会・医師の意見が反映されるようにしたとの話もあった。

以上で今年の担当理事協議会は終了した。

平成 17 年度 山口県医師会囲碁大会
～囲碁大会を終えて～

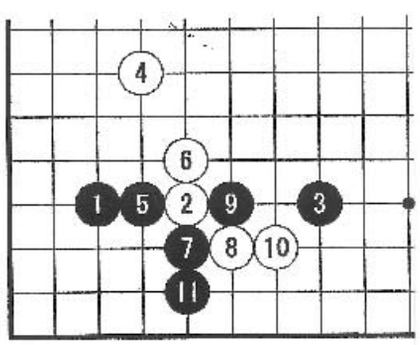
と　き　　平成 18 年 2 月 19 日（日）
ところ　　ホテルみやけ

［報告：徳山医師会　野間　慎朗］

医師会対抗の囲碁大会がいつものように 2 月 19 日、ホテルみやけで行われた。今回は山口市、萩市医師会が不参加で、8 チームの戦いであった。各チーム 5 名で、段級のハンディをつけ、スイス方式で行われた。結果は別表のとおり、1 位下松、2 位吉南、3 位岩国の各チームであった。各位の常なる研鑽と、当日の奮闘を称えたい。

さて、碁の別称はたくさんあるが、私は「手談」と言うのが好きである。黒石と白石がかわるがわる打たれるが、そのたびに「私はこのように攻めますよ!」「そんなら私はこのように守りますよ!」と石同士が言葉を交わしていると言うのである。初対面の人と碁を打っても、終わる頃には永年の友達のようになっている。中国、韓国はもとより、アメリカやヨーロッパでも大きな都市にはほとんど囲碁クラブがあり、電話で連絡して行くといつも歓迎される。言葉など日本語で充分である。友人を作るもっとも楽な方法なので碁を打つ方は、ぜひ試していただきたい。

第 1 回戦はクジ引きで徳山・防府の対戦となった。キャプテンの古賀勝五段と小生が対戦することになった。ニギッテあちらが先である。白の三手目で小目にある黒石に一間高にかかり、二間高バサミ、大ゲイマに受けた白に対し、小目の黒石が並びハネた白を切って来るやや強引な定跡である。古賀五段とは初対面であった。温厚そうな外見と違ってこれはなかなか烈しい方だ。十数手の応酬の後、疑問手があって白石が死んでしまった。序盤から参ったなあと思っていると、どうした事か相手は手を抜いて、上辺に黒石を打った。俺の読み違いか、何度も見直して見たが手は抜けはない。白の一石を加えることで数目の黒石が死に、白石は生き返った。しかも死んだ黒石は要石である。白に弱い所はない。もうこの試合は貰った。強敵に勝ったと思った途端に手が縮んでしまった。時間もだいぶ使っている。あちらでもこちらでも黒は勝負手を放ち、終わってみれば小生の大敗であった。見損じから劣勢になっても少しもあわてずじわじわと押し返してくる迫力は素晴らしかった。将来は医師会の本因坊も夢ではあるまい。



午後に対戦した小野田の村上紘一七段は県代表にもなられる実力派である。二子置いて胸を借りたがとても勝負にならなかった。

碁を打っていると、その盤面が宇宙である。他所は見えない。他に多くの熱戦があり、終わって新しい友人ができたことと思う。

特筆すべきことは、下松の池田昭彦五段の 4 連勝であろう。昨年の成績は 1 勝 3 敗であった。この 1 年間、チームを鍛え、下松チームの優勝

別表

	岩国市	下松	宇部市	下関市	小野田市	防府	吉南	徳山	
岩国市		2			③		2	④	2
下松	③		③	③			④		4
宇部市		2		1	③	③			2
下関市		2	④			③	1		2
小野田市	2		2			2		④	1
防府			2	2	③			2	1
吉南	③	1		④				③	3
徳山	1				1	③	2		1

の原動力になった。

来年の再会を約して別れたが、この会にも問題点がないわけでもない。その最大のものは参加者の高齢化である。不参加の医師会が増えたのも若手の碁愛好者が少ないためであろう。脳の活性化に役立ち、多くの友人との親睦を深め、しばし仙境に遊ぶ碁を多くの若手医師に楽しんでもらいたい。

メディカルトピックス
Medical Topics

ジェネリック医薬品

編集委員　薦田　信

はじめに

ジェネリック医薬品ってご存知ですね。高橋英樹や黒柳徹子のテレビコマーシャル､見ましたか。

先発医薬品（先発品）の特許期間満了後に発売される成分や規格などが先発医薬品と同じ製剤で、後発医薬品（後発品）のこと。有効成分の一般名（generic name）での処方が多いため、ジェネリック医薬品とも呼ばれる。また、先発品の特許切れ直後に、ゾロゾロと出てくる後発品という意味で「ゾロ」とも称され、一段下に見られている状況があった。

国民医療費の節減の切り札の一つとして期待されている。日本の総医療費30兆円の約2割、6兆円強を薬剤費が占めている。これを代替可能なジェネリック医薬品に変更すれば、年間1兆円の薬剤費が削減される（医薬工業協議会調べ)。

2006年4月からの診療報酬改定では、ジェネリック医薬品の使用促進のための環境整備が下記のように示されている。

先発医薬品の銘柄名を記載した処方せんを交付した医師が、後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくするため、処方せんの様式を変更し､「備考」欄中に新たに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設ける。

要するに、ジェネリック医薬品の使用について､「代替調剤」を視野に入れた様式となる。ただし、処方医が処方した先発医薬品の部分について、ジェネリック医薬品に変更することに差支えがあると判断した場合は、その意思表示として、「処方」欄に記載されている当該ジェネリック医薬品の銘柄名の後に「後発医薬品への変更不可」と記載する。

実は2002年4月にも診療報酬改定で、一般名処方あるいはジェネリック医薬品を処方した場合に、処方料を2点高くし、ジェネリック医薬品の情報提供を行った保険薬局にも品質情報提供加算として10点がつくなど、ジェネリック医薬品の使用促進策がとられ、現在に至っている。

日本でジェネリック医薬品が普及しないのは

2005年9月の選挙で大勝した小泉自民党は、そのマニフェストに「患者負担の軽減等のため、ジェネリック医薬品の使用促進を図る」と掲げている。

しかし、日本でのジェネリック医薬品の国内シェアは、1994年の7.4％から徐々に増加したが、2005年16.4％にとどまっている。

米英など先進国ではすでに50％を超えている。WHOも、ジェネリック医薬品の公益性に注目し、その使用を促進しているが、日本はジェネリック医薬品の使用については後進国といえる。

ジェネリック医薬品が日本で伸び悩んでいる背景には、日本人のブランド志向、名前に対する安心感は薬の世界にも根強く、大手メーカーの薬にこだわる医師、患者が少なくないことが、第一にあげられよう。

また、欧米では普及している一般名処方や代替調剤が、日本では普及していないこともある。米国では薬剤師による代替調剤がほぼ全州で認められている。さらに、医療保険会社がジェネリッ

ク医薬品の処方を奨励している。患者も低価格のジェネリック医薬品の処方を希望する場合が多い。

さらに、調剤薬局の普及によって薬価差益を意識しなくなり、ジェネリック医薬品使用に対するインセンティブがなくなったこともある。

次のような医師会員の意見もある。

「製造管理や品質管理に不安」

「情報の収集・提供体制が不十分」

「自院の評判が落ちる」

「最近は患者さんも勉強しており『先生、これは一流品ですね』といって安心するヒトさえいる」。

ジェネリック医薬品の価格設定

一般に新薬の開発と承認審査までには、新規物質の創製から動物での試験、治験等、さまざまな過程を経なければならない。この間 10 年以上の歳月と、このための費用は 250 億円を超えるとも言われている。小泉首相主宰の「バイオ戦略会議」で、新薬の審査・登録に関する規制を緩和し、欧米並みに最短 3 年にする。

ジェネリック医薬品は、製品の品質の安定性と先発品との生物学的同等性を証明する試験を行い、厚生労働省の基準をクリアーすれば製造承認を受けることができる。一般に 3 ～ 4 年の期間と数千万円の開発費が必要とされる。

このように、ジェネリック医薬品は新薬と比べて開発費用や申請データが少なくてすむので、薬価は先発品の 4 ～ 8 割と定められている。

1990 年代には、ジェネリック医薬品の多くが大幅な安値で取引され「薬価差益」を招く結果になった。例えば抗不整脈剤が先発品 120 円、後発品 10 円（7.4%）。

医薬品の製造を行うものが守るべき要件を定めた基準が「医薬品の製造管理及び品質管理に関する基準：GMP（Good Manufacturing Practice）」。後発品メーカーのうち一社でも粗悪品をつくることがあれば、すべての後発品メーカーの打撃となるから、業界の自浄作用が期待される。

ジェネリック医薬品の今後について

2003 年から DPC が導入された特定機能病院では、包括部分医薬品のジェネリック化が進んでいる。医薬品がかつての薬価差益を生むプロフィット品から、今や完全にコスト品目へと転換した。

CT の造影剤をジェネリック医薬品に置き換え、年間 2000 万円の経費節減効果の N 病院や、東京都内のある病院では年間 30 億円の注射剤を一部ジェネリックに置き換え、年間 5 億円のコストカットに成功した。

以上のように造影剤や注射剤など患者の目に直接触れにくい部門では、今後ともジェネリック化が進んでゆくと考えられるが､内服薬に関しては、ジェネリック医薬品に対する文化的な抵抗感があるため、欧米諸国並みになるのは難かしいのではないか。

ジェネリック医薬品のさらなる市場拡大のための課題は、①品質　②安定供給　③情報の 3 つに集約される。積極的な設備投資や MR 機能強化、情報提供強化によって、ジェネリック医薬品のシェア 50%になるときが来るかもしれない。

一方、新薬開発メーカー側から見れば、苦労して新薬開発に成功しても、高価格で市場を確保し続けることができるとは限らないし、新薬開発メーカーが開発する新規医薬品は多くの研究者、開発従事者の情熱と叡智の賜物である。ジェネリック医薬品の普及によって、開発に再投資しようという新薬開発メーカーのインセンティブを奪い、国際競争力低下になれば、日本経済にとって不利になる懸念がある。

国際競争力のある総合的なメガファーマや、世界でオンリーワンと言われるようなスペシャリティファーマを育てることも望まれる。

さて、先生方はどちらを処方されますか。

県医師会の動き

副会長

木下敬介

2 月 16 日の衆議院予算委員会での質問が発端となった「堀江送金指示メール」は、「ネタ元」や「ガセネタ」などのいささか品格のない言葉が飛び交った末、28 日には仕掛けた民主党の全面謝罪、3 月 1 日には「メールは偽物」と断定されて騒ぎは下火となった。しかし、最も重要なライブドア事件・耐震強度偽装事件・米国産牛肉問題・防衛施設庁談合事件の 4 点セットについての自民・民主の攻防は、うやむやのうちに影が薄くなり期待はずれに終わってしまった。ちょっとしたきっかけで流れが大きく変わることはよくある。それにしても、最大野党である民主党の勢いが急にしぼんで見えるのが気がかり。

3 月 3 日から始まった「ワールド・ベースボール・クラシック（WBC）は、韓国に 2 連敗し準決勝進出がほぼ絶望的となったが、米国がメキシコに敗れたため息を吹きかえした。準決勝では三度目の正直、韓国に快勝。そして 3 月 21 日の決勝戦では、キューバを破ってワールドチャンピオンの座に。快挙。「ニッポン、元気」で国内が喜びに沸きかえった。イチローをはじめ各選手の語録もいい。特に「日の丸を背負って」という言葉には感銘。ところで、日本の優勝への流れを変えたのは、米国審判の誤審がきっかけになったとの解説もあった。

日医会長選挙への動きが次第に激しくなっている。お互いの陣営の批判や批難なども飛び交い、情報も錯綜して泥仕合の様相を呈してきた。2 期目の会長選挙はないはずなのに、その流れを変えたきっかけは何だったのだろうか。昨年の衆議院選挙において、「政権与党を支持する」ことを明確に表明しなかったのが一因ではないかという噂もある。

この 1 か月間、福島県の産婦人科勤務医の業務上過失致死及び医師法違反に対する逮捕（2 月 18 日）・起訴（3 月 10 日）のニュースは、医療界に大きな波紋を拡げつつある。

3 月 2 日（木）、**郡市医師会成人・高齢者保健担当理事協議会**。平成 18 年度老人保健事業について、2 月 24 日付けで日医より通達があった内容を郡市医師会へ周知させるため、急遽、臨時に開かれた会議。保健事業の概要について県高齢福祉課から説明を受けたが、郡市医師会の担当理事から強い不満の声があがった。すでに市町村から説明を受けている郡市医師会もあり、改正介護保険法の実施と絡めた 4 月からの新しい老人保健事業はかなり繁雑な内容になっており、予算折衝についてもすでに予算決定した段階での交渉では埒があかないという不満。つまり情報が遅いということ。厚労省から日医への正式通達は 2 月 17 日付けとなっているので確かに遅い。県医師会としては、「不満だろうが、老人保健事業は地域医療・保健の重要な位置を占めているゆえ、しっかり対応されたい。内容の吟味や情報の遅れについては日医を通じて厚労省に問い糾す」というしかなかった。このことは必ず日医へ伝えたい。

3 月 4 日（土）、**自浄作用活性化委員会**。平成 17 年度より設置され、今回が 3 回目の会議。会長より諮問のあった「山口県医師会の自浄作用活性化を目指した具体的方策について」に対して河合伸也委員長より答申。内容は自浄作用活性化推進体制の確立、苦情相談窓口の充実強化、生涯教育研修等の充実・参加促進、県民啓発と情報提供・公開、非会員対策の 5 項目からなり、不正行為等への対応マニュアルがつけ加えられている。日医も平成 17 年 11 月に「自浄作用活性化推進に向けて」のハンドブックを会員に配布しているが、この中には岩手・神奈川・山口・香川の各県医師会の自浄作用活性化委員会規定が紹介されている。つまり、この時点できちんとした委員会を設置しているところは 4 県医師会だけ。

3 月 6 日（月）、**都道府県医師会社会保険担当理事協議会**（日医）に西村常任理事、萬・加藤各理事が出向。4 月からの診療報酬改定の内容に関する伝達説明会で、このことについては 3 月 16 日の**郡市医師会保険担当理事協議会**において郡市医師会の担当理事にしっかりと伝えられた。

3 月 9 日（木）、この日は 15 時から 4 つの会議が同時に開催。**小児救急対策協議会**（平成 17 年度第 2 回）では、平成 17 年度の小児救急医療電話相談事業が順調に行われたことの報告と平成 18 年度事業計画について協議。この事業に対して平成 18 年度も県から 1,000 万円を超える助成がある。話題となっている小児科・産科医師確保についても情報交換。山口県における平成 18 年度小児救急医療関係事業に対して電話相談事業以外に国・県・市町村から総額約 1 億 900 万円の予算計上のあることが示された。

もうひとつ、**保険委員会**。平成 16 年度から個別指導における指導医については、医師会の現職の役員は委嘱されない。保険委員会は従来どおり指導医による委員構成とし、個別指導に関して指導医と県医師会との連携を図ることとなった。今回は平成 17 年度 2 回目の委員会で、本年度の個別指導 53 医療機関（診療所 46 件、病院 7 件）及び監査 1 医療機関（診療所）の計 54 件についての報告と、個別指導における問題点の改善への対応を協議。

この日の夕刻、**診療情報提供推進委員会**。診療情報提供推進事業の一環として県医師会内に相談窓口を設置し、平成 13 年度より県民の医療相談に応じてきた。平成 16 年度は県庁内に医療安全支援センターが設置されて同様の相談を受け付けるようになったためか、相談件数は半減したが、平成 17 年度は 57 件と倍増。相談内容は医療機関従事者の接遇、特に医師の接遇に対する苦情が多い。苦情が医事紛争に繋がらないよう対応していきたいもの。

3 月 11 日（土）、**専門医会懇談会**。ある郡市医師会長からの提案を受けて、最近の医療を巡るいろいろの問題に対して、山口県内の 9 専門医会と県医師会との意見・情報交換を目的とした初めての会議。まず、各専門医会の現状と課題について情報交換し、学校・地域保健連携推進事業、医師確保対策、専門医会・医師会の連携等について協議。その中で、診療報酬改定、地域医療・保健における医師会との連携、産科・小児科・麻酔科医師の不足、新医師研修制度の問題点、医師の過重労働、産婦人科勤務医逮捕のニュースなどについて熱心な意見交換があり、医学会特に専門医会と医師会の連携が必要であることが共通認識された。この会議は今後も継続される方針。

3 月 13 日（月）、17 時より山大医学部霜仁会館において、**臨床研修に関する懇談会**。山口県医師会主催による、これも初めての会議。新医師研修制度も 2 年を経過して、もうすぐこの制度による新しい医師が誕生する。しかし、この制度によって大学医局の弱体化、地域医療における医師の偏在化・専門科の偏在化が顕著になる問題点も見えてきた。その問題意識を共有する目的で、研修医・医学生、指導医、附属病院長・臨床研修センター長と山口県医師会とによる懇談が行われた。40 名を超える研修医・医学生が集まってくれて、彼等からも多くの意見や考え方を聞くことができた。今後の対応に役立てたい。

3 月 16 日（木）、本年度最後の**第 22 回理事会**。次期役員会務分担、平成 18 年度山口県医師会予算等について最終確認。理事会のあと、退任される上田副会長と小田監事に対するささやかな送別会が役員だけで行われた。これまでのご尽力に感謝。

3 月 20 日（月）、**三師会懇談会**。山口県歯科医師会・薬剤師会・医師会による毎年恒例の懇談会。今回の担当は歯科医師会。

3 月 23 日（木）、**医療保険関係団体九者連絡協議会**。今回は山口県薬剤師会の引き受け。各団体からそれぞれ懸案事項の説明があり、情報交換。山口県医師会から 3 つの協議題を提出。医療保険について 9 関係団体もが集まって協議する会議は、全国的にもあまり例がないそうな。

とにかく年度末の 3 月は会議や会合が多い。役員任期の切れる年度末はなおさら。特にこの度は日医の会長選挙とも絡んで日医代議員に対する両陣営からの引っ張りまわしもあって、藤原会長は気の休まる暇もなかったに違いない。山口県医師会は選挙もなく藤原執行部はほとんど現体制のままで 2 期目を迎えることになる。それにつけてもこの 1 期 2 年間、山口県医師会は日医の委員会への出向、行政との折衝、署名運動、医政活動等、どれをとっても他の都道府県医師会に決して引けをとってはいない。また新たなる気構えで、次期 2 年間、前期以上に役務を果たしていきたいものだ。

この号が届くのは、桜も散って春うららかなころ。最近、武士道精神の復活を説く本がよく売れているそうな。その武士道の源流をたどれば、奈良時代の大伴家持にまで遡ることができるという。彼は武人であると同時に文人（歌人）でもあった。その家持が、「春うららかなれど、まわりを思えば独りこころ悲しいことばかり」という心境を詠んだ一首とか。

うらうらに照れる春日に雲雀上がり
情悲しも独り思えば

次号より、「県医師会の動き」は三浦副会長が担当。

理事会　第 20 回

2 月 23 日　午後 4 時～ 8 時

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

協議事項

1　山口県医師会新役員について

午後 3 時から開催された第 152 回代議員会において次期役員等の選挙が行われ新役員が決定。また、会長より 7 名の常任理事が指名され、そのうち 1 名を専務理事に指名した。

2　平成 18 年度事業計画について

各常任理事より新規事業を中心に事業計画案の説明があり協議、次回理事会で再検討。

3　平成 18 年度予算について

事業計画に基づき、予算編成することとなった。

4　警察や検察等捜査機関から患者の状況について紹介や事情聴取があった場合の対応について

県医師会が当該医療機関医師と県警の仲介役にという提案がなされたが、今まで通り個人の責任において個人情報の適切な取扱のための GL に則り行うこと、問題が発生すれば県医師会へ情報提供をすることになった。（吉本）

5　医療保険関係団体九者連絡協議会の提出議題について

3 月 23 日、県薬剤師会の担当により開催される。提出議題について協議した。（西村）

6　行政処分を受けた医師に対する再教育プログラム立案のための教育ワークショップについて

厚労省医政局長から日本医師会に対し協力依頼があり、医師の再教育が医師会の関与なしに実行されることは適切ではないとの判断から、日医において協力することを決定。これを受け参加者の推薦依頼があったもの。大学病院・公的病院へ募集通知を発出することに決定。（吉本）

7　会員へのインターネット利用に関するアンケート調査について

今後の IT 化推進のための情報収集に活用するため会員実態アンケート調査実施が協議され、了承。

人事事項

1　岩国・山口刑務所視察委員会委員について

昨年 5 月、刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律が制定され、本年 5 月 24 日までに施行される。同法において、法務大臣の諮問機関として設けられた行政改革会議の提言を受け、刑務所、拘置所等の刑事施設の運営について、その実情を把握した上で刑事施設の長に対し国民の常識を反映した意見を述べる仕組みとして、「刑事施設視察委員会」を設置することとされている。岩国刑務所及び山口刑務所より委員の推薦があり、村山正毅（岩国）と上田尚紀（山口）をそれぞれ推薦することに決定。

2　山口県予防保健協会役員・評議員について

役員に藤原会長及び濱本常任理事、評議員に三浦専務理事及び小田理事を推薦することに決定。

3　平成 18 年度小学校・中学校・高等学校養護教諭新規採用者研修講座の講師の推薦について

毎年講師を派遣、担当常任に一任。

報告事項

1　山口県看護職員確保対策協議会（2 月 2 日）

向後 5 年間の需給見通しについて公表された。（田中）

2　社保・国保審査委員連絡委員会（2 月 2 日）

12 の議題について協議した。（西村）

3　広域予防接種運営協議会（2 月 2 日）

ポリオ予防接種及び BCG 並びに 18 年度広域予防接種標準料金等について協議した。（濱本）

4　郡市広報担当理事協議会（2 月 2 日）

各郡市医師会の対外広報への取り組みについて、事前アンケートをもとに意見交換した。（加藤）

5　山口県介護保険研究大会第 4 回実行委員会（2 月 3 日）

研究大会の総括及び 18 年度の研究大会について協議した。大会は 18 年 12 月 17 日（日）開催予定。（佐々木）

6　日医勤務医委員会（2 月 3 日）

日医ニュース掲載記事の協議、会長諮問に対する答申等についてフリーディスカッションが行われた。（三浦）

7　顧問弁護士・医事案件調査専門委員合同協議会（2 月 4 日）

本年度発生した事案及び過去発生し係争中の事案について、各弁護士からの経過報告、今後の検討を行った。説明義務違反による紛争事案が増えてきている傾向にある。（吉本）

8　新型インフルエンザ研修会（2 月 5 日）

県の行動計画を名越健康増進課長が説明。「新型インフルエンザの備え」と題して中瀬岡山保健所長の講演があった。参加者 900 名（その内医師 67 名）（杉山）

9　広島国税局と中国地区医師会役員懇談会（2 月 8 日）

医療機関における消費税の課税範囲について等 8 題の質疑が行われた。（正木）

10　都道府県医療関係者担当理事連絡協議会（2 月 9 日）

会長挨拶の後、青木担当常任理事から看護職を巡る最近の動向についてと題し、厚労省検討会・三位一体の改革・医療関係者対策委員会の報告がなされた。平成 22 年の各都道府県別の需給見通しについては、バラツキが生じている。（田中）

11　学校・地域保健連携推進事業第 3 回連絡協議会（2 月 9 日）

専門家派遣事業及び専門医相談事業並びにスキルアップ研修の報告後、総合評価を行った。18 年度の事業計画案について協議した。（杉山）

12　山口県周産期医療協議会（2 月 9 日）

医療センターの動向及び研修会の報告並びに母体・新生児救急搬送状況の報告後、母体・新生児救急搬送マニュアルの改訂について協議した。（藤野俊夫）

13　保険集団指導（2 月 9 日）

15・16 年度に未出席の保険医療機関及び病院勤務医（保険医）を対象として実施された 2 回目のもの。診療所 50 機関から 57 人、病院 77 機関から 187 人の出席者があった。（西村）

14　社会保険事務局との協議（2 月 9 日）

18 年度の個別指導計画等について事前協議を行った。（西村）

15　地域医療計画委員会（2 月 9 日）

第 5 次県保健医療計画（骨子案）及び 18 年度の事業計画案について審議した。（弘山）

16　医事案件調査専門委員会（2 月 9 日）

病院 2 件、診療所 1 件の事案について審議した。診療所 1 件の再審議を行った。（吉本）

17　都道府県生涯教育担当理事連絡協議会（2 月 10 日）

生涯教育関連事項及び生涯教育推進委員会並びに宮崎県・東京都・石川県・岩手県、熊本県・京都府、大阪府医師会から活動事例報告があった。（田中）

18　生涯研修セミナー（2 月 12 日）

役立つシリーズ：便通障害と視野からわかることとミニレクチャー 2 題と特別講演「認知症を地域で支える：かかりつけ医の役割」と題して東京都老人総合研究所精神医学研究部長本間先生の講演があった。午後、「臨床医に役立つ救急医療の

知識と技術」のシンポジウムを開催した。参加者 172 名。（三浦）

19　勤務医部会総会（2 月 12 日）

17 年度の事業報告、18 年度事業に対する要望についての協議がされた。（三浦）

20　山口県環境審議会水質部会（2 月 15 日）

18 年度公共用水水域水質測定計画案及び地下水の水質測定計画案について協議した。（事務局）

21　山口県感染症健康危機管理対策協議会結核・インフルエンザ部会（2 月 16 日）

新型インフルエンザ対策及び予防接種対策並びに結核対策について協議した。（杉山）

22　山口県感染症健康危機管理対策協議会エイズ部会（2 月 16 日）

エイズの現状及びエイズ対策の報告後、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」の主な改正概要の説明があった。（杉山）

23　性教育実践調査研究委員会（2 月 16 日）

義務教育諸学校の性教育の実態調査報告後、家庭用リーフレット及び来年度に向けて「性教育に係る冊子」を配布できることを目標に協議した。（田村晴代）

24　個別指導：岩国地区病院（2 月 16 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）

25　李　啓充先生講演会・座談会（2 月 16 日）

「市場原理主義と医療：米国の失敗から学ぶ」と題して講演と座談会が開催され、大変好評であった。詳細は本号掲載。（加藤）

26　第 2 回山口県訪問看護推進協議会（2 月 17 日）

在宅医療モデル事業の実態調査報告後、意見交換があった。（事務局）

27　日医自浄作用活性化委員会（2 月 17 日）

最近の情勢について意見交換した。（藤原）

28　日医学校医講習会（2 月 18 日）

午前中、「最近の学校健康教育行政の課題について」文部科学省スポーツ・青少年局体育官戸田先生と「受動喫煙の防止と学校敷地内禁煙」医師会の立場・医学的立場から講演があった。午後「食育について」神奈川県立保健福祉大学中村教授と「学校・地域保健連携推進事業実施の問題点：専門校医普及のために」ついてシンポジウムが開催された。（杉山）

29　生涯教育委員会（2 月 18 日）

18 年度のセミナーの予定について協議した。地域での開催候補地は、19 年度：萩市、20 年度：宇部市に決まった。（三浦）

30　山口県自動体外式除細動器普及促進協議会（2 月 18 日）

AED 心肺蘇生法講習会及び研修会・講習会開催の課題・問題点並びに来年度の事業計画・予算案について協議した。（佐々木）

31　主治医意見書記載のための主治医研修会（2 月 19 日）

「改正介護保険について」鶴田介護保険室長、「ケアマネと医師との連携について」松永介護支援専門員連絡協議会長、「急性期病院と退院前ケアカンファレンスについて」山脇尾道市立市民病院副院長の講演があった。参加者 124 名（弘山）

32　在宅医療推進実地研修会（2 月 19 日）

「これからの在宅緩和医療：末期癌在宅医療 10 年の経験から」岡原おげんきクリニック院長、「在宅化学療法の現状と問題点」高橋東京都立駒込病院外科医長、「在宅医療実地スキルの紹介」テルモ㈱の講演があった。講演後デモンストレーションを開催した。参加者 78 名（弘山）

33　日医乳幼児保健講習会（2 月 19 日）

午前中、「IT 時代と子どもの人格形成」柳田ノンフィクション作家・評論家と「母子保健をめぐる最近の動向」佐藤厚労省雇用均等・児童家庭局

母子保健課長の講演があった。午後テーマ「小児救急体制の新たな動き」としてシンポジウムが開催された。（濱本）

34　中国四国医師会連合常任委員会（2 月 19 日）

次期日本医師会役員選挙について協議。会長選挙については、現段階では意見の相違が大きく、意見をまとめることができなかった。両候補者に対して質問状を作成しその回答をみて判断することとなった。（三浦）

35　生涯研修セミナーシンポジスト打合会（2 月 20 日）

4 月 23 日開催のシンポジウムのテーマ：アスベスト暴露と健康被害、またシンポジストの演題が決まった。（田中）

36　山口県社会保険診療報酬支払基金幹事会（2 月 22 日）

社会保険診療報酬支払基金事業指針案（18 ～ 20 年度）等について報告があった。（藤原）

37　健康やまぐち 21 推進協議会（2 月 22 日）

21 計画中間評価・見直しの概要及び 18 年度における健康づくり対策について協議した。（上田）

38　山口県医療審議会保健医療計画部会（2 月 21 日）

第 5 次県保健医療計画（案）について審議した。（佐々木）

39　山口県医療審議会医療法人部会（2 月 21 日）

医療法人の設立認可 4 件、医療法人の解散 3 件が承認された。（藤原）

40　山口地方社会保険医療協議会（2 月 22 日）

医科：新規 1 件が承認された。（藤原）

41　山口県組織再編について

県政集中改革の取り組みとして、「県庁機構改革の指針」に沿った組織再編が行われることとなり、健康福祉部関係部分の報告があった。

理事会　第 21 回

3 月 2 日　午後 5 時～ 6 時

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

協議事項

1　平成 18 年度事業計画・行事予定について

各常任理事より新規事業を中心に事業計画案の説明があり協議、次回理事会で再検討。

2　平成 18 年度予算について

事業計画に基づき、予算編成することとなった。

3　平成 17 年度事業報告について

事業報告の内容について確認することとなった。

4　医学功労賞の選考について

表彰規程第 2 条第 4 号により、「柳井医師会史編纂委員会」に決定。6 月 11 日（日）長門市で開催の山口県医師会総会で表彰される。

人事事項

1　山口労災保険診療委員会委員について

山口労働局より推薦依頼があり、現委員の留任が承認された。

報告事項

1　個別指導：下関地区病院（2 月 23 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）

2　認知症サポート医養成研修会（2 月 25･26 日）

国立長寿医療センターで、介護保険制度改正と認知症対策及びかかりつけ医の対策向上研修基礎編・診断編・治療編並びにサポート医の役割とかかりつけ医研修・連携編の研修会が開催され、県

医役員 3 名（三浦、佐々木、湧田）が参加した。
（湧田）

3　第 2 回国体宿泊･衛生専門委員会（2 月 28 日）

岡山県での宿泊・衛生の実績について報告。宿泊基本方針案及び医事・衛生基本方針案並びに 18 年度事業計画について審議した。　（事務局）

4　都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会（3 月 1 日）

日医介護保険委員会嶋田委員長より介護保険委員会答申の報告。介護保険制度改正にともなう報酬改定等について厚労省老健局三浦老人保健課長及び介護報酬改定等について野中常任理事の講演があった。講演後質疑応答があった。　（弘山）

5　山口県病院協会との懇談会（3 月 1 日）

今後の連携等について意見交換した。　（三浦）

6　編集委員会（3 月 2 日）

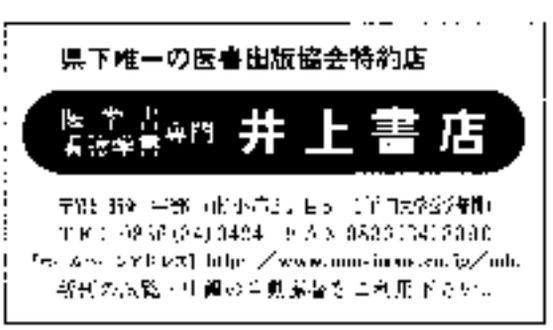
主要記事（新シリーズ）掲載予定、ホームページ等について協議。　（加藤）

7　会員の入退会異動報告

山福株式会社取締役会

1　株式譲渡承認請求について

18 年 3 月末をもって解散する社団法人阿武郡医師会より株式譲渡請求書が提出され、会員の異動先である社団法人山口市医師会及び社団法人萩市医師会に譲渡することが承認された。



理事会　第 22 回

3 月 16 日　午後 5 時 5 分～ 6 時 50 分

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

議決事項

1　第 153 回定例代議員会の付議事項について

4 月 27 日（木）開催の定例代議員会における提出議案を決定。

協議事項

1　理事会会務分担について

18 年度からの会務種別と担当役員が協議された。

2　自浄作用活性化を目指した具体的方策の答申の取扱いについて

3 月 4 日の自浄作用活性化委員会において最終協議がされ答申がまとめられた。18 年度郡市医師会長会議等において協議し、具体的に取り組んでいくことになった。

3　山口県医療系廃棄物協同組合への対応について

平成 18 年 6 月頃設立予定の山口県医療廃棄物処理協同組合と山口県医師会との連携により、適正な医療系廃棄物収集運搬業者の会員への公表等についての取り組みをすすめ、会員の医療廃棄物の適正かつ円滑な処理を支援することを協議した。郡市担当理事協議会においても協議する。

4　中国四国医師会連合総会各分科会提出議題について

5 月末に開催される中国四国医師会連合総会の各種分科会（第 1：介護保険、第 2：医療保険、第 3：地域医療、第 4：医業経営）の提出議題について協議した。

5　平成 18 年度山口県医師会予算について

18 年度の会務種別の変更が行われたことに伴い、科目の変更が行われ、承認。

6　第 114 回日本医師会定例代議員会質問事項について

福島県で起こった産婦人科医逮捕に対する日医の対応に関する件と基本健康診査の変更にかかわる日医の対応についての 2 件を、中国四国医師会連合委員長（香川県医師会長）に提出することとなった。

報告事項

1　山口産業保健推進センター運営協議会（3 月 2 日）

今年度の事業報告。18 年度事業計画案について協議した。アスベスト問題が中心となる予定。（藤原）

2　郡市医事紛争・診療情報担当理事協議会（3 月 2 日）

日医で開催の医事紛争担当理事連絡協議会の報告、17 年度受付の事故報告と事故の未然防止、窓口相談事例について説明、報告した。（吉本）

3　郡市成人高齢者保健担当理事協議会（3 月 2 日）

18 年度の老人保健事業及び県医糖尿病対策推進委員会の設立について協議した。（田中）

4　17 年度臨床検査精度管理調査報告会（3 月 3 日）

過去最高の 2,974 施設の参加があった第 39 回臨床検査精度管理の調査報告①統計学的分析　②臨床化学検査　③血清学検査　④血液学検査　⑤測定装置利用の動向　⑥総括　⑦総合討論が行われた。また、事前に 21 題の質問が寄せられ、委員が回答を行った。（上田）

5　自浄作用活性化委員会（3 月 4 日）

諮問事項「山口県医師会の自浄作用活性化を目指した具体的方策について」に対する最終協議を行い、答申をまとめた。（三浦）

6　体験学習「神経内科」（3 月 5 日）

山大医学部神経内科学講座の協力により、神経診察法と神経画像診断の講義 2 題及び神経診察法の実際について実技指導があった。（田中）

7　都道府県医師会社会保険担当理事連絡協議会（3 月 6 日）

4 月 1 日より実施される社会保険診療報酬点数改正等の説明のための連絡協議会が開催された。3 月 16 日に郡市担当理事へ伝達を行った。（西村）

8　都道府県共同利用施設担当理事連絡協議会（3 月 8 日）

①医師会共同利用施設検討委員会の審議経過、②介護保険法の改正と医師会共同利用施設への影響、③医師会共同利用施設を巡る最近の動向についての報告、医師会共同利用施設を巡る諸問題についての協議がされた。質疑では、療養病床問題等が取り上げられた。（田中）

9　第 2 回山口県保険者協議会（3 月 8 日）

保険者協議会専門部会（企画調査部会、保健事業部会）の 17 年度事業報告と最近の情勢報告がされ、18 年度保険者協議会事業計画・予算が協議、承認された。（杉山、事務局）

10　山口県准看護師試験委員会（3 月 9 日）

平成 17 年度准看護師試験の合格者の決定、行政処分について協議された。（西村）

11　郡市生涯教育担当理事協議会（3 月 9 日）

日医連絡協議会の報告。18 年度事業計画及び日医「認定証」取得者の県医ホームページ掲載について協議した。（三浦）

12　小児救急医療対策協議会（3 月 9 日）

17 年度電話相談件数の報告。18 年度電話相談事業計画について協議した。（弘山）

13　保険委員会（3 月 9 日）

17 年度個別指導の指摘事項について各指導担当委員から報告、協議した。（西村）

14　診療情報提供推進委員会（3 月 9 日）

会長から、医療への国民の監視は年を追うごとに高まっており、医療不信への高まりとして現れていると挨拶。

つづいて 17 年度の本会相談窓口受付事例について、相談内容及び処理結果について報告、意見交換を行った。今年度の受付件数は 57 件、医療機関従事者の接遇、特に医師に対する苦情件数が突出していた。（吉本）

15　弘田公弁護士山口県選奨受賞祝賀会（3 月 11 日）

永年の自治功績により山口県選奨を受賞された。盛会であった。（藤原）

16　学会等の寄付要請基準について

医療用医薬品製造販売業公正取引協議会より、18 年 4 月 1 日より学会等の会合開催費用の寄付要請にあたっての自己資金割合を変更するとの説明があった。詳細は文書にて郡市医師会に通知する予定。（事務局）

医師国保理事会　第 15 回

1　選挙規定の一部改正について

阿武郡医師会が 3 月 31 日をもって解散することから、選挙規定第 3 条の一部（選挙区と議員数）の改正が協議された。

2　理事長・副理事長・常務理事の互選について

山口県医師会役員の改選に伴い、医師国保組合の役員も改選されることから、理事長・副理事長・常務理事が互選された。

3　傷病手当金の支給について

1 件について協議、承認。

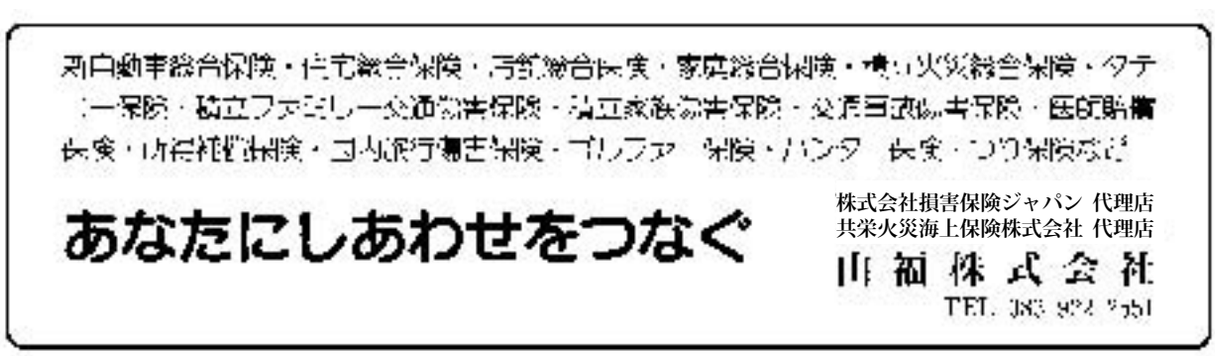
山福株式会社取締役会

1　期末決算日程等について

期末決算等に関する日程並びに 3 月末収支予定状況の説明があり、利益処分に関し、配当金の支払いについて決定。

2　取締役・監査役辞任に伴う選任について

取締役 1 名、監査役 1 名から辞任の申し出があり、変更及び就任について協議。5 月開催の株主総会議題とすることとした。



勤務医のページ

大学病院における卒後臨床研修の意義

山口大学大学院情報解析医学系上皮情報解析医科学（泌尿器科）　松山豪泰

卒後臨床研修が必須化され、早２年が経とうとしています。以前より大学病院での臨床研修の意義については疑問の声が多く、はては大学病院ではまともな卒後臨床研修はできないという暴論まで出る昨今です。しかし本当に大学病院では満足な臨床研修はできないのか？さらに２年間の初期研修が終了後に研修医がどのような道を選ぶべきか？ということについて私なりの意見をのべさせていただきます。

1. 大学病院では満足な臨床研修はできないのか？

大学病院では十分な臨床研修ができないという意見の根拠として、①特殊な疾患に偏っているため、臨床研修で習得すべきいわゆる common disease がほとんどない、②一般病院に比べ症例数が少なく経験できる検査、手技などが十分でない、などがあります。たしかに研修医が経験する症例数が一般病院に比べ、少ないことは否めません。また医師になって２年間に多くの技術や知識を習得しなければならないことは確かですが、その絶対値の多寡で研修病院の評価が決まるものではありません。必修化以前より研修医を公募し受け入れてきた一部の有名病院を除けば、多くの病院は２年前から研修医の受け入れを開始しました。実際の指導にあたる指導医の先生方の多くは先輩医師から「おれの後ろをついてまわれ、技術知識は先輩から盗んで覚えろ」式の教育（それも決して悪い教育とは思いませんが）を受けてきたのではないかと思います。忙しい臨床のなかで指導医の先生方が同じような方法で研修医を指導する可能性は高く、それを現代っ子の研修医がどのように受け取るかは想像に難くありません。事実 EPOC（研修医が経験すべき必須の症候、疾患に対する研修医の履修状況と指導医による到達状況のオンライン評価）による全国集計では２年間の研修を終了した研修医による研修病院の評価（研修に対する満足度）は国公立大学病院での研修は一般病院での研修より満足度が明らかに高いという結果が出ているそうです。初期研修の２年間でもっとも重要なことは受け持ち患者さんのところに頻繁に足を運び、人生の先輩としての患者さんの話を傾聴し、その中から疾患の治療に必要な愁訴を抽出、なぜそのような症状となるのかを推論し、わからないところは自分で調べたり先輩医師に相談したりしながら次の治療プランを立案するという一連の医療行為をくりかえし、じっくり行わせることではないでしょうか。彼らは少なくとも 40 年間は臨床医として医療をおこなう計算になります。初期の２年間で習得した知識や技術のうち 40 年後でも役に立つものはあまり多くはないでしょう。しかし上記のような臨床医の基本を２年間しっかりたたきこめばこれは 20 年。30 年たっても使えます。一部の一般病院が謳い文句にしている豊富な臨床経験も、それがかえって消化不良となり、思考過程が欠落し、あたかもドリル問題を黙々とこなすような２年間ではとても数十年間の臨床医に耐えられるだけの基礎はできないのではないかと密かに危惧するわけです。

2. 2 年間の初期研修が終了後、研修医はどのような道を選ぶべきか？

２年間の卒後臨床研修を終えた研修医はその後どのような道を選ぶのでしょうか？これまでは大

学の医局に入局し、大学と関連病院を往復しつつ臨床医としての腕を磨いていくというのが一般的なコースでした。しかし「白い巨塔」などでつくられた大学医学部の医局のイメージは権力と名誉欲に取り憑かれた亡者の住む伏魔殿といっても過言ではありません。その影響だけでもないでしょうが研修終了後ストレートに医局入局を希望する学生は少数です。しかしこれまで大多数の医師が（少なくとも一時期は）体験した医局制度はそんなに悪いものでしょうか？今は「白い巨塔」の時代とは違い、専制君主のような教授は望むべくもなく、若い医師も気に入らない人事であれば簡単に医局を辞めてしまう時代です。しかし医局に入局するメリットを考えたとき、臨床医としての資質に若干問題があるような若手医師を一人前の臨床医として育て上げる教育機関としての意義があるのではないかと思います。医局に属していると大学と関連病院を数年単位で往復します。大学では正確な医学用語の使い方やカルテの記載、カンファレンスや学会でのプレゼンテーションの仕方などをみっちり仕込まれ、診療においても intensive な診療のトレーニングを受けます。一方関連病院ではより多くの患者さんをさばき、臨床経験を積む extensive な診療のトレーニングを受けます。このように質の異なる 2 つのトレーニングはどちらも一人前の臨床医に求められる必須の卒後教育であり、医局に在籍することで自らこれらのトレーニングを受けることができるのではないかと思います。能力のある医師は一般病院に就職し、そこで診療を続けても自らの臨床の到達目標を定め、立派な臨床医となっていくでしょう。しかし医師国家試験をパスしたすべての研修医がそうなるとは思えません。やはりこれまで通りの医局制度（多少制度疲労もみられますが）のもとで研修を積んだほうが一人前になれるとおもわれる研修医も存在するのです。「あの先生は医師になりたてのころは大丈夫かなと思っていたが 10 年もたつと一人前になったな」という話を耳にします。これはご本人のがんばりがもっとも重要であったことは当然ですが、大学の医局に在籍することで（図らずも？）最高の教育環境を提供されたことも少なからず寄与しており、これこそ医局の卒後教育機関としての最大のメリットではないかと思います。

今後卒後臨床研修制度がどのようになっていくか、この制度が山口県の医療にどのような変化をもたらすのかは未知のところがあります。しかしこの制度により地域医療を支える若手医師が飛躍的に増える可能性は低いのではないかと思います。せめて大学で医学教育に携わる一医師として、医学生に大学での研修や医局のメリットを訴え続ける毎日です。

萩往還に魅せられて

医誠会都志見病院 外科　山 本 達 人

皆さんは萩往還をご存知でしょうか。名称だけはという方はいらっしゃると思いますが、実際に往還道に入った方はわずかではないでしょうか。私が萩に来て 10 年経ちますが、萩往還に出会ったのは数年前のことです。萩市民ですら往還道に立ち入った人は少ないと思われます。

まず、萩往還について概説します。「萩往還」とは、慶長 9 年（1604 年）毛利輝元が萩城築城後に山陰と山陽を結ぶ参勤交代道（御成道）として開いた道です。萩城下と瀬戸内の港三田尻をほぼ直線で結ぶ全長約 53 ㎞の街道は、庶民にとっても重要な交通路となり、また幕末には維新の志士達が江戸や京都へと往来し、歴史的にも重要な役割を果たしました。かつての道沿いには、藩主一行の宿泊所や休憩所となった御茶屋や駕籠建場などさまざまな施設が置かれ、また一里塚・往還

松のような旅人のための道標も設けられており、今でもその面影を一部にとどめています。こうして重要な交通路として明治中期頃まで 300 年にわたり栄えていた萩往還ですが、山越えの険しい道であるが故いつしか姿をかすめてゆき、一部は廃道となっていました。しかし、この貴重な古道や史跡を後世へ伝えようと、昭和 56 年から 63 年にかけて沿線の市町村が中心となって保存整備を行い、歴史の道「萩往還」として復元されました。平成元年には国の史跡に指定、さらに平成 8 年には文化庁から「歴史の道百選」に選定されています。

私と萩往還の出会いは、マラソン雑誌から始まりました。趣味のジョギングが高じてフルマラソンを完走したころ、次はウルトラマラソンに挑戦しようとマラソン雑誌をめくっていると『山口 100 萩往還マラニック全国大会』という文字が飛び込んできました。マラニックとはマラソンとピクニックの造語で楽しみながら完踏（完走ではなく）することだそうです。毎年 5 月のゴールデンウイークに昼夜を問わずゼッケンを着けた老若男女が萩市内を走ったり歩いたりしているのを見かけていましたが、これこそ萩往還マラニックだと気づいたのは 4 年前でした。チャレンジしたいと思っていたウルトラマラソンが地元で開催されているのを知りさっそく資料を取り寄せました。コースを調べてみますと萩往還マラニック大会には、山口⇒萩 35 ㎞、山口⇔萩 70 ㎞、山口⇒防府⇒山口⇒萩⇒山口 140 ㎞、山口⇒小郡⇒豊田⇒油谷⇒長門⇒萩⇒山口 250 ㎞の各コースがありました。フルマラソンを完走したばかりの自分の実力から判断した結果、チャレンジ目標を山口・萩往復 70 ㎞に設定しました。3 年前の 5 月 4 日 6 時に山口市の瑠璃光寺をスタート、一の坂ダムを北上し初めて萩往還道に入りました。急勾配の石段や石畳を上り下りし佐々並、明木の宿場を越え萩市内に入りました。萩城跡に 9 時 40 分に到着し小休止の後、復路を山口に向かって出発しました。足を引きずりながら 14 時 20 分に瑠璃光寺に到着し萩往還を初完踏しました。翌年は、140 ㎞に挑戦し萩往還道の全行路（萩城から三田尻港）往復を完踏しました。そして昨年、250 ㎞に挑戦しましたが、萩往還道に入ることなくあえなくリタイヤしました。私と萩往還との出会いはマラソンコースとしての往還道でした。当時はレースを完踏することに没頭し、周りの景色も史跡も目に入りませんでした。今、あらためて往還道に入ってみますと手付かずで残された自然の移り変わりや歴史の足跡が垣間見えてきます。幕末の志士たちの喉を潤したであろう分水嶺際の清流、旅人を悩ましたであろう常に緑の衣をまとった石畳等がパノラマのように眼前に飛び込んできます。吉田松陰の詠んだ「涙松」や栗山孝庵が日本ではじめて女体解剖を行った大屋刑場跡は、幹線からすぐに入れる私のジョギングコースです。萩往還の四季を味わいながら歴史のにおいを感じながら山の中を駆け巡っています。

皆さんも萩往還に踏み入ってはいかがでしょうか。「涙松」や「大屋刑場跡」は萩有料道路料金所に車を停めて容易に訪れることができますが、一番のお勧めは明木（旧旭村）から清流の傍らを上っていくと現れる約 300m にわたる一升谷の石畳ではないでしょうか。

「何かに出会える萩往還」今からが見ごろです。

虎落笛

竹秋句会

その中の赤米つきの注連を買ふ　井上佳代女
天神の細き小径や春浅し　原　俊雄
笹鳴きのふたつみっつと走りけり　中山　裕子
春隣り内々である祝い事　笠原北斗窓
杭打ちて生家手放す虎落笛　吉武三和子
大寒の車列の尾燈ゆるぎけり　中山　泥子
寒垢離を終へし顔みな紅潮す　水津奈々子

転載

勤務医のページ

院内発生転倒事故の責任は？

浜の町病院 院長　**安井久喬**

（福岡県医報　平成 18 年 1 月・第 1355 号）

最近の報道によると平成 18 年の医療費改定では診療報酬が 3 ～ 5%引き下げられるといわれている。引き下げの議論は財政面よりのみ論じられており、医療の質への影響は全く考慮されていないのは極めて遺憾、残念である。

このごろ心不全で入院されていた 85 歳男性が深夜にトイレに行こうとして転倒し、頭部を打撲された。当直医が直ちに診察、創縫合、処置を行ったが、翌日家族より「この病院は完全看護だろ？病院の管理責任はどうしたのか、慰謝料は？マスコミに訴える云々」の抗議があり、慣れない主治医は平身低頭、深謝したが、依然として抗議は続いている。このような院内転倒は以前は少なく問題にならなかったが、最近はトラブルになる頻度が高くなった。肺炎、心不全などで入院される高齢者は足腰が弱っておられる上に、失礼ながら少々ボケておられる方が多い。入院時にそのような患者さんにはベッドを離れる時は、介助するのでベルを押すようにと家族を交えて話をしているが、如何せんボケのためか、あるいは迷惑を掛けたくないとの配慮のためか無視して動かれて、不幸な転倒となる。

法的には、このような問題は病院に対する患者さんの期待度にあわない場合、いわゆる期待権侵害として問題になるとされている。裁判所は事故の予見の可能性と病院に期待されている注意義務違反はないかを判断するが、予見可能な場合は事故を未然に防ぐために必要な医師の指示と看護体制をとることは勿論、転倒しにくいバリアフリーなど施設の安全性の確保の有無などが検討されるであろう。

はたして院内の転倒は期待権侵害、すなわち病院の管理責任になるのであろうか。私は否、転倒は患者さんの自己責任であるといいたい。現在多くの急性期病院の看護単位は 40 ～ 50 ベッドで夜間は 2 人の看護師でこの病棟を支えており、看護師は多忙を極めている。さらに毎年入れ替わる約 1 割の新人看護師が業務に慣れるまではこの多忙が増幅する。たった 2 人の看護師で勝手に予測不能に動かれる老人の転倒を全部防げるはずがない。2005 年の日本医療労働組合連合会の看護師 17,000 人［平均年齢 36 歳］のアンケート調査では 64%の人が十分な看護が提供できていない、84%の人がミスを起こしたり起こしそうになったりしたことがあり、73%の人が仕事を辞めたいと思うことがあると答えており、その原因として医療現場の忙しさをあげている。

現在の急性期病院の現状は患者さんの期待度とは大きく乖離している。急性期病院の多くは米国と同等の治療成績を上げているが、それを米国の医師、看護師数の 1/3 ～ 1/5 で支えているわけで、現在の医療の成果は彼らの大変な労働過剰、犠牲の上に成り立っているのである。しかしながら病院のアメニティ、看護の充実度は如何ともしがたく米国に遠く及ばない。

マスコミは民意を形成する。法曹界の判断は民意を反映する。現在の急性期病院の患者ケアーが患者さんの期待度と大きく乖離しているのは、病院の財政基盤が国家の制定する診療報酬に規定されているからであることをマスコミと法曹界に是非ご理解、認識していただきたいと思うのである。現在の医療費では経営上とても看護師を増員できない。予定されている 3 ～ 5%の診療報酬の削減は医療の質を益々低下させるであろうことを、病院側は説得力のあるデータに基づいて社会に発信し続け、国民の理解を得る努力をしなければならないと思うのである。

お知らせ・ご案内

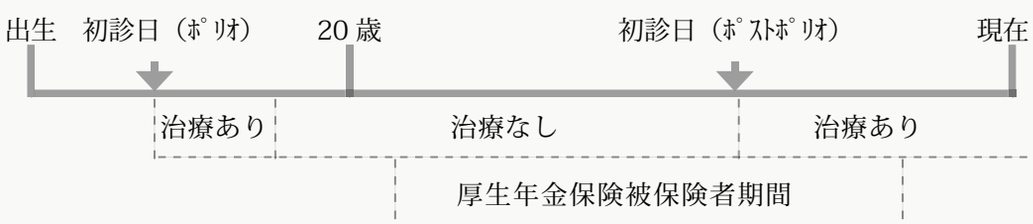
障害年金におけるポリオ後症候群の取扱いについて

1. 取扱いを見直した背景

これまで障害年金におけるポリオ後症候群（以下「ポストポリオ」という。）の認定に当たっては、国民年金・厚生年金保険障害認定基準（以下「認定基準」というロ）に基づき、「ポリオに起因する疾病」として、ポリオで初めて診療を受けた日をもってポストポリオの初診日とする取扱いを行ってきたところである。

しかしながら、近年におけるポストポリオに対する医学的知見等を踏まえ、ポストポリオに係る障害認定については、今後、次のとおり取り扱うこととした。

【例】



（注）ポストポリオとは

小児期にポリオに罹患し、いったん回復して通常の社会生活を送っていたポリオの既往歴をもつ成人に見られる、運動・感覚・呼吸など種々の機能障害の総称。

長島淑子氏論文「ポリオ後症候群」より引用

2. 今後の障害認定におけるポストポリオの取扱い

医療専門家の意見を聴取したところ、ポストポリオの障害を有する方については、

① 過去にポリオの既往歴があるものの、ポリオウイルスは検出されない（ポリオによる麻症は残る）

② 相当な期間を経過した後に新たに筋力低下などの要素が加わることにより種々の機能障害が発生する

ことが指摘された。

これを踏まえ、ポリオに罹患しなければポストポリオは発症しないという意味で、両者は因果関係があるが、ポストポリオは①及び②の性質を有するため、今後は、「ポリオに起因する疾病」としてとらえるのではなく、障害年金の認定上「別疾病」としてとらえ、初診日については、ポストポリオについて初めて医師の診療を受けた日とする取扱いとした。

なお、次のア～エの全ての要件を満たした場合に国民年金及び厚生年金保険の障害認定上ポストポリオとして取り扱うこととし、障害の程度の認定については、認定基準に基づいて行うこととする。

ア　新たな筋力低下及び異常な筋の易疲労性があること

イ　ポリオの既往歴があり、少なくとも一肢にポリオによる弛緩性運動麻痺が残していること

ウ　ポリオ回復後ポストポリオを発症するまでに、症状の安定していた期間（おおむね 10 年以上）があること

エ　アの主たる原因が、他の疾患ではないこと

お知らせ・ご案内

市町村合併に伴う政府管掌健康保険被保険者証の記号変更及び交付について

平成 18 年 3 月法施行の市町村合併に伴い、政府管掌健康保険被保険者証（以下、「被保険者証」という。）の取扱いについては、下記のとおり実地します。

記

1　平成 18 年 3 月 20 日法施行

【岩国市、玖珂郡（由宇町、玖珂町、本郷村、周東町、錦町、美川町、美和町）】

- 玖珂郡（由宇町、玖珂町、本郷村、周東町、錦町、美川町、美和町）が岩国市となることにより、玖珂郡に所在する適用事業所のうち、由宇町、玖珂町、本郷村、周東町、錦町、美川町、美和町に所在する適用事業所の記号については、【玖（58）】が【岩（55）】と変更になります。
- 旧被保険者証と新被保険者証の切り替えは、平成 18 年 4 月中旬以降に実地する予定としております。
- 旧被保険者証は、平成 18 年 7 月 31 日限りで無効となります。
- 平成 18 年 3 月 27 日以降に交付する被保険者証は、変更後の記号で交付します。
- 平成 18 年 3 月 20 日から平成 18 年 7 月 31 日までの間は、新被保険者証のほか旧被保険者証も有効とします。

2006 年春季ドクターテニス大会

と　き　　平成 18 年 5 月 14 日（日）午前 9 時～（雨天決行）
ところ　　山口サングリーンテニスクラブ
試　合　　ダブルス（組み合わせは当日決定します）
会　費　　8,000 円
締　切　　5 月 8 日（月）参加される方は、各地区幹事を通して申込ください。
当番幹事　山口地区　伊藤正博
TEL&FAX：083-924-3387
地区幹事　下関地区　三井健史（三井医院）
宇部地区　湧田加代子（宇部リハビリテーション病院）
徳山地区　尾中良久（黒川病院）
山口地区　伊藤正博（伊藤耳鼻科）

「会員の声」原稿募集

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

字数：1,500 字程度

1）文章にはタイトルを付けてください。
2）送付方法:① E-mail 、②フロッピーの郵送（プリントアウトした原稿も添えてください）
3）編集方針によって送り仮名、数字等に手を加えさせていただくことがあります。ある意図をもって書かれ、手を加えてほしくない場合、その旨を添え書き願います。
4）他誌に未発表のものに限ります。

メール・送付先：山口県医師会事務局　総務課（広報担当）
〒 753-0811　山口市大字吉敷 3325-1　総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510　FAX：083-922-2527
E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

お知らせ・ご案内

医療施設の賃貸

住　所　　宇部市東本町 1 丁目 1-3 番
（旧　平田皮膚科医院　平田晴夫）

建　物　　鉄筋コンクリート 6 階建
1 階 92 平方メートル

希望科目　なし

月　額　　30 万円

本年 3 月末まで皮膚科医院を開業していましたが、平田晴夫罹病以後常勤医師のみで診療を継続しておりましたが、医師が病気のため開院できなくなりました。

近年周辺にも相次いで廃業されて近郊市民も困って不安を感じる人が増えております。できることならば皮膚科医院を継続していただくなら設備一切使用していただくことは可能です。

お問い合わせ先
TEL：0836-32-1815　平田ビル　平田ハマ

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　✔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	

お知らせ・ご案内

第 30 回長門･下関地区めまい研究会

と　き　平成 18 年 4 月 20 日（木）午後 6 時 30 分～午後 8 時時 30 分
ところ　東京第一ホテル下関　3F「桜の間」
下関赤間町 6-2　TEL：0832-23-7111

一般演題　**「めまい症例の臨床的検討」**
JA 山口厚生連長門総合病院 耳鼻咽喉科　**戎本　浩史、蓮池　耕二**

特別講演　**「めまい・難聴における最近の知見」**
山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学分野 教授　**山下　裕司**

会　費　1,000 円
取得単位　日耳鼻認定専門医の方は、学術集会参加報告票をご持参ください。
日本医師会生涯教育制度　5 単位
※ 研究会終了後、意見交換会のご用意をさせていただいております。

事務局：国立病院機構関門医療センター 耳鼻咽喉科医局
TEL：0832-22-6216
共済：長門・下関地区めまい研究会、下関市医師会、下関市耳鼻科医会（三水会）ほか

第 258 回木曜会（周南地区・東洋医学を学ぶ会）

と　き　平成 18 年 5 月 11 日（木）　午後 7 時
ところ　ホテルサンルート徳山　別館 1F「飛鳥の間」
周南市築港町 8-33　TEL:0834-32-2611
テーマ　**症候の発生機序と弁証意義④「ゲップやガスが出やすい」**
針灸症例トレーニング　基礎 4「生理痛」
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

第 65 回山口県臨床外科学会 第 51 回山口県労災医学会 及び総会

と　き　平成 18 年 6 月 4 日（日）午前 9 時～
ところ　厚生連周東総合病院　東館 7 階講堂
柳井市古開作 1000-1
特別講演　**「えっ！こんなに違う欧米と日本における手術部位感染対策」**
兵庫医科大学感染制御学 教授　**竹末　芳夫**

他にもう一題予定。

一般演題　募集中
12：00 ～ 12：30　幹事・評議員会
12：30 ～ 13：00　山口県臨床外科学会総会
山口県労災保険指定医部会総会

参加費　1,000 円
学会長　守田知明、準備委員長　新郷雄一
演題申し込み並びにお問い合わせ先

〒 742-0032　柳井市古開作 1000-1　周東総合病院内
第 65 回山口県臨床外科学会　準備委員会事務局　瀬山厚司
TEL：0820-11-3456　FAX：0820-22-2786

訂　正

平成 18 年 3 月号（NO.1748）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.235　下段の出席者

（誤）　柳　井　　吉浦　宏治

（正）　柳　井　　**近藤　穂積**

お知らせ・ご案内

学術講演会

と　き　平成 18 年 4 月 24 日（月）午後 7 時～

ところ　岩国市医療センター医師会病院東館 4 階講堂

講　演　**「生活習慣病における腎保護の意義と降圧治療のあり方」**

川崎医科大学 腎臓内科教授　**柏原　直樹**

主催：岩国市医師会

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。

謹　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。

菊池　宏文　氏　　徳　山　医師会　　3 月 20 日　　享年 80

山口県ドクターバンク

求人情報

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 18 年 4 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
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

	登録日	所在地	施設種別	診療科目	雇用形態	備考
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
35	H17.11.07	光市	病院	内科　2 名	常勤	雇用予定期間は随時 8:30-17:00 年齢 60 歳くらいまで
36	H18.01.06	山口市	病院	精神・神経科 2 名	常勤	65 歳くらい 専門科を問わず精神保健指定医取得を希望される方 定年後再雇用制度あり
37	H18.01.16	防府	病院	内科 1 名	常勤	8:30-17:30
38	H18.02.01	山口市 小郡	無床	健診判定医 1 名 （内科・放射線科）	常勤	8:30-17:30 常勤、非常勤、パートでも可（1 名）
39	H18.02.08	厚狭	病院	内科（消化器科）2 名 整形外科 1 名	常勤	8:30-17:15 定年 65 歳
40	H18.03.24	宇部市	病院	内科・外科・整形外科・小児科 若干名	常勤・非常勤	8:50-17:30 50 歳くらい

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	

編集後記

平成 18 年 2 月 18 日に福島県立大野病院の産婦人科医師が、業務上過失致死および医師法第 21 条（異状死の届出）違反の疑いで逮捕された事件が、医療関係者の間で大きな波紋を引き起こしています。福島県内はもちろん全国の医療関係者から反発の声が上がり、署名活動が開始されています。

産婦人科医はいわゆる「一人医長」で年間 200 例以上の分娩を一人でこなしていたとのことです。検察側は医師は事前に胎盤癒着を把握していた、無理な剥離を行った、大量出血を来した段階で子宮摘出に踏み切るべきであったと主張していますが、胎盤癒着を事前に把握することはきわめて困難であり、胎盤剥離についてもどこまでが無理な剥離と断言できるのか、術中の出血を予測し輸血用血液を確保するべきであったとしても、ではどの程度の量の血液を確保しておけばよいのか、血液配送システムに問題はなかったのか、そもそも総合病院なのに産科医が一人というのが問題ではなかったのか、いろいろと問題の多い事件です。

一口に医療過誤といっても、患者の取り違えというような明らかな過誤もありますが、過失の有無が判然としないグレーゾーンと考えられるケースもあり、大部分がこのグレーゾーンに属します。しかも 97 年以降医療過誤で医師が業務上過失致死で逮捕されたケースというのは、東京女子医大の心臓手術での人工心肺操作ミス事件、慈恵医大青戸病院の前立腺癌腹腔鏡手術事件の 2 件のみで、今回が 3 件目になるといいます。たとえ今回の事件が医師の判断ミスであったとして、最善を尽くした結果が逮捕というのであれば、われわれ医師は安心して医療を行えません。ましてやメスを握る外科医や産婦人科医は、怖くて手術ができないことになりかねません。

検察側は逮捕、起訴の理由のひとつとして医師法 21 条（異状死の届出）違反も挙げていますが、異状死の解釈にはいわゆるスタンダードといえるものはないのが現状です。日本外科学会など外科関連学会は 01 年､異状死とは「何らかの重大な医療過誤の存在が強く疑われ , または何らかの医療過誤の存在が明らかであり , それらが患者の死亡の原因となったと考えられる場合」との声明を発表し、一方、日本法医学会は「事件や事故に限らずすべての診療行為に関連した予期しない死亡やその疑い例」までを異状死に含めています。早急に国としての統一見解を出してほしいものです。

今回の事件に対して日本医師会は 3 月 20 日現在、何ら抗議、見解発表を行っていません。日医会長選のまっただ中で余裕がなかったというのは理由になりません。ましてや当事者産科医が非会員であったからとしたら、全く何をか言わんです。と、ここまで書き終えたところで､ある日医常任理事から別件で電話をいただきました。そこで上記の意見を述べると､「全く何もしていないわけではなく、アクションは起こしている。微妙な問題なので弁護士等を派遣して調査中である。」とのことでした。しかし逮捕後 1 か月以上経っているのにまだ調査中というのでは遅すぎます。公的な立場であるので無責任に見解発表はできないとのことですが、「こういう点が問題であると考えているので現在調査しているところである」という形ででも、記者会見等で発表することが大切ではなかったでしょうか。

今回の事件を契機に、産婦人科医を希望する医学生や研修医が減少し、今まで以上に産婦人科医の不足が悪化するおそれがあります。また小児科医や産婦人科医を拠点病院に集約しようという動きが、一気に活発化する可能性があります。これは勤務医の過重労働問題を解決する一方策で、高度な医療を提供するためには重要なことであるとは思いますが、患者の利便性が犠牲となるわけで、医療を受ける側の意見も聞きながら、慎重に検討を行うべきであると考えます。（吉本）

From Editor

HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。

2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。

3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。

4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。

5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。

6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

〒 753-0811 山口市吉敷 3325-1
TEL：083-922-2510
総合保健会館 5 階
FAX：083-922-2527
印刷 : 大村印刷株式会社
1,000 円（会員は会費に含む）

ホームページ http://www.yamaguchi.med.or.jp
E-mail info@yamaguchi.med.or.jp